

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS KATEDRA**

**ODONTOLOGIJOS KLINIKŲ PACIENTŲ
ĮGALINIMO PRIELAIDOS**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSV20, stud. Mantė Vaitkutė

Vadovas

Doc. dr. Egidijus Skarbalius

Klaipėda, 2022

SANTRAUKA

Vaitkutė M. Odontologijos klinikų pacientų įgalinimo prielaidos. Sveikatos priežiūros vadybos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas Doc. dr. Egidijus Skarbalius, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2022. – 67 p.

Darbo tikslas: išanalizuoti odontologijos klinikų pacientų įgalinimo prielaidas

Metodai. Tyrimui naudotas instrumentas: pacientų įgalinimo klausimynas (PEI) ir papildomi klausimai apie burnos problemas. Pacientų įgalinimo skalė (PEI) yra tokia: „daug geriau/daugiau“ (2 balai), „geriau/ daugiau“ (1 balas), „tas pats arba mažiau“ (0 balų) ir „man netaikoma“ (0 balų), todėl bendras balas svyruoja nuo 0 iki 12. Tyrime dalyvavo 1 Klaipėdos miesto privati odontologijos klinika ir 1 Palangos miesto privati odontologijos klinika. Iš viso apklausti 370 pacientų į kliniką atvykusių pirmą kartą arba konsultacijai. Atsako dažnis – 92,5 proc. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant kompiuterinės programos statistikos paketą „SPSS/w 20.0“ ir Excel 2010 programą. Skaičiuoti rangų aritmetiniai vidurkiai (m). Hipotezėms apie kintamojo skirstinį populiacijoje tikrinti skaičiuotas chi-kvadrato (χ^2) kriterijus. Dviejų nepriklausomų imčių ranginių kintamųjų vidutinėms reikšmėms palyginti naudotas Mann-Whitney U testas. Norint surasti sąsajas ir nustatyti ryšio stiprumą tarp kintamųjų buvo skaičiuojamas neparametrinis Spearman ranginės koreliacijos koeficientas (r). Naudoti statistinių išvadų reikšmingumo lygmenys: $p > 0,05$ – nereikšminga.

Rezultatai. Ivertinus odontologijos klinikoje konsultacijai apsilankiusius pacientus, nustatyta, kad moterys dažniausiai kreipiasi dėl endodontinio gydymo ir burnos higienos, o vyrai dažniausiai dėl dantų chirurgijos ir protezavimo. Nustatytas ir itin statistiškai reikšmingas skirtumas tarp odontologijos klinikoje apsilankiusių pacientų lyties ir amžiaus — moterų ir jaunesnių pacientų įgalinimo balo vidurkis didesnis negu vyrų ir vyresnio amžiaus pacientų ($p < 0,05$). Odontologijos klinikos pacientų įgalinimo vidurkis stipriai koreliuoja su dantų implantacija, ($r = 0.855$) taip pat su netaisyklingu sąkandžiu. ($r = 0.823$). Pacientų įgalinimą didina pakankamas gydytojo skiriamas laikas (0.820 , $p < 0.001$) ir konsultacijos metu gydytojo niekas trukdo.

Išvados. Pacientų įgalinimą didina sociodemografiniai veiksniai lytis, amžius, išsilavinimas, pakankamas gydytojo skiriamas laikas ir tai, kad konsultacijos metu gydytojo niekas trukdo. Įgalinimas priklauso ir nuo to ar pacientai gerai pažįsta gydytoją, pas kurį lankosi ir tų, kurie tikėjosi gauti receptą ir jį gavo. Taip pat įgalinimas priklauso nuo pacientų turimų burnos problemų ir klausimų susijusių su burnos sveikata.

Raktažodžiai: *pacientų įgalinimo prielaidos, pacientų įgalinimo instrumentas, odontologijos klinika, burnos sveikatos problemos.*

SUMMARY

Vaitkutė M. Assumptions for Patient Empowerment in Dental Clinics. Final paper under the master of Health Care Management. Scientific supervisor: doc. dr. Egidijus Skarbalius, Klaipėda University: Klaipėda, 2022. - 67 p.

The aim of the work: to analyze the preconditions for the enablement of patients in dental clinics

Methods. The instrument used in the study was the Patient Enablement Questionnaire (PEI) and supplementary questions on oral issues. The Patient Enablement Scale (PEI) is 'much better / more' (2 points), 'better / more' (1 point), 'same or less' (0 points) and 'not applicable to me' (0 points). therefore, the total score ranges from 0 to 12. 1 Klaipėda City Private Dental Clinic and 1 Palanga City Private Dental Clinic participated in the study. A total of 370 patients including those who came for their first visit and those who came for a consultation were interviewed at the clinic. Response rate - 92.5 percent. Statistical analysis was performed using the statistical program package SPSS / w 20.0 and Excel 2010. Arithmetic means of ranks were calculated (m). The chi-square (χ^2) criterion was calculated to test the hypotheses about the distribution of the variable in the population. The Mann-Whitney U test was used to compare the means of the ranking variables of the two independent samples. A nonparametric Spearman rank correlation coefficient (r) was calculated to find the relationships and determine the strength of the relationship between the variables. Significance levels of statistical conclusions used: $p > 0.05$ - insignificant.

Results. An evaluation of patients who visited the dental clinic for consultation found that women were more likely to seek endodontic treatment and oral hygiene, while men were most likely to seek dental surgery and prosthetics. A very statistically significant difference was found between the sex and age of patients visiting the dental clinic - the average enablement score of female and younger patients was higher than male and elderly patients ($p < 0.05$). The average of patient's empowerment in the dental clinic strongly correlated with dental implantation ($r = 0.855$) same with irregular occlusion. ($r = 0.823$). Sufficient time prescribed by the doctor increases the enablement of patients (0.820 , $p < 0.001$) and nothing interferes with the doctor during the consultation.

Conclusions. Patient enablement is enhanced by sociodemographic factors such as gender, age, education, sufficient time allotted by the physician, and the fact that nothing interferes with the physician during the consultation. Enablement also depends on whether patients are well acquainted with the doctor they visit and those who expected and received the prescription. Enablement also depends on patients' oral problems and issues related to oral health.

Keywords: Patient empowerment assumptions, Patient enablement instrument (PEI), dental clinic, oral health problems.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Tyrime dalyvavusių pacientų imties socialinės – demografinės charakteristikos	36
2.	Spearmano koreliacijos koeficientai tarp PEI elementų ir bendro rezultato.	43
3.	Pacientų įgalinimo balo (PEI) vidurkių palyginimas su kokia dantų problema respondentai kreipėsi į gydytoją odontologą (nuo 0 iki 12)	46
4.	Pacientų įgalinimo balo (PEI) vidurkių palyginimas su klausimais, kuriuos norėtų aptarti respondentai su gydytoju odontologu (nuo 0 iki 12)	46
5.	Pacientų įgalinimo balo (PEI) vidurkių palyginimas su klausimu, kaip gerai pažįstate gydytoją odontologą, pas kurį lankotės? (nuo 0 iki 12)	46

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1.	Respondentų nuomonė apie jų sveikatos būklę, pasiskirstymas pagal lytį (proc.)	36
2.	Respondentų nuomonė apie jų sveikatos būklę, pasiskirstymas pagal lytį (proc.)	37
3.	Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir dėl kokios dantų problemos kreipėsi į gydytoją odontologą? (proc.)	37
4.	Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupę ir dėl kokios dantų problemos kreipėsi į gydytoją odontologą?(proc.)	39
5.	Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir ką šiandien norėtumėt aptarti su gydytoju? (proc.)	40
6.	Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupę ir ką šiandien norėtumėt aptarti su gydytoju? (proc.)	41
7.	.Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupę ir kaip gerai pažįstata gydytoją pas kurį lankosi? (proc.)	42
8.	Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir kaip gerai pažįstata gydytoją pas kurį lankosi? (proc.)	43
9.	PEI balų vidurkių palyginimas su lytimi (nuo 0 iki 12)	43
10.	PEI balų vidurkių palyginimas su išsilavinimo laipsniu (nuo 0 iki 12)	43
11.	PEI balų vidurkių palyginimas su amžiaus grupėmis(nuo 0 iki 12)	44
12.	Respondentų atsakymų pasiskirstymas į klausimą ar tikitės šiandien gauti receptą vaistams?	46
13.	Respondentų atsakymų pasiskirstymas į klausimą ar konsultacijos metu gydytoją kažkas patrudė? (Proc.)	47

TURINYS

IVADAS	7
1. LITERATŪROS APŽVALGA	10
1.1 Pacientų įgalinimo samprata.....	10
1.2 Pacientų įgalinimo lygmenys.....	16
1.2.1 Individualus įgalinimo lygmuo.....	16
1.2.2 Bendruomeninis ir organizacinis įgalinimo lygmuo	19
1.3. Odontologijos klinikos pacientų įgalinimo svarba	21
II. EMPIRINĖ DALIS	29
2.1. Tyrimo metodika	29
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	29
2.1.2. Tyrimo metodai	29
2.1.3. Tyrimo instrumentas.....	30
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga.....	31
2.1.5. Tyrimo etika	31
2.1.6. Statistinė duomenų analizė	32
2.1.7. Respondentų sociodemografinės charakteristikos.....	32
2.2. Tyrimo rezultatai	33
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	47
IŠVADOS	49
REKOMENDACIJOS	51
LITERATŪRA	52
PRIEDAI	60

IVADAS

Temos aktualumas. Odontologija yra viena svarbiausių ir aktualiausių sveikatos priežiūros sričių. Organizuojant ir vykdant odontologinę veiklą, gydytojai odontologai susiduria ne tik su įprastiniu odontologinių paslaugų teikimu, bet ir specifiniais sunkumais dažniausiai tai būna paciento baimė ir skausmo valdymas. Moksliniai tyrimai medicinos srityje rodo, kad sveikata prasideda nuo burnos. Gera burnos sveikata šiais laikais yra ne tik dantų sveikata, bet ir atspirties taškas bendrai mūsų kūno sveikatai ir gerovei. Todėl gebėjimas pagerinti savo burnos sveikatą gali turėti teigiamų sisteminių pasekmių organizmui, patologijų prevencijai, tai turi reikšmės ir pacientų gyvenimo kokybei. (Fiorillo, et al., 2019). Labai svarbu įgyvendinti edukacines intervencijas, skirtas savęs pažinimui apie sveikatos ligos procesą, skatinant savarankiškumą ir sveikatos elgesio pokyčius, vedančius į burnos ligų prevenciją. (Jasrin, et al., 2020)

Benecke, M., ir bendraautorių (2020) atliktas tyrimas suteikia išvalgas apie įgalinimo svarbą odontologijos srityje, kuri iki šiol buvo retai tiriama ir nebuvo lyginama su kitomis medicinos sritimis. Pacientai, kurie tampa labiau atsakingi už sprendimus susijusius su jų burnos sveikata, labiau pasitiki savimi ir geba geriau kontroliuoti save įvairiais aspektais. Atsiranda atsakomybės ir savikontrolės jausmas, noras rūpintis savimi, kuris turi įtakos ne tik jų pačių sveikatos būklei, bet ir gyvenimo kokybei. Todėl labai svarbu sudaryti tokią galimybę aktyviai įsitraukti pacientams, t.y. įtraukti ne tik pacientų organizacijas, bet ir sveikatos priežiūros įstaigas, sveikatos priežiūros specialistus, pacientų artimuosius ir sudaryti jiems galimybę domėtis sveikatos sprendimais, taip užtikrinant, kad gydymas ir praktika atspindėtų realius pacientų poreikius, pageidavimus ir galimybes. (Pekonen, S. et al., 2020)

Darbo naujumas. Pacientų įgalinimas nemažai tyrinėtas užsienio šalyse, ypač žmonių sergančių lėtinėmis ligomis įgalinimas. Tačiau Lietuvoje tai mažai tyrinėta sritis. Odontologijos klinikos pacientų įgalinimas visiškai netirtas. Šiuo metu žinios apie pacientų savarankiškumą ir norą dalyvauti priimant sprendimus dantų priežiūros srityje yra ribotos. Nors keliuose leidiniuose pateikiamos tik konceptualios diskusijos, straipsniai, kuriuose pateikiami empiriniai duomenys, patvirtina teiginį, kad reikia daugiau dėmesio skirti pacientų savarankiškumui ir paciento dalyvavimui odontologijoje (Chandu, A., et al., 2011). Todėl galima teigti, kad darbo tema yra aktuali ir nauja. Lietuvoje pacientų įgalinimo klausimus nagrinėjo tik A. Skarbalienė ir bendraautoriai (2019), atlikę pacientų įgalinimo instrumento validavimo pirminėje sveikatos priežiūroje tyrimą.

Tyrimo problema. Paciento ir gydytojo konsultacijos yra labai svarbios aukštai gydymo kokybei ir pacientų priežiūrai, ypač pacientams apsilankusiems pas gydytoją odontologą. Pirminės sveikatos priežiūros esmė yra apibūdinama kaip holistinė ir kantri, todėl egzistuoja priemonės tai užfiksuoti ir

vienas iš pirmųjų rodiklių - pacientų įgalinimas (Skarbaliėnė et al., 2019). Paciento įgalinimo klausimynas buvo sukurtas tam, kad dėmesys į pacientą ir jo poreikius būtų sutelktas geriau, ir kad būtų užtikrinta konsultacijų kokybė. Todėl šiuo tyrimu siekiama išsiaiškinti, kokios prielaidos padeda įgalinti pacientą, apsilankiusį odontologijos klinikoje, t.y. padėti pacientui suprasti ir susidoroti su jo sveikatos problemomis.

Tyrimo objektas –odontologijos klinikų pacientų įgalinimo prielaidos.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti odontologijos klinikų pacientų įgalinimo prielaidas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti pacientų įgalinimo sampratą.
2. Nustatyti odontologijos klinikų pacientų burnos problemas .
3. Nustatyti odontologijos klinikų pacientų įgalinimo prielaidas.

Hipotezės:

1. Odontologijos klinikoje apsilankiusių moterų įgalinimas didesnis negu vyrų.
2. Didėjant odontologijos klinikos pacientų amžiui įgalinimas mažėja.
3. Pacientų, apsilankiusių odontologijos klinikoje ir turinčių biomedicininį problemų įgalinimas didesnis negu pacientų turinčių socialinių problemų.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa, statistinė duomenų analizė.

Darbo struktūra: darbą sudaro teorinė ir praktinė dalys. Teorinėje dalyje analizuojama mokslinėje literatūroje pateikta pacientų įgalinimo samprata. Praktinėje dalyje pateikiami anketinių duomenų statistiniai skaičiavimai. Pateikiamos išsikeltus uždavinius atitinkančios išvados ir rekomendacijos.

SANTRUMPOS

PEI (anglų k.) – „Patient enablement instrument“ (Pacientų įgalinimo instrumentas

lent. – lentelė

PSO – Pasaulinė Sveikatos Organizacija

proc. – procentai

SPSS (anglų k.) – „Statistical Package for Social Science“ (statistinės programinės įrangos paketas)

NHS (anglų k.) – „National Health Service“ (Anglijos Nacionalinė sveikatos tarnyba)

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Pacientų įgalinimo samprata

Pacientų įgalinimas yra koncepcija, kuri buvo pristatyta siekiant leisti pacientams atsisakyti savo pasyvaus vaidmens ir aktyviai dalyvauti priimant sprendimus dėl savo sveikatos būklės ir gyvenimo kokybės. Ši koncepcija pagrįsta socialiniais veiksmais ir siejama su bendruomenės interesais ir bandymais padidinti engiamų grupių, tokių kaip vargšai, darbininkų klasės gyventojai, moterys ir etninės mažumos, autonomiją, galią ir įtaką (Castro, Van Regenmortel, et al., 2016). Per septintojo dešimtmečio pilietinių teisių judėjimą įgalinimo sąvoka dar labiau išsiplėtė, akcentuojant asmenų ir bendruomenių teises ir gebėjimus, o ne sutelkiant dėmesį į jų trūkumus ir poreikius (Barr, Scholl, et al., 2015). Devintajame dešimtmetyje įgalinimo idėją perėmė savipagalbos judėjimas ir nuo to laiko ji toliau auga. Per pastaruosius tris dešimtmečius eilė politikos pokyčių atvėrė kelią tarptautiniam dėmesiui, kurį šiuo metu pritraukia pacientų įgalinimas. Pasaulio sveikatos organizacija parengė gaires, kuriose pabrėžiama, kad pacientų balsas turi būti išgirstas (Power et al., 2019). Dėmesys skiriamas tam, kad padėti žmonėms kontroliuoti veiksnius, galinčius turėti įtakos jų sveikatai. Pabrėžiama, kad tiek individualus, tiek kolektyvinis įgalinimas yra labai svarbus pacientų gebėjimui kontroliuoti savo gyvenimą. Atsižvelgiant į norą suteikti daugiau galių pacientams, atsirado tendencija, kad pacientai į gydymą įsitrauktų labiau. Šios tendencijos pagrindas yra teisinių reglamentų ir politikos raida, visuomenės raida ir sveikatos apsauga (Jørgensen et al., 2018). Kviečiant pacientus dalyvauti priimant sprendimus dėl priežiūros galima įveikti atotrūkį tarp profesinių žinių ir žinių iš patirties, o sveikatos priežiūra tampa labiau orientuota į pacientą (Pekonen, et al., 2020).

1969 m. Michael ir Enid Baling pristatė į pacientą orientuotą mediciną t.y. kaip „kitą medicininio mąstymo būdą“ medicinos srityje. Į diagnozę ir gydymą gydytojai turėjo įtraukti viską, ką žinojo apie savo pacientą. Dėmesys buvo skiriamas ne tik medicininiams-techniniams aspektams, bet ir emociniams, dvasiniams bei santykių aspektams. Tai vertinama kaip požiūris, kuriuo atsižvelgiama į paciento individualumą, vertybes, etninę kilmę, socialinę kilmę ir informacijos poreikius. Nors tyrimų ir sveikatos politikos dėmesys dešimtmečius buvo orientuotas į pacientą, nėra bendro sutarimo dėl jo apibrėžimo (Castro, Van Regenmortel et al., 2016).

Mokslinėje literatūroje pacientų įgalinimas, pacientų dalyvavimas ir orientacija į pacientą jau seniai yra populiarios sąvokos. Nepaisant šių trijų terminų populiarumo, esama mokslinė literatūra nepateikia vienareikšmių šių sąvokų apibrėžimų ir neaišku, kaip jos yra susijusios. Pacientų įgalinimas įgyja vis didesnę tarptautinę reikšmę sveikatos priežiūros srityje. Vakarų kultūros poslinkis į didėjančią vartotojiškumą ir individualizmą, institucinę sveikatos priežiūros kultūrą pamažu tolsta nuo paternalizmo etikos link galimybės pacientams suteikti galimybę priimti pagrįstus

sprendimus. Tą parodo susidomėjimas plėtoti ir įgyvendinti teisingesnius ir bendradarbiaujančius požiūrius į sveikatos priežiūros santykius, įskaitant bendrą sprendimų priėmimą (Chan, et al., 2020).

Yra keletas mokslinių įrodymų, kad paciento įgalinimas gali pagerinti ekonomiškai efektyvų naudojimąsi sveikatos paslaugomis. Teigiama, kad pacientų įgalinimo programos gali gerinti psichikos sveikatą, gydytojo ir paciento bendravimą, paskatinti sveiką mitybą ir paciento savarankiškumą, nors buvo suabejota esamų priemonių pajėgumu fiksuoti naudą pacientui.

Anglijos nacionalinės sveikatos tarnybos (NHS) pacientų įgalinimą įvardija kaip iniciatyvą, skirtą suteikti NHS pacientams didesnę pasirinkimą ir galimybę kontroliuoti savo sveikatos priežiūros paslaugas, pavyzdžiui, asmeninius sveikatos biudžetus ir individualizuotas priežiūros planus. Panašiai kaip JAV, į pacientą orientuotos priežiūros kokybę, įskaitant pacientų įgalinimą, netrukus gali būti susieta su sveikatos priežiūros specialistų atlyginimu ir patobulinta teisine apsauga. Tačiau, nepaisant to, nėra susitarimo dėl geriausio būdo įrodyti, kad pacientai iš tikrųjų buvo įgalinti (Ludwig, et al., 2020).

Įgalinimo būdai, susieti su visapusiška pirmine sveikatos priežiūra, yra ne tik pačio asmens reikalas, bet ir nelygių socialinių sąlygų sumažinimas arba pagerinimas. Taip pat laikomasi požiūrio į sveikatos stiprinimą, apimančią paciento savarankiškumą, kuris užtikrina pacientą aktyviai dalyvauti jų slaugoje, pasitikėti veiksmingumo pasiekimu. Manoma, kad įgalinimas yra susijęs su santykių galios pasikeitimu, kuri šiuo metu paprastai egzistuoja tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto. Taip pat įgalinimas gali būti suprantamas kaip žmogaus teisės arba socialinis teisingumas (De Santis, et al., 2019).

Terminas įgalinimas yra menkai apibrėžtas. Tai yra įprasta su apibrėžimais, kuriuose yra saviveiksmingumo ar savo gyvenimo valdymo elementas. Tai galima suprasti kaip individualią būtybę, kuri gali matyti ryšį tarp savo pastangų ir jų pasekmių. Įgalinimas suprantamas kaip sprendimų priėmimą įgalinantis procesas norint pasiekti pokyčių. Nurodyta, kad įgalinimas gali būti aiškinamas kaip valdžios perėmimo procesas arba galios suteikimas. Egzistuoja įgalinimu grįsto sveikatos mokymo, skirto gerovei, principai. (Cerezo, et al 2016). Šie principai yra tokie:

1. Pagarba kultūrai. Tai būtina sąlyga visiems žmonėms, dalyvaujantiems mokymosi sveikatos labui ir gerovei.
2. Kultūrinis ir vietinis programų jautrumas.
3. Edukacinė medžiaga ir galimybės. Išnagrinėtos pagrindinės prielaidos apie rasę ir kultūrą.
4. Bendruomenės ir vietos ryšio jausmas.
5. Autentiško dalyvavimo stiprinimas.
6. Žmonių įgūdžių ir kontrolės išteklių didinimas.
7. Lyderystės skatinimas ir plėtra.
8. Laikas ir erdvė nustatyti struktūrines kliūtis ir įgalinimo intervencijų pagalbininkus.

9. Struktūrinių kliūčių įveikimo mechanizmai ir įgalinimo intervencijų pagalbininkai.
10. Medžiagos vaidmens supratimas ir socialinės jėgos, kuriomis grindžiami suvaržymai, geros sveikatos būklės ar asmens sveikatos įgūdžiai.

Apskritai šie principai yra susiję su socialiniu kontekstu, su žmonių žiniomis ir patirtimi tarp geros ir blogos sveikatos bei struktūrinių kliūčių, kurios turi įtakos jų savivaldai. Taigi asmuo yra laikomas platesnėmia bendruomenės kontekste, net neskaitant globėjų ir šeimos. Tai reiškia, kad gerbiama paciento kultūra, pripažinti jo šeimos ir bendruomenės kontekstai bei poreikis pašalinti šias kliūtis paciento gerovei pasiekti. Paciento savarankiškumo jausmas yra įgalinimo pagrindas (Hwang, et al., 2019).

Įgalinimas yra susijęs su individualiais klientais ir pacientais, dalyvaujančiais sveikatos sistemoje. Toks dalyvavimas duoda daugiau pasitikėjimo tuo, ką asmuo gali pasiūlyti, ne tik jų asmeninei priežiūrai, bet ir sistemai su kuria jie susiduria rūpindamiesi savimi. Taigi, iš esmės skirtumas yra dėl vertės, asmens žinių ir patirties. Tai atsispindi žinojime, kad pacientas gali prisidėti prie savo sveikatos gydymo, ne tik savo sveikatos priežiūra. Toks požiūris turi potencialą paveikti pagrindinę prielaidą, susijusią su elgsenos keitimo požiūriu į įgalinimą, pavyzdžiui, paciento, kurio sveikata kelia susirūpinimą – individas tiesiogiai sąveikauja su sveikatos sistema per kontaktą su sveikatos priežiūros specialistais. Pripažinimą, kurį asmenys gauna iš sveikatos priežiūros specialisto, turintys lėtinę ligą, dažniausiai gauna savaime, nepaisant jų kontakto su sveikatos sistemomis. Iš esmės, valdžia priklauso nuo individo nepaisant to, kaip sveikatos sistema tai suvokia. Pacientai gali turėti daug žinių ir galių, susijusių su lėtinių ligų valdymu (Karni, et al., 2020).

Pacientų įgalinimas vis dažniau pripažįstamas kaip pagrindinė aukštos kokybės į pacientą orientuotos priežiūros vertybė. Be to, daugelyje sveikatos politikos programų pabrėžiamas pacientų įgalinimas. Paciento įgalinimas paprastai vartojamas nurodant pacientų gebėjimą kontroliuoti savo sveikatą, taip pat jų gebėjimą labiau įsitraukti į jų priežiūrą. Daugelis ankstesnių tyrimų parodė, kad geresnis pacientų įgalinimas yra susijęs su geresniais sveikatos rezultatais, pavyzdžiui, savijauta, savivalda, sveikatos būkle, gyvenimo kokybe ir ekonomiškumu. Todėl sveikatos priežiūros srityje svarbu atpažinti ir įvertinti pacientų įgalinimo lygį, nes tai padeda pavyzdžiui, savijauta, savivalda, sveikatos būkle, gyvenimo kokybe ir ekonomiškumu. Todėl sveikatos priežiūros srityje svarbu atpažinti ir įvertinti pacientų įgalinimo lygį, nes tai padeda sveikatos priežiūros specialistams remti pacientų įgalinimą, teikiant kiekvienam pacientui pritaikytą priežiūrą ir švietimą. Be to, įgalinimas - tai pats rezultatas, ir gali būti naudojamas pacientų sveikatos priežiūros paslaugų rezultatams matuoti. Ši koncepcija apima psichologinį, bendruomenės ir organizacinį įgalinimą. Psichologinis įgalinimas yra procesas, kurį žmonės sukuria, arba jiems suteikiamos galimybės kontroliuoti savo gyvenimą. Tai apima intraasmeninius, sąveikos ir elgesio komponentus (Chiauzzi, et al., 2016).

Organizacijos įgalinimas apima procesus, leidžiančius asmenims padidinti savo kontrolę organizacijoje. Tuo tarpu pati organizacija gali daryti didesnę įtaką bendruomenės politikai ir sprendimams. Bendruomenės įgalinimas – tai procesas, apimantis asmenų ir organizacijų sąveiką, siekiant pagerinti bendruomenės gyvenimą ir taip daryti pokyčius didesnėje socialinėje sistemoje (Wakefield, et al., 2018).

Įgalinimo samprata yra daugiamatė, turinti daug skirtingų apibrėžimų. Tačiau sutarimo dėl įgalinimo apibrėžimo vis dar trūksta. Į esamus apibrėžimus įtraukiami pacientų pajėgumai, galia, žinios, pacientų veikla/elgesys, pavyzdžiui, racionalus sprendimas, bendras sprendimų priėmimas ir savo ligos bei savo gyvenimo valdymas. Be to, sveikatos priežiūros specialistų parama buvo pabrėžta pacientų įgalinimo srityje. Pacientai turi įgalinti save, o sveikatos priežiūros specialistai gali tik padėti pacientams jų įgalinimo procese (Abrahams, et al., 2018).

Keletas tyrimų bandė paaiškinti pacientų įgalinimo sąvoką. Jie rado su įgalinimu susijusių sąvokų, tokių kaip įgalinimas, įsitraukimas, aktyvinimas ir asmeninė kontrolė. Šios sąvokos su atitinkamomis konstrukcijomis kaip įgalinimo sąvoka buvo naudojamos panašiose situacijose. Visos šios sąvokos pabrėžia svarbų pacientų vaidmenį jų pačių slaugoje. Fumagalli, et al., (2017) paaiškino sąvokų ribas. Įgalinti pacientai supranta savo sveikatos būklę ir gali dalyvauti rūpinantis savimi ar bendrai priimant sprendimus, tačiau jie nebūtinai turi motyvacijos ir galių. Šią sąvoką galima laikyti išsamesnės „įgalinto paciento“ sąvokos pogrupiu. Įsitraukęs pacientas turi stiprią motyvaciją tapti labiau išmanančiu ir galingesniu. Jis turi motyvaciją valdyti savo ligą, tačiau nebūtinai turi pakankamai gebėjimų ir galių rūpintis savimi. Paciento aktyvinimas pabrėžia pacientų gebėjimą ir motyvaciją valdyti savo sveikatą. Tam reikia, kad pacientai turėtų žinių, įgūdžių ir pasitikėjimo, kad galėtų valdyti savo sveikatą ir suprastų savo vaidmenį priežiūros procese. Abi sąvokos, paciento įgalinimas ir paciento aktyvinimas, yra susijusios su padidėjusiais gebėjimais, motyvacija ir galia, tačiau paciento įgalinimas turi didesnę reikšmę nei aktyvinimas.

Panašiai Anderson, et al., (2019) apibrėžimas siekia pakeisti gydytojo ir paciento asimetriją, kad pacientai galėtų „priimti atsakomybę“ už savo sveikatą. Šiose apibrėžtyse sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo vaidmuo lieka neaiškus. Daroma prielaida, kad pacientai yra atsakingi už sveikatos priežiūros sprendimus, kurių jie gali nepajėgti arba nenorėti priimti. Kitas įgalinimo apibrėžimas, kurį pasiūlė pacientų grupė, atspindi globalų požiūrį į pacientą ir kaip į asmenį visuomenėje. Skirtingai nei ankstesniuose apibrėžimuose, paciento vaidmuo yra aiškus (apibrėžta, kas jam svarbu); tačiau taip pat neatsižvelgiama į esminį sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo (taip pat ir kitų) vaidmenį, kuris gali padėti pacientui įgyti galių. Taigi galima teigti, kad pacientų įgalinimas buvo pernelyg susietas su asmens savarankiškumu (Lastinger, et al., 2017).

Bėgant laikui pacientų įgalinimo matavimas išaugo. Barr, et al., (2018) apibendrino keturis sisteminius įgalinimo vertinimo instrumentus: du skirti su sveikata susijusiam įgalinimui,

vienas – pacientų įgalinimui, ir vienas skirtas vėžiu sergantiems pacientams (Pekonen, et al., 2020). Su sveikata susijusios įgalinimo priemonės daugiausia buvo skirtos tėvams ar šeimos nariams, vaikams, bendruomenės įgalinimui arba socialinei ir politinei kontrolei, įskaitant su liga ir situacija susijusias priemones. Barr, et al., (2018) nustatė dar 19 pacientų įgalinimo priemonių, tačiau dauguma jų buvo specifinės ligos. Tik šeši instrumentai buvo įvertinti kaip bendriniai, iš kurių du apėmė įgalinimą tik subskalės lygmeniu, vienas įvertino įgalinimą vaistų terapijos kontekste, vienas buvo skirtas ligoninių personalo veiksams, siekiant suteikti daugiau galių pacientams, o dvi priemonės nebuvo skirtos jokioms specialioms ligoms. Ankstesnėse apžvalgose daugumos instrumentų problema buvo žema metodinė kokybė ir visapusių psichometrinių testų trūkumas, tačiau nors ir buvo pastebėtas bendrųjų įgalinimo priemonių poreikis, naudojamas vertinant sveikatos priežiūrą, nėra sistemingai atliekamų bendrųjų pacientų įgalinimo priemonių apžvalgų.

Paciento įgalinimo koncepcija yra glaudžiai susijusi su vykstančiu paradigmos pokyčiu nuo paternalistinio iki į pacientą orientuoto dalyvavimo modelio. Pastaraisiais dešimtmečiais sveikatos priežiūros sistemos patyrė didelį paradigmos poslinkį nuo paciento ir gydytojo santykių link paciento ir sveikatos priežiūros specialistų santykių, kai pacientai, kaip vartotojai, turi daugiau lygybės pasirinkti savo sveikatos priežiūros paslaugas ir galimybę jas gauti. Sprendimus priimantys asmenys, įskaitant Pasaulio sveikatos organizaciją, jau seniai laikė pacientų įgalinimą prioritetu, nes tikėjosi, kad tai gali iš esmės pagerinti ligų kontrolę, optimizuoti sveikatos priežiūros naudojimą ir pacientų pasitenkinimą. Nors bendrai sutariama, kad pacientų įgalinimas reiškia savikontrolės ir savęs veiksmingumo įgalinimą, tikslios jo ribos, turinys ir operatyvumas išliko sunkiai suprantami ir įvairiai apibūdinami paskelbtose koncepcijos sistemose. Kadangi trūksta vienijančių apibrėžimų, tyrimai, kuriuose vertinamas pacientų įgalinimas, dažnai taiko savavališkus apibrėžimus arba tiesiog Pacientų įgalinimo tyrimai paprastai apima ir kitus susijusių rodiklius, tokius kaip ligos kontrolė, gyvenimo kokybė. O sveikatos priežiūros panaudojimo komponentai yra integruoti į pacientų įgalinimą (Karni, et al., 2020).

Pacientų įgalinimas plačiai laikomas pagrindine sveikatos priežiūros modernizavimo tema link „sveikatos ir ligų savivaldos“ (Fumagalli, et al., 2015). Į pacientų įgalinimo reiškinį dažnai žiūrima kaip į bandymą optimizuoti išteklius ir sveikatos priežiūros specialistus. Taigi pacientų įgalinimas vertinamas yra naujausias ir per šimtmetį energingos diskusijos sulaukęs apie medicininės atsakomybės ribas ir iš pažiūros nesustabdomas medicinos galių plėtimasis (Karni, et al., 2020). Šiuo požiūriu pacientų įgalinimas suteikia galimybę apriboti ir net panaikinti šią ribą, iš naujo skiriant tam tikrą medicininę atsakomybę pacientui. Galiausiai tai leidžia prisidėti prie vykstančios diskusijos, propaguojant požiūrį į pacientų įgalinimą kaip atsirandančią taktinę sąveiką su socialine aplinka, galinčią turėti įtakos (Schneider-Kamp, et al., 2020).

Gydymo rezultatų ir gyvenimo kokybės požiūriu įgalinimas yra naudingas tikslas tiek paciento, tiek sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo požiūriu. Tai ypač pasakytina apie epilepsiją ir gretutines psichikos ligas, įskaitant psichogeninius neepilepsinius priepuolius. Šie pacientai turėjo ilgas sveikatos priežiūros keliones ir turi susidurti su daugybe su jų būkle susijusių suvaržymų. Epilepsijų ir susijusių gretutinių ligų sudėtingumas taip pat daro juos ypač pažeidžiamus, kad jų šeimos arba sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai „kalbėtų apie juos“. Tačiau jie taip pat yra tie pacientai, kurie gali gauti daugiausia naudos iš pacientų įgalinimo programavimo. Visų pirma, įgalinimas gali būti priemonė jiems išsiugdyti didesnę pasirinkimą ir įveikti per didelės apsaugos našta. Antra, tai gali suteikti jiems pasitikėjimo įveikti praeities nesėkmes ir padėti planuoti savo gyvenimą. Galiausiai tai gali padėti jiems geriau suprasti savo epilepsiją, gydymą ir rasti individualių būdų, kaip ją valdyti. Pavyzdžiui, gretutinių ligų ir ypač psichogeninių neepilepsinių priepuolių atveju, įgalinimo programavimas ugdant žinias apie savo epilepsiją gali padėti pacientams geriau reguliuoti emocijas. (Remelhe, et al., 2020)

Bogaert B. ir bendraautorių (2017) atliktame tyrime pagrindinis dėmesys buvo skiriamas įgalinimo sąvokos išaiškinimui iš paciento perspektyvos, siekiant geriau suprasti, ko jiems reikia ir ko jie nori iš įgalinimo, taip pat padėti sukurti realų įgalinimo programavimą. Pirmasis tyrimo tikslas buvo sukurti naują konceptualią pacientų įgalinimo sistemą, pagrįstą paciento, sergančio epilepsija, perspektyva. Antrasis tikslas buvo pateikti šias perspektyvas tiems, kurie turi daugiau sunkumų, ypač pacientams, sergantiems atsparia epilepsija, nes šie pacientai dažnai nepatenka į diskusiją apie įgalinimą. (Wach, et al., 2016)

Motyvacija, susijusi su įgalinimu, yra visoje literatūroje, tačiau atrodo, kad trūksta paaiškinimo, kokie veiksniai skatina žmones sėkmingai keisti savo elgesį ir nulemia laiką, reikalingą elgesio pokyčiams. Wach, Darbach, Ruffind, Bruken ir Spinath (2016) teigia, kad įgalinimas yra asmens įsitikinimas arba motyvacinė būseną. Žinios ir įgūdžiai yra būtini komponentai, tačiau jų nepakanka norint pasiekti pokyčių. Kai asmenys, kurių saviveiksmingumas yra žemas, susiduria su stresinėmis situacijomis, jie linkę abejoti savo sugebėjimais, mažindami pastangas arba visiškai pasiduodami. Priešingai, žmonės, turintys didelį savęs efektyvumą, dės daugiau pastangų siekdami norimų pokyčių. Asmens įgalinimas padidina savarankiškumą.

Taigi apibenrinant galima teigti, kad į pacientą orientuota medicininė priežiūra įgauna svarbą, o ekspertai sutinka, kad norint teikti aukščiausios kokybės priežiūrą būtinas į pacientą orientuotas požiūris. Siekiant teikti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, paciento įgalinimas yra laikomas gyvybiškai svarbiu procesu. Paciento įgalinimas apibūdinamas kaip procesas, kurio metu sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo intervencija atpažįsta, skatina ir sustiprina paciento gebėjimą kontroliuoti savo sveikatą ir gyvenimą. Šie procesai yra skirti pagerinti paciento gebėjimui suprasti savo būklę ir pasitikėjimui atlikti medicininį gydymą.

1.2 Pacientų įgalinimo lygmenys

1.2.1 Individualus įgalinimo lygmuo

Individualus pacientų įgalinimas yra susijęs su procesais, per kuriuos žmonės gali pagerinti savo gebėjimus plėtoti, kontroliuoti ir valdyti asmeninius ir savo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo santykius (Jensen, et al., 2017). Pacientai gali jaustis įgalioti arba imtis veiksmų, kad pagerintų savo sveikatos būklę. Tai gali paskatinti išitraukimą, arba yra galimybė įgyti galių bendravimui su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Paciento aktyvinimas apibrėžiamas kaip savo vaidmens sveikatos priežiūros procese supratimas ir žinių, įgūdžių bei pasitikėjimo savimi turėjimas tam vaidmeniui prisiimti. Paciento įgalinimas apima paciento partnerystę ir paciento aktyvumą (Maria Adela, et al., 2015).

Literatūroje, kalbant apie individualų pacientų įgalinimą, daugiausia dėmesio autoriai skiria retomis ar lėtinėmis ligoms sergantiems pacientams, nes tai reikalauja daugiausiai bendradarbiavimo tarp paciento ir gydytojo. Individualus įgalinimas padeda pacientų kontrolės skatinimo politikai (tiek dėl ligos, tiek dėl jų sveikatos priežiūros) (Boudioni, et al., 2017). Svarbu pabrėžti, kad reta ar lėtine liga sergantiems žmonėms suteiktas individualus įgalinimas reikalingas dėl tarpininkavimo ir sparčios informacijos, susijusios su sveikata, gavimo, ypač kai nėra konkrečios ligos pacientų organizacijos (De Santis, et al., 2019). Dar vienas asmens įgalinimo komponentas – tai gebėjimas rūpintis savimi, įskaitant savarankišką būklės valdymą. Šis gebėjimas pacientui padeda susidoroti su visais jo būklės elementais, įskaitant simptomus, gydymą, fizines ir psichosocialines pasekmes bei gyvenimo būdo pokyčius. Šį komponentą sukontroliuoti padeda koordinuotas požiūris tarp gydytojų, pacientų, slaugytojų ir sveikatos priežiūros organizacijų (Mattei, et al., 2020).

Sveikatos priežiūros srityje terminas „paciento įgalinimas“ įgavo svarbą atsitraukus nuo paternalizmo, siekiant teisingesnių ir bendradarbiaujančių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių, turinčių potencialą pagerinti priežiūros ekonomiškumą, ypač žmonių, kuriuos paveikė ilgalaikiai negalavimai ar lėtinės ligos. (Bravo, et al., 2019). Europos pacientų forumas paaiškina skirtumą tarp individualaus (paciento) ir kolektyvinio (paciento bendruomenės) lygmenų. Tai yra skirtumas tarp asmeninių įgūdžių įgijimo ir kūrimo savitarpio paramos grupėse, kuriose problemos nustatomos per informacijos dalijimąsi (Jensen, et al., 2017).

Kitas svarbus niuansas, pabrėžtas ES finansuojamoje EMPATHIE projekte („Pacientų įgalinimas lėtinių ligų valdyme“) yra tai, kad įgalintas pacientas gali kontroliuoti savo būklę kasdieniame gyvenime ir ugdyti pasitikėjimą savimi, savigarbą ir įveikimą, valdyti fizinį, emocinį ir socialinį ligos poveikį kasdieniame gyvenime. Todėl paciento įgalinimas gali neapsiriboti vien tik keitimu to, kaip žmogus valdo sveikatos priežiūros strategijas, bet ir įeiti į kasdienio gyvenimo sritį (Jensen, et al., 2017). Faktas, kad paciento įgalinimas kaip procesas atsiranda individualiame ir

kolektyviniame lygmenyje, taip pat medicinos kontekste ir už jo ribų, reiškia, kad paciento įgalinimas gali turėti įtakos sekančiais lygmenimis (Power, et al., 2019):

1) *mikro (paciento) lygmeniu*, kalbant apie pagerėjusią sveikatą, didesnę pasitenkinimą gydymo galimybėmis, gyvenimo kokybę ir psichologinę būklę;

2) *makrokomandoje (bendruomenėje)* - sveikatos ir socialinių paslaugų kokybės lygio ir intervencijų, kurios geriau atitiktų poreikius, kūrimas;

3) *politikos lygmeniu*, atsižvelgiant į politikos prioritetų nustatymą, planavimą, ir ekonomiškumą.

Atsižvelgiant į šiuos elementus, egzistuoja keturi komponentai, kurie gali būti laikomi pagrindiniais paciento įgalinimo procese:

1) supratimas paciento, atliekančio savo vaidmenį;

2) pacientų pritraukimas turint pakankamai žinių;

3) paciento įgūdžiai;

4) palengvinančios aplinkos buvimas.

Nors terminas paciento įgalinimas gali turėti skirtingas reikšmes ir interpretacijas, paciento įgalinimas paprastai reiškia procesą, kuris leidžia asmeniui ar bendruomenei įgyti žinių ir įgūdžių, reikalingų jų priežiūros pasirinkimui. Retų ir lėtinių ligų srityje šis įgalinimo procesas įgauna dar didesnę vertę. Pirmiausia, dėl mažo paplitimo ir kompetencijos stokos bei informacijos trūkumo, pacientas priverstas išmanyti apie savo ligos būklę. Be to, žmonėms, sergantiems reta ar lėtine liga, dažnai kyla didelė rizika dėl prastos gyvenimo kokybės, įskaitant padidėjusį nerimo, depresijos, skausmo, nuovargio lygį ir ribotą gebėjimą dalyvauti visuomenės gyvenime. „RareBarometer“ tyrimas, kuriame yra daugiau nei 3000 respondentų, pateikia išsamių įrodymų. Buvo padaryta išvada, kad, nors kiekviena liga ir gali turėti savo charakteristikos rinkinį ir poveikį sveikatai, žmonės, gyvenantys su reta liga dažnai dalijasi panašia patirtimi ir iššūkiais, įskaitant ribotą informaciją, negydymą, ilgą laiką iki diagnozės nustatymo ir izoliacijos (Braut, et al., 2016).

Strategija turi būti tokia, kuri leistų pasiekti aukščiausius įmanomus standartus, susijusius su sveikata, bet tai priklauso nuo visapusiško, holistinio požiūrio, kuris apima ne tik tradicinę gydomąją priežiūrą, bet ir pacientus, bendruomenes, sveikatos priežiūros specialistus ir kitas suinteresuotas šalis. Šis holistinis požiūris turėtų suteikti galių asmenims ir bendruomenėms imtis veiksmų savo sveikatos labui. Taip pat skatinti lygybę bendradarbiaujant su visuomene, skatinti tarpsektorinius veiksmus, kuriant sveiką viešąją politiką ir tvarias sveikatos sistemas. Šie veiksniai neįgyvendinami per vieną dieną, nes tam reikalingas laikas. Procesas reikalauja visokeriopų išteklių, nuolatinių asmeninių pastangų (Jiang, et al., 2020).

Pacientų įgalinimas yra užduotis, kuri apima sveikatos priežiūros specialistus, politikos formuotojus bei kitus visuomenės asmenis, susijusius su pacientų sveikata ir gerove. Pacientų

įgalinimas - tai galimybių ir aplinkos ugdyti įgūdžius suteikimas, pasitikėjimo ir žinių įgijimas tam, kad būtų galima judėti nuo pasyvaus priežiūros gavėjo iki aktyvaus partnerio (Abadi, et al., 2021) Įgalinimas turi vykti vienu metu tiek visuomenės, tiek individo lygmeniu. Todėl reikia kultūrinių pokyčių, apimančių pokyčius jėgų pusiausvyroje, kad būtų galima atpažinti lėtinius ligonius kaip savo pačių priežiūros ekspertus pagal patirtį, ir kaip savo būklės „valdytojus“ bendradarbiaujant su sveikatos profesionalais (Maclachlan, et al., 2016).

Remiantis M. Rimondini (2019), pacientų įgalinimas vis labiau pripažįstamas kaip esminis į pacientą orientuotas aspektas sveikatos priežiūroje (Cortez, et al., 2017), kuris gali pagerinti pacientų supratimą apie savo sveikatos kontrolę bei sveikatos priežiūros procesą. Užuo tik pasyviai gavę sveikatos priežiūros pagalbą, pacientai gali tam tikru mastu tapti apsisprendusiais ir nepriklausomais, galinčiais turėti teigiamą poveikį kelioms sveikatos pasekmėms, pavyzdžiui, paskirto gydymo laikymuisi ir savitarnos praktikai. Be to, gerinant kokybę ir priežiūrą, įtraukiant pacientus, teigiami rezultatai gali būti pastebimi ir pacientų saugumo požiūriu. Rizikos valdymas vis dar neįvertinamas.

Neseniai Peat, et al., (2017) pasiūlė sistemą, leidžiančią konceptualizuoti galimus maršrutus, kuriais pacientai gali būti įtraukti į jų priežiūrą ir reikšmingai prisidėti prie savo saugumo gerinimo. Pavyzdžiui, pacientai gali padėti užtikrinti, kad tinkamas gydymas skiriamas teisingai, dalijantis reikšminga informacija apie sveikatą su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, ir taip gauti atsakymus į klausimus apie pasirinktą gydymo būdą. Taip pat pabrėžiama būtinybė toliau skatinti pacientų įgalinimą rizikos valdymo srityje, kur žmogiškasis faktorius gali atlikti svarbų vaidmenį užtikrinant saugumą. Iš tiesų, remiantis tradiciniu rizikos valdymo metodu, žmogaus klaidinimas egzistuoja ir gali būti veiksmingai pašalintas atliekant sistemos pakeitimus ir gerinant apsaugą, kuri gali padėti išvengti nepageidaujamų įvykių ar sušvelninti jų poveikį. Toks požiūris leidžia daryti prielaidą, kad žmogaus kintamumas yra potenciali grėsmė pacientų saugai ir ją reikia sumažinti atitinkamais sisteminiais pokyčiais.

Naujausioje literatūroje pasiūlytas kitoks požiūris į žmogų, laikantis jį vertingu ištekliu, stiprinančiu sistemos lankstumą ir atsparumą (t. y. sistemos, skirtos netikėtiems, nesaugiems įvykiams valdyti, greitai atkurti priimtina kintamumo lygį, galintį užkirsti kelią nepageidaujamiems reiškiniams) (Johansson, et al., 2021). Šiais įrodymais ne tik sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, bet ir pacientai bei pacientų slaugytojai, kurie yra bet kokio sveikatos priežiūros proceso taškas, turėtų vaidinti pagrindinį vaidmenį aktyviai vykdant užduotis ir didinant saugą. Pavyzdžiui, Weingart, ir bendraautoriai (2018) parodė, kad pacientai galėjo nustatyti medicininės klaidas, kurių nepripažįsta jų gydytojai ar kiti su jų priežiūra susiję sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai. Pavyzdžiui, pacientų baimė sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, gydytojams gali trukdyti įgyvendinti pacientų įgalinimą.

Pabrėžta, kad pacientai save suvokia kaip pažeidžiamus ir tai priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Kai kuriems pacientams jausmas, kad jie yra atsakingi už saugų gydymą, gali padidinti nerimą ir yra našta.

Apibendrinant galima sakyti, kad individualiu įgalinimu siekiama sumažinti žmogaus, atsidūrusio problemiškoje situacijoje, bejėgiškumą. Svarbu integruoti pacientus į klinikinių tyrimų planą, sutelkiant dėmesį į reikšmingus galutinius taškus ir paciento rezultatus, skatinti pacientų mokymą, švietimą ir gebėjimus kuriant iniciatyvas, kad pacientai galėtų tapti visaverčiais partneriais priimant sprendimus. Pavyzdžiui, kalbant apie klinikinių tyrimų planą, mokymas yra labai svarbus, kad pacientai suprastų mokslinius dalykus.. Todėl galima išskirti šiuos individualaus įgalinimo veiksnius:

- skatinimas;
- motyvavimas;
- mokymas (ugdymas),
- savivertės kėlimas;
- individualūs, bendruomeniniai ir visuomeniniai ryšiai;
- ištekliai.

Tai skatina keistis ir keisti savo aplinką, kritiškai ir atsakingai mąstyti bei veikti, suteikia pasirinkimo galimybių laisvę, reikiamų žinių, įgūdžių, išteklių, drauge skatinama prisiimti atsakomybę už savo poelgius ir gyvenimą

1.2.2 Bendruomeninis ir organizacinis įgalinimo lygmuo

Bendruomeninis palaikymas leidžia ugdyti pasitikėjimą, saviveiksmingumą ir gebėjimą valdyti kasdienį gyvenimą. Žmonėms, sergantiems retomis ligomis, dažnai taip nutinka, kad patys pacientai ir ypač šeimos nariai turi veikti kaip pirminiai globėjai. Tačiau tyrimai atskleidžia savivaldą ir reikalingą kolektyvinę paramą. Tai pasiekti toli gražu nėra lengva užduotis. Taip pat labai svarbu pabrėžti pacientų organizacijų vaidmenį. Retų pacientų ligų organizacijos buvo sukurtos tam, kad įgytos kitų pacientų patirtys padėtų pacientams ir jų šeimoms. Retoms ligomis sergantys pacientai dažnai būna pašalinami iš sveikatos priežiūros sistemų, todėl jiems tenka ligą prižiūrėti patiems ir būti atsakingiems už savo ligą. didinimas (Acuña Mora, et al., 2018).

Įgalinimas bendruomenės lygmeniu – tai žmonių susivienijimas siekiant bendrų tikslų. Literatūroje yra dvi pagrindinės prielaidos dėl įgalinimo ir bendruomenės. Pirma, kiekvienas žmogus turi galimybę įgyti galių. Antra, yra prielaida, kad įgalintos bendruomenės išsivysto iš įgaliotų asmenų, dirbančių kartu, kad pasiektų abipusį tos bendruomenės tikslą. Santykių bendruomenėje puoselėjimas yra neatsiejama sėkmingo įgalinimo dalis. Įgalinimas bendruomenėje gali atsirasti ir iš individo, kai asmuo įgyja įgūdžių ir savo žinias perduoda bendruomenei (Haddad, et al., 2020).

Kognityvinės psichologijos literatūroje įgalinimas reiškia veikimo įgalinimą. Psichologinis įgalinimas individo lygmeniu yra ryšys tarp asmeninės kontrolės ir veiksmingumo jausmo, bei noro keistis ir imtis veiksmų. Įgalinimas – tai procesas, leidžiantis asmenims suprasti savo veiksmų ir rezultatų santykį, suteikiantis žmonėms galios pasiekti norimų rezultatų. Įgalinimas yra vidinė motyvacija, susidedanti iš keturių pažinimo būdų: prasmės, kompetencijos, apsisprendimo ir poveikio. Įgalinimą galima nagrinėti ir organizaciniu lygmeniu. Kaip psichologinis konstruktas, įgalinimas dažnai vertinamas kaip skirtingas nuo darbo savarankiškumo. Merriam-Webster, et al., (2016) autonomiją apibrėžia kaip savarankišką laisvę. Savarankiškumas gali būti siejamas su darbo planu, leidžiančiu asmeniui būti atsakingam už tai, kaip jis atlieka savo darbą ir kaip naudojasi asmenine iniciatyva, kad užbaigtų savo darbą. Kiti nurodo, kad darbo savarankiškumas yra įgalinimo veiksnys. Labai savarankiškos užduotys skatina įgalinimą, suteikdamos asmeniui galimybę pasirinkti su darbu susijusią veiklą, nors vien savarankiškumas neatspindi įgalinimo.

Bendruomenė moko žmones priimti sprendimus grupėje, spręsti bendras problemas, mobilizuoti resursus bendram gėriui pasiekti. Žmonės patys kartu formuluoja ir išsikelia tikslus, renkasi priemones jiems pasiekti, vertina rezultatus. Bendruomeninis įgalinimas numato tikėjamą aktyvia demokratija, maksimaliu narių dalyvavimu, žmogaus teisių įgyvendinimu priimant jiems svarbius sprendimus. Organizacinis įgalinimo lygmuo, kitaip – formalizuota įgalinimo strategija, laikomas viena bendruomeninio įgalinimo formų, kai organizacija ima diegti bendruomeninės demokratinės vadybos principus, kurdama įgalinančias aplinkas (Cerezo, et al., 2016).

Lygiagrečiai su sveikatos priežiūros pastangomis, dabar daugiau nei bet kada anksčiau pacientai naudojami internetu ir internetinėmis bendruomenėmis kaip papildomus sveikatos priežiūros išteklius. Johansson, J., (2021) ir bendraautorių atliktame tyrime su JAV gyventojais buvo nustatyta, kad 80 % interneto vartotojų (74 % gyventojų) ieškojo informacijos su sveikata susijusių problemų, o 18 % prisijungė prie interneto, kad surastų bendraamžių, turinčių panašių sveikatos problemų. Tai iš esmės keičia tai, kaip žmonės valdo savo priežiūros procesą, nes pacientai gali ieškoti patarimų, patirties ir paramos iš bendraamžių, kurie ir yra papildomi ištekliai, padedantys valdyti ligos būklę ir galimą gydymą po gydymo, siekiant sugrįžti į normalų gyvenimą. Apžvalgoje nustatyta, kad ankstesni tyrimai parodė, kad pacientai naudojami internetinėmis bendruomenėmis, nes patiria arba mano, kad sveikatos priežiūros specialistai filtruoja informaciją; nežinote apie naujausius tyrimus; ir neturi gebėjimo parodyti empatiją..

Apibendrinant, galima sakyti, kad žmonių dalyvavimas bendruomenėse ir organizacijose sutiprina tiek individualų, tiek bendruomeninį įgalinimą, o svarbiausia, skatina aktualius visuomenei įgalinimo strategijos veiksmu taip pat atkreipti dėmesį į funkcinius, tarpasmeninius, socialinius ir psichologinius patirties aspektus.. Tačiau dabartiniai pokyčiai gali tai pakenkti, įskaitant bendrosios praktikos gydytojų pasitraukimą, perėjimą prie nevietinių pacientų

priežiūros mažinimo ir paslaugų, teikėjų ir nuosavybės konfigūracijos pasikeitimą. Tai gi, bendruomenės yra pagalbinais ištekliais, padedantys padidinti informaciją ir emocinę paramą. Padeda įgyti tiesioginės patirties, kuri gali padėti pacientams paversti rekomendacijas ir nurodymus į kasdienes gydymo strategijas. Tai galėtų išplėsti pacientų žinias apie sveikatos būklę ir gydymą, taip pat padėti jiems rasti emocinę ir socialinę paramą.

1.3. Odontologijos klinikos pacientų įgalinimo svarba

Dantų skausmas yra signalas, galintis formuoti individualią psichologinę reakciją ir tarpasmeninius gydytojo ir paciento santykius. Psichologinis dalyvavimas skausmo procese apima jutiminę reakciją, kurią patiria pacientas įskaitant ir reakcijas, būdingas paciento asmenybei. Turimi paciento emociniai sutrikimai, sukelti skausmą yra dažnesni ir intensyvesni, susiję su pasireiškusi stresu. (Acuña Mora, et al., 2018).

Odontologijoje yra daug streso veiksnių, galinčių sukelti psichogeninį skausmą: nerimas, depresija, net paciento santykis su odontologu ir bendroji paciento sveikatos būklė. Visi šie veiksniai gali turėti įtakos skausmo kiekiui ir stiprumui. Pacientams, turintiems ilgą odontologinę ligos istoriją. Kitas svarbus klausimas yra kiekvieno paciento asmenybės struktūra. Odontologas savo kompetencijos srityje taip pat susiduria su savo pacientų psichikos būkle, kuri yra svarbus skausmo suvokimo veiksnys, nes emocinių sutrikimų turintys pacientai yra jautresni nei kiti asmenys. Žinoma, labiausiai tolerantiškos dantų skausmui yra sociopatinės asmenybės, pasižyminčios silpnesniu emocinio atsako lygiu. Taip pat šizofrenikai turi aukštą tolerancijos lygį skausmui ir gali patys susižaloti savo dantis. (Soler, et al., 2011)

Odontologo ir paciento santykiai parodo tarpasmeninių santykių galią, ypač svarbią odontologijoje. Į odontologą pacientas turėtų žiūrėti kaip į empatišką žmogų, asmenybę: palaikantį, orientuotą į pacientą. Ryšys tarp odontologo ir paciento turi didelę reikšmę, kuri gali nukreipti ir sumažinti organinį ir psichologinį stresą, skausmą ir nerimą.

Nuo tada, kai civilizacija suvokia savo veiksmus, odontologija stengėsi pasirūpinti žmogaus kūno sritimi, kuri atlieka daugybę funkcijų ne tik burnos sveikatos būklės, bet ir socialinėje srityje. Todėl viskas, kas susiję su odontologija, turėtų būti įtraukta į medicinos teises ir pareigas, nes odontologas gydo pacientus, o ne tik dantis. Odontologo ir paciento santykiai yra paremti tuo, kad tiek specialistai, tiek pacientai turi prisiimti daugybę įsipareigojimų, kuriuos abi pusės privalo gerbti. Profesionalas turi moralinį poreikį visada sakyti tiesą ir gerbti konfidencialumą. Savo ruožtu pacientas turi bendradarbiauti. Tačiau šie įsipareigojimai ne visada įvykdomi, ypač kai skausmas užgožia intelektą.

Odontologija pranoko brandą ir sveikatos vertybėmis dalijasi su sveikatos mokslais. Visais atvejais reikia būti ypač atsargiems santykiuose su žmonėmis, kai jie kreipiasi į medikus. J. M.

Ustrell (2017) apibendrina deontologines sąvokas, turinčias ryšį tarp žmogaus ir veido patologijos. Turint omenyje, kad bet kokia būklė, paveikianti bet kurią kūno dalį, turės įtakos fizinei, psichinei ir socialinei sferai. Šiuo atžvilgiu Soler, et al., (2011) apibūdina tris ašis, susijusias su žmonių ryšiais: vertikaloji ašis, kuri atspindėtų sveikatos priežiūros specialisto ir paciento santykius; horizontalioji ašis, apimanti santykį su bendruomene; ir asmeninė ašis. Geriausias elgesys apima gerą trijų ašių struktūrą.

Kalbant apie horizontaliąją ašį, Buxarrais, et.al., (2017) nustatė tris skirtingus laikotarpius, susijusius su tuo, kaip bendruomenė apibrėžia ir struktūrizuoja klinikiškus santykius tarp gydytojų ir pacientų:

a) *paternalizmo era* (nuo 500 m. pr. Kr. iki 1960 m.), kai santykiai suprantami taip: vienakryptis specialistas, vienintelis asmuo, atsakingas už sprendimų priėmimą su visišku paciento pasitikėjimu;

b) *autonomijos arba paciento era* – 1969 m. Amerikos ligoninių asociacija parengė pirmąjį paciento teisių kodeksą, dėl kurio buvo gautas informuotas sutikimas, o informacijos teikimas yra pirmoji gydytojų geranoriškumo principo pareiga;

c) *biurokratijos arba mokesčių mokytojo era*, kai reikalingas ne tik gydymo veiksmingumas, bet ir sveikatos priežiūros išteklių valdymo efektyvumas.

Prie jau pateiktų galima pridėti ir paskutinį laikotarpį, kai sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų norai pavaldūs administracijos nurodymams.

Dabar, sutelkiant dėmesį į vertikaliąją ašį, sveikatos priežiūros specialistams reikalingas tinkamas mokymas, atsižvelgiant į jų funkcijas ir veiklą. Odontologija, kaip profesija, reikalauja pacientų priežiūros etikos mokymų, nes priežiūra priklauso ne tik nuo specialistų, bet ir nuo kiekvienos situacijos socialinių sąlygų konkrečiu metu (Kemperaj, et al., 2016). XXI amžiaus visuomenė nebėra moraliai vienalytė praėjusio amžiaus visuomenė. Jos vertybės gali skirtis nuo sveikatos priežiūros specialistų. Profesionalas turi įsisavinti šią transformaciją, kad prisitaikytų prie socialinės aplinkos, kurioje jis gyvena, tiek vietiniu, tiek pasauliniu mastu. Labai tikėtina, kad gabumų kompetencija bus pasiekta pagal šiuo metu nustatytas mokymo programas, tačiau tai turi būti lydima mokymų ir etinio mąstymo skatinimo.

Akivaizdu, kad profesionalas turi įglinti pacientą. Dėl to reikia daug dėmesio skirti vartojamiems žodžiams, taip pat ir žinioms bei aiškinant pacientui jo diagnozę. Tai, ką sako gydytojas, pacientui daugeliu atvejų tampa neginčijama tiesa (Malathi, et al., 2015). Be to, įvairūs klinikiniai sprendimai bus priimami dėl diagnozės, kuri gali būti daugiau ar mažiau sudėtinga, arba dėl galimų techninių sunkumų, būdingų gydymui, tačiau sprendimai niekada neturėtų būti priimami dėl žinių stokos arba prastų techninių išteklių. Todėl vienintelė gydytojų odontologų moralinė pareiga yra įvykdyti pareigą, vadovaujančią maksimaliam etinių vertybių didinimui. Geras sveikatos

priežiūros specialistas turėtų turėti galimybę stebėti pacientą, kai jis įeina į kabinetą, nes pirmasis įspūdis gali suteikti klinikinių užuominų diagnozei nustatyti (Ustrell-Torrent, et al., 2021).

Odontologija, kaip medicinos šaka, ir kitos sveikatos mokslų profesijos turėtų žiūrėti į žmogų kaip į vienetą, jungiantį skirtingas dalis: biologinę, psichologinę, socialinę, kultūrinę ir dvasinę. Žvelgiant iš šios holistinės perspektyvos, bendravimas yra itin svarbus santykiuose su pacientu. J. M. Ustrell-Torrent ir bendraautoriai (2021) atkreipė dėmesį į tai, kad burnos sveikatos priežiūros ekspertas turi veiksmingai bendrauti, kad būtų lengviau pasiekti teigiamą poveikį pacientui ir paciento sveikatai, kad būtų galima atsakingai ir susidoroti su paciento sveikatos priežiūra, o tai yra daugiau nei tik ligos išgydymas. Bet koks elgesys skleidžia žinutes pašnekovams ne tik žodžiais, nes gestai, veido išraiškos ir net tyla taip pat yra bendravimo formos. Šiuo atžvilgiu sveikatos priežiūros specialistas turėtų dirbti su skirtingais verbalinio ir neverbalinio bendravimo aspektais, taip pat ugdyti empatiją ir socialinius įgūdžius, leidžiančius bendrauti su pacientu (Kemparaj, et al., 2016). Gero bendravimo su pacientu užmezgimas gali padėti sumažinti nerimą ir galimas baimes, susijusias su sveikatos problema ar gydymo metodu. Šis gebėjimas suteikia profesionalui ne tik žinias, bet ir įgūdžius. Aktyvus žmonių vaidmuo jų sveikatos priežiūros procese, laisvė ir savarankiškumas priimant sprendimus taip pat yra gerai žinomos teisės (Templeton, et al. 2016).

Į paciento klinikinę istoriją įtraukiama visa informacija, kurią pacientas pateikia gydytojo prašymu, todėl tikslios diagnozės nustatyti negalima, jei neužmezgamas sklandus ir tinkamas dialogas. Tačiau kalbą galima studijuoti iš įvairių sričių: psichologinės, socialinės, filologinės, kalbinės, retorinės ir antropologinės, bet visada pagal tai, ką ji reiškia klausančiam žmogui. Todėl sunku bendrauti ne ta kalba, kuri paprastai naudojama mąstyti, kalbėti ar išreikšti jausmus. Svarbu suvokti apribojimus, kai žmogus turi išreikšti tai, ko nori ar ką jaučia ne ta kalba, kurią vartoja klausytojas, arba atvirkščiai. Be klinikinės istorijos, ilgalaikio gydymo, kuris yra labai jautrus odontologijos srityje, eiga gali būti pakenkta ir dėl daugybės lokalinės regioninės anestezijos priklausomų gydymo būdų. Tokiomis aplinkybėmis odontologo ir paciento bendravimas yra būtinas norint suteikti pacientui pasitikėjimo (Templeton, et al., 2016).

Odontologas turėtų apimti paciento dalyvavimą priimant sprendimus dėl gydymo, suteikdamas saugumą ir pasitikėjimą bei susitarimą tarp paciento įsitikinimų, poreikių ir to, ką odontologija gali pasiūlyti (Kärner Köhler, et al., 2018). Burnos sveikata, funkcija ir estetika yra pagrindiniai odontologijos tikslai, tačiau pastaraisiais metais domėjimasis estetika tapo pagrindine odontologinės priežiūros priežastimi, nes tai leidžia pacientui įgyti pasitikėjimo, pagarbos sau (Bravo, et al., 2015). Tam reikalingos žinios ir įgūdžiai estetiškos odontologijos srityje. Be to, tai, kad daugelis pacientų ateina į konsultaciją turėdami daug informacijos iš žiniasklaidos, tikriausiai prisidėjo prie odontologo ir paciento santykių sudėtingumo (Stuart, et al., 2017).

Sveikatos priežiūros specialistas turėtų žinoti, kaip valdyti situacijas, atsižvelgiant į paciento norus ir lūkesčius. Didėja susidomėjimas psichologiniais aspektais ir subjektyvumu dėl emocinio estetikos užtaiso, dėl kultūros, amžiaus ir lyties įtakos. Mėgautis gera sveikata, jaunatviškai atrodyti, rodyti stilizuotą kūno įvaizdį, būti patraukliam, gerai jaustis psichologiškai, pasiekti aukštą asmeninę savigarbą ir būti visiškai įsitikinusiam, kad pasieks socialinį pripažinimą ir profesinę sėkmę, daugeliui žmonių tapo pagrindiniais tikslais (Misra, et al., 2013). Ko gero neturėtume estetikai teikti didesnės reikšmės, nei ji iš tikrųjų turi, nes kaina, kurią pacientas turi sumokėti, kad gautų gerą įvaizdį ir patrauklią šypsena, kartais gali būti per didelė. Tačiau visuomenė daro didžiulę įtaką viskam, kas reiškia madą, triumfą. Dirbant komandoje reikia bendrauti, o su nuoširdumu ir padrašinimu galima pasiekti aukščiausią bendradarbiavimo laipsnį. Atsižvelgiant į tai kaip atsakingai žiūrima į visapusį odontologų profesionalumą, būtina teikti pirmenybę bendravimui (Van Riel, et al., 2019).

J. M. Ustrell-Torrent ir bendraautoriai (2021) teikia tokias rekomendacijas dėl būtinų veiksnių odontologijos profesionalumui pasiekti:

- 1) užjautimas;
- 2) pasikalbėjimas su tėvais ar artimaisiais;
- 3) buvimas tiksliais diagnozuojant ligą (būtina giliai išmanyti pradinis ir papildomus mokslus);
- 4) logiško gydymo plano pateikimas;
- 5) kontrolės etiologija (rezultatai bus gauti tik tada, kai bus kontroliuojama problemos priežastis);
- 6) pakankamos klinikinės patirties įgyjimas (neįmanoma mokytis vien tik teoriniais kursais);
- 7) galimų ir pasiekiamų rezultatų siekimas, prisiimant atsakomybę už savo veiksmus;
- 8) etiškas ir humaniškas elgesys: daryti gera, elgtis saikingai, mokyti pacientus rinktis.

Paciento ir odontologo santykiai turi būti pritaikyti prie naujų laikų, taip pat prie pokyčių ir sunkumų, susijusių su pacientais, pateikiančiais sutrikusias ar fragmentiškas žinias (Vainauskienė, et al., 2021). Nesusipratimai turėtų būti išaiškinti pateikiant tinkamą ir aiškią informaciją, kad būtų sustiprintas odontologo ir paciento sąveikos ryšys, kuris prisidės prie paciento burnos sveikatos gerinimo. Reikia klausytis, nuraminti, diagnozuoti, apmąstyti, bendrauti ir gydyti, kad tokiu būdu pacientai gautų didžiausią naudą iš odontologo ir paciento sąveikos (Welie, et al., 2019). Būtina nepamiršti tinkamos klinikinės istorijos, fizinės apžiūros ir papildomų tyrimų svarbos, ir kad prieš imdamiesi veiksnių turime stebėti ir apmąstyti. Be to, kompetentingiems savo profesijoje gydytojams pacientas visada turėtų būti pirmoje vietoje, ir gydytojais yra moraliai įpareigoti jį

apsaugoti, atremti žalingą laiko stokos poveikį odontologo ir paciento santykiams (Sajid, et al., 2021).

S. Misra ir bendraautoriai (2013) teigia, kad odontologijos patarimų laikymasis priklauso nuo trijų su pacientu susijusių veiksnių: pasitenkinimo, supratimo ir atminties. Konkrečiai teigiama, kad paciento supratimas ir atmintis konsultacijos metu turi tiesioginį poveikį medicinos rekomendacijų laikymuisi, bet taip pat ir netiesioginį poveikį, nes daro įtaką pacientų pasitenkinimui. Nuo tada daug darbo buvo atlikta pacientų atsišaukimo srityje.

Dabar gerai žinoma, kad pacientai atsimena apie medicininę konsultaciją, bet pamiršta 40–80 % pateiktos informacijos (Shadrav, et al., 2019). Šis pastebėjimas galioja įvairiose medicinos srityse. Pavyzdžiui, vaikų skiepijimo tyrime dauguma mamų negalėjo įvardyti, kokia vakcinacija buvo atlikta jų vaikui iš karto išėjus iš gydymo kambario. Taip pat 70 % pacientų, kuriems neseniai buvo atlikta laparoskopinė operacija, negalėjo prisiminti vienintelio rizikos veiksnio, susijusio su procedūra, praėjus 5 dienoms po to, kai pacientas gavo šią informaciją ir sutikimą operacijai (Anusa, et al., 2018). Tuo pačiu metu odontologijoje yra nedaug įrodymų apie po konsultacijos prisimintos informacijos kiekį. Pavyzdžiui, tyrime, kuriame buvo tiriamas ortodontinių pacientų informacijos saugojimas, maždaug 70 % perduotos informacijos nebuvo galima prisiminti po 10 dienų. Panašiai 40 % burnos chirurgijos pacientų neprisiminė gavę rašytines pooperacines instrukcijas, o tai gali būti susiję su tuo, kad 67 % šių dalyvių nesilaikė antibiotikų receptų. Atrodo, kad specifinės informacijos po gydymo atmintis odontologijoje yra problemiška (Anusa, et al., 2018). Tyrimai buvo sutelkti į paciento atmintį, kad būtų gauta labai specifinė, su dantų gydymu susijusi informacija, o ne tokia, kuri sutelkta į bet kurį kitą konsultacijos aspektą.

Klausimas, kokios informacijos (o ne kiek) prisimenama po odontologo konsultacijos, lieka neatsakytas. Manoma, kad paprastai prisiminimui įtakos turi išankstinės žmonių žinios ir lūkesčiai, todėl kai kurie konsultacijos aspektai, kuriuos pacientas tikisi patirti konsultacijos metu, gali būti geriau prisiminti nei kiti. Tyrimai, kuriuose pranešama apie paciento ir sveikatos priežiūros specialisto suderinamumą su įprastų vizitų turiniu, rodo, kad suderinamumas gali būti menkas, nes pacientai ir sveikatos priežiūros specialistai nesutaria dėl pačių pagrindinių klausimų, pavyzdžiui, ar gydytojas iš tikrųjų skyrė gydymą (Chandu, et al., 2011).

Panašiai tyrime, kuriame sveikatos priežiūros specialistai ir jų pacientai prisiminė pagrindinius aptartus klausimus, priimtus sprendimus ir užsibrėžtus tikslus, iš karto po įprastinės ambulatorinės diabeto konsultacijos sveikatos priežiūros specialistai ir pacientai nesutarė dėl aptartų klausimų ir priimtų sprendimų 20 % atvejų. Prisimenant užsibrėžtus tikslus, nesutarimų mastas buvo dvigubai didesnis nei dažnis. Autoriai padarė išvadą, kad atrodo, jog abi susijusios šalys prisimena skirtingas konsultacijas (Rajput, et al., 2020).

Tolesnis bendrosios praktikos gydytojų ir jų pacientų suderinamumo tyrimas parodė, kad pacientų ir bendrosios praktikos gydytojų nuomonė apie konsultacijų turinį buvo nesuderinama 60 % atvejų. Atrodo, kad tada kai kuriais atvejais informacija, kurią sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai mano, kad jie perdavė, gali nesutapti su ta, kurią pacientai mano išgirdę. Panašus neatitikimas buvo pastebėtas tuo pačiu metu atliekamoje bendruomenės odontologų apklausoje, kurioje, nors 41 % odontologų prisiminė patarę rūkantiems pacientams mesti rūkyti, tik 7 % rūkančiųjų toje pačioje bendruomenėje pranešė, kad tokį patarimą gavo apsilankymų pas odontologą metu. Šios išvados turi įtakos paciento gautų patarimų laikymuisi ir pacientų pasitenkinimui po odontologo konsultacijos. Jei pacientai neprisimena pagrindinės informacijos, suteiktos odontologo konsultacijos metu, bus pakenkta jų pastangoms jų laikytis. Nors odontologo ir paciento atmintis dėl elgesio, pavyzdžiui, metimo rūkyti, gali būti menka, klausimas, ar pacientai prisimena įprastos dantų vertinimo konsultacijos turinį, lieka neatsakytas (Sturrock, et al., 2019).

Sveikatos priežiūros kontekste paciento autonomija yra pagrindinė biomedicininės etikos sąvoka. Paciento autonomija paprastai siejama su leidimu arba įgalinimu pacientams patiems nuspręsti, kokias sveikatos priežiūros intervencijas jie gaus ar ne. Taikant medicinos sprendimus, pacientų autonomija vis dažniau laikoma svarbiu kokybės kriterijumi Vakarų šalyse. Priimant medicininius sprendimus, kai reikia įtraukti sveikatos ekspertą, pacientų autonomija išryškėja pacientams dalyvaujant, bendraujant, kaip aprašyta bendro sprendimų priėmimo sąvokoje (Oreja-Guevara, et al., 2019). Paciento autonomija turi būti vertinama dėl daugelio priežasčių. Žvelgiant iš etinės perspektyvos, reikia dėti visas pastangas, kad būtų remiama asmenų valios laisvė priimant sprendimus ir siekiant susitarimo dėl to, kuri intervencija bus ar nebus atlikta. Žvelgiant iš mokslinės perspektyvos, geriausiai panaudoti įrodymus konkrečiam pacientui įmanoma tik tada, kai yra laikomasi paciento vertybių (Benecke, et al., 2020). Tačiau pacientų autonomija nereiškia, kad gydytojai turėtų pateikti tik skirtingas galimybes ir leisti pacientams priimti sprendimą vieniems.

Remiantis pacientų įgalinimo koncepcija, gydytojai ir pacientai dirba kartu, kad pasirinktų geriausią variantą, pasinaudodami geriausiais moksliniais įrodymais ir atsižvelgdami į gydytojų klinikinę patirtį bei pacientų pageidavimus. Žvelgiant iš klinikinės perspektyvos, savarankiškas pacientų dalyvavimas savo sveikatos valdyme gali pagerinti sveikatos rezultatus, nes sprendimai sveikatos srityje geriau derinami su individualiais poreikiais, o tai taip pat padidina atitiktį ir pasitenkinimą sprendimais ir rezultatais (Nicholls, et al., 2021).

M. Benecke ir bendraautorių (2020) atliktas tyrimas suteikia įžvalgų apie savarankiškumo pasirinkimų svarbą odontologijos srityje, kurie iki šiol buvo retai tiriami ir nebuvo lyginami su kitomis medicinos sritimis. Pirmoje tyrimo dalyje nustatyta, kad daugelis odontologinių sprendimų yra svarbūs priimant bendrus sprendimus. Pacientų autonomiškumo principo, susijusio su įvairių tipų sprendimais, pavyzdžiui, sprendimais įvairiose medicinos srityse, mastą palyginti yra

sudėtinga dėl galimos painiavos. Tyrimo išvados leidžia suprasti tiek paciento dalyvavimo odontologijoje svarbą, tiek pacientų autonomiškumo principo jautrumą keliems kintamumo šaltiniams.

Odontologijos pacientai norėjo būti įtraukti į jiems rūpimus medicininius sprendimus. Šis pasirinkimas yra stipresnis nei jų odontologų noras pasidalyti sprendimais su savo pacientais. Tačiau, palyginti su pacientais, gydomais kitose medicinos įstaigose ir jų priimamais sprendimais, susijusiais su kitomis sveikatos būklėmis, odontologiniai pacientai mažiau dėmesio skiria dalyvavimui, ypač dantų sveikatos būklei, lyginant su pacientais, kurie gydomi bendrosios praktikos gydytojų arba lėtinės sveikatos priežiūros įstaigoje. Atrodė, kad odontologai apskritai reikalauja šiek tiek mažiau savarankiškumo, lyginti su bendrosios praktikos gydytojais ir lėtiniais pacientais. Didžiausią pacientų autonomiškumo principą išreiškė periodontitu sergantys pacientai, o tai nenuostabu, nes šie pacientai greičiausiai jau turi didelę medicininių sprendimų priėmimo patirtį ir yra įgiję aukštą pacientų išsilavinimą, kaip valdyti savo lėtinę būklę. Tačiau pacientai, sergantys periodontitu, išreiškė didžiausią pacientų autonomiškumo principo poreikį odontologinių sprendimų atžvilgiu. Atsižvelgiant į vidutinę $r = 35$ koreliaciją tarp pacientų bendrųjų ir specifinių pageidavimų, kad paciento balai nelabai ką pasako apie paciento norą dalyvauti priimant konkretų sprendimą, pavyzdžiui, dantų netekimo valdymą ar kokią imunoterapiją taikyti. Buvo padarytos išvados, kurios atitinka ankstesnius pacientų įgalinimo tyrimus odontologijoje, o tai rodo, kad dauguma pacientų mieliau dalyvauja sprendimų priėmimo procese, tačiau vis dar yra nedidelė dauguma, teikiančių pirmenybę pasyviai vaidmeniui. Ši išvada atitinka ankstesnių tyrimų su odontologiniais pacientais ir kitų medicininių aplinkybių išvadas.

A. Shadrav ir bendraautorai (2020) atliko tyrimą, kuriame imties dydis (bendras $N = 400$) laikomas tyrimo stiprybe, nes tai užtikrina įverčių tikslumą ir pakankamą statistinę galią. Kita vertus, tyrimo pobūdis yra aiškiai tiriamasis, o tai reiškia keletą trūkumų, kurie riboja galutinį duomenų įtikinimą. Pateiktos išvados, jog pacientų įtraukimas į medicininius sprendimus turėtų būti taikomas ne tik bendrojoje medicinoje, bet ir odontologijoje. Dauguma medicininių sprendimų odontologijoje susideda iš kelių variantų, kurių kiekvienas reiškia konkrečią pacientui svarbių pasekmių ir rizikos grupę, pavyzdžiui, yra keletas būdų, kaip valdyti dantų praradimą. Be galimybės nieko nedaryti ir gyventi be dantų, konkrečiu atveju gali būti galima naudoti implantus kaip potencialiai ilgalaikį sprendimą vietoj tilto, t. y. įprastą fiksuotą dantų protezą. Tiltui pagaminti nereikia daugybės invazinių procedūrų, tačiau jis paveiktų gretimis dantis. Iš esmės sprendimas priimamas įvertinus privalumus, trūkumus ir rizikas, tokias kaip protezų tvarumas, intervencijos invaziškumas, gydymo ir stebėjimo išlaidos ir galiausiai estetika. Kadangi individuali pacientų patirtis, lūkesčiai ir emocijos labai svarbios vertinant esamas galimybes, toks sprendimas yra iš anksto nulemtas požiūriu į procedūrą, kurioje dalyvauja pacientas.

Šiuo metu žinios apie pacientų savarankiškumą ir norą dalyvauti priimant sprendimus dantų priežiūros srityje yra ribotos. Keliuose leidiniuose pateikiamos tik konceptualios diskusijos, straipsniai, kuriuose pateikiami empiriniai duomenys, patvirtinantys teiginį, kad reikia daugiau dėmesio skirti pacientų savarankiškumui ir paciento dalyvavimui odontologijoje (Chandu, et al., 2011). Dalyvavimo pageidavimus išreiškia ir vyresni pacientai. Dalyvavimo noras didėja didėjant gydymo sunkumui. Sondell ir Soderfeldt (2017) pateiktas susitikimo su odontologu modelis rodo pacientų dalyvavimo svarbą, tačiau nenurodoma informacijos proceso kokybė. Yra mažai įrodymų apie dabartinius įpročius, odontologų požiūrį ir pacientų dalyvavimą odontologijoje. Kai kurie įrodymai pagrindžia teiginį, kad sprendimų priėmimo priemonės, įskaitant įrodymais pagrįstą informaciją, yra naudingos priemonės siekiant padidinti pacientų dalyvavimą arba pacientų pasitenkinimą, ar net bendradarbiavimą ir atitiktį. Tačiau vis dar trūksta išsamios pacientų pasirinkimų, susijusių su jų savarankiškumo priimant sprendimus odontologijoje, analizės, palyginimo su kitomis medicinos grupėmis ir atitinkamo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo požiūrio (Sajid, et al., 2021).

Šis tyrimas atskleidė pacientų savarankiškumo odontologijoje principus. Dantų pacientų pageidavimai buvo lyginami su odontologų požiūriu, ir kitų medicinos sričių kontekste. Palyginimu buvo siekiama nustatyti savarankiškumo pirmenybės skirtumus tarp individų ir jų, priklausomai nuo sprendimo tipo ir nustatymo, c klinika. Be to, vertindami pirmenybės jautrumą, naudotas patogus protezavimo klinikos odontologų pavyzdys, o tai daugeliu atžvilgių reiškia labai selektyvią grupę. Duomenys iš, pavyzdžiui, rezidentinės odontologijos galėjo duoti kitų rezultatų, susijusių su grupe ir nustatymu. A. B. Cinar ir bendraautorii (2014) atliko tyrimą, kurio tikslas buvo išsiaiškinti dantų valymo įgalinimą ir diabetą. Tyrimo rezultatai parodė, kad įgalinimas gali pagerinti veiksmingumą ir yra veiksmingesnis gerinant dantų valymo elgesį, ir kad sąveika labai prisideda prie diabeto valdymo, nes sumažėja hemoglobino kiekis, padidėja fizinis aktyvumas, pagerėja gyvenimo kokybė. Dantų valymas gali būti praktinis įgalinimo pradžios taškas, kuris gali būti naudojamas kaip veiksmingas ir praktiškas elgesys stebint asmeninę sėkmę gydant diabetą.

Apibendrinant galima teigti, jog būtina, kad būtų palengvintas pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą, nesvarbu, kiek jie patys to pageidauja. Tai galėtų reikšti, kad pacientams būtų kuriamos specifinės sprendimų priėmimo priemonės, o sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams organizuojami mokymai. Odontologinių pacientų noras dalyvauti priimant sprendimus yra panašus į kitus medicininius kontekstus.

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Šiame darbe buvo analizuojamos odontologijos klinikų pacientų įgalinimo prielaidos. Atsižvelgiant į darbo tikslą bei uždavinius, atlikta mokslinės literatūros analizė, kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa. Vykdam apklausą, anketos buvo pateiktos pirmą kartą arba konsultacijai atvykusiems į vieną iš Palangos miesto ir Klaipėdos miesto odontologijos klinikų pacientams.

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Kiekybinio tyrimo metu buvo apklausti 370 respondentų. Tyrimas buvo atliktas naudojant tikimybinę atranką. Todėl remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro metinių ataskaitų ir Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis, pagal pateiktus konsultacijai arba pirmą kartą apsilankiusių pas gydytojus odontologus 2020 m. asmenų sąrašus, išsiaiškinta, kad konsultacijai arba pirmą kartą apsilankiusių pas odontologus skaičius (tūkst.) – 3614.6 Tiriamųjų imtis apskaičiuota pasirinkus 95 proc. pasiklovimo lygmenį ir 0,05 tikslumą (Kardelis, 2017). Imties dydžiui apskaičiuoti naudota Paniotto formulė:

$$n = 1 / (d^2 + 1/N), \text{ kur}$$

- n – reikiamas respondentų skaičius;
- d – paklaida (0,05);
- N – visumos narių skaičius.

Kriterijai pagal kuriuos pacientai buvo įtraukti į tyrimą:

- pacientai, kurie odontologijos klinikoje lankėsi pirmą kartą;
- tiriamųjų amžius ≥ 18 metų;
- pacientai, kurie klinikoje lankėsi dėl konsultacijos pas burnos priežiūros specialistą.

Atlikus skaičiavimus, nustatyta, kad reikia apklausti ne mažiau nei 398 pirmą kartą arba konsultacijai pas burnos priežiūros specialistą apsilankiusių pacientų. Atliekant tyrimą, odontologijos klinikose buvo išdalinta 400 anketų. Gražintų anketų skaičius buvo 380, iš jų - 10 anketų buvo neteisingai užpildytos arba neatsakyta į klausimus, todėl tų anketų duomenys nebuvo įtraukti į tyrimą.

2.1.2. Tyrimo metodai

Atliktas kiekybinis tyrimas, vykdyta apklausa raštu. Apklausa pasirinkta todėl, nes siekiama įvertinti tiriamų asmenų elgsenos ypatumus, nuomones ir požiūrius į analizuojamus aspektus, taip pat, būtina atsižvelgti į apklausos naudingumo bruožus (Kardelis, 2017). Pasirinkto tyrimo privalumai:

- Metodo ekonomiškumas – duomenys apie tiriamąjį objektą yra surenkami vienu metu.
- Reprezentatyvaus tyrimo galimybė.
- Surenkami pagrindinių tyrimo kintamųjų dažnių duomenys.
- Tyrimo dalyviai tiriami vienodai.
- Nustatomi tyrimo kintamųjų tarpusavio ryšiai.
- Rezultatų generalizacija (daromi apibendrinimai).
- Statistinis duomenų apdorojimas.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Patient Enablement Instrument (PEI) yra šešių punktų trijų skalių klausimynas apie pacientų suvokimą, apie savo gebėjimą suprasti, susidoroti ir valdyti savo ligas po konsultacijos. Klausimyno elementai klausia, kiek pacientai po to, kai konsultavosi su savo gydytoju odontologu, jaučiasi galintys (Skarbalienė, et al., 2019):

- 1) susitvarkyti savo gyvenimą;
- 2) suprasti savo burnos ligą;
- 3) įveikti savo burnos ligą;
- 4) geriau rūpintis burnos sveikata;
- 5) yra užtikrinti dėl savo burnos sveikatos;
- 6) gali sau padėti.

Pacientų įgalinimo skalė (PEI) yra tokia: „daug geriau/daugiau“ (2 balai), „geriau/daugiau“ (1 balas), „tas pats arba mažiau“ (0 balų) ir „man netaikoma“ (0 balų), todėl bendras balas svyruoja nuo 0 iki 12. Šį PEI balą būtų galima apskaičiuoti, kai bent trys iš šešių klausimų yra atsakyti. Nėra aiškiai sutarta, kuris PEI balas laikomas „geru“ ar „pakankamu“.

Pacientų įgalinimo klausimyną į lietuvių kalbą kaip dalį klausimyno (PEI) išvertė A. Skarbalienė ir bendraautoriai (2019). A. Skarbalienė ir bendraautoriai (2019) atliko ir patikimumo (pilotinio) tyrimą, po kurio nusprendė naudoti nepakitusį pacientų įgalinimo klausimyną. Vienas žodis PEI anketoje pakeistas. Žodis „susitvarkyti“ lietuvių kalboje turi keletą sinonimų, bet pagrindinis variantas – „susidoroti“. Kalbiniu požiūriu jis nevertinamas, kai kalbama apie „ligą“. Be šešių PEI klausimų, klausimyno pagalba renkami demografiniai duomenys, fiksuojamos apsilankymo pas gydytoją priežastys, tiriami lūkesčiai dėl konsultacijos (lūkesčiai gauti receptą) ir dėl priežiūros tęstinumo (lankantis pas gydytoją, kurį pacientas pažįsta ir teikia jam pirmenybę). Priežastys vizitui pas gydytoją buvo suformuluotos pagal „poreikių“ kategoriją, apibrėžtą Howie, JGR., et al.. (2006), pavyzdžiui, biomedicininis, socialinis, psichologinis, administracinis (gydymas, istorijos išrašas, sveikatos būklės patvirtinimas ir pan.) arba anksčiau minėtų poreikių kompleksas. Klausimai apie

asmens sveikatą ir apsilankymo priežastis pas gydytoją buvo atsakyti laukiant konsultacijos. Gydytojai pažymėjo konsultacijos datą, taip pat konsultacijos laiko pradžią ir pabaigą. Iškart po konsultacijos respondentai atsakė į PEI klausimus.

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Siekiant užtikrinti kokybišką tyrimo atlikimą ir magistro baigiamojo darbo rašymą procesas suskirstytas į etapus:

I etapas. Temos pasirinkimas – 2021 m. rugsėjo mėn. Analizuotos tyrimų temos, kurios yra aktualiausios šiuo laikotarpiu. Sudarytos kelios skirtingos temos ir aptarus jas su magistro baigiamojo darbo vadovu, gautas vadovo pritarimas.

II etapas. Mokslinių šaltinių paieška, mokslinės literatūros analizė – 2021 m. rugsėjo mėn. – 2021 m. kovo mėn. Šis etapas apima visą baigiamojo darbo rašymo laikotarpį, įskaitant tyrimo problemos, uždavinių formulavimą ir tyrimo rezultatų rengimą.

III etapas. Tyrimo plano rengimas ir tyrimo instrumento pasirinkimas – 2021 m. spalio mėn. Gautas leidimas validuoto pacientų įgalinimo klausimyno naudojimui.

IV etapas. Tyrimo duomenų rinkimas. Kiekybinis tyrimas buvo atliktas 2021 m. lapkričio – 2022 vasario mėn. Pateiktos anketinės apklausos vienos Palangos odontologijos klinikos ir vienos Klaipėdos odontologijos klinikos pacientams.

V etapas. Tyrimo rezultatų pateikimas bei aptarimas – 2022 m. kovo – balandžio mėn. Atlikta statistinė kiekybinių tyrimo rezultatų analizė. Interviu tyrimo rezultatai pateikti taikant turinio analizės metodą.

VI etapas. Išvadų ir rekomendacijų parengimas – 2022 m. balandžio mėn.

VII etapas. Baigiamo darbo ataskaitos parengimas – 2022 m. balandžio mėn. Darbas koreguojamas, pateikiamas galutinis variantas ir parengiamas magistro baigiamojo darbo pristatymas gynimui.

2.1.5. Tyrimo etika

Tyrimo instrumentai (anketos klausimai) visų pirma buvo vertinami Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedros bioetikos komisijos. Gautas bioetikos komiteto leidimas dėl tyrimo atlikimo ir patvirtinimas, kad tyrimo instrumentai nepažeidžia respondentų etikos teisių. Gauti tyrimo leidimai iš vienos Palangos odontologijos klinikos ir vienos Klaipėdos odontologijos klinikų vadovų. Gauti leidimai pateikiami prieduose. Abiejų klinikų vadovai buvo supažindinti su tyrimo tema, tyrimo tikslu ir uždaviniais. Tyrimas pradėtas atlikti tik tada, kai buvo gauti odontologijos klinikų vadovų sutikimai.

Anketų pradžioje respondentai supažindinami, kad atliekamas tyrimas, kurio metu siekiama išanalizuoti odontologijos klinikos pacientų įgalinimo prielaidas. Siekiant užtikrinti

anonimiškumą, akcentuojama, kad anketa yra anoniminė, todėl respondentui nereikia rašyti vardo ir pavardės. Atliekant kiekybinį tyrimą buvo vadovaujama pagrindiniais tyrimo etikos principais užtikrinant respondentų konfidencialumą, privatumą, ir anonimiškumą (Kardelis, 2017).

Tyrimas buvo atliktas, laikantis tyrimo etinių aspektų:

- Anonimiškumo. Prieš apklausą buvo paaiškinta, kokia mokslinio tyrimo esmė, kaip pildyti anketą, buvo informuota, jog anketa yra anoniminė.
- Konfidencialumo. Paciento asmeniniai duomenys, tokie kaip vardas, pavardė ir kita privati informacija nebus viešinama.
- Savanoriškumo. Respondentai moksliniame tyrime dalyvaus savo noru ir turės teisę atsisakyti dalyvauti tyrime, arba nepildyti anketos.
- Informuotumo. Respondentams buvo suteikta informacija apie mokslinio tyrimo tikslą ir anonimiškumo užtikrinimą.
- Pagarbos. Išdalinant anketas iš anksto bus padėkota už jų sugaištą laiką, užpildytas ir grąžintas anketas.

2.1.6. Statistinė duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant kompiuterinės programos statistikos paketą „SPSS/w .20.0“ ir Excel 2010 programą. Taikyta aprašomoji duomenų statistika – absoliutūs (n) ir procentiniai (proc.) dažniai, siekiant įvertinti nagrinėjamų požymių pasiskirstymą pasirinktoje imtyje. Skaičiuoti rangų aritmetiniai vidurkiai (m), pateikiamos mažiausios ir didžiausios reikšmės. Hipotezėms apie kintamojo skirstinį populiacijoje tikrinti skaičiuotas chi-kvadrato (χ^2) kriterijus. Dviejų nepriklausomų imčių ranginių kintamųjų vidutinėms reikšmėms palyginti naudotas Mann-Whitney U testas. Norint surasti sąsajas ir nustatyti ryšio stiprumą tarp kintamųjų buvo skaičiuojamas neparаметrinis Spearman ranginės koreliacijos koeficientas (r). Sąsajų stiprumas vertinamas, atsižvelgiant į koreliacijos koeficiento reikšmės dydį: kai |r|: 0-0,3 –silpnas ryšys, 0,3-0,8 – vidutinio stiprumo ryšys, 0,8-1,0 – stiprus ryšys. Naudoti statistinių išvadų reikšmingumo lygmenys: $p > 0,05$ – nereikšminga. Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir paveiksluose. Gauta informacija suteikė galimybę atlikti tyrimo metu gautų duomenų analizę, suformuluoti išvadas bei parengti rekomendacijas.

2.1.7. Respondentų sociodemografinės charakteristikos

Atlikus tyrimą buvo surinktos 370 respondentų užpildytos anketos, kurie lankėsi odontologijos klinikoje, pas burnos priežiūros specialistą. Moterų ir vyrų skaičius pasiskirstė tolygiai moterų tyrime dalyvavo 50,5 proc. (N=193), o vyrų 49,4 proc. (n=177). 1 lentelėje išsamiau pateiktos respondentų socialinės - demografinės charakteristikos. Lyginant duomenis pagal socialinę ir

šeimyninę padėtį, didžioji dalis respondentų vedę (ištekęjusios)/ gyvena poroje N=218 (58,9 proc.) ir yra dirbantys N=283 (76.5 proc.) Didžioji dalis respondentų buvo 18-40 metų, dirbantys ir vedę (ištekęjusios)/gyvenantys poroje. Lyginant respondentų pasiskirstymą pagal amžių, daugiausiai apklausoje dalyvavo pacientų nuo 18-40 metų N = 234 (63,2 proc.). Svarbu paminėti, kad didesnė pacientų dalis turi vidurinį išsilavinimą N = 135 (36,5 proc.) ir aukštąjį neuniversitetinį N=104 (28.1 proc.). Lyginant duomenis pagal socialinę ir šeimyninę padėtį, didžioji dalis respondentų vedę (ištekęjusios)/ gyvena poroje N=218 (58,9 proc.) ir yra dirbantys N=283 (76.5 proc.)

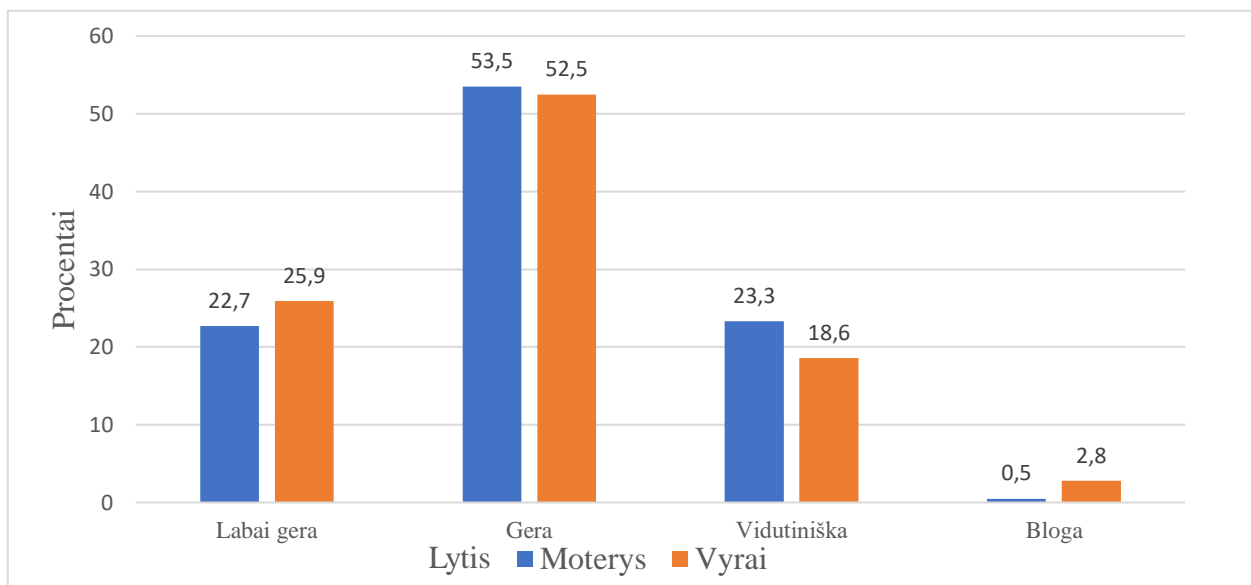
1 lentelė. Tyrime dalyvavusių pacientų imties socialinės – demografinės charakteristikos

Požymiai	Iš viso (n=370)
Lytis, N (%)	
Vyrai	177 (49.4)
Moterys	193 (50.5)
Amžius, mean (SD)	37.21 (14.482)
18-40 metų	234 (63.2)
41-60 metų	106 (28.6)
60 ir daugiau	30 (8.1)
Išsilavinimas, N (%)	
Pagrindinis	15 (4.1)
Vidurinis	135 (36.5)
Aukštasis neuniversitetinis	104 (28.1)
Aukštasis universitetinis	62 (16.8)
Magistro laipsnis	48 (13)
Daktaro laipsnis	6 (1.6)
Šeimyninė padėtis, N (%)	
Vedęs (ištekęjusi) / gyvenu poroje	218 (58.9)
Išsiskyręs (-usi)	34 (9.2)
Nevedęs (netekėjusi)	102 (27.6)
Našlys (-ė)	16 (4.3)
Socialinė padėtis, N (%)	
Studentas	38 (10.3)
Dirbantis	283 (76.5)
Namų šeimininkė (-as)/ auginanti (-is) vaikus	21 (5.7)
Pensininkas	21 (5.7)
Bedarbis	6 (1.6)

2.2. Tyrimo rezultatai

Vertinant odontologijos klinikos pacientų subjektyvų požiūrį į savo sveikatos būklę, rezultatai rodo, jog savo sveikatos būklę gerai vertina šiek tiek daugiau nei pusė respondentų 52,9 proc. (n=196). Beveik ketvirtadalis – labai gerai (24,3 proc.) (n=90) ir vidutiniškai - 21,1 proc.(n=78), o 1,5 proc. (n=5) – blogai. Savo sveikatos būklę vertinančių labai blogai nebuvo. Lyginant vyrų ir

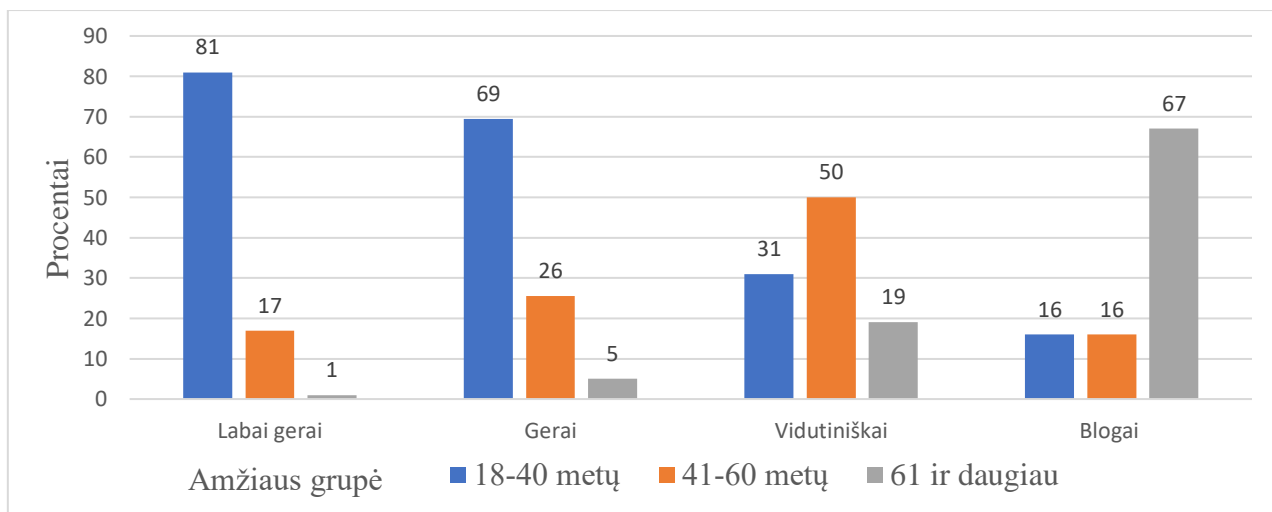
moterų sveikatos būklės vertinimą, 2,8 proc. apklaustųjų vyrų savo sveikatą vertina blogai, o moterys tik 0,5 proc. Sveikatos būklės vertinimai pateikti 1 pav. diagramoje.



$$\chi^2=102,59, \text{ lls}=10, p=0,04$$

1 pav. Respondentų nuomonė apie jų sveikatos būklę, pasiskirstymas pagal lytį (proc.)

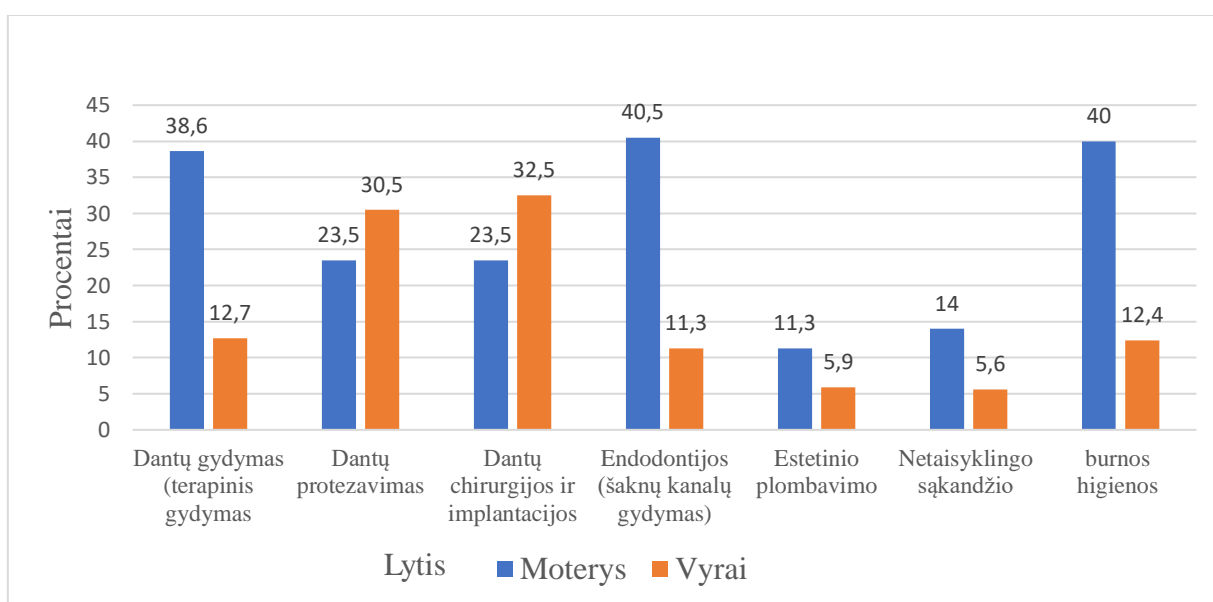
Statistiškai reikšmingi skirtumai matyti ir tarp amžiaus grupių, vertinančių savo sveikatos būklę. Rezultatai pateikti 2 paveiksle. Respondentų amžius buvo suskirstytas į tris grupes. Gauti rezultatai rodo, kad 18 – 40 metų ir 41-60 metų grupė savo sveikatą statistiškai reikšmingai dažniau vertina labai gerai 80 proc. (N= 73) ir 69 proc. (N=163) gerai negu 60 ir daugiau metų grupė (p<0,05). 61 ir daugiau metų grupė savo sveikatą dažniausiai vertina blogai 67 proc. (N=4), 18-40 amžiaus ir 41-60 amžiaus grupės 16 proc. (N=1) savo sveikatą vertina blogai, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, nes p>0,05. Labai blogai savo sveikatos neįvertino nė vienas respondentas.



$$\chi^2=53,212, \text{ lls}=5, p=0,01$$

2 pav. Respondentų nuomonė apie jų sveikatos būklę, pasiskirstymas pagal lytį (proc.)

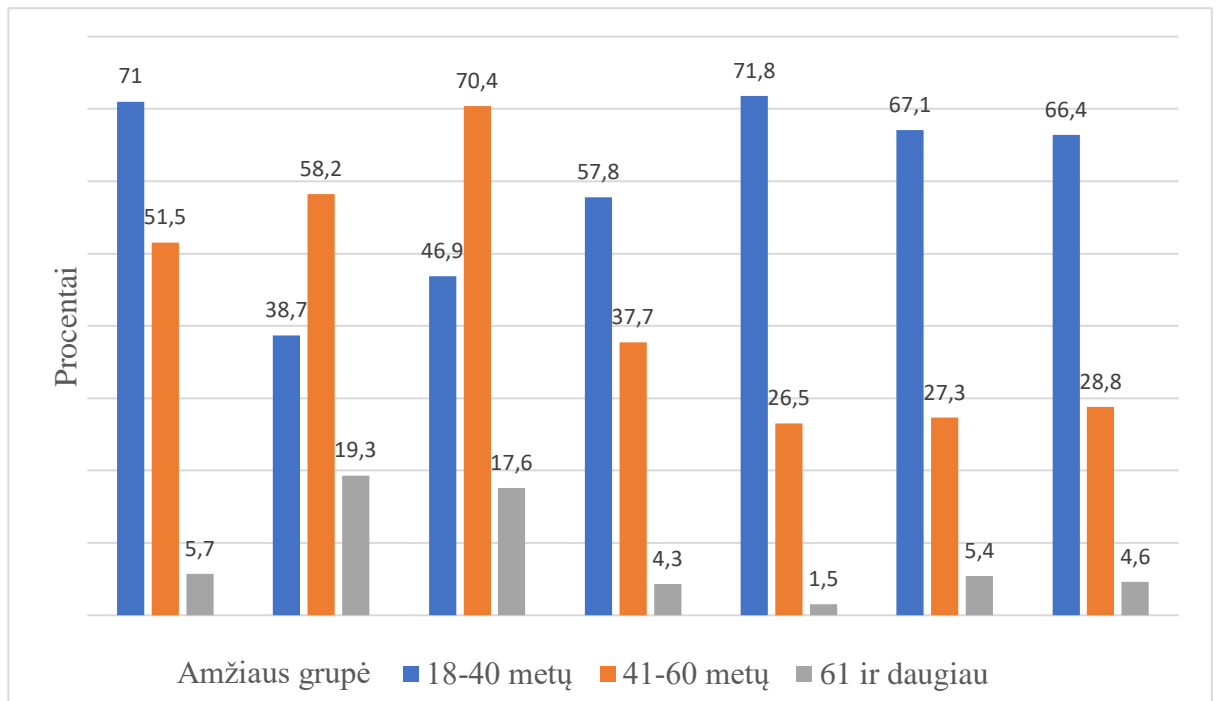
Tyrimė dalyvaujančių pacientų buvo klausiami, su kokiomis dantų problemomis susiduria. Šiuo klausimu buvo siekiama išsiaiškinti, dėl kokios problemos apklausti pacientai kreipiasi į odontologijos kliniką. 3 paveikslėlyje pavaizduotas respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir problemos, dėl kurių moterys ir vyrai dažniausiai kreipiasi į gydytoją odontologą. Gauti rezultatai rodo, kad moterys dažniau kreipiasi dėl endodontinio gydymo - 40,5 proc. (N= 78), burnos higienos - 40 proc. (N=77) ir dantų terapinio gydymo - 38,6 proc. (N=74). Statistiškai reikšmingai dažniau negu vyrai ($p<0,05$). Tačiau vyrai statistiškai reikšmingai dažniau kreipiasi dėl dantų chirurgijos 32,5 proc. (N=58) ir protezavimo 30,5 (N=54), negu moterys ($p<0,05$).



$$\chi^2=79,582, \text{ lls}=8, p=0,01$$

3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir dėl kokios dantų problemos kreipėsi į gydytoją odontologą? (proc.)

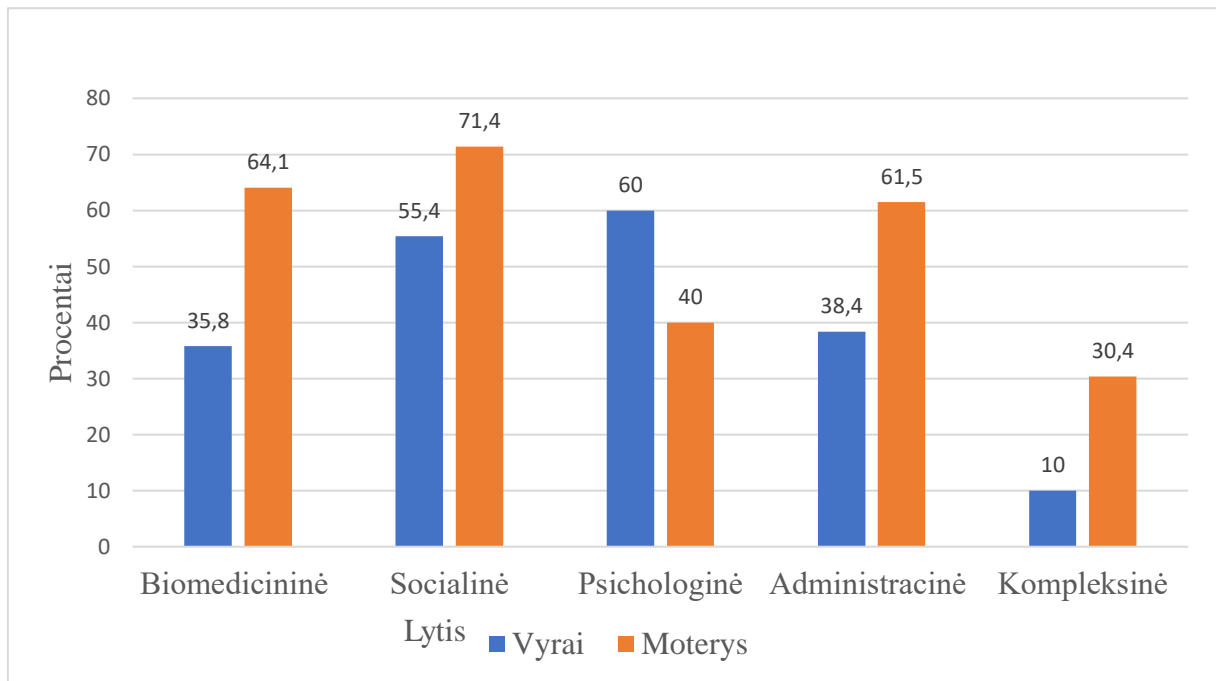
Analizuotas ir pasiskirstymas tarp amžiaus grupių ir dantų problemų, dėl kurių pacientai kreipiasi į gydytoją odontologą. Rezultatai pateikiami 4 pav. Statistiškai reikšmingai 41-60 metų amžiaus grupė dažniausiai kreipėsi dėl dantų chirurgijos ir implantacijos 70,4 proc. (N= 75) ir dėl dantų protezavimo 58,2 proc. (N=62), negu jaunesni nei 40 ir vyresni nei 61 metų pacientai ($p<0,05$). Tačiau 18 – 40 metų žmonės statistiškai reikšmingai dažniau nei kiti kreipiasi dėl dantų gydymo (terapinio gydymo) 71 proc. (N=166) ir endodontijos (dantų kanalų gydymo) 57,8 proc. (N= 135) ($p<0,05$). Taip pat stebima, kad 18-40 metų grupė dažniau už kitas grupes 71,8 proc. (N=168) kreipiasi dėl estetinio plombavimo, 67,1 proc. (N=157), dėl netaisyklingo sąkandžio ir 66,4 proc. (N=155) dėl burnos higienos, tačiau rezultatai nėra statistiškai reikšmingi ($p>0,05$). 61 ir vyresnių amžiaus grupė dažniausiai kreipėsi dėl dantų protezavimo 19,3 proc. (N=6).



$$\chi^2=100,94, \text{ lls}=6, p=0,03$$

4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupę ir dėl kokios dantų problemos kreipėsi į gydytoją odontologą?(proc.)

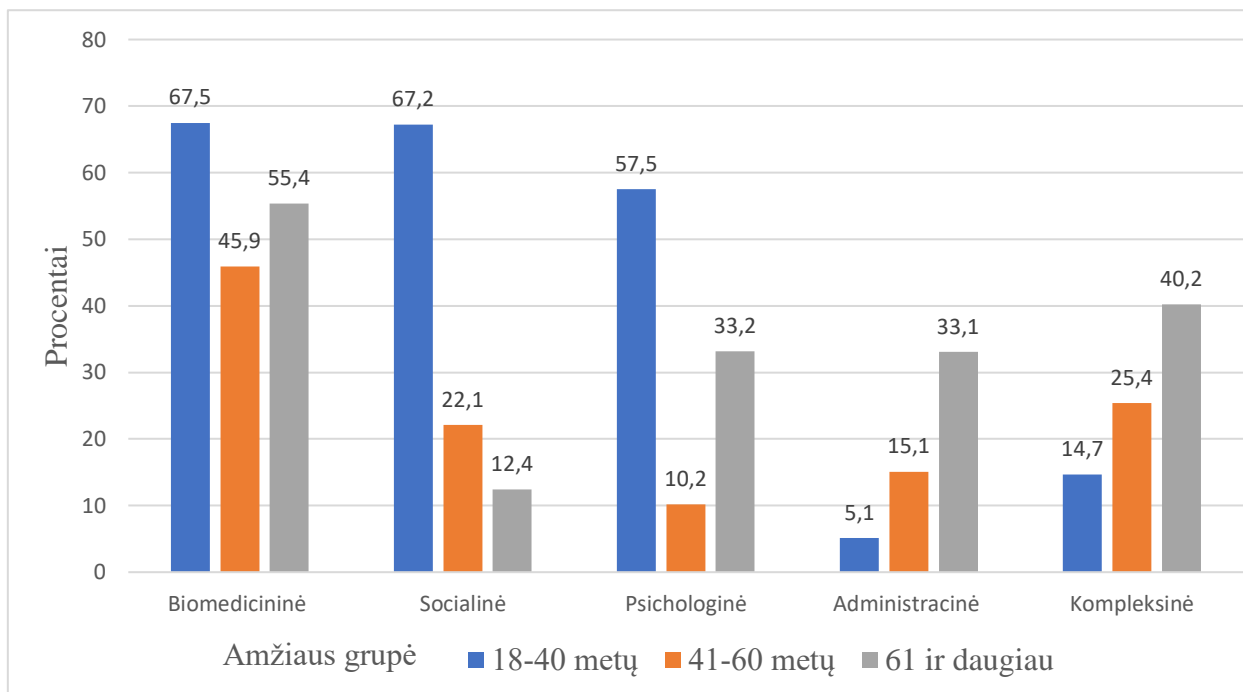
Pacientų, apsilankusių odontologijos klinikoje buvo klausama, ką pacientai norėtų aptarti su gydytoju, siekiant išsiaiškinti, kokios rūšies klausimai labiausiai domina pacientus, apsilankiusius odontologijos klinikoje. Rezultatai pateikti 5 pav.. Lyginant vyrų ir moterų rezultatus, moterys dažniau norėtų aptarti biomedicininę 64,1 proc. (N=125), kurią sudaro naujai atsiradusi arba neatidėliotina fizinės sveikatos problema (danties skausmas, trauma) ir ilgalaikė fizinės sveikatos problema (dantų trūkumas, netaisyklingas sąkandis), socialinę (klausimai, kaip išlaikyti sveiką burnos būklę) 71,4 proc. (N=138), administracinę (pažyma ar pagalba pildant dokumentus, susijusius su burnos sveikatos klausimais) 61,5 proc. (N=119) ir kompleksinę t.y. kelios problemos (biomedicininė, psichologinė ir socialinė) 30,4 proc. (N=59). Statistiškai reikmingai moterys dažniau kreipiasi dėl administracinės 61,5 proc. (N=119) ir socialinės problemos 71,4 (N=138). ($p<0,05$). Vyrų statistiškai reikšmingai dažniau 60 proc. (N=106) kreipiasi dėl psichologinės problemos, negu moterys ($p<0,05$). Todėl galime daryti išvadą, kad moterys dažniau nori aptarti klausimus, kaip išlaikyti sveiką burnos būklę ir nori informacijos apie pažymą ar pagalbą pildant dokumentus, susijusius su burnos sveikatos klausimais, o vyrai nori aptarti baimę procedūroms, nepasitenkinimą savo šypsena.



$$\chi^2=25,764, \text{ lls}=10, p=0,02$$

5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir ką šiandien norėtų aptarti su gydytoju? (proc.)

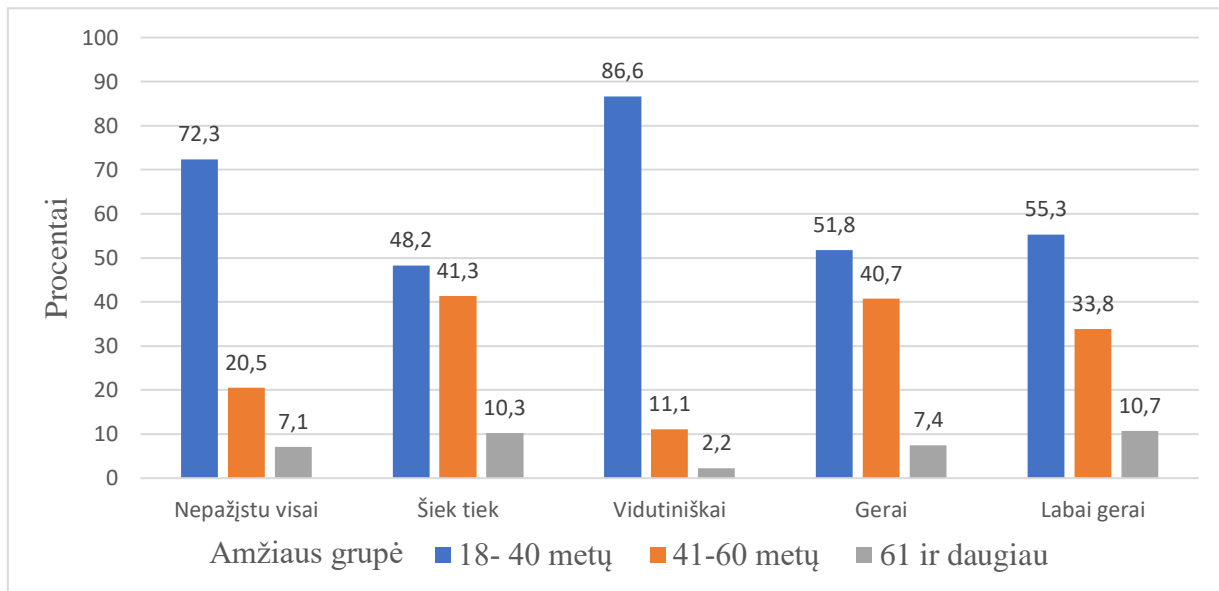
Remiantis 6 paveikslu, matoma, kad 18-40 pacientų amžiaus grupė, nei vyresnės amžiaus grupės statistiškai reikšmingai dažniau 67,7 proc. (N= 158) nori aptarti biomedicininę t.y. naujai atsiradusią arba neatidėliotiną fizinės sveikatos problemą (danties skausmas, trauma) ir ilgalaikę fizinės sveikatos problemą (dantų trūkumas, netaisyklingas sąkandis) ($p<0,05$). Gauti rezultatai rodo, kad 18-40 amžiaus grupė dažniausiai nori aptarti socialinę ir psichologinę problemą, tačiau nenustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p>0,05$). Stebint 60 ir vyresnių amžiaus grupę, 40,2 proc. (N=12) pacientai dažniausiai kreipiasi dėl kompleksinės problemos, t.y. pacientai vizito metu norėjo aptarti kelias problemas (biomedicininę, psichologinę ir socialinę). Statistiškai reikšminga, kad administracinę problemą, t.y. pažymą ar pagalbą pildant dokumentus, susijusius su burnos sveikatos klausimais, 61 ir vyresni 33,1 proc. (N=10) nori aptarti reikšmingai dažniau nei jaunesnės respondentų grupės ($p<0,05$). 61 ir vyresni taip pat už 41-60 metų grupę dažniau nori aptarti psichologinę ir biomedicininę problemą tačiau rezultatai statistiškai nėra reikšmingi ($p>0,05$).



$$\chi^2=33,598, \text{lls}=13, p=0,01$$

6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupę, ir ką šiandien norėtume aptarti su gydytoju? (proc.)

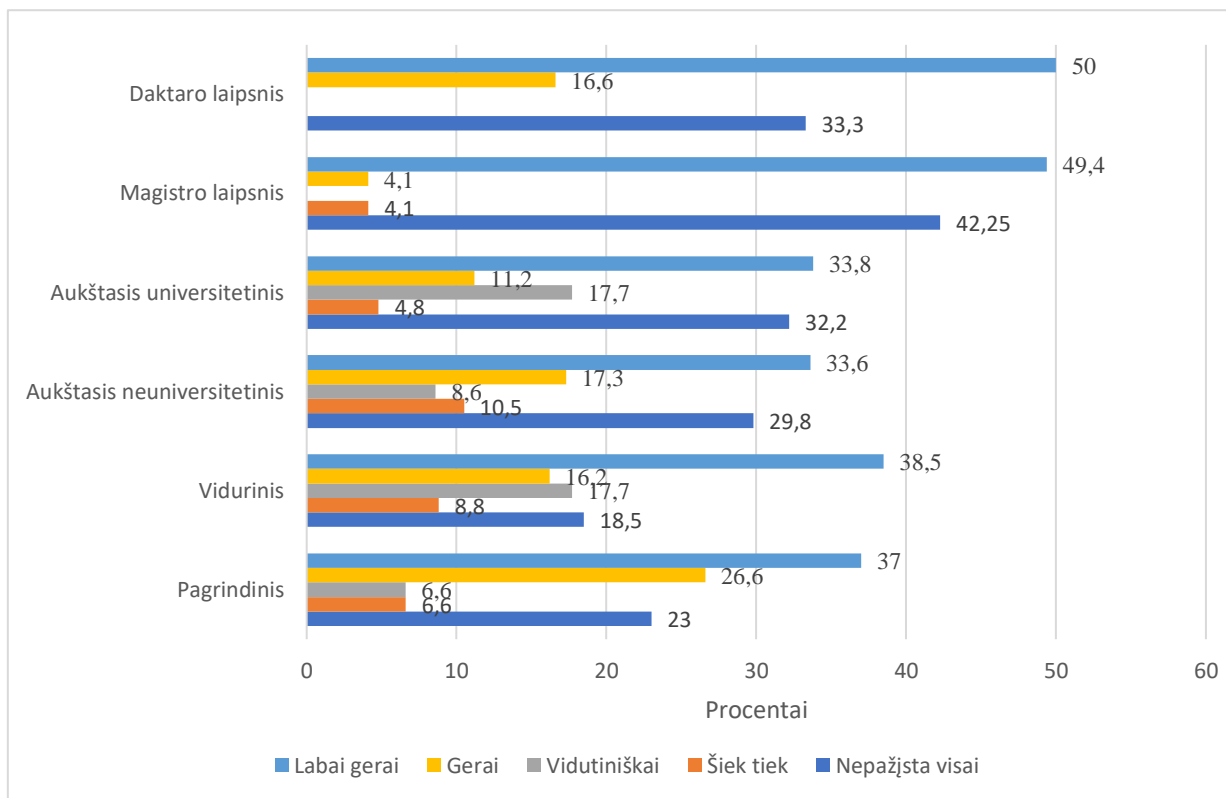
Analizuojant pacientų atsakymus apie tai, kaip gerai pažįsta savo gydytoją, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,05$), lyginant atsakymus tarp amžiaus grupių. Remiantis 7 paveikslu, galima išskirti, kad didesnė dalis vyresnių nei 61 metų amžiaus žmonių grupė labai gerai pažįsta gydytoją, pas kurį lankosi, t.y. 40,7 proc. (N=53) apklaustų respondentų. Jaunesniųjų grupė, 18-40 metų, daugiau respondentų nepažįsta gydytojo 55,3 proc. (N=62), pas kurį lankosi, negu pažįsta 25,5 proc. (N=33). 18-40 metų grupės respondentai taip pat gydytoją pažįsta gerai, 51,8 proc. (N=28) lyginant su kitomis grupėmis, nustatytas ir statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,05$). Statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,05$), kaip gerai pažįsta gydytoją, pas kurį lankosi, buvo nustatytas ir tarp vyrų ir moterų. Daugiau vyrų, 36,1 proc. (N=64), negu moterų (31 proc. (N=60)) labai gerai pažįsta gydytoją, pas kurį lankosi. Iš visų apsilankiusių moterų (N=193) daugiausia, t.y. 34,1 proc., lankosi pas gydytoją, kurio nepažįsta.



$$\chi^2=42,312, \text{ lls}=8, p=0,03$$

7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupę, ir kaip gerai pažįsta gydytoją, pas kurią lankosi? (proc.)

Išanalizavus tyrimo rezultatus, nustatyta, kad pagrindinį, vidurinį ir aukštąjį universitetinį arba koleginių išsilavinimą turintys žmonės labai gerai pažįsta gydytoją, pas kurią lankosi. Atsakymai statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,05$). Remiantis 8 pav. matoma, kad didėjant išsilavinimo laipsniui, didėja ir respondentų, teigiančių, kad labai gerai pažįsta gydytoją odontologą, pas kurią lankosi, skaičius. Daugiausia respondentų pažįsta gydytoją, pas kurią lankosi turintys magistro laipsnį t.y. 49,4 proc., (N=23) ir daktaro laipsnį 50 proc. (N=3). Taip pat daugiausia magistro laipsnį turinčių respondentų teigia, kad lankosi pas gydytoją, kurio nepažįsta visai 42,25 proc. (N=21). Daugiausia respondentų gerai pažįsta gydytoją pas kurią lankosi turintys pagrindinį išsilavinimą t.y. 26,6 proc., (N=4).



$$\chi^2=42,312, \text{ lls}=8, p=0,03$$

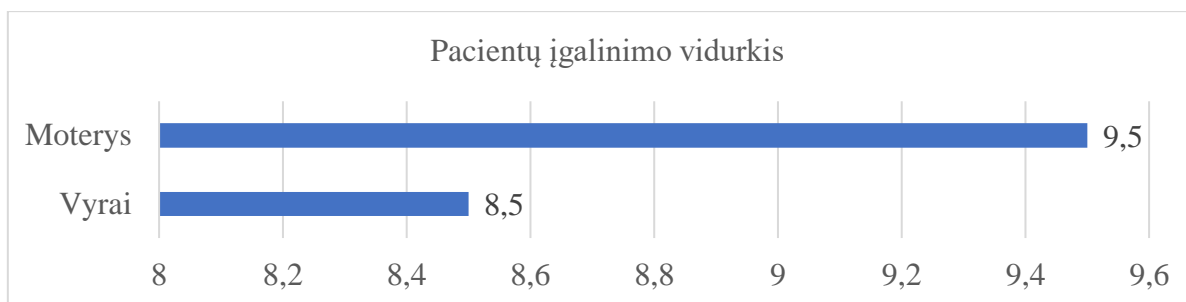
8 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, ir kaip gerai pažįsta gydytoją, pas kurią lankosi? (proc.)

Po vizito pas gydytoją odontologą, pacientai baigė pildyti anketas, t.y. atsakinėjo į klausimus, susijusius su įgalinimu. Apibendrinus gautus rezultatus stebimas vidutinis ar stiprus ryšys tarp kiekvieno PEI elemento (nuo 0,709 iki 0,821) ir stipri koreliacija tarp kiekvieno elemento ir bendro balo (nuo 0,741 iki 0,821) (2 lentelė). Bendras vidutinis paciento įgalinimo balas buvo 7,6 (PEI balas gali svyruoti nuo 0 iki 12). 0,8 proc. (N=3) respondentų surinko mažiausiai balų (0) ir 38,9 proc. (N=144) tyrimo dalyvių surinko visus PEI balus (12). Pusę (6) PEI balų surinko 10,8 proc. respondentų (N=40).

2 lentelė. Spearmano koreliacijos koeficientai tarp PEI elementų ir bendro rezultato.

Požymis	PEI	p
galite susitvarkyti savo gyvenimą	0,715	0,001
galite suprasti savo burnos ligą	0,779	0,001
galite įveikti savo burnos ligą	0,821	0,001
galite geriau rūpintis burnos sveikata	0,766	0
esate užtikrintas dėl savo burnos sveikatos	0,709	0
galite sau padėti	0,723	0,002

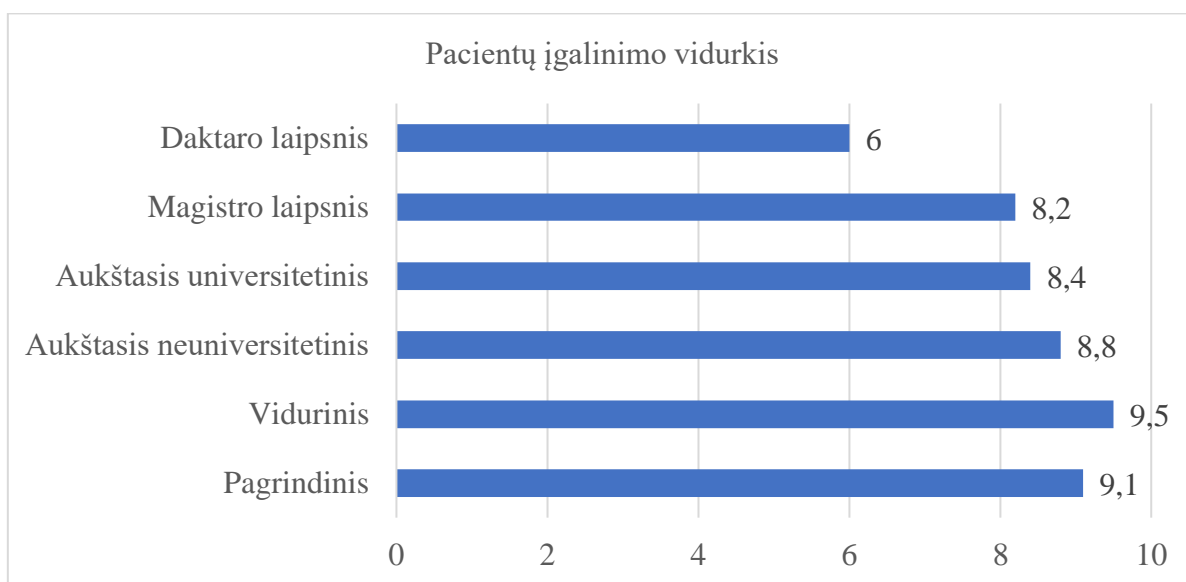
Tyrimo metu gauti įgalinimo balai buvo lyginami su lytimi ir išvesti jų vidurkiai. Iš rezultatų matome, kad moterų įgalinimo balas 9,5 (N=193) statistiškai reikšmingai didesnis negu vyrų 8,5 (N=177), ($p < 0,05$). Todėl galime daryti išvadą, kad moterys įgalinamos labiau nei vyrai. (9 pav.)



$$\chi^2=26,881, \text{lls}=10, p=0,03$$

9 pav. PEI balų vidurkių palyginimas su lytimi (nuo 0 iki 12)

Pacientų įgalinimo balas buvo lyginamas su išsilavinimo laipsniu. (10 pav.) Gauti rezultatai rodo, kad statistiškai reikšmingai vidurinį 9,5 (N=135) ir pagrindinį 9,1 (N=104) išsilavinimą turintys respondentai lengviau įgalinami, lyginant su kitais respondентаis, turinčiais aukštesnį išsilavinimo laipsnį ($p < 0,05$). Mažiausiai įgalinimo balų surinko daktaro laipsnį turintys respondentai, jų vidurkis – 6 (N=6). Taip pat stebima, kad nuo vidurinio išsilavinimo įgalinimo vidurkis mažėja. Galime daryti išvadą, kad kuo aukštesnį išsilavinimo laipsnį respondentai turi, tuo įgalinimas sudėtingesnis.

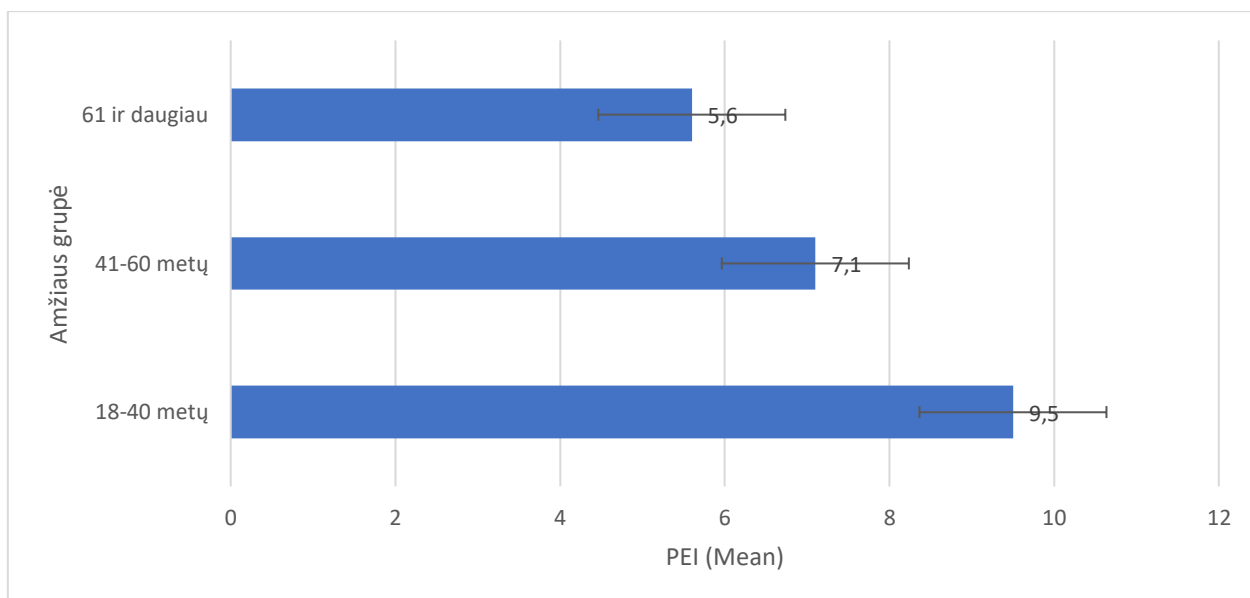


$$\chi^2=159,795, \text{lls}=4, p=0,01$$

10 pav. PEI balų vidurkių palyginimas su išsilavinimo laipsniu (nuo 0 iki 12)

Lyginant respondentų atsakymus apie pacientų įgalinimą, nustatyta, kad atsakymai statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,05$) priklausomai nuo respondentų amžiaus. (11 pav.) Amžiaus grupė nuo 18 iki 40 metų yra lengviau įgalinama, 9,5 (N=234) lyginant su kitomis amžiaus grupėmis,

nes jos įgalinimo vidurkis yra didžiausias. Respondentų, kurių amžius nuo 41 iki 60 metų, įgalinimo vidurkis 7,1 (N=106), o 61 ir vyresnių 5,6 (N=30). Todėl išanalizavus šiuos gautus rezultatus, galima teigti, kad didėjant pacientų, apsilankiusių odontologijos klinikoje, amžiui, įgalinimas mažėja.



$$\chi^2=40,789, \text{lls}=8, p=0,038$$

11 pav. PEI balų vidurkių palyginimas su amžiaus grupėmis (nuo 0 iki 12)

Respondentų buvo klausama, su kokia dantų problema kreipėtės į gydytoją. Gauti rezultatai buvo lyginami su pacientų įgalinimu ir gauti rezultatai yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2=125,902, \text{lls}=4, p=0,02$) (3 lentelė). Iš gautų vidurkių stebima, kad pacientų, kurie kreipėsi dėl dantų chirurgijos ir implantacijos įgalinimo, balo vidurkis 8,9 (N=130). Mažiausias įgalinimo balo vidurkis yra respondentų, kurie kreipėsi dėl burnos higienos (dantų balinimas, akmenų valymas) 8,2 (N=194). Stipri koreliacija nustatyta tarp įgalinimo balo ir dantų implantacijos ($r=0.855$), taip pat įgalinimo balas turi stiprų ryšį ($r=0.823$) su netaisyklingu sąkandžiu. Silpniausias ryšys nustatytas tarp įgalinimo balo ir burnos higienos (dantų balinimo, akmenų valymo) $r=0.510$.

3 lentelė Pacientų įgalinimo balo (PEI) vidurkių palyginimas su kokia dantų problema respondentai kreipėsi į gydytoją odontologą (nuo 0 iki 12)

Problema	PEI	N=370
Dantų protezavimas	8,8	124
Dantų chirurgija ir implantacija	8,9	130
Endodontijos (šaknų kanalų gydymas)	8,5	114
Estetinio plombavimo	8,7	64
Netaisyklingo sąkandžio	8,2	73
Burnos higienos (dantų balinimas; akmenų valymas)	7,8	194

Sekančiu klausimu buvo siekama išsiaiškinti, kokius klausimus pacientai norėtų aptarti su gydytoju odontologu, pas kurį apsilankė (4 lentelė). Pagal respondentų atsakymus buvo suskaičiuoti pacientų įgalinimo vidurkiai. Didžiausias įgalinimo vidurkis yra biomedicininį klausimų 9,45 (N=288), t.y. pacientai norėjo aptarti naujai atsiradusią arba neatidėliotiną fizinės sveikatos problemą (danties skausmas, trauma) arba ilgalaikę fizinės sveikatos problemą (dantų trūkumas, netaisyklingas sąkandis). Kitas klausimas, kurio įgalinimo vidurkis didžiausias - kompleksinis 9,25 (N=90), kurį sudaro biomedicininį, psichologinių ir socialinių klausimų derinys. Mažiausias pacientų įgalinimo vidurkis yra su klausimais apie administracinius dalykus (pažyma ar pagalba pildant dokumentus, susijusius su burnos sveikatos klausimais) 7,5 (N=36). Gauti rezultatai yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2=114,827$, IIs=4, p=0,01) Paciento įgalinimas taip pat turėjo stiprų ryšį su konsultacijos trukme. Pacientų įgalinimo Spearmano koreliacijos koeficientas su konsultacijų trukme buvo 0,820; p < 0,05).

4 lentelė. Pacientų įgalinimo balo (PEI) vidurkių palyginimas su klausimais, kuriuos norėtų aptarti respondentai su gydytoju odontologu (nuo 0 iki 12)

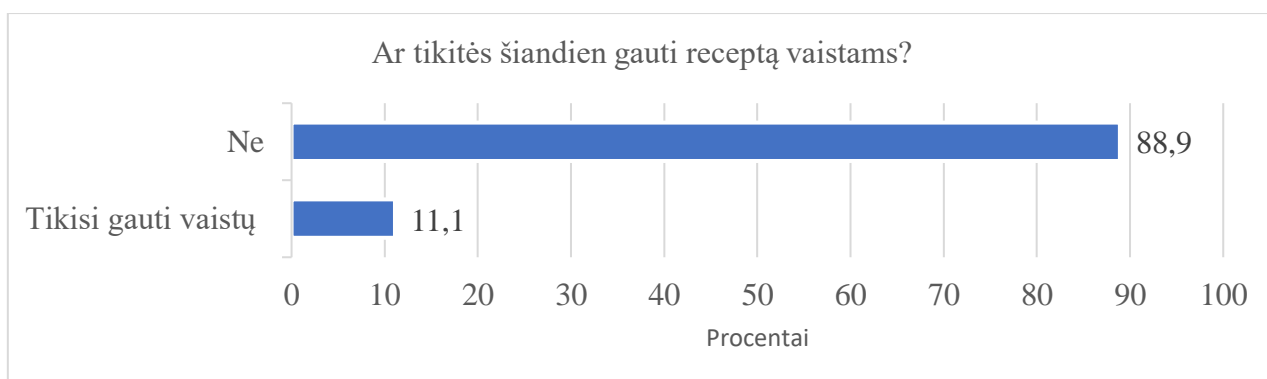
Klausimai	PEI	N=370	Mean SD (laiko vidurkis)
Biomedicininė	9,45	288	40,9
Psichologinė	9,1	143	18,5
Socialinė	9	150	28,1
Administracinė	7,5	36	10
Kompleksinė	9,25	90	17,1

Pacientų buvo klausiama, kaip gerai pažįsta gydytoją odontologą, pas kurį lankosi. Gauti atsakymai palyginti su pacientų įgalinimo vidurkiu ir rezultatai yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2=105,122$, IIs=2, p<0,01) (5 lentelė). Respondentų, kurie labai gerai pažįsta savo gydytoją, pas kurį lankosi, įgalinimo vidurkis yra 9,4 (N=130), o tų, kurie gydytojo nepažįsta arba pažįsta vidutiniškai, įgalinimo vidurkis yra 9. Mažiausias įgalinimo vidurkis yra respondentų, kurie gydytoją pažįsta gerai – 7,8 (N=54). Spearmano koreliacijos koeficientas PEI žinant gydytoją yra 0,52; p < 0,05. Taip pat pacientų buvo klausiama, jei būtų galima, ar mieliau rinktumėtės kitą gydytoją, didžioji dalis respondentų 91,4 proc. (N=338) teigė, kad ne, likę - taip (8,2 proc.), (N=32). Respondentų, kurie norėjo apsilankyti pas kitą gydytoją, įgalinimo vidurkis buvo 4,5. Įgalinimo vidurkis tų, kurie nenorėjo lankytis pas kitą gydytoją - 8,2 (Mann-Whitney U lygiavertiškumo testas paskirstymų buvo p < 0,001).

5 lentelė. Pacientų įgalinimo balo (PEI) vidurkių palyginimas su klausimu, kaip gerai pažįstate gydytoją odontologą, pas kurį lankotės? (nuo 0 iki 12)

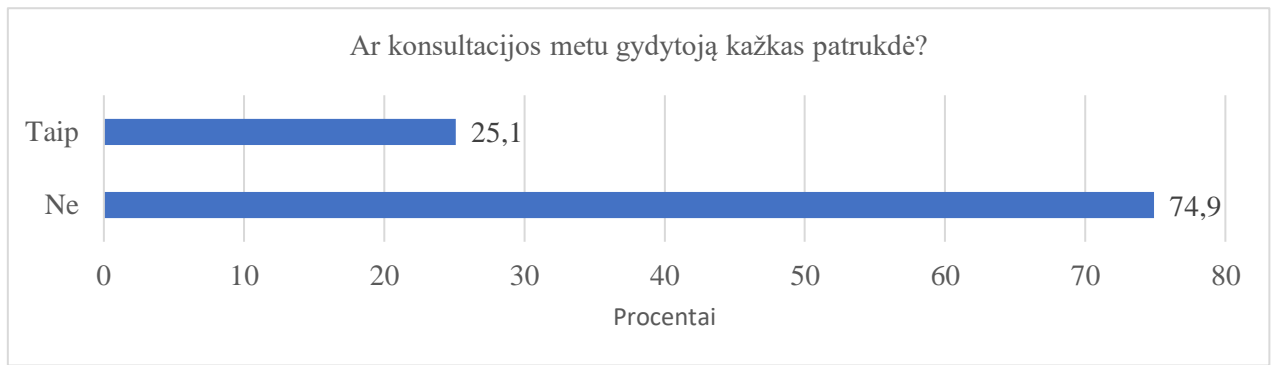
Kaip gerai pažįstate gydytoją?	PEI	N=370	Mean SD (laiko vidurkis)
Nepažįstu	9	112	25,2
Šiek tiek	8,4	29	24,3
Vidutiniškai	9	45	28,9
Gerai	7,8	54	29,4
Labai gerai	9,4	130	36,5

Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas ir tarp tikimybės gauti receptą vaistams ir pacientų įgalinimo. ($p < 0,05$) Iš apklaustų respondentų 89 proc. (N=329) nesitikėjo gauti vaistų, o tikisi 11,1 proc. (N=41). Po vizito, buvo klausiama ar pacientai gavo receptą vaistams. 3,2 proc. (N=12) pacientų teigė, kad taip, o likę - ne (96,8 proc.), (N=358). Todėl įgalinimas yra susijęs su vaistų recepto gavimu. Recepto gavimo atveju pacientų įgalinimo vidurkis buvo 6, o kai receptas nebuvo gautas - 4,5. Mann-Whitney U testo pasiskirstymo lygiavertiškumas buvo $p < 0,001$. Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas ir tarp to, kaip gerai respondentai pažįsta gydytoją, ir kokia konsultacijos trukmė. Iš gautų rezultatų galime teigti, kad kuo geriau pacientas pažįsta gydytoją, tuo ilgesnė konsultacija. (12 pav.)



12 pav. Respondentų atsakymų pasiskirstymas į klausimą ar tikitės šiandien gauti receptą vaistams?

Statistiškai reikšmingi duomenys buvo gauti lyginant pacientų įgalinimo vidurkį ir klausiant respondentų, ar konsultacijos metu gydytoją kažkas patrukdė? (pavyzdžiui, suskambo telefonas, įėjo kolega ar pan.). Rezultatai buvo tokie - $\chi^2=23,279$, $lls=2$, $p=0,025$. Daugiausia respondentų - 74,9 proc. (N=74.9) teigė, kad ne, o likusieji 25,1 proc. (N=25.1) – taip (13 pav.). Pacientų, kurių konsultacijos metu gydytoją kažkas patrukdė, įgalinimo balas 4,5, o pacientų, kurių konsultacijos metu niekas netrukdė - 8,4. Mann-Whitney U testo pasiskirstymo lygiavertiškumas buvo $p < 0,001$.



13 pav. Respondentų atsakymų pasiskirstymas į klausimą, ar konsultacijos metu gydytoją kažkas patrukdė? (Proc.)

Statistiškai nereikšmingai atsakymai pasiskirstė į klausimus „Ar gydytojas, pas kurį šiandien lankotės, yra Jūsų įprastas arba nuolatinis gydytojas?“ ($\chi^2=34,366$, $lfs=1$, $p=0,534$) ir „Ar Jūs šiandien atvykote gydytojo prašymu / nurodymu apsilankyti?“ ($\chi^2=18,827$ $lfs=2$, $p=0,093$). Pusė respondentų 51,4 proc. (N=190) gydytoją, pas kurį lankėsi, laikė nuolatiniu gydytoju, 22,4 proc. (N=83) teigė, kad gydytojas pas kurį lankosi nėra jo nuolatinis gydytojas. 23,8 proc. (N=88) respondentų teigė, kad neturi nuolatinio gydytojo, 2,4 proc. (N=9) nežinojo gydytojo, pas kurį šiandien lankysis. Didžioji dalis (82,7 proc.) (N=306) respondentų teigė, kad lankosi ne dėl to, kad taip nurodė gydytojas.

Apibendrinant, galima teigti, kad Odontologijos klinikoje apsilankiusios moterys dažniausiai kreipiasi dėl endodontinio gydymo, burnos higienos, o vyrai dėl dantų chirurgijos ir protezavimo, o palyginus pagal amžių, 18- 40 metų amžiaus pacientai dažniausiai lankosi dėl dantų gydymo (terapinio gydymo) ir endodontijos (kanalų gydymo). 41-60 metų amžiaus pacientai dažniausiai kreipiasi dėl dantų implantacijos ir protezavimo, o 61 metų ir vyresni dažniausiai tik dėl implantacijos. Tyrimo metu taip pat buvo išsiaiškinta, kad moteris dažniau domina socialiniai ir administraciniai klausimai, o vyrai dažniausiai nori aptarti baimę procedūroms, nepasitenkinimą savo šypsena. Tyrimo metu nustatytas, itin statistiškai reikšmingas skirtumas tarp odontologijos klinikoje apsilankiusių pacientų lyties — moterų įgalinimo balo vidurkis didesnis negu vyrų. Taip pat, lyginant įgalinimo balo rezultatus pagal išsilavinimą, išaiškinta, kad nuo vidurinio išsilavinimo iki aukštojo universitetinio laipsnio įgalinimo vidurkis mažėja. Galima teigti, kad kuo odontologijos klinikoje besilankantys pacientai turi aukštesnį išsilavinimo laipsnį, tuo įgalinimas sudėtingesnis. Išanalizavus odontologijos klinikoje apsilankiusių pacientų amžių ir įgalinimo vidurkį, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp pacientų amžiaus grupių, todėl galima teigti, kad didėjant pacientų amžiui, įgalinimo vidurkis mažėja. Taip pat išaiškinta, kad apklaustų odontologijos klinikos pacientų įgalinimo vidurkis stipriai koreliuoja su dantų implantacija, taip pat su netaisyklingu sąkandžiu. Odontologijos klinikos pacientų įgalinimo vidurkis didžiausias pacientų, kurie turi biomedicininį ir kompleksinių klausimų (t.y. biomediciniai, socialiniai, administraciniai) savo

gydytojui. Tyrimo metu nustatyta, kad ilgėjant gydytojo odontologo konsultacijai, įgalinimo vidurkis didėja. Statistiškai reikšmingi rezultatai nustatyti tarp įgalinimo balų ir to, kaip pacientai gerai pažįsta gydytoją, pas kurį lankosi. Įgalinimo vidurkis didesnis buvo tų pacientų, kurie lankėsi pas gydytoją, kurį pažįsta labai gerai, o mažiausias- tų, kurie gydytoją pažįsta gerai. Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp tikimybės gauti receptą vaistams ir pacientų įgalinimo. Pacientų, kurie tikėjosi gauti receptą ir jį gavo, įgalinimo balas didesnis nei tų pacientų, kurie recepto negavo. Taip pat buvo nustatyta, kad pacientų, kurių konsultacijos metu gydytoją kažkas patrukdė, įgalinimo balas mažesnis nei pacientų, kurių konsultacijos metu niekas netrukdė.

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Pacientų įgalinimo instrumentas (PEI) buvo sukurtas peržiūrėjus literatūrą ir dirbant su pacientais, siekiant geriau sutelkti dėmesį į pacientą, kad būtų užtikrinta konsultacijų kokybė. Paciento įgalinimas gali būti apibrėžtas kaip apimtis, kurią pacientas padeda suprasti ir susidoroti su jo sveikatos problemomis. Ši sąvoka yra susijusi su sveikatos pasekmėmis, tokiomis kaip savikontrolė, turimų lėtinių ligų skaičius ir gyvenimo kokybė (Hudon, et al., 2011).

Odontologijos klinikos pacientų bendras įgalinimo balo vidurkis yra 7,6 balo, lyginant su A. Skarbalienės ir bendraautorių (2019) atliktu tyrimu, kurio metu įgalinimo balas buvo skaičiuotas po konsultacijos su bendrosios praktikos gydytoju (balas siekė 6.43). Atlikto tyrimo balas didesnis ir už įgalinimo balą, gautą Kroatijoje (vidurkis 6,6 balo) (Ozvaci & Adzi, et al., 2008). Švedijoje vidutinis balas - 3,48 (Rööst et al., 2015). Lenkijoje vidutinis balas - 4,0, (vidutinis balas 3,1) (Pawlikowska, et al., 2011). Kadangi imties dydžiai užsienyje ir Lietuvoje atliktų tyrimų buvo labai panašūs, pacientų įgalinimo skirtumus galima paaiškinti kultūriniais ir kalbiniais skirtumais. Kaip sakė Howie et al. (1992), socialiniai ir kultūriniai skirtumai formuoja skirtingus pacientų lūkesčius ir įtakoja įgalinimus. Taip pat, prieš tai minėtuose tyrimuose įgalinimas buvo tiriamas po konsultacijos su bendrosios praktikos gydytoju, o ne su gydytoju odontologu.

Atlikus duomenų analizę ir odontologijos klinikų įgalinimo vertinimą, buvo nustatyta, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp odontologijos klinikoje apsilankusių pacientų lyties. Moterų įgalinimo balo vidurkis didesnis negu vyrų ($p < 0,001$). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ir tarp pacientų amžiaus grupių. Didėjant pacientų amžiui, įgalinimo vidurkis mažėja ($p < 0,001$). Nepriklausomai nuo įgalinimo lygio skirtumų, statistinis skirtumas nustatytas daugumoje šalių, kuriose buvo atliekami tyrimai su PEI instrumentu. Buvo atskleistas statistiškai reikšmingas skirtumas, lyginant amžiaus grupes ir lytis. A. Skarbalienės ir bendraautorių (2019) Lietuvoje atliktu tyrimu taip pat buvo nustatyta, kad PEI balai sumažėjo didėjant pacientų amžiui, o moterų įgalinimo balas didesnis nei pacientų vyrų. Vyresnio amžiaus pacientams Kroatijoje buvo prognozuojamas mažas įgalinimo balas (Ozvaci & Adzi, et al., 2008), o pacientų įgalinimas teigiamai susijęs su moterimis ir jaunesnio amžiaus pacientais Lenkijoje (Pawlikowska, et al., 2011). Tačiau kiti tyrimai atskleidė, kad vidutinio amžiaus pacientai (31–60 m.) buvo žymiai mažiau įgalinami, nei 16 – 30 metų amžiaus grupės pacientai (Mead, et al., 2008).

Remiantis gautais tyrimo rezultatais galima teigti, kad apklaustųjų įgalinimo vidurkis didžiausias pacientų, kurie turi biomedicininį ir kompleksinių klausimų (t.y. biomediciniai, socialiniai, administraciniai) savo gydytojui. Mažiausias - administracinių klausimų. A. Skarbalienės ir bendraautorių atlikto tyrimo (2019) rezultatai taip pat rodo, kad pacientai dažniausiai šeimos gydytojui turi klausimų, susijusių su šeimos biomedicininėmis ar kompleksinėmis problemomis. Vakarų Europos šalyse pacientų, kurie konsultavosi pas šeimos gydytojus, biomedicininį klausimų

įgalinimo balas buvo didesnis lyginant su Lietuvoje apsilankiusiais pacientais. Įgalinimo balas taip pat mažesnis, kai konsultacijos metu buvo aptariami kompleksiniai ar administraciniai klausimai. Panašios tendencijos buvo atskleistos ir JK tyrime (Mercer, et al., 2006), o lenkų tyrimu buvo nustatyta, kad įgalinimo balai aukščiausi, kai aptariamos biomedicininės problemos, ir mažesnis balas - kompleksinėms problemoms (biomedicininis, psichologinis ir socialinis derinys). Pacientų, turinčių administracinių poreikių, įgalinimas buvo mažiausias (Pawlikowska, et al., 2011).

Atliktame tyrime statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp tikėjimosi gauti receptą vaistams ir pacientų įgalinimo. Tyrimo metu buvo nustatytas mažas recepto gavimo procentas 3,2 (N=12). Pacientų, kurie tikėjosi gauti receptą ir jį gavo, įgalinimo balas didesnis, nei tų pacientų, kurie recepto negavo. Todėl įgalinimas yra susijęs su vaistų recepto gavimu. Recepto gavimo atveju pacientų įgalinimo vidurkis buvo - 6, kai receptas nebuvo gautas 4,5. ($p < 0,001$). Gauti rezultatai, kaip ir Lenkijos (Pawlikowska, et al., 2011) ir JK (Tolvanen, et al., 2017) tyrimuose, atskleidė, kad pacientų įgalinimas padidėjo, kai pacientų lūkesčiai gauti receptą buvo patenkinti.

Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad įgalinimo vidurkis didesnis buvo tų pacientų, kurie lankėsi pas gydytoją, kurį pažįsta labai gerai — 9,4 balo. Individualiose konsultacijose JK pacientai, kurie gerai pažinojo savo gydytoją, buvo glaudžiai susiję su įgalinimo balu (Desborough, et al., 2017). Paciento tęstinumo suvokimas ir gydytojo bendravimo įgūdžiai buvo susiję su aukštesniu įgalinimo balu Švedijoje (Tolvanen, et al., 2016).

Tyrimo metu nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys, kad ilgėjant gydytojo odontologo konsultacijai, įgalinimo vidurkis didėja ($p < 0,001$). Taip pat ir A. Skarbalienės, ir bendraautorių (2019) tyrime konsultacijos trukmė buvo dar vienas susijęs veiksnys, susijęs su didesniu įgalinimu Lietuvoje: pacientų aktyvumas didėjo ilgėjant konsultacijos trukmei. Pakankamas konsultacijų laikas yra visuotinis rūpestis (Howie, J. G., et al., 1998). Ilgesnis konsultacijų laikas yra susijęs su didesniu įgalinimo vidurkiu. Įgalinimo balas buvo artimai susijęs su konsultacijų trukme Kroatijoje (Ozvacić Adzić, et al., 2008), Lenkijoje (Pawlikowska, et al., 2010) ir Škotijoje (Mercer, et al., 2012). Buvo padaryta išvada, kad atliktas tyrimas pabrėžė konsultacijų trukmės svarbą ir pacientų įgalinimą Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse.

Apibendrinant galima teigti, kad odontologijos klinikos pacientų bendras įgalinimo balo vidurkis yra 7,6 balo. Odontologijos klinikų pacientus įgalinimas susijęs su išsilavinimu, moteriška lytimi, jaunesniu amžiumi. Įgalinimas taip pat siejamas su turimomis burnos sveikatos problemomis bei domėjimusi jų sprendimu, t. y. žmonės, turintys daugiau burnos sveikatos problemų (pavyzdžiui, netaisyklingas sąkandis, dantų implantacija) ir labiau besidomintys savo burnos sveikata (turintys kompleksinių klausimų odontologui) tokiu būdu labiau įsigalina. Pacientų įgalinimą didina odontologo pažinėjimas, pakankamas konsultacijai skiriamas laikas ir dėmesingumas konsultacijos metu bei pašalinių trikdžių nebuvimas.

IŠVADOS

1. Įgalinimo samprata yra daugiamatė ir turinti daug skirtingų apibrėžimų. Į esama sampratą įtraukiami pacientų pajėgumai, galia, žinios, pacientų veikla/elgesys, pavyzdžiui, racionalus sprendimas, bendras sprendimų priėmimas ir savo ligos bei savo gyvenimo valdymas ir sveikatos priežiūros specialistų parama. Pacientai turi įgalinti save, o sveikatos priežiūros specialistai gali tik padėti pacientams jų įgalinimo procese. Paciento įgalinimas paprastai reiškia procesą, kuris leidžia asmeniui ar bendruomenei įgyti žinių ir įgūdžių, reikalingų jų priežiūros pasirinkimui.

2. Ivertinus odontologijos klinikoje konsultacijai apsilankiusius pacientus, nustatyta, kad moterys dažniausiai kreipiasi dėl endodontinio gydymo ir burnos higienos, o vyrai dažniausiai dėl dantų chirurgijos ir protezavimo. Palyginus respondentus pagal amžių, 18- 40 metų amžiaus pacientai dažniausiai lankosi dėl dantų gydymo (terapinio gydymo) ir endodontijos (kanalų gydymo). 41-60 metų pacientai dažniausiai kreipiasi dėl dantų implantacijos ir protezavimo, o 61 metų ir vyresni dažniausiai tik dėl implantacijos. Tyrimo metu taip pat buvo išsiaiškinta, kad moteris dažniau domina socialiniai t.y. klausimai, kaip išlaikyti sveiką burnos būklę ir administraciniai klausimai (pažyma ar pagalba pildant dokumentus, susijusius su burnos sveikatos klausimais). Vyrai dažniausiai nori aptarti baimę procedūroms ir nepasitenkinimą savo šypsena.

3. Tyrimo metu nustatytos prielaidos, kad labiausiai odontologijos klinikų pacientus įgalina, įgytas išsilavinimas, išaiškinta, kad nuo vidurinio išsilavinimo iki aukštojo universitetinio laipsnio įgalinimo vidurkis mažėja. Todėl kuo odontologijos klinikoje besilankantys pacientai turi aukštesnį išsilavinimo laipsnį, tuo įgalinimas sudėtingesnis. Nustatytas ir itin statistiškai reikšmingas skirtumas tarp odontologijos klinikoje apsilankusių pacientų lyties — moterų įgalinimo balo vidurkis didesnis negu vyrų. Išanalizavus odontologijos klinikoje apsilankusių pacientų amžių ir įgalinimo vidurkį, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp pacientų amžiaus grupių, todėl didėjant pacientų amžiui, įgalinimo vidurkis mažėja. Taip pat išaiškinta, kad apklaustų odontologijos klinikos pacientų įgalinimo vidurkis stipriai koreliuoja su dantų implantacija, taip pat su netaisyklingu sąkandžiu. Odontologijos klinikos pacientų įgalinimo vidurkis didžiausias pacientų, kurie turi biomedicininį ir kompleksinį klausimų (t.y. biomediciniai, socialiniai, administraciniai) savo gydytojui. Pacientų įgalinimą didina pakankamas gydytojo skiriamas laikas ir konsultacijos metu gydytojo niekas trukdo. Statistiškai reikšmingi rezultatai nustatyti tarp įgalinimo balų ir to, kaip pacientai gerai pažįsta gydytoją, pas kurį lankosi. Įgalinimo vidurkis didėja pacientų, kurie lankosi pas gydytoją, kurį pažįsta labai gerai. Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp tikimybės gauti receptą vaistams ir pacientų įgalinimo. Pacientų įgalinimo balas didesnis tų, kurie tikėjosi gauti receptą ir jį gavo, nei tų pacientų, kurie tikėjosi recepto ir negavo.

4. Prieš tyrimą suformuluotos hipotezės pasitvirtino. Pirmoji Iškelta hipotezė, kad moterų įgalinimas didesnis negu vyrų pasitvirtino, moterų įgalinimo vidurkis didesnis negu vyrų, moterų įgalinimo balas 9,5 (N=193) ir yra statistiškai reikšmingai didesnis negu vyrų 8,5 (N=177), ($p < 0.05$). Iškelta hipotezė, kad didėjant pacientų amžiui įgalinimas mažėja pasitvirtino, nes amžiaus grupės nuo 18 iki 40 metų įgalinimo vidurkis, 9,5 (N=234), respondentų, kurių amžius nuo 41 iki 60 metų, įgalinimo vidurkis 7,1 (N=106) ir 61 ir vyresnių 5,6 (N=30). Todėl išanalizavus šiuos gautus rezultatus, galima teigti, kad didėjant pacientų, apsilankiusių odontologijos klinikoje, amžiui, įgalinimas mažėja. Paskutinė hipotezė, kad pacientų, turinčių biomedicininį problemų įgalinimas didesnis, negu turinčių socialinių, nes didžiausias įgalinimo vidurkis yra biomedicininį klausimų 9,45 (N=288), t.y. pacientai norėjo aptarti naujai atsiradusią arba neatidėliotiną fizinės sveikatos problemą (danties skausmas, trauma) arba ilgalaikę fizinės sveikatos problemą (dantų trūkumas, netaisyklingas sąkandis), o turinčių socialinių problemų įgalinimo balo vidurkis -9.

REKOMENDACIJOS

Išanalizavus tyrimo rezultatus gautus siekiant išsiaiškinti odontologijos klinikos pacientų įgalinimo prielaidas, galima teikti tokias praktines rekomendacijas:

1. Klinikų administracijai: odontologijos klinikose skatinti pacientų bendradarbiavimą su jų burnos sveikatos priežiūros specialistais. Prieš užregistruojant pacientą, administracija turėtų pasistengti identifikuoti problemą ar priežastį dėl kurios pacientas atvyksta konsultacijai, kad gydytojas odontologas galėtų konsultacijai tinkamai pasiruošti. Organizuoti periodinius pacientų mokymus skatinant sveiką jų burnos būklę, padedant rasti sprendimus sprendžiant problemas susijusias su jų burnos sveikata. Į šiuos mokymus įtraukti ir kitų specialybių sveikatos priežiūros specialistus pavyzdžiui mitybos specialistus, kineziterapeutus visuomenės sveikatos specialistus.

2. Pacientams: aktyviau dalyvauti visuomenės sveikatos biuro ar jų klinikos veikloje, mokantis apie tai, kaip svarbu išlaikyti sveiką burnos sveikatos būklę, siekiant pagerinti žinias ir kontrolės jausmą. Didesnį dėmesį skirti savipriežiūrai, savikontrolei, sveikatos išsaugojimui.

3. Odontologijos klinikų darbuotojams: nuolat tobulinti bendravimo įgūdžius tarp gydytojo ir paciento. Konsultacijų metu skirti pacientui visą savo dėmesį, išgirsti paciento lūkesčius ir norus, pasakojant apie paciento burnos sveikatą naudoti vaizdines priemones ir demonstracinius modelius, nes tai gali padėti pagerinti paciento žinias ir supratimą. Gydytojams odontologams, dar didesni dėmesį skirti vyrams ir vyresnio amžiaus pacientams, jų burnos sveikatos būklei. Taip pat rekomenduojama stengtis išgirsti paciento lūkesčius, ir juos pateisinti, o jei pacientas tikisi pavyzdžiui recepto vaistams, ar tam tikro gydymo, kuris jam nėra indikuotinas, aiškiai pacientui paaiškinti kodėl jam to nereikia.

LITERATŪRA

1. Abadi, M., Richard, B., Shamblen, S., Drake, C., Schweinhart, A., Bokhour, B., Bauer, R., ir Rychener, D. (2021). Achieving Whole Health: A Preliminary Study of TCMLH, a Group-Based Program Promoting Self-Care and Empowerment Among Veterans. *Health Education ir Behavior*. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/10901981211011043>
2. Abrahams, N., Gilson, L., Levitt, N. S., ir Dave, J. A. (2019). Factors that influence patient empowerment in inpatient chronic care: early thoughts on a diabetes care intervention in South Africa. *BMC endocrine disorders*, 19(1), 133. Prieiga per internetą <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0465-1>
3. Acuña Mora, M., Luyckx, K., Sparud-Lundin, C., Peeters, M., van Staa, A., Sattoe, J., Bratt, E. L., ir Moons, P. (2018). Patient empowerment in young persons with chronic conditions: Psychometric properties of the Gothenburg Young Persons Empowerment Scale (GYPES). *PloS one*, 13(7). Prieiga per internetą <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201007>
4. Anusa, A. M., Thavarajah, R., Nayak, D., Joshua, E., Rao, U. K., ir Ranganathan, K. (2018). A Study on Drug-Induced Tardive Dyskinesia: Orofacial Musculature Involvement and Patient's Awareness. *Journal of orofacial sciences*, 10(2), 86–95.
5. Barr, Scholl, I., Bravo, P., Faber, M. ., Elwyn, G., ir Mcallister, M. (2015). Assessment of patient empowerment - a systematic review of measures. *PloS One*, 10(5), e0126553–e0126553. Prieiga per internetą <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126553>
6. Bedford, L. E., Yeung, M., Au, C. H., Tse, E., Yim, W. Y., Yu, E., Wong, C., ir Lam, C. (2021). The validity, reliability, sensitivity and responsiveness of a modified Patient Enablement Instrument (PEI-2) as a tool for serial measurements of health enablement. *Family practice*, 38(3), 339–345. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa102>
7. Benecke, M., Kasper, J., Heesen, C., Schäffler, N., ir Reissmann, D. R. (2020). Patient autonomy in dentistry: demonstrating the role for shared decision making. *BMC medical informatics and decision making*, 20(1), 318. Prieiga per internetą <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01317-5>
8. Benzian, H., ir Listl, S. (2021). Globale Mundgesundheitspolitik im internationalen gesundheitspolitischen Rampenlicht – Herausforderungen und neue Chancen für nachhaltige Verbesserungen [Global oral health in the international health policy spotlight-challenges and new opportunities for sustainable improvement]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(7), 871–878. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03353-6>

9. Bogaert B. (2020) Patient empowerment as capabilities: The perspective of patients with epilepsy at a medical-social center in France. In *Epilepsy and behavior: EirB* (116). Prieiga per internetą <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.107795>
10. Boudioni, M., McLaren, S., ir Lister, G. (2017). A critical analysis of national policies, systems, and structures of patient empowerment in England and Greece. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1657–1669. Prieiga per internetą <https://ezproxy.biblioteka.ku.lt:4400/10.2147/PPA.S144028>
11. Braut, B., Smedbråten, B. K., ir Andresen, J. F. (2016). Incident reports for the benefit of the patient and the health care system. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 136(11), 986–986. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0415>
12. Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., McAllister, M., ir Cochrane Healthcare Quality Research Group, Cardiff University (2015). Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC health services research*, 15 (252). Prieiga per internetą <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>
13. Buxarrais MR, Azevedo M da C. (2017) Competencias éticas y deontología profesional en la universidad. Málaga: Aljibe; 89–128.
14. Castro, Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., ir Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99 (12), 1923–1939. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
15. Cerezo, P. G., Juvé-Udina, M. E., ir Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 50(4), 667–674. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>
16. Chandu A. (2011). Communication and dentistry - an important part of the dentist-patient relationship. *Australian dental journal*, 56(2), 240–241. Prieiga per internetą: https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2011.01336_4.x
17. Chiauzzi, E., DasMahapatra, P., Cochin, E., Bunce, M., Khoury, R., ir Dave, P. (2016). Factors in Patient Empowerment: A Survey of an Online Patient Research Network. *The patient*, 9(6), 511–523. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0171-2>
18. Cinar, A. B., ir Schou, L. (2014). Impact of empowerment on toothbrushing and diabetes management. *Oral health and preventive dentistry*, 12(4), 337–344. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a32130>
19. Cortez DN, Macedo MML, Souza DAS, dos Santos JC, Afonso GS, Reis IA, Torres H de C. (2017) Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: a cluster randomized trial. *BMC Public Health*. 17 (41).

20. De Santis, M., Hervas, C., Weinman, A., Bosi, G., ir Bottarelli, V. (2019). Patient empowerment of people living with rare diseases. Its contribution to sustainable and resilient healthcare systems. *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 55(3), 283–291. Prieiga per internetą: https://doi.org/10.4415/ANN_19_03_15
21. Desborough J, Bagheri N, Banfield M, Mills J, Phillips C, Korda R. (2016) The impact of general practice nursing care on patient satisfaction and enablement in Australia: a mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 64(108 –19). Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.004>.
22. Eva Marie Castro, Tine Van Regenmortel, Kris Vanhaecht, Walter Sermeus ir Ann Van Hecke (2016) Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review, *Patient Education and Counseling*, 99 (12) 1923-1939. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
23. Fiorillo L. (2019). Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(10), 676. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.3390/medicina55100676>
24. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. (1998) A comparison of a patient enablement instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract.*; 15(2):165 –71.
25. Hudon C, Fortin M, Rossignol F, Bernier S, Poitras ME. (2011) The patient enablement instrument-French version in a family practice setting: a reliability study. *BMC Fam Pract*. 7:12–71.
26. Hwang, J. I., Kim, S. W., ir Chin, H. J. (2019). Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate. *Asian nursing research*, 13(2), 130–136. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.03.001>
27. Jasin, T. A., Suwargiani, A. A., Wardani, R., Aripin, D., Oscar, F., Supriatna, A., ir Sasmita, I. S. (2020). Acceptance of Leadership Empowerment Efforts for Female Employees in Three Dental Hospitals. *International journal of dentistry*, 2020, 8056175. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1155/2020/8056175>
28. Jasin, T. A., Suwargiani, A. A., Wardani, R., Aripin, D., Oscar, F., Supriatna, A., ir Sasmita, I. S. (2020). Acceptance of Leadership Empowerment Efforts for Female Employees in Three Dental Hospitals. *International journal of dentistry*, 2020, 8056175. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1155/2020/8056175>
29. Jensen, C. M., Santy-Tomlinson, J., Overgaard, S., Wiil, U. K., Jakobsen, P. R., Smith, A. C., ir Clemensen, J. (2020). Empowerment of whom? The gap between what the system provides and patient needs in hip fracture management: A healthcare professionals' lifeworld

- perspective. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 38, 100778. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2020.100778>
30. Jiang, S., ir Liu, J. (2020). Examining the relationship between Internet health information seeking and patient-centered communication in China: taking into account self-efficacy in medical decision-making. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/17544750.2020.1769700>
 31. Johansson, V., Islind, A. S., Lindroth, T., Angenete, E., ir Gellerstedt, M. (2021). Online Communities as a Driver for Patient Empowerment: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 23(2), e19910. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.2196/19910>
 32. Johansson, V., Islind, A. S., Lindroth, T., Angenete, E., ir Gellerstedt, M. (2021). Online Communities as a Driver for Patient Empowerment: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 23(2), e19910. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.2196/19910>
 33. Jørgensen, Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Therkildsen, S., Groenvold, M., Rasmussen, C. L., ir Johnsen, A. T. (2018). What Facilitates “Patient Empowerment” in Cancer Patients During Follow-Up: A Qualitative Systematic Review of the Literature. *Qualitative Health Research*, 28(2), 292–304. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/1049732317721477>
 34. Kärner Köhler, A., Tingström, P., Jaarsma, T., ir Nilsson, S. (2018). Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 19(1), 76. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0749-y>
 35. Karni, L., Dalal, K., Memedi, M., Kalra, D., ir Klein, G. O. (2020). Information and Communications Technology-Based Interventions Targeting Patient Empowerment: Framework Development. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e17459–e17459. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.2196/17459>
 36. Karni, L., Dalal, K., Memedi, M., Kalra, D., ir Klein, G. O. (2020). Information and Communications Technology-Based Interventions Targeting Patient Empowerment: Framework Development. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e17459. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.2196/17459>
 37. Kemparaj, V. M., Panchmal, G. S., Jayakumar, H. L., ir Kadalur, U. G. (2016). Qualitative assessment of ethical issues in dental practice: An expert opinion. *Journal of Education and Ethics in Dentistry*, 6(1), 20
 38. Koekenbier, Krista, Leino-Kilpi, Helena, Cabrera, Esther, Fatkulina, Natalja, Johansson Stark, Åsa, Katajisto, Jouko, Lemonidou, Chryssoula, Papastavrou, Evridiki, Salanterä, Sanna, Sigurdardottir, Arun, Valkeapää, Kirsi, ir Eloranta, Sini. (2016). Empowering knowledge and its connection to health-related quality of life: A cross-cultural study A concise

- and informative title: Empowering knowledge and its connection to health-related quality of life. *Applied Nursing Research*, 29, 211–216. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.004>
39. Lastinger, A., Gomez, K., Manegold, E., ir Khakoo, R. (2017). Use of a patient empowerment tool for hand hygiene. *American journal of infection control*, 45(8), 824–829. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.02.010>
 40. Ludwig, H., Novis Durie, S., Meckl, A., Hinke, A., ir Durie, B. (2020). Multiple Myeloma Incidence and Mortality Around the Globe; Interrelations Between Health Access and Quality, Economic Resources, and Patient Empowerment. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0141>
 41. Maclachlan, E. W., Shepard-Perry, M. G., Ingo, P., Uusiku, J., Mushimba, R., Simwanza, R., Likoro, J., Brandt, L. J., Thomas, K. K., Kasonka, C., Hamunime, N., ir O'Malley, G. (2016). Evaluating the effectiveness of patient education and empowerment to improve patient-provider interactions in antiretroviral therapy clinics in Namibia. *AIDS Care*, 28(5), 620–627. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1124975>
 42. Malathi, N. (2015). Dental ethics education: A responsibility of an academician. *Journal of Education and Ethics in Dentistry*, 5(1).
 43. Maria Adela Grando, Ronen Rozenblum, David Bates. Information Technology for Patient Empowerment in Healthcare. De Gruyter; 2015. Accessed November 21, 2021. Prieiga per internetą: <https://ezproxy.biblioteka.ku.lt:4592/login.aspx?direct=true&db=e000xwwirAN=984262&rsite=ehost-live>
 44. Mattei, P. (2020). Digital governance in tax-funded European healthcare systems: from the Back office to patient empowerment. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), 3–3. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s13584-020-0361-1>
 45. Mead N, Bower P, Roland M. (2008) Factors associated with enablement in general practice: cross-sectional study using routinely-collected data. *Br J Gen Pract.*;58:346 –52. .
 46. Mercer SW, Howie JG. (2006) CQI-2 – a new measure of holistic interpersonal care in primary health care consultations. *Br J Gen Pract.*;56:262 –8.
 47. Mercer SW, Janil BD, Maxwell M, Wong SYS, Watt GCM. (2012) Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract.*;8:13 –6.
 48. Molgaard Nielsen, A., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Öberg, B., Enthoven, P., Abbott, A., ir Lauridsen, H. H. (2021). The patient enablement instrument for back pain: reliability, content validity, construct validity and responsiveness. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 116. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01758-0>

49. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. (2017) Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*. 12(10):e0186458. doi: 10.1371/journal.pone.0186458. PMID: 29040335; PMCID: PMC5645121
50. Nassar, L. (2015). The power of interpersonal relationships in dentistry and patient's pain. *Romanian Journal of Cognitive-Behavioral Therapy ir Hypnosis*, 2(1), 1–4.
51. Nicholls, S. G., Carroll, K., Goldstein, C. E., Brehaut, J. C., Weijer, C., Zwarenstein, M., Dixon, S., Grimshaw, J. M., Garg, A. X., ir Taljaard, M. (2021). Patient Partner Perspectives Regarding Ethically and Clinically Important Aspects of Trial Design in Pragmatic Cluster Randomized Trials for Hemodialysis. *Canadian journal of kidney health and disease*, 8. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/20543581211032818>
52. Ozvaci ć Adzi ć Z, Kati ć M, Kern J, Lazi ć D, Cerovecki Neki ć V, Soldo D. (2008) Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. *Croat Med J.*; 49(6):813 –23.
53. Paulsamym, P., Venkatesan, K., Muthu Mohamed, J. M., Alshahrani, S., Ramaiah, R., Easwaran, V., El-Sherbiny, M., Dosoky, M., Abdulla Khan, N., Prabahar, K., Kandasamy, G., ir Sahile, K. (2022). Empowerment of Primary Healthcare Providers on the Prevention and Management of Dental or Oral Health Issues among Postchemotherapy Patients in Pandemic. *Journal of healthcare engineering*, 2022, 9087776. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1155/2022/9087776>
54. Pawlikowska TRB, Nowak PR, Szumilo-Grzesik W (2002). Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the patient enablement instrument in Poland. *Fam Pract.*;19:197 –201.
55. Pawlikowska TRB, Walker JJ, Nowak PR, (2010) Patient involvement in assessing consultation quality: a quantitative study of the patient enablement instrument in Poland. *Health Expect.*;13(1):13 –23.
56. Pekonen, A., Eloranta, S., Stolt, M., Virolainen, P., ir Leino-Kilpi, H. (2020). Measuring patient empowerment – A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 777–787. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.019>
57. Pulvirenti, M., McMillan, J., ir Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 17(3), 303–310. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/j.13697625.2011.00757.x>
58. Rajput, S., Puranik, M. P., Shanbhag, N., ir Kumar, A. (2020). Factors affecting empathy among indian dentists. *Indian journal of dental research : official publication of Indian*

- Society for Dental Research*, 31(1), 14–21. Prieiga per internetą: https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_365_18
59. Remelhe, M., Teixeira, P. M., Lopes, I., Silva, L., ir Correia de Sousa, J. (2017). The modified patient enablement instrument: a Portuguese cross-cultural adaptation, validity and reliability study. *NPJ primary care respiratory medicine*, 27, 16087. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2016.87>
 60. Rööst M, Zielinski A, Petersson C, Strandberg EL.(2015) Reliability and applicability of the patient enablement instrument (PEI) in a Swedish general practice setting. *BMC Fam Pract*.;4:16–31.
 61. Sajid, M., Saeed, A., Athar, Y., Khan, S., Bhatti, U. A., ir Qayum Mirza, B. A. (2021). Patient's perspective and awareness of materials used in dentistry. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(4), 1171–1174. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.47391/JPMA.056>
 62. Santiago, B. M., Valença, A. M., ir Vettore, M. V. (2014). The relationship between neighborhood empowerment and dental caries experience: a multilevel study in adolescents and adults. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 17 Suppl 2, 15–28. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060002>
 63. Schneider-Kamp A. *Putting Patients into the Centre: Patient Empowerment in Everyday Health Practices*. Vol. 24. 2020. Web. Schneider-Kamp A. (n.d.). Putting patients into the centre: Patient empowerment in everyday health practices. In *Health (London, England : 1997)*, 24 (6). Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/1363459319831343>
 64. Shadrav, A., Kalenderian, E., ir Roig, P. (2019). "7/12" patient touch point strategy: a novel method to increase patient attendance and recommendation. *BDJ open*, 5, 14. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1038/s41405-019-0023-y>
 65. Simões, J. A., Prazeres, F., Maricoto, T., Simões, P. A., Lourenço, J., Romano, J. P., ir Santiago, L. M. (2021). Physician empathy and patient enablement: survey in the Portuguese primary health care. *Family practice*, 38(5), 606–611. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab005>
 66. Skarbalienė, A., Jurgutis, A., Strandberg, E.L.(2019). Patient involvement in assessing consultation quality: validation of patient enablement instrument (PEI) in Lithuanian general practice. *BMC Fam Pract* 20(167) Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1061-1>
 67. Stuart, J., Hoang, H., Crocombe, L., ir Barnett, T. (2017). Relationships between dental personnel and non-dental primary health care providers in rural and remote Queensland,

- Australia: dental perspectives. *BMC oral health*, 17(1), 99. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12903-017-0389-y>
68. Sturrock, A., Preshaw, P. M., Hayes, C., ir Wilkes, S. (2019). General dental practitioners' perceptions of, and attitudes towards, improving patient safety through a multidisciplinary approach to the prevention of medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ): a qualitative study in the North East of England. *BMJ open*, 9(6), e029951. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029951>
69. Templeton, A. R., Young, L., Bish, A., Gnich, W., Cassie, H., Treweek, S., Bonetti, D., Stirling, D., Macpherson, L., McCann, S., Clarkson, J., Ramsay, C., ir PMC study team (2016). Patient-, organization-, and system-level barriers and facilitators to preventive oral health care: a convergent mixed-methods study in primary dental care. *Implementation science*, 11 (5). Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0366-2>
70. Tolvanen E, Koskela TH, Helminen M, Kosunen E. (2017). Patient enablement after a single appointment with a GP: analysis of Finnish QUALICOPC data. *J Prim Care Community Health.*;8(4):213 –20.
71. Tolvanen, E., Koskela, T. H., Helminen, M., ir Kosunen, E. (2020). The validity and reliability of the patient enablement instrument (PEI) after GP appointments in Finnish health care centres. *Journal of patient-reported outcomes*, 4(1), 79. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00243-4>
72. Ustrell, J. M. (2017). Relación odontólogo paciente. *Odontólogos de Hoy*, 6, 8.
73. Ustrell-Torrent, J. M., Buxarrais-Estrada, M. R., ir Ustrell-TorrentRiutord-Sbert, P. (2021). Ethical relationship in the dentist-patient interaction. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 13(1), e61–e66. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.4317/jced.57597>
74. Vainauskienė, V., ir Vaitkienė, R. (2021). Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self-Management of Chronic Disease: An Integrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2247. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052247>
75. Van Riel, P., Zuidema, R. M., Vogel, C., ir Rongen-van Dartel, S. (2019). Patient Self-Management and Tracking: A European Experience. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 45(2), 187–195. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2019.01.008>
76. Welie J. V. (2019). Patient autonomy as a necessary but limited ethical principle in shaping the dentist-patient relationship. *The Journal of forensic odonto-stomatology*, 3(37), 34–41

PRIEDAI

1 priedas

Prašome Jūsų užpildyti klausimyną, kurį sudaro klausimai apie Jūsų sveikatą, šiandieninio apsilankymo pas gydytoją odontologą priežastis bei Jūsų požiūrį į konsultaciją. Prašome Jūsų atsakyti į žemiau pateiktus klausimus. Šiame klausimyne nėra nei teisingų, nei neteisingų atsakymų. Kiekvieno dalyvio nuomonė yra unikali ir labai reikšminga. Todėl drąsiai atsakykite taip, kaip galvojate.

Apklausa anoniminė, todėl mes neprašome jokių konfidencialių duomenų apie Jus asmeniškai.

- 1) Kol laukiate gydytojo priėmimo, prašome užpildyti klausimyno 2, 3 ir 4 puslapius.
- 2) Po konsultacijos prašome grįžti prie 5 puslapio ir atsakyti į likusius klausimus.
- 3) Užpildytą klausimyną prašome įdėti į voka, užklijuoti ir palikti registratūroje.

Šis klausimynas yra visiškai konfidencialus.
Jūsų gydytojas Jūsų atsakymų nematys.

Prašome nurodyti

1. Jūsų amžių (įrašykite metus): _____

2. Jūsų lytis. Vyras

Moteris

3. Jūsų išsilavinimas?

Pagrindinis

Vidurinis

Aukštasis neuniversitetinis

Aukštasis universitetinis

Magistro laipsnis

Daktaro laipsnis

4. Jūsų šeiminei padėtis: o

Vedęs (ištekėjusi) / gyvenu poroje nesusituokęs (-usi)

Išsiskyręs (-usi) o

Nevedęs (netekėjusi)

Našlys (-ė)

5. Jūsų socialinė padėtis: (jei reikia galite pažymėti kelis atsakymų variantus) o

Moksleivis

Studentas

Dirbantis

Namų šeimininkė (-as)/ auginanti (-is) vaikus

Pensininkas

Neįgalusis

Bedarbis

Kita (įrašykite).....

6. Vidutinės mėnesio pajamos, tenkančios vienam asmeniui Jūsų šeimoje:

Iki 150 eurų	<input type="radio"/>
Nuo 151 – 300 eurų	<input type="radio"/>
Nuo 301 – 600 eurų	<input type="radio"/>
Nuo 601 – 1000 eurų	<input type="radio"/>
Daugiau nei 1000 eurų	<input type="radio"/>

Pažymėkite VISUS Jums tinkamus atsakymus.

5. Su kokia dantų problema kreipiatės į gydytoją odontologą?

1. dėl dantų gydymo (terapinis gydymas)
2. dėl dantų protezavimo
3. dėl dantų chirurgijos ir implantacijos
4. dėl endodontijos (šaknų kanalų gydymas)
5. dėl estetinio plombavimo
6. dėl netaisyklingo sąkandžio
7. dėl burnos higienos (dantų balinimas; akmenų valymas)
8. kita.....

6. Ką šiandien norėtumėte aptarti su gydytoju?

1. Naujai atsiradusią arba neatidėliotiną fizinės sveikatos problemą (Danties skausmas, trauma)
2. Ilgalaikę fizinės sveikatos problemą (Dantų trūkumas, netaisyklingas sąkandis)
3. Emocinę ir (ar) psichologinę problemą (pvz., baimė procedūroms, nepasitenkinimas šypsena)
4. Jūsų administracinę problemą (pažyma ar pagalba pildant dokumentus, susijusius su burnos sveikatos klausimais, pažyma mokyklai)
5. Klausimus, kaip išlaikyti sveiką burnos būklę

7. Ar tikitės šiandien gauti receptą vaistams?

1. Ne Jei atsakėte neigiamai, toliau pereikite prie 9 klausimo
2. Taip

8. Kam šiandien norite gauti receptą?

1. Pakartotiniam Jūsų vartojamų vaistų kursui
2. Kažkam naujam, t. y. vaistams, kurių šiuo metu nevartojate

9. Ar Jūs šiandien atvykote gydytojo prašymu / nurodymu apsilankyti?

1. Ne
2. Taip

Prašome atsakyti į toliau pateiktus klausimus apie gydytojo odontologo pasirinkimą:

10. Ar gydytojas, pas kurį šiandien lankotės, yra Jūsų įprastas arba nuolatinis gydytojas?

1. Taip
2. Ne
3. Neturiu savo nuolatinio gydytojo
4. Nežinau, pas kurį gydytoją šiandien lankysiuos

Atsakykite į toliau pateiktą klausimą apibraudami tinkamą atsakymą pateiktoje skalėje, kurioje „1“ reiškia, kad Jūs visiškai nepažįstate gydytojo, o „5“ reiškia, kad labai gerai pažįstate gydytoją. Jei nežinote, pas kokį gydytoją lankysitės, palikite 11 ir 12 klausimus neatsakytus.

11. Kaip gerai pažįstate gydytoją pas kurį šiandien lankysitės?

(nepažįstu gydytojo visai) 1 2 3 4 5 (pažįstu gydytoją labai gerai)

12. Jei būtų galima, ar šiandien mieliau lankytumėtės pas kitą gydytoją

TAIP

NE



DABAR PRAŠOME:-

- Užversti šį klausimyną;
- Po apsilankymo pas gydytoją prašome atsakyti paskutiniame lape esančius klausimus;
- Tuomet klausimyną įdėkite atgal į voką, užklijuokite ir palikite registratūroje.

