



VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS FAKULTETAS
SOCIALINIO DARBO KATEDRA

Virginija Nikliauzienė

**STACIONARIŲ SVEIKATOS PASLAUGŲ
PRIEINAMUMAS SOCIALIAI PAŽEIDŽIAMOMS
ŽMONIŲ GRUPĖMS**

Magistro darbas

Socialinio darbo studijų programa, valstybinis kodas 61205S206

Socialinio darbo studijų kryptis

Vadovas doc. dr. Rasa Naujanienė

(Parašas)

(Data)

Apginta SGF dekanas doc. Violeta Ivanauskienė

(Parašas)

(Data)

KAUNAS, 2010

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju VšĮ Vilkaviškio ligoninės administracijai, leidusiai atlikti tyrimą šioje įstaigoje, gydytojams, nepriekaištavusiems ir leidusiems naudotis mediciniais dokumentais. Dėkoju pacientams ir jų artimiesiems, sutikusiems dalyvauti atliekamame tyrime.

SANTRAUKA

Nikliauzienė Virginija. Stacionarių sveikatos paslaugų prieinamumas socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms. Socialinio darbo magistro darbas / mokslinis vadovas doc. dr. Rasa Naujanienė: Vytauto Didžiojo universitetas, Socialinės gerovės fakultetas, Socialinio darbo katedra, Kaunas, 2010, p. 63.

Sveikata ir socialiniai veiksniai neatsiejami. Sparčiai blogėjanti žmonių socialinė ekonominė padėtis, demografinio senėjimo pokyčiai betarpiškai lemia, gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros poreikio didėjimą. Ir žmonės turi teisę gauti tinkamas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra bendros socialinės paramos dalis. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei. Pacientų sveikatos priežiūros kokybė priklauso nuo jos prieinamumo ir efektyvumo, t.y. nuo to ar paslauga pacientui yra suteikiama, o kai suteikiama – ar pakankamai gera. Tyrime keliamas klausimas: kokias galimybes turi socialiai pažeidžiamos žmonių grupės gauti prieinamas stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas? Tyrimo tikslas: atlikti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo analizę socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms demografiniu-socialiniu-ekonominiu aspektu. Tyrimo objektas: stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms. Tyrimo tikslui pasiekti buvo nustatyti tokie uždaviniai: 1) Nustatyti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo situaciją socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms komunikaciniu aspektu. 2) Įvertinti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo galimybes socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms organizaciniu aspektu. 3) Ištirti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms ekonominiu aspektu. Tyrimo problemai ištirti buvo pasirinkta kiekybinė tyrimo metodologija, naudojant mokslinės literatūros analizės, statistinės dokumentų analizės, bandomasis tyrimas bei apklausos raštu tyrimo metodai. Statistinė duomenų analizė buvo atliekama naudojant SPSS programos 15,0 versija. Tyrimas buvo atliktas 2010 metų balandžio mėnesio antrojoje pusėje VšĮ Vilkaviškio ligoninėje, kurio metu buvo apklausti 157, tuo metu besigydantys, pacientai, priklausantys socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms. Atlikus tyrimą paaiškėjo, jog respondentų nuomone, jiems iškyla įvairių sunkumų, gaunant stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas tiek komunikaciniu, tiek organizaciniu, tiek ekonominiu aspektais. Darbo pradžioje iškelta hipotezė, jog tikėtina, kad gauti prieinamas stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms iškyla įvairių socialinių ekonominių sunkumų, pasitvirtino.

SUMMARY

Virginija Nikliauzienė. Stationary medical care services accessibility for social attackable groups of people. Master's studies final work in Social work / Scientific supervisor doc. dr. Rasa Naujanienė: Vytautas Magnus University, Faculty of Social Welfare, Department of Social Work, Kaunas, 2010, p. 63.

Health with social factors is related. Social care and medical care services needs of the people increase determinant: degradation of social and economic standing, changing of leguminous aging. The people have liberty to get fit and accessible services of medical care, which are a part of general social help. Medical care services accessibility is establish state by order and appreciable conditions of services, which ensure economic, communication, organization acceptability of medical care services. The services of medical qualitative for patients depend on acceptability and efficaciousness that the patient gets the service and it's qualitative. The question of research: what possibilities have social attackable groups of people to get accessible stationary services of medical care? The point of research - to fulfill analysis of stationary medical care services accessibility for social attackable groups of people by leguminous-social-economic aspects. The objective of research - stationary medical care services accessibility for social attackable groups of people. The point of research to achieve established these tasks of research: 1) To determine the situation accessibility of stationary medical care services for social attackable groups of people by aspect of communicative. 2) To appraise the possibilities of stationary medical care services accessibility for social attackable groups of people by aspects of organizational. 3) To explore the problems of stationary medical care services accessibility for social attackable groups of people by aspects of economic. To explore the problem of research chose quantitative methodology, using analysis of scientific literature, analysis of statistic documents, and the research of experimental, and methods of written test. Analysis of statistical information accomplished using Statistical Package for the Social Sciences programme (SPSS) 15,0 versions. The research accomplished in Public Enterprise, Vilkaviskis Hospital in the second part of April in 2010. During the research were to question 157 patients of social attackable groups of people in medical care centre. The accomplished research cleared up: the respondents have various problems recipient stationary medical care services by aspects of communicative, organizational and economic. The hypothesis raised in the beginning of the work credible that to get available stationary medical care services for social attackable groups of people come into various social and economic problems - proved correct.

The subject of research: stationary medical care services accessibility for social attackable groups of people.

During the research were to question 157 patients of social attackable groups of people in medical care centre. That is 61.8 interests of all participations. The participations returned 146 (11

not returning) of all 157 distributing questionnaires, 15 incorrectly. Reply to a question alternative is 83.4 interests. The research accomplished from 131 questionnaires. During the research were personal contacts and explained the point of questioning.

The accomplished research cleared up: the respondents have various problems recipient stationary medical care services by aspects of communicative, organizational and economic.

The hypothesis raised in the beginning of the work credible that to get available stationary medical care services for social attackable groups of people come into various social and economic problems - proved correct.

The research results allow proposing certain recommendations for administration of institutional, managers of departments and nurses-general – administrators.

Keywords: accessibility, stationary medical care, social order, social risk.

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
ĮVADAS.....	8
1. SVEIKATOS IR SOCIALINIŲ VEIKSNIŲ SAŲVEIKA.....	15
1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata.....	15
1.2. Dokumentai, apibrėžiantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvoje.....	16
1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo organizacinis aspektas.....	18
1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo komunikacinis ir ekonominis aspektai.....	20
2. STACIONARI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGA, KAIP ĮSTAIGA, ATITINKANTI KLIENTŲ POREIKIUS.....	23
2.1. Stacionarios asmens sveikatos priežiūros įstaigų funkcijos.....	23
2.2. Stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas gaunančių amsneų socialinė – ekonominė situacija bei lūkesčiai.....	24
2.3. Socialiai pažeidžiamos žmonių grupės – socialinio darbuotojo sveikatos priežiūros įstaigoje profesinės veiklos klientai.....	27
3. STACIONARIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO SOCIALIAI PAŽEIDŽIAMOMS ŽMONIŲ GRUPĖMS TYRIMO METODOLOGIJA.....	30
3.1. Tyrimo ontologija ir epistemologija.....	30
3.2. Tyrimo tipas, imtis, duomenų rinkimo ir analizės metodai.....	33
4. STACIONARIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO SOCIALIAI PAŽEIDŽIAMOMS ŽMONIŲ GRUPĖMS TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ.....	37
4.1. Respondentų socialinė demografinė charakteristika.....	37
4.2. Paslaugų prieinamumo situacija socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms komunikaciniu aspektu.....	41
4.3. Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo galimybės socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms organizaciniu aspektu.....	45
4.4. Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms ekonominiu aspektu.....	51
4.5. Diskusija.....	55
IŠVADOS.....	57
REKOMENDACIJOS.....	58
LITERATŪRA.....	59
PRIEDAI.....	63

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė	Operacionalizacijos schema.....	34
2 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenamąją vietą.....	37
3 lentelė	Respondentų amžius.....	37
4 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal atstumą iki gydymo įstaigos.....	38
5 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal su gydymo įstaiga susisiekimo būdą.....	41
6 lentelė	Susisiekimo su gydymo įstaiga sunkumai.....	42
7 lentelė	Informacijos apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas gavimo iš šaltinių pakankamumas.....	44
8 lentelė	Gydytojo konsultacijos priėmimo skyriuje ir stacionarizavimo į skyrių trukmė.....	45
9 lentelė	Gydančio gydytojo konsultacijos stacionarizavus į skyrių trukmė.....	46
10 lentelė	Galimybės buvimo, dalyvauti priimant sprendimus gydymo procese ir pasirenkant procedūras, pasiskirstymas.....	47
11 lentelė	Medicinos personalo kompetencijos ir darbo kokybės trūkumų pasiskirstymas.....	48
12 lentelė	Paslaugų nepakankamumas ir neefektyvumas ligai įveikti.....	49
13 lentelė	Asmeniškai susiduriamų procedūrų, už kurias gydantis ligoninėje mokėti/primokėti, pasiskirstymas.....	50
14 lentelė	Nuomonės, už kurias procedūras gydantis ligoninėje reiktų mokėti/primokėti, pasiskirstymas.....	50
15 lentelė	Vidutiniškai išleidžiami mokėjimai/primokėjimai už medicininės paslaugas besigydant ligoninėje.....	51
16 lentelė	Patiriamų papildomų finansinių išlaidų gydymo metu sunkumų sudarymas.....	54
17 lentelė	Per didelės pagal turimas mėnesines pajamas papildomos finansinės išlaidos gydymo metu.....	55

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav.	Veiksniai, skatinantys sveikatos reformas.....	29
2 pav.	Respondentų išsilavinimas.....	39
3 pav.	Respondentų pajamos per mėnesį (litas).....	39
4 pav.	Respondentų socialinis užimtumas.....	40
5 pav.	Gydymosi ligoninėje dažnis per metus	40
6 pav.	Susisiekimo su gydymo įstaiga sunkumų buvimas.....	42
7 pav.	Informacijos apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas gavimo šaltiniai.....	43
8 pav.	Laukimo eilėje guldymui (stacionarizavimui) į ligoninę po to, kai buvo išrašytas šeimos gydytojo siuntimas, trukmė.....	45
9 pav.	Galimybė pasirinkti gydantį gydytoją sveikatos priežiūros įstaigoje.....	46
10 pav.	Pasitenkinimas medicinos personalo kompetencija ir darbo kokybe.....	47
11 pav.	Ligoninėje teikiamų medicininių paslaugų efektyvumas ir pakankamumas ligai įveikti.....	48
12 pav.	Visų priklausančių ir reikalingų medicininių paslaugų suteikimas įstaigoje.....	49
13 pav.	Paslaugų teikimo organizavimo vertinimas.....	52
14 pav.	Respondentų nuomonės, ar rekomenduotų šią ligoninę savo artimiesiems, pasiskirstymas.....	53
15 pav.	Paciento socialinės bei materialinės padėties įtaka gydymo proceso kokybei.....	53
16 pav.	Respondentų nuomonės ar papildomai mokėdami už paslaugas / priemonės, Jiems suteikiamos prieinamesnės / kokybiškesnės gydymo paslaugos, pasiskirstymas.....	54

IVADAS

Statistikos departamento duomenimis pastaruosius metus Lietuvos žmonių socialinė – ekonominė padėtis sparčiai blogėja: didėja nedarbo lygis, darbo užmokestis mažėja, ištuokų, neįgalųjų skaičius didėja, senų žmonių skaičius taip pat didėja. Sveikata ir socialiniai veiksniai neatsiejami. Šie visi rizikos faktoriai tiesiogiai įtakoja žmonių sveikatos būklę, apsunkintas galimybes gauti prieinamas, visavertes sveikatos priežiūros paslaugas ir atskleidžia šių paslaugų problematiškumą komunikaciniu ir ekonominiu aspektais. Kadangi sveikata ir su ja susijusi sveikatos priežiūra yra viena pagrindinių žmogaus teisių, sveikatos apsaugos veikimo sritis socialinės apsaugos sistemoje turi būti universali arba to universalumo siekti kiekvienu atveju. Anot Pieters (1998) žmonės turi turėti galimybę gauti tinkamas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra bendros socialinės paramos dalis.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas. Tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei.

Nacionalinė sveikatos koncepcija, priimta 1991 m., LR Konstitucija (1992), Sveikatos sistemos įstatymas (1996), Sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų įstatymas (2004), Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (2004), Civilinis kodeksas (2000) nustato gyventojų teises į kokybišką sveikatos priežiūrą, sveikatos priežiūros prieinamumą, informaciją, teisę pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją ir sveikatos priežiūros įstaigą, nepriklausomai nuo socialinės ir finansinės padėties, gyvenamos vietos ir pan. Tai pat paciento dalyvavimą gydymo procese, teisę rinktis diagnostikos ir gydymo metodikas ar atsisakyti gydymo, teisę skųstis. Siekti glaudesnio sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimo. Gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą.

Socialinio darbo sveikatos priežiūros įstaigoje objektas yra asmenys, turintys socialinių–medicininių problemų, kurios labai glaudžiai tarpusavyje susijusios ir sprendžiamos ganėtinai sunkiai. Tai multidisciplininė veiklos rūšis, kurios darbo tikslas – teikti profesionalią pagalbą palengvinant sveikatos paslaugų gavimą, labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, nes socialinio darbo specialistas akcentuoja nedarbo, skurdo, išsilavinimo įtaką sveikatai ir prastos sveikatos socialines pasekmes.

Mokslinis tyrimo aktualumas. Anot Jankauskienės, Temgulienės (1998) Lietuvoje stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tyrimai pradėti vykdyti nuo 1995 metų ir nėra taip plačiai atlikinėjami kaip užsienio šalyse. Per pastarąjį dešimtį daugiausiai užsienyje, kiek

mažiau Lietuvoje, atlikta tyrimų, analizuojančių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę sveikatos priežiūros grandyje, žmonių (pacientų ir personalo) pasitenkinimą sveikatos priežiūra. Dažniausiai stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas tyrinėjamas vietiniu lygmeniu, t.y. įstaigų viduje. Autorės pateikia duomenis, jog nustatytas didesnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas studentų ir moksleivių, namų šeimininkių, vidutinių ir didžiųjų šalies miestų gyventojų bei jaunesnių individų grupėse.

1997 metais Juozulynas ir Jurgelėnas (Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas) atliko tyrimą – „Sveikatos socialinė kontrolė – prieinamumo problema“. Tyrimo tikslas buvo įvertinti Lietuvos žmonių nuostatą, kiek sveikatos reforma gerina šiandieninį medicinos paslaugų prieinamumą. Apklausos rezultatai parodė, kad sveikatos reforma nespėdžia adekvačiai medicinos pagalbos prieinamumo problemos. JAV mokslininkas Anderson 1997 m. paskelbė 29 išsivysčiusių šalių sveikatos priežiūros paslaugų kaštų, prieinamumo ir sveikatos rezultatų palyginimą. 1998 m. Socialinės medicinos centre buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo nustatyti ir palyginti gyventojų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, kaip pakito savo sveikatos vertinimas per 1995 – 1998 metus. Nustatyta, kad dauguma kaimo, taip pat turinčių pradinį išsilavinimą ir mažesnes pajamas gyventojų dažniau kreipėsi tiek į ambulatorines, tiek ir į stacionarias gydymo įstaigas. Gyventojai nurodė turėję susisiekimo problemų su gydymo įstaiga iš kaimo vietovių.

1999 metais Kairys ir Gurevičius Vilniaus mieste atliko tyrimą, kurio tikslas buvo – iširti ir palyginti Vilniaus miesto gyventojų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Dauguma apklaustųjų neturėjo nusiskundimų, kad kai kurios gydymo įstaigos yra toli nuo gyvenamosios vietos. Pagrindinė nepasitenkinimo esama medicinos paslaugomis priežastis – didelės eilės pas apylinkės terapeutą.

Pacientų poreikių patenkinimo tyrimus 2000 m. organizavo sveikatos priežiūros paslaugų draudikai – teritorinės ligonių kasos. Atlikus tyrimą, paaiškėjo šios problemos, trukdančios patenkinti pacientų poreikius: netinkamas sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimas, nemaža dalis pacientų nepatenkinti medicinos personalo ir pacientų santykiais, pacientams teikiamos informacijos stoka, dėl to ribotos galimybės pasirinkti gydymą.

Jankauskienė (2000) tyrė ir moksliniuose leidiniuose publikavusi straipsniuose apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gyventojų požiūriu, sveikatos priežiūros politikos poveikį paslaugų prieinamumo kokybei, bei 2006 metais paruošusi pranešimą konferencijai „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje Europos sąjungos kontekste“.

2001 metais pagal bendrą projektą su PSO Kauno medicinos universiteto Biomedicininių tyrimų institutas atliko tyrimą, siekiant įvertinti Lietuvos gyventojų nuomonę apie sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Nustatyta, kad pasirenkant patinkantį

gydytoją, 57,7 proc. žmonių neturėjo sunkumų, 16,5 proc. – turėjo nedidelių sunkumų, 10,1 proc. – ypač didelių sunkumų. Didžioji dalis (59,5 proc.) respondentų atsakė, kad jiems visada medicinos pagalba buvo suteikta iš karto. Suteiktų paslaugų kokybės vertinimui didelės įtakos turėjo sveikatos darbuotojų elgesys, t.y. ar įstaigoje buvo elgiamasi su pacientais pagarbiai, ar atidžiai juos išklausė, ar sveikatos darbuotojai suprantamai suteikdavo informaciją ir t.t.

Kalibatas (2006) tyrė bendrojo pobūdžio stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą. Pastaruoju metu labai populiariu tyrinėti atskirų socialinių ir ekonominių grupių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Gurevičius R., Jankauskienė, D. (2007) parengė Nacionalinės sveikatos tarybos metinį pranešimą seimui „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pokyčiai Lietuvoje: prioritetas-kaimo gyventojai“.

Kairys (2009) disertacijoje tyrė pacientų ir medikų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. Vertindamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tyrė įvairius sveikatos priežiūros paslaugų elementus – nuo sveikatos priežiūros organizavimo, prieinamumo iki pačių sveikatos priežiūros paslaugų, gydytojo ar slaugytojo vertinimo. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas nagrinėta pagal respondentų socialines – demografines charakteristikas, jų gyvenamąją vietą. Nagrinėta vyresnio amžiaus žmonių nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas. Pacientų įtraukimas į sveikatos priežiūros paslaugų vertinimą pateikia vertingą informaciją apie sveikatos priežiūros sistemos silpnąsias ir stipriąsias puses.

Nepriklausomų ekspertų organizacija „Health Consumer Powerhouse“ visų ES šalių, taip pat Šveicarijos, sveikatos apsaugos sistemų efektyvumą tyrė pagal paslaugų vartotojų vertinimus. Iš 28 kriterijų svarbiausi – sveikatos paslaugų prieinamumas, pacientų teisės, galimybė gauti naujausius vaistus. http://sena2.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/sp_apzvalga0628.doc

Tyrimo praktinė reikšmė. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – vienas iš svarbiausių kokybiškų sveikatos priežiūros bruožų, kai paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje ir tinkamu laiku, aiškiai ir lengvai prieinamos visiems paslaugų vartotojams. Tyrimas atliktas konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos užsakymu. Gauti tyrimo rezultatai suteiks galimybę tiriamajai sveikatos priežiūros įstaigai pamatyti teikiamų paslaugų prieinamumo stipriąsias ir silpnąsias puses ir, atsižvelgiant į gautus rezultatus, leis pagerinti pacientų, besigydančių šioje sveikatos priežiūros įstaigoje, paslaugų prieinamumą.

Tyrimo klausimas. Kokias galimybes turi socialiai pažeidžiamos žmonių grupės gauti prieinamas stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas?

Hipotezė. Tikėtina, jog gauti prieinamas stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms iškyla įvairių socialinių ekonominių sunkumų.

Tyrimo objektas – stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms demografiniu-socialiniu-ekonominiu aspektu.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo situaciją socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms komunikaciniu aspektu.

2. Įvertinti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo galimybes socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms organizaciniu aspektu.

3. Iširti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms ekonominiu aspektu.

PAGRINDINĖS SĄVOKOS

Stacionarinė sveikatos priežiūra (institutional care) – priežiūra, teikiama tam skirtose įstaigose, pavyzdžiui ligoninėse, salugos namuose ir pan. (Socialinės apsaugos terminų žodynas, 1999).

Prieinamumas (access) – galimybė naudotis paslaugomis, kurią dažniausiai sudaro valstybė (Socialinės apsaugos terminų žodynas, 1999).

Sveikatos priežiūros prieinamumas (accessibility of health care) – LT valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos ir sudaromos sveikatos priežiūros sąlygos, laiduojančios ekonominį, komunikacinį ir organizacinį jų priimtinumą asmeniui ir visuomenei (Socialinės apsaugos terminų žodynas, 1999).

Socialinis darbuotojas sveikatos priežiūros įstaigoje – specialistas, kurio darbo paskirtis yra sustiprinti į sveikatos priežiūros įstaigą besikreipiančio ir joje besigydančio asmens prisitaikymo prie aplinkos sugebėjimus, atnaujinti ryšius su bendruomene, padedant jam integruotis į visuomenę ir skatinti pilnavertiškesnį asmens socialinį funkcionavimą (LR SAM ir LR SOCMIN ministrės įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų, 1999).

Socialinė grupė – tai tam tikras skaičius žmonių, kuriuos vienija kokie nors požymiai (negalia, rizikos faktoriai, senatvė, liga, nedarbas, vienišumas ir pan.) (Kondašovienė, Zabulytė Kupriūnienė, 2008).

Socialinė rizika (social risks) – tikėtini įvykiai (dažniausiai tai pajamų praradimas dėl senatvės, nedarbo, ligos arba papildomos išlaidos vaikams auginti), nuo kurių padarinių yra numatytos socialinės apsaugos priemonės (Socialinės apsaugos terminų žodynas, 1999).

SANTRUMPOS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

Vši – viešoji įstaiga

SPI – sveikatos priežiūra įstaiga

LR – Lietuvos Respublika

SAM – sveikatos apsaugos ministerija

SOCMIN – socialinės apsaugos ir darbo ministerija

VLK – valstybinė ligonių kasa

TLK – teritorinės ligonių kasos

KMU – Kauno medicinos universitetas

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

kl. – klausimas

proc. – procentai

t.t. – taip toliau

pan. – panašiai

1. SVEIKATOS IR SOCIALINIŲ VEIKSNIŲ SĄVEIKA

1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata

Žmogus, kaip rašo Pieters (1998), gali bet kada susirgti, gali gimti nesveikas ar tapti nelaimingo atsitikimo auka, ko pasekoje gali tapti neįgalus ir t.t. Visais šiais atvejais reikalinga tinkama sveikatos priežiūra, kad žmogus galėtų įveikti ligą ar palengvinti ligų sukeltą negalią. Todėl sveikatos apsauga turi būti tinkamai pasiruošusi, t.y. tinkamai apmokytas medicinos personalas, užtektų ligoninių, medicinos įrangos turi būti pakankamai ir kokybiškos. Taip pat labai svarbu, gydymas, medikamentai, medicininės paslaugas teikiančios įstaigos būtų prieinamos kiekvienam, kuriam iš tikrųjų reikia. Žmogaus teisė į sveikatą remiasi dviem principais: 1) sveikatos priežiūros tikslas daryti viską, kas įmanoma, 2) daryti viską, kad sveikatos priežiūra būtų prieinama visiems piliečiams vienodomis sąlygomis. Socialinė apsauga visada remiasi antruoju principu, nes tai yra jos tiesioginis tikslas.

Kaip skelbia LR Sveikatos sistemos įstatymas (1994) sveikatos priežiūros prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei.

Anot Roland, Holand, Campbell (1998) vienas iš pagrindinių kokybiškų sveikatos priežiūros bruožų yra prieinamumas, kai paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje ir tinkamu laiku, informacija apie sveikatos priežiūros struktūrą ir teikiamas paslaugas turi būti aiškiai ir lengvai prieinama visiems vartotojams. Tai labai svarbus veiksnys, atspindintis sveikatos priežiūros sistemos teikiamų paslaugų kokybę. Pacientų sveikatos priežiūros kokybė priklauso nuo jos prieinamumo ir efektyvumo, t.y. nuo to, ar ji pacientui yra suteikiama, o kai suteikiama – ar pakankamai gera. Prieinamumas reiškia, jog individas supranta ir pripažįsta, kad jam paslaugos reikalingos ir supranta savo, kaip paslaugų vartotojo, vaidmenį šiame procese. Todėl sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas priklauso ir nuo to, kiek vartotojas žino apie sveikatos sistemą, žino, kaip ji veikia ir suvokia sveikatos priežiūros išteklius kaip įrankį ir priemonę, kurių pagalba jis gali pagerinti savo sveikatą.

Anderson, Borland, Cartwright (1998) bei Sox, Swartz, Burstin (1998) rašė, jog sveikatos priežiūros prieinamumu laikoma gyventojų galimybė pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis. Gali būti teikiamos labai aukštos kokybės medicinos paslaugos, tačiau jei visuomenė negalės jomis pasinaudoti, jos nebetenka prasmės. Sveikatos sistemos misija – laiku užkirsti kelią sveikam nesusirgti ir padėti sergančiam greičiau pasveikti. Tačiau laikui bėgant ir įsigalint rinkos dėsniams paslaugų prieinamumo koncepciją papildė paslaugų efektyvumas atsižvelgiant į jų kaštus ir rezultatus.

Kad kiekvienas pilietis galėtų tinkamai savimi pasirūpinti, rašo Pechansky, Thomas (1981), priklauso, pirmiausia, nuo sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, kurio vienas iš pagrindinių principų yra sveikatos paslaugų prieinamumas. Šis principas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai, o pagrindinės paslaugos – visiems šalies gyventojams. Prieinamumas gali būti apibrėžtas kaip „atitikimo laipsnis“ tarp vartotojų ir sveikatos priežiūros sistemos.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu laikoma visų gyventojų galimybe pasinaudoti teikiamomis sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis tinkamoje vietoje, tinkamu laiku tiek komunikaciniu, tiek organizaciniu, tiek ekonominiu aspektais. Tai tai pat reiškia, jog paslaugų vartotojas, t.y. individas, gaunantis paslaugas, supranta ir pripažįsta, kad jam paslaugos reikalingos ir supranta savo, kaip paslaugų vartotojo, vaidmenį šiame procese.

1.2. Dokumentai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvoje

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo principų. Anot Anderson (1998), Europos Bendrijų Komisijos Komunikato Tarybai ir Europos Parlamentui (2006) sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas apibrėžiamas kaip galimybė, sutrikus sveikatai ar susirgus turėti galimybę, pasinaudoti sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis. Šis principas bus užtikrintas tik tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos bus prieinamos visoms žmonių grupėms, t.y. paslaugos turi būti pakankamai arti gyventojų, būtinas optimalus visų transporto infrastruktūrų naudojimas, svarbu gerinti galimybę naudotis viešuoju transportu, didinti jo veiksmingumą ir funkcionavimą. Paslaugų kaina turi būti įperkama visų socialinių grupių žmonėms bei lengvai prieinama informacija internetu. Paslaugos turi vystytis prisitaikydamos prie socialinių, ekonominių ir demografinių pokyčių.

Patvirtinus Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) visuomenės sveikatos priežiūros „Sveikata visiems 21“ principus, Europos šalys prisiėmė įsipareigojimus rūpintis žmonių sveikata ir gerove bei patvirtino, kad siekis kuo geresnės sveikatos yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių. PSO Europos regiono strategijoje nurodoma, kad lygiateisiškumas sveikatos požiūriu (ang. equity in health) yra antrasis pagrindinis tikslas, o kaip pagrindinė priemonė tokiam lygiateisiškumui įgyvendinti nurodomas sveikatos paslaugų prieinamumas, ypač tokioms gyventojų grupėms, kurios turi keletą rizikos faktorių (bedarbystė, mažos pajamos, negalia ir pan.). Lietuvos sveikatos politika formuojama vadovaujantis minėtuoju dokumentu ir Lietuvos Sveikatos programa, patvirtinta Respublikos Seime 1998 m. Šiuose dokumentuose didelis dėmesys skiriamas gyvenimui ir aplinkai. Žmogaus gyvenimui, fizinė, socialinė ir kultūrinė aplinka labiausiai nulemia sveikatą.

Nacionalinė sveikatos koncepcija, priimta 1991 m. numato sveikatos politikos pagrindus, sveikatos ir jos apsaugos valstybinę reguliavimą, sveikatos apsaugos ekonomikos pagrindus ir ji yra laikoma strateginiu dokumentu. LR Konstitucija (1992), Sveikatos sistemos įstatymas (1996), Sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų įstatymas (2004), Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (2004), Civilinis kodeksas (2000), nustato gyventojų teises į kokybišką sveikatos priežiūrą, sveikatos priežiūros prieinamumą, informaciją, teisę pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją ir sveikatos priežiūros įstaigą, paciento dalyvavimą gydymo procese, teisę rinktis diagnostikos ir gydymo metodikas ar atsisakyti gydymo, teisę skųstis. Sveikatinimo srityje, kaip reglamentuoja aukščiau paminėti dokumentai, valstybė išsipareigoja rūpintis žmonių sveikata, o susirgus laiduoja nemokamas ir prieinamas medicinos pagalbą bei paslaugas. Siekti glaudesnio sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimo. Gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą.

LR Konstitucijos 29 straipsnis (1992) apibrėžia pagrindines žmogaus teises ir laisves, jog sveikatos priežiūros įstaigose pacientų teisių negalima varžyti dėl jų lyties, amžiaus, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų. LR Sveikatos draudimo įstatymas numato, jog prieinamumas yra „valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei“. LR SAM įsakyme „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“, reglamentuojama, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra gyventojų galimybė ligos ar kito patologinio proceso atveju pasinaudoti SPĮ teikiamomis medicinos pagalbos paslaugomis, kurios turi būti reikiamo efektyvumo ir santykinai nebrangios.

Lietuvos sveikatos programoje, atkreiptas dėmesys į visuose sveikatos priežiūros organizavimo lygiuose – valstybės, apskričių ir savivaldybių - išliekančias aktualias socialinių ekonominių skirtumų, skurdo, nedarbo, visuomenės senėjimo ir kitas problemas, įtakančias visuomenės sveikatos rodiklius, pertvarkant sveikatos priežiūros sistemą, kuri įgyvendintų iškeltus tikslus: 1) mažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumus; 2) užtikrinti sveikatos priežiūros teisingumą, prieinamumą, priimtinumą, tinkamumą; 3) iki 2010 m. skirtingų socialinių – ekonominių gyventojų grupių sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumu sumažinti 25 proc.

Liubljanos chartija (1996) dėl sveikatos priežiūros reformos Europoje suformulavo pagrindinius principus, kurie grindžiami visais Europos „sveikata visiems“ politikos uždaviniais ir ypatingai tais, kurie yra susiję su sveikatos priežiūros sistemomis, kur pagrindiniai principai kalba, jog sveikatos priežiūros sistemos turėtų: 1) remtis vertybėmis, t.y. turėtų būti grindžiamos žmogaus orumo, solidarumo, teisingumo, profesinės etikos principais; 2) sutelkti dėmesį į kokybę, t.y. nuolat gerinti sveikatos priežiūrą, atsižvelgiant į paslaugų efektyvumą; 3) remtis patikima finansavimo

sistema, t.y. finansavimas turėtų garantuoti visiems vienodai prieinamą sveikatos priežiūrą; 4) sveikatos priežiūros politikos plėtra turi vykti atsižvelgiant į šalies socialines ir ekonomines sąlygas; 5) įvairių socialinės apsaugos įstaigų veiklą būtina glaudžiau sieti su oficialia sveikatos priežiūros paslaugų sistema. Tam būtinas pastovus bendravimas, tinkamos nukreipimo pas gydytoją bei informacinės sistemos; 6) siekiant pastoviai gerinti sveikatos priežiūrą, būtina turėti tam tikrais kokybės kriterijais grindžiamas informacines sistemas, pagal kurias būtų galima įvertinti darbo rezultatus.

Socialinės apsaugos tikslas padaryti esama sveikatos priežiūros sistemą vienodai prieinamą visiems tiems, kuriems ji reikalinga, rašė Pieters (1998), nes sveikata ir su ja susijusi sveikatos priežiūra yra suvokiama kaip viena pagrindinių žmogaus teisių. Siekiant pagerinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) teikiamų paslaugų prieinamumą ir tinkamai organizuoti pacientų informavimą apie sveikatos priežiūros įstaigų teikiamas paslaugas, 2007 m. Valstybinės ligonių kasos (VLK) prie SAM direktoriaus įsakymu patvirtintas Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo.

Šiai dienai tikrai daug yra išleista įvairių įstatymų, teisės aktų, programų, numatančių formuoti prieinamą sveikatos priežiūrą. Deja, vien teisės dokumentai nesudarys sąlygų prieinamų sveikatos priežiūros paslaugų atsiradimui. Paslaugų prieinamumo klausimais turėtų rūpintis ir paslaugas teikiančios įstaigos, medikai, atsakingi darbuotojai, pati visuomenė.

1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo komunikacinis aspektas

Kaip skelbia LR Sveikatos įstatymas (1994) sveikatos priežiūros prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei. Nacionaliniame sveikatos tarybos pranešime (2007) rašoma, jog vertinant komunikacinį prieinamumą būtina gilintis į atstumą iki SPI ar yra tinkamas ir prieinamas viešas transportas, ar gyventojams prieinamos susisiekimo ir kitos priemonės (telefonas, internetas), prieinamas informacijos apie SPI (ar pakankamai pacientas informuotas apie įstaigą, jos teikiamas paslaugas, darbo laiką, priėmimo laiką). Tiksliai, aktuali ir išsami informacija yra būtina, kad pacientai ir medikai gebėtų daryti žinomis pagrįstus sprendimus dėl sveikatos priežiūros procedūrų ir tolesnio gydymo ar režimo. Informacija turi būti pateikiama atitinkamo formato, suprantamai, aiškiai, atsižvelgiant į žmogaus būklę, kalbą, amžių, išsilavinimą, gebėjimus, kultūrą.

„Aktualios informacijos, pavyzdžiui, apie teikiamas paslaugas, jų kainas, apie sveikatos priežiūros specialistus, jų profesinę kvalifikaciją pacientas turi gauti gydymo įstaigoje. O apie paciento sveikatos būklę, ligos diagnozę, gydymo būdus, būtinus vaistus daugiausia žino jį gydantis gydytojas. Ši informacija ligoniui turi būti suteikiama suprantamai, jam taip pat privalu paaiškinti ir

medicinos įrašų prasmę“ (Pacientus informuokime tinkamai (2010, balandžio 28). Lietuvos medicinos kronika. Nr. 15 (142), p. 5).

„Didėjant informacijos sveikatos klausimais srautui (įvairūs leidiniai sveikatos mokymui, informacija žiniasklaidoje, internete ir kt.), pacientai įgyja vis daugiau žinių sveikatos klausimais ir tikisi būti aktyviais sveikatos priežiūros dalyviais, gaunančiais jiems reikalingą suprantamai pateikiamą informaciją ir turinčiais galimybes pareikšti savo nuomonę. Taigi, siekiant užtikrinti ir nuolat gerinti sveikatos priežiūros kokybę, būtina sveikatos priežiūrą orientuoti į pacientą, ypatingą dėmesį kreipiant į jo poreikius ir lūkesčius sveikatos priežiūros srityje“ (Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo. 2004, Nr.V–642).

Anot Kondrašovienės, Zabulytės Kupriūnienės (2008) internete prieiga prie sveikatos priežiūros informacijos labai išaugo. Tai iš tikrųjų labai patogus būdas paslaugų gavėjams, kurie geografiškai izoliuoti, atitolę nuo sveikatos priežiūros įstaigos. Specializuotos interneto svetainės siūlo informaciją apie ligas, teikiamas paslaugas, paslaugų pritaikymą tam tikro amžiaus ar kultūrinėms grupėms. Kai kurios svetainės sukurtos diskusijoms, paramos programoms. Tokie resursai neįkainojami specialistams ir vartotojams, tačiau juos reikia kritiškai įvertinti, kad būtų užtikrinta svetainėse teikiamos informacijos kokybė. Technologinė pažanga medicinoje turi psichosocialines pasekmes ir vartotojams, ir specialistams. Vartotojams prieinama internetinė prieiga gali padėti gauti informaciją apie ligas, kurios gali būti valdomos ir pagydomos, nors ir reikalautų iš vartotojo ir šeimos psichosocialinių ar gyvenimo būdo pokyčių. O technologijų pažanga specialistus verčia įgyti naujų žinių, didinti kompetenciją, sugebėti kritiškai analizuoti kaip šią pažangą diegti praktikoje ir kaip ji veiks psichosocialinę vartotojo gerovę bei poreikius.

Nacionalinis sveikatos tarybos pranešimas (2007) skelbia, jog viena iš pagrindinių problemų, teikiant paslaugas sveikatos priežiūroje, nurodoma ir informacijos stoka. Besiblašantis pacientas yra dažnai siuntinėjamas iš vienos institucijos į kitą ir negauna pakankamai informacijos. Tuo tarpu gydytojai, negaudami pakankamos informacijos apie pas juos besilankantį pacientą, priversti kartoti tyrimus, kurie jau atlikti, neužtikrinamas grįžtamasis ryšys, leidžiantis įvertinti paskirto gydymo efektyvumą, ligos dinamiką. Informacinių technologijų plėtra sudarytų prielaidas integruoti sistemas. Pavyzdžiui, „virtualios integracijos“ modelis, sukuriant internetines svetaines vartotojams, sudarytų sąlygas pasinaudoti daugelio teikėjų paslaugomis. Informacinių sistemų plėtra atvertų prielaidas integracijai visais lygmenimis. Mikrolygmeniu dėl informacinių ir komunikavo technologijų tobulėjimo, pacientai yra būtų geriau informuoti apie medicinos pasiekimus ir galėtų pagerinti paslaugų kokybę išsakydami savo gydymo rezultatų lūkesčius individualiai sveikatos priežiūros specialistams. Taip atsirastų grįžtamasis ryšys tarp paslaugų gavėjų ir teikėjų, tuo pačiu ir potencialas gerinti paslaugų efektyvumą. Mezolygmeniu informacinės technologijos padėtų integruoti multiprofesines komandas ir organizacijas. Makrolygmeniu per

įstatymus ir įvairias reguliuojančias taisykles informacinės technologijos pagerintų paslaugų planavimą ir valdymą, paremtą epidemiologinių tyrimų rezultatais. Informacinės technologijos mažina informacijos sklaidos kainą ir pašalina informacijos gavimo barjerus. Informacinės technologijos ir toliau bus viena iš varomųjų jėgų, plėtojant integruotą priežiūrą.

Bet kol kas sveikatos priežiūros organizacijose, kaip teigia Jankausienė ir Pečiūra (2007), esančias informacines sistemas sunku integruoti ir gauti informaciją apie klinikinius tyrimus, priežiūros procesus bei finansus. Pagrindiniai informacinių sistemų trūkumai yra :

- Nėra reikiamo lygio kompiuterių ar programinės įrangos;
- Ne visur informacinės sistemos automatizuotos arba kompiuterizuotos;
- Neleidžia kaupti ir išsaugoti reikiamos informacijos;
- Nėra integruotos;
- Nesudaro sąlygų analizuoti arba grupuoti įrašytus duomenis.

Kaip teigiama Sveikatos sistemos plėtros 2007 – 2015 metų metmenyse (2006), vis dar yra nepakankama informacijos sklaida, trūksta socialinės reklamos gyventojams sveikatos klausimais. Nėra konstruktyvaus dialogo tarp paciento ir sveikatos priežiūros įstaigų, kad būtų įgyvendinta paciento teisė gauti jam reikalingą informaciją. Neišvystytas bendradarbiavimas su nevyriausybinėmis organizacijomis ir bendruomenėmis, kurioms nesuteikiamas realaus partnerio statusas, perkant iš jų visuomenės sveikatos, slaugos, sveikatos švietimo paslaugas. Stokojama viešumo priimant sprendimus.

Taigi komunikacinis aspektas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese vaidina svarbų vaidmenį, nes tinkamai išvystytos susisiekiimo priemonės, plačiai ir tinkamai naudojamos informacinės priemonės suteikia paslaugų gavėjams galimybę pasinaudoti lengviau prieinamomis paslaugomis, įgyti vis daugiau žinių sveikatos klausimais ir tikėtis būti aktyviais sveikatos priežiūros dalyviais, gaunančiais jiems reikalingą, suprantamai pateikiamą informaciją ir turinčiais galimybes pareikšti savo nuomonę, ypatingą dėmesį kreipiant į pacientų poreikius ir lūkesčius. Bet kol kas informacinės bei kotos komunikacinės priemonės daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų yra labai nepakankamos ir netgi skurdžios, kas tiesiogiai pacientams apsunkina gauti prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas.

1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo organizacinis ir ekonominis aspektas

Nacionalinis sveikatos tarybos pranešimas (2007) skelbia, jog organizacinis prieinamumas sveikatos priežiūros įstaigose įvertinamas atsakant į klausimus: ar užtikrinama SPĮ infrastruktūra teritorijoje, ar visų baziniame paslaugų krepšelyje nustatytų rūšių paslaugos

prieinamos, ar pakanka specialistų, resursų, ar naudojamos tinkamos technologijos. Ši sąvoka apima tai, kaip, vartotojas vertina darbo laiko patogumą, trumpą laukimo laiką, patogią paslaugos atlikimo vietą, gydytojo, slaugos specialisto pasirinkimo galimybę, nes LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (2004) šias galimybes pacientui numato. Yra nustatyti laiko limitai, įpareigojantys paslaugų teikėjus aptarnauti klientus per nustatytą laiką. Vadovaujantis VŠĮ Vilkaviškio ligoninės vyriausiojo gydytojo 2004 m. patvirtintu įsakymą Nr. 112 „Gydymo stacionare istorijos pildymo ir tvarkymo procedūra“, planine tvarka naujai atvykusį pacientą gydytojas turi apžiūrėti 1 val. laikotarpyje, o skubos tvarka per 30 min. laikotarpyje. Būtent todėl klientai neturėtų laukti teikiamos paslaugos ilgiau negu numatyta. Bet vienas iš pagrindinių trūkumų sveikatos priežiūros sistemoje yra akcentuojamas organizacinis aspektas, nes dažnai fragmentuotoje sistemoje besiblaškantis pacientas yra siuntinėjamas iš vienos institucijos į kitą ir negauna pakankamai informacijos. Tuo tarpu gydytojai, negaudami pakankamos informacijos apie pas juos besilankantį pacientą, priversti kartoti tyrimus, kurie jau atlikti, neužtikrinamas grįžtamasis ryšys, leidžiantis įvertinti paskirto gydymo efektyvumą, ligos dinamiką. Nepakankamas sveikatos ir socialinio sektoriaus paslaugų koordinavimas ir bendradarbiavimas veda prie resursų švaistymo ir neefektyvumo.

Kaip teigiama Sveikatos sistemos plėtros 2007 – 2015 metų metmenyse (2006), viena iš keturių pagrindinių dabartinių sveikatos sistemos problemų, kurios susikaupė per eilę praėjusių metų, galima būtų įvardinti nepakankamai efektyvią sveikatos priežiūros organizavimo sistemą, kai pacientams, norintiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas, tenka laukti eilėse, nes tam įtakos turi visas kompleksas veiksnių: viešosios sveikatos priežiūros įstaigos negali koreguoti paslaugų kainų pagal poreikį, finansinių išteklių sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti trūkumas (daugiausiai atsirandantis dėl nemokamo gydymo iškreiptos paciento motyvacijos gauti brangiausią gydymą), nepakankama sveikatos priežiūros įstaigų vadyba, sveikatos priežiūros specialistų ir įrangos trūkumas, atskirais atvejais dirbtinai sukuriamos problemos. Didelę medicinos personalo darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu: daug laiko sugaištama formalumams ir dokumentų pildymui (vaistų išrašymas, įvairių žurnalų ir pažymų pildymas ir pan.), todėl mažiau laiko skiriama bendravimui su pacientu ir tiesioginiam ligų prevencijos, diagnostikos ir gydymo darbui. Tai nepagrįstai didina sveikatos paslaugų sąnaudas ir mažina sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą. Gydytojai, vis dar vadovaudamiesi biomedicininio požiūriu į ligą, stokoja visapusiško (holistinio) požiūrio į sergantį žmogų, kuris nevertinamas platesniame biopsichosocialiniame kontekste. Nesigilinama į žmogaus gyvenimo ypatumus. Iki šiol tarp sveikatos priežiūros specialisto ir paciento vyrauja susiformavęs paternalistinis santykis, pacientas nepripažįstamas kaip aktyvus ir lygiavertis partneris sprendžiant sveikatos klausimus.

Statistikos departamento duomenimis lovų skaičius Lietuvoje per pastaruosius 10 metų ženkliai sumažėjo, personalo skaičius stacionare nuolat mažinamas, kas tiesiogiai įtakoja didesnę darbo krūvį ir blogesnę darbo kokybę, t.y. teikiamų paslaugų prieinamumas tampa problematiškas. Tai atskleidžia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problematiškumą organizaciniu aspektu.

Anot Jankauskienės (2000) ekonominis prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už sveikatos priežiūros paslaugas ar galioja ir kaip vykdomas solidarumo principas. Nagrinėjant kliento paslaugos kokybės vertinimo procesą, svarbus yra proceso aspektas – tai kainos ir kokybės ryšys. Kaina tampa priemone informuojant klientą apie būsimos paslaugos kokybę, kitaip sakant, ji tampa kokybės išraiška. Kaina dalyvauja laukiamos kokybės formavimosi procese. Kainos ir kokybės suderinimas teikiant paslaugas yra svarbus uždavynys. Būtinasis garantas, kad klientas pripažintų šį santykį teisingą ir priimtina. Jam neturėtų kilti abejonių, kad už savo pinigus jis gavo jų vertą paslaugą. Tik tokiu atveju gali tikėtis, kad klientas gerai vertins paslaugos kokybę.

„Būna atvejų, kai pacientas už suteiktas paslaugas turi susimokėti. Jei toks pacientas savo iniciatyva (arba gydytojo patartas) pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, vaistus ar medicinos priemones, jis apmoka paties pasirenkamų ir gydytojo skiriamų paslaugų, procedūrų, vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą. Pats pacientas moka ir tada, kai pageidauja papildomų paslaugų ar procedūrų (kaip žinoma, ligonių kasos moka už gydymą, kurį skiria gydytojas, o ne vykdo visų pageidaujančių gauti vieną ar kitą paslaugą norus). Iš paciento gali būti paprašyta susimokėti, jeigu jis nenori laukti eilėje tam tikro planinio tyrimo ar procedūros, pats pageidauja kuo skubiau gauti paslaugą“ (Pacientus informuokime tinkamai (2010, balandžio 28). Lietuvos medicinos kronika. Nr. 15 (142), p. 5).

Nacionalinis sveikatos tarybos pranešime (2007) aptariama, jog ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams kainuoja paslaugos, kiek tenka už jas primokėti, ar galioja ir kaip laikomasi solidarumo principo. Tai nepaprastai svarbu žinoti norint realiai ir laiku įvertinti balansą tarp paslaugų ir galimybės ir noro už jas susimokėti. Vertinant ekonominį prieinamumą, reikia pažymėti, kad, dėl ilgą laiką buvusio „nemokamo gydymo“ įsitvirtinusi nuostata, kad asmens sveikata priklauso ne nuo paties žmogaus, o nuo valdžios priimamų sprendimų. Gyventojai stokoja motyvacijos rūpintis savo sveikata ir sąmoningai dalyvauti gydymo procese.

Sveikatos sistemos plėtros 2007 – 2015 metų metmenyse (2006) teigiama, kad vykstanti šalies socialinė ekonominė plėtra nemažina socialinių sveikatos netolygumų tarp miesto ir kaimo bei atskirų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių. Ekonominės socialinės problemos turi neigiamos įtakos gimstamumo lygiui, psichikos sutrikimų ir savižudybių skaičiui. Valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose paplitusi piktnaudžiavimo praktika, naudojant įstaigų turta (pastatus,

medicinos įrangą ir kt.), teikti pacientams mokamas paslaugas. *De jure* laikoma, kad sveikatos priežiūra nemokama, *de facto* pacientai už paslaugas, ypač stacionarines, moka neoficialiai arba priversti savo lėšomis įsigyti vaistus, medicinos priemones ar apmokėti kitas su gydymu tiesiogiai ar netiesiogiai susijusias išlaidas. Paplitusi nelegalių papildomų pajamų praktika priklausomai nuo darbo pobūdžio ir etinių nuostatų vis labiau skaido atskirų medikų padėtį bendruomenėje. Tai, kad pacientas legaliai savo lėšomis neprimoka už jam suteiktas paslaugas ir ribota paslaugų pasiūla, sukuria padidintą paslaugų paklausą ir neišvengiamai veda prie šešėlinių mokėjimų už paslaugas paplitimo. Pacientas negali rinktis paslaugų pagal kainos ir kokybės santykį. Nepakankamai dėmesio skiriama ekonominių paskatų sistemai, todėl paslaugų kokybės problema dažnai sprendžiama tik su didelėmis sąnaudomis.

Nors sveikatos priežiūros sistemoje yra akcentuojamas organizacinis aspektas, bet dažniausiai nepakankamas sveikatos ir socialinio sektoriaus paslaugų koordinavimas ir bendradarbiavimas veda prie resursų švaistymo ir neefektyvumo. Nuolat mažinamas personalo skaičius stacionare tiesiogiai įtakoja didesnę darbo krūvį ir blogesnę darbo kokybę, t.y. teikiamų paslaugų prieinamumas organizaciniu aspektu tampa problematiškas. Ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas šiandieninėje sveikatos priežiūroje taip pat išlieka su nemažu problemų bagažu, nes gyventojams, norint gauti kokybiškesnes paslaugas, dažnai tenka mokėti/primokėti ar mokėti nelegaliai, neatsižvelgiant į jų socialinę ekonominę situaciją.

2. STACIONARI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGA, KAIP KLIENTŲ POREIKIUS ATITINKANTI ĮSTAIGA

2.1. Stacionarios asmens sveikatos priežiūros įstaigos funkcijos

Vienas pagrindinių pastarąjį dešimtmetį pradėtos sveikatos priežiūros sistemos reformos elementų yra sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizacija, racionalizuojant ir modernizuojant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir optimizuojant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nepriklausomai nuo žmogaus ligos pobūdžio, socialinės ir finansinės padėties, gyvenamos vietos ir pan. Pagal Socialinės apsaugos terminų žodyną (1999) stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (ASPI) – tai paslaugos, kurios teikiamos gydantis stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, pacientai stebimi ir gydomi visą parą. Gustainienė (2003) aprašo, jog stacionarios asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra šios: 1) teikti informaciją dėl ligų profilaktikos, 2) teikti antrines ir teretines atstatomasias medicinos paslaugas, 3) medicinos slaugos ir socialinės paslaugos bei tarnavimo, teikiamas palaikomojo gydymo ir slaugos stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros

įstaigose, 4) medicininė reabilitacija, įskaitant sanatorinį gydymą, 5) asmenų laikinojo nedarbingumo ekspertizė.

Pagal LR sveikatos apsaugos ministro įsakymą „Dėl stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“ (1997) stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikia stacionarines medicinos paslaugas, kuriose ligoniai stebimi ir gydomi ištisa parą. Ligoniai gydomi pagal atitinkamą ligų gydymo profilį, o ligų profiliai sugrupuoti, atsižvelgiant į taikomus gydymo metodus ir technologijas. Šio paslaugos skirstomos pagal lygius ir įstaigų bei skyrių ligų gydymo profilių sąrašą. Profilių sąrašas priklauso nuo įstaigos lygio: 1) pirminio lygio stacionaruose teikiamos palaikomojo gydymo ir slaugos bei paliatyvios pagalbos paslaugos, 2) antrinio lygio stacionarinėse įstaigose teikiamos stacionarinės paslaugos, kurios dar skirstomos pagal profilius: terapija, chirurgija, reanimacija, akušerija, pediatrija ir t.t. Antrinio lygio paslaugos yra kvalifikuotos, o šių įstaigų paslaugų pasiūla ir galimybės didesnės nei pirminio lygio įstaigų, 3) tretinio lygio stacionarinės įstaigos teikia specializuotas paslaugas, kurios taip pat skirstomos pagal profilius.

Šiuolaikinė stacionarios sveikatos pagalbos politika, anot Jankauskienės ir Pečiūros (2007), vadovaujasi dviem pagrindinėmis kryptimis: 1) organizavimo teorija, kada ligoninės yra kompleksinė sistema, galinti keistis pagal atsiradusias naujas aplinkybes ir sąlygas, 2) strateginė ateities vizija, kuri apibrėžia, kokių profilių ir kokio dydžio turi būti ligoninės bei jų ryšys su pirmine bei socialine priežiūra, slauga ir kita pagalba.

Kaip teigiama Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 programoje (2004) sveikatos priežiūros įstaigoms, siekiant užtikrinti ir nuolat gerinti teikiamų paslaugų kokybę, būtina orientuotis į pacientą, ypatingą dėmesį kreipiant į jo poreikius ir lūkesčius sveikatos priežiūros srityje.

Apibendrinant galim būtų sakyti, jog stacionari asmens sveikatos priežiūros įstaiga – tai įstaiga, teikianti stacionarias gydymo paslaugas, kuriose pacientai stebimi ir gydomi visą parą pagal atitinkamą ligų profilį ir siekianti vadovautis strategine sveikatos politikos kryptimi, kad ryšys su pirmine bei socialine priežiūra, slauga ir kita pagalba visą paciento gydymo laikotarpį būtų išlaikytas.

2.2. Socialinių grupių, gaunančių paslaugas stacionarioje sveikatos priežiūros įstaigoje, socialinė ekonominė situacija bei lūkesčiai

Socialinė grupė, anot Kondrašovienės ir Zabulytės Kupriūnienės (2008), yra tam tikras skaičius žmonių, kuriuos vienija kokie nors požymiai (senatvė, negalia, liga, nedarbas, vienišumas, rizikos faktoriai ir pan.). Statistikos departamento duomenimis pastaruosius metus Lietuvos žmonių socialinė – ekonominė padėtis sparčiai blogėja: didėja nedarbo lygis, darbo užmokestis mažėja,

ištuokų, neįgaliųjų skaičius didėja, senų žmonių skaičius taip pat didėja. Demografinio senėjimo pokyčiai betarpiškai lemia socialines ekonomines problemas, gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros poreikio didėjimą. Vilkaviškio rajone (Vilkaviškio rajono savivaldybės 2010 metų socialinių paslaugų plano duomenimis) gyvena 1189 vieniši asmenys, iš jų 600 asmenys turi negalią. Pensinio amžiaus gyventojai Vilkaviškio rajone sudaro 20,4 proc., suaugę neįgalūs asmenys – 9 proc., vaikai – 20,8 proc. Nedarbo lygis 2009 metais buvo 6,7 proc. Net 46 proc. Vilkaviškio rajono gyventojų yra socialiai pažeidžiami, neretai jiems reikalinga įvairi socialinė pagalba. Kaimo vietovėje gyvena apie 58 proc. visų rajono gyventojų. Dideli atstumai tarp Vilkaviškio miesto bei savivaldybės seniūnijų gyvenviečių ir kaimų lemia tai, kad įvairios paslaugos (socialinės, medicininės, kultūrinės ir kt.) bei informacija apie jas vis dar nepakankamai pasiekiami atokiau gyvenantiems rajono gyventojams.

Sveikata ir socialiniai veiksniai neatsiejami. Šie visi rizikos faktoriai tiesiogiai įtakoja žmonių sveikatos būklę, apsunkintas galimybes gauti prieinamas, visavertės sveikatos priežiūros paslaugas ir atskleidžia šių paslaugų problematiškumą komunikaciniu ir ekonominiu aspektais. Kadangi sveikata ir su ja susijusi sveikatos priežiūra yra viena pagrindinių žmogaus teisių, sveikatos apsaugos veikimo sritis socialinės apsaugos sistemoje turi būti universalios arba to universalumo siekti kiekvienu atveju. Anot Pieters (1998) žmonės turi turėti galimybę gauti tinkamas ir prieinamas medicininės paslaugas, kurios yra bendros socialinės paramos dalis. Spartūs ir esminiai pirmojo Lietuvos nepriklausomybės dešimtmečio politiniai, socialiniai, ekonominiai pokyčiai turėjo įtakos žmonių gyvenimui, aplinkai, sveikatai ir gyvenimo kokybei. Kitų šalių patirtis rodo, kad skirtingos socialinės grupės nevienodai reaguoja į vykstančias permainas. Todėl svarbu atskleisti Lietuvos gyventojų skirtingų socialinių grupių sveikatos ir gyvenimo raidos dėsningumus bei aplinkos pokyčius, į kuriuos turėtų būti atsižvelgta, planuojant sveikatos stiprinimo programas.

Anot Petrauskienės, Kalėdienės (2000) sveikatos netolygumai priklausomai nuo socialinės ekonominės gyventojų padėties yra gerai išnagrinėti ir daugelis blogesnių sveikatos rodiklių yra susiję su žemesne socialine ekonomine žmonių padėtimi. Mažiau išsivysčiusiuose regionuose gyvenančių, žemesnio socialinio ekonominio sluoksnio žmonių poreikiai sveikatos priežiūrai yra didesni, tačiau kaip tik jiems sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra blogiausias. Žmonės privalo turėti galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, kurių reikia, atsižvelgiant į jų būklę. Vadinasi, jiems būtina turėti galimybę naudotis saugiomis, kokybiškomis, tinkamomis sveikatos gerinimo paslaugomis, gydymu, prevencine priežiūra. Reikia, kad visų socialinių grupių žmonės, nepriklausomai nuo jų būklės ar socialinio ekonominio statuso, galėtų naudotis reikiamomis paslaugomis. Kad jų gyvenimo kokybė būtų geriausia, sveikatos priežiūra privalo tenkinti ne tik emocinius jų poreikius, bet ir svarstyti su sveikata nesusijusius tokius dalykus kaip

švietimas, užimtumas, šeima. Visa tai daro poveikį žmogaus požiūriui į sveikatos priežiūros alternatyvas ir valdymą.

Kaip rašo Johansson, Oleni, Fridlund (2002) pacientų lūkesčiai sveikatos paslaugų srityje ir nepasitenkinimas paslaugomis auga, kai šie lūkesčiai yra nepatenkinti. Pacientų lūkesčių patenkinimui svarbią vietą užima personalo elgesys su jais. Pacientai tikisi, kad medicinos personalas su jais bendraus kaip su lygiaverčiais partneriais, kad bus jų konsultantais, kai reikės priimti sprendimus. Gerus tarpusavio santykius apibrėžia tokios sąvokos, kaip: abipusis supratimas, pagarba, pasitikėjimas, sąžiningumas, bendra veikla. Pacientai pabrėžia informacijos svarbą ir teigia, kad savalaikė ir išsami informacija didina pasitenkinimą paslaugomis. Taip pat galimybė pacientams aktyviai dalyvavimauti ir būti įtrauktiems į sprendimų priėmimą labai padidina pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis. Pacientai dažnai nujaučia, kada medicinos personalas naudoja netinkamas diagnostines bei gydymo priemones ir tai labai sumažina pacientų pasitenkinimą paslaugomis. Taip pat, pacientams labai svarbu, kad, naudojant naujausias technologijas, būtų efektyviai sumažintas skausmas. Skausmo nebuvimas ir efektyvus jo sumažinimas didina pacientų pasitenkinimą paslaugomis. Organizacijos pokyčiai taip pat turi įtakos pacientų lūkesčių patenkinimui. Sveikatos priežiūra turi garantuoti pacientui paslaugų prieinamumą. Taip pat, moksliniais tyrimais įrodyta, kad prastai organizuotame sveikatos priežiūros sektoriuje, dirbantis personalas būna pavargęs ir nepatenkintas savo darbu. O kai personalas nepatenkintas savo darbu, tai nepatenkinti ir pacientai suteiktomis paslaugomis.

„Plačiąja prasme integruotos sveikatos politikos strategija yra reikšminga priemonė, galinti sumažinti sveikatos netolygumus tokioms socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms, kaip skurstantys, vaikai, jaunuoliai, seni asmenys, vieniši vaikus auginantys asmenys, bedarbiai, migrantai, politiniai pabėgėliai, benamiai. Šioje grupėje esantys asmenys susiduria su begale socialinių ir sveikatos priežiūros problemų, kurias gali išspręsti tik efektyvus sistemos valdymas ir integruotas požiūris“ (Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas 2006 (2007). Žmonių išteklių sveikatos priežiūroje. Vilnius. P. 59 – 60).

Todėl, anot Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimo 2006 (2007), siekiant patenkinti aukštos kokybės ir nepertraukiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms, aktualu užtikrinti visiems gyventojams gauti tinkamas ir prieinamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos būtų pritaikytos prie kintančių visuomenės ir atskirų jos narių poreikių ir pageidavimų, sukuriant ir plėtojant prevencinių priemonių tinklą ir sukuriant paslaugų kokybės standartus ir jų priežiūros sistemą.

Taigi, sparčiai blogėjanti Lietuvos žmonių socialinė – ekonominė betarpiškai lemia socialines ekonomines problemas, gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros

poreikio didėjimą ir visi šie rizikos faktoriai tiesiogiai įtakoja žmonių sveikatos būklę, apsunktas galimybes gauti prieinamas, visavertės sveikatos priežiūros paslaugas. Visų socialinių grupių žmonės, nepriklausomai nuo jų būklės ar socialinio ekonominio statuso, privalo turėti galimybę naudotis reikiamomis paslaugomis. Ir tai gali išspręsti tik efektyvus sistemos valdymas ir integruotas požiūris.

2.3. Socialiai pažeidžiamos žmonių grupės – socialinio darbuotojo sveikatos priežiūros įstaigoje profesinės veiklos klientai

Vykstant sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų reformai, pasak Leliūgienės (2003), atsirado būtinybė kurti naujus, medicininio socialinio darbo, kaip socialinių paslaugų komplekso mechanizmus, formas, metodus. Paskutinį XX a. dešimtmetį Lietuvoje pradėjo plėtotis profesionalus socialinis darbas medicinoje – kaip kokybiškai nauja socialinio darbo kryptis. Šios institucijos atsiradimas turi padėti spręsti šios pagalbos reikalaujančių klientų rūpesčius. Socialinio darbo sveikatos priežiūros įstaigoje objektas yra asmenys, turintys socialinių – medicininių problemų, kurios labai glaudžiai tarpusavyje susijusios ir sprendžiamos ganėtinai sunkiai. Darbas su tokiais žmonėmis taip pat sunkus ir dažnai nepakankamai efektyvus tiek medicinos darbuotojams, tiek socialinio darbo specialistams, kadangi nuolat neišvengiamai susiduriama su daugybe problemų. Tokiam kontingentui priskiriami ilgai arba dažnai sunkiai sergantys nepagydomomis ar chroniškomis ligomis, neįgalieji, socialiai deadaptuoti asmenys. Socialinis darbas sveikatos priežiūroje pasaulinės sveikatos apsaugos asociacijos apibūdinamas kaip, organizuotos socialinės paslaugos sveikatos priežiūros įstaigose ir kitur, veikla.

Stacionarioje gydymo įstaigoje besigydantys asmenys praleidžia tam tikrą laiką, priklausomai nuo jų susirgimo, todėl profesionali socialinė pagalba reikalinga tiek pačiam pacientui, tiek ir jo šeimos nariams. Socialinio darbuotojo paskirtis – sustiprinti besigydančio asmens prisitaikymo prie aplinkos sugebėjimus, atnaujinti ryšius su bendruomene, padedant jam integruotis į visuomenę ir skatinti visavertiškesnį asmens socialinį funkcionavimą, garantuojant profesinės veiklos klientų socialinį saugumą ir reabilitaciją (Žin., 1999, Nr. 432/77). Sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatuose apibrėžiama, kad socialiniai darbuotojai savo veikloje vadovaujasi LR sveikatos sistemos įstatymu, LR socialinių paslaugų įstatymu, LR vyriausybės nutarimais, LR sveikatos apsaugos ministro bei LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymais, socialinių paslaugų katalogu, socialinių darbuotojų etikos kodeksu, kitais teisės aktais ir šiais nuostatais. O teikiamos paslaugos yra šios: bendravimo, tarpininkavimo, konsultavimo, integracijos, reabilitacijos, koordinavimo, paramos organizavimo, švietimo, ugdymo, auklėjimo ir kt. Sveikatos priežiūros įstaigoje socialines paslaugas turi užtikrinti profesionalus socialinis darbuotojas, kuris vadovaujasi sveikatos priežiūros

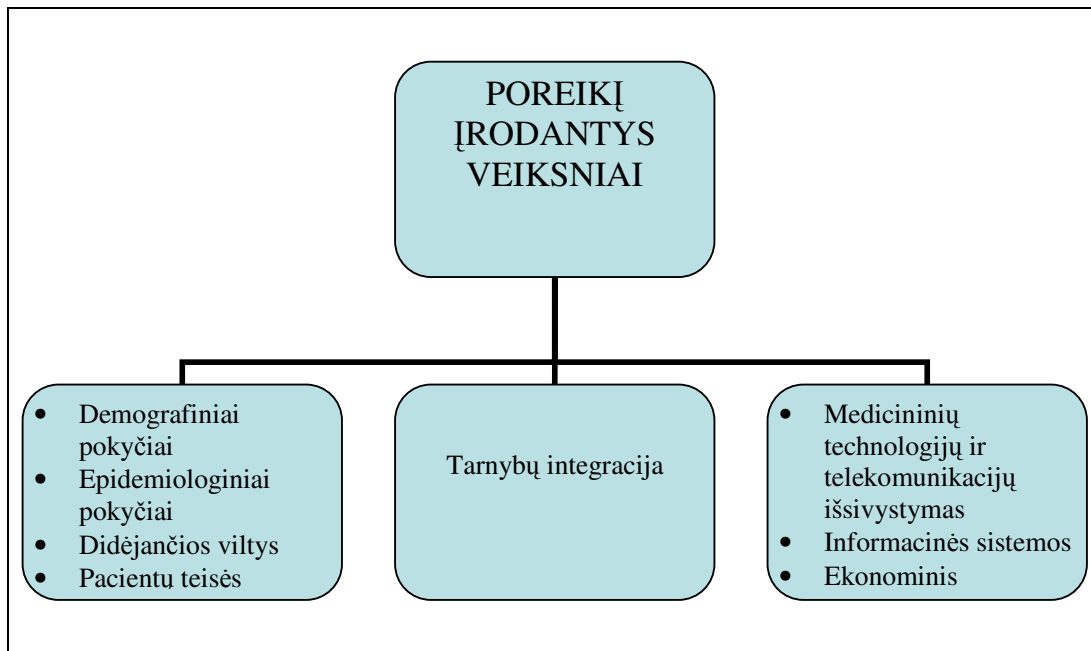
įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatais (Žin., 1999, Nr. 432/77), kur įvardijama socialinio darbuotojo bendrosios nuostatos, teisės, funkcijos, atsakomybė bei darbo organizavimas.

Socialinis darbas sveikatos priežiūroje, kaip teigia Leliūgienė (2003), yra tam tikra multidisciplininės veiklos rūšis, jis apima sveikatos apsaugos ir gyventojų socialinės apsaugos sritį ir naudojasi sveikatos apsaugos sistemoje susiformavusiais metodais: 1) profilaktikos, reabilitacijos, psichoterapijos ir t.t. 2) socialinio konsultavimo, paslaugų į namus, socialinių paslaugų stacionaruose ir kt. Praktikoje integruoto socialinio darbo sveikatos priežiūroje funkcijos dažniausiai yra šios: 1) kompleksinis kliento įvertinimas, somatinės, psichinės bei reprodukcinės sveikatos įvertinimas, socialiai pažeistų prevencija, individo, grupės medicininės socialinės ekspertizės, 2) medicininė socialinė profesionali individų reabilitacija, 3) socialinis darbas psichiatrijos, narkologijos, onkologijos, gerontologijos, chirurgijos bei kitose klinikinės medicinos srityse, reabilitacinės, psichologinio edukacinio, socialinio teisinio pobūdžio pagalbos terapinių draugijų organizavimas, 4) kompleksinės medicininės socialinės pagalbos propagavimas.

Socialinis darbuotojas sveikatos priežiūros įstaigoje mato žmogų aplinkoje, turėdamas galvoje visus faktorius, kurie veikia bendrą sveikatos priežiūros patirtį. Socialinis darbuotojas praktikuojasi ne tik mikrolygiu, kai sprendžiamos kliento problemos, taikant socialinio darbo metodus, bet ir makro lygmeniu, kada turi galimybę veikti sveikatos priežiūros sistemos politiką ir plėtrą vietos ar valstybiniu lygmenimis. Payne (1996) pabrėžia tris socialinio darbo perspektyvas: 1) individualistas – reformistas, 2) socialistas – kolektyvistas, 3) atpalaiduojantis – terapinis. Individualistinė – reformistinė socialinio darbo perspektyva, kai socialinio darbuotojo paslaugos teikiamos įvairių socialinių grupių žmonėms. Pagrindinis socialinio darbo tikslas – tenkinti ne tik kliento poreikius, bet taip pat gerinti teikiamų paslaugų kokybę, kas darytų veiksmingą įtaką klientui.

Kaip skelbia Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas (2007) vis dažniau kalbama apie integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Kadangi tai naujas terminas ir požiūris – daugeliui tebėra neaiškus. Todėl pagrįstai keliami klausimai, ką, kodėl ir kaip reikia integruoti, kuriai paslaugų gavėjų grupei integruota priežiūra reikalinga, kokie jos privalumai, su kokiomis problemomis susiduriama, plėtojant integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemą. Kadangi integruotos priežiūros sistema yra dar besivystanti šaka ir dauguma iniciatyvų yra vietinio lygmens, tai ir jos suvokimas yra labai įvairus. Integracijos strategijos įvairiose šalyse labai skirtingos, bet pagrindinės varomosios jėgos yra panašios (1 pav.). Poreikį integruotų paslaugų sąlygoja besikeičianti demografinė ir epidemiologinė situacija, didėjantys visuomenės lūkesčiai ir pacientų teisės. Medicinos technologijų ir informacinių sistemų raida, ekonominis spaudimas sudaro prielaidas vykdyti pokyčius atsižvelgiant į besikeičiančius poreikius. Integruota priežiūra

reikalinga dėl keleto priežasčių: 1) integruota priežiūra atitinka besikeičiančius paslaugų gavėjų poreikius, 2) integruota priežiūra pripažįsta, jog sveikatos ir socialinės problemos yra susijusios, 3) integruota priežiūra nukreipta į socialiai pažeidžiamas visuomenės grupes ir pagerina jų integraciją į visuomenę, 4) integruota priežiūra nukreipta į sveikatos ir socialinės sistemos efektyvumo gerinimą, 5) integruota priežiūra pagerina paslaugų kokybę ir užtikrina tęstinumą.



1 pav. Veiksniai, skatinantys sveikatos reformas

Socialinis darbas sveikatos priežiūroje turi daug bendro su medicinine pagalba, bei visa sveikatos apsaugos sistema, bet jis neperžengia savo kompetencijos ribų, nepretenduoja atlikti gydymo funkcijų, tik numato glaudžius ryšius su medicinos personalu ir tikslų atsakomybės pasiskirstymą. Visos išvardintos socialinio darbuotojo funkcijos rodo, kad šio specialisto žinios, veikla ir įgūdžiai yra svarbūs, nes minėtos funkcijos kitiems gydymo įstaigos darbuotojams nepriklauso pagal pareigas.

Apibendrinant galima teigti, jog socialinis darbas sveikatos priežiūroje yra tam tikra multidisciplininės veiklos rūšis, kuri apima sveikatos apsaugos ir gyventojų socialinės apsaugos sritį bei naudojasi sveikatos apsaugos sistemoje susiformavusiais metodais. Socialinio darbo sveikatos priežiūros įstaigoje objektas yra asmenys, turintys socialinių – medicininių problemų, kurios labai glaudžiai tarpusavyje susijusios ir sprendžiamos ganėtinai sunkiai, todėl pagrindinis socialinio darbo tikslas – tenkinti ne tik kliento poreikius, bet taip pat gerinti teikiamų paslaugų kokybę, kas darytų veiksmingą įtaką tiek klientui, tiek ir jo šeimos nariams. Socialinis darbuotojas praktikuojasi ne tik mikrolygiu, kai sprendžiamos kliento problemos, taikant socialinio darbo metodus, bet ir makro lygmeniu, kada turi galimybę veikti sveikatos priežiūros sistemos politiką ir plėtrą vietos ar valstybiniu lygmenimis.

3. STACIONARIŲ SVEIKATOS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS SOCIALIAI PAŽEIDŽIAMOMS ŽMONIŲ GRUPĖMS TYRIMO METODOLOGIJA

3.1. Tyrimo ontologija ir epistemologija

Tyrimo ontologija. Ontologinio pobūdžio prielaidos, anot Kardelio (2007), susiję su nagrinėjamų socialinių reiškinių prigimtimi ir esme. Čia formuojamas klausimas: ar socialinė realybė individų atžvilgiu yra išorinė, primetama iš išorės ir verčianti juos atitinkamai elgtis ar tai tik individualios sąmonės produktas? Ar realybės prigimtis yra objektyvi ar tik individualaus pažinimo rezultatas? Ar mes ją gauname tokią, kokia ji yra ar ją įtakojame savo protu ir darome veiksmus kaitai?

Tyrimo objektas – socialiai pažeidžiamos žmonių grupės, jų sveikatos paslaugų prieinamumo galimybės sveikatos priežiūros sistemoje. Šiuo darbu siekiama atskleisti stacionarių sveikatos paslaugų prieinamumo problematiškumą socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms. Siūloma pažvelgti į sveikatos paslaugų prieinamumo galimybių stoką kaip į socialinę problemą, kaip į sveikatos priežiūros politikos nevaisingumą (nekompetenciją), neveiksmingumą.

Kaip traktuojama knygoje „Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste (2000) – socialinių problemų sprendimas glaudžiai susijęs su šalies socialine – ekonomine raida, nes tai tiesiogiai lemia kiek lėšų galima skirti socialinėms, įskaitant ir sveikatos priežiūrą, gyventojų reikmėms tenkinti. Sveikatos politikos pagrindinis tikslas – gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, garantuoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visoms visuomenės socialinėms grupėms, gerinti sveikatos raštingumą. Bet tai nėra pakankama. Žmonių lūkesčiai yra kur kas didesni, jie tikisi efektyvesnių, prieinamesnių socialinių bei sveikatos priežiūros garantijų, nes šalyje skirtumai tarp turtingų ir vargšų pajamų kur kas didesni nei Vakarų Europoje. Jeigu išskirtume gyventojus į grupes pagal socialinį ir ekonominį kriterijų, tai tie žmonės, kurių pajamos mažesnės, gyvena trumpiau ir serga dažniau, negu tie, kurių pajamos yra didesnės. Socialinis teisingumas ir solidarumas reikalauja imtis tokių priemonių, kad šie skirtumai mažėtų. Tačiau kyla klausimas ar yra toks moralinis įsipareigojimas, kurio tikslas padaryti kiekvieną kaip galima sveikesnį? Ar mūsų visuomenėje yra finansinio solidarumo supratimas? Šie klausimai veda prie politinių problemos sprendimo aspektų, prie to, kaip suprantamas teisingumas ir lygiateisiškumas, kur ir kokie mūsų prioritetai nepamirštant to, kad išteklių yra riboti.

Rowls (2002) teigimu, du pagrindiniai teisingumo principai formuluojami taip: 1) kiekvienas asmuo turi vienodą teisę į visiškai pakankamą lygių pamatinių laisvių schemą, kuri yra suderinama su panašia laisvių schema visiems, 2) socialinė ir ekonominė nelygybė turi tenkinti dvi sąlygas, tai: a) ji turi būti siejama su padėtimis ir pareigybėmis, kurios yra atviros visiems sąžiningos galimybių lygybės sąlygomis bei b) ji turi būti naudingiausia blogiausioje padėtyje esantiems visuomenės nariams.

Ar teisinga, anot Nagel (2001), kad kai kurie žmonės gimsta pasiturinčiose šeimose, o kiti skurdžiose šeimose? Ar teisinga, kad vieni gimdami atsineša savyje ryžtą ir sugebėjimą savimi pasirūpinti, o kiti ateina į šį pasaulį jau turėdami negalią ar ji užklumpa gyvenimo kely netikėtai ir nelauktai? Jei neteisinga, tai ar turime su tuo kažką daryti? Ar nelygybė, kuri nėra pelnyta žmonių, patiriančių jos našta, yra pateisinama? Ar valstybė neprivalėtų panaudoti visą savo galią mažindama tokią nelygybę? Teisingumas reikalauja, kad galimybės būtų atviros visiems, kad valstybė teisingais įstatymais įtvirtintų tokią galimybių lygybę. Bet net esant galimybių lygybei, išlieka daugybė kitokių nelygybės formų. Juk kai kurie žmonės turės geresnę starto padėtį, todėl ir „finišą“ pasieks su didesniais laimėjimais, nei kiti tokiais pat gabumais apdovanoti žmonės.

Tyrimo epistemologija. Epistemologinio pobūdžio prielaidos, anot Kardelio (2007), siejamos su žinių prigimtimi ir formomis. Jos užima kraštutinę klausimų pozicijas: ar žinios gali būti įgyjamos ir ar jos yra tai, ką patiriame? Nuo to, kokią poziciją užima tyrėja, priklauso koki tyrimo būdą pasirenka savo moksliniame darbe.

Tyrėja, besilaikanti objektyvistinio (pozityvistinio) požiūrio į socialinę realybę, pasak Kardelio (2007) ir traktuojanti ją kaip gamtos reiškinių pasaulį, dažniau rinksis kiekybinį tyrimo metodą. Tyrėja ieško socialinių dėsningumų, kurie gali būti išreiškiami kiekybiškai. Tai būdinga visuotinius dėsnius nustatantiems ir aprašantiems metodams. Tyrėja remiasi suvokimu, jog kiekybiniam tyrimui būdinga pozityvistinė (normatyvinė) paradigma, socialinę realybę aiškinanti objektyviu požiūriu ir teigianti, kad žmogaus elgesys valdomas taisyklių, todėl turėtų būti tiriamas remiantis tikslųjų mokslų metodais. Pozityvizmas (*lot. positivus* – teigiamas), Kardelio (2007) teigimu – filosofijos kryptis, teigianti, jog vienintelis teisingo, tikrojo žinojimo šaltinis yra konkretūs (empiriniai) mokslai ir neigianti pažintinę filosofinio tyrimo vertę. Pozityvizmas – jutiminis pažinimas, kuris remiasi kiekybiniais tyrimo metodais – skaičiais, faktais. Pozityvizmo tikslas – sukonstruoti bendruosius dėsnius ar teorijas, kurie pažymėtų ryšius tarp reiškinių. Tada stebėjimas parodys ar reiškinys yra ar nėra išvelgiamas numatytu būdu ir tokio reiškinio aiškinimas susidės iš bendrųjų dėsnių.

Nors Fook (2002) teigia, jog pozityvizmo pagrindinės ideologijos kritika traktuojama kaip skatinančios pasyvumą ir fatalizmą, visuomenės nariai mato save kaip nustumtus, atsitraukusius ar atitolusius nuo galios veikti savo situacijoje. Yra poreikis vystyti sąmoningumą, kuris įgalintų

pamatyti „faktus“ kaip istorijos dalelytes, kurios gali būti keičiamos. Taip pabrėžiama veiksnio jėga, tiek asmeninė, tiek kolektyvinė, transformuoti visuomenę.

Tyrėja kiekybiniu požiūriu nusako siekį ieškoti išorinių požymių, matuoti juos ir skaičiuoti, siekti vienintelio paaiškinimo, dėsnių, taisyklių, universalumo ir visuotinumą, t.y. siekiama patvirtinti esamą (hipotetinį) faktą arba jo nepatvirtinti. Kiekybinio tyrimo mokslinę vertę, anot Kardelio (2007), nusako kiekybiniai rodikliai. Kiekybinių tyrimų metodologija grindžiama pozityvistine (arba normatyvine) filosofine socialinių reiškinių aiškinimo paradigma, kur socialinę realybę aiškina objektyvistiniu požiūriu. Ši paradigma apima dvi idėjas: 1) žmogaus elgesys iš esmės yra valdomas taisyklių, o 2) turėtų būti tyrinėjamas gamtos mokslų metodais (šiuo požiūriu normatyvinės studijos yra pozityvistinės). Pagrindinė normatyvinės paradigmos sąvoka – elgesys – liečia reakciją į išorinius aplinkos, kito asmens ar visuomenės poreikius arba vidinius (alkio ar pasiekimo poreikio) stimulus. Tyrėja stengiasi kurti ir patvirtinti bendras žmogaus elgesio teorijas. Pagrindine realija laikoma grupiškumas, kuris nepriklauso nuo atskiro individo, pasireiškia visuomenėje, institucijose ar organizacijose. Šios teorijos vaidmuo yra išaiškinti, kaip realybė egzistuoja šiose formose ir kokiomis permainingomis galima padaryti ją veiksmingesne. Čia svarbiausias tyrėjos tikslas yra gauti objektyvius duomenis ir sukurti suprantamą, universalią teoriją, galinčią paaiškinti asmeninį bei socialinį žmonių elgesį.

Kaip rašė Fook (2002), pozityvistinės kritikos dalis yra pripažįstama, kad žinios nėra tik paprastas „empyrinės realybės“ atvaizdas. Žinios aktyviai konstruoja tuos, kurie studijuoja tą realybę. Svarbu atskirti žinias, kurios ateina iš priežastinės analizės ir kurios ateina iš savirefleksijos ir sąveikos su kitais. Tai reiškia, kad reikia pasikliauti komunikacija kaip pagrindiniu transformuojančiu procesu. Anot Kardelio (2007) pozityvizmą kritikavo ir Blake, teigdamas, kad pozityvizmo idėjos atspindi gana mechaniską požiūrį į socialinius reiškinius, nes visuomenė nėra mechanizmas, o gyvas organizmas. Kiekybiniai tyrimai, aišku, neišvengiamai patiria ir kritikos, nes tyrimo metodai bei duomenų matavimo priemonės dažniausiai būna sukonstruotos dar prieš tyrimą. Tai gana nelankstus metodas, nes yra būtinybė taikytis prie tam tikrų išankstinių sąlygų (datos, atrankos ir pan.), priklausomas nuo hipotezės. Kiekybinio tyrimo metodas negali atspindėti tiriamųjų elgesio, gilesnių jausmų ar reakcijos į situacijas. Galima išvelgti ir validumo problemą: ar tikrai matuojame tai, ką turime, norime išmatuoti, nėra garantijos, kas iš tiesų atsakė į klausimą, neįmanoma užduoti tam tikro tipo klausimų, galimos reprezentatyvumo problemos.

Taigi ontologine prasme siūloma pažvelgti į sveikatos paslaugų prieinamumo galimybių stoką socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms kaip į socialinę problemą, kaip į sveikatos priežiūros politikos nevaisingumą (nekompetenciją), neveiksmingumą. Iš ko kyla klausimas ar yra toks moralinis įsipareigojimas, kurio tikslas padaryti kiekvieną kaip galima sveikesnį, ar nelygybė, kuri nėra pelnyta žmonių, patiriančių jos našta, yra pateisinama, ar valstybė neprivalėtų panaudoti

visą savo galią mažindama tokią nelygybę? Bet net esant galimybių lygybei, išlieka daugybė kitokių nelygybės formų. Epistemologinio pobūdžio prielaidos siejamos su žinių prigimtimi ir formomis. Šios teorijos vaidmuo yra išaiškinti, kaip realybė egzistuoja šiose formose ir kokiomis permainomis galima padaryti ją veiksmingesne. Čia svarbiausias tyrėjos tikslas yra gauti objektyvius duomenis ir sukurti suprantamą, universalią teoriją, galinčią paaiškinti asmeninį bei socialinį žmonių elgesį, poreikius bei lūkesčius. Tyrėja, besilaikanti objektyvistinio (pozityvistinio) požiūrio į socialinę realybę ir traktuojanti ją kaip gamtos reiškinių pasaulį, renkasi kiekybinį tyrimo metodą. Tyrėja ieško socialinių dėsniumų, kurie gali būti išreiškiami kiekybiškai bei remiasi suvokimu, jog kiekybiniam tyrimui būdinga pozityvistinė (normatyvinė) paradigma, socialinę realybę aiškinanti objektyviu požiūriu ir teigianti, kad žmogaus elgesys valdomas taisyklių, todėl turėtų būti tiriamas remiantis tikslųjų mokslų metodais.

3.2. Tyrimo tipas, imtis, duomenų rinkimo ir analizės metodai

Pasak Kardelio (2007) kiekybinių metodų taikymas socialiniuose moksluose yra sąlygotas pozityvistinės nuostatos, jog socialinius reiškinius galima pažinti tokiu pačiu būdu kaip ir fizinių pasaulį. Sąveikos tarp įvairių socialinių reiškinių yra matuojamos, nustatant tų reiškinių kiekybines charakteristikas ir panaudojant matematinės statistikos priemones.

Tyrimo operacionalizacija. Kiekybinių tyrimų metodo bruožas, anot Ruškaus (2008), yra tas, jog jie yra struktūruoti ir uždaro tipo. Taigi, tyrimo kintamieji yra duoti iš anksto, operacionalizacijos būdu. Operacionalizacija nėra vien tik formali klasifikavimo procedūra. Tai požymių sistema, kurių pagalba sąvokos suvedimas į operacijas, veiksmus, reikalingus toms sąvokoms (požymiams) pamatuoti. Operacionalizacijos procedūra (1 lentelė) yra euristinė, jos rezultatai turi hipotezės statusą. Kartais, atliekant operacionalizaciją, nepakanka vien teorinio mąstymo. Tada atliekami bandomieji empiriniai tyrimai, skaičiavimai, randami faktiškai pagrįsti objektų klasifikavimo (taksonomijos) kriterijai. Kūrybinga, tačiau korektiška tyrimo teorinių sąvokų operacionalizacija – vienas svarbiausių jo metodologinės kokybės ir rezultatyvumo veiksnių.

Operacionalizacijos schema

Diagnostinis konstruktas	Diagnostiniai blokai	Požymių skalė
Demografiniai duomenys	1. Paso duomenys 2. Atstumo nuo gydymo įstaigos duomenys 3. Išsilavinimo duomenys 4. Pajamų duomenys 5. Socialinio užimtumo duomenys 6. Gydymosi ligoninėje dažnumo duomenys	8
Komunikaciniai prieinamumo aspektai	1. Susisiekimasis su gydymo įstaiga	3
	2. Informacija apie gydymo įstaigą	2
Organizaciniai prieinamumo aspektai	1. Stacionarizavimo į gydymo įstaigą trukmė	1
	2. Trukmė iki gydytojo konsultacijos	2
	3. Gydytojo pasirinkimo galimybė	1
	4. Dalyvavimo gydymo procese galimybė	1
	5. Personalo kompetencija	2
	6. Reikiamų paslaugų suteikimas ir efektyvumas	4
	7. Gydymo įstaigos įvertinimas ir rekomendavimas	2
Ekonominiai prieinamumo aspektai	1. Paciento socialinės ekonominės padėties ir paslaugos kokybės santykis	3
	2. Mokėjimas/primokėjimas už gydymo paslaugas	1
	3. Problemos susijusios su gydymo išlaidomis	2
Iš viso:		
4	18	32

Tyrime naudoti metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė
2. Statistinė dokumentų analizė
3. Bandomasis tyrimas
4. Apklausa raštu

Tyrimo eiga. Tiksliausiai sveikatos priežiūros paslaugų kokybiškam prieinamumui išsiaiškinti galima organizuojant šių paslaugų vartotojų – pacientų – apklausas, kurios atspindės apklaustųjų nuomonę, lūkesčius, keliamus sveikatos priežiūros paslaugoms reikalavimus išsiaiškinti. Todėl kaip pagrindinis tyrimo empirinis metodas buvo pasirinkta pacientų anoniminė anketinė apklausa. Taip siekta gauti kuo objektyvesnę informaciją.

Bandomasis tyrimas buvo atliktas 2010 metų balandžio 15 dieną. Tiriamoje įstaigoje pacientams buvo išdalinta ir paprašyta užpildyti 10 anketų. Ši apklausa parodė, kad klausimai pacientams yra suprantami. Papildyti tik 8 klausimo atsakymai, nes keli respondentai nurodė, kad klausimo „Kaip daržnai per vienerius metus tenka gydytis šioje ligoninėje?“ duotieji atsakymai: „vieną kartą“, „du kartus“, „daugiau nei du kartus“ neatspindi tikrosios pacientų gydymosi ligoninėje dažnio situacijos, nes pacientai, kurie gydėsi rečiau nei vieną kartą per metus, neturėjo sau tinkamo atsakymo varianto. Todėl buvo įvesta papildomas ketvirtas atsakymų variantas „rečiau nei vieną kartą“.

Tyrimo imtis. Tyrimas buvo atliktas 2010 metų balandžio mėnesio antrojoje pusėje VšĮ Vilkaviškio ligoninėje. Tai ne pelno siekianti įstaiga, teikianti antrinio lygio stacionarias asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tyrimo laikotarpiu šioje įstaigoje gydėsi 254 pacientai. Pagal ligos istorijų duomenis buvo atrinkta socialiai pažeidžiama respondentų grupė. Tyrimo metu buvo išdalinta 157 klausimynai visiems, tuo metu besigydantiems pacientams, priklausantiems šioms, socialiai pažeidžiamoms, žmonių grupėms. Tai sudaro 61,8 proc. visų per tyrimo laikotarpį stacionarizuotų pacientų. Iš 157 išdalintų klausimynų gražinta 146 (11 negražinta) klausimynai. Iš 146 klausimynų neteisingai užpildytų buvo 15. Atsakymų į anketos klausimus dažnis – 83,4 proc. Tyrimas atliktas iš 131 anketos. Tai netikimybinės atrankos parankios atrankos metodas, t.y. atrenkami lengviau prieinami tiriamos visumos elementai. Netikimybinė atranka grindžiama tuo, jog tiriami visumos elementai atrenkami ne atsitiktiniu būdu, o remiamasi tikslingumu, t.y. buvo siekiama apklausti konkrečioje įstaigoje besigydančius respondentus ir priklausančius socialiai pažeidžiamos žmonių grupėms. Šio netikimybinė apklausa buvo pasirinkta dėl mažesnių kaštų bei laiko sąnaudų, tačiau svarbiausias tikslas yra tai, jog tyrimo būdas nesiekia atspindėti visos šalies populiacijos, o tik konkrečios įstaigos populiacijos situacija.

Konfidencialumas ir etikos klausimai

Tyrimas atliktas konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos užsakymu, gavus administracijos ir skyrių vedėjų leidimus. Tyrimo metu buvo išlaikytas anonimiškumas ir konfidencialumas, rezultatai pateikti tik apibendrinti. Su kiekvienu respondentu bendrauta asmeniškai, išsamiai paaiškintas apklausos tikslas bei respondentų išsakytos nuomonės svarba, atrandant teikiamų sveikatos paslaugų prieinamumo silpnąsias bei stipriąsias puses bei siekiant pagerinti teikiamų paslaugų prieinamumą tiriamojoje įstaigoje.

Anketos sudarymas

Atliekamas kiekybinis tyrimas – tai struktūruotas, besiremiantis iš mokslinės problemos išplaukiančia hipoteze (kurią siekiama patvirtinti), kai tyrimo duomenys apdorojami taikant matematinės statistinės analizės būdus. Tyrimas yra aprašomojo pobūdžio, kurio organizavimo būdas yra trumpalaikis. Kiekybinio tyrimo sąvoka nusako kiekybinio tyrimo aspektus. Tyrimo metu naudojama statistinė oficialių dokumentų analizė. Apklausos raštu metu naudojamas struktūruotas anoniminis klausimynas, turintis 27 uždaro tipo ir 5 atviro tipo klausimus (1 priedas). Pirmi aštuoni anketos klausimai atspindi socialinę – demografinę pacientų padėtį. Atsakymams į iškeltus uždavinius gauti buvo sudaryti penki klausimai (9 – 13 kl.) komunikaciniams paslaugų prieinamumo aspektams nustatyti. Organizacinius stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo aspektus parodo 14 – 24 bei 31, 32 klausimai. Trečio uždavinio (ekonominis aspektas) ištyrimui paruošti šeši klausimai (25 – 30 kl.). Tyrimo ataskaitą sudaro iš duomenų kylančios išvados, loginis pagrindimas, darbo eiga ir diskusija.

Tyrimo duomenų apdorojimas. Statistinė duomenų analizė buvo atliekama naudojant SPSS (angl. *Statistical Package for Social Science*) programos 15,0 versija. Gautų kintamųjų įvertinimui buvo naudojami aprašomosios statistikos metodai. Buvo atlikta dažnių analizė, apskaičiuojant bendrą fiksuotų rodiklių skaičius (N) ir jų procentinius santykius (Proc.). Apskaičiuoti dalinių ir visuminių įverčių aritmetiniai vidurkiai (\bar{X}), jų paklaidos (S_x) bei standartiniai nuokrypiai (SN) ir laisvės laipsnis (lls). Dažnių palyginimui naudotas Chi kvadrato testas, apskaičiuojant Chi kvadrato kriterijų (χ^2). Vadovaujantis tuo, kad imties tūris pakankamai didelis ($30 <$), buvo laikoma, kad t-testas nepriklausomoms imtims nėra kritiškas nukrypimams nuo skirstinių normalumo reikalavimo. Todėl kiekybinių rodiklių vidurkių palyginimui buvo naudojamas Stjudento t kriterijus (t). Reikšmingumo lygmuo yra $p < 0,05$ (p).

4. STACIONARIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO SOCIALIAI PAŽEIDŽIAMOMS ŽMONIŲ GRUPĖMS TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ

4.1. Respondentų socialinė demografinė charakteristika

Tyrimė dalyvavo 131 respondentas, iš kurių 58 proc. moterys ir 42 proc. vyrai. Tyrimo rezultatai rodo (žr. 2 lentelę), jog 38,9 proc. (N=131) respondentų gyvena kaime, iš kurių 52,9 proc. (N=51) moterys ir 47,1 proc. (N=51) vyrai, bei 61,1 proc. (N=131) respondentų gyvena mieste, iš kurių 61,3 proc. (N=80) moterys ir 38,8 proc. (N=80) vyrai. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp miesto ir kaimo respondentų pagal lyties pasiskirstymą neaptikta ($p>0,05$), tai rodo, kad respondentų grupės gyvenamąją vietą pasiskirstymo lyties atžvilgiu yra panašios.

2 lentelė

Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenamąją vietą

		Lytis				Pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą		Chi kvadrato testas		
		Moterys		Vyrai				χ^2	Ils	p
		N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Gyvenamoji vieta	Kaimas	27	52.9	24	47.1	51	38,9	0.883	1	0.347
	Miestas	49	61.3	31	38.8	80	61,1			
Pasiskirstymas pagal lytį		76	58.0	55	42.0	131	100.0			

Tyrimė dalyvavusių respondentų amžius svyruoja nuo 22 m. iki 91 m. (žr. 3 lentelę), amžiaus vidurkis yra $61,47 \pm 1,323$ m. (standartinis nuokrypis 15,022 m.). Analizuojant amžiaus pasiskirstymą, pagal gyvenamąją vietą, matyti, kad statistiškai reikšmingo skirtumo tarp kaime (amžiaus vidurkis yra $62,36 \pm 1,538$, standartinis nuokrypis yra 13,579) ir mieste (amžiaus vidurkis yra $60,10 \pm 2,387$, standartinis nuokrypis yra 17,046) gyvenančių respondentų amžiaus vidurkių neaptikta ($t(127)=-0,835$, $p>0,05$).

3 lentelė

Respondentų amžius

Gyvenamoji vieta	Vidurkio analizė						Stjudento t testas		
	N	X	S _x	SN	Min.	Maks.	t	Ils	p
Miestas	51	60,10	2,387	17,046	22	91	-0,835	127	0,405
Kaimas	78	62,36	1,538	13,579	34	89			
Viso	129	61,47	1,323	15,022	22	91			

Tyrimas parodė (žr. 4 lentelę), kad dažniausiai respondentai nuo gydymo įstaigos gyvena iki 5 km. arba 11-20 km. (taip nurodė po 23,7 proc., N=131). Net 21,4 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad nuo gydymo įstaigos gyvena 21-30 km. ir 14,5 proc. (N=131) nurodė, kad nuo gydymo įstaigos gyvena daugiau nei 30 km. 16,8 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad nuo gydymo

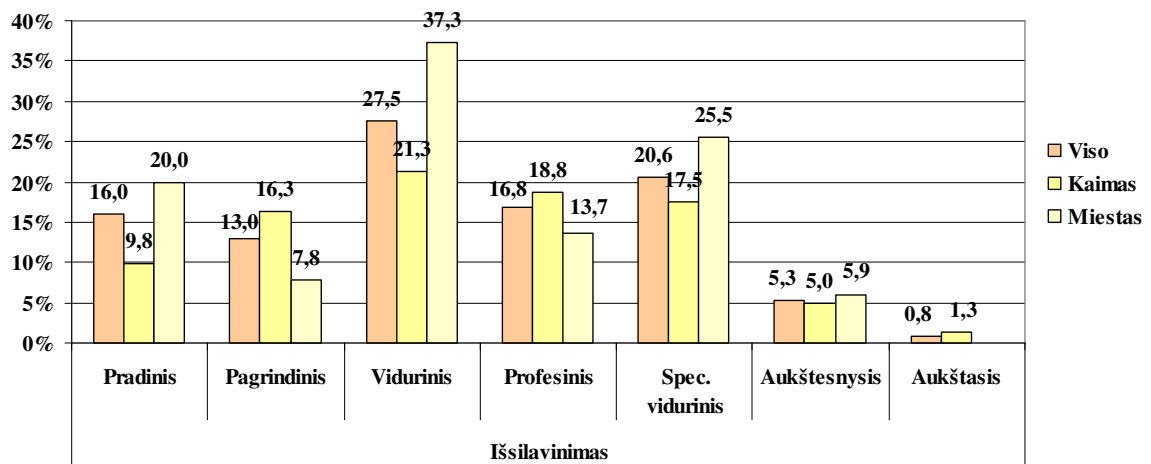
įstaigos gyvena 6-10 km. Lyginant kaime ir mieste gyvenančių respondentų nurodytus atstumus iki gydymo įstaigos, rastas statistikai reikšmingas skirtumas ($\chi^2(4)= 47.576$, $p<0,05$). Iš tyrimo rezultatų matyti, kad kaime gyvenantys respondentai dažniausiai nurodė, kad iki gydymo įstaigos jiems yra 6-10 km. ar 11-20 km. (taip nurodė po 26,3 proc., $N=51$) bei 22,5 proc. ($N=51$) respondentų nurodė, kad nuo gydymo įstaigos gyvena daugiau nei 30 km. Mieste gyvenantys respondentai dažniausiai nurodė, kad iki gydymo įstaigos jiems iki 5 km. (taip nurodė net 51,0 proc., $N=80$) bei 25,5 proc. ($N=80$) nurodė, kad nuo gydymo įstaigos gyvena 21-30 km. Apibendrinant tyrimo duomenis galima pasakyti, kad kaime gyvenantiems respondentams iki gydymo įstaigos vidutiniškai nuo 11 iki 30 km. (vidurkis $3,25\pm 0,140$, standartinis nuokrypis 1,248), o mieste gyvenantiems respondentams iki gydymo įstaigos vidutiniškai nuo 6 iki 20 km. (vidurkis $2,25\pm 0,192$, standartinis nuokrypis 1,369).

4 lentelė

Respondentų pasiskirstymas pagal atstumą iki gydymo įstaigos

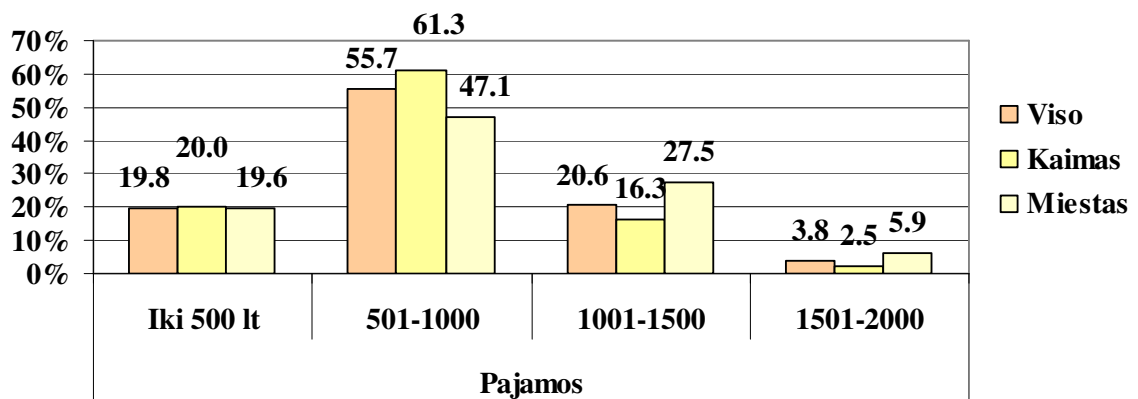
Gyvenamoji vieta	Atstumas										Vidurkis		
	Iki 5 km		6-10 km		11-20 km		21-30 km		Daugiau nei 30 km		X	S _x	SN
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Miestas	26	51.0	1	2.0	10	19.6	13	25.5	1	2.0	2.25	0.192	1.369
Kaimas	5	6.3	21	26.3	21	26.3	15	18.8	18	22.5	3.25	0.140	1.248
Viso	31	23.7	22	16.8	31	23.7	28	21.4	19	14.5	2.86	0.121	1.380
Chi kvadrato testas	χ^2	47.576											
	lls	4											
	p	0.000											

Tyrimo rezultatai rodo (žr. 2 pav. ir 2 priedą), kad tyrime dalyvavo įvairaus išsilavinimo respondentai, iš kurių dažniausiai nurodė, kad turi vidurinį (27,5 proc., $N=131$), spec. vidurinį (20,6 proc., $N=131$) ir profesinį (16,8 proc., $N=131$) išsilavinimą. Kaime gyvenantys respondentai dažniausiai nurodė, kad turi vidurinį (37,3 proc., $N=51$), spec. vidurinį (25,5 proc., $N=51$) bei pradinį (20,0 proc., $N=51$) išsilavinimą. Mieste gyvenantys respondentai dažniausiai nurodė, kad turi vidurinį (21,3 proc., $N=80$), spec. vidurinį (18,8 proc., $N=80$) bei pradinį (17,5 proc., $N=80$). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp respondentų gyvenančių kaime (vidurkis yra $3,18\pm 0,177$, standartinis nuokrypis yra 1,581) ir mieste (vidurkis yra $3,55\pm 0,193$, standartinis nuokrypis yra 1,376) išsilavinimo neaptikta ($\chi^2(6)= 8,735$, $p>0,05$), tai rodo, kad respondentų grupės pagal išsilavinimą yra panašios. Vidutiniškai tyrime dalyvavę respondentai turi vidurinį-profesinį (vidurkis yra $3,32\pm 0,132$, standartinis nuokrypis yra 1,510) išsilavinimą.



2 pav. Respondentų išsilavinimas

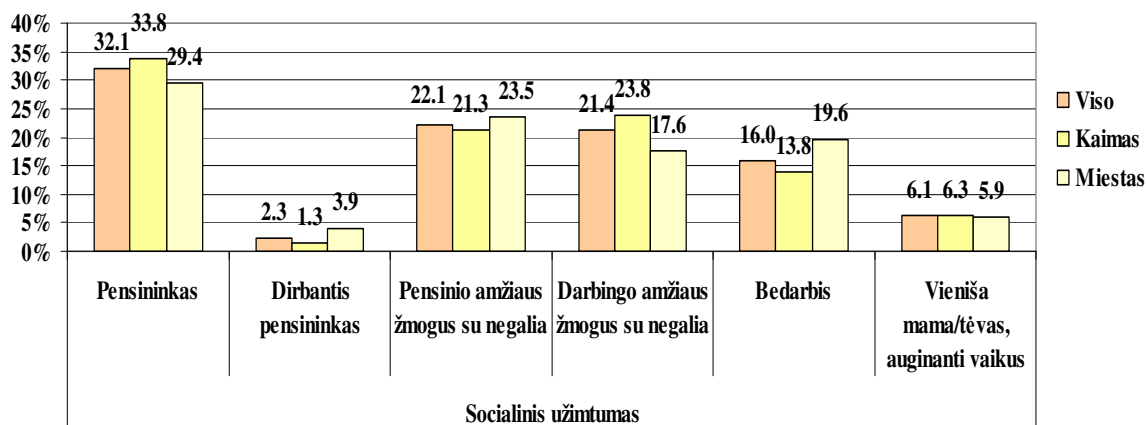
Stebima (žr. 3 pav. ir 3 priedą), jog tyrime dalyvavo įvairias pajamas per mėnesį (litais) gaunantys respondentai, iš kurių dažniausiai nurodė, kad gauna 501-1000 litų per mėnesį (taip nurodė net 55,7 proc., N=131). Lyginant kaime ir mieste gyvenančių respondentų pajamas (litais) per mėnesį, statistiškai reikšmingo skirtumo neaptikta ($\chi^2(3) = 3.957, p > 0,05$). Tiek kaime (61,3 proc., N=51), tiek mieste (47,1 proc., N=80) gyvenantys respondentai dažniausiai nurodė, kad gauna 501-1000 litų per mėnesį.



3 pav. Respondentų pajamos per mėnesį (litais)

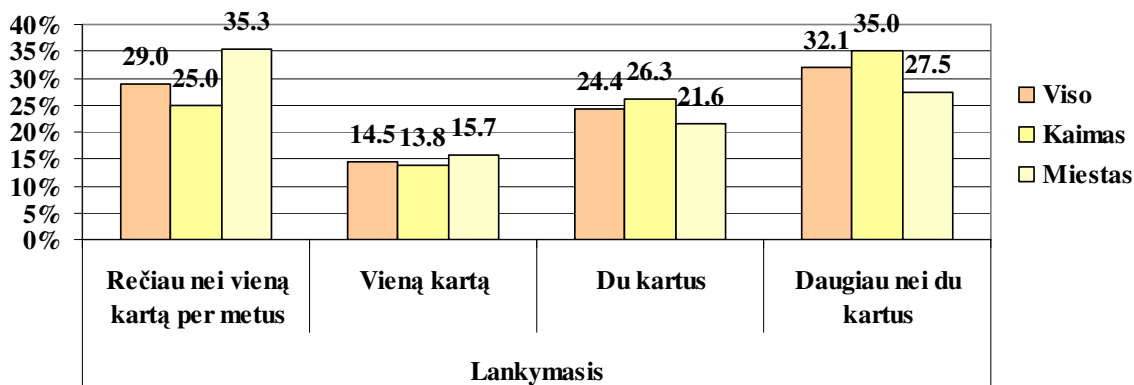
Kaip tyrimo rezultatai rodo (žr. 4 pav. ir 3 priedą), tyrime dalyvavo įvairaus socialinio užimtumo respondentai, iš kurių dažniausiai nurodė, kad yra pensininkas (32,1 proc., N=131), pensinio amžiaus (22,1 proc., N=131) ir darbingo amžiaus (21,4 proc., N=131) žmogus su negalia. Kaime gyvenantys respondentai dažniausiai nurodė, kad yra pensininkas (33,8 proc., N=51), darbingo amžiaus (23,8 proc., N=51) ir pensinio amžiaus (21,3 proc., N=51) žmogus su negalia. Mieste gyvenantys respondentai dažniausiai nurodė, kad yra pensininkas (29,4 proc., N=80), pensinio amžiaus (23,5 proc., N=80) žmogus su negalia ir bedarbis (19,6 proc., N=80). Tačiau

statistiškai reikšmingo skirtumo, tarp kaime ir mieste gyvenančių respondentų pasiskirstymo pagal socialinį užimtumą, neaptikta ($\chi^2(5)= 2.443, p>0,05$).



4 pav. Respondentų socialinis užimtumas

Iš tyrimo duomenų matyti (žr. 5 pav. ir 3 priedą), kad 32,1 proc. respondentų per vienerius metus tenka gydytis šioje ligoninėje daugiau nei du kartus, 29 proc. respondentų tenka gydytis rečiau nei vieną kartą per metus, 24,4 proc. tenka gydytis vieną kartą ir 14,5 proc. tenka gydytis du kartus. Lyginant kaime ir mieste gyvenančių respondentų gydymosi per vienerius metus šioje ligoninėje dažnį, statistiškai reikšmingas skirtumas neaptiktas ($\chi^2(3)=2,051, p>0,05$).



5 pav. Gydymosi ligoninėje dažnis per metus

Apibendrinant galima teigti, jog tyrime dalyvavusieji respondentai didžiąja dalimi buvo moterys, gyvenančios mieste, kurių amžius svyruoja nuo 22 m. iki 91 m. Kaime gyvenantiems respondentams iki gydymo įstaigos vidutiniškai nuo 11 iki 30 km., o mieste gyvenantiems respondentams iki gydymo įstaigos vidutiniškai nuo 6 iki 20 km. Išsilavinimą respondentai, dažniausiai, nurodė turintys vidurinį arba spec. vidurinį, kai vidutinės jų pajamos yra 501-1000 litų per mėnesį. Respondentai dažniausiai nurodė, jog yra pensininkai arba pensinio amžiaus žmogus su negalia ir gydytis šioje ligoninėje per vienerius metus tenka daugiau nei du kartus. Taigi, tai

žmonių grupė, kuriai reikalingos prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, tai socialiai pažeidžiama žmonių grupė, turinti bendrą demografinės socialinių ekonominių rizikos faktorių.

4.2. Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo situacija socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms komunikaciniu aspektu

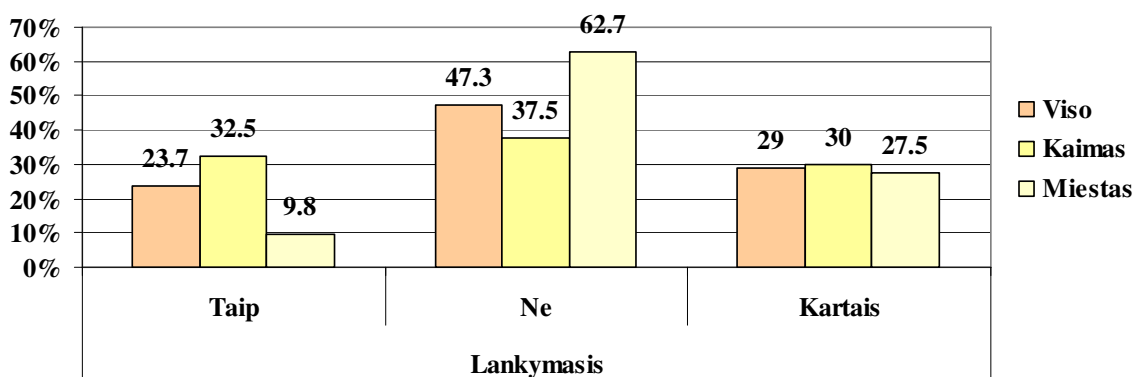
Kaip tyrimo rezultatai rodo (žr. 5 lentelę ir 2 priedą), respondentai dažniausiai nurodė, kad su gydymo įstaiga susisiečia nuosavu transportu (taip nurodė net 43,5 proc., N=131), tačiau net 27,5 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad važiuoja viešuoju transportu ir 15,3 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad atveža artimieji, kaimynai ir kiti žmonės. Lyginant kaime ir mieste gyvenančių respondentų su gydymo įstaiga susisiektimo būdus rastas statistikai reikšmingas skirtumas ($\chi^2(7) = 18.555, p < 0,05$). Iš tyrimo duomenų matyti, kad kaime gyvenantys respondentai rečiau nei mieste gyvenantys respondentai su gydymo įstaiga susisiečia nuosavu transportu (kaime gyvenantys – 41,3 proc., N=51; mieste gyvenantys – 47,1 proc., N=80), o taksi visai nesinaudoja, priešingai nei mieste gyvenantys (9,8 proc., N=51). Kaime gyvenantys respondentai dažniau nei mieste gyvenantys nurodė, kad atveža artimieji, kaimynai (kaime gyvenantys – 20,0 proc., N=51; mieste gyvenantys – 7,8 proc., N=80), kiti žmonės ar samdo transportą (kaime gyvenantys – 7,5 proc., N=51; mieste gyvenantys nenurodė). Tačiau mieste gyvenančių 2 proc. (N=80) respondentų nurodė, kad ateina pėsčiomis, o kaime gyvenantys nenurodė.

5 lentelė

Tiriamųjų pasiskirstymas pagal su gydymo įstaiga susisiektimo būdą

		Gyvenamoji vieta		Viso	
		Miestas	Kaimas		
Susiektimo būdas	Viešuoju transportu	N	16	20	36
		Proc.	31.4%	25.0%	27.5%
	Nuosavu transportu	N	24	33	57
		Proc.	47.1%	41.3%	43.5%
	Taksi	N	5	0	5
		Proc.	9.8%	0.0%	3.8%
	Įvairiai	N	0	2	2
		Proc.	0.0%	2.5%	1.5%
	Atveža artimieji, kaimynai ir kiti	N	4	16	20
		Proc.	7.8%	20.0%	15.3%
	Samdo transportą	N	0	6	6
		Proc.	0.0%	7.5%	4.6%
	Pėsčiomis	N	1	0	1
		Proc.	2.0%	0.0%	0.8%
Greitoji	N	1	3	4	
	Proc.	2.0%	3.8%	3.1%	
Chi kvadrato testas	χ^2	18.555			
	lls	7			
	p	0.010			

Stebima (žr. 6 pav. ir 3 priedą), kad dažniausiai respondentai nurodė, kad neiškyla nepatogumų susisiekiame su gydymo įstaiga (taip nurodė 47,3 proc., N=131), tačiau net 29,0 proc. (N=131) nurodė, kad kartais, o 23,7 proc. (N=131) nurodė, kad iškyla susisiekiame su gydymo įstaiga sunkumų. Lyginant mieste ir kaime gyvenančius respondentes, rastas statistikai reikšmingas skirtumas ($\chi^2(2)= 11,043$, $p<0,05$). Taigi kaip matyti iš tyrimo rezultatų, mieste gyvenantys respondentai dažniausiai nurodo, kad jiems neiškyla (62,7 proc., N=80) nepatogumų susisiekiame su gydymo įstaiga arba tik kartais (27,5 proc., N=80). Tačiau kaime gyvenantys respondentai nors dažniausiai ir nurodė, kad neiškyla (37,5 proc., N=51) nepatogumų, tačiau nemaža dalis nurodė, kad iškyla (32,5 proc., N=51) nepatogumų arba bet jau kartais (30,0 proc., N=51).



6 pav. Susisiekiame su gydymo įstaiga sunkumų buvimas

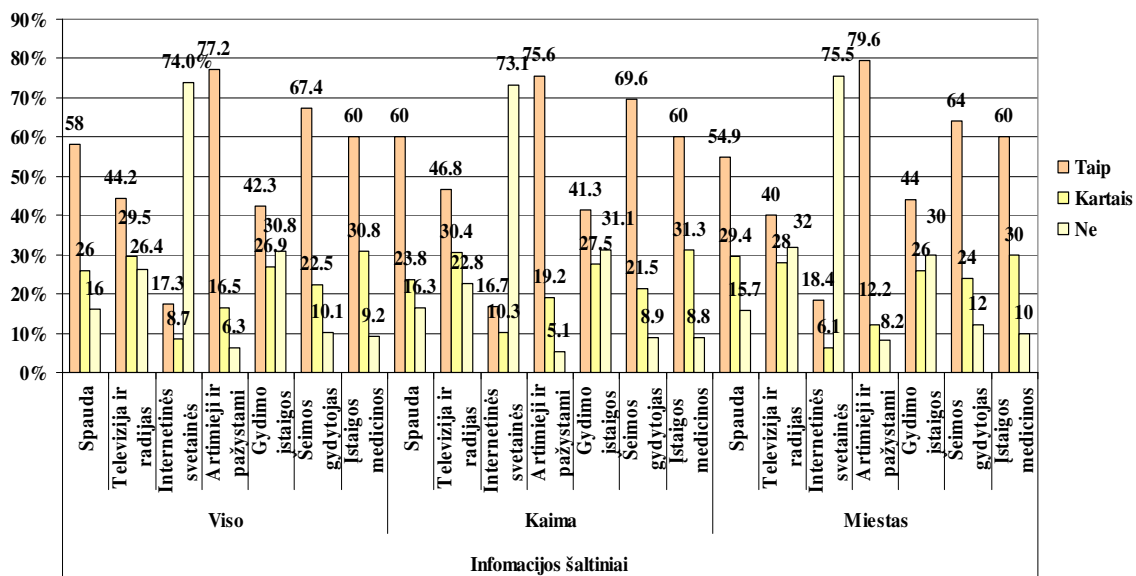
Kaip tyrimo rezultatai rodo (žr. 6 lentelę ir 2 priedą) respondentai dažniausiai nurodė, kad neturi nuosavo transporto (45,0 proc., N=131) arba per brangios transporto išlaidos (33,6 proc., N=131), todėl kyla sunkumai susisiekiame su gydymo įstaiga. Kaip matyti iš tyrimo duomenų, lyginant sunkumus, kurie iškyla susisiekiame su gydymo įstaiga, kaime gyvenantys respondentai turi daugiau sunkumų susisiekiame su gydymo įstaiga dėl nuosavo transporto neturėjimo (42,5 proc., N=51), nevažiuojančio visuomeninio transporto (15,0 proc., N=51) ar važiavimo nevisomis savaitės dienomis (17,5 proc., N=51) ir nepatogaus jo grafiko (15,0 proc., N=51), negu mieste gyvenantys tiriamieji (atitinkamai: 19,6 proc., 0 proc., 3,9 proc. ir 3,9 proc., N=80).

6 lentelė

Susisiekiame su gydymo įstaiga sunkumai

Sunkumai	Miestas		Kaimas		Viso		Chi kvadrato testas		
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	χ^2	lls	p
Neturi nuosavo transporto	10	19.6	34	42.5	44	33.6	7.317	1	0.007
Nevažiuoja visuomeniniu transportu	0	0.0	12	15.0	12	9.2	8.421	1	0.004
Visuomeninis transportas važiuoja visomis savaitės dienomis	2	3.9	14	17.5	16	12.2	5.356	1	0.021
Nepatogiu grafiku važiuoja	2	3.9	12	15.0	14	10.7	4.005	1	0.045
Per brangios transporto išlaidos pagal turimas pajamas	18	35.3	41	51.3	59	45.0	3.203	1	0.073
Kita	2	3.9	4	5.0	6	4.6	.083	1	0.773

Tyrimo rezultatai rodo (žr. 7 pav. ir 3 priedą), kad dažniausiai respondentai nurodė, jog informaciją apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas gauna iš artimųjų ir pažįstamų (77,2 proc., N=131), šeimos gydytojo (67,4 proc., N=131), įstaigos medicinos personalo (60,0 proc., N=131) ir spaudos (58,0 proc., N=131). Mažiausiai informatyvūs šaltiniai yra internetinė svetainė (informacija gauna tik 17,3 proc., kartais tik 8,7 proc., o negauna informacijos net 74,0 proc., N=131). Gydymo įstaigos personalo konsultacija telefonu (informaciją gauna tik 42,3 proc., kartais tik 26,9 proc., o negauna informacijos net 30,8 proc., N=131) bei televizijos ir radijo (informaciją gauna tik 44,2 proc., kartais tik 29,5 proc., o negauna informacijos net 26,4 proc., N=131). Lyginant mieste ir kaime gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo tarp informacijos gavimo apie gydymo įstaigą šaltinių, neaptikta ($p>0.05$).



7 pav. Informacijos apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas gavimo šaltiniai

Stebima (žr.7 lentelę ir 2 priedą), jog dažniausiai respondentai nurodė, kad informaciją apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas pakankama yra iš artimųjų ir pažįstamų (90,6 proc., N=131), įstaigos medicinos personalo (82,2 proc., N=131), šeimos gydytojo (81,4 proc., N=131), gydymo įstaigos personalo konsultacija telefonu (79,7 proc., N=131), spaudos (79,1 proc., N=131), televizijos ir radijo (75,6 proc., N=131), internetinės svetainės (70,1 proc., N=131). Tačiau nepakankamiausia informacija apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas yra iš internetinės svetainės (19,7 proc., N=131) ir televizijos ir radijo (11,0 proc., N=131) šaltinių. Lyginant mieste ir kaime gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo tarp informacijos pakankamumo apie gydymo įstaigą šaltinių, neaptikta ($p>0.05$).

Informacijos apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas gavimo iš šaltinių pakankamumas

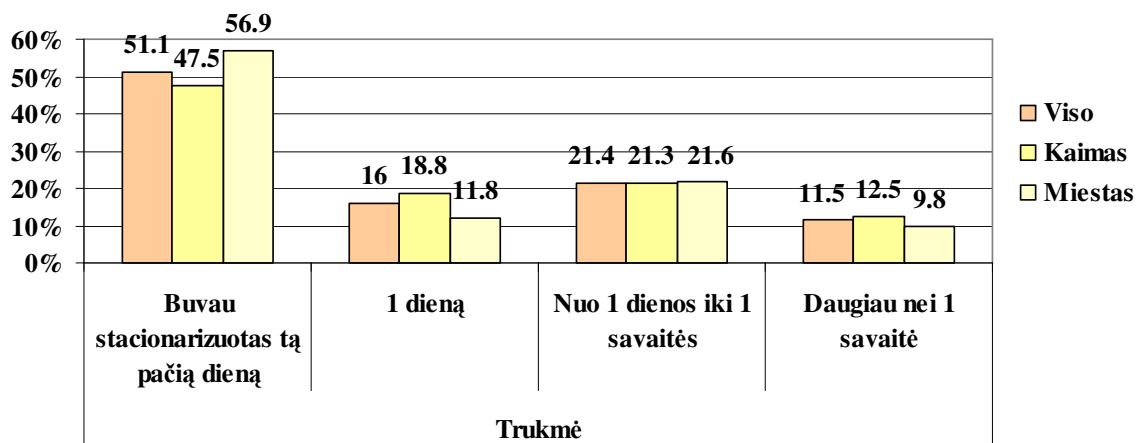
Informacijos šaltinis	Gyvenamoji vieta							Chi kvadrato testas		
		Taip		Iš dalies		Ne		χ^2	Ils	p
		N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Spauda	Miestas	37	75.5	8	16.3	4	8.2	1.252	2	0.535
	Kaimas	65	81.3	12	15.0	3	3.8			
	Viso	102	79.1	20	15.5	7	5.4			
Televizija ir radijas	Miestas	32	66.7	10	20.8	6	12.5	4.163	2	0.125
	Kaimas	64	81.0	7	8.9	8	10.1			
	Viso	96	75.6	17	13.4	14	11.0			
Internetinės svetainės	Miestas	34	69.4	7	14.3	8	16.3	1.741	2	0.419
	Kaimas	55	70.5	6	7.7	17	21.8			
	Viso	89	70.1	13	10.2	25	19.7			
Artimieji ir pažįstami	Miestas	42	85.7	4	8.2	3	6.1	2.959	2	0.228
	Kaimas	74	93.7	4	5.1	1	1.3			
	Viso	116	90.6	8	6.3	4	3.1			
Gydymo įstaigos personalo konsultacija telefonu	Miestas	38	79.2	8	16.7	2	4.2	0.281	2	0.869
	Kaimas	64	80.0	14	17.5	2	2.5			
	Viso	102	79.7	22	17.2	4	3.1			
Šeimos gydytojas	Miestas	37	75.5	8	16.3	4	8.2	1.807	2	0.405
	Kaimas	68	85.0	8	10.0	4	5.0			
	Viso	105	81.4	16	12.4	8	6.2			
Įstaigos medicinos personalas	Miestas	39	79.6	8	16.3	2	4.1	0.713	2	0.700
	Kaimas	67	83.8	9	11.3	4	5.0			
	Viso	106	82.2	17	13.2	6	4.7			

Prašant respondentų įvardinti, kokio pobūdžio išsamesnės informacijos Jiems reikėtų, tyrimas parodė, kad respondentų netenkina arba tenkina iš dalies informacija apie paslaugas, ligoninę, ligonių kasas, mokėjimai už paslaugas ir kita su pacientu susijusi informacija. Jų manymu turi būti ligoninės internetinis puslapis, kuriame būtų išsamiai informacija, taip pat spauda turėtų daugiau rašyti, bei medicinos personalas aiškiau ir išsamiau turi paaiškinti juos dominančius klausimus.

Taigi, šio tyrimo dalis atskleidė, kad kaime gyvenantys respondentai rečiau nei mieste gyvenantys respondentai su gydymo įstaiga susisiekiama nuosavu transportu. Kaime gyvenantiems respondentams dažniau iškyla sunkumų, susisiekiant su gydymo, nes tenka samdyti transportą, dėl nuosavo transporto neturėjimo, nevažiuojančio visuomeninio transporto ar važiavimo nevisomis savaitės dienomis. Informaciją apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas respondentai, dažniausiai, gauna iš artimųjų ir pažįstamų, šeimos gydytojo, įstaigos medicinos personalo. Tačiau nepakankamiausi informacijos šaltiniai yra internetinės svetainės, radijas ir televizija, be to medicinos personalas aiškiau ir išsamiau turėtų paaiškinti juos dominančius klausimus.

4.3. Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo galimybės socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms organizaciniu aspektu

Tyrimo rezultatai rodo (žr. 8 pav. ir 3 priedą), kad dažniausiai respondentai nurodė, jog guldymui (stacionarizavimui) į ligoninę po to, kai buvo išrašytas šeimos gydytojo siuntimas, buvo stacionarizuoti tą pačią dieną (taip nurodė 51,1 proc., N=131), tačiau 21,4 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad turėjo eilėje laukti nuo 1 dienos iki 1 savaitės, 16,0 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad turėjo eilėje laukti 1 dieną, 11,5 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad turėjo laukti daugiau nei 1 savaitę. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo neaptikta ($p>0.05$).



8 pav. Laukimo eilėje guldymui (stacionarizavimui) į ligoninę po to, kai buvo išrašytas šeimos gydytojo siuntimas, trukmė

Respondentai dažniausiai nurodė (žr. 8 lentelę ir 2 priedą), kad mažiau nei per 30 min. (taip nurodė 45,0 proc., N=131) arba nuo 30 iki 60 min. (taip nurodė 44,3 proc., N=131) jie buvo konsultuoti gydytojo priėmimo skyriuje ir stacionarizuoti į skyrių ir tik 10,7 proc. (N=131) nurodė, kad buvo konsultuotas gydytojo priėmimo skyriuje ir stacionarizuoti į skyrių daugiau nei per 60 min. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo neaptikta ($p>0.05$).

8 lentelė

Gydytojo konsultacijos priėmimo skyriuje ir stacionarizavimo į skyrių trukmė

Gyvenamoji vieta	Trukmė						Chi kvadrato testas		
	Mažiau nei per 30 min		Nuo 30 iki 60 min		Daugiau nei per 60 min				
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	X ²	l/s	p
Miestas	25	49.0	21	41.2	5	9.8	0.536	2	0.765
Kaimas	34	42.5	37	46.3	9	11.3			
Viso	59	45.0	58	44.3	14	10.7			

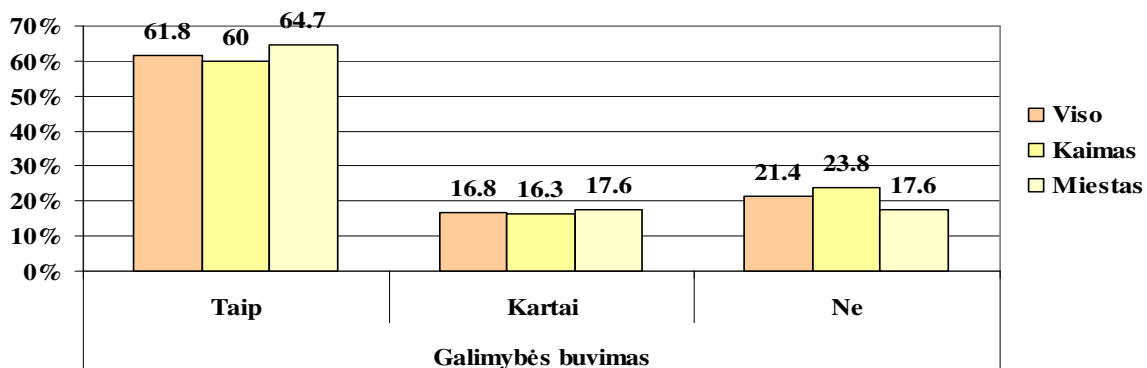
Stebima (žr. 9 lentelę ir 2 priedą), kad respondentai dažniausiai nurodė, jog mažiau nei per 1 val. (taip nurodė 43,5 proc., N=131), stacionarizavus į skyrių, buvo konsultuoti gydančio gydytojo. Tačiau 21,4 proc. (N=131) nurodė, kad stacionarizavus į skyrių, buvo konsultuoti po 1 - 2 val., 12,2 proc. (N=131) konsultuoti po 2 - 3 val., 15,3 proc. (N=131) konsultuoti po daugiau nei 3 val. ir, kad kitą dieną buvo konsultuoti nurodė 7,6 proc. (N=131) dalyvavusių tyrime respondentų. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo neaptikta ($p>0.05$).

9 lentelė

Gydančio gydytojo konsultacijos stacionarizavus į skyrių trukmė

Gyvenamoji vieta	Trukmė										Chi kvadrato testas		
	Mažiau nei per 1 val.		Nuo 1 iki 2 val.		Nuo 2 iki 3 val.		Daugiau nei 3 val.		Konsultuotas buvau kita dieną				
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	X ²	Ils	p
Miestas	20	39.2	14	27.5	9	17.6	6	11.8	2	3.9	5.994	4	0.200
Kaimas	37	46.3	14	17.5	7	8.8	14	17.5	8	10.0			
Viso	57	43.5	28	21.4	16	12.2	20	15.3	10	7.6			

Tyrimo duomenys rodo (žr. 9 pav. ir 3 priedą), kad respondentai dažniausiai nurodė, jog turi galimybę pasirinkti gydantį gydytoją šioje sveikatos priežiūros įstaigoje (taip nurodė net 61,8 proc., N=131), tačiau 16,8 proc. (N=131) nurodė, kad tokią galimybę turi tik kartais ir net 21,4 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad tokios galimybės neturi. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal galimybę pasirinkti gydantį gydytoją šioje sveikatos priežiūros įstaigoje, neaptikta ($p>0.05$).



9 pav. Galimybė pasirinkti gydantį gydytoją sveikatos priežiūros įstaigoje

Tyrimo duomenys rodo (žr.10 lentelę ir 2 priedą), jog respondentai dažniausiai nurodė, kad iš dalies turi galimybę dalyvauti priimant sprendimus gydymo procese ir pasirenkant procedūras (taip nurodė net 41,2 proc., N=131), nors 35,1 proc. (N=131) nurodė, kad tokią galimybę turi, bet

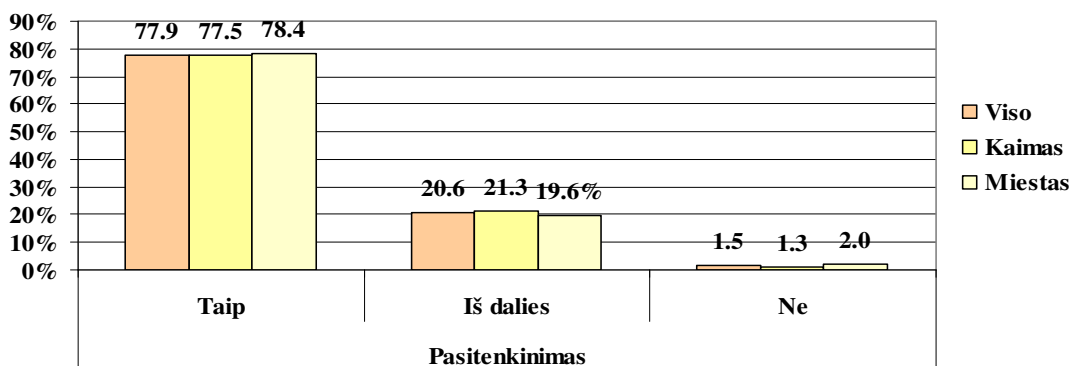
net 23,7 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad tokios galimybės neturi. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentus, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal galimybę dalyvauti priimant sprendimus gydymo procese ir pasirenkant procedūras, neaptikta ($p>0.05$).

10 lentelė

Galimybės buvimo, dalyvauti priimant sprendimus gydymo procese ir pasirenkant procedūras, pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Galimybės buvimas						Chi kvadrato testas		
	Taip		Iš dalies		Ne		X ²	Ils	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Miestas	19	37.3	20	39.2	12	23.5	0.191	2	0.909
Kaimas	27	33.8	34	42.5	19	23.8			
Viso	46	35.1	54	41.2	31	23.7			

Kaip tyrimo duomenys rodo (žr. 10 pav. ir 3 priedą), dažniausiai respondentai nurodė, kad juos tenkina medicinos personalo kompetencija ir darbo kokybė (taip nurodė net 77,9 proc., N=131), tačiau 20,6 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad juos tenkina tik iš dalies, bei 1,5 proc. (N=131) nurodė, kad netenkina. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentus, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal pasitenkinimą medicinos personalo kompetencija ir darbo kokybe, neaptikta ($p>0.05$).



10 pav. Pasitenkinimas medicinos personalo kompetencija ir darbo kokybe

Kaip tyrimo duomenys rodo (žr. 11 lentelę ir 2 priedą), sugrupavus respondentų nurodytas medicinos personalo kompetencijas ir darbo kokybės trūkumas, dažniausiai nurodyta, kad jie nepatenkinti medicinos personalo kompetencija ir darbu, nes medicinos personalas grubiai, nekompetentingai bendrauja arba dažnai jaučiama bendravimo stoka (taip nurodė 48,1 proc., N=27). Po 25,9 proc. (N=27) nurodė, kad nepatenkinti dėl nesąžiningai atliekamo savo darbo, bei informacijos apie gydymą ir pagalbos nesuteikimo. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius

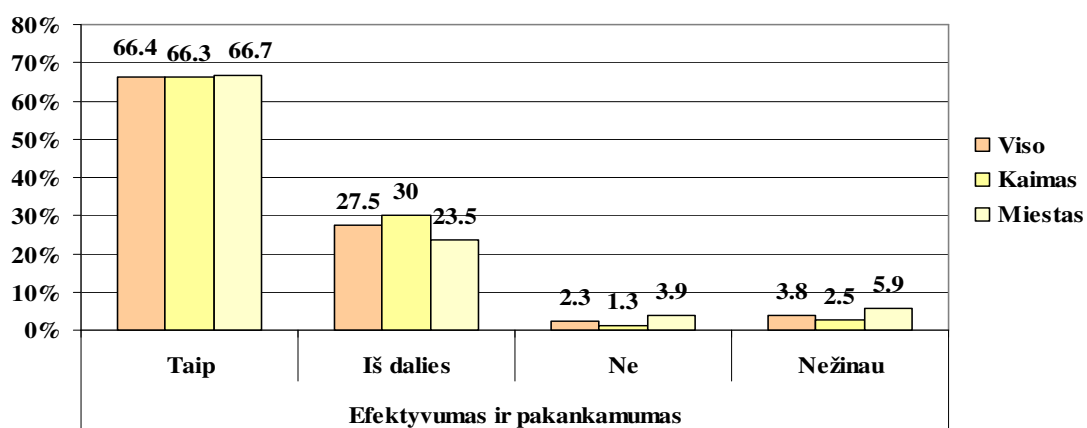
respondentus, statistiškai reikšmingo skirtumo, pagal medicinos personalo kompetencija ir darbo kokybės trūkumus, neaptikta ($p>0.05$).

11 lentelė

Medicinos personalo kompetencijos ir darbo kokybės trūkumų pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Trūkumai						Chi kvadrato testas		
	Grubus, nekompetentingas bendravimas arba jo stoka		Nesąžiningumas atliekant savo darbą		Informacijos apie gydymą ir pagalbos nesuteikimas				
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	χ^2	lls	p
Miestas	4	40.0	3	30.0	3	30.0	0.422	2	0.810
Kaimas	9	52.9	4	23.5	4	23.5			
Viso	13	48.1	7	25.9	7	25.9			

Iš tyrimo duomenų stebima (žr. 11 pav. ir 3 priedą), jog dažniausiai respondentai nurodė, kad šioje ligoninėje teikiamos medicininės paslaugos yra efektyvios ir pakankamos Jų ligai įveikti (taip nurodė net 66,4 proc., N=131), tačiau 27,5 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad tik iš dalies, bei 2,3 proc. (N=131) nurodė, kad nepakankamos, 3,8 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad nežino ar šioje ligoninėje teikiamos medicininės paslaugos yra efektyvios ir pakankamos Jų ligai įveikti. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentus, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal nuomonę ar šioje ligoninėje teikiamos medicininės paslaugos yra efektyvios ir pakankamos Jų ligai įveikti, neaptikta ($p>0.05$).



11 pav. Ligoninėje teikiamų medicininių paslaugų efektyvumas ir pakankamumas ligai įveikti

Kaip tyrimo duomenys rodo (žr.12 lentelę ir 2 priedą), dažniausiai respondentai nurodė, kad jų ligai įveikti nepakankamos ir neefektyvios yra reabilitacijos-fizioterapijos paslaugos (nurodė 19,1 proc., N=131), diagnostikos (ištyrimo) paslaugos (nurodė 9,2 proc., N=131) ir slaugos ir

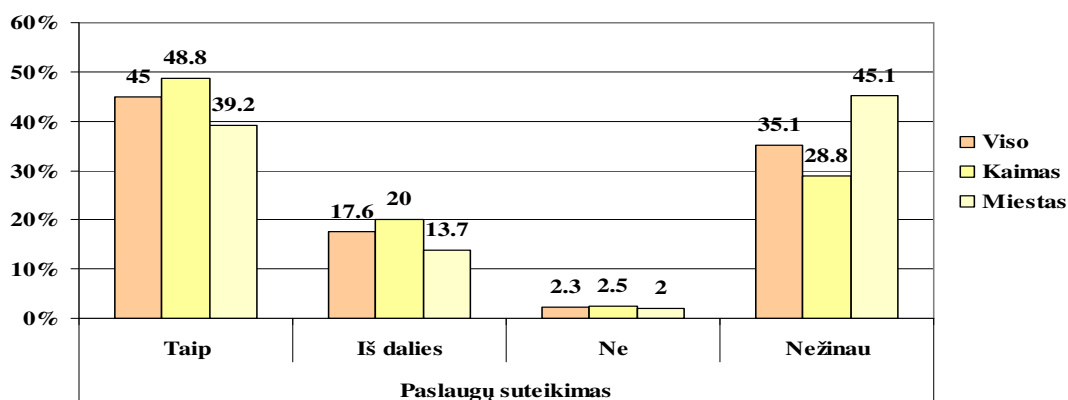
palaikomojo gydymo paslaugos (7,6 proc., N=131). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp kaime ir mieste gyvenančių tiriamųjų, neaptikta ($p>0.05$).

12 lentelė

Paslaugų nepakankamumas ir neefektyvumas ligai įveikti

Paslaugos	Miestas		Kaimas		Viso		Chi kvadrato testas		
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	χ^2	l/s	p
Neurologijos	2	3.9	5	6.3	7	5.3	0.334	1	0.563
Terapijos (vidaus ligų)	2	3.9	3	3.8	5	3.8	0.002	1	0.960
Akušerijos - ginekologijos	4	7.8	5	6.3	9	6.9	0.124	1	0.725
Reanimacijos	0	0.0	1	1.3	1	0.8	0.642	1	0.423
Pediatrijos (vaikų ligų)	1	2.0	0	0.0	1	0.8	1.581	1	0.209
Chirurgijos-traumatologijos	1	2.0	2	2.5	3	2.3	0.040	1	0.841
Priėmimo - skubios pagalbos	1	2.0	2	2.5	3	2.3	0.040	1	0.841
Slaugos ir palaikomojo gydymo	4	7.8	6	7.5	10	7.6	0.005	1	0.943
Reabilitacijos-fizioterapijos	6	11.8	19	23.8	25	19.1	2.897	1	0.089
Diagnostikos (ištyrimo)	4	7.8	8	10.0	12	9.2	0.174	1	0.676
Visos paslaugos	0	0.0	1	1.3	1	0.8	0.642	1	0.423

Stebima (žr. 12 pav. ir 3 priedą), jog respondentai dažniausiai nurodė, kad šioje įstaigoje suteikiamos visos priklausančios ir jiems reikalingos medicininės paslaugos (taip nurodė 45,0 proc., N=131), tačiau 17,6 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad jos suteikiamos iš dalies, o 2,3 proc. (N=131) nurodė, kad nesuteikiamos. 35,1 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad nežino ar jiems suteikiamos visos priklausančios ir jiems reikalingos medicininės paslaugos. Nors statistiškai reikšmingo skirtumo tarp kaime ir mieste gyvenančių tiriamųjų, neaptikta ($p>0.05$), tačiau iš tyrimo duomenų matyti, kad kaime gyvenantys respondentai dažniau mano, kad jiems suteikiamos (taip nurodė 48,8 proc., N=51), o mieste gyvenantys respondentai dažniausiai nurodo, kad nežino (taip nurodė 45,1 proc., N=80) ar jiems suteikiamos visos priklausančios ir jiems reikalingos medicininės paslaugos.

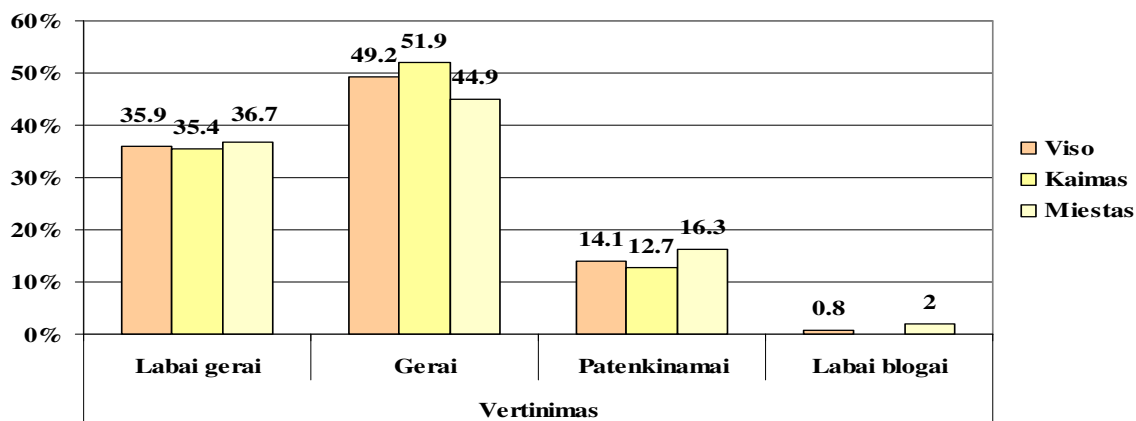


12 pav. Visų priklausančių ir reikalingų medicininių paslaugų suteikimas įstaigoje

Prašant išvardinti respondentus kokių reikalingų medicininių paslaugų jiems nesuteikta, apibendrinant nusiskundimus dėl paslaugų, nurodė, kad nepakankamai suteikiama įvairių

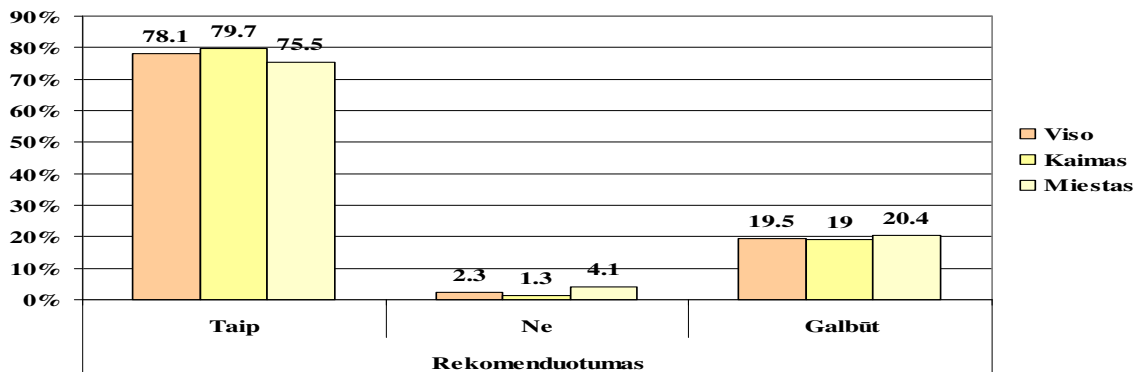
fizioterapinių-reabilitacinių paslaugų, neatliekami reikalingi tyrimai ir diagnostinės procedūros, neduodami siuntimai specialistams, nesuteikiama reikiama slauga higienos atžvilgiu ir trūkumas procedūrų.

Kaip tyrimo duomenys rodo (žr. 13 pav. ir 3 priedą), paslaugų teikimo organizavimą respondentai dažniausiai vertina gerai (49,2 proc., N=128) ar labai gerai (35,9 proc., N=128) ir tik 14,1 proc. (N=128) vertina patenkinamai bei 0,8 proc. (N=128) labai blogai. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal paslaugų organizavimo vertinimą, neaptikta ($p>0.05$).



13 pav. Paslaugų teikimo organizavimo vertinimas

Kaip tyrimo duomenys rodo (žr. 14 pav. ir 3 priedą), 78,1 proc. (N=128) respondentų nurodė, kad rekomenduotų savo artimiesiems gydytis šioje ligoninėje ir tik 19,5 proc. (N=128) mano, kad galbūt bei 2,3 proc. (N=128) pasisakė, kad nerekomenduotų. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentų, statistikai reikšmingo skirtumo, ar rekomenduotų savo artimiesiems, neaptikta ($p>0.05$).

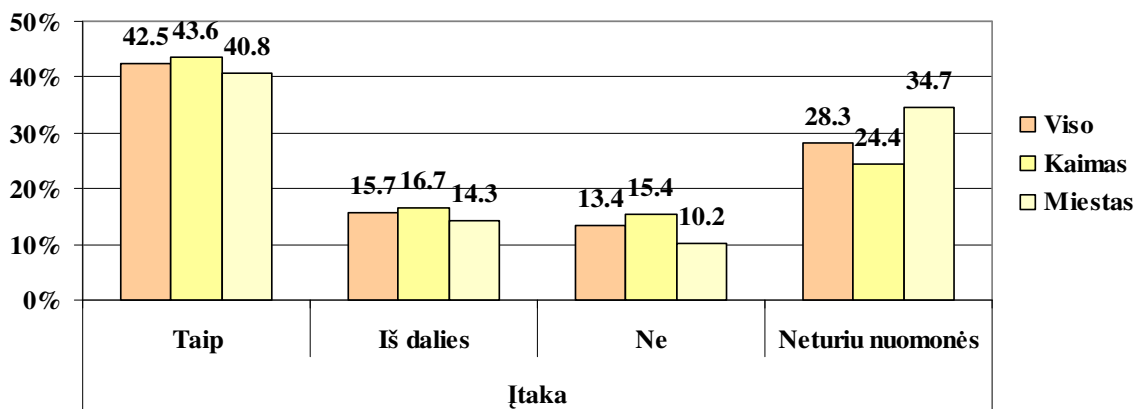


14 pav. Respondentų nuomonės, ar rekomenduotų šią ligoninę savo artimiesiems, pasiskirstymas

Apibendrinant skyrių iš tyrimo duomenų matome, jog laukimo eilėje guldymui į stacionarą, konsultavimo skyriuje, galimybės pasirinkti gydantį gydytoją, galimybės dalyvauti priimant sprendimus gydymo procese ar dėl teikiamų medicininių paslaugų efektyvumo ir pakankamumo respondentams, dažniausiai, problemų neiškyla. Kaip paslaugų prieinamumo trukumus organizaciniu aspektu, respondentai dažniausiai įvardina medicinos personalo grubumą, nekompetentingą bendravimą arba bendravimo stoką, bei informacijos apie gydymą ir pagalbos nesuteikimą. O prašant įvardinti nepakankamas ir neefektyvias paslaugas, buvo įvardintos reabilitacijos-fizioterapijos, diagnostikos (ištyrimo) paslaugos bei slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos. Nors iš tyrimo duomenų matyti, kad kaime gyvenantys respondentai dažniau mano, kad Jiems suteikiamos, o mieste gyvenantys respondentai dažniausiai nurodo, kad nežino ar Jiems suteikiamos visos priklausančios ir reikalingos medicininės paslaugos, respondentai gerai arba labai gerai vertina paslaugų organizavimą ir dažniausiai rekomenduotų artimiesiems gydytis šioje ligoninėje.

4.4. Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms ekonominiu aspektu

Kaip tyrimo duomenys rodo (žr.15 pav. ir 3 priedą), dažniausiai respondentai nurodė, kad paciento socialinė bei materialinė padėtis turi įtakos gydymo proceso kokybei (taip nurodė 42,5 proc., N=131). Ir tik 15,7 proc. (N=131) respondentų nurodė, kad iš dalies bei 13,4 proc. (N=131) nurodė, kad neturi paciento socialinė bei materialinė padėtis įtakos gydymo proceso kokybei. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal respondentų nuomonę ar socialinė bei materialinė padėtis turi įtaką gydymo proceso kokybei, neaptikta ($p>0.05$).



15 pav. Paciento socialinės bei materialinės padėties įtaka gydymo proceso kokybei

Kaip tyrimo duomenys rodo (žr. 13 lentelę), respondentai dažniausiai nurodė, kad asmeniškai susiduria su mokėjimais/primokėjimais už gydymui skirtus vaistus (taip nurodė 58,3 proc., N=127) ir atliekamus tyrimus (taip nurodė 23,6 proc., N=127). Kad kartais tenka primokėti, respondentai dažniausiai nurodė už atliekamus tyrimus (taip nurodė 41,7 proc., N=127) ir atliekamas procedūras (taip nurodė 26,2 proc., N=122). Kaip procedūras, už kurias nereikia mokėti/primokėti, tiriamieji nurodė atliekamas procedūras (taip nurodė 64,8 proc., N=122) ir slaugos priemones (taip nurodė 63,8 proc., N=127). Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentus, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal nuomonę už kokias procedūras jiems asmeniškai reikia papildomai mokėti/primokėti, neaptikta ($p>0.05$).

13 lentelė

Asmeniškai susiduriamų procedūrų, už kurias gydantis ligoninėje mokėti/ primokėti, pasiskirstymas

Procedūros	Gyvenamoji vieta	Taip		Kartais		Ne		Viso	Chi kvadrato testas		
		N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.		N	χ^2	lks
Atliekamas procedūras	Miestas	4	8.2	15	30.6	30	61.2	49	0.823	2	0.663
	Kaimas	7	9.6	17	23.3	49	67.1	73			
	Viso	11	9.0	32	26.2	79	64.8	122			
Atliekamus tyrimus	Miestas	7	14.3	24	49.0	18	36.7	49	4.049	2	0.132
	Kaimas	23	29.5	29	37.2	26	33.3	78			
	Viso	30	23.6	53	41.7	44	34.6	127			
Gydymui skirtus vaistus	Miestas	27	55.1	13	26.5	9	18.4	49	0.355	2	0.837
	Kaimas	47	60.3	19	24.4	12	15.4	78			
	Viso	74	58.3	32	25.2	21	16.5	127			
Slaugos priemonės	Miestas	12	24.5	11	22.4	26	53.1	49	4.819	2	0.090
	Kaimas	15	19.2	8	10.3	55	70.5	78			
	Viso	27	21.3	19	15.0	81	63.8	127			

Stebima (žr. 14 lentelę), jog respondentai pritaria, kad gulint ligoninėje reikia mokėti/primokėti už atliekamas procedūras (30,1 proc., N=123) ir gydymui skirtus vaistus (29,6 proc., N=125). Tačiau dažniausiai respondentai nurodė, kad nesutinka, jog už šitas išvardintas procedūras reiktų mokėti ar primokėti. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentus, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal nuomonę už kokias procedūras reikia papildomai mokėti/primokėti, neaptikta ($p>0.05$).

Nuomonės, už kurias procedūras gydantis ligoninėje reiktų mokėti/ primokėti, pasiskirstymas

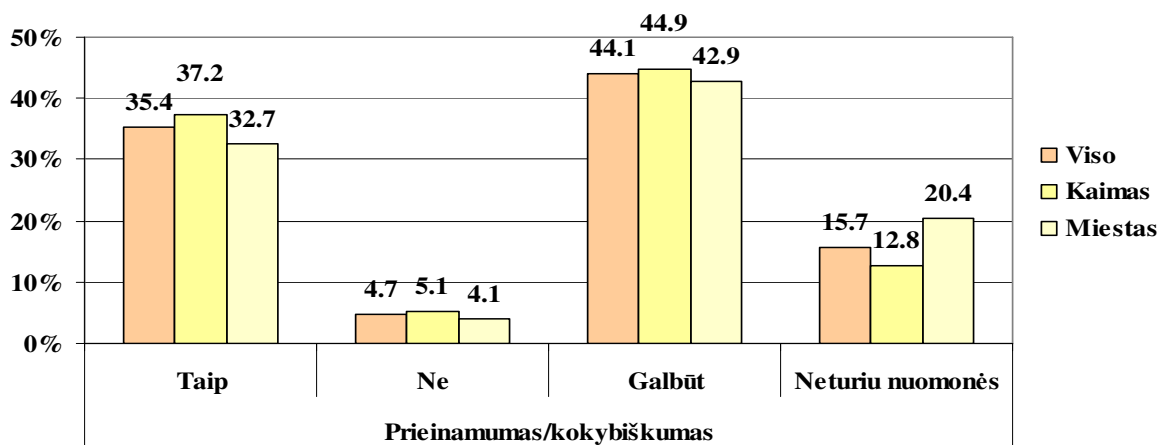
Procedūros	Gyvenamoji vieta	Taip		Iš dalies		Ne		Viso	Chi kvadrato testas		
		N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.		N	χ^2	lls
Atliekamas procedūras	Miestas	16	33.3	6	12.5	26	54.2	48	0.455	2	0.796
	Kaimas	21	28.0	9	12.0	45	60.0	75			
	Viso	37	30.1	15	12.2	71	57.7	123			
Atliekamus tyrimus	Miestas	14	29.2	9	18.8	25	52.1	48	0.702	2	0.704
	Kaimas	22	29.3	10	13.3	43	57.3	75			
	Viso	36	29.3	19	15.4	68	55.3	123			
Gydymui skirtus vaistus	Miestas	15	31.3	6	12.5	27	56.3	48	0.268	2	0.875
	Kaimas	22	28.6	12	15.6	43	55.8	77			
	Viso	37	29.6	18	14.4	70	56.0	125			
Slaugos priemonės	Miestas	15	31.3	4	8.3	29	60.4	48	1.475	2	0.478
	Kaimas	21	27.6	12	15.8	43	56.6	76			
	Viso	36	29.0	16	12.9	72	58.1	124			

Tyrimo duomenys rodo (žr. 15 lentelę), jog mokėjimo/primokėjimo papildomai už gydymo paslaugas suma svyruoja nuo 0 iki 2000 lt, mokėjimų/primokėjimų vidurkis yra 145.676±17.3464 (standartinis nuokrypis 198.5382). Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentus, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal papildomo mokėjimo/primokėjimo vidurkius, neaptikta ($p>0.05$).

Vidutiniškai išleidžiami mokėjimai/primokėjimai už medicininės paslaugas besigydančių ligoninėje

Gyvenamoji vieta	Vidurkio analizė						Stjudento t testas		
	N	Vidurkis	Standartinė vidurkio paklaida	Standartinis nuokrypis	Minimali	Maksimali	t	lls	p
Miestas	51	127.225	16.3855	117.0158	0	400.0	-0.848	129	0.398
Kaimas	80	157.437	26.4192	236.3006	0	2000.0			
Viso	131	145.676	17.3464	198.5382	0	2000.0			

Kaip tyrimo duomenys rodo (žr. 16 pav. ir 3 priedą), respondentai dažniausiai nurodė, kad mano, jog papildomai mokėdami už paslaugas / priemones galbūt Jiems suteikiamos prieinamesnės / kokybiškesnės gydymo paslaugos (taip nurodė 44,1 proc., N=131), bei 35,4 proc. (N=131) mano, kad taip. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentus, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal nuomonę ar papildomai mokėdami už paslaugas / priemones Jiems suteikiamos prieinamesnės / kokybiškesnės gydymo paslaugos, neaptikta ($p>0.05$).



16 pav. Respondentų nuomonės ar papildomai mokėdami už paslaugas / priemones, Jiems suteikiamos prieinamesnės / kokybiškesnės gydymo paslaugos, pasiskirstymas

Stebima (žr. 16 lentelę ir 2 priedą), jog respondentai dažniausiai nurodė, kad papildomai patirtos finansinės išlaidos gydymo metu sunkumų nesudaro (taip nurodė 44,1 proc., N=127), tačiau 33,1 proc. (N=127) tiriamųjų nurodė, kad kartais sudaro sunkumų ir net 22,8 proc. (N=127) respondentų patiria sunkumų dėl papildomų finansinių išlaidų gydymo metu. Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal patiriamus sunkumus dėl papildomų finansinių išlaidų gydymo metu, neaptikta ($p>0.05$).

16 lentelė

Patiriamų papildomų finansinių išlaidų gydymo metu sunkumų sudarymas

Gyvenamoji vieta	Sunkumų susidarymas						Viso (N)	Chi kvadrato testas		
	Taip		Kartais		Ne			χ^2	lls	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.				
Miestas	7	14.3	19	38.8	23	46.9	3.485	2	0.175	
Kaimas	22	28.2	23	29.5	33	42.3				
Viso	29	22.8	42	33.1	56	44.1				

Tyrimo rezultatai rodo (žr. 17 lentelę), jog respondentai dažniausiai nurodė, kad per didelės papildomos finansinės išlaidos pagal turimas mėnesines pajamas yra už vaistus (taip nurodė 45,0 proc., N=131) bei už tyrimus (taip nurodė 16,8 proc., N=131) ir gydytojui (taip nurodė 11,5 proc., N=131). Lyginant kaime ir mieste gyvenančius respondentes, statistikai reikšmingo skirtumo, pagal patiriamas per didelės papildomos finansinės išlaidos lyginant su turimomis mėnesinėmis pajamomis, statistikai reikšmingas skirtumas aptinkamas tik dėl mokėjimų už vaistus ($\chi^2(1)=4.622$, $p<0.05$). Kaip rodo tyrimo rezultatai, kaime gyvenantys respondentai dažniau (52,5 proc., N=51)

nei mieste gyvenantys respondentai (33,3 proc., N=80) nurodė, kad patiria per dideles papildomas finansines išlaidas pagal turimas mėnesines pajamas.

17 lentelė

Per didelės pagal turimas mėnesines pajamas papildomos finansinės išlaidos gydymo metu

Išlaidos	Miestas		Kaimas		Viso		Chi kvadrato testas			
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	χ^2	Ils	p	
Už vaistus	17	33.3	42	52.5	59	45.0	4.622	1	0.032	
Už tyrimus	5	9.8	17	21.3	22	16.8	2.920	1	0.087	
Už procedūras	2	3.9	9	11.3	11	8.4	2.175	1	0.140	
Už slaugos priemones	5	9.8	8	10.0	13	9.9	0.001	1	0.971	
Kita	Gydytojui	8	15.7	7	8.8	15	11.5	3.162	3	0.367
	Medicinos personalui	3	5.9	5	6.3	8	6.1			
	Už nelegalias priemokas	1	2.0	0	0.0	1	0.8			

Aptariant sveikatos priežiūros paslaugų tyrimo duomenų ekonominį aspektą, respondentai dažniausiai nurodė, kad paciento socialinė ir ekonominė padėtis turi įtakos gydymo proceso kokybei ir jie dažniausiai nurodė, kad asmeniškai susiduria su mokėjimais/primokėjimais už gydymui skirtus vaistus ir atliekamus tyrimus, nors dėl mokėjimo/primokėjimo už procedūras ar paslaugas dažniausiai nepitaria, nes tai respondentams sudaro papildomų finansinių sunkumų. Papildomai patiriamos finansinės išlaidos gydymo metu, respondentų nuomone, tik galbūt suteikia galimybę gauti prieinamesnės / kokybiškesnės gydymo paslaugas. Kaime gyvenantys respondentai dažniau nei mieste gyvenantys respondentai nurodė, kad patiria per dideles papildomas finansines išlaidas pagal turimas mėnesines pajamas.

4.5. Diskusija

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – vienas iš kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų bruožų, kai paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje ir tinkamu laiku, aiškiai ir lengvai prieinamos visiems paslaugų vartotojams. Tyrimas atliktas konkrečios gydymo įstaigos užsakymu. Gauti tyrimo duomenys suteiks galimybę tiriamajai sveikatos priežiūros įstaigai pamatyti teikiamų paslaugų prieinamumo stipriąsias bei silpnąsias grandis ir, atsižvelgiant į gautus rezultatus, leis pagerinti pacientų, besigydančių šioje sveikatos priežiūros įstaigoje, paslaugų prieinamumą. Man, kaip tyrėjui ir taip pat šios įstaigos socialiniam darbuotojui, tai puiki galimybė asmeniškai, artimiau pabendrauti ir išsiklausti, sužinoti ir įvertinti socialiai pažeidžiamų grupių žmonių, t.y. mano darbo klientų grupių problemas, lūkesčius, gaunant paslaugas šioje gydymo įstaigoje. Tyrimo duomenys suteiks man galimybę praplėsti darbo nišas kaip profesionalaus socialinio darbuotojo ne tik mikro lygmenyje, kai kliento problemos sprendžiamos, taikant socialinio darbo metodus, bet ir makrolygmeniu.

1998 m. Socialinės medicinos centre buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo nustatyti ir palyginti gyventojų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, kaip pakito

savo sveikatos vertinimas per 1995 – 1998 metus. Nustatyta, kad dauguma kaimo, taip pat turinčių pradinį išsilavinimą ir mažesnes pajamas gyventojų dažniau kreipėsi tiek į ambulatorines, tiek ir į stacionarias gydymo įstaigas. Gyventojai nurodė turėję susisiekiimo problemų su gydymo įstaiga iš kaimo vietovių.

Atitinkamai šiame tyrime gauti duomenys rodo, kad respondentai nurodė kad taip pat turėjo susisiekiimo problemų arba jų turėjo kartais net 52,7 proc. Lyginant sunkumus, kurie iškyla susisiekiant su gydymo įstaiga, kaime gyvenantys tiriamieji turi daugiau sunkumų dėl nuosavo transporto neturėjimo (42,5 proc.), nevažiuojančio visuomeninio transporto (15,0 proc.) ar važiavimo nevisomis savaitės dienomis (17,5 proc.) ir nepatogaus jo grafiko (15,0 proc.), negu mieste gyvenantys tiriamieji.

Palyginant 2001 metais pagal bendrą projektą su PSO Kauno medicinos universiteto Biomedicininių tyrimų institutas atliko tyrimo duomenis, siekiant įvertinti Lietuvos gyventojų nuomonę apie sveikatos priežiūros prieinamumą ir šio tyrimo duomenis, galima pamatyti, jog pasirenkant patinkantį gydytoją, 57,7 proc. žmonių neturėjo sunkumų, 16,5 proc. – turėjo nedidelių sunkumų, 10,1 proc. – ypač didelių sunkumų. Didžioji dalis (59,5 proc.) respondentų atsakė, kad jiems visada medicinos pagalba buvo suteikta iš karto. Suteiktų paslaugų prieinamumo vertinimui didelės įtakos turėjo sveikatos darbuotojų elgesys, t.y. ar įstaigoje buvo elgiamasi su pacientais pagarbiai, ar atidžiai juos iš klausė, ar sveikatos darbuotojai suprantamai suteikdavo informaciją ir t.t. Atitinkamai šio tyrimo duomenys rodo, jog tiriamieji dažniausiai nurodė, kad galimybę pasirinkti gydančią gydytoją šioje sveikatos priežiūros įstaigoje turi 61,8 proc., 16,8 proc. nurodė, kad tokią galimybę turi tik kartais ir net 21,4 proc. tiriamųjų nurodė, kad tokios galimybės neturi. Medicininės paslaugos tiriamojoje įstaigoje jog suteikiamos per 1 val. (kaip numato Gydymo stacionare istorijos pildymo ištvarkymo procedūra (2004)) nurodė net 89,3 proc. tiriamųjų. Pagarbus personalo dėmesys, išsamios ir suprantamai teikiamos informacijos teikimas apie gydymo įstaigą ir joje teikiamas paslaugas šiame tyrime taip pat turėjo svarios įtakos paslaugų prieinamumo vertinimui.

Taigi tyrimas mums leidžia pamatyti, kad kaip bekistų šalies ekonominė – demografinė padėtis ir būtų vykdoma sveikatos politikos reforma „Paslaugos arčiau paciento“ – sveikatos paslaugų prieinamumo problemos išlieka labai panašios.

IŠVADOS

- Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad susiekimas su gydymo įstaiga yra svarbus komunikacinis sveikatos paslaugų prieinamumo aspektas. Galimybė pasiekti gydymo įstaigą yra ypač apsunkinta kaime gyvenančioms socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms dėl prasto visuomeninio transporto organizavimo ir nuosavo transporto neturėjimo, kai reikia samdyti transportą, kas tiesiogiai įtakoja žmonių finansinę situaciją.

- Komunikacinis aspektas kaip informacijos prieinamumas apie gydymo įstaigą ir joje teikiamas paslaugas dažniausiai gaunamas iš artimųjų ir pažįstamų, šeimos gydytojo, įstaigos medicinos personalo. Nepakankamiausi informacijos šaltiniai yra internetinės svetainės, nes įstaiga neturi internetinio puslapio, taip pat radijas ir televizija.

- Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas organizaciniu aspektu, vertinant laukimo eilėje guldymui į stacionarą, konsultavimo skyriuje trukmę, galimybę pasirinkti gydantį gydytoją ar dalyvauti gydymo procese, priimant sprendimus bei vertinant teikiamų medicininių paslaugų efektyvumą ir pakankamumą, dažniausiai problemų neiškyla. Kaip probleminiai aspektai įvardijama medicinos personalo grubumas, nekompetentingas bendravimas arba bendravimo stoka, bei informacijos apie gydymą ir pagalbos nesuteikimas.

- Ištyrus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ekonominį aspektą, galima teigti, kad tai svarbus veiksnys, gaunant prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, nes kaip tyrimo duomenys rodo, paciento socialinė ir ekonominė padėtis turi įtakos gydymo proceso kokybei. Už gydymo paslaugas ir slaugos priemones dažniausiai reikia mokėti ar primokėti, nors tam ir nepritariama, kadangi tai sukelia papildomų finansinių sunkumų, o garantijos, kad suteiktos paslaugos yra kokybiškesnės – nėra. Ypatingai finansinių sunkumų pagal turimas mėnesines pajamas gydymo metu patiria kaimo vietovėje gyvenančios socialiai pažeidžiamos žmonių grupės.

REKOMENDACIJOS

Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą VšĮ Vilkaviškio ligoninėje galėtų pagerinti šių priemonių įgyvendinimas:

- Supažindinti įstaigos administraciją bei skyrių vedėjus ir vyr. slaugytojas – administratores su pacientų apklausų rezultatais, juos informuojant, kokios yra silpnosios ir stipriosios paslaugų prieinamumo grandys šioje sveikatos priežiūros įstaigoje.
- Sveikatos priežiūros įstaigos skyrių informaciniuose stenduose arba specialiuose aplankuose, kurie būtų kiekvienoje palatoje, iškabinti informacinius biuletenius iš kurių pacientai galėtų susipažinti su įstaigoje teikiamomis paslaugomis, jų įkainiais.
- Paraginti įstaigos administraciją įdiegti įstaigos internetinį tinklalapį, nes jis, kaip nurodė tiriamieji, sumažintų spragą, gaunant prieinamesnę informaciją apie įstaigą ir joje teikiamas paslaugas.
- Sveikatos priežiūros įstaigos personalui, betarpiškai bendraujančiam su pacientais, sudaryti sąlygas tobulintis tarpusavio bendravimo, konfliktų valdymo, savirefleksijos kursuose. Sistemingai kelti medicinos personalo profesinę kvalifikaciją.
- Siekti tobulinti mokėjimo / primokėjimo už gydymo paslaugas sistemą, atsižvelgiant į paslaugos kainos ir kokybės santykį, bei paciento poreikius.
- Reguliariai vykdyti pacientų apklausas, siekiant išsiaiškinti jų nuomonę apie šioje įstaigoje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

LITERATŪRA

1. LR Civilinis kodeksas (2000). Valstybės žinios. Nr. 74-2262.
2. LR Konstitucija (1992). Valstybės žinios. Nr. 33-1014.
3. LR sveikatos sistemos įstatymas (1994). Valstybės Žinios, 1994.08.17, Nr.: 63, Publ. Nr.1231. Valstybės Žinios, 1998.12.23, Nr.112. Publ. Nr. 3099.
4. LR socialinių paslaugų įstatymas (2006). Vilnius.
5. LR sveikatos draudimo įstatymas (1996). Valstybės žinios. Nr. 55-1287.
6. LR viešųjų įstaigų įstatymas (2004). Valstybės žinios. Nr. 25-752.
7. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija (1991). Valstybės žinios. Nr. 33-893.
8. Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros strategija. (2001). LR Vyriausybės nutarimas Nr. 941. Valstybės žinios. Nr. 66-2418.
9. LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (2004). Valstybės žinios, 2004, Nr. 115-4284.
10. LR SAM ir LR SOCMIN ministrės įsakymas (1999). Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų. Valstybės žinios Nr. 85.
11. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas (1997). Dėl stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo. Valstybės žinios. Nr. 64, įsak. Nr. 359.
12. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas (1997). Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. Valstybės žinios. Nr. 73- 1879.
13. LR sveikatos apsaugos įsakymas (2007). Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo. Valstybės žinios. Nr. 84-3418.
14. Lietuvos sveikatos programa 1997–2010 (1996). LR sveikatos apsaugos ministerija.
15. LR sveikatos ministro įsakymas (2004). Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo. Valstybės žinios. Nr. V–642.
16. Europos Bendrijų Komisijos Komunikatas Tarybai ir Europos Parlamentui (2006). Briuselis. Prieiga prie interneto:
http://ec.europa.eu/regional_policy/consultation/urban/com_2006_0385_lt.pdf
17. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 programa (2004). Valstybės žinios, 2004-09-28. Nr. 144.
18. Tolimesnės sveikatos sistemos plėtros 2007 – 2015 metų metmenys (2006). LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Nr. V-1015.
19. Andersen, K. S. (1998). The reforming states group and the promotion of federalism. Milbank Q. Vol. 76 (1). P. 59-101.

20. Anderson, DW., Bowland, BJ., Cartwright, WS., Bassin, G. (1998). Service-level costing of drug abuse treatment. *Journal of Pediatric Nursing*. 13(5).P.317-325.
21. Bankauskaitė, V., Saarelma, O. (2003). Why are people dissatisfied with health care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open – ended questions. *International Journal for Quality in Health Care*. 1(15).P. 23-29.
22. Dučinskienė, D. (2005). Pacientų teisių užtikrinimo galimybės sveikatos priežiūros vadyboje. Kaunas.
23. Fook, J. (2002). *Social Work: Critical Theory and Practice*. London.
23. Gyvensenos ir veiksnių įtakos sveikatai tyrimas (2000). KМУ: biomedicininų tyrimų institutas.
24. Gurevičius, R., Jankauskienė, D. (2007). Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pokyčiai Lietuvoje: prioritetas-kaimo gyventojai. Nacionalinės sveikatos tarybos 2006 metų metinis pranešimas Seimui (p. 70-73). Vilnius.
25. Jankauskienė, D. (2000). Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. *Visuomenės sveikata*. Nr.1, 81-91.
26. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius.
27. Jankauskienė, D., Temgulienė, J. (1998). Sveikatos paslaugų prieinamumo skirtumai įvairiose socialinėse ir ekonominėse gyventojų grupėse. *Medicina*. Nr. 34.
28. Jankauskienė, D. (2000). Sveikatos priežiūros reformos poveikio vertinimas: sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė. *Visuomenės sveikata*. Nr. 1, p. 81-91.
29. Jankauskienė, D. (2006). Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje Europos sąjungos kontekste „Europos savaitės“ ir Europos ateities diskusija Seimo Europos informacijos centre „Apdraustųjų sveikatos apsauga Europos Sąjungoje. Patirtis. Problemos“. Prieiga prie interneto: (http://djank.home.mruni.eu/wp-content/uploads/2008/12/dj_gyven-ir-mokslines-veikl-aprasymas2.doc).
30. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*; 2002; 16:337 – 344.
31. Jurgelėnas, A. Mačiūnas, E., Juozulynas, A. ir kt. (2007). Sveikatos socialinė plėtra. Vilnius.
32. Juozulynas, A., Jurgelėnas, A. (1998). Sveikatos socialinė kontrolė – prieinamumo problema. *Medicinos teorija ir praktika*. Nr.15, 95-96.
33. Kairys, J., Gurevičius, R. (2001). Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai – problemos Vilniaus mieste. *Medicina*. Nr. 37 (3).
34. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpela, A. (1999). Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas.
35. Kardelis, K. (2007). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai.

36. Kondrašovienė, L., Zabulytė Kupriūnienė J. (2008). Socialinis darbas ir sveikatos priežiūra. Kaunas.
37. Leliūgienė, I. (2003). Socialinio pedagogo (darbuotojo) žinynas. Kaunas.
38. Misevičienė, I., Dregval, L. (2002). Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina*. Nr. 38 (11), 29-35.
39. Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas 2006 (2007). Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje. Vilnius.
40. Nagel, T. (2001). Labai trumpas įvadas į filosofiją. Vilnius.
41. Pacientus informuokime tinkamai. Lietuvos medicinos kronika. Nr. 15 (142).
42. Payne, M. (1996). What is professional social work? British Association of Social Workers. Venture Press. P. 1-3.
43. Pechansky, R, Thomas, W. (1981). The concept of access. *Med Care*. P.127-40.
44. Pieters, D. (1998). Įvadas į pagrindinius socialinės apsaugos principus. Vilnius.
45. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. (2000). Vilnius: sveikatos ekonomikos centras.
46. Pukėnas, K. (2005). Sportinių tyrimų duomenų analizė SPSS programa. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
47. Roland, M., Holden, J., Campbell, St. (1998). Quality Assessment for General Practice: Supporting Clinical Governance in Primary Care Groups. Univ. Manchester: Manchester.
48. Rowls, J. (2002). Politinis liberalizmas. Vilnius.
49. Snieškienė, D. (Red.) (2007). Žmogaus teisės ir socialinis darbas. Kaunas: Žmogaus teisių centras.
50. Socialinės apsaugos terminų žodynas (1999). Vilnius.
51. Sox, CM, Swartz, Burstin HR and Brennan TA. (1998). Insurance or regular physician: which is the most powerful predictor of healthcare? *Am J Public Health*. 3.P.364-370.
52. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione (2000). Vilnius.
53. Sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai Lietuvoje (1998). Situacijos analizė. PSO Europos Regioninis Biuras. KMU. Kopenhaga
54. Vilkiškio rajono savivaldybės 2010 metų socialinių paslaugų planas. Vilkiškio rajono savivaldybės tarybos 2010 m. kovo mėn. 9 d. Nr. 11-D-7-138 sprendimas.
55. Žalimienė, L. (2003). Socialinės paslaugos. Vilnius.

Internetinė prieiga:

1. <http://www.lsadps.lt/vyriausybes-programa-2009.lsa?id=26>
2. <http://www.vsv.lt/mokymas/Edukologijos/1494.html>

3. http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/Kastai/apimtis.html#Anchor-PASLAUGr%20PR-60038 (žiūrėta: 2010-03-26).
4. <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&strid=2887&subid=gm> (žiūrėta: 2010-03-26).
5. <http://esparama.sam.lt/lt/main/sp/bpd> (žiūrėta: 2010-03-26).
6. http://www.stat.gov.lt/uploads/docs/Pagrindiniai_rodikliai_internetui_1001_Lt.xls (žiūrėta: 2010-03-26).
7. <http://www.litlex.lt/scripts/sarasas2.dll?Tekstas=1&Id=4486> (žiūrėta: 2010-03-26).
8. http://sena2.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/sp_apzvalga0628.doc (žiūrėta: 2010-03-09).
9. http://djank.home.mruni.eu/wp-content/uploads/2008/12/dj_gyven-ir-mokslines-veikl-aprasymas2.doc) žiūrėta: 2010-03-26

PRIEDAI

ANKETA

Gerb. Respondente,

Esu Vytauto Didžiojo Universiteto Socialinės gerovės fakulteto Socialinio darbo katedros magistrantė Virginija Nikliauzienė ir atlieku tiriamąjį darbą „Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms“. Darbo tikslas – atlikti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo analizę socialiai pažeidžiamoms žmonių grupėms VŠĮ Vilkaviškio ligoninėje ir, atsižvelgiant į gautą informaciją, pateikti gydymo įstaigos administracijai rekomendacijas dėl pacientų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo. Jūsų nuomonė labai svarbi, nes atsakymai leis atrasti teikiamų stacionarių sveikatos paslaugų prieinamumo silpnąsias bei stipriąsias puses ir siekti pagerinti teikiamų paslaugų prieinamumą mūsų ligoninėje.

Klausimyno pildymo instrukcija: jei prie klausimo nėra nurodyta kitaip, kiekvienam klausimui pažymėkite tik vieną atsakymą kryželiu ant kvadratėlio (+). Klausimai, kuriuose nėra pateikta atsakymo variantų, prašau parašyti savo nuomonę. Klausimynas yra anoniminis. Rezultatai bus pateikti tik apibendrinti. Tikiuosi nuoširdžių Jūsų atsakymų. **Iš anksto dėkoju.**

Tyrimo autorė

1. Jūsų lytis:

Vyras	Moteris
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jūsų amžius (įrašykite) (metai)

3. Jūsų gyvenamoji vieta:

Kaimas	Miestas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kaip toli gyvenate nuo gydymo įstaigos?

Iki 5 km	6–10 km	11–20 km	21–30 km	Daugiau nei 30 km
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Jūsų išsilavinimas:

Pradinis	Pagrindinis	Vidurinis	Profesinis	Spec. vidurinis	Aukštesnysis	Aukštasis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Jūsų pajamos per mėnesį (litas):

Iki 500	501-1000	1001-1500	1501-2000	Virš 2000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jūsų socialinis užimtumas:

Pensininkas (-ė)	Dirbantis(-i) pensininkas (-ė)	Pensinio amžiaus žmogus su negalia	Darbingo amžiaus žmogus su negalia	Bedarbis(-ė)	Vieniša(-s) mama/tėvas, auginanti(-s) vaikus	Kita (įrašykite)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Kaip dažnai per vienerius metus tenka gydytis šioje ligoninėje?

Rečiau nei vieną kartą per metus	Vieną kartą	Du kartus	Daugiau nei du kartus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Su gydymo įstaiga susisiekiate:

Viešuoju transportu	Nuosavu transportu	Taksi	Kita (įrašykite)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Ar Jums iškyla susisiekimo nepatogumų su šia gydymo įstaiga?

Taip	Kartais	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Jei į 10 klausimą atsakėte „Taip“ arba „Kartais“, nurodykite kokius būtent sunkumus patiriate. (Galite žymėti visus Jums tinkamus variantus)

- neturiu nuosavo transporto;
- nevažiuoja visuomeninis transportas;
- visuomeninis transportas važiuoja ne visomis savaitės dienomis;
- nepatogi grafiku važiuoja visuomeninis transportas;
- per brangios transporto išlaidos pagal turimas pajamas;
- kita (įrašykite).....

12. Informaciją apie šią gydymo įstaigą ir joje teikiamas paslaugas galima gauti iš:

(kiekvienam teiginiui pažymėkite po vieną atsakymo variantą į kiekvieną klausimą)

	Ar Jūs turite galimybę šią informaciją gauti?			Ar šio rūšies informacija Jus tenkina?		
	Taip	Kartais	Ne	Taip	Iš dalies	Ne
spaudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
televizijos ir radijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iš internetinių svetainių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
artimųjų ir pažįstamų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
telefonu susisiekus su gydymo įstaigos personalu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
šėimos gydytojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iš įstaigos medicinos personalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Jei kurios nors rūšies informacija apie šią gydymo įstaigą ir joje teikiamas paslaugas netenkina arba tenkina iš dalies, įrašykite, kokio pobūdžio išsamesnės informacijos Jums reikėtų?

.....

14. Kiek laiko reikėjo laukti eilėje guldymui (stacionarizavimui) į ligoninę po to, kai buvo išrašytas šėimos gydytojo siuntimas?

Buvau stacionarizuotas tą pačią dieną	1 dieną	Nuo 1 dienos iki 1 savaitės	Daugiau nei 1 savaitę	Daugiau nei 1 mėnesį
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Per kiek laiko buvote konsultuotas gydytojo priėmimo skyriuje ir stacionarizuotas į skyrių?

Mažiau nei per 30 min	Nuo 30 iki 60 min	Daugiau nei per 60 min
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Per kiek laiko, stacionarizavus į skyrių, buvote konsultuotas gydančio gydytojo?

Mažiau nei per 1 val.	Nuo 1 iki 2 val.	Nuo 2 iki 3 val.	Daugiau nei 3 val.	Konsultuotas buvau kita dieną
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Ar turite galimybę pasirinkti gydantį gydytoją šioje sveikatos priežiūros įstaigoje?

Taip	Kartais	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Ar turite galimybę dalyvauti priimant sprendimus gydymo procese, pasirenkant procedūras?

Taip	Iš dalies	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Ar Jus tenkina medicinos personalo kompetencija, darbo kokybė?

Taip	Iš dalies	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Jeigu medicinos personalo darbo kokybė ir kompetencija netenkina arba tenkina iš dalies, įvardykite, Jūsų nuomone, esamus trūkumus:

.....

21. Kaip manote, ar šioje ligoninėje teikiamos medicininės paslaugos yra efektyvios ir pakankamos Jūsų ligai įveikti?

Taip	Iš dalies	Ne	Nežinau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Jei į 21 klausimą atsakėte „Iš dalies“ arba „Ne“ – įvardykite, kurios medicininės paslaugos, Jūsų manymu, yra nepakankamos ir neefektyvios Jūsų ligai įveikti? (Galite žymėti visus Jums tinkamus variantus)

- neurologijos paslaugos;
- terapijos (vidaus ligų) paslaugos;
- akušerijos – ginekologijos paslaugos;
- reanimacijos paslaugos;
- pediatrijos (vaikų ligų) paslaugos;
- chirurgijos-traumatologijos paslaugos;
- priėmimo – skubios pagalbos paslaugos;
- slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos;
- reabilitacijos-fizioterapijos paslaugos;
- diagnostikos (ištyrimo) paslaugos;
- kita

23. Kaip manote, ar šioje įstaigoje suteikiamos visos priklausančios ir Jums reikalingos medicininės paslaugos?

Taip	Iš dalies	Ne	Nežinau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Jei į 23 klausimą atsakėte „Ne“ arba „Iš dalies“ – įvardykite, kokios priklausančios paslaugos Jums nebuvo suteiktos:

.....

25. Kaip manote, ar Jūsų kaip paciento socialinė bei materialinė padėtis turi įtakos gydymo proceso kokybei?

Taip	Iš dalies	Ne	Neturiu nuomonės
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Gydantis ligoninėje, mokėti/primokėti reikia už:

(kiekvienam teiginiui pažymėkite po vieną atsakymo variantą į kiekvieną klausimą)

	Ar Jūs su tuo asmeniškai susiduriate?			Ar pritariate šiam teiginiui?		
	Taip	Kartais	Ne	Taip	Iš dalies	Ne
atliekamas procedūras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
atliekamus tyrimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gydymui skirtus vaistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slaugos priemonės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Kokią sumą Jūs vidutiniškai išleidžiate papildomai mokėdami/primokėdami už gydymo paslaugas, besigydomas šioje ligoninėje (įrašykite)(litas).

28. Kaip manote, ar papildomai mokėdami už paslaugas / priemonės, Jums suteikiamos prieinamesnės / kokybiškesnės gydymo paslaugos?

Taip	Ne	Galbūt	Neturiu nuomonės
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Ar patiriamas papildomos finansinės išlaidos gydymo metu Jums sudaro sunkumą Jūsų bendram biudžetui?

Taip	Kartais	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Jei į 29 klausimą atsakėte „Taip“ arba „Kartais“, įvardinkite, kurios papildomos finansinės išlaidos gydymo metu Jums yra per didelės pagal turimas mėnesines pajamas?

(Galite žymėti visus Jums tinkamus variantus)

- papildomos išlaidos už vaistus;
- papildomos išlaidos už tyrimus;
- papildomos išlaidos už procedūras;
- papildomos išlaidos už slaugos priemonės;
- kita (įrašykite).....

31. Kaip vertinate šioje sveikatos priežiūros įstaigoje paslaugų teikimo organizavimą?

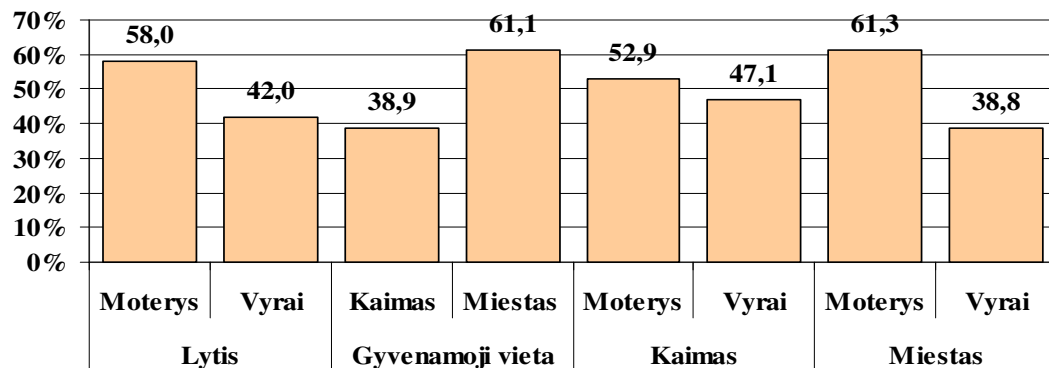
Labai gerai	Gerai	Patenkinamai	Labai blogai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Ar rekomenduotumėte savo artimiesiems gydytis šioje ligoninėje?

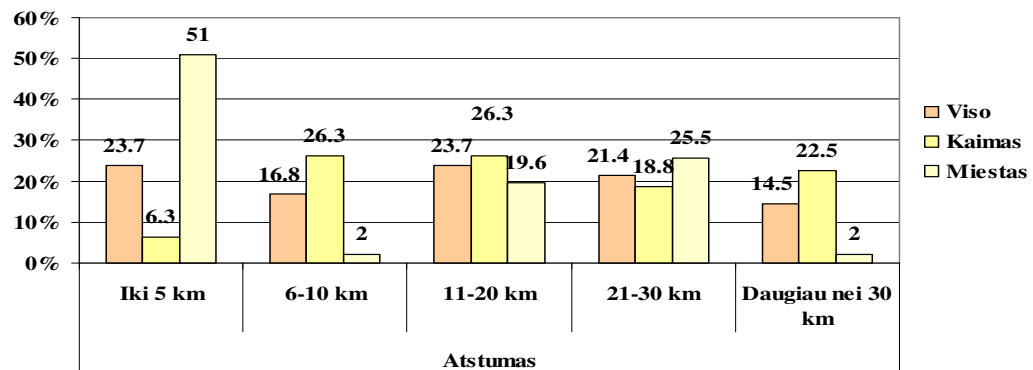
Taip	Ne	Galbūt	Neturiu nuomonės
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dėkoju už bendradarbiavimą!

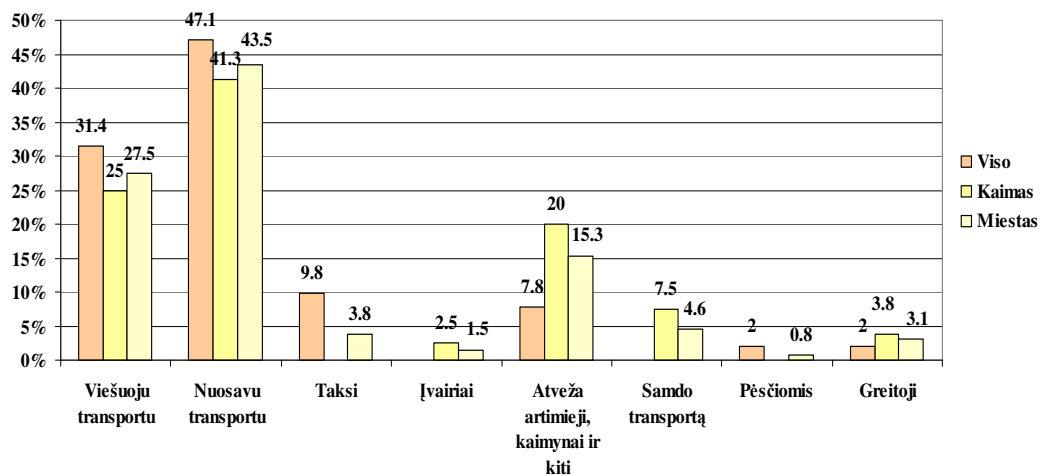
TYRIMO DUOMENŲ PAVEIKSLAI



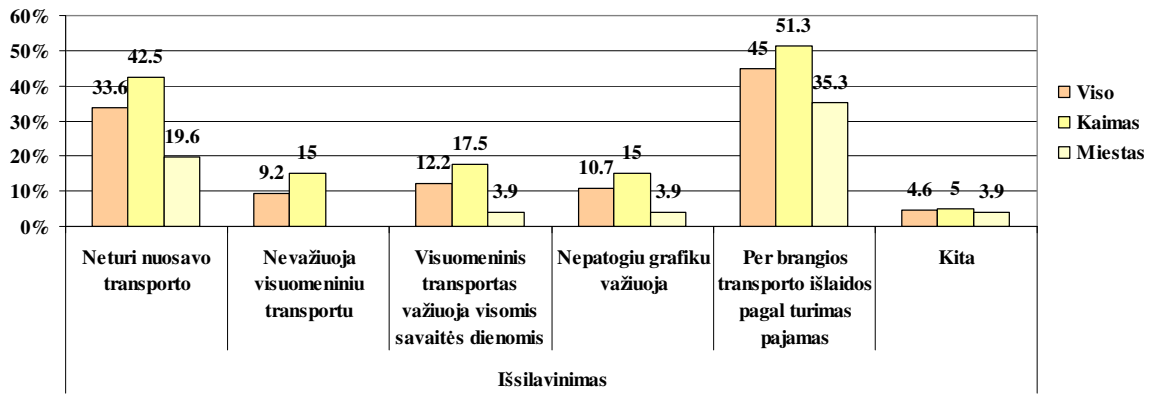
1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą ir lytį



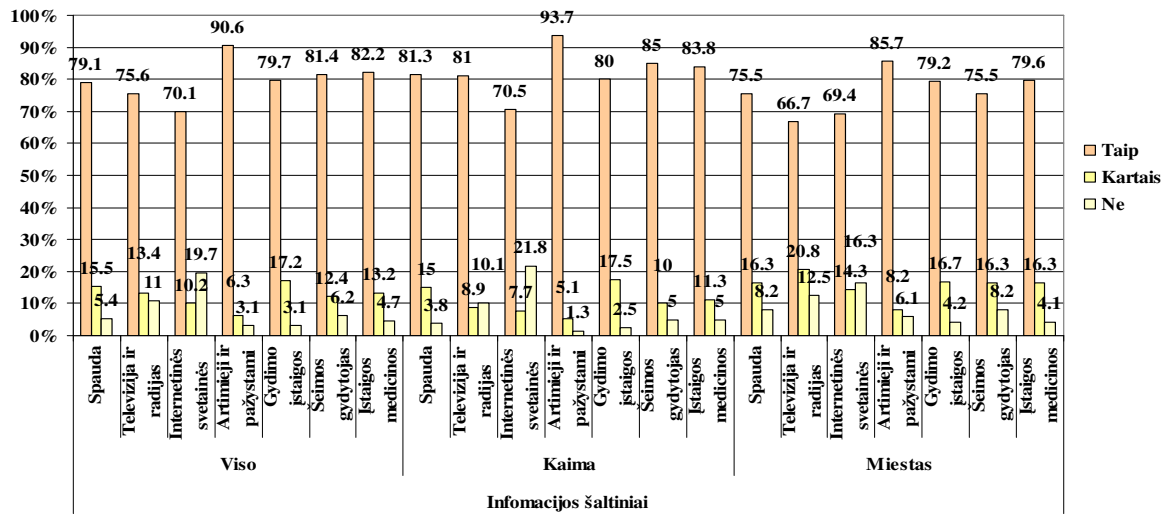
2 pav. Atstumas iki gydymo įstaigos



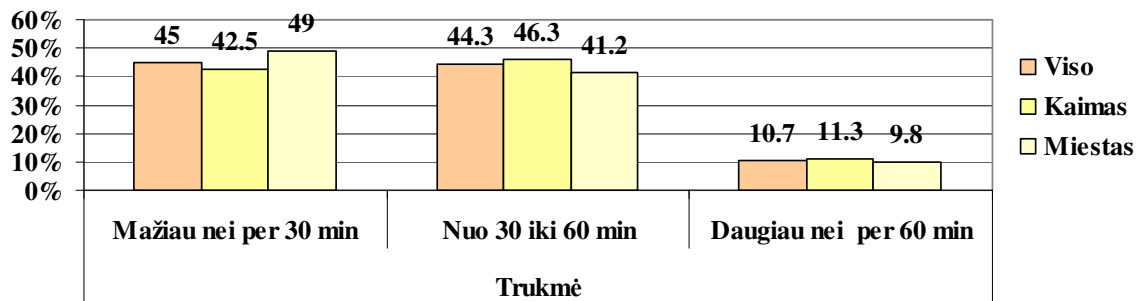
3 pav. Susisiekimo su gydymo įstaiga būdas



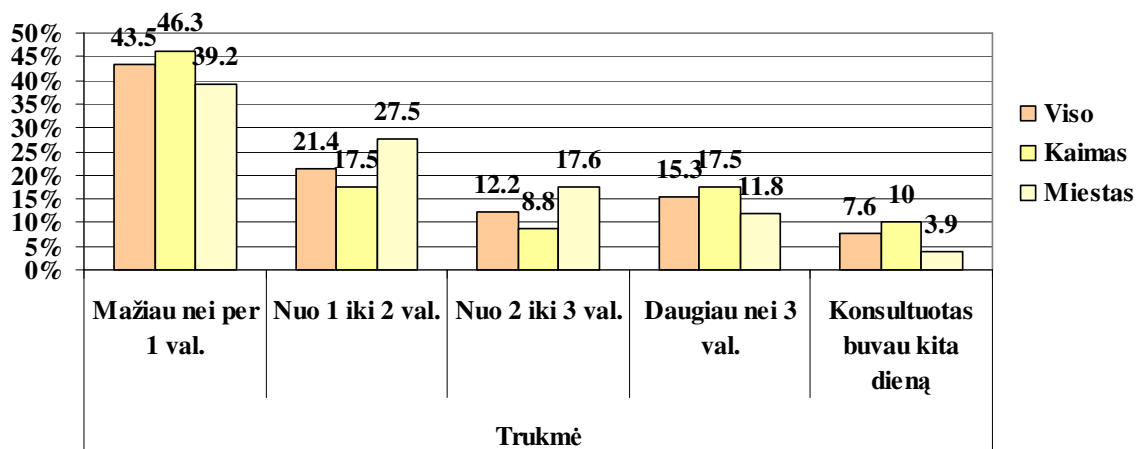
4 pav. Susisiekimo su gydymo įstaiga sunkumai



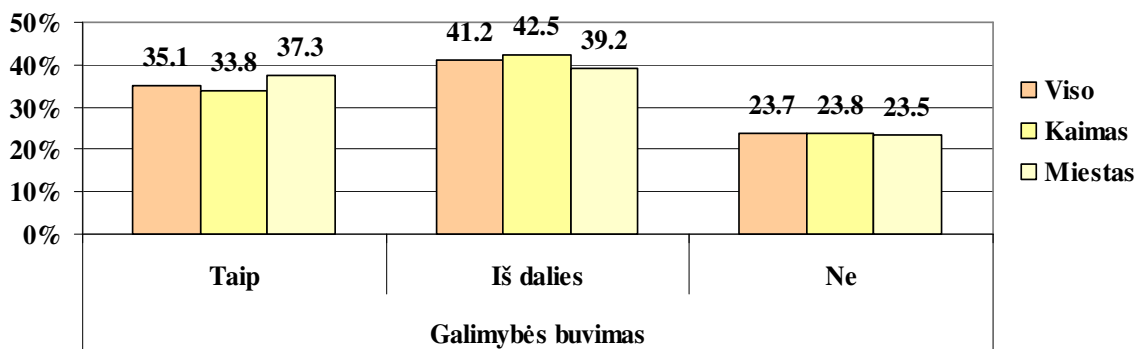
5 pav. Informacijos apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas gavimo iš šaltinių pakankamumas



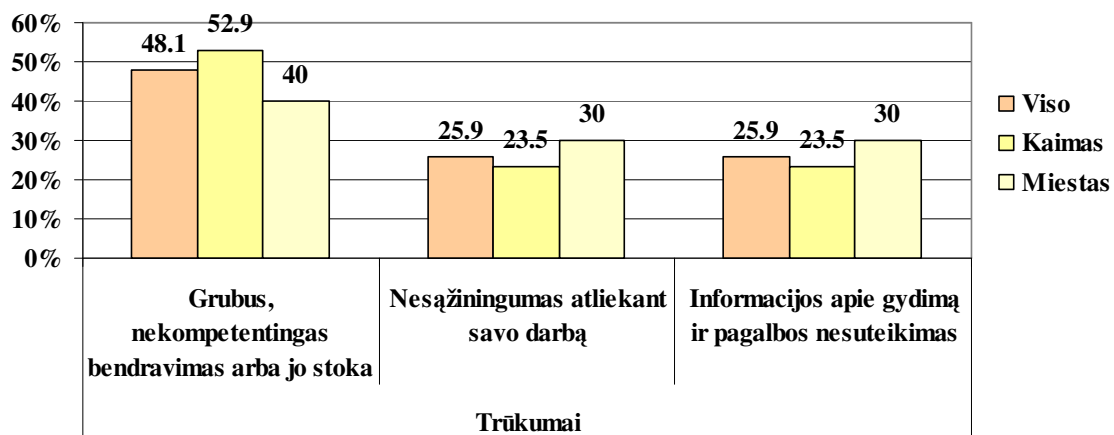
6 pav. Gydytojo konsultacijos priėmimo skyriuje ir stacionarizavimo į skyrių trukmė



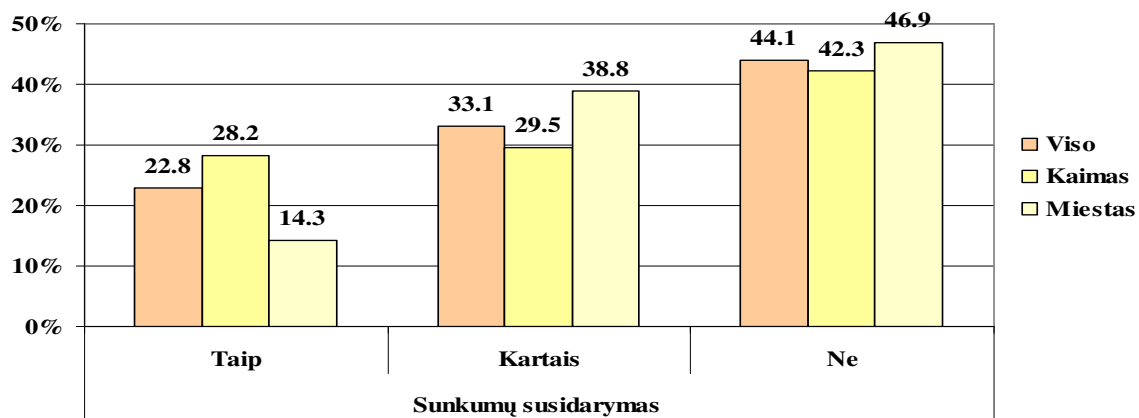
7 pav. Gydančio gydytojo konsultacijos stacionarizavus į skyrių trukmė



8 pav. Galimybė dalyvauti priimant sprendimus gydymo procese ir pasirenkant procedūras



9 pav. Medicinos personalo kompetencijos ir darbo kokybės trūkumai



10 pav. Patiriamų papildomų finansinių išlaidų gydymo metu sunkumų susidarymas

TYRIMO DUOMENŲ LENTELĖS

1 lentelė

Respondentų išsilavinimas

Gyvenamoji vieta		Kaimas		Miestas		Viso	
		N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Išsilavinimas	Pradinis	16	20.0	5	9.8	21	16.0
	Pagrindinis	4	7.8	13	16.3	17	13.0
	Vidurinis	19	37.3	17	21.3	36	27.5
	Profesinis	7	13.7	15	18.8	22	16.8
	Spec. vidurinis	13	25.5	14	17.5	27	20.6
	Aukštesnysis	3	5.9	4	5.0	7	5.3
	Aukštasis	0	0.0	1	1.3	1	0.8
Vidurkis	X	3.18		3.55		3.32	
	S _x	0.177		0.193		0.132	
	SN	1.581		1.376		1.510	
Chi kvadrato testas	χ^2	8.735					
	lls	6					
	p	0.189					

2 lentelė

Respondentų pajamų per mėnesį (litas) pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Pajamos								Vidurkis			Chi kvadrato testas		
	Iki 500		501-1000		1001-1500		1501-2000		X	S _x	SN	χ^2	lls	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.						
Miestas	10	19.6	24	47.1	14	27.5	3	5.9	2.20	0.116	0.825	3.957	3	0.266
Kaimas	16	20.0	49	61.3	13	16.3	2	2.5	2.01	0.077	0.684			
Viso	26	19.8	73	55.7	27	20.6	5	3.8	2.08	0.065	0.745			

3 lentelė

Respondentų socialinio užimtumo pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Socialinis užimtumas											
	Pensininkas		Dirbantis pensininkas		Pensinio amžiaus žmogus su negalia		Darbingo amžiaus žmogus su negalia		Bedarbis		Vieniša mama/tėvas, auginanti vaikus	
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Miestas	15	29.4	2	3.9	12	23.5	9	17.6	10	19.6	3	5.9
Kaimas	27	33.8	1	1.3	17	21.3	19	23.8	11	13.8	5	6.3
Viso	42	32.1	3	2.3	29	22.1	28	21.4	21	16.0	8	6.1
Chi kvadrato testas	χ^2	2.443										
	lls	5										
	p	0.785										

Respondentų gydymosi dažnio per vienerius metus šioje ligoninėje pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Gydymosi dažnis								Vidurkis			Chi kvadrato testas		
	Rečiau nei vieną kartą per metus		Vieną kartą		Du kartus		Daugiau nei du kartus							
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	X	S _x	SN	X ²	lls	p
Miestas	18	35.3	8	15.7	11	21.6	14	27.5	2.41	0.173	1.236	2.051	3	0.562
Kaimas	20	25.0	11	13.8	21	26.3	28	35.0	2.71	0.133	1.193			
Viso	38	29.0	19	14.5	32	24.4	42	32.1	2.60	0.106	1.214			

Susisiekimo nepatogumų su gydymo įstaiga buvimas

		Sunkumų atsiradimas						Chi kvadrato testas		
		Taip		Ne		Kartais				
		N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	χ ²	lls	p
Gyvenamojo vieta	Miestas	5	9.8	32	62.7	14	27.5	11.043	2	0.004
	Kaimas	26	32.5	30	37.5	24	30.0			
Viso		31	23.7	62	47.3	38	29.0			

Laukimo eilėje guldymui (stacionarizavimui) į ligoninę po to, kai buvo išrašytas šeimos gydytojo siuntimas trukmė

Gyvenamoji vieta	Trukmė								Chi kvadrato testas		
	Buvau stacionarizuotas tą pačią dieną		1 dieną		Nuo 1 dienos iki 1 savaitės		Daugiau nei 1 savaitė				
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	X ²	lls	p
Miestas	29	56.9	6	11.8	11	21.6	5	9.8	1.681	3	0.641
Kaimas	38	47.5	15	18.8	17	21.3	10	12.5			
Viso	67	51.1	21	16.0	28	21.4	15	11.5			

Informacijos apie gydymo įstaigą ir jos teikiamas paslaugas gavimo šaltiniai

Informacijos šaltinis	Gyvenamoji vieta							Chi kvadrato testas		
		Taip		Kartais		Ne		χ^2	Ils	p
		N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Spauda	Miestas	28	54.9	15	29.4	8	15.7	0.530	2	0.767
	Kaimas	48	60.0	19	23.8	13	16.3			
	Viso	76	58.0	34	26.0	21	16.0			
Televizija ir radijas	Miestas	20	40.0	14	28.0	16	32.0	1.369	2	0.504
	Kaimas	37	46.8	24	30.4	18	22.8			
	Viso	57	44.2	38	29.5	34	26.4			
Internetinės svetainės	Miestas	9	18.4	3	6.1	37	75.5	0.668	2	0.716
	Kaimas	13	16.7	8	10.3	57	73.1			
	Viso	22	17.3	11	8.7	94	74.0			
Artimieji ir pažystami	Miestas	39	79.6	6	12.2	4	8.2	1.389	2	0.499
	Kaimas	59	75.6	15	19.2	4	5.1			
	Viso	98	77.2	21	16.5	8	6.3			
Gydymo įstaigos personalo konsultacija telefonu	Miestas	22	44.0	13	26.0	15	30.0	0.096	2	0.953
	Kaimas	33	41.3	22	27.5	25	31.3			
	Viso	55	42.3	35	26.9	40	30.8			
Šeimos gydytojas	Miestas	32	64.0	12	24.0	6	12.0	0.527	2	0.768
	Kaimas	55	69.6	17	21.5	7	8.9			
	Viso	87	67.4	29	22.5	13	10.1			
Įstaigos medicinos personalas	Miestas	30	60.0	15	30.0	5	10.0	0.068	2	0.967
	Kaimas	48	60.0	25	31.3	7	8.8			
	Viso	78	60.0	40	30.8	12	9.2			

Galimybės pasirinkti gydantį gydytoją šioje sveikatos priežiūros įstaigoje pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Pasirinkimo galimybė						Chi kvadrato testas		
	Taip		Kartais		Ne		χ^2	Ils	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Miestas	33	64.7	9	17.6	9	17.6	0.690	2	0.708
Kaimas	48	60.0	13	16.3	19	23.8			
Viso	81	61.8	22	16.8	28	21.4			

9 lentelė

Pasitenkinimo, medicinos personalo kompetencija ir darbo kokybe, pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Pasitenkinimas						Chi kvadrato testas		
	Taip		Iš dalies		Ne		χ^2	Ils	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Miestas	40	78.4	10	19.6	1	2.0	0.147	2	0.929
Kaimas	62	77.5	17	21.3	1	1.3			
Viso	102	77.9	27	20.6	2	1.5			

10 lentelė

Ligoninėje teikiamų medicininių paslaugų efektyvumo ir pakankamumo ligai įveikti pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Efektyvumas ir pakankamumas								Chi kvadrato testas		
	Taip		Iš dalies		Ne		Nežinau		χ^2	Ils	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Miestas	34	66.7	12	23.5	2	3.9	3	5.9	2.380	3	0.497
Kaimas	53	66.3	24	30.0	1	1.3	2	2.5			
Viso	87	66.4	36	27.5	3	2.3	5	3.8			

11 lentelė

Visų priklausančių ir reikalingų medicininių paslaugų suteikimo įstaigoje pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Paslaugų suteikimas								Chi kvadrato testas		
	Taip		Iš dalies		Ne		Nežinau		χ^2	Ils	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Miestas	20	39.2	7	13.7	1	2.0	23	45.1	3.737	3	0.291
Kaimas	39	48.8	16	20.0	2	2.5	23	28.8			
Viso	59	45.0	23	17.6	3	2.3	46	35.1			

12 lentelė

Paslaugų teikimo organizavimo vertinimas

Gyvenamoji vieta	Vertinimas								Viso (N)	Chi kvadrato testas		
	Labai gerai		Gerai		Patenkinamai		Labai blogai			χ^2	Ils	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.				
Miestas	18	36.7	22	44.9	8	16.3	1	2.0	49	2.217	3	0.529
Kaimas	28	35.4	41	51.9	10	12.7	0	0.0				
Viso	46	35.9	63	49.2	18	14.1	1	0.8				

13 lentelė

Tiriamųjų nuomonės, ar rekomenduotų šią ligoninę savo artimiesiems, pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Rekomenduotumas						Viso (N)	Chi kvadrato testas		
	Taip		Ne		Galbūt			χ^2	lks	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.				
Miestas	37	75.5	2	4.1	10	20.4	49	1.124 ^a	2	0.570
Kaimas	63	79.7	1	1.3	15	19.0				
Viso	100	78.1	3	2.3	25	19.5				

14 lentelė

Paciento socialinės bei materialinės padėties įtakos gydymo proceso kokybei pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Įtaka								Chi kvadrato testas		
	Taip		Iš dalies		Ne		Neturiu nuomonės		χ^2	lks	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Miestas	20	40.8	7	14.3	5	10.2	17	34.7	1.900	3	0.593
Kaimas	34	43.6	13	16.7	12	15.4	19	24.4			
Viso	54	42.5	20	15.7	17	13.4	36	28.3			

15 lentelė

Respondentų nuomonės, ar papildomai mokėdami už paslaugas / priemones, Jiems suteikiamos prieinamesnės / kokybiškesnės gydymo paslaugos, pasiskirstymas

Gyvenamoji vieta	Prieinamumas/kokybiškumas								Chi kvadrato testas		
	Taip		Ne		Galbūt		Neturiu nuomonės		χ^2	lks	p
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.			
Miestas	16	32.7	2	4.1	21	42.9	10	20.4	1.372	3	0.712
Kaimas	29	37.2	4	5.1	35	44.9	10	12.8			
Viso	45	35.4	6	4.7	56	44.1	20	15.7			