

ODONTOLOGIJOS KLINIKŲ PACIENTŲ ĮGALINIMO PRIELAIDOS

MANTĖ VAITKUTĖ¹, EGIDIJUS SKARBALIUS²

Klaipėdos universitetas (Lietuva)

ANOTACIJA

Siekiant gerinti asmenų burnos sveikatos būklę pasaulyje kalbama apie odontologijos klinikų pacientų įgalinimą. Atliktas tyrimas, kurio tikslas – nustatyti tokių pacientų įgalinimo prielaidas. Vykdyta apklausa raštu, naudojant Pacientų įgalinimo klausimyną (PEI). Odontologijos klinikos pacientų bendras įgalinimo balo vidurkis yra 7,6 balo. Didesnis įgalinimas susijęs su moteriška pacientų lytimi, jaunesniu amžiumi, turimomis burnos sveikatos problemomis bei žinių, susijusių su burnos sveikatos problemomis, kaupimu. Pacientų įgalinimą didina ir gydytojo pažinėjimas, pakankamas jo skiriamas laikas ir dėmesys pacientui.

PAGRINDINIAI ŽODŽIAI: *pacientų įgalinimas, odontologijos klinika, pacientų įgalinimo instrumentas.*

JEL: I120, I110.

DOI: <https://doi.org/10.15181/rfds.v38i3.2448>

Įvadas

Temos aktualumas ir mokslinė problematika. Odontologija yra viena svarbiausių ir aktualiausių sveikatos priežiūros sričių. Organizuodami ir vykdydami odontologinę veiklą, gydytojai odontologai susiduria ne tik su įprastiniu odontologinių paslaugų teikimu, bet ir patiria specifinių sunkumų, dažniausia tai būna paciento baimė ir skausmo valdymas. Moksliniai tyrimai medicinos srityje atskleidžia, kad sveikata prasideda nuo burnos. Gera burnos sveikata šiais laikais yra ne tik dantų sveikata, bet ir bendros mūsų kūno sveikatos ir gerovės atspirties taškas. Tad gebėjimas pagerinti savo burnos sveikatą gali turėti teigiamų sisteminių pasekmių organizmui, patologijų prevencijai, kas lemia pacientų gyvenimo kokybę (Fiorillo 2019). Ypač svarbu įgyvendinti edukacines intervencijas, skirtas savęs pažinimui apie ligos eigą, skatinant savarankiškumą ir sveikatos elgesio pokyčius, kurie kreipia į burnos ligų prevenciją (Jasrin ir kt. 2020). M. Benecke ir bendraautorių (2020) atliktas tyrimas leidžia pateikti išvagas apie įgalinimo svarbą odontologijos srityje, kuri iki šiol retai tirta ir nelyginta su kitomis medicinos sritimis. Kai pacientai tampa labiau atsakingi už sprendimus, kurie susiję su jų burnos sveikata, jie labiau pasitiki ir savimi, geba geriau kontroliuoti save įvairiais aspektais. Atsiranda atsakomybės ir savikontrolės jausmas, noras rūpintis savimi, kuris lemia ne tik jų pačių sveikatos būklę, bet ir atitinkamą gyvenimo kokybę. Tad ypač svarbu sudaryti galimybę pacientams aktyviai įsitraukti, t. y. įtraukti ne tik pacientų organizacijas, bet ir sveikatos priežiūros įstaigas, sveikatos priežiūros specialistus, pacientų artimuosius, sudaryti jiems galimybę domėtis sveikatos sprendimais, taip užtikrinant, kad gydymas ir praktika atitiktų realius jų poreikius, pageidavimus ir galimybes (Pekonen, Elooranta, Stolt, Virolainen, Leino-Kilpi 2020).

¹ Mantė Vaitkutė – magistrantė, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedra
Moksliniai interesai: sveikatos priežiūros vadyba, burnos sveikatos gerinimas
El. paštas: mantevait12@gmail.com
Tel. +370 623 561 93

² Egidijus Skarbalius – daktaras, docentas, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedra
Moksliniai interesai: pacientų ugdymas, pacientų įgalinimas, komunikavimas sveikatos sistemoje
El. paštas: e.skarbalius@gmail.com
Tel. +370 612 150 55

Pacientų įgalinimas nemažai tyrinėtus užsienio šalyse, ypač žmonių, sergančių lėtinėmis ligomis. Lietuvoje tai mažai tyrinėta sritis. Odontologijos klinikos pacientų įgalinimas visiškai netirtas. Šiuo metu žinios apie pacientų savarankiškumą ir norą dalyvauti priimant sprendimus dantų priežiūros srityje yra ribotos. Nors keliuose leidiniuose pateikiamos konceptualios diskusijos, straipsniai, kuriuose pateikiami empiriniai duomenys, patvirtina teiginį, kad daugiau dėmesio reikia skirti pacientų savarankiškumui, jų dalyvavimui odontologijoje (Chandu 2011). Taigi galima teigti, kad darbo tema yra aktuali ir nauja. Lietuvoje pacientų įgalinimo klausimus nagrinėjo tik A. Skarbaliene ir bendraautorai (2019), jie atliko pacientų įgalinimo instrumento validavimo tyrimą su asmens pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis.

Tyrimo problema. Paciento ir gydytojo konsultacijos svarbios, siekiant užtikrinti gydymo kokybę ir aukšto lygio pacientų priežiūrą, ypač pacientų, kurie lankosi pas gydytoją odontologą. Pirminės sveikatos priežiūra apibūdinama kaip holistinė ir „kantri“, tai fiksuojantis ir vienas iš pagrindinių rodiklių – pacientų įgalinimas (Skarbaliene, Jurgutis, Strandberg ir kt. 2019). Paciento įgalinimo klausimynas sukurtas, siekiant sutelkti dėmesį į pacientą, jo poreikius ir taip užtikrinti konsultacijų kokybę.

Problema: nustatyti paciento įgalinimo prielaidas, t. y. padėti jam suprasti jo burnos sveikatos problemas ir jas įveikti.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti odontologijos klinikų pacientų įgalinimo prielaidas.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, anketinė apklausa, apklausos duomenų analizė, naudojant SPSS statistinę programą.

1. Odontologijos klinikos pacientų įgalinimo svarba

Odontologija, kaip medicinos šaka, ir kitos sveikatos mokslų profesijos turėtų į žmogų žiūrėti kaip į vienetą, sujungiantį skirtingas dalis: biologinę, psichologinę, socialinę, kultūrinę ir dvasinę. Žvelgiant iš šios holistinės perspektyvos, bendravimas santykiuose su pacientu ypač svarbus, tad atkreiptas dėmesys į tai, kad burnos sveikatos priežiūros ekspertas turi veiksmingai bendrauti, siekiant teigiamo poveikio pacientui ir jo sveikatai, kad būtų galima pacientui padėti atsakingai rūpintis savo sveikata ir jos priežiūra, o tai yra daugiau nei tik ligos išgydymas (Ustrell-Torrent, Buxarrais-EstradaRiutord-Sbert 2021).

Kiekvienas elgesys skleidžia žinutes pašnekovams ne tik žodžiais, nes gestai, veido išraiškos ir net tylą yra bendravimo formos. Tad ir sveikatos priežiūros specialistas turėtų dirbti su skirtingais verbalinio bei neverbalinio bendravimo aspektais, ugdytis empatiją ir socialinius įgūdžius, leidžiančius bendrauti su pacientu (Kemparaj, Panchmal, Jayakumar, Kadalur 2016).

Tinkamas bendravimas su pacientu gali mažinti jo nerimą ir galimas su sveikatos problema ar gydymo metodu susijusias baimes. Šis gebėjimas suteikia profesionalui ne tik žinių, bet ir įgūdžių. Aktyvus asmens vaidmuo jo sveikatos priežiūros procese, laisvė ir savarankiškumas priimant sprendimus yra gerai žinomos teisės (Stuart, Hoang, Crocombe, Barnett 2017).

Į paciento klinikinę istoriją įtraukiama visa informacija, kurią jis pateikia gydytojo prašymu, taigi tikslios diagnozės nenustatysi neužmezgęs dialogo ir tinkamai, sklandžiai jo nevykdydamas. Kalbą galima traktuoti įvairiais aspektais – psichologiniu, socialiniu, taigi gydytojas turėtų įsisąmoninti, ką pacientui sako. Pacientui nelengva bus jį suprasti, jei kalboje bus gausu jam neįprastų mokslinių terminų. Nežinant klinikinės istorijos, kuri odontologijoje svarbi, pacientui gali būti net pakenkta. Todėl odontologo ir paciento nuoširdus bendravimas suteikia pacientui pasitikėjimo (Pulvirenti, McMillan, Lawn 2014). Apsisprendamas dėl gydymo odontologas į šį procesą turėtų įtraukti ir pacientą, užtikrinęs jo saugumą ir užsitikrinęs pasitikėjimą, suderinęs paciento poreikius ir odontologijos galimybes (Kärner Köhler 2018). Burnos sveikata, funkcija ir estetika yra pagrindiniai odontologijos tikslai, nors pastaraisiais metais vis labiau domintis estetika, tai tapo odontologinės priežiūros pagrindu, pacientui siekiant įgyti pasitikėjimo, pagarbos sau (Braut, Smedbråten, Andresen 2016).

Tam būtinos estetiškos odontologijos žinios ir įgūdžiai. Kadangi daugelis pacientų atvykę į konsultaciją jau turi nemažai informacijos iš žiniasklaidos, tai lėmė odontologo ir paciento santykių sudėtingumą, nes pacientai gydytis atvyksta jau žinodami, ko nori, taigi reikalauja gydymo gydytojui neįvertinus situacijos (Rajput, Puranik, Shanbhag, Kumar 2020). Sveikatos priežiūros specialistas turėtų gebėti tokias situacijas

valdyti, paisydamas paciento norų ir atsižvelgdamas į jo lūkesčius. Visuomenėje tobulos išvaizdos siekis auga. Mėgautis gera sveikata, asmenine savigarba, jaunatviškai atrodyti, kurti tobulą kūno įvaizdį, būti patraukliam, puikiai psichologiškai jaustis, būti tikram dėl socialinio pripažinimo ir profesinės sėkmės – tokie pagrindiniai daugelio žmonių tikslai (Náfrádi, Nakamoto, Schulz 2017).

Vis dėlto estetika turbūt per daug sureikšminama, nes kaina, kurią pacientas turi sumokėti už norimą įvaizdį ir patrauklią šypsena, kartais gerokai per didelė. Dirbant komandoje, t. y. gydytojui ir pacientui bendradarbiaujant, gydytojui vis padrašinant galima pasiekti aukščiausią bendradarbiavimo laipsnį. Kadan gi šiandien siekiama visapusio odontologų profesionalumo, dėmesio būtina skirti ir bendravimui (Nassar 2015). Paciento ir odontologo santykiai turėtų atitikti naujų laikų reikalavimus, odontologas turėtų būti pasiruošęs pokyčiams ir sunkumams su pacientais, kurie netiksliai apibūdina savo sveikatos būklę (Van Riel, Zuidema, Vogel, Rongen-van Dartel 2019).

Nesusipratimus reikėtų išsiaiškinti pateikiant aiškią informaciją, taip stiprėtų odontologo ir paciento tarpusavio ryšys, kuris prisidės prie paciento burnos sveikatos gerinimo. Paciento būtina klausytis, jį nuraminti, diagnozuoti, apmąstyti, bendrauti ir gydyti, taip odontologo ir paciento sąveika duotų didžiausią naudą (Welie 2019).

Šiuo metu informacijos apie pacientų savarankiškumą ir norą dalyvauti priimant sprendimus dėl dantų priežiūros trūksta. Keliuose leidiniuose pateikiamos conceptualios diskusijos, straipsniai, kuriuose pateikta empirinių duomenų, patvirtinančių teiginį, kad daugiau dėmesio reikėtų skirti pacientų savarankiškumui, jo dalyvavimui odontologijoje (Cinar, Schou 2014). Noras dalyvauti priklauso ir nuo gydymo sudėtingumo.

M. Sajid'o, A. Saeed'o (2021) pateiktas susitikimo su odontologu modelis atskleidžia paciento dalyvavimo svarbą. Nedaug mokslinių tyrimų aptikta apie dabartinius įpročius, odontologų požiūrį ir pacientų dalyvavimą odontologijos procesuose. Kai kurie tyrimai pagrindžia teiginį, kad sprendimų priėmimas, įskaitant pagrįstą informaciją, yra naudinga priemonė padedanti pacientui dalyvauti gydyme, be to, didina pacientų pasitenkinimą, lengvina bendradarbiavimą ir sutarimą su odontologu. Tačiau vis dar trūksta išsamios paciento pasirinkimo dėl jo dalyvavimo priimant sprendimus odontologijos procese analizės, palyginimo su kitomis medicinos grupėmis ir atitinkamo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo požiūrio (Welie 2019).

A. B. Cinar'o ir bendraautorių (2014) atliktas tyrimas atskleidė pacientų savarankiškumo odontologijos procesuose principus. Pacientų pageidavimai lyginti su odontologų požiūriu ir kitų medicinos sričių kontekste. Tuo siekta nustatyti individų savarankiškumo skirtumus ir tai, kiek jie priklausomi nuo priimamo sprendimo. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad įgalinimas gali gerinti dantų valymą, be to, tarpusavio sąveika leidžia valdyti diabeto eigą, nes mažėja hemoglobino kiekis, didėja fizinis aktyvumas, gerėja gyvenimo kokybė. Dantų valymas gali būti praktinis įgalinimo pradžios taškas, pasitelkiamas kaip veiksmingas ir praktiškas elgesys, stebint asmeninę sėkmę gydant diabetą.

Apibendrinant galima teigti, kad svarbu pacientą įtraukti į sprendimų priėmimą, kiek jie patys to pageidauja: pacientams būtų leidžiama rinktis, nes vieniems reikia skirti daugiau dėmesio, kitus pakanka tik išklausyti, koku tikslu atvyko, ir suteikti pagalbą. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams organizuojami mokymai. Odontologijos paslaugų, kaip ir kitų medicininių paslaugų pacientų, noras dalyvauti priimant sprendimus yra panašus.

2. Tyrimo metodologija

Straipsnyje analizuotos odontologijos klinikų pacientų įgalinimo prielaidos. Atsižvelgiant į darbo tikslą bei uždavinius, atlikta mokslinės literatūros analizė, kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa. Vykdamas apklausą, anketos pateiktos pirmą kartą klinikoje arba konsultacijai atvykusiems į vieną iš privačių Palangos miesto ir Klaipėdos miesto odontologijos klinikų pacientams.

Atliekant tyrimą naudotas Pacientų įgalinimo klausimynas (angl. *Patients enablement instrument*): šešių punktų, trijų skalių klausimynas, kaip pacientai suvokia savo gebėjimą suprasti ir valdyti savo ligas po konsultacijos, jas įveikti. Pacientų klausta, kiek jie pasikonsultavę su savo gydytoju odontologu jaučiasi galintys: 1) susitvarkyti savo gyvenimą; 2) suvokti savo burnos ligą; 3) ją įveikti; 4) geriau rūpintis burnos sveikata; 5) sau padėti.

Pacientų įgalinimo skalė (PEI): „daug geriau / daugiau“ (2 balai), „geriau / daugiau“ (1 balas), „tas pats arba mažiau“ (0 balų) ir „man netaikoma“ (0 balų), todėl bendras balas svyruoja nuo 0 iki 12. Ši PEI balą būtų galima apskaičiuoti, kai atsakyta bent į tris iš šešių klausimų. Nesutarta, kuris PEI balas laikomas „geru“ ar „pakankamu“. Pacientų įgalinimo klausimyną į lietuvių kalbą (PEI) išvertė A. Skarbaliene ir bendraautorai (2019). Atlikę patikimumo (bandomąjį) tyrimą, jie nusprendė naudoti nekoreguotą pacientų įgalinimo klausimyno variantą. Vienas žodis PEI anketoje pakeistas. Žodis *susitvarkyti* lietuvių kalboje turi keletą sinonimų, pagrindinis – *susidoroti*. Kalbos požiūriu, kai kalbama apie ligą, jis netinkamas.

Be šešių PEI klausimų, pasitelkus klausimyną, renkami demografiniai duomenys, fiksuojamos apsilankymo pas gydytoją priežastys, tiriami lūkesčiai dėl konsultacijos (tikimasi gauti receptą) ir priežiūros tęstinumo (lankytis pas gydytoją, kurį pacientas pažįsta ir teikia jam pirmenybę). Vizito pas gydytoją priežastys suformuluotos pagal poreikių kategoriją, apibrėžtą J. G. Howie (1996), pavyzdžiui, biomedicininės, socialinės, psichologinės, administracinės (gydymas, istorijos išrašas, sveikatos būklės patvirtinimas ir pan.) arba anksčiau minėtų poreikių kompleksas.

Į klausimus apie asmens sveikatą ir apsilankymo pas gydytoją priežastis atsakyta laukiant konsultacijos. Gydytojas pažymėjo konsultacijos datą, laiko pradžią ir pabaigą. Iškart po konsultacijos respondentai atsakė į kitus (PEI) klausimus.

Tyrimo imtis: atliekant kiekybinį tyrimą apklausta 370 respondentų. Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- odontologijos klinikoje lankėsi pirmą kartą;
- tiriamųjų amžius – ≥ 18 metų;
- konsultavosi pas burnos priežiūros specialistą.

Atliekant kiekybinį tyrimą apklausta 370 respondentų. Tiriamųjų grupei parinkti taikyta tikimybinė atranka (Žydzūnaitė 2011). Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro metinių ataskaitų ir Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenimis, pagal pateiktus pirmą kartą pas gydytojus odontologus apsilankiusių 2020 m. asmenų sąrašus, nustatyta, kad pirmą kartą pas odontologus apsilankiusių skaičius (tūkst.) – 3614,6. Tiriamųjų imtis apskaičiuota pasirinkus 95 proc. pasikliovimo lygmenį ir 0,05 tikslumą (Kardelis 2017). Imties dydžiui apskaičiuoti pagal Paniott'o formulę: $n = 1 / (d2 + 1/N)$, kur:

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

Atlikus skaičiavimus nustatyta, kad apklausti reikia ne mažiau kaip 398 pirmą kartą apžiūrai arba konsultuotis pas burnos priežiūros specialistą apsilankę pacientai. Atliekant tyrimą odontologijos klinikose išdalinta 400 anketų. Gražintų anketų 380, iš jų 10 – neteisingai užpildytos arba neatsakyta į klausimus, tad tų anketų duomenys neįtraukti į tyrimą.

Kiekybinis tyrimas atliktas 2021 m. lapkričio – 2022 m. kovo mėn. Tyrimo instrumentai (anketos klausimai) visų pirma vertinti Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedros Bioetikos komisijos. Gautas bioetikos komiteto leidimas atlikti tyrimą ir patvirtinimas, kad tyrimo instrumentai etikos reikalavimų nepažeidžia. Gauti tyrimo leidimai iš vienos Palangos ir vienos Klaipėdos odontologijos klinikų vadovų. Abiejų klinikų vadovai supažindinti su tyrimo tema, tikslu ir uždaviniais. Tyrimas (anketinės apklausos) pradėtas tik gavus odontologijos klinikų vadovų sutikimus. Anketos pradžioje respondentai supažindinami su tyrimu, kuriuo siekiama išanalizuoti odontologijos klinikos pacientų įgalinimo prielaidas. Siekiant užtikrinti anonimiškumą, pažymėta, kad anketa yra anoniminė, tad respondentui nereikia nurodyti savo vardo ir pavardės. Į tyrimo dalyvius kreiptasi *gerbiamieji*, klausimyno teiginiai pateikti pagarbiu stiliumi, respondentams nesudaryta privatumo praradimo prielaidų, laikytasi geranoriškumo principo. Atliekant kiekybinį tyrimą vadovautasi pagrindiniais tyrimo etikos principais, siekiant užtikrinti respondentų anonimiškumą, konfidencialumą ir privatumą (Kardelis 2017).

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant kompiuterių programos statistikos paketą *SPSS/w 17.0* ir *Excel 2010* programą. Taikyta aprašomoji duomenų statistika – absoliutieji (*n*) ir procentiniai (proc.) dažniai, siekiant įvertinti nagrinėjamų požymių pasiskirstymą pasirinktoje imtyje. Skaičiuoti rangų aritmetiniai vidurkiai (*m*), pateikiamos mažiausios ir didžiausios reikšmės. Hipotezėms dėl kintamojo skirstinio populiacijoje tikrinti skaičiuotas chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Dviejų nepriklausomųjų imčių rango kintamųjų vidutinės reikšmės palygintos pasitelkus Mann-Whitney'aus *U* testą. Norint nustatyti sąsajas ir ryšio tarp kintamųjų stiprumą skaičiuotas neparаметrinis Spearman'o ranginės koreliacijos koeficientas (*r*).

3. Tyrimo rezultatai

Atliktame tyrime moterų ir vyrų skaičius pasiskirstė tolygiai: moterų tyrime dalyvavo 50,5 proc. (*N* = 193), vyrų – 49,4 proc. (*n* = 177). 1 lentelėje pateiktos respondentų socialinės-demografinės charakteristikos. Lyginant duomenis pagal socialinę ir šeimines padėtis nustatyta, kad didžioji dalis respondentų yra vedę (ištekęsios) arba gyvena kaip pora (*N* = 218) (58,9 proc.) ir yra dirbantys (*N* = 283) (76,5 proc.).

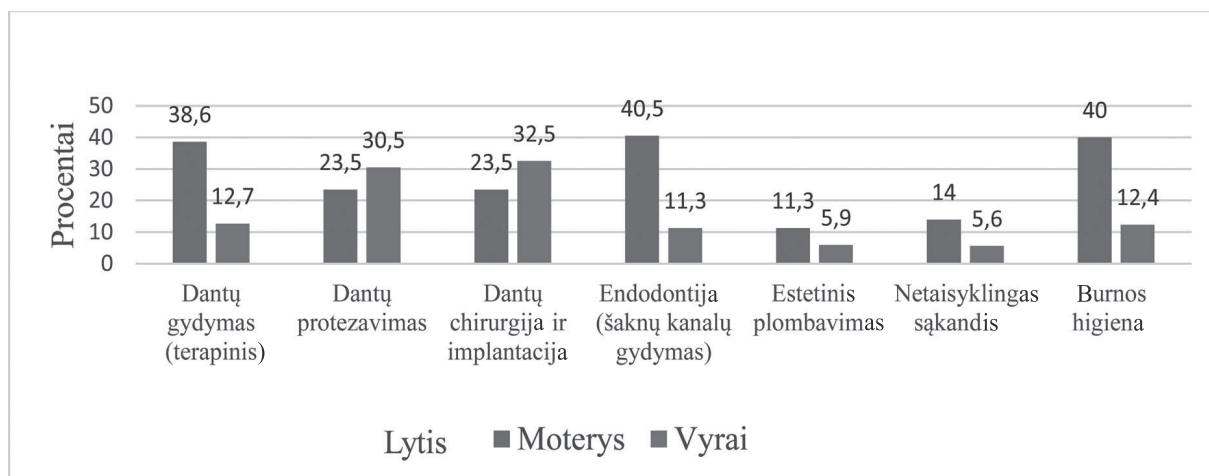
1 lentelė. Tyrime dalyvavusių pacientų imties socialinės-demografinės charakteristikos

Požymiai	Iš viso (<i>n</i> = 370)
Lytis, <i>N</i> (%)	
Vyrai	177 (49,4)
Moterys	193 (50,5)
Amžius (<i>SD</i>)	37,21 (14,482)
18–40 metų	234 (63,2)
41–60 metų	106 (28,6)
60 ir daugiau	30 (8,1)
Išsilavinimas (<i>N</i>) (%)	
Pagrindinis	15 (4,1)
Vidurinis	135 (36,5)
Aukštasis neuniversitetinis	104 (28,1)
Aukštasis universitetinis	62 (16,8)
Magistro laipsnis	48 (13)
Daktaro laipsnis	6 (1,6)
Šeiminė padėtis (<i>N</i>) (%)	
Vedęs (ištekęsios) / gyvenu poroje	218 (58,9)
Išsiskyres (-usi)	34 (9,2)
Nevedęs (netekęsios)	102 (27,6)
Našlys (-ė)	16 (4,3)

Didžiosios dalies respondentų amžius – 18–40 metų, dirbantys ir vedę (ištekęsios) arba gyvenantys kaip pora. Palyginus respondentų pasiskirstymą pagal amžių, daugiausia apklausoje dalyvavo 18–40 metų pacientų (*N* = 234) (63,2 proc.). Svarbu paminėti, kad didesnė jų dalis turi vidurinį išsilavinimą (*N* = 135) (36,5 proc.) ir aukštąjį neuniversitetinį (*N* = 104) (28,1 proc.). Palyginus duomenis pagal socialinę ir šeimines padėtis, didžioji dalis respondentų vedę (ištekęsios) arba gyvena kaip pora (*N* = 218) (58,9 proc.) ir yra dirbantys (*N* = 283) (76,5 proc.).

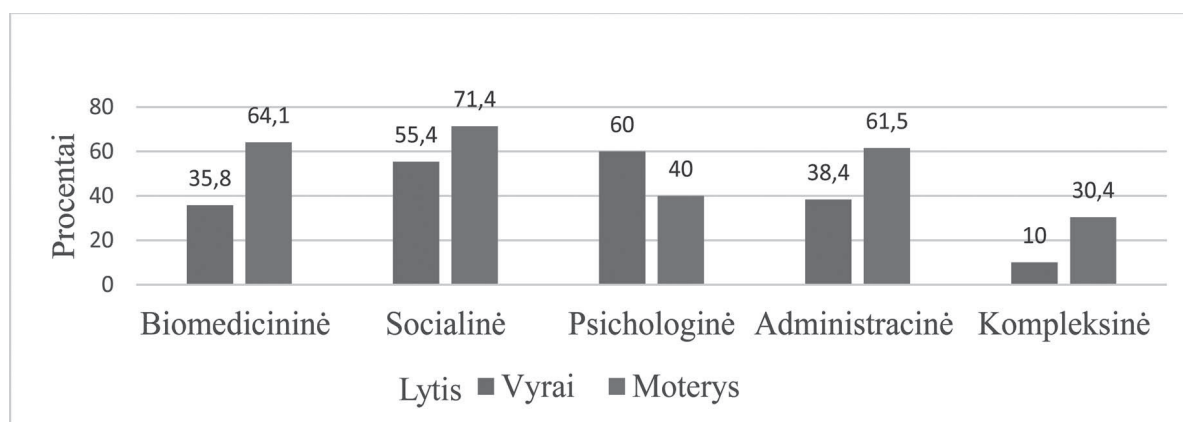
Tyrime dalyvaujančių pacientų klausta, su kokiomis dantų problemomis susiduria. Šiuo klausimu siekta išsiaiškinti, kokia problema apklausiamus pacientus paskatino kreiptis į odontologijos kliniką. 1 paveiksle pavaizduotas respondentų pasiskirstymas lyties ir problemos, kodėl moterys ir vyrai dažniausia kreipiasi į

gydytoją odontologą, aspektais. Gauti rezultatai rodo, kad moterys statistiškai reikšmingai dažniau nei vyrai ($p < 0,05$) kreipiasi dėl endodontinio gydymo – 40,5 proc. ($N = 78$), burnos higienos – 40 proc. ($N = 77$) ir dantų terapinio gydymo – 38,6 proc. ($N = 74$). Vyrai statistiškai reikšmingai dažniau nei moterys ($p < 0,05$) kreipiasi dėl dantų chirurgijos 32,5 proc. ($N = 58$) ir protezavimo 30,5 ($N = 54$).



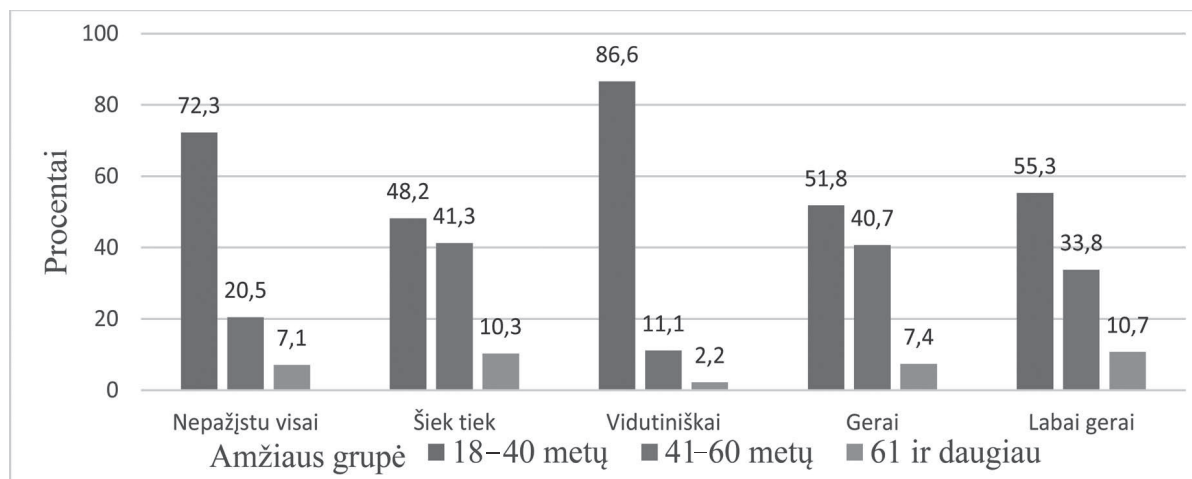
1 pav. Respondentų pasiskirstymas lyties ir problemos, dėl kurios kreipėsi į gydytoją odontologą, aspektais (proc.)

Odontologijos klinikoje apsilankiusių pacientų klausta, ką jie norėtų aptarti su gydytoju, siekiant išsiaiškinti, kokie klausimai labiausiai domina odontologijos klinikoje apsilankiusius pacientus. Rezultatai pateikti 2 paveiksle. Palyginus vyrų ir moterų rezultatus, moterys dažniau norėtų aptarti biomedicininę problemą – 64,1 proc. ($N = 125$) – naują kilusią arba neatidėliotiną fizinės sveikatos (danties skausmas, trauma) ar ilgalaikės fizinės sveikatos (dantų trūkumas, netaisyklingas sąkandis) problemą; socialinę (kaip išlaikyti sveiką burnos būklę) – 71,4 proc. ($N = 138$); administracinę (pažyma ar pagalba pildant dokumentus, susijusius su burnos sveikatos klausimais) – 61,5 proc. ($N = 119$) ir kompleksinę, t. y. kelias problemas (biomedicininę, psichologinę ir socialinę) – 30,4 proc. ($N = 59$). Statistiškai reikšmingai moterys dažniau kreipiasi dėl administracinės (61,5 proc., $N = 119$) ir socialinės (71,4 proc., $N = 138$) problemų ($p < 0,005$). Vyrai statistiškai reikšmingai dažniau (60 proc., $N = 106$) nei moterys kreipiasi dėl psichologinių problemų ($p < 0,005$). Taigi galima daryti išvadą, kad moterys dažniau nori aptarti, kaip išlaikyti sveiką burnos būklę, jos nori gauti informacijos apie pažymas ar pagalbos pildant dokumentus, susijusius su burnos sveikatos klausimais, tuo tarpu vyrai nori aptarti procedūrų baimę, nepasitenkinimą savo šypsena.



2 pav. Respondentų pasiskirstymas lyties ir to, ką norėtų aptarti su gydytoju, aspektais (proc.)

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



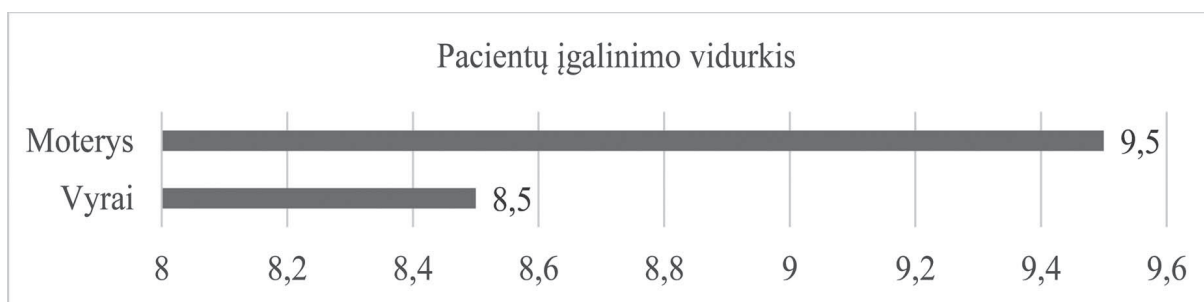
3 pav. Respondentų pasiskirstymas amžiaus grupės ir to, kaip gerai pažįsta gydytoją, pas kurį lankosi, aspektais (proc.)

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

2 lentelė. Spearman'o koreliacijos tarp PEI elementų ir bendro rezultato koeficientai

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

Atlikus tyrimą gauti įgalinimo balai lyginti su lytimi ir išvesti jų vidurkiai. Iš rezultatų matome, kad moterų įgalinimo balas – 9,5 ($N = 193$) statistiškai reikšmingai didesnis nei vyrų – 8,5 ($N = 177$) ($p < 0,05$). Todėl galime daryti išvadą, kad moterys įgalinamos labiau nei vyrai (4 pav.).



4 pav. PEI balų vidurkių palyginimas lyties aspektu (nuo 0 iki 12)

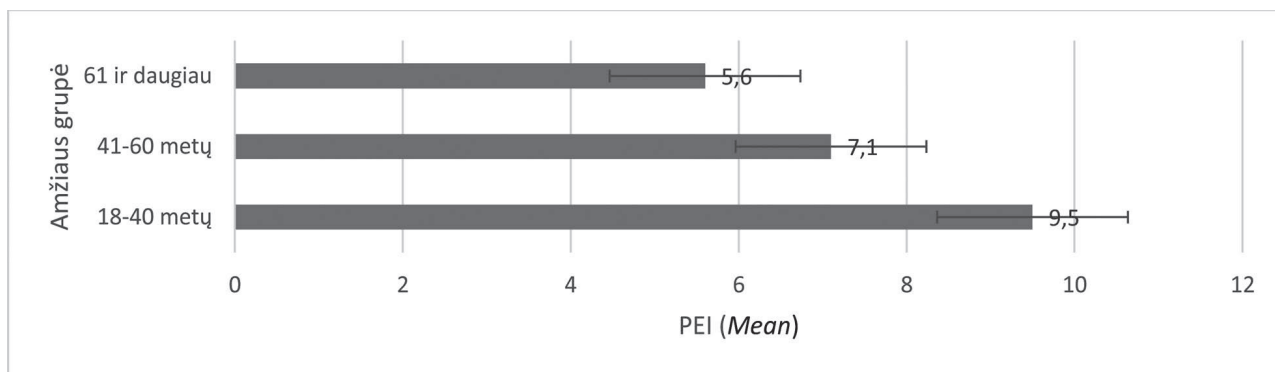
Pacientų įgalinimo balas lygintas su turimu išsilavinimu (5 pav.). Gauti rezultatai atskleidė, kad statistiškai reikšmingai vidurini 9,5 ($N = 135$) ir pagrindinį 9,1 ($N = 104$) išsilavinimą turintys respondentai lengviau įgalinami, lyginant su respondentais, turinčiais aukštesnį išsilavinimą ($p < 0,05$). Mažiausiai įgalinimo balų surinko daktaro laipsnį turintys respondentai, jų vidurkis – 6 ($N = 6$). Be to, stebima, kad nuo vidurinio išsilavinimo įgalinimo vidurkis mažėja. Taigi galime daryti išvadą, kad kuo aukštesnis respondentų išsilavinimas, tuo sudėtingesnis įgalinimas.



5 pav. PEI balų vidurkių palyginimas su išsilavinimu (nuo 0 iki 12)

Lyginant respondentų atsakymus pacientų įgalinimo klausimu, nustatyta, kad atsakymai statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,05$) ir priklauso nuo respondentų amžiaus (6 pav.). Amžiaus grupė nuo 18 iki 40 metų lengviau įgalinama – 9,5 ($N = 234$), palyginti su kitomis amžiaus grupėmis, nes jos įgalinimo vidurkis yra didžiausias. Respondentų, kurių amžius nuo 41 iki 60 metų, įgalinimo vidurkis – 7,1 ($N = 106$), 61 ir vyresnių – 5,6 ($N = 30$). Taigi išanalizavus gautus rezultatus galima teigti, kad didėjant pacientų, apsilankiusių odontologijos klinikoje, amžiui, įgalinimas mažėja.

Respondentų klausta, su kokia dantų problema kreipėsi į gydytoją. Gauti rezultatai lyginti su pacientų įgalinimu, rezultatai statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 125,902$, $l/s = 4$, $p = 0,02$) (žr. 3 lentelę). Iš gautų vidurkių stebima, kad pacientų, kurie kreipėsi dėl dantų chirurgijos ir implantacijos, įgalinimo balo vidurkis – 8,9 ($N = 130$). Mažiausias įgalinimo balo vidurkis yra respondentų, kurie kreipėsi dėl burnos higienos (dantų balinimo, akmenų valymo) – 8,2 ($N = 194$). Stipri koreliacija nustatyta tarp įgalinimo balo ir dantų implantacijos ($r = 0,855$), be to, įgalinimo balas glaudžiai susijęs ($r = 0,823$) su netaisyklingu sąkandžiu. Silpniausias ryšys nustatytas tarp įgalinimo balo ir burnos higienos (dantų balinimo, akmenų valymo) $r = 0,510$.



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

3 lentelė. Pacientų įgalinimo balo (PEI) vidurkių palyginimas su tuo, dėl kokios dantų problemos respondentai kreipėsi į gydytoją odontologą (nuo 0 iki 12)

Problema	PEI	N = 370
Dantų protezavimas	8,8	124
Dantų chirurgija ir implantacija	8,9	130
Endodontija (šaknų kanalų gydymas)	8,5	114
Estetinis plombavimas	8,7	64
Netaisyklingas sąkandis	8,2	73
Burnos higiena (dantų balinimas, akmenų valymas)	7,8	194

Kitu klausimu siekta išsiaiškinti, kokius klausimus pacientai norėtų aptarti su gydytoju odontologu, pas kurį apsilankė (žr. 4 lentelę). Remiantis respondentų atsakymais suskaičiuoti pacientų įgalinimo vidurkiai. Didžiausias pacientų įgalinimo vidurkis yra biomedicininis klausimų t. y. pacientai norėjo aptarti naują kilusią arba neatidėliotiną fizinės sveikatos (danties skausmas, trauma) arba ilgalaikę fizinės sveikatos (dantų trūkumas, netaisyklingas sąkandis) problemą – 9,45 ($N = 288$). Kitas klausimas, kurio įgalinimo vidurkis didžiausias – kompleksinis 9,25 ($N = 90$), tai biomedicininis, psichologinis ir socialinis klausimų derinys. Mažiausias pacientų įgalinimo vidurkis yra klausimų, kurie susiję apie administracinius dalykus (pažyma ar pagalba pildant dokumentus, susijusius su burnos sveikatos klausimais) – 7,5 ($N = 36$). Gauti rezultatai yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 114,827$, $lks = 4$, $p = 0,01$). Paciento įgalinimas glaudžiai susijęs ir su konsultacijos trukme. Pacientų įgalinimo Spearman'o koreliacijos koeficientas su konsultacijų trukme buvo 0,820; $p < 0,001$.

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

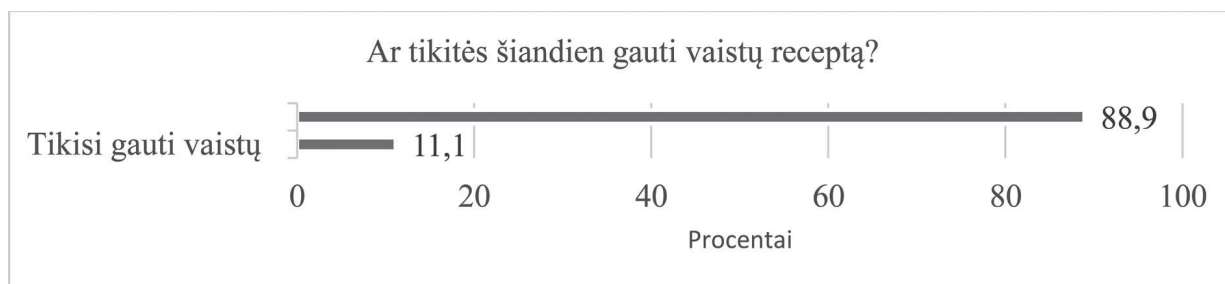
Klausimai	PEI	N = 370	Mean SD (laiko vidurkis)
Biomedicininiai	9,45	288	40,9
Psichologiniai	9,1	143	18,5
Socialiniai	9	150	28,1
Administraciniai	7,5	36	10
Kompleksiniai	9,25	90	17,1

Pacientų klausta, kaip gerai pažįsta gydytoją odontologą, pas kurį lankosi. Atsakymus palyginus su pacientų įgalinimo vidurkiu, gauti statistiškai reikšmingi rezultatai ($\chi^2 = 105,122$, $lls = 2$, $p < 0,01$) (žr. 5 lentelę). Respondentų, kurie labai gerai pažįsta savo gydytoją, pas kurį lankosi, įgalinimo vidurkis yra 9,4 ($N = 130$), tų, kurie gydytojo nepažįsta arba pažįsta vidutiniškai, – 9. Mažiausias įgalinimo vidurkis yra respondentų, kurie gydytoją pažįsta gerai – 7,8 ($N = 54$). Spearman'o koreliacijos koeficientas PEI žinant gydytoją yra 0,52; $p < 0,001$. Be to, pacientų klausta, jei būtų galima, ar mieliau rinktųsi kitą gydytoją? Didžioji dalis (91,4 proc., $N = 338$) teigė, kad ne, likę – taip (8,2 proc., $N = 32$). Respondentų, kurie norėtų lankytis pas kitą gydytoją, įgalinimo vidurkis – 4,5. Įgalinimo vidurkis tų, kurie nenorėtų lankytis pas kitą gydytoją – 8,2 ($p < 0,001$).

5 lentelė. Pacientų įgalinimo balo (PEI) vidurkių sąsajos su tuo, kaip gerai pažįsta gydytoją (nuo 0 iki 12)

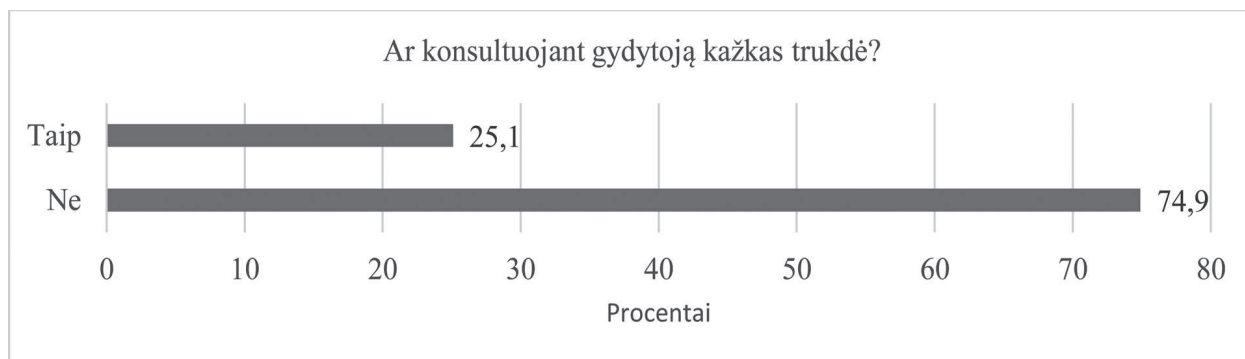
Kaip gerai pažįstate gydytoją?	PEI	$N = 370$	Mean SD (laiko vidurkis)
Nepažįstu	9	112	25,2
Šiek tiek	8,4	29	24,3
Vidutiniškai	9	45	28,9
Gerai	7,8	54	29,4
Labai gerai	9,4	130	36,5

Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas ir tarp tikimybės gauti receptą vaistams bei pacientų įgalinimo ($p < 0,05$). 89 proc. apklaustų respondentų ($N = 329$) nesitikėjo gauti vaistų, tikėjosi 11,1 proc. ($N = 41$). Po vizito klausta, ar pacientai gavo vaistų receptą. 3,2 proc. ($N = 12$) pacientų teigė jį gavę, likusieji – ne (96,8 proc., $N = 358$). Taigi įgalinimas yra susijęs su vaistų recepto gavimu. Recepto gavimo atveju pacientų įgalinimo vidurkis buvo 6, recepto negavus – 4,5. Mann-Whitney'aus U testo pasiskirstymo lygiavertiškumas – $p < 0,001$. Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp to, kaip gerai respondentai pažįsta gydytoją, ir konsultacijos trukmės. Remdamiesi gautais rezultatais galime teigti, kad kuo geriau pacientas pažįsta gydytoją, tuo ilgiau trunka konsultacija (7 pav.).



7 pav. Respondentų atsakymų į klausimą, ar tikisi šiandien gauti vaistų receptą, pasiskirstymas?

Statistiškai reikšmingi duomenys gauti lyginant pacientų įgalinimo vidurkį ir klausiant respondentų, ar konsultuojant gydytoją kas nors patrukdė? (pavyzdžiui, suskambo telefonas, įėjo kolega ar pan.). Rezultatai buvo tokie: $\chi^2 = 23,279$, $lls = 2$, $p = 0,025$. Daugiausia respondentų – 74,9 proc. ($N = 74,9$) teigė, kad ne, likusieji 25,1 proc. ($N = 25,1$) – taip (8 pav.). Pacientų, kuriuos konsultuojant gydytoją kažkas trukdė, įgalinimo balas – 4,5, pacientų, kuriuos konsultuojant gydytojo niekas netrukdė, – 8,4 ($p < 0,001$).



8 pav. Respondentų atsakymų į klausimą, ar konsultuojant gydytoją kažkas trukdė, pasiskirstymas (proc.)

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

Diskusija

Pacientų įgalinimo instrumentas (PEI) sukurtas išanalizavus literatūrą ir dirbant su pacientais, siekiant geriau sutelkti į juos dėmesį, kad būtų užtikrinta konsultacijų kokybė. Paciento įgalinimas gali būti apibrėžtas kaip informacijos, kuri leidžia jam suvokti savo ligą ir susidoroti su sveikatos problemomis, apimtis. Tai susiję su sveikatos pasekmėmis, tokiomis kaip savikontrolė, turimų lėtinių ligų skaičius ir geresnė gyvenimo kokybė (Hudon, Fortin, Rossignol, Bernier, Poitras 2011).

Odontologijos klinikos pacientų bendras įgalinimo balo vidurkis yra 7,6 balo, tuo tarpu A. Skarbaliënės ir bendraautorių (2019) atlikto tyrimo įgalinimo balas skaičiuotas pasikonsultavus su bendrosios praktikos gydytoju (balas siekė 6,43). Atlikto tyrimo balas didesnis ir už įgalinimo balą, nustatytą Kroatijoje (vidurkis – 6,6 balo) (Ozvacić Adzić, Katić ir kt. 2008); Švedijoje vidutinis balas – 3,48 (Rööst ir kt. 2015); Lenkijoje – 4,0 (Pawlikowski, Nowak Szumilo-Grzesik ir kt. 2008). Kadangi užsienyje ir Lietuvoje atliktų tyrimų imties dydžiai buvo panašūs, pacientų gebėjimo lygio skirtumus galima paaiškinti kultūriniais ir kalbiniais skirtumais. Kaip teigė J. Howie (1992), socialiniai ir kultūriniai skirtumai lemia skirtingus pacientų lūkesčius ir įgalinimą. Prieš tai minėtuose tyrimuose įgalinimas tirtas pasikonsultavus su bendrosios praktikos gydytoju, o ne su gydytoju odontologu. Atlikus duomenų analizę ir odontologijos klinikų įgalinimo vertinimą, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas odontologijos klinikoje apsilankiusių pacientų lyties aspektu: moterų įgalinimo balo vidurkis didesnis nei vyrų ($p < 0,001$). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ir pacientų amžiaus aspektu. Didėjant pacientų amžiui, įgalinimo vidurkis mažėja ($p < 0,001$). Nepaisant įgalinimo lygio skirtumo, statistinis skirtumas nustatytas daugelyje šalių, kur atlikti tyrimai taikant PEI instrumentą. Atskleistas statistiškai reikšmingas skirtumas, lyginant amžiaus grupes ir lytis. A. Skarbaliënės ir bendraautorių (2019) Lietuvoje atliktu tyrimu nustatyta, kad PEI balai mažėjo didėjant pacientų amžiui, moterų įgalinimo balas didesnis nei pacientų vyrų. Vyresnio amžiaus pacientams Kroatijoje prognozuotas nedidelis įgalinimo balas (Ozvacić Adzić, Katić ir kt. 2008). Tuo tarpu Lenkijoje pacientų įgalinimas teigiamai susijęs su moterimis ir jaunesnio amžiaus pacientais (Pawlikowska ir kt. 2011). Kiti tyrimai atskleidė, kad vidutinio amžiaus pacientai (31–60 m.) buvo gerokai mažiau įgalinti nei 16–30 metų amžiaus grupės pacientai (Mead 2008).

Remiantis gautais tyrimo rezultatais galima teigti, kad apklaustųjų įgalinimo vidurkis didžiausias pacientų, kurie savo gydytojui turi biomedicininį ir kompleksinių klausimų (biomedicinos, socialinių, administracinių). Mažiausias – administracinių klausimų. A. Skarbalienės ir bendraautorių atlikto tyrimo (2019) rezultatai rodo, kad pacientai paprastai šeimos gydytojui turi klausimų, susijusių su šeimos biomedicininėmis ar kompleksinėmis problemomis. Vakarų Europos šalyse pacientų, kurie konsultavosi pas šeimos gydytojus, biomedicinos klausimų įgalinimo balas buvo didesnis, palyginti su Lietuvos pacientais. Įgalinimo balas mažesnis tuo atveju, kai konsultuojant aptarti kompleksiniai ar administraciniai klausimai. Panašios tendencijos atskleistos ir Jungtinėje Karalystėje (Tolvanen, Koskela, Helminen, Kosunen 2016), o tyrimą atlikę lenkai nustatė, kad įgalinimo balai aukščiausi, kai aptariamos biomedicininės problemos, mažesnis balas skirtas kompleksinėms problemoms (biomedicinos, psichologinių ir socialinių klausimų derinys). Pacientų, turinčių administracinių poreikių, įgalinimas buvo mažiausias (Pawlikowsk, Nowak Szumilo-Grzesik ir kt. 2008).

Nustatytas statistiškai reikšmingas tikėjimosi gauti vaistų receptą ir pacientų įgalinimo tarpusavio ryšys. Atlikus tyrimą nustatytas nedidelis recepto gavimo procentas 3,2 ($N = 12$). Pacientų, kurie tikėjosi gauti receptą ir jį gavo, įgalinimo balas didesnis nei tų, kurie recepto negavo. Taigi įgalinimas susijęs su vaistų recepto gavimu. Recepto gavimo atveju pacientų įgalinimo vidurkis buvo 6, recepto negavus – 4,5 ($p < 0,001$). Tyrimo rezultatai, kaip ir Lenkijos (Pawlikowsk, Nowak Szumilo-Grzesik ir kiti, 2008) bei JK atliktuose tyrimuose, atskleidė, kad pacientų įgalinimas padidėjo, patenkinus jų lūkestį gauti receptą.

Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad įgalinimo vidurkis didesnis buvo tų pacientų, kurie lankėsi pas labai gerai pažįstamą gydytoją – 9,4 balo. Individualiose konsultacijose JK pacientų, kurie gerai pažinojo savo gydytoją, buvo aukštesnis įgalinimo balas (Desborough ir kt. 2017). Paciento tęstinumo suvokimas ir gydytojo bendravimo įgūdžiai buvo susiję su aukštesniu įgalinimu Švedijoje (Tolvanen, Koskela, Helminen, Kosunen 2016).

Atlikus tyrimą nustatytas statistiškai reikšmingas gydytojo odontologo konsultacijos trukmės ir įgalinimo ryšys – konsultacijai ilgėjant vidurkis didėja ($p < 0,001$). A. Skarbalienės ir bendraautorių (2019) tyrime konsultacijos trukmė buvo dar vienas veiksnys, susijęs su didesniu įgalinimu Lietuvoje: pacientų aktyvumas didėjo ilgėjant konsultacijos trukmei. Taigi galima daryti išvadą, kad atliktas tyrimas pabrėžė konsultacijų trukmės svarbą ir pacientų įgalinimą Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse.

Išvados

Apibendrinant atliktą tyrimą galima teigti, kad *įgalinimo* samprata yra daugiamačė ir turinti daug skirtingų apibrėžimų. Ji apima pacientų galimybes, galią, žinias, veiklą arba elgesį, pavyzdžiui, racionalų sprendimą, bendrą sprendimų priėmimą ir savo ligos bei gyvenimo valdymą, sveikatos priežiūros specialistų paramą. Pacientai turėtų išgalinti, tuo tarpu sveikatos priežiūros specialistai gali tik jiems padėti tame procese. Paciento įgalinimas – tai procesas, kai asmuo ar bendruomenė įgyja žinių ir įgūdžių, kurie būtini renkantis vieną ar kitą priežiūrą. Atlikus tyrimą nustatyta, kad labiausiai odontologijos klinikų pacientus įgalina įgytas išsilavinimas: nuo vidurinio iki aukštojo universitetinio išsilavinimo įgalinimo vidurkis mažėja. Taigi kuo aukštesnis odontologijos klinikoje besilankančių pacientų išsilavinimas, tuo sudėtingiau juos įgalinti.

Nustatytas ir statistiškai reikšmingas skirtumas odontologijos klinikoje apsilankusių pacientų lyties aspektu – moterų įgalinimo balo vidurkis didesnis nei vyrų. Išanalizavus odontologijos klinikoje apsilankusių pacientų amžių ir įgalinimo vidurkį, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas pacientų amžiaus aspektu: didėjant pacientų amžiui, įgalinimo vidurkis mažėja. Be to, nustatyta, kad apklaustų odontologijos klinikos pacientų įgalinimo vidurkis koreliuoja su dantų implantavimu ir netaisyklingu sąkandžiu. Odontologijos klinikos pacientų įgalinimo vidurkis didžiausias tų pacientų, kurie savo gydytojui turi biomedicinos ir kompleksinių klausimų (biomedicinos, socialinių ir administracinių). Pacientų įgalinimą didina pakankamas gydytojo pacientui skiriamas laikas ir tai, kad vykstant konsultacijai jo niekas trukdo. Statistiškai reikšmingi rezultatai nustatyti tarp įgalinimo balų ir to, kaip pacientai gerai pažįsta gydytoją, pas kurį lankosi. Įgalinimo vidurkis didesnis pacientų, kurie lankosi pas labai gerai pažįstamą gydytoją. Nustatytas statistiškai reikšmingas tikimybės gauti vaistų receptą ir pacientų įgalinimo tarpusavio ryšys. Pacientų įgalinimo balas didesnis tų, kurie tikėjosi gauti receptą ir jį gavo, nei tų, kurie tikėjosi recepto, bet jo negavo.

Literatūra

- Benecke, M., Kasper, J., Heesen, C., Schäffler, N., Reissmann, D. R. (2020). Patient autonomy in dentistry: demonstrating the role for shared decision making. *BMC medical informatics and decision making*, 20 (1), 318. Prieiga internete: <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01317-5> [žiūrėta 2021-10-08].
- Braut, B., Smedbråten, B. K., Andresen, J. F. (2016). Incident reports for the benefit of the patient and the health care system. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 136 (11), 986–986. Prieiga internete: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0415> [žiūrėta 2021-11-23]
- Chandu, A. (2011). Communication and dentistry - an important part of the dentist-patient relationship. *Australian dental journal*, 56 (2), 240–241. Prieiga internete: https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2011.01336_4.x [žiūrėta 2021-10-08].
- Cinar, A. B., Schou, L. (2014). Impact of empowerment on toothbrushing and diabetes management. *Oral health & preventive dentistry*, 12 (4), 337–344. Prieiga internete: <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a3213>.
- Fiorillo, L. (2019). Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55 (10), 676. Prieiga internete: <https://doi.org/10.3390/medicina55100676> [žiūrėta 2021-10-08].
- Howie, J. G., Heaney, D. J., Maxwell, M., Walker J. J. (1998) A comparison of a patient enablement instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract.*, 15 (2):165–671.
- Howie, J. G. R., Hopton, J. L., Heaney, D. J., Porter, A. M. D. (1992) Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *Br J Gen Pract.*, 42, 181–185.
- Hudon, C., Fortin, M., Rossignol, F., Bernier, S., Poitras, M. E. (2011) The patient enablement instrument French version in a family practice setting: a reliability study. *BMC Fam Pract.*, 7, 12–71.
- Kärner Köhler, A., Tingström, P., Jaarsma, T., Nilsson, S. (2018). Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 19 (1), 76. Prieiga internete: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0749-y>.
- Kemparaj, V. M., Panchmal, G. S., Jayakumar, H. L., Kadalur, U. G. (2016). Qualitative assessment of ethical issues in dental practice: An expert opinion. *Journal of Education and Ethics in Dentistry*, 6(1), 20.
- Mead, N., Bower, P., Roland, M. (2008) Factors associated with enablement in general practice: cross-sectional study using routinely-collected data. *Br J Gen Pract.*, 58, 346–352.
- Mercer, S. W., Janil, B. D., Maxwell, M., Wong, S. Y. S., Watt, G. C. M. (2012) Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract.*, 8: 13–16.
- Náfrádi, L., Nakamoto, K., Schulz, P. J. (2017) Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*, 12 (10).
- Nassar, L. (2015). The power of interpersonal relationships in dentistry and patient's pain. *Romanian Journal of Cognitive-Behavioral Therapy & Hypnosis*, 2 (1), 1–4.
- Pawlikowska, T. R. B., Nowak, P. R., Szumilo-Grzesik, W. (2002). Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the patient enablement instrument in Poland. *Fam Pract.*, 19, 197–201.
- Pekonen, A., Eloranta, S., Stolt, M., Virolainen, P., Leino-Kilpi, H. (2020). Measuring patient empowerment – A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103 (4), 777–787. Prieiga internete: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.019> [žiūrėta 2021-10-08].
- Pulvirenti, M., McMillan, J., Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 17 (3), 303–310.
- Rajput, S., Puranik, M. P., Shanbhag, N., Kumar, A. (2020). Factors affecting empathy among indian dentists. *Indian journal of dental research : official publication of Indian. Society for Dental Research*, 31 (1), 14–21. Prieiga internete: https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_365_18 [žiūrėta 2021-11-23].
- Rööst, A., Zielinski, S., Petersson, T., Strandberg, M. (2015) Reliability and applicability of the patient enablement instrument (PEI) in a Swedish general practice setting. *BMC Fam Pract.*, 4, 16–31.
- Sajid, M., Saeed, A., Athar, Y., Khan, S., Bhatti, U. A., Qayum Mirza, B. A. (2021). Patient's perspective and awareness of materials used in dentistry. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 71 (4), 1171–1174. Prieiga internete: <https://doi.org/10.47391/JPMA.056>
- Skarbaliënė, A., Jurgutis, A., Strandberg, E. L. (2019). Patient involvement in assessing consultation quality: validation of patient enablement instrument (PEI) in Lithuanian general practice. *BMC Fam Pract* 20 (167). Prieiga internete: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1061-1> [žiūrėta 2021-10-01].
- Stuart, J., Hoang, H., Crocombe, L., Barnett, T. (2017). Relationships between dental personnel and non-dental primary health care providers in rural and remote Queensland, Australia: dental perspectives. *BMC oral health*, 17 (1), 99. Prieiga internete: <https://doi.org/10.1186/s12903-017-0389-y>.

- Tolvanen, E., Koskela, T. H., Helminen, M., Kosunen, E. (2017) Patient enablement after a single appointment with a GP: analysis of Finnish QUALICOPC data. *J Prim Care Community Health.*, 8 (4): 213–220.
- Ustrell-Torrent, J. M., Buxarrais-Estrada, M. R., Riutord-Sbert, P. (2021). Ethical relationship in the dentist-patient interaction. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 13 (1), 61–66. Prieiga internete: <https://doi.org/10.4317/jced.57597> [žiūrėta 2021-11-23].
- Van Riel, P., Zuidema, R. M., Vogel, C., Rongen-van Dartel, S. (2019). Patient Self-Management and Tracking: A European Experience. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 45 (2), 187–195. Prieiga internete: <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2019.01.008>.
- Welie, J. V. (2019). Patient autonomy as a necessary but limited ethical principle in shaping the dentist-patient relationship. *The Journal of forensic odonto-stomatology*, 3 (37), 34–41.

ASSUMPTIONS FOR PATIENT EMPOWERMENT IN DENTAL CLINICS

MANTĖ VAITKUTĖ, EGIDIJUS SKARBALIUS
Klaipėda University (Lithuania)

Summary

Dentistry is one of the most important and relevant areas of health care. When organising and carrying out dental activities, dentists face not only the usual provision of dental services, but also specific difficulties, usually patient fear and pain management. The aim of the work: to analyse the preconditions for the empowerment of patients in dental clinics. Methods: the instrument used in the study was the Patient Enablement Questionnaire (PEI) and supplementary questions on oral issues. One Klaipėda city private dental clinic and one Palanga city private dental clinic participated in the study. A total of 370 patients, including those who came for their first visit and those who came for a consultation, were interviewed at the clinic. Statistical analysis was performed using the statistical program package SPSS / w 17.0 and Excel 2010. Arithmetic means of ranks were calculated (m). The chi-square (χ^2) criterion was calculated to test the hypotheses about the distribution of the variable in the population.

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

The study found the assumptions that most dental clinics empower patients who have acquired an education, and clarified that from secondary education to a higher university degree the enablement average decreases. Therefore, the number of patients visiting a dental clinic is higher according to the degree of education, and the more difficult the empowerment. Identified and highly statistically significant is the difference between the sexes in the interdental clinic and the average female empowerment score is higher than for men. After analysing the mean age and empowerment of visitors to the dental clinic, a statistically significant difference was found between the age groups, and therefore at most, however, the average enablement

decreases. It was also clarified that the interviewed dental clinics check that the average of the enablement strongly correlates with dental implantation. Dental clinics check the enabling average for the highest use they have biomedical and complex issues for (i.e. biomedical, social, administrative) on their own doctors. Sufficient time and consultation for the doctor increases patient empowerment if nothing interferes with the doctor. Statistically significant results were found between enablement scores and how well patients know who they visit. The average number of people who visit correlated to the average of a friend they know very well. A statistically significant relationship was found between the probabilities of obtaining prescription medication and requiring empowerment. The patient empowerment score is more than those expected to receive a prescription and received it, not the power of those who expected the prescription and did not receive it.

KEY WORDS: *patient enablement, patient enablement instrument (PEI), dental clinic.*

JEL CODES: I120, I110.

Received: 2022-04-10

Revised: 2022-05-23

Accepted: 2022-09-10