

**KLAIPĖDOS UNIVERSITERO  
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO  
VISUOMENĖS SVEIKATOS KATEDRA**

**SPRENDIMŲ PRIĖMIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS  
ORGANIZACIJOSE**

Magistro darbas

Autorius

DMSSV20, stud. Erika Lapėnienė

Vadovė

Dėst. Doc. dr. Jurgita Paužuolienė

Klaipėda, 2022

## SANTRAUKA

Lapėnienė E. Sprendimų priėmimas sveikatos priežiūros organizacijose. Sveikatos priežiūros vadybos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovė doc. dr. Jurgita Paužuolienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2022. – 84 p.

**Tyrimo tikslas** - Išanalizuoti sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros organizacijose.

**Tyrimo metodika.** Tikslui pasiekti atlikta mokslinės literatūros analizė, taikytas lyginamosios analizės metodas, duomenų analizės metodas, duomenų apibendrinimo metodas, kiekybinis tyrimo metodas (anketavimas). Tyrimui atlikti pasirinktos privati ir valstybinė gydymo įstaigos norint palyginti ar sprendimų priėmimui gali turėti įtakos tai, kur teikiama pagalba. Sveikatos priežiūros specialistams skirta klausimyno nuoroda buvo siunčiama rajono privačios bei valstybinės gydymo įstaigoje dirbantiems gydytojams gydymo įstaigos tinklalapyje nurodytais elektroniniais paštais. Pacientams skirta klausimyno nuoroda buvo platinama per įvairius socialinius tinklus - rajono bendruomenės, grupės. Apklausa vykdyta 2022 m. sausio 2 d. iki 2022 m. vasario 4 d. Tyrime dalyvavo 35 sveikatos priežiūros specialistai ir 317 pacientų. Tyrimo metu gauti duomenys apdoroti naudojantis SPSS (20 versija). Duomenys pateikiami lentelėse bei paveiksluose. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

**Tyrimo rezultatai ir išvados:** Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad rajono, tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistai daugeliu atvejų sprendimus priima vadovaujantis klinikiniu efektyvumu/veiksmingumu ir saugumu bei dažnai priimant klinikinius sprendimus konsultuojasi su kitais specialistais. Nustatyta, kad analizuotos gydymo įstaigos sutinka, kad su pacientu turi būti aptariamos gydymo galimybės, pačius sprendimus dėl tiek gydymo, tiek dėl vaistų turėtų priimti abu (gydytojas ir pacientas), kadangi pacientų dalyvavimas sprendimų priėmime padidintų klientų pasitenkinimą ir pasitikėjimą, todėl tai taiko ir savo praktikoje, tačiau dažniausiai pacientai sprendimų priėmime nedalyvauja dėl savo įsitikinimų, tikėjimų, vertybių, kaip ir informacijos trūkumo. Pacientai nori dalyvauti sprendimų priėmime, sutinka, kad su jais aptariamos gydymo galimybės, tačiau kaip ir apklausoje dalyvavę sveikatos priežiūros specialistai nurodė, kad skiriama per mažai laiko konsultacijoms. Empirinis tyrimas atskleidė, kad privačios gydymo įstaigos specialistai labiau nei valstybinės sveikatos priežiūros specialistai linkę pritarti, kad sprendimus dėl gydymo turėtų priimti abu (gydytojas ir pacientas) - kad pacientai turėtų būti įtraukti į sprendimų priėmimą ir dėl vaistų, ir dėl gydymo, kad pacientas turi galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo ir jie išklauso ir atsižvelgia į paciento pageidavimus, kad pacientų dalyvavimas sprendimų priėmime padidintų klientų pasitenkinimą ir pasitikėjimą. Apibendrinus gautus tyrimo rezultatus pateikiamos rekomendacijos.

*Raktažodžiai:* sveikatos priežiūros organizacijos, sprendimai, sprendimų priėmimas.

## SUMMARY

Lapėnienė E. Decision Making in Health Care Organizations. Thesis of the Master's Degree Program in Health Care Management. Supervisor doc. dr. Jurgita Paužuolienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2022 - 84 p.

**The aim of the research** - to analyze decision-making in health care organizations.

**Methodology of investigation.** To achieve the goal, the analysis of scientific literature was performed, the method of comparative analysis, the method of data analysis, the method of data summarization, and the quantitative research method (questionnaire) were applied. The choice of private and public treatment facilities for the study may influence where decisions are made in order to compare or decide. The link of the questionnaire for health care professionals was sent to the doctors working in the private and public medical institution of the district by e-mail specified on the website of the medical institution. The link to the patient questionnaire was distributed through various social networks - district communities, groups. The survey was conducted in 2022. January 2 until 2022 February 4. The study involved 35 healthcare professionals and 317 patients. The data obtained during the study were processed using SPSS (version 20). The data are presented in tables and figures. The research was conducted in accordance with ethical principles.

**Results and conclusions of the study.** The study revealed that health care professionals in district, both private and public, in many cases make decisions based on clinical efficacy / safety and often consult with other professionals when making clinical decisions. It has been found that the analyzed treatment facilities agree that treatment options need to be discussed with the patient, and that both treatment and medication decisions should be made by both the doctor and the patient, as patient participation would increase customer satisfaction and trust. in their practice, but most often patients do not participate in decision-making because of their beliefs, beliefs, values, as well as lack of information. Patients want to be involved in decision-making, agree that treatment options are being discussed with them, but, as healthcare professionals surveyed, have indicated that there is too little time for consultation. Empirical research has revealed that private healthcare professionals are more likely than public healthcare professionals to agree that treatment decisions should be made by both (physician and patient) - that patients should be involved in decision-making about both medication and treatment. The opportunity to participate in treatment decisions and they listen to and take into account the patient's wishes so that patient participation in decision making increases customer satisfaction and trust.

*Keywords:* healthcare organizations, decisions, decision making.

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė	Sprendimų priėmimo samprata.....	12
2 lentelė	Šališkumo priimančiam sprendimus kategorijos.....	13
3 lentelė	Pacientų sprendimų priėmimo modeliai.....	26
4 lentelė	Respondentų (sveikatos priežiūros specialistų) socialinės-demografinės charakteristikos.....	36
5 lentelė	Respondentų (pacientų) socialinės-demografinės charakteristikos.....	37
6 lentelė	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal veiksnius, kuriais vadovaudamiesi priima sprendimus pagal specialisto sritį ir darbo patirtį.....	39
7 lentelė	Teiginių, susijusių su sprendimų priėmimu, vertinimas pagal specialistų įstaigą, sritį ir patirtį.....	41
8 lentelė	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal asmenis, kurie paprastai priima sprendimus dėl gydymo pagal specialisto sritį ir darbo patirtį.....	43
9 lentelė	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal specialisto sritį ir darbo patirtį.....	44
10 lentelė	Teiginių, susijusių su gydymo paslaugomis, vertinimas pagal specialistų įstaigą, sritį ir patirtį.....	46
11 lentelė	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, ar pacientai turėtų dalyvauti su gydymu susijusiame sprendimų priėmime pagal specialisto sritį ir darbo patirtį.....	48
12 lentelė	Teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmime, vertinimas pagal specialistų įstaigą, sritį ir patirtį.....	50
13 lentelė	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kokiais atvejais pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmime pagal specialisto sritį ir darbo patirtį.....	52
14 lentelė	Teiginių, susijusių su paciento nedalyvavimo priežastimis sprendimų priėmime, vertinimas pagal specialistų įstaigą, sritį ir patirtį.....	53
15 lentelė	Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal pacientų socialines-demografines charakteristikas.....	55
16 lentelė	Teiginių, susijusių su gydymo įstaigos paslaugomis, vertinimas pagal lankomą gydymo įstaigos tipą ir socialines-demografines charakteristikas .....	3 priedas

17 lentelė	Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal pacientų socialines-demografines charakteristikas.....	59
18 lentelė	Teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo, vertinimas pagal lankomą gydymo įstaigos tipą ir socialines-demografines charakteristikas.....	4 priedas

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav.	Sprendimų priėmimo pasirinkimas.....	11
2 pav.	Klinikinių sprendimų priėmimo seka.....	17
3 pav.	Sprendimų priėmimo proceso etapai.....	20
4 pav.	Problemos - galimybės situacijų tipai.....	21
5 pav.	Kompleksinė pacientų dalyvavimo nauda priimant sprendimus.....	25
6 pav.	5 Balų Likert Skalė.....	33
7 pav.	Tyrimo eiga.....	34
8 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal veiksnius, kuriais vadovaudamiesi priima sprendimus, proc.....	38
9 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal veiksnius, kuriais vadovaudamiesi priima sprendimus pagal gydymo įstaigos tipą ( $p=0,108>0,05$ )...	39
10 pav.	Teiginių, susijusių su sprendimų priėmimu, vertinimas.....	40
11 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal asmenis, kurie paprastai priima sprendimus dėl gydymo.....	42
12 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal asmenis, kurie paprastai priima sprendimus dėl gydymo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p=0,383>0,05$ ).....	42
13 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo.....	43
14 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p=0,017<0,05$ ).....	44
15 pav.	Teiginių, susijusių su gydymo paslaugomis, vertinimas.....	45
16 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, ar pacientai turėtų dalyvauti su gydymu susijusiame sprendimų priėmime.....	47
17 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, ar pacientai turėtų dalyvauti su gydymu susijusiame sprendimų priėmime pagal gydymo įstaigos tipą ( $p=0,004<0,05$ ).....	47
18 pav.	Teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmime, vertinimas.....	48
19 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kokiais atvejais pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmime.....	51
20 pav.	Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kokiais atvejais pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmime pagal gydymo įstaigos tipą ( $p=0,005<0,05$ ).....	51

21 pav.	Teiginių, susijusių su paciento nedalyvavimo priežastimis sprendimų priėmimo, vertinimas.....	52
22 pav.	Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo, proc.....	54
23 pav.	Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p=0,460>0,05$ ).....	55
24 pav.	Teiginių, susijusių su gydymo įstaigos paslaugomis, vertinimas.....	56
25 pav.	Pacientų pasiskirstymas pagal atvejus, kuomet pageidautų dalyvauti sprendimų, susijusių su gydymu, priėmimo, proc.....	57
26 pav.	Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p=0,001<0,05$ ).....	58
27 pav.	Teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo, vertinimas.....	59
28 pav.	Sprendimų priėmimo gerinimas sveikatos priežiūros organizacijose.....	64

# TURINYS

<b>ĮVADAS</b> .....	9
<b>1. SPRENDIMŲ PRIĖMIMO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZACIJOSE TEORINIAI ASPEKTAI</b> .....	11
1.1. Sprendimų priėmimo koncepcija.....	11
1.2. Sprendimų priėmimas sveikatos priežiūros organizacijose.....	14
1.3. Sprendimų priėmimo procesas ir kontrolė sveikatos priežiūros organizacijose.....	18
1.3.1. Sprendimų priėmimo procesas.....	18
1.3.2. Sprendimų priėmimo kontrolė.....	21
1.4. Pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą svarba ir nedalyvavimo juose priežastys.....	24
1.4.1. Pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą svarba.....	24
1.4.2. Pacientų nedalyvavimo sprendimo priėmime priežastys.....	28
<b>2. SPRENDIMŲ PRIĖMIMO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZACIJOSE TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ</b> .....	32
2.1. Tyrimo metodologija.....	32
2.2. Sprendimų priėmimo sveikatos priežiūros organizacijose apklausos rezultatai.....	38
2.2.1. Sveikatos priežiūros specialistų apklausos rezultatai.....	38
2.2.2. Pacientų apklausos rezultatai.....	53
2.3. Sprendimų priėmimo tyrimo rezultatų aptarimas ir rekomendacijos sveikatos priežiūros organizacijoms.....	59
<b>IŠVADOS</b> .....	64
<b>LITERATŪRA</b> .....	66
<b>PRIEDAI</b> .....	75



## ĮVADAS

**Temos aktualumas.** Sveikatos priežiūros institucijų lygmenyje vykdomi sprendimų priėmimai, susiduria su įvairių sistemų priklausomybėmis, reguliuojančiais teisės aktais bei atsakomybėmis, veikiančiomis priimamų sprendimų procesus ar net ištisas strategijas. Be to, viena iš kertinių ypatybių, kalbant apie sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros organizacijose, yra dinaminių aplinkos pokyčių ir pačios įstaigos gebėjimo prie jų prisitaikyti, sąveika, priimant sprendimus. Sveikatos priežiūros organizacijos, vykdydamos į visapusišką paciento gerovę nukreiptą institucinę veiklą, taip pat įgyja dar vieną papildomą reikalavimą, reikšmingą sprendimų priėmimo kontekste. Tiksliau tariant, sveikatos priežiūros organizacijos, turi užtikrinti paciento dalyvavimą, priimant klinikinius sprendimus, kurie yra neatsiejami koordinuojamų sprendimų sveikatos priežiūros įstaigoje, dalis.

Galima teigti, kad sveikatos priežiūros organizacijų funkcionavimas yra grįstas klinikinių, su pacientais susijusių, bei kitų, institucinių, susijusių su valdymu, finansais, fiziniais ištekliais ir kt., sprendimais. Šių sprendimų kontekstas diktuoja dvi ypatingai svarbias puses t.y. pacientus bei pačią sveikatos priežiūros organizaciją. Šios paliečiamos per sprendimų priėmimą, todėl reikėtų aiškiai atskirti sveikatos priežiūros institucijos dalyvių vaidmenis, siekiant, sumažinti sprendimų priėmimo netikrumą, bei sumaištį, susiduriant prieštaringsoms, o kai kuriais atvejais ir nepagrįstoms pozicijoms, tokiu būdu paveikiant institucinę vienovę ar net pačias teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Dėl šios priežasties, analizuojant sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros įstaigoje, reikėtų pažvelgti platesniame kontekste ir atsižvelgti į tokios įstaigos funkcionalumą, kuris jokiais būdais neatsiejamas nuo pacientų dalyvavimo.

**Problemos iširtumas.** Visame pasaulyje didelis dėmesys kreipiamas į sveikatos medicinos priežiūros sistemos valdymą. Užsienio šalių tyrėjai mokslinėse publikacijose atsižvelgia į visuomenės, t. y. paslaugų gavėjų ir naudotojų bei paslaugų teikėjų, poreikius ir nuomones, todėl jų atliktų tyrimų spektras yra platus ir daugiaaspektis. Mokslininkai pabrėžia, kad į sprendimų priėmimą svarbu įtraukti pacientus, taip siekiant geresnių rezultatų (Allegrante, Wells, Peterson, 2019; Prior, Campbell, 2018; Marahrens ir kt., 2017; Ambigapathy, Chia, Ng, 2016; Lorig ir kt., 2016; Guler ir kt., 2015; Vahdat ir kt., 2014 ir kt., Oshima Lee, Emanuel, 2013 ir kt.), tačiau pacientų neįsitraukimui į sprendimų priėmimą įtakos gali turėti informacijos trūkumas (Ochieng, Buwembo, Munabi ir kt., 2015), įsitikinimai, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai geriau žino, kas jiems yra naudinga todėl jų manymu tik jie turėtų priimti visus sprendimus (Vedasto, Morris, Furia, 2021), menkas sveikatos priežiūros darbuotojų ir pacientų santykis (Tong ir kt., 2017), prasti gydytojo bendravimo įgūdžiai (Smith ir kt., 2009), ribotas konsultacijų laikas (Vahdat ir kt., 2014).

**Darbo problema** - Kaip pacientai įtraukiami į sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros organizacijose?

**Darbo objektas** - Sprendimų priėmimas.

**Darbo tikslas** - Išanalizuoti sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros organizacijose.

**Darbo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti sprendimų priėmimo koncepciją sveikatos priežiūros organizacijose;
2. Išnagrinėti sprendimų priėmimo procesą ir kontrolę;
3. Išanalizuoti pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą svarbą ir nedalyvavimo juose priežastis;
4. Ištirti sprendimų priėmimą privačioje bei viešojoje sveikatos priežiūros organizacijoje;
5. Pateikti sprendimų priėmimo rekomendacijas sveikatos priežiūros organizacijoms.

**Darbo metodai:**

- *mokslinės literatūros analizė* - analizuojama mokslinė literatūra apie sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros organizacijose: sprendimų priėmimo koncepcija, priėmimo procesas ir kontrolė, pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą svarba ir nedalyvavimo juose priežastys.

- *lyginamosios analizės metodas* - lyginami gauti tyrimo rezultatai bei mokslininkų požiūriai į sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros organizacijose.

- *duomenų analizės metodas* - empirinio tyrimo metu gautų duomenų analizė;

- *duomenų apibendrinimo metodas* - mokslininkų požiūrių bei empirinio tyrimo duomenų apibendrinamas;

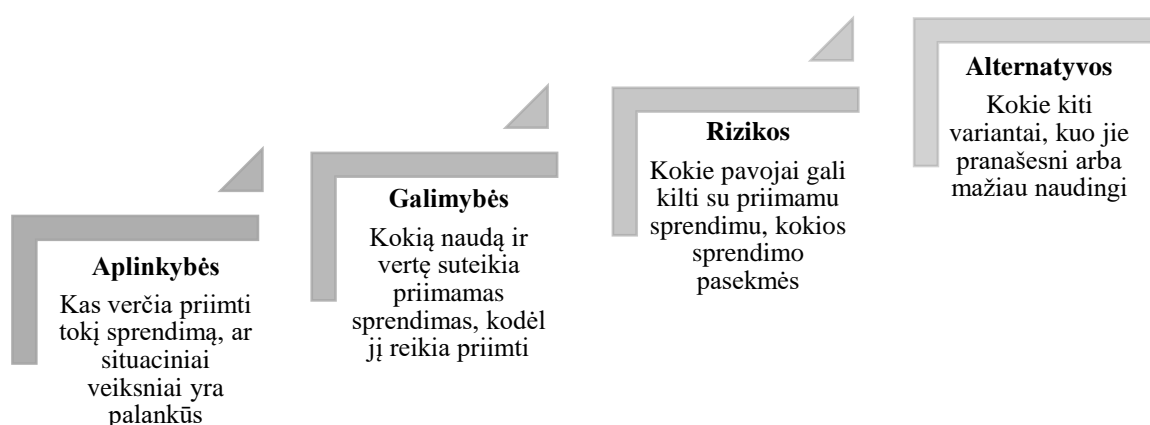
- *kiekybinis tyrimo metodas (anketavimas)* - tiriamas sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų požiūris į sprendimų priėmimo ypatumus sveikatos priežiūros organizacijose.

# 1. SPRENDIMŲ PRIĖMIMO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZACIJOSE TEORINIAI ASPEKTAI

## 1.1. Sprendimų priėmimo koncepcija

Sprendimų priėmimas yra viena iš svarbiausių valdymo dalių darančių įtaką organizacijos veiklos efektyvumui (Aslan, Çelik, 2013). Pati sprendimų priėmimo samprata teoriškai gali būti apibrėžiama kaip žinių, įgūdžių, informacijos mainų pagrindu atliekamas elgesys, įvertinant galimas aplinkybes ir alternatyvas bei pasekmes. Psichologijos mokslų kontekste, kalbant apie sprendimų priėmimą, akcentuojamas pasirinkimas atliekamas vertinant kelias galimas alternatyvų galimybes. Kitaip tariant, sprendimų priėmimas yra alternatyvų nustatymo ir pasirinkimo procesas, pagrįstas vertintojų vertybėmis, nuostatomis ir įsitikinimais. Kiekvienas sprendimo priėmimas lemia galutinį pasirinkimą, t.y. gali paskatinti imtis veiksmų arba jų nesiimti (Kazakova, Geiger, 2016). Kiti mokslininkai taip pat akcentuoja, kad sprendimų priėmimas ir įgyvendinimas yra pagrindinės valdymo funkcijos. O pats sprendimų priėmimas yra alternatyvų analizės procesas, kuris turi įtakos bet kokios organizacijos veiklai (Stafinski ir kt., 2011). Kad sprendimų priėmimas tai pasirinkimas iš daugelio alternatyvų teigė ir M. Maharmeh ir kt. (2016).

Sprendimų priėmimas yra sudėtingas procesas (Sousa ir kt., 2019) ir gali būti laikomas problemų sprendimo veikla, gaunančia optimalų ar bent patenkinamą sprendimą. Taigi tai yra procesas, kuris gali būti daugiau ar mažiau racionalus arba neracionalus ir gali būti pagrįstas aiškiais ar numanomais žodžiais ir įsitikinimais. Kazakova ir Geiger (2016) teigia, kad sprendimų priėmimas yra pasirinkimo intencija dviejų ar kelių variantų kontekste, kai įvertinamas sprendimo pasirinkimas (1 pav.)



1 pav. Sprendimų priėmimo pasirinkimas

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Kazakova ir Geiger (2016)

Literatūroje nurodoma, kad būtent galimybės, o ne problemos, labiausiai lemia organizacijos sėkmę priimant tinkamą sprendimą. Kaip matome 1 paveiksle akcentuojant valdymo sprendimų

priėmimo sudėtingumą dėl aplinkos neapibrėžtumo neretai priimami klaidingi sprendimai, arba nenumatytos visos galimos aplinkybės jį diegiant, kurios gali turėti didelės įtakos sprendimo priėmimui. Todėl anot Bakanauskienės, Kyguolienės (2013) labai svarbu apsvarstyti kas verčia priimti būtent šį sprendimą.

Bet kurioje įstaigoje, priimant nors ir patį paprasčiausią sprendimą susiduriame su rizika pasirinkti netinkamai, todėl būtina apsvarstyti kokios būtų šio sprendimo pasekmės. Nėra tikslių nurodymų, kiek alternatyvų reikia suformuluoti, norint priimti geriausią valdymo sprendimą (Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013). Šiuo atveju labai svarbu ir grįžtamasis ryšys, kuris leidžia suvokti, ar priimtas teisingas sprendimas, įvertinti priimto sprendimo efektyvumą (Raulinaitė, 2014). Taigi labai svarbu atsižvelgti ir apsvarstyti visas priimamo sprendimo aplinkybes, galimybes, rizikas ir alternatyvas (Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013). Galima teigti, kad organizacijų reakcija priimant sprendimus ypač aktuali sveikatos priežiūros institucijoms ir sveikatos sistemos įstaigoms, kurios susiduria su reformų ir restruktūrizacijos iššūkiais, o pastaruoju metu – su pasaulinio masto pandemija, kuri yra ypatingo situacijos valdymo reikalaujanti veiklos sąlyga, paliečianti visas sveikatos priežiūros įstaigas ir valdymo sistemas.

Panašios nuomonės laikosi ir Bugoviz ir kt. (2019), akcentuodami, kad sprendimo priėmimas yra pasirinkimas, vadovaujantis intuicija arba pagrįstais teiginiais, patvirtinančiais sprendimo priėmimo naudą ar poreikį konkrečioje situacijoje. Tiesa, kaip pateikia autoriai, pats sprendimų priėmimo traktavimas nėra tapatus – tai yra skiriasi priklausomai nuo jo požiūrio psichologiniu, pažintiniu ar normatyviniu kontekstu (1 lentelė).

1 lentelė. Sprendimų priėmimo samprata

<b>POŽIŪRIS</b>	<b>REIŠMĖ</b>
<b>PSICHOLOGINIS</b>	Nagrinėja individualius sprendimus atsižvelgiant į poreikius, pageidavimus ir vertybes, kurias individas turi ir siekia.
<b>PAŽINTINIS</b>	Sprendimų priėmimo procesas laikomas nuolatinio proceso, integruotu į sąveiką su aplinka.
<b>NORMATYVUS</b>	Atskirų sprendimų, susijusių su sprendimų priėmimo logika arba komunikaciniu racionalumu, analizė ir nekintamas pasirinkimas, kuriuo jį remiasi.

*Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Bugoviz ir kt., 2019*

Sprendimų priėmimo traktavimas psichologiniu požiūriu, yra nukreiptas į individo poreikius, kai tuo tarpu sprendimų priėmimas pažintiniu atžvilgiu yra siejamas su tęstiniu, reguliariu procesu, kuris koordinuoja kartu su dinaminiais aplinkos pokyčiais.

Elbanna ir kt. (2017) aiškindami sprendimų priėmimą, nurodo, kad tai yra apsisprendimo procesas, kuris identifikuoja konkretų sprendimą, informacijos rinkimą ir alternatyvų palyginimo eigoje. O Šarkutės (2009) nuomone, aiškiai suformuluotomis ar tik numanomomis prielaidomis“ (p. 26). Svarbu pabrėžti, kad sprendimų priėmimą sąlygoja įvairūs šališkumo šaltiniai, tipai - Korte (2003) išskiria pagrindines šališkumo priimančių sprendimus kategorijas, iš kurių pirmosios dvi priklauso nuo priimančiojo sprendimą filosofinės orientacijos, o likusios dvi susijusios su informacijos apdorojimu (2 lentelė).

2 lentelė. Šališkumo priimančių sprendimus kategorijos

ŠALIŠKUMO TIPAS	ŠALIŠKUMO ŠALTINIAI	ŠALIŠKUMO PASEKMĖS
<b>Išankstinės hipotezės ir dėmesys ribotai galimų sprendimų aibei</b>	Filosofinės orientacijos, atmintis, prielaidos, patirtis, mentaliniai modeliai	Siauras probleminės situacijos apibrėžimas, nepastebima daugialypių priežasčių ir sudėtingų tarpusavio santykių
<b>Dėmesys ribotoms alternatyvoms</b>	Siaurai apibrėžta problema arba situacija, nepilna informacija, kliovimasis intuicija	Neatskleidžiamos svarbios problemos priežastys, svarbių sprendimo alternatyvų “pražiūrėjimas”
<b>Abejingumas rezultato tikimybėms</b>	Nulemtas greičiau rezultato vertinimo, o ne tikimybės, kiekvieną problemą laikant unikalia	Subjektyvi alternatyvių sprendimų atranka, mažai dėmesio su problema susijusiai patirčiai
<b>Suvaldomumo iliuzija</b>	Perdėtai optimistinis sėkmės įvertinimas ir rezultatų kontrolės numatymas	Subjektyviai pasirinktos alternatyvos, paremtos nerealistiškais sėkmės vertinimais, pernelyg sumažinta rizika, perdėtas įsitikinimas gebėjimu kontroliuoti problemą
<b>Informacijos surinkimas</b>	Atmintis, prisiminimai, lūkesčiai, modeliai	Selektyvus dėmesys arba informacijos ignoravimas
<b>Informacijos apdorojimas</b>	Nenuosekli nuomonė, euristika, aplinkos įtaka	Informacija yra subjektyviai analizuojama ir vertinama
<b>Atsakas į informaciją</b>	Geranoriškas mąstymas, kontrolės iliuzija, klaidingas sėkmės arba nesėkmės suvokimas, nenumatymas	Nerealūs sėkmės lūkesčiai, subjektyvus atsako konstravimas

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Korte, 2003.

Korte (2003) nurodo, kad:

- išankstinės hipotezės ir dėmesys ribotai galimų sprendimų aibei: priimančieji sprendimus turi savo įsitikinimus arba orientacijas ir, atitinkamai pagal savo interesus, domisi konkrečiais sprendimo rezultatais, dažnai ignoruodami prieštarinę informaciją.

- dėmesys ribotoms alternatyvoms: priimančieji sprendimus suskaido problemas į smulkesnius elementus, analizuoja tik keletą alternatyvų ir kliaunasi intuicija, o ne racionali analize.

- abejingumas rezultato tikimybėms: priimančieji sprendimus kliaunasi subjektyvia nuomone, o ne racionaliomis rezultatų tikimybėmis, problemas mato kaip unikalias, t.y. nesusijusias su turima patirtimi.

- suvaldomumo iliuzija: priimantieji sprendimus kartais būna perdėtai optimistiški – pervertina savo galimybes kontroliuoti situaciją, t.y. mano, kad gebės valdyti ir taisyti savo sprendimų pasekmes proceso eigoje.

- priimantieji sprendimus yra ribojami savo atminties, šališkumo ir aplinkos. Dažniausiai analizuojami ir pasirenkami tokie sprendimai, kurie atspindi jų patirtį ir įsitikinimus, o patirtis interpretuojama taip, kad paremtų ir išlaikytų įsitikinimus. Nors individų naudojamos sprendimų priėmimo strategijos, paprastai paremtos euristika (apytiksliai apibrėžtomis taisyklėmis), dažnai leidžia individams pasiekti juos tenkinančius ir sėkmingus rezultatus, tačiau jos taip pat padidina ir nesėkmės riziką, nes problemos paprasčiausiai neteisingai apibrėžiamos. Šarkutės (2009) manymu priimantieji sprendimus smulkina problemas į paprastesnius elementus, o informacija naudojasi selektyviai, t.y. remdamiesi savo įsitikinimais (įvairiomis prielaidomis ir mentaliniais modeliais) bei sąlygojami savo šališkumo.

Apibendrinant galima teigti, kad sprendimui priimti būtina priežastis. Pats sprendimų priėmimas turėtų būti suprantamas kaip veiksmas arba procesas, susijęs su žmogaus siekiu išspręsti tam tikrą jo atpažintą ir suvoktą problemą ar galimybę. Būtina sprendimų priėmimo prielaida – galimybė pasirinkti iš kelių įmanomų būsimo elgesio ar veiksmų alternatyvų. Sėkmingas sprendimų priėmimas, turėtų reikšti, kad pasirenkama geriausia įmanoma būsimo elgesio ar veiklos alternatyva. Sprendimų priėmimui įtakos turi aplinka, patirtis, įsitikinimai, taip pat tam įtakos gali turėti ir subjektyvi nuomonė, intuicija.

## **1.2. Sprendimų priėmimas sveikatos priežiūros organizacijose**

Sveikatos priežiūros sistemoje yra daug problemų ir kasdien jų vis atsiranda. Kiekviena problema kelia įvairių klausimų, kurių kiekvienas turi turėti įrodymais pagrįstą atsakymą, t. y. sprendimą. Jucevičiaus ir kt. (2017) teigimu, Jungtinėje Karalystėje vienam milijonui gyventojų priimama 40–50 milijonų klinikinių ir dešimtys tūkstančių sveikatos priežiūros vadybinių sprendimų. Vadybiniai sprendimai yra sisteminiai, jie daro įtaką klinikiniam sprendimams, sveikatos priežiūros sąnaudoms ir kokybei. Sveikatos priežiūros valdymo sprendimai priimami remiantis komponentų dekada: įrodymai, ištekliai, nauda (vertė), patirtis, paciento pasirinkimas, kompetencija, organizacijos motyvacija, problemos išsprendimo apimtis, sprendimo rizika, sprendimo rezultatų priimtumas. Priimant sprendimą įvertinami visi komponentai, galimi alternatyvūs sprendimai, prognozuojami sprendimų rezultatai (Jucevičius ir kt. 2017). Pats svarbiausias komponentas – įrodymai, kiti komponentai iš esmės yra išvestiniai. Jungtinėje Karalystėje paskutiniajame praeito amžiaus dešimtmetyje buvo kilusi skubios pagalbos ligoninių sujungimo „epidemija“, pagrįsta menamais įrodymais arba be jų. Neįvertintas (nepagrįstas įrodymais) ligoninių sujungimo ekonominis efektas,

masto ekonomija – per didelės ligininės ekonomiškai neefektyvios. Vėliau šias reformas teko iš esmės peržiūrėti (Jucevičius, 2017).

Anot S. Guler ir kt. (2015) teikiant sveikatos priežiūrą galima išskirti keturis pagrindinius sprendimų priėmimo lygius. Šiems keturiems lygiams reikia skirtingų priemonių:

- *meta lygis*. Šiame lygmenyje politikai ir vadovai priima sprendimus dėl gyventojų sveikatos priežiūros, suderindami finansinius ir humanitarinius paslaugų teikimo aspektus. Pavyzdžiui, šalyse, kuriose sveikatos priežiūra yra vieša, politikai turi nuspręsti, kiek procentų visų pajamų bus skirta sveikatos priežiūrai tarp visų kitų konkuruojančių poreikių, pvz. švietimas, gynyba, infrastruktūra, moksliniai tyrimai ir t.t. Be to, sveikatos apsaugos ministrai turi nuspręsti, kurias programas remti, o kurias ne - atidžiai apsvaustę turimus biudžetus.

- *makro lygis* susijęs su sprendimais dėl išteklių paskirstymo ir panaudojimo regione, organizacijoje, liginėje ir pan. Sprendimai dėl sveikatos priežiūros išteklių valdymo yra grindžiami visuomenės interesais ir reikalauja įtraukti visuomenės pageidavimus ir ekonominio efektyvumo analizę. Kadangi turimi ištekliai yra riboti, makro lygmens sprendimuose sprendžiama, kokius gydymo būdus, tyrimus, vaistus galima paremti. Tam reikia sumažinti arba nutraukti kai kuriuos kitus gydymo būdus, intervencijas ar vaistus. Pavyzdžiui, kai kurie brangūs biologiniai vaistai, kurie gali būti naudingi vėžiu sergančių pacientų grupei, gali būti nepatvirtinti dėl to, kad ištekliai galėtų būti panaudoti alternatyviai skiepyti didelę gyventojų dalį nuo infekcinių ligų. Tokiu būdu vėžiu sergantiems pacientams bus trumpesnė gyvenimo trukmė, kita vertus, likusi gyventojų dalis bus apsaugota nuo perduodamos nemirtinos ligos.

- *mezo lygis* susijęs su klinikiniais sprendimais, susijusiais su gairių ar protokolų, kurie gali būti naudojami gydant konkrečias ligas ar panašių ligų pacientų grupes, kūrimu. Mezo lygmens sprendimų priėmimo tikslas yra nuspręsti dėl optimalios gydymo politikos. Šiuo požiūriu paciento pirmenybė yra svarbi, bet ne esminė.

- *mikro lygis* taikomas sprendimų priėmimui kiekvieno paciento lygiu. Šiame etape nustatomos ir įtraukiamos paciento asmeninės nuostatos. Mikro lygmeniui tenka labai svarbus vaidmuo priimant vadinamąjį bendrą sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros srityje, kai gydytojai ir pacientai bendradarbiauja pasirinkdami gydymo būdus, atitinkančius individualius lūkesčius.

Sveikatos priežiūros organizacijose sprendimų priėmimas peržengia tiek organizacinio, tiek institucinio lygmens sprendimus. Sveikatos sistemos orientacija į paciento gerovę, reikalauja į sprendimų priėmimą įtraukti ir pačius pacientus, kai kalbama apie klinikinio lygmens priimamus sprendimus sveikatos priežiūros įstaigoje. U. Isosaari (2011) nurodo, kad sveikatos priežiūros institucijos, kaip ir bet kurios kitos, yra sudėtinga asmenų ir koalicijų sistema, kur kiekvienas turi savo įsitikinimus, vertybes, bei požiūrį. Visų šių savybių visuma per sąveikaujančias sprendimų

priėmėjų puses, gali sukelti apsisprendimo problematiškumą dėl susikertančių interesų tiek klinikinių, tiek ypatingai neklinikinių sprendimų kontekste. Pastariesiems priskiriami tokie sprendimai kaip dėl:

- Biudžeto ir išteklių
- Strateginio planavimo
- Paslaugų papildymo ar atsisakymo.

Levenson (2010) teigimu, sveikatos priežiūros įstaigose, sprendimų priėmimas valdomas tokiu pačiu pagrindu, kaip visų kitų institucijų pagrindu, todėl gali būti traktuojamas kaip visuotinai tinkamas. Gydytojai, sveikatos priežiūros institucijose, neabejotinai vaidina svarbų vaidmenį, priimančios sprendimus sveikatos priežiūros įstaigose ir nors sprendimai gali būti skirtingo konteksto, tačiau visais atvejais siekiama tapačių sprendimo tikslų:

- Priimti sprendimai turi geriausiai atitikti paciento poreikius ir vertybes.
- Užtikrina efektyvų sveikatos priežiūros įstaigos išteklių naudojimą.

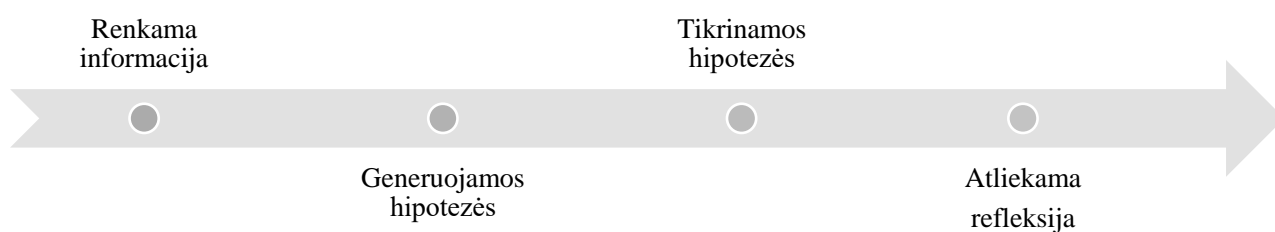
U. Isoaari (2011) teigimu, sprendimų priėmimui turi įtakos vadovo kompetencijos, įgūdžiai, patirtis ir pan. Tuo tarpu Fischer (2012) nurodo, kad sprendimų priėmimas sveikatos priežiūros įstaigose yra kompleksinis, tai yra įtraukiantis vadovus, gydytojus, kitus specialistus ir net pacientus. Svarbu pabrėžti, kad sveikatos priežiūros sprendimų priėmimas yra sudėtingas ir reikalauja prieigos prie daugybės aukštos kokybės informacijos, o sėkmė priklauso nuo to, ar priimami, ar ne, pakankamai teisingi sprendimai (Bansal, 2005 cit. Akyürek, Sawalha, 2015). Ç.E. Akyürek, R. Sawalha (2015) atlikto tyrimo duomenimis sveikatos priežiūros vadovai dažniausiai sprendimus priėmė vadovaudamiesi pirmiausia žiniomis ir įrodymais. Žinoma, pats sprendimų priėmimas sveikatos priežiūros organizacijose yra sudėtingas procesas, nes jis yra tiek klinikinio, tiek neklinikinio (organizacinio) pobūdžio (Akyürek, Sawalha, 2015).

*Organizaciniai sprendimai* priimami visų tipų formaliose organizacijose. Šio lygmens vadovų sprendimai susiję su organizacijos darbuotojų būsimu elgesiu, veiksmais, organizacijos veiksmų kryptimis. Valdymo sprendimas paprastai suprantamas kaip organizacinio sprendimo sinonimas, nes tik formaliose organizacijose atsiranda ypatinga darbuotojų kategorija – vadovai, kuriems suteikiama galia priimti valdymo sprendimus. Ji pasireiškia kaip teisė daryti įtaką kitų (vadovams pavaldžių) darbuotojų – pavaldinių – veiksams. Taigi priimančios valdymo sprendimus išsiskiria vadovas, kuriam tenka pagrindinis vaidmuo ir atsakomybė už valdymo sprendimo priėmimą – galimų organizacijos narių, pirmiausia pavaldinių, elgesio, veiksmų alternatyvų formulavimą ir vieno iš jų pasirinkimą. O įgyvendinant valdymo sprendimą vadovas turi užtikrinti, kad jam pavaldūs organizacijos darbuotojai kuo tiksliau tai padarytų. Vadinasi, organizaciniam arba valdymo sprendimų priėmimo lygmeniui būdinga, kad vadovas, vienas arba pasitelkęs grupę žmonių, priima sprendimą, kurį įgyvendina jam pavaldžių darbuotojų grupė. Organizaciniu sprendimo pavyzdžiu gali būti bet kurio organizacijos vadovo sprendimas atlikti valdymo veiklas: priimti darbuotoją į darbą,



pasirašyti sutartį su paslaugų tiekėju, pertvarkyti darbo organizavimo procesus, aktyvinti išorinę reklamą (Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013). Sveikatos priežiūros organizacijų vadovai tuo tarpu turi nuolat priimti svarbius veiklos ir biudžeto sprendimus, siekiant pasiekti efektyvią veiklą, konkurencingą kainą ir aukštos kokybės paslaugas (Akyürek, Sawalha, 2015).

*Klinikinių sprendimų* priėmimas gali būti apibrėžiamas kaip pasirinkimas tarp alternatyvų, siekiant užtikrinti geriausią paciento priežiūrą (Banning, 2008 cit. Szalai ir kt., 2021). Pats klinikinių sprendimų priėmimas yra sudėtingas procesas (Maharmeh ir kt., 2016), tačiau tai yra būtinas įgūdis kiekvienam kompetentingam gydytojui ir įrodyta, kad jis turi įtakos paciento rezultatams (White, 2014). Trimble ir Hamilton (2016) analizavęs klinikinių sprendimų priėmimo tvarką sveikatos priežiūros organizacijose, nurodo kad sprendimų priėmimą apima keli svarbūs etapai, kuriais privalo vadovautis gydytojai prieš galutinės pozicijos priėmimą (2 pav.)



2 pav. Klinikinių sprendimų priėmimo seka

*Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Trimble ir Hamilton (2016)*

Tokia klinikinių sprendimų priėmimo seka, kaip akcentuoja Trimble ir Hamilton (2016) yra vystoma dedukcinio samprotavimo (mąstymo būdas, kai naujos žinios, išvados gaunamos iš bendresnių tos klasės žinių, teiginių) pagrindu. Tai reiškia, kad gydytojai, priimdami klinikinius sprendimus, siekia, paaiškinti tam tikrą faktą, surasdami tam tikrus ypatumus, leidžiančius tai paaiškinti keliais bendresniais priežastiniais principais.

Apibendrinant galima teigti, sveikatos priežiūros organizacijose sprendimų priėmimai gali būti priimami makro (išteklių), mezo (klinikiniai sprendimai), mikro (sprendimai dėl kiekvieno paciento) lygmenyse. Sprendimus priimamus sveikatos priežiūros įstaigose galima suskirstyti į dvi grupes: organizacinius bei klinikinius sprendimus. Organizaciniai sprendimai susiję su organizacijos darbuotojų elgesiu, veiksmais, organizacijos veiksmų kryptimis - biudžetu, paslaugomis - siekiant teikti efektyvias paslaugas. O klinikiniai sprendimai apima sprendimus susijusius su paciento gerove. Bendrai susiejus valdymo sprendimo priėmimo sampratą su išanalizuotais kitais sprendimo priėmimo lygiais galima teigti, kad valdymo sprendimo priėmimo samprata turi pabrėžti ir intelektualinę, ir praktinę vadovo veiklas, pasireiškiančias praktiniais veiksmais, darančiais įtaką kitų valdymo sprendimo proceso dalyvių elgesiui ir veiksams, o sveikatos priežiūros įstaigose ir pacientų gerovei.

Tik abi kartu jos užtikrina, kad organizacijos tikslai bus ne tik suformuluoti, bet ir pasiekti. Todėl valdymo sprendimo priėmimą sveikatos priežiūros organizacijose tikslinga apibūdinti kaip procesą, reiškiantį galimų organizacijos tikslų, darbuotojų elgesio ar veiksmų, kaip ir pacientų gydymo alternatyvų suformulavimą, vienos iš jų pasirinkimą ir įgyvendinimą.

### 1.3. Sprendimų priėmimo procesas ir kontrolė

#### 1.3.1. Sprendimų priėmimo procesas

Sprendimų priėmimo procesas yra sudėtingas, daugiadisciplininis procesas (Yousefi - Nooraie ir kt., 2014). Moksliniuose straipsniuose nurodoma, kad sveikatos priežiūros srityje sprendimų priėmimo procesas, vadinamas „klinikinio sprendimo procesu“ (ang. “*clinical decision process*”) ir yra sudėtingesnio proceso, pavadinto „klinikinis samprotavimas“ (ang. “*clinical reasoning*”) dalis (Higgs ir kt., 2019 cit. Schettini ir kt., 2020). Nors literatūroje dažnai klinikiniai samprotavimai ir klinikinių sprendimų priėmimas buvo naudojami kaip sinonimai apibrėžiant procesą, kurio metu sveikatos priežiūros specialistas nusprendžia, ką daryti su pacientu (Christensen ir kt., 2017). Visgi anot D. Hausmann ir kt. (2016) klinikinis sprendimų priėmimo procesas yra sudėtingas dinamiškas procesas, apimantis pasirinkimą tarp variantų, kurio sudėtingumą lemia daugiau žmonių įtraukimas, informacijos prieinamumas (Higgs ir kt., 2019 cit. Schettini ir kt., 2020). Kiti mokslininkai taip pat akcentuoja, kad sprendimo priėmimo procesą sveikatos priežiūros įstaigose sąlygoja duomenų prieinamumas (Atoum, Al-Jarallah, 2019; Sun, Scanlon, 2019), išvados padarytos iš panašios klinikinės situacijos (Yan ir kt., 2017). Tačiau klinikinių samprotavimų srityje labai svarbu remtis ir gydytojo asmeniniu supratimu, gebėjimu įvertinti paciento būklę (tyrimo išvadas), atsižvelgiant į jo ligos istoriją (Goldsby ir kt., 2020). Tokios pat nuomonės laikosi E. Bélanger ir kt. (2016) teigdami, kad priimant sprendimus, susijusius su gydymu, paciento liga, gydymo pasekmėmis, galimais šalutiniais poveikiais ir prognozėmis turi įtakos sprendimams. Atliktų tyrimų duomenimis, sveikatos priežiūros specialistai priimant sprendimus dažniausiai, kaip informacijos įrodymus naudojo prieinamus mokslinius tyrimus, organizacinę informaciją, žinias bei sprendimus priėmė tuo pačiu atsižvelgdami į suinteresuotųjų šalių vertybes ir rūpesčius, lūkesčius (Alsaqqa, 2020; Barends ir kt., 2017; Liang ir kt., 2012). Juk sveikatos priežiūros srityje yra daug situacijų, kai labiausiai pageidaujamas sprendimas visiškai priklauso nuo to, kaip pacientai vertina laukiamus rezultatus, ir nuo atitinkamų sveikatos būklių, kurias jie patirs gydymo metu ir po jo. Pavyzdžiui, sprendžiant pacientus, sergančius piktybinėmis ligomis, sprendimas pasirinkti ilgesnį išgyvenamumą ir šalutinis gydymo poveikis turėtų labai priklausyti nuo to, ką pacientai vertina labiausiai (Guler ir kt., 2015). Iš tiesų, priimdami sprendimus gydytojai turi atsižvelgti ne tik į paciento fizinę būklę (pasirenkant, kurią gydymą atmesti, kurią pradėti ir kada), bet ir į paciento pageidavimus, turimus išteklius. (Hausmann

ir kt., 2016). Be to sprendimų priėmimui įtakos gali turėti ir kur teikiama pagalba, t.y. ar privačioje ar valstybinėje gydymo įstaigoje. C. Ierano ir kt. (2019) teigė, kad privačių ligoninių aplinkoje autonomija yra didesnė nei viešosios ligoninės aplinkoje, patys gydytojai gali mažiau atsižvelgti į gaires ar ligoninės politiką.

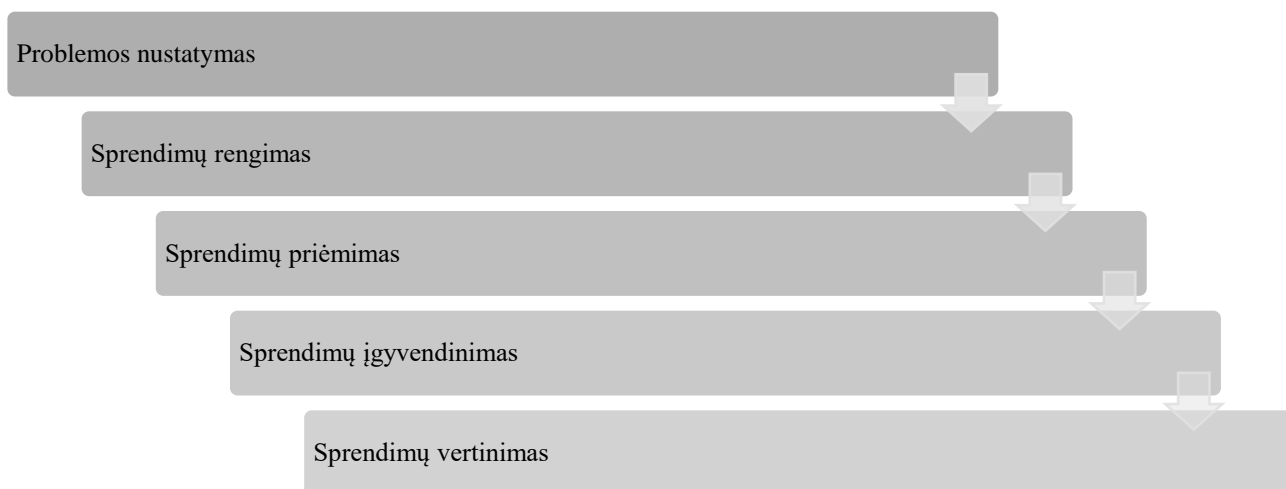
Kiti mokslininkai taip pat akcentuoja, kad sveikatos priežiūros organizacijose sprendimų priėmimas yra sudėtingas procesas, apimantis kriterijų, įrodymų ir vertinimų vertinimą. N. Tanios ir kt. (2013) atlikto tyrimo duomenimis, sveikatos priežiūros specialistai sutiko, kad pirmiausia reikia atsižvelgti į klinikinį efektyvumą/veiksmingumą ir saugumą, suteikiant jiems didžiausią svorį, nepriklausomai nuo sprendimo lygio. Įrodymų kokybė buvo trečias dažniausiai respondentų laikomas kriterijus. O ir anot V.M. Montori, J.P. Brito, M.H. Murad (2013) praktikuojant įrodymais pagrįstą mediciną, sprendimai pirmiausia remiasi klinikinų tyrimų duomenimis, jei tokių yra. Priešingu atveju gydytojai dažniausiai savo sprendimus grindžia stebėjimo tyrimais, asmenine patirtimi ar atveju ataskaitomis (Sarasin, 1999 et. al. Molinari ir kt., 2015). Prieš tai minėtų autorių tyrimo duomenimis, ligos sunkumas ir gyvybei pavojingas pobūdis buvo vienas iš dažniausiai svarstomų ir svarbiausių respondentų kriterijų, pabrėžiant pagrindinį etinių reikalavimų vaidmenį priimant sveikatos priežiūros sprendimus.

Kiti mokslininkai pritaria anksčiau minėtiems teiginiams, klinikius sprendimus, gali sąlygoti įvairūs veiksniai: įvairūs išoriniai veiksniai, užduoties sudėtingumas ir praktiko sugebėjimai, pasitikėjimas ir emocijos (Schettini, Palozzi, Chirico, 2020), darbo sąlygos, darbo krūvis, komanda bei sąveikavimas joje, kaip ir paciento norai (Zavala ir kt., 2018). Kad sprendimų priėmimą labai gali įtakoti pats pacientas nurodė ir K.D. Lippa ir kt. (2017). Galima sutikti, kad išanalizuoti klinikinio sprendimo proceso, neatsižvelgiant į kontekstą ar situaciją, kurioje jis įvyksta neįmanoma (McBee ir kt., 2015; Fargen, Friedman, 2014), o patį sprendimų priėmimo procesą gali sąlygoti ir asmeninės vadovo ypatybės: jo patirtis, komandos nariai (bei jų skaičius), darbo atmosfera (Wu ir kt., 2017).

Pats sprendimo priėmimas pagal lygmenis gali būti tiek individualus, tiek grupinis. Individualus sprendimas pasireiškia tada, kai bet kuris žmogus priima sprendimą dėl būsimą savo elgesio, veiksmų tam tikroje situacijoje ir įgyvendina jį. Taigi šiam sprendimų priėmimo lygmeniui būdinga, kad asmuo, kuris priima sprendimą, niekieno neverčiamas pats jį ir įgyvendina. Pavyzdžiui, bet kurios organizacijos vadovas kasdien priima ir įgyvendina daugybę individualių sprendimų: kaip šiandien apsirengti, kur ir su kuo pietauti, kaip paskirstyti savo darbo laiką ir pan. Grupinius sprendimus priima ir įgyvendina bet kuri neformali žmonių grupė. Kitaip tariant, grupė žmonių kartu apsvarsto būsimą savo elgesį, veiksmus tam tikroje situacijoje, apsisprendžia ir kartu veikdami juos įgyvendina. Šiam sprendimų priėmimo lygmeniui būdinga, kad išvien veikia žmonių grupė, kuri kartu priima sprendimą ir jį įgyvendina (Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013).

Buškevičiūtė, Raipa (2010) išanalizavę įvairių mokslininkų darbus teigia, kad dažniausiai mokslinėje literatūroje yra pateikiama tradicinė linijinė sprendimų priėmimo samprata, kitaip sakant, pateikiama seka žingsnių, padedančių sprendimo priėmėjui priimti geriausią sprendimą. Kaip antai B. Hogwoodas ir L. Gunnas (2001) skiria šiuos svarbiausius žingsnius priimant sprendimą, t. y. sprendimo priėmimo etapus: apsisprendimas priimti sprendimą (apima problemos formulavimą ir darbotvarkės sudarymą); apsisprendimas, kaip spręsti (klausimų filtravimas); problemos apibrėžimas; prognozė, tikslų ir prioritetų nustatymas; alternatyvų analizė; politikos įgyvendinimas, monitoringas ir kontrolė; įvertinimas, politikos tąsa, kaita ir baigtis. W. Jenkinsas (2001) tuo tarpu akcentuoja keletą pagrindinių etapų, tai: inicijavimas; svarstymas; sprendimas; įgyvendinimas; įvertinimas, politikos tąsa, kaita ir baigtis. O R. Macko (2001) manymu, priimant sprendimus galima skirti tokius svarbiausius etapus kaip problemos pripažinimas; alternatyvų formulavimas; sprendimas; realizavimas; taisymas ir papildymas (cit. iš Buškevičiūtė, Raipa, 2010).

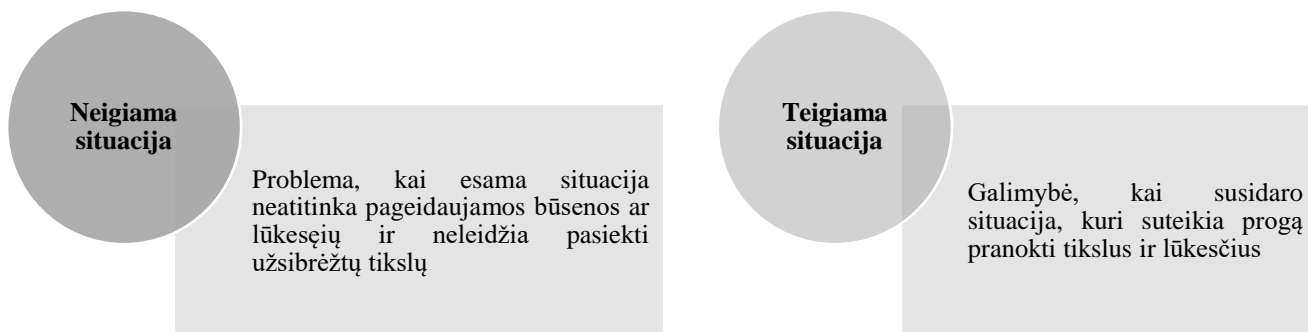
B. Hogwoodsas ir L. Gunnas (2001) skiria skirtingus sprendimų priėmimo proceso etapus, nuo kelių iki keliolikos, tačiau pagrindiniai yra pateikiami 3 paveiksle.



3 pav. Sprendimų priėmimo proceso etapai

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Buškevičiūtė, Raipa (2010)

Taip pat labai svarbu susidaryti nuostatą, kad sprendimų priėmimas bet kuriame lygmenyje neturi būti tapatinamas su problemos sprendimu, nes gali susidaryti išpūdis, jog sprendimai priimami tik norint išeiti iš neigiamos būsenos. Teisinga būtų vartoti situacijos sąvoką ir išskirti teigiamos ir neigiamos situacijų tipus (4 pav.).



4 pav. Problemos - galimybės situacijų tipai

*Šaltinis: Bakanauskienė, Kyguolienė (2013)*

Vadovų siekiamybė – valdymo sprendimo priėmimo proceso metu neigiamą situaciją paversti teigiama, t. y. problemą paversti galimybe. Klasikinis pavyzdys galėtų būti organizacijos vadovų sprendimas perorganizuoti veiklą sunkmečio sąlygomis (Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013). Tradiciškai tai suprantama kaip neigiama situacija – problema, t. y. prasidėjus sunkmečiui, organizacijai sudėtinga išlaikyti tą patį pelno lygį. Taigi dažnai tik vadovų požiūrio klausimas, kaip įvardyti, su kokia situacija susiduriama.

### 1.3.2. Sprendimų priėmimo kontrolė

Kai sprendimo įgyvendinimas trunka ilgiau, verta stebėti pokyčius organizacijos aplinkoje, pavyzdžiui, konkurentų elgesį. Dėl to gali kilti nenumatytų situacijų ir sprendimo įgyvendinimas gali vykti ne taip, kaip buvo numatyta. Nenumatytų situacijų gali atsirasti dėl darbuotojų elgesio ar užduoties atlikimo eigos. Tada sprendimo priėmėjas turi apsispręsti, ar reikia koreguoti sprendimo įgyvendinimo planą ir kaip tai daryti. Sprendimo įgyvendinimo kontrolės procese labai svarbi yra kontrolė ir stebėjimas. Remiantis sprendimais ir jų įgyvendinimo veiksmų planu, turi būti sukuriama valdymo sprendimo įgyvendinimo standartai. Jais turėtų tapti veiksmų plane numatytų užduočių įvykdymo terminai, tam tikri kiekvienos užduoties rezultatų reikalavimai, jei to reikia vykdymo eigai (Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013).

Sprendimo priėmėjas turi apsispręsti, kaip dažnai kontroliuoti, kitaip tariant, vykdyti veiklą matavimą. Viena vertus, kuo dažniau atliekama kontrolė, tuo greičiau pastebimi bet kokie nuokrypiai nuo plano. Antra vertus, svarbus darbuotojų požiūris į kontrolę – dažnai darbuotojai nemėgsta jaustis kontroliuojami (Janušonis, 2011). Kontrolės dažnumą turbūt labiausiai lemia vadovo vadovavimo stilius. Vadovai autokratai, ypač jei patys vienvaldiškai priėmė sprendimą, paprastai nepasitiki, kad pavaldiniai padarys viską taip, kaip sumanyta, todėl kontroliuojama bus per dažnai. Kontrolės dažnumą taip pat turėtų lemti sprendimo sudėtingumas, svarba organizacijos sėkmei, nenumatytų situacijų lygis (Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013).

Kiekvienas vadovas per kontrolę turi užtikrinti tinkamą grįžtamąjį ryšį apie jau įvykusius dalykus arba vykdyti nuspėjamąjį stebėjimą. Grįžtamasis ryšys gali būti pateikiamas raštiška ir/arba žodine forma. Svarbu teisingai pasirinkti priemones, kuriomis jis bus teikiamas. Labiausiai įprasta priemonė – žodinis pranešimas apie atliktus darbus per pasitarimą ar individualų pokalbį. Pavyzdžiui, visose organizacijose įprasti įvairių lygių vadovų organizuojami pasitarimai, kuriuose dalyvauja tiesioginiai jų pavaldiniai (Levenson, 2010). Paprastai viena pasitarimo dalių yra skiriama žodiniam pavaldinių atsiskaitymui ir darbų aptarimui. Ši priemonė tinkama tada, kai vadovas pasitiki savo pavaldiniais, kai žino, kad jie nesistengia nuslėpti savo nesėkmių, tikėdamiesi ištaisysią patys be vadovo žinios. Raštiška ataskaita apie atliktus darbus greičiausiai tikslesnė, nei niekur nefiksuojamas žodinis pranešimas, bet gali be reikalo gaišinti darbuotojo laiką. Todėl vadovo pasitarimai organizacijose gali būti protokoluojami. Žodinis pranešimas fiksuojamas protokole, tad darbuotojai privalo kalbėti, žinoma racionalus valdymo sprendimų priėmimas yra atsakingesnis veiksmas (Dubauskas, 2006). Be abejo, tokie pasitarimai užtikrina nuspėjamąjį stebėjimą ir veiklos matavimą, ypač jei yra suderinti su veiksmų plane numatytų uždavinių įvykdymo terminais. Reikalui esant verta rengti papildomus individualius ar mažesnių grupių pasitarimus, kuriuose būtų aptariamose netikėtai susidariusios situacijos, reikalaujančios neatidėliotinų sprendimų (Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013). Taip pat naudinga, ypač jei vadovas pagrįstai abejoja užduočių atlikimo vykdytojų kompetencija ar atsakingumu, veiklos atlikimo standartuose, kaip nuspėjamojo grįžtamojo ryšio raštu priemonės, numatyti rengiamų dokumentų projektų teikimą aptarimui pagal suderintą grafiką. Taip pat svarbu, kad sprendimą priimančias asmuo nepasitikėtų vien gaunamais pranešimais ir ataskaitomis, bet ir pats (ar vienas iš jo pavaldinių) stebėtų bei įsitikintų, kad įgyvendinimo procesas organizuojamas gerai, kad prielaidos, kuriomis remiantis sprendimas buvo priimtas, vis dar galioja ir yra teisingos, ar kad aplinkybės pasikeitė ir turi būti atitinkamai keičiamos (Janušonis, 2011).

Taigi, atliekant sprendimo įgyvendinimo kontrolės ir sekimo darbą, labai svarbu užtikrinti veiksmingą ir efektyvią kontrolės sistemą, atitinkančią šiuos kriterijus:

- Priimtumas organizacijos nariams – kontrolės sistema, naudojami metodai ir priemonės neturi sukelti darbuotojų pasipriešinimo ir nepasitenkinimo;
- Tikslus ir ekonomiškasis grįžtamasis ryšys, veikiantis nustatyto laiko ribose – kontrolės sistema turi užtikrinti, kad grįžtamasis ryšys laiku, kol dar nėra vėlu ištaisyti pastebėtus nuokrypius nuo kontrolės standartų, pavyzdžiui, uždavinio įgyvendinimo termino;
- Kontrolės sistemos sudėtingumo atitiktis sprendimo sudėtingumui – kuo sudėtingesnis ir svarbesnis sprendimas, kuo jo įgyvendinimo trukmė yra ilgesnė, tuo sudėtingesnė turi būti ir kontrolės sistema.

Kas turėtų atlikti sprendimo įgyvendinimo kontrolės ir sekimo darbą (subjektas)? Organizacijos dydis (objektyvus) ir vadovavimo stilius (subjektyvus) – du pagrindiniai veiksniai,

lemiantys konkretų šio darbo subjektą, t. y. kontrolę ir sekimą vykdančys ir/ar už juos atsakingi darbuotojai (Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013).

Mažoje organizacijoje kontrolę vykdo pats sprendimą priėmęs vadovas. Aplinkos stebėjimą jis taip pat atlikti gali pats arba pavesti kitam specialistui. Didelėje organizacijoje atlikti kontrolės funkciją gali būti pavesta specialistams, sprendimą priėmęs vadovas būtinai turėtų tai padaryti. Tokiu atveju darbuotojai dalyvauja sprendimo diegimo veiksmų planą paverčiant veiklų atlikimo standartais, taip pat nustatytu dažnumu matuoja veiklų atitiktį standartams. Pagal jų pateiktus rezultatus vadovas sprendžia, ar reikia imtis koreguojančių veiksmų. Vadovavimo stilius – subjektyvus veiksnys, nes sprendimą priėmęs vadovas, net ir pavedęs darbą specialistams, gali juos kontroliuoti. Vadovavimo stilius ar organizacijoje priimtos kontrolės normos gali lemti, kad patys darbuotojai kontroliuos savo užduotis. Tad jie ir taps sprendimo įgyvendinimo kontrolės ir sekimo dalyviais (Janušonis, 2011).

Taigi bendriausiu atveju sprendimo priėmimą galima apibūdinti kaip procesą, per kurį suformuluojamos galimos individo, grupės, organizacijos ar jų junginio narių elgesio, veiksmų alternatyvos, viena iš jų pasirenkama ir įgyvendinama. Tokia sprendimo priėmimo samprata fiksuoja ne tik patį sprendimo priėmimą, bet ir praktinį darbą, kuris užtikrina ne tik sprendimo priėmimą, bet ir jo įgyvendinimą. Kitaip, anot vadybos klasiko P. Druckerio (1967) „nerealizuotas sprendimas tėra teigiamos pastangos“. Vadinasi, bet kuriame lygmenyje sprendimų priėmimo samprata turėtų apimti mąstymo (intelektualinio) ir praktinio pobūdžio veiklas: galimų elgesio, veiksmų alternatyvų įvardijimą, geriausios elgesio, veiksmų alternatyvos pasirinkimą ir pasirinkto elgesio, veiksmų įgyvendinimą (cit. iš Bakanauskienė, Kyguolienė, 2013).

Apibendrinant galima teigti, kad sprendimų priėmimo procesui sveikatos priežiūros srityje įtakos turi informacija, tyrimo išvados, paciento ligos istorija, ligos sunkumas, galimi šalutiniai poveikiai, kitų-panašių klinikinių situacijų išvados, gydytojo kompetencijos, patirtis ir pasitikėjimas. Sprendimų priėmimą gali sąlygoti ir gydymo įstaigos tipas ir joje vyraujanti politika, kaip ir komandos nariai. Sprendimai gali būti tiek individualūs, tiek grupiniai. Priimti sprendimai gali būti stebimi, kontroliuojami vadovo ar kitų specialistų - tam turi įtakos organizacijos dydis bei vadovavimo stilius.

#### **1.4. Pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą svarba ir nedalyvavimo juose priežastys**

##### **1.4. Pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą svarba**

Vis dažniau pacientai, gydytojai ir politikai pasisako už didesnę gydytojų ir pacientų dalyvavimą priimant sprendimus (Oshima Lee, Emanuel, 2013). Pabrėžiama, kad pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūros organizacijose priimant svarbius sprendimus, kaip dialogu pagrįstas

socialinių vaidmenų ir atsakomybės už sveikatą pasiskirstymas, yra esminė bendradarbiavimo ir žmogaus teisių įgyvendinimo sąlyga tiek šiuolaikinėje sveikatos politikoje, tiek ir klinikinėje praktikoje (Peičius, Kučinskaitė, 2014). Pastebima, kad priimant sprendimus, terminas „paciento dalyvavimas“ dažnai vartojamas pakaitomis su terminu „bendradarbiavimas“ (Weernink ir kt., 2014; Vahdat ir kt., 2014).

Pačioje literatūroje nėra aiškaus paciento dalyvavimo apibrėžimo (Jansen, Hanssen, 2017). Nuomonės apie pacientų dalyvavimą skirtingose jurisdikcijose ir skirtingose sveikatos priežiūros sistemos disciplinose skiriasi (Vahdat ir kt., 2014). Oksfordo žodyne žodis „dalyvavimas“ apibrėžtas kaip įsitraukimas ir įtraukimas. Šis žodis kilęs iš lotyniško žodžio „Participare“, reiškiančio dalijimąsi (Rafii ir kt., 2020). Mokslininkai vienu požiūriu teigia, kad tyrėjai paciento dalyvavimą laiko asmens dalyvavimu ar įsitraukimu į jo ar jos gydymo sprendimus (Gallivan ir kt., 2012), o kitu požiūriu pacientų dalyvavimas reiškia pacientų vykdomas užduotis pagal gydytojų ir/ar slaugytojų nurodymus (Vahdat ir kt., 2014). Tuo tarpu paciento įsitraukimas į medicininių sprendimų priėmimą, yra apibūdinamas kaip sprendimų priėmimo stilius, pagal kurį gydytojai įtraukia pacientus kaip lygiaverčius partnerius, kad jie pasirinktų sveikatos priežiūrą, remdamiesi klinikiniais įrodymais ir pagrįstais pacientų pageidavimais bei priežiūros lūkesčiais (Judson, Detsky, Press, 2013; Cassel, Guest, 2012). Dar kiti mokslininkai, kaip Ninson ir kt. (2018) pacientų dalyvavimo koncepciją susiejo su mokymu, rūpestingais pacientų ir sveikatos priežiūros darbuotojų santykiais (cit. Atakro ir kt., 2019). O anot Halabi ir kt. (2019) pacientų dalyvavimas reiškia pacientų dalyvavimą ir bendradarbiavimą priimant sprendimus dėl jų sveikatos priežiūros. Pacientų dalyvavimas taip pat gali būti laikomas keitimosi informacija forma tarp pacientų ir jų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų (Chow ir kt., 2009 cit. Atkinson Smith, 2016).

Šiuo metu pacientų dalyvavimas yra pripažintas svarbiu sveikatos priežiūros komponentu ir laikomas priemone gerinti pacientų priežiūrą (Weingart ir kt., 2011). Pats pacientų dalyvavimas gali būti tiek tiesioginis, tiek netiesioginis (Janssens ir kt., 2018; Weernink ir kt., 2014), kaip ir vykti mikro, mezo ir makro lygmenimis, priklausomai nuo to, ar dalyvavimas turi įtakos atskiriems pacientams, konkrečiai ligos sričiai, ar išteklių paskirstymui ir prioritetiniams sprendimams (Danner ir kt., 2011).

Kaip minėta, pacientų dalyvavimą sąlygoja pacientų įtraukimas į sprendimus, o pats jų dalyvavimas sveikatos priežiūroje jau seniai laikomas etiniu reikalavimu (Waddell ir kt., 2021). Įrodyta, kad pacientų įtraukimas į sprendimus padidina:

- *pacientų pasitenkinimą* (Castro ir kt., 2016; Shay, Lafata, 2015; Barello ir kt., 2014; Bot ir kt., 2014; Vahdat ir kt., 2014; Oshima Lee, Emanuelis, 2013; Sanders ir kt., 2013; Weingart ir kt., 2011);



- *pacientų pasitikėjimą* (Nuwagaba ir kt., 2021; Elwyn ir kt., 2014; Sanders ir kt., 2013; Andersen ir kt., 2012; Weingart ir kt., 2011);

- *pacientų žinias apie sveikatą ir padeda tiksliau suvokti klinikinę riziką* (Guler ir kt., 2015; Elwyn ir kt., 2014);

- *sustiprina pacientų ir specialistų santykius* (Sanders ir kt., 2013; Andersen ir kt., 2012; Weingart ir kt., 2011);

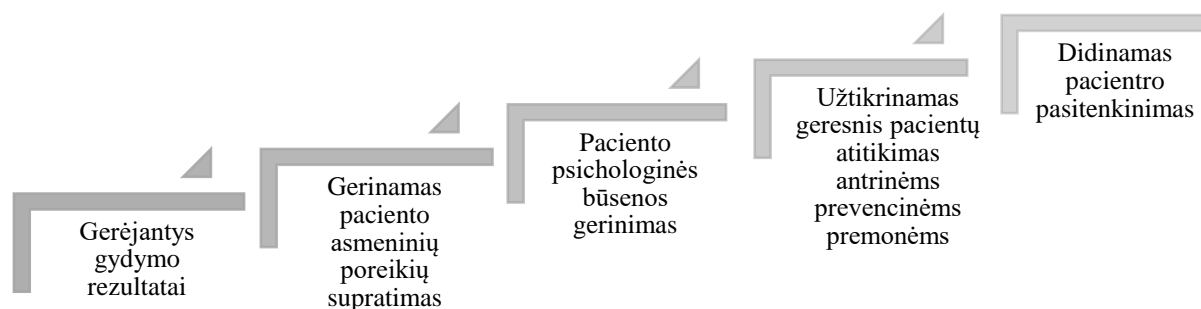
- *padeda pacientui laikytis gydymo planų, nes jie yra abipusiškai suderinti* (Marahrens ir kt., 2017; Ambigapathy, Chia, Ng, 2016; Guler ir kt., 2015; Vahdat ir kt., 2014);

- *padeda pasiekti geresnių gydymo rezultatų* (Prior, Campbell, 2018; Ambigapathy, Chia, Ng, 2016; Guler ir kt., 2015; Vahdat ir kt., 2014);

- *sumažina pacientų nerimą* (Andersen ir kt., 2012) - pacientų nerimą galima sumažinti įtikinus, kad pasirinkimas yra teisingas, ir parodant pagarbą paciento pasirinkimui (Bélanger ir kt., 2016).

Galiausiai, pacientų dalyvavimas taip pat sumažina išlaidas sveikatos priežiūros sistemai (Castro ir kt., 2016), o gydytojai mažiau dalyvauja teisiniuose ginčuose (Elwyn ir kt., 2014).

Vahdat ir kt. (2014) nurodo, kad pacientų dalyvavimas priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros ir gydymo nėra nauja sritis, tačiau šiuo metu tai tapo politine būtinybe daugelyje šalių ir sveikatos priežiūros sistemoms visame pasaulyje. Autorių teigimu, visapusė, kompleksinė pacientų dalyvavimo priimant sprendimus nauda, diktuoja poreikį plėsti pacientų įtraukimo į klinikinių sprendimų priėmimo praktiką (5 pav).



5 pav. Kompleksinė pacientų dalyvavimo nauda priimant sprendimu

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Vahdat ir kt. (2014)

Ir nors pripažįstama, kad pacientų įtraukimas priimant sprendimus dėl jų priežiūros yra labai svarbus siekiant pagerinti klinikinius rezultatus (Barello ir kt., 2014; Oshima Lee, Emanuel, 2013; Coulter, Safran, Wasson, 2012), nepaisant didesnio politikos ir tyrimų dėmesio, bendradarbiavimas su pacientais, pacientų dalyvavimas priimant sprendimus nėra įprastos klinikinės praktikos dalis (Dimopoulos-Bick ir kt., 2017). Ambigapathy ir kt. (2016) teigimu, nors pacientų įtraukimas į klinikinių sprendimų priėmimą yra pageidaujama praktika, tačiau kaip rodo esama situacija, pasaulyje vis dar daug pacientų tokių galimybių neturi, sveikatos priežiūros įstaigoms,

nepropaguojančią pacientų dalyvavimo priimančius sprendimus. Teoriškai, pacientas, turi galimybę ir teisę dalyvauti priimančius sprendimus, tačiau ne pagal visus, į gydymą orientuotus sprendimų priėmimo modelius, pacientui suteikiama tokia galimybė (3 lentelė).

3 lentelė. Pacientų sprendimų priėmimo modeliai

MODELIS	CHARAKTERISTIKA
<b>Paternalistinis modelis</b>	Paciento vaidmuo, priimančius sprendimus yra pasyvus.
<b>Profesionalaus atstovo modelis</b>	Sprendimus priima gydytojas, laikantis pozicijos, kad pacientas turi tokius pačius sprendimo poreikius kaip ir gydytojas. Gydytojas vienintelis priima sprendimus.
<b>Informacijos dalijimosi modelis</b>	Su pacientu dalijamasi informacija, o pastarasis po išsamaus informavimo gali priimti sprendimą.
<b>Dalijamasis sprendimų priėmimo modelis</b>	Tiek pacientas, tiek gydytojas pačiam išsitraukia į gydymo sprendimo priėmimą.

*Šaltinis: Ambigapathy ir kt. 2016.*

Remiantis aukščiau lentelėje pateiktų pacientų integravimo į klinikinių sprendimų priėmimo modelių charakteristikomis, galima teigti, kad nei paternalistinis, nei profesionalaus atstovavimo modeliai, neišpildo paciento išsitraukimo ir dalyvavimo modelių, nes šiais atvejais pacientui suteikiamas arba pasyvus vaidmuo arba gydytojas priima į paciento gerovę orientuotus sprendimus savarankiškai, darydamas prielaidą, kad tokių pačių sprendimų pageidauja ir pacientas. Tuo tarpu informacijos dalijimosi ir dalijimosi sprendimų priėmimo modeliai, užtikrina aktyvų paciento dalyvavimą, tačiau informacijos dalijimosi modelis, įgalina pacientą priimti sprendimus gavus visą reikiamą informaciją, o tuo tarpu dalijamasis sprendimų modelis, užtikrina lygų tiek gydytojo, tiek paciento išsitraukimą priimančius bendrą klinikinį sprendimą.

Mokslinėje literatūroje dažnai minimas bendras sprendimų priėmimas. Bendras sprendimų priėmimas apibrėžiamas kaip procesas, kurio metu gydytojai bendrai padeda pacientams priimti įrodymais pagrįstus ir vertę atitinkančius medicininius sprendimus (Grad ir kt., 2017; Elwyn ir kt., 2010). Tiksliau tariant, bendras sprendimų priėmimas yra pokalbis arba pokalbių ciklas, kurių metu sveikatos priežiūros specialistai kartu su pacientais aptaria visas gydymo galimybes, įskaitant nieko nedarymą, taip pat tai, kas žinoma apie šių variantų riziką ir naudą. Pokalbio metu priimamas sprendimas atsižvelgiant į asmens vertybes ir pageidavimus (Statutory guidance for clinical commissioning groups and NHS England, 2017). Kiti mokslininkai taip pat pabrėžia, kad bendras sprendimų priėmimas yra konsultacijų procesas, kurio metu gydytojas ir pacientas kartu dalyvauja priimančius sprendimą dėl sveikatos, aptarę galimybes, jų naudą ir žalą bei atsižvelgia į paciento vertybes, pageidavimus ir aplinkybes (Hoffmann ir kt., 2014; Mulley, Trimble, Elwyn, 2012). Taigi bendras sprendimų priėmimas yra esminė paciento išsitraukimo dalis, leidžianti pacientams ir jų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams aptarti kiekvieno paciento poreikius, pageidavimus ir

gydymo galimybes, tada kartu priimti sveikatos priežiūros sprendimus (Xu, Wong, 2017; Müller, Hahlweg, Scholl 2016). Kitaip tariant bendro sprendimų priėmimo modelyje tiek pacientas, tiek gydytojas dalyvauja sprendimų priėmimo procese ir sutinka su sprendimu dėl gydymo (Stiggelbout, ir kt., 2012; Charles, Gafni, Whelan 1997 cit. Ambigapathy, Chia, Ng, 2016). Kadangi bendro sprendimo priėmimo tikslas priimti sprendimus su pacientais, o ne už juos (Elwyn ir kt., 2012).

Bendras sprendimų priėmimo procesas susideda iš trijų tarpusavyje susijusių etapų: pacientų įsitraukimo, diskusijų ir sprendimo. Šie trys etapai susideda iš daugelio sąveikos principų, kurie palaiko bendrą sprendimo priėmimo koncepciją, o paciento dalyvavimas yra pradinė proceso fazė. Pradėjus paciento įtraukimo etapą, toliau pereinama prie diskusijų fazės, o galutinis dėmesys skiriamas sprendimų priėmimo etapui. Bendri sprendimų priėmimo etapai skatina bendradarbiavimą ir sukuria sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, organizacijų ir suinteresuotųjų šalių sinergiją taip, kad teigiamai pagerėtų pacientų priežiūros patirtis (Prince, 2015 cit. Atkinson Smith, 2016).

Akcentuojama, kad pagrindiniai bendro sprendimo priėmimo elementai apima (Légaré ir kt., 2010 cit. Cranley ir kt., 2020):

- procesą orientuotą į pacientą (pvz., paciento dalyvavimą ir vertybių/pageidavimų svarstymą);
- bendradarbiavimą ir keitimąsi informacija tarp tarpdisciplininės sveikatos priežiūros komandos, paciento ir šeimos (apima ir globėjus ar kitus svarbius asmenis) viso sveikatos priežiūros sprendimų priėmimo proceso metu;
- komandos supratimą apie pagrindinius emocinius ir aplinkos veiksnius, galinčius turėti įtakos procesui (pvz., socialinės normos, organizacinė rutina).

Pagrindinis bendro sprendimų priėmimo principas yra tas, kad sprendimai dėl pacientų priežiūros priimami bendradarbiaujant su pacientu, paciento šeima ir sveikatos priežiūros specialistu ar tarpdisciplinine komanda (Légaré ir kt., 2011). Remiantis F. Legaré ir kt. (2011) modeliu, bendro sprendimų priėmimo procesas susideda iš to, kad priimant sprendimą reikia keistis informacija, atsižvelgiant į kiekvieno, dalyvaujančio sprendimų priėmimo procese vertybes ir pageidavimus. Toks procesas yra pageidaujamo ir tikrojo pasirinkimo įvertinimas, jo įgyvendinimas ir rezultatas.

Bendras sprendimų priėmimas gali lemti kokybiškesnius sprendimus, tinkamesnes priežiūros intervencijas ir didesnę gyventojų, šeimos ir darbuotojų pasitenkinimą (Légaré ir kt., 2018), kitaip tariant gali pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir saugumą (Towle ir kt., 1999 cit. Nuwagaba ir kt., 2021). Tačiau, kad pacientas dalyvautų jis turi būti suinteresuotas, jam turi būti suteikta galimybė išsakyti savo nuomonę, idėjas apie įvairias gydymo galimybes (Thompson 2007 cit. Nuwagaba ir kt., 2021). Taigi, siekdamas geresnių sveikatos rezultatų, gydytojas (ar kitas sveikatos priežiūros specialistas) turėtų informuoti pacientus ir įtraukti juos į bendrą sprendimų priėmimą (Vahdat ir kt., 2014), o tai padės pasiekti geresnių gydymo rezultatų (Allegrante, Wells, Peterson,

2019; Lorig ir kt., 2016). Pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros specialistai turi dažnai įvertinti paciento norą ir gebėjimą dalyvauti priimant sprendimus, bendradarbiaujant su pacientu ir šeimos nariais (Kuosmanen ir kt., 2021). Nustatyta, kad dažniausiai pacientai nori dalyvauti visuose sprendimuose. Ypač priimdami sprendimus dėl vaistų, pacientai mano, jog svarbu, kad jie būtų išgirsti, atkreipiamas dėmesys į jų pačių patirtį (Jerpseth ir kt., 2018; Robijn ir kt., 2018) ir kad jie galėtų kontroliuoti vaistų planavimą. Pacientai mano, kad jie geriausiai pažįsta savo kūną, todėl jie turėtų dalyvauti sprendimų priėmimo procese, turinčiame įtakos jų pačių kūnui (Volker, Wu, 2011). Jei pacientas nebus įtrauktas į gydymo sprendimus, jis gali jaustis nesaugus (Jerpseth ir kt., 2018).

Pats pacientų dalyvavimas priimant sprendimus visame pasaulyje skiriasi. Europoje atliktas gyventojų tyrimas atskleidė, kad 51 proc. pacientų pirmenybę teikė bendram sprendimų priėmimui, toliau - gydytojais buvo pagrindiniai sprendimų priėmėjai (26 proc.), mažiausiai – pacientai - patys priimantys sprendimus (23 proc.) (Coulter, Jenkinson 2005 cit. Ambigapathy, Chia, Ng, 2016). Vėlgi ne visi pacientai nori dalyvauti sprendimų priėmimo procese. Dar 2002 m. JAV gyventojų apklausoje nustatyta, kad 52 proc. dalyvių pageidauja palikti galutinį sprendimą savo gydytojams. Tačiau dauguma (96 proc.) dalyvių norėjo su gydytojais aptarti galimybes ir pasidalyti savo nuomone apie klinikinį valdymą. (Levinson ir kt., 2005 cit. Ambigapathy, Chia, Ng, 2016). O Sommers ir kt. (2013) atliktas tyrimas parodė, kad kai kurie pacientai pageidautų, kad jų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai tiesiog pasakytų jiems, ką daryti, o ne priimtų bendrus sprendimus.

#### **1.4.2. Pacientų nedalyvavimo sprendimų priėmimo priežastys**

Pastaraisiais metais pacientų dalyvavimas priimant sprendimus tapo labai svarbus stiprinant sveikatos sistemas ir teikiant sveikatos priežiūros paslaugas daugelyje pasaulio šalių. Geresnė pacientų patirtis, pasitenkinimas, ekonomiškumas ir priežiūros kokybė stebima šalyse, kuriose pacientai visapusiškai dalyvauja priimant sprendimus. Tačiau pacientų dalyvavimas priimant sprendimus vis dar išlieka žemas besivystančiose šalyse (Vahdat ir kt., 2014). Kaip antai Ugandoje atliktas krūties vėžiu sergančių pacientų tyrimas parodė, kad 80 proc. jų nebuvo suteikta galimybė dalyvauti atrenkant jų gydymo galimybes (Batte, Odoi-Adome 2006 cit. Nuwagaba ir kt., 2021). Tačiau kai kuriose išsivysčiusiose šalyse buvo pranešta apie didesnę dalyvavimą - kaip antai vienoje Honkongo klinikoje daugiau nei 57 proc. pacientų dalyvavo bendrame sprendimų priėmimo (Xu, Wong, 2017).

Nors, atliktų tyrimų duomenimis, pacientai patys prašosi bei nori dalyvauti priimant sprendimus dėl jų gydymo (taip rodo atlikti tyrimai Dramblio Kaulo krante) (Tran ir kt., 2019), tačiau atliktų tyrimų duomenimis pacientai retai dalyvauja sprendimų priėmimo (Elwyn ir kt., 2012).

Atliktų tyrimų duomenimis tai gali sąlygoti:

- *menkas sveikatos priežiūros darbuotojų ir pacientų santykis* (Tong ir kt., 2017),

- *gydytojo kompetencijos*: prasti bendravimo įgūdžiai (Smith ir kt., 2009), žinios (žinojimas, kaip praktikuoti kultūringai, informuotai ir kompetentingai), įsitikinimai ir vertybės (kultūrinės, moralinės ir profesinės), požiūris (pagarbus rasistui ir etnocentriškumas etninės mažumos atžvilgiu), elgesys (kultūriniai įgūdžiai ir gebėjimas užmegzti terapiškai veiksmingus santykius, įsitraukti į bendravimą, spręsti konfliktus ir pan. (Johnstone, Kanitsaki, 2009).

- *informacijos trūkumas* (Ochieng, Buwembo, Munabi ir kt., 2015);

- *įsitikinimas, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai žino, kas yra naudinga pacientams, ir jie turėtų priimti visus sprendimus* (Vedasto, Morris, Furia, 2021);

- *išsilavinimas* (Vedasto, Morris, Furia, 2021). Asmenys turintys aukštesnį išsilavinimą dažniau dalyvauja sprendimų priėmime (Vedasto, Morris, Furia, 2021; Nuwagaba ir kt., 2021) - manoma, kad pacientai, įgiję aukštesnį išsilavinimą, geriau supranta sveikatos priežiūros darbuotojų teikiamą medicininę informaciją (Nuwagaba ir kt., 2021).

- *žemos namų ūkio pajamos* (Barello, Graffigna, 2015) - pacientai, kurių bendrosios namų ūkio pajamos buvo mažesnės pirmenybę teikė pasyvesniam vaidmeniui nei pacientai iš didesnių visų namų ūkio pajamų grupės. Pacientams, kurių bendros namų ūkio pajamos yra mažesnės, dažnai yra ribotos galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir jie yra linkę manyti, kad gydytojas, atsižvelgęs į gydymo kainą, yra geriausias asmuo, kuris už juos nuspręs. Priešingai, didesnių pajamų grupės turi daugiau galimybių rinktis, nes išlaidos jiems nebūtų problema (Ambigapathy, Chia, Ng, 2016).

- *tikėjimai, įsitikinimai ir vertybės* (Johnstone, Kanitsaki 2009; Vedasto, Morris, Furia, 2021);

- *sistemos ir organizacijos kultūrinis tinkamumas ir kompetencija, įskaitant: paslaugos tipą ir vietą, priežiūros procesus, procedūras ir taisykles, priėmimo tipą ir vietą* (Johnstone, Kanitsaki, 2009);

- *ribotas konsultacijų laikas* (Vahdat ir kt., 2014)

- *jų ligos (ligos sunkumas) ir patirtis* (Johnstone, Kanitsaki 2009; Barello ir kt., 2014). Kaip antai atlikto tyrimo duomenimis pacientai išreiškė norą priimti svarbius sprendimus kartu su savo gydytojais, tačiau pirmenybę teikė mažesniai dalyvavimui ne tokiais svarbiais klausimais (Mansell, Poses, Kazis, Duefield 2000 cit. Molinari ir kt., 2015). Galima būtų pritarti Ruhnke, Tak, Meltzer (2020), kad paprastai pacientai nori gauti informacijos, tačiau dažnai nori perduoti sprendimus gydytojams esant sunkiai ligai. O ir atliktų tyrimų duomenimis, jei liga buvo sunkesnė, pacientų noras dalyvauti sumažėjo (Fairley ir kt., 2011), nors laikui bėgant paciento požiūris į dalyvavimą priimant sprendimus dėl sveikatos gali keistis, nes jie tampa patyrę sveikatos valdymo srityje ir gali keistis įvairiais ligos etapais (Mistry ir kt., 2010).

Vėlgi sveikatos priežiūros specialistai turėtų sudaryti sąlygas pacientui dalyvauti bendrai priimant visus galimus sprendimus (Lotta Kuosmanen ir kt., 2021). Siekiant padidinti jų dalyvavimą, anot kai kurių mokslininkų, sveikatos priežiūros specialistai turi:

- *pateikti pacientams išsamią informaciją apie diagnozę ir galimas gydymo galimybes* (Nuwagaba ir kt., 2021; Jerpseth ir kt., 2018; Robijn ir kt., 2018; Bélanger ir kt., 2016; Vahdat ir kt., 2014; Volker, Wu, 2011), *gydymo tikslus ir pasekmes* (Jerpseth ir kt., 2018; Volker, Wu, 2011),

- *atsižvelgti į pacientų pageidavimus ir apsvaistyti, kas geriausia* (Nuwagaba ir kt., 2021). Didžioji dauguma gydytojų vertina pacientų norus ir jų lūkesčius, tačiau dažniausiai tai daroma netiesiogiai, nes sveikatos priežiūros sprendimai dažnai yra etiškai sunkūs ir reikalauja daug laiko, nes reikia atsižvelgti į sudėtingus aspektus, tokius kaip asmeniniai įsitikinimai, tikėjimas, visuomenės vertybės, kultūrinis ir socialinis bei ekonominis spaudimas (Molinari ir kt., 2015).

- *palaikyti gerus santykius su pacientais* (Nuwagaba ir kt., 2021; Barry, Edgman-Levitan, 2012) - jie turi būti grindžiami abipusiu pasitikėjimu (Jerpseth ir kt., 2018; Bélanger ir kt., 2016). Pacientai turi jausti, kad su jais elgiamasi kaip su asmenybėmis, o jų poreikiai yra sveikatos priežiūros specialistų dėmesio centre, jie išklaunami ir suprantami (Volker, Wu, 2011; Jerpseth ir kt., 2018) - žinoma ir sveikatos priežiūros specialistams taip pat reikia pakankamai informacijos, kad suprastų paciento pageidavimus, poreikius ir galiausiai pasirinkimus (Jerpseth ir kt., 2018; Robijn ir kt., 2018; Bélanger ir kt., 2016; Volker, Wu, 2011). Sveikatos priežiūros specialistai turi tikrai stengtis pažinti, suprasti ir gerbti pacientų pageidavimus (Jerpseth ir kt., 2018; Robijn ir kt., 2018; Bélanger ir kt., 2016; Volker, Wu, 2011). Norint, kad bendravimas būtų atviras, sveikatos priežiūros specialistams reikalingi įvairūs bendravimo įgūdžiai (Jerpseth ir kt., 2018; Robijn ir kt., 2018; Bélanger ir kt., 2016). Pacientai gali neverbališkai pasidalyti savo norais ir jausmais veido išraiškose ar kitame elgesyje, o sveikatos priežiūros specialistai turi būti ypač budrūs ir jautrūs šiems pranešimams (Robijn ir kt., 2018).

Taigi, gydytojais turėtų būti pakankamai pasirengę ir kvalifikuoti, kad galėtų pritaikyti savo bendravimo elgseną ir sprendimų priėmimo stilių pagal paciento psichosocialinę, kultūrinę ir medicininę būklę. Tačiau vis daugiau tyrimų rodo, kad gydytojais dažnai neatsižvelgia į pacientų įsitraukimo nuostatas, jie dažnai skatina ar rekomenduoja konkrečius gydymo būdus, o ne atsižvelgia į pacientų lūkesčius dalyvauti jų priežiūros sprendimų priėmimo procese (Légaré & Thompson-Leduc, 2014 cit. Barello, Graffigna, 2015). Visgi pacientas turėtų būti vertinamas kaip komandos dalis (Gómez-Virseda ir kt., 2019), kaip aktyvus narys priimant sprendimus kartu su sveikatos priežiūros specialistais (Virdun ir kt., 2020). Žinoma, sprendimo priėmimo etape gydytojas ne visada gali sutikti su pacientu. Tačiau sprendimo etapo tikslas yra parengti priežiūros planą, kad jis atspindėtų paciento pageidavimus, vertybes ir norimus sveikatos rezultatus (Chow ir kt., 2009 cit., Atkinson Smith, 2016).

Apibendrinant galima teigti, kad šių dienų sveikatos priežiūra ir gydymas vis aktyviau siekia integruoti pacientus į sprendimų priėmimo procesą. Sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų bendradarbiavimas priimant sprendimus sietinas su pacientų įtrauktimi ir įsitraukimu. Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą sąlygoja didesnę jų pasitenkinimą, pasitikėjimą, padidina jų žinias ir padeda suvokti galimas rizikas, sustiprina santykius su specialistais, padeda pacientams laikytis gydymo planų - visa to pasekoje galima pasiekti geresnius gydymo rezultatus, o ir patys pacientai mažiau jaučia nerimą. Bendru sprendimų priėmimu galima laikyti procesą, kuriame gydytojas ir pacientas kartu dalyvauja priimant sprendimą dėl sveikatos - aptaria naudą, rizikas, galimybes. Atsižvelgiama į paciento vertybes, pageidavimus, galimybes ir aplinkybes.

Pacientų pageidavimus aktyviai dalyvauti medicininėse konsultacijose gali paveikti demografiniai kintamieji, jų socialinė ir ekonominė padėtis, jų sveikata - jų ligos, diagnozė ir patirtis, sprendimo tipas, kurį jie turi priimti. Pacientų dalyvavimui sprendimų priėmimuose, kuriuos jie priima kartu su gydytoju, įtakos gali turėti gydytojo kompetencijos, informacijos trūkumas, per didelis pasitikėjimas sveikatos priežiūros specialistais, kaip ir jų pačių įsitikinimai bei vertybės. Pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros specialistai turi stengtis palaikyti gerus santykius su pacientais, suteikti jiems kuo daugiau informacijos (apie ligą, gydymo galimybes) siekiant juos įtraukti bei paskatinti dalyvauti su jų sveikata susijusiuose sprendimų priėmimuose.

## 2. SPRENDIMŲ PRIĖMIMO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZACIJOSE TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ

### Tyrimo metodai

Darbe taikyti šie tyrimo metodai:

- *kiekybinis tyrimas - sveikatos priežiūros specialistų bei sveikatos priežiūros lankytojų/pacientų apklausa - anketavimas*. Kiekybinio tyrimo - anketavimo – pasirinkimą sąlygojo tai, kad anot Kardelio (2017) taikant šį metodą galima apklausti daug respondentų per sąlyginai trumpą laikotarpį. Bitino (2013) teigimu, pateikiant respondentams klausimą, galima iširti „jų nuomonę, požiūrį į <...> aplinkos reiškinius“ (p.283). Klausimynas, kaip rekomenduoja Kardelis (2017), yra anonimiškas, todėl tikėtina, kad tiek pacientai, tiek sveikatos priežiūros specialistai nebijos išreikšti savo nuomonės ir dalyvaus tyrime - tokios pat nuomonės laikosi ir Luobikienė (2000).

- *lyginamosios analizės metodas* - lyginami sveikatos priežiūros specialistų bei pacientų požiūriai, kaip ir skirtingų demografinių charakteristikų respondentų požiūriai;

- *duomenų analizės metodas* - šis metodas pasitelktas analizuojant empirinio tyrimo metu gautus duomenis.

### Tyrimo instrumentas

Kaip minėta *tyrimo instrumentas - klausimynas* skirtas sveikatos priežiūros specialistams bei pacientams. Sveikatos priežiūros specialistams klausimą (žr. 1 Priedą), sudaro 12 klausimų, kaip rekomenduoja Kardelis ((2017) - nėra ilgas), kurie pateikti remiantis atliktos mokslinės literatūros apžvalga, taip pat klausimais siekiama nustatyti kuo vadovaujantis priimamai sprendimai, ar jie į sprendimų priėmimą įtraukia pacientus ir pan.:

- 1 - 2 klausimais siekiama nustatyti kuo sveikatos priežiūros specialistai vadovojasi priimant klinikinius sprendimus bei kas gali turėti įtakos sprendimų priėmimui;
- 3 - 4 klausimais siekiama atskleisti kas priima sprendimus dėl gydymo bei kas jų manymu turėtų juos priimti;
- 5 - 6 klausimais siekiama nustatyti ar sveikatos priežiūros specialistai į sprendimų priėmimą įtraukia pacientus bei ar jie jų manymu turėtų dalyvauti su jų gydymu susijusiame sprendimų priėmime;
- 7 - 8 klausimais siekiama atskleisti kokią naudą, sveikatos priežiūros specialistų manymu, teikia pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą patiems pacientams bei kokiais atvejais jie turėtų dalyvauti sprendimų priėmime;
- 9 klausimu tiriamas sveikatos priežiūros specialistų požiūris į paciento nedalyvavimo priežastis sprendimų priėmime;

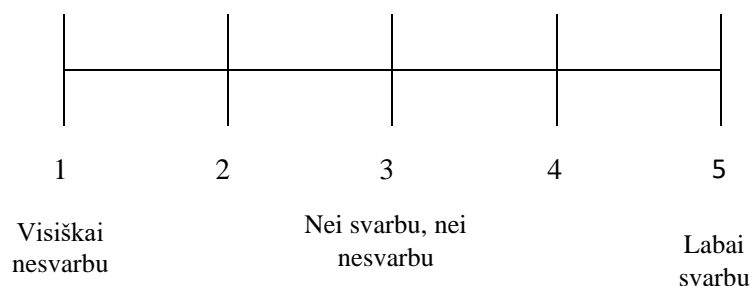


- 10 - 12 klausimai - demografiniai klausimai apimantys sveikatos priežiūros specialistų darbo vietą, sritį bei darbo patirtį.

Pacientams skirtą klausimyną sudaro (žr. 2 Priedą) 9 klausimai:

- 1 - 3 klausimais siekiama atskleisti pacientų požiūrį į tai, kas jų manymu turėtų priimti sprendimus dėl jų gydymo bei kokiais būdais jie dalyvauja ar kada pageidautų dalyvauti sprendimų priėmime.
- 4 klausimu siekiama nustatyti pacientų požiūrį į paciento dalyvavimo naudą sprendimų priėmime;
- 5 - 9 klausimai apima klausimus apie pacientų amžių, lytį, išsilavinimą, namų ūkio pajamas, gydytojo įstaigos, kurioje jie lankosi tipą.

Tiek pacientams, tiek sveikatos priežiūros specialistams kai kurie klausimai pateikiami 5 balų Likert skalėje (nuo 1 „visai nesvarbu/ labai neigiamai/visiškai nesutinku“ iki 5 „labai svarbu/labai teigiamai/visiškai sutinku“, kur 3 - neutrali vertinimo pozicija - „nei svarbu, nei nesvarbu/nei teigiamai nei neigiamai /nei sutinku nei nesutinku“ (Ankur ir kt., 2015) (6 pav.) - siekiant geriau įvertinti jų požiūrį į analizuojamus aspektus, be to anot Dikčiaus (2011) klausimyne naudojant Likert skalę respondentai gali įvertinti visus teiginius.

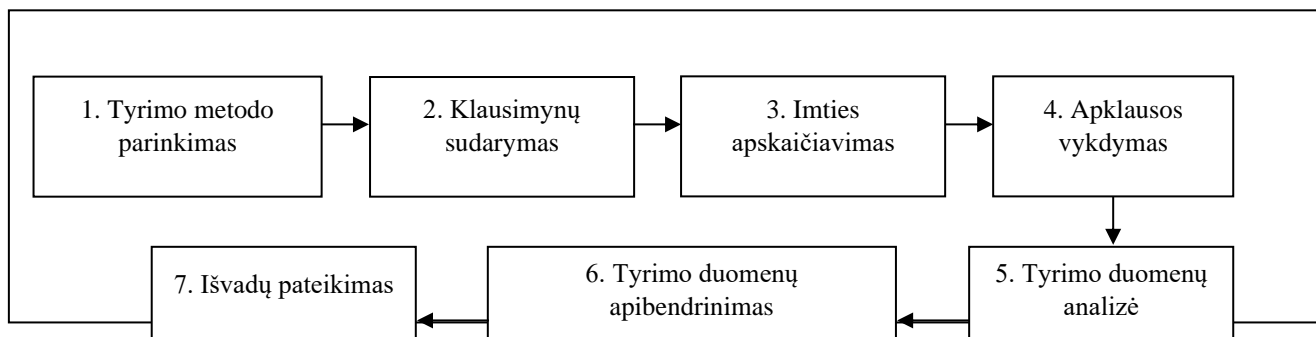


6 pav. 5 Balų Likert Skalė

Visi klausimai - tiek sveikatos priežiūros specialistams, tiek pacientams - klausimyne yra uždari, nes pateikiant respondentams uždaro tipo klausimus yra pranašumų: „1) kai yra alternatyvų, lengviau pasirinkti; be to, tyrėjui nereikia klasifikuoti atsakymų, o tai padeda išvengti subjektyvumo; 2) lengviau kiekybiškai apdoroti duomenis; 3) lengviau lyginti, gretinti“ (Kardelis, 2002, p.91).

## Tyrimo eiga

Tyrimo - sprendimų priėmimo ypatumus sveikatos priežiūros organizacijose - eiga pavaizduota 7 paveiksle.



7 pav. Tyrimo eiga

Sudaryti klausimynai patalpinti į [www.apklausa.lt](http://www.apklausa.lt) apklausų portalą. Sveikatos priežiūros specialistams skirta klausimyno nuoroda buvo siunčiama rajono privačios bei viešosios gydymo įstaigoje dirbantiems gydytojams gydymo įstaigos tinklalapyje nurodytais elektroniniais paštais. Pacientams skirta klausimyno nuoroda buvo platinama per įvairius socialinius tinklus - rajono bendruomenes, grupes. Apklausa buvo vykdoma 2022 m. sausio 2 d. iki 2022 m. vasario 4 d.

### Respondentų imties skaičiavimas ir atranka

*Imties skaičiavimas.* Kadangi sprendimų priėmimui įtakos gali turėti tai, kur teikiama pagalba, ar privačioje ar valstybinėje gydymo įstaigoje (Ierano ir kt., 2019), nuspręsta tyrimą atlikti tiek privačioje, tiek ir valstybinėje sveikatos priežiūros organizacijoje. Taigi tyrimo populiacija – vieno rajono privačios bei viešosios sveikatos organizacijos sveikatos priežiūros specialistai bei pacientai.

Privačioje gydymo įstaigoje dirba 22 sveikatos priežiūros specialistai, o viešojoje gydymo įstaigoje - 15 - atsižvelgiant į nedidelę sveikatos priežiūros specialistų imtį, planuojama juos visus apklausti. Pacientų registruotų privačioje gydymo įstaigoje registruoti 5 477 pacientai, o viešojoje - 10 328. Tiriamųjų imtis apskaičiuota vadovaujantis Paniotto formule (Valackienė, 2007):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}} \quad (1)$$

Kur : „n - imties dydis;  $\Delta$  - imties paklaidos dydis arba ribinė atrankos paklaida (socialinių mokslų tyrimuose priimtina 5-10% paklaida, tai yra  $\Delta = 0,05$  iki  $0,1$ ); N - tyrinėjamos visumos dydis“ (Ruževičius, 2016, p. 20).

$$n = \frac{1}{0,05^2 + \frac{1}{5477}} = 373 \quad (2)$$

$$n = \frac{1}{0,05^2 + \frac{1}{10328}} = 385 \quad (3)$$

Pacientų registruotų privačioje gydymo įstaigoje - 373 (žr. 2 formulę), o viešojoje gydymo įstaigoje - 385 (žr. 3 formulę).

*Respondentų atranka.* Taikyta tikimybinė imtis, paprastoji atsitiktinė atranka - kai visi besigydantys pacientai bei gydymo įstaigose dirbantys sveikatos priežiūros specialistai galėjo dalyvauti tyrime. Šis respondentų atrankos metodas labiausiai tinkamas, kai „tyrimui aktuali populiacija nėra plačiai geografiškai išsibarsčiusi arba kai pasirenkamas toks apklausos būdas, kuris nereikalauja nuvykti pas respondentus“ (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014, p.33).

### **Tyrimo duomenų statistinė analizė**

Tyrimo metu gauti duomenys apskaičiuoti naudojantis SPSS (ang. *Statistical Package for Social Sciences*) programine įranga (20 versija). Duomenys pateikiami lentelėse bei paveiksluose.

Intervaline ir Likert'o skale išreikštiems duomenims apskaičiuojami vidurkiai (Vid., standartiniai nuokrypiai (SN) ir Medianos), o nominaline skale išreikštiems duomenims buvo apskaičiuoti dažniai, kurie išreikšti procentais.

Likert'o skale išreikštų vertinimų palyginimui pagal tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikas bei gydymo įstaigos tipą buvo taikyti neparametriniai Mann-Whitney U (kadangi duomenys išreikšti Likerto skalėje ir yra tik dvi nepriklausomos imtys) ir Kruskalio-Valio H testai (trijų ir daugiau nepriklausomų imčių atvejais). Nominaline skale išreikštų kintamųjų skirtumų tarp skirtingų sociodemografinių tyrimo dalyvių grupių bei gydymo įstaigos tipo nustatymui buvo apskaičiuoti  $\chi^2$  kriterijai („*chi-kvadratas*“) bei papildomai palygintos proporcijos z testo pagalba. Visais atvejais statistiškai reikšmingu laikytinas skirtumas, kurio patikimumas buvo didesnis nei 95 proc., t.y. kai  $p < 0,05$ .

### **Tyrimo etika**

Dalyvavimas apklausoje - savanoriškas. Apklausos metu surinkti duomenys apibendrinami, „o kiekvieno respondento suteikta informacija tolesniame procese nėra identifikuotina, t. y. nėra įmanoma nustatyti, kuris respondentas kurį klausimyną pildė“ (Gaižauskaitė, Mikėnienė, 2014, p.47). Kitaip tariant garantuojamas anonimiškumas, kadangi respondentų neprašoma nurodyti savo vardo, pavardės ar kitų identifikacinių duomenų. Tyrimo dalyviai informuojami, kad tyrimo duomenys bus naudoti tik apibendrinti bei tik baigiamajame darbe.

Tyrimo panaudoti geranoriškumo, laisvanoriškumo, informuotumo, teisingumo, privatumo išsaugojimo užtikrinimo ir konfidencialumo principai. Respondentai geranoriškai kviečiami atsakyti į klausimus apie sprendimų priėmimą jų gydymosi įstaigoje, gydytojams jų darbo vietose. Visi

tiriamieji supažindinti su atliekamu tyrimu, esant poreikiui buvo nurodomas ir elektroninis paštas, kuriuo būtų galima kreiptis esant pastebėjimams. Užtikrintas tiriamųjų privatumo išsaugojimas ir įspėta, kad atliekant kiekybinį tyrimą demografiniame tyrimo instrumente nereikalaujama informacijos, kuri leidžia atpažinti tyrimo dalyvius. Norint išlaikyti tyrimo privatumo išsaugojimą tiriamieji pildė anketą, tada kai jiems tai buvo patogiausia, nes atsiųsta internetinė nuoroda aktyvi visą parą. Taip pat pabrėžta ir tai, kad jeigu dalyvauti tyrime nenorima, galima to atsisakyti. Tyrimas atliktas objektyviai, o tyrimo gauti duomenys interpretuojami tiksliai. Taip pat tyrimo metu laikomasi pagrindinių tyrimo etikos bei moralės principų, kurie daugelio autorių traktuojami kaip mokslininko etikos kodeksu, kurio kiekvienas tyrėjas privalo laikytis ir žinoma gautas Klaipėdos universiteto bioetikos komisijos leidimas vykdyti tyrimą.

### **Respondentų demografinės charakteristikos**

*Tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų socialinės-demografinės charakteristikos.* Tyrimo metu buvo apklausti 35 sveikatos priežiūros specialistai, kurių socialinės-demografinės charakteristikos pateikiamos žemiau esančioje lentelėje. Kaip matyti, kiek daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų (60 proc.) dirbo privačioje įstaigoje, o viešojoje įstaigoje dirbo 40 proc. Pagal sritį daugiausia dalyvavo šeimos gydytojų (60 proc.), pagal darbo patirtį daugiausiai dirbančių ilgiau nei 10 m. (80 proc.) (žr. 4 lentelė).

4 lentelė. Respondentų (sveikatos priežiūros specialistų) socialinės-demografinės charakteristikos

	<b>Charakteristika</b>	<b>N, vnt.</b>	<b>Proc.</b>
Įstaiga	Viešoji	14	40,0
	Privati	21	60,0
Sveikatos priežiūros specialisto sritis	Akušeriai - ginekologai	2	5,7
	Chirurgai	3	8,6
	Urologai	1	2,9
	Ortopedai traumatologai	2	5,7
	Neurologai	1	2,9
	Kardiologai	2	5,7
	Endokrinologai	1	2,9
	Šeimos gydytojai	21	60,0
	Kita	2	5,7
Darbo patirtis	< 1 m.	1	2,9
	1 - 3 m.	3	8,6
	4 - 9 m.	3	8,6
	> 10 m.	28	80,0

Siekdami tyrimo rezultatus palyginti su apklaustų sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacija ir darbo patirtimi, atliktas duomenų transformavimas - apjungtos grupės, kuriose yra santykinai mažas respondentų skaičius:

- 1) Pagal sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją visi respondentai sujungti į dvi grupes – šeimos gydytojus ir likusius;

- 2) Pagal darbo patirtį visi respondentai sujungti į dvi grupes – dirbančius iki 10 m. ir dirbančius virš 10 m.

*Tyrimo dalyvavusių pacientų socialinės-demografinės charakteristikos.* Tyrimo metu buvo apklausta 317 sveikatos priežiūros pacientų, kurių socialinės-demografinės charakteristikos pateikiamos 5 lentelėje.

5 lentelė. Respondentų (pacientų) socialinės-demografinės charakteristikos

	<b>Charakteristika</b>	<b>N, vnt.</b>	<b>Proc.</b>
Amžius	18-20 m.	18	5,7
	21-30 m.	98	31,0
	31-40 m.	70	22,2
	41-50 m.	50	15,8
	51 - 60 m.	42	13,3
	> 61 m.	38	12,0
Lytis	Vyrai	113	35,9
	Moterys	202	64,1
Išsilavinimas	Nebaigtas vidurinis	18	5,7
	Vidurinis (b.l. mok.)	41	13,0
	Aukštesnysis arba profesinis	111	35,1
	Nebaigtas aukštasis	32	10,1
	Aukštasis	114	36,1
Namų ūkio pajamos	Žemos	65	20,6
	Vidutinės	168	53,2
	Didesnės nei vidutinės - aukštos	76	24,1
	Labai aukštos	7	2,2
Lankoma gydymo įstaiga	Privati	153	48,4
	Valstybinė	163	51,6

Kaip matyti, daugiau nei pusė (52 proc.) pacientų lankėsi valstybinėje sveikatos priežiūros įstaigoje, lankančių privačią - 48 proc. Pagal amžių daugiausiai tyrime dalyvavo 31-40 m. (22 proc.) ir 21-30 m. (31 proc.) pacientų, pagal lytį daugiau nei pusė pacientų moterys (64 proc.). Pagal išsilavinimą daugiausiai turinčių aukštąjį (36 proc.) ir aukštesnįjį (35 proc.) išsilavinimą, pagal namų ūkio pajamas daugiau nei pusė respondentų save priskyrė prie gaunančių vidutinės pajamas.

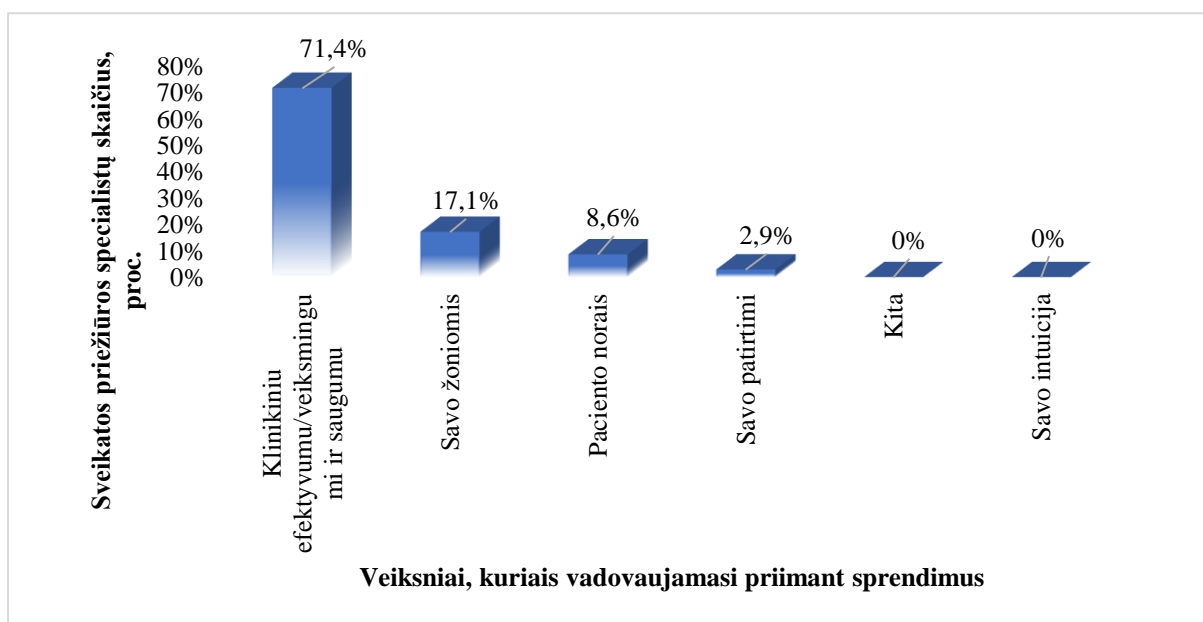
Siekdami tyrimo rezultatus palyginti su apklaustų pacientų socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis, atliktas duomenų transformavimas - apjungtos grupės, kuriose yra santykinai mažas respondentų skaičius:

- 1) Pagal amžių visi respondentai buvo sujungti į tris grupes: iki 30 m., 31-50 m. ir vyresnius nei 51 m.
- 2) Pagal išsilavinimą visi respondentai suskirstyti į tris grupes: nebaigto vidurinio ir vidurinio, aukštesniojo arba profesinio, bei nebaigto aukštojo ir aukštojo.
- 3) Pagal pajamas didesnių nei vidutinių ir labai aukštų pajamų respondentai sujungti į vieną grupę.

## 2.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

### 2.2.1. Sveikatos priežiūros specialistų apklausos rezultatai

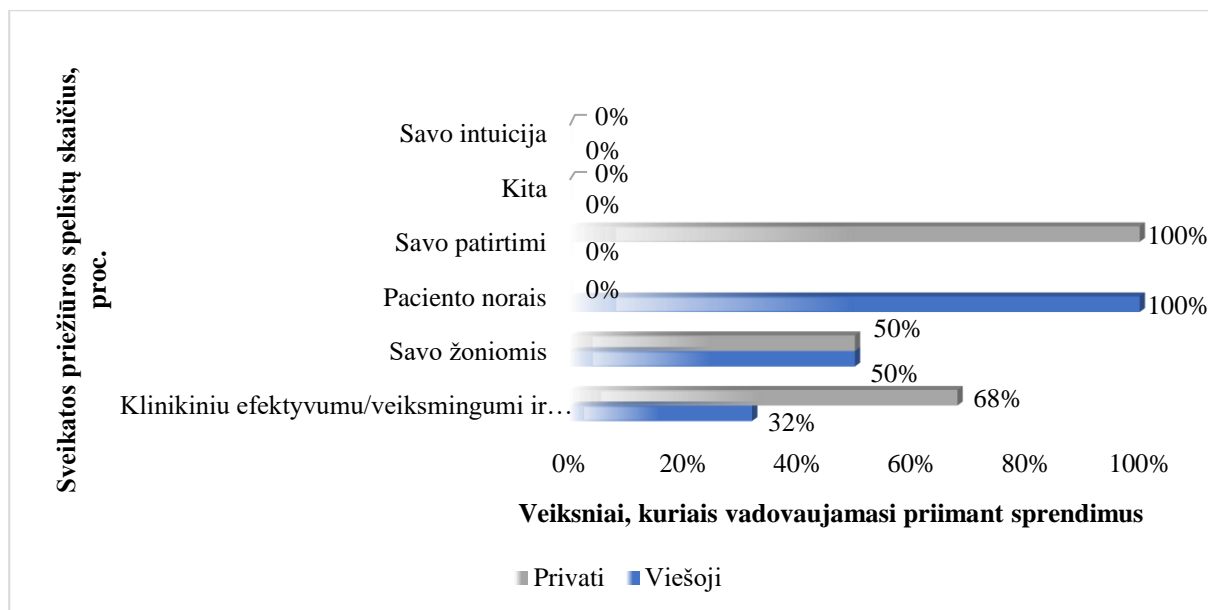
Tyrimo dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų buvo prašoma nurodyti, kuo vadovaudamiesi jie priima sprendimus dėl pacientų gydymo. Analizuojant 8 paveiksle pateiktus duomenis nustatyta, kad daugeliu atvejų (71 proc.) sprendimai priimami vadovaujantis klinikiu efektyvumu / veiksmingumu ir saugumu, kiti - savo žiniomis (17,1 proc.). Tik 8,6 proc. sveikatos priežiūros specialistų priimant sprendimus vadovaujasi paciento norais, o mažiausiai jų (2,9 proc.) - remiantis savo patirtimi.



8 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal veiksniai, kuriais vadovaudamiesi priima sprendimus, proc.

Iš 8 paveiksle pateikiamų duomenų matyti, kad nebuvo nė vieno specialisto, kuris teigtų, kad vadovaujasi savo intuicija. Galima būtų teigti, kad tyrime dalyvavę sveikatos priežiūros specialistai supranta sprendimų priėmimo svarbą ir nėra linkę vadovautis savo intuicija, kaip ir retai tik savo patirtimi ar pacientų norais.

Palyginus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą su veiksniais, kuriais vadovaudamiesi priima sprendimus pagal sveikatos priežiūros organizacijos įstaigos tipą (žr. 9 pav.) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testą, statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo nustatyta (nes  $p > 0,05$ ), kas rodo, kad veiksniai, kuriais vadovujamasi, reikšmingai pagal specialistų sveikatos priežiūros organizacijos įstaigos tipą nesiskiria.



9 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal veiksniai, kuriais vadovaudamiesi priima sprendimus pagal gydymo įstaigos tipą ( $p=0,108>0,05$ )

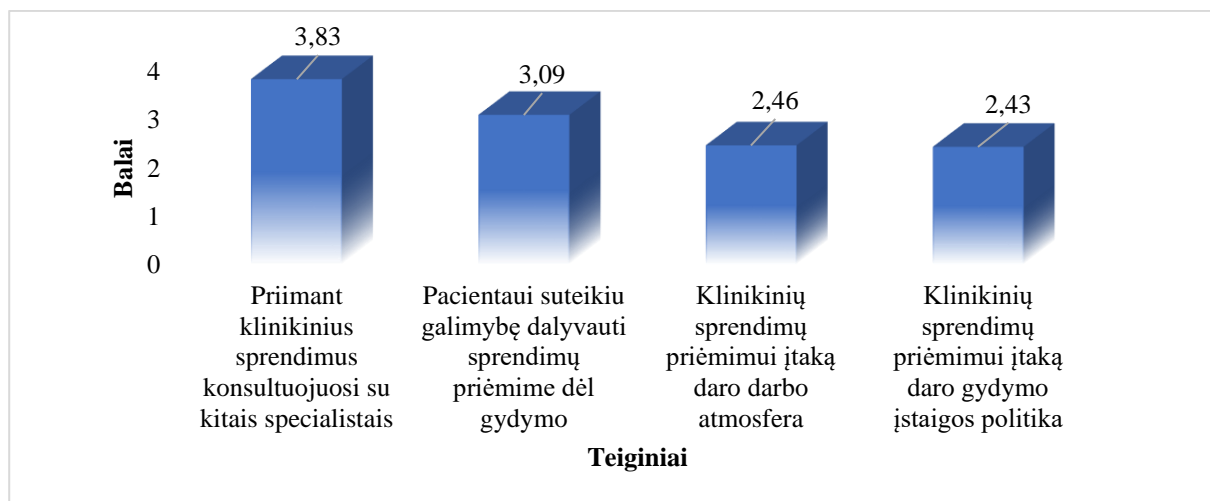
Palyginus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą pagal veiksniai, kuriais vadovaudamiesi jie priima sprendimus su specialistų darbo sritimi ir darbo patirtimi (žr. 6 lentelę) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testus, statistiškai reikšmingų skirtumų taip pat nebuvo nustatyta (nes  $p>0,05$ ), kas rodo, kad pagal specialistų sritis ir patirtis, nesąlygoja veiksniai, kuriais vadovaujamesi priimami sprendimai.

6 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal veiksniai, kuriais vadovaudamiesi priima sprendimus pagal specialisto sritį ir darbo patirtį

		Veiksniai, kuriais vadovaujamesi priimant sprendimus						$\chi^2$	$p$
		Savo žiniomis	Savo intuicija	Savo patirtimi	Klinikiniu efektyvumu / veiksmingumu ir saugumu	Paciento norais	Kita		
Specialisto sritis	Šeimos gydytojai	19,0%	0,0%	4,8%	66,7%	9,5%	0,0%	1,000	0,801
	Kiti	14,3%	0,0%	0,0%	78,6%	7,1%	0,0%		
Darbo patirtis	Iki 10 m.	14,3%	0,0%	0,0%	57,1%	28,6%	0,0%	4,625	0,201
	Virš 10 m.	17,9%	0,0%	3,6%	75,0%	3,6%	0,0%		

Tyrimo dalyvavusių specialistų buvo prašoma penkiabalėje Likerto skalėje nuo „Visiškai nesutinku“ (balas 1) iki „Visiškai sutinku“ (balas 5) įvertinti teiginius, susijusius su sprendimų priėmimu. Analizuojant 10 paveiksle pateikiamus vertinimų vidurkius matyti, kad labiausiai sutinkama su teiginiais, kad priimant klinikinius sprendimus konsultuojasi su kitais specialistais (vid. – 3,83) ir pacientui suteikiama galimybė dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo (vid. – 3,09),

mažiausiai buvo sutinkama su tuo, kad klinikinių sprendimų priėmimui įtaką daro gydymo įstaigos politika (vid – 2,43) ir klinikinių sprendimų priėmimui įtaką turi darbo atmosfera (vid. - 2,46).



10 pav. Teiginių, susijusių su sprendimų priėmimu, vertinimas

Palyginus teiginių, susijusių su sprendimų priėmimu, vertinimą pagal specialistų įstaigos tipą, sritį ir darbo patirtį (žr. 7 lentelę) - apskaičiavus Mann-Whitney U testus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai  $p < 0,05$ ), kurie parodė, kad:

- Su teiginiu, kad klinikinių sprendimų priėmimui įtakos turi gydymo įstaigos politika, labiau sutiko viešosios įstaigos atstovai lyginant su dirbančiais privačioje įstaigoje. Galima teigti, kad viešosios gydymo įstaigos darbuotojams yra griežtesni nurodymai, kurių jie privalo laikytis.

- Su teiginiu, kad priimant klinikinius sprendimus konsultuojasi su kitais specialistais, labiau sutiko šeimos gydytojai, lyginant su kitų sričių atstovais. Tikėtina, kad šeimos gydytojams visais atvejais tenka dažniau konsultuotis su kitais specialistais, jiems to nepadarius - jie turėtų siųsti pacientą pas atitinkamą specialistą - tai akcentuojama ir Lietuvos Respublikos ministro įstatyme „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo“ nurodoma, kad šeimos gydytojai privalo „konsultuotis su atitinkamu specialistu arba siųsti pas jį pacientą“ (11,4 p.).

- Su teiginiu, kad pacientui suteikia galimybę dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo, labiau sutiko iki 10 m. patirtį turintys specialistai, lyginant su turinčiais ilgesnę nei 10 m. patirtį. Galima būtų manyti, kad mažesnę patirtį turintys specialistai yra jaunesni ir labiau suvokia pacientų dalyvavimo sprendimų priėmime dėl gydymo svarbą, nei vyresni (didesnę patirtį) - labiau konservatyvesni specialistai, kurie labiau vertina savo žinias bei pacientų nelinkę įtraukti, nes seniau pacientų dalyvavimas sprendimų priėmime, ypač Lietuvoje, nebuvo akcentuojamas.

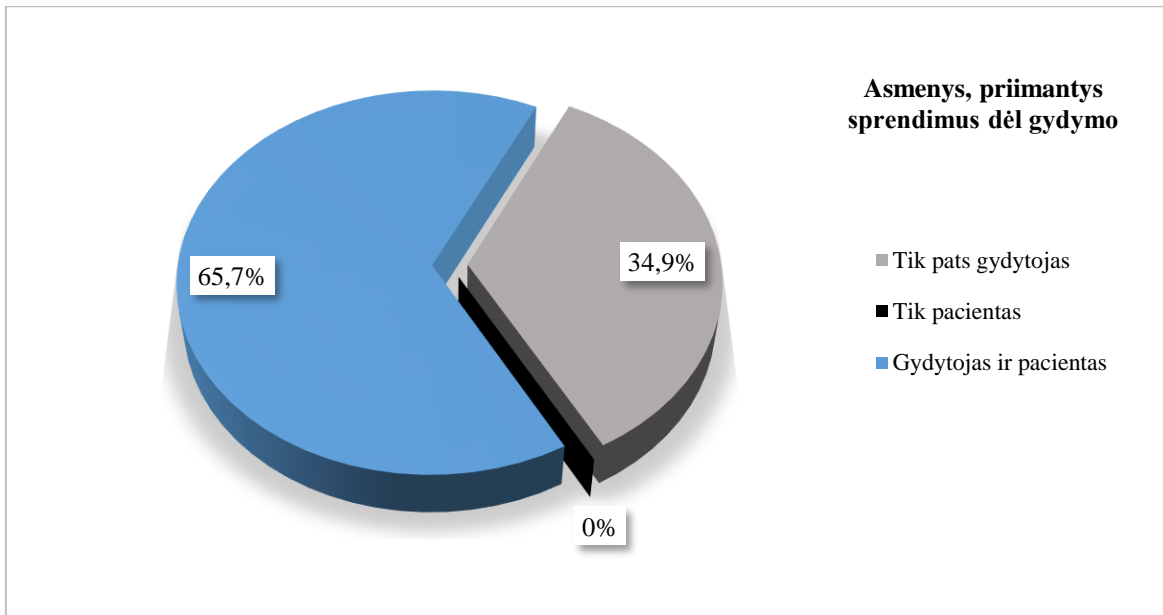


7 lentelė. Teiginių, susijusių su sprendimų priėmimu, vertinimas pagal specialistų įstaigą, sritį ir patirtį

			Klinikinių sprendimų priėmimui įtaką daro gydymo įstaigos politika	Klinikinių sprendimų priėmimui įtaką daro darbo atmosfera	Priimant klinikinius sprendimus konsultuojasi su kitais specialistais	Pacientui suteikia galimybę dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo
Įstaiga	Viešoji	Vid.	3,07	2,93	4,14	2,79
		SN	0,92	0,92	0,53	0,89
		Mediana	3,00	3,00	4,00	3,00
	Privati	Vid.	2,00	2,14	3,62	3,29
		SN	0,77	0,73	0,97	0,90
		Mediana	2,00	2,00	4,00	3,00
	<i>U</i>		60,5	74,0	101,0	99,0
<i>p</i>		<b>0,002</b>	0,009	0,093	0,079	
Specialisto sritis	Šeimos gydytojai	Vid.	2,33	2,38	4,10	3,29
		SN	1,11	0,92	0,83	1,10
		Mediana	2,00	2,00	4,00	3,00
	Kiti	Vid.	2,57	2,57	3,43	2,79
		SN	0,76	0,85	0,76	0,43
		Mediana	2,00	2,50	4,00	3,00
	<i>U</i>		121,0	128,0	83,0	113,5
<i>p</i>		0,348	0,495	<b>0,019</b>	0,220	
Darbo patirtis	Iki 10 m.	Vid.	2,71	2,86	4,00	3,86
		SN	1,11	0,90	0,82	0,90
		Mediana	3,00	3,00	4,00	4,00
	Virš 10 m.	Vid.	2,36	2,36	3,79	2,89
		SN	0,95	0,87	0,88	0,83
		Mediana	2,00	2,00	4,00	3,00
	<i>U</i>		78,0	69,5	87,5	42,5
<i>p</i>		0,377	0,210	0,638	<b>0,013</b>	

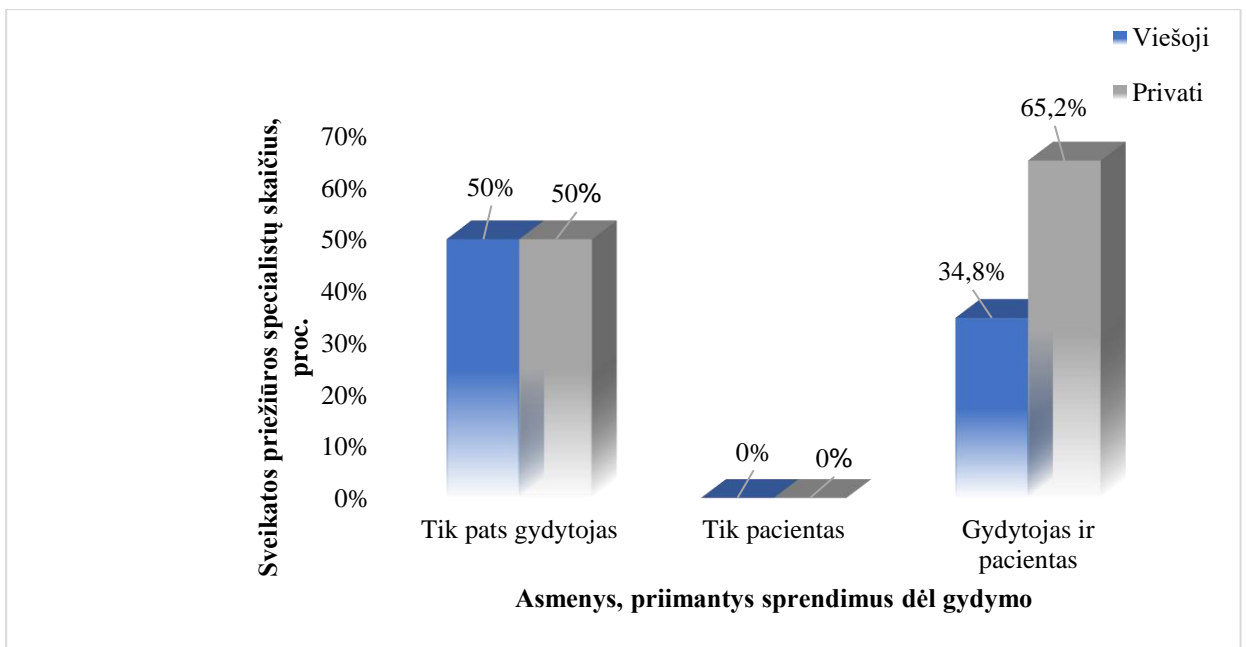
*Statistiškai reikšmingi ( $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti*

Tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų buvo prašoma nurodyti, kokie asmenys paprastai priima sprendimus dėl gydymo. Analizuojant žemiau esančiame paveiksle pateiktus rezultatus nustatyta, kad daugeliu atvejų (beveik 66 proc.) sprendimus priima gydytojas kartu su pacientu, likusiais atvejais – pats gydytojas. Tokie tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad tyrime dalyvavę sveikatos priežiūros specialistai supranta paciento dalyvavimo svarbą sprendimų priėmime.



11 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal asmenis, kurie paprastai priima sprendimus dėl gydymo

Palyginus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą pagal asmenis, kurie paprastai priima sprendimus dėl gydymo ir pagal gydymo įstaigos tipą (žr. 12 pav.) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testą, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes  $p > 0,05$ ), kas rodo, kad asmenys, kurie priima sprendimus, reikšmingai pagal specialistų gydymo įstaigos tipą nesiskiria.



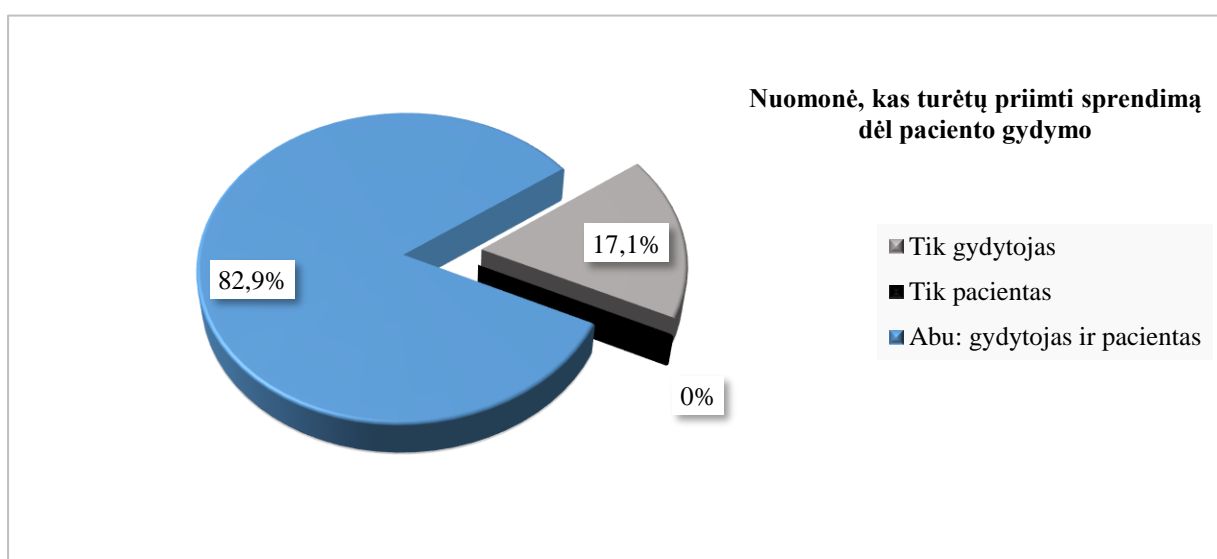
12 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal asmenis, kurie paprastai priima sprendimus dėl gydymo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p = 0,383 > 0,05$ )

Taip pat palyginus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą su asmenis, kurie paprastai priima sprendimus dėl gydymo pagal specialisto sritį ir darbo patirtį (žr. 8 lentelę) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testus ir papildomai patikrinus proporcijas z-testų pagalba, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes  $p > 0,05$ ), kas rodo, kad asmenys, kurie priima sprendimus, pagal sritį ir patirtį reikšmingai nesiskiria. Galima teigti, kad dauguma tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų nepriklausomai nuo savo srities bei darbo stažo supranta ir tikėtina, kad skatina pacientus dalyvauti sprendimų priėmimo.

8 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal asmenis, kurie paprastai priima sprendimus dėl gydymo pagal specialisto sritį ir darbo patirtį

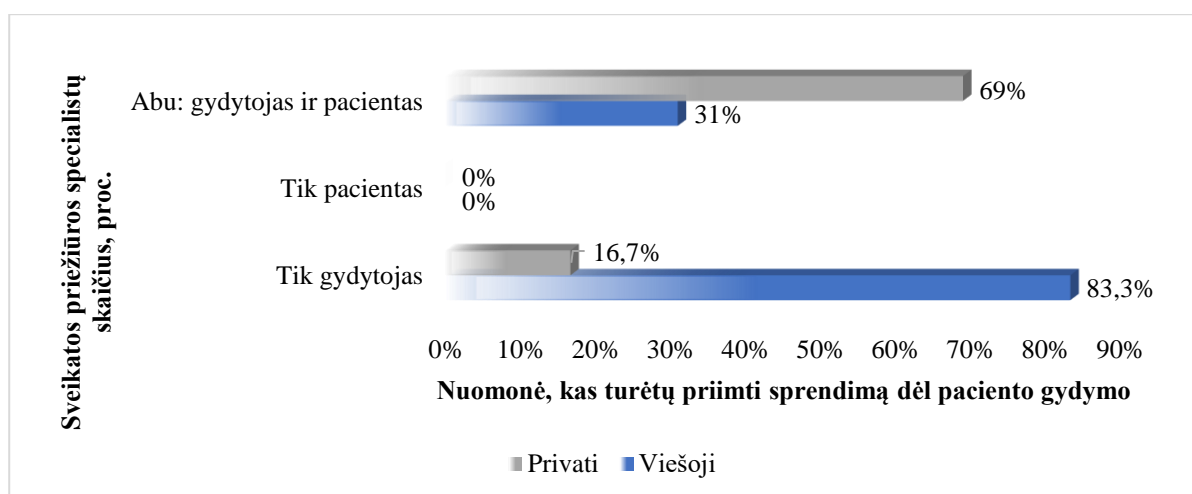
		Asmenys, priimanys sprendimus dėl gydymo			$\chi^2$	p
		Tik pats gydytojas	Tik pacientas	Gydytojas ir pacientas		
Specialisto sritis	Šeimos gydytojai	42,9%	0,0%	57,1%	1,712	0,191
	Kiti	21,4%	0,0%	78,6%		
Darbo patirtis	Iki 10 m.	14,3%	0,0%	85,7%	1,553	0,213
	Virš 10 m.	39,3%	0,0%	60,7%		

Tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų taip pat buvo prašoma nurodyti, kas, jų nuomone, turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo. Kaip matyti iš žemiau esančiame paveiksle pateiktų duomenų, dauguma (beveik 83 proc.) specialistų sutiko, kad tai turėtų priimti abu (gydytojas ir pacientas kartu) - tai vėl patvirtina teiginį, kad sveikatos priežiūros specialistai supranta pacientų dalyvavimo svarbą sprendimų priėmimo dėl gydymo.



13 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo

Palyginus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo, pagal gydymo įstaigos tipą (žr. 14 pav.) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testą, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p < 0,05$ ), kuris parodė, jog nuomonės, apie tai, kad sprendimą turi priimti tik gydytojas, reikšmingai daugiau buvo linkę pasirinkti viešosios įstaigos dirbantys specialistai, nuomonės, kad sprendimą turi priimti abu (gydytojas ir pacientas), reikšmingai dažniau buvo linkę pasirinkti privačioje įstaigoje dirbantys specialistai.



14 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p = 0,017 < 0,05$ )

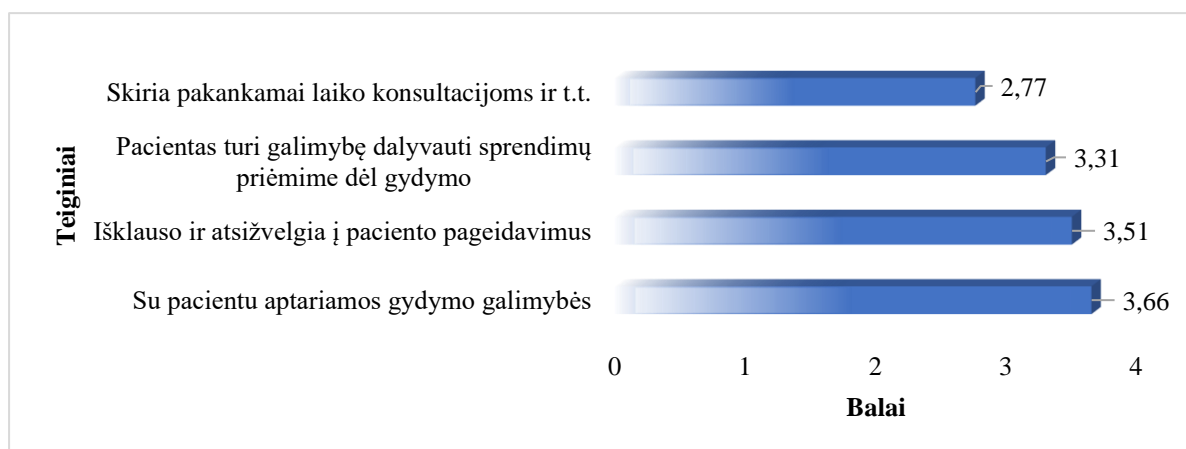
Apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testus ir papildomai patikrinus proporcijas z-testų pagalba, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas, kuris parodė, jog nuomonės apie tai, kad sprendimus turi priimti abu (pacientas ir gydytojas), reikšmingai rečiau laikėsi šeimos gydytojais, lyginant su kitų sričių specialistais (9 lentelė).

9 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal specialisto sritį ir darbo patirtį

		Nuomonė, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo		$\chi^2$	<i>p</i>
		Tik gydytojas	Abu: gydytojas ir pacientas		
Specialisto sritis	Šeimos gydytojais	28,6%	71,4%	4,828	<b>0,028</b>
	Kiti	0,0%	100,0%		
Darbo patirtis	Iki 10 m.	0,0%	100,0%	1,810	0,178
	Virš 10 m.	21,4%	78,6%		

*Statistiškai reikšmingi ( $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti*

Tyrimė dalyvavusių specialistų buvo prašoma penkiabalėje Likerto skalėje nuo „Visiškai nesutinku“ (balas 1) iki „Visiškai sutinku“ (balas 5) įvertinti teiginius, susijusius su gydymo paslaugomis. Gauto tyrimo duomenys pateikiami 15 paveiksle.



15 pav. Teiginių, susijusių su gydymo paslaugomis, vertinimas

Analizuojant 15 paveiksle pateikiamus vertinimų vidurkius matyti, kad daugiausiai sutinkama su teiginiu, apie tai, kad su pacientu turi būti aptariamos gydymo galimybės, mažiausiai - kad skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t. Galima būtų teigti, kad pacientai registruoti pas gydytoją registruojasi vienam vizitui, kurio metu dėl riboto laiko aptariamos gydymo galimybės, tačiau laiko konsultacijai taip ir nelieka.

Palyginus teiginių, susijusių su gydymo paslaugomis, vertinimą pagal specialistų įstaigos tipą, sritį ir darbo patirtį (žr. 10 lentelę) - apskaičiavus Mann-Whitney U testus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai  $p < 0,05$ ), kurie parodė, kad:

- Su teiginiais „Pacientas turi galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo“ ir „Išklauso ir atsižvelgia į paciento pageidavimus“ reikšmingai labiau sutiko privačios sveikatos įstaigos specialistai, lyginant su viešosios įstaigos specialistais. Tai gali sąlygoti tai, kad privačioje gydymo įstaigoje dirbantys specialistai yra labiau linkę sutikti, kad pacientai, kartu su gydytojais turi dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo (žr. 14 pav.), atsižvelgiant į tai, labiau juos linkę išklausti bei stengiasi atsižvelgti į jų pageidavimus.

- Su teiginiais „Pacientas turi galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo“, „Su pacientu aptariamos gydymo galimybės“ ir „Išklauso ir atsižvelgia į paciento pageidavimus“ reikšmingai labiau sutiko iki 10 m. patirtį turintys specialistai, lyginant su ilgesnę nei 10 m. patirtį turinčiais specialistais. Kaip minėta prieš tai, tai gali sąlygoti tai, kad mažesnę patirtį turintys specialistai yra jaunesni ir labiau suvokia pacientų dalyvavimo sprendimų priėmimo dėl gydymo svarbą, nei vyresni (didesnę patirtį) specialistai, kurie labiau vertina savo žinias bei pacientų nelinkę

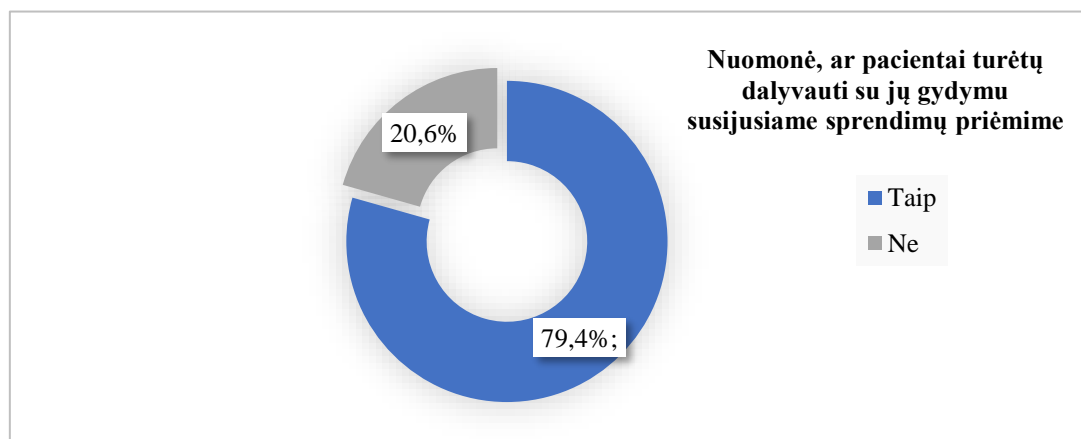
įtraukti, nes seniau pacientų dalyvavimas sprendimų priėmimo, ypač Lietuvoje, nebuvo akcentuojamas.

10 lentelė. Teiginių, susijusių su gydymo paslaugomis, vertinimas pagal specialistų įstaigą, sritį ir patirtį

			Pacientas turi galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo	Su pacientu aptariamos gydymo galimybės	Išklauso ir atsižvelgia į paciento pageidavimus	Skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t.
Įstaiga	Viešoji	Vid.	2,79	3,29	3,07	2,43
		SN	0,80	0,99	1,00	0,94
		Mediana	3,00	3,00	3,00	2,00
	Privati	Vid.	3,67	3,90	3,81	3,00
		SN	0,73	0,89	0,75	1,22
		Mediana	4,00	4,00	4,00	3,00
	<i>U</i>		65,0	92,5	84,0	105,0
<i>p</i>		<b>0,003</b>	0,054	<b>0,024</b>	0,137	
Specialisto sritis	Šeimos gydytojai	Vid.	3,43	3,86	3,52	3,00
		SN	0,87	0,96	1,03	1,18
		Mediana	4,00	4,00	4,00	3,00
	Kiti	Vid.	3,14	3,36	3,50	2,43
		SN	0,86	0,93	0,76	1,02
		Mediana	3,00	3,50	4,00	2,00
	<i>U</i>		121,0	105,0	146,5	107,0
<i>p</i>		0,344	0,138	0,986	0,157	
Darbo patirtis	Iki 10 m.	Vid.	4,14	4,29	4,14	3,43
		SN	0,38	0,49	0,69	1,13
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00
	Virš 10 m.	Vid.	3,11	3,50	3,36	2,61
		SN	0,83	1,00	0,91	1,10
		Mediana	3,00	3,50	3,50	2,00
	<i>U</i>		33,0	52,5	52,0	59,0
<i>p</i>		<b>0,004</b>	<b>0,049</b>	<b>0,043</b>	0,091	

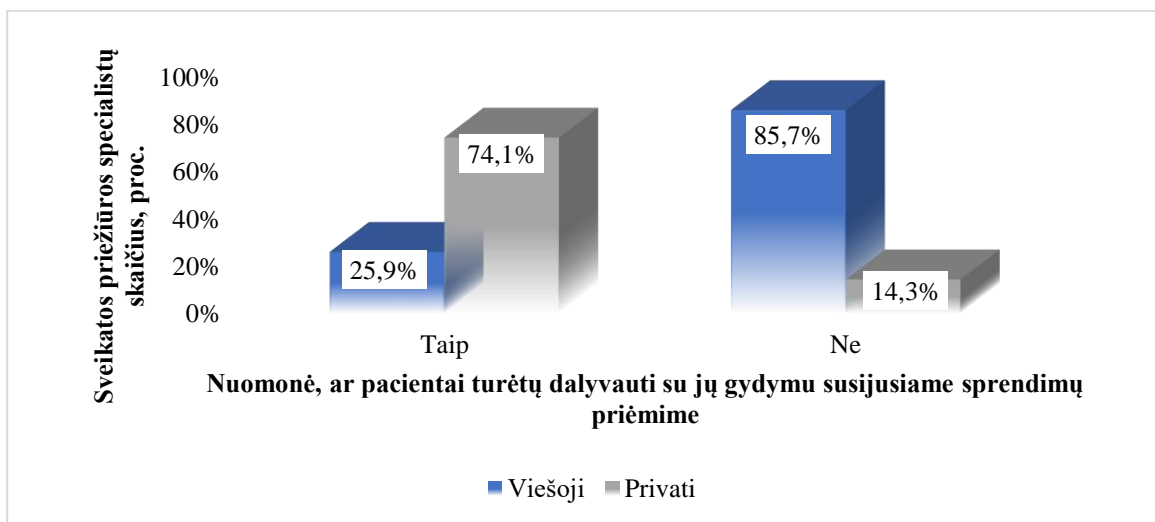
Statistiškai reikšmingi ( $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti

Tyrimas atskleidė, jog dauguma specialistų (79 proc.) sutiko, su teiginiu, kad pacientai turėtų dalyvauti su jų gydymu susijusiame sprendimų priėmimo (16 pav.).



16 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, ar pacientai turėtų dalyvauti su gydymu susijusiame sprendimų priėmimo

Palyginus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą pagal nuomonę, ar pacientai turėtų dalyvauti su gydymu susijusiame sprendimų priėmimo pagal gydymo įstaigos tipą (žr. 17 pav.) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testą, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p < 0,05$ ), kuris parodė, kad su šia nuomone reikšmingai dažniau sutinka privačioje įstaigoje dirbantys specialistai, lyginant su dirbančiais viešojoje įstaigoje.



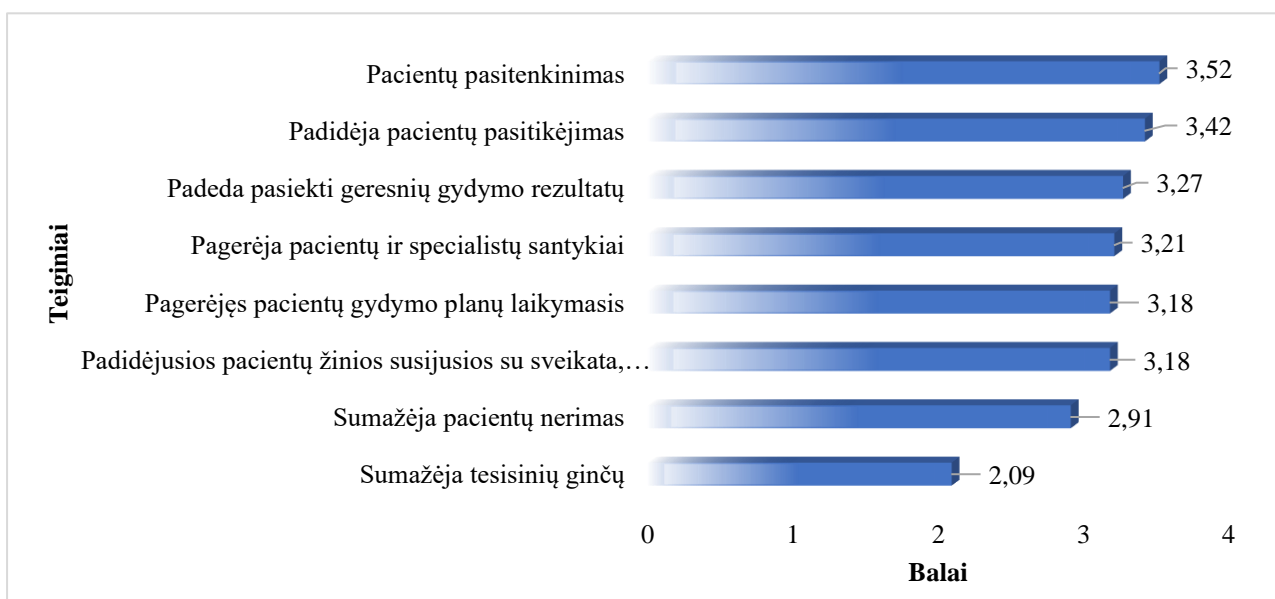
17 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, ar pacientai turėtų dalyvauti su gydymu susijusiame sprendimų priėmimo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p = 0,004 < 0,05$ )

Taip pat palyginus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą pagal nuomonę, ar pacientai turėtų dalyvauti su gydymu susijusiame sprendimų priėmimo pagal specialisto sritį ir darbo patirtį (žr. 11 lentelę) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testus ir papildomai patikrinus proporcijas z-testu pagalba, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta ( $p > 0,05$ ), kas rodo, kad sutikimas su šia nuomone statistiškai reikšmingai pagal specialistų amžių ir darbo patirtį nesiskiria.

11 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, ar pacientai turėtų dalyvauti su gydymu susijusiame sprendimų priėmimo pagal specialisto sritį ir darbo patirtį

		Nuomonė, ar pacientai turėtų dalyvauti su jų gydymu susijusiame sprendimų priėmimo		$\chi^2$	p
		Taip	Ne		
Specialisto sritis	Šeimos gydytojai	70,0%	30,0%	2,632	0,105
	Kiti	92,9%	7,1%		
Darbo patirtis	Iki 10 m.	100,0%	0,0%	1,889	0,169
	Virš 10 m.	75,0%	25,0%		

Tyrime dalyvavusių specialistų buvo prašoma penkiabalėje Likerto skalėje nuo „Visiškai nesutinku“ (balas 1) iki „Visiškai sutinku“ (balas 5) įvertinti teiginius, susijusius su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo (18 pav.).



18 pav. Teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo, vertinimas

Analizuojant 18 paveiksle pateikiamus vertinimų vidurkius matyti, jog labiausiai buvo sutinkama su tuo, kad tokiu būdu sukuriamas klientų pasitenkinimas ir padidėjęs klientų pasitikėjimas, mažiausiai sutinkama su tuo, kad taip sumažėja teisinių ginčų bei sumažėja pacientų nerimas. Tikėtina, kad specialistai vertino atsižvelgiant į savo patirtį - pastebėjo, kad kai pacientai įtraukiami į sprendimų priėmimą jie jaučiasi labiau patenkinti, linkę labiau pasitikėti sveikatos priežiūros specialistais.

Palyginus teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo, vertinimą pagal specialistų įstaigos tipą, sritį ir darbo patirtį (žr. 12 lentelę) - apskaičiavus Mann-Whitney U testus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai  $p < 0,05$ ), kurie parodė, kad:

- Su teiginiais pacientų pasitenkinimas, pagerėję pacientų ir specialistų santykiai, sumažėjęs pacientų nerimas, padidėjęsios pacientų žinios susijusios su sveikata, klinikinės rizikos suvokimas, pagerėjęs pacientų gydymo planų laikymasis, padeda pasiekti geresnių gydymo rezultatų reikšmingai labiau sutinka privačioje įstaigoje dirbantys specialistai, nei viešosios įstaigos specialistai.

- Su teiginiais pacientų pasitenkinimas, pagerėję pacientų ir specialistų santykiai, sumažėjęs pacientų nerimas reikšmingai labiau sutiko iki 10 m. darbo patirtį turintys specialistai, lyginant su specialistais, turinčiais virš 10 m. patirtį.

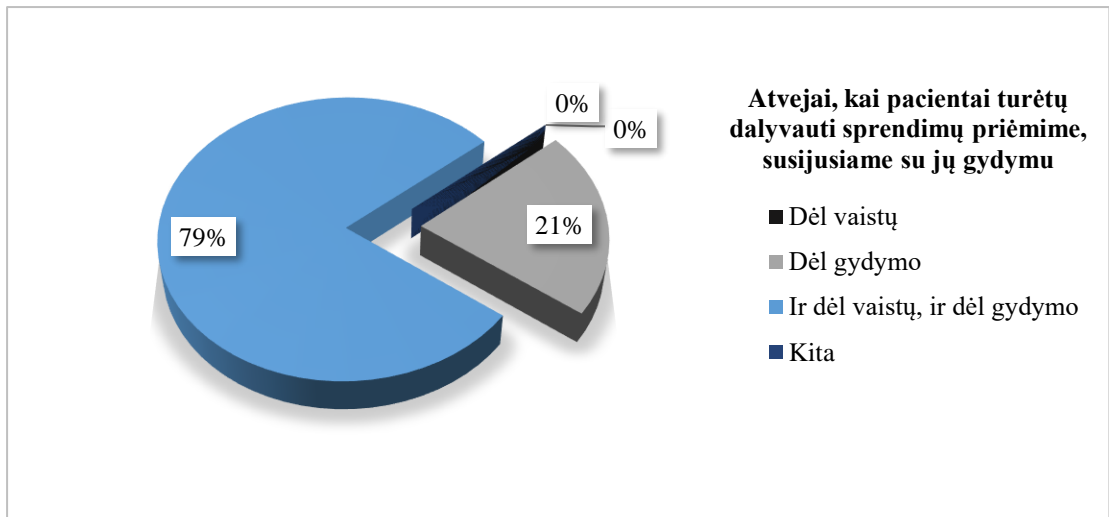


12 lentelė. Teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo, vertinimas pagal specialistų įstaigą, sritį ir patirtį

			Pacientų pasitenkinimas	Padidėjęs pacientų pasitikėjimas	Pagerėję pacientų ir specialistų santykiai	Sumažėjęs pacientų nerimas	Padidėjusios pacientų žinios susijusios su sveikata, klinikinės rizikos suvokimas	Pagerėjęs pacientų gydymo planų laikymasis	Padeda pasiekti geresnių gydymo rezultatų	Sumažėja teisinių ginčų
Įstaiga	Viešoji	Vid.	3,08	3,00	2,77	2,33	2,46	2,46	2,46	2,08
		SN	1,12	1,15	1,17	0,89	0,66	0,88	1,05	1,19
		Mediana	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	Privati	Vid.	3,81	3,76	3,57	3,24	3,67	3,71	3,86	2,24
		SN	0,60	0,83	0,98	1,14	0,97	1,01	0,91	1,64
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	<i>U</i>		86,0	88,0	83,5	74,0	48,0	52,0	48,5	129,5
<i>p</i>		<b>0,039</b>	0,050	<b>0,044</b>	<b>0,028</b>	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>	0,790	
Specialisto sritis	Šeimos gydytojai	Vid.	3,50	3,45	3,30	3,05	3,30	3,30	3,35	2,45
		SN	0,89	1,05	1,13	1,23	1,08	1,17	1,27	1,54
		Mediana	4,00	4,00	3,50	2,00	3,00	3,00	4,00	2,00
	Kiti	Vid.	3,57	3,50	3,21	2,69	3,07	3,14	3,29	1,79
		SN	0,94	1,02	1,12	0,95	1,00	1,10	1,07	1,31
		Mediana	4,00	4,00	4,00	2,00	3,50	3,50	4,00	1,00
	<i>U</i>		132,0	136,5	134,0	111,0	124,5	129,0	133,5	103,0
<i>p</i>		0,747	0,889	0,822	0,428	0,566	0,686	0,810	0,164	
Darbo patirtis	Iki 10 m.	Vid.	4,33	4,17	4,33	3,83	3,83	3,83	4,00	2,83
		SN	0,52	0,41	0,52	1,17	0,75	0,75	0,63	1,60
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00
	Virš 10 m.	Vid.	3,36	3,32	3,04	2,70	3,07	3,11	3,18	2,04
		SN	0,87	1,06	1,07	1,03	1,05	1,17	1,22	1,43
		Mediana	4,00	4,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,50	1,00
	<i>U</i>		34,0	48,5	30,0	38,0	50,0	53,0	53,0	60,0
<i>p</i>		<b>0,009</b>	0,068	<b>0,009</b>	<b>0,023</b>	0,104	0,141	0,138	0,244	

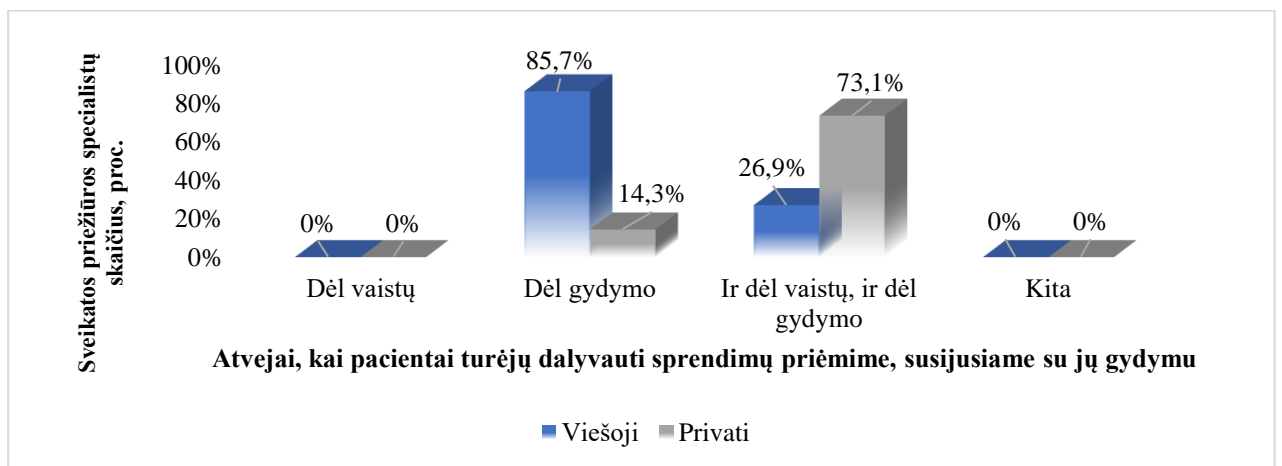
*Statistiškai reikšmingi ( $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti*

Atlikto tyrimo duomenimis, dauguma specialistų (79 proc.) sutiko, kad pacientai turėtų būti įtraukti į sprendimų priėmimą ir dėl vaistų, ir dėl gydymo, tuo tarpu likę 21 proc. teigė, kad pacientų įtraukimas galimas tik dėl gydymo (19 pav.). Galima teigti, kad sveikatos priežiūros specialistai supranta pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą ir dėl gydymo ir dėl vaistų svarbą.



19 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kokiais atvejais pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmimo

Palyginus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą pagal nuomonę, kokiais atvejais pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmimo pagal gydymo įstaigos tipą (žr. 20 pav.) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testą, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p < 0,05$ ), kuris parodė, kad pacientai turi būti įtraukti į sprendimų priėmimą ir dėl vaistų, ir dėl gydymo, reikšmingai dažniau to laikėsi privačioje įstaigoje dirbantys specialistai, nei viešosiose įstaigoje dirbantys specialistai. Nuomonės apie tai, kad pacientų įtraukimas galimas tik dėl gydymo, reikšmingai dažniau laikėsi viešosios įstaigos specialistai, lyginant su dirbančiais privačioje įstaigoje.



20 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal nuomonę, kokiais atvejais pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmimo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p = 0,005 < 0,05$ )

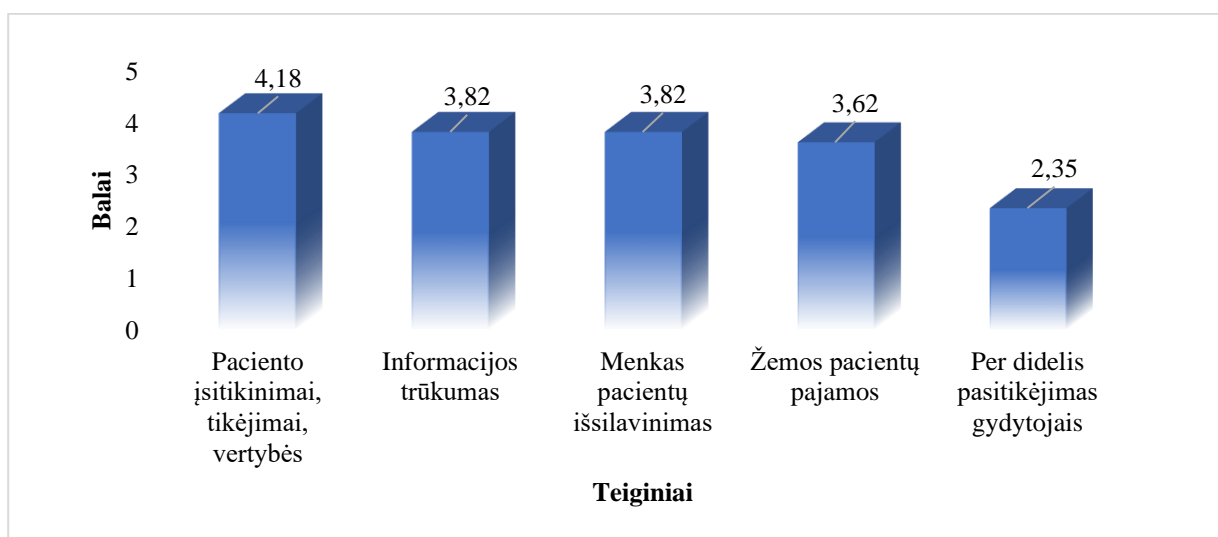
Palyginus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą su tuo kokiais atvejais pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmimo, pagal specialisto sritį ir darbo patirtį (žr. 13 lentelę) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testus ir papildomai patikrinus proporcijas z-testų pagalba,

statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta ( $p>0,05$ ), kas rodo, kad minėta nuomonė statistiškai reikšmingai pagal specialistų amžių ir darbo patirtį nesiskiria.

13 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas pagal tai, kokiais atvejais pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmimo lyginant specialisto sritį ir darbo patirtį

		Atvejai, kuomet pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmimo, susijusiame su jų gydymu		$\chi^2$	<i>p</i>
		Dėl gydymo	Ir dėl vaistų, ir dėl gydymo		
Specialisto sritis	Šeimos gydytojai	21,1%	78,9%	0,001	0,979
	Kiti	21,4%	78,6%		
Darbo patirtis	Iki 10 m.	33,3%	66,7%	0,645	0,422
	Virš 10 m.	18,5%	81,5%		

Tyrime dalyvavusių specialistų taip pat buvo prašoma penkiabalėje Likerto skalėje nuo „Visiškai nesutinku“ (balas 1) iki „Visiškai sutinku“ (balas 5) įvertinti teiginius, susijusius su paciento nedalyvavimo priežastimis sprendimų priėmimo (21 pav.).



21 pav. Teiginių, susijusių su paciento nedalyvavimo priežastimis sprendimų priėmimo, vertinimas

Analizuojant 21 paveiksle pateikiamus vertinimų vidurkius matyti, kad labiausiai sutinkama su teiginiais „Paciento įsitikinimai, tikėjimai, vertybė“ ir „Informacijos trūkumas“, mažiausiai sutinkama su teiginiu „Per didelis pasitikėjimas gydytojais“.

Palyginus teiginių, susijusių su paciento nedalyvavimo priežastimis sprendimų priėmimo, vertinimą pagal specialistų įstaigos tipą, sritį ir darbo patirtį (žr. 14 lentelę) - apskaičiavus Mann-Whitney U testus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai  $p<0,05$ ), kurie parodė, kad:

- Su teiginiais „Menkas pacientų išsilavinimas“ ir „Per didelis pasitikėjimas gydytojas“ reikšmingai labiau sutiko viešojoje įstaigoje dirbantys specialistai, nei dirbantys privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje.

14 lentelė. Teiginių, susijusių su paciento nedalyvavimo priežastimis sprendimų priėmimo, vertinimas pagal specialistų įstaigą, sritį ir patirtį

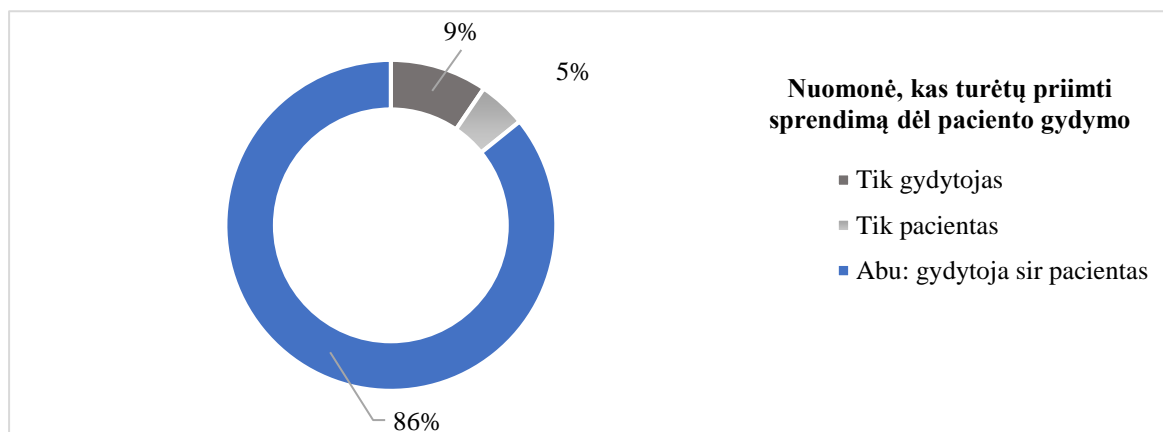
			Žemos pacientų pajamos	Menkas pacientų išsilavinimas	Informacijos trūkumas	Per didelis pasitikėjimas gydytojais	Paciento įsitikinimai, tikėjimai, vertybė
Įstaiga	Viešoji	Vid.	3,77	4,08	4,08	3,08	4,62
		SN	1,01	1,04	1,04	1,19	0,65
		Mediana	4,00	4,00	4,00	3,00	5,00
	Privati	Vid.	3,52	3,67	3,67	1,90	3,90
		SN	1,03	0,73	0,80	1,09	1,51
		Mediana	4,00	4,00	4,00	2,00	5,00
	<i>U</i>		117,5	85,0	89,0	60,5	112,0
<i>p</i>		0,449	<b>0,043</b>	0,058	<b>0,005</b>	0,308	
Specialisto sritis	Šeimos gydytojai	Vid.	3,55	3,95	3,85	2,35	4,30
		SN	1,00	0,69	0,75	1,18	1,08
		Mediana	4,00	4,00	4,00	2,00	5,00
	Kiti	Vid.	3,71	3,64	3,79	2,36	4,00
		SN	1,07	1,08	1,12	1,39	1,57
		Mediana	4,00	4,00	4,00	2,00	5,00
	<i>U</i>		122,0	125,0	133,0	135,0	132,0
<i>p</i>		0,479	0,560	0,783	0,856	0,743	
Darbo patirtis	Iki 10 m.	Vid.	2,83	3,50	3,67	1,67	4,00
		SN	1,47	1,22	1,37	0,82	1,55
		Mediana	3,50	4,00	4,00	1,50	4,50
	Virš 10 m.	Vid.	3,79	3,89	3,86	2,50	4,21
		SN	0,83	0,79	0,80	1,29	1,26
		Mediana	4,00	4,00	4,00	2,00	5,00
	<i>U</i>		51,5	75,0	82,5	53,0	73,0
<i>p</i>		0,099	0,652	0,939	0,145	0,560	

*Statistiškai reikšmingi ( $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti*

Apibendrinant galima teigti, kad dauguma tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų sprendimus dėl pacientų gydymo priimami vadovaujantis klinikiniu efektyvumu/veiksmingumu ir saugumu, supranta pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą ir dėl gydymo, ir dėl vaistų svarbą ir mano, kad tai sąlygoja didesnę pacientų pasitenkinimą, bei pasitikėjimą. Tačiau vis tik, kad sprendimus dėl gydymo bei vaistų turi priimti tik gydytojas, labiau linkę manyti viešojoje įstaigoje dirbantys specialistai.

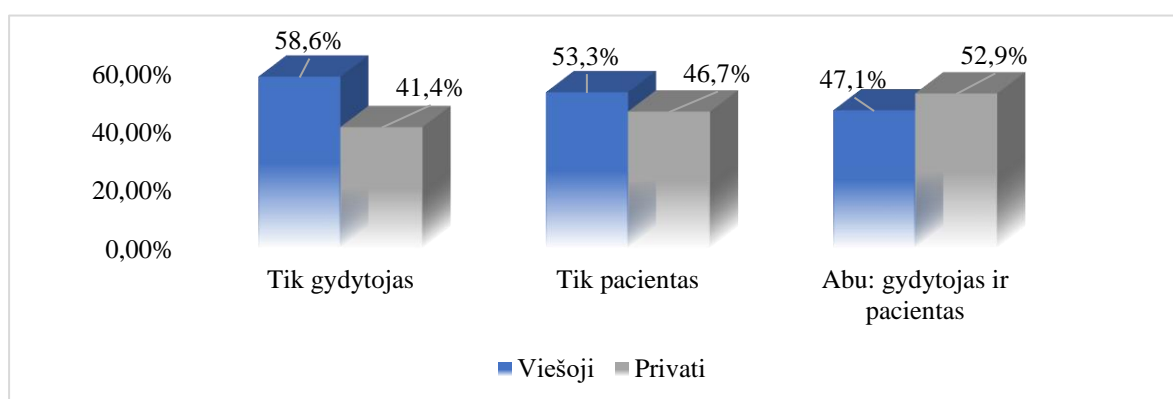
## 2.2.2. Pacientų apklausos rezultatai

Tyrimė dalyvavusių pacientų, kaip ir sveikatos priežiūros specialistų buvo prašoma atsakyti, kas, jų nuomone, turėtų priimti sprendimus dėl paciento gydymo. Analizuojant žemiau esančiame paveiksle pateiktus rezultatus nustatyta, jog didžioji dauguma pacientų (86 proc.) mano, kad tokius sprendimus turėtų priimti kartu gydytojai ir pacientai (22 pav.).



22 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo, proc.

Palyginus nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal gydymo įstaigos tipą (žr. 23 pav.) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testą, statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo nustatyta (nes  $p > 0,05$ ), kas rodo, kad minėta nuomonė pagal pacientų lankomos gydymo įstaigos tipą reikšmingai nesiskiria.



23 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p = 0,460 > 0,05$ )

Taip pat palyginus nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo, pagal pacientų lankomą gydymo įstaigos tipą (žr. 15 lentelę) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testus ir papildomai patikrinus proporcijas z-testų pagalba, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas, kuris parodė, jog nuomonės, kad sprendimą turi priimti abu (pacientas ir gydytojas), reikšmingai dažniau laikėsi 31-50 m. pacientai, lyginant su vyresniais nei 51 m. asmenimis, kurie reikšmingai

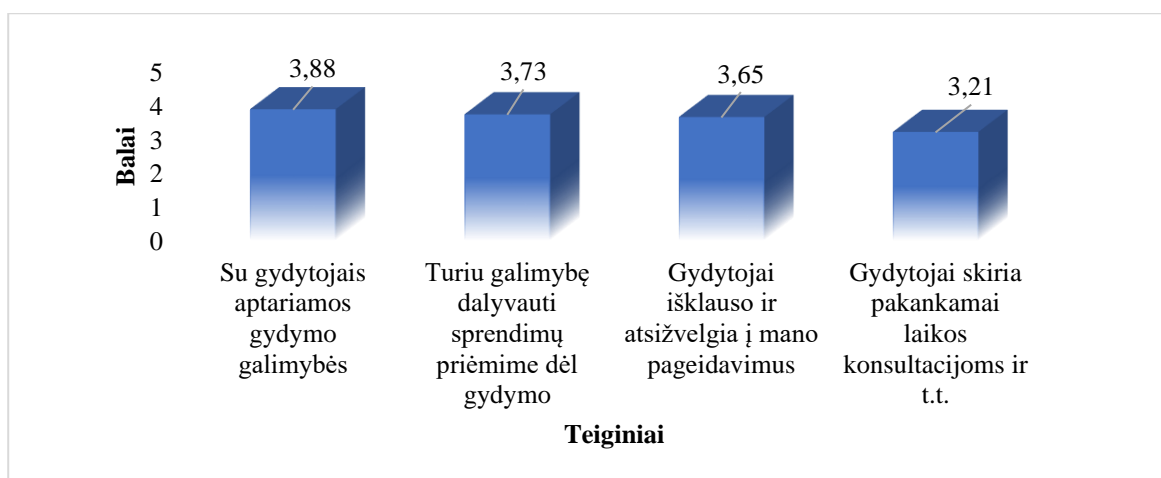
dažniau nei kiti teigė, kad sprendimą turi priimti tik gydytojas. Galima būtų manyti, kad vyresni asmenys, labiau linkę pasitikėti gydytojais, o ir seniau, kad pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmimo nelabai buvo kalbama, tuo tarpu jaunesni, bet jau pasiekę visišką brandą nori ir mano, kad sprendimų priėmimo jie turėtų dalyvauti kartu su gydytoju.

15 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal pacientų socialines-demografines charakteristikas

		Nuomonė, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo			p
		Tik gydytojas	Tik pacientas	Abu: gydytojas ir pacientas	
Lytis	Vyrai	9,7%	1,8%	88,5%	0,175
	Moterys	8,9%	6,4%	84,7%	
Amžius	Iki 30 m.	8,6%	6,0%	85,3%	<b>0,023</b>
	31-50 m.	4,2%	5,0%	<b>90,8%</b>	
	Virš 51 m.	<b>17,5%</b>	2,5%	80,0%	
Išsilavinimas	Nebaigtas vid., vidurinis	13,6%	3,4%	83,1%	0,146
	Aukštesnysis arba profesinis	11,2%	3,5%	85,3%	
	Aukštasis, nebaigtas aukštasis	4,4%	7,0%	88,6%	
Namų ūkio pajamos	Žemos	12,3%	3,1%	84,6%	0,806
	Vidutinės	8,9%	5,4%	85,7%	
	Aukštos	7,2%	4,8%	88,0%	

*Statistiškai reikšmingi ( $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti*

Tyrimo dalyvavusių pacientų buvo prašoma penkiabalėje Likerto skalėje nuo „Visiškai nesutinku“ (balas 1) iki „Visiškai sutinku“ (balas 5) įvertinti teiginius, susijusius su gydymo įstaigos paslaugomis. Kaip matyti iš 24 paveiksle pateikiamų vertinimų vidurkių - labiausiai sutinkama su teiginiu, kad su gydytojais aptariamos gydymo galimybės, mažiausiai sutinkama, kad gydytojai skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t. Suprantama, kad vienas vizitas pas gydytoją būna ribotas laiko atžvilgiu, todėl konsultacijoms laiko nelieka.



24 pav. Teiginių, susijusių su gydymo įstaigos paslaugomis, vertinimas

Palyginus teiginių, susijusių su gydymo įstaigos paslaugomis, vertinimą pagal lankomą gydymo įstaigos tipą ir socialines-demografines charakteristikas (žr. 3 priedas) - apskaičiavus Mann-Whitney U testus (dviejų nepriklausomų imčių, t.y. lyties ir gydymo įstaigos atveju) ir Kruskalio-Valio H testus (trijų nepriklausomų imčių, t. y. amžiaus, išsilavinimo ir pajamų atvejais), buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai  $p < 0,05$ ), kurie parodė, kad:

- Su teiginiais „Turiu galimybę dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo“ ir „Gydytojai išklauso ir atsižvelgia į mano pageidavimus“ reikšmingai labiau sutiko privačios gydymo įstaigos pacientai, lyginant su valstybinės gydymo įstaigos pacientais. Tai patvirtina ir sveikatos priežiūros specialistų teiginius (žr. 2.2.1 poskyrį). Tai gali sąlygoti tai, kad privačios gydymo įstaigos labiau siekia patenkinti klientų/pacientų poreikius siekiant jų pasitenkinimo bei lojalumo, todėl pacientams rodant iniciatyvą juos įtraukia į sprendimų priėmimus bei atsižvelgia į jų pageidavimus.

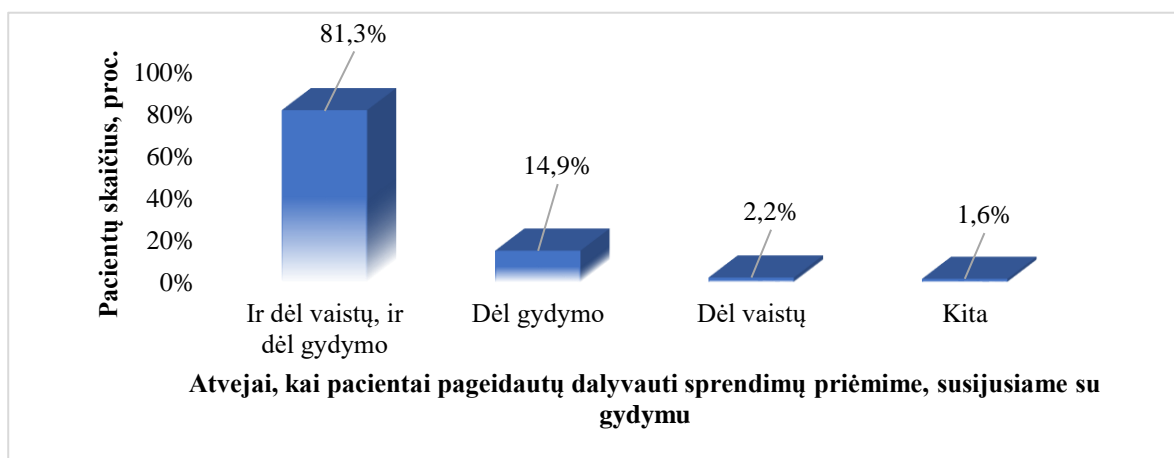
- Su teiginiais „Turiu galimybę dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo“, „Su gydytojais aptariamos gydymo galimybės“, „Gydytojai išklauso ir atsižvelgia į mano pageidavimus“ ir „Gydytojai skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t.“ reikšmingai labiau sutiko moterys lyginant su vyrais. Tai gali sąlygoti tai, kad pačios moterys labiau linkusios rodyti iniciatyvą, domėtis bei nori dalyvauti sprendimų priėmime.

- Su teiginiais „Turiu galimybę dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo“, „Su gydytojais aptariamos gydymo galimybės“, „Gydytojai išklauso ir atsižvelgia į mano pageidavimus“ ir „Gydytojai skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t.“ reikšmingai labiau sutiko jaunesni nei 30 m. pacientai, lyginant su vyresniais nei 31 m. pacientais. Galima būtų manyti, kad jaunesni asmenys labiau linkę išsakyti savo nuomonę bei yra aktyvesni.

- Su teiginiais „Turiu galimybę dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo“, „Su gydytojais aptariamos gydymo galimybės“, „Gydytojai išklauso ir atsižvelgia į mano pageidavimus“ ir „Gydytojai skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t.“ reikšmingai labiau sutiko aukštąjį ir nebaigtą aukštąjį išsilavinimą turintys pacientai, lyginant su žemesnį išsilavinimą turinčiais pacientais. Tikėtina, kad aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys labiau pasitiki savimi, tai parodo, patys aktyviai nori ir siekia dalyvauti sprendimų priėmimuose, išsako savo nuomonę bei pageidavimus.

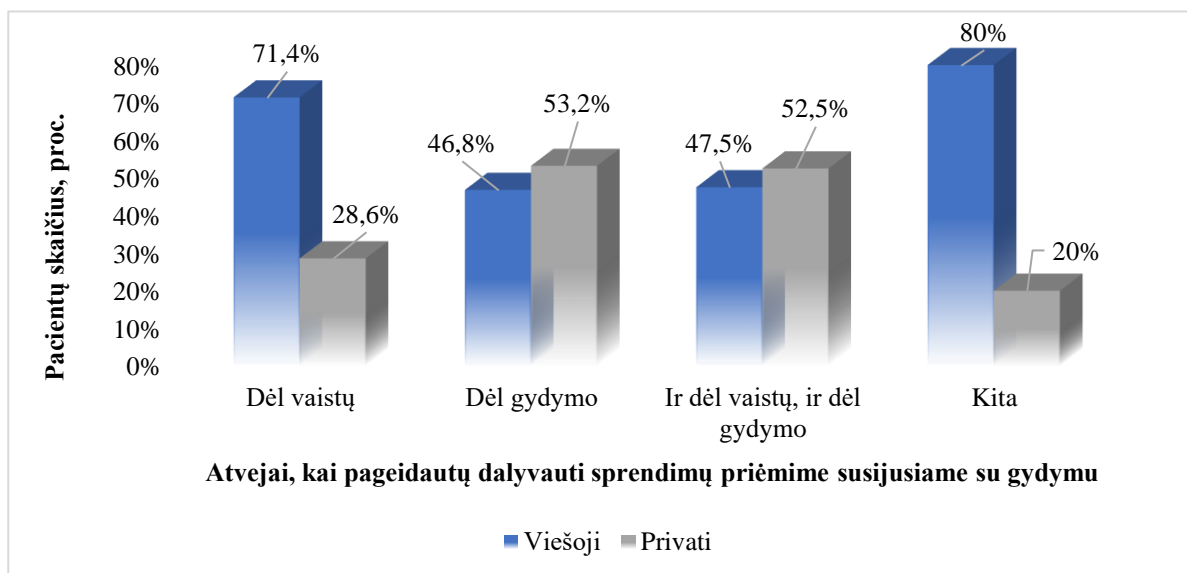
- Su teiginiais „Turiu galimybę dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo“, „Su gydytojais aptariamos gydymo galimybės“, „Gydytojai išklauso ir atsižvelgia į mano pageidavimus“ ir „Gydytojai skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t.“ reikšmingai labiau sutiko pacientai gaunantys vidutines ir aukštas pajamas, lyginant su pacientais gaunančiais žemas pajamas. Tai vėlgi gali būti siejama su pasitikėjimu ir galimai su išsilavinimu. Tikėtina, kad aukštesnes pajamas gaunantys asmenys turi aukštesnį išsilavinimą, todėl turi daugiau žinių, yra labiau pasitikintys savimi ir aktyvesni.

Tyrimė dalyvavusių pacientų buvo prašoma nurodyti atvejus, kada jie pageidautų dalyvauti sprendimų, susijusių su gydymu, priėmime (25 pav.).



25 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal atvejus, kada jie pageidautų dalyvauti sprendimų, susijusių su gydymu, priėmime, proc.

Kaip matyti iš 25 paveiksle pateikiamų duomenų, daugelis pacientų (81 proc.) norėtų dalyvauti priimant sprendimus tiek dėl vaistų, tiek dėl gydymo. Palyginus atvejus, kai pacientai pageidautų dalyvauti sprendimų, susijusių su gydymu, priėmime pagal gydymo įstaigos tipą (žr. 26 pav.) - apskaičiavus „Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testą, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas, kuris parodė, kad dėl vaistų reikšmingai dažniau sprendimų priėmime norėtų dalyvauti privačios sveikatos priežiūros įstaigos pacientai, lyginant su viešosios gydymo įstaigos pacientais.



26 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal gydymo įstaigos tipą ( $p=0,001<0,05$ )

Taip pat buvo palyginti atvejai, kai pacientai pageidautų dalyvauti sprendimų, susijusių su gydymu, priėmime pagal pacientų lankomą gydymo įstaigos tipą (žr. 17 lentelę) - apskaičiavus



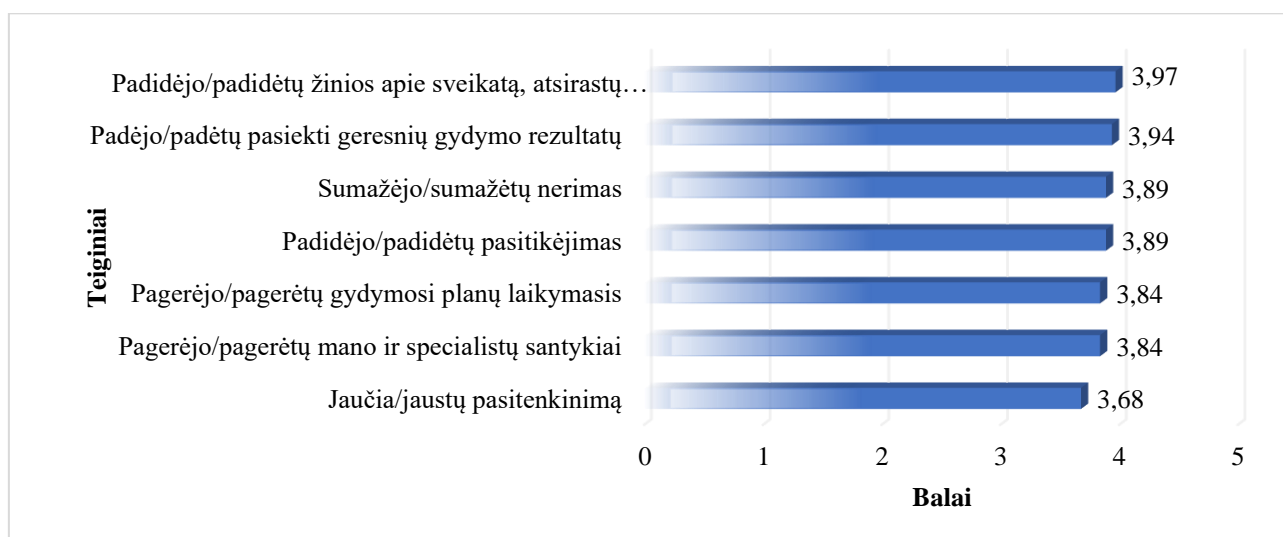
„Chi kvadrato“ ( $\chi^2$ ) testus ir papildomai patikrinus proporcijas z-testų pagalba, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta ( $p>0,05$ ), kas rodo, kad minėta nuomonė pagal pacientų socialines-demografines charakteristikas reikšmingai nesiskiria.

17 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal nuomonę, kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo pagal pacientų socialines-demografines charakteristikas

		Atvejai, kai pacientai pageidautų dalyvauti sprendimų priėmimo, susijusio su gydymu				p
		Del vaistų	Del gydymo	Ir dėl vaistų, ir dėl gydymo	Kita	
Lytis	Vyrai	3,5%	20,4%	73,5%	2,7%	0,059
	Moterys	1,5%	11,9%	85,6%	1,0%	
Amžius	Iki 30 m.	2,6%	12,9%	83,6%	0,9%	0,173
	31-50 m.	1,7%	11,7%	83,3%	3,3%	
	Virš 51 m.	2,5%	22,5%	75,0%	0,0%	
Išsilavinimas	Nebaigtas vid., vidurinis	3,4%	13,6%	81,4%	1,7%	0,391
	Aukštešnysis arba profesinis	0,7%	18,2%	80,4%	0,7%	
	Aukštasis, nebaigtas aukšt.	3,5%	11,4%	82,5%	2,6%	
Namų ūkio pajamos	Žemos	1,5%	20,0%	78,5%	0,0%	0,185
	Vidutinės	1,2%	13,1%	84,5%	1,2%	
	Aukštos	4,8%	14,5%	77,1%	3,6%	

**Statistiškai reikšmingi ( $p<0,05$ ) skirtumai paryškinti**

Tyrimo dalyvavusių pacientų taip pat buvo prašoma penkiabalėje Likerto skalėje nuo „Visiškai nesutinku“ (balas 1) iki „Visiškai sutinku“ (balas 5) įvertinti teiginius, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo (27 pav.).



27 pav. Teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo, vertinimas

Kaip matyti iš 27 paveiksle pateikiamų vertinimų vidurkių - labiausiai sutinkama su tuo, kad padidėjo/padidėtų žinios apie sveikatą, atsirastų klinikinės rizikos suvokimas ir padėjo/padėtų

pasiekti geresnių gydymo rezultatų, mažiausiai sutinkama su tuo, kad jaučia/jautė pasitenkinimą ir pagerėjo/pagerėtų mano ir specialistų santykiai. Tai rodo sprendimų priėmimo naudą pacientams - galima teigti, kad pacientų dalyvavimas sprendimų priėmime pirmiausia gali pagerinti jų sveikatą, nes jie gautų žinias, geriau suvoktų galimas rizikas.

Teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmime, palyginimas pagal lankomą gydymo įstaigos tipą ir socialines-demografines charakteristikas, pateikiamas 4 priede.

Apskaičiavus Mann-Whitney U testus (dviejų nepriklausomų imčių, t.y. lyties ir gydymo įstaigos atveju) ir Kruskalio-Valio H testus (trijų nepriklausomų imčių, t. y. amžiaus, išsilavinimo ir pajamų atvejais), buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai  $p < 0,05$ ), kurie parodė, kad:

- Su teiginiu „Padėjo/padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų“ reikšmingai labiau sutiko valstybinės gydymo įstaigos pacientai, lyginant su privačios gydymo įstaigos pacientais.

- Su teiginiais „Padidėjo/padidėtų pasitikėjimas“, „Pagerėjo/pagerėtų mano ir specialistų santykiai“, „Sumažėjo/sumažėtų nerimas“, „Padidėjo/padidėtų žinios apie sveikatą, atsirastų klinikinės rizikos suvokimas“, „Pagerėjo/pagerėtų gydymo planų laikymasis“ ir „Padėjo/padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų“ reikšmingai labiau sutiko moterys, lyginant su vyrais.

- Su teiginiais „Padidėjo/padidėtų pasitikėjimas“, „Pagerėjo/pagerėtų mano ir specialistų santykiai“, „Sumažėjo/sumažėtų nerimas“, „Padidėjo/padidėtų žinios apie sveikatą, atsirastų klinikinės rizikos suvokimas“, „Pagerėjo/pagerėtų gydymo planų laikymasis“ ir „Padėjo/padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų“ reikšmingai labiau sutiko jaunesni nei 50 m. pacientai, lyginant su vyresniais nei 50 m. pacientais.

- Su teiginiais „Padidėjo/padidėtų pasitikėjimas“, „Pagerėjo/pagerėtų mano ir specialistų santykiai“, „Sumažėjo/sumažėtų nerimas“, „Pagerėjo/pagerėtų gydymo planų laikymasis“ ir „Padėjo/padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų“ reikšmingai labiau sutiko aukštąjį išsilavinimą turintys pacientai, lyginant su pacientais, turinčiais tik vidurinį ar nebaigtą vidurinį išsilavinimą.

- Su teiginiais „Sumažėjo/sumažėtų nerimas“ ir „Padėjo/padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų“ reikšmingai labiau sutiko vidutinių ir aukštų pajamų pacientai, lyginant su žemų pajamų pacientais.

Apibendrinant galima teigti, kad dauguma apklausoje dalyvavusių pacientų nori dalyvauti sprendimų priėmime ir mano, kad sprendimus turėtų priimti kartu gydytojai ir pacientai. Kaip pagrindinę naudą jie išskyrė padidėjusias žinias apie sveikatą, klinikinės rizikos suvokimą ir geresnių gydymo rezultatų pasiekimus. Nustatyta, kad dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo bei tai, kad gydytojai išklauso ir atsižvelgia į jų pageidavimus reikšmingai labiau sutiko privačios gydymo įstaigos pacientai.

### 2.3. Sprendimų priėmimo tyrimo rezultatų aptarimas ir rekomendacijos sveikatos priežiūros organizacijoms

Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad:

*Tiek privačios, tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistai* (nepaisant jų darbo patirties bei specializacijos) daugeliu atvejų *sprendimus priima vadovaujantis klinikinio efektyvumo, veiksmingumu ir saugumu*. Kad sveikatos priežiūros specialistai pirmiausia atsižvelgia į klinikinį efektyvumą, veiksmingumą ir saugumą teigė ir N. Tanios ir kt. (2013) atlikę tyrimą 23 šalyse (Afrikos, Europos, Azijos, Šiaurės ir Pietų Amerikos - apklausus 140 sprendimus priimančius specialistus). V.M. Montori, J.P. Brito, M.H. Murad (2013) teigia, kad priimant sprendimus sveikatos priežiūros specialistai pirmiausia remiasi klinikinį tyrimų duomenimis. Darbo autorės atlikto tyrimo duomenimis apklausoje dalyvavę sveikatos priežiūros specialistai sprendimų nepriima vadovaudamiesi savo intuicija, retai kada - savo patirtimi bei atsižvelgiant į paciento norus. Nors kitų atliktų tyrimų duomenimis sveikatos priežiūros specialistai priimant sprendimus priėmė tuo pačiu atsižvelgdami į suinteresuotųjų šalių vertybes ir lūkesčius (Alsaqqa, 2020; Barends ir kt., 2017; Liang ir kt., 2012). Priimdami sprendimus gydytojai turi atsižvelgti į paciento pageidavimus teigė ir D. Hausmann ir kt. (2016).

*Tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistai* (nepaisant jų darbo patirties bei specializacijos) *priimant klinikinį sprendimus konsultuojasi su kitais specialistais* (tai labiau linkę daryti šeimos gydytojai), o jų sprendimų priėmimui dažniausiai įtakos neturi gydymo įstaigos politika (nors su tuo labiau buvo linkę nesutikti privačioje gydymo įstaigoje dirbantys specialistai) bei darbo atmosfera. Nors C. Ierano ir kt. (2019) teigė, kad privačių ligoninių aplinkoje autonomija yra didesnė nei viešosios ligoninės aplinkoje, patys gydytojai gali mažiau atsižvelgti į gaires ar ligoninės politiką.

*Tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistai dažniausiai sprendimus priima kartu, t.y. gydytojas su pacientu*, tačiau nustatyta, kad specialistai, kurių darbo stažas nesiekia 10 m. dažniau linkę suteikti pacientams galimybę dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo. Galima teigti, jog tam įtakos gali turėti tai, kad turintys mažesnę darbo patirtį sveikatos organizacijos specialistai yra jaunesni ir tikėtina, kad labiau supranta ir žino pacientų dalyvavimo svarbą priimant sprendimus.

*Dauguma tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistų sutiko, kad sprendimus dėl gydymo turėtų priimti abu (gydytojas ir pacientas kartu)*, tačiau tam labiau pritarė privačioje įstaigoje dirbantys specialistai, o tai kad sprendimą turi priimti tik gydytojas, reikšmingai daugiau buvo linkę manyti viešojoje įstaigoje dirbantys specialistai.

*Tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistai labiausiai sutiko su teiginiais, kad su pacientu turi būti aptariamoms gydymo galimybės, mažiausiai - kad skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t.*

*Privačios gydymo įstaigos specialistai labiau pabrėžė, kad „Pacientas turi galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo“ ir jie „Išklauso ir atsižvelgia į paciento pageidavimus“.*

*Dauguma tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistų sutiko, kad pacientai turėtų dalyvauti su jų gydymu susijusiame sprendimų priėmimo. Tačiau su šia nuomone reikšmingai dažniau sutiko privačioje įstaigoje dirbantys specialistai.*

*Tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistai labiausiai sutiko su tuo, kad pacientų dalyvavimas sprendimų priėmimo padidintų klientų pasitenkinimą ir pasitikėjimą. Tačiau su tuo labiau linkę sutikti privačioje įstaigoje dirbantys specialistai. Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą didina pacientų pasitenkinimą (Castro ir kt., 2016; Shay, Lafata, 2015; Barello ir kt., 2014; Bot ir kt., 2014; Vahdat ir kt., 2014; Oshima Lee, Emanuelis, 2013; Sanders ir kt., 2013; Weingart ir kt., 2011) ir pasitikėjimą (Nuwagaba ir kt., 2021; Elwyn ir kt., 2014; Sanders ir kt., 2013; Andersen ir kt., 2012; Weingart ir kt., 2011) akcentuojama ir mokslinėje literatūroje.*

*Dauguma tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistų sutiko, kad pacientai turėtų būti įtraukti į sprendimų priėmimą ir dėl vaistų, ir dėl gydymo. Tačiau tokios nuomonės reikšmingai dažniau laikėsi privačioje įstaigoje dirbantys specialistai. Nuomonės, kad pacientų įtraukimas galimas tik dėl gydymo, reikšmingai dažniau laikėsi viešosios įstaigos specialistai.*

*Tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistų manymu dažniausiai pacientai sprendimų priėmimo nedalyvauja dėl savo įsitikinimų, tikėjimų, vertybių, informacijos trūkumo. Informacijos trūkumas (Ochieng, Buwembo, Munabi ir kt., 2015) bei paciento tikėjimai, įsitikinimai ir vertybės (Johnstone, Kanitsaki 2009; Vedasto, Morris, Furia, 2021) gali sumažinti pacientų dalyvavimą sprendimų priėmimo akcentuojama ir mokslininkų.*

Pacientų apklausos rezultatai parodė, kad:

*Didžioji dauguma tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos pacientų mano, kad sprendimus turėtų priimti gydytojai kartu su pacientais. Pastebėta, kad tokios nuomonės daugiau laikėsi 31-50 m. amžiaus pacientai, nei vyresni - jie buvo linkę manyti, kad sprendimus turi priimti tik gydytojas.*

*Tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos pacientai labiausiai sutiko su tuo, kad su gydytojais aptariamoms gydymo galimybės, mažiausiai - jog gydytojai skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t. Kaip nurodė S. Vahdat ir kt. (2014) ribotas konsultacijų laikas gali sumažinti pacientų norą dalyvauti sprendimų priėmimo.*

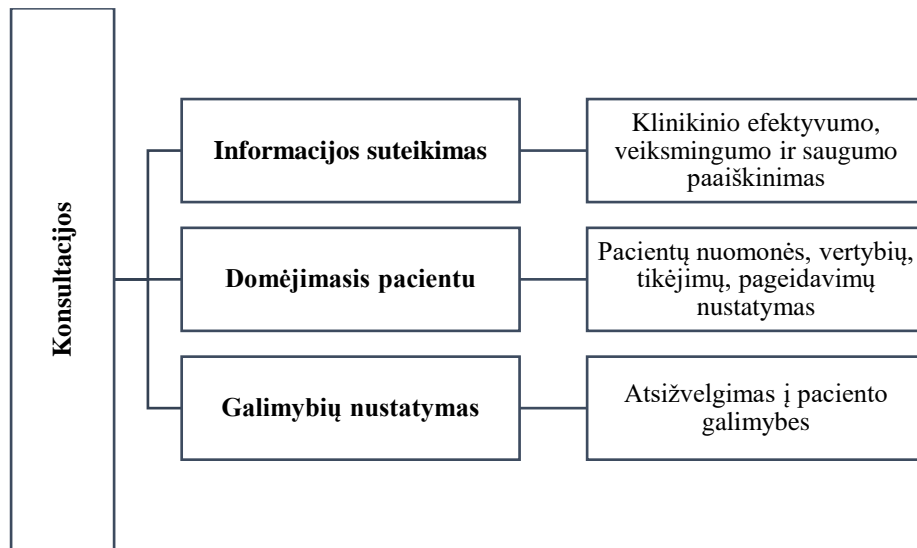
*Privačios gydymo įstaigos pacientai labiau linkę sutikti su tuo, kad jie turi galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo, bei gydytojai išklauso ir atsižvelgia į jų pageidavimus.* Tačiau tokios nuomonės labiau laikėsi jaunesni nei 30 m. pacientai. Galima teigti, kad tam gali turėti įtakos tai, jog jaunesni asmenys yra drąsesni ir mažiau bijo išreikšti savo nuomonę, vyresni - labiau pasikliauja gydytojais, bei mažiau pasitiki savimi. Be to, su minėtais teiginiais labiau linkę sutikti aukštąjį ir nebaigtą aukštąjį išsilavinimą turintys pacientai – manoma, kad tokiai nuomonei įtakos gali turėti didesnis pasitikėjimas savimi bei bendravimo įgūdžiai. Taip pat mokslininkų teigimu asmenys turintys aukštesnį išsilavinimą dažniau dalyvauja sprendimų priėmimo (Vedasto, Morris, Furia, 2021; Nuwagaba ir kt., 2021) - manoma, kad pacientai, įgiję aukštesnį išsilavinimą, geriau supranta sveikatos priežiūros darbuotojų teikiamą medicininę informaciją (Nuwagaba ir kt., 2021). Pacientai turi galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo, ir su tuo, kad gydytojai išklauso ir atsižvelgia į jų pageidavimus taip pat labiau buvo linkę sutikti pacientai gaunantys vidutines ir aukštas pajamas. Tokia pati nuomonė vyrauja ir moksliniuose šaltiniuose. R. Ambigapathy ir kt. (2016) manymu pacientai turintys mažesnes pajamas yra pasyvesni ir labiau tiki, kad gydytojas gali geriau už juos nuspręsti.

*Dauguma tiek privačios, tiek valstybinės gydymo įstaigos pacientų norėtų dalyvauti priimant sprendimus tiek dėl vaistų, tiek dėl gydymo.* Tačiau dėl vaistų reikšmingai dažniau sprendimų priėmimo norėtų dalyvauti privačios sveikatos priežiūros įstaigos pacientai. Tai, kad pacientai pageidauja dalyvauti sprendimų priėmimo rodo ir Europoje atliktas gyventojų tyrimas, kuriame paaiškėjo, kad 51 proc. pacientų pirmenybę teikė bendram sprendimų priėmimui (Coulter, Jenkinson 2005 cit. Ambigapathy ir kt., 2016).

*Tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos pacientai labiausiai sutiko su tuo, kad dalyvavimas priimant sprendimus kartu su gydytojais padidintų jų žinias apie sveikatą, atsirastų klinikinės rizikos suvokimas ir tai padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų.* Dalyvavimas priimant sprendimus kartu su gydytojais padidintų pacientų žinias apie sveikatą, padėtų tiksliau suvokti klinikinę riziką (Guler ir kt., 2015; Elwyn ir kt., 2014), bei padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų (Prior, Campbell, 2018; Ambigapathy, Chia, Ng, 2016; Guler ir kt., 2015; Vahdat ir kt., 2014) akcentuojama ir mokslinėje literatūroje.

Apibendrinant galima teigti, kad apklausoje dalyvavę privačios ir valstybinės sveikatos priežiūros specialistai supranta pacientų dalyvavimo svarbą sprendimų priėmimo ir teigė juos įtraukiantys į sprendimų priėmimą. Pacientai taip pat pageidauja būti įtraukti.

Atsižvelgiant į gautus tyrimo rezultatus pateikiamos rekomendacijos sprendimų priėmimo gerinimui sveikatos priežiūros įstaigose. Atlikto tyrimo duomenimis pacientams skiriama per mažai laiko konsultacijoms, todėl siekiant didesnio pacientų įsitraukimo, bei jų įtraukties, būtina daugiau laiko skirti konsultacijoms (28 pav.).



28 pav. Sprendimų priėmimo gerinimas sveikatos priežiūros organizacijoje

Mokslininkų teigimu bendras sprendimų priėmimas yra konsultacijų procesas, kurio metu gydytojas ir pacientas kartu dalyvauja priimant sprendimą dėl sveikatos (Hoffmann ir kt., 2014; Mulley, Trimble, Elwyn, 2012). Todėl konsultacijų metu svarbu suteikti kuo daugiau informacijos pacientams: paaiškinti apie jų numatytą gydymo ar vaistų klinikinį efektyvumą, veiksmingumą bei saugumą. Taip pat svarbu domėtis pacientu - išklausti jo nuomonę, įvertinti vertybes, pageidavimus, lūkesčius, sulaukti grįžtamojo ryšio. Kaip teigė mokslininkai sveikatos priežiūros specialistai turi stengtis pažinti, suprasti ir gerbti pacientų pageidavimus (Jerpseth ir kt., 2018; Robijn ir kt., 2018; Bélanger ir kt., 2016; Volker, Wu, 2011). Žinoma parenkant gydymą svarbu įvertinti paciento galimybes - vaistų vartojimo galimybes, gydymo - ar pacientas turi tam sąlygas. Šie veiksniai padidins pacientų įsitraukimą, kas turėtų padidinti jų pasitenkinimą, pasitikėjimą ir praplėsti žinias apie savo sveikatos suvokimą. Pati sveikatos priežiūros organizacija labiau įtraukusi pacientus į sprendimų priėmimą turėtų gauti didesnę naudą - kaip akcentuojama moksliniuose šaltiniuose – tai padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų (Prior, Campbell, 2018; Ambigapathy, Chia, Ng, 2016; Guler ir kt., 2015; Vahdat ir kt., 2014), pagerintų sveikatos priežiūros kokybę ir saugumą (Towle ir kt., 1999 cit. Nuwagaba ir kt., 2021), tačiau tam, svarbu labiau įtraukti pacientus į sprendimų priėmimą skiriant daugiau laiko konsultacijoms.

Ekspertai nurodo, kad diagnozės tikslumui konsultacija yra svarbesnė nei fizinis tyrimas arba laboratorinių tyrimų rodmenys. Sėkminga konsultacija yra tada, kai:

- Nustato paciento kreipimosi į gydytoją priežastis.
- Aptaria kitus galimus sveikatos sutrikimus.
- Parenka tinkamiausius problemų sprendimo variantus.
- Sutaria su pacientu, kad tai geriausias problemos sprendimo būdas.

- Įtraukia pacientą į problemos sprendimą.
- Tinkamai panaudoja laiko ir kitus tinkamus resursus.
- Išlaiko tolesnį glaudų bendradarbiavimą ir gerus santykius su pacientu.

Gera konsultacija, kai konsultacijos metu pacientas nepatiria neigiamų emocijų. Vieną neigiamą išgyvenimą padeda „užmiršti“ du stiprias teigiamas emocijas sukėlę įvykiai (Peičius, Kučinskaitė, 2014).

Būtent dėl konsultacijų gerinimo galima atkreipti dėmesį į tai, kad vizito trukmė pas gydytoją galėtų būti skirstoma į skirtingus laiko intervalus. Pirmiausia jau registracijos pas gydytoją metu galima pasidomėti kuo pacientas skundžiasi ir pagal nurodytą priežastį parinkti tinkamiausią vizito trukmę. Tarkime, kai pacientui reikia tik siuntimo pas kitą asmens sveikatos priežiūros specialistą - konsultantą, neturint didelių nusiskundimų, einant profilaktiškai ir kt. galima parinkti tik 10 min. vizito trukmę. Pacientui su lėtinėmis ligomis, vartojančiam daugiau vaistinių preparatų skirti 25-30 min. Esant poreikiui pats gydytojas gali paskirti sekantį vizitą pacientui ir jau numatyti būtent jam reikalingą apsilankymo trukmę, žinant paciento anamnezę. Taip būtų galima pasiekti optimaliausią apsilankymo trukmę į kurią būtų atsižvelgiama jau registruojant pas specialistą, kai įtraukiamos registratorės, bendrosios praktikos slaugytojos ir gydytojai. Dėl vizitų trukmės nėra vieno bendro nurodymo visoms sveikatos priežiūros įstaigoms, kiek laiko jos privalo skirti vienam pacientui, tad kiekviena organizacija gali pasirinkti jai tinkamiausią trukmę. Žinoma tai prasideda nuo administracijos pritarimo. Tyrime aprašomoje privačioje organizacijoje šiuo metu vienas apsilankymas pas gydytoją trunka 20 min., viešojoje - 15 min., atlikus tyrimą galima daryti išvadą, kad profilaktiniams apsilankymams, pacientams neturintiems lėtinių ligų dabartinio konsultacijos laiko dažniausiai pakaktų, bet kitiems, sunkesniems, vyresnio amžiaus, sergantiems lėtinėmis ligomis 15 min. ar 20 min. nepakanka.

Įvertinus tyrimo duomenis, siūloma visų apsilankymų trukmę ilginti bent 5 min. arba atsižvelgiant į pacientų skundus reguliuoti apsilankymo trukmę jau registruojant pacientą, kai išsiaiškinama koku tikslu jis kreipiasi į gydymo įstaigą. Tyrimas atskleidė, kad apsilankymo pas gydytoją metu laiko pakanka tik problemai išsiaiškinti ir paskirti gydymą, tačiau nelieka laiko pokalbiui su pacientu ir grįžtamojo ryšio įtvirtinimui.

## IŠVADOS

1. Atlikus sprendimų priėmimo koncepcijos analizę, galima daryti išvadą, kad sprendimų priėmimas yra veiksmas arba procesas, kurio metu renkama iš kelių alternatyvų. Sveikatos priežiūros organizacijose sprendimų priėmimai gali būti makro (išteklių), mezo (klinikiniai sprendimai), mikro (sprendimai dėl kiekvieno paciento) lygmenyse. Pagal grupes sprendimai gali būti organizaciniai (darbuotojai, biudžetas ir t.t.) bei klinikiniai (sprendimai susiję su pacientais, jų gerove). Klinikiniams sprendimams įtakos gali turėti informacija apie paciento ligas, jų sunkumas, galimi šalutiniai poveikiai, kitų panašių klinikinių situacijų išvados, gydytojo kompetencijos, patirtis, pasitikėjimas kaip ir pačios organizacijos tipas, joje vyraujanti politika, komandos nariai.

2. Išnagrinėjus sprendimų priėmimo procesą sveikatos priežiūros srityje galima teigti, kad sprendimus sąlygoja turima informacija, paciento ligos istorija, ligos sunkumas, galimi šalutiniai poveikiai, kitų - panašių klinikinių situacijų išvados, gydytojo kompetencijos, patirtis ir pasitikėjimas. Sprendimų priėmimui įtakos turi ir gydymo įstaigos tipas bei joje vyraujanti politika, kaip ir komandos nariai. Priimti sprendimai gali būti stebimi, kontroliuojami vadovo ar kitų specialistų – tam įtakos turi organizacijos dydis bei vadovavimo stilius. Sprendimo įgyvendinimo kontrolės procese labai svarbi yra kontrolė ir stebėjimas. Remiantis sprendimais ir jų įgyvendinimo veiksmų planu, turi būti sukuriama valdymo sprendimo įgyvendinimo standartai. Jais turėtų tapti veiksmų plane numatytų užduočių įvykdymo terminai, tam tikri kiekvienos užduoties rezultatų reikalavimai.

3. Išanalizavus pacientų įtraukimą į sprendimų priėmimą pastebėta, kad klientų įtraukimas į sprendimų priėmimą svarbus siekiant didesnio pacientų pasitenkinimo, pasitikėjimo. Be to įtraukimas padidina pacientų žinias ir padeda suvokti galimas rizikas, sustiprina santykius su specialistais, padeda pacientams laikytis gydymo planų - visa to pasekoje galima pasiekti geresnius gydymo rezultatus, o ir patys pacientai rečiau jaučia nerimą. Pacientų nedalyvavimą sprendimų priėmime gali sąlygoti prasti gydytojo bendravimo įgūdžiai, informacijos trūkumas, per didelis pasitikėjimas sveikatos priežiūros specialistais, kaip ir jų pačių įsitikinimai bei vertybės.

4. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad rajono, tiek privačios tiek valstybinės gydymo įstaigos sveikatos priežiūros specialistai daugeliu atvejų sprendimus priima vadovaujantis klinikiu efektyvumu, veiksmingumu ir saugumu bei dažnai priimant klinikius sprendimus konsultuojasi su kitais specialistais. Nustatyta, kad analizuotos gydymo įstaigos sutinka, jog su pacientu turi būti aptariamos gydymo galimybės, sprendimus dėl gydymo ir vaistų paskyrimo turėtų priimti abu, gydytojas ir pacientas kartu. Nustatyta, kad pacientų dalyvavimas sprendimų priėmime padidintų klientų pasitenkinimą ir pasitikėjimą, todėl tai taiko ir savo praktikoje. Gaila, bet dažniausiai pacientai sprendimų priėmime nedalyvauja dėl savo įsitikinimų, tikėjimų, vertybių, bei informacijos trūkumo. Pacientai nori dalyvauti sprendimų priėmime, sutinka, kad su jais aptariamos gydymo galimybės,



tačiau, kaip ir apklausoje dalyvavę sveikatos priežiūros specialistai nurodė - skiriama per mažai laiko konsultacijoms. Empirinis tyrimas atskleidė, kad privačios gydymo įstaigos specialistai labiau nei valstybinės sveikatos priežiūros specialistai linkę pritari, kad sprendimus dėl gydymo turėtų priimti abu, tiek gydytojas tiek pacientas kartu. Taip pacientai galėtų būti įtraukti į sprendimų priėmimą ir dėl vaistų ir gydymo; turėtų galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo; specialistai išklaustyti ir atsižvelgti į paciento pageidavimus; pacientų dalyvavimas sprendimų priėmime padidintų klientų pasitenkinimą ir pasitikėjimą.

5. Susisteminius gautus rezultatus pateikiamos rekomendacijos sprendimų priėmimo gerinimui sveikatos priežiūros organizacijose. Tiek privačios tiek valstybinės sveikatos priežiūros specialistams siekiant didesnio pacientų įsitraukimo rekomenduojama daugiau laiko skirti konsultacijoms. Teigiama, kad diagnozės tikslumui konsultacija yra svarbesnė nei fizinis tyrimas arba laboratorinių tyrimų rodmenys. Apsilankymo pas gydytoją metu būtina išklaudyti pacientą, suteikti jam informaciją apie klinikinį efektyvumą, saugumą; domėtis paciento nuomone, pageidavimais, vertybėmis; nustatyti paciento galimybes bei sąlygas išsaugoti sveikatą. Sveikatos priežiūros organizacija įtraukusi pacientus į sprendimų priėmimą patirtų teigiamą naudą. Tai padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų, pagerintų sveikatos priežiūros kokybę ir saugumą. Norint pasiekti efektyviausią sprendimų priėmimo gerinimą siūloma visų apsilankymų trukmę ilginti bent 5 min. arba atsižvelgiant į pacientų nusiskundimus reguliuoti apsilankymo trukmę jau registruojant pacientą, kai išsiaiškinama koku tikslu jis kreipiasi į gydymo įstaigą. Tokiu būdu galima gauti grįžtamąjį specialisto ir paciento ryšį, kuris leistų tikslingai siekti geriausių sveikatą išsaugojančių sprendimų priėmimo.

## LITERATŪRA

1. Alsaqqa H.H. 2020. Forward organizational evidence-based management in healthcare organizations. *Int. J. of Health Serv. Res. And Policy*, 5(2), p. 162-177.
2. Akyurek C.E., Sawalha R. 2015. Factors affecting the decision making process in healthcare institutions. *Electronic Business Journal*, 14(10), p. 430-444.
3. Allegrante J.P., Wells M.T., Peterson J.C. 2019. Interventions to support behavioral self-Management of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health*, 40(1), p. 127–46.
4. Ambigapathy R., Chia Y.C., Ng C.J. 2016. Patient involvement in decision-making: a cross-sectional study in a Malaysian primary care clinic. *BMJ Open.*, 6, 1-7.
5. Andersen M.R., Sweet E., Lowe K.A., Standish L.J., Drescher C.W., Goff B.A. 2012. Involvement in decision-making about treatment and ovarian cancer survivor quality of life. *Gynecol Oncol.*,124(3), p. 465–70.
6. Ankur J., Saket K., Satish C., Dinesh P. (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*, 7, p. 396-403.
7. Aslan S., Anıl Toygar A.C.S., Akarçay D. 2013. Decision Making in Healthcare Organizations. 2013 Conference: 12th Annual International Conference on Health Economics, Management and Policy. [žiūrėta 2021 m. birželio 11 d.]. Prieiga per internetą: <[https://www.researchgate.net/publication/318900530\\_Decision\\_Making\\_in\\_Healthcare\\_Organizations](https://www.researchgate.net/publication/318900530_Decision_Making_in_Healthcare_Organizations) 17-18>
8. Atkinson Smith M. 2016. The Role of Shared Decision Making in Patient-Centered Care and Orthopaedics, 35(3), p.144-150.
9. Atoum I.A., Al-Jarallah N.A. 2019. Big data analytics for value-based care: Challenges and opportunities. *International Journal of Advanced Trends in Computer Science and Engineering*, 8, 3012-16.
10. Atakro C.A., Armah E., Atakro A., Ahenkora K., Addo S.B., Aboagye J.S., Blay A.A., Akuoko C.P., Gross J. 2019. Patient Participation in Nursing Care: Views From Ghanaian Nurses, Nursing Students, and Patients. *SAGE Open Nursing*, 5, p. 5-12.
11. Bakanauskienė I., Kyguolienė A. 2013. Vadybiniai sprendimai: priėmimas ir įgyvendinimas. Kaunas, VDU leidykla.
12. Barello S., Graffigna G. 2014. Engaging patients to recover life projectuality: An Italian cross-disease framework. *Quality of Life Research*, 24(5), p.1087-96.
13. Barello S., Graffigna G. 2015. Engagement-sensitive Decision Making: Training Doctors to Sustain Patient Engagement in Medical Consultations. [žiūrėta 2021 m. birželio 11 d.]. Prieiga per internetą: <<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/978311045>

14. Barends E., Villeneuve J., Briner RB., ten Have S. 2017. Managers' attitudes and perceived barriers to evidence-based management an international survey. *PloS ONE*, 12(10), p.1-15.
15. Barry M.J., Edgman-Levitan S. 2012. Shared decision making - the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), p. 780 - 781.
16. Bélanger E., Rodríguez C., Groleau D., Légaré F., Macdonald M. E., Marchand R. 2016. Patient participation in palliative care decisions: An ethnographic discourse analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1), p. 32438–32515.
17. Bitinas, B. (2013). *Rinktiniai edukologiniai raštai*. Vilnius: Lietuvos edukologijos universiteto leidykla.
18. Briesacher B.A., Zhao Y., Madden J.M., Zhang F., Adams A.S., Tjia J., Ross-Degnan D., Gurwitz J.H., Soumerai S.B. 2011. Medicare part D and changes in prescription drug use and cost burden: national estimates for the Medicare population, 2000 to 2007. *Med Care*, 49(9), p. 834-841.
19. Bot A.G.J., Bossen J.K.J., Herndon J.H., Ruchelsman D.E., Ring D., Vranceanu A.M. 2014. Informed shared decision-making and patient satisfaction. *Psychosomatics*, 55(6), p. 586-94.
20. Buškevičiūtė J., Raipa A. 2010. Šiuolaikinių sprendimų rengimas viešajame sektoriuje. *Viešojo politika ir administravimas*, 34, p. 21–31.
21. Castro E. M., Van Regenmortel T., Vanhaecht K., Sermeus W., 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), p. 1923 - 1939.
22. Cassel C.K., Guest J.A. 2012. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*, 307(17), p. 1801-1802.
23. Christensen N., Black L., Furze J., Huhn K., Vendrely A., Wainwright S. 2017. Clinical Reasoning: Survey of Teaching Methods, Integration, and Assessment in Entry-Level Physical Therapist Academic Education. *Physical Therapy*, 97, p. 175–86
24. Coulter A., Safran D., Wasson J.H. 2012. On the language and content of patient engagement. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 35, p. 78-79.
25. Cranley L.A., Slaughter S.E., Caspar S., Heisey M., Huang M., Killackey T., McGilton K.S. 2020. Strategies to facilitate shared decision-making in long-term care. *International journal of older people nursing*, 15(3), 1-10.
26. Danner M., Hummel J.M., Volz F., Van Manen J.G., Wiegard B., Dintsios C.M., Bastian H., Gerber A., Ijzerman M.J. 2011. Integrating patients' views into health technology

- assessment: analytic hierarchy process (AHP) as a method to elicit patient preferences. *Int J Technol Assess Health Care*, 27, p. 369–75.
27. Dikčius, V. (2011). *Anketos sudarymo principai*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
  28. Dimopoulos-Bick T., Osten R., Shipway C., Trevena L., Hoffmann T. 2019. Shared decision making implementation: a case study analysis to increase uptake in New South Wales. *Aust Health Rev.*, 43(5), p. 492–9.
  29. Dubauskas G. 2006. *Organizacijos elgsena*. Vilnius: Generolo Jono Žemaičio Lietuvos karo akademija.
  30. Elbanna S., Kapoutsis I., Mellahi K. 2017. Creativity and propitiousness in strategic decision making: The role of positive politics and macro-economic uncertainty. *Management Decision* , 55(10), p. 2218-2236.
  31. Elwyn G., Dehlendorf C., Epstein R.M., Marrin K., White J., Frosch D.L. 2014. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Annals of family medicine*, 12(3), p. 270–275.
  32. Elwyn G., Frosch D., Thomson R., Joseph-Williams N., Lloyd A., Kinnersley P., Cording E., Tomson D., Dodd C., Rollnick S., Edwards A., Barry M. 2012. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, 27(10), p. 1361–1367.
  33. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E., Watson P., Thomson R. 2010. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341(oct14 2):c5146.
  34. Fairley L., Dundas R., Leyland A.H. 2011. The influence of both individual and area based socioeconomic status on temporal trends in Caesarean sections in Scotland 1980-2000. *BMC Public Health*, 11(330), p.1-10.
  35. Fargen K.M., Friedman W.A. 2014. The science of medical decision making: Neurosurgery, errors, and personal cognitive strategies for improving quality of care. *World Neurosurgery*, 82, p. e21–e29.
  36. Gallivan J., Burns K.K., Bellows M., Eigenseher C. 2012. The many faces of patient engagement. *Journal of Participatory Medicine*, 4: 32.
  37. Gaižauskaitė I., Mikėnė S. 2014. *Socialinių tyrimų metodai: apklausa*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
  38. Grad R., Légaré F., Bell N.R., Dickinson J.A., Singh H., Moore A.E., Kasperavicius D., Kretschmer K.L. 2017. Shared decision making in preventive health care: what it is; what it is not. *Can Fam Physician*, 63(9), p. 682-684.
  39. Goldsby E., Goldsby M., Neck C.B., Neck C.P. 2020. Under Pressure: Time Management, Self-Leadership, and the Nurse Manager. *Administrative Sciences*, 10(3), p.1-18.

40. Gómez-Vírveda C., de Maeseneer Y., Gastmans C. 2019. Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Medical Ethics*, 20(76), p. 1-15.
41. Halabi I.O., Scholtes B., Voz B., Gillain N., Durieux N., Odero A., Baumann M., Ziegler O., Gagnayre R., Guillaume M., Bragard I., Pétre B., The APPS Interreg Group. 2020. “Patient participation” and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. *Patient Education and Counseling*, 103(1), p.5-14.
42. Hausmann D., Zulian C., Battegay E., Zimmerli L. 2016. Tracing the Decision-Making Process of Physicians with a Decision Process Matrix. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1).
43. Härter M., Moumjid N., Cornuz J., Elwyn G., van der Weijden T. 2017. Shared decision making in 2017: International accomplishments in policy, research and implementation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 123–124, p. 1–5.
44. Ierano C., Karin T., Peel T., Rajkhowa A., Marshall C., Ayton D. 2019. Influences on surgical antimicrobial prophylaxis decision making by surgical craft groups, anaesthetists, pharmacists and nurses in public and private hospitals. *PloS ONE*, 14(11), p.1-24.
45. Isosaari U. 2011. Power in health care organizations: Contemplations from the first-line management perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 25(4), p. 1-8.
46. Yan X., Dong C., Yao C. 2017. The evolvement of evidence-based medicine research in the big data era. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine*, 17, p. 249-54.
47. Yousefi-Nooraie R., Dobbins M., Marin, A. 2014. Social and organizational factors affecting implementation of evidence-informed practice in a public health department in Ontario: a network modelling approach. *Implementation Science*, 9(29), p.1-14.
48. Janušonis V. 2011. Įrodymais pagrįstas sveikatos priežiūros organizacijų valdymas. *Tiltai*, 4(57), p. 1-12.
49. Janssens R., van Overbeeke E., Verswijvel L., Meeusen L., Coenegrachts C., Pauwels K., Dooms M., Stevens H., Simoens S., Huys I. 2018. Patient Involvement in the Lifecycle of Medicines According to Belgian Stakeholders: The Gap Between Theory and Practice. *Front. Med.*, 11, p. 1-18.
50. Jerpseth H., Dahl V., Nortvedt P., Halvorsen K. 2018. Older patients with late-stage COPD: Their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), p. 582– 592.
51. Johnstone M.J., Kanitsaki O. 2009. Engaging patients as safety partners: some considerations for ensuring a culturally and linguistically appropriate approach. *Health Policy*, 90(1), p.1–7.

52. Jucevičius G., Bakanauskienė I., Brasaitė D., Bendaravičienė r., Linkauskaitė U., Staniulienė S., Stonkutė E., Vveinhardt J., Žirgūtis V. 2017. Organizacijų valdymas neapibrėžtumų aplinkoje: teorija ir praktika. Monografija. P.13.
53. Judson T.J., Detsky A.S., Press M.J. 2013. Encouraging Patients to Ask Questions: How to Overcome “White-Coat Silence” Encouraging Patients to Ask Questions. *JAMA*, 309(22), p. 2325–2326.
54. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. 2-asis pataisytas ir papildytas leidimas*. Kaunas.
55. Kardelis, K. (2017). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
56. Kazakova T., Geiger D. 2016. The Complexity of Simple Rules in Strategic Decision Making: Toward an Understanding of Organizational Heuristics“, *Uncertainty and Strategic Decision Making (New Horizons in Managerial and Organizational Cognition)*, Emerald Group Publishing Limited, p. 127-146.
57. Korte R.F. 2003. Biases in Decision Making and Implications for Human Resource Development. *Advances in Developing Human Resources*, 5, p. 440–457.
58. Légaré F., Stacey D., Gagnon S., Dunn S., Pluye P., Frosch D., Kryworuchko J., Elwyn G., Gagnon M., Graham I. D. 2011. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: A mixed methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), p. 554– 564.
59. Légaré F., Adekpedjou R., Stacey D., Turcotte S., Kryworuchko J., Graham I., Donner-Banzhoff N. 2018. Interventions for increasing the use of shared decision-making by healthcare professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(7), 1-388.
60. Levenson S. 2010. The health care decision-making process framework. *Pub, Med.*, 11(1), p. 137-142.
61. Liang Z., Howard PF., Leggat SG., Murph, G. 2012. A framework to improve evidence-informed decision-making in health service management. *Australian Health Review*, 36(3), p. 284-9.
62. Lippa K.D., Markus A. F., Robinson F.E., Shalin V.L. 2017. Navigating the Decision Space: Shared Medical Decision Making as Distributed Cognition. *Qualitative Health Research*, 27, 1035–48.
63. Lorig K., Ritter P.L., Turner R.M., English K., Laurent D.D., Greenberg J. 2016. A diabetes self-management program: 12-month outcome sustainability from a nonreinforced pragmatic trial. *J Med Internet Res.*, 18(12), p. 1-11.

64. Lotta Kuosmanen R.N., Hupli M., Ahtiluoto S., Haavisto E. 2021. Patient participation in shared decision-making in palliative care – an integrative review.. J Clin Nurs., 00, p.1–14.
65. Luobikienė I. (2000). *Sociologija: bendrieji pagrindai ir tyrimų metodika*. Kaunas: Technologija.
66. Maharmeh M., Alasad J., Salami I., Saleh Z., Darawad M. 2016. Clinical Decision-Making among Critical Care Nurses: A Qualitative Study. Health, 8, p. 1807-1819.
67. Marahrens L., Kern R., Ziemssen T., Fritsche A., Martus P., Ziemssen F., Roeck D. 2017. Patients' preferences for involvement in the decision-making process for treating diabetic retinopathy. BMC Ophthalmol, 17(1), p. 1–9.
68. McBee E., Temple R., Katherine P., Artino A.R., Schuwirth L., Kelly W., Masel J., van der Vleuten C., Durning S.J. 2015. Consequences of Contextual Factors on Clinical Reasoning in Resident Physicians. Advances in Health Sciences Education, 20, 1225-36.
69. Mistry A., Wilson S., Priestman T., Damery S., Haque M.S. 2010. How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey. JRSM short reports, 1(4), p. 1-10.
70. Guler S., Hurton S.,C winn M., Molinari M. 2015. Levels in Decision Making and Techniques for Clinicians. Int J Dig Dis., 1(1:2), p. 1-11.
71. Mulley A.G., Trimble C., Elwyn G. 2012. Stop the silent misdiagnosis : patients' preferences matter. BMJ, 345: e6572.
72. Müller E., Hahlweg P., Scholl I. 2016. What do stakeholders need to implement shared decision making in routine cancer care? A qualitative needs assessment. Acta Oncol., 55(12), p. 1484–91.
73. Montori V.M., Brito J.P., Murad M.H. 2013. The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. JAMA, 310, p. 2503-2504.
74. Novelskaitė, A. (2012). *Socialinio tyrimo terminija: tyrimo strategija, tyrimo planas, tyrimo dizainas, tyrimo procesas*. Metodinė knyga Kultūros vadybos studijų programos studentams. Vilnius:Vilniaus universiteto Kauno humanitarinis fakultetas.
75. Nuwagaba J., Olum R., Bananyiza A., Wekha G., Rutayisire M., Agaba K.K., Chekwech G., Nabukalu J., Nanyonjo G.G., Namagembe R., Nantongo S., Lubwama M., Besigye I., Kiguli S. 2021. Patients' Involvement in Decision-Making During Healthcare in a Developing Country: A Cross-Sectional Study. Patient Prefer Adherence, 15, p. 1133-1140.
76. Ochieng J., Buwembo W., Munabi I., Ibingira C., Kiryowa H., Nzarubara G., Mwaka E. 2015. Informed consent in clinical practice: patients' experiences and perspectives following surgery. BMC Res Notes, 8(1), p.1-6.

77. Oshima Lee E., Emanuel E.J. 2013. Shared decision making to improve care and reduce costs. *The New England Journal of Medicine*, 368, p. 6-8.
78. Parsons W. *Viešojo politika*. Vilnius: Eugrimas, 2001.
79. Peičius E., Kučinskaitė A. 2014. Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų dalyvavimas priimančios sveikatos priežiūros sprendimus: kokybinio tyrimo analizė. *Visuomenės sveikata*. Nr.1, p. 90.
80. Prior S.J., Campbell S. 2018. Patient and Family Involvement: A Discussion of Co-Led Redesign of Healthcare Services. *J Particip Med*, 10(1), p.1-8.
81. Rafii F., Soleimani M., Seyed-Fatemi N. 2010. Concept Analysis of Participation of Patient with Chronic Disease: Use of Hybrid Model. *Iran J Nurs.*, 23(67), p. 35–48.
82. Robijn L., Seymour J., Deliens L., Korffage I., Brown J., Pype P., Van Der Heide A., Chambaere K., Rietjens J. 2018. The involvement of cancer patients in the four stages of decision-making preceding continuous sedation until death: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 32(7), p. 1198– 1207.
83. Ruhnke G.W., Tak H.J., Meltzer D.O. 2020. Association of Preferences for Participation in Decision-making With Care Satisfaction Among Hospitalized Patients. *JAMA Netw Open.*, 3(10): e2018766.
84. Ruževičius, J. (2016). *Magistrantūros studijos: baigiamojo darbo projektų (BDP) ir magistro darbo (MD) rašymas*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
85. Sanders A. R. J., van Weeghel I., Vogelaar M., Verheul W., Pieters R. H. M., de Wit N., Bensing J. M. 2013. Effects of improved patient participation in primary care on health-related outcomes: A systematic review. *Family Practice*, 30(4), p. 365–378.
86. Schettini I., Palozzi G., Chirico A. 2020. Enhancing Healthcare Decision-Making Process: Findings from Orthopaedic Field. *Adm. Sci.*, 10(94), p.1-20.
87. Sommers R., Goold S.D., McGlynn E.A., Pearson S.D., Danis M. 2013. Focus Groups Highlight That Many Patients Object To Clinicians' Focusing On Costs. *Health Affairs*, 32(2), 338-346.
88. Sousa M.J., Pesqueira A.M., Lemos C., Sousa M., Rocha A. 2019. Decision-Making Based on Big Data Analytics for People Management in Healthcare Organizations. *Journal of Medical Systems*, 43(9), p.1-10.
89. Stafinski T., Menon D., McCabe C.D. Philippon (2011). To Fund or Not to Fund. *Pharmacoeconomics*, 29(9), p. 771-780.
90. Statutory guidance for clinical commissioning groups and NHS England. 2017. Involving people in their own health and care. [žiūrėta 2021 m. birželio 22 d.]. Prieiga per internetą: <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/04/ppp->



involving-people-health-care-guidance.pdf>

91. Smith S.K., Dixon A., Trevena L., Nutbeam D., McCaffery K.J. 2009. Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Soc Sci Med.*, 69(12), p. 1805–12.
92. Stiggelbout A.M., Van Der Weijden T., De Wit M.P.T., Frosch D., Légaré F., Montori V.M., Trevena L., Elwyn G. 2012. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ.*, 344, p. 1-6.
93. Sun A.Y., Scanlon B.R. 2019. How can Big Data and machine learning benefit environment and water management: A survey of methods, applications, and future directions. *Environmental Research Letters*, 14, p. 1-29.
94. Szalai C., Herbstreit S., Novosadova K., Somerville S. 2021. Learning by doing: To explore the influence of Simulation on Clinical Decision-Making Approaches on Final Year Medical Students at the University of Duisburg-Essen, Germany'. *MedEdPublish*, 10(1), p. 1-15.
95. Šarkutė L. 2009. Sprendimų priėmimo samprata ir tyrimų tradicijos. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, 2(25), p. 105-117.
96. Tanios N., & Wagner M., Tony M., Baltussen R., Til J., Rindress D., Kind P., Goetghebeur M., Ferraz M., Carrasqueiro S., Chinitz D., Chitama D., Clifford T., Cumming J., Diaby V., Flamion B., Gerber-Grote A., Goeree R., Guindo A., Wong P. 2013. Which criteria are considered in healthcare decisions? Insights from an international survey of policy and clinical decision makers. *International journal of technology assessment in health care*, 29, p. 456-65.
97. Tran V.T., Messou E., Mama Djima M., Ravaud P., Ekouevi D.K. 2019. Patients' perspectives on how to decrease the burden of treatment: a qualitative study of HIV care in sub-Saharan Africa. *BMJ Qual Saf.*, 28(4), p. 266–75.
98. Trimble M., Hamilton, P. 2016. The thinking doctor: clinical decision making in contemporary medicine. *Clinical medicine*, 16(4), p. 343–346.
99. Vahdat S., Hamzehgardeshi L., Hessam S., Hamzehgardeshi Z. 2014. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iran Red Crescent Med J.*, 16(1), p. 1–7.
100. Valackienė, A. (2007). *Sociologinis tyrimas: vadovėlis*. Kaunas: Technologija.
101. Vedasto O., Morris B., Furia F.F. 2021. Shared decision-making between health care providers and patients at a tertiary hospital diabetic clinic in Tanzania. *BMC Health Serv Res*, 21(1).
102. Virdun C., Lockett T., Lorenz K., Davidson P. M., Phillips J. 2020. Hospital patients' perspectives on what is essential to enable optimal palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 34(10), p. 1402– 1415.

103. Volker D. L., Wu H.L. 2011. Cancer patients' preferences for control at the end of life. *Qualitative Health Research*, 21(12), p.1618-1631.
104. Waddell A., Lennox A., Spassova G. *et al.* 2021. Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: a systematic review. *Implementation Sci.*, 16(74), p. 1-23.
105. Weernink M.G.M., Janus S.I.M., van Til J.A., Raisch D.W., van Manen J.G., Ijzerman M.J. 2014. A systematic review to identify the use of preference elicitation methods in healthcare decision making. *Pharma Med.*, 28, p. 175–85.
106. Weingart S.N., Zhu J., Chiappetta L., Stuver S.O., Schneider E.C., Epstein A.M., Weissman, J.S. 2011. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(3), p. 269–277.
107. White K.A. 2014. Development and Validation of a Tool to Measure Self-Confidence and Anxiety in Nursing Students During Clinical Decision Making. *Journal of Nursing Education*, 53(1), p. 14–22.
108. Wu T., Wu Y.J., Tsai H., Li Y. 2017. Top management teams' characteristics and strategic decision-making: A mediation of risk perceptions and mental models. *Sustainability*, 9: 2265, p.1-15
109. Zavala A.M., Day G.E., Plummer D., Bamford-Wade A. 2018. Decision-making under pressure: Medical errors in uncertain and dynamic environments. *Australian Health Review*, 42, p. 395–402.
110. Xu R.H., Wong E.L. 2017. Involvement in shared decision-making for patients in public specialist outpatient clinics in Hong Kong. *Patient Prefer Adherence*, 11, p. 505–512.

## **PRIEDAI**

## Apklausa - gydytojams

### 1. Priimant klinikinius sprendimus Jūs pirmiausia vadovaujatės:

- A. Savo žiniomis
- B. Savo intuicija
- C. Savo patirtimi
- D. Klinikiniu efektyvumu/veiksmingumu ir saugumu
- E. Paciento norais
- F. Kita (įrašykite)

### 2. Pateikiama teiginių grupė susijusi su sprendimų priėmimu, prašome įvertinkite kiek sutinkate/nesutinkate su pateiktais teiginiais (kur 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3- nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku)

Teiginiai	1	2	3	4	5
Klinikinių sprendimų priėmimą įtakoja gydymo įstaigos politika					
Klinikinių sprendimų priėmimą įtakoja darbo atmosfera					
Priimant klinikinius sprendimus konsultuojosi su kitais specialistais					
Pacientui suteikiu galimybę dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo					

### 3. Sprendimus dėl gydymo paprastai priimate:

- A. Tik Jūs - kaip gydytojas
- B. Jūs ir pacientas
- C. Tik pacientas

### 4. Kaip manote kas turėtų priimti sprendimą dėl paciento gydymo?

- A. Tik gydytojas
- B. Tik pacientas
- C. Abu: gydytojas ir pacientas

### 5. Pateikiama teiginių grupė susijusi su gydymo paslaugomis, prašome įvertinkite kiek sutinkate/nesutinkate su pateiktais teiginiais (kur 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3- nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku)

Teiginiai	1	2	3	4	5
Pacientas turi galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo					
Su pacientu aptariamos gydymo galimybės					
Išklausau ir atsižvelgiu į paciento pageidavimus...					
Skiriu pakankamai laiko konsultacijoms ir .t.t.					

**6. Kaip manote ar pacientai turėtų dalyvauti su jų gydymu susijusiame sprendimų priėmime?**

- a. Taip
- b. Ne

**7. Pateikiama teiginių grupė susijusi su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmime, prašome įvertinkite kiek sutinkate/nesutinkate su pateiktais teiginiais (kur 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3- nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku)**

<b>Teiginiai</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Pacientų pasitenkinimas					
Padidėjęs pacientų pasitikėjimas					
Pagerėja pacientų ir specialistų santykiai					
Sumažėjęs pacientų nerimas					
Padidėja pacientų žinios sveikatą, klinikinės rizikos suvokimas					
Pagerėja pacientų gydymo planų laikymąsis					
Padedą pasiekti geresnių gydymo rezultatų					
Sumažėja teisinių ginčų					

**8. Kokiais atvejais Jūsų manymu pacientai turėtų dalyvauti sprendimų priėmime susijusiame su Jūsų gydymu?**

- a. Dėl vaistų
- b. Dėl gydymo
- c. Ir dėl vaistų ir dėl gydymo
- d. KITA (įrašykite).....

**9. Pateikiama teiginių grupė susijusi su paciento nedalyvavimo priežastimis sprendimų priėmime, prašome įvertinkite kiek sutinkate/nesutinkate su pateiktais teiginiais (kur 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3- nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku)**

<b>Teiginiai</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Žemos pacientų pajamos					
Menkas pacientų išsilavinimas					
Informacijos trūkumas					
Per didelis pasitikėjimas gydytojais					
Paciento įsitikinimai, tikėjimai, vertybės					

**10. Jūs dirbate:**

- A.** Šiaulių rajono pirminiame sveikatos priežiūros centre
- B.** Šiaulių rajono privačioje klinikoje

**11. Kokios srities gydytojas esate?**

- A. Akušeris - ginekologas
- B. Chirurgas
- C. Urologas
- D. Otorinolaringologas
- E. Ortopedas traumatologas
- F. Oftalmologas
- G. Neurologas
- H. Kardiologas
- I. Endokrinologas
- J. Dermatovenerologas
- K. Šeimos gydytojas
- L. Kita (įrašykite)

**12. Jūsų darbo patirtis?**

- A. < 1 m.
- B. 1 - 3 m.
- C. 4 - 9 m.
- D. > 10 m.

## Anketa pacientams

### 1. Kaip manote kas turėtų priimti sprendimą dėl Jūsų gydymo?

- a. Tik gydytojas
- b. Tik aš
- c. Abu: gydytojas ir aš

### 2. Pateikiama teiginių grupė susijusi su gydymo paslaugomis, prašome įvertinkite kiek sutinkate/nesutinkate su pateiktais teiginiais (kur 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3- nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku)

Teiginiai	1	2	3	4	5
Turiu galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo					
Su gydytojų aptariamos gydymo galimybės					
Gydytojai išklauso ir atsižvelgia į mano pageidavimus...					
Gydytojai skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir .t.t.					

### 3. Kokiais atvejais pageidautumėt dalyvauti sprendimų priėmimo susijusiame su Jūsų gydymu?

- A. Dėl vaistų
- B. Dėl gydymo
- C. Ir dėl vaistų ir dėl gydymo
- D. Kita (įrašykite).....

### 4. Pateikiama teiginių grupė susijusi su Jūsų, kaip paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo, prašome įvertinkite kiek sutinkate/nesutinkate su pateiktais teiginiais (kur 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3- nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku)

Teiginiai	1	2	3	4	5
Jaučiu/čiau pasitenkinimą					
Padidėjo/tų pasitikėjimas					
Pagerėjo/jų mano ir specialistų santykiai					
Sumažėjo/tų nerimas					
Padidėjo/tų žinios sveikatą, klinikinės rizikos suvokimas					
Pagerėjo/tų gydymo planų laikymąs					
Padėjo/tų pasiekti geresnių gydymo rezultatų					

### 5. Jūsų amžius:

- A. 18-20 metų
- B. 21-30 metų
- C. 31-40 metų
- D. 41-50 metų
- E. 51 - 60 metų
- F. > 61 metai

### 6. Jūsų lytis:

- A. Vyras
- B. Moteris

**7. Jūsų išsilavinimas:**

- A. Nebaigtas vidurinis
- B. Vidurinis (bendrojo lavinimo mokykla)
- C. Aukštesnysis arba profesinis
- D. Nebaigtas aukštasis
- E. Aukštasis

**8. Jūsų namų ūkio pajamos:**

- A. Priskirčiau prie žemų
- B. Vidutinės
- C. Didesnės nei vidutinės - aukštos
- D. Labai aukštos

**9. Kokioje gydymo įstaigoje gydotės/lankotės?**

- A. Privačioje
- B. Valstybinėje



16 lentelė. Teiginių, susijusių su gydymo įstaigos paslaugomis, vertinimas pagal lankomą gydymo įstaigos tipą ir socialines-demografines charakteristikas

		Turiu galimybę dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo	Su gydytojais aptariamoms gydymo galimybės	Gydytojais išklauso ir atsižvelgia į mano pageidavimus	Gydytojais skiria pakankamai laiko konsultacijoms ir t.t.	
Lankoma gydymo įstaiga	Privati	Vid.	3,94	4,06	3,87	3,28
		SN	0,99	0,97	1,08	1,46
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00
	Valstybinė	Vid.	3,54	3,71	3,44	3,13
		SN	1,38	1,36	1,34	1,47
		Mediana	4,00	4,00	4,00	3,00
	<i>U</i>		10752,0	11104,0	10228,0	11647,0
<i>p</i>		<b>0,034</b>	0,091	<b>0,007</b>	0,345	
Lytis	Vyrai	Vid.	3,28	3,40	3,10	2,45
		SN	1,36	1,37	1,36	1,54
		Mediana	4,00	4,00	4,00	2,00
	Moterys	Vid.	3,99	4,15	3,96	3,63
		SN	1,07	1,00	1,05	1,24
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00
	<i>U</i>		8007,5	7703,0	7228,5	6478,0
<i>p</i>		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	
Amžius	Iki 30 m.	Vid.	4,20	4,44	4,15	3,87
		SN	0,89	0,75	0,88	1,19
		Mediana	4,00	5,00	4,00	4,00
	31-50 m.	Vid.	3,62	3,72	3,55	3,06
		SN	1,26	1,23	1,26	1,46
		Mediana	4,00	4,00	4,00	3,00
	Virš 51 m.	Vid.	3,23	3,30	3,06	2,45
		SN	1,37	1,34	1,37	1,42
		Mediana	4,00	4,00	4,00	2,00
	<i>H</i>		28,106	48,624	32,570	45,074
<i>p</i>		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	
Išsilavinimas	Nebaigtas vid., vidurinis	Vid.	3,41	3,66	3,28	2,67
		SN	1,28	1,24	1,36	1,53
		Mediana	4,00	4,00	4,00	2,50
	Aukštesnysis arba profesinis	Vid.	3,57	3,70	3,47	2,99
		SN	1,29	1,33	1,31	1,46
		Mediana	4,00	4,00	4,00	3,00
	Aukštasis, nebaigtas aukšt.	Vid.	4,11	4,22	4,06	3,75
		SN	1,01	0,91	0,94	1,26
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00
	<i>H</i>		16,802	12,536	17,861	25,449
<i>p</i>		<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	

Namų ūkio pajamos	Žemos	Vid.	3,02	3,23	2,91	2,45
		SN	1,41	1,42	1,40	1,44
		Mediana	4,00	4,00	3,00	2,00
	Vidutinės	Vid.	3,92	4,10	3,85	3,33
		SN	1,03	1,02	1,07	1,38
		Mediana	4,00	4,00	4,00	3,00
	Aukštos	Vid.	3,93	3,94	3,83	3,54
		SN	1,24	1,18	1,22	1,47
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00
	<i>H</i>		22,810	20,253	23,878	22,070
<i>p</i>		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	

*Statistiškai reikšmingi ( $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti*

18 lentelė. Teiginių, susijusių su paciento dalyvavimo nauda sprendimų priėmimo, vertinimas pagal lankomą gydymo įstaigos tipą ir socialines-demografines charakteristikas

			Jaučia/jautė pasitenkinimą	Padidėjo/padidėtų pasitikėjimas	Pagerėjo/pagerėtų mano ir specialistų santykiai	Sumažėjo/sumažėtų nerimas	Padidėjo/padidėtų žinios apie sveikatą, atsirastų klinikinės rizikos suvokimas	Pagerėjo/pagerėtų gydymo planų laikymasis	Padėjo/padėtų pasiekti geresnių gydymo rezultatų
Lankoma gydymo įstaiga	Privati	Vid.	3,63	3,87	3,80	3,88	3,85	3,73	3,76
		SN	1,00	1,03	0,99	0,99	1,06	1,03	1,11
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Valstybinė	Vid.	3,76	3,93	3,89	3,94	4,09	3,97	4,14
		SN	0,93	0,97	0,95	1,00	0,80	0,83	0,79
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	<i>U</i>		11689,5	11962,0	11666,5	11853,5	11114,5	11005,5	10018,5
<i>p</i>		0,407	0,713	0,450	0,481	0,106	0,084	<b>0,007</b>	
Lytis	Vyrai	Vid.	3,64	3,71	3,65	3,58	3,73	3,53	3,59
		SN	1,02	1,03	1,05	1,12	1,05	1,09	1,14
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Moterys	Vid.	3,73	4,01	3,96	4,09	4,12	4,02	4,16
		SN	0,93	0,96	0,91	0,86	0,85	0,80	0,80
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	<i>U</i>		11195,5	9425,0	9569,0	8618,5	9095,0	8598,0	8044,5
<i>p</i>		0,885	<b>0,013</b>	<b>0,020</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	
Amžius	Iki 30 m.	Vid.	3,79	4,08	3,97	4,08	4,17	4,03	4,07
		SN	0,95	0,97	0,94	0,92	0,86	0,89	0,94
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	31-50 m.	Vid.	3,79	3,98	3,98	4,03	4,02	3,92	4,06
		SN	0,87	0,89	0,80	0,84	0,85	0,85	0,85
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Virš 51 m.	Vid.	3,42	3,51	3,47	3,49	3,62	3,48	3,63
		SN	1,08	1,09	1,14	1,19	1,09	1,05	1,12
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	<i>H</i>		5,566	15,911	11,485	13,623	14,477	14,963	9,135
<i>p</i>		0,062	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,010</b>	
Išsilavinimas	Nebaigtas vid., vidurinis	Vid.	3,56	3,69	3,59	3,58	3,71	3,49	3,61
		SN	1,07	1,10	1,16	1,23	1,20	1,17	1,27
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Aukštešnisys arba profesinis	Vid.	3,70	3,87	3,79	3,87	3,99	3,85	3,95
		SN	0,93	0,97	0,95	0,99	0,90	0,89	0,92
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
		Vid.	3,76	4,04	4,05	4,14	4,10	4,05	4,14
	SN	0,96	0,95	0,86	0,79	0,82	0,82	0,80	

	Aukštasis, nebaigtas aukšt.	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	<i>H</i>		1,114	4,873	7,014	8,444	3,114	9,337	6,135
	<i>p</i>		0,573	0,087	<b>0,030</b>	<b>0,015</b>	0,211	<b>0,009</b>	<b>0,047</b>
Namų ūkio pajamos	Žemos	Vid.	3,72	3,74	3,63	3,69	3,78	3,75	3,65
		SN	0,94	1,03	1,02	1,10	1,08	1,12	1,19
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Vidutinės	Vid.	3,67	3,90	3,87	3,90	3,98	3,82	4,00
		SN	0,89	0,94	0,90	0,93	0,85	0,85	0,82
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Aukštos	Vid.	3,73	4,02	3,98	4,10	4,11	4,00	4,11
		SN	1,13	1,07	1,05	1,00	0,98	0,96	1,03
		Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	<i>H</i>		1,248	4,479	5,130	6,811	4,494	3,692	7,422
	<i>p</i>		0,536	0,107	0,077	<b>0,033</b>	0,106	0,158	<b>0,024</b>

*Statistiškai reikšmingi ( $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti*