

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
Patologijos, teismo medicinos ir farmakologijos katedra

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Vaistinininko kompetencijos ir žinių kontracepcijos klausimais tyrimas

Studentės: Audronė Galatiltienė
Gražina Vaškūnienė

Farmacijos studijų programa V kursas, 1 grupė

Darbo vadovas: doc. dr. Jolita Zakarevičienė _____

Katedros vedėjas: prof. Arvydas Laurinavičius _____
(parašas)

Darbo įteikimo data: 2017-____-____ Registracijos Nr. _____

2017

Studento elektroninio pašto adresas: audronegala@gmail.com
grava.v@inbox.lt

SANTRAUKA

Vaistinininko kompetencijos ir žinių kontracepcijos klausimais tyrimas

A. Galatiltienės ir G. Vaškūnienės magistro baigiamasis darbas.

Mokslinė vadovė doc. dr. Jolita Zakarevičienė.

Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Akušerijos ir ginekologijos klinika.

Darbo tikslas: įvertinti Vilniaus miesto ir rajono farmacijos specialistų žinias ir konsultacijų kokybiškumą išduodant kontracepcijos preparatus vartotojams ir pacientų, perkančių kontraceptines priemones, žinias apie jas.

Metodika: tyrimui atlikti buvo pasirinktas anketinis metodas, parengtos originalios anketos. Tyrimo metu buvo apklausta 100 farmacijos specialistų (vaistinininkų), dirbančių Vilniaus miesto ir rajono vaistinėse ir 100 jų pacientų. Apklausos buvo atliekamos anonimiškai. Gautų duomenų analizė, grafikai ir lentelės sudarytos naudojantis „Microsoft Office Excel 2016“ programa.

Rezultatai: tiek pacientės, tiek vaistinininkai turi pakankamai žinių apie kontracepciją. 45,8% pacienčių patikimiausia kontraceptine priemone įvardijo sudėtines hormonines tabletes, o farmacijos specialistai – gimdos spiralę (51,9%). 67 iš 100 pacienčių sudėtinių kontraceptinių tablečių patikimumą įvertino 100%. Daugiausiai pacientės žino apie kontraceptines tabletes (21%), prezervatyvus (28,9%) ir spirales, įvestas į gimdą (25,4%). Iš mūsų apklausoje dalyvavusių pacienčių įvairias kontraceptines priemones vartoja 52% (populiariausia priemonė – sudėtinės kontraceptinės tabletės (22%)). 30% pacienčių mano, kad stipriausias pašalinis poveikis, kurį gali sukelti hormoninė kontracepcija, yra nerimas ir baimė. Vaistinininkai kontracepcijos klausimais konsultuoja vienodai dažnai tiek reprodukcinio amžiaus moteris (45%), tiek paauglius (41%). 90% apklaustų vaistinininkų domisi naujovėmis apie kontracepciją ir dažniausiai tobulinasi skaitydami mokslinę literatūrą. Didžiosios daugumos siekius daugiau domėtis ir žinoti apie kontraceptines priemones skatina poreikis suteikti teisingą ir tikslią informaciją pacientams (75%).

Išvados: 1. Farmacininkų žinios apie šiuolaikinę kontracepciją yra geros: didžioji dauguma vaistinininkų domisi naujovėmis ir dažniausiai tobulina savo žinias skaitydami mokslinę literatūrą. Domėtis kontraceptinėmis priemonėmis skatina poreikis suteikti moterims teisingą ir tikslią informaciją. Tyrimo metu išsiaiškinta, kad farmacijos specialistai, prieš išduodami kontraceptinius preparatus, ne visada suteikia farmacinę informaciją, kaip tinkamai vartoti preparatą.

2. Tyrimas atskleidė, kad populiariausios kontraceptinės priemonės yra hormoninės. Jų pasirinkimą lemia moters amžius ir gyvenimo būdas. Viena dažniausiai vartojamų hormoninės kontracepcijos priemonių išlieka sudėtinės kontraceptinės tabletės, tačiau moterų žinios apie

kontraceptikų veikimo mechanizmus, pašalinį poveikį, kitas medicinines kontraceptinių priemonių vartojimo indikacijas yra labai menkos.

SUMMARY

Pharmacist competence and knowledge about contraception

By A. Galatiltienė and G. Vaškūnienė. Master's Thesis.

Supervisor: doc. Jolita Zakarevičienė

Vilnius University, Faculty of Medicine, Obstetrics and gynecology clinic.

Aim: to evaluate Vilnius pharmaceutical specialist knowledge about contraception, their consultation quality and patients who are buying contraceptive products knowledge about them.

Methods: A questionnaire test was chosen for a survey, original questionnaires were prepared. During the investigation 100 pharmacists, working in the Vilnius city and district pharmacies, and 100 patients that came to their pharmacies to buy a contraceptive product, were surveyed. The survey was performed anonymously. Received data analysis, graphs and tables created using Microsoft Office Excel 2016 program. The significance level was set at $P < 0.05$.

Results: both patients and pharmacists have a good enough knowledge about contraception. 45,8% of the patients the most reliable contraception named pills and pharmaceutical specialists - the IUD (51.9%). 67 out of 100 patients evaluated the reliability of the SKT 100%. Most patients are aware of the pill (21%), condoms (28.9%) and spirals introduced into the uterus (25.4%). 52% patients of our survey are using contraception (the most popular – combined contraceptive pills (22%)). 30% of patients believe that the strongest side effects, which can cause hormonal contraception is anxiety and fear. Usually pharmacists have to give advise patients of reproductive age (45%). 90% of the surveyed pharmacists interested in innovations about contraception and frequently improve their knowledge reading the scientific literature. The aspirations of the majority to know more about contraception is motivated by the need to provide a fair and targeted information to patients (75%).

Conclusions: 1. Pharmacists knowledge about contemporary contraception is good: the majority of pharmacists are interested in innovation and generally improve their knowledge by reading the scientific literature. Pharmacists are interested in contraception because they want to provide women with a fair and accurate information. However, not always pharmaceutical professionals provides pharmaceutical information how to properly use the product.

2. The survey revealed that the most popular contraceptive products are hormonal composition. Their choice is determined by the woman's age and lifestyle. Obviously, one of the most commonly used hormonal contraception remains to be tablets. However, women's knowledge

about contraceptive working mechanisms, side effects and other medical indications for the use of contraceptives is very low.

TURINYS

SAVOKOS	6
SANTRUMPOS	7
ĮVADAS	8
DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	9
1. LITERATŪROS APŽVALGA	10
1.1. Kompetencijos, jų struktūra.....	10
1.1.1. Kompetencijos samprata ir reikšmė	10
1.1.2. Farmacijos specialistų darbo ypatumai ir kompetencijos.....	15
1.1.3. Savaiminis mokymasis iš savo ir bendradarbių veiklos.....	17
1.1.4. Pareiginės instrukcijos, teisės aktai, atsakomybė.....	22
1.2. Kontracepcija.....	23
1.2.1. Kontracepcijos raida.....	23
1.2.2. Kontracepcijos metodų paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje	24
1.2.3. Kontraceptinių priemonių grupavimas	25
1.2.3.1. Labai efektyvios kontraceptinės priemonės	27
1.2.3.2. Efektyvios kontraceptinės priemonės.....	28
1.2.3.3. Mažiau efektyvios kontraceptinės priemonės	30
1.2.4. Medicinos įrodymai apie šiuolaikines kontraceptines priemones.....	31
1.2.5. Seksualinė ir reprodukcinė sveikata	34
1.2.6. Skubioji kontracepcija	34
1.2.7. Vaistininko vaidmuo rekomenduojant ir išduodant geriamuosius hormoninius kontraceptinius preparatus	36
2. TYRIMO METODIKA.....	38
2.1. Tyrimo organizavimas.....	38
2.2. Taikyti tyrimo metodai	38
2.3. Tyrimo eiga	39
2.4. Tyrimo kontingentas.....	39
3. REZULTATAI	40
3.1. Bendrų klausimų abiejose grupėse rezultatai	40
3.2. Pacienčių anketų rezultatai	42
3.3. Vaistinininkų anketų rezultatai.....	46
4. REZULTATŲ APTARIMAS	48
5. IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	55
6. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	56
7. PRIEDAI.....	63

SAVOKOS

Kompetencija (lot. *competere* – sutapti) – gebėjimai atlikti tam tikrus veiksmus; tam tikro dalyko įvaldymas, kokios nors srities išmanymas, dalykiniai (su)gebėjimai.

Kompetingumas (angl. *competency*) – asmens, sugebančio tinkamai ir efektyviai įvykdyti profesinę užduotį, apibūdinimas.

Kvalifikacija – asmens gebėjimai ir žinios, kurias jis sugeba tam tikroje veikloje panaudoti tam tikru lygiu.

Konsultavimas (angl. *consulting*) – paslauga, kurios metu asmeniui (konsultuojamajam) yra teikiami patarimai, žinios. Nuo informavimo skiriasi tuo, jog konsultacijomis siekiama patarti individualiais klausimais, o ne suteikti šiaip bendro pobūdžio informaciją apie kokį nors dalyką.

Farmacinė rūpyba – gyventojų gydymui reikalingų vaistinių preparatų parinkimas, leidžiantis gauti rezultatus, maksimaliai pagerinančius gyventojų gyvenimo kokybę. Tai gydytojo, vaistininko ir gyventojų bendradarbiavimas siekiant nustatyti ir išspręsti visas su vaistinių preparatų vartojimu susijusias sveikatos problemas. Tai nuolatinis vaistinių preparatų vartojimo kokybės gerinimo procesas.

Farmacinės paslaugos – vaistininko praktika vaistinėje, apimanti gydytojo išrašytų receptų kontrolę, vertinimą, nereceptinių vaistinių preparatų parinkimą, farmacinės informacijos apie vaistinius preparatus teikimą gyventojams, sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistams, taip pat jų konsultavimą.

Geroji vaistinių praktika – normų, nustatančių reikalavimus vaistinės veiklai, įskaitant farmacinės paslaugos teikimą ir farmacinės rūpybos principų įgyvendinimą, visuma.

Kontracepcija (lot. *contra* – prieš, *conception* – pastojimas, apvaisinimas) – priemonės, padedančios išvengti nėštumo.

Seksualinė sveikata – tai somatinių, emocinių, intelektinių ir socialinių aspektų integracija į seksualinę būtybę.

Reprodukcinė sveikata – visiška fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, susijusi su lytiniu gyvenimu.

Skubioji kontracepcija – apsisaugojimo būdas nuo nėštumo, kuris tampa vienintele išėjimu pagrindiniam kontracepcijos būdai nepasiteisinus, pvz., plyšus prezervatyvui arba pamiršus po lytinio akto suvartoti kontraceptinę piliulę.

SANTRUMPOS

FS – farmacijos specialistas

FR – farmacinė rūpyba

FP – farmacinės paslaugos

FĮ – Farmacijos įstatymas

GVP – geroji vaistinių praktika

VVKT – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba

AKS – arterinis kraujo spaudimas

KMI – kūno masės indeksas

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

LPI – lytiškai plintančios ligos

NLA – nutrauktas lytinis aktas

SHK – sudėtinė hormoninė kontracepcija

SKT – sudėtinės kontraceptinės tabletės

PMS – priešmenstruacinis sindromas

EE – etinilestradiolis

ENG – etonogestrelis

IUS-Cu – gimdos (intrauterininė) spiralė su variu

IUS-LNG – gimdos (intrauterininė) spiralė, išskirianti levonorgestrelį

EVA – Europos vaistų agentūra

ĮVADAS

Šiuolaikinė aplinka nėra statiška ir nuolat keičiasi sukeldama visuomenei naujų iššūkių. Nuolatinio mokymosi poreikis ir mokymasis – tai visuomenės narių atsakas iššūkiams įveikti, iškilusiems uždaviniams spręsti.

Farmacijos specialistų požiūris pabrėžia organizacinio mokymosi svarbą bei organizacijos ir jos aplinkos įtaką mokymuisi. Organizacinis mokymasis atsiranda tada, kai individualus ir grupinis mokymasis yra institucionalizuotas organizacijoje, t. y. žinios, įgytos mokantis veikloje ir po veiklos (atliekant refleksiją), yra įtvirtintos organizacijos veiklos taisyklėse, sistemose, struktūrose, kultūroje. Mokymasis turi apimti visus organizacijos lygmenis. Tokiu būdu organizacijose tradicinį personalo valdymą pakeistų efektyvus žmogiškųjų išteklių valdymas.

Organizacijos, nepanaudojusios žmogiškųjų išteklių valdymo principų, bus nepajėgios valdyti savo žmogiškojo potencialo, nuo kurio priklauso organizacijų efektyvus funkcionavimas. Tik efektyvus žmogiškųjų išteklių valdymas gali paskatinti darbuotojus siekti naujų kompetencijų. Organizacijos galės pasiekti aukštų veiklos rezultatų tik tuo atveju, kai joje dirbs kvalifikuoti ir kompetentingi darbuotojai.

Kompetencija reiškia kompleksinę veiksmų sistemą, kuri apima žinias ir gebėjimus, strategijas ir žinomus šablonus, kuriems reikia pritaikyti žinias ir įgūdžius, taip pat atitinkamai emocijas ir nuostatas, efektyvų jų valdymą.

Teigiama, kad „mokslinė tiesa“ galioja tik penkerius metus, nuolatos vykstantys biomedicininiai, socialiniai tyrimai atskleidžia naujų tiesų, todėl didėjantis medicininių žinių kiekis verčia medikus atnaujinti savo žinias. Ypač tai svarbu toje srityje, kurioje pacientui suteiktos žinios ar kitos paslaugos gali nulemti jo sveikatą.

Viena iš tokių sričių yra kontracepcija, kadangi ji reikalinga ne tik kaip šeimos planavimo būdas, bet ir naudojama kaip priemonė tam tikroms ligoms gydyti. Pastaruoju metu aktyviai kalbama apie mokslu pagrįstos medicinos taikymą. Didžiosios Britanijos medicinos žurnale „British Medical Journal“ teigiama, kad įrodymais pagrįsta medicina yra sąžiningas, tikslus ir apgalvotas geriausių medicinos įrodymų panaudojimas individualiai pacientų priežiūrai. Mokslu pagrįstos medicinos praktika reiškia individualų klinikinį įvertinimą naudojant geriausius klinikinius įrodymus atlikus sisteminį tyrimą.

Įrodymais pagrįstos medicinos žinios taip pat yra svarbios nagrinėjant temas, susijusias su kontraceptinėmis priemonėmis. Šiuo metu yra gausus šiuolaikinių kontraceptinių priemonių pasirinkimas ir daugybė sklandančių mitų apie kontracepciją gali lemti neteisingą jų pasirinkimą

ir naudojimą. Šiuo metu yra be galo daug informacijos ir būdų ją gauti, todėl asmenys, siekiantys nuolatos tobulėti, turi priklausyti informacinei visuomenei. Informacinė visuomenė – atvira, išsilavinusi ir besimokanti visuomenė, kurios nariai gali ir geba taikyti šiuolaikines informacines technologijas visose savo veiklos srityse, moka naudotis šalies bei pasaulio informacijos šaltiniais, o valdžios institucijos užtikrina informacijos prieinamumą ir patikimumą.

Vaistinės yra lengviausiai pasiekiamos sveikatinimo sistemos įstaigos ir vaistininkas dažnai yra paskutinis specialistas, kuris gali suteikti informacijos pacientui prieš pradėdant vartoti vaistus. Farmacinės paslaugos kokybė lemia, ar tinkamai bus pasirinktas preparatas ir kaip jis bus vartojamas. Tinkamai suteikta farmacinė paslauga užkerta kelią gydymosi klaidoms.

Atlikto tyrimo rezultatai turėtų suteikti informacijos apie esamos situacijos privalumus ir trūkumus ir taip padėti tobulinti bei plėtoti konsultavimo įgūdžius, gerinti konsultaciją vaistinėse. Tinkama farmacijos specialistų konsultacija galėtų išgelbėti skubiosios kontracepcijos vartotojas nuo aborto keliamų pasekmių, nevaisingumo, stipraus kraujavimo, net mirties.

Atliktame tyrime analizuojama farmacijos specialistų konsultacijos kokybė kontracepcijos preparatų išdavimo klausimu ir jos gerinimo galimybės, bendravimas su pacientais ir veiksniai, turintys įtakos bendravimui bei analizuojamos situacijos, kuriose pacientai ir vaistininkai bendradarbiauja ar nepakankamai bendradarbiauja.

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas – įvertinti Vilniaus miesto ir rajono farmacijos specialistų žinias ir konsultacijų kokybiškumą, išduodant kontracepcijos preparatus vartotojams ir pacientų, perkančių kontraceptines priemones žinias apie jas.

Uždaviniai:

1. Nustatyti kontracepcijos preparatų prieinamumą Vilniaus miesto ir rajono vaistinių pacientams.
2. Įvertinti farmacijos specialistų gebėjimą užduoti reikiamus klausimus, padedančius suvokti paciento būklę ir padėti pacientams teisingai priimti gydymosi sprendimus.
3. Ištirti farmacijos specialistų teikiamą farmacinę informaciją išduodant kontracepcijos preparatus.
4. Išsiaiškinti pacienčių žinias apie kontracepciją.
5. Įvertinti veiksnius, lemiančius kontracepcijos pasirinkimą.
6. Palyginti tyrime apklaustųjų moterų ir farmacijos specialistų anketų atsakymus.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Kompetencijos, jų struktūra

1.1.1. Kompetencijos samprata ir reikšmė

Šiuolaikiniame pasaulyje pagrindiniais organizacijos plėtros ištekliais tampa nebe kapitalas, darbo jėga ar gamtos ištekliai, bet darbuotojai ir jų žinios, gebėjimai, kvalifikacija, t. y. kompetencija. Darbuotojai, tobulindami savo žinias ir įgūdžius, mokydami turi realių galimybių padėti savo organizacijai prisitaikyti prie nuolat besikeičiančios aplinkos ir išlikti konkurencingai. Konkurencijos valdomame verslo pasaulyje žmogiškojo veiksnio vertė labai padidėjo: įmonės personalas vertinamas kaip svarbiausias išteklius ir verslo sėkmės garantas [1].

XXI amžius – informacijos siekimo amžius. Tai lėmė, kad pagrindiniu ūkio raidos ištekliumi tapo darbuotojų žinios, intelektinis kapitalas. Vis daugiau mokslininkų tiria ir analizuoja žinių ir kompetencijų svarbą organizacijų veikloje [2]. Žinių visuomenė šalia saugios visuomenės ir konkurencingos ekonomikos yra vienas iš trijų Lietuvos valstybės prioritetų, įtvirtintų valstybės ilgalaikės perspektyvos tikslus apibrėžiančiame dokumente – Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje. Žinių visuomenėje išskirtinę reikšmę įgyja žmonių žinios ir kompetencija. Kompetencijos reiškia kompleksinę veiksnių sistemą, kuri apima žinias ar žinojimo gebėjimus, strategijas ir žinomus šablonus, kuriems reikia pritaikyti žinias ir įgūdžius, taip pat emocijas ir nuostatas bei efektyvų šių kompetencijų valdymą [3].

Kompetencija (lot. *competere* – sutapti) – gebėjimai atlikti tam tikrus veiksmus; tam tikro dalyko įvaldymas, kokios nors srities išmanymas, dalykiniai (su)gebėjimai [4]. Pagal įvaldymo lygmenį gali būti skiriamos šios kompetencijos pakopos [3]:

- neįsisąmoninta kompetencijos potenciala,
- neįsisąmoninta nekompetencija,
- įsisąmoninta nekompetencija,
- įsisąmoninta kompetencija,
- nesąmoninga kompetencija;
- meistriškumas,
- didmeistriškumas,
- virtuoziškas,
- ekstremalių sąlygų kompetencija,
- improvizacijos kompetencija.

Kompetencija suprantama kaip tam tikrų žinių ir gebėjimų visuma, leidžianti efektyviai dirbti tam tikroje situacijoje. Mokslinėje literatūroje kompetencijos samprata šaltiniuose pateikiama skirtingomis reikšmėmis, tačiau labiausiai paplitusios yra dvi pastarosios:

1) klausimų ar reiškinių sritis, su kuria kas gerai susipažinęs;

2) visuma kurio nors organo arba pareigūno teisių ir pareigų, nustatytų to organo statuto ar nuostatų.

Lietuvių kalbos vadybos mokslo terminologijoje mes neturime tikslaus kompetencijos apibrėžimo, tačiau netgi užsienio šalių mokslininkai skirtingai traktuoja pačią kompetencijos sampratą ir jos sudedamąsias dalis. Gnoseologiniu požiūriu kompetencijos samprata gali būti tapatinama su kvalifikacijos samprata, o pastaroji pirmiausia yra formalus tam tikro įgyto išsilavinimo ugdymo institucijose patvirtinimas [5].

R. Laužackas atskyrė kompetencijos ir kvalifikacijos terminus, nors jis teigia, kad šių sąvokų skirtumai nėra dideli, tačiau atkreipia dėmesį į tai, kad kompetencijos sąvoka yra artimesnė veiklos pasaulio aplinkai [6]. Ją vartojame tuomet, kai tenka pabrėžti profesines žmogaus galias praktinėje veikloje.

Kvalifikacijos sąvoka vartotina, kai kalbama apie tai, ką žmogus rengiasi arba įgyja švietimo sistemoje, kokie yra švietimo procesų tikslai. Šie pastebėjimai atskiria kompetencijos ir kvalifikacijos sąvokas, tačiau dar nevisiškai, ypač lietuviškoje terminijoje, išryškina jų turinio skirtumus [5].

Nors L. Jovaiša teigia, kad mokėjimas atitinka anglų kalbos terminus „capacity“ ir „ability“ [7], tačiau šių sąvokų aiškinimas Oksfordo žodyne (1997) rodo, kad „ability“ ir „capacity“ yra žodžio „skill“ (įgūdis) sinonimas. Vadinasi, mokėjimas yra pirmoji įgūdžių lavinimo pakopa arba „neautomatizuotas, netobulas veiksmų atlikimas“ [8], o įgūdis yra aukštesnė pakopa arba „mąstymo ir praktinės veiklos automatizuotas veiksmas“ [7].

Kiti Lietuvos mokslininkai (V. Jakavičius, G. Butkienė ir A. Kepalaitė) taip pat parodo mokėjimo ir įgūdžių sąvokų santykį, nustato įgūdžių formavimosi etapus, dėsniumus bei veiksnius [9,10]. Šių tyrėjų darbuose išryškinamos mokėjimų formavimo sąlygos ir atskleidžiama bendra nuostata, kad mokėjimo ir įgūdžio formavimasis atspindi skirtingus to paties veiksmo atlikimo lygmenis. Kalbant apie Lietuvos organizacijų darbuotojų kompetencijos ugdymą, pažymėtina, kad terminas „kompetencija“ nebuvo vartojamas itin plačiai. Lietuvių autoriai kompetenciją tapatino su kvalifikacija. Tačiau įvertinus kompetencijos ir kvalifikacijos koncepcijas, aiškiai matyti, kad kompetencija apima ne tik mokymosi ir lavinimosi proceso rezultatus ir jų pritaikymą, bet ir darbuotojo individualių savybių integravimą konkrečiomis darbo situacijomis [2].

Lietuvių kalbos žodyne yra du sąvokos „kompetencija“ paaiškinimai:

- klausimų ar reiškinių sritis, kurią kas gerai išmano;
- darbuotojo ar įstaigos veikimo sritis ir įgaliojimų apimtis.

Žodyne „kompetencija“ yra nusakoma lietuvišku atitikmeniu – kurios nors srities išmanymas. Tam tikrame kompetencijos vartojimo kontekste toks kompetencijos pavertimas išmanymu nėra netinkamas, kaip ir aiškinimas sugebėjimu, gebėjimu ar mokėjimu. Taip yra todėl, kad visi šie žodžiai nusako, jog yra tam tikros kokybės žmogaus atsakas jį supančiai aplinkai. Todėl žodynuose esantys vertimai ir paaiškinimai atspindi skirtingus filosofinius (mokymosi teorijų) požiūrius. Juo labiau yra sunku suprasti kitomis kalbomis parašytus tekstus, kuriuose viename sakinyje galima rasti ir kompetenciją, ir gebėjimus, ir įgūdžius, ir žinias. Sunku suprasti ir tokį teiginį „kompetencija grindžiama kvalifikacija“. Bandant tai išversti, kyla klausimas, kodėl nerašoma „įgūdžiais ar žiniomis grindžiama kvalifikacija“. Jeigu taip nerašoma, vadinasi, yra kažkoks skirtumas tarp kompetencijos ir žinių ar įgūdžių. Išsiaiškinti kompetencijos esmę yra ne taip paprasta. Tačiau tai yra svarbu, nes kompetencijos supratimas yra tie vartai, kurie atveria platesnius profesinio rengimo horizontus.

Visų pirma tai – gebėjimas atlikti tam tikrą operaciją ar užduotį realioje ar imituojamoje situacijoje. Kuo šis apibrėžimas yra įdomus? Kompetencija yra verčiama ir suprantama kaip gebėjimas. Tačiau tai yra ypatingas gebėjimas atlikti užduotį. Kompetencija šiame apibrėžime yra tam tikros rūšies gebėjimas. Jis skiriasi nuo kitų mokymosi rezultatų: žinių, mokėjimo bei pažintinės veiklos įgūdžių. Kompetencijos aiškinimas gebėjimo sąvoka gali palikti dviprasmybės įspūdį. Kam reikia gebėjimą, kurį suprantame kaip galėjimą ką nors padaryti, vadinti kompetencija? Esmė greičiausiai ta, kad gebėjimą galima suprasti labai plačiai – kaip reakciją į tam tikrus išorės dirgiklius (užduotis). Ugdymo požiūriu ši reakcija yra vadinama gebėjimu kaip išugdytu gabumu. Gebėjimas yra išmoktas atsakas į išorės dirgiklius; specifiška reakcija-atsakas tam tikroje sudėtingoje aplinkoje, – pavyzdžiui, darbo situacijoje, – yra kompetencija. Kadangi yra įvairių reakcijų, yra ir įvairių gebėjimų – kompetencijų.

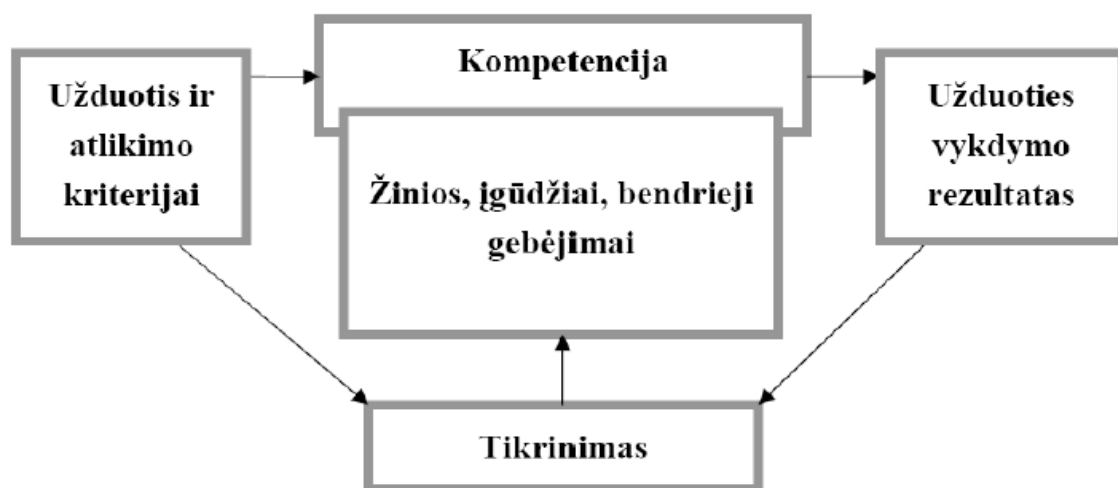
Gebėjimas, kaip kompetencija, yra sudėtingas darinys. Tam, kad žmogus galėtų tinkamai atlikti užduotį (reaguoti), jis turi turėti įvairių vidinių instrumentų ir galimybių. Vienas iš apibrėžimų, apibūdinančių kompetencijos turinį, – kompetencija yra rinkinys (klasteris) įgūdžių, kitokių gebėjimų, įpročių, charakterio bruožų ir žinių, kuriuos asmuo privalo turėti (valdyti), kad gerai atliktų darbą.

Žmogus turi kompetencijos tiek, kiek turi įgūdžių, gebėjimų, žinių, kaip asmens savybių, kurios sudaro kompetenciją ir įgalina efektyviai veikti tam tikroje aplinkoje. Taigi galima išlaikyti tas pačias žinias, įgūdžius ar gebėjimus, bet vis dėlto prarasti kompetenciją. Kompetencija yra ne įgūdžiai, žinios ar gebėjimai, bet tikslingas jų panaudojimas darbui atlikti tam tikroje aplinkoje.

Kompetencija gali apimti ir vien tik žinių ar įgūdžių panaudojimą (turėjimą, valdymą), jei to reikalauja darbas. Ugdymo požiūriu kompetencija yra galutinis mokymo tikslas, kurio turi būti siekiama mokant asmenį. Kompetentingumas (competency) yra asmens, sugebančio tinkamai ir efektyviai įvykdyti profesinę užduotį, apibūdinimas (žr. 1 pav.). Užduočiai atlikti reikalingą kompetenciją profesinės veiklos analizės metu galima rasti palyginti nesunkiai, dažnai užtenka paprasto stebėjimo, kurio metu yra fiksuojami tam tikri rezultatai; gilinantį į vidines asmens kokybes, dėl kurių jis gali vykdyti stebimus veiksmus, tenka pasiremti ir mokymo, ir darbo ekspertų patirtimi. Ji sako, kad tik įgijęs žinių ir įgūdžių, žmogus gali juos taikyti pagal aplinkos reikalavimus. Šis žinių ir įgūdžių ar mokėjimo taikomasis pobūdis leidžia juos skirti pažinimo kompetencijų grupei. Tai žinios ir gebėjimai, kurie reikalingi žmogui, kad jis galėtų ne tik atlikti kokią nors užduotį, bet ir būtų pajėgus orientuotis aplinkoje, mokytis, daryti išvadas, palyginti, pastebėti ir pan. [7].

Žmogus darbe yra ne vienas: jam vieni talkina, kitiems jis vadovauja, su kitais keičiasi informacija. Žmogus darbe sukuria savo elgesio stilių. Visa tai yra grindžiama asmens savybėmis ir gebėjimais, kurie gali būti sujungti į bendravimo kompetencijų grupę. Turint omeny, kad kompetencijos samprata labiau atspindi veiklos pasaulio interesus, o žmogiškųjų išteklių vadybos tyrimai atskleidė žmogaus vertybių, požiūrių ir asmeninių savybių įtaką kompetencijos raiškai, tai vertybinės nuostatos ir asmeninės charakteristikos bei įgytos žinios ir išplėtoti gebėjimai įgijus formalią kvalifikaciją sudaro žmogui galimybę tapti kompetentingam. Todėl galima daryti išvadą, kad žinios ir gebėjimai lemia kvalifikacijos suteikimą taip pat įvertinus gabumų, kurie veikia gebėjimų formavimąsi, svarbą bei žmogaus vertybes ir asmenines savybes, sukuriami kompetencijos šerdis ir visuminis (balistinis) pobūdis (žr. 1 pav.). 1 paveiksle parodytą kompetencijų, žinių ir įgūdžių junginį galima transformuoti į trijų kompetencijų grupę:

- 1) funkcinės kompetencijos – tai kompetencijos, priskirtinos tiesioginiam užduoties įvykdymui;
- 2) pažinimo – tai žinios, jų įsisavinimo būdai, panaudojimas ir pan.;
- 3) bendrosios – nusako bendravimo gebėjimus, veiklos stilių, pasirengimą mokytis ir kt.



1 pav. Kompetencijos sieja darbo vykdytoją ir užduotį [7].

Pagal kompetencijos apimtį žmonės dirba įvairius darbus. Vieni geba daug darbų padaryti, kiti – tik vieną kitą. Vieni žmonės veikia siauroje srityje, kiti – keliose, vienu išmanymas yra gilus, kitų – paviršutiniškas. Žmonių skirtingumui apibūdinti veiklos požiūriu yra sakoma, kad asmuo turi tam tikro lygio kvalifikaciją. Bandant būti nuosekliam, reikia pasakyti, kad kvalifikacija privalo turėti savo požymius. Be jų kvalifikacija ištirps kitose sąvokose ir reiškiniuose. Kvalifikacija nėra kompetencija, bet be gebėjimo atlikti užduotį nėra ir kvalifikacijos. Žmogaus kvalifikaciją, kaip jau yra įprasta, rodo jo darbai – kaip užduočių ar sumanymų vykdymo rezultatas. Kvalifikacija ir yra tinkamais rezultatais įrodyta atitiktis darbo reikalavimams. Kvalifikacija yra sudaryta iš kompetencijos, nes ji yra esminiai elementai, nusakantys asmens ryšį su užduotimi. Kompetencijų kiekis ir pobūdis gali kisti, tai priklauso nuo jų sudėtingumo ir pobūdžio. Veiklą pagrindžiančios charakteristikos pristato kaip penkių tipų „ledkalnio“ darinį (žr. 2 pav.), atskleidžia kvalifikacijos ir kompetencijos santykio problemą.



2 pav. Kompetencijos „ledkalnio“ modelis [5].

1.1.2. Farmacijos specialistų darbo ypatumai ir kompetencijos

Vaistinės yra lengviausiai pasiekiamos sveikatinimo sistemos įstaigos ir vaistininkas dažnai yra paskutinis specialistas, kuris gali suteikti informacijos pacientui pradėjus pačiam vartoti vaistus. Farmacinės paslaugos kokybė lemia, ar tinkamai bus pasirinktas preparatas ir kaip jis bus vartojamas. Tinkamai suteikta farmacinė paslauga užkerta kelią gydymo(si) klaidoms.

Žodinis konsultavimas – tai patarimų teikimas žodžiu. Farmacijos specialisto (FS) konsultacija vaistinėse yra teikiama paslauga, kurios metu asmeniui yra teikiama informacija apie paciento vartojamus vaistus. Konsultacijos metu vaistininkas paaiškina su vaistų vartojimu kilusias sveikatos problemas, duoda nurodymus, kaip tų problemų išvengti, sulėtinti arba išgydyti savo ligą. Konsultacijomis siekiama patarti, pateikti problemos sprendimo būdus.

Konsultacija yra farmacinės rūpybos (FR) elementas. Pirmą kartą FR terminas apibrėžtas 1975 m. kaip „pacientui suteikta konsultacija, užtikrinanti saugų ir racionalų vaistų vartojimą“.

FR tikslas – optimaliai gerinti paciento sveikatos kokybę bei siekti teigiamų rezultatų minimaliomis ekonominėmis sąnaudomis. Norint pasiekti šiuos tikslus, būtina užmegzti ir išlaikyti profesinius santykius tarp vaistininko ir paciento. Vaistininkas ir pacientas turi bendrauti ir priimti bendrą sprendimą, kuris galėtų išspręsti paciento farmakoterapines problemas. FR prasideda nuo profesinio vaistininko ir paciento kontakto. Kiekvieno vaisto išdavimą lydi farmacinės paslaugos (FP) teikimas ir pacientų konsultavimas, kurie yra privalomi vaistų išdavimo procedūros dalis ir FS išskirtinumo garantas.

Konsultavimo sąvoka yra apibrėžta ir farmacijos įstatyme (FI), kad FP apima ir pacientų konsultavimą. FP – vaistininko praktika vaistinėje, apimanti gydytojo išrašytų receptų kontrolę, vertinimą, nereceptinių vaistinių preparatų parinkimą, farmacinės informacijos apie vaistinius preparatus teikimą gyventojams, sveikatos priežiūros ir FS, taip pat jų konsultavimą.

Paciento konsultacija yra viena iš svarbiausių vaistinėje vykdomų paslaugų. Ji yra teikiama išduodant vaistus. Įrodyta, kad konsultuojant pacientą, vaistininkai gali nustatyti ir spręsti su vaistais susijusias problemas. Tyrėjai nustatė, kad teikiama informacija, konsultavimas prilygsta patarimui apie vaistus bei ligą.

Farmacijos specialistai turi duoti ne tik patarimą, jie turi priimti ir suprasti pacientą. Kiti mokslininkai teigia, kad konsultavimas turi užtikrinti optimalų vaistų vartojimą, kad pacientų gyvenimo kokybė pagerėtų. Tam tikra konsultavimo schema yra aprašyta JAV ir Australijos žinynuose, kur teigiama, kad konsultavimas yra labai išvystyta farmacinės paslaugos dalis. Žinynuose pateikta su vaistų vartojimu susijusi konsultavimo schema. Farmacijos specialistas klausimo forma turi išsiaiškinti apie paciento vartojamus vaistus. Konsultacijoje teikiama

informacija apima vaisto pavadinimą, medicininį aprašymą, indikacijas, vartojimo būdą, dozes, vaisto formą, naudojimo instrukcijas, gydymo trukmę, specialų nurodymą, atsargumo priemones, šalutinį poveikį, kontraindikacijas.

Pacientų konsultavimas yra farmacijos specialistų žodinis komunikavimas. Konsultavimo tikslas yra saugus ir tinkamas vaistų vartojimas, laikymasis nustatyto gydymo, terapinio poveikio optimizavimas. Konsultavimas yra keitimasis informacija norint pasiekti saugų ir tinkamą terapinį vaistų poveikį. Pacientų konsultavimas gali svyruoti nuo vaistų dozės nurodymo iki konsultacijos, susijusios su gyvenimo būdu ir sveika gyvensena. Pacientai turi būti informuoti, kaip saugiai ir efektyviai vartoti vaistus.

Vaistinėse, kad būtų užtikrinta optimali konsultacija, yra svarbus ir paciento bendradarbiavimas – tiek su gydytojais, tiek su farmacijos specialistais, nes pacientas tik tokiu būdu gebės valdyti savo ligą. Paciento sveikata taip pat priklauso ir nuo jo paties. FS turi bendrauti su pacientu, norėdamas užtikrinti optimalų gydymą vaistais, ir su gydytoju, norėdamas užtikrinti tinkamą farmakoterapiją, apsaugoti pacientą nuo netinkamo vaistų vartojimo ar netinkamo dozavimo.

Paciento ir farmacijos specialisto sąveika yra viena iš pagrindinių vaistinės veiklos sričių. Vaistininkai yra išsilavinę ir kompetentingi teikti farmacinę paslaugą. Be to, vaistinės yra lengvai pasiekiamos daugeliui žmonių. Pacientai gali prašyti vaistų, klausti vaistininko patarimo, dalintis savo patirtimi apie vartojamus vaistus.

Norint išsiaiškinti, kodėl sąveika yra tokia svarbi, 2013 m. Kanadoje buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo nustatyti, ką mano vaistininkai ir gydytojai apie tarpusavio bendradarbiavimą. Buvo atliktas lygiagretus tyrimas apklausiant Olandijos FS ir šeimos gydytojus apie požiūrį į vienu ir kitu tarpusavio bendravimą, metodus, bendradarbiavimo patirtį, FS vaidmens svarbą, sritis, kuriose reikia daugiau bendradarbiavimo, ir kliūtis, trukdančias bendradarbiauti. Abiejų grupių rezultatai buvo vertinami atskirai. Patvirtinta, kad bendradarbiavimas gali pagerinti pacientų sveikatą, o pagrindinės kliūtys – tai laiko, kompetencijos stoka ir poreikis pasitarti su kitais FS ar gydytojais. Gydytojai nurodė, kad norėtų daugiau bendradarbiauti konsultuojant pacientus, o vaistininkai nori padėti nustatant ir kontroliuojant su vaistais susijusias problemas. Abi grupės nori daugiau bendradarbiauti siekdamas pagerinti paciento būklę. Abi grupės sutinka, kad bendradarbiavimas gali teigiamai paveikti pacientų gydymo rezultatus ir abi grupės norėtų daugiau bendradarbiauti.

Vaistinėje vaistininko konsultacija gali būti ilga ir trumpa. Tai priklauso nuo paciento ligos sunkumo. Pacientų požiūris į vaistininką priklauso ir nuo pastarųjų elgesio. Labai svarbūs bendravimo įgūdžiai, FS motyvacija, taip pat svarbi ir paciento iniciatyva, jo pasirengimas

bendrauti ir bendradarbiauti. Jeigu nebūtų bendravimo, tai nebūtų ir bendradarbiavimo. Dažnai požiūris yra toks: jeigu pacientas neklausia, tai ir FS nesiekia pasiteirauti paciento apie jo ligą.

Į paciento poreikius orientuotas požiūris yra dar vienas svarbus aspektas. Pacientai gali bendrauti su daugeliu sveikatos specialistų, bet farmacijos specialistas užima unikalią poziciją.

Konsultacija, kaip farmacinės rūpybos elementas, prisideda prie gydymo valdymo. Norint suvaldyti gydymą, reiktų daryti daugiau nei užsiimti vaistų išdavimu. FS turėtų stengtis tobulinti, gilinti žinias, daugiau žinoti apie ligas. Tuo pačiu reiktų keisti ir vaistinės suplanavimą, didinti vaistinės patalpas, sukurti konsultacinius sektorius, kur būtų patogu FS ir šeimos nariams, užtikrintas privatumas bei konsultacijos kokybė. Vaistininkas, kuris konsultuoja pacientą, turi padėti pacientui išvengti galimos farmakoterapinės problemos, išmokti ją identifikuoti ir spręsti. Tyrimais buvo įrodyta, kad nei pacientai, nei gydytojai neįsivaizdavo, kad FS yra tokie reikšmingi konsultuojant pacientus su vaistų vartojimu susijusiais klausimais. Šio bendradarbiavimo pagrindas yra keitimasis informacija, kuris parodo FS atsakingą elgesį, atsakomybę už pacientą. FS konsultuojant pacientą, pacientas taip pat turi atsakingai elgtis, aktyviai bendrauti. Tai padeda geriau suprasti paciento problemas, užtikrina sėkmingą vaistų terapijos valdymą.

Dažnai FS yra paskutinis sveikatos priežiūros profesionalas, kuris bendrauja su pacientu prieš jam grįžtant namo ir pačiam pradėdant vartoti medikamentus.

1.1.3. Savaiminis mokymasis iš savo ir bendradarbių veiklos patirties mokymosi skatinimo kontekste

Šiuo metu Lietuvoje vaistininkais dirba visaverčiai sveikatos specialistai, kurių studijos atitinka visas tarptautines mokymų programas ir Europos Sąjungos teisės aktus, ugdomi tokie specialistai, kurie galėtų teikti platesnes nei tik vaistų sudėties analizės ir pardavimo funkcijas vaistinėje. Gaila, tačiau pastaroji funkcija kol kas iš esmės ir reprezentuoja „lietuvį vaistininką“.

Daugelyje Europos Sąjungos šalių vaistinės jau seniai yra visiškai integruotos į sveikatos sistemą, vaistininkai teikia įvairias farmacinės rūpybos paslaugas. Vakarų Europos šalyse vaistininkai teikia profesionalias konsultacijas, pataria, peržiūri, kaip pacientai laikosi gydytoju paskirto gydymo vaistais plano, glaudžiai bendradarbiaudami su gydytojais, sudaro vaistų vartojimų grafiką, kartu su gydytoju siekia paciento sveikatos būklės pagerėjimo. Pacientai gali vaistinėje ir pasiskiepyti nuo gripo, ir sudalyvauti prevencinėse sveikatinimo kampanijose.

Apie tai, kad vaistinės ir jų specialistai turėtų būti labiau įtraukiami į mūsų šalies sveikatos priežiūros sistemą, glaudžiau bendradarbiauti su gydytojais ir pacientais, kalba ir patys

Lietuvos gyventojai, kurių absoliuti dauguma reprezentatyviuose nuomonės tyrimuose tai vertina teigiamai ir mato tokių pokyčių prasmę.

Klaidinga yra teigti, kad vaistininkai nori tapti „mini gydytojais“. Vaistininko darbas – padedant gydytojui, prižiūrėti jų pacientus ir jų gydymo vaistais efektyvumą, taip pat identifikuoti naujus pacientus, kuriems reikalinga gydytojo konsultacija. Iš kitų šalių pavyzdžių matome, kad tai iš tiesų veikia ir padeda gydytojams efektyviau išnaudoti savo laiką, daugiau laiko skirti sunkiems ligoniams ir naujų susirgimų diagnozavimui. Vaistininkas ir gydytojas dirba kartu papildydami vienas kitą ir glaudžiai bendradarbiauja paciento labui [9].

Ištrauka iš lsveikata.lt interviu su Jūrate Švarcaite, vaistininke, Nacionalinės vaistų prekybos asociacijos eksperte:

„Nuolatinis mokymasis yra labai svarbus daugumos specialistų darbe. Farmacijos specialistų darbe profesinis tobulėjimas yra lemiamas, nes jų žinios ir praktika turi didelės įtakos pacientų sveikatos priežiūrai bei rezultatams. Farmacijos sritis labai greitai vystosi, todėl farmacijos specialistui sunku išlikti su seniau įgytomis žiniomis, nes pacientai vis daugiau domisi savo sveikata, o informacijos šaltiniai jiems yra prieinami lengviau. Farmacijos klaidos tiek pat svarbios kaip ir medicinos ar slaugos, o priežiūros trūkumas gali neigiamai įtakoti paciento sveikatą ar netgi mirtį. Todėl tęstinio mokymosi ir tobulėjimo svarba nuolat didėja. Dvidešimt pirmas amžius pakeitė išsilavinimo reikalavimus – dabar jau nebepakanka vieną kartą įgytos kvalifikacijos, būtina ją nuolat tobulinti ir atnaujinti. Tik aukštos kvalifikacijos, nuolat besitobulinantis farmacijos specialistas gali atitikti šiais laikais jam keliamus reikalavimus“.

Farmacijos specialistams, dirbantiems vaistinėse, ypač didelę reikšmę turi dalijimasis patirtimi, kuris lemia nuomonių, idėjų, veikimo būdų įvairovę. Tik drauge su bendradarbiais galima efektyviai kurti naujus įgūdžius, leidžiančius iš naujo pažvelgti į atliekamą veiklą, numatyti galimas alternatyvas, surasti tinkamą problemos sprendimą.

Farmacijos specialistai, dirbantys vaistinėse, mokydami iš savo ir bendradarbių veiklos patirties, dalindami įvairią informaciją, tobulina ne tik savo profesinę kompetenciją, bet ir savo gebėjimus veikti organizacijoje, nes mokymosi iš patirties sąlyga yra nuolatinis ryšių palaikymas tiek filialo viduje, tiek viso vaistinių tinklo mastu. Informacijos skleidimui ir organizacijos narių tobulinimuisi bei kompetencijų plėtojimui gali būti naudojami įvairūs būdai: tarimasis, mokymasis, konsultavimas, planuotas skaitymas, projektinė veikla, pareigų pakeitimas, dalyvavimas posėdžiuose. Organizacija turi siekti sukurti saviugdos klimatą. Kilus sunkumams, darbuotojas turi nebijoti klausti kitų, jei kažko nežino ar nesupranta. Tokioje aplinkoje surandama laiko įvertinti savo veiklą, analizuoti, diskutuoti ir mokytis iš to, kas vyksta. Nuolat besikeičiančios technologijos, keliami konkurenciniai iššūkiai reikalauja kvalifikuotai

paruoštų, kompetentingų darbuotojų. Paruošimą šiuo atveju reikia suprasti ne kaip vienkartinį įvykį, bet pastovų, nuolatinį mokymosi procesą.

Darbuotojų mokymų metu organizacijos naudoja tiek formaliojo, tiek neformaliojo ir savaiminio mokymosi metodus. Apskritai savaiminis ir neformalusis mokymasis negali būti atskirti nuo formaliojo mokymosi. Šie mokymosi metodai neatskiriami ir papildo vienas kitą.

Kvalifikacijos kėlimas. Bazinis išsimokslinimas dėl sparčiai besivystančių technologijų leidžia išlaikyti reikiamą pasirengimo lygį gana neilgai. Bazinio mokymosi žinios sparčiai sensta, jas nuolat būtina atnaujinti. Praėjus tam tikram laikotarpiui, kiekvienas darbuotojas savo kvalifikaciją turi kelti (A. Sakalas, P. Vanagas, B. Martinkus, 2014). Kvalifikacijos kėlimas leidžia suvienodinti dabar ir seniau parengtų specialistų bazines žinias.

Mokymo programų naudingumą lemia taikomi mokymo metodai. Pastaruoju metu, pasirenkant mokymo metodus, pastebimos šios naujos tendencijos: nuo tradicinio mokymo metodo – paskaitos pereinama prie grupinių mokymo metodų, kuriuos taikant skatinamas pačių besimokančiųjų aktyvumas ir ugdomi komandinio darbo įgūdžiai.

Farmacijos specialistas, praktikos licencijavimo taisyklių nustatyta tvarka, ne rečiau kaip kas 5 metai turi pranešti Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai apie profesinės kvalifikacijos kėlimą ir farmacininko praktiką, jeigu farmacijos specialistas vykdo farmacinę veiklą vaistinėje. Kad pratęstų licenciją, farmacijos specialistas privalo per penkerius metus išklaudyti tam tikrą valandų skaičių įvairių kvalifikacijos kėlimo kursų, seminarų ir konferencijų, kuriuos organizuoja Kauno medicinos universitetas ir kt. Savo tyrime stengsimės sužinoti, kokie tobulinimosi metodai farmacijos specialistams yra patraukliausi.

Darbuotojų rengimas. Darbuotojų ir švietimo sąveikos plėtos poreikį diktuoja ekonominiai veiksniai. Organizacija turi palaikyti ryšius su švietimo institucijomis. Ilgametė tokios praktikos patirtis leistų sukurti pagarbius ir supratingus ryšius tarp organizacijos ir formaliojo mokymo įstaigos(-ų). Pradedantysis darbuotojas šioje organizacijoje galėtų praktiškai taikyti naujas žinias, o organizacija, palaikydama ryšius su švietimo įstaiga, turėtų galimybę teikti pasiūlymus dėl darbuotojų paruošimo. Tokiu būdu formalusis mokymasis būtų integruojamas į darbo praktiką. Pavyzdžiui, vaistinių tinklas galėtų paremti švietimo įstaigas, rengiančias būsimus farmacijos specialistus, o ta švietimo įstaiga savo ruožtu pasiūlytų savo pagalbą ruošiant bendruosius projektus. Viena iš pareigų yra dalyvauti rengiant farmacijos specialistus, tobulinant jų profesinę kvalifikaciją, t. y. farmacijos studentams perduoti farmacijos mokslo teorines ir praktines žinias.

Partnerystė tarp organizacijos ir švietimo įstaigos turi būti suprantama ne kaip vien finansinis šios švietimo įstaigos rėmimas, o abipusė tarpusavio parama.

Sparčiai kintanti aplinka sąlygoja nuolatinę darbo veiklos ir kvalifikacinių reikalavimų kaitą. Šiuolaikinis darbuotojas taip pat turi keistis, įvaldyti naujus mokėjimus ir įgūdžius, plėsti savo veiklos galimybes. Kas mėnesį vaistinės asortimentą papildo keletas naujų vaistinių preparatų. Tam, kad nuolat tobulėtų, farmacijos specialistas, norėdamas įgyti žinių ir įgūdžių, kurių reikia jau dabar, savo nuožiūra pasirenka kursus, seminarus; be to, studijuoja su profesine veikla susijusius įstatymus, nuostatus, instrukcijas, nuolat domisi naujovėmis, pasirodančiomis specialybės literatūroje, periodiniuose leidiniuose ar internete.

Savarankiškas žinių įgijimas veiksmingas, jei organizacija sukuria palankią mokymuisi aplinką, taip pripažindama besimokančiojo atsakomybę už asmeninį bei profesinį tobulėjimą.

Mokymasis (darbo vietoje) iš savo bei kitų organizacijos narių struktūrinių padalinių patirties. Nuolatinis mokymasis gali vykti tuo atveju, jei organizacija vadybiniais veiksmais užtikrina darbo vietoje mokymosi iš savo ir kitų patirties galimybes. Mokymasis vyksta reflektuojant savo praktiką, ją apmąstant ir keičiant – tuo sudarant naujos patirties įgijimo bei mokymosi galimybes. Refleksijos rezultatas gali būti nauji įgūdžiai, gebėjimai, naujos žinios, kurios sėkmingai pritaikomos darbo veikloje ir lemia turimų kompetencijų tobulinimą bei naujų kompetencijų įgijimą. Ypač didelę reikšmę turi toks mokymasis, kuris skatina nuomonių, idėjų, veikimo būdų įvairovę. Grupei aptariant sprendimus, darbuotojai pamato galimas alternatyvas, dėl to galima priimti geriausią sprendimą, o nuomonių įvairovė reikalauja permąstymo ir kritiško įvertinimo. Mokymas iš patirties grupėje turtina visų besimokančių narių patirtį – jie mokosi dirbdami bei dirba mokydamiesi.

Mokymasis iš lyderių. Labai didelę reikšmę turi organizacijos lyderiai, kurių pavyzdžiu seka kiti organizacijos nariai. Todėl ypač svarbus organizacijos narių bendravimas su lyderiais. Toks bendravimas skatina kompetencijų tobulinimą ir plėtojimą.

Asmeninės kompetencijos tobulinimas. Norėdami sukurti vieningą organizaciją, vadovai turi rūpintis, kad kuo daugiau organizacijos narių vadovautųsi organizacijos vertybėmis ir normomis, o darbuotojų tikslai sutaptų su organizacijos tikslais. Savo ruožtu organizacijos nariai, norintys dalyvauti organizacijos veikloje, turi sutapatinti organizacijos vertybes ir tikslus su savaisiais. Todėl organizacijos narys turi nuolat tobulintis ir mokytis.

Pažintinės kelionės, įvairūs renginiai, organizuojami organizacijos darbuotojams, padeda jiems neformalioje aplinkoje arčiau susipažinti ir suprasti, kiek jų tarpusavio santykiai, abipusių ryšių palaikymas, bendradarbiavimas yra svarbūs ir padeda pasiekti bendrų organizacijos tikslų.

Pažangios patirties mokymasis išorinėje aplinkoje yra labai efektyvus kompetencijų tobulinimo veiksnys, kuris realizuojamas aktyviai bendradarbiaujant su užsienio bei Lietuvos partneriais, kai mokslininkai skaito paskaitas, darbuotojų grupės išvyksta į užsienį trumpalaikių stažuočių. Deja, reikia paminėti, kad tarp farmacininkų tokios programos taikomos labai ribotai.

Nuo 2001 metų įvairiuose Lietuvos miestuose organizuojamos mobilios kvalifikacijos kėlimo sesijos. Jos rengiamos vykdant Kauno medicinos universiteto Šeimos medicinos klinikos bei Kauno medicinos universiteto Medicinos ir farmacijos specialistų tobulinimo kursų projektą „Podiplominio profesinio tobulėjimo kursai farmacijos specialistams dalyvaujant bendrosios praktikos gydytojams“.

Šiais kursais siekiama skatinti bendradarbiavimą tarp farmacijos ir gydymo įstaigų specialistų; įgyvendinti nuoseklią farmacijos specialistų ir bendrosios praktikos gydytojų integraciją pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, o dalį kvalifikacijos kėlimo valandų padaryti nemokamų ir lengvai prieinamų.

Labai gerų rezultatų duoda darbuotojų stažuotės bei ekskursijos į pažangias įmones. Stažuotių arba ekskursijų metų suteikiama galimybė aiškiai įsitikinti naujovių rezultatyvumu, pasidalinti žiniomis ir patirtimi su asmenimis, konkrečiai taikančiais šias naujoves savo darbe. Lankymasis pirmaujančiose organizacijose, pažintis su jų veikla padeda rasti naujoms idėjoms, bendriems projektams, konferencijoms ar seminarams. Po apsilankymo pažangoje farmacinėje įmonėje darbuotojas turėtų pateikti ataskaitą apie įgytą patirtį ir jos įgyvendinimo galimybes savo organizacijoje.

Metamokymasis (mokymasis, kaip mokytis). Šiuolaikinė nuolat besikeičianti aplinka įpareigoja visus nuolat mokytis. Mokymosi visą gyvenimą vertės supratimas, nuostatos nuolat mokytis turėjimas yra labai svarbi darbuotojo mokymosi, kaip mokytis, kompetencija. Organizacija, suinteresuota savo darbuotojų kompetencijų tobulinimu ir plėtojimu, turi nuolat akcentuoti metamokymosi suvokimo svarbą ir dėti pastangas, kad šis suvokimas būtų realizuojamas praktiškai.

Didėjant prieinamos informacijos apie vaistus srautams, atsiranda didelė tikimybė, kad ateityje vartotojas pats sugebės pasirinkti nereceptinį preparatą ir pamažu tokie vaistai atsidurs prekybos centrų lentynose. Dėl šios priežasties visos vaistinės turi plėsti teikiamų paslaugų spektrą ir be vaistų išdavimo teikti papildomų paslaugų, pavyzdžiui, matuoti kraujospūdį, cholesterolio bei cukraus kiekį kraujyje, injekuoti vaistus ir pan. Tam, kad farmacijos specialistai gebėtų teikti tokias paslaugas, jie turės mokytis ir įgyti naujų kvalifikacijų bei kompetencijų.

Aplinką, kurioje daug dėmesio skiriama mokymuisi, galima sukurti pašalinus ar sumažinus kliūtis mokytis. Labai svarbus aukščiausio ir vidurinio lygio vadovų akivaizdus teigiamas požiūris į nuolatinį darbuotojų mokymąsi ir tobulėjimą.

Vaistinių veiklą ir rezultatus didžia dalimi lemia personalo kompetencija ir motyvacija, todėl vaistinių tikslas – rūpintis aukščiausios kompetencijos darbuotojais.

FS požiūris pabrėžia organizacinio mokymosi svarbą bei organizacijos ir jos aplinkos įtaką mokymuisi. Organizacinis mokymasis atsiranda tada, kai individualus ir grupinis

mokymasis yra institucionalizuotas organizacijoje, t. y. žinios, sukurtos mokantis veikloje ir po veiklos (atliekant refleksiją), yra įtvirtintos organizacijos veiklos taisyklėse, sistemose, struktūrose, kultūroje. Mokymasis turi apimti visus organizacijos lygmenis. Organizacijose tai turi užtikrinti efektyvus žmogiškųjų išteklių valdymas, keičiantis tradicinį personalo valdymą.

Organizacijos, neįsisavinusios žmogiškųjų išteklių valdymo principų, bus nepajėgios valdyti savo žmogiškojo potencialo, nuo kurio priklauso organizacijų efektyvus funkcionavimas. Tik efektyvus žmogiškųjų išteklių valdymas gali paskatinti darbuotojus siekti naujų kompetencijų. Organizacijos galės pasiekti aukštų veiklos rezultatų tik tuo atveju, kai joje dirbs kvalifikuoti ir kompetentingi darbuotojai.

Apibendrinant būtina akcentuoti, kad visi kompetencijų tobulinimo veiksniai, tokie kaip: kvalifikacijos kėlimas, darbuotojų rengimas, savarankiškas žinių įgijimas, mokymasis iš savo bei kitų organizacijos narių struktūrinių padalinių patirties (darbo vietoje), organizacijos konkrečių tikslų siekis, mokymasis iš lyderių, asmeninės kompetencijos tobulinimas, pažintinės kelionės, įvairūs renginiai, pažangios patirties mokymasis išorinėje aplinkoje, metamokymasis (mokymasis, kaip mokytis) turi būti taikomi sistemiskai ir apimti visus organizacijos lygius.

1.1.4. Pareiginės instrukcijos, teisės aktai, atsakomybė

Farmacijos specialistų darbo ypatumai reikalauja aukšto profesinio pasirengimo laipsnio. Farmacijos specialistų pripažinimą bei visą farmacinę veiklą Lietuvoje griežtai reglamentuoja Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas (2006 m.) [11].

Pagal šį įstatymą farmacijos specialistų kvalifikacijos kėlimą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka vykdo Lietuvos Respublikos aukštosios mokyklos ir nevyriausybinės organizacijos.

FS konsultaciją vaistinėje reglamentuoja Gerosios vaistinių praktikos (GVP) procedūros [12]. Vaistinėse dirba kvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistai vaistininkai, kurie pacientus gali konsultuoti su sveikatos problemomis susijusiais klausimais.

Keli GVP reikalavimai:

1. Vaistininkas privalo rūpintis paciento gerove.
2. Vaistininkas turi užtikrinti racionalų vaistų vartojimą.
3. Vaistininkas turi užtikrinti tinkamos informacijos ir konsultacijos suteikimą pacientui apie vaistų vartojimą ir vaistų vartojimo poveikio stebėseną.

Saugios ir prieinamos sveikatos priežiūros organizavimas yra numatytas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2014–2016 metų strateginiame veiklos plane (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 19 d įsakymas. Nr. V - 252),

o Europos Sąjungos direktyvos (Commission Directive 2003/94/EC; Directive 2001/83/EC; EudraLex - Volume 4 Good manufacturing practice (GMP) Guidelines) ir Lietuvos Respublikos teisės aktai (Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 15 d. įsakymas „Dėl geros vaistinių praktikos nuostatų patvirtinimo“ Nr. V-494) reglamentuoja vaistų ir farmacinės paslaugos prieinamumą, efektyvumą ir saugumą [11,12]. Šių nuostatų įgyvendinimą kontroliuoja valstybės institucijos – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (LR SAM), Valstybinė ligonių kasa prie LR SAM ir kt. Vaistinė, kaip organizacija, vykdo ir sveikatinimo, ir ūkio subjekto funkcijas. Norint išlikti konkurencinėje aplinkoje, vaistinė privalo kuo geriau tenkinti pacientų poreikius, atitikti jų lūkesčius dėl paslaugų kokybės ir prieinamumo. Pagrindinis klientų tikslas einant į vaistinę yra sveikatos būklės pagerinimas (noras greičiau pasveikti), o poreikių prioriteto hierarchijoje pirmasis poreikis yra gauti efektyvų ir saugų vaistą ir (ar) farmacinę paslaugą, o antrasis poreikis yra tai, kad vaistas būtų prieinamas (laiko trukmės ir finansine prasme).

1.2. KONTRACEPCIJA

1.2.1. Kontracepcijos raida

Kontracepcija – tai apsisaugojimas nuo nėštumo slopinant ovuliacijos, apvaisinimo ir implantacijos procesus. Tik pastaruosius du amžius žmonės pradėjo naudoti efektyvius šeimos planavimo metodus. Tačiau kontracepcijos metodai ir nėštumo nutraukimai egzistuoja žymiai ilgesnį laiką, nors nebuvo kasdienė žmonių gyvenimo dalimi. Dar prieš modernius šeimos planavimo metodus moterys pasiklioė lytinio akto nutraukimu ir periodiniu susilaikymu, tačiau šie metodai dažnai būdavo neefektyvūs. Maždaug 3000 m. prieš mūsų erą atsirado pirmieji prezervatyvai, pagaminti iš tokių medžiagų kaip žuvies pūslė, gyvūnų žarnos, lino audiniai. Apie 1500 m. pasirodė pirmieji spermicidai, kurie buvo naudojami prezervatyvų, pagamintų iš lino audinio, mirkymui, šie būdavo išdžiovinami prieš pat naudojimą. Jau 1838 m. buvo pradėta gaminti prezervatyvus ir diafragmas iš vulkanizuoto kaučiuko. 1816 m. atidaryta pirmoji šeimos planavimo klinika Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV). 1960 m. Jungtinių Amerikos Valstijų maisto ir vaistų tarnyba (MVT) patvirtino pirmuosius geriamuosius kontraceptikus „Enovid“ [13]. Per pastaruosius 50 metų buvo pasiekta nuolatinė tyrimų pažanga kontraceptinių priemonių srityje. Hormoninių ir nehormoninių kontraceptinių priemonių kūrimas ir tobulinimas pagerino moterų gyvenimą sumažindama sveikatos būklių, susijusių su sergamumu, dažnį. 1968 m. JAV

maisto ir vaistų tarnyba patvirtino intrauterinius prietaisus (spirales) ir į rinką paleido „Lippes Loop“ ir „Copper 7“. 1980 m. išrastos piliulės su maža hormonų doze. Netrukus pradėjo atsirasti supratimas apie skubiąsias kontraceptines priemones. 1990 m. pasirodė pirmasis kontraceptinis implantas, 1992 m. – injekcinis metodas, 1993 m. – moteriškas prezervatyvas, 1999 m. – skubios pagalbos kontraceptinės priemonės. Nuo 2000 m. buvo pradėta sparčiai gerinti metodų prieinamumą, saugumą ir veiksmingumą. Atsirado naujos spirales – „Mirena“ (2001 m.), hormoninis pleistras „Ortho Evra“ (2001 m.), makšties žiedas „NuvaRing“ (2001m.), moterų sterilizacijos metodai (2002 m.), implantas „Implanol“ (2006 m.), patobulintas moteriškas prezervatyvas FC2 (2009 m.), „Ella“ – naujos skubios kontracepcijos tabletės (2010 m.). Atlikti tyrimai rodo, jog yra dar nemažai galimybių didinti kontracepcijos naudojimą, plėsti prieigą prie jau turimų metodų, sukurti naujus ar patobulinti esamus metodus ir padaryti juos prieinamesnius visų socialinių sluoksnių gyventojams. Šiuo metu atliekama vis daugiau tyrimų apie moterų kontrolės metodus, kurie apsaugo nuo lytiškai plintančių ligų, ir priemones vyrams dėl nėštumo kontrolės.

1.2.2. Kontracepcijos metodų paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje

Įrodymais pagrįstos medicinos naudojimas svarbus nagrinėjant temas, susijusias su kontraceptinėmis priemonėmis, kadangi gausus šiuolaikinių kontraceptinių priemonių pasirinkimas ir kartu esantys nepagrįsti mitai apie jas gali lemti neteisingą jų pasirinkimą ir vartojimą. Šiuo metu yra be galo daug informacijos ir priemonių ją gauti, todėl asmenys, siekiantys nuolatos tobulėti, turi priklausyti informacinei visuomenei. Informacinė visuomenė – tai atvira, išsilavinusi ir besimokanti visuomenė, kurios nariai gali ir geba taikyti šiuolaikines informacines technologijas visose savo veiklos srityse, moka naudotis šalies bei pasaulio informacijos šaltiniais, o valdžios institucijos užtikrina informacijos prieinamumą ir patikimumą. Šiuo metu yra prieinami įvairūs informaciniai šaltiniai, iš kurių galima gauti naujų žinių norint pasirinkti tinkamą informaciją.

Lietuvoje atliktų tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamos sveikatos priežiūros specialistų žinios apie kontraceptines priemones ir šių žinių panaudojimą darbe, yra labia mažai. Tiek Lietuvoje, tiek užsienyje kalbama apie kontraceptinių priemonių naudą ir žalą, pabrėžiama informacijos šeimos planavimo klausimais teikimo svarba siekiant užtikrinti gerą visuomenės sveikatos lygį ir teisę asmenims patiems reguliuoti šeimos prieaugį, laikotarpį tarp gimdymų. Taip pat aptariamos jau vykdomos programos, šviečiančios žmones šeimos planavimo klausimais, bei galimybės taikyti naujas programas nustatant kas ir kaip jas turi įgyvendinti. Tačiau tyrimų, kuriuose būtų kalbama apie specialistų, teikiančių informaciją šeimos planavimo

klausimais, pasirengimą ir tinkamumą vykdyti šią funkciją, yra dar nedaug. Jungtinėse Amerikos Valstijose buvo atliktas tyrimas, kurio metu siekta išsiaiškinti sveikatos priežiūros specialistų žinių apie kontracetines priemones teisingumą, o Kinijoje atlikto tyrimo metu aiškintasi studentų pasirengimas teikti informaciją apie šeimos planavimą ir kontracepciją atsižvelgiant į jų pačių nuomonę. Norint, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų kokybiškos, reikia atkreipti dėmesį į sveikatos specialistų žinias ir kompetencijas, jų norą ir pastangas atlikti savo pareigas.

2011 m. duomenimis, visame pasaulyje kontracepciją naudojo 63 proc. reprodukcinio amžiaus moterų (PSO) [15]. Lietuvoje kontracetines priemones naudojo taip pat 63 proc. moterų. Išsivysčiusiose Europos šalyse (Norvegijoje, Didžiojoje Britanijoje, Čekijoje, Portugalijoje, Šveicarijoje) kontracepciją naudojo daugiau nei 80 proc. moterų. Ilgą laiką pasaulyje populiariausios kontracetinės priemonės yra geriamosios sudėtinės kontracetinės tabletės (SKT) ir sterilizacija. Tačiau šių metodų pasiskirstymas skiriasi tarp pasaulio šalių. Afrikoje populiariausias metodas – injekciniai preparatai, Azijoje ir Amerikoje – moterų sterilizacija, Europoje ir Australijoje – hormoninės kontracetinės tabletės ir prezervatyvai, o Skandinavijos šalyse – intrauterininės spirалės.

Viso pasaulio mastu populiariausias kontracepcijos metodas yra moters sterilizacija, kurią renkasi 19 proc. reprodukcinio amžiaus moterų. Antroje vietoje – sudėtinės kontracetinės tabletės. Jas vartoja 9 proc. 15–49 m. amžiaus moterų. Ši kontracetinė priemonė labiausiai paplitusi Europos šalyse (Čekijoje, Prancūzijoje, Portugalijoje). Lietuvoje 2006 m. duomenimis, iš visų kontracetinių metodų daugiausia buvo naudojamos barjerinės apsaugos priemonės (19,4 proc.) ir SKT (18 proc.). Tradiciniai kontracepcijos metodai sudarė 12,5 proc.

Europos šalyse kontracetinių priemonių naudojimo tendencijos pasiskirsto gana skirtingai. Modernias kontracepcijos priemones daugiausiai renkasi moterys, gyvenančios Prancūzijoje, Norvegijoje ir Belgijoje. Tradicinės priemonės plačiai naudojamos Bulgarijoje, Rumunijoje ir Rusijoje. Lietuvoje daugiau nei kitose šalyse poros renkasi barjerines apsaugos priemones ir prezervatyvus.

1.2.3. Kontraceptinių priemonių grupavimas

Kontraceptinės priemonės grupuojamos pagal efektyvumą. **Labai efektyvios:** implantas, hormoninė ir varinė spirалės. Tai yra ilgalaikė grįžtamoji kontracepcija. Sterilizacija yra ilgalaikė negrįžtamoji kontracepcija. **Efektyvios:** sudėtinės kontracetinės tabletės (SKT), pleistras (SKP), žiedas (SKŽ), progestino tabletės (PT), leidžiamosios kontracetinės priemonės (IK). **Mažiau efektyvios:** barjerinė kontracepcija, spermicidai, kitos priemonės: nutrauktas lytinis aktas ir / ar susilaikymas vaisingomis dienomis (1 lentelė).

1 lentelė. Kontraceptinių priemonių grupės [15].

Efektyvumas	Kontraceptinės priemonės		Patikimumas (realus vartojimas) *	Patikimumas (idealus vartojimas) *
	Priemonė	Poveikio trukmė		
Labai efektyvios	Implantas	3 metai	99,95 proc., per pirmuosius metus pastoja 1 iš 1000 moterų.	99,95 proc., per pirmuosius metus pastoja 1 iš 1000 moterų.
	Hormoninė spiralė	3–5 metai	99,8 proc., per pirmuosius metus pastoja 2 iš 1000 moterų.	99,8 proc., per pirmuosius metus pastoja 2 iš 1000 moterų.
	Varinė spiralė	5–7 metai	99,2 proc., per pirmuosius metus pastoja 8 iš 1000 moterų.	99,4 proc., per pirmuosius metus pastoja 6 iš 1000 moterų.
Efektyvios	SKT	Kasdien	91 proc., per pirmuosius metus pastoja 90 iš 1000 moterų.	99,7 proc., per pirmuosius metus pastoja 3 iš 1000 moterų.
	Sudėtinis kontraceptinis pleistras	Kas savaitę	91 proc., per pirmuosius metus pastoja 90 iš 1000 moterų.	99,7 proc., per pirmuosius metus pastoja 3 iš 1000 moterų.
	Sudėtinis kontraceptinis žiedas	Kas mėnesį	91 proc., per pirmuosius metus pastoja 90 iš 1000 moterų.	99,7 proc., per pirmuosius metus pastoja 3 iš 1000 moterų.
	Progestino tabletės	Kasdien	91 proc., per pirmuosius metus pastoja 90 iš 1000 moterų.	99,7 proc., per pirmuosius metus pastoja 3 iš 1000 moterų.
Mažiau efektyvios	Barjerinė kontracepcija	Kiekvieno lytinio akto metu	82 proc., per pirmuosius metus pastoja 180 iš 1000 moterų.	98 proc., per pirmuosius metus pastoja 20 iš 1000 moterų.
	Spermicidai		72 proc., per pirmuosius metus pastoja 280 iš 1000 moterų.	82 proc., per pirmuosius metus pastoja 180 iš 1000 moterų.
	Nutrauktas lytinis aktas ir / ar abstinencija vaisingomis dienomis		Lytinio akto nutraukimas: 78 proc., per pirmuosius metus pastoja 220 iš 1000 moterų.	Lytinio akto nutraukimas: 96 proc., per pirmuosius metus pastoja 40 iš 1000 moterų.
			Vaisingumo atpažinimas: 76 proc., per pirmuosius metus pastoja 240 iš 1000 moterų.	Vaisingumo atpažinimas: 99,6 proc., per pirmuosius metus pastoja 4 iš 1000 moterų.

PSO nurodo 4 kontracepcijos tinkamumo kategorijas [16]:

1. Būklė, kai nėra jokių apribojimų naudoti kontracepcijos metodu.
2. Būklė, kai kontracepcijos metodo nauda persveria teorinę ar įrodytą riziką, todėl kontraceptine priemone dažniausiai galima naudotis.

3. Būklė, kai teorinė ar įrodyta kontracepcijos metodo rizika dažnai persveria naudą, t. y. naudojimasis kontracetine priemone pateisinamas tik tada, kai nėra kito tinkamesnio būdo arba kitas būdas yra neprieinamas ar nepriimtinas.

4. Būklė, kai kontracepcijos metodas kelia nepriimtina didelę riziką sveikatai, t. y. kontracetine priemone naudotis negalima.

1.2.3.1. Labai efektyvios kontracetinės priemonės

Ilgalaikės grįžtamojo poveikio kontracetinės priemonės visoms moterims, ypač paauglėms, turėtų būti pirmosios [17,18].

Poodinis progestino implantas (*Nexplanon*) – tai 4 cm ilgio ir 2 mm skersmens lanksti lazdelė, impregnuota 68 mg etonogesteliu (ENG), t. y. progestinu dezogestreliu – biologiškai aktyviu metabolitu, užtikrinanti nuo vartotojos nepriklausančią apsaugą nuo nėštumo 3 metus [19,20]. Implantas yra rentgenokontrastiškas [21]. Poodinio progestino implanto, kaip ir kitų ilgalaikės grįžtamojo poveikio kontracetinių priemonių, veiksmingumas prilyginamas sterilizacijos veiksmingumui. ENG implantas užtikrina didesnę nei 99,5 proc. veiksmingumą iki trejų metų pabaigos [21]. Implanto veiksmingumas gali sumažėti, jeigu kartu vartojami kepenų fermentus aktyvinantys vaistai (kai kurie antiepilepsiniai vaistai, rifampicinas, kai kurie vaistai nuo ŽIV infekcijos). Tokiu atveju moteriai reikėtų patarti rinktis kitą kontracepcijos metodą, kuriam vaistų sąveika įtakos neturi, arba naudoti nehormoninę kontracetinę priemonę vaistų vartojimo metu ir dar 28 dienas po jų vartojimo nutraukimo [C lygmens rekomendacija] [22]. Nenustatyta, jog nutukusių moterų, sveriančių iki 149 kg, grupėje atsitiktinis nėštumų dažnumas būtų didesnis. Visgi dėl kūno masės ir ENG koncentracijos kraujo serume atvirkštinės priklausomybės implanto veiksmingumas gali būti trumpesnis nei treji metai [C] [22]. Moteris turėtų būti informuojama, jog gamintojas siūlo svarstyti, ar apkūnesnei, nutukusiai moteriai implantą nevertėtų pakeisti anksčiau [21]. Naudojimo indikacijos: poodinis progestino implantas turi itin mažai kontraindikacijų ir beveik visos moterys gali naudotis šia kontracetine priemone, taip pat ir tos, kurioms estrogenų kontracetinės priemonės nėra saugios [17,18,22,23]. ENG implantą galima naudoti po persileidimo, po gimdymo, žindymo laikotarpiu. Nors šiek tiek ENG patenka į motinos pieną (0,2 proc. kraujyje cirkuliuojančios ENG koncentracijos), tyrimais įrodyta, kad tai pieno kokybei, žindymo trukmei bei kūdikio augimui ir vystymuisi įtakos neturi [24,25].

Gimdų spiralė. Klasifikacija:

- IUS-Cu – gimdos (intrauterininė) spiralė su variu gali būti įvairių formų (T formos, apskritos, pailgos, gimdos formos) ir dydžių, tačiau dažniausiai

naudojama T formos. Vertikali ašis yra apgaubta gryno vario vielos. Priklausomai nuo IUS-Cu dydžio ir formos, vario paviršiaus plotas spiralėse gali būti skirtingas. Patikimas ir ilgalaikis poveikis pasireiškia tada, kai vario plotas yra ne mažesnis kaip 380 mm². IUS-Cu keičiama kas 5–7 m. Kai kurių spiralių vario viela turi sidabro ar aukso šerdį, kuri apsaugo vielą nuo sutrūkinėjimo. IUS-Cu yra rentgenokonstrastinė.

- IUS-LNG – gimdos (intrauterinė) sistema, išskirianti levonorgestrelį (LNG), yra T formos, impregnuota bario sulfatu, su cilindro formos hormono rezervuaru, esančiu vertikaloje ašyje. Lietuvoje esančios IUS-LNG: „Fleree“, „Mirena“, „Levosert“.

Kontracepcijai skirtos IUS-Cu ir IUS-LNG turi itin mažai kontraindikacijų ir beveik visos moterys gali jomis naudotis įskaitant paaugles, negimdžiusias moteris bei moteris, kurioms estrogenų turinčios kontraceptinės priemonės nėra saugios. IUS tinkama po persileidimo, po gimdymo, žindymo laikotarpiu. Spiralėje esančio hormono į žindančios moters pieną patenka itin mažai, todėl neigiamo poveikio kūdikio augimui bei raidai ir krūties pieno kiekiui bei jo kokybei ši priemonė neturi [17,18,23,26,27-29]. Tinkamos gausiam kraujavimui per mėnesines gydyti [29,30-32] bei endometriumo hiperplazijos profilaktikai estrogenų pakeičiamosios terapijos metu [29,30].

1.2.3.2. Efektyvios kontraceptinės priemonės

Sudėtinė hormoninė kontracepcija (SHK) apima hormonines kontracepcijos priemones, kurių sudėtyje yra du komponentai: estrogenas ir gestagenas (progestinas). Jos gali būti: tabletės, pleistrai, makšties žiedai, injekcijos.

SHK priemonių sandara:

- *Estrogeninis SHK komponentas:* etinilestradiolio (EE), estradiolio valerato arba hemihidrato pavidalu. Pagrindinė estrogeninio komponento paskirtis – sumažinti protrūkinių kraujavimų ir tepimų dažnumą, sustiprinti progestininio komponento kontraceptinį poveikį. EE yra labai aktyvus sintetinis estrogenas, hormoniniu aktyvumu pralenkiantis ir aktyviausią natūralų estrogeną estradiolį. Pagrindinė EE keliamo sveikatos problema – padidėjusi tromboembolinių komplikacijų rizika. Ji ilgą laiką buvo sprendžiama mažinant EE kiekį kontraceptinėje tabletėje. Tačiau, mažėjant EE dozei, ypač, jei ji nesiekia 20 µg, padidėja protrūkinių kraujavimų

bei tepimų dažnumas, todėl daug moterų tokias tabletes blogiau toleruoja, o tromboembolijos rizika vis tiek išlieka padidėjusi. Estradiolis – tikintis sumažinti tromboembolinių komplikacijų riziką, buvo sukurtos SKT su natūraliu (bioidentišku) estrogenu estradioliu (E2). Surogolinių kraujo krešėjimą bei hemostazę atspindinčių rodiklių stebėjimai klinikinių tyrimų metu leidžia tikėtis, kad SKT su E2 turėtų kelti mažesnę tromboembolinių komplikacijų riziką negu SKT su EE.

- *Progesterinis SHK komponentas.* Pagrindinis SHK kontraceptinis komponentas yra ne estrogenas, o progestinas. Norėdami parinkti saugesnius ir geresnius progestino komponentus, vaistų gamintojai sukūrė ir išbandė daugybę progestinų junginių. 2016 m. Lietuvoje buvo registruoti SHK su šiais progestiniais: ciproterono acetatu, chlormadinonu, dezogestreliu, dienogestu, drospironu, etonogestreliu, gestodenu, levonorgestreliu, nomegestrolio acetate, norgestimatu, norelgestrominu.

SKT kartos. Literatūroje, skirtoje epidemiologiniams tyrimams, ir kitoje specialiojoje literatūroje SKT tradiciškai buvo skiriamos į kartas [33].

I kartai priskiriamos SKT, į kurių sudėtį įeina 50 µg ar daugiau EE bei I kartos progestinai: noretisteronas, noretindronas, etinodiolio diacetatas, linestrenolis. SKT su pirmos kartos progestiniais dabar į Lietuvą netiekiami.

II kartos SKT sudarytos iš 20, 30, ar 35 µg EE bei II kartos progestino levonorgestrelio (LNG). Pastaruoju metu dažnai II kartos kontraceptikams priskiriamos ir SKT su norgestimatu (NGM), nes vienas iš aktyviųjų jo metabolitų yra levonorgestrelis [34], nors NGM buvo sukurtas daug vėliau negu LNG, be to, jis yra mažiau androgeniškas už LNG.

III kartos SKT sudarytos iš 20, 25, ar 30 µg EE ir III kartos progestinų: gestodeno (GSD) bei dezogestrelio. III kartos progestinai yra mažiau androgeniški negu jų pirmtakai, nors progestininis poveikis liko toks pat. Deja, tromboembolinių SKT su GSD ir DSG komplikacijų rizika jų vartotojoms yra didesnė negu II kartos SKT. Vienas iš veikliųjų norgestimato metabolitų yra II kartos progestinas levonorgestrelis. Galbūt dėl šios priežasties SKT su norgestimatu keliami tromboembolinių komplikacijų rizika yra mažesnė negu kitų III kartos SKT ir yra artima II kartos SKT keliamai tromboembolinių komplikacijų rizikai.

IV kartos SKT, kuriose progestinas yra dienogestas, drospironas ar nomegestrolio acetatas. Kadangi paaiškėjo, jog IV kartos SKT su EE ir drospirono keliami tromboembolinių komplikacijų rizika prilygsta III kartos SKT su gestodenu bei dezogestreliu keliamai rizikai, terminas IV kartos progestinai bei IV kartos SKT vis rečiau vartojamas [35]. SKT su EE ir ciproterono acetatu ar chlormadinonu retai priskiriami kuriai nors SKT kartai.

Kontraceptinis pleistras. SHK rūšis, kai pleistre esantys hormonai (150 g/d. norelgestromino (norgestimato metabolito) ir 20 µg/d. etinilestradiolio (EE)) rezorbuojasi per odą. Yra ir mini pleistras, per parą išskiriantis 13 µg EE ir 60 µg gestodeno. Pleistrai klijuojami ant švarios sausos bet kurios kūno vietos odos, išskyrus krūtis, galvą, delnus ir padus. Keičiami nauju kitoje vietoje klijuojamu pleistru kas 7 d. Po 3 sav. pleistro naudojimo vieną savaitę pleistras neklijuojamas. Pranašumas – nereikia kasdien prisiminti išgerti SKT.

Kontraceptinis žiedas. Į makštį 21 dienai įkišamas minkštas plastikinis žiedas, iš kurio išsiskiria ir į kraują rezorbuojasi po 120 µg/d. etonogestrelis ir 15 µg/d. etinilestradiolis. Žiedas makšties skliaute nešiojamas 21 d. Po to daroma 7 dienų pertrauka ir vėl įkišamas naujas žiedas. Nei pacientės, nei jų partneriai žiedo paprastai nejaučia. Kontraceptinio žiedo vartotojoms tromboembolijų rizika taip pat didesnė negu SKT su levonorgestreliu. Kontraceptiniai žiedai itin tinkami jaunoms vartotojoms, kurioms didesnis estrogenų poveikis naudingas kaulų sveikatai, kai šios jaunos vartotojos neturi kitų tromboembolijos rizikos veiksnių.

1.2.3.3. Mažiau efektyvios kontraceptinės priemonės

Prezervatyvai. Skirstomi į moteriškuosius ir vyriškuosius. Vyriškieji prezervatyvai užmaunami ant vyro varpos. Moteriškasis prezervatyvas įkišamas giliai į makštį. Sudaromas barjeras, sperma lytinio akto metu nepatenka į makštį, spermatozoidai nepraskverbia į vidinius lyties organus ir negali apvaisinti kiaušialąstės. Vyriškieji prezervatyvai pagaminti iš latekso gumos, sintetinės medžiagos poliuretano. Jie gali būti įvairaus dydžio, formos, spalvos, kvapo ir skonio. Paprastai ištepti lubrikantu ir (ar) spermicidu. Naudojamas spermicidas nonoksinolis -9 nepadidina metodo efektyvumo, labiau nesumažina lytiškai plintančių ligų rizikos, bet padidina kainą, trumpėja tinkamumo laikas. Efektyvumas priklauso nuo vartotojo patirties ir įgūdžių. Idealiai vartojant per metus gali pastoti 2 moterys iš 100, įprastai – 18 [36]. Lateksiniai prezervatyvai padeda išvengti lytiškai plintančių ligų, sukiamų pirmuonių, bakterijų ir virusų [37-40].

Makšties diafragma. Pagaminta iš latekso arba silikono. Ją sudaro elastingas žiedas ir ant jo užtempta guma, kuri suformuoja kupolo formą. Būna skirtingų dydžių ir formų. Reikiamą dydį parenka specialistas ir konsultuodamas apmoko moterį, kaip naudoti diafragmą. Ją prieš lytinį aktą į makštį įsikiša pati moteris, išteptą spermicidu, kad gimdos kaklelis būtų atribotas nuo makšties. Diafragmos žiedas remiasi į užpakalinį makšties skliautą ir simfizį. Blokuojamas spermatozoidų patekimas į gimdos kaklelio gleives dėl barjero ir spermicidinio poveikio. Lengvai prieinamas, nereceptinis, neturi sisteminio šalutinio poveikio, galima įsikišti į makštį iš anksto

prieš lytinius santykius, naudojama daug kartų po kiekvienų lytinių santykių diafragmą gerai išplovus ir dezinfekavus.

Gimdos kaklelio gaubtuvėlis. Praktiškai nenaudojamas, nes dar sunkiau pritaikyti ir naudoti nei diafragmą, ypač gimdžiusioms moterims. Būtina derinti su spermicidais, be to, mažesnis efektyvumas, neapsaugo nuo LPL.

Spermicidai. Menkiausio veiksmingumo kontraceptinis metodas. Veikliosios medžiagos benzalkonijaus chloridas, noksinalis-9 makštyje atlieka spermicidinį poveikį [41]. Didžiulė priemonių įvairovė: žvakutės, tabletės, kremas, želė, putos, plėvėlė, kempinė.

Kiti metodai. Esant religiniams, etiniams, moraliniams trukdžiams, galima, bet nerekomenduojama, ypač jaunoms ir vaisingoms moterims, naudotis metodais, kurie remiasi vaisingų dienų nustatymu (kalendorinis metodas, gleivių tąsumo ir kristalizacijos fenomeno nustatymas, bazinės temperatūros matavimas) ir susilaikymu nuo lytinių santykių arba nutrauktu lytiniu aktu vaisingomis dienomis.

1.2.4. Medicinos įrodymai apie šiuolaikines kontraceptines priemones

Sprendimas dėl kontraceptinių priemonių naudojimo ar nenaudojimo yra labai asmenišką ir opus klausimas, dažnai susijęs su religiniais ir filosofiniais įsitikinimais. Taigi svarbu, jog sveikatos priežiūros specialistų požiūris šia tema būtų ypatingai jautrus, empatiškas, brandus ir nesmerkiantis. Daugelio porų kontracepcija praktikuojama dėl įvairių asmeninių priežasčių. Dažnai kontraceptinės priemonės būna kaip išeitis padidinti amžiaus skirtumą tarp vaikų ar apriboti šeimos dydį. Kiti taip išvengia nėštumo, kai jis yra sunkiai suderinamas su sveikatos būkle, pavyzdžiui, sergant cukriniu diabetu ar sunkiomis širdies ligomis. Kai kurios šalys, vykdydamos viešąją politiką, skatina kontracepcijos naudojimą siekiant pažaboti spartų gyventojų augimą. Nepaisant šiuolaikinių kontraceptinių priemonių, nenumatytų ar neplanuotų nėštumų problema ir toliau išlieka opi visame pasaulyje. Pagal 2009 m. šeimos vystymosi nacionalinę apklausą, Jungtinėse Amerikos Valstijose buvo 6 408 000 nėštumų, iš kurių 49,2 proc. nelaukti. Tarp neplanuotų nėštumų beveik 50 proc. – nutraukti ir daugiau kaip 10 proc. – savaiminių persileidimų. Nenumatyti ir nelaukti nėštumai turi didelių socialinių ir ekonominių pasekmių, taip pat žalingai veikia moterų sveikatą. Maždaug 40 proc. neplanuotų nėštumų įvyksta moterims, kurios nenori naudotis ar dar nesinaudoja kontraceptinėmis priemonėmis [47,48]. Tai rodo, jog daugelis moterų ir porų nėra motyvuotos naudoti kontraceptines priemones, o tai gali lemti tiek kontraceptikų šalutinis poveikis, tiek sunkus prieinamumas. Taip pat kai kurie metodai gali būti moterims nepatogūs naudoti, kadangi net 60 proc. neplanuotų nėštumų įvyksta naudojant vieną iš kontraceptinių priemonių. Šeimos planavimas yra viena iš

efektyviausių ir ekonomiškai naudingiausių priemonių siekiant pagerinti individualią sveikatą, šeimos gerovę ir šalies vystymąsi. Vis didėjantis kontracepcijos naudojimas didina šeimos planavimo galimybes ir tai iš esmės gerina moters sveikatą. Mažiau ekonomiškai išsivysčiusiose pasaulio šalyse žmogiškieji ir finansiniai resursai yra riboti, modernių kontraceptinių priemonių naudojimas yra santykinai mažas, ir dėl to motinų sergamumas ir mirtingumas yra didesnis.

Nauji kontracepcijos metodai tampa vis prieinamesni ir veiksmingesni. Geresnis kontraceptikų prieinamumas skatina didesnę jų vartojimą ir galimybę pasirinkti tinkamą metodą ir taip sumažinti neplanuotų nėštumų ir abortų skaičių.

Vaistinės yra lengviausiai pasiekiamos sveikatinimo sistemos įstaigos ir vaistininkas dažnai yra paskutinis specialistas, kuris gali suteikti informacijos prieš pacientei pačiai pradėjus vartoti vaistus. Farmacinės paslaugos kokybė lemia, ar tinkamai bus pasirinktas preparatas ir kaip jis bus vartojamas. Tinkamai suteikta farmacinė paslauga užkerta kelią gydymo(si) klaidoms.

Sudėtinės hormoninės kontraceptinės priemonės yra vienos iš labiausiai vartojamų vaistų, nes jos yra veiksmingos, saugios ir gerai toleruojamos daugelio moterų. Medicinos sąlygos, kurių turi būti laikomasi skiriant ir vartojant kontraceptines priemones, buvo kruopščiai nustatinėjamos pastaruosius 40 metų. Prieš skiriant geriamuosius sudėtinius kontraceptikus rekomenduojama atlikti tyrimus:

1. Išsami anamnezė. Įvertinti: buvusias ir esamas ekstragenitalines ir ginekologines ligas, žalingus įpročius, šeimines ligas, vartojamus medikamentus, alergines reakcijas.
2. Arterinio kraujospūdžio matavimas. Nustačius $AKS \geq 160/100$ mmHg, SKT skirti nerekomenduojama. Tikslinga šeimos gydytojo, kardiologo konsultacija.
3. Kūno masės indekso (KMI) įvertinimas. Jei jis yra daugiau nei 30 kg/m^2 , SKT skirti nerekomenduojama.
4. Įvertinti lytiškai plintančių ligų riziką.
5. Atlikti ginekologinį ultragarsinį ir krūtų tyrimą.

SKT nauda yra ne tik galimybė patikimai planuoti pastojimų laiką ir skaičių, tačiau sveikoms moterims hormoninė kontracepcija naudinga, nes teikia ir nekontraceptinę naudą sveikatai. Tyrimais įrodyta, kad SKT [42]: reguliuoja mėnesinių ciklą, sumažina mėnesinių kraujavimą, mažina mėnesinių skausmingumą, palengvina PMS, mažina ir gydo spuogotumą, padidėjusį kūno ir veido plaukuotumą, sumažina gimdos gleivinės, kiaušidžių bei storosios žarnos vėžio riziką, sumažina gimdos miomų ir krūtų gerybinių ligų riziką ir kt.

Absoliučios SKT vartojimo kontraindikacijos: nėštumas, <6 mėnesiai praėję po gimdymo; vyresnis amžius (>35m.) ir surūkytų cigarečių skaičius >15-20 per dieną; hipertenzija

(AKS didesnis nei 160–179/100-109 mmHg); širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (išeminė širdies liga, plautinė hipertenzija, prieširdžių virpėjimas, buvęs sepsinis endokarditas); giliųjų venų ar plaučių tromboembolija praeityje ar dabar; krūties vėžys; dekompensuota kepenų cirozė; insultas; gerybiniai ir piktybiniai kepenų augliai; aktyvus virusinis hepatitas; kraujagysles pažeidžianti liga (cukrinis diabetas, trunkantis daugiau nei 20 metų); neuropatija, retinopatija, nefropatija; žinoma trombogeninė mutacija (V Leideno faktoriaus, protrombino trūkumas, baltymo C ar S, ar antitrombino trūkumas).

Jaunas amžius negali būti kliūtis naudotis efektyvia kontracepcija ir paaugliams, kurie turi lytinių santykių. Mergaičių nėštumus ir gimdymus PSO įvardija kaip vieną svarbiausių paauglių sveikatos problemų [43]. JAV Pediatrijos akademija [44] bei JAV Ligų kontrolės centras ilgalaikę grįžtamąją kontracepciją (hormoninę bei gimdinę) siūlo kaip tinkamiausias priemones lytiškai aktyviems paaugliams. Nereguliarios mėnesinės ar jaunas amžius nėra hormoninės kontracepcijos kontraindikacija.

Be SHK, kitas populiarus kontracepcijos būdas yra intrauterinės spiralės, kurios naudojamos pasaulyje jau apie 50 metų. Tačiau tyrėjų nuomonės apie šio metodo įtaką vaisingumui išsiskiria. Pastaruoju metu gana plačiai naudojama skubioji kontracepcija, kai gestageno tabletės po nesaugių lytinių santykių turėtų būti išgeriamos 72 val. intervalu. Šį metodą sudaro dviejų dozių geriamųjų kontraceptinių tablečių režimas. Paprastai pirmoji dozė išgeriama per 72–120 val. po lytinių santykių, o antroji praėjus 12 val. po pirmosios dozės. Tyrimų duomenimis, išgėrus pirmąją tabletę greičiau nei per 72 val. po lytinių santykių, pastoti tikimybė yra 0,8 proc. o nuo 72 iki 120 valandų – 1,8 proc. [45].

Vertinat kontraceptinių priemonių poveikį moters sveikatai, turi būti atsižvelgiama į mokslinius tyrimus, kurie atskleidžia kontraceptinių priemonių efektyvumą ir rizikos faktorius, – taip padedama parinkti tinkamiausią priemonę kiekvienai moteriai individualiai.

Kontracepcija siejama su šeimos planavimu ir lytine sveikata. Šeimos planavimas leidžia asmenims ir poroms pačioms reguliuoti norimą vaikų skaičių ir laiko tarpus tarp gimdymų. Vienas iš šeimos planavimo metodų yra kontracepcija. Šis metodas daro įtaką ne tik nėštumų skaičiui, bet ir moters sveikatai [49]. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, apytiksliai 222 milijonai moterų besivystančiose šalyse norėtų atidėti vaikų gimdymą, tačiau nenaudoja jokio kontracepcijos metodo; kai kurie šeimos planavimo metodai padeda apsisaugoti nuo ŽIV ir kitų lytiniu keliu plintančių ligų; šeimos planavimas sumažina abortų poreikį; šeimos planavimas išlaiko žmonių teisę reguliuoti nėštumų skaičių.

Palaikyti gerą žmonių sveikatą ir išsaugoti jų teises gali padėti įgyvendinti sveikatos priežiūros specialistai. Didžiąjai daliai asmenų, besirūpinančių savo lytine sveikata, Jungtinėse Amerikos Valstijose paslaugas teikia specialistų, papildančių vienas kito įgūdžius, komanda.

Didžioji šios komandos dalis yra ne gydytojai, o slaugytojai, akušeriai, gydytojų padėjėjai ir farmacininkai. Farmacininkai atlieka pagrindinį vaidmenį teikdami informaciją apie kontracepciją. Pasaulio sveikatos organizacija yra atsakinga už įrodymais pagrįsto šeimos planavimo metodo taikymo gairių paskleidimą visame pasaulyje. Ši organizacija yra patvirtinusi Medicininius kontracepcijos tinkamumo kriterijus (Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use) ir atrinktos praktinės rekomendacijos kontraceptikų naudojimui (Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use) [26].

1.2.5. Seksualinė ir reprodukcinė sveikata

Seksualinė sveikata – tai somatinių, emocinių, intelektinių ir socialinių aspektų integracija į seksualinę būtybę. Ji teigiamai praturtina ir stiprina asmenybę, bendravimą bei meilę. Nuo seksualinės sveikatos neatsiejama reprodukcinė sveikata, kuri PSO apibrėžiama kaip visiška fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, susijusi su lytiniu gyvenimu. 1994 m. Kaire vykusioje konferencijoje buvo kalbama apie žmogaus reprodukcinę teisę, kurios teigia, jog kiekvienas žmogus turi teisę priimti sprendimus, susijusius su reprodukcija be diskriminacijos, prievartos ir smurto, bei būti informuotas ir turėti prieigą prie saugių, veiksmingų, įperkamų ir priimtinių šeimos planavimo metodų.

Lytinė ir reprodukcinė sveikata bei teisė kartu apima ne tik lytinį gyvenimą, jo kokybę, bet ir pastangas išvengti motinos ir naujagimio sergamumo ir mirtingumo siekiant užtikrinti kokybiškas lytinės ir reprodukcinės sveikatos paslaugas bei kontraceptines priemones [50]. Ji padeda spręsti problemas, susijusias su LPL, moters sveikatos sutrikimais ir informacijos poreikiu paaugliams. Laisva prieiga prie informacijos apie seksualinę ir reprodukcinę sveikatą labai svarbi norint pasiekti nuolatinį žmonijos vystymąsi, užtikrinti žmonių sveikatą ir teises.

Šeimos planavimas yra labai svarbus moters, naujagimio ir bendruomenės sveikatai. Nėštumas labai ankstyvame arba vėlyvame moters amžiuje neigiamai paveikia moters sveikatą ir padidina riziką gimti neišnešiotam naujagimiui. Norint išvengti neplanuoto nėštumo, tačiau gyventi pilnavertį lytinį gyvenimą, reikėtų naudoti efektyvią kontracepciją.

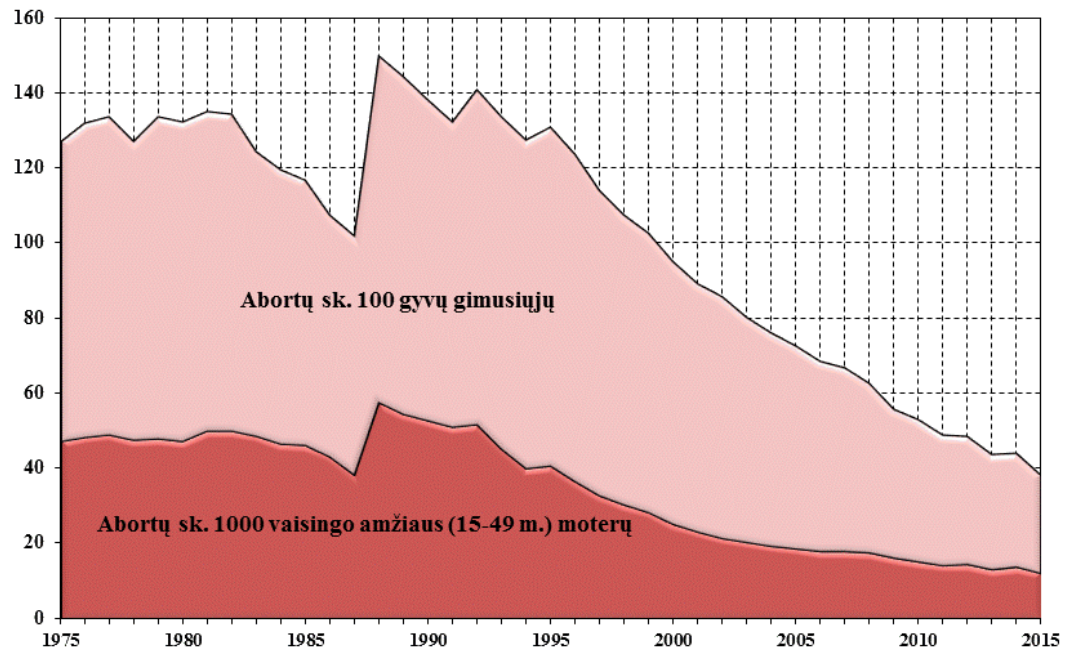
1.2.6. Skubioji kontracepcija

Tai vaistų vartojimas ar kitų intervencinių priemonių naudojimas siekiant užkirsti kelią nepageidaujamam nėštumui po nesaugių lytinių santykių. Nors skubioji kontracepcija daugeliui moterų yra įperkama, tačiau vis dar trūksta aiškios informacijos, kada ir kaip ją naudoti. Šiandien ypač paaugliams trūksta atsakomybės lytiniuose santykiuose. Dažniausiai šių veiksmų rezultatas

gali būti nepageidaujamas nėštumas. Sekso malonumai turi potencialių, gyvenimą keičiančių, pasekmių (AIDS, nėštumas, lytiškai plintančios ligos ir kt.). Nepageidaujamas nėštumas dažnai baigiasi abortu. Lietuvoje aborto problema nėra plačiai ir nuodugnai ištirta. Moksliniai tyrimai, atlikti išsivysčiusiose pasaulio ir Europos šalyse, patvirtina, jog tarp aborto ir patiriamo smurto šeimoje yra labai glaudus ryšys. Moters sprendimą pasirinkti abortą dažnai lemia iš anksto susiformuota neigiama nuostata nėštumo atžvilgiu. Abortai, kurie dažnai sutrikdo kitų nėštumų ir gimdymų fiziologinę eigą, žaloja fizinę moters sveikatą, yra per daug išplitęs šalyje reiškinys. Nors bendras abortų skaičius kasmet mažėja, tačiau jaunų moterų nėštumo nutraukimų skaičiai ir toliau kelia susirūpinimą (3 pav.). Farmacijos specialistai gali atlikti svarbų vaidmenį konsultuojant pacientes skubiosios kontracepcijos klausimu. Siekiant padidinti skubiosios kontracepcijos preparatų prieinamumą, nuo 2003 m. daugelyje šalių skubiosios kontracepcijos preparatai tapo naujos vaistų grupės BTC (Behind-the counter) JAV ar „Pharmacy only medication“ (Didžioji Britanija) pradininkais, t. y. vaistai, kuriems nereikia recepto, bet kuriems galioja receptiniams vaistams taikomi reklamos apribojimai ir galima juos išduoti gyventojams tik po atitinkamos vaistininko konsultacijos. Lietuvoje skubiosios kontracepcijos preparatai („Postinor-2“, „Escapelle“) yra nereceptiniai, su tam tikrais reklamos gyventojams apribojimais nuo 2008 m., tačiau iki šiol nebuvo atlikta tyrimų vertinant farmacijos specialistų konsultavimą šiuos vaistus įsigyjančioms pacientėms.

Skubioji kontracepcija buvo aprašyta jau 1977 m. ir pradėta tirti 1982 m. Šios kontracepcijos preparatų grupei buvo priskirtos levonorgestrelis, o vėliau ir ulipristalio acetato tabletės. Levonorgestrelis tabletės gali būti vartojamos iki 72 valandų po nesaugių lytinių santykių, o ulipristalio acetato – iki 120 valandų. Šių preparatų poveikis ir efektyvumas nepriklauso nuo moters kūno masės indekso (KMI) [35]. Skubiosios kontracepcijos tablečių pagrindinis veikimo mechanizmas yra ovuliacijos arba apvaisinto kiaušinėlio implantacijos slopinimas. Lyginant levonorgestrelis ir ulipristalio acetato efektyvumą neplanuotam nėštumui išvengti, jie yra labai panašūs, nors ulipristalio acetato tabletes galima vartoti praėjus net 5 dienoms po nesaugių lytinių santykių.

Abortai



3 pav. Abortų dinamika Lietuvoje 1975–2015 m. (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys)

2014 m. spalio 21 d. EVA rekomendavo ulipristalio acetato tabletes ES šalių vaistinėse išduoti be recepto. Levonorgestrelio skubiosios kontracepcijos preparatus be recepto galima įsigyti 23 Europos šalyse, recepto vis dar reikia Kroatijoje, Vokietijoje, Graikijoje, Vengrijoje, Italijoje, Lichtenšteine ir Lenkijoje. Dėl to išduodant šią kontracepciją vaistinėje farmacijos specialistai privalo pacientes perspėti dėl galimų nepageidaujamų reakcijų bei racionalaus jų vartojimo.

1.2.7. Vaistininko vaidmuo rekomenduojant ir išduodant geriamuosius sudėtinius kontraceptinius preparatus

Lietuvoje, kaip ir daugumoje Europos šalių, hormoninė kontracepcija vaistinėse išduodama pateikus gydytojo išrašytą receptą. Taigi, pastoviosios geriamosios hormoninės kontracepcijos preparatus pacientėms parenka gydytojas pagal individualias moters organizmo savybes, sveikatos būklę, reikalingą indikaciją. Vaistininkai, išduodami šiuos preparatus, turėtų pacientes perspėti apie galimus šalutinius poveikius bei pasiteirauti apie kartu vartojamus vaistus, kad galėtų įvertinti galimas vaistų sąveikas. 1999 m. daugumoje Europos šalių skubiosios kontracepcijos preparatus vaistinėse buvo pradėta išduoti be gydytojo recepto. Įvairiais atliktais tyrimais nustatyta, kad šios rūšies kontracepcijos lengvesnis įsigijimas sumažina nepageidaujamo nėštumo atvejų ir abortų skaičių, tačiau vaistininkai privalo daugiau

informuoti moteris tiek apie skubiąją kontracepciją, tiek apie ilgalaikę hormoninę kontracepciją. Skubiąją kontracepciją privaloma išduoti atsakingai, t. y. pasiteirauti moterų, dėl kokių priežasčių yra vartojama ši kontracepcija, kiek laiko praėjo po nesaugių lytinių santykių, kelintą kartą vartojama, perspėti apie galimus menstruacinio ciklo sutrikimus ir kraujavimus. Vaistininkai visada turėtų informuoti ir pasiūlyti vartoti ilgalaikio poveikio hormoninę kontracepciją. Nustatyta, kad paskatinus vartoti efektyvią hormoninę kontracepciją sumažėja abortų skaičius bei neplanuotų nėštumų tarp paauglių. Škotijoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad 44 proc. skubiąją kontracepciją vartojusių moterų nori pradėti vartoti ilgalaikę kontracepciją, todėl vaistininkai turėtų paskatinti šį pasirinkimą.

Farmacijos studentai turėtų būti mokomi, o vaistininkams turėtų būti vedami kursai apie skubiosios ir ilgalaikės hormoninės kontracepcijos preparatus, kad jie galėtų tinkamai teikti farmacinę paslaugą šiuo klausimu. D. Ragland ir bendraautorių (2009) atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo farmacijos studentai, buvo nustatyta, kad tik 26,7 proc. studentų gerai žinojo skubiosios kontracepcijos veikimo mechanizmą, savybes, nepageidaujamas reakcijas ir kitą reikiamą informaciją [46]. Europoje atlikti tyrimai įrodė, kad vaistininkų dažnesnės konsultacijos ir patarimai kontracepcijos klausimais gali padidinti efektyvios kontracepcijos vartojimą tarp moterų, kurios vartoja skubiąją kontracepciją. Jungtinėje Karalystėje buvo tiriama vaistininkų konsultacijų kokybė moterims, kurios įsigyja skubiosios kontracepcijos. Tik 32,5 proc. vaistininkų aptarė su moterimi ilgalaikės hormoninės kontracepcijos vartojimo galimybę ateityje, tačiau vaistininkų teikiama farmacinė paslauga buvo įvertinta kaip kokybiška.

Vaistininkai, teikdami farmacinę paslaugą išduodant hormoninius kontraceptinius preparatus, turėtų moteris perspėti apie situaciją, kai SKT vartojimas vyresnėms nei 35 m. ir rūkančioms moterims yra sąlyginai kontraindikuotinas, pavyzdžiui, dėl galimų tromboembolinių komplikacijų rizikos. Taip pat perspėti moteris dėl galimų hormoninių kontraceptinių ir kitų vaistinių preparatų sąveikų. Papildomų kontracepcijos priemonių reikia, kai vartojami virškinimo trakto motoriką greitinantys preparatai kartu su SKT. Jei kartu vartojami kepenų fermentus indukuojantys vaistai (barbitūratai, primidonas, fenilbutazonas, fenitoinas, deksametazonas, grizeofulvinas, topiramatas, proteazės inhibitoriai), SKT turi būti su ne mažesne kaip 30 mikrog etinilestradiolio doze. Jonažolė ir kai kurie antibiotikai (ampicilinas, penicilinai, tetraciklinai) taip pat mažina etinilestradiolio koncentraciją kraujo serume sutrikdydami estrogenų enterohepatinę apytaką. Vartojant lamotriginą, gali sumažėti priepuolių kontrolė, o ulipristalio acetatas mažina hormoninės kontracepcijos veiksmingumą. Taigi visą šią informaciją turėtų žinoti ir moteris, vartojanti hormoninę kontracepciją.

Saugus ir racionalus geriamųjų SKT vartojimas yra labai svarbus norint pasiekti didžiausią kontracepcijos efektyvumą, nepakenkti moters reprodukcinei sveikatai. Skatinant

saugų ir racionalų šių preparatų vartojimą, svarbūs yra ne tik gydytojai, skiriantys tam tikrą hormoninės kontracepcijos preparatą, bet ir vaistininkai, išduodantys jį vaistinėje. Taigi svarbu įvertinti, kokie hormoniniai kontraceptiniai preparatai vartojami Lietuvoje, ir vaistininkų teikiamos paslaugos kokybę.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo organizavimas

Magistro darbas atliktas 2016 m. spalio–2017 m. balandžio mėnesiais. Darbo pradžioje buvo sudarytas tyrimo planas – nustatyti tyrimo tikslai, uždaviniai, apžvelgta literatūra, susijusi su pasirinkta magistro darbo tema. Tyrimui atlikti buvo panaudotas anketų metodas. Parengtos dvi originalios anketos – vaistininkams ir pacientėms (1 ir 2 priedai). Anketa vaistininkams buvo sudaryta iš 16, o pacientėms iš 18 uždaro ir atviro tipo klausimų.

Anketos išdalintos Vilniaus miesto ir rajono vaistinėse dirbantiems farmacininkams. Vaistinės pasirinktos atsitiktiniu būdu. Išdalinta 120 anketų vaistininkams ir 140 anketų jų klientėms.

2.2. Taikyti tyrimo metodai

Teorinis analizės metodas. Išanalizuoti ir aprašyti moksliniai straipsniai bei tyrimai susiję su magistro baigiamuoju darbu.

Empirinis tyrimo metodas. Pasirinktas sociologinis tyrimo metodas – anketinis metodas. Lyginant su interviu, respondentai jaučiasi drąsiau rašydami savo mintis laisva forma, galima išdalinti ir surinkti didelį anketų skaičių. Respondentai gali užpildyti anketą pagal savo tempą, kai jiems patogiau, taip pat anketavimas trunka trumpiau. Tačiau reiktų paminėti, kad kaip ir kiekvienas duomenų rinkimo metodas, anketinis metodas turi ir trūkumų. Anketos dydis ribotas, ji negali būti didesnė negu 4 ar 5 lapai, respondentas gali ne iki galo užpildyti anketą.

Statistinės analizės metodas. Gautų duomenų analizė, grafikai ir lentelės sudaryti naudojantis „Microsoft Office Excel 2016“ programa.

2.3. Tyrimo eiga

Išnagrinėta literatūra susijusi su baigiamojo magistrinio darbo tema, parengtos dvi anketos – farmacininkams ir pacientėms.

Anketavimas buvo atliekamas 2016 m. gruodžio–2017 m. vasario mėnesiais. Iš viso buvo išdalinta 260 anketų, 200 buvo visiškai užpildytos, (atsakomumas 77 proc.). Išanalizavus surinktas anketas, atlikta duomenų analizė naudojant „MS Exel 2016“.

2.4. Tyrimo kontingentas

Siekiant ištirti farmacijos specialistų ir pacientų kompetencijas, žinias kontracepcijos klausimais, tyrimo objektas buvo vaistinėse dirbantys farmacijos specialistai bei jų pacientai. Apklausos buvo vykdomos skirtingose Vilniaus miesto ir rajono vaistinėse („Eurovaistinė“, „Camelia“ vaistinė, „Gintarinė“ vaistinė).

Tyrimo metu buvo apklausta 100 farmacijos specialistų, dirbančių Vilniaus miesto ir rajono vaistinėse ir 100 jų pacientų. Farmacijos specialistų ir pacientų sociodemografiniai duomenys pateikiami 1 ir 2 lentelėse.

1 lentelė. Farmacijos specialistų sociodemografiniai duomenys.

Sociodemografinė padėtis		N (%)
Amžius	18–25 m.	3 (3%)
	25–35 m.	21 (21%)
	35–45 m.	28 (28%)
	45–55m.	38 (38%)
	55 ir daugiau.	10 (10%)
Kvalifikacija	Vaistininkas	57 (57%)
	Farmakotechnikas	43 (43%)
Mokslinėje veikla, kurioje dalyvaujate / esate dalyvavusi (-ės)	Moksliniuose projektuose	21 (21%)
	Ruošiu / ruošiau bakalauro / magistro baigiamąjį darbą	27 (27%)
	Niekada nedalyvavau	36 (36%)
	Kita	16 (16%)

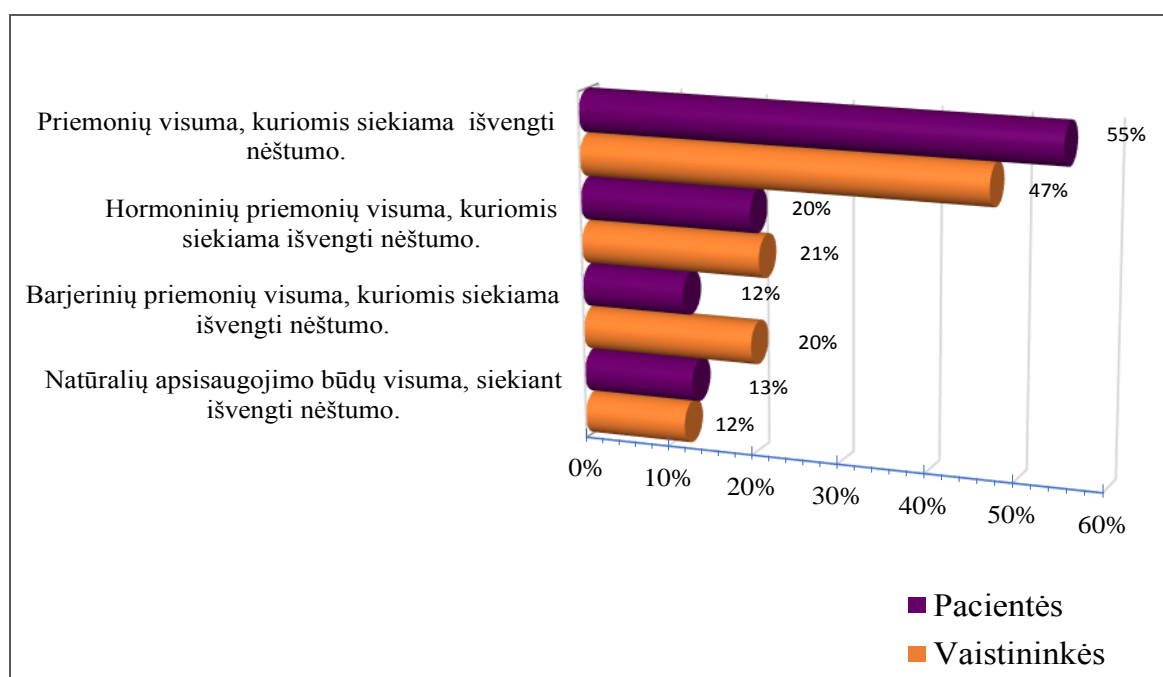
2 lentelė. Pacienčių sociodemografiniai duomenys.

Sociodemografiniai duomenys		N (%)
Amžius	15–25 m.	11 (11%)
	25–35 m.	38 (38%)
	35–45 m.	27 (27%)
	45 m. ir daugiau	24 (24%)

3. REZULTATAI

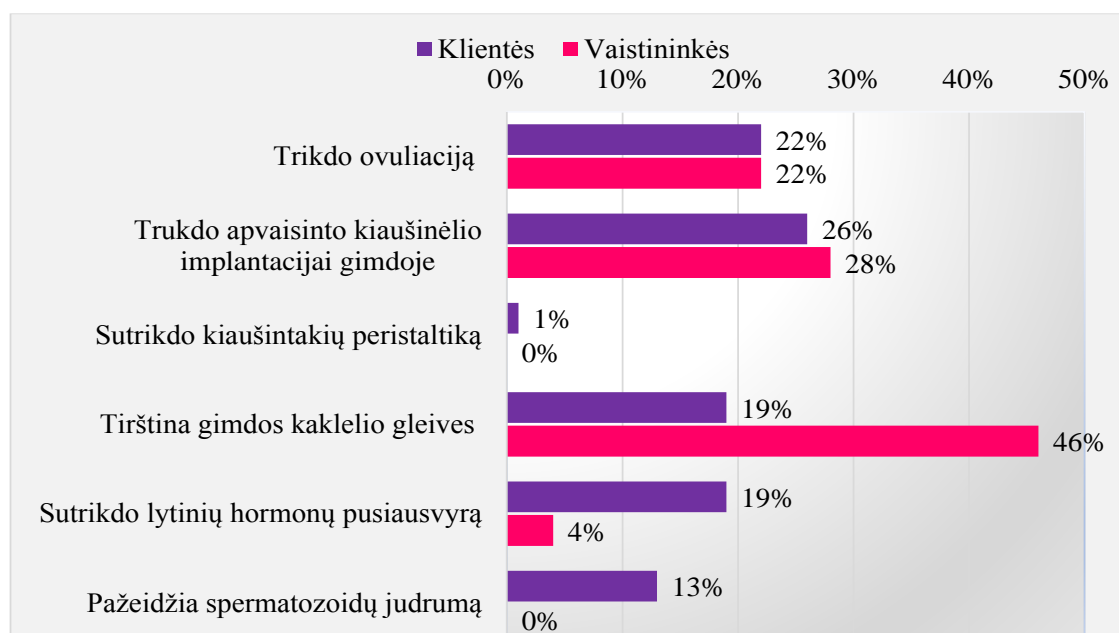
3.1. Bendrų klausimų abiejose grupėse rezultatai

Visų pirma, norėjome išsiaiškinti, kaip abi grupės supranta sąvoką „kontracepcija“ (4 pav.). Kiek daugiau nei pusė pacienčių (55%) ir 47% farmacininkų teigia, kad kontracepcija yra priemonių visuma užkirsti kelią nėštumui arba sumažinti nėštumo tikimybę. 20% pacienčių ir 21% farmacininkų mano, kad tai tik hormoninių priemonių visuma. 12% moterų galvoja, kad tai barjerinių priemonių visuma, o 13% apklaustų pacienčių atsako, kad nėštumo galima išvengti tik natūraliu apsisaugojimo būdu. Palyginę tyrime dalyvavusių pacienčių ir farmacijos specialistų atsakymus, matome, kad jie labai panašūs. Galime teigti, kad moterys turi pakankamai aiškų supratimą apie kontracepciją.



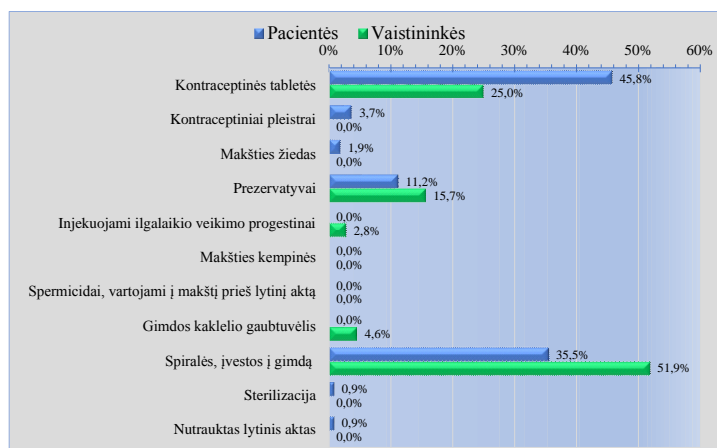
4 pav. Kontracepcijos suvokimas.

Antrasis klausimas, kurį įtraukėme į abi (farmacininkų ir pacienčių) anketas, buvo apie SKT veikimą (žr. 5 pav.). 26% pacienčių teigia, kad hormoninė kontracepcija trukdo apvaisinto kiaušinėlio implantacijai. Penktadalis pacienčių galvoja, kad SKT sutrikdo lytinių hormonų pusiausvyrą, o 22% – trikdo ovuliaciją. Palyginti su farmacininkais (46%), tik 19% pacienčių žino, kad SKT tirština gimdos kaklelio gleives. Ir tik 1% farmacininkų galvoja, kad hormoninė kontracepcija sutrikdo kiaušintakių peristaltiką, pacientės apie šį kontracepcijos veikimo pobūdį nežinojo. Remiantis literatūros duomenimis, SKT trikdo ovuliaciją, slopina spermatozoido judrumą, tirština gimdos kaklelio gleives, taip pat manoma, kad veikia kiaušintakio persitaltiką ją slopindamas.



5 pav. Hormoninės kontracepcijos veikimas.

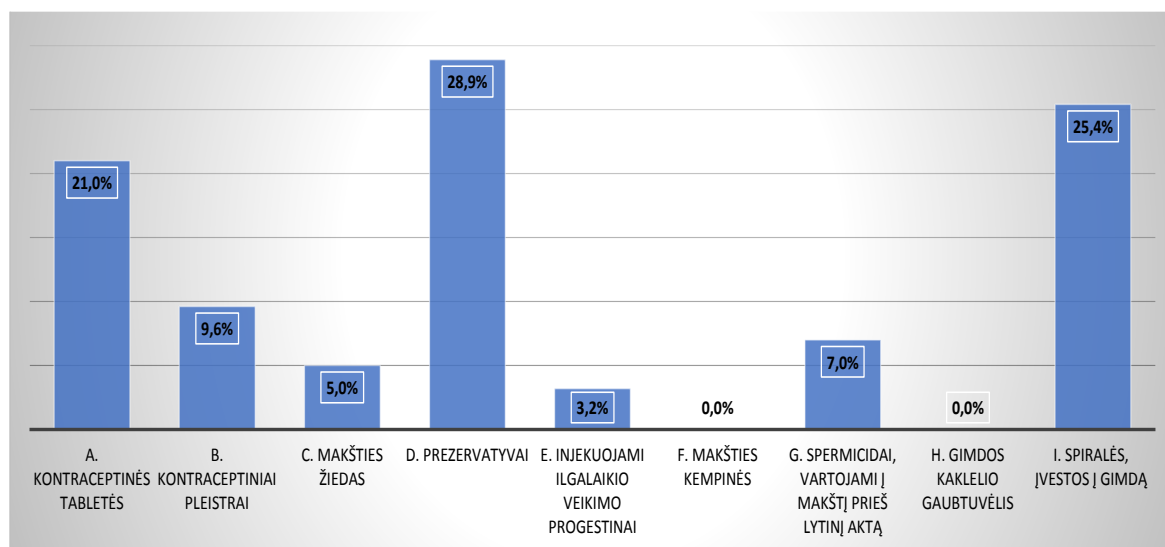
Trečiasis bendras klausimas abiem grupėms buvo apie patikimiausias kontraceptines priemones. 6 paveiksle matyti, kad 45,8% pacienčių patikimiausia kontraceptine priemone įvardijo tabletes, o 35,5% moterų – intrauterinę spiralę. Anketų duomenimis, kontraceptiniai pleistrai patikimiausi 3,7% apklaustųjų, o kontraceptiniai makštys žiedai tik 1,9%. Farmacijos specialistai teigia, kad patikimiausia kontraceptinė priemonė yra įvesta į gimdą spiralė (51,9%). Priešingai nei pacientės, kontraceptines tabletes farmacininkai laiko mažiau patikimomis (25%).



6 pav. Patikimiausia kontracetinė priemonė.

3.2. Pacienčių anketų rezultatai

Pacienčių buvo klausiama, apie kokias kontracetines priemones jos buvo apskritai girdėjusios. Iš pateikto 7 paveikslo matyti, kad daugiausiai pacienčių žinojo apie kontracetines tabletes (21%), prezervatyvus (28,9%) ir spirales, įvestas į gimdą (25,4%). Mažiau pacientės buvo girdėjusios apie kontracetinius pleistrus (9,6%), makšties žiedus (5%), injekuojamus ilgalaikio poveikio progestinus (3,2%). Apklausoje paaiškėjo, kad pacientės nebuvo nieko girdėjusios apie makšties kempines ir gimdos kaklelio gaubtuvėlius.

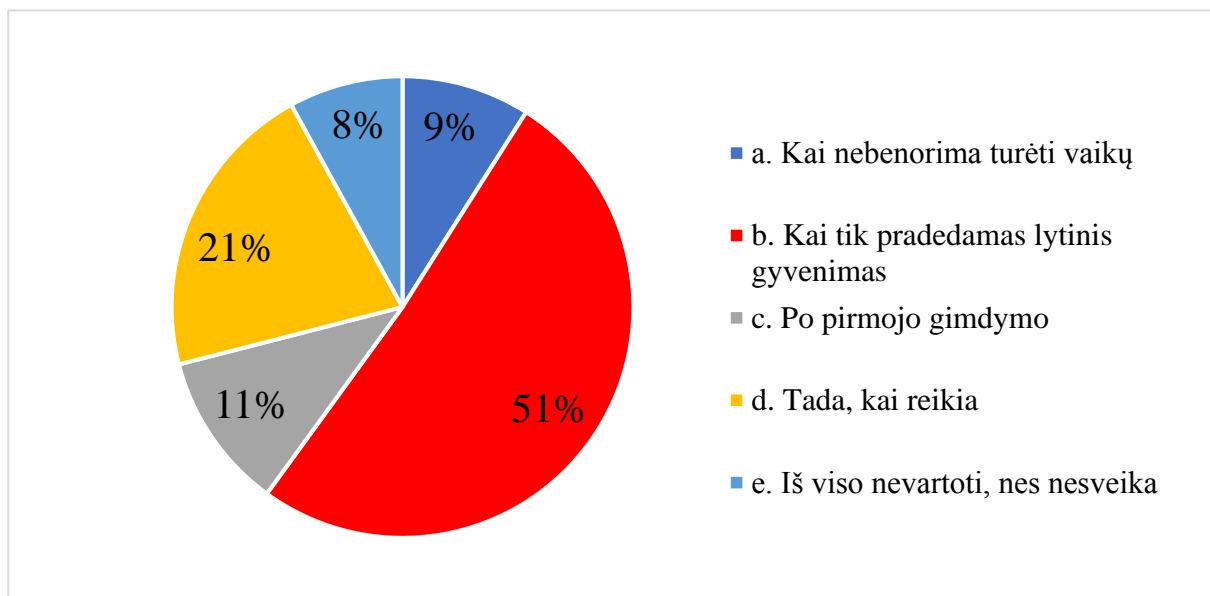


7 pav. Kokias kontracetines priemones esate girdėjusi?

Siekėme išsiaiškinti, kaip plačiai pacientės žino apie kontraceptinių priemonių vartojimo paskirtį. Rezultatai nustebino, kadangi 68% moterų mano, kad kontraceptinės priemonės skirtos tik nėštumui išvengti. Teiginiui, kad kontraceptikai dažnai naudojami dėl kitų medicininių indikacijų, pvz., reguliuoti menstruacijų ciklą, stabdyti jaunatvinių spuogų vystymąsi, turint svorio problemų ar apsisaugoti nuo LPL – apie tai žinojo vos 1% pacienčių.

Iš mūsų apklausoje dalyvavusių pacienčių kontraceptines priemones vartoja 52%. Jų klausėme, kokias kontracepcijos priemones jos naudoja ar yra naudojusios. 22% apklaustųjų geria tabletes, 10% naudojami prezervatyvais, 18% turėjo arba dabar turi spirales, įvestas į gimdą. Kontraceptinius pleistrus turi 3% moterų, spermicidais prieš lytinį aktą tesinaudoja tik 1% moterų. Kadangi apie injekuojamus ilgalaikio veikimo progestinus, makšties kempines, gimdos kaklelio gaubtuvėlius pacientės mažai žino arba iš viso nežino, tai ir vartojimas šių priemonių nebuvo fiksuotas.

Pusė pacienčių mano, kad hormonines kontraceptines priemones reikia pradėti naudoti pradėjus lytinį gyvenimą (žr. 8 pav.). 21% mano, kad naudoti kontraceptines priemones turi tada, kai to reikia. 11% apklaustų moterų galvoja, kad harmonines kontraceptines priemones naudoti reikėtų po pirmojo gimdymo, o 8% mano, kad kontraceptinių priemonių geriausiai iš viso nenaudoti, nes nesveika.



8 pav. Kada galima pradėti naudoti hormonines kontraceptines priemones?

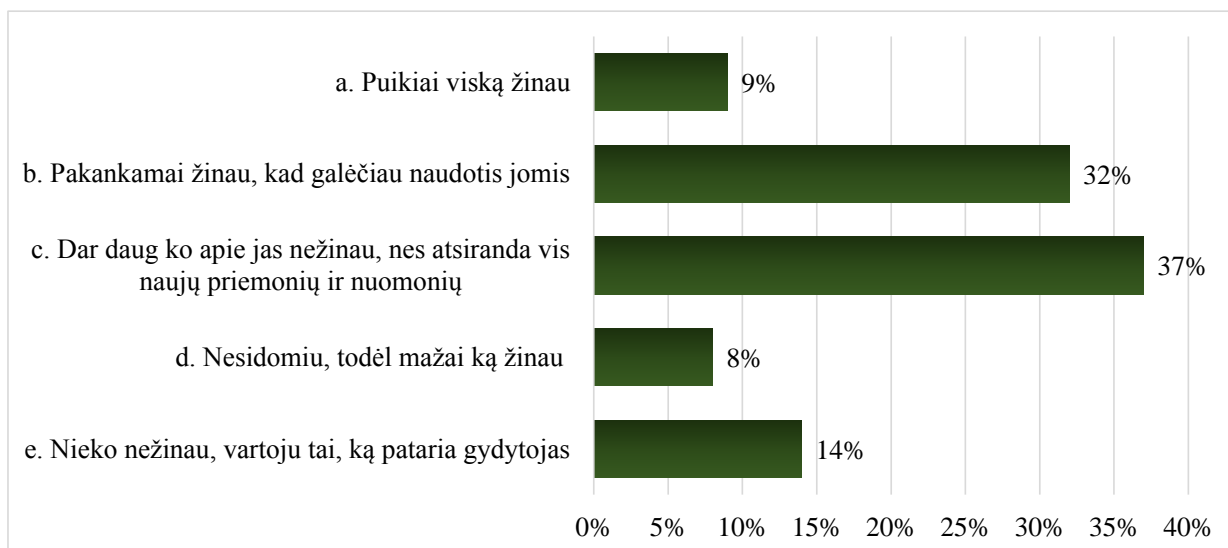
Pasiteiravus, kokioms kontraceptinėms priemonėms pacientės teikia pirmenybę, didžioji daugumą atsakė, kad įvestai į gimdą spiralei (36%), kontraceptinėms tabletėms (32%),

prezervatyvams (28%), makšties žiedui (10%), kontraceptiniams pleistrams (3%), spermicidams (1%).

52% mūsų apklaustų pacienčių nuomone, vienos ar kitos kontraceptinės priemonės pasirinkimą lemia patikimumas ir saugumas. Tik 18% apklaustųjų svarbu kaina, o 16% – tinkamumas bei 14% – vartojimo būdas.

Buvo įdomu sužinoti, kaip respondentės vertina savo žinias apie kontraceptines priemones. 9 paveiksle matyti, kad daugiau nei trečdalis pacienčių pripažįsta, kad dar daug ko nežinančios, nes atsiranda vis naujų kontraceptinių priemonių. Manančių, kad turi pakankamai žinių, kad galėtų naudotis kontraceptinėmis priemonėmis, yra 32%. Savimi pasitikinčios ir teigiančios, kad puikiai viską žino, buvo tik 9% apklaustųjų. Nieko nežinojo ir vartojo, ką patarė gydytojas, – 14%. Kontracepcija nesidomi 8% tyrime dalyvavusių pacienčių.

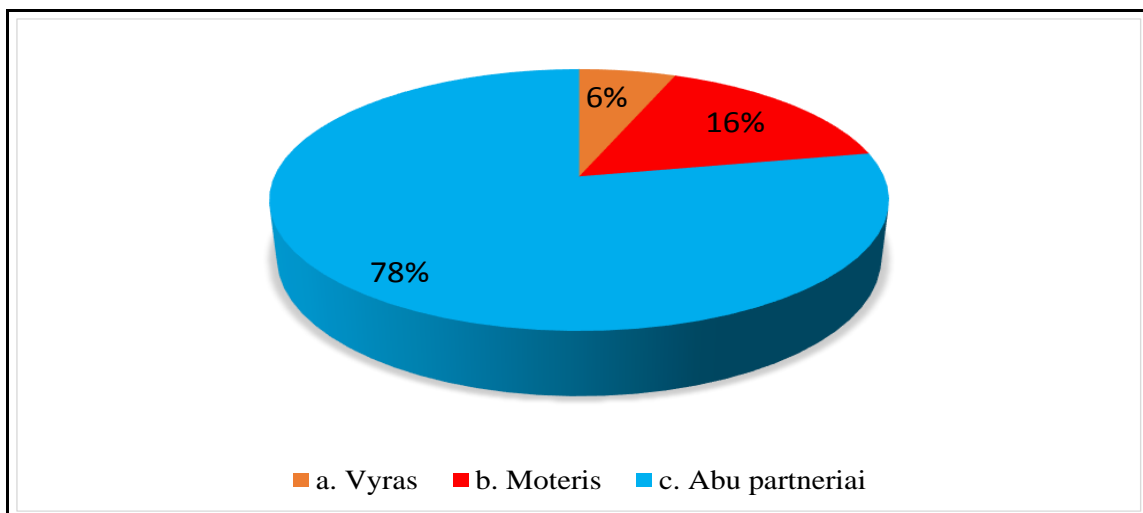
Išsiaiškinome, kad 30% pacienčių mano, kad stipriausias pašalinis poveikis, kurį gali sukelti hormoninė kontracepcija, yra nerimas ir baimė. 24% galvoja apie svorio padidėjimą. 23% pacienčių yra pakankamai optimistiškos ir galvoja, kad hormoninė kontracepcija neturi nepageidaujamo poveikio. Taip pat tyrimo metu buvo išsiaiškinta, kad 14% moterų žinojo apie nuotaikų kaitą ir depresiją, tik 9% apklaustųjų įvardijo sumažėjusį lytinį potraukį kaip nepageidaujamą kontraceptinių priemonių poveikį.



9 pav. Kaip vertinate savo žinias apie kontracepciją?

Apie kontraceptinių tablečių patikimumą klausėme tiek farmacininkų, tiek pacienčių, tačiau norėjome sužinoti kiek tiksliau, kaip pacientės vertina patikimumą, todėl prašėme jį išreikšti procentais. Apibendrinti rezultatai rodo, kad pacientės mano, jog kontraceptinių tablečių patikimumas yra didelis. Net 67 pacientės įrašė 100% patikimumą, 24 – 95%, o 19 apklaustųjų – 90%.

Vykdytos anketinės apklausos metu siekėme išsiaiškinti, koks, moterų nuomone, yra patikimiausias būdas apsisaugoti nuo lytiškai plintančių ligų. Didžiosios daugumos nuomone, šis būdas yra lytiniai santykiai tik su vienu partneriu – taip mano net 55% apklaustų pacienčių. 20% galvoja, kad tai galėtų būti prezervatyvai. Hormonines tabletes, kaip galimą apsaugojimo nuo lytiškai plintančių ligų būdą, pasirinko 15% pacienčių.



10 pav. Kas, Jūsų nuomone, turėtų rūpintis kontraceptinėmis priemonėmis?

Pacienčių klausėme, kas (vyras ar moteris) turėtų rūpintis kontraceptinėmis priemonėmis (žr. 10 pav.). Apklausos rezultatai atskleidė, kad 78% pacienčių mano, kad kontraceptinėmis priemonėmis turi rūpintis abu partneriai. 6% galvoja, kad tą daryti turėtų vyras, o 16% respondenčių mano, kad rūpintis kontracepcija turi tik moteris.

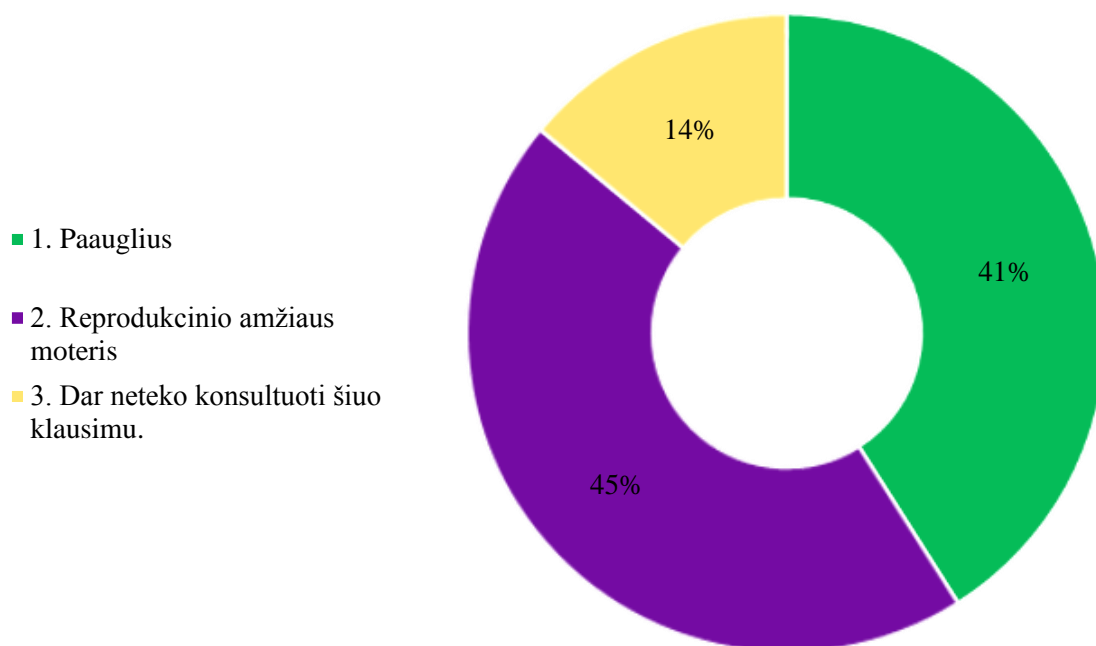
Dažniausiai vaistinėje pacienčių, perkančių kontraceptines priemones, teirujamasi recepto (36%). Pacientės nurodo, kad tik 35% atvejais joms suteikiama informacija apie preparato naudojimą, o 17% vaistininkų pasiklausia apie pastebėtą pašalinį veikimą. Tačiau dalis (12%) vaistininkų dažniausiai nieko neklausia.

Iš 100 apklaustų pacienčių, naudojusiujų skubiąją kontracepciją, buvo 35%, nenaudojusiujų – 65%.

Didžioji dauguma pacienčių (57%) apie kontraceptines priemones sužino iš gydytojo. Nemaža dalis – 34% – informaciją randa internete, 5 – 6% moterų sužino iš draugų, perskaito žurnaluose ir tik 15% – gauna informaciją iš vaistininko.

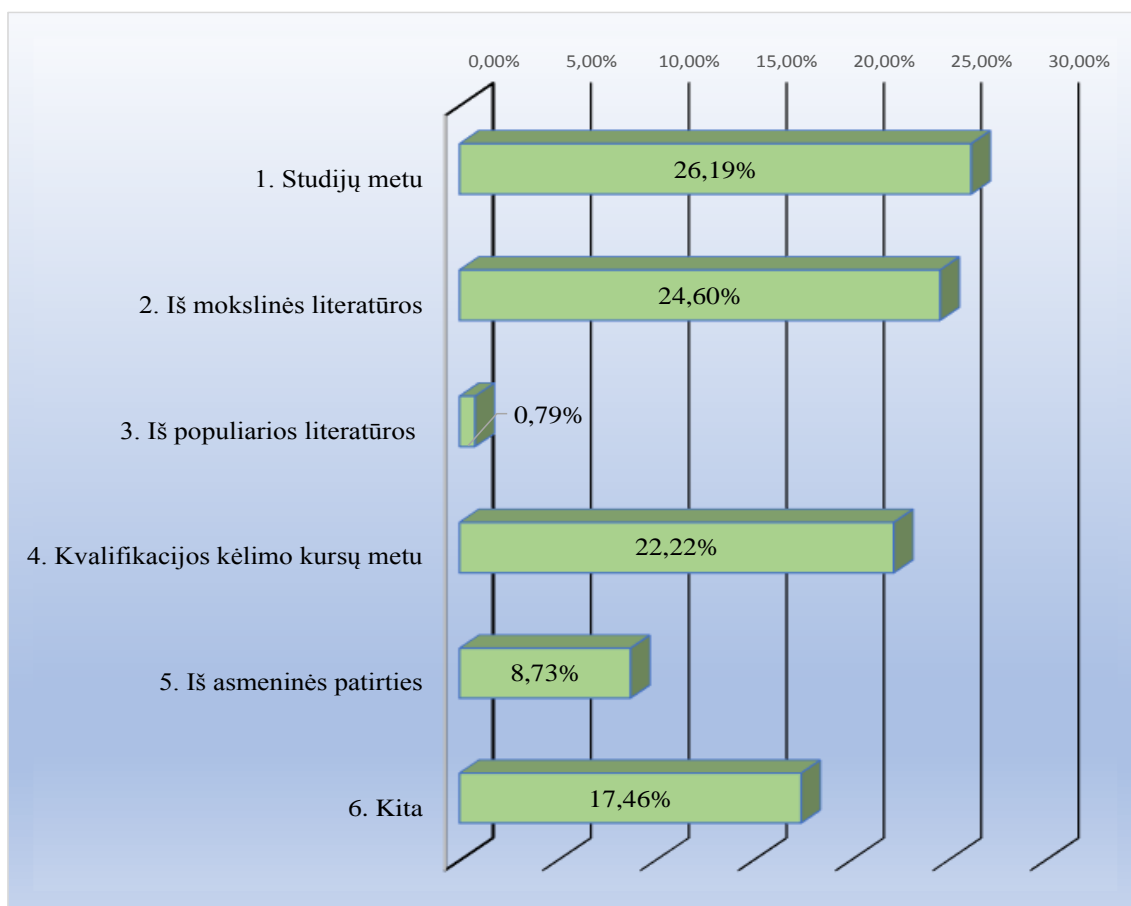
3.3. Vaistininkų anketų rezultatai

Į anketos klausimus atsakė 100 farmacininkų. Vaistininkai kontracepcijos klausimais konsultuoja vienodai dažnai tiek reprodukcinio amžiaus moteris (45%), tiek paauglius (41%). (11 pav.). Iš to galime daryti išvadą, kad vis dažniau ne tik reprodukcinio amžiaus pacientės, bet ir paaugliai nori pasikonsultuoti ir žinoti teisingus atsakymus į jiems rūpimus klausimus apie kontracepciją, ir jie to klausia vaistinėse. 14% farmacininkų dar neteko konsultuoti pacienčių kontracepcijos klausimu.



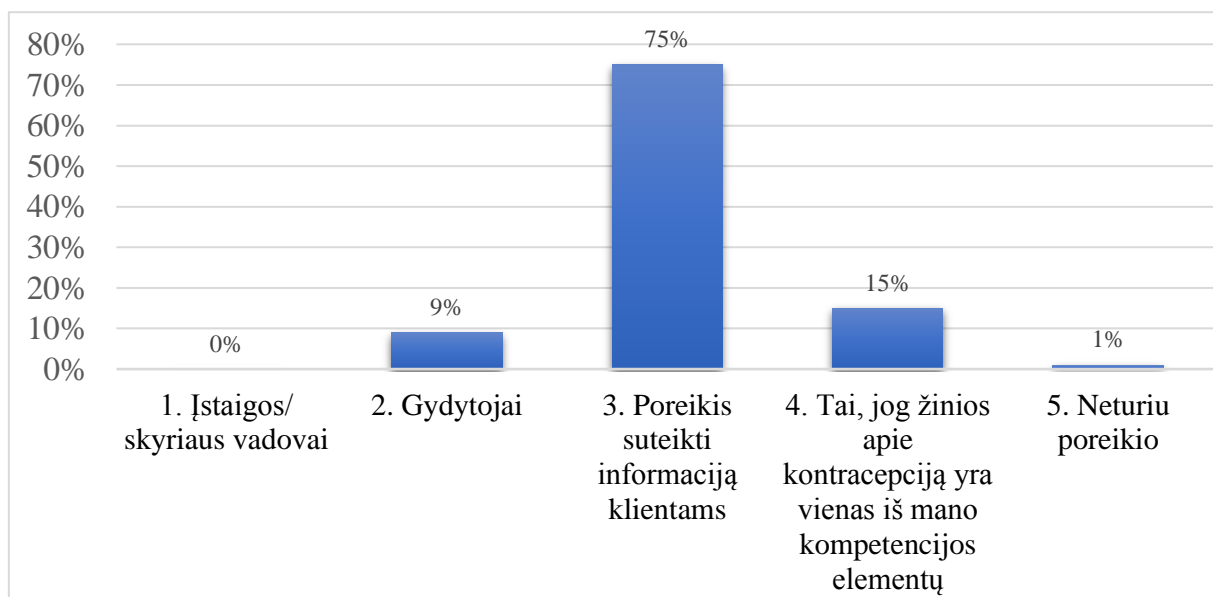
11 pav. Kokio amžiaus pacientes konsultuojate kontracepcijos klausimais?

Siekiant įvertinti farmacininkų kvalifikuotumą ir jų suteikiamų konsultacijų kokybę, teirautasi, ar jie domisi naujovėmis ir iš kokių šaltinių dažniausiai skaito naujausias žinias, susijusias su kontracepcija. 90% apklaustųjų domisi naujovėmis apie kontracepciją. Tik studijų metu įgyjantys žinių apie kontracepciją – 26% farmacininkų, papildomai domisi iš mokslinės literatūros – 24% apklaustųjų, 22% tobulinasi kvalifikacijos kėlimo kursų metu.



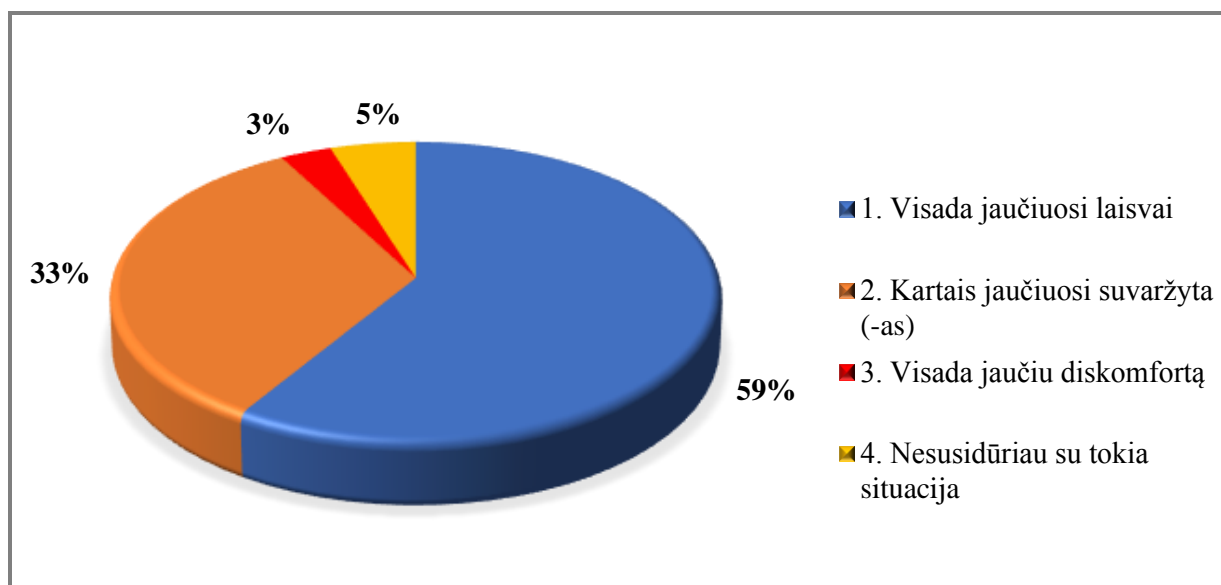
12 pav. Iš kokių šaltinių įgijote žinių apie kontracepciją?

Praktiškai visi respondentai – 93% – teigė, kad jaučia poreikį įgyti daugiau žinių apie kontraceptines priemones. Didžiosios daugumos siekius daugiau žinoti apie kontraceptines priemones skatina poreikis suteikti teisingą informaciją pacientams (75%) (13 pav.). Taip pat 15% farmacininkų pabrėžia, kad žinios apie kontracepciją yra vienas iš jų kompetencijos elementų. 51% apklaustųjų teigia, kad vadovaujasi mokslo įrodymais pagrįsta medicinos praktika, tačiau trečdalis farmacijos specialistų yra tik girdėję apie tai, bet nežino, kas tai yra, o net 19% nebuvo iš viso apie tai girdėję.



13 pav. Kas Jus skatina įgyti naujų žinių apie kontraceptines priemones?

Apie lytinio gyvenimo ypatumus ir kontracepciją ne visada lengva ir patogiu kalbėti (14 pav.). Todėl klausėme farmacininkų, kaip jie jaučiasi apie tai kalbėdami su klientėmis. Daugiau nei pusė apklaustųjų teigė, kad jaučiasi laisvai ir tik 3% įvardino, kad visada jaučia diskomfortą.



14 pav. Kaip jaučiasi farmacijos specialistai kalbėdami apie kontracepciją?

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Tinkamai vartojamos efektyvios kontraceptinės priemonės suteikia galimybę patikimai planuoti pastojimų laiką ir skaičių. Nėštumas, ypač neplanuotas pastojimas, sukelia tam tikrą riziką moterų sveikatai ir gyvybei. PSO nurodo, kad kasmet su nėštumu ir gimdymu susijusių priežasčių miršta apie 600 tūkst. moterų. Tinkama efektyvi kontracepcija galėtų išgelbėti

daugumos šių moterų gyvybes. 2015 m. atliktos šešiolikoje Europos šalių išplėstinės „Barometro“ apklausos „Šiuolaikinės kontracepcijos pasiekiamumas moterims“, inicijuotos „The International Planned Parenthood Federation European Network“ organizacijos, duomenimis, visuomenės žinios apie kontracepcijos metodus tebėra menkos [51]. Tai daugiausia lemia lytinio švietimo programų stoka, per didelis susilaikymo, kaip pagrindinio apsaugojimo nuo nepageidaujamo nėštumo būdo, populiarinimas bei ribotos sveikatos priežiūros specialistų mokymo programos, kaip informuoti merginas ir moteris apie galimą kontracepcijos pasirinkimą. Tyrime daroma išvada, jog vienas iš teigiamus pokyčius užtikrinančių veiksnių yra moterų ir merginų individualus konsultavimas kontracepcijos klausimais. Tai daro sveikatos priežiūros specialistai: šeimos gydytojai, gydytojai akušeriai ginekologai, slaugytojos ir akušerės rekomenduodami šiuolaikinės kontraceptines priemones ir remdamiesi objektyviais mokslo įrodymais pagrįsta medicina.

Bendrovės „Spinter research“ gyventojų nuomonės tyrimas, kuriame dalyvavo 1005 respondentai, atskleidė, kad 93 proc. Lietuvos gyventojų teigia, jog pasitiki vaistininkais [52]. 69 proc. pasisako už vaistininkų didesnę įtraukimą į sveikatos priežiūros sistemą. Vaistininkas yra tas specialistas, į kurį dažniausiai kreipiamės, kai tik sunegaluojame, todėl natūralu, kad be visapusio gyventojų pasitikėjimo būtų sunku įsivaizduoti šios srities specialistų darbą. Į kasdieninį farmacijos specialistų darbą įeina ir konsultavimas kontracepcijos klausimais. Dažnai moterys ateina į vaistinę pasitarti / pasikonsultuoti, kokią kontraceptinę priemonę rinktis vienu ar kitu atveju.

Kontracepcija ilgą laiką buvo viešai nediskutuojama tema daugelyje Rytų Europos šalių. Po Nepriklausomybės atkūrimo Baltijos šalių dvasiniame ir socialiniame gyvenime įvyko esminių pokyčių. Žiniasklaidoje pagausėjo informacijos apie vaisingumo reguliavimo būdus.

Apsisprendimą vartoti efektyvią kontracepciją ar ne dažnai lemia daug veiksnių: patirtis, žinios, požiūris, nuostatos, religija, kultūriniai ir ekonominiai veiksniai, subjektyvūs nusiskundimai ir nepageidaujamas kontraceptinių priemonių (KP) poveikis. Turi įtakos ir KP kaina, prieinamumas. Kontracepcijos prieinamumas jauniems žmonėms priklauso ir nuo sveikatos, ir švietimo sistemos aspektų. 2010 m. žurnale „Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas“ publikuoto mokslinio tyrimo duomenimis, net 30,7 proc. tyrime dalyvavusių Lietuvos studentų patvirtino, kad dažniausia kliūtis naudotis kontracepcijos priemonėmis yra informacijos stygius. 23,7 proc. nurodė didelę kontracepcijos priemonių kainą, 20,4 proc. studentų tvirtino, jog menkas kontraceptinių priemonių vartojimas Lietuvoje susijęs su sunkumais, kurie kyla sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje.

Apie kontracepciją svarbu kalbėti ne tik suaugusiems, bet ir paaugliams. Ankstyvas lytinis patyrimas yra susijęs su įvairiomis sveikatos problemomis: paauglių nėštumu, abortais, lytiniu

keliu plintančiomis infekcijomis, narkotinių medžiagų, alkoholio vartojimu, psichikos sveikatos problemomis ir kt. Šiandien jauni žmonės lytiškai aktyvūs tampa anksčiau nei pasiekia Lietuvos teisės aktuose santuokai numatytą tinkamą amžių – 18 metų ir tą patvirtino 2011 m. atliktas tyrimas „Vilniaus miesto 9–12 klasių mokinių nuomonė apie lytinį švietimą mokyklose“. Tyrimo rezultatai rodo, jog vos daugiau nei pusė lytiškai aktyvių apklaustųjų nurodė naudojantys kontracepciją, galinčią apsaugoti nuo nepageidaujamų lytinių santykių pasekmių.

Darome išvadą, kad prieš pasirenkant kontracepciją yra svarbus tiek pacienčių, tiek farmacijos specialistų supratimas, kas yra kontracepcija ir kam ji reikalinga. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad moterys turi pakankamai aiškų supratimą apie kontracepciją. Nors tiek Lietuvoje, tiek kitose šalyse išlieka stiprus įsitikinimas, kad kontracepcija – tai priemonės, kurios apsaugo nuo pastojimo ar nepageidaujamo nėštumo [53,54]. Tačiau reikia paminėti ir kitas, dažnai moterų pamirštas, ne mažiau svarbias kontracepcijos medicininės indikacijas [55]: hormoninė kontracepcija padeda sureguliuoti mėnesinių ciklą (mėnesinės tampa trumpesnės, ne tokios gausios, neskausmingos arba mažiau skausmingos), todėl sumažėjus mėnesinių gausumui, sumažėja geležies stokos, mažakraujystės pavojus. Taip pat silpniau pasireiškia priešmenstruacinio sindromo simptomai, sumažėja funkcinų kiaušidžių cistų atsiradimo tikimybė, rizika susirgti kiaušidžių vėžiu, gimdos kūno vėžiu, gerybiniais krūtų navikais, mažojo dubens organų uždegiminėmis ligomis. Hormoninė kontracepcija – gera apsauga nuo osteoporozės (senatviniuo kaulų audinio išretėjimo) bei padeda kovoti su spuogais, seborėja, nepageidajamu vyriško tipo plaukuotumu ir kt. Barjeriniai metodai – svarbūs ne tik nėštumo išvengimui, bet ir apsaugai nuo LPL.

Lytiškai plintačiomis infekcijomis (LPI) užsikrečiama visų rūšių lytinių santykių metu (vaginalinių, oralinių, analinių). Be to, LPI užsikrėtusi motina gali infekciją perduoti kūdikiui nėštumo, gimdymo metu. Besimptomis lytiškai plintačių infekcijų periodas yra labai įvairus: nuo kelių dienų iki kelių mėnesių ir priklauso nuo konkretaus infekcijos sukėlėjo. Pasak specialistų, LPI galima įtarti, kai pasireiškia išskyros iš šlapimo takų ar lyties organų; esant skausmingam dažnesniam šlapinimuisi; esant baltoms apnašoms varpoje, makštyje ar burnoje, bėrimams lyties organų ir kitose srityse; padidėjus kirkšnių limfmazgiams; esant skausmingam kapšeliui ir kt. Anogenitalinės karpos dažniausiai atsiranda užsikrėtus žmogaus papildomos viruso infekcija (ŽPV). Pasak rekomendacijų, esminiai LPI prevencijos principai apima susilaikymą nuo lytinių santykių, t. y. abstinenciją. Tai pats saugiausias būdas neužsikrėsti lytinių santykių keliu plintančiomis infekcijomis, jo patikimumas – 100%. Taip pat rekomenduojama atidėti pirmuosius lytinius santykius, patariama būti monogamiškais, vengti atsitiktinių lytinių santykių, su naujais partneriais visada naudoti barjerines apsaugos priemones (prezervatyvus) arba vengti lytinio kontakto, kuomet pasikeičiama biologiniais skysčiais.

Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, 2014 m. užregistruota daugiau susirgimų LPI lyginant su 2013 m. [56]. Lietuvoje, kaip ir kitose ES šalyse, dažniausiai registruojama lytiškai plintanti infekcija – chlamidiozė, kuri negydoma gali tapti nevaisingumo priežastimi. Lietuvoje LPI dažniau registruojama tarp vyrų. Dauguma susirgusiųjų LPI – miestų gyventojai. Tai 20–34 metų amžiaus asmenys, turintys vidurinę išsilavinimą. Dauguma LPI užsikrėtusių vyrų nurodė, kad turėjo 2–3 lytines partneres per pastaruosius vienerius metus, moterys – vieną; kaip infekcijos šaltinį vyrai dažniau nurodė atsitiktinį arba nežinomą asmenį, moterys – sutuoktinį ar sugyventinį bei pažįstamą asmenį.

Vykdytos anketinės apklausos metu siekėme išsiaiškinti, koks yra patikimiausias būdas apsisaugoti nuo lytiškai plintančių ligų. Didžiosos daugumos nuomone, šis būdas yra lytiniai santykiai tik su vienu partneriu, taip mano net 55% apklaustų pacienčių. 20% galvoja, kad tai galėtų būti prezervatyvai. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, prezervatyvų efektyvumas, apsisaugant nuo ŽIV, siekia nuo 69 iki 94,5%, o kai kurie tyrimai rodo 100 % efektyvumą [57]. Nuo gonorėjos prezervatyvai apsaugo iki 90%, nuo žmogaus papilomos viruso – 70%, nuo herpeso 2 tipo viruso – iki 92 %. Taip pat nustatyta, kad jei lytinių santykių metu pastoviai naudojami prezervatyvai, moterims LPI sukeltų komplikacijų rizika sumažėja penkis kartus.

ŽPV infekcija – viena dažniausiai lytiškai plintančių infekcijų. Daugiau kaip 40 ŽPV tipų randama tiek vyrų, tiek moterų genitalijų gleivinėse. Tie patys tipai randami ir burnos bei viršutinių kvėpavimo takų gleivinėse. Tų pačių ŽPV tipų lokalizacija skirtingose vietose gali sukelti skirtingus pažeidimus. Tyrimų duomenimis, netrukus po seksualinio debiuto (po pirmųjų lytinių santykių) jau randama ŽPV infekcija lytiniuose takuose. Pagal onkogeniškumą ŽPV tipai skirstomi į mažos, didelės ir ypač didelės vėžio rizikos. Didelės rizikos ŽPV tipai sukelia pakitimus ląstelėse, dėl ko gali išsivystyti vėžys. Žemos rizikos ŽPV tipai sukelia genitalijų karpas tiek vyrams, tiek moterims.

Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro duomenimis, ŽPV paplitimas įvairiose šalyse skirtingas ir priklauso nuo jaunimo seksualinio debiuto, seksualinių partnerių skaičiaus ir kitų veiksnių [58]. ŽPV paplitimas skirtingose amžiaus grupėse gali skirtis 10 kartų. ŽPV infekcija yra labai paplitusi ir, teigiama, kad lytiškai aktyvūs žmonės bent kartą savo gyvenime yra susidūrę su ŽPV. Net ir tie asmenys, kurie turėjo tik vieną lytinį partnerį, taip pat galėjo užsikrėsti ŽPV.

Riziką užsikrėsti ŽPV mažina saugesnis, atsakingesnis lytinis elgesys, atsitiktinių lytinių santykių dažnio mažinimas, teisingas apsaugos priemonių (prezervatyvų) naudojimas lytinių santykių metu bei kitos prevencijos priemonės.

Antras faktorius, darantis įtaką pasirenkant kontracetinę priemonę, yra tai, kad prieš perkant priemonę, didelė dalis moterų nori išsiaiškinti jų saugumą ir patikimumą. Atliktame

anketiniame tyrime patikimiausia kontraceptine priemone 45,8% pacienčių laiko kontraceptines tabletes, kai tuo tarpu farmacijos specialistai nurodo intrauterininę spiralę (51,9%). Visame pasaulyje kontraceptinės spiralės laikomos viena iš patogiausių apsisaugojimo nuo nepageidaujamo nėštumo priemonių, tačiau tiek gydytojai, tiek pačios moterys jas vertina nevienareikšmiškai. Hormoninių spiralių kontraceptinis patikimumas prilygsta moters sterilizacijai. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktuose tyrimuose pacientės labiausiai patikima ir efektyvia kontraceptine priemone įvardijo sterilizaciją (76%), intrauterininę spiralę (65%) ir poodinį implantą (55%) [59, 60].

Pastaruju metu išpopuliarėjo gimdos spiralė su hormonais (levonorgestrelis), nes ji gimdoje nuolat išskiria mažas hormono dozes ir išlieka veiksminga penkerius metus, moteriai yra labai patogi, kadangi nereikia kiekvieną dieną rūpintis apsaugos priemone [61, 62]. Kitas apsisaugojimo priemonės – kontraceptinius pleistrus ir žiedus mieliau renkasi jaunos moterys. Anketų duomenimis, kontraceptinius pleistrus rinkosi 3,7% respondenčių, o kontraceptinius makšties žiedus – 1,9% respondenčių.

Hormoninė kontracepcija – labai patikima ir efektyvi kontracepcijos priemonė. Žinoma, ji turi kitų minusų, pavyzdžiui, neapsaugo nuo lytiškai plintančių ligų. Pagal pastarąją savybę kol kas patikimiausi yra prezervatyvai. Nors Vakarų šalyse atlikti tyrimai rodo, kad prezervatyvas dažnai vertinamas labai neigiamai ir dėl patiriamo mažesnio seksualinio malonumo, ir dėl jo naudojimo specifikos per lytinius santykius [63, 64].

Remiantis ligų kontrolės ir prevencijos centro (*angl. CDC – Centers for Disease Control and Prevention*) bei Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis [65,66], patikimiausios kontraceptinės priemonės (mažiau nei 1 nėštumas 100 moterų per metus) yra: poodinis implantas, intrauterininė spiralė ir sterilizacija. Vidutinio patikimumo (6–12 nėštumų 100 moterų per metus): injekciniai kontraceptikai, tabletės, pleistrai, makšties žiedai, diafragmos. Mažiausiai patikimos kontraceptinės priemonės (18 ir daugiau nėštumų 100 moterų per metus) yra: vyriški ir moteriški prezervatyvai, kempinė, nutrauktas lytinis aktas, spermicidai.

Svarbiausia, nereikėtų pamiršti, kad prieš išsirinkdamos kontraceptinę priemonę, visos moterys pirmiausiai turėtų apsilankyti pas savo ginekologą. Jos su gydytoja turėtų ne tik pasitarti, bet ir atlikti kai kuriuos tyrimus.

Kontracepcijos priemonių populiarumas skirtingose pasaulio regionuose skiriasi. Tikslios informacijos apie tai, kaip Lietuvos jaunimas ir suaugusieji naudoja kontraceptines priemones, nėra. Tačiau yra atlikta keletas regioninių apklausų, iš kurių galima susidaryti bendrą vaizdą. Dabartiniai jaunuoliai kontracepciją naudoja dažniau nei prieš 20–30 m., tačiau jos paplitimas, palyginus su Vakarų Europos šalimis, labai menkas [67-69]. Iš 5000 apklaustų respondentų Lietuvoje bent vieną kontraceptinę priemonę naudojo 50%, Švedijoje – 92%, Kanadoje – 95%.

2013 m. paskelbtais ITO duomenimis, Vakarų Europos išsivysčiusiose šalyse kontraceptines tabletes vartojo 48,2% moterų, Šiaurės Amerikoje populiariausia sterilizacija – 37,9%, Šiaurės Europoje – prezervatyvai. Prieš dešimtmetį Lietuvoje prezervatyvai taip pat buvo populiariausia kontracepcijos priemonė (45,5%), bet šiuo metu, atsakydamos į anketos klausimą, tik 11,2% pacienčių įvardijo, kad prezervatyvai yra patikimi.

Įvairių šalių profilaktinės medicinos vadovuose rekomenduojamos pirmo pasirinkimo kontraceptinės priemonės paaugliams – prezervatyvai ir peroraliniai kontraceptikai – Lietuvos jaunuoliams kelia nerimą. Tik 60% paauglių žino, kad tinkamai naudojami prezervatyvai apsaugo nuo LPI ir nepageidaujamo nėštumo, net 50% apklaustųjų mano, kad merginos, naudojančios peroralinius kontraceptikus, ateityje taps nevaisingos [70,71]. Nenuostabu, kad Lietuvoje daug abortų, nes net 37% paauglių įsitikinę, kad lytiškai aktyviems jaunuoliams patys tinkamiausi – natūralūs nėštumo planavimo metodai. Lietuvoje, skirtingai nei Vakaruose, natūraliems nėštumo planavimo metodams pirmenybę atiduoda net 32% lytiškai aktyvių moksleivių [49,50].

Dažnai atsitinka taip, kad pačios moterys nusprendžia, kad joms reikia kontracepcijos ir nepasitarusios nusiperka preparatą vaistinėje. Anketiniame tyrime 51% pacienčių mano, kad hormonines kontraceptines priemones reikia pradėti naudoti pradėjus lytinį gyvenimą. 21% mano, kad naudoti kontraceptines priemones turi tada, kai to reikia. Pirmiausia, moteris pati sau turėtų atskirti į šiuos klausimus: kokiam laikotarpiui jai reikalinga kontracepcija; kaip dažnai ji turi lytinius santykius; ar turi atsitiktinių partnerių; kiek lėšų ji gali skirti kontraceptinėms priemonėms; ar kontracepcija reikalinga tik apsaugai nuo nėštumo, ar ir gydymui. Geriausia, kad šie klausimai būtų aptarti su gydytoju akušeriu ginekologu. Atsakius į šiuos klausimus, daug kas paaiškėja. Pasak A. Damkuvienės, nepilnamečiams lytinio gyvenimo nereikėtų pradėti anksti. Geriausia ir vienintelė apauga nuo neplanuoto nėštumo iki 18 metų – susilaikymas. „Tos merginos, kurios nori saugiai jaustis, turėtų apie kontraceptines priemones su ginekologu kalbėti dar prieš pradėdant aktyvų lytinį gyvenimą. Jei nutinka taip, kad mergina anksti pradeda lytiškai santykiauti, ji pas gydytoją ateina jau pastojusi. Kai kurie mano, jog ir abortas yra kontracepcija, tačiau tai klaidinga nuomonė“, – sako gydytoja. Išlaugus kontraceptinių priemonių naudojimui, pasak A. Damkuvienės, sumažėjo ir abortų skaičius. Anksčiau Lietuvoje būdavo per metus užregistruojama 40–50 tūkstančių abortų, o dabar – tik apie 9 tūkstančius [72].

Iš dalies nesaugią lytinę elgseną gali lemti menkos ir klaidingos paauglių ir suaugusiųjų žinios lytiniais klausimais, todėl lytinis švietimas šiandien yra labai reikalingas. Vakarų Europoje lytinis mokymas ir ugdymas vykdomas jau kelis dešimtmečius. Skandinavijos patirtis rodo, kad pažangus ir modernus lytinis švietimas sumažino abortų, neplanuotų nėštumų, lytiškai plintančių infekcijų skaičių tiek tarp jaunimo, tiek tarp suaugusiųjų.

Iš savos 30 metų farmacininko darbo patirties manome, kad sudėtinės kontraceptinės tabletės tikrai turi nemažai plusų, ir teisingai naudojant, yra patikima apsauga nuo nėštumo. Tačiau mes tam pritariame tik tuo atveju, jei hormoninę kontracepciją moteriai kruopščiai parenka gydytojas. Kontraceptikai, kaip ir kiekvienas vaistas, turi šalutinį poveikį. Kai kurie preparatai dėl moters esamos sveikatos būklės ar rizikos gali išprovokuoti vieną ar kitą ligą. Dėl netinkamų įpročių (pvz., rūkymas) gali kilti ūmios tromboembolinės komplikacijos. Todėl šioje situacijoje svarbus yra ir farmacininko vaidmuo. Jis prieš atiduodamas kontraceptinę priemonę turi pasiteirauti pacientės apie sveikatos būklę, patirtus šalutinius reiškinius, jei pacientė yra anksčiau vartojusi SKT, įsitikinti, kad jie nesukelia pavojaus gyvybei.

Pacituosime vieną garsiausių šios srities autoritetų prof. L. Speroff (JAV): „Pats dažniausias ir kenksmingiausias kontraceptinių tablečių poveikis – kontraceptikų baimė. Gaila, kad to nežino daugelis moterų ir net kai kurie gydytojai“. Retai pasitaikantis, bet sunkus nepageidaujamas jų poveikis – tromboembolinės komplikacijos. Hormoniniai kontraceptikai, ypač sudėtiniai, šiek tiek tirština kraują. Jeigu moters kraujas linkęs tirštėti ar yra pažeistos kraujagyslės, pavyzdžiui, dėl tokių ligų, kaip ilgą laiką padidėjęs kraujospūdis ar rūkymas, gali susidaryti trombai kraujagyslėse. Vis dėlto kontraceptikų keliamo tromboembolinių komplikacijų rizika sudaro apytikriai 60 proc. tos, kuri gresia moteriai pastojus (tiek planuoto, tiek ir neplanuoto nėštumo atveju). Nei kūno masės, nei kraujospūdžio kontraceptikai reikšmingai nekeičia. Bet moterims, turinčioms daug antsvorio ar padidėjusį kraujospūdį, taikomi tam tikri kontraceptikų vartojimo suvaržymai (pagal PSO nustatytas keturias tinkamumo vartoti kontracepciją kategorijas). Kontraceptikai maždaug 40% sumažina gimdos, kiaušidžių, storosios žarnos vėžio riziką, o maždaug 12 proc. – visų kitų onkologinių ligų riziką [37].

Nors didžioji dalis moterų dažniausiai renkasi sudėtinės kontraceptines tabletes, tačiau skubioji kontracepcija tampa vis paklausesnė tarp šiuolaikinio jaunimo. Ji naudojama siekiant užkirsti kelią nėštumui po nesaugių lytinių santykių. Populiariausia – levonorgestrelis (1,5 mg vienkartinė dozė per 72 val. po nesaugaus lytinio akto). Jungtinėje Karalystėje ši priemonė nuo 2001 m. yra prieinama vaistinėse nuo 16 metų ir vyresnėms moterims be gydytojo recepto [73]. Nuo šio laikotarpio ženkliai padaugėjo moterų, kurios mieliau apsilanko vaistinėse ir pasikonultuoja su vaistininku dėl skubios kontracepcijos, nei renkasi konsultaciją klinikoje (šeimos planavimo ar bendrosios praktikos gydytojo). Taip pat nuo 2001 m. mažiau nei 5 proc. moterų po skubiosios kontracepcijos vartojimo pastoję [74]. Atliktuose JK tyrimuose buvo apklausiami vaistininkai [75] ir skubiosios kontracepcijos vartotojai [76] siekiant išsiaiškinti jų požiūrį ir patirtį į šį vaistinį preparatą. Dauguma moterų teigė, kad konsultuodamosis su

vaistinininku nejaučia diskomforto ar kritikos iš vaistinininko pusės [77]. Vaistinininkai bendrauja maloniai, nesmerkiančiai bei suteikia daug naudingos informacijos pacientėms, kurios teiraujasi apie skubiąją kontracepciją [78]. Tačiau skubi kontracepcija, kad ir kokia naudinga būtų, išlieka opi problema, kadangi ja negalima piknaudžiauti. Jos vartojimas neturi tapti įpročiu. Šioje situacijoje ypač svarbus vaistinininko vaidmuo, kuris kas kartą parduodamas moteriai skubios kontracepcijos priemonę, turėtų informuoti apie ilgalaikę efektyvią kontracepciją [79]. Vaistinininkas turi nebijoti pasiteirauti moters, kaip dažnai jai prireikia skubios kontracepcijos, ir atitinkamai pasiūlyti alternatyvą.

Tinkamai vartojamos efektyvios kontraceptinės priemonės suteikia galimybę patikimai planuoti pastojimų laiką ir nėštumų skaičių. Nėštumas, ypač neplanuotas pastojimas, sukelia tam tikrą riziką moterų sveikatai ir gyvybei. PSO nurodo, kad kasmet dėl su nėštumu ir gimdymu susijusių priežasčių miršta apie 600 tūkst. moterų. Tinkama efektyvi kontracepcija galėtų išgelbėti daugumos šių moterų gyvybes. 2015 m. atliktos šešiolikoje Europos šalių išplėstinės „Barometro“ apklausos „Šiuolaikinės kontracepcijos pasiekiamumas moterims“, inicijuotos „The International Planned Parenthood Federation European Network“ organizacijos, duomenimis, visuomenės žinios apie kontracepcijos metodus tebėra nepakankamos. Tai daugiausia lemia lytinio švietimo programų stoka, per didelis susilaikymo, kaip pagrindinio apsisaugojimo nuo nepageidaujamo nėštumo būdo, populiarumas bei ribotos sveikatos priežiūros specialistų mokymo programos, kaip informuoti merginas ir moteris apie galimą kontracepcijos pasirinkimą. Tyrime daroma išvada, jog vienas iš teigiamus pokyčius užtikrinančių veiksnių yra moterų ir merginų individualus konsultavimas kontracepcijos klausimais. Tai daro sveikatos priežiūros specialistai: gydytojai akušeriai ginekologai, farmacijos specialistai, šeimos gydytojai, slaugytojos ir akušerės, rekomenduodami šiuolaikines kontraceptines priemones ir remdamiesi objektyviais mokslo įrodymais pagrįsta medicina.

5. IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Išvados:

1. Farmacininkų žinios apie šiuolaikinę kontracepciją yra geros: didžioji dauguma vaistinininkų domisi naujovėmis ir dažniausiai tobulina savo žinias skaitydami mokslinę literatūrą. Domėtis kontraceptinėmis priemonėmis skatina poreikis suteikti moterims teisingą ir tikslią informaciją. Tyrimo metu išsiaiškinta, kad farmacijos specialistai, prieš išduodami kontraceptinius preparatus, ne visada suteikia farmacinę informaciją, kaip tinkamai vartoti preparatą.

2. Tyrimas atskleidė, kad populiariausios kontraceptinės priemonės yra hormoninės. Jų pasirinkimą lemia moters amžius ir gyvenimo būdas. Viena dažniausiai vartojamų hormoninės kontracepcijos priemonių išlieka sudėtinės kontraceptinės tabletės, tačiau moterų žinios apie kontraceptikų veikimo mechanizmus, pašalinį poveikį, kitas medicininės kontraceptinių priemonių vartojimo indikacijas yra labai menkos.

Rekomendacijos:

1. Tyrimas atskleidė, kad būtų labai naudinga rengti daugiau bendrų seminarų ir diskusijų gydytojams ir farmacijos specialistams, aptarti farmacijos naujoves, rinkoje pasirodžiusius naujus kontraceptinius preparatus ir kitus rūpimus klausimus. Tai sustiprintų tarpprofesinį bendradarbiavimą, pagerėtų farmacijos specialistų teikiamos paslaugos. Pagrindinis seminarų tikslas – didinti farmacijos specialistų sąmoningumą, motyvaciją bei vykdyti mokymus kontracepcijos temomis.
2. Farmacijos specialistai turi aktyviau dalyvauti moterų, ir ypač paauglių, sveikatos prevencijoje. Jie privalo didinti savo kompetenciją nereceptinės kontracepcijos parinkimo klausimais ir išsamiau konsultuoti vaistinės klientes apie efektyvias apsisaugojimo priemones, kontraceptikų pasirinkimą, šalutinius reiškinius, saugumą ir riziką, nekontraceptinę naudą ar lytiškai plintančias ligas.

6. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Drucker P.F. Managing Knowledge Means Managing Oneself. *Leader to Leader*, 2000. No. 16, Spring. p. 8–10.
2. Čiūtienė R., Šarkiūnaitė I. Darbuotojų kompetencija – organizacijos konkurencingumą lemiantis veiksnys. *Ekonomika*, 2004, Nr. 67(2).
3. Gudauskaitė S. Žinių visuomenės link: organizacijos darbuotojų kompetencijos poreikis. *Informacijos mokslai*. 2007. ISSN 1392–0561.
4. <https://lt.wikipedia.org/wiki/Kompetencija>
5. Lepaitė D. Kompetencijos vystymu(si) grįstos studijų programos (KV SP) rengimo aspektai. *Seminaro medžiaga*, 2007 m. lapkričio 16 d.
6. Laužackas R., Stasiūnaitienė E., Teresevičienė-Resevičienė M. *Kompetencijų vertinimas neformaliajame ir savaiminiame mokymesi: monografija*. Kaunas: VDU leidykla. 2005.
7. Jovaiša L. *Edukologijos pradmenys: Studijų priemonė*. Vilnius: VU I-kl. 1993.
8. Jacikevičius, A. Siela, mokslas, gyvensena. Vilnius: Žodynas. 1994.
9. Jakavičius V. Žmogaus ugdymas: įvadas į edukologijos studijas. Klaipėdos universiteto leidykla. 1998.
10. Butkienė G., Kepalaitė A. Mokymasis ir asmenybės brendimas: pedagoginės technologijos įvadas studentams, mokytojams, tėvams. Margi raštai. 1996. Vilnius.
11. Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas, 2006 m. birželio 22d., Nr. X-709, Vilnius.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 15 d įsakymas „Dėl geros vaistinių praktikos nuostatų patvirtinimo“ Nr. V-494.
13. Buttar A., Seward S. Enovid: The First Hormonal Birth Control Pill. *Embryo Project Encyclopedia*. 2009. ISSN:1940-5030 <http://embryo.asu.edu/handle/10776/1956>.
14. Bulajeva, T. (2007). Žinių ir kompetencijų vertinimas: kaip sukurti studentų pasiekimų vertinimo metodiką: metodinė priemonė. Vilnius.
15. Trussell J et al. *Contraception* 83(2011):397-404.
16. WHO Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5 th edition. Geneva, WHO, 2015. – p.270.
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Long-acting Reversible Contraception: The Effective and Appropriate Use of Long-acting Reversible Contraception. 2005. <http://guidance.nice.org.uk/CG30>.
18. ACOG Committee Opinion. Adolescents and Long Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Number 539, October 2012. Reaffirmed 2014.

- <http://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Adolescent%20Health%20Care/co539.pdf>. In.
19. Grentzer J, McNicholas M, J. P: Use of the Etonogestrel-Releasing Contraceptive Implant. *Expert Rev of Obstet Gynecol* 2013, 8(4):337-344.
 20. Hohmann H: Examining the efficacy, safety, and patient acceptability of the etonogestrel implantable contraceptive. *Patient Prefer Adherence* 2009, 3:205-211.
 21. Sharp M and Dohme Corporation. Nexplanon 68 mg implant for subdermal use. Summary of Product Characteristics (SPC). 2012. <http://www.medicines.org.uk>. In.
 22. Faculty of Sexual & Reproductive Health Care Clinical Guidance. Progestogen-only Implants. February 2014. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceProgestogenOnlyImplants.pdf>. In.
 23. ACOG Practice Bulletin. Long Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Number 121, July 2011. Reaffirmed 2013. <http://www.acog.org/~media/Practice%20Bulletins/Committee%20on%20Practice%20Bulletins%20--%20Gynecology/Public/pb121.pdf?dmc=1&ts=20120908T1124504893>. In.
 24. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley IB, Magalhaes A, Pinto e Silva JL, Amaral E, Mishell DR, Jr.: Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril* 2013, 100(2):445-450.
 25. Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P, Praisuwanna P, Tosukhowong P, Dieben T: Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. *Contraception* 2006, 73(4):368-371.
 26. World Health Organization, Department of Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1. In.
 27. Faculty of Sexual & Reproductive Health Care. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf>. In.
 28. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. *MMWR*. 2010;59(RR04):1–85. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5904a1.htm?s_cid=rr5904a1_e. In.
 29. Faculty of Sexual & Reproductive Health Care Clinical Guidance. Intrauterine Contraception. April 2015 (updated June 2015). <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceIntrauterineContraception.pdf>.

30. Bayer plc. Mirena: Summary of Product Characteristics. 2013.
<https://www.medicines.org.uk/emc/medicine/1829>.
31. 29 Summary of Product Characteristics: Levosert IDC.
<https://www.medicines.org.uk/emc/medicine/30120>.
32. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. New Product Review from the Clinical Effectiveness Unit. LEVOSERT. April 2015
<http://www.fsrh.org/pdfs/LevosertNewProductReview.pdf>.
33. Fritz MA, Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 8th ed. 2010.-
p.966.
34. LeBlanc ES, Laws A. Benefits and Risks of Third-Generation Oral Contraceptives. J Gen Intern Med. 1999 Oct; 14(10): 625–632.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496751/>
35. Fritz MA, Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 8th ed. 2010.-
p.1439
36. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404.
37. Halperin DT, Steiner MJ, Cassell MM, et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. Lancet 2004; 364:1913.
38. Cates W Jr. The condom forgiveness factor: the positive spin. Sex Transm Dis 2002; 29:350.
39. Mann JR, Stine CC, Vessey J. The role of disease-specific infectivity and number of disease exposures on long-term effectiveness of the latex condom. Sex Transm Dis 2002; 29:344.
40. Warner L, Stone KM, Macaluso M, et al. Condom use and risk of gonorrhoea and Chlamydia: a systematic review of design and measurement factors assessed in epidemiologic studies. Sex Transm Dis 2006; 33:36.
41. Fihn SD, Boyko EJ, Normand EH, et al. Association between use of spermicide-coated condoms and Escherichia coli urinary tract infection in young women. Am J Epidemiol 1996; 144:512.
42. Mansour D. Non-contraceptive benefits of hormonal contraceptives. Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health March/April 2008. www.tugsh.com
43. Adolescents: health risks and solutions. World Health Organization. Fact sheet N°345 Updated May 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
44. American Academy of Pediatrics. Contraception for Adolescents. Policy statement. Pediatrics, V 134, N4, Oct 2014, - p1244-1256.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/09/24/peds.2014-2299.full.pdf>

45. Wang LF. A Clinician's Guide to Emergency Contraception.
http://www.medscape.com/viewarticle/831720_2
46. Ragland D, West D. Pharmacy students' knowledge, attitudes, and behaviors regarding emergency contraception. *Am J Pharm Educ.* 2009 Apr 7;73(2):26.
47. Jakubčionytė R, Wielandt HB. Veiksniai, turintys įtakos kontracepcijos priemonių naudojimui. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 2001; 4(4):326.
48. Kodėl studentai nenaudoja kontracepcijos priemonių? Prieiga per internetą
www.sveikata.diena.lt
49. Vanagienė V. Socialiniai ir kiti veiksniai, lemiantys šeimos planavimą. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas.* 1999;3(3):214-5217.
50. Jaruševičienė L. Paauglių lytinė elgsena ir reprodukcinės sveikatos galimybių vertinimas [daktaro disertacija]. Kaunas: Kauno medicinos Univ.;2000.p.46.
51. Prieiga per internetą: <http://www.contraceptioninfo.eu/node/7>
52. Spinter research. Lietuvos vaistinėms – tarp gyventojų pasitikėjimo lyderių. 2014-10-28. Prieiga internete:
http://www.spinter.lt/site/lt/vidinis_noslide/menutop/9/home/publish/NjYzOzk7OzA=
53. Gosavi A, Ma Y, Wong H, Singh K. Knowledge and factors determining choice of contraception among Singaporean women. *Singapore Med J* 2016; 57(11): 610-615 doi: 10.11622/smedj.2015181.
54. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Oct;37(10):936-42.
55. Guillebaud J. *Contraception Today.* Seventh edition. 2012. Informa Healthcare, London.
56. Užkrečiamųjų ligų ir AIDScentras. Informacinis biuletenis. Nr. 32, 2015 m. rugsėjis.
57. Steiner MJ, Trussell J, Johnson S. Communi-cating contraceptive effectiveness: an updated counseling chart. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:118.
58. Prieiga per internetą: https://europa.eu/european-union/life/healthcare_it
59. Mosher WD, Jones J. Use of contraception in the United States: 1982-2008: National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2010; 29:1-44.
60. Eisenberg DL, Secura GM, Madden TE, et al. Knowledge of contraceptive effectiveness. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:479.e1-9
61. Rafie S., McIntosh J., Shealy KM., Borgelt LM., Forinash A., Shrader SP. Er al. Roles of the Pharmacist in the Use of Safe and Highly Effective Long-Acting Reversible Contraception: An Opinion of the Women's Health Practice and Research Network of

- the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2014;34(9):991–999) doi: 10.1002/phar.1457
62. Speroff L, Darney PD (2011). Intrauterine contraception. In *A Clinical Guide for Contraception*, 5th ed., pp. 239-279. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
 63. Lowe P. Contraception and heterosex: An intimate relationship. *Sexualities*. 2005;8:75–92. doi: 10.1177/1363460705049575.
 64. Flood M. Addressing the sexual cultures of heterosexual men: Key strategies in involving men and boys in HIV/AIDS prevention. EGM/Men -Boys-GE/2003/EP.9 October 2003.
 65. World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD; Geneva, Switzerland: CCP and WHO; 2011;
 66. U.S. Department Health and Human services. Centers for Disease and Control Prevention. Effectiveness of Family Planning Method. Priega internete: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/pdf/contraceptive_methods_508.pdf
 67. Jaruševičienė L. Paauglių lytinės elgsenos ir žinių tyrimas// Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 1998.Nr.6
 68. Paaugliai ir seksas. Londonas: Brook konsultavimo centras. Šeimos planavimo ir seksualinės sveikatos asociacijos. Informacinis biuletenis.1998.
 69. Kuliešytė E. Moterų reprodukcinės teisės. Vilnius; 2002. 16 p.
 70. Jakubšionytė R. Nėštumo nutraukimą įtakojantys faktoriai [daktaro disertacija]. Kaunas. 2000. P. 46.
 71. Sadauskas V. Kontracepcija atskirose moterų grupėse. Pranešimas, skaitytas Vilniuje akušerių-ginekologų konferencijoje; 2002-04-09.
 72. Abortų dinamika Lietuvoje 1975–2015 m. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys.
 73. Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practise of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional studies. *Brit Med J* 2005; 331:271–6.
 74. Glasier A, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010;375 (9714):555–62.

75. Bissell P, Anderson C. Supplying emergency contraception via community pharmacies in the UK: reflections on the experiences of users and providers. *Soc Sci Med* 2003; 57:2367–78.
76. Black KI, Mercer CH, Kubba A, Wellings K. Provision of emergency contraception: a pilot study comparing access through pharmacies and clinical settings. *Contraception* 2008; 77:181–5.
77. A. Glasier et al. Community pharmacists providing emergency contraception give little advice about future contraceptive use: a mystery shopper study. *Contraception* 82 (2010) 538–542
78. Anderson C, Blenkinsopp A. Community pharmacy supply of emergency hormonal contraception: a structured literature review of international evidence. *Hum Reprod* 2006; 21:272–84.
79. Michie L, Cameron ST, Glasier A et al. Contraceptive use among women presenting to pharmacies for emergency contraception: an opportunity for intervention. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2014 Jul;40(3):190-5. doi: 10.1136/jfprhc-2013-100730. Epub 2014 Jan 24.

7. PRIEDAI

Priedas Nr. 1

Anketa vaistininkams

Ar sutinkate dalyvauti moksliniame tyrime „Vaistininko kompetencijos ir žinių kontracepcijos klausimais tyrimas“?

1. Taip
2. Ne (Jeigu nesutinkate, klausimynas nepildomas)

Apibraukite teisingą atsakymą.

1. Kokia Jūsų kvalifikacija:

1. Vaistininkas
2. Farmakotechnikas

2. Kokioje mokslinėje veikloje dalyvaujate/esate dalyvavusi (-ęs)?

1. Moksliniuose projektuose
2. Ruošiu / ruošiau bakalauro / magistro baigiamąjį darbą
3. Ne, niekada nedalyvavau
4. Kita

3. Kas yra kontracepcija?

1. Priemonių visuma, kuriomis siekiama išvengti nėštumo
2. Hormoninių priemonių visuma, kuriomis siekiama išvengti nėštumo
3. Barjerinių priemonių visuma, kuriomis siekiama išvengti nėštumo
4. Natūralių apsaugojimo būdų visuma siekiant išvengti nėštumo

4. Kokia, Jūsų nuomone, kontraceptinė priemonė patikimiausia?

1. Kontraceptinės tabletės
2. Kontraceptiniai pleistrai
3. Makšties žiedas
4. Prezervatyvai
5. Injekuojami ilgalaikio veikimo progestinai
6. Makšties kempinės
7. Spermicidai, vartojami į makštį prieš lytinį aktą
8. Gimdos kaklelio gaubtuvėlis
9. Spirалės, įvestos į gimdą
10. Sterilizacija
11. Nutrauktas lytinis aktas

5. Kokio amžiaus asmenis dažniausiai tenka konsultuoti kontracepcijos klausimais?

1. Paauglius
2. Reprodukcinio amžiaus moteris
3. Dar neteko konsultuoti šiuo klausimu

6. Kaip Jūs jaučiatės kalbėdamas (-a) su klientu apie kontraceptines priemones?

1. Visada jaučiuosi laisvai
2. Kartais jaučiuosi suvaržytas (-a)
3. Visada jaučiu diskomfortą
4. Nesusidūriau su tokia situacija

7. Ar domitės naujovėmis apie kontracepciją?

1. Taip
2. Ne

8. Iš kokių šaltinių įgijote žinių apie kontracepciją?

1. Studijų metu
2. Iš mokslinės literatūros
3. Iš populiariosios literatūros
4. Kvalifikacijos kėlimo kursų metu
5. Iš asmeninės patirties
6. Kita

9. Ar jaučiate poreikį įgyti daugiau žinių apie kontraceptines priemones?

1. Taip 2. Ne

10. Kas Jus skatina įgyti naujų žinių apie kontraceptines priemones?

1. Įstaigos / skyriaus vadovai 2. Gydytojai
3. Poreikis suteikti informaciją klientams 4. Tai, jog žinios apie kontracepciją yra
5. Neturiu poreikio vienas iš mano kompetencijos elementų

11. Ar esate girdėjęs (-usi) apie mokslo įrodymais pagrįstą medicinos praktiką ir vadovaujatės konsultuojant klientes kontracepcijos klausimais?

1. Taip, žinau kas tai yra ir vadovaujuosi
2. Girdėjau, bet nežinau, kas tai yra
3. Ne, negirdėjau

12. Kaip veikia hormoninė kontracepcija?

1. Trikdo ovuliaciją
2. Trukdo apvaisinto kiaušinėlio implantacijai
3. Sutrikdo kiaušintakių peristaltiką
4. Tirština gimdos kaklelio gleives
5. Sutrikdo lytinių hormonų pusiausvyrą
6. Pažeidžia spermatozoidų judrumą

13. Kuo vadovaujate (kas lemia) padėdami klientei pasirinkti kontraceptinę priemonę?

1. Prieinama kaina 2. Patikimumas, saugumas
3. Vartojimo būdas 4. Tinkamumas
5. Kita

14. Ar esate konsultavęs (-usi) klientę skubios kontracepcijos klausimais?

1. Taip, ir dažnai
2. Taip, bet retai
3. Ne, neteko

15. Ko dažniausiai klausia klientės perkant kontracepcijos priemonę? (įrašykite)

.....

16. Jūsų amžius:

1. 18–25 m. 2. 25–35 m.
3. 35–45 m. 4. 45–55 m.
5. 55–65 m. 6. 66 m. ir daugiau

Ačiū už atsakymus!

Priedas Nr. 2

Anketa moterims

Ar sutinkate dalyvauti moksliniame tyrime „Vaistinininko kompetencijos ir žinių kontracepcijos klausimais tyrimas“?

- a. Taip b. Ne (Jeigu nesutinkate, klausimynas nepildomas)

Apibraukite teisingą atsakymą.

1. Kas yra kontracepcija?

- a. Priemonių, kuriomis siekiama išvengti nėštumo, visuma
b. Hormoninių priemonių visuma, kuriomis siekiama išvengti nėštumo
c. Barjerinių priemonių visuma, kuriomis siekiama išvengti nėštumo
d. Natūralių apsisaugojimo būdų visuma siekiant išvengti nėštumo

2. Apie kokias kontraceptines priemones esate girdėjusi?

- a. Kontraceptinės tabletės b. Kontraceptiniai pleistrai
c. Makšties žiedas d. Prezervatyvai
e. Injekuojami ilgalaikio veikimo progestinai f. Makšties kempinės
g. Spermicidai, naudojami į makštį prieš lytinį aktą h. Gimdos kaklelio gaubtuvėlis
i. Spiralės, įvestos į gimdą

3. Kaip manote, kokių tikslu vartojamos kontraceptinės tabletės?

- a. Norint išvengti nėštumo b. Reguluoti menstruacijų ciklą
c. Gydyti jaunatvinius spuogus d. Reguluoti kūno svorį
e. Apsisaugoti nuo lytiniu keliu plintančių ligų f. Kita

4. Ar naudojate kontraceptines priemones?

- a. Taip b. Ne, nesisaugau (tuomet į 5–7 klausimą neatsakinėkite)

5. Kokias kontracepcijos priemones esate naudojusi / naudojate šiuo metu? (įrašykite)

.....

6. Kokiai apsisaugojimo priemonei teikiate pirmenybę?

- a. Kontraceptinės tabletės b. Kontraceptiniai pleistrai
c. Makšties žiedas d. Prezervatyvai
e. Injekuojami ilgalaikio veikimo progestinai f. Makšties kempinės
g. Spermicidai, naudojami į makštį prieš lytinį aktą h. Gimdos kaklelio gaubtuvėlis
i. Spiralės, įvestos į gimdą

7. Kas nulemia Jūsų pasirinkimą?

- a. Prieinama kaina b. Patikimumas, saugumas
c. Vartojimo būdas d. Tinkamumas
e. Kita

8. Kokia, Jūsų nuomone, kontraceptinė priemonė patikimiausia?

- a. Kontraceptinės tabletės b. Kontraceptiniai pleistrai
c. Makšties žiedas d. Prezervatyvai

- e. Injekuojami ilgalaikio veikimo progestinai
- f. Makšties kempinės
- g. Spermicidai, naudojami į makštį prieš lytinį aktą
- h. Gimdos kaklelio gaubtuvėlis
- i. Spiralės, įvestos į gimdą
- j. Sterilizacija
- k. Nutrauktas lytinis aktas

9. Koks, Jūsų nuomone, yra kontraceptinių tablečių patikimumas, išreikštas procentais? (įrašykite)

.....

10. Kaip manote, kada galima pradėti naudoti hormonines kontraceptines priemones?

- a. Kai nebenorima turėti vaikų
- b. Kai tik pradamas lytinis gyvenimas
- c. Po pirmojo gimdymo
- d. Tada, kai reikia
- e. Iš viso nevertoti, nes nesveika

11. Kokius pašalinius nepageidaujamus savijautos poveikius gali sukelti hormoninė kontracepcija?

- a. Sumažėjusį lytinį potraukį
- b. Nuotaikų kaitą, depresiją
- c. Nerimą, baimę
- d. Neturi nepageidaujamo poveikio
- e. Svorio padidėjimą

12. Koks, Jūsų nuomone, yra patikimiausias būdas apsisaugoti nuo lytiškai plintančių ligų?

- a. Hormoninės tabletės
- b. Prezervatyvai
- c. Lytiniai santykiai tik su vienu partneriu(-e)
- d. Kita

13. Kas, Jūsų nuomone, turi rūpintis kontraceptinėmis priemonėmis?

- a. Vyras
- b. Moteris
- c. Abu partneriai

14. Iš kur sužinote apie įvairius kontracepcijos metodus?

- a. Internete
- b. Žurnaluose
- c. Iš draugų
- d. Iš gydytojo
- e. Iš vaistininko
- f. Kita

15. Kaip vertinate savo žinias apie kontraceptines priemones?

- a. Puikiai viską žinau
- b. Pakankamai žinau, kad galėčiau naudotis jomis
- c. Dar daug ko apie jas nežinau, nes atsiranda vis naujų priemonių ir nuomonių
- d. Nesidomiu, todėl mažai ką žinau
- e. Nieko nežinau, vartoju tai, ką pataria gydytojas

16. Ko vaistininkas Jūsų klausia parduodamas kontraceptines priemones?

- a. Dažniausiai nieko neklausia
- b. Paprašo recepto
- c. Paaiškina vaisto naudojimą
- d. Paklausia apie pastebėtą pašalinį veikimą

17. Ar esate naudojusi skubiąją kontracepciją?

- a. Taip
- b. Ne

18. Ar žinote, kaip veikia hormoninė kontracepcija?

- a. Trikdo ovuliaciją
- b. Trukdo apvaisinto kiaušinėlio implantacijai gimdoje
- c. Sutrikdo kiaušintakių peristaltiką

- d. Tirština gimdos kaklelio gleives
- e. Sutrikdo lytinių hormonų pusiausvyrą
- f. Pažeidžia spermatozoidų judrumą

19. Jūsų amžius:

- a. 15–25 m.
- b. 25–35 m.
- c. 35–45 m.
- d. 45 m. ir daugiau

Ačiū už atsakymus!