

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS
VISUOMENĖS SVEIKATOS FAKULTETAS

Socialinės medicinos katedra

SNIEGUOLĖ KASELIENĖ

**NĖŠČIŲJŲ TEISĖS Į SVEIKATOS INFORMACIJĄ
ĮGYVENDINIMO ĮVERTINIMAS**

MAGISTRO DIPLOMINIS DARBAS
(Visuomenės sveikatos vadyba)

Mokslinė vadovė
prof. habil. dr. J. Petrauskienė

KAUNAS, 2005

SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

NĖŠČIŲJŲ TEISĖS Į SVEIKATOS INFORMACIJĄ ĮGYVENDINIMO ĮVERTINIMAS

Snieguolė Kaselienė

Mokslinė vadovė prof.habil.dr. Jadvyga Petrauskienė.

Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Socialinės medicinos katedra. - Kaunas, 2005. – 53 p.

Darbo tikslas - įvertinti nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą ir jo skirtumus tarp BPG ir akušerių-ginekologų tarnybų.

Tyrimo metodika. 2004 metų rugpjūčio - gruodžio mėnesiais atliktas anoniminis nėščiųjų anketavimas. Apklaustos III-iam nėštumo trimestre esančios nėščiosios. Buvo išdalinta 120 anketų nėščiosioms, kurias prižiūrėjo KMUK šeimos klinikos BPG (sugrįžo 96 anketos – 80 proc.) ir 124 anketos nėščiosioms, kurios lankėsi pas Dainavos poliklinikos moterų konsultacijos akušerius-ginekologus (sugrįžo 102 anketos – 82,3 proc.), apsilankymo pas gydytoją metu. Nėščiųjų teisės į sveikatos įgyvendinimą vertinome remdamiesi Lietuvoje galiojančiais įstatymais.

Rezultatai. Apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą žinojo mažiau nei pusė (48,5 proc.) apklaustų nėščiųjų, tik pusė žinojo, kad turi teisę savo lėšomis pasidaryti medicininių dokumentų kopijas, apie pusę respondenčių galvojo, kad tik dalinai žino apie jų lankomoje įstaigoje teikiamas paslaugas bei galimybę jomis pasinaudoti, ketvirtadalis manė, kad įstaigoje nesuteikiama visa pacientei reikalinga informacija ir kad gydytojas tik kartais su jomis tariasi dėl skiriamų tyrimų bei gydymo procedūrų, trečdalis teigė, kad gydytojas jas supažindino tik su svarbiausiais jų nėštumo eigos bei sveikatos būklės momentais, ketvirtadalis nebuvo informuotos apie galimus gimdymo būdus (25,6 proc.) bei natūralų kūdikio maitinimą (24,4 proc.), trečdalis – apie nuskausminimo būdus (29,8 proc.), kūdikio priežiūrą (35,9 proc.) ir šeimos planavimo metodus (29,2 proc.), beveik pusė (44,6 proc.) teigė, kad nežino apie galimas komplikacijas gimdymo metu. 25-29 m., turinčios aukštąjį išsilavinimą, ištekėję bei puikiai savo sveikatą vertinančios nėščiosios geriau nei jaunesnės bei vyresnės, turinčios žemesnį išsilavinimą, vienišos ar gyvenančios nesusituokę bei savo sveikatą vertinančios gerai bei patenkinamai buvo informuotos apie savo teisę į sveikatos informaciją. Nėščiosios, besilankančios pas BPG geriau nei akušerių-ginekologų pacientės žinojo, kokios jų lankomoje įstaigoje teikiamos paslaugos ir kaip jomis pasinaudoti, buvo geriau informuotos apie nuskausminimo galimybes gimdymo metu, kūdikio priežiūrą bei šeimos planavimo metodus, dažniau teigė, kad gydytojas su jomis tarėsi dėl skiriamų tyrimų bei gydymo procedūrų ir kad jų lankomoje įstaigoje suteikiama visa pacientui reikalinga informacija.

Išvados: 1. Nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinamos nepakankamai gerai. 2. Pacienčių nuomonė apie jų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą priklauso nuo jų amžiaus, išsilavinimo, šeimyninės padėties ir savos sveikatos vertinimo. 3. Nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą geriau realizuoja BPG institucija nei akušerių-ginekologų tarnyba.

SUMMARY

Management of Public Health

THE ASSESSMENT OF IMPLEMENTATION OF PREGNANT WOMEN RIGHT TO THE HEALTH INFORMATION

Snieguolė Kaselienė

Supervisor Jadvyga Petrauskienė, Prof.Habil.Dr., Department of Social medicine,
Faculty of Public Health, Kaunas University of Medicine. - Kaunas, 2005. – P.53

Aim of the study – to assess the implementation of the right to health information of pregnant women and to analyze the differences of its practice between services of general practitioners and obstetricians - gynecologists.

Methods. The anonymous survey of women within the third trimester of pregnancy performed since August to December 2004. A sample included 120 pregnant women who were consulted by the general practitioners in the Family Clinics of Kaunas University of Medicine and 124 pregnant women within the consultations with obstetricians - gynecologists in maternity clinic of Dainava health center. Respectively, the response rate was 80% (N=96) in Family Clinics and 82.3% (N=102) in Dainava health center. The right to health information of the pregnant women was evaluated accordingly to actual Lithuanian laws.

Results. Less than half of respondents (48.5%) acknowledged the Law on Patients' Rights and the Reimbursement of Harm. The half of respondents were familiar with ability to copy their medical documents, nearly half of respondents were in part familiar about available services and opportunities to use it. One of four respondents indicated as unsatisfied with medical information during the consultations, while feeling the lack of proper information provided by physicians and rare negotiations about health examination and procedures. One of three respondents stated that physician presented them only the most important aspects of their pregnancy and health status.

Some respondents indicated as not informed about potential methods of delivery (25.6%), about natural infant feeding (24.4%), about pain-relief possibilities (29.8%), care of baby (35.9%), different modes of family planning (29.2%) and mostly about potential complications during baby delivery.

The data analysis showed that the respondents aged 25 - 29 years old comparing to younger and elderly respondents were better informed about their right to health information. As well the respondents with higher education, married and those who self-evaluated their health as perfect were better informed about the right to health information comparing, respectively, to those with lower education, single or living in couple respondents and worse self-evaluated health status. The respondents who attended to general practitioner comparing with those who attended to obstetricians - gynecologists were more familiar with the service related information as well as with the opportunities to use it, for instance, pain-relief possibilities during the delivery, infant feeding and family planning. Likewise, visitors of general practitioners comparing to visitors of obstetricians - gynecologists were more frequently satisfied with consultations about health examination, medical procedures and provided health information to them in particular health center.

Conclusions. 1. The implementation of the right to health information of pregnant women is not sufficient. 2. The opinion of female patients about the implementation of their right to health information depends on their age, education level, marital status and evaluation of self-health status. 3. The institutions of general practitioners realize the right to health information of pregnant women more efficiently comparing to the services of obstetricians - gynecologists.

TURINYS

1. ĮVADAS	6
2. LITERATŪROS APŽVALGA	8
2.1. Teisės į informaciją reglamentavimas	8
2.2. Pacientų informuotumo problema	11
2.3. Motinos ir vaiko sveikatos priežiūra	15
3. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA.....	19
4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	22
4.1. Nėščiųjų teisė į sveikatos informacijos įgyvendinimą ir jo priklausomybė nuo demografinių- socialinių veiksnių	23
4.2. Nėščiųjų subjektyvaus sveikatos vertinimo ryšys su jų teise į sveikatos informacijos įgyvendinimą	34
4.3. Nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą palyginimas tarp paslaugas teikiančių BPG ir akušerių-ginekologų tarnybų.....	39
5. IŠVADOS	48
6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	50
8. PRIEDAI	55

SANTRUMPOS

BPG – bendrosios praktikos gydytojas,

KMUK – Kauno medicinos universiteto klinikos,

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija,

LR – Lietuvos respublika,

SAM – sveikatos apsaugos ministerija,

MN – medicinos norma.

1. IVADAS

Pasikeitimas informacija sveikatos priežiūroje yra vienas reikšmingiausių procesų, kurie turi įtakos ligonio gydymuisi. Kartais vieninteliu diagnozavimo ir gydymo pagrindu būna pokalbis, todėl keitimasis informacija gydytojui su pacientu yra labai svarbus [11]. Saviraiškos teisė, teisė į informaciją yra vienos pagrindinių žmogaus teisių [1]. Sveikoje visuomenėje paisoma žmogaus teisių ir gerbiamas jo orumas. Pastaraisiais dešimtmečiais vis svarbesnis tampa informuotumo principas [7]. Teisė į informaciją buvo deklaruota 1789 m. Jungtinių tautų organizacijos Visuotinėje Žmogaus Teisių Deklaracijoje, taip pat 1950 m. priimtame viename žymiausių Europos Tarybos dokumentų – Europos žmogaus teisių konvencijoje. Ši teisė yra minima daugelio valstybių konstitucijose, tačiau nemažai valstybių turi ir atskirus įstatymus, kuriuose ji įtvirtinta [1]. Lietuvoje pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis pacientų teises, yra Lietuvos Respublikos (LR) Konstitucija. Detaliau pacientų teises reglamentuoja LR Civilinis kodeksas, Psichikos sveikatos priežiūros, Biomedicininio tyrimų etikos ir LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymai [17,18,21,23]. Pastarajame apibrėžiama paciento teisė į prieinamą sveikatos priežiūrą, teisė pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją, sveikatos priežiūros įstaigą, teisė į informaciją, teisė atsisakyti gydymo, teisė skųstis, privataus gyvenimo neliečiamumas, paciento dalyvavimas mokymo procese, moksliniuose ir medicinos bandymuose [7].

Pagal PSO motinos ir vaiko sveikatos apsauga yra viena iš prioritetinių sveikatingumo veiklos krypčių. Nėštumas ir gimdymas yra svarbiausi įvykiai moters gyvenime. Nors tai normalus fiziologinis procesas, tačiau neretai moters ir naujagimio sveikatai ir gyvybei kyla didelė grėsmė. Pasaulyje nuo nėštumo ir gimdymo komplikacijų moterys miršta kasdien, kiekvieną minutę, daugelis jų besivystančiose šalyse, ir, skaudžiausia, jog daugelio jų mirtys yra išvengiamos [32]. Efektyvi ir moderni moters ir vaiko sveikatos priežiūra yra ir daugelio psichikos, neurologinių, širdies ir kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto profilaktikos priemonė bei finansiškai, socialiai ir psichologiškai svarbus visuomenės sveikatos gerinimo būdas. Lemiamos reikšmės nėštumo ir gimdymo baigčiai turi abiejų tėvų sveikata iki moteriai pastojant, šeimos pasiruošimas nėštumui ir gimdymui, nėščiosios elgesys bei jos priežiūra nėštumo metu [38]. Pereinamuoju pirminės sveikatos priežiūros reformos laikotarpiu ambulatorinę nėščiųjų priežiūrą atlieka gydytojai akušeriai ginekologai, dirbantys poliklinikų moterų konsultacijose ir privačiose kabinetuose, taip pat bendrosios praktikos gydytojai (BPG) [25]. Požiūriai į šių tarnybų teikiamų paslaugų kokybę yra nevienareikšmiai.

Nėščiųjų teisės į sveikatos informacijos įgyvendinimas, kaip svarbi jų priežiūros dalis, Lietuvoje nebuvo tirtas. Nežinoma šios informacijos įgyvendinimo priklausomybė nuo nėščiąją prižiūrinčios institucijos.

Mūsų darbo tikslas - įvertinti nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą ir jo skirtumus tarp BPG ir akušerių-ginekologų tarnybų.

Uždaviniai:

1. Įvertinti nėščiųjų žinias apie jų teisę į sveikatos informaciją ir šių žinių priklausomybę nuo demografinių-socialinių veiksnių.
2. Nustatyti nėščiųjų savos sveikatos vertinimo ryšius su jų žiniomis apie teisę į sveikatos informaciją.
3. Palyginti nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą tarp paslaugas teikiančių BPG ir akušerių-ginekologų tarnybų.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Teisės į informaciją reglamentavimas

Teisės į informaciją, kuri yra valstybės institucijų dispozicijoje, teisinis reglamentavimas daugelyje Vakarų demokratinių valstybių turi tradicijas, ir ši teisė yra vertinama kaip svarbi žmogaus teisė [1].

Lietuvos Respublikos (LR) Konstitucija buvo rengiama atsižvelgiant į tarptautinius dokumentus, reglamentuojančius žmogaus teises. Žmogaus teisių nuostatomis ir jų formulavimui turėjo įtakos ir Europos žmogaus teisių konvencija. LR Konstitucijoje teisės į informaciją reglamentavimas atitinka tarptautinių dokumentų reikalavimus.

LR Konstitucijos 25 straipsnis yra skirtas saviraiškos laisvei įtvirtinti. Šiame straipsnyje numatyta, kad :

“Žmogui neturi būti kliudoma ieškoti, gauti ir skleisti informaciją bei idėjas.

Laisvė reikšti įsitikinimus, gauti ir skleisti informaciją negali būti ribojama kitaip, kaip tik įstatymu, jei tai būtina apsaugoti žmogaus sveikatai, garbei ir orumui, privačiam gyvenimui, dorovei ar ginti konstitucinei tvarkai.

Pilietis turi teisę įstatymo nustatyta tvarka gauti valstybės įstaigų turimą informaciją apie jį.”[1,20].

Konstitucijos nuostatos formuluoja du svarbius teisės į informaciją aspektus: tai teisė gauti informaciją ir teisė ją skleisti. Teisėje gauti informaciją gali būti išskiriama ir teisė gauti informaciją apie save. Konstitucijos 25 straipsnio 5 dalyje nurodyta, kad pilietis turi teisę įstatymo nustatyta tvarka gauti valstybės įstaigų turimą informaciją apie jį. Šio Konstitucijos straipsnio 3 dalyje formuluojami ir kai kurie apribojimai gauti ir skleisti informaciją, nustatant, kad tai gali būti ribojama tik įstatymu ir jei tai būtina norint apsaugoti žmogaus sveikatą, garbę ir orumą, privatų gyvenimą, dorovę ar ginti konstitucinę santvarką [1].

LR Konstitucijos nuostatos interpretuojamos atskiruose įstatymuose. Naujojo Civilinio kodekso 2.23 straipsnyje formuluojamas svarbus privataus gyvenimo neliečiamumo principas. Informacija apie asmens privatų gyvenimą gali būti skelbiama tik asmens sutikimu. Po asmens mirties tokį sutikimą gali duoti jo sutuoktinis, tėvai ar vaikai. Pagal šį Kodekso straipsnį draudžiama rinkti informaciją apie privatų asmens gyvenimą pažeidžiant įstatymus. Asmuo turi teisę susipažinti su apie jį surinkta informacija, išskyrus įstatymų nustatytas išimtis [20,34].

Kitas svarbus įstatymas, reglamentuojantis teisę į informaciją, - Teisės gauti informaciją iš valstybės ir savivaldybių įstaigų įstatymas, kuris buvo priimtas 2000 m. sausio 11 d. ir įsigaliojo 2000 m. birželio 1 d. Jis svarbus įgyvendinant teisę į informaciją, kadangi jame suformuluotos tokios svarbios sąvokos, kaip informacija, privati, vieša informacija ir kitos[28].

Informacijos sąvoka plačiąja prasme apima įvairias žinias, faktus, idėjas, požiūrius ir nuomones visais klausimais, faktų komentarus, taip pat reklamą, įvairias meno išraiškas. Taigi informacija yra kiekvienas žinių objektas. Informacijos sąvoka šiame įstatyme apibrėžiama kaip vieša ir privati informacija, kuria disponuoja valstybės ir savivaldybių įstaigos. Informacijos sąvoka plačiąja prasme apima oficialų dokumentą ir kitą informaciją, žinias, duomenis, kuriais disponuoja valstybės ar savivaldybės įstaiga, t.y. jos yra fiksuotos kuriame nors dokumente.

Įstatyme pateikiama ir privačios informacijos sąvoka, kuri suprantama kaip informacija apie asmeninį ir šeimos gyvenimą, asmens sveikatą, su asmens garbe ir orumu susijusi informacija [1].

Žmogaus teisę į sveikatos informaciją reglamentuoja taip pat ir LR Sveikatos sistemos įstatymas. Jame sakoma, kad LR gyventojai turi teisę gauti informaciją apie savo sveikatą bei teisę į šios informacijos konfidencialumą [27].

Informacijos apie asmens sveikatą turinio bendrosios nuostatos, kurias sudaro informacija apie paciento būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą, taip pat visa kita asmeninio pobūdžio informacija apie pacientą, yra apibrėžtos LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, kuris buvo priimtas 1996 m. spalio 3 d. [21]. 2004 m. liepos 13 d. patvirtinta nauja šio įstatymo redakcija [22]. Vadovaujantis įstatymo nuostatomis, pacientas – tai asmuo, kuris naudojasi asmens sveikatos priežiūra neatsižvelgiant į tai, ar jis sveikas, ar ligonis. Šio įstatymo 6 straipsnis detaliai reglamentuoja asmens, paciento teisę į įvairius su jo sveikata susijusius aspektus. Įstatyme numatyta, kad pacientas turi teisę gauti informaciją apie sveikatos priežiūros sistemos institucijų teikiamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti. Pacientui turi būti pateiktas gydančio gydytojo ir slaugančio darbuotojo vardas, pavardė, pareigos ir kvalifikacija. Pacientas turi būti informuojamas apie sveikatos priežiūros įstaigos vidaus tvarkos taisyklės, turi teisę reikalauti ir gauti diagnozės, slaugos ir gydymo aprašymą. Pacientas turi teisę į informaciją apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininio tyrimo duomenis, gydymo metodus ir gydymo prognozę. Informacija jam turi būti pateikta suprantama forma paaiškinant medicininius terminus. Pacientui pageidaujant, turi būti pateikta ligos istorija ar kiti jo medicininiai dokumentai, išskyrus tuos atvejus, kai tai iš esmės gali pakenkti paciento sveikatai ar net sukelti pavojų gyvybei (apie tai sprendžia jį gydantis gydytojas ar gydytojų konsiliumas). Pacientas turi teisę prašyti, kad jo lėšomis būtų padarytos jo ligos istorijos ir (ar) kitų dokumentų kopijos. Šio įstatymo 10 straipsnis yra skirtas paciento privataus gyvenimo apsaugai ir siejasi su teise į informacijos apsaugą. Šiame straipsnyje pabrėžiama, kad pacientų privatus gyvenimas yra neliečiamas. Informacija apie pacientų gyvenimo

faktus gali būti renkama ligos istorijai pacientų sutikimu ir jei, gydančio gydytojo nuomone, tai yra būtina norint diagnozuoti ligą, gydyti ar slaugyti. Visa informacija apie paciento sveikatos būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą, taip pat visa kita asmeninio pobūdžio informacija apie pacientą turi būti laikoma konfidencialia net ir po paciento mirties. Tokios konfidencialios informacijos saugojimo tvarką nustato LR įstatymai ir SAM teisės aktai. Konfidenciali informacija kitiems asmenims gali būti suteikta tik turint raštišką paciento sutikimą arba jei tai numato šis ir kiti LR įstatymai. Sutikimas nėra būtinas, jei informacija yra suteikiama asmenims, tiesiogiai dalyvaujantiems gydant ar slaugant pacientus, atliekantiems pacientų sveikatos ekspertizę, taip pat institucijoms, kurioms LR įstatymai suteikia teisę kontroliuoti sveikatos priežiūros veiklą [1,21,22].

Įstatymo 9 straipsnyje numatyta ir galimybė asmeniui nebūti informuotam apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę ir kt. prieš savo valią ir toks asmens pageidavimas turi būti patvirtintas parašu paciento medicinos dokumentuose [22].

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme nenumatyta detali ginčų dėl informacijos gavimo procedūra, tačiau 11 straipsnyje nurodoma, kad pacientas, manydamas, kad yra pažeistos jo, kaip paciento, teisės, gali raštu kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigos vadovą. Sveikatos priežiūros įstaigos vadovas ar jo pareigas einantis asmuo per įmanomai trumpą laiką, bet ne ilgiau kaip per 5 dienas privalo išnagrinėti kreipimąsi ir raštu pranešti pacientui apie nagrinėjimo rezultatus. Nepatenkintas nurodytu nagrinėjimu ir jo rezultatais, pacientas gali kreiptis į teismą arba į valstybės institucijas, kurios pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą kontroliuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikėją [22].

Informacijos apie asmens sveikatos paslaptį turinį apibrėžia ir kai kurie kiti įstatymai: Žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos, Psichikos sveikatos priežiūros, Biomedicininio tyrimų etikos ir kiti. Juose formuluojami asmens sveikatos konfidencialumo kriterijai atitinka pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo principus [1].

Profesinės paslaptys kartais yra reglamentuojamos atskirų profesijų etikos kodeksuose. Gydytojo medicinos praktikos įstatymo 18 straipsnyje, kuriame įvardytos gydytojo profesinės pareigos, nurodyta, kad gydytojas privalo gerbti pacientų teises, saugoti medicininę paslaptį [19].

Nėščiųjų ir gimdymo priežiūrą reglamentuoja LR Reprodukcinės sveikatos įstatymas [24]. Jame teigiama, kad saugi motinystė, tai visuma būdų ir priemonių bei tarnybų, užtikrinančių moters teisę saugiai išnešioti, pagimdyti ir turėti sveiką naujagimį. Šio įstatymo 6 straipsnyje apibrėžiamos pagrindinės žmogaus reprodukcinės teisės, kurių viena – teisė į informaciją ir švietimą, įskaitant visapusišką informaciją apie kontracetinių priemonių bei metodų naudą, riziką ir veiksmingumą. Pasak 4 įstatymo straipsnio, reprodukcinės sveikatos priežiūra apima metodus, technologijas ir sveikatos paslaugas, apsaugančias ir veikiančias žmogaus reprodukcinę sveikatą, sprendžiančias žmogaus problemas:

- 1) paslaugas ir konsultavimą, informaciją, mokymą ir švietimą dėl šeimos planavimo;
- 2) paslaugas ir mokymą nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiame, ypač žindymo, laikotarpyje;
- 3) informaciją, mokymą ir konsultavimą apie lytiškumą ir reprodukcinę sveikatą.

16 šio įstatymo straipsnyje kalbama apie tai, kad sveikatos priežiūros specialistai turi suteikti informaciją ir konsultuoti reprodukcinės sveikatos paslaugų vartotojus apie atsakingą seksualinį elgesį, šeimos planavimą, kontracepcijos bei nėštumo nutraukimo būdus ir metodus, informuoti apie nėštumo, gimdymo, aborto, lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV/AIDS riziką sveikatai. Reprodukcinės sveikatos paslaugų vartotojams teikiama informacija apie reprodukcinę sveikatą turi būti visapusiška ir nešališka, remtis objektyviais ir pripažintais medicinos mokslo pasiekimais bei moksliniais tyrimais. Teikiant informaciją ir konsultuojant, užtikrinama reprodukcinės sveikatos paslaugų vartotojų pasirinkimo teisė, gerbiamos jų moralinės ir vertybinės nuostatos bei religiniai įsitikinimai [24].

Ambulatorinę nėščiųjų sveikatos priežiūrą reglamentuoja LR SAM Įsakymas „Dėl akušerinės – ginekologinės priežiūros moterų konsultacijose“ [25]. Šiame įsakyme nurodoma, kaip dažnai nėščioji turi lankytis pas gydytoją, kokia turi būti nėščiųjų priežiūros tvarka. Įsakyme teigiama, kad nėščioji (jei pageidauja - su sutuoktiniu) pagal sudarytą specialią programą turi būti ruošiama gimdymui, kūdikio priežiūrai ir natūraliam kūdikio maitinimui, supažindinama su šeimos planavimo metodais. Visi gydytojai ir akušerės, vadovaudamiesi šiuo įsakymu, privalo organizuoti ir vykdyti sveikatos mokymo darbą, patarti sutuoktiniams sveikatos, higienos, darbo režimo ir teisės klausimais.

2.2. Pacientų informuotumo problema

Teisė į sveikatos priežiūrą yra viena svarbiausių žmogaus teisių. Šiandien pacientų teisėms ir teisei į sveikatos priežiūrą skiriamas vis didesnis dėmesys. Labai sparčiai vystosi ir dažniau taikomos įvairios sveikatos priežiūros technologijos, plečiasi medicininių intervencijų spektras. Ši pažanga turi ir neigiamų aspektų. Gydomo įstaigos dabar vis labiau panašėja į verslo bendroves. Tokioje aplinkoje gana palankios sąlygos susiformuoti požiūriui į pacientą kaip į objektą, kenčiantį nuo tam tikros ligos. Toks stereotipas sutapatina paciento gydymą ir ligos gydymą ir tarsi yra grindžiamas vienintele gydomo paciento teise – gauti tinkamą sveikatos priežiūrą. Tačiau pacientas yra ne tik kokios nors ligos “turėtojas”. Visų pirma jis žmogus. Tai reiškia, kad pacientas turi ne

vien teisę į kvalifikuotą sveikatos priežiūrą, bet ir teisę į tinkamą informavimą, pasirinkimo ir atsisakymo teisę, teisę į medicinos paslapties išsaugojimą ir pan., t.y. – jis nori būti saugus.

Kitas aspektas – iš esmės pasikeitę paciento ir gydytojo santykiai. Čia susiduriame su dviem medicinos etikos principais – paternalizmo ir autonomijos. Paternalizmas - tai vieno asmens priverstinis įsikišimas į kito asmens elgesį ribojant jo laisvę, bet siekiant antrajam gėrio, gerovės ribojant poreikius, interesus arba vertybes. Autonomija – asmens moralinė teisė laisvai pasirinkti sprendimus vadovaujantis gera valia, sąžine, atsakomybe. Senovės medicinoje ir net iki XIX a. vidurio gydytojas buvo paskyręs visą atsakomybę už savo pacientą sau. Šie santykiai pagrįsti paternalizmo principu. Gydytojas “įsakinėjo”, o pacientui tereikėjo tik paklusti. Savaimė suprantama buvo ir tai, kad gydytojas vienas parinkdavo ligoniui priemones tikslui siekti [11]. Jau nuo XIX a. vidurio ėmė keistis požiūris į paternalistinę mediciną. Buvo pastebėta, kad remiantis paternalizmu galima tiek padėti, tiek ir pakenkti. Todėl Vakarų šalių medicinoje vis plačiau taikomas autonomiškumo principas, kuris gali labiau padėti pacientui. Pagal šį principą ligonis įtraukiamas į gydymąsi, todėl ir atitinkamai informuojamas [11]. Medicinos etikos procesas, kai gydytojas ir pacientas kartu priima sprendimą atspindi etinėje doktrinoje „informuotas sutikimas“ [49]. Informuotas sutikimas yra savanoriškas sąmoningo paciento priimtas gydymo planas, po to kai gydytojas išaiškino gydymo plano detales, gydymo riziką ir naudą ir pasiūlė alternatyvius gydymo būdus [15]. Praeityje medicinos mokslą gaubė daugybė mitų ir pacientai absoliučiai pasitikėdavo savo gydytojais: jie neturėdavo informacijos apie savo būklę ir buvo linkę pasitikėti paties gydytojo priimtu sprendimu. Tačiau šiais laikais absoliutus pasitikėjimas gydytoju tampa praeitimi. Taip atsitinka dėl daugelio priežasčių: pati visuomenė tapo aktyvesnė, vis daugiau informacijos apie žmogaus, taip pat paciento teises, labiau populiarinama ir pateikiama įvairiapusė medicinos informacija, kuri tampa lengvai prieinama, su ja galima susipažinti įvairiose visuomenės informavimo priemonėse ir internete.

Pacientas, lankydamasis pas gydytoją, atvyksta susikūres mintyse gydytojo vaidmenį ir kaip tas vaidmuo turėtų būti atliktas. Tai visuomenės sukurtas gydytojo įvaizdis, kultūriniai lūkesčiai. Jie apima ir paciento pastangas vertinti gydytojų profesines savybes bei galimybes. Paciento ir gydytojo tarpusavio santykių sėkmę lemia paciento lūkesčių ir gydytojo veiklos atitikimas. Klinikinėje literatūroje bendrieji lūkesčiai apibūdinami kaip tikslai, prioritetai ir pan. Juos įtakoja daugybė veiksnių: visuomenės nuomonė, informacijos pateikimas, anksčiau įgyta patirtis, išsilavinimas, socialinė padėtis, sveikatos būklė. Tyrimai parodė, kad dažniausiai pacientai iš gydytojo tikisi informacijos apie sveikatos būklę, tyrimus, galimą susirgimo eigą bei tos informacijos išaiškinimo pacientui suprantamu būdu. Jei pacientas apibūdinamas, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas, jis turi teisę išsakyti savo nuomonę apie paslaugas, o paslaugų teikėjas turi stengtis patenkinti vartotojo poreikius bei įgyvendinti kuo daugiau jo lūkesčių [42]

Pacientų neinformuotumo priežastys gali būti dviejų rūšių: objektyvios ir subjektyvios. Pagrindinė objektyvi pacientų nepakankamo informuotumo priežastis yra gydytojų per didelis darbo krūvis. Be to, daug laiko atima dokumentacijos tvarkymas. Subjektyvios priežastys – tai nepakankamos gydytojų pastangos, įtraukiant pacientą į savęs gydymą, profesinės abejonės, pacientų neryžtingumas. Pas mus iki šiol gydytojo ir paciento santykiuose dar galioja paternalizmo principas, kai gydytojas pats viską sprendžia vienas. Dauguma gydytojų apsiriboja tik “technine” ligos puse, neleidami ligoniui išsakyti savo nerimo ir abejonių, apsiriboja atsakymais į ligonio klausimus, vartoja nesuprantamus terminus. Daugumos ligų etiologija yra diskutuotina. Gydytojai retai sako savo abejones pacientui, bijo prisipažinti, kad nėra užtikrinti dėl diagnozės. O pacientui kyla abejonės. Atsiranda nepasitikėjimas gydymu ir gydytoju. Kai kada gydytojai stengiasi labai gerai informuoti savo pacientus, bet šie vis tiek lieka nepatenkinti vizitu pas gydytoją. Viena priežasčių – greitai pamirštama tai, ką pasakė gydytojas. Kai kurie gydytojai per greitai ir per daug kalba. O kai gaunama informacijos daugiau, nei jos gali įsisavinti, tai ji surūšiuojama, o dalis tiesiog atmetama [11]. Taip pat turi įtakos ir menkas pacientų sveikatos raštingumo lygis, kuris yra labai susijęs su išsilavinimu. Sveikatos raštingumas apima individo sugebėjimą skaityti, suprasti ir naudoti informaciją, kuri reikalinga adekvačiai sveikatos priežiūrai [66]. Nustatyta, kad yra ryšys tarp paciento sveikatos raštingumo lygio bei išsimokslinimo – kuo žemesnis išsimokslinimo laipsnis, tuo mažesnis ir sveikatos raštingumo lygis. Pacientai, kurių raštingumo lygmuo menkas, blogiau supranta gydytojo nurodymus, todėl gydytojo bei paciento bendravimas ir tarpusavio supratimas tampa sunkesnis [66]. Daugelis autorių nurodo, kad išsimokslinimas turi įtakos informacijos supratimui ir jos reikalingumo vertinimams. Aukštąjį išsimokslinimą turintys pacientai geriau žino savo ligos diagnozę, tyrimų rezultatus, ligos prognozę, galimas jos komplikacijas nei pradinio, vidurinio ar aukštesniojo išsimokslinimo pacientai, jie dažniau išreiškia poreikį gauti šią informaciją ir yra reiklesni minimos informacijos kokybei. Aukštąjį išsilavinimą turintys pacientai taip pat yra dažniau įsitikinę, kad yra pakankamai informuoti apie savo ligą [7]. JAV mokslininkų atlikto tyrimo metu taip pat buvo rastas ryšys ir tarp pacientų informuotumo bei amžiaus [45,63]. Įrodyta, kad vyresni pacientai savo dalyvavimą gydymo procese vertina geriau nei jaunesni [7]. Jie gauna daugiau informacijos iš savo gydytojų, daugiau bendrauja su jais, daugiau užduoda įvairių klausimų susijusių su vaistais bei gydymu. Tačiau vyresnio amžiaus žmonės taip pat turi ir daugiau problemų bendraujant su gydytojais dėl menko jų sveikatos raštingumo lygio, prastesnės sveikatos būklės, dėmesio bei atminties stokos [51,63]. Jauni asmenys yra reiklesni jiems suteiktos informacijos kokybei nei vyresnio amžiaus pacientai [7,31]. Panašų bendravimo su sveikatos darbuotojais vertinimą, priklausomai nuo amžiaus, patvirtina ir kiti autoriai. A. F. Joung su bendraautoriais nurodo, jog su amžiumi didėja pasitenkinimo lygis vizitu pas gydytoją [30,67].

Suomijoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad 35 m. ir vyresnės moterys yra aukštesnio išsilavinimo nei jaunesnės ir todėl labiau domisi savo sveikata [52].

2003 m. buvo atliktos kelios Lietuvos gydytojų ir pacientų apklausos, siekiant įvertinti žmogaus teisių padėtį Lietuvoje. Apklausus medikus, buvo išsiaiškinta, kad tik trečdalis apklaustų medicinos darbuotojų skaitė Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, tik pusė girdėjo apie šį įstatymą, tik pusė teigia, kad informacija apie ligą, gydymo eigą, gydymo rezultatus ir kitus galimus gydymo metodus reikalinga pacientams. Atlikus pacientų apklausą išaiškėjo, kad beveik pusė respondentų nežino apie minėtą įstatymą, teisę pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją. Apie 70 proc. apklaustų pacientų teigė, kad informacija apie ligą, gydymo eigą, rezultatus bei kitus galimus gydymo metodus jiems yra reikalinga [41].

2001-2003 m. Lietuvos Biomedicinos etikos draugijos ir Pilietinių iniciatyvų centro vykdyto projekto iniciatyva buvo atliktas kokybinis tyrimas, kurio išvadose teigiama, kad pacientai vis tik nepasitiki gydytojais, nesupranta įstaigų tvarkos, todėl stengiasi kuo mažiau lankytis pas gydytojus. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai nėra visapusiškai išstudijavę pacientams garantuojamų teisių, o tai sudaro tiesiogines prielaidas jas ignoruoti ar pažeidinėti. Nekokybiškas, paviršutiniškas gydytojų darbas, ydinga sveikatos priežiūros praktika traktuojama kaip įprastas dalykas ir visa kaltė dėl kylančių problemų primetama pacientui. Sveikatos priežiūros specialistai nurodo, kad patys pacientai nesilaiko jiems keliamų reikalavimų, neatsižvelgia į medikų pateiktas rekomendacijas [37]. Be to, sveikatos priežiūroms darbuotojai nuolat susiduria su dilema, kaip, kada ir kokia informaciją pateikti pacientui, kada reikalingas, o kada ne paciento sutikimas, patvirtintas asmeniniu parašu, galiausiai kokių mastu privalu paisyti paciento teisių. Tačiau, kad ir kaip sudėtinga būtų laikytis visų teisės aktų, visais atvejais pacientas turi būti tinkamai informuojamas [4]. Informacijos tinkamumas visų pirma vertinamas pagal tai, ar informacija buvo suprantama pacientui, ar ji buvo pakankama pacientui apsispręsti sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo. Tik tinkamai informuotas pacientas gali būti aktyviu ir atsakingu sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo pagalbininku įveikiant ligą, todėl tinkamu paciento informavimu turi būti suinteresuoti ir pacientai, ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai [1].

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas atspindi pažangias tradicijas šioje srityje bei rodo, jog į žmogaus teises ir vertybes sveikatos priežiūros sistemoje kreipiamas ypatingas dėmesys. Tačiau, nors žmogaus teisių pažeidimai sveikatos sistemoje gana dažni, pacientai bei medicinos darbuotojai Lietuvoje dar mažai informuoti apie pacientų teises. Tai trukdo efektyviai įgyvendinti įstatymus [8].

Šiandien paciento teisės tampa įprasta tema. Pacientai pagrįstai reikalauja konfidencialumo ir privatumo, lygiaverčio bendravimo su gydytoju, jie jaučiasi atsakingi ir nori aktyviai dalyvauti priimant juos liečiantį sprendimą, taip pat kartu su gydytoju pasidalinti rizika. Vis dėlto, reikia

pripažinti, kad šiandien pacientas yra silpnesnioji paciento ir gydytojo santykio dipolio pusė, todėl reikalauja didesnės apsaugos [60].

2.3. Motinos ir vaiko sveikatos priežiūra

Remiantis LR SAM įsakymu „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos patvirtinimo“ Lietuvoje pirminio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas teikia moterų konsultacijos. Jos vadovaujasi LR SAM 1997 04 14 įsakymu Nr. 167 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN11-2:1997 „Moterų konsultacija“ bei Perinatologijos programoje išdėstytais principais. Ambulatorinę nėščiosios sveikatos priežiūrą teikia gydytojas akušeris-ginekologas arba kvalifikuota akušerė, kurios kompetenciją nustato Lietuvos medicinos norma MN 40:1997 „Akušerė (akušeris)“. Šį darbą gali atlikti ir BPG bei privačių kabinetų gydytojai įstatymų nustatyta tvarka. Privačių kabinetų, vykdančių pirminę ambulatorinę nėščiųjų priežiūrą, gydytojai privalo laikytis „Moterų konsultacijos“ normos ir Perinatologijos programos reikalavimų. Esant didelei perinatalinei rizikai, ambulatorinę nėščiosios priežiūrą vykdo tik gydytojas akušeris-ginekologas. Moteris laisvai pasirenka pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigą bei gydytoją [25,26].

Sveiko vaiko gimimas bei jo sveikatos išsaugojimas vaikystėje sukuria optimalias sąlygas gerai žmogaus sveikatai visą likusį jo gyvenimą, todėl motinai ir vaikui teikiama pagalba yra ypač reikšminga. Perinatalinis, naujagimių ir kūdikių bei vaikų sergamumas yra glaudžiai susiję su moterų sveikata, nėštumo ir gimdymo priežiūra. Efektyvi ir moderni moters ir vaiko priežiūra yra daugelio psichikos, neurologinių, širdies ir kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto profilaktikos priemonė bei finansiškai, socialiai ir psichologiškai svarbus visuomenės sveikatos gerinimo būdas [33].

PSO rekomenduoja motinos ir vaiko sveikatos apsaugą laikyti prioritetine sritimi. 1992 m. pradėta vykdyti Motinos ir vaiko sveikatos programa Lietuvoje. Pasiiekti motinos ir vaiko sveikatos rodikliai leidžia lygiuotis į daugelį išsivysčiusių Europos šalių. Tačiau šių rodiklių mokslinis įvertinimas bei naujų sveikatos priežiūros metodų paieška gali padėti labiau tobulinti motinos ir vaiko sveikatos priežiūrą ir siekti ne tik geresnių kiekybinių, bet ir kokybinių rezultatų [33].

LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. Nutarimu Nr. VIII-833 patvirtinta Lietuvos sveikatos programa 1997-2010 m. vienu iš pagrindinių tikslų iki 2010 m. nurodo kūdikių mirtingumo sumažinimą 30 proc. Pateikiama dešimt priemonių minėtų tikslų įgyvendinimui, viena kurių yra numatyti priemonės, kuriomis būtų galima sumažinti gimdyvių mirtingumą (užtikrinti visoms moterims prieinamą ir kvalifikuotą nėščiųjų priežiūrą bei gimdymo pagalbą) [33].

Vienas iš svarbiausių šalies socialinio ir ekonominio lygio rodiklių yra nėščiųjų ir gimdyvių mirtingumas. Pasaulyje nuo nėštumo ir gimdymo komplikacijų moterys miršta kasdien, kiekvieną minutę, daugelis jų besivystančiose šalyse. Ir skaudžiausia, kad daugelis šių mirčių yra išvengiamos. Nėščiųjų ir gimdyvių mirtingumo mažinimas yra ir Jungtinių tautų plėtojamos globalinės demografijos strategijos dalis. PSO taip pat parėmė šią veiklą, įdiegdama saugaus nėštumo programą 1987 m. Nairobyje, darančią įtaką moters sveikatos priežiūrai [33]. Per pastaruosius 30 metų Vakarų Europoje ir kitose aukšto ekonominio lygio šalyse nėščiųjų ir gimdyvių mirtingumas yra mažas. Europos Sąjungoje jis jau nesiekia 10 iš 100 tūkstančių gyvų gimusių naujagimių (2000 m. Airijoje jis buvo 1,2, Austrijoje – 3,5, Švedijoje – 3,4) [57]. Lietuvoje 2001 m. nėščiųjų ir gimdyvių mirtingumas buvo 12,4 iš 100 tūkst., 2002 m. jis šoktelėjo iki 20,4, o 2003 metais sumažėjo net iki 3,3 100 tūkst. gyvų gimusių naujagimių [3]. Per dešimtmetį nėščiųjų ir gimdyvių sergamumas Lietuvoje sumažėjo keturis kartus [33]. Lietuva šiandien didžiuojasi pasiekimais akušerijos ir perinatologijos srityje. Pernai vykusiam Baltijos šalių kongrese buvo pateikti gimdyvių perinatalinio mirtingumo palyginamieji duomenys, kurie parodė, kad Lietuvos specialistų pasiekti rezultatai dvigubai geresni nei kaimynų latvių. Tuo tarpu estų perinatalinio mirtingumo statistikos duomenys yra daug blogesni nei Lietuvos. Tai rodo, kad akušerinė pagalba mūsų šalyje beveik pasiekė išsivysčiusių šalių lygį. Paskutiniai metai nebuvo tokie sėkmingi, mirtingumo rodikliai išaugo ir tai rodo, kad mūsų teikiama priežiūra dar nėra pakankamai efektyvi ir gera [33]. Abejojama, ar šioje srityje Lietuvos specialistų pasiektų rodiklių nesugadins skubotai parengti ar perkvalifikuoti šeimos gydytojai [6,29].

2000 m. duomenimis, Lietuvoje mirė 338 naujagimiai (t.y. 9,83 tūkstančiui gimusiųjų). 2001 metų duomenys rodo, kad naujagimių mirtingumo rodiklis sumažėjo iki 8,07, o 2002 m. – vėl padidėjo iki 9,63 tūkstančiui gimusiųjų. Specialistai teigia, kad pasaulio giminingų rodiklių kontekste mūsų šalies duomenys vertinami pakankamai teigiamai [10].

Lietuvos sveikatos programoje labai didelis dėmesys skiriamas asmens sveikatos priežiūros reformai. Per pastaruosius metus, įgyvendinant šią reformą, Lietuvoje bandoma keisti gyventojų medicininį aptarnavimą išplečiant pirminės sveikatos priežiūros tarnybą, kuriant šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo instituciją. Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje teigiama, kad pirminės sveikatos priežiūros plėtojimas yra prioritetinė sveikatos sistemos reformos kryptis. Per pastarąjį šimtmetį mokslo, kultūros ir technologijų procesas iš esmės pakeitė medicinos mokslą, praktiką ir pačią sveikatos priežiūros sistemą: žmonija sužinojo apie daugelio ligų kilmę, jų raidos dėsningumus, remdamiesi naujomis technologijomis sukūrė diagnostikos ir gydymo priemones. Naujovėms įdiegti reikėjo labai gilių, dažnai siauros srities žinių. Atsirado ir didėjo poreikis kurti specializuotas medicinos mokslo ir praktikos šakas, steigti specializuotas sveikatos priežiūros institucijas ir rengti specialistus. Šis procesas lėmė, jog sveikatos priežiūros sistema sutelkė dėmesį

į ligą, organo ar organų sistemos diagnostiką ir gydymą, o visuomenės ir paciento atžvilgiu – sveikatos paslaugų fragmentaciją ir epizodiškumą, paciento sveikatos sutrikimų išskaidymą, atsižvelgiant į amžių, lytį arba organų sistemas. Reikiamoms technologijoms įsigyti ir specialistams parengti reikėjo didelių investicijų, o vėliau – daug lėšų jiems išlaikyti. Todėl medicinos pagalba tapo brangi, ne visiems prieinama. Šie ekonominiai visuomenės ir mokslo raidos veiksniai paskatino prisiminti šeimos gydytojo sampratą. Sveikatos priežiūros sistemoje turi būti grandis, kuri organizuotų ir koordinuotų paciento sveikatos priežiūrą, reguliuotų aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą ir tikslingumą, būtų skirta žmogui, jo sveikatai saugoti, o ne ligoms gydyti [39]. Įkūrus BPG instituciją tikėtasi, kad sveikatos priežiūra priartės prie paciento, gerės jos prieinamumas, tinkamumas, mažės sveikatos sistemos išlaidos. Sveikatos sistema reformuojama daugelyje pasaulio valstybių. Atlikti tyrimai rodo, kad įvairių šalių gyventojai labai skirtingai vertina reformas: vieni patenkinti šeimos gydytojo teikiamomis paslaugomis, kiti pageidauja specializuotos pagalbos [35].

Daug disciplinų ir specialybių dalinasi bendromis medicininės priežiūros sritimis, tačiau santykis tarp šeimos medicinos ir akušerijos-ginekologijos istoriškai buvo laikomas vienu iš intensyviausių ir labiausiai ginčytinų [46].

Kuriamos BPG struktūros idėją lydėjo nuostata, kad vienas iš šeimos gydytojo privalumų bus tas, jog jis prižiūrės visą šeimą, stebės kūdikio besilaukiančią moterį, vėliau – jos ką tik gimusį kūdikį ir seks, kaip jis vystosi, gydys jį (jei reiks) nuo gimimo iki senatvės. Šiai idėjai jau BPG struktūros kūrimo ištakose priešinosi pediatrai. Jie sakė, kad nerealu, jog menką pediatrinį žinių bagažą turintys terapeutai būtų pajėgūs tinkamai prižiūrėti ir gydyti vaikus [10]. Daugumos naujagimių mirčių priežastys – apsigimimai, kurių pasveikimui medikai praktiškai negalėjo daryti įtakos. Tokie naujagimiai 2000 metais sudarė 44,2 proc. 15,6 proc. visų mirusių naujagimių mirties priežastys – gimdymo traumos, vaisiaus hipoksija ir asfiksija gimdymo metu. Pasak prof. V.Basio, galima daryti prielaidą, kad tam įtakos galėjo turėti netinkama akušerio ginekologo ar šeimos gydytojo priežiūra nėštumo ir gimdymo metu [10]. Tačiau jau 1987 metais Toronto ligoninėje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad gydytojo specialybė - akušerija-ginekologija ar šeimos medicina – nėra rizikos faktorius neigiamiems perinataliniams rezultatams [48].

Užsienio šalyse yra atliekama daug tyrimų, apklausų, kurių metu siekiama įvertinti akušerių-ginekologų bei šeimos gydytojų atliekamos nėščiųjų priežiūros kokybę. 1996 metais Škotijoje atlikto tyrimo metu buvo palyginta akušerių-ginekologų ir BPG nėščiųjų priežiūros kokybė. Reikšmingų skirtumų tarp moterų pasitenkinimo sveikatos priežiūra, jos teikimo būdu, prieinamumu, gaunamos informacijos kiekiu ir išsamumu šiose institucijose nustatyta nebuvo [65]. 1989 metais Toronte atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad nėštumo komplikacijos vienodai dažnos tiek BPG, tiek ir akušerių-ginekologų pacienčių tarpe [61], nors 1996 metais atliktas tyrimas

parodė, kad, nėščiosioms, besilankančioms pas šeimos gydytojus buvo dažnesnės pogimdyminės komplikacijos. Visgi daugumos tyrimų metu reikšmingų skirtumų tarp šių dviejų institucijų darbo kokybės nustatyta nebuvo ir atlikti tyrimai įrodo, kad šeimos gydytojai teikia tokią pačią patikimą akušerinę priežiūrą [44,58,62].

Motinos priežiūra, apimanti ir mažos rizikos akušerinę priežiūrą, turi būti esminis komponentas rengiant šeimos praktikos rezidentus. Amerikos šeimos gydytojų akademija išplėtė rekomendacijas esminiems mokymo uždaviniams ir bendradarbiavimo praktikai, kurios padėtų rengti medikus bei jiems atlikti praktiką. Tačiau daugelio praktiką atliekančių šeimos gydytojų patirtis rodo, kad akušeriai dažnai žvelgia į visą akušerinę priežiūrą, kaip į potencialiai labai rizikingą, todėl jie aktyviai atkalba šeimos gydytojus nuo net mažai rizikingos akušerijos praktikavimo. Iš esmės, visi tyrinėjimai, nagrinėjantys nėščiųjų sveikatos priežiūrą, vykdytą šeimos gydytojų, ir spausdinti šeimos medicinos žurnaluose parodo, kad rezultatai yra panašūs, bet tas panašumas yra gana abejotinas, nes kompetencijos apibūdinimą ir elgesio įvertinimą konsultacijų metu apsunkina tiriamų pacienčių aplinkos faktoriai. Pagrindinis skirtumas tarp šeimos gydytojų bei akušerių-ginekologo darbo, kuris buvo pastebėtas kituose tyrimuose, buvo tai, kad šeimos gydytojų darbo pobūdis yra ne toks intervencinis [46].

Diegiant naują instituciją yra svarbu analizuoti jos veiklą, vertinti efektyvumą, kaip funkcionuoja ši institucija, ar vykdo tas funkcijas, kurioms buvo sukurta, kokie veiksniai įtakoja jų realizavimą, kokios naujos institucijos galimybės, privalumai bei trūkumai. Atliekant įvairius tyrimus buvo nustatyta, kad sveikatos problemų sprendimo galimybės pirminės sveikatos priežiūros grandyje yra didelės, tačiau kol kas nepanaudojamos. 1998-2002 m. atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad BPG ir bendruomenės slaugytojų komandinė veikla šviečiant kaimiškosios bendruomenės gyventojus yra efektyvi formuojant gyventojų savimonę ir požiūrį į savo sveikatą, tačiau BPG dar menkai įsijungia į profilaktinį darbą [41].

Vienas pagrindinių sėkmingo darbo veiksmių yra komandinis darbas. Pacientų labui BPG ir specialistų institucijos turėtų ne konkuruoti, o kooperuotis bendrai veiklai.

Nėščiųjų informavimas turi vykti pagal visus šiuo metu galiojančius įstatymus, nes tai gali turėti įtakos jų sveikatai bei pasekmėms. Tačiau šia tema mokslinių publikacijų prieinamoje literatūroje neaptikta.

3. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA

Norėdami įvertinti nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą pacienčių požiūriu ir jo skirtumus tarp BPG ir akušerių ginekologų tarnybų naudojome anoniminį nėščiųjų anketavimą.

Tyrimas atliktas 2004 metų rugpjūčio - gruodžio mėnesiais. Anketos buvo išdalintos KMUK šeimos klinikos ir Dainavos poliklinikos moterų konsultacijos registratūrose pacienčių apsilankymo pas gydytoją metu. Apklaustos III-iaje nėštumo trimestre esančios nėščiosios.

Per šį laikotarpį KMUK šeimos klinikoje iš viso apsilankė 120 III-iaje nėštumo trimestre esančių nėščiųjų, kurioms ir buvo išdalintos anketos. Jas užpildė ir grąžino 96 nėščiosios (80 proc.). Dainavos poliklinikos moterų konsultacijoje per minėtą laikotarpį lankėsi 214 III-iaje nėštumo trimestre esančių nėščiųjų, kurių nėštumo eigą prižiūrėjo 10 akušerių - ginekologų. Anketas išdaliname atsitiktinai parinktų 6 gydytojų stebimoms visoms III-iaje nėštumo trimestre esančioms nėščiosioms (N = 124), o sugrįžo 102 (82,3 proc.) anketos.

Nėščiosioms pateikta anoniminė 37 klausimų anketa (1 priedas). Pirmoje anketos dalyje buvo prašoma atsakyti į bendruosius klausimus (amžius, išsimokslinimas, šeimyninė padėtis, kelintas šis nėštumas, kaip respondentės vertina savo sveikatos būklę, koks gydytojas (BPG ar akušeris-ginekologas) prižiūri nėštumo eigą, ar reguliariai lankėsi pas gydytoją). Antroje dalyje buvo pateikti klausimai, atspindintys nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą. Respondentės, pildydamos anketa, galėjo pasirinkti labiausiai tinkantį atsakymą. Nėščiųjų teisės į sveikatos įgyvendinimą vertinome remdamiesi LR galiojančiais įstatymais.

Iš visų apklausoje dalyvavusių nėščiųjų (n = 198) 48,5 proc. sudarė BPG pacientės ir 51,5 proc. moterys, besilankančios pas akušerius-ginekologus.

1 lentelė. Respondenčių paskirstymas pagal amžių.

Amžius (metais)	Nėštumo eigą prižiūrintis gydytojas				Iš viso	
	BPG		Akušeris-ginekologas			
	n	%	n	%	n	%
Iki 25 m.	32	33,3	32	31,4	64	32,3
25-29 m.	30	31,3	36	35,3	66	33,3
30 m. ir daugiau	34	35,4	34	33,3	68	34,3
Iš viso	96	100	102	100	198	100

$$\chi^2 = 0,364; df = 2; p = 0,834$$

1 lentelėje pateiktas respondenčių paskirstymas pagal nėštumo eigą prižiūrintį gydytoją bei amžių. Amžių suskirstėme į tris grupes. Nėščiųjų, besilankančių pas BPG ir akušerius-ginekologus, paskirstymas pagal amžių buvo panašus ($p > 0,05$).

2 lentelėje pateikti duomenys apie respondenčių paskirstymą pagal nėštumo eigą prižiūrintį gydytoją bei išsimokslinimą. Nėščiosios, dalyvavusios mūsų apklausoje, dažniausiai buvo įgiję nebaigtą aukštąjį, aukštesnįjį bei vidurinį išsimokslinimą. BPG patientės dažniau nei akušerių-ginekologų atsakė, kad yra įgiję aukštąjį (atitinkamai 41,7 ir 23,5 proc.) išsimokslinimą. Mažiausiai buvo nebaigtą vidurinį bei pradinį išsimokslinimą turinčių respondenčių. Skirtumas tarp BPG ir akušerių-ginekologų pacienčių išsimokslinimo buvo statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$).

2 lentelė. Respondenčių paskirstymas pagal išsimokslinimą.

Išsimokslinimas	Nėštumo eigą prižiūrintis gydytojas				Iš viso	
	BPG		Akušeris- ginekologas			
	n	%	n	%	n	%
Aukštasis	40	41,7	24	23,5	64	32,3
Nebaigtas aukštasis, aukštesnysis, vidurinis	55	57,3	67	65,7	122	61,6
Nebaigtas vidurinis ir pradinis	1	1,0	9	8,8	10	5,1
Neatsakė	0	0	2	2,0	2	1,0
Iš viso	96	100	102	100	198	100

$$\chi^2 = 13,411; df = 3; p = 0,004$$

Tolimesnėje savo analizėje respondentes, priklausomai nuo jų išsimokslinimo suskirstėme į dvi grupes: 1) turinčias aukštąjį ir 2) žemesnį išsimokslinimo laipsnį, atsižvelgdami į tai, jog nebaigtą vidurinį ir pradinį išsimokslinimą turinčių buvo santykinai nedaug.

3 lentelėje pateikti duomenys apie nėščiųjų pasiskirstymą pagal nėštumo eigą prižiūrintį gydytoją bei šeimyninę padėtį. Pagal šeimyninę padėtį respondentės buvo suskirstytos į tris grupes. Našlių ir išsiskyrusių nebuvo. BPG pacienčių tarpe buvo daugiau ištekejusių nėščiųjų nei akušerių-ginekologų (atitinkamai 83,3 ir 67,6 proc.). Mažiausiai buvo vienišų respondenčių (6,6 proc.). Nėščiųjų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį tarp BPG ir akušerių-ginekologų pacienčių reikšmingai skyrėsi.

Kadangi gyvenančių nesusituokusių bei vienišų respondenčių buvo santykinai nedaug, šias dvi grupes tolimesnėje analizėje sujungėme į vieną.

3 lentelė. Respondenčių paskirstymas pagal šeimyninę padėtį.

Šeimyninė padėtis	Nėštumo eigą prižiūrintis gydytojas				Iš viso	
	BPG		Akušeris-ginekologas			
	n	%	n	%	n	%
Ištekėjusios	80	83,3	69	67,6	149	75,3
Gyvena nesusituokę	10	10,4	26	25,5	36	18,2
Vienišos	6	6,3	7	6,9	13	6,6
Iš viso	96	100	102	100	198	100

$$\chi^2 = 7,825; df = 2; p = 0,020$$

Lyginant rodiklius pagal išsilavinimą bei šeimyninę padėtį jie buvo standartizuoti pagal amžių tiesioginės standartizacijos metodu. Standartu buvo laikoma visa tyrime dalyvavusių nėščiųjų imtis.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant programų paketo SPSS 11.0 versiją. Ryšius tarp požymių įvertinome chi kvadrato (χ^2) kriterijumi. Ryšiai laikomi statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Norėdami įvertinti nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą atlikome anoniminę nėščiųjų apklausą. Apklaustos 98 nėščiosios, besilankančios pas BPG ir 102 – pas akušerius-ginekologus. Pas BPG dažniausiai lankėsi pirmą kartą besilaukiančios moterys (55,2 proc.). Tuo tarpu akušerių-ginekologų pacientės dažniausiai atsakė, kad laukiasi antro kūdikio ar daugiau (53,9 proc.). Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo priklausomai nuo nėštumų skaičiaus pastebėta nebuvo (4 lentelė).

4 lentelė. Respondenčių paskirstymas pagal nėštumų skaičių.

Nėštumų skaičius	Nėštumo eigą prižiūrintis gydytojas				Iš viso	
	BPG		Akušeris-ginekologas			
	n	%	n	%	n	%
1	53	55,2	41	40,2	94	47,5
2 ir daugiau	36	37,5	55	53,9	91	46,0
Neatsakė	7	7,3	6	5,9	13	6,6
Iš viso	96	100	102	100	198	100

$$\chi^2 = 5,399, df = 2, p = 0,067$$

5 lentelė. Respondenčių paskirstymas pagal tai, nuo kurios savaitės jos pirmą kartą apsilankė pas gydytoją.

Savaitė	Nėštumo eigą prižiūrintis gydytojas				Iš viso	
	BPG		Akušeris-ginekologas			
	n	%	n	%	n	%
Iki 12 sav.	76	79,2	60	58,8	136	68,7
12 sav. ir vėliau	11	11,5	26	25,5	37	18,7
Neatsakė	9	9,4	16	15,7	25	12,6
Iš viso	96	100	102	100	198	100

$$\chi^2 = 9,751, df = 2, p = 0,005$$

Dauguma mūsų apklaustų nėščiųjų pas savo nėštumo eigą prižiūrintį gydytoją pradėjo lankytis iki 12-tos nėštumo savaitės. Po 12-tos nėštumo savaitės pas gydytoją pradėjusių lankytis nėščiųjų tarpe daugiau buvo akušerių-ginekologų pacienčių ($p < 0,05$) (5 lentelė).

Nėščiosios pas savo nėštumo eigą prižiūrintį gydytoją lankėsi reguliariai (6 lentelė). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp BPG ir akušerių ginekologų tarnybų nustatyta nebuvo.

6 lentelė. Respondenčių paskirstymas pagal tai, ar reguliariai lankėsi pas savo nėštumo eigą prižiūrintį gydytoją.

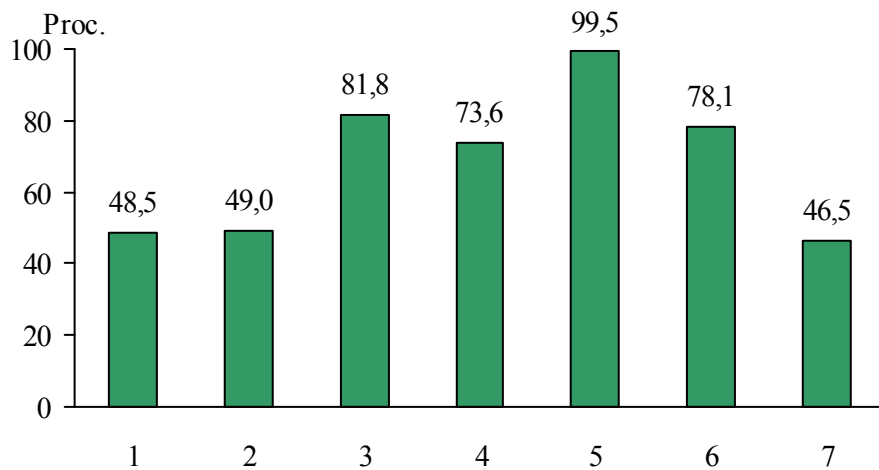
Ar reguliariai lankėsi	Nėštumo eigą prižiūrintis gydytojas				Iš viso	
	BPG		Akušeris-ginekologas			
	n	%	n	%	n	%
Taip	88	91,7	85	83,3	173	87,4
Ne	8	8,3	17	16,7	25	12,6
Iš viso	96	100	102	100	198	100

$$\chi^2 = 3,113, df = 1, p = 0,078$$

4.1. Nėščiųjų teisė į sveikatos informacijos įgyvendinimą ir jo priklausomybė nuo demografinių-socialinių veiksnių

Pastaraisiais dešimtmečiais medicinos praktikoje vis reikšmingesnis tampa pacientų informuotumo principas. Sveikoje visuomenėje žmogaus teisės yra saugomos ir gerbiamas žmogaus orumas. Paciento teisę į informaciją reglamentuoja LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas [22]. Tačiau mūsų apklausos duomenimis apie šį įstatymą žinojo mažiau nei pusė nėščiųjų (1 pav.).

Panašūs rezultatai gauti ir kitų Lietuvoje atliktų apklausų metu. 2002 m. Kauno mieste keturiose sveikatos priežiūros įstaigose atliktos anketinės apklausos duomenimis 41,5 proc. pacientų teigė nieko nežinantys apie minėtą įstatymą, tik 32,3 proc. medicinos darbuotojų skaitė ir 52,4 proc. girdėjo apie šį įstatymą. Net 15,3 proc. medicinos darbuotojų apie šį įstatymą nieko nežinojo (8,7).



Nėščiosios žinojo:

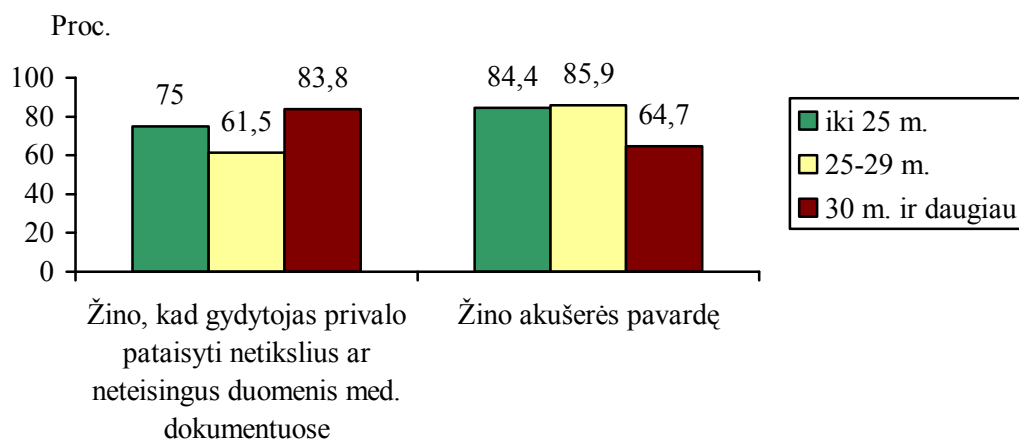
- 1 - kad Lietuvoje yra pacientų teises ginantis įstatymas;
- 2 - kad turi teisę savo lėšomis pasidaryti medicininių dokumentų kopijas;
- 3 - kad gydytojas privalo paaiškinti įrašų medicininiuose dokumentuose reikšmę;
- 4 - kad gydytojas privalo pataisyti netikslius ar neteisingus duomenis medicininiuose dokumentuose;
- 5 - gydytojo pavardę;
- 6 - akušerės pavardę;
- 7 - kokios įstaigoje teikiamos paslaugos ir kaip jomis pasinaudoti.

1 pav. Nėščiųjų žinios apie jų teises į sveikatos informaciją.

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 6 straipsnis reglamentuoja įvairius su paciento sveikata susijusius aspektus. Jame teigiama, kad pacientui pageidaujant, turi būti pateikta ligos istorija ar kiti jo medicininiai dokumentai, išskyrus tuos atvejus, kai tai iš esmės gali pakenkti paciento sveikatai ar net sukelti pavojų gyvybei. Pacientas turi teisę prašyti, kad jo lėšomis būtų padarytos jo ligos istorijos ir kitų dokumentų kopijos (22). Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, kad turi tokią teisę žinojo tik pusė apklaustųjų. Minėtame įstatyme taip pat teigiama, kad gydytojas privalo paaiškinti pacientui įrašų medicininiuose dokumentuose reikšmę. Jeigu reikalavimas pagrįstas, gydytojas privalo ištaisyti, užbaigti, panaikinti, paaiškinti ir pakeisti netikslius, neišsamius, dviprasmiškus duomenis arba duomenis, nesusijusius su diagnoze, gydymu ar slauga (22). Dauguma mūsų apklaustų nėščiųjų teigė, kad žino šias paciento teises (1 pav.).

Pacientų teises apibrėžiantis įstatymas taip pat užtikrina paciento teisę žinoti gydančio gydytojo ir slaugančio darbuotojo vardą, pavardę, taip pat jų pareigas, kvalifikaciją (22). Dauguma nėščiųjų nurodė žinančios šią informaciją (1 pav.). Nei viena respondentė nepasirinko atsakymo, kad jai nesvarbu žinoti gydančio gydytojo pavardę ir tik nedaugelis teigė, kad joms nesvarbi akušerės pavardė (1,5 proc.). Kitų Lietuvoje atliktų tyrimų metu gauti panašūs rezultatai (7).

Lyginant respondenčių žinias apie tai, kad gydytojas privalo pataisyti netikslius ar neteisingus duomenis medicininiuose dokumentuose atsakymai statistiškai reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo nėščiųjų amžiaus. Kad žino minėtą informaciją dažniau nurodė jaunesnės nei 25 ir vyresnės nei 30 metų respondentės. Be to, mūsų atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad akušerės pavardę žinojo statistiškai reikšmingai didesnę dalis iki 25 bei 25-29 metų nei vyresnių nėščiųjų (2 pav.).



$$\chi^2 = 8,59; df = 2; p = 0,014$$

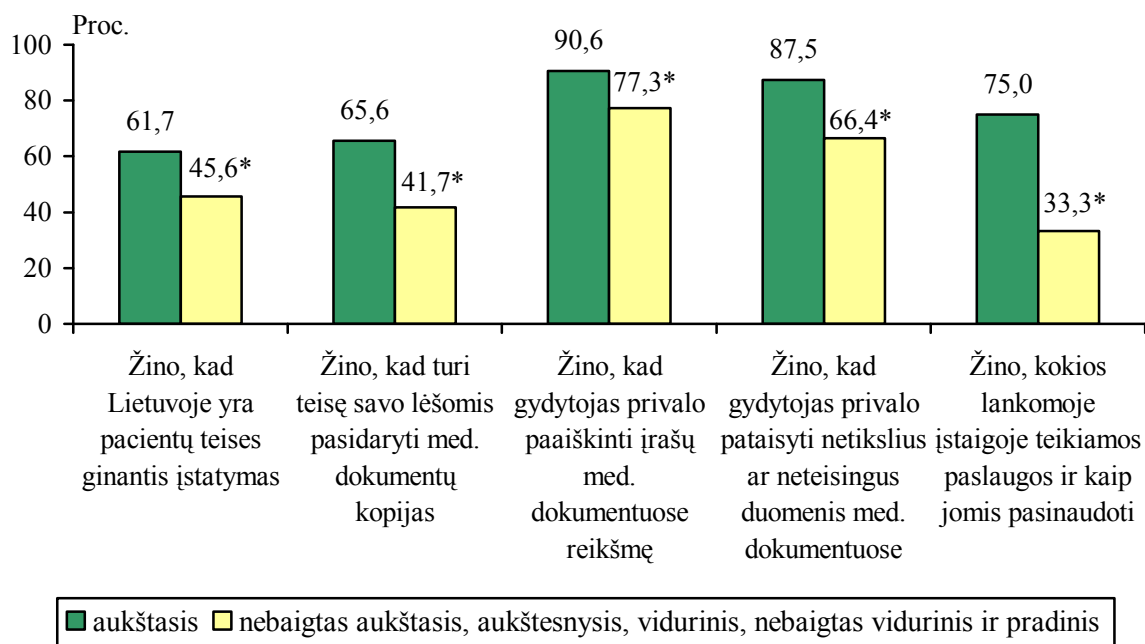
$$\chi^2 = 20,50; df = 4; p = 0,000$$

2 pav. Nėščiųjų žinių apie jų teisę į sveikatos informaciją ryšys su amžiumi.

Mūsų tyrimo metu gauti statistiškai reikšmingi skirtumai lyginant aukštąjį bei nebaigtą aukštąjį, aukštesnįjį, vidurinį, nebaigtą vidurinį ir pradinį išsimokslinimą turinčių nėščiųjų atsakymus į klausimą „Ar Lietuvoje yra pacientų teises ginantis įstatymas?“. Kad minėtas įstatymas yra dažniau žinojo aukštąjį išsimokslinimą turinčios respondentės ($\chi^2 = 4,19; df = 1; p = 0,041$). Aukštąjį išsimokslinimą turinčios nėščiosios taip pat statistiškai reikšmingai daugiau nei žemesnio išsimokslinimo buvo informuotos apie tai, kad turi teisę prašyti, kad jų lėšomis būtų padarytos ligos istorijos ar kitų dokumentų kopijos ($\chi^2 = 9,90; df = 1; p = 0,002$) ir kad gydytojas privalo paaiškinti įrašų medicininiuose dokumentuose reikšmę ($\chi^2 = 5,13; df = 1; p = 0,024$) (3 pav.).

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme numatyta ir tai, kad pacientas turi teisę gauti informaciją apie sveikatos priežiūros sistemos institucijų teikiamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti. Tačiau net 51,5 proc. mūsų apklaustų nėščiųjų mano, kad šią informaciją žino tik dalinai. Statistiškai reikšmingai labiau informuotos apie lankomos įstaigos teikiamas paslaugas buvo turinčios aukštąjį nei nebaigtą aukštąjį, aukštesnįjį, vidurinį, nebaigtą vidurinį bei pradinį išsimokslinimą ($\chi^2 = 30,49; df = 2; p = 0,000$) (3 pav.). Nėščiosios su aukštesniu išsimokslinimo

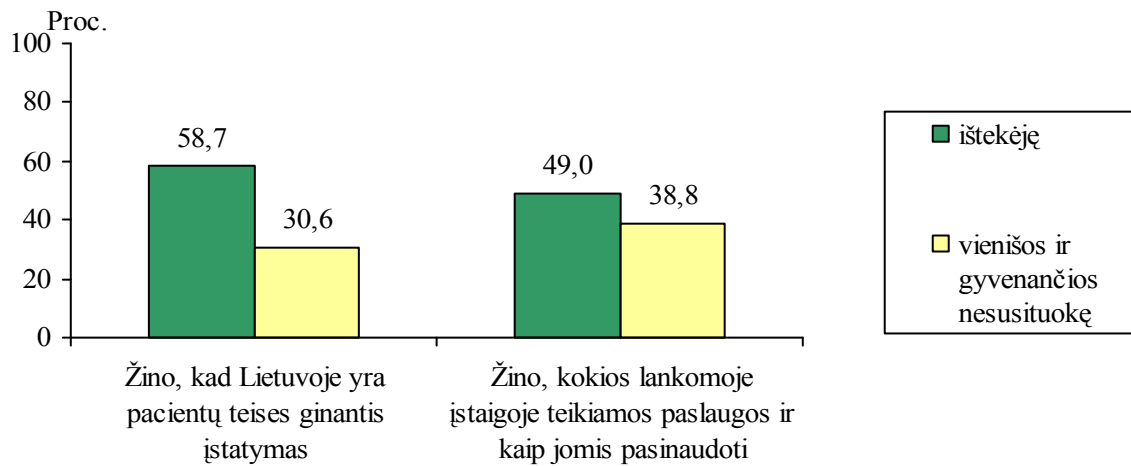
laipsniu taip pat statistiškai reikšmingai dažniau nei žemesnio išsimokslinimo žinojo, kad gydytojas privalo pataisyti netikslius ar neteisingus duomenis medicininiuose dokumentuose ($\chi^2 = 9,78$; $df = 1$; $p = 0,002$) (3 pav.). Standartizavus rodiklius pagal amžių, jų santykis atskirose išsilavinimo grupėse mažai pasikeitė ir skirtumai išliko statistiškai reikšmingi.



* - $p < 0,05$, lyginant su aukštuoju išsimokslinimu

3 pav. Nėščiujų žinių apie jų teisę į sveikatos informaciją ryšys su išsimokslinimu.

Mūsų tyrimo metu taip pat gauta statistiškai reikšmingų skirtumų lyginant nėščiųjų žinių apie jų teisę į sveikatos informaciją ryšį su jų šeimynine padėtimi (4 pav.). Kad yra pacientų teises ginantis įstatymas dažniau teigė išteklėję nei gyvenančios nesusituokę ir vienišos nėščiosios. Išteklėję nėščiosios statistiškai reikšmingai labiau nei vienišos bei gyvenančios nesusituokę buvo informuotos ir apie lankomos įstaigos teikiamas paslaugas.

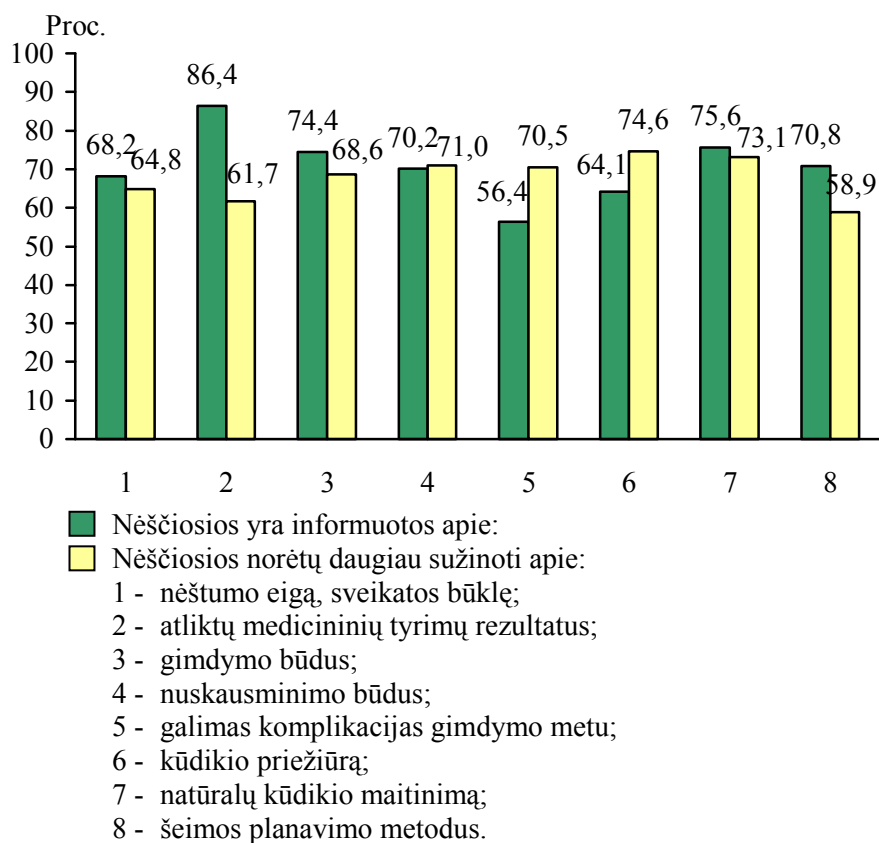


$$\chi^2 = 11,42; df = 1; p = 0,001 \quad \chi^2 = 6,42; df = 2; p = 0,040$$

4 pav. Nėščiųjų žinių apie jų teisę į sveikatos informaciją ryšys su šeimynine padėtimi.

Dabar medicinos literatūroje galima rasti daug straipsnių, keliančių tokius klausimus, ar būtina pacientą supažindinti su jam skiriamu gydymu, atliekamais diagnostikos tyrimais. Daugelis autorių pritaria tam, kad kiekvienas pacientas turi būti informuotas, kaip ir kodėl buvo parinktas vienas ar kitas diagnostikos tyrimas bei gydymas, nors pacientai dažniausiai nežino, koks gydymas yra tinkamiausias, kokie turi būti atlikti tyrimai (31). Daugelis užsienio autorių akcentuoja, kad bendravimas su pacientu, žinių apie slaugą, gydymą bei ligą suteikimas, paciento sveikatos mokymas turi didelės reikšmės pacientų pasitenkinimui sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis (31). Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 6 straipsnyje teigiama, kad pacientas turi teisę į informaciją apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininio tyrimo duomenis, gydymo metodus ir gydymo prognozę. Informacija jam turi būti pateikta suprantama forma paaiškinant medicininius terminus. Informuodamas apie gydymą gydytojas turi paaiškinti pacientui gydymo eigą, galimus gydymo rezultatus, galimus alternatyvius gydymo metodus ir kitas aplinkybes, kurios gali turėti įtakos paciento apsisprendimui sutikti ar atsisakyti gydymo, taip pat apie pasekmes atsisakius siūlomo gydymo. Tačiau informacija neturi būti pateikta pacientui prieš jo valią. LR Reprodukcinės sveikatos įstatyme (24) kalbama apie tai, kad sveikatos priežiūros specialistai turi suteikti informaciją ir konsultuoti reprodukcinės sveikatos paslaugų vartotojus apie šeimos planavimą, informuoti apie nėštumo, gimdymo riziką sveikatai. LR SAM Įsakyme „Dėl akušerinės – ginekologinės priežiūros moterų konsultacijose“ (25) teigiama, kad nėščioji (jei pageidauja - su sutuoktiniu) pagal sudarytą specialią programą turi būti ruošiamą gimdymui, kūdikio priežiūrai ir natūraliam kūdikio maitinimui, supažindinama su šeimos planavimo metodais. Visi gydytojai ir akušerės, vadovaudamiesi šiuo įsakymu, privalo organizuoti ir vykdyti sveikatos

mokymo darbą, patarti sutuoktiniams sveikatos, higienos, darbo režimo ir teisės klausimais. Tuo tarpu mūsų atliktos apklausos metu net trečdalis nėščiųjų teigė, kad gydytojas jas supažindino tik su svarbiausiais jų nėštumo eigos bei sveikatos būklės momentais, 13,6 proc. mano, kad gydytojas ne visada pateikė informaciją apie atliktų tyrimų rezultatus, net ketvirtadalis nėščiųjų nebuvo informuotos apie galimus gimdymo būdus, trečdalis nežinojo apie galimus nuskausminimo būdus, beveik pusė nėščiųjų teigė, kad neturi informacijos apie galimas komplikacijas gimdymo metu. Net 35,9 proc. nėščiųjų nėra informuotos apie kūdikio priežiūrą bei 24,4 proc. - apie natūralų kūdikio maitinimą. Trečdalis respondenčių teigė, kad nėra informuotos apie šeimos planavimo metodus. Savo tyrimo metu taip pat įvertinome ir pacienčių poreikį gauti daugiau minėtos informacijos. Paaiškėjo, kad dauguma nėščiųjų pageidautų daugiau sužinoti apie savo sveikatą bei jos priežiūros galimybes (5 pav.).



5 pav. Nėščiųjų informuotumas apie jų sveikatos priežiūros galimybes.

Buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp skirtingo amžiaus nėščiųjų informuotumo įvairiais sveikatos bei jos priežiūros klausimais (7 ir 8 lentelės). 25-29 metų

nėščiosios statistiškai reikšmingai labiau nei jaunesnės bei vyresnės buvo informuotos apie savo nėštumo eigą bei sveikatos būklę (atitinkamai 77,3, 53,1 ir 73,5 proc.), galimus nuskausminimo būdus (atitinkamai 82,8, 62,3 ir 65,2 proc.) bei komplikacijas gimdymo metu (atitinkamai 67,2, 39,7 ir 61,8 proc.), kūdikio priežiūrą (atitinkamai 76,6, 50,8 ir 64,7 proc.) ir šeimos planavimo metodus (atitinkamai 82,8, 63,5 ir 66,2 proc.). Iki 25 metų amžiaus pacientės statistiškai reikšmingai dažniau nei 25-29 m. ir vyresnės nurodė, kad pageidautų gauti daugiau informacijos apie savo tyrimų rezultatus (atitinkamai 72,6, 62,5 ir 50,7 proc.), nuskausminimo galimybes gimdymo metu (atitinkamai 80,6, 76,6 ir 56,7 proc.), kūdikio priežiūrą (atitinkamai 83,9, 79,7 ir 61,2 proc.) bei šeimos planavimo metodus (atitinkamai 67,7, 62,9 ir 47,0 proc.). Tuo tarpu apie natūralų kūdikio maitinimą daugiausiai norėtų sužinoti 25-29 m. nėščiosios nei vyresnės bei jaunesnės (atitinkamai 82,8, 80,6 ir 56,7 proc.; $p < 0,05$).

Kai kuriems respondenčių atsakymams įtakos turėjo ir išsimokslinimas (7 ir 8 lentelės). Aukštąjį išsimokslinimą turinčios labiau nei žemesnio išsimokslinimo nėščiosios buvo informuotos apie atliktų medicininių tyrimų rezultatus (atitinkamai 95,3 ir 81,8 proc.), galimas komplikacijas gimdymo metu (atitinkamai 71,0 ir 50,4 proc.), kūdikio priežiūrą (atitinkamai 68,7 ir 50,0) bei šeimos planavimo metodus (atitinkamai 87,1 ir 64,1 proc.). Respondentės, turinčios žemesnį išsimokslinimą statistiškai reikšmingai dažniau atsakė, kad norėtų daugiau sužinoti apie savo nėštumo eigą bei sveikatos būklę (atitinkamai 70,5 ir 51,6 proc.).

7 lentelė. Nėščiųjų informuotumo įvairiais sveikatos bei jos priežiūros klausimais ryšys su amžiumi, išsimokslinimu ir šeimynine padėtimi.

Nėščiųjų informuotumas įvairiais sveikatos bei jos priežiūros klausimais	Amžius		Išsimokslinimas		Šeimyninė padėtis	
	χ^2	df/p	χ^2	df/p	χ^2	df/p
Apie nėštumo eigą, sveikatos būklę	11,38	4/0,023*	0,68	2/0,711	1,95	2/0,377
Apie atliktų med. tyrimų rezultatus	5,49	2/0,064	6,61	1/0,010*	0,02	1/0,879
Apie gimdymo būdus	3,07	2/0,216	0,75	1/0,388	13,62	1/0,000*
Apie nuskausminimo būdus	7,49	2/0,024*	1,81	1/0,178	2,50	1/0,114
Apie galimas komplikacijas gimdymo metu	10,99	2/0,004*	7,28	1/0,007*	1,87	1/0,172
Apie kūdikio priežiūrą	9,18	2/0,010*	1,54	1/0,215	5,50	1/0,019*
Apie natūralų kūdikio maitinimą	1,73	2/0,420	0,05	1/0,825	2,80	1/0,094
Apie šeimos planavimo metodus	6,78	2/0,034*	10,89	1/0,001*	3,36	1/0,067

* - $p < 0,05$

Mūsų darbo metu taip pat buvo pastebėti ryšiai tarp nėščiųjų informuotumo įvairiais sveikatos bei jos priežiūros klausimais ir jų šeimyninės padėties (7 ir 8 lentelės). Ištekęję pacientės dažniau nei gyvenančios nesusituokę bei vienišos teigė, kad yra informuotos apie galimus gimdymo

būdus (atitinkamai 81,0 ir 54,2 proc.; $p < 0,05$). Vienišos bei gyvenančios nesusituokę nėščiosios statistiškai reikšmingai labiau nei ištekęję norėtų gauti daugiau informacijos apie galimus gimdymo būdus (atitinkamai 81,6 ir 64,1 proc.), komplikacijas gimdymo metu (atitinkamai 83,7 ir 66,0 proc.), nuskausminimo galimybes gimdymo metu (atitinkamai 89,8 ir 64,6 proc.), kūdikio priežiūrą (atitinkamai 87,8 ir 70,1 proc.) bei šeimos planavimo metodus (atitinkamai 73,5 ir 53,9 proc.).

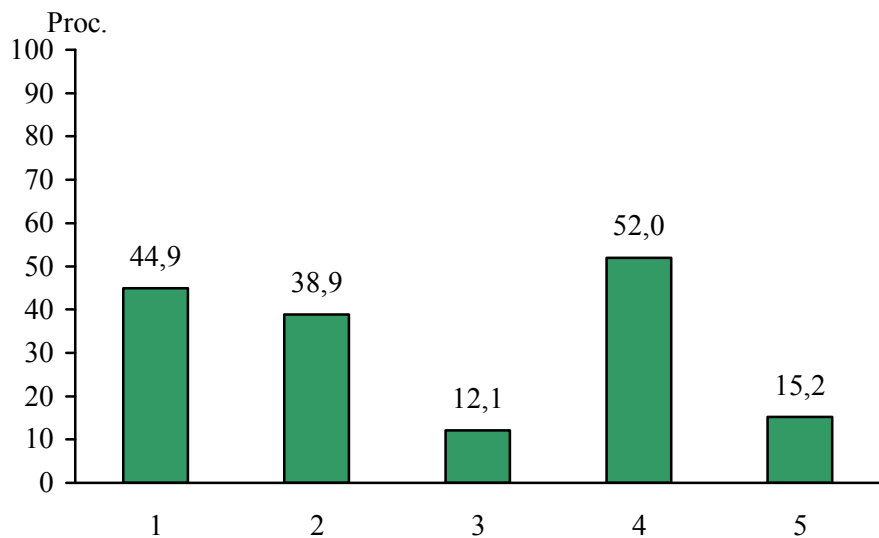
Standartizavus šiuos rodiklius pagal amžių jų santykiai atskirose išsilavinimo bei šeimyninės padėties grupėse mažai pasikeitė.

8 lentelė. Nėščiųjų poreikio daugiau sužinoti apie savo sveikatą bei jos priežiūrą ryšys su amžiumi, išsimokslinimu ir šeimynine padėtimi.

Nėščiųjų poreikis daugiau sužinoti įvairiais sveikatos bei jos priežiūros klausimais	Amžius		Išsimokslinimas		Šeimyninė padėtis	
	χ^2	df/p	χ^2	df/p	χ^2	df/p
Apie nėštumo eigą, sveikatos būklę	1,81	2/0,404	6,55	1/0,011*	0,07	1/0,799
Apie atliktų med. tyrimų rezultatus	6,52	2/0,038*	1,59	1/0,207	0,07	1/0,789
Apie gimdymo būdus	5,16	2/0,076	1,50	1/0,220	5,21	1/0,023*
Apie nuskausminimo būdus	10,40	2/0,006*	0,01	1/0,937	11,28	1/0,001*
Apie galimas komplikacijas gimdymo metu	0,55	2/0,761	1,40	1/0,238	5,50	1/0,019*
Apie kūdikio priežiūrą	10,04	2/0,007*	0,02	1/0,883	5,99	1/0,014*
Apie natūralų kūdikio maitinimą	14,00	2/0,001*	0,70	1/0,404	1,43	1/0,233
Apie šeimos planavimo metodus	6,30	2/0,043*	0,16	1/0,688	5,75	1/0,016*

* - $p < 0,05$

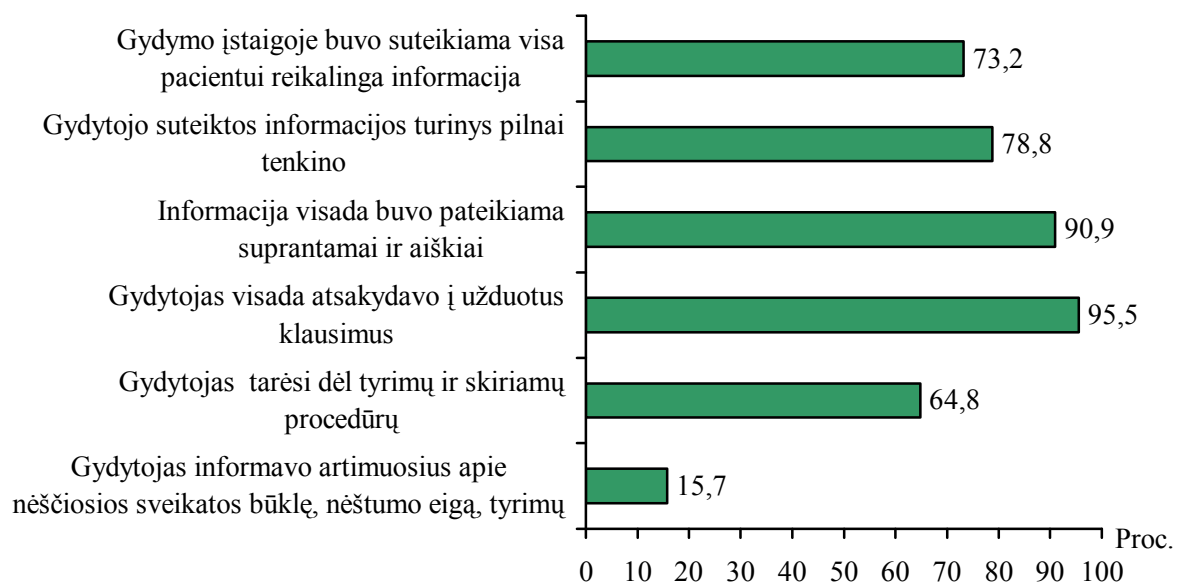
Daugiausiai informacijos apie savo sveikatą bei jos priežiūros galimybes nėščiosios sužinojo ne iš medicinos personalo, o iš spaudos ir knygų (6 pav.). Viena iš pacientų nepakankamo informuotumo priežasčių yra jų neryžtingumas (11). Mūsų tyrimo metu paaiškėjo, kad nėščiosios prašymu buvo suteikta tik 12,1 proc. informacijos (6 pav.).



Daugiausiai informacijos buvo pateikta:

- 1 - gydytojo iniciatyva;
- 2 - akušerės iniciatyva;
- 3 - nėščiosios prašymu;
- 4 - sužinojo iš spaudos ir knygų;
- 5 - sužinojo iš kitų šaltinių.

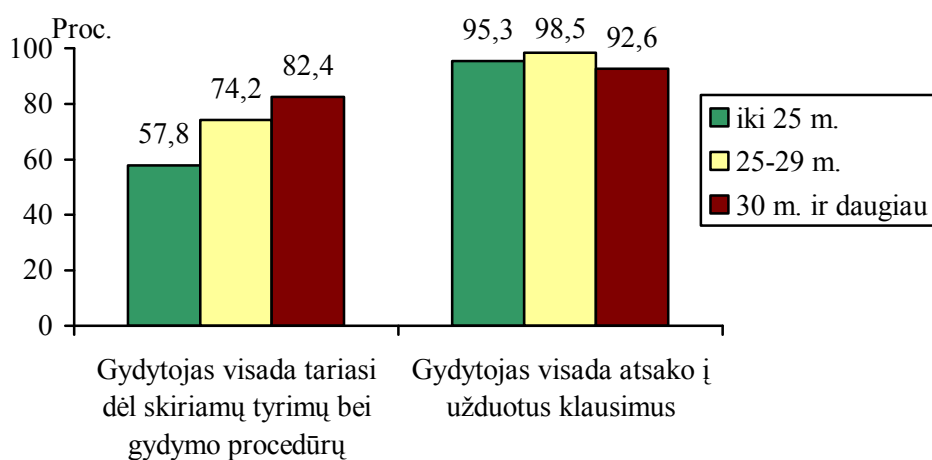
6 pav. Nėščiųjų informuotumo apie jų sveikatos priežiūros galimybes šaltiniai.



7 pav. Nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimas.

Pacientui, paguldytam į ligoninę, atėjusiam į ambulatoriją ar polikliniką nuo tos akimirkos, kai jis tampa pacientu, ir jei jis nėra nei „komos“ būsenoje, nei mažametis vaikas, nei psichinis

ligonis, gydantis gydytojas turi pildyti informuotumo reikalavimus. T.y. pacientas turi gauti pakankamai žinių apie savo susirgimą (11). Tačiau net ketvirtadalis mūsų apklaustų nėsčiųjų mano, kad jų lankomoje gydymo įstaigoje nebuvo suteikta visa pacientui reikalinga informacija. Tik 64,8 proc. teigė, kad gydytojas su jomis tarėsi dėl medicininių tyrimų bei skiriamų procedūrų (7 pav.). Vis tik tai daugumą nėsčiųjų suteiktos informacijos turinys pilnai tenkino, didžioji dalis teigė, kad gydytojas visada atsakydavo į jų užduotus klausimus ir ši informacija visada buvo pateikiama suprantamai ir aiškiai (7 pav.).

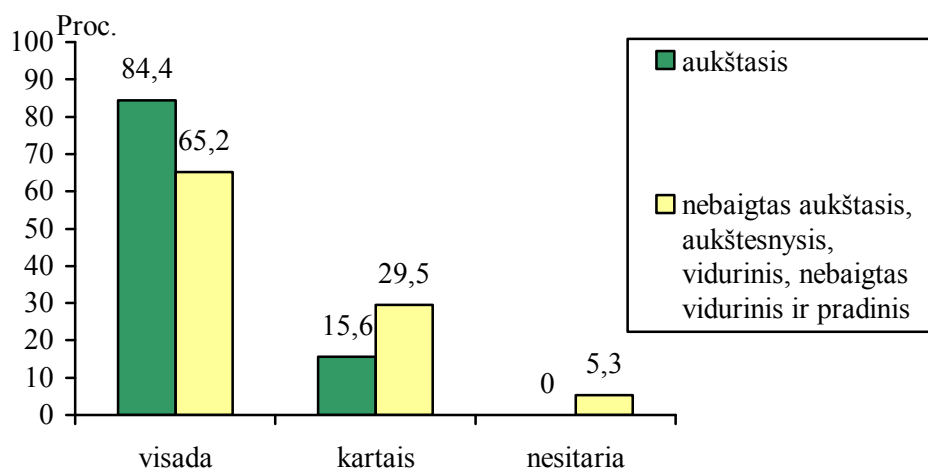


$$\chi^2 = 10,10; df = 2; p = 0,006$$

$$\chi^2 = 9,52; df = 4; p = 0,049$$

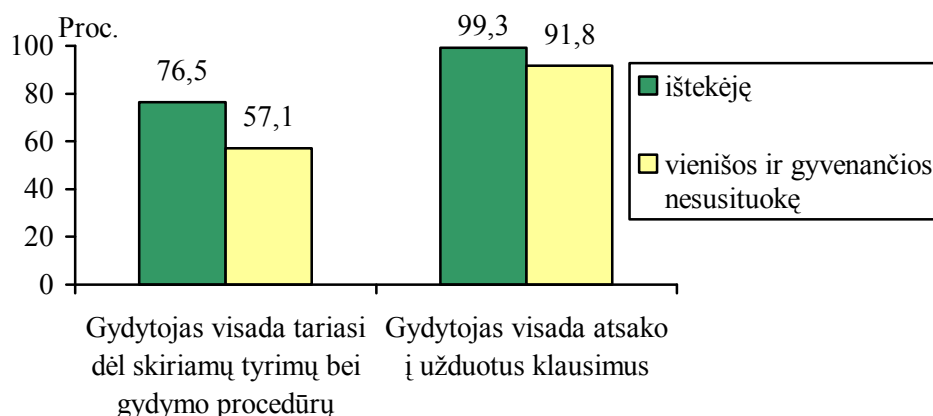
8 pav. Nėsčiųjų nuomonės apie gydytojo teikiamą sveikatos informaciją ryšys su amžiumi ($p < 0,05$).

Kad gydytojas tariaisi dėl medicininių tyrimų bei skiriamų procedūrų statistiškai reikšmingai dažniau teigė 30 metų ir vyresnės nei jaunesnės (8 pav.), turinčios aukštąjį išsimokslinimą nei žemesnį (9 pav.) bei ištekėję nei gyvenančios nesantuokoje ir vienišos nėsčiosios (10 pav.). Standartizavus rodiklius pagal amžių atsakymų į pastarąjį klausimą santykis tarp turinčių aukštąjį bei žemesnį išsimokslinimą (atitinkamai 82,5 ir 70,4 proc.) bei ištekėjusių ir gyvenančių nesusituokusių bei vienišų (atitinkamai 75,2 ir 62,7 proc.) respondenčių šiek tiek pasikeitė, tačiau tendencijos išliko tos pačios. Kad gydytojas visada atsako į užduotus klausimus statistiškai reikšmingai dažniau nurodė 25-29 metų nėsčiosios nei jaunesnės bei vyresnės (8 pav.), o taip pat ištekėję nei vienišos ar gyvenančios nesusituokę (10 pav.). Standartizavus rodiklius pagal amžių santykis atskirose šeimyninės padėties grupėse mažai pasikeitė ir skirtumai išliko statistiškai reikšmingi.



$$\chi^2 = 8,97; df = 2; p = 0,011$$

9 pav. Nėščiujų atsakymų į klausimą, ar gydytojas tariasi dėl skiriamų tyrimų bei gydymo procedūrų ryšys su išsimokslinimu.



$$\chi^2 = 6,94; df = 2; p = 0,031$$

$$\chi^2 = 9,60; df = 2; p = 0,008$$

10 pav. Nėščiujų nuomonės apie gydytojo teikiamą sveikatos informaciją ryšys su šeimynine padėtimi.

Užsienio autorių nuomone, pacientų aktyvumas ir pasitenkinimo suteikta informacija laipsnis priklauso nuo lyties, amžiaus, išsimokslinimo, socialinės padėties, ligos sunkumo (47). Asmenys, turintys aukštąjį išsilavinimą informuojami geriau, nes yra aktyvesni, dažniau pasako gydytojui savo lūkesčius (53). 1999 m. atlikto V.Velžytės tyrimo duomenimis, dauguma pacientų taip pat buvo patenkinti jiems suteikta informacija. Jų informuotumui turėjo reikšmės amžius ir išsimokslinimas (40).

4.2. Nėščiąjų subjektyvaus sveikatos vertinimo ryšys su jų teise į sveikatos informacijos įgyvendinimą

Prioritetinės sveikatos apsaugos plėtros dokumentuose didelis dėmesys skiriamas gyventojų požiūriui į savo sveikatą ir subjektyvų sveikatos vertinimą (12). Subjektyvus sveikatos vertinimas yra daugiareikšmė sąvoka, turinti sąsajų su asmens socialiniais bei demografiniais rodikliais, su sveikata susijusiais veiksniais bei sveikatos būkle. Pagrindiniai socialiniai ir demografiniai rodikliai, turintys įtakos subjektyviam sveikatos vertinimui, yra amžius, lytis, profesija, pajamos, išsimokslinimas (43).

Mūsų tyrimo metu kiekvienos nėščiosios buvo prašoma subjektyviai įvertinti savo sveikatą, užduodant klausimą „Kaip Jūs vertinate savo sveikatos būklę?“. Buvo pateikti šie atsakymo variantai: 1 – puiki, 2 – gera, 3 – patenkinama, 4 – bloga, 5 – labai bloga. Dažniausiai respondentės atsakė, kad jų sveikata yra gera. Akušerių-ginekologų pacientės dažniau nei nėščiosios, besilankančios pas BPG nurodė, kad jų sveikata gera ($p < 0,05$). Nei viena respondentė neįvertino savo sveikatos blogai arba labai blogai (9 lentelė).

9 lentelė. Respondenčių paskirstymas pagal savo sveikatos būklės vertinimą.

Sveikatos būklė	Nėštumo eigą prižiūrintis gydytojas				Iš viso	
	BPG		Akušeris-ginekologas			
	n	%	n	%	n	%
Puiki	27	28,1	9	8,8	36	18,2
Gera	47	49,0	73	71,6	122	60,6
Patenkinama	22	22,9	20	19,6	40	21,2
Iš viso	96	100	102	100	198	100

$$\chi^2 = 14,560; df = 2, p = 0,001$$

2002 m. Lietuvoje atliktos gyventojų apklausos metu net 45 proc. respondentų savo sveikatą įvertino vidutiniškai. Mažiau nei dešimtadalis apklaustųjų atsakė, kad jų sveikata yra gana bloga ar bloga (3). Mūsų tyrimo metu nei viena nėščioji nenurodė, kad jos sveikata yra bloga ar labai bloga.

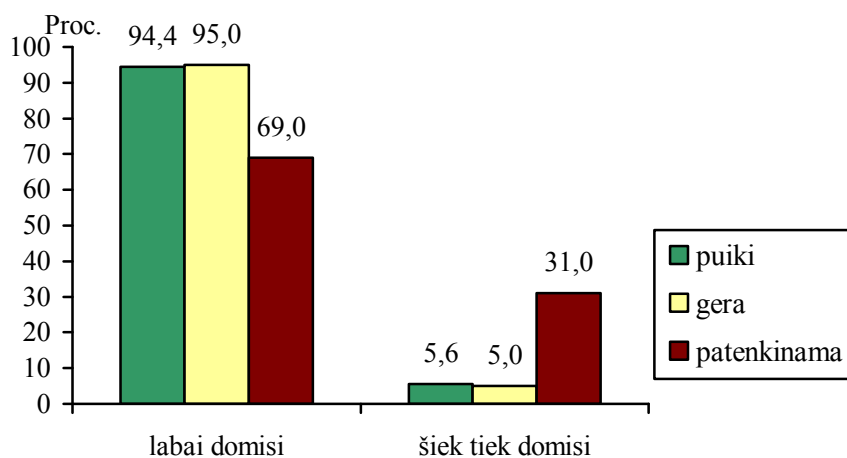
10 lentelėje matome, kaip pasiskirstė mūsų apklausoje dalyvavę nėščiosios priklausomai nuo amžiaus bei savos sveikatos vertinimo. Visose amžiaus grupėse respondentės dažniausiai

atsakė, kad jų sveikata yra gera. Statistiškai reikšmingų skirtumų lyginant tris amžiaus grupes nenustatyta, todėl analizuodami nėščiųjų subjektyvaus savo sveikatos vertinimo ryšius su įvairiais informuotumo aspektais rodiklių amžiaus atžvilgiu nestandartizavome.

10 lentelė. Respondenčių subjektyvaus sveikatos vertinimo ryšys su amžiumi.

Sveikatos būklė	Amžius						Iš viso	
	Iki 25 m.		25-29 m.		30 m. ir daugiau			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Puiki	10	15,6	11	16,7	15	22,1	36	18,2
Gera	47	73,4	37	56,1	36	52,9	120	60,6
Patenkinama	7	10,9	18	27,3	17	25,0	42	21,2
Iš viso	64	100	66	100	68	100	198	100

$$\chi^2 = 8,286; df = 4; p = 0,082$$



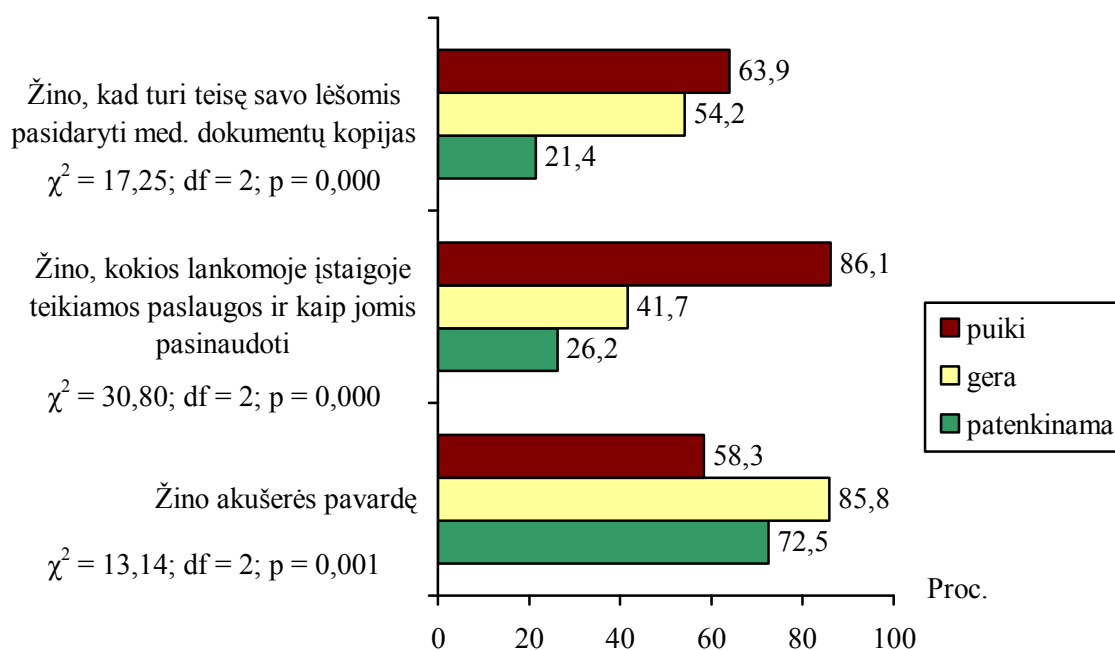
$$\chi^2 = 23,29; df = 2; p = 0,000$$

11 pav. Nėščiųjų domėjimosi savo sveikata ryšys su savos sveikatos vertinimu.

Savo tyrime mes taip pat įvertinome, kaip priklauso nėščiųjų subjektyvios sveikatos vertinimas nuo jų domėjimosi savo sveikata. Pastebėjome, kad moterys, kurios mano, kad jų sveikata yra puiki arba gera labiau domisi savo sveikata, nei tos, kurios jaučiasi patenkinamai (11 pav.).

Subjektyviam sveikatos vertinimui įtakos turi ir fizinė bei emocinė būklė, politinė ir ekonominė šalies padėtis (56,54). Subjektyvus sveikatos vertinimas yra vienas iš gyvenimo kokybės rodiklių (50,59). Mes savo tyrime analizavome, kaip savos sveikatos vertinimas yra susijęs su nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimu.

Nėščiosios, kurios teigė, kad jų sveikata yra puiki statistiškai reikšmingai dažniau, nei tos, kurios manė, kad jaučiasi gerai bei patenkinamai žinojo, kad turi teisę savo lėšomis pasidaryti medicininių dokumentų kopijas. Jos taip pat geriau buvo susipažinę su lankomoje įstaigoje teikiamomis paslaugomis bei galimybe jomis pasinaudoti. Tačiau žinančių akušerės pavardę minėtoje grupėje buvo mažiausiai (12 pav.).



12 pav. Nėščiųjų žinių apie jų teisę į sveikatos informaciją ryšys su subjektyvios sveikatos vertinimu.

11 lentelėje matome, kad nėščiosios, teigusios, kad jų sveikata puiki, statistiškai reikšmingai dažniau nei vertinusios savo sveikatą gerai bei patenkinamai buvo susipažinę su įstaigos vidaus taisyklėmis (atitinkamai 50,0, 33,3 ir 28,6 proc.) bei buvo informuotos apie savo nėštumo eigą bei sveikatos būklę (atitinkamai 91,7, 60,8 ir 69,0 proc.). Tačiau savo sveikatą patenkinamai vertinusios respondentės geriau nei maniusios, kad jų sveikata puiki bei gera buvo informuotos apie gimdymo (atitinkamai 85,0, 83,3 ir 68,1 proc.) bei nuskausminimo būdus (atitinkamai 87,5, 75,0 ir 62,6 proc.) ir galimas komplikacijas gimdymo metu (atitinkamai 70,0, 69,4 ir 47,9 proc.).

Statistiškai reikšmingo ryšio tarp nėščiųjų informuotumo apie joms atliktų medicininių tyrimų rezultatus, kūdikio priežiūrą ir natūralų maitinimą bei šeimos planavimo metodus ir subjektyvaus sveikatos vertinimo rasta nebuvo.

11 lentelė. Nėščiųjų informuotumo įvairiais sveikatos bei jos priežiūros klausimais ryšys su savos sveikatos vertinimu.

Nėščiųjų informuotumas įvairiais sveikatos bei jos priežiūros klausimais	χ^2	df	p
Apie įstaigos vidaus taisykles	10,89	4	0,028*
Apie nėštumo eigą, sveikatos būklę	12,48	4	0,014*
Apie atliktų med. tyrimų rezultatus	5,23	2	0,073
Apie gimdymo būdus	6,37	2	0,041*
Apie nuskausminimo būdus	9,28	2	0,010*
Apie galimas komplikacijas gimdymo metu	9,00	2	0,011*
Apie kūdikio priežiūrą	5,02	2	0,081
Apie natūralų kūdikio maitinimą	2,34	2	0,311
Apie šeimos planavimo metodus	1,05	2	0,592

* - $p < 0,05$

12 lentelė. Nėščiųjų poreikio daugiau sužinoti apie savo sveikatą bei jos priežiūrą ryšys su subjektyviu sveikatos vertinimu

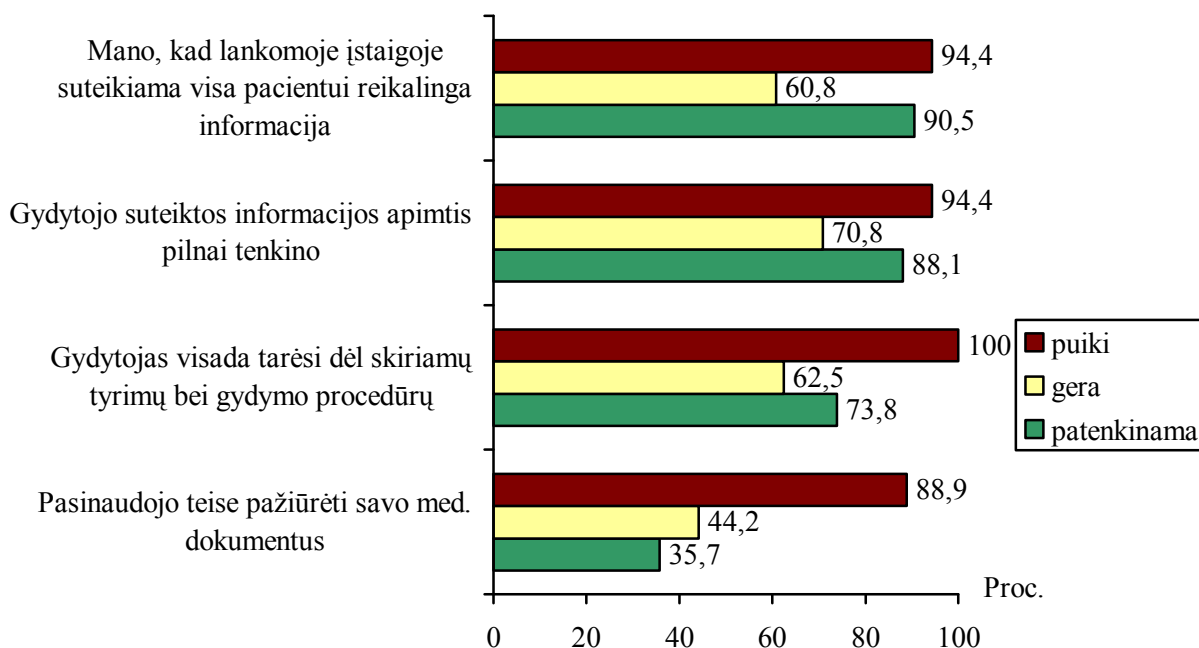
Nėščiųjų poreikis daugiau sužinoti įvairiais sveikatos bei jos priežiūros klausimais	χ^2	df	p
Apie nėštumo eigą, sveikatos būklę	3,72	2	0,156
Apie atliktų med. tyrimų rezultatus	4,57	2	0,102
Apie gimdymo būdus	7,92	2	0,019*
Apie nuskausminimo būdus	12,67	2	0,002*
Apie galimas komplikacijas gimdymo metu	13,26	2	0,001*
Apie kūdikio priežiūrą	17,71	2	0,000*
Apie natūralų kūdikio maitinimą	20,83	2	0,000*
Apie šeimos planavimo metodus	16,74	2	0,000*

* - $p < 0,05$

Savo tyrimo metu taip pat nustatėme statistiškai reikšmingų skirtumų vertinant pacienčių poreikio gauti daugiau informacijos apie savo sveikatą bei jos priežiūrą ryšį su subjektyvios sveikatos vertinimu (12 lentelė). Nėščiosios, maniusios, kad jų sveikata yra gera, statistiškai reikšmingai dažniau nei puikiai bei patenkinamai savo sveikatą įvertinusios respondentės nurodė, kad norėtų daugiau sužinoti apie gimdymo būdus (atitinkamai 74,4, 69,4 ir 50,0 proc.), nuskausminimo galimybes (atitinkamai 80,3, 55,6 ir 57,5 proc.), galimas komplikacijas gimdymo metu (atitinkamai 78,6, 47,2 ir 67,5 proc.), kūdikio priežiūrą (atitinkamai 84,6, 66,7 ir 52,5 proc.)

bei natūralų maitinimą (atitinkamai 83,8, 66,7 ir 47,5 proc.) ir šeimos planavimo metodus (atitinkamai 69,0, 55,6 ir 31,6 proc.).

Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp nėščiųjų subjektyvios sveikatos vertinimo bei jų noro daugiau sužinoti apie savo nėštumo eigą bei sveikatos būklę ir atliktų medicininių tyrimų rezultatus nebuvo.



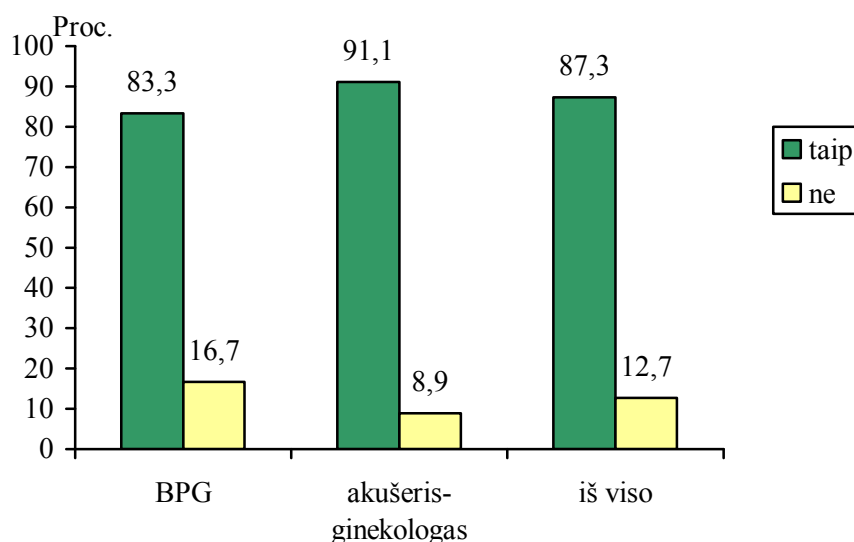
13 pav. Nėščiųjų teisės į sveikatos informacijos įgyvendinimą ryšys su savos sveikatos vertinimu ($p < 0,05$).

Savo tyrime taip pat įvertinome, kaip nuo subjektyvaus sveikatos vertinimo priklausė nėščiųjų nuomonė apie teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą jų lankomose įstaigose. Pastebėjome, kad nėščiosios, kurios galvoja, kad jų sveikata puiki, labiausiai buvo patenkintos jų lankomose įstaigose suteikiama informacija: jos dažniau nei patenkinamai bei gerai savo sveikatą vertinančios respondentės atsakė, kad jų lankomoje įstaigoje suteikiama visa pacientui reikalinga informacija, kad gydytojas su jomis visada tarėsi dėl skiriamų tyrimų bei gydymo procedūrų bei jos labiausiai buvo patenkintos suteiktos informacijos apimtimi ($p < 0,05$). Taip pat jos žymiai dažniau pasinaudojo teise pažiūrėti savo medicininius dokumentus ($p < 0,05$) (13 pav.). Net 29,2 proc. nėščiųjų, vertinusių savo sveikatą gerai bei 18,5 proc. patenkinamai teigė, kad nežinojo turinčios tokią teisę. Tuo tarpu nei viena nėščioji, mananti, kad jos sveikata puiki nenurodė, kad minėtos teisės nežino ($p > 0,05$).

4.3. Nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą palyginimas tarp paslaugas teikiančių BPG ir akušerių-ginekologų tarnybų

Vykstant sveikatos priežiūros sistemos reformai įkurta BPG institucija. Buvo tikėtasi, kad su ja sveikatos priežiūra priartės prie paciento, gerės jos kokybė (52). Norėdami įvertinti esamą situaciją savo tyrime palyginome nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą BPG ir akušerių-ginekologų tarnybose.

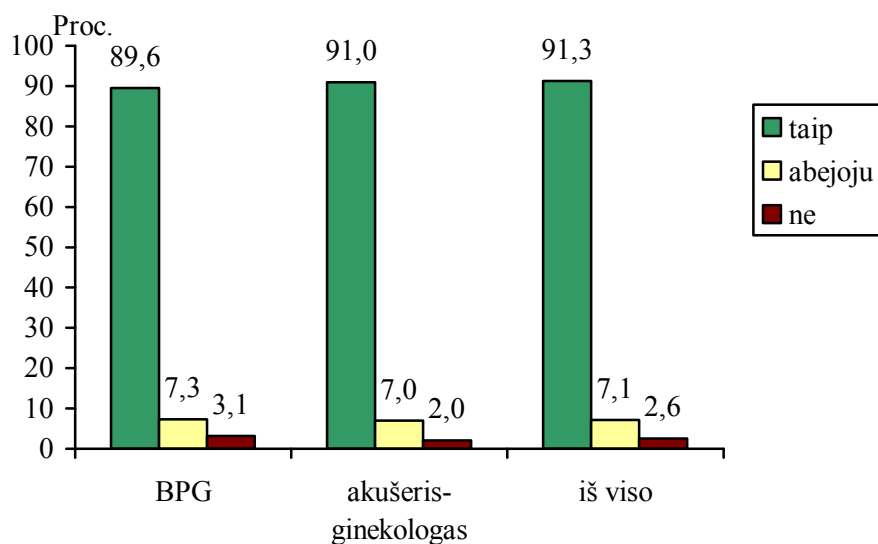
Nėščiųjų pasiskirstymas pagal jų nėštumo eigą prižiūrintį gydytoją ir nėščiosios amžių statistiškai reikšmingai nesiskyrė, todėl lygindami nėščiųjų, besilankančių pas akušerius-ginekologus ir BPG, nuomones įvairiais informuotumo klausimais rodiklių pagal amžių nestandartizavome.



$$\chi^2 = 2,67; df = 1, p = 0,102$$

14 pav. Nėščiųjų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą esama darbo tvarka jų lankomoje gydymo įstaigoje priklausomai nuo paslaugas teikiančių tarnybų.

Didžiąją dalį mūsų apklaustų nėščiųjų darbo tvarka jų lankomoje įstaigoje tenkino (14 pav.) ir jos teigė, kad ir kitų nėštumų metu norėtų lankytis pas tą patį gydytoją (15 pav.). Reikšmingų skirtumų tarp BPG ir akušerių-ginekologų pacienčių atsakymų nustatyta nebuvo.



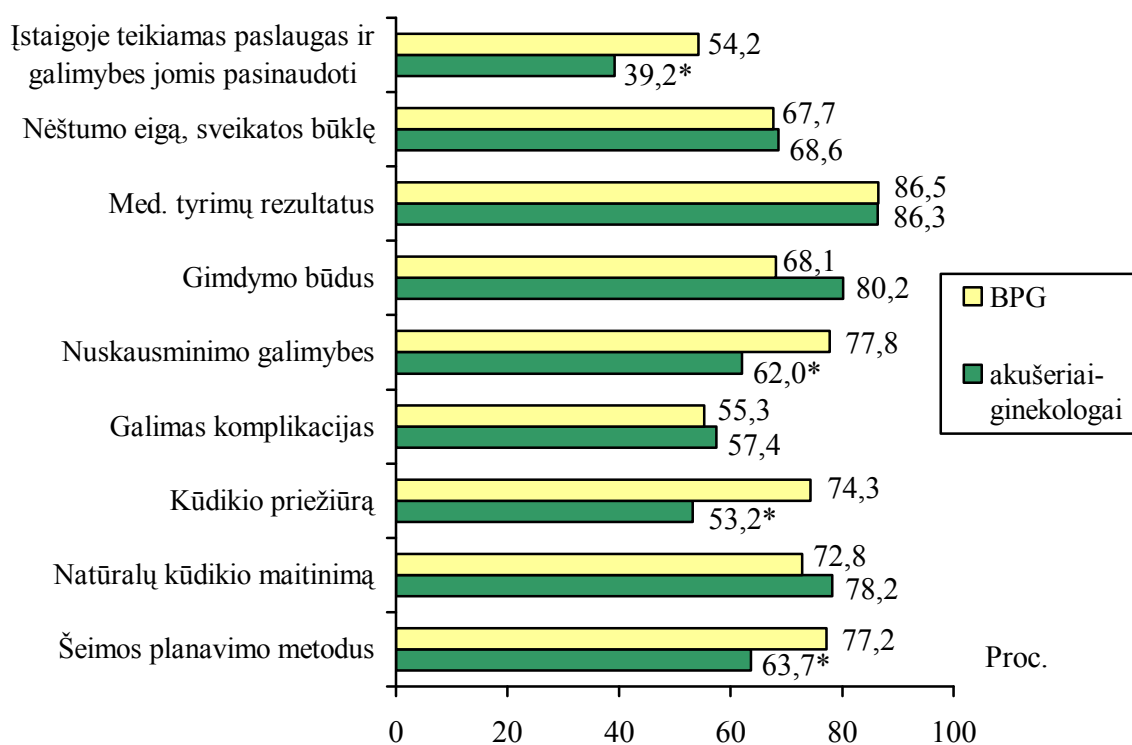
$$\chi^2 = 0,26; df = 2, p = 0,878$$

15 pav. Nėščiųjų paskirstymas pagal tai, ar jos norėtų kitų nėštumų metu lankytis pas tą patį gydytoją priklausomai nuo paslaugas teikiančių tarnybų.

13 lentelė. Nėščiųjų, besilankančių pas akušerius-ginekologus ir BPG, nuomonių apie jų teises į sveikatos informaciją įgyvendinimą palyginimas.

Nėščiųjų nuomonė	Nėštumo eigą sekantis gydytojas		χ^2	df	p
	BPG	Akušeris-ginekologas			
	%	%			
Mano, kad Lietuvoje yra pacientų teises ginantis įstatymas	51,2	51,5	0,01	2	0,999
Žino, kad turi teisę savo lėšomis pasidaryti medicininių dokumentų kopijas	55,2	43,1	2,88	1	0,089
Žino, kad gydytojas privalo paaiškinti įrašų medicininiuose dokumentuose reikšmę	82,3	81,4	0,03	1	0,867
Žino, kad paciento pagrįstu reikalavimu gydytojas privalo pataisyti netikslus ar neteisingus duomenis medicininiuose dokumentuose	74	73,3	0,01	1	0,912
Žino gydančio gydytojo pavardę	100	99	0,95	1	1,000
Skaitė įstaigos vidaus tvarkos taisykles	35,1	35,6	0,03	2	0,938
Gydytojas visada atsakydavo į užduotus klausimus	94,8	96,1	5,88	2	0,053
Informacija buvo pateikta suprantamai ir aiškiai	91,7	90,2	0,129	1	0,719

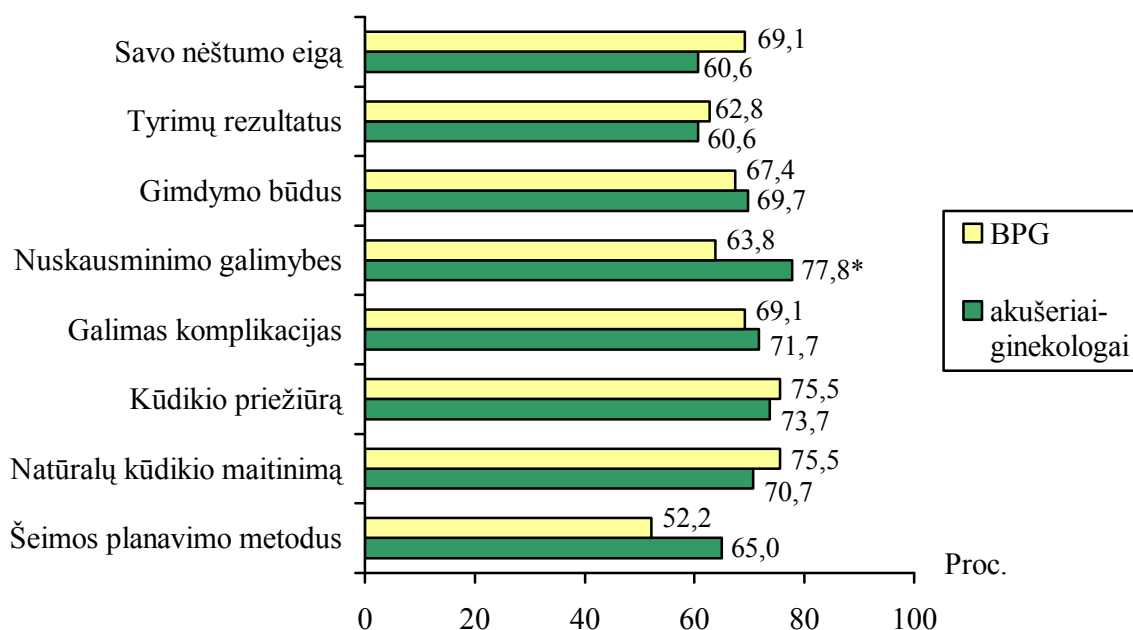
Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad nėščiųjų, tiek besilankančių pas BPG, tiek pas akušerius-ginekologus, informuotumas apie kai kuriuos sveikatos bei jos akušerinės priežiūros aspektus buvo panašus. Didžioji dalis BPG ir akušerių-ginekologų pacienčių buvo informuotos apie tai, kad gydytojas privalo paaiškinti įrašų medicininiuose dokumentuose reikšmę ir kad paciento pagrįstu pageidavimu gydytojas privalo juose pataisyti netikslius ar neteisingus duomenis. Dauguma nėščiųjų žinojo gydytojo pavardę. Didžioji dalis respondenčių teigė, kad gydytojas joms visada atsakydavo į užduotus klausimus ir informaciją pateikdavo suprantamai ir aiškiai. Tačiau tik pusė nėščiųjų žinojo, kad Lietuvoje yra pacientų teises ginantis įstatymas, tik apie pusę respondenčių, tiek besilankančių pas BPG, tiek pas akušerius-ginekologus žinojo, kad turi teisę savo lėšomis pasidaryti medicininių dokumentų kopijas, tik trečdalis skaitė įstaigos vidaus tvarkos taisyklės (13lentelė). Iš jų tik 20 proc. nėščiųjų, besilankančių pas BPG ir 15,8 proc. akušerių-ginekologų pacienčių teigė, kad su įstaigos vidaus taisyklėmis jas supažindino gydytojas. Dauguma nėščiųjų teigė, kad šią informaciją jos gavo iš kitų šaltinių.



* - $p < 0,05$, lyginant su BPG institucija

16 pav. Nėščiųjų paskirstymas pagal jų informuotumą apie savo sveikatą bei jos priežiūros galimybes priklausomai nuo paslaugas teikiančių tarnybų.

Lyginant mūsų respondenčių informuotumą apie jų sveikatą ir jos priežiūrą priklausomai nuo paslaugas teikiančių tarnybų gauti panašūs rezultatai (16 pav.). Dauguma tiek BPG, tiek ir akušerių-ginekologų pacienčių buvo informuotos apie savo medicininių tyrimų rezultatus ($\chi^2 = 0,001$; $df = 1$; $p = 0,970$), gimdymo būdus ($\chi^2 = 3,75$; $df = 1$; $p = 0,053$), natūralų kūdikio maitinimą ($\chi^2 = 0,76$; $df = 1$; $p = 0,383$). Tačiau net trečdalis nėščiųjų, tiek besilankančių pas BPG, tiek pas akušerius-ginekologus tik dalinai buvo informuotos apie savo nėštumo eigą bei sveikatos būklę ($\chi^2 = 1,00$; $df = 2$; $p = 0,605$), tik šiek tiek daugiau nei pusė žinojo apie galimas komplikacijas gimdymo metu ($\chi^2 = 0,09$; $df = 1$; $p = 0,767$). Respondentės, besilankančios pas BPG geriau nei akušerių-ginekologų pacientės žinojo, kokios jų lankomoje įstaigoje teikiamos paslaugos ir kaip jomis pasinaudoti ($\chi^2 = 7,31$; $df = 2$; $p = 0,026$), buvo geriau informuotos apie nuskausminimo galimybes gimdymo metu ($\chi^2 = 5,70$; $df = 1$; $p = 0,017$), kūdikio priežiūrą ($\chi^2 = 9,39$; $df = 1$; $p = 0,002$) bei šeimos planavimo metodus ($\chi^2 = 4,22$; $df = 1$; $p = 0,040$).



* - $p < 0,05$, lyginant su BPG institucija

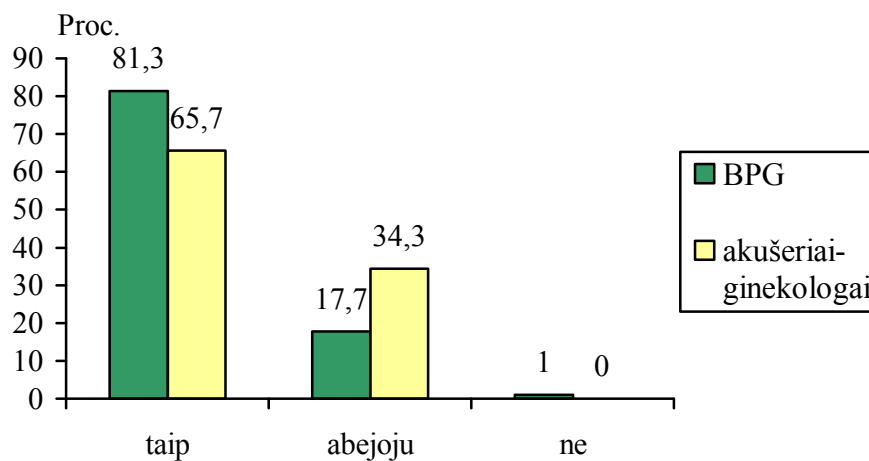
17 pav. Nėščiųjų paskirstymas pagal jų poreikį daugiau sužinoti apie savo sveikatą bei jos priežiūros galimybes priklausomai nuo paslaugas teikiančių tarnybų.

Lyginant BPG bei akušerių-ginekologų tarnybose besilankančių nėščiųjų nuomonę apie jų poreikį gauti daugiau informacijos apie savo sveikatą bei jos priežiūros galimybes (17 pav.) buvo pastebėta, kad dauguma tiek BPG, tiek akušerių-ginekologų pacienčių norėtų daugiau sužinoti apie savo nėštumo eigą ($\chi^2 = 1,54$; $df = 1$; $p = 0,214$), medicininių tyrimų rezultatus ($\chi^2 = 0,10$; $df = 1$; p

= 0,758), gimdymo būdus ($\chi^2 = 0,12$; df = 1; p = 0,732), galimas komplikacijas gimdymo metu ($\chi^2 = 0,15$; df = 1; p = 0,696), kūdikio priežiūrą ($\chi^2 = 0,08$; df = 1; p = 0,775) bei natūralų maitinimą ($\chi^2 = 0,57$; df = 1; p = 0,450), šeimos planavimo metodus ($\chi^2 = 3,20$; df = 1; p = 0,074). Akušerių-ginekologų pacientės labiau nei BPG domėjosi nuskausminimo gimdymo metu galimybėmis ($\chi^2 = 15,4,55$; df = 1; p = 0,033).

Kiti nėščiųjų informuotumo bei jo įgyvendinimo aspektai, lyginant BPG ir akušerių-ginekologų tarnybas, statistiškai reikšmingai skyrėsi.

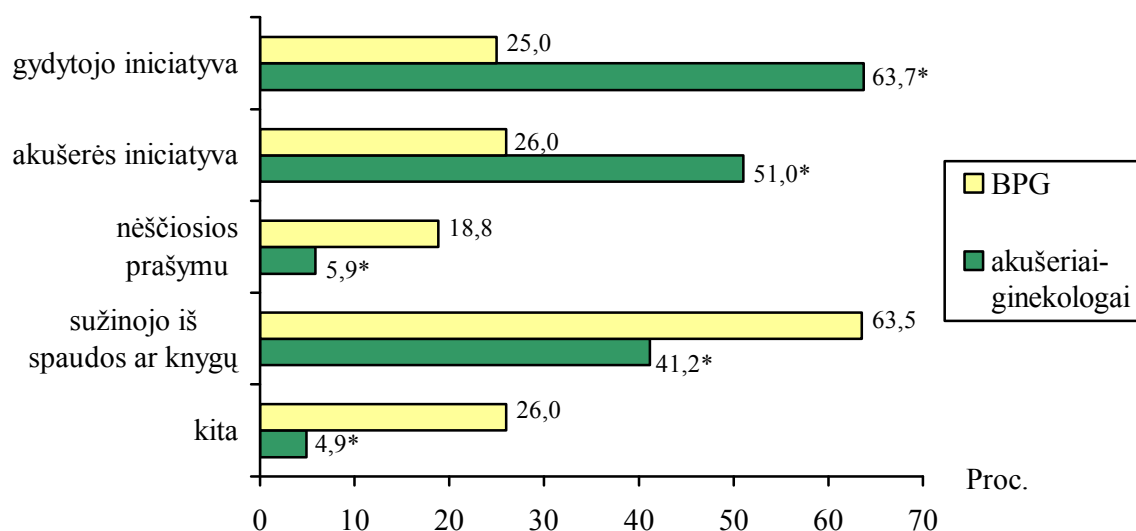
Nėščiosios, kurių eigą prižiūri BPG statistiškai reikšmingai dažniau nei akušerių-ginekologų pacientės teigė, kad jų lankomoje įstaigoje yra suteikiama visa pacientui reikalinga informacija (18 pav.).



$$\chi^2 = 7,891; df = 2; p = 0,019$$

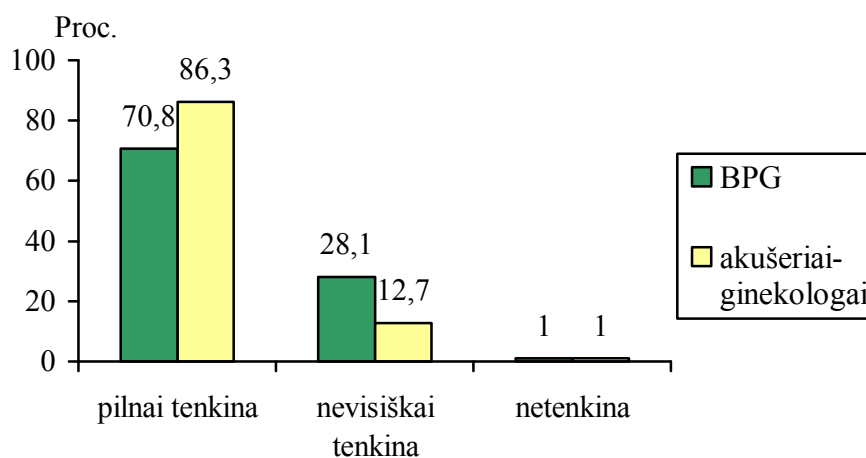
18 pav. Nėščiųjų paskirstymas pagal atsakymus į klausimą „Ar Jūs manote, kad Jūsų lankomoje gydymo įstaigoje suteikiama visa pacientui reikalinga informacija?“.

Respondentės, besilankančios pas akušerius-ginekologus, statistiškai reikšmingai dažniau nurodė, kad informaciją apie savo sveikatą bei akušerinę priežiūrą gavo gydytojo bei akušerės iniciatyva, o BPG pacientės, kad sužinojo iš spaudos, knygų bei kitų šaltinių ar teko paprašyti pačioms (19 pav.). Suteiktos informacijos apimtimi labiau patenkintos buvo akušerių ginekologų pacientės (20 pav.).



* - $p < 0,05$, lyginant su BPG institucija

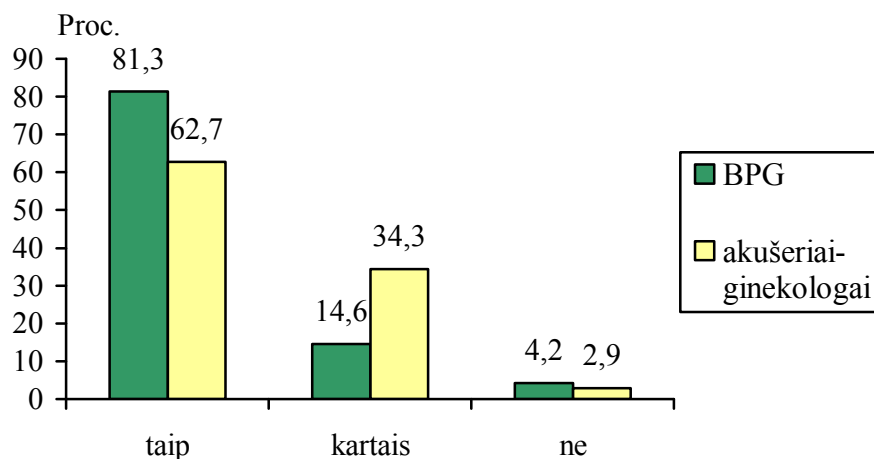
19 pav. Nėščiųjų paskirstymas pagal jų gaunamos sveikatos informacijos šaltinius priklausomai nuo paslaugas teikiančių tarnybų.



$$\chi^2 = 7,289; df = 2; p = 0,026$$

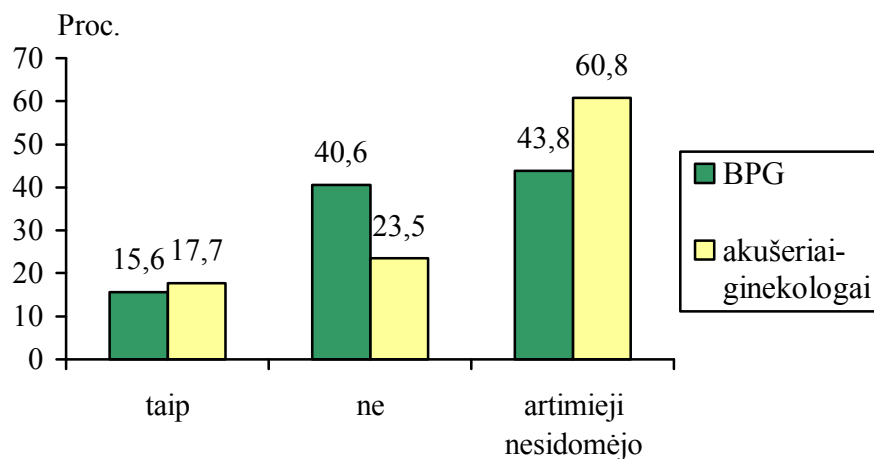
20 pav. Nėščiųjų paskirstymas pagal pasitenkinimą gydytojo suteiktos informacijos apimtimi priklausomai nuo paslaugas teikiančių tarnybų.

BPG pacientės statistiškai reikšmingai dažniau nei akušerių-ginekologų teigė, kad gydytojas tariasi su jomis dėl skiriamų tyrimų bei gydymo procedūrų (21 pav.).



$$\chi^2 = 10,351; df = 2; p = 0,006$$

21 pav. Nėščiųjų paskirstymas pagal atsakymus į klausimą „Ar gydytojas tariasi su jumis dėl skiriamų tyrimų bei gydymo procedūrų?“ priklausomai nuo paslaugas teikiančių tarnybų.



$$\chi^2 = 7,275; df = 2; p = 0,026$$

22 pav. Nėščiųjų paskirstymas pagal tai, ar gydytojas informavo artimuosius apie jų sveikatos būklę, nėštumo eigą, tyrimų rezultatus priklausomai nuo paslaugas teikiančių tarnybų.

Savo tyrime įvertinome, ar BPG ir akušeriai-ginekologai informavo nėščiųjų artimuosius apie jų sveikatos būklę, nėštumo eigą, tyrimų rezultatus. Nėščiosios, besilankančios pas BPG statistiškai reikšmingai dažniau teigė, kad minėtos informacijos jų gydytojais artimiesiems nesuteikė, o akušerių-ginekologų pacientės - kad artimieji nesidomėjo (22 pav.). Beveik visos BPG ir akušerių-ginekologų pacientės (atitinkamai 93,3 ir 100 proc.), kurių artimiesiems gydytojais suteikė konfidencialią informaciją nurodė, kad prieš tai buvo klausta jų sutikimo.

Konfidencialumas yra viena svarbiausių priedaidų, skatinančių mediko ir paciento tarpusavio pasitikėjimą, kuris savo ruožtu tampa ir sėkmingo gydymo bei kitų pacientų teisių įgyvendinimo prielaida, medikų ir pacientų bendradarbiavimo garantu (5).

Pereinamuoju pirminės sveikatos priežiūros reformos laikotarpiu vieningos nėščiųjų priežiūros organizacinės sistemos nėra. Vieningos nuomonės, kas turėtų prižiūrėti moterų nėštumo eigą taip pat nėra. Diegiant BPG instituciją nėščiųjų priežiūra perduodama BPG tarnybai. Atlikti tyrimai rodo, kad įvairių šalių gyventojai labai skirtingai vertina reformas: vieni patenkinti šeimos gydytojo teikiamomis paslaugomis, kiti pageidautų specializuotos pagalbos. 2003 m. Kaune atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad pereinamuoju sveikatos priežiūros reformos laikotarpiu sveikatos priežiūra yra prieinama tiek pas BPG, tiek pas akušerį-ginekologą besilankančioms nėščiosioms, tačiau daugiau privalumų turėjo nėščiųjų priežiūra moterų konsultacijose. Akušerių-ginekologų pacientės labiau buvo patenkintos gydytojo bendravimu su jomis, kompetencija bei darbo tvarka gydymo įstaigoje (9). Tuo tarpu mūsų atlikto tyrimo metu pastebėjome, kad situacija keičiasi ir nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą geriau realizuoja BPG institucija nei akušerių-ginekologų tarnyba. Nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimas, perėmus iš akušerių-ginekologų tarnybos nėščiųjų priežiūrą BPG institucijai, labiau pagrįstas BPG-pacienčių bendravimo biopsichosocialiniu modeliu. Pastaraisiais metais vis labiau gydytojų vertinami nauji etiniai principai: paciento autonomiškumas ir informuoto paciento sutikimas, vis daugiau gydytojų supranta, kad reikia informuoti pacientą bei gauti jo sutikimą prieš pradėdant gydymą, nes pacientai yra autonomiški individai, turintys savo vertybes ir teises, tame tarpe ir teisę rinktis. Teisė pasirinkti užtikrinama tik tuomet, kai pacientui suteikiama visa reikiama informacija. Tačiau pacientai dažnai nežino savo teisių. Visuomenėje yra menkas medicininis švietimas, mokslininkų veiklos ratas yra uždaras, moksliniai leidiniai, kuriuose galima rasti žinių, plačiosios visuomenės nėra skaitomi, mažai domimasi net valstybės įstatymais (14). Tačiau pacientų teisių dažnai nežino ir medikai. Kartais susidaro situacijos, kuomet sveikatos priežiūros specialistai žino, kad pacientai turi teisę naudotis viena ar kita teise, tačiau nesudaro praktinių galimybių joms įgyvendinti (arba nežino kaip tai padaryti). Bendros įstatymų formuluotės dažnai nenumato pacientų teisių įgyvendinimo mechanizmo, kuriuo remiantis būtų galima įgyvendinti konkrečią teisę (5). Medicinos personalo žinios apie pacientų teises ir jų užtikrinimą padėtų išspręsti kylančius sveikatos priežiūros klausimus deramai gerbiant pacientų interesus, pagerėtų pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymo įgyvendinimas. Gerai informuotas medikas galėtų padėti pasinaudoti pacientui įstatymo suteiktomis teisėmis bei galimybėmis, taip pat paaiškinti, kaip vykdyti pareigas. Svarbiausia tokio bendradarbiavimo dalis – pakankamas pacientų interesus atitinkančios informacijos teikimas, tuo užtikrinant efektyvią sveikatos priežiūrą, taip pat paciento poreikį gauti tinkamą medicininę

informaciją bei dalyvauti priimant sprendimus (8). Kadangi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės gerinimas yra pagrįstas prielaida, kad kiekvienas darbas gali būti atliekamas geriau, tikėtina, kad atsižvelgus į veiksnius, turinčius įtakos pacientų vertinimams, bus galima padidinti pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis.

5. IŠVADOS

1. Nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinamos nepakankamai gerai: daugiau nei pusė apklaustųjų nežino apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, pusė nežino, kad turi teisę savo lėšomis pasidaryti medicininių dokumentų kopijas, apie pusė respondenčių galvoja, kad tik dalinai žino apie jų lankomoje įstaigoje teikiamas paslaugas bei galimybę jomis pasinaudoti, ketvirtadalis mano, kad įstaigoje nesuteikiama visa pacientui reikalinga informacija ir kad gydytojas tik kartais su jomis tariasi dėl skiriamų tyrimų bei gydymo procedūrų, trečdalis teigia, kad gydytojas jas supažindino tik su svarbiausiais jų nėštumo eigos bei sveikatos būklės momentais, ketvirtadalis nebuvo informuotos apie galimus gimdymo būdus bei natūralų kūdikio maitinimą, trečdalis – apie nuskausminimo būdus, kūdikio priežiūrą ir šeimos planavimo metodus, pusė teigia, kad nežino apie galimas komplikacijas gimdymo metu.
2. Pacienčių nuomonei apie jų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą reikšmės turėjo jų amžius, išsilavinimas ir šeimyninė padėtis:
 - 25-29 m. nėščiosios dažniau nei jaunesnės bei vyresnės nurodė, kad žino akušerės pavardę bei yra informuotos apie savo nėštumo eigą bei sveikatos būklę, galimus nuskausminimo būdus bei komplikacijas gimdymo metu, kūdikio priežiūrą bei šeimos planavimo metodus ir norėtų daugiau sužinoti apie natūralų kūdikio maitinimą; 25 m. ir jaunesnės dažniau teigė, kad norėtų gauti daugiau informacijos apie natūralų kūdikio maitinimą; 30 m. ir vyresnės respondentės dažniau nei jaunesnės žinojo, kad gydytojas privalo pataisyti netikslus ar neteisingus duomenis medicininiuose dokumentuose, o taip pat jos dažniausiai atsakė, kad gydytojas visada su jomis tarėsi dėl medicininių tyrimų bei skiriamų procedūrų;
 - nėščiosios, turinčios aukštąjį išsilavinimą geriau nei žemesnio išsilavinimo žinojo, kad Lietuvoje yra pacientų teises ginantis įstatymas, kad turi teisę paprašyti, jog jų lėšomis būtų padarytos medicininių dokumentų kopijos, kad gydytojas privalo paaiškinti įrašų medicininiuose dokumentuose reikšmę bei pataisyti netikslus ar neteisingus duomenis; jos buvo geriau informuotos apie lankomos įstaigos teikiamas paslaugas bei galimybę jomis pasinaudoti, apie medicininių tyrimų rezultatus, galimas komplikacijas gimdymo metu, kūdikio priežiūrą bei šeimos planavimo metodus; nėščiosios turinčios žemesnį išsilavinimą dažniau nurodė, kad norėtų gauti daugiau informacijos apie savo nėštumo eigą bei sveikatos būklę;
 - ištekęję respondentės dažniau nei vienišos bei gyvenančios nesusituokę žinojo, kad Lietuvoje yra pacientų teises ginantis įstatymas, geriau buvo informuotos apie įstaigoje

teikiamas paslaugas bei galimybę jomis pasinaudoti bei galimus gimdymo būdus, dažniau teigė, kad gydytojas visada atsako į jų užduotus klausimus; vienišos bei gyvenančios nesusituokę dažniau nurodė, kad norėtų gauti daugiau informacijos apie galimus gimdymo būdus, komplikacijas gimdymo metu, kūdikio priežiūrą bei šeimos planavimo metodus.

3. Subjektyvus savo sveikatos vertinimas buvo susijęs su nėščiąjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimu: nėščiosios, nurodžiusios, kad jų sveikata puiki, buvo labiau patenkintos įstaigoje suteikiama informacija bei jos apimtimi nei gerai bei patenkinamai besijaučiančios respondentės, jos geriau žinojo, kokios jų lankomoje įstaigoje teikiamos paslaugos ir kaip jomis pasinaudoti, dažniau atsakė, kad yra susipažinę su įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis ir kad yra informuotos apie savo nėštumo eigą bei sveikatos būklę, dažniau pasinaudojo teise susipažinti su savo mediciniais dokumentais, geriau žinojo, kad turi teisę savo lėšomis pasidaryti medicininių dokumentų kopijas.
4. Nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimą geriau realizuoja BPG institucija nei akušerių-ginekologų tarnyba: nėščiosios, besilankančios pas BPG geriau nei akušerių-ginekologų pacientės žinojo, kokios jų lankomoje įstaigoje teikiamos paslaugos ir kaip jomis pasinaudoti, buvo geriau informuotos apie nuskausminimo galimybes gimdymo metu, kūdikio priežiūrą bei šeimos planavimo metodus, dažniau teigė, kad gydytojas su jomis tarėsi dėl skiriamų tyrimų bei gydymo procedūrų ir kad jų lankomoje įstaigoje suteikiama visa pacientui reikalinga informacija. Tačiau akušerių-ginekologų tarnybos pacientės labiau buvo patenkintos šios informacijos apimtimi. Be to, akušerių-ginekologų pacientės dažniau teigė, kad visą informaciją gavo gydytojo bei akušerės iniciatyva, o nėščiosios, besilankančios pas BPG – iš spaudos, knygų bei kitų šaltinių.

6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Reformuojant sveikatos priežiūros sistemą reikėtų daugiau dėmesio skirti pacienčių informavimui apie jų teisę į sveikatos informaciją. Nėščiasias prižiūrinčios tarnybos turėtų padėti pacientėms susipažinti su jų teisėmis, užtikrinti pacientėms suprantamos medicininės informacijos pateikimą. Gerinant pacienčių informuotumą apie jų teises į informaciją efektyviau būtų įgyvendinami įstatymai, padidėtų tikimybė įtvirtinti aktyvią sveikatos priežiūros politiką.
2. Sveikatos priežiūros darbuotojai turėtų geriau susipažinti su Pacientų teisių ir žalos sveikatos atlyginimo įstatymu. Gerai informuotas medikas galėtų padėti pacientėms pasinaudoti įstatymo joms suteiktomis teisėmis ir galimybėmis.
3. Skatinant būsimų ir esamų sveikatos priežiūros specialistų informuotumą pacientų teisių įgyvendinimo klausimais ši tematika turėtų būti įtraukta į visuomenės sveikatos ir medicinos pagrindinių bei tęstinių studijų programas.
4. Pacientų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimas galėtų būti tolimesnių tyrimų, tarpdisciplininių studijų bei sveikatos politikos vystymo objektas.

7. LITERATŪRA

1. Asmens sveikatos paslapties kriterijai. Valstybės žinios 1999;109:3195.
2. Birmantienė T. Teisė į informaciją. Lietuvos teisės universitetas. Vilnius; 2001.
3. Demografinė statistika. Lietuvos statistikos departamentas.
http://www.lsic.lt/php/dml2.php?dat_file=Ždml2en.txt
4. Džegulskis E. Medikai priversti rūpintis sveikatos priežiūros ateitimi. Sveikatos drauda 2002;2:6.
5. Efektyvus pacientų teisės į privatumą užtikrinimas. Pilietinių iniciatyvų centras.
<http://www.pic.lt>
6. Jurgaitienė L, Kiburytė V. Akušerija ir ginekologija: dabartis ir perspektyvos. Gydytojų mėnuo 2002;2:10-7,144.
7. Kalėdienė R, Dučinskienė D, Petrauskienė J, Vladičkienė J, Keidošienė E, Kriaučeliūnas A, Jurgaitienė R, Paulavičiūtė D. Pacientų informuotumas apie jų teises bei galimybes jomis naudotis sveikatos priežiūros įstaigose. Medicinos teorija ir praktika 2003;4:295-9.
8. Kalėdienė R, Dučinskienė D, Petrauskienė J, Vladičkienė J. Medicinos darbuotojų žinios apie pacientų teises ir jų užtikrinimą sveikatos priežiūros įstaigose. Visuomenės sveikata 2004;2:60-3.
9. Karalienė R. Nėščiųjų sveikatos priežiūros kokybės įvertinimas. Magistro darbas. KMU, 2003.
10. Kiburytė V. Ar vaikai – gyvenimo gėlės, ar tik sunki našta valstybei?
<http://www.medicine.lt/akcentai/2002-07/geles.asp>.
11. Kilijus V, Liubarskienė Z. Paciento informuotumo problema. Medicina 1996;32:688-92.
12. Lietuvos Sveikatos programa (1997-2010): patvirtinta LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833.
13. Liubarskienė Z, Mecelytė R. Pacientų teisė spręsti ir rinktis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2001;8.
14. Liubarskienė Z. Etinė medicinos kultūra per papročius, tradicijų ir pažiūrų prizmę. Kaunas, KMU, 2003.
15. Liubarskienė Z. Kai kurie JAV medicinos etikos bruožai. Kaunas, KMU, 2003.
16. Liubarskienė Z. Tarptautinis medicinos etikos kodeksas. Medicinos etikos kodeksai. Kaunas; 1996.
17. LR Biomedicininį tyrimų etikos įstatymas Nr. VIII-1679. Vilnius, 2000 m. gegužės 11 d.
18. LR Civilinis kodeksas. Patvirtinta Įsakymu Nr. VIII-1864. Vilnius, 2000 m. liepos 18 d.
19. LR Gydytojo medicinos praktikos įstatymas Nr. I-1555. Vilnius, 1996 m. rugsėjo 25 d.
20. LR Konstitucija. LR Aukščiausiosios Tarybos ir Vyriausybės žinios, 1992; Nr. 33-1014.

21. LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562. Vilnius, 1996-10-03.
22. LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas Nr. IX-2361. Vilnius; 2004-07-13.
23. LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas Nr. I-924. Vilnius, 1995 m. birželio 6 d.
24. LR Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektas. Vilnius, 2002.
25. LR SAM Įsakymas “Dėl akušerinės-ginekologinės priežiūros moterų konsultacijose” Nr. 248. Vilnius, 1996-05-10.
26. LR SAM Įsakymas „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos patvirtinimo“ Nr. 117. Vilnius, 1999-03-15.
27. LR Sveikatos sistemos įstatymas. Nr. I-552. Vilnius, 1994 m. liepos 19 d.
28. LR Teisės gauti informaciją iš valstybės ir savivaldybių įstaigų įstatymas Nr. VIII-1524. Vilnius, 2000 m. sausio 11 d.
29. Mačiulienė K. Akušerijoje ir ginekologijoje visi darbai dideli. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2002;5;1:7.
30. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Medicina 2002;38;11:1129-35.
31. Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. Medicina 2002;38;5:559-65.
32. Moterų sveikatos apsauga. <http://www.medikai.mf.vu.lt/consp/msa.doc>
33. Motinos ir vaiko sveikata 2003-2007 m. Mokslinė programa. KMU. http://www.kmu.lt/KMU/Mokslo_centras/13.htm
34. Pacientų teisės Lietuvoje. <http://bioetika.sam.lt/bibl/liet/straipsniai.htm>
35. Petkevičienė J, Klumbienė J, Vaisvalavičius V. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo vertinimas atsižvelgiant į socialinius veiksnius. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2002;6;11:757-62.
36. Sveikatos priežiūros sistema Vilniaus apskrities gyventojų požiūriu. Sveikatos drauda 2000;9.
37. Šakalienė D, Mickevičius H, Uscila R. Žmogaus teisių įgyvendinimas Lietuvoje. <http://www.hrmi.lt/downloads/structure//ZmogausTeisiuIgyvendinimasLietuvoje.pdf>
38. Valius L, Mačinskas Š. Bendrieji šeimos medicinos praktikos organizavimo principai. Šeimos medicinos pagrindai. Kaunas, KMU, 2003: 445-56.
39. Valius L. Pirminė sveikatos priežiūra ir visuomenės sveikata. Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. KMU, Kaunas; 2004:146-52.
40. Velžytė V. Pacientų teisės į informaciją įgyvendinimas. Magistro darbas. KMU, 1999.
41. Visuomenės sveikatos mokslai 2003-2007 m. Mokslinė programa. KMU. http://www.kmu.lt/KMU/Mokslo_centras/13.htm

42. Žebienė E. Pacientų lūkesčiai medicininės konsultacijos metu. Bendrosios tendencijos. *Medicinos teorija ir praktika* 2001;2:85-90.
43. Bailis DS, Segall A, Mahon MJ, Chipperfield JG, Dunn M. Perceived control in relation to socioeconomic and behavioural resources for health. *Soc Sci Med* 2001;52:1285-96.
44. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care* 1999;8:86-91.
45. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000;55;6: 368-74.
46. Berman R, Johnson RB, Apgar S, Schwenk L. Model of family medicine and obstetrics-gynecology collaboration in obstetric care at the University of Michigan. *Obstet Gynecol* 2000;2:308-13.
47. Daley J, Delbanco TL. Through the patient's eyes. *Obstet Gynecol* 1996; 88(3): 41-7.
48. Franks P, Eisinger S. Adverse perinatal outcomes: is physician specialty a risk factor? *J Fam Pract* 1987;2;24(2):152-6.
49. Garrett TM, Baillie HW, Garrett RM. Health care ethics: principles and problems. University of Scranton, New Yersey 1993.
50. Gilmore ABC, McKee M, Rose R. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Soc Sci Med* 2002;55:2177-88.
51. Health literacy found wanting in older patients. *Geriatrics* 1999;54;5:19.
52. Hemminki E, Gissler M. Births by younger and older mothers in a population with late and regulated childbearing. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75(1):19-27.
53. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics* 1998;42:855-71.
54. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: across-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847-61.
55. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;24;322(7284):468-72.
56. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviors contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med* 1999;48:1713-20.
57. Maternal deaths. Atlas of Health in Europe. WHO 2003.
<http://www.euro.who.int/document/E79876.pdf>
58. Mengel MB, Phillips WR. The quality of obstetric care in family practice: are family physicians as safe as obstetricians? *J Fam Pract.* 1987;2;24(2):159-64.

59. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002;55:364-70.
60. Promotion of the Rights of Patients. WHO 1999.
61. Reid AJ, Carroll JC, Ruderman J, Murray MA. Differences in intrapartum obstetric care provided to women at low risk by family physicians and obstetricians. *Can Med Assoc J* 1989;3;15;140(6):625-33.
62. Rosenblatt RA, Dobie SA, Hart LG, Schneeweiss R, Gould D, Raine TR, Benedetti TJ, Pirani MJ and Perrin EB. Interspecialty differences in the obstetric care of low-risk women. *Am J Public Health* 1997;3;87(3):344-51.
63. Roter DL. The outpatient medical encounter and elderly patients. *Clin Geriatr Med* 2000;16(1):95-107.
64. Terry PE, Healey ML. The physician's role in educating patients. A comparison of mailed versus physician-delivered patient education. *J Fam Pract* 2000;49(4):314-8.
65. Tucker JS, Hall MH, Hovie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey V, McIlwaine GM. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996;3;2;312(7030):550-9.
66. Weiss BD. Health literacy: an important issue for communicating health information to patients. *Chin Med J* 2001;64:603-8.
67. Young AF, Byles JE, Dobson AJ. Women's satisfaction with general practice consultation. *The Med J Aust* 1998;20;168:386-9.

8. PRIEDAI

ANKETA

Nėščiųjų teisės į sveikatos informaciją įgyvendinimo įvertinimas.

Ši anketa skirta įvertinti pacienčių žinias apie jų teises į sveikatos informaciją ir galimybes jomis naudotis bendrosios praktikos gydytojų bei akušerių-ginekologų tarnybose. Šiam darbui vadovauja KМУ Socialinės medicinos katedra. Duomenys bus naudojami tik mokslo reikalamis ir yra konfidencialūs. Labai prašome atsakyti į žemiau pateiktus klausimus, užbraukiant šalia atsakymo esantį langelį ¹. Kai reikės, parašykite atsakymą žodžiais ar skaičiais.

Dėkojame už nuoširdžius atsakymus.

1. Jūsų amžius (įrašyti):
2. Jūsų išsimokslinimas?
 - 2.1. ¹ aukštasis
 - 2.2. ¹ nebaigtas aukštasis
 - 2.3. ¹ aukštesnysis
 - 2.4. ¹ vidurinis
 - 2.5. ¹ nebaigtas vidurinis
 - 2.6. ¹ pradinis
 - 2.7. ¹ kita.....
3. Jūsų šeimyninė padėtis?
 - 3.1. ¹ ištekėjusi
 - 3.2. ¹ gyvenu nesusituokusi
 - 3.3. ¹ našlė
 - 3.4. ¹ išsiskyrusi
 - 3.5. ¹ vieniša
4. Jūsų gyvenamoji vietovė?
 - 4.1. ¹ miestas
 - 4.2. ¹ kaimas
5. Kelintas Jums šis nėštumas?
6. Kaip Jūs vertinate dabartinę savo sveikatos būklę?
 - 6.1. ¹ puiki
 - 6.2. ¹ gera
 - 6.3. ¹ patenkinama
 - 6.4. ¹ bloga
 - 6.5. ¹ labai bloga
7. Jūsų nėštumo eigą prižiūri:
 - 7.1. ¹ bendrosios praktikos gydytojas
 - 7.2. ¹ akušeris-ginekologas
8. Nuo kurios nėštumo savaitės Jūs pirmą kartą apsilankėte pas gydytoją?
9. Ar reguliariai lankėtės pas Jūsų nėštumo eigą prižiūrintį gydytoją?
 - 9.1. ¹ taip
 - 9.2. ¹ ne
- Jei atsakėte "taip", pereikite prie 11 klausimo.*
10. Jei atsakėte "ne", kodėl?
 - 10.1. ¹ nebuvo suteikta informacija, kaip dažnai turite lankytis pas Jūsų nėštumo eigą prižiūrintį gydytoją
 - 10.2. ¹ negalite lankytis pas gydytoją dėl asmeninių priežasčių
 - 10.3. ¹ kita.....
11. Ar žinote Jus gydančio gydytojo pavardę?
 - 11.1. ¹ taip
 - 11.2. ¹ ne
 - 11.3. ¹ man tai nesvarbu
12. Ar žinote Jus gydančio gydytojo kvalifikaciją, pareigas?
 - 12.1. ¹ taip
 - 12.2. ¹ ne
 - 12.3. ¹ man tai nesvarbu
13. Ar žinote akušerės (slaugytojos) pavardę?
 - 13.1. ¹ taip
 - 13.2. ¹ ne
 - 13.3. ¹ man tai nesvarbu
14. Ar Jūs žinote kokios šioje įstaigoje teikiamos paslaugos ir kaip jomis pasinaudoti?
 - 14.1. ¹ taip
 - 14.2. ¹ dalinai
 - 14.3. ¹ ne
15. Ar skaitėte Jūsų lankomos įstaigos vidaus tvarkos taisykles?
 - 15.1. ¹ taip
 - 15.2. ¹ ne, nes
 - 15.3. ¹ man tai nesvarbu
- Jei atsakėte "ne" arba "man tai nesvarbu", pereikite prie 17 klausimo.*
16. Kaip susipažinote su įstaigos vidaus taisyklėmis?
 - 16.1. ¹ supažindino gydytojas
 - 16.2. ¹ supažindino akušerė
 - 16.3. ¹ kita.....
17. Ar gydytojas tariasi su Jumis dėl skiriamų tyrimų bei gydymo procedūrų?
 - 17.1. ¹ taip
 - 17.2. ¹ kartais
 - 17.3. ¹ ne
18. Ar gydytojas suteikia Jums informaciją apie Jūsų nėštumo eigą, sveikatos būklę?
 - 18.1. ¹ taip, gydytojas viską išsamiai paaiškina
 - 18.2. ¹ taip, gydytojas supažindina su svarbiausiais momentais
 - 18.3. ¹ ne, gydytojas nesuteikia tokios informacijos

19. Ar gydytojas supažindina Jus su atliktų medicininių tyrimų rezultatais?
 - 19.1. ☐ taip
 - 19.2. ☐ ne visada
 - 19.3. ☐ niekada
20. Ar esate informuota apie galimus gimdymo būdus ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 nuskausminimo būdus ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 galimas komplikacijas gimdymo metu ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 kūdikio priežiūrą ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 natūralų kūdikio maitinimą ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 šeimos planavimo metodus ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
21. Daugiausiai informacijos Jums buvo pateikta
 - 21.1. ☐ gydytojo iniciatyva
 - 21.2. ☐ akušerės (bendrosios praktikos slaugytojos) iniciatyva
 - 21.3. ☐ Jūsų prašymu
 - 21.4. ☐ sužinojau iš spaudos ar knygų
 - 21.5. ☐ kita
22. Gydytojas į Jūsų užduotus klausimus atsakydavo
 - 22.1. ☐ visada
 - 22.2. ☐ kartais
 - 22.3. ☐ niekada
 - 22.4. ☐ neklausdavau
23. Informacija Jums buvo pateikta
 - 23.1. ☐ suprantamai ir aiškiai
 - 23.2. ☐ nelabai aiškiai
 - 23.3. ☐ visiškai neaiškiai
24. Gydytojo suteiktos informacijos apimtis Jus
 - 24.1. ☐ pilnai tenkina
 - 24.2. ☐ nevisiškai tenkina
 - 24.3. ☐ netenkina
25. Ar norėtumėte daugiau sužinoti apie savo nėštumo eigą ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 tyrimų rezultatus ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 gimdymo būdus ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 nuskausminimo galimybes ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 galimas komplikacijas ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 kūdikio priežiūrą ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 natūralų kūdikio maitinimą ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
 šeimos planavimo metodus ☐ 1. ☐ taip ☐ 2. ☐ ne
26. Jūsų manymu, savo sveikata bei nėštumo eiga Jūs domitės
 - 26.1. ☐ labai
 - 26.2. ☐ šiek tiek
 - 26.3. ☐ nesidomite visai
27. Ar gydytojas informavo Jūsų artimuosius apie Jūsų sveikatos būklę, nėštumo eigą, tyrimų rezultatus?
 - 27.1. ☐ taip
 - 27.2. ☐ ne
 - 27.3. ☐ artimieji nesidomėjo
28. Jei atsakėte “taip”, ar klausė Jūsų sutikimo?
 - 28.1. ☐ taip
 - 28.2. ☐ ne
29. Ar Jūs esate patenkinta esama darbo tvarka Jūsų lankomoje Moterų konsultacijoje/Šeimos klinikoje?
 - 29.1. ☐ taip
 - 29.2. ☐ ne, nes
30. Ar norėtumėte ir kitų nėštumų eigoje lankytis pas tą patį gydytoją?
 - 30.1. ☐ taip
 - 30.2. ☐ abejoju
 - 30.3. ☐ ne
31. Ar pasinaudojote teise pažiūrėti savo medicininius dokumentus?
 - 31.1. ☐ taip
 - 31.2. ☐ ne
 - 31.3. ☐ kita
32. Jei nepasinaudojote, kodėl?
 - 32.1. ☐ nežinojote, kad turite tokią teisę
 - 32.2. ☐ nediršote pasiteirauti
 - 32.3. ☐ nemanote, kad tai yra reikalinga
 - 32.4. ☐ kita
33. Ar žinote, kad turite teisę savo lėšomis pasidaryti medicininių dokumentų kopijas?
 - 33.1. ☐ taip
 - 33.2. ☐ ne
34. Ar žinote, kad gydytojas privalo paaiškinti įrašų medicininiuose dokumentuose reikšmę (jei to pageidauja pacientas)?
 - 34.1. ☐ taip
 - 34.2. ☐ ne
35. Ar žinote, kad paciento pagrįstu reikalavimu gydytojas privalo pataisyti netikslius ar neteisingus duomenis medicininiuose dokumentuose?
 - 35.1. ☐ taip
 - 35.2. ☐ ne
36. Ar Jūs manote, kad Jūsų lankomoje gydymo įstaigoje suteikiama visa pacientui reikalinga informacija?
 - 36.1. ☐ taip
 - 36.2. ☐ abejoju
 - 36.3. ☐ ne
37. Jūsų manymu, ar yra Lietuvoje pacientų teises ginantis įstatymas?
 - 37.1. ☐ taip
 - 37.2. ☐ ne
 - 37.3. ☐ nežinau
 - 37.4. ☐ kita