KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS

Daiva Zagurskienė

PACIENTŲ SVEIKATOS RAŠTINGUMO VERTINIMAS

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, slauga (11 B)

Kaunas, 2009

Disertacija rengta 2004–2008 metais Kauno medicinos universitete

Mokslinis vadovas

Prof. habil. dr. Irena Misevičienė (Kauno medicinos universitetas, biomedicinos mokslai, slauga –11 B)

Konsultantas

Prof. habil. dr. Vita Lesauskaitė (Kauno medicinos universitetas, biomedicinos mokslai, slauga –11 B)

TURINYS

SANTRUMPOS 5
1.ĮVADAS 6
1.1. Tiriamoji problema ir jos aktualumas 6
1.2. Darbo mokslinis naujumas 7
1.3. Darbo tikslai ir uždaviniai 8
1.4. Darbo praktinė reikšmė 8
2. LITERATŪROS APŽVALGA 9
2.1. Sveikatos raštingumo samprata. Problemos aktualumas 9
2.2. Sveikatos raštingumo vaidmuo paciento ir sveikatos priežiūros specialisto bendravime 16
2.3. Sveikatos raštingumo svarba sveikatos išeitimis 17
2.4. Pacientų sveikatos raštingumo įgūdžių nustatymas ir įvertinimo įrankiai 19
2.5. Sveikatos raštingumas sveikatos mokymo kontekste 22
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI 32
3.1. Tyrimo eiga ir imtis 32
3.2. Tyrimo kontingentas 33
3.3. Anketų struktūra ir turinys 35
3.4. Statistinės analizės metodai 37
4. TYRIMO REZULTATAI 38
4.1. Pacientų sveikatos raštingumas ir jo sąsajos su demografiniais ir socialiniais veiksniais 38
4.2. Pacientų sveikatos mokymo ir informacijos poreikiai, atsižvelgiant į jų sveikatos raštingumo lygį 40
4.2.1. Informacijos šaltiniai 40
4.2.2. Informacija apie ligą, sveikatą, jos išsaugojimą, bei ligų kontrolę 42
4.2.3. Informacijos suprantamumas 51
4.3. Pacientų ir slaugytojų požiūrio į sveikatos mokymą ir jų dalyvavimą šiame procese palyginimas 55
4.3.1. Informacijos šaltiniai 55
4.3.2. Informacija apie ligą, sveikatą, jos išsaugojimą, bei ligų kontrolę 57

4.3.3. Informacijos suprantamumas 72
4.3.4. Slaugytojų darbo vertinimas 74
4.4. Slaugytojų nuomonė apie pacientų sveikatos mokymą ir savo žinių sveikatos klausimais vertinimas 80
5. REZULTATŲ APTARIMAS 86
6. IŠVADOS 99
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS 101
8. BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS 102
9. PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS TEMA 113
PRIEDAI 114

SANTRUMPOS

abs. sk.	Absoliutus skaičius
ASPĮ	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
JAV	Jungtinės Amerikos Valstijos
KMI	Kūno masės indeksas
KMU	Kauno medicinos universitetas
n	Respondentų skaičius
p	Statistinis reikšmingumas
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
STOFHLA	The Short Test of Functional Health Literacy in Adults
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
WRAT3	Wide Range Achievement Test 1993
MART	The Medical Terminology Achievement Reading Test
χ^2	Chi kvadrato kriterijus
ES	Europos Sąjunga
JK	Jungtinė Karalystė

1. ĮVADAS

1.1. Tiriamoji problema ir jos aktualumas

Sveikata tampa vis reikšmingesne vertybe kiekvieno žmogaus gyvenime. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) pasiūlė sveikatos politikos programą „Sveikata 21“. Joje visuomenės sveikatos gerinimas ir ugdymas yra viena iš pagrindinių XXI a. Europos sveikatos politikos krypčių. PSO ypač akcentuoja pozityvią Nacionalinės sveikatos koncepcijos pusę – siekimą ugdyti sąmoningą visuomenės požiūrį į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, kaip pagrindinę socialiai visaverčio gyvenimo sąlygą [19].

Daugelyje pasaulio šalių sveikatos priežiūros įstaigų, specialistų organizacijų yra patvirtintos pacientų sveikatos mokymo rekomendacijos. Pacientams ne tik suteikiama informacijos apie konkrečią ligą, pasakoma diagnozė, bet ir imta aiškinti, kaip stiprinti ir saugoti sveikatą. Keičiasi požiūris į pacientų sveikatos mokymą. Plėtojamas aktyvaus paciento dalyvavimo modelis. Jo centre yra ne sveikatos priežiūros specialistas, o pacientas, kuris sirgdamas lėtine liga pats turi keisti gyvenseną bei griežtai laikytis tam tikro režimo [104]. Deja, pacientų švietimas reikalauja daug daugiau pastangų šiame medicinos technologijų pažangos amžiuje. Iš ligoninės pacientai išleidžiami į namus su žaizdų tvarstymo priemonėmis, specialaus maitinimo reikmenimis, kvėpavimo įranga, venų sistemų rinkiniais ir vaistų sąrašu, kuris dažnai atrodo bauginantis.

Pacientų sugebėjimas rūpintis savo sveikata ir naudotis sveikatos priežiūros sistema tiesiogiai priklauso nuo sveikatos raštingumo įgūdžių [122]. „Sveikatos raštingumo“ sąvoka medicinos literatūroje pirmą kartą paminėta 1974 m. [134]. PSO 1998 m. sveikatos raštingumą apibūdino kaip kognityvinius ir visuomeninius įgūdžius, sąlygojančius individų motyvaciją ir galimybę siekti, suprasti ir naudotis informacija visais būdais, kurie skatina ir palaiko gerą sveikatą [65]. Skiriami trys sveikatos raštingumo lygiai pagal Don Nutbeamą [107]:

Funkcinis sveikatos raštingumas – pagrindiniai sveikatos raštingumo įgūdžiai bei supratimas. Tai yra pakankami baziniai raštingumo ir skaitymo įgūdžiai, padedantys efektyviai veikti kasdienybėje. Šiame lygmenyje žmogus suvokia savo sveikatos būklę, taip pat yra informuotas kaip pasinaudoti sveikatos sistema, jeigu prireiktų pagalbos.

Interaktyvusis sveikatos raštingumas – įgūdžių ugdymas palaikančioje aplinkoje. Tai labai išugdyti pažintiniai (kognityviniai) ir raštingumo įgūdžiai, kurių dėka žmogus aktyviai gali

dalyvauti kasdieninėje veikloje, rasti tinkamą informaciją, suvokti skirtingų komunikavimo formų reikšmę bei pritaikyti naują informaciją besikeičiančiomis aplinkos sąlygomis.

Kritinis sveikatos raštingumas – tai dar gilesni pažintiniai įgūdžiai, sugebėjimas analizuoti, kritiškai vertinti informaciją bei gautą informaciją sėkmingai pritaikyti, panaudoti kasdieniniame gyvenime. Labai svarbu kritiškas požiūris priimant sprendimus [143].

Sveikatos raštingumo tyrinėjimai pirmiausiai buvo pradėti Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) [67]. Moksliniais tyrimais nustatyta, kad pacientai ne visada supranta rašytinę ar žodinę informaciją, kurią suteikia sveikatos priežiūros specialistai. Jiems yra sunkiau vadovautis medicinos nuorodomis, gydytojo paskyrimo lapeliais [130]. Daugelis pacientų dažnai nesupranta, ką jiems sako gydytojas. Net ką tik išėję iš gydytojo kabineto, pacientai gali pakartoti 50 proc. ar mažiau jiems suteiktos svarbios informacijos [94, 109, 162, 164]. Daugelyje tyrimų, kuriuose buvo tiriamas funkcinis sveikatos raštingumas, nustatyta, jog svarbios informacijos apie sveikatos būklę trūkumas sukelia didėjantį sergamumą [6].

Senstant visuomenei, augant sveikatos produktų rinkai, didėjant žmonių migracijai sveikatos raštingumas tampa tiek pat svarbus ir ekonomiškai aktualus kaip pagrindinis raštingumas, kompiuterinis raštingumas ir informacinis visuomenės raštingumas [50]. Europos šalių pacientų apklausa rodo, kad Jungtinėje Karalystėje (JK) kas penktas suaugęs žmogus turi žemą raštingumo lygį, o vienas iš keturių 16–66 metų amžiaus airių turi skurdžius raštingumo įgūdžius, ir negali adekvačiai suprasti sveikatos informacijos [21, 105, 125]. Ši problema tampa vis aktualesnė, kai pacientams reikalinga prisiimti atsakomybę už savo pačių sveikatos priežiūrą kompleksinėje sveikatos priežiūros sistemoje.

1.2. Darbo mokslinis naujumas

Lietuvoje atlikta nemažai tyrimų, analizuojančių žmonių gyvensenos ypatumus, tačiau sveikatos raštingumo lygio ir ugdymo proceso reikšmė sveikatos išsaugojime ir stiprinime kol kas mažai tyrinėta sritis. Tai pirmas sveikatos raštingumo tyrimo mokslinis darbas Lietuvoje, kai nustatomas pacientų sveikatos raštingumo lygis ir jį įtakojantys veiksniai, bei pirmą kartą pateikiami palyginamieji rezultatai apie tai, kaip slaugytojų suteikiamą informaciją pacientams vertina pacientai ir patys slaugytojai.

1.3. Darbo tikslas ir uždaviniai

Tikslas

Įvertinti pacientų sveikatos raštingumą, ir jų bei slaugytojų nuomones apie pacientams suteikiamą sveikatos informaciją.

Uždaviniai

1. Ištirti pacientų sveikatos raštingumą ir jį įtakojančius veiksnius.
2. Nustatyti sveikatos mokymo ir informacijos poreikius pacientams, atsižvelgiant į jų sveikatos raštingumo lygį.
3. Palyginti pacientų ir slaugytojų požiūrį į slaugytojų teikiamą informaciją pacientams.
4. Ištirti slaugytojų nuomonę apie savo žinių sveikatos klausimais vertinimą ir pacientų sveikatos mokymą.

1.4. Darbo praktinė reikšmė

Nustačius sveikatos mokymo ir informacijos poreikius pacientams, atsižvelgiant į jų sveikatos raštingumo lygį, bei palyginus pacientų ir slaugytojų požiūrį į sveikatos mokymą, gauti rezultatai gali būti reikšmingi ne tik moksliniu požiūriu, bet ir taikomi praktikoje, nes jie atskleis pagrindines problemas, su kuriomis susiduria pacientai ir slaugytojai.

Sveikatos priežiūros specialistai supranta, kad pacientams pateikiama informacija gana dažnai neatitinka jų išsilavinimo lygio ir poreikių. Kasdieninėje praktikoje neįvertinamas pacientų sveikatos raštingumo lygis ir pacientas gauna informaciją, kuri neatitinka jo raštingumo įgūdžių. Šis darbas ir jame pateiktos rekomendacijos, turėtų sudominti ne tik mokslininkus, atliekančius panašius tyrimus, bet ir sveikatos priežiūros specialistus, ypač slaugytojus, kuriems ši medžiaga gali pasitarnauti siekiant užtiktrinti pacientų informuotumą ir pagerinti sveikatos mokymą. Pacientus, tyrimo rezultatai, turėtų skatinti labiau domėtis visa su jų gydymu susijusia informacija, dalyvauti priimant sprendimus, rūpintis savo sveikata ir keisti gyvenimo būdą.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Sveikatos raštingumo samprata. Problemos aktualumas

Pacientų sugebėjimas rūpintis savo sveikata ir naudotis sveikatos priežiūros sistema tiesiogiai priklauso nuo sveikatos raštingumo įgūdžių [122]. Pastarąjį dešimtmetį sveikatos raštingumas yra viena iš svarbiausių sveikatos priežiūros problemų. Sveikatos raštingumas medicinos literatūroje pirmą kartą pavartotas 1974 m. [134]. Sveikatos raštingumo apibrėžimą 2000 m. suformulavo JAV Sveikatos ir žmonių tarnybos departamentas. Šiame apibrėžime sveikatos raštingumas reiškia individų gebėjimą gauti, įsisavinti ir suprasti pagrindinę informaciją apie sveikatą ir reikalingas paslaugas, siekiant priimti teisingus sprendimus [123].

Ši sąvoka plačiai naudojama apibūdinti ir paaiškinti ryšį tarp pacientų sveikatos raštingumo lygio ir jų gebėjimo naudotis sveikatos priežiūros sistemos teikiama informacija ir paslaugomis. Pakankamas sveikatos raštingumas reiškia gebėjimą pritaikyti raštingumo įgūdžius su sveikata susijusios elgsenos atžvilgiu. Šis sveikatos raštingumo apibrėžimas neapima gilesnės sveikatos raštingumo prasmės ir tikslo.

PSO 1998 m. sveikatos raštingumą apibūdina kaip kognityvinius ir visuomeninius įgūdžius, sąlygojančius individų motyvaciją ir galimybę siekti, suprasti ir naudotis informacija visais būdais, kurie skatina ir palaiko gerą sveikatą [65]. Mokslo literatūroje sveikatos raštingumas apibrėžiamas, kaip gebėjimas skaityti, suprasti ir veikti naudojantis sveikatos priežiūros informacija [143].

Šis apibrėžimas atspindi dviejų aukštesnių sveikatos raštingumo lygių – interaktyvaus ir kritinio – elementus. Jis taip pat praplečia sveikatos ugdymo ir komunikavimo turinio apimtį, pabrėžia, kad sveikatos raštingumas gali duoti ne tik asmeninės, bet ir visuomeninės naudos. Sveikatos raštingumas yra labai svarbus įgalinant visuomenę spręsti su sveikata susijusias problemas. Sveikatos raštingumo gerinimas ir asmeninio įgalinimo siekimas duoda didelę naudą tiek individui, tiek visai sveikatos sistemai.

Sveikatos raštingumo srityje vyksta diskusijos dėl įvairių raštingumo lygių ir jų praktinio pritaikymo kasdieniniame gyvenime [107].

Nutbeamas išskyrė tris sveikatos raštingumo lygius: funkcinį, interaktyvųjį ir kritinį [107]. Kaip matome iš 1 pav. Ilona Kickbusch išdėstė sveikatos raštingumo struktūrą.

Funkcinis sveikatos raštingumas – tai pagrindiniai sveikatos raštingumo įgūdžiai bei supratimas. Pakankami baziniai raštingumo ir skaitymo įgūdžiai padeda pacientui efektyviai veikti kasdienybėje. Šiame lygmenyje pacientas suvokia savo sveikatos būklę, taip pat yra informuotas, kaip pasinaudoti sveikatos sistema, jeigu prireiktų pagalbos.

Šviečiamosios veiklos pavyzdžiai: informacijos perdavimas per įvairias masinės informacijos priemones, informacinius lankstinukus, tradicines paciento švietimo priemones ir per individualius kontaktus.

Tokia veikla turi ribotus tikslus, nukreiptus į žinių dėl sveikatos pavojų ar sveikatos paslaugų gerinimą ir nurodytų veiksmų laikymąsi. Paprastai tokia veikla duoda tik individualią naudą, nors gali būti nukreipta ir į visuomenę. Tokie metodai neskatina nei interaktyvaus bendravimo, nei įgūdžių lavinimo, nei savarankiškumo. Šios veiklos pavyzdžiai apima informacinių lankstinukų gamybą ir platinimą bei tradicinį respondentų švietimą .

Interaktyvusis sveikatos raštingumas – tai įgūdžių ugdymas palaikančioje aplinkoje. Tai labai išugdyti pažintiniai (kognityviniai) ir raštingumo įgūdžiai, kurių dėka pacientas aktyviai gali dalyvauti kasdieninėje veikloje, rasti tinkamą informaciją, suvokti skirtingų komunikavimo formų reikšmę bei pritaikyti naują informaciją besikeičiančiomis aplinkos sąlygomis.

Interaktyvus sveikatos raštingumas atspindi požiūrį į sveikatos švietimą, išsivysčiusį per pastaruosius 20 metų. Jis apima asmeninių įgūdžių lavinimą palaikančioje aplinkoje. Toks ugdymo traktavimas yra nukreiptas į asmeninio gebėjimo veikti neatsižvelgiant į įgytų žinių gerinimą bei motyvacijos ir pasitikėjimo savimi didinimą.

Šviečiamosios veiklos pavyzdžiai: sveikatos žinių pritaikymas specifiniams poreikiams, paslaugų gerinimas bendruomenės savitarpio pagalbos ir socialinės paramos grupėms, įvairių komunikavimo priemonių apjungimas ir derinimas.

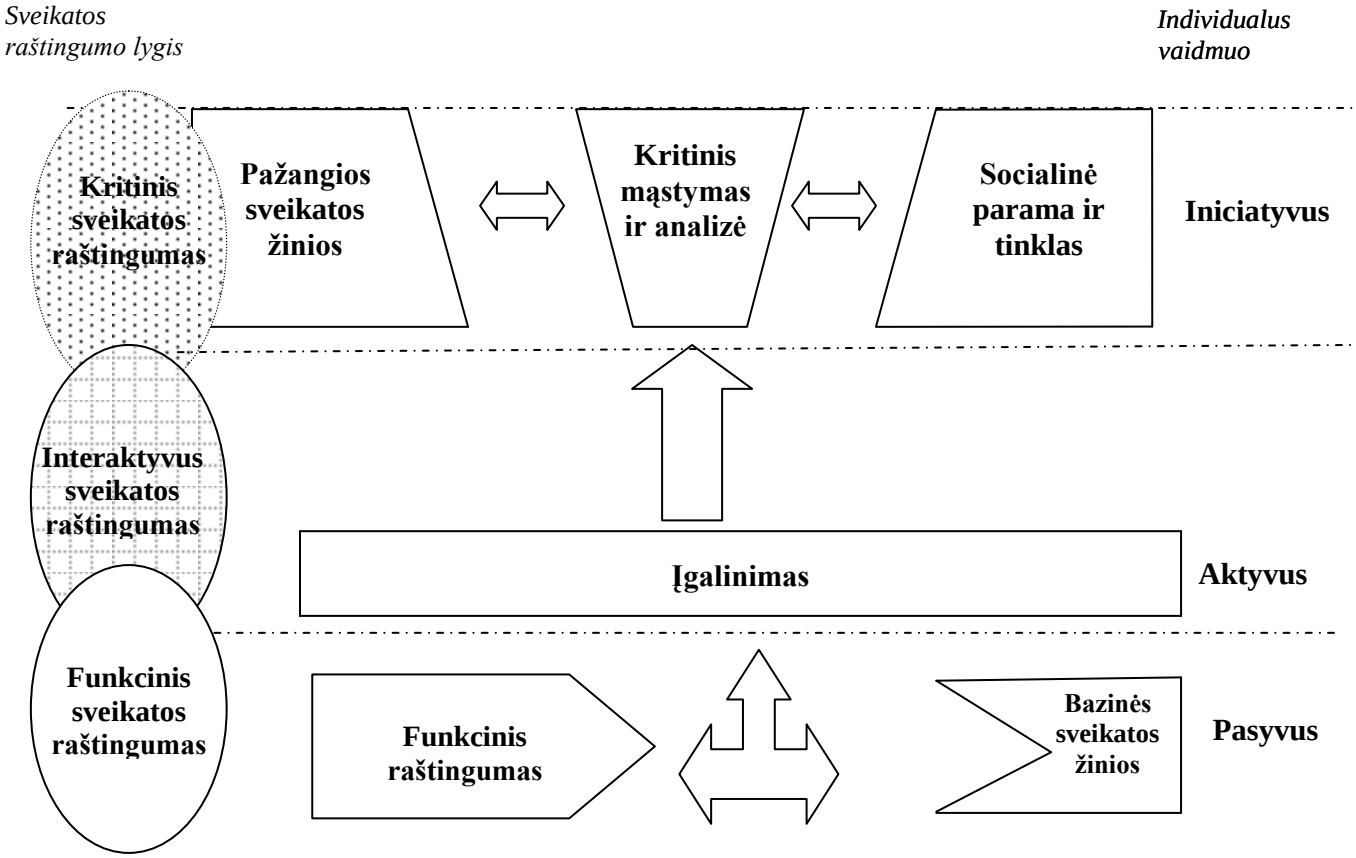
Tačiau tokia sveikatos raštingumo ugdymo veikla duoda daugiau individualios naudos nei naudos visuomenei. Šios veiklos pavyzdžiai gali būti sveikatos programos, kuriomis siekiama lavinti asmeninius ir bendravimo įgūdžius taip tikimasi pasiekti geresnių elgsenos rezultatų. Šios programos sutinkamos daugelyje šiuolaikinių sveikatos mokyklų .

Kritinis sveikatos raštingumas – tai dar gilesni pažintiniai (kognityviniai) įgūdžiai. Pacientas sugeba analizuoti, kritiškai vertinti informaciją bei ją sėkmingai pritaikyti, panaudoti kasdieniniame gyvenime. Labai svarbu yra kritiškas požiūris priimant sprendimus.

Kritinis sveikatos raštingumas atspindi pažintinių įgūdžių lavinimo rezultatus, kurie yra orientuoti į palaikančius socialinius, politinius bei individualius veiksmus.

Tokiu būdu sveikatos raštingumo ugdymas apima informacijos perdavimą ir įgūdžių lavinimą. Visa tai padeda įvertinti politinį pajėgumą ir organizacines galimybes taikant įvairias veiklos formas, kuriomis siekiama atkreipti dėmesį į socialinius, ekonominius ir aplinkos veiksnius sveikatos srityje.

Šis sveikatos raštingumo lygis šalia individualios naudos glaudžiai susijęs su visuomenine nauda. Sveikatos ugdymas šiuo atveju yra nukreiptas į individualų ir bendruomenės įgalinimo didinimą atsižvelgiant į socialinių ir ekonominių sveikatos veiksnių visumą.



1 pav. Sveikatos raštingumo struktūra (I. Kickbusch [79])

Raštingumo tipai skirstomi ne pagal skaitymo ir rašymo sugebėjimą, bet ką dėka raštingumo sugebama daryti [47]. Tokia klasifikacija rodo, kad skirtingo raštingumo lygio dėka galima didesnė asmens autonomija ir įgalinimas. Sveikatos raštingumas priklauso ne vien nuo kognityvinių sugebėjimų, bet ir nuo priėjimo prie įvairios informacijos.

Europos bendruomenėje sveikatos raštingumas turi tapti esminiu sveikatos priežiūros komponentu. Raštingumas yra laisvės siekimo dalis [91].

Visuomenės sveikatos pažanga pertvarkė Europą. Dauguma ES šalių narių jau tapo ar yra pakeliui tapti sveikos visuomenės pavyzdžiais.

Išskiriami 6 sveikos visuomenės aspektai [79]:

- ilgėjanti gyvenimo trukmė ir populiacijos senėjimas;
- besiplečianti sveikatos ir medicinos priežiūros sistema;
- sparčiai augančios privačios sveikatos įstaigos;
- sveikatos tema dominuoja socialiniuose ir politiniuose diskursuose;
- sveikata – pagrindinis asmens gyvenimo tikslas;
- sveikata – pilietybės teisė.

Sveikoje visuomenėje prieinamumas prie informacijos ir jos panaudojimas sveikatos žinioms vaidina pagrindinį vaidmenį ir kelia tiek asmeninį, tiek socialinį pasitenkinimą bei įpareigoja piliečius sveikai gyvensenai. Tai išreikšta dviejose pagrindinėse Europos Sąjungos (ES) politikos iniciatyvose:

- visuomenės sveikatos programa, kurios tikslas – integruotų metodų sveikatos apsaugai ir gerinimui kūrimas, pabrėžiant informacijos ir žinių skleidimo svarbą [38];
- informuotos visuomenės iniciatyva, kurios viena iš strateginių sričių, yra naujų elektroninės sveikatos galimybių plėtra visais sveikatos priežiūros aspektais, kuriant galingesnę, įtakingesnę sveikatos priežiūros sistemą ir aprūpinant kiekvieną geresne informacija apie sveikatą [42].

Šių teiginių centre – aktyvus Europos pilietis ir jo sveikata, bei ketinimas suvienyti ES politiką geros sveikatos atžvilgiu. Informacijos apie sveikatą prieinamumas yra lygiavertis sveikatos priežiūrai, tai piliečio teisė. Kaip teigiama ES strateginiuose dokumentuose, ateityje kiekvienam piliečiui bus prieinama aukštos kokybės sveikatos priežiūra, padidės galimybės ieškant informacijos apie sveikatos gerinimą ir ligų gydymo galimybes [17].

Sveikatos raštingumas yra viena iš prioritetinių sričių ES dėl didėjančių piliečių lūkesčių ir tikslų, senėjančios visuomenės, besiplečiančios medicinos sistemos, didėjančio informacijos srauto sveikatos rinkoje, bei migracijos.

Piliečių lūkesčiai ir siekiai

Europos piliečiai nori informacijos apie sveikatą, pasirinkimo galimybių ir įgaliojimų [26]. Dažnai žmonių informacijos poreikis didesnis negu sveikatos priežiūros specialistai gali suteikti. Visuomeninės sveikatos organizacijos, sveikatos draudimo kompanijos, farmacijos kompanijos, pacientų organizacijos vis daugiau informacijos talpina interneto tinklalapiuose. Pvz., JK Nacionalinė Sveikatos tarnyba įkūrė valstybinę elektroninę biblioteką sveikatai. Internetas leidžia pacientams diskutuoti su sveikatos specialistais – taip jie įgauna kompetencijos ir gali kontroliuoti sveikatą. Žmonėms vis labiau reikia informacijos apie prevenciją, ligas, jų gydymo galimybes. JK Nacionalinės Sveikatos tarnybos profesionalai turi universalų priėjimą prie interneto, tačiau pacientai neįstengia prieiti prie tokios pačios informacijos [97]. Skirtingas informacijos prieinamumas: sumažina žmonių gebėjimą tinkamai veikti ir rūpintis savimi, griauna pasitikėjimą, o tai neigiamai veikia sveikatą [105].

Senstanti visuomenė

Pagal PSO 2002 m. Europoje daugiausia šalių, kuriose daugiau negu 10 milijonų gyventojų amžius virš 60 metų. Vyresnio amžiaus žmonės turi didesnį sveikatos raštingumo poreikį [62, 114]. Prevencinės priemonės gali pagerinti senėjančios populiacijos sveikatą, kontroliuojant pagrindines sveikatos problemas – nutukimą, diabetą, širdies ir kraujagyslių sistemos ligas, osteoporozę ir kt. Prevencija ne tik pagerina vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę, bet ir padeda racionaliai panaudoti sveikatos priežiūros išlaidas ES [18].

Sudėtinga besiplečianti medicinos sistema

Sveikatos palaikymas ar gyvenimas su liga reikalauja didelio sveikatos raštingumo ir nuoseklių sprendimų. Sveikatos sistemoje vis sunkiau orientuotis, nes informacinio turinio dokumentai pacientams nesuprantami, gydymo būdai kaip ir technologijos sudėtingėja, jų daugėja. Sveikatos savikontrolė ir sprendimų priėmimas, pasitelkiant į pagalbą specialistus, vis dažnesni. Savikontrolės mokomi pacientai, sergantys lėtinėmis ir ilgalaikėmis ligomis – mokoma problemų sprendimo įgūdžių, pasitikėjimo savimi, bendradarbiauti su sveikatos

priežiūros specialistais, siekiant pagerinti gyvenimo kokybę. Daugumai pacientų priimtinesnis sprendimo priėmimas pasitarus su specialistu, nei vien tik specialisto griežtas nurodymas. Šie procesai priklauso nuo pacientų sugebėjimo suprasti savo sveikatos būklę ir ją valdyti [105].

Didėjantis informacijos srautas sveikatos rinkoje

Plečiantis sveikatos rinkai, vis didėjanti informacija ir produktų gausa įtakoja europiečių sprendimus sveikatos klausimais. Pagal eurovisuomenės nuomonės barometrą su sveikata susijusios informacijos ieškoma interneto tinklalapiuose, televizijoje, spaudoje (laikraščiuose ir žurnaluose), taip pat tradicinėse medicinos ir sveikatos organizacijose [45]. Prasideda „sveikatingumo revoliucija“, kurią rodo didėjanti sveikatingumo produktų gamyba, įskaitant maistinius produktus (papildai), organinį maistą, kūno rengybą, pageidaujamas medicinos procedūras (kosmetinė chirurgija), alternatyvią mediciną, sveikatingumo resursus (media ir informacijos sektorius) ir sveikatingumo draudimą [78]. Nepatikimi šaltiniai, apgaulingi ieškiniai ir konfrontuojanti informacija sukelia problemų net raštingiausiems piliečiams. Yra didelis poreikis ugdyti vartotojus, galinčius atsirinkti naudingus dalykus sveikatos ir sveikatingumo rinkoje. Reikia patikimų informacijos šaltinių bei kognityvinių įgūdžių atsirinkti reikiamą informaciją, norint priimti sprendimą.

Sveikatos spragos ES

Plečiantis ES, tarp šalių atsirado pagrindinės sveikatos sistemos spragos. Vakarų Europos šalys džiaugiasi geresne sveikata ir ilgesnio gyvenimo laukimu, skirtingai nei mažesnio gerbūvio Centrinės ir Rytų Europos šalys [148]. Vienas iš ES tikslų – panašus sveikatos lygis visose šalyse narėse. Sveikatos raštingumo gerinimas Europoje gali padėti sumažinti sveikatos sistemos spragas tarp jos šalių ir pačiose šalyse.

Migracija ir paslaugų teikimas

Kadangi žmonės migruoja į Europą, individai iš skirtingų kultūrų susiduria su naujomis sveikatos sistemomis. Kultūra stipriai įtakoja ligos ir sveikatos sąvokas, kurios paveikia ir žmonių patirtį sveikatos priežiūros sistemoje [62]. Nesusikalbėjimas tarp sveikatos priežiūros specialistų ir imigrantų yra būdingas, ir jei nekreipiamas dėmesys į kultūrą, kyla nesusipratimų. Europiečių sveikatos raštingumui įtaką daro prekių ir paslaugų judėjimas per Europą. Individus reikia informuoti apie skirtingų produktų, įvežamų į rinką, įtaką sveikatai, ypač sveikatos produktų ir vaistų, reklamuojamų interneto tinklalapiuose. Sveikatos apsaugos sistema turėtų būti labiau orientuota į vartotoją.

Šiuolaikinėje visuomenėje sveikata užima svarbią vietą, todėl ir individo vaidmuo tampa vis žymesnis ir įvairiapusis. Sveikatos rinkoje individas tampa vartotoju; tuo tarpu sveikatos priežiūros sistemoje individas tampa pacientu. Individas yra visavertis balsuotojas svarstant sveikatos sistemos problemas. Taip sveikatos raštingumas įgauna skirtingas reikšmes. Pastovus veiksnys – ką sociologai vadina modernios visuomenės gyvenimo atspindžiu – tai nuolatinis socialinės veiklos (šiuo atveju sveikatinimo veiklos) peržiūrėjimas naujausios informacijos šviesoje. Kas yra sveika šiandien – nereiškia, kad sveika rytoj; gydymo metodai ir medikamentai nuolat tobulinami ir plečiami. Sveikatos sistemos organizacija reguliariai keičiama. Dėl to sveikatos raštingumas yra aktyvus procesas; piliečiai turi pastoviai siekti naujos informacijos, užmiršti senąją ir taip palaikyti gerą sveikatą ir elgtis kaip informuoti pacientai. Piliečių įgaliojimas veikti aktyviai ir patikimai yra sveikos populiacijos esminis procesas.

Sveikatos raštingumo sąvoka plečiasi už sveikatos sistemos ribų. Sveikatai raštingi individai žino ir sugeba priimti teisingus sprendimus sveikatos atžvilgiu. Jie pritaiko sveikatos įgūdžius, kurie yra dalis viso gyvenimo įgūdžių. JK Nacionalinė vartotojų taryba apibendrino pagrindinius sveikatos raštingumo įgūdžius [105]:

- orientacija sveikatos priežiūros sistemoje;
- susirūpinimas savimi;
- dalyvavimas priimant sprendimus ir pasitikėjimas savimi juos priimant.

Pakankamo sveikatos raštingumo asmenys gali aktyviai kontroliuoti sveikatą įtakojančius veiksnius. Sveikatos raštingumo svarba nepaliaujamai didėja socialinėje, ekonominėje ir sveikatos gerinimo srityse [77].

2.2. Sveikatos raštingumo vaidmuo paciento ir sveikatos priežiūros specialisto bendravime

Mokslo literatūroje pacientų sveikatos raštingumas vis labiau pripažįstamas esminiu veiksniu paciento – sveikatos priežiūros specialisto santykiuose [164].

Daugelis pacientų nelabai supranta, ką jiems sako gydytojas [94, 109, 127], net ką tik išėję iš gydytojo kabineto, pacientai gali pakartoti 50 proc. ar mažiau jiems suteiktos svarbios informacijos [109]. Dažniausiai tai pacientai su nepakankamais sveikatos raštingumo įgūdžiais, nesuprantantys medicinos terminų [32, 33, 35, 36, 52, 94]. Žemo sveikatos raštingumo pacientai nesugeba įgyti, apdoroti ir suprasti informacijos apie sveikatą bei sveikatos priežiūros įstaigas [27, 134].

Nepakankamas sveikatos žodyno supratimas riboja žinias apie sveikatą, neleidžia įsisavinti naujos informacijos, nesuprantamos sąvokos įvairiai paveikia menko raštingumo pacientų bendravimą su medikais [40, 52, 94, 132, 156, 162].

Didžiąją dalį informacijos (60–80 proc.) apie diagnozę gydytojai gauna iš pacientų pateikiamų nusiskundimų [59, 74, 85, 133]. Sveikatos priežiūroje, paciento verbaliniai gebėjimai susiję su jo gebėjimu apibūdinti simptomus ir tai padidina gydytojo galimybę tiksliau diagnozuoti ligą. Be to, paciento sugebėjimas suprasti žodinę informaciją gali sutrumpinti jo bendravimo su gydytoju laiką, bei tinkamai suvokti žodinius nurodymus [6]. Menko sveikatos raštingumo pacientai nesupranta, kokios informacijos gydytojui reikia, dėl skurdaus žodyno negali tiksliai nusakyti juntamų simptomų ir gali nelogiškai, nenuosekliai pateikti informaciją [24].

Sveikatos priežiūros darbuotojų profesinė kalba yra bendravimo barjeras neišprususiems žmonėms. Tyrimai rodo, jog sudėtingą bendravimą lemia gydytojų vartojami medicinos terminai ir skurdus pacientų sveikatos žodynas [22, 34, 52, 94, 132]. Pacientai skundžiasi, kad sveikatos priežiūros specialistai nepaaiškina apie jų ligą ir gydymo būdus jiems suprantamais žodžiais [94]. Senesnio, bet vis dar aktualaus tyrimo metu, buvo vertinti 125 į ligoninę paguldyti pacientai. Iš įrašytų paciento–gydytojo interviu buvo vertinama, kaip jie supranta 50 įprastų, dažniausiai vartojamų medicinos žodžių [132]. Beveik visi (98 proc.) suprato žodį „vėmimas“, bet tik 35 proc. suprato, ką reiškia „per burną“, 22 proc. – žodį „nervas“, 18 proc. suvokė sąvoką „piktybinis“, tik 13 proc. – žodį „terminalinis“ arba „galutinis“.

Terry C. Davis, Nancy C. Dolan, Rosario M. Ferreira ir kiti 2001 m. nustatė, kad storosios žarnos vėžio atrankos tyrimo metu dauguma pacientų nežinojo, ką reiškia tokie įprasti terminai kaip polipas, navikas, pažeidimas, skriningas, kraujas išmatose. Nė vienas nežinojo, kur ir kas yra storoji žarna, daugeliui buvo neaišku, kas yra tiesioji žarna [36].

Apklausti vyresnio amžiaus žemo raštingumo miestiečiai nurodė, kad jiems sunkiau suprasti medikų suteiktą informaciją [158]. Nepakankamo sveikatos raštingumo pacientai dažniausiai nesupranta ligų diagnozių reikšmės, sveikatos priežiūros specialistų nurodymų, kuriais turi vadovautis išvykus iš ligoninės [69, 92, 137, 161].

Mokslo literatūros duomenimis, lėtinėmis ligomis (cukriniu diabetu, hipertenzija, bronchų astma) sergantys žemo raštingumo pacientai mažiau suvokia apie savo ligą ir jos gydymą [72, 163, 164]. Manoma, kad žemas sveikatos raštingumas gali būti susijęs su neteisingu rekomenduoto gydymo laikymusi ar jo ignoravimu [94]. Neišprusę pacientai gali vartoti vaistus netinkamomis dozėmis ir netinkamu laiku, ne visada žino apie pašalinį gydymo poveikį ir sveikatos būklės sekimo tyrimų svarbą [165].

Mokslo literatūroje, nagrinėjančioje pacientų sveikatos raštingumo problemas, daugiau pabrėžiami gydytojų ir pacientų santykiai ir mažai rašoma apie slaugytojų ir pacientų bendravimą. Tai rodo per mažą dėmesį slaugytojų svarbai, teikiant informaciją pacientams.

2.3. Sveikatos raštingumo svarba sveikatos išeitims

Dokumentuotų tyrimų apie neadekvataus sveikatos raštingumo paplitimą ir jo koreliaciją su žiniomis apie sveikatą yra daug, tačiau tyrimų, koks jo ryšys su sveikatos išeitimis – nedaug. Daugelyje tyrimų akcentuojamos bendros sveikatos išeitys ir sveikatos priežiūros kainos. Keletas tyrimų įvertino ligai specifiškas sveikatos išeitis. Bendrai visi tyrimai rodo, jog pacientų žemas sveikatos raštingumas susijęs su mažiau optimaliomis sveikatos išeitimis, prastesne sveikatos būkle ir didesniu hospitalizacijų dažniu [3, 28, 165].

Barry D. Weissas, Gary Hartas, Daniel L. McGee ir Sontag D'Estelle įvertino ryšį tarp raštingumo ir sveikatos būklės. Ištyrus Arizonoje gyvenančius anglakalbius suaugusiuosius buvo nustatytas ryšys tarp skaitymo lygio ir psichosocialinės būklės, nurodant, jog žemas raštingumas yra susijęs su prasta sveikata.

Atliktas žemo raštingumo suaugusiųjų tyrimas pagrindinio mokymo klasėse: žmonių su mažiausiais skaitymo įgūdžiais fizinė ir psichinė sveikata buvo prastesnė nei geriau skaitančių [157]. Toks ryšys išliko net po statistinio socialinių, demografinių veiksnių pakoregavimo. Dviejose valstybinėse ligoninėse tirti 2659 pacientai. Tie, kurių funkcinis sveikatos raštingumas buvo žemas, du kartus blogiau nusakė savo sveikatos būklę negu labiau išprusę ligoniai [7]. Raštingumas stipriau koreliavo su sveikatos būkle nei su išsilavinimo lygiu ir kitais socialiniais demografiniais kintamaisiais [7, 29, 50].

Riboto raštingumo pacientams didesnės sveikatos priežiūros kainos. Atliktas angliškai ir ispaniškai kalbančių žmonių, kuriems teikiama vyriausybės finansuojama medicinos pagalba, tyrimas parodė, jog dėl nepritekliaus ir gydymo poreikio žemiausio raštingumo lygio pacientams vidutiniškai kasmet sveikatos priežiūrai išleidžiama 4 kartus daugiau, negu visai tirtai populiacijai [159, 160]. Kito tyrimo duomenimis, mažas pajamas turintys neišprusę pacientai buvo du kartus dažniau hospitalizuojami [6]. Žemesnio raštingumo pirmą kartą pagimdžiusios moterys rečiau linkusios pradėti ir tęsti maitinimą krūtimi negu apsišvietusios moterys – atitinkamai 23,0 proc. ir 54,0 proc. [75].

Nepakankamas sveikatos raštingumo lygis veda prie sveikatos priežiūros sistemos neefektyvumo. Nors empirinių duomenų nepakanka, JAV sveikatos priežiūros strategijų centras nustatė, kad žemo sveikatos raštingumo lygio individai mažiau:

- supranta rašytinę ar verbalinę informaciją iš sveikatos profesionalų;
- vykdo būtinas procedūras ir nurodymus (vaistų, paskyrimų);
- orientuojasi sveikatos sistemoje, kad gautų reikalingas paslaugas [133].

Žemo raštingumo pacientai dažniau stacionarizuojami ir dažniau naudojasi greitosios pagalbos paslaugomis [74], beveik nesinaudoja prevencijos priemonėmis, turi mažiau žinių apie ligų kontrolę ir sveikatos gerinimo įpročius [135], jų sveikata blogesnė. 2004 m. Sveikatos priežiūros kokybės ir tyrimų agentūra pažymėjo, kad 90 milijonų amerikiečių arba beveik pusė JAV populiacijos, turinti sunkumų suprasti informaciją ir ja naudotis, nenumano apie potencialiai gyvybę saugančius tyrimus (mamogramas, papiloma viruso tepinėlius), pneumonijos ir gripo vakcinas, apie galimybę vaikus tikrinti profilaktiškai [85]. Žemas sveikatos raštingumas JAV kasmet kainuoja iki 73 bilijonų JAV dolerių [24].

2.4. Pacientų sveikatos raštingumo įgūdžių nustatymas ir įvertinimo įrankiai

Sveikatos priežiūros specialistai supranta, kad pacientams pateikiama informacija dažnai neatitinka jų išsilavinimo ir poreikių. Problema egzistuoja, nes sveikatos priežiūros specialistai nevertina pacientų sveikatos raštingumo lygio, todėl pacientams suteikiama informacija, kuri neatitinka jų raštingumo įgūdžių [40].

JAV Nacionalinės suaugusiųjų sveikatos raštingumo apklausos duomenimis, pacientų sveikatos raštingumui nustatyti nepakanka paklausti koks yra pacientų išsilavinimas arba kaip jiems sekasi skaityti, nes dauguma žemiausio raštingumo lygio pacientų nurodo, jog skaito gerai ar labai gerai [80].

JAV buvo pradėti kurti raštingumo testai: pirmiausia vaikams, po to patobulinti suaugusiųjų raštingumo nustatymui. Informacijos supratimas priklauso nuo pacientui pateiktos medžiagos. Vertinant raštingumą, svarbus paciento gebėjimas perskaityti parašytą žodį ir jį suprasti. Pramoninė terminologija skiriasi nuo sveikatos priežiūroje naudojamų terminų. Netgi daugumai išsilavinusių ir aukšto raštingumo lygio žmonių sunku suprasti medicinos terminus [64] .

Žodžių atpažinimas

Vienas iš dažniausiai naudojamų žodžių atpažinimo testų buvo įvairių sričių laimėjimų testas (*Wide Range Achievement Test 1993* – WRAT3). Juo vertinama 5–75 m. amžiaus individų skaitymas, tarimas ir aritmetika. Skaitymo dalyje akcentuojamas žodžių pažinimas ir tai naudojama sveikatos priežiūroje raštingumui nustatyti mokymo tikslu. Paciento prašoma perskaityti 42 žodžius. Lengviau suprantami žodžiai eina pirma, po to – sudėtingesni. Prašoma perskaityti kiekvieną žodį ir testas tęsiamas tol, kol neteisingai ištariama 10 iš eilės einančių žodžių. Testo atlikimui duodamos 3–5 minutės [40].

Alternatyva mažesnio raštingumo pacientams (jei WRAT3 testas per sunkus) – sustoti po 5 neteisingai ištartų žodžių. Testu galima nustatyti tik apytikslį lygį. Testas nėra specifiškas sveikatos raštingumo atžvilgiu, neįvertina supratimo, o tik žodžių atpažinimą [31]. Jo naudojimas yra aprašytas keliose sveikatos tyrimuose [31, 66, 83].

Medicinos terminologijos atpažinimo skaitymo testas (*The Medical Terminology Achievement Test* – MART) suaugusiems sukurtas 1990 m. Teste naudojama informacija iš

receptų, nurodymų lapelių, kad būtų galima nustatyti, kaip pacientai supranta medicinos terminus. Teste 42 medicinos terminai, kuriuos reikia perskaityti ir atpažinti. Testui atlikti skiriamos 3–5 minutės. Palyginus su WRAT3, šis testas yra patikimesnis, tačiau ne taip plačiai naudojamas [60, 93].

Skaitymo supratimas

Minėtų testų trūkumas tas, kad jie vertina tik žodžių pažinimą, bet neparodo, ar pacientas žodžius suprato. Kad įsitikintume paciento gebėjimu naudotis parašyta informacija, svarbu įvertinti skaitymo supratimą. Supratimas tikrinamas formaliais testais ir kitais netiesioginiais metodais. Du dažniausiai naudojami testai – tai *Cloze* testas ir klausymo testas [40].

Cloze testą sukūrė Wilsonas Tayloras 1953 m. Pacientas turi individualiai užpildyti blankus. Parenkamas specialus parašytas tekstas, turintis mažiausiai tris šimtus žodžių. Pirmas sakinys pateikiamas pilnas, pradedant antruoju – praleidžiamas kiekvienas penktas žodis, kol tokių susidaro 50. Pacientas turi išsirinkti žodžius iš sąrašo ir įterpti tekste į tuščias vietas, kur jam atrodo teisingiausia. Sunkesnes vietas galima praleisti ir grįžti prie jų vėliau. Dauguma žmonių viso blanko neužpildo. Skaičiuojant balų skaičių, įtraukiami tik tiksliai įstatyti žodžiai – kaip originaliame tekste. Tikslus balų skaičius nustatomas taip: teisingų atsakymų skaičius dalinamas iš bendro tuščių tarpų skaičiaus. Taip paskaičiuojamas procentinis teisingų atsakymų dydis. *Cloze* testas trunka apie 2 valandas, jo vertinimas – 10–20 minučių. Pacientams, kurių raštingumo lygis žemiau 6 balų, *Cloze* testas gali būti per sunkus. Jiems reikia paprastesnės rašytinės informacijos ir išsamesnio žodinio paaiškinimo – tokiu atveju tinkamesnis klausymo testas [51, 117]. Sveikatos priežiūros specialistas perskaito užrašytą informaciją pacientui ir po to apie tai jį klausinėja, taip nustatydamas jo supratimo lygį [96].

Sveikatos raštingumo tikrinimas

Kiekvienas testas turi trūkumų. Žodžių pažinimo ir skaitymo supratimo testai neatskleidžia kaip pacientai visais aspektais rūpinsis savo sveikata, bei nepatikrinami mokėjimo skaičiuoti įgūdžiai. Sveikatos informacijose yra matematinių sąvokų: vaistų

dozavimas, kalorijų suvartojimas, procentinis riebalų dydis ir kt. Sveikatos raštingumui svarbūs visi veiksniai: pakankamas sugebėjimas iššifruoti, skaitymo supratimas ir mokėjimas skaičiuoti [9].

Labiausiai vartojami sveikatos raštingumo įrankiai yra suaugusiųjų medicinos raštingumo greitasis įvertinimas (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* – REALM) [30] ir suaugusiųjų funkcinis sveikatos raštingumo testas (*The Test of Functional Health Literacy in Adults* – TOFHLA) [162].

Suaugusiųjų medicinos raštingumo greitasis įvertinimas (REALM) sukurtas 1990 metų pradžioje. Tai žodžių atpažinimo testas, kuris apibrėžia apytikslį skaitymo lygį. Naudojant REALM dalyviai iš sąrašo perskaito 125 pagrindinius medicinos terminus, kurie yra išdėstyti keturiomis kolonomis. Testo atlikimo trukmė iki 5 min. Suskaičiavus taškus išskiriami raštingumo lygiai: žemiausias (netoli 3 lygio), aukštesnis (4–6 lygiai), aukštesnysis (7–8 lygiai), ir aukštosios mokyklos lygis [30]. Sveikatos priežiūros specialistai testą sutrumpino ir paliko tik 66 žodžius. Trumpesnė REALM testo versija naudojama daugeliu atvejų ir taip pat yra patikima bei vertinga [30]. REALM testas trunka 2–3 minutes. Jis pritaikytas tik suaugusiems. Prašoma garsiai perskaityti žodžius kiekviename stulpelyje pradedant nuo pirmo žodžio pirmame stulpelyje. Kai pacientas susiduria su žodžiu, kurio perskaityti negali, prašoma skaityti taip kaip sugeba, arba tą žodį praleisti. Jei pacientas sustoja, prašoma sąrašą skaityti toliau ir ištarti žodžius, kuriuos gali. Skaičiuojami visi žodžiai, kurie ištariami teisingai [30]. REALM testas nenustato aukštesnio negu 9 balų lygio.

Pakankamas sveikatos raštingumo vertinimui yra TOFHLA testas, kuris naudojamas anglų bei ispanų kalbomis. Testą sudaro 50 skaitymo supratimo ir 17 skaičiavimo sugebėjimo punktų. TOFHLA teste naudojama ta pati medžiaga, kurią pacientai sutinka sveikatos priežiūros įstaigose. Užduotyse pateikiama skaičiavimo įgūdžių reikalaujantys grafikai, lentelės ir kt. [11]. Skaitymo supratimo skyriuje akcentuojamas viršutinio virškinamojo trakto tyrimas, pacientų teisės, prašymo forma vyriausybės finansuojamai medicinos pagalbai ir standartinė sutikimo gydytis ligoninėje forma [113]. TOFHLA testas trunka apie 20 minučių, trumpesnė jo versija – 7 min. Autorių nuomone, šis testas daug svarbesnis kaip mokslinis nei kaip klinikinis įrankis [113].

Davis, Robert Michielutte, Eunice N. Askovas, Mark W. Williamsas ir Weissas (1998) įspėja, kad šie testai negali nustatyti priežasties, skaitymo ar rašymo sunkumo tipo,

bei negali diagnozuoti specifinių problemų. Testai gali identifikuoti pacientus, kuriems medicinos informacija nėra efektyvi. Šie testai leido mokslininkams išmatuoti skaitymo įgūdžius sveikatos priežiūroje ir vėliau visa tai prisidėjo prie raštingumo ir sveikatos ryšio tyrinėjimų [34].

2.5. Sveikatos raštingumas sveikatos mokymo kontekste

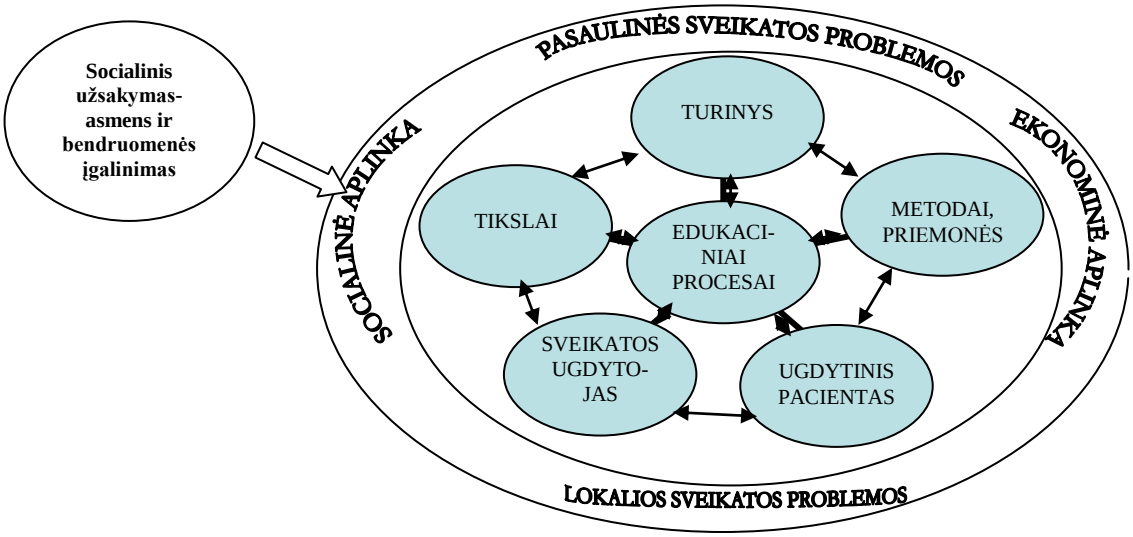
Sveikatos raštingumo sąvoka skiriasi nuo žinių apie sveikatą, sveikatos mokymo ir sveikatos skatinimo. Sveikatos stiprinimo požiūriu mokslo literatūroje terminas mokymas, *education* reiškia ir auklėjimą, ir ugdymą. Be to, sveikatos ugdymas ties XX–XXI a. sandūra laikomas ne tam tikra visuomenės sveikatos mokslo disciplina, o sveikatos stiprinimo proceso elementu, dalimi, sfera. Ugdymo samprata vartojama siaurąja, o terminas mokymas – labiau taikomas praktikoje.

Sociologiniu požiūriu sveikatos ugdymas yra kur kas platesnė sąvoka negu mokymas. Mokymas yra viena iš 9 ugdymo funkcijų [70], kuri traktuojama kaip metodiška pagalbos sistema individui ar grupėms, siekiančioms perimti kultūros ir sociumo vertybes, apimanti mokymosi motyvacijos formavimą ir išmokimo veiksmų organizavimą. Sveikatos mokymas – pagalba ir vadovavimas mokymuisi ir išmokimui [145].

Sveikatos pedagogikos sąvoka pradėta vartoti aštuntąjį XX a. dešimtmetį, pripažinus, kad tradicinė informacija apie sveikatą praktiškai dažnai nepasiekia tikslo. Sveikatos pedagogika, priešingai nei informacija apie sveikatą, grindžiama dvipusiu bendravimu ir asmeniniu santykiu su informacijos gavėju [16, 145].

PSO sveikatos ugdymą apibrėžia kaip procesą, padedantį asmenims ir bendruomenėms daugiau rūpintis savo sveikata ir ją gerinti, didinti sveikatą lemiančių veiksnių kontrolę [145].

Sveikatos raštingumo ugdymas – tai procesas, įgalinantis asmenis ir bendruomenes daugiau rūpintis savo sveikata ir ją gerinti, didinti sveikatą lemiančių veiksnių kontrolę [143]. Įvairiuose literatūros šaltiniuose respondentų sveikatos raštingumo ugdymo sistema nagrinėjama kaip ugdymo sistema, sudaryta iš tarpusavyje sąveikaujančių elementų: tikslų, turinio, ugdymo metodų ir priemonių, ugdytinio ir ugdytojo (2 pav.).



2 pav. Sveikatos raštingumo ugdymo sistema (V. Šveikauskas [145])

Sveikatos ugdymas yra moksliškai pagrįstas procesas, kurio tikslas – pagerinti pacientų žinias apie sveikatą, formuoti jų gyvenimo įgūdžius ir nuostatas, kurios sąlygotų sveikesnę gyvenseną, palaikytų bei gerintų sveikatą [143]. Nuo to, kokie ugdymo tikslai formuluojami konkrečioje ugdymo situacijoje, keičiasi ugdymo proceso turinys, struktūra, metodika. Europoje apie sveikatos ugdymą dažniau pradėta kalbėti praėjusio šimtmečio pabaigoje. Iki tol dažniausiai buvo kalbama apie sveikatos mokymą kaip svarbią sveikatos stiprinimo veiklos sritį. XX a. pabaigoje į sveikatos ugdymą integruojamas sveikatos stiprinimas ir sveikatos rėmimas bei pabrėžiama daug platesnė sveikatos struktūros elgesio samprata negu sveikatos mokymas [145].

Sveikatos raštingumas apima pagalbą mokant individus lavinti įgūdžius ir pasitikėti vadovaujantis tomis žiniomis, sugebėjimą dirbti su kitais ir juos palaikyti. Sveikatos mokymas pagerina sveikatos raštingumą, suteikiant galimybę mokytis sveikos gyvensenos. Veiksmingas sveikatos mokymas (kaip pažymima Otavos chartijoje [110]), aprūpina žiniomis, palengvina gyvenimo įgūdžių tobulinimą ir suteikia galimybę mokytis – tuo būdu gerėja sveikatos raštingumas.

Raštingumas yra tiltas tarp mokymo ir sveikatos. Sveikatos raštingumas – tarsi modelis, rodantis sąsajas tarp sveikatos gerinimo intervencijų, lemiančius sveikatą veiksnių ir išeičių pasiskirstymo. Pastaruoju metu sveikatos raštingumas suprantamas kaip sveikatos gerinimo išeitis [108]. JAV Globalinis ugdymo atestavimo centras skirsto sveikatos veiklą pagal strategijas: sveikatos gerinimas, sveikatos apsauga, ligų prevencija, sveikatos priežiūra ir palaikymas bei sistemų navigacija (1 lentelė) [90]. Tokia klasifikacija

akcentuoja, kad ligų gydymas, sistemos valdymas, orientavimas ir vartotojų elgsena yra svarbūs kaip ir sveikatos raštingumas.

1 lentelė. Sveikatos veiklos kategorijos ir pavyzdžiai

Sveikatos veikla	Dėmesys	Medžiagos pavyzdžiai	Užduočių pavyzdžiai
Sveikatos gerinimas	Sveikatos stiprinimas ir palaikymas	Straipsniai laikraščiuose ir žurnaluose, bukletuose, brošiūrose	Maisto pirkimas Pratimų režimo planavimas
Sveikatos apsauga	Individų ir bendruomenių sveikatos apsauga	Straipsniai laikraščiuose ir žurnaluose Sveikatos paskyrimai, įspėjimai dėl saugumo Oro ir vandens kokybės kontrolė Referendumai	Sprendimai renkantis produktus Produktų naudojimas Balsavimas
Ligų prevencija	Prevencinės priemonės ir susirūpinimas ankstyva diagnostika	Įspėjimai per žinias (TV, radijas, laikraščiai) Skriningų ir vakcinų postulavimas Laiškų siuntimas su rezultatų atsakymais Grafikai, diagramos	Rizikos nustatymas Sudominti skriningais ir diagnostiniais testais Stebėjimas
Sveikatos priežiūra ir palaikymas	Priežiūros siekimas ir bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais	Sveikatos istorijos formos Vaistų etiketės, anotacijos Nurodymai išrašant Mokomieji bukletai ir brošiūros	Simptomų apibūdinimas ir įvertinimas Nurodymų anotacijose vykdymas Vaistų vartojimo režimas
Sistemų navigacija	Prieinamumas prie reikiamų įstaigų Teisių supratimas	Žemėlapiai Prašymo, kreipimosi formos Teisių teiginiai, atsakomybė, informacija sutikimui	Įstaigų suradimas Kreiptis dėl privilegijos Informatyvaus turinio pasiūlymas

Informacijos apie sveikatą skleidimas yra fundamentalus, tačiau nepakankamas populiacijos sveikatos raštingumo gerinimui. Apie raštingumą jau seniai nebekalbama kaip apie elementarius įgūdžius skaityti, rašyti, skaičiuoti. Metams bėgant, ši sąvoka kito ir tapo daug sudėtingesnė. Raštingumas vienija daugybę gebėjimų suprasti ir panaudoti kultūroje vyraujančią simbolių sistemą, kurios reikia asmeninei ir visuomenės raidai. Šių gebėjimų reikšmė ir paklausa skiriasi, tai priklauso nuo visuomenės. Informacinėje ir žinių visuomenėje raštingumo sąvoka aprėpia ne tik abėcėlę ir skaičius, bet ir elektroninį tekstą bei žiniasklaidą. Individui turi būti nuolat teikiamos galimybės visą gyvenimą ugdyti

skaitymo, rašymo, kritinio mąstymo ir sprendimų priėmimo įgūdžius. Visi šie gebėjimai padeda gyventi bendruomenėje [102, 145].

Pacientų sveikatos raštingumo ugdymo sistemos tikslai glaudžiai siejasi su pacientų sveikatos raštingumo lygiais. Šie tikslai gali ryškiai diferencijuotis, atsižvelgiant į pacientų amžių, poreikius, interesus, pasirengimo mokytis ir savarankiškumo lygį.

Svarbiausias sveikatos raštingumo ugdymo sistemos tikslas – skatinti žmones, kad jie patys spręstų sveikatos saugojimo ir stiprinimo problemas [143]. Tai neįmanoma be vidinės motyvacijos. Įgalinimo sąvoką socialinės psichologijos kontekste įvedė Julian Rappaportas 1980 m. [121]. Pagal jį įgalinimas reiškia siekimą padidinti žmonių galimybes kontroliuoti savo gyvenimą. Įgalintas žmogus gali kritiškai analizuoti socialinę ir politinę aplinką.

Įgalinimas – tai procesas, kai žmonės įgyja puikų sveikos gyvensenos supratimą, išmoksta kontroliuoti sveikatos rizikos veiksnius ir aktyviai dalyvauti visuomenės sveikatos ugdymo veikloje [121, 143]. Įgalinimo procesas pasiekiamas per aktyvų dalyvavimą.

Įgalinimą sudaro: žinios, elgesio įgūdžiai, atsakomybė [121]. Įgalinimas suteikia paramą, įgūdžių ir reikalingą supratimą jį palaikančioje aplinkoje. Šis procesas – ne tik individo gebėjimų skatinimas, bet ir motyvavimas, mokymas ir savęs vertinimo skatinimas, kad žmogus patikėtų, jog yra kompetentingas, turi reikiamų įgūdžių ir nusipelno išteklių, būtinų jo sveikam socialiniam funkcionavimui [121, 143].

Taigi įgalinimas neįmanomas be maksimalaus asmens dalyvavimo. Jam turi būti suteikta galimybė priimti sprendimus. Reikia padėti žmogui pamatyti problemas ir paskatinti imtis asmeninės atsakomybės už vykdomą pokytį. Įgalinimas taip pat yra ir asmens mokymasis, kaip spręsti problemas, suvokti jį supančios aplinkos sistemų prigimtį bei sąveiką [121, 143]. Todėl sveikatos raštingumo ugdymo procese pacientų įgalinimas labai svarbus uždavinys, siekiant aukšto kritinio sveikatos raštingumo lygio.

Sudarius sąlygas, žmogus gali kritiškai analizuoti socialinę, kultūrinę ir politinę aplinką. Tokia pagalba sieja individualias jėgas, pagalbos sistemas, iniciatyvų elgesį. Tai turi labai svarbią reikšmę socialinei politikai ir socialiniams pokyčiams. Tai – procesas, kai žmonės įgyja puikų sveikos gyvensenos suvokimą, išmoksta kontroliuoti sveikatos rizikos veiksnius ir demokratiškai įsitraukti į visuomenės sveikatos ugdymo veiklą. Šiuo požiūriu žmonės darniai dalyvauja kurdami sveikatą. Svarbiausi darnos komponentai – supratimas, gebėjimas vadovauti savo veiklai, prasmės jautimas – neatsiejami nuo žmogaus gebėjimų veikti kartu su socialiniais ir ekonominiais veiksniais [2, 57].

Pacientų sveikatos raštingumo ugdymo turinys yra orientuotas į asmens ir bendruomenės sveikatos problemų sprendimą. Jis apima ne tik žinių perteikimą, bet ir analitinio, kritiško mąstymo ugdymą.

Atitinkamas sveikatos raštingumo lygmuo apsprendžia sveikatos ugdymo turinio esmę. Ją sudaro nuolatinis žinių apie sveikatą gerinimas, savarankiškumo ugdymas, informacinių įgūdžių bei gebėjimo spręsti su sveikata susijusias problemas tobulinimas.

Formuojant sveikatos raštingumo ugdymo turinį, būtina atsižvelgti į šiuos pacientui aktualius veiksnius: turinio aiškumą ir prieinamumą [144]. Tai reiškia, kad turi būti pateiktos aiškios turinio ribos, atsižvelgta į pacientų žinių įsisavinimo lygį bei sudaryta galimybė įsisavinti turinį savarankiškai.

Rašytinės ir žodinės informacijos pasiekiamumas, jos suvokimas ir pateikimas yra opi problema. Internetiniuose tinklalapiuose esanti informacija apie sveikatą ir mediciną patenka ne tik į sveikatos specialistų, bet ir į visų besinaudojančių kompiuteriu, akiratį. Tačiau ne visa internetinė medžiaga yra tinkamos kokybės, suprantama ir aptinkama.

Internetas yra potencialiai patrauklus būdas pacientams gauti specialią informaciją apie sveikatą. Deja, dabartinė informacijos pateikimo forma taip pat netinkama neišprususiai auditorijai. Rand‘o tyrimas nustatė, kad 100 proc. tinklalapių anglų kalba informacija pateikta 9 balų ar aukštesniame lygyje, o 6 iš 7 tinklalapių ispanų kalba, informaciją pateikia aukštosios mokyklos lygiu [15]. Tai rodo sudėtingą ir nesuprantamą tekstą. JAV Nacionalinis vėžio institutas nustatė, kad dauguma žmonių informacijos bando ieškoti interneto tinklalapiuose, tačiau neranda tokios, kokios ieško [120].

Metodų ir priemonių taikymo galimybes apibrėžia ugdomasis tikslas, kuris priklauso nuo kiekvieno sveikatos raštingumo lygmens. Taigi metodų ir priemonių taikymą lemia ugdomasis tikslas ir jam pasiekti numatytas turinys. Funkcinio sveikatos raštingumo lygmens informacija platinama per atitinkamus informavimo šaltinius, per tarpasmeninius ryšius ir turimas masinio informavimo priemones. Asmeniniams įgūdžiams ugdyti interaktyvusis sveikatos raštingumo lygmuo derina skirtingus bendravimo būdus, taiko sveikatos ryšių priemones specifiniams poreikiams tenkinti, teikia pagalbą savikliovos ir socialinio palaikymo grupėms. Kritinio sveikatos raštingumo atvejais, tobulinamas individualus ryšys su socialiniais ir ekonominiais veiksniais ir gebėjimas veikti kartu, propaguojama ryšiai su bendruomenės lyderiais bei politikais, teikiama pagalba tobulinant bendruomenės veiklą.

Sveikatos raštingumo ugdymo procesas kaip sistema apima tris lygmenis – funkcinį, interaktyvųjį ir kritinį [107]. Kiekvienas šių lygmenų atskleidžia skirtingus ugdomuosius tikslus, turinį ir edukacinės veiklos pobūdį. Funkcinio sveikatos raštingumo ugdymo tikslas siejamas su informacijos perdavimu, interaktyvusis – su asmeninių įgūdžių tobulinimu, kritinis – su asmens ir visuomenės įgalinimu [105] (2 lentelė).

2 lentelė. Sveikatos raštingumo lygmenys [107]

Sveikatos raštingumo lygiai ir ugdomasis tikslas	**Turinys**	**Rezultatas**		**Edukacinės veiklos pavyzdžiai**
		Individuali nauda	**Bendruomenės/ socialinė nauda**	
Funkcinis sveikatos raštingumas: informacijos komunikavimas	Turimos informacijos apie sveikatos rizikos veiksnius ir apie sveikatos priežiūros veiklą perdavimas	Žinių apie sveikatos rizikos veiksnius ir apie sveikatos priežiūrą pagerėjimas, atsižvelgiant į nurodytas priemones	Didėjantis gyventojų aktyvumas sveikatos programose	Informacijos plitimas informavimo šaltiniais, tarpasmeniniais ryšiais bei sklaida masinės informacijos priemonėse
Interaktyvusis sveikatos raštingumas: asmeninių įgūdžių tobulinimas	Turimos informacijos apie sveikatos rizikos veiksnius ir apie sveikatos priežiūros veiklą perdavimas. Palankios galimybės plėtoti gebėjimus palaikančioje aplinkoje	Sugebėjimas veikti savarankiškai, naudojantis žiniomis ir pasitikėjimas savimi	Sugebėjimas daryti įtaką socialinėms normoms, sąveika su socialinėmis grupėmis	Sveikatos ryšių priemonių taikymas specifiniams poreikiams, pagalba bendruomenės savikliovos ir socialinio palaikymo grupėms, skirtingų komunikavimo būdų derinimas
Kritinis sveikatos raštingumas: asmens ir visuomenės įgalinimas	Turimos informacijos apie sveikatos rizikos veiksnius ir apie sveikatos priežiūros veiklą perdavimas. Parūpinimas informacijos apie sveikatą apsprendžiančius socialinius ir ekonominius veiksnius	Individualaus ryšio su socialinėmis ir ekonominėmis problemomis tobulėjimas	Gebėjimų veikti socialinių ir ekonominių veiksnių metu, tobulėjimas, bendruomenės įgalinimo tobulėjimas	Techninių patarimų, kaip tobulinti bendruomenės veiklą, parūpinimas, ryšių su bendruomenės lyderiais ir politikais propagavimas, pagalba bendruomenės augimui

Funkcinis sveikatos raštingumas atspindi tradicinio sveikatos mokymo, pagrįsto faktinės informacijos apie rizikos veiksnius, išeitis ir rodo kaip naudotis sveikatos sistema. Veikla naudinga individui, bet turėtų būti nukreipta populiacijos naudingumo link (gerinant visuomenės dalyvavimą imunizacijos ir skriningo programose). Bendravimas ir įgūdžiai netobulėja, autonomija neįgyjama. Veiklos pavyzdžiai – informacinių lapelių, proklamacijų gamyba, tradicinis pacientų švietimas.

Daugumos tyrimų rezultatai rodo, jog standartinė pacientų mokymo medžiaga dažniausiai pateikta per aukštame lygyje ir neatitinka jų raštingumo įgūdžių [29]. Vidutinius raštingumo įgūdžius atitinka 8 balų lygis. 1990 m. atlikti tyrimai parodė, jog tik 19 proc. sveikatos mokymo lankstinukų ir brošiūrų, skirtų sergančių vaikų tėvams, buvo parašyti žemiau 9 balų lygio ir 2 proc. – žemiau 7 balų lygio, todėl informacija jiems buvo per sudėtinga [31].

Dar ankstyvaisiais 1980 m. Morris L. Eatonas ir Robert L. Hollowayus pasiūlė, kad pacientų supažindinimo informacija turi būti parašyta 5–7 išskaitomumo lygyje. 1994 m. 63 pacientų supažindinimo informaciniai lapeliai iš farmacinių kompanijų, ne pelno organizacijų ir komercinių prekiautojų buvo išanalizuoti ir nustatyta, kad vidutinis išskaitomumo lygis yra 10 [10, 87, 140].

Vėžiu sergančiųjų pacientų informacija buvo įvertinta 9 ir 12 išskaitomumo lygiais [55, 58, 98, 99]. Cathy Meade ir kolegos, remdamiesi Amerikos vėžiu sergančiųjų bendruomenės duomenimis nustatė, kad informacija vėžiu sergantiems įvertinama 11 išskaitomumo lygiu [98].

Jamie Dollahite ir kolegų duomenimis 68 proc. iš 209 mitybos mokymo brošiūrų buvo parašytos 9 bei aukštesniu lygiu [41]. Panašiai, akių ligų mokymo medžiaga [119], cholesterolio mokymo medžiaga [43], pediatrinė ir priešgimdyvinė mokymo medžiaga [54] ir medžiaga, skirta diabetu sergantiems pacientams [115] įvertintos 9 ir daugiau išskaitomumo lygiu.

Vėliau sveikatos mokymo medžiaga buvo parašyta paprastesne kalba, tačiau tyrimai rodo, kad ir pritaikyta informacija yra per sunki nepakankamo ar ribinio sveikatos raštingumo žmonėms [44, 100].

Analizuojant įvairius literatūros šaltinius paaiškėjo, kad daugelio anglakalbių pacientų skaitymo įgūdžiai atitinka 8 klasės lygį, o apie 20 proc. pacientų skaito 5 klasės lygyje [8]. Tačiau, nežiūrint į tai, beveik visa sveikatos informacija parašyta sudėtinga, sunkiai

suvokiama kalba [16]. Nurodoma, kad pacientai žodinę medicinos informaciją geriau įsisavina, kai ji pateikiama lėtai, nesudėtingais žodžiais, nedideliu informacijos kiekiu [114].

Interaktyvusis sveikatos raštingumas, atspindi sveikatos mokymo per 20 pastarųjų metų, išeitis. Dėmesys koncentruojamas asmeninių įgūdžių orientuotis aplinkoje formavimui. Mokymas nukreiptas tiesiogiai asmens gebėjimui veikti nepriklausomai, domėtis, ypač didinti motyvaciją ir pasitikėjimą savo jėgomis, priimant sprendimus. Vėlgi, veikla nukreipta labiau asmeninei nei populiacijos naudai. Veiklos pavyzdžiai gali būti randami daugelyje šiuolaikinių sveikatos mokyklų, kuriose skatinami socialiniai ir asmeniniai įgūdžiai bei elgsenos pokyčiai [86].

Kritinis sveikatos raštingumas atspindi kognityvines ir įgūdžių formavimo išeitis, svarbias veiksmingai socialinei ir politinei veiklai, taip pat asmeninei veiklai.

Sveikatos mokymas apima informacijos teikimą, politinių bei organizacinių galimybių plėtojimą dėl socialinių, ekonominių ir aplinkos veiksnių, lemiančių sveikatą, kontrolės. Ši veiklos kryptis labiau naudinga populiacijai, taip pat asmeniui. Veikla nukreipta individualiam ir visuomeniniam sugebėjimui įtakoti socialinius ir ekonominius veiksnius.

Sveikatos informacijos pasaulyje, kaip pabrėžiama JAV žmogaus ir sveikatos tarnybos departamente, reikia apsvarstyti tris esminius aspektus [149]:

- asmens sveikatos aspektą, atspindintį individualaus sveikatingumo valdymą ir sveikatos apsaugos sistemos sprendimų priėmimą;
- tiekėjo aspektą, apimantį informaciją, užtikrinančią kokybišką ir veiksmingą sveikatos priežiūrą;
- bendruomenės aspektą, apimantį plataus masto informaciją (populiacijos sveikatos duomenis ir resursus, būtinus sveikatos gerinimui).

Kiekvienas aspektas atstovauja sveikatos raštingumui, bet kiekvienam reikalinga skirtinga informacija, todėl kasdieniniame gyvenime jie iš dalies sutampa.

Sveikatos raštingumo ugdymo sistemos subjektas – ugdytinis – yra skirtingo amžiaus ir socialinės padėties žmogus. Ugdymo sistemos ir aplinkos sąveika lemia ugdytinio siekį apie sveikatos rizikos veiksnius ir apie sveikatos priežiūros veiklą įgytas kiekybines žinias paversti kokybinėmis, garantuojančiomis savarankiškai spręsti asmens ir bendruomenės sveikatos problemas. Ugdytojas – kvalifikuotas sveikatos raštingumo ugdymo sistemos veikėjas. Jo uždavinys – aprūpinti ugdytinius reikiamomis saviraiškos priemonėmis, sudaryti galimybes jiems įgyti gebėjimų bei įgūdžių, kurių reikia tobulinti sveikatos

raštingumą, parūpinti metodinių rekomendacijų, kaip tobulinti individo, grupės bei bendruomenės sveikatos raštingumo ugdymo veiklą. XXI a. pabrėžiami esminiai sveikatos profesionalų vaidmenys ir svarbiausios kompetencijos – ekspertas, informacijos teikėjas, bendradarbis, vadybininkas, sveikatos propaguotojas, mokslo žmogus, profesionalas – turi įtaką edukacinių procesų rezultatyvumui [131].

Mokymo ir mokymosi metodai – tai sveikatos ugdytojo ir paciento bendros veiklos būdų sistema, padedanti pacientams įgyti žinių, mokėjimų bei įgūdžių lavinti savo sugebėjimus. Apskritai yra skiriami šie klasikiniai mokymo metodai: informaciniai, operaciniai, kūrybiniai [141]. Šiuolaikinėje didaktikoje yra išskiriami šie mokymo ir mokymosi metodai: skaitymo metodai, rašymo metodai, klausinėjimo metodai, mokymosi bendradarbiaujant metodai, įvairias veiklas jungiantys metodai [142].

Metodų ir priemonių taikymo galimybes sveikatos raštingumo ugdymo sistemoje apsprendžia ugdomasis tikslas bei jam pasiekti suformuotas turinys. Funkcinio bei interaktyviojo sveikatos raštingumo ugdymo atžvilgiu daugiau taikomi informaciniai bei operaciniai metodai, tai yra, pokalbiai, probleminės paskaitos, įvairios instrukcijos, lankstinukai ir kt. Tačiau informuoti pacientus, ką jiems reikia daryti ir ko nedaryti, nėra efektyvus metodas siekiant jų sveikatos elgesio pokyčių. Reikia sudaryti sąlygas patiems pacientams sąmoningai pasirinkti sveikesnę gyvenseną, kurti sveikatą palaikančią gyvenamąją bei socialinę aplinką. Per vyraujančias nuostatas gali būti pasiekiamas sveikatą palaikantis elgesys [1].

Kritinio sveikatos raštingumo ugdymo požiūriu efektyviausias – probleminio mokymo metodas, kuris sužadina žmonių galią kritiškai suvokti, kaip jie egzistuoja pasaulyje, su kuriuo ir kuriame patys esti; jie ima suvokti pasaulį ne kaip statišką, bet kaip kintančią tikrovę [1, 48]. Probleminis mokymo metodas ugdo gebėjimą kritiškai mąstyti. Kritinis mąstymas – tai gebėjimas įvairiapusiškai analizuoti ir įvertinti situaciją bei mintis, kad būtų pasirenkama protinga ir pagrįsta pozicija [48]. Daugelyje mokslinių straipsnių teigiama, kad probleminis mokymo metodas sveikatos raštingumo ugdymo procese yra vienas geriausių metodų mokant visuomenę ir individų grupes sveikos gyvensenos [147]. Ugdant sveikos gyvensenos įgūdžius, žmonės suburiami šiam tikslui, įvardijant problemą.

Problemų sprendimas yra vienas iš efektyviausių būdų kaupti žinias. Pacientai, dalyvaudami problemų sprendime, perduoda savo patirtį, pergyvenimus, sukauptą didelę dalį informacijos, tuo papildydami vieni kitus, paaiškindami vieni kitiems, kaip reikėtų

nagrinėti bei spręsti problemas. Spręsdami problemas grupėje pacientai tobulėja, o priimdami sprendimus – gerina savo sveikatą. Tinkamai parinktas pacientų sveikatos raštingumo ugdymo metodas turi įtakos pateikiamos informacijos įsiminimui ir tolesnio mokymosi motyvacijai [84].

Tobulinant sveikatos raštingumą, susijusį su vietinių ir pasaulinių sveikatos problemų profilaktika, labiau reikėtų pabrėžti žmonių elgesio reikšmę. Kritinio sveikatos raštingumo ugdymo krypties pagrindiniai aspektai [154]:

- Sveikatos raštingumo įvertinimas specifinės situacijos atvejais ir koncepcijų taikymas (pvz., sprendimų priėmimas, galimybių suteikimas asmeniui).
- PSO sveikatos apibrėžimo, kaip etalono, taikymas, pereinant iš tradicinių sveikatos ugdymo metodų į interaktyviuosius, pagrįstus bendradarbiavimu.
- Skirtumai tarp pagalbos proceso, einančio nuo smulkmenų prie bendrųjų principų, ir tradicinio direktyvinio ugdymo.
- Profesionalios žinios ir įgūdžiai, palengvinantys sveikatos raštingumo gerinimą.

Funkcinio sveikatos raštingumo ugdymo procesas nesuteikia galimybės žmogui objektyviai vadovautis gaunama informacija ir nurodymais, tačiau interaktyviojo sveikatos raštingumo ugdymas yra pagrįstas asmens gebėjimu savarankiškai apsvarstyti turimą informaciją ir, remiantis ja, pasirinkti optimalų veikimo modelį. Kritinio sveikatos raštingumo ugdymo procesas labiau skirtas politinių ir socialinių galimybių suteikimui visuomenei. Jis apima sveikatos politikos, socialinių ir ekonominių aplinkos veiksnių įtakos sveikatai vertinimą ir gebėjimą kontroliuoti šiuos veiksnius.

Sveikatos raštingumo ugdymo sistema ir jos elementai nėra izoliuoti nuo išorinės aplinkos. Sveikatos ugdymo sistema yra nuolatinėje globalinių sveikatos problemų įtakoje: jos turi tiesioginį poveikį PSO Europos regiono numatytų pagrindinių sveikatos stiprinimo ir ugdymo principų įgyvendinimui per visuomenės sveikatos politiką. Globalinės problemos taip pat sąlygoja sveikatos ugdymo kryptis, kurios sąveikaudamos su PSO Europos regiono numatytais pagrindiniais sveikatos stiprinimo ir ugdymo siekiais, sąlygoja ugdymo sistemos rezultatyvumą [143].

Apibendrinę užsienio šalių literatūrą išsiaiškinome pacientų sveikatos raštingumo problemos aktualumą, sveikatos raštingumo įtaką pacientų – sveikatos priežiūros specialistų bendravimui, sveikatos raštingumo svarbą sveikatos išeitims, bei sveikatos raštingumą sveikatos mokymo kontekste. Žemas sveikatos raštingumas dažnas ir tarp skurdžiai

gyvenančių, ir tarp vyresnio amžiaus pacientų. Pacientai turi bendravimo su sveikatos priežiūros specialistais sunkumų ir tai įtakoja sveikatos išeitis. Žemo sveikatos raštingumo pacientai skundžiasi blogesne sveikata, mažiau supranta apie savo sveikatos būklę ir gydymą, didesnis jų hospitalizacijų dažnis. Įvertinant tai, kad beveik visi apibendrinti tyrimai, atlikti užsienio šalyse ir ši problema visiškai nebuvo tyrinėjama Lietuvoje, savo darbe pabandėme ištyrinėti kai kuriuos sveikatos raštingumo aspektus tarp Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ASPĮ) besigydančių pacientų.

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

3.1. Tyrimo eiga ir imtis

Tiriama populiacija – pacientai ir bendrosios praktikos slaugytojai. Tyrimo metodas – anoniminė anketinė pacientų ir slaugytojų apklausa. Tyrimui atlikti gautas Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto leidimas (2007 m. kovo 3 d. protokolas Nr. BE–2–18 (Priedas Nr. 1)), ligoninių vadovų ar administratorių sutikimas.

Vadovaujantis Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis 2005 m. Sveikatos apsaugos ministerijos sistemoje buvo užregistruotos 67 bendrojo pobūdžio ligoninės [89]. Kadangi, literatūros duomenimis, stacionarinių Asmens sveikatos priežiūros įstaiąa (ASPĮ) veiklos efektyvumui dar gali turėti įtakos ASPĮ dydis ir jo sąlygotas gydymo atvejų skaičius [71]. Todėl stacionarinės ASPĮ, priklausomai nuo lovų skaičiaus, buvo suskirstytos į keturias grupes: 1) turinčias iki 150 lovų; 2) 151–300 lovų; 3) 301–600 lovų; 4) turinčias daugiau kaip 600 lovų. Tyrimas buvo atliktas dviejose Lietuvos apskrityse, kuriose yra bent po vieną bendrojo pobūdžio stacionarinę ASPĮ, patenkančią į vieną iš grupių pagal lovų skaičių, turinčią Terapijos ir Chirurgijos profilio skyrius. Į tyrimą nebuvo įtrauktos vaikų, slaugos ir specializuotos (onkologijos, narkologijos, reabilitacijos, psichiatrijos, gimdymo namai) ASPĮ. Nustatyta, kad iš dešimties Lietuvos apskričių yra tik trys apskritys, kuriose yra stacionarinės ASPĮ, patenkančios į visas keturias grupes, pagal lovų skaičių ir atitinkančios pasirinktus kriterijus. Iš trijų apskričių „SPSS/w13.0” (Statistical Package for Social Sciences) programoje atsitiktinių skaičių generatoriaus pagalba, atsitiktinai pasirinktos Kauno ir Vilniaus apskritys. Šių apskričių bendrojo pobūdžio stacionarinėse ASPĮ, kurios atitinka tyrimo kriterijus 2007 m. balandžio–gegužės

mėnesiais buvo atliktas tyrimas. Tyrimo apklausoje dalyvavo stacionarinėse ASPĮ besigydantys pacientai ir ten dirbantys slaugytojai.

Planuojant atlikti apklausą, pasirinktų ASPĮ vadovams buvo išsiųsti raštai su prašymu leisti atlikti tyrimą jų vadovaujamose įstaigose. Prašyme buvo nurodytas disertacijos pavadinimas, tikslas, uždaviniai ir įsipareigota pateikti gautus tyrimo rezultatus ASPĮ vadovams. Tyrimas buvo atliekamas gavus raštišką leidimą iš įstaigų vadovų.

Apklausos dieną, su kiekvienu ASPĮ slaugos administratoriumi (vyriausiojo gydytojo pavaduotoju slaugai, slaugos direktoriumi) aptarus apklausos tikslą, trukmę, anketos klausimus, buvo išdalytos anketos visiems Terapijos ir Chirurgijos skyriuose besigydantiems pacientams ir visiems tą dieną skyriuose dirbusiems slaugytojams. Pacientai ir slaugytojai buvo supažindinti su tyrimo tikslais, trukme, organizatoriais ir, laikantis sociologinių tyrimų profesinės etikos principų, užtikrintas respondentų anonimiškumas pabrėžiant, kad jų pateikti duomenys bus naudojami tik apibendrintuose rezultatuose. Buvo išdalyta 1030 anketų pacientams, grąžinta – 876 (atsako dažnumas – 85,0 proc.), slaugytojams išdalyta – 436, grąžinta – 388 (atsako dažnumas – 89,0 proc.).

3.2. Tyrimo kontingentas

Respondentų absoliutus skaičius požymių grupėse kinta, nes ne visi atsakiusieji nurodė savo duomenis.

Tarp apklausoje dalyvavusių pacientų buvo 53,8 proc. moterų ir 46,2 proc. vyrų. Analizuojant tyrimo duomenis pacientai buvo suskirstyti į keturias grupes: iki 45 metų (21,6 proc.), 45–54 metų (23,7 proc.), 55–64 metų (23,6 proc.), 65 metų ir vyresni (31,1 proc.).

Pagal išsilavinimą respondentai buvo suskirstyti į: pradinį (10,0 proc.), vidurinį (31,1 proc.), aukštesnįjį (33,2 proc.), ir aukštąjį išsilavinimą (25,7 proc.) turinčius pacientus.

Pagal darbo pobūdį 14,7 proc. apklaustų respondentų buvo darbininkai, 27,6 proc. – tarnautojai, 3,0 proc. – studentai, 36,1 proc. – pensininkai, bei 18,6 proc. kitas pareigas užimantys pacientai.

Pagal gyvenamąją vietą 69,1 proc. respondentų sudarė miesto gyventojai, 30,9 proc. – gyvenantys kaime.

Terapiniuose skyriuose besigydantys pacientai sudarė 57,5 proc., chirurginiuose – 42,5 proc.

Pacientų išsamios socialinės ir demografinės charakteristikos pateiktos 3 lentelėje.

3 lentelė. Pacientų demografiniai socialiniai duomenys

Analizuojami pacientų požymiai		Absoliutus skaičius	Proc.
Lytis	Vyras	393	46,2
	Moteris	458	53,8
	Iš viso:	**851**	**100,0**
Amžius (metai)	Iki 45	179	21,6
	45–54	197	23,7
	55–64	196	23,6
	65 ir daugiau	258	31,1
	Iš viso:	**830**	**100,0**
Išsilavinimas	Pradinis	84	10,0
	Vidurinis	262	31,1
	Aukštesnysis	280	33,2
	Aukštasis	217	25,7
	Iš viso:	**843**	**100,0**
Darbo pobūdis	Darbininkas	124	14,7
	Tarnautojas	232	27,6
	Studentas	25	3,0
	Pensininkas	304	36,1
	Kita	156	18,6
	Iš viso:	**841**	**100,0**
Gyvenamoji vieta	Miestas	584	69,1
	Kaimas	261	30,9
	Iš viso:	**845**	**100,0**
Skyriaus profilis	Terapijos	504	57,5
	Chirurgijos	372	42,5
	Iš viso:	**876**	**100,0**

Daugiausia apklaustųjų slaugytojų buvo moterys 386 (99,5 proc.) ir tik 2 (0,5 proc.) vyrai.

Slaugytojų amžius svyravo nuo 22 iki 64 metų, amžiaus vidurkis 39,8 metai (standartinis nuokrypis 8,6 metai). Duomenų analizėje slaugytojus suskirstėme į šias amžiaus grupes: iki 29m., 30–39m, 40–49 m., 50 m. ir daugiau.

Slaugytojai pagal išsilavinimą pasiskirstė taip: didžiausią dalį (79,9 proc.) sudarė slaugytojai, turintys aukštesnįjį išsilavinimą ir 20,1 proc. slaugos specialistų turėjo aukštąjį išsilavinimą.

58,6 proc. slaugytojų dirbo terapijos skyriuose, 41,4 proc. – chirurgijos skyriuose.

Apklausoje dalyvavę trumpiausiai išdirbę slaugytojai turėjo 0,5 metų darbo stažą, ilgiausiai išdirbę – 43 metų darbo stažą. Slaugytojų darbo stažo vidurkis 17,8 metai (standartinis nuokrypis 8,8 metai).

Išanalizavus apklausos rezultatus paaiškėjo, kad vieno slaugytojo slaugomų pacientų skaičius dieną, įvairiose ligoninėse, svyravo nuo 1 iki 50, vidurkis 12,3 (mediana 12,0). Nakties metu slaugomų pacientų skaičius svyravo nuo 7 iki 35, vidurkis 21,7 (mediana 20,0).

Slaugytojų išsamus pasiskirstymas pagal socialines ir demografines charakteristikas pateiktas 4 lentelėje.

4 lentelė. Slaugytojų socialinės ir demografinės charakteristikos

Analizuojami slaugytojų požymiai		Absoliutus skaičius	Proc.
Lytis	Vyras	2	0,5
	Moteris	386	99,5
	Iš viso:	**388**	**100,0**
Amžius (metai)	Iki 29	42	12,1
	30–39	132	38,0
	40–49	121	34,9
	50 ir daugiau	52	15,0
	Iš viso:	**347**	**100,0**
Išsilavinimas	Aukštesnysis	270	79,9
	Aukštasis	68	20,1
	Iš viso:	**338**	**100,0**
Kraštas	Kauno	182	47,6
	Vilniaus	200	52,4
	Iš viso:	**382**	**100,0**
Skyriaus profilis	Terapijos	224	58,6
	Chirurgijos	158	41,4
	Iš viso:	**382**	**100,0**

3.3. Anketų struktūra ir turinys

Apklausai buvo naudojamos trys anoniminės anketos: dvi anketos pacientams ir viena anketa slaugytojams.

Anketa pacientų sveikatos raštingumui įvertinti buvo sudaryta pagal sutrumpintą suaugusiųjų funkcinio sveikatos raštingumo testą (Short Test of Functional Health Literacy in Adults – STOFHLA). Testas naudojamas nustatyti paciento gebėjimą skaityti bei įvertinti, kaip pacientai suvokia su pacientų sveikatos priežiūra susijusius tekstus. Vienas klausimas iš standartinių tarptautinės anketos klausimų susijęs su sveikatos draudimu buvo pakeistas adaptuojant jį Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai (Priedas Nr.2) Siekiant išsiaiškinti ar klausimai aiškūs pacientams, atliktas bandomasis tyrimas.

Anketos esmę sudaro tai, kad joje pateiktos kelios medicinos instrukcijos, kuriose trūksta keleto žodžių. Vietos, kur praleisti žodžiai, pažymėtos brūkšniu; žemiau pateikiami 4 žodžiai. Pacientų buvo paprašyta pasirinkti vieną iš keturių variantų, kuris, jo nuomone, geriausiai užpildytų praleistą tarpą ir suteiktų sakiniui prasmę. Už kiekvieną teisingą atsakymą skiriamas 1 balas. Vadovaujantis STOFHLA autorių rekomendacijomis raštingumas suskirstytas į atitinkamus lygius: 0–16 balų – nepakankamas funkcinis sveikatos raštingumas, 17–22 balų – ribinis funkcinis sveikatos raštingumas, ir 23–36 balai – pakankamas funkcinis sveikatos raštingumas.

Siekiant įvertinti slaugytojų bei pacientų nuomones apie slaugytojų informacijos teikimą pacientams, naudojantis KMU Biomedicininių tyrimų institute atliktų epidemiologinių tyrimų patirtimi, autorės buvo sudarytos anketos slaugytojams **(**Priedas Nr.3**)**. ir pacientams (Priedas Nr.4). Anketą slaugytojams sudaro 39 klausimai, anketą pacientams – 37 klausimai. Abiejose anketose dominuoja analogiški klausimai apie slaugytojų teikiamą informaciją pacientams apie jų ligą, sveikatos būklę, atliekamas procedūras, pasiruošimą operacijai, pooperacinį laikotarpį ir sveiką gyvenseną. Anketoje slaugytojams papildomai pateikta keletas klausimų savo žinių sveikatos klausimais vertinimui ir nuomonei apie pacientų sveikatos mokymą.

Siekiant išsiaiškinti ar anketos klausimai aiškūs pacientams 2006 m. gegužės mėn. atliktas bandomasis tyrimas, kuriame dalyvavo VšĮ KMUK Ausų nosies gerklės ligų bei Pulmonologijos ir alergologijos skyrių pacientai. Apklausta 30 pacientų, atsižvelgus į pacientų išsakytas mintis bei jiems neaiškius klausimus anketa buvo koreguota.

3.4. Statistinės analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS/w13.0 (Statistical Package for Social Sciences) programų paketus. Nagrinėjami požymiai tiriamųjų grupėse aprašyti pagal bendrosios statistikos kriterijus. Analizuojant požymius buvo tikrinamos hipotezės apie vidurkių ir dažnių skirtumus bei požymių tarpusavio priklausomybę.

Tikrinat statistines hipotezes, reikšmingumo lygmuo pasirinktas 0,05.

Kokybinių požymių tarpusavio priklausomumui vertinti imtas tikslus $\chi 2$ kriterijus. (mažoms imtims) ir asimptotinis $\chi 2$ kriterijus. Priklausomai nuo imčių dydžių tikimybių palyginimui pasirinktas tikslus Fišerio ir normalinės aproksimacijos kriterijus.

Kiekybinių dydžių lyginimas atliktas naudojant Stjudento t kriterijų. Taikant šį kriterijų nagrinėjami požymiai kiekvienoje grupėje turi būti normaliai pasiskirstę ir turėti tą pačią dispersiją.

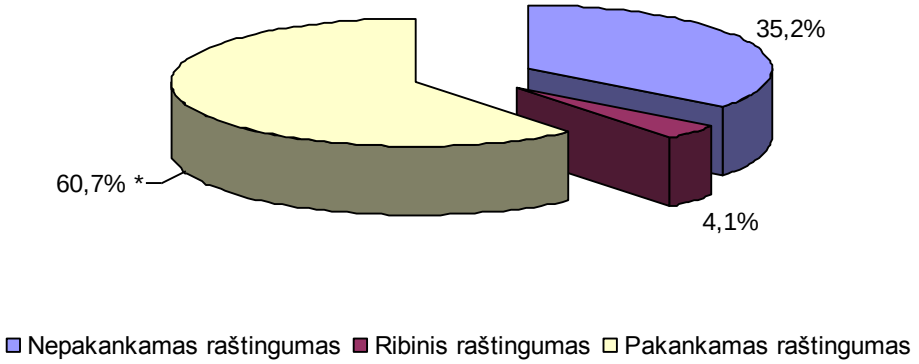
Kolmogorov–Smirnov testu nustatėme normalųjį kiekybinių dydžių skirstinį. Lygindami kiekybinius duomenis, kurie neturi normaliojo skirstinio, taikėme neparametrinių dydžių lyginimo testus. Skirtumui tarp dviejų nepriklausomų grupių nustatyti atliktas Mann–Whitney („U“) testu.

Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikti lentelėse ir grafikuose. Daugumoje jų įvertinti požymių pasikartojimo dažniai (proc.). Pateikiant rezultatus nurodytas statistinių hipotezių reikšmingumas. Naudoti tokie statistinių hipotezių išvadų reikšmingumo lygiai: $p>0,05$ – statistiškai nereikšminga (SN), $p<0,05$ – reikšminga, $p<0,01$ – labai reikšminga, $p<0,001$ – itin reikšmingi statistiniai ryšiai.

4. TYRIMO REZULTATAI

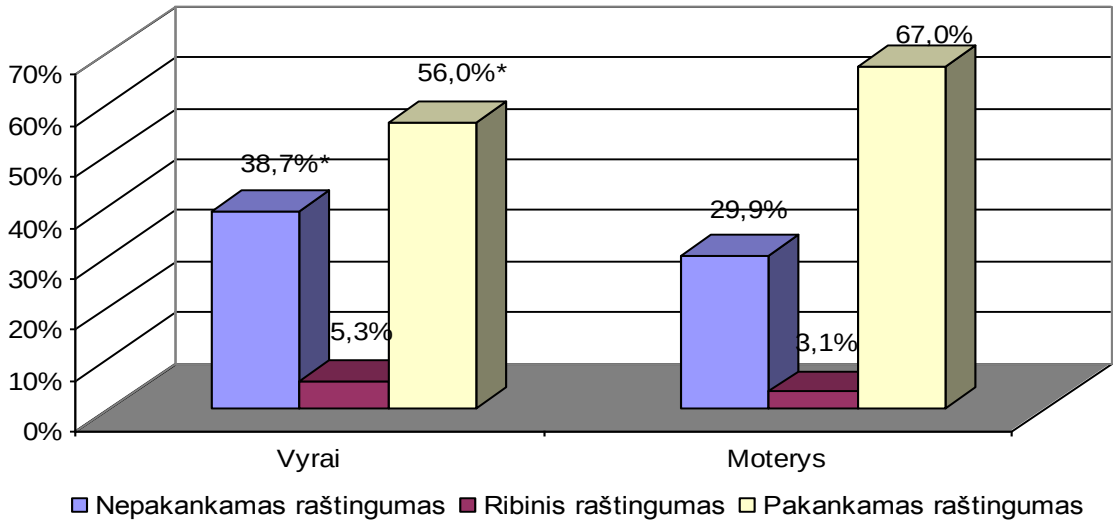
4.1. PACIENTŲ SVEIKATOS RAŠTINGUMAS IR JO SĄSAJOS SU DEMOGRAFINIAIS IR SOCIALINIAIS VEIKSNIAIS

Pacientų apklausos rezultatų analizė parodė, kad daugiau nei trečdalio (35,2 proc.) respondentų funkcinis sveikatos raštingumas yra nepakankamas, 4,1 proc. – ribinis ir 60,7 proc. – pakankamas (3 pav.).



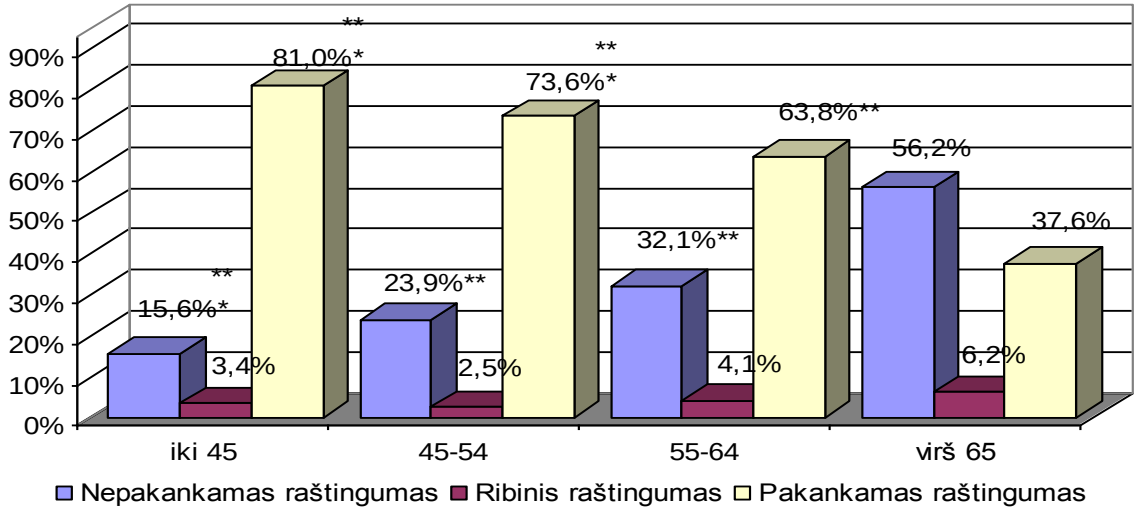
3 pav. Pacientų sveikatos raštingumas
(*p<0,05, lyginant su nepakankamo ir ribinio sveikatos raštingumo pacientais)

Kaip matome iš 4 pav. apklaustos moterys turėjo šiek tiek aukštesnį sveikatos raštingumo lygį, nei vyrai, tai yra, tarp moterų buvo mažiau turinčių nepakankamą sveikatos raštingumą, nei tarp vyrų, atitinkamai 29,9 proc. ir 38,7 proc. (p<0,05) .



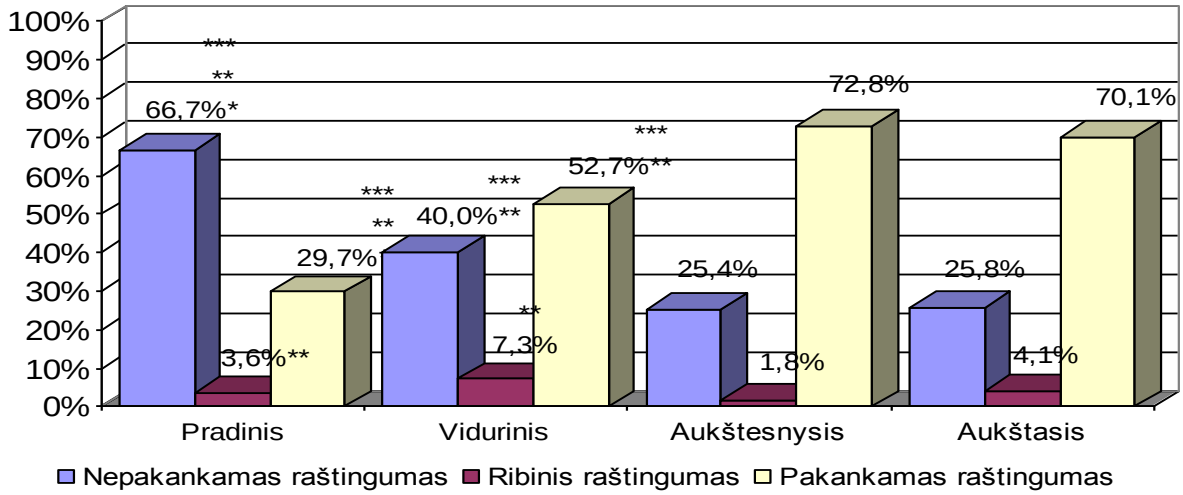
4 pav. Pacientų sveikatos raštingumas pagal lytį
(*p<0,05, lyginant su moterimis)

Daugelio tyrinėjimų duomenimis žemas sveikatos raštingumas ypač dažnas tarp vyresnio amžiaus pacientų. Iš 5 pav. pateiktų duomenų, matyti, kad didėjant pacientų amžiui, pacientų turinčių nepakankamą sveikatos raštingumą daugėjo. Tarp vyresnių nei 65 metų amžiaus pacientų nepakankamas sveikatos raštingumas buvo beveik keturis kartus dažnesnis, negu tarp jaunesnių nei 45 metų amžiaus pacientų, atitinkamai 56,2 proc. ir 15,6 proc. ($p<0,05$).



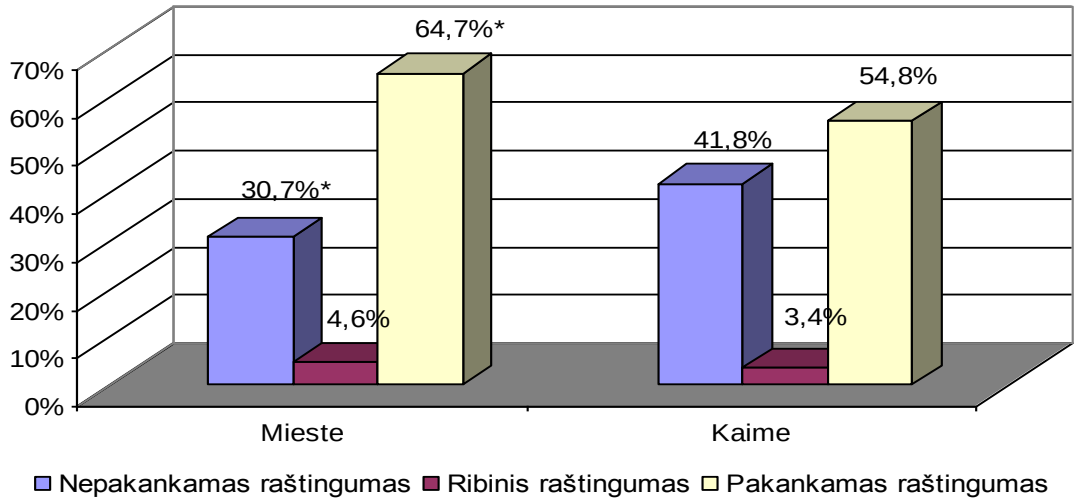
5 pav. Pacientų sveikatos raštingumas pagal amžių
(*$p<0,05$, lyginant su 55–64 m. pacientais)
(**$p<0,05$, lyginant su 65 m. ir vyresniais pacientais)

Sveikatos raštingumas buvo susijęs ir su išsilavinimu, bei gyvenamąja vieta. (6 pav.) Tarp pacientų su pradiniu išsilavinimu buvo du kartus daugiau (66,7 proc.) pacientų su nepakankamu sveikatos raštingumu, nei tarp pacientų, turinčių aukštesnįjį (25,4 proc.) ar aukštąjį (25,8 proc.) išsilavinimą ($p<0,05$).



6 pav. Pacientų sveikatos raštingumas pagal išsilavinimą
(*$p<0,05$, lyginant su turinčiais vidurinį išsilavinimą)
(**$p<0,05$, lyginant su turinčiais aukštesnįjį išsilavinimą)
(***$p<0,05$, lyginant su turinčiais aukštąjį išsilavinimą)

Nepakankamas sveikatos raštingumas tarp gyvenančių kaime buvo nustatytas dažniau, nei tarp gyvenančių mieste (7 pav.), atitinkamai, 41,8 proc. ir 30,7 proc. (p<0,05).



7 pav. Nepakankamo sveikatos raštingumo dažnis skirtingose gyvenamosios vietos grupėse
(*p<0,05, lyginant su kaimo gyventojais)

Apibendrindami šiuos rezultatus, matome, kad daugiau kaip trečdalio pacientų, tirtų ligoninėse, funkcinis sveikatos raštingumo lygis nepakankamas. Vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo, gyvenančių kaime pacientų funkcinis sveikatos raštingumas buvo žemesnis lyginant su jaunesniais pacientais, aukštąjį išsilavinimą turinčiais ar gyvenančiais mieste. Moterų sveikatos raštingumas buvo šiek tiek aukštesnis negu vyrų.

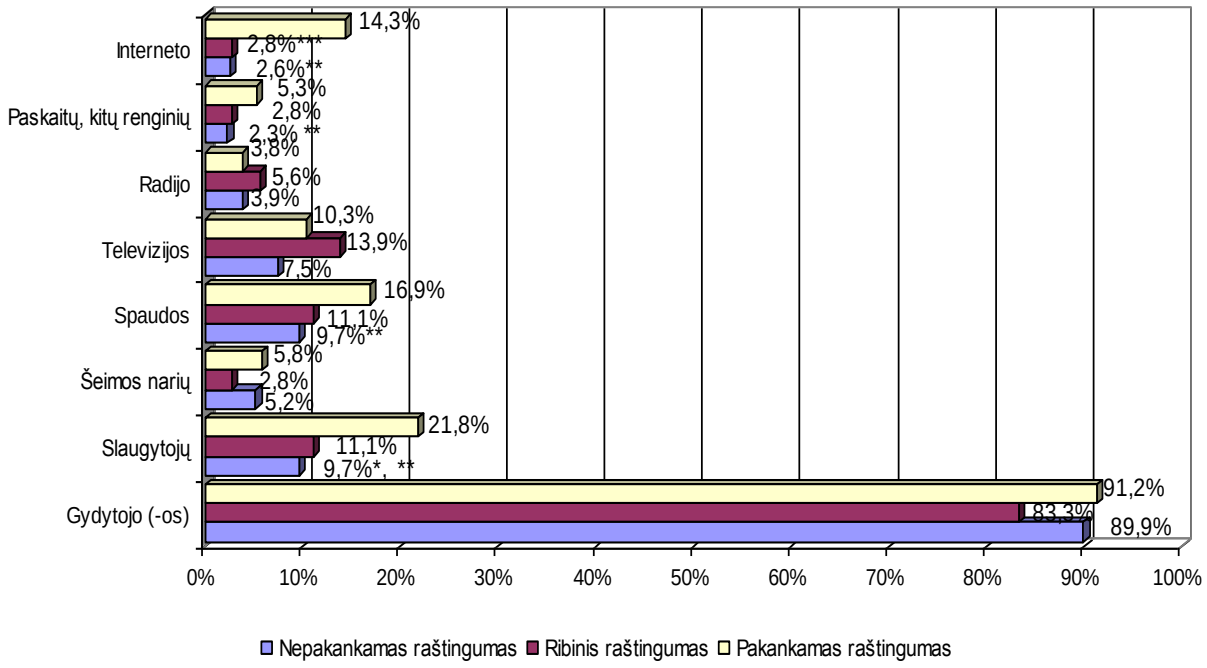
4.2. PACIENTŲ SVEIKATOS MOKYMO IR INFORMACIJOS POREIKIAI, ATSIŽVELGIANT Į JŲ SVEIKATOS RAŠTINGUMO LYGĮ

4.2.1. Informacijos šaltiniai

Tyrimo metu norėjome išsiaiškinti, kokiais informacijos šaltiniais naudojasi pacientai siekdami gauti daugiau žinių apie sveikatą, ar konkrečią ligą, bei kaip jie vertina gydytojo ir slaugytojo aktyvumą teikiant sveikatos informaciją. Daugiausiai apklausoje dalyvavusių pacientų (90,4 proc.) teigė, kad jie daugiausiai apie savo ligą sužino iš gydytojo, tik 17,1 proc. – iš slaugytojo, 14,2 proc. – spaudos, 9,7 proc. – interneto, 9,5 proc. – televizijos, 5,5 proc. – šeimos narių, 4,1 proc. – paskaitų ir kitų renginių, 3,9 proc. – radijo. Analizuojant atsakymus, pagal

pacientų sveikatos raštingumo lygius, pacientų nuomonės pasiskirstė panašiai: nepakankamą (89,9 proc.), pakankamą (91,2 proc.) ir ribinį (83,3proc.) sveikatos raštingumo lygius turintys pacientai teigia, kad daugiausiai informacijos gauna iš gydytojo.

Pacientų nuomonės apie slaugytojų suteiktą informaciją skyrėsi priklausomai nuo pacientų sveikatos raštingumo lygio (8 pav.). Kas penktas (21,8 proc.) pakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientas slaugytojus nurodo, kaip vieną iš informacijos šaltinių, kai, tuo tarpu, taip mano tik kas dešimtas (11,1 proc.) ribinio ir (9,7 proc.) nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų ($p<0,05$). Statistiškai reikšmingai daugiau pakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientų nurodė, kad daugiausiai apie savo ligą sužino iš spaudos (16,9 proc.), interneto (14,3 proc.), paskaitų ir kitų renginių (5,3 proc.), lyginant su nepakankamo sveikatos raštingumo pacientais, kurie 1,7 karto mažiau nurodė spaudą (9,7 proc.), 2,3 kartus mažiau – paskaitas ir kitus renginius (2,3 proc.) ir net 5, 5 karto mažiau – internetą (2,6 proc.).



8 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonių, apie tai, iš kur daugiausiai sužino apie savo ligą, pasiskirstymas

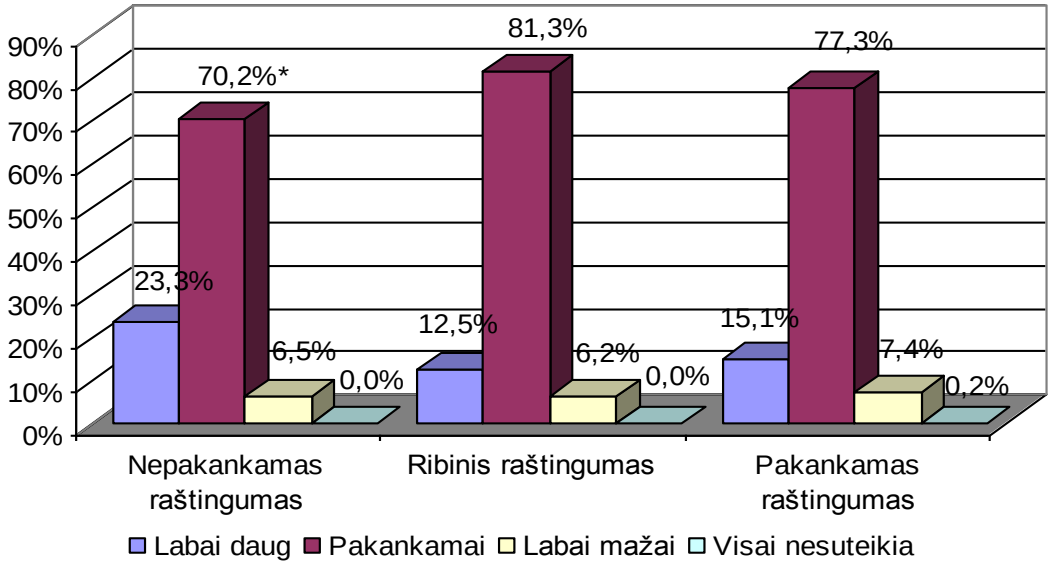
(*$p<0,05$, lyginant su ribinio sveikatos raštingumo pacientais)

(**$p<0,05$, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

4.2.2. Informacija apie ligą, sveikatą, jos išsaugojimą, bei ligų kontrolę

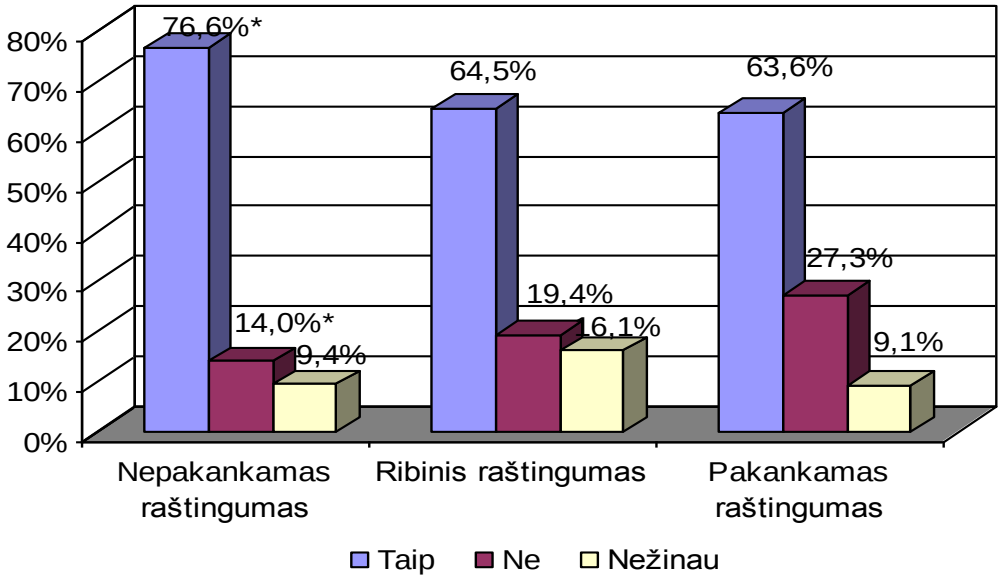
Į klausimą „Kiek informacijos apie Jūsų būklę Jums buvo suteikta gulint ligoninėje?“ trys ketvirtadaliai (75,1 proc.) pacientų nurodė, kad pakankamai, 17,8 proc. – labai daug, 7,0 proc. – suteikta labai mažai, ir tik labai maža dalis (0,1 proc.), teigė, kad informacijos nesuteikta visiškai.

70,2 proc. nepakankamą sveikatos raštingumą turinčių respondentų teigė, kad jiems gulint ligoninėje buvo suteikta pakankamai informacijos, 23,3 proc., manė, kad net labai daug, 6,5 proc., – labai mažai, o tokių, kurie manytų, kad informacijos nesuteikta – nebuvo. Dauguma (81,3 proc.) ribinį sveikatos raštingumą turinčių pacientų, informaciją suteiktą gulint ligoninėje, apibūdino kaip pakankamą; 12,5 proc. – nurodė, jog gavo labai daug; 6,2 proc. – labai mažai; manančių, kad informacijos nesuteikiama, taip pat neatsirado. 77,3 proc. pakankamą raštingumą turinčių pacientų nurodė, kad informacijos yra pakankamai, 15,1 proc. – labai daug, 7,4 proc. – labai mažai ir 0,2 proc., teigė, kad informacijos gulint ligoninėje visai nesuteikta (9 pav.).



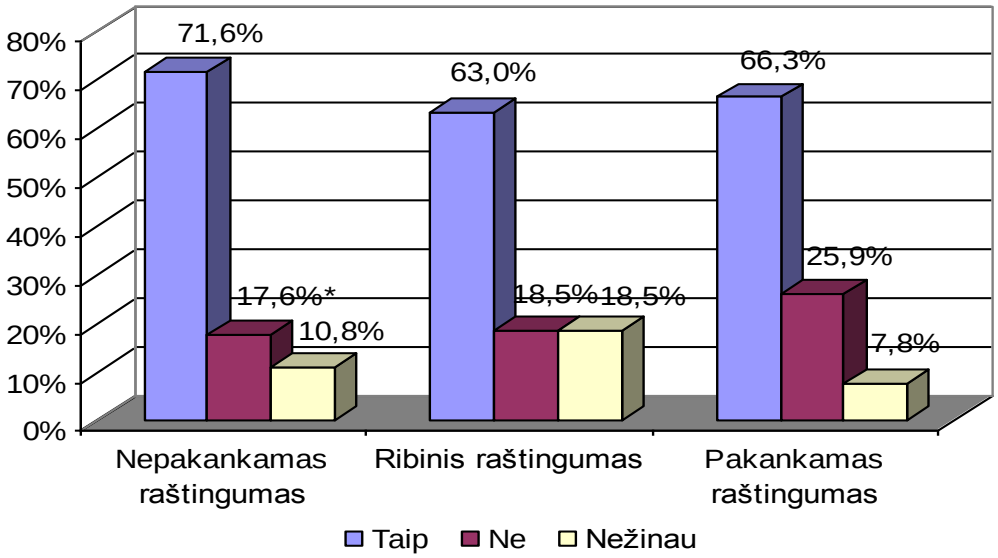
9 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonių, apie jiems suteiktos informacijos apie jų sveikatos būklę pakankamumą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

Daugiau negu pusė pacientų (67,7 proc.) teigė, kad jiems besigydant stacionariniame skyriuje, slaugytojai apie jų ligą suteikė pakankamai informacijos, 9,5 proc. – nežinojo ar pakankamai ir 22,8 proc. nurodė, kad nepakankamai (p<0,05). Du kartus daugiau pacientų, turinčių pakankamą sveikatos raštingumo lygį (10 pav.), nurodė, kad slaugytojai jiems suteikė nepakankamai informacijos, lyginant su pacientais turinčiais nepakankamą sveikatos raštingumo lygį, atitinkamai: 27,3 proc. ir 14,0 proc. (p<0,05).



10 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų atsakymų apie slaugytojų teikiamos apie jų ligą informacijos pakankamumą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

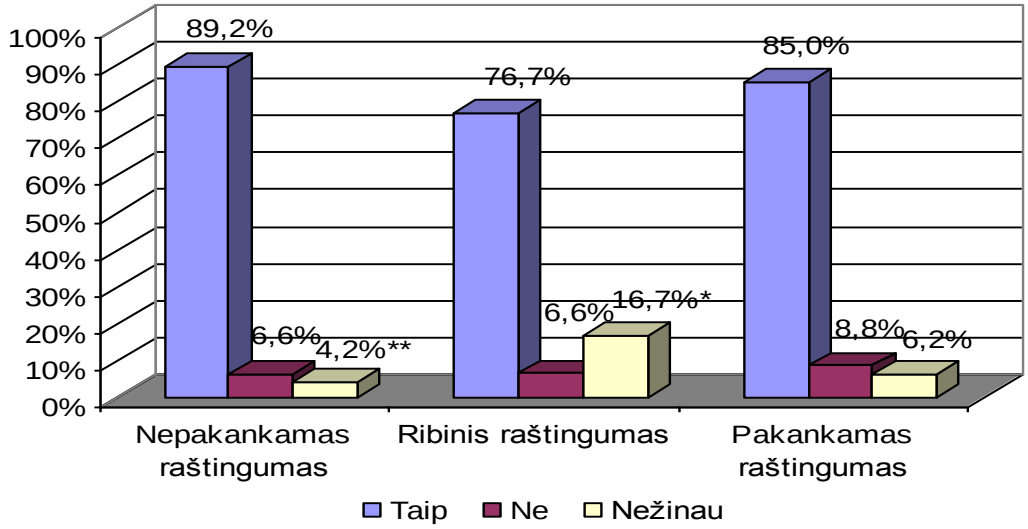
67,8 proc. pacientų nurodė, kad slaugytojai jiems suteikė pakankamai informacijos apie jų sveikatos būklę, beveik kas dešimtas pacientas (9,1 proc.) pasirinko atsakymą „nežinau“ ir 23,1 proc. pacientų teigė, kad informacijos buvo suteikta nepakankamai (p<0,05). Reiklesni pacientai buvo turintys pakankamą sveikatos raštingumo lygį (11 pav.), atitinkamai, kas ketvirtas (25,9 proc.) pacientas turintis pakankamą sveikatos raštingumo lygį ir 17,6 proc. pacientų turinčių nepakankamą sveikatos raštingumo lygį, nurodė gavę nepakankamai informacijos iš slaugytojų (p<0,05).



11 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonių apie slaugytojų jiems teikiamos informacijos pakankamumą, apie sveikatos būklę, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

Pacientų teigimu, slaugytojai suteikė pakankamai informacijos apie gydymosi trukmę šiek tiek daugiau nei pusei (55,6 proc.) pacientų, daugiau negu kas trečiam (32,9 proc.) suteikė nepakankamai ir 11,5 proc. pacientų pasirinko atsakymą „nežinau“. Analizuojant atsakymus pagal pacientų sveikatos raštingumo lygius, statistiškai reikšmingų skirtumų negauta.

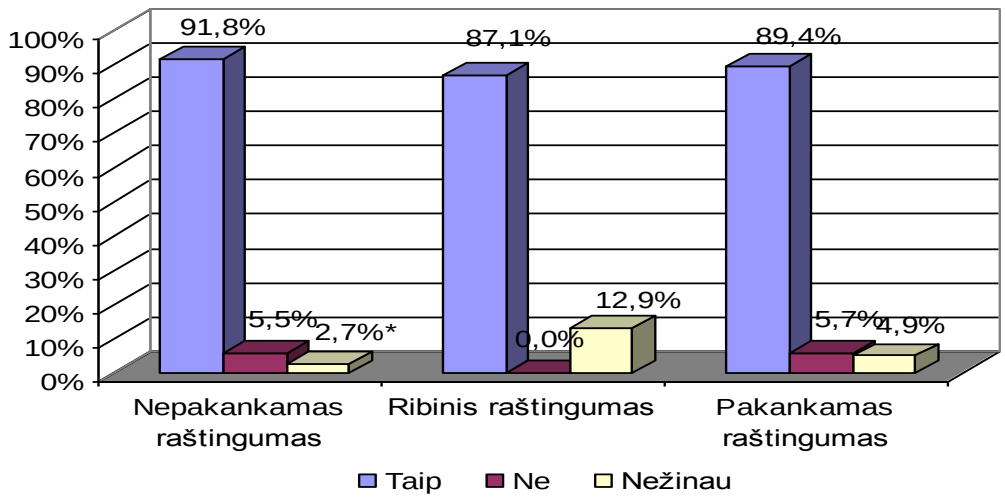
Apie slaugytojų atliekamas procedūras (pasiruošimą, poveikį organizmui, galimus pašalinius reiškinius) dauguma (85,9 proc.) pacientų nurodė gavę pakankamai informacijos, nežinojo ar pakankamai – 6,0 proc. ir 8,1 proc. teigė, kad nepakankamai. Daugiausia nuomonės šiuo klausimu neturėjo ribinio sveikatos raštingumo pacientai, (12 pav.) tai yra, 16,7 proc. – pasirinko atsakymą – „nežinau“, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais (6,2 proc.) ir nepakankamo sveikatos raštingumo pacientais (4,2 proc.) ($p<0,05$).



12 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonių, apie slaugytojų jiems teikiamos informacijos apie slaugytojų atliekamas procedūras (tai yra pasiruošimą, poveikį organizmui, galimus pašalinius reiškinius) pakankamumą, pasiskirstymas

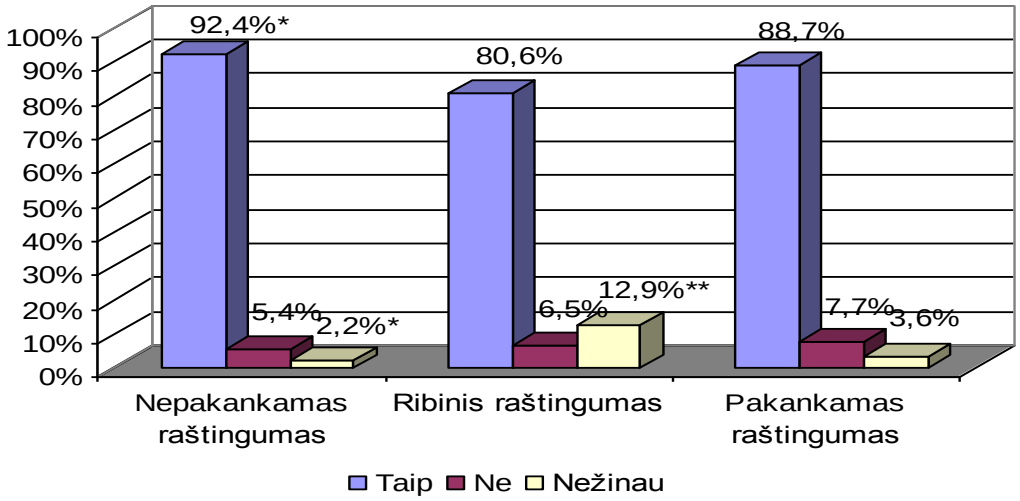
(*$p<0,05$, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)
(**$p<0,05$, lyginant su ribinio sveikatos raštingumo pacientais)

Apie pasiruošimą būsimiems tyrimams, dauguma (90,0 proc.) pacientų teigė gavę pakankamai informacijos, nežinojo ar pakankamai – 4,6 proc. ir 5,4 proc. – nurodė, kad slaugytojai informacijos suteikė nepakankamai. Keturis kartus daugiau (12,9 proc.) ribinio sveikatos raštingumo pacientų, (13 pav.) nežinojo ar slaugytojai jiems suteikė pakankamai informacijos apie pasiruošimą būsimiems tyrimams, lyginant su nepakankamo sveikatos raštingumo pacientais (2,7 proc.) ($p<0,05$).



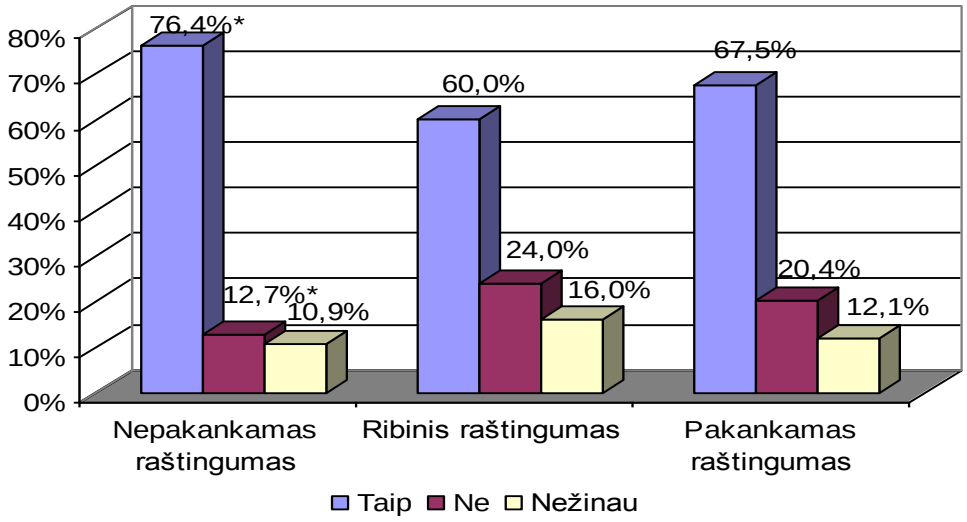
13 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonių, apie slaugytojų teikiamos informacijos apie pasiruošimą būsimiems tyrimams, (pvz. rentgenologiniam, endoskopiniam, ultragarsiniam ir kt.) pakankamumą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su ribinio sveikatos raštingumo pacientais)

89,5 proc. pacientų teigė gavę pakankamai informacijos apie paskirtų vaistų vartojimą (kada ir kaip vartoti), nežinojo ar pakankamai – 3,6 proc. ir 6,9 proc. – informacijos neužteko (p<0,05). Daugiau nepakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientų (92,4 proc.) buvo patenkinti slaugytojų suteikta informacija (14 pav.), lyginant su ribinio sveikatos raštingumo pacientais (80,6 proc.). Daugiausiai ribinio sveikatos raštingumo pacientų (12,9 proc.) nežinojo ar jiems informacijos buvo suteikta pakankamai, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo (3,6 proc.) ir nepakankamo sveikatos raštingumo (2,2 proc.) pacientais (p<0,05).



14 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonių, apie slaugytojų teikiamos informacijos apie paskirtų vaistų vartojimą (kada ir kaip vartoti) pakankamumą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su ribinio sveikatos raštingumo pacientais)
(**p<0,05, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

Pakankamai informacijos, kaip elgtis grįžus į namus, iš slaugytojų gavo 69,9 proc. pacientų, 18,2 proc. – negavo pakankamai ir 11,9 proc. – nežinojo. Reiklesni buvo pakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientai, (15 pav.) tai yra, daugiau jų (20,4 proc.) nurodė negavę pakankamai informacijos, lyginant su nepakankamo sveikatos raštingumo pacientais (12,7 proc.) (p<0,05).



15 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonių apie slaugytojų teikiamos informacijos, kaip elgtis grįžus į namus, pakankamumą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

Chirurgijos profilio skyriuose besigydančių pacientų buvo paprašyta atsakyti į keletą papildomų klausimų. Dauguma pacientų, besigydžiusių chirurgijos profilio skyriuose, buvo patenkinti šiuose skyriuose dirbančių slaugytojų suteikiama informacija: kaip bus ruošiami operacijai (87,4 proc.), ką ir kada galės valgyti ir gerti prieš operaciją (90,4 proc.), kokia numatoma operacijos trukmė (64,5 proc.), skausmo malšinimo būdus (78,1 proc.), kada po operacijos galės gerti, valgyti, atsisėsti (82,1 proc.), kaip maitintis, praustis po operacijos (82,6 proc.), pakeisti padėtį lovoje (81,9 proc.), bei kada pradės vaikščioti (83,2 proc.).

Atlikus duomenų analizę pagal pacientų sveikatos raštingumo lygius paaiškėjo (5 lentelė), kad statistiškai reikšmingai daugiau pakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientų (66,0 proc.) nurodė gavę pakankamai informacijos apie numatomą operacijos trukmę negu ribinio sveikatos raštingumo lygio pacientų (38,5 proc.). Daugiausiai ribinio sveikatos raštingumo lygio pacientų (38,5 proc.) nežinojo ar jiems pakankamai slaugytojai suteikė informacijos, lyginant su nepakankamo sveikatos raštingumo (12,1 proc.) ir pakankamo sveikatos raštingumo (8,6 proc.) pacientais (p<0,05).

Apie skausmo malšinimo būdus po operacijos mažiausiai pakankamai informacijos teigė gavę, ribinį sveikatos raštingumo lygį turintys pacientai (46,1 proc.), kai, tuo tarpu, taip pat

nurodė net 82,2 proc. nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų ir 78,0 proc. – pakankamo sveikatos raštingumo pacientų ($p<0,05$). Labiausiai nežinantys, ar slaugytojai suteikė pakankamai informacijos, buvo ribinio sveikatos raštingumo lygio pacientai (30,8 proc.), lyginant su nepakankamo sveikatos raštingumo pacientais (8,4 proc.) ir pakankamo sveikatos raštingumo pacientais (7,6 proc.) ($p<0,05$).

Mažiausiai ribinio raštingumo pacientų (50,0 proc.) nurodė gavę pakankamai informacijos apie tai, kada po operacijos galės gerti, valgyti ir atsisėsti, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo (81,5 proc.) ir nepakankamo sveikatos raštingumo (87,3 proc.) pacientais ($p<0,05$). Daugiau nei keturis su puse karto ribinio sveikatos raštingumo pacientų (21,4 proc.) nurodė negavę pakankamai informacijos iš slaugytojų negu nepakankamo sveikatos raštingumo (4,5 proc.) pacientų ($p<0,05$). Labiausiai nežinantys ar pakankamai gavo informacijos buvo ribinio sveikatos raštingumo pacientai (28,6 proc.), lyginant su nepakankamo sveikatos raštingumo (8,2 proc.) ir pakankamo sveikatos raštingumo (4,7 proc.) pacientais ($p<0,05$).

Kaip maitintis ir praustis po operacijos, daugiau pakankamai informuotų buvo nepakankamo sveikatos raštingumo lygio (85,4 proc.) pacientų, lyginant su ribinio sveikatos raštingumo pacientais (61,5 proc.).

Slaugytojų suteiktos informacijos, apie padėties keitimą lovoje, pakankamumu mažiausiai nepatenkintų buvo tarp nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų (5,5 proc.), kai beveik tris kartus daugiau pakankamo (16,2 proc.) ir šešis kartus daugiau (33,3 proc.) ribinio sveikatos raštingumo pacientų teigė negavę pakankamai informacijos minėtu klausimu ($p<0,05$).

Kada pradėti vaikščioti po operacijos, slaugytojai nesuteikė pakankamai informacijos kas penktam (21,4 proc.) ribinį, daugiau nei kas dešimatam (12,8 proc.) pakankamą ir 6,4 proc. pakankamą sveikatos raštingumą turintiems pacientams.

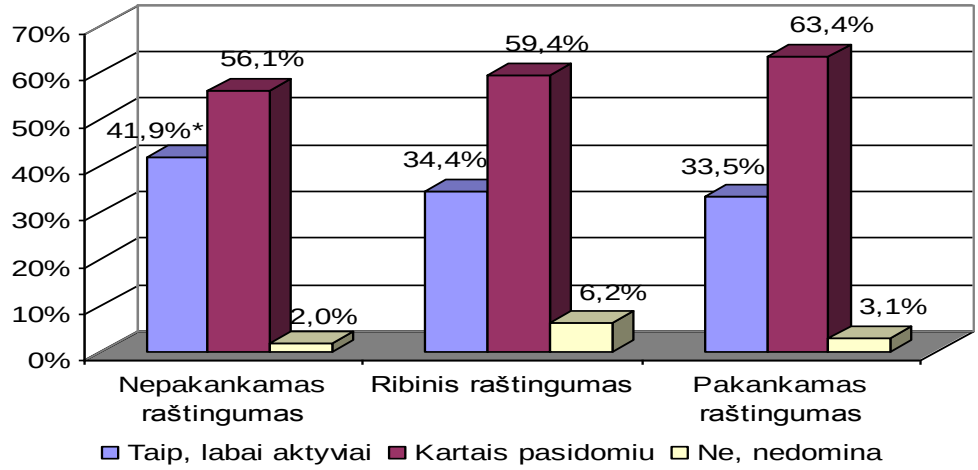
.

5 lentelė. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų, besigydančių chirurgijos profilio skyriuose, nuomonių apie slaugytojų teikiamos informacijos pakankamumą, pasiskirstymas

Informacija apie tai:	Atsakymų variantai	Raštingumo lygiai			Reikš-mingumas
		Nepakankamas n (proc.)	Ribinis n (proc.)	Pakankamas n (proc.)	
kaip būsite ruošiamas operacijai?	Taip	106 (91,4)	11 (84,6)	180 (85,3)	χ^2=4,062 p=0,398
	Ne	5 (4,3)	1 (7,7)	22 (10,4)	
	Nežinau	5 (4,3)	1 (7,7)	9 (4,3)	
	Iš viso:	**116 (100,0)**	**13 (100,0)**	**211 (100,0)**	
ką ir kada valgyti ir gerti prieš operaciją?	Taip	107 (93,0)	12 (85,8)	190 (89,2)	χ^2 =2,717 p=0,606
	Ne	4 (3,5)	1 (7,1)	16 (7,5)	
	Nežinau	4 (3,5)	1 (7,1)	7 (3,3)	
	Iš viso:	**115 (100,0)**	**14 (100,0)**	**213 (100,0)**	
kokia numatoma operacijos trukmė?	Taip	70 (64,8)	5 (38,5)**	138 (66,0)	χ^2=11,779 p=0,019
	Ne	25 (23,1)	3 (23,0)	53 (25,4)	
	Nežinau	13 (12,1)*	5 (38,5)**	18 (8,6)	
	Iš viso:	**108 (100,0)**	**13 (100,0)**	**209 (100,0)**	
kokie bus skausmo malšinimo būdai po operacijos?	Taip	88 (82,2)*	6 (46,1)**	163 (78,0)	χ^2=11,776 p=0,019
	Ne	10 (9,4)	3 (23,1)	30 (14,4)	
	Nežinau	9 (8,4)*	4 (30,8)**	16 (7,6)	
	Iš viso:	**107 (100,0)**	**13 (100,0)**	**209 (100,0)**	
kada po operacijos galėsite gerti, valgyti, atsisėsti ir kt.?	Taip	96 (87,3)*	7 (50,0)**	172 (81,5)	χ^2=20,365 p=0,000
	Ne	5 (4,5)*, **	3 (21,4)	29 (13,8)	
	Nežinau	9 (8,2)*	4 (28,6)**	10 (4,7)	
	Iš viso:	**110 (100,0)**	**14 (100,0)**	**211 (100,0)**	
kaip maitintis, praustis po operacijos?	Taip	94 (85,4)	8 (61,5)	174 (82,4)	χ^2=7,925 p=0,094
	Ne	8 (7,3)	3 (23,1)	28 (13,3)	
	Nežinau	8 (7,3)	2 (15,4)	9 (4,3)	
	Iš viso:	**110 (100,0)**	**13 (100,0)**	**211 (100,0)**	
kaip pakeisti padėtį lovoje?	Taip	95 (87,2)	8 (66,7)	168 (80,0)	χ^2=13,178 p=0,010
	Ne	6 (5,5)*,**	4 (33,3)	34 (16,2)	
	Nežinau	8 (7,3)	0 (0,0)	8 (3,8)	
	Iš viso:	**109 (100,0)**	**12 (100,0)**	**210 (100,0)**	
kada po operacijos pradėti vaikščioti?	Taip	95 (87,2) *,**	8 (57,2)**	175 (82,9)	χ^2=12,349 p=0,015
	Ne	7 (6,4)**	3 (21,4)**	27 (12,8)	
	Nežinau	7 (6,4)	3 (21,4)**	9 (4,3)	
	Iš viso:	**109 (100,0)**	**14 (100,0)**	**211 (100,0)**	

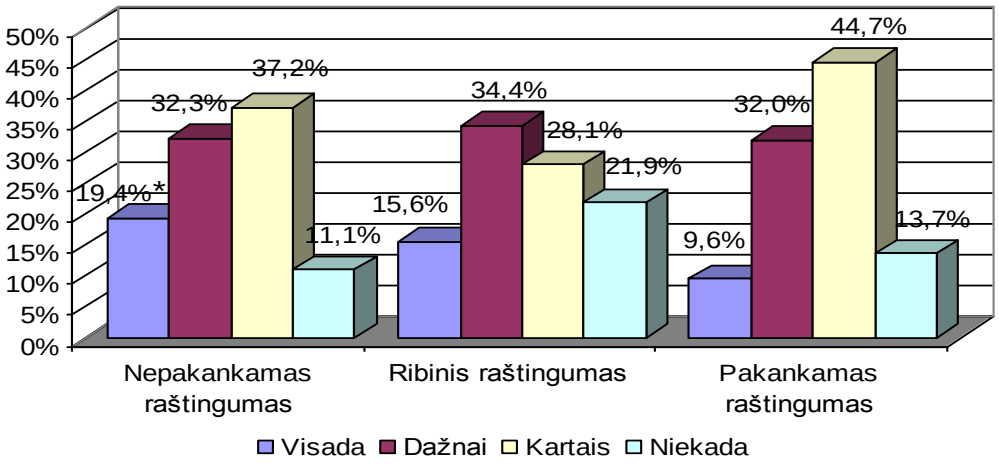
*p<0,05, lyginant su ribiniu raštingumu
**p<0,05, lyginant su pakankamu raštingumu

Daugiau nei pusė (60,9 proc.) pacientų teigė, labai aktyviai besidomintys informacija apie sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą, 36,2 proc. nurodė, kartais pasidomintys ir tik 2,9 proc. respondentų teigė, kad nesidomi visai. Daugiau nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų (41,9 proc.) teigė labai aktyviai besidomintys šia informacija, (16 pav.) lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais (33,5 proc.) (p<0,05).



16 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų domėjimosi informacija apie sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

12,9 proc. pacientų teigė, kad slaugytojai visada kalbasi apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, sveikatos išsaugojimą, 32,2 proc. teigė, kad dažnai, 41,7 proc. – kartais, 13,2 proc. – niekada. Dvigubai daugiau pacientų, turinčių nepakankamą sveikatos raštingumą, nurodė (17 pav.), kad slaugytojai su jais visada kalbasi apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, bei sveikatos išsaugojimą, negu pakankamo sveikatos raštingumo pacientai, atitinkamai, 19,4 proc. ir 9,6 proc. (p<0,05).



17 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų atsakymų į klausimą „Ar kalbasi su Jumis slaugytojai apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, sveikatos išsaugojimą?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

Viena iš slaugytojų pareigų yra dalyvauti sveikatos mokyme, propaguoti sveiką gyvenimo būdą, mokyti pacientus bei jų artimuosius ligų profilaktikos, sveikos mitybos. Daugiau negu pusė (61,1 proc.) pacientų nurodė, kad jiems, besigydant ligoninėje, palatos slaugytojai patarė kaip sveikai maitintis, beveik kas dešimtas (9,7 proc.) teigė, kad nepakankamai gavo šios informacijos ir net 29,2 proc. pacientų nuomone, ši informacija nebuvo suteikta ($p<0,05$). Kaip matome iš 6 lentelės daugiausiai nurodžiusių, kad palatos slaugytojai patarė kaip sveikai maitintis, buvo nepakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientų (71,9 proc.), lyginant su pakankamo (57,4 proc.) ir ribinio (48,4 proc.) sveikatos raštingumo lygio pacientais ($p<0,05$).

Į klausimą „Ar Jums, besigydant ligoninėje, palatos slaugytojas patarė kaip mesti rūkyti?“ 39,4 proc. pacientų pasirinko atsakymą „taip“, beveik pusė (47,9 proc.) – „ne“, ir 12,7 proc. – nurodė, kad nepakankamai ($p<0,05$). Statistiškai reikšmingai daugiausiai šiuo klausimu informuotų buvo nepakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientų (50,4 proc.), lyginant su pakankamo (35,9 proc.) ir ribinio (32,1 proc.) sveikatos raštingumo lygio pacientais.

Panašūs rezultatai gauti analizuojant atsakymus į klausimą „Ar Jums, besigydant ligoninėje, palatos slaugytojas patarė kaip sumažinti alkoholio vartojimą?“: „taip“ – atsakė 39,9 proc., „nepakankamai“ – 11,9 proc. ir „ne“ – 48,2 proc. ($p<0,05$). Statistiškai reikšmingai daugiausiai šiuo klausimu informuotų buvo nepakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientų (52,4 proc.), lyginant su pakankamo (35,9 proc.) ir ribinio (29,6 proc.) sveikatos raštingumo lygio pacientais.

Daugiau nei pusė (56,3 proc.) pacientų nurodė, kad jiems, besigydant ligoninėje, palatos slaugytojai patarė kaip normalizuoti kraujo spaudimą, 9,3 proc. – nuomone, kad nepakankamai patarė ir daugiau nei trečdalis (34,4 proc.) teigė, kad nepatarė ($p<0,05$). Labiausiai informuoti šiuo klausimu buvo nepakankamo sveikatos raštingumo pacientai, tai yra, daugiau nei du trečdaliai iš jų (68,9 proc.) teigė gavę patarimus iš slaugytojų, kai, tuo tarpu, taip pat atsakė tik 52,2 proc. pakankamo ir 41,9 proc. ribinio sveikatos raštingumo pacientų ($p<0,05$) .

Daugiau nei pusė (56,9 proc.) pacientų nurodė gavę slaugytojų patarimus kaip aktyviai ilsėtis, 10,3 proc. – buvo nepakankamai informuoti ir beveik trečdalis (32,8 proc.) – teigė negavę šios informacijos ($p<0,05$). Statistiškai reikšmingai daugiausiai informuotų buvo nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų, tai yra, du trečdaliai (66,7 proc.) iš jų nurodė, gavę slaugytojų patarimus kaip aktyviai ilsėtis. Taip pat nurodė daugiau nei pusė (53,8 proc.) pakankamo ir 45,2 proc. – ribinio sveikatos raštingumo pacientų ($p<0,05$).

6 lentelė. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonių, apie slaugytojų teikiamos informacijos pakankamumą sveikos gyvensenos klausimais, pasiskirstymas

Patarimai	Atsakymų variantai	Raštingumo lygiai			Reikšmingumas
		Nepakankamas n (proc.)	Ribinis n (proc.)	Pakankamas n (proc.)	
Kaip sveikai maitintis?	Taip	143 (71,9)*, **	15 (48,4)	265 (57,4)	χ^2=15,128 p=0,004
	Ne	43 (21,6)*, **	13 (41,9)	146 (31,6)	
	Nepakankamai	13 (6,5)	3 (9,7)	51 (11,0)	
	Iš viso:	**199 (100,0)**	**31 (100,0)**	**462 (100,0)**	
Kaip mesti rūkyti?	Taip	68 (50,4)*, **	9 (32,1)**	134 (35,9)	χ^2=9,967 p=0,041
	Ne	51 (37,8)**	16 (57,1)**	190 (50,9)	
	Nepakankamai	16 (11,8)*, **	3 (10,8)**	49 (13,2)	
	Iš viso:	**135 (100,0)**	**28 (100,0)**	**373 (100,0)**	
Kaip sumažinti alkoholio vartojimą?	Taip	75 (52,4)*, **	8 (29,6)	135 (35,9)	χ^2=13,326 p=0,010
	Ne	54 (37,8)*, **	16 (59,3)	193 (51,3)	
	Nepakankamai	14 (9,8)	3 (11,1)	48 (12,8)	
	Iš viso:	**143 (100,0)**	**27 (100,0)**	**376 (100,0)**	
Kaip normalizuoti kraujo spaudimą?	Taip	124 (68,9)*, **	13 (41,9)	230 (52,2)	χ^2=17,926 p=0,001
	Ne	45 (25,0)**	13 (41,9)	166 (37,6)	
	Nepakankamai	11 (6,1)	5 (16,2)	45 (10,2)	
	Iš viso:	**180 (100,0)**	**31 (100,0)**	**441 (100,0)**	
Kaip aktyviai ilsėtis?	Taip	120 (66,7)*, **	14 (45,2)	236 (53,8)	χ^2=11,252 p=0,024
	Ne	44 (24,4)**	12 (38,7)	157 (35,8)	
	Nepakankamai	16 (8,9)	5 (16,1)	46 (10,4)	
	Iš viso:	**180 (100,0)**	**31 (100,0)**	**439 (100,0)**	

*p<0,05, lyginant su ribiniu raštingumu
**p<0,05, lyginant su pakankamu raštingumu

4.2.3. Informacijos suprantamumas

Mokslinių tyrimų duomenimis įrodyta, kad pacientai su žemu sveikatos raštingumo lygiu negali pripažinti, kad dažnai nesupranta medicinos personalo vartojamų terminų arba gėdinasi tai atskleisti kitiems, todėl pacientų klausėme ar slaugytojai bendraudami naudoja daug sudėtingų medicinos terminų, ar dažnai prašo pakartoti jiems rūpimą informaciją, ar supranta ligoninėje esančius medicinos užrašus ir pavadinimus. Kaip matome iš 7 lentelės, keturis kartus daugiau (8,3 proc.) nepakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientų, nurodė, kad slaugytojai bendraudami visada naudoja daug sudėtingų medicinos žodžių, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais (2,0 proc.). Tris su puse karto daugiau (5,7 proc.) „visada“ ir du kartus daugiau (16,3

proc.) „dažnai“ nepakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientų prašo pakartoti jiems rūpimą informaciją, negu pakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientai, atitinkamai: 1,6 proc. ir 7,5 proc.

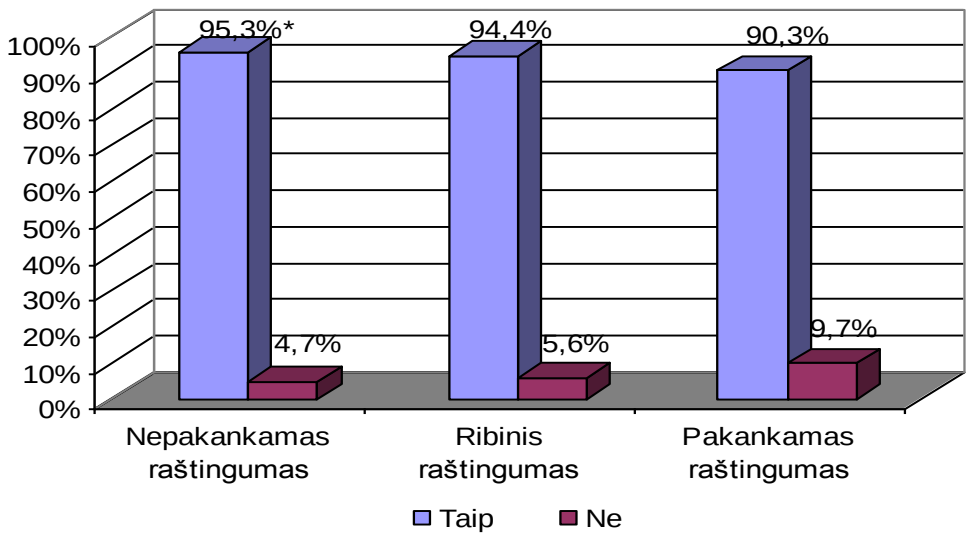
Tyrimo duomenimis 22,7 proc. pacientų turinčių nepakankamą sveikatos raštingumo lygį ir 16,6 proc. pacientų turinčių pakankamą sveikatos raštingumo lygį „niekada“ arba tik „kartais“ supranta ligoninėje esančius medicinos užrašus ir pavadinimus.

7 lentelė. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų atsakymų, apie informacijos suprantamumą, pasiskirstymas

Klausimai	Atsakymų variantai	Raštingumo lygiai			Reikšmingumas
		Nepakankamas n (proc.)	Ribinis n (proc.)	Pakankamas n (proc.)	
Ar slaugytojai bendraudami naudoja daug sudėtingų medicinos žodžių?	Visada	20 (8,3)**	0 (0,0)	10 (2,0)	χ^2=23,421 p=0,001
	Dažnai	28 (11,6)	4 (11,8)	37 (7,4)	
	Kartais	133 (55,0)	21 (61,8)	311 (62,3)	
	Niekada	61 (25,1)	9 (26,4)	141 (28,3)	
	Iš viso:	**242 (100,0)**	**34 (100,0)**	**499 (100,0)**	
Ar dažnai prašote, kad slaugytojai pakartotų Jums rūpimą informaciją?	Visada	14 (5,7)**	1 (3,1)	8 (1,6)	χ^2=27,970 p<0,00001
	Dažnai	40 (16,3)**	3 (9,4)	38 (7,5)	
	Kartais	160 (65,3)**	20 (62,5)	371 (73,2)	
	Niekada	31 (12,7)	8 (25,0)	90 (17,7)	
	Iš viso:	**245 (100,0)**	**32 (100,0)**	**507 (100,0)**	
Ar Jums suprantami ligoninėje esantys medicinos užrašai ir pavadinimai?	Visada	152 (53,1)*, **	11 (32,4)	234 (45,1)	χ^2=25,012 p<0,00001
	Dažnai	69 (24,2)**	13 (38,2)	199 (38,3)	
	Kartais	64 (22,4)**	9 (26,5)	84 (16,2)	
	Niekada	1 (0,3)	1 (2,9)	2 (0,4)	
	Iš viso:	**286 (100,0)**	**34 (100,0)**	**519 (100,0)**	

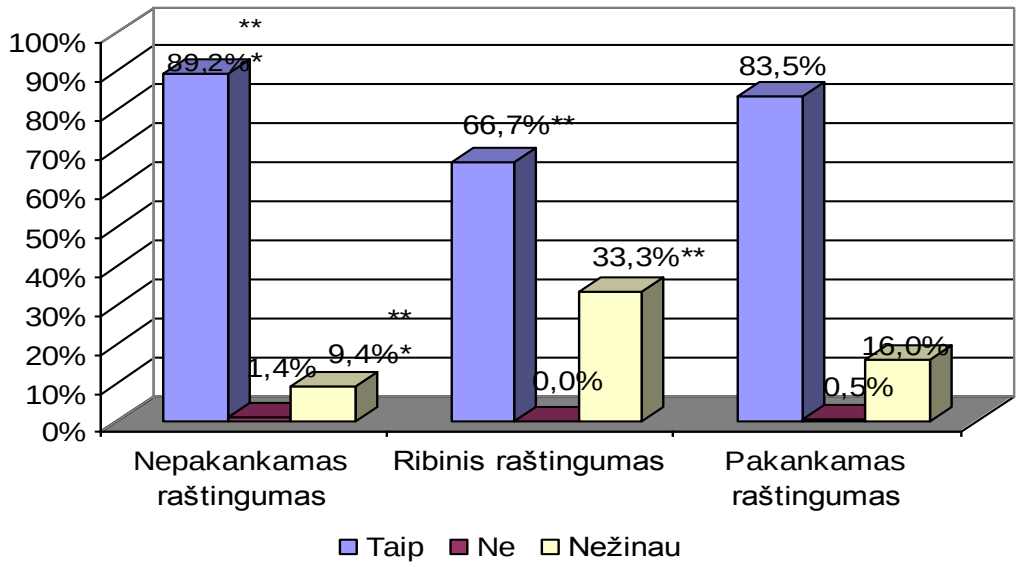
*p<0,05, lyginant su ribiniu raštingumu
**p<0,05, lyginant su pakankamu raštingumu

Dauguma (92,2 proc.) pacientų, teigė, kad personalas supažindino juos su skyriaus vidaus tvarka ir tik 7,8 proc. – nurodė, kad nesupažindino (p<0,05). Reikliausi buvo pakankamą sveikatos raštingumą turintys pacientai, tai yra, du kartus daugiau pacientų turinčių pakankamą sveikatos raštingumą (9,7 proc.) nurodė, kad personalas nesupažindino jų su skyriaus vidaus tvarka, lyginant su pacientais turinčiais nepakankamą sveikatos raštingumo lygį (4,7 proc.) (18 pav.).



18 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų atsakymų į klausimą „Ar personalas supažindino Jus su skyriaus vidaus tvarka?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

Statistiškai reikšmingai daugiausia pacientų (89,2 proc.) turinčių nepakankamą sveikatos raštingumo lygį, nurodė, kad jų lankytojai yra patenkinti ligoninės personalo elgesiu, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo (83,5 proc.) ir ribinio sveikatos raštingumo (66,7 proc.) pacientais (19 pav.).



19 pav. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų atsakymų į klausimą „Ar Jūsų lankytojai yra patenkinti ligoninės personalo elgesiu su Jais?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su ribinio sveikatos raštingumo pacientais)
(**p<0,05, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais)

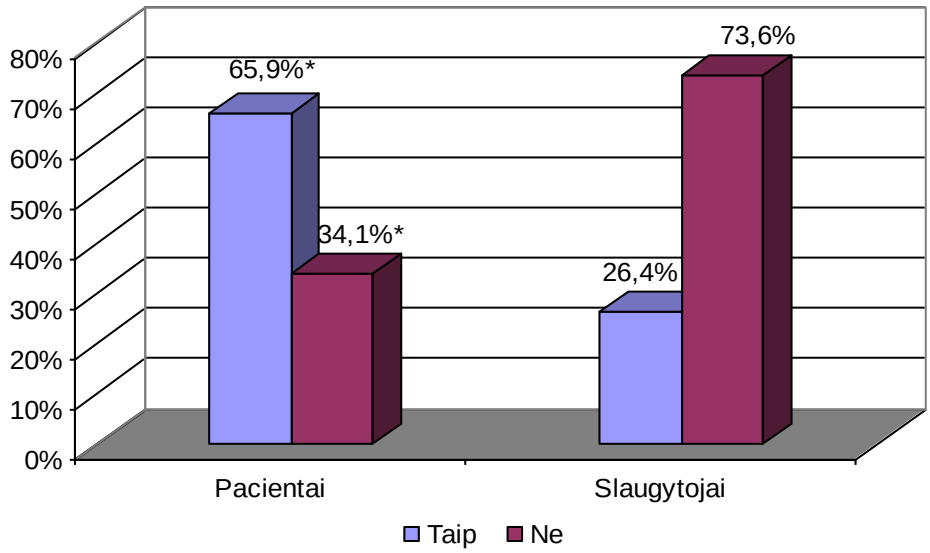
Apibendrinant galima teigti, kad nepakankamo, pakankamo ir ribinio sveikatos raštingumo lygių pacientai kaip vieną iš pagrindinių informacijos šaltinių nurodė gydytoją, tačiau apie slaugytojus, pacientų turinčių skirtingus sveikatos raštingumo lygius, nuomonės išsiskyrė: dvigubai daugiau pakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientų nurodė, kad daugiausiai apie savo ligą sužino iš slaugytojų, lyginant su ribinio ir nepakankamo sveikatos raštingumo pacientais. Dauguma pacientų nurodė, kad slaugytojai jiems suteikė pakankamai informacijos apie ligą, sveikatos būklę, atliekamas procedūras, pasiruošimą operacijai, pooperacinį laikotarpį ir sveiką gyvenseną, tačiau pakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientai buvo reiklesni, tai yra, daugiau jų teigė, kad slaugytojai minėtais klausimais informacijos suteikė nepakankamai arba visai nesuteikė. Daugiausiai nuomonės neturėjo ribinio sveikatos raštingumo pacientai, dažniausiai pasirinkdami atsakymo variantą „nežinau“. Daugiausiai patenkintų informacijos suteikimu buvo nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų. Keturis kartus daugiau (8,3 proc.) nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų nurodė, kad slaugytojai bendraudami visada naudoja daug sudėtingų medicinos žodžių, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais (2,0 proc.), tačiau tik 5,7 proc. iš jų nurodė, kad visada prašo slaugytojų pakartoti jiems rūpimą informaciją. Daugiau negu kas penktas (22,7 proc.) nepakankamo ir 29,4 proc. ribinio sveikatos raštingumo lygio pacientų „niekada“ arba tik „kartais“ supranta ligoninėje esančius medicinos užrašus ir pavadinimus.

4.3. PACIENTŲ IR SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIO Į SVEIKATOS MOKYMĄ IR JŲ DALYVAVIMĄ ŠIAME PROCESE PALYGINIMAS

4.3.1. Informacijos šaltiniai

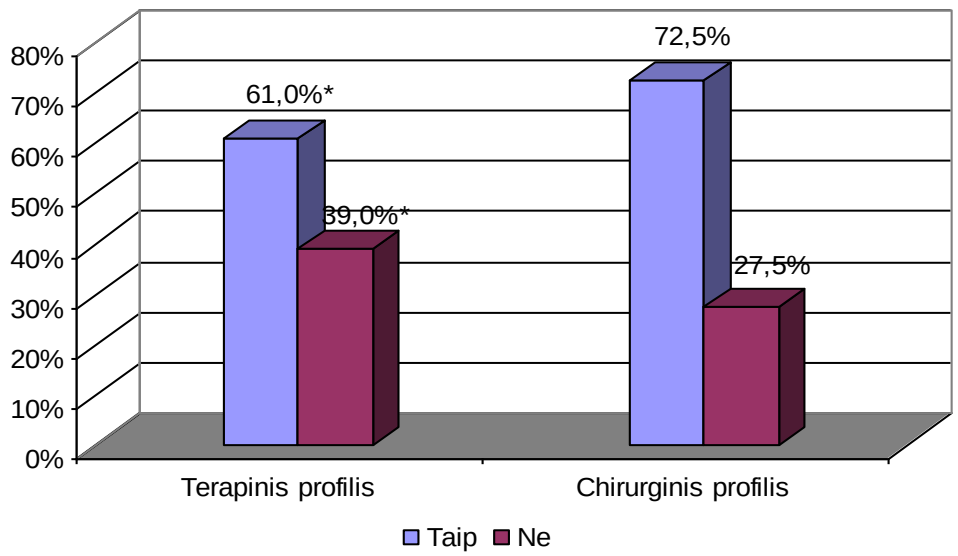
Pacientų sugebėjimas rūpintis savo sveikata ir naudotis sveikatos priežiūros sistema labai priklauso nuo paciento informuotumo, o viena iš slaugytojų pareigų yra mokyti pacientus saugoti ir prižiūrėti sveikatą, aiškinti pacientui ir jo šeimai apie procedūrų atlikimo būdus, pasiruošimą, galimas komplikacijas. Apie slaugytojų suteikiamą informaciją pacientams ir apie pacientų domėjimąsi sveikatos klausimais, klausėme pacientų ir slaugytojų nuomonės. Atsakymus palyginome.

Pacientų klausėme ar jie pakankamai žino apie savo ligą. Kaip matome iš 20 pav. du trečdaliai pacientų (65,9 proc.) teigė žinantys pakankamai. Su jų nuomone sutiko tik ketvirtadalis (26,4 proc.) slaugytojų ($p<0,05$)



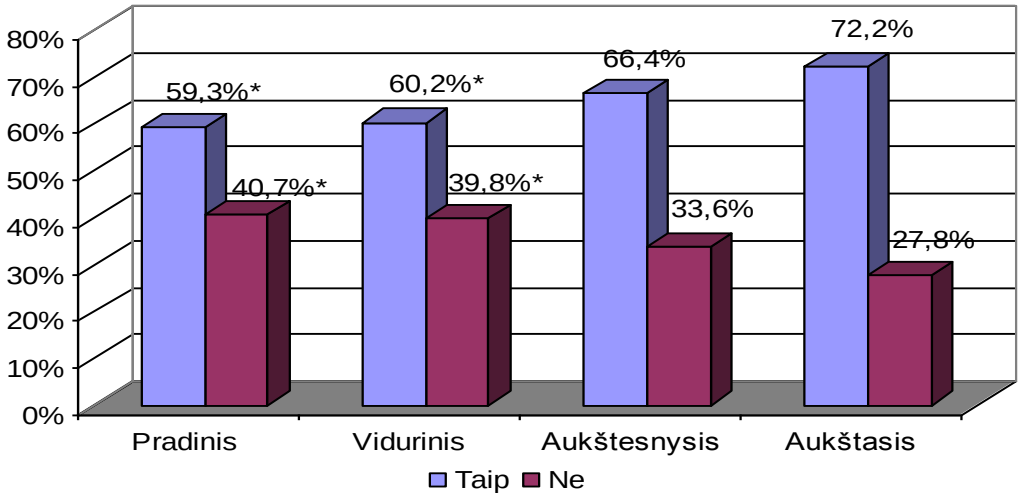
20 pav. Pacientų ir slaugytojų atsakymų į klausimą „Ar pacientas pakankamai žino apie savo ligą?“, pasiskirstymas
(*$p<0,05$, lyginant su slaugytojų atsakymais)

Pacientų atsakymai į šį klausimą priklausė nuo profilių, kuriuose pacientai gydėsi ir nuo pacientų amžiaus. Apie savo ligą daugiausiai žinantys jautėsi chirurgijos profilyje besigydantys pacientai (21 pav.). Pakankamai žinantys apie savo ligą teigė beveik trys ketvirtadaliai (72,5 proc.) chirurgijos ir daugiau negu pusė (61,0 proc.) terapijos skyriuose besigydančių pacientų ($p<0,05$).



21 pav. Skirtingų profilių skyriuose gydytų pacientų atsakymų į klausimą „Ar jūs pakankamai žinote apie savo ligą?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su chirurgijos profilio skyriuose besigydžiusiais pacientais)

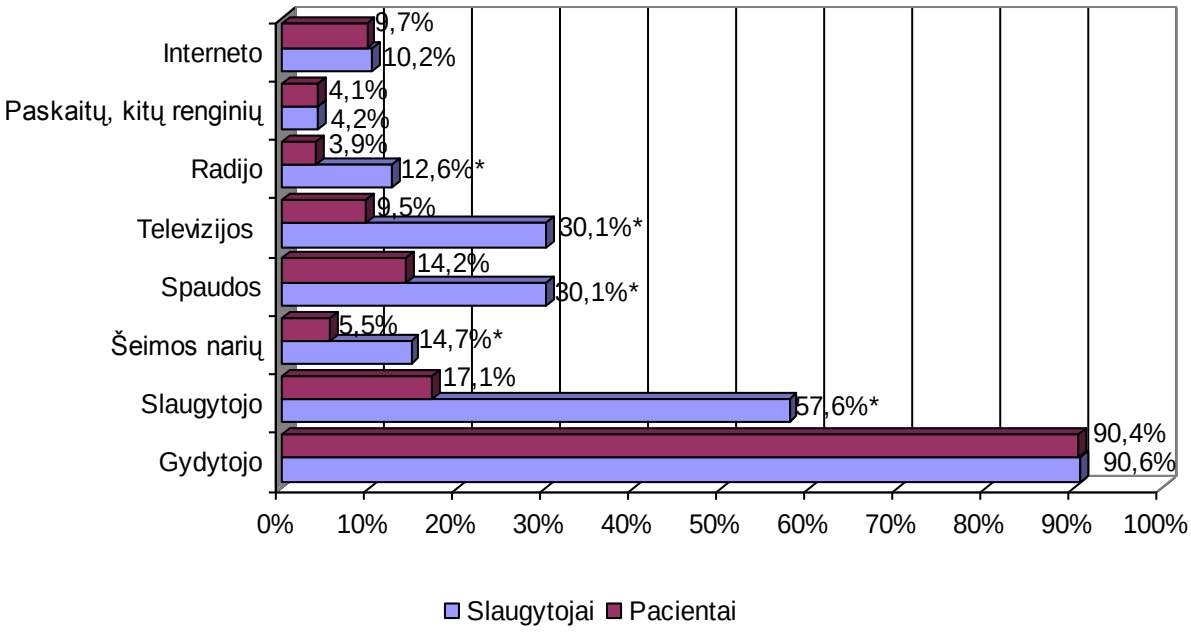
Didėjant pacientų išsilavinimo lygiui, pacientų teigusių, kad turi pakankamai žinių apie savo ligą, statistiškai reikšmingai daugėjo (22 pav.).



22 pav. Pacientų atsakymų į klausimą „Ar jūs pakankamai žinote apie savo ligą?“ pagal jų išsilavinimą, pasiskirstymas
(*p<0,05 lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais pacientais)

Tyrimo metu norėjome išsiaiškinti, kokiais informacijos šaltiniais naudojasi pacientai, siekdami gauti daugiau žinių apie sveikatą ar konkrečią ligą, bei kaip jie vertina slaugytojo aktyvumą teikiant sveikatos informaciją. Daugumos respondentų nuomone (23 pav.), pacientai daugiausiai apie savo ligą sužino iš gydytojo, taip nurodė 90,6 proc. slaugytojų ir 90,4 proc.

pacientų. Pasirenkant kitus atsakymų variantus respondentų nuomonės nebuvo vienodos: daugiau negu pusė slaugytojų teigė, kad pacientai daugiausiai apie savo ligą sužino iš slaugytojo (57,6 proc.), tačiau pacientų, pasirinkusių šį variantą, buvo tik 17,1 proc. Spaudą, kaip vieną iš informacijos šaltinių apie ligą, nurodė beveik kas trečias (30,1 proc.) slaugytojas ir dvigubai mažiau pacientų (p<0,05).



23 pav. Pacientų ir slaugytojų atsakymų į klausimą „Iš kur pacientai daugiausiai sužino apie savo ligą?“, pasiskirstymas
(*p<0,05 lyginant su pacientų atsakymais)

Pacientės moterys dažniau sužino informaciją iš spaudos negu vyrai, atitinkamai 16,6 proc. ir 11,7 proc. (p<0,05). Daugiau pacientų besigydančių terapinio profilio skyriuose informaciją sužino iš radijo bei televizijos, tai yra 11,3 proc. jų teigė, kad informaciją apie savo ligą sužino iš televizijos, 5,4 proc. – iš radijo, atitinkamai chirurgijos skyriuje – 7,0 proc. – iš televizijos, 1,9 proc.– iš radijo (p<0,05).

4.3.2. Informacija apie ligą, sveikatą, jos išsaugojimą, bei ligų kontrolę

Daugiau negu pusė pacientų teigė, kad jiems besigydant stacionariniame skyriuje, slaugytojai suteikė pakankamai informacijos apie jų ligą (67,7 proc.), sveikatos būklę (67,8 proc.), gydymosi trukmę (55,6 proc.). Slaugytojai buvo savikritiškesni savo atžvilgiu, ir tik

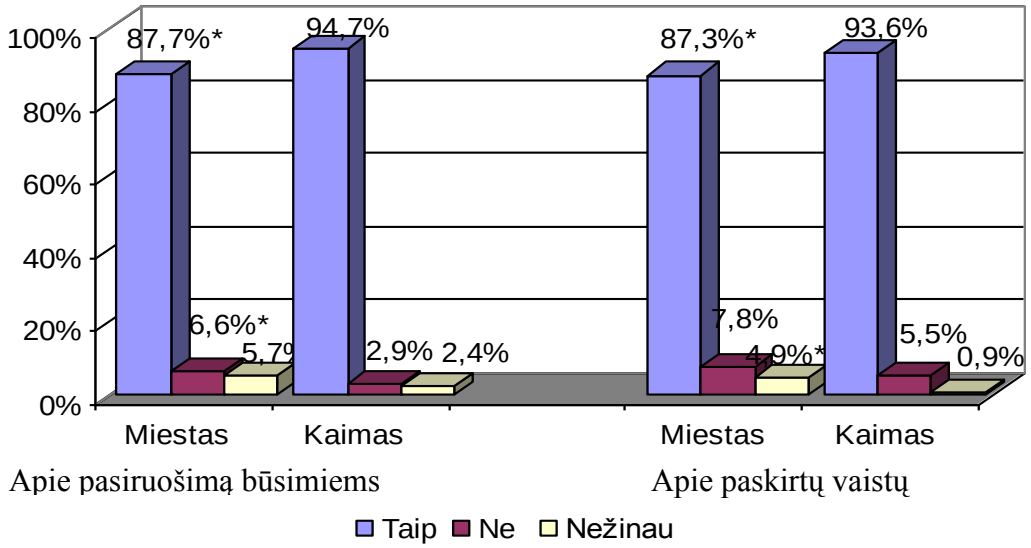
ketvirtadalis jų (24,6 proc.) nurodė suteikiantys pakankamai informacijos apie ligą, 37,4 proc. apie pacientų sveikatos būklę, 25,7 proc. apie gydymosi trukmę. Dėl informacijos suteikimo apie atliekamas slaugos procedūras, pasiruošimą būsimiems tyrimams, paskirtų vaistų vartojimą, bei kaip elgtis grįžus į namus slaugytojų ir pacientų nuomonės buvo panašios, tačiau slaugytojai teigė daugiau suteikiantys informacijos negu tai pripažino pacientai (8 lentelė).

8 lentelė. Slaugytojų ir pacientų nuomonių, apie slaugytojų pacientams teikiamos informacijos pakankamumą, pasiskirstymas

Informacija apie:	Respondentai	Atsakymų variantai			Reikšmingumas
		Taip n (proc.)	Ne n (proc.)	Nežinau n (proc.)	
Paciento ligą	Pacientai	515 (67,7)	174 (22,8)	72 (9,5)	χ^2 =212,62 p<0,00001
	Slaugytojai	88 (24,6)*	240 (67,0)*	30 (8,4)	
Paciento sveikatos būklę	Pacientai	501 (67,8)	171 (23,1)	67 (9,1)	χ^2 =119,531 p<0,00001
	Slaugytojai	134 (37,4)*	202 (56,4)*	22 (6,2)	
Paciento gydimosi trukmę	Pacientai	384 (55,6)	227 (32,9)	80 (11,5)	χ^2 =105.872 p<0,00001
	Slaugytojai	91 (25,7)*	233 (65,8)*	30 (8,5)	
Slaugytojų atliekamas procedūras	Pacientai	627 (85,9)	59 (8,1)	44 (6,0)	χ^2 =14,267 p=0,001
	Slaugytojai	352 (93,4)*	17 (4,5)*	8 (2,1)*	
Pasiruošimą būsimiems tyrimams,	Pacientai	666 (90,0)	40 (5,4)	34 (4,6)	χ^2 =16,279 p<0,00001
	Slaugytojai	360 (96,8)*	8 (2,1)	4 (1,1)*	
Jums paskirtų vaistų vartojimą (kada ir kaip vartoti)	Pacientai	670 (89,5)	52 (6,9)	27 (3,6)	χ^2 =5,176 p=0,075
	Slaugytojai	349 (93,3)*	19 (5,1)	6 (1,6)	
Kaip elgtis grįžus į namus	Pacientai	488 (69,9)	127 (18,2)	83 (11,9)	χ^2 =12,106 p=0,002
	Slaugytojai	261 (71,3)	84 (23,0)	21 (5,7)*	

*p<0,05, lyginant su pacientų atsakymais

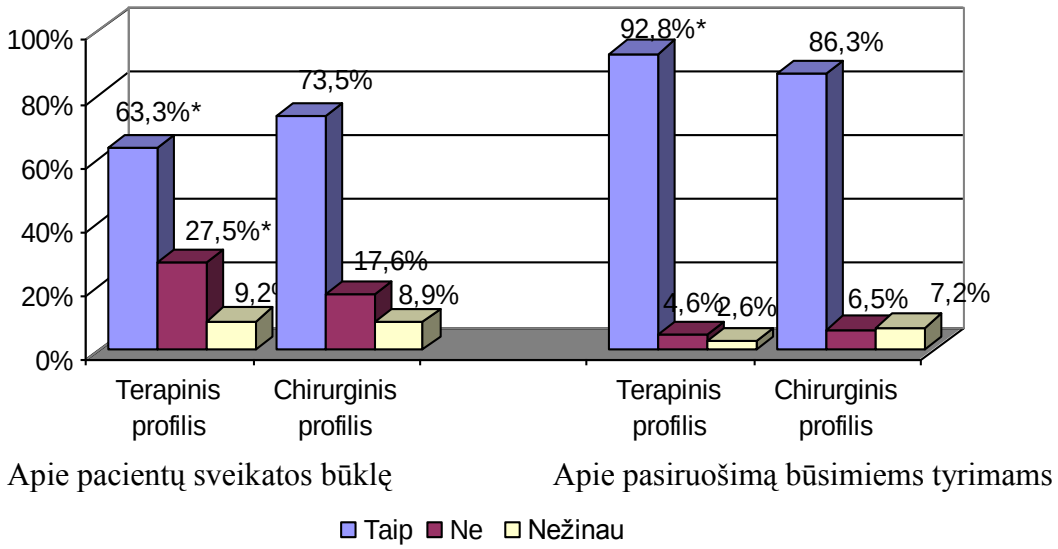
Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp respondentų, socialinių ir demografinių charakteristikų ir respondentų atsakymų. Taip pat pacientų atsakymai apie slaugytojų jiems teikiamos informacijos pakankamumą skyrėsi priklausomai nuo jų gyvenamosios vietos ir nuo profilių, kuriuose pacientai gydėsi. Informacijai buvo reiklesni miesto gyventojai (24 pav.), tai yra, 87,7 proc. miesto ir 94,7 proc. kaimo gyventojų nurodė gavę pakankamai informacijos apie pasiruošimą būsimiems tyrimams ir 87,3 proc. miesto ir 93,6 proc. kaimo gyventojų – apie paskirtų vaistų vartojimą (p<0,05).



24 pav. Skirtingą gyvenamąją vietą turinčių pacientų nuomonių, apie pacientams slaugytojų teikiamos informacijos pakankamumą (apie pasiruošimą būsimiems tyrimams ir apie paskirtų vaistų vartojimą), pasiskirstymas

(*p<0,05, lyginant su pacientais gyvenančiais kaime)

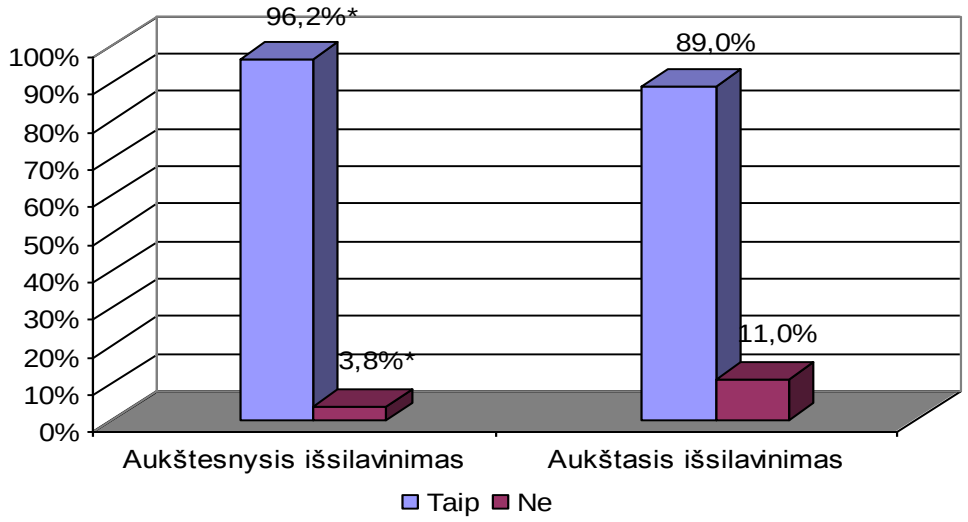
Daugiau pacientų besigydančių chirurgijos (73,5 proc.) negu terapijos (63,5 proc.) skyriuose teigė (25 pav.), kad slaugytojai suteikia pakankamai informacijos apie jų sveikatos būklę, tačiau paklausus apie pasiruošimą būsimiems tyrimams, atsakyta priešingai – informacijos labiau užteko terapinio (92,8 proc.) nei chirurgijos (86,3 proc.) skyriaus pacientams (p<0,05).



25 pav. Skirtinguose profiliuose besigydančių pacientų nuomonių, apie jiems slaugytojų teikiamos informacijos pakankamumą (apie pacientų sveikatos būklę ir pasiruošimą būsimiems tyrimams), pasiskirstymas

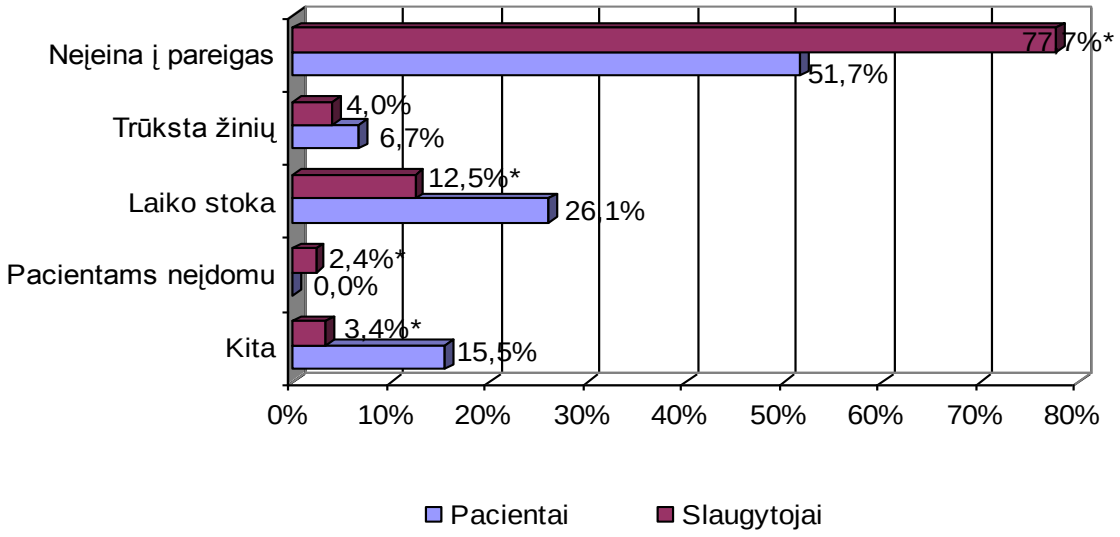
(*p<0,05, lyginant su chirurgijos profilio skyriuose besigydžiusiais pacientais)

Analizuojant slaugytojų atsakymus pagal jų išsilavinimą (26 pav.), paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingai beveik tris kartus daugiau slaugytojų, turinčių aukštąjį išsilavinimą (11,0 proc.) prisipažino nesuteikiantys pakankamai informacijos pacientams apie paskirtų vaistų vartojimą, lyginant su slaugytojais, turinčiais aukštesnįjį išsilavinimą (3,8 proc.).



26 pav. Skirtingą išsilavinimą turinčių slaugytojų nuomonių, apie pacientams jų teikiamos informacijos pakankamumą (apie paskirtų vaistų vartojimą), pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais slaugytojais)

Siekiant išsiaiškinti veiksnius, kurie trukdo slaugytojams suteikti informaciją pacientams apie ligą, sveikatos būklę, gydimosi trukmę, slaugytojų atliekamas procedūras, pasiruošimą būsimiems tyrimams, paskirtų vaistų vartojimą, bei kaip elgtis grįžus į namus, respondentų, tai yra pacientų, kurie nors į vieną klausimą atsakė, kad slaugytojai nesuteikė jiems šios informacijos (39,9 proc., n=350), ir slaugytojų, kurie prisipažino nors vienu klausimu nesuteikę informacijos (75 proc. n=293) paprašėme nurodyti priežastis, pasirenkant atsakymų variantus: „tai neįeina į pareigas“, „trūksta žinių“, „trūksta laiko“, „pacientams tai neįdomu“ ir „kita“ – paliekant atvirą klausimą. Kaip matome iš 27 pav. respondentų atsakymai skyrėsi: trys ketvirtadaliai slaugytojų ir pusė pacientų nurodė, kad tai neįeina į pareigas; pusantro karto daugiau pacientų nurodė žinių trūkumą ir du kartus daugiau – laiko stoką, lyginant su slaugytojais. Atvirą atsakymo variantą pasirinko 15,5 proc. pacientų, dauguma iš jų įrašė, kad „apie tai informuoja gydytojas“, „tai sprendžia gydytojas“, „sužinojau tai iš gydytojo“ , „tik gydytojas gali nuspręsti, kiek ligonį galima informuoti apie jo ligą“, „nesuinteresuoti“, „nežinau“. Slaugytojai, pasirinkę atvirą atsakymo variantą, įrašė: „apie paciento ligą, sveikatą informuoja gydytojas, mums neleidžia“, „neįeina į slaugytojų kompetenciją“, „neturim teisės informuoti be gydytojo“.



27 pav. Pacientų ir slaugytojų nuomonių apie priežastis, trukdančias pacientams suteikti informaciją apie ligą, sveikatos būklę, atliekamas procedūras, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pacientais)

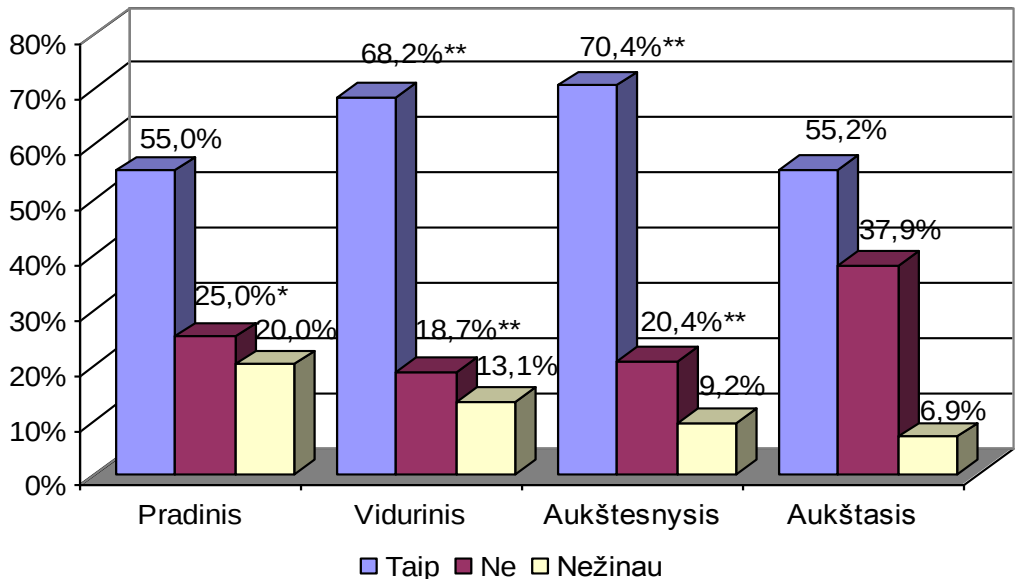
Apie slaugytojų informacijos suteikimą apie pasiruošimą operacijai ir pooperacinį laikotarpį klausėme chirurgijos skyriuose besigydančių pacientų ir ten dirbančių slaugytojų. Atsakymus palyginome. Dauguma pacientų, besigydžiusių chirurgijos skyriuose buvo patenkinti šiuose skyriuose dirbančių slaugytojų suteikiama informacija, tačiau kaip bus ruošiami operacijai, ką ir kada galės valgyti ir gerti prieš operaciją, kaip maitintis, praustis po operacijos bei kaip pakeisti padėtį lovoje, statistiškai reikšmingai daugiau slaugytojų buvo geresnės nuomonės apie save, nei juos vertino pacientai. Apie numatomą operacijos trukmę, statistiškai reikšmingai daugiau pacientų (64,5 proc.) nurodė gaunantys pakankamai informacijos, atitinkamai 64,5 proc.ir 54,4 proc. (9 lentelė).

9 lentelė. Chirurgijos profilio skyriuose dirbančių slaugytojų ir besigydančių pacientų nuomonių, apie slaugytojų pacientams teikiamos informacijos pakankamumą, pasiskirstymas

Informacija apie tai:	Respon-dentai	Atsakymų variantai			Reikšmin-gumas
		Taip n (proc.)	Ne n (proc.)	Nežinau n (proc.)	
Kaip būsite ruošiamas operacijai?	Pacientai	297 (87,4)	28 (8,2)	15 (4,4)	χ^2 =12,492 p=0,002
	Slaugytojai	150 (97,4)*	3 (1,9)*	1 (0,7)*	
Ką ir kada valgyti ir gerti prieš operaciją?	Pacientai	309 (90,4)	21 (6,1)	12 (3,5)	χ^2 =6,245 p=0,044
	Slaugytojai	150 (97,4)*	3 (1,3)*	2 (1,3)	
Kokia numatoma operacijos trukmė?	Pacientai	213 (64,5)	81 (24,6)	36 (10,9)	χ^2 =6,263 p=0,044
	Slaugytojai	81 (54,4)*	53 (35,6)*	15 (10,0)	
Kokie bus skausmo malšinimo būdai po operacijos?	Pacientai	257 (78,1)	43 (13,1)	29 (8,8)	χ^2 =6,178 p=0,046
	Slaugytojai	125 (82,8)	22 (14,6)	4 (2,6)*	
Kada po operacijos galėsite gerti, valgyti, atsisėsti ir kt.?	Pacientai	275 (82,1)	37 (11,0)	23 (6,9)	χ^2 =3,961 p=0,138
	Slaugytojai	134 (87,6)	15 (9,8)	4 (2,6)	
Kaip maitintis, praustis po operacijos?	Pacientai	276 (82,6)	9 (11,7)	19 (5,7)	χ^2 =15,610 p<0,00001
	Slaugytojai	148 (95,5)*	6 (3,9)*	1 (0,6)*	
Kaip pakeisti padėtį lovoje?	Pacientai	271 (81,9)	44 (13,3)	16 (4,8)	χ^2 =24,543 p<0,00001
	Slaugytojai	152 (98,1)*	2 (1,3)*	1 (0,6)*	
Kada po operacijos pradėti vaikščioti?	Pacientai	278 (83,2)	37 (11,1)	19 (5,7)	χ^2 =7,211 p=0,027
	Slaugytojai	138 (89,7)	15 (9,7)	1 (0,6)*	

*p<0,05, lyginant su pacientų atsakymais

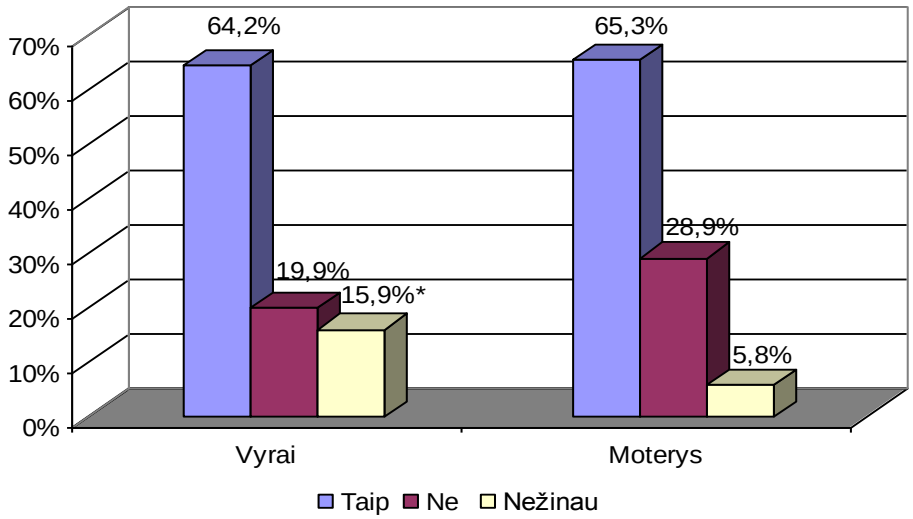
Vertinat pacientų atsakymus pagal jų išsilavinimą paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingai daugiau pacientų, turinčių aukštąjį išsilavinimą (37,9 proc.) nurodė, kad slaugytojai nesuteikė pakankamai informacijos apie operacijos trukmę, lyginant su pacientais, turinčiais aukštesnįjį (20,4 proc.) ir vidurinį (18,7 proc.) išsilavinimą (28 pav.).



28 pav. Skirtingo išsilavinimo pacientų, besigydančių chirurgijos profilio skyriuose, nuomonių apie slaugytojų jiems suteiktos informacijos pakankamumą apie operacijos trukmę, pasiskirstymas

(*p<0,05, lyginant su vidurinį išsilavinimą turinčiais pacientais)
(**p<0,05, lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais pacientais)

Kaip matome iš 29 pav. beveik tris kartus daugiau vyrų (15,9 proc.) nei moterų (5,8 proc.), paklaustų ar jiems pakanka informacijos apie tai, kokia numatoma jų operacijos trukmė, nuomonės neturėjo (p<0,05).

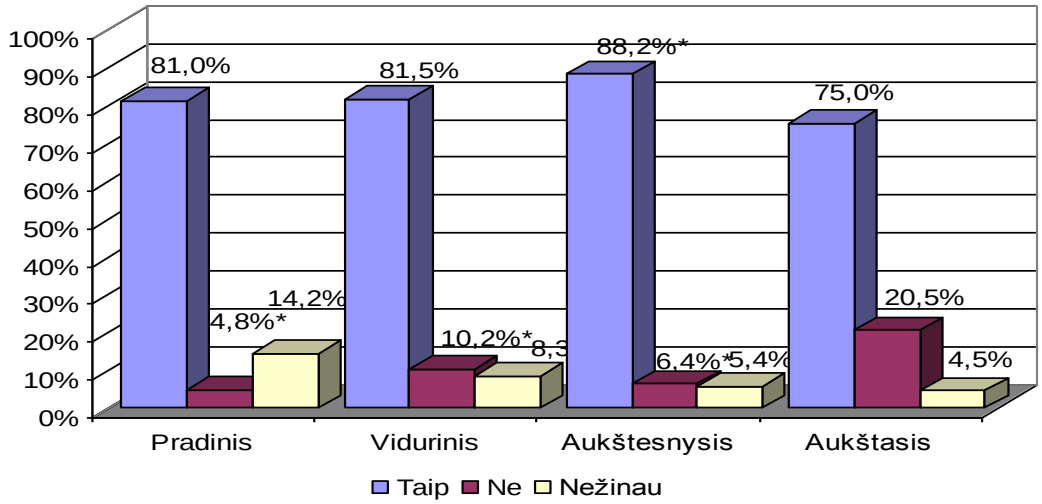


29 pav. Skirtingos lyties pacientų, besigydančių chirurgijos profilio skyriuose, nuomonių, apie slaugytojų pacientams suteiktos informacijos pakankamumą apie operacijos trukmę, pasiskirstymas

(*p<0,05, lyginant su moterimis)

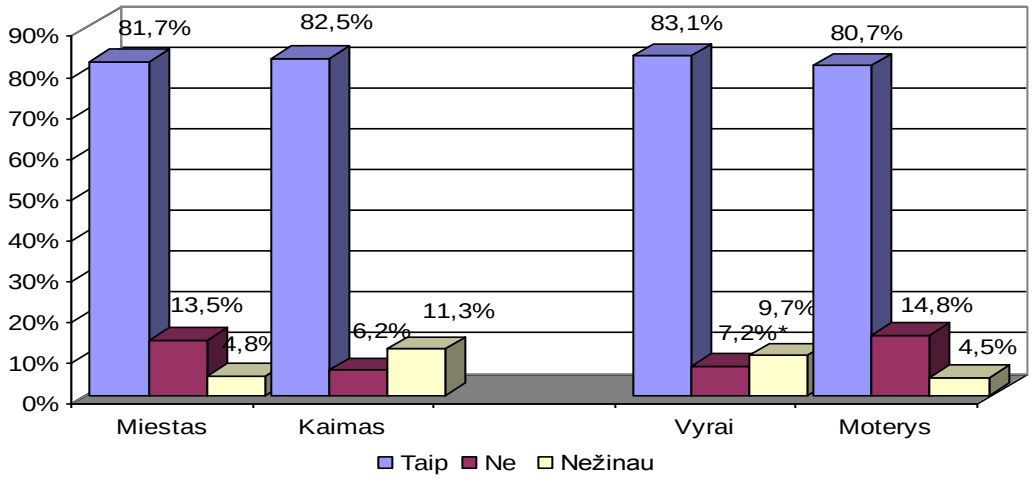
Informacijos, kada po operacijos galės gerti, valgyti, atsisėsti ir kita, labiausiai trūko pacientams, turintiems aukštąjį išsilavinimą ir pacientėms moterims. Keturis kartus mažiau (4,8

proc.) pacientų su pradiniu ir dvigubai mažiau su viduriniu (10,2 proc.) išsilavinimu teigė (30 pav.), kad slaugytojai nepakankamai suteikė informacijos šiuo klausimu, lyginant su pacientais turinčiais aukštąjį išsilavinimą (20,5 proc.) (p<0,05).



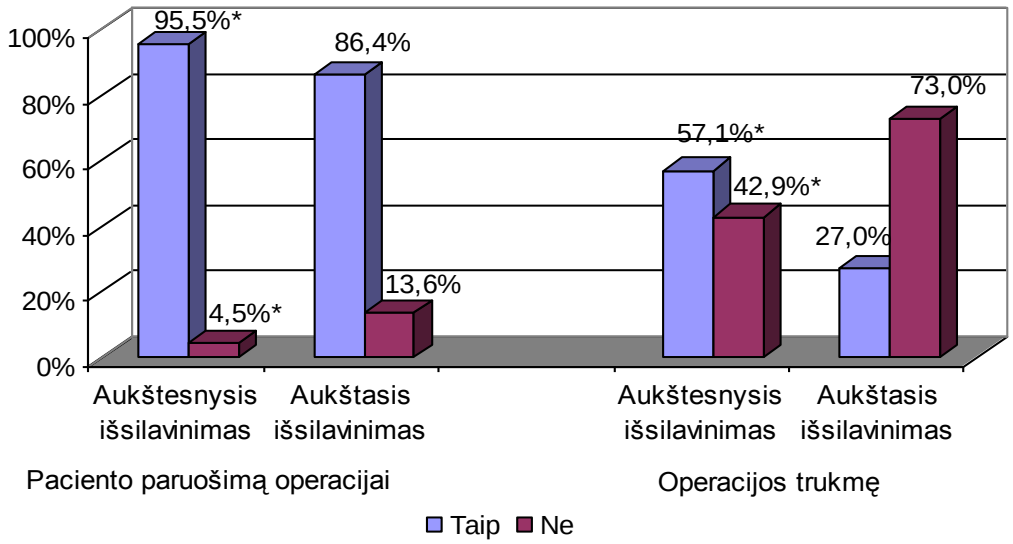
30 pav. Skirtingą išsilavinimą turinčių pacientų, besigydančių chirurgijos profilio skyriuose, nuomonių apie slaugytojų jiems suteikiamos informacijos (apie tai kada po operacijos galės gerti, valgyti ir atsisėsti) pakankamumą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais pacientais)

Statistiškai reikšmingai du kartus daugiau moterų (14,8 proc.), negu vyrų (7,2 proc.), besigydančių chirurgijos profilio skyriuose, nurodė, kad slaugytojai nepakankamai suteikė informacijos apie tai kada po operacijos galės gerti, valgyti ir atsisėsti, bei dvigubai daugiau pacientų, gyvenančių kaime negalėjo įvertinti ar pakako slaugytojų suteiktos informacijos, lyginant su miesto gyventojais, atitinkamai: 11,3 proc. ir 4,8 proc. (31 pav.).



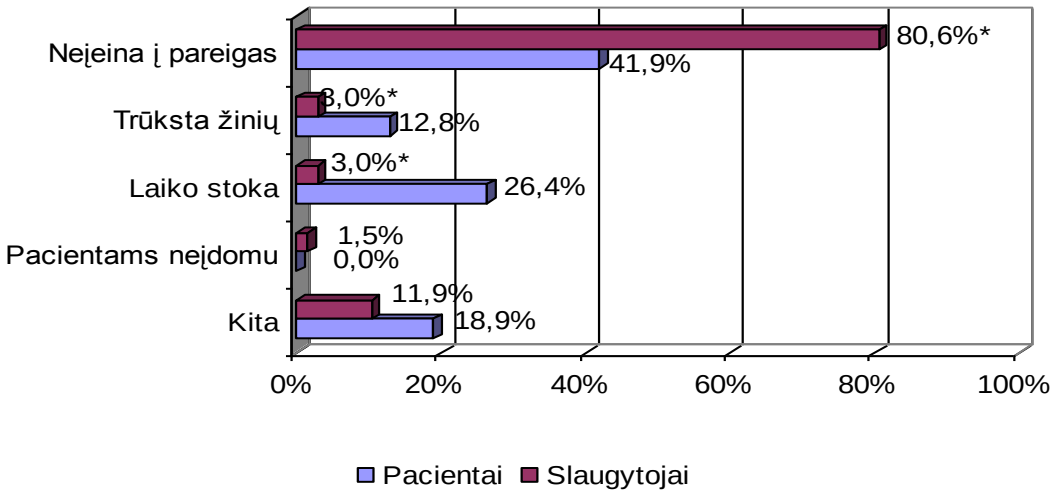
31 pav. Miesto ir kaimo gyventojų, bei vyrų ir moterų nuomonių apie slaugytojų jiems suteiktos informacijos pakankamumą, apie tai kada po operacijos galės gerti, valgyti ir atsisėsti, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su moterimis)
(**p<0,05, lyginant su pacientais gyvenančiais kaime)

Analizuojant slaugytojų, dirbančių chirurgijos skyriuose, atsakymus pagal jų išsilavinimą, paaiškėjo (32 pav.), kad slaugytojai, turintys aukštąjį išsilavinimą, buvo savikritiškesni, nei slaugytojai, turintys aukštesnįjį išsilavinimą, atitinkamai: 13,6 proc. ir 4,5 proc. nurodė nepakankamai suteikiantys informacijos apie paciento paruošimą operacijai; 73,0 proc. ir 42,9 proc. nepaaiškino pacientams, kokia numatoma operacijos trukmė (p<0,05).



32 pav. Skirtingo išsilavinimo slaugytojų, dirbančių chirurgijos profilio skyriuose, nuomonių, apie jų teikiamos informacijos pakankamumą (apie paciento paruošimą operacijai bei operacijos trukmę), pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais slaugytojais)

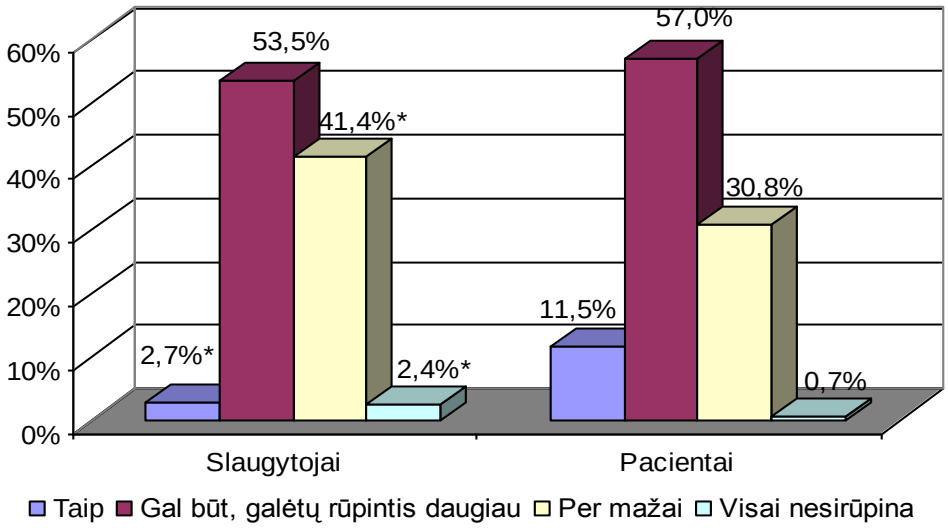
Siekiant išsiaiškinti veiksnius, kurie trukdo chirurgijos profilio skyriuose dirbantiems slaugytojams suteikti informaciją pacientams apie paciento pasiruošimą operacijai, operacijos trukmę ir pooperacinį laikotarpį, respondentų, kurie atsakė „ne“ nors į vieną klausimą (pacientai 16,5 proc. n=145, slaugytojai 24,48 proc. n=93), paprašėme nurodyti priežastis, pasirenkant atsakymų variantus: „tai neįeina į pareigas“, „trūksta žinių“, „trūksta laiko“, „pacientams tai neįdomu“ ir „kita“ – paliekant atvirą klausimą. Kaip matome iš 33 pav. respondentų atsakymai skyrėsi: dvigubai daugiau slaugytojų, nei pacientų nurodė, kad tai neįeina į pareigas; keturis kartus daugiau pacientų nurodė, kad trūksta žinių; aštuonis su puse karto – laiko stoką, lyginant su slaugytojais. Atvirą atsakymo variantą pasirinko 18,9 proc. pacientų, dauguma iš jų įrašė, kad „paaiškino gydytojas“, „ne slaugytojų reikalas kiek truks operacija“, „liepė klausti gydytojo“, „nežinau“. 11,9 proc. slaugytojų pasirinko atvirą atsakymo variantą – „kita“, tačiau nieko neįrašė.



33 pav. Chirurgijos profilio skyriuose besigydančių pacientų ir čia dirbusių slaugytojų nuomonių apie priežastis, trukdančias pacientams suteikti informaciją apie pasiruošimą operacijai, operacijos trukmę ir pooperacinį laikotarpį, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pacientais)

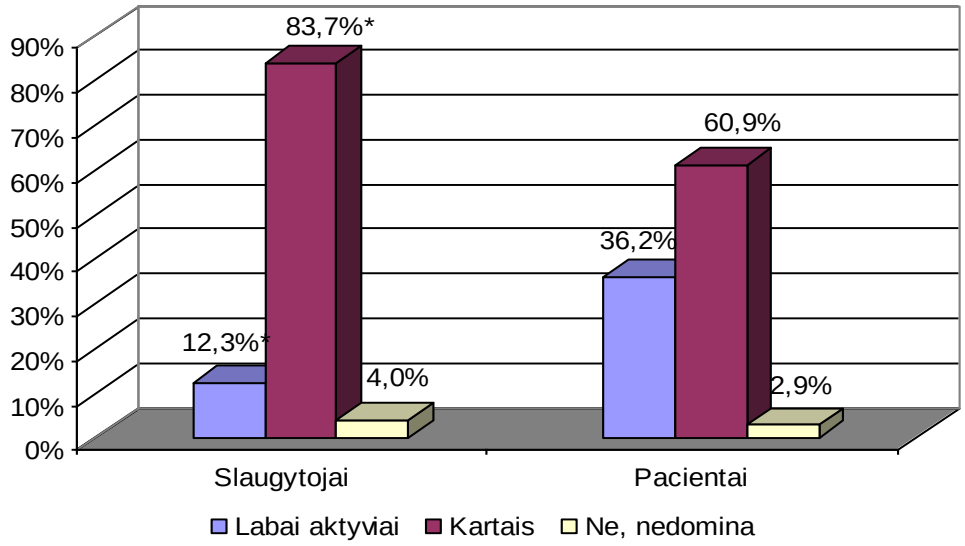
Lyginome pacientų ir slaugytojų nuomones apie pacientų rūpinimąsi savo sveikata, domėjimąsi informacija apie sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą.

Daugiau nei kas dešimtas (11,5 proc.) pacientas teigė, pakankamai besirūpinantis savo sveikata (34 pav.), tačiau su tuo sutiko tik 2,7 proc. slaugytojų. Statistiškai reikšmingai daugiau slaugytojų (41,4 proc.) nei pacientų (30,8 proc.) nurodė, kad pacientai per mažai rūpinasi savo sveikata ir 2,4 proc. slaugytojų ir tik 0,7 proc. pacientų teigė, kad pacientai sveikata visai nesirūpina.



34 pav. Slaugytojų ir pacientų nuomonių apie pacientų rūpinimąsi savo sveikata, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pacientų atsakymais)

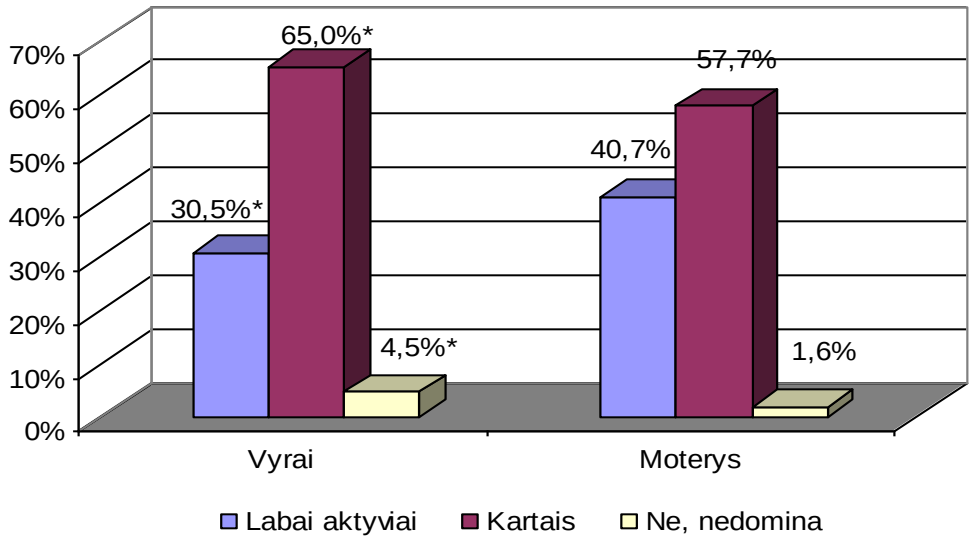
Tris kartus daugiau (36,2 proc.) pacientų lyginant su slaugytojais (12,3 proc.) teigė (35 pav.), kad domisi minėtais klausimais: labai aktyviai: 60,9 proc. pacientų ir 83,7 proc. slaugytojų nurodė, kad pacientai apie sveiką gyvenseną domisi tik kartais; 2,9 proc. pacientų ir 4,0 proc. slaugytojų – visai nesidomi (p<0,05).



35 pav. Slaugytojų ir pacientų nuomonių, apie pacientų domėjimąsi informacija apie sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pacientų atsakymais)

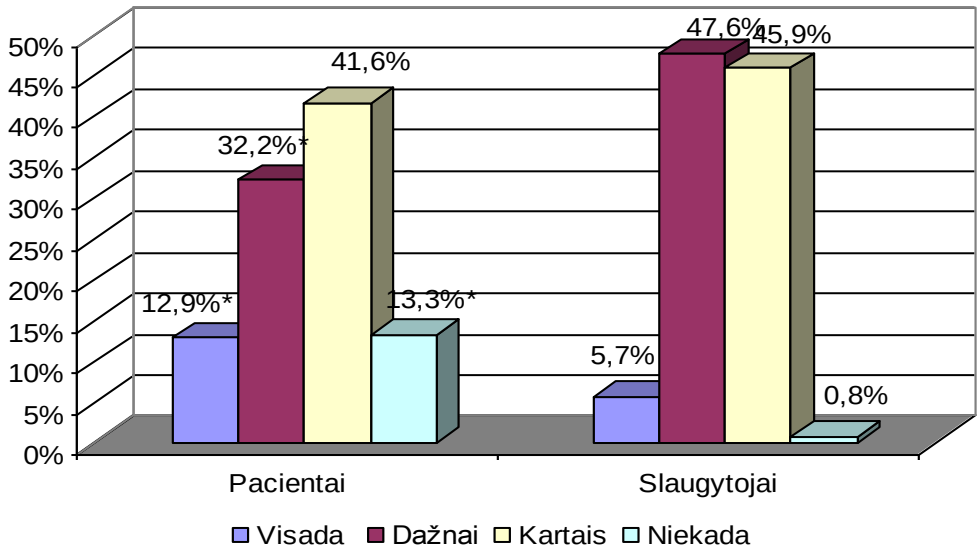
Pacientų domėjimasis informacija apie sveiką gyvenseną priklausė nuo išsimokslinimo, skyriaus profilio, kuriame pacientas gydėsi ir lyties. Statistiškai reikšmingai daugiau pacientų, turinčių aukštąjį išsilavinimą (44,7 proc.) teigė labai aktyviai besidomintys, lyginant su pacientais turinčiais pradinį išsilavinimą (23,9 proc.).

Svarbu pažymėti, kad nesidominčių informacija apie sveikatą buvo daugiau tarp pacientų, besigydančių chirurginiuose, nei terapiniuose skyriuose, tačiau jie sudarė labai nežymią dalį, atitinkamai 4,3 proc. ir 3,5 proc. (p<0,05). Moterys buvo žingeidesnės, tai yra, daugiau jų (40,7 proc.) nurodė labai aktyviai besidominčios apie sveiką gyvenseną, lyginant su vyrais (30,5 proc.) (36 pav.).



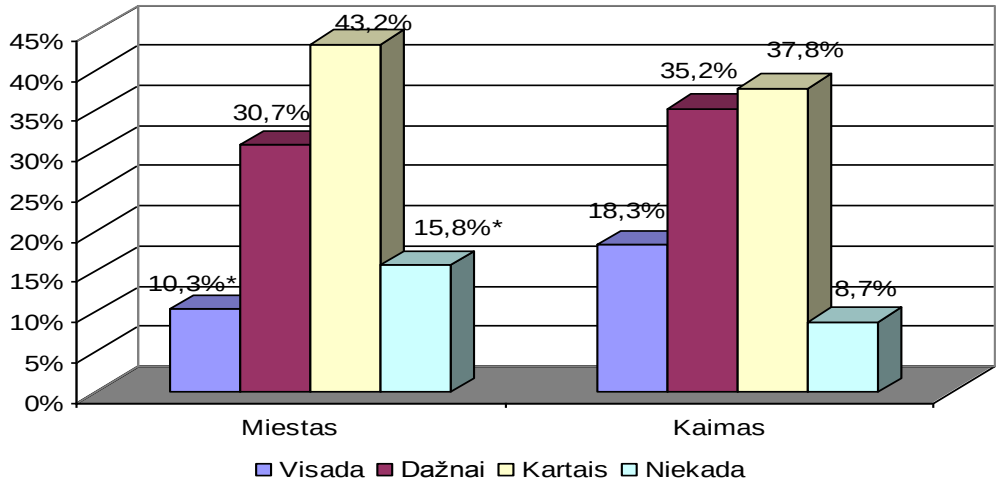
36 pav. Skirtingų lyčių pacientų atsakymų į klausimą „Ar domitės informacija apie sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su moterimis)

Viena iš slaugytojų pareigų yra dalyvauti sveikatos mokyme, propaguoti sveiką gyvenimo būdą, mokyti pacientus bei jų artimuosius ligų profilaktikos, sveikos mitybos. Kaip matome iš 37 pav. apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui bei sveikatos išsaugojimui dauguma respondentų nurodė, kad kalbamasi visada ir dažnai. Taip teigė 53,3 proc. slaugytojų ir 45,1 proc. pacientų, tačiau daugiau nei kas dešimtas (13,3 proc.) pacientas nurodė, kad slaugytojai niekada nesikalba su jais šia tema, kai, tuo tarpu, tai pripažino tik 0,8 proc. slaugytojų (p<0,05).



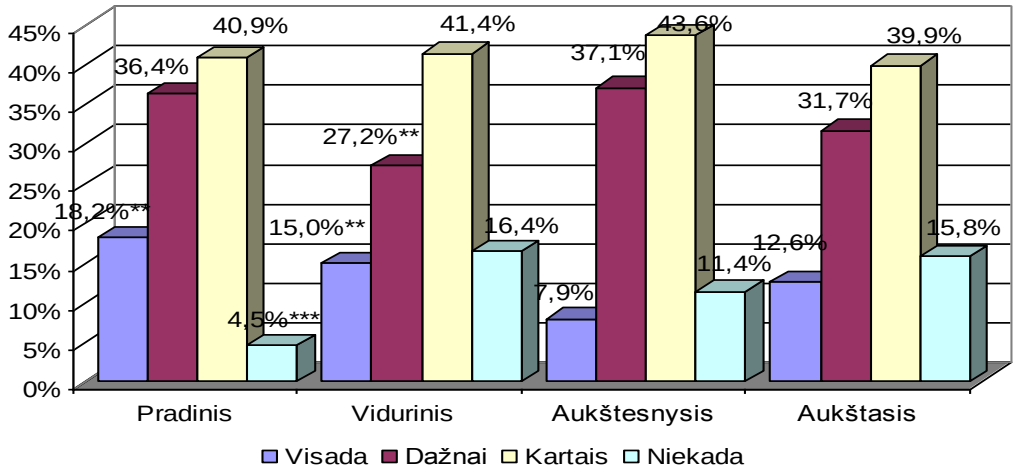
37 pav. Pacientų ir slaugytojų nuomonių, apie slaugytojų teikiamos informacijos pacientams apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, sveikatos išsaugojimą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su slaugytojais)

Statistiškai reikšmingai dvigubai daugiau pacientų gyvenančių mieste (15,8 proc.) teigė, kad slaugytojai niekada nesikalba apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, lyginant su pacientais gyvenančiais kaime (8,7 proc.) (38 pav.).



38 pav. Skirtingose gyvenamosiose vietose gyvenančių pacientų atsakymų į klausimą „Ar kalbasi slaugytojai apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, sveikatos išsaugojimą?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pacientais gyvenančiais kaime)

Pacientų atsakymai priklausė ir nuo jų išsilavinimo (39 pav.). 3,5 karto daugiau turinčių aukštąjį (15,8 proc.) ir daugiau nei 3,5 karto – vidurinį (16,4 proc.) išsilavinimą turinčių pacientų teigė, kad slaugytojai niekada nesikalba apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, lyginant su pradinį išsilavinimą (4,5 proc.) turinčiais pacientais (p<0,05).



39 pav. Skirtingą išsilavinimą turinčių pacientų atsakymų į klausimą „Ar kalbasi slaugytojai apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, sveikatos išsaugojimą?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su vidurinį išsilavinimą turinčiais pacientais)
(**p<0,05, lyginant su aukštesnįjį išsilavinimą turinčiais pacientais)
(***p<0,05, lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais pacientais)

Stasistiškai reikšmingai jaunesnio amžiaus pacientai buvo reiklesni informacijai apie sveiką gyvenseną, nei vyresnio amžiaus, tai yra, kas penktas pacientas iki 45 metų amžiaus (21,3 proc.) nurodė, kad slaugytojai niekada nesikalba apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, kai tuo tarpu tarp 45–54 metų amžiaus taip atsakė – 12,5 proc.; 55–64 metų – 8,1 proc., tos pačios nuomonės buvo ir daugiau nei kas dešimtas (13,3 proc.) 65 metų ir vyresnio amžiaus pacientas.

Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie teikiamus patarimus kaip sveikai gyventi skyrėsi (10 lentelė). Beveik pusės (47,9 proc.) pacientų nuomone, slaugytojai nepatarė kaip mesti rūkyti, 48,2 proc. – kaip sumažinti alkoholio vartojimą, 34,4 proc. – kaip normalizuoti kraujo spaudimą, 32,8 proc. – kaip aktyviai ilsėtis ir 29,2 proc. – kaip sveikai maitintis. Slaugytojai buvo geresnės nuomonės apie save, tai yra, tik 14,7 proc. teigė nepatariantys kaip pacientams mesti rūkyti, 16,8 proc. – kaip sumažinti alkoholio vartojimą, 9,5 proc. – kaip normalizuoti kraujo spaudimą, 8,9 proc. – kaip aktyviai ilsėtis ir 5,1 proc. – kaip sveikai maitintis ($p<0,05$).

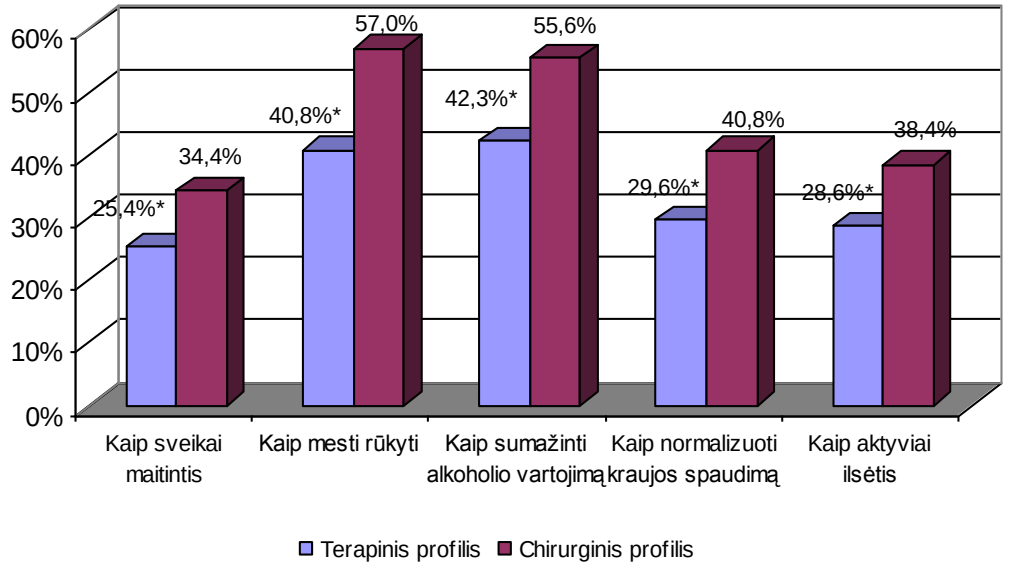
10 lentelė. Slaugytojų ir pacientų nuomonių, apie slaugytojų pacientams suteiktų patarimų pakankamumą sveikatos klausimais, pasiskirstymas

Patarimai:	Respondentai	Atsakymų variantai			Reikšmingumas
		Taip n (proc.)	Ne n (proc.)	Nepakankamai n (proc.)	
Kaip sveikai maitintis?	Pacientai	423 (61,1)	202 (29,2)	67 (9,7)	χ^2=89,007 p<0,00001
	Slaugytojai	288 (77,4)*	19 (5,1)*	65 (17,5)*	
Kaip mesti rūkyti?	Pacientai	211 (39,4)	257 (47,9)	68 (12,7)	χ^2=124,007 p<0,00001
	Slaugytojai	187 (51,0)*	54 (14,7)*	126 (34,3)*	
Kaip sumažinti alkoholio vartojimą?	Pacientai	218 (39,9)	263 (48,2)	65 (11,9)*	χ^2=123,687 p<0,00001
	Slaugytojai	172 (46,8)*	62 (16,8)*	134 (36,4)*	
Kaip normalizuoti kraujo spaudimą?	Pacientai	367 (56,3)	224 (34,4)	61 (9,3)	χ^2=104,666 p<0,00001
	Slaugytojai	237 (64,1)*	35 (9,5)*	98 (26,4)*	
Kaip aktyviai ilsėtis?	Pacientai	370 (56,9)	213 (32,8)	67 (10,3)	χ^2=97,808 p<0,00001
	Slaugytojai	236 (64,0)*	33 (8,9)*	100(27,1)*	

*p<0,05, lyginant su pacientais

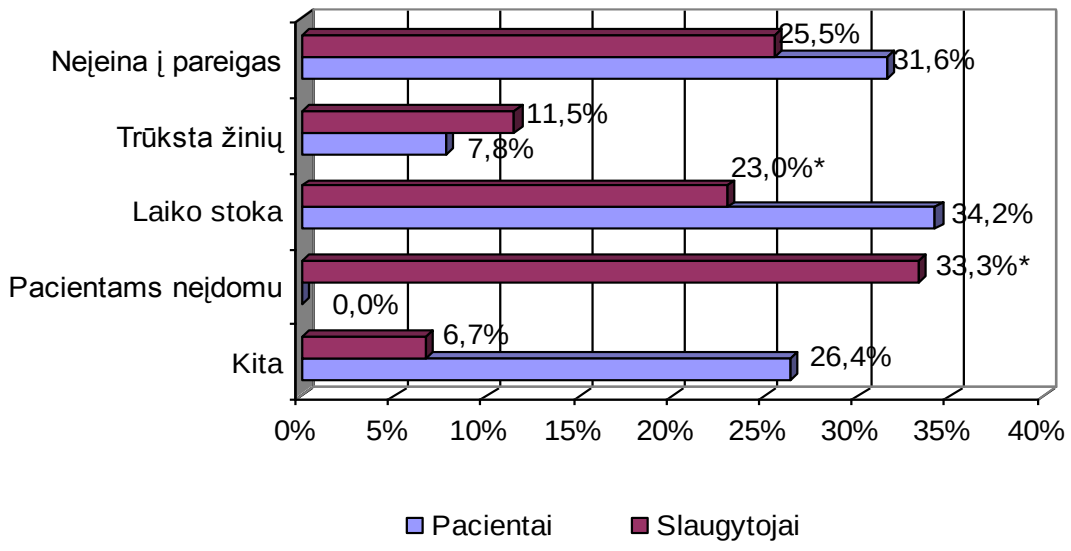
Mažiau informuoti apie sveiką gyvenseną buvo chirurgijos skyriuose besigydantys pacientai (40 pav.), tai yra: kaip sveikai maitintis slaugytojai nepatarė kas trečiam (34,4 proc.) chirurginiuose skyriuose ir kas ketvirtam (25,4 proc.) terapiniuose skyriuose gulintiems pacientams; kaip mesti rūkyti – daugiau nei pusei (57,0 proc.) chirurginiuose ir 40,8 proc. terapiniuose skyriuose besigydantiems pacientams; kaip sumažinti alkoholio vartojimą – 55,6 proc. chirurginiuose ir 42,3 proc. terapiniuose; kaip normalizuoti kraujo spaudimą – 40,8 proc.

chirurginiuose ir 29,6 proc. terapiniuose; kaip aktyviai ilsėtis – 38,4 proc. chirurginiuose ir 28,6 proc. terapiniuose skyriuose besigydantiems pacientams (p<0,05) .



40 pav. Skirtingų profilių skyriuose gydomų pacientų atsakymų, apie slaugytojų nesuteikiamą informaciją sveiko gyvenimo būdo klausimais, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su chirurgijos profilio skyriuose besigydžiusiais pacientais)

Siekiant išsiaiškinti veiksnius, kurie trukdo slaugytojams suteikti informaciją pacientams apie sveiką gyvenseną, respondentų, kurie atsakė „ne“ nors į vieną klausimą (pacientai 47,1 proc. n=413, slaugytojai 42,0 proc. n=163), paprašėme nurodyti priežastis, pasirenkant atsakymų variantus: „tai neįeina į pareigas“, „trūksta žinių“, „laiko stoka“, „pacientams tai neįdomu“ ir „kita“ – paliekant atvirą klausimą. Kaip matome iš 41 pav. respondentų atsakymai skyrėsi: beveik trečdalis pacientų ir ketvirtadalis slaugytojų nurodė, kad tai neįeina į pareigas; daugiau nei kas dešimtas slaugytojas nurodė, kad trūksta žinių; trečdalis pacientų ir beveik ketvirtadalis slaugytojų nurodė laiko stoką; net trečdalio slaugytojų nuomone – pacientams neįdomu, nors taip teigusio nebuvo nei vieno paciento. Atvirą atsakymo variantą pasirinko daugiau nei ketvirtadalis pacientų įrašydami „man to nereikia“, „man neįdomu“, „tai nebūtina“, „kiekvieno žmogaus sprendimas“, „tai manęs nedomina“, „man ir taip aišku“, „neaktualu“, „nėra poreikio“, „tai atliko gydytojas“. 6,7 proc. slaugytojų pasirinkę atvirą atsakymo variantą – neįrašė nieko.



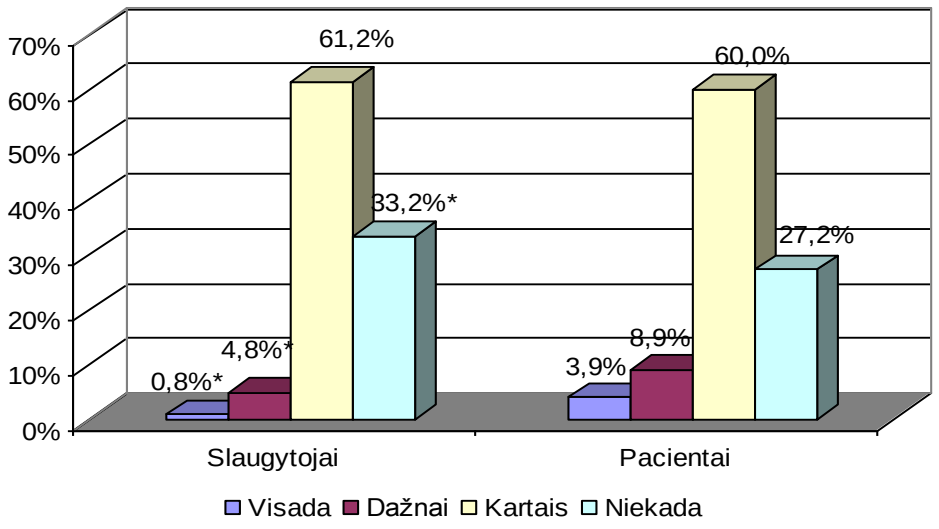
41 pav. Slaugytojų ir pacientų nurodytų priežasčių, trukdančių slaugytojams suteikti informaciją apie sveiką gyvenseną, palyginimas
(*p<0,05, lyginant su pacientais)

Dvigubai daugiau pacientų (48,6 proc.), besigydančių chirurgijos profilio skyriuose teigė, kad tai neįeina į slaugytojų pareigas lyginant su pacientais gulinčiais terapiniuose skyriuose (23,1 proc.) ir keturis kartus daugiau (28,2 proc.) pacientų gulinčių terapiniuose skyriuose lyginant su besigydančiais chirurginiuose skyriuose (7,3 proc.) manė, kad slaugytojams trūksta žinių (p<0,05). Tos pačios nuomonės buvo statistiškai reikšmingai du kartus daugiau (33,3 proc.) pacientų, turinčių aukštesnįjį išsilavinimą ir daugiau nei keturis kartus (15,0 proc.) vyresnių nei 65 metų amžiaus pacientų lyginant su turinčiais pradinį išsilavinimą (15,2 proc.) ir jaunesniais nei 45 metų amžiaus (3,4 proc.).

4.3.3. Informacijos suprantamumas

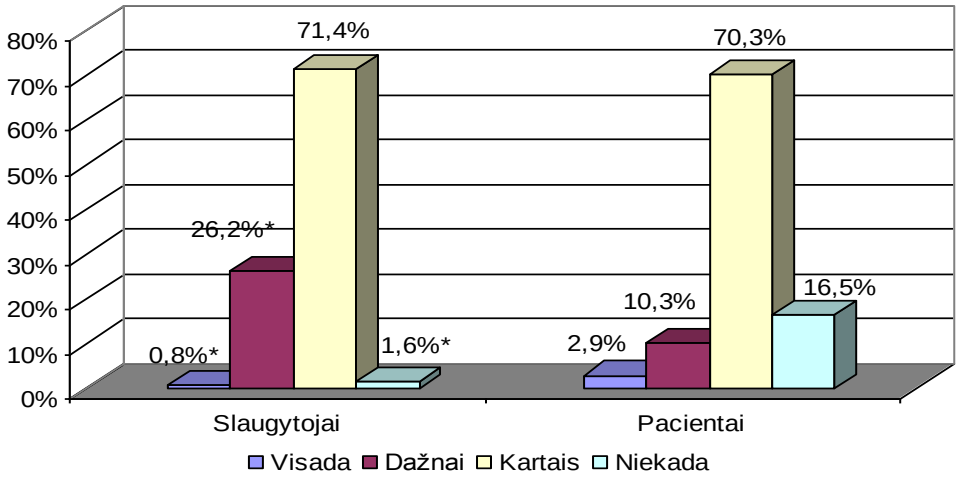
Statistiškai reikšmingai daugiau pacientų negu slaugytojų nurodė (42 pav.), kad slaugytojai bendraudami su pacientu naudoja daug sudėtingų medicinos terminų, atitinkamai: beveik penkis kartus daugiau (3,9 proc.) pacientų., negu slaugytojų (0,8 proc.) pasirinko atsakymo variantą „visada“ ir beveik dvigubai daugiau (8,9 proc.) pacientų negu slaugytojų (4,8 proc.) – atsakymą „dažnai“.

Tai leidžia teigti, jog slaugytojai net neįtaria, kad naudoja per daug sudėtingų terminų, kurie jiems atrodo savaime suprantami, kaip kasdieninio darbo dalis.



42 pav. Slaugytojų ir pacientų nuomonių, apie tai, ar slaugytojai bendraudami naudoja daug sudėtingų medicinos žodžių, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pacientų atsakymais)

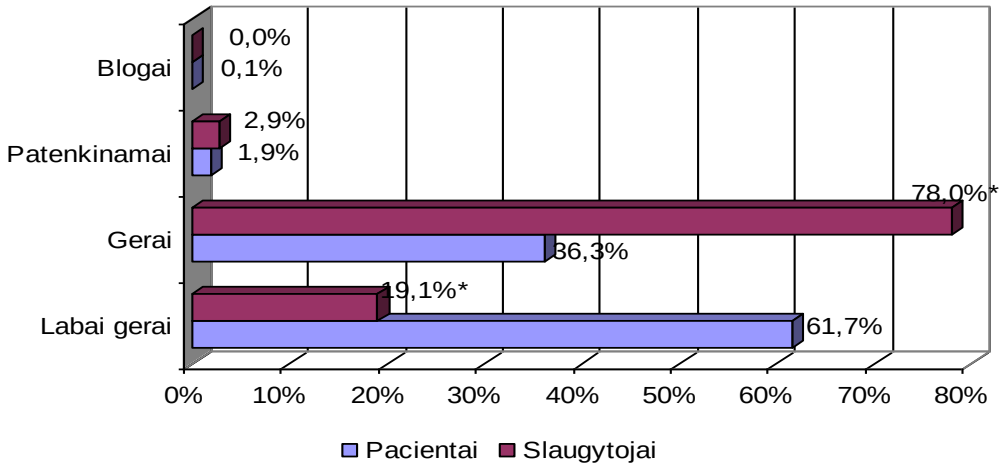
Respondentų atsakymai apie pacientų prašymą pakartoti jiems rūpimą informaciją skyrėsi (43 pav.): daugiau nei kas ketvirtas slaugytojas (26,2 proc.) ir tik kas dešimtas (10,3 proc.) pacientas teigė, kad pacientai dažnai prašo pakartoti jiems rūpimą informaciją, ir atitinkamai net dešimt kartų daugiau pacientų (16,5 proc.) negu slaugytojų (1,6 proc.) nurodė, kad neprašo informacijos kartoti niekada (p<0,05).



43 pav. Slaugytojų ir pacientų nuomonių, apie pacientų prašomą pakartoti jiems rūpimą informaciją, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pacientų atsakymais)

4.3.4. Slaugytojų darbo vertinimas

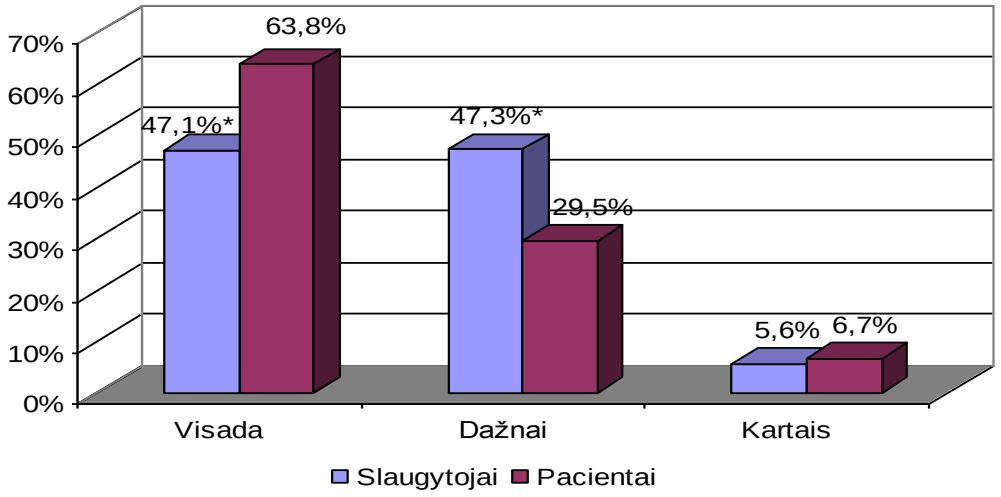
Siekiant išsiaiškinti kaip pacientai vertina slaugytojų darbą ir kaip slaugytojų nuomone jie yra vertinami pacientų, uždavėme vienodus klausimus pacientams ir slaugytojams. Atlikus duomenų analizę, paaiškėjo (44 pav.), kad pacientai geriau vertino slaugytojų darbą, negu įsivaizdavo patys slaugytojai, tai yra, tris kartus daugiau pacientų (61,7 proc.) slaugytojų darbą įvertino labai gerai, kai, tuo tarpu, tokio įvertinimo tikėjosi tik beveik kas penktas (19,1 proc.) slaugytojas ($p<0,05$).



44 pav. Slaugytojų ir pacientų nuomonių, apie tai, kaip pacientai vertina slaugytojų darbą, pasiskirstymas
(*$p<0,05$, lyginant su pacientų atsakymais)

Dauguma pacientų (98,6 proc.) į klausimą „Ar pasitikite Jus prižiūrinčiais slaugytojais?“ pasirinko atsakymo variantą „taip“ ir tik 1,4 proc. – nurodė, kad „ne“. Slaugytojai buvo labai panašios nuomonės, tai yra, 99,7 proc. – manė, kad pacientai jais pasitiki ir 0,3 proc., kad – ne.

Dauguma pacientų buvo patenkinti slaugytojų bendravimu su jais, tai yra, 63,8 proc. – nurodė, kad slaugytojai bendrauja visada, 29,5 proc. – dažnai, 6,7 proc. – kartais. Kaip matome iš 45 pav. slaugytojai manė, kad pacientai jų bendravimą vertina šiek tiek blogiau.



45 pav. Slaugytojų ir pacientų nuomonių, apie slaugytojų bendravimo su pacientais dažnumą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pacientų atsakymais)

Analizuojant pacientų atsakymus pagal darbo pobūdį, paaiškėjo, kad reikliausi buvo studentai, tai yra, beveik kas ketvirtas iš jų (24,0 proc.) nurodė, kad slaugytojai bendrauja „kartais“, kai tokį patį atsakymo variantą pasirinko 4,1 proc. darbininkų, 4,3 proc. tarnautojų, 8,1 proc. pensininkų ir 7,8 proc. kita (11 lentelė).

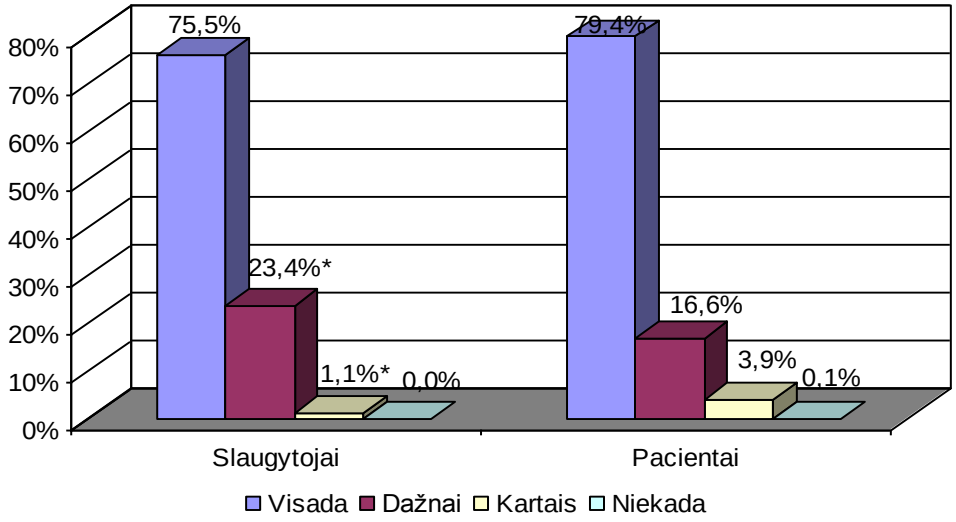
11 lentelė. Skirtingų darbo pobūdžio grupių pacientų nuomonių apie tai, kaip dažnai slaugytojai su jais bendrauja, pasiskirstymas

Darbo pobūdis	Atsakymų variantai			Reikšmingumas
	Visada n (proc.)	Dažnai n (proc.)	Kartais n (proc.)	
Darbininkas	80 (65,6)*	37 (30,3)*	5 (4,1)*	χ^2=22,210 p=0,005
Tarnautojas	145 (62,8)*	76 (32,9)	10 (4,3)*	
Studentas	9 (36,0)**	10 (40,0)	6 (24,0)**	
Pensininkas	189 (63,6)	84 (28,3)	24 (8,1)	
Kita	105 (68,2)	37 (24,0)	12 (7,8)	
Iš viso:	528 (63,8)	244 (29,5)	57 (6,7)	

*p<0,05, lyginant su studentais
**p<0,05, lyginant su pensininkais

Dauguma pacientų nurodė, kad slaugytojai jiems yra dėmesingi (46 pav.): 79,4 proc. – nurodė, kad „visada“, 16,6 proc. – „dažnai“, 3,9 proc. – „kartais“, 0,1 proc. – „niekada“ (p<0,05). Lyginant su slaugytojų atsakymais, paaiškėjo, kad šiek tiek mažiau slaugytojų (75,5 proc.) manė,

kad pacientams yra dėmesingi visada, statistiškai reikšmingai daugiau slaugytojų (23,4 proc.) pasirinko atsakymo variantą „dažnai“ ir tik 1,1 proc. – „kartais“.



46 pav. Slaugytojų ir pacientų atsakymų į klausimą „Ar slaugytojai dėmesingi pacientams?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su pacientų atsakymais)

Daugumos pacientų (84,7 proc.) nuomone, jų lankytojai yra patenkinti ligoninės personalo elgesiu su jais, 14,6 proc. pacientų nežinojo ar patenkinti ir 0,7 proc. nurodė, kad nepatenkinti. Pacientų nuomonė šiuo klausimu, priklausė nuo jų amžiaus ir darbo pobūdžio (12 lentelė). Reikliausi buvo pacientai iki 45 metų amžiaus ir studentai. Daugiausiai pacientų nurodžiusių, kad jų lankytojai patenkinti ligoninės personalo elgesiu su jais, buvo 65 metų ir vyresnių amžiaus grupėje (89,2 proc.), kai, tuo tarpu taip manė 77,3 proc. pacientų iki 45 metų amžiaus grupėje (p<0,05).

12 lentelė. Skirtingų amžiaus ir darbo pobūdžio grupių pacientų atsakymų į klausimą „Ar Jūsų lankytojai yra patenkinti ligoninės personalo elgesiu su Jais?“ pasiskirstymas

Socialiniai ir demografiniai veiksniai		Atsakymų variantai			Reikšmingumas
		Taip n (proc.)	Ne n (proc.)	Nežinau n (proc.)	
Amžiaus grupės	<45	136 (77,3)*	3 (1,7)	37 (21,0)**	χ^2 =14,352 p=0,026
	45–54	163 (84,0)	1 (0,5)	30 (15,5)	
	55–64	167 (86,1)	0 (0,0)	27 (13,9)	
	>=65	223 (89,2)	2 (0,8)	25 (10,0)	
	Iš viso:	**689 (84,7)**	**6 (0,7)**	**119 (14,6)**	
	*p<0,05, lyginant su 55–64 m. ir >=65m. amžiaus grupių pacientais **p<0,05, lyginant su >=65m. amžiaus grupių pacientais				
Darbo pobūdis	Darbininkas	104 (84,6)*	1 (0,8)	18 (14,6)*	χ^2 =22,011 p=0,005
	Tarnautojas	201 (87,8)*	1 (0,4)	27 (11,8)*	
	Studentas	15 (60,0) **	0 (0,0)	10 (40,0)**	
	Pensininkas	257 (87,4)	2 (0,7)	35 (11,9)	
	Kita	119 (77,8)	2 (1,3)	32 (20,9)	
	Iš viso:	**696 (84,5)**	**6 (0,7)**	**122 (14,8)**	
	*p<0,05, lyginant su studentais **p<0,05, lyginant su pensininkais				

Dauguma (92,2 proc.) pacientų, teigė, kad personalas supažindino juos su skyriaus vidaus tvarka ir tik 7,8 proc. – nurodė, kad nesupažindino (p<0,05). Reikliausi buvo studentai, pacientai priklausantys iki 45 metų amžiaus grupei, bei chirurgijos profilio skyriuose besigydantys pacientai.

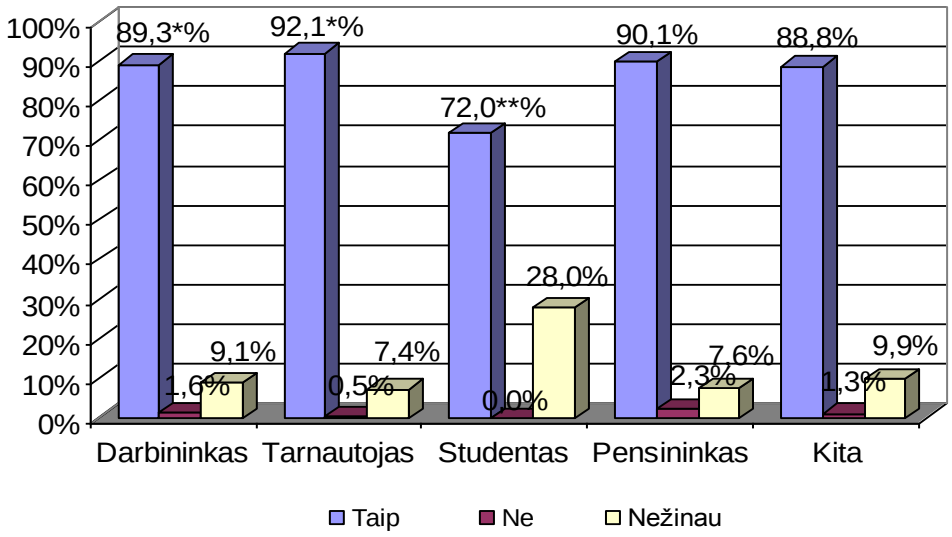
Keturis kartus daugiau (16,9 proc.) iki 45 metų amžiaus pacientų nurodė, kad personalas nesupažindino jų su skyriaus vidaus tvarka, lyginant su 45–54 metų amžiaus (4,6 proc.) ir 55–64 metų amžiaus pacientais (13 lentelė).

13 lentelė. Skirtingų amžiaus ir darbo pobūdžio grupių pacientų atsakymų į klausimą „Ar personalas supažindino Jus su skyriaus vidaus tvarka?“, pasiskirstymas

Socialiniai ir demografiniai veiksniai		Atsakymų variantai		Reikšmingumas
		Taip n (proc.)	**Ne n (proc.)**	
Amžiaus grupės	<45	148 (83,1)*	30 (16,9)*	χ^2=25,046 p<0,00001
	45–54	186 (95,4)	9 (4,6)	
	55–64	186 (95,4)	9 (4,6)	
	>=65	232 (92,8)	18 (7,2)	
	Iš viso:	**752 (91,9)**	**66 (8,1)**	
	*p<0,05, lyginant su 45–54 m., 55–64m.; >=65 m. amžiaus grupėmis			
Darbo pobūdis	Darbininkas	118 (95,9)*	5 (4,1)*	χ^2=38,078 p<0,00001
	Tarnautojas	217 (93,5)*	15 (6,5)*	
	Studentas	15 (60,0)**	10 (40,0)**	
	Pensininkas	274 (92,3)	23 (7,7)	
	Kita	138 (90,8)	14 (9,2)	
	Iš viso:	**762 (91,9)**	**67 (8,1)**	
	*p<0,05, lyginant su studentais **p<0,05, lyginant su pensininkais			

Statistiškai reikšmingai du su puse karto daugiau chirurgijos (12,0 proc.), nei terapijos (4,6 proc.) profilio skyriuose besigydančių pacientų tai pat nurodė, kad personalas nesupažindino jų su skyriaus vidaus tvarka.

Į klausimą „Jei reikėtų gydytis ligoninėje, ar Jūs pasirinktumėte šitą ligoninę?“ 90,0 proc. pacientų pasirinko atsakymą „taip“, 8,6 proc. – „nežinau“ ir 1,4 proc. – „ne“. Labiausiai neapsisprendę buvo studentai, tai yra, daugiau nei kas ketvirtas (28,0 proc.) pasirinko atsakymą „nežinau“ (47 pav.).



47 pav. Skirtingų darbo pobūdžio grupių pacientų atsakymų į klausimą „Jei reikėtų gydytis ligoninėje, ar Jūs pasirinktumėte šitą ligoninę?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su studentais)
(**p<0,05, lyginant su pensininkais)

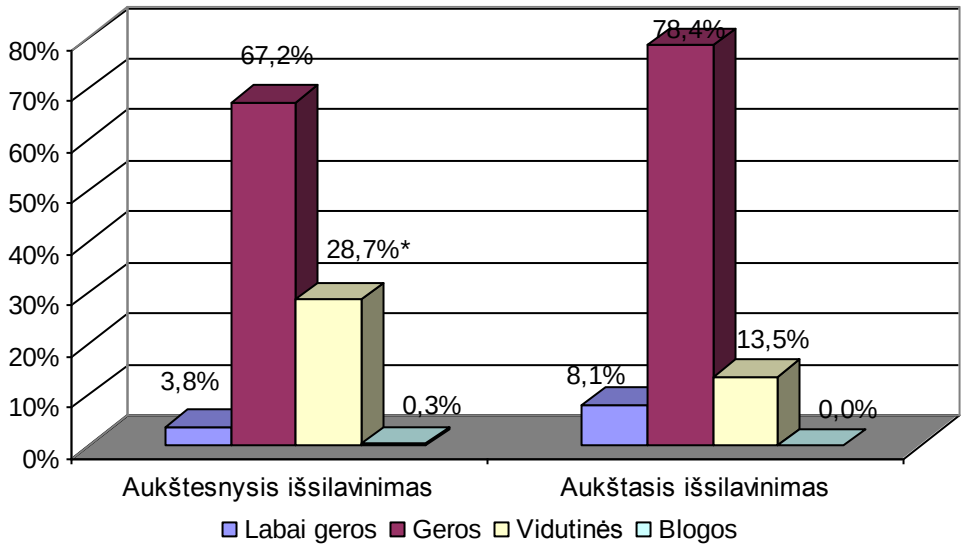
Apibendrinant galima teigti, kad slaugytojų ir pacientų nuomonės apie slaugytojų suteikiamos informacijos pakankamumą pacientams skyrėsi: apie ligą, sveikatos būklę, numatomos operacijos ir gydymosi trukmę daugiau pacientų nurodė gavę pakankamai informacijos, negu tą teigė slaugytojai; apie atliekamas slaugos procedūras, pasiruošimą būsimiems tyrimams, paskirtų vaistų vartojimą, pasiruošimą operacijai, bei sveiką gyvenseną slaugytojai teigė, daugiau suteikiantys informacijos negu tai pripažino pacientai. Chirurgijos profilio skyriuose besigydantys pacientai buvo mažiau informuoti apie pasiruošimą būsimiems tyrimams bei sveiko gyvenimo būdo klausimais. Informacijai buvo reiklesni pacientai iki 45 metų amžiaus, miesto gyventojai, pacientai turintys aukštąjį išsilavinimą ir moterys. Slaugytojai, turintys aukštąjį išsilavinimą buvo savikritiškesni, tai yra, dažniau pripažino pakankamai nesuteikiantys informacijos pacientams.

Statistiškai reikšmingai daugiau pacientų negu slaugytojų nurodė, kad slaugytojai bendraudami su pacientu naudoja daug sudėtingų medicinos terminų, tačiau tik kas dešimtas pacientas nurodė prašantis pakartoti jam rūpimą informaciją. Pacientai geriau vertino slaugytojų darbą, negu įsivaizdavo patys slaugytojai.

4.4. SLAUGYTOJŲ NUOMONĖ APIE PACIENTŲ SVEIKATOS MOKYMĄ IR SAVO ŽINIŲ SVEIKATOS KLAUSIMAIS VERTINIMAS

Svarbu buvo sužinoti slaugytojų nuomonę ar pakanka jiems žinių apie sveikatos mokymą: tik 18,5 proc. slaugytojų teigė, kad pakanka; didžioji dalis (76,4 proc.) nurodė, kad dalinai ir 5,1 proc. – prisipažino, kad nepakanka. Statistiškai reikšmingai geriau savo žinias vertino slaugytojai, turintys aukštąjį išsilavinimą, tai yra, 28,9 proc. teigė, kad pakanka, 71,1 proc. – dalinai ir pripažinusių, kad žinių nepakanka nebuvo. Slaugytojų, turinčių aukštesnįjį išsilavinimą atsakymai pasiskirstė sekančiai: žinių pakako – 15,8 proc., dalinai pakako – 77,8 proc. ir nepakako – 6,4 proc. slaugytojų ($p<0,05$).

Savo žinias apie sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką, daugiau negu pusė slaugytojų (69,5 proc.) įvertino gerai, ketvirtadalis (25,6 proc.) – vidutiniškai, tik 4,6 proc. – labai gerai ir 0,3 proc. – blogai. Skyrėsi slaugytojų atsakymai priklausomai nuo jų išsilavinimo (48 pav.): slaugytojai, turintys aukštąjį išsilavinimą savo žinias vertino geriau, atitinkamai dvigubai daugiau slaugytojų, turinčių aukštąjį (8,1 proc.) nei aukštesnįjį (3,8 proc.) išsilavinimą savo žinias įvertino kaip labai geras. Statistiškai reikšmingai daugiau nei du kartus slaugytojų, turinčių aukštesnįjį išsilavinimą (28,7 proc.) savo žinias įvertino kaip vidutines, lyginant su slaugytojais, turinčiais aukštąjį išsilavinimą (13,5 proc.).

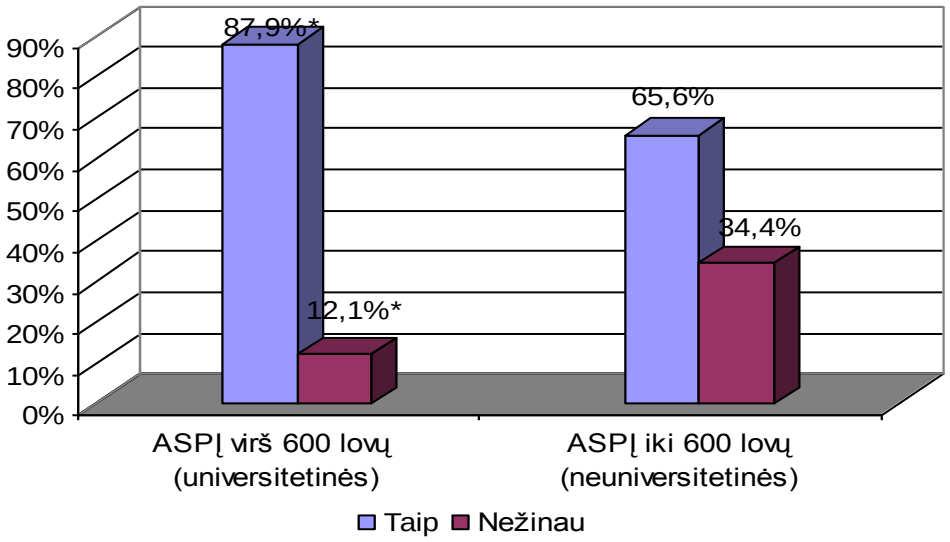


48 pav. Skirtingą išsilavinimą turinčių slaugytojų atsakymų į klausimą „Kaip vertinate savo žinias apie sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką?“, pasiskirstymas
(*$p<0,05$, lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais slaugytojais)

Į klausimą „Ar Jūs dalyvavote kokiuose nors tobulinimosi kursuose, kuriuose būtų mokoma sveikos gyvensenos principų?“ didžioji dalis (74,1 proc.) slaugytojų nurodė, kad „ne“ ir tik

ketvirtadalis (25,9 proc.) teigė, kad „taip“. Analizuojant atsakymus pagal slaugytojų išsilavinimą, amžių bei profilį, kuriame dirba, statistiškai reikšmingų rezultatų nerasta.

Norint objektyviai įvertinti slaugytojų žinias, uždavėme keletą klausimų apie kūno masės indeksą, suvartojamą druskos kiekį, kraujo spaudimą bei rūkymą. Trys ketvirtadaliai (75,6 proc.) slaugytojų teigė, kad žino kaip apskaičiuoti kūno masės indeksą ir ketvirtadalis (24,4 proc.) prisipažino, kad nežino, tačiau atvirame klausime, paprašius nurodyti kaip tai apskaičiuojama, 21,9 proc. slaugytojų teigusių, kad žino kaip apskaičiuoti KMI – neįrašė nieko, 60,2 proc. įrašiusiųjų – parašė klaidingai ir tik 39,8 proc. nurodė teisingai kaip apskaičiuoti kūno masės indeksą. Statistiškai reikšmingai daugiau (87,9 proc.) slaugytojų, dirbančių universitetinėse ligoninėse, teigė žinantys kaip apskaičiuoti kūno masės indeksą, lyginant su slaugytojais, dirbančiais neuniversitetinėse ligoninėse (65,6 proc.); atitinkamai trečdalis slaugytojų, dirbančių neuniversitetinėse ligoninėse (34,4 proc.) ir tik šiek tiek daugiau nei kas dešimtas (12,1 proc.) slaugytojas, dirbantis universitetinėse ligoninėse, pripažino nežinantys (49 pav.).



49 pav. Skirtingose asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ASPĮ) dirbusių slaugytojų atsakymų į klausimą „Ar žinote kaip apskaičiuoti normalų žmogaus kūno svorį?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su ASPĮ iki 600 lovų)

Į klausimą „Kiek druskos suaugusiam žmogui pakanka suvartoti per dieną?“ buvo pateikta keletas atsakymo variantų, iš kurių, respondentai turėjo pasirinkti vieną. Daugiau negu pusė (54,6 proc.) slaugytojų pasirinko atsakymą – „3g.“, daugiau nei trečdalis (36,2 proc.) – „6g.“, 6,8 proc. – „10 g.“, 2,1 proc. – „15 g.“, tik 0,3 proc. – pasirinko atsakymą „nežinau“.

Beveik pusė slaugytojų (44,9 proc.) nurodė, kad reguliariai rūkančiais laikytų surūkančius 1 cigaretę per dieną, daugiau nei trečdalis (35,3 proc.) 1–6 cigaretes per dieną ir 19,8 proc. – daugiau nei 10 cigarečių per dieną.

Atlikus analizę pagal Asmens sveikatos priežiūros įstaigų lovų skaičių, slaugytojų atsakymai skyrėsi statistiškai reikšmingai (14 lentelė). Daugiau negu pusė slaugytojų, dirbančių universitetinėse ligoninėse (57,8 proc.) ir tik beveik trečdalis (32,7 proc.) dirbančių neuniversitetinėse ligoninėse nurodė, kad reguliariai rūkančiais laikytų asmenis, surūkančius vieną cigaretę per dieną ($p<0,05$).

14 lentelė. Skirtingose Asmens sveikatos priežiūros įstaigų grupėse dirbusių slaugytojų atsakymų į klausimą „Kiek druskos suaugusiam žmogui pakanka suvartoti per dieną?“ ir „Kuriuos asmenis laikytumėte reguliariai rūkančiais?“, pasiskirstymas

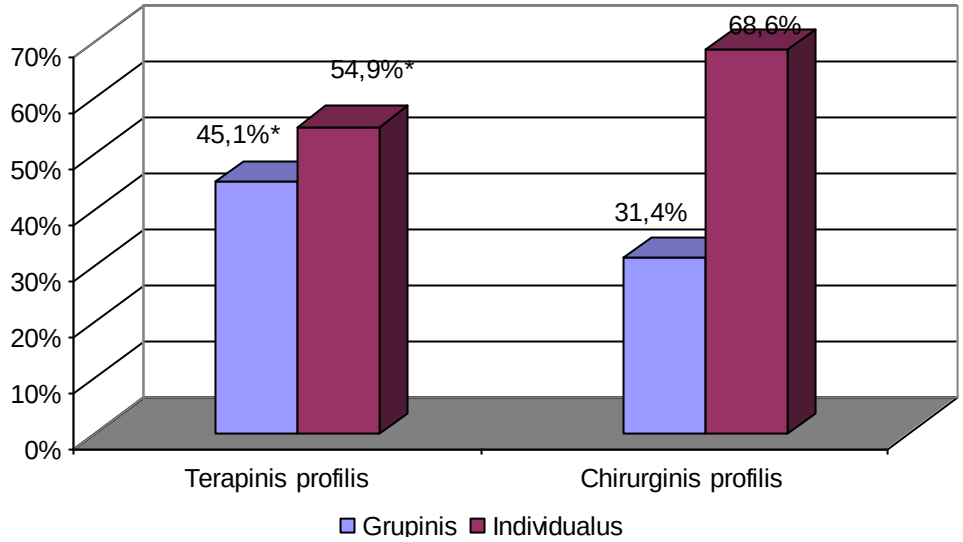
Atsakymų variantai	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos		Reikšmingumas
	Virš 600 lovų (universitetinės) n (proc.)	Iki 600 lovų (neuniversitetinės) n (proc.)	
3g.	95 (58,3)*	92 (45,8)	χ^2 =17,538 p=0,004
6g.	48 (29,4)	77 (38,3)	
10g.	5 (3,1)*	19 (9,5)	
15g.	1 (0,6)	6 (3,0)	
Nežinau	14 (8,6)	7 (3,4)	
1 cigaretę per dieną	93 (57,8)*	69 (32,7)	χ^2 =25,584 p<0,00001
1–6 cigaretes per dieną	37 (23,0)*	90 (42,7)	
Daugiau nei 10 cigarečių per dieną	28 (17,4)	43 (20,4)	
Nežinau	3 (1,8)	9 (4,2)	
*p<0,05, lyginant su ASPĮ virš 600 lovų			

Į klausimą „Nuo kokios ribos suaugusio žmogaus diastolinis kraujospūdis (mm Hg) vertinamas kaip padidėjęs?“ daugiausia (72,0 proc.) slaugytojų pasirinko atsakymo variantą – „90“, 16,2 proc. – „100“, 6,6 proc. – „80“ ir 5,2 proc. – „110“. Statistiškai reikšmingai daugiau slaugytojų, dirbančių terapijos profilio (77,2 proc.) negu chirurgijos profilio (65,0 proc.) skyriuose, žinojo nuo kokios ribos suaugusio žmogaus diastolinis kraujospūdis vertinamas kaip padidėjęs, tai yra, pasirinko atsakymą „90“ (15 lentelė).

15 lentelė. Skirtingų profilių skyriuose dirbusių slaugytojų atsakymų į klausimą „Nuo kokios ribos suaugusio žmogaus diastolinis kraujospūdis (mm Hg) vertinamas kaip padidėjęs?“, pasiskirstymas

Atsakymų variantai	Profilis, kuriame dirba		Reikšmingumas
	Terapijos n (proc.)	Chirurgijos n (proc.)	
80	11 (5,1)	15 (9,6)	χ^2 =7,947 p=0,047
90	166 (77,2)*	102 (65,0)	
100	27 (12,6)*	32 (20,4)	
110	11 (5,1)	8 (5,0)	
*p<0,05, lyginant su chirurgijos profiliu			

Į klausimą „Kaip turėtų būti vykdomas ligonių sveikos gyvensenos, ligų profilaktikos mokymas ligoninėje?“ (50 pav.) daugiau negu pusė (60,1 proc.) slaugytojų pasirinko atsakymo variantą „individualus“ ir 39,9 proc. – „grupinis“. Statistiškai reikšmingai daugiau slaugytojų, dirbančių chirurgijos (68,6 proc.) nei terapijos (54,9 proc.) profilio skyriuose, manė, kad pacientus reikėtų mokyti individualiai.

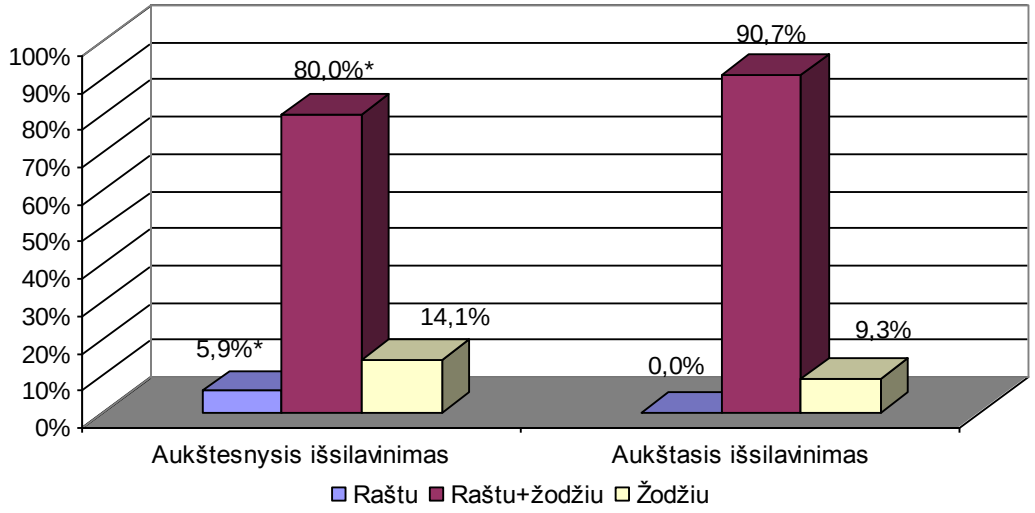


50 pav. Skirtingų profilių skyriuose dirbančių slaugytojų atsakymų į klausimą „Kaip jūs galvojate, kaip turėtų būti vykdomas ligonių sveikos gyvensenos, ligų profilaktikos mokymas ligoninėje?“, pasiskirstymas

(*p<0,05, lyginant su chirurgijos profilio skyriuose dirbančiais slaugytojais)

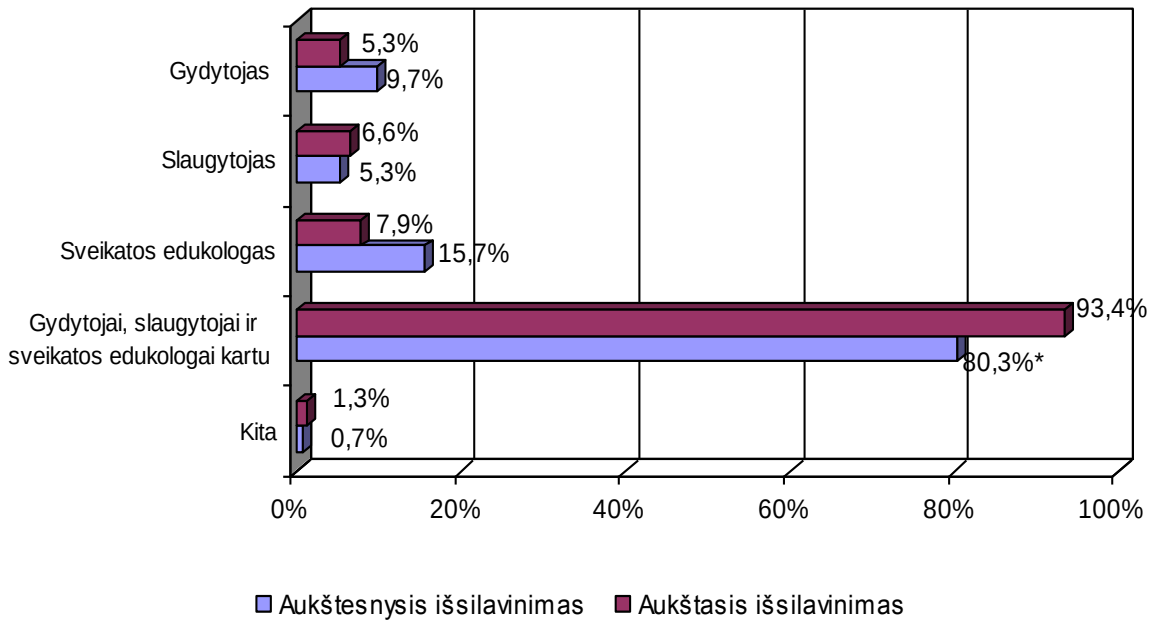
Daugumos (82,3 proc.) slaugytojų nuomone, pagrindinę informaciją apie sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką pacientams reikėtų pateikti ir raštu ir žodžiu, daugiau nei kas dešimtas (13,2 proc.) slaugytojas manė, kad tik žodžiu ir tik 4,5 proc. – raštu. Daugiausiai raštu ir žodžiu pateikiamos informacijos šalininkų buvo tarp slaugytojų, turinčių aukštąjį išsilavinimą (90,7 proc.) ir nei vienas iš jų (0,0 proc.) nemanė, kad pagrindinę informaciją pacientams būtų galima

pateikti raštu. Slaugytojų, turinčių aukštesnijį išsilavinimą atsakymai į šį klausimą pasiskirstė sekančiai: 80,0 proc. – raštu ir žodžiu, 14,1 proc. – žodžiu, 5,9 proc. – raštu (51 pav.).



51 pav. Skirtingą išsilavinimą turinčių slaugytojų nuomonių, apie sveikos gyvensenos ir ligų profilaktikos klausimais informacijos pateikimo būdą, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais slaugytojais)

Į klausimą „Kas, Jūsų nuomone, ligonius turėtų mokyti sveikos gyvensenos?“ buvo pateikta keletas atsakymo variantų. Daugiausiai slaugytojų (83,0 proc.) pasirinko atsakymą „gydytojai, slaugytojai ir sveikatos edukologai kartu“, 14,1 proc. – „sveikatos edukologas“, 8,8 proc. – nurodė gydytoją, 5,6 proc. – slaugytoją ir 0,8 proc. pasirinko atvirą atsakymo variantą, tai yra, „kita“, tačiau nieko neįrašė. Analizuojant atsakymus pagal slaugytojų išsilavinimą (52 pav.), paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingai daugiau (93,4 proc.) slaugytojų, turinčių aukštąjį, negu aukštesnijį (80,3 proc.) išsilavinimą nurodė, kad pacientus turėtų mokyti gydytojai, slaugytojai ir sveikatos edukologai kartu.



52 pav. Skirtingą išsilavinimą turinčių slaugytojų atsakymų į klausimą „Kas Jūsų nuomone ligonius turėtų mokyti sveikos gyvensenos?“, pasiskirstymas
(*p<0,05, lyginant su aukštąjį išsilavinimą turinčiais slaugytojais)

Į klausimą „Ar sutiktumėte dalyvauti vykdant pacientų sveikatos mokymo programą?“ dauguma (70,8 proc.) slaugytojų nurodė, kad sutiktų, 0,2 proc. – dalinai sutiktų ir daugiau nei ketvirtadalis (29,0 proc.) – nesutiktų.

Apibendrinant galima teigti, kad trys ketvirtadaliai slaugytojų mano, kad jiems tik dalinai pakanka žinių apie sveikatos mokymą. Savo žinias geriau vertino slaugytojai, turintys aukštąjį išsilavinimą.

Daugiau nei pusė slaugytojų savo žinias apie sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką vertino gerai, tačiau, net kas ketvirtas slaugytojas prisipažino, kad nežino pagrindinių lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kriterijų.

Daugiau nei pusė slaugytojų mano, kad sveikos gyvensenos ir ligų profilaktikos mokymas ligoninėje turėtų būti individualus. Daugumos nuomone, informaciją pacientams reikėtų pateikti raštu ir žodžiu, pacientus sveikos gyvensenos turėtų mokyti gydytojai, slaugytojai ir sveikatos edukologai kartu.

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Darbe pateikiami pirmą kartą Lietuvoje atlikto tyrimo skirto pacientų sveikatos raštingumui, bei jį įtakojančių veiksnių vertinimo rezultatai, nustatyta sveikatos mokymo ir informacijos poreikiai pacientams atsižvelgiant į jų sveikatos raštingumo lygį. Pacientų ir slaugytojų požiūrių tyrimo rezultatai į slaugytojų teikiamą informaciją pacientams atvėrė galimybę palyginti Lietuvos situaciją su tarptautinių tyrimų rezultatais, o ištirta slaugytojų nuomonė apie savo žinių sveikatos klausimais vertinimą ir pacientų sveikatos mokymą yra puiki prielaida praktiniam rezultatų panaudojimui.

Patvirtinus PSO visuomenės sveikatos priežiūros „Sveikata visiems XXI amžiuje“ principus, Europos šalys įsipareigojo rūpintis žmonių sveikata ir gerove, ir patvirtino, kad siekis kuo geresnės sveikatos yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių [139]. Didelis dėmesys skiriamas visuomenės sveikatos ugdymui ir lėtinių ligų rizikos veiksnių kontrolei, nes žinios apie sveikatą naudingos tiek sveikiems, tiek turintiems sveikatos problemų ar sergantiems lėtinėmis ligomis. Jos padeda formuoti sveikos gyvensenos įgūdžius ir nuostatas, sąmoningai suprasti rizikos veiksnių įtaką, o vėliau keisti elgseną, siekiant geresnės sveikatos [101]. Naujausių sociologinių ir epidemiologinių tyrimų rezultatai rodo, kad pacientų įtraukimas į sprendimus, susijusius su jų sveikatos problemų sprendimu, padidina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir skatina jų pasitikėjimą bei ugdo atsakomybę už savo pačių sveikatą [23, 126]. Sveikatos priežiūra tampa vis labiau orientuota i pacientą ir vis labiau individualizuota, kai pacientas tampa aktyviu sveikatos priežiūros subjektu, o ne vien tik šių paslaugų teikimo objektu [46].

Pacientų sugebėjimas rūpintis savo sveikata ir naudotis sveikatos priežiūros sistema tiesiogiai priklauso nuo sveikatos raštingumo įgūdžių [122].

Pacientų sveikatos raštingumui mokslo literatūroje skiriama daug dėmesio. Sveikatos raštingumas plačiai nagrinėjamas JAV, Ispanijoje, o per pastarąjį dešimtmetį ir visoje Vakarų Europoje. Daugelyje straipsnių nagrinėjamas problemos paplitimas, sveikatos raštingumo įtaka paciento–gydytojo bendravimui, sveikatos raštingumo ryšys su sveikatos išeitimis, būdai, pagerinantys bendravimą su neišprususiais pacientais.

Nemaža dalis tyrimų yra struktūrizuoti, susiję su įvairiomis pacientų ligų grupėmis naudojami skirtingi tyrimo metodai sveikatos raštingumo lygiui nustatyti [30, 66, 162], todėl daugeliu atveju negalėjome palyginti su savo tyrimo rezultatais. Mūsų tyrimo

duomenis lyginome tiktai su tų tyrimų duomenimis, kuriuose buvo naudojama suaugusiųjų funkcinio sveikatos raštingumo testo versijos sveikatos raštingumui nustatyti. JAV Williamso su bendaautoriais atliktame tyrime iš 1892 anglakalbių pacientų 35,1 proc. turėjo nepakankamą ar ribinį funkcinį sveikatos raštingumą [162]. David W. Bakerio ir bendraautorių atliktame tyrime, apklausus 958 pacientus Atlantos sveikatos priežiūros centre nustatyta, kad 35,0 proc. pacientų turėjo nepakankamą sveikatos raštingumą ir 13,0 proc. – ribinį sveikatos raštingumą [6], o Williamsas, Bakeris, Parkeris ir Nurssas nagrinėjo ryšį tarp funkcinio sveikatos raštingumo ir žinių apie lėtines ligas ir apklausus 402 pacientus su padidėjusiu kraujospūdžiu ir 114 – sergančių cukriniu diabetu, nustatė, kad 48,0 proc. – pacientų turėjo nepakankamą funkcinį sveikatos raštingumą [164]. Julie A.Gazmararian, Bakerio, Williamso ir kitų atliktame tyrime, kurio metu apklausta 853 pacientai iš Cleveland, 498 – iš Houston, 975 iš South Florida, 934 – Tampa, iš kurių 2956 pacientai buvo kalbantys angliškai ir 304 – ispaniškai; nustatyta, kad: tarp angliškai kalbančių pacientų 23,5 proc. turėjo nepakankamą, 10,4 proc. – ribinį, 66,1 proc. pakankamą sveikatos raštingumą; tarp ispaniškai kalbančių pacientų 34,2 proc. – turėjo nepakankamą, 19,7 proc. – ribinį ir 46,1 proc. – pakankamą sveikatos raštingumą [50]. 2007 m. Christian von Wagnerio, Katherina Knight, Andrew Steptoe‘no, Jane Wardle JK atliktame tyrime, apklausus 759 suaugusiuosius naudojant britų suaugusiųjų funkcinio sveikatos raštingumo testą nustatyta, kad 11,4 proc. dalyvių funkcinis sveikatos raštingumas buvo ribinis arba neadekvatus [152]. Peter Houtsas ir bendraautoriai teigia, kad žemo sveikatos raštingumo procentas JK panašus kaip ir JAV, Kanadoje ir dviejose Europos šalyse: Olandijoje ir Švedijoje. Visi pateikti rezultatai rodo, kad dalis pacientų, turinčių nepakankamą sveikatos raštingumo lygį, svyruoja nuo 23,5 proc. iki 48,0 proc., tai yra, panašiai kaip ir mūsų tyrime, trečdalis (35,2 proc.) tirtųjų buvo nepakankamo sveikatos raštingumo.

Daugelio tyrinėjimų duomenimis, žemas sveikatos raštingumas ypač dažnas tarp vyresnio amžiaus pacientų. JAV nacionalinės suaugusiųjų raštingumo apžvalgos duomenimis, vyresnio amžiaus žmonės labiau linkę parodyti ribotą sveikatos raštingumą, nei vidutinio amžiaus ar jaunesni žmonės [80]. JAV atlikto tyrimo duomenimis nepakankamo arba ribinio sveikatos raštingumo paplitimas didesnis tarp vyresnių pacientų, tai yra, net 80,0 proc. 60 metų amžiaus ir vyresnių, sveikatos raštingumas yra nepakankamas ar ribinis [162]. Williamso ir kolegų atliktame tyrime 81,3 proc. anglakalbių ir 82,6 proc. ispanų vyresnių nei 60 metų amžiaus turėjo nepakankamą ar ribinį funkcinį

sveikatos raštingumą [162]. JK atlikto tyrimo metu, ribinis sveikatos raštingumas buvo taip pat didesnis tarp vyresnio amžiaus žmonių, tai yra, tik 5,7 proc. 18–44 m. amžiaus dalyvių turėjo ribinį ar neadekvatų sveikatos raštingumą, palyginus su 30,0 proc. 65 metų ir vyresniais. Panašūs rezultatai gauti ir mūsų atlikto tyrimo metu, tai yra, didėjant pacientų amžiui, pacientų, turinčių nepakankamą sveikatos raštingumą, daugėjo: tarp vyresnių nei 65 metų amžiaus pacientų nepakankamas sveikatos raštingumas buvo tris su puse karto dažnesnis (56,2 proc.), nei tarp jaunesnių, tai yra, iki 45 metų amžiaus (15,6 proc.) pacientų.

JK [152] ir mūsų atlikto tyrimo metu nustatyta, kad sveikatos raštingumas priklausė ir nuo lyties. JK daugiau vyrų (7,1 proc.), nei moterų (5,8 proc.) pateko į nepakankamo sveikatos raštingumo kategoriją. Mūsų tyrimo metu moterys taip pat turėjo šiek tiek aukštesnį sveikatos raštingumo lygį negu vyrai, tai yra, tarp moterų buvo mažiau turinčių nepakankamą sveikatos raštingumą (29,9 proc.), negu vyrų (38,7 proc.). Tai galima būtų paaiškinti tuo, kad moterys yra žingeidesnės naujai informacijai apie sveikatą, nes jos dažniau ieško informacijos ne tik dėl savo, bet ir namiškių, ypač vaikų, sveikatos sutrikimų.

Mokslo literatūroje ypač gausu tyrimų įrodančių sveikatos būklės netolygumus įvairiose populiacijos grupėse ir ypač daug darbų netgi ir Lietuvoje [116, 146], nustatančių žymiai blogesnius sveikatos rodiklius tarp asmenų turinčių žemą išsilavinimo lygį, lyginant su aukšto išsilavinimo gyventojais. Tai, suprantama, netiesiogiai yra susiję su žmonių sveikatos raštingumo lygiu, ką patvirtino ir mūsų tyrimų duomenys – tarp pacientų su pradiniu išsilavinimu buvo du kartus daugiau (66,7 proc.) pacientų su nepakankamu sveikatos raštingumu, nei tarp pacientų, turinčių aukštąjį išsilavinimą (25,8 proc.).

Mokslo literatūroje įrodyta, kad išsilavinimas siejamas su sveikata [81, 111]. JAV ir JK atliktų tyrimų duomenimis sveikatos raštingumas buvo susijęs su išsilavinimu, tai yra, respondentai neturintys oficialaus išsilavinimo arba turintys tik pradinį buvo labiau linkę nepakankamam arba ribiniam sveikatos raštingumui. JK atlikto tyrimo duomenimis apie 30 proc. dalyvių be išsilavinimo turėjo nepakankamą arba ribinį sveikatos raštingumą, palyginus su 3 proc. dalyvių su aukščiausiu išsilavinimo laipsniu. JAV atlikto tyrimo duomenimis, žemiausio išsilavinimo respondentai, net šešis kartus daugiau (58,0 proc.) turėjo nepakankamą sveikatos raštingumą, palyginus su turinčiais aukštąjį išsilavinimą (9,6 proc.).

Žemą raštingumą turintys žmonės mažiau supranta rašytinę ir žodinę informaciją, kurią suteikia sveikatos priežiūros specialistai, jiems yra sunkiau vadovautis medicinos

nuorodomis. Tai parodo ir mūsų atlikto tyrimo duomenys: 22,7 proc. pacientų, turinčių nepakankamą ir 16,6 proc. turinčių pakankamą sveikatos raštingumo lygį „niekada“ arba tik „kartais“ supranta ligoninėje esančius medicinos užrašus ir pavadinimus. Daugelyje studijų, kuriose buvo tiriamas funkcinis sveikatos raštingumas, buvo išsiaiškinta, jog svarbios informacijos apie sveikatos būklę trūkumas sukelia didėjantį sergamumą bei gėdos jausmą, kurį patiria pacientas, kuris pats negali sau suteikti visapusiškos pagalbos [5, 6, 162, 164].

Pacientų informavimui ir sveikatos mokymui mokslo literatūroje skiriama pakankamai daug dėmesio. Vakarų Europoje ir JAV apie pacientų mokymo svarbą pradėta diskutuoti daugiau nei prieš 40 metų [151]. Pacientų mokymas yra diskusijos objektas ne tik dėl tinkamo ir savalaikio informacijos suteikimo potencialiam sveikatos priežiūros vartotojui, bet ir dėl pacientų teisių ir etikos. Pacientas turi teisę gauti išsamią ir adekvačią informaciją apie sveikatą ir jos išsaugojimą, apie gydymą plačiąja prasme, kuri padėtų jiems tinkamai pasirinkti ir užtikrinti visų pacientų, nepriklausomai nuo išsilavinimo, gyvenamosios vietos, kalbos, vienodą galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas [46]. Deja, Lietuvoje atliktų tyrimų šiuo klausimu nėra labai daug, todėl mūsų rezultatai labai svarbūs, ypač slaugos specialistams siekiant užtikrinti pacientų informuotumą sveikatos klausimais.

Mokslo literatūros duomenimis pacientų mokymo aspektai įvairiose šalyse yra skirtingi. Pacientų mokymas apima ne tik informaciją skirtą sergantiems, bet ir pacientų teisinius ir etinius klausimus. Ypač didelis dėmesys teisinėms ir etinėms pacientų problemoms skiriamas JK [136], Belgijoje [37], Vokietijoje [76] ir Olandijoje [14]. Kai kurių šalių sveikatos priežiūros sistema neskiria pakankamai dėmesio pacientų mokymui [136], Italija [95], Suomija [153]. Olandijoje, Belgijoje paramą skiria net vyriausybė [151]. Šveicarijoje [4] ir Italijoje [95] ypatingas dėmesys skiriamas pacientų ir jų šeimos narių supažindinimui su ligos kontrole [21]. Diskutuojama jau ne apie sveikatos priežiūros specialisto pareigą teikti informaciją pacientui, bet apie tai, kaip ją pateikti, kad pacientas suprastų [151]. Teisė į informaciją yra viena iš paciento teisių raiškos formų, turinti įtakos jo ištyrimui, gydimui ir sudaranti jam galimybes dalyvauti priimant sprendimus [53, 166].

Pacientų mokymo veiksmingumui lemiamą reikšmę turi sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų mokyme dalyvaujančių asmenų bendradarbiavimas [13]. Visose Europos šalyse pažymima bendravimo įgūdžių būtinybė ir jų nauda (ypač Belgijoje, Olandijoje, Prancūzijoje [143], bei didelis bendrosios praktikos slaugytojų vaidmuo. Vienas iš teigiamų pavyzdžių galėtų būti Didžiosios Britanijos Nacionalinė sveikatos priežiūros

tarnyba, kurioje labia didelis dėmesys yra kreipiamas į ligų prevenciją ir informacijos, kuri reikalinga pacientams teikimą, slaugos specialistų dalyvavimą pacientų sveikatos mokymo procese. Pacientai nori gauti išsamią informaciją, jie privalo būti informuojami apie sveikatos būklę, gydymo ir slaugymo procesą ir galimą šalutinį vaistų poveikį [151].

Nepaisant didėjančio supratimo, kad pacientų mokymas yra integracinė, kasdieninės slaugos ir priežiūros dalis, dažnai pacientai turi nepakankamai žinių gydymo, slaugymo ir profilaktikos klausimais.

Daugelyje studijų analizuojamos pacientų supratimo galimybės, atitikimas tarp sveikatos medžiagos skaitymo lygio ir tų, kurie ją skaito. Yra nemažai studijų apie tam tikromis ligomis (vėžiu, diabetu ir kt.) [12, 25, 99] sergančių pacientų supratimo galimybes ir informaciją, skirtą jiems, todėl sunku palyginti su mūsų tyrimo duomenimis, nes mes pacientams uždavėme bendro pobūdžio klausimus.

Terminologija arba „kalba“, kuria kalba sveikatos priežiūros darbuotojai yra bendravimo barjeras neišprususiems žmonėms. Tyrimai rodo, jos sudėtingą bendravimą lemia sveikatos profesionalų vartojami medicinos terminai ir skurdus pacientų sveikatos žodynas [36, 52, 94, 132]. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, keturis kartus daugiau (8,3 proc.) nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų nurodė, kad slaugytojai bendraudami visada naudoja daug sudėtingų medicinos žodžių, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais (2,0 proc.). Nepakankamas sveikatos žodyno supratimas riboja žinias apie sveikatą, neleidžia įsisavinti naujos informacijos, nesuprantamos sąvokos įvairiai paveikia menko raštingumo pacientų bendravimą su medikais [52, 94, 132, 157, 162]. Žemo sveikatos raštingumo lygio pacientai, sužinoję apie ligą, jaučiasi priblokšti ir užduoda mažiau klausimų negu pakankamo sveikatos raštingumo pacientai [94]. JAV atlikto tyrimo duomenimis daugiau negu pusė (53,8 proc.) nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų niekada neprašo pagalbos padėti perskaityti jiems nesuprantamos medicinos informacijos [61]. Daugelis pacientų nelabai supranta ką jiems sako gydytojas [94, 109, 127]. Net ką tik išėję iš gydytojo kabineto pacientai gali pakartoti 50 proc. ar mažiau jiems suteiktos informacijos [109]. Taip pat pacientai su žemu sveikatos raštingumo lygiu negali pripažinti problemos, arba gėdinasi ją atskleisti kitiems [112, 138, 167]. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, tik 5,7 proc. nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų nurodė, kad visada prašo slaugytojų pakartoti jiems rūpimą informaciją, nors tarp nurodžiusiųjų, kad slaugytojai bendraudami visada naudoja daug sudėtingų medicinos žodžių, buvo 8,3 proc.

pacientų. Galima daryti prielaidą, kad 2,6 proc. pacientų nedrįso prašyti pakartoti jiems rūpimos informacijos.

Pacientai susidūrę su sveikatos priežiūros įstaigomis, dažniausiai jaučia didelį informacijos poreikį: dėl diagnozės, slaugos, gydymo bei prognozių, ligoninės tvarkos, medicinos paramos, reabilitacijos [16]. Sveikatos priežiūros specialistai turi išsiaiškinti iš kur jų pacientai gauna informaciją apie ligas, bei jų elgesį ligos atveju, ar ši informacija yra patikima, bei informuoti pacientus apie geriausius informacijos šaltinius [88]. Paciento informavimas yra viena iš svarbiausių slaugytojo užduočių, jis turi išsiaiškinti kokios informacijos pacientui reikia, užtikrinti, kad ta informacija būtų suteikta ir pasirūpinti, kad pacientui informacija atrodytų tinkama ir svarbi [16].

Dauguma europiečių paklausti apie pagrindinį šaltinį iš kur gauna informacijos apie sveikatą, pasakė, kad iš sveikatos profesionalų (farmacininkų, gydytojų ir t.t.). Taip teigė 61,9 proc. airių ir 61,8 proc. ispanų [79]. Mūsų atlikto tyrimo duomenys rodo, kad 90,4 proc. pacientų kaip vieną iš pagrindinių informacijos šaltinių nurodė gydytoją ir tik 17,1 proc. slaugytoją. Dauguma slaugytojų (90,6 proc.) gydytoją taip pat nurodė kaip vieną iš pagrindinių informacijos šaltinių ir tik šiek tiek daugiau negu pusė (57,6 proc.) – nurodė slaugytojus. Tai rodo saviktritišką slaugytojų požiūrį į aktyvumą informuojant pacientą sveikatos klausimais. Mūsų tyrimo duomenys, rodantys, kad pacientai pagrindiniu informacijos šaltiniu laiko gydytojus, netiesiogiai parodo, kad slaugytojai atlieka per mažą vaidmenį šiame procese ir viena iš priežasčių gali būti tai, kad, kaip jie patys pripažino – jiems nepakanka žinių (5,1 proc. – nepakanka, o 76,4 proc. – tik dalinai) ir ta nuostata, kad, jų nuomone, pacientai daugiau informacijos gauna iš spaudos ir televizijos. Spaudą, kaip vieną iš informacijos šaltinių apie ligą, nurodė beveik kas trečias (30,1 proc.) slaugytojas ir dvigubai mažiau pacientų (14,2 proc.); televiziją – kas trečias slaugytojas (30,1 proc.) ir tris kartus mažiau pacientų (9,5 proc.).

Du kartus daugiau pakankamo sveikatos raštingumo pacientų (21,8 proc.) slaugytojus nurodė kaip vieną iš informacijos šaltinių, lyginant su ribinio (11,1 proc.) ir nepakankamo (9,7 proc.) sveikatos raštingumo pacientais. Galima daryti prielaidą, kad pacientai labiau vertina gydytojus kaip sveikatos informacijos skleidėjus, tačiau pakankamo sveikatos raštingumo pacientai slaugytojus labiau vertina ir pasitiki jų suteikta informacija nei ribinio ir nepakankamo sveikatos raštingumo pacientai.

Lietuvoje paskutinį dešimtmetį pradėti vykdyti įvairūs tyrimai nagrinėjantys paciento mokymą bei informuotumą. Daugiausiai nagrinėjamas pacientų mokymas sergant tam tikromis ligomis, arba gydytojų suteikiama informacija pacientams, todėl sunku palyginti su mūsų tyrimo duomenimis. Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatų duomenimis, dauguma pacientų teigia, kad jie pakankamai informuoti apie savo ligą, medicinos tyrimų rezultatus, gydymo metodus ir galimas gydymo pasėkmes, tačiau tik trečdalis pacientų dalyvauja priimant sprendimus [53]. 2001 m. atlikto tyrimo apie slaugytojų požiūrį į pacientų apmokymą duomenimis, daugiausiai slaugytojų pasisakė, jog pacientus reikia mokyti teisingo vaistų vartojimo, ligų profilaktikos ir konsultuoti mitybos klausimais [82].

Mūsų gautais rezultatais daugiau negu pusė pacientų teigė, kad slaugytojai suteikia pakankamai informacijos apie jų ligą (67,7 proc.), sveikatos būklę (67,8 proc.), bei gydymosi trukmę (55,6 proc.). Slaugytojai buvo savikritiškesni savo atžvilgiu, tai yra, tik kas ketvirtas (24,6 proc.) slaugytojas nurodė pakankamai suteikiantis informacijos apie paciento ligą, 37,4 proc. – apie paciento sveikatos būklę, ir 25,7 proc. – gydymosi trukmę. Panašūs duomenys buvo gauti ir kitame tyrime, kuris atliktas 2002 m. [20]. Pacientų vertinimas apie jiems suteiktą informaciją buvo geresnis negu darbuotojų.

Anglijoje 2006 m. atliktos Nacionalinės sveikatos apklausos duomenimis, 39,0 proc. pacientų buvo patenkinti ligoninėje suteikta informacija apie tai kaip elgtis grįžus į namus [128], mūsų tyrime nustatyta, kad 69,9 proc. pacientų šią informaciją įvertino kaip pakankamą.

2002 m. Lietuvos sveikatą stiprinančių ligoninių tinklo ligoninėse vykdytoje apklausoje net kas ketvirtas (24,8 proc.) apklausoje dalyvavęs pacientas nurodė, kad slaugytojai niekada, labai retai arba retai informuodavo juos apie slaugą, tai yra kaip maitinti ir prausti ligonį, kaip pakeisti padėtį lovoje [103]. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis pacientai geriau vertina slaugytojų suteiktą informaciją, tai yra, tik 8,1 proc. pacientų, slaugytojų suteiktą informaciją apie atliekamas slaugos procedūras (pasiruošimą, poveikį organizumui, galimus šalutinius reiškinius), 5,4 proc. – informaciją apie pasiruošimą būsimiems tyrimams, 6,9 proc. – paskirtų vaistų vartojimą, 13,3 proc. – informaciją kaip pakeisti padėtį lovoje, vertino kaip nepakankamą, tačiau slaugytojai teigė, daugiau suteikiantys informacijos apie atliekamas slaugos procedūras, pasiruošimą būsimiems tyrimams, paskirtų vaistų vartojimą, pasiruošimą operacijai, operacijos trukmę, kaip maitintis, praustis po operacijos, kaip pakeisti padėtį lovoje, negu tai pripažino pacientai.

Galima teigti, kad slaugytojai per praėjusį penkmetį pradėjo aktyviau dalyvauti sveikatos mokyme ir teikti daugiau informacijos pacientams, lyginant su anksčiau atliktais tyrimais, nors slaugytojai vis dar nepatenkina didėjančio pacientų poreikio informacijai. Kadangi daugiau nei pusė slaugytojų pripažino nesuteikę informacijos pacientams apie ligą (67,0 proc.), sveikatos būklę (56,4 proc.), paciento gydymosi trukmę (65,8 proc.) ir įvertinant tai, kad dauguma slaugytojų gydytoją nurodo kaip vieną iš pagrindinių informacijos šaltinių, galima daryti prielaidą, kad slaugytojai turi nuostatą, jog būtent šiais klausimais informaciją turėtų teikti gydytojai, todėl net 77,7 proc. slaugytojų nesuteikusių informacijos nors vienu klausimu, nurodė, kad tai neįeina į jų pareigas. Daugiau nei kas dešimtas (12,5 proc.) nurodė laiko stoką, ir tik 4,0 proc. – žinių trūkumą.

Operacijos rezultatas priklauso ir nuo priešoperacinio paciento parengimo, reikalingos informacijos suteikimo, bei mokymo [39]. Lietuvoje nebuvo atlikti tyrimai analizuojantys išskirtinę pacientų būseną patekus į chirurgijos profilio stacionarą ir, visų pirma sveikatos informacijos poreikį staiga žmogui perėjus iš „sąlyginai sveiko“ į „ligonio“ statusą (autotraumos, ūminės chirurginės intervencijos), todėl vienu iš mūsų atlikto tyrimo uždavinių buvo paanalizuoti chirurgijos profilio skyriuose besigydžiusių pacientų sveikatos informacijos poreikių skirtumus, lyginant su terapiniu profiliu. Daugiau pacientų, besigydžiusių chirurgijos profilio skyriuose (73,5 proc.) negu terapinio profilio skyriuose buvo informuoti apie jų sveikatos būklę, tačiau paklausus apie pasiruošimą būsimiems tyrimams, rezultatai priešingi – buvo labiau informuoti terapiniame (92,8 proc.) negu chirurginiame (86,3 proc.) profilyje besigydantys pacientai.

Anglijoje 2006 m. Nick Ruichardso ir Angela Coulter atlikto tyrimo duomenimis, 56,0 proc. pacientų nurodė, kad prieš operaciją buvo informuoti apie pooperacinį laikotarpį [128]. Mūsų tyrimo rezultatai buvo geresni, tai yra, 82,1 proc. pacientų teigė, gavę pakankami informacijos apie tai kada po operacijos galės gerti, valgyti, atsisėsti; 82,6 proc. – kaip maitintis, praustis po operacijos; 81,9 proc. – kaip pakeisti padėtį lovoje; 78,1 proc. – skausmo malšinimo būdus; 83,2 proc. – kada pradėti vaikščioti.

2006 m. atlikto tyrimo duomenimis 14,3 proc. pacientų nurodė, kad jiems nebuvo suprantama ligoninėje suteikta informacija apie procedūras ar operacijas, kurios jiems bus atliktos, 14,3 proc. – nebuvo paaiškinta kas bus atliekama procedūros ar operacijos metu; trečdalis (32,1 proc.) pacientų nebuvo informuoti apie pooperacinį laikotarpį; 20,9 proc. – nesuprato informacijos apie skausmo kontrolę [68]. Panašūs rezultatai gauti ir mūsų atlikto tyrimo metu, tai

yra, daugiau nei kas dešimtas (12,6 proc.) pacientas teigė nepakankamai arba nežinantis ar pakankamai gavęs informacijos apie pasiruošimą operacijai; kas penktas (21,9 proc.) nurodė, kad nepakankamai arba nežinojo ar pakankamai suteikta informacijos apie skausmo malšinimo būdus. Daugiausiai chirurgijos profilio skyriuose dirbantys slaugytojai prisipažino nesuteikiantys informacijos apie numatomą operacijos trukmę (35,6 proc.) bei skausmo malšinimo būdus po operacijos (14,6 proc.). Nurodant veiksnius, kurie trukdo suteikti informaciją pacientams apie pacientų pasiruošimą operacijai, operacijos trukmę bei pooperacinį laikotarpį, daugiausiai slaugytojų, kurie nurodė, kad nesuteikė informacijos nors vienu klausimu teigė, kad tai neįeina į jų pareigas (80,6 proc.). Galima teigti, kad, slaugytojų nuomone, informaciją teikti apie operacijos trukmę bei skausmo malšinimo būdus turėtų gydytojai. Kitos slaugytojų nurodytos priežastys, trukdančios suteikti informaciją pacientams, buvo laiko stoka (3,0 proc.),bei žinių trūkumas (3,0 proc.).

Pacientų atsiliepimai apie slaugytojų informacijos suteikimą priklausė nuo pacientų sveikatos raštingumo, amžiaus, lyties, gyvenamosios vietos, bei išsimokslinimo. Informacijai buvo reiklesni pakankamo sveikatos raštingumo pacientai, moterys, miesto gyventojai, pacientai iki 45 metų amžiaus ir pacientai turintys aukštąjį išsilavinimą, tai yra, rezultatai sutapo su rezultatais gautais ir 2000 m. atliktame tyrime [103] ir mūsų atliktame tyrime.

Daugelis autorių nurodo, kad išsilavinimas turi įtakos informacijos supratimui ir jos reikalingumo vertinimams. Aukštąjį išsilavinimą turintys pacientai geriau žino savo ligos diagnozę, tyrimų rezultatus, ligos prognozę, galimas jos komplikacijas, nei pradinį, vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą turintys pacientai. Jie dažniau išreiškia poreikį gauti šią informaciją ir yra reiklesni minimos informacijos kokybei [73]. Panašūs rezultatai gauti ir mūsų tyrimo metu. Statistiškai reikšmingai daugiau pacientų, besigydančių chirurgijos skyriuose, turinčių aukštąjį išsilavinimą (37,9 proc.) nurodė, kad slaugytojai nesuteikė pakankamai informacijos apie operacijos trukmę, lyginant su pacientais, turinčiais aukštesnįjį (20,4 proc.) ir vidurinį (18,7 proc.) išsilavinimą, taip pat, informacijos, kada po operacijos galės gerti, valgyti, atsisėsti ir kita, labiausiai trūko pacientams, turintiems aukštąjį išsilavinimą ir pacientėms moterims. Keturis kartus mažiau (4,8 proc.) pacientų su pradiniu ir dvigubai mažiau su viduriniu (10,2 proc.) išsilavinimu teigė, kad slaugytojai nepakankamai suteikė informacijos šiuo klausimu, lyginant su pacientais turinčiais aukštąjį išsilavinimą (20,5 proc.).

JAV mokslininkų atlikto tyrimo duomenimis, taip pat buvo atrastas ryšys tarp pacientų informuotumo bei amžiaus [8]. Jaunesni asmenys yra reiklesni jiems suteiktos informacijos kokybei, nei vyresnio amžiaus pacientai [73]. Tai patvirtino ir mūsų tyrimo rezultatai: jaunesnio amžiaus pacientai buvo reiklesni informacijai, nei vyresnio amžiaus, tai yra, kas penktas pacientas iki 45 metų amžiaus (21,3 proc.) nurodė, kad slaugytojai niekada nesikalba apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, kai tuo tarpu tarp 45–54 metų amžiaus taip atsakė – 12,5 proc.; 55–64 metų – 8,1 proc., tos pačios nuomonės buvo ir daugiau nei kas dešimtas (13,3 proc.) 65 metų ir vyresnio amžiaus pacientas.

Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad būtina kontroliuoti lėtines ligas. Lėtines ligas lemia gyvensena, fizinė ir socialinė aplinka, o mokymas, įgalinimas, gyvenimo kokybės gerinimas – tai tik keli iš ligoninių veiklos uždavinių. Ligoninėje galima išmokyti pacientus pasirūpinti savimi, valdyti ligą, žinant sveikos gyvensenos pagrindus, formuojant sveikatos striprinimo įgūdžius. Viena iš slaugytojų pareigų yra dalyvauti sveikatos mokyme, propaguoti sveiką gyvenimo būdą, mokyti pacientus ligų profilaktikos, sveikos mitybos [129]. Mūsų tyrimo duomenims pacientų ir slaugytojų nuomonės apie teikiamus patarimus sveikatos klausimais skyrėsi. Beveik pusės pacientų nuomone, slaugytojai nepatarė kaip mesti rūkyti (47,9 proc.), sumažinti alkoholio vartojimą (48,2 proc.); beveik trečdalis pacientų teigė negavę informacijos kaip normalizuoti kraujo spaudimą (34,4 proc.), aktyviai ilsėtis (32,8 proc.), sveikai maitintis (29,2 proc.). Slaugytojai buvo kur kas geresnės nuomonės apie save, tai yra, daugiau jų nurodė suteikiantys pakankamai informacijos sveikatos klausimais lyginant su pacientais. Galima teigti, kad viena iš priežasčių gali būti tai, kad slaugytojai mano, jog pacientams tai neįdomu, nors taip teigusio nebuvo nei vieno paciento. Ketvirtadalis (25,5 proc.) slaugytojų, prisipažinusių, kad nesuteikė informacijos sveikatos klausimais, manė, jog tai neįeina į slaugytojų pareigas, beveik kas ketvirtas (23,0 proc.) nurodė laiko stoką, kas dešimtas (11,5 proc.) – žinių trūkumą.

2002 m. JAV atlikto tyrimo metu nustatyti pacientų mokymui trukdantys veiksniai: laiko stoka, darbuotojų trūkumas, pacientų nenoras, žinių stoka ir kaip vienas iš kitų veiksnių – kad tai ne slaugytojų pareiga [95]. 2001 m. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, slaugytojai nurodė – nesudarytas darbo sąlygas, žinių stoką, laiko stoką ir kitus veiksnius [82]. Mūsų gautais rezultatais laiko stoka ir žinių trūkumas buvo nurodyta kaip ir kitose pateiktose studijose, bet viena iš pagrindinių priežasčių buvo nurodyta, kad informacijos suteikimas apie sveikatą neįeina į slaugytojų pareigas.

Sveikatos ugdymo sėkmę nulemia ne tik paties ugdomojo išsilavinimo, požiūrio į sveikatos išsaugojimą lygis ir jį sąlygojantys veiksniai, bet ir jį supanti socialinė aplinka ir visų pirma ugdytojo profesinis pasirengimas, pakankamas laikas numatytas asmens mokymui ir netgi sveikatos mokymo, kaip nuolatinio sveikatos profesionalo darbo dalies įtraukimą į pareigines instrukcijas. Vykstantys socialiniai, ekonominiai, kultūriniai pokyčiai Lietuvoje sąlygoja slaugytojų poreikį įgyti naujų žinių, įgūdžių, gebėjimų, tai yra, slaugytojo profesija reikalauja kompetencijos įgijimo bei nuolatinio jos plėtojimo [169]. Neabejotina, kad didelę svarbą, sprendžiant sveikatos apsaugos organizavimo klausimus, turi pacientų apklausos, siekiant išsiaiškinti, kas yra aktualiausia paciento požiūriu, tačiau svarbu žinoti, kaip savo profesionalumą vertina patys medikai.

2004 m. visoje šalies teritorijoje pirminės sveikatos priežiūros centruose ir stacionaruose bei privačiose sveikatos priežiūros įstaigose atlikto tyrimo metu, nustatyta, kad daugiau nei pusė (57,8 proc.) slaugytojų jautėsi pakankamai tvirtai dėl savo žinių, ir tik 6,8 proc. slaugytojų nurodė, kad norėtų kelti savo kvalifikaciją [168].

Mūsų atliktame tyrime paaiškėjo, kad tik 18,5 proc. slaugytojų teigė, kad jiems pakanka žinių apie sveikatos mokymą. Apie sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką du trečdaliai slaugytojų (69,5 proc.) savo žinias įvertino gerai, nors paklausus keletą klausimų apie kūno masės indeksą, suvartojamą druskos kiekį, kraujo spaudimą bei rūkymą, paaiškėjo, kad dalis slaugytojų nežino pagrindinių lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kriterijų. Trys ketvirtadaliai (75,6 proc.) slaugytojų teigė, kad žino, kaip apskaičiuoti kūno masės indeksą, tačiau atvirame klausime net 21,9 proc. iš jų neįrašė nieko, daugiau negu pusė įrašiusiųjų (60,2 proc.) parašė klaidingai, ir tik 39,8 proc. nurodė teisingai. Daugiau slaugytojų, dirbančių universitetinėse ligoninėse žinojo pagrindinius lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kriterijus, lyginant su slaugytojais, dirbančiais neuniversitetinėse ligoninėse, atitinkamai: kaip apskaičiuoti kūno masės indeksą (87,9 proc. ir 65,6 proc.), kiek druskos suaugusiam žmogui reikia suvartoti per dieną (38,3 proc. ir 29,4 proc.), ir kuriuos asmenis laikytų reguliariai rūkančiais (57,8 proc. ir 32,7 proc.). Tai rodo, kad universitetinese ligoninėse slaugytojai turi daugiau žinių apie sveiką gyvenseną.

Slaugytojai, turintys aukštąjį išsilavinimą savo žinias apie pacientų sveikatos mokymą, sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką vertino geriau negu slaugytojai, turintys aukštesnįjį išsilavinimą. Statistiškai reikšmingai daugiau slaugytojų, turinčių aukštąjį (93,4 proc.) negu aukštesnįjį (80,3 proc.) išsilavinimą nurodė, kad pacientus turėtų mokyti gydytojai,

slaugytojai ir sveikatos edukologai kartu, bei pagrindinę informaciją apie sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką pacientams, jų nuomone, reikėtų pateikti raštu ir žodžiu.

Svarbus veiksnys yra pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūros specialistais, kuris turi įtakos jų pasitenkinimui slaugymo ir gydymo rezultatais [49, 56]. Pasitikėjimas susijęs su pacientų pasiryžimu kreiptis dėl gydymo, laikytis gydymo rekomendacijų, dalyvauti priimant sprendimus [150]. Viena iš pasitikėjimo prielaidų yra bendravimas. Mūsų tyrimo duomenimis, dauguma (93,3 proc.) pacientų teigė, kad slaugytojai su pacientais bendrauja visada arba dažnai, bei 96,0 proc. pacientų nurodė, kad slaugytojai yra visada arba dažnai dėmesingi jiems. Panašios nuomonės apie save buvo ir slaugytojai, tai yra, 98,9 proc. nurodė esantys dėmesingi pacientams ir 94,5 proc. teigė su pacientais bendraujantys visada arba dažnai. 2003–2005 m. vykdyto tyrimo duomenimis, 78,0 proc. slaugytojų save įvardijo dėmesingais ir 83,0 proc. – aktyviai bendraujančiais [169].

Apibendrinant mūsų atlikto tyrimo duomenis galima teigti, kad dauguma pacientų buvo patenkinti slaugytojų darbu ir slaugytojų jiems suteiktą informaciją apie jų ligą, sveikatos būklę, bei sveiką gyvenseną, vertino kaip pakankamą. Palyginus pacientų ir slaugytojų nuomones apie slaugytojų informacijos suteikimą pacientams, nustatyta, kad slaugytojai geriau negu pacientai vertino savo suteiktos informacijos pakankamumą. Atsižvelgiant į tai reikėtų siekti, kad slaugytojai aktyviau dalyvautų pacientų informavimo procese, o pacientams būtų sudarytos galimybės gauti informaciją apie jų sveikatą, jos būklę, slaugymą ir gydymą, taip pacientą įtraukiant į savo sveikatos priežiūrą.

Nors nėra paskelbta pakankamai duomenų, pacientams prieinamos informacijos kokybės ir tinkamumo gerinimas, turėtų padėti siekti geresnės sveikatos ir geresnio išteklių panaudojimo [46]. Tikėtina, kad geriau informuoti piliečiai labaiu rūpinsis sveikatos išsaugojimu, o ligoniai bus labiau linkę gydytis ir geriau supras klinikinius sprendimus. Labiau informuoti gyventojai turėtų sveikiau gyventi, susirgę labiau tausoti sveikatą ir visa tai šalims atneštų ne tik socialinę, bet ir ekonominę naudą.

Tyrimo ribotumai:

1. Tiriant pacientų sveikatos raštingumą, testais galima identifikuoti pacientus, kuriems medicinos informacija sunkiai suprantama, tačiau negalima nustatyti priežasties, skaitymo ar rašymo sunkumo tipo.

2. Vertinant pacientų nuomonę apie jiems slaugytojų suteikiamą informaciją apie ligą, sveikatos būklę, atliekamas procedūras, pasiruošimą operacijai, pooperacinį laikotarpį ir sveiką gyvenseną, gauti rezultatai konstatuoja tik kiekybinį faktą, bet neleidžia atskleisti subjektyvaus paciento supratimo, tai yra, kokią informaciją pacientas vadina pakankama.

3. Anketose daugiausiai vartoti uždari atsakymų variantai, todėl pacientai neturėjo galimybės gerai apmąstyti savo pozicijos. Aptariant pateiktų įvairių Lietuvos ir užsienio mokslininkų tyrimų duomenis, tik dalinai galėjome juos palyginti su mūsų tyrimo rezultatais, nes Lietuvoje nėra atliktų sveikatos raštingumo tyrimų, o daugelyje užsienio šalyse atliktų tyrimų buvo naudojami skirtingi tyrimo metodai ir objektai. Užsienio mokslo literatūroje tyrimo objektas labiau konkretizuotas, tyrimai susiję su įvairiomis pacientų ligų grupėmis: cukriniu diabetu, vėžiu, miokardo infarktu ir kitomis.

6. IŠVADOS

1. Daugiau kaip trečdalio pacientų (35,2 proc.), tirtų ligoninėse, funkcinis sveikatos raštingumo lygis nepakankamas, 4,1 proc. – ribinis. Sveikatos raštingumui įtakos turėjo: pacientų išsilavinimas, amžius, lytis ir gyvenamoji vieta. Vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo, gyvenančių kaime pacientų funkcinis sveikatos raštingumas buvo žemesnis lyginant su jaunesniais pacientais, aukštąjį išsilavinimą turinčiais ar gyvenančiais mieste. Moterų sveikatos raštingumas buvo šiek tiek aukštesnis negu vyrų.

2. Pakankamo sveikatos raštingumo lygio pacientai buvo reiklesni slaugytojų teikiamai informacijai, tai yra, daugiau jų teigė, kad slaugytojai apie ligą, sveikatos būklę, atliekamas procedūras, pasiruošimą operacijai, pooperacinį laikotarpį ir sveiką gyvenseną informacijos suteikė nepakankamai arba visai nesuteikė. Daugiausiai patenkintų informacijos suteikimu buvo nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų.

3. Keturis kartus daugiau (8,3 proc.) nepakankamo sveikatos raštingumo pacientų nurodė, kad slaugytojai bendraudami visada naudoja daug sudėtingų medicinos žodžių, lyginant su pakankamo sveikatos raštingumo pacientais (2,0 proc.), tačiau tik 5,7 proc. iš jų nurodė, kad visada prašo slaugytojų pakartoti jiems rūpimą informaciją**.** Daugiau negu kas penktas (22,7 proc.) nepakankamo ir 29,4 proc. ribinio sveikatos raštingumo lygio pacientų „niekada“ arba tik „kartais“ supranta ligoninėje esančius medicinos užrašus ir pavadinimus.

4. Slaugytojų ir pacientų nuomonės apie slaugytojų suteikiamos informacijos pakankamumą pacientams skyrėsi: apie ligą, sveikatos būklę, numatomos operacijos ir gydymosi trukmę daugiau pacientų nurodė gavę pakankamai informacijos, negu tą teigė slaugytojai; apie atliekamas slaugos procedūras, pasiruošimą būsimiems tyrimams, paskirtų vaistų vartojimą, pasiruošimą operacijai, bei sveiką gyvenseną slaugytojai teigė, daugiau suteikiantys informacijos negu tai pripažino pacientai. Daugiausiai slaugytojų, pripažinusių, kad nesuteikė informacijos nors vienu klausimu pacientams, vieną iš pagrindinių priežasčių nurodė, kad tai neįeina į jų pareigas. Mažiau informuoti apie sveiką gyvenseną buvo chirurgijos skyriuose besigydantys pacientai.

5. Pacientų atsiliepimai apie slaugytojų informacijos suteikimą, priklausė nuo pacientų amžiaus, lyties, gyvenamosios vietos bei išsimokslinimo. Informacijai buvo reiklesni pacientai iki 45 metų amžiaus, miesto gyventojai, pacientai turintys aukštąjį išsilavinimą ir moterys. Pacientai geriau vertino slaugytojų darbą, negu įsivaizdavo patys slaugytojai.

Slaugytojai, turintys aukštąjį išsilavinimą buvo savikritiškesni ir jie dažniau prisipažino pakankamai nesuteikiantys informacijos pacientams.

6. Trys ketvirtadaliai slaugytojų mano, kad jiems tik dalinai pakanka žinių apie sveikatos mokymą. Daugiau nei pusė slaugytojų savo žinias apie sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką vertino gerai, tačiau dalis jų nežinojo pagrindinių lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kriterijų. Universitetinėse ligoninėse slaugytojai turėjo daugiau žinių apie sveiką gyvenseną. Savo žinias geriau vertino slaugytojai, turintys aukštąjį išsilavinimą.

Daugiau nei pusės slaugytojų nuomone, sveikos gyvensenos ir ligų profilaktikos mokymas sveikatos priežiūros įstaigoje turėtų būti individualus, informaciją pacientams reikėtų pateikti raštu ir žodžiu, pacientus sveikos gyvensenos turėtų mokyti gydytojai, slaugytojai ir sveikatos edukologai kartu.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Pirmą kartą Lietuvoje atliktas pacientų sveikatos raštingumo tyrimas parodė nepatenkinamą pacientų sveikatos žinių lygį, patvirtino jį įtakojančius veiksnius bei atskleidė nemažai taisytinų pacientų ir slaugytojų požiūrių aspektų sveikatos raštingumo srityje.

Vadovaujantis šiais rezultatais rekomenduojama:

- Nacionaliniuose sveikatos politikos dokumentuose įvardinti visuomenės sveikatos raštingumo didinimą kaip vieną iš prielaidų jos sveikatos stiprinimui.
- Atkurti sveikatos ugdymo tarnybą nacionaliniame ir regioniniame lygmenyse, formuojant jai aiškius sveikųjų ir sergančiųjų sveikatos mokymo uždavinius.
- Nacionalinėse lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programose numatyti visuomenės ir sveikatos priežiūros specialistų, pirmiausia slaugytojų, sveikatos mokymo priemones.
- Ligoninėse vykdyti reguliarią pacientų pasitenkinimo teikiamomis paslaugomis stebėseną, vertinant suteikiamos sveikatos informacijos kiekį ir kokybę bei bendravimo su slaugytojais ir gydytojais aspektus.
- Visų pakopų slaugytojų rengimo programas papildyti platesniu sveikatos ugdymo ir sveikatos raštingumo problemų nagrinėjimu ir praktinių įgūdžių mokymu, susijusiu su mokėjimu įvertinti pacientų sveikatos raštingumo lygį, sugebejimu surasti naujausią sveikatos informaciją ir ją perteikti pacientams suprantama kalba ar kitomis jų sveikatos ugdymo priemonėmis.

8. BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

1. Albanese MA, Mitchell S. Problem based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. Academic Medicale 1991;68:58-81.

2. Antonovsky A. Unraveling the mistery of health. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

3. Arozullah A M, Lee S D, Khan T, Kurup S, Ryan J, Bonner M et al. The roles of low literacy and sociale support in predicting the preventability of hospital admission. JGIM 2005;1-5.

4. Assal JP, Golay A. Patient education in Switzerland: from diabetes to chronic diseases. Patient Educ Couns 2001;44:65-9.

5. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Pitkin K, Parikh NS, Coates W et al. The health experience of patients with low literacy. Archives of Family Medicine 1996; 5:329-334.

6. Baker DW, Parker RM, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. Journal of General Internal Medicine 1998;13:12. Available from: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9844076

7. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. Am J Public Health 1997;87(6):1027-30.

8. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D et.al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicaremanaged care enrollees. Am J Public Health 2002;92:1278-1283.

9. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson J A, Gazmararian JA, Huang J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons**.** Arch Intern Med 2007;167:14:1503-1509.

10. Basara LR, Juergens JP. Patient package insert readability and design. American Pharmacy 1994: 34(8):48-53.

11. Bastable SB. Nurse as educator principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed. Sudbury MA: Jones and Barlett; 2003.

12. Beaver K, Luker K. Readability of patient information booklets for women with breast cancer. Patient Education and Counseling 1997;31(2):95-102.

13. Bensing JM, Verhaak PFM, van Dulmen AM, Visser AP. Communication: the royal pathway to patient centred medicine. Patient Educ Couns 2000;39:1-145.

14. Bensing J, Visser A, Saan H. Patient education in the Netherlands. Patient Educ Couns 2001;44:15-22.

15. Berland G, Elliot M, Morales L. Health information on the Internet: accessibility, quality, and readability in English and Spanish. JAMA 2001;285:2612-21.

16. Bydam J. Pedagogika. Vilnius: Charibdė; 2000. p. 72.

17. Byrne D. Enabling Good Health for All: A reflection process for a new EU Health Strategy. European Commissioner for Health and Consumer Protection; 2004. p. 10.

18. Byrne D. Prevention key to healthcare costs in an ageing society. Speech given at the Informal Health Council in Noordwjk; 2004.

19. Bonebakker V. Akad Med 2003;78 (10):963-7.

20. Bučiūnienė I, Petkinis J, Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. Medicina 2004;40:3-272.

21. Cutilli CC. Do Your Patients Understand? Determining Tour Patients‘ Health Literacy Skills. Orthopedic Nursing 2005.

22. Centers for Disease Control. Health beliefs, compliance-hypertension. Morb Mortal Wkly Rep 1990;39:701-4.

23. Christopoulos A, Crosier A, McVey D. Some are more equal than others... Public attitudes to health inequalities and social determinants of health. Department of Epidemiology and Public Health:London;2008.

24. Cohen-Cole SA. Why “three” functions? In: Cohen-Cole SA, ed. The medical interview: the three-function approach. St Louis: Mosby; 1991. p.4-10.

25. Cooley ME, Moriarty H, Berger MS, Selm-Orr D, Coyle B, Short T. Patient literacy and the readability of written cancer education materials. Oncology Nursing Forum 1995;22(9):1345-1351.

26. Coulter A, Magee H. The European Patient of the Future. Open University Press: aidenhead; 2003.

27. Council on Scientific Affairs for the American Medical Association. Health literacy: report for the AMA Council on Scientific Affairs. JAMA 1999;281(6):552.

28. Darren A, Nancy D, Berkman PhD, Sheridan S, Kathleen N, Lohr D et.al. Literacy and health outcomes. Asystematic review of the Literature. Journal of General Internal Medicine 2004;19:1228.

29. Davis TC, Crouch MA, Wills G, Miller S, Abdehou DM. The gap between patient reading comprehension and the eadability of patient education materials. J Fam Pract 1990;31:533-8.

30. Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB et al. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. Family Medicine 1991;23(6), 433-435.

31. Davis TC, Mayeaux EJ, Fredrickson D, Bocchini JA. Jr, Jackson RH, Murphy PW. Reading ability of parents compared with reading level of pediatric patient education materials. Pediatrics 1994;93(3):460-468.

32. Davis TC, Bocchini JA, Fredrickson D. Parent comprehension of polio vaccine information pamphlets. Pediatrics 1996;97:804-10.

33. Davis TC, Fredrickson DD, Arnold C, Murphy PW, Herbst M, Bocchini JA. A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level. Patient Educ Couns 1998;33:25-37.

34. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD. (1998). Practical assessment of adult literacy in health care. Health Education and Behavior 1998;25(5):613-624.

35. Davis TC, Holcombe RF, Berkel HJ, Pramanik S, Divers SG. Informed consent for clinical trials: a comparative study of standard versus simplified forms. J Natl Cancer Inst 1998;90:668-74.

36. Davis TC, Dolan NC, Ferreira MR. The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. Cancer Investigation 2001;19(2):193-200.

37. Deccache A, van Ballekom K. Patient education in Belgium: evolution, policy and perspectives. Patient Educ Couns 2001;44:43-8.

38. Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council, Official Journal of the European Communities 2002; 11:23.

39. Demskytė J. Slaugytojų žinių ir požiūrio į priešoperacinį mokymą vertinimas. Sveikatos mokslai 2002;4.

40. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low li teracy skills. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1996.

41. Dollahite J, Thompson C, McNew R. Readability of printed sources of diet and health information. Patient Education and Counseling 1996; 27(2): 123-134.

42. "E-Health", European Commission's website on Information Society.2004;10:24. Available from: URL: http://europa.eu.int/information_society/eeurope/2005/all_about/ehealth/text_en.htm>

43. Ebrahimzadeh H, Davalos R, Lee PP. Literacy levels of ophthalmic patient education materials. Survey of Ophthalmology 1997; 42(2): 152-156.

44. Estrada CA, Hryniewicz MM, Higgs VB, Collins C, Byrd JC. Anticoagulant patient information material is written at high readability levels. Stroke 2000;31(12):2966-70.

45. EU Survey results: sources of health information. Eurobarometer, Personal communication from Henry Wyes to Ilona Kickbusch. 2003; 9.

46. Europos bendrijų komisija. Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui 2008-2013 m. ES strateginis požiūris. Briuselis; 2007.

47. Freebody P, Luke A. 'Literacies' programs: debates and demands in cultural context. Prospect 1990; 5:7-16.

48. Freire P. Kritinis sąmonės ugdymas. 2000.

49. Friscella K, Meldrum S, Franks P, Shiels CG, Duberstein P, McDaniel SH. Patient trust: is it related to patient-centered behaviour of primary care physicians? Med care 2004;42 (11):1049.

50. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV. Health literacy among Medicare enrolees in a managed care organization. JAMA 1999;281(6):545-51.

51. Gazmararian JA, Parker R M, Baker DW. Reading skills and family planing knowledge and practices in a low-income managed-care population. Obstetrics and Gynecology 1999;93:239-244.

52. Gibbs R, Gibbs P, Henrich J. Patient understanding of commonly used medical vocabulary. J Fam Pract 1987;25:176-8.

53. Giedrikaitė R. Pacientų teisių raiškos įvertinimas per gydytojo ir paciento santykius stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Daktaro disertacija.2008.

54. Glanz K, Rudd J. Readability and content analysis of print cholesterol education materials. Patient Education and Counseling 1990; 16(2): 109-118.

55. Glazer HR, Kirk LM, Bosler FE. Patient education pamphlets about prevention, detection, and treatment of breast cancer for low literacy women. Patient Education and Counseling 1996; 27(2): 185-189.

56. Goff SL, Mazor KM, Materko V, Dodd K, Sabin J. Patients‘ beliefs and preferences regarding doctors; medication recommendations. J Gen Intern Med 208;23(3):236-41.

57. Griffiths J, Stevens CB, Thorpe A. Social marketing for health and specialised health promotion. Stronger together-weaker apart. A discussion paper. National Social Marketing centre. 2008.

58. Guidry JJ, Fagan P. The readability levels of cancer-prevention materials targeting African Americans. Journal of Cancer Education 1997; 12(2): 108-113.

59. Hampton J, Harrison M, Mitchell J, Pritchard J, Seymour C. Elative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigations to diagnosis and management of medical outpatients. BMJ 1975;2:486-9.

60. Hanson-Divers EC. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: A preliminary study. Journal of health care for the poor and underserved 1997; 8(1): 56-70.

61. Health Literacy: A Review of Medical and Public Health Literature. Annual review of Adult Learning and lietarcy, Volume I. New York, NY: Jossey-Bass.

62. Health Literacy: A Prescription to End Confusion, National Academy of Sciences; 2003.

63. Health literacy. Introduction—current bibliographies in medicine. National Library of Medicine; Bethesda; 1999. p. 1-19.

64. Health Literacy. Low literacy, high risk. The hidden challenge facing health care in California. Results from a Pilot Study of the California Health Literacy Initiative.2003.

65. Health Promotion Glossary. World Health Organization; 1998. p. 10.

66. Hosey GM, Freeman WL, Stracqualursi F, Gohdes D. Designing and evaluating diabetes education material for American Indians. Diabetes Educator 1990; 16(5): 407-414.

67. Hunter CSJ, Harman D. Adult illiteracy in the United States : A report to the Ford Foundation. New York: McGraw-Hill; 1979. Available from: URL: http://www.amazon.com/Adult-Illiteracy-United-States-Foundation/dp/0070313806.

68. Imam SZ, Syed KS, Ali SA, Ali SU, Fatima K, Gill M et. al. Patients' satisfaction and opinions of their experiences during admission in a tertiary care hospital in Pakistan - a cross sectional study. BMC Health Services Research 2007;7:161:10-11.

69. Jolly B, Scott J, Anford S. Simplification of emergency department discharge instructions improves patient comprehension. Ann Emerg Med 1995;26:443-6.

70. Jovaiša L. Hodegetika. Auklėjimo mokslas; 2003.

71. Kalibatas V. Lietuvos bendrojo pobūdžio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo įvertinimas. Daktaro disertacija]. Kaunas; 2005. p.46.

72. Kalichman SC, Benotsch E, Suarez T, Catz S, Miller J, Rompa D. Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/ AIDS. Am J Prev Med 2000;18(4):325-31.

73. Kalėdienė R, Dučinskienė D, Petrauskienė J, Vladičkienė J, Kriaučialiūnas A, Jurgaitienė R ir kt. Pacientų informuotumas apie jų teises ir galimybes jomis naudotis sveikatos priežiūros įstaigose. Medicinos teorija ir praktika 2003;4:295-9.

74. Kassirer J. Teaching clinical medicine by iterative hypothesis testing. N Engl J Med 1983;309:921-3.

75. Kaufman H, Skipper B, Small L, Terry T, McGrew M. Effect of literacy on breast-feeding outcomes. South Med J 2001;94(3):293-6

76. Keller S, Basler H-D. Implications of structural deficits for patient education in Germany. Patient Educ Couns 2001;44:35-41.

77. Kickbusch I. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promotion International 2001; 16:3.

78. Kickbusch I, Payne L. Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. Health Promotion International 2003; 8:4.

79. Kickbusch I. Improving health literacy in the European Union: towards Europe of informed and active health citizens; 2004.

80. Kirsch IS, Jungeblut A, Jenkins L, Kolstad A. Adult literacy in America. Washington, DC: U.S. Department of Education; 1993.

81. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in U.S. public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. Annual Review of Public Health 1997;18: 341-378.

82. Kriukelytė D, Tamošiūnienė R. Slaugytojų požiūris į pacientų apmokymą. Sveikatos mokslai 2002; 4:46.

83. Larson I, Schumacher HR. Comparison of literacy level of patients in a VA arthritis center with the reading level required by educational materials. Arthritis Care and Research 1992; 5(1): 13-16.

84. Lawrence SL. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. Health Promotion International 2001; 2: 197-204.

85. Lazare A, Putnam S, Lipkin M. Three unctions of the medical interview. In: Lipkin M, Putnam S, Lazare A, ed. The medical interview: clinical care, education, and research. New York: Springer-Verlag, 1995. p.3-19.

86. Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. Health Promotion International 2001; 2: 197-204.

87. Ledbetter C, Hall S, Swanson JM, Forrest K. Readability of commercial versus generic health instructions for condoms. Health Care for Women International 1990; 11(3):295-304.

88. Levin-Zamir D. Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. Health Promotion International 2001; 87-93.

89. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2005 m. 2006. p. 45-7.

90. Literacy and Health in America. Center for Global Assessment, Educational Testing Service; 2004.

91. Literacy as Freedom. UNESCO; 2003. p. 209.

92. Logan PD, Schwab RA, Salomone JA, Watson WA. Patient understanding of emergency department discharge instructions. South Med J 1996;89(8):770-4.

93. London F. No time to teach? A nurse‘s guide to patient and family education. Philadelphia: Lippincott; 1999.

94. Mayeaux EJ, Murphy PW, Arnold C, Davis TC, Jackson RH, Sentel T. Improving patient education for patients with low literacy skills. Am Fam Physician. 1996;53(1):205-11.

95. Marcolongo R, Rossato E, Pavan V, Laveder F, Bonadiman L, Rigoli AM. Current perspectives of therapeutic patient education in Italy. Patient Educ Couns 2001;44:59-63.

96. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor MA. Study of Professional Nurses’ Perceptions of Patients education. J Contin Educ Nurs 2002;33 (3):112-8.

97. McKenzie B. The digital divide between NHS professionals and patients. 2004. Available from:URL: http://homepage.mac.com/bruce.mckenzie/iblog/C959238993/E1490878945/

98. Meade CD, Diekmann J, Thornhill DG. Readability of American Cancer Society patient education literature. Oncology Nursing Forum 1992; 19(1): 51-55.

99. Michielutte R, Bahnson J, Dignan MB, Schroeder EM. The use of illustrations and narrative text style to improve readability of a health education brochure. Journal of Cancer Education 1992; 7(3): 251-260.

100. Michielutte R, Alciati MH, el Arculli R. Cancer control research and literacy. J Health Care Poor Underserved 1999;10(3):281-97.

101. Milašauskienė Ž, Zagurskienė D. Slaugytojų veikla, ugdant pacientų sveiką gyvenseną. Sveikatos mokslai 2003;6:24.

102. Miles S, Davis T. Patients who can't read: implications for the health care system. JAMA 1995;274:1719-20.

103. Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. Medicina 2002; 38 5:559-562.

104. Nacionalinis sveikatos stiprinimo plėtros veiksmų planas sveikatos priežiūros įstaigose. 2004. Available from:URL:http://www.ugdymas.vvspt.lt/Projektai/SS%20pletra%20SPI.pdf

105. National Consumer Council. Health literacy. Being able to make the most of health; 2004. Available from: URL: http://www.ncc.org.uk/nccpdf/poldocs/NCC064_health_literacy.pdf;

106. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International 1998; 13:349-364. Available from: URL: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf

107. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000; 3: 259-267.

108. Nutbeam D, Kickbusch I, Renkert S. Perspectives on Health Literacy: Introduction. Health Promotion International, Oxford University Press; 2002.

109. Ong L, Haes JD, Hoos A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. Soc Sci Med; 1995; 40:903-18. Available from: URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-3YS8BGC-R&_user=10&_coverDate=04%2F30%2F1995&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=6c7b9a239ae49335ca3c246603a896f9

110. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization; 1986.

111. P Pamuk E, Makuc D, Heck K, Reuben C, Lochner K. Socioeconomic status and health chartbook: Health United States; 1998.

112. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. Shame and health literacy: the unspoken connection. Patient Educ Couns 1996;27(1):33-9.

113. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. Journal of General Internal Medicine 1995; 10: 537-541.

114. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. Health Promotion International 2000; 4: 277-282

115. Petterson T, Dornan TL, Albert T, Lee P. Are information leaflets given to elderly people with diabetes easy to read? Diabetic Medicine 1994; 11(1): 111-113.

116. Petkevičienė J, Milašauskienė Ž, Klumbienė J. Elgesio ir somatinių rizikos veiksnių dažnio priklausomybė nuo lyties, amžiaus ir išsilavinimo. Medicina 1997; 33:619-627.

117. Powell C K, Kripalani S. Brief Report: Resident recognition of low kiteracy as a risk factor in hospital readmission. Juornal of General Internal Medicine 2005; 20:1042.

118. Promotion International. Health Literacy. National Academy of Sciences. 2000;15:4.

119. Primas P, Lefor N, Johnson J, Helms SM, Coats L, Coe MK. Prenatal literature testing: A pilot project. Journal of Community Health 1992; 17(1).

120. Quade G, Zenker S, Burde B, Riedel RR, Goldschmidt A. Differences in demographic data regarding physicians and patients in the US or abroad using a medically oriented Internet information service. Stud Health Techno Inform 2000;77:668-72.

121. Rappaport J.The power of empowerment language. Soc policy 1985;16(2) :15-21.

122. Ratzen SC, Parker RM. Introduction. In National library of medicine current bibliographies in medicine: Health literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Helth, U.S. Department of health and human services; 2000. Available from: URL: http://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.html.notice.html

123. Ratzan SC. Health literacy communication for the public good. Health Promotion International 2001; 16, 207-214

124. Ratzen SC, Parker RM. Introduction - current bibliographies in medicine. 2000;1.

125. Research Report For National Adult Literacy Agency. Health literacy. Policy and Strategy; 2002. Available from: URL: http://www.nala.ie/download/pdf/health_lit_policy.pdf

126. Rosen P, Anell A, Hjortsberg C. Patient views on choise and participation in primary health care. Health Policy 2001; 55.

127. Roter DL. Studies of doctor-patient interaction. Annu Rev Public Health 1989;10:163-80.

128. Ruichards N, Coulter A. Is the NHS becoming more patient - centred? Trends from the national surveys of NHS patients in England 2002-07. 2007; 10: 14-16.

129. Rudd R, Anderson JE, Oppenheimer S, Nath CH. Health literacy: an update of medical and public health literature. Rewiew of adult and literacy 2007; 7:175-202.

130. Rudd R. Let‘s become partners. Practioners in the health and education fields need tocooperate. Adult Basic Education and Literacy Journal 2007;1:32-36

131. Rütten A, Lengerke T, Abel T . Policy, competence and participation, empirical evidence gor moltilevel health promotion model. Health Promotion International 2000; 15 (1):35-47.

132. Samora J, Saunders L, Larson R. Medical vocabulary knowledge among hospital patients. J Health Hum Behav 1961:83-92.

133. Sandler G. The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. Am Heart J 1980;100:928-31.

134. Selden CR, Zorn M, Atzan S, Parker RM. Current bibliographies in medicine: health literacy. Bethesda, Md: National Library of Medicine 2000; 2.

135. Shishehbor M H, Baker DW, Blackstone E H, Lauren M S. Association of education status with heart rate recovery: a population-based propensity analisys. The American Journal of medicine 2002.

136. Skelton A. Evolution not revolution? The struggle for the recognition and development of patient education in the UK. Patient Couns 2001;44:23-7.

137. Spandorfer JM, Karras DJ, Hughes LA, Caputo C. Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department. Ann Emerg Med 1995;25(1):71-4.

138. Speros C. Nursing theory and convept development or analysis health literacy: concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2005;50:6:633-640.

139. Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Lietuvos Respublikos SAM 2000; 19-145.

140. Swanson J M, Forrest K, Ledbetter C, Hall S, Holstine E J, Shafer MR. Readability of commercial and generic contraceptive instructions. Image-The Journal of Nursing Scholarship 1990; 22(2): 96-100.

141. Šiaučiukėnienė L, Stankevičienė N. Bendroji didaktika. Technologija 2002.

142. Šiaučiukėnienė L, Visockienė O, Talijūnienė P. Šiuolaikinės didaktikos pagrindai. Technologija 2006.

143. Šveikauskas V. Sveikatos raštingumo ugdymo sistemos ypatybės. Medicina 2005;4:(12):1061-66 .

144. Šveikauskas V. Sveikatos edukologija. Paskaitų konspektas; 2005.

145. Šveikauskas V. Sveikatos edukologija. Kaunas; 2008.

146. Tamošiūnas A, Klumbienė J. Lietuvos gyventojų rizikos veiksnių ir mirtingumo pokyčiai. Medicina 1999; 35: 126-135.

147. Teresevičienė M, Gedvilienė G. Mokymasis bendradarbiaujant. 2000.

148. The Evidence and Options. European Public Health Alliance website. 2004;10:4. Available from: URL: http://www.epha.org/a/541

149. Toward a National Health Information Infrastructure: Interim Report. National ommittee on Vital and Health Statistics; 2000.

150. Trachtenberg F, Dugan E, Hall MA. How patients trust relates to their involment in medical care. J Fam Pract 2005;54(4):344-52.

151. Visser A, Deccache A, Bensing J. Patient education in Europe: united differences. Patient Educ Couns. 2001; 44(1):1-5.

152. Wagner Ch, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health 2007;61:1086-1090.

153. Wallin A. Patients' rights in Finland. BMJ 1994;23:1102-1103.

154. Wang Q. A study of community based needs of health promotion programs for schistosomiasis high prevalence area in China. Union School of Public health. Irjing: China. Academic dissertation. 1997.

155. Wang R. Critical health literacy: a case study from China in schistosomiasis control. Health Promotion International 2000; 3: 269-274.

156. Weiss BD, Hart G, Pust RE. The relationship between literacy and health. J Health Care Poor Underserved 1991;1(4):351-63.

157. Weiss BD, Hart G, McGee DL, D'Estelle S. Health status of illiterate adults: Relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. Journal of the American Board of Family Practice 1992; 5(3): 257-264.

158. Weiss BD, Reed RL, Kligman EW. Literacy skills and communication methods of low-income older persons. Patient Educ Couns 1995;25 (2):109-19.

159. Weiss BD, Blanchard JS, McGee DL. Illiteracy among Medicaid recipients and its relationship to health care costs. J Health Care Poor Underserved 1994;5(2):99-111.

160. Weiss BD. Hidden problems: low literacy. In: Weiss BD, ed. 20 common problems in primary care. New York: McGraw-Hill; 1999:498- 509.

161. Williams DM, Counselman FL, Caggiano CD. Emergency department discharge instructions and patient literacy: a problem of disparity. Am J Emerg Med 1996;14(1):19-22.

162. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh K, Coates WC, Nurss JR. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. Journal of the American Medical Association 1995; 2714(21). Available from: URL: http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/274/21/1677

163. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. Chest 1998; 114(4):1008-1537.

164. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. Archives of Internal Medicine 1998; 158:2. Available from: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9448555

165. Williams MD, Mark V, Terry D, Ruth M, Parker MD, Barry D et al. The role of health literacy in patient-physician communication. Fam Med 2002;34(5):383-9.

166. Wilson E, Chen A, Grumpach K, Wang F, Fernandez A. Effects of Limited English Proficiency and Physician Language on Health Care Comprehension. Journal of General Internal Medicine 2005; 20: 800.

167. Wolf MS, Williams MV, Parker RM, Parikh NS, Nowlan AW, Baker DW. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. Journal of health communication 2007; 12(8):721-32.

168. Žėbienė E, Kairys J, Zokas I. Medicinos slaugytojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. Sveikatos mokslai 2005; 3:57-61.

169. Žydžiūnaitė V, Merkys G, Petrauskienė A. Slaugytojo, dirbančio priklausomybės ligų prevencijoje, kompetencijos turinio elementų vertinimas. Sveikatos mokslai 2006; 4: 275-279.

9. PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS DARBO TEMA

Publikacijos recenzuojamuose žurnaluose

1. Zagurskienė D., Misevičienė I. Pacientų sveikatos raštingumo ir slaugytojų jiems teikiamos informacijos vertinimas. Sveikatos mokslai 2008;3:1594–1598.
2. Zagurskienė D., Misevičienė I. Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas. Medicina 2008;11:885–894.

Kitos publikacijos

1. Zagurskienė D., Misevičienė I., Pundzius J. The assessment of patients' healt literacy level in hospitals. Conference abstractbook/ Healt Promoting Hospitals 2008:70. Prieiga per internetą: http://www.univie.ac.at/hph/berlin2008/

2. Zagurskienė D., Čepauskienė D., Misevičienė I., Milašauskienė Ž. The assessment of some aspects of health literacy among patients in the Faunas Medical University Hospital. Conference abstractbook/Health Promoting Hospitals 2007:125. Prieiga per internetą: http://www.univie.ac.at/hph/vienna2007/

3. Misevičienė I., Pundzius J., Milašauskienė Ž., Zagurskienė D."Improvement of patients health literacy – the prerequisite for their empowerment". Empowering for Health: Practicing the principles. 13 th International Conference on Health Promoting Hospitals. May 18–20th, Conference abstractbook. Dublin, 2005. Prieiga per internetą: http://www.univie.ac.at/hph/dublin2005/

PRIEDAI

1. Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto leidimo kopija..... 115

2. Anketa pacientų sveikatos raštingumui įvertinti 116

3. Anketa slaugytojams 119

4. Anketa pacientams.....122

Priedas Nr.1

KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
KMUK Eivenių 2, Centrinis korpusas 71 kab., 50009 Kaunas, tel. +370 37 326168; faks. +370 37 326901, e-mail: cmeinfo@kmu.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2007-04-03 Nr. BE-2- 18

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: **„Pacientų sveikatos raštingumo ir jų nuomonės apie slaugytojų darbo kokybę vertinimas“.**	
Pagrindinis tyrėjas:	**Daiva Zagurskienė**
Biomedicininio tyrimo vieta: Įstaigos pavadinimas: Adresas:	**Kauno medicinos universitetas** **A. Mickevičiaus 9, Kaunas**

Išvada:
Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto posėdžio, įvykusio **2007m. balandžio 3 d.** (protokolo Nr. 50/2007) sprendimu pritarta biomedicininio tyrimo vykdymui.

Mokslinio eksperimento vykdytojai įsipareigoja: (1) nedelsiant informuoti Kauno Regioninį biomedicininių Tyrimų Etikos komitetą apie visus nenumatytus atvejus, susijusius su studijos vykdymu, (2) iki sausio 15 dienos – pateikti metinį studijos vykdymo apibendrinimą bei, (3) per mėnesį po studijos užbaigimo, pateikti galutinį pranešimą apie eksperimentą.

Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto nariai			
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1.	Doc. Irena Marchertienė	anesteziologija	taip
2.	Doc. Romaldas Mačiulaitis	klinikinė farmakologija	taip
3.	Prof. Nijolė Dalia Bakšienė	pediatrija	taip
4.	Doc. Tarvilas Norkus	chirurgija	taip
5.	Daiva Zagurskienė	slauga	taip
6.	Laima Vasiliauskaitė	psichoterapija	taip
7.	Doc. Marija Urbonienė	žemės ūkis	ne
8.	Eglė Vaižgėlienė	vadyba	taip

Kauno regioninis biomedicininių tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininių tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Pirmininkė

Irena Marchertienė

Priedas Nr. 2

Anketa pacientų sveikatos raštingumui įvertinti

Sekančiame teste pateiktos kelios medicinos instrukcijos, kurias bet kuris iš Jūsų galite išvysti ligoninėse. Šios instrukcijos yra pateiktos sakiniuose, kuriuose trūksta keleto žodžių. Vietos, kur praleisti žodžiai, pažymėtos brūkšniu; žemiau pateikiami 4 žodžiai. Prašome išsirinkti tą žodį, kuris, Jūsų nuomone, geriausiai užpildytų praleistą tarpą ir suteiktų sakiniui prasmę. Kai Jūs nuspręsite, jog žinote, kuris žodis tinkamiausias, apveskite rutuliuku prie jo esančią raidę ir eikite prie sekančio sakinio. Pabaigę puslapį, verskite kitą ir taip toliau, kol užpildysite visus puslapius.

SKIRSNIS A

Jūsų gydytojas nusiuntė Jus atlikti _____ peršvietimą rentgenu.

a. skrandžio
b. diabeto
c. siūlių
d. bakterijų

Jūsų skrandis turi būti _____, kai Jūs ateinate persišviesti _____.

a. astminis	a. rentgeną
b. tuščias	b. jeigu
c. kraujomaišą	c. nors
d. anemiškas	d. rentgenu

Švietimas rentgenu _____nuo 1 iki 3 _____.

a. užtruks	a. lovų
b. žiūrės	b. smegenų
c. kalbės	c. valandų
d. atrodys	d. dietų

Vakarienei suvalgykite _____ vaisiaus kąsnelį, _____ir želė su kava ar arbata.

a. mažą	a. pirštų
b. sultinio	b. gerklės
c. pulkite	c. skrebutį
d. pykinimui	d. šlaunį

Po_____, Jūs privalote ne_____ ir negerti

a. minutės	a. -lengvai
b. vidurnakčio	b. -valgę
c. metu	c. -gerti
d. prieš	d. -valgyti

_____ nieko iki tol, kol _____peršviesti rentgenu.

a. sergant	a. esate
b. visiškai	b. norite
c. kiekvieną	c. būsite
d. bet kurį	d. buvo

PERŠVIETIMO RENTGENU DIENĄ.

Nevalgykite _____.

a. susitikimo
b. užkandinės
c. pusryčių
d. klinikos

Ne_____, net _____.

a. -vairuokite
b. -gerkite
c. -nusirenkite
d. -dozuokite

a. širdies
b. kvapo
c. vandens
d. vėžio

Jei turite kokių nors_____, skambinkite rentgeno_____numeriu 324500.

a. atsakymų
b. pratimų
c. traktatų
d. klausimų

a. skyriui
b. patempimui
c. vaistinei
d. dantų skausmui

SKIRSNIS B

Sutinku pateikti teisingą informaciją, idant _____, ar man priklauso valstybės finansuojama medicinos pagalba.

a plaukai
b. druska
c. pamatyti
d. skauda

Aš _____ pateikti šaliai informaciją, kad _____ visus

a. sutinku
b. ištiriu
c. siunčiu
d. gaunu

a. paslėpti
b. rizikuoti
c. paleisti
d. įrodyti

šioje _____ pateiktus teiginius ir tuo pačiu duodu leidimą

a. emfizemoje
b. paraiškoje
c. tulžies pūslėje
d. giminystėje

_____ gauti šiuos įrodymus. Aš _____, kad norėdamas gauti

a. uždegimui
b. religijai
c. geležiai
d. apskričiai

a. tiriu
b. linksminu
c. suprantu
d. įtvirtinu

valstybės finansuojamą medicinos pagalbą, privalau pranešti apie bet kokius _____ mano atveju

a. pakitimus
b. hormonus
c. rūgštingumą neutralizuojančius preparatus
d. išskyras

per _____ (10) dienų nuo _____ apie pakitimus.

a. tris
b. vieną
c. penkias
d. dešimt

a. atlygio
b. sužinojimo
c. atstumo
d. laukimo

Aš suprantu, _____, jei man nepatinka mano atvejo _____,

a. nors
b. bet
c. kad
d. net

a. vedybos
b. užsiėmimas
c. suaugusysis
d. sprendimas

aš turiu _____ į bešališką klausymą. Aš galiu _____

a. ryškiai
b. kairę
c. neteisingą
d. teisę

a. prašytis
b. atsisakyti
c. nepasiekti
d. pataisyti

perklausymo raštu arba _____ į apskritį, kurioje padaviau prašymą.

a. skaičiuodamas
b. skaitydamas
c. paskambindamas
d. uostydamas

Jeigu Jūs _____ privalomojo sveikatos _____, Jūs turėsite pats

a. plaunate
b. neturite
c. padengiate
d. spausdinate

a. narį
b. istoriją
c. svorį
d. draudimo

_____ už medicinos paslaugas pagal nustatytus bazinius paslaugų _____ ,

a. atsipalaiduoti
b. sulaužyti
c. mokėti
d. pasirašyti

a. skausmą
b. datą
c. įkainius
d. širdį

_____ būtinąją _____.

a. gal
b. juk
c. tačiau
d. išskyrus

a. hipoglikemiją
b. tinkamumą
c. pagalbą
d. šizofreniją

Dėkojame Jums už atsakymus ir sugaištą laiką.

Priedas Nr. 3

GERBIAMIEJI SLAUGYTOJAI (-OS),

Sveikatos mokymo tikslas – padėti žmonėms apsispręsti savo sveikatos ir gerovės klausimais. Šio klausimyno tikslas – įvertinti slaugytojų norą bei pasiruošimą suteikti ligoniams žinių apie sveikatą. Jums tinkamą atsakymą pabraukite, pažymėkite ar įrašykite.

Dėkojame už bendradarbiavimą!

1. Kaip Jūs vertinate savo atliekamą darbą?
Labai gerai Gerai Patenkinamai Blogai

2. Ar Jūs supažindinate ir aprodote skyrių atvykusiam pacientui?
Taip Ne

3. Kaip Jūsų nuomone, pacientai vertina Jūsų darbą?
Labai gerai Gerai Patenkinamai Blogai

4. Ar pacientai Jumis pasitiki?
Taip Ne

5. Ar pakankamai bendraujate su pacientais?
Visada Dažnai Kartais Niekada

6. Pacientas, prireikus pagalbos, Jūsų sulaukia:
Visada Dažnai Kartais Niekada

7. Ar Jūs pacientams dėmesingas (-a):
Visada Dažnai Kartais Niekada

8. Kaip Jūs manote, ar pacientai pakankamai žino apie savo ligą?
Taip Ne

9. Jūsų nuomone, pacientai daugiausia apie savo ligą sužino iš:
Gydytojo Slaugytojos Šeimos narių
Spaudos Televizijos Radijo
Paskaitų, kitų renginių Interneto

10. Jūsų nuomone, kiek pacientui gulint ligoninėje suteikiama informacijos apie jo būklę?
Labai daug Pakankamai Labai mažai Visiškai nesuteikiama

11. Ar Jūs pacientui pakankamai suteikiate informacijos apie:

	Taip	Ne	Nežinau
paciento ligą			
sveikatos būklę			
gydymosi trukmę			
atliekamas slaugos procedūras (pasiruošimą, poveikį organizmui, galimus pašalinius reiškinius)			
pasiruošimą būsimiems tyrimams, (pvz. rentgenologiniam, endoskopiniam, ultragarsiniam ir kt.)			
paskirtų vaistų vartojimą (kada ir kaip vartoti)			
kaip elgtis grįžus į namus			

12. Jei ne, tai kodėl? (Jei Jūs atsakėte "Ne" nors į vieną klausimą)

Tai neįeina į mano pareigas | Man trūksta žinių | Laiko stoka
Pacientams tai neįdomu | Kita …….

13. Ar Jūs pacientui pakankamai suteikiate informacijos apie: (Jeigu Jūs dirbate terapiniame skyriuje, pereikite prie 15 klausimo)

	Taip	Ne	Nežinau
kaip bus ruošiamas operacijai			
ką ir kada valgyti ir gerti prieš operaciją			
kokia numatoma operacijos trukmė			
apie skausmo malšinimo būdus po operacijos			
kada po operacijos galės gerti, valgyti, atsisėsti ir kt.			
kaip maitintis, praustis po operacijos			
kaip pakeisti padėtį lovoje			
kada pradėti vaikščioti			

14. Jei ne, tai kodėl? (Jei Jūs atsakėte "Ne" nors į vieną klausimą)

Tai neįeina į mano pareigas | Man trūksta žinių | Laiko stoka
Pacientams tai neįdomu | Kita …….

15. Ar pacientai domisi sveika gyvensena, sveikatos išsaugojimu?

Taip, labai aktyviai | Kartais pasidomi | Ne, jų tai nedomina

16. Ar kalbatės su pacientais apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, sveikatos išsaugojimą?

Visada | Dažnai | Kartais | Niekada

17. Ar Jūs savo pacientams patariate:

Patarimai	Taip	Nepakankamai	Ne
kaip sveikai maitintis?			
kaip mesti rūkyti?			
kaip sumažinti alkoholio vartojimą?			
kaip normalizuoti kraujo spaudimą?			
kaip aktyviai ilsėtis?			

18. Jei ne, tai kodėl? (Jei Jūs atsakėte "Ne" nors į vieną klausimą)

Tai neįeina į mano pareigas | Man trūksta žinių | Laiko stoka
Pacientams tai neįdomu | Kita …….

19. Ar bendraujant su pacientu naudojate daug sudėtingų medicinos žodžių?

Visada | Dažnai | Kartais | Niekada

20. Ar dažnai pacientai Jūsų prašo pakartoti jiems rūpimą informaciją?

Visada | Dažnai | Kartais | Niekada

21. Ar, Jūsų manymu, pacientai pakankamai rūpinasi savo sveikata?

Taip | Gal būt, galėtų rūpintis daugiau | Per mažai | Visai nesirūpina

22. Kaip vertinate savo žinias apie sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką?

Labai geros | Geros | Vidutinės | Blogos

23. Jūsų nuomone pacientų mokymas gali (pažymėkite visus Jūsų nuomone, teisingus atsakymus):

Pagerinti pacientų žinias | Pagerinti ligos išeitis
Pagerinti medikų ir pacientų bendravimą | Padidinti pacientų pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybe

24. Kaip Jūs galvojate, kaip turėtų būti vykdomas ligonių sveikos gyvensenos, ligų profilaktikos mokymas ligoninėje?

Grupinis | Individualus

25. Kaip Jūs galvojate, pagrindinė informacija apie sveiką gyvenseną ir ligų profilaktiką turėtų būti pateikta:
Raštu Raštu ir žodžiu Žodžiu

26. Kas Jūsų nuomone ligonius turėtų mokyti sveikos gyvensenos?
Gydytojas Slaugytoja Sveikatos edukologas
Gydytojai, slaugytojos ir sveikatos edukologai kartu Kita …….

27. Ar Jums pakanka žinių apie sveikatos mokymą?
Taip Dalinai Ne

28. Ar Jūs dalyvavote kokiuose nors tobulinimosi kursuose, kuriuose būtų mokoma sveikos gyvensenos principų, ligų profilaktikos pagrindų?
Taip (nurodykite)..... Ne

29. Ar žinote kaip apskaičiuoti kūno masės indeksą (KMI)?
Taip (nurodykite) ……. Nežinau

30. Kiek druskos suaugusiam žmogui pakanka suvartoti per dieną?
3g. 6g. 10g. 15g. Nežinau

31. Nuo kokios ribos suaugusio žmogaus diastolinis kraujospūdis (mm Hg) vertinamas kaip padidėjęs?
80 90 100 110

32. Kuriuos asmenis laikytumėte reguliariai rūkančiais?
Surūkančius 1 cigaretę per dieną Surūkančius 1-6 cigaretes per dieną
Surūkančius daugiau nei 10 cigarečių per dieną Nežinau

33. Ar sutiktumėte dalyvauti, vykdant pacientų sveikatos mokymo programą?
Taip Ne

34. Jūsų lytis:
Vyras Moteris

35. Gimimo data (įrašykite) …….

36. Išsimokslinimas:
Spec. vidurinis (aukštesnysis) Aukštasis/universitetinis

37. Darbo stažas (įrašykite) …….

38. Kiek pacientų slaugote?
Dieną (įrašykite)…….. Naktį (įrašykite)……..

39. Kokio profilio skyriuje Jūs dirbate:
Terapijos Chirurgijos

Dėkojame Jums už atsakymus ir sugaištą laiką.

Priedas Nr. 4

GERBIAMIEJI PACIENTAI,

Siekiant įvertinti pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis sveikatos priežiūros įstaigose bei nustatyti sveikatos mokymo ir informacijos poreikius pacientams, norime sužinoti Jūsų nuomonę ir prašome atsakyti į klausimus. Jums tinkantį atsakymą pabraukite ar įrašykite.

Dėkojame už bendradarbiavimą!

1. Kelintą kartą Jūs gydotės ligoninėje per paskutinius penkerius metus?
Pirmą kartą Antrą kartą Daugiau nei du kartai

2. Kelintą dieną gydotės ligoninėje?
Įrašykite …….

3. Kokia liga Jūs sergate ir kiek laiko?
Įrašykite……..

4. Jūs paguldytas:
Skubia tvarka Planine tvarka

5. Jūs gulite:
Terapijos skyriuje Chirurgijos skyriuje

6. Ar Jūsų lankytojai yra patenkinti ligoninės personalo elgesiu su Jais?
Taip Ne Nežinau

7. Jei reikėtų gydytis ligoninėje, ar Jūs pasirinktumėte šią ligoninę?
Taip Ne Nežinau

8. Ar personalas supažindino Jus su skyriaus vidaus tvarka?
Taip Ne

9. Kaip vertintumėte aplinką ir tvarką palatoje?
Labai gerai Gerai Patenkinamai Blogai

10. Ar Jums suprantami ligoninėje esantys medicinos užrašai ir pavadinimai?
Visada Dažnai Kartais Niekada

11. Slaugytojų (med. seserų) darbą vertinate:
Labai gerai Gerai Patenkinamai Blogai

12. Ar pasitikite Jus prižiūrinčiais slaugytojais (-omis) (med. seserimis)?
Taip Ne

13. Slaugytojai (-os) (med. seserys) su Jumis bendrauja:
Visada Dažnai Kartais Niekada

14. Jums prireikus pagalbos, slaugytojo (-os) (med. sesers) sulaukiate:
Visada Dažnai Kartais Niekada

15. Ar slaugytojai (-os) (med. seserys) Jums dėmesingi:
Visada Dažnai Kartais Niekada

Pacientų nuomonė apie sveikatos mokymą

16. Ar Jūs pakankamai žinote apie savo ligą?
Taip Ne

17. Daugiausia apie savo ligą sužinote iš:
Gydytojo (-os) Slaugytojo (-os) (med. sesers) Šeimos narių
Spaudos Televizijos Radijo
Paskaitų, kitų renginių Interneto

18. Kiek informacijos apie Jūsų būklę Jums buvo suteikta gulint ligoninėje?
Labai daug Pakankamai Labai mažai Visiškai nesuteikia

19. Ar šiame skyriuje slaugytojai (-os) (med. seserys) Jums suteikė pakankamai informacijos apie:

	Taip	Ne	Nežinau
Jūsų ligą			
Jūsų sveikatos būklę			
gydymosi trukmę			
Slaugytojų (med. seserų) atliekamas procedūras (pasiruošimą, poveikį organizmui, galimus pašalinius reiškinius)			
pasiruošimą būsimiems tyrimams, (pvz. rentgenologiniam, endoskopiniam, ultragarsiniam ir kt.)			
Jums paskirtų vaistų vartojimą (kada ir kaip vartoti)			
kaip elgtis grįžus į namus			

20. Jei ne, tai kodėl? (Jei Jūs atsakėte "Ne" nors į vieną klausimą)
Tai neįeina į jų pareigas Trūksta žinių Trūksta laiko Kita …….
Pacientams tai neįdomu

21. Jūs esate: (Jeigu Jūs gulite terapiniame skyriuje, pereikite prie 26 klausimo)
Po operacijos Ruošiamas operacijai

22. Ar šiame skyriuje slaugytojai (-os) (med. seserys) Jums suteikė pakankamai informacijos apie:

	Taip	Ne	Nežinau
kaip būsite ruošiamas operacijai			
ką ir kada valgyti ir gerti prieš operaciją			
kokia numatoma operacijos trukmė			
skausmo malšinimo būdus po operacijos			
kada po operacijos galėsite gerti, valgyti, atsisėsti ir kt.			
kaip maitintis, praustis po operacijos			
kaip pakeisti padėtį lovoje			
kada pradėti vaikščioti			

23. Jei ne, tai kodėl? (Jei Jūs atsakėte "Ne" nors į vieną klausimą)
Tai neįeina į jų pareigas Trūksta žinių Trūksta laiko Kita ……

24. Ar domitės informacija apie sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą?
Taip, labai aktyviai Kartais pasidomiu Ne, manęs tai nedomina

25. Ar kalbasi su Jumis slaugytojai (-os) (med. seserys) apie gyvensenos įtaką ligų atsiradimui, sveikatos išsaugojimą?
Visada Dažnai Kartais Niekada

26. Ar Jums, besigydant ligoninėje, palatos slaugytojas (-a) (med. sesuo) patarė:

Patarimai	Taip	Nepakankamai	Ne
Kaip sveikai maitintis?			
Kaip mesti rūkyti?			
Kaip sumažinti alkoholio vartojimą?			
Kaip normalizuoti kraujo spaudimą?			
Kaip aktyviai ilsėtis?			

27. Jei ne, tai kodėl? (Jei Jūs atsakėte "Ne" nors į vieną klausimą)
Tai neįeina į jų pareigas Trūksta žinių Trūksta laiko Kita ……

28. Ar slaugytojai (-os) (med. seserys) bendraudami naudoja daug sudėtingų medicinos žodžių?
Visada Dažnai Kartais Niekada

29. Ar dažnai prašote, kad slaugytojas (-a) (med. sesuo) pakartotų Jums rūpimą informaciją?
Visada Dažnai Kartais Niekada

30. Ar, Jūsų manymu, Jūs pakankamai rūpinatės savo sveikata?
Taip, visiškai pakankamai Gal būt galėčiau rūpintis daugiau Be abejo per mažai, reikėtų rūpintis daugiau
Visai nesirūpinu

III. Bendra informacija:

31. Jūsų lytis:
Vyras Moteris

32. Gimimo data (įrašykite) …….

33. Išsimokslinimas:
Pradinis Vidurinis Spec. vidurinis (aukštesnysis) Aukštasis-universitetinis

34. Kokį darbą dirbate?
Darbininkas Tarnautojas Studentas
Pensininkas Kita .....

35. Jūsų gyvenamoji vieta:
Miestas (nurodyti)…….....… Rajonas, kaimas (nurodyti)…….....……

36. Jūsų gimtoji kalba:
Lietuvių Rusų Lenkų Kita (įrašykite)…….

37. Ar Jums sudėtinga buvo užpildyti šią anketą?
Taip Ne

Dėkojame Jums už atsakymus ir sugaištą laiką.