

# SVEIKATOS

2011'6(78) MOKSLAI

HEALTH SCIENCES

Visuomenės	Public
sveikata	Health
Medicina	Medicine
Slauga	Nursing

Žurnalas spausdina mokslinius straipsnius lietuvių, anglų, rusų ir kitomis kalbomis.  
Žurnalas pradėtas leisti 1990 m. Kasmet išeina 1 tomas (6 numeriai).

The journal publishes scientific articles in Lithuanian, English, Russian and other languages.  
The journal has been published since 1990. 1 vol. (6 issues) per year are published.

ŽURNALE SPAUSDINAMI ŠIOS TEMATIKOS  
STRAIPSNIAI

VISUOMENĖS SVEIKATA:

- Sveika gyvensena ir aplinka
- Sveikatos ugdymas
- Užkrečiamosios ligos ir profilaktika

MEDICINA:

- Biomedicina, medicina
- Klinikiniai tyrimai ir atvejai, naujos technologijos
- Teismo psichiatrija
- Medicinos istorija
- Probleminės apžvalgos

SLAUGA:

- Slaugos mokslas ir slaugytojų profesinė socializacija
- Slauga ir palaikomasis gydymas
- Reabilitacija

SVEIKATOS EKONOMIKA IR VADYBA

PATEIKIAMA:

- Mokslinių tyrimų rezultatai, pranešimai apie konferencijas, seminarus, informacija apie mokslo leidinius, mokslo žmonių datos.

Žurnale „Sveikatos mokslai“ publikuojami straipsniai recenzuojami dviejų redakcinės kolegijos narių arba ekspertų.

**DUOMENŲ BAZĖS:**

**Index Copernicus;**  
**EBSCO host (Academic Search Complete);**  
**Gale (Academic OneFile);**  
**ProQuest (Ulrich's, Summon)**

THE JOURNAL IS DESIGNED FOR PUBLISHING  
ARTICLES IN THE FOLLOWING FIELDS OF  
RESEARCH:

PUBLIC HEALTH:

- healthy lifestyle and environment,
- health education,
- infectious diseases and prevention.

MEDICINE:

- biomedicine and medicine,
- clinical researches and cases, new technologies,
- forensic psychiatry,
- history of medicine,
- problematic reviews.

NURSING:

- nursing science and professional socialization of nurses,
- nursing and supportive treatment,
- rehabilitation.

HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT

BESIDES, THE FOLLOWING ISSUES OR ITEMS  
ARE PUBLISHED:

- research results, reviews of conferences, seminars, chronicles about publications of science and studies, dates of scientists.

The articles in journal “Health Sciences” are reviewed by two members of Editorial Board or by its appointed experts.

**ABSTRACTS & INDEXING:**

**Index Copernicus;**  
**EBSCO host (Academic Search Complete);**  
**Gale (Academic OneFile);**  
**ProQuest (Ulrich's, Summon)**

---

## REDAKCIINĖS KOLEGIJOS PIRMININKAS

Prof. habil. dr. ALGIRDAS JUOZULYNAS (Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras)

## TARPTAUTINĖ REDAKCIINĖ KOLEGIJA

Dr. VIDMANTAS ALEKNA (Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras)

Prof. habil. dr. ARVYDAS AMBROZAITIS (Vilniaus universitetas)

Prof. habil. dr. IRENA BALČIŪNIENĖ (Vilniaus universitetas)

Prof. habil. dr. VYTAUTAS BASYS (Lietuvos mokslų akademija)

Habil. dr. ROBERTAS BUNEVIČIUS (Lietuvos sveikatos mokslų universiteto)

Palangos Psichofiziologijos ir reabilitacijos institutas)

Prof. MAURO COZZOLINO (Departamento di Scienze dell'educazione, Università di Salerno, Italija)

Prof. habil. dr. JANINA DIDŽIAPETRIENĖ (Vilniaus universiteto Onkologijos institutas)

Prof. habil. dr. AUDRONĖ DUMČIENĖ (Lietuvos kūno kultūros akademija)

Doc. dr. KONSTANTINAS ROMUALDAS DOBROVOLSKIS

(Lietuvos Raudonasis Kryžius)

Prof. habil. dr. VILIUS GRABAUSKAS (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

Prof. habil. dr. KONSTANCIJA JANKAUSKIENĖ (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

Prof. habil. dr. VINSAS JANUŠONIS (Klaipėdos universitetinė ligoninė)

Prof. JAN JAŠČANINAS (Ščecino universitetas, Lenkija)

Dr. DAIVA KRIUKELYTĖ (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

Prof. habil. dr. ZITA KUČINSKIENĖ (Vilniaus universitetas)

Prof. habil. dr. LEONAS LAIMUTIS MAČIŪNAS (Pasaulio gydytojų katalikų federacijos)

Europos asociacija)

Dr. LAURA NARKAUSKAITĖ (Higienos institutas)

Prof. habil. dr. ANTANAS NORKUS (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

Prof. dr. ARTŪRAS RAZBADAUSKAS (Klaipėdos universitetas)

Prof. RALF RISSE (Factum Chaloupa centras, Austrija)

Doc. dr. ROBERTAS PETKEVIČIUS (Pasaulio sveikatos organizacija)

Prof. JAN POKORSKI (Lenkijos Jogailos universitetas)

Prof. JONAS PRAPIESTIS (Vilniaus universitetas)

Doc. dr. LAIMUTĖ SAMSONIENĖ (Vilniaus universitetas)

Doc. dr. JONAS SAŁYGA (Klaipėdos universitetas, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė)

Dr. DANIELIUS SERAPINAS (Mykolo Romerio universitetas, Pasaulio gydytojų federacijos „Už žmogaus gyvybę“ Lietuvos asociacija)

Dr. ZUZANA SIMONOVA (Comitato Permanente Studi Ricerca Scientifica e Programmazione Socio sanitaria, ASL Caserta, Italija)

Prof. habil. dr. RIMANTAS STUKAS (Vilniaus universitetas)

Prof. KATARZYNA SZCERBINSKA (Jogailos universiteto Medicinos kolegijos Visuomenės sveikatos institutas, Lenkija)

Doc. dr. RITOLDAS ŠUKYS (Vilniaus Gedimino technikos universitetas)

Doc. dr. GENUTĖ ŠURKIENĖ (Vilniaus universitetas)

Prof. habil. dr. KONSTANTINAS VALUCKAS (Vilniaus universiteto Onkologijos institutas)

Prof. habil. dr. GIEDRIUS VARONECKAS (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

Prof. habil. dr. ALGIRDAS VENALIS (Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras)

Prof. VILMA ŽYDŽIŪNAITĖ (Vytauto Didžiojo universitetas)

Dr. JOHN WILLKE (Tarptautinės gyvybės teisės federacijos prezidentas, JAV)

### Redakcija:

ZENONAS TARTILAS - vyriausiasis redaktorius, tel. 261 25 29, 8 618 24712,

ZENONAS GLAVECKAS - vyriausiojo redaktoriaus pavaduotojas, tel. 261 90 43, 8 612 41252,

JANINA IRENA TARTILIENĖ - gydytoja konsultantė, tel. 261 25 29, 8 687 29223.

Adresas: Ž.Liauksmo g. 5, LT-01101 Vilnius.

El. paštas: [zsveikata@takas.lt](mailto:zsveikata@takas.lt)

Leidžia UAB žurnalas „SVEIKATA“.

Spausdino UAB „Ciklonas“, J. Jasinskio g. 15, Vilnius, tel. 249 10 60, faksas 249 74 80.

© „Sveikatos mokslai“, 2011.

Tiražas 450 egz.

Kaina 20 Lt

## CHAIRMAN OF EDITORIAL BOARD

Prof. Dr Habil ALGIRDAS JUOZULYNAS (State Research Institute Centre for Innovative Medicine, Lithuania)

## INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

- Dr. VIDMANTAS ALEKNA (State Research Institute Centre for Innovative Medicine, Lithuania)  
Prof. Dr Habil ARVYDAS AMBROZAITIS (Vilnius University, Lithuania)  
Prof. Dr Habil IRENA BALČIŪNIENĖ (Vilnius University, Lithuania)  
Prof. Dr Habil VYTAUTAS BASYS (The Lithuanian Academy of Sciences)  
Dr. Habil Robertas BUNEVIČIUS (Lithuanian University of Health Sciences)  
Prof. MAURO COZZOLINO (Departamento di Scienze dell' educazione, Universita di Salerno, Italy)  
Prof. Dr Habil JANINA DIDŽIAPETRIENĖ (Institute of Oncology, Vilnius University, Lithuania)  
Prof. Dr Habil AUDRONĖ DUMČIENĖ (Lithuanian Academy of Physical Education)  
Doc. Dr KONSTANTINAS ROMUALDAS DOBROVOLSKIS (Lithuanian Red Cross)  
Prof. Dr Habil VILIUS GRABAUSKAS (Lithuanian University of Health Sciences)  
Prof. Dr Habil KONSTANCIJA JANKAUSKIENĖ (Lithuanian University of Health Sciences)  
Prof. Dr Habil VINSAS JANUŠONIS (Klaipeda University Hospital, Lithuania)  
Prof. JAN JASZCZANIN (Szczecin University, Poland)  
Dr. DAIVA KRIUKELYTĖ (Lithuanian University of Health Sciences)  
Prof. Dr Habil ZITA KUČINSKIENĖ (Vilnius University, Lithuania)  
Prof. Dr Habil LEONAS LAIMUTIS MAČIŪNAS (World Catholic Physician Federation of European Associations)  
Dr. LAURA NARKAUSKAITĖ (Institute of Hygiene, Lithuania)  
Prof. Dr Habil ANTANAS NORKUS (Lithuanian University of Health Sciences)  
Prof. Dr ARTŪRAS RAZBADAUSKAS (Klaipeda University, Lithuania)  
Prof. RALF RISSE (Factum Chaloupa, Austria)  
Doc. Dr ROBERTAS PETKEVIČIUS (World Health Organization, Lithuania)  
Prof. JAN POKORSKI (Jagiellonian University, Poland)  
Prof. JONAS PRAPIESTIS (Vilnius University, Lithuania)  
Doc. Dr. LAIMUTĖ SAMSONIENĖ (Vilnius University, Lithuania)  
Doc. Dr JONAS SĄLYGA (Klaipeda University, Lithuania)  
Dr. DANIELIUS SERAPINAS (Mykolas Romeris University, Lithuania; Lithuanian Association of the World Federation of Doctors Who Respect Human Life)  
Doc. ZUZANA SIMONOVA (Comitato Permanente Studi Ricerca Scientifica e Programmazione Socio sanitaria, ASL Caserta, Italy)  
Prof. Dr Habil RIMANTAS STUKAS (Vilnius University, Lithuania)  
Prof. KATARZYNA SZCERBINSKA (Institute of Public Health, Jagiellonian University Medical College, Poland)  
Doc. Dr RITOLDAS ŠUKYS (Vilnius Gediminas Technical University, Lithuania)  
Doc. Dr GENUTĖ ŠURKIENĖ (Vilnius University, Lithuania)  
Prof. Dr Habil KONSTANTINAS VALUCKAS (Institute of Oncology of Vilnius University, Lithuania)  
Prof. Dr Habil GIEDRIUS VARONECKAS (Lithuanian University of Health Sciences)  
Prof. Dr Habil ALGIRDAS VENALIS (State Research Institute Centre for Innovative Medicine, Lithuania)  
Dr. JOHN WILLKE (President of the International Right To Life Federation, USA)  
Prof. VILMA ŽYDŽIŪNAITĖ (Vytautas Magnus University, Lithuania)

---

Editor-in-Chief  
ZENONAS TARTILAS  
Deputy Editor  
ZENONAS GLAVECKAS  
Doctor Consultant  
JANINA IRENA TARTILIENĖ

Editorial office: Ž. Liauksmino 5  
LT-01101 VILNIUS, Lithuania  
Fax: +370 5 261 25 29  
E-mail: zsveikata@takas.lt

---

# LABORATORINIŲ TYRIMŲ SVARBA GYDANT ALERGIŠKUS VAIKUS VILNIAUS MIESTO CENTRO POLIKLINIKOJE

LAIMA SKRICKIENĖ<sup>1</sup>, ASTA MIŠKINIENĖ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>VšĮ Centro poliklinika, <sup>2</sup>UAB „Grida“

**Raktažodžiai:** *alergija, specifiniai IgE, diagnostika.*

## Santrauka

Alerginės ligos yra didėjanti vaikų ir suaugusių žmonių sveikatos problema visame pasaulyje. Šios ligos priskiriamos prie dažniausiai pasitaikančių lėtinis susirgimų, varginančių net iki 30 proc. gyventojų išsivysčiusiose šalyse. Dėl to smarkiai auga ir tiesioginiai, ir netiesioginiai medicininiai kaštai, blogėja pacientų ir jų šeimos narių gyvenimo kokybė. Taigi sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pacientams, kenčiantiems nuo alerginių ligų, yra be galo svarbus socialiniu ir ekonominiu aspektu.

Kokybiška ir laiku atlikta šių ligų diagnostika yra vienas svarbiausių kriterijų, padedančių skirti tinkamą terapiją ir įvertinti ligos prognozę. Šio darbo metu ištirti 386 alerginėmis ligomis sergantys 2–8 metų amžiaus vaikai. Palyginti trys laboratoriniai diagnostiniai rodikliai: eozinofilų kiekis kraujyje, bendrojo IgE koncentracija bei specifiniai IgE antikūnai maisto ir įkvepiamiesiems alergenams.

Tyrimas vykdomas pagal programą „Sveikos gyvensenos ugdymas. Vaikų sensibilizacijos maisto ir įkvepiamiesiems alergenams nustatymas ir įvertinimas Vilniaus mieste 2009 m. Vaikų alerginių ligų profilaktika“.

Nustatyta, kad specifinių IgE ištyrimas kraujyje serume yra svarbus diagnostinis rodiklis siekiant įvertinti alergišku vaikų būklę ir numatyti tinkamą terapiją.

## ĮVADAS

Daugybė epidemiologinių tyrimų tiek Europos, tiek kitose išsivysčiusiose pasaulio šalyse parodė, kad per pastaruosius tris–keturis dešimtmečius dramatiškai išaugo alerginių ligų, įskaitant sezoninį rinitą, alerginę astmą ir atopinį dermatitą, skaičius. Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos duomenis apie 20 proc., t. y. daugiau nei 150 milijonų, Europos, JAV ir Japonijos gyventojų kenčia nuo alergijos. Nors kai kuriuose

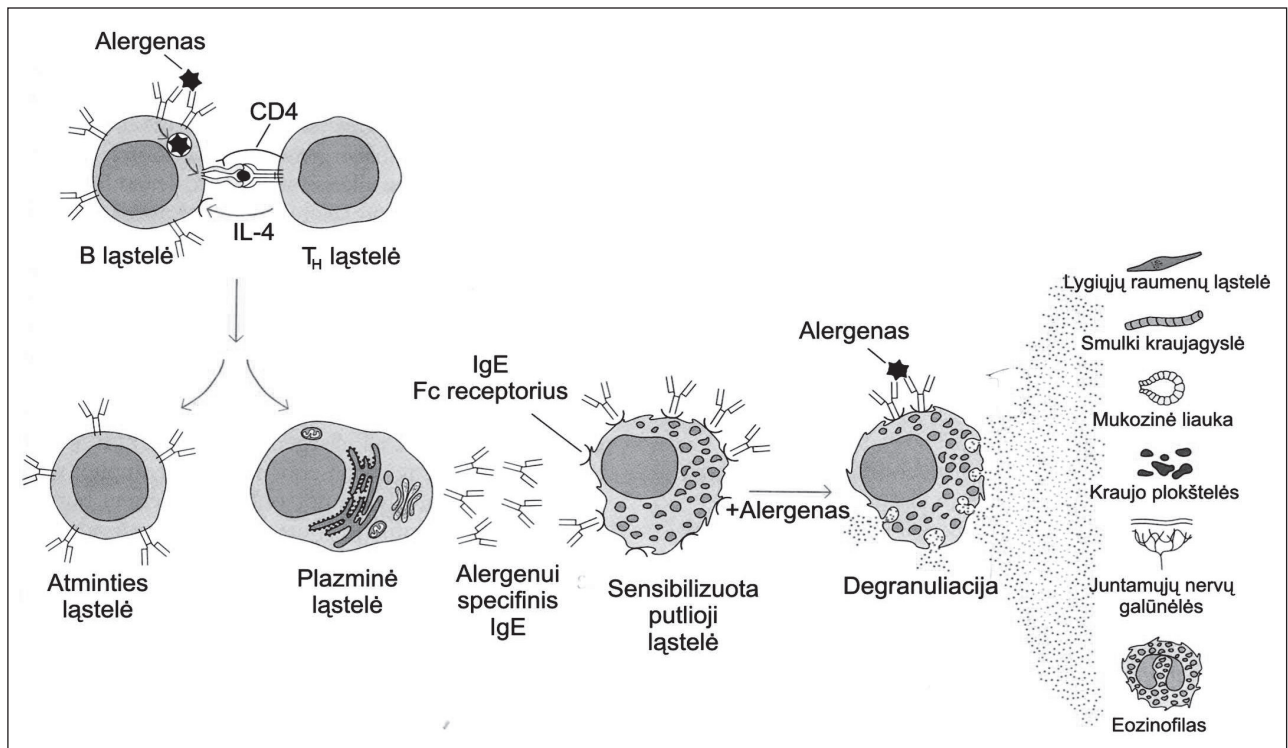
šaltiniuose nurodoma, kad keliskart padidėjęs alerginėmis ligomis sergančių žmonių skaičius gali būti susijęs su geresne klinicine diagnostika ir su sergančiųjų sąmoningumu, vis dėlto objektyvūs kriterijai leidžia teigti ką kita. Geometrine progresija didėjantis alergijų dažnis tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose šalyse per pastaruosius tris dešimtmečius yra susijęs su genetiškai modifikuotais produktais, didėjančiu aplinkos užterštumu, buities chemizavimu ir pan. kartu su socialiniais, ekonominiais, ekologiniais ir genetiniais veiksniais bei geografinės vietovės ypatumais [1, 2].

Keletas epidemiologinių tyrimų atskleidė padidėjusią industrializuotos visuomenės predispoziciją IgE sąlygojamam atopiniam įsijautrinimui. Atopija – tai individualus ir (ar) šeiminis polinkis ypač vaikystėje ar jaunystėje įsijautrinti ir gaminti IgE antikūnus, kaip atsaką į įprastinį alergenų, dažniausiai baltymų, poveikį. Taigi atopija yra didelio IgE antikūnų atsako klinikinis apibrėžimas. Atopijos terminas negali būti vartojamas tol, kol IgE sensibilizacija neįvertinta remiantis IgE antikūnais serume ar teigiamais odos dūrio mėginiais [3]. IgE sąlygojamas atsakas yra priskiriamas I tipo hiperjautrioms reakcijoms. Specifiniai IgE rišasi prie bazofilų ir putliųjų ląstelių per Fc receptorių, tokiu būdu sensibilizuodami šias ląsteles. Pakartotinai patekęs alergenai / antigenai atpažįsta specifinį IgE, ir dėl šios antikūnų–antigeno sąveikos ląstelės degranuliuoja, atpalaiduodamos keletą vazoaktyvių mediatorių (1 pav.).

Alergenas – tai medžiaga, sukianti alerginę reakciją. Dažniausiai tai būna baltyminės kilmės medžiagos, kurių molekulinė masė svyruoja nuo 5 000 iki 50 000 daltonų, sukeliančių nevienodo stiprumo imuninį atsaką.

Manoma, kad padidėjęs IgE sąlygojamas įsijautrinimas siekia iki 50 proc. alerginėmis ligomis sergančios populiacijos [4]. Šis išaugimas yra ypač stebimas tarp mokyklinio amžiaus vaikų ir paauglių. Todėl tinkama ir ankstyva alerginių susirgimų diagnostika reikalinga socialiniams ir ekonominiams kaštams mažinti. Apskaičiuota, kad Europos Sąjungos šalių išlaidos gydant vaikų astmą siekia iki 3 000 milijonų eurų [5]. Tiksliai ir ankstyva diagnostika gali padėti skiriant simptominių ir





1 pav. I hiperjautrumo tipo alerginės reakcijos schema

(ar) specifinį gydymą, kartu užkirsti kelią ligos progresavimui, pvz., alerginės astmos pradžių rinitu ar dermatitu sergantiems pacientams. Pagrindiniai diagnostiniai pacientų, sergančių alerginiu rinitu ar atopiniu dermatitu, rodikliai apima paciento istoriją, anamnezę, *in vivo* testus ir laboratorinius tyrimus – bendrojo IgE ir specifinių IgE nustatymą kraujo serume. Tarp įvairiausių tyrimų, šia dien naudojamų alerginiam rinitui ir atopiniam dermatitui nustatyti, alergeniui specifinių IgE nustatymas yra pripažintas kaip nepakeičiamas diagnostikos fragmentas. Pacientai įvairiai reaguoja į skirtingus antigenus, todėl alergenu kompozicijos parinkimas *in vitro* tyrimuose yra vienas lemiamų kokybiškos diagnostikos veiksmių. Čia auksiniu standartu pripažinta *ImmunoCAP (Phadia)* sistema. Pavienių alergenu tyrimas pasižymi dideliu jautrumu ir specifiškumu daugeliui alergenu ir suteikia platesnes galimybes gydytojui numatyti individualią pacientui tinkančią taktiką. Vis dėlto šis tyrimas yra ganėtinai brangus ir reikalauja nemažų paciento serumo kiekių. Kaip šio tyrimo alternatyvą, specifiniams IgE nustatyti galima naudoti fiksuotą alergenu rinkinį. Šiuo atveju alergenai yra imobilizuoti ant medvilninės membranos. Vokietijos universiteto mokslininkai atliko palyginamuosius pavienių alergenu ir alergenu rinkinio tyrimus, siekdami

nustatyti pastarųjų jautrumą, specifiškumą ir gautų rezultatų patikimumą. Lygintos MAST CLA ir *ImmunoCAP* sistemos. Daugelio alergenu CLA tyrimo jautrumas ir specifiškumas siekė > 0,9, palyginti su klasikiniu pavienių alergenu testu [6]. Šis tyrimas tenkina tiek kokybinius, tiek ir ekonominio efektyvumo rodiklius.

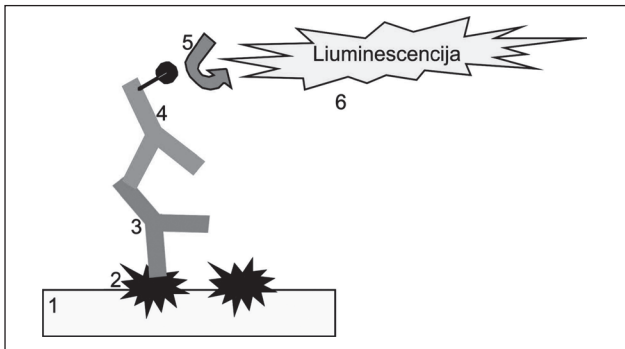
Savo darbe naudodami fiksuotą alergenu rinkinį ištyrėme 2–8 metų vaikų, sergančių alerginėmis ligomis, įsijautrinimą maisto ir įkvepiamiesiems alergenams. Gautus rezultatus palyginome su eozinofilų skaičiumi ir bendrojo IgE koncentracija kraujo serume.

**Darbo tikslas** – nustatyti specifinius IgE alerginėmis ligomis sergančių vaikų kraujo serume ir įvertinti šių laboratorinių rodiklių reikšmę minėtų pacientų gydymui.

#### TYRIMO KONTINGENTAS IR METODAI

Tirti 2–8 metų vaikai, sergantys alerginėmis ligomis (atopine egzema / dermatitu, bronchų astma, rinitu). Iš viso buvo ištirti 386 vaikai. Diagnozės nustatytos remiantis klinikiniais simptomais:

- alerginis rinitas: čiaudėjimas, nosies „užgulimas“, rinorėja, niežėjimas;
- alerginis konjunktyvitas: akių niežėjimas, paraudimas, ašarojimas;



2 pav. Specifinių IgE nustatymo reakcijos schema.  
1 – medvilninė membrana, 2 – alergenų ekstraktas,  
3 – specifinis IgE, 4 – anti-IgE, žymėtas peroksidaze,  
5 – reakcijos substratas, 6 – liuminescencija

- bronchų astma: pasikartojantis kosulys, švokštimas, dusimas;
- atopinis dermatitas: – odos bėrimas, niežėjimas.

Ištirti trys laboratoriniai rodikliai: eozinofilų skaičius kraujyje, bendrojo IgE koncentracija serume bei maisto ir įkvepiamiesiems alergenams specifiniai IgE.

Eozinofilų kiekis pagal absoliučius skaičius kraujyje vertintas analizatoriumi *ABX Pentra 120*, (*Horiba ABX*, Japonija). Didesnė nei  $0,52 \times 10^9/l$  vertė įvardyta kaip eozinofilija.

Bendrojo IgE koncentracija kraujo serume nustatyta analizatoriumi *MiniVidas* (*Biomerieux*, Prancūzija). IgE kiekis serume laikytas padidėjusiu, kai buvo didesnis nei šios normos: 2–5 metų –  $\leq 60$  IU/ml, 6–9 metų –  $\leq 90$  IU/ml. Specifiniams IgE nustatyti kraujo serume naudota *MAST CLA* (*Hitachi Chemical Diagnostic*, JAV) sistema. Šios sistemos principas pavaizduotas schemoje (2 pav.). Standartizuoti alergenų ekstraktai yra imobilizuoti ant medvilninės membranos. Jei tiriamame kraujo serume yra specifinių tam alergenai antikūnų, jie jungiasi prie alergeno sudarydami antígeno–antikūno kompleksą. Kompleksui išryškinti naudojami antriniai anti-IgE antikūnai, žymėti fermentu – krienų

peroksidaze. Įdėjus substrato vyksta chemiliuminescencinė reakcija, kuri užfiksuojama ir išmatuojama liuminometru. Gautų liumenų (LU) skaičius yra tiesiogiai proporcingas antikūnų koncentracijai kraujo serume.

Teigiamomis laikomos reakcijos, kurių įsijautrinimo laipsnis specifiniam alergenai buvo 2, 3, 4 klasių (pagal tarptautinę standartizuotą specifinių IgE vertinimo sistemą). Tyrimui naudotas mišrus 36 alergenų rinkinys, sudarytas iš pagrindinių maisto ir įkvepiamųjų alergenų. Šį mišrų alergenų rinkinį, į kurio sudėtį įtraukti pagrindiniai Lietuvoje alergiją dažniausiai sukeliantys alergenai, sudarė ir patvirtino Lietuvos mokslų akademijos Alergologų komisija. Alergenų sudėtis pavaizduota lentelėje (3 pav.).

#### TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Atlikus bendrą kraujo tyrimą ir apskaičiavus tiriamų vaikų eozinofilų kiekį kraujyje pagal absoliučius skaičius padidėjimas nustatytas 97-iems iš 386-ių tirtų vaikų. Tai sudaro 25 proc. visų tirtų vaikų. Šio rodiklio padidėjimas siejamas su alerginėmis reakcijomis, helmintinėmis infekcijomis, maisto alergijomis, atipinėmis ūmiomis reakcijomis [7]. Kadangi eozinofilų funkcija yra fagocituoti antigeno–imunoglobulino E kompleksus, todėl laikoma, kad šio rodiklio diagnostinė vertė yra panaši į bendrojo IgE vertę.

Tačiau atlikus minėtų pacientų bendrojo IgE tyrimą nustatyta, kad šis rodiklis yra padidėjęs net 147-iems iš 386-ių tirtų vaikų; tai sudaro 38 proc. visos tiriamos grupės. Šie imunoglobulinai dalyvauja alerginių reakcijų patogenezėje. Jie suriša antigenus (alergenų) ir per Fc receptorių susijungia su bazofilais bei putliosiomis ląstelėmis. Dėl šios priežasties IgE patologinių reakcijų klinika primena serotonino ir histamino sukeltus reiškinius. Jo koncentracija šiek tiek koreliuoja su alerginio proceso aktyvumu. Vis dėlto nustačius normalią IgE koncentraciją serume ne visada galima atmesti alergijos diagnozę.

Ištyrus specifinius IgE vaikų kraujo serume net 171 vaikui nustatyti specifiniai IgE, o tai sudaro 44,3 proc. visų tiriamųjų.

MAISTO ALERGENAI	ĮKVEPIAMIEJI ALERGENAI				
	Medžių žiedadulkės	Žolių žiedadulkės	Mikroskopiniai grybai	Namų dulkių erkės	Naminių gyvūnų alergenai
Bananai; Citrusinių vaisių mišinys Pomidorai; Jautiena; Kiauliena; Sūris Pienas; Kiaušinio baltymas; Šokoladas; Menkė Migdolai; Žemės riešutai; Sojos pupelės Graikiniai riešutai; Kviečiai; Kepimo mielės	Beržas Lazdynas Platanas	Motiejukas Gyslotis Artemesia Dilgėlė Rapsas	Alternaria Aspergillus Candida Cladosporium Penicillium	D. farinae D. pteronyssinus	Plunksnų mišinys Katė Karvė Šuo Arklys

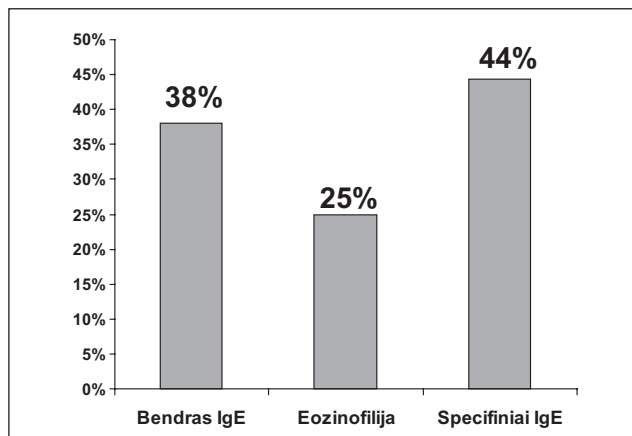
3 pav. MASTpette strypelyje imobilizuotų maisto ir įkvepiamųjų alergenų sudėtis

Apibendrinti rezultatai pavaizduoti diagramoje (4 pav.).

Kaip matome iš gautų rezultatų, specifinių IgE aptikimas kraujo serume nebūtinai yra susijęs su padidėjusiu eozinofilų kiekiu ar didesne bendrojo IgE koncentracija kraujo serume. Taigi net esant normaliam eozinofilų kiekiui ar normaliai bendrojo IgE koncentracijai nustatoma specifinių IgE antikūnų.

Vertinant sensibilizaciją maisto produktams nustatyti pagrindiniai alergizuojantys veiksniai: karvės pieno baltymai (10,53 proc.), kiaušinio baltymas (7,02 proc.), žemės riešutai (4,09 proc.) ir sojos baltymas (5,26 proc.).

Daugybė atliktų tyrimų rodo, kad vaikai, kuriems nustatyta alergija maistui ir astma, yra didesnės rizikos grupėje tiek grėsmingo astmos paūmėjimo, tiek ir anafilaksijos požiūriu. Maisto produktams specifinių IgE nustatymas padeda parinkti optimalų šios rizikos grupės vaikų gydymą, priežiūrą ir šitaip sumažinti riziką. Daugiau nei 8 proc. astma sergančių vaikų yra alergiški maisto produktams ir net 30–60 proc. vaikų, alergiškų maistui, serga astma. Mūsų gauti duomenys rodo, kad sensibilizacija maisto alergenams buvo nustatyta 9,25 proc. vaikų su bronchų astmos diagnoze. Kaip nurodoma literatūros šaltiniuose, alergija maisto produktams laikoma grėsmingu astmos rizikos veiksniu [8], o įjautrinimas maisto produktams gali tarnauti kaip ankstyvasis pasunkėjusios ligos eigos žymeklis [9]. Todėl padidėjusios rizikos grupėje esantys vaikai turi būti ypač rūpestingai prižiūrimi siekiant išvengti tiek galimo astmos paūmėjimo, tiek ir skubaus hospitalizavimo. Tam svarbu identifikuoti alergizuojančius maisto alergenų ir vengti tiesioginio bei netiesioginio sąlyčio su jais.



4 pav. Vaikų, kurių padidėjęs eozinofilų skaičius, bendrasis IgE kiekis ir įjautrinimas alergenams, skaičius

Įvertinus įjautrinimą įkvepiamiesiems alergenams nustatyta, kad įjautrinimas beržui siekė 18,71 proc., lazdyno riešutui – 12,28 proc., motiejukui – 27,49 proc., pelynui – 18,13 proc., katei – 25,15 proc., namų dulkių erkei *D. farinae* – 38,1 proc., *D. pteronyssinus* – 50,29 proc.

Daugybė nuoseklių tyrimų parodė, kad atopija, t. y. specifinių IgE antikūnų produkcija prieš aplinkos alergenų, yra stipriai susijusi su vaikų astma. Ankstyvas įjautrinimas, pasireiškęs 6–8 metų vaikams, yra stipresnis predisponuojantis astmos veiksnys nei vėlesniame amžiuje aptinkamas įjautrinimas. Taigi veiksniai, stiprinantys specifinių IgE gamybą, arba organizmo nesugebėjimas įgyti tolerancijos aplinkos alergenams ankstyvame amžiuje taip pat didina susirgimo astma riziką. Daugelyje tyrimų įjautrinimas namų dulkių erkėms įvardijamas kaip didžiausias vaikų astmos rizikos veiksnys. Kiti autoriai teigia, kad tokios pačios svarbos yra ir įjautrinimas katėms, šunims, tarakonams ir pelėsiams. Pastaruoju metu manoma, kad koreliacija tarp įjautrinimo vienam ar keliems alergenams ir astmai priklauso nuo toje šalyje dominuojančių alergenų.

Per pastaruosius porą dešimtmečių *in vitro* alerginių ligų diagnostika tapo vienu svarbiausių diagnostinių rodikliu. Pacientų įjautrinimo būdo nustatymas yra svarbus rodiklis tiek klinikiui, tiek praktiniam požiūriu. Diagnostika *in vitro* ypač svarbi kūdikiams ir vaikams, kadangi įvairūs odos mėginiai gali būti pernelyg traumuojantys, o ankstyvas įjautrinimo būdo nustatymas yra svarbus užkertant kelią atipiniam maršui ir individualios rizikos įvertinimui. Specifiniai IgE antikūnai prieš maisto produktų baltymus gaminasi jau kūdikystėje, tačiau specifiniam IgE atsako pasireiškimui prieš aplinkos alergenų reikia kelerių metų. Pastarųjų metų tyrimai rodo, kad perėjimas nuo kūdikių IgE atsako karvės pieno ir vištų kiaušinių baltymams prie specifinio IgE atsako vidaus ir išorės antigenams yra svarbus astmos vystymosi pranašas vaikystėje.

Žinoma, kad kai kurie vaikai, patiriantys pasikartojančius švokštimo epizodus, išauga šiuos simptomus. Šių pacientų identifikavimas yra svarbus atskiriant juos nuo grupės vaikų, kuriems šie simptomai išlieka. Tai padeda išvengti nereikalingo vaistų vartojimo ir alergenų vengimo. Specifinių IgE tyrimas itin svarbus diferencijuojant šias dvi grupes. Vaikai, kurie išaugo iš nuolat švokščiančių rizikos grupės, gali būti nustatomi iki 3 metų amžiaus tiriant jų specifinį IgE profilį pagrindiniams alergenams, tokiems kaip maistas, naminiai gyvūnai, namų dulkių erkės ir žiedadulkės [8, 10]. Apie



90 proc. švokščiančių, tačiau neįsijautrinančių vaikų praranda šiuos simptomus būdami mokyklinio amžiaus ir išsaugo normalią plaučių funkciją lytinio brendimo metu. Priešingai, vaikai, kurie yra įsijautrinę nuolatiniams alergenams, t. y. katei, šuniui ir namų dulkių erkėms ankstyvaisiais gyvenimo metais, linkę į chroniškos astmos išsivystymą su aštriais simptomais ir labai sumažėjusia plaučių funkcija mokykliniame amžiuje.

Ankstyvas įsijautrinimas maisto ar įkvėpjamiesiems alergenams kartu su kitais predispoziciniais veiksniais, kaip šeimos istorija, atopiniu dermatitu ir eozinofilija yra vertingi klinikiniai rodikliai nustatant padidėjusio rizikos vaikus.

Taigi žvelgiant iš pediatriinės perspektyvos ypač svarbu išsiaiškinti ir įvertinti vaikų, kuriems pasireiškia alerginės ligos simptomų, įsijautrinimo statusą.

Mūsų poliklinikoje atlikti minėti laboratoriniai diagnostiniai tyrimai pasitvirtino kaip ypač svarbūs tiek diagnozuojant, tiek ir skiriant gydymą alergiškiems vaikams. Remdamasis šiais tyrimais, ligos anamneze ir klinika gydytojas specialistas galėjo kiekvienam pacientui diagnozuoti ankstyvos stadijos ligą, patvirtinti alerginės ligos kilmę. Nustatytas konkretus alergenai leido gydytojui alergologui parodyti paciento tėvams nustatytų alergenų reikšmes ir jų pašalinimo svarbą bei rekomenduoti veiksmingas profilaktines priemones dėl alergizuojančių veiksmių mažinimo mityboje ir aplinkoje.

### IŠVADOS

1. Specifiniai IgE nustatyti 44,3 proc. visų alerginėmis ligomis diagnozuotų vaikų kraujo serumuose. Bendras eozinofilų kiekio ir IgE koncentracijos padidėjimas nustatyti 25 proc. ir 38 proc. atvejų atitinkamai. Tai rodo, kad pastarųjų rodiklių reikšmių neužtenka alerginėms ligoms diagnozuoti.

2. Nustatyti konkretų alergeną svarbu numatant paciento gydymo taktiką ir prognozuojant ligos eigą. Maksimalus alergeno eliminavimas iš aplinkos lengvina ligos eigą bei gerina paciento savijautą.

3. Gautas vaikų įsijautrinimo alergenams profilis patvirtina daugiamečius statistinius Lietuvos duomenis.

### Literatūra

1. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI). The Allergy Report: Science Based Findings on the Diagnosis & Treatment of Allergic Disorders. 1996-2001.
2. Kemp AS. Allergy prevention – what we thought we knew. *MJA* 2003; 178:254-255.
3. Dubakienė R. Klinikinė alergologija. VU leidykla. 2011; 11.
4. Van Moeke Eds. D., De Weck A. European Allergy White Paper. ISBN 2-87301-081-5; 1997.
5. Van den Akker Marle. *Allergy* 2005; 60:140-49.
6. Ollert M. Atopic disease of the skin and the upper airways: concepts and rationale for the use of laboratory tests. EAACI 2001.
7. Zaleckis G. Pagrindinių laboratorinių tyrimų žinynas. UAB „Vaistų žinios“. 2010; 254.
8. Illi S. Perennial allergen sensitisation early in life and chronic asthma in children: a birth cohort study. *Lancet* 2006; 368:763-70.
9. Roberts G, Patel N, Levi-Schaffer F, Lack G. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 112:168-174.
10. Simpson AB, Glutting J, Yousef E. *Pediatric Pulmonol* 2007; 42:489-95.

### ROLE OF LABORATORY TESTS IN THERAPY OF ALLERGIC CHILDREN IN PUBLIC INSTITUTION „CENTRO POLIKLINIKA“

Laima Skrickienė, Asta Miškinienė

#### Summary

*Key words: allergy, specific IgE, in vitro diagnosis.*

*Over the last few decades, in vitro diagnosis of allergic diseases has become an important corner stone. We have learned in recent years that the evaluation of patient's sensitization pattern is a useful and reproducible tool both clinically and in practice. It has also been found to be particularly useful for diagnosis of infants and children, where the performance of a variety of skin tests might be too traumatic and the description of early sensitization pattern is important for prediction of atopic march and individual risk assessment.*

*The aim of this study was to evaluate the role of specific IgE detection in children with asthma, rhinitis or dermatitis. 386 children in the age 2-8 year were tested for the eosinophil cell numbers in total blood, total IgE concentration in serum and specific IgE antibodies for 36 food and inhalant allergens. The results show that in 25% of patients was an increased number of eosinophils, 38% of children had an increased concentration of total IgE. In 44,3% of patients specific antibodies to one or several antigens were obtained. This shows that even patients with normal IgE levels and amounts of eosinophil cells can be sensitised to one or more allergens. Therefore an extended repertoire of diagnostic tests, including specific IgE determination helps to achieve the goal of successful management of allergic asthma, rhinitis and atopic dermatitis which is mainly based on accurate diagnosis and individualised treatment.*

**Correspondence to: laima.skrickiene@pylimas.lt**

Gauta 2011-07-20

# BACTERIAL VAGINOSIS: RISK FACTORS AND VAGINAL LAVAGE CYTOKINES IL-1 $\beta$ , IL-1RA

DAIVA BARTKEVIČIENĖ<sup>1,3,4</sup>, IRENA DUMALAKIENĖ<sup>2</sup>, MINDAUGAS ŠILKŪNAS<sup>1,3</sup>,  
GRAŽINA DRĄSUTIENĖ<sup>1</sup>, AUDRONĖ ARLAUSKIENĖ<sup>1</sup>, JOLITA ZAKAREVIČIENĖ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinic of Obstetric and Gynaecology, Vilnius University, Lithuania, <sup>2</sup>Institute of Immunology, Vilnius University, Lithuania, <sup>3</sup>1<sup>st</sup> Gynaecology Department, Centro Affiliate of Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos, Lithuania, <sup>4</sup>Public Institution „Centro Poliklinika“

**Key words:** *Bacterial vaginosis; Risk factors; Cytokine IL-1 $\beta$ ; Cytokine IL-1ra*

## ABSTRACT

**Background:** To analyse risk factors for bacterial vaginosis (BV); to evaluate concentrations of cytokines IL-1 $\beta$  and IL-1ra in vaginal lavage of pregnant women and analyze their relation with BV.

**Materials and methods:** Vaginal lavage samples were obtained from 81 women who were between the 18th and 22nd week of an uncomplicated singleton pregnancy. BV was diagnosed pursuant to Amsel criteria and Nugent scoring. Cytokines were measured by immunoassay.

**Results:** Living place, education, working and living conditions, gynaecological history increased the risk of BV. Cytokine IL-1 $\beta$  was not found in the vaginal lavage of women without BV; cytokine IL-1 $\beta$  was always found in vaginal lavage of women with BV. Cytokine IL-1ra concentration was higher in women with BV.

**Conclusion:** Social factors, history of gynaecological diseases, peculiarities of sexual life-style are some risk factors for development of BV. Higher levels of cytokines in the vaginal lavage of pregnant women may lead to detection of lower genital tract infection.

## INTRODUCTION

A leading hypothesis for the cause of intrauterine infection is the ascent of the pathogenic microorganisms from the lower genital tract. A number of previous investigators have described the relationship between lower genital tract marker and upper genital tract infection and/or inflammation. One of these markers may be bacterial vaginosis (BV). In accordance with the data reported by the majority of authors, BV is diagnosed in every fifth pregnant woman [1]. BV has been linked with preterm labour and delivery, chorionamnionitis,

postpartum endometritis, postcesarean delivery wound infections [2].

The mechanisms linking BV and adverse obstetric sequelae are unclear. It was once believed that pathogenic microorganisms alone were responsible for these poor outcomes. It has recently been established, however, that many of these sequelae are mediated by endogenous host products. It has been demonstrated that the levels of certain cytokines in the lower genital tract are altered in the presence of BV [3]. Interleukin-1 $\beta$  and Interleukin-1ra are proinflammatory cytokines that have been found to be elevated in the cervical secretions of both pregnant and nonpregnant women with BV [3, 4].

**The main purpose of this study** was to investigate risk factors of BV and analyse their correlations with concentrations of cytokines IL-1 $\beta$  and IL-1ra in vaginal lavage of pregnant women.

## MATERIALS AND METHODS

Pregnant women who during the period of 2005 - 2006 for the first time visited Vilnius City Šeškinės Polyclinic in order their pregnancy to be followed-up at women's consultation was investigated. All these women visited the consultation till the 12<sup>th</sup> week of pregnancy. Main screening criteria included: 18-35 years old, the first pregnancy, singleton pregnancy, duration of pregnancy up to 12 weeks.

Attention was also paid to additional screening criteria. The pregnant women with history of harmful habits, serious gynaecological or general illnesses were excluded from the investigation. These screening criteria were met by 261 pregnant women.

All the pregnant women underwent routine clinical, biochemistry, anthropometric tests and cytological examination of cervicovaginal discharge during the first visit; all these women also had to complete an original Questionnaire at this visit.

The examination of 261 pregnant women revealed BV in 50 women (19.6%); the diagnosis was confirmed by means of cytological examination. BV was diagnosed pursuant to Amsel's criteria and Nugent's scoring. These women were included into a case group (3 of them withdrew from the study later).

Vaginal lavage samples were obtained from October 2005 through April 2006 from 81 women who were between the 18th and 22nd week of an uncomplicated singleton pregnancy. Among them, 34 women were of the control group (BV<sup>-</sup>), while 47 ones ill with BV were from the case group (BV<sup>+</sup>).

To collect vaginal lavage, a disposable sterile 10 ml syringe was filled with sterile physiological solution and the cervical os was washed with a stream of solution. Then the pooled lavage was aspirated from the posterior fornix and collected into 15 ml conical polypropylene tube. The tube transported on ice within 4 h of collection to Vilnius University Institute of Immunology. The samples of vaginal lavage were centrifuged at 1500 rpm for 14 min. The resulting supernatant was poured into 1.5 ml micro tube and frozen at - 80°C temperature.

#### *Cytokine IL-1 $\beta$ and IL-1ra measurement*

The supernatants of vaginal lavage samples were analyzed undiluted for IL-1 $\beta$  and IL-1ra concentrations by commercial RayBio Human IL-1 $\beta$  and RayBio Human IL-1ra ELISA kits (RayBiotech, Inc, USA) in accordance with manufacturer's recommendations. The values were converted to pg/ml (IL-1 $\beta$ ) or ng/ml (IL-1ra) by reference to a standard curve that was generated in parallel to all test samples. The limit of sensitivity was 0.3 pg/ml for IL-1 $\beta$  and 0.1 ng/ml for IL-1ra.

#### *Statistical analysis*

The statistical analyses were performed using the statistical programmes – *SPSS for Windows (version 8.0)*. Values of parameters with standart deviations and 95% confidence intervals (CI) were calculated. Differences between the groups were tested with the two-sample *t*-test for normal distribution, and the Mann-Whitney *U*-test when normality could not be assumed. The  $\chi^2$  (chi-square) test was used to test for differences in categorical variables. Differences were considered significant when the reliability level was  $p < 0.05$ .

Approval for the study was obtained from the Lithuanian Medical Ethics committee (No. 49, 2005-10-04)

at each participating center and all patients gave their informed consent after oral and written information.

#### *RESULTS*

Mean age in both groups was nearly similar (BV<sup>+</sup> – 27.7 years, BV<sup>-</sup> – 26.9 years) and did not differ statistically reliably (95% CI = 26.5 – 28.2). A majority of women tested were townswomen (80.2%, 65/81), among them 52.3% (34/65) were with BV<sup>+</sup>. Countryside women BV<sup>+</sup> made 81.3% (13/16). The women who live at the countryside were BV<sup>+</sup> more frequently in comparison with women living in towns ( $p < 0.05$ ,  $\chi^2=4.4158$ ). The level of education of women was very different. Three women (3.7%) had incomplete secondary education and all of these with BV<sup>+</sup>, 33 (40.7%) secondary education, 9 (11.1%) incomplete university and 36 (44.4%) university education. The majority of women in the BV<sup>+</sup> group had secondary education (24/47, 51.1%) and in the BV<sup>-</sup> group the majority of pregnant women had university education (20/34, 58.8%). BV frequency was reverse to index of the education of pregnant women ( $p < 0.05$ ,  $\chi^2=8.5064$ ).

The women in this study were employed in very different types of work. The majority of women were not exposed to harmful factors when working (BV<sup>-</sup> group 28/34; BV<sup>+</sup> group 31/47). The women in the BV<sup>+</sup> group were statistically reliably more frequently employed in shift works (BV<sup>-</sup> group  $n=1$ ; BV<sup>+</sup> group  $n=11$ ;  $p < 0.001$ ), and women in control group were statistically reliably more frequently working with computers (BV<sup>-</sup> group  $n=19$ ; BV<sup>+</sup> group  $n=6$ ;  $p < 0.001$ ) and their work was related with emotional stress (BV<sup>-</sup> group  $n=17$ ; BV<sup>+</sup> group  $n=8$ ;  $p < 0.001$ ).

The living conditions of women examined were also very different. In BV<sup>-</sup> group 21/34 (61.8%) of women had perfect living conditions, while the rest – satisfactory, and in BV<sup>+</sup> group only 12/47 (25.5%) of women had perfect living conditions, 30/47 (63.8%) – satisfactory and 5/47 (10.6%) –unsatisfactory ones ( $p < 0.001$ ,  $\chi^2=12.4087$ ).

The women in both groups used different methods of contraception before pregnancy. The women BV<sup>+</sup> used oral contraceptives more frequently. Their average duration of usage was  $35.2 \pm 11.53$  months (ranges 12-48 months). Besides, the BV<sup>+</sup> women used complex methods of birth control (intrauterine devices, spermicide and, especially, oral contraceptives) more frequently, too (Table 1).

Table 1 Contraception methods

Method of contraception	BV <sup>-</sup>		BV <sup>+</sup>		$\chi^2$ test	95% CI	P value
	n	%	n	%			
Intrauterine devices	1	2,9	4	8,5	1,0566	0,0348-3,0531	-
Oral hormonal contraception	4	11,8	14	29,8	3,7075	0,0931-1,0605	<0,05
Spermicides	3	8,8	13	27,7	4,4158	0,0658-0,9728	<0,05
Condom	7	20,6	12	25,5	0,2685	0,2623-2,1799	>0,05
Coitus interruptus	6	17,6	11	23,4	0,3943	0,2310-2,1292	>0,05

The mean age of the start of sexual life in pregnant women BV<sup>-</sup> group was  $19.2 \pm 2.63$  years (age range 15-29 years), while in pregnant women BV<sup>+</sup> was  $18.9 \pm 1.96$  years (age range 16 - 25 years). Pregnant women ill with BV proved to be more sexually active. Within the first pregnancy period a majority - 36.2% (17/47) had sexual partners 3 - 4 times a week, while control group pregnant women - 1 - 2 times, respectively (47.1%, 16/34). However, statistically reliable difference of sexual activity between groups was not found ( $p > 0.05$ ,  $\chi^2 = 6.2790$ ). The women of BV<sup>+</sup> group had a higher number of sexual partners within 6 month period before pregnancy. Even 27/47 BV<sup>+</sup> group women had 2 - 4 sexual partners before pregnancy; while only 4/34 control group women had 2 partners ( $p < 0.001$ ,  $\chi^2=18.2939$ ). During pregnancy the count of sexual partners from both groups did not significantly differ ( $p > 0.05$ ,  $\chi^2=3.8550$ ).

Education and different illnesses of sexual partners of both group women was evaluated according to data of anonymous questionnaire inquiry. 2/3 sexual partners of BV<sup>-</sup> group women had higher education (22/34, 64.8%), while in BV<sup>+</sup> group women sexual partners had higher education by less than 1/3 (15/47, 31.9%). Secondary education of partners dominated in investigational group (18/47, 38.3%), while 4 sexual partners even had no secondary education. The difference of both group indices proved to be statistically reliable ( $p < 0.05$ ,  $\chi^2=10.5086$ ). Sexual partners of BV<sup>+</sup> pregnant women within pregnancy were ill more frequently than partners of respective control group women. Attention is paid to the fact that among sexual partners of BV<sup>+</sup> women almost every fourth was ill with bladder inflammation (11/47, 23.4%), while sexual partners of BV<sup>-</sup> women, respectively, - 1/34, 2.9% ( $p < 0.05$ ,  $\chi^2 = 6.5460$ ).

While examining the influence of factors of gynaecological history on the development of BV, it has been detected that data of both groups regarding past gynaecological diseases differed greatly. Approximately one of five women in the control group was previously

ill with gynaecological inflammatory diseases (7/34, 20.6%). Approximately 3 of 4 women (35/47, 74.4%) of the BV<sup>+</sup> group were formerly ill with gynaecological diseases including pelvic inflammatory disease ( $n=16$ ,  $p < 0.05$ ,  $\chi^2=6.9883$ ), bartholinitis ( $n=18$ ,  $p < 0.05$ ,  $\chi^2=7.0205$ ).

The morbidity was similar in the BV<sup>+</sup> and BV<sup>-</sup> groups before pregnancy. A similar count of both group women indicated such diseases: anaemia, allergic rhinitis, myopia ( $p > 0.05$ ). 5/34 of the control group and 17/47 of case group women were ill with gastritis ( $p < 0.05$ ,  $\chi^2=4.5943$ ). Within pregnancy the women of both investigational groups were frequently ill with viral respiratory tract inflammation disease (rhinitis and pharyngitis). Frequently, anaemia, labial herpes, periodontitis, tonsillitis have been also diagnosed. BV<sup>+</sup> women were ill with the diseases mentioned slightly more frequently. However, differences of morbidity indices were not statistically reliable ( $p > 0.05$ ). Only BV<sup>+</sup> group women were significantly more ill with labial herpes (9/47, 19.1%) in comparison to the control group (1/34, 2.9%) ( $p < 0.05$ ,  $\chi^2=4.7891$ ).

Main anthropometric data (height, weight and body mass index - BMI) were registered at the beginning, at the end of the pregnancy and upon arrival for delivery. The mean anthropometric findings of healthy women and of BV<sup>+</sup> women were almost similar: the women were of average height 167.3 cm (ranges 157 - 180 cm); differences of body mass (at the beginning of pregnancy, mean 51 - 70 kg;  $p > 0.05$ ,  $\chi^2=2.0098$  and upon arrival for delivery 71 - 80 kg;  $p > 0.05$ ,  $\chi^2=1.5859$ ) and BMI were alike (respectively, mean 21.1 and 22.1). A slightly greater difference of BMI was observed in the subgroups of women who had BMI 30.0-35.0 before delivery. These findings were more frequent in the control group (17.6%), in comparison with BV<sup>+</sup> group (10.6%); however this difference is not statistically reliable ( $p > 0.05$ ).

All the women BV<sup>+</sup> had cervicovaginal discharge typical for this pathology; "indicator cells", intermediate



and pathological flora were found, the amine tests were positive. Statistically significant differences ( $p < 0.001$ ) were detected while comparing these results with those of the control group. During pregnancy vaginal discharge pH of all women in BV<sup>-</sup> group (100%) proved to be less than 4.50, while in BV<sup>+</sup> group during the first control (pregnancy < 12 weeks) 74.5% (35/47) women pH was > 4.5, during 18-22 weeks – 80.9% (38/47), 28-34 weeks – 40.4% (19/47), 35-40 weeks – 44.7% (21/47) and upon arrival for delivery – 53.2% (25/47). The values of pH in women BV<sup>+</sup> were found to be increased throughout pregnancy, from the beginning until delivery ( $p < 0.001$ ). A smaller amount of lactobacteria and greater numbers of flora characteristic for this pathology (*Gardnerella vaginalis* and *Mobiluncus* morphologic types) were found to be present in vaginal secretions of BV<sup>+</sup> women. While comparing with the respective data of the control group in all cases significant differences have been detected ( $p < 0.001$  in either case).

All 34 women of the control group and 47 women of the case group underwent cytokine concentration examination at 18<sup>th</sup> – 22<sup>nd</sup> week of pregnancy. Cytokine IL-1 $\beta$  was not found in the vaginal lavage of the BV<sup>-</sup> group women; cytokine IL-1 $\beta$  was always found in vaginal lavage of women BV<sup>+</sup>, mean concentration – 2.0 pg/ml ( $p < 0.001$ ). Cytokine IL-1ra concentration in the control group was found to be of very small levels only; the BV<sup>+</sup> group showed mean 49879.0 ng/ml ( $p < 0.001$ ) IL-1ra concentration (Table 2).

### DISCUSSION

According to investigational results BV has been diagnosed for 50 pregnant women (19.16%). A similar BV frequency during pregnancy (15-20 of pregnant women) has been indicated also by other authors [5-7]. Demography factors, such as age of pregnant women, have no influence on BV beginning. However, such factors as living at the countryside, lower education,

and shift work are closely related to BV frequency ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.05$  and  $p < 0.001$ , respectively). These data indicate that the quality of conditions of life as well as BV frequency are closely related – BV women lived under statistically reliably worse conditions of life ( $p < 0.001$ ). Thus, it's not only attitude to hygiene culture but also possibility to satisfy these hygiene needs that is closely related to BV frequency. Similar data are indicated by other authors [8].

According to literature data, the influence of oral contraceptives on BV rise is estimated controversially. Some of the authors, all together, deny correlation between usage of oral contraceptives and BV frequency [9]. However, this study proves to determine statistically reliable index differences for frequency of oral contraceptives and spermicide use (for either cases  $p < 0.05$ ).

Some clinical observations have suggested that, in cases of BV, treatment of the sexual partner may reduce the risk of recurrence; however, the topic is still controversial [10]. In this study, the number of sexual partners, but not the number of intercourses, was associated with an increased risk of BV. Women having more sexual partners before pregnancy were frequently diagnosed as disturbed vagina microflora during investigation ( $p < 0.001$ ). Similar results are indicated by other authors [8].

It's paid attention to the fact that sexual partners of BV<sup>+</sup> pregnant women were of lower education than those of ones of control group women ( $p < 0.05$ ). This confirms a general tendency – education is related to medical personal culture and its attitude to hygiene requirements. Besides, morbidity of sexual partners during women pregnancy was more frequent in case group. Especially frequent disease of sexual partners was cystitis ( $p < 0.05$ ).

References indicate that treatment with antibiotics is directly related to BV frequency, especially, when antibiotics are prescribed for gynaecological

Table 2 Mean cytokines IL-1 $\beta$  (pg/ml), IL- 1ra (ng/ml) concentrations of vaginal lavage at pregnancy 18 – 22 weeks

Cytokines	BV <sup>-</sup>		BV <sup>+</sup>		P value (according to Wilcoxon - Man-Whitney U test)
	Median (25%,75%)	Min-max	Median (25%,75%)	Min-max	
IL-1 $\beta$	0 (0.0; 0.0)	0.0-0.0	2,0 (0.3; 8.6)	0.0-95.9	< 0.05 (statistical value = 741.0000)
IL-1ra	8349.5 (2600.0; 15737.0)	239.0- 54737.0	49879.0 (17501.0; 138615.0)	2600.0- 551470.0	< 0.001 (statistical value = 788.0000)
IL-1ra/ IL-1 $\beta$	0 (0.0; 0.0)	0.0-0.0	13835.0 (6059.0; 38611.0)	1360.0- 1634738.0	< 0.001 (statistical value = 595.0000)



inflammatory diseases [1]. Women of case group were more frequently ill with pelvic inflammatory disease and Bartholinitis (in either cases  $p < 0.05$ ). In the past the women were treated with antibiotics. It explains close correlation of former inflammatory gynaecological diseases and BV.

Morbidity of women investigated before and during pregnancy, ill with different general diseases in case as well as in control group was similar. However, attention must be paid to the fact that pregnant women with BV statistically reliable were more frequently ill with gastritis ( $p < 0.05$ ), as it was indicated by other authors [11]. During pregnancy BV<sup>+</sup> pregnant women were statistically reliably ill with labial herpes more frequently than those of control group ( $p < 0.05$ ).

On the basis of present data we may conclude that anthropometric parameters (height, body mass, BMI) do not effect the rise of BV. Some authors indicate that BV is influenced by obesity [1]. In this investigation obesity at the beginning of pregnancy has been detected only for one pregnant woman in case group.

Increased vaginal discharge pH is a typical criterion of BV diagnostics. This is also affirmed by increased pH in BV<sup>+</sup> group during pregnancy ( $p < 0.001$ ). In one's turn, increased pH induces further growth of anaerobic bacteria as well as disappearance of physiological lactobacteria [12, 13]. In women investigated, ill with BV, during pregnancy in vaginal discharge less lactobacteria and significantly more microorganisms, peculiar to vaginosis have been detected – *Gardnerella vaginalis* and *Mobiluncus* morphotypes. As compared to respective parameters of control group women, in all cases statistically significant difference has been detected. A majority of authors also indicate that *Gardnerella vaginalis* and *Mobiluncus* dominate in bacterial vaginosis ecosystem [12, 14-16].

Special attention during the present investigation was paid to evaluation of cytokine IL-1 $\beta$  and IL-1ra concentration in the fluid of vaginal lavage. On basis of reference, in vaginal lavage of healthy pregnant women cytokine IL-1 $\beta$  was not detected at all [15]. According to data of this investigation, in the fluid of vaginal lavage of control group women cytokine IL-1 $\beta$  has also not been found, while in lavage of pregnant women BV<sup>+</sup> cytokine IL-1 $\beta$  has always been detected, average concentration – 2.0 pg/ml ( $p < 0.001$ ). The ability of BV-associated endotoxins to induce cytokine production in monocytic cells may partly explain the increased IL-1 $\beta$  levels. References indicate that BV<sup>+</sup> women (pregnant and non pregnant) have significantly

higher cytokine IL-1 $\alpha$  and IL-1 $\beta$  concentrations in their cervicovaginal discharge than BV<sup>-</sup> women [12, 14]. Cytokine IL-1ra concentration in secretion of vagina and cervix of pregnant women is an informative index. While this cytokine is antagonist of cytokine IL-1 receptor, the decrease of their ratio of concentration in vaginal discharge indicates disbalance of the cytokines secretion and may be estimated as index of inflammation or intrauterine infection.

Potential limitations of this study should be considered. Firstly, this is a little number from the investigated pregnant women (total  $n=261$ , later of them 47 with BV<sup>+</sup> and 34 BV<sup>-</sup>). Secondly, living conditions, sexual life-style, and morbidity, of women and their sexual partners were assessed according to the data of the anonymous questionnaire inquiry, which, in our opinion, could bring in subjectivity and do not fully reflect the real situation.

#### CONCLUSION

Social factors (education, living conditions), history of gynaecological diseases, peculiarities of sexual life-style are important risk factors for development of BV; however, the age and anthropometric status have no influence on development of BV. The increase of pH of vaginal discharge, decrease of lactobacteria counts and increase of *Gardnerella vaginalis* and *Mobiluncus* counts microorganisms are reliable diagnostic signs of bacterial vaginosis. Reliable correlation between diagnostic criteria of BV and concentration of cytokines IL-1 $\beta$ , IL-1ra in fluid of vaginal lavage was established. Higher levels of cytokines in the vaginal lavage of pregnant women may lead to detection of lower genital tract infection.

#### References

1. Chiaffarino F, Parazzini F, De Besi P, Lavezzari M. Risk factors for bacterial vaginosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117(2):222-226.
2. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaidler A, Egarter C, Husslein P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2003; 189(1):139-147.
3. Mattsby-Baltzer I, Platz-Christensen JJ, Hosseini N, Rosen P. IL-1beta, IL-6, TNFalpha, fetal fibronectin, and endotoxin in the lower genital tract of pregnant women with bacterial vaginosis. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77(7):701-706.
4. Cauci S, Driussi S, Guaschino S, Isola M, Quadrioglio F. Correlation of local interleukin-1beta levels with specific IgA response against Gardnerella vaginalis cytolyisin in women with bacterial vaginosis. AJRI 2002; 47:257-264.
5. McGregor JA, French JI. Bacterial vaginosis in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2000; 55:1-19.
6. Sobel JD. Bacterial vaginosis. Ann Rev Med 2000; 51:349-356.

7. Ugwumadu AH. Bacterial vaginosis in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002; 14:115-118.
8. Morris M, Nicoll A, Simms I, Wilson J, Catchpole M. Bacterial vaginosis: a public health review. *BJOG* May 2001; 108(5):439-450.
9. Calzolari E, Masciangelo R, Milite V, Verteramo R. Bacterial vaginosis and contraceptive methods. *Int J Gynaecol Obstet* 2000 Sep; 70(3):341-346.
10. Hamrick M, Chambliss ML. Bacterial vaginosis and treatment of sexual partners. *Arch Fam Med* 2000; 9:647-648.
11. Forsum U, Holst E, Larsson PG, Vasquez A, Jakobsson T, Mattsby-Baltzer I. Bacterial vaginosis – a microbiological and immunological enigma. *APMIS* 2005; 113:81-90.
12. Cauci S, Guaschino S, De Aloysio D, Driussi S, De Santo D, Penacchioni P et al. Interrelationships of interleukin-8 with interleukin-1beta and neutrophils in vaginal fluid of healthy and bacterial vaginosis positive women. *Mol Hum Reprod* 2003; 9:53-58.
13. Saji F, Nonaka M, Pawankar R. Expression of RANTES by IL-1 beta and TNF-alpha stimulated nasal polyp fibroblasts. *Auris Nasus Larynx* 2000; 27(3):247-252.
14. Donders GG, Bosmans E, Dekeersmaecker A, Vereecken A, Van Bulck B, Spitz B. Pathogenesis of abnormal vaginal bacterial flora. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:872-878.
15. Andrews WW, Hauth JC, Goldenberg RL. Infection and preterm birth. *Am J Perinatol* 2000; 17:357-365.
16. Schwebke JR. Bacterial vaginosis. *Curr Infect Dis Rep* 2000; 2:14-17.

#### BAKTERINĖ VAGINOZĖ: RIZIKOS FAKTORIAI IR MAKŠTIES NUOPLOVŲ CITOKINAI IL-1 $\beta$ , IL-1 $\alpha$

Daiva Bartkevičienė, Irena Dumalakienė, Mindaugas Šilkūnas, Gražina Drąsutienė, Audronė Arlauskienė, Jolita Zakarevičienė

Santrauka

**Raktažodžiai:** bakterinė vaginozė, rizikos faktoriai, citokinas IL-1 $\beta$ , citokinas IL-1 $\alpha$ .

**Įvadas.** Šio darbo tikslas – išnagrinėti bakterinės vaginozės (BV) rizikos faktorius, įvertinti citokinių IL-1 $\beta$  ir IL-1 $\alpha$  koncentraciją nėščių moterų makšties nuoplovoje ir jų sąsają su BV.

**Priemonės ir metodai.** Paimtos 81 nėščios moters makšties nuoplovos. Tiriamųjų moterų nėštumas – nuo 18-os ir 22-os nekomplikuoto vienvaišio nėštumo savaitės. BV buvo diagnozuojama remiantis Amsel kriterijais ir Nugent vertinimo sistema. Citokinai matuoti imunologinės reakcijos būdu.

**Rezultatai.** Gyvenamoji vieta, išsilavinimas, darbo ir gyvenimo sąlygos, ginekologinė anamnezė padidino galimybę susirgti BV. Citokinių IL-1 $\beta$  nerasta moterims, nesergančioms BV; citokinas IL-1 $\beta$  sergančių BV makšties nuoplovoje visada nustatytas. Citokino IL-1 $\alpha$  koncentracija buvo didesnė sergančiųjų BV nuoplovoje.

**Išvados.** Socialiniai faktoriai, ginekologinių ligų anamnezė, seksualinio gyvenimo ypatumai turi įtakos BV išsivystymui. Didesni citokinių kiekiai nėščių moterų makšties nuoplovoje gali padėti nustatyti apatinių lytinių takų infekciją.

**Adresas susirašinėti:** [daivabartk@gmail.com](mailto:daivabartk@gmail.com)

Gauta 2011-07-22



# ATTITUDE OF DOCTORS AND NURSES OF CENTRO AND ŠEŠKINĖ OUTPATIENT CLINICS TO IMPLEMENTATION OF INFORMATION TECHNOLOGIES DEPENDING ON THEIR AGE AND JOB

**AUDRONĖ JUODAITĖ-RAČKAUSKIENĖ<sup>1,2</sup>, JONAS KAIRYS<sup>1,3</sup>, KĘSTUTIS ŠTARAS<sup>2,4</sup>**

<sup>1</sup>Vilnius University, Faculty of Medicine, <sup>2</sup>“Centro poliklinika” Outpatient Clinic, <sup>3</sup>Šeškinė Outpatient Clinic, <sup>4</sup>Mykolas Romeris University

## INTRODUCTION

E-health covers facilities based on information and communication technologies which are used by health care institutions in order to ensure and improve monitoring of patients health condition, diagnostics and prevention (1).

According to the data of the study conducted by the Department of Statistics, at the beginning of 2011 almost all (99.6 percent) of health care and social work institutions with 10 and more staff used computers and internet in the daily routine work. At the beginning of 2011, there were 21.1 computers per 100 personnel, 38.4 percent of the staff of health care and social work institutions used computer and 35.6 percent used internet at least once in a week (31.4 and 29 percent respectively in 2009). 63.3 percent of the institutions possessed local computer networks (51.9 percent in 2009). Key areas of computer use includes administration of activities of the institutions (85.3 percent of the total), monitoring of public health, preparation of statistical reports for Patients Funds under the Ministry of Health (64.9 percent), and management of functional activity maintenance (34.8 percent) (2).

The current health system in conjunction with e-health provides for equal opportunities for the personnel to access medical information (text files and images) in a convenient and safe manner in compliance with regulations and laws (3). Information technologies ensure contact possibilities between patients and health care service providers, make it possible to transfer data from one institution to another, and provide for communication among patients and health care specialists. It also encompasses health care information networks, electronic medical records, telemedical services, and personal wearable and portable patient

monitoring devices and patient assistance communication systems. E-health media can help ensure that any vital information related to health is immediately accessible at the required location. This gains a special relevance in view of ever increasing international mobility of people and patients (4, 5, 6).

Information technologies are primarily used to satisfy needs of information usage and to avoid errors in medical records, and to create detailed and comprehensive electronic medical records at low time expenditure (7,8).

Electronic medical records not only brought a number of innovations into the health system but also reformed health care by facilitating provision and management of health care services. Notwithstanding the positive contribution of information technologies, there remain a number of legal, ethical and financial questions to be answered at the present which impede universal acceptance and use of e-health media. Many stakeholders in the world have initiated discussion of these issues at the national forum by identifying main priorities and seeking that widespread, safe and effective information technologies might help restructure health care (9,10).

The European Union seeks to create the European e-Health space. The specific tasks identified for this purpose include development of a standardised system of electronic medical records to promote information exchange and standardisation, establishment of health care information networks linking health care service provision facilities. In order to successfully implement these purposes, it is necessary that implementation strategies and projects take into account requirements of population, patients and health professionals and induce their involvement (1).

“Centro poliklinika” and Šeškinė Outpatient Clinics of the City of Vilnius have implemented information technologies which are used on a daily basis by medical personnel for provision of fast, safe and affordable health care services to patients.

The **objective of this study** is to study opinions of doctors and nursing staff on information technologies implemented in Centro and Šeškinė outpatient clinics and determine whether implementation and development of information technologies in health care establishments have met expectations of the personnel in relation to their age and job.

#### *STUDY MATERIALS AND METHODOLOGY.*

The study was conducted at the largest personal health care institutions in the City of Vilnius, namely Centro and Šeškinė outpatient clinics. The study in the form of anonymous survey was conducted in the mentioned institutions in January to March 2010. Doctors and nursing staff using information technologies for the provision of health care services in their job took part in the survey. The objective of the study was explained to each respondent. Total number of 339 respondents participated in the survey. 145 completed questionnaires were produced in Centro outpatient clinic and 194 questionnaires in Šeškinė outpatient clinic. Analysis of the questionnaires showed that not every respondent gave answers to all the questions, therefore the number of answers to the questions might be less.

Respondents were asked for demographic details (age, gender, speciality, and place of employment) in the survey. The questionnaire reflected the opinions of doctors and nursing staff on the influence of technological information on provision of personal health care services, accessibility and quality of such services, and on computer literacy of medical staff, the questionnaire also included the question whether availability of information technologies in the health care establishment had any influence on the choice of such establishment as a place of one's job. The data obtained were analysed in terms of differences in age, speciality and employer.

The findings were entered into the database and statistical analysis of data was performed by means of SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) software package. The data were processed to obtain absolute values and percentage values. When comparing several discrete values non-parametric criterion  $\chi^2$  was

applied irrespective of which scale (nominal or ordinal) such values belong to. Difference between processed values was deemed significant when  $p < 0.05$ .

In accordance with the rules of analysis of variance, respondents were split into four ordinal groups based on age: under 30 years, 31-40, 41-50, 51-60 and 61 and over years of age; according to speciality: doctor, nurse; and based on employer: Centro and Šeškinė outpatient clinics. Doctors account for 41.4 % and nurses for 58.6 % of those involved in the survey.

The survey involved the medical staff which use information technologies implemented in office on a daily basis for the purpose of rendering personal health care services.

#### *RESULTS*

Respondents were asked whether use of information technologies in job facilitate rendering of health care services. 52.2 percent doctors and 48.9 percent nurses employed with Centro outpatient clinic, and 47.8 percent doctors and 51.1 percent nurses in Šeškinė outpatient clinic said that use of information technologies in job highly facilitated rendering of health care services. The findings show that there is not any material difference between doctors and nurses attitudes (Table 1). Information technologies implemented in the outpatient clinics were evaluated positively, however, distribution in age groups is uneven: 72.7 percent of the doctors in the age group 31-40 in Centro outpatient clinic and 60.0 percent in the age group 41-50 in Šeškinė clinic believe that use of information technologies in job highly facilitate rendering of health care services; while 75.0 percent of the doctors in the age group 61 and over in Centro outpatient clinic and 70.0 percent in the age group 51-60 in Šeškinė clinic state that use of information technologies in job facilitate rendering of health care services on the average. 50.0 percent of the doctors in the age group 51-60 in Centro outpatient clinic and 91.7 percent in the age group 41-50 in Šeškinė clinic state that use of information technologies influence provision of such services in part. 80.0 percent of the nurses in the age group 51-60 and 60.0 percent in the age group 61 and over in Šeškinė outpatient, and 57.1 percent of the nurses in the age group 41-50 in Centro outpatient clinic maintain that use of information technologies in job facilitate rendering of health care services only to partial extent. 88.9 percent of the nursing staff in 41-50 age

group employed at Šeškinė clinic said that provision of health care services improved on the average. 75.0 percent of the nurses in the age group 61 and over in Centro outpatient clinic, and 54.5 percent of the nursing staff under 30 years age employed with this clinic, and 45.5 percent nurses under the age of 30 in Šeškinė clinic, and 55.6 percent in the age group 31-40 of this clinic said that owing to implementation of information technologies rendering of health care services had improved highly. The findings show that opinions of various age respondents in both clinics differ ( $p < 0.05$ ).

**Table 1. Distribution of respondents by specialisation and place of employment when answering to the question whether use of information technologies in job facilitate provision of health care services**

Specialisation*	Evaluation	Employer**		Total N, percent
		Centro clinic N, percent	Šeškinė clinic N, percent	
Doctors	highly	36 52.2%	33 47.8%	69 100.0%
	on average	13 43.3%	17 56.7%	30 100.0%
	in part	10 31.3%	22 68.8%	32 100.0%
	did not facilitate at all	2 28.6%	5 71.4%	7 100.0%
	don't know	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
	<b>Total</b>		61 43.9%	78 56.1%
Nurses	highly	44 48.9%	46 51.1%	90 100.0%
	on average	10 29.4%	24 70.6%	34 100.0%
	in part	22 36.7%	38 63.3%	60 100.0%
	did not facilitate at all	2 33.3%	4 66.7%	6 100.0%
	don't know	1 20.0%	4 80.0%	5 100.0%
	<b>Total</b>		79 40.5%	116 59.5%

\* $\chi^2=11,421$ ;  $p=0.179$ ; \*\* $\chi^2=10,016$ ;  $p=0.040$

The medical personnel have to use computer constantly when rendering health care services. The medical personnel of Šeškinė outpatient clinic evaluated their computer literacy better: 66.7 percent of the doctors and 60.0 percent of the nurses believe that they have a very high computer literacy. Mere 33.3 percent of the doctors and 40.0 percent of the nurses in Centro clinic said that they had a high-level computer literacy. Computer literacy of the respondents was appraised in relation to age. The results show that the doctors in the age group 31-40 of both Centro and Šeškinė clinics (50.0 percent each) deemed their computer literacy very high. Computer literacy as average is evaluated by 77.8 percent of respondents in the age group 61 and over in Centro clinic, and 66.7 percent of respondents under 30 years of age in Šeškinė clinic. 50 percent of the respondents in the age group 51-60 in both clinics evaluate their computer literacy as adequate (sufficient) for the purpose of provision of health care services.

The nursing staff also use computer for their job of providing health care services to patients. Nurses rate their computer literacy positively, too: as high as 75 percent of respondents in the age group 31-40 in Centro clinic and 75 percent in the age group 41-50 in Šeškinė clinic rated their computer literacy as very high. 66.7 percent of the nurses under 30 in Centro clinic and 78.9 percent in the age group 31-40 in Šeškinė clinic evaluated their computer literacy as average. 66.7 percent of the nursing staff of 60 and over in Centro clinic and 76.0 percent in the age group 51-60 in Šeškinė clinic have an adequate (sufficient) computer literacy. The findings show that evaluation of computer literacy of nursing staff in both clinics does not depend on age and place of employment ( $p > 0,05$ ).

The information technologies implemented in the clinics have made material changes in the jobs of medical staff; therefore the respondents were asked whether there was need for development and expansion of information technologies in their respective medical institution. The findings show that 49.5 percent of doctors and 45.5 percent nurses in Centro clinic, and 50.5 percent doctors and 54.5 percent nurses in Šeškinė clinic think that development of information technologies is necessary in their job (outpatient clinic). 70.0 percent of doctors in the age group 31-40 and 72.2 percent in the age group 61 and over in Centro clinic, and 61.5 percent doctors in the age group 41-50 and 51-60 percent in Šeškinė clinic think that development of information technologies is necessary



in their clinic ( $p < 0.05$ ). 77.8 percent of nurses of 61 years old and over and 66.7 percent of those under 30 years in Centro clinic, and 60.6 percent in the age group 41-50 and 60.3 percent in the age group 51-60 in Šeškinė clinic said that such development was necessary.

One of the aims of implementing information technologies in outpatient clinics is improvement of accessibility of health care services for patients. 51.5 percent of doctors and 53.4 percent of nurses employed in Centro clinic said that information technologies had improved accessibility and quality of personal health care services. 69.9 percent of the doctors in Šeškinė clinic believe that information technologies do not influence accessibility and quality of personal health care services. 64.2 of the nursing staff in Šeškinė outpatient clinic said that information technologies had improved accessibility and quality of personal health care services in part ( $p < 0.05$ ).

The findings show that majority of respondents, depending on age, had a positive attitude towards impact of information technologies: 85.7 percent of the doctors in the age group 31-40, 83.3 percent in the age group 61 and over, and 50 percent in each age group under 30 and 51-60 in Centro outpatient clinic; in Šeškinė clinic - 69.2 percent of the doctors in the age group 41-50 and 50.0 percent in the age group 51-60, said that information technologies had improved accessibility and quality of personal health care services in the clinic. 66.7 percent of the doctors in the age group 31-40 in Šeškinė clinic said that information technologies had improved accessibility and quality of personal health care services in part. Attitude of the nursing staff proved positive as well: 75.0 percent of those over 60 and 58.3 percent in the age group under 30 in Centro clinic, and 50.0 percent of the respondents in each age group 31-40 and 41-50 in both clinics said that information technologies implemented in the clinic had improved accessibility and quality of health care services. 76.0 percent of the nurses between 51-60 years of age in Šeškinė clinic said that it had improved partially.

Appointment of a patient for the next visit or physician's consultation at a doctor's office bypassing the reception desk by using information technologies was positively rated 50.5 percent of doctors and 45.6 nurses in Centro outpatient clinic; while in Šeškinė outpatient clinic 70.4 percent of doctors and 66.1 percent of nurses think that information technologies partly improved this service for patients ( $p < 0.05$ ).

70.0 percent of the doctors in the age group 31-40, 50.0 percent in the age group under 30 and 68.8 percent of those over 61 in Centro clinic, and 62.2 percent of the doctors in the age group 41-50, 50 percent in the age group under 30 in Šeškinė clinic said that information technologies had improved the service of a patient's appointment to a specialist. 66.7 percent of the nurses in the age group 61 and over, 56.3 percent under 30, and 41.7 percent of those in the age group 41-50 employed in Centro clinic said that information technologies had improved the service of a patient's appointment to a specialist. 61.3 percent of the nursing staff in the age group 31-40, 58.3 percent in the age group 41-50, and 43.8 percent in the age group under 30 in Šeškinė clinic also said that this service had improved due to implementation of information technologies.

Following analysis of the findings of the facility to remind a patient of a visit to a doctor by SMS or e-mail which has been created thanks to information technologies, we have found that 48.3 percent of the doctors and 41.6 percent of the nurses in Centro clinic believe that this service is relevant; 77.8 percent of the doctors and 61.2 percent of the nurses in Šeškinė clinic think that this service is superfluous.

Reminding a patient of a visit by SMS message or e-mail is deemed relevant by 85.7 percent of the doctors of 61 and over, 80.0 percent of those in the age group 31-40, 60 percent in the age group 51-60 in Centro outpatient clinic; and 54.2 percent of the doctors in the age group 41-50 in Šeškinė clinic. This service is deemed superfluous by 52.9 percent doctors in the age group 51-60 in Šeškinė clinic. 58.3 percent of the nurses in the age group under 30, 46.2 in the age group 31-40 in Centro clinic, and 71.4 percent of the nursing staff in the age group 51-60, 62.5 percent in the age group 41-50, 58.3 percent in the age group 31-40, and 41.7 percent in the age group under 30 in Šeškinė clinic said that reminding a patient of a visit by SMS message or e-mail was relevant. 44.4 percent of the nurses 61 and over, 38.9 percent in the age group 41-50, and 38.2 percent in the age group 51-60 in Centro clinic said that this service was irrelevant ( $p < 0.05$ ).

A positive impact of information technologies on the change effect in a job, on the quality of rendered services, justification of expectations of the personnel is reflected by the respondents' attitudes towards the impact upon choice of one's place of employment made by availability of information technologies.

56.7 percent of the doctors in Šeškinė clinic and 42.3 percent of the nurses in Centro clinic said that availability of information technologies in a health care establishment did influence the choice of such clinic as a place of employment, however, 48.1 percent of the doctors in Centro clinic and 58.2 percent of the nurses in Šeškinė clinic said that availability of information technologies in a health care establishment did not have any influence on the choice of a place of employment ( $p < 0,05$ ).

The findings show that opinions of the respondents of the impact on the choice of a place of employment made by availability of information technologies in a clinic vary depending upon the age group. 50 percent of the doctors in the age group 31-40 in both Centro and Šeškinė outpatient clinics said that availability of information technologies in a clinic had influenced their choice of a particular clinic as a place of employment. 77.8 percent of the doctors in the age group 61 and over in Šeškinė clinic, and 77.8 percent of the doctors in the age group 61 and over, 45.8 percent in the age group 41-50 in Centro clinic also said that availability of information technologies in a clinic had influenced their choice of it as a place of employment. 64.7 percent of the doctors in the age group 51-60 in Centro clinic and 84.2 percent of the doctors in the age group 41-50 in Šeškinė clinic said that availability of information technologies had not influenced their choice of a place of employment. 73.3 percent of the nursing staff in the age group 41-50, 66.7 percent in the age group 61 and over and 63.6 percent in the age group 31-40 in Šeškinė clinic, and 47.5 percent of the nurses in the age group 51-60 in Centro clinic also agree with the statement that availability of information technologies in a clinic influences their choice of a place of employment. Assessment by the nursing staff under 30 years of age in both clinics is similar: one-half of the respondents in this age group stated that availability of information technologies had influenced their choice of the clinic as a place of employment. However, 50.0 percent of the nurses in the age group 31-40, 46.2 percent in the age group 41-50 in Centro clinic, and 100 percent of the nursing staff in the age group 51-60 in Šeškinė clinic believe to the contrary, i.e. no influence. The findings show that opinions of the medical staff on the choice of a place of employment in both clinics do not correlate with the age group ( $p > 0,05$ ), however, the current job where information technologies are available does influence opinions of the staff ( $p < 0,05$ ), (Table 2).

Table 2. Breakdown of respondents by specialisation and age in respect of the question whether availability of information technologies in the health care establishment has any influence of its choice as a place of employment

Specialisation*	Answer	Age**		Employer***		Total N, percent
				Centro clinic N, percent	Šeškinė clinic N, percent	
Doctors	influence	under 30		1	1	2
				50.0%	50.0%	100.0%
		31-40		3	3	6
				50.0%	50.0%	100.0%
		41-50		11	13	24
				45.8%	54.2%	100.0%
51-60		4	14	18		
		22.2%	77.8%	100.0%		
61 and over		7	2	9		
		77.8%	22.2%	100.0%		
		Total		26	33	59
				44.1%	55.9%	100.0%
	no influence	Age under 30		0	3	3
				.0%	100.0%	100.0%
		31-40		4	0	4
				100.0%	.0%	100.0%
		41-50		3	16	19
				15.8%	84.2%	100.0%
51-60		11	6	17		
		64.7%	35.3%	100.0%		
61 and over		8	1	9		
		88.9%	11.1%	100.0%		
		Total		26	26	52
				50.0%	50.0%	100.0%
	don't know	Age 31-40		2	2	4
				50.0%	50.0%	100.0%
		41-50		1	7	8
				12.5%	87.5%	100.0%
		51-60		5	3	8
				62.5%	37.5%	100.0%
61 and over		1	3	4		
		25.0%	75.0%	100.0%		
		Total		9	15	24
				37.5%	62.5%	100.0%

Nurses	influence	Age	under 30	6	6	12
						50.0%
			31-40	8	14	22
				36.4%	63.6%	100.0%
			41-50	4	11	15
				26.7%	73.3%	100.0%
			51-60	19	21	40
				47.5%	52.5%	100.0%
			61 and over	2	4	6
				33.3%	66.7%	100.0%
		Total		39	56	95
				41.1%	58.9%	100.0%
	no influence	Age	under 30	4	1	5
				80.0%	20.0%	100.0%
			31-40	9	9	18
				50.0%	50.0%	100.0%
			41-50	6	7	13
				46.2%	53.8%	100.0%
			51-60	0	15	15
				.0%	100.0%	100.0%
			61 and over	4	0	4
				100.0%	.0%	100.0%
		Total		23	32	55
				41.8%	58.2%	100.0%
	don't know	Age	under 30	1	0	1
				100.0%	.0%	100.0%
			31-40	3	9	12
				25.0%	75.0%	100.0%
			41-50	4	7	11
				36.4%	63.6%	100.0%
			51-60	6	9	15
				40.0%	60.0%	100.0%
			61 and over	1	1	2
				50.0%	50.0%	100.0%
		Total		15	26	41
				36.6%	63.4%	100.0%

\* $\chi^2=5,116$ ;  $p=0.276$ ; \*\* $\chi^2=6,604$ ;  $p=0.580$ ; \*\*\* $\chi^2=1,458$ ;  $p=0.0482$

### DISCUSSION OF THE RESULTS

Majority of the doctors and nursing staff employed with Centro and Šeškinė outpatient clinics have a positive attitude towards use of information technologies in job and maintain that it highly facilitates provision of health care services. The results show that information

technologies implemented in the mentioned outpatient clinics are evaluated positively by both doctors and nurses without any material difference, however, distribution by age groups is uneven: the highest satisfaction by influence of information technologies on provision of health care services is demonstrated by majority of doctors in the age group 31-40 and two-thirds of the doctors in the age group 41-50 in Šeškinė clinic. Large majority of the doctors in the age group 61 and over in Centro clinic and in the age group 51-60 in Šeškinė clinic have similar attitudes stating that information technologies have facilitated provision of health care services on the average degree. One-half of the doctors in the age group 51-60 in Centro clinic and majority (91.7 percent) of the doctors in the age group 41-50 in Šeškinė clinic were critical and said that they were satisfied partly. The nursing staff under 30 years of age in both institutions had similar attitudes; younger nurses had a positive attitude towards impact of information technologies on provision of health care services. Also, sizable majority of the nurses in the age group 61 and over in Centro outpatient clinic and more than half of the nurses in the age group 31-40 in Šeškinė clinic noted a significant positive impact of information technologies. However, majority of the nursing staff in the age groups 51-60 and 61 and over in Šeškinė clinic was critical and stated that information technologies only partially facilitated provision of health care services. The nursing staff in the age group 41-50 in both clinics had differing attitudes: majority in Šeškinė clinic said that provision of health care services had improved on the average scale, and more than half in Centro clinic said that improvement had been only partial.

The medical staff have to use computer for the purpose of provision of health care services. Majority of the doctors and nurses in Šeškinė clinic believe that they have a very high computer literacy. Mere one-third of the doctors and less than half of the nurses in Centro clinic said that they had a high computer literacy. The medical personnel of Šeškinė clinic rated their computer literacy better than those in Centro clinic; however, there is no material difference. The results show that one-half of the doctors in the age group 31-40 in both Centro and Šeškinė clinics evaluated their computer literacy as very high. Computer literacy as average is rated by majority doctors in the age group 61 and over in Centro clinic and in the age group under 30 in Šeškinė clinic. Half of the respondents in the age group 51-60 in both Centro and Šeškinė clinics rated their computer literacy as adequate for the purpose of provision of personal health care services to patients. The nursing staff

is also using computer in their job when providing personal health care services to patients. Nurses rate their computer literacy as positive as well: majority in the age group 31-40 in Centro clinic and in the age group 41-50 in Šeškinė clinic rated their computer literacy as very high. More than half of the nurses in the age group under 30 in Centro clinic and majority in the age group 31-40 in Šeškinė clinic rate their computer literacy as average. Majority of the nursing staff in the age group 61 and over in Centro clinic and 51-60 in Šeškinė clinic have an adequate (sufficient) computer literacy. The findings show that evaluation of computer literacy by the medical staff of both outpatient clinics does not depend upon age and job.

Information technologies implemented in the outpatient clinics have made material changes in the jobs of medical staff and respondents have positive attitude to the development of information technologies in their medical establishments. The findings show that one-half of the doctors and nurses employed in Centro and Šeškinė outpatient clinics support development of information technologies at their job. Majority of the doctors in the age group 31-40 and 60 and over in Centro clinic and more than half of the respondents in the age group 41-50 and one-half in the age group 51-60 in Šeškinė clinic have positive attitude towards development of information technologies in their clinic. The nursing staff are also satisfied with implementation of information technologies in their clinics. More than half of the nurses in the age group under 30 and majority of those 60 and over in Centro clinic, and more than half of the nursing staff in the age groups 41-50 and 51-60 in Šeškinė clinic have positive attitude towards development of information technologies.

By implementing information technologies in outpatient clinics accessibility of health care services to clients is expected to improve. More than half of the doctors and nurses in Centro clinic said that information technologies had improved accessibility and quality of health care services. More than half of the doctors of Šeškinė clinic, however, believe that information technologies had not influenced accessibility and quality of health care services, and more than half of the nursing staff of Šeškinė clinic think that information technologies had improved accessibility and quality of health care services only to a partial degree.

The findings show that majority of respondents, depending on age, have positive attitude towards impact of information technologies upon accessibility and quality of health care services. Large majority of the doctors in the age groups 31-40 and 60 and over

employed in Centro clinic, and doctors in the age group 41-50 in Šeškinė clinic said that they had noticed the influence of information technologies on improvement of accessibility and quality of health care services. Doctors in the age group 51-60 in both Centro and Šeškinė clinics rated impact of information technologies similarly: one-half of the respondents in this age group stated that information technologies had enhanced accessibility and quality of health care services in the clinic. More than half of the doctors in the age group 31-40 employed in Šeškinė clinic said that information technologies had partially improved accessibility and quality of health care services in the clinic. The findings show that the nursing staff are also satisfied with the improvement of accessibility and quality of health care services as a result of implementation of information technologies. In Centro clinic the highest satisfaction is demonstrated by the respondents under 30 years of age and 61 years and over. One-half of the nursing staff in the age groups 31-40 and 41-50 in both clinics had a similar attitude and maintained that information technologies had improved accessibility and quality of health care services in the clinic. Majority of nurses in the age group 51-60 in Šeškinė clinic, however, were critical, they believe that information technologies have only partially improved accessibility and quality of health care services in the clinic.

In the clinic where information technologies are available for provision of health care services, medical staff communicate among themselves saving time expenditures, and make appointments for patients for the next visit or physician's consultation at a doctor's office bypassing the reception desk by using information technologies. One-half of the doctors and nearly half of the nurses in Centro outpatient clinic are satisfied with this facility. Rating of this service by the medical staff of Šeškinė clinic is inferior: majority of doctors and nursing staff in Šeškinė clinic believe that information technologies have improved this service for patients partially.

Majority of the doctors in the age groups 31-40 and 61 and over in Centro clinic and more than half of the doctors in the age group 41-50 in Šeškinė clinic are satisfied with the use of information technologies for the service of patients' appointment for a visit to the doctor. Half of the doctors in the age group under 30 in both Centro and Šeškinė clinics had a similar positive attitude. Two-thirds of the nurses in the age group 61 and over and more than half in the age group under 30 in Centro clinic agree that information technologies have improved the service of patients' appointment for a visit to the doctor. Two-thirds of the nurses in the age

---



groups 31-40 and 41-50 and less than half in the age group under 30 in Šeškinė clinic also maintained that this service has improved due to implementation of information technologies.

Availability of information technologies provides for the facility to remind a patient of an appointment with a doctor by means of SMS message or e-mail. Analysis of the findings evidences that nearly half of the doctors and nurses in Centro clinic believe that this service is relevant, while majority of the doctors and two-thirds of the nursing staff in Šeškinė clinic believes that this service is irrelevant.

Reminding a patient of an appointment through SMS or e-mail is positively evaluated by a large majority of the doctors in the age groups 31-40 and 60 and over in Centro clinic, and more than half of the doctors in the age group 41-50 in Šeškinė clinic. Attitudes of the doctors in the age group 51-60 were different in both clinics: two-thirds of the respondents in the age group 51-60 in Centro clinic support this service, while more than half of the doctors in the age group 51-60 in Šeškinė clinic maintain that this service is superfluous. Attitudes of the nursing staff depending upon age were different in both outpatient clinics. More than half of the nurses in the age group under 30, less than half in the age group 31-40, and majority in the age groups 51-60, 41-50 in Centro clinic, and more than half in the age group 31-40 and less than half in the age group under 30 of those employed in Šeškinė clinic are satisfied with the service of reminding a patient of an appointment with a doctor by means of SMS message or e-mail. Less than half of the nurses in the age group 61 and over, and over one-third of those in the age groups 41-50 and 51-60 in Centro clinic believe that such service is irrelevant.

Favourable impact of information technologies on the changes in one's job is reflected by the fact whether respondents have positive attitude towards their clinic as a choice of one's place of employment owing to availability of information technologies. More than half of the doctors employed in Šeškinė clinic and less than half of the nurses in Centro clinic state that they are influenced by availability of information technologies in the health care establishment when choosing it as a place of employment; however, such influence is not evident in respect of less than half of the doctors in Centro clinic and more than half of nurses in Šeškinė clinic.

Respondents, depending upon age, have varying attitudes towards availability of information technologies when choosing a clinic as a place of employment. Half of the doctors in the age group 31-40 in Centro and

Šeškinė outpatient clinics said that they would choose the clinic where information technologies were available. Majority of the doctors in the age group 51-60 in Šeškinė clinic, and majority of the doctors in the age group 61 and over, and less than one-half in the age group 41-50 in Centro clinic would also choose the clinic where one is given opportunity to use information technologies in one's job. More than two-thirds of the doctors in the age group 51-60 in Centro clinic and majority of those in the age group 41-50 in Šeškinė clinic said that availability of information technologies did not influence their choice of a place of employment. Attitudes of the nursing staff in the age group under 30 were similar in both clinics: one-half of the respondents in this age group said that availability of information technologies in the health care institution influenced their choice of such clinic as a place of employment. Majority of the nursing staff in the age group 41-50, and more than two-thirds in the age groups 31-40 and 60 and over in Šeškinė clinic, and less than half of those in the age group 51-60 in Centro clinic would also choose the clinic where information technologies are available as their place of employment. However, one-half of the nurses in the age group 31-40 and less than half in the age group 41-50 in Centro clinic, and entire nursing staff in the age group 51-60 in Šeškinė clinic would choose a clinic as a place of employment irrespective of availability of information technologies. The findings show that age does not correlate with the attitudes of the medical staff in both clinics in respect of choice of a place of employment; however, the current place of employment where information technologies are available does influence opinions of the staff.

When implementing information technologies in an institution, expectations include availability of fast information, efficient planning, control, time expenditure saving, enhancement of the quality of personal health care services provided. This was exactly the purpose of implementation of information technologies in Centro and Šeškinė outpatient clinics.

### CONCLUSIONS

1. The best satisfaction of expectations of the use of information technologies in one's job is demonstrated by doctors in the age group 31-40 and nurses in the age group 61 and over in Centro clinic, and doctors in the age group 41-50 and nurses in the age group 31-40 in Šeškinė clinic.

2. There is no material difference in the assessments of computer literacy by medical staff of different age in both clinics.



3. One-half of the doctors and nurses employed in Centro and Šeškinė outpatient clinics support development of information technologies in their jobs.

4. Doctors and nurses of Centro clinic rate the influence of information technologies on improvement of accessibility and quality of personal health care services higher than those in Šeškinė clinic.

5. The service of registration (appointment) of a patient for the next visit or specialist's consultation at a doctor's office bypassing the reception desk by using information technologies is better rated by the medical staff of Centro clinic than those of Šeškinė clinic.

6. Reminding a patient of a visit to a doctor by means of SMS message or e-mail was rated more positively by the personnel of Centro clinic.

7. The nursing staff of Šeškinė outpatient clinic show higher satisfaction with the service of reminder of a patient's visit to a doctor by means of SMS message or e-mail in comparison to doctors.

8. The doctors and nurses in Centro clinic, irrespective of age, had similar attitudes to those of Šeškinė clinic when rating the influence of availability of information technologies upon their choice of the clinic as a place of employment.

#### References

1. E-health. [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/e-health/index\\_lt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_lt.htm) (2011 04 16).
2. Department of Statistics. More than half of health care and social work institutions possessed a website. <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=9379> (2011 04 18).
3. Skorin-Kapov L, Matijasevic M. Analysis of QoS Requirements for e-Health Services and Mapping to Evolved Packet System QoS Classes. *Int J Telemed Appl* 2010; 628086.
4. Yang TH, Ku CY, Yen DC, Hsieh WH. Electronic Hand-Drafting and Picture Management System. *J Med Syst*. 2011 Apr 14.
5. Webster PC. Canada's e-Health software "Tower of Babel". *CMAJ* 2010; 182:1945-6.
6. Babulak E. Quality of service provision assessment in the healthcare information and telecommunications infrastructures. *Int J Med Inform* 2006 Mar-Apr; 75(3-4):246-52.
7. Ahmed A, Chandra S, Herasevich V, Gajic O, Pickering BW. The effect of two different electronic health record user interfaces on intensive care provider task load, errors of cognition, and performance. *Crit Care Med*. 2011 Apr 7.
8. Siliquini R, Ceruti M, Lovato E, Bert F, Bruno S, De Vito E, Liguori G, Manzoli L, Messina G, Minniti D, La Torre G. Surfing the internet for health information: an Italian survey on use and population choices. *BMC Med Inform Decis Mak* 2011; 11:21.
9. Sittig DF, Singh H. Legal, ethical, and financial dilemmas in electronic health record adoption and use. 2011 Apr; 127(4):e1042-7.
10. Murray E, Burns J, May C, Finch T, O'Donnell C, Wallace P, Mair F. Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study. *Implement Sci* 2011; 6:6.

#### CENTRO IR ŠEŠKINĖS POLIKLINIKŲ GYDYTOJŲ IR SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIS Į INFORMACINIŲ TECHNOLOGIJŲ DIEGIMĄ PRIKLAUSOMAI NUO JŲ AMŽIAUS IR DARBO VIETOS

Audronė Juodaitė-Račkauskienė, Jonas Kairys, Kęstutis Štaras  
Santrauka

Raktažodžiai: gydytojai, slaugos darbuotojai, informacinės technologijos, e. sveikata.

Tyrimo tikslas. Ištirti gydytojų ir slaugos darbuotojų nuomonę apie įdiegtas informacines technologijas Centro ir Šeškinės poliklinikose bei nustatyti, ar informacinių technologijų diegimas ir plėtra sveikatos priežiūros įstaigose atitiko personalo lūkesčius priklausomai nuo jų amžiaus ir darbo vietos.

Medžiaga ir metodai. Tyrimas buvo atliekamas Vilniaus miesto Centro ir Šeškinės poliklinikose 2010 m. sausio–kovo mėn. Atliktas tyrimas – anketinė apklausa. Anketinėje apklausoje dalyvavo 339 respondentai, kurie savo darbo vietose, teikdami asmens sveikatos priežiūros paslaugas, naudojami informacinėmis technologijomis.

Rezultatai. Tyrimo rezultatai rodo, jog dauguma Centro ir Šeškinės poliklinikos gydytojų ir slaugos darbuotojų teigiamai vertina naudojimąsi informacinėmis technologijomis darbo vietoje ir teigia, jog tai labai palengvina sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Poliklinikose įdiegtas informacines technologijas gydytojai ir slaugytojai vertina pozityviai ir esminio jų vertinimo skirtumo nėra. Tačiau duomenys rodo, jog abiejų poliklinikų respondentų nuomonė priklausomai nuo amžiaus yra skirtinga ( $p < 0,05$ ).

Dauguma gydytojų ir slaugos darbuotojų informacinių technologijų diegimą ir plėtrą poliklinikose vertina pozityviai. Tarp abiejų įstaigų gydytojų ir slaugytojų nuomonės esminių skirtumų nėra. Duomenys rodo, jog abiejų įstaigų medicinos darbuotojų nuomonė pasirenkant darbo vietą nuo amžiaus nepriklauso ( $p > 0,05$ ), tačiau dabartinė darbo vieta, kurioje įdiegtos informacinės technologijos, turi įtakos darbuotojų nuomonei ( $p < 0,05$ ). Pusė gydytojų ir slaugytojų, dirbančių Centro ir Šeškinės poliklinikose, pritaria informacinių technologijų plėtrai jų darbo vietoje. Daugelis 31–40, 61 metų ir vyresnių gydytojų Centro poliklinikoje bei daugiau nei pusė 41–50, pusė 51–60 metų amžiaus gydytojų ir Šeškinės poliklinikoje teigiamai vertina informacinių technologijų plėtrą jų poliklinikoje. Slaugos darbuotojai taip pat patenkinti informacinių technologijų diegimu jų įstaigoje. Daugiau nei pusė Centro poliklinikos gydytojų ir slaugytojų teigė, jog informacinės technologijos pagerino asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Tačiau daugiau nei pusė Šeškinės poliklinikos gydytojų mano, kad informacinės technologijos neturėjo įtakos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir kokybei bei daugiau nei pusė Šeškinės poliklinikos slaugos darbuotojų nurodė, jog informacinės technologijos tik iš dalies pagerino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Išvada. Labiausiai patenkinti Centro poliklinikos 31–40 metų amžiaus gydytojų bei 61 metų ir vyresnių slaugytojų, Šeškinės poliklinikos 41–50 metų amžiaus gydytojų ir 31–40 metų amžiaus slaugytojų lūkesčiai naudojantis informacinėmis technologijomis darbo vietoje.

Abiejų poliklinikų pusė gydytojų ir slaugytojų pritaria informacinių technologijų plėtrai jų darbo vietoje.

Centro poliklinikos gydytojai ir slaugytojai informacinių technologijų įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir kokybei gerinti vertina geriau nei Šeškinės poliklinikos respondentai.

Centro poliklinikos gydytojai ir slaugytojai nepriklausomai nuo amžiaus įdiegtų informacinių technologijų įtaką pasirenkant įstaigą, kaip darbo vietą, vertino panašiai teigiamai kaip ir Šeškinės poliklinikos respondentai.

Adresas susirašinėti: [a.j.rackauskiene@gmail.com](mailto:a.j.rackauskiene@gmail.com)

Gauta 2011-07-20

# SLAUGOS PASLAUGŲ PACIENTŲ NAMUOSE KOKYBĖS ĮVERTINIMAS IR PACIENTŲ LŪKESČIAI. VILNIAUS MIESTO CENTRO POLIKLINIKOS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ IR PACIENTŲ NUOMONĖS ĮVERTINIMAS

**SANDRA ŠILEIKAITĖ, RENATA KUDUKYTĖ-GASPERĖ**  
VšĮ Centro poliklinika

**Raktažodžiai:** *pirminė sveikatos priežiūra, ambulatorinė sveikatos priežiūra, slaugos paslaugos namuose, paliatyviosios pagalbos paslaugos, pacientų nuomonės vertinimas, pacientų pasitenkinimas, pacientų lūkesčiai, asmens sveikatos priežiūros specialistų nuomonės vertinimas.*

## **Santrauka**

Tyrimo tikslas. Įvertinti VšĮ Centro poliklinikos pacientų, slaugomų namuose, jų artimųjų, asmens sveikatos priežiūros specialistų (šeimos gydytojų ir slaugytojų) požiūrį į slaugos namuose darbo organizavimą, šių paslaugų kokybę, nustatyti pacientų slaugos paslaugų organizavimo lūkesčius.

Tyrimo medžiaga ir metodai. 2010 m. gruodžio mėn. atliktame tyrime buvo apklausti pacientai, kuriems teikiamos slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugos namuose, jų artimieji, gydytojai ir slaugytojai, dirbantys pirminėje asmens sveikatos grandyje. Apklausiant pacientus taikyta anketavimo metodika dalyvaujant apklausėjui-konsultantui, kadangi vyresni, sunkiai sergantys apklausos dalyviai į pateikiamus klausimus atsakinėjo verbaliniu būdu (iš viso į anketos klausimus atsakė 148 pacientai ir jų artimieji). Asmens sveikatos priežiūros specialistams buvo išdalytos anoniminės anketos (iš viso į anketos klausimus atsakė 110 specialistų).

Rezultatai. 99,3 proc. pacientų ir jų artimųjų galimybę susisiekti su slaugytoja, slaugančia pacientą namuose, vertina labai gerai. Dauguma (97,1 proc.) respondentų slaugos namuose paslaugų kokybę vertina labai gerai. Visi tyrime dalyvavę pacientai pasitiki slaugytoja.

86 proc. respondentų pageidautų, kad būtų teikiamos ilgalaikės ir trumpalaikės slaugos paslaugos paciento namuose, daugiau nei 8 proc. pageidautų ilgalaikės, nuolatinės, daugiau nei 5 proc. – trumpalaikės paciento slaugos poliklinikoje įkurtame specializuotame slaugos centre. 49 proc. apklaustų asmens sveikatos priežiūros specialistų slaugos namuose paslaugas vertino puikiai, slaugytojos paslaugų kokybę vertino geriau nei gydytojai. Sveikatos priežiūros specialistai slaugos namuose paslaugų prieinamumą vidutiniškai vertino 6,36 balo. Apie 82 proc. sveikatos priežiūros specialistų manė, kad slaugos paslaugų pacientams namuose labiausiai reikėtų darbo dienomis.

Išvados. Daugelis pacientų ir jų artimųjų bei asmens sveikatos priežiūros specialistų slaugos namuose paslaugas vertino labai gerai. Dauguma pacientų bei jų artimųjų pageidautų, kad slaugos paslaugos būtų teikiamos jų namuose, taip pat norėtų, kad būtų sudaryta ilgalaikės ir trumpalaikės slaugos galimybė specializuotame poliklinikoje įkurtame slaugos centre.

## **ĮVADAS**

XX amžiuje slaugos ir kitas pagalbines paslaugas dažniausiai teikdavo gydymo įstaigos. Vėliau imta mažinti šias įstaigas plečiant slaugos ligoninių skaičių. Šiandien slaugos praktikos vaidmuo vis svarbesnis, kartu plėtojantis slaugos teorijai ir mokslui, kuris yra susietas su įvairiomis mokslų sritimis – biomedicinos, socialiniais bei humanitariniais mokslais. Tai leidžia atskleisti skirtingus sveikatos bei gyvenimo aspektus. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 24 straipsnyje slauga apibrėžiama kaip asmens sveikatos priežiūros

dalis, kuri apima sveikatos ugdymą, stiprinimą, išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą [1]. Slaugos paslaugos asmenims teikiamos sveikatos priežiūros, socialinės globos, kitose įstaigose (įmonėse) bei namuose, kur jie gyvena. Slaugos paslaugos namuose – tai asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientų namuose, siekiant užtikrinti slaugos paslaugų prieinamumą, tęstinumą, tenkinant paciento slaugos poreikius namų sąlygomis ir skatinant paciento savirūpą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1026) [2]. Pacientams namuose taip pat yra teikiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos, t. y. ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kanceroms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14) [3].

Remiantis tarptautine sveikatos sąskaitų klasifikacija, priežiūra namuose apima gydymą, reabilitacines priežiūros paslaugas namuose ir ilgalaikę slaugą namuose. Šių paslaugų teikėjai priskiriami ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų grupei. Įvairiose šalyse slaugos paslaugas namuose teikia tiek formalūs, tiek neformalūs paslaugų teikėjai. Šiaurės Europos šalyse populiaru formali slauga, nes pagyvenę asmenys pageidauja, kad slaugos paslaugas teiktų kvalifikuoti slaugos darbuotojai, o ne artimi giminės. Lietuvoje vyrauja neformali slauga (jos apimtis iki šiol nėra tiksliai įvertinta) ir institucinė slauga gydymo įstaigose, licencijuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiama slauga namuose dar tik formuojasi. Kokybiška sveikatos priežiūra, kurios dalis yra ir slaugos paslaugų teikimas pacientų namuose, – tai sveikatos priežiūra, teikiama laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, įgijusių medicinos ar kitos atitinkamos praktikos licencijas bei teikiama sveikatos priežiūros įstaigų, turinčių licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas, ir apdraudusių savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams [4].

Paslaugų kokybės įvertinimas turi daug privalumų – surinkti duomenys padeda paslaugų teikėjams atkreipti dėmesį į tas darbo organizavimo sritis, kurias reikia tobulinti arba keisti. Gauti duomenys apie teikiamas paslaugas yra jų kokybės indikatorius. Konkurencija tarp paslaugas teikiančių įstaigų skatina vadovus ir visą personalą gerinti teikiamų paslaugų kokybę, vertinant paslaugų pirkėjų (vartotojų, pacientų) interesus, poreikius

bei jų žinias apie gaunamą paslaugą [5, 6]. Kokybės, jos lygis ir vartotojo tenkinimas galutinai nustatomi tada, kai vartotojas suvokia bendrąją gaminio (paslaugos) vertę ar jo tikimą vartoti konkurencijos požiūriu [7]. Pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūros procese, pirmiausia – ambulatorinėje sveikatos priežiūros grandyje, gali būti svarbus veiksnys gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir didinant suteikiamų paslaugų efektyvumą. Žinios, gautos tiriant paciento ir visuomenės požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei jų lūkesčius, yra svarbios ne tik vykdant bei vertinant sveikatos priežiūrą, bet ir planuojant sveikatos apsaugos sistemos struktūrą ir veiklą, plėtojant slaugos paslaugas.

Sveikatos priežiūros orientacija į pacientą, jo poreikius, pastaraisiais dešimtmečiais susilaukusi daug dėmesio daugelyje pasaulio šalių, tampa svarbiausia sveikatos reformos tendencija ir Lietuvoje [8]. Norint iširti paslaugų kokybę ir pacientų požiūrį būtina nuolat tirti pacientų lūkesčius, požiūrį į paslaugų prieinamumą, kokybę. Užsienio šalių sveikatos priežiūros įstaigos nuolat atlieka tokio pobūdžio tyrimus, siekia nustatyti pacientų požiūrį į gaunamų medicinos paslaugų kokybę bei įvertinti pacientų poreikius. Remiantis gautais duomenimis vykdoma sveikatos apsaugos įstaigų reorganizacija ir tobulinimas. Nors Lietuvoje pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio skiriama tam, kaip pacientas vertina sveikatos priežiūros teikiamas paslaugas [9], jo nuomone apie pirminės sveikatos priežiūros grandyje teikiamas paslaugas, ypač susijusias su slauga, dar tik pradeda domėtis [10]. Dar per mažai atsižvelgiama į pacientų požiūrį ir lūkesčius – sveikatos apsaugos organizacijos ir įstaigos nelinkusios atsižvelgti į pacientų pageidavimus, dėl to nukenčia paslaugų kokybė [11]. Per pastarąjį dešimtmetį daugiausiai užsienyje ir kiek mažiau Lietuvoje atlikta tyrimų, analizuojančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir paslaugų kokybę, pacientų lūkesčius pirminės sveikatos priežiūros grandyje [12].

Apibendrinant sveikatos priežiūros kokybę formuluojami jos pagrindiniai strateginiai aspektai: 1) geriau tenkinti pacientų poreikius ir lūkesčius, susijusias su sveikatos priežiūra; 2) sistemingai, visapusiškai tęsti procesus, orientuotus į paciento reikmes; 3) jos tikslas apima ir pacientų gyvenimo kokybę; 4) grindžiama nuolatiniu sveikatos priežiūros specialistų bei pacientų mokymusi; 5) ji taupo išteklius ir sudaro galimybę juos reinvestuoti [11, 13].

**Šio darbo tikslas** – įvertinti VšĮ Centro poliklinikos pacientų, slaugomų namuose, jų artimųjų, poliklinikos

pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į slaugos namuose darbo organizavimą, šių paslaugų kokybę, nustatyti pacientų slaugos paslaugų organizavimo lūkesčius.

#### *TYRIME DALYVAVUSIŲ RESPONDENTŲ KONTINGENTAS IR TYRIMO METODIKA*

Tyrimas atliktas 2010 m. gruodžio mėn., apklausiant VšĮ Centro poliklinikos pacientus, slaugomus namuose, jų artimuosius bei pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistus (gydytojus ir slaugytojus). Tyrimui buvo parengtos dvi anketos: viena anketa skirta namuose slaugomiems pacientams ir jų artimiesiems, kita – sveikatos priežiūros specialistams. Anketos buvo sudarytos iš 27 (pacientams ir jų artimiesiems) ir 14 (sveikatos priežiūros specialistams) klausimų. Pacientams ir jų artimiesiems skirtoje anketoje pateikiami klausimai apie slaugos paslaugų namuose kokybę, galimybę susisiekti su namuose prižiūrinčia slaugytoja, slaugos specialistų kompetenciją, profesionalumą, gebėjimą bendrauti. Klausimyne taip pat pateikiami klausimai apie pacientų ir jų artimųjų lūkesčius, susijusius su slaugos paslaugų teikimu. Siekiant išsiaiškinti, kaip pacientai vertina slaugytojos profesionalumą, respondentams buvo užduoti klausimai: ar pacientas ir jo artimieji gerai supranta, kaip juos ketinama slaugyti, ar visada slaugytoja juos išklauso, ar po pokalbio su slaugytoja pacientas jaučiasi geriau, ar slaugytoja nuodugniai apžiūri, atsižvelgdama į paciento nusiskundimus. Tyrimo metu buvo svarbu išsiaiškinti, ar slaugytoja, teikdama slaugos paslaugas, būna mandagi, nuoširdžiai bendraujanti, ar pacientas ja pasitiki. Juk žinoma, kad slaugos paslaugos kokybė didžiausia dalimi priklauso ne nuo procedūros atlikimo technikos, bet nuo artimo, pasitikėjimo grįsto paciento ir slaugytojo bendradarbiavimo.

Sveikatos priežiūros specialistams skirtose anketose užduodami klausimai apie teikiamų slaugos paslaugų paciento namuose kokybę ir kaip turėtų būti teikiamos slaugos paslaugos sunkiai sergantiems pacientams. Analizuojant duomenis buvo kreipiamas dėmesys, ar kinta sveikatos priežiūros specialistų paslaugų vertinimas priklausomai nuo respondentų lyties, amžiaus, specialybės, padalinio, kuriame dirba apklausoje dalyvavęs asmens sveikatos priežiūros specialistas, pacientų namuose lankymo dažnumo.

Atliktame tyrime dalyvavo įvairaus amžiaus (nuo 18 m.) ir išsilavinimo, skirtingai socialinei grupei priklausantys VšĮ Centro poliklinikos namuose slaugomi pacientai. Iš viso tyrime apklausti 148 pacientai

(63,7 proc. visų apklaustųjų) bei jų artimieji (36,3 proc. visų apklaustųjų). Apklausta 70,4 proc. moterų ir 29,6 proc. vyrų. 21 proc. respondentų turėjo pradinį išsilavinimą, 8 proc. – pagrindinį, 19,6 proc. – vidurinį išsilavinimą, 37,7 proc. – aukštesnįjį arba aukštąjį išsilavinimą. Respondentai pagal amžių suskirstyti į 5 amžiaus grupes: 1 grupė – 29–55 m. (8,7 proc.), 2 grupė – 56–71 m. (16,7 proc.), 3 grupė – 72–79 m. (26,1 proc.), 4 grupė – 80–86 m. (24,6 proc.), 5 grupė – 87–103 m. (23,9 proc.). Respondentų amžiaus vidurkis – 76,4 metų.

Tyrimo dalyvavo 110 VšĮ Centro poliklinikos sveikatos priežiūros specialistų, iš jų 38,9 proc. buvo gydytojai, 61,1 proc. – slaugytojai. Apklausoje dalyvavo 93,6 proc. moterų ir 6,4 proc. vyrų. Pagal amžių respondentai suskirstyti į 4 grupes: 1 grupė – nuo 23 iki 41 metų (26,4 proc.), 2 grupė – nuo 42 iki 50 metų (25,5 proc.), 3 grupė – nuo 51 iki 55 metų amžiaus (24,5 proc.), 4 grupė – nuo 56 iki 70 metų (23,6 proc.). Pagal pateiktus duomenis matome, kad apklausoje dalyvavusių respondentų amžių pasiskirstymo vienodai, kiekviena amžiaus grupė sudarė apie 25 proc. VšĮ Centro polikliniką sudaro 4 padaliniai, filialai: Naujamiesčio, Vytenio, Senamiesčio ir Lukiškių. Respondentų pagal filialus pasiskirstymas svyruoja tarp 24–27 proc.

Statistinis duomenų apdorojimas atliktas *SPSS v.17* programiniu paketu. Anketų duomenims apdoroti šio paketo aplinkoje buvo sukurta duomenų bazė. Kodavimo ir įvedimo klaidoms nustatyti naudota procedūra „frequencies“, kuria nustatytos kiekvieno iš atsakymo minimalios ir maksimalios reikšmės. Jei jos viršijo anketoje esančias, koreguotos pagal pirminę medžiagą. Atsakymų dažnių skaičiavimams taip pat naudota procedūra „frequencies“, kuri parodo atvejų skaičių bei atsakymo varianto lyginamąjį svorį (procentas), lyginamąjį svorį, atmetus neatsakiusius į klausimą (tikras procentas). Atsakymų dažnio pasiskirstymo tarp diskrečių (nominalių ir ordinalių) požymių statistiniam reikšmingumui įvertinti pasirinktas neparametrinis kriterijus – Pirsono chi kvadratas ( $\chi^2$ ) su 95 proc. tikimybe, t. y. laikoma, jog skirtumas statistiškai patikimas, kai  $p < 0,05$ . Pateikiant rezultatus nurodyti vidurkiai ir standartinis nuokrypis nuo vidurkių (SD).

#### *REZULTATAI*

*Slaugos paslaugų namuose kokybės vertinimas* buvo atliekamas pacientams ir jų artimiesiems užduvus klausimą, kaip jie vertina šias slaugos paslaugas, taip pat klausiant, ar pacientas arba jo artimasis gerai



supranta, kaip slaugytoja ketina slaugyti. Bendras slaugos paslaugų kokybės vertinimo vidurkis pacientų ir jų artimųjų požiūriu – 9,62 balo (SD=0,817) dešimties balų sistemoje. Sugrupavus atsakymus į grupes (vidutiniškai, gerai ir labai gerai) nustatyta, kad 97,1 proc. visų respondentų slaugos paslaugų namuose kokybę vertino labai gerai, 2,9 proc. – gerai. Įvertinus atsakymų pasiskirstymą tarp lyčių statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ( $\chi^2=1,717$ ,  $p=0,190$ ). Vertinant slaugos paslaugų kokybę pagal pacientų amžių nustatyta, kad visose amžiaus grupėse dauguma respondentų paslaugų kokybę vertina labai gerai ( $\chi^2=2,261$ ,  $p=0,520$ ). Respondentų išsilavinimas vertinant slaugos paslaugų kokybę taip pat reikšmingo skirtumo neturėjo ( $\chi^2=10,526$ ,  $p=0,062$ ), tačiau galima pastebėti, kad slaugos paslaugų namuose kokybę kiek prasčiau vertino respondentai, turintys pagrindinį ir vidurinį išsilavinimą.

*Slaugos paslaugų prieinamumo vertinimas* buvo atliekamas pacientams ir jų artimiesiems uždavus klausimą, kaip jie vertina galimybę susisiekti su namuose slaugančia slaugytoja. Bendras galimybės susisiekti su pacientą namuose prižiūrinčia slaugytoja vertinimo vidurkis – 9,68 balo (SD=0,715). Sugrupavus atsakymus paaiškėjo, kad pacientai ir jų artimieji galimybę susisiekti su slaugytoja vertina labai gerai (99,3 proc.) ir gerai (0,7 proc.). Moterų ir vyrų vertinimai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=1,426$ ,  $p=0,514$ ). Amžiaus grupėse galimybė susisiekti su prižiūrinčia slaugytoja vertinta panašiai ( $\chi^2=3,205$ ,  $p=0,361$ ). Vertinant atsakymus į šį klausimą pagal apklaustųjų išsilavinimą reikšmingo skirtumo taip pat nenustatyta ( $\chi^2=2,798$ ,  $p=0,731$ ), tačiau galimybę susisiekti su slaugytoja kiek prasčiau vertino respondentai, kurie turėjo aukštąjį išsilavinimą. Vertinant susisiekimo galimybę su namuose pacientą slaugančia slaugytoja pagal slaugytojos apsilankymo pas pacientą dažnumą nenustatyta, kad slaugytojai dažniau lankant pacientą būtų geriau vertinama galimybė su ja susisiekti ( $\chi^2=1,457$ ,  $p=0,834$ ). Apklaustų pacientų ir jų artimųjų galimybės susisiekti su prižiūrinčia slaugytoja teigiamą įvertinimą galima sieti su aplinkybe, kad VšĮ Centro poliklinikos Slaugos klinikos slaugytojos yra aprūpintos tarnybiniais mobiliaisiais telefonais, todėl esant būtinybei pacientai ir jų artimieji bet kuriuo metu gali susisiekti su juos prižiūrinčia slaugytoja.

*Slaugytojos, teikiančios slaugos paslaugas pacientu namuose, profesionalumo ir kompetencijos vertinimas*

buvo atliekamas pacientams, slaugomiems namuose, ir jų artimiesiems uždavus ir išanalizavus šiuos klausimus: ar po pokalbio su slaugytoja pacientas jaučiasi geriau; ar pacientas nesivaržo kalbėti apie asmeninius dalykus; respondentas pasitiki slaugytoja, kuri lankosi jo namuose; ar slaugytoja vizitų metu nebūna šiurkšti ir nemandagi; ar slaugytoja apžiūri pacientą atsižvelgdama į jo nusiskundimus; ar slaugytoja apžiūri pacientą paskubomis.

Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą, ar po pokalbio su slaugytoja pacientas jaučiasi geriau, nustatyta, kad visi į klausimą atsakę pacientai po pokalbio su slaugytoja jautėsi daug geriau. Nenustatyta, kad atsakymai į šį klausimą skirtųsi analizuojant pagal lytį ar respondentų amžiaus grupę, taip pat kad atsakymai priklausytų nuo respondentų išsilavinimo ir nuo slaugytojos apsilankymų pas pacientą dažnumo.

Analizuojant respondentų atsakymus į klausimą, ar pacientas nesivaržo su slaugytoja kalbėti apie asmeninius dalykus, visi apklausti vyrai nurodė, kad su slaugytoja visai nesivaržo kalbėti apie asmeninius dalykus. Moterys kiek uždaresnės: 96,8 proc. jų nurodė, kad visai nesivaržo su slaugytoja kalbėti apie asmeninius dalykus, 3,2 proc. – šiek tiek varžosi savo asmenines problemas atskleisti slaugytojai ( $\chi^2=1,338$ ,  $p=0,247$ ). Analogiškai išanalizavus atsakymus į šį klausimą respondentų amžiaus ( $\chi^2=3,625$ ,  $p=0,305$ ) bei išsilavinimo grupėse ( $\chi^2=1,591$ ,  $p=0,902$ ), statistiškai patikimo skirtumo nenustatyta, nors galima pastebėti, kad jaunesni bei aukštąjį išsilavinimą turintys respondentai šiek tiek labiau linkę nepasakoti savo asmeninių problemų juos prižiūrinčiai slaugytojai. Nenustatyta, kad pacientai mažiau būtų linkę slaugytojai atskleisti savo asmeninius dalykus, jei slaugytoja juos rečiau lanko ( $\chi^2=2,336$ ,  $p=0,674$ ).

Respondentams uždavus klausimą, ar jie pasitiki slaugytoja, kuri lankosi jų namuose, nustatyta, kad visi į klausimą atsakę respondentai, neatsižvelgiant į jų lytį, amžių, išsilavinimą, slaugytojos apsilankymų dažnumą, betarpiškai pasitiki slaugytoja, kuri slaugo juos namuose.

Į klausimą, ar slaugytoja vizitų namuose metu būna šiurkšti ir nemandagi, 98,4 proc. respondentų atsakė, jog slaugytoja niekada nebūna nemandagi ar šiurkšti, 1,6 proc. apklaustųjų nurodė, kad slaugytoja kartais būna nemandagi ir šiurkšti. Analizuojant vyrų ir moterų atsakymus nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp vyrų ir moterų atsakymų ( $\chi^2=4,520$ ,  $p=0,033$ ) (1 lentelė). 5 proc. apklaustų vyrų nurodė,



kad slaugytoja vizitų metu kartais būna nemandagi ir šiurkšti, o visos apklaustos moterys teigė, kad slaugytoja niekada nebūna šiurkšti ar nemandagi. Nenustatyta, kad atsakymai į šį klausimą skirtąsi respondentų amžiaus grupėse ( $\chi^2=1,888$ ,  $p=0,596$ ), respondentų išsilavinimo grupėse ( $\chi^2=4,750$ ,  $p=0,447$ ) ar priklausytų nuo slaugytojos apsilankymo pas pacientą dažnumo ( $\chi^2=2,784$ ,  $p=0,595$ ).

1 lentelė. Pacientų atsakymų į klausimą, ar slaugytoja vizitų metu būna šiurkšti ir nemandagi, pasiskirstymas pagal respondentų lytį

Lytis		Ar slaugytoja vizitų metu būna šiurkšti ir nemandagi	
		Niekada nebūna	Kartais būna
Vyras	abs. (n)	38	2
	proc. (%)	95,0 %	5,0 %
Moteris	abs. (n)	89	0
	proc. (%)	100,0 %	0,0 %
Iš viso	abs. (n)	127	2
	proc. (%)	98,4 %	1,6 %
$\chi^2=4,520$ , $p=0,033$			

2 lentelė. Pacientų ir jų artimųjų atsakymų į klausimą, ar slaugytoja apžiūri pacientą atsižvelgdama į jų nusiskundimus, pasiskirstymas pagal slaugytojos pacientų lankymo dažnumą

Slaugytojos apsilankymų pas pacientą dažnumas		Slaugytoja apžiūri pacientą atsižvelgdama į nusiskundimus		
		Kartais	Ne visada	Visada
Kasdien	abs. (n)	3	1	17
	proc. (%)	14,3 %	4,8 %	81,0 %
Kelis kartus per savaitę	abs. (n)	1	0	30
	proc. (%)	3,2 %	0,0 %	96,8 %
Kelis kartus per mėnesį	abs. (n)	0	0	53
	proc. (%)	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Vieną kartą per mėnesį	abs. (n)	0	0	28
	proc. (%)	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Iš viso	abs. (n)	4	1	128
	proc. (%)	3,0 %	0,8 %	96,2 %
$\chi^2=17,286$ , $p=0,027$				

Išanalizavus apklausoje dalyvavusių pacientų ir jų artimųjų atsakymus į jiems pateiktą klausimą, ar slaugytoja apžiūri pacientą atsižvelgdama į nusiskundimus, nustatyta, kad 96 proc. apklaustųjų nurodė, jog slaugytoja visada juos apžiūri atsižvelgdama į nusiskundimus, tačiau 4 proc. respondentų teigė, kad slaugytoja ne visada juos apžiūri atsižvelgdama į nusiskundimus. Nenustatyta, kad nuomonė reikšmingai skirtųsi vertinant

vyrų ir moterų atsakymus ( $\chi^2=1,211$ ,  $p=0,546$ ) ar vertinant atsakymus respondentų amžiaus ( $\chi^2=3,093$ ,  $p=0,797$ ) bei išsilavinimo grupėse ( $\chi^2=6,986$ ,  $p=0,727$ ). Tačiau nustatyta, kad pacientai, kuriuos slaugytoja lanko kasdien ar kelis kartus per savaitę, mano, jog slaugytoja ne visada juos apžiūri atsižvelgdama į jų nusiskundimus ( $\chi^2=17,286$ ,  $p=0,027$ ) (2 lentelė).

Atsakydami į klausimą, ar slaugytoja apžiūri pacientą paskubomis, 94,5 proc. pacientų ir jų artimųjų nurodė, jog slaugytoja juos apžiūri nuodugniai ir neskubėdama, tačiau 5,5 proc. apklausos dalyvių teigė, jog kartais slaugytoja juos apžiūri paskubomis. Nors apklaustų vyrų ir moterų atsakymai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=2,311$ ,  $p=0,128$ ), 10 proc. apklaustų vyrų nurodė, kad slaugytoja kartais vizitų metu juos apžiūrėdavo paskubomis; šitaip manė ir 3,4 proc. moterų. Taip pat pastebima, kad vyriausiųjų respondentų amžiaus grupėje buvo daugiausiai manančiųjų (net 12,9 proc. visų šios amžiaus grupės respondentų), jog slaugytoja juos apžiūrėjo paskubomis.

Pacientų ir jų artimųjų lūkesčiai buvo suskirstyti į dvi grupes: 1 grupė „Pacientų ir jų artimųjų lūkesčiai, susiję su slaugytojų kompetencija bei emocine parama“ ir 2 grupė „Pacientų ir jų artimųjų lūkesčiai, susiję su slaugos paslaugų teikimu“.

Pacientų ir jų artimųjų lūkesčiai, susiję su slaugytojų kompetencija bei emocine parama. Uždavus pacientams klausimą, ar norėtų, kad slaugytoja suprastų jų problemą ir tai, kas yra blogai, nustatyta, jog dauguma pacientų (90,1 proc.) labai norėtų ir 3,8 proc. norėtų, kad slaugytoja suprastų jų problemas ir tai, kas jiems yra negerai. Tik 6,1 proc. respondentų nurodė, jog nenorėtų, kad slaugytoja suprastų jų problemas. Vyrų ir moterų nuomonė šiuo klausimu statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=2,205$ ,  $p=0,332$ ). Analizuojant atsakymus į šį klausimą respondentų amžiaus grupėse nenustatyta, kad amžius turėtų įtakos pacientų norui, jog slaugytoja juos suprastų ( $\chi^2=5,006$ ,  $p=0,543$ ). Reikšmingo skirtumo nenustatyta ir nagrinėjant atsakymus respondentų išsilavinimo grupėse ( $\chi^2=15,0028$ ,  $p=0,131$ ), nors pastebima, kad pradinio išsilavinimo pacientai mažiausiai norėtų, jog slaugytoja suprastų jų problemas ir tai, kas jiems yra blogai. Išanalizavus pacientų ir jų artimųjų norą būti suprastiems pagal slaugytojos vizitų į namus skaičių nustatyta, kad pacientai, kuriuos slaugytoja lanko rečiau, labiau norėtų, jog slaugytoja juos suprastų ir žinotų, kas jiems yra blogai ( $\chi^2=19,359$ ,  $p=0,013$ ) (3 lentelė).

3 lentelė. Pacientų ir jų artimųjų atsakymų į klausimą, ar jie norėtų, kad slaugytoja suprastų jų problemą ir tai, kas yra blogai, pasiskirstymas pagal slaugytojos pacientų lankymo dažnumą

Slaugytojos apsilankymų pas pacientą dažnumas		Norėčiau, kad slaugytoja suprastų mano problemą ir tai, kas man yra blogai		
		Nenorėčiau	Norėčiau	Labai norėčiau
Kasdien	abs. (n)	3	3	13
	proc. (%)	15,8 %	15,8 %	68,4 %
Kelis kartus per savaitę	abs. (n)	4	1	24
	proc. (%)	13,8 %	3,4 %	82,8 %
Kelis kartus per mėnesį	abs. (n)	1	1	52
	proc. (%)	1,9 %	1,9 %	96,3 %
Vieną kartą per mėnesį	abs. (n)	0	0	28
	proc. (%)	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Iš viso	abs. (n)	8	5	117
	proc. (%)	6,2 %	3,8 %	90,0 %
$\chi^2=19,359, p=0,013$				

4 lentelė. Pacientų ir jų artimųjų atsakymų į klausimą, ar norėtų, kad slaugytoja jiems paaiškintų, ką reiškia jų ligos simptomai, pasiskirstymas pagal slaugytojos pacientų lankymo dažnumą

Slaugytojos apsilankymų pas pacientą dažnumas		Norėčiau, kad slaugytoja man paaiškintų, ką reiškia mano ligos simptomai		
		Nenorėčiau	Norėčiau	Labai norėčiau
Kasdien	abs. (n)	3	2	15
	proc. (%)	15,0 %	10,0 %	75,0 %
Kelis kartus per savaitę	abs. (n)	4	2	22
	proc. (%)	14,3 %	7,1 %	78,6 %
Kelis kartus per mėnesį	abs. (n)	0	1	53
	proc. (%)	0,0 %	1,9 %	98,1 %
Vieną kartą per mėnesį	abs. (n)	0	0	28
	proc. (%)	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Iš viso	abs. (n)	7	5	118
	proc. (%)	5,4 %	3,8 %	90,8 %
$\chi^2=17,959, p=0,022$				

Nagrinėjant respondentų atsakymus į klausimą, ar jie norėtų, kad slaugytoja paaiškintų, ką reiškia jų ligos simptomai, nustatyta, kad daugelis pacientų labai norėtų (90,8 proc.) ir norėtų (3,8 proc.), jog slaugytoja paaiškintų ligos simptomus. 5,3 proc. apklaustųjų nurodė, kad nenorėtų, jog slaugytoja aiškintų ligos simptomus. Vyrų ir moterų nuomonė šiuo požiūriu statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=2,272, p=0,321$ ). Įvertinus atsakymus respondentų amžiaus grupėse bei pagal respondentų išsilavinimą nenustatyta, kad nuomonė skirtųsi pagal respondento amžių ( $\chi^2=3,684, p=0,719$ )

ar išsilavinimą ( $\chi^2=6,568, p=0,766$ ). O išanalizavus atsakymus pagal slaugytojos vizitų į namus skaičių nustatyta, kad pacientai, kuriuos slaugytoja lanko rečiau, labiau norėtų, jog slaugytoja paaiškintų ligos simptomus ( $\chi^2=17,959, p=0,022$ ) (4 lentelė).

Išnagrinėjus respondentų atsakymus į klausimą, ar jie norėtų, jog slaugytoja suprastų, kokio gydymo reikia, kad jiems būtų geriau, nustatyta, jog dauguma pacientų labai norėtų (91,3 proc.) ir norėtų (2,4 proc.), kad slaugytoja suprastų, kokio gydymo reikia. 6,3 proc. apklaustųjų pacientų ir jų artimųjų nenorėtų, jog slaugytoja suprastų, kokio gydymo reikia pacientui, kad jam būtų geriau. Vyrų ir moterų nuomonė šiuo klausimu reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=2,045, p=0,360$ ). Įvertinus atsakymus respondentų amžiaus grupėse bei pagal respondentų išsilavinimą nenustatyta, kad nuomonė skirtųsi priklausomai nuo respondento amžiaus ( $\chi^2=4,461, p=0,615$ ) ar išsilavinimo ( $\chi^2=6,777, p=0,746$ ). Taip pat nenustatyta, jog respondentų nuomonė dėl šio teiginio skirtųsi priklausomai nuo slaugytojos apsilankymų pacientu namuose skaičiaus ( $\chi^2=12,206, p=0,142$ ).

Pagal respondentų atsakymus į klausimą, ar jie norėtų aptarti su slaugytoja kilusias jų gyvenimo problemas, nustatyta, kad dauguma pacientų labai norėtų (86,4 proc.) ir norėtų (6,8 proc.) su slaugytoja aptarti kilusias problemas. 6,8 proc. apklaustųjų pacientų ir jų artimųjų nenorėtų su slaugytoja aptarinėti jiems kylančių gyvenimiškų problemų. Vyrų ir moterų nuomonė šiuo klausimu reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=0,091, p=0,956$ ). Įvertinus atsakymus respondentų amžiaus grupėse bei pagal respondentų išsilavinimą nenustatyta, kad nuomonė skirtųsi priklausomai nuo respondento amžiaus ( $\chi^2=5,959, p=0,428$ ) ar išsilavinimo ( $\chi^2=10,734, p=0,379$ ). Išanalizavus pacientų ir jų artimųjų norą su slaugytoja aptarti jiems kylančias problemas pagal slaugytojos vizitų į namus skaičių nustatyta, kad pacientai, kuriuos slaugytoja lanko rečiau, labiau norėtų su slaugytoja aptarti kylančias gyvenimiškas problemas ( $\chi^2=22,763, p=0,004$ ).

Išnagrinėjus respondentų atsakymus į klausimą, ar norėtų, kad slaugytoja užjaustų dėl jų problemos, nustatyta, jog dauguma pacientų labai norėtų (86,8 proc.) ir norėtų (7 proc.), kad slaugytoja juos užjaustų. 6,2 proc. apklaustųjų pacientų ir jų artimųjų nenorėtų slaugytoją užuojautos dėl jų problemų. Vyrų ir moterų nuomonė šiuo klausimu reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=0,203, p=0,904$ ). Įvertinus atsakymus respondentų amžiaus grupėse bei pagal respondentų išsilavinimą nenustatyta, kad nuomonė skirtųsi priklausomai nuo respondento amžiaus ( $\chi^2=10,464, p=0,100$ ) ar

išsilavinimo ( $\chi^2=9,103$ ,  $p=0,522$ ). Išanalizavus pacientų ir jų artimųjų norą, kad slaugytoja užjaustų dėl jų problemos pagal slaugytojos vizitų į namus skaičių nustatyta, jog pacientai, kuriuos slaugytoja lanko rečiau, labiau norėtų, kad slaugytoja užjaustų dėl jų problemų ( $\chi^2=25,558$ ,  $p=0,0001$ ).

Pagal respondentų atsakymus į klausimą, ar jie norėtų papildomos pagalbos sprendžiant sveikatos problemą, nustatyta, kad dauguma pacientų labai norėtų (85,7 proc.) ir norėtų (6 proc.) papildomos pagalbos sprendžiant sveikatos problemas. 8,3 proc. apklaustų pacientų ir jų artimųjų sprendžiant sveikatos problemas nenorėtų papildomos pagalbos. Vyrų ir moterų nuomonė šiuo klausimu reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=0,160$ ,  $p=0,923$ ). Vertinant papildomos pagalbos poreikį pagal respondentų išsilavinimą nenustatyta, kad nuomonė skirtųsi priklausomai nuo respondento išsilavinimo ( $\chi^2=9,958$ ,  $p=0,444$ ). Įvertinus atsakymus respondentų amžiaus grupėse nustatyta, jog vyriausieji respondentai (nuo 87 iki 103 metų) bei respondentai nuo 72 iki 79 metų amžiaus mažiau norėtų papildomos pagalbos sprendžiant sveikatos problemas nei jauniausi respondentai (1 grupė – nuo 29 iki 55 metų bei 2 grupė – nuo 56 iki 71 metų) ir respondentai nuo 80 iki 86 metų ( $\chi^2=19,782$ ,  $p=0,011$ ). Taip pat išanalizavus pacientų ir jų artimųjų norą sulaukti papildomos pagalbos sprendžiant sveikatos problemą pagal slaugytojos vizitų į namus skaičių nustatyta, kad pacientai, kuriuos slaugytoja lanko rečiau, labiau norėtų sulaukti papildomos pagalbos sprendžiant sveikatos problemas ( $\chi^2=25,833$ ,  $p=0,01$ ).

Išnagrinėjus respondentų atsakymus į klausimą, ar jie norėtų pasitarti dėl kito žmogaus, kuris turi problemų, nustatyta, kad dauguma pacientų labai norėtų (82,4 proc.) ir norėtų (9,2 proc.) pasitarti dėl kito žmogaus, kuris turi problemų. 8,4 proc. apklaustų pacientų ir jų artimųjų nenorėtų sulaukti patarimo dėl kito žmogaus problemų. Vyrų ir moterų nuomonė šiuo klausimu reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=0,798$ ,  $p=0,671$ ). Vertinant respondentų norą pasitarti dėl kito žmogaus, kuris turi problemų, pagal išsilavinimą nenustatyta, kad nuomonė skirtųsi priklausomai nuo respondento išsilavinimo. Įvertinus atsakymus respondentų amžiaus grupėse nustatyta, jog vyriausieji respondentai (nuo 87 iki 103 metų) mažiau norėtų pasitarti dėl kito žmogaus, turinčio problemų, lyginant su jaunesnio amžiaus respondентаis ( $\chi^2=15,448$ ,  $p=0,05$ ). Taip pat išanalizavus pacientų ir jų artimųjų norą sulaukti papildomos pagalbos sprendžiant sveikatos problemą pagal slaugytojos vizitų į namus skaičių nustatyta, kad pacientai, kuriuos slaugytoja lanko rečiau, labiau norėtų ( $\chi^2=25,833$ ,  $p=0,01$ ) sulaukti papildomos pagalbos.

*Pacientų ir jų artimųjų lūkesčiai, susiję su slaugos paslaugų teikimu.* Dauguma apklausoje dalyvavusių respondentų (68,8 proc.) į klausimą, kur pageidautų gauti slaugos paslaugas, atsakė, jog paciento namuose, 10,1 proc. apklaustos dalyvių norėtų paslaugų poliklinikos slaugos centre (24 val. per parą), tik 2,9 proc. – dienos stacionare (iki 12 val. per parą), 1,4 proc. respondentų mano, kad pagalba yra nereikalinga, nes patys gali pasirūpinti savo artimuoju. Vyrų ir moterų nuomonė šiuo klausimu reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=5,848$ ,  $p=0,211$ ). Vertinant respondentų atsakymus pagal jų išsilavinimą statistiškai patikimo skirtumo nenustatyta, tačiau pastebima, kad mažesni išsilavinimą turintys respondentai labiau norėtų slaugos paslaugų namuose, o aukštesnį ar aukštąjį išsilavinimą turintys apklaustos dalyviai mano, kad paslaugos galėtų būti teikiamos ir poliklinikos slaugos centre bei dienos stacionare ir, žinoma, pacientų namuose. Galima teigti, kad labiau išsilavinę teigiamai vertina ir kitas paslaugų teikimo rūšis, kurios kol kas Lietuvoje yra mažiau paplitusios. Įvertinus atsakymus respondentų amžiaus grupėse nustatyta, kad visų amžiaus grupių respondentai norėtų paslaugų namuose (64,3–92,9 proc.), vyriausieji respondentai (nuo 87 iki 103 metų) bei 80–86 metų amžiaus apklaustos dalyviai teiginiui, kad slaugos paslaugos būtų teikiamos poliklinikos slaugos centre (24 val. per parą), labiau pritaria nei jaunesni respondentai ( $\chi^2=19,135$ ,  $p=0,262$ ).

Išnagrinėjus respondentų atsakymus į klausimą, kada jie paliktų savo ligonį poliklinikoje įkurtame specializuotame slaugos centre, nustatyta, jog dauguma (29,7 proc.) ligonį paliktų esant šeimyninėms aplinkybėms, 23,2 proc. – dienos metu, kai dirba, 15,2 proc. – savo atostogų metu ir 10,9 proc. – nuolatinei slaugai. Nustatyta, kad vyrai paliktų dienos metu, kai dirba, ir dėl šeimyninių aplinkybių, moterys – labiau dėl šeimyninių aplinkybių ( $\chi^2=2,340$ ,  $p=0,505$ ).

Išnagrinėjus respondentų nuomonę, kokiam laikotarpiui paliktų savo ligonį poliklinikos įkurtame specializuotame slaugos centre, nustatyta, kad 24,6 proc. apklaustos dalyvių paliktų visai dienai, 22,5 proc. – kelioms dienoms, 11,6 proc. – vienai, dviem savaitėms, 10,9 proc. – porai valandų, 5,8 proc. – iki paciento mirties, 3,6 proc. – dviem mėnesiams ir tik 2,2 proc. – ilgesniam laikotarpiui nei du mėnesiai. Vyrų ir moterų nuomonė šiuo klausimu reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=8,872$ ,  $p=0,181$ ). Vyrai dažniau paliktų visai dienai arba kelioms dienoms, moterys – įvairiam laikotarpiui. Toks pasiskirstymas nustatytas atsižvelgiant į vyrų ir moterų priežastis, lemiančias, kada būtų pasirenkamos tokios paslaugos (kai dirba ar dėl šeimyninių

aplinkybių, atostogų metu ir kt.). Įvertinus atsakymus respondentų amžiaus grupėse nustatyta, jog nepriklausomai nuo respondentų amžiaus visi paliktų savo ligo- nį poliklinikos įkurtame specializuotame centre nuo poros valandų iki dviejų savaitių, 7 proc. apklausoje dalyvavusių respondentų ligo- nį paliktų prižiūrėti ir ilgesniam laikotarpiui.

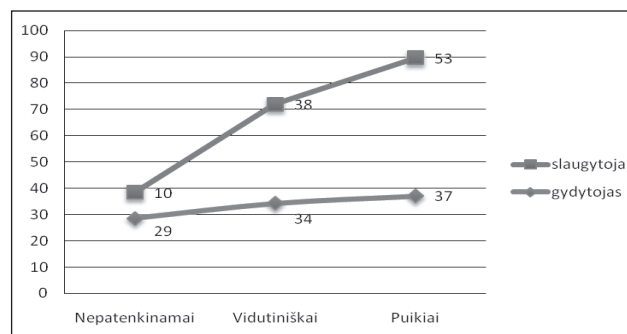
Dauguma VšĮ Centro poliklinikos darbuotojų, dalyvavusių apklausoje, nurodė, jog lanko savo pacientus jų namuose, arba teigė, kad pacientus lanko specializuotos, poliklinikoje įkurtos Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinikos (toliau – Slaugos klinika) slaugytojos. Tačiau 14 proc. apklaustųjų nurodė, kad jų pacientų namuose niekas nelanko (nei jie patys, nei specializuotos klinikos slaugytojos). Pacientų lankymo dažnis pagal filialus pasiskirto priklausomai nuo padaliniių specifikos. Filialų, kurių pacientus lanko gydantis gydytojas ir kartu dirbanti slaugytoja, pacientų lankymo dažnis yra 1 kartą per savaitę. Pacientai, kuriuos prižiūri Slaugos klinikos slaugytojos, lankomi gerokai dažniau. Apie 60 proc. apklausoje dalyvavusių specialistų teigė, kad šie pacientai yra lankomi kasdien. Toks žymus lankymo dažnio netolygumas yra dėl to, kad vieno VšĮ Centro poliklinikos filialo pacientus namuose slaugo specializuotos Slaugos klinikos bendruomenės slaugytojos.

25 proc. apklaustų asmens sveikatos priežiūros specialistų mano, kad ypač sunkios sveikatos būklės pacientus slaugytojos turėtų lankyti kiekvieną dieną, 12 proc. jų nurodė, kad tris ar keturis kartus per savaitę, kiti respondentai, t. y. 24 proc., mano, kad 2 kartus per savaitę, ir net 39 proc. apklausos dalyvių teigia, kad pakanka vieno karto per savaitę. Dauguma (81,8 proc.) sveikatos priežiūros specialistų mano, kad slaugos paslaugų pacientams namuose labiausiai reikėtų darbo dienomis dienos metu, 12,7 proc. respondentų nurodo, jog reikėtų visomis savaitės (darbo ir švenčių) dienomis, ir tik 2,7 proc. apklaustųjų teigia, kad paslaugos būtų reikalingos dienos ir nakties metu. Vertinant specialistų nuomonę pagal filialus statistiškai patikimo skirtumo nenustatyta. Dauguma apklausoje dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų (41,8 proc.) mano, kad slaugos paslaugos turėtų būti teikiamos pacientų namuose, 21,8 proc. respondentų teigia, kad tikslinga teikti pacientų namuose ir dienos stacionare. Gauti rezultatai rodo, kad daugiau nei 60 proc. apklaustų asmens sveikatos priežiūros specialistų mano, jog sunkiai sergantiems pacientams reikia ilgalaikės, nuolatinės slaugos ligonio namuose, kiek daugiau nei 30 proc. – ilgalaikės, nuolatinės slaugos poliklinikoje įkurtame slaugos centre, beveik 3 proc. apklaustųjų nurodė, kad pacientams būtų

tikslinga teikti trumpalaikes slaugos paslaugas poliklinikoje įkurtame slaugos centre, ir beveik 5 proc. sveikatos priežiūros specialistų teigia, kad sunkiai sergantiems pacientams užtektų teikti trumpalaikes (savaitgaliais, atostogų metu ir kt.) slaugos paslaugas paciento namuose.

Analizuojant, kaip respondentai šiuo metu vertina pacientams namuose teikiamas slaugos paslaugas, nustatyta, kad 49 proc. sveikatos priežiūros specialistų slaugos paslaugų pacientų namuose kokybę vertino puikiai, 35,7 proc. – vidutiniškai, 15,3 proc. – nepatenkinamai. Pagal dešimties balų skalę paslaugų vertinimo vidurkis – 6,6 balo. Pastebimas statistiškai patikimas skirtumas tarp sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių skirtinguose VšĮ Centro poliklinikos filialuose ( $\chi^2= 23,223$ ,  $p=0,001$ ). Filialo, kurio pacientus prižiūri specializuotos Slaugos klinikos slaugytojos, apklausoje dalyvavę specialistai slaugos paslaugas, teikiamas paciento namuose, buvo linkę vertinti puikiai. Kituose filialuose, kuriems slaugos paslaugas teikia su gydytoju kartu dirbanti slaugytoja, didesnė dauguma apklausoje dalyvavusių specialistų (apie 46 proc.) pacientams namuose teikiamų slaugos paslaugų kokybę buvo linkę vertinti vidutiniškai. Teikiamų slaugos paslaugų kokybę geriau vertino apklausoje dalyvavusios slaugytojos, lyginant su gydytojais (1 pav.). 53 proc. slaugytojų ir 37 proc. gydytojų pacientų namuose teikiamas slaugos paslaugas vertino puikiai, 34 proc. slaugytojų ir 38 proc. gydytojų – vidutiniškai. 67 proc. apklausoje dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų nurodė, kad slaugos paslaugas pacientams jų namuose turėtų teikti kvalifikuotos Slaugos klinikos slaugytojos.

Pagal gautus rezultatus pastebime, kad visų apklausoje dalyvavusių specialistų slaugos namuose paslaugų prieinamumo įvertinimo vidurkis yra 6,36 balo iš 10 balų. 37,3 proc. respondentų vertina puikiai, 36,4 proc. – vidutiniškai, 18,2 proc. – nepatenkinamai.



1 pav. Sveikatos priežiūros specialistų, slaugos paslaugų teikiamų pacientų namuose, kokybės vertinimas (procentais)



## REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo metu paaiškėjo įvairūs pacientų, jų artimųjų ir sveikatos priežiūros specialistų pirminės sveikatos priežiūros slaugos paslaugų, jų spektro, prieinamumo įvairiose paslaugų proceso grandyse kokybės vertinimai, priklausomybė nuo išsilavinimo, amžiaus, lyties, sveikatos priežiūros specialistų lankymo dažnio ir kt. Norėdami suteikti pacientams aukštos kokybės, visapusiškas, prieinamas paslaugas turėtume geriau suvokti pacientų lūkesčius ir atkreipti dėmesį į šio tyrimo bei duomenų analizės metu pastebėtus veiksnius.

Tyrimo metu nustatyta, kad pacientai ir jų artimieji gali susisiekti su slaugytoja vertina labai gerai. Moterų ir vyrų vertinimai įvairiose amžiaus grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Galimybę susisiekti su slaugytoja kiek prasčiau vertino respondentai, kurie turėjo aukštąjį išsilavinimą. Vertinant pagal slaugytojos apsilankymo dažnumą nenustatyta, kad slaugytojai dažniau lankant pacientą būtų geriau vertinama galimybė su ja susisiekti. Bendras slaugos paslaugų kokybės vertinimo vidurkis – 9,62 balo. Nustatyta, kad 97,1 proc. visų respondentų slaugos paslaugų namuose kokybę vertina labai gerai, 2,9 proc. – gerai. Visi apklausti vyrai slaugos paslaugas namuose vertino labai gerai, moterys buvo šiek kritiškesnės – 95,8 proc. Respondentų išsilavinimas slaugos paslaugų kokybės vertinimui reikšmingos įtakos neturėjo, tačiau galima pastebėti, kad kokybę kiek prasčiau vertino respondentai, kurie turėjo pagrindinį ir vidurinį išsilavinimą. Tyrimo metu nustatyta, jog dauguma pacientų labai gerai supranta (96,3 proc.) arba gerai supranta (3,7 proc.), kaip slaugytoja ketina slaugyti. Galima daryti išvadą, kad slaugytojos informuoja pacientus apie jų slaugos planą, atliekamas procedūras bei tolesnę paciento priežiūros eigą.

Vertinant suteiktų paslaugų kokybę, pasak I. Misičienės ir L. Dregval [14], svarbus pacientų nuomonei įtakos turintis faktorius – sveikatos darbuotojų elgesys. Šių autorių atliktame tyrime daug žmonių manė, kad sveikatos darbuotojai su jais bendravo labai gerai ir gerai. Taigi galima teigti, kad pacientų pasitenkinimo lygis labai priklauso nuo bendro pasitenkinimo laipsnio, paslaugų prieinamumo, paslaugų kokybės, darbuotojų mandagumo ir draugiškumo.

Nustatyta, kad visi respondentai, neatsižvelgiant į jų lytį, amžių, išsilavinimą ir slaugytojos apsilankymų dažnumą, betarpiškai pasitiki slaugytoja, kuri slaugo juos namuose. 98,4 proc. respondentų nurodė, kad slaugytoja visada mandagi, nesielgia šiurkščiai, 1,6 proc. apklaustųjų nurodė, kad slaugytoja kartais būna nemandagi ir

šiurkšti. Kaip teigia D. Jankauskienė, pacientų pasitenkinimas yra didesnis, jei slaugytoja maloni ir įgyvendina paciento lūkesčius gauti informacijos [15].

Pacientų ir jų artimųjų lūkesčiai, susiję su slaugos paslaugų teikimu: dauguma apklausoje dalyvavusių respondentų pageidautų, kad būtų teikiamos slaugos paslaugos (68,8 proc.) paciento namuose, 10,1 proc. apklausos dalyvių norėtų paslaugų poliklinikos slaugos centre (24 val. per parą), tik 2,9 proc. – dienos stacionare (iki 12 val. per parą) ir 1,4 proc. apklaustųjų mano, kad pagalba yra nereikalinga, nes patys gali pasirūpinti savo artimuoju. Įvertinus atsakymus respondentų amžiaus grupėse nustatyta, kad visų amžiaus grupių respondentai norėtų paslaugų namuose. Mažesni išsilavinimą turintys respondentai labiau norėtų slaugos paslaugų namuose, o apklaustieji, turintys aukštesnįjį arba aukštąjį išsilavinimą, mano, jog paslaugos galėtų būti teikiamos ir poliklinikos slaugos centre ar dienos stacionare ir, žinoma, pacientų namuose. Galima teigti, kad labiau išsilavinę respondentai teigiamai vertina ir kitas slaugos paslaugų teikimo rūšis, kurios kol kas Lietuvoje mažiau paplitusios.

Nustatyta, kad 29,7 proc. artimųjų namuose slaugomą ligonį paliktų specializuotame poliklinikoje įkurtaime ilgalaikės ir trumpalaikės slaugos centre esant šeimyninėms aplinkybėms, 23,2 proc. – dienos metu, kai dirba, 15,2 proc. – savo atostogų metu, 10,9 proc. – nuolatinei slaugai. 24,6 proc. respondentų paliktų savo ligonį poliklinikos įkurtaime specializuotame slaugos centre visai dienai, 22,5 proc. – kelioms dienoms, 11,6 proc. – vienai, dviem savaitėms, 10,9 proc. – porai valandų, 5,8 proc. – iki paciento mirties, 3,6 proc. – dviem mėnesiams ir tik 2,2 proc. – ilgesniam laikotarpiui nei du mėnesiai.

*Sveikatos priežiūros specialistų anketiniai duomenys ir jų vertinimas.* 14 proc. iš visų apklaustųjų asmens sveikatos priežiūros specialistų nurodė, kad nelanko savo pacientų namuose. Pacientų lankymo dažnis VšĮ Centro poliklinikos filialuose pasiskyrta priklausomai nuo padalinių specifikos, t. y. filialų, kurių pacientus lanko gydantis gydytojas ir kartu dirbanti slaugytoja, pacientų lankymo dažnis yra 1 kartą per savaitę. Filialo, kurio pacientus namuose lanko specializuotos slaugos klinikos slaugytojos, pacientai yra lankomi gerokai dažniau – apie 60 proc. apklausoje dalyvavusių specialistų teigia, kad pacientai namuose lankomi kasdien.

25 proc. respondentų mano, kad ypač sunkius pacientus slaugytojos turėtų lankyti kiekvieną dieną, 12 proc. apklausos dalyvių teigia, kad tris ar keturis kartus per savaitę, kiti respondentai, t. y. 24 proc., mano, kad 2 kartus per savaitę, ir net 39 proc. – vieną kartą



per savaitę. Dauguma (81,8 proc.) sveikatos priežiūros specialistų mano, kad slaugos paslaugų pacientams namuose labiausiai reikėtų darbo dienomis dienos metu, 12,7 proc. – visą savaitę (darbo ir švenčių) dienos metu ir tik 2,7 proc. respondentų nurodo, kad paslaugos būtų reikalingos dienos ir nakties metu.

49 proc. asmens sveikatos priežiūros specialistų, dalyvavusių apklausoje, pacientams namuose teikiamas slaugos paslaugas vertino puikiai, 35,7 proc. – vidutiniškai, 15,3 proc. – nepatenkinamai. Slaugytojos teikiamų slaugos paslaugų kokybę vertina geriau nei gydytojai. Visų apklausoje dalyvavusių specialistų slaugos namuose paslaugų prieinamumo įvertinimo vidurkis yra 6,36 balo iš 10 balų. 37,3 proc. respondentų vertina puikiai, 36,4 proc. – vidutiniškai, 18,2 proc. – nepatenkinamai. Dauguma apklausoje dalyvavusių respondentų (67 proc.) mano, kad slaugos paslaugas pacientų namuose turėtų teikti specializuotos Slaugos klinikos kvalifikuotos slaugytojos.

Esminiai dalykai, kurie turi įtakos sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų norui gauti ir teikti įvairesnes paslaugas: dabartinės sveikatos priežiūros sistemos nelankstumas, nenoras ar nesugebėjimas prisitaikyti prie paciento norų, poreikių ir lūkesčių.

### *IŠVADOS IR PASIŪLYMAI*

1. Daugelis pacientų ir asmens sveikatos priežiūros specialistų teikiamų slaugos paslaugų paciento namuose kokybę ir informacijos kiekį apie slaugos planą vertina labai gerai. Absoliuti dauguma apklaustųjų nurodė, kad slaugytoja visada juos apžiūri atsižvelgdama į nusiskundimus. Pacientai betarpiškai pasitiki juos namuose slaugančia bei prižiūrinčia slaugytoja, nesivaržo su ja kalbėti bei aptarti savo asmeninių problemų.

2. Dauguma pacientų labai norėtų slaugytojų supratimo, paaiškinimų apie ligos simptomus, gydymą, norėtų aptarti kilusias problemas, užuojautos, papildomos pagalbos sprendžiant sveikatos problemas bei pageidautų pasitarti dėl kito žmogaus, kuris turi problemų. Pacientai, kuriuos slaugytoja namuose lanko rečiau, labiau norėtų sulaukti papildomos pagalbos sprendžiant sveikatos problemas. Taip pat šie apklaustos dalyviai, lyginant su dažniau lankomais pacientais, labiau norėtų, jog slaugytoja juos suprastų ir žinotų, kas jiems yra blogai, kad slaugytoja daugiau ir išsamiiau aiškintų ligos simptomus, taip pat labiau norėtų su slaugytoja aptarti kylančias gyvenimiškas problemas ir sulaukti slaugytojos užuojautos dėl jų problemų.

3. Dauguma pacientų ir jų artimųjų pageidautų, kad slaugos paslaugos ir toliau būtų teikiamos paciento

namuose. Aukštesniojo arba aukštojo išsilavinimo respondentai norėtų slaugos paslaugų, kurios kol kas Lietuvoje yra mažiau paplitusios: slaugos paslaugų poliklinikoje įkurtame specializuotame slaugos centre 24 val. per parą arba iki 12 val. per parą. Nustatyta, kad tokiam poliklinikoje įkurtame specializuotame slaugos centre artimieji ligonį paliktų esant šeimyninėms aplinkybėms, dienos metu, kai patys dirba, atostogų metu ir tik nedidelė dalis apklaustųjų ligonį paliktų nuolatinei slaugai. Artimieji dažniausiai savo ligonį paliktų visai dienai ar kelioms dienoms, kiek mažiau artimųjų nurodė, kad ligonį poliklinikos specializuotame slaugos centre paliktų vienai ar dviem savaitėms.

4. Nustatyta, kad pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų ir slaugytojų) pacientų lankymo dažnis pagal filialus pasiskirto priklausomai nuo padalinių specifikos. Filialų, kurių pacientus lanko gydantis gydytojas ir kartu dirbanti slaugytoja, pacientų lankymo dažnis yra 1 kartą per savaitę. Pacientai, kuriuos prižiūri poliklinikoje įkurtos specializuotos Slaugos klinikos slaugytojos, yra lankomi gerokai dažniau. Daugiau nei pusė apklausoje dalyvavusių specialistų teigia, kad Slaugos klinikos slaugytojos savo pacientus lanko kasdien.

5. Nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros specialistai slaugos paslaugų pacientų namuose kokybę vertino daug kritiškiau nei apklausoje dalyvavę pacientai – daugiau nei pusė apklaustų specialistų slaugos paciento namuose paslaugų kokybę vertino vidutiniškai ar nepatenkinamai. Teikiamų slaugos paslaugų kokybę geriau vertino apklausoje dalyvavusios slaugytojos, lyginant su gydytojais. Pastebėta, kad filialo, kurio pacientus prižiūri specializuotos Slaugos klinikos slaugytojos, apklausoje dalyvavę specialistai slaugos paciento namuose paslaugas vertino puikiai. Kitų filialų, kurių pacientams slaugos paslaugas namuose teikia su gydytoju kartu dirbanti slaugytoja, didesnė dauguma apklausoje dalyvavusių specialistų šių slaugos paslaugų kokybę buvo linkę vertinti vidutiniškai. Dauguma apklausoje dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų nurodė, kad slaugos paslaugas pacientams namuose turėtų teikti kvalifikuotos Slaugos klinikos slaugytojos.

Pasiūlymai, kaip sumažinti pacientų nerimą ir pagerinti teikiamų paslaugų kokybę:

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, ypač ambulatorinės grandies, teikiančios slaugos paslaugas pacientams namuose, turėtų nuolat domėtis pacientų lūkesčiais ir poreikiais. Nuolat vertinti teikiamų paslaugų kokybę, o nustačius trūkumus, juos šalinti siekiant, kad pacientas gautų aukštos kokybės, prieinamas ir jam būtinas paslaugas;

2. Daugiau dėmesio ir laiko skirti bendravimui su pacientais, kurie kreipiasi ambulatorinės pagalbos. Reikia suprasti, kad sergantis žmogus tikisi gydytojų ir slaugytojų supratimo, informacijos, paramos, pagalbos;

3. Atsižvelgus į tyrimo metu pacientų ir jų artimųjų išsakytus poreikius siūloma plėsti teikiamų slaugos paslaugų spektrą:

- ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose sudaryti galimybę įkurti specializuotus slaugos centrus bei teikti slaugos paslaugas savaitgaliais ir vakarais,

- į pagalbą pacientams namuose teikiančią komandą įtraukti specialistus: socialinius darbuotojus, psichologus, slaugytojo padėjėjus, lankomosios priežiūros specialistus bei savanorius. Namuose slaugomiems pacientams reikalinga visokeriopa pagalba, bet šiais laikais dažnai pamiršamas holistinis požiūris į pacientą ir jo negalią bei tokiems pacientams integruotos pagalbos būtinybę;

4. Atsižvelgiant į tyrimo metu asmens sveikatos priežiūros specialistų išsakytą nuomonę, kad kokybiškas ir prieinamas slaugos paslaugas pacientams namuose teikia tik poliklinikoje įkurtos specializuotos slaugos paslaugas paciento namuose teikiančios klinikos slaugytojos, siūloma pirminėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ambulatorinės grandies asmens sveikatos priežiūros įstaigose) įkurti tokius specializuotus slaugos namuose teikimo centrus, kuriuose dirbtų tik aukščiausios kvalifikacijos slaugytojos.

#### Literatūra

1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552 (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099).
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 137-5626; 2010, Nr. 109-5605).
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 7-290; 2009, Nr. 107-4485).
4. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. 102-2317; 2004, Nr. 115-4284; 2009, Nr. 145-6425).
5. Kevin T, Beker GR, Murray M. Using patient feedback for quality improvement. *Qual Manag Health Care* 1996; 4(2):7-23.
6. O'Connor SJ, Trinh HQ, and Shewchuk RM. Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. *Health Care Manage Rev* 2000; 25(2):7-23.
7. Barczyk CC. Visuotinės kokybės vadyba. Vilnius, 1999; 20.
8. Žėbienė E, Razgauskas E, Basys V et al. Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. *Int J Qual Health Care* 2004; 16:83-89.
9. Misevičienė I, Milašauskienė Z. Patient satisfaction with the work of the hospital medical personnel. *Medicina* 2002; 38:559-565.

10. Žėbienė E. Paciento lūkesčių įgyvendinimo svarba (Importance of meeting patient's expectations). Disertacija. 2001. Vilniaus universitetas.

11. Janušonis J, Popovienė J. Kokybės sistemos. Kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose. 2004; 10-19.

12. Kairys J, Žėbienė E, Rutkys BA, Zokas I. Evaluation of patient needs and quality of outpatient health care services in large cities, district centers, villages and townships of Lithuania. *Medicina* 2004; 40:178-191.

13. Wood D, Jatulis D. Quality of care in Medic aid managed care vs commercial managed care plans. *JAMA* 2004; 291:1196-1197.

14. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 2002; 1129-35.

15. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje. *Gydymo menas* 2006; 6:6.

#### EVALUATION OF QUALITY OF NURSING SERVICE AT PATIENTS HOMES AND PATIENT'S EXPECTATIONS. ASSESSMENT OF VILNIUS CITY CENTRO OUT-PATIENT CLINICS HEALTH CARE PROFESSIONALS AND PATIENT'S OPINION

Sandra Šileikaitė, Renata Kudukytė-Gasperė

#### Summary

**Key words:** primary health care, out-patient health care, health care services accessibility, home nursing, palliative care, patient's, medical professionals, patient's satisfaction and expectations.

**Objective.** To estimate Centro Out-patient Clinic patients, their relatives and health care professionals (family doctors and nurses) opinion about organization of nursing service at patients homes, quality of service, and assess patient expectations of nursing service organization.

**Subject and methods of research:** Study was made in Centro Our-patient Clinic in Vilnius city. Every adult patient who get home nursing service and health care professionals (doctors and nurses) who are working in primary health care were invited to participate in the study. We evaluated patients and health care professional's opinion about quality of nursing services. Were included in the study 110 health professionals, 138 patients of Centro Our-patient Clinic. Questionnaire were coded, entered and analyzed with statistical analysis package SPSS v.17. To measure statistical significance of the difference between rates we used 95% confidence intervals. Differences in variability of discrete data we measured using  $\chi^2$  test.

**Results:** About 99,3 proc. of all respondents accessibility of service rated to well, quality of home nursing service 97,1 proc. rated to well. All respondents' trust nurses. 68,8 proc. would like to get nursing service in their homes. 81,8 proc. of health professionals think that home nursing service would be needed during working days during day. 49,0 proc. respondents' general evaluation of service of home nursing is excellent, accessibility of service rated to 6,36 points. Quality of service evaluates better nurses then doctors.

**Conclusion:** Most of the patients' and health professionals accessibility and quality of home nursing service, and information they get evaluate as very good. Most of the respondents' would like to get nursing service at their home. It's important not only to examine patients and health care professionals' expectations, but the application of nursing service model, integrating all levels of health care, focusing on nursing services and palliative care for patients at home.

**Correspondence to:** sandrasileikaite@yahoo.com

Gauta 2011-07-21

# ELEKTRONINĖS MEDICININĖS ISTORIJOS VAIDMUO DIDINANT VŠĮ CENTRO POLIKLINIKOS VEIKLOS EFEKTYVUMĄ

**TOMAS VEDLŪGA, KĘSTUTIS ŠTARAS**  
*VšĮ Centro poliklinika*

**Raktažodžiai:** *elektroninė sveikata, elektroninė sveikatos istorija, veiklos efektyvumas, kokybė, poliklinika.*

## **Santrauka**

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti pacientų ir medikų nuomonę apie elektroninės medicininės istorijos vaidmenį keliant pacientų aptarnavimo kokybę ir gerinant sveikatos įstaigų veiklos efektyvumą. Tyrimas atliktas viešojoje įstaigoje Centro poliklinikoje. Iš viso Centro poliklinikoje yra apie 141 000 prisirašiusių gyventojų. Apklausoje dalyvavo 409 pacientai, iš jų 309 užpildė anketas internetu ir 100 – rankraštini variantą. Apklausos paklaida – 1 proc. Tyrime taip pat dalyvavo 202 Centro poliklinikos darbuotojai, iš kurių administracijos skyriui priklausė 29 iš 120 dirbančiųjų, o medicininiam – 173 iš 640 darbuotojų. Jie pildė tik rankraštini variantą. Apklaustas kas ketvirtas darbuotojas – tai sudaro apie 25 proc. Dauguma įstaigos pacientų ir poliklinikos darbuotojų teigiamai vertina elektroninę medicininę istoriją. Ši tendencija išryškėja vertinant jaunesnio amžiaus ir aukštesnį išsilavinimą įgijusių respondentų atsakymus. Medikai pasiskirstė į dvi dalis: prieš ir už. Pesimistiškai nusiteikę daugiausia vyresnio amžiaus medikai, ilgesnį darbo stažą turintys darbuotojai. Straipsnyje apžvelgiami gauti tyrimo rezultatai, atliktas vertinimas ir pateikiamos išvados.

## **ĮVADAS**

Pasaulio sveikatos organizacija 2001 m. sveikatos apsaugos sektoriui numatė uždavinius ne tik gerinti gyventojų sveikatą, apsaugoti juos nuo ligų ir jų alinančių pasekmių, bet ir įgyvendinti gyventojų sveikatos teisinius lūkesčius, kaip juos traktuoja sveikatos paslaugų teikėjai, ir, svarbiausia, gerinti teikiamų medicinos paslaugų

kokybę [1]. 2010 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras patvirtino elektroninės sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą [2]. Ši programa parengta siekiant subalansuoti esamas ir naujai atsirandančias informacinių ir ryšių technologijų diegimo galimybes, nacionalines bei globalias tendencijas, artimiausio ir tolesnio laikotarpio sveikatos apsaugos reikmes taip, kad būtų užtikrinta evoliucinė Lietuvos elektroninė sveikatos (toliau – e. sveikata) sistemos plėtra, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Sveikatos priežiūros įstaigose diegiant modernias informacines technologijas sudaromos sąlygos e. sveikatos plėtrai [1]. Elektroninės sveikatos sistemos pagrindas ir esminis sveikatos apsaugos informacinių technologijų infrastruktūros kūrimo elementas yra elektroninė medicininė istorija (toliau – EMI) ir jos sistemos. EMI apibrėžiama kaip vienoje sveikatinimo įstaigoje elektronine forma kaupiami klinikiniai duomenys apie paciento ankstesnę bei dabartinę fizinę ir psichikos sveikatos būklę [2]. Sistema skirta fiksuoti, perduoti, priimti, kaupti, sujungti ir manipuliuoti įvairialypės terpės duomenimis, siekiant pagrindinio tikslo – teikti efektyvesnes sveikatos apsaugos paslaugas [3].

Istoriškai labiausiai elektroninių medicininų istorijų reikėjo norint atlikti medicininius (statistinius) tyrimus, klinikinį auditą, taip pat sveikatos paslaugų valdymui. Joms reikalingos dvi dokumento savybės – palyginamumas ir lankstumas. Palyginamumas yra neįmanomas, kai duomenys mažai struktūruoti ar laisvo teksto formos. Kita vertus, lankstumas, kuris šiuo atveju suprantamas kaip struktūros savybė įvairiausiai būdais agreguoti įvairius duomenis, pabrėžia struktūros laisvumo laipsnį, kuris yra didžiausias esant laisvo teksto formai [15]. Tam, kad elektroniniai dokumentai tikėtų sprendimų priėmimo sistemoms, labai svarbi elektroninės medicininės istorijos forma, t. y. medicininės istorijos informacinis modelis, palaikantis įvairius paciento ir jo priežiūros proceso aprašymus [14].

VšĮ Centro poliklinika (toliau – Centro poliklinika) sėkmingai įgyvendino strateginius e. sveikatos diegimo planus, kurie buvo patvirtinti dar 2003 metais. Dabar veikia informacinė sistema, kuri apima kompiuterizuotą pacientų registraciją, jų siuntimą atlikti tyrimus ar į konsultacijas, suteikia galimybę gautus rezultatus analizuoti ir kaupti bendroje duomenų bazėje. Per šiuos metus Centro poliklinikoje naudojami elektroniniai medicininiai dokumentai, veikia elektroninė statistinė apskaita, elektroninė laboratorija, internetas ir intranetas, elektroninis valstybinių profilaktinių programų monitoringas ir elektroninis įstaigos valdymas [1]. Artimiausiu metu numatoma sukurti elektroninę medicinę istoriją.

Kuriant EMI užsibrėžta įgyvendinti tokius tikslus: mažinti pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų atotrūkį, pagerinti Centro poliklinikos veiklos efektyvumą, skaidrumą, ekonomiškumą, stiprinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, kelti darbuotojų kvalifikaciją, padidinti gydytojų ar sveikatos priežiūros darbuotojų atsakomybę teikiant medicines paslaugas. Be to, bus lengviau vertinti gydytojų ir administracijos darbą bei kompetenciją, pacientas galės labiau kontroliuoti savo sveikatą. Sprendžiant sveikatos politikos problemas atsiras galimybė turėti patikimą ir išsamią informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigų personalo darbo kokybę [10, 11, 13]. Pacientai ar jų įgalioti gydytojai turės galimybę „vartoti“ ligos istoriją bet kuriuo paros metu iš bet kurios pasaulio vietos, kur tik yra interneto ryšys. Taip bus pasiektas pagrindinis sistemos tikslas – suteikti galimybę paciento gydymo „antrajai nuomonei“ bei kontrolei, pasinaudojus saugia ir operatyvia interneto prieiga ir mobiliomis technologijomis.

#### TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimas atliktas Centro poliklinikoje. Skirtingos anketos sudarytos dviem kontrolinėms grupėms tiriamųjų: Centro poliklinikos pacientams ir darbuotojams. Pasirinkta dvejopa anketavimo forma: pacientams taikyta virtuali apklausa internetu ir rankraštinis variantas, o Centro poliklinikos darbuotojams – tik rankraštinė apklausa. Tokį pasirinkimą nulėmė apklausoje dalyvaujančių respondentų skirtingos galimybės ir gebėjimas naudotis šiuolaikinėmis informacinėmis priemonėmis, skirtingas požiūris ir reiškinį supratimas bei jų reikšmingumo vertinimas – etnografija. Taikytas tikimybinis tiriamųjų grupių parinkimo būdas – paprastoji atsitiktinė imtis, kai visi tiriamosios populiacijos elementai turi tikimybę pakliūti į imtį [4, 5]. Iš viso buvo išdalytos 409 anketos Centro poliklinikos pacientams ir

202 anketos įstaigos darbuotojams. Tyrimas atliktas 2011 m. sausio mėnesį.

Centro poliklinikos darbuotojų anketą sudarė trys klausimų grupės. Pirmojoje demografinėje anketų dalyje buvo klausama apie respondentų amžių, darbo stažą, išsilavinimą ir kt. Antrąja klausimų grupe siekta išsiaiškinti darbuotojų nuomonę apie EMI reikalingumą ir efektyvumą gerinant sveikatos apsaugos paslaugas (elektroninės medicininės istorijos trūkumai ir privalumai ir kt.). Trečiąja klausimų grupe buvo siekiama nustatyti respondentų nuomonę apie elektroninių duomenų naudojimą (administravimas, duomenų saugumas, prieinamumas ir kt.).

Pacientų anketą taip pat sudarė trys klausimų grupės: demografiniai klausimai (amžius, išsilavinimas ir kt.), popierinė paciento sveikatos istorija (popierinės kortelės trūkumai ir privalumai ir kt.), EMI (internetas, elektroninės medicininės istorijos trūkumai ir privalumai, duomenys).

Statistinei duomenų analizei naudotas statistinis paketas *SPSS 15.0 for Windows*. Rezultatai vertinti pagal darbo stažą, išsilavinimą, amžių ir darbo vietą. Rezultatų skirtumų statistinis reikšmingumas nustatytas pagal  $\chi^2$  kriterijų. Statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

#### REZULTATAI

**VšĮ Centro poliklinikos pacientų rezultatai.** Įvertinus pacientų anketas išsiaiškinta, kad pagrindinę dalį (apie 77 proc.) sudaro pacientai nuo 18 iki 50 metų amžiaus. Vyresni pacientai pildė popierinę anketą, jaunesnieji – anketą internete. Internetinėje apklausoje dalyvavo tik 1 proc. vyresnių nei 50 metų respondentų. Didžioji anketą pildžiusių pacientų dalis turėjo aukštąjį universitetinį arba vidurinį išsilavinimą. Iš apklausos paaiškėjo, kad internetu nesinaudoja tik 2,4 proc. pacientų ir visi jie yra vyresni nei 40 metų. Taigi tyrimas parodė, kad internetas yra pasiekiamas beveik visiems Centro poliklinikos pacientams. Apklausa taip pat parodė, kad didžioji dalis (net 90 proc.) jauno ir vidutinio amžiaus pacientų (18–50 metų) naudojami elektronine bankininkyste. Tai rodo gerą kompiuterinį raštingumą bei galimybes greitai išmokti naudotis EMI. Nežinojimas apie elektroninę bankininkystę arba nesinaudojimas ja didėja su amžiumi.

Dauguma respondentų tvirtino, kad domisi popierinėje asmens sveikatos kortelėje esančia informacija. Visose amžiaus grupėse taip atsakė daugiau nei 70 proc. respondentų. Tai įrodo pacientų domėjimąsi savo sveikata bei norą žinoti informaciją, esančią jų asmeninėse sveikatos istorijoje. Įdomu tai, kad 10 proc.



vyresnių nei 60 metų pacientų nediršta pasidomėti ir paprašyti paaiškinti popierinėje sveikatos kortelėje esančius įrašus.

Tyrimo duomenys atskleidė popierinės sveikatos kortelės trūkumus. Net 48 proc. apklaustųjų dažniausiai neįskaito rašto ir tik 4 proc. respondentų visada įskaito. Dažniausiai neįskaito vyresnio amžiaus pacientai arba nepilnamečiai. Net 24 proc. apklaustų asmenų sakė, kad jų popierinė asmens sveikatos kortelė buvo pamesta arba dingusi. Tai reiškia, kad kas ketvirto paciento kortelė buvo dingusi, todėl visą su sveikata susijusią informaciją ir duomenis reikėjo rinkti iš naujo.

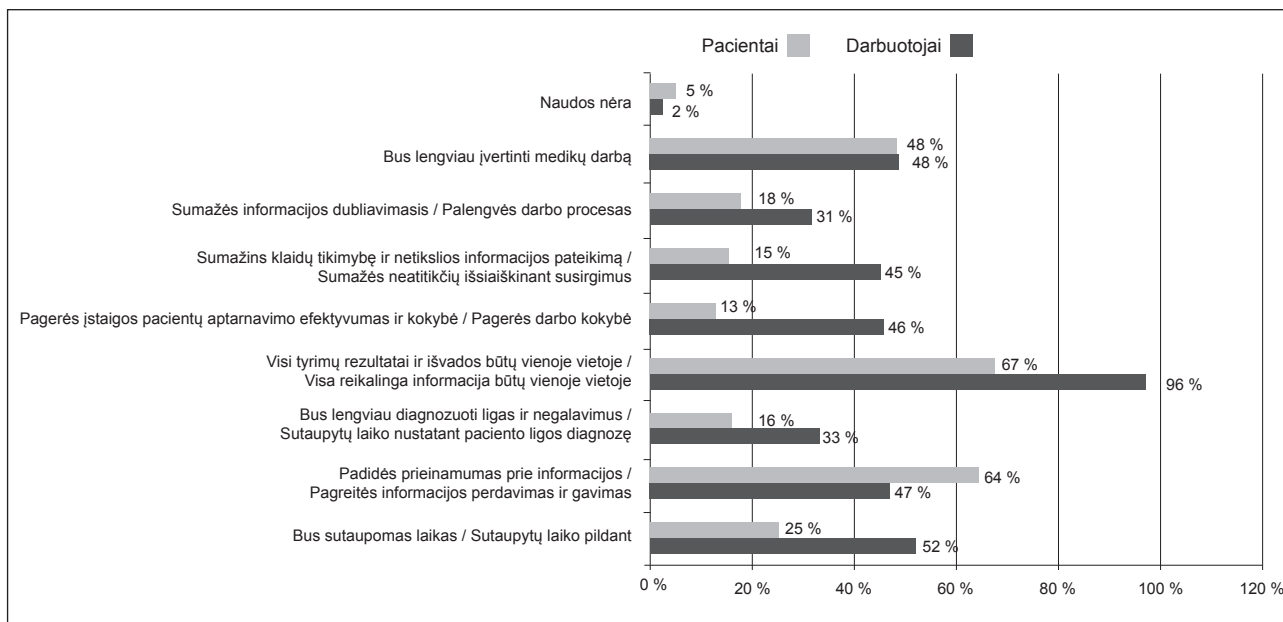
Taip pat tyrimas parodė, kad elektroninę medicinę kortelę apklaustųjų dauguma vertina teigiamai. 54 proc. respondentų teigė, kad EMI gali būti efektyvi priemonė vertinant medikų darbą bei kompetenciją, 50 proc. apklaustų asmenų manė, kad EMI padėtų pacientams daugiau kontroliuoti medikų darbą. Net 60 proc. pacientų įsitikinę, kad tai padidintų gydytojų atsakomybę teikiant medicininės paslaugas (tyrimus, procedūras, gydymus). EMI trūkumai: ne visi galės prisijungti prie EMI (51 proc.), daugiau laiko praleis pas gydytojus (17 proc.), reikės specifinių informatikos žinių (23 proc.), rūpesčių kelia ir duomenų saugumas (35 proc.).

Didžiausią naudą respondentai įžvelgia būtent patys sau – pacientams, o ne medikams ar sveikatos sistemai. 75 proc. apklaustų asmenų, kaip didžiausią privalumą,

įvardina tai, kad pacientas pats galės matyti ir vertinti rezultatus. Tai rodo, kad žmonės domisi savo sveikata ir nori būti aktyvesni dalyviai sveikatos priežiūros procese. Todėl net 53 proc. apklaustųjų mano, kad pacientas priartės prie sveikatos priežiūros proceso. Kas trečias respondentas kaip privalumą nurodė, jog galės dalytis informacija su kitais gydytojais ar pažįstamais būdamas bet kurioje pasaulio vietoje. Kad pacientams nėra visiškos naudos iš elektroninės medicininės istorijos, mano tik 7 proc. apklausos dalyvių.

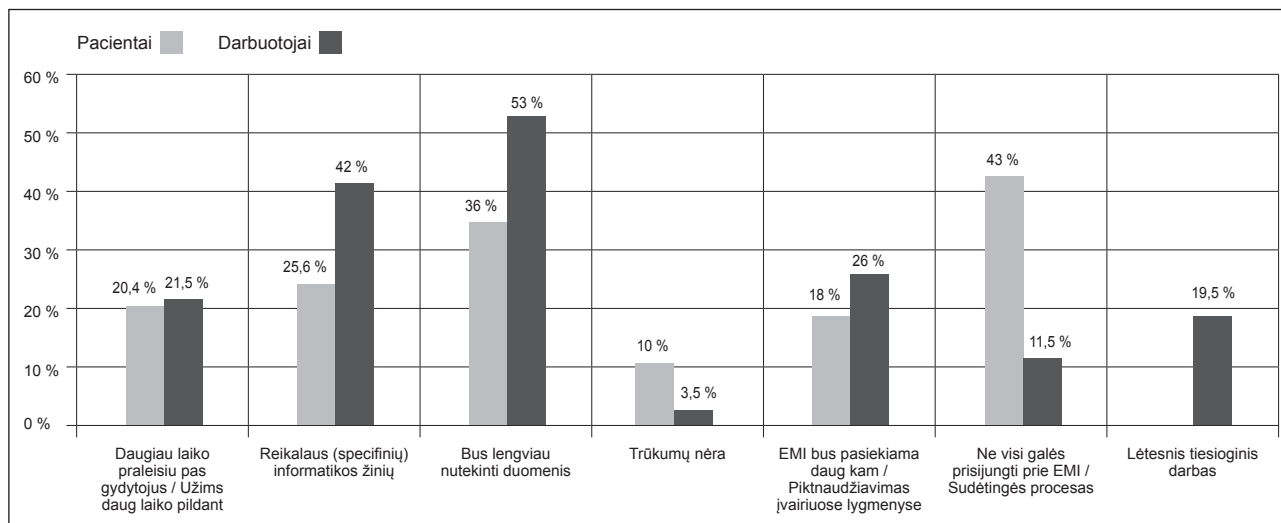
**VšĮ Centro poliklinikos darbuotojų rezultatai.** EMI diegimas Centro poliklinikoje pirmiausiai turės įtakos medicinos darbuotojams, kurie ir yra svarbiausia grandis, jungianti pacientą su sveikatos priežiūros paslaugomis. Tai pagrindinis Centro poliklinikos išteklius ir kritinis faktorius – jautriausia sritis. Todėl būtina užtikrinti, kad darbuotojai nejaustų spaudimo, turėtų pakankamai žinių, jaustųsi kompetentingi ir tinkamai prisitaikytų prie informacinių technologijų naujovių.

Didžiosios dalies rankraštinės anketas pildžiusių darbuotojų amžius svyruoja tarp 31–50 metų. Net 7 proc. visų apklaustų Centro poliklinikos medikų yra pensinio amžiaus. Daugiausia dirba aukštąjį išsilavinimą turinčių specialistų – apie 85 proc. darbuotojų mediciniame padalinyje ir tai yra pagrindinis poliklinikos kontingentas. Administracijoje tokių darbuotojų yra apie 15 proc.



1 pav. Apklaustų darbuotojų ir pacientų nuomonė dėl EMI naudos





2 pav. Apklaustų darbuotojų ir pacientų nuomonė dėl EMI trūkumų

Kad EMI būtų gera priemonė vertinant medikų darbą ir kompetenciją, medikai (45 proc.) ir administracijos darbuotojai (52 proc.) vertina pozityviai ir jų vertinime esminio skirtumo nėra (1 pav.). Tačiau kitais aspektais abiejų respondentų grupių nuomonės priklausomai nuo amžiaus yra skirtingos. Daugiau nei pusė (58 proc.) administracijos darbuotojų teigė, jog EMI padės pacientams daugiau kontroliuoti gydytojų darbą, tačiau tik 28 proc. medikų su tuo sutiko. Apklausoje 17 proc. medikų ir 41 proc. administracijos darbuotojų nurodė, kad EMI padidins gydytojų atsakomybę teikiant medicines paslaugas. Rezultatai yra tikėtini, nes medikai nėra suinteresuoti kritikuoti savo darbą. Todėl net 70 proc. medikų teigė, kad jų tai visiškai nepaveiktų.

Kaip didžiausią naudą, tiek medikai, tiek administracijos darbuotojai nurodė tai, kad pagreitėtų informacijos gavimas ir perdavimas tarp įvairių specialybių gydytojų ir sveikatos priežiūros institucijų. Administracijos atstovai įžvelgia daugiau naudos negu medicinos darbuotojai, nes EMI tiesiogiai skirta medikams. 30 proc. medikų ir 45 proc. administracijos darbuotojų mano, jog bus sutaupoma laiko registratūroje. Kad sutaupyti laiko pildydami kortelę, abi grupės mano panašiai – apie 25 proc. apklausos dalyvių. Apie 67 proc. apklaustų asmenų nurodė, kad visa reikalinga informacija bus susisteminta vienoje vietoje.

Medikai labiausiai susirūpinę duomenų konfidencialumu ir saugojimo problema. Daugelis (53 proc.) respondentų mano, kad konfidenciali informacija bus lengviau prieinama (2 pav.). Ši baimė susijusi su jų darbo

atsakomybės padidėjimu, nes daugiau žmonių galės matyti ir vertinti medikų taikomas gydymo priemones. Administracijos skyriaus darbuotojai (42 proc.) labiausiai baiminasi, kad EMI reikalaus gydytojų ir slaugytojų specifinių informatikos žinių, taip pat 30 proc. medikų nurodė šią problemą. Vidutiniškai kas trečias medikas mano, kad sulėtės tiesioginis darbas ir padaugės įvairių piktnaudžiavimų: pacientų, jų artimųjų, žiniasklaidos, pačių medikų. 35 proc. respondentų teigia, kad per EMI visada laiku gaus reikalingą informaciją. Panašus skaičius apklausos dalyvių mano, kad kartais laiku gaus reikalingus duomenis (37 proc.).

Dauguma Centro poliklinikos darbuotojų pritaria šiai naujovei. 50 proc. apklausos dalyvių mielai jau rytoj pradėtų dirbti su EMI. Ypač tam pritarė administracijos darbuotojai: 69 proc. visų apklaustųjų nurodė, kad būtina diegti tokią programą. Priešškai nusiteikusiųjų buvo apie 17 proc. administracijos darbuotojų. Analizuojant tik medikų surinktus duomenis galima daryti išvadą, kad šiai pažangai pritaria mažiau nei pusė gydytojų ir slaugytojų. EMI, kaip darbo įrankį, mielai naudotų 45 proc. visų respondentų. Net 35 proc. medikų yra linkę palikti popierines sveikatos korteles, 16 proc. apklaustųjų teigia, kad EMI reikėtų įdiegti Centro poliklinikoje, tačiau ne anksčiau kaip po 10 metų, nes dabar tam netinkamas laikas.

#### REZULTATŲ APTARIMAS

Dauguma pacientų EMI vertina teigiamai. Jie įžvelgia daug privalumų ir naudos, mano, kad tai skatintų kontroliuoti medikų darbą, būtų efektyvi priemonė

vertinant gydytojų kompetenciją, didintų gydytojo atsakomybę teikiant medicininės paslaugas. Džiaugiasi, kad patys galės matyti ir vertinti savo sveikatos tyrimų rezultatus ir taip aktyviau dalyvaus sveikatos priežiūros procese. Tyrime išryškėjo esami trūkumai: daugelis pacientų neperskaito medikų rašto, kas penkto respondento popierinė asmens sveikatos kortelė su visa turima informacija buvo pamesta arba dingę, vyresnio amžiaus pacientai nedrįsta pasiteirauti gydytojo apie duomenis, esančius popierinėje sveikatos kortelėje. Didžioji dalis domisi, kas fiksuojama kortelėse, tačiau ne visi ją skaito ir ne visi spėja ją išanalizuoti. Pacientai vieningai pasisakė norintys bendros duomenų bazės, kurioje būtų visi jų sveikatos tyrimai ir rezultatai. Centro poliklinikos pacientų kompiuterinis raštingumas yra geras, 97 proc. jų naudojami internetu.

Administracijos darbuotojai palankiai vertina EMI. Jie aktyviai dalyvavo apklausoje. Dauguma jų teigia, kad EMI bus naudinga tiek pacientams, tiek patiems gydytojams. Pripažįsta, kad tai pagerins Centro poliklinikos aptarnavimo kokybę bei efektyvumą, bus aiškiau vykdomas visas administravimas, pacientus priartins prie sveikatos priežiūros paslaugų, padidins pasitikėjimą Centro poliklinika, kaip institucija, pagerės įstaigos valdymo galimybes, efektyvumas ir nauda.

Dauguma medikų teigia, kad tai apsunkins jų darbą. Didžioji jų dalis bijo, kad gali būti didesnis duomenų nutekėjimas. Bendrai džiaugėsi tik tuo, kad visa informacija bus vienoje vietoje.

### IŠVADOS

Klasikiniais būdais sukurtos ir siauriems tikslams (taikymams) skirtos medicininės informacinės sistemos dažnai atitinka tik atskiros poliklinikos ar ligoninės poreikius. Jos neturi galimybių bendradarbiauti su kitomis sistemomis, o jose sukaupti duomenys egzistuoja tik kaip „kompiuterinis popierius“. Todėl reikėtų kurti bendrą sveikatos istorijų sistemą ligoninių skyrių, ligoninių, poliklinikų ir visos Lietuvos mastu. Jau yra nusistovėję tam tikri pasaulyje pripažinti ir suderinti standartai, taikomi tiek sveikatos istorijoms saugoti, tiek jomis keistis, tad reikėtų pasirinkti vieną iš jų.

Centro poliklinikos pacientai ir darbuotojai pritaria, kad būtų pritaikyta ir diegiama EMI sistema. Toks žingsnis leistų dar labiau pagerinti įstaigoje vykstančių procesų efektyvumą, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Taip pat EMI sumažins sveikatos paslaugų administravimo, statistikos ir valdymo darbo sąnaudas. Įrodyta, kad EMI nauda gydymo įstaigų specialistams tiesiogiai teikia naudą pacientui. Kitaip

tariant, kiek gydytojas sutaupo laiko, tiek jo gali papildomai skirti pacientui. Pagerėjusi gydymo kokybė yra tiesiogiai naudinga pacientui.

Nereikėtų sustoti tik elektroninės medicininės istorijos sukūrimu ir naudotis tik duomenų saugojimo ir perdavimo funkcijomis. Reikėtų išplėtoti, sumodeliuoti ir įdiegti tęstinio viso gyvenimo asmens sveikatos priežiūros įvykių registravimo standartizuotą elektroninės sveikatos istorijos sistemą. Į ją turėtų būti įtrauktas ir kompiuterizuotas vaistų skyrimas, telemedicina, kuri skirta nuotoliniam konsultavimui bei klinikiniam sprendimams palaikyti, sukurti bendamasias internetines prieigas bei visiškai kompiuterizuotas gydytojų darbo vietas, sveikatos portalą gyventojams ir pacientams informuoti sveikatos klausimais, taikyti signalo ir vaizdo turiniu besiremiančią paiešką bazėse.

### Literatūra

1. Štaras K. Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas. Vilnius: „Baltijos kopija“, 2011.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-136 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymo Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2010, Nr. 21-1015).
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-151 „E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos“ (Žin., 2010, Nr. 23-1079).
4. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: „Judex“, 2002.
5. Puškorius S. Veiklos auditas. Vilnius: LTU, 2004.
6. Jankauskienė D, Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius, 2007.
7. Leonavičius V, Baltrušaitytė G, Naujokaitė I. Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas. Kaunas, 2007.
8. Luobikienė J. Sociologija: bendrieji pagrindai ir tyrimų metodika. Kaunas: „Technologija“, 2000.
9. Wimmer Maria A, Traunmuller R, Gronlund A, Andersen Kim V. Electronic Government. 4th International Conference, EGOV 2005. Springer, 2005.
10. Silber D. E. sveikata. Ataskaita ministrų lygio konferencijai. Briuselis, 2003 (ISBN 90-6779-180-6).
11. Projektas *Health Level Seven (HL7)* [interaktyvus], [žiūrėta 2010-12-08]. Prieiga per internetą: <[www.hl7.com](http://www.hl7.com)>.
12. Internacionalinis medicininės informatikos žurnalas – „International Journal of medical informatics“ [interaktyvus], [žiūrėta 2011-01-02]. Prieiga per internetą: <<http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056%2897%2900048-8/abstract>>.
13. Legal Medical record standart [interaktyvus], [žiūrėta 2011-01-08]. Prieiga per internetą: <<http://www.ucop.edu/ucophome/coordrev/policy/legal-medical-record-policy.pdf>>.
14. Europos oficialus puslapis [interaktyvus], [žiūrėta 2010-12-05]. Prieiga per internetą: <<http://europa.eu.int/>>.
15. Keinys S, Klimavičius J, Paulauskas J, Pikčilingis J, Sližienė N, Ulvydas K, Vitkauskas V. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla, 1993. ISBN 5-420-01242-1.

---

THE ROLE OF ELECTRONICAL MEDICAL HISTORY IN  
IMPROVING CENTRAS CLINIC'S EFFICIENCY

Tomas Vedlūga, Kęstutis Štaras

Summary

*Key words:* e. health, electronic medical records, effectiveness, quality, health information, patient, access to health services.

2010 February 22, Order No. V-151 was approved by the e-health system from 2009 to 2015-year development program. This program is designed to balance the current and emerging information and communications technology capabilities, so as to ensure the evolutionary Lithuanian e. health system development, consistently improving health care quality. E. health system and an essential health care information technology infrastructure component is an electronic medical history (EMH), and their systems. EMH's system is designed to capture, transmit, receive, store, combine, and manipulate multimedia data, with the ultimate goal - to provide health care services.

*Objective.* To find out the views of patients and doctors about the medical history of an electronic role by raising the quality of patient care and improving health facilities performance.

*Job object.* The study was conducted public Centre clinic. Medical staff and patient's opinion on the electronic medical history and evaluation.

Writing job analysis and evaluation of national legal and regulatory framework, literature, completed the questionnaire. Obtain and evaluate data using SPSS and Microsoft Excell programmed to EMI in 2007 and the program.

Most of the bodies of patients and clinic workers in the administration welcomes the electronic medical history. These trends are apparent at a younger age of the respondents with a better education. But doctors are divided into two parts: before and after. Pessimistic attitude most doctors older, longer length of service personnel.

EMI and further improve the efficiency of office processes, health care access and quality. Reduce the labor costs of health services administration, statistics and management. Will enable continuous communication between doctor and patient. In order to be an electronic medical history of patients and clinic staff of the Centre positively. EMH and benefits professionals in health institutions directly affects the benefits to the patient. And EMH's benefits to the patient directly benefits the medical center and the Polyclinic.

**Correspondence to:** [tomas.vedluga@pylimas.com](mailto:tomas.vedluga@pylimas.com)

Gauta 2011-08-11

■

---

# VILNIAUS MIESTO ŠEŠKINĖS POLIKLINIKOS PACIENTŲ APKLAUSA APIE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS – NUOMONĖ PAGAL PACIENTŲ IŠSILAVINIMĄ, SOCIALINĘ IR EKONOMINĘ PADĖTĮ

JONAS KAIRYS<sup>1,3</sup>, EGLĖ ŽĖBIENĖ<sup>1,3</sup>, IGNAS ŽOKAS<sup>2</sup>, VIOLETA TYLIENĖ<sup>3</sup>,  
VYGANTAS TOMKEVIČIUS<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, <sup>2</sup>Socialinės analizės grupė, <sup>3</sup>Šeškinės poliklinika

**Raktažodžiai:** pirminė sveikatos priežiūra, ambulatorinė sveikatos priežiūra, sveikatos priežiūros kokybė, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, socialinės ir ekonominės gyventojų grupės.

## Santrauka

Pirmasis tyrimas atliktas 2003 m. sausio–vasario mėnesiais. Apklausti 18 metų sulaukę respondentai. Išduota 500 anketų, iš jų 343 anketos grįžo (grįžtamumas – 68,6 proc.). Anketa buvo duodama kas dešimtam pirmą kartą besikreipiančiam pacientui.

Respondentai, atsakydami į klausimą apie tai, ar norėtų, kad šeimos gydytojas dirbtų arčiau gyvenamosios vietos, nurodo skirtingus duomenis. Aukščiausio ir vidutinio lygio vadovai (50 proc.) ir namų šeimininkės (86,9 proc.) pageidauja, kad apylinkės gydytojas dirbtų jų rajone. Bedarbiai (50 proc.) ir specialistai bei tarnautojai (47 proc.) norėtų, kad apylinkės gydytojas, gydytojai specialistai dirbtų ir tyrimai būtų atliekami „po vienu stogu“. Daugelis 1 001–1 500 Lt pajamų, skaičiuojant vienam šeimos nariui, turinčių respondentų (72 proc.) mano, kad būtų patogiau, jei apylinkės gydytojas dirbtų jų rajone. 1 501–2 000 Lt ir daugiau nei 2 000 Lt pajamų vienam šeimos nariui turintys respondentai nurodo, kad tam nepritartų, nes jiems patogiau, kai apylinkės gydytojas, gydytojai specialistai dirba ir tyrimai atliekami „po vienu stogu“ – atitinkamai 61,8 proc. ir 45,7 proc.

Tik 14,6 proc. apklaustų pensininkų negirdėjo apie galimybę gydytis poliklinikos dienos stacionare. Apie tokią galimybę nežino daugiausia studentų ir moksleivių (73,9 proc.). Tačiau klausiant respondentų apie tai, kur jie norėtų gydytis – dienos stacionare

ar ligoninėje, studentai ir moksleiviai dažniausiai nurodė, kad tvirtai arba greičiau rinktųsi dienos stacionarą (74,3 proc.).

Dauguma namų šeimininkų (71,3 proc.), verslininkų (55,2 proc.) taip pat rinktųsi dienos stacionarą. Pensininkų ir bedarbių pasirinkimas pasiskirsto beveik po lygiai: 53,8 proc. pensininkų ir 33,3 proc. bedarbių renkasi dienos stacionarą, o kita dalis – 46,2 proc. pensininkų ir 52,2 proc. bedarbių renkasi ligoninę. Aiškios priklausomybės pagal pajamas vienam šeimos nariui ir gydymosi būdo pasirinkimo nėra. Respondentai, kurių pajamos yra daugiau nei 2 000 Lt vienam šeimos nariui, nurodo, kad tvirtai arba greičiau rinktųsi dienos stacionarą (100 proc.).

67,9 proc. visų respondentų nepalankiai vertina sveikatos reformos įdiegiamą naują, kad vietoje terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikia kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / šeimos gydytoją. Daugiausia šitaip manančių yra pensininkų (81,7 proc.), verslininkų (72,4 proc.), specialistų, tarnautojų (71 proc.), namų šeimininkų (69,8 proc.).

Daugelis respondentų (86 proc.) susirgę kreipiasi į savo šeimos gydytoją. Taip daro 92,5 proc. pensininkų, 91,3 proc. studentų ir moksleivių, 91 proc. darbininkų ir techninių darbuotojų, 89,3 proc. namų šeimininkų. Į pažįstamą gydytoją dažniausiai kreipiasi verslininkai – 34,5 proc., į privatų gydytoją – dažniausiai aukščiausio ir vidutinio lygio vadovai (14,3 proc.).

Dauguma respondentų sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina patenkinamai (53,9 proc.). Gerai (88,2 proc.) vertina respondentai, kurių pajamos vienam šeimos nariui yra 1 501–2 000 Lt, gerai ir labai gerai (74 proc.) – turintys

1 001–1 500 Lt pajamas. Apklausos dalyviai, gaunantys pajamas iki 500 Lt, sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina daugiausia patenkinamai (63 proc.), daugiau kaip 2 000 Lt pajamų gaunantys respondentai vertina įvairiai: 20 proc. – labai gerai, 31,4 proc. – gerai, 37,1 proc. – patenkinamai ir 11,4 proc. – blogai. Antrasis tyrimas buvo atliekamas 2007 m. kovo–gegužės mėn. Apklausti 18 metų sulaukę respondentai. Iš pradžių 550 anketų buvo išskirstytos į registratūras, iš jų 333 anketos grįžo (grįžtamumas 60,5 proc.). Anketa buvo duodama kas dešimtam pirmą kartą besikreipiančiam pacientui. Dažniausiai pacientai pageidauja lankytis pas gydytojus po 19 val., ypač aktyviai šiuo laiku norėtų lankytis pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 litų (65 proc.). Rečiausiai pacientai gydymo įstaigoje lankytųsi tarp 14 ir 19 valandos. Pacientai lankymosi gydymo įstaigoje laiką derina su darbu. Daugelį respondentų poliklinikos darbo laikas tenkina. Kiek mažiau nei kiti pacientai darbo laiku patenkinti respondentai, uždirbantys daugiau nei 2 000 litų (90,8 proc.), ir respondentai su aukštuoju išsilavinimu (92,6 proc.). Pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 litų vienam šeimos nariui, nurodo, jog jie dažniausiai lankosi profilaktiškai (58,3 proc.). Pacientai, neturintys vidurinio išsilavinimo, į gydytojus dažniausiai kreipiasi norėdami išsirašyti kompensuojamųjų vaistų (35,9 proc.). Dažniausiai pacientams, norintiems patekti pas gydytoją, tenka laukti savaitę. Didžioji pacientų dalis į polikliniką ateina pėsčiomis. Tai respondentai, turintys vidurinį išsilavinimą (39,5 proc.). Rečiausiai pacientai į polikliniką važiuoja persėsdami iš vienos transporto priemonės į kitą.

#### IVADAS

Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros (PSP) strategija priimta 1995 m., o jau 1996 m. pradėta vykdyti PSP plėtojimo investicinė programa. Atlikę vertinimus ir vietas, ir užsienio ekspertai tada pabrėžė šiuos pagrindinius PSP Lietuvoje trūkumus: ligų gydymo, o ne prevencijos prioritetas, nepakankamas sveikatos mokymas, gydytojų perteklius ir hiperspecializacija, bendruomenės slaugos paslaugų stoka, socialinių paslaugų trūkumas, prasta pastatų ir medicinos įrangos kokybė, didelės išlaidos infrastruktūrai, nepagrįsti siuntimai į ligonines, pacientų ir specialistų nepasitenkinimas, paskatų kokybei ir efektyvumui didinti stoka, paslaugų skaidymas (neužtikrintas

sveikatos priežiūros nenutrūkstamumas). Vis didesnis dėmesys skiriamas informacinių technologijų diegimui siekiant gerinti sveikatos priežiūros kokybę [1]. Ligoninių poliklinikų padaliniai JAV tampa svarbia dalimi sveikatos priežiūros sistemoje, nes tokia pacientams teikiama pagalba yra pigesnė. Teikiant tokią pagalbą dalyvauja ne tik gydytojai, bet ir slaugytojos bei gydytojų asistentai. Įvairiuose regionuose taip teikiamos pagalbos modeliai yra skirtingi ir priklauso nuo demografinės situacijos, apmokėjimo už darbą ir kitų veiksnių [2]. Svarbu tai, kad visuomenės sveikatos organizatoriai daugiau bendradarbiautų su medicininės pagalbos teikimo organizatoriais ir būtų atsižvelgiama į bendruomenės poreikius [3]. Dabartiniu laikotarpiu svarbu susiorientuoti gausybėje informacinių šaltinių, juos surūšiuoti pagal svarbumą, atskirti, kas šiuo metu yra svarbiausia: pacientas, slaugytoja, pirminės sveikatos priežiūros gydytojas ar gydytojas specialistas. Todėl būtina nuolat organizuoti tolesnę medicininę tobulinimą, kad būtų galima atsakyti į šiuos ir kitus klausimus [4]. Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas atskirais rodikliais (dimensijomis, aspektais) laikomas vertingesniu procesu nei ieškojimas „absoliučios kokybės“ apibrėžimo. Skirtingų kokybės dimensijų identifikavimas padeda išsiaiškinti kokybės problemų prigimtį, potencialius sprendimus bei galimas dirbančiųjų sveikatos priežiūroje bei jos paslaugų vartotojų perspektyvas [5]. Vertinant pacientų nuomonę, taikomos pačių autorių sudarytos įvairios anketos [6]. Įvairių gyventojų grupių keliami reikalavimai sveikatos priežiūros sistemai, paslaugų prieinamumui yra skirtingi ir keičiasi priklausomai nuo žmonių amžiaus, lyties, išsimokslinimo, pajamų [7]. Pacientų apklausos, jų nuomonė įvairiais teikiamos pagalbos klausimais turi didelę įtaką gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę konsultacijų metu [8]. Gerinant sveikatos priežiūrą ambulatorinėje grandyje reikia atsižvelgti į pirminės sveikatos priežiūros apmokėjimo modelį. Kai kurie autoriai tuo tikslu siūlo būtinai mokėti nuo prisirašiusių gyventojų skaičiaus [9]. Kiti autoriai kuria kitokius modelius, kurie padeda įvertinti gyventojų poreikius ir racionaliau panaudoti turimus finansinius išteklius [10]. Gydant pacientus ir siekiant geresnės kokybės reikėtų naudoti gydymo standartus – protokolus, tai padėtų gydyti efektyviai ir pigiai [11]. Sveikatos ambulatorinės grandies paslaugų kokybės gerinimas, paslaugų prieinamumo problemų sprendimas, pastaraisiais dešimtmėčiais susilaukęs daug dėmesio daugelyje ekonomiškai stiprių pasaulio šalių, tampa vis svarbesne sveikatos reformos tendencija Lietuvoje. Įvairūs autoriai nagrinėja ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės klausimus [12, 13, 14, 15].



**TYRIMO OBJEKTAS IR METODIKA**

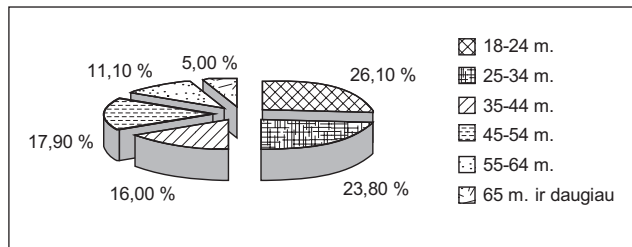
Pirmasis tyrimas atliktas 2003 m. sausio–vasario mėnesiais. Apklausti 18 metų sulaukę respondentai. Iš pradžių 500 anketų buvo išskirstytos į registratūras, iš jų 343 anketos grįžo (grįžtamumas – 68,6 proc.). Anketa buvo duodama kas dešimtam pirmą kartą besikreipiančiam pacientui.

Antrasis tyrimas buvo atliekamas 2007 m. kovo–gegužės mėn. Apklausti 18 metų sulaukę respondentai. Iš pradžių 550 anketų buvo išskirstytos į registratūras, iš jų 333 anketos grįžo (grįžtamumas 60,5 proc.). Anketa buvo duodama kas dešimtam pirmą kartą besikreipiančiam pacientui.

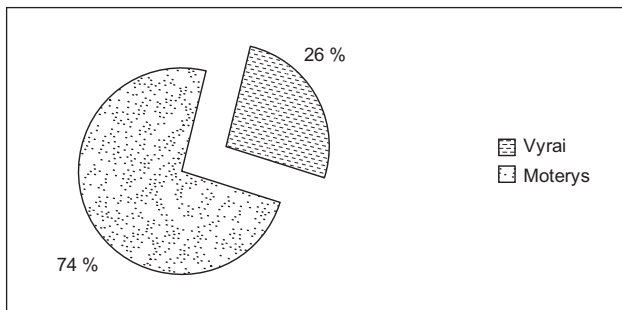
Tyrimams buvo sudaryta anketa-klausimynas. Į ją įtraukti įvairūs klausimai apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, pabaigoje fiksuojami demografiniai rodikliai.

Statistinė duomenų analizė atlikta asmeniniu kompiuteriu, panaudojant statistinės analizės SPSS programinį paketą. Skirtumai tarp atitinkamų rodiklių laikomi patikimais, kai klaidos tikimybė  $p \leq 0,05$ . Šią reikšmę programa, ieškodama kintamųjų ryšio, suskaičiuoja automatiškai. Taip pat siekiant kuo didesnio tikslumo ir ieškant priežastinio kintamųjų ryšio skaičiavimams naudotas statistinis ryšio stiprumą ir kryptį nusakantis koeficientas – Spearmano koreliacijos koeficientas, kuris yra asociacijos tarp kintamųjų matmuo netolydiems kintamiesiems. Spearmano koeficientas nusako tiesioginį (su + ženklu) arba atvirkščią (su – ženklu) kintamųjų ryšį, o jo reikšmės varijuoja tarp –1 ir 1. Reikšmė tarp –0,09 ir 0,09 rodo kintamųjų ryšio nebuvimą. Kuo šio koeficiento reikšmė artimesnė –1 arba 1, tuo kintamųjų ryšys yra stipresnis. Naudojant Spearmano koeficientą nesvarbu, ar kintamojo reikšmės yra pasiskirsčiusios simetriškai. Visi duomenys standartizuoti pagal amžių.

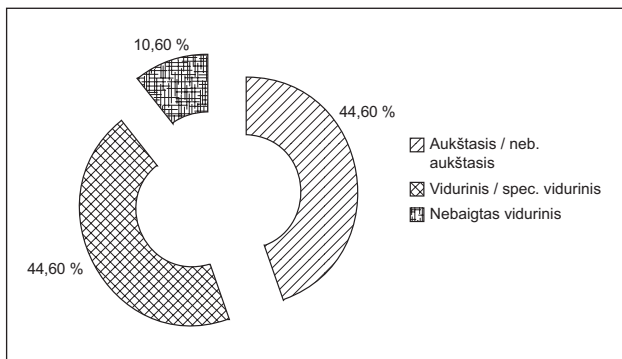
**RESPONDENTŲ SOCIALINĖS IR DEMOGRAFINĖS CHARAKTERISTIKOS<sup>1</sup>**



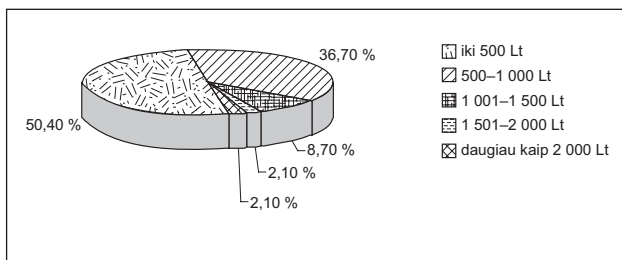
1 pav. Respondentų amžiaus struktūra (proc.)



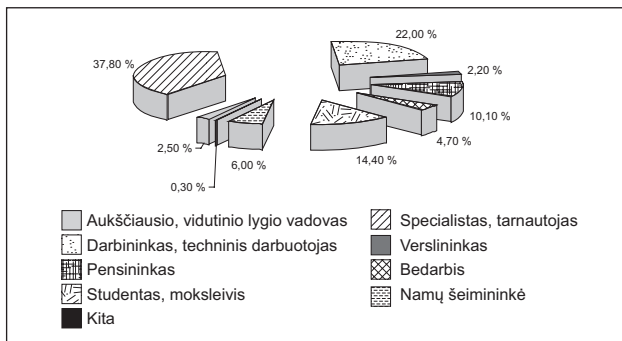
2 pav. Respondentų sudėtis pagal lytį (proc.)



3 pav. Respondentų išsimokslinimo struktūra (proc.)

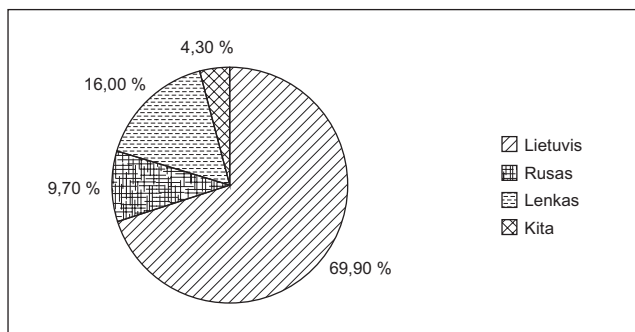


4 pav. Respondentų pajamų struktūra (proc.)

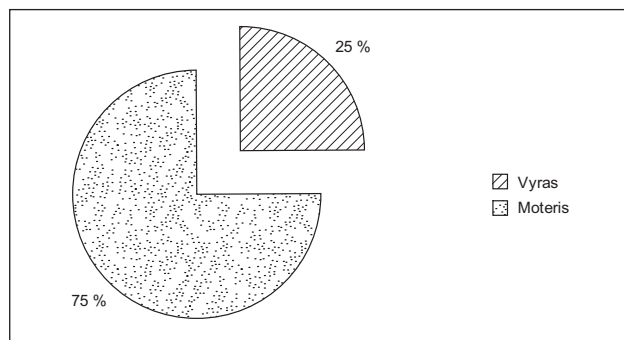


5 pav. Respondentų užsiėmimo struktūra (proc.)

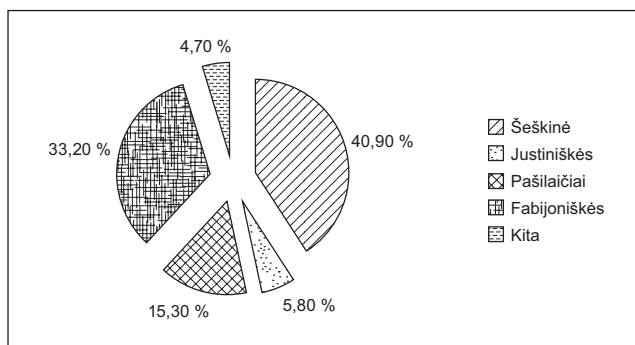
<sup>1</sup> 2003 m. tyrimo demografiniai duomenys



6 pav. Respondentų tautybės struktūra (proc.)



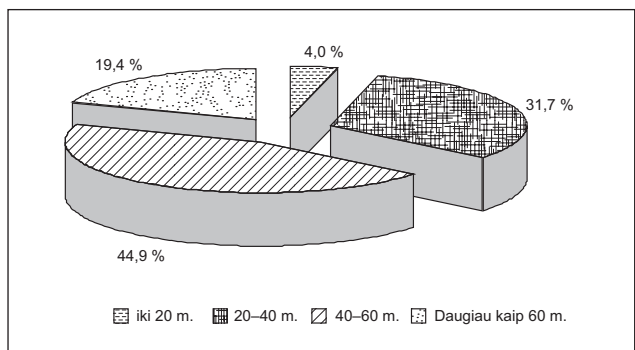
9 pav. Respondentų lyties struktūra



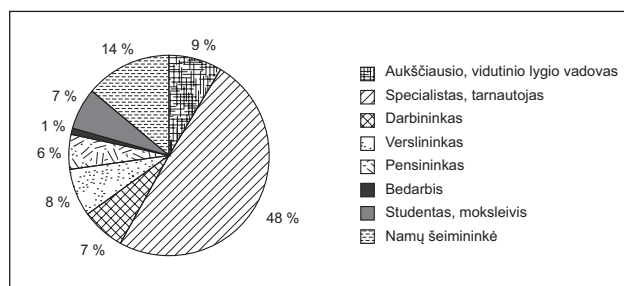
7 pav. Respondentų gyvenamosios vietos struktūra (proc.)

Šiame darbe nagrinėjame tik keletą anketoje-klausimyne pacientų atsakytų klausimų apie sveikatos priežiūros paslaugų vertinimą norėdami išsiaiškinti, ar skirtingų socialinių ir ekonominių respondentų grupių atsakymai skiriasi.

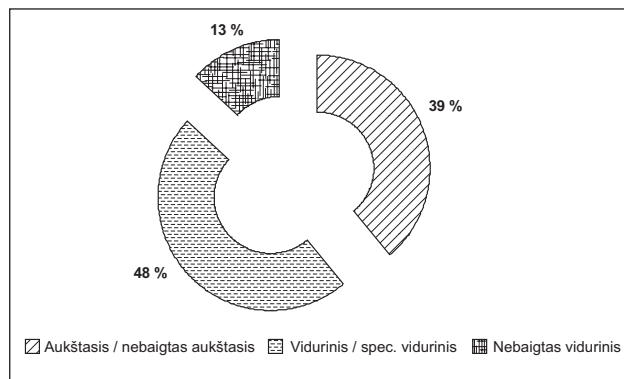
### RESPONDENTŲ SOCIALINĖS IR DEMOGRAFINĖS CHARAKTERISTIKOS<sup>2</sup>



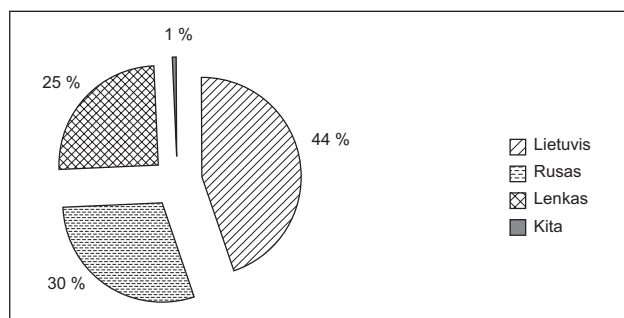
8 pav. Respondentų amžiaus struktūra



10 pav. Respondentų užsiėmimo struktūra

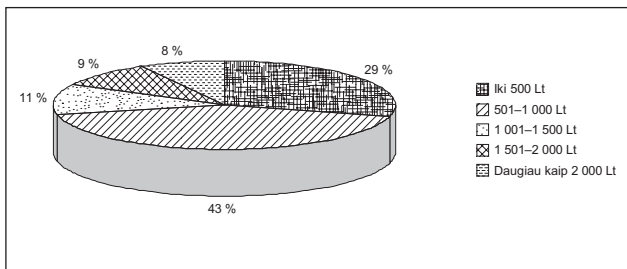


11 pav. Respondentų išsimokslinimo struktūra



12 pav. Respondentų tautybės struktūra

<sup>2</sup> 2007 m. tyrimo demografiniai duomenys



13 pav. Respondentų pajamų vienam šeimos nariui struktūra

### TYRIMO REZULTATAI

Respondentai, atsakydami į klausimą apie tai, ar norėtų, kad šeimos gydytojas dirbtų arčiau jų gyvenamosios vietos, nurodo skirtingus duomenis. Aukščiausio ir vidutinio lygio vadovai (50 proc.) ir namų šeimininkės (86,9 proc.) pageidauja, kad apylinkės gydytojas dirbtų jų rajone. Bedarbiai (50 proc.) ir specialistai bei tarnautojai (47 proc.) norėtų, kad apylinkės gydytojas,

gydytojai specialistai dirbtų ir tyrimai būtų atliekami „po vienu stogu“ (1 lentelė).

Daugiausia 1 001–1 500 Lt pajamų vienam šeimos nariui turinčių respondentų (72 proc.) mano, kad būtų patogiau, jei apylinkės gydytojas dirbtų jų rajone. 1 501–2 000 Lt ir daugiau nei 2 000 Lt pajamų vienam šeimos nariui turintys respondentai nurodo, kad tam nepritartų, nes jiems patogiau, kai apylinkės gydytojas, gydytojai specialistai dirba ir tyrimai atliekami „po vienu stogu“ – atitinkamai 61,8 proc. ir 45,7 proc. (2 lentelė).

Tik 14,6 proc. apklaustų pensininkų negirdėjo apie galimybę gydytis poliklinikos dienos stacionare. Daugiausiai apie tokią galimybę nežino studentai ir moksleiviai (73,9 proc.) (3 lentelė). Tačiau klausiant respondentų apie tai, kur jie norėtų gydytis – dienos stacionare ar ligoninėje, studentai ir moksleiviai dažniausiai nurodė, kad tvirtai arba greičiau rinktųsi dienos stacionarą (74,3 proc.) (4 lentelė).

1 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą, atsakant į klausimą apie šeimos gydytojų galimybes dirbti arčiau pacientų (standartizuota pagal amžių)

Užsiėmimas	Ar Jūs pritarumėte pageidavimui, kad šeimos gydytojai pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų, t. y. savo mikrorajonuose			Iš viso
	Pritarčiau, man būtų patogiau, jei apylinkės gydytojas dirbtų mano rajone	Vertinčiau neutraliai, man nėra skirtumo, kur kreiptis	Nepritarčiau, nes man patogiau, kai apylinkės gydytojas, gydytojai specialistai dirba ir tyrimai atliekami „po vienu stogu“	
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	50 %	23,8 %	26,2 %	100 %
Specialistas, tarnautojas	43 %	10 %	47 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	38,3 %	17,1 %	44,7 %	100 %
Verslininkas	6,9 %	48,3 %	44,8 %	100 %
Pensininkas	29,8 %	33,8 %	36,4 %	100 %
Bedarbis	18,9 %	31,1 %	50 %	100 %
Studentas, moksleivis	43,5 %	28,3 %	28,3 %	100 %
Namų šeimininkė	86,9 %	6,4 %	6,7 %	100 %
Kita	0 %	100 %	0 %	100 %
Iš viso	41,8 %	15,4 %	42,8 %	100 %

$r_s = -0,035; p = 0,018$

2 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal pajamas, atsakant į klausimą apie šeimos gydytojų galimybes dirbti arčiau pacientų (standartizuota pagal amžių)

Pajamos	Ar Jūs pritartumėte projektui, jog šeimos gydytojai pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų, t. y. savo mikrorajonuose			
	<i>Pritarčiau, man būtų patogia, jei apylinkės gydytojas dirbtų mano rajone</i>	<i>Vertinčiau neutraliai, man nėra skirtumo, kur kreiptis</i>	<i>Nepritarčiau, nes man patogiau, kai apylinkės gydytojas, gydytojai specialistai dirba ir tyrimai atliekami „po vienu stogu“</i>	Iš viso
Iki 500 Lt	41,4 %	14,6 %	44,2 %	100 %
500–1 000 Lt	38,9 %	26,4 %	34,8 %	100 %
1 001–1 500 Lt	72 %	6 %	22 %	100 %
1 501–2 000 Lt	20,6 %	17,6 %	61,8 %	100 %
Daugiau kaip 2 000 Lt	17,1 %	37,1 %	45,7 %	100 %
Iš viso	41,8 %	15,4 %	42,8 %	100 %

$r_s=0,019$ ;  $p=0,018$

3 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą, klausiant apie gydymąsi dienos stacionare (standartizuota pagal amžių)

Užsiėmimas	Ar Jūs esate girdėję apie galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“?			
	<i>Taip, žinau apie tokią galimybę</i>	<i>Taip, teko girdėti, nors nežinau, kur ir kaip praktiškai</i>	<i>Ne, neteko girdėti</i>	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	31 %	9,5 %	59,5 %	100 %
Specialistas, tarnautojas	43,9 %	14 %	42,1 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	34,3 %	25,2 %	40,6 %	100 %
Verslininkas	37,9 %	27,6 %	34,5 %	100 %
Pensininkas	33,3 %	52,6 %	14,2 %	100 %
Bedarbis	20 %	13,3 %	66,7 %	100 %
Studentas, moksleivis	13 %	13 %	73,9 %	100 %
Namų šeimininkė	37,6 %	21,7 %	40,7 %	100 %
Kita	0 %	100 %	0 %	100 %
Iš viso	38,1 %	21,9 %	40 %	100 %

$r_s=0,175$ ;  $p=0,019$



4 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą, renkantis gydymą ligoninėje arba poliklinikos dienos stacionare (standartizuota pagal amžių)

Užsiėmimas	<i>Jei, atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą, Jums būtų pasiūlyta rinktis ligoninę ar dienos stacionarą, kurį Jūs pasirinktumėte?</i>					
	<i>Tvirtai rinkčiausi dienos stacionarą</i>	<i>Greičiau rinkčiausi dienos stacionarą</i>	<i>Greičiau rinkčiausi ligoninę</i>	<i>Tvirtai rinkčiausi ligoninę</i>	<i>Kita</i>	<i>Iš viso</i>
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	26,2 %	9,5 %	23,8 %	23,8 %	16,7 %	100 %
Specialistas, tarnautojas	23,2 %	23,2 %	34,4 %	14,6 %	4,7 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	16,8 %	16,5 %	61,4 %	2,7 %	2,7 %	100 %
Verslininkas	13,8 %	41,4 %	24,1 %	0 %	20,7 %	100 %
Pensininkas	10,9 %	42,9 %	18,3 %	27,9 %	0 %	100 %
Bedarbis	12,2 %	21,1 %	34,4 %	17,8 %	14,4 %	100 %
Studentas, moksleivis	13,9 %	60,4 %	21 %	2,4 %	2,4 %	100 %
Namų šeimininkė	30,6 %	40,7 %	11,6 %	17,4 %	0 %	100 %
Kita	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Iš viso	17,7 %	24,5 %	38,6 %	15,6 %	3,7 %	100 %

$r_s=0,328$ ;  $p=0,018$

5 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal pajamas, renkantis gydymą ligoninėje arba poliklinikos dienos stacionare (standartizuota pagal amžių)

Pajamos	<i>Jei, atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą, Jums būtų pasiūlyta rinktis ligoninę ar dienos stacionarą, kurį Jūs pasirinktumėte?</i>					
	<i>Tvirtai rinkčiausi dienos stacionarą</i>	<i>Greičiau rinkčiausi dienos stacionarą</i>	<i>Greičiau rinkčiausi ligoninę</i>	<i>Tvirtai rinkčiausi ligoninę</i>	<i>Kita</i>	<i>Iš viso</i>
Iki 500 Lt	21,7 %	24,5 %	31,5 %	18,5 %	3,9 %	100 %
500–1 000 Lt	15,6 %	25,8 %	51,8 %	5,9 %	0,8 %	100 %
1 001–1 500 Lt	10 %	24 %	52,5 %	4 %	9,5 %	100 %
1 501–2 000 Lt	0 %	23,5 %	58,8 %	17,6 %	0 %	100 %
Daugiau kaip 2 000 Lt	57,1 %	42,9 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Iš viso	17,7 %	24,5 %	38,6 %	15,6 %	3,7 %	100 %

$r_s=0,181$ ;  $p=0,019$

Dauguma namų šeimininkų (71,3 proc.), verslininkų (55,2 proc.) taip pat rinkęsi dienos stacionarą. Pensininkų ir bedarbių pasirinkimas pasiskirsto beveik po lygiai: 53,8 proc. pensininkų ir 33,3 proc. bedarbių renkasi dienos stacionarą, o kita dalis – 46,2 proc. pensininkų ir 52,2 proc. bedarbių renkasi ligoninę (4 lentelė).

Aiškios priklausomybės pagal pajamas vienam šeimos nariui ir gydymosi būdo pasirinkimo nėra. Respondentai, kurių pajamos yra didesnės nei 2 000 Lt vienam šeimos nariui, nurodo, kad tvirtai arba greičiau rinkęsi dienos stacionarą (100 proc.) (5 lentelė).

67,9 proc. visų respondentų nepalankiai vertina sveikatos reformos diegiamą naują, kad vietoje terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikia kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / šeimos gydytoją. Daugiausia šitaip manančių yra pensininkų (81,7 proc.), verslininkų (72,4 proc.), specialistų, tarnautojų (71 proc.), namų šeimininkų (69,8 proc.) (6 lentelė).

6 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą, vertinant naują, kad vietoj terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / šeimos gydytoją (standartizuota pagal amžių)

Užsiėmimas	Kaip Jūs vertintumėte sveikatos reformos diegiamą naują, kad vietoj terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / šeimos gydytoją		
	Palankiai	Nepalankiai	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	40,5 %	59,5 %	100 %
Specialistas, tarnautojas	29 %	71 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	48,7 %	51,3 %	100 %
Verslininkas	27,6 %	72,4 %	100 %
Pensininkas	18,4 %	81,7 %	100 %
Bedarbis	31,1 %	68,9 %	100 %
Studentas, moksleivis	37 %	63 %	100 %
Namų šeimininkė	30,6 %	69,8 %	100 %
Kita	0 %	100 %	100 %
Iš viso	32,1 %	67,9 %	100 %

$r_s=0,241$ ;  $p=0,017$

Dauguma respondentų (86 proc.) susirgę kreipiasi į savo šeimos gydytoją. Taip daro 92,5 proc. pensininkų, 91,3 proc. studentų ir moksleivių, 91 proc. darbininkų ir techninių darbuotojų, 89,3 proc. namų šeimininkų. Į pažįstamą gydytoją dažniausiai kreipiasi verslininkai – 34,5 proc., į privatų – aukščiausio ir vidutinio lygio vadovai (14,3 proc.) (7 lentelė).

7 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą, atsakant į klausimą, kur pacientas dažniausiai kreipiasi, kai suserga (standartizuota pagal amžių)

Užsiėmimas	Kuris iš žemiau pateiktų teiginių geriausiai atitinka Jūsų gydymosi praktiką...			
	aš dažniausiai kreipiuosi į šeimos gydytoją	aš dažniausiai kreipiuosi į pažįstamą gydytoją	aš dažniausiai kreipiuosi į privatų gydytoją	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	76,2 %	9,5 %	14,3 %	100 %
Specialistas, tarnautojas	78,9 %	18,4 %	2,6 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	91 %	8,2 %	0,8 %	100 %
Verslininkas	65,5 %	34,5 %	0 %	100 %
Pensininkas	92,5 %	5,2 %	2,3 %	100 %
Bedarbis	85,6 %	14,4 %	0 %	100 %
Studentas, moksleivis	91,3 %	6,5 %	2,2 %	100 %
Namų šeimininkė	89,3 %	7,2 %	3,5 %	100 %
Kita	100 %	0 %	0 %	100 %
Iš viso	86 %	11,9 %	2 %	100 %

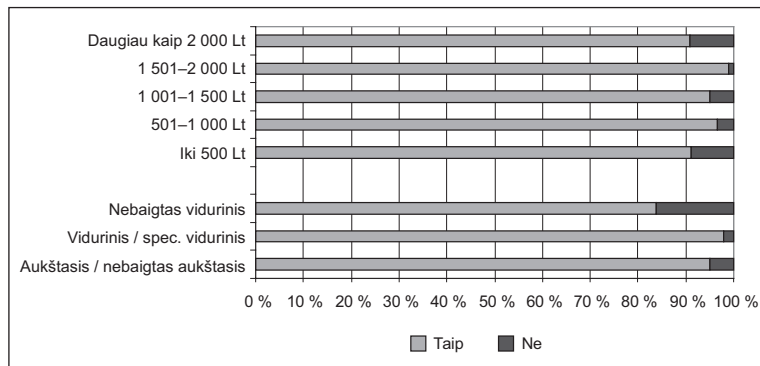
$r_s=0,217$ ;  $p=0,02$

Dauguma respondentų sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina patenkinamai (53,9 proc.). Gerai (88,2 proc.) vertina respondentai, kurių pajamos vienam šeimos nariui yra 1 501–2 000 Lt, gerai ir labai gerai (74 proc.) – turintys 1 001–1 500 Lt pajamas, patenkinamai (63 proc.) – gaunantys pajamas iki 500 Lt. Apklausos dalyviai, kurių pajamos daugiau nei 2 000 Lt, sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina įvairiai: 20 proc. – labai gerai, 31,4 proc. – gerai, 37,1 proc. – patenkinamai ir 11,4 proc. – blogai (8 lentelė).

8 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal pajamas, vertinant dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą

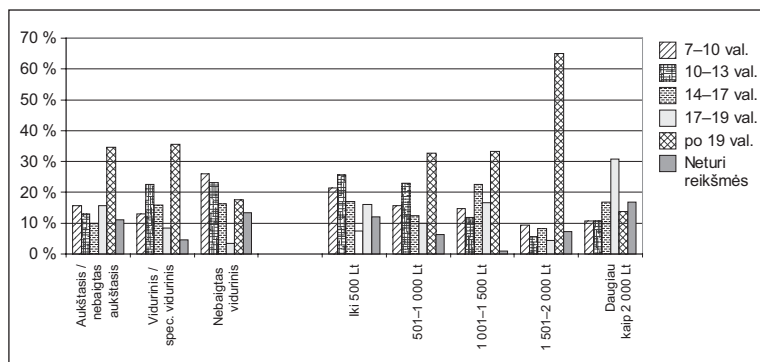
Pajamos	Kaip Jūs apskritai galėtumėte įvertinti dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą				
	Labai gerai	Gerai	Patenkinamai	Blogai	Iš viso
Iki 500 Lt	1,7 %	30,8 %	63 %	4,5 %	100 %
500–1 000 Lt	2,2 %	48,8 %	41,3 %	7,8 %	100 %
1 001–1 500 Lt	2 %	72 %	26 %	0 %	100 %
1 501–2 000 Lt	0 %	88,2 %	11,8 %	0 %	100 %
Daugiau kaip 2 000 Lt	20 %	31,4 %	37,1 %	11,4 %	100 %
Iš viso	2,5 %	39,1 %	53,9 %	4,6 %	100 %

$r_s = -0,155$ ;  $p = 0,017$



$p = 0,026$  ir  $p = 0,023$

14 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir pajamas, atsakant į klausimą, ar per pastaruosius metus teko lankytis sveikatos priežiūros įstaigose



$p = 0,025$  ir  $p = 0,025$

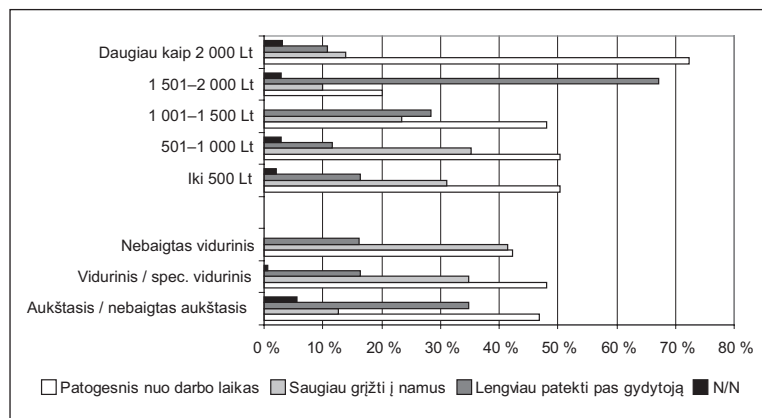
15 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir pajamas, atsakant į klausimą, kuriuo laiku pacientai pageidauja apsilankyti pas gydytoją

Dauguma respondentų per pastaruosius metus lankėsi sveikatos priežiūros įstaigose. Iš nesilankiusių daugiausia buvo su nebaigtu viduriniu išsilavinimu (16,2 proc.), dažniausiai besilankantys – pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 litų (14 pav.).

Dažniausiai pacientai pageidauja lankytis pas gydytojus po 19 val., ypač aktyviai šiuo laiku norėtų lankytis pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 litų (65 proc.) Rečiausiai pacientai gydymo įstaigoje lankytųsi tarp 14 ir 19 valandos. Kita vertus, pacientai, uždirbantys daugiau nei 2 000 litų, dažniausiai lankytųsi tarp 17 ir 19 valandos (30,8 proc.) (15 pav.).

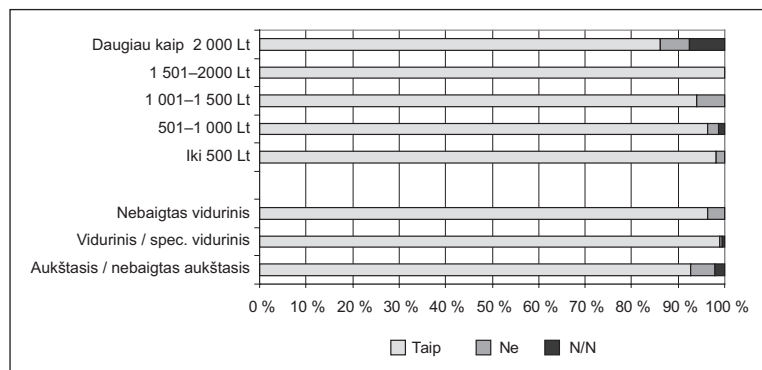
Pacientai dažniausiai pasirenkamą lankymosi gydymo įstaigoje laiką derina su darbu. Ypač tai aktualu pacientams, uždirbantiems daugiau nei 2 000 litų (72,3 proc.). Kita vertus, pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 litų (67,2 proc.), turintys aukštąjį išsilavinimą, teigia, jog lankymosi laiką gydymo įstaigoje lemia mažesnis besilankančiųjų poliklinikoje skaičius (16 pav.).

Absoliuti dauguma respondentų į klausimą, ar tenkina poliklinikos darbo laikas, atsakė, jog tenkina, kiek mažiau nei kiti pacientai darbo laiku patenkinti apklausos dalyviai, uždirbantys



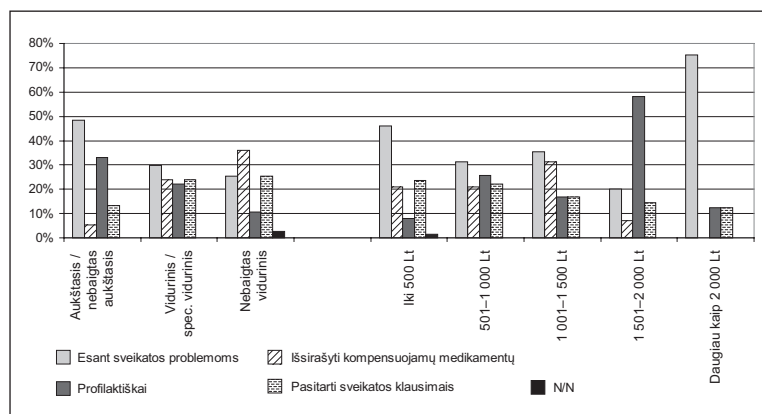
$p=0,024$  ir  $p=0,026$

16 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir pajamas, atsakant į klausimą, kuo motyvuojamas pasirinkamas lankymosi gydymo įstaigoje laikas



$p=0,018$  ir  $p=0,023$

17 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir pajamas, atsakant į klausimą, ar tenkina poliklinikos darbo laikas



$p=0,025$  ir  $p=0,025$

18 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir pajamas, atsakant į klausimą, kokių tikslų pacientai lankosi pas gydytoją

daugiau nei 2 000 litų (90,8 proc.), ir respondentai su aukštuoju išsilavinimu (92,6 proc.). Išimtinai visi poliklinikos darbo laiku patenkinti pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 Lt (100 proc.) (17 pav.).

Didžioji respondentų dauguma teigia, jog dažniausiai pas gydytoją lankosi esant sveikatos problemoms, ypač akivaizdžiai tai nurodo respondentai, uždirbantys daugiau nei 2 000 litų (75,4 proc.). Tačiau pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 litų, nurodo, jog jie dažniausiai lankosi profilaktiškai (58,3 proc.). Kita vertus, pacientai, neturintys vidurinio išsilavinimo, į gydytojus dažniausiai kreipiasi norėdami išsirašyti kompensuojamųjų vaistų (18 pav.).

Dažniausiai pacientams vizito pas gydytoją tenka laukti savaitę. Daugiausiai taip atsakė respondentai, turintys aukštąjį išsilavinimą (42,2 proc.) (9 lentelė), ir tie apklausos dalyviai, kurių pajamos 1 501–2 000 litų (63,3 proc.) (10 lentelė). Kiek mažiau pacientų nurodė, jog jiems tenka laukti 10 dienų. Sunkiausia pacientams pas gydytojus patekti per vieną dieną, tik 3,8 proc. respondentų, turinčių vidurinį išsilavinimą, nurodė, jog jie vizito pas gydytoją laukia vieną dieną (9 lentelė).

Atsakymai į klausimą, ar patogus pasiekti polikliniką, išsibarstę labai įvairiai. Tačiau galima išskirti keletą aspektų. Didžioji pacientų dalis ateina pėsčiomis. Tai respondentai, įgiję vidurinį išsilavinimą (39,5 proc.) (11 lentelė), ir pacientai, kurių pajamos 1 001–1 500 litų (59,8 proc.) (12 lentelė). Rečiausiai pacientai į polikliniką važiuoja persėdami iš vienos transporto priemonės į kitą. Nė vienas respondentas, gaunantis 1 001–1 500 litų pajamų, nurodė, jog važiuodamas į gydymo įstaigą turi persėsti iš vienos transporto priemonės į kitą (4 lentelė).

9 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kiek dienų tenka laukti norint patekti pas savo šeimos gydytoją

<i>Išsilavinimas</i>	<i>Kiek dienų tenka laukti vizito pas savo šeimos gydytoją</i>						<i>Iš viso</i>
	<i>1 dieną</i>	<i>2–3 dienas</i>	<i>Savaitę</i>	<i>10 dienų</i>	<i>Patenku man tinkamu laiku</i>	<i>N/N</i>	
<b>Aukštasis / nebaigtas aukštasis</b>	8,1 %	22,3 %	42,2 %	18,1 %	7,1 %	2,2 %	100 %
<b>Vidurinis / spec. vidurinis</b>	3,8 %	20,8 %	33 %	36,8 %	5,6 %	0 %	100 %
<b>Nebaigtas vidurinis</b>	4,2 %	25,4 %	33,8 %	31 %	5,6 %	0 %	100 %

$p=0,027$

10 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal pajamas, atsakant į klausimą, kiek dienų tenka laukti norint patekti pas savo šeimos gydytoją

<i>Pajamos</i>	<i>Kiek dienų tenka laukti vizito pas savo šeimos gydytoją</i>						<i>Iš viso</i>
	<i>1 dieną</i>	<i>2–3 dienas</i>	<i>Savaitę</i>	<i>10 dienų</i>	<i>Patenku man tinkamu laiku</i>	<i>N/N</i>	
<b>Iki 500 Lt</b>	4,3 %	31,4 %	35,7 %	17,9 %	10,7 %	0 %	100 %
<b>501–1 000 Lt</b>	5,5 %	15,2 %	31,2 %	40,8 %	6,3 %	1,1 %	100 %
<b>1 001–1 500 Lt</b>	4,9 %	20,6 %	30,4 %	36,3 %	5,9 %	2 %	100 %
<b>1 501–2 000 Lt</b>	4,4 %	18,9 %	63,3 %	11,1 %	1,1 %	1,1 %	100 %
<b>Daugiau nei 2 000 Lt</b>	13,8 %	36,9 %	20 %	26,2 %	3,1 %	0 %	100 %

$p=0,027$

11 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, ar patogų pasiekti polikliniką

<i>Išsilavinimas</i>	<i>Ar Jums patogų pasiekti polikliniką</i>					<i>Iš viso</i>
	<i>Patogiai pasiekiu miesto transportu</i>	<i>Toli nuo namų autobusų stotelė</i>	<i>Važiuodamas turiu persėsti</i>	<i>Ateinu pėsčiomis</i>	<i>N/N</i>	
<b>Aukštasis / nebaigtas aukštasis</b>	30,6 %	29,4 %	2,7 %	35,3 %	2 %	100 %
<b>Vidurinis / spec. vidurinis</b>	18,6 %	21,3 %	20,6 %	39,5 %	0 %	100 %
<b>Nebaigtas vidurinis</b>	21,1 %	33,8 %	16,2 %	28,9 %	0 %	100 %

$p=0,026$

12 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal pajamas, atsakant į klausimą, ar patogų pasiekti polikliniką

<i>Pajamos</i>	<i>Ar Jums patogų pasiekti polikliniką</i>					<i>Iš viso</i>
	<i>Patogiai pasiekiu miesto transportu</i>	<i>Toli nuo namų autobusų stotelė</i>	<i>Važiuodamas turiu persėsti</i>	<i>Ateinu pėsčiomis</i>	<i>N/N</i>	
<b>Iki 500 Lt</b>	31,4 %	20 %	11,4 %	37,1 %	0 %	100 %
<b>501–1 000 Lt</b>	20,2 %	21,9 %	22,7 %	35,2 %	0 %	100 %
<b>1 001–1 500 Lt</b>	21,6 %	18,6 %	0 %	59,8 %	0 %	100 %
<b>1 501–2 000 Lt</b>	11,1 %	58,9 %	2,8 %	25,6 %	1,7 %	100 %
<b>Daugiau kaip 2 000 Lt</b>	50,8 %	0 %	3,1 %	41,5 %	4,6 %	100 %

$p=0,026$



## REZULTATŲ APTARIMAS

Respondentai, atsakydami į klausimą apie tai, ar norėtų, kad šeimos gydytojas dirbtų arčiau gyvenamosios vietos, nurodo skirtingus duomenis. Atsakymai skiriasi priklausomai nuo respondentų socialinės ir ekonominės padėties. Taip nurodo ir kiti autoriai [7].

Pacientai yra linkę gydytis ambulatoriškai [2]. Tik dalis pensininkų ir bedarbių norėtų gydytis ligoninėje. Galime daryti prielaidą, kad dalis pacientų, rinkdami si stacionarinį gydymą, nori kartu išspręsti ir savo ekonomines problemas. Aiškios priklausomybės pagal pajamas vienam šeimos nariui ir gydymosi būdo pasirinkimo nėra. Respondentai, kurių pajamos yra daugiau nei 2 000 Lt vienam šeimos nariui, nurodo, kad tvirtai arba greičiau rinktųsi dienos stacionarą (100 proc.).

67,9 proc. visų respondentų nepalankiai vertina sveikatos reformos diegiamą naują, kad vietoje terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikia kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / šeimos gydytoją.

Daugelis respondentų (86 proc.) susirgę kreipiasi į savo šeimos gydytoją. Į pažįstamą gydytoją dažniausiai kreipiasi verslininkai (34,5 proc.), į privatų gydytoją – aukščiausio ir vidutinio lygio vadovai (14,3 proc.).

Respondentų dauguma sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina patenkinamai (53,9 proc.). Gerai (88,2 proc.) vertina respondentai, kurių pajamos vienam šeimos nariui yra 1 501–2 000 Lt, gerai ir labai gerai (74 proc.) – turintys 1 001–1 500 Lt pajamas. Pajamas iki 500 Lt gaunantys apklausos dalyviai sveikatos priežiūros įstaigų darbą daugiausia vertina patenkinamai (63 proc.). Daugiau nei 2 000 Lt pajamų turintys respondentai vertina įvairiai: 20 proc. – labai gerai, 31,4 proc. – gerai, 37,1 proc. – patenkinamai ir 11,4 proc. – blogai. Toks vertinimas rodo, kad respondentai, turintys mažas pajamas, sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina blogiau. Tokius skirtumus pabrėžia ir Regidor E, de Mateo S, Gutierrez-Fisac JL, Fernandez de la Hoz K, Rodriguez C [7], Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H [8].

Dažniausiai pacientai pageidauja lankytis pas gydytojus po 19 val., ypač aktyviai šiuo laiku norėtų lankytis pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 litų (65 proc.). Rečiausiai pacientai gydymo įstaigoje lankytųsi tarp 14 ir 19 valandos. Pacientai lankymosi gydymo įstaigoje laiką derina su savo darbu. Tačiau daugelį respondentų poliklinikos darbo laikas tenkina. Kiek mažiau nei kiti pacientai darbo laiku patenkinti respondentai, uždirbantys daugiau nei 2 000 litų (90,8 proc.), ir respondentai, įgiję aukštąjį išsilavinimą (92,6 proc.). Pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 litų vienam šeimos

nariui, nurodo, jog jie dažniausiai lankosi profilaktiškai (58,3 proc.). Pacientai, neturintys vidurinio išsilavinimo, į gydytojus dažniausiai kreipiasi norėdami išsirašyti kompensuojamųjų vaistų (35,9 proc.). Dažniausiai pacientams vizito pas gydytoją tenka laukti savaitę. Tai gana ilgas laikas. Tiesa, negalime pasakyti, ar tai laukimo laikas pas šeimos gydytoją, ar pas specialistą. Didžioji pacientų dalis į polikliniką ateina pėsčiomis. Tai respondentai, įgiję vidurinį išsilavinimą (39,5 proc.). Rečiausiai pacientai į polikliniką važiuodami turi persėsti. Galima daryti prielaidą, kad visuomeninio transporto maršrutai apie Šeškinės polikliniką yra patogūs, nors pacientams reikia atvažiuoti ir iš tolimesnių miesto rajonų (Pašilaičių, Fabijoniškių, Justiniškių).

## IŠVADOS

1. Respondentų atsakymai skiriasi nuo jų socialinės ir ekonominės padėties.
2. Pacientai yra linkę gydytis ambulatoriškai. Tik dalis pensininkų ir bedarbių norėtų gydytis ligoninėje.
3. Dauguma (67,9 proc.) visų respondentų nepalankiai vertina sveikatos reformos diegiamą naują, kad vietoje terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikia kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / šeimos gydytoją.
4. Pacientai linkę gydytis pas savo apylinkės gydytoją nepriklausomai nuo socialinės ir ekonominės padėties.
5. Žemesnes pajamas turintys respondentai sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina blogiau.
6. Dažniausiai pacientai pageidauja lankytis pas gydytojus po 19 val., nors daugelį respondentų poliklinikos darbo laikas tenkina.
7. Pacientai, uždirbantys 1 501–2 000 litų vienam šeimos nariui, nurodo, jog jie dažniausiai lankosi profilaktiškai.
8. Didžioji pacientų dalis į polikliniką ateina pėsčiomis. Tai respondentai, įgiję vidurinį išsilavinimą.
9. Rečiausiai pacientai važiuodami į polikliniką turi persėsti iš vienos transporto priemonės į kitą.

## Literatūra

1. Morrissey J. Clinical – care IT still the final frontier. *Modern Health care* 2001; 31:22-26.
2. Lin SX, Hooker RS, Lenz ER, Hopkins SC. Nurse practitioners and physician assistants in hospital outpatient departments, 1997-1999. *Nursing Economics* 2002; 20:174-179.
3. Ibrahim MA, Savitz LA, Carey TS, Wagner EH. Population – based health principles in medical and public health practice. *J Public Health Management Practice* 2001; 7(3):75-81.

4. Greenes RA. Education in the workplace for the physician: clinical management states as an organizing framework. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2000; 20:219-227.

5. Patients evaluate general practice/family medicine. The EU-ROPEP instrument. *European Society of General Practice/Family Medicine*, 2000.

6. Godwin M, Hodgetts G, Bardon E, Seguin R, Packer D, Geddes J. Primary care in Bosnia and Herzegovina. Health care and health status in general practice ambulatory care centers. *Can Fam Physician* 2001; 47:289-97.

7. Regidor E, de Mateo S, Gutierrez-Fisac JL, Fernandez de la Hoz K, Rodriguez C. Socioeconomic differences in the use and accessibility of health care services in Spain. *Medicina clinica (Barc)* 1996; 107:285-8.

8. Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H. Consumers' views of quality in the consultation and their relevance to 'shared decision - making' approaches. *Health Expectations* 2001; 4:151-161.

9. Goodson JD, Bierman AS, Fein O, Rask K, Rich EC, Selker HP. The future of capitation. The physician role in managing change in practice. *J Gen Intern Med* 2001; 16:250-256.

10. Dasso E, Wilson T. New model helps find missing link between financial and clinical health care management. *The Physician Executive* 2001; 6:51-56.

11. Horn SD. Quality, clinical practice improvement, and the episode of care. *Managed Care Quarterly* 2001; 9(3):10-24.

12. Jankauskienė D. Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990–1998 m. įvertinimas (Evaluation of health care system in Lithuania on 1990-1998 year. Doctor's dissertation). *Daktaro disertacija. Kauno medicinos universitetas*, 2000.

13. Kairys J. Vilniaus miesto ambulatorinės sveikatos priežiūros modelio vertinimas: būklės-prieinamumo-kokybės parametrai (Evaluation of ambulatory health care model in Vilnius city: parameters of current status, accessibility and quality. Doctor's dissertation). *Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas*, 2002.

14. Žėbienė E. Paciento lūkesčių įgyvendinimo svarba (Importance of patient expectation's realization. Doctor's dissertation). *Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas*, 2001.

15. Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės fizine ir emocine aplinka (Patient satisfaction with hospital physical and emotional atmosphere). *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2001; 2(V):137-140.

#### DIFFERENCES IN OPINIONS ABOUT HEALTH CARE SERVICES AMONG PATIENTS OF DIFFERENT SOCIAL, ECONOMIC AND DIFFERENT BACKGROUND GROUPS IN VILNIUS ŠEŠKINĖS OUTPATIENT CLINIC

Jonas Kairys, Eglė Žėbienė, Ignas Zokas, Violeta Tylie, Vyngantas Tomkevičius

##### Summary

**Key words:** primary health care, outpatient care, quality of health care, health care services accessibility, population socioeconomic groups.

The study has been conducted in January-February 2003. And the second study in March-May 2007. The questionnaires were given to every 10<sup>th</sup> patient over 18 years old, who registered for the first time during the episode. Questionnaires were distributed among 500 patients, 343 questionnaires were returned to the study team (response rate 68,6 percent).

Study participants were asked their opinion about the institution where their primary care physician should work. 50 percents of employers and 86,9 percents of housewives preferred that family physician's office should be situated near their living place. 50 percents of unemployed respondents as well as 47 percents of employees wished that their family physicians, narrow specialists and laboratories should be working in one building. 72 percent of respondents who earn 1001-1500 Litas (Lt) per month for one family member thought that it is more comfortable when their doctors work in their neighbourhood. Respondents with monthly income 1501-2000 Lt and more per for one family member (61,1 percent and 45,7 percent accordingly) had different opinion: they preferred that all primary and secondary care physicians and laboratories were situated in one building.

Only 14,6 percent of retired study participants have not heard about possibility to be treated in day-hospitals in outpatient clinics. Students and schoolchildren were those who were mostly not informed about this possibility (73,9 percent). But most of the students and schoolchildren were positive that in case they need hospital treatment, preference would be given to day-hospital clinics (74,3 percent). Majority of housewives (71,3 percent), and businessmen (55,2 percent) would also prefer day-hospital clinics. Choice of retired and unemployed respondents were distributed almost equally: 53,8 percent of retired persons and 33,3 percent of unemployed would choose day-hospital clinics; 46,2 percent of retired and 52,2 percent of unemployed would prefer treatment in hospital. No statistically significant dependence was found between income for one family member and preferred choice of treatment. Respondents who earn more than 2000 Lt for one family member noted that in case they need hospital treatment, they would certainly choose day-hospital clinics (100 percent).

Two thirds of study participants (67,9 percent) had negative opinion concerning offered innovation – that family doctor replaced earlier primary care physicians team consisting of district therapist, paediatrician, gynaecologist and surgeon. Most of those who had negative opinion were retired persons (81,7 percent), businessman (72,4 percent), technical employees, workers (71 percent) and housewives (69,8 percent).

86,0 percent of respondents reported that first physician they usually contacted was their family doctor. Most of them were retired persons, students and schoolchildren, workers/technical employees and housewives (92,5 percent, 91,3 percent, 91 percent and 89,3 percent accordingly). Businessman (34,5 percent) preferred to contact the physician that they knew personally, superlatives and managers (14,3 percent) mostly referred to private physicians.

53,9 percent of respondents positively evaluated functioning of health care institutions. 88,2 percent of respondents with income 1501-2000 Lt per month for one family member evaluated it well or very well, the same opinion had 74 percent of respondents earning income 1001-1500 Lt per month. 63,3 percent of respondents with average income up to 500 Lt per month work of health care institutions assessed as satisfactory. Respondents who earn more than 2000 Lt per month per family member assessed functioning of health care institutions as follows: 20 percent – very good, 31,4 percent – good, 37,1 percent – satisfactory and 11,4 percent – bad.

**Correspondence to:** ezebie@gmail.com

Gauta 2011-08-02

## 1 PRIEDAS

2003 M. KLAUSIMYNAS

Kviečiame Jus dalyvauti sociologinėje apklausoje apie sveikatos priežiūros įstaigų darbą. Tyrimas vyksta Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje, jo metu bus apklausta 500 gyventojų, atrinktų pagal tikimybinės atrankos principus. Ši anketa yra anoniminė, mus domina tik apibendrinta gyventojų nuomonė. Iš anksto dėkojame už Jūsų bendradarbiavimą.

**1. Kaip dažnai per pastaruosius dvejus metus Jums vidutiniškai tenka lankytis sveikatos priežiūros įstaigoje (ligoninėse, poliklinikose ir pan.)?**

1. Kelis kartus per mėnesį.
2. Kartą per mėnesį.
3. Kartą per kelis mėnesius.
4. Kartą per pusmetį.
5. Kartą per metus.
6. Per pastaruosius dvejus metus gydymo įstaigoje nesilankiau.

**2. Ar Jums kyla didesnių sunkumų norint pasiekti savo sveikatos priežiūros įstaigą (pagal gyvenamąją vietą)?**

1. Taip, gydymo įstaiga yra nepatogioje geografinėje vietoje.
2. Taip, su gydymo įstaiga nepatogus susisiekimas visuomeniniu transportu.
3. Ne, didesnių sunkumų nekyla.
4. Kita \_\_\_\_\_.

99. N/N

**3. Ar Jūs pritarumėte projektui, jog šeimos gydytojai (apylinkės terapeutai, pediatrai) pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų, t. y. savo mikrorajonuose?**

1. Pritarčiau, man būtų patogiau, jei apylinkės gydytojas dirbtų mano rajone.
2. Vertinčiau neutraliai, man nėra skirtumo, kur kreiptis.
3. Nepritarčiau, nes man patogiau, kai apylinkės gydytojas, gydytojai specialistai dirba ir tyrimai atliekami „po vienu stogu“.

99. N/N

**4. Kaip Jūs apskritai galėtumėte įvertinti dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą?**

1. Labai gerai.
2. Gerai.
3. Patenkinamai
4. Blogai.

99. N/N

**5. Su kokiomis problemomis Jūs dažniausiai susiduriate sveikatos priežiūros įstaigose (neskaitant stacionarų)?**

---



---



---



---

99. N/N

**6. Ar Jūs norėtumėte keisti / per pastaruosius 2 metus keitėte šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą)?**

1. Taip.
2. Ne.
3. Sunku pasakyti/nepprisimenu.

99. N/N

**7. Ar apsilankius pas šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą) sunku gauti siuntimą pas gydytoją specialistą?**

1. Labai sunku.
2. Greičiau sunku.
3. Greičiau nesunku.
4. Visiškai nesunku.

99. N/N

**8. Kaip Jūs vertintumėte sveikatos reformos diegiamą naują, kad vietoj terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / šeimos gydytoją?**

1. Palankiai. Bendrosios praktikos gydytojas būtų geriau susipažinęs su visų šeimos narių sveikata, esant reikalui siųstų į reikiamo specialisto konsultaciją.
2. Nepalankiai. Bendrosios praktikos gydytojas negali būti toks pat geras specialistas, kaip atskirose srityse besispecializuojantys gydytojai.

99. N/N

**9. Ar Jūs esate girdėję apie galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“? (Nežinantiems paaiškinti: dienos stacionaras – tai galimybė dieną turėti savo lovą poliklinikos padalinyje, atlikti tyrimus, procedūras, o vakare grįžti į namus.)**

1. Taip, žinau apie tokią galimybę.
2. Taip, teko girdėti, nors nežinau, kur ir kaip praktiškai toks stacionaras veikia.
3. Ne, neteko girdėti.

99. N/N

**10. Jei, atsižvelgiant į negalvimą ar ligos sunkumą, Jums būtų pasiūlyta rinktis ligoninę ar dienos stacionarą, kurį Jūs pasirinktumėte?**

1. Tvirtai rinkčiausi dienos stacionarą.
2. Greičiau rinkčiausi dienos stacionarą.
3. Greičiau rinkčiausi ligoninę.
4. Tvirtai rinkčiausi ligoninę.
5. Kita\_\_\_\_\_.

99. N/N

**11. Ar Jums teko susidurti su socialiniais darbuotojais, dirbančiais sveikatos priežiūros įstaigose?**

1. Taip.
2. Ne *(pereiti prie 13 kl.)*.
3. Neprisimenu *(pereiti prie 13 kl.)*.

99. N/N

**12. Kaip Jūs galėtumėte įvertinti socialinių darbuotojų darbą?**

1. Labai gerai.
2. Gerai.
3. Patenkinamai.
4. Blogai.

99. N/N

**13. Kaip Jūs manote, ar apskritai sveikatos priežiūros įstaigose reikalingi socialiniai darbuotojai?**

1. Reikalingi.
2. Greičiau reikalingi.
3. Greičiau nereikalingi.
4. Nereikalingi.
5. Sunku pasakyti.

99. N/N

**14. Ar Jums kiltų didelių nepatogumų, jei į gydytojus specialistus reikėtų kreiptis į kitą netoliese esančią polikliniką?**

1. Taip, man tai sukeltų daug nepatogumų.
2. Tai sukeltų šokių tokių nepatogumų, tačiau jie nebūtų reikšmingi, jei dėl to nekiltų papildomų biurokratinių ar kitokių kliūčių.
3. Man tai nesukeltų didesnių nepatogumų.
4. Kita\_\_\_\_\_.

99. N/N

**15. Kuriais iš žemiau pateiktų atvejų, Jūsų nuomone, dėl savo ar artimųjų sveikatos negalavimų reikia kviešti greitąją pagalbą (03)? (Galimi keli atsakymo variantai.)**

1. Kiekvienąkart, susidūrus su rimtesniu savo ar artimųjų negalavimu.
2. Tais atvejais, kai nedirba norimas gydytojas.
3. Tais atvejais, kai nedirba poliklinika.
4. Tik kritiniais atvejais.
5. Kita\_\_\_\_\_.

99. N/N

**Toliau norėtume užduoti Jums kelis klausimus apie privačią medicinos praktiką**

**16. Ar Jums teko gydytis / atlikti tyrimus privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje?**

1. Taip.
2. Ne.
3. Neprisimenu.

99. N/N

**17. Kuris iš žemiau pateiktų teiginių geriausiai atitinka Jūsų gydymosi praktiką...**

1. Turėdamas (-a) sveikatos problemų aš dažniausiai kreipiuosi į šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą).

2. Turėdamas (-a) sveikatos problemų aš dažniausiai kreipiuosi į pažįstamą gydytoją.

3. Turėdamas (-a) sveikatos problemų aš dažniausiai kreipiuosi į privatų gydytoją.

99. N/N

**18. Kaip Jūs apskritai vertinate dirbančių valstybinėse poliklinikose / ligoninėse bei privačia praktika besiverčiančių medicinos darbuotojų darbo kokybę?**

1. Manau, privačiose įstaigose dirbantys medikai dirba kruopščiau ir kokybiškiau.

2. Manau, privačiose įstaigose dirbantys medikai rodo daugiau dėmesio pacientui, tačiau jų darbo kokybė nesiskiria.

3. Manau, apie privačias įstaigas suformuotas geras įvaizdis, tačiau valstybinėse gydymo įstaigose medikai dirba kokybiškiau.

4. Kita\_\_\_\_\_.

99. N/N

**19. Kaip Jūs manote, apskritai per pastaruosius 2 metus sveikatos priežiūros lygis...**

1. Labai pakilo.
2. Šiek tiek pakilo.
3. Nepakito.
4. Labai nusmuko.
5. Sunku pasakyti.

99. N/N

**Socialiniai ir demografiniai duomenys apie respondentą**

**D1. Lytis** 1. Vyras. 2. Moteris.

**D2. Amžius** \_\_\_\_\_

**D3. Išsimokslinimas**

1. Aukštasis / nebaigtas aukštasis.
2. Vidurinis / spec. vidurinis.
3. Nebaigtas vidurinis.

**D4. Pajamos, tenkančios vienam ūkio nariui per mėnesį**

1. Iki 500 Lt.
2. 501–1 000 Lt.
3. 1 001–1 500 Lt.
4. 1 501–2 000 Lt.
5. Daugiau nei 2 000 Lt.

**D5. Pagrindinis užsiėmimas**

1. Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas.
2. Specialistas, tarnautojas.
3. Darbininkas, techninis darbuotojas.
4. Verslininkas.
5. Pensininkas
6. Bedarbis
7. Studentas, moksleivis.
8. Namų šeimininkė.

**D6. Tautybė**

1. Lietuvis.
2. Rusas.
3. Lenkas.
4. Kita \_\_\_\_\_.

Gyvenamoji vieta (mikrorajonas) \_\_\_\_\_

Apklausoji vieta \_\_\_\_\_

Ačiū už dalyvavimą tyrime

2007 M. KLAUSIMYNAS

Kviečiame Jus dalyvauti sociologinėje apklausoje apie sveikatos priežiūros įstaigų darbą. Tyrimas vyks ta Vilniaus miesto šeškinės poliklinikoje, jo metu bus apklausta iki 500 gyventojų, atrinktų pagal tikimybinės atrankos principus. Ši anketa yra anoniminė, mus domina tik apibendrinta gyventojų nuomonė. Iš anksto dėkojame už Jūsų bendradarbiavimą.

**1. Ar per pastaruosius metus Jums teko lankytis sveikatos priežiūros įstaigose?**

1. Taip.
2. Ne.

**2. Kada pageidaujate apsilankyti pas gydytoją?**

1. 7–10 val.
2. 10–13 val.
3. 14–17 val.

4. 17–19 val.
5. Po 19 val.
6. Neturi reikšmės.

**3. Jūsų motyvai, kodėl norite apsilankyti tuo metu?**

1. Patogesnis darbo laikas.
2. Saugiau grįžti į namus.
3. Lengviau patekti pas gydytoją.

**4. Ar pas gydytoją patenkate vizito lapelyje nurodytu laiku?**

1. Taip.
2. Ne.

**5. Kiek laiko laukiate prie gydytojo kabineto?**

1. Iki 10 min.
2. Iki 30 min.
3. Iki 60 min.
4. Patenku laiku.

**6. Kaip dažnai lankotės pas gydytoją?**

1. Esant sveikatos problemoms.
2. Išsirašyti kompensuojamųjų medikamentų.
3. Profilaktiškai.
4. Pasitarti sveikatos klausimais.

**7. Ar Jus tenkina poliklinikos darbo laikas?**

1. Taip.
2. Ne.

**8. Kaip vertinate poliklinikoje dirbančių gydytojų kvalifikaciją?**

1. Labai gerai.
2. Gerai.
3. Patenkinamai.
4. Blogai.
5. Neturiu savo nuomonės.

**9. Kiek dienų tenka laukti vizito pas savo šeimos gydytoją?**

1. 1 dieną.
2. 2–3 dienas.
3. Savaitę.
4. 10 dienų.
5. Patenku man tinkamu laiku.

**10. Ar Jums patogiu pasiekti polikliniką?**

1. Patogiai pasiekiu miesto transportu.
2. Toli nuo namų autobusų stotelė.
3. Važiuodamas turiu persėsti.
4. Ateinu pėsčiomis.



**11. Ką Jūs manote apie sugaištamą laiką prie gydytojo kabineto, laukiant priėmimo?**

1. Aš paprastai priverstas (-a) laukti per ilgai.
2. Kartais tenka palaukti, tačiau nemanau, kad tai trunka pernelyg ilgai.
3. Laukti beveik netenka.

**12. Kaip Jūs apskritai vertinate laiką, sugaištamą eilėse gydymo įstaigose?**

1. Tai neišvengiama būtinybė. Kiekvienas pacientas skirtingas, ir gydytojui sunku įvertinti, kiek laiko užtruks priėmimas.

2. Apskritai bent trumpas laukimas atskirais atvejais neišvengiamas, tačiau eilės dažnai susidaro dėl prasto darbo organizavimo.

3. Eilių neturėtų būti. Gydymo įstaigų administracija nepakankamai gerai organizuoja darbą.

4. Kita \_\_\_\_\_.

**13. Jūsų vertinimu, per pastaruosius dvejus metus poliklinikoje (prie kiekvieno teiginio parašykite po vieną kryžiuką)...**

	Labai pagerėjo	Pagerėjo	Nepakito	Pablogėjo	Labai pablogėjo
Gydytojų darbo kokybė					
Gydytojų dėmesys pacientui					
Slaugytojų darbo kokybė					
Slaugytojų dėmesys pacientui					
Registratūros darbuotojų dėmesys pacientui					
Apskritai darbo organizavimas poliklinikoje					

**14. Ką Jūs manote apie sugaištamą laiką registratūroje, norint užsiregistruoti pas pageidaujamą gydytoją?**

1. Aš paprastai priverstas (-a) laukti per ilgai.
2. Kartais tenka palaukti, tačiau nemanau, kad tai trunka pernelyg ilgai.
3. Laukti beveik netenka.

**15. Kiek minučių sugaištate eilėje prie registratūros?**

1. Iki 1 min.
2. 1–5 min.
3. 5–10 min.
4. 10–30 min.
5. 30–60 min.
6. Daugiau nei valandą.

**Socialiniai ir demografiniai duomenys apie respondentą**

**A. Jūsų amžius:**

1. Iki 20 m.
2. 20–40 m.
3. 40–60 m.
4. Daugiau nei 60 m.

**B. Lytis:**

1. Vyras.
2. Moteris.

**C. Užsiėmimas:**

1. Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas.
2. Specialistas, tarnautojas.
3. Darbininkas.
4. Verslininkas.
5. Pensininkas.
6. Bedarbis.
7. Studentas, moksleivis.
8. Namų šeimininkė.

**D. Išsilavinimas:**

1. Aukštasis / neb. aukštasis.
2. Vidurinis / spec. vidurinis.
3. Nebaigtas vidurinis.

**E. Tautybė:**

1. Lietuvis.
2. Rusas.
3. Lenkas.
4. Kita \_\_\_\_\_.

**F. Pajamos, tenkančios vienam šeimos nariui per mėnesį:**

1. Iki 500 Lt.
2. 501–1 000 Lt.
3. 1 001–1 500 Lt.
4. 1 501–2 000 Lt.
5. Daugiau kaip 2 000 Lt.

# VILNIAUS MIESTO ŠEŠKINĖS POLIKLINIKOS PACIENTŲ NUOMONĖ APIE AMBULATORINĘ REABILITACIJĄ PAGAL PACIENTŲ SOCIALINES IR EKONOMINES GRUPES

JONAS KAIRYS<sup>1, 2</sup>, LAIMUTIS JUOZAS KACIENAS<sup>2</sup>, JONAS ČELKIS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, <sup>2</sup>Šeškinės poliklinika

**Raktažodžiai:** *pacientų nuomonė, ambulatorinė sveikatos priežiūra, ambulatorinė rehabilitacija, socialinės ir ekonominės gyventojų grupės.*

## Santrauka

Tyrimas buvo atliekamas 2009 m. sausio–kovo mėn. Šeškinės poliklinikoje. Apklausti 18 metų sulaukę respondentai, kurie lankė visą ambulatorinės rehabilitacijos gydymo kursą arba gavo pavienes procedūras. Iš viso išdalyta 350 anketų. Sugrįžo 231 anketa. Grįžtamumas – 66 proc. Daugumą respondentų pas gydytoją reabilitologą siunčia šeimos gydytojai (45,9 proc.), traumatologai (25,5 proc.) ir neurologai (25,1 proc.). Apsilankius pas šeimos gydytoją ar kitą gydytoją specialistą nesudėtinga gauti siuntimą kreiptis į gydytoją reabilitologą: visiškai nesunku – 55,4 proc., vidutiniškai sunku – 39,6 proc., labai sunku – 5 proc. Respondentai gydytojo reabilitologo konsultacijos laukia neilgai: iki 3 dienų ir mažiau – 28,2 proc., 1 savaitę – 36,8 proc. Dauguma respondentų lankė visą ambulatorinės rehabilitacijos kursą (64,9 proc.). Po traumų ir operacijų, nervų sistemos, sąnarių ir jungiamojo audinio, kvėpavimo takų ligų dauguma respondentų gerai vertina reabilitacinio gydymo efektyvumą ir nurodo, kad būklė pagerėjo arba labai pagerėjo. Kai kuriais atvejais teigiama, kad pacientas pasveiko (nuo 12,1 proc. iki 1,6 proc.).

Išvados: 1. Dauguma respondentų lankosi Fizinės medicinos ir rehabilitacijos skyriuje kartą per pusmetį arba kartą per metus; 2. Gauti siuntimą kreiptis į gydytoją reabilitologą nesudėtinga; 3. Laukti gydytojo reabilitologo konsultacijos dažniausiai reikia 1 savaitę (36,8 proc.); 4. Po traumų ir operacijų, nervų sistemos, sąnarių

ir jungiamojo audinio, kvėpavimo takų ligų dauguma respondentų gerai vertina reabilitacinio gydymo efektyvumą ir nurodo, kad būklė pagerėjo arba labai pagerėjo; 5. Ambulatorinio reabilitacinio gydymo apimtys turėtų būti plečiamos.

## ĮVADAS

Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas, paslaugų prieinamumo problemų sprendimas, pastaraisiais dešimtmečiais sulaukęs ypatingo dėmesio daugelyje stiprios ekonomikos šalių, tampa vis svarbesne sveikatos reformos dalimi ir Lietuvoje [1]. Svarbią rolę ambulatoriniame gydyme užima pacientų rehabilitacija. Ją taikant pacientas greičiau atgauna darbingumą, atsinaujina pažeisto organo funkcija. Lietuvoje išleista nemažai vadovėlių ir mokymo priemonių [2–5], kurios padeda mokyti medicinos darbuotojus. Apginta daktaro disertacija ergoterapijos klausimais [6] ir trys disertacijos, nagrinėjančios reabilitacijos problemas. Publikuojami moksliniai straipsniai apie įvairių pažeidimų reabilitacinį arba kompleksinį gydymą [7–12]. Užsienio autoriai taip pat nagrinėja ambulatorinės reabilitacijos galimybes. Aprašoma, kaip ambulatorinė reabilitacija padeda ligoniams, sergantiems plaučių susirgimais [13], kaip taikoma vaikams, turintiems įgimtą spina bifida [14]. Taip pat aprašomos pagyvenusių žmonių ambulatorinės reabilitacijos galimybės [15], kaklo skausmo pašalinimas kelių, viena kitą papildančių, procedūrų būdu [16], reabilitacijos galimybės po klubo ar kelio sąnario endoprotezavimo [17]. Taigi ambulatorinė reabilitacija plačiai taikoma visame pasaulyje.

**Mūsų darbo tikslas** – pagal pacientų socialines ir ekonomines grupes išsiaiškinti jų nuomonę apie Šeškinės poliklinikoje taikomą ambulatorinę reabilitaciją.

### TYRIMO OBJEKTAS IR METODIKA

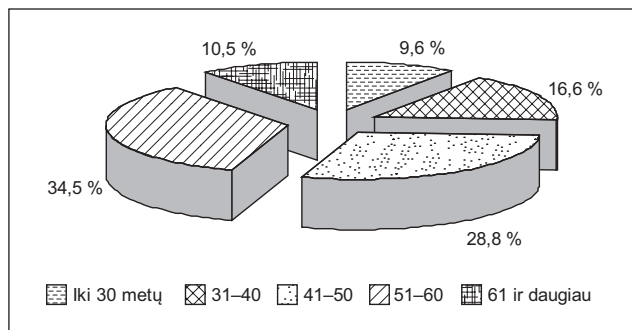
Apklausti 18 metų sulaukę Vilniaus miesto viešios įstaigos Šeškinės poliklinikos pacientai, kurie lankė visą ambulatorinės reabilitacijos gydymo kursą arba gavo pavienes procedūras. Tyrimas buvo atliekamas 2009 m. sausio–kovo mėnesiais. Minėti pacientai užpildė anketą-klausimyną ir grąžino jį skyriaus darbuotojams. Anonimiškumas buvo garantuojamas.

Tyrimui buvo sudaryta anketa-klausimynas (žr. 1 priedą), kurio pagrindą sudarė klausimai apie tai, kaip pacientai vertina atliekamas ambulatorinės reabilitacijos procedūras. Ar jos padėjo pacientui? Kokia liga buvo gydoma? Anketa-klausimynas baigiamas demografiniais rodikliais. Iš viso išdalyta 350 anketų. Sugrįžo 231 anketa. Grįžtamumas – 66 proc.

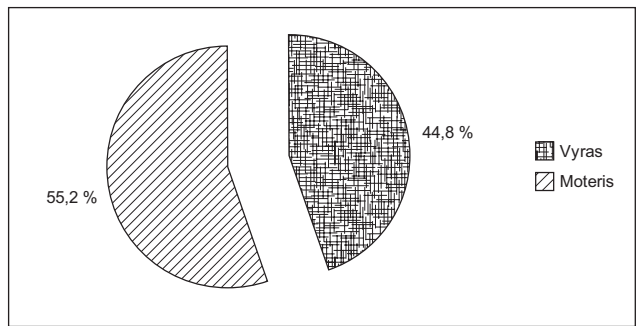
Statistinė duomenų analizė atlikta panaudojant statistinės analizės SPSS programinį paketą. Skirtumai tarp atitinkamų rodiklių laikomi patikimais, kai klaidos tikimybė  $p \leq 0,05$ . Šią reikšmę programa, ieškodama kintamųjų ryšio, suskaičiuoja automatiškai. Taip pat siekiant kuo didesnio tikslumo ir ieškant priežastinio kintamųjų ryšio skaičiavimams naudoti keli statistiniai ryšio stiprumą ir kryptį apibūdinantys koeficientai. Spearmano koreliacijos koeficientas nusako tiesioginį (su + ženklu) arba atvirkščią (su – ženklu) kintamųjų ryšį, o jo reikšmės varijuoja tarp –1 ir 1. Taip pat buvo naudojamas Chi kvadrato kriterijus. Visi rodikliai standartizuoti pagal amžių.

### RESPONDENTŲ SOCIALINĖS IR DEMOGRAFINĖS CHARAKTERISTIKOS

Iš 231 respondento, gavusio visą reabilitacijos kursą arba pavienes procedūras, daugumą sudarė 51–60 metų amžiaus (34,5 proc.) asmenys (1 pav.). Moterų gydėsi daugiau nei vyrų (2 pav.).

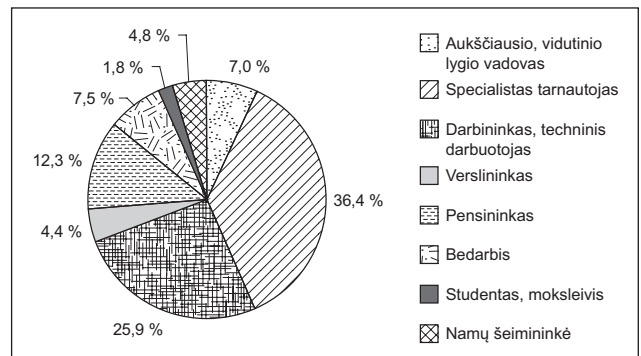


1 pav. Respondentų amžiaus struktūra



2 pav. Respondentų lyties struktūra

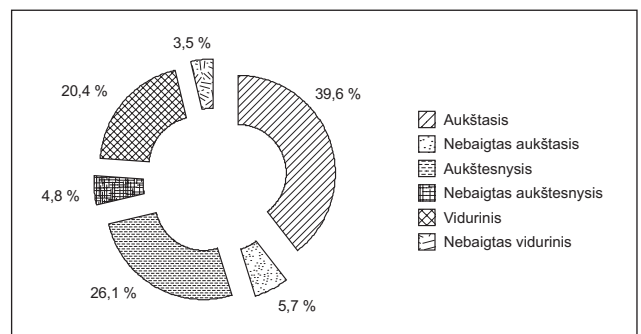
Pagal užsiėmimą daugiausia gydėsi specialistų ir tarnautojų (36,4 proc.), darbininkų ir techninių darbuotojų (25,9 proc.) (3 pav.).



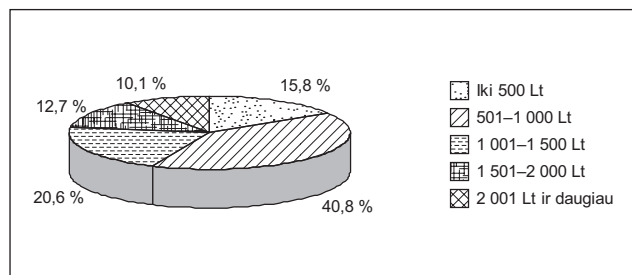
3 pav. Respondentų užsiėmimo struktūra

Daugiausia respondentų turėjo aukštąjį išsilavinimą (39,6 proc.). Mažiau apklausos dalyvių buvo įgiję aukštesnįjį (26,1 proc.) ir vidurinį (20,4 proc.) išsilavinimą (4 pav.).

Daugelio respondentų pajamos vienam šeimos nariui yra 501–1 000 Lt (40,8 proc.) (5 pav.).



4 pav. Respondentų išsimokslinimo struktūra



5 pav. Respondentų pajamų vienam šeimos nariui struktūra

### TYRIMO REZULTATAI

Dauguma respondentų Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje lankosi kartą per metus (36,9 proc.)

arba kartą per pusmetį (25,9 proc.). Iš jų vyrų yra šiek tiek daugiau negu moterų (1 lentelė).

Daugiausia buvo 41–50 metų ir 51–60 metų amžiaus respondentų, kurie atitinkamai lankosi kartą per metus (72,3 proc.) arba kartą per pusmetį (65,8 proc.). Daugelis (52,6 proc.) 31–40 metų amžiaus respondentų Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje lankosi kartą per metus (2 lentelė).

Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą labai įvairus. Kartą per pusmetį ir kartą per metus lankosi panašiai visi pagal išsilavinimą respondentai. Išsiskiria respondentai, turintys nebaigtą vidurinį išsilavinimą: 72,8 proc. šios grupės pacientų per pastaruosius dvejus metus Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje nesilankė.

1 lentelė. Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje besilankančių respondentų pasiskirstymas pagal lytį (proc.)

Lytis	Kelis kartus per mėnesį	Kartą per mėnesį	Kartą per kelis mėnesius	Kartą per pusmetį	Kartą per metus	Per pastaruosius dvejus metus nesilankė	Iš viso
Vyras	2,7 %	3 %	12,8 %	27,6 %	40,7 %	13,2 %	100 %
Moteris	7,4 %	2 %	12,7 %	24,6 %	34 %	19,3 %	100 %
Iš viso	5,4 %	2,5 %	12,7 %	25,9 %	36,9 %	16,6 %	100 %

$$\chi^2=14,100, R_s=-0,025, p=0,037$$

2 lentelė. Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje besilankančių respondentų pasiskirstymas pagal amžių (proc.)

Amžius	Kelis kartus per mėnesį	Kartą per mėnesį	Kartą per kelis mėnesius	Kartą per pusmetį	Kartą per metus	Per pastaruosius dvejus metus nesilankė	Iš viso
Iki 30 metų	22,7 %	4,5 %	4,5 %	18,2 %	27,3 %	22,8 %	100 %
31–40	7,9 %	5,3 %	5,3 %	7,9 %	52,6 %	21 %	100 %
41–50	4,6 %	1,5 %	7,7 %	30,8 %	41,5 %	13,9 %	100 %
51–60	3,8 %	1,3 %	15,2 %	31,6 %	34,2 %	13,9 %	100 %
61 ir daugiau	8,7 %	4,3 %	17,4 %	17,4 %	21,7 %	30,5 %	100 %
Iš viso	5,8 %	2,3 %	12,2 %	26,2 %	35,9 %	17,6 %	100 %

$$\chi^2=84,443, R_s=-0,053, p=0,041$$

3 lentelė. Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje besilankančių respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą (proc.)

Išsilavinimas	Kelis kartus per mėnesį	Kartą per mėnesį	Kartą per kelis mėnesius	Kartą per pusmetį	Kartą per metus	Per pastaruosius dvejus metus nesilankė	Iš viso
Aukštasis	4,9 %	1,5 %	13,1 %	22 %	43,3 %	15,2 %	100 %
Nebaigtas aukštasis	0 %	0 %	4,4 %	28,9 %	33,3 %	33,4 %	100 %
Aukštesnysis	6,6 %	4,6 %	15,2 %	34 %	31 %	8,6 %	100 %
Nebaigtas aukštesnysis	5,6 %	5,6 %	11,1 %	44,4 %	27,8 %	5,5 %	100 %
Vidurinis	8,3 %	1,3 %	10,9 %	22,4 %	34 %	23,1 %	100 %
Nebaigtas vidurinis	4,5 %	0 %	0 %	0 %	22,7 %	72,8 %	100 %
Iš viso	5,8 %	2,3 %	12,2 %	26,2 %	35,9 %	17,6 %	100 %

$$\chi^2=105,713, R_s=0,019, p=0,039$$

Kartą per pusmetį ir kartą per metus lankosi 35,8 proc. darbininkų ir techninių darbuotojų, 17,9 proc. pensininkų. Tačiau net 32,5 proc. pensininkų lankosi kelis kartus per mėnesį ir kartą per mėnesį (4 lentelė).

Daugumą respondentų pas gydytoją reabilitologą siunčia šeimos gydytojas (45,9 proc.). Traumatologai siunčia 25,5 proc., neurologai – 25,1 proc. respondentų. Ryškesnių skirtumų atsakant į klausimą, kas siuntė pas gydytoją reabilitologą, ir

4 lentelė. Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje besilankančių respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimą (proc.)

Užsiėmimas	Kelis kartus per mėnesį	Kartą per mėnesį	Kartą per kelis mėnesius	Kartą per pusmetį	Kartą per metus	Per pastaruosius dvejus metus nesilankė	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	8,7 %	8,7 %	41,3 %	8,7 %	28,3 %	4,3 %	100 %
Specialistas tarnautojas	12 %	17,6 %	18,9 %	26,2 %	17,6 %	7,7 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	14,2 %	11,1 %	25,3 %	17,4 %	18,4 %	13,7 %	100 %
Verslininkas	10 %	10 %	20 %	23,3 %	36,7 %	0 %	100 %
Pensininkas	14,6 %	17,9 %	42,3 %	11,4 %	6,5 %	7,3 %	100 %
Bedarbis	12,5 %	18,8 %	46,9 %	21,9 %	0 %	0 %	100 %
Studentas, moksleivis	50 %	0 %	25 %	0 %	0 %	25 %	100 %
Namų šeimininkė	28,6 %	14,3 %	14,3 %	21,4 %	21,4 %	0 %	100 %
Iš viso	13,6 %	14,9 %	28,4 %	19,4 %	15,9 %	7,8 %	100 %

$\chi^2=112,605$ ,  $R_s=-0,141$ ,  $p=0,035$

5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pajamas atsakant į klausimą, kas siuntė pas gydytoją reabilitologą (proc.)

Pajamos vienam šeimos nariui	Šeimos gydytojas	Traumatologas / ortopedas	Neurologas	Kitas specialistas	Iš viso
Iki 500 Lt	50 %	33,3 %	15,9 %	0,8 %	100 %
501–1 000 Lt	43,4 %	23,4 %	30 %	3,2 %	100 %
1 001–1 500 Lt	52,2 %	27,9 %	12,5 %	7,4 %	100 %
1 501–2 000 Lt	29,6 %	23,5 %	42 %	4,9 %	100 %
2 001 Lt ir daugiau	56,9 %	18,5 %	24,6 %	0 %	100 %
Iš viso	45,9 %	25,5 %	25,1 %	3,5 %	100 %

$\chi^2=50,317$ ,  $R_s=0,14$ ,  $p=0,036$

6 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą atsakant į klausimą, ar sunku gauti šeimos gydytojo ar kito gydytojo specialisto siuntimą kreiptis į gydytoją reabilitologą

	Labai sunku	Vidutiniškai sunku	Visiškai nesunku	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	0 %	26,2 %	73,8 %	100 %
Specialistas tarnautojas	4,4 %	46,9 %	48,7 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	3,7 %	42,2 %	54,1 %	100 %
Verslininkas	3,3 %	33,3 %	63,4 %	100 %
Pensininkas	11,4 %	22 %	66,6 %	100 %
Bedarbis	0 %	43,8 %	56,2 %	100 %
Studentas, moksleivis	0 %	50 %	50 %	100 %
Namų šeimininkė	10,7 %	57,1 %	32,2 %	100 %
Iš viso	5 %	39,6 %	55,4 %	100 %

$\chi^2=46,565$ ,  $R_s=0,05$ ,  $p=0,038$



pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui, nenusta-  
tėme (5 lentelė).

Respondentų pagal užsiėmimą atsakymai į klausimą, ar sunku gauti šeimos gydytojo ar kito gydytojo specialisto siuntimą kreiptis į gydytoją reabilitologą, pasiskirstė šitaip: visiškai nesunku – 55,4 proc., vidutiniškai sunku – 39,6 proc., labai sunku – 5 proc. Geriausiai vertina aukščiausio, vidutinio lygio vadovai, kurių 73,8 proc. nurodė, kad visiškai nesunku gauti siuntimą, taip pat atsakė ir 66,6 proc. pensininkų. Tačiau net 11,4 proc. pensininkų teigė, kad siuntimą gauti yra labai sunku (6 lentelė).

Respondentai pagal amžių gydytojo reabilitologo konsultacijos laukia iki 3 dienų ir mažiau – 28,2 proc.,

1 savaitę – 36,8 proc., 2 savaites – 22,6 proc., 2 savaites ir ilgiau – 12,4 proc. Ryškesnių skirtumų pagal amžiaus grupes nenustatėme (7 lentelė).

Visą ambulatorinės reabilitacijos kursą lankė 64,9 proc. apklausos dalyvių, pavienes procedūras – 35,1 proc. respondentų. Visą ambulatorinės reabilitacijos kursą lankė 72,7 proc. vyrų (8 lentelė).

Respondentai, patyrę traumą ar operaciją, gerai vertina reabilitacinio gydymo efektyvumą: 33,3 proc. pacientų nurodė, kad būklė pagerėjo, 46,6 proc. – labai pagerėjo, 10,8 proc. – pasveiko. Ypač išsiskiria aukščiausio ir vidutinio lygio vadovai – net 57,1 proc. jų nurodė, kad pasveiko (9 lentelė).

7 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal amžių atsakant į klausimą, kiek laiko tenka laukti gydytojo reabilitologo konsultacijos

Amžius	Iki 3 dienų ir mažiau	1 savaitę	2 savaites	2 savaites ir ilgiau	Iš viso
Iki 30 metų	50 %	40,9 %	4,5 %	4,6 %	100 %
31–40	35,1 %	29,7 %	27 %	8,2 %	100 %
41–50	23,4 %	37,5 %	21,9 %	17,2 %	100 %
51–60	25,3 %	45,3 %	18,7 %	10,7 %	100 %
61 ir daugiau	34,8 %	17,4 %	34,8 %	13 %	100 %
Iš viso	28,2 %	36,8 %	22,6 %	12,4 %	100 %

$\chi^2=47,960$ ,  $R_s=0,029$ ,  $p=0,04$

8 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal lytį atsakant į klausimą, ką jie lankė

	Lankiau pavienes ambulatorines procedūras	Lankiau visą ambulatorinės reabilitacijos kursą	Iš viso
Vyras	27,3 %	72,7 %	100 %
Moteris	40,8 %	59,2 %	100 %
Iš viso	35,1 %	64,9 %	100 %

$\chi^2=13,227$ ,  $R_s=-0,14$ ,  $p=0,037$

9 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą atsakant į klausimą, kaip jie vertina gydymo efektyvumą baigus reabilitaciją (po traumų ir operacijų)

	Nežymiai pagerėjo	Pagerėjo	Labai pagerėjo	Pasveiko	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	0 %	0 %	42,9 %	57,1 %	100 %
Specialistas tarnautojas	6,9 %	34,7 %	52,8 %	5,6 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	11,3 %	52,3 %	36,4 %	0 %	100 %
Verslininkas	0 %	50 %	50 %	0 %	100 %
Pensininkas	17,7 %	17,6 %	45,1 %	19,6 %	100 %
Bedarbis	0 %	34,8 %	47,8 %	17,4 %	100 %
Studentas, moksleivis	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Iš viso	9,3 %	33,3 %	46,6 %	10,8 %	100 %

$\chi^2=47,752$ ,  $R_s=0,02$ ,  $p=0,073$

10 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą atsakant į klausimą, kaip jie vertina gydymo efektyvumą baigus reabilitaciją (nervų sistemos ligos)

	Be pagerėjimo	Nežymiai pagerėjo	Pagerėjo	Labai pagerėjo	Pasveiko	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	0 %	26,6 %	36,7 %	20 %	16,7 %	100 %
Specialistas tarnautojas	1,1 %	15,1 %	33,3 %	43 %	7,5 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	0 %	19,7 %	46,2 %	28,6 %	5,5 %	100 %
Verslininkas	0 %	0 %	21,4 %	78,6 %	0 %	100 %
Pensininkas	0 %	68,7 %	31,3 %	0 %	0 %	100 %
Bedarbis	10,8 %	0 %	62,2 %	16,2 %	10,8 %	100 %
Studentas, moksleivis	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Namų šeimininkė	0 %	33,3 %	66,7 %	0 %	0 %	100 %
Iš viso	1,7 %	18,7 %	41,7 %	30,8 %	7,1 %	100 %

$\chi^2=104,466$ ,  $R_s=-0,139$ ,  $p=0,059$

11 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą atsakant į klausimą, kaip jie vertina gydymo efektyvumą baigus reabilitaciją (sąnarių ir jungiamojo audinio ligos)

	Nežymiai pagerėjo	Pagerėjo	Labai pagerėjo	Pasveiko	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	36,3 %	45,5 %	18,2 %	0 %	100 %
Specialistas tarnautojas	12,9 %	67,1 %	20 %	0 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	13,4 %	65,7 %	20,9 %	0 %	100 %
Verslininkas	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Pensininkas	26,2 %	52,3 %	21,5 %	0 %	100 %
Bedarbis	0 %	80 %	0 %	20 %	100 %
Studentas, moksleivis	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Namų šeimininkė	0 %	60 %	40 %	0 %	100 %
Iš viso	15,2 %	63,3 %	19,9 %	1 %	100 %

$\chi^2=79,279$ ,  $R_s=0,084$ ,  $p=0,063$

12 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą atsakant į klausimą, kaip jie vertina gydymo efektyvumą baigus reabilitaciją (kvėpavimo takų ligos)

	Nežymiai pagerėjo	Pagerėjo	Labai pagerėjo	Pasveiko	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Specialistas tarnautojas	0 %	37,5 %	62,5 %	0 %	100 %
Darbininkas, techninis darbuotojas	61,5 %	23,1 %	15,4 %	0 %	100 %
Verslininkas	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Bedarbis	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Namų šeimininkė	0 %	0 %	33,3 %	66,7 %	100 %
Iš viso	24,2 %	27,3 %	36,4 %	12,1 %	100 %

$\chi^2=53,828$ ,  $R_s=0,026$ ,  $p=0,218$

Respondentai po nervų sistemos ligų reabilitacinio gydymo efektą vertina šitaip: be pagerėjimo – 1,7 proc., nežymiai pagerėjo – 18,7 proc., pagerėjo – 41,7 proc., labai pagerėjo – 30,8 proc., pasveiko – 7,1 proc. respondentų.

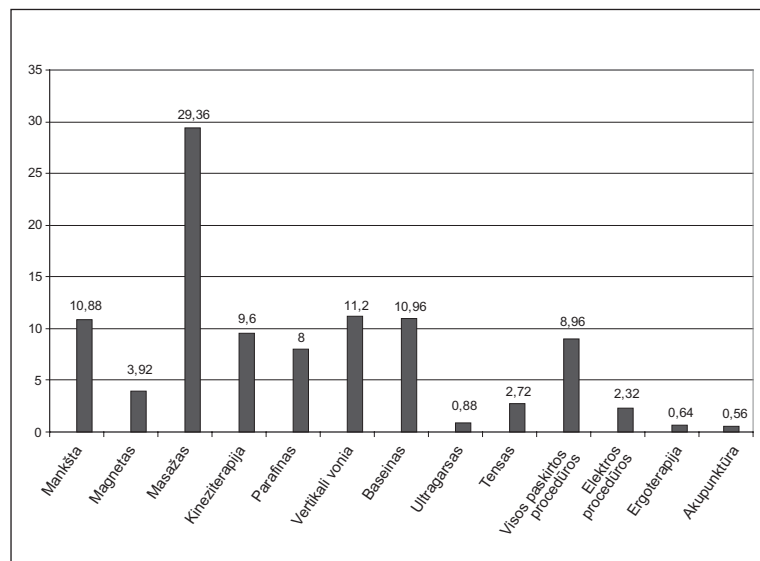
Net 10,8 proc. apklausos dalyvių, kurie yra bedarbiai, nurodė, jog nebuvo pagerėjimo, 10,8 proc. – pasveiko. Kad jų sveikata labai pagerėjo, teigė 100 proc. studentų ir moksleivių (10 lentelė).

Respondentai po sąnarių ir jungiamojo audinio ligų reabilitacinio gydymo efektą vertina šitaip: 15,2 proc. apklausos dalyvių nurodė, kad nežymiai pagerėjo, 63,3 proc. – pagerėjo, 19,9 proc. – labai pagerėjo, 1,6 proc. – pasveiko. Net 20 proc. bedarbių nurodė, jog pasveiko. Kad jų būklė labai pagerėjo, teigė 100 proc. studentų ir moksleivių (11 lentelė).

Respondentai, kuriems skirtas reabilitacinis gydymas po kvėpavimo takų ligų, gautą rezultatą vertina šitaip: 24,2 proc. apklausos dalyvių nežymiai pagerėjo, 27,3 proc. – pagerėjo, 36,4 proc. – labai pagerėjo, 12,1 proc. – pasveiko. 100 proc. aukščiausio ir vidutinio lygio vadovų ir 66,7 proc. namų šeimininkių teigė, kad pasveiko. 61,5 proc. darbininkų ir techninių darbuotojų nurodo tik nežymų pagerėjimą (12 lentelė).

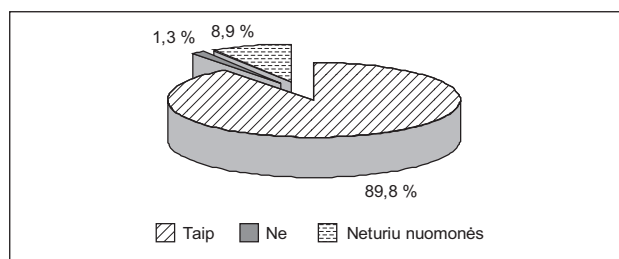
Respondentų pagal pajamas vienam šeimos nariui atsakymuose apie gydymo efektyvumą baigus reabilitaciją esminių skirtumų nenustatėme.

Efektyviausiomis procedūromis pacientai laiko masažą (29,36 proc.), vertikalią vonią (11,2 proc.), baseiną (10,96 proc.), mankštą (10,88 proc.), ultragarsą (0,88 proc.), tenisą (2,72 proc.), visos pacifijos procedūras (8,96 proc.), elektros procedūras (2,32 proc.), ergoterapiją (0,64 proc.) ir akupunktūrą (0,56 proc.).

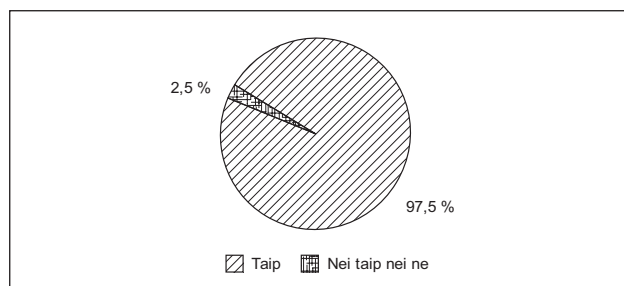


6 pav. Respondentų nuomonė apie tai, kokios procedūros jiems labiausiai padėjo

89,8 proc. respondentų yra patenkinti tuo, kad jiems visas procedūras atlieka vienas darbuotojas (7 pav.). 97,5 proc. respondentų yra patenkinti teikiamomis ambulatorinės reabilitacijos paslaugomis (8 pav.).



7 pav. Ar Jus tenkina, kai visas procedūras atlieka vienas darbuotojas?



8 pav. Ar Jūs esate patenkinti Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje teikiamomis ambulatorinės reabilitacijos paslaugomis?

## REZULTATŲ APTARIMAS

Dauguma respondentų Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje lankėsi kartą per pusmetį arba kartą per metus. Daugiausia respondentų pas gydytoją reabilitologą siunčia šeimos gydytojas (45,9 proc.), traumatologai (25,5 proc.) ir neurologai (25,1 proc.). Apsilankius pas šeimos gydytoją ar kitą gydytoją specialistą nesudėtinga gauti siuntimą kreiptis į gydytoją reabilitologą: visiškai nesunku – 55,4 proc., vidutiniškai sunku – 39,6 proc., labai sunku – 5 proc.. Respondentai gydytojo reabilitologo konsultacijos laukia neilgai: iki 3 dienų ir mažiau – 28,2 proc., 1 savaitę – 36,8 proc. Dauguma respondentų lankė visą ambulatorinės reabilitacijos kursą (64,9 proc.). Po traumų ir operacijų, nervų sistemos, sąnarių ir jungiamojo audinio, kvėpavimo takų ligų daugelis respondentų gerai vertina reabilitacinio gydymo efektyvumą ir nurodo, kad būklė pagerėjo arba labai pagerėjo. Kai kuriais atvejais nurodoma, kad pacientas pasveiko (nuo 12,1 proc. iki 1,6 proc.).

Mūsų darbo rezultatai rodo, kad reabilitacinis gydymas yra efektyvus, po įvairių susirgimų gaunamas

teigiamas efektas. Manytume, kad ambulatorinio reabilitacinio gydymo apimtys turėtų būti plečiamos. Tačiau tai riboja gaunamų lėšų ambulatorinei reabilitacijai dydis. Viešoji įstaiga Šeškinės poliklinika ambulatorinei reabilitacijai skyrė lėšų: 2003 m. – 549 115 Lt, 2004 m. – 403.097 Lt, 2005 m. – 384 296 Lt, 2006 m. – 540 074 Lt, 2007 m. – 646 250 Lt, 2008 m. – 646 250 Lt. Nors lėšų suma 2008 m. pasiekė 646 250 Lt, manome, kad ji galėtų būti ir didesnė, nes ambulatorinės reabilitacijos efektas yra akivaizdus. Galbūt reikėtų pagalvoti apie tai, kad mažiau pacientų siųsti reabilitaciniam gydymui į stacionarines reabilitacines įstaigas, kur gydymas yra brangesnis, o daugiau pacientų skirti ambulatorinę reabilitacinę gydymą.

### IŠVADOS

1. Dauguma respondentų Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje lankosi kartą per pusmetį arba kartą per metus.
2. Gauti siuntimą kreiptis į gydytoją reabilitologą nėra sudėtinga.
3. Laukti gydytojo reabilitologo konsultacijos dažniausiai reikia 1 savaitę (36,8 proc.).
4. Po traumų ir operacijų, nervų sistemos, sąnarių ir jungiamojo audinio, kvėpavimo takų ligų daugelis respondentų gerai vertina reabilitacinio gydymo efektyvumą ir nurodo, kad būklė pagerėjo arba labai pagerėjo.
5. Ambulatorinio reabilitacinio gydymo apimtys turėtų būti plečiamos.

### Literatūra

1. Buivydas R, Černiauskas G. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pereinamuoju laikotarpiu. Vilnius. Sveikatos ekonomikos centras, 1997.
2. Kriščiūnas A. Ergoterapija: universiteto vadovėlis. Kaunas, 2008.
3. Kriščiūnas A. Kineziterapija: vadovėlis. Kaunas, 2008.
4. Kriščiūnas A. Reabilitacija: universiteto vadovėlis. Kaunas, 2008.
5. Kriščiūnas A. Reabilitacijos pagrindai. Kaunas, 2008.
6. Rapolienė J. Sergančiųjų reumatoidiniu artritu plaštakos ir riešo funkcinės būklės ir veiklos sutrikimų vertinimas bei korekcija ergoterapijos priemonėmis. Daktaro disertacija. Kaunas, 2007.
7. Juocevičius A, Sinkevičius R, Sinevičius T, Merkytė D. Asmenų, patyrusių nugaros smegenų, gyvenimo kokybė bei faktoriai, turintys įtakos jai. Neurologijos seminarai 2008; 12-3(37):130-137.
8. Grėblikienė V, Juocevičius A. Ligonų, sergančių *Guillain-Barre* sindromu, reabilitacijos efektyvumo tyrimas. Sveikatos mokslai 2007; 6:1274-1277.
9. Jamontaitė IE, Juocevičius A. Kineziterapijos metodikų taikymo pacientams, patyrusiems galvos smegenų infarktą, efektyvumas. Sveikatos mokslai 2007; 6:1270-1274.
10. Janonienė D, Juocevičius A, Zigmantavičiūtė I. Stacionarinio gydymo ir stacionarinės reabilitacijos paslaugų, suteiktų pacientams, susirgusiems galvos smegenų insultu, Lietuvoje 2002–2004 m. struktūra. Sveikatos mokslai 2007; 6:1294-1298.
11. Juocevičius A, Janonienė D, Jurgelevičienė D, Zigmantavičiūtė I, Jamontaitė IE. Vyresnio amžiaus pacientų, sergančių galvos

smegenų insultu, kompleksinės reabilitacijos efektyvumas. Gerontologija 2007; 8(3):150-156.

12. Sukys U, Juocevičius A. Ligonų, patyrusių sunkią galvos smegenų traumą, kompleksinės reabilitacijos efektyvumas. Sveikatos mokslai 2004; 1:20-22.

13. Anthonisen NR. Outpatient chronic obstructive pulmonary disease rehabilitation. Can Respir J 2009; 16 (1):9-10.

14. Schoenmakers MA, de Groot JF, Gorter JW, Hillaret JL, Helder PJ, Takken T. Muscle strength, aerobic capacity and physical activity in independent ambulating children with lumbosacral spina bifida. Disabil Rehabil 2009; 31(4):259-66.

15. Chevalier S, Saoud F, Gray-Donald K, Morais JA. The physical functional capacity of frail elderly persons undergoing ambulatory rehabilitation is related to their nutritional status. J Nutr Health Aging 2008; 12(10):721-6.

16. De Jong JR, Vangronsveld K, Peters ML, Goossens ME, Onghena P, Bulte I, Vlaeyen JW. Reduction of pain-related fear and disability in post-traumatic neck pain: a replicated single-case experimental study of exposure in vivo. J Pain 2008; 9(12):1123-34.

17. Heisel J. Rehabilitation following total hip and knee replacement (Rehabilitation nach endoprothetischem Ersatz von Hüfte und Knie). Orthopade 2008; 37(12):1217-32.

### PATIENTS' OPINIONS ABOUT THE AMBULATORY REHABILITATION IN ŠEŠKINĖS OUTPATIENT CLINIC ACCORDING PATIENTS' SOCIOECONOMIC GROUPS

Jonas Kairys, Laimutis Juozas Kacienas, Jonas Čelkis

#### Summary

**Key words:** patients' opinion, outpatient health care, ambulatory rehabilitation, population socioeconomic groups.

The study has been conducted in January-March 2009 in Seskinės outpatient clinic. The questionnaires were given to patients over 18 years old, who passed ambulatory rehabilitation treatment course or get single procedures. Questionnaires were distributed among 350 patients, 231 questionnaires were returned to the study team (response rate 66 percent).

Most of the respondents to doctor rehabilitologist sending family doctors (45,9%), traumatologist (25,5%) and neurologist (25,1%). After visiting family doctor or other doctor-specialist it is not difficult to get order to doctor rehabilitologist: absolutely easy – 55,4%, moderately hard – 39,6%, very hard – 5%. Respondents consultation of doctor rehabilitologist waiting awhile: until 3 days and less – 28,2%, 1 week – 36,8%. Most of the respondents passed full ambulatory rehabilitation treatment course (64,9%). Most of the respondents rehabilitation treatment assesses good and state of health become better or become much better after injuries and operations, after neural diseases, after articular and connective tissue diseases, after respiratory diseases. In some cases patients were recovered (from 12,1% to 1,6%).

**Conclusions:** 1. Most of the respondents visiting Physical medicine and rehabilitation section once half a year or once a year; 2. To get order to doctor rehabilitologist are not difficult; 3. Waiting time for consultation of doctor rehabilitologist mostly takes one week (36,8%); 4. Most of the respondents rehabilitation treatment assesses good and states that condition become better or become much better after injuries and operations, after neural diseases, after articular and connective tissue diseases, after respiratory diseases; 5. The ambulatory rehabilitation treatment extent must be expanded.

**Correspondence to:** kajo@ktl.mii.lt

Gauta 2011-08-04

## 1 PRIEDAS

## ANKETA

Viešosios įstaigos Šeškinės poliklinikos Fizinės medicinos ir ambulatorinės medicininės reabilitacijos skyrius kviečia Jus dalyvauti apklausoje apie skyriaus darbą ir atliekamas procedūras, jų efektyvumą. Ši anketa yra anoniminė, mus domina tik apibendrinta pacientų nuomonė. Jums tinkantį variantą apibraukite  arba pažymėkite  $\surd$ .

Iš anksto dėkojame už Jūsų bendradarbiavimą.

**1. Lytis**      1. Vyras                      2. Moteris

**2. Amžius** \_\_\_\_\_ m.

**3. Išsilavinimas**

1. Aukštasis
4. Nebaigtas aukštesnysis
5. Vidurinis
6. Nebaigtas vidurinis
2. Nebaigtas aukštasis
3. Aukštesnysis

**4. Pagrindinis užsiėmimas**

1. Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas
2. Specialistas tarnautojas
3. Darbininkas, techninis darbuotojas
4. Verslininkas
5. Pensininkas
6. Bedarbis
7. Studentas, moksleivis
8. Namų šeimininkė

**5. Pajamos, tenkančios vienam šeimos nariui per mėnesį**

1. Iki 500 Lt
2. 501–1 000 Lt
3. 1 001–1 500 Lt
4. 1 501–2 000 Lt
5. 2 000 Lt ir daugiau

**6. Kaip dažnai per pastaruosius dvejus metus Jums tenka lankytis Šeškinės poliklinikoje?**

1. Kelis kartus per mėnesį
2. Kartą per mėnesį
3. Kartą per kelis mėnesius
4. Kartą per pusmetį
5. Kartą per metus
6. Per pastaruosius dvejus metus nesilankiau

**7. Kaip dažnai per pastaruosius dvejus metus Jums tenka lankytis Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje?**

1. Kelis kartus per mėnesį
2. Kartą per mėnesį
3. Kartą per kelis mėnesius
4. Kartą per pusmetį
5. Kartą per metus
6. Per pastaruosius dvejus metus nesilankiau

**8. Kas siuntė Jus pas gydytoją reabilitologą?**

1. Šeimos gydytojas
2. Traumatologas / ortopedas
3. Neurologas
4. Kitas specialistas \_\_\_\_\_

**9. Ar apsilankius pas šeimos gydytoją (ar kitą specialistą) sunku gauti siuntimą kreiptis į gydytoją reabilitologą?**

1. Labai sunku (reikalauju pats (-i))
2. Vidutiniškai sunku (pasiūlau gydytojui siųsti pas reabilitologą)
3. Visiškai nesunku (pasiūlo pats gydytojas)

**10. Kiek laiko tenka laukti gydytojo reabilitologo konsultacijos?**

1. Iki 3 dienų ir mažiau
2. 1 savaitę
3. 2 savaites
4. 2 savaites ir ilgiau

**11. Kokį procedūrų skaičių Jūs gavote lankydami (-asi) reabilitacijoje?**

- I reabilitacijos etape \_\_\_\_\_  
II reabilitacijos etape \_\_\_\_\_

**12. Jūs lankėte?**

Lankiau pavienės ambulatorinės reabilitacijos procedūras \_\_\_\_\_

Lankiau visą ambulatorinės reabilitacijos II kursą \_\_\_\_\_

**13. Jūsų manymu, kokios procedūros labiausiai padėjo?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**14. Atsižvelgdami į savo ligą ar negalavimą, kaip vertintumėte gydymo efektyvumą baigę reabilitacijos kursą?**  
(Žemiau pateiktoje lentelėje pažymėkite Jums tinkantį variantą)

Ligos grupės	Įvertinimas				
	Be pagerėjimo 0 %	Nežymiai pagerėjo 1–25 %	Pagerėjo 26–50 %	Labai pagerėjo 51–75 %	Pasveikau 76–100 %
Po traumų ir operacijų					
Nervų sistemos ligos					
Sąnarių ir jungiamojo audinio ligos					
Kvėpavimo takų ligos					

**15. Kaip Jūs galėtumėte įvertinti fizinės medicinos ir reabilitacijos darbuotojus?**

(Žemiau pateiktoje lentelėje pažymėkite Jums tinkantį variantą)

Reabilitacijos Komandos nariai	Įvertinimas (balais)				
	1 (blogai)	2 (vidutiniškai)	3 (gerai)	4 (labai gerai)	5 (puikiai)
Gydytojas (-a)					
Kineziterapeutas (-ė)					
Ergoterapeutas (-ė)					
Slaugytojas (-a)					

**16. Ar Jus tenkina, kai visas procedūras atlieka vienas darbuotojas?**

1. Taip      2. Ne      3. Neturiu nuomonės

**17. Ar Jūs esate patenkinti Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje teikiamomis ambulatorinės reabilitacijos paslaugomis?**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**18. Pasiūlymai, pageidavimai, pastabos**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

# VILNIAUS MIESTO ŠEŠKINĖS POLIKLINIKOS PACIENTŲ ŽINIOS APIE VYRAMS IR MOTERIMS TEIKIAMAS PREVENČINES ŠEIMOS GYDYTOJŲ PROGRAMAS

MARIJA KAZLAUSKIENĖ<sup>1</sup>, JONAS KAIRYS<sup>1, 2</sup>, ONA PANASENKIENĖ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>VšĮ Vilniaus Šeškinės poliklinika, <sup>2</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

**Raktažodžiai:** *pacientų nuomonė, ambulatorinė sveikatos priežiūra, socialinės ir ekonominės gyventojų grupės.*

## Santrauka

Tyrimas buvo atliekamas 2011 m. kovo–gegužės mėn. Šeškinės poliklinikoje. Apklaustos 25–65 m. amžiaus moterys ir 40–75 m. amžiaus vyrai. Išdalyta 420 anketų moterims ir 420 anketų vyrams. Sugrįžo 382 moterų anketos (grįžtamumas – 90,9 proc.) ir 404 vyrų anketos (grįžtamumas – 96,1 proc.).

Iš 382 moterų, kurios dalyvavo apklausoje, daugiausia buvo 50–69 m. amžiaus (89,3 proc.). Iš 404 apklaustų vyrų daugiausia buvo 50–69 m. amžiaus (73,3 proc.). Moterų, įgijusių aukštesnį išsilavinimą – 42,5 proc., aukštąjį – 34,4 proc., turinčių vidurinį išsilavinimą – 21,8 proc. Daugiausia vyrų respondentų turėjo aukštesnį išsilavinimą – 36,6 proc., vidurinį – 32 proc., aukštąjį išsilavinimą buvo įgiję 30,3 proc. apklaustų vyrų.

Respondenčių išteklėjusių moterų apklausoje dalyvavo 67,7 proc., išsituokusių – 15 proc., našlių – 8,9 proc., netekėjusių – 7,9 proc. Respondentų vedusių vyrų apklausoje dalyvavo 73,1 proc. išsituokusių, 14,8 proc. – našlių, 6,5 proc. – nevedusių. Iš apklaustų vyrų 40 proc. buvo tarnautojai, 15,8 proc. – pensininkai, 34 proc. – darbininkai. Moterų tarnautojų apklausoje dalyvavo 48,3 proc., darbininkų – 25,5 proc., pensininkų – 19,7 proc.

**Kokio amžiaus moterys dalyvauja programinėje mamografinėje patikroje.** 84,3 proc. moterų, sulaukusių 50–69 m. amžiaus, žino apie programinę mamografinę patikrą, o 30–49 m. amžiaus – tik 53,1 proc. Apie programinę mamografinę

patikrą žino 85,2 proc. aukštąjį išsilavinimą turinčių 50–64 m. amžiaus moterų, 77,6 proc. – turinčių aukštesnįjį, 76,3 proc. – vidurinį išsilavinimą. 89 proc. išteklėjusių 50–64 m. amžiaus moterų žino apie programinę mamografinę patikrą, netekėjusių – 74 proc., išsituokusių – 76,7 proc., našlių – 50 proc.

**Kas kiek metų atliekamas programinis mamografinis patikrinimas,** žino 75,2 proc. 50–69 m. amžiaus moterų, nežino – 24,8 proc.; 30–49 m. amžiaus grupėje 63,6 proc. moterų žino, 36,5 proc. – nežino. 75,2 proc. moterų, turinčių aukštesnįjį išsilavinimą, 73,5 proc. – vidurinį, 70,3 proc. – aukštąjį ir 50 proc. pradinį išsilavinimą turinčių respondenčių žino, kad programinė mamografinė patikra atliekama kartą per dvejus metus. Apie tai nežino 25 proc. moterų, turinčių pradinį, 12 proc. – vidurinį ir 11,2 proc. aukštesnįjį išsilavinimą įgijusių respondenčių. 79,9 proc. išteklėjusių moterų atsakė, kad 1 kartą per dvejus metus, 12 proc. – 1 kartą per metus, 8,2 proc. – nežino. 67,7 proc. netekėjusių moterų atsakė, kad 1 kartą per dvejus metus, 16,7 proc. – 1 kartą per metus ir 15,6 proc. – nežino.

**Kokio amžiaus moterys dalyvauja gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikroje,** žino 84,8 proc. 30–49 m. amžiaus moterų, 50–69 m. amžiaus grupėje – 82 proc., 18–29 m. – 80 proc. moterų, turinčių aukštąjį išsilavinimą – 87,8 proc. 25–59 m. amžiaus moterų, turinčių vidurinį išsilavinimą, – 79,5 proc., aukštesnįjį – 78,9 proc. Nustatyta, kad 82,5 proc. išteklėjusių 25–59 m. amžiaus moterų, taip pat 83,3 proc. netekėjusių, 80,7 proc. išsituokusių moterų ir 79,4 proc.

našlių žino, kokio amžiaus moterys dalyvauja gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikroje.

**Kas kiek metų moterims atliekama gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikra, žino** 60 proc. 18–29 m. amžiaus moterų, 30–49 m. amžiaus – 51,5 proc., apie tai nežino 40 proc. 18–29 m. amžiaus ir 18,2 proc. 30–49 m. amžiaus moterų. 41,4 proc. moterų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, 40 proc. – aukštesnįjį, 43,9 proc. – vidurinį išsilavinimą įgijusių moterų žino, kas kiek metų atliekama minėta patikra, tačiau apie tai nežino 50 proc. pradinį ir 27,5 proc. aukštesnįjį išsilavinimą turinčių respondenčių. Apie gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikros periodiškumą žino 41,4 proc. ištekęsusių, 46,4 proc. netekėjusių, 42,9 proc. išsituokusių moterų ir 33,3 proc. našlių, tačiau apie tai nežino 18,2 proc. našlių, 16,1 proc. išsituokusių ir 25 proc. netekėjusių respondenčių.

**Kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos prevencijos programoje, žino** 55 proc. 30–49 m. amžiaus ir 75,3 proc. 50–69 m. amžiaus vyrų. 77,2 proc. aukštesnįjį išsilavinimą turinčių, 70 proc. – aukštąjį ir 69,5 proc. – vidurinį išsilavinimą įgijusių respondentų nurodo, kad programoje dalyvauja vyrai nuo 45 iki 54 m. imtinai. 71,7 proc. vedusių, 78 proc. išsituokusių vyrų ir 84,6 proc. našlių žino, kokio amžiaus dalyvaujama širdies ir kraujagyslių didelės rizikos ir prevencijos priemonių programoje. Tik 47,4 proc. nevedusių vyrų žino, kokio amžiaus sulaukus dalyvaujama šioje programoje. 77,2 proc. tarnautojų, 71,3 proc. darbininkų, 68,3 proc. pensininkų žino, kad širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos prevencijos programoje dalyvauja 45–54 m. amžiaus vyrai.

**Kas kiek metų vyrams atliekamas širdies ir kraujagyslių prevencijos programinis ištyrimas, žino** 70 proc. 30–49 m. amžiaus ir 68,7 proc. 50–69 m. amžiaus vyrų. Nežino 26,7 proc. 30–49 m. amžiaus ir 16,6 proc. 50–69 m. amžiaus vyrų. Apie tai žino 74,8 proc. aukštąjį išsilavinimą turinčių vyrų, 67,6 proc. – aukštesnįjį ir 66,7 proc. – vidurinį išsilavinimą įgijusių respondentų. 20,3 proc. vyrų, turinčių vidurinį išsilavinimą, 17,6 proc. – aukštąjį ir 15,2 proc. – turinčių vidurinį išsilavinimą

respondentų apie tai nežino. 76,9 proc. našlių, 70,7 proc. išsituokusių, 69,3 proc. vedusių ir 42,1 proc. nevedusių vyrų žino, kad širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programinis ištyrimas atliekamas 1 kartą per metus. Apie tai nežino 47,4 proc. nevedusių, 17,9 proc. vedusių ir 13,8 proc. išsituokusių vyrų.

**Kokio amžiaus vyrai dalyvauja prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programinėje patikroje, žino** 92,2 proc. 50–69 m. amžiaus vyrų. 90,8 proc. vyrų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, 88,4 proc. vyrų, įgijusių aukštesnįjį išsilavinimą, ir 85,9 proc. vyrų, turinčių vidurinį išsilavinimą, žino, kad prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programoje dalyvauja 50–74 m. amžiaus vyrai. 89,4 proc. vedusių vyrų, 84,5 proc. išsituokusių, 68,4 proc. nevedusių vyrų žino, kokio amžiaus vyrai dalyvauja prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programoje, ir tik 26,3 proc. nevedusių, 12,1 proc. išsituokusių ir 7,5 proc. vedusių vyrų apie tai nežino. 91,9 proc. tarnautojų, 93,5 proc. pensininkų, 84,6 proc. darbininkų žino, kad programinėje patikroje dalyvauja 50–74 m. amžiaus vyrai imtinai.

**Kas kiek metų vyrai dalyvauja ankstyvojo prostatos vėžio išaiškinimo programoje (atlieka PSA tyrimą), žino** 76,2 proc. 50–69 m. amžiaus ir 77,4 proc. daugiau kaip 70 m. sulaukę vyrai (1 kartą per dvejus metus). 44,1 proc. 30–49 m. amžiaus vyrų apie tai nežino. 76,5 proc. vyrų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, 74,5 proc. – aukštesnįjį ir 68,5 proc. vyrų, įgijusių vidurinį išsilavinimą, žino, kad PSA tyrimas pagal programą atliekamas 1 kartą per dvejus metus. Apie tai nežino 15,9 proc. vyrų, turinčių aukštesnįjį išsilavinimą, 13,4 proc. – vidurinį ir 10,1 proc. – aukštąjį išsilavinimą. 84,6 proc. našlių, 75,4 proc. išsituokusių, 73,1 proc. vedusių ir 52,6 proc. nevedusių vyrų žino, kad prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programinė patikra atliekama kartą per dvejus metus. 14 proc. išsituokusių, 12,1 proc. vedusių ir 36,8 proc. nevedusių vyrų nežino, kas kiek metų atliekama ši patikra. 77,8 proc. vyrų tarnautojų, 74,2 proc. pensininkų, 71,9 proc. darbininkų žino, kad ankstyvojo vėžio išaiškinimo programinis tyrimas (PSA kraujyje) atliekamas 1 kartą per dvejus metus.

**Išvados:** 1. Dauguma moterų respondenčių, kurioms pagal amžių priklauso atlikti

programinį mamografinį tyrimą, gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo tyrimą, turi pakankamai žinių apie atlikimo dažnumą bei amžiaus ribas. 2. Dauguma vyrų respondentų turi informacijos apie tai, kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų ankstyvojo išaiškinimo prevencinėje programoje, prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programoje ir kaip dažnai atliekami šie tyrimai. 3. Informavimas apie atliekamas prevencines programas turi būti plečiamas.

#### ĮVADAS

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, pasaulyje kasmet didėja sergamumas piktybiniais navikais [7]. Jei 2000 m. pasaulyje sirgo 22,4 mln. gyventojų, o naujų vėžio atvejų nustatyta 10,1 mln., tai prognozuojama, kad 2020 m. naujų vėžio atvejų gali padaugėti iki 15,7 mln. Lietuvoje sergamumas piktybiniais navikais taip pat didėja. Mūsų šalyje piktybiniais navikais serga 1,8 proc. gyventojų; kasmet nuo piktybinių navikų miršta 7–8 tūkst. gyventojų. Beveik pusė piktybinių navikų diagnozuojama vėlyvų (III–IV) stadijų. Jei nustatomas ankstyvųjų stadijų vėžys, jo gydymas gali būti efektyvus. Deja, pacientams ilgą laiką nejaučia jokių ligos simptomų, todėl aptinkami vėlyvų stadijų piktybiniai navikai.

Nuo 2004 m. Lietuvoje pradėtos vykdyti kelios programos [1, 2, 4, 5, 6], kurių tikslas – anksčiau nustatyti piktybinius susirgimus.

**Šio tyrimo tikslas** buvo išsiaiškinti, ką pacientai žino apie kai kurias šiuo metu vykdomas programines patikras.

Norint sumažinti vis didėjantį sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis 2005 m. lapkričio 25 d. buvo patvirtinta širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės prevencijos priemonių programa [3]. Tyrimo metu siekta išsiaiškinti pacientų žinias apie šią vykdomą programą.

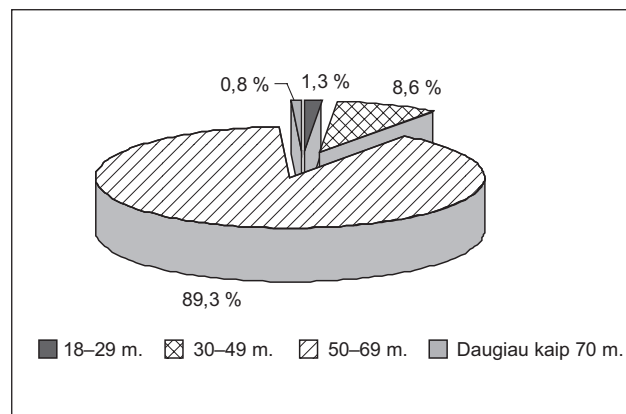
#### TYRIMO OBJEKTAS IR METODIKA

Apie vykdomas programines patikras apklaustos 25–65 m. amžiaus moterys ir 40–75 m. amžiaus vyrai, Vilniaus miesto viešosios įstaigos Šeškinės poliklinikos pacientai. Apklausa vyko 2011 m. kovo–gegužės mėnesiais. Respondentai pildė anketas. Anonimiškumas buvo garantuojamas.

Tyrimui sudarytos atskirai moterims ir vyrams skirtos anketos, nes skiriasi programinės patikros. Anketų pagrindą sudarė klausimai apie tai, ką pacientai

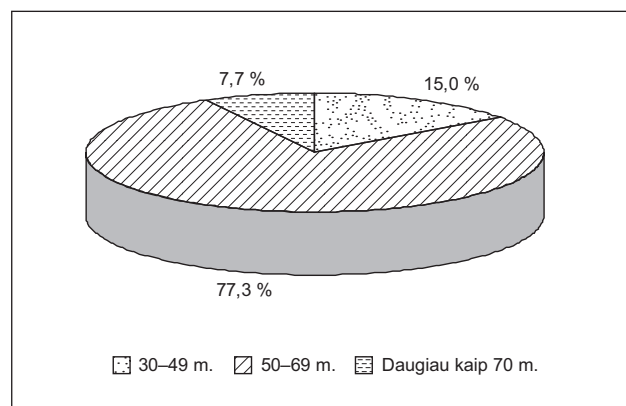
žino apie šiuo metu vykdomas programines sveikatos patikras. Kokio amžiaus pacientai dalyvauja? Kas kiek metų pacientui atliekama viena ar kita programinė patikra? Iš viso išdalyta 420 anketų moterims ir 420 anketų vyrams. Sugrįžo 382 moterų anketos (grįžtamumas – 90,9 proc.) ir 404 vyrų anketos (grįžtamumas – 96,1 proc.).

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinės analizės SPSS paketą.



1 pav. Apklausoje dalyvavusių moterų amžiaus struktūra

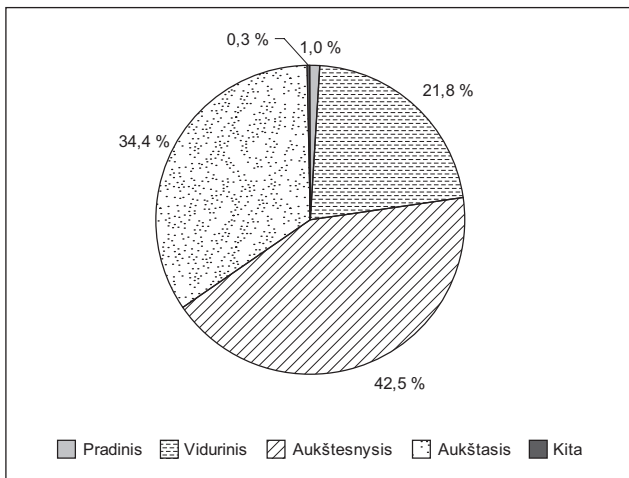
Apklausoje dalyvavo 382 moterys, iš jų daugiausia buvo 50–69 m. amžiaus (89,3 proc.) (1 pav.).



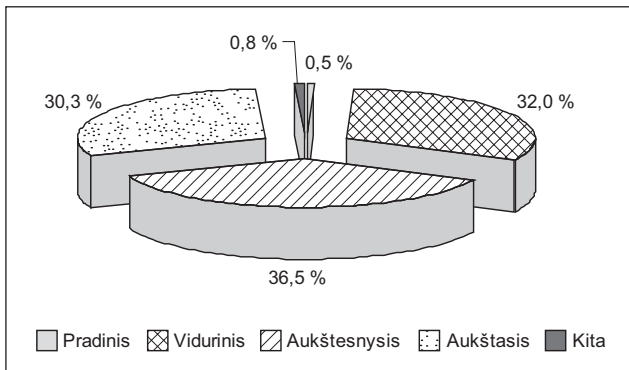
2 pav. Apklausoje dalyvavusių vyrų amžiaus struktūra

Iš 404 vyrų, dalyvavusių apklausoje, daugiausia buvo 50–69 m. amžiaus (73,3 proc.) (2 pav.).

Daugiausia apklausoje dalyvavusių moterų turėjo aukštesnį išsilavinimą (42,5 proc.), aukštąją išsilavinimą įgijusių buvo 34,4 proc., vidurinį – 21,8 proc. respondentų (3 pav.).

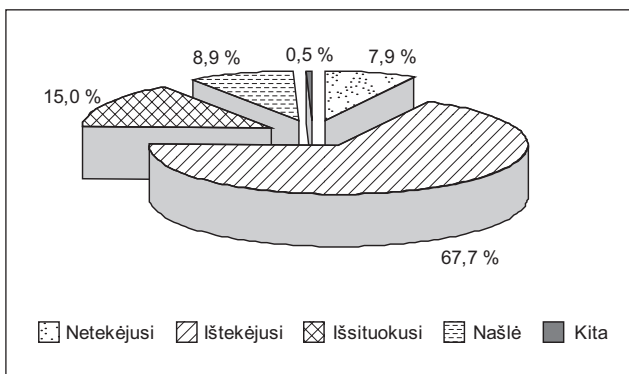


3 pav. Respondentų išsimokslinimo struktūra



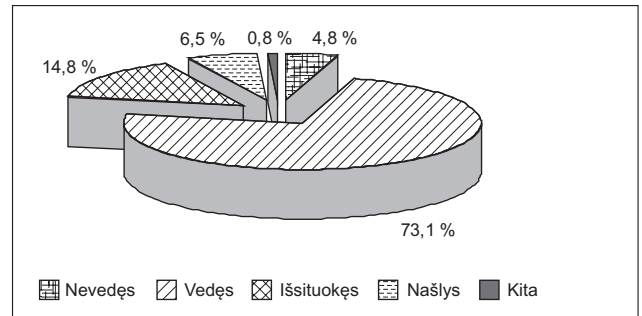
4 pav. Respondentų vyrų išsimokslinimas

Daugiausia apklausoje dalyvavusių vyrų turėjo aukštesnįjį išsilavinimą (36,6 proc.), vidurinį išsilavinimą buvo įgiję 32 proc., aukštąjį – 30,3 proc. respondentų (4 pav.).



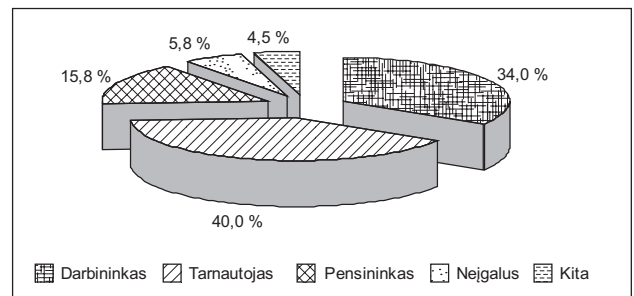
5 pav. Apklausoje dalyvavusių moterų šeiminė padėtis

Ištekėjusių moterų apklausoje dalyvavo 67,7 proc., išsituokusių – 15 proc., našlių – 8,9 proc., netekėjusių buvo 7,9 proc. respondenčių (5 pav.).



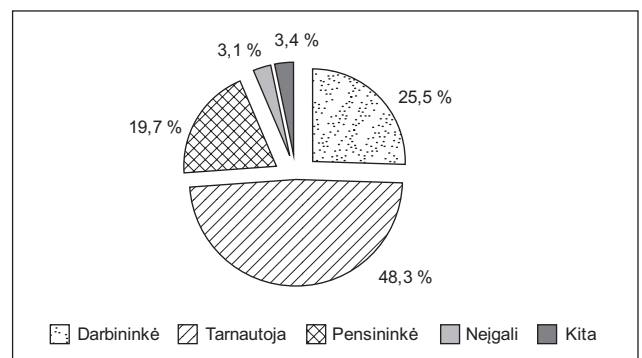
6 pav. Apklausoje dalyvavusių vyrų šeiminė padėtis

Apklausoje dalyvavo 73,1 proc. vedusių, 14,8 proc. išsituokusių, 6,5 proc. našlių ir 4,8 proc. nevedusių vyrų (6 pav.).



7 pav. Apklausoje dalyvavusių vyrų socialinė grupė

Tarnautojų vyrų apklausoje dalyvavo 40 proc., pensininkų – 15,8 proc., darbininkų – 34 proc. (7 pav.).



8 pav. Apklausoje dalyvavusių moterų socialinė padėtis

Moterų tarnautojų apklausoje buvo 48,3 proc., darbininkių – 25,5 proc., pensininkių – 19,7 proc. (8 pav.).



## TYRIMO REZULTATAI

### Apklausoje dalyvavusių moterų žinios apie šeškinės poliklinikoje vykdomą programinę mamografinę patikrą dėl ankstyvojo krūties vėžio išaiškinimo

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą, kokio amžiaus moterys dalyvauja programinėje mamografinėje patikroje

Amžius	Kokio amžiaus moterys dalyvauja programinėje mamografinėje patikroje?				Iš viso
	30–49 m.	50–64 m.	65–75 m.	Nežinau	
18–29 m.	2 40 %	1 20 %	0 0 %	2 40 %	5 100 %
30–49 m.	10 31,3 %	17 53,1 %	1 3,1 %	4 12,5 %	32 100 %
50–69 m.	25 7,1 %	284 84,3 %	8 2,4 %	21 6,2 %	337 100 %
Daugiau kaip 70 m.	0 0 %	2 100 %	0 0 %	0 0 %	2 100 %
Iš viso	37 9,8 %	304 80,6 %	9 2,4 %	27 7,2 %	377 100 %

$\chi^2=47,021$ ,  $p=0,00$

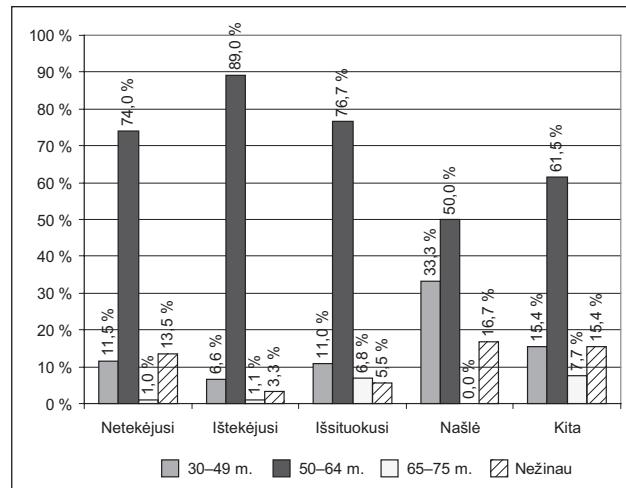
53,1 proc. 30–49 m. amžiaus moterų žino, kokio amžiaus moterys dalyvauja programinėje mamografinėje patikroje, 50–69 m. amžiaus grupėje apie tai žino 84,3 proc. apklausos dalyvių (1 lentelė).

2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kokio amžiaus moterys dalyvauja programinėje mamografinėje patikroje

Išsilavinimas	Kokio amžiaus moterys dalyvauja programinėje mamografinėje patikroje?				Iš viso
	30–49 m.	50–64 m.	65–75 m.	Nežinau	
Pradinis	1 25 %	3 75 %	0 0 %	0 0 %	4 100 %
Vidurinis	7 8,5 %	65 79,3 %	0 0 %	10 12,2 %	82 100 %
Aukštesnysis	17 10,6 %	125 77,6 %	7 4,3 %	12 7,5 %	161 100 %
Aukštasis	12 9,4 %	109 85,2 %	2 1,6 %	5 3,9 %	128 100 %
Kita	0 0 %	1 100 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Iš viso	37 9,8 %	303 80,6 %	9 2,4 %	27 7,2 %	376 100 %

$\chi^2=12,051$ ,  $p=0,442$

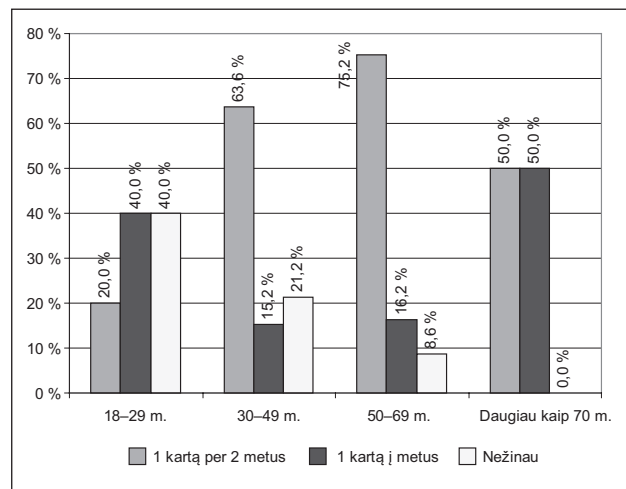
85,2 proc. 50–64 m. amžiaus aukštąjį išsilavinimą, 77,6 proc. aukštesnįjį ir 79,3 proc. vidurinį išsilavinimą turinčių moterų žino, kokio amžiaus moterys dalyvauja programinėje mamografinėje patikroje (2 lentelė).



9 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimines padėtis, atsakant į klausimą, kokio amžiaus moterys dalyvauja programinėje mamografinėje patikroje

$\chi^2=35,799$ ,  $p=0,00$

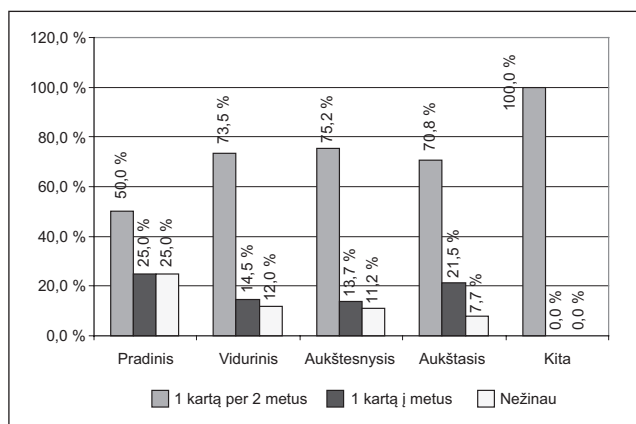
50–64 m. amžiaus grupėje 89 proc. ištekėjusių, 74 proc. netekėjusių, 76,7 proc. išsituokusių moterų ir 50 proc. našlių žino, kokio amžiaus moterys dalyvauja programinėje mamografijos patikroje (9 pav.).



10 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą, kas kiek metų atliekamas programinis mamografinis patikrinimas

$\chi^2=23,828$ ,  $p=0,02$

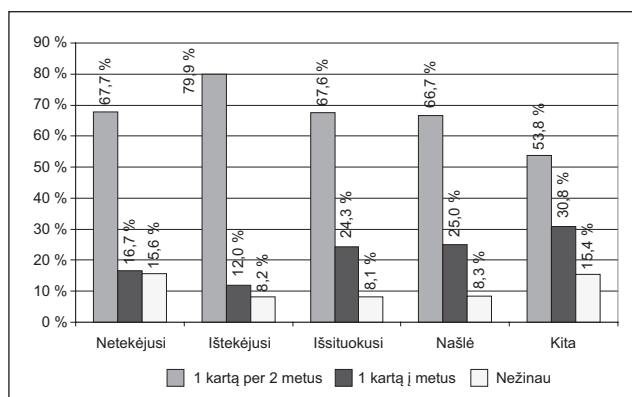
63,6 proc. 30–49 m. amžiaus moterų mano, kad programinis mamografinis patikrinimas atliekamas 1 kartą per dvejus metus, 15,2 proc. – 1 kartą per metus, 21,2 proc. respondenčių to nežino. 50–69 m. amžiaus grupėje 75,2 proc. moterų mano, kad toks tyrimas daromas 1 kartą per dvejus metus, 16,2 proc. – 1 kartą per metus ir 8,6 proc. – nežino (10 pav.).



11 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kas kiek metų atliekamas programinis mamografinis patikrinimas

$\chi^2=6,059$ ,  $p=0,641$

75,2 proc. moterų, įgijusių aukštesnį išsilavinimą, 73,5 proc. – vidurinį, 70,3 proc. – aukštąjį ir 50 proc. – pradinį išsilavinimą turinčių apklausos dalyvių žino, kad programinė mamografinė patikra atliekama kartą per dvejus metus. To nežino 25 proc. moterų, turinčių pradinį išsilavinimą, 12 proc. – vidurinį ir 11,2 proc. – aukštesnį išsilavinimą įgijusių respondenčių (11 pav.).



12 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal šeiminių padėtį, atsakant į klausimą, kas kiek metų atliekamas programinis mamografinis patikrinimas

$\chi^2=13,890$ ,  $p=0,085$

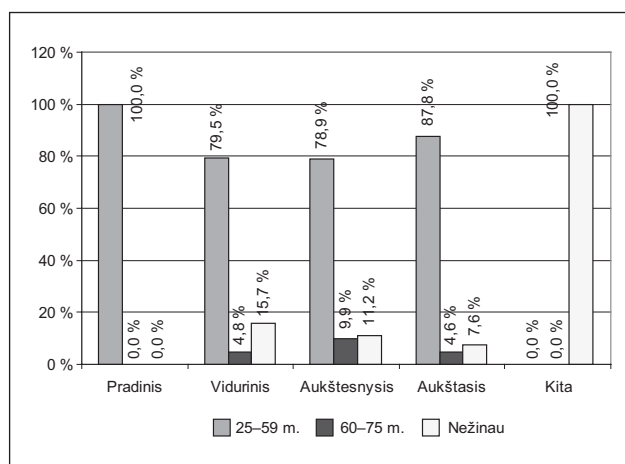
Klausiant, kas kiek metų moterims atliekama programinė mamografija, 79,9 proc. ištekėjusių moterų atsakė, kad 1 kartą per dvejus metus, 12 proc. ištekėjusių moterų – 1 kartą per metus ir 8,2 proc. – nežino. 67,7 proc. netekėjusių moterų atsakė, kad 1 kartą per dvejus metus, 16,7 proc. tų pačių moterų – 1 kartą per metus ir 15,6 proc. – nežino (12 pav.).

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą, kokio amžiaus moterys dalyvauja gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikroje

Amžius	Kokio amžiaus moterys atlieka gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikrą?			Iš viso
	25–59 m.	60–75 m.	Nežinau	
18–29 m.	4 80 %	1 20 %	0 0 %	5 100 %
30–49 m.	28 84,8 %	2 6,1 %	3 9,1 %	33 100 %
50–69 m.	279 82 %	22 6,5 %	39 11,5 %	339 100 %
Daugiau kaip 70 m.	2 66,7 %	1 33,3 %	0 0 %	3 100 %
Iš viso	313 82,2 %	26 6,8 %	42 11 %	381 100 %

$\chi^2=5,848$ ,  $p=0,664$

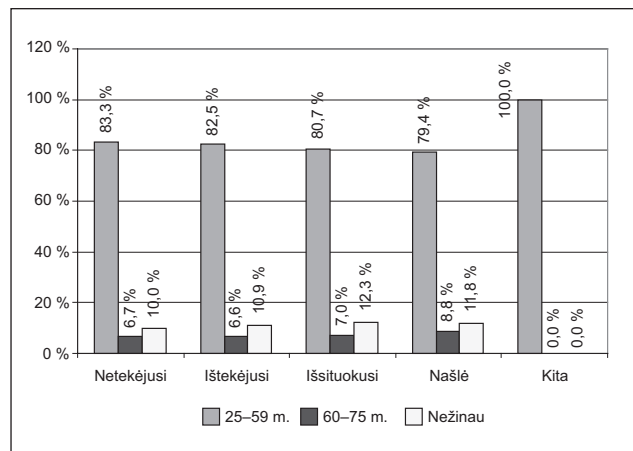
84,8 proc. 30–49 m. amžiaus moterų, 82 proc. 50–69 m. ir 80 proc. 18–29 m. amžiaus moterų žino, kokio amžiaus moterys atlieka gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikrą (3 lentelė).



13 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kokio amžiaus moterys dalyvauja gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikroje

$\chi^2=18,154$ ,  $p=0,111$

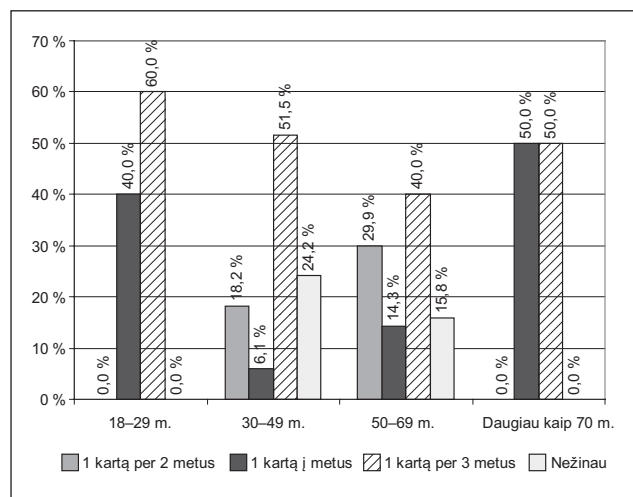
87,8 proc. aukštąjį, 79,5 proc. – vidurinį ir 78,9 proc. aukštesnį išsilavinimą turinčių 25–59 m. amžiaus moterų žino, kokio amžiaus moterims atlieka gimdos kaklelio piktybinių navikų patikrą (13 pav.).



14 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimines padėtis, atsakant į klausimą, kokio amžiaus moterims dalyvauja gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikroje

$\chi^2=18,154$ ,  $p=0,111$

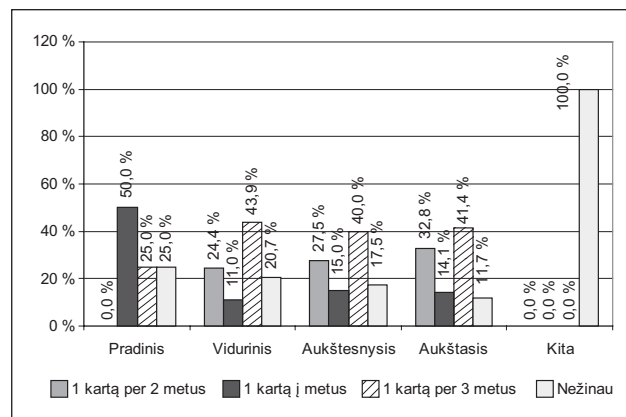
25–59 m. amžiaus grupėje 82,5 proc. ištekėjusių, 83,3 proc. netekėjusių, 80,7 proc. išsituokusių moterų ir 79,4 proc. našlių žino, kokio amžiaus moterims atliekama gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikra (14 pav.).



15 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą, kas kiek metų moterims atliekama gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikra

$\chi^2=18,154$ ,  $p=0,111$

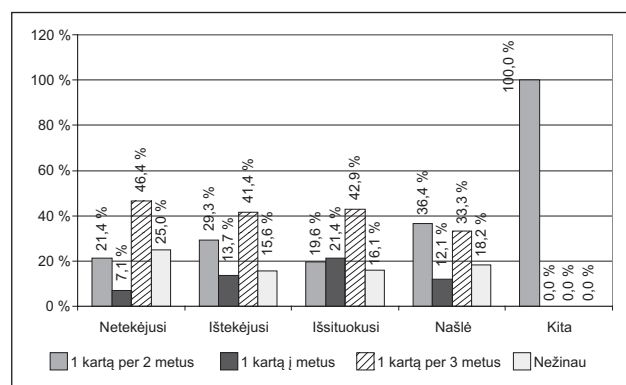
60 proc. 18–29 m. amžiaus moterų atsakė, kad gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikra atliekama 1 kartą per 3 metus, 40 proc. – 1 kartą per metus, 30–49 m. amžiaus grupėje 51,5 proc. moterų atsakė, kad 1 kartą per 3 metus, 18,2 proc. – 1 kartą per 2 metus (15 pav.).



16 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kas kiek metų moterims yra atliekama gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikra

$\chi^2=15,281$ ,  $p=0,226$

41,4 proc. moterų, turinčių aukštąjį, 40 proc. – aukštesnįjį, 43,9 proc. – vidurinį išsilavinimą įgijusių respondenčių žino, kad gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikra atliekama 1 kartą per trejus metus. 50 proc. pradinį išsilavinimą turinčių moterų mano, kad tai daroma 1 kartą per metus (16 pav.).



17 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimines padėtis, atsakant į klausimą, kas kiek metų moterims yra atliekama gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikra

$\chi^2=13,214$ ,  $p=0,354$

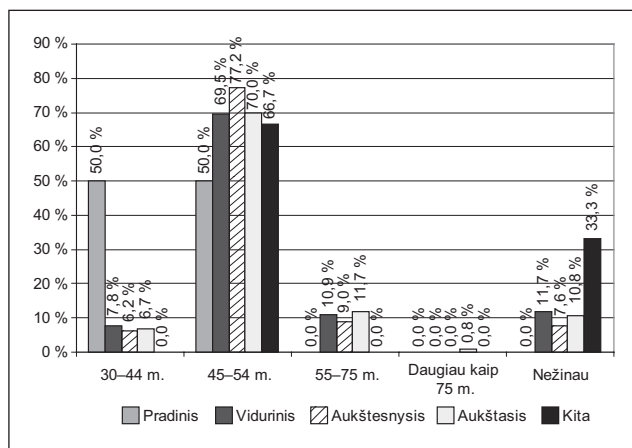
Kad gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo patikra atliekama 1 kartą per 3 metus, mano 41,4 proc. ištėkėjusių moterų, 46,4 proc. netėkėjusių, 42,9 proc. išsituokusių ir 33,3 proc. našlių moterų. Apie terminus nežino 18,2 proc. našlių, 16,1 proc. išsituokusių ir 25 proc. netėkėjusių respondenčių (17 pav.).

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos prevencijos programoje

Amžius	Kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos ir prevencijos priemonių programoje?					Iš viso
	30–44 m.	45–54 m.	55–75 m.	Daugiau kaip 75 m.	Nežinau	
30–49 m.	11 18,3 %	33 55 %	4 6,7 %	0 0 %	12 20 %	60 100 %
50–69 m.	15 4,9 %	232 75,3 %	33 10,7 %	1 0,3 %	27 8,8 %	308 100 %
Daugiau kaip 70 m.	2 6,5 %	24 77,4 %	4 12,9 %	0 0 %	1 3,2 %	31 100 %
Iš viso	28 7 %	289 72,4 %	41 10,3 %	1 0,3 %	40 10 %	399 100 %

$\chi^2=25,159$ ,  $p=0,001$

55 proc. 30–49 m. amžiaus vyrų mano, kad širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje dalyvaujama 45–54 m. amžiaus, 20 proc. – nežino. 75,3 proc. 50–69 m. amžiaus respondentų mano, kad šioje programoje dalyvauja 45–54 m. amžiaus vyrai ir tik 8,8 proc. – nežino.



18 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos prevencijos programoje

$\chi^2=13,070$ ,  $p=0,668$

Atsakant į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos ir prevencijos priemonių programoje, 77,2 proc. aukštesnį išsilavinimą turinčių respondentų, 70 proc. aukštąjį ir 69,5 proc. vidurinį išsilavinimą įgijusių apklaustų vyrų atsakė teisingai – 45–54 m. amžiaus vyrai imtinai (18 pav.).

5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimines padėtis, atsakant į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos prevencijos programoje

Šeiminė padėtis	Kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos ir prevencijos priemonių programoje?					Iš viso
	30–44 m.	45–54 m.	55–75 m.	Daugiau kaip 75 m.	Nežinau	
Nevedęs	2 10,5 %	9 47,4 %	0 0 %	0 0 %	8 42,1 %	19 100 %
Vedęs	22 7,6 %	208 71,7 %	33 11,4 %	1 0,3 %	26 9 %	290 100 %
Išsituokęs	3 5,1 %	46 78 %	5 8,5 %	0 0 %	5 8,5 %	59 100 %
Našlys	1 3,8 %	22 84,6 %	3 11,5 %	0 0 %	0 0 %	26 100 %
Kita	0 0 %	2 66,7 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %	3 100 %
Iš viso	28 7,1 %	287 72,3 %	41 10,3 %	1 0,3 %	40 10,1 %	397 100 %

$\chi^2=31,090$ ,  $p=0,013$

71,7 proc. vedusių vyrų, 78 proc. išsituokusių ir 84,6 proc. našlių vyrų žino, kokio amžiaus dalyvaujama širdies ir kraujagyslių didelės rizikos ir prevencijos priemonių programoje. Tik 47,4 proc. nevedusių vyrų žino, kokio amžiaus dalyvaujama šioje programoje (5 lentelė).

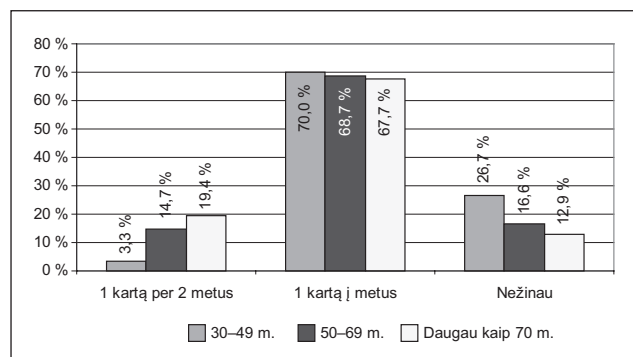
77,2 proc. tarnautojų, 71,3 proc. darbininkų, 68,3 proc. pensininkų žino, kad širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos prevencijos programoje dalyvauja 45–54 m. amžiaus vyrai (6 lentelė).

Respondentų klausiant, kas kiek metų vyrams atliekamas širdies ir kraujagyslių ligų prevencinis ištyrimas, 70 proc. 30–49 m. amžiaus ir 68,7 proc. 50–69 m. amžiaus vyrų atsakė, kad 1 kartą per metus. Kas kiek metų atliekamas šis ištyrimas, nežino 26,7 proc. 30–49 m. amžiaus ir 16,6 proc. 50–69 m. amžiaus vyrų (19 pav.).

6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį, atsakant į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos prevencijos programoje

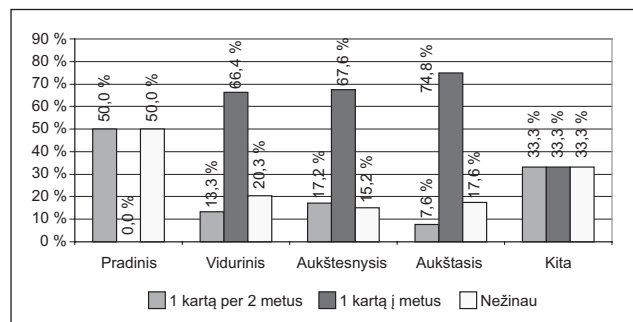
Socialinė grupė	Kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos prevencijos priemonių programoje?					Iš viso
	30–44 m.	45–54 m.	55–75 m.	Daugiau kaip 75 m.	Nežinau	
Darbininkas	12 8,8 %	97 71,3 %	12 8,8 %	0 0 %	15 11 %	136 100 %
Tarnautojas	12 7,6 %	122 77,2 %	14 8,9 %	1 0,6 %	9 5,7 %	158 100 %
Pensininkas	2 3,2 %	43 68,3 %	11 17,5 %	0 0 %	7 11,1 %	63 100 %
Neįgalus	0 0 %	18 78,3 %	3 13 %	0 0 %	2 8,7 %	23 100 %
Kita	2 11,1 %	8 44,4 %	1 5,6 %	0 0 %	7 38,9 %	18 100 %
Iš viso	28 7 %	288 72,4 %	41 10,3 %	1 0,3 %	40 10,1 %	398 100 %

$\chi^2=30,736$ ,  $p=0,015$



19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą, kas kiek metų vyrams atliekamas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programinis ištyrimas

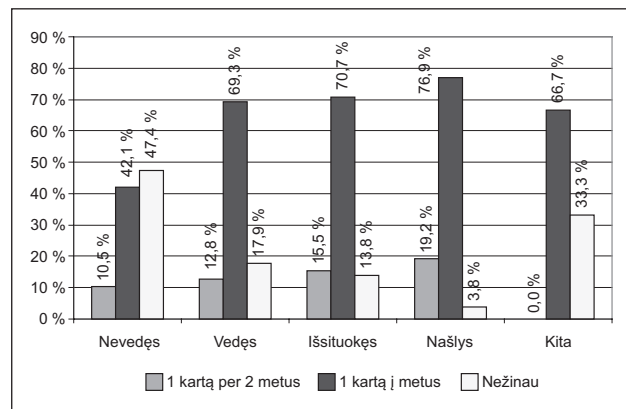
$\chi^2=9,075$ ,  $p=0,059$



20 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kas kiek metų vyrams atliekamas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programinis ištyrimas

$\chi^2=12,800$ ,  $p=0,119$

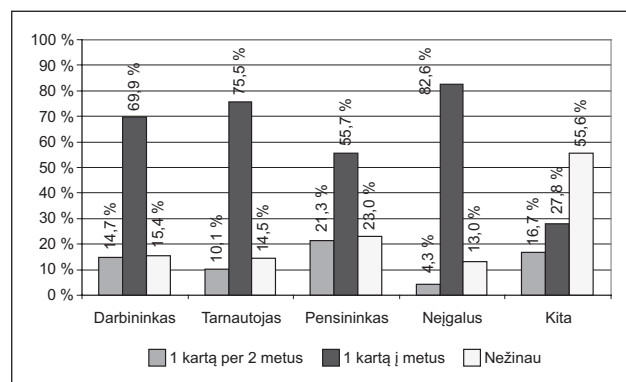
74,85 proc. vyrų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, 67,6 proc. – aukštesnįjį ir 66,7 proc. vidurinį išsilavinimą įgijusių respondentų žino, kad širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programinis ištyrimas atliekamas 1 kartą per metus. 20,3 proc. vyrų, turinčių vidurinį išsilavinimą, 17,6 proc. – aukštąjį ir 15,2 proc. – aukštesnįjį išsilavinimą įgijusių apklaustų vyrų nežino, kas kiek metų atliekamas šis ištyrimas (20 pav.).



21 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimines padėtį, atsakant į klausimą, kas kiek metų vyrams atliekamas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programinis ištyrimas

$\chi^2=16,738$ ,  $p=0,033$

76,9 proc. našlių, 70,7 proc. išsituokusių, 69,3 proc. vedusių ir 42,1 proc. nevedusių vyrų žino, kad širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programinis ištyrimas atliekamas 1 kartą per metus. To nežino 47,4 proc. nevedusių, 17,9 proc. vedusių, 13,8 proc. išsituokusių vyrų (21 pav.).



22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį, atsakant į klausimą, kas kiek metų vyrams atliekamas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programinis ištyrimas

$\chi^2=30,475$ ,  $p=0,00$



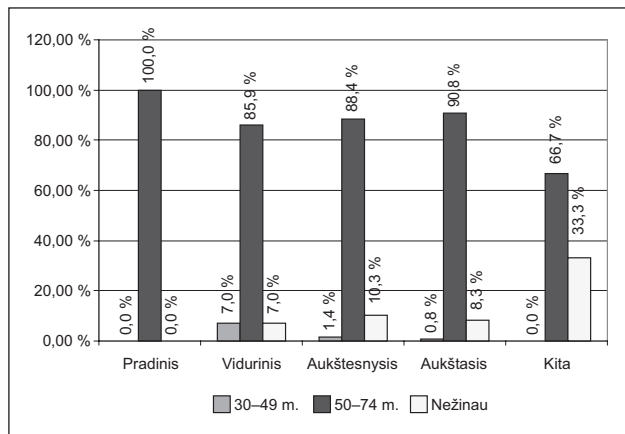
75,5 proc. tarnautojų, 69,9 proc. darbininkų ir 57,7 proc. pensininkų vyrų žino, kad širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje dalyvaujama 1 kartą per metus (22 pav.).

7 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programinėje patikroje

Amžius	Kokio amžiaus vyrai dalyvauja prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programoje?			Iš viso
	30–49 m.	50–74 m.	Nežinau	
30–49 m.	4	38	18	60
	6,7 %	63,3 %	30 %	100 %
50–69 m.	8	285	16	309
	2,6 %	92,2 %	5,2 %	100 %
Daugiau kaip 70 m.	0	30	1	31
	0 %	96,8 %	3,2 %	100 %
Iš viso	12	353	35	400
	3 %	88,3 %	8,8 %	100 %

$\chi^2=45,376$ ,  $p=0,00$

Į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programoje, 50–69 m. amžiaus 92,2 proc. vyrų atsakė teisingai (dalyvauja 50–74 m. imtinai) ir tik 5,2 proc. šio amžiaus vyrų atsakymo nežino (7 lentelė).

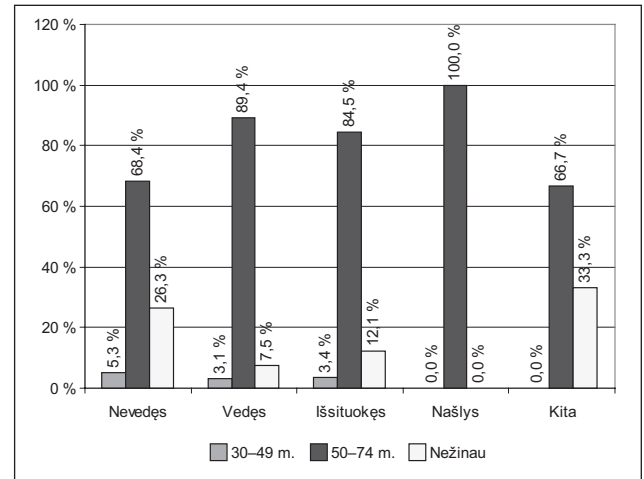


23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programinėje patikroje

$\chi^2=13,670$ ,  $p=0,091$

90,8 proc. vyrų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, 88,4 proc. – aukštesnįjį ir 85,9 proc. vidurinį išsilavinimą

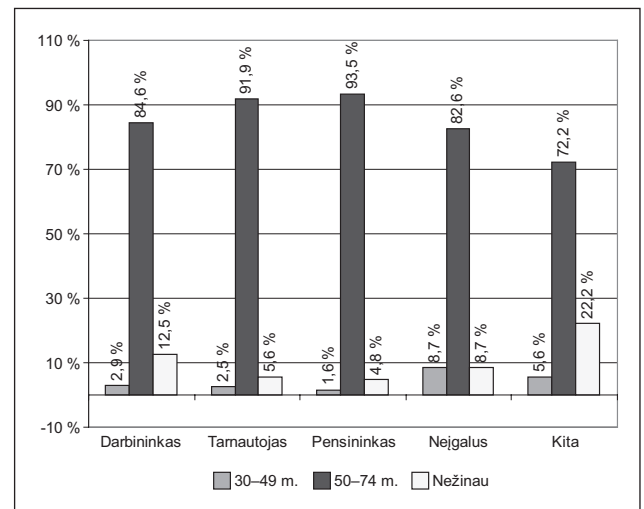
įgijusių respondentų žino, kad prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programoje dalyvauja 50–74 m. amžiaus vyrai imtinai (23 pav.).



24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimines padėtį, atsakant į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programinėje patikroje

$\chi^2=14,990$ ,  $p=0,059$

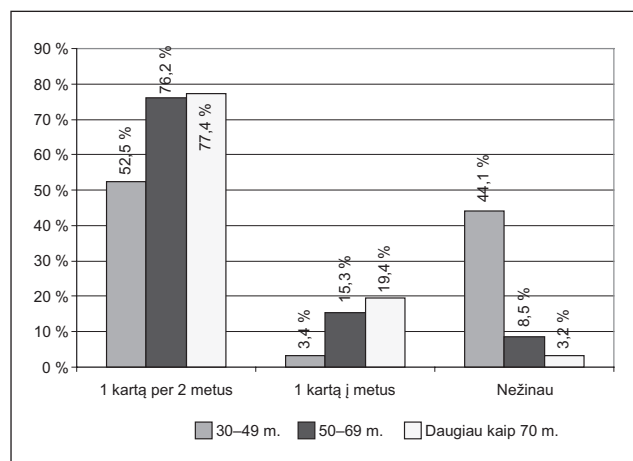
89,4 proc. vedusių vyrų, 84,5 proc. išsituokusių, 68,4 proc. nevedusių vyrų žino, kokio amžiaus vyrai dalyvauja prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programoje, ir tik 26,3 proc. nevedusių, 12,1 proc. išsituokusių ir 7,5 proc. vedusių vyrų to nežino (24 pav.).



25 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį, atsakant į klausimą, kokio amžiaus vyrai dalyvauja prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programinėje patikroje

$\chi^2=13,423$ ,  $p=0,098$

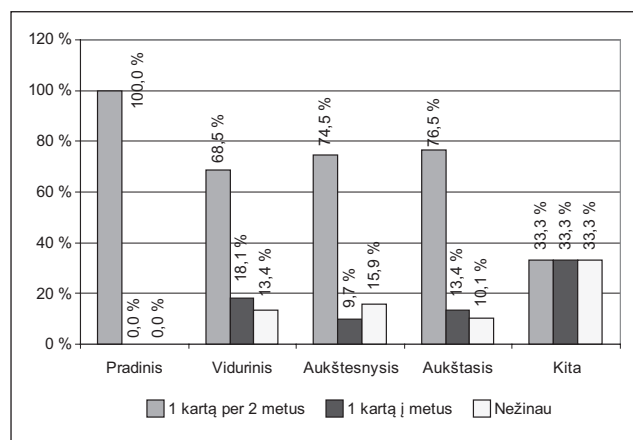
91,9 proc. vyrų tarnautojų, 93,5 proc. pensininkų, 84,6 proc. darbininkų žino, kad ankstyvojo prostatos vėžio išaiškinimo programoje dalyvauja 50–74 m. amžiaus imtinai vyrai (25 pav.).



26 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą, kas kiek metų vyrai dalyvauja ankstyvojo prostatos vėžio išaiškinimo programoje (atlieka PSA tyrimą)

$\chi^2=59,280$ ,  $p=0,00$

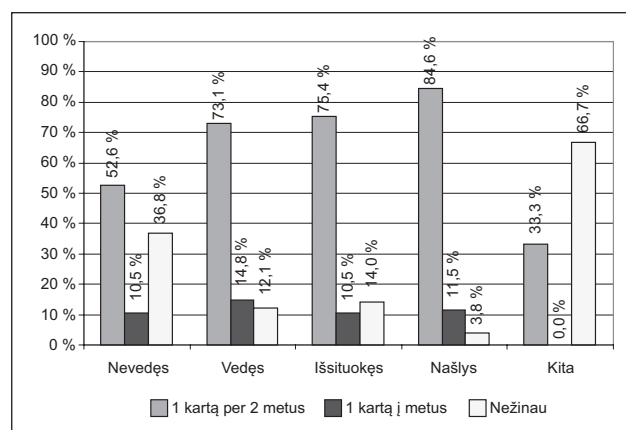
Kas kiek metų vyrams atliekama prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programinė patikra (PSA nustatymas kraujyje), žino 76,2 proc. 50–69 m. amžiaus vyrų ir 77,4 proc. vyresnių nei 70 m. respondentų – 1 kartą per dvejus metus. 44,1 proc. 30–49 m. amžiaus vyrų apie tai nežino (26 pav.).



27 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kas kiek metų vyrai dalyvauja ankstyvojo prostatos vėžio išaiškinimo programoje (atlieka PSA tyrimą)

$\chi^2=8,911$ ,  $p=0,350$

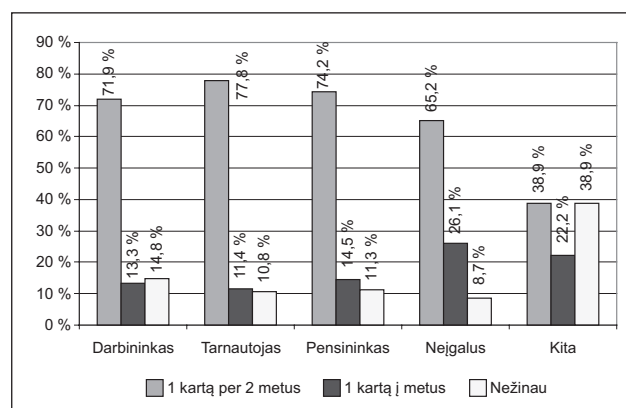
Kas kiek metų atliekama prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programinė patikra, žino 76,5 proc. vyrų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, 74,5 proc. – aukštesnįjį ir 68,5 proc. vidurinį išsilavinimą įgijusių vyrų – 1 kartą per dvejus metus. Apie tai nežino 15,9 proc. vyrų, turinčių aukštesnįjį išsilavinimą, 13,4 proc. – vidurinį ir 10,1 proc. – aukštąjį išsilavinimą įgijusių apklausos dalyvių (27 pav.).



28 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimines padėtis, atsakant į klausimą, kas kiek metų vyrai dalyvauja ankstyvojo prostatos vėžio išaiškinimo programoje (atlieka PSA tyrimą)

$\chi^2=19,880$ ,  $p=0,011$

84,6 proc. našlių, 75,4 proc. išsituokusių, 73,1 proc. vedusių ir 52,6 proc. nevedusių vyrų žino, kad prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programinė patikra atliekama kartą per dvejus metus. 14 proc. išsituokusių, 12,1 proc. vedusių ir 36,8 proc. nevedusių vyrų nežino, kas kiek metų atliekama ši patikra (28 pav.).



29 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį, atsakant į klausimą, kas kiek metų vyrai dalyvauja ankstyvojo prostatos vėžio išaiškinimo programoje (atlieka PSA tyrimą)

$\chi^2=18,084$ ,  $p=0,021$

77,8 proc. vyrų tarnautojų, 74,2 proc. pensininkų, 71,9 proc. darbininkų žino, kad ankstyvojo vėžio išaiškinimo programinis tyrimas (PSA kraujyje) atliekamas 1 kartą per dvejus metus (29 pav.).

### REZULTATŲ APTARIMAS

Dauguma apklaustųjų respondentų yra susipažinę su viešojoje įstaigoje Šeškinės poliklinikoje vykdomomis prevencinėmis programomis. Informacijos apie vykdomas programas dažniausiai jie gauna apsilankę pas šeimos gydytoją.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programos paslaugos teikiamos 50–69 m. moterims vieną kartą per dvejus metus. 2010 m. pabaigoje per dvejus metus informavimo paslauga buvo atlikta 38,8 proc. visų moterų, kurias pagal amžių priklauso informuoti. 2010 m. išaiškinti 8 onkologiniai susirgimai. Tai sudaro 1,68 proc. moterų, kurioms nustatyta patologija [9].

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių paslaugos teikiamos 25–60 m. moterims vieną kartą per trejus metus. Viešojoje įstaigoje Šeškinės poliklinikoje 2010 m. pabaigoje per trejus metus informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos paslauga buvo suteikta 43,6 proc. moterų, kurioms priklauso pagal amžių atlikti šią paslaugą [9].

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos paslaugos teikiamos vyrams nuo 50 iki 75 metų vieną kartą per dvejus metus. 2010 m. 62,9 proc. vyrų, kuriems rasta patologija, nustatytas vėžys [9].

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos programos taikomos 50–65 m. moterims ir 40–55 m. vyrams [3, 8]. Informuota 36,65 proc. vyrų ir moterų nuo to skaičiaus, kuriems pagal amžių priklauso atlikti šią patikrą [9].

Šie rezultatai rodo, kad reikėtų dar labiau praplėsti pacientų žinias apie vykdomas prevencines programas ir paskatinti aktyviau jose dalyvauti. Tokiu būdu pagerės ankstyvas piktybinių navikų išaiškinimas ir gydymo rezultatai.

### IŠVADOS

1. Dauguma moterų respondenčių, kurioms pagal amžių priklauso atlikti programinį mamografinį ištyrimą ar gimdos kaklelio piktybinių navikų ankstyvojo išaiškinimo tyrimą, turi pakankamai žinių apie atlikimo dažnumą bei atlikimo amžiaus ribas.

2. Dauguma vyrų respondentų turi informacijos, kokio amžiaus vyrai dalyvauja širdies ir kraujagyslių

ligų ankstyvojo išaiškinimo prevencinėje programoje, prostatos vėžio ankstyvojo išaiškinimo programoje ir kaip dažnai atliekamos šios programos.

3. Informavimas apie atliekamas prevencines programas turi būti plečiamas.

### Literatūra

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 104-3856.

2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 117-4249.

3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., Nr. 145-5288.

4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., Nr. 152-5617.

5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. rugsėjo 15 d. įsakymas Nr. V-764 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“. Žin., Nr. 101-3924.

6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-512 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“. Žin., Nr. 77-3192.

7. Pagrindinių lokalizacijų piktybinių navikų diagnostikos ir gydymo pagrindai. Vilnius, 2004 m. Vilniaus universitetinis onkologijos institutas.

8. Petrulionienė Ž. Koronarinė širdies liga, rizikos veiksniai, klinikiniai simptomai ir gydymas. Vaistų žinios, 2010.

9. Viešoji įstaiga Šeškinės poliklinika. Vadovo ataskaita 2010 m.

### AWARENESS OF ŠEŠKINĖ OUTPATIENT CLINIC, CITY OF VILNIUS, ABOUT PREVENTION PROGRAMMES AIMED AT MEN AND WOMEN PROVIDED BY GENERAL PRACTITIONERS

Marija Kazlauskienė, Jonas Kairys, Ona Panasenkienė  
Summary

Key words: patients' opinion, outpatient health care, social and economic population groups.

The survey was conducted in March 2011 through May 2011 at Šeškinė Outpatient Clinic. The target group included women in the 25-65 year age group and men in the age group of 40-75 years. 420 questionnaires for women and 420 questionnaires for men were handed out. 382 questionnaires from women (feedback rate 90.9%) and 404 questionnaires from men (feedback rate 96.1%) were returned.

Majority of the 382 women involved in the survey were in the 50-69 year age group (89.3%). Majority of the 404 men involved in the survey were in the 50-69 year age group (73.3%). Share of women having higher education degree was 42.5%, university degree – 34.4%, and general secondary schooling – 21.8%. The largest number of men had higher educational degree – 36.6%, secondary

school certificate – 32.0%, and 30.3% of men involved in the survey had university degree.

The breakdown of respondent women according to marital status was as follows: married – 67.7%, divorced – 15.0%, widows – 8.9%, single – 7.9%. Marital status of the men involved in the survey was as follows: married – 73.1%, divorced – 14.8%, widowers – 6.5%, single – 5.6%. The breakdown by occupation for men was as follows: employees – 40.0%, retirees – 15.8%, workers – 34.0%; for women it was as follows: employees – 48.3%, workers – 25.5%, and retirees – 19.7%.

The age of women involved in the mammogram examination programme. 84.3% of the women in the 50-69 year age group were aware of the mammogram testing programme, and only 53.1% of those in the age group of 30-49. 85.2% of women in the age group 50-64 with university degree, 77.6% having higher education, and 76.3% having secondary education, knew about the mammogram testing programme. Awareness of the mammogram testing programme among 50-64 year age group women according to marital status was as follows: 89.0% married, 74.0% single, 76.7% divorced, and 50.0% widows.

Awareness of the frequency of mammogram testing was as follows: 75.2% of the women in the 50-69 year age group knew and 24.8% did not know of the programme; 63.6% in the age group of 30-49 knew and 36.5% did not know. 75.2% women with higher degree, 73.5% with secondary degree, 70.3% with university degree and 50.0% having primary education knew that the mammogram testing programme is held once every two years. 25.0% of women with primary school education, 12.0% with secondary education, and 11.2% with higher education did not know of the frequency. 79.9% married women responded that it was held once in two years, 12.0% - once per year, and 8.2% said that they did not know. Among single women 67.7% said that the programme was held once every second year, 16.7% once per year, and 15.6% did not know.

Awareness of the age group of women participating in the primary prevention of cervical carcinoma programme was as follows: 84.8% of women in 30-49 age group, 82.0% in the age group 50-69, 80.0% in the age group 18-29 showed awareness; 87.8% of women in the 25-59 year age group having university degree, 79.5% having secondary education, and 78.9% having higher education degree knew of the age group of women participating in this programme. 82.5% of married women in the age group 25-59, 83.3% of single women, 80.7% of divorcees and 79.4% widows knew what age women participated in the primary prevention of cervical carcinoma programme.

Awareness of the frequency of the primary prevention of cervical carcinoma programme was as follows: 60.0% of women in the age group 18-29, 51.5% in the age group 30-49 knew of the frequency of the programme, while 40.0% in the age group 18-29 years and 18.2% in the age group 30-49 did not know. 41.4% of women with university degree, 40.0% with higher education degree, and 43.9% with secondary education knew of the frequency. 50.0% of women with primary education and 27.5% with higher degree did not know. 41.4% of married women, 46.4% of single, 42.9% of divorced and 33.3% of widows knew of it. 18.2% widows, 16.1% divorcees and 25.0% single women did not know.

Awareness of the age group of men participating in the high-risk cardiac and coronary heart disease prevention programme was as follows: 55.0% of men in the 30-49 year age group and 75.3% in the age group 50-69 knew of the age groups of men involved in this programme. 77.2% of men in the age group 50-69 with higher degree education, 70.0% with university education and 69.5% having secondary education said that men in the age group of 45-54 years participate in the programme. 71.7% married men, 78.0% divorced, and 84.6% widowers knew what age groups of men participated in the

high-risk cardiac and coronary heart disease prevention programme. Only 47.4% of single men knew what age groups participated in this programme. 77.2% employees, 71.3% workers, and 68.3% retirees knew that men in the 45-54 year age group participate in the high-risk cardiac and coronary heart disease prevention programme.

Awareness of the frequency of the high-risk cardiac and coronary heart disease prevention programme was as follows: 70.0% of men in the age group 30-49, 68.7% in the age group 50-69 knew of the frequency of this programme. 26.7% of men in the age group 30-49, 16.6% in the age group 50-69 did not know of the frequency. 74.8% of men having university degree, 67.6% with higher education and 66.7% having secondary education knew of the periodicity of the programme. 20.3% of men with secondary education, 17.6% with higher education, and 15.2% of those with university degree did not know. 76.9% widowers, 70.7% divorcees, 69.3% married and 42.1% single men knew that the high-risk cardiac and coronary heart disease prevention programme was held once in a year. 47.4% single, 17.9% married and 13.8% divorced men did not know that.

Awareness of the age group of men participating in the primary prevention of prostate cancer programme was as follows: 92.2% men in the 50-69 year age group were aware of the age groups involved in the programme. 90.8% men holding university degree, 88.4% having higher education degree and 85.9% having secondary education knew that men in age group 50-74 were qualified to participate in the primary prevention of prostate cancer programme. 89.4% married men, 84.5% divorced and 68.4% single men knew which age groups of men were eligible to participate in the primary prevention of prostate cancer programme; and only 26.3 single men, 12.1% divorcees and 7.5% married men did not know that. 91.9% employees, 93.5 retirees, 84.6% workers knew that men in age group 50-74 were qualified to participate in the primary prevention of prostate cancer programme.

How often men participate in the primary prevention of prostate cancer programme (have PSA test done): 76.2% men in the age group 50-69 and 77.4% men over 70 years knew that periodicity was once per year. 44.1% men in the age group 30-49 did not know that. 76.5% men holding university degree, 74.5% having higher education degree and 68.5% having secondary education knew that PSA test as part of the programme was done once every two years. 15.9% men having higher education degree, 13.4% with secondary education, and 10.1% having university degree did not know that. 84.6% widowers, 75.4% divorcees, 73.1% married and 52.6% single men knew that examination under the primary prevention of prostate cancer programme was conducted once every two years. 14.0% divorcees, 12.1% married and 36.8% single men did not know periodicity of this programme. 77.8% employee, 74.2% retiree and 71.9% worker men knew that PSA blood test under the programme for primary prevention of prostate cancer was done once every two years.

Conclusions: 1. Majority of women respondents who are eligible to participate in the mammogram examination programme and the primary prevention of cervical carcinoma programme have sufficient knowledge of periodicity and age limits applied under these programmes. 2. Majority of men respondents have knowledge what age groups of men are eligible for participation in the high-risk cardiac and coronary heart disease prevention programme and the primary prevention of prostate cancer programme, and how often these programmes are held. 3. Awareness of these programmes should be enhanced.

**Correspondence to:** [m.kazlauskienė@poliklinika.lt](mailto:m.kazlauskienė@poliklinika.lt)

Gauta 2011-08-05



# MOTINŲ NUOMONĖ APIE KŪDIKIŲ ŽINDYMO SUNKUMUS IR SLAUGYTOJŲ PAGALBĄ VILNIAUS MIESTO ŠEŠKINĖS POLIKLINIKOJE PAGAL MOTINŲ IŠSILAVINIMĄ, ŠEIMINĘ PADĖTĮ IR SOCIALINES GRUPES

JONAS KAIRYS<sup>1, 2</sup>, RAMUTĖ TOLVAIŠIENĖ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, <sup>2</sup>VšĮ Vilniaus Šeškinės poliklinika

**Raktažodžiai:** motinų nuomonė, žindymo sunkumai, slaugytojų pagalba.

## Santrauka

Tyrimas atliktas 2011 m. balandžio–gegužės mėn. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje buvo išdalytos 324 anketos-klausimynai, duodant po vieną kas penktai kūdikį auginančiai šeimai. Iš viso išdalyta 324 anketos. Sugrįžo 296 anketos. Grįžtamumas – 91,4 proc.

Respondenčių daugumą sudarė jaunos moterys, gimusios 1980–1981 m. Didžioji dalis tiriamųjų turėjo aukštąjį (universitetinį) – 46,4 proc. ir aukštąjį (neuniversitetinį) išsilavinimą – 30,8 proc., buvo ištekėjusios – 84,6 proc. Pagrindinė tiriamųjų grupė dirbo privačiame sektoriuje – 43,1 proc. Didesnė dalis respondenčių neturėjo žindymo problemų – 79,1 proc., pačios apsisprendė žindyti ir žindė savo kūdikius 6 mėnesius ir ilgiau – 92 proc. Dauguma respondenčių jau turėjo žinių apie žindymo naudą kūdikio ir motinos sveikatai – 85,3 proc. Slaugytojai respondentėms suteikė žinių apie žindymo dažnumą – 68,4 proc., žindymo naudą – 15,4 proc., krūtų ir spenelių priežiūrą – 3,4 proc. Taip pat slaugytojai pamokė, kaip teisingai pridėti kūdikį prie krūties – 63,2 proc. 110 respondenčių, turinčių aukštąjį (universitetinį) išsilavinimą, ir 73 moterys, įgijusios aukštąjį (neuniversitetinį) išsilavinimą, nurodė, kad slaugytojai savo darbe vadovaujasi naujausiomis žiniomis apie žindymą.

Išvados: 1. Didesnė dalis respondenčių neturėjo žindymo problemų (79,1 proc.), pačios

apsisprendė žindyti ir žindė savo kūdikius 6 mėnesius ir ilgiau (92 proc.); 2. Respondenčių dauguma turėjo žinių apie žindymo naudą kūdikio ir motinos sveikatai (85,3 proc.); 3. Slaugytojai suteikė žinių apie žindymo dažnumą (68,4 proc.), žindymo naudą (15,4 proc.), krūtų ir spenelių priežiūrą (3,4 proc.); 4. Slaugytojai pamokė, kaip teisingai pridėti kūdikį prie krūties (63,2 proc.).

## ĮVADAS

Pastaraisiais dešimtmečiais pasaulio vaikų mitybos specialistai priėjo prie bendros išvados, kad motinos pienas, atsižvelgiant į jo sudėtį, yra vienintelis tinkamiausias kūdikių maistas. Pasaulio sveikatos organizacija yra patvirtinusi pasaulinę visuomenės sveikatos rekomendaciją, kad, siekiant užtikrinti optimalų kūdikių augimą, vystymąsi ir sveikatą, jie turėtų būti išimtinai žindomi pirmus šešis gyvenimo mėnesius [1, 19].

Kūdikių žindymas daugelyje išsivysčiusių pasaulio ir Europos šalių, pvz., Danijoje, Norvegijoje, Švedijoje, taip pat JAV yra motinų ir visuomenės pasididžiavimas.

Pastaruoju metu susidomėjimas žindymu krūtimi įgauna vis didesnę prasmę ir Lietuvoje. Motinos jau neabejoja, kad mamos pienas yra tinkamiausias naujagimio ir kūdikių maistas, o žindymas turi didelį biologinį ir emocinį poveikį motinos ir kūdikių sveikatai. Žindymas krūtimi yra susidariusios grandinės – nėštumas–gimdimas–laktacija tęsimas [4, 5].

Dauguma moterų žindo kūdikius krūtimi be problemų, tačiau dažnai motinos susiduria su žindymo sunkumais [2]. Taip atsitinka dėl to, kad joms trūksta žinių, informacijos, patirties, kvalifikuotos slaugytojų pagalbos, šeimos narių paramos. Paskelbta nemažai



mokslinių straipsnių apie kūdikių žindymo svarbą. Daugelis užsienio autorių plačiai aprašo žindymo naudą kūdikiui, motinai, visuomenei. Nagrinėjama, kokią įtaką kūdikio raidai ir intelektui turi išimtinis kūdikių žindymas krūtimi iki 6 mėn. amžiaus. Taip pat plačiai aprašoma žindymo įtaka kūdikio ir motinos emocinio ryšio palaikymui ir stiprinimui, motinos ir kūdikio sveikatos apsaugai [31]. Moksliniuose tyrimuose nagrinėjama ankstyvojo kūdikio pridėjimo prie krūties ir kompetingos slaugytojų pagalbos reikšmė sėkmingam žindymui [29]. Taigi visame pasaulyje skiriamas didelis dėmesys kūdikių žindymui, šitaip užtikrinant natūralią, kokybišką ir tinkamą jų mitybą [7, 9, 25, 26].

Neabejotina ir slaugytojo pagalba žindymo procese. Slaugytojas turi žinoti ir būti įvaldęs pagrindinius pasitikėjimo ugdymo ir praktinės pagalbos teikimo įgūdžius: suprasti, ką žindanti motina galvoja ir jaučia; pastebėti ir pasakyti tai, ką motina ir jos kūdikis daro gerai; suteikti praktinę pagalbą ir tinkamos informacijos; siūlyti, o ne komanduoti; padėti mamai ir kūdikiui džiaugtis žindymu; kalbėti aiškiai ir paprastai [10, 15, 16].

„Žindymo skatinimas yra pats efektyviausias būdas pagerinti mūsų vaikų sveikatą. Jis naudingas mamoms, šeimoms, bendruomenei, sveikatos priežiūros ir socialinės paramos sistemoms, aplinkai ir plačiajai visuomenei“, – teigia David Byrne, Europos Sąjungos sveikatos ir vartotojų apsaugos komisaras.

**Mūsų darbo tikslas** – išsiaiškinti, ką motinos žino apie kūdikių žindymą ir kokios slaugytojo pagalbos sulaukė Šeškinės poliklinikoje esant žindymo sunkumams pagal motinų išsilavinimą, šeiminių padėčių ir socialines grupes.

#### TYRIMO OBJEKTAS IR METODIKA

Tiriamąją imtį sudarė 324 motinos, auginančios kūdikius, kurie yra Šeškinės poliklinikos pacientai. Tyrimas atliktas 2011 m. balandžio–gegužės mėn. Respondentės į tiriamąją imtį pateko atsitiktinės atrankos būdu, atrenkant kas penktą kūdikį auginančią šeimą.

Tyrimo naudota specialiai šiam tyrimui sukurta anketa, kurią sudarė įvairios skalės ir demografiniai klausimai: kokia Jūsų žindymo patirtis? Kokia buvo Jūsų vaiko sveikata jam gimus? Ar turėjote žinių apie kūdikių žindymą? Ar dėl informacijos apie žindymą stokos Jūsų kūdikiui buvo sveikatos problemų? Kokių problemų turėjote dėl informacijos apie

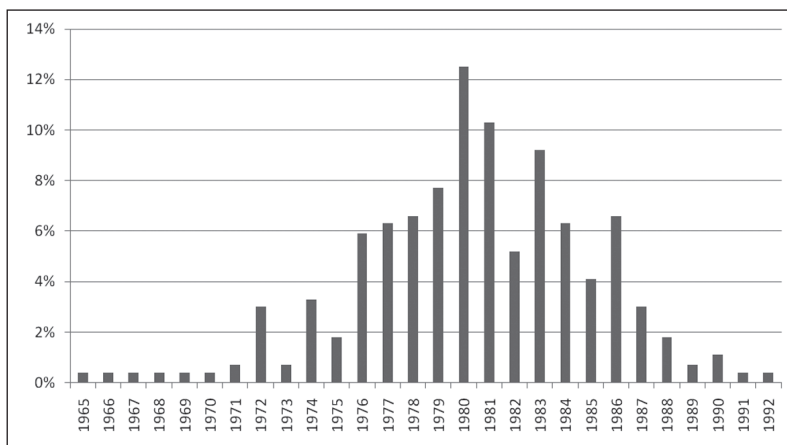
žindymą stokos? Kokias žinias apie žindymą Jums suteikė apylinkės slaugytojas? Kaip Jūs manote, ar slaugytojas savo darbe vadovaujasi naujausiomis žiniomis apie žindymą? Kaip dažnai Jus lankė slaugytojas namuose, kai turėjote žindymo problemų? Kiek laiko Jums ir kūdikiui skyrė slaugytojas kiekvieno apsilankymo metu? Kas turėjo įtakos Jūsų apsisprendimui žindyti kūdikį? Kokioms žindymo problemoms esant sulaukėte kvalifikuotos slaugytojo pagalbos? Kokią praktinę pagalbą Jums suteikė slaugytojas? Kokios slaugytojo pagalbos Jūs tikėjotės? Kaip Jūs įvertintumėte slaugytojo Jums suteiktą informaciją ir praktinę pagalbą?

Sugrįžo 296 anketos. Grįžtamumas – 91,4 proc.

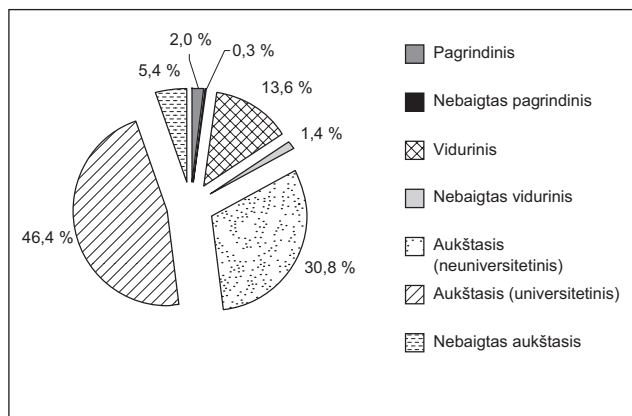
Statistinė duomenų analizė atlikta panaudojant statistinės analizės SPSS programinį paketą. Atitinkamų rodiklių skirtumai laikyti patikimais, kai klaidos tikimybė  $p < 0,05$ . Šią reikšmę programa, ieškodama kintamųjų ryšio, suskaičiuoja automatiškai. Taip pat siekiant kuo didesnio tikslumo ir ieškant priežastinio kintamųjų ryšio skaičiavimams naudoti keli statistiniai ryšio stiprumą ir kryptį nusakantys koeficientai. Spearmano koreliacijos koeficientas nusako tiesioginį (su + ženklų) arba atvirkščią (su – ženklų) kintamųjų ryšį, o jo reikšmės varijuoja tarp – 1 ir 1. Taip pat buvo naudojamas Chi kvadrato kriterijus.

#### RESPONDENTŲ DEMOGRAFINĖS IR SOCIALINĖS CHARAKTERISTIKOS

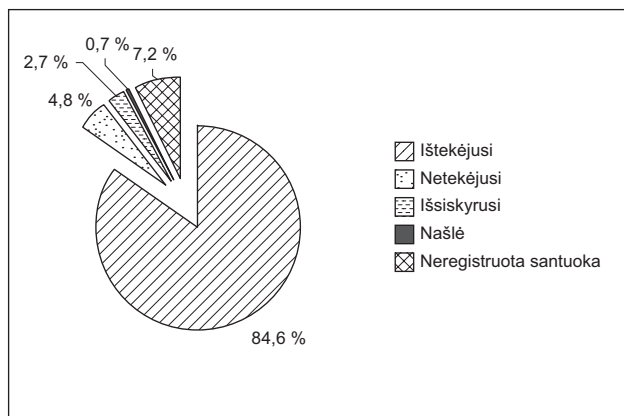
Tiriamųjų amžiaus charakteristika pateikta 1 paveiksle. Tiriamąją imtį sudarė motinos, gimusios 1965–1992 m. Pagrindinę tiriamųjų dalį sudaro motinos, gimusios 1980–1981 m.



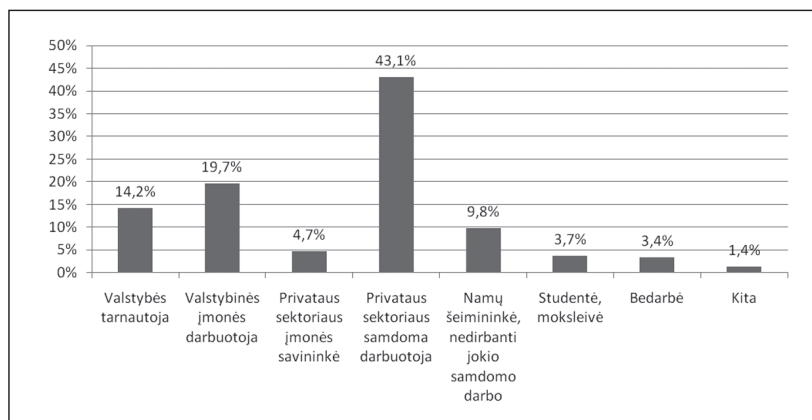
1 pav. Respondentų amžiaus struktūra



2 pav. Respondentų išsilavinimo struktūra



3 pav. Respondentų šeimines padėties struktūra



4 pav. Respondentų struktūra pagal socialinę padėtį

Dauguma respondenčių turėjo aukštąjį (universitetinį) – 46,4 proc., aukštąjį (neuniversitetinį) – 30,8 proc. ir vidurinį išsilavinimą (13,6 proc.). Mažiausiai respondenčių turėjo nebaigtą vidurinį išsilavinimą – 0,3 proc. (2 pav.).

Dauguma respondenčių buvo ištekėjusios moterys – 84,6 proc. Neregistruotoje santuokoje gyveno 7,2 proc. apklausos dalyvių. Mažumą sudarė netekėjusios moterys – 0,7 proc. (3 pav.).

Didžiąją daugumą respondenčių sudarė privataus sektoriaus samdomos darbuotojos (43,1 proc.), valstybės įmonių darbuotojos (19,7 proc.) ir valstybės tarnautojos (14,2 proc.). Mažiausiai pagal užsiėmimą buvo studentų ir moksleivių (3,7 proc.), bedarbių (3,4 proc.) (4 pav.).

#### TYRIMO REZULTATAI

Tyrimas parodė, kad maždaug vienodai ištekėjusių (44,9 proc.) ir išsiskyrusių (42,9 proc.) respondenčių

žindė savo kūdikius krūtimi daugiau nei 6 mėnesius. Šiek tiek mažiau žindžiusiųjų kūdikius 6 mėnesius ir daugiau buvo netekėjusių respondenčių grupėje (35,7 proc.). Pusė respondenčių našlių (50 proc.) žindė kūdikius iki 4 ir 6 mėnesių amžiaus. Mažiausiai kūdikius iki 6 mėnesių žindė neregistruotoje santuokoje gyvenančių (9,5 proc.) respondenčių. Vienodas procentinis pasiskirstymas yra neregistruotoje santuokoje gyvenančių respondenčių (4,8 proc.), kurios visai nežindė savo kūdikių arba žindė kitus savo vaikus. Mažiau nei vieną mėnesį savo kūdikius žindė 28,6 proc.

netekėjusių respondenčių. Vienodas procentinis pasiskirstymas išsiskyrusių (14,3 proc.) ir gyvenančių neregistruotoje santuokoje (14,3 proc.) respondenčių, kurios savo kūdikius žindė mažiau nei mėnesį (1 lentelė).

Didžioji dauguma respondenčių, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimą (46,4 proc.), (2 pav.) nurodė, kad gerai žino, kokia žindymo nauda kūdikio ir motinos sveikatai (90,5 proc.). Tačiau ta pati tiriamoji grupė respondenčių mažai žino apie krūties paruošimą ir spenelių priežiūrą (3,6 proc.), kūdikio žindymą pagal poreikius (5,1 proc.) ir visai nežino apie kūdikio alkio požymius (0 proc.), žindymo sunkumus (0 proc.), žindymą ir motinos ligas (0 proc.), žindymo trukmę (0 proc.), žindymą ir medikamentų vartojimą (0 proc.). Pusė respondenčių, turinčių nebaigtą vidurinį išsilavinimą, žinojo apie krūties paruošimą ir spenelių priežiūrą (50 proc.) (2 lentelė).

1 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal šeiminę padėtį, atsakant į klausimą apie žindymo patirtis (proc.)

Šeiminė padėtis		Kokia Jūsų žindymo patirtis?							Iš viso
		Visai nežindžiau	Žindžiau kitus savo vaikus	Žindžiau mažiau nei 1 mėnesį	Žindžiau iki 4 mėnesių	Žindžiau iki 6 mėnesių	Žindžiau daugiau nei 6 mėnesius	Kita	
Ištekėjusi	N	7	11	24	58	30	110	5	245
	%	2,9 %	4,5 %	9,8 %	23,7 %	12,2 %	44,9 %	2 %	100 %
Netekėjusi	N	0	0	4	3	2	5	0	14
	%	0 %	0 %	28,6 %	21,4 %	14,3 %	35,7 %	0 %	100 %
Išsiskyrusi	N	0	0	1	3	0	3	0	7
	%	0 %	0 %	14,3 %	42,9 %	0 %	42,9 %	0 %	100 %
Našlė	N	0	0	0	1	1	0	0	2
	%	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	100 %
Neregistruota santuoka	N	1	1	3	8	2	6	0	21
	%	4,8 %	4,8 %	14,3 %	38,1 %	9,5 %	28,6 %	0 %	100 %
Iš viso	N	8	12	32	73	35	124	5	289
	%	2,8 %	4,2 %	11,1 %	25,3 %	12,1 %	42,9 %	1,7 %	100 %

 $\chi^2=16,289, p=0,877$ 

2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, ar turėjo žinių apie kūdikių žindymą (proc.)

Išsilavinimas		Ar turėjote žinių apie kūdikių žindymą?								Iš viso	
		Apie naudą kūdikio ir motinos sveikatai	Krūties paruošimą ir spenelių priežiūrą	Kūdikio žindymą pagal poreikius	Kūdikio alkio pažinimo požymius	Žindymo sunkumus	Žindymą ir medikamentų vartojimą	Žindymą ir motinos ligas	Žindymo trukmę		Žindymo padėtis
Pagrindinis	N	4	0	0	0	1	0	0	0	1	6
	%	66,7 %	0 %	0 %	0 %	16,7 %	0 %	0 %	0 %	16,7 %	100 %
Nebaigtas pagrindinis	N	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Vidurinis	N	31	1	4	2	1	0	0	0	0	39
	%	79,5 %	2,6 %	10,3 %	5,1 %	2,6 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Nebaigtas vidurinis	N	1	2	0	0	1	0	0	0	0	4
	%	25 %	50 %	0 %	0 %	25 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Aukštasis (neuniversitetinis)	N	77	5	3	1	1	1	1	1	0	90
	%	85,6 %	5,6 %	3,3 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	0 %	100 %
Aukštasis (universitetinis)	N	124	5	7	0	0	0	0	0	1	137
	%	90,5 %	3,6 %	5,1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0,7 %	100 %
Nebaigtas aukštasis	N	12	2	1	0	1	0	0	0	0	16
	%	75 %	12,5 %	6,3 %	0 %	6,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Iš viso	N	250	15	15	3	5	1	1	1	2	293
	%	85,3 %	5,1 %	5,1 %	1 %	1,7 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,7 %	100 %

 $\chi^2=88,434, p=0,00$

Tyrimo metu nustatyta, kad respondenčių, kurių išsilavinimas pagrindinis (100 proc.), nebaigtas pagrindinis (100 proc.) ir nebaigtas vidurinis (100 proc.), kūdikiai neturėjo jokių sveikatos problemų. 88,1 proc. respondenčių, turinčių aukštąjį universitetinį, ir 72,7 proc. aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą įgijusių apklausos dalyvių nurodė, kad jų kūdikiai taip pat neturėjo jokių sveikatos problemų. 7,7 proc. respondenčių, turinčių vidurinį išsilavinimą, teigė, kad blogai augo jų kūdikio svoris ir (ar) kūdikis buvo neramus. 33,3 proc. respondenčių, kurių išsilavinimas – nebaigtas aukštasis, kūdikiai turėjo virškinimo problemų, o 1,1 proc. aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą įgijusių apklausos dalyvių nurodė, jog jų kūdikiams buvo kitų sveikatos problemų (3 lentelė).

Tyrimo duomenys rodo, kad slaugytojai respondentėms dažniausiai kalbėjo apie žindymo dažnumą. Apie tai nurodo 73,8 proc. apklausoje dalyvavusių valstybės tarnautojų, 72,7 proc. studentų, moksleivių. Mažiau apie žindymo dažnumą iš slaugytojo sužinojo privataus sektoriaus įmonių savininkės (58,3 proc.). Apie žindymo trukmę daugiausia informacijos gavo

respondentės, kurios nenurodė savo socialinės padėties (25 proc.), mažiausiai – valstybinių įmonių darbuotojos (3,6 proc.). Apie žindymo trukmę jokios informacijos negavo valstybės tarnautojos, privataus sektoriaus įmonių savininkės, namų šeimininkės, studentės, moksleivės, bedarbės (0 proc.). 1,6 proc. namų šeimininkių, nedirbančių jokio samdomo darbo, iš slaugytojo sužinojo apie dirbančios motinos galimybes žindyti, o visos kitos grupės respondentės – 0 proc. 3,6 proc. valstybinių įmonių darbuotojų nurodė, kad slaugytojas jas informavo apie kūdikio ir motinos emocinį ryšį, visos kitos respondentės – 0 proc. 3,4 proc. namų šeimininkių iš slaugytojo sužinojo apie teisingą ir patogią motinos padėtį, žindymo problemas ir jų sprendimo būdus, pagalbą žindančiai motinai. Apie žindymo naudą motinai ir kūdikiui iš slaugytojo sužinojo 33,3 proc. privataus sektoriaus įmonių savininkių. Geriausiai slaugytojo pateiktas žinias apie krūtų ir spenelių priežiūrą vertina bedarbės (10 proc.) ir valstybės tarnautojos (9,5 proc.). Apie krūtų anatomiją ir pieno gamybą geriausiai buvo informuotos privataus sektoriaus įmonių savininkės (8,3 proc.) (4 lentelė).

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, ar dėl informacijos apie žindymą stokos kūdikiai turėjo sveikatos problemų (proc.)

Išsilavinimas		Ar dėl informacijos apie žindymą stokos Jūsų kūdikiui buvo sveikatos problemų?							Iš viso
		Neturėjo jokių problemų	Blogai augo kūdikio svoris	Per didelis kūdikio svoris	Virškinimo problemos	Kūdikis buvo neramus	Kūdikis gausiai atpylinėjo	Kita	
Pagrindinis	N	5	0	0	0	0	0	0	5
	%	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Nebaigtas pagrindinis	N	1	0	0	0	0	0	0	1
	%	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Vidurinis	N	27	3	0	4	3	2	0	39
	%	69,2 %	7,7 %	0 %	10,3 %	7,7 %	5,1 %	0 %	100 %
Nebaigtas vidurinis	N	4	0	0	0	0	0	0	4
	%	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Aukštasis (neuniversitetinis)	N	64	4	0	15	4	0	1	88
	%	72,7 %	4,5 %	0 %	17 %	4,5 %	0 %	1,1 %	100 %
Aukštasis (universitetinis)	N	119	3	1	6	4	1	1	135
	%	88,1 %	2,2 %	0,7 %	4,4 %	3 %	0,7 %	0,7 %	100 %
Nebaigtas aukštasis	N	7	1	0	5	1	1	0	15
	%	46,7 %	6,7 %	0 %	33,3 %	6,7 %	6,7 %	0 %	100 %
Iš viso	N	227	11	1	30	12	4	2	287
	%	79,1 %	3,8 %	0,3 %	10,5 %	4,2 %	1,4 %	0,7 %	100 %

$$\chi^2=37,791, p=0,387$$

4 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal socialinę padėtį, atsakant į klausimą, kokių žinių apie žindymą joms suteikė apylinkės slaugytojas (proc.)

Socialinė padėtis	Kokių žinių apie žindymą Jums suteikė apylinkės slaugytojas?												Iš viso
	Žindymo dažnumas	Žindymo trukmė	Žindymo naudotinai ir kūdikiai	Krūtų ir spenelių priežiūra	Teisinga kūdikio padėtis žindymo metu	Teisinga ir patogios motinos padėtis	Krūtų anatomija ir pieno gamyba	Kūdikio ir motinos emocinio ryšio reikšmė	Žindymo problemos ir jų sprendimo būdai	Pagalba žindančiai motinai	Dirbančios motinos galimybės žindyti		
Valstybės tarnautoja	N	31	0	5	4	0	1	1	0	0	0	0	42
	%	73,8 %	0 %	11,9 %	9,5 %	0 %	2,4 %	2,4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Valstybinės įmonės darbuotoja	N	39	2	9	0	3	0	0	2	0	1	0	56
	%	69,6 %	3,6 %	16,1 %	0 %	5,4 %	0 %	0 %	3,6 %	0 %	1,8 %	0 %	100 %
Privataus sektoriaus įmonės savininkė	N	7	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	12
	%	58,3 %	0 %	33,3 %	0 %	0 %	0 %	8,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Privataus sektoriaus samdoma darbuotoja	N	82	8	21	2	4	1	0	0	2	0	2	122
	%	67,2 %	6,6 %	17,2 %	1,6 %	3,3 %	0,8 %	0 %	0 %	1,6 %	0 %	1,6 %	100 %
Namų šeimininkė, nedirbanti jokio samdomo darbo	N	20	0	2	1	3	1	0	0	1	1	0	29
	%	69 %	0 %	6,9 %	3,4 %	10,3 %	3,4 %	0 %	0 %	3,4 %	3,4 %	0 %	100 %
Studentė, moksleivė	N	8	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	11
	%	72,7 %	0 %	18,2 %	9,1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Bedarbė	N	7	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	10
	%	70 %	0 %	10 %	10 %	0 %	10 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Kita	N	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	%	75 %	25 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Iš viso	N	197	11	44	9	10	4	2	2	3	2	2	286
	%	68,9 %	3,8 %	15,4 %	3,1 %	3,5 %	1,4 %	0,7 %	0,7 %	1 %	0,7 %	0,7 %	100 %

$\chi^2=76,342$ ,  $p=0,282$

5 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą, atsakant į klausimą, kaip dažnai jas lankė slaugytojas namuose, kai turėjo žindymo problemų (proc.)

Išsilavinimas	Kaip dažnai Jus lankė slaugytojas namuose, kai turėjote žindymo problemų?							
		1 kartą per savaitę	2 kartus per savaitę	Dažniau nei 2 kartus per savaitę	1 kartą per mėnesį	Visai nelankė	Palaikė nuolatinį ryšį telefonu	Iš viso
Pagrindinis	N	4	0	0	0	1	0	5
	%	80 %	0 %	0 %	0 %	20 %	0 %	100 %
Nebaigtas pagrindinis	N	0	0	0	0	1	0	1
	%	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Vidurinis	N	24	4	3	5	1	3	40
	%	60 %	10 %	7,5 %	12,5 %	2,5 %	7,5 %	100 %
Nebaigtas vidurinis	N	2	0	0	1	1	0	4
	%	50 %	0 %	0 %	25 %	25 %	0 %	100 %
Aukštasis (neuniversitetinis)	N	68	3	1	7	3	4	86
	%	79,1 %	3,5 %	1,2 %	8,1 %	3,5 %	4,7 %	100 %
Aukštasis (universitetinis)	N	74	10	1	13	10	9	117
	%	63,2 %	8,5 %	0,9 %	11,1 %	8,5 %	7,7 %	100 %
Nebaigtas aukštasis	N	11	0	0	1	4	0	16
	%	68,8 %	0 %	0 %	6,3 %	25 %	0 %	100 %
Iš viso	N	183	17	5	27	21	16	269
	%	68 %	6,3 %	1,9 %	10 %	7,8 %	5,9 %	100 %

$\chi^2=43,942$ ,  $p=0,048$



Daugiau kaip pusė respondenčių, turinčių pagrindinį (80 proc.), aukštąjį (neuniversitetinį) (79,1 proc.), nebaigtą aukštąjį (68,8 proc.), aukštąjį (universitetinį) (63,2 proc.) ir vidurinį (60 proc.) išsilavinimą, nurodė, kad slaugytojas jas lankė namuose 1 kartą per savaitę. 10 proc. respondenčių, turinčių vidurinį išsilavinimą, esant žindymo problemoms, lankė du kartus per savaitę. Viena respondentė, kurios išsilavinimas – nebaigtas pagrindinis, nurodė, kad jos visai nelankė slaugytojas, kai buvo žindymo problemų (100 proc.). Dažniau negu du kartus per savaitę slaugytojas lankė 7,5 proc. respondenčių, turinčių vidurinį išsilavinimą. Su respondentėmis, įgijusiomis aukštąjį (universitetinį) (7,7 proc.) ir vidurinį išsilavinimą (7,5 proc.), buvo palaikomas nuolatinis ryšys telefonu (5 lentelė).

Tyrimo duomenimis, daugiausia kvalifikuotos pagalbos, kai trūko patirties, sulaukė respondentės, ne-nurodžiusios savo socialinės padėties (100 proc.). Daugiau nei pusė studentų ir moksleivių (66,7 proc.)

ir beveik pusė valstybės tarnautojų (47,1 proc.), valstybinių įmonių darbuotojų (46,2 proc.), privataus sektoriaus įmonių savininkų (42,9 proc.), taip pat trečdalis privataus sektoriaus samdomų darbuotojų (36 proc.), namų šeimininkų ir bedarbių (33,3 proc.) teigė, kad trūko slaugytojo pagalbos dėl žindymo patirties. Patinusios krūtys, suskilę, paraudę speneliai – tai žindymo problemos, dėl kurių daugiausia pagalbos sulaukė privataus sektoriaus įmonių savininkės (35,7 proc.), studentės, moksleivės ir bedarbės (33,3 proc.). Kai buvo pieno tekėjimo sutrikimų, pagalbos sulaukė valstybės tarnautojos (5,9 proc.), valstybinių įmonių darbuotojos (5,8 proc.), privataus sektoriaus samdomos darbuotojos (5,4 proc.) ir namų šeimininkės (4,2 proc.). Esant kūdikio virškinimo problemoms pagalba daugiau buvo teikiama bedarbėms (22,2 proc.) ir namų šeimininkėms (20,8 proc.). Kai neaugo kūdikio svoris, pagalba buvo suteikta privataus sektoriaus įmonių savininkėms (7,1 proc.), privataus sektoriaus samdomoms

6 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal socialinę padėtį, atsakant į klausimą, dėl kokių žindymo problemų sulaukė kvalifikuotos slaugytojo pagalbos (proc.)

Socialinė padėtis		Esant kokioms žindymo problemoms sulaukė kvalifikuotos slaugytojo pagalbos?								Iš viso
		Trūko patirties	Patinusios krūtys, suskilę, paraudę speneliai	Pieno tekėjimo sutrikimai	Kūdikio virškinimo problemos	Neaugo kūdikio svoris	Pasitikėjimo savimi nebuvimas	Pieno gamybos sutrikimai	Žindančios motinos subalansuota mityba	
Valstybės tarnautoja	N	16	4	2	2	0	5	2	3	34
	%	47,1 %	11,8 %	5,9 %	5,9 %	0 %	14,7 %	5,9 %	8,8 %	100 %
Valstybinės įmonės darbuotoja	N	24	8	3	8	0	0	2	7	52
	%	46,2 %	15,4 %	5,8 %	15,4 %	0 %	0 %	3,8 %	13,5 %	100 %
Privataus sektoriaus įmonės savininkė	N	6	5	0	1	1	0	0	1	14
	%	42,9 %	35,7 %	0 %	7,1 %	7,1 %	0 %	0 %	7,1 %	100 %
Privataus sektoriaus samdoma darbuotoja	N	40	21	6	14	6	3	10	11	111
	%	36 %	18,9 %	5,4 %	12,6 %	5,4 %	2,7 %	9 %	9,9 %	100 %
Namų šeimininkė, nedirbanti jokio samdomo darbo	N	8	4	1	5	1	2	1	2	24
	%	33,3 %	16,7 %	4,2 %	20,8 %	4,2 %	8,3 %	4,2 %	8,3 %	100 %
Studentė, moksleivė	N	6	3	0	0	0	0	0	0	9
	%	66,7 %	33,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Bedarbė	N	3	3	0	2	0	0	0	1	9
	%	33,3 %	33,3 %	0 %	22,2 %	0 %	0 %	0 %	11,1 %	100 %
Kita	N	4	0	0	0	0	0	0	0	4
	%	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Iš viso	N	107	48	12	32	8	10	15	25	257
	%	41,6 %	18,7 %	4,7 %	12,5 %	3,1 %	3,9 %	5,8 %	9,7 %	100 %

$\chi^2=48,317, p=0,501$

darbuotojoms (5,4 proc.) ir namų šeimininkėms (4,2 proc.). 14,7 proc. valstybės tarnautojų pažymėjo, kad joms trūko pasitikėjimo savimi. 9 proc. namų šeimininkių buvo naudinga slaugytojo pagalba, kai buvo pieno gamybos sutrikimų. 13,5 proc. valstybinių įmonių darbuotojų gavo slaugytojo pagalbą, kai joms buvo problemų dėl žindančios motinos mitybos (6 lentelė).

Geriausiai buvo įvertinta praktinė slaugytojo pagalba mokant teisingai pridėti kūdikį prie krūties. Tai pabrėžė net 75 proc. valstybės tarnautojų ir respondentų, kurios nenurodė savo užimtumo. Tačiau dalis valstybės tarnautojų (5 proc.) nesulaukė jokios pagalbos. 67,9 proc. valstybinių įmonių darbuotojų slaugytojas pamokė, kaip teisingai pridėti kūdikį prie krūties,

o (0 proc.) slaugytojas nemokė teisingos kūdikio ir motinos padėties žindymo metu. 57,1 proc. privataus sektoriaus įmonių savininkių slaugytojas mokė kūdikį pridėti prie krūties, tačiau jų nemokė teisingos kūdikio padėties žindymo metu (0 proc.), bendravimo su kūdikiu žindymo metu (0 proc.), kaip prižiūrėti krūtis ir spenelius (0 proc.), kokios yra žindymo pozos ir kaip jas keisti (0 proc.). Daugiau kaip pusė privataus sektoriaus samdomų darbuotojų (56,8 proc.), studentų, moksleivių (60 proc.) buvo mokomos kūdikio pridėjimo prie krūties technikos. Studentėms ir moksleivėms nebuvo parodyta teisinga kūdikio ir motinos kūno padėtis žindymo metu, nemokyta, kaip bendrauti su kūdikiu, slaugytojas nepagirdavo, nepadrąsindavo, nemokė, kaip

7 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal socialinę padėtį, atsakant į klausimą, kokią praktinę pagalbą joms suteikė slaugytojas (proc.)

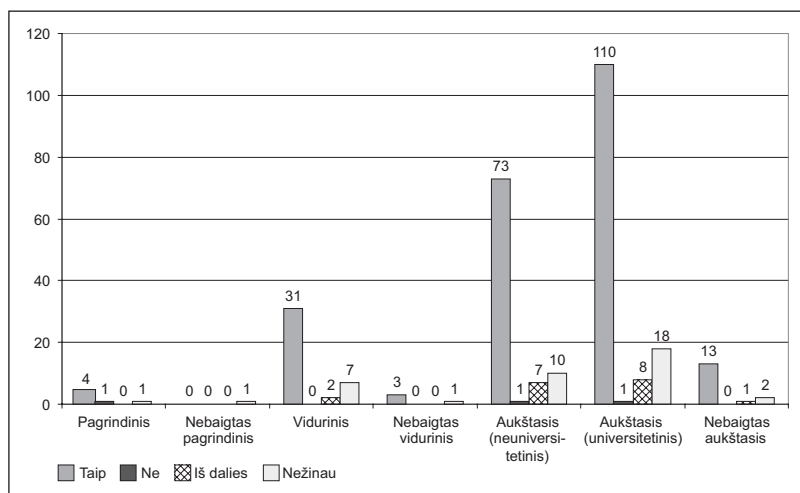
Socialinė padėtis	Kokią praktinę pagalbą Jums suteikė slaugytojas?									Iš viso
	Nesu- laukiau jokios pagal- bos	Pamokė, kaip teisi- gai pridėti kūdikį prie krūties	Parodė, kokia yra teisinga mano ir kūdi- kio kūno pa- dėtis žindymo metu	Išmokė atpažinti išalkusio kūdikio reakcijas	Mokė bendra- vimo su kūdikiu žindymo metu	Pagirda- vo mano iniciatyvą, padrąsind- davo	Išmokė prižiūrėti krūtis ir spenelius	Išmokė keletą žindymo pozų, patarė jas keisti		
Valstybės tarnautoja	N	2	30	2	1	1	2	2	0	40
	%	5 %	75 %	5 %	2,5 %	2,5 %	5 %	5 %	0 %	100 %
Valstybinės įmonės dar- buotoja	N	1	38	0	5	2	5	3	2	56
	%	1,8 %	67,9 %	0 %	8,9 %	3,6 %	8,9 %	5,4 %	3,6 %	100 %
Privataus sektoriaus įmonės sa- vininkė	N	2	8	0	1	0	3	0	0	14
	%	14,3 %	57,1 %	0 %	7,1 %	0 %	21,4 %	0 %	0 %	100 %
Privataus sektoriaus samdoma darbuotoja	N	9	67	12	8	4	16	1	1	118
	%	7,6 %	56,8 %	10,2 %	6,8 %	3,4 %	13,6 %	0,8 %	0,8 %	100 %
Namų šei- mininkė, nedirbanti jokio sam- domo darbo	N	0	20	2	3	1	1	0	1	28
	%	0 %	71,4 %	7,1 %	10,7 %	3,6 %	3,6 %	0 %	3,6 %	100 %
Studentė, moksleivė	N	1	6	0	3	0	0	0	0	10
	%	10 %	60 %	0 %	30 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Bedarbė	N	0	5	2	2	0	0	1	0	10
	%	0 %	50 %	20 %	20 %	0 %	0 %	10 %	0 %	100 %
Kita	N	0	3	0	0	0	0	1	0	4
	%	0 %	75 %	0 %	0 %	0 %	0 %	25 %	0 %	100 %
Iš viso	N	15	177	18	23	8	27	8	4	280
	%	5,4 %	63,2 %	6,4 %	8,2 %	2,9 %	9,6 %	2,9 %	1,4 %	100 %

$\chi^2=58,089$ ,  $p=0,175$

8 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal šeimines padėtis, atsakant į klausimą, kas turėjo įtakos jų apsisprendimui žindyti kūdikį (proc.)

Šeiminė padėtis	Kas turėjo įtakos Jūsų apsisprendimui žindyti kūdikį?				Iš viso	
	Jūs pati apsisprendėte	Jūsų vyras, šeima, artimieji	Bendruomenės / vaikų slaugytoja	Akušerė		
Ištekėjusi	N	224	10	7	1	242
	%	92,6 %	4,1 %	2,9 %	0,4 %	100 %
Netekėjusi	N	12	0	2	0	14
	%	85,7 %	0 %	14,3 %	0 %	100 %
Išsiskyrusi	N	6	0	2	0	8
	%	75 %	0 %	25 %	0 %	100 %
Našlė	N	2	0	0	0	2
	%	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Neregistruota santuoka	N	20	0	0	1	21
	%	95,2 %	0 %	0 %	4,8 %	100 %
Iš viso	N	264	10	11	2	287
	%	92 %	3,5 %	3,8 %	0,7 %	100 %

$\chi^2=22,426$ ,  $p=0,033$



$\chi^2=24,177$ ,  $p=0,149$

5 pav. Atsakymų į klausimą, ar slaugytojai savo darbe vadovaujasi naujausiomis žiniomis apie žindymą, skaičius

prižiūrėti krūtis ir spenelius, nesupažindino su žindymo pozomis (0 proc.) (7 lentelė).

Kaip rodo tyrimas, daugelis respondenčių pačios apsisprendė žindyti savo kūdikį, tačiau ketvirtadaliui išsiskyrusių moterų apsispręsti padėjo slaugytojas (25 proc.) ir tik (4,1 proc.) ištekėjusių moterų apsispręsti padėjo vyras, šeima, artimieji. Neregistruotoje santuokoje gyvenančių respondenčių sprendimui įtakos turėjo ir akušerė (4,8 proc.). Tačiau apsisprendimui žindyti ar ne slaugytojas visai neturėjo įtakos našlėms

ir gyvenančioms neregistruotoje santuokoje (0 proc.) (8 lentelė).

110 respondenčių, įgijusių aukštąjį universitetinį išsilavinimą, ir 73 respondentės, turėjusios aukštąjį neuniversitetinį, bei 31 vidurinį išsilavinimą įgijusi apklausos dalyvė nurodė, kad slaugytojai savo darbe vadovaujasi naujausiomis žiniomis apie žindymą. Po 1 respondentę iš pagrindinio, aukštojo (universitetinio) ir aukštojo (neuniversitetinio) išsilavinimo grupių pažymėjo, kad slaugytojai darbe nesivadovauja naujausiomis žiniomis apie žindymą. 7 respondentės, turinčios vidurinį išsilavinimą, 10 – aukštąjį universitetinį ir 18 – aukštąjį (neuniversitetinį) išsilavinimą, nežino, kokiomis žiniomis apie žindymą vadovaujasi slaugytojas. 7 apklausos dalyvės, turinčios aukštąjį universitetinį, ir 8 – aukštąjį (neuniversitetinį) išsilavinimą, mano, kad slaugytojai savo darbe ne visada vadovaujasi naujausiomis žiniomis apie žindymą (5 pav.).

#### REZULTATŲ APTARIMAS

Respondenčių daugumą sudarė jauno reprodukcinio amžiaus moterys, auginančios kūdikius. Daugiausia buvo respondenčių, įgijusių aukštąjį (universitetinį) – 46,4 proc. ir aukštąjį (neuniversitetinį) išsilavinimą – 30,8 proc.

Daugelyje literatūros šaltinių rašoma, kad dauguma motinų patiria žindymo sunkumų ir ieško pagalbos [2, 3, 7, 9, 23, 30]. Mūsų tyrimas parodė, kad motinos, nepaisant jų išsimokslinimo, šeiminės ar socialinės padėties, turėjo įvairių žindymo sunkumų: trūko patirties – 41,6 proc., buvo patinusios krūtys, suskilę ir paraudę speneliai – 18,7 proc., sutriko pieno tekėjimas – 4,7 proc., atsirado kūdikio virškinimo problemų – 12,5 proc., neaugo kūdikio svoris – 3,1 proc., motinos nepasitikėjo savimi – 3,9 proc., sutriko pieno gamyba – 5,8 proc., nežinojo, kaip tinkamai subalansuoti savo mitybą – 9,7 proc. Dauguma respondenčių, vertinant pagal jų šeiminių padėčių, kūdikius nusprendė žindyti pačios – 92 proc. ir juos žindė 6 mėnesius ir daugiau – 42,9 proc., ketvirtadalis respondenčių žindė savo kūdikius iki 4 mėnesių amžiaus (25,3 proc.).

Žindymo sėkmei, žindymo sunkumams ir poreikiui ieškoti pagalbos didesnę įtaką turi motinų išsimokslinimo lygis, šeiminių ir socialinių padėčių. Kai kuriuose šaltiniuose teigiama, kad motinystė, žindymas yra gamtos nulemti aspektai, taip pat įrodyta ir neginčijama nauda kūdikio ir motinos sveikatai [3, 7, 11, 13]. Šią nuomonę patvirtino net 75 proc. mūsų tyrime dalyvavusių įvairaus išsilavinimo respondenčių.

Daugelyje Europos šalių skiriamas labai didelis dėmesys kvalifikuotai pagalbai žindančioms motinoms [19]. 2004 m. birželio 18 d. Dubline (Airija) pristatytas veiksmų plano projektas „Žindymo apsauga, skatinimas ir rėmimas Europoje“. Tai Europos kūdikių žindymo strategija, kurios 4.5 punkte nurodoma, kokie atliekami veiksmai ir kokia turi būti kvalifikuota sveikatos priežiūros darbuotojų parama, skatinant motinas išimtinai žindyti savo kūdikius iki 6 mėn. amžiaus. Slaugytojo kompetencijos skalė ir yra nuoroda į kvalifikuotą pagalbą [10].

Mūsų tyrimas atskleidė tam tikrą slaugytojo kompetencijos ir kvalifikuotos paramos ryšį, kai motinos ieško pagalbos. Analizuojant slaugytojo įvairių socialinių grupių respondentėms suteiktų žinių apie žindymą apimtis nustatyta, kad slaugytojai motinoms suteikė daugiausia žinių apie žindymo dažnumą – 68,9 proc. ir žindymo naudą motinos ir kūdikio sveikatai – 15,4 proc. Kitų žinių apie žindymą suteikta palyginti mažai: apie žindymo trukmę – 3,8 proc., krūtų ir spenelių priežiūrą – 3,1 proc., teisingą kūdikio padėtį žindymo metu – 3,5 proc., žindymo problemas ir jų sprendimo būdus – 1 proc. Slaugytojo suteiktos žinios apie krūtų anatomiją ir pieno gamybą (0,7 proc.), kūdikio ir motinos emocinio ryšio reikšmę (0,7 proc.),

pagalbą žindančiai motinai (0,7 proc.), apie dirbančios motinos galimybes žindyti (0,7 proc.) yra labai menkos. Kvalifikuotos slaugytojo pagalbos trūkstant žindymo patirties sulaukė 41,6 proc. respondenčių iš įvairių socialinių grupių, daugiausia slaugytojo pagalbos gavo studentės ir moksleivės – 66,7 proc. Palyginti vienodai pasiskirstė pagalba, esant patinusioms krūtims, spenelių paraudimui ar suskilimui, tarp privataus sektoriaus savininkių – 35,7 proc., studentų, moksleivių – 33,3 proc. ir bedarbių – 33,3 proc. Mažiausiai iš visų socialinių grupių respondentės sulaukė slaugytojo paramos, kai neaugo kūdikio svoris, – tik 3,1 proc. Tačiau net 5,4 proc. visų socialinių grupių respondenčių nesulaukė jokios pagalbos. Labai mažai respondenčių nurodė, kad jos buvo išmokytos žindymo pozų ir paaiškinta, kaip jas keisti, – 1,4 proc. Džiugina tai, kad didžioji dauguma respondenčių, turinčių aukštąjį (universitetinį) (110) ir aukštąjį (neuniversitetinį) išsilavinimą (73), mano, jog slaugytojai savo darbe vadovaujasi naujausiomis žiniomis apie žindymą.

Įvairūs moksliniai straipsniai, publikacijos ir motinų bendravimas socialiniuose tinklalapiuose tik patvirtina teiginį, koks svarbus yra žindymas, žindymo sunkumų sprendimo būdai, pagalba ir parama [2, 16, 18, 22, 26]. Mūsų tyrimas rodo, kad motinos intensyviai domisi naujausiomis žiniomis apie žindymą ir gali vertinti slaugytojo žinias šioje srityje. Labai svarbu, kad slaugytojo pagalba, esant žindymo sunkumams, būtų prieinama ir teikiama laiku [16, 29, 30]. Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad daugiau kaip pusė įvairaus išsilavinimo respondenčių buvo lankomos namuose vieną kartą per savaitę – 68 proc., 2 kartus per savaitę – 6,3 proc., nuolat bendrauta telefonu – 5,9 proc. Tačiau 7,8 proc. visų išsilavinimo grupių respondenčių niekas nelankė namuose, kai jos turėjo žindymo sunkumų.

#### IŠVADOS

1. Didesnė dalis respondenčių neturėjo žindymo problemų (79,1 proc.), pačios apsisprendė žindyti ir žindė savo kūdikius 6 mėnesius ir ilgiau (92 proc.).
2. Dauguma respondenčių turėjo žinių apie žindymo naudą kūdikio ir motinos sveikatai (85,3 proc.).
3. Slaugytojai suteikė žinių apie žindymo dažnumą (68,4 proc.), žindymo naudą (15,4 proc.), krūtų ir spenelių priežiūrą (3,4 proc.).
4. Slaugytojai pamokė, kaip teisingai pridėti kūdikį prie krūties (63,2 proc.).

## Literatūra

1. Aleksandravičienė V. Ekologiškas maistas kūdikių mityboje. *Pediatrija* 2009; 4(42):20.
2. Budrikis R. Laktostazė ir laktacinis mastitas. *Pediatrija* 2010; 1(44).
3. Dr. Anne Deans. Nėštumo biblija. „Alma littera“, 2005; 293-350.
4. Labanauskas L, Rokaitė R, Kušinskienė R. Sveiko vaiko maitinimas. KMU Vaikų ligų klinika, 2006.
5. Labanauskas L, Rokaitė R ir kt. Vaikų dietologija. Universiteto vadovėlis, Kaunas, 2009.
6. Meištienė R, Brožaitienė J. Slaugos kokybei įtakos turinčių veiksnių analizė. *Sveikatos mokslai* 2009; 5:15.
7. Markūnienė E, Griškaitė J. Motina ir naujagimis pirmomis valandomis po gimimo. *Lietuvos akušerija ir ginekologija* 2008; 4:338-341.
8. Morkūnienė E, Milašius A, Pilvelienė R. Žindymas ir medikamentai. „Už gyvybę“. Vilnius, 2006.
9. Stundžienė R, Vingras A, Drazdienė N. Žindymui atsiliepiantys veiksniai. *Medicinos teorija ir praktika* 2005; 42:138-141.
10. Ševcovienė D, Kriukelytė D. Slaugytojų kompetencijos skalė – slaugytojų kompetencijos vertinimo instrumentas. *Sveikatos mokslai* 2009; 1:2881.
11. Vingras A. Mamos žinynas. Vilnius, 2005.
12. Vingras A, Markūnienė E, Vingraitė J, Šniukaitė D, Barzda A, Bartkevičiūtė R ir kt. Kūdikių ir mažų vaikų žindymas: Metodiniai nurodymai. Vilnius; 2005.
13. Vingras A. Jūsų vaikas. Atsakymai į aktualiausias tėvų klausimus. „Alma Littera“, 2006.
14. Vesterdal A. Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga. Vilnius, 1996; 57-61.
15. Židžiūnaitė V. Slaugytojų kompetencijų charakteristikos: edukologijos ir slaugos požiūriai. *Sveikatos mokslai* 2005; 4(20):53.
16. Maitinančių motinų konsultavimas. Mokymo kursas. Jungtinių Tautų vaikų fondo (UNICEF) Lietuvos nacionalinio komiteto leidkla. Vilnius, 1996.
17. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/117/3/e380>. Kaip ankstyvas žindymas gali išgelbėti kūdikius nuo ankstyvos mirties. [Žiūrėta 2010-03-29].
18. <http://www.gyvybe.lt/index.php?id=15>. LIC „Už gyvybę“. Mamos dienaorštis. Ilgo ir sėkmingo žindymo paslaptys. [Žiūrėta 2010-03-29].
19. <http://www.mamosdienorastis.lt/index.php?id=1259>. Žindymas – geriausia, ką sukūrė gamta. Mamos pienas – ir maistas, ir apsauga, ir meilė. [Žiūrėta 2010-02-24].
20. <http://www.pradzia.org/node/353>. Šniukaitė D. Ankstyvo papildomo maitinimo pavojai. [Žiūrėta 2006-01-20].
21. [http://www.vsv.lt/ Kaip patenkinti kūdikio poreikius/567/html](http://www.vsv.lt/Kaip_patenkinti_kudikio_poreikius/567/html). [Žiūrėta 2009-11-25].
22. <http://www.gyvybe.lt.index.php?id=15>. Ilgo ir sėkmingo žindymo paslaptys. LIC „Už gyvybę“. [Žiūrėta 2009-09-25].
23. [http://www.gyvybe.lt/konf\\_seminarai/konf\\_200406/tezes/17.html](http://www.gyvybe.lt/konf_seminarai/konf_200406/tezes/17.html). Dr. E. Markūnienė, prof. R. Radišauskienė. KMU. Veiksniai, turintys įtakos šeimos planavimui žindant. [Žiūrėta 2011-07-14].
24. <http://www.gyvybe.lt/uzgyvybe/19990203/uzg02-307.html>. Žindymo istorija Lietuvoje ir pasaulyje. Vitkauskas K. [Žiūrėta 2010-02-09].
25. <http://www.pradzia.org/node/284>, Vilpičiauskienė A. Žindymas mažina vėžio riziką. [Žiūrėta 2010-03-29].
26. Walbrandt Pigarelli DL, Kraus KC, Potter BE. Pregnancy and lactation: Therapeutic Considerations. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM. Pharmacotherapy. Apathohyologic Appro-ach. 6th ed. NewYork: Me GRAW-HILL, 2005.
27. <http://uk.reuters.com/article/healthNews/idUKTRE52F5120090316>, Joana Briggs Institute, (2005). Early childhood pacifier use in relation to breastfeeding, SIDS, infection and dental malocclusion, *Best Practice*, 9(3):6.
28. Guerro ML, Moreno-Espinosa S, Tuz-Dzib F, Sol S, Albino J, Ortega-Gallegas H, Ruiz-Palacios GM. Breastfeeding and natural colonization with lactobacillus SPP as protection rotavirus-associated diarrhea. In: Pickering et al. (Eds): Protecting infants through human milk. Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2005.
29. James JM. *Pediatrics* 2003; 111:1625-30.
30. Radzevičienė O, Narkevičiūtė I. XXV Congress of EAACI, Vienna, 2006.
31. Sinkewicz G, Nordstrom EA. Occurrence of lactobacillus reuteri, lactobacilli and bifidobacteria in human breast milk Presented at the Annual Meeting of the ESPR European society for Pediatric Research, Siena, 31.08.03.09.2005 *Pediatric Research* 2005; 58:415, abstract 353.

**OPINION OF MOTHERS ON BABY BREASTFEEDING PROBLEMS AND NURSE ASSISTANCE AT ŠEŠKINĖ OUTPATIENT CLINIC ACCORDING TO MOTHERS' EDUCATION LEVEL, MARITAL STATUS AND SOCIAL GROUPS**

Jonas Kairys, Ramutė Tolvaišienė

*Summary*

*Key words: opinion of mothers, breastfeeding problems, nurse assistance.*

*The survey was conducted in April and May of 2011. In Šeškinė Outpatient Clinic of the City of Vilnius, 324 questionnaires were circulated amongst every fifth family nursing a baby.*

*Total number of questionnaires handed out was 324. 296 questionnaires were returned, feedback rate being 91.4 percent.*

*Majority of respondents was composed of young women born in 1980-1981. Most of the surveyed persons had university degree – 46.4% and higher education (non-university level) degree – 30.8%. Majority of the women were married – 84.6%. The largest group of the surveyed was employed in a private sector – 43.1%. The major part of respondents did not have any problems related to breastfeeding – 79.1%; 92.0% of the respondents made independent decision to breastfeed their babies and did so for 6 months and longer. Majority of respondents had the knowledge of the benefits of breastfeeding on the baby and mother health – 85.3%. Nurses gave knowledge to respondents about feeding frequency – 68.4%, breastfeeding benefits – 15.4%, breast and teat care – 3.4%. Nurses also taught the correct manner of positioning a baby to the breast – 63.2%. 110 respondents having university degree and 73 having higher (non-university) level degree said that nurses applied the latest knowledge on breastfeeding in their work.*

*Conclusions: 1. Majority of respondents did not have any problems of breastfeeding (79.1%), they made their own decision to breastfeed and fed their babies for 6 months and longer periods (92.0%); 2. Majority of respondents had the knowledge of the benefits of breastfeeding on the baby and mother health (85.3%); 3. Nurses provided knowledge about feeding frequency (68.4%), breastfeeding benefits (15.4%), breast and teat care (3.4%); 4. Nurses instructed about the correct positioning of a baby to the breast (63.2%).*

**Correspondence to: kajo@ktl.mii.lt**

Gauta 2011-08-08



# VYRŲ POŽIŪRIO Į ANKSTYVĄ PROSTATOS VĖŽIO DIAGNOSTIKĄ SĄSAJOS SU SVEIKATOS ĮSITIKINIMAIS

RENATA ČEPANAUSKIENĖ<sup>1, 2</sup>, DANUTĖ KALIBATIENĖ<sup>1</sup>, ROMUALDAS GUREVIČIUS<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, <sup>2</sup>Šeškinės poliklinika, <sup>3</sup>Higienos institutas

**Raktažodžiai:** ankstyva prostatos vėžio diagnostika, sveikatos įsitikinimai.

## Santrauka

Siekiant sėkmingai įgyvendinti prevencines ligų priemones, svarbus gyventojų nusiteikimas dalyvauti profilaktinėse programose. Tokį žmonių nusiteikimą ir elgesį sveikatos labui veikia sociokultūriniai veiksniai, kaip socialinis ir ekonominis statusas, įsitikinimai ir suvokiama asmens rizika sirgti viena ar kita liga.

**Darbo tikslas** – išanalizuoti ir įvertinti vyrų, dalyvavusių ankstyvos prostatos vėžio diagnostikos programoje, sveikatos įsitikinimus, jų sąsajas su sociokultūriniais veiksniais.

**Tyrimo medžiaga ir metodai.** Tyrimui pasirinkta ankstyvos prostatos vėžio diagnostikos programa, vykdoma Vilniaus miesto poliklinikoje. Ištirti 1 184 vyrai, dalyvavę programoje. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 45 metų iki 79 metų, amžiaus vidurkis buvo 59,2 metų. Tyrimo laikotarpis – 2009–2010 m. Programoje dalyvavusiems asmenims taikyta anketinė apklausa, atskleidžianti kai kuriuos socialinius ir demografinius respondentų požymius. Kokybiniam sveikatos įsitikinimų tyrimui panaudotas V. Champion klausimynas, taikomas onkologinių ligų profilaktikos programose. Tyrimo duomenų statistinė analizė atlikta taikant Microsoft Excel for Windows 2003 ir SPSS 17.0 for Windows programas. Apskaičiuotos skaitinės charakteristikos: bendras stebėjimų skaičius ( $n$ ), vidurkis ( $M$ ), standartinė vidurkio paklaida ( $SP$ ), moda, mediana, minimali ( $min.$ ) ir maksimali ( $maks.$ ) reikšmės. Tolydaus dydžio (atsakymų balo reikšmės) skirtumams tarp kategorinių dydžių (5 pogrupių ir nuo 5 iki 15 jas sudarančių klausimų) nustatyti naudojome dispersinės analizės metodiką (angl. ANOVA). Skirtumo

statistinis reikšmingumas nustatytas remiantis Fišerio kriterijumi  $F$ , skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai  $p < 0,05$ . Dviejų lyginamų vidurkių skirtumo statistiniam reikšmingumui įvertinti pritaikytas  $t$  kriterijus. Penkių sveikatos įsitikinimų požymių balų grafiniam vaizdavimui panaudotas Radaro grafikas.

**Tyrimo rezultatai ir išvados.** Didžioji dalis ankstyvos prostatos vėžio profilaktikos programoje dalyvavusių vyrų buvo susituokę (89,7 proc.), turintys vidurinę (31,6 proc.) ir aukštesnįjį (27,5 proc.) išsilavinimą bei priklausantys darbininkų (33,4 proc.) ir tarnautojų (30,3 proc.) socialinėms grupėms. Tiriant vyrų sveikatos įsitikinimus pagal penkias koncepcijas: suvoktus jautrumą, rimtumą, naudą, kliūtis ir sveikatos motyvaciją, nustatyta, jog visose sveikatos nuostatų srityse tarp atsakymų į pogrupių klausimus balų vidurkių buvo statistiškai reikšmingi skirtumai. Taigi atsakymai į visų pogrupių klausimus gerokai varijavo.

Tyrimas parodė, kad sveikatos motyvacija buvo svarbiausias stimulus dalyvauti ankstyvos prostatos vėžio profilaktikos programoje (vertinimų vidurkis – 2,54 iš 3 balų) lyginant su suvoktu rimtumu (2,16 balo;  $t=34,5$ ,  $df=16574$ ,  $p < 0,0001$ ), suvoktu jautrumu (1,81 balo;  $t=67,0$ ,  $df=14206$ ,  $p < 0,0001$ ) ir suvoktomis kliūtimis (1,97 balo;  $t=58,7$ ,  $df=22494$ ,  $p < 0,0001$ ).

Didžioji respondentų dalis manė, kad jiems yra rizika susirgti prostatos vėžiu (vertinimo vidurkis 1,88 balo). Respondentams mažiausiai tikėtina atrodė tai, kad jie turi daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu, nei kiti vyrai (vertinimo vidurkis 1,76 balo). Didžioji tiriamųjų dalis manė, kad susirgus prostatos vėžiu labai pasikeistų jų gyvenimas (vertinimo vidurkis 2,37). Mažesniu balu buvo vertinami teiginiai,

*susiję su emocine sritimi (vertinta vidutiniškai 1,95–1,99 balo).*

*Svarbiausi teiginiai, atspindintys respondentų suvoktą naudą, buvo nuomonė, kad atlikti tyrimai padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį (vertinimo vidurkis 2,83 balo), kad sužinoję apie teigiamus tyrimų rezultatus mažiau nerimaus dėl prostatos vėžio (vertinimo vidurkis 2,77 balo) ir kad tai sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio (vertinimo vidurkis 2,65 balo). Dažniausios kliūtys dalyvauti ankstyvos prostatos vėžio profilaktikos programoje buvo respondentų nuomonė, kad prostatos biopsijos ir digitalinio tyrimo atlikimas bus skausmingas ir juos varžys. Tokios kliūtys, kaip tyrimų kaina ir sugaištas laikas, apklaustiems vyrams buvo mažiau svarbios.*

*Sveikatos motyvacijos nuostatos, kaip noras anksti nustatyti sveikatos problemas, išsaugoti gerą sveikatą, informacijos apie sveikatos pagerinimą paieškos, nuomonė, kad reikia užsiimti sveikatą stiprinančia veikla, reguliarius sveikatos tikrinimasis, pakankamas fizinis aktyvumas, mažiausiai išreikštos buvo pensininkų ir nedirbančių asmenų grupėse, o daugiausiai – tarnautojų grupėje. Sveikatą stiprinanti veikla, profilaktinis sveikatos tikrinimasis mažiausiai svarbus buvo darbininkams lyginant su kitomis socialinėmis grupėmis.*

#### **IVADAS**

Prostatos vėžys – viena iš dažniausių vyrų onkologinių ligų, tačiau jo paplitimas įvairiose šalyse skirtingas. Didžiausias sergamumas prostatos vėžiu konstatuojamas JAV, Kanadoje, Švedijoje, Australijoje ir Prancūzijoje (48,1–137 atvejai iš 100 000 gyventojų per metus 1988–1992 m. laikotarpiu). Kitose Europos šalyse vyrauja vidutinis sergamumas (23,9–31 atvejais iš 100 000 gyventojų per metus), o Azijos šalyse nustatytas mažiausias sergamumas (2,3–9,8 atvejų iš 100 000 gyventojų per metus) [1].

R. J. Kumar su bendr. teigia, kad prostatos vėžys sudaro 9,7 proc. visų vyrų vėžių. Ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse prostatos vėžio dažnis siekia 15,3 proc., o silpnos ekonomikos šalyse – 4,3 proc. Jungtinėse Amerikos Valstijose prostatos karcinoma yra dažniausias vyrų vėžys ir vyrų mirtingumo nuo onkologinių ligų antroji priežastis po plaučių vėžio [2].

Lietuvoje prostatos vėžys yra dažniausia onkologinė vyrų liga. Kasmet nustatoma per 2 tūkst. naujų atvejų.

Ankstyvos stadijos prostatos vėžį labai sunku pastebėti, nes nebūna specifinių požymių – skausmo, šlapinimosi sutrikimų. Liga plinta ir vystosi gana lėtai. Klinikiniai simptomai gali pasireikšti ir sukelti sveikatos problemų tik po kelerių metų. Gydymas būna efektyvus nustačius tik ankstyvą stadiją, todėl labai svarbu taikyti prostatos vėžio ankstyvos diagnostikos būdus [3].

Pasaulio sveikatos organizacija rekomenduoja, kad PSA tyrimą kiekvienas vyras, sulaukęs 45 m. amžiaus, atliktų kartą per metus, o sulaukęs 50 m. – du kartus per metus. Pagal 2003 m. Europos Sąjungos rekomendacijas numatyta kai kurių onkologinių ligų, tarp jų ir prostatos vėžio, ankstyvosios diagnostikos programa, kuri Lietuvoje pradėta vykdyti nuo 2006 metų.

JAV ir daugelio kitų šalių patirtis parodė, kad diagnozavus prostatos vėžį, taikant profilaktinės patikros programas, mažėja ligos recidyvavimo ir progresavimo rizika.

Atliekant profilaktinius patikrinimus diagnozuojama daugiau mažos rizikos ankstyvų stadijų navikų, mažėja metastazinės ir vietiškai išplitusios ligos atvejų. Taikant profilaktinės patikros programas anksčiau nustatomas prostatos vėžys, tad didesnam pacientų skaičiui (padidėja nuo 67 proc. iki 92 proc.) galima skirti radikalų gydymą, ilgėja išgyvenamumas [3].

Siekiant sėkmingai įgyvendinti prevencines priemones svarbus gyventojų nusiteikimas dalyvauti profilaktinėse programose. Tokį žmonių nusiteikimą ir elgesį sveikatos labai veikia sociokultūriniai veiksniai, kaip socialinis ir ekonominis statusas, įsitikinimai ir suvokiama asmens rizika sirgti viena ar kita liga.

Teigiama, kad sociokultūriniai veiksniai turi įtakos įsitikinimams apie prostatos vėžio prevenciją ir kontrolę bei žmogaus elgesį. Kultūriniais veiksniais priskiriami žmogaus požiūriai ir įsitikinimai apie prostatos vėžį bei pasitikrinimą dėl prostatos vėžio [4, 5]. Norint sumažinti sveikatos skirtumus, labai svarbu suvokti sociokultūrinės aplinkos vaidmenį tam tikram su sveikata susijusiam žmonių elgesiui. Santykio tarp sociokultūrinės aplinkos ir vėžio pasitikrinimo suvokimas svarbus kuriant tinkamą bei efektyvią vėžio prevenciją bei kontrolę [6].

**Darbo tikslas** – išanalizuoti ir įvertinti vyrų, dalyvavusių ankstyvos prostatos vėžio diagnostikos programoje, sveikatos įsitikinimus, jų sąsajas su sociokultūriniais veiksniais.

#### **TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI**

Tyrimui pasirinkta ankstyvos prostatos vėžio diagnostikos programa, vykdoma Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje. Ankstyvos prostatos vėžio diagnostikos

programa patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14. įsakymu Nr. V-973 ir vykdoma nuo 2006 m. Programa skirta vyrų nuo 50 iki 75 metų amžiaus ir vyrų nuo 45 metų, kurių tėvai ar broliai yra sirgę prostatos vėžiu, susirgimų prevencijai. Remiantis Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos administravimo grupės pateiktomis rekomendacijomis ir Europos randomizuotos studijos apie prostatos vėžio patikrą (angl. *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, ERSPC*) išvadomis, programos priemonės taikomos vieną kartą per dvejus metus. Programos priemonės: informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir prostatos specifinio antigeno (toliau – PSA) nustatymo paslauga; urologo konsultacijos ir priešinės liaukos biopsijos paslaugos; informavimas apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir PSA nustatymo paslaugas (teikia pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys šeimos gydytojai), urologo konsultacijos ir priešinės liaukos biopsijos paslaugos (teikia asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios ambulatorines urologijos paslaugas). Norint dalyvauti programoje reikia kreiptis į savo šeimos gydytoją, kuris atlikęs PSA tyrimą, esant reikalui, siunčia į urologo konsultaciją. Visos šios paslaugos programoje dalyvaujantiems vyrams teikiamos nemokamai [7].

Ištirti 1 184 vyrai, dalyvavę ankstyvos prostatos vėžio diagnostikos programoje. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 45 metų iki 79 metų, amžiaus vidurkis buvo 59,2 metų, dažniausiai – 52 metų amžius. Pusė respondentų buvo iki 59 metų, o kita – vyresni nei 59 metų asmenys. Tyrimo laikotarpis: 2009 m. kovo mėn.–2010 m. gruodžio mėn. Visiems programoje dalyvavusiems asmenims taikyta anketinė apklausa, susidedanti iš dviejų dalių. I anketos dalis atskleidžia kai kuriuos socialinius ir demografinius respondentų požymius: amžių, gimimo vietą, gyvenamąją vietą (miestas, kaimas), šeiminių padėčių (vedęs, nevedęs, išsiskyręs, našlys, kita), išsilavinimą (pradinis, nebaigtas vidurinis, vidurinis, aukštesnysis, nebaigtas aukštasis, aukštasis), socialinę grupę (darbininkas, tarnautojas, pensininkas, neįgalus, kita).

Kokybiniam sveikatos įsitikinimų tyrimui, gavus autorės sutikimą, panaudotas V. Champion klausimynas [8], taikomas onkologinių ligų profilaktikos programose (II anketos dalis). Keliuose tyrimuose įrodyta, kad V. Champion klausimynas yra mokslškai pagrįstas ir patikimas siekiant nustatyti žmonių nusiteikimą

sveikatai ir prognozuoti jų požiūrį į profilaktines vėžio programas bei jų elgesį atrankos metu. Šių tyrimų metu gauti duomenys yra naudingi planuojant ir efektyviai įgyvendinant ankstyvo prostatos vėžio diagnozavimo programas [8, 9, 10].

Mūsų pritaikytą sveikatos įsitikinimų modelį sudarė penkios koncepcijos, atspindinčios suvoktą jautrumą ir rimtumą, naudą ir kliūtis bei sveikatos motyvaciją. Suvoktas jautrumas atspindi asmens nuomonę apie galimybę susirgti. Taikomas rizikai susirgti ir rizikos lygiui nustatyti, individualizuoti riziką remiantis asmens savybėmis ar elgesiu, padidinti suvokiamą imlumą, jeigu jis per mažas. Suvoktas rimtumas atspindi nuomonę apie tai, kaip rimta liga ir kokios jos pasekmės jam gresia. Taikomas gresiančioms ligoms ir jų pasekmių rizikai nustatyti. Suvokta nauda atskleidžia tikėjamą pasiūlytų priemonių veiksmingumu siekiant sumažinti riziką arba sveikatos sutrikdymo mastą. Ši koncepcija taikoma veiksams, kurių reikia imtis, nustatyti; paaiškinti teigiamą poveikį, kurio reikėtų tikėtis. Suvoktos kliūtys parodo nuomonę apie veiksnius (materialinius ir psichologinius), trukdančius jam įsitraukti į sveikatą saugantį elgesį. Taikoma nustatant bei sumažinant kliūtis (įvairios paskatos, paramos formos, socialinis draudimas). Sveikatos motyvacija atskleidžia priemones, skatinančias veikti, pvz., informacijos pateikimą, jos priminimą, žinių siekimo ir suvokimo skatinimą. Tyrimo naudotą V. Champion klausimyną sudarė 46 klausimai, suskirstyti į penkis pogrupius. Penki klausimai susiję su suvoktu jautrumu, septyni – su suvoktu rimtumu, penkiolika – su suvokta nauda, dvylika – su suvoktomis kliūtimis, septyni klausimai atskleidžia sveikatos motyvaciją. Į kiekvieną klausimą yra pateikti trys atsakymų variantai pagal Likerto skalę: nesutinku (1 balas), neįsitikinęs (2 balai), sutinku (3 balai).

**Statistinė tyrimo duomenų analizė.** Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta taikant *Microsoft Excel for Windows 2003* ir *SPSS 17.0 for Windows* programas. Aprašomosios statistikos metodu apskaičiuotos skaitinės charakteristikos: bendras stebėjimų skaičius (N), vidurkis (M), standartinė vidurkio paklaida (SP), moda, mediana, minimali (min.) ir maksimali (maks.) reikšmės. Tolydaus dydžio (atsakymų balo reikšmės) skirtumams tarp kategorinių dydžių (5 pogrupių ir nuo 5 iki 15 jas sudarančių klausimų) nustatyti naudojome dispersinės analizės metodiką (angl. *ANOVA*), kuri padeda išsiaiškinti tolydaus dydžio vidurkio variacijas

ir jų statistinį reikšmingumą priklausomai nuo kategorinio kintamojo. Skirtumo statistinis reikšmingumas nustatytas remiantis Fišerio kriterijumi F. Skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai  $p < 0,05$ . Dviejų lyginamų vidurkių skirtumo statistiniam reikšmingumui įvertinti pritaikytas t kriterijus. Penkių sveikatos įsitikinimų požymių balų grafiniam vaizdavimui panaudotas Radaro grafikas.

#### TYRIMO REZULTATAI

##### Respondentų socialiniai ir demografiniai požymiai.

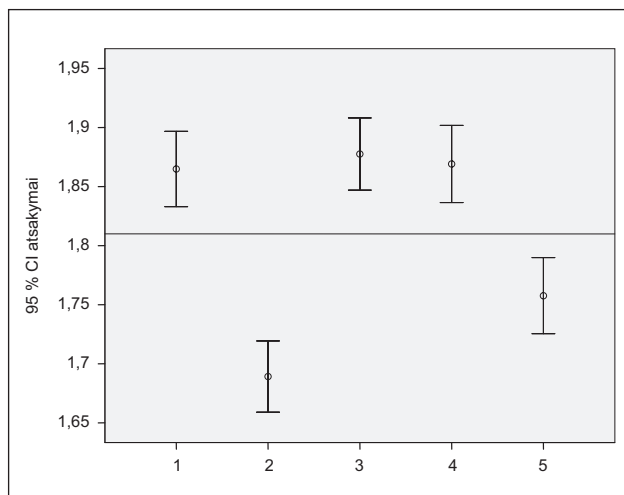
Tyrimo dalyvavo 1 184 vyrai, iš jų 95,5 proc. gyveno mieste ir 4,5 proc. kaime. Vyrų, dalyvavusių ankstyvo prostatos vėžio diagnozavimo programoje, socialinių demografinių požymių analizės rezultatai pateikti 1 lentelėje.

Ištyrus respondentų socialinius ir demografinius požymius nustatyta, kad didesnė vyrų dalis (89,7 proc.) buvo susituokę, turėjo vidurinį išsilavinimą (31,6 proc.) ir priklausė darbininkų socialinei grupei (33,4 proc.).

**Sveikatos įsitikinimų ir nuostatų tyrimas.** Suvoktas jautrumas. Vyrų suvokto jautrumo laipsnis vertintas atsižvelgiant į penkių pogrupio klausimų atsakymus (1 pav.). Nustatyta, jog tarp atsakymų į penkis pogrupio klausimus balų vidurkių buvo statistiškai reikšmingas skirtumas ( $F_{(4,5915)}=27,532$ ,  $P=0,000$ ). Vadinasi, atsakymų į šio pogrupio klausimus įvairovė buvo didelė. Didžioji respondentų dalis sutiko su teiginiu, kad jiems yra rizika susirgti prostatos vėžiu (vertinimo vidurkis 1,88 balo). Respondentams mažiausiai tikėtina atrodė, kad jie turi daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu nei kiti vyrai (vertinimo vidurkis 1,76 balo), ant ra vertus, daugiausia jiems tikėtina tai, kad susirgs per 10 metų.

1 lentelė. Respondentų socialiniai ir demografiniai požymiai

Socialiniai ir demografiniai požymiai	Tiriamoji grupė											
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Šeiminė padėtis	vedęs		nevedęs		neregistruota santuoka		išsiskyręs		našlys		sutuoktinis gyvena atskirai	
	1062	89,7	21	1,8	11	0,9	43	3,6	44	3,7	3	0,3
Išsilavinimas	pradinis		nebaigtas vidurinis		vidurinis		aukštesnysis		nebaigtas aukštasis		aukštasis	
	11	0,9	71	6	374	31,6	326	27,5	62	5,2	340	5,2
Socialinė grupė	darbininkas				tarnautojas		pensininkas		neįgalus		bedarbis	
	N		%		N	%	N	%	N	%	N	%
	395		33,4		359	30,3	280	23,6	84	7,1	66	5,6



1 – ypač tikėtina, kad aš artimiausioje ateityje susirgsiu prostatos vėžiu; 2 – jaučiu, kad artimiausiu metu aš susirgsiu prostatos vėžiu; 3 – didelė tikimybė, kad aš susirgsiu prostatos vėžiu per 10 metų; 4 – tikimybė, kad aš susirgsiu prostatos vėžiu, yra didelė; 5 – man yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei kitiems vyrams.

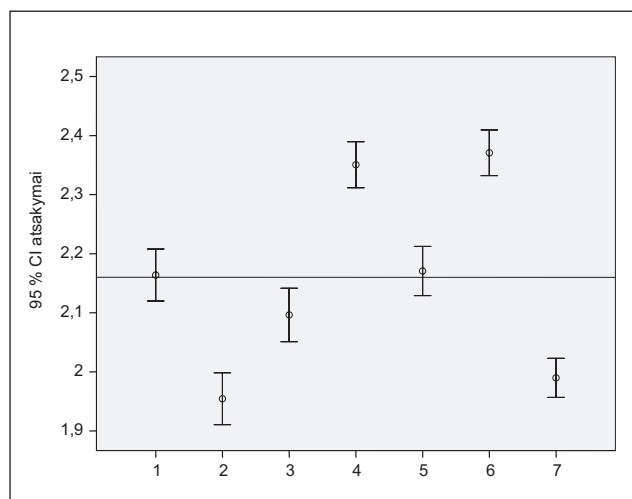
1 pav. Respondentų suvokto jautrumo įvertinimas (horizontali linija – bendras balo vidurkis)

Vertinant respondentų atsakymus nustatyti tam tikri prieštaravimai atsakymuose apie suvoktą jautrumą. Tiriama jų nuomone, yra teorinė tikimybė, kad artimoje ateityje jie susirgs prostatos vėžiu, tačiau jie nepritaria minčiai, jog artimiausiu metu juo susirgs. Respondentai suvokia, kad per artimiausius 10 metų jie gali susirgti prostatos vėžiu, taip pat mano, jog tikimybė susirgti juo apskritai yra didelė, tačiau nesutinka, kad jiems yra didesnė tikimybė susirgti šia liga negu kitiems vyrams. Visa tai rodo, jog į profilaktinius patikrinimus atvykstantiems vyrams trūksta informacijos apie jų riziką susirgti, nes įrodymais pagrįstų tyrimų, paremiančių jų



nuostatas, nėra. Dėl nepagrįstos baimės didėja jų stresas, blogėja gyvenimo kokybė ir gali mažėti profilaktiškai apsilankančių vyrų skaičius.

**Suvoktas ligos rimtumas.** Vertinant suvoktą rimtumą nustatyta, jog tarp atsakymų į septynis pogrupo klausimus balų vidurkių buvo statistiškai reikšmingas skirtumas ( $F_{(6,8281)}=59,580, P=0,000$ ) (2 pav.). Tai rodo, kad atsakymai į šio pogrupo klausimus gerokai varijavo. Didžioji tiriamųjų dalis sutiko su teiginiu „jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas“ (vertinimo vidurkis 2,37 iš 3 balų). Didelį suvokto rimtumo laipsnį atspindi atsakymai į klausimą „problemos, kurias aš patirčiau dėl prostatos vėžio, būtų ilgalaikės“ (vertinimo vidurkis 2,35 iš 3 balų). Mažesniu balu buvo vertinami teiginiai, susiję su emocine sfera: „jaučiu, kad aš susirgsiu prostatos vėžiu ateityje“ vertinta vidutiniškai 1,95 balo, „kai pagalvoju apie prostatos vėžį, mano širdis plaka dažniau“ – 1,99 balo. Tiriant respondentų suvokto rimtumo įvertinimo vidurkį (2,16 balo) nustatyta, kad jis buvo gerokai didesnis negu suvokto jautrumo vertinimo vidurkis (1,81 balo;  $t=30,4$ , laisvės laipsnis (angl.  $df$ ) = 14 206,  $p<0,0001$ ).



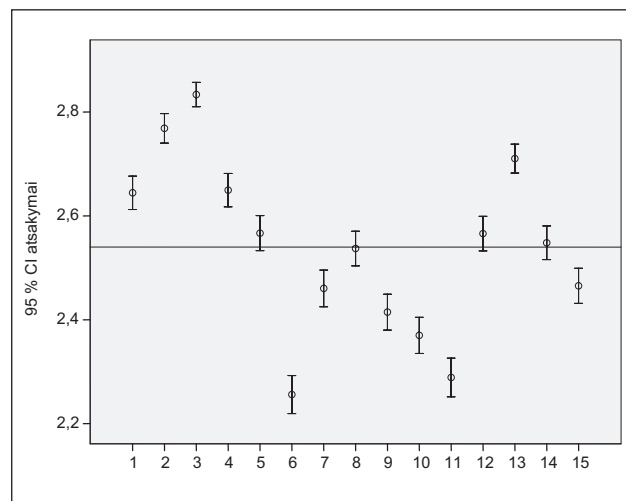
1 – mintis apie prostatos vėžį mane gąsdina; 2 – kai pagalvoju apie prostatos vėžį, mano širdis plaka dažniau; 3 – aš bijau galvoti apie prostatos vėžį; 4 – problemos, kurias aš patirčiau dėl prostatos vėžio, būtų ilgalaikės; 5 – dėl prostatos vėžio kiltų grėsmė santykiams su mano žmona (drauge ar partnere); 6 – jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas; 7 – jei susirgčiau prostatos vėžiu, neišgyvenčiau ilgiau kaip 5 metus.

2 pav. Respondentų suvokto ligos rimtumo tyrimo rezultatai (horizontali linija – bendras balo vidurkis)

V. Champion teigia, kad suvoktas jautrumas ir rimtumas laikomi grėsme, kuri turėtų skatinti sveikatai saugančią elgseną. Suvoktas jautrumas ir rimtumas

sukelia baimę, kuri yra pagrindinis veiksnys, skatinantis grėsmės, veikimo naudos suvokimo ir veiksmingumo pojūčius. Baimės intensyvumas gali sukelti teigiamą, neigiamą ar kreivinį psichologinį atsaką, susijusį su požiūriu į onkologinės ligos profilaktinę programą ir sveikatą saugančią elgseną. Pernelyg didelė baimė gali sutrukdyti vyrui dalyvauti atrankos programoje, o pernelyg maža baimė bus nepakankama motyvacija joje dalyvauti. Vidutinis baimės lygis būtų geriausiai motyvuojantis veiksnys, skatinantis asmenį imtis veiksmų ligos rizikai sumažinti [9, 10, 11, 12].

**Suvokta profilaktinės programos ir atliktų tyrimų nauda.** Suvokta profilaktinės programos nauda buvo vertinama klausiant vyrų nuomonės apie prostatos specifinio antigeno (PSA), digitalinio prostatos tyrimų ir prostatos biopsijos atlikimo reikalingumą. Vertinant suvoktą naudą nustatyta, jog tarp atsakymų į penkiolika pogrupo klausimų balų vidurkių yra statistiškai reikšmingas skirtumas ( $F_{(14,17745)}=100,192, P=0,000$ ) (3 pav.).



1 – kai atliktas rekomenduotas PSA testas, aš esu ramus; 2 – sužinojęs, kad PSA testo rezultatai neviršija normos, aš mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio; 3 – atliktas PSA testas man padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį; 4 – PSA testo atlikimas man sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio; 5 – atlikus PSA testą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė; 6 – kai man atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas, aš esu ramus; 7 – sužinojęs teigiamus (gerybinio pobūdžio) digitalinio tyrimo rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio; 8 – atliktas digitalinis tyrimas padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį; 9 – digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio; 10 – atlikus digitalinį tyrimą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė; 11 – kai man atlikta rekomenduota prostatos biopsija, aš esu ramus; 12 – sužinojęs teigiamus prostatos biopsijos rezultatus, mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio; 13 – atlikta prostatos biopsija padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį; 14 – prostatos biopsijos atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio; 15 – atlikus prostatos biopsiją, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė.

3 pav. Suvoktos profilaktinės programos naudos įvertinimas (horizontali linija – bendras balo vidurkis)

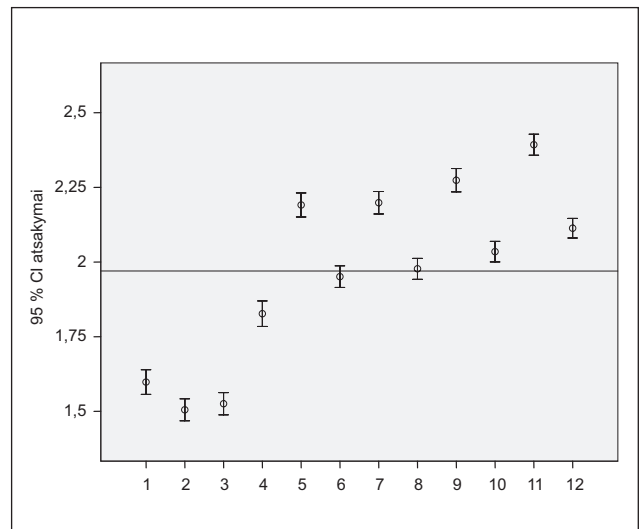


Tai rodo, kad atsakymų į šio pogrupio klausimus įvairovė buvo didelė. Svarbiausi teiginiai, atspindintys respondentų suvoktą naudą, buvo tokie: „atliktas PSA testas man padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį“ (vertinimo vidurkis 2,83 balo), „sužinojęs, kad PSA testo rezultatai neviršija normos, aš mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio“ (vertinimo vidurkis 2,77 balo), „PSA testo atlikimas man sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio“ (vertinimo vidurkis 2,65 balo). Vyrų suvoktos naudos vertinimų vidurkis buvo dar didesnis (2,54 iš 3 balų) lyginant su suvoktu jautrumu (1,81 balo;  $t=82,4$ , laisvės laipsnis (angl.  $df$ ) = 23 678,  $p<0,0001$ ) ir suvoktu rimtumu (2,16 balo;  $t=44,5$ , laisvės laipsnis (angl.  $df$ ) = 26 046,  $p<0,0001$ ).

**Suvoktos kliūtys, trukdančios dalyvauti profilaktikos programoje.** Vertinant suvoktą kliūčių koncepciją nustatyta, jog tarp atsakymų į dvylika pogrupio klausimų balų vidurkių yra statistiškai reikšmingas skirtumas ( $F_{(11,14196)}=241,821$ ,  $P=0,000$ ) (4 pav.). Vadinasi, atsakymų į šio pogrupio klausimus variabilumas buvo didelis. Dažniausios kliūtys, trukdančios dalyvauti ankstyvos prostatos vėžio profilaktikos programoje, buvo respondentų nuomonė, kad prostatos biopsijos atlikimas būtų skausmingas (vertinimo vidurkis 2,39 balo) ir juos varžytų (vertinimo vidurkis 2,27 balo), digitalinis tyrimas būtų skausmingas (vertinimo vidurkis 2,20 balo) ir juos varžytų (vertinimo vidurkis 2,19 balo). Tokios kliūtys, kaip tyrimų kaina ir laiko sąnaudos, apklaustiems vyrams buvo mažiau svarbios. Kliūtys, trukdančios dalyvauti profilaktikos programoje, respondentams buvo mažiau svarbios (vertinimų vidurkis 1,97 iš 3 balų) lyginant su suvoktu rimtumu (2,16 balo;  $t=19,1$ ; laisvės laipsnis (angl.  $df$ ) = 22 494,  $p<0,0001$ ), tačiau svarbesnės negu suvoktas jautrumas (1,81 balo;  $t=14,8$ , laisvės laipsnis (angl.  $df$ ) = 20 126,  $p<0,0001$ ).

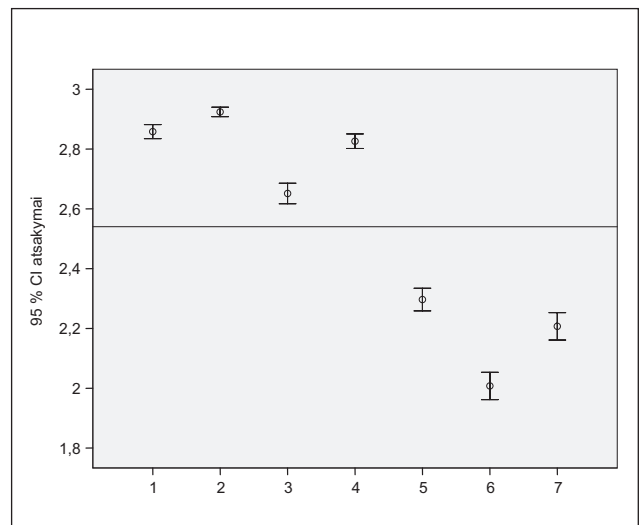
Labai svarbūs sveikatos įsitikinimų klausimyno komponentai yra suvoktos nauda ir kliūtys. Suvokta nauda reiškia, jog vyras mano, kad galima anksti diagnozuoti prostatos vėžį ir jį išgydyti. Kliūtėmis laikoma tai, kas trukdo asmeniui dalyvauti nuo prostatos vėžio pasekmių apsaugančioje elgsenoje, pavyzdžiui, vėžio, tyrimų, gydymo, finansinių sunkumų, lytinių funkcijų sutrikimo, skausmo baimė.

**Bendra sveikatos motyvacija.** Vertinant sveikatos motyvaciją nustatyta, jog tarp atsakymų į septynis pogrupio klausimus balų vidurkių yra statistiškai reikšmingas skirtumas ( $F_{(6,8281)}=435,509$ ,  $P=0,000$ ) (5 pav.). Vadinasi, atsakymų į šio pogrupio klausimus įvairovė buvo didelė. Dažniausios nuostatos, motyvuojančios respondentus dalyvauti prostatos vėžio profilaktinėje



1 – PSA testo atlikimas mane varžytų; 2 – PSA testo atlikimas užimtų per daug laiko; 3 – PSA testo atlikimas būtų skausmingas; 4 – PSA testas per brangus; 5 – digitalinio tyrimo atlikimas mane varžytų; 6 – digitalinio tyrimo atlikimas užimtų per daug laiko; 7 – digitalinio tyrimo atlikimas man būtų skausmingas; 8 – digitalinis tyrimas per brangus; 9 – prostatos biopsijos atlikimas mane varžytų; 10 – prostatos biopsijos atlikimas užimtų per daug laiko; 11 – prostatos biopsijos atlikimas man būtų skausmingas; 12 – prostatos biopsijos atlikimas per brangus.

4 pav. Respondentų suvoktų kliūčių dalyvauti tyrimuose analizė (horizontali linija – bendras balo vidurkis)



1 – savo sveikatos problemas noriu atrasti anksti; 2 – man labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą; 3 – aš ieškau naujos informacijos, kaip pagerinti savo sveikatą; 4 – aš manau, kad svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla; 5 – aš laikausi sveikos mitybos principų; 6 – aš mankštinuosi ne mažiau kaip 3 kartus per savaitę; 7 – aš net nesirgdamas reguliariai tikrinuosi sveikatą.

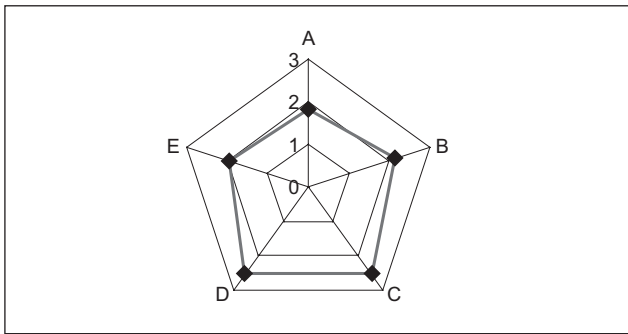
5 pav. Sveikatos motyvacijos tyrimo rezultatai (horizontali linija – bendras balo vidurkis)

2 lentelė. Sveikatos motyvacijos sąsajos su respondentų socialinėmis grupėmis

Motyvacijos koncepcija		N	Vidurkis (balai)	±m
Savo sveikatos problemas noriu rasti anksti	Darbininkas	395	2,86	0,021
	Tarnautojas	359	2,88	0,020
	Pensininkas	280	2,84	0,024
	Neįgalus	84	2,86	0,048
	Nedirba	66	2,83	0,063
	$F_{(4,1179)}=0,464, P=0,762$			
Man labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą	Darbininkas	395	2,93	0,013
	Tarnautojas	359	2,94	0,012
	Pensininkas	280	2,89	0,020
	Neįgalus	84	2,93	0,028
	Nedirba	66	2,91	0,042
	$F_{(4,1179)}=1,338, P=0,254$			
Aš ieškau naujos informacijos, kaip pagerinti savo sveikatą	Darbininkas	395	2,56	0,033
	Tarnautojas	359	2,74	0,028
	Pensininkas	280	2,69	0,034
	Neįgalus	84	2,62	0,068
	Nedirba	66	2,56	0,084
	$F_{(4,1179)}=4,813, P=0,001$			
Aš manau, kad yra svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla	Darbininkas	395	2,77	0,024
	Tarnautojas	359	2,89	0,018
	Pensininkas	280	2,83	0,026
	Neįgalus	84	2,82	0,042
	Nedirba	66	2,83	0,055
	$F_{(4,1179)}=3,722, P=0,005$			
Aš laikausi sveikos mitybos principų	Darbininkas	395	2,21	0,034
	Tarnautojas	359	2,30	0,034
	Pensininkas	280	2,43	0,037
	Neįgalus	84	2,26	0,076
	Nedirba	66	2,26	0,087
	$F_{(4,1179)}=4,590, P=0,001$			
Aš mankštinausi ne mažiau kaip tris kartus per savaitę	Darbininkas	395	1,89	0,040
	Tarnautojas	359	2,13	0,042
	Pensininkas	280	2,05	0,047
	Neįgalus	84	1,90	0,091
	Nedirba	66	2,03	0,106
	$F_{(4,1179)}=4,570, P=0,001$			
Aš net nesirgdamas reguliariai tikrinuosi sveikatą	Darbininkas	395	2,06	0,041
	Tarnautojas	359	2,34	0,040
	Pensininkas	280	2,26	0,047
	Neįgalus	84	2,17	0,093
	Nedirba	66	2,14	0,106
	$F_{(4,1179)}=6,395, P=0,000$			

programoje, buvo nuomonė, kad svarbu išsaugoti gerą sveikatą (vertinimo vidurkis 2,92 balo), svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla (vertinimo vidurkis 2,83 balo), noras anksti atrasti sveikatos problemas (vertinimo vidurkis 2,86 balo). Respondentai mažiausiai reikšmės teikė fiziniam aktyvumui, kaip sveikatos stiprinimo veiksmui (vertinimo vidurkis 2,01).

Tyrimas parodė, kad bendra sveikatos motyvacija buvo svarbiausias veiksnys dalyvauti ankstyvos prostatos vėžio profilaktikos programoje (vertinimų vidurkis 2,54 iš 3 balų) lyginant su suvoktu rimtumu (2,16 balo;  $t=34,5$ , laisvės laipsnis (angl.  $df$ ) = 16 574,  $p<0,0001$ ), suvoktu jautrumu (1,81 balo;  $t=67,0$ , laisvės laipsnis (angl.  $df$ ) = 14 206,  $p<0,0001$ ) ir suvoktomis kliūtimis (1,97 balo;  $t=58,7$ , laisvės laipsnis (angl.  $df$ ) = 22 494,  $p<0,0001$ ) (6 pav.).



(A – jautrumas, B – rimtumas, C – nauda, D – motyvacija, E – kliūtys)

6 pav. Penkių koncepcijų vidutinė balo vertė

Sveikatos motyvacija stimuliuoja konkretų žmonių veikimą siekiant sveikatos. Suvokta ligos grėsmė (jautrumas ir rimtumas) bei įsisaugojanti nauda yra pagrindiniai veiksniai, lemiantys nusiteikimą sveikatai ir pozityvius veiksmus sveikatai stiprinti. Moksliniais įrodymais pagrįsta informacija apie teigiamus vėžio atrankos programų rezultatus suformuoja pozityvų požiūrį į prostatos vėžio profilaktikos programą. Sveikatos motyvacija skatina sveiką gyvenimą (sveika mityba, tinkamas fizinis aktyvumas), sveikatos rizikos vengimą (rūkymas, alkoholizmas) ir aktyvų dalyvavimą imunoprofilaktikoje [13, 14, 15].

**Sveikatos motyvacijos sąsajos su socialinėmis respondentų grupėmis.** Vertinant sveikatos motyvacijos nuostatų sąsajas su respondentų socialinėmis grupėmis nustatyta, jog tarp atsakymų į septynis pogrupio klausimus balų vidurkių yra statistiškai reikšmingas skirtumas atsakant į teiginius: „aš ieškau naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą“ ( $F_{(4,1179)}=4,813$ ,  $P=0,001$ ),

„aš manau, kad svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla“ ( $F_{(4,1179)}=3,722$ ,  $P=0,005$ ), „aš laikausi sveikos mitybos principų“ ( $F_{(4,1179)}=4,590$ ,  $P=0,001$ ), „aš mankštinuosiu ne mažiau kaip 3 kartus per savaitę“ ( $F_{(4,1179)}=4,570$ ,  $P=0,001$ ), „aš net nesirgdamas reguliariai tikrinuosiu sveikatą“ ( $F_{(4,1179)}=6,395$ ,  $P=0,000$ ) (2 lentelė). Tokios sveikatos motyvacijos nuostatos, kaip noras anksti nustatyti sveikatos problemas, išsaugoti gerą sveikatą, informacijos apie sveikatos gerinimą paieškos, nuomonė, kad reikia užsiimti sveikatą stiprinančia veikla, reguliarius sveikatos tikrinimasis, pakankamas fizinis aktyvumas, vyravo tarnautojų socialinėje grupėje, o mažiausiai išreikštos buvo pensininkų ir nedirbančių asmenų grupėse. Sveikatą stiprinanti veikla, profilaktinis sveikatos tikrinimasis mažiausiai svarbus buvo darbininkams lyginant su kitomis socialinėmis grupėmis.

## REZULTATŲ APTARIMAS

Mokslinės literatūros analizė parodė, kad socialiniai ir kultūriniai veiksniai turi įtakos įsitikinimams apie vėžio prevenciją ir kontrolę bei žmogaus elgesį. Skirtinguose šaltiniuose šie veiksniai vertinami kaip kliūtys, ganėtina stipriai lemiančios tam tikrų populiacijų pasitikrinimą dėl vėžio. Socialiniams veiksniams priskiriamas socialinis ekonominis statusas (SES): kuo jis žemesnis, tuo blogesnis informacijos apie sveikatą prieinamumas, menkesnės galimybės patikrinti dėl vėžio, patekti į sveikatos priežiūros institucijas [16].

Sveikatos kontekste kultūra apibūdinama kaip unikalios vertybės, įsitikinimai, taip pat tiesiogiai su sveikata susijusio elgesio propagavimas. Apsisprendimą išsitiirti ar nesitiirti dėl onkologinės ligos veikia potencialaus paciento kultūra. Kultūriniais veiksniams priskiriami žmonių įsitikinimai apie prostatos vėžį ir požiūris į patikrinimą dėl prostatos vėžio. Pavyzdžiui, afroamerikiečiai vyrai labiau linkę prie fatalistinių įsitikinimų. Fatalizmas reiškia tikėjimą, jog visi įvykiai nepriklauso nuo žmogaus kontrolės. Tyrimai parodė, kad, kalbant apie vėžį, mažiau išsilavinusių žmonių grupės dažniau renkasi fatalistinį požiūrį. Daroma prielaida, kad kultūros įtaką sveikam elgesiui iš dalies veikia socialiniai veiksniai [4, 5].

Medicinos sociologai sukūrė teoriją, teigiančią, kad kultūrinis kontekstas gali paaiškinti tam tikrus įsitikinimus, lūkesčius ir suvokiamą gydymo naudą [17]. Mokslininkai mano, kad sveikatą puoselėjančio elgesio kliūtimis gali būti požiūris, papročiai, gyvenimo patirtis ir praktika [18].

Dėl kol kas neaiškių priežasčių prostatos vėžio dažnis reikšmingai skiriasi priklausomai nuo rasės: tarp

afroamerikiečių vyrų prostatos vėžys yra labiausiai paplitęs. Jungtinėse Amerikos Valstijose afroamerikiečių vyrų mirtingumas nuo prostatos vėžio yra du kartus didesnis nei kaukaziečių vyrų (baltųjų). Statistika rodo, jog 2002–2006 m. kaukaziečių vyrų mirtingumas nuo prostatos vėžio buvo 23,6 atvejo iš 100 000, o afroamerikiečių vyrų – 53,6 iš 100 000 (JAV Vėžio statistikos darbo grupė, 2009). Prostatos vėžio pažengusios formos diagnostika tarp afroamerikiečių ir kaukaziečių vyrų yra 3:1 [19].

Mokslininkai nustatė keletą socialinių veiksnių, kurie priklausomai nuo etninių grupių skirtingai veikia populiacijos sveikatą. Šie socialiniai veiksniai, prie kurių priskiriami SES ir draudimo lėšos, manoma, nulemia afroamerikiečių vyrų atidėliojimą pasitikrinti dėl prostatos vėžio. Žemas socialinis ir ekonominis statusas siejamas su prastais prostatos vėžio rezultatais, tačiau ne su didesniu prostatos vėžio paplitimu tarp afroamerikiečių vyrų [20]. Tyrimai parodė, kad yra diagnozės stadijų nustatymo skirtumų, susijusių su mažomis pajamomis ar skurdu, darbu ar profesija ir draudimo sumų [6].

J. H. Fowke [21] nustatė rasinius skirtumus patikrinimuose dėl prostatos vėžio, lyginant vyrus, gaunančius mažesnes pajamas, kurių amžius svyravo nuo 40 iki 79 metų. Šiame tyrime 84 proc. vyrų buvo afroamerikiečiai. Tyrimo rezultatai parodė, kad rasiniai skirtumai pasitikrinimų dažnume priklausė ir nuo amžiaus. Vertinant vyrus, kuriems daugiau nei 65 metai, matyti, kad per pastaruosius 12 mėnesių kaukaziečiai vyrai gerokai dažniau atliko PSA testus nei afroamerikiečiai vyrai. Tačiau lyginant pagal socialinį ir ekonominį statusą šie skirtumai sumažėjo. Tarp tyrimo dalyvių, kurie buvo jaunesni nei 65 metų, kaukaziečiai vyrai apytikriai vienodai, kaip ir afroamerikiečiai, neatliko PSA testo per pastaruosius 12 mėnesių, rezultatai šiek tiek skyrėsi lyginant pagal SES.

J. Winterich su bendr. [22] ištyrė išsilavinimo ir rasės įtaką vyrų įsitikinimams ir žinioms apie prostatos vėžį ir jo patikrinimą. Autoriai spėjo, kad menkos žinios apie prostatos vėžį ir jo patikrinimą paveikė rasinius skirtumus tarp mirčių nuo vėžio dažnių. Atlikti nuodugnūs interviu su 65 skirtingo išsilavinimo afroamerikiečiais ir kaukaziečiais vyrais. Tyrimo rezultatai parodė, kad ne rasė, o išsilavinimas siejamas su žiniomis apie prostatos vėžį ir jo patikrinimą.

Manoma, kad keletas veiksnių veikia kaip pasitikrinimo dėl vėžio kliūtys afroamerikiečių ir kai kuriose kitose populiacijose. Šiems veiksniams priskiriamas žinojimo trūkumas, kuris nulemia sveikatos ir kultūros įsitikinimus, ir netinkamas sveikatos specialistų

požiūris į problemą [6]. Kiti autoriai teigia, kad psichosocialiniai veiksniai, susiję su pasitikrinimu dėl vėžio, susideda iš įsitikinimų ir suvokimo, rizikos ir pagalbos suteikimo [23].

V. D. Woods su bendr. [24], tirdami afroamerikiečių vyrų požiūrį, elgesį ir įsitikinimus apie prostatos vėžio prevenciją, pasinaudojo kokybine metodologija. Jie nustatė, kad menkas žinojimas apie ligą sukelia baimę, kuri nulemia individo nenorą gauti informacijos apie prevenciją. Be to, tyrimo dalyviai manė, jog vizitas pas gydytoją reikalingas tik tuo atveju, jei jaučiamas skausmas ar kokie nors kiti simptomai. Preveninės sveikatos paslaugos buvo laikomos kaip ne esminės.

Kokybiniuose tyimuose apie kliūtis pasitikrinti dėl prostatos vėžio nurodomos dažniausios priežastys, trukdančios dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programose, buvo gėda, susirūpinimas, procedūrų baimė ir nepasitikėjimas medicinos specialistais [25, 26]. Žinių apie prostatos vėžį ir jo patikrinimą trūkumas taip pat buvo stipri kliūtis, slopinanti elgseną sveikatos labui [24]. Nepaisant aprašytų kliūčių, tyrimų dalyviai tikėjo, jog reguliarūs pasitikrinimai gali būti efektyvūs nustatant ankstyvos formos prostatos vėžį, ir jie nebuvo nusiteikę prieš šią procedūrą [25].

Svarbi sveikatos įsitikinimų teorijos prielaida yra ta, jog asmens motyvacijos įsitraukti į tam tikrą sveikatos priežiūrą supratimas padės nustatyti prevencinės sveikatos veiklos būdą. J. R. Bloom su bendr. [26] tyrė, kodėl žmonės priima prevencines sveikatos paslaugas ir kodėl jie prisideda arba neprisideda prie sveikatos programų. Kalbėdami apie prostatos vėžį jie teigė, jog vyrai, kurių šeimoje pasitaikė prostatos vėžio atvejų, manys esą labiau pažeidžiami, todėl nauda nusvers kliūtis ir jie sutiks atlikti reikiamus tyrimus. Tačiau kiti tyrimai, nustatantys paskatas, motyvuojančias vyrus prižiūrėti sveikatą, atskleidė tai, jog Afrikos vyrai su teigiamomis šeimos vėžio prostatos anamnezėmis parodo stebėtinai žemus prostatos vėžio patikrinimo rodiklius [28, 29, 30, 31, 32].

Apibendrinant reikėtų pabrėžti, kad aukštesnis socialinis ir ekonominis statusas yra svarbi geresnės prieigos prie sveikatos priežiūros paslaugų prielaida. Tačiau lieka neatsakytas klausimas apie sveikatos ir SES lygio santykį. Neaišku, kokie SES aspektai, pajamos ar išsilavinimas iš tikrųjų yra svarbūs, koks yra priežastinis ryšys – ar žemesnis SES lygis nulemia prastesnę sveikatą, ar, priešingai, prastesnė sveikata turi įtakos žemesniam SES. Nors pastarųjų metų tyrimai atskleidė SES skirtumus prostatos vėžio patikrinimo praktikoje, vis dėlto SES ir sveikatos ryšys lieka iki galo neištirtas.

Kokybiniai sveikatos įsitikinimų tyrimai atskleidžia santykį tarp žinių bei įsitikinimų apie ligą ir elgsenos, reaguojant į prostatos vėžio patikrinimą. Nors ir yra kai kurių skirtumų, tyrimai parodė išreikštą vyrų norą dalyvauti prostatos vėžio patikros programoje, nepaisant jų baimės, gėdos ir ribotų žinių. Vyrų dalyvavimas prostatos vėžio profilaktinėse programose susijęs su sociokultūrinio kontekstu, kuris apima tokius veiksnius, kaip amžius, etninė priklausomybė, gyvenimo būdas, socialinis ir ekonominis statusas. Tyrimai išryškino kai kuriuos elgsenos ir pažintinius procesus: gyvenimo būdą, papročius, gyvenimo patirtį ir praktiką, kurie veikia prostatos vėžio patikrinimus skirtingose populiacijose. Ateityje būtina ištirti respondentų atsakymus į konkrečius koncepcijų klausimus jų viduje. Tuo bus siekiama detalizuoti tikslinės grupės suvokimą apie požiūrį į ligą, jos rimtumą, suvoktą profilaktinės programos ir atliktų tyrimų naudą bei kliūtis, kurios trukdo dalyvauti jose, ir bendrą sveikatos motyvaciją įvairiose socialinėse, išsilavinimo, amžiaus ir šeiminės padėties grupėse.

### IŠVADOS

1. Didžioji dalis ankstyvos prostatos vėžio profilaktikos programoje dalyvavusių vyrų buvo susituokę (89,7 proc.), turintys vidurinį (31,6 proc.) ir aukštesnįjį (27,5 proc.) išsilavinimą bei priklausantys darbininkų (33,4 proc.) ir tarnautojų (30,3 proc.) socialinėms grupėms.

2. Tiriant vyrų sveikatos įsitikinimus pagal penkias koncepcijas: suvoktus jautrumą, rimtumą, naudą, kliūtis ir sveikatos motyvaciją, nustatyta, jog visose sveikatos nuostatų srityse tarp atsakymų į pogrupių klausimus balų vidurkių buvo statistiškai reikšmingi skirtumai. Taigi atsakymai į visų pogrupių klausimus gerokai varijavo.

3. Tyrimas parodė, kad sveikatos motyvacija buvo svarbiausias stimulus dalyvauti ankstyvos prostatos vėžio profilaktikos programoje (vertinimų vidurkis 2,54 iš 3 balų) lyginant su suvoktu rimtumu (2,16 balo;  $t=34,5$ ,  $df=16\ 574$ ,  $p<0,0001$ ), suvoktu jautrumu (1,81 balo;  $t=67,0$ ,  $df=14\ 206$ ,  $p<0,0001$ ) ir suvoktomis kliūtimis (1,97 balo;  $t=58,7$ ,  $df=22\ 494$ ,  $p<0,0001$ ).

4. Sveikatos motyvacijos nuostatos: noras anksti nustatyti sveikatos problemas, išsaugoti gerą sveikatą, informacijos apie sveikatos pagerinimą paieškos, nuomonė, kad reikia užsiimti sveikatą stiprinančia veikla, reguliarus sveikatos tikrinimasis, tinkamas fizinis aktyvumas, mažiausiai išreikštos buvo pensininkų ir nedirbančiųjų grupėse, o daugiausiai – tarnautojų grupėje. Sveikatą stiprinanti veikla, profilaktinis sveikatos tikrinimasis mažiausiai svarbūs buvo darbininkams, lyginant su kitomis socialinėmis grupėmis.

### Literatūra

- Schaid DJ. The complex genetic epidemiology of prostate cancer. *Human Molecular Genetics* 2004; 13(1):103-121.
- Kumar RJ, Bargawi AB, Crawford ED. Epidemiology of Prostate Cancer. *US Oncology Review*, 2005.
- Jankevičius F. Prostatos vėžys: ankstyvos diagnostikos ir profilaktikos galimybės. *Gydymo menas* 2008; 7.
- Powe BD. Fatalism among elderly African Americans: effects on colorectal cancer screening. *Cancer Nursing* 1995; 18(5):385-392.
- Niederdeppe J, Gurmankin Levin A. Fatalistic Beliefs about Cancer Prevention and Three Prevention Behaviors. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 2007; 16:998-1003.
- Oliver JS. Prostate Cancer Screening Patterns Among African American Men in the Rural South. Georgia State University: Nursing Dissertation 2008; 101.
- Lietuvos Respublikos SAM 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005.
- Rawl S, Champion V, Menon U, Loehrer P, Vance G, Hunter C et al. Differences on health beliefs by stage of readiness to screen for colorectal cancer among first-degree relatives of affected individuals. *Annals of Behavioral Medicine* 2001; 23(Supplement):S202.
- Champion V, Foster JL, Menon U. Tailoring interventions for health behavior change in breast cancer screening. *Cancer Practice* 1997; 5(5):283-288.
- Champion VL. Revised Susceptibility, Benefits and Barriers Scale for Mammography Screening. *Research in Nursing and Health* 1999; 22:341-348.
- Aiken LS, West SG et al. Health beliefs and Compliance with Mammography-Screening Recommendations in Asymptomatic Women. *Health Psychology* 1994; 13:122-129.
- Hofstetter CR, Sallis JF, Hovell MF. Some health dimensions of self-efficacy: analysis of theoretical specificity. *Soc Sci Med* 1990; 31(9):1051-1056.
- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Linking Theory, Research, and Practice. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, eds. K. Glanz, F. M. 1997.
- Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Fransisco: Wiley & Sons, 2002.
- Strecher VJ, Rosenstock IM. The Health Belief Model. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, eds. K. Glanz, F. M. Lewis, and B. K. Rimer. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
- Stewart SL, Rakowski W, Pasick R. Behavioral Constructs and Mammography in Five Ethnic Groups. *Health Education and Behavior* 2009; 36(1):368-74.
- Wilkes L, Cioffi J, Ho S. Prostate cancer: men's health and their prostate. *Health Education* 2004; 104(3):143-151.
- Forrester-Anderson IT. Prostate cancer screening preceptions, knowledge and behaviors among African American men: Focus group findings. *Journal of health Care for the Poor and Underserved* 2005; 16:22-30.
- Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, Feuer EJ, Thun MJ. *Cancer Statistics, 2005 CA Cancer J Clin* 2005; 55:10-30.
- Gilligan T, Wang PS, Levin R, Kantoff PW, Avorn J. Racial Differences in Screening for Prostate Cancer in the Elderly. *Arch Intern Med* 2004; 164:1858-1864.
- Fowke JH, Schlundt D, Signorello LB. Prostate cancer screening between low-income American African and Caucasian men. *Urol Oncol* 2005; 23:33-340.



22. Winterich J, Grzywacz JG, Quandt SA, Clark PE, Miller DP, Acuna J, Dignan MB, Arcury TA. Men's Knowledge and Beliefs About Prostate Cancer: Education, Race, and Screening Status. *Ethnicity and Disease* 2009; 19:199-203.

23. Hoffman RM, Gilliland FD. A population based survey of prostate cancer screening in New Mexico. *J Comm Health* 1999; 24:409-19.

24. Woods VD, Montgomery SB, Herring RP, Gardner RW, Stokols D. Social Ecological Predictors of Prostate Specific Antigen Blood test and Digital rectal Examination in Black American Men. *Journal of the National Medical Association* 2006; 98(4):492-504.

25. Clarke-Tasker VA, Wade R. What we thought we knew: African-American males' perceptions of prostate cancer and screening methods. *Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education* 2002; 13(13):56-60.

26. Kleier JA. Fear of and Susceptibility to Prostate Cancer as Predictors of Prostate Cancer Screening among Haitian-American Men. *Urological Nursing* 2010; 30(3):179-188.

27. Bloom JR, Stewart SL, Oakley-Girvans I, Banks PJ, Chang S. Family history, perceived risk, and prostate cancer screening among African American men. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2006; 15:2126-2173.

28. Weinrich GP, Reynolds WA, Tinggen MS, Starr CR. Barriers to prostate cancer screening. *Cancer Nursing* 2004; 23(2):117-121.

29. Weinrich GP. Prostate cancer screening in high-risk men: African American hereditary prostate cancer study network. *Cancer* 2006; 106(4):796-803.

30. Blocker DE, Smith Romacki L, Thomas KB, Jones BL, Jackson EJ, Reid L et al. Knowledge, beliefs and barriers associated with prostate cancer prevention and screening behaviors among African-American men. *Journal of the American Medical Association* 2006; 98(8):1286-1295.

31. Woods DV, Montgomery SB, Herring PR. Recruiting African American men for research on prostate cancer prevention. *Cancer* 2004; 100(5):1017-1025.

32. Demark-Wahnefried W, Strigo T, Catoe T. Knowledge, beliefs, and prior screening behavior among blacks and whites reporting for prostate cancer screening. *Urology* 1995; 46:46-351.

#### MEN'S ATTITUDE TO THE EARLY-DETECTION OF PROSTATE CANCER IN CONNECTION WITH HEALTH BELIEFS

Renata Čepanauskienė, Danutė Kalibatiene, Romualdas Gurevičius  
Summary

**Key words:** early detection of prostate cancer, health beliefs.

*In order to implement preventive measures, favourable population's disposition towards taking part in preventive programmes is essential. People's disposition towards health as well as behaviour towards the sake of health is influenced by sociocultural factors such as socioeconomic status, beliefs and comprehensible personal risk to come down with some disease.*

*The aim of the paper was to analyze and assess male, who had taken part in the early detection programme of prostate cancer, health beliefs and their relationship with sociocultural factors.*

*Research material and methods. An early prostate cancer detection programme carried out in Vilnius Šeškinė outpatient clinic has been chosen for this investigation. 1184 men have been questioned. The respondent age was between 45 and 79, the average was the age of 59,2. The period of investigation comprised the year 2009–2010. V. Champion's list of questions, applied for preventive programmes of oncological diseases, was used for the quantitative research of health beliefs. The research statistical data analysis was carried out using „Microsoft Excel for Windows 2003“ and „SPSS 17.0 for Windows“*

*programmes. Standard characteristics were calculated: a general number of observations (n), the mean (M), the standard errors of the mean (SP), mode, median, minimum (Min) and maximum (Max).. Standard procedure Analysis of variance (ANOVA) was used to identify the differences of continuous value (answer score values) between categorical variables (5 subgroups and from 5 to 15 questions in every group). The statistical significance of the difference was evaluated using Fisher criterion F, the difference is statistically significant when  $p < 0,05$ . Student's test was applied to evaluate the statistical significance of the difference between two compared means. Radar graph was used for graphic scores presentation of five health belief features.*

*Research results and conclusions. Most of the men, who took part in the early prevention programme of prostate cancer, were married (89,7 %), with secondary school education (31,6 %) and belonged to the working class (33,4 %). While investigating male health beliefs have been evaluated according to five conceptions, such as perceived susceptibility, severity, benefits, barriers and health motivation. It was identified that there were statistically significant differences in all health attitude fields between the answer score averages towards subgroup questions. Thus, in all subgroups the answers to questions varied considerably.*

*The investigation showed that health motivation was the most important stimulus to take part in the early prevention programme of prostate cancer (assessment mean is 2,54 out of 3 points) in comparison with the perceived severity (2,16 points;  $t=34,5$ ,  $df=16574$ ,  $p < 0,0001$ ), perceived susceptibility (1,81 point;  $t=67,0$ ,  $df=14206$ ,  $p < 0,0001$ ) and perceived barriers (1,97 point;  $t=58,7$ ,  $df=22494$ ,  $p < 0,0001$ ).*

*Most respondents believed that they were under the risk of getting sick with prostate cancer (assessment mean is 1,88 point). Having more possibilities to get sick with prostate cancer than other men, seemed to be the least plausible thing for the respondents (assessment mean is 1,76 point). Most respondents thought that their lifestyle would change to a great extent if they had prostate cancer (assessment mean is 2,37 point). The statements related to emotional field were assessed by a lower score (1,95-1,99 point on average).*

*The most important statements, reflecting the perceived benefits by the respondents, were an opinion that an early examination would help to diagnose prostate cancer earlier (assessment media is 2,83 points), also, having found about the positive examination results, they would worry less about prostate cancer (assessment mean is 2,77 points) and it would reduce the probability to die from prostate cancer (assessment mean is 2,65 points). The most frequent barriers that prevented from taking part in the early detection programme of prostate cancer was a respondent opinion that prostate biopsy and digital analysis would be painful and would embarrass them. Such barriers as price of the test and detained time were less important for the respondents.*

*Health motivation beliefs, such as a will to determine health problems early, to retain good health, information search about health improvement, an opinion that it is necessary to take up activities which strengthen health, regular health check-ups, sufficient physical activity, were the least expressed in the groups of retired and unemployed people, meanwhile they were the most expressed in an office worker's social group. Activities that strengthen health and preventive health check-up were the least important factors for the working class in comparison with other social groups.*

**Correspondence to:** danute.kalibatiene@mf.vu.lt

Gauta 2011-08-09

# AMBULATORINĖS NĖŠČIŪJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TEISINIS REGLAMENTAVIMAS IR PRAKTIKA

VILMA VASJANOVA<sup>1</sup>, JONAS KAIRYS<sup>1,2</sup>, ONA PANASENKIENĖ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>VšĮ Vilniaus Šeškinės poliklinika, <sup>2</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

**Raktažodžiai:** *ambulatorinė nėščiųjų sveikatos priežiūra, pirmo lygio asmens sveikatos priežiūra, mažos ir didelės rizikos nėštumas, įrodymais pagrįsta nėščiųjų priežiūra.*

## Santrauka

Lietuvoje nėščiųjų sveikatos ambulatorinę priežiūrą vykdo gydytojai akušeriai ginekologai, šeimos gydytojai ir akušerės. Galiojantys teisės aktai leidžia nėščiosioms pasirinkti, kokioje gydymo įstaigoje ir pas kokį specialistą lankytis. Teisės aktai taip pat numato, kad visos paslaugos nėščiosioms (7 fiziologiniai apsilankymai pas pasirinktą specialistą ir tam tikras tyrimų paketas) yra nemokamos ir kompensuojamos teritorinių ligonių kasų. Tačiau ši teisė nevisiškai įgyvendinama tais atvejais, kai nėščiosios nėra socialiai apdraustos arba yra prisirašiusios prie atskirų šeimos gydytojų kabinetų, kur jas stebi samdomas akušeris ginekologas. Taip pat ir socialiai apdraustoms nėščiosioms tenka mokėti už kai kuriuos tyrimus, kuriuos būtina atlikti atsižvelgiant į įrodymais pagrįstos medicinos reikalavimus. Straipsnyje vadovaujantis galiojančiais teisės aktais ir ilgamete nėščiųjų ambulatorinės priežiūros patirtimi analizuojamos teisinės ir praktinės galimybės teikti nėščiosioms įrodymais pagrįstos medicinos reikalavimus atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas.

## ĮVADAS

Ambulatorinė nėščiųjų sveikatos priežiūra nėštumo metu įvairiose pasaulio šalyse vykdoma skirtingai. Nėščiųjų sveikatos priežiūrą atlieka arba gydytojas akušeris ginekologas, arba šeimos gydytojas, arba akušerė [1]. Kai kurių išsivysčiusių šalių nėščiųjų priežiūros taktika orientuota ne tiek į prižiūrincio sveikatos priežiūros specialisto specializaciją, kiek į įrodymais pagrįstas geros akušerinės praktikos rekomendacijas [1]. Pavyzdžiui, Lietuvoje ir buvusio posovietinio bloko

šalyse beveik išimtinė teisė prižiūrėti nėščiąsias priklauso akušeriams ginekologams. Ir gydytojų akušerių ginekologų, ir visuomenės, ir pačių nėščiųjų nuomonė sutapo – nėščiąsias turi prižiūrėti geriausiai tą darbą išmanantys specialistai. Skandinavijos šalyse, JAV ir kitose valstybėse jau seniai pastebėta, kad, nesiginčijant dėl įrodymais pagrįstos priežiūros taktikos ir tikslinių tyrimų būtinybės, lankytis pas aukštesnio lygio specialistą akušerį ginekologą, kurio paslaugos yra gana brangios, normalios sveikatos nėščiosioms netikslinga. Pažymima, kad vizitai nėštumo metu pas šeimos gydytoją, kuris daug metų pažįsta nėščiąją, žino jos šeimos medicininę istoriją ir gali geriau prognozuoti galimą patologiją, arba pas akušerę, leidžia nėščiajai jaustis geriau suprasta ir išklaudyta. Be to, ir pačios nėščiosios pažymi, kad tokia priežiūra yra daugiau žmogiška, o tai nėštumo metu labai svarbu ir pageidautina [1]. Įrodyta, kad esant normaliam nėštumui, kai nėščioji neturi nėštumą komplikuojančių rizikos veiksnių, papildomų ligų ir tyrimai neišaiškina patologijos, nėščiosios lankymasis pas šeimos gydytoją ar akušerę yra ir pigesnis, ir priimtinesnis nėščiajai [1, 2, 3]. Tačiau Lietuvoje, atliktų tyrimų duomenimis, yra priešingai: nėščios pacientės labiau vertina lankymąsi pas akušerį ginekologą nei pas šeimos gydytoją [4]. Jos taip pat daug santūriau vertina akušerių jautrumą, dėmesingumą, supratingumą ir gebėjimus spręsti problemas [5, 6]. Tiriant šeimos gydytojų nuomonę dėl nėščiųjų priežiūros nustatyta, kad tik 60 proc. šeimos gydytojų prižiūri nėščiąsias, ir tai yra privačiose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys šeimos gydytojai, o viešosiose įstaigose šis procentas gerokai mažesnis [5].

**Darbo tikslas** – analizuoti galiojančius Lietuvoje teisės aktus ir atsižvelgti į ilgametę nėščiųjų priežiūros patirtį Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje, apžvelgti nėščiųjų ambulatorinės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ypatumus, jų atitiktį geros akušerinės praktikos rekomendacijoms ir praktinio taikymo galimybės.

### TYRIMO METODIKA

Atlikta mokslinės literatūros apžvalga naudojantis MEDLINE duomenų ir *Cochrane* sisteminių apžvalgų baze, Lietuvoje skelbtų mokslinių publikacijų nėščiųjų sveikatos priežiūros srityje analizė, mūsų šalyje galiojančių teisės aktų – įstatymų, įsakymų, rekomendacijų, ataskaitų lyginamoji analizė, internetinių informacijos šaltinių medžiagos apžvalga ir jų lyginamoji analizė, Šeškinės poliklinikos darbo su nėščiosiomis rezultatai analizė.

### TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

**Įrodymais pagrįstos nėščiųjų priežiūros gairės ir prioritetai.** Praktiškai dirbančiam sveikatos priežiūros specialistui labai svarbu vadovautis aiškiai reglamentuota nėščiųjų priežiūros tvarka. Ši tvarka turėtų apimti du aspektus: tiksliai apibrėžtas, aiškiai suprantamas medicininio pobūdžio, įrodymais pagrįstas gaires bei rekomendacijas ir aiškų teisinį reglamentavimą. Dirbant praktinį darbą geriausiai matomos nėščiųjų priežiūros problemos, kylančios dėl minėtų aspektų. Nėščiųjų antenatalinės priežiūros reikalavimus nusako tarptautinės įrodymais pagrįstos antenatalinės priežiūros gairės ir Lietuvoje adaptuotos gairės [1, 7]. Gairių leitmotyvas – nėštumas yra normalus fiziologinis procesas. Jose atkreipiamas dėmesys į tai, kad kiekviena intervencija ir tyrimai nėštumo metu turi būti įrodyti, pamatuoti, vertinant laukiamos naudos, priimtino moteriai ir galimos žalos santykį [1]. Vadovaujantis tarptautinėmis rekomendacijomis, nėščiųjų antenatalinės priežiūros reikalavimai yra keli: tai galimybė pasirinkti sveikatos priežiūros rūšį, lengvas paslaugų prieinamumas ir priežiūros tęstinumas. Klinikistas turėtų vadovautis šiais prioritetais: ypatingas nėščiosios supratimas, įsiklausymas į jos ir jos šeimos poreikius, minimali sveikatos priežiūros medikalizacija, išskirtinis priežiūros individualizavimas, rašytinis informuotas sutikimas [1]. Atkreipiamas dėmesys, kad nėščiosioms turi būti garantuotas pakankamas skaičius vizitų, o jų metu turi būti skirta užtektinai laiko išklausti moterį, jos nusiskundimus, atsakyti į kilusius klausimus, pastebėti dvasinio nerimo ir galimos depresijos ženklus, laiku siųsti į nėščiųjų mokyklą, lygiagrečiai atlikti privalomus tyrimus [1, 7].

Gairėse taip pat įvertinami ir pateikiami bazinės nėščiųjų priežiūros geriausios praktikos įrodymai: numatoma metodika, kaip nėščioji turi būti prižiūrima iki gimdymo, informuojama, kaip stebėti moters ir vaisiaus būklę, patariama, kaip koreguoti moters gyvenimo būdą, kokius maisto papildus vartoti ir ko atsisakyti,

aprašomi normalaus vaisiaus augimo stebėjimo metodai, taip pat būtini atrankiniai patikrinimai dėl hemoglobopatijų, gestacinio diabeto, besimptomės bakteriurijos, hepatito B ir raudonukės infekcijos, ultragarsinio tyrimo tarp 18 savaičių ir 0 dienų ir 20 savaičių ir 6 dienų, genetinės Dauno sindromo patikros, nurodomi nėščiųjų patologijos rizikos veiksniai ir kaip atpažinti patologiją [1, 7]. Aiškiai pateikiama, kokie tyrimai ir koku periodiškumu turi būti atlikti: šlapimo, kraujo, RPR, ŽIV, kraujo grupės ir kiti, atkreipiamas dėmesys į rizikos veiksnius bei būtinus papildomus tyrimus ir specialistų konsultacijas [1]. Gairėse taip pat pabrėžiama, kad kiekvienam sveikatos priežiūros specialistui kiekvieno nėščiosios vizito metu turi būti aišku, ką reikia atlikti, ir rekomenduojama 12 nėščiosios vizitų: pirmas ir antras – kuo anksčiau, toliau – 16, 18–20, 25, 28, 31, 34, 36, 38, 40 ir (jei nepagimdo) 41 nėštumo savaitę [1]. Gairės padeda priimti nėščiąsias prižiūrintiems specialistams teisingus sprendimus ir esant normaliam nėštumui, ir atsiradus ypatingoms aplinkybėms. Gairėse taip pat nurodoma, ko netikslinga daryti: rutiniškai atlikti nėščiosios dubens tyrimą, tirti dėl citomegalo viruso infekcijos, toksoplazmozės, rekomenduoti skaičiuoti ir registruoti vaisiaus judesius, abejojama ir B grupės beta hemolizinio streptokoko atrankinio tyrimo klinicine nauda [1].

Kas turėtų atlikti nėščiųjų antenatalinę priežiūrą? Gairėse numatyta, kad nekomplikuoto nėštumo atveju turi būti pasiūlyta akušerės arba šeimos gydytojo priežiūra [1]. Įrodyta, kad rutininis akušerio ginekologo įtraukimas nustatytais intervalais, esant nekomplikuotam nėštumui, nepagerina išeičių, lyginant su situacijomis, kai ginekologas konsultuoja iškilus komplikacijoms [1]. Vis dėlto daugiau privalumų įžvelgiama organizuojant ne šeimos gydytojo ir akušerio ginekologo, o būtent akušerės priežiūrą. Įrodyta, kad nėščiosios, kurios nuolat lankosi pas akušerę, nėštumo metu jaučiasi saugesnės, yra rečiau hospitalizuojamos (todėl nepatiria streso), rečiau persileidžia iki 24 nėštumo savaičių, o gimdymo metu rečiau reikalingos instrumentinio gimdymo, epiziotomijos, analgezijos ir anestezijos priemonės, be to, tokios motinos greičiau pradeda žindyti krūtimi [35].

Dėl vizitų skaičiaus nuomonės nėra labai kategoriškos. Pavyzdžiui, JAV vidutinis nėščiosios vizitų skaičius yra 12 [1, 8], taip pat nurodoma, kad mokslškai pagrįstas yra 8–12 antenatalinių vizitų skaičius [1]. Mažėjant vizitų skaičiui, išauga perinatalinio mirtingumo rizika, be to, tai netenkina ir pačių moterų poreikių: jos nori daugiau buvimo laiko ir supratimo, daugiau

bendravimo, informacijos, palaikymo ir perspektyvų aptarimo, mažiau skubėjimo [1]. Nustatyta, kad moterys labiau vertina ne apskritai vieną ar kitą specialistą, pavyzdžiui, šeimos gydytoją, akušerę ar akušerį ginekologą, bet būtent konkrečiai paskirtą, joms gerai žinomą specialistą ir netoleruoja siuntinėjimo, kelių specialistų vienu metu ar specialistų kaitaliojimo [8]. Nėščiąjų požiūris į skirtingų specialistų priežiūrą nėštumo metu yra tirtas ir Lietuvoje: nustatyta, kad reikšmingai dažniau priežiūra, informacijos pateikimu, bendravimu, profesionalumu labai patenkintos buvo tos nėščiosios, kurios lankėsi pas akušerius ginekologus [4].

Lietuvoje nuo 2005 m. galioja „Geros akušerinės praktikos gairės“, skirtos nėščiąjų priežiūrai supaprastinti ir palengvinti [7]. Vadovas, parengtas pagal pasaulines įrodymais pagrįstos medicinos rekomendacijas [1], jau tapo neatsiejama kiekvieno akušerio ginekologo darbo parankine knyga. Tikėtina, kad ją įsigijo ir kai kurie šeimos gydytojai, nes paprastesnio ir lakoniškesnio gido, kaip prižiūrėti nėščiąsias, iki šiol Lietuvoje neturime. Nors nuo to laiko išleista keletas solidžių praktikos vadovų tiek akušeriams ginekologams, tiek šeimos gydytojams, tačiau juose išsamesnių nėščiąjų ambulatorinės priežiūros rekomendacijų nepateikiama. Vienintelis 2009 m. išleistas „Šeimos gydytojo vadovas“ pateikia konkretesnes nėščiąjų priežiūros rekomendacijas šeimos gydytojams [9].

Lietuvoje įrodymais pagrįstas nėščiąjų priežiūros reikalavimus nustato minėtos gairės ir keli SAM įsakymai, todėl galima teigti, kad geros akušerinės praktikos ir medicininio požiūriu nėščiąjų sveikatos priežiūra Lietuvoje yra sutvarkyta.

**Nėščiąjų sveikatos priežiūrą reglamentuojantys teisės aktai.** Kaip jau minėta, be medicininio nuorodų, labai svarbu vadovautis ir aiškiai reglamentuota teisine nėščiąjų sveikatos priežiūros tvarka. Civilinio kodekso 6.732 straipsnis nurodo esminį teisinio sveikatos priežiūros reguliavimo momentą – rūpestingumo laipsnį. „Vykdydamas savo veiklą, asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas turi užtikrinti tokį rūpestingumo laipsnį, kokio tikimasi iš sąžiningo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo. Jo veikla turi būti grindžiama atsakomybe, kurią nustato įstatymai, kiti teisės aktai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų profesijos standartai“ [10]. Sveikatos sistemos įstatymo 20 straipsnyje numatyti konkretūs įsakymų taikymo ypatumai: „Sveikatos priežiūros specialistai turi teisę pasirinkti Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka aprobuotas diagnostikos ir gydymo metodikas ir technologijas“ [11]. Kitaip

tariant, sveikatos priežiūros specialistas pagal Civilinį kodeksą pirmiausia turi vadovautis rūpestingumo, atsakomybės ir profesinių standartų kriterijais. Civilinio kodekso 6.725 straipsnyje iš esmės apibrėžiama, kas yra sveikatos priežiūra: „Asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra veikla, įskaitant tyrimus ir su asmeniu tiesiogiai susijusius patarimus, kuria stengiamasi asmenį išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti jo sveikatos būklę“ [10].

Pagrindinis teisės aktas, konkrečiai reglamentuojantis nėščiąjų ambulatorinės priežiūros tvarką Lietuvoje, yra SAM 2011 m. įsakymas „Dėl nėščiąjų sveikatos tikrinimų“ [12]. Tačiau egzistuoja dar keli lygiaverčiai (SAM lygio) teisės aktai. Praktikos gydytojas vienu metu turi vadovautis dar bent penkiais–šešiais teisės aktais, pavyzdžiui, įsakymais dėl genetinių tyrimų, echoskopijos indikacijų, toksoplazmozės diagnostikos, nedarbingumo pažymėjimų taisyklių, SAM metodikomis dėl bakterijų, hipertenzijos ir kraujavimų [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19]. Atsižvelgiant į tai aiškėja, jog praktiškai iškyla nepaprastai svarbus uždavinys visą informaciją susisteminti, kad nėščiąją prižiūrinčiam sveikatos priežiūros specialistui nereikėtų nuolat rūpintis, jog tik ko nepamirštų, o nėščioji jau nėštumo pradžioje aiškiai žinotų, kokia priežiūros tvarka numatyta, nors pagrindinė nėščiąjų priežiūros tvarka to nenumato [20]. Todėl įstaigos priverstos patvirtinti papildomas tvarkas ir rekomendacijas [18], kad galėtų saugiau ir sklandžiau dirbti. Savo gydymo įstaigoje esame senokai parengę ir patvirtinę Akušerijos ir ginekologijos skyriaus darbo tvarką, kurios konkretūs protokolai numato nėščiąjų būtino ištyrimo reglamentą, lankymosi ir skatinamųjų paslaugų suteikimo tvarką. Nėščioji yra išsamiai pasirašytinai supažindinama su šia nėštumo priežiūros tvarka.

**Nėščiąjų sveikatos priežiūros organizacija Lietuvoje.** Vertinant nėščiąjų priežiūros organizaciją Lietuvoje reikėtų atsižvelgti į keletą aspektų: nėščiąjų galimybę prisirašyti prie norimos gydymo įstaigos ir gydytojo bei konkrečių sveikatos priežiūros specialistų, kuriems teisės aktais patikėta nėščiąjų sveikatos priežiūra, profesinė kompetencija.

Vertinant paciento prisirašymo klausimą atkreiptinas dėmesys į kelis teisės aktus. Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnyje numatyta, kad „pacientas turi teisę pasirinkti Sveikatos apsaugos ministerijos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyta tvarka pirminės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, taip pat pagal šio straipsnio nustatytas sąlygas antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, kad



suteiktų nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas“. 84 straipsnis paantrina: „Gyventojai turi teisę nustatyta tvarka pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros rūšį arba jų atsisakyti“ [11]. Taigi pagal šiuos teisės aktų teiginius bet kuri Lietuvos nėščioji turi teisę pasirinkti norimą sveikatos priežiūros įstaigą ir norimą specialistą – šeimos gydytoją arba akušerį ginekologą, nes „kiekvienas asmuo gali pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią sveikatos priežiūros įstaigą arba tiesiog jam labiau priimtina sveikatos priežiūros įstaigą“ [11]. Tačiau tai nereiškia, kad konkreti nėščioji pateks pas jai patinkančią ir pageidaujamą akušerį ginekologą – juk ji prisirašys prie šeimos gydytojo, ne prie akušerio ginekologo. Jeigu kalbėtume apie sveikatos priežiūros įstaigą, tai ši teisė prisirašyti yra įgyvendinama, tačiau tai nebūtinai užtikrina pacientės teisę lankytis pas norimą akušerį ginekologą, o tik pas tą, kuris dirba jį prirašiusioje gydymo įstaigoje. Jeigu nėščioji yra pagal gyvenamąją vietą prisirašiusi prie įstaigos, kurioje nedirba jos norimas ginekologas, ji turi tris išeitis: mokamai lankytis pas norimą akušerį ginekologą kitoje įstaigoje (tai iš esmės prieštarauja jos teisei gauti nemokamas paslaugas), arba lankytis pas šeimos gydytoją ir gauti siuntimą vykti į norimo akušerio ginekologo konsultaciją, arba prisirašyti prie gydymo įstaigos, kurioje dirba jos norimas akušeris ginekologas (nebūtinai patogioje jai vietoje, kaip rekomenduoja teisės aktai). Bet kurio pasirinkimo atveju kyla papildomų vizitų skaičiaus, įvairių derinimų ir dubliuotų vizitų pavojus. Tą iš dalies patvirtina ir Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnis, kuriame teigiama, kad „pacientas teisės aktų nustatyta tvarka turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros specialistą, tačiau sveikatos priežiūros specialisto pasirinkimo tvarką nustato sveikatos priežiūros įstaigos vadovas.“ Dar daugiau, „įgyvendinant teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, paciento teisė gauti nemokamą sveikatos priežiūrą teisės aktų nustatyta tvarka gali būti ribojama“ [21]. Beje, deklaruojama ir dar viena paciento teisė į „kito tos pačios profesinės kvalifikacijos specialisto nuomonę“, tačiau įgyvendinant šią teisę „paciento teisė gauti nemokamą sveikatos priežiūrą Sveikatos apsaugos ministerijos ar jos įgaliotų institucijų nustatyta tvarka gali būti ribojama“ [21]. Tą patvirtina ir vienas iš SAM įsakymų [22].

Vertinant sveikatos priežiūros specialistų, kuriems patikėta nėščiųjų priežiūra, kompetenciją, taip pat tenka atsižvelgti į tai, kad šiandien dalis akušerijos ir

ginekologijos paslaugų Lietuvoje priskiriama šeimos gydytojo institucijai, dalis – gydytojo akušerio ginekologo ir kai kas – akušerės kompetencijai. Teisine kazuisitika reikėtų laikyti nuo 2003 iki 2008 m. galiojusį SAM įsakymą, leidusį teikti pirminio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas (t. y. ir prižiūrėti nėščiąsias) tuomet bendrosios praktikos gydytojui ir akušeriui ginekologui pagal tą pačią to meto bendrosios praktikos gydytojo normą MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas: teisės, pareigos, atsakomybė“, bet ne pagal akušerio ginekologo normą [15, 23, 24, 25]. Kitaip tariant, ir šeimos gydytojas, turintis šeimos gydytojo licenciją, ir akušeris ginekologas, turintis akušerio ginekologo licenciją, turėjo vadovautis ta pačia norma, ir to nėra jokių kitų specialybių gydytojų aprašyme. Laimei, apsižiūrėta ir nuo 2008 m. ši praktika pakeista, šeimos gydytojo funkcijos prižiūrint nėščiąsias reglamentuotos LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, Pareigos. Kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, o akušerio ginekologo kompetencija įtvirtinta įsakymu „MN 64:2008 „Gydytojas akušeris ginekologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ [15, 23, 25].

Šeimos gydytojo normoje išsamiai apibūdinama kompetencija akušerijos srityje, būtent: mokėti atlikti akušerinį ir ginekologinį išorinių ir vidinių lytinių organų (paimti tepinėlių iš makšties bei gimdos kaklelio; nėštumo diagnostika – ištiriant ir atliekant nėštumo testus) tyrimą, surinkti nėščios moters (nustatant gimdymo rizikos laipsnį) akušerinę anamnezę, nustatyti nėštumo požymius, stebėti normalų nėštumą, priimti normalų, netikėtai prasidėjusį, gimdymą, išmanyti motinystės problemas, psichologinius nėštumo aspektus, jo poveikį moteriai, šeimai, normalaus apvaisinimo, antenatalinės, perinatalinės ir postnatalinės apsaugos principus, nėštumo rizikos veiksnius, normalaus nėštumo eigą, vaistų poveikį besivystančiam vaisiui, svarbiausius vaisiaus rizikos veiksnius, hipertenzinių nėščiųjų būklių simptomus ir gydymo principus, nėščiosios ligų poveikį nėštumo eigai ir vaisiui, įtarti serologinį nesutapimą, gestacinį diabetą, nenormalią nėštumo eigą, kolpitą, diagnozuoti gresiantį persileidimą, nėščiųjų vėmimą, hipertenziją, preeklampsiją ir eklampsiją, gydyti nėščiųjų hipertenziją. Šeimos gydytojai turi turėti ginekologinį rinkinį: vaginalinius skėtiklius, vaginalinius veidrodžius, kornchangus (tai, mūsų nuomone, nėra labai svarbu ambulatoriškai prižiūrint nėščiąsias), akušerinį stetoskopą, akušerinį skriestuvą, šepetėlius gimdos kaklelio tepinėliui paimti [23]. Nors norma įpareigoja



suteikti pagalbą netikėtai prasidėjusio gimdymo atveju ir atlikti pirmą naujagimio tualetą, tačiau nenurodo, kad šeimos gydytojas turėtų turėti gimdymo paketą, žirkles ir spaustuką virkštelei. Be to, šeimos gydytojo kabineto įrangoje nenumatyta patalpa sveikatos mokymui. Tuo tarpu lygiavertis SAM įsakymas pirminio lygio akušerio ginekologo ambulatorinėms paslaugoms teikti tokias patalpas numato, be to, įpareigoja turėti ir mikroskopą, kaip būtiną įrangą [24]. Netiesiogiai galima daryti išvadą, kad nėščioji, kuri pirminiame lygyje lankosi pas akušerį ginekologą, sveikatos mokymo (motinystės mokyklos) paslaugas privalėtų gauti, o lankydamasi pas šeimos gydytoją – ne. Atkreiptinas dėmesys, kad, neturint gimdymo paketo „netikėtai prasidėjusiam gimdymui priimti“ ir mikroskopo (pavyzdžiui, galimam vaisiaus vandenų tekėjimui nustatyti), akušerinė pagalba šeimos gydytojo kabinete keltų tam tikrų abejonių.

Tai, kas pasakyta apie šeimos gydytojo kompetenciją akušerijoje, rodo, kad tos pačios ar panašios apimtys paslaugas turėtų teikti ir akušeris ginekologas, ir ne daugiau, nors akušerio ginekologo kompetencija ir norma leidžia daugiau [15]. Tai nesudaro sąlygų suteikti nėščiajai visaverčių paslaugų, be to, paslaugos dar ir dubliuojamos. Pavyzdžiui, jei nėščioji lankosi pas šeimos gydytoją, ji gauna siuntimą 4 kartus per nėštumą konsultuotis su akušeriu ginekologu (antro lygio specialistu) [12]. Taip tarsi norima šeimos gydytoją apdrausti nuo galimos kompetencinės nesėkmės. Tokiu būdu net normos atvejais sveika nėščioji įgyja teisę apsilankyti pas gydytoją ne 7, o 11 kartų. Tačiau jei nėščioji lankosi pas pirmo lygio akušerį ginekologą (šeimos gydytojo darbo apimtis), tai 1 kartą ji gauna siuntimą daryti echoskopiją, bet negauna siuntimo 3 kartus per nėštumą apsilankyti pas akušerį ginekologą – antro lygio specialistą [12, 15, 23]. Tuo lyg pritariama, kad pirmo lygio akušerio ginekologo kompetencijos užtenka, kaip užtenka ir 8 nėščiosios vizitų pas gydytoją. Pasitaiko, kad šeimos gydytojai siunčia nėščiąją į antro lygio akušerio ginekologo konsultaciją kitame miesto gale ar net kitame mieste, ir net neaišku, į kokią konkrečiai gydymo įstaigą, nėščiajai visai nežinomą. Per daug atsakomybės tenka ir konsultantui: nėščioji

į konsultaciją atvyksta turėdama tik siuntimą ir formą F 113/a, be savo tipinės nėštumo formos F 111/a, kurioje yra nėštumo metu atlikti tyrimai, išsami anamnezė, nėštumo eigos duomenys, taip pat duomenys apie buvusius gimdymus ir kita svarbi informacija. Todėl tokia teisinė painiava neretai trikdo pačių specialistų darbą, o nėščiosios geriau lankosi pas akušerį ginekologą nei pas šeimos gydytoją, kad nebūtų siuntinėjamos.

Specialistų, prižiūrinių nėščiasias, kompetencijos klausimas neatsiejamas ir nuo darbo sąlygų, kuriomis specialistas gali savo kompetenciją realizuoti, bei nuo drašos, kuri būtina kompetencijai įgyvendinti. Tiesa, ir akušerio ginekologo, ir šeimos gydytojo, ir akušerės normos (kaip jau minėta, šiems trimis specialistams leistą prižiūrėti nėščiasias) aiškiai išdėsto, kokios apimtys paslaugas nėščiajai suteikti [15, 23, 26]. Tačiau atlikti tyrimai rodo, kad nedaugelis šeimos gydytojų gali šią teisę realizuoti. Pavyzdžiui, nors 58 proc. pačių šeimos gydytojų nuomonė apie akušerijos paslaugų priskyrimą šeimos gydytojo institucijai iš esmės palanki [5], tačiau jų įgūdžiai akušerijos ir ginekologijos srityje yra gana menki (labai gerai ir pakankamai gerai savo įgūdžius vertino tik 17,7 proc. šeimos gydytojų), o reikiamą įrangą ir instrumentus savo darbo kabinete turėjo tik 15,9 proc. šeimos gydytojų, 54,3 proc. naudojami specializuotu ginekologijos kabinetu [27, 28]. Nedidelių miestelių, kaimų ir privačių kabinetų šeimos gydytojais dažniau nurodė turintys sąlygas tirti ginekologiškai [27]. Nustatyta, kad Lietuvoje šeimos gydytojai apskritai nėra tinkamai pasirengę teikti paslaugas, susijusias su nėštumu ir gimdymu: tik 60 proc. šeimos gydytojų teikia nėščiųjų priežiūros paslaugas, o staiga prasidėjusį normalų gimdymą gebėtų priimti tik ketvirtadalis [5]. Iš tų šeimos gydytojų, kurie prižiūri nėščiasias, tik 44 proc. nesusiduria su akušerinės pagalbos problemomis, dažniau nesusiduria su problemomis tik siųsdami nėščiasias į būtinąsias konsultacijas ir įformindami nėštumo atostogas (atitinkamai 51,5 ir 55 proc.) [5]. Nuo 2002 m. stebimas žymus šeimos gydytojų skaičiaus didėjimas ir akušerių ginekologų skaičiaus mažėjimas (žr. 1 lentelę). Tai leidžia daryti prielaidą, kad šeimos gydytojai teiks daugiau akušerijos paslaugų.

1 lentelė. Aktyvių gydytojų akušerių ginekologų ir šeimos gydytojų skaičius Lietuvoje

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ginekologų skaičius	792	795	778	777	801	777	744	716	703
Šeimos gydytojų skaičius	1 150	1 500	1 665	1 730	1 794	1 844	1822	1 838	1 849

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla. [www.lsic.lt](http://www.lsic.lt)

2 lentelė. Perinatalinio mirtingumo rodikliai Lietuvoje (negyvų gimusių skaičius 1 000 gimusių)

Metai	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Perinatalinis mirtingumas	9,61	7,91	9,19	7,78	7,49	7,34	6,75	7,66	6,77	6,38	5,97

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla. [www.lsic.lt](http://www.lsic.lt)

3 lentelė. Perinatalinio mirtingumo Šeškinės poliklinikoje rodikliai

Metai	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Perinatalinis mirtingumas	6,4	4,4	13,1	4,1	6,8	0	5,7	5,8	4,6	2,6	6,1

4 lentelė. Cezario pjūvių dažnis (proc.) Lietuvoje ir Šeškinės poliklinikoje

Metai	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lietuvoje	13	13,5	15,3	15,3	17	19,1	20,9	22,9	23,8	24,4	
Šeškinės poliklinika	13,3	13,4	17,1	15,9	14,4	19,7	19,1	19,6	21,8	19,2	13,5

Šaltinis: Naujagimių registro duomenys. [www.lsic.lt](http://www.lsic.lt)

Didžiosiose Vilniaus, Kauno ir kitų miestų poliklinikose skirtingų pirmo ir antro lygių paslaugų teikėjai yra atskirti, nors funkcionuoja vienu metu ir pasitaiko, kad funkcijos dubliuojamos. Šeimos gydytojai ir pirmo lygio komandos, kurioms priklauso akušeris ginekologas, finansuojami pagal prisirašiusių gyventojų skaičių, o antro lygio akušeriai ginekologai gauna finansavimą pagal šeimos gydytojų ir kitų specialistų atsiųstų pacientų atliktas konsultacijas [25, 29, 30]. Atskiros savarankiško akušerių darbo finansuoti nenumatyta. Akivaizdu, kad šeimos gydytojas, geografiškai nutolęs nuo specialistų, imasi daugiau funkcijų, įskaitant ir akušerinę ginekologinę priežiūrą. Tai patvirtino ir Mozūraitės tyrimas [5]. Viešųjų įstaigų šeimos gydytojams patogumui netoliese turėti pirmame lygyje dirbantį akušerį ginekologą, kurio paslaugomis ir naudojasi. Akušerių ginekologų konsultacijos reikalingos ir prie privačių šeimos kabinetų prisirašiusioms pacientėms, ir tai yra 4 konsultacijos pagal SAM rekomendaciją, įskaitant vaisiaus echoskopiją 18–20 savaitę [12].

Problema dar ir ta, kad niekur nėra aiškiai apibrėžta, ką laikyti „fiziologiniu vizitu“. Tiesa, nėščiąjų priežiūros reikalavimuose nurodyta, kas yra laikoma „didelės rizikos nėštumu“. Vadinasi, jei nėščioji neturi nė vieno iš išvardintų 37 didelės rizikos nėštumo faktorių, ji priklauso fiziologinio nėštumo grupei. Kita vertus, ar tikrai rizikos faktorių turinčios nėščiosios nėštumo eiga negali būti fiziologinė? Praktika rodo, kad gali. Deja, nėra viskas taip aišku ir paprasta. Tik labai nedaug nėščiųjų jau pačioje nėštumo pradžioje galima priskirti didelės rizikos grupei. Paprastai tai nepalankios akušerinės anamnezės ir nepalankios nėščiosios

būklės grupės [12]. Dažniausiai padidėjusi rizika išaiškėja nėštumo metu, ir tada tampa neaišku, kur nėščioji turėtų lankytis. Formaliai, jei lankėsi pas šeimos gydytoją, turėtų pakeisti gydytoją ir pereiti pas antro lygio akušerį ginekologą, kuris turi atitinkamos kvalifikacijos reikalaujančią licenciją [12]. Jei lankėsi pas komandos (t. y. pirmo lygio) akušerį ginekologą, tai turėtų lankytis pas antro lygio akušerį ginekologą – konsultantą, nors teisės aktuose lygiai nekonkretizuoti. Tačiau problema kyla tada, kai įstaigoje dirbantis akušeris ginekologas priklauso BPG komandai, bet nėra įdarbintas teikti antro lygio akušerijos ir ginekologijos paslaugas. Formaliai nėščioji turėtų toliau lankytis pas kitą tos pačios gydymo įstaigos akušerį ginekologą, galintį teikti antro lygio paslaugas, arba gauti siuntimą į kitą gydymo įstaigą. Jeigu praktiškai tokia tvarka veiktų, kai kurioms nėščiosioms kiltų ypač daug nepatogumų ir nerimo bei streso, susijusio su joms įprasto gydytojo pakeitimu.

Lietuvoje neturime statistinių duomenų apie naujagimio ir motinos perinatalines išėitis tais atvejais, kai nėščiąją prižiūri šeimos gydytojas ar akušeris ginekologas, ar akušerė [31]. Mūsų gydymo įstaigoje, įsikūrusioje 1987 m., nėščiąsias prižiūri akušeriai ginekologai. Ilgametis įdirbis ir nėščiąjų priežiūros patirtis leido sumažinti perinatalinį mirtingumą ir planinių cezario pjūvių dažnį, pagerinti pirmosios nėščiąjų įskaitos rodiklius, pacientės mažiau siuntinėjamos, taikomas individualizuotas kiekvienos nėščiosios priėmimas, kaip ir rekomenduojama tarptautinėse gairėse [1]. (Žr. 2, 3 ir 4 lenteles.) Mūsų patirtis leidžia apginti nuomonę, kad nėščiąjų galimybė lankytis pas norimą akušerį ginekologą neprarado savo svarbos.

Pastebėta, kad šiuo metu Lietuvoje egzistuoja labai įdomi praktika privačiose PASPJ, kur praktikuoja šeimos gydytojai, turintys prisirašiusių pacientų. Daug kur įprasta samdytis gydytoją akušerį ginekologą bei kitus siauresnių specialybių gydytojus ir dalį funkcijų, įskaitant nėščiųjų priežiūrą, perduoti jiems. Atkreiptinas dėmesys, kad tokios akušerio ginekologo paslaugos yra apmokestintos. Pavyzdžiui, viena Vilniuje dirbanti šeimos gydytojų klinika skelbia, kad yra sudariusi sutartį su TLK ir joje šeimos gydytojų paslaugos, taip pat ir nėščiųjų priežiūra, prisirašiusiems asmenims nemokamos. Tačiau pažymi, kad turi ir ginekologijos kabinetą, kur pacientės priima patyrusi akušerė ginekologė, o jos teikiamų paslaugų sąrašė – nėščiųjų priežiūra. Įdomu, kad pagal sutartį su TLK pirmo lygio nėščiųjų priežiūra, įskaitant tyrimus, yra nemokama, tačiau įstaigos tinklalapyje informuojama, kad pirminė nėščiosios apžiūra pradedant dispanserizavimu prisirašiusiems pacientėms kainuoja 50 litų, o pakartotinos konsultacijos nėštumo metu kainuoja 25 litus. Neaišku, kokios apimties nemokamas paslaugas gaus nėščioji, ir lieka tikėtis, kad ji galės pasirinkti arba šeimos gydytoją ir lankytis nemokamai, arba akušerį ginekologą, už kurio paslaugas mokės. Net jeigu šeimos gydytojų kabinete akušeris ginekologas yra įdarbintas teikti mokamas paslaugas, o įstaiga yra sudariusi sutartį su TLK, tai pagal galiojančius teisės aktus nėščioji nemokamai turėtų lankytis pas šeimos gydytoją ir bent 4 kartus per nėštumą su šeimos gydytojo siuntimu akušeris ginekologas ją turėtų konsultuoti nemokamai [12, 24, 32].

**Nėščiųjų sveikatos priežiūros finansavimas.** LR Konstitucijos 53 straipsnyje teigiama, kad „įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“ [33]. LR sveikatos sistemos įstatymo 47 straipsnis numato, kad nėščiųjų asmens sveikatos priežiūra yra nemokama: „Valstybės laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai priskiriama <...> nėščiųjų asmens sveikatos priežiūra“ [11]. Papildomai tai patvirtinama ir 48 straipsnyje: „Savivaldybės remia savo teritorijos nėščiųjų sveikatos priežiūrą ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.“ Šis įstatymas taip pat pateikia paaiškinimą, kaip apmokama ši priežiūra: „Valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų, savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų“ [11]. Įvertinant tą faktą, kad Lietuvoje gimstamumas nuo 16,5 1 000-čiui gyventojų 1985 m. sumažėjo iki 10,9 1 000-čiui

gyventojų 2010 m. [31], tokios svarbiausių įstatymų nuostatos teikia vilčių. Tačiau valstybėje yra ir kitų tokių pat svarbių asmenų, kaip nėščiosios. Įdomu pastebėti, kad kartu tame pačiame įstatymo straipsnyje šalia nėščiųjų pateikiamas sąrašas ir kitų grupių asmenų, kuriems valstybė taip pat laiduoja nemokamą sveikatos priežiūrą, pavyzdžiui, „teismo ar teisėsaugos institucijų sulaikytų asmenų, kardomojo įkalinimo vietoje esančių asmenų, nuteistųjų bei užsieniečių, pateiktųjų prašymą suteikti jiems prieglobstį Lietuvos Respublikoje“ ir „asmenų, sergančių tuberkulioze, lytiniu keliu plintančiomis ligomis, ŽIV (AIDS), užkrečiamosiomis, endokrininėmis, psichikos, onkologinėmis ligomis, priklausomybės nuo alkoholio sindromu, narcomanijomis, toksikomanijomis ir kitomis Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto sąrašo ligomis“ [11]. Įstatyme taip pat pasakyta, kad „valstybės laiduojamos sveikatos priežiūros mastai numatomi įvertinus gyventojų demografinius, sveikatos ir aplinkos kokybės rodiklius bei jų kitimo tendencijas“, o tai, atsižvelgiant į blogėjančią Lietuvos demografinę situaciją, reikėtų, kad nemokamai nėščiųjų priežiūrai turėtų būti keliami ypatingi reikalavimai ir išlygos. Sveikatos sistemos įstatymo 18 straipsnis formaliai įpareigoja sveikatos priežiūros įstaigas „per nustatytą laiką tikrinti nėščiųjų <...> sveikatą.“ Dar daugiau, 49 straipsnyje nurodoma, kad „valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio“ [11]. Atsižvelgiant į tai, kas pasakyta aukščiau, nėščiųjų priežiūra iš tiesų turėtų būti išskirtinė. Deja, praktinėje veikloje ji neretai tampa išskirtinė neigiamą šio žodžio prasme. Nedirbančios nėščiosios, nepaisant jų įstatymu reglamentuotos teisės į nemokamą sveikatos priežiūrą, privalo atlikti tam tikrus veiksmus, beje, mokamus, kad galėtų realizuoti savo teisę nemokamai lankytis nėštumo metu. Pavyzdžiui, nedirbanti ir neturinti kitokio tipo socialinių garantijų nėščioji negali būti nei apžiūrėta, nei įtraukta į įskaitą ir gauti nėščiajai priklausančias nemokamas skatinamąsias paslaugas bei tyrimus. Todėl jei nėščiajai nepriimtina mokėti už nėštumo priežiūrą, ji privalo registruotis darbo biržoje, nors galbūt darbo ji visai ir neieško [33, 34]. Tik sukakus 30 savaičių ji turi gauti gydančio gydytojo pažymą apie nėštumą (pažymos daugelyje gydymo įstaigų mokamos), pristatyti ją į teritorinę ligonių kasą, kad gautų draustumo garantijas laikotarpiui nuo 30 savaičių iki vaiko gimimo ir galėtų lankytis ir gauti sveikatos priežiūros paslaugas nemokamai. Iš to, kas pasakyta, aiškėja, kad dėl teisiškai

deklaruojamos teisės į nemokamą sveikatos priežiūrą kai kurioms nėščiosioms tenka ir gerokai pasistengti.

Konkretus draustų nėščiųjų sveikatos priežiūros finansavimas reguliuojamas vadovaujantis SAM įsakymu „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ [29]. Gydytojai ir įstaigos gauna apmokėjimą „už įrašytų į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių“, o papildomas mokėjimas skiriamas už suteiktas skatinamąsias PASP paslaugas. Skatinamųjų paslaugų prižiūrint nėščiąją įvardintos kelios: „Už fiziologinio nėštumo priežiūros paslaugas, teikiamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta ambulatorinės nėščiųjų priežiūros tvarka, mokama ne daugiau kaip už 7 gydytojo ir 7 slaugytojos vizitus į namus ar nėščiosios apsilankymus pas šiuos specialistus“ [11]. „Pacientui suteiktas skatinamąsias paslaugas į asmens sveikatos istoriją (forma Nr. 025/a) ir asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelę (forma Nr. 025/a-LK) įrašo jas suteikęs asmuo. Įrašus savo antspaudu ir parašu patvirtina gydytojas.“ Kaip jau minėta, įsakyme nurodyta „fiziologinio nėštumo“ sąvoka, bet neapibrėžta, kas yra fiziologinis nėštumas, fiziologinio ar patologinio nėštumo atveju apmokama, vadinasi, apmokama už visas nėščiąsias. Nuo 2007 m. imta mokėti už nėščiosios kraujo tyrimą dėl sifilio ir ŽIV bei kraujo grupės ir Rh antikūnų nustatymą. Nuo 2011 m. liepos 1 d. bus mokama ir už besimptomės bakterijų tyrimus. Pavyzdžiui, kai už fiziologinį gydytojo vizitą mokama

nuo 11,9 (trečias–šeštas vizitas) iki 17,8 (pirmas ir antras) lito, už akušerės vizitą – nuo 6,6 (trečias–šeštas vizitas) iki 19,3 lito (septintas vizitas), o už minėtus tyrimus – nuo 8,3 (RPR) iki 14,1 (ŽIV) lito, kiekvienos nėščiosios priežiūra nėštumo metu skatinama apie 200 litų kiekvienai sveikai nėščiajai.

Nepaisant akivaizdžios nėščiųjų sveikatos priežiūros finansavimo pažangos, apmokėjimas nėra iki galo sutvarkytas. Pvz., po to, kai 2006 m. buvo paskelbtas SAM įsakymas dėl būtinų ŽIV ir RPR tyrimų atlikimo, informacija apie tyrimų atlikimo finansavimą pasiekė tik po pusės metų [29]. Tas pats pasakytina ir apie nėščiųjų bakterijų tyrimų finansavimą: atitinkama SAM metodika, kuria įstaigos įpareigos privaloma tvarka atlikti šiuos tyrimus, paskelbta 2010 m. rugsėjo mėnesį, o apmokėjimas pažadėtas nuo 2011 m. liepos 1 d. [19, 34]. Įvertindami įrodymus, kad laiku išaiškinta nėščiųjų besimptomė bakterijūrija ir tinkamas gydymas padeda išvengti pielonefrito ir pagerinti perinatalines išiteis [36], savo įstaigoje radome galimybių finansuoti būtinus nėščiųjų bakterijų tyrimus kiekvienai moteriai nuo 2011 m. sausio 2 d. (žr. 5 ir 6 lenteles).

**Kiti nėščiųjų sveikatos priežiūros teisiniai klausimai, nėščiųjų teisės.** Sveikatos priežiūros specialistas, be medicinos žinių, privalo turėti ir teisinių žinių, kad taptų savo pacientės savotišku advokatu. Dažniausiai nėščiosios nežino savo teisių, susijusių su darbu, santykiais su darbdaviu, draustumu, priklausančiomis socialinėmis garantijomis ar socialinėmis išmokomis. LR Konstitucijos 39 straipsnis garantuoja dirbančioms motinoms mokamas atostogas iki gimdymo ir po jo,

5 lentelė. Ištirta dėl besimptomės bakterijūrijos nėščių moterų Šeškinės poliklinikoje

Nėščiųjų apylinkėje	Ištirta dėl bakterijūrijos	Rasta teigiamų atsakymų	Nekokybiškai surinkti tyrimai
461	310 67,3 proc.	17 3,9 proc.	38 8,5 proc.

6 lentelė. Bakteriologinių pasėlių teigiamų rezultatų ryšys su šlapimo takų infekcijos anamneze Šeškinės poliklinikoje

„Teigiama“ šlapimo takų infekcijos anamnezė	Ištirta	Rasta teigiamų	Mikroorganizmai
36	36	5 13,9 proc.	<i>Streptococcus agalacticae</i> 1–20 proc. <i>Klebsiella pneumoniae</i> 2–40 proc. <i>Enterobacter aerogenes</i> 1–20 proc. <i>E. coli</i> 1–20 proc.
„Neigiama“ šlapimo takų infekcijos anamnezė			
274	274	11 4,4 proc.	<i>E. coli</i> 6–54,3 proc. <i>Enterococcus spp.</i> 2–18,1 proc. <i>Streptococcus agalacticae</i> 2–18,1 proc. <i>Streptococcus mitis</i> 1–9,1 proc.

7 lentelė. Gimdymai ir nėščiosioms išduotų pažymų skaičius Šeškinės poliklinikoje

Metai	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gimdymų skaičius	656	693	679	651	715	808
Išduota pažymų nėščiosioms	343	289	256	239	393	271
Iš jų F084	44 (6,9 proc.)	21	22	6	10	7 (0,8 proc.)
Pažymų santuokai	23	44	33	25	16	16

palankias darbo sąlygas ir kitas lengvatas [33]. SAM įsakymas nurodo ir konkrečių 73 pozicijų sąrašą draudžiamų nėščioms darbų, galinčių kaip nors komplikuoti nėštumo eigą ir pabloginti vaisiaus būklę. Šiame sąrašė, tarp kitų darbų, nėščioms moterims draudžiama dirbti naktį, kompiuteriu, šiltnamiuose ar, pavyzdžiui, vairuoti autobusą [37]. Viena vertus, sveikatos priežiūros specialistas pagal minėtą įsakymą privalėtų išsiaiškinti nėštumui kenksmingus darbo aplinkos veiksnius, išduoti nėščiajai pažymą, atleidžiančią nuo tokio darbo, ir apie tai fiksuoti medicinos dokumentuose. Kita vertus, žinant situaciją darbo rinkoje, reta nėščioji pasinaudoja savo teise būti perkelta dirbti nekenksmingomis darbo sąlygomis. Mūsų gydymo įstaigoje šia teise kasmet pasinaudoja tik iki 1 proc. nėščiųjų (žr. 7 lentelę).

Gana paini teisinė situacija susidaro tada, kai tenka spręsti nėštumo ir gimdymo atostogų laiko klausimą. Teisės aktai numato nėštumo ir gimdymo atostogas pasirinkti „suėjus 30 nėštumo savaičių ir daugiau“, tačiau kiek tas „daugiau“, neapibrėžia, todėl nėščiosioms tenka aiškinti, ką tokia jų teisė reiškia [38]. Įstatymai taip pat numato, kad moterims, suėjus 30 ir daugiau nėštumo savaičių, motinystės pašalpa mokama už 126 kalendorines dienas. Komplikuoto gimdymo atveju ir kai gimė daugiau negu vienas vaikas, pašalpa mokama papildomai už 14 kalendorinių dienų [16, 37, 38]. Tačiau akivaizdžiai įstatymo diskriminuojamos yra tos moterys, kurios, neatsižvelgiant į priežastis, iki gimdymo datos (suėjus 30 ir daugiau nėštumo savaičių) nepasinaudojo teise į nėštumo ir gimdymo atostogas, nes tuo atveju motinystės pašalpa mokama jau tik už 56 kalendorines dienas po gimdymo [17, 38]. Nors teisės aktai tarsi ir neprieštarauja, kad moteris atostogomis pasinaudotų vėliau, tačiau išmokos gavimo negarantuoja. Pavyzdžiui, nėščioji, pasinaudojusi savo teise pasirinkti nėštumo ir gimdymo atostogas vėliau („30 savaičių ir daugiau“), tačiau netikėtai pagimdžiusi 30–40 savaitę, teisės į išmoką netenka [38]. Tiesa, jei moteris pagimdo 22–30 nėštumo savaitę, tai jai išmokama visa priklausanti išmoka už 126 dienas [38].

**Dokumentacija.** Praktiniame darbe pastebėjome, kad esama nėščiųjų medicininė dokumentacija seniai neatitinka nei geros akušerinės praktikos rekomendacijų, nei pasikeitusių teisinių sąlygų, nei nėščiosios, nei ją prižiūrinčio specialisto poreikių. Nėščiosios asmens sveikatos istorijose „Nėštumo eigos įrašai“ F 025-111/a tebėra jau seniai geros akušerinės priežiūros reikalavimų neatitinkančios grafos apie kaulinio dubens matavimus, taip pat būtinybę tirti gimdos kaklelį 6 kartus per nėštumą. Dokumente „Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė“ F 113/a, kuris yra pagrindinė dokumentacijos santrauka pačiai nėščiajai, stinga vietos informacijai apie motinystės mokyklą, apie sveikatos priežiūros specialistą, jo darbo grafiką, svarbiausius ir rimčiausius pavojaus nėštumui ir nėščiajai ženklus. Ambulatorinio vizito metu (kurio, beje, taip pat neaiški trukmė, nes nuo 1994 m. galiojęs reikalavimas konsultacijai skirti 15 minučių SAM įsakymu buvo anuluotas 2001 m., o naujo nepaskeblta), per kurį reikia kokybiškai atlikti nėščiosios apžiūrą, išsamiai pasikalbėti su nėščiaja, atsakyti į jos užduodamus klausimus ir užpildyti bent keturių dokumentų grafas (F111, F113, F25 ir „Nėščiųjų stebėjimo žurnalo“ F 075/a), dažnai tampa sunkia užduotimi [39]. Vis dar turime pildyti jokios prasmės neturintį nėščiųjų vizitų žurnalą F 075/a, kuris turi reikalingas pildyti grafas „Lankymasis felčerio-akušerės punkte ar patronažas“ bei „Nėštumo eiga pogimdyminiame periode“ – nei logikos, nei laikmečio neatitinkantys reikalavimai. Visų privalomų pildyti formų įrašai dubliuoja vieni kitus ir užima daug laiko.

Daug neaiškumų kyla ir dėl nėščiųjų parašų asmens sveikatos istorijose. Kaip jau minėta, nėščiosios vizito metu pildoma asmens sveikatos istorija F 25/a, nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė F 113/a, daromi nėštumo eigos įrašai F 111/a ir vedamas žurnalas F 075/a. Dviejuose rimtuose teisės aktuose galima įžvelgti tam tikrą teisinę priešpriešą. Pavyzdžiui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 14 straipsnis draudžia teikti sveikatos priežiūros paslaugas be paciento sutikimo [21], nors ir nedetalizuoja, ar tas sutikimas



turėtų būti raštiškas. Tačiau kitame, 16-ame, straipsnyje vis dėlto pateikiamas paaiškinimas, kaip pacientas tą sutikimą turi išreikšti: „Laikoma, kad savanoriškai į sveikatos priežiūros įstaigą dėl stacionarinės ar ambulatorinės sveikatos priežiūros atvykęs arba į namus sveikatos priežiūros specialistą iškvietęs pacientas yra informuotas ir sutinka, kad tos įstaigos sveikatos priežiūros specialistas jį apžiūrėtų, įvertintų jo sveikatos būklę, paskirtų ir atliktų būtinas tyrimų ir gydymo procedūras, jei sveikatos priežiūros įstaiga yra užtikrinusi, kad visa būtina informacija pacientui būtų suteikta (prieinama) jo buvimo ar lankymosi šioje įstaigoje metu, o šios įstaigos darbuotojai atsakytų į visus paciento klausimus, susijusius su šia informacija“ [21]. Kitaip tariant, nors ir reikia „gauti informacija pagrįstą sutikimą“, pacientui dėl asmens sveikatos teikimo paslaugų pasirašyti nebūtina. Tačiau kaip užtikrinti, kad pacientui informacija buvo pateikta suprantamai, negavus jo parašo, lieka neaišku. Kita vertus, teisiškai lygiaverčio kito įstatymo, Civilinio kodekso 6.730 straipsnio „Paciento sutikimo įrašymas į jo medicinos dokumentus“, nuostatos tam prieštarauja: „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas turi apie visus savo veiksmus (asmens sveikatos priežiūros paslaugas), kuriems atlikti buvo duotas paciento sutikimas, įrašyti į paciento medicinos dokumentus, o pacientas ar jo atstovas turi tai pasirašyti“, tai yra sutikimas teikti paslaugas turi būti apiformintas raštu“ [10]. Prižiūrint nėščiasias tai reikštų, kad moteris turėtų duoti raštišką sutikimą dėl visų jai teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, o konkrečiai – taip pat ir dėl skatinamųjų paslaugų. Įvertinant tai, kas pasakyta, nėščiosios dokumentacija gali tapti susirašinėjimų lauku, kai nėščioji pasirašo, jog yra visiškai informuota apie ištyrimo planą, atliktas skatinamąsias paslaugas, bakteriurijos tyrimus, toksoplazmozę ir taip toliau, be to, kaskart pasirašo, kad gavo fiziologinio vizito skatinamąją paslaugą, pasirašytinai supažindinama su paskirtu gydymu. Ir taip – ne mažiau kaip 15, o kartais ir daugiau parašų nėštumo metu [21, 36].

Keletas pastabų dėl nėščiųjų draustumo. Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnyje numatyta, kas yra draudžiamieji ir apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu [34]. Per neapsižiūrėjimą šiame įstatyme palikta nuostata, kad draudžiamos yra „moters, kurioms įstatymų nustatyta tvarka suteiktos nėštumo ir gimdymo atostogos, ir nedirbančios moterys nėštumo laikotarpiu 70 dienų (suėjus 28 nėštumo savaitėms ir daugiau) iki gimdymo ir 56 dienos po gimdymo“ [34]. Tačiau kitame lygiaverčiame teisės akte tvirtinama kitaip: „Suėjus 30 ir daugiau nėštumo savaičių“ [38]. Tai paantrina ir SAM įsakymas, pagal kurį teisė į nėštumo ir

gimdymo atostogas nėščiosioms suteikta suėjus ne 28, bet 30 savaičių ir daugiau [17]. Taigi lieka neaišku, ar apdrausta yra nėščioji tarp 28 ir 30 savaitės. Jeigu nėščioji nedirba iki 28 (30) nėštumo savaičių, tai ji turi būti arba „viena iš tėvų (įtėvių), auginanti vaiką iki 8 metų, taip pat viena iš tėvų (įtėvių), auginanti du ir daugiau nepilnamečių vaikų“ [34]. Jeigu taip nėra, nėščiosios turi apsidrausti, „užsiregistravusios gyvenamosios vietos darbo biržoje kaip norinčios ir galinčios dirbti tam tikrą darbą“, arba 3 mėnesius iš eilės mokėti socialinio draudimo įmokas ir tik po to įgyti teisę į nemokamą sveikatos priežiūrą nėštumo metu [34]. Kol ji to neatliks, nemokama priežiūra, nemokami tyrimai ir vizitai jai nepriklauso.

### IŠVADOS

1. Lietuvoje galiojantys teisės aktai gana tiksliai ir išsamiai reglamentuoja nėščiųjų sveikatos ambulatorinę priežiūrą ir atitinka tarptautinius geros akušerinės praktikos reikalavimus.

2. Įvertinant kritinę Lietuvos demografinę situaciją, tikslinga svarstyti klausimą, ar nebūtų geriau visas nėščiųjų sveikatos ambulatorinės priežiūros paslaugas ir reikalingus tyrimus atlikti nemokamai, neatsižvelgiant į nėščiųjų draustumą.

### Literatūra

1. Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman: NICE Guideline (CG 62 ). London; 2008. Available at: <http://www.nice.org.uk/pdf/CG62guideline.pdf>
2. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife – led versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration: October 8, 2008.
3. Dowswell T, Caroli G, Duley L, Gates S, Gulmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration June 8, 2010.
4. Vanagienė V, Žilaitienė B, Vanagas T. Ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas Kauno miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose atitinka nėščiųjų lūkesčius. Medicina 2009; 45(8):652-9.
5. Mozūraitė L. Akušerinės-ginekologinės pagalbos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje įvertinimas. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2009. Prieiga iš MRU bibliotekos.
6. Aniliūnė R, Nadišauskienė R, Blaževičienė A. Paslaugų kokybė pacientų ir medikų požiūriu universitetinės ligoninės moterų konsultacijoje. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2006; 9(3):170-177.
7. Geros akušerinės praktikos gairės / Pregnancy and delivery guidelines of quality care. Sud. Nadišauskienė R, Babill Stray-Pedersen. Kaunas, Vitae litera, 2005; 8-9.
8. Novick G. Women's Experience of Prenatal care: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health 2009; 54930:226-237.
9. Randakevičienė J, Jaruševičienė L. Nėščiųjų sveikatos priežiūra // Kn. Šeimos medicinos pagrindai. Valius, L (sud.). Trečias pataisytas ir papildytas leidimas. Kauno medicinos universitetas. Kaunas: Vitae Litera, 2009.

10. LR civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas. 2008 m. liepos 18 d. Nr. VIII-1864. Aktuali redakcija nuo 2010-07-15. Žin., 2000, Nr. 74-2262.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Aktuali redakcija nuo 2010-11-27. Žin., 1994, Nr. 63-1231.
12. LR SAM 2011 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. 681 „Dėl LR SAM 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymo Nr. V-1135 „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų“ pakeitimo“.
13. LR SAM 2005 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-522 „Dėl žmogaus genetikos paslaugų, apmokamų iš privalomojo draudimo fondo biudžeto, sąrašo ir jų bazinių kainų patvirtinimo“.
14. LR SAM 2002 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. 136 „Dėl ultragarinių tyrimų skyrimo indikacijų“.
15. LR SAM 2008 m. kovo 4 d. įsakymas Nr. V-170 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2008 „Gydytojas akušeris ginekologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
16. LR SAM 2007 m. sausio 22 d. įsakymas Nr. V-37 „Dėl tokso plazmozės epidemiologinės priežiūros, diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
17. LR SAM 2005 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-533/A1-189 „Dėl nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo taisyklių <...> sąrašo parvartimo“ bei jo pakeitimai.
18. LR sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. V-395 „Dėl diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo ir jų taikymo priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“. Žin., 2008, Nr. 139-5519.
19. Minkauskienė M, Biržietis T, Jurgaitienė A. Nėščiųjų besimptomės bakterijų diagnostikos ir gydymo metodika. Prieiga per internetą [www.sam.lt](http://www.sam.lt).
20. Vasjanova V. Ambulatorinėje grandyje dirbantis akušeris ginekologas: teisės, pareigos ir atsakomybė. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2008; 3(1):5.
21. LR paciento teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 2009 m. lapkričio 19 d. (įsigaliojo nuo 2010-03-01).
22. LR SAM 2001-11-09 įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisiarašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“. Žin., 2001, Nr. 96-3400.
23. LR SAM 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugsėjo 9 d. įsakymas Nr. V-527 „Dėl ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“.
25. LR SAM 2008 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-681 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-527 „Dėl ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“ pakeitimo“.
26. LR SAM 1994 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. 401 „Dėl MN 40:1997 „Akušerė (akušeris). Funkcijos, kompetencija, pareigos, teisės ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
27. Jaruševičienė L. Pirminės sveikatos priežiūros gydytojų galimybės tenkinti jaunų žmonių lytinės ir reprodukcinės sveikatos priežiūros poreikius // Kn. Jaruševičienė L, Valius L. Jaunų žmonių lytinė ir reprodukcinė sveikata, Kaunas, VITAE LITERA, 2005; 60-65.
28. Jaruševičienė L, Nadišauskienė R, Zaborskis A. Pirminės sveikatos priežiūros gydytojų galimybės vykdyti paauglių reprodukcinės sveikatos priežiūrą. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2000; 3(1):32-37.
29. LR SAM 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“.
30. LR SAM 2002-10-01 įsakymas Nr. 481 „Dėl ambulatorinės antrinės asmens sveikatos priežiūros“. Žin., 2002, Nr. 98-4381.
31. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla, 2009 m. duomenys. <http://www.lsic.lt>
32. Interaktyvus. Prieiga per internetą [www.gyda.lt](http://www.gyda.lt), žiūrėta 2011-06-12.
33. Lietuvos Respublikos Konstitucija (1992-10-25). Aktuali redakcija nuo 2006-04-25. Žin., 1992, Nr. 33-1014.
34. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. Aktuali redakcija nuo 2010-12-04. Žin., 1996, Nr. 55-1287.
35. LR SAM 2011 m. birželio 1 d. įsakymas Nr. V-563 „Dėl LR SAM 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“.
36. Minkauskienė M, Nadišauskienė R, Vitkauskienė A, Biržietis T, Gintautas V, Jurgaitienė A ir kt. Nėščiųjų besimptomės bakterijų diagnostikos ir gydymo metodika. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2009; XII(2):116-121.
37. LR SAM 1998 m. sausio 13 d. įsakymas Nr. 18/12 „Dėl darbų, draudžiamų dirbti nėščioms, pagimdžiusioms ir krūtimi maitinančioms moterims, ir nerekomenduotinių darbų moterims, norinčioms išsaugoti motinystės funkciją, taip pat joms kenksmingų ir pavojingų darbo aplinkos veiksnių sąrašų ir jų taikymo tvarkos“.
38. LR ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymas. 2000 m. gruodžio 21 d., Nr. IX-110, Vilnius. Aktuali redakcija nuo 2011-01-01, Žin., 2000, Nr. 111-3574.
39. LR SAM 2001 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. 173 „Dėl sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvių“.

*PRENATAL CARE MEDICAL LAW REGULATION AND PRACTICE  
Vilma Vasjanova, Jonas Kairys, Ona Panasenkienė  
Summary*

*Key words: antenatal care, first level medical care, low risk pregnancy, high risk pregnancy, evidence based antenatal care.*

*The goal of the study was to analyze medical law regulation of prenatal care in Lithuania. High level of prenatal care is important point of women's health care in general. Lithuanian medical law allows prenatal care of pregnant women to general practitioners, obstetricians gynecologists and midwives. Prenatal evidence based care should include women's preferences, continuity, flexibility, comprehensive and professional medical care. Clinicians should inquire regarding women's needs and modify care accordingly and also advocate for institutional changes that reduce barriers to care.*

**Correspondence to: [wasjanova@yahoo.com](mailto:wasjanova@yahoo.com)**

Gauta 2011-08-11

# PACIENTŲ NUOMONĖ APIE ŠEŠKINĖS POLIKLINIKOJE TEIKIAMAS REGISTRAVIMO PASLAUGAS

**RASA STUNDŽIENĖ<sup>1, 2</sup>, JONAS KAIRYS<sup>1, 2</sup>, RENATA ČEPANAUSKIENĖ<sup>1, 2</sup>**

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, <sup>2</sup>Viešoji įstaiga Šeškinės poliklinika

**Raktažodžiai:** *pacientų pasitenkinimas, pacientų nuomonė, registravimo paslaugos.*

## Santrauka

Tyrimas atliktas 2010 m. rugpjūčio–lapkričio mėn. Šeškinės poliklinikoje. Išdalyta 400 anketų, iš jų sugrįžo ir tinkamomis duomenų analizei buvo pripažintos 358 (atsako dažnumas – 89,5 proc.). Registratūros darbuotojai, registruodami pacientus pas gydytojus, pateikdavo jiems anketą, o užpildytą anketą pacientai grąžindavo po vizito pas gydytoją. Tiriamųjų apklausai panaudota autorius sudaryta 20 klausimų anketa, kuri apėmė respondentų demografinius duomenis, jų lankymosi poliklinikoje dažnį, sugaištą pacientų laiką registruojantis telefonu, prie langelio, respondentų pasitenkinimą registratorių darbu, pasiūlymus, susijusius su registracija. Statistinė duomenų analizė atlikta panaudojant statistinės analizės SPSS for Windows 17.0 v. programinį paketą.

Nustatyta, kad Šeškinės poliklinikos pacientai į įstaigą dažniausiai atvyksta automobiliu (43,4 proc.) arba pėsčiomis (40,3 proc.). Viešuoju transportu naudojasi tik 16,3 proc. respondentų. Pastebėta, kad, didėjant respondentų amžiui, poliklinikoje pacientai apsilanko dažniau. 140 respondentų (39,1 proc.) iš visų 358 atsakiusiųjų nurodo, kad dažniausiai naudojasi galimybe telefonu užsiregistruoti pas gydytoją. Galimybe užsiregistruoti internetu pas šeimos gydytoją naudojasi trečdalis pacientų (29,9 proc.). Vyresnio amžiaus pacientai dažniau registruojasi telefonu arba atvykdami į Registratūrą.

Dauguma respondentų pas šeimos ar vaikų ligų gydytoją patenka tą pačią arba per 1–3 dienas, pas gydytoją specialistą – per 2–3 savaites.

Vertindami sugaištą laiką Registratūroje, dauguma respondentų (87,2 proc.) pažymėjo, jog Registratūroje sugaišo iki 10 minučių. Registruodamiesi telefonu daugiau nei pusė pacientų (57,8 proc.) sugaišta iki 5 min., kol prisiskambina. Daugelis pacientų

Registratūros darbuotojų darbą vertino puikiai ir labai gerai. Neigiamai registratorių darbą vertino tik 1,6 proc. respondentų. Vyresni ir žemesnį išsilavinimą turintys pacientai yra reikšmingai labiau patenkinti registratorių paslaugomis nei jaunesni ar aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai.

## ĮVADAS

Praėjusio dešimtmečio pradžioje sveikatos priežiūra daugelyje šalių atsidūrė dėmesio centre. Tokį didelį susirūpinimą dėl sveikatos apsaugos lėmė aukštesni pacientų reikalavimai bei didėjantis paslaugų poreikis, kurį sąlygojo demografiniai pokyčiai (ilgėjanti vidutinė gyvenimo trukmė, didesnis lėtinių ligų mastas), augančios išlaidos šioje srityje (tuo tarpu valstybiniame sektoriuje susiduriama su labai ribotais ištekliais ir ribotu specialistų skaičiumi), taip pat ir brangių, sudėtingų sveikatos priežiūros technologijų diegimas [1].

Vienas svarbiausių sveikatos priežiūros kokybės rodmenų – paciento pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe susilaukia vis didesnio dėmesio, kadangi tai turi įtakos tolesniam paciento elgesiui, gydymo rezultatams, sveikatos priežiūros paslaugų paklausai. Labai svarbūs sveikatos apsaugos sistemos veiksniai yra dėmesys pacientui, jo lūkesčių įgyvendinimas [2].

Paslaugų teikėjo tikslas – patenkinti vartotojo poreikius ir įgyvendinti jo lūkesčius. Taigi paciento lūkesčių įgyvendinimas tampa vienu iš siektinų sveikatos priežiūros rezultatų. Dar daugiau – šis rodmuo laikomas svarbiu ne tik vykdant, bet ir planuojant sveikatos apsaugą [3].

Pacientų nuomonė apie teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tampa neatsiejama kokybės vertinimo dalimi. Pacientų vertinimai gali būti panaudojami nustatant silpnąsias sveikatos priežiūros grandis, kurioms sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, šalies politikai turėtų skirti didesnę dėmesį. Pacientų poreikių patenkinimo įvertinimas leidžia sveikatos priežiūros įstaigų vadovams, gydytojams nustatyti, kaip jų teikiamos paslaugos tenkina pacientų poreikius, padeda išsiaiškinti aspektus, kuriais pacientai labiausiai nepatenkinti, tobulinti ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę [4].

Siekdami teisingai interpretuoti paciento pasitenkinimą, kitaip tariant, jo atsaką į mūsų veiklą, turime suvokti, kad šis rodiklis nulemtas daugelio veiksnių: socialinių ir demografinių ypatybių, požiūrių, vertybių, gyvenimo kokybės, sveikatos būklės, bendro pasitenkinimo gyvenimu [5].

Manoma, kad šiais laikais pacientų pasitenkinimas yra svarbus rezultatas, norint įvertinti sveikatos priežiūros paslaugas [6]. Šis tyrimas buvo suplanuotas siekiant įvertinti pacientų nuomonę apie teikiamų registravimo paslaugų kokybę ir pasitenkinimą Registratūros darbuotojų darbu.

**Darbo tikslas** – įvertinti pacientų nuomonę apie teikiamas registravimo paslaugas ir pasitenkinimą Registratūros darbuotojų darbu.

#### TYRIMO OBJEKTAS IR METODIKA

Tyrimo objektas – pacientų nuomonė apie Šeškinės poliklinikos teikiamas registravimo paslaugas.

Tyrimo metodika. Tyrimas atliktas 2010 m. rugpjūčio–lapkričio mėn. Šeškinės poliklinikoje. Tiriamasis kontingentas – suaugę (18 metų ir vyresni) abiejų lyčių pacientai, besikreipę į viešosios įstaigos Šeškinės poliklinikos Registratūrą. Iš viso išdalyta 400 anketų, iš jų sugrįžo ir tinkamomis duomenų analizei pripažintos 358 (atsako dažnumas – 89,5 proc.). Registratūros darbuotojai, registruodami pacientus pas gydytojus, pateikdavo jiems anketą, o užpildytą anketą pacientai grąžindavo po vizito pas gydytoją.

##### *Įtraukimo į tyrimą kriterijai:*

- Šeškinės poliklinikos pacientai;
- asmens sutikimas dalyvauti tyrime;
- tinkamai užpildyta anкета.

Tiriamųjų apklausai buvo panaudota autoriaus sudaryta 20 klausimų anketa, kuri apėmė respondentų demografinius duomenis, lankymosi poliklinikoje dažnį, sugaištą pacientų laiką registruojantis telefonu, prie langelio, respondentų pasitenkinimą registratorių darbu ir pasiūlymus, susijusius su registracija.

Statistinė duomenų analizė atlikta panaudojant statistinės analizės *SPSS for Windows 17.0* v. programinį paketą. Skirtumai tarp atitinkamų rodiklių patikimi, kai klaidos tikimybė  $\leq 0,05$ .  $\chi^2$  statistinis kriterijus taikytas tikrinant kokybinių požymių ryšio hipotezes. Siekiant kuo didesnio tikslumo ir ieškant priežastinio kintamųjų ryšio, skaičiavimams naudotas statistinis ryšio stiprumą ir kryptį nusakantis koeficientas – Spearmano koreliacijos koeficientas, kuris yra asociacijos tarp kintamųjų matmuo netolydiems kintamiesiems.

#### TYRIMO REZULTATAI

79,1 proc. apklaustųjų buvo moterys, 20,9 proc. – vyrai. Analizuojant respondentų amžių (1 lentelė) nustatyta, kad

gausiau buvo 28–37 metų amžiaus grupė – šiai amžiaus grupei priklausantys respondentai sudarė 34,2 proc. vyrų ir 26,9 proc. moterų. Mažiausiai tiriamųjų buvo 58–67 m. grupėje – 17,3 proc. vyrų, 9,5 proc. moterų.

Pagal išsilavinimą išskirtos keturios grupės (1 lentelė). Daugiausiai vyrų ir moterų turėjo aukštąjį išsilavinimą (atitinkamai 54,6 proc. ir 44,3 proc.).

Analizuojant respondentų socialinę padėtį (1 lentelė) nustatyta, kad gausiausia buvo tarnautojų grupė – šiai grupei priklausantys respondentai sudarė 58,7 proc. vyrų, 50,9 proc. moterų.

Nustatyta, kad Šeškinės poliklinikos pacientai į įstaigą dažniausiai atvyksta automobiliu (43,4 proc.) arba pėsčiomis (40,3 proc.). Viešuoju transportu naudojasi tik 16,3 proc. respondentų.

Pastebėta, kad, didėjant respondentų amžiui, poliklinikoje pacientai apsilanko dažniau. Iš jaunesnių apklaustųjų kartą per mėnesį atvyksta iki 40 proc. (18–27 metų – 33,8 proc.), vyresnių pacientų yra daugiau nei 70 proc. (58–67 metų – 77,5 proc.). Nustatytas vidutinis kintamųjų ryšys ( $r=0,55$ ) (2 lentelė).

Tyrime norėjome išsiaiškinti Šeškinės poliklinikos pacientų galimybes pagal 3 prieinamumo aspektus: galimybė užsiregistruoti pas gydytoją, galimybė prisiskambinti ir laukimo trukmė, kol pateks pas gydytoją.

140 respondentų (39,1 proc.) iš visų 358 atsakiusių nurodo, kad dažniausiai naudojasi galimybe telefonu užsiregistruoti pas gydytoją. Galimybe internetu registruotis pas šeimos gydytoją naudojasi trečdalis pacientų (29,9 proc.). 31 proc. respondentų į gydytojų konsultaciją registruojasi atvykę į Šeškinės poliklinikos Registratūrą.

Respondentų, pasinaudojančių galimybe internetu registruotis pas šeimos gydytoją, daugiausia yra 28–37 metų (29,9 proc.) ir 38–47 metų (44,8 proc.) amžiaus grupėse. Vyresni pacientai dažniau registruojasi telefonu arba atvykę į Registratūrą (atitinkamai telefonu registruojasi 26,4 proc. 48–57 metų amžiaus pacientų, dažniau atvyksta 27,9 proc. 58–67 metų amžiaus apklaustosios dalyvių) (3 lentelė).

Tyrime norėjome išsiaiškinti, kaip ilgai tenka laukti eilėje, norint patekti pas šeimos, vaikų ligų gydytoją ar reikiamą specialistą. Tyrimo metu paaiškėjo, kad trečdalis respondentų pas šeimos ar vaikų ligų gydytoją pateko tą pačią arba per 1–3 dienas, penktadalis tiriamųjų pateko per 1 savaitę (1 pav.). Pas gydytoją specialistą dauguma respondentų pateko per 2–3 savaites (t. y. 10–15 darbo dienų). Ilgiau nei mėnesį teko laukti tik 6,7 proc. pacientų (1 pav.).

Pacientui, norinčiam patekti pas reikiamą gydytoją, svarbus etapas yra registracija – reikalingų dokumentų



1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Charakteristikos	Lytis				Iš viso	
	Vyras		Moteris			
	N	%	N	%	N	%
<b>AMŽIUS</b>						
18–27 metai	12	16	53	18,7	65	18,2
28–37 metai	26	34,7	76	26,9	102	28,5
38–47 metai	6	8	88	31,1	94	26,3
48–57 metai	18	24	39	13,8	57	15,9
58–67 metai	13	17,3	27	9,5	40	11,2
$\chi^2=20,67; df=14; p=0,0001$						
<b>IŠSILAVINIMAS</b>						
Vidurinis	12	16	42	14,8	54	15,1
Aukštesnysis	11	14,7	87	30,7	98	27,4
Nebaigtas aukštasis	11	14,7	29	10,2	40	11,2
Aukštasis	41	54,6	125	44,3	166	46,3
$\chi^2=8,09; df=3; p=0,044$						
<b>SOCIALINĖ PADĖTIS</b>						
Darbininkas	12	16	59	20,8	71	19,8
Tarnautojas	44	58,7	144	50,9	188	52,5
Bedarbis	7	9,3	24	8,6	31	8,7
Pensininkas	12	16	25	8,8	37	10,3
Moksleivis / studentas	3	4	28	9,9	31	8,7
$\chi^2=12,6; df=4; p=0,013$						

2 lentelė. Apsilankymo dažnumas priklausomai nuo amžiaus

Pacientų amžius (m.)	Lankymosi Šeškinės poliklinikoje dažnis			
	1 kartą per mėn.	1 kartą per 3 mėn.	1 kartą per 6 mėn.	1 k. per metus arba rečiau
18–27	22 (33,8 %)	15 (23,1 %)	25 (38,5 %)	3 (4,6 %)
28–37	39 (38,2 %)	12 (11,7 %)	33 (32,3 %)	18 (17,6 %)
38–47	18 (19,1 %)	25 (26,6 %)	39 (41,5 %)	12 (12,8 %)
48–57	40 (70,2 %)	9 (15,8 %)	5 (8,7 %)	3 (5,3 %)
58–67	31 (77,5 %)	3 (7,5 %)	3 (7,5 %)	3 (7,5 %)

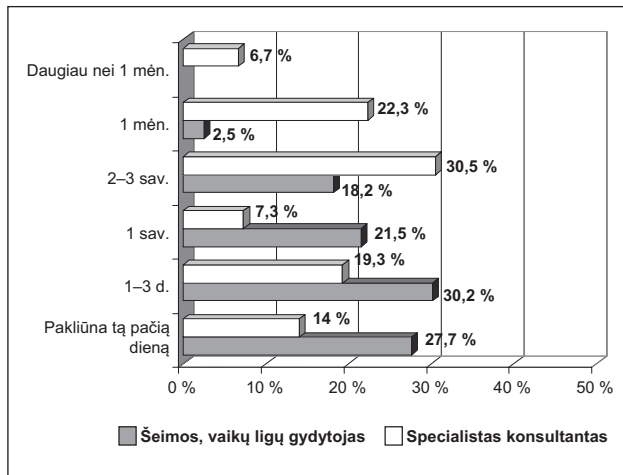
$\chi^2=155,05, df=16, p=0,0001, r=0,55$

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą, koku būdu dažniausiai registruojasi pas gydytojus

Dažniausiai registruojatės	Respondentų amžius (m.)				
	18–27	28–37	38–47	48–57	58–67
Telefonu	28 (20 %)	48 (34,3 %)	18 (12,8 %)	37 (26,4 %)	9 (6,4 %)
Atvykę į Registratūrą	15 (13,5 %)	22 (19,8 %)	28 (25,2 %)	15 (13,5 %)	31 (27,9 %)
Internetu	22 (20,6 %)	32 (29,9 %)	48 (44,8 %)	5 (4,7 %)	0 %

$\chi^2=47,2, df=6, p=0,0001, r=0,393$





1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal laukimo laiką nuo respondento užsiregistravimo iki patekimo pas gydytoją

pateikimas, paieška duomenų bazėje, dokumentų pildymas. Vertinome, kiek laiko ligoniai sugaišta Šeškinės poliklinikos Registratūroje.

Nurodydami, kiek laiko sugaišta Registratūroje, daugelis respondentų (87,2 proc.) pažymėjo, jog Registratūroje sugaišo iki 10 minučių, 12 proc. tiriamųjų – nuo 11 iki 20 minučių. Daugiau nei 20 minučių Registratūroje užtruko tik 0,8 proc. respondentų.

Į klausimą, kiek laiko dažniausiai sugaišta, kol priskambina į Registratūrą, daugiau nei pusė respondentų (57,8 proc.) atsakė, kad iki 5 minučių. Penktadalis

tiriamųjų (27,4 proc.) sugaišo nuo 6 iki 15 minučių, 14,8 proc. – daugiau nei 15 minučių.

Analizuojant pacientų pasitenkinimą Registratūros darbuotojų darbu nustatyta, kad dauguma respondentų Registratūros darbuotojų darbą vertino *puikiai* ir *labai gerai*, atitinkamai 40,2 proc. ir 30,7 proc. Neigiamai registratorių darbą vertino tik 1,6 proc. respondentų.

Tyrėme pacientų amžius ir pasitenkinimo registratorių darbu sąveiką. Nustatėme, jog vyresni pacientai reikšmingai labiau patenkinti registratorių paslaugomis nei jaunesni. Nė vienas 38 metų ir vyresnio amžiaus respondentas nevertino registratorių darbo *blogai* / *labai blogai* (4 lentelė).

Analizuojant pacientų pasitenkinimą registratorių darbu paaiškėjo, kad aukštesnis pacientų išsilavinimas buvo reikšmingai susijęs su žemesniu pasitenkinimu. Respondentai, turintys vidurinį išsilavinimą, dvigubai dažniau registratorių darbą įvertino labai gerai lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais tiriamaisiais (atitinkamai 42,5 proc. ir 21,2 proc.) (5 lentelė).

Išanalizavus 202 (56,4 proc.) respondentų pateiktus pasiūlymus, susijusius su registravimo sistema, nustatyta, kad pacientai dažniausiai pageidavo, jog būtų *įdiegta elektroninė eilių reguliavimo sistema, kuri padėtų reguliuoti eiles*, – 17 proc. ir ateityje įdiegta galimybė registruotis internetu su specialistus – 17,3 proc.

Nustatyta, kad pacientai, kurie dažniau registravosi internetu, dažniau pageidavo, jog būtų galimybė registruotis internetu pas specialistus, o tiriamieji, kurie dažniau registravosi atvykę į poliklinikos Registratūrą, dažniau pageidavo, kad ateityje būtų įdiegta elektroninė eilių reguliavimo sistema ( $p=0,0001$ ,  $r=0,581$ ).

4 lentelė. Respondentų pasitenkinimas registratorių darbu priklausomai nuo amžiaus

Pacientų amžius (m.)	Registratūros darbuotojų darbo vertinimas				
	Puikiai	Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai / labai blogai
18–27	20 (30,8 %)	28 (43,1 %)	5 (7,7 %)	9 (13,8 %)	3 (4,6 %)
28–37	44 (43,2 %)	25 (24,5 %)	16 (15,7 %)	14 (13,7 %)	3 (2,9 %)
38–47	49 (52,1 %)	33 (35,1 %)	9 (9,6 %)	3 (3,2 %)	0 (0 %)
48–57	18 (31,6 %)	18 (31,6 %)	18 (31,6 %)	3 (5,2 %)	0 (0 %)
58–67	13 (32,5 %)	6 (15 %)	15 (37,5 %)	6 (15 %)	0 (0 %)

$\chi^2=67,81$ ,  $df=20$ ,  $p=0,0001$ ,  $r=0,399$

5 lentelė. Respondentų pasitenkinimas registratorių darbu priklausomai nuo išsilavinimo

Pacientų išsilavinimas	Registratūros darbuotojų darbo vertinimas				
	Puikiai	Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai / labai blogai
Vidurinis	13 (24,1 %)	23 (42,5 %)	9 (16,7 %)	9 (16,7 %)	0 (0 %)
Aukštesnysis	26 (27,4 %)	43 (45,3 %)	14 (14,7 %)	12 (12,6 %)	0 (0 %)
Nebaigtas aukštasis / aukštasis	105 (52,2 %)	44 (21,1 %)	40 (19,1 %)	14 (6,7 %)	6 (2,9 %)

$\chi^2=78,07$ ,  $df=15$ ,  $p=0,0001$ ,  $r=0,423$

## REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimų, nagrinėjančių pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigų prieinamumą ir pacientų nuomonę apie teikiamas paslaugas jose, atlikta nemažai [7, 8–14]. Mes pabandėme įvertinti pacientų, besikreipiančių į Šeškinės polikliniką, nuomonę apie organizacinę sveikatos priežiūros prieinamumą bei pasitenkinimą Registratūros darbuotojų teikiamomis paslaugomis.

Remiantis apklausos duomenimis galima teigti, kad dauguma respondentų, besilankančių Šeškinės poliklinikoje, palankiai vertina organizacinę prieinamumą. Didžioji respondentų dalis nurodė, jog į sveikatos priežiūros įstaigą atvyksta automobiliu arba pėsčiomis.

Pažymėtina, kad pacientai, vertindami galimybę užsiregistruoti pas gydytoją, nurodė, jog dažniausiai registruojasi telefonu (39,1 proc.). Internetu registruojasi trečdalis apklausos dalyvių. Galimybe internetu registruotis pas šeimos gydytoją daugiau naudojasi jaunesnio amžiaus pacientai (28–37 metų amžiaus grupėje – 29,9 proc. ir 38–47 metų amžiaus grupėje – 44,8 proc.). Vyresnio amžiaus pacientai dažniau registruojasi atvykę į poliklinikos Registratūrą (58–67 metų amžiaus grupėje – 27,9 proc.). 2011 m. J. Kairio ir bendraautorių atliktame tyrime nustatyta, kad galimybe registruotis internetu pas šeimos gydytoją naudojasi 43,8 proc. respondentų, daugiausia jauno amžiaus – 21–30 metų ir 31–40 metų amžiaus grupėse [15].

Respondentai, vertindami sugaištą laiką laukiant šeimos gydytojo ir specialisto konsultacijos, nurodė, jog pas šeimos gydytoją dažniausiai patenka per 1–3 dienas, o pas specialistą konsultantą – per 2–3 savaites.

Kasdieniam darbe tenka susidurti su tuo, kad pacientai, išsakydami savo nepasitenkinimą, pažymi Registratūros darbuotojų nerangumą, ilgą dokumentų įforminimo procesą [16].

2002 m. J. Kairys ir R. Gurevičius, atlikdami anketinę apklausą, ištyrė sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje ir nustatė, kad Registratūroje pacientai vidutiniškai sugaišdavo 16 minučių [7]. Savo tyrimu įvertinome, jog dauguma respondentų Registratūroje sugaišta iki 10 min. (87,2 proc.), o kol prisiskambina – iki 5 min. (57,8 proc.). Sugaištas laikas vertinamas gana gerai, nes Registratūroje reikia patikrinti asmens dokumentą, ar pacientas įrašytas į duomenų bazę – prisirašęs prie pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, užvesti paciento apskaitos kortelę F.025/a-LK. Tai yra dabartinės apskaitos, reikalingos statistikai ir teritorinėms ligonių kasoms, dalis.

Apklausos dalyviai gerai vertino Šeškinės poliklinikos Registratūros darbuotojų darbą bei darbo organizavimą Registratūroje. Nustatėme, kad registratorių darbo

vertinimas kinta priklausomai nuo respondentų socialinių ir demografinių rodiklių.

Kai kuriuose tyrimuose pabrėžiama, jog reikšmingo skirtumo lyginant vyresnio ir jaunesnio amžiaus pacientų pasitenkinimą nėra [17–18], taip pat jaunesni pacientai labiau patenkinti paslaugomis [19]. Pabrėžtina, jog absoliuti dauguma studijų, kurios tyrė pirminę sveikatos priežiūrą, nustatė, jog vyresni pacientai reikšmingai labiau patenkinti paslaugomis nei jaunesni [20–24]. Mūsų tyrimo duomenimis, vyresni pacientai reikšmingai labiau patenkinti registratorių paslaugomis nei jaunesni.

Kai kurie autoriai nustatė, jog aukštesnis pacientų išsilavinimas buvo reikšmingai susijęs su žemesniu pasitenkinimu [21, 24].

Hall JA ir Dornan MC, atlikę metaanalizę, nustatė, kad pasitenkinimui sveikatos paslaugomis įtakos turi amžius ir išsilavinimas. Kuo didesnis amžius ir kuo mažesnis išsilavinimas, tuo didesnis pasitenkinimas [25]. Tai patvirtina ir mūsų gauti tyrimo duomenys – palankiausiai Registratūros darbuotojų darbą vertino vyresnio amžiaus ir žemesnį išsilavinimą turintys pacientai ( $p=0,0001$ ,  $r=0,4$ ).

Išanalizavus respondentų pateiktus pasiūlymus, susijusius su registravimo sistema, nustatyta, kad dauguma pacientų pageidavo, jog būtų įdiegta elektroninė eilių reguliavimo sistema, kuri padėtų geriau reguliuoti eiles Registratūroje, ir ateityje įdiegta galimybė registruotis internetu pas specialistus – 17,3 proc.

## IŠVADOS

1. Dauguma Šeškinės poliklinikos pacientų naudoja galimybę telefonu registruotis pas gydytoją. Galimybe užsiregistruoti internetu ar atvykus į Šeškinės poliklinikos Registratūrą naudoja trečdalis respondentų. Vyresnio amžiaus pacientai dažniau registruojasi telefonu arba atvykę į Registratūrą.

2. Dauguma respondentų į šeimos ar vaikų ligų gydytojo konsultaciją patenka tą pačią arba per 1–3 dienas, pas gydytoją specialistą – per 2–3 savaites.

3. Vertindami sugaištą laiką Registratūroje dauguma respondentų (87,2 proc.) pažymėjo, jog Registratūroje sugaišo iki 10 minučių. Registruodamiesi telefonu daugiau nei pusė pacientų (57,8 proc.) sugaišta iki 5 min., kol prisiskambina.

4. Dauguma pacientų Registratūros darbuotojų darbą vertino puikiai ir labai gerai. Neigiamai registratorių darbą vertino tik 1,6 proc. respondentų.

5. Vyresni ir žemesnį išsilavinimą turintys pacientai reikšmingai labiau patenkinti registratorių paslaugomis nei jaunesni ar aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai.

## Literatūra

1. Lietuvos sveikatos programa, 1998. Prieiga per internetą: [www.sam.lt/lt/sam/veikla/programos-projektai/programa/jvadas/](http://www.sam.lt/lt/sam/veikla/programos-projektai/programa/jvadas/) [žiūrėta 2011-05-27].
2. WHO. The World Health Report 2000. Health system: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
3. Žėbienė E, Razgauskas E, Čekanaavičius V. Įgyvendinti pacientų lūkesčiai – pasitenkinimas medikų konsultacija. *Medicina*, Kaunas, 2001; 37(7):721-27.
4. Žėbienė E, Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Pacientų poreikių bei nuomonės apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas vertinimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2001; 87-90.
5. Čipliesnė M, Istomina N. Slaugos intensyvumo skalės naudojimas tobulinant slaugos kokybės valdymą. *Sveikatos mokslai* 2007; 1(48):643-49.
6. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science and Medicine*. 1994; 38(4):509-516 [žiūrėta 2011-05-25]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. Kairys J, Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. *Medicina* 2002; 38(1):94-102.
8. Kairys J, Žėbienė E, Rutkys BA, Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina* 2004; 40:178-91.
9. Jankauskienė D, Žemgulienė J. Sveikatos priežiūros prieinamumas. *Medicina* 1998; 34:301-38.
10. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 2002; 38:1129-35.
11. Kairys J, Žėbienė E, Zokas I. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų socialinę ir ekonominę padėtį. *Sveikatos mokslai* 2004; 1:78-83.
12. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W et al. Patients satisfaction with availability of General practice: an International comparison. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(2):111-8.
13. Dağdeviren N, Akturk Z. An evaluation of patients' satisfaction in Turkey with the EUROPEP instruments. *Yonsei Med J* 2004; 45(1):23-8.
14. Kersnik J. An evaluation of patients' satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000; 12:143-7.
15. Kairys J, Juodaitė-Račkauskienė A, Štaras K, Čepanauskienė R, Čepulis R. Pacientų nuomonė apie informacinių technologijų panaudojimą Vilniaus miesto Centro ir Šeškinės poliklinikoje pagal pacientų amžių. *Medicinos teorija ir praktika* 2011; 17(1):55-64.
16. Kairys J, Žėbienė E, Rutkys BA, Čepulis R, Zokas I. Vaistų politikos Lietuvoje vertinimas paciento požiūriu. *Visuomenės sveikata* 2002; 19(4):16-22.
17. Etter J, Perneger T. Quantitative and qualitative assessment of patient satisfaction in a managed care plan. *Eval Program Plann* 1997; 2:129-35.
18. Krupat E, Rosenkranz S, Yeager C, Barnard K, Putnam S, Inui T. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Counsel* 2000; 39:49-59.
19. Kane R, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care* 1997; 35:714-30.
20. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996; 45:601-5.
21. Coyle J, Calnan M, Williams S. Consumer satisfaction with primary care: report to the Department of Health. Canterbury: University of Kent at Canterbury; 1992.
22. Department of Health. The national survey of NHS patients: background informatikon. London: DoH; 1999.
23. Harvey R, Kazis L, Lee A. Decision-making preference and opportunity in VA ambulatory care patients: association with patient satisfaction. *Res Nurs Health* 1999; 22:39-48.
24. Jackson J, Chamberlain J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52:609-20.
25. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Med* 1990; 30:136-45.

**PACIENT OPINION ABOUT REGISTRATION SERVICES PROVIDED BY ŠEŠKINĖ HEALTH CENTRE**

*Rasa Stundžienė, Jonas Kairys, Renata Čepanauskienė*  
Summary

*Key words: patient satisfaction, patient opinion, registration services.*

*The research was being carried out from August to November in 2010, in Šeškinė Health centre. 400 questionnaires had been handed out, 358 of them were returned and acknowledged as suitable for data analysis (reply frequency – 89,5 %). Registry staff, during patient registration, provided them with a questionnaire, which later on was filled in and returned after a patient visit to the doctor. A twenty-question questionnaire made by the author was used to survey the respondents and it reflected such data as the demographical data of respondents, the frequency of respondent visits to the health centre, time spent on both phone registration and live registration in the registry office, respondent satisfaction with the registry staff work, suggestions related to registration. Statistical data analysis was carried out by the help of statistical analysis SPSS for Windows 17.0 v. software package.*

*It was identified that clients usually arrive at Šeškinė Health centre in a car (43,4 %) or on foot (40,3 %). Only 16,3 % account for the respondents using public transport. It was noticed that the older the patients get, the more frequently they visit the health centre. 140 respondents, (39,1 %) of all replied, indicate that they usually register to the doctor by phone. A third of all patients (29,9 %) take the chance to register to the doctor online. Older patients register themselves by phone or arrive at the registry office. Most respondents who want to see a FP or a children's doctor are appointed the meeting on the same day or within 1-3 days, while the appointments to doctors – consultants are in 2-3 weeks.*

*Assessing the time spent in the registry office, most respondents (87,2 %) indicated having spent up to 10 minutes. Phone registration might have taken up to 5 min. Most patients assessed the registry staff work as well done. Only 1,6 % of respondents assessed the staff work negatively. Older patients and patients with lower education are significantly more satisfied with the registry services than younger respondents or the ones with higher education.*

**Correspondence to: [r.stundziene@poliklinika.lt](mailto:r.stundziene@poliklinika.lt)**

Gauta 2011-08-11

# VAISIAUS UŽDEGIMINIS ATSAKAS IR POKYČIAI PLACENTOJE

**INGRIDA PILYPIENĖ<sup>1</sup>, NIJOLĖ DRAZDIENĖ<sup>2</sup>, IRENA DUMALAKIENĖ<sup>3</sup>,  
DAIVA BARTKEVIČIENĖ<sup>4,5,6</sup>, MINDAUGAS ŠILKŪNAS<sup>4,5</sup>, VIRGINIJA MOTIEJŪNIENĖ<sup>5</sup>**  
*<sup>1</sup>Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Naujagimių skyrius, <sup>2</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinika, <sup>3</sup>Vilniaus universiteto Imunologijos institutas, <sup>4</sup>Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Centro filialas, <sup>5</sup>Vilniaus universiteto Akušerijos ir ginekologijos klinika, <sup>6</sup>VšĮ Centro poliklinika*

**Raktažodžiai:** *vaisiaus uždegiminio atsako sindromas, citokinai, priešlaikinis gimdymas, intrauterininė infekcija, chorioamnionitas.*

## Santrauka

Darbo tikslas – ištirti vaisiaus uždegiminio atsako sindromo (VUAS) ir patologinių pokyčių placentoje ryšį bei perinatalinio laikotarpio ypatumus gimdant prieš laiką.

Tyrimo objektas ir metodika. Perspektyvusis atsitiktinės atrankos tyrimas atliktas Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje 2007–2010 metais. Ištirti 22–34 nėštumo savaitę gimę 158 naujagimiai ir jų motinos. Atlikti virkštelės kraujotakinė tyrimai, įvertinti placentų patologohistologiniai tyrimai. Priklausomai nuo citokino IL-6 koncentracijos virkštelės kraujyje tiriamieji priskirti VUAS (IL-6 $\geq$ 11 pg/ml) grupei (n=52) arba kontrolinei (IL-6<11 pg/ml) grupei (n=106). Įvertinti naujagimių motinų klinikiniai, laboratoriniai ir instrumentiniai duomenys perinataliniu laikotarpiu. Nustatyti naujagimio motinos rizikos veiksniai VUAS atsirasti. Atlikta statistinė duomenų analizė.

Rezultatai. Nėštumo trukmė abiejose grupėse smarkiai skyrėsi (p<0,001). VUAS grupėje moterys dažniau gimdė 31–32 (28,8 proc.) ir 24–26 (21,2 proc.) gestacijos savaitę, o kontrolinės grupės moterys – 33–34 gestacijos savaitę (58,5 proc.). VUAS grupėje bevandenio laikotarpio vidurkis buvo 26,81 val., o kontrolinėje – 16,73 val. Bevandenis laikotarpis  $\geq$ 18 val. VUAS grupėje fiksuotas du kartus dažniau nei kontrolinėje grupėje (p<0,05). VUAS grupės moterų temperatūros vidurkis buvo patikimai aukštesnis (p<0,05). VUAS grupės naujagimių motinoms

gerokai dažniau diagnozuotas pogimdyvinis endometritas (p<0,05). VUAS grupės 51 proc. placentų rastas histologinis chorioamnionitas kartu su funizitu, o kontrolinėje grupėje – tik 1 proc. placentų (p<0,001). Placentų histologiniai radiniai, atspindintys infekcinį uždegimą, labiausiai koreliavo su IL-6 ir bTNF- $\alpha$  kiekiais virkštelės kraujyje (p<0,001).

Išvados. Histologiškai patvirtintas chorioamnionitas patikimai rodo didesnę VUAS riziką. Nėštumas, trumpesnis nei 30 savaičių, bevandenio laikotarpio trukmė  $\geq$ 18 valandų, temperatūra prieš gimdymą  $\geq$ 37 °C, po gimdymo diagnozuotas endometritas patikimai didina VUAS galimybę.

## ĮVADAS

Paskutiniojo dešimtmečio citokinų tyrimai nurodo priešlaikinio gimdymo, intrauterininės infekcijos ir uždegiminio proceso sąsajas.

Intrauterininė infekcija gali sukelti vaisiaus infekciją ir uždegimą, inicijuoti vaisiaus uždegiminį atsaką, kuris apibrėžiamas vaisiaus uždegiminio atsako sindromu (VUAS). VUAS – labiausiai pažengusi vaisiaus reakcija į uždegiminį procesą. Jo pasekmė – sunkūs vaisiaus ir naujagimio pažeidimai bei atokūs liekamieji kūdikio sveikatos sutrikimai, tokie kaip cerebrinis paralyžius ir lėtinė plaučių liga [5–7]. Progresuodamas VUAS gali sukelti septinį šoką ir mirtį [8–11].

VUAS būdingas IL-6 kiekio padidėjimas vaisiaus kraujo plazmoje  $\geq$ 11 pg/ml [12]. Histologinė VUAS išraiška – virkštelės kraujagyslių uždegimas, arba funizitas [13].

Mikroorganizmai ir jų išskiriamos medžiagos skatina vaisiaus mononuklearus gaminti citokinus: IL-1, IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ , laktoferiną, fibronektiną, defensinus,



augimo veiksnius ir kt., kurie, esant uždegimui gimdoje, dideliais kiekiais aptinkami motinos kraujyje, makštis ir gimdos kaklelio išskyrose, vaisiaus vandenyse, vaisiaus kraujyje [14–20]. VUAS gali būti diagnozuojamas ir antenataliai, remiantis vaisiaus kraujo mėginiais, paimtais kordocentezės metu, tačiau dauguma autorių tyrė citokinų kiekius virkštelės kraujo plazmoje gimimo momentu [21–23]. Neabejotina imunologinių tyrimų vertė, nes, esant bakterijų invazijai, citokinų kiekis padidėja daug dažniau (6–10 kartų) nei aptinkamos pačios bakterijos [8].

Dažniausia prieššlaikinio gimdymo priežastis yra infekcija – apie 40 proc. atvejų. Tyrimai rodo, kad kylančioji lytinių takų infekcija, ypač iki 32 nėštumo savaitės, sukelia subklinikinę chorioamnionitą, prieššlaikinį vaisiaus vandenų nutekėjimą ir prieššlaikinį gimdymą [114–116]. Rečiau intrauterininė infekcija plinta hematogeniniu, peritonealiniu būdu ar išsivysto po atliktos amniocentezės.

**Darbo tikslas** – ištirti VUAS ir patologinių pokyčių placentoje ryšį bei perinatalinio laikotarpio ypatumus gimdant prieš laiką.

#### TYRIMO OBJEKTAS IR METODIKA

Perspektyvusis atsitiktinės atrankos tyrimas vydytas Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje (Vilniaus universiteto Akušerijos ir ginekologijos klinikoje) 2007–2010 metais. Trečio lygio paslaugas teikiančioje gydymo įstaigoje per metus gimsta apie 3,5 tūkst. naujagimių, t. y. apie 12 proc. visų Lietuvos naujagimių. Neišnešioti naujagimiai šioje gydymo įstaigoje sudaro 10–11 proc. visų gimusiųjų. Tiriamąjį kontingentą sudarė 22–34 nėštumo savaitę gimę naujagimiai ir jų motinos.

Imunologinis virkštelės kraujo citokinų tyrimas atliktas perspektyviai pagal žemiau aprašytą protokolą, retrospektyviai peržiūrėta pacientų medicininė dokumentacija:

- 1) peržiūrėti kiekvieno naujagimio virkštelės kraujo citokinų tyrimai;
- 2) įvertinti placentų patologohistologiniai tyrimai;
- 3) priklausomai nuo citokino IL-6 koncentracijos virkštelės kraujyje tiriamieji priskirti VUAS (IL-6 $\geq$ 11 pg/ml) arba kontrolinei (IL-6 $<$ 11 pg/ml) grupei;
- 4) išanalizuoti naujagimių motinų socialiniai, anamnezės duomenys iki nėštumo, nėštumo metu ir perinataliniu laikotarpiu. Įvertinti naujagimių motinų klinikiniai, laboratoriniai ir instrumentiniai rodmenys. Nustatyti naujagimio motinos rizikos veiksniai VUAS atsirasti.

Naujagimiui gimus, punktuota virkštelės vena. Paimtas kraujo bandinys ne vėliau kaip per 1 val. buvo centrifuguojamas 14 min. 1 500 aps./min. greičiu VMUL laboratorijoje. Kraujo plazma išpilstyta į 1,5 ml mikromėgintuvėlius ir laikyta –80 °C temperatūroje. Surinkus 80 bandinių, atlikti kiekybiniai citokinų tyrimai. Imunologiniai tyrimai buvo atliekami VU Imunologijos institute. IL-6, bTNF- $\alpha$  ir bVEGF-A kiekiai nustatyti imunofermentiniu (ELISA), o aTNF- $\alpha$  ir aVEGF-A – BioLISA metodu. Kiekybiniam virkštelės kraujo plazmos citokinų nustatymui naudoti komerciniai IL-6, TNF- $\alpha$ , VEGF-A ELISA rinkiniai (*Human IL-6, TNF- $\alpha$  total, VEGF-A total, Bender MedSystems, Austrija*). Tyrimai buvo atliekami remiantis rinkinių gamintojo rekomendacijomis. ELISA ir BioLISA tyrimų rezultatai buvo vertinami 450 nm bangos ilgio spektrofotometru (*BioTek Instruments, JAV*). Tiriamų mėginių citokinų kiekis buvo apskaičiuojamas pagal kiekviename tyrime gautas standartines kreives, naudojant specialią ELISA rezultatų įvertinimo programą *Gen5 Microplate Data Collection & Analysis Software (BioTek Instruments, JAV)*.

Statitinė duomenų analizė atlikta SPSS 15.0 programa. Tolydiems dydžiams vertinti taikytos šios statistinės charakteristikos: vidurkis, mediana, standartinis nuokrypis (SN), 95 proc. pasikliautinis intervalas. Neparimetrinių dydžių vidurkių skirtumai buvo lyginti tarp dviejų grupių naudojant *Mann-Whitney U* testą. Jei stebėjimų skaičius abiejose gydymo grupėse viršijo 25, *Mann-Whitney* testas taikytas pagal *Z* statistiką, o kitais atvejais pagal *U* statistiką. Lyginant daugiau nei dvi grupes, taikytas neparimetrinis *Kruskal-Wallis* testas. Požymių dažnis reiškiamas procentais. Hipotezės apie požymių tarpusavio priklausomumą buvo tikrinamos naudojant  $\chi^2$  kriterijų. Vertinant požymių priklausomumą ranginiams dydžiams bei mažoms imtims naudotas Spearmano ranginės koreliacijos koeficientas (*r*). Duomenys buvo laikomi statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

Daugiaveiksmės logistinės regresijos žingsniniu (*backward stepwise*) metodu nustatyti veiksniai, leidžiantys prognozuoti VUAS atsiradimą. Į logistinės regresijos modelį buvo įtraukti tie socialiniai, ekonominiai gyvenimo ypatumų ir akušeriniai veiksniai, kurie reikšmingai veikė arba turėjo tendenciją veikti ( $p < 0,15$ ) VUAS atsiradimą vienaveiksmės analizės metu.

Tyrimas atliktas gavus Lietuvos bioetikos komiteto patvirtintą leidimą 2007-06-20 Nr. 14. Visos naujagimių motinos sutikimą dalyvauti tyrime patvirtino raštu. Imunologinius tyrimus finansavo Lietuvos valstybinis mokslo ir studijų fondas.



### REZULTATAI

Vidutinis tirtų naujagimių (n=158) motinų amžius abiejose grupėse statistiškai nesiskyrė (p>0,05). VUAS grupės motinų amžiaus vidurkis buvo 28,6 (SN±5,54) metų, kontrolinės grupės – 29,1 (SN±6,15) metų.

Naujagimių motinų vidutinė kūno temperatūra perinataliniu laikotarpiu nebuvo padidėjusi.

Temperatūros vidurkis prieš gimdymą buvo 36,7 °C (SN±0,4), gimdymo metu – 36,9 °C (SN±0,6), po gimdymo – 36,8 °C (SN±0,5). Prieš gimdymą VUAS grupės moterų temperatūros vidurkis buvo didesnis (p<0,05, *Mann-Whitney*).

Kiti naujagimių motinų perinatalinio laikotarpio duomenys pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Naujagimių motinų perinatalinio laikotarpio duomenų lyginamoji analizė (*Chi-square* testas)

Naujagimių motinų duomenys	VUAS grupė, n=52	Kontrolinė grupė, n=106	Iš viso, n=158	p lygmuo* $\chi^2$ ; l. l.***
<b>Gestacijos savaitės</b> 24–26 27–28 29–30 31–32 33–34	11 (21,2 proc.) 9 (17,3 proc.) 8 (15,4 proc.) 15 (28,8 proc.) 9 (17,3 proc.)	7 (6,6 proc.) 4 (3,8 proc.) 5 (4,7 proc.) 28 (26,4 proc.) 62 (58,5 proc.)	18 (11,4 proc.) 13 (8,2 proc.) 13 (8,2 proc.) 43 (27,2 proc.) 71 (44,9 proc.)	<0,001 $\chi^2=32,317$ ; l. l.=4
<b>PVVN</b> Taip Ne	32 (61,5 proc.) 20 (38,5 proc.)	64 (60,4 proc.) 42 (39,6 proc.)	96 (60,7 proc.) 62 (39,3 proc.)	0,888 $\chi^2=0,020$ ; l. l.=1
<b>Vaisiaus vandenų kiekis</b> <i>Gausūs</i> <i>Vidutinio gausumo</i> <i>Negausūs</i> <i>Beveik nėra</i>	1 (1,9 proc.) 48 (92,3 proc.) 2 (3,8 proc.) 1 (1,9 proc.)	2 (1,9 proc.) 102 (96,2 proc.) 2 (1,9 proc.) 0 (0 proc.)	3 (1,9 proc.) 150 (94,9 proc.) 4 (2,5 proc.) 1 (0,7 proc.)	0,453 $\chi^2=2,624$ ; l. l.=3
<b>Bevandenis laikotarpis</b> <18 val. ≥18 val.	32 (61,5 proc.) 20 (38,5 proc.)	85 (80,2 proc.) 21 (19,8 proc.)	117 (74,1 proc.) 41 (25,9 proc.)	0,012 $\chi^2=6,315$ ; l. l.=1
<b>Tokolizė</b> Taip Ne	35 (67,3 proc.) 17 (32,7 proc.)	71 (67 proc.) 35 (33 proc.)	106 (67,1 proc.) 52 (32,9 proc.)	0,967 $\chi^2=0,002$ ; l. l.=1
<b>Vaisiaus plaučių brandinimas</b> Pilnas kursas Nepilnas kursas Neppravestas	33 (63,5 proc.) 8 (15,4 proc.) 11 (21,2 proc.)	56 (52,8 proc.) 22 (20,8 proc.) 28 (26,4 proc.)	89 (56,3 proc.) 30 (19 proc.) 39 (24,7 proc.)	0,445 $\chi^2=1,621$ ; l. l.=2
<b>Pasėlis iš gimdos kaklelio</b> Teigiamas Neigiamas Nepaimtas	7 (13,5 proc.) 13 (25 proc.) 32 (61,5 proc.)	20 (18,7 proc.) 27 (25,5 proc.) 59 (55,8 proc.)	27 (17,1 proc.) 40 (25,3 proc.) 91 (57,6 proc.)	0,684 $\chi^2=1,495$ ; l. l.=3
<b>Gimdymo būdas</b> Natūraliais takais Cezario pjūvis	41 (78,8 proc.) 11 (21,2 proc.)	59 (55,7 proc.) 47 (44,3 proc.)	100 (63,3 proc.) 58 (36,7 proc.)	0,016 $\chi^2=8,238$ ; l. l.=2
<b>Endometritas po gimdymo</b> Taip Ne	14 (26,9 proc.) 38 (73,1 proc.)	8 (7,5 proc.) 98 (92,5 proc.)	22 (13,9 proc.) 136 (86,1 proc.)	0,001 $\chi^2=10,928$ ; l. l.=1

n – absoliutus skaičius, PVVN – priešlaikinis vaisiaus vandenų nutekėjimas, \*p lygmuo – palyginamųjų grupių naujagimių motinų duomenų perinataliniu laikotarpiu palyginimas, \*\* $\chi^2$  – Chi kvadrato kriterijus, \*\*\* l.l. – laisvės laipsnis.

2 lentelė. Palyginamųjų grupių placentos patologohistologinio tyrimo duomenų palyginimas (*Chi-square* testas)

Tyrimo išvada	VUAS grupė, n	Kontrolinė grupė, n	Iš viso, n	p lygmuo* ( $\chi^2$ ); I. l.***
Chorioamnionitas arba deciduitas	12 (23,5 proc.)	24 (22,9 proc.)	36 (23,1 proc.)	<0,001 ( $\chi^2=68,324$ ); I. l.=3
Chorioamnionitas ir funizitas	26 (51 proc.)	1 (1 proc.)	27 (17,3 proc.)	
Neuždegiminiai pokyčiai****	8 (15,7 proc.)	20 (19 proc.)	28 (17,9 proc.)	
Patologinių pokyčių nerasta	5 (9,8 proc.)	60 (57,1 proc.)	65 (41,7 proc.)	
Iš viso	51 (100 proc.)	105 (100 proc.)	156 (100 proc.)	

n – absoliutus skaičius, \*p lygmuo – palyginamųjų grupių placentos patologohistologinio tyrimo duomenų palyginimas, \*\* $\chi^2$  – Chi kvadrato kriterijus, \*\*\*I. l. – laisvės laipsnis, \*\*\*\*neuždegiminiai pokyčiai: hematoma, infarktas, trombai.

Daugiausia tirtų moterų gimdė 33–34 gestacijos savaitę (44,7 proc.). Nėštumo trukmė abiejose grupėse smarkiai skyrėsi ( $p < 0,001$ ). VUAS grupėje moterys dažniau gimdė 31–32 (28,8 proc.) ir 24–26 (21,2 proc.) gestacijos savaitę, o kontrolinės grupės moterys – 33–34 gestacijos savaitę (58,5 proc.). Iki 30 savaitės VUAS grupėje pagimdė net 53,9 proc. moterų, o kontrolinėje grupėje – tik 15,1 proc. moterų.

Priešlaikinis vaisiaus vandenų nutekėjimas dažnai siejamas su infekcija prieššlaikinio gimdymo atvejais. Mūsų tyrimo metu PVVN buvo apie 60 proc. visų tirtų naujagimių motinų, tačiau patikimo skirtumo tarp palyginamųjų grupių nenustatėme ( $p > 0,05$ ).

Lyginant abiejų grupių vaisiaus vandenų kiekį paminėtina, kad negausūs vaisiaus vandenys buvo dažniau fiksuoti VUAS grupėje, tačiau žymaus skirtumo tarp palyginamųjų grupių nenustatyta ( $p > 0,05$ ).

74,1 proc. moterų bevandenis laikotarpis buvo trumpesnis nei 18 valandų. VUAS grupėje bevandenio laikotarpio vidurkis buvo 26,81 val. ( $SN \pm 44,5$ ), o kontrolinėje – 16,73 val. ( $SN \pm 42,68$ ).  $\geq 18$  val. bevandenis laikotarpis VUAS grupėje fiksuotas du kartus dažniau nei kontrolinėje, ir šis skirtumas buvo reikšmingas ( $p < 0,05$ ). Vadinasi, ilgėjant bevandeniam laikotarpiui, didėja VUAS atsiradimo galimybė.

Nors pasėliai iš gimdos kaklelio paimti tik 42 proc. tirtų motinų, teigiamas pasėlio atsakymas gautas net 40 proc. pasėlių. Tačiau tiriamojoje grupėje teigiamų pasėlio atsakymų kiekis reikšmingai nesiskyrė nuo kontrolinės grupės ( $p > 0,05$ ).

VUAS grupės naujagimių motinos gerokai dažniau gimdė natūraliu būdu nei kontrolinės grupės, joms daug dažniau diagnozuotas pogimdyvinis endometritas ( $p < 0,05$ ).

Placentos ir vaisiaus dangalų patologohistologinis ištyrimas dažnai gali būti vienintelis tyrimas, įvardijantis

priešlaikinio gimdymo priežastį. Mūsų tyrimo metu iš-tirtos 156 placentos. 2 naujagimių motinų placentų iš-tirti nepavyko. Placentos patologohistologinio tyrimo išvadų lyginamoji analizė pateikiama 2 lentelėje.

Placentos patologohistologinio tyrimo metu už-degiminių pokyčių rasta 40,3 proc. visų placentų. 41,7 proc. tirtų placentų jokių patologinių radinių ne-buvo. Tik dešimtdaliui VUAS grupės placentų nerasta jokių patologinių pokyčių. Net 15,7 proc. placentų šioje grupėje diagnozuoti neuždegiminiai pokyčiai. 51 proc. VUAS grupės placentų rastas histologinis cho-riamnionitas kartu su funizitu, kontrolinėje grupėje – tik 1 proc. placentų. *Chi-square* testas parodė, kad skir-tumas tarp grupių buvo reikšmingas ( $p < 0,001$ ).

Apibendrinant placentos patologohistologinio išty-rimo duomenis galima teigti, kad VUAS grupėje daug dažniau diagnozuotas chorioamnionitas kartu su funi-zitu. Vis dėlto dešimtdaliui šios grupės placentų pato-logohistologinio ištyrimo metu nerasta jokių pokyčių.

Nustatytas placentos histologinių pokyčių ir visų tirtų virkštelės kraujo citokinių tarpusavio ryšys. 3 len-telėje pateikti duomenys rodo, kad placentos histolo-giniai radiniai labiausiai koreliavo su IL-6 ir bTNF- $\alpha$  kiekiais.

3 lentelė. Citokinių kiekių virkštelės kraujyje ir placentos histologinių radinių tarpusavio ryšys (*Kruskal Wallis* testas)

Citokinas	IL-6	bTNF- $\alpha$	aTNF- $\alpha$	bVEGF	aVEGF
p lygmuo*	<0,001	<0,001	0,409	0,961	0,875

\* p lygmuo – citokinių ir placentos histologinių radinių tarpusavio ryšys

4 ir 5 lentelėse pateikti IL-6 ir bTNF- $\alpha$  koncentracijų virkštelės kraujyje vidurkiai ir vidurkių skirtumus pri-klausomai nuo placentos histologinių radinių.

4 lentelė. IL-6 ir bTNF- $\alpha$  koncentracijų virkštelės kraujyje vidurkiai priklausomai nuo placentos histologinių radinių

Citokinas	Placentos histologiniai radiniai, n				
	Norma, n=65	ChA arba deciduitas, n=36	ChA ir funizitas, n=27	Kiti pokyčiai*, n=28	Iš viso, n=156
IL-6, pg/ml Vidurkis $\pm$ SN Mediana [min.–maks.]	6,2 $\pm$ 9,3 4 [0,3–70]	58,4 $\pm$ 207,1 8,4 [0,3–1223,0]	1104,8 $\pm$ 1990,2 135,3 [8,1–5168,4]	11,0 $\pm$ 18,4 3,7 [0,3–88,3]	209,3 $\pm$ 918,4 6,2 [0,3–5168,4]
bTNF- $\alpha$ pg/ml Vidurkis $\pm$ SN Mediana [min.–maks.]	109,6 $\pm$ 130,8 71,3 [0–312,6]	81,0 $\pm$ 56,8 71,3 [0–683,5]	557,0 $\pm$ 1547,1 105,2 [60,2–8130,9]	139,5 $\pm$ 188,1 69,9 [41,8–740,6]	189,7 $\pm$ 665,8 74,8 [0–8130,9]

n – absoliutus skaičius, ChA – chorioamnionitas, \*kiti pokyčiai: trombai, infarktai, hematomos

5 lentelė. Citokinių IL-6 ir bTNF- $\alpha$  kiekių virkštelės kraujyje skirtumai priklausomai nuo placentos histologinių radinių (Mann-Whitney testas)

Placentos histologinių radinių grupės	p lygmuo*	
	IL-6	bTNF- $\alpha$
ChA arba deciduitas ChA + funizitas	<0,001	<0,001
ChA arba deciduitas Be pakitimų	0,001	0,774
ChA arba deciduitas Kiti pokyčiai**	0,065	0,413
ChA + funizitas Be pakitimų	<0,001	<0,001
Kiti pokyčiai** Be pakitimų	0,697	0,563

ChA – chorioamnionitas, \*p lygmuo – citokinių IL-6 ir bTNF- $\alpha$  kiekių virkštelės kraujyje palyginimas priklausomai nuo placentos histologinių radinių, \*\*kiti pokyčiai: trombai, infarktai, hematomos

5 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad IL-6 ir bTNF- $\alpha$  kiekiai virkštelės kraujyje labiausiai skyrėsi chorioamnionito kartu su funizitu grupėje.

Mus domino, kokie motinos rizikos veiksniai gali padidinti VUAS atsiradimo galimybę. Į logistinės regresijos modelį buvo įtraukti tie demografiniai, socialiniai ir ekonominiai, lytinio gyvenimo, ginekologiniai ir akušeriniai veiksniai, kurie reikšmingai veikė arba turėjo tendenciją veikti ( $p < 0,15$ ) VUAS

atsiradimą vienaveiksmės analizės metu (moters išsilavinimas, gimdymų skaičius, nėštumo įskaita, lytinis aktyvumas nėštumo metu, nėštumo ir bevandenio periodo trukmė, gimdymas natūraliais takais, histologinis chorioamnionitas be (su) funizito, pogimdyvinis endometritas). Taikant daugiaveiksmės logistinės regresijos modelį (*backward stepwise*) nustatyti nepriklausomi naujagimio motinos rizikos veiksniai, prognozuojant VUAS atsiradimo galimybę (6 lentelė). Pateikiami tik paskutiniojo žingsnio kintamieji, kurie buvo statistiškai reikšmingi ar nereikšmingi prognozuojant VUAS.

6 lentelė. Logistinės regresijos modelis prognozuojant VUAS. Naujagimio motinos rizikos veiksniai prognozuojant VUAS

Naujagimio motinos rizikos veiksnys	Galimybė naujagimiui susirgti VUAS (v. kraujo IL-6 $\geq$ 11 pg/ml) GS (95 proc. PI)
Žemesnis nei nebaigtas aukštasis ar aukštasis išsilavinimas Ne Taip	1 2,4 (0,92–6,46) <sup>1)</sup>
$\geq$ 2 gimdymas Ne Taip	1 2 (0,74–5,28) <sup>2)</sup>
Gestacija $\leq$ 30 sav. Ne Taip	1 3,8 (1,42–4,45) <sup>**</sup>
Lytiniai santykiai nėštumo metu $\geq$ 3 k./sav. Ne Taip	1 1,7 (0,65–14,06) <sup>3)</sup>

<b>Bevandenio laikotarpis <math>\geq 18</math> val.</b> Ne Taip	<b>1</b> <b>3,2 (1,14–9,02)*</b>
<b>Temperatūra prieš gimdymą <math>\geq 37</math> °C</b> Ne Taip	<b>1</b> <b>5,7 (1,22–26,50)*</b>
<b>Gimdymas natūraliais takais</b> Ne Taip	<b>1</b> <b>1,5 (0,41–5,60)<sup>4)</sup></b>
<b>Histologinis chorioamnionitas arba deciduitas su (be) funizitu</b> Ne Taip	<b>1</b> <b>6,4 (2,46–16,66)***</b>
<b>Virkštelės arterijos pH &lt; 7,2</b> Ne Taip	<b>1</b> <b>5,1 (0,78–33,44)<sup>5)</sup></b>
<b>Endometritas po gimdymo</b> Ne Taip	<b>1</b> <b>6 (1,63–22,61)**</b>

GS – galimybių santykis, PI – patikimumo intervalas, \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; <sup>1)</sup>  $p = 0,073$ ; <sup>2)</sup>  $p = 0,15$ ; <sup>3)</sup>  $p = 0,275$ ; <sup>4)</sup>  $p = 0,534$ ; <sup>5)</sup>  $p = 0,089$

6 lentelėje pateikti naujagimių motinų duomenys rodo, kad labiausiai VUAS atsiradimo galimybę didina histologiškai patvirtintas chorioamnionitas su (be) funizitu, kai GS=6,4 ( $p < 0,001$ ).

#### DISKUSIJA

Dažniausiai vaisiaus vandenį infekuoja ir sukelia chorioamnionitą *Ureaplasma urealyticum* ir *Mycoplasma spp.*, rečiau *Fusobacterium spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Str. agalactiae*, *Peptostreptococcus spp.*, *St. aureus*, *Gardnerella vaginalis*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis* [117]. Net 51 proc. atvejų aptinkamas daugiau nei vienas sukėlėjas [118].

Audinio patologinis tyrimas yra „auksinis standartas“ diagnozuojant uždegimą. Žinoma, kad leukocitai tik chemotaksio veikiami pradeda migruoti į audinių pažeidimo arba infekcijos vietą, o molekuliniai uždegimo žymenys aptinkami daug anksčiau nei histologiškai patvirtinamas uždegimas [49, 50]. Ir tam nereikia paties audinio mėginio. Laiku nustatyti uždegimą svarbu, nes ne visada šis procesas pasireiškia klinikiniais simptomais – karščiavimu, skausmu, leukocitoze ir kt. Kai kuriems histologinio uždegimo atvejams apskritai nebūdinga klinikinė išraiška. Vienas iš tokių atvejų yra histologinis chorioamnionitas tiek išnešioti, tiek neišnešioti nėštumo metu [51, 52].

Uždegimas gali būti sąlygotas infekcijos arba neinfekcinių veiksnių. Lytiniuose takuose uždegimas gali reikštis kaip normalus fiziologinis procesas, pavyzdžiui, vykstant ovuliacijai [53], implantuojantis blastocistai [54, 55], prasidėjus menstruacijoms [56] ar gimdymui [57]. Šių normalių fiziologinių būklių metu aptinkami ląsteliniai ir molekuliniai veiksniai yra būdingi ir patologiniam uždegimui.

Citokinai – tai imuninių ląstelių gaminamos polipeptidinės molekulės, kurios dalyvauja imuniniuose procesuose kaip atsakas į įvairius patogeninius veiksnius [76–78]. M. Mitchell su bendraautorais citokinus apibūdina kaip tirpius tarpininkus, dalyvaujančius tarpląstelinuose kontaktuose [79]. Citokinių gyvavimo laikas yra gana trumpas. O nuolatinė citokinių gamybos stimuliacija yra būtina sąlyga tam, kad jų veikla nenutrūktų. Citokinai vaidina pagrindinį vaidmenį kontroliuojant uždegiminį atsaką.

Citokinai gali pasižymėti uždegiminiu (IFN- $\gamma$ , IL-1, IL-12, TNF- $\alpha$ ) ar priešuždegiminiu poveikiu (IL-4, IL-10, IL-11, IL-12, TGF- $\beta$ ).

IL-6 – ūmios uždegiminio atsako fazės žymuo, kuris skatina ūmios fazės reaktantų (pvz., CRP) gamybą kepenyse. IL-6 yra plejotropinis citokinas, apie 26 kDa dydžio, kurį sintetuoja atsakydami į mikrobų veikimą vienbranduoliai fagocitai, endotelio ląstelės, fibroblastai, taip pat atkrintamosios plokštelės, choriono, vaisiaus vandenmaišio ir trofoblasto ląstelės. Padidėję IL-6 kiekiai aptinkami moters kraujo serume bei vaisiaus vandenyse dėl intrauterinės infekcijos prasidėjus priešlaikiniam gimdymui [91, 92]. Stebima koreliacija tarp virkštelės kraujo IL-6 kiekio ir chorioamnionito bei naujagimių sepsio [93–95].

TNF- $\alpha$  taip pat dalyvauja priešlaikinio gimdymo mechanizme. TNF- $\alpha$  dėl bakterijų išskiriamų medžiagų poveikio stimuliuoja prostaglandinų gamybą vaisiaus dangaluose, decidualinėje plokštelėje ir gimdos raumenyje [130] bei skatina metaloproteinazių gamybą [131]. Todėl prieš laiką plyšta vaisiaus dangalai ir veriasi gimdos kaklelis [132, 133]. Infekcijai pažengus sumažėja audinių metaloproteinazių inhibitorių, todėl metaloproteinazių kiekis audiniuose dar labiau auga.

Mūsų tyrimo duomenys rodo, kad placentos histologiniai radiniai, apibūdinantys infekcinį uždegimą, patikimai siejami su IL-6 ir bTNF- $\alpha$  kiekiais, o naujagimių motinų perinatalinio laikotarpio rodmenys koreliuoja su IL-6 ir bTNF- $\alpha$  kiekiais virkštelės kraujyje. Remiantis atliktu darbu galima teigti, kad moters nėštumas, trumpesnis nei 30 savaičių, bevandenio laikotarpio trukmė  $\geq 18$  valandų, temperatūra prieš gimdymą

≥37 °C, histologiškai patvirtintas chorionamionitas arba deciduitas su (be) funizitu bei po gimdymo diagnozuotas endometritas patikimai didino VUAS atsiradimo galimybę.

Tikėtina, kad ateityje bus taikomi neinvazyvūs tyrimo metodai, kurie padės diagnozuoti VUAS *in utero*. Tai leistų vartoti priešūždegiminius vaistus antenataliniu laikotarpiu, siekiant apsaugoti vaisių nuo smegenų pažeidimo ir kitų VUAS komplikacijų. VUAS diagnostika bus svarbi planuojant tolesnę nėštumo ir gimdymo priežiūrą.

#### Literatūra

1. Fiore E. Taking action against prematurity. *Contemp Obstet Gynecol* 2003; 2:92-104.
2. Svare JA, Schmidt H, Hansen BB, Lose G. Bacterial vaginosis in a cohort of Danish pregnant women: prevalence and relationship with preterm delivery, low birthweight and perinatal infections. *BJOG* 2006; 113(12): 1419-25.
3. Pararas MV, Skevaki CL, Kafetzis DA. Preterm birth due to maternal infection: Causative pathogens and modes of prevention. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2006; 25(9):562-9.
4. Simhan HN, Caritis SN, Krohn MA, Hillier SL, et al. The vaginal inflammatory milieu and the risk of early premature preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:213-8.
5. Bale J F Jr, J R Murph. Congenital infection and the nervous system. *Pediatr Clin North Am* 39 1992; 669.
6. Yoon BH, Romero R, Kim KS, et al. A systemic fetal inflammatory response and the development of bronchopulmonary dysplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:773-9.
7. Yoon BH, Romero R, Park JS, et al. Fetal exposure to intra-amniotic inflammation and the development of cerebral palsy at the age of tree years. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 675-81.
8. Gomez R, Romero R, Ghezzi F. The fetal inflammatory response syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:194-202.
9. Goldenberg RL, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(3):861-73.
10. Gibbs RS. The origins of stillbirth: infectious diseases. *Semin Perinatol* 2002; 26:75-8
11. Maleckienė L, Nadišauskienė R, Bergstöm S. Infekcijos įtaka antenataliniam vaisiaus žuvimui. *Medicina* 1997; 33(1):48-52.
12. Gomez R, Ghezzi F, Romero R, et al. Two thirds of human fetuses with microbial invasion of the amniotic cavity have a detectable systemic cytokine response before birth [Abstract]. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:514.
13. Pacora P, Chaiworapongsa T, Maymon E, Kim YM, Gomez R, Yoon BH, Ghezzi F, Berry SM, et al. Funisitis and chorionic vasculitis: the histological counterpart of the fetal inflammatory response syndrome. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 11:18-25.
14. Munsha AP, Greig PC, Jimmerson CE, Roitman-Jonson B, Allen J, Herbert WNP. Maternal serum interleukin-6 concentration in patients with preterm premature rupture of membranes and evidence of infection. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:966-9.
15. Goldenberg RL, Iams JD, Das A, Mercer BM, Meis PJ, Aftel HM, Miodovnik M, et al. The preterm prediction study: sequential cervical length and fetal fibronectin testing for prediction of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:636-43.
16. Bartkevičienė D, Drąsutienė GS. Prognozė citokinių reikšmė akušerijoje. *Sveikatos mokslai* 2006; 5:471-5.
17. Romero R, Chaiworapongsa T, Kuivaniemi H, Tromp G. Bacterial vaginosis, the inflammatory response and the risk of preterm birth: A role for genetic epidemiology in the prevention of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1509-19.
18. Balu RB, Savitz DA, Ananth CV, Hartmann KE, Miller WC, Thorp JM, et al. Bacterial vaginosis and vaginal fluid defensins during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:1267-1271.
19. Amory JH, Hitti J, Lawler R, Eschenbach DA. Increased tumor necrosis factor-alpha production after lipopolysaccharide stimulation of whole blood in patients with previous preterm delivery complicated by intra-amniotic infection or inflammation. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1064-1067.
20. Goepfert AR, Goldenberg RL, Andrews WW, Hauth JC, Mercer B, Iams J, et al. The Preterm Prediction Study: association between cervical interleukin 6 concentration and spontaneous preterm birth. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:483-488.
21. Witt A, Berger A, Guber CJ, et al. IL-8 concentrations in maternal serum amniotic fluid and cord blood in relation to different pathogens within the amniotic cavity. *J Perinat Med* 2005; 33:22-26.
22. Goepfert AR, Andrews WW, Carlo W, et al. Umbilical cord plasma interleukin-6 concentrations in preterm infants and risk of neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(4):1375-81.
23. Tasci J, Dibaz B, Uzmez Omal B, et al. The valve cord blood interleukin-6 levels for predicty chorioamnionitis, funisitis and neonatal infection in term premature rupture of membranes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 128(1-2):34-9.
24. Duggan PJ, Maalouf EF, Watts TL, et al. Intrauterine T-cell activation and increased proinflammatory cytokine concentrations i preterm infants with cerebral lesions. *Lancet* 2001; 358:1699-700.
25. Leviton A, Paneth N, Reuss ML, et al. Maternal infection, fetal inflammatory response and brain damage in very low birth weight infants. *Pediatr Res* 1999; 46:566-75.
26. Yoon BH, Romero R, Yang SH, Jun JK, Kim IO, Choi JK, Syn HC. Interleukin-6 concentration in umbilical cord plasma are elevated in neonates with white matter lesions associated with periventricular leukomalacia. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(5):1430-40.
27. Bartha AI, Foster-Barber A, Miller SP, Vigneron DB, Glidden DV, Barkovich AJ, Ferriero DM. Neonatal encephalopathy: association of cytokines with MR spectroscopy and outcome. *Pediatr Res* 2004 Dec; 56(6):960-6.
28. Ay I, Francis JW, Brown RH Jr. VEGF increases blood-brain barrier permeability to Evans blue dye and tetanus toxin fragment C but not adeno-associated virus in ALS mice. *Brain Res* 2008 Aug 12.
29. Sugishita J, Shimizu T, Yao A, Kinugawa K, et al. Lipopolysaccharide augments expression and secretion of vascular endothelial growth factor in rat ventricular myocytes. *Biochem Biophys Res Commun* 2000; 268(2):657-62.
30. Maniscalco WM, Watkins RH, Pryhuber GS, Bhatt A, Shea C, Huyck H. Angiogenic factors and alveolar vasculature: development and alterations by injury in very premature baboons. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2002; 282:L811-23.
31. De Paepe ME, Mao Q, Powell J, et al. Growth of pulmonary microvasculature in ventilated preterm infants. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173:204-11.
32. Yoon BH, Romero R, Kim KS, et al. A systemic fetal inflammatory response and the development of bronchopulmonary dysplasia. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 181:773-9.
33. Mittendorf R, Covert R, Montag AG et al. Special relationships between fetal inflammatory response syndrome and bronchopulmonary dysplasia in neonates. *J Perinat Med* 2005; 33(5):428-34.
34. Janer J, Andersson S, Haglund C, Kozikoski R, Lassus P. Placental growth factor and vascular endothelial growth factor receptor-2 in



human lung development. *Pediatrics* 2008; 122(2):340-6.

35. Speer C. Chorioamnionitis, postnatal factors and proinflammatory response in the pathogenetic sequence of bronchopulmonary dysplasia. *Neonatal* 2009; 95:353-61.

36. Smith LE. Pathogenesis of retinopathy of prematurity. *Semin Neonatal* 2003; 8(6):469-73.

37. Heidary G, Vanderveen D, Smith LE. Retinopathy of prematurity: current concepts in molecular pathogenesis. *Semin Ophthalmol* 2009; 24(2):77-81.

38. Kwinta P, Bik-Multanowski M, Mitkowska Z, Tomasik T, Pietrzyk JJ. The clinical role of vascular endothelial growth factor (VEGF) system in the pathogenesis of retinopathy of prematurity. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2008; 246(10):1467-75.

39. Villegas-Becerill E, Gonzalez-Fesvander E, Perula-Torres L, Gollardo-Galera JM. IGF-I, VEGF and bFGF as predictive factors for the on seto f retinopathy of prematurity [ROP]. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2006; 81(11):641-6.

40. Pich C, Agostini H, Buschbeck C, Krüger M, Schulte-Möntig J, et al. VEGF-A, VEGFR-1, VEGFR-2 and Tie 2 levels in plasma of premature infants : relationship to retinopathy of prematurity. *Br J Ophthalmol* 2008; 92(5):689-93.

41. Bartkevičienė D, Šilkūnas M, Drašutienė GS, Dumalakiene I, Ališauskas J, Zakarevičienė J. Bakterinė vaginozė, makšties-gimdos kaklelio citokinai ir priešlaikinis gimdymas. *Medicinos teorija ir praktika* 2006; 12(2):109-113.

42. Šilkūnas M, Bartkevičienė D, Drašutienė GS, Dumalakiene I, Ališauskas J, Mečėjus G. Bakterinė vaginozė, intrauterininė infekcija ir vaisiaus kraujotakos ypatumai. *Medicinos teorija ir praktika* 2006; 12(3):229-237.

43. Šilkūnas M, Bartkevičienė D, Drašutienė GS. Makšties ir gimdos kaklelio išskyru citokinių sąsaja su gimdos ir vaisiaus kraujotaka. *Sveikatos mokslai* 2006; 6:487-495.

44. Henson PM. Dampening inflammation. *Nat Immunol* 2005; 6:1179-81.

45. Ley K. History of inflammation research. In: Ley K, ed. *Physiology of inflammation*. Oxford: Oxford University Press 2001; 1-10.

46. Gallin JI, Snyderman R. Inflammation: historical perspective. In Fearon DT, Haynes BF, Nathan C, eds. *Inflammation Basic Principles and Clinical Correlates*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 1999; 5-12.

47. Janeway C, Travers P, Walport M, et al. eds. *Immunobiology*. 6th ed. New York: Garland Science Publishing 2005; 37-102.

48. Salamonsen LA, Lathbury LJ. Endometrial leukocytes and menstruation. *Hum Reprod Update* 2000; 6:16-27.

49. Gotsch F, Romero R, Kusanovic JP, Mazaki-Tovi S, Pineles BL, Erez O, et al. The fetal inflammatory response syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50(3):652-83.

50. Digiulio DB, Romero R, Kuzanovic JP, Gomez R, Kim CJ, Seok KS, Gotsch F, et al. Prevalence and diversity of microbes in the amniotic fluid, the fetal inflammatory response, and pregnancy outcome in women with preterm pre-labor rupture of membranes. *Am J Reprod Immunol* 2010.

51. Yoon BH, Romero R, Park JS, et al. The relationship among inflammatory lesions of the umbilical cord plasma interleukin-6 concentration, amniotic fluid infection, and neonatal sepsis. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1124-29.

52. Yoon BH, Romero R, Moon JB, et al. Clinical significance of intra-amniotic inflammation in patients with preterm labor and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1130-36.

53. Brannstrom M, Enskog A. Leukocyte networks and ovulation. *J Reprod Immunol* 2002; 57:47-60.

54. Finn CA. Implantation, menstruation and inflammation. *Biol*

*Rev Camb Philos Soc* 1986; 61:313-28.

55. Chard T. Cytokines in implantation. *Hum Reprod Update* 1995; 1:385-96.

56. Kelly RW, King AE, Critchley HO. Inflammatory mediators and endometrial function- focus on the perivascular cell. *J Reprod Immunol* 2002; 57:81-93.

57. Romero R, Parvizi ST, Oyarzun E, et al. Amniotic fluid interleukin-1 in spontaneous labor at term. *J Reprod Med* 1990; 35:235-38.

58. Hoffman M, Cooper ST. Thrombin enhances monocyte secretion of tumour necrosis factor and interleukin-1 beta by two distinct mechanisms. *Blood Cells Mol Dis* 1995; 21:156-67.

59. Salvemini D, Cuzzocrea S. Oxidative stress in septic shock and disseminated intravascular coagulation. *Free Radic Biol Med* 2002; 33:1173-85.

60. Dekker GA, Sibai BM. The immunology of preeclampsia. *Semin Perinatol* 1999; 23:24-33.

61. Redman CW, Sargent IL. Placental debris, oxidative stress and pre-eclampsia. *Placenta* 2000; 21:597-602.

62. Matzinger P. The danger model: a renewed sense of self. *Science* 2002; 296:301-5.

63. Romero R, Espinoza J, Gocalves LF, Kusanovic JP, Friel LA, Nien JK. Inflammation in preterm and term labour and delivery. *Seminars Fetal Neonatal Med* 2006; 11:317-26.

64. Kim YM, Romero R, Chaiworapongsa T, Kim GJ, Kim MR, Kuivaniemi H, et al. Toll-like receptor-2 and -4 in the chorioamniotic membranes in spontaneous labor at term and in preterm parturition that are associated with chorioamnionitis. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(4):1346-55.

65. Janeway CA, Travers P, Walport M, et al. Basic concepts in immunology. In: Janeway CA, Travers P, Walport M, et al, eds. *Immunobiology the Immune System in Health and Disease*. 5 th ed. New York: Garland Publishing 2001; 1-34.

66. Romero R, Kadar N, Hobbins JC, et al. Infection and labor: the detection of endotoxin in amniotic fluid. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:815-19.

67. Romero R, Sirtori M, Oyarzun E, et al. Infection and labor. V. Prevalence, microbiology, and clinical significance of intraamniotic infection in women with preterm labor and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161:817-24.

68. King AE, Critchley HO, Kelly RW. Innate immune defences in the human endometrium. *Reprod Biol Endocrinol* 2003; 1:116.

69. Zasloff M. Antimicrobial peptides of multicellular organisms. *Nature* 2002; 161:431-34.

70. Mori K, Kurihara N, Hayashida S, et al. The intrauterine expression of surfactant protein D in the terminal airways of human fetuses compared with surfactant protein A. *Eur J Pediatr* 2002; 161:431-34.

71. Condon JC, Jeyasuria P, Faust JM, et al. Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004; 101:4978-83.

72. Lee DC, Romero R, Kim CJ, Chaiworapongsa T, Tarka AL, Lee J, et al. Surfactant protein-A as an anti-inflammatory component in the amnion: implications for human pregnancy. *J Immunol* 2010.

73. Kishore U, Bernal AL, Kamran MF, et al. Surfactant proteins SP-A and SP-D in human health and disease. *Arch Immunol Ther Exp* 2005; 53:399-417.

74. Reid G, Burton J. Use of *Lactobacillus* to prevent infection by pathogenic bacteria. *Microbes Infect* 2002; 4:319-24.

75. Hargreaves DC, Medzhitov R. Innate sensors of microbial infection. *J Clin Immunol* 2005; 25:503-10.

76. Abbas AK, Lichtman AH, Pober JS. Cellular and Molecular Immunology. Fourth edition. W. B. Saunders Company 2000.
77. Genc MR, Witkin SS, Delaney ML, Paraskevas LR, Tuomala RE, Norwitz ER, Onderdonk AB. A disproportionate increase in IL-1beta over IL-1ra in the cervicovaginal secretions of pregnant women with altered vaginal microflora correlates with preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(5):1191-7.
78. Genc MR, Vardhana S, Delaney ML, Onderdonk A. Relationship between a toll-like receptor-4 gene polymorphism, bacterial vaginosis-related flora and vaginal cytokine responses in pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 116(2):152-6.
79. Mitchell MD, Trautman MS, Dudley DJ. Immunoendocrinology of preterm labour and delivery. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1993; 7(3):553-75.
80. Adomaitienė D, Janulevičiūtė N, Kazakevičius R, Vaičiūnas V. Klinikinės imunologijos įvadas. Kaunas: „Šviesa“, 2001.
81. Abbas AK, Lichtman AH. Cellular and Molecular Immunology. 5-th edition. W. B. Saunders Company, 2003.
82. Annane D, Bellissant E, Cavaillon JM. Septic shock. *Lancet* 2005; 365:63-78.
83. Beutler B, Cerami A. The endogenous mediator of endotoxic shock. *Clin Res* 1987; 35:192-7.
84. Jean-Baptiste E. Cellular mechanisms in sepsis. *J Intensive Care Med* 2007; 22:63-72.
85. Takala A, Nupponen I, et al. Markers of inflammation in sepsis. *Ann Med* 2002; 34(7-8):614-23.
86. Rosenzweig HL, Minami M, Lessov NS, Coste SC, Stevens SL, Henshall DC, Meller R, Simon RP, Stenzel-Poore MP. Endotoxin preconditioning protects against the cytotoxic effects of TNFalpha after stroke: a novel role for TNFalpha in LPS-ischemic tolerance. *J Cereb Blood Flow Metab* 2007; 27:1663-74.
87. Pang Y, Campbell L, Zheng B, Fan L, Cal Z, Rhodes P. Lipopolysaccharide-activated microglia induce death of oligodendrocyte progenitor cells and impede their development. *Neuroscience* 2010; 166(2):464-75.
88. Tsukimori K, Komatsu H, Yoshimura T, Hikino S, Hara T, Wake N, Nakano H. Increased inflammatory markers are associated with early periventricular leukomalacia. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49:587-90.
89. Woodward LJ, Anderson PJ, Austin NC, Howard K, Inder TE. Neonatal MRI to predict neurodevelopmental outcomes in preterm infants. *N Engl J Med* 2006; 355:685-94.
90. Hansen-Pupp I, Hallin AL, Hellström-Westas L, Cilio C, et al. Inflammation at birth is associated with subnormal development in very preterm infants. *Pediatr Res* 2008; 64:183-8.
91. Romero R, Avila C, Santhanaum U, Sehgal PB. Amniotic fluid IL-6 in preterm labour: association with infection. *J Clin Invest* 1990; 85:1392-1400.
92. Hatzidaki E, Gourgiotis D, Manoura A, Korakaki E, Bassios A, et al. Interleukin-6 in preterm premature rupture of membranes as an indicator of neonatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(7):632-8.
93. Kuster H, Weiss M, Willeitner AE, Detlefsen S, Jeremias I, Zbojan J, Geiger R, Lipowsky G, Simbruner G. Interleukin 1 receptor antagonist and interleukin 6 for early diagnosis of neonatal sepsis two days before clinical manifestation. *Lancet* 1998; 352:1271-1277.
94. Berner R, Niemeier CM, Leititis JU, Funke A, Schwab C, Rau U, Richter K, Tawfeek MS, Clad A, Brandis M. Plasma levels and gene expression of granulocyte colony stimulating factor, tumour necrosis factor alpha, interleukin 1 beta, IL-6, IL-8, and soluble intercellular adhesion molecule1 in neonatal early onset sepsis. *Pediatr Res* 1998; 44:469-77.
95. Maeda K, Matsuzaki N, Fuke S, Mitsuda N, Shimoya K, Nakayama M, Suehara N, Aono T. Value of the maternal interleukin 6 level for determination of histologic chorioamnionitis in preterm delivery. *Gynecol Obstet Invest* 1997; 43:225-31.
96. Romero R, Brody DT, Oyarzun E, Mazor M, Wu YK, Hobbins JC, et al. Infection and labor. III. Interleukin-I: a signal for the onset of parturition. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:117-23.
97. Romero R, Manogue KR, Mitchell MD, Wu YK, Oyarzun E, Hobbins JC, et al. Infection and labor. IV. Cachectin tumour necrosis factor in the amniotic fluid of women with intraamniotic infection and preterm labor. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161:336-41.
98. Romero R, Yoon B, Mazor M, Gomez R, Gonzales R, Diamond MP, et al. A comparative study of the diagnostic performance of amniotic fluid glucose, white blood cell count, interleukin-6, and Gram stain in the detection of microbial invasion in patients with preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:839-51.
99. Wilkinson-Berka JL. Vasoactive factors and diabetic retinopathy: vascular endothelial growth factor, cyclooxygenase-2 and nitric oxide. *Cur Pharm Des* 2004; 10:3331-48.
100. Hiratsuka S, Kataoka Y, Nakao K, Nakamura K, Morikawa S, Tanaka S et al. Vascular endothelial growth factor A (VEGF-A) is involved in guidance of VEGF receptor-positive cells to the anterior portion of early embryos. *Mol Cell Biol* 2005; 25:355-363.
101. Shibuya M, Claesson-Welsh L. Signal transduction by VEGF receptors in regulation of angiogenesis and lymphangiogenesis. *Exp Cell Res* 2006; 312:549-60.
102. Hayes D Jr, Feola DJ, Murphy BS, Shook LA, Ballard HO. Pathogenesis of bronchopulmonary dysplasia. *Respiration* 2010; 79(5):425-36.
103. De Paepe ME, Mao Q, Powell J, et al. Growth of pulmonary microvasculature in ventilated preterm infants. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173:204-11.
104. Speer C. Chorioamnionitis, postnatal factors and proinflammatory response in the pathogenetic sequence of bronchopulmonary dysplasia. *Neonatal* 2009; 95:353-61.
105. Mittendorf R, Covert R, Montag AG et al. Special relationships between fetal inflammatory response syndrome and bronchopulmonary dysplasia in neonates. *J Perinat Med* 2005; 33(5): 428-34.
106. Janer J, Andersson S, Haglund C, Kozikoski R, Lassus P. Placental growth factor and vascular endothelial growth factor receptor-2 in human lung development. *Pediatrics* 2008; 122(2):340-6.
107. Smith LE. Pathogenesis of retinopathy of prematurity. *Semin Neonatal* 2003; 8(6):469-73.
108. Heidary G, Vanderveen D, Smith LE. Retinopathy of prematurity: current concepts in molecular pathogenesis. *Semin Ophthalmol* 2009; 24(2):77-81.
109. Kwinta P, Bik-Multanowski M, Mitkowska Z, Tomasik T, Pietrzyk JJ. The clinical role of vascular endothelial growth factor (VEGF) system in the pathogenesis of retinopathy of prematurity. *Gratetes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2008; 246(10):1467-75.
110. Villegas-Becerill E, Gonzalez-Fesvander E, Perula-Torres L, Gollardo-Galera JM. IGF-I, VEGF and bFGF as predictive factors for the onset of retinopathy of prematurity [ROP]. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2006; 81(11):641-6.
111. Pich C, Agostini H, Buschbeck C, Krüger M, Schulte-Möntig J, et al. VEGF-A, VEGFR-1, VEGFR-2 and Tie 2 levels in plasma of premature infants: relationship to retinopathy of prematurity. *Br J Ophthalmol* 2008; 92(5):689-93.
112. Ay I, Francis JW, Brown RH Jr. VEGF increases blood-brain barrier permeability to Evans blue dye and tetanus toxin fragment C but not adeno-associated virus in ALS mice. *Brain Res* 2008 Aug 12.

113. Weber GC, Rheinlaender C, Sarioglu N, Peiser C, et al. The expression of VEGF and its receptors in the human ductus arteriosus. *Pediatr Res* 2008 Jun 4.
114. Goncalves LF, Chaiworapongsa T, Romero R. Intrauterine infection and prematurity. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002; 8(1):3-13.
115. Romero R, Chaiworapongsa T, Kuivaniemi H, Tromp G, et al. Bacterial vaginosis, the inflammatory response and the risk of preterm birth: A role for genetic epidemiology in the prevention of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1509-19.
116. Simhan HN, Caritis SN, Krohn MA, Hillier SL, et al. The vaginal inflammatory milieu and the risk of early premature preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:213-8.
117. Andrews WW, Goldenberg RL, Hauth JC. Preterm labor: Emerging role of genital tract infections. *Infect Agents Dis* 1995; 4:196-211.
118. Hillier SL, Krohn MA, Kiviat NB, Watts DH, Eschenbach DA. Microbiological causes and neonatal outcomes associated with chorio-amnion infection. *AM J Obstet Gynecol* 1991; 165:955-61.
119. Wenstrom KD, Andrews WW, Bowles NE, Towbin JA, Hauth JC, et al. Intrauterine viral infection at the time of second trimester genetic amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1998; 92(3):420-4.
120. Burguete T, Rabreau M, Fontanges-Darriet M, Roset E, Hager HD, Koppel A, et al. Evidence for infection of the human embryo with adeno-associated virus in pregnancy. *Hum Reprod* 1999; 14(9):2396-401.
121. Kim CJ, Romero R, Kusanovic JP, Yoo W, Dong Z, et al. The frequency, clinical significance, and pathological features of chronic chorioamnionitis: a lesion associated with spontaneous preterm birth. *Mod Pathol* 2010.
122. Gardella C, Riley DE, Hitti J, Agnew K, Krieger JN, Eschenbach D. Identification and sequencing of bacterial rDNAs in culture-negative amniotic fluid from women in premature labor. *Am J Perinatol* 2004; 21(6):319-23.
123. Grigsby PL, Novy MJ, Waldorf KM, Sadowsky DW, Gravett MG. Choriodecidual inflammation: a harbinger of the preterm labor syndrome. *Reprod Sci* 2010; 17(1):85-94.
124. Lockwood CJ, Kuczynski E. Markers of risk for preterm delivery. *J Perinat Med* 1999; 27:5-20.
125. Goldenberg RL, Andrews WW, Mercer BM, Moawad AH, Meis PJ, Iams JD, et al. The preterm prediction study: Granulocyte colony-stimulating factor and spontaneous preterm birth. *AM J Obstet Gynecol* 2000; 182:625-30.
126. Romero R, Wu YK, Brody DT, et al. Human decidua: a source of interleukin-1. *Obstet Gynecol* 1989; 73:31-34.
127. Romero R, Durum S, Dinarello CA, et al. Interleukin-1 stimulates prostaglandin biosynthesis by human amnion. *Prostaglandins* 1989; 37:13-22.
128. Romero R, Brody DT, Oyarzun E, et al. Infection and labor. III. Interleukin-1: a signal for the onset of parturition. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:1117-1123.
129. Sadowsky DW, Novy MJ, Witkin SS, et al. Dexamethasone or interleukin-10 blocks interleukin-1beta-induced uterine contractions in pregnant rhesus monkeys. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:252-63.
130. Fortunato SJ, Menon R, Lombardi SJ. Role of tumour necrosis factor-[alpha] in the premature rupture of membranes and preterm labor pathways. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:1159-62.
131. Watari M, Watari H, DiSanto ME, et al. Pro-inflammatory cytokines induce expression of matrix-metabolizing enzymes in human cervical smooth muscle cells. *Am J Pathol* 1999; 154:1755-62.
132. Romero R, Chaiworapongsa T, Espinoza J, et al. Fetal plasma MMP-9 concentrations are elevated in preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:1125-30.
133. Osmer RGW, Adelman-Grill BC, Rath W, et al. Biochemical events in cervical ripening dilatation during pregnancy and parturition. *J Obstet Gynecol* 1995; 21:185-94.

**THE COHERENCE OF SYSTEMIC FETAL INFLAMMATORY RESPONSE SYNDROME WITH PLACENTAL INFLAMMATORY LESIONS**

Ingrida Pilypienė, Nijolė Drazdienė, Irena Dumalakiene, Daiva Bartkevičienė, Mindaugas Šilkūnas, Virginija Motiejūnienė

**Summary**

**Key words:** fetal inflammatory response, cytokines, preterm delivery, intrauterine infection, chorioamnionitis.

The aim of this study was to investigate the association between the fetal inflammatory response (FIRS) and pathological changes in placenta as well as the characteristics of the perinatal period in preterm delivery.

The object and methods of investigation. A prospective random sampling was performed at Vilnius City University Hospital in 2007-2010. 158 preterms, born at the 22-34 weeks of gestation, and their mothers have been investigated. Umbilical blood cord cytokines were studied and placental pathohistological tests were evaluated. Depending on the concentration of IL-6 cytokine in the umbilical blood cord, the people under investigation were divided into two groups: FIRS (IL-6  $\geq 11$  pg/ml) group (n = 52) or control (IL-6 < 11 pg/ml) (n = 106). The evidence of clinical, laboratory and instrumental tests in the perinatal period for all mothers was selected and evaluated. The risk factors for the incidence of FIRS were determined. The statistical data analysis was carried out.

Results. The period of gestation in both groups was significantly different (p < 0,001). In FIRS group the women most often gave birth at 31-32 (2.8%) or 24-26 (21.2%) weeks of gestation, while women from the control group - at 33-34 weeks of gestation (58.5%). In FIRS group the average waterless period at labour was 26.81h, while in the control group it was only 16.73 h. The waterless period  $\geq 18$  h in FIRS group was found to occur twice as often as in the control group (p < 0.05). The average body temperature in women from the FIRS group was found to be significantly higher (p < 0.05). The higher incidence of postnatal endometritis in this group was also detected (p < 0.05). Histological chorioamnionitis and funisitis were detected in 51% of placentas from the FIRS group, while in the control group we found only 1% (p < 0.001). Histological tests performed on placentas expressing infectious inflammation more correlated with the concentrations of IL-6 and bTNF- $\alpha$  in umbilical blood cord (p < 0.001).

Conclusions. Histologically confirmed chorioamnionitis is a significant marker for a higher incidence of FIRS. A shorter than 30 week pregnancy, waterless period at labour  $\geq 18$  h and body temperature before giving birth  $\geq 37^{\circ}\text{C}$  as well as postnatal endometritis, - all these are the factors significantly increasing the FIRS incidence.

**Correspondence to:** daivabartk@gmail.com

Gauta 2011-07-20

# SLAUGOS PASLAUGŲ TEIKIMO MODERNIZAVIMO PROBLEMAS – VILNIAUS MIESTO CENTRO POLIKLINIKOS PATIRTIS

**SANDRA ŠILEIKAITĖ, RENATA KUDUKYTĖ-GASPERĖ**

*VšĮ Centro poliklinika*

**Raktažodžiai:** *pirminė asmens sveikatos priežiūra, ambulatorinė sveikatos priežiūra, slaugos paslaugos, slaugos paslaugos pacientų namuose, paliatyviosios pagalbos paslaugos, slaugos paslaugų modernizavimas.*

## **Santrauka**

Šiuo metu Lietuvoje stokojama teorinių sprendimų, kaip įvairių viešojo administravimo teorijų modelius efektyviai pritaikyti slaugos paslaugų sektoriui modernizuoti ir paslaugoms plėtoti, todėl šio straipsnio tikslas – išnagrinėti slaugos raidos tendencijas ir pasiūlyti strateginius sprendimus, skirtus slaugos paslaugų teikimo modernizavimui, taikant viešojo administravimo principus.

Atliekant tyrimą buvo siekiama įvertinti slaugos paslaugų modernizavimo galimybę tobulinant viešąjį administravimą. Siekiant išsiaiškinti galimybes atlikta teorinių šaltinių, susijusių su viešuoju administravimu, sveikatos apsaugos sistema ir slaugos paslaugomis, analizė bei apibendrinimas. Išnagrinėtos ir apibendrintos Europos Sąjungos ir kitų tarptautinių organizacijų, Lietuvos Respublikos bei kitų šalių teisės aktų nuostatos. Atlikta analizė skirta viešajam administravimui tobulinti teikiant slaugos paslaugas Lietuvoje.

## **ĮVADAS**

Slauga – asmens sveikatos priežiūros dalis, kuri apima sveikatos ugdymą, stiprinimą, išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą. Slaugos paslaugos asmenims yra teikiamos sveikatos priežiūros, socialinės globos bei kitose įstaigose (įmonėse), taip pat namuose. Šias paslaugas teikia bendrosios praktikos ar bendruomenės slaugytojos,

kurios vadovaujasi Lietuvos medicinos normomis (MN 28:2011; MN 57:1998) [1, 2]. Šiose normose nustatytos slaugytojų veiklos sritys, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė. Viena iš Lietuvoje naujų, tik pradedančių plėtotis sričių – paliatyviosios pagalbos paslaugos, kurias gali teikti ambulatorinės ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, organizuodamos šių paslaugų teikimą stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14) [3]. Straipsnyje analizuojamas šių paslaugų lygis, jų būtinumas ir reikalingumas, nes slauga bei paliatyvioji pagalba yra unikalūs paciento gydymo ir slaugos būdas.

Pirminė sveikatos priežiūra laikoma prioritetine sritimi, kadangi jai tenka spręsti daugelį asmens sveikatos problemų [4]. Šiandieniniame pasaulyje daug pagyvenusių žmonių gyvena vieni ir negali tikėtis šeimos paramos, nes tradicinė šeimos struktūra daugelyje šalių pakito, taip pat 50 proc. sunkiai sergančių žmonių norėtų pasilikti namuose. Šioms paslaugoms užtikrinti dažnai pagrindinė kliūtis yra finansinių išteklių trūkumas (Europos Sąjungos Ministrų taryba) [5]. Pasaulio sveikatos organizacijos programoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ teigiama, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemos turi skatinti siekti geresnių sveikatos priežiūros rezultatų, geresnės paslaugų kokybės ir kaštų efektyvumo [6]. Kartu siekiama organizuoti šios sveikatos priežiūros grandies darbą taip, kad būtų gerinamas prieinamumas ir realizuojama šeimos gydytojo, kaip „sveikatos sistemos vartininko“ („Gate – keeper“) [7], dirbančio komandoje kartu su slaugytoja, funkcija.

Praktikoje išryškėjusios pagrindinės problemos – neadekvatus finansavimas, tarpinstitucinio bendradarbiavimo nebuvimas, nevisiškai integruotos vadybos ir administravimo technologijos, trūksta kokybės vadybos principų bei kontrolės ir vertinimo. Pirminėje sveikatos



priežiūros grandyje norima pakeisti apmokėjimo sistemą, kad lėšos šeimos gydytojus pasiektų ne tik už prisiregistravusius asmenis, bet ir už suteiktas paslaugas, realiai ir kokybiškai atliktą darbą [8]. Numatoma mokėti už suteiktas paslaugas, taigi svarbu iširti, kaip pacientai vertina teikiamas paslaugas, ar jų pakanka, kokie yra pacientų lūkesčiai. Išanalizuoti specialistų nuomonę, kokias jie mato galimybes modernizuojant slaugos paslaugų teikimo sistemą. Negalima sustoti, reikia siekti daugiau, skiriant pakankamai dėmesio visoms grandims ir visų lygių įstaigoms [9].

**Straipsnio tikslas** – išnagrinėti slaugos raidos tendencijas ir pasiūlyti strateginius sprendimus, skirtus slaugos paslaugų teikimo modernizavimui, taikant viešojo administravimo principus.

#### METODAI

Taikant aprašomąjį-analitinį metodą atlikta teorinių šaltinių, susijusių su viešuoju administravimu, sveikatos apsaugos sistema ir slaugos paslaugomis, analizė ir apibendrinimas. Išnagrinėtos ir apibendrintos Europos Sąjungos, kitų tarptautinių organizacijų, Lietuvos Respublikos bei kitų šalių teisės aktų nuostatos, reikšmingos plėtojant slaugos paslaugų sritį. Aprašoma Vilniaus miesto VŠĮ Centro poliklinikos patirtis, organizuojant ir teikiant slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugas sunkiai sergantiems pacientams jų namuose. Atlikta slaugos paslaugų teikimo SSGG (Stiprybių, Silpnybių, Galimybių, Grėsmių) analizė.

#### REZULTATAI

*Šiuolaikinės slaugos paslaugų teikimo Lietuvoje bei kitose Europos Sąjungos šalyse problemos ir aktualijos.* Šiame amžiuje gyventojų sveikatos apsaugai, tuo pačiu ir slaugai, tiek Lietuvoje, tiek kitose Europos Sąjungos šalyse naujus iššūkius kelia gyventojų socialinė ir ekonominė padėtis. Europos Sąjungos šalių gyventojų socialiniai ir ekonominiai padėčiai didelę įtaką daro demografinis gyventojų senėjimas, mokslo technologijų pažanga, stiprėjanti Europos valstybių integracija ir kt. procesai, todėl sveikatos apsaugos sektoriui visame pasaulyje keliami uždaviniai, susiję su gyventojų sveikatos gerinimu, apsaugant nuo ligų ir jų pasekmių, įgyvendinant teisinius lūkesčius bei gerinant teikiamų paslaugų kokybę [10].

Pagrindinėmis problemomis Lietuvoje, su kuriais susiduriama teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įvardijama nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas, nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema, maža

gyventojų atsakomybė už savo sveikatą, tobulinti sveikatos sistemos reguliavimo principai ir metodai [11]. Lietuvoje nėra ilgalaikės sveikatos sistemos plėtos politikos tęstinumo, aiškaus funkcijų apribojimo tarp sveikatos politiką formuojančių ir ją įgyvendinančių institucijų, į valstybės nustatytą sveikatos prioritetą nepakankamai atsižvelgiama skirstant lėšas, silpnas tarpžinybinis bendradarbiavimas, stokojama darnios plėtos supratimo derinant ekonomikos, socialinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimus.

Dažniausiomis sveikatos priežiūros problemomis Lietuvoje yra įvardijama: neviseškai efektyvus sveikatos priežiūros įstaigų valdymas (dominuojančios stacionarinės paslaugos, nepakankama pirminės asmens sveikatos priežiūros sistemos plėtra, sveikatos priežiūros netolygumai (tiek mieste, tiek rajone), didelę sveikatos priežiūros specialistų darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu), neužtikrintas tolygus biudžetinių ir viešųjų įstaigų finansavimas, veiklos sąlygos, nepakankamai efektyviai veikiančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo valstybiniai bei savivaldybių lygmenų kontrolės ir stebėsenos mechanizmai. Šios problemos kelia didelę paslaugų teikėjų ir gavėjų konkurenciją sveikatos sektoriuje. Todėl Lietuvoje silpnai plėtojamos alternatyvios paslaugų organizavimo formos.

Kol kas Lietuvoje neįgyvendinamas pirminės sveikatos priežiūros prioritetas, apmokėjimo už pirmines sveikatos priežiūros paslaugas sistema mažai skatina sveikatos priežiūros įstaigas teikti daugiau šių paslaugų. Todėl Lietuvos gyventojai vis dar stokoja motyvacijos rūpintis savo sveikata ir sąmoningai dalyvauti gydymo procese, nes sveikatos priežiūra suprantama kaip „nemokama“ paslauga. Sveikatos priežiūros specialistai stokoja visuminio (holistinio) požiūrio į sergantį žmogų, pacientas nepripažįstamas kaip lygiavertis partneris sprendžiant sveikatos klausimus, vyrauja dėmesys ligų gydymui, o ne jų prevencijai.

Šiuolaikinėje Lietuvoje asmens sveikatos priežiūroje labai daug lėšų skiriama įvairiems tyrimams, technologijoms tobulinti ir pamirštama labiausiai pažeidžiama pacientų grandis, kuriems tyrimai nereikalingi, bet reikia visokeriopos integruotos socialinės, visuomeninės bei asmens sveikatos priežiūros, padedančios žmogui su savo negalia ar liga integruotis į visuomenę ir kokybiškai nugyventi likusį laiką. Būtina ugdyti aiškią humanistinę sveikatos priežiūros sampratą, pagal kurią būtų siekiama visaverčio sunkiai sergančio žmogaus poreikių patenkinimo, žmogaus, kuris iki pat mirties



būtų traktuojamas kaip jaučiantis, mąstantis ir veikiantis individas.

Visos šios išvardintos sveikatos sistemos problemos daro įtaką slaugos paslaugų teikimui, pasireiškia slaugos studijų, mokslo ir praktikos srityse. Universitetinės ir neuniversitetinės slaugos studijos nesudaro integruotos visumos, neišspręsti įvairių pakopų slaugytojų rengimo bei tolesnio kvalifikacijos tobulinimo klausimai. Silpnas universitetų ir kolegijų bendradarbiavimas. Slaugos mokslo – mokslinių darbų vykdymą sunkina neigiamas požiūris į slaugą kaip mokslo objektą, nepibrėžtos prioritetinės slaugos mokslo sritys bei kryptys, nepakanka patyrusių slaugos srities mokslininkų, per mažas finansavimas ir ryšiai su užsienio universitetų mokslininkais. Iškeliama slaugos praktikos problemos: nesukurta bendros slaugymo kokybės sistemos, nesilaikoma vienodos dokumentacijos, slaugymo standartų, nėra aiškaus valdymo, tikslingo finansavimo ir racionalaus išteklių naudojimo, neišplėta slauga namuose, neužtikrintas slaugos paslaugų tęstinumas, neaiškus slaugos specialistų poreikis, dideli darbo krūviai ir neadekvatus darbo užmokestis, nepakankamas slaugytojų profesinių organizacijų bendradarbiavimas.

Gašteinė 2010 m. spalio 6–9 d. vykusiame 13-ajame Europos sveikatos politikos forume Europos sveikatos politikų dėmesys buvo atkreiptas į nerimą keliančius sveikatos sistemų ateities iššūkius, kaip demografinės ir epidemiologinės situacijos kitimas, medicinos technologijų plėtra, asmens sveikatos paslaugų solidarumo, kokybės ir prieinamumo užtikrinimas, pokyčių įtaka besikeičiantiems sveikatos priežiūros specialistų vaidmenims. Klausimams spręsti turi būti keliamos viešojo administravimo bei naujosios viešosios vadybos prielaidos. Viešasis administravimas sveikatos priežiūros sistemoje ir jos smulkesniuose padaliniuose – asmens sveikatos priežiūros įstaigose – tai procesų struktūra ir kryptingas veikimas, jungiantis organizacijas, individus, veikiančius pagal tam tikrus, iš anksto parengtus ir numatytus įstatymus bei taisykles. Teisės aktais turėtų būti tikslingai siekiama tikslo, t. y. vadybos ir naujosios viešosios vadybos principų įgyvendinimo asmens sveikatos priežiūros organizavime. Reglamentuojant sveikatos priežiūrą europiniu lygmeniu, įvairiose šių paslaugų teikimo srityse, būtina tiksliai apibrėžti veiklos tikslus ir biudžetą paremti vykdomomis programomis. Norint pasiekti užsibrėžtus tikslus reikėtų motyvuoti darbuotojus ir vadovauti sveikatos priežiūros įstaigai remiantis vadybos metodais. Įgyvendinant viešosios vadybos principus tikslinga vykdyti asmens sveikatos priežiūros decentralizaciją.

Diegiant strateginius principus būtina daugiau dėmesio skirti rezultatams, t. y. kokių konkrečių rezultatų bus pasiekta įgyvendinus vienus ar kitus sprendimus Europos Sąjungos, valstybiniu bei asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos lygmeniu. Būtina skatinti asmeninę atsakomybę tiek priimant strateginius sprendimus, tiek juos įgyvendinant. Tai ypač aktualu asmens bei visuomenės sveikatos srityse, kadangi nuo to prasidea ir paciento asmeninė atsakomybė už savo sveikatą. Kuriant ir įgyvendinant įvairius politinius sprendimus būtina atsižvelgti į organizacijos lankstumą. Priimdamos sveikatos priežiūrai aktualius sprendimus visos organizacijos – tiek Europos Sąjungos, tiek valstybiniu lygmeniu (valstybinės bei savivaldos organizacijos) – turėtų būti lanksčios, jautriai reaguoti į aplinkos pokyčius bei taikytis prie pacientų, kaip labiausiai suinteresuotų asmenų, poreikių ir norų. Sveikatos priežiūros sistemos veiklos, jos reformų ekonomijos, efektyvumo vertinimas turėtų būti pagrindiniai veiklos kriterijai, siekiant priimti bei įgyvendinti svarbius strateginius sprendimus.

Įvertinę esamą situaciją Europos Sąjungos ir valstybiniu lygmeniu galime daryti išvadą, kad visų šių sprendimų sprendimui reikia tobulinti viešojo administravimo principus asmens sveikatos priežiūros srityse, pritaikant viešojo administravimo ypatybes bei uždavinius, įgyvendinant naujas viešojo administravimo teorijas. Viešasis administravimas sveikatos priežiūros srityje, kaip demokratinė institucija, turi remtis sveikatos priežiūros struktūromis ir procesais, kurie padėtų įgyvendinti pagrindinius sveikatos sistemos principus: holistinis požiūris į pacientą, kaip į esminį sveikatos priežiūros dalyvį, asmens sveikatos paslaugų kokybė bei prieinamumas, paslaugų solidarumas ir naujų technologijų plėtra, pritaikymas ir tinkamas jų valdymas. Siekiant tobulinti asmens sveikatos priežiūrą labai svarbi viešojo administravimo veiklos sritis yra pilietinės visuomenės, kuri prisiimtų atsakomybę už savo sveikatą, piliečių sveikatos išsaugojimą, kūrimas. Svarbu stiprinti viešojo ir privataus sektoriaus bendradarbiavimą, didinti valdžios įtaką asmens sveikatos priežiūros viešajame administravime, skatinti naujų informacinių technologijų taikymą.

*Slaugos paslaugų teikimo modernizavimui skirtų mokslinių tyrimų prioritetai.* Lietuvoje slaugos mokslinių tyrimų sritis yra nauja ir svarbi ne tik akademinė prasme, bet ir šalies kultūrai bei ekonomikai, kadangi didėjant pacientų nepriklausomybei ir jiems integruojantis į visuomenę daugiau reikia ir išteklių, skirtų jų slaugai ir rūpybai. Adekvačios ir mokslu pagrįstos priemonės iš pagrindų keičia savirūpos galimybes

nejgaliems ir sunkiai sergantiems pacientams, gerina gyvenimo kokybę bei psichologinį klimatą šeimoje ir visuomenėje. Slauga yra ypač svarbi sveikatos priežiūros dalis, nes neįmanoma spręsti svarbių sveikatos problemų modernioje visuomenėje remiantis vien tik medicinine pagalba. Esminį vaidmenį čia atlieka slaugos srities nagrinėjamos problemos, orientuotos į sveikatos ugdymą, aplinkos apsaugą, ligų profilaktiką, pacientų ir jų artimųjų bei pačių slaugytojų patirtį bei išgyvenimus, leidžiančius tobulinti ir plėtoti slaugos veiklą. Slaugos tyrimų aktualumą lemia sveikatos priežiūros pasiekimai ir ilgesnės gyvenimo trukmės tikimybė bei augantis įvairaus amžiaus žmonių, susiduriančių su slaugos problemomis, skaičius. Į šias problemas mūsų šalyje iki šiol kreipiamas menkas dėmesys. Slaugos raidos tempai susiję su praktine veikla, todėl tarp įvairių slaugos šakų ir įvairiose šalyse ji labai skiriasi.

Viešojo administravimo pagrindinių funkcijų (reguliavimas, paskirstymas, perskirstymas, paslaugų teikimas, institucijų kūrimas) taikymas galėtų labai pagelbėti plėtojant ir tobulinant slaugos paslaugų teikimą, kuriant ir nustatant paslaugų teikimo taisykles. Viešasis sektorius, kaip ir slaugos paslaugų teikimas, turi siekti užtikrinti žmonių gerovę.

Vienas iš strateginių Sveikatos apsaugos ministerijos tikslų – siekti, kad pacientams laiku būtų suteikiama kokybiška, saugi ir prieinama sveikatos priežiūra. Dokumente „Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007–2015 metų metmenys“ pabrėžiama, kad Lietuvoje stokojama paskatų plėtoti alternatyvias ambulatorines paslaugas [10]. Iš jų svarbią vietą užima slauga namuose. Nors slauga namuose Lietuvoje jau pradeda įsitvirtinti, finansavimas šiai darbo sričiai, deja, dar vis per mažas. Vykdamas sveikatos apsaugos reformą kaip vienas iš uždavinių nurodytas siekis įgyvendinti sveikatos santykių socialinio teisingumo ir solidarumo principus – užtikrinti mokesčių padalijimą visiems visuomenės nariams pagal jų pajamų dydį ir nesieti paslaugų prieinamumo su asmens socialine kategorija.

Vykstantys dinamiški pokyčiai visose gyvenimo srityse yra lydimi sveikatos priežiūros sistemos reformos, kurioje ypač akcentuojama slaugytojų veiklos kaita. Tradicinė slaugytojų veikla nebeįstengia patenkinti sparčiai kintančių visuomenės sveikatos priežiūros poreikių. Palaipsniui didėja prieštaravimas tarp išsilavinimo, kurio slaugytojams reikėtų, kad jie galėtų prisitaikyti prie vis sudėtingėjančios veiklos, ir išsilavinimo, kurį jie gauna profesinio rengimo įstaigose. Tyrimais nustatyta, kad daugiau nei 50 proc. sveikatos priežiūros paslaugų teikia slaugytojai, todėl be šių specialistų

paslaugų sutriktų visa sveikatos priežiūros sistema. Pasauliniu mastu slaugos praktika koncentruojasi į žmogų ir į jo sveikatą, remiasi sisteminiu problemų sprendimo metodu. Slaugytojai turi būti įvaldę keletą multidisciplininių kompetencijų. Slaugos paslaugos koncentruojasi į sveikatą, o ne į ligą, o slaugos praktika orientuota ne į užduočių vykdymą, bet į pacientą. Paminėtos slaugos praktikos kaitos kryptys rodo, jog slaugytojai turi įgyti daugybę kompetencijų ir gebėti dirbti tiek savarankiškai, tiek bendradarbiaudami su kitų profesijų atstovais. Tai reiškia tradicinio slaugytojo vaidmens transformaciją iki autonomiško specialisto, gebančio įnešti unikalų, išskirtinį indėlį į sveikatos priežiūrą bei lygiaverčiai dirbti sveikatos priežiūros komandoje su įvairių profesinių sričių specialistais.

*Slaugos paslaugų teikimui bei jos plėtojimui skirtų teorijų lyginamoji analizė.* Slauga – tai procesas, susidedantis iš dviejų skirtingų dalių: intelektualios, pagrįstos išmanymu, technika, problemų sprendimu, ir proceso, pagrįsto jausmais, vertybėmis. Pasaulinė slaugos kaita formuoja naują sampratą, t. y. slauga suprantama kaip tarpdisciplininė veikla, pagrįsta komandiniu darbu. Tai sąlygoja slaugos veiklos kryptingumą ir leidžia pasiekti norimų rezultatų.

P. Cannell 2005 m. atliko tyrimą, kurio metu klinikos auditas vertino pirminės sveikatos priežiūros valdymo būdą ir stebėjo, kokios pasiekta pažangos. Šio tyrimo esmė – paskatinti pirminės sveikatos priežiūros komandos narius tobulinti darbo metodikas pagal nustatytus poreikius iš tų sričių, kurios jau buvo patikrintos, siekiant teikti aukštos kokybės paslaugas, išlaikyti ankstesnį lygį arba jį dar pagerinti [12].

R. Gross ir N. Nirel atliko įdomų tyrimą Izraelyje (1997). Tirta, ar yra ilgalaikių padarinių personalo ir pacientų išlaidoms, atitinkamai valdant biudžetą. Ši programa buvo vykdoma kartu su tiriamuoju darbu, kurio metu vertinti kriterijai: programos įtaka pirminės sveikatos priežiūros klinikos personalui, išlaidų lygiui, paslaugų kokybei, pacientų pasitenkinimui. Tyrimo metu naudoti du metodai. Vertinta viena kontrolinė ir viena eksperimentinė klinika. Kitas metodas – devynios biudžetą valdančios klinikos lygintos su kitomis toje pačioje aplinkoje esančiomis klinikomis. Daugialypiame tyrime naudoti šie įrankiai: darbuotojų ir pacientų apklausa, detalūs interviu ir duomenų analizės. Rezultatai parodė, kad biudžetą valdanti programa turi potencialo kontroliuoti kainas ir išlaidas nedarant įtakos darbuotojams, teikiamoms paslaugoms bei pacientų pasitenkinimui. Tačiau ši programa nepasiekė planuoto pagerėjimo darbuotojų motyvacijos, požiūrio, paslaugų

teikimo ir klinikos atsakomojo ryšio į paciento poreikius atžvilgiu. Taigi ši programa turėtų būti tobulinama ir atliekami išsamesni tyrimai [13].

Teigiama, kad pirminė sveikatos priežiūra ir paslaugų teikimas turi atsižvelgti į pacientų poreikius [7], taigi pacientų noras pakeisti pirminės sveikatos priežiūros įstaigą yra vienas iš būdų, įrodančių teikiamų paslaugų kokybę. Pacientams svarbu slaugos darbuotojų priimanumas, ilgesnis priėmimo laikas ir kitos paslaugos. Taigi pacientų pasirinkimui didžiausios įtakos turėjo teikiamos aukštos kokybės paslaugos. Tačiau paslaugų kokybės negalima tapatinti tik su geru darbuotoju pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Kaip rodo D. Lupton atlikto tyrimo rezultatai, pacientai linkę pasitikėti savo pasirinktu gydytoju bei slaugos personalu ir blogai nevertina jų teikiamų paslaugų kokybės [8].

Vertinant suteiktų paslaugų kokybę išskiriamas faktorius, turintis įtakos pacientų nuomonei. Tai – sveikatos darbuotojų elgesys, t. y. ar poliklinikoje su pacientais elgiama pagarbiai, ar atidžiai juos išklauso, ar sveikatos darbuotojai suprantamai suteikia informaciją ir t. t. Dauguma žmonių manė, kad sveikatos darbuotojai su jais bendravo labai gerai ir gerai. Vykdamas sveikatos priežiūros reformą būtina atsižvelgti į gyventojų nuomonę apie teikiamų paslaugų kokybę [14]. D. Jankauskienė teigia, kad žmogus pats turi rūpintis savo sveikata ir pats už tai atsako. Pacientas turėtų reikšti savo nuomonę. Žinant, kokie yra pacientų norai ir lūkesčiai, būtų galima siekti geresnės paslaugų kokybės [15].

Didžiojoje Britanijoje vienas iš būdų paslaugų kokybei užtikrinti yra visuomenės sveikatos tarnybos, kurios teikia pagalbą pirminės sveikatos priežiūros grupėms, besirūpinančioms sveikatos paslaugų teikimu. Toks procesas suteikia galimybę akivaizdžiai įsitikinti vykdomos veiklos efektyvumu. Paslaugų įvertinimas, standartų nustatymas ir auditas, atliekami remiantis šiais standartais, suteikia galimybę gerinti visuomenės sveikatos įgūdžius, kurie leistų ir toliau tobulinti teikiamas paslaugas. Didžiojoje Britanijoje sveikatos apsaugos audito ir revizijos komisija organizuoja stebėseną ir tikrina visas nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos struktūras bei vertina jų veiklą [16].

Išanalizavę slaugos paslaugų teikimui, plėtojimui ir kokybei nustatyti skirtas teorijas, atlikę apklausomus grįžtus tyrimus, kurių metu buvo įvertinta visų slaugos paslaugas teikiančių ir jas gaunančių grandžių paslaugų kokybė bei poreikis, galime daryti išvadas, kad analogiški tyrimai turėtų būti atliekami visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose įvairiais lygmenimis. Atliktu

tyrimų duomenys leidžia mums spręsti ne tik apie teikiamų paslaugų kokybę, bet ir apie administravimo problemas pačioje įstaigoje bei valstybiniu mastu. Tik analizuodami ir lygindami gautus rezultatus šalies, miesto, įstaigų mastu galime daryti išvadas apie viešojo administravimo problemas bei prioritetines veiklos kryptis asmens sveikatos priežiūros ir slaugos srityse.

*Šiuolaikinės viešojo administravimo teorijos ir jų taikymo galimybės tobulinant slaugos paslaugas.* Įvertinus tai, kad viešajame sektoriuje diegiami naujosios viešosios vadybos, viešosios politikos principai, pagrindinės sveikatos sistemos valdymo tobulinimo kryptys turėtų būti privačios sveikatos, slaugos priežiūros praktikos taikymas ir racionalios sveikatos apsaugos, slaugos paslaugų valdymo struktūros suformavimas [17]. Šiuo metu pastebimas tendencingas pokytis privataus sektoriaus srityje, nes vis daugiau įstaigų sudaro sutartis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo su ligonių kasomis.

Viešajame administravime taikomos trys pagrindinės veiklos vertinimo sampratos: ekonomiškumas, efektyvumas ir veiksmingumas. Ekonomiškumas – panaudotų išteklių, reikalingų rezultatui gauti, mažinimas išlaikant tam tikrą rezultato kokybę. Efektyvumas – tai santykis tarp pageidautinų veiklos rezultatų ir panaudotų tiems rezultatams pasiekti kompleksinių išteklių, indėlių, sąnaudų bei kitų išteklių. Veiksmingumas – tai nustatytų tikslų įgyvendinimo laipsnis, panaudojus tam tikrą išlaidų kiekį. Šie kriterijai yra išsidėstę hierarchiškai tvarka. Paprasčiausias yra ekonomiškumo kriterijus, nes jis priklauso nuo mažesnio skaičiaus veiksnių, kurie tiesiogiai susiję su lėšomis. Šis kriterijus lengvai gali būti įvertintas kiekybiškai. Veiksmingumo kriterijus yra aukščiausio lygio. Jis aprėpia efektyvumo kriterijų visumą, nustato kiekvieno jų įtaką veiklos rezultatams ir įvertina, koku laipsniu pasiekti nustatyti tikslai.

Šiuos kriterijus galima pritaikyti tobulinant slaugos paslaugas, jų teikimą. Ekonomiškas, efektyvus ir veiksmingas paslaugų teikimas galėtų būti įgyvendintas taikant informacines technologijas. Jomis naudojantis galima suteikti daugiau paslaugų per trumpesnę laiką su mažesnėmis sąnaudomis ir pagerinti teikiamų paslaugų kokybę. Slaugos paslaugas teikiant el. sistema atsiranda šios galimybės: efektyvus administravimas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sistemoje naudojami dokumentai, įvairios popierinės formos perkeltos į elektroninius dokumentus, sukuriant įvairaus tipo paciento ligos istorijos elektroninius įrašus; įvairūs siuntimai, žurnalai bei statistinės ataskaitos yra elektroninio pavidalo; pacientų elektroniniai medicininiai

įrašai (EMI) saugomi centralizuotai); nepertraukiamas bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros specialistų (realiu laiku įrašyti paciento medicininius duomenis į elektroninę ligos istoriją; pagrindiniai atliekamų namų slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugų įstaigos elektroniniai medicininiai įrašai (EMI); optimaliai panaudoti gydytojų ir slaugos namų darbuotojų darbo laiko išteklių, sureguliuotas sveikatos priežiūros specialistų apsilankymo pas pacientus laikas); slaugos paslaugų teikimo efektyvumas [10].

Įdiegus šiuos sprendimus bus užtikrintas didesnis efektyvumas teikiant paslaugas, pagerės ir pagreitės bendradarbiavimas su kitomis institucijomis, organizacijomis, taip pat viešajame sektoriuje bus taikomos inovacijų ir modernizavimo tendencijos. Naudojantis informacinių technologijų galimybėmis lengviau planuoti, kontroliuoti, koordinuoti paslaugas, sutelkti išteklius. D. Osborne ir T. Geabler efektyvesnės viešųjų institucijų veiklos galimybes įžvelgia sistemingai pertvarkant viešojo sektoriaus valdymą. Tačiau kartais neskiriama pakankamai lėšų valdymo procesams pertvarkyti ir dėmesio viešosioms programoms koordinuoti bei ignoruojama procedūrinių elementų ir viešumo svarba. Galėtų būti didesnis valdžios institucijų dėmesys finansuojant pažangius projektus, pritaikant šiuolaikines viešojo administravimo teorijas [18].

*Lietuvos, Europos Sąjungos ir kitų tarptautinių organizacijų politinių dokumentų bei teisės aktų, skirtų slaugos paslaugų teikimo plėtrai, nuostatų apibendrinimas.* Viena iš svarbiausių sveikatos apsaugos reformos kryptių daugelyje Europos šalių tampa pirminės sveikatos priežiūros pertvarka. Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) koncepcija (1978 m.) teigia, kad PSP yra esminė sveikatos priežiūra, paremta praktiniu moksliniu patyrimu, socialiai priimtinais metodais, technologijomis, kurios padaro ją prieinamą individams, šeimoms bendruomenėje, ir teikiama bendruomenei bei šaliai priimtinais kaštais. Pagal šią koncepciją daugelyje Europos šalių pradėta PSP pertvarka. PSP organizuojama trimis lygiais: greitoji medicinos pagalba (GMP), slaugos institucijų veikla ir PSP tarnybų pagrindas – bendrosios praktikos gydytojo (BPG) institucija. PSP turi pasirūpinti kompleksine asmenų, šeimos, bendruomenės sveikatos priežiūra. Antrinio ir tretinio lygio sveikatos tarnybos turėtų vaidinti pagalbinį vaidmenį, atlikdamos tik tas diagnostines ir terapines procedūras, kurios yra specializuotos arba labai brangios ir neprieinamos PSP grandžiai. PSP turėtų išspręsti 80 proc. sveikatos problemų.

PSP grandies reorganizavimas yra pirmenybinė sveikatos apsaugos reformos sritis, reglamentuota sveikatos

politikos dokumentuose: Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, Lietuvos sveikatos programoje, Vyriausybės programoje, Vyriausybės nutarimu patvirtintose sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje, PSO leidinyje „Sveikata visiems XXI amžiuje“, Liublianios chartijoje ir kituose dokumentuose.

1996 m. Liublianios chartija dėl sveikatos apsaugos reformos Europoje siekiama suformuluoti principus, kurie būtų neatskiriama sveikatos priežiūros sistemos dalis. Organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūrą, dėmesys turėtų būti kreipiamas į pacientus ir jiems teikiamas paslaugas [19].

Daugelyje Europos Sąjungos šalių slaugos paslaugos namuose yra tarp sveikatos apsaugos ir socialinės srities, labai susipynusios ir sunkiai atskiriamos. Šis atskyrimas dažniausiai priklauso nuo paslaugų teikėjo. Pavyzdžiui, jei slaugos paslaugas namuose teikia sveikatos apsaugos srities teikėjas, dažnai į paslaugas patenka reabilitacija, sveikatos stiprinimas, ligų prevencija, fizioterapija ir t. t., o šių paslaugų gavėjai daugiausiai yra pagyvenusio amžiaus asmenys, pacientai, sergantys lėtinėmis ligomis. Socialinio sektoriaus teikėjų paslaugų namuose gavėjai dažniausiai yra pagyvenę ir vieniši asmenys. Kai kuriose Europos šalyse, pvz., Belgijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Portugalijoje, Ispanijoje, sudarytas šių paslaugų organizavimo modelis, pagal kurį sveikatos paslaugas teikia sveikatos apsaugos sistemos teikėjai, o socialinės ar kitos teikiamos paslaugos namuose yra socialinės sistemos dalis. Kitose šalyse, pvz., Danijoje, Suomijoje, Švedijoje, už paslaugų namuose teikimą atsakinga viena institucija, t. y. savivaldybės [20].

Pastaruosius kelis dešimtmečius Europos Sąjungos šalių sveikatos sistemos buvo veikiamos tų pačių iššūkių, todėl ir bendradarbiaudamos jos mokėsi vienos iš kitų. Tai atsispindi pagrindiniuose Europos Sąjungos politikos aspektuose, susijusiuose su sveikatos apsauga (PSO, 1993). Pagrindiniai minimi aspektai – tai universalus draudimas, progresinis finansavimas, teisingas paslaugų prieinamumas, tolygus informacijos pasiskirstymas ir pasiekiamumas šalyje ir už jos ribų. Šalių bendradarbiavimas svarbus ne tik pacientams, bet ir siekiant užtikrinti veiklos nuoseklumą. Europos Komisija veiksmų plane numatė sukurti Europos el. sveikatos erdvę, skatinti kiekvieną valdžią, atsakingą už sveikatos apsaugą, mokytis iš kitų šalių patirties.

Europos bendrijos vaidmuo vykdamas sveikatos politiką pakartotinai apibrėžtas valstybių vadovų pasirašytoje Lisabonos sutartyje, kurioje siūloma sustiprinti sveikatos politinį vaidmenį, skatinti bendradarbiavimą ir gerinti paslaugų teikimą piliečiams.



Sveikatos priežiūros ir ligoninių vadyba besikeičiančioje aplinkoje buvo viena iš 2006 m. Dubline vykusio kongreso temų. Nagrinėti patys aktualiausi sveikatos priežiūros organizavimo, gydymo įstaigų vadybos, slaugos integravimo į gydymo procesą ir kiti klausimai. Airijos vaikų ir sveikatos apsaugos ministras S. Poweris akcentavo, kad vykstant svarbiems pokyčiams sveikatos apsaugos sistemose svarbu kreipti didelį dėmesį į paslaugų kokybę, aukštas technologijas, socialinės ir sveikatos apsaugos sektorių integravimą. Pabrėžta, kad visuomenės lūkesčiai, susiję su sveikatos apsaugos sistema, yra dideli ir kasmet dar labiau auga, tad vyriausybė turi stengtis patenkinti šiuos pacientų lūkesčius [21].

Lietuvos sveikatos sistemos plėtros iki 2015 m. gairėse nurodyti efektyvesnės ir konkurencingesnės sveikatos sistemos principai: motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o susirgus teikti reikiamas bei kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas; racionaliau naudoti turimus išteklius; skatinti tarpžinybinį bendradarbiavimą; mažinti netolygumus. Šios idėjos yra naujos, šiuo metu kuriamos, Lietuvos sveikatos programos pagrindas. Iškeliami PSO ir Lietuvos bendradarbiavimą prioritetai: sveikatos sistemos stiprinimas užtikrinant pakankamą finansavimą, neužkrečiamųjų ir užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę, aplinkos sveikatą.

Lietuvos Nacionalinė sveikatos taryba 2004 m. (nutarimas Nr. N-5) atkreipė dėmesį į tai, kad yra nepakankamai reglamentuota pirminė sveikatos priežiūra nacionaliniu lygiu ir tai apsunkina reguliavimą bei sudaro prielaidas pacientams gauti skirtingos kokybės pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Per mažas dėmesys skiriamas slaugytojo veiklai, jos reglamentavimui, teikiamų paslaugų apmokėjimui, ambulatorinės slaugos plėtrai, o nepakankamas finansavimas sąlygoja slaugos paslaugų stoką. Trūksta mokslinių darbų pirminės sveikatos priežiūros srityje. Nacionalinė sveikatos taryba rekomenduoja: nacionaliniu lygiu nustatyti pirminės sveikatos priežiūros veiklos kokybės rodiklius; reglamentuoti bendruomenės slaugytojo veiklą, finansavimą, spartinti ambulatorinės slaugos plėtrą, slaugos ir globos integravimą; didinti pirminės sveikatos priežiūros finansavimą, skatinti prevencinį darbą, gerinti diagnostikos ir slaugos galimybes, tobulinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarką; skatinti mokslinius darbus, susijusius su pirminės sveikatos priežiūros organizavimu ir ateities modelių rengimu. Turi būti didesnis ryšys tarp mokslinių tyrimų sveikatos srityje ir žmonių poreikių, susijusių su svarbių

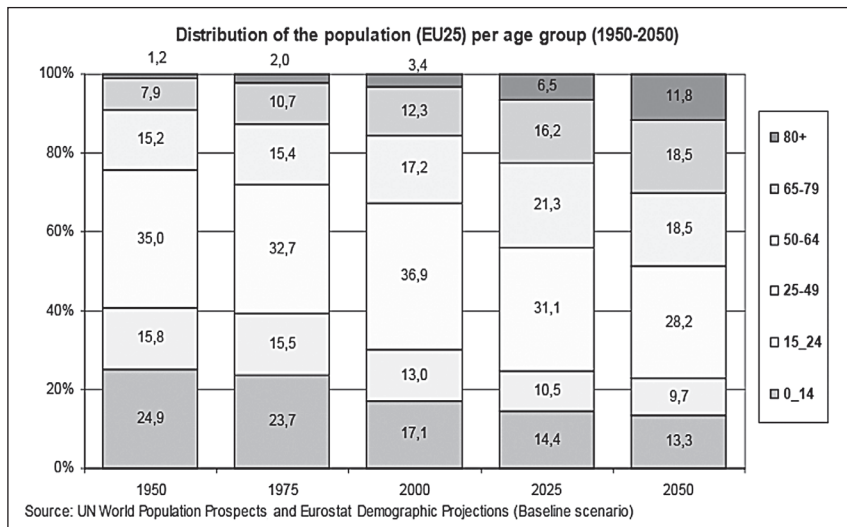
sprendimų priėmimu bei planavimo problemomis, taip pat prioritetinių sričių, kurias nustato mokslo bendruomenė; platesnis visuomenės informavimas apie paslaugų restruktūrizavimo pokyčius.

Lietuvos sveikatos programoje keliamus tikslus tikimasi pasiekti įgyvendinant „Sveikata visiems XXI amžiuje“ politiką (Sveikatos ekonomikos centras, 2003). Organizuojant tinkamą, prieinamą ir priimtina sveikatos priežiūrą, t. y. teikiant pirminės sveikatos priežiūros grandies prioritetą, darniai plėtojant visą sveikatos sistemą, gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą, didinti teikiamų paslaugų asortimentą (sukurti nacionalinius standartus), periodiškai akredituoti šias įstaigas bei mokyti ir kelti sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikaciją. Esant kvalifikuotiems specialistams, galima tikėtis geresnės paslaugų kokybės. 2008 m. Lietuvoje įteisintas savarankiškas slaugytojų, turinčių galiojančią slaugos praktikos licenciją, darbas pacientų namuose. Bendruomenės ar bendrosios praktikos slaugytojos teikia slaugos paslaugas pacientams namuose vadovaudamosi slaugytojo medicinos normoje nustatyta kompetencija, atsižvelgdamos į šeimos gydytojo rekomendacijas, bendradarbiaudamos ir dirbdamos kartu su socialiniais darbuotojais bei kitais sveikatos priežiūros specialistais.

Apibendrinant išanalizuotas Lietuvos Respublikos teisės aktų nuostatas galima daryti išvadą, kad dar neišnaudojamos visos viešojo administravimo galimybės. Trūksta griežtos slaugos paslaugų teikimo, vertinimo, kontrolės kriterijų, padedančių didinti atsakomybę už viešojo biudžeto naudojimą, įtvirtinti administracinių struktūrų darbuotojų lūkesčius, modernizuojant viešąjį sektorių. Teisės aktai reglamentuoja slaugos paslaugų teikimą, tačiau juose trūksta konkretumo, paslaugų apibrėžtumo.

*Slaugos paslaugų sektorius ir jo raidos, struktūros ir dinamikos analizė Lietuvoje.* Vykstant socialiniams ir ekonominiams pokyčiams kinta ir demografiniai procesai, gyventojų sveikatos problemos. Nuo 1992 m. sumažėjo Lietuvos gyventojų skaičius, pagrindinės priežastys – emigracija, neigiamas natūralus prieaugis ir senėjimas. 2008 m. Lietuvoje senėjimo rodiklis, kuris parodo, kiek procentų bendroje populiacijoje yra 65 metų ir vyresnių gyventojų, buvo 15,9 proc. Sparčiausiai vyresnio amžiaus žmonių skaičius Lietuvoje augo pastarąjį dešimtmetį ir šiuo metu kas penktas gyventojas yra vyresnis nei 60 metų. Numatoma, kad tokia tendencija išliks ir ateinančiais dešimtmečiais Lietuvoje bei kitose Europos šalyse (1 pav.).





1 pav. Gyventojų skaičiaus pagal amžiaus grupes kitimo tendencija Europos Sąjungos šalyse 1950–2050 m. (Šaltinis: Eurostato duomenų bazė)

Gyventojų demografinis senėjimas glaudžiai susijęs su gimstamumu mažėjimu. Pastaraisiais dešimtmečiais gimstamumo rodiklis mažėjo, vėliau pradėjo nežymiai didėti ir 2008 m. pasiekė 10,5/1 000 gyventojų. Tikėtina, kad gimstamumo mažėjimui didžiausios įtakos turėjo ekonominis nestabilumas, nedarbo augimas, gyvenimo lygio smukimas.

Lietuvoje gyventojų mirtingumo pokyčiai susiję su šalies politine, ekonomine ir socialine raida. 1994 m. šis rodiklis pasiekė aukščiausią lygį, vėliau pradėjo mažėti, tačiau nuo 2001 m. mirtingumas vėl didėjo ir 2007 m. pasiekė aukščiausią lygį. Mirtingumą ir jo pokyčius atspindi vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė: 2009 m. vyrų šis rodiklis buvo 67,5 metų, moterų – 78,5 metų (1 lentelė). Lietuvoje šis vyrų rodiklis išlieka trumpiausias lyginant su kitomis Europos Sąjungos šalimis.

Iš PSDF finansuojamos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidos per 2000–2009 m. išaugo apie 3,4 karto ir 2009 m. viršijo 121 mln. litų. 1997–2011 m. PSDF biudžetas (planas ir faktas, mlrd. Lt). Pasaulio sveikatos organizacija nepateikia informacijos apie slaugos paslaugų namuose išlaidų apimtį Europos šalyse, o Eurostatas

pateikia nedaugelio šalių duomenis. Pastebime, kad turtingesnės Europos šalys slaugai skiria daug daugiau sveikatos išlaidų nei Vidurio ir Rytų Europos šalys. Lietuvoje išlaidos ilgalaikiai slaugai (pagal visus finansavimo šaltinius), kaip procentas nuo visų einamųjų išlaidų sveikatai, siekė 5,8 proc., t. y. du kartus mažiau nei daugelyje senųjų ES šalių.

Mokslininkų nuomone, gaunama per mažai lėšų už vieną pacientą, todėl neįmanoma užtikrinti kokybiško pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pagal sveikatos priežiūros darbuotojų kompetenciją ir numatytas metodikas. Turėdami tokį finansavimą negalime išlaikyti pilnos komandos, kurią sudarytų vienas bendrosios

praktikos gydytojas ir 2–3 slaugytojos. Norėdami gauti pakankamai lėšų, esame priversti prirašyti daugiau pacientų, tačiau nuo to nukentčia paslaugų prieinamumas, kokybė ir svarbiausia – pacientas. Šias problemas būtų galima išspręsti, jei sveikatos apsaugos sistemoje būtų realiai ir aiškiai apibūdinta, kiek valstybė skiria lėšų gydytojų specialistų konsultacijoms, kompensuojamųjų vaistų išrašymui, pirminei asmens sveikatos priežiūrai. Užtikrinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kokybišką darbą, kaip teigia V. Žvirblienė, turėtų būti bendrosios praktikos gydytojų, slaugytojų darbo stebėseną pagal tam tikrus kriterijus. Pagal tai turėtų būti papildomai skiriama skatinamųjų priedų gerai dirbančioms pirminės sveikatos priežiūros komandoms nariams. Svarbu mokėti ne už esamų priregistruotų pacientų skaičių, bet už atliktą kokybišką darbą. Sveikatos sistemai pertvarkyti būtini ne tik mentaliteto pokyčiai, vadybos mokslo pagrindai, bet ir tam skiriamos lėšos [22].

2010 m. spalio mėn. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitete buvo įvardintos svarbiausios slaugytojų darbo organizavimo problemos, t. y. daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų nėra patvirtintų slaugos

1 lentelė. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje (Šaltinis: Statistikos departamento prie LR Vyriausybės duomenys)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Vidutinė būsimo gyvenimo trukmė</b>	<b>71,39</b>	<b>71,76</b>	<b>72,19</b>	<b>71,78</b>	<b>71,91</b>	<b>72,19</b>	<b>72,06</b>	<b>71,32</b>	<b>71,12</b>	<b>70,92</b>	<b>71,94</b>	<b>73,10</b>
<b>Vyrų</b>	<b>66,00</b>	<b>66,36</b>	<b>66,77</b>	<b>65,95</b>	<b>66,21</b>	<b>66,48</b>	<b>66,36</b>	<b>65,36</b>	<b>65,31</b>	<b>64,87</b>	<b>66,30</b>	<b>67,51</b>
<b>Moterų</b>	<b>76,66</b>	<b>77,01</b>	<b>77,45</b>	<b>77,58</b>	<b>77,58</b>	<b>77,85</b>	<b>77,75</b>	<b>77,42</b>	<b>77,06</b>	<b>77,20</b>	<b>77,57</b>	<b>78,56</b>

specialistų darbo krūvių, įstaigų nustatytose darbo apmokėjimo tvarkose neskiriama pakankamai dėmesio slaugos specialistų darbo apmokėjimui, diferencijuojant jų atlyginimą pagal atliekamo darbo intensyvumą, sudėtingumą, pirminėje asmens sveikatos priežiūros srityje slaugytojų darbas yra padėti gydytojui, o ne teikti bendruomenės paslaugas.

Lietuvoje nustatyti realių sąnaudų neatitinkantys slaugos paslaugų įkainiai, trūksta aiškumo reglamentuojant paslaugas. Keturiuose teisės aktuose kalbama apie slaugos paslaugų namuose teikimą, taip pat yra ir kitų aktų, apimančių socialines paslaugas, teikiamas tai pačiai pacientų grupei. Paslaugos dubliuojamos, persipina, skiriamas skirtingas finansavimas.

2 lentelė. Paslaugų išlaidos (Lietuvos ir tipinės įstaigos mastu) (Šaltinis: VŠĮ Centro poliklinikos duomenys)

	Sveikatos priežiūros specialistas	Slaugos paslaugos namuose įkainis	Ilgalaikės priežiūros (socialinės pagalbos namuose) įkainis
Lietuvos mastu	Slaugytojas	Vidurkis 61,41 Lt per mėn. už 1 pacientą nepriklausomai nuo vizitų skaičiaus	936 Lt per mėn.
	Suma (Lt) (vienam pacientui)	736 per metus	11 232 per metus
Tipinės įstaigos mastu	Pacientų skaičius VŠĮ Centro poliklinikoje	521	521
	Suma (Lt) per metus	381 372	5 851 872

2 lentelėje nurodyta, kad asmenims, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis, nepriklausomai nuo jiems suteikiamų paslaugų per metus vienam pacientui skiriama apie 700 Lt, o pacientams, kurių priežiūra reglamentuojama kitu teisės aktu, per metus vienam pacientui skiriama apie 11 232 Lt. Slaugos darbuotojų, kurie teikia paliatyviosios pagalbos paslaugas pacientų namuose, 1 darbo valandos įkainis yra 34,4 Lt. Taigi skirtingi teisės aktai, skirtingas finansavimas, skirtingos įstaigos teikia šias paslaugas, o pacientas dažniausiai būna tas pats. Šioje srityje galima daug pasiekti įdiegus elektroninės registracijos pas gydytojus, elektroninės asmens sveikatos istorijos ir kitus el. sveikatos sprendimus. Labai svarbus yra skirtingų sveikatos ir kitų sričių registrų sutvarkymas ir duomenų monitoringas.

Įvertinę visas sąnaudas, išlaidas teikiant slaugos paslaugas pacientams namuose ir gaunamas pajamas iš PSDF biudžeto, matome didelius nesutapimus. Išlaidos visiškai nepadengiamos, dėl to įstaigos šiuo metu nesuinteresuotos teikti šias paslaugas. Valstybės mastu reikėtų įvertinti tai, kad ambulatorinės paslaugos yra gerokai pigesnės nei stacionarinės ir mažiau išleidžiama nei hospitalizuojant tokius ligonius. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. nutarimu patvirtinta sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa, pagal kurią nutarta plėsti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ne mažiau kaip 5 proc. padidinti jų apimtį ir didinti finansavimą.

Šiuo metu vertinant administravimo būklę Lietuvoje taip pat matyti daug problemų, kurių niekas nesiima spręsti arba jos sprendžiamos tik iš dalies, pacientams nesudaromos sąlygos gauti visapusiškas, tolygias ir kokybiškas paslaugas. Sveikatos priežiūros įstaigos yra nelinkusios plėtoti slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugas, nes sąnaudos neatitinka nustatytų įkainių. Daugelis mokslininkų teigia, kad pagrindinis sveikatos priežiūros administravimo dėmesys yra sutelktas į kaštų ir grupių valdymą [23]. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad viešojo administravimo tyrimai sveikatos priežiūros srityje iškelia ateities asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų valdymo viziją: vadovai pagal naujosios vadybos principus turės būti novatoriški, numatyti ateityje susidarysiančias situacijas ir sąlygas bei priimti mokytojo ir konsultanto vaidmenį, diegiant efektyvesnius sprendimų priėmimo būdus.

Slaugos paslaugų teikimo tobulinimo galimybių analizė Vilniaus miesto VŠĮ Centro poliklinikos patirties pavyzdžiu. VŠĮ Centro poliklinikos steigėjas – Vilniaus miesto savivaldybė. Ji turi teisę spręsti klausimus dėl ilgalaikio turto nuomos, panaudos, mainų, laidavimo ir užtikrinimo bei nurašymo, nagrinėti prašymus dėl paskolų ir kreditų gavimo, laiduojant įstaigos turtu.

2002 m. balandžio 2 d., vykdant poliklinikų restruktūrizavimą, sukurta VŠĮ Centro poliklinika, sujungusi Vilniaus miesto centre esančias Vytenio, Lukiškių, Pylimo, Senamiesčio, Žygimantų ir Naujamiesčio poliklinikas. Vilniaus miesto tarybos sprendimu, siekiant pagerinti ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Vilniaus mieste, nutarta reorganizuoti minėtas įstaigas sujungimo būdu. Jos, kaip juridiniai asmenys, baigė veiklą ir buvo sukurta nauja viešoji įstaiga Centro poliklinika su filialais: Lukiškių, Naujamiesčio, Senamiesčio, Vytenio pirminės sveikatos priežiūros centrais. Šios reorganizacijos tikslas buvo darbo

organizavimo, administravimo, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo gyventojams gerinimas ir išlaidų mažinimas.

Poliklinikos veiklos tikslas – teikti pirmines, antrines ambulatorines ir antrines stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas visų amžiaus grupių pacientams. Pagrindinės poliklinikos funkcijos: teikti kvalifikuotą asmens sveikatos priežiūrą Vilniaus miesto gyventojams; vykdyti sveikatos mokymą, siekiant sumažinti gyventojų sergamumą ir pagerinti gyvenimo kokybę; atlikti diagnostinį darbą; hospitalizuoti ligonius, kuriems reikia stacionarinio gydymo.

Pagrindinės vykdomos veiklos pagal VšĮ Centro poliklinikos įstatus ir ekonominės veiklos rūšių klasifikatorių: medicininės praktikos veikla; bendrosios praktikos gydytojų veikla; gydytojų specialistų veikla; gydytojų konsultantų veikla; kita su žmonių sveikata susijusi veikla: paslaugų teikimas pacientams namuose, medicinos laboratorijų veikla.

*Slaugos paslaugos VšĮ Centro poliklinikoje ir jų teikimo praktikos analizė.* VšĮ Centro poliklinikoje slaugos paslaugas teikia slaugytojos, dirbančios kartu su šeimos, vidaus ir vaikų ligų gydytojais. Bendrosios praktikos ir bendruomenės slaugytojos teikia paslaugas vaikams nuo gimimo iki 18 metų amžiaus ir suaugusiems pacientams sveikatos priežiūros įstaigoje ir namuose. VšĮ Centro poliklinikos Naujamiesčio filiale beveik prieš 11 metų buvo įkurta Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinika (toliau – Slaugos klinika), siekiant efektyvinti veiklą, teikti kokybiškas slaugos paslaugas sunkią negalią turintiems pacientams jų namuose, taip pat sumažinti gydytojų ir jų slaugytojų didelį darbo krūvį lankant pacientus jų namuose. Slaugos klinikoje buvo suburtos kvalifikuotos bendruomenės slaugytojos, kurios lankė sunkiai sergančius pacientus jų namuose, vykdė gydytojų paskyrimus (imdavo kraujo, šlapimo tyrimus, leisdavo paskirtus vaistus ir atlikdavo daug kitų slaugos veiksmų). Nuo 2009 m. Slaugos klinikos specialistai pradėjo teikti paliatyviosios pagalbos paslaugas. Paliatyvioji pagalba – tai ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas. Paliatyviosios pagalbos tikslas: mažinti fizines kančias ir (ar) jų išvengti; tiksliai nustatyti ligonius varginančius simptomus, siekti juos kontroliuoti ir mažinti; nustatyti psichologines ir socialines ligonio bei jo artimųjų problemas, padėti jas spręsti stiprinant norą gyventi, o mirtį laikant natūraliu

procesu; pagerinti ligonio ir jo artimųjų gyvenimo kokybę; padėti ligonio šeimai ar jo artimiesiems netekties laikotarpiu.

Šiuo metu Slaugos klinikos tikslas – pagerinti pacientų ir jų šeimos narių gyvenimo kokybę, išsaugoti pacientų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje, skatinti jų savirūpą, užtikrinant teikiamų paliatyviosios pagalbos, slaugos bei socialinių paslaugų kokybę paciento namuose. Šiuo metu Slaugos klinikoje dirba 12 slaugytojų, slaugytojo padėjėjas, socialinis darbuotojas bei paliatyviosios pagalbos gydytojas. Slaugos klinikos veiklą koordinuoja klinikos vyresnioji slaugytoja. Slaugos klinikos specialistų teikiamas paslaugas galimas suskirstyti į 2 dideles grupes: slaugos paslaugas sunkiai sergantiems pacientams jų namuose bei paliatyviosios pagalbos paslaugas. Šiuo metu Slaugos klinikos specialistai namuose nuolat slaugo ir prižiūri apie 300 slaugos ar priežiūros poreikį turinčių pacientų, apie 100 pacientų per metus yra teikiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos.

*VšĮ Centro poliklinikos administravimo patirtis plėtojant slaugos paslaugas.* Įstaigos valdymo ir veiklos organizavimo organas yra administracija. Administracijai vadovauja direktorius, į darbą priimamas viešo konkurso būdu. Buhalterinę apskaitą įstaigoje tvarko vyriausiasis finansininkas (buhalteris). Įstaigoje veikia stebėtojų, gydymo bei slaugos tarybos. Įstaigos stebėtojų taryba – patariamasis organas, sudaromas penkeriems metams įstaigos veiklos viešumui užtikrinti. Stebėtojų tarybos teisės ir pareigos: analizuoti įstaigos administracijos veiklą; išklausti įstaigos administracijos parengtą metinės veiklos ataskaitą; stebėtojo teisėmis dalyvauti įstaigos administracijos organizuotame konkurse padalinių bei filialų vadovų pereinoms ir pareikšti savo nuomonę steigėjui; turėti kitų teisių ir pareigų, numatytų stebėtojų tarybos darbo nuostatuose ir neprieštaraujančių Lietuvos Respublikos įstatymams bei kitiems teisės aktams. Stebėtojų tarybos narių teises ir pareigas, paskyrimo ir atšaukimo tvarką bei darbo apmokėjimo sąlygas nustato stebėtojų tarybos darbo nuostatai, kuriuos tvirtina įstaigos vadovas. Įstaigos gydymo taryba sudaroma iš įstaigos padalinių ir filialų gydytojų.

Įstaigos gydymo tarybos veikla: svarsto asmens sveikatos priežiūros organizavimo ir tobulinimo klausimus; periodiškai rengia klinikines konferencijas; svarsto naujų asmens sveikatos priežiūros technologijų įsigijimo klausimus; siūlo įstaigos vadovui sudaryti įstaigoje gydytų pacientų mirčių, epidemiologijos klausimų nagrinėjimo ir kitas su asmens sveikatos priežiūra susijusias komisijas.

Įstaigos slaugos taryba sudaroma iš įstaigos padalinių ir filialų slaugos specialistų. Įstaigos slaugos tarybos veikla: svarsto pacientų slaugos organizavimo ir tobulinimo klausimus; teikia rekomenduojamojo pobūdžio pasiūlymus įstaigos administracijai. Įstaiga yra sudariusi kolektyvinę sutartį su įstaigos darbuotojų kolektyvu, atstovaujama profesinių sąjungų: Lietuvos gydytojų sąjunga, Lietuvos slaugos specialistų organizacija ir Lietuvos profesinė sąjunga „Solidarumas“.

Įstaigoje slaugos paslaugų teikimą administruoja vyresniosios slaugytojos skyriuose ir jų darbą kontroliuoja vyriausiosios slaugytojos filialuose. Pirminė je asmens sveikatos priežiūroje už slaugos paslaugų teikimą atsakinga pirminės asmens sveikatos slaugos administratorė.

2010 m. apklausus VŠĮ Centro poliklinikos pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistus nustatyta, kad pacientai, kuriuos prižiūri Slaugos klinikos specialistai, yra lankomi gerokai dažniau (apie 60 proc. apklausoje dalyvavusių specialistų teigia, kad šie pacientai yra lankomi kasdien) nei tie pacientai, kuriuos namuose prižiūri su šeimos gydytoju kartu dirbančios slaugytojos (pacientų lankymo dažnis – 1 kartą per savaitę). Taip pat nustatyta, kad Slaugos klinikos teikiamų slaugos paslaugų kokybę poliklinikos pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistai vertina daug geriau nei slaugos paslaugas, kurias pacientų namuose teikia slaugytojos, dirbančios kartu su šeimos gydytoju. Daugiau nei pusė apklaustų asmens sveikatos priežiūros specialistų nurodė, kad slaugos paslaugas pacientams jų namuose turėtų teikti kvalifikuotos Slaugos klinikos slaugytojos.

*Slaugos paslaugų plėtros SSGG analizė.* Išnagrinėjus nacionalinį kontekstą ir nacionalinę įstatyminę aplinką, tarptautinę patirtį bei geriausią praktiką galima apibendrinti šias stiprybes, silpnybes, galimybes ir grėsmes.

Stiprybės: centralizuotai teikiamos paslaugos; optimali organizacinė struktūra, sistemingas veiklos planavimas; geros darbo sąlygos; daug darbuotojų turi aukštąjį išsilavinimą; specialistai turi didelę darbo patirtį; suteikta galimybė specialistams kelti kvalifikaciją tobulinimo kursuose bei seminaruose; informacinės sistemos naudojimas; įstaiga turi pakankamas telekomunikacijų priemones; stabilus finansavimas.

Silpnybės: išteklių ribotumas; profesionalų trūkumas; žemas kompiuterinio raštingumo lygis; geros strateginio planavimo ir administravimo praktikos trūkumas sveikatos priežiūros srityje; vietinė iniciatyva sukurtos informacinės sistemos ir duomenų bazės yra nesuderinamos,

nėra privalomų standartų; nėra ministerijos lygio specialistų, kurie galėtų vadovauti nacionalinei el. sveikatos plėtrai; per žemas kompiuterinio raštingumo lygis bei nepakankama interneto prieiga regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose; per mažas finansavimas; netobula teisinė bazė; santykinai mažas darbo užmokestis skatina jaunos specialistas ieškoti geriau mokamo darbo; darbuotojų motyvacijos trūkumas; didėjanti dokumentacija; netolygus darbo krūvis per metus.

Galimybės: paslaugų spektro ir sudėtingumo išplėtimas; rezervinės brigados ir funkcijų persiskirstymas: gydytojų, slaugytojų; senų ir neefektyvių technologijų keitimas ar tobulinimas; darbuotojų skatinimas, motyvacijos našiai dirbti didinimas; naujų technologijų taikymas gerinant sveikatos priežiūrą, informavimą aktualiais sveikatos priežiūros klausimais, sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą; gerėjant visuomenės informavimui, auga gyventojų sąmoningumas paslaugų kokybės bei kitose sveikatos priežiūros srityse; efektyvus ES struktūrinių fondų lėšų panaudojimas; nedidelis apsunkinantis daugiamečių IT infrastruktūros paveldas, kuris trukdytų įdiegti naujai atsirandančias technologijas ir pasiekimus.

Grėsmės: nepakankama išteklių naudojimo kontrolė; tobulėjimo motyvacijos stoka; asmens duomenų saugumas; neužtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tęstinumas, nesiekiamas ilgalaikės strategijos, kuri teiktų svarbius privalumus; linkstama į el. sveikatos sistemą, orientuotą ne į pacientą, bet į administracijos poreikius ir žinybinius sprendimus; trūksta skaidrumo politikoje, programose ir investicijose; perkamos brangiai kainuojančios sistemos, kurios greitai sensta, užuot pasirinkus lanksčias, nesunkiai pritaikomas mokymosi platformas ir paslaugas; ignoruojama nacionalinių tyrimų patirtis ir plėtros potencialas; nesusiformavęs teigiamas visuomenės požiūris į sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą; ekonominės ir socialinės problemos turi neigiamos įtakos gyventojų sergamumui, priklausomybės ligų plitimui.

Remiantis SSGG analize galima daryti išvadą, kad sistemingas veiklos planavimas, sureguliuota vidinė teisinė bazė, gera organizacinė struktūra ir darbuotojų darbo patirtis sudaro sąlygas sėkmingai veiklai. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, gyventojams teikiamų paslaugų kontrolė, teisės aktų reikalavimus atitinkančių asmens sveikatos paslaugų užtikrinimas leidžia kurti sveikesnę aplinką, saugoti gyventojų sveikatą. Naujausių technologijų ir telekomunikacijų priemonių taikymas sudaro palankias sąlygas dirbti, bendradarbiauti su kitomis institucijomis, visuomenės informavimo priemonėmis.



Lietuva turi puikią galimybę plėtoti el. sveikatos priežiūros sprendimus, kurie yra varomoji sveikatos priežiūros raidos jėga, yra nuoseklūs, ekonomiškai ir neatsilieka nuo viso pasaulio tempų. Ryškūs du svarbūs privalumai: nedidelis sistemų paveldas bei galimybė pasinaudoti nacionalinių ir kitų šalių tiek gera, tiek ir bloga patirtimi. Be to, yra nemažai puikių žinių ir gebėjimų pačioje sveikatos priežiūros sistemoje ir su ja susijusiose struktūrose. IT įmonių potencialas yra pakankamai išplėtotas norint įgyvendinti nacionalinio lygio el. sveikatos strategijoje numatytus uždavinius. Šių galimybių išnaudojimas reiškia, jog bus galima valdyti šalies žinias, pasiryžimą ir kitus išteklius, koordinuoti nukreipiant juos į bendros koncepcijos įgyvendinimą. El. sveikatai reikalinga bendra strategija su lanksčiu ilgalaikiu veiksmų planu, kurio įgyvendinimui vadovautų viena įgaliota institucija. Jos pagalba ir nurodymai turi būti sprendimų ir veiksmų visuose lygmenyse pagrindas. Strategija ir jos įgyvendinimas turi būti aiškiai ir stabiliai organizuoti, įskaitant valdymą, koordinavimą, projektų derinimą ir bendradarbiavimo sprendimus.

### IŠVADOS

Apibendrinus šiame straipsnyje išdėstytais mintis, galima daryti tokias išvadas:

1. Slaugos paslaugos koncentruojasi į sveikatą, ne į ligą, o slaugos praktika orientuota ne į užduočių vykdymą, bet į pacientą. Slaugos kaita pasauliniame kontekste formuoja naują sampratą, t. y. slauga suprantama kaip tarpdisciplininė veikla, pagrįsta komandiniu darbu, o tradicinis slaugytojo vaidmuo transformuojasi iki autonomiško specialisto, gebančio įnešti unikalų, išskirtinį indėlį į sveikatos priežiūrą bei lygiaverčiai dirbti sveikatos priežiūros komandoje su įvairių profesinių sričių specialistais. Todėl Lietuvoje, siekiant įgyvendinti „Sveikata visiems“ principus, būtina užtikrinti įvairių sveikatos priežiūros grandžių efektyvią veiklą bei bendradarbiavimą;

2. Įvertinę esamą situaciją Europos Sąjungos ir valstybiniu lygmeniu galime daryti išvadą, kad įgyvendinant pagrindinius sveikatos sistemos principus būtina tobulinti viešojo administravimo principus asmens sveikatos priežiūros srityse, pritaikant viešojo administravimo ypatybes bei uždavinius, įgyvendinant naujas viešojo administravimo teorijas;

3. Apibendrinant išanalizuotas Lietuvos Respublikos teisės aktų nuostatas galima daryti išvadą, kad nustatyti slaugos paslaugų įkainiai neatitinka realių sąnaudų bei organizuojant slaugos paslaugų teikimą

dar nepilnai taikomos visos viešojo administravimo galimybės. Trūksta griežtos slaugos paslaugų teikimo, vertinimo, kontrolės kriterijų, padedančių didinti atsakomybę už teikiamų paslaugų kokybę bei viešojo biudžeto naudojimą;

4. Išanalizavus VšĮ Centro poliklinikos atvejį organizuojant slaugos ir paliatyviosios pagalbos paslaugas pacientams namuose pastebėta, kad poliklinikoje įkūrus atskirą slaugos paslaugų teikimo padalinį, kurio specialistai teikia kvalifikuotas paslaugas pacientams namuose, pacientams, kuriems šios paslaugos yra būtinos, pagerėja slaugos paslaugų prieinamumas ir, paciento bei sveikatos priežiūros specialistų nuomone, išauga paslaugų kokybės įvertinimas;

5. Atlikus SSGG analizę, nustatyta, kad Lietuva turi puikią galimybę plėtoti el. sveikatos priežiūros sprendimus, kurie yra varomoji sveikatos priežiūros raidos jėga, yra nuoseklūs, ekonomiškai ir neatsilieka nuo likusio pasaulio tempų bei gali būti puikiu instrumentu modernizuojant slaugos paslaugų teikimą, užtikrinant šių paslaugų prieinamumą ir tęstinumą.

### Literatūra

1. 2011 m. birželio 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2011, Nr. 72-3490).
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 27 d. įsakymas Nr. 691 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:1998 „Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 107-2939).
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 7-290; 2009, Nr. 107-4485).
4. Nacionalinės sveikatos tarybos 2004 m. kovo 30 d. nutarimas Nr. N-5 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros“.
5. Europos Sąjungos Ministrų taryba. Paliatyviosios pagalbos organizavimas, rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms, 2005.
6. Sveikata visiems XXI amžiuje. PSO, 1999.
7. Kluik J. Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos. Sveikatos drauda, 2005.
8. Rapolevičiūtė A. 2006 metų PSDF biudžetas leis realizuoti daugiau numatytų darbų. Gydytojo menas 2006; 2:4.
9. Andrijauskaitė D. Gydytojo darbas – tai mokslas ir menas, atsivimas, talentas bei nuolatinis tobulėjimas. Gydytojo menas 2004; 13:4.
10. Štaras K. Informacinių technologijų vaidmuo didinant sveikatos paslaugų efektyvumą: viešosios įstaigos Centro poliklinikos patirtimi, 2008.
11. Ribokienė N. Sveikatos sistemos plėtros 2010–2015 metais metmenys.
12. Cannell P. Linking clinical audit in general dental services to primary care trust clinical governance - progress report of an approach used in Southend. Prim Dent Care 2005 Jan; 12(1):23-6.



13. Gross R, Nirel N. Does budget-holding have a long-term effect on expenditure, staff and patients? *Health Policy* 1997 Apr; 40(1):43-67.

14. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 2002; 1129-35.

15. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje. *Gydymo menas* 2006; 6:6.

16. Jurgaitienė L. Prioritetas bendruomenės sveikatai Didžiojoje Britanijoje. *Gydymo menas* 2004; 5:13.

17. Buivydas R ir kt. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010.

18. Osborne D, Gaebler T. Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector. Reading Mass.: Addison-Wesley, 1992.

19. Liublianos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje. Pasaulio sveikatos organizacija. 1996 06 18.

20. Tarricone R, Tsouros AD. Home Care in Europe, 2008.

21. Gendvilis S. Sveikatos priežiūros ir ligoninių vadyba besikeičiančioje aplinkoje. *Gydymo menas* 2006; 9:14.

22. Žvirblienė V. Pirminės asmens sveikatos priežiūros aktualijos. *Gydymo menas* 2004; 3:14.

23. Contandriopoulos D. A sociological perspective on public participation in health care. *Soc Sci Med* 2004; 58:321-330.

*CHALLENGES IN MODERNIZATION OF NURSING SERVICES – EXPERIENCE OF VILNIUS CITY CENTRO OUT-PATIENT CLINIC*

*Sandra Šileikaitė, Renata Kudukytė-Gasperė*

*Summary*

*Key words: primary health care, out-patient health care, home nursing, nursing, palliative care, modernization of nursing services.*

*Nowadays in Lithuania there is a lack of theoretical solutions for effective public administration theories of various models used for nursing services sector for modernization and development. Aim of this article is to examine the trends in nursing and to offer strategic solutions for the modernization of nursing services with guidelines of public administration. During this study we analyzed policy documents, legislation of EU countries and Lithuania, we made strategic decisions of nursing services. We discussed the concept, issues and problems of modern nursing's role in society. How to improve, to develop nursing services, what are for the research priorities for the theories of comparative analysis of theories and their applicability to improve medical care, research methodology. How we can use public administration to improve the development of nursing service, structure, to analyze dynamics, management and situation in Lithuania.*

**Correspondence to: sandrasileikaite@yahoo.com**

Gauta 2011-08-02



## REIKALAVIMAI MOKSLINIAM STRAIPSNII ŽURNALUI „SVEIKATOS MOKSLAI“

Tai medicinos mokslo ir medicinos praktikos žurnalas gydytojams ir medicinos darbuotojams, kitiems specialistams.

Moksliniai straipsniai, siunčiami mūsų žurnalui, privalo atitikti nustatytus reikalavimus. Pageidautina, kad autorius pradžioje nurodytų, kuo reikšmingas straipsnis, kam jis skirtas, kas jame nauja. Po lietuviško rašomas angliškas pavadinimas. Autorių pavardės rašomos mažosiomis raidėmis, pvz., A.Jonaitis. **Straipsniuose turi būti mokslo darbui būtinos dalys: raktažodžiai; trumpa santrauka; įvadas; darbo tikslas; tyrimo medžiaga ir metodas, tyrimų aprašymas, gauti rezultatai; numeruotos išvados; panaudotos literatūros sąrašas; straipsnio pavadinimas, raktažodžiai ir išsami santrauka anglų kalba.** Literatūros apžvalgoms, praktiniams straipsniams, kazuistiniams atvejams struktūra skiriasi. Nuorodos į autorius iš literatūros sąrašo dedamos po minimo autoriaus pavardės arba sakinio gale. Jei nurodoma daug šaltinių, kurių numeriai eina vienas po kito, šaltiniai rašomi per brūkšnelį, pvz.: [4,7,9-12]. Vertėtų atsiminti, kad dešimtainėse trupmenose rašomas ne taškas, o kablelis, pvz., 17,5 ir pan.

Straipsniai pateikiami dviem egzemplioriais, autoriaus pasirašyti, jų apimtis – iki 6-8 psl. Lotyniški ir kitų kalbų žodžiai rašomi kursyvu. Pridedamas ir diskelis (su populiaria tekstone programa).

Straipsniai neturi būti kur nors kitur anksčiau skelbti, rankraščiai atspausdinti aiškiai, per pusantro intervalo.

Iliustracijos pateikiamos atskirais lapais, po piešiniiais, lentelėmis rašomas eilės numeris, pavadinimas. Jeigu pateikiama nuotrauka – jos kitoje pusėje nurodomas autorius, straipsnio pavadinimas, numeris ir iliustracijos pavadinimas. Spalvoti paveikslai negali būti susieti kartu su tekstu. Tekste nurodoma, kur turi būti dedama lentelė ar iliustracija. Dėl spalvotų iliustracijų tariamasi atskirai. Siūloma laikytis priimtą Tarptautinės SI vienetų sistemos. Jeigu straipsnis nevisiškai atitinka moksliniam straipsniui keliamus reikalavimus, jis spausdinamas kaip aprašomasis, informacinis arba kaip tezės.

Visi moksliniai ir teoriniai praktiniai straipsniai recenzuojami.

Autorių, kuriais remiamasi straipsnyje, pavardės rašomos taip: a) straipsnyje – pirma vardo raidė(s), po to – pavardė; b) literatūros sąrašė – atvirksčiai. Atkreiptinas dėmesys: tarp vardo raidės ir pavardės paliekamas tarpelis.

Ypatingą dėmesį prašytume atkreipti į literatūros sąrašą. Redakcijos nuomone, literatūros sąrašas neturėtų būti ilgas: trumpo straipsnio – iki 10, ilgo – iki 20, literatūros apžvalgų – iki 40 šaltinių. Jie negali būti senesni kaip penkerių metų.

Literatūros sąrašas turi būti parengtas taip, kaip yra įprasta šiuo metu Lietuvoje daugelyje mokslo sričių:

pirmiausia rašoma autoriaus pavardė, po to jo vardo (vardų) pirmoji raidė; jei autorių yra keli, po kiekvieno autoriaus rašomas kablelis. Toliau rašomas straipsnio pavadinimas, po jo dedamas taškas, žurnalo ar knygos pavadinimas, po jo – taškas. Jei nurodoma leidykla, leidinio vieta ar leidėjas, toliau rašoma leidimo metai, tomas (numeris), puslapiai nenurodant metų, tomo ar numerio ir puslapio santrumpų. Po metų dedamas kabliataškis, o po tomo (numerio) – dvitaškis. Pvz., 15. Bernstein JM. Role of allergy in eustachian tube blockage and otitis media with effusion: a review. *Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 1996;114(4):562-568. 16. Mogi G, Chaen T, Tomonaga K. Influence of nasal allergic reactions on the clearance of middle ear effusion. *Arch Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1990;116:331-334... 1. Šatkauskas B. Bronchoskopija: dabartis ir ateitis. *Medicina*. 1997;33(6):3-10. 2. Danila E., Šatkauskas B., Petrauskas A. Bronchoalveolinis levažas – informatyvus plaučių ligų diagnostikos metodas. *Medicina*. 1997; 33(6):44-47. 3. Klech H, Pohl W. Technical recommendations and guidelines for bronchoalveolar lavage (BAL). *Eur Respir J.* 1989;2:561-585. 4. Klech H, Hutter C, Costabel U. Clinical guidelines and indications for bronchoalveolar lavage (BAL). *Eur Respir J.* 1992;2(8):1-130. 5. Jacobs DS, DeMott WR, Grady HJ, Horvat RT, Huestis DW, Kasten BL. *Laboratory Test Handbook*, 4th Edition. Lexi-Comp INC, Hudson (Cleveland), 1996... 9. Kimura K, Stoopen M, Reeder MM, Moncada R. Amebiasis: Modern diagnostic imaging with pathological and clinical correlation. *Semin Roentgenol.* 1997;32(4):250-275. 10. Ralls PW. Focal inflammatory disease of the liver. *Radiol Clin. N. Amer.*, 1998;36(2):377-389. 11. Mergo PJ, Ros PR. Benign lesions of the liver. *Radiol Clin. N. Amer.* 1998;36(2):319-331. 12. Valantinas J., Buivydienė A., Bernotienė E., Denapienė G. Daugiakamerinė cistinė alveolinio echinokoko (*Echinococcus alveolans*) sukelta kepenų infiltracija. *Medicinos teorija ir praktika*, 1998;(2):81-83.

Tekste pavartotos literatūros šaltinis rašomas to paties dydžio raidėmis, paprastuose skliausteliuose nurodant eilės numerį.

Priimami straipsniai, parašyti anglų, prancūzų, rusų kalbomis, tačiau autorius atsako už angliško teksto kalbą ir straipsnio redagavimą. Būtina kartu pateikti ir reziümė lietuvių kalba.

Pirmumas spausdintis mūsų žurnale teikiamas mūsų rėmėjams ir tiems, kurie iš anksto sumoka už savo straipsnio išspausdinimą.

Tiek mokslo, tiek praktikos, tiek mokslo populiarinimo straipsnių tekstas turi būti parašytas sklandžia bendrine lietuvių kalba.

Autorius savo straipsnį redakcijai gali siųsti ir el. paštu: [zsveikata@takas.lt](mailto:zsveikata@takas.lt).

**Straipsnio gale lietuvių ir anglų kalbomis turi būti nurodytas adresas susirašinėti (paprastai nurodomas vienas iš straipsnio autorių). Nurodoma tikslus adresas (su pašto indeksu), taip pat el. paštas.**

**Dėl straipsnių spausdinimo tartis redakcijos adresais arba mob. tel.: 8 618 24712, 8 687 20248, 8 612 41252.**

## SCIENTIFIC ARTICLES MUST MEET THE REQUIREMENTS OF THE JOURNAL „HEALTH SCIENCES“

„Health Sciences“ is a journal of medicine science and practice for medical practitioners and scientific workers, other specialists.

Scientific articles posted to our journal should meet certain requirements. We want the authors to begin their writings with pointing out the significance and purpose of the article, its novelty. The title in English follows the title in Lithuanian. The (sur)name of the author is written by small letters, e. g. A. Jonaitis. **A writing must consist of the parts specific for a scientific article: key words, a summary, an introduction, indications for what purpose an article is written, sources and a method of research work, a description of investigations, results of scientific activities, sequential conclusions, a list of literature dealing with the article, the name of an article, key words and a detailed summary in English.**

As far as reviews, articles on medical practice and casuistical cases are concerned the structure of an article is different: references to authors follow their names or end of a sentence. If one has to deal with several sources in sequence, one source is separated from another by a dashed stroke, e. g. 4, 7, 9–12. If decimal fractions are used, the comma is a punctuation mark, e. g. 17,5.

Articles are signed by their authors and posted in duplicate. The volume of a writing consists of 6–8 pages. Words in Latin and other foreign language are written in italics. A parcel includes a magnetic tip as well with a popular version of the text.

We impose a ban on articles that have been published already. Manuscripts must be printed clearly, lines arranged at certain intervals (1,5).

Illustrations should be presented on separate lists, their names and current numbers are specified below paintings or tables. Coloured paintings cannot be mixed up with the text.

There may be indications in the text pertinent to the desirable places of published numbers or illustrations. The author ought to have told us beforehand about the wish to have coloured illustrations. We advise you to follow the internationally accepted SI system of measurement.

If an article does not fully meet the requirements for a scientific article, it may be published as a descriptive piece, an information or theses.

All scientific and practical articles come under review.

The names of the authors who are referred to are written in this way: a. the first capital letter of the name goes first of all; b. the surname follows the name.

If the author deals with the list of literature referred to he (she) should write the other way. We ask you not to mix up the name and surname of an author, to separate them by a gap.

We call your attention to the list of literature. The editorial staff is of the opinion that the list should be as short as possible: if one deals with a short article, the list must not exceed 10 sources; in case of articles of great size – up to 20 sources and literature reviews – up to 40 sources. The sources referred to cannot be old-time (published 5 or more years ago).

The list of literature must be prepared according to the order nowadays used in Lithuania by representatives of various branches of science. It begins with the surname of an author. The first capital letter of his name follows it. If there are some co-authors, their names are separated by a comma. Later on the name of an article is written, followed by a full stop, the name of a journal or book referred to, the year of publication, the number of a volume, the page without reference to abbreviations dealing with the date of publication, a volume or a number, a chapter of the page and so on. The date of publications is followed by a semicolon and the reference to a volume or a number – by a colon. For example, 15. Bernstein JM. Role of allergy in eustachian tube blockage and otitis media with effusion: a review. *Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 1996;114(4):562-568. 16. Mogi G, Chaen T, Tomonaga K. Influence of nasal allergic reactions on the clearance of middle ear effusion. *Arch Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1990;116:331-334... 1. Šatkauskas B. Bronchoskopija: dabartis ir ateitis. *Medicina*. 1997;33(6):3-10. 2. Danila E., Šatkauskas B., Petrauskas A. Bronchoalveolinis levažas – informatyvus plaučių ligų diagnostikos metodus. *Medicina*. 1997; 33(6):44-47. 3. Klech H, Pohl W. Technical recommendations and guidelines for bronchoalveolar lavage (BAL). *Eur Respir J.* 1989;2:561-585. 4. Klech H, Hutter C, Costabel U. Clinical guidelines and indications for bronchoalveolar lavage (BAL). *Eur Respir J.* 1992;2(8):1-130. 5. Jacobs DS, DeMott WR, Grady HJ, Horvat RT, Huestis DW, Kasten BL. *Laboratory Test Handbook*, 4th Edition. Lexi-Comp INC, Hudson (Cleveland), 1996... 9. Kimura K, Stoopan M, Reeder MM, Moncada R. Amebiasis: Modern diagnostic imaging with pathological and clinical correlation. *Semin Roentgenol.* 1997;32(4):250-275. 10. Ralls PW. Focal inflammatory disease of the liver. *Radiol Clin. N. Amer.*, 1998;36(2):377-389. 11. Mergo PJ, Ros PR. Benign lesions of the liver. *Radiol Clin. N. Amer.* 1998;36(2):319-331. 12. Valantinas J., Buivydienė A., Bernotienė E., Denapienė G. Daugiakamerinė cistinė alveolinio echinokoko (*Echinococcus alveolans*) sukelta kepenų infiltracija. *Medicinos teorija ir praktika*, 1998;(2):81-83.

In the reference to a source of literature letters of the same size are used. The current number of a source is taken in brackets.

One may post articles in English, French or Russian under condition that the author takes the responsibility for editing a manuscript and its correct language. An article in a foreign language should include its summary in Lithuanian. The proceeds of publishing are distributed according to priority given to our sponsors and the authors who cover the expanses of publishing their articles in advance.

Both scientific articles or writings dealing with popular science or medical practice should be written in smooth and modern Lithuanian (English, French or Russian).

Authors may use our website as well: [zsveikata@takas.lt](mailto:zsveikata@takas.lt).

**The reference to your address should be included in order to apply to you (if there are some co-authors, we are interested in one of them). We ask you to inform us about your website or mail address and dial.**

---

# SVEIKATOS

## 2011'6 MOKSLAI

HEALTH SCIENCES

### TURINYS

#### VISUOMENĖS SVEIKATA

- L. Skrickienė, A. Miškinienė.** Laboratorinių tyrimų svarba gydant alergiškus vaikus Vilniaus miesto Centro poliklinikoje ..... 5
- D. Bartkevičienė, I. Dumalakenė, M. Šilkūnas, G. Drašutienė, A. Arlauskienė, J. Zakarevičienė.** Bacterial vaginosis: risk factors and vaginal lavage cytokines IL-1b, IL-1ra..... 10
- A. Juodaitė-Račkauskienė, J. Kairys, K. Štaras.** Attitude of doctors and nurses of Centro and Šeškinė Outpatient Clinics to implementation of information technologies depending on their age and job ..... 16
- S. Šileikaitė, R. Kudukytė-Gasperė.** Slaugos paslaugų pacientų namuose kokybės įvertinimas ir pacientų lūkesčiai. Vilniaus miesto Centro poliklinikos asmens sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų nuomonės įvertinimas ..... 25
- Tomas Vedlūga, Kęstutis Štaras.** Elektroninės medicininės istorijos vaidmuo didinant VŠĮ Centro poliklinikos veiklos efektyvumą ..... 36
- J. Kairys, E. Žėbienė, I. Zokas, V. Tylienė, V. Tomkevičius.** Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį ..... 42
- J. Kairys, L. J. Kacienas, J. Čelkis.** Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie ambulatorinę reabilitaciją pagal pacientų socialines ir ekonomines grupes ..... 59
- M. Kazlauskienė, J. Kairys, O. Panasenkienė.** Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų žinios apie vyrų ir moterims teikiamas prevencines šeimos gydytojų programas..... 69
- J. Kairys, R. Tolvaišienė.** Motinų nuomonė apie kūdikių žindymo sunkumus ir slaugytojų pagalbą Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje pagal motinų išsilavinimą, šeimines padėtis ir socialines grupes ..... 82
- R. Čepanauskienė, D. Kalibatienė, R. Gurevičius.** Vyrų požiūrio į ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką sąsajos su sveikatos įsitikinimais..... 93

- V. Vasjanova, J. Kairys, O. Panasenkienė.** Ambulatorinės nėščiųjų sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas ir praktika ..... 104
- R. Stundžienė, J. Kairys, R. Čepanauskienė.** Pacientų nuomonė apie šeškinės poliklinikoje teikiamas registravimo paslaugas..... 115

#### BIOMEDICINA

- I. Pilypienė, N. Drazdienė, I. Dumalakenė, D. Bartkevičienė, M. Šilkūnas, V. Motiejūnienė.** Vaisiaus uždegiminis atsakas ir pokyčiai placentoje..... 121

#### SLAUGA

- S. Šileikaitė, R. Kudukytė-Gasperė.** Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis..... 131

### CONTENTS

#### PUBLIC HEALTH

- L. Skrickienė, A. Miškinienė.** Role of laboratory tests in therapy of allergic children in Public institution „Centro poliklinika“ ..... 5
- D. Bartkevičienė, I. Dumalakenė, M. Šilkūnas, G. Drašutienė, A. Arlauskienė, J. Zakarevičienė.** Bacterial vaginosis: risk factors and vaginal lavage cytokines IL-1b, IL-1ra . 10
- A. Juodaitė-Račkauskienė, J. Kairys, K. Štaras.** Attitude of doctors and nurses of Centro and Šeškinė Outpatient Clinics to implementation of information technologies depending on their age and job ..... 16
- S. Šileikaitė, R. Kudukytė-Gasperė.** Evaluation of quality of nursing service at patients homes and patient's expectations. Assessment of Vilnius city Centro Outpatient Clinics health care professionals and patient's opinion..... 25
- Tomas Vedlūga, Kęstutis Štaras.** The role of electronic medical history in improving Centras clinic's efficiency..... 36
- J. Kairys, E. Žėbienė, I. Zokas, V. Tylienė, V. Tomkevičius.** Differences in opinions about health care services among patients of different social, economic and different background groups in Vilnius Šeškinės outpatient clinic..... 42



- 
- J. Kairys, L. J. Kacienas, J. Čelkis.** Patients' opinions about the ambulatory rehabilitation in Šeškinės Outpatient clinic according patients' socioeconomic groups .....59
- M. Kazlauskienė, J. Kairys, O. Panasenkienė.** Awareness of Šeškinė Outpatient Clinic, City of Vilnius, about prevention programmes aimed at men and women provided by General Practitioners .....69
- J. Kairys, R. Tolvaišienė.** Opinion of mothers on baby breastfeeding problems and nurse assistance at Šeškinė Outpatient Clinic according to mothers' education level, marital status and social groups .....82
- R. Čepanauskienė, D. Kalibatiėnė, R. Gurevičius.** Men's attitude to the early detection of prostate cancer in connection with health beliefs.....93
- V. Vasjanova, J. Kairys, O. Panasenkienė.** Prenatal care medical law regulation and practice.....104
- R. Stundžienė, J. Kairys, R. Čepanauskienė.** Patient opinion about registration services provided by Šeškinė Health centre ..... 115
- BIOMEDICINE
- I. Pilypienė, N. Drazdienė, I. Dumalakiėnė, D. Bartkevičienė, M. Šilkūnas, V. Motiejūniėnė.** The coherence of systemic fetal inflammatory response syndrome with placental inflammatory lesions .....121
- NURSING
- S. Šileikaitė, R. Kudukytė-Gasperė.** Challenges in modernization of nursing services – experience of Vilnius city Centro Out-patient Clinic.....131
-