



LNF

LIETUVOS
NEGALIOS
ORGANIZACIJŲ
FORUMAS

MOTERYS SU NEGALIA IR
REPRODUKCIINĖ SVEIKATA –
TYRIMO ATASKAITA

Vilnius

2023

Autorės:

Ugnė Grigaitė ir Simona Aginskaitė

Tyrimo komanda:

Ugnė Grigaitė, Simona Aginskaitė, Ramunė Šidlauskaitė, Ugnė Šakūnienė, Dana Migaliova, Kornelija Krutulytė, Kotryna Molevičiūtė, Aušra Degutytė, Gražina Pivorienė, Audrė Grybauskaitė, Ramunė Lebedytė-Undzėnienė,

Leidinio maketas: Evelina Klidziūtė

Padėka:

Esame dėkingi organizacijoms, kurios prisidėjo prie šio tyrimo įgyvendinimo ir jo prieinamumo įvairioms žmonių su negalia grupėms. LNF moterų su negalia teisių komiteto narėms, kurių asmeninė patirtis padėjo kuriant tyrimo apklausos anketą, taip pat už pastangas anketą platinti. Dėkojame Linai Trebieniei, VšĮ „Informacijos kaupimo ir sklaidos centras“, už anketos teksto parengimą lengvai suprantama kalba ir Panevėžio jaunuolių dienos centro lankytojai Daivai Riliškytei už teksto prieinamumo vertinimą. Lietuvių gestų kalbos vertimo centrui už informacijos apie tyrimą vertimą lietuvių gestų kalba. Taip pat dėkojame Lietuvos akušerių ginekologų draugijai, už pagalbą renkant gydytojų ir rezidentų grupes tyrimo fokusuotų grupių susitikimams bei pasidalinimui patirtimi teikiant paslaugas moterims su negalia.



Lietuvos Respublikos
socialinės apsaugos
ir darbo ministerija

Tyrimo ataskaita parengta įgyvendinant projektą „LNF skėčio institucinių gebėjimų stiprinimas efektyviai advokacijai“, kuriam finansinę paramą suteikė Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, nevyriausybinės organizacijos vienijančių asociacijų institucinio stiprinimo projektų finansavimo 2023 – 2024 metais programos lėšomis.

Turinys

Įvadas.....	1
Tyrimo tikslas	4
Metodologija	4
Internetinės apklausos rezultatai.....	5
Moteryų, niekada nesilankiusių pas ginekologą(-ę), patirtys	6
Patirtys, lankantis pas ginekologą(-ę).....	6
Viešojo ir privataus sektoriaus skirtumai	8
Ginekologijos paslaugų prieinamumo ir kokybės vertinimas	11
Patirtys nėštumo metu.....	12
Patirtys gimdymo metu	16
Patirtys pogimdyviniu laikotarpiu.....	20
Reprodukcinės sveikatos specialistų(-čių) požiūris, moterų su negalia atžvilgiu	21
Fokusuotų grupių diskusijų rezultatai	24
Moterų su negalia dėmesys savo reprodukinei sveikatai	24
Paslaugų prieinamumas moterims su negalia	26
Poreikis ir galimybės kelti kompetencijas	31
Nuostatos moterų su negalia atžvilgiu	32
Fokusuotų grupių dalyvių rekomendacijos siekiant gerinti paslaugų kokybę žmonėms su negalia	34
Rezultatų apibendrinimas ir išvados	34
Rekomendacijos.....	37
Literatūros sąrašas	39

Įvadas

Reprodukcinės teisės yra neatsiejama žmogaus teisių doktrinos dalis, įtvirtinta ne viename tarptautiniame teisės akte, tarp kurių Jungtinių Tautų (JT) konvencija dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims¹, Europos Tarybos konvencija dėl smurto prieš moteris ir smurto artimoje aplinkoje prevencijos ir kovos su juo (Stambulo konvencija)², taip pat JT žmonių su negalia teisių konvencija³. Reprodukcinėms teisėms užtikrinimo svarbą ne kartą yra pabrėžusios tarptautinės organizacijos, tokios kaip Europos Taryba, Europos Parlamentas ir Pasaulio sveikatos organizacija.

Lietuvoje reprodukcinės teisės reglamentuotos ribotai, skirtinguose teisės aktuose apibrėžiant pagalbinio apvaisinimo tvarką (LR pagalbinio apvaisinimo įstatymas⁴) bei nėštumo nutraukimo procedūras (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl nėštumo nutraukimo paslaugų organizavimo ir teikimo tvarkos aprašo⁵). Sužlugus keliems bandymams priimti Reprodukcinės sveikatos įstatymą, Lietuvoje iki šiol nėra reglamentuotos reprodukcinės sveikatos bei reprodukcinėms teisėms sąvokos.

Europos lyčių lygybės institutas reprodukcinės teises apibrėžia kaip susidedančias iš šių esminių elementų⁶:

- teisė laisvai spręsti ar ir kiek vaikų turėti;
- teisė į aukščiausią reprodukcinės sveikatos priežiūros kokybę;
- teisė į švietimą ir informaciją apie reprodukcinėms teisėms įgyvendinimą;
- teisė laisva valia kurti arba nekurti šeimos.

Iki šiol sistemingo moterų su negalia reprodukcinėms teisėms įgyvendinimo vertinimo Lietuvoje nėra buvę, tačiau keli Lietuvoje atlikti tyrimai bei tarptautinių organizacijų rekomendacijos leidžia teigti, kad tam tikrose srityse moterys su negalia patiria šių teisių ribojimą.

¹ Jungtinių Tautų konvencija dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims, <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.25227?jfwid=rivwzvpvg>>.

² Europos Tarybos konvencija dėl smurto prieš moteris ir smurto artimoje aplinkoje prevencijos ir kovos su juo (Stambulo konvencija), <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/517d7b226ec911e89bb0cb50d0500eab?jfwid=6m4099ke4>>.

³ Jungtinių Tautų žmonių su negalia teisių konvencija, <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.335882>>.

⁴ LR pagalbinio apvaisinimo įstatymas, <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/f31c44c27bd711e6a0f68fd135e6f40c/asr>>.

⁵ LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl nėštumo nutraukimo paslaugų organizavimo ir teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.14276/asr>>.

⁶ Europos lyčių lygybės institutas, Reprodukcinės teisės, <https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1179?language_content_entity=en>.

2016 metais JT žmonių su negalia teisių komiteto rekomendacijose Lietuvai reiškiamas susirūpinimas dėl 2000 m. Civilinio kodekso nuostatos, kuria leidžiama atlikti chirurgines operacijas, įskaitant kastraciją, sterilizaciją, abortą, organų pašalinimą, teisinio veiksnio neturintiems žmonėms su negalia be jų sutikimo, gavus teismo leidimą. Komitetas taip pat atkreipia dėmesį, kad šalyje trūksta tyrimų ir duomenų apie priverstinį žmonių su negalia sterilizavimą⁷. Intervenciją į žmogaus kūną be sutikimo leidžianti nuostata minėtame kodekse iki šiol nepakeista, nors tiek Lietuvos negalios ir žmogaus teisių organizacijos, tiek Europos negalios forumas ragina Lietuvą tą padaryti.

2019 metais, vertindamas Lietuvos pažangą moterų reprodukcinę teisių srityje, JT moterų diskriminacijos panaikinimo komitetas nurodė valstybei užtikrinti, kad moterys su negalia galėtų laisvai nuspręsti turėti ar neturėti vaikų. O tos, kurios nusprendžia turėti vaikų, galėtų laisvai spręsti, kiek ir kada jų nori turėti. Taip pat šiose rekomendacijose raginama užtikrinti negalią turinčių moterų ir mergaičių teisę laisvai ir atsakingai spręsti klausimus, susijusius su jų seksualumu, įskaitant seksualinę ir reprodukcinę sveikatą, be prievartos, diskriminacijos ir smurto.

Lygių galimybių plėtros centro užsakymu 2021 metais Panevėžio mieste ir rajone ir Tauragės rajone atliktas tyrimas⁸ apie visuomenės nuostatas moterų su negalia atžvilgiu parodė, kad kas antras apklaustasis visiškai arba iš dalies sutinka su teiginiu, kad priverstinė sterilizacija ir (arba) priverstinis nėštumo nutraukimas moterims, turinčioms tam tikrą negalią, yra pateisinami. Teiginiui, kad pasirinkdamos turėti vaikų moterys su negalia elgiasi neatsakingai pritarė daugiau nei trečdalis (37 proc.) apklaustųjų.

Moksliniai tyrimai taip pat leidžia bent iš dalies įvertinti atskirų reprodukcinę teisių sričių įgyvendinimą Lietuvoje. 2021 metais žurnale „Akušerija ir ginekologija“ buvo paskelbtas trijų medikų atliktas tyrimas „Lietuvos akušerių-ginekologų patirtis, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientėms, turinčioms negalią“⁹. Šio tyrimo metu, pagal kitose šalyse taikytą metodologiją, buvo analizuoti 90-ties gydytojų akušerių-ginekologų pateikti duomenys. Analizė parodė, kad konsultuodami moteris su negalia medikai jaučia didesnę laiko stygių (70 proc.) , taip pat dalis gydytojų (atitinkamai 18 proc. ir 22 proc.) pastebi infrastruktūros ir įrangos

⁷ JT žmonių su negalia teisių komitetas, Baigiamosios pastabos dėl pirminės Lietuvos ataskaitos. Jungtinių Tautų organizacija, 2016 m., Vertimas į lietuvių kalbą <<http://www.ndt.lt/neigaliuju-teisiu-konvencija/neigaliuju-teisiu-komiteto-rekomendacijos-lietuvai-4/>>.

⁸ Lygių galimybių plėtros centras, Visuomenės požiūrio ir nuostatų negalios paveiktų moterų atžvilgiu tyrimas, 2021 ., <<https://gap.lt/wp-content/uploads/2021/01/Visuomenės-požiūrio-ir-nuostatų-negalios-paveiktų-moterų-atžvilgiu-tyrimas.pdf>>

⁹ Rugilė Kančaitė, Kristina Jarienė, Algirdas Jaras, „Lietuvos akušerių-ginekologų patirtis, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientėms, turinčioms negalią“, žurnalas Lietuvos akušerija ir ginekologija, 2021 m. kovas XXIV, Nr. 1.

DOI: <https://doi.org/10.37499/LAG.577>

neprieinamumą, kurie trukdo kokybiškai teikti paslaugas moterims su judėjimo negalia. Tarp sunkumų medikai mini bendravimo iššūkius, kylančius dėl tam tikrų negalių (pvz., klausos, intelekto), absoliuti dauguma tyrimo dalyvių teigia mielai teikiantys konsultacijas moterims su negalia reprodukcinės ir seksualinės sveikatos klausimais, daugiau nei pusė apklaustųjų sutinka, kad informacijos apie moterų su negalia reprodukcinę sveikatą yra, tačiau ji nepakankama.

Straipsnyje taip pat apžvelgiami kitų šalių atlikti tyrimai, kurie rodo, kad moterys su negalia gauna žemesnės kokybės reprodukcinės sveikatos priežiūros paslaugas:

- Moterys su fizine negalia rečiau tiriamos dėl krūties ir gimdos kaklelio vėžio, joms rečiau atliekami reguliarūs ginekologiniai patikrinimai.^{10 11}
- Tiek fizinę, tiek intelekto negalią turinčios moterys negauna pakankamai informacijos kontracepcijos, pasirengimo nėštumui ir nėštumo planavimo klausimais.^{12 13}
- Moterims su negalia yra didesnė tikimybė gauti nepakankamą nėštumo priežiūrą.¹⁴

2020 metais Lietuvos negalios organizacijos forumo drauge su nariais atlikta mamų su negalia apklausa¹⁵ atskleidė, kad ginekologai kvestionuoja moterų su negalia sprendimą tapti mamomis, jos iš ginekologų sulaukia žeminančių replikų bei atkalbinėjimų pastoti. Moterys su judėjimo negalia skundėsi ginekologinių paslaugų fiziniu neprieinamumu. Pasakota ir apie atvejus, kai artimųjų prašymu, be moters sutikimo, moterys su negalia yra sterilizuojamos.

2023 metais Lietuvos negalios organizacijų forumo moterų teisių komitetas reprodukcinę teisių užtikrinimą įtraukė į komiteto veiklos prioritetus ir aukščiau minėtų pavienių nusiskundimų mastui išsiaiškinti inicijuotas šis platesnis tyrimas. Duomenis rinkti buvo nuspręsta būtent nuo reprodukcinės sveikatos paslaugų vertinimo iš moterų su negalia perspektyvos, o paraleliai užfiksuoti ir reprodukcinės sveikatos specialistų pastebėjimus.

¹⁰ Smeltzer S. (2006) Preventive health screening for breast and cervical cancer and osteoporosis in women with physical disabilities. *Family and Community Health*. 29(1):35-43.

¹¹ Nosek MA, Howland CA. (1997) Breast and cervical cancer screening among women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 12(5):39-44.

¹² Mosher W, Bloom T, Hughes R, Horton L, Mojtabei R, Alhusen JL. (2017) Disparities in receipt of family planning services by disability status: New estimates from the National Survey of Family Growth. *Disability and Health Journal*. 10(3):394-9.

¹³ Gavin NI, Benedict MB, Adams EK. (2006) Health service use and outcomes among disabled Medicaid pregnant women. *Womens Health Issues*. 16(3):13-22.

¹⁴ Taouk LH, Fialkow MF, Schulkin JA. (2018) Provision of reproductive healthcare to women with disabilities: A Survey of obstetrician-gynecologists' training, practices, and perceived barriers. *Health Equity*, 2(1):207-15.

¹⁵ Lietuvos negalios organizacijų forumas, Motinystė ir negalia Lietuvoje, <https://www.lnf.lt/motinyste-ir-negalia-lietuvoje-vis-dar-daugiau-stigmos-nei-pagalbos>

Tyrimo tikslas

Pagrindinis tyrimo tikslas – išsiaiškinti Lietuvos moterų su negalia reprodukcinės sveikatos priežiūros patirčių spektrą ir kaip jos vertina paslaugų prieinamumą bei kokybę; taip pat apžvelgti situaciją iš specialistų perspektyvos.

Metodologija

Tyrimui įgyvendinti buvo pasitelkta internetinė anketa.¹⁶ Ji buvo sukurta tyrimo komandos narių, kurios turi ilgametės darbo patirties negalios ir žmogaus teisių srityje. Tyrimo komandą sudarė Lietuvos negalios organizacijų forumo Moterų su negalia teisių komiteto narės, atstovaujančios įvairioms Lietuvos nevyriausybinėms organizacijoms bei negalios asociacijoms.

Komandai vystant internetinę anketą, į ją buvo įtraukti klausimai ne tik kiekybinių, bet ir kokybinių duomenų rinkimui.¹⁷

Buvo parengtas vaizdo įrašas, pristatantis tyrimą, jo tikslus ir įvardinantis informuoto sutikimo dalyvauti tyrime formos turinį lietuvių gestų kalba. Taip pat buvo parengta ir ištestuota anketos versija lengvai suprantama kalba – trečiojo lygio lengvai suprantamos kalbos tekstu. Abi anketos versijos pildymui buvo patalpintos internete – Google Forms formatu.

Parengta internetine anketine apklausa siekta atlikti šias duomenų rinkimo sritis:

- a) geriau pažinti Lietuvos moterų su negalia reprodukcinės sveikatos priežiūros ypatumus (vizitų pas gydytojus(-as) dažnumą, apsilankymų priežastis);
- b) įvertinti visų ginekologinių-akušerinių paslaugų grandinės paslaugų prieinamumą skirtingas negalias turinčioms moterims;
- c) gydytojų pasirengimą konsultuoti ir gydyti ar prižiūrėti būkles, kurioms įtakos gali turėti negalia;
- d) medikų nuostatas apie moterų su negalia seksualinį gyvenimą, reprodukcinės teises ir apsisprendimą turėti arba neturėti vaikų.

¹⁶ Andrews, D., Nonnecke, B., Preece, J. (2007) Conducting Research on the Internet: Online Survey Design, Development and Implementation Guidelines. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 16(2), 185–210. <https://auspace.athabasca.ca/handle/2149/1336>

¹⁷ Braun, V., Clarke, V., Boulton, E., Davey, L., McEvoy, C. (2021). The online survey as a qualitative research tool. *International Journal of Social Research Methodology*, 24(6), 641–654. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1805550>

Prieš pildant anketą, tyrimo dalyvės susipažino su informuoto sutikimo dalyvauti tyrime forma ir ją patvirtino. Jų dalyvavimas buvo savanoriškas ir jos bet kuriuo metu galėjo jį nutraukti. Tyrimo metu buvo užtikrinamas surinktų duomenų anonimiškumas.

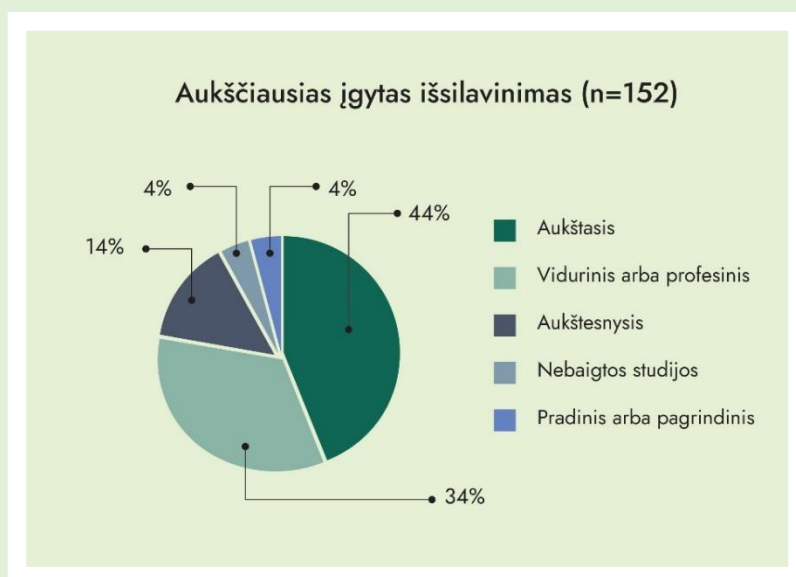
Tyrimo anketa buvo platinama LNF, LNF narių ir partnerių interneto svetainėse, taip pat socialinių tinklų paskyrose, uždaroje socialinių tinklų žmonių su negalia grupėse, taip pat siunčiama negalios ir moterų teisių organizacijoms elektroniniu paštu. Siekiant į tyrimą įtraukti moteris su intelekto ir psichosocialine negalia, anketos platinimas buvo derinamas su šioms grupėms atstovaujančiomis organizacijomis (paslaugas teikiančiomis NVO, dienos centrais ir kt.).

Tyrimo metodologija taip pat apima dvi fokusuotas grupių diskusijas su ilgą profesinę patirtį turinčiais medikais ir rezidentais. Šių diskusijų metu buvo siekiama išgirsti gydytojų patirtis ir įžvalgas aptariant kiekvieną aukščiau įvardintą duomenų rinkimo sritį. Diskusijų garso įrašai buvo transkribuojami užtikrinant anonimiškumą; atlikta teminė surinktų duomenų analizė.

Internetinės apklausos rezultatai

Internetinę anketą užpildė 154 moterys su judėjimo (37 proc.), klausos (23 proc.), fizine ar kompleksine (16 proc.), intelekto (14 proc.), psichosocialine (11 proc.), regos (5 proc.) negalia, žemo ūgio moteris (0,6 proc.) bei autistiškos moterys (11 proc.). Kai kurios moterys turi daugiau nei vieno pobūdžio negalią.

Tyrimo dalyvės buvo nuo 18 iki 65 metų amžiaus (amžiaus vidurkis 37,5 metų), iš įvairių Lietuvos didmiesčių, miestų, miestelių ir kaimo vietovių. Didžioji dalis moterų – dirbančios (53,2 proc.), kita dalis – bedarbės (38,3 proc.), o dar 17,5 proc. tyrimo dalyvių mokosi arba studijuoja. Išsilavinimo lygis variavo nuo pradinio arba pagrindinio (4 proc.) iki aukštojo mokslo (44 proc.).



Moterų, niekada nesilankiusių pas ginekologą(-ę), patirtys

Kiek mažiau nei dešimtadalis (8,4 proc.) anketą užpildžiusių moterų su negalia niekada nesilankė pas ginekologą(-ę) (n=13).

„Nerimauju, kad ginekologė neturės pakankamai patirties su pusiau paralyžiuotais ligoniais, tokiais kaip aš. Taip pat nerimauju, kad specialistui gali pritrūkti tolerancijos, supratingumo mano ligos ir poreikių atžvilgiu, tad eisiu tik kritiniu atveju.“ – Moteris su judėjimo negalia, 25 m.

Nesilankymo pas šiuos medikus priežastys apima tokius aspektus kaip nerimas dėl nepakankamo paslaugų prieinamumo ir kokybės, o taip pat poreikio nematymas dėl geros savijautos. Beveik pusė tyrimo dalyvių (46 proc.), nesikreipusių į ginekologus(-es), nurodė, kad tiesiog niekas joms niekada nepasiūlė apsilankyti pas šiuos medikus.

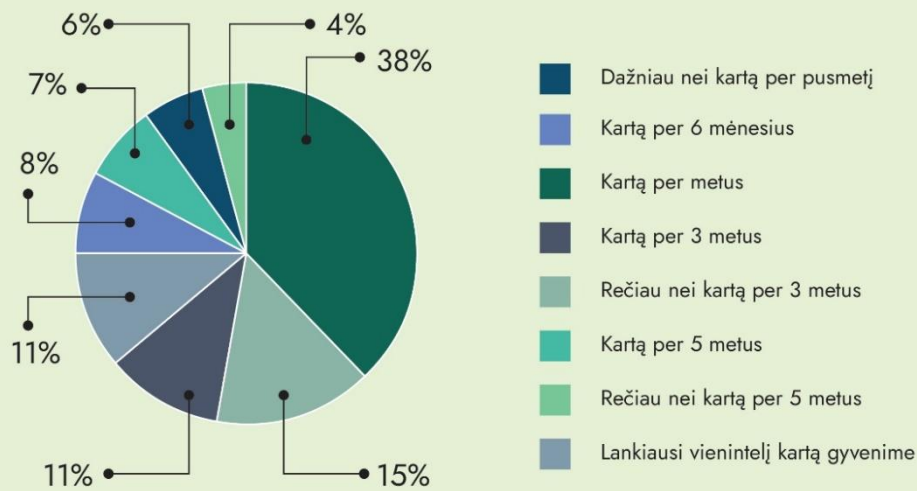
Patirtys, lankantis pas ginekologą(-ę)

Didžioji dalis (91,6 proc.) tyrimo dalyvių bent kartą gyvenime lankėsi pas ginekologą(-ę) (n=141). Moterų amžiaus mediana pirmojo apsilankymo metu – 19 metų (jauniausias pirmojo apsilankymo amžius 8-neri, vyriausias – 40 metų).

Pirmojo apsilankymo pagrindinės priežastys: profilaktika ar profilaktinės programos (53 proc.), sveikatos nusiskundimai (32 proc.) ir nėštumas arba jo planavimas (15 proc.).

Tyrimo anketos pildymo metu moterys įvardino, kad šiuo metu lankosi pas ginekologus(-es) vieną kartą per metus arba dažniau (52 proc.). 11 proc. lankosi kartą per tris metus, 15 proc. rečiau nei kartą per tris metus, o 11 proc. – kartą per penkis metus ir rečiau. Net 11 proc. tyrimo dalyvių pas ginekologą(-ę) lankėsi tik vieną kartą gyvenime.

Apsilankymų dažnumas (n=141)



Šiuo metu tyrimo dalyvės lankosi pas reprodukcinės sveikatos specialistus(-es) pagrinde profilaktikai ar pagal profilaktines programas (75 proc.), dėl sveikatos nusiskundimų – 46 proc., nėštumo planavimo arba nėštumo klausimais – 29 proc.

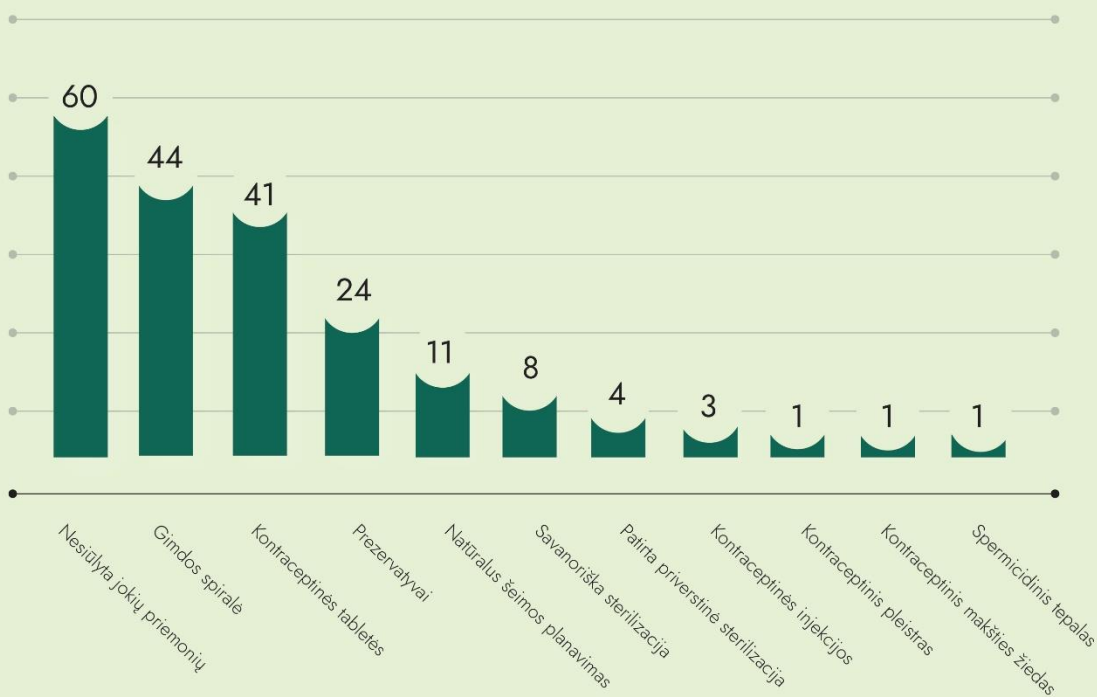
Lankymosi pas ginekologus(-es) priežastys (n=141)

Priežastis	Teigiamai atsakiusios moterys	
	n	%
Profilaktika ar profilaktinės programos	106	75
Sveikatos nusiskundimai	65	46
Nėštumo planavimas arba nėštumas	41	29
Nėštumo nutraukimas	2	1
Kontraceptinės priemonės	2	1
Nebesilankoma, po vienintelio karto	8	6

Į klausimą apie tai, kokias kontracepcijos priemones joms yra siūlę reprodukcinės sveikatos specialistai, tyrimo dalyvės atsakė įvairiai – nuo to, kad jokios priemonės joms niekada

apskritai nebuvo siūlytos (43 proc.), gimdos spiralės (31 proc.), kontraceptinių tablečių (29 proc.), prezervatyvų (17 proc.) ar natūralaus šeimos planavimo (8 proc.) siūlymo, iki savanoriškos sterilizacijos (6 proc.) ir net priverstinės sterilizacijos patyrimo (3 proc.).

Medikų(-ių) siūlytos apsisaugojimo nuo nėštumo priemonės (n=141)



Viešojo ir privataus sektoriaus skirtumai

Apie du trečdalius tyrimo dalyvių naudojasi viešojo sektoriaus paslaugomis (60 proc.), kitos lankosi pas ginekologus(-es) dalinai (28 proc.) arba pilnai (12 proc.) privačiame sektoriuje.

Dauguma moterų įvardino finansinį paslaugų prieinamumą, kaip esminę priežastį, kodėl rinkosi medicinos paslaugas viešajame sektoriuje, taip pat – pasirinkimą kartais lėmė konkretaus specialisto, pas kurį(-ią) norėta apsilankyti dėl konkrečių kompetencijų, darbovietės lokacija.

„Tiek konsultaciją, tiek suteiktą paslaugą [viešajame sektoriuje] vertinu gerai, padėjo išspręsti problemą, bendravo pagarbiai, pasiūlė atlikti papildomus profilaktinius tyrimus.“ – Moteris su psichosocialine negalia, 38 m.

„Viešajame sektoriuje viskas tvarkoje. Viena daktarė, kuri buvo vyresnio amžiaus, šiek tiek buvo nepatenkinta, nes lėtai rengiausi ir sakė, kad sunku jai mane apžiūrėti. Bet, kai pradėjau lankytis pas vidutinio amžiaus moterį, su ja niekada nebuvo problemų, niekada nesukubino manęs, kad greičiau ruoščiausi, niekada jai nebuvo sunku mane apžiūrėti. Net pagirdavo, kad labai gerai susitvarkau ir stengiuosi jai pagelbėti, jeigu jai sunkiau priėti. Esu bandžiusi privačiai eiti pas daktarę, bet labai nepatiko aptarnavimas. Daktarė vis skundėsi kaip jai nepatogu su manimi, kad kaip jai mane čia tikrinti ir panašiai, nors tikrai labai stengiuosi suteikti sąlygas, kad daktarams būtų kuo patogiau mane apžiūrėti. Nesakau, kad visas privatus sektorius toks, bet tą vienintelį kartą tikrai jaučiausi nejaukiai, nes net koridoriuje žmonės girdėjo daktarės dejuones kaip jai sunku su manimi.“ – Moteris su judėjimo negalia, 34 m.

Privačiame sektoriuje paslaugas moterys rinkosi dėl turimo sveikatos draudimo, kurį dengė darbovietė, dėl ginekologinės kėdės ir kitokio pritaikymo, dėl galimybės patekti be eilės, dėl kontakto akis į akį su gydytoju(-a), be kitų žmonių, be slaugytojų, be studentų(-čių). Tai pat dėl skubių atvejų, ūmių nusiskundimų, kuomet moterys negalėjo laukti eilėse arba fiziškai tuo metu buvo kitame mieste nei buvo registruotos ir turėjo šeimos gydytoją. Kai kurios moterys įvardino didesnį gydytojų jautrumą ir diskretiškumą, kurį patiria būtent privačiame sektoriuje.

„[Privačiame sektoriuje] Malonesnis aptarnavimas, nuoseklesnis paaiškinimas, skiriama daugiau laiko ir dėmesio. Patogi kėdė. Klausimai užduodami tik apie problemą, o ne negalios tyrinėjimas: „O jūsų kojos kaip čia laikysis??““ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

„Privačiam – gydytojų nuotaikos geros, stengiasi viską išsamiai išaiškinti, išklauso, nebijai pasakyti, kad turi negalią. Viešajam – paprašius garsiau ar pakartoti, tai pasipilą įvairių komentarų, replikų arba net: „Net kunigas du kartus to pačio pamokslo nesako.“ – Moteris su klausos negalia, 43 m.

„Prieinamumo aspektu, viešajame ir privačiame vyrauja panašūs prieinamumo trūkumai. Tačiau kompetencijos, empatiškumo, daugiau dėmesio skiriama privačiame sektoriuje.

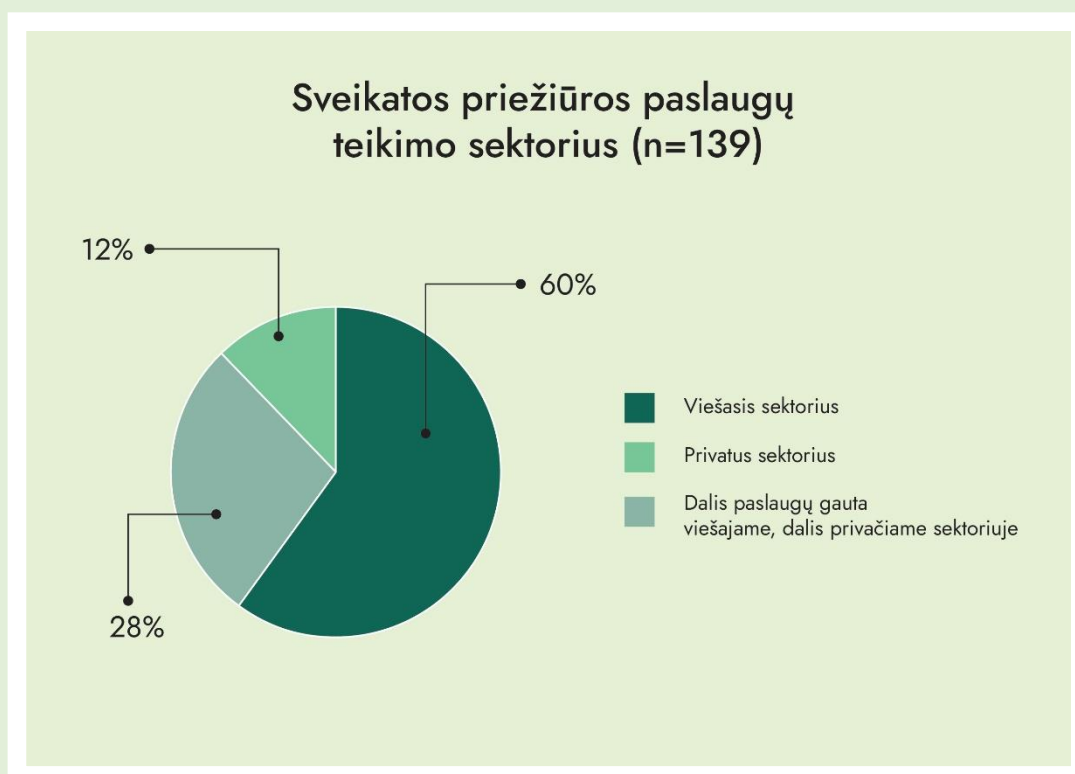
Viešajame labiau jaučiamas neigiamas požiūris, mažas laiko tarpas skirtas konsultacijai, todėl dažnai paslaugos vyksta padrikai, nespėjant įsigilinti į problemą ir nesuteikiant kokybiškai ir tinkamai informacijos ar net pačios paslaugos.” – Autistiška moteris, 35 m.

„Mokamos paslaugos labiau pritaikytos žmogui su negalia.” – Moteris su intelekto negalia, 45 m.

Dalies moterų, jį išbandžius, viešasis sektorius netenkino, nes nusiskundimų priežastys ilgai nebuvo atrastos ar įvardintos, paaiškintos, tuomet jos kreipėsi į privatųjį sektorių. Kita dalis profilaktikai renkasi viešąjį sektorių, tačiau tikslesniam ištyrimui, diagnostikai, konsultacijoms – privatų.

„Privačiajame turiu labai gerą ginekologę, kuri supranta mano situaciją: užlipti ant kėdės, nusirengti apsirengti, niekada neskubina. Be to, ji supranta ir negalios specifikas, neuždavinėja kvailų klausimų.” – Moteris su judėjimo negalia, 56 m.

„Viešajame sektoriuje daugiau aplaidumo, žeminimo, nejaukumo ir net pykčio. Privačioje klinikoje – jokios baimės ir patyčių.” – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.



Ginekologijos paslaugų prieinamumo ir kokybės vertinimas

Apklausa parodė, kad nepaisant tam tikrų teigiamų aspektų ir kai kurių moterų teigiamų patirčių, visgi šių paslaugų prieinamumas tam tikras negalias turinčioms moterims išlieka ribotas. Judėjimo negalią turinčios moterys ne visada gali savarankiškai ir patogiai patekti į patalpas, ne visur yra ir prieinama įranga, ginekologinės kėdės, svarstyklės, pažemintos lovos, prieinami higienos kambariai. Moterys su klausos negalia gauna ribotą informaciją ir nebūtinai joms geriausiai suprantamais būdais, nepasitelkiamas gestų kalbos vertimas, o moterys su intelekto negalia apskritai turi mažai galimybių bendrauti su gydytojais tiesiogiai, pasitelkiant joms suprantamus komunikacijos metodus. Moterų istorijose atsikartojo ir neigiamais stereotipais grįsto medikų požiūrio į jas dėl jų negalios patirtys, medikų žinių apie negalią ir individualius poreikius trūkumas.

„Ne visada supranta, kad klausos negalią turinčiam žmogui turi žiūrėti į veidą, kai kalba, arba kalbėti aiškiau, ramiu balsu.“ – Moteris su klausos negalia, 47 m.

„Galėjo labiau paaiškinti, ką nori man daryti.“ – Moteris su intelekto negalia, 20 m.

„Viskas normos ribose, bet paslaugumo, šilumos trūkumą jaučiau pas 4 iš 4 gydytojų. Tik viena akušerė buvo visada gera, paslaugi, švelni.“ – Moteris su psichosocialine negalia, 45 m.

„Gydymo įstaigos nėra pritaikytos neregiamams – nėra vedimo takelių, sudėtinga patekti iš vienos patalpos į kitą.“ – Moteris su regos negalia, 35 m.

„Ginekologų/akušerių paslaugų prieinamumas vis dar komplikuoatas, dažnai apžiūros kušetės būna per aukštai, nebūna kur įsikibti (porankių) norint nusirengti/apsirengti. Ginekologinės apžiūros kėdės dažnu atveju visos aukštame lygyje, nevaikstant sudėtinga ar neįmanoma į ją įlipti/persėsti. Ne visi darbuotojai žino ar informuoja, kad įstaigoje turi pritaikytą tokiems asmenims kėdę, o jei ir turi, dažnu atveju nemoka naudotis, nuleisti žemyn, ar pasukti pakojus į šoną, ar tiesiog būna nefunkcionalios ir sugedusios.“ – Moteris su judėjimo negalia, 35 m.

„Pablogėjus sveikatai, negalėčiau pati atsigulti net ant paprastos kušetės ir nežinau kas galėtų man padėti. Taip pat lankantis pas kitus gydytojus pastebėjau, kad kušetės būna

įvairaus nereguliuojamo dydžio. Tai ant aukštos vienam žmogui mane užkelti būtų sunku. O ant ginekologinės kėdės iš vis neįsivaizduoju kaip turėčiau patekti.” – Moteris su judėjimo negalia, 33 m.

„Ginekologė tiesiog nežinojo ką su manimi daryti, ant ginekologinės kėdės nebuvo jokių galimybių atsisėsti, apžiūra buvo labai paviršutiniška ir diskomfortiška.” – Moteris su judėjimo negalia, 42 m.

„Medikė buvo sutrikusi. Nepadėjo. Kabinetas nepritaikytas. Daug komentarų rodančių, kad „tokie žmonės“ turėtų turėti savo gydytojus ir nesilankyti kur papuola.” – Moteris su judėjimo negalia, 50 m.

„Nesmagu, gydytojams atrodo labai paprasta, o aš jaučiuosi kaip gyvūnas.” – Autistiška moteris su psichosocialine negalia, 36 m.

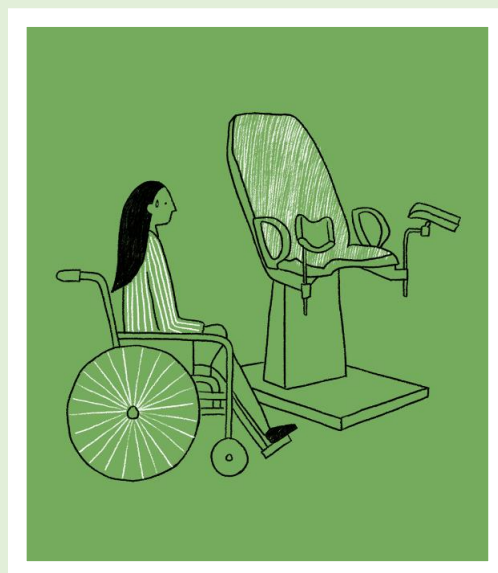
„[Medikė] nežinojo, kad autizmo spektro, ar apskritai didesnio jautrumo žmonėms tepinėlio ėmimas gali skaudėti.” – Autistiška moteris, 35 m.

„Nemanau, jog ginekologei labai rūpi autistiškos moters emocijos fizinės apžiūros atžvilgiu. Atrodo, jog ji mano, jog moteris tiesiog bijo, nervinasi, elgiasi vaikiškai, kas ginekologę labiau erzina, negu kelia susirūpinimą.” – Autistiška moteris, 27 m.

„Ne visas subtilybes apie neregius ginekologai žino. Būna, kad pasimeta, jei tenka sutikti savo kabinete neregę – nežino, kaip elgtis. Bet visa tai tiesiog dėl menkų žinių apie mus.” – Moteris su regos negalia, 35 m.

Patirtys nėštumo metu

Iš visų tyrimo dalyvių, kurios kada nors kreipėsi ginekologinių paslaugų (n=141), 81-na (57 proc.) kažkuriuo metu savo gyvenime kreipėsi šių paslaugų dėl nėštumo. Akušerių – ginekologų išmanymą ir gebėjimą prisitaikyti prie su negalia susijusių individualių savo poreikių moterys vertino daugiausiai teigiamai – daugiau nei pusė vertino puikiai arba gerai (62

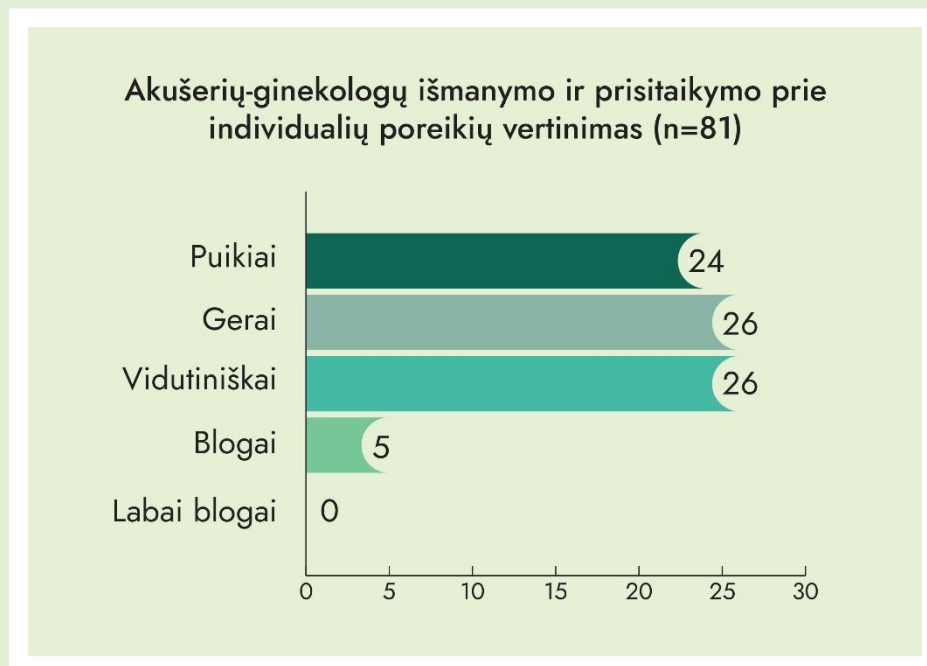


proc.). Trečdalis (32 proc.) vertino vidutiniškai. Tik 6 proc. moterų šias paslaugas įvertino blogai.

„Gerai, dėl klausos buvo gauti papildomi tyrimai ir siuntimai.“ – Moteris su klausos negalia, 30 m.

„Gydytojai mane vertina kaip sveiką žmogų nežinodami mano ligos specifikos ir galimos įtakos. Kai situacija to reikalauja, pati pasidomiu ir ateinu pasiruošusi atkreipti dėmesį į galimas problemas, komplikacijas, iškelti klausimų aptarimui. Tuo atveju, kai tai buvo išties svarbu – planuojant mano gimdymą – gydytojų konsiliumas irgi pasidomėjo mano ligos įtaka ir įsiklausė į mano surinktą informaciją bei atsižvelgė į tai planuodami gimdymo eigą, kuri praėjo sklandžiai.“ – Moteris su fizine ir judėjimo negalia, 40 m.

„Nėštumo metu viskas buvo tikrai gerai, visada daktarė prisitaikydavo prie manęs ir rasdavo tinkamiausią būdą mane apžiūrėti. Duodu 4 balus [vertindama gerai, o ne puikiai] vien todėl, kad nėštumo gale daktarė pabūgo manęs ir išsiuntė į kitą miestą pas kitą specialistą, nors visą nėštumą buvo labai gera priežiūra.“ – Moteris su judėjimo negalia, 34 m.



Nepaisant didelės dalies tyrimo dalyvių gero įvertinimo šiuo klausimu, individualios istorijos visgi atskleidė ir tam tikrų konkrečių skaudžių patirčių bei išliekančių spragų ir problemų, susijusių su medikių kartais ribotais aktualiais įgūdžiais ar neigiamu požiūriu, o kartais ir specifinių žinių trūkumu.

„Nėštumo metu esu sulaukusi komentarų, kad neturėjau pastoti, nes negalvoju apie vaiko gerovę, grubaus elgesio esant grėšiančiam persileidimui.“ – Moteris su fizine negalia, 35 m.

„Kai laukiausi, ginekologė tris kartus pakartojo klausimą, ar gimdysiu. Labai ant jos supykau ir pranešiau to miesto savivaldybei.“ – Moteris su psichosocialine negalia, 45 m.

„Kai jau nujaučiau, kad esu nėščia, nuėjus pasitikrinti sulaukiau nemalonaus klausimo. Pirmas klausimas buvo: „Tai valysim?“ Daktarė iš karto buvo nusiteikus, kad aš atėjau dėl valymo, o ne pasidžiaugti patvirtintu nėštumu.“ – Moteris su judėjimo negalia, 34 m.

„Buvo daugiau skatinimo nėštumą nutraukti, nei suteikti žinias kaip saugiai išnešioti.“ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

„Nebuvo atsižvelgta į tai, kad negaliu atlikti kai kurių veiksmų, dažnai jaučiausi pažeminta.“ – Moteris su fizine ir judėjimo negalia, 43 m.

„Turint mano psichiatrinę istoriją, nėštumo metu į tai nebuvo atsižvelgta, nebuvo domėjimosi psichologine būseną.“ – Autistiška moteris su psichosocialine negalia, 24 m.

„Bandė įkalbėti gimdyti pačiai, nors aš turiu aukštą raumenų tonusą ir pajautus menkiausių skausmą, mano visas kūnas įsitempia ir spazmuoja. Bandant tą paaiškinti daktarei, kad nenoriu rizikuoti vaiko sveikata, ji nesuprato kaip taip įmanoma, bet kai surinkau duomenis iš neurologo ir kitų daktarų, kad pati negaliu gimdyti, tada nustatė cezario datą.“ – Moteris su judėjimo negalia, 34 m.

„Panašu, kad gydytojai ir personalas nežino, kaip tiksliai elgtis su neįgaliomis moterimis, galvoja, kad

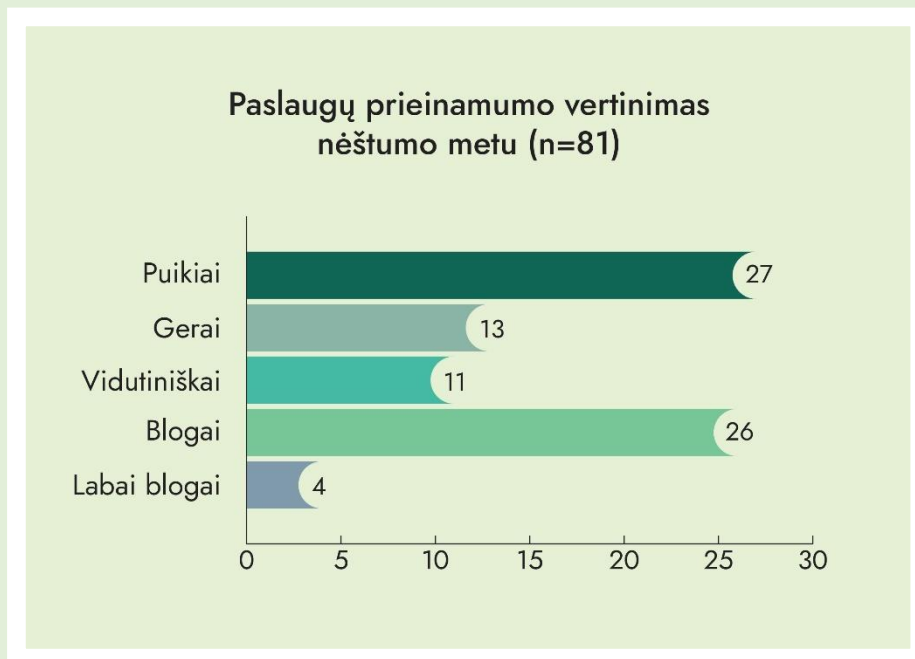


nėštumas – ne joms, todėl dažnai jaučiau panieką ir nepritarimą.” – Moteris su fizine ir judėjimo negalia, 43 m.

„Išmanymas buvo mažokas, tačiau profesionalus reagavimas į komplikacijų situacijas. Bendravimas ir informacijos teikimas – arogantiškas, žeminantis, atmestinas.” – Autistiška moteris, 35 m.

„Manau, kad akušerė nesuprato, kad aš turiu autizmą, priėmė tai kaip jautrią nėštukę.” – Autistiška moteris, 35 m.

Prastesnis vertinimas atsispindėjo kalbant specifiskai apie paslaugų fizinį ar informacinį prieinamumą nėštumo metu. Šiek tiek mažiau nei pusė paslaugų prieinamumą įvertino puikiai arba gerai (49 proc.), 14 proc. įvertino vidutiniškai ir net 32 proc. blogai, o 5 proc. – labai blogai.



Moterys skundėsi neprieinamomis patalpomis, įranga (kėdė, kušetė, svarstyklės), taip pat, kad joms nebuvo suteikta reikalinga pagalba atsiguliant ant apžiūros stalo ar kėdės. Didelė dalis skundėsi, kad informacija nebuvo pateikiama tinkamu ir joms suprantamu būdu.

„Gaila, kad negaliu suprasti iš karto, kas rodoma echoskopijoje, nes iš tolo sunku suprasti iš gydytojo lūpų ir tyrimo metu patamsina kambarį, todėl sunku suprasti.“ – Moteris su klausos negalia, 41 m.

„Nėštumo metu, atsiradus komplikacijoms ir gulint neonatologijos skyriuje, patalpos buvo visiškai nepritaikytos mano poreikiams. Negalėjau persėsti ant tualetu, todėl teko į šlapimo pūslę įsivesti kateterį, nes su dideliu pilvu trukdė visai šalia esanti praustuvė, lova buvo labai aukšta ir kitos [lovos] neturėjo. Labai sudėtinga ir nesaugu buvo persėsti į neįgaliojo vežimėlį.“ – Autistiška moteris su judėjimo negalia, 35 m.

„Svarstyklių iš viso nėra sėdimų. Nėštumo metu teko svertis su vyru, tuomet išskaičiuoti jo svorį. Kėdės kelia siaubą. Privačiose klinikose jos kur kas geresnės, taip pat [konkretūs dviejų įstaigų pavadinimai] poliklinika turi. Tačiau mažesniuose miestuose iš viso yra siaubą keliančios kėdės, kurios neveikiamos net su pagalba.“ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

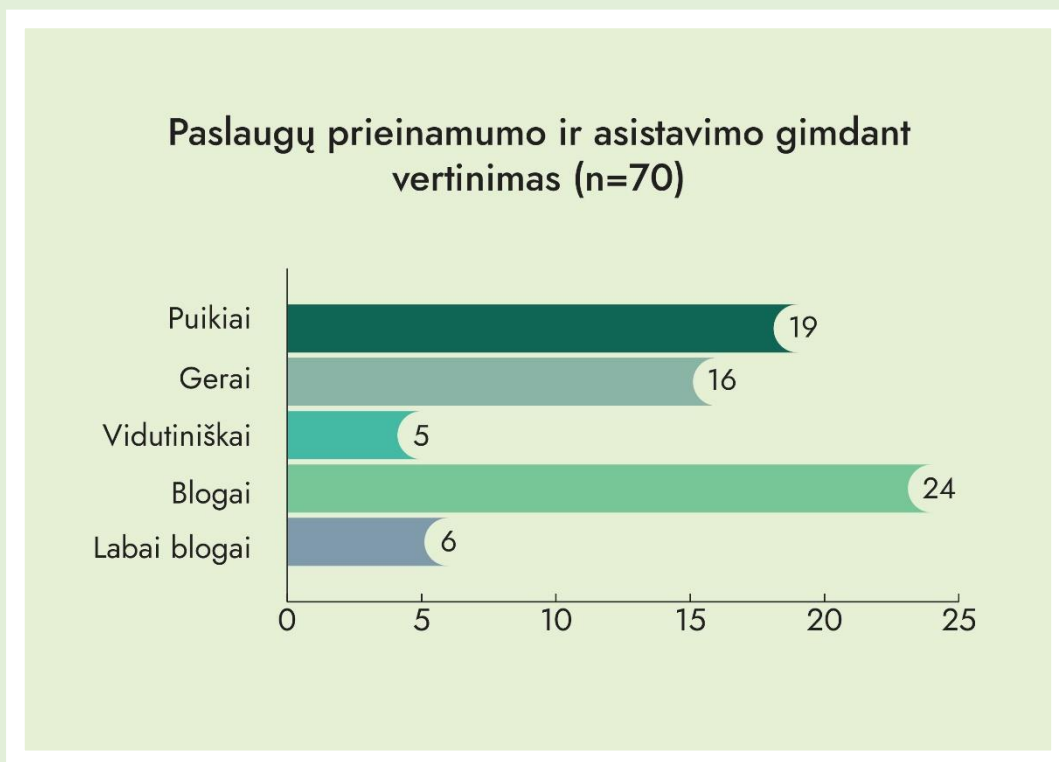
„Šeimos centre ginekologų/akušerių patirtį vertinu teigiamai, nors ne viskas atitiko mano poreikius, tačiau iš žmogiškosios pusės maksimaliai buvo stengiamasi viskuo padėti. Tuo tarpu [įstaigos pavadinimas] atsiradus komplikacijoms, patirtys labai neigiamos – nuo negalėjimo saugiai ir savarankiškai išlipti iš lovos, nes ji buvo labai aukšta, o gydymo įstaiga, kaip teigė, funkcinės lovos neturėjo, iki nepritaikyto sanitarinio mazgo ar net personalo bendravimo kultūros.“ – Moteris su judėjimo negalia, 35 m.

„Akušerė bendrauja tyliai, nesistengia, būna su kaukėmis, kas apsunkina bendravimą.“ – Moteris su klausos negalia, 30 m.

„Aš turiu proto negalią ir epilepsiją. Negalėjo pasakyti, ar vaikas gims sveikas, jei geriu vaistus nuo epilepsijos. Išrašė tablečių nutraukti nėštumą.“ – Moteris su intelekto negalia, 20 m.

Patirtys gimdymo metu

Iš visų tyrimo dalyvių, kurios kreipėsi ginekologinių paslaugų dėl nėštumo, 86 proc. gimdė (n=70). Moterys teikiamų paslaugų prieinamumą gimdymo metu ir asistavimą, kai reikalinga pagalba, vertino įvairiai, tačiau visgi išryškėjo nemažai neigiamų patirčių. Daugiau nei trečdalis tai įvertino blogai (34 proc.), o dar 9 proc. – labai blogai. Viena iš dviejų moterų pateikė įvertinimo variantus „puikiai“ arba „gerai“ (50 proc.). Dar 7 proc. tyrimo dalyvių paslaugų prieinamumą ir medikų asistavimą gimdymo metu vertino vidutiniškai.



„Trūko bendradarbiavimo ir aptarimo gimdymo metu. Nebuvo vertėjos. Tik susikalbėjom raštu. Atrodė, atmosfera nebuvo labai gera, o tik „šalta“.“ – Moteris su klausos negalia, 30 m.

„Gulėjau mažoje palatoje, aukštoje lovoje ir jei ne vyro pagalba, būčiau bejėgė. Be to, skyrėsi ir mokama palata, ir aptarnavimas už pinigų. Mokama paslauga buvo kur kas kokybiškesnė ir daugiau dėmesio.“ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

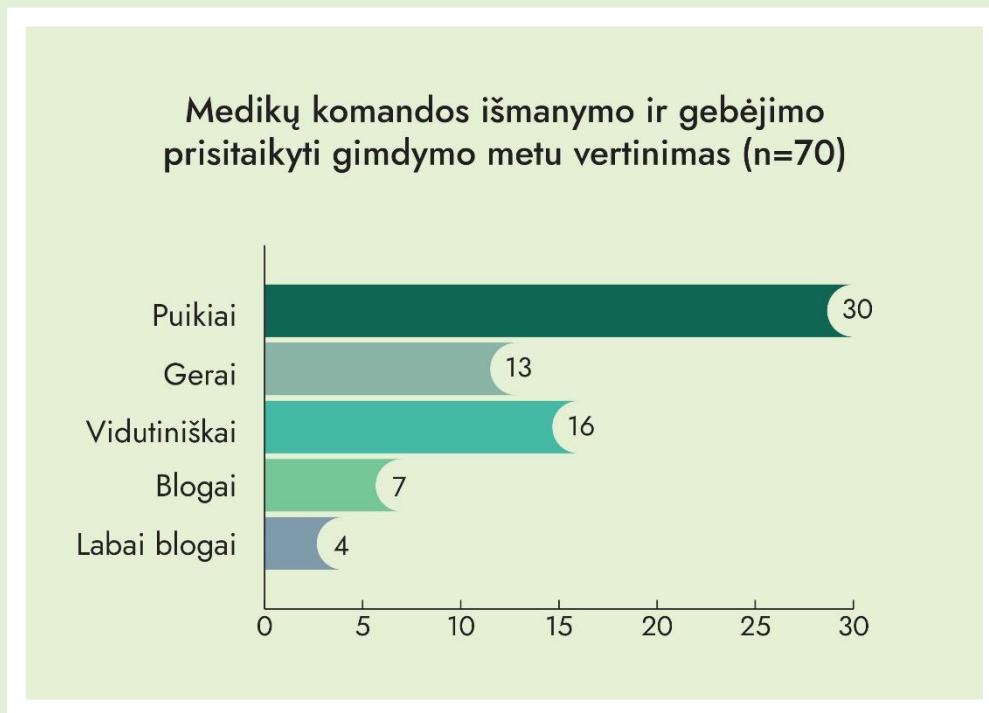
„Visiškai nepritaikytos patalpos, įranga. Dėl sudėtingo gimdymo, net nebuvo kaip nusiprausti, todėl, praėjus 4 dienoms, išsireikalavau, kad išleistų namo bent nusimaudyti, ir vėl grįžau į gydymo įstaigą.“ – Autistiška moteris su judėjimo negalia, 35 m.

„Prasidėjus paruošiamiems sūrėmiams vykau į gimdymo skyrių, tačiau išskyrus pulko rezidentų nieko nemačiau. Buvau kaip iš kitos planetos. Tad apie visus gimdymo procesus sužinojau ne iš medikų, o iš draugių. Doktorai sakė „darysim viską pagal vadovėlį“. Pagimdžiau mergytę ir nors mano sveikata buvo nelabai gera, išvykome namo, kur ir pienukas atsirado, ir jėgos. Mano dukrai dabar 8-neri ir gimdymo patirtis buvo skausmingai žeminanti.“ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

„Mokėjau už privačią palatą. Bendroje palatoje tokių sąlygų nėra.“ – Moteris su judėjimo negalia, 50 m.

„Gydytojų darbu esu patenkinta, bet aplinka nepritaikyta ir nepatogi.“ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

Kita vertus, gydytojų akušerių-ginekologų ir visos komandos išmanymo ir gebėjimo prisitaikyti prie su negalia susijusių individualių poreikių gimdymo metu vertinimas – sąlyginai pozityvesnis. 61 proc. moterų tai vertino puikiai arba gerai, 23 proc. vertino vidutiniškai, 10 proc. – blogai, o dar 6 proc. – labai blogai.



Dalis moterų įvardino teigiamas patirtis apie kompetentingus, atidžius, supratingus ir jautrius specialistus(-es), kurie puikiai dirbo savo darbą, joms gimdant.

„Važiavau gimdyti į kitą miestą, [miesto pavadinimas]. Ten labai maloniai daktaras mane apžiūrėjo, priėmė, nesijaučiau kitokia, jaučiausi tarsi savo aplinkoje, visi buvo paslaugūs, malonūs ir nusiteikę padėti.“ – Moteris su judėjimo negalia, 34 m.

„Gimdymas buvo sunkus, bet gydytojo kvalifikacija ir žinios – puikios.“ – Moteris su fizine negalia, 55 m.

„Operacinėje pristatė laiptus, kad ant operacinio gulto užlipti, iš abiejų pusių personalas davė rankas įsikibti, kita iš nugaros prilaikė.“ – Moteris su judėjimo negalia, 27 m.

„Buvo atsižvelgta į mano iš anksto suteiktą informaciją ir sudarytas tinkamas gimdymo planas, bendravo su pagarba ir tolerancija, tiesiog normaliai atliko savo darbą, žmonėmis jokių nusiskundimų neturiu.“ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

Iš kitos pusės, nemažai tyrimo dalyvių įvardino ir itin skaudžias, nemalonias gimdymo patirtis, susijusias su specialistų(-čių) neišmanymu, nejautrumu, neigiamu požiūriu bei atmetimu elgesiu.

„Buvo siaubinga, prisiminus. Girdėjau žodžius, kad: „Negi taip skauda, kad rėki?“. Sgrėmių metu turėjau gulėti ir nejudėti (tai labai apsunkino ir varė man paniką), kad būtų stebimas vaiko širdies ritmas, o epidūro reikėjo prašyti.“ – Autistiška moteris su psichosocialine negalia, 24 m.

„Nemoka elgtis su žmonėmis su negalia, ima, čiumpa slaugės, kur tik pažeist gali ir išnarinti ar sulaužyti kažką.“ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

„Jokio išmanymo, visko reikėjo prašyti pačiai, sakyti kas man reikalinga ir kaip turėtų būti, bet ir tai nebuvo atliepta, jautėsi arogancija ir ignoravimas.“ – Moteris su judėjimo negalia, 35 m.

„Išmanymas ir prisitaikymas labai silpnas, trūksta kompetencijos, žinių apie tokių žmonių poreikius. Nežino, į ką svarbu atkreipti dėmesį, kaip padėti, nekorektiškos replikos.“ – Autistiška moteris, 35 m.

„Niekam nebuvo aktuali psichologinė būseną, tik fizinė.“ – Autistiška moteris su psichosocialine negalia, 24 m.

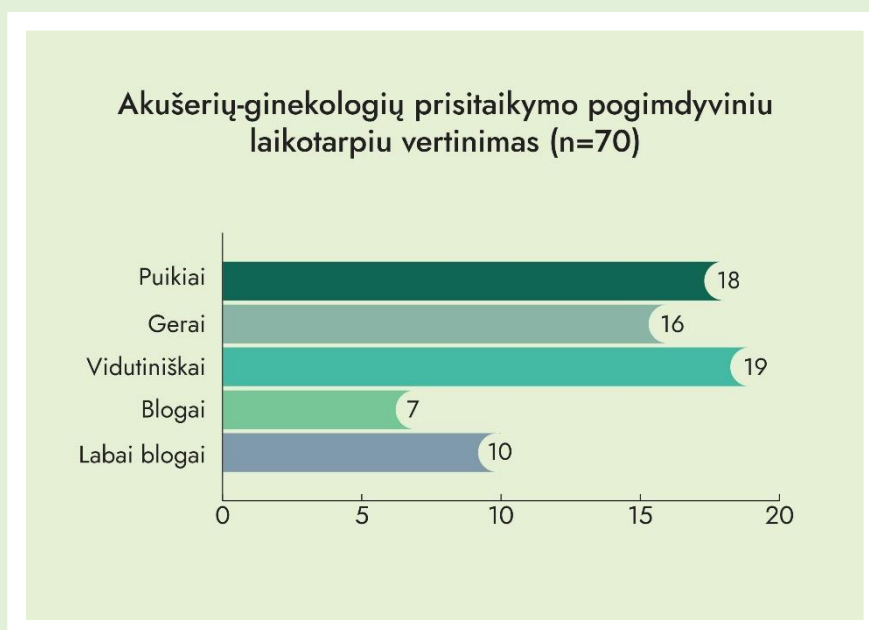
„Vienoje klinikoje [miesto pavadinimas] vieną vaiką gimdžiau be jokių problemų, susirūpinimas ir dėmesys aukšto lygio, o [miesto pavadinimas] pagimdžiau kitus vaikus. Su manimi kaip su kurčija elgiasi kaip su neišmanėle, iškart siūlo epidūros, net pačioje gimdymo pradžioje, nes nori paprasčiau priimti vaikus (dvynukus). Nebuvo paaiškinta visai, kaip turiu elgtis tikrinimo ir apžiūros metu, per sgrėmius, be to, net mano vyrą gimdymo metu išvarė. Laimei iš savo patirties ir lankyty kursų nepasidaviau ir buvau stipri. Kai vėl buvo elgiamasi su manimi negražiai, pagąsdinau, kad pasiskųsiu aukščiau, paaiškinu kaip elgtis su kurčija. Personalas buvo persigandęs ir didelis dėmesys buvo man. Neįsivaizduoju, kaip

elgtusi kitos kurčiosios gimdyvės, tikriausiai priimtų gydytojų sąlygas. Galiausiai pagimdžiau be epidūros ir natūraliai.“ – Moteris su klausos negalia, 41 m.

Patirtys pogimdyviniu laikotarpiu

Pogimdyviniu laikotarpiu, 40 proc. tyrimo dalyvių gavo žindymo specialisčių konsultacijas, o 13 proc. sakėsi gavusios psichologinę pagalbą. Net trečdalis tyrimo dalyvių (30 proc.) atskleidė, kad negavo jokių kitų specialistų konsultacijų pogimdyviniu laikotarpiu, nors joms to ir reikėjo.

Gydytojų akušerių-ginekologų prisitaikymą prie su negalia susijusių individualių poreikių pogimdyviniu laikotarpiu vos mažiau nei pusė moterų įvertino puikiai arba gerai (49 proc.). 27 proc. moterų pagalbą joms teiktą pogimdyviniu laikotarpiu įvertino vidutiniškai, 10 proc. – blogai ir net 14 proc. įvertino labai blogai.



Dažniausiai moterų atsakymuose skambėjusios problemos, su kuriomis susidūrė pogimdyviniu laikotarpiu – prieinamos informacijos ir apskritai specialistų dėmesio trūkumas. Daug minima buvo psichologinės būsenos problematika ir psichologinių konsultacijų, psichologinės pagalbos trūkumas pogimdyviniu laikotarpiu.

„Nieko neišmanė ir net nesistengė, o mėginant paaiškinti ir kalbėtis, atsakymai buvo neigiami ar ignoruojamos problemos.“ – Moteris su judėjimo negalia, 35 m.

„Kaip ir minėjau, niekas nesidomėjo psichologine būseną. Laimei, pogimdyvinės depresijos neturėjau, bet jos labai bijojau, nes antidepressantai, gerti nuo 16 metų, buvo nutraukti tik dėl nėštumo.“ – Autistiška moteris su psichosocialine negalia, 24 m.

„Niekas neklausė ir nesiteiravo kokia yra mamos psichologinė būklė.“ – Moteris su kompleksine negalia, 31 m.

„Dabar suprantu, kad akivaizdu – reikėjo psichologinės pagalbos.“ – Autistiška moteris, 42 m.



Reprodukcinės sveikatos specialistų(-čių) požiūris, moterų su negalia atžvilgiu

Tyrimo dalyvės dalinosi neigiamomis patirtimis dėl vis dar egzistuojančių ir gydytojų tarpe pasireiškiančių neigiamų nuostatų, susijusių su stereotipais apie negalią. Moterys su negalia dalinosi, kad joms yra tekę patirti moralizuojančių pastabų dėl neva „savanaudiško pasirinkimo“ tapti mama – esą negalvojant apie vaiko gerovę, taip pat ir primygtinių siūlymų darytis abortą.

Iš 141 tyrimo dalyvės, 22 proc. sulaukė nemalonių komentarų ir nediskretiškų klausimų iš savo gydytojų, abejojančių moterų gebėjimais, 8 proc. buvo abejojama galimybėmis tapti mama, šios galimybės buvo nuvertintos, o dar 8 proc. buvo primygtinai skatinamos nepastoti.

Dviem procentams tyrimo dalyvių buvo primygtinai siūloma ir skatinama savo nėštumą nutraukti tam nesant medicininių indikacijų.

„Tiesiog nėra jiems/joms suvokimo, kad turint regos negalią galima tinkamai prižiūrėti vaiką.“ – Moteris su regos negalia, 27 m.

„Dažnai [medikų] žinios atliepdavo mano poreikius. Tačiau yra keli atvejai, kuomet nesuprasdavo, kad visiškai negaliu atsistoti, yra prašę bent trumpam atsistoti ar

nesuprasdavo kaip negaliu persėsti ant aukštesnės lovos/ apžiūros kėdės/ kušetės.“ – Moteris su judėjimo negalia, 35 m.

„Tekę susidurti su labai nekorektiška, kuri nei padėjo, nei pačio vaisiaus neapžiūrėjo. Tik savo prielaidomis remdamasi aiškino, kad reikėjo „abortą darytis po išprievartavimo“ (nors ne prievarta vaiko gyvybę užsimezgė).“ – Moteris su judėjimo negalia, 27 m.

Visgi, nemaža dalis tyrimo dalyvių pastebėjo, kad reprodukcinę sveikatą prižiūrintys medikai neretai išlieka bent jau neutralūs jų negalios atžvilgiu arba aktyviai ir pozityviai palaikantys jų sprendimus šeimos planavimo klausimais: 44 proc. moterų nepatyrė jokie neigiamo vertinimo dėl to, kad turi negalią, o 28 proc. patyrė aktyvų medikų palaikymą ir padrąšinimą gyventi lytinį gyvenimą ir turėti vaikų.

Akušerių/ginekologų nuostatos, moterų su negalia atžvilgiu (n=141)		
Teiginys	Teiginiui pritariančios moterys	
	n	%
Iš ginekologų/akušerių patyriau nuoširdų rūpestį ir padrąšinimą gyventi lytinį gyvenimą, turėti vaikų	39	28
Iš ginekologų/akušerių nepatyriau jokio neigiamo vertinimo dėl to, kad turiu negalią; negalia buvo priimta neutraliai	62	44
Ginekologai/akušeriai objektyviai išsakė rizikas dėl mano reprodukcinės sveikatos, tačiau nepajutau neigiamo ar žeminančio vertinimo	40	28
Ginekologai/akušeriai neišsakė jokių tiesioginių komentarų, bet jaučiau skeptišką požiūrį, atsainumą	28	20
Patyriau neigiamų/nemalonių komentarų iš ginekologų/akušerių dėl mano negalios	19	13
Mano galimybės būti mama (galimybė išnešioti, pagimdyti ir prižiūrėti vaiką) buvo nuvertintos, jomis buvo garsiai abejojama	11	8
Dėl turimos negalios (nesant medicininių indikacijų) primygtinai buvo siūloma nepastoti/buvo primygtinai siūlomos apsaugojimo priemonės	11	8
Dėl turimos negalios (nesant medicininių indikacijų) buvo primygtinai siūloma nutraukti nėštumą	3	2
Ginekologai/akušeriai uždavė nediskretiškų/nemalonių klausimų, išsakė mano gebėjimus kvestionuojančių komentarų	13	9

Devyniolika procentų (19 proc.) tyrimo dalyvių teigė, kad gydytojų nuostatos apie negalią, su kuriomis joms teko susidurti, galėjo prisidėti prie jų sprendimo tapti arba netapti mama. Dalis jų, po pokalbio su gydytoju(-a) nusprendė vaikų neturėti, kita dalis buvo kaip tik padrąsintos kurti šeimą, o kai kurių moterų apsisprendimui tokie pokalbiai neturėjo jokios įtakos. Tyrimo dalyvės dalinosi ir baimėmis susijusiomis su buvusiomis neigiamomis patirtimis gaunant susijusias sveikatos priežiūros paslaugas, su nenoru rizikuoti kartoti šių nemalonių patirčių.

„Mano nuostata buvo tvirta, tad skaudulius teko palikti už durų, nes būti mama manęs niekas nesugebėjo atkalbėti. Tačiau buvo skaudu.“ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

„Po pirmųjų patirčių ir komplikacijų, sukeltų medicinos įstaigos darbuotojų, tikrai dar išlikusi didelė baimė susilaukti antrojo vaikelio, tad iki šiol dar apie tai bijau pagalvoti.“ – Moteris su judėjimo negalia, 35 m.

„Emocinė savijauta prastesnė būna ir nusivertinimas lieka, nes [jie] netiki, jog tu gebėsi auginti vaikus. Daro silpnesne.“ – Moteris su judėjimo negalia, 40 m.

„Man buvo labai nemalonu, bet aš žinojau, kad yra specialistų palaikančių mano nėštumą ir atsisakiau nutraukimo.“ – Moteris su fizine negalia, 35 m.

Žinoma, patirčių būta ir teigiamų, ypač privačiame sektoriuje, kurios moterims suteikė padrąsinimo, vilties ir didesnio pasitikėjimo savimi.

„Privati ginekologė, turinti labai gerus įvertinimus, jos rūpestis prisidėjo prie to, kad noriu ateityje ir mažiau bijau turėti vaikų.“ – Moteris su judėjimo negalia, 28 m.

„Gydytoja į tai žiūri teigiamai. Ir tai tik padrąsina gyventi tokį pat gyvenimą, kaip iki traumos.“ – Moteris su judėjimo negalia, 46 m.

„Gydytojų gana teigiamas (dažnu atveju) požiūris į mane, kaip pacientę su negalia, leidžia man jaustis laisva savo gyvenimo pasirinkimuose, įskaitant motinystės klausimą.“ – Moteris su fizine negalia, 22 m.



Fokusuotų grupių diskusijų rezultatai

Fokusuotos grupių diskusijos buvo suorganizuotos pasitelkiant dvi specialistų grupes, kurias iš viso sudarė 12 įvairios patirties gydytojų akušerių-ginekologų. Pirmoje grupėje dalyvavo septyni ilgą gydymo praktiką turintys akušeriai(-ės)-ginekologai(-ės) dalis jų – skyrių arba ligoninių vadovai(-ės), dėstytojai(-os), profesoriai(-ės) akušerių ginekologų draugijos nariai(-ės). Antros grupės dalyviai – penki gydytojai(-os) rezidentai(-ės), kurių vidutinė darbo su pacientais patirtis apie 3-eji metai.

Fokusuotų grupių diskusijų dalyviai dirba 4-iuose Lietuvos regionuose (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Alytus). Svarbu atkreipti dėmesį, kad didžioji dauguma fokusuotų grupių dalyvių dirba regionų centruose veikiančiose trečio lygio gydymo įstaigose, todėl jų stebėjimo laukas neapima mažesnių miestų gydymo įstaigų, taip pat buvo vos keletas dalyvių turinčių patirties žemesnio lygio gydymo įstaigose (poliklinikose). Vidutinė fokusuotų grupių diskusijų trukmė – 1,5 val., diskusijos įgyvendintos pasitelkiant iš anksto parengtą klausimyną, nuotoliniu būdu, pasitelkiant ZOOM platformą.

Fokusuotų grupių diskusijų tikslas – išgirsti ginekologų(-ių) -akušerių patirtis teikiant paslaugas moterims su negalia.

Uždaviniai – išsiaiškinti gydytojų įžvalgas apie:

- moterų su negalia dėmesį savo reprodukcinėi sveikatai;
- teikiamų paslaugų prieinamumą žmonėms su negalia;
- poreikį ir galimybes kelti kompetencijas apie moterų su negalia konsultavimą;
- nuostatas moterų su negalia atžvilgiu;
- rekomendacijas/pasiūlymus, kaip būtų galima gerinti paslaugų prieinamumą moterims su negalia.

Moterų su negalia dėmesys savo reprodukcinėi sveikatai

Neturėdami statistikos, koks procentas moterų su negalia pasirodo pas ginekologus-akušerius, medikai negali užtikrintai įvertinti, ar moterų su negalia įpročiai, pavyzdžiui, apsilankymo dažnumas, skiriasi nuo negalios neturinčių moterų. Išsakoma mintis, kad didžioji dauguma moterų su negalia savo sveikata rūpinasi lygiai taip, kaip visos kitos moterys, visgi, pasitaiko

apibendrinimų, rodančių, kad tokie susitikimai yra gana reti, pavyzdžiui, teigiant: „Visas jas puikiai prisimenu“ arba „Per šešerius metus nebuvo nei vienos moters [su judėjimo negalia]“.

Reaguodami į tarptautinių tyrimų rezultatus, rodančius, kad moterys su negalia rečiau lankosi pas reprodukcinės sveikatos specialistus, fokusuotų grupių dalyviai sutinka, kad taip gali būti ir mato didelį šeimos gydytojų vaidmenį šioje srityje, taip pat globėjų, tais atvejais, kai moterys su negalia, ypač su psichosocialine ar intelekto negalia, yra nuo jų labiau priklausomi.

Medikų patirtys rodo, kad galima kalbėti apie tam tikrus dėsningumus, susijusius su negalios pobūdžiu, pavyzdžiui, itin daug patirties turima su klausos negalią turinčiomis moterimis, kurios aktyviai dalyvauja prevencinėse programose, spėjama, galbūt tai jų organizacijų indėlis informuojant apie tokias galimybes. Taip pat dažnai pasitaiko judėjimo negalią turinčių moterų. Pastebima, kad aktyviai savo sveikata besirūpinančios moterys su negalia yra įsigilinusios į savo būklės. Tuo metu kalbant apie psichosocialinę ar intelekto negalią turinčias moteris medikų patirtys visai kitokios – teigiama, kad jos atvyksta rečiau, dažnai jau nėštumo stadijoje, apleistomis būklėmis. Pastebima, kad jų dėmesys reprodukcinėi sveikatai priklauso nuo globėjų sprendimų ir socialinės padėties.

„Kad su fizine negalia lankytųsi rečiau moterys, kažkaip mažiau pastebim. Jos jaučiasi tokios pačios, kaip ir visos pacientės. Ateina pagal programas ir visa kita. Eina kalba apie su psichosocialine negalia, su intelekto negalia – jos daugiau priklauso nuo savo asistentų, nuo savo globėjų, kaip jos lankosi. O įspūdį palieka moterys, turinčios negalią, jos iš tikrųjų labai daug savyje įsigilinusios, labai daug nusimano ir tai savotiškai yra labai gerai.“

„Be abejo, tikrai išskirtinė grupė turbūt būtų moterų, kurios yra labai priklausomos nuo jas prižiūrinčių asmenų. Tikrai yra tokių, kurios turi visišką judėjimo negalią, ar visiškai guli, sakykim, lovoje, ir jos tikrai sunkiai patenka pas gydytojus. Psichikos negalią turinčios moterys, esančios įvairiose slaugose, kartais ar ligoninėse, krizių centruose ir panašiose socialinėse įstaigose. Tai tikrai manau, kad joms yra sunkiau ir sudėtingiau pasiekti, turbūt iškomunikuoti, ištransliuoti, ir turbūt šitų moterų procentas ir nulemia tuos skaičius, kuriais dalinasi tarptautiniai tyrimai [kad moterys su negalia rečiau lankosi pas akušerius-ginekologus]. Tai tokių moterų tikrai yra, ir čia turbūt ne tik, kad negalia nulemia, bet būtent jų socialinė padėtis.“

„Kartais moterį su negalia pamatome tik gimdymo etape, ne prevencinių programų. Daugiausia patirties ir daugiausiai mačiau turbūt moterų, kurios turi klausos negalią, yra nebylios. Daugiausia turbūt jos iš mano visų, kiek teko susidurti, lankosi pas ginekologus, ar tai

būtų ginekologinio prevencinės programos, ar tai būtų tiesiog dėl tam tikrų problemų, ar su vaisingumu, ar tiesiog nėštumais susijusios būklės. Su judėjimo negalia dar nesu susidūrusi, bet esu mačiusi, kad jos čia atvyksta gimdymui, aišku, tai gimdymas cezario pjūvio operacijos būdu. Neregijų turbūt pas mus klinikoje labai retai pasitaiko, dar kaip tik prieš einant čia susitikti su jumis, kalbėjau su viena mūsų gydytojų, ji sako, kad turbūt irgi neprisimena, ar yra buvę neregijų paskutinius kokius 10 metų. Ir nemažai, nu ta prasme nemažai, palyginus daugiau negu kitų, būna protinės negalios pacienčių. Nesu mačiusi prevencinėse programose, kad jos dalyvautų, ar į moterų konsultaciją labai retai ateina, daugiausiai jos gimdymo skyriuje atsiduria.“

„Kažkaip mano patirtim daugiausiai pacienčių su negalia esu sutikusi kreipiantis skubios pagalbos. Ir jos neretai atvyksta su būklėmis, kurios arba yra užleistos, arba jos yra iš tiesų ūmios, reikalaujančios nedelsiant veiksmų imtis, įskaitant ir seksualinio smurto atvejus. Tai gali būti ne vien moterys su fizine, su judėjimo negalia, bet ir su protine negalia, arba su lengvu atsilikimu nustatytu nuo vaikystės. Tai man atrodo, kad tam tikra prasme tai parodo kažkokią spragą grandyje iki tol, kad kažkodėl tos jų bėdos, tos problemos, kodėl jos turi kreiptis, sakykim, naktį į priėmimo skyrių, kodėl jos būna užleistos?“

Paslaugų prieinamumas moterims su negalia

Diskutuojant apie paslaugų prieinamumą medikų patirtys dažniausiai atspindėjo dvi sritis – fizinį patalpų ir įrangos prieinamumą bei situacijas, kurioms reikalingi alternatyvūs komunikacijos būdai, pavyzdžiui, gestų kalbos vertimas arba supaprastinta kalba. Diskusijų metu susidarė įspūdis, kad gydytojai yra palikti patys spręsti, kaip, jų pačių žodžiais tariant „suktis iš situacijos“ ar „kūrybiškai pasižiūrėti“ į išylančius iššūkius. Buvo akivaizdu, kad tyrimo dalyviai nėra supažindinti su paslaugų prieinamumo standartais, žmonių su negalia individualiais poreikiais ir būdais, kaip tuos poreikius atliepti. Situacijose, kuriose jie atsidurdavo, buvo vadovaujama „žmogiškumu“, „geranoriškumu“. Medikams kalbant juntama nuoširdi empatija ir pavyzdžiai rodo, jog dedama daug pastangų išlaikyti žmogaus su negalia orumą, tačiau kalbant apie žmonių su negalia teisę gauti visiškai prieinamas paslaugas, buvo abejojama, ar tai, esant ribotiems resursams, įmanoma, ir drauge, ar tai būtų medicinos įstaigų atsakomybė.

Gydytojai pabrėžė, kad jų įstaigose tikrai yra bent po vieną (kai kur – ir visos) automatiškai nusileidžiančią ir prieinamą ginekologinę kėdę, tačiau buvo pripažįstama, kad ne visos patalpos ir ne visa įranga yra prieinama. Aptarta senų pastatų būklė, kur prieinamumą užtikrinti

būtų sudėtinga, o dalis medikų abejojo, ar iš tiesų logiška ir racionalu visoms įstaigoms užtikrinti prieinamumą ir pirkti brangiai kainuojančią įrangą, kuri „stovėtų nenaudojama“, turint omenyje, kad moterys su judėjimo negalia pas juos lankosi ypatingai retai.

Net ir naujose ligoninėse, kur patalpos prieinamos, yra daugybė savarankiškumą apsunkinančių elementų, pavyzdžiui, sunkiai atsidarančios durys, kuriuos gydytojai pastebi kaip apsunkinančius jų pačių darbą ir ribojančius pacienčių savarankiškumą. Dalis medikų pabrėžė, kad geranoriškumas, o ne prieinama įrangą, yra esminė kokybiškos paslaugos sąlyga. Medikai neatmetė prieinamumo užtikrinimo poreikio, tačiau kvestionavo, ar to įmanoma pasiekti, kai yra akivaizdus resursų ribotumas.

„Tai yra tik daiktai. Tai yra daiktas svarstyklės, daiktas kėdė, daiktas palata įrengta, kuri stovės metus, galbūt ir nesulauks, o sulaukus tokio paciento, jeigu nebus geranoriškumo, tai jisai bus lygiai taip pat liūdnas ir nuskriaustas, kaip ir buvo be tos kėdės. Jeigu aš ant rankų paimsiu, ar dviese paimsime ir įkelsime į lovą žmogų, jeigu jį apklostysim, apkaišysime, į nepatogią lovą, nepritaikytą tą, tai bus daug daugiau, negu mes pastatytume pritaikytą lovą ir paliktumėm tą pacientą vieną, tu dabar lipk, taip kaip nori. Suprantat, čia labai subtilūs dalykai.“

„Ar būtina prieinama įrangą visur? Tikrai mes turime kalbėti, bendrauti, tik tiek, kad vėlgi, tą, ką jūs minėjote, yra labai gražus pavyzdys, dėl sakykime specialių svarstyklių, tai tikrai nepastatysi specialių svarstyklių kiekvienoje įstaigoje ir nėra reikalo. Bet jeigu jos kažkur yra, tai galima būtų dalintis, na ta informacija, ir kad žinotų žmonės tiesiog, nes na tikriausiai nėra visai teisinga įsigyti įrangą, bet kokią įrangą, kuri bus naudojama itin retai.“

„Pavyzdžiui, aš savo įstaigoje tai na, nematau net techninės galimybės laukti palatą va tokią. Bet galima siekti, kai ką sakykime, galima įsigyti specialių lovų. Nes sakau, jūs pagalvokite, aš per 6 metus su judėjimo negalia įstaigoje pacientės neturėjau. Per 6 metus nei vienos.“

„Neseniai kai priėmimo skyriuj budėjau, turėjau pacientę vežimėlyje, bet ji buvo jame ne dėl to, kad turi negalią, tiesiog jį sunkiai paėjo. Ir durys paprasčiausiai neužsifiksuoja, kad aš galėčiau pati atidaryti ir pati galėčiau įvežti. Tuo tarpu pagalbinio personalo šalia tiesiog nebuvo, nes tai buvo vidurys nakties, na ir ten gavosi, kad su viena koja turiu laikyti, su dviem rankom turiu vežti. Man atrodo, netgi na, tokios smulkmenos, kaip sakant, atrodo, subtilios, niekuo nereikšmingos, vis tiek šiek tiek apsunkina tą konsultavimą.“

„Kai moteris su judėjimo negalia atvyksta pas ginekologą, taigi ginekologo apžiūros metu yra neatsiejamas dalykas, kaip apžiūra ant ginekologinės kėdės, ar ultragarsinis tyrimas. Aš net neįsivaizduoju, kaip reikėtų atlikti tai moteriai, kuri nejuda, kuri nevaikšto, nes į kėdę įsėsti, aš neįsivaizduoju, kaip tai reikėtų daryti. Turim, aišku, pacienčių, kurios yra senyvo amžiaus, prastai juda, tai būna neretai šeimos nariai, kurie padeda įkelti, arba kažkaip lovoje tada pažiūrim, nes tos moterys neretai guli tiesiog. O bet iš neįgaliojo vežimėlio nu tiesiog neįsivaizduoju, kaip turėtų būti. Nesu mačiusi kažkokių tai kilnokių.“

„Galbūt su kažkokia specifine negalia jeigu atvyksta pacientai, galėtų būti kažkokia sukurta organizacija, kuri palydi tuos pacientus, ar jeigu reikia, padėti, sakysim, su judėjimu, arba jeigu nekalba žmogus, tai vertėjus, kurie būtų, sakysim, galbūt ir nuasmeninti, kad nebūtų to sakysim tokio, būtent tų rizikų, susijusių su galimu smurtu. Taip pat ir dėl tos informacijos pateikimo. Mes galime išleisti daug labai resursų ir kiekvienas pagal savo supratimo laipsnį paruošti tą suprantamą informaciją pacientams su specifine negalia, bet tai būtų žymiai racionaliau, jeigu, pavyzdžiui, tą padarytų ar draugija, arba kažkokie paskirti žmonės, ir mes tą pasidalintumėm, sakysim, vienas su kitu, ir nereikėtų visiems daryt tą patį darbą 10 kartų.“

Aptariant galimą papildomos pagalbos poreikį teikiant paslaugas moterims, kurioms reikia pagalbos dėl judėjimo sunkumų, medikai(-ės), ypač turintys(-čios) ilgą gydymo patirtį, abejojo, ar reikalingas koks nors tokių atvejų vadybos mechanizmas. Ribotų resursų kontekste, pagal situaciją, jie(-os) organizuojasi pagalbą ir suteikia reikalingą asistavimą. Buvo siūlymas asistentams atvykti į ligoninę drauge su paciente, t. y., tai matoma kaip socialinė paslauga ateinanti kartu su paciente, labiau nei organizuojama ligoninės viduje. Taip pat teigiama, kad visada palankiai vertina ir skatina artimo žmogaus asistavimą ir ilgesnį buvimą, kai negalią turintis žmogus lieka palatoje.

„- Jokio mechanizmo nėra, ir turbūt sudėtinga būtų, žinokit, kaip ir bet kur ligoninėje, nu po operacijos pacientą iš operacinės lovos į kitą lovą kas kelia? Gydytojas operavęs, šalia esanti slaugytoja, anesteziologas. Tie patys žmonės paima ir perkelia tą pacientę. Čia irgi mes niekada negalim tikėtis...

- Tokio protokolo nėra, bet problema visada išsprendžiama.
- Pritariu. Mechanizmas toks, kad mes padedam vieni kitiems.“

„Tikrai labai skatiname ir palaikome visada artimojo buvimą ir kaip tik aktyviai klausiam ir domimės, ar gali, ar nori pabūti, ir jeigu nori, tai visada sudarome sąlygas ir džiaugiamės tokia galimybe. Šiuo atveju mes darom išimtis ir tos paslaugos yra nemokamos, ir ta palata yra

skiriama nemokamai, jeigu yra, sakykim, ar sveikatos kažkokių, negalios problemų, ar kartais socialinių problemų. Tikrai šituo atveju nevykdome komercinės veiklos.“

„Aš manau, kad, apskritai, gydytojai yra labai kūrybiški ir dažnai tenka suktis iš situacijų, kai nėra taip viskas ir aišku, ir tenka ir socialiniais darbuotojais kartais padirbėti ir paieškoti kažkokios informacijos. Tai aš manau, kad nei viena pacientė neliktų be konsultacijos ir tikrai būtų pakviestas, ypač dienos metu, pagalbinis personalas. Vien ligoninėse dirba nemažai personalo, tai visi kažkaip bendromis jėgomis. Aš tikrai neabejoju, kad ir be padėjėjo konsultacija įvyktų.“

„Aišku, tai yra iššūkis ir asistentui, ir gydytojui, nes kai atsimenu tą situaciją, vis vien visi stengiasi padėti, galbūt ne visi žino, kokia yra kiekvieno tos komandos nario užduotis, tai galbūt visi iš to noro padėti puola, ima ir nežino tiksliai. Aš manau, kad tikrai kažkokių tokių mokymų, ar kažko, mes nesame apmokyti, kaip ten tiksliai elgtis. Tiesiog visi elgiamės, kaip atrodo tą kartą teisinga ir patogiausia visiems.“

Kita situacijų grupė, su kuria susiduria medikai teikdami paslaugas moterims su negalia, susijusi su komunikacijos iššūkiais, kurie pasitaiko konsultuojant klausos arba intelekto ir/ar psichosocialinę negalią turinčias moteris. Nors šių moterų su negalia poreikiai labai skirtingi, abiem atvejais reikia išmanyti, kaip komunikuoti pačiam arba kur pasitelkti vertėjus, komunikacijos specialistus ar įrankius. Kaip ir fizinio neprieinamumo atvejais, gydytojai ieško išeičių savarankiškai ir ne visada lieka tikri, ar konsultacija buvo sėkminga, t. y., ar jie buvo suprasti ir patys gavę visą informaciją.

Konsultuodami moteris su klausos negalia, medikai susirašinėja, gestikuliuoja, bando aiškiai kalbėti, kad būtų suprasti iš lūpų, kartais kalbasi per artimuosius (kurie ateina gyvai arba jiems paskambinama telefonu) ir tik keli gydytojai paminėjo bendravimą *skype* programėle su profesionaliu vertėju. Kaip itin patogus formatas įvardintas vertėjo atvykimas drauge su negalią turinčia moterimi, tačiau tokį atvejį buvo patyrusi tik viena abiejų fokusuotų grupių dalyvė. Tokia padėtis neabejotinai rodo, kad nėra sutarimo, bendros tvarkos ar algoritmo, kaip turi būti teikiama paslauga moterims su klausos negalia.

Vieningai įvardijama, kad su daugiausia iššūkių susiduriama dirbant su moterimis su intelekto ir/ar psichosocialine negalia, arba moterimis, patiriančiomis suvokimo sunkumų. Kalbant apie šias moterų grupes taip pat be išimčių pritariama, kad gydytojams(-oms) praverstų papildomos žinios. Sunkumai teikiant paslaugas yra labai įvairūs: komunikacijos iššūkiai, dažniau

pasitaikantis sveikatos apbleistumas, priklausymas nuo globėjų. Medikai(-ės) įvardina, kad bendravimą su intelekto negalią turinčiomis moterimis palengvina ateinantys lydintieji asmenys, tačiau yra pastebinčių, kad būtina siekti šių moterų privatumo ir siūlyti į kabinetą eiti vienoms, tokiu būdu parodant joms asmeninį dėmesį, tikintis visiško atvirumo ir potencialiai patiriamo smurto įvardijimo, kuris, esant artimiesiems, gali būti neišsakytas. Vėlgi, vieningo algoritmo, kaip elgtis, kalbėtis su artimųjų pagalba ar asmeniškai, nėra, teigiama, kad viskas priklauso nuo situacijos. Nebuvo paminėta pagalbos priimti sprendimus specialistų pagalba, kuri galėtų būti išėitis siekiant susikalbėti ir drauge turėti nešališką specialistą, tačiau ši paslauga Lietuvoje visiškai neišplėtotą, todėl gali būti, kad medikai(-ės) niekada su tokias pareigas atliekančiu žmogumi nėra susidūrę.

„Ir va šita va grupė moterų turbūt yra pati silpniausia mūsų vieta. Kaip su jomis elgtis, reikėtų daugiau laiko skirti vizitui tokioms pacientėms, reikėtų žinoti smulkiau jų negalią, prieinamumą prie jų. Bent jau kalbu taip dirbdama ir stacionarinėje, ir ambulatorinėje grandyje. Tai man pati silpniausia vieta, tai yra va ta psichosocialinė ir intelekto negalia. O judėjimo negalia, tai tarkim pas mus ligoninėj net Brailio kalba užrašyta ant durų grafikai ir pavardės. Žodžių pacientėm nėra labai sunku patekti, yra ir funkcinės kėdės, yra apžiūra, ir asistentai medikai dalyvauja. Ir psichosocialinę negalią turinčios moterys, kaip tą privatumą to paciento, ar turi dalyvauti asistentas šalia, ar neturi dalyvauti. Man tai yra va šita silpna grandis, šita grupė moterų su negalia.“

„Kalbant apie ambulatorines paslaugas, kada ateina pacientė, tai iš paskutiniųjų, bent jau aš stengiuosi, kad kabinete liktų tik pacientė ir aš. Kad asistentas, pagalbininkas, ar tai būtų mama, ar tai būtų artimas žmogus, ar tai įpareigotas kažkoks žmogus, kad tiktai kabinete liktų vienas pacientas, kad jis jaustųsi pagerbtas su savo privačia problema. Ir kokia tai būtų kalba, ar tai autizmo spektro sutrikimas, ar tai kažkokia tai gestų kalba, pusiau rašytine kalba, visada stengiuosi susišnekėti su tokia paciente, bet vienas prie vieno.“

„Prisimenu irgi šių metų istoriją, kai moteris – tikrai buvo smurtaujama, išnaudojama vyro. Ji turėjo visišką paralyžių, ir ir nu tiesiog visai, ir rankų, ir kojų, kaklo srities paralyžius. Kai šalia vyras, ji tiesiog vienaip bendrauja, išėina vyras, tada išdrįsta pasakyt apie tai, kad ją, kad yra smurtas įvairus prieš ją, tai tikrai žinom tą ir stengiamės įvertinti, ir pamatyti, ir išskaityti. Bet kartais visokių situacijų yra.“

„Šiandien dienai man tikrai atrodo sunkiausia turbūt būna su gestakalbėm moterim, ypač jeigu jos dar būna taip, kartais ir užsienietės, ar turi kažkokią ir psichikos negalią. Esu turėjusi ir tokių

neraštingą gestakalbę, ir tada ta konsultacija tikrai pasidaro ilga, sudėtinga ir toks jausmas lieka, kad gal ir ne iki galo galėjai kartais suprast.“

„Kartais skambinam, kartais prašo, kad tą informaciją paskambintume ir pasakytume kažkokiam artimam žmogui, kurio šalia nėra, tikrai yra taip buvę, kai pati gestakalbė nėsčioji surenka mamos ar vyro telefoną ir prašo, kad papasakotume kokia ten sveikatos situacija, ir panašiai. Yra ir tada jau jie nu, savo bendravimo būdu pasako tai moteriai, kokia yra situacija ir taip esam bendravę.“

„Aš asmeniškai esu turėjus gal kokia, nežinau, 4 -5 pacientės, kurios turėjo klausos negalią. Ir nežinau, kur man reikėtų paskambinti, kur reikėtų kreiptis, kad kažkas išverstų, ir kad būtų lengviau susišnekėti su ta paciente. O dabar toks gaunasi, kad tu dažniausiai tiesiog parašai ant lapelio ir duodi perskaityti pacientei.“

„Aš gal norėčiau pasidalinti kaip tik priešinga patirtimi, ateina kurčnebylių, tai tikrai buvo gera patirtis, nes su gestų vertėju nuotoliniu būdu, labai puikiai buvo susikalbėta. Ir labai gerai pamenu vieną nėsčioją, kuri pakankamai ilgai dėl naujagimio būklės buvo hospitalizuota. Tai tikrai kiekvieną dieną eidavom vizituoti, kiekvieną dieną prisijungdavo ir gestų vertėjas.“

Poreikis ir galimybės kelti kompetencijas

Diskusijų metų abejose grupėse buvo išsakyta mintis, kad yra poreikis kelti kvalifikaciją apie skirtingas negalias, susijusius žmonių individualius poreikius ir būdus juos atliepti.

Pripažįstama, kad susidūre su negalia medikai improvizuoja ir ne visada yra tikri, ar paslauga suteikiama kokybiškai, todėl mokymai, gairės ar kitų organizacijų pagalba asistuojant būtų naudinga. Tuo metu medicininių kompetencijų kėlimas negalios kontekste nėra matomas kaip prasmingas, nes vykstančios konferencijos visada apima skirtingų būklių ar ligų sankirtas, be to, gydytojai turi galimybę konsultuotis tarpusavyje ir teigia dažnai būtent taip sprendžiantys problemas.

„Visų sričių specialistai linkę yra konsultuotis, jeigu yra retos, neaiškios situacijos keliančios klausimų, keliančios abejonių, tai čia mes visą laiką vieni kitiems padėsime, visada stengsimės rasti konsensusą, kad pacientui būtų geriausia.“

„Nemaža dalis konferencijų akušerių-ginekologų yra multidisciplininės, jungtinės. Kartu su neurologais, kardiologais, endokrinologais, genetikais ir taip toliau. Ir čia mes tikrai visada

kalbame būtent apie tas sąsajas, taip. Kaip nėsčioji esant neurologinei ligai, ar migrena, ar kontracepcija, ir taip toliau, tai tais klausimais nuolat keliam kvalifikaciją ir nagrinėjame. Mano ligoninėje ir esant konkrečiai situacijai tikrai labai lengva konsultuotis su kitais gydytojais.“

„Pasakysiu atvirai, ir kolegė, ir aš dirbame akademinį darbą, nelabai įsivaizduoju, kad būtų atskiros disciplinos. Neatsimenu nei vienos konferencijos per daugelį metų, kad būtent būtų skirta reprodukcinei sveikatai ir negalių turinčioms moterims. Bet tai būna dažnai integruota kitur, tai kalbant apie konkrečias ligas, sakykime, gali būti kalbama ir apie reprodukciją. Tai tos informacijos, tie kurie praktikuoja, gauname šiek tiek, bet daugiau tikriausiai yra iš savęs.“

„O šita mintis konferenciją surengti yra graži, naudinga ir įvykdoma, tikrai. Tikrai tiek, kad turėkime omeny, kad bet kokia konferencija tai yra vienkartinis dalykas. Mes susirinksime, nebent kažkokią rezoliuciją priimsime, susirinksime, na bet ir tiek. Bet jeigu apie sisteminius dalykus, tai labiau tai nuolat apie tai kalbamės, skirtingose konferencijose, skirtingomis temomis.“

„Bet kad mažiau kokybiškai gali būti suteiktos paslaugos, irgi teisybė, tikrai taip. Kartais ne iš blogos valios sako žmonės, iš nesupratimo, iš nežinojimo. Čia edukacija mūsų medicininės bendruomenės, edukacija pacientų tikrai didžiulį vaidmenį vaidina.“

„Aš manau, kad nebūtinai gal kaip negalios disciplina, bet kaip elgtis, pavyzdžiui, su paciente, kuri sunkiau supranta, kai aš aiškinu jai apie jos ligą, būklę ir gydymą. Tai va, pavyzdžiui, jeigu kas nors galėtų pasakyti „tipsų“. Aš asmeniškai tai labai džiaugčiausi, jeigu kas nors galėtų praveisti tokį dalyką ir pamokyti.“

Nuostatos moterų su negalia atžvilgiu

Požiūris į žmogų su negalia siejamas su gydytojo empatija, kultūra, todėl abejojama, ar medikai galėtų mažiau pagarbiai ar tiesiog kitaip bendrauti būtent dėl to, kad žmogus turi negalią. Tačiau, čia pat pripažįstama, kad nuostatos, visgi, gali lemti ne tik pokalbio pagarbumą, bet ir gydymą, kai neįvertinamas lytinio gyvenimo egzistavimas, bei požiūrį į moters galimybes susilaukti vaikų, kai pats medikas imasi „apsaugoti“ pacientę nuo jos būklės komplikavimo.

Kalbant apie nuostatas, kaip ir kitose srityse, ypatingo dėmesio sulaukia moterys su psichosocialine ar/ir intelekto negalia, teigiant, kad su jomis gali būti sunku kurti lygiavertį

santykį, be to, yra tendencijos, pavyzdžiui, dažnas gimdymas ir vaikų palikimas įstaigose, kurios šokiruoja ar liūdina medikus bei personalą.

„Tai vat į tuos pirmus klausimus yra taip, kad kiek mes savyje turime supratimo, geraširdiškumo, inteligencijos, žmogiškumo, tiek ir bendraujame su tais pacientais. Ir kai jie pajunta, kad tu su jais bendrauji kaip su pilnaverčiais, kaip su sau lygiu, tai jie paskui ir nori ateiti.“

„Nežinau, ar dėl nuostatų, bet kad mažiau kokybiškai, tai tikrai gali būti tokie atvejai. Nes ne dėl nuostatų, tiesiog dėl apribojimo paties, pavyzdžiui, jeigu moteris turi judėjimo negalią ir negalime jos apžiūrėti per makštį, tik per pilvą. Šiek tiek tikrai nukenčia ta konsultacija. Bet dėl nuostatų tai nei karto neteko susidurti, bent jau savo praktikoj.“

„Yra bendrinė, manau, kad ne vien iš gydytojų, bet ir iš visuomenės, kad negali moteris, ji... bet aš nekalbu apie klausos ar regos negalią, galbūt labiau judėjimo negalią ar kažkokią protinę negalią, kad ji neturi lytinio gyvenimo. Ir į vyresnes moteris, kurios turi neįgalumą, susijusį galbūt tiesiogiai su vyresniu amžiumi, manau, kad jos gali negauti tinkamos priežiūros vien dėl to, kad gydytojas gali galvoti, kad šita pacientė nėra lytiškai aktyvi. Galbūt nėra man tikslinga atsižvelgti, ar gali būti kažkas susiję būtent su lytiniais santykiais.“

„Gydytojas gali pasiūlyti kontracepciją, prisiimdamas iš savo perspektyvos tą požiūrį, kad galbūt negalėsi auginti ten vaiko, ar dar kažkas tai, galbūt čia kontracepcijos priemonėmis reikėtų pasirūpinti. Bet, aišku, kas mes esame, kad teistume, kad nuspręstume už tą pacientą. Bet būna, ypač ten, kur būna su kažkokiom progresuojančiom neurologinėm būklėm, kur gydytojas galbūt stengiasi ir nepabloginti tos pacientės pačios būklės. Gaunasi, kad gali va dėl to, manau, tie stereotipai pakišti koją šitoj vietoj.“

„Nežinau, ar čia nuostata ar yra reali problema su moterimis, kurios turi protinę negalią. Jos kontracepciją retai naudoja. Ir jos neretai turi labai daug nėštumų, daug gimdymų, daug nėštumo nutraukimų. Jeigu protinė negalia ar sunki arba vidutinė, tai jos tų vaikų neaugina. Tai galima sakyti, kad čia yra nuostata, kad ir vėl moteris atvyko pastojusi, ir vėl tas vaikas bus neauginamas. Nu nežinau kaip čia gražiai pasakyti, bet nu tai yra problema.“

„Fizinė ar klausos, regos, judėjimo negalios – ne. Bet kas liečia protinę negalią, na pripažinkim. Nes tai yra problema. Moterims tiesiogiai nesako, tu čia dabar nutrauk tą nėštumą, kaip tu čia tą vaiką auginsi, bet tarpusavyje kolektyvas pasikalba. Bet dažniausiai tos moterys neaugina. Jas visąlaik konsultuoja ten po gimdymo socialiniai darbuotojai, tada

informuojama vaiko teisių priežiūros institucija ir pas globėjus tas vaikas gyvena. Nuostatų apie tas moteris yra.“

Fokusuotų grupių dalyvių rekomendacijos siekiant gerinti paslaugų kokybę žmonėms su negalia

Fokusuotų grupių dalyviai pastebi ir pripažįsta, kad nei jų paruošimo (mokymosi) procese, nei vėliau keliant kvalifikaciją konferencijose nėra skiriama dėmesio negalios kaip socialinio reiškimo pažinimui, žmonių su negalia poreikių sveikatos paslaugų kontekste aptarimui bei gerosioms praktikoms, kurios užtikrina paslaugų prieinamumą įvairių poreikių žmonėms. Tokie mokymai ir ilgalaikių partnerystių užmezgimas su pagalba teikiančiomis organizacijomis (negalios NVO, vertimo centrai ar kt.) matomi kaip labai reikalingos priemonės keičiant padėtį.

Dar vienas siūlymas, kuriam vieningai pritariama – internetinės pacientų registracijos sistemoje įvesti negalios arba individualių poreikių grafą, kurioje būtų fiksuojamas negalios ar individualių poreikių pobūdis ir numatomos galimos papildomos priemonės, pvz., ilgesnis vizito laikas, asistavimo poreikis esant judėjimo sunkumams, vertimo į gestų kalbą organizavimas ir kt.

Taip pat išsakytas poreikis kelti kvalifikaciją apie bendravimą su psichosocialinę ir/ar intelekto negalią turinčiomis pacientėmis. Medikai ne kartą pabrėžė, kad konsultacijos šias negalias turinčioms moterims kelia daugybę iššūkių – tiek dėl sudėtingesnės komunikacijos, tiek dėl galimų nuostatų, tiek ir dėl bendravimo su ar be asistento. Ne kartą įvardintas poreikis aptarti, kaip tam tikrose situacijose būtų geriausia elgtis, kur kreiptis pagalbos ir t.t. Taip pat medikai nėra susipažinę su lengvai suprantama kalba (patys tokios nepaminėjo), neturi tokia kalba parengtų leidinių, metodas nenaudojamas rengiant gydymo planus, nėra informacijos apie pagalbos priimančius specialistus – visa tai rodo poreikį pažinti šios žmonių grupės poreikius ir egzistuojančius pagalbos metodus bei įrankius.

Rezultatų apibendrinimas ir išvados

Nors nėra duomenų, leidžiančių palyginti, ar moterys su negalia pas reprodukcinės sveikatos specialistus Lietuvoje lankosi rečiau nei negalios neturinčios moterys, tačiau apklausos rezultatai bei gydytojų pastebėjimai, taip pat kitose šalyse atlikti tyrimai, leidžia teigti, kad tokia rizika egzistuoja ir Lietuvoje. Kiek mažiau nei dešimtadalis šio tyrimo dalyvių niekada nėra buvusios pas reprodukcinės sveikatos specialistus, 15 proc. apsilankė tik

būdamos nėštumo būklėje, 11 proc. – lankėsi tik vieną kartą gyvenime. Medikai pastebi, kad intelekto negalią turinčios moterys dažniau atvyksta jau besilaukdamos, pasitaiko labai apleistų būklių.

Daugiau nei 40 proc. moterų su negalia nebuvo konsultuotos dėl kontracepcijos priemonių, 3 proc. respondenčių mini, jog yra patyrusios net priverstinę sterilizaciją. Kalbant su medikais buvo išsakytas nuogąstavimas dėl galimo moterų su negalia lytinio aktyvumo neįvertinimo arba stereotipų dėl moterų su negalia galimybės tapti mamomis, kas gali prisidėti prie klaidingo diagnozių nustatymo, gydymo parinkimo ar kontracepcijos pasiūlymų.

Didžioji dauguma moterų su negalia lankosi pas viešojo sektoriaus reprodukcinės sveikatos specialistus ir šį sektorių renkasi pirmiausiai dėl finansinių priežasčių, taip pat dėl ten dirbančių konkrečių specialistų. Turinčios sveikatos draudimus, siekiančios patekti greičiau ar norinčios ilgesnės konsultacijos, taip pat nusivylusios patirtimi viešajame sektoriuje renkasi privatų sektorių (trečdalis apklaustųjų lankosi abiejuose sektoriuose, kiek daugiau nei dešimtadalis – tik privačiame).

Paslaugų prieinamumas, kuris apima patalpų, įrangos prieinamumą, asistavimą, komunikaciją visose reprodukcinės sveikatos priežiūros grandyse įvertinta daugiau gerai/puikiai nei blogai/labai blogai, tačiau neigiamų patirčių procentas yra reikšmingas (tarp 30 - 40 proc.) ir rodantis būtinybę investuoti į paslaugų prieinamumo užtikrinimą.

Gydytojų kompetencijos prisitaikant prie individualių moterų su negalia būklių skirtingose grandyse įvertintos daugiausiai teigiamai, neigiamų atsiliepimų buvo mažiau nei dešimtadalis, išskyrus pogimdyvinį etapą, kur gydytojų kompetencijos įvertintos prasčiausiai (24 proc. neigiamų patirčių).

Medikų kompetencijas ir gebėjimą prisitaikyti prie individualių poreikių nėštumo priežiūros laikotarpiu dauguma moterų vertino puikiai arba gerai (24 proc. ir 26 proc.), blogai – tik 5 procentai tyrimo dalyvių. Tačiau paslaugų prieinamumas (patalpų, įrangos, informacijos, komunikacijos prieinamumas, asistavimas) įvertintas šiek tiek prasčiau – 40 proc. moterų vertino puikiai ir gerai, kas trečia – blogai arba labai blogai (26 proc. ir 4 proc.).

Gimdymo metu paslaugų prieinamumą ir asistavimą per 40 proc. moterų su negalia vertino blogai arba labai blogai (34 proc. ir 9 proc.), visgi pusė gimdančių moterų šį paslaugų

etapą įvertino gerai arba puikiai (50 proc.), gydytojų kompetencijos priimant gimdymą 43 proc. moterų vertino puikiai arba gerai (30 proc. ir 13 proc.), blogų arba labai blogų atsiliepimų buvo mažuma (7 proc. ir 4 proc.).

Pogimdyviniu laikotarpiu, 40 proc. tyrimo dalyvių gavo žindymo specialisčių konsultacijas, o 13 proc. sakėsi gavusios psichologinę pagalbą. Net trečdalis tyrimo dalyvių (30 proc.) atskleidė, kad negavo jokių kitų specialistų konsultacijų pogimdyviniu laikotarpiu, nors joms to ir reikėjo.

Gydytojų akušerių-ginekologų prisitaikymą prie su negalia susijusių individualių poreikių pogimdyviniu laikotarpiu kiek mažiau nei pusė moterų įvertino puikiai arba gerai (49 proc.). 27 proc. moterų pagalbą joms teiktą pogimdyviniu laikotarpiu įvertino vidutiniškai, 10 proc. – blogai ir net 14 proc. įvertino labai blogai.

Moterų su negalia apklausos rezultatai rodo, kad neigiamos medikų nuostatos moterų su negalia atžvilgiu vis dar išlieka problema: 22 proc. respondenčių sulaukė nemalonių komentarų ir nediskretiškų klausimų iš savo gydytojų, abejojančių moterų gebėjimais, 8 proc. buvo abejojama galimybėmis tapti mama, šios galimybės buvo nuvertintos, o dar 8 proc. buvo primygtinai skatinamos nepastoti. Visgi, didesnė dalis gydytojų buvo neutralūs arba aktyviai palaikantys (44 proc. ir 28 proc.).

Fokusuotų grupių diskusijos su gydytojais akušeriais ginekologais ir rezidentais parodė, kad labiausiai medikai pasigenda žinių apie paslaugų prieinamumo užtikrinimo žmonėms su negalia praktikas, t. y., kaip organizuoti vizitą skirtingas negalias turintiems žmonėms, kokios organizacijos gali teikti asistavimo ar kitos pagalbos paslaugas.

Taip pat trūksta žinių apie skirtingas negalias ir bendravimo etiketą, ypač žmonėmis su psichosocialine ir/ar intelekto negalia. Tuo metu medicinos srityje didžioji dalis medikų poreikio kelti kompetencijas nemato, nes jaučiasi gaunantys pakankamai žinių tarpsekrotinėse konferencijose, taip pat visada gali konsultotis su kolegomis iš kitų sričių.

Medikai taip pat mato riziką, kad klaidingi įsitikinimai ar nuostatos gali lemti konsultacijų moterims su negalia kokybę, pavyzdžiui nuvertinant moterų su negalia lytinio gyvenimo egzistavimą, moterų su negalia galimybes turėti vaikų, rekomenduojant kontracepcijos būdus. Ši rizika taip pat buvo patvirtinta tyrimo dalyvių užpildžiusių internetinę tyrimo

anketą. Didžiausią neigiamų nuostatų riziką medikai mato konsultuojant moteris su intelekto ir/ar psichosocialine negalia.

Rekomendacijos

Vertinant duomenis, rodančius, kad egzistuoja rizika, jog moterys su negalia rečiau lankosi pas reprodukcinės sveikatos specialistus, būtina šviesti bendrosios praktikos gydytojų bendruomenę, siekiant didesnio dėmesio moterų su negalia reprodukcinės sveikatos priežiūrai. Bendrosios praktikos gydytojai turi būti informuoti apie šias rizikas ir skirti didesnę dėmesį moterų su negalia paskatinimui lankytis pas ginekologus profilaktiškai taip pat dalyvauti prevencinėse programose.

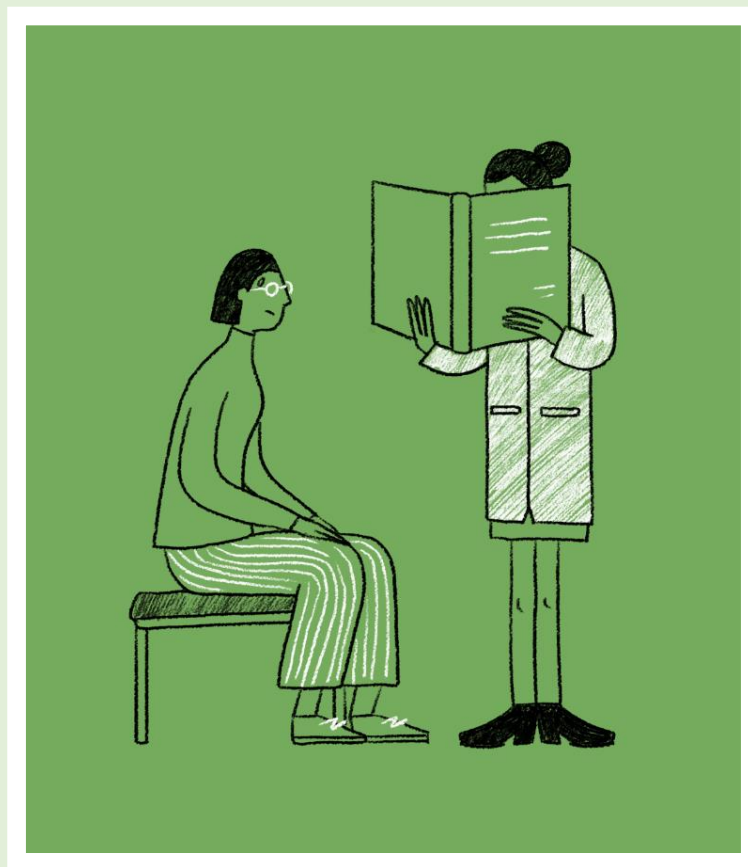
Būtina siekti, kad visos sveikatos įstaigos, taip pat ir teikiančios reprodukcinės sveikatos priežiūros paslaugas, turėtų bent dalį prieinamų patalpų ir bent dalį prieinamos visos reikalingos įrangos. T. y., jei senos statybos pastatai negali būti visiškai pritaikyti, jie turi turėti bent dalį apžiūros kabinetų, palatų, sanitarinių mazgų, kurie būtų prieinami žmonėms su negalia, taip pat ir įrangos – bent vieną prieinamą kėdę, svarstyklės ir kt. Paslaugų neprieinamumas yra diskriminacijos forma ir žmonių su negalia teisių pažeidimas taip pat nepaisymas teisės aktų, užtikrinančių teisę visiems piliečiams naudotis valstybės teikiamomis paslaugomis.

Viena iš galimų prieinamumo užtikrinimo praktikų – papildoma negalios arba individualių poreikių grafa pacientų registravimo sistemoje, kurioje būtų pažymimi komunikacijos, fizinės aplinkos prieinamumo, asistavimo ir kiti individualūs poreikiai. Matant šiuos poreikius jau prieš vizitą būtų galima užsitikrinti papildomą personalą, nusimatyti daugiau laiko konsultacijai ar pasiruošti įrangą, reikalingą pasijungti su, pavyzdžiui, vertėjais į gestų kalbą.

Tiek moterų su negalia, tiek medikų(-ių) patirtys rodo, kad yra reikalingi gydytojų bendruomenei skirti mokymai apie skirtingų negalių potencialius poreikius medicinos sektoriuje bei būdus šiems poreikiams atliepti. Taip pat būtina užmegzti bendradarbiavimą su kitomis socialinių paslaugų organizacijomis arba nevyriausybinėmis negalios organizacijomis, kurios taptų prieinamumo užtikrinimo partneriais (pvz., bendraujant su intelekto negalią turinčiais žmonėmis, kai reikalingas vertimas į gestų kalbą, asistavimas, kai kyla įtarimų dėl galimo smurto artimoje aplinkoje ir kt.).

Vertinant didesnę moterų su negalia riziką patirti smurtą artimoje aplinkoje ir gydytojų patirtis konsultuojant moteris, priklausančias nuo savo artimųjų, akivaizdu, kad medikams būtina suteikti žinių apie su negalia susijusį smurtą, pagrindinius jo ženklus, taip pat būdus, kaip su paciente galima bendrauti be artimųjų pagalbos.

Moterys su intelekto ir/ar psichosocialine negalia medikų įvardijamos kaip grupė, su kuria dirbant kyla daugiausiai klausimų ir iššūkių, taip pat pripažįstama didžiausia rizika, kad konsultacijos gali būti paveiktos neigiamų nuostatų. Būtų svarbu gydytojams suteikti mokymus būtent apie šias dvi negalios situacijas, apie šias negalias turinčių žmonių patiriamą sistemine diskriminaciją, smurto, išnaudojimo ir priešiško jėms riziką, ydingus stereotipus jų atžvilgiu. Taip pat apie informacijos ir komunikacijos metodus, įrankius, formatus, leidžiančius bendrauti su moterimis joms priimtinais būdais, bei organizacijas, specialistus, kurie gali padėti, kai gydytojams sunku užmegzti kontaktą su pacientėmis tiesiogiai, kai neaišku, ar jos pilnai supranta ir laikosi gydymo plano.



Literatūros sąrašas

1. Jungtinių Tautų konvencija dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims, <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.25227?jfwid=rivwzvpgv>>.
2. Europos Tarybos konvencija dėl smurto prieš moteris ir smurto artimoje aplinkoje prevencijos ir kovos su juo (Stambulo konvencija), <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/517d7b226ec911e89bb0cb50d0500eab?jfwid=6m4099ke4>>
3. Jungtinių Tautų žmonių su negalia teisių konvencija, <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.335882>>.
4. LR pagalbinio apvaisinimo įstatymas, <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/f31c44c27bd711e6a0f68fd135e6f40c/asr>>.
5. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl nėštumo nutraukimo paslaugų organizavimo ir teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.14276/asr>>.
6. Europos lyčių lygybės institutas, Reprodukcinės teisės, <https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1179?language_content_entity=en>.
7. JT žmonių su negalia teisių komitetas, Baigiamosios pastabos dėl pirminės Lietuvos ataskaitos. Jungtinių Tautų organizacija, 2016 m., Vertimas į lietuvių kalbą <<http://www.ndt.lt/neigaliuju-teisiu-konvencija/neigaliuju-teisiu-komiteto-rekomendacijos-lietuvai-4/>>.
8. Lygių galimybių plėtros centras, Visuomenės požiūrio ir nuostatų negalios paveiktų moterų atžvilgiu tyrimas, 2021 ., <<https://gap.lt/wp-content/uploads/2021/01/Visuomenės-požiūrio-ir-nuostatų-negalios-paveiktų-moterų-atžvilgiu-tyrimas.pdf>>
9. Rugilė Kančaitė, Kristina Jarienė, Algirdas Jaras, „Lietuvos akušerių-ginekologų patirtis, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientėms, turinčioms negalią“, žurnalas Lietuvos akušerija ir ginekologija, 2021 m. kovas XXIV, Nr. 1.

10. Smeltzer S. (2006) Preventive health screening for breast and cervical cancer and osteoporosis in women with physical disabilities. *Family and Community Health*. 29(1):35-43.
11. Nosek MA, Howland CA. (1997) Breast and cervical cancer screening among women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 12(5):39-44.
12. Mosher W, Bloom T, Hughes R, Horton L, Mojtabai R, Alhusen JL. (2017) Disparities in receipt of family planning services by disability status: New estimates from the National Survey of Family Growth. *Disability and Health Journal*. 10(3):394-9.
13. Gavin NI, Benedict MB, Adams EK. (2006) Health service use and outcomes among disabled Medicaid pregnant women. *Womens Health Issues*. 16(3):13–22.
14. Taouk LH, Fialkow MF, Schulkin JA. (2018) Provision of reproductive healthcare to women with disabilities: A Survey of obstetrician-gynecologists' training, practices, and perceived barriers. *Health Equity*, 2(1):207-15.
15. Lietuvos negalios organizacijų forumas, Motinystė ir negalia Lietuvoje, <<https://www.lnf.lt/motinyste-ir-negalia-lietuvoje-vis-dar-daugiau-stigmos-nei-pagalbos>>
16. Andrews, D., Nonnecke, B., Preece, J. (2007) Conducting Research on the Internet: Online Survey Design, Development and Implementation Guidelines. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 16(2), 185–210. <https://auspace.athabascau.ca/handle/2149/1336>>
17. Braun, V., Clarke, V., Boulton, E., Davey, L., McEvoy, C. (2021). The online survey as a qualitative research tool. *International Journal of Social Research Methodology*, 24(6), 641–654. <<https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1805550>>