MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ANŽELA DVILEVIČ

ĮGYVENDINAMOS LIETUVOS NACIONALINĖS IMUNOPROFILAKTIKOS PROGRAMOS 2009 – 2013 m. VERTINIMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas:

Doc. dr. V. Dumbliauskas

VILNIUS, 2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ĮGYVENDINAMOS LIETUVOS NACIONALINĖS IMUNOPROFILAKTIKOS PROGRAMOS 2009 – 2013 m. VERTINIMAS

Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas

Studijų programa: 621L22004

Vadovas:

Doc. dr. V. Dumbliauskas

2013-03-

Recenzentas:

Atliko:

SPV mns 1-01 gr. stud.

A. Dvilevič

2013-03-

VILNIUS, 2013

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

FACULTY OF POLITICS AND MANAGEMENT

INSTITUT OF POLITICS

ANŽELA DVILEVIČ

EVALUATION OF THE LITHUANIAN NATIONAL IMMUNISATION PROGRAM IN 2009-2012 IMPLEMENTATION

Master's Work

Supervisor

Prof. dr. V. Dumbliauskas

VILNIUS, 2013

TURINYS

ĮVADAS 9
1. VIEŠOSIOS POLITIKOS VERTINIMAS 12
1.1. Viešosios politikos vertinimo samprata 12
1.2. Viešosios politikos vertinimo kriterijai 15
1.3. Viešosios politikos vertinimo teoriniai požiūriai 17
1.4. Viešosios politikos programų vertinimo organizavimas 20
1.5. Lietuvos programų vertinimo sistema 22
1.5.1. Nacionalinių vertinimo priemonių posistemė 23
1.5.2. ES paramos vertinimo posistemė 24
1.5.3. Veiklos audito posistemė 26
1.5.4. Kitos vertinimo priemonės 27
2. LIETUVOS IMUNOPROFILAKTIKOS PROGRAMOS SISTEMA 29
2.1. Imunoprofilaktikos programos raida 29
2.2. Lietuvos imunoprofilaktikos organizavimo reglamentavimas 32
2.3. Vaikų profilaktinių skiepijimo kalendoriaus kaita ir pagrindiniai aspektai 35
3. LIETUVOJE ĮGYVENDINAMOS NACIONALINĖS IMUNOPROFILAKTIKOS PROGRAMOS 2009-2013 METŲ TARPINIS VERTINIMAS 39
4. TYRIMO METODOLOGIJA 64
5. TYRIMO REZULTATAI 67
5.1. Anketinio tyrimo rezultatai 67
5.1.1. Demografinių rodiklių pasiskirstymas 67
5.1.2. Respondentų nuomonė apie naujų vakcinų įtraukimą į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą 70
5.1.3. Respondentų skiepijimas nuo vakcinomis valdomų ligų 77
5.1.4. Respondentų nuomonė apie vakcinas 79
5.2. Žodinė apklausa su VšĮ „Naujinkų poliklinikos" sveikatos priežiūros specialistais atsakingais už imunoprofilaktikos vykdymą poliklinikoje 84
IŠVADOS 88
REKOMENDACIJOS 90
LITERATŪRA 91
ANOTACIJA 98
ANNOTATION 99
SANTRAUKA 100
SUMMARY 103

PRIEDAI 106

LENTELĖS

1 lentelė. Vertinimo apibrėžimų dimensijos 13
2 lentelė. Vertinimo teoriniai požiūriai 19
3 lentelė. Skiepijimų valdomos užkrečiamos ligos 1993-2003 m. 100 tūkst. gyv. 31
4 lentelė. Vaikų profilaktinių skiepų kalendoriaus pasikeitimai Lietuvoje 1993-2004 m. 36
5 lentelė. Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorius (2007 m.) 37
6 lentelė. Vokietijos vaikų vakcinacijos schema 2010 metų 39
7 lentelė. Lietuvos skiepijimo apimčių dinamika 2005-2011 m. 41
8 lentelė. Gripo ir ŪVKTI atvejų skaičius penkių gripo sezonų metu 2007-2012 m.(absoliutūs skaičiai) 58
9 lentelė. Sergančiųjų pneumokokine infekcija pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2005-2011 m. 61
10 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų atsakymai į klausimą „kokias naujas vakcinas rekomenduotumėte įtraukti į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą“ 72
11 lentelė. Respondentų nuomonė, dėl kokių priežasčių nereikėtų įtraukti žpv ir (ar) pneumokokinės vakcinas į vaikų skiepų kalendorių 76
12 lentelė. Respondentų nuomonė apie vakcinas 80

PAVEIKSLAI

1 pav. Biudžeto programų kompleksinio vertinimo principinė schema 24
2 pav. Imunoprofilaktikos organizavimo Lietuvoje schema 34
3 pav. Skiepijimo apimtys pagal administracines teritorijas 2011 m 42
4 pav.Vaikų (0-17 m.) sergamumas tuberkulioze 1998-2010 m. 43
5 pav. BCG (naujagimiai) skiepijimo apimčių tendencija 2001-2011 m. 44
6 pav. Lietuvos suaugusiųjų sergamumoTBC dinamika 1998-2012 m. (100 000 gyv.) 45
7 pav. Sergamumo kokliušo, difterijos, naujagimių stabligės dinamika 2006-2012 m. 46
8 pav. Sergamumo kokliušu, difterija, naujagimių stabligės atvejų skaičius 100 tūkst. gyventojų 2009-2012 m. 47
9 pav. Lietuvos Haemophilus influenzae B tipo infekcijos palyginamoji sergamumo dinamika 2006-2012 m. 49
10 pav. Daugiametė sergamumo raudonukės dinamika Lietuvoje 2002-2011 m. 50
11 pav. Daugiametė sergamumo tymais dinamika Lietuvoje 2002-2011 m. 51
12 pav. Daugiametė sergamumo epideminio parotito dinamika Lietuvoje 2002-2011 m. 52
13 pav. Sergamumo ūminiu hepatitu B tendencijos Lietuvoje 1995-2006 m. 53
14 pav. Sergamumas ūminiu hepatitu B pagal amžių Lietuvoje 1996-2006 m. 54
15 pav. Bendras ir vaikų (0-17m.) sergamumo nuo HB dinamika 2006 –2012 m. 54
16 pav. Mokama ir nemokama gripo vakcina paskiepytų asmenų skiepijimo apimtys pagal apskritis, 2011 – 2012 m. gripo sezonu 59
17 pav. Sezoninio gripo rizikos grupių vakcinacijos apimtys Lietuvoje 2007-2012 m. 59
18 pav. Mirčių skaičiaus pasiskirstymas pagal amžiaus grupes gripo sezono metu (2009-2011 m.) 60
19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo profesiją 67
20 pav. Respondentų amžiaus grupės, % 67
21 pav. Sveikatos priežiūros specialistų profesijų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 68
22 pav. Respondentų darbo stažas, proc. 69
23 pav. Sveikatos priežiūros specialistų specializacijos darbo stažo atžvilgiu 69
24 pav. Respondentų nuomonė, ar būtina skiepyti vaikus ir suaugusius, proc. 70
25 pav. Į klausimą, ar būtina skiepyti suaugusius ir vaikus atsakiusiųjų sveikatos priežiūros specialistų specializacijų palyginimas 71
26 pav. Respondentų nuomonė apie naujų vakcinų įtraukimą į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą 72
27 pav. Respondentų nuomonė apie būtinumą skiepyti rizikos grupėje esančius žmones nuo gripo ir pneumokokinės infekcijų, proc. 73

28 pav. Nuomonė apie būtinimumą skiepyti rizikos grupėje esančius žmones nuo gripo ir pneumokokinės infekcijų, priklausomai nuo sveikatos priežiūros specialistų profesijos 74
29 pav.Respondentų nuomonė apie būtinimą įtraukti į skiepų kalendorių žmogaus papilomos viruso ir pneumpokokinės infekcijos vakcinas, proc. 75
30 pav. Skirtingų specializacijų sveikatos priežiūros specialistų požiūris į žmogaus papilomos viruso ir pneumokokinės vakcinų įvedimo į vaikų skiepų kalendorių 75
31 pav. Respondentų skiepijimas nuo gripo, proc. 77
32 pav. Skiepijimai nuo gripo priklausomai nuo sveikatos priežiūros specialisto specializacijos 78
33 pav. Respondentų nesiskiepijimo nuo gripo priežastys 78
34 pav. Respondentų skiepijimas nuo vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų, proc. 79
35 pav. Respondentai, kurie skaitė informaciją apie skiepų žalą, proc. 82
36 pav. Informacijos skaitymas apie skiepų žalą priklausomai nuo respondentų specializacijos 82
37 pav. Respondentų atsakymas į klausimą „ar informacija apie skiepų žalą turėjo įtakos tolimesniam sprendimui skiepytis“, abs. sk. 83
38 pav. Skirtingų specializacijų sveikatos priežiūros specialistų atsakymai į klausimą, „ar informacija apie skiepų žalą turėjo įtakos tolimesniam sprendimui skiepytis“ 83

SANTRUMPOS

ES – Europos Sąjunga

LR – Lietuvos Respublika

EK –Europos Komisija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SP – Sveikatos programa

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

LR SAM – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

BCG – tuberkuliozės vakcina

HB arba HepB –hepatito B vakcina

DTaP – kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės vakcina

Hib – B tipo *Haemophilus influenzae* infekcijos vakcina

Td –difterijos, stabligės (suaugusiųjų) vakcina

IPV – inaktyvuota poliomielito vakcina

MMR – tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina

PCV – pneumokokinė infekcija konjuguota vakcina

MenC – konjuguota meningokokinė vakcina

Var – vėjaraupių vakcina

HPV – žmogaus papilomos viruso vakcina

ŽPV – žmogaus papilomos viruso vakcina

HbsAg – Hepatito B viruso paviršiaus antigenas

proc. – procentas

TB – tuberkuliozė

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

ŪVKTI – ūminės viršutinės kvėpavimo takų infekcijos

tūkst. –tūkstančiai

gyv. – gyventojai

ĮVADAS

Temos aktualumas. Imunizacija yra viena iš veiksmingiausių visuomenės sveikatos intervencijų. Lyginant su kitomis priemonėmis, išskyrus saugaus vandens teikimą, imunoprofilaktika yra veiksmingiausia priemonė pasaulyje, kuri mažina gyventojų mirtingumą bei didina populiacijos mastus.[1] Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis apskaičiuota, kad imunizacijos pagalba kiekvienais metais išvengiama nuo dviejų iki trijų milijonų mirčių.[2] Imunoprofilaktikos pagalba daugiau kaip prieš 200 metų nuo E. Dženerio laikų yra valdoma 10 svarbiausių užkrečiamųjų infekcinių ligų.[3] Vieni iš svarbiausių imunizacijos laimėjimų pasaulyje yra raupų išnaikinimas (1970 m.) bei 2002 metais Europos regiono sertifikavimas kaip „laisvas nuo poliomielito sukėlėjo“.[4]

Vakcinomis valdomas ligas galima suvaldyti tik sukūrus kolektyvinį imunitetą. Kolektyvinio imuniteto sukūrimas priklauso nuo Nacionalinės imunoprofilaktikos programos vykdymo efektyvumo bei visuomenės požiūrio į skiepus.

Šiame darbe bus vertinamas Lietuvos Nacionalinė imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. tikslų ir uždavinių pasiekimo laipsnis. Sveikatos programų vertinimas reikalingas tam, kad būtų tobulinamos programos, racionaliai naudojamos skirtos programai lėšos bei įvertinti kaip programa paveikė visuomenę, jos nuomonę.

Temos ištirtumas. Sveikatos programų vertinimas yra pakankamai nauja tema. Lietuvoje programų vertinimas labiausiai siejamas su Europos Sąjungos reikalavimų įgyvendinimu. Lietuvoje yra atlikti ES struktūrinės paramos sveikatos programų vertinimai: 2007 m. „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija“, „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų traumas patyrusiems pacientams, optimizavimo galimybių studija“; 2008 m. „Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas“ ir „Kardiologinės sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros (šeimos gydytojų) paslaugų, teikiamų ES lėšomis modernizuotų sveikatos priežiūros įstaigų, kokybės ir prieinamumo įvertinimo tyrimas“; 2009 m. „Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mirtingumo sumažėjimo paramą gavusiuose regionuose tyrimas“; 2011m.

---

[1] Žagminas K. ir kiti. Tėvų požiūris į vaikų skiepijimą // Medicina (Kaunas). – 2007, Nr. 43(2), p. 161. <http://medicina.kmu.lt/0702/0702-11l.pdf.> [žiūrėta 2012-10-15].

[2] Элиминация кори и краснухи и предупреждение врожденной краснушной инфекции. Стратегический план 2005 – 2010 гг. Европейского региона ВОЗ. ВОЗ. – 2005, p. 1. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/79030/E87772R.pdf> [žiūrėta 2012-11-20].

[3] Ten pat.

[4] Элиминация кори и краснухи и предупреждение врожденной краснушной инфекции. Стратегический план 2005 – 2010 гг. Европейского региона ВОЗ. – 2005, p.1.

„Sveikatos sistemos pertvarkos poveikio 2007-2013 m. ES struktūrinei paramai vertinimas“. Vertinimai buvo atlikti nepriklausomų ekspertų pagal įvarius vertinimo kriterijus.[5]

2008 m. Sveikatos apsaugos ministerijos buvo atliktas tarpinis įgyvendinamos sveikatos programos vertinimas. Buvo vertinami Lietuvos gyventojų demografiniai rodikliai ir sveikatos pokyčiai 1998–2007 metų laikotarpyje. Sveikatos programoje buvo nagrinėjama ir imunoprofilaktika, t.y. skiepijimo apimtys nuo tuberkuliozės, difterijos, stabligės, kokliušo, poliomielito, tymų, raudonukės, epideminio parotito bei hepatito B 2005-2007 m.

Apie sveikatos programos įgyvendinimo vertinimą analizuojama I. Misevičienės, J. Klumbienės, A. Tamošiūno mokymo knygoje „Konceptualus sveikatos programos vertinimo modelis“, kurioje siūloma įgyvendinamas programas vertinti pagal sekančius aspektus: proceso įvertinimas, apimantys sveikatos politiką, įstatyminę bazę, rinkodarą ir organizacinę raidą, žiniasklaidą ir visuomenės sveikatos mokymą, visuomenės mobilizavimą, rekomendacijas, profesinį mokymą ir stebėseną.[6]

Darbo naujumas. Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009-2013 m. programą ištirti yra aktualu, nauja bei svarbu. Nes sėkmingai įgyvendinant imunoprofilaktikos programą užkirsime kelią plintančioms infekcinėms ligoms.

Problema. Didžiausios problemos Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje 2009-2013 m. yra skiepijimo apimčių mažėjimas bei naujų vakcinų neįvedimas į vaikų skiepų kalendorių.

Objektas – Lietuvos Nacionalinė imunoprofilaktikos programa 2009-2013 m.

Hipotezė – vykdomos Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. tikslai ir uždaviniai nevisiškai įgyvendinti.

Darbo tikslas – įvertinti Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. įgyvendinimą.

Darbo uždaviniai:

1. remiantis moksline literatūra išanalizuoti ir apibendrinti viešosios politikos vertinimo sampratą, kriterijus ir teorinius požiūrius;
2. remiantis moksline literatūra išanalizuoti Lietuvos imunoprofilaktikos programų ir vaikų skiepų kalendoriaus raidą;
3. atlikti tarpinį įgyvendinamos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. rezultatyvumo vertinimą;

[5] ES struktūrinė parama. Sveikatos apsaugos vertinimo ataskaitos.<http://www.esparama.lt/vertinimo-ataskaitos#7%20sveikat.%20apsauga> [žiūrėta 2012-04-03].

[6] Misevičienė I., Klumbienė J., Tamošiūnas A. Konceptualus sveikatos programos vertinimo modelis: (Mokymo knyga). – Kauno medicinos universitetas Profilaktinės medicinos katedra. 2002, p. 4.

4. ištirti VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrį į skiepijimą;

5. išanalizuoti kaip VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros darbuotojai, atsakingi už imunoprofilaktikos vykdymą, vertina įgyvendinamąją Nacionalinę imunoprofilaktikos programą 2009-2013 m.

Tyrimo metodai.

1. Mokslinės literatūros, dokumentų ir teisės aktų analizė.

2. Anketos ir žodinės apklausos klausimų sudarymas, siekiant sužinoti tyrimui būtinus duomenis.

3. Pilotinė respondentų apklausa.

4. Kiekybinis tyrimo metodas: VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistų anketinė apklausa apie skiepus.

5. Kokybinis tyrimo metodas: pusiau struktūruota VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistų, atsakingų už imunoprofilaktikos vykdymą, žodinė apklausa.

6. Duomenų suvedimui ir statistinei analizei buvo panaudota „Microsoft Office Excel 2010“ ir „SSPS for Windows 17.0“ (*SPSS, Inc., USA)* versijos statistinė programa. Tyrimo duomenų ir rezultatų lentelės ir grafikai buvo padaryti naudojant „Microsoft Word 2010” ir „Microsoft Excell 2010” programomis.

Darbo struktūra. Magistrinį darbą sudaro įvadas, penki skyriai, išvados ir rekomendacijos. Pirmajame skyriuje „Viešosios politikos vertinimas“ analizuota viešosios politikos programų vertinimo samprata, vertinimo kriterijai, apžvelgti vertinimo teoriniai požiūriai, vertinimo organizavimo ypatumai ir Lietuvos programų vertinimo sistema. Antrajame skyriuje „Lietuvos imunoprofilaktikos sistema“ analizuojama imunoprofilaktikos ir vaikų skiepų kalendoriaus raida, imunoprofilaktikos teisinis reglamentavimas ir organizavimas Lietuvoje. Trečiajame skyriuje „Lietuvoje įgyvendinamos Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009-2013 m. tarpinis vertinimas” atliktas tarpinis įgyvendinamos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. vertinimas pagal rezultatyvumo kriterijų. Ketvirtame skyriuje pateikta metodologinė magistrinio darbo dalis. Penktame skyriuje bandoma atskleisti VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į skiepus ir medicinos darbuotojų atsakingų už imunoprofilaktikos vykdymą poliklinikoje nuomonę apie vykdomą imunoprofilaktikos programą. Darbas baigiamas išvadomis ir pateikiamomis rekomendacijomis Sveikatos apsaugos ministerijai ir VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ vadovui.

1. VIEŠOSIOS POLITIKOS VERTINIMAS

1.1. Viešosios politikos vertinimo samprata

Vertinimo sąvoką galima rasti daugumoje mokslo šakų – medicinoje, politikoje, edukologijoje, vadyboje, matematikoje ir kt.[7] Kiekvieną dieną žmogus vertina įvairius dalykus, t.y. darbo pasiūlymus, prekes, laiko praleidimo būdus.[8] Vertinimas visuomenėje suvokiamas įvairiai ir naudojamas nevienodiems tikslams. Todėl vertinimas turi skirtingų apibrėžimų ir vertinimo suvokimų.[9]

Anglosaksų tradicijoje vertinimas apibūdinamas žodžiais – *„evaluation“ ir „assessment“*. *„Evaluation“* sąvoka naudojama vertinimui, kontrolei, politinių reformų, socialinių sistemų reguliavimams apibūdinti. Šiuo vertinimu dažniausiai nagrinėjamos vertinimo objekto stipriosios ir silpnosios pusės. Antras žodis *„assessment“* apibūdinamas kaip poveikio vertinimas. Vokiškoje tradicijoje vertinimas apibrėžiamas kaip *„erfolgkontrole“* arba *„inspection“* ir reiškia veiklos arba juridinių sprendimų kontrolę.[10] Prancūzų tradicijoje vertinimas apibrėžiamas kaip „evaluer“, jo reikšmė yra vertinimo objekto vertės nustatymas. [11]

Mokslinėje literatūroje yra labai daug vertinimo apibrėžimų, kurių samprata priklauso nuo įvairių aplinkybių, t.y. vertinimo tikslo, vertinimo objekto, vertinimo tipo, teorijos, viešojo valdymo srities (švietimo, sveikatos, socialinė politikos) ir t.t.[12] Toliau bus aptariamos įvairių mokslininkų, Europos Sąjungos, Lietuvos ir kitų institucijų dokumentuose apibrėžtų vertinimo sampratos.

Pasak Tyler R., vieno iš pirmųjų mokslininkų, kuris tyrinėjo vertinimo problemas viešajame sektoriuje, vertinimas yra procesas, kurio tikslas yra „validuoti vykdomosios veiklos hipotezes“. Anot kito autoriaus, T.Cook'o, vertinimas yra tyrimo metodų taikymas įvertinant vertinamąjį objektą, jo aplinką ir įtraukiant suinteresuotas grupes. Kiti mokslininkai (M.Scriven, R. Stake, R. Wolf) mano, kad vertinimas yra nukreiptas į vertintojo vaidmenį. [13]

P. Dahler-Larsenas vertinimo apibrėžimą suskirstė į keturias dimensijas: pirmojoje vertinimo apibrėžime svarbiausia yra žinių dimensija; antroje – vertinimas apibrėžiamas kaip vertingumo samprata, kuriame analizuojama vertinamojo objekto vertė ir nuopelnai; trečioje – panaudojimo

---

[7] Segalovičienė I. Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai // Viešoji politika ir administravimas. – 2011, T 10, Nr.3, p. 438.
[8] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 7.
[9] Dvorak J. Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje: diegimas, mastas ir reikšmingumas: daktaro disertacija. – Kaunas, 2011, p. 25. <http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2011~D_20111122_092627-49436/DS.005.0.01.ETD> [žiūrėta 2012-02-02].
[10] Ten pat.
[11] Segalovičienė I. Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai // Viešoji politika ir administarvimas. – 2011, T 10, Nr.3, p. 438.
[12] Ten pat.
[13] Ten pat.

dimensija, kuri bus naudojama priimant sprendimus, paskutinė „evaluandas“ – vertinimą apibūdina kaip vertinimo objektą (1lentelė).[14]

1 lentelė. Vertinimo apibrėžimų dimensijos [15]

I	**Žinių dimensija** (daugelyje apibrėžimų pažymima, kad vertinimas yra sistemingas)	**Panaudojimo dimensija** (tikimasi, kad turės svarbos ateityje praktinėms situacijoms spręsti)	III
II	**Vertingumo dimensija** (vertės ir nuopelnų įvertinimas)	**Evaluandas** (išeiga, pasekmės, administravimas)	IV

Šaltinis: Dvorak J. Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje: diegimas, mastas ir reikšmingumas: daktaro disertacija. – Kaunas, 2011, p. 25.

Pasak J. Dvorak, „viena trivialiausių vertinimo definicijų teigia, kad „vertinimas – tai sistemingas tam tikro objekto vertingumo ir nuopelnų įvertinimas. Vertinimas yra sistemingas informacijos įgijimas ir įvertinimas, pateikiantis naudingą grįžtamąjį ryšį apie tam tikrą objektą“ “. Iš apibrėžimo galime pastebėti, kad vertinimas apima objekto vertingumą bei nuopelnų įvertinimą.[16]

Svarbus indelis vertinimo diskurse visame pasaulyje atitenka viešajam sektoriui, kurį plėtoja tarptautinės organizacijos: Jungtinės tautos, Pasaulio bankas, Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija ir Europos Sąjunga.[17]

Pasaulio banko dokumentuose vertinimas apibrėžiamas kaip duomenų rinkimas ir jų analizė, kurių pagalba yra įvertinama ar projektas, programa, viešoji politika yra įgyvendinama pagal siekiamus rezultatus.[18]

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos pateiktame žodyne vertinimas apibrėžiamas kaip: „sisteminis ir objektyvus vykdomos ar baigtos vykdyti politikos, programos ar projekto modelio, įgyvendinimo proceso ir rezultatų įvertinimas“. Vertinimo tikslai aiškinami skirtingai. Vienu atveju tai siekis įvertinti tikslų tinkamumą ir įvykdymą, kitu atveju tai poveikio plėtojimas, tvarumo, veiksmingumo ir efektyvumo. [19]

Jungtinių Tautų vertinimo definicija yra deklaruota 2005 metais balandžio 29 dieną Jungtinių Tautų vertinimo grupės parengtame dokumente: *Vertinimo normos Jungtinių Tautų sistemoje.*

[14] Dvorak J. Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje: diegimas, mastas ir reikšmingumas: daktaro disertacija. – Kaunas, 2011, p. 26.
[15] Ten pat.
[16] Ten pat.
[17] Segalovičienė I. Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai // Viešoji politika ir administravimas. – 2011, T 10, Nr.3, p. 440.
[18] Ten pat.
[19] Ten pat, p. 441.

Vertinimo normomis siekiama pagerinti vertinimo kokybę, palengvinti visos sistemos bendradarbiavimą, sudaryti vieningą vertinimo sistemą.[20]

Jungtinių tautų dokumente nurodoma, kad vertinimo tikslas yra suprasti kodėl ir kokiu mastu buvo pasiekti planuoti rezultatai ir kokį poveikį jie turėjo suinteresuotosioms šalims. Pasak Jungtinių Tautų vertinimo grupės, vertinimas tai organizacijos veiklos duomenų šaltinis. Be to, vertinimo pagalba įgaunama žinių, prisidedama prie mokymosi proceso ir skatinama atsakomybė.[21]

Dokumente minima, kad vertinimas tai nuodugnus siekiamų ir gautų rezultatų, išorinių veiksnių, priežasties ir poveikio ryšio analizė, programų, projektų ir kt. vertinimo objektų efektyvumo, veiksmingumo, poveikio ir tvarumo įvertinimas. Vertinimas padeda ne tik analizuoti tam tikras programas, strategijas, bet ir prisideda prie organizacijos politikos. [22]

Europos Sąjungos dokumentuose vertinimas apibūdinamas kaip procesas, kurio rezultatas yra tam tikros veiklos įvertinimas.[23] Veikla vertinama pagal sekančius kriterijus: tinkamumą, efektyvumą, tvarumą, poveikį, rezultatyvumą ir naudingumą.Vertinimo metu dažniausiai yra vertinami programos ar jos dalies tikslų ir uždavinių pasiekimo laipsnis arba jos produktai, rezultatai ir poveikis. Taip pat nustatomi produktams, rezultatams ir poveikiui tam tikri stebėsenos rodikliai, o tikslai ir uždaviniai pateikiami skaičiais. [24]

Šiuolaikinėje mokslinėje literatūroje galima aptikti tris pagrindines sroves, kurios skirtingai aiškina vertinimą. Pirmieji skiria didžiausią dėmesį įprasminimui. Programų vertinimo atveju vertintojai analizuoja jų poveikį. Viena iš ryškiausių atstovų yra D. Campbell. Antrieji (pvz., E. G. Guba, Y. S. Lincoln) išskiria vertybines nuostatas susijusias su programų kūrimu ir įgyvendinimu. Tretieji apjungia 2 požiūrius ir skiria vienodą dėmesį prasmei ir vertybėms. Šios srovės vieni iš atstovų – Henry 1998, Alkin, Christie 2004.[25]

Socialiniuose moksluose vertinimas turi platųjį ir siaurąjį apibrėžimus. Platusis apima bet kokį grįžtamojo ryšio/tyrimo formą, taikoma įvairiems procesams (pvz. audite), siaurasis apibrėžimas kalba

---

[20] Segalovičienė I. Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai // Viešoji politika ir administravimas. – 2011, T 10, Nr.3, p. 441.

[21] Нормы оценки в системе ООН. <http://www.uneval.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc_id=21> [žiūrėta 2012-01-15].

[22] Ten pat.

[23] Segalovičienė I. Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai // Viešoji politika ir administravimas. – 2011, T 10, Nr. 3, p. 441.

[24] Nekrošius V. ir kiti. Ką, kaip ir kodėl vertiname? Trumpai apie Europos Sąjungos finansuojamų programų vertinimą. Lietuvos Respublikos Finansų ministerija. 2007, p. 6. <http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Leidinys_KA_KAIP_IR_KODEL_VERTINAME.pdf> [žiūrėta 2012-01-20].

[25] Moskvina J. Aktyvios darbo rinkos politikos priemonių vertinimas. Probleminiai klausimai // Filosofija. Sociologija. – 2008, T. 19, Nr. 4, p. 2. < http://archive.minfolit.lt/arch/16501/16696.pdf> [žiūrėta 2012-02-05].

apie tam tikros viešosios politikos vertės analizę. Kaip teigia R. Vilpišauskas, V. Nekrošius, vertinimas taip pat apibūdinamas kaip „programos pasekmių palyginimas su iškeltais uždaviniais“.[26]

Pasak R. Vilpišausko, V. Nekrošiaus, „vertinimu laikoma viešosios politikos ar jos sudedamosios dalies vertės analizė, skirta viešajai politikai tobulinti ir už ją atsiskaityti“. Šis apibrėžimas apima: vertinimo objektą, tikslą ir rezultatus. *Vertinimo objektas* – viešoji politika arba jos dalis (programos, sprendimų projektai). *Vertinimo tikslas* „yra politikos vertės nustatymas pagal tam tikrus kriterijus (pvz., sunaudotų išteklių ir pasiektų rezultatų santykį, tikslų ir uždavinių pasiekimo laipsnį)“. *Vertinimo rezultatai* turėtų būti naudojami sprendimų priėmimo metu viešosios politikos turiniui ar procesui tobulinti ir už ją atsiskaityti“.[27]

Vertinimas gali būti apibrėžtas ir per uždavinius:

- tobulinti viešąją politiką (viešosios politikos turinio ar proceso vertinimas);
- vertinimas atskaitomybei (t.y. toks vertinimas kai atsiskaitoma už rezultatus įstatymų leidžiamajai valdžiai, piliečiams ir kt.);
- plėtrai ar reformai (vertinimas kaip institucijų stiprinimo ar reformos priemonė);
- žinojimui (tam tikros srities žinių gilinimas).[28]

Lietuvoje vertinimas apibrėžiamas Lietuvos Respublikos (LR) nutarime 2002 m. birželio 6 d. Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ kaip: „sistemingas ir objektyvus planuojamų vykdyti, vykdomų ar baigtų vykdyti programų įvertinimas vienu ar keliais šiais pagrindiniais programų vertinimo aspektais: tinkamumas, efektyvumas, rezultatyvumas, naudingumas, tęstinumas“.[29]

Analizuojant vertinimo sampratą galima pastebėti, kad vieningo apibrėžimo nėra. Vertinimas skirtingai suvokiamas įvairiose mokslo šakose. Šiame darbe bus naudojama LR nutarime apibrėžta vertinimo sąvoka.

1.2. Viešosios politikos vertinimo kriterijai

Vertinant bet kokią veiklą svarbu nustatyti kokiais vertinimo kriterijais bus analizuojama programa ar jos dalis, nes jų pagalba galima įvertinti veiklos pokytį. Vertinimo kriterijai nurodo kiekybinę ir kokybinę išraišką. Kiekybiniai vertinimo kriterijai vertinami remiantis faktais, skaičiais,

[26] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 7 – 8.
[27] Ten pat, p. 7.
[28] Ten pat, p. 8.
[29] Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimas Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2002, Nr. 57 – 2312. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=397970> [žiūrėta 2012 -01-13].

statistiniais duomenimis. Kokybiniai vertinimo kriterijai nurodo institucijų veiklų kokybines charakteristikas, t.y. ar nubrėžti rezultatai yra pasiekti laiku ir atitinka visuomenės poreikius. [30]

Lietuvoje strateginio planavimo metodikoje yra nurodomi penki programų vertinimo aspektai: tinkamumas, efektyvumas, rezultatyvumas, naudingumas ir tęstinumas. *Tinkamumas* apibrėžimas kaip programos tikslų ir uždavinių atitikmuo visuomenės poreikiams. *Efektyvumu* vertinama ar rezultatai pasiekti su mažiausiais ištekliais. *Rezultatyvumas* apima programos tikslų ir uždavinių pasiekimo laipsnį, palyginus planuotus rodiklius su faktiniais. *Naudingumu* vertinama ar suplanuoti programos rezultatai atitinka tiesioginių ir netiesioginių naudos gavėjų poreikius. *Tęstinumu* apibrėžiama ar programos rezultatai ir poveikis yra ilgalaikis. [31]

Strateginio planavimo metodikoje yra nurodomi strateginio veiklos plano vertinimo kriterijai: efekto, rezultato, produkto, proceso ir indėlio. Metodikoje nurodoma, kad „*efekto vertinimo kriterijumi* vertinamas institucijos strateginio tikslo arba valdymo srities tikslo pasiekimas ir parodoma nauda, kurią įgyvendinus atitinkamą strateginį tikslą, gauna ne tik tiesioginiai programos naudos gavėjai, bet ir visa visuomenė“. *Rezultato vertinimo kriterijus* tai tikslo pasiekimo vertinimo kriterijus. Šio kriterijaus pagalba yra parodomi programos turinys ir tiesioginiai rezultatai. *Produkto vertinimo kriterijus* tai uždavinio įgyvendinimo kriterijus, kuriuo pagalba nustatoma kaip uždaviniai yra pasiekti. *Proceso vertinimo kriterijus* – priemonių įgyvendinimo vertinimo kriterijus, kuris naudojamas paslaugų ir produktų kokybei įvertinti. Paskutinis tai *indėlio vertinimo kriterijus*, kuriuo yra matuojama „su kokiais ištekliais (finansiniais, žmogiškaisiais, materialiniais) bus sukurti numatyti produktai ar suteiktos paslaugos“.[32]

ES finansuojamų programų vertinimo kriterijai yra tinkamumas, rezultatyvumas, efektyvumas, poveikis, naudingumas ir tvarumas.[33] Lyginant su strateginio planavimo metodikoje išskirtais vertinimo kriterijais galima pastebėti, kad jie skiriasi ir tokių kriterijų kaip poveikio ir tvarumo nėra. ES finansuojamų programų vertinime poveikio kriterijaus pagalba vertinama tiesioginė ir netiesioginė programos nauda ir žala.[34] Strateginio planavimo metodikoje šis kriterijus apibrėžtas kaip naudingumo. Tačiau galima pastebėti, kad ES programų vertinime naudingumo kriterijaus esmė skiriasi, jį apima: „kiek programos padariniai prisidėjo prie tikslinių grupių poreikių tenkinimo bei

[30] Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimas Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2002, Nr. 57 – 2312.
[31] Ten pat.
[32] Ten pat.
[33] Nekrošius V. ir kiti. Ką, kaip ir kodėl vertiname? Trumpai apie Europos Sąjungos finansuojamų programų vertinimą. Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2007, p. 35-36.
[34] Ten pat.

socialinių ir ekonominių problemų sprendimo“.[35] Kalbant apie kitą vertinimo kriterijų tvarumą, kuris strateginio planavimo metodikoje apibrėžiamas kaip tęstinumas, mes susiduriame su tuo, kad vertinimo kriterijų apibrėžimai skiriasi, bet vertinimo esmė ta pati.

Reziumuojant galima teigti, kad vertinimo kriterijai apibrėžiami skirtingai, ir vieningos apibrėžimų sistemos nėra.

1.3. Viešosios politikos vertinimo teoriniai požiūriai

Akademinėje literatūroje išskiriamos tris vertinimo paradigmos:

- ✓ uždaviniais pagrįstas arba ankstyvasis (rezultatas ar kontrolė);
- ✓ vertinimas be uždavinių arba vėlesnysis (kaip procesas ar mokymasis);
- ✓ mišrus arba pragmatinis, kai kartu taikomos dvi pirmosios paradigmos.[36]

Po Antrojo pasaulinio karo pradėtas taikytas racionalistinis, tai yra ankstyvasis politikos vertinimas. Vertinimas buvo skirtas nustatyti ar viskas daroma gerai ir ką reikėtų keisti.[37] Vertinimo požiūryje dominavo – efektyvumas. Pasak V. Vilpišausko ir V. Nekrošiaus ankstyvojo požiūrio tikslas įvertinti kokių laipsnių uždaviniai buvo pasiekti, santykį tarp priemonių ir uždavinių, ir programų įtaka įgyvendinant programas ir jas įgyvendinus. Vertinimas organizuojamas iš „viršaus į apačią“.[38] Tokia vertinimo logika turėjo tam tikrus žingsnius:

- ✓ vertinamų klausimų apibrėžtumas, kurių pagalba galima iš anksto nustatyti reikalingus duomenis;
- ✓ hipotezių iškėlimas reikalingas, kad rastume atsakymą į vertinimo klausimus;
- ✓ sprendimo rodiklių apibrėžtumas, kuris leistų nustatyti kokią informaciją rodytų ar hipotezė teisinga ar ne;
- ✓ duomenų rinkimas remiantis rodikliais ir hipotezėmis.[39]

Šis požiūris remiasi racionalių organizacijų/sprendimų priėmimo modeliu ir pozityvistine socialinių mokslų filosofija. Pradinis samprotavimo teiginys buvo, kad yra tiesioginis ryšys tarp objektyvių žinių ir sprendimų. Ankstyvajam vertinimo požiūriui buvo rengiami kiekybiniai tyrimo

---

[35] Nekrošius V. ir kiti. Ką, kaip ir kodėl vertiname? Trumpai apie Europos Sąjungos finansuojamų programų vertinimą. Lietuvos Respublikos Finansų ministerija. 2007, p. 35-36.

[36] Lietuvos Respublikos Finansų ministerija. ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. – Vilnius. 2010, p. 54-55.

[37] Ten pat, p. 35.

[38] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 18.

[39] Lietuvos Respublikos Finansų ministerija. ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. – Vilnius. 2010, p. 55.

metodai. Vertinimas buvo laikomas rezultatu, o jo galutinis produktas – vertinimo ataskaita, po kurios pateikiamos išvados ir rekomendacijos tobulinti viešąją politiką.[40]

Uždaviniais pagrįstas požiūris turi savo trūkumų:

- ✓ nėra aiškių uždavinių;
- ✓ organizacijoms ir sprendimų priėmėjams neturint pakankamai informacijos gali būti būdingas „ribotas racionalumas“, t.y jie gali siekti skirtingų tikslų;
- ✓ vertinimo duomenys ne visai kokybiški arba bendri;
- ✓ išvados ir rekomendacijos nebuvo naudojamos siekiant padidinti viešosios politikos efektyvumą.[41]

Matant šio požiūrio trūkumus buvo ieškoma naujų vertinimo būdų. Naujas požiūris buvo pavadintas-*vėlesnysis vertinimo teorinis požiūris*. Šio požiūrio pagrindinis tikslas-sprendimų priėmėjams vertinimu suteikti papildomą informaciją, kurios pagalba galima būtų tobulinti viešąją politiką [42] ir iš naujo apibrėžti kas yra „gera politika“.[43] Būdingiausi šio požiūrio bruožai:

- ✓ vertinimas yra nepagrįstas uždaviniais;
- ✓ vertinimas organizuojamas „iš apačios į viršų“;
- ✓ vertinimas tai mokymosi priemonė;
- ✓ vertinimo metu nagrinėjamas viešosios politikos tinkamumas;
- ✓ modelis remiasi metodologiniu pliuralizmu arba realizmu;
- ✓ taikomi kokybiniai tyrimo metodai;
- ✓ vertinimas suprantamas kaip procesas.[44]

Vertinimas be uždavinių taip pat turi savo trūkumų:

- ✓ sunku į vertinimą įtraukti visas politikos procese dalyvaujančias grupes;
- ✓ skiriant daug dėmesio procesui nuošalyje lieka rezultatai;
- ✓ vertinimas „yra imlus laikui, žmogiškiesiems ir kitiems ištekliams“.[45]

Paskutinė paradigma yra dviejų prieš tai minimų požiūrių derinys. Ji apibrėžiama kaip *pragmatinis vertinimas*. Juo siekiama pateikti praktinių rekomendacijų kaip tobulinti politiką. Pateikiamos rekomendacijos atsižvelgiant į teorines žinias ir empirinius įrodymus. Pragmatiniame

[40] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 18.
[41] LR Finansų ministerija. ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. – Vilnius. 2010, p. 56.
[42] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 19.
[43] LR Finansų ministerija. ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. – Vilnius. 2010, p. 56.
[44]Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. –Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 19 – 20.
[45] LR Finansų ministerija. ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. – Vilnius, 2010, p. 57.

vertinime surenkama informacija taikant kokybinius ir kiekybinius metodus. Taip pat yra derinami du tyrimo būdai „iš viršaus į apačią“ ir „iš apačios į viršų“. Vertinimas apima šiuos etapus:

- ✓ vertinimo užsakovo ir kitų suinteresuotų pusių informacijos poreikių nustatymas;
- ✓ teorinių žinių taikymas ir kiekybinių bei kokybinių duomenų rinkimas;
- ✓ vertinimo ataskaitų pateikimas;
- ✓ vertinimo rezultatų aptarimai.[46]

2 lentelėje apibendrinami ankstyvasis, vėlyvasis ir mišrus (pragmatinis) teoriniai vertinimo požiūriai.

2 lentelė. Vertinimo teoriniai požiūriai

Vertinimo teorinis požiūris/kriterijus	**Ankstyvasis požiūris**	**Vėlesnysis požiūris**	**Mišrus (pragmatinis)**
Politikos uždavinių svarba	Uždaviniais pagrįstas vertinimas	Vertinimas be uždavinių	Įvairūs
Vertinimo kriterijai	Efektyvumas	Įvairūs (ir tinkamumas)	Įvairūs
Vertinimo organizavimas	„Iš viršaus žemyn“ kaip kontrolės priemonė	„Iš apačios į viršų“ kaip mokymosi priemonė	„Iš viršaus žemyn“ ir „Iš apačios į viršų“ derinimas
Vertinimo metodologija	Pozityvistinis	Pliuralistinis, realistinis	Įvairūs, derinama pagal poveikį
Sprendimų priėmimas/ organizacijos elgesys	Racionalus	Įvairūs (ir inkrementinis)	Įvairūs
Tyrimo metodai	Kiekybiniai	Įvairūs (ir kokybiniai)	Kokybiniai ir kiekybiniai
Galutinis vertinimo produktas/rekomendacijų naudojimas	Vertinimas kaip rezultatas, „instrumentinis“ rekomendacijų naudojimas	Vertinimas kaip procesas, suinteresuotųjų grupių dalyvavimas	Vertinimas kaip mokymasis (procesas) ir praktiškos rekomendacijos politikos tobulinimui (rezultatas)

Šaltinis: Sudarytas autorės pagal Vilpišausko R., Nekrošiaus V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 20 ir LR Finansų ministerijos. ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. – Vilnius. 2010, p. 54-57.

[46] LR Finansų ministerija. ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. – Vilnius. 2010, p. 57.

Negalima išskirti vienos vertinimo metodologijos bei geriausios vertinimo praktikos. Svarbiausia suprasti kiekvienos iš aptartų vertinimo požiūrių trūkumus ir privalumus, ir pritaikyti tinkamiausią vertinimo paradigmą.[47] *Pasak V. Vilpišausko ir V. Nekrošiaus Lietuvos vertinimo sistemoje labiau atspindi ankstyvojo vertinimo bruožai.*[48]

1.4. Viešosios politikos programų vertinimo organizavimas

Prieš pradedant vertinti programas būtina tinkamai organizuoti programų vertinimą tam, kad vertinimas būtų tinkamai įvykdytas. Programų vertinimo organizavimo būdai skirstomi į centralizuotą ir decentralizuotą. Centralizuotą vertinimo būdą organizuoja ir atlieką Finansų ministerija. Centralizuotai vertinamos valdžios išlaidos ir jų panaudojimo efektyvumas. Kaip pavyzdys centralizuoto būdo būtų 2009 metais Pasaulio bankų atliktas Socialinių sektorių viešųjų išlaidų vertinimas. Centralizuotai galima vertinti Nacionalines pažangos programas, plėtros, vyriausybės programas. Decentralizuotą vertinimą organizuoja ir atlieka ministerijos. Šiuo vertinimo būdu galima analizuoti kitų institucijų programas ar jos dalis. Kaip pavyzdys būtų: Kaimo rėmimo programų vertinimas, už kurį atsakinga Žemės ūkio ministerija.[49]

Vertinant programas svarbu nustatyti kokiu viešosios politikos ir (arba) programos ciklo metu vykdoma analizė. Priklausomai nuo to vertinimas skirstomas į:

- išankstinį (ex ante);
- einamąjį (on going), tarpinį (interim) arba vidurinį (mid term);
- baigiamąjį (ex post).[50]

Išankstinis vertinimas – vertinimas atliekamas planavimo etape, juo siekiama tobulinti programą ir optimizuoti lėšų paskirstymą. Išankstinio vertinimo metu nustatomos spragos, vystymo galimybės, analizuojama ar programos atitinka Bendrijos bei nacionalinėms strategijoms, programų loginiam pagrindimui, tikslų ir uždavinių kiekybinei išraiškai.[51] *Einamasis vertinimas* – formuojančio pobūdžio vertinimas, kuris susijęs su programų veiksmų priežiūra ir vykdomos programos įgyvendinimo metu.

---

[47] LR Finansų ministerija. ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. – Vilnius. 2010, p. 54.

[48] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 57.

[49] Programų vertinimo metodikos taikymo rekomendacijos. 2011, p. 6. <http://www.finmin.lt/finmin.lt/failai/veiklos_kryptys_biudzetas/Programu_vertinimas/PVrekomendacijos2011.pdf> [žiūrėta 2012-03-15].

[50] Nekrošius V. ir kiti. Ką, kaip ir kodėl vertiname? Trumpai apie Europos Sąjungos finansuojamų programų vertinimą. LR Finansų ministerija. 2007, p. 8.

[51] Nekrošius V. ir kiti. Ką, kaip ir kodėl vertiname? Trumpai apie Europos Sąjungos finansuojamų programų vertinimą. LR Finansų ministerija. 2007, p. 42.

Einamasis vertinimas atliekamas tik tuo atveju kai pastebima, kad vykdoma programa labai nukrypsta nuo pradinių tikslų arba kai siūloma peržiūrėti veiksmų programas.[52]

Tarpinis vertinimas – atliekamas programos įgyvendinimo metu, kuriuo norima išanalizuoti programos tikslų pasiekimo laipsnį ir prireikus atlikti pakeitimus programoje. *Vidurinis vertinimas* – tai tarpinis vertinimas, kuris atliekamas įpusėjus programos įgyvendinimui. Vertinimo metu analizuojami pradiniai programos produktai, uždaviniai ir rezultatai, tikslų tinkamumas ir pasiekimo laipsnis, išteklių naudojimas ir kt. *Baigiamasis vertinimas* atliekamas pasibaigus programai, jo metu nagrinėjama programos išteklių panaudojimas, nustatomi planuoti ir neplanuoti programos padariniai, tai pat programos veiksmingumas, naudingumas, socialinis ir ekonominis poveikis.[53]

Įvertinus kokiame viešosios politikos etape bus analizuojama programa, vertinamas vertinimo atlikimo būdas. Vertinimo būdai skirstomi į vidinius ir mišrius. *Vidinis vertinimas* – „vertinimas, kuris atliekamas vienos ar kelių ministrų valdymo sritims priskirtų institucijų.“ *Mišrus vertinimo atlikimo būdas* – tai vertinimas, kuris atliekamas kartu su išorės nepriklausomais ekspertais.[54]

Vidinį vertinimą galima pasirinkt jeigu yra viena ar daugiau iš šių sąlygų:

- jeigu valstybės tarnyboje yra pakankama profesinių žinių, kurių reikės vertinant tam tikrą objektą;
- analizuojami nereikalingi sudėtingi metodai ir būdai (pvz. ekspertų inervių, stebėsenos duomenų analizė, konsultacijos suinteresuotomis grupėmis);
- vertinimas yra smulkios arba vidutinės apimties ir atlikti jam užtenka vertintojų valstybės tarnyboje.[55]

Mišrų vertinimą siūloma pasirinkti jeigu:

- vertinimui atlikti reikalingos profesinės žinios, kurių nepakanka valstybės tarnyboje, todėl kviečiami nepriklausomi ekspertai;
- vertinimui būtini sudėtingi metodai ir tyrimo būdai;
- vertinimas stambios apimties, reikalaujantys išorės ekspertų.[56]

Renkantis vertinimo būdus būtina žinoti vidinis ir mišraus vertinimo būdų stiprybes ir silpnybes. Kalbant apie pirmą būdą jo stipriosios:

- pigesnis metodas (finansuojamas iš vertinimą atliekamų tarnautojų darbo užmokesčio);

---

[52] ES programų Lietuvoje vertinimo gairės. 2007, p. 17. <http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Atnaujintos_vertinimo_gaires.pdf> [žiūrėta 2012-04-03].

[53] Nekrošius V. ir kiti. Ką, kaip ir kodėl vertiname? Trumpai apie Europos Sąjungos finansuojamų programų vertinimą. LR Finansų ministerija. 2007, p. 42 – 43.

[54] Programų vertinimo metodikos taikymo rekomendacijos, 2011, p. 6.

[55] Ten pat, p. 10.

[56] Ten pat, p. 11.

- lankstesnis vertinimo būdas.[57]

Silpnosios vidinio vertinimo būdo pusės:

- reikalingi valstybės tarnautojai su analitinėmis kompetencijomis;
- valstybės tarnautojų kultūra gali būti nepakankamai palanki objektyviam vertinimui.[58]

Mišraus vertinimo būdo stipriosios pusės:

- suteikia galimybę gauti tam tikrų reikalingų ekspertų paslaugų;
- už vertinimą atsakingi vykdytojai gali kontroliuoti pasirinktų ekspertų kokybės kontrolę.[59]

Mišraus vertinimo būda silpnosios pusės:

- reikalingos papildomos lėšos perkant išorės ekspertų paslaugas;
- gali būti sunku rasti tam tikros siauros srities specialistą.[60]

Išanalizavus programų vertinimo organizavimą galima būtų teigti, kad šis procesas yra sudėtingas ir susideda iš:

- *vertinimo organizavimo būdo;*
- *vertinimo atlikimo laiko viešosios politikos ir (arba) programos cikle;*
- *vertinimo atlikimo būdo.*

1.5. Lietuvos programų vertinimo sistema

Šiame skyriuje bus nagrinėjama Lietuvos vertimo sistema. Pasak R. Vilpišausko ir V. Nekrošiaus Lietuvos vertinimo sistema susideda iš:

- ✓ nacionalinių vertinimo priemonių posistemė;
- ✓ ES paramos vertinimo posistemė;
- ✓ veiklos audito vertinimo posistemė;
- ✓ kitos vertinimo priemonės.[61]

Pirmą posistemę, nacionalinių vertinimo priemonių, sudaro Vyriausybės sprendimų poveikio vertinimas ir iš dalies biudžeto programų vykdymo analizė. Antroji, ES paramos vertinimo posistemė, susideda iš ES stojimo paramos programų ir ES struktūrinių fondų vertinimo. Veiklos audito posistemė

[57] Programų vertinimo metodikos taikymo rekomendacijos, 2011, p. 11.
[58] Ten pat, p. 6.
[59] Ten pat.
[60] Ten pat, 6.
[61] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas, 2005, p. 28.

susideda iš vidaus ir išorės veiklos auditų. Paskutinėje posistemėje bus analizuojamas vertinimas sveikatos apsaugos srityje.[62]

1.5.1. Nacionalinių vertinimo priemonių posistemė

Kaip jau buvo minėta nacionalinių vertinimo priemonių posistemė susideda iš *sprendimų poveikio vertinimo ir biudžeto programų vykdymo analizės*. Toliau apie kiekvieną bus kalbama plačiau.

Sprendimų poveikio vertinimas pradėtas naudoti aštuntajame dešimtmetyje. Prie šio vertinimo skatinimo prisidėjo tarptautinės organizacijos – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija, ES. Šis vertinimas laikomas gerąja praktika, nes jo metu būtina aiškiai nustatyti viešosios politikos problemas, apgalvoti problemų sprendimo būdus, pateikti gaires, kaip vertinti sprendimo pasekmes, vertinimo metu konsultuotis su interesuotomis grupėmis. [63]

Sprendimų poveikio vertinimas Lietuvoje yra reglamentuojamas pagal 2003 m. vasario 26 d. vyriausybės nutarimą Nr. 276 „Dėl sprendimų projektų poveikio vertinimo metodikos patvirtinimo ir įgyvendinimo“. [64] Vadovaudamasis šiuo nutarimu: „Sprendimų projektų poveikio vertinimas – būdas, kaip tobulinti viešosios politikos formavimą, valstybės institucijų ir įstaigų sprendimų priėmimą. Poveikiui vertinti surinkta medžiaga suteikia sprendimus priimančioms valstybės institucijoms ir įstaigoms informaciją apie galimas sprendimų alternatyvas ir jų įgyvendinimo pasekmes. Taip sudaromos sąlygos pasirinkti tinkamiausią problemos sprendimo būdą“. [65]

Didžiausias dėmesys atliekant sprendimų poveikio vertinimą skiriamas efektyvumui, iš dalies nagrinėjami sprendimų tinkamumas ir našumas. Sprendimų poveikio vertinimas yra privalomas teikiant Vyriausybei teisės akto projektą.[66]

Kita nacionalinės vertinimo priemonių posistemės dalis – tai biudžeto programų vertinimas. Pasak Juozo Bivainio ir Algirdo Butkevičiaus, biudžeto programų vertinimą atlikti siūloma įvairiais būdais, vienų šalininkų nuomone, reikia vertinti individualiai, atsižvelgiant į tam tikros srities specifiką, nereglamentuoti, kitų nuomone – būtinos bendros vertinimo metodikos. Vis dėlto autoriai galvoja, kad vertinimas turėtų būti reglamentuotas biudžeto programų vertinimo metodikoje, tačiau ji

---

[62] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas, 2005, p. 28.

[63] Ministro pirmininko tarnyba. Sprendimų poveikio vertinimo sistemų užsienio šalyse palyginamoji analizė.?UAB Klaipėdos banga. 2011, p. 7. <http://www.lrv.lt/bylos/VORTprojektas/Dokumentai/knyga3.pdf> [žiūrėta 2012-03-17.]

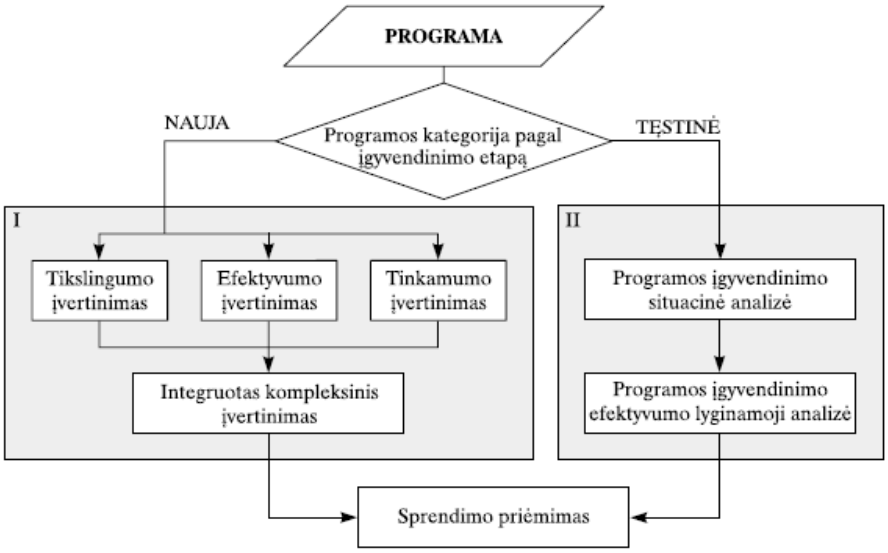
[64] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 28.

[65] Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2003 m. vasario 26 d. Nr.276 „Dėl sprendimų projektų poveikio metodikos patvirtinimo ir įgyvendinimo“// Valstybės žinios 2003, Nr. 21-893. <http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=205970> [žiūrėta 2012-03-22].

[66] Vilpišauskas R., Nekrošius V., Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 29 – 31.

turėtų būti lanksti, universali. J. Bivainis ir A. Butkevičius siūlo biudžeto programas vertinti pagal kompleksinę vertinimo principus grindžiamą biudžeto programų vertinimo sistemą (1 pav.). Jį susideda iš naujų ir tęstinių programų vertinimų. Naujų programų vertinimo modelis susideda iš 4 elementų: programų tikslingumo, efektyvumo, tinkamumo ir programos integruoto kompleksinio įvertinimo. Pirmieji trys elementai skirti įvertinti tam tikrą požiūrį, paskutinis – pirmųjų trijų vertinimų rezultatams apibendrinti ir gauti integruotą programos įvertinimą. Tęstinių programų įvertinimui naudojamas kitas metodas – programų faktiško efektyvumo įvertinimas. Vertinimas atliekamas dviems etapais: pirmuoju vykdoma programų įgyvendinimo situacinė analizė, antruoju – efektyvumo lyginamoji analizė.[67]

J. Bivainio ir A. Butkevičiaus teigimu, vertinti biudžeto programas būtina, nes sumažėtų nenašaus darbo sąnaudos svarstant programų projektus įvairiose įstaigose, biudžeto sudarymas taptų skaidresnis, suprantamesnis visuomenei ir būtų pasiektas ekonominis efektas dėl pagrįstesnio valstybės lėšų paskirstymo.[68]



1 paveikslas. Biudžeto programų kompleksinio vertinimo principinė schema[69]

1.5.2. ES paramos vertinimo posistemė

ES paramos vertinimo posistemė susideda iš PHARE, SAPARD, ES struktūrinių fondų vertinimų. [70]

---

[67] Bivainis J., Butkevičius A. Valstybės biudžeto programų vertinimas // Ekonomikos teorija ir praktika. 2003, p. 52 – 53. <http://www.ebiblioteka.lt/resursai/DB/LB/LB_pinigu_studijos/Pinigu_studijos_2003_01_03.pdf> [žiūrėta 2012-02-28].

[68] Ten pat.

[69] Ten pat.

[70] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas, 2005, p. 28.

PHARE programa – „tai Europos Komisijos koordinuojama paramos Vidurio ir Rytų Europos valstybėms programa“. Programa buvo įkurta 1989 m. Europos Bendrijos Tarybos sprendimu.[71] PHARE programos atveju atliekamas tarpinis vertinimas už kurį atsakinga Finansų ministerija ir Europos Komisija (EK). Šis vertinimas yra pirmoji vertinimo sistema Lietuvoje. Tarpinis vertinimas atliekamas remiantis tinkamumo, našumo, efektyvumo, poveikio ir tęstinumo kriterijais. Vertinimas finansuojamas iš ES ir Lietuvos bendrojo finansavimo lėšų. Vertinimą organizuoja ir prižiūri Finansų ministerijos ES programų valdymo departamentas. Programos vertinamos pagal EK tarpinio vertimo gaires. [72]

Lietuvai reikšminga pirmoji 1997 m. PHARE programa skirta sveikatos sektoriui ,,Parama sveikatos reformai bei pirminės sveikatos priežiūros plėtrai Lietuvoje”, kuriai buvo skirti 2 600000 eurų. Projekto pagalba buvo sukurtas sveikatos finansų sistemos mechanizmas, sveikatos priežiūros valdymo strategija. Taip pat sukurti 3 sveikatos vadybos mokymo centrai, 53 bendrosios praktikos gydytojų privatūs kabinetai, kuriuose dirbo aukštos kvalifikacijos 135 bendrosios praktikos gydytojai, SAM įsteigtas internetinis portalas. Projektas buvo vykdomas iki 2000 m., jo pagalba buvo pagreitinta sveikatos sistemos reforma Pirminės sveikatos priežiūros srityje.[73]

SAPARD programa – tai žemės ūkio ir kaimo plėtros programa. Programos pagrindinis „tikslas yra remti valstybių kandidačių pastangas vykdyti bendrą žemės ūkio politiką ir dalyvauti bendrojoje rinkoje.“[74] SAPARD paramos efektyvumui įvertinti atliekamas išankstinis, vidutinio laikotarpio ir paskesnysis programos vertinimas. Vertinimas aprašomas pagal EK kaimo plėtros programų vertinimo gaires. Pasak R. Vilpišausko ir V. Nekrošiaus, ,,Pavyzdžiui, SAPARD išankstinis vertinimas įvertina, ar siūloma strategija atitinka esamą padėtį, įvertina laukiamą poveikį, kiekybiškai įvertina uždavinius ir patikrina siūlomą įgyvendinimo sudėtį ir ar ji atitinka bendrąją žemės ūkio politiką ir kitas politikas“.[75]

---

[71] Tarptautiniai projektai ir programos. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. <http://sena.sam.lt/lt/main/tarptautinis_bendrad/es_sveikatos_politik/tarptautiniai_projek> [žiūrėta 2012-01-12].

[72] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas.2005, p. 33 – 34.

[73] Tarptautiniai projektai ir programos. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. <http://sena.sam.lt/lt/main/tarptautinis_bendrad/es_sveikatos_politik/tarptautiniai_projek> [žiūrėta 2012-01-12].

[74] Maniokas K. ir kiti. Nacionalinės žemio ūkio ir plėtros 2000 – 2006 m.(SAPARD) programos ex-post įvertinimo galutinė ataskaita. – Vilnius, 2007. <http://www.zum.lt/min/failai/FINAL_SAPARD_ex-post_vertinimas.pdf > [žiūrėta 2012-03-19].

[75] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 34 – 35.

ES struktūrinių fondų vertinimas atliekamas siekiant gerinti ES struktūrinės paramos kokybę, veiksmingumą ir nuoseklumą.[76] Vertinimas skirstomas į išankstinį, vidutinio laikotarpio ir paskesnį. ES struktūrinių fondų vertinimas vykdomas pagal šiuos kriterijus – tinkamumas, našumas, efektyvumas, naudos ir poveikio kriterijus. Taip pat apima rezultatus, pasekmes ir poveikį. Paskesnis vertinimas yra vykdomas ES užsakymų kartu su ES valstybės narėmis.[77]

1.5.3. Veiklos audito posistemė

Veiklos audito posistemė susideda iš vidaus ir išorės veiklos audito.[78] Vadovaudamiesi LR Vidaus kontrolės ir vidaus audito įstatymu Nr. IX – 1253 *vidaus auditas* – „viešojo juridinio asmens vidaus kontrolės sistemos dalis, kurios dėka, vidaus auditoriams vykdant nepriklausomą, objektyvią tyrimo, vertinimo ir konsultavimo veiklą, siekiama užtikrinti viešojo juridinio asmens veiklos gerinimą“. [79]

Remiantis tuo pačiu įstatymu vidaus audito pagrindiniai uždaviniai: „vertinti viešojo juridinio asmens strateginius arba kitus veiklos planus ir programų vykdymą bei valstybės ir savivaldybės turto naudojimą ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo požiūriais".[80] Biudžeto programų vertinimas yra sudedamoji vidaus audito dalis. Vidaus auditas dažniausiai atlieka tarpinį vertinimą, ataskaitas pateikia Finansų ministerijai. [81]

Išorės veiklos auditas tai audituojamo subjekto veiklos įvertinimas ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo požiūriu. Šį auditą atlieka Valstybės kontrolė. Kaip teigia R. Vilpišauskas ir V. Nekrošius „Išorės veiklos auditas susijęs su įstatymu atskaitomybe leidžiamajai valdžiai už viešųjų išteklių naudojimą“. Išorės veiklos auditas skirstomas:

- ✓ programų (ar biudžeto programos naudojamos pagal paskirtį, kiek pasiekti programos tikslai, ar buvo išnaudotos visos palankios aplinkybės, kad pasiektų geresnius rezultatus su mažiausiai ištekliais);
- ✓ organizacinius (organizacijos veiklos pasiekimo rezultatų vertinimas su turimais ištekliais, ir ką galima būtų pasiekti geriau su tomis pačiomis išlaidomis);

---

[76] Žemės Ūkio ministerija. ES parama. Vertinimas. <http://www.ukmin.lt/web/lt/es_parama/vertinimas > [žiūrėta 2012-04-02].

[77] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 35 – 36.

[78] Ten pat, p. 36.

[79] LR Vidaus kontrolės ir vidaus audito įstatymas 2002 m. gruodžio 10 d., Nr. IX-1253 // Valstybės žinios. 2002. Nr. 123-5540. < http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=197703 [žiūrėta 2012-04-03].

[80] Ten pat.

[81] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 37.

- ✓ sisteminius (kaip kelios organizacijos sprendžia problemas ir vykdo veiksmus).[82]

Biudžeto programų auditas atliekamas įgyvendinant arba jau įgyvendinus programą. Valstybės kontrolė neatlieka išankstinio vertinimo. Veikos audito rezultatai yra pateikiami Seimo Audito pakomitečiui ir kitiems komitetams, ataskaitos viešai skelbiamos visuomenei.[83]

Vienas iš pavyzdžių veiklos audito sveikatos sektoriuje tai atlikta 2012 metais vasario 28 d. Valstybinio veiklos audito ataskaita apie ligoninių aprūpinimą vaistais. Kuriame buvo vertinama kaip ligoninės aprūpinamos vaistais. Nustatyta, kad vaistai ligoninėse vartojami nepakankamai racionaliai.[84]

1.5.4. Kitos vertinimo priemonės

Lietuvoje atskirose sektoriuose taikomos specifinės vertinimo priemonės. Vienas iš sektorių yra sveikatos apsaugos. Šiame sektoriuje už vertinimą atsakinga Valstybės medicininio audito inspekcija, kuri analizuoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. [85]

Lietuvoje teisiškai nėra reglamentuota, kaip reikia vertinti sveikatos programas. Vertinant ES finansuojamas sveikatos programas yra pateikiami metodologiniai nurodymai vertinimui atlikti. Kaip pavyzdys sveikatos programų vertinimu jau atliktų, būtų iš ES struktūrinės paramos lėšų finansuojami vertinimai:

- ➢ Sveikatos sistemos pertvarkos poveikio 2007-2013 m. ES struktūrinei paramai vertinimas.
- ➢ Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mirtingumo sumažėjimo paramą gavusiuose regionuose tyrimas.
- ➢ Kardiologinės sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros (šeimos gydytojų) paslaugų, teikiamų ES lėšomis modernizuotų sveikatos priežiūros įstaigų, kokybės ir prieinamumo įvertinimo tyrimas.
- ➢ Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas.
- ➢ Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų traumas patyrusiems pacientams, optimizavimo galimybių studija.
- ➢ Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija.[86]

---

[82]Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 37 – 38.

[83] Ten pat.

[84] Obcarskienė R. ir kiti. Valstybinio audito ataskaita aprūpinimas vaistais ligoninėse. – Vilnius. 2012, p. 3. <http://www.vkontrole.lt/pranesimas_spaudai.aspx?id=1696> [žiūrėta 2012-04-03].

[85] Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 40.

[86] ES struktūrinė parama.Sveikatos apsaugos vertinimo ataskaitos. <http://www.esparama.lt/vertinimo-ataskaitos#7%20sveikat.%20apsauga> [žiūrėta 2012-04-03].

Pateiktos vertinimo ataskaitos rengiamos nepriklausomų ekspertų, pagal įvairius vertinimo kriterijus (tinkamumo, efektyvumo, poveikio, rezultatyvumo). Vertinimai yra finansuojami iš 2004-2006 m. ir 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos lėšų, skirtų vertinimo veiklai vykdyti.[87]

Lietuvos sveikatos programoje buvo numatyta galutinių programų rezultatų stebėsena ir vertinimas, bet kaip tai padaryti neminima. [88] Sveikatos apsaugos ministrų įsakymų 2008 m. buvo patvirtintas tarpinis įgyvendinamos sveikatos programos vertinimas. Analizuojama buvo programos tikslų ir siekiamų gyventojų sveikatos lygio rodiklių vertinimas. Vienas iš programos tikslų buvo imunoprofilaktikos vykdymas. Ataskaitoje buvo vertinamos tik skiepijimo apimtys: tuberkuliozės, tymų, epideminio parotito, raudonukės, difterijos, stabligės, kokliušo, poliomielito bei hepatito B nuo 2005 iki 2007 metų.[89]

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto profilaktinės medicinos katedra 2002 metais išleido mokymo knygą „Konceptualus sveikatos programos vertinimo modelis“. Pateiktame modelyje siūloma įgyvendinamas sveikatos programas (SP) vertinti pagal sekančius vertinimo aspektus:

- sveikatos politikos raidą;
- įstatyminę bazę;
- rinkodarą ir organizacinę raidą;
- žiniasklaidą ir visuomenės sveikatos mokymą;
- visuomenės mobilizavimą;
- rekomendacijas;
- profesinius mokymus;
- stebėseną.[90]

Modelyje yra kiekvienai SP sričiai pateikiami proceso įvertinimo rodikliai, tai pat yra aprašomi tikėtini rezultatai tam tikro proceso, šaltiniai ir informacinės bazės, kurių pagalba galima įvertinti norimo proceso efektyvumą ir rezultatyvumą. Modelio autorių nuomone, vertinant galutinius SP rezultatus pagal atskirus iškeltus tikslus ir uždavinius reikia pagal rodiklius. Rodikliai vertinami tam tikrų institucijų. Autorių teigimu, veikla turėtų būti pastoviai finansuojama. SP įvertinimo modelis gali būti naudojamas analizuojant nacionalines, regionines, vietines sveikatos programas.[91]

---

[87] ES struktūrinė parama, Sveikatos apsaugos vertinimo ataskaitos. <http://www.esparama.lt/vertinimo-ataskaitos#7%20sveikat.%20apsauga> [žiūrėta 2012-04-03].

[88] Misevičienė I. ir kiti. Konceptualus sveikatos programos vertinimo modelis: (Mokymo knyga). – Kauno medicinos universitetas Profilaktinės medicinos katedra. 2002, p. 4.

[89] LR Seimo nutarimas 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII – 833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“// Valstybės žinios 1998. Nr. 64 -1842. <http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2=.> [žiūrėta 2012-04-01].

[90] Misevičienė I. ir kiti. Konceptualus sveikatos programos vertinimo modelis. (Mokymo knyga). – Kauno medicinos universitetas Profilaktinės medicinos katedra. 2002, p. 4.

[91] Ten pat.

Įvertinant pateikta informaciją matome, kad Lietuvoje bendros sveikatos programų vertinimo sistemos nėra. Vertinat sveikatos programas galima remtis ES finansuojamų programų vertinimu, Konceptualiu sveikatos programos vertinimo modeliu, LR Vyriausybės nutarimu „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“.

2. LIETUVOS IMUNOPROFILAKTIKOS PROGRAMOS SISTEMA

2.1. Imunoprofilaktikos programos raida

Pasak V. Bakasėno ir B. Morkūno: „Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, imunizacija – tai viena ekonomiškai efektyviausių visuomenės sveikatos veiklos sričių. Šiuo metu pasaulyje vakcinacija įvardijama kaip viena didžiausių sėkmių visuomenės sveikatos istorijoje bei būtina asmens sveikatos priežiūros sudedamoji dalis, leidžianti vaikus apsaugoti nuo susirgimų, jų komplikacijų bei mirties“.[92]

Pirmosios, daug žmonių, apimančios imunoprofilaktikos programos buvo vykdomos XIX amžiaus pradžioje Lotynų Amerikos šalyse raupų kontrolei. PSO globalinę raupų likvidavimo programą pradėjo vykdyti nuo 1956 metų. Programa buvo sėkminga ir todėl 1974 metais ji virto Išplėstine imunizavimo programa.[93] Skiepijimo programos tikslas buvo – apsaugoti vaikus nuo difterijos, stabligės, kokliušo, tymų, poliomielito ir tuberkuliozės. Šiandien imunizacijos programa apima daugiau užkrečiamųjų ligų, tokių kaip epideminis parotitas, virusinis hepatitas B, raudonukė, Haemophilus influenzae B tipo infekcija ir kt.[94] Išplėstinė imunizavimo programa 1986 metais pateikė pirmąjį „Imunizavimo politikos“ dokumento variantą. Dokumentas buvo naudojamas kuriant skiepijimo programas įvairiose šalyse.[95]

Lietuvoje 1991 m. kovo mėnesį vyko kolegijos posėdis, kuriame buvo įteisinti imunoprofilaktikos programos darbo organizavimo principai. Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro (LR SAM) įsakymu „Dėl imunoprofilaktinio darbo organizavimo tvarkos“ buvo nuspręsta, kad imunoprofilaktinį darbą koordinuoja Respublikinis imunoprofilaktikos centras, vėliau tapęs Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centro padaliniu. Respublikinis imunoprofilaktikos centras atsakingas už:

- profilaktinio skiepijimo programas, jų rengimą, tobulinimą;
- bendradarbiavimą su PSO ir kitomis šalimis;

---

[92] Bakasėnas V., Morkūnas B. Užkrečiamųjų ligų epidemiologinė priežiūra. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005: Šeimos sveikata. 2006, p. 45.

[93] Usonis V. Skiepų knyga. – Vilnius: Homo Liber, 2002, p. 11.

[94] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2006 m. rugpjūčio 8 d., Nr. V-682 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2006 – 2008 m. programos ir jos koordinavimo tarybos sudėties patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2006, Nr.88 -3486. <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=D50D91B2-DA94-45F8-B906-CF3365EAC39D > [žiūrėta 2011-12-06].

[95] Usonis V. Skiepų knyga. – Vilnius: Homo Liber. 2002, p. 11.

- ❖ konsultavimą ir teikimą informacijos medicinos įstaigoms apie imunizaciją;
- ❖ vakcinų, priemonių skirtų skiepijimui teikimą įstaigoms;
- ❖ analizavimą ir vertinimą povakcininių reakcijų, komplikacijas, imunoprofilaktinio darbo efektyvumą, kokybę ir t.t.[96]

Tais pačiais metais Lietuvoje pradėtos vykdyti ligų profilaktikos programos. Spalio 30 dieną Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos Atkuriamasis Seimas patvirtino Lietuvos Nacionalinę sveikatos koncepciją. Koncepcijoje buvo numatyta:

- ➢ stiprinti bei tausoti žmonių sveikatą;
- ➢ ligų profilaktikos ir pirminės sveikatos priežiūros plėtra;
- ➢ sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarka;
- ➢ brangios specializuotos medicinos pagalbos koncentravimas universitetiniuose centruose.[97]

1992 metais buvo parengta Lietuvos Nacionalinė imunoprofilaktikos programa penkeriems metams. Programa buvo rengiama vadovaudamasi PSO Išplėstinės imunizacijos programos rekomendacijomis ir vertinama PSO Europos regiono vertintojais. Pirmieji du metai buvo skirti imunizacijos sistemos įvertinimui, naujo skiepų kalendoriaus sukūrimui, naujų vakcinų įdiegimui. Taip pat buvo numatyta įdiegti imunoprofilaktikos darbo monitoringo sistema, vakcinų transportavimo „šalčio grandinę“. Pagrindiniai tikslai buvo numatyti skiepijimo apimčių ir sergamumo vakcinamomis valdomų ligų ribas.[98]

1998 metais liepos 2 dieną Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos programą. Pagrindiniai programos tikslai buvo:

- ➢ „gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas;
- ➢ sveikatos santykių teisumas;
- ➢ gyvenimo kokybės pagerinimas.“[99]

Lietuvos sveikatos programoje be pagrindinių trijų tikslų buvo iškelti specialūs tikslai, vienas iš jų – imunoprofilaktikai. Lietuvos sveikatos programoje imunoprofilaktikai buvo numatyti tam tikri siekiami rodikliai:

---

[96] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 1991 m. rugsėjo 30 d. Nr. 307 „ Dėl imunoprofilaktikos organizavimo tvarkos“,(šiuo metų teisės aktas negalioja). <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=8C8ED974-97F7-4101-BF65-93B60027F795> [žiūrėta 2011-12-09].

[97] LR Seimo nutarimas 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII – 833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1998.Nr. 64 -1842.

[98] Usonis V. Skiepų knyga. – Vilnius: Homo Liber, 2002, p. 12.

[99] LR Seimo nutarimas 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII – 833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1998.Nr. 64 -1842.

1.„Iki 2010 metų pasiekti, kad nebūtų mirties atvejų nuo užkrečiamųjų ligų, valdomų specifinės profilaktikos priemonėmis.

2. Iki 2010 metų likviduoti vietinės kilmės poliomielitą, difteriją, sumažinti sergamumą tymais iki 1 atvejo 100 000 gyventojų, išvengti įgimto raudonukės sindromo ir epideminio parotito atvejų.

3. Iki 2010 m. didinti imunizavimo mastus prieš užkrečiamąsias ligas pagal Lietuvos skiepų kalendorių (iki 97 – 98 proc.)“.[100]

Išskirimas imunoprofilaktikos sveikatos programoje parodė, kad tai svarbi sritis, kuriai reikia skirti dėmesį. 3 lentelėje mes matome sergamumą ligomis, nuo kurių vakcinuojama Lietuvoje 1993-2002 m. 100 000 gyventojų. Galima pastebėti, kad buvo nemažai registruojama vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų – tymai, kokliušas, epideminis parotitas, raudonukė, hepatitas B. Susirgimų skaičiai įrodė, kad būtina skirti didelį dėmesį imunizacijai. Imunizacijos pagalba galima išvengti mirčių, susirgimų ir invalidumo nuo užkrečiamųjų ligų. Imunoprofilaktikos programos siekis kuo anksčiau ir daugiau paskiepyti vaikų, t.y sudaryti aukštą kolektyvinį imunitetą.[101]

3 lentelė. Skiepijimų valdomos užkrečiamos ligos 1993-2003 m. 100 tūkst. gyv.

	Rodiklis 100 000 gyventojų									
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Difterija	0,21	1,02	1,15	0,29	0,05	0,05	0,16	0,05	0	0,09
Kokliušas	6,8	6,2	2,8	1,5	4,0	2,6	2,2	2,5	4,6	0,7
Stabligė	0,11	0,05	0	0,05	0,08	0,05	0,16	0	0,03	0,03
Poliomielitas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tymai	6,7	7,7	5,1	0,94	0,81	0,49	0,62	0,5	0,2	2,9
Parotitas	15,3	13,9	10,3	10,7	17,1	50,6	160,7	118,2	13,3	6,5
Raudonukė	30,2	261,8	599,5	35,6	26,5	20,4	35,7	35,2	13,1	8,0
Hepatitas B	12,6	12,6	14,2	14,0	11,7	12,7	10,1	9,4	10,3	7,9

Šaltinis: Kligys G. ir kiti. Imunoprofilaktika. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2003, p. 33.

2006 metais SAM įsakymų Nr. V-652 buvo patvirtinta nauja Nacionalinė imunoprofilaktikos programa 2006-2008 metų. Programa parengta atsižvelgiant PSO 2005-2010 metų Pasaulio imunizacijos viziją ir strategiją, ES teises aktus, Lietuvos sveikatos programą, LR Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymą. Programos tikslas buvo:

- ❖ užtikrinti kiekvienam vaikui vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų profilaktiką;
- ❖ valdyti vakcinomis valdomas užkrečiamas ligas;

[100] LR Seimo nutarimas 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII – 833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1998.Nr. 64 -1842.

[101] Kligys G. ir kiti. Imunoprofilaktika. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas.2003, p. 33.

- didinti vakcinų saugumą, prieinamumą ir veiksmingumą;
- užtikrinti imunizacija kokybiškomis vakcinomis.[102]

2009 metais SAM įsakymų V – 242 įsigalioja naujai paruošta 2009 – 2013 metų Nacionalinė imunoprofilaktikos programa. Imunizacijos programa įgyvendinama iki šiol. Programos tikslas:

- mažinti sergamumą, didinti prieinamumą, efektyvumą, saugumą, išnaikinti vakcinomis valdomas užkrečiamas ligas.[103]

2.2. Lietuvos imunoprofilaktikos organizavimo reglamentavimas

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatyme 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, 34 straipsnyje numatyta, kad užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės pagrindus bei jų tvarką nustato Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas. [104]

Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatyme 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1553, 2 straipsnyje apibrėžta imunoprofilaktikos samprata. Vadovaudamiesi šiuo įsakymu: „*Imunoprofilaktika* – biologinių preparatų ir medicinos priemonių naudojimas siekiant padidinti žmonių atsparumą užkrečiamosioms ligoms“. Įstatyme 11 straipsnyje, taip pat nurodyta, kad imunizacija gali būti atlikta tik asmeniui sutikus, išskyrus kitus atvejus, kurie yra numatyti teisės aktuose. Jeigu asmuo yra neveiksnus, būtinai turi būti atstovo sutikimas imunizuotis. Visuotinė imunoprofilaktika gali būti atlikta šio įstatymo numatyta tvarka jeigu yra paskelbtas karantinas, taip pat kai – kyla grėsme susirgti pavojingomis ligomis, kai kitos priemonės negarantuoja ligų plitimo ribojimo. Imunoprofilaktiką gali atlikti tik sveikatos priežiūros specialistai, turintys galiojančią licenciją sveikatos priežiūros veiklai. Lietuvos Respublikoje imunoprofilaktikai atlikti yra naudojami tik Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka įregistruoti ir apdoroti imunologiniai preparatai.[105]

Lietuvoje vienas iš svarbiausių teisės aktų reglamentuojančių Nacionalinės imunoprofilaktikos programos įgyvendinimą yra Imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių įsakymas, priimtas 2002 m. rugsėjo 23 d. Nr. 468, kuris apibrėžia imunoprofilaktikos priemonių vykdymą, kontrolę, prieinamumą,

---

[102] LR SAM įsakymas 2006 m. rugpjūčio 8 d. Nr. V-682 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2006 – 2008 m. programos ir jos koordinavimo tarybos sudėties patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2007.Nr. 5 -241.

[103] LR SAM įsakymas 2009 m. kovo 31 d. Nr. V-242 „ Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009 – 2013 m. programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2009.Nr. 40 -1534.<http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=58F722D8-98F0-45D8-857A-CADA9FD02B8B> [žiūrėta 2011-12-08].

[104]LR Sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, 34 straipsnis // Valstybės žinios. 1994. Nr. 63. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=259520> [žiūrėta 2012 -05-03].

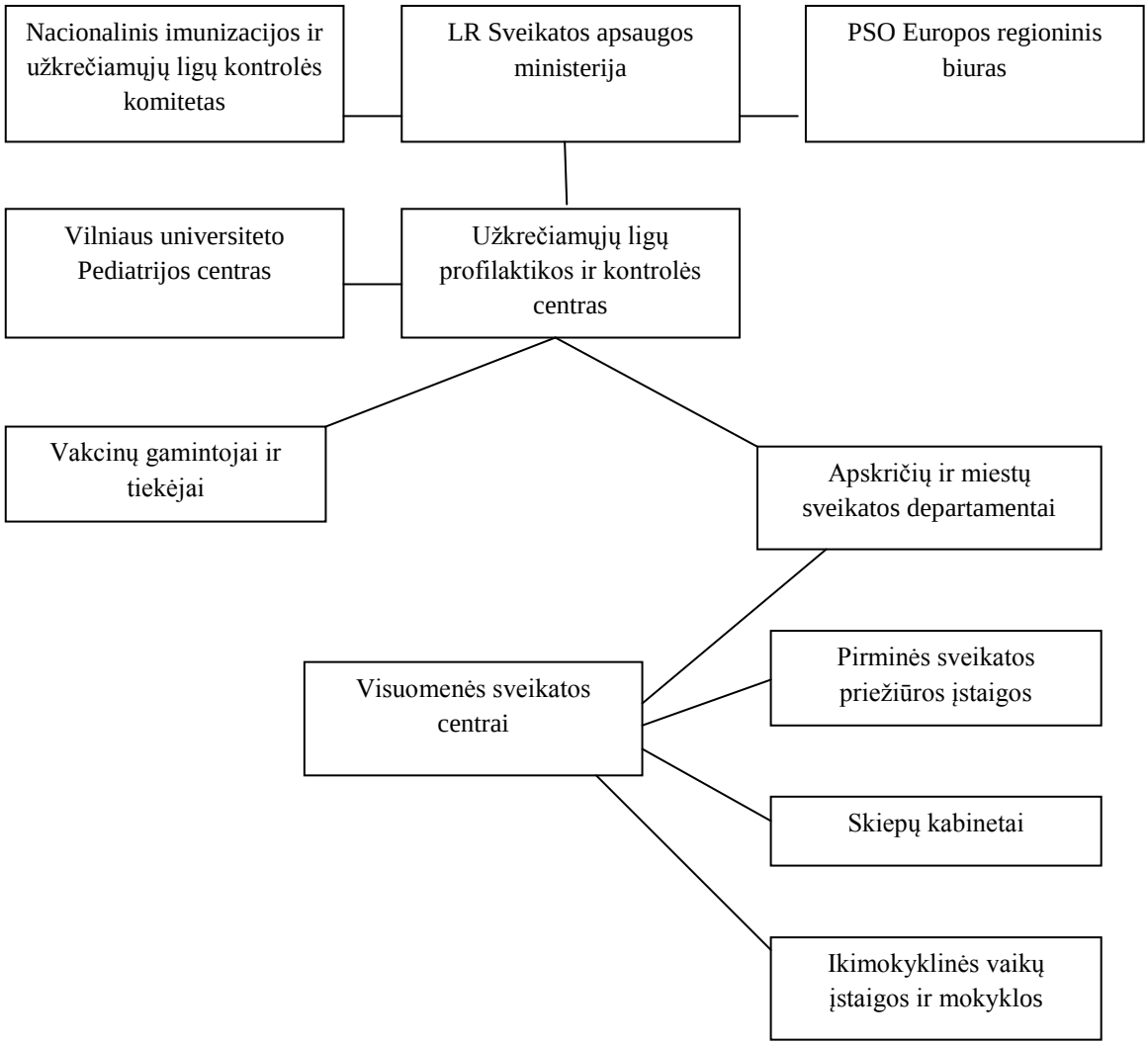
[105] LR Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1553, 2, 11 straipsniai // Valstybės žinios. 1996. Nr. 104-2363.
<http://www.istatymas.lt/istatymai/zmoniu_uzkreciamuju_ligu_profilaktikos_ir_kontroles_istatymas.htm> [žiūrėta 2012 -05-15].

duomenų rinkimą, informacijos teikimą, reglamentuoja juridinių bei fizinių asmenų, turinčių teisę užsiimti imunizacija teises, pareigas ir imunologinių preparatų naudojimo, teikimo, įsigijimo tvarką.[106]

Imunoprofilaktiką šalyje koordinuoja Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras. Centras yra tiesiogiai pavaldus LR SAM, bendradarbiauja su PSO, Nacionalinių imunizacijos ir užkrečiamųjų ligų kontrolės komitetu, PSO Europos regioniniu biuru, su Lietuvos bei užsienio mokslinėmis bei praktinėmis įstaigomis. Vadovaudamiesi įsakymų „ Dėl imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių patvirtinimo“, „Imunoprofilaktika Lietuvos Respublikos teritorijos administracinių vienetų valstybinėse, savivaldybių bei privačiose sveikatos priežiūros įstaigose koordinuoja visuomenės sveikatos centrai apskrityse, kontroliuoja Valstybės visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie SAM. Imunoprofilaktika vykdoma asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose, valstybiniuose ir privačiuose kabinetuose, ugdymo įstaigose esančiuose medicinos punktuose.“[107] 2 paveiksle pavaizduota imunoprofilaktikos organizavimo Lietuvoje schema.

[106] LR SAM įsakymas 2002 m. rugsėjo 23 d. Nr. 468 „ Dėl imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių patvirtinimo“ // Valstybės žinios 2002. Nr.111 -4944.<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=187648&p_query=&p_tr2=2> [žiūrėta 2011-12-17].

[107] LR SAM įsakymas 2002 m. rugsėjo 23 d. Nr. 468 „ Dėl imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002. Nr. 96-4229.



Šaltinis: Usonis V. Skiepų knyga. – Vilnius: Homo Liber, 2002, p. 12.

2 pav. Imunoprofilaktikos organizavimo Lietuvoje schema

Įsakymas numato, kad vaikams imunoprofilaktika atliekama ir išlaidos apmokamos atsižvelgiant į LR SAM patvirtintą vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių. Suaugusiųjų imunoprofilaktikos išlaidos apmokamos gyventojų, savivaldybės, valstybės bei darbdavių lėšomis. „ Išlaidos gali būti kompensuojamos pagal Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir pagal epideminę situaciją“. Imunizacija yra apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, imunologiniai vaistiniai preparatai perkami iš Nacionalinei imunoprofilaktikos programai skirtų valstybės biudžeto lėšų.[108]

Be minėto Imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių įsakymo taip pat nemažiau svarbus Vaikų profilaktinių skiepijimų kalendoriaus įsakymas. Šiuo metu galioja 2007 metų gruodžio 22 d. Nr. V –

[108] LR SAM įsakymas 2002 m. rugsėjo 23 d. Nr. 468 „ Dėl imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 96-4229.

1066 įsakymas, kuriame išvardintos pagrindinės vaikams skirtos vakcinos bei jų skiepijimo terminai.[109] Plačiau apie vaikų skiepijimo kalendorių bus kalbama sekančiam skyriuje.

2.3. Vaikų profilaktinių skiepijimo kalendoriaus kaita ir pagrindiniai aspektai

Skiepijimo kalendorius tai svarbiausias skiepijimo planavimo dokumentas. Jis sudaromas atsižvelgiant į užkrečiamųjų ligų regiono ypatumus, finansavimą, vakcinų teikimo galimybes ir kt.[110] Skiepijimo kalendoriuje yra sudaryta tam tikra skiepų tvarka (eiliškumas, laiko intervalai tarp skiepų), atsižvelgiant į vaiko amžių. Tokia tvarka sudaryta tam, kad organizme laiku susiformuotų imunitetas infekcijoms.[111]

Lietuvoje imunoprofilaktika teikiama tik asmenims sutikus, išskyrus įstatymo nustatytais atvejais kai kyla reali grėsmė gyventojams susirgti pavojingomis užkrečiamomis ligomis, o kitos priemonės negarantuoja šių ligų plitimo ribojimo.[112]

Lietuvoje pirmas skiepų kalendorius buvo sudarytas 1992 metais padedant Danijos valstybinio serumų instituto mokslininkams. Vaikai buvo skiepijama nuo pagrindinių vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų: tuberkuliozės, difterijos, stabligės, kokliušo, tymų, parotito, raudonukės. Skiepų kalendorius buvo tikslinamas 1993 ir,-1996 m. [113]

Skiepų kalendoriaus pagrindiniai pasikeitimai nuo 1993 iki 2004 metų pavaizduoti 4 lentelėje. Atkreiptinas dėmesys į šias datas:

- 1998 metai – į skiepų kalendorių įtraukiamas naujagimių ir kūdikių skiepas nuo virusinio hepatito B;
- 2002 m. nuo hepatito B (Hb) pradėta skiepyti 12 - čius vaikus. [114] Skiepai nuo šios ligos ypač svarbūs, nes didžiausias sergamumas hepatitu B yra 15 – 29 metų amžiuje, tai sudaro 62,3% visų registruojamų atvejų skaičiaus, todėl visi paaugliai yra priskiriami rizikos grupei.[115] Pagal

[109] LR SAM įsakymas 2007 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1066 „ Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendoriaus" // Valstybės žinios 2008, Nr. 1-27.
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=312176&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2011-12-17].
[110] Raugalė A., Bačiulis V., Bėrnotienė R. Vaikų ligos (4 tomas). – Vilniaus universiteto leidykla. 2005, p. 26.
[111] Vingras A. Specifinė infekcinių ligų profilaktika // Gydymo menas. – 2006, Nr.06 (129), p. 21.
[112] LR Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1553, 11 str. // Valstybės žinios.1996, Nr. 104-2363.
[113] Usonis V. Skiepų knyga. – Vilnius: Homo Liber. 2002 , p. 13.
[114]LR SAM įsakymas, 2006 m. rugpjūčio 8 d., Nr. V-682 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2006 – 2008 m. programos ir jos koordinavimo tarybos sudėties patvirtinimo" // Valstybės žinios. 2006, Nr.88 -3486.
[115]Bakasėnas V., Suraučienė J. Profilaktiniai skiepijimai ir skiepų kalendorius // Sveikata. – 2003 (5), p. 10. < http://www.elibrary.lt/resursai/Ziniasklaida/SAM/Sveikata/sveik_2003_05.pdf> [žiūrėta 2012-02-25].

užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenis 2002 metais užregistruoti 274 susirgimų atvejai, o 2003 metais –175. Tai parodo skiepų efektyvumą[116];

- 2004 metais į skiepų kalendorių įtraukiami skiepai nuo Haemophilus influenzae B tipo infekcijos.[117]

4 lentelė. Vaikų profilaktinių skiepų kalendoriaus pasikeitimai Lietuvoje 1993-2004 m.

Metai	Pagrindiniai aspektai
Nuo 1993 m.	Vakcinos tik atitinkančios tarptautinius kokybės standartus; Vaikai skiepijami monovalentinėmis ar divalentinėmis raudonukės, tymų, epideminio parotito vakcinomis.
Nuo 1996 m.	15-16.5 mėn. vaikai skiepijami kombinuota tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina; 12 m. – tymų, raudonukės vakcina; Atsisakyta 16–17 metų vaikus skiepyti nuo tuberkuliozės.
Nuo 1998 m.	Naujagimiai ir kūdikiai skiepijami nuo virusinio hepatito B; 12 m. vaikai – nuo tymų, epideminio parotito, raudonukės.
Nuo 2001 m.	Nuo tuberkuliozės neskiepijami 6-7 metų vaikai.
2002 m.	Hepatito B vakcina skiepijami 12 m. vaikai.
2004 m.	Kūdikių ir vaikų skiepijimas Haemophilus influenzae B tipo infekcijos vakcina.

Šaltinis*:* Sudaryta autoriaus, pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2006 m. rugpjūčio 8 d., Nr. V-682 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2006 – 2008 m. programos ir jos koordinavimo tarybos sudėties patvirtinimo“ // Valstybės žinios 2006, Nr.88 -3486.

[116] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinės ataskaitos 2002-2003 m. <http://www.ulac.lt/ataskaitos#metines> [žiūrėta 2012-03-04].

[117] LR SAM įsakymas, 2006 m. rugpjūčio 8 d., Nr. V-682 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2006 – 2008 m. programos ir jos koordinavimo tarybos sudėties patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr.88 -3486.

Šiuo metu Lietuvoje galioja 2007 m. gruodžio 22 d. LR SAM įsakymų Nr. V-1066 patvirtintas LR vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorius (5 lentelė).[118]

5 lentelė. Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorius (2007 m.)

Vakcinos	**Amžius**										
	Iki 24 val.	2-3 paros	1 mėn	2 mėn.	4 mėn..	6 mėn.	15-16,5 mėn.	18 mėn.	6-7 metai	12 metų	15-16 metų
Tuberkuliozės vakcina		BCG									
Hepatito B vakcina	HB*		HB			HB				HB** HB HB	
Kokliušo, difterijos, stabligės vakcina				DTaP	DTaP	DTaP		DTaP	DTaP		Td
B tipo *Haemophilus influenzae* infekcijos vakcina				Hib	Hib	Hib		Hib			
Poliomielito vakcina				IPV	IPV	IPV		IPV	IPV		
Tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina							MMR		MMR	MMR***	

Sutrumpinimai: BCG – tuberkuliozės vakcina; HB –hepatito B vakcina, DTaP – kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės vakcina, Hib – B tipo *Haemophilus influenzae* infekcijos vakcina, Td –difterijos, stabligės (suaugusiųjų) vakcina, IPV – inaktyvuota poliomielito vakcina, MMR – tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina. Paaiškinimai: * - pirma dozė; ** - antra doze; *** - trečia doze.

Šaltinis: LR SAM įsakymas 2007 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1066 „Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendoriaus" // Valstybės žinios 2008, Nr. 1-27.

Vadovaudamiesi 2007 metų skiepijimo kalendoriumi HB* naujagimiams įskiepijami per pirmąsias 24 valandas. Kitos dvi hepatito B dozės įskiepijamos kai kūdikiui sukanka vienas mėnuo ir pusę metų. Kaip jau buvo minėta nuo hepatito B infekcijos 12 – mečiai vaikai skiepijami nuo 2002 metų, jeigu jie neskiepyti kūdikystėje. Skiepijimo kalendoriuje mes matome, kad jiems skirtos 3 dozės HB vakcinos:

HB1 ⟹ po 1 mėnesio HB2 ⟹ po 6 mėnesių HB3[119]

[118] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos įsakymas 2007 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1066 „Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendoriaus" // Valstybės žinios 2008, Nr. 1-27.

[119] LR SAM įsakymas 2007 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1066 „Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendoriaus" // Valstybės žinios 2008, Nr. 1-27.

Tuberkuliozės vakcina įskiepijama 2-3 parą. Kokliušo, difterijos, stabligės, B tipo Haemophilus influenzae, poliomielito vakcinos (kombinuota penkiavalente DTPa-IPV-Hib vakcina) skiepijimo schema:

2 mėnesių vaikui įskiepijama pirmoji DTPa –IPV-Hib dozė

↓

4 mėn. antroji DTPa-IPV-Hib dozė

↓

6 mėn. trečioji DTPa-IPV-Hib dozė

↓

18 mėn. ketvirtoji DTPa-IPV-Hib dozė[120]

6-7 metų vaikai skiepijami nuo difterijos, stabligės, kokliušo ir poliomielito. Imunizacija nuo tymų, parotito ir raudonukės atliekama kai vaikui 15-16,5 mėn. ir 6-7 metai. Jeigu 6-7 metų vaikas nepaskiepytas nuo tymų, parotito ir raudonukės vakcina, tuomet jį vakcinuoja 12 metų. Paskutinis skiepas skiriamas 15-16 metų nuo difterijos ir stabligės.[121]

Tobulinant vaikų profilaktinių skiepijimo kalendorių pasiekta, kad šiuo metu galiojantis skiepų kalendorius atitinka PSO rekomendacijas ir yra maksimaliai priartintas prie ES šalių skiepijimo kalendorių. [122] Įvairių šalių skiepų kalendoriai šiek tiek skiriasi. Kaip pavyzdį norime pademonstruoti Vokietijos skiepų kalendorių. Lyginant su Lietuvos imunizacijos kalendoriumi mes matome (6 lentelėje), kad Vokietijos vaikai yra skiepijami papildomai nuo vėjaraupių, pneumokokinės infekcijos, meningokokinės C infekcijos, žmogaus papilomos virusinės infekcijos.[123] Mūsų šalyje nuo šių ligų galima pasiskiepyti tik už savo lėšas, nes pagal Imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių įstatymą iš valstybės biudžeto finansuojami skiepai tik įtraukti į LR SAM patvirtintą sąrašą, t.y įeinantys į LR vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių.

[120] LR SAM įsakymas 2007 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1066 „Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendoriaus" // Valstybės žinios 2008, Nr. 1-27.

[121] Ten pat.

[122] Vingras A. Specifinė infekcinių ligų profilaktika // Gydymo menas. – 2006, Nr.06 (129), p. 21.

[123] European Centre for Disease prevention and Control.Vaccination schedules. The German Childhood Vaccination Schedule. 2012. <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/euvac/schedules/Pages/germany.aspx> [žiūrėta 2012-05-26].

6 lentelė.Vokietijos vaikų vakcinacijos schema 2010 metų

Amžius/Vakcina	DTaP	IPV	Hib	HepB	PCV	MenC	MMR	Var	dTaP	HPV
Gimus				Taip[1+3]						
2 mėn.	Taip[1]	Taip[1]	Taip[1]	Taip[1]	Taip					
3 mėn.	Taip[1]	Taip[1+2]	Taip[1+2]	Taip[1+2]	Taip					
4 mėn	Taip[1]	Taip[1]	Taip[1]	Taip[1]	Taip					
11-14 mėn.	Taip[1]	Taip[1]	Taip[1]	Taip[1]	Taip		Taip[6]	Taip		
11-23 mėn.						Taip[5]				
15-23 mėn.							Taip[6]	Taip[6]		
5-6 metų									Taip	
9-17 metų		Taip		Taip[4]				Taip[7]	Taip	
12-17 metų										Taip[8]

Sutrumpinimai: HepB – hepatito B infekcijos vakcina; PCV – pneumokokinė infekcija konjuguota vakcina, MenC – konjuguota meningokokinė vakcina; Var – vėjaraupių valkcina; HPV – žmogaus papilomos viruso vakcina.

Paaiškinimai :

1. Tik tuo atveju jeigu tarp dozių yra 4 savaičių pertrauka ir tarp paskutinės (11-14) ir priešpaskutinės dozės yra 6 mėnesių pertrauka.
2. Tik tuo atveju jeigu naudojama vakcina yra kombinuota ir jos sudėtyje yra kokliušo komponento, nes priešingu atveju antroji vakcinos dozė rekomenduojama 4 mėn.
3. Rekomenduoja naujagimiams HbsAg teigiamoms arba nežinomo HbsAg būklės motinoms.
4. Pirminė Hep B vakcina anksčiau neskiepytiems vaikams.
5. Viena dozė vaikui sukakus 2 m., neturėtų būti kartu skiriama MMR, Var vakcinos.
6. Minimalus intervalas tarp dozių 4-6 savaitės.
7. Rekomenduojama skiepyti tuos, kurie nesirgę vėjaraupiais arba neskiepyti nuo šios ligos.
8. Rekomenduojama skiepyti mergaites, vakcinacijos schema 0-2-6.

Šaltinis: European Centre for Disease prevention and Control.Vaccination schedules. The German Childhood Vaccination Schedule. 2012.

3. LIETUVOJE ĮGYVENDINAMOS NACIONALINĖS IMUNOPROFILAKTIKOS PROGRAMOS 2009-2013 METŲ TARPINIS VERTINIMAS

Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2009 metais kovo 31 d. buvo patvirtinta Nacionalinė imunoprofilaktikos programa 2009-2013 metų. Programos tikslai:

- vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų mažinimas, pašalinimas ir valdymas;
- garantuoti imunizacijos saugumą, efektyvumą, prieinamumą.[124]

Programos uždaviniai:

- „vykdyti profilaktinius skiepijimus pagal Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių bei vaikų ir suaugusiųjų skiepijimą nuo užkrečiamųjų ligų teisės aktų nustatyta tvarka;

[124] LR SAM įsakymas, 2009 m. kovo 31 d., Nr. V-242 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009 – 2013 m. programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2009, Nr. 40 -1534.

- pasiekti ir išlaikyti pakankamą vaikų skiepijimų mastą (ne mažiau kaip 90 proc. šalyje ir kiekvienoje administracinėje teritorijoje);
- sustiprinti vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą ir skiepijimo masto stebėseną;
- mažinti sergamumą gripu ir jo komplikacijų riziką.“[125]

Programos vykdymo metu norima pasiekti tokius rezultatus:

1. „išlaikyti ne mažesnį kaip 90 proc. vaikų skiepijimo mastą visoje šalyje ir kiekvienoje administracinėje teritorijoje;
2. išvengti naujagimių, kūdikių ir mažų vaikų susirgimų sunkiomis hematogeninės diseminacijos būdu plintančiomis tuberkuliozės formomis;
3. mažinti sergamumą kokliušu (ne daugiau 0,3 atvejų 100 tūkst. gyventojų), difterija (ne daugiau 0,1 atvejų 100 tūkst. gyventojų) ir užkirsti kelią naujagimių stabligės atvejams;
4. išlaikyti Lietuvos, kaip „laisvos“ nuo poliomielito sukėlėjo šalies, statusą;
5. valdyti vaikų iki 5 metų sergamumą *Haemophilus influenzae* B tipo infekcijos sukeliamomis invazinėmis infekcijomis;
6. pašalinti tymus ir raudonukę, užkirsti kelią įgimto raudonukės sindromo atvejams;
7. mažinti sergamumą epideminiu parotitu (ne daugiau 0,3 atvejų 100 tūkst. gyventojų);
8. mažinti sergamumą hepatitu B ir hepatito B viruso nešiotojų skaičių, užkirsti kelią hepatito B viruso cirkuliavimui paskiepytose amžiaus grupėse (kohortose);
9. tobulinti vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių, įtraukiant vakcinas, kuriomis iki šiol nebuvo skiepijama, plėsti suaugusiųjų skiepijimo mastą;
10. sumažinti gripo sąlygotų komplikacijų ir mirčių rizikos grupėse atvejų skaičių;
11. sumažinti sergamumą ir komplikacijų, sąlygotų pneumokokinės infekcijos, atvejų skaičių;
12. užkirsti kelią žmogaus papilomos viruso plitimui skiepijamoje amžiaus grupėje.“[126]

Vertinant Nacionalinę imunoprofilaktikos programą bus vadovaujamasi LR nutarimu 2002 m. birželio 6 d. Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“, kuriame nurodoma, kad programos vertinimas atliekamas pagal vieną ar kelius pagrindinius programų vertinimo aspektus: tinkamumo, efektyvumo, rezultatyvumo, naudingumo, tęstinumo.[127] Vertinimas atliekamas programos

[125] LR SAM įsakymas, 2009 m. kovo 31 d., Nr. V-242 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009 – 2013 m. programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2009, Nr.: 40 -1534.

[126] Ten pat.

[127] Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2002 m. birželio 6 d. Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 57-2312.

įgyvendinimo metu, t.y. vertinimas yra tik tarpinis. Literatūros apžvalgoje buvo minėta, kad tarpinio vertinimo metu norima sužinoti tikslų, uždavinių pasiekimo laipsnį. Todėl vertinant imunoprofilaktikos programą pasirinktas vertinimo kriterijus – rezultatyvumas. Atsižvelgdami į siekiamus programos rezultatus remiantis Lietuvos bei PSO statistiniais duomenimis ir, - mokslinę literatūra bus analizuojama Nacionalinė imunoprofilaktikos programa 2009-2013 m.

1 siekiamas rezultatas – vaikų skiepijimo apimtys nemažesnės kaip 90 proc. visoje šalyje ir kiekvienoje administracinėje teritorijoje.

Lietuvoje naujagimius, mažus vaikus ir vaikus skiepijama nuo dešimt užkrečiamųjų ligų. Esant traumai skiepijama papildomai nuo stabligės ir po gyvūnų įkandimo imunizuojama nuo pasiutligės. 7 lentelėje matome skiepijimo nuo tuberkuliozės, hepatito B, kokliušo, poliomielito, tymų, epideminio parotito ir raudonukės dinamika 2005-2011 m. Lietuvoje kaip ir buvo planuota išlaikytas nemažesnis kaip 90 proc. imunizacijos mastas. Daugiausia mūsų šalyje atliekami skiepai nuo tuberkuliozės, tai sudaro 97,8 proc. ir nuo hepatito B – 95,7 proc. Mažiausiai skiepijama nuo tymų, epideminio parotito ir raudonukės (93,7%). Lyginant su Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2006-2008 m. imunizacijos apimtimi, mes matomas skiepijimo mastų mažėjimus. Vertinant 2008 m. ir 2011 m. duomenis pastebėta, kad skiepijimo nuo tuberkuliozės sumažėjo – 1,5 %, nuo hepatito B – 3,4 %, difterijos, stabligės, poliomielito ir kokliušo – 1 %, nuo tymų, parotito ir raudonukės – 3,3 %. Kiekvienais metais skiepijimo apimtys mažėja, todėl yra pavojus, kad didės tam tikrų vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų susirgimų.[128]

7 lentelė. Lietuvos skiepijimo apimčių dinamika 2005-2011 m.

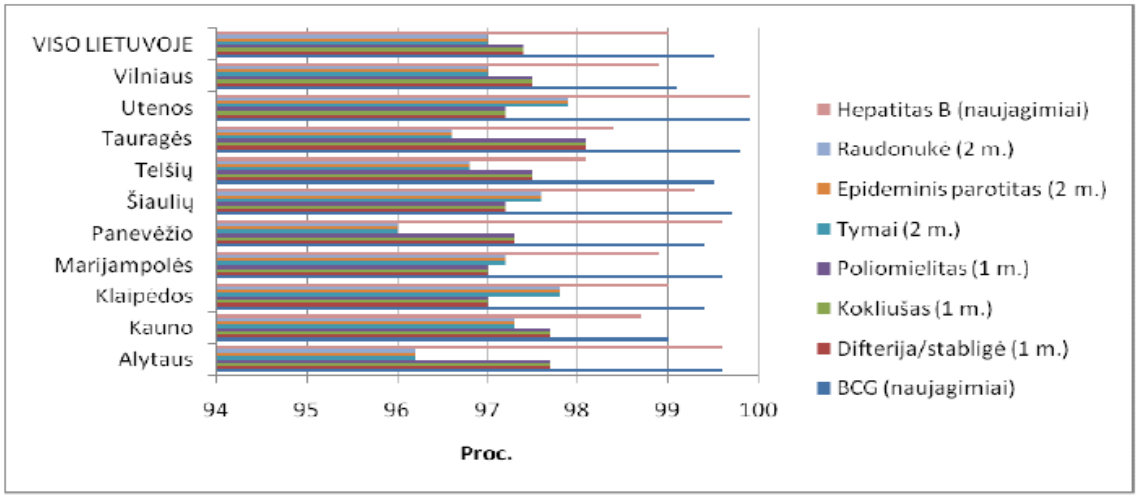
liga ir skiepijimo laikas	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tuberkuliozė - naujagimiai	99.4	99.4	99.3	99.3	99.5	98.9	97.8
Hepatitas B - naujagimiai	99.0	99.4	99.0	99.1	99.0	98.3	95.7
Difterija, stabligė - 1 metai	94.0	94.0	94.9	95.8	97.4	94.8	94.8
Kokliušas - 1 metai	94.0	94.0	94.9	95.8	97.4	94.8	94.8
Pliomielitas - 1 metai	97.3	97.3	97.8	95.8	97.4	94.8	94.8
Tymai - 2 metai	97.2	96.6	96.9	97.0	97.0	96.1	93.7
Epideminis parotitas - 2 metai	97.2	96.6	96.9	97.0	97.0	96.1	93.7
Raudonukė - 2 metai	97.2	96.6	96.9	97.0	97.0	96.1	93.7

2012-11-5 Lietuvos statistikos departamentas , db1.stat.gov.lt/M3140401

Šaltinis: Vaikų profilaktiniai skiepijimai. Lietuvos statistikos departamentas. – Vilnius. 2012.

[128] Vaikų profilaktiniai skiepijimai. Lietuvos statistikos departamentas. – Vilnius, 2012. <http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectOut/PxSort.asp?file=2012115183745976689 6M3140401&PLanguage=0&MainTable=M3140401&MainTablePrestext=Vaik%C5%B3%20profilaktiniai%20skiepijimai&potsize=56> [žiūrėta 2012-11-05].

Lyginant skiepijimo apimčių pasiskirstymą Lietuvos administracinėse teritorijose 3 pav. matome, kad 2011 m. pasiskirstymas yra beveik tolygus ir sudaro daugiau nei 90%.[129]



3 pav. Skiepijimo apimtys pagal administracines teritorijas 2011 m.[130]

Reziumuojant galima teigti, kad pirmas imunoprofilaktikos programos siekiamas rezultatas įvykdytas ir tikėtina, kad bus vykdomas ir toliau.

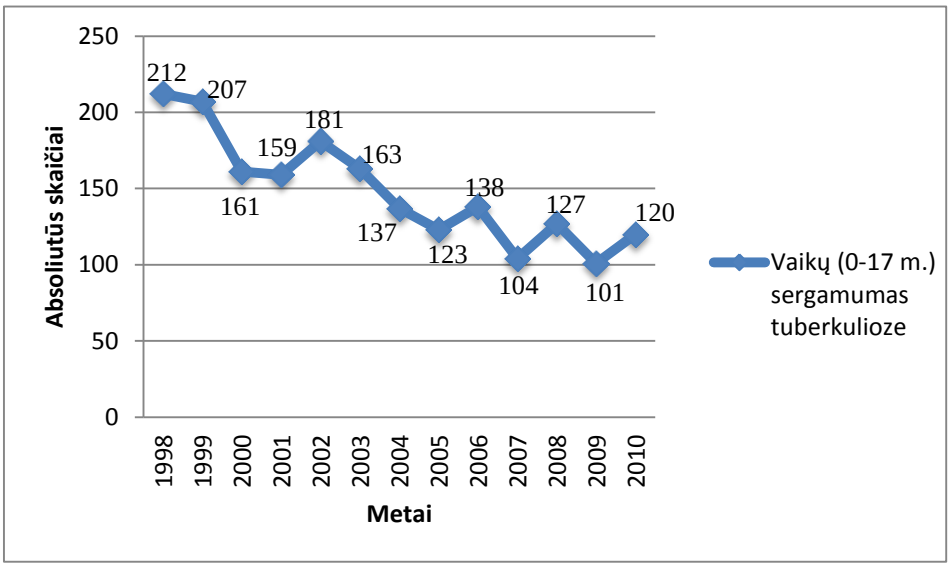
2 siekiamas rezultatas – išvengti naujagimių, kūdikių ir mažų vaikų susirgimų sunkiomis hematogeninės diseminacijos būdu plintančiomis tuberkuliozės formomis.

Tuberkuliozė (TB) PSO duomenimis – viena iš labiausių paplitusių užkrečiamųjų ligų, trečdalis pasaulio žmonių yr užsikrėtę tuberkuliozės sukelėju. 2008 m. 9,4 mln. žmonių susirgo TB, o bendras sergančių skaičius sudarė 11,1 mln., mirusiųjų skaičius – 1,8 mln. gyventojų. Europos regione tuberkuliozė paplitusi nevienodai, naujų atvejų skaičiai svyruoja išsivysčiusiose šalyse nuo 2 – 15, besivystančiose šalyse iki 120 – 231 atvejų 100 000 gyventojų. PSO Europos regioninis biuras 2007 m. Lietuvą priskyrė prie labiausiai pažeistų šalių nuo TBC Europoje. Daugiau paplitusi šį ligą yra tik

[129] Razmuvienė D. ir kiti. Skiepijimo apimčių ir nepageidaujamų reakcijų į vakcinas situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m.. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.
<http://www.ulac.lt/uploads/downloads/skiepijimo_apzvalga%202011%20m.pdf>. [žiūrėta 2012-04-07].

[130] Ten pat.

Rumunijoje. [131] Lietuvos vaikų sergamumas TB 2010 m. siekia 120 atvejų. 4 pav. matome vaikų sergamumo TB dinamiką nuo 1998 iki 2010 m., sergamumas mažėjantis.[132]



Šaltinis: Davidavičienė E. Tuberkuliozės problema – nauji iššūkiai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011: Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados. – Vilnius. 2011, p. 74.

4 pav.Vaikų (0-17 m.) sergamumas tuberkulioze 1998-2010 m.

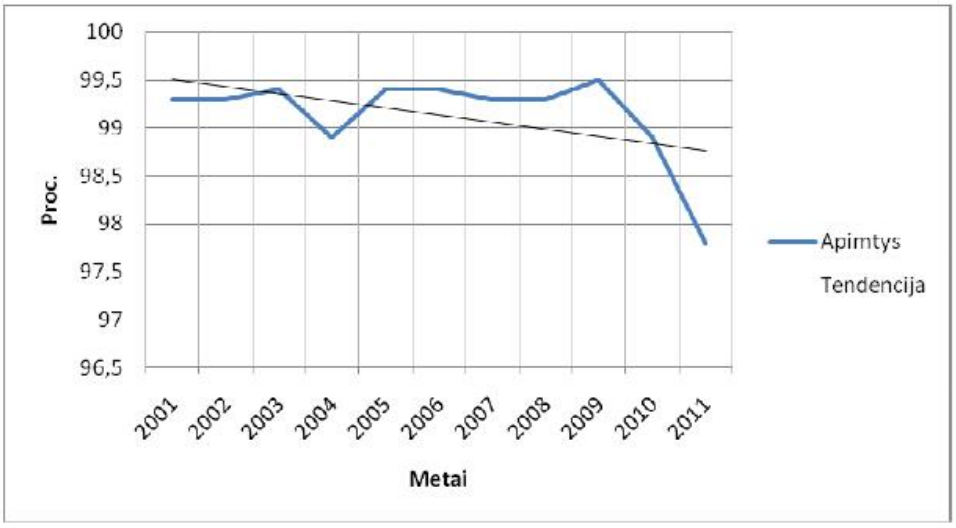
Pasiekti anksčiau minėta rezultatą t.y išvengti kūdikių, naujagimių ir mažų vaikų susirgimų nuo TBC, galima tik vakcinuojant naujagimius gimdymo namuose arba mažus vaikus pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose BCG vakcina. Pagal LR SAM 2010 m. gruodžio 3 d. Nr. V – 1033 įsakymą „Dėl TB profilaktikos ir kontrolės 2011-2014 m. programos patvirtinimo“ kasmet reikia imunizuoti ne mažiau kaip 97 proc. naujagimių ir kūdikių vakcina nuo TB (BCG). [133]Analizuojant 5 paveikslą matome, kad BCG skiepijimo apimčių 2001-2011 m. tendencija mažėjanti, bet išlieka didelis procentas paskiepytų vaikų. Lietuvoje 2011 m. paskiepytų naujagimių skaičius siekia 97,8 proc.[134]

[131] LR SAM įsakymas 2010 m. gruodžio 3 d. Nr. V- 1033 „Dėl tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011 – 2014 metų patvirtinimo“, // Valstybės žinios. 2010, Nr. 144-7386. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=388352&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2012- 04-20].

[132] Davidavičienė E. Tuberkuliozės problema – nauji iššūkiai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados. – Vilnius. 2011, p. 74. <http://www3.lrs.lt/docs2/PZACLURH.PDF> [žiūrėta 2012-04-12].

[133] LR SAM įsakymas 2010 m. gruodžio 3 d. Nr. V- 1033 „Dėl tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011 – 2014 metų patvirtinimo“, // Valstybės žinios. 2010, Nr. 144-7386.

[134] Razmuvienė D. ir kiti. Skiepijimo apimčių ir nepageidaujamų reakcijų į vakcinas situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.



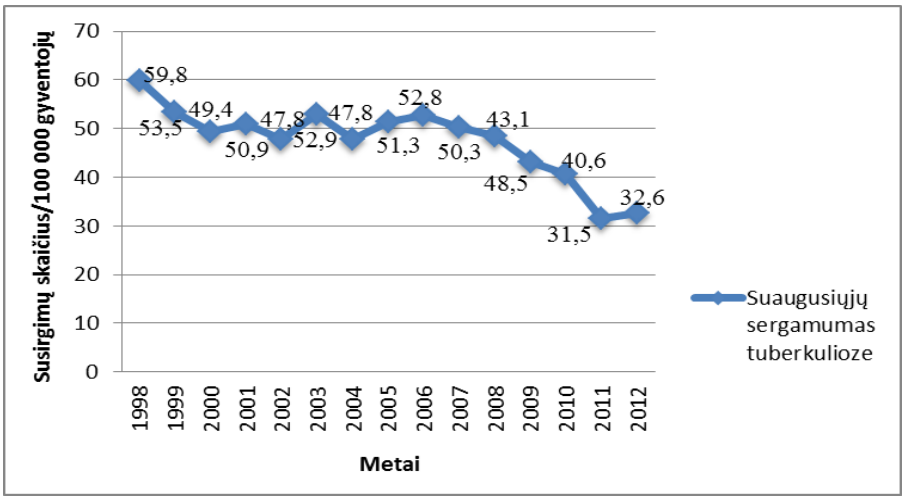
Šaltinis: Razmuvienė D. ir kiti. Skiepijimo apimčių ir nepageidaujamų reakcijų į vakcinas situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.

5 pav. BCG (naujagimiai) skiepijimo apimčių tendencija 2001-2011 m.

Nors paskiepytų naujagimių skaičiai yra dideli ir mes įgyvendinome norima rezultatą, bet suaugusiųjų TB paplitimas yra didelis 2011 m. 31,5 atvejų 100 000 gyv., 2012 m. 32,6 atvejų 100 tūkst. gyv. (6 pav.).[135]Suaugusieji yra šios ligos nešiotojai ir oro lašeliniu būdu gali užkrėsti vaikus. Todėl būtina imunizuoti naujagimius ir skirti didelį dėmesį visuomenės mokymams TB profilaktikos ir kontrolės klausimais.[136]

[135] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinės ataskaitos 2011 – 2012. <http://www.ulac.lt/uploads/downloads/2011gruodis_palyginamoji_periodo.pdf>, <http://www.ulac.lt/uploads/downloads/Ataskaitos/2012/2012gruodis_palyginamoji_periodo.pdf > [žiūrėta 2013-01-28].

[136] LR SAM įsakymas 2010 m. gruodžio 3 d. Nr. V- 1033 ,,Dėl tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011 – 2014 metų patvirtinimo“, // Valstybės žinios. 2010, Nr. 144-7386.



Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Davidavičienės E. Tuberkuliozės problema – nauji iššūkiai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011: Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados. – Vilnius, 2011, p. 74. ir Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metines ataskaitas 2011 – 2012 m.

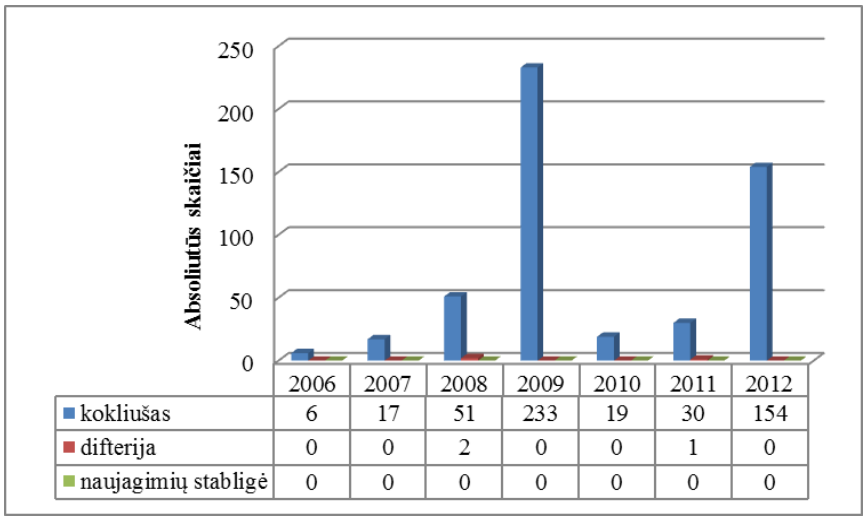
6 pav. Lietuvos suaugusiųjų sergamumoTBC dinamika 1998-2012 m. (100 000 gyv.)

3 siekiamas rezultatas – mažinti sergamumą kokliušo, difterijos ir „užkirsti“ kelią naujagimių stabligei.

Lietuvoje 2012 m. užregistruota 154 kokliušo atvejų lyginant su 2011 m. (30 atvejų) sergamumas padidėjo 5 kartus (7 pav.).[137] Kokliušo sergamumas didėja. Lietuvoje nustatyti du kokliušo ligos pakilimai kas 4 metus: pirmas – 2005 m., antras – 2009 m.[138] Galima prielaida, kad 2013 m. įvyks šios ligos pakilimas.

[137] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinės ataskaitos 2011 – 2012 m.

[138] Razmuvienė D. ir kiti. Vakcinomis valdomų ir epidemiologinės sitaucijos apžvalga Lietuvoje 2011 m..Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 8. <http://www.ulac.lt/uploads/downloads/apzvalga_lt_2011%20m.pdf > [žiūrėta 2012-02-03].



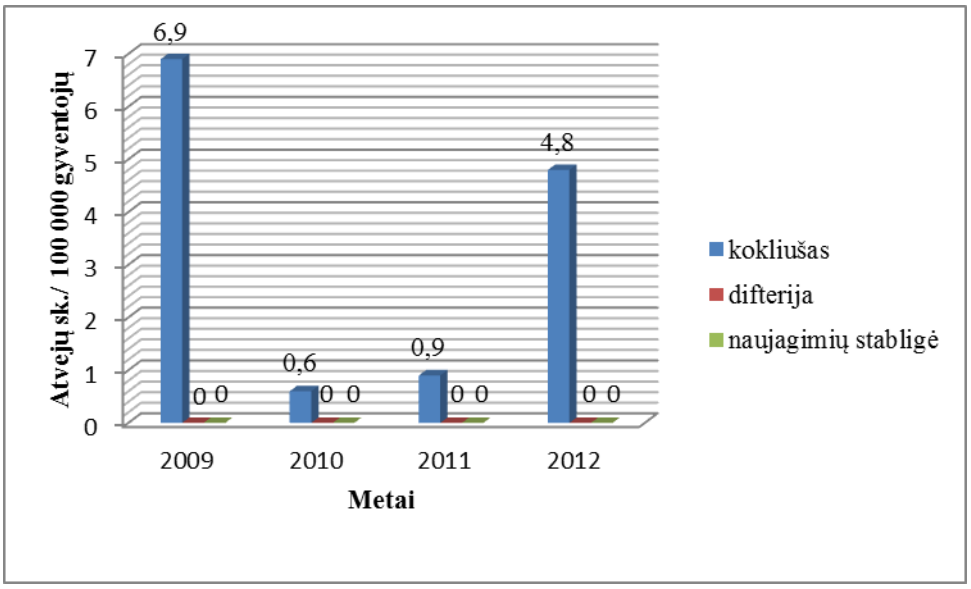
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
kokliušas	6	17	51	233	19	30	154
difterija	0	0	2	0	0	1	0
naujagimių stabligė	0	0	0	0	0	0	0

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metines ataskaitas 2006 – 2012 m. <http://www.ulac.lt/ataskaitos#metines> [žiūrėta 2012-05-12 ir 2013-01-28].

7 pav. Sergamumo kokliušo, difterijos, naujagimių stabligės dinamika 2006-2012 m.

Programos siekiamas rezultatas buvo, kad kokliušo sergamumas būtų nedaugiau 0,3 atvejų 100 tūkst. gyventojų. 8 paveiksle matome, kad 2012 m. atvejų skaičiai yra šešiolika kartų didesni nei planuojami.[139] *Todėl norimas rezultatas nepasiektas.*

[139] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metines ataskaitos 2009 – 2012 m. <http://www.ulac.lt/ataskaitos#metines> [žiūrėta 2012-05-12 ir 2013-01-28].



Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metines ataskaitas 2009 – 2012 m. <http://www.ulac.lt/ataskaitos#metines> [žiūrėta 2012-05-12 ir 2013-01-28].

8 pav. Sergamumo kokliušu, difterija, naujagimių stabligės atvejų skaičius 100 tūkst. gyventojų 2009-2012 m.

Didėjantis kokliušo sergamumas pastebimas ne tik mūsų šalyje, bet ir Jungtinės Karalystėje, Jungtinės Amerikos Valstijose (JAV). Jungtinėje Karalystėje 2012 m. per pirmąjį pusmetį užregistruota dvigubai daugiau susirgimų nei per visus 2011 m. (2300 atvejų) ir šešios kūdikių mirtys nuo šios infekcijos. JAV sergamumas kokliušu 2012 m. iki liepos vidurio siekia 17 000 atvejų ir dešimt mirčių. Didžiausias sergamumas ir mirtingumas nuo šios ligos pastebimas tarp kūdikių. Apsisaugoti nuo šios infekcijos galima tik pasiskiepijus[140].

Sekantis siekiamas rezultatas yra mažinti difterijos susirgimų (ne daugiau 0,1 atvejo 100 tūkst. gyventojų). Lietuvoje difterijos susirgimų 2012 m. neužregistruota (7 pav.).[141] 2011 m. registruotas 1 difterijos susirgimas, 2008 – 2 ligos atvejai, vienas iš jų baigėsi mirtimi.[142] Sergamumas šia liga 2009-2012 m. nesiekia 0,1 atvejo 100 000 gyv.(8 pav.). Naujagimių stabligės atvejų Lietuvoje nuo 2006 iki 2012 metų neužregistruota (7 pav.).

[140] Lileikytė A. Specialistams kelia nerimą didėjantis sergamumas kokliušu. 2012. <http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/specialistams-kelia-nerima-didejantis-sergamumas-kokliusu> [žiūrėta 2012-10-16].

[141] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinė ataskaita 2012 m. <http://www.ulac.lt/uploads/downloads/Ataskaitos/2012/2012gruodis_palyginamoji_periodo.pdf> [žiūrėta 2013-01-28].

[142] Razmuvienė D. ir kiti. Vakcinomis valdomų ir epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 11.

Apibendrinus galima teigti, kad siekiamas rezultatas yra pilnai neįvykdytas ir dėmesys turi būti atkreiptas kokliušo sergamumo mažinimui.

4 siekiamas rezultatas – išlaikyti Lietuvos be poliomielito sukėlėjo šalies statusą.

Vienas iš didžiausių visuomenės laimėjimų sveikatos srityje yra raupų išnaikinimas pasaulyje ir Europos regione laisvo nuo poliomielito sukėlėjo, sertifikavimas. [143] PSO duomenimis nuo 1988 m. poliomielito susirgimų atvejų sumažėjo 99%. 1988 m. ligos atvejų buvo 350 000, kai 2010 m. tik 1352 ligos pranešimų. 2012 m. tik trys šalys (Afganistanas, Nigerija ir Pakistanas) pasaulyje yra endeminės poliomielito zonos.[144] Lietuvoje nuo 2007 m. iki 2012 m. neužregistruota nei vieno susirgimo epizodo.[145] *Norimas rezultatas yra pasiektas.*

5 siekiams rezultatas – valdyti vaikų iki 5 metų sergamumą Haemophilus influenzae B tipo infekcijos sukeliamomis invazinėmis infekcijomis.

Lietuvoje 2012 m. registruota 2 Haemophilus influanzae B tipo infekcijos atvejai vaikų iki 5 metų. 9 pav. pavaizduota palyginamoji bendro ir vaikų iki 5 metų sergamumu nuo Haemophilus influenzae B tipo infekcijos dinamika 2006-2012 metais. Stebimas sergamumo mažėjimas.[146] Mažas sergamumas pastebimas dėl didelės vaikų imunizacijos nuo šios ligos, kuri siekia 92,4% (2011 m.).[147] *Išanalizavus duomenis galima teigti, kad Lietuvoje yra valdomas vaikų iki 5 metų sergamumas nuo Haemophilus influenzae B tipo infekcijos.*

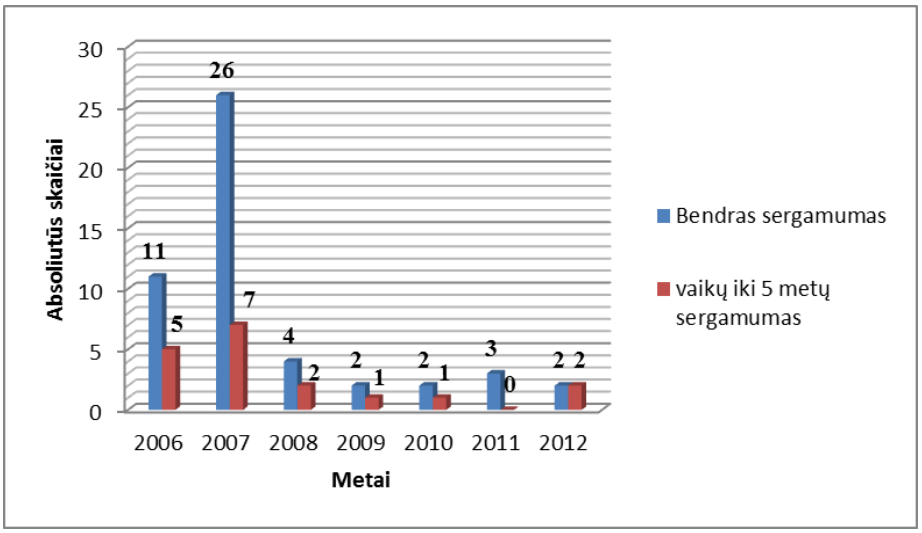
[143] Bakasėnas V., Morkūnas B. Užkrečiamųjų ligų epidemiologinė priežiūra. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005: Šeimos sveikata. 2006, p. 46.

[144] ВОЗ. 10 фактов об иммунизации. <http://www.who.int/features/factfiles/immunization/facts/ru/index7.html> [žiūrėta 2012-06-03].

[145] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinės ataskaitos 2007 – 2012 m.

[146] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinės ataskaitos 2006– 2012 m.

[147] Razmuvienė D. ir kiti. Skiepijimo apimčių ir nepageidaujamų reakcijų į vakcinas situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m.. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.



Šaltinis: sudarytas autoriaus pagal Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metines ataskaitas 2006– 2012 m.<http://www.ulac.lt/ataskaitos#metines> [žiūrėta 2012-06-11 ir 2013-02-02].

9 pav. Lietuvos Haemophilus influenzae B tipo infekcijos palyginamoji sergamumo dinamika 2006-2012 m.

6 siekiamas rezultatas – pašalinti tymus, raudonukę ir užkirsti kelią įgimto raudonukės sindromo atvejui.

Pagal LR SAM įsakymą 2009 m. kovo 31 d. Nr. V – 241 „Dėl tymų, raudonukės ir įgimto raudonukės sindromo epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“ vaikų skiepijimo apimtys nuo šių ligų Lietuvoje – turi būti nemažesnis kaip 90 proc.[148] Nagrinėjant raudonukės infekcijos sergamumą Lietuvoje 2002-2011 m., mes matome 10 pav. ryškią sergamumo mažėjimo dinamiką.[149] Lietuvoje 2011 m., 2012 m. neužregistruota nei vieno raudonukės infekcijos susirgimo.[150] Tokie geri rodikliai yra dėl didelių skiepijimo apimčių nuo raudonukės infekcijos. 2011 m. 2, 7 metų amžiaus grupėse skiepijimo apimtys sudarė 93,7%.[151]Lyginat su Europos Sąjungos

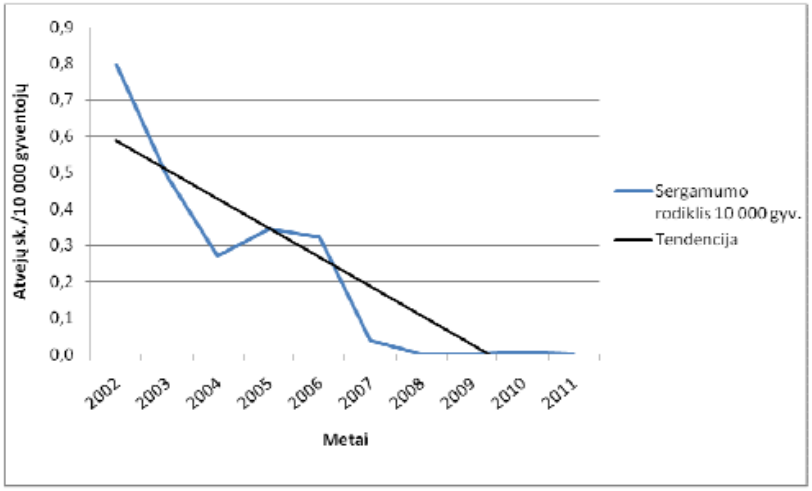
[148] LR SAM įsakymą 2009 m. kovo 31 d. Nr. V – 241 „Dėl tymų, raudonukės ir įgimto raudonukės sindromo epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2009, Nr.40-1533. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=340906&p_query=&p_tr2=>[žiūrėta 2012-07-05].

[149] Razmuvienė D. ir kiti. Skiepijimo apimčių ir nepageidaujamų reakcijų į vakcinas situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.

[150] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinės ataskaitos 2011-2012 m.

[151] Razmuvienė D. ir kiti. Vakcinomis valdomų ir epidemiologinės sitaucijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 16.

šalimis 2012 m. užregistruotą 27276 raudonukės susirgimų atvejų. 99 proc. susirgimų buvo užregistruota Lenkijoje ir Rumunijoje.[152]



Šaltinis: Razmuvienė D. ir kiti. Vakcinomis valdomų ir epidemiologinės sitaucijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 16.

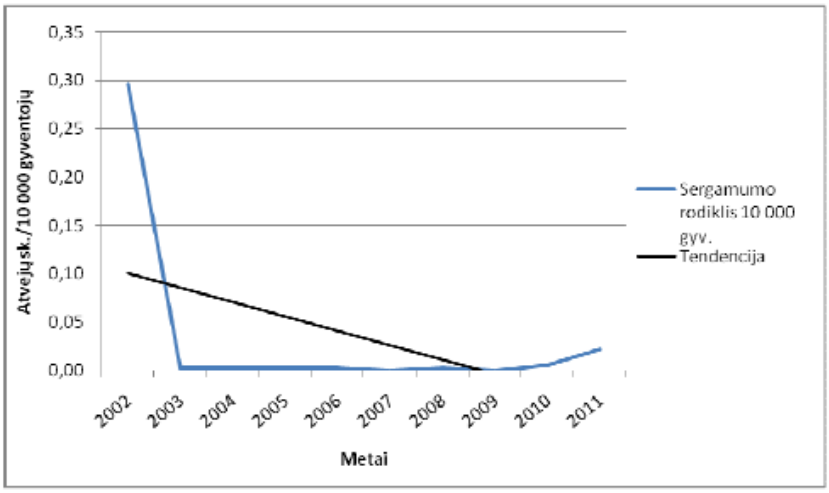
10 pav. Daugiametė sergamumo raudonukės dinamika Lietuvoje 2002-2011 m.

PSO duomenimis 2011 m. tymų susirgimų skaičius 38 Europos šalių siekė apie 12 000. Didžioji dauguma užregistruotų susirgimų buvo Belgijoje, Makedonijoje, Serbijoje, Jungtinės Karalystėje, Prancūzijoje, Šveicarijoje ir Uzbekistane. [153] Mūsų šalyje 2011 m. užregistruota 7 atvejai tymų susirgimų. Išanalizavus dešimties metų (2002-2011 m.) sergamumo tymais dinamiką pastebima ryški mažėjimo tendencija. 11 pav. matome, kad 2002 metais įvyko ligos protrūkis, o po to stebimi tik pavieniai susirgimai. 2012 metais Lietuvoje užregistruota du tymų susirgimų atvejai. Skiepijimo apimtys nuo tymų siekia tokius rodiklius kaip raudonukės (93,7%).[154]

[152]Bukotaitė B. Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje plinta tymai, Rusijoje- raudonukės protrūkis. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2013. <http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/svedijoje-ir-jungtineje-karalysteje-plinta-tymai-rusijoje-raudonukes-protrukis>[žiūrėta 2013.03.07].

[153] Всемирная организация здравоохранения**.** Вспышки кори продолжаются: ВОЗ призывает к иммунизации перед совершением поездок или посещением крупных общественных мероприятий. 2011. <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2011/07/measles-outbreaks-continue-be-vaccinated-before-travelling-and-attending-large-public-events> [žiūrėta 2012-10-12].

[154] Razmuvienė D. ir kiti. Vakcinomis valdomų ir epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 16.



Šaltinis: Razmuvienė D. ir kiti. Vakcinomis valdomų ir epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 16.

11 pav. Daugiametė sergamumo tymais dinamika Lietuvoje 2002-2011 m.

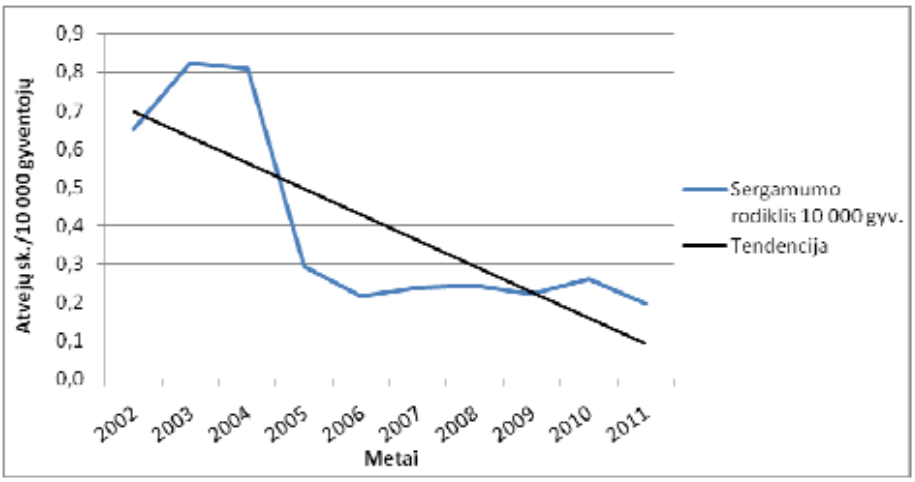
Nagrinėjant Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro statistinius duomenis nuo 2002 iki 2012 m. sergamumas įgimtos raudonukės sindromu Lietuvoje neregistruojamas.[155] *Apibendrinus galima pastebėti, kad visiškai išnaikinti tymų nepavyko, raudonukės susirgimų epizodų 2011-2012 m. nebuvo ir įgimtos raudonukės sindromo Lietuvoje neregistruojama.*

7 siekiamas rezultatas – mažinti epideminio parotito sergamumą ne daugiau kaip 0,3 atvejų 100 tūkst. gyventojų.

Lietuvoje 2011 m. buvo užregistruota 64 epideminio parotito susirgimo atvejų (sergamumo rodiklis 10 000 gyventojų siekia 0,19 atvejų arba 1,9 atvejų 100 000 gyv.). Lyginant su 2010 m. pastebimas susirgimų mažėjimas. 2010 metais registruoti 87 atvejai (sergamumo rodiklis 0,26 atvejų 10 000 gyventojų arba 2,6 atvejų 100 000 gyv.) (12 pav.). Imunizacijos apimtys nuo epideminio parotito tokie kaip raudonukės ir tymų.[156] *Reziumuojant galima teigti, kad sergamumas epideminiu parotitu Lietuvoje yra didesnis nei 0,3 atvejų 100 tūkst. gyventojų, todėl norimas rezultatas nepasiektas.*

[155] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinės ataskaitos 2002 -2012 m.

[156] Razmuvienė D. ir kiti. Vakcinomis valdomų ir epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 13, 17.



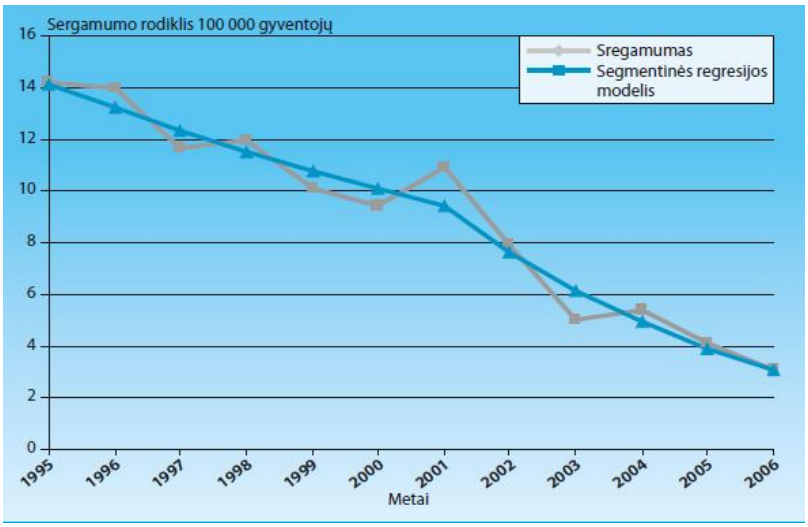
Šaltinis: Razmuvienė D. ir kiti. Vakcinomis valdomų ir epidemiologinės sitaucijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 16.

12 pav. Daugiametė sergamumo epideminio parotito dinamika Lietuvoje 2002-2011 m.

Aštuntas siekiamas rezultatas – mažinti sergamumą hepatitu B ir hepatito B viruso nešiotojų skaičių, užkirsti kelią hepatito B viruso cirkuliavimui paskiepytose amžiaus grupėse (kohortose).

Virusiniai hepatitai yra svarbi sveikatos problema visame pasaulyje. Lietuvoje kiekvienais metais registruojama apie 300 virusinių hepatitų atvejų. PSO ekspertų nuomone, faktinis susirgimų skaičius Europoje šešis kartus yra didesnis. Sergamumas ūminių heptitu B per 1995-2006 metus turėjo du reikšmingus periodus: pirmas tai 1995-2001 m. ir antras 2001-2006 m. (13 pav.). Per šiuos laikotarpius žymiai sumažėjo sergamumas nuo ūminio hepatito B. Kalbant apie pirmą perioda, tai kasmet vidutiniškai sergamumas sumažėdavo 6,4 proc., o antro periodo metu sergamumas sumažėjo iki 19,7 proc. Su tokiais sergamumo rodikliais Lietuva priskirta prie mažo sergamumo ES šalių.[157]

[157]Žagminas K. ir kiti.Virusiniai hepatitai. Vakcinacijos strategija. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007:Sveikata ir saugumas: protrūkiai ir krizės. – Vilnius. 2008, p. 94.

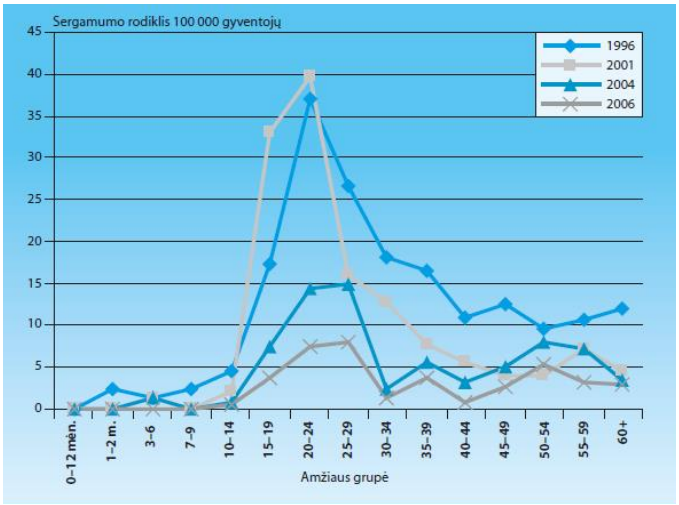


Šaltinis: Žagminas K. ir kiti. Virusiniai hepatitai. Vakcinacijos strategija.Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007:Sveikata ir saugumas: protrūkiai ir krizės. – Vilnius. 2008, p. 93.

13 pav. Sergamumo ūminiu hepatitu B tendencijos Lietuvoje 1995-2006 m.

Hepatitu B kaip matome 14 pav. dažniausiai serga jauni, 15-29 metų amžiaus grupės žmonės, todėl naujagimių vakcinacija yra labai svarbi. Nuo 2002 metų planine tvarka skiepijami ir paaugliai (12 metų). 2009 metais Lietuvoje visos 1990 m. ir vėliau gimusios amžiaus kohortos buvo imunizuotos nuo šios infekcijos. Tikėtina, kad „ didžiausias sergamumo sumažėjimas bus 2010 – 2015 metais, kai didžiausios rizikos amžiaus grupę pasieks asmenys, kurie yra jau skiepyti anksčiau pagal planinį skiepų kalendorių.“[158]

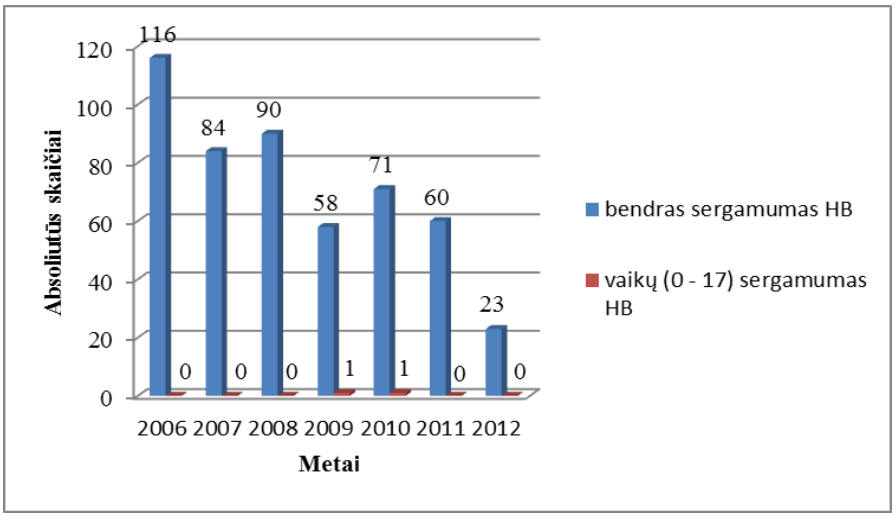
[158] Žagminas K. ir kiti.Virusiniai hepatitai. Vakcinacijos strategija, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007. Sveikata ir saugumas: protrūkiai ir krizės. – Vilnius. 2008, p. 94.



Šaltinis: Žagminas K. ir kiti. Virusiniai hepatitai. Vakcinacijos strategija, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007. Sveikata ir saugumas: protrūkiai ir krizės. – Vilnius. 2008, p. 94.

14 pav. Sergamumas ūminiu hepatitu B pagal amžių Lietuvoje 1996-2006 m.

Lyginant bendrą ir vaikų (0-17 m.) sergamumo ūminiu hepatito B dinamiką 2006-2012 m. pastebimas bendro sergamumo mažėjimas, o vaikų susirgimų nuo šios infekcijos tik pavieniai atvejai. 2012 m. bendras sergamumas sudarė – 23 atvejus, vaikų iki 17 metų – nei vieno atvejo (15 pav.).[159]



Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metines ataskaitas 2006 -2012 m.

15 pav. Bendras ir vaikų (0-17m.) sergamumo nuo HB dinamika 2006 –2012 m.

Hepatito B infekcija yra vakcinomis valdoma liga, todėl sergamumo mažėjimo tendencija priklauso nuo imunizacijos masto. 2011 m. Lietuvoje nuo hepatito B infekcijos paskiepyta 95,7%

[159] Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinės ataskaitos 2006 -2012 m.

naujagimių[160]. Nors vaikų imunizacijos apimtys yra didelės, tačiau didžiausias hepatito B sergamumas yra pastebimas tarp suaugusiųjų. Lietuvoje suaugusieji nuo šios ligos gali pasiskiepyti savo lėšomis, 2012 m. sausio – gegužės mėnesiais buvo vakcinuoti 1686 suaugusieji, tai 2,5 karto mažiau nei 2011 m. per tą patį laikotarpį. Skiepijimo apimtys labai mažos. [161] *Apibendrinant mes matome, kad sergamumas HB mažėja, vaikų (0 – 17 m.) tarpe nuo 2006 m. iki 2012 m. buvo užregistruoti tik du atvejai. Atsižvelgiant į tai galima teigti, kad sergamumas HB yra valdomas ir pasiekti tikrai geri rezultatai.*

Devintas siekiamas tikslas – tobulinti vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių, įtraukiant vakcinas, kuriomis iki šiol nebuvo skiepijama, plėsti suaugusiųjų skiepijimo mastą.

Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje 2009-2013 m. numatyta įtraukti į Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių konjuguotą pneumokokinę vakciną 2011-2013 m., žmogaus papilomos viruso vakciną 2012-2013 m.[162] *Iki 2012 m. į vaikų skiepijimo kalendorių nebuvo įtraukta nei viena nauja vakcina.*

Nevisos vaikystėje įskiepytos vakcinos garantuoja imunitetą visam gyvenimui, todėl suaugusiųjų revakcinacija būtina. Valstybės lėšomis suaugusieji skiepijami nuo difterijos, stabligės, pasiutligės, vyresni nei 65 m. žmonės imunizuojami nuo gripo, pneumokokinės infekcijos. Neimunizuoti suaugusieji serga sunkiau, didesnės mirtingumo ir komplikacijų rizikos. Nors infekcinės ligos sukelia grėsmę sveikatai ir gyvybei, Lietuvos gyventojai rekomenduojamomis ir valstybės lėšomis kompensuojamomis vakcinomis skiepytis neskuba. [163]

Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje numatyta skiepyti suaugusius asmenis kas 5-10 metų nuo difterijos ir stabligės. Sergamumas šiomis ligomis Lietuvoje yra mažas, tačiau susirgus šiomis ligomis klinikinė eiga sunki ir didelis mirtingumo procentas. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS kontrolės centro duomenimis 2012 m. imunizuoti difterijos ir stabligės vakcina nuo sausio iki gegužės

[160] Razmuvienė D. ir kiti. Skiepijimo apimčių ir nepageidaujamų reakcijų į vakcinas situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.

[161] Šerytė K. Lietuvoje suaugusieji rekomenduojamomis vakcinomis skiepijasi vangiai. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012. <http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/lietuvoje-suaugusieji-rekomenduojamomis-vakcinomis-skiepijasi-vangiai> [žiūrėta 2012-10-07].

[162] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2009 m. kovo 31 d., Nr. V-242 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009 – 2013 m. programos patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2009.Nr. 40 -1534.

[163] Šerytė K. Lietuvoje suaugusieji rekomenduojamomis vakcinomis skiepijasi vangiai. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.

mėnesio 8969 vyresni nei 18 metų asmenys. Pasiutligės imunoprofilaktika per pirmąją ketvirtį atlikta 655 asmenims. [164]

Polisacharidine vakcina nuo pneumokokinės infekcijos rekomenduojama imunizuoti rizikos grupes, t.y. „vyresni nei 65 metų asmenys, globos namų gyventojai, bet kokio amžiaus sergantieji įvairiomis lėtinėmis ligomis, asmenys, sergantys pjautuvo pavidalo ląstelių mažakraujyste, asmenys, kuriems nuteka cerebrospinalinis skystis". Per 2012 metus vakcinuoti 178 asmenys, 2011 m. 146 asmenys. Paskiepytų asmenų skaičiai labai maži, todėl reikia labiau informuoti visuomenę (t.y. suaugusius žmones) apie skiepų naudą.[165]

Lietuvoje asmenims nuo 65 m. buvo numatyta, Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje 2009-2013 m., nuo pneumokokinės infekcijos skiepyti valstybės lėšomis. Žmonės nuo šios infekcijos neskiepijami valstybės lėšomis.

Reziumuojant galima teigti, kad norimas rezultatas yra nepasiektas, būtina atkreipti dėmesį į suaugusiųjų skiepijimą ir naujų vakcinų įtraukimą į vaikų skiepų kalendorių. Mažos skiepijimo apimtys suaugusiųjų gali sukelti tam tikras ligų epidemijas (tai pvz. difterijos).

10 siekiamas rezultatas – sumažinti gripo sąlygotų komplikacijų ir mirčių rizikos grupėse atvejų skaičių.

Gripas ir ūminės viršutinės kvėpavimo takų infekcijos (ŪVKTI) paplitusios visame pasaulyje. Jos sudaro didžiausią užkrečiamųjų ligų dalį. Lietuvoje kasmet užregistruojama apie 400 tūks. susirgimų ŪVKTI, iš jų 100 tūkst. susirgimu gripu.[166] Gripas pavojingas tuo, kad jis sukelia komplikacijas, - bei mirtis.

Gripo sukeliamos komplikacijos:

- *Kvėpavimo sistemos (*otitas, sinusitas, rinitas, tracheitas, pirminė grupinė pneumonija, pleuros empiema, plaučių abscesas, ūminis kvėpavimo nepakankamumas);
- *Širdies ir kraujagyslių sistemos* (miokarditas, perikarditas, širdies nepakankamumas);
- *Kraujodaros sistemos;*
- *Genitourinarinės sistemos* (glomerulonefritas);
- *Nervų sistemos* (meningitas, meningoencefalitas, encefalitas, neuritas, neuralgija, poloradikuloneuritas);

[164]Šerytė K. Lietuvoje suaugusieji rekomenduojamomis vakcinomis skiepijasi vangiai. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.

[165] Ten pat.

[166] Razmuvienė D., Paužaitė E. Epidemiologinė 2011 – 2012 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras.2012, p. 3. <http://www.ulac.lt/uploads/downloads/Epidemiologine%202011-2012%20m.pdf> [žiūrėta 2012-12-12]

- *Raumenų sistemos* (miozitas).[167]

Komplikacijų ir susirgimų nuo gripo galima išvengti imunizuojantis nuo gripo. PSO rekomenduoja skiepyti nuo gripo tokias grupes:

- šešių mėnesių ir vyresnius vaikus, sergančius lėtinėmis širdies ir plaučių, medžiagų apykaitos ar inkstų ligomis, lėtinėmis nervų ligomis ar turinčius imuniteto nepakankamumą;
- senyvo amžiaus žmones, peržengusius šalyse nustatytą amžiaus ribą, nepriklausomai nuo kitų rizikos veiksnių;
- nėščias moteris;
- sveikatos priežiūros darbuotojus, įskaitant dirbančius senelių globos ar neįgalių žmonių namuose;
- kiti, nurodomi valstybinės duomenų bazės ir kuriuos skiepyti yra galimybių.[168]

Lietuvoje yra registruojami susirgimai gripu ir ŪVKTI tokiu principu: nuo einamųjų metų 40 savaitės iki kitų metų 20 savaitės pagal LR sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr. V – 58 „Dėl gripo ir ūminių kvėpavimo takų infekcijų epidemiologinės priežiūros taisyklių patvirtinimo " numatyta, kad dešimt Lietuvos savivaldybių (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio, Alytaus, Tauragės, Telšių, Utenos, Marijampolės) kiekvieną savaitę teikia sergamumo duomenis Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centrui.[169]

Lietuvoje 2011-2012 m. užregistruoti 2603 gripo atvejai. 8 lentelėje matome, kad sergamumas žymiai sumažėjęs palyginus su 2010/2011 m. 2011-2012 m. gripo sezono metu nebuvo paskelbta gripo epidemija nei vienoje šalies administracinėje teritorijoje.[170]

[167] Bagdonas A., Valentij O. Gripo pamokos Lietuvoje ir gairės ateičiai // Pulmonologija, imunologija ir alergologija. – 2012, Nr. 1(10), p.33. <http://www.pulmoalerg.lt/PIA_2012_1_vidus.pdf > [žiūrėta 2012-12-17.].

[168] Bagdonas A., Valentij O. Gripo pamokos Lietuvoje ir gairės ateičiai // Pulmonologija, imunologija ir alergologija. – 2012, Nr. 1(10), p. 35.

[169] Razmuvienė D., Paužaitė E. Epidemiologinė 2011 – 2012 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 3.

[170] Ten pat, p. 4.

8 lentelė. Gripo ir ŪVKTI atvejų skaičius penkių gripo sezonų metu 2007-2012 m.(absoliutūs skaičiai)

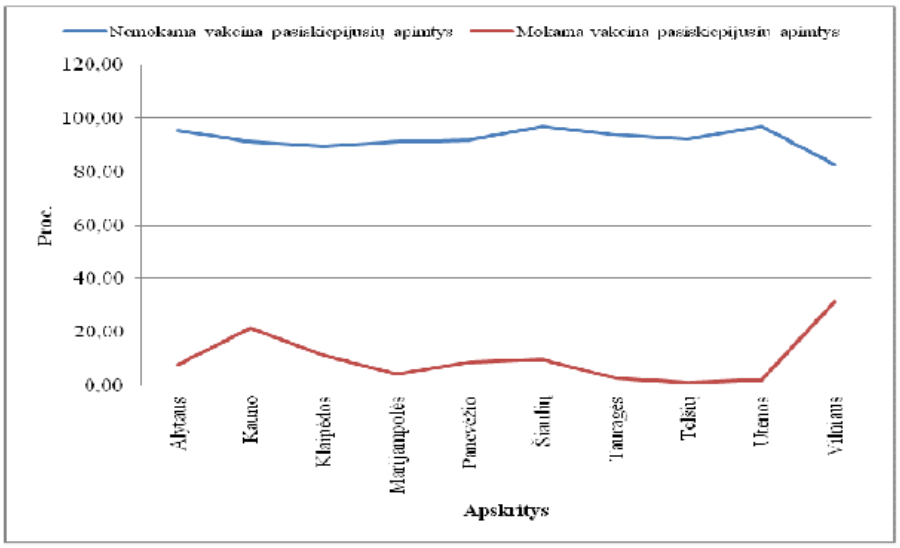
Metai / Infekcija	2007/2008 m.	2008/2009 m.	2009/2010 m.	2010/2011 m.	2011/2012 m.
Gripas	18 144	6 876	58 264	41 849	2 603
ŪVKTI	196 755	213 100	216 347	563 295	450 485

Šaltinis: Razmuvienė D., Paužaitė E. Epidemiologinė 2011 – 2012 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 3.

Viena iš svarbiausių PSO ir Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro nuostatų paskiepyti kuo daugiau gyventojų nuo gripo. Pagal Europos Tarybos rekomendacijas siekiama iki 2014/2015 m. paskiepyti 75 proc. visų 65 m. ir vyresnius asmenis taip pat sergančius lėtinėmis ligomis. [171]

2011-2012 m. buvo paskiepyta 3,5 proc. Lietuvos gyventojų ir 9,4 proc. vyresnių nei 65 m. asmenų. Nemokamomis vakcinomis buvo imunizuoti 90 644 rizikos grupės asmenys, iš kurių 54,0 proc. asmenys iki 65 metų, sergantys lėtinėmis ligomis ir vyresni žmonės, 13,8 proc. sudarė sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, 5,7 proc. – socialinės globos ir įstaigos gyventojai ir 0,05 proc.– nėsčiosios. 16 pav. matome mokama ir nemokama gripo vakcina paskiepytų asmenų apimtys pagal apskritis 2011-2012 m. Galima pastebėti, kad mažiausiai imunizuoti Vilniaus gyventojai, daugiausiai Utenos. Mokama gripo vakcina daugiausiai skiepijosi Vilniuje. Mokamai buvo paskiepyta 22 432 asmenų, tai sudarė 0,7 proc. visų Lietuvos gyventojų.[172]

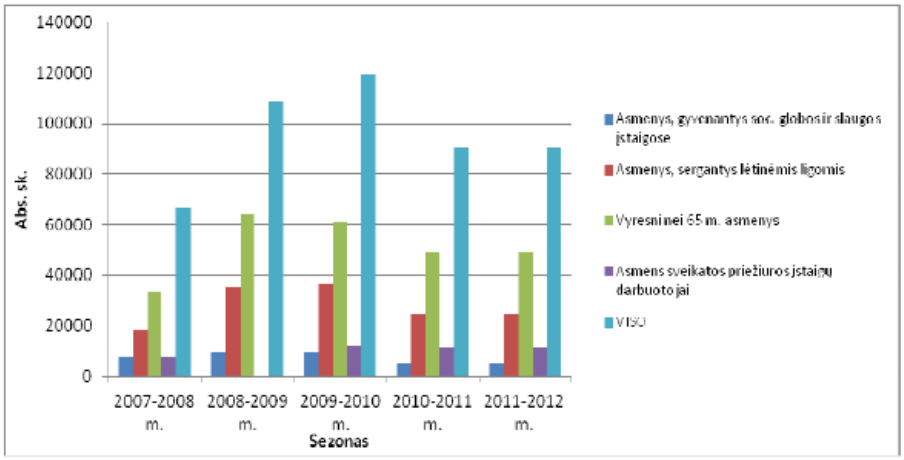
[171] Razmuvienė D., Paužaitė E. Epidemiologinė 2011 – 2012 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 3.
[172] Ten pat, p. 7.



Šaltinis: Razmuvienė D., Paužaitė E. Epidemiologinė 2011 – 2012 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras.2012, p. 3.

16 pav. Mokama ir nemokama gripo vakcina paskiepytų asmenų skiepijimo apimtys pagal apskritis, 2011 – 2012 m. gripo sezonu

Nagrinėjant penkių metų gripo sezonų skiepijimo apimtis rizikos grupėse, galima pastebėti, kad 2011/2012 m. gripo sezono metu buvo imunizuota beveik tiek pat kaip ir praeita sezoną (17 pav.).[173]

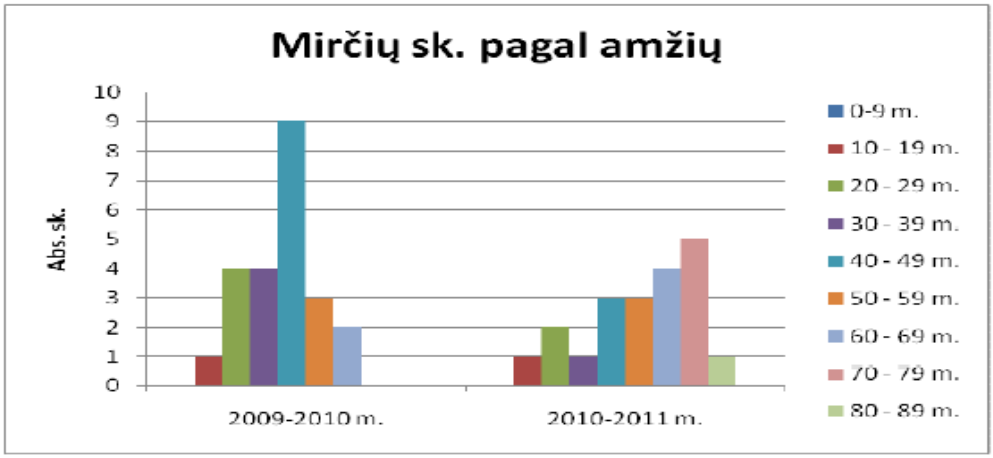


Šaltinis: Razmuvienė D., Paužaitė E. Epidemiologinė 2011 – 2012 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras.2012, p. 3.

17 pav. Sezoninio gripo rizikos grupių vakcinacijos apimtys Lietuvoje 2007-2012 m.

[173]Razmuvienė D., Paužaitė E. Epidemiologinė 2011 – 2012 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 3.

2011/2012 m. gripo sezono metu neužregistruota nei vienos mirties nuo gripo.[174] 2010/2011 m. nuo gripo mirė 21 žmogus. Daugiausiai mirusiųjų buvo 70 – 79 ir 60 – 69 metų amžiaus grupėse (18 pav.). Beveik visi mirusieji nebuvo paskiepyti nuo gripo. Mirtys nuo gripo parodo, kad skiepai yra reikšmingi ir jų pagalba galima ne tik išvengti sunkių nuo gripo komplikacijų, bet ir mirčių.[175]



Šaltinis: Razmuvienė D., Šeškaitė G. Epidemiologinė 2010 – 2011 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2011, p. 8-9.

18 pav. Mirčių skaičiaus pasiskirstymas pagal amžiaus grupes gripo sezono metu (2009-2011 m.)

Apibendrinant sergamumą gripu Lietuvoje pastebėta, kad sergamumas šia infekcija yra banguojantis, nuo 2009 metų sergančių skaičius mažėja, skiepijimo apimtys yra labai mažos. Atkreipti dėmesį reikėtų visuomenės švietimu apie skiepų nuo gripo infekcijos naudą ir nesiskiepijimo pasekmes.

11 siekiamas rezultatas – sumažinti sergamumą ir komplikacijas, sąlygotų pneumokokinės infekcijos, atvejų skaičių.

Pneumokokinė infekcija - liga, kurią sukelia Streptococcus pneumoniae bakterija (pneumokokai). [176] Pneumokokai sukelia tokias ligas, kaip pneumonija, ūminis sinusitas, vidurinės ausies uždegimus, meningitus, bakteriemijas, endokarditus, perikarditus, peritonitus, smegenų

[174] Razmuvienė D., Paužaitė E. Epidemiologinė 2011 – 2012 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras.2012, p. 3.

[175] Razmuvienė D., Šeškaitė G. Epidemiologinė 2010 – 2011 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2011, p. 8-9. <http://www.ulac.lt/uploads/downloads/gripo%20epidemiologine%20situacija%202011.pdf> [žiūrėta 2013-01-10].

[176] Razmuvienė D. ir kiti. Streptococcus pneumoniae atvejų apžvalga Lietuvoje 2011 metai. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012 m. <http://www.ulac.lt/uploads/downloads/spneumoniae_lt%202011%20m.pdf> [žiūrėta 2012-10-15].

abscesus ir kitas ligas. Susirgus vaikui dažniausiai pasireiškia pneumokokinė bakteriemija, o mažesniems nei penkių metų vaikams – bakterieminis meningitas ir vidurinės ausies uždegimų ligos.[177]

Pneumokokinės infekcijos paplitimas užsienio šalyse – JAV, siekia tarp mažų vaikų 160 atvejų 100 tūkst. gyventojų, o tarp suaugusiųjų ir vyresnio amžiaus žmonių 50 – 83 atvejų 100 tūkst. gyventojų. Vokietijoje sergamumas vaikų iki dviejų metų sudaro 19,5 atvejų 100 tūkst. ES vaikų sergamumas svyruoja nuo 11 iki 44,9 atvejų 100 tūkst. vaikų. [178]

S. pneumoniae apima apie 45 proc. įgytos bakteriemijos, mirtingumas siekia 20 proc., vyresniame amžiuje – iki 60%. Mirtingumas nuo pneumokokinio meningito siekia nuo 30 iki 80%, nuo pneumokoko sukelto plaučių uždegimo ir sepsio miršta 7 – 35% ligonių. Taip pat viena iš dažniausių pneumokoko sukeliamų ligų kaip minėta yra vidurinės ausies uždegimas, kurį 60% vaikų iki vienerių metų patiria mažiausiai vieną kartą.[179]

Lietuvoje bendras pneumokokinės infekcijos sergamumas nuo 2005 iki 2011 m. svyruoja nuo 36 atvejų iki 9, stebima mažėjimo dinamika. Kalbant apie vaikų sergamumą pneumokokine infekcija, ji 2011 m. sudarė 5 atvejus (9 lentelė).[180]

9 lentelė. Sergančiųjų pneumokokine infekcija pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2005-2011 m.

Metai	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	2011 m.
0-17 m.	22	2	8	1	8	2	5
18-25 m.	0	0	2	0	0	1	0
26-34 m.	1	0	2	1	1	1	0
35-44 m.	2	3	9	3	2	2	2
45-54 m.	2	4	1	5	1	1	2
55-64 m.	5	3	6	4	2	1	0
65-74 m.	2	1	3	3	1	1	0
75-84 m.	1	0	1	1	1	0	0
Virš 85 m.	1	0	0	0	0	1	0
VISO	**36**	**13**	**32**	**18**	**16**	**10**	**9**

Šaltinis: Razmuvienė D. ir kiti. Streptococcus pneumoniae atvejų apžvalga Lietuvoje 2011 metai. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras.

[177] Vasiliauskienė O. ir kiti. Pneumokokinės infekcijos ir jų profilaktika// Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas.2008, XII tomas, Nr. 9, p. 608. <http://www.vitaelitera.lt/ojs/index.php/bedrosios-praktikos-gydytojas/article/viewFile/349/345> [žiūrėta 2012-05-06].

[178] Ten pat.

[179] Ten pat.

[180] Razmuvienė D. ir kiti. Streptococcus pneumoniae atvejų apžvalga Lietuvoje 2011 metai. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012 m.

Mažinti sergamumą galima vakcinavimu. Daugelyje šalių skiepai nuo pneumokokinės infekcijos įtraukti į nacionalinius vaikų skiepų kalendorius (Švedijoje, Suomijoje, Norvegijoje, Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje, Danijoje, Prancūzijoje, Belgijoje, Graikijoje, Italijoje ir kt.). [181]

Lietuvoje buvo numatyta, Nacionalinės imunoprofilaktikos programoje 2009-2013 m., įtraukti į LR vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių skiepijimą, nuo pneumokokinės infekcijos 2011-2013 metais.[182] Vakcina iki šiol yra neįtraukta į vaikų skiepų kalendorių. Todėl siekiamo rezultato negalima įgyvendinti ir įvertinti.

12 siekiamas rezultatas-užkirsti kelią žmogaus papilomos viruso plitimui skiepijamoje amžiaus grupėje.

Gimdos kaklelio vėžys Lietuvoje užima ketvirtą vietą pagal sergamumą onkologinėmis ligomis moterų tarpe. Mirtingumas nuo šios ligos mūsų šalyje vienas iš didžiausių Europoje. Viena iš svarbiausių veiksnių, kuris sukelia gimdos kaklelio vėžį tai žmogaus papilomos viruso infekcija.[183]

Lietuvoje miršta kas antra gimdos kaklelio vėžiu susirgusi moteris. Kiekvieną savaitę Lietuvoje netenkame penkių moterų. Viena iš profilaktinių priemonių nuo šios ligos tai imunizacija. Vakcina prieš žmogaus papilomos virusą – veiksmingiausia imunizuojant paaugles, galima vakcinuoti ir suaugusias moteris. 2012 m. sausio-gegužės mėnesiais pasiskiepijo 232 moterys, 2011 m. per tą patį laikotarpį-205 moterys. Šiuo metu skiepai ir vaikams, ir suaugusiems yra nekompensuojami, nors Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje 2009-2013 m. buvo numatyta įtraukti į vaikų skiepų kalendorių šią vakciną.[184] Europos Sąjungos šalyse Belgijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje, Danijoje, Didžiojoje Britanijoje, Italijoje, Šiaurės Airijoje, Norvegijoje ir t.t. paauglės valstybės lėšomis imunizuojamos nuo žmogaus papilomos viruso infekcijos.[185]

Apibendrinant galima teigti, kad užkirsti kelią ŽPV plitimui skiepijamoje amžiaus grupėje mes negalime, nes vakcina nuo šios infekcijos neįtraukta į vaikų skiepų kalendorių.

Atlikus tarpinį vertinimą Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. išryškėjo tokios problemos:

---

[181] European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination schudules. <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/euvac/schedules/Pages/schedules.aspx> [žūrėta 2012-06-06].

[182] LRSAM įsakymas 2009 m. kovo 31 d. Nr. V-242 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009 – 2013 m. programos patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2009, Nr.40 -1534.

[183] Gudlevičienė Ž. ir kiti. Žmogaus papilomos viruso , jo tipų ir variantų tyrimai. // Medicina. 2005, Nr. 41(11), p. 910. <http://medicina.kmu.lt/0511/0511-02l.pdf.> [žiūrėta 2012-09-27].

[184] Šerytė K. Lietuvoje suaugusieji rekomenduojamomis vakcinomis skiepijasi vangiai. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.

[185] European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination schudules. http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/euvac/schedules/Pages/schedules.aspx > [žiūrėta 2012-06-06].

- *skiepijimo apimčių mažėjimas;*
- *sergamumo kokliušo infekcijos didėjimas, kuris yra žymiai didesnis nei buvo planuotas Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje 2009 –2013 m.;*
- *nepavyko pilnai išnaikinti tymų;*
- *sergamumas epideminiu parotitu yra didesnis nei buvo planuota;*
- *suaugusiųjų skiepijimo apimtys labai mažos;*
- *į skiepų kalendorių iki šiol neįvestos naujos vakcinos (pneumokokinė vakcina ir žmogaus papilomos viruso vakcina);*
- *vyresni nei 65 metų žmonės neskiepijami valstybės lėšomis nuo pneumokokinės infekcijos.*

4. TYRIMO METODOLOGIJA

Magistrinio darbo tyrimas – tai praktinė dalis, kurios pagalba bus išsiaiškintas VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistų požiūris į imunizaciją ir atsakingų už imunoprofilaktikos vykdymą darbuotojų vertinimas Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m.

Įgyvendinti iškeltus tikslus padėjo-kiekybinis ir kokybinis tyrimai. Kiekybinis tyrimas buvo atliktas naudojant anketinę apklausą, kokybinis – apklausą žodžių (interviu) (1,2 priedai). Tyrimas buvo vykdomas VšĮ „Naujininkų poliklinikoje“, kuri buvo įtraukta į tyrimą dėl jos specifinio aptarnaujamo pacientų kontingento. Poliklinika rūpinasi dviejų romų bendruomenių sveikata. Sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo vykdant imunoprofilaktikos programą yra labai svarbūs, todėl norėjome sužinoti medicinos darbuotojų požiūrį į skiepus ir kaip jie vertina Nacionalinę imunoprofilaktikos programą 2009-2013 m. Tyrimų rezultatai buvo aprašomi remiantis M. Degučio mokomąja literatūra.

Tyrimo tikslai:

1. Išanalizuoti VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistų nuomonę apie skiepus.

2. Išanalizuoti, kaip VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistai atsakingi už imunoprofilaktikos vykdymą vertina įgyvendinamąją Nacionalinę imunoprofilaktikos programą 2009 – 2013 m.

Tyrimo objektas – VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistų nuomonė.

Tiriamieji – Poliklinikoje dirba 111 sveikatos priežiūros specialistų, kiekybinio tyrimo metu apklausti 100 VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistai ir kokybinio tyrimo metu apklausti 3 už imunoprofilaktikos vykdymą atsakingi sveikatos priežiūros darbuotojai.

Tyrimo metodika:

Respondentų apklausa vyko nuo 2012.12.05 – 2013.01.15. Gavus VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ vadovo ir sveikatos priežiūros specialistų žodinį sutikimą buvo atlikta anketinė ir žodinė apklausos.

Įvykdyti anksčiau minimus tikslus tyrimas buvo organizuojamas tokia tvarka:

1. Pirmiausiai buvo sudaryti anketos ir žodinės apklausos klausimai. Anketa buvo parengta pačios šio mokslinio darbo autorės, žodinės apklausos klausimynas parengtas vadovaudamasi leidinio „Ką, kaip ir kodėl vertiname? Trumpai apie Europos Sąjungos finansuojamų programų vertinimą“ vertinimo rezultatyvumo klausimais,[186] bei magistrinio darbo autorės klausimais.
2. Siekiant išsiaiškinti ar visi anketoje pateikti klausimai buvo aiškūs ir suprantami tiriamiesiems buvo išdalintos anketos ir vėliau anketa buvo nežymiai koreguojama.

[186] Nekrošius V. ir kiti. Ką, kaip ir kodėl vertiname? Trumpai apie Europos Sąjungos finansuojamų programų vertinimą. Lietuvos Respublikos Finansų ministerija, 2007, p. 35.

3. Kiekybinis tyrimo metodas: anketinė apklausa VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistų nuomonė apie skiepus.
4. Kokybinis tyrimo metodas: pusiau stuktūruota sveikatos priežiūros specialistų atsakingų už imunoprofilaktikos vykdymą žodinė apklausa.

Apklausa yra seniausias žmonių istorijoje informacijos rinkimo šaltinis. Tai populiariausias ir plačiai naudojamas kiekybinis tyrimas. Apklausos metodas naudojamas kai norima nustatyti žmonių požiūrį. Moksliniame tyrime buvo naudojami kaip jau anksčiau minėta tokie apklausos atlikimo tipai: anketavimas ir interviu. Anketavimo būdas pasirinktas dėl tokių priežasčių: didesnis anonimiškumo laipsnis, nėra įtakos tyrėjo, aukštas atsakiusiųjų procentas, pigus, greitas ir lengvai analizuojamas apklausos metodas. [187]Tyrimo metu buvo kiekvienam respondentui asmeniškai perduotos anketos, po užpildymo anketos buvo grąžinamos tyrėjui. Grąžintos buvo 100 anketų iš 111, tai sudaro 90,09 % šios įstaigos sveikatos priežiūros darbuotojų. Apklaustųjų skaičius yra nedidelis, bet šis skaičius pakankamas, kad bendrai išanalizuoti šios poliklinikos sveikatos priežiūros darbuotojų nuomonę apie skiepus.

Svarbu patikrinti, ar atsakiusiųjų į anketų klausimus skaičius atitinka anketavimo patikimumo kriterijus. Respondentų atrankos dydis buvo apskaičiuotas pagal formulę[188]:

n=1/(Δ2+1/N)

n – imties dydis, kai imties paklaidos tikimybė P= 0.9

N- generalinės visumos dydis (šio tyrimo atvejų 100)

Δ – leidžiamos imties paklaidos dydis (Δ=0.1)

n=1/(0.1x0.1+1/100)= 1/(0.01+0.01)= 1/0.02=50

Su 10 proc. imties dydžio nustatymo paklaida, gauti patikimus duomenis būtina apklausti nemažiau kaip 50 respondentų, tyrimo metu buvo apklausta 100 respondentų.

Anketą sudarė 14 klausimų iš jų 1 klausimas buvo atviras ir 13 uždaro tipo klausimų. Anketos pradžioje respondentams buvo pateiktas tyrimo tikslas ir atsakymo žymėjimo būdas. Anketą sudarė 6 blokai: I-ojo klausimų bloko pagalba (1-3 kl.) siekiama išanalizuoti sveikatos priežiūros darbuotojų demografinius duomenis; II-as klausimų blokas (4 –8 kl.) skirtas išsiaiškinti respondentų nuomonę apie naujas vakcinas; III-ame klausimų bloke (9-11 kl.) siekiama nustatyti nuo kokių užkrečiamųjų ligų skiepijasi sveikatos priežiūros specialistai; IV-ame bloke (12-14 kl.) siekiama sužinoti respondentų nuomonę apie vakcinas ir, ar sveikatos priežiūros darbuotojai skaito literatūrą apie skiepų žalą.

[187] Degutis M. Socialinių tyrimų metodologija.– Kaunas:Naujasis lankas, 1999, p. 59-62.
[188] Ten pat.

Antras pasirinktas apklausos atlikimo būdas-žodinė apklausa. Žodinės apklausos metodas pasirinktas dėl to, kad jo pagalba galima giliau ir išsamiau panagrinėti dominančius klausimus, negresia neteisingas anketos užpildymas ar praleisti klausimai, galima paaiškinti vieną ar kitą klausimą.[189] Tyrime yra naudota pusiau struktūruota žodinė apklausa. Interviu iš anksto numatyti būtini ir galimi klausimai. Žodinės apklausos klausimyną sudarė keturi etapai: I etapas – pristatymas interviu atliekančio magistranto ir tyrimo, apklausos tikslo išdėstymas; II etapas – sveikatos priežiūros darbuotojų demografinių rodiklių surinkimas (tiriamųjų amžius, profesija, darbo stažas); III etapas – žodinės apklausos klausimų pateikimas ir fiksavimas; IV etapas – padėka. Apklausos klausimai suskirstyti į 3 dalis: I dalis – 1-3 klausimais siekiama išanalizuoti respondentų nuomone apie programų vertinimą; 4-5 klausimais norima sužinoti sveikatos priežiūros darbuotojų nuomone apie įgyvendinamos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. tikslų ir uždavinių pasekimo laipsnį, problemas; 6–7 klausimais siekiama išsiaiškinti VšĮ „Naujininkų poliklinikoje“ vykdomosios programos problemas ir jų sprendimo būdus.

Duomenų suvedimui ir statistinei analizei buvo panaudota „Microsoft Office Excel 2010“ ir „SSPS for Windows 17.0“ (*SPSS, Inc., USA)* versijos statistinė programa. SPSS programos pagalba buvo apskaičiuotas Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas, kuris išmatavo ryšį ir stiprumą tarp anketos atsakymų variantų ir respondentų amžiaus, profesijos ir darbo stažo. Pasak V. Čekanavičiaus ir G. Murausko koreliacija yra matuojama Pirsono koeficientu ir jų reikšmėmis: [190]

„nuo 0,3 iki – 0,3 – labai silpna arba jo nėra,

nuo 0,3 iki 0,5 (nuo – 0,3 iki – 0,5) – silpna,

nuo 0,5 iki 0,7 (nuo – 0,5 iki – 0,7) – vidutinė,

nuo 0,7 iki 0,9 (nuo – 0,7 iki – 0,9) – stipri,

0,9 iki 1,0 (nuo – 0,9 iki – 1,0) – labai stipri.“

Teigiama koreliacija reiškia, kad didėjant vienai reikšmei proporcingai didėja kito kintamojo reikšmė. Neigiama koreliacija – didėjant vienam iš kintamųjų reikšmių, kito kintamojo reikšmė proporcingai mažėja. Ryšis tarp kokybinių požymių vertinamas chi – kvadratu (x^2) kriterijumi. Statistiškai reikšmingu laikytinas skirtumas, kai paklaidos tikimybė yra $p<0,05$.[191]

Tyrimo duomenų ir rezultatų lentelės ir paveikslai buvo padaryti naudojant „Microsoft Word 2010” ir „Microsoft Excell 2010” programomis.

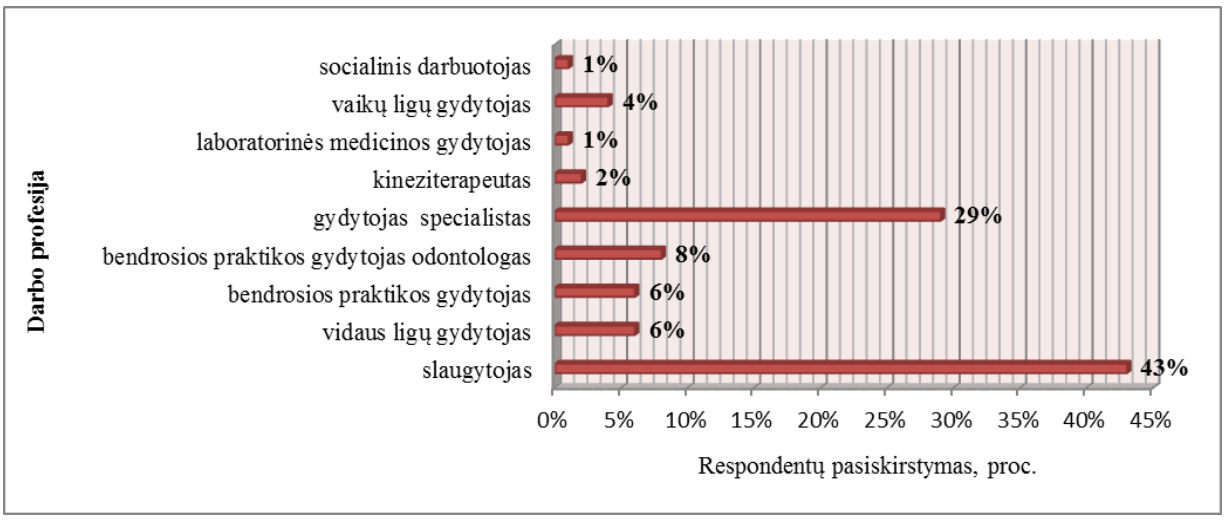
[189] Degutis M. Socialinių tyrimų metodologija.– Kaunas:Naujasis lankas, 1999, p. 59-62.
[190] Čekanavičius V., Murauskas G. Statistika ir jos taikymai / II dalis. – Vilnius: TEV, 2002, p. 272.
[191] Vaitkevičius R., Saudargienė A. Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose (Mokomoji knyga). – Vytauto Didžiojo universitetas. – 2006.p.149.

5. TYRIMO REZULTATAI

5.1. Anketinio tyrimo rezultatai

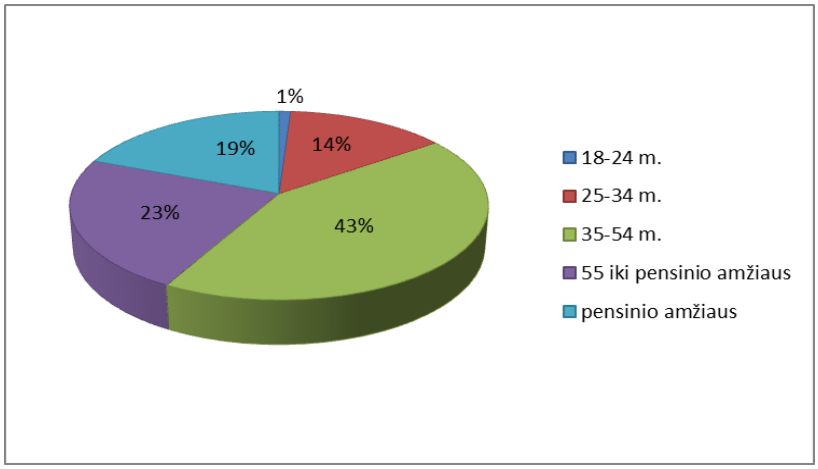
5.1.1. Demografinių rodiklių pasiskirstymas

Tyrime dalyvavo 100 sveikatos priežiūros specialistų, iš jų 43% sudarė slaugytojai (N=43), 28% gydytojų specialistai (N=28), 9% bendrosios praktikos gydytojai odontologai (N=9), 6% bendrosios praktikos gydytojai (N=6), 6% vidaus ligų gydytojai (N=6), 4% vaikų ligų gydytojai (N=4), 2% kineziterapeutai (N=2), 1% laboratorinės medicinos gydytojai (N=1) ir 1% socialiniai darbuotojai (N=1) (19 pav.).



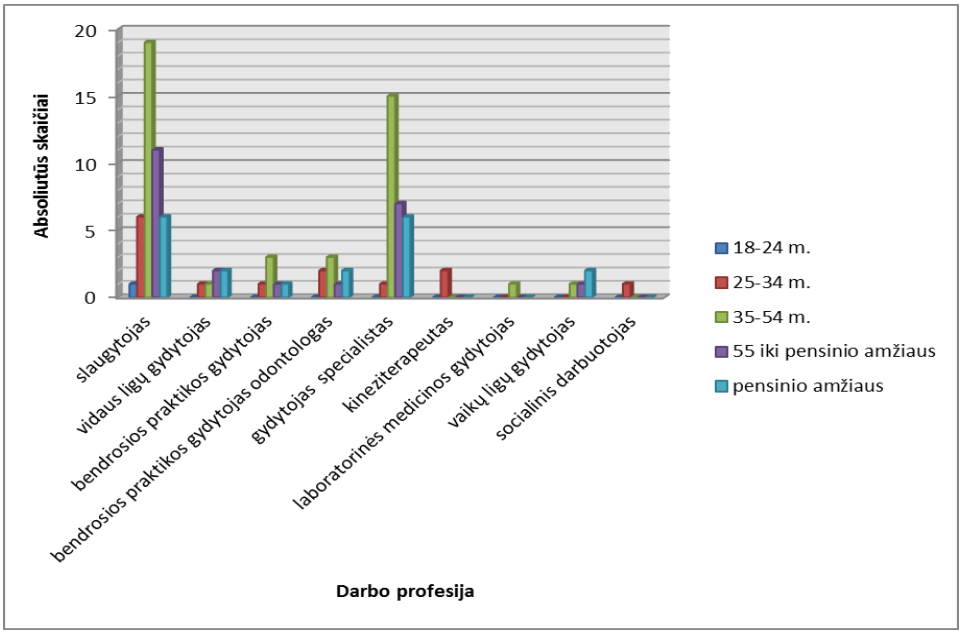
19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo profesiją

Anketinėje apklausoje dalyvavo daugiausiai 35 – 54 m. amžiaus grupės respondentų, ir tai, sudarė 43 proc. visų apklaustųjų amžiaus, 1% sudarė 18 – 24 amžiaus grupės respondentų. Pastebėta, kad pensinio amžiaus respondentų yra beveik penktadalis, t.y. 19 % (20 pav.).



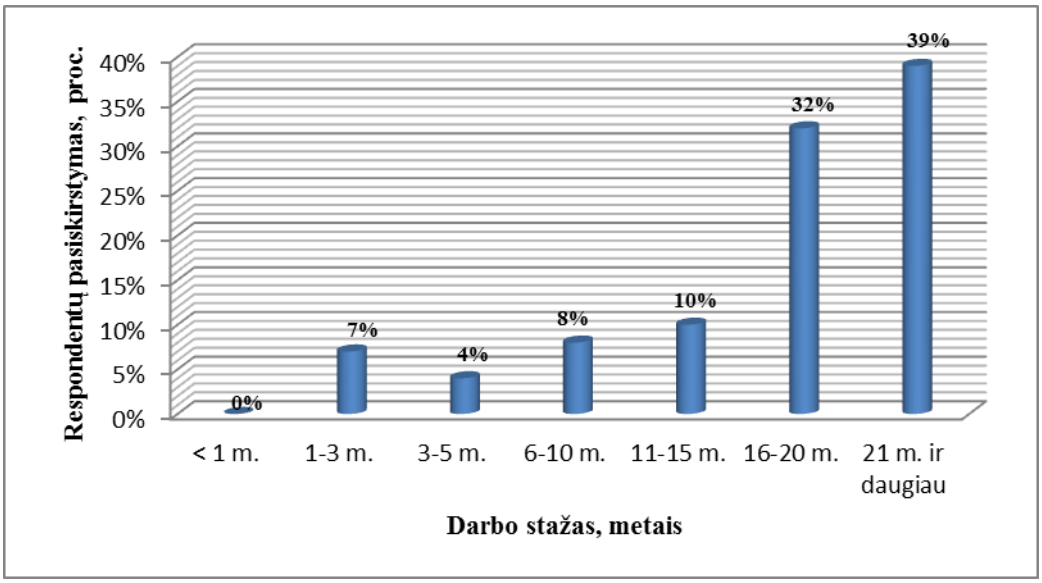
20 pav. Respondentų amžiaus grupės, %

Įvertinant respondentų amžių ir sveikatos priežiūros specialistų profesijas pastebėta, kad daugiausiai apklaustųjų slaugytojų yra 35-54 metų, vidaus ligų gydytojų amžius svyruoja nuo 55 ir daugiau metų, bendrosios praktikos gydytojų, bendrosios praktikos gydytojų odontologų, gydytojų specialistų, laboratorinės medicinos gydytojų amžius nuo 35 iki 54 metų, vaikų ligų gydytojų daugiausiai yra pensinio amžiaus, kineziterapeutų ir socialinių darbuotojų amžius 25-34 m. (21 pav.).



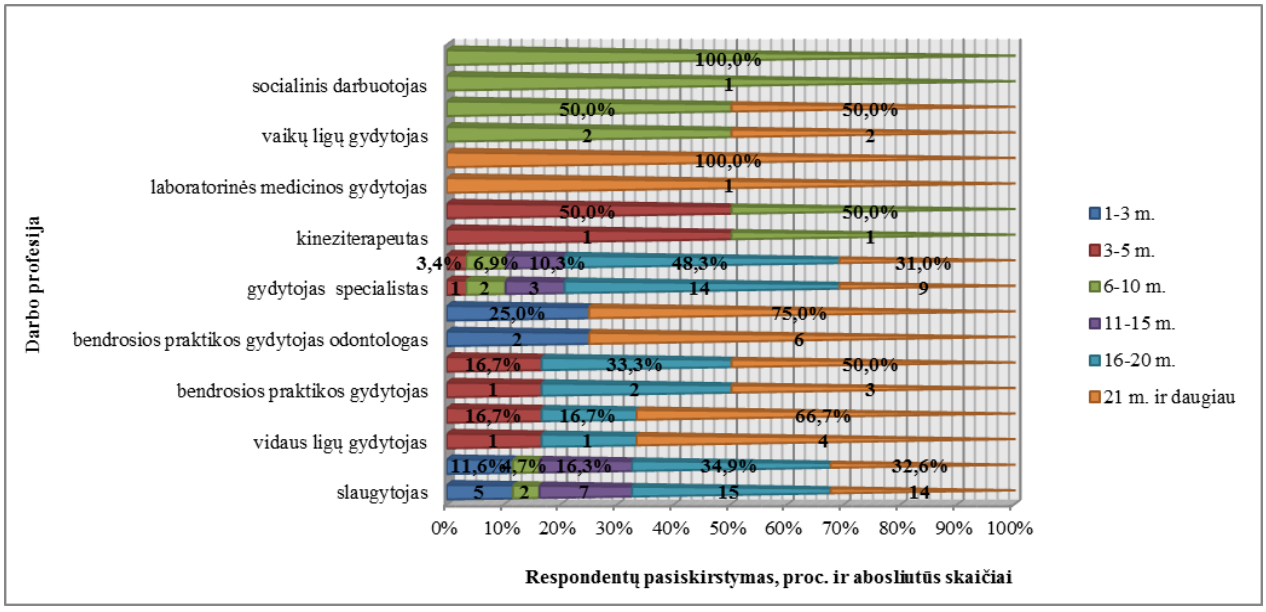
21 pav. Sveikatos priežiūros specialistų profesijų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Kaip matome 22 pav. didžiosios daugumos respondentų darbo stažas siekia 21 m. ir daugiau metų (39%), šiek tiek mažiau, t.y. 32% darbo stažas yra 16-20 metų. Pastebėta, kad VšĮ „Naujininkų poliklinikoje“ daugiausiai sveikatos priežiūros specialistų sveikatos priežiūros sektoriuje dirba daugiau nei 16 metų (71%).



22 pav. Respondentų darbo stažas, proc.

23 paveikle pavaizduotas sveikatos priežiūros specialistų darbo stažas procentais ir absoliutiniais skaičiais. Nustatyta, kad sveikatos priežiūros specialistų specializacija ir darbo stažas statistiškai reikšmingai yra susiję (p=0,001, r= 0,010). Daugumos slaugytojų darbo stažas yra 16-20 metų (34,9%, N=15), vidaus ligų gydytojų – 21 m. ir daugiau (66,7%, N=4), bendrosios praktikos gydytojų – 21 m. ir daugiau (50%, N=3), bendrosios praktikos gydytojų odontologų – 21 ir daugiau metų (75%, N=6), gydytojų specialistų – 16-20 m. (48,3%, N=14), kineziterapeutų (N=2) darbo stažas svyruoja nuo 3 iki 10 m, vaikų ligų gydytojų stažas svyravo nuo 6-10 m. (50%, N=2) ir 21 ir daugiau metų (50%, N=2).



p=0,001, r=0,010

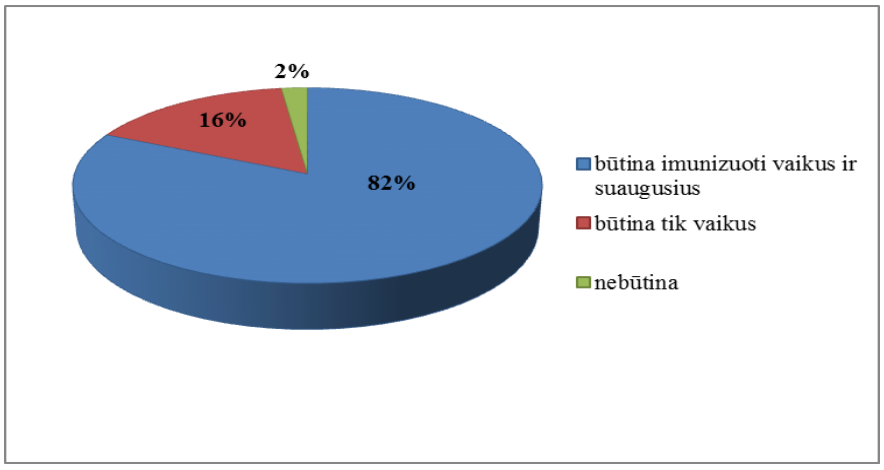
23 pav. Sveikatos priežiūros specialistų specializacijos darbo stažo atžvilgiu

Apibendrinus respondentų demografinius duomenis paaiškėjo, kad tyrime dalyvavo daugiausiai gydytojų (N=54), daugumos sveikatos priežiūros specialistų amžius buvo 35-54 m. (43%) ir 19% apklaustųjų buvo pensinio amžiaus. Dauguma respondentų darbo stažas buvo nuo 16 metų ir daugiau, tai sudarė 71% visų apklaustųjų.

5.1.2. Respondentų nuomonė apie naujų vakcinų įtraukimą į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą

Antroje anketos dalyje respondentams buvo pateikti klausimai apie naujų vakcinų įvedimą į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą. Tokio pobūdžio klausimai buvo pateikti dėl to, kad Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje 2009 – 2013 metų buvo numatyta įtraukti naujas vakcinas nuo žmogaus papilomos viruso ir pneumokokinės infekcios. Mes norėjome sužinoti sveikatos priežiūros specialistų nuomonę apie naujas vakcinas.

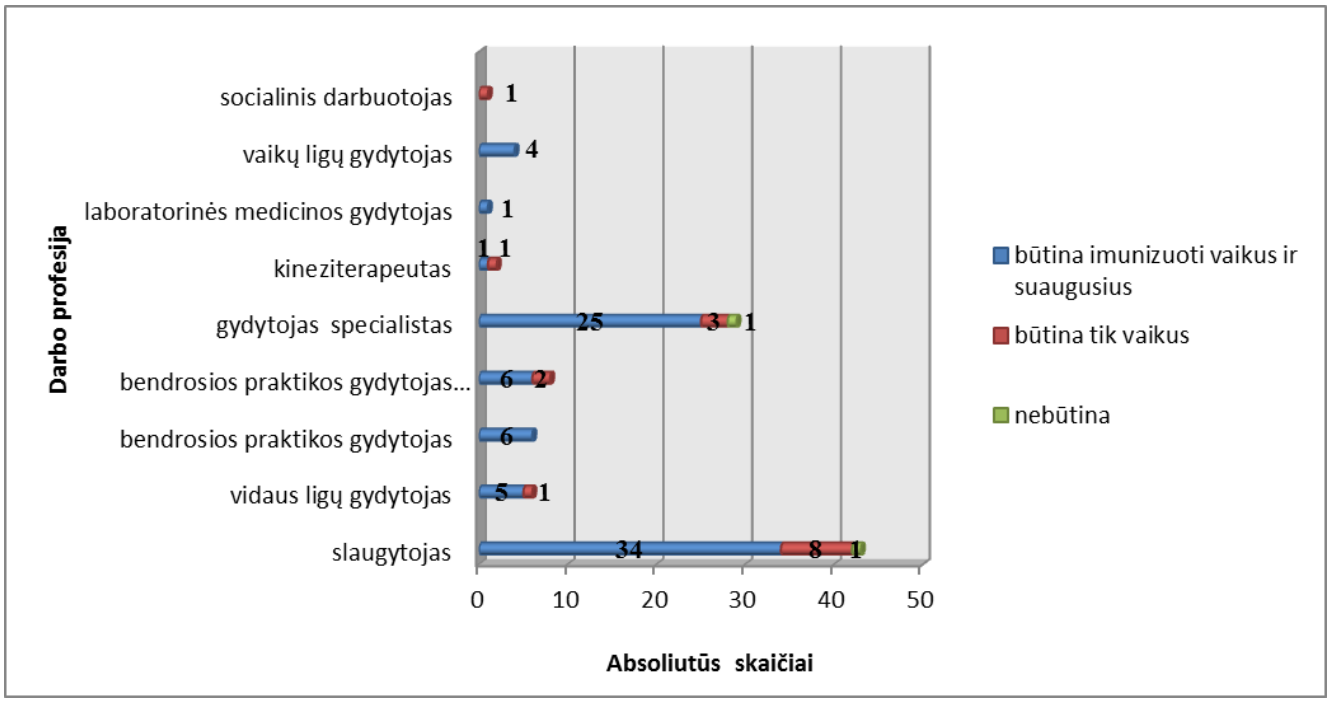
Pirmiausiai išanalizavome respondentų nuomonę apie būtinumą skiepyti vaikus ir suaugusius. Nustatyta, kad didžioji dauguma (82%) respondentų mano, kad būtina skiepyti vaikus ir suaugusius, 16% tiriamųjų imunizuotų tik vaikus ir 2% neskiepytų vaikų ir suaugusiųjų (24 pav.).



24 pav. Respondentų nuomonė, ar būtina skiepyti vaikus ir suaugusius, proc.

Nagrinėjant sveikatos priežiūros specialistų profesiją ir nuomonę apie skiepų būtinumą, statistiškai nereikšminga (p=0,789) slaugytojos (N=34), gydytojai (N=35) sutinka, kad reikia imunizuoti vaikus ir suaugusius (25 pav.). Slaugytojos (N=8), vidaus ligų gydytojas (N=1), bendrosios praktikos gydytojai odontologai (N=2), gydytojai specialistai (N=3), kineziterapeutas (N=1) ir socialinis darbuotojas (N=1) pažymėjo, kad būtina imunizuoti tik vaikus. Su teiginiu *„nebūtina skiepyti”* sutinko vienas slaugytojas (N=1) ir gydytojas specialistas (N=1). Kai kurie respondentai mano, kad būtina skiepyti tik vaikus. Bet suaugusiųjų imunizacija būtina nuo difterijos ir stabligės

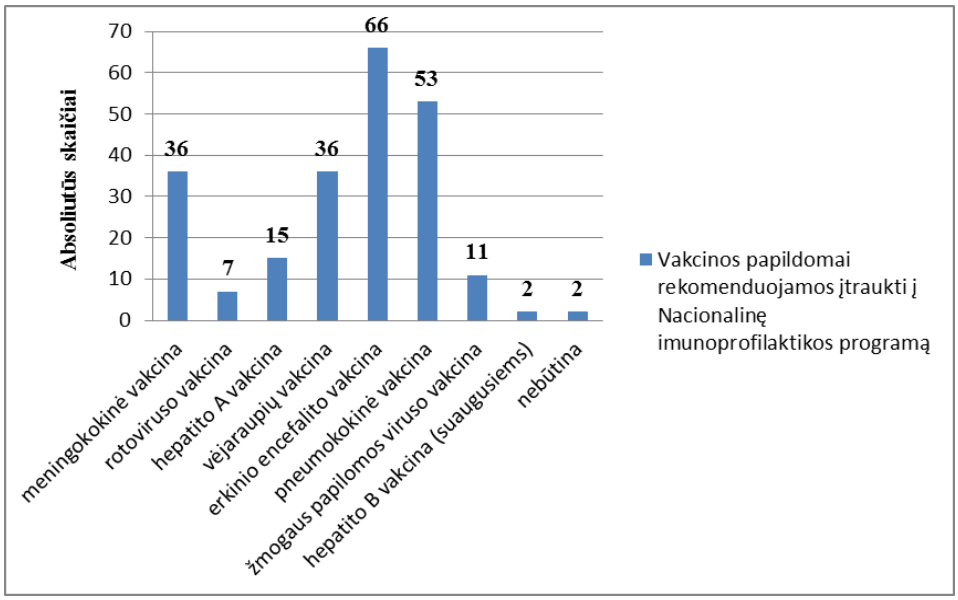
infekcijų kas 10 metų, kiekvienais metais nuo gripo, įkandus pasiutusiam gyvūnui skiepai nuo pasiutligės ir kt. Tai, kad sveikatos specialistai mano, jog nebūtina skiepyti vaikų ir suaugusiųjų kelia nerimą, nes būtent medicinos personalas turi skatinti imunoprofilaktiką ir šviesti visuomenę apie skiepų reikalingumą.



p=0,789

25 pav. Į klausimą, ar būtina skiepyti suaugusius ir vaikus atsakiusiųjų sveikatos priežiūros specialistų specializacijų palyginimas

Vienas iš Nacionalinės imunoprofilaktikos programos siekiniu yra naujų vakcinų įtraukimas. Respondentų buvo klausta, kokias vakcinas jie rekomenduotų įtraukti į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą. Respondentai galėjo pažymeti kelius jiems tinkančius variantus. Dažniausiai sveikatos priežiūros specialistai nurodė erkinio encefalito vakciną (N=66), pneumokokinę vakciną (N=53), vėjaraupių vakciną (N=36) ir meningokokinę vakciną (N=36) (26 pav.). Du respondentai pažymėjo, kad reikėtų įtraukti hepatito B vakciną suaugusiems. Dviejų respondentų nuomone (N=2) naujas vakcinas nebūtina įtraukti į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą. Išanalizavus duomenis pastebėta, kad didžioji dauguma respondentų teigiamai vertina naujų vakcinų įtraukimą į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą.



26 pav. Respondentų nuomonė apie naujų vakcinų įtraukimą į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą

Vertinant sveikatos priežiūros specialistų specializaciją ir atsakymus į klausimą, „*kokias naujas vakcinas rekomenduotumėte įtraukti į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą*“, pastebėta, kad statistiškai reikšmingai (p=0,029*, r = 0,022*) įvairių specializacijų sveikatos priežiūros specialistai įtrauktų pneumokokinę vakciną (10 lentelė). Dažniausiai slaugytojos (N=23) ir gydytojai specialistai (N=14) įtrauktų šią vakciną į imunizacijos programą. Statistiškai nereikšminga (p=0,803**) nemažai sveikatos priežiūros specialistų (N=66) įtrauktų į imunoprofilaktikos programą skiepą nuo erkinio encefalito. 10 lentelėje matome, kad šį skiepą dažniausiai rekomendavo slaugytojai (N=27), gydytojai specialistai (N=18) ir visi vaikų ligų gydytojai (N=4).

10 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų atsakymai į klausimą „kokias naujas vakcinas rekomenduotumėte įtraukti į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą“

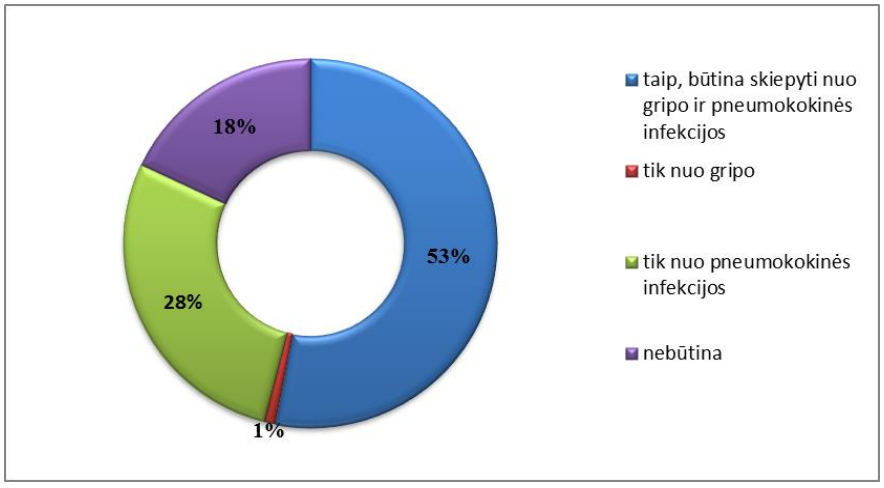
Sveikatos priežiūros specialistas	**Vakcina**															
	Meningokokinė vakcina		Rotoviruso vakcina		Hepatito A vakcina		Vėjaraupių vakcina		Erkinio encefalito vakcina**		**Pneumokokinė vakcina ***		ŽPV vakcina		HB vakcina(suaugusiems)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**	N	%	N	%
Slaugytojas	18	50%	3	42,9%	6	40%	15	41,7%	27	40,9 %	**23**	**43,4 %**	7	63,6 %	2	100%
Bendrosios praktikos gydytojas	2	5,6%	0	0%	1	6,7%	2	5,6%	4	6,1%	**6**	**11,3 %**	0	0%	0	0%

10 lentelės tęsinys

Vidaus ligų gydytojas	2	5,6%	2	28,6%	1	6,7%	1	2,8%	4	6,1%	**1**	**1,9%**	1	19,1 %	0	0%
Vaikų ligų gydytojas	1	2,8%	1	14,3%	0	0%	4	11,1%	4	6,1%	**4**	**7,5%**	0	0%	0	0%
Gydytojas specialistas	11	30,6%	1	14,3%	5	33,3 %	10	27,8%	18	27,3 %	**14**	**26,4 %**	2	18,2 %	0	0%
Laboratorinės medicinos gydytojas	0	0%	1	6,7%	0	0%	1	1,5%	0	0%	**0**	**0%**	0	0%	0	0%
Bendrosios praktikos gydytojas odontologas	2	5,6%	0	0%	1	6,7%	3	8,3%	5	7,6%	**5**	**9,4%**	0	0%	0	0%
Kineziterapeutas	0	%0	0	0%	0	0%	0	0%	2	3%	**0**	**0%**	1	9,1%	0	0%
Socialinis darbuotojas	0	0%	0	0%	0	0%	1	2,8%	1	1,5%	**0**	**0%**	0	0%	0	0%
Iš viso	36	100%	7	100%	15	100 %	36	100%	66	100 %	**53**	**100 %**	11	100 %	2	100%

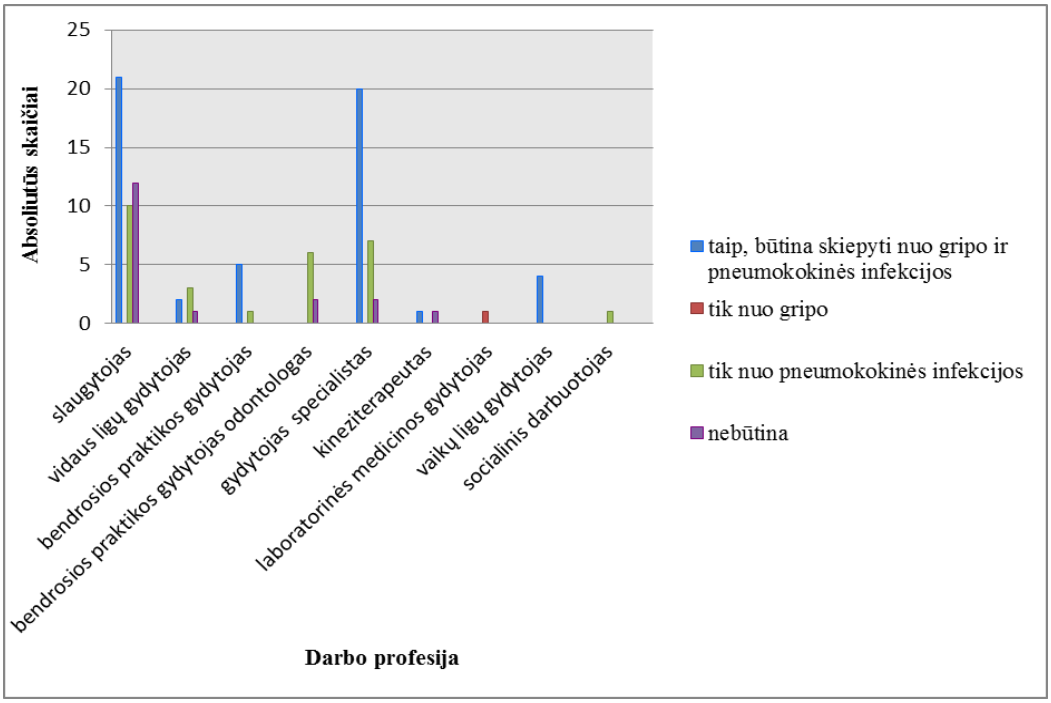
p*=0,029, r*=0,022; p**=0,803

Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje numatyta 65 m. ir vyresnius, rizikos grupėje esančius žmones skiepyti nuo gripo ir pneumokokinės infekcijų. Respondentams buvo pateiktas klausimas, ar jie pritaria, kad žmones esančius rizikos grupėje būtina skiepyti nuo šių užkrečiamųjų ligų. Apklausos metu paaiškėjo, kad daugiau nei pusę respondentų (53%) sutinka su teiginiu, kad būtina skiepyti nuo gripo ir pneumokokinės infekcijų, 28% respondnetų mano, kad būtina skiepyti tik nuo pneumokokinės infekcijos, 18 % sveikatos priežiūros specialistų galvoja, kad būtina imunizuoti tik nuo gripo ir vienas procentas apklaustųjų neskiepytų rizikos grupėje esančių žmonių (27 pav.).



27 pav. Respondentų nuomonė apie būtinumą skiepyti rizikos grupėje esančius žmones nuo gripo ir pneumokokinės infekcijų, proc.

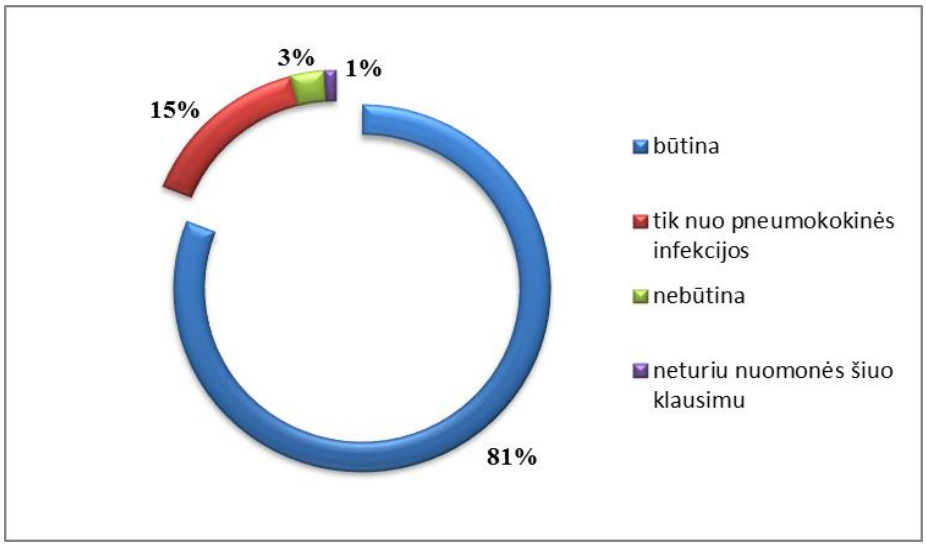
Buvo svarbu ištirti respondentų nuomonę apie būtinumą skiepyti rizikos grupėje esančius žmones priklausomybę nuo sveikatos priežiūros specialisto profesijos. Statistiškai reikšminga (p=,000), kad slaugytojos (N=21), gydytojai specialistai (N=20), bendrosios praktikos gydytojai (N=5) ir vaikų ligų gydytojai (N=4) sutinka su teiginiu, kad būtina skiepyti rizikos grupėje esančius žmones nuo gripo ir pneumokokinės infekcijų (28 pav.). Su teiginiu „nebūtina skiepyti“ sutiko slaugytojai (N=10), vidaus ligų gydytojas (N=1), bendrosios praktikos gydytojai odontologai (N=2), gydytojai specialistai (N=2), kinizeterapeutas (N=1). Galima pastebėti, kad keičiasi sveikatos priežiūros specialistų nuomonė apie vakcinas ir tai gali įtakoti tam tikrų užkrečiamųjų ligų susirgimų skaičiaus padidėjimą.



p= ,000, r = -,190

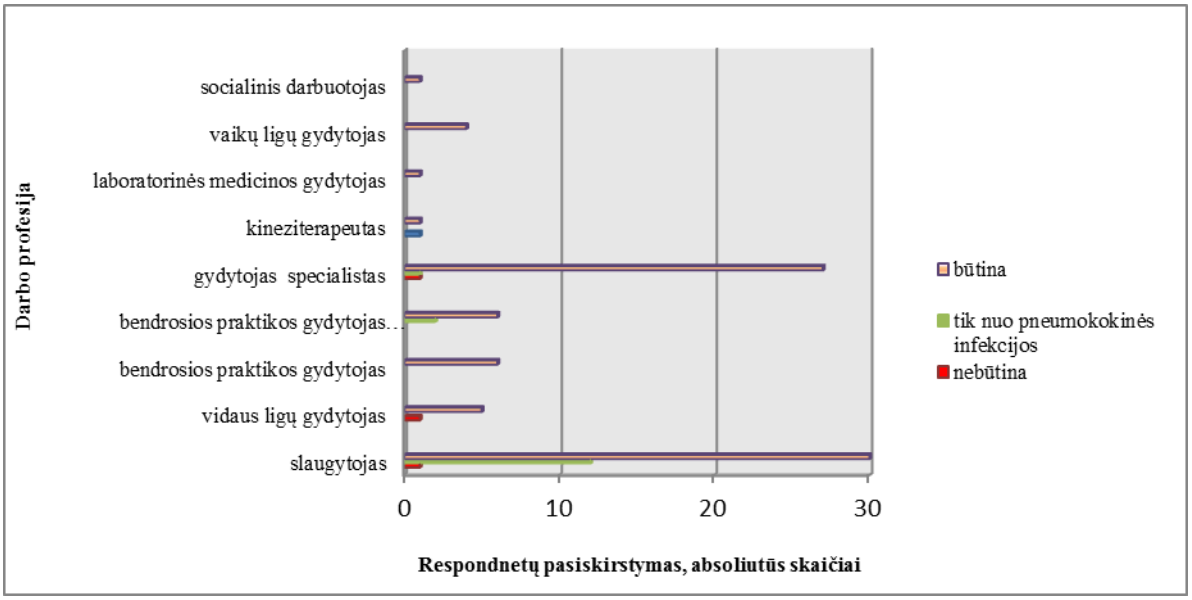
28 pav. Nuomonė apie būtinimumą skiepyti rizikos grupėje esančius žmones nuo gripo ir pneumokokinės infekcijų, priklausomai nuo sveikatos priežiūros specialistų profesijos

Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje numatyta iki 2013 metų įtraukti į vaikų skiepų kalendorių–žmogaus papilomos viruso ir pneumokokinę vakcinas. Respondentams buvo užduotas klausimas, ar jie sutinka, kad į skiepų kalendorių būtū įtrauktos šios vakcinos. 81 proc. respondentų mano, kad būtina įtraukti šias vakcinas, 15% galvoja, kad į skiepų kalendorių reikia įtraukti tik vakciną nuo pneumokokinės infekcijos, 3% pasisakė, kad nebūtina įvesti ŽPV ir penumokokinę vakcinas ir 1% neturėjo nuomonės šiuo klausimu (29 pav.).



29 pav.Respondentų nuomonė apie būtinimą įtraukti į skiepų kalendorių žmogaus papilomos viruso ir pneumpokokinės infekcijos vakcinas, proc.

Statistiškai reikšminga (p=,000) sveikatos priežiūros darbuotojai sutinka su įvedimu į skiepų kalendorių ŽPV ir pneumokokinę vakcinas (30 pav.). Visi apklausoje dalyvavę vaikų ligų gydytojai ir bendrosios praktikos gydytojai sutinka, kad vaikus reikėtų skiepyti nuo ŽPV ir pneumokokinės infekcijų. Gauti duomenys džiugina, nes šių specializacijų gydytojai dažniausiai susiduria su vaikų imunizacija ir nuo jų nuomonės iš dalies priklauso tėvų požiūris į skiepus ir noras imunizuoti savo vaikus.



p=,000, r=-,223

30 pav. Skirtingų specializacijų sveikatos priežiūros specialistų požiūris į žmogaus papilomos viruso ir pneumokokinės vakcinų įvedimo į vaikų skiepų kalendorių

Respondentams, kurie galvojo, kad nebūtina įtraukti į vaikų skiepų kalendorių ŽPV ar (ir) pneumokokinę vakcinas, buvo užduotas papildomas klausimas „*dėl kokių priežasčių nereikėtų įtraukti šių vakcinų"*. 11 lentelėje matome, priežastis dėl kurių respondentai neįtrauktų minėtų vakcinų. 6 respondentai mano, kad ŽPV vakcinos veiksmingumas nepakankamai ištirtas, 5 sveikatos priežiūros specialistai galvojo, kad ŽPV vakcina yra nesaugi, 4 sveikatos priežiūros specialistai pažymėjo, kad ŽPV vakcina yra neefektyvi. Vienas respondentas nurodė, kad *„aš aplamai nusistačiusi prieš daugumą skiepų"*. Darant tyrimą pastebėta, kad vis dažniau medicinos personalas nepasitiki skiepų naudingumu ir efektyvumu.

11 lentelė. Respondentų nuomonė, dėl kokių priežasčių nereikėtų įtraukti žpv ir (ar) pneumokokinės vakcinas į vaikų skiepų kalendorių

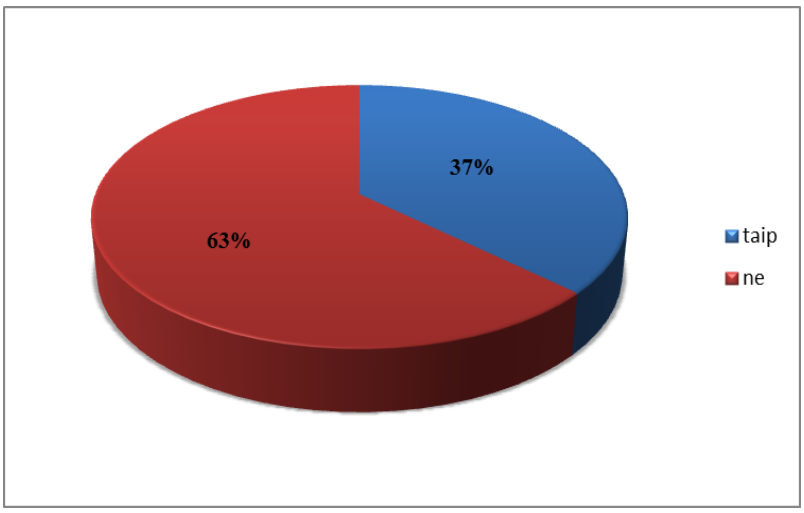
Jūsų nuomonė, kodėl į vaikų profilaktinį skiepijimo kalendorių nebūtina įtraukti vakcinų nuo pneumokokinės ir (ar) žmogaus papilomos sukeliamos infekcijų?	**Respondentų skaičius**
Neturiu nuomonės šiuo klausimu	1
Aš aplamai nusistačiusi prieš daugumą skiepų	1
Žmogaus papilomos viruso vakcinos veiksmingumas nepakankamai ištirtas	6
Žmogaus papilomos viruso ir pneumokokinės infekcijos vakcinos yra naujos ir jų veiksmingumas nepilnai ištirtas lyginant su vakcinomis vaikų skiepų kalendoriuje	1
ŽPV vakcina yra neefekyvi	4
ŽPV vakcina yra nesaugi	5
Nėra iki galo žinomas šalutinis poveikis, nebūtinai susidarys imunitetas	1

Išanalizavus šį poskyrį nustatyta, kad didžioji dauguma (82%) respondentų mano, kad skiepyti būtina vaikus ir suaugusius. Dauguma respondentų teigiamai vertina naujų vakcinų įtraukimą į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą. Statistiškai reikšminga (p=0,029) sveikatos priežiūros specialistai rekomenduoja įtraukti į imunoprofilaktikos programą pneumokokinę vakciną. 53 proc. respondentų mano, kad 65 m. ir vyresnius, rizkos grupėje esančius žmones būtina skiepyti nuo gripo ir*

pneumokokinės infekcijų. Sveikatos priežiūros specialistų nuomone, statistiškai reikšminga (p = ,000) į vaikų skiepų kalendorių būtina įvesti ŽPV ir pneumokokinę vakcinas.

5.1.3. Respondentų skiepijimas nuo vakcinomis valdomų ligų

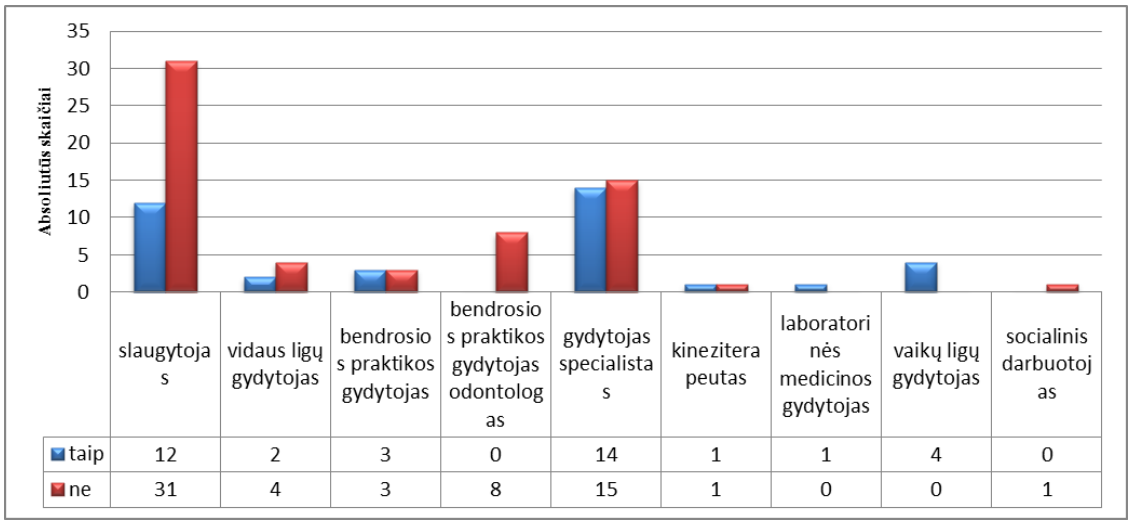
Trečioje anketos dalyje buvo siekiama sužinoti nuo kokių vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų imunizuojasi respondentai. Pirmiausiai respondentų buvo paklausta, ar jie kada nors imunizavosi nuo gripo infekcijos. Dauguma respondentų (63%) atsakė neigiamai, bet 37% sveikatos priežiūros specialistų nuo gripo skiepijasi (31 pav.).



31 pav. Respondentų skiepijimas nuo gripo, proc.

Statistiškai patikima (p=0,025) dažniausiai nesiskiepija slaugytojos (N=31), bendrosios praktikos gydytojai odontologai (N=8), vidaus ligų gydytojai (N=4) ir gydytojai specialistai (N=15) (32 pav.). Medicinos darbuotojų neigiamas požiūris į gripo vakciną veikia visą visuomenę. Pasak Latvijos infektologijos centro direktorės prof. dr. Baibos Rozentalės *„Iš praktikos galiu pasakyti, kad nė vieno žmogaus neįtikinsit skiepytis, jei jo šeimos gydytojas, pas kurį jis lankosi,to nedarys. Tarkim, pacientas paklaus, ar man skiepytis nuo gripo ar kokios kitos ligos, o medikas atsakys: „Jūsų teisė rinktis, bet aš to nedarau.“ Kam tada žmogui reikia, jei net pats daktaras nesiima tokių priemonių? Pirmiausiai reikia pavyzdžio, kuriuo galima sekti“*[192]. Todėl didelį dėmesį reikia atkreiptį į medicinos personalo tobulinimo mokymus apie skiepų naudingumą, ypač apie gripo vakcinas.

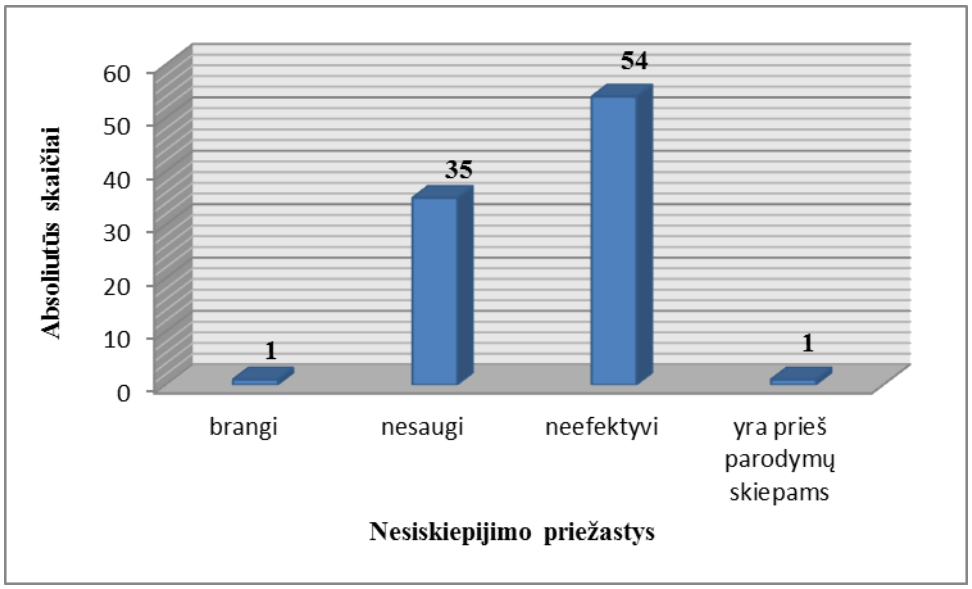
[192]Machova E. Britai patarė,kaip kovoti su antivakcinavimu // Lietuvos sveikata. – 2011, Nr. 10 (901), p. 7.



p=,025, r=-,240

32 pav. Skiepijimai nuo gripo priklausomai nuo sveikatos priežiūros specialisto specializacijos

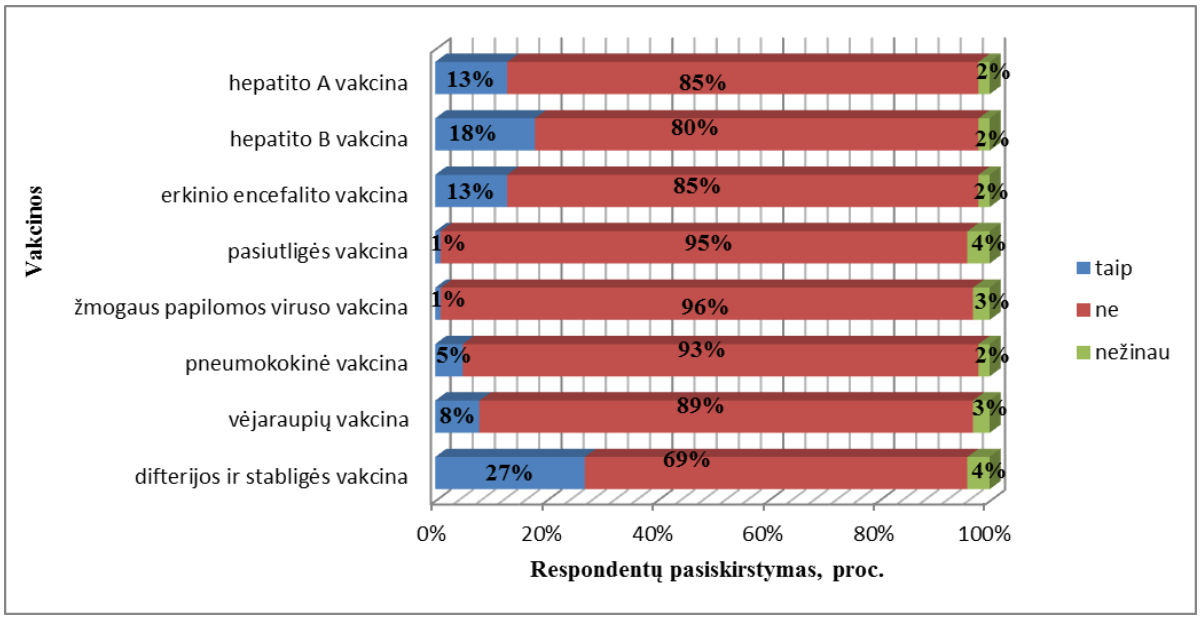
Respondentai, kurie nesiskiepija nuo gripo, buvo klausiami, dėl kokių priežasčių jie neimunizuojasi nuo šios infekcijos. Respondentai galėjo pažymėti kelis jiems tinkančius atsakymų variantus. Dažniausiai sveikatos priežiūros specialistai nurodė, kad nesiskiepijimo priežastys yra vakcinos neefektyvumas (N=54) ir vakcinos nesaugumas (N=35) (33pav.).



33 pav. Respondentų nesiskiepijimo nuo gripo priežastys

Lietuvoje suaugusiųjų skiepijimo apimtys yra labai mažos ir vienas iš Nacionalinės imunoprofilaktikos siekinių skatinti suaugusiųjų skiepijimą. Norėjome sužinoti nuo kokių užkrečiamųjų ligų sveikatos priežiūros specialistai skiepijasi. Apklausos metu paaiškėjo, kad tik 27%

sveikatos priežiūros darbuotojų (po 18 metų) imunizavosi nuo difterijos ir stabligės, nuo hepatito B 18 % apklaustųjų, nuo hepatito A 13 %, nuo erkinio encefalito 13 %, nuo vėjaraupių 8 % apklaustųjų (34 pav.). Tai, kad sveikatos priežiūros specilaistai mažai imunizuojasi nuo hepatito A, B, erkinio encefalito, pneumokokinės infekcijų ir kitų mokamų vakcinų, galbūt to priežastimi gali būti finansinė tiriamųjų padėtis, nes vakcinos yra nefinansuojamos iš valstybės lėšų. Sveikatos priežiūros specialistų nuomonė, jog nėra pavojaus susirgti difterija ir stablige, gali įtakoti nesiskiepijimą nuo šių ligų.



34 pav. Respondentų skiepijimas nuo vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų, proc.

Apibendrinus galima teigti, kad didžioji dauguma sveikatos priežiūros specialistų (63 proc.) nesiskiepija nuo gripo, to priežastimi yra skiepo nesaugumas ir neefektyvumas. Nuo kitų užkrečiamųjų ligų (difterijos, stabligės, hepatito A, B ir kt. užkrečiamųjų ligų) respondentai taip pat mažai imunizuojasi.

5.1.4. Respondentų nuomonė apie vakcinas

Paskutinėje anketos dalyje buvo siekiama sužinoti respondentų nuomonę apie vakcinas (jų efektyvumą, naudingumą, būtinumą ir t.t.) ir, ar respondentai skaito literatūrą apie skiepų žalą.

Pirmiausiai respondentams buvo pateikti septyni teiginiai, kuriuos jie turėjo įvertinti (visiškai sutinku, sutinku, nei sutinku, nei nesutinku, nesutinku, visiškai nesutinku, nežinau). Prie kiekvieno teiginio galima buvo pažymėti tik vieną tinkantį atsakymą. Respondentų buvo klausiama ar jie sutinka, kad *„skiepai yra žymiai efektyvesni ir mažiau kainuoja nei kitos medicininės paslaugos“*. Su teiginiu sutiko 73 respondentai, nesutiko 10 respondentų ir 17 sveikatos priežiūros specialistų teigia nežinantys ar neturintys nuomones (12 lentelė).

Su sekančiu teiginiu *„skiepai duoda žymiai daugiau naudos nei žalos“* sutiko 58 respondentai, likusieji nesutiko arba nežino (12 lentelė). Kalbant apie skiepų naudingumą, tai imunizacija kiekvienais metais apsaugo nuo mirties nuo 2 iki 3 milijonų žmonių. Skaičiai įrodo, kad skiepai tikrai naudingi. Skiepai gali sukelti nepageidaujamas reakcijas, Lietuvoje 2011 metais buvo registruota 50 atvejų nepageidaujamų reakcijų nuo vakcinų, iš jų 37 buvo sunkios (limfadenitas, anafilaksinės reakcijos, hipotonija, šokas, kolapsas ir kt.), o likusios buvo lengvos (patinimas, paraudimas, karščiavimas ir kt.)[193]. Mažas nepageidaujamų reakcijų skaičius dar kartą įrodo, kad vakcinos yra daugiau naudingos nei žalingos.

Sekantis teiginys buvo ar, *„suaugusius būtina reguliariai skiepyti nuo difterijos ir stabligės“*. 58 tiriamųjų sutiko su teiginiu, nesutikusių buvo 10 sveikatos priežiūros specialistų, 24 respondentai nei sutiko nei nesutiko su teiginiu, keturi nežinojo (12 lentelė). Rezultatai parodė, kad dalis sveikatos priežiūros specialistų mano, kad nebūtina reguliariai skiepyti suaugusiųjų nuo difterijos ir stabligės. Todėl kaip buvo minėta anksčiau suaugusiųjų imunizavimo mastai yra maži, padidinti juos mes galėtumeme tik pakeičiant požiūrį pirmiausiai sveikatos priežiūros specialistų į imunizaciją, vėliau šviečiant visuomenę apie skiepų būtinumą suaugusiems.

Su teiginiu *„vakcinos gali sukelti autizmą”* daugiau nei pusę respondentų (N=59) nesutiko, 20 sveikatos priežiūros specialistų nežinojo, 16 respondentų nei sutiko, nei nesutiko su teiginiu, sutikusi buvo tik 5 respondentai (12 lentelė).

Su teiginiu *„vakcinos yra nebūtinos”* nesutiko 68 respondentų, sutikę buvo tik 8 respondentai, 23 medicinos darbuotojų nei sutiko nei nesutiko su teiginiu ir vienas respondentas nežino ar vakcinos yra nebūtinos (12 lentelė).Pastebėta, kad didžioji dauguma sveikatos priežiūros specialistų mano, kad vakcinos yra būtinos.

Paklausus respondentų ar *,,vakcinos yra nesaugios”* didžioji daugumą respondentų nesutiko su teiginiu (N=81), sutikusiųjų tik 7 sveikatos priežiūros darbuotojai. Su teiginiu *„vaikams skiriama per daug vakcinų“* nesutiko 83 respondentai, sutiko tik 8 sveikatos priežiūros specialistai (12 lentelė).

12 lentelė. Respondentų nuomonė apie vakcinas

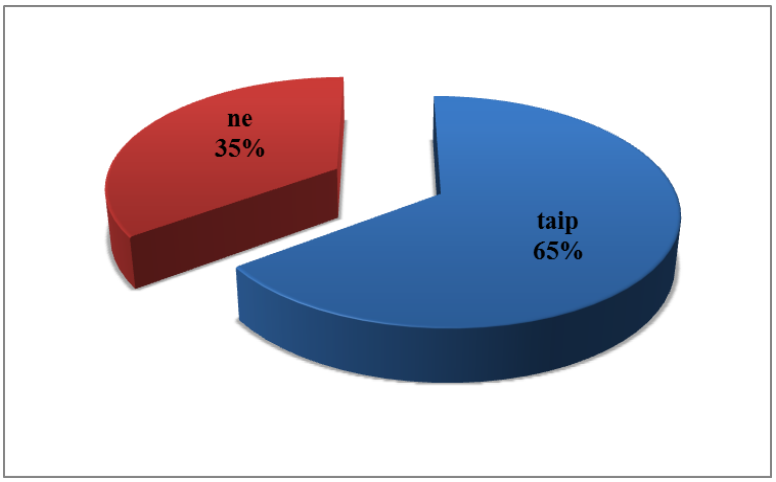
Teiginiai apie skiepus	Atsakymų variantai

[193] Razmuvienė D., Savickienė E., Selenis N. Skiepijimo apimčių ir nepageidaujamų reakcijų į vakcinas situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.

12 lentelės tęsinys

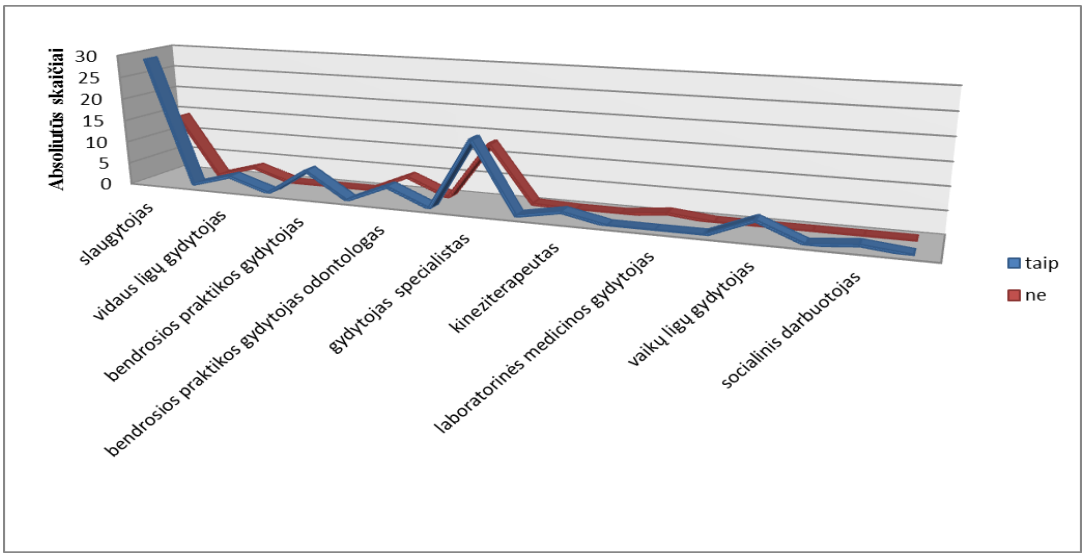
	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	nesutinku	Visiškai nesutinku	Nežinau
Skiepai yra žymiai efektyvesni ir mažiau kainuoja nei kitos medicininės paslaugos	31	42	15	9	1	2
Skiepai duoda žymiai daugiau naudos nei žalos	34	43	12	9	0	2
Suaugusiuos būtina reguliariai skiepyti nuo difterijos ir stabligės	27	31	24	11	3	4
Vakcinos gali sukelti autizmą	2	3	16	46	13	20
Vakcinos yra nebūtinos	0	8	23	55	13	1
Vakcinos yra nesaugios	1	6	12	64	17	0
Vaikams skiriama per daug vakcinų	3	5	8	67	16	1

Paskutiniųjų anketos klausimų dėka norėjome sužinoti, ar respondentai skaito literatūrą apie skiepų žala ir, ar tai turi įtakos tolimesniam sprendimui skiepytis. Išanalizavus respondentų atsakymus į klausimą *„ar Jums teko skaityti informaciją apie skiepų žalą* **“** nustatyta, kad didžioji daugumą (65 proc.) skaitė tokią informaciją (35 pav.).



35 pav. Respondentai, kurie skaitė informaciją apie skiepų žalą, proc.

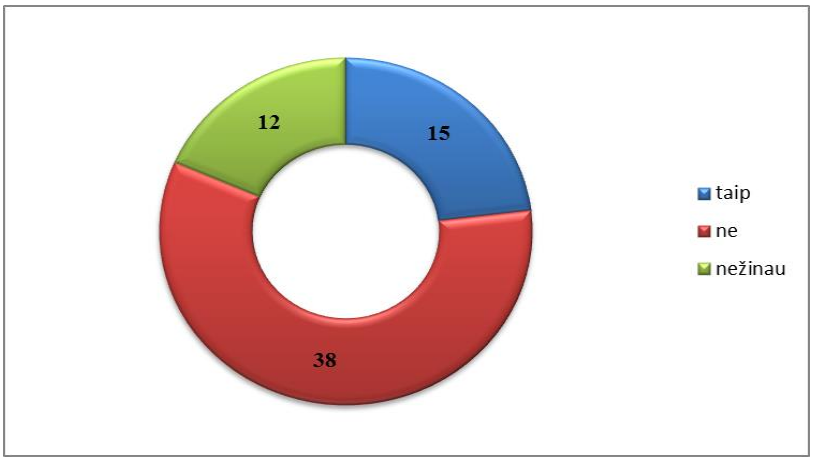
Statistiškai nereikšminga (p=,171) dažniau slaugytojos (N=29), bendrosios praktikos gydytojai (N=6), gydytojai specialistai (N=16) ir vaikų ligų gydytojai (N=4) skaitė informaciją apie skiepų žalą (36 pav.).



p= ,171

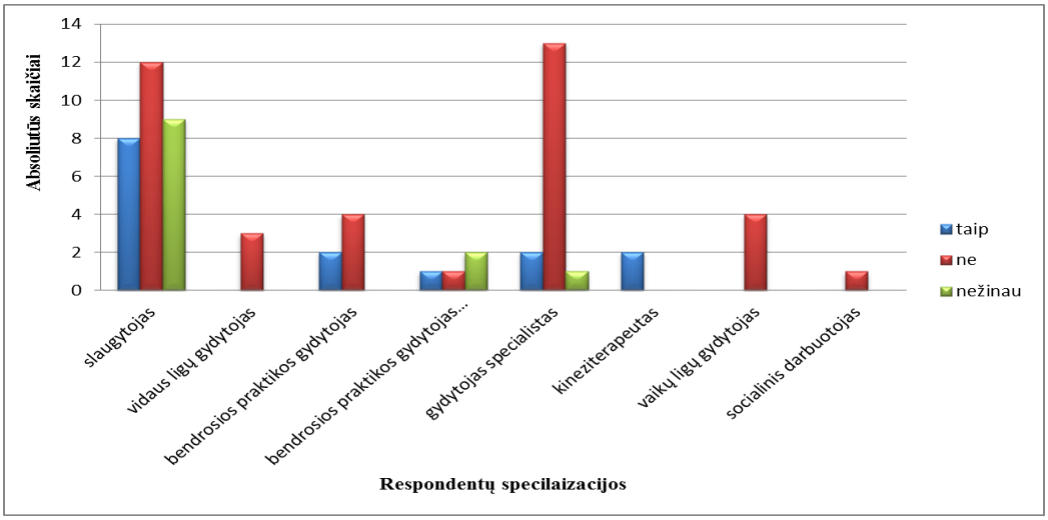
36 pav. Informacijos skaitymas apie skiepų žalą priklausomai nuo respondentų specializacijos

Respondentams, kurie skaitė informaciją apie skiepų žalą buvo užduotas sekantis klausimas ar, *„informacija apie skiepų žalą turėjo įtakos Jūsų tolimesniam sprendimui skiepytis“*. Didžioji dauguma atsakė, kad jų sprendimo tai nepaveikė (N=38), taip pažymėjo 15 respondentų, 12 medicinos darbuotojų nežinojo ar informacija paveikė jų sprendimą skiepytis ar ne (37 pav.).



37 pav. Respondentų atsakymas į klausimą „ar informacija apie skiepų žalą turėjo įtakos tolimesniam sprendimui skiepytis“, abs. sk.

Statistiškai reikšmingas yra ryšys tarp sveikatos priežiūros specializacijos ir atsakymo į klausimą *„ar informacija apie skiepų žalą turėjo įtakos Jūsų tolimesniam sprendimui skiepytis“* (p=,018, ,r= -,063) (38 pav.). Iš 38 pav. matome, kad dažniau slaugytojams (N=12), vidaus ligų gydytojams (N=3), bendrosios praktikos gydytojams (N=4), gydytojams specialistams (N=13) ir vaikų ligų gydytojams (N=4) informacija apie skiepų žalą neturėjo įtakos tolimesniam sprendimui skiepytis.



p=,018, r= -,063

38 pav. Skirtingų specializacijų sveikatos priežiūros specialistų atsakymai į klausimą, „ar informacija apie skiepų žalą turėjo įtakos tolimesniam sprendimui skiepytis“

Apibendrinus respondentų nuomones apie vakcinas pastebėta, kad didžioji dauguma tiriamųjų (N=73) sutiko, kad skiepai yra žymiai efektyvesni ir mažiau kainuoja nei kitos medicinos paslaugos. Taip pat dauguma (N=77) sveikatos priežiūros specialistų nuomone, skiepai duoda žymiai daugiau

naudos nei žalos. Daugiau nei pusė respondentų (N=68) mano, kad vakcinos yra būtinos. Sveikatos priežiūros specialistų nuomone, vakcinos yra saugios (N= 81) ir vaikams skiriamas pakankamas kiekis vakcinų (N=83). 59 tiriamųjų mano, kad vakcinos negali sukelti autizmo. Tik 58 respondentai pažymėjo, kad suaugusius būtina revakcinuoti nuo difterijos ir stabligės.

Daugiau nei pusė respondentų (65 proc.) skaito literatūrą apie skiepų žalą, tačiau nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp skirtingų specializacijų sveikatos priežiūros specialistų ir jų nuomonės, ar informacija apie skiepų žalą turėjo įtakos tolimesniam sprendimui skiepytis (p=0,018). Dažniausiai literatūra apie skiepų žalą neturi įtakos tolimesniam sprendimui skiepytis.

5.2. Žodinė apklausa su VšĮ „Naujinkų poliklinikos" sveikatos priežiūros specialistais atsakingais už imunoprofilaktikos vykdymą poliklinikoje

Žodinėje apklausoje dalyvavo 3 VšĮ „Naujinkų poliklinikos" sveikatos priežiūros specialistai atsakingi už imunoprofilaktikos vykdymą poliklinikoje (vaikų ligų gydytoja, vidaus ligų skyriaus vyresnioji slaugytoja ir vyriausioji slaugos administratorė).

Pirmiausiai respondentų buvo klausta „*ar reikia vertinti sveikatos programas*". Visų respondentų nuomonės sutapo. Jie galvoja, kad būtina sveikatos programas vertinti. Paklausus, kodėl taip mano, vyresnioji slaugytoja pabrėžė, kad „ *tai padės efektyviau panaudoti skirtas programai lėšas, nustatyti kokį poveikį programa padarė visuomenei. Vertinimo metu galima išsiaiškinti programos trūkumus, kurie gali sumažinti projektų veiksmingumą".* Vyriausioji slaugos administratorė taip pat paminėjo, kad vertinimo metu galima sužinoti lėšų panaudojimo efektyvumą, poveikio laipsnį visuomenei. Slaugos administratorė pridūrė, kad vertinimas *„ateityje padėtų numatyti tolimesni finansavimo prioritetus skatinti programų tęstinumą"*. Vaikų ligų gydytoja labiausiai akcentavo reikalingumą vertinti imunoprofilaktikos programas, jos nuomone, imunoprofilaktikos programas būtina vertinti, tuo labiau kai yra akivaizdžiai neįvykdytų uždavinių. Vaikų ligų gydytoja mano, kad „*vyriausybė turėtų atsiskaityti dėl kokių priežasčių mes neturime pneumokokinės vakcinos ir kada ją turėsime*". Gydytoja pabrėžė, kad imunoprofilaktikos programos tarpinis vertinimas jau turėtų būti atliktas praeitų metų gale, nes Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje 2009 – 2013 m. buvo numatyta iki 2012 m. įvesti pneumokokinę vakciną, o iki šiol vakcinos nėra.

Siekiant nustatyti, kada reikia įvertinti programas, respondentų buvo klausta, *„kokių sveikatos programų vertinimo ciklo metu (prieš įgyvendinant programą, įgyvendinat ar pasibaigus programai) pravartu įvertinti programas?Kodėl?"*. Visi respondentai pasisakė, kad atlikti vertinimą reikėtų programos įgyvendinimo metu. Vyresniosios slaugytojos nuomone, *„įgyvendinimo metu galima įvertinti tarpinį programos rezultatyvumą"*. Vyriausioji slaugos administratorė mano, kad *„tarpinis vertinimas būtų naudingas, nes padėtų išsiaiškinti trūkumus, klaidas, kažkokius aspektus, kurių nebuvo*

atsižvelgta pradžioje“. Respondentai taip pat pasakė, kad vertinimas reikalingas ir pasibaigus programai, nes yra galimybė įvertinti programos efektyvumą ir naudą visuomenei.

Buvo įdomu sužinoti sveikatos priežiūros specialistų nuomonę, kaip reikėtų organizuoti sveikatos programų vertinimą. Respondentų nuomone, vertinimo procesas turėtų būti reglamentuotas teisės aktais, parengtos metodologinės gairės, kurių pagalba būtų atliktas vertinimas. Vyresnioji slaugytoja pažymėjo, kad vertinimą turėtų organizuoti ir atlikti ekspertų grupės. Vyriausioji slaugos administratorės nuomonė, organizuojant vertinimą, visų pirmą reikėtų aiškiai suformuluoti tikslus, uždavinius, vertinimo objektą ir laukiamus rezultatus. Vaikų ligų gydytoja paminėjo, kad imunoprofilaktinių programų vertinimą galėtų atlikti Užkrečiamųjų ligų kontrolės ir AIDS centras arba Seimo Sveikatos reikalų komitetas.

Magistriniame darbe nagrinėjamas Nacionalinės imunopofilaktikos programos 2009 – 2013 m. tikslų ir uždavinių pasiekimo laipsnis. Todėl norėjome išsiaiškinti ekspertų nuomones apie šios programos tikslų ir uždavinių pasiekimo laipsnį, t.y. programos rezultatyvumą. Visų respondentų nuomone, tikslai ir uždaviniai nepilnai pasiekti. Vyresniosios slaugytojos manymu, *„neįvestos naujos vakcinos (žmogaus papilomos viruso ir pneumokokinės vakcinos), labai maži skiepijimo mąstai suaugusiųjų <...> ir bendri skiepijimo apimtys“*. Apie neįvestas naujas vakcinas į vaikų skiepų kalendorių visi tiriamieji paminėjo. Vyriausioji slaugos administratorė mano, kad apie naujas vakcinas medicinos personalas turi labai skirtingas nuomones nuo *„visiškai pritariančių iki absoliučiai nepritariančių“*. Slaugos administratorės nuomone, įvedimas į vaikų skiepų kalendorių ŽPV vakcinos yra labai brangus projektas, *„mano manymu nepamatuotai net“*. Slaugos administratorė pateikė SAM paskaičiavimus kiek kainuotų Lietuvai ŽPV vakcinos įvedimas: „ *nusprendus vakcinuoti bent vieną 12 m. mergaičių grupę , valstybei tai kainuos 20 milijonų litų. Kai tuo metu drįstama teigti, kad tai yra ekonomiškai efektyvu ir santykinai nebrangu. Aš nežinau kam tai nebrangu“*. Respondentė teigia, kad vakcina nuo gimdos kaklelio vėžio 100 procentų neapsaugo, todėl geriau lėšas nukreipti į geresnį moterų profilaktinio patikrinimo organizavimą. Slaugos administratorės nuomone, *„ nevisai viskas yra pamatuojama todėl, reikėtų prieš kažka numatatant įvertinti”*. Apie ŽPV vakcina pasisakė ir vaikų ligų gydytoja. Jos nuomone, reikėtų pirmiausiai įvesti į vaikų skiepų kalendorių pneumokokinę vakcina, o vėliau ŽPV vakcina. Gydytojos teigimu, „ *pneumokokas kolonizuojasi žmoguje tik jam pirmą kartą įkvėpus, tik gimus. Nosiaryklėje mes paprastai jį nešiojame. Yra daug procentų, kad bakterija suaktyvės, kada tai atsitiks mes nežinome, <...>, o ŽPV galima užsikrėsti jau vėliau, tai yra lytinis kontaktas. Jeigu galbūt reikėtų rinktis kokia vakcina pasirinkti, aš pasirinkčiau pneumokokinę vakciną* “. Atlikus kokybinį ir kiekybinį tyrimus pastebėta, kad ekspertai apie naują ŽPV vakciną yra skeptiškai nusiteikę, labiau akcentuojama yra pneumokokinė vakcina.

Siekiant išsiaiškinti dėl kokių priežasčių Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. siekiami tikslai ir uždaviniai nepilnai įgyvendinti, ekspertų buvo prašoma išskirti pagrindines kliūtis, kurios sutrukdė pilnai įgyvendintį programą. Visi ekspertai paminėjo, kad pirmiausiai, medicinos personalo skeptiškumas, antra – tai žiniasklaida, kuri formuoja neigiamą poveikį apie skiepus, trečia – daug literatūros prieš skiepijimus, kuri nepagrįsta moksliniais įrodymais. Vienas iš ekspertų pasisakė, kad viena iš pagrindinių kliūčių yra tėvų nusistatymas prieš skiepus. Vyriausioji slaugos administratorė pažymėjo, kad finansiniai ištekliai ir ne visada pamatuota rizika pradedant kažką įgyvendinti irgi turi įtakos efektyviam programos įgyvendinimui.

Tyrimas vyko VšĮ „Naujininkų poliklinikoje“, todėl norėjome sužinoti kokios problemos vykdant imunoprofilkatikos programą yra šioje poliklinikoje. Vyresniosios slaugytojos teigimu, pagrindinė problema yra vaikų skiepijimo apimčių mažėjimas (13 lentelė) ir suaugusiųjų nuo difterijos, stabligės ir gripo mažos skiepijimo apimtys.Tam pritarė ir slaugos administratorė, jos nuomonė, kad skiepijimo apimtys mažėja ne tik VšĮ „Naujininkų poliklinikoje“, bet ir visoje Lietuvoje.Vaikų ligų gydytoja nurodė tokias pagrindines problemas: pirmiausiai tai mažos skiepijimo apimtys suaugusiųjų nuo difterijos ir stabligės, vyresnių nei 65 m. ir rizikos esančių žmonių imunizacija nuo gripo; antra – nėra atskiro skiepų kabineto ir skiepai vykdomi ne pilą poliklinikos darbo dieną; trečia – informacijos stoka apie skiepus tiek pacientams, tiek bendrosios praktikos gydytojams, vidaus ligų gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms.

Ekspertų paklausus „*kaip sprendžiamos problemos susijusios su imunoprofilaktikos programos vykdymų Jūsų įstaigoje“*, visi pažymėjo, kad pirmiausiai tai medicinos personalas siunčiamas į kvalifikacijos tobulinimo kursus. Jų manymu, kvalifikacijos tobulinimu kursų pagalba medicinos personalas įgauna žinių, prisimena tuos dalykus, kuriuos buvo primiršę. Vyriausioji slaugos administratorė pasisakė, kad poliklinikoje *„švietėjiškomis priemonėmis, t.y. plakatais, lankstinukais skatinam pacientus skiepytis. Turime internetinę savo svetainę, kur irgi kviečiame ateiti pasiskiepyti pavyzdžiui nuo gripo, erkinio encefalito ir t.t.“*. Vaikų ligų gydytojos paklausius kaip sprendžiamos problemos, kuriuos minėjo gydytoja. Gydytoja atsakė, kad pirmiausiai kalbasi su bendrosios praktikos ir vidaus ligų gydytojais apie suaugusiųjų skiepijimo būtinumą, medicinos personalas siunčiamas į kvalifikacijos kursus, nuo šių metų balandžio mėnesio poliklinikoje vyks mokymai nuotoliniu būdu. Vaikų ligų gydytojos nuomone, taip bus skatinami ir šviečiami bendrosios praktikos, vidaus ligų gydytojai ir bendrosios praktikos slaugytojos apie skiepų būtinumą, naudingumą, efektyvumą ir t.t. Antrąją problemą gali išspręsti tik atskiras įstatymas, nes kol nebus reikalavimo turėti pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje atskiro skiepų kabineto, problema nebus išspręsta. Trečioji problema, gydytojos nuožiūra galima išspręsti ne tik šviečiant medicinos personalą, pacientus pirminės sveikatos įstaigose, ką jie ir daro, bet ir Užkrečiamųjų ligų kontrolės ir AIDS centras turėtų dažniau skelbti

informaciją spaudoje, internete apie skiepus, kad jų pakankama, kad būtina skiepytis, propaguoti imunizaciją.

Apibendrinus būtų galima teigti, kad visų respondentų nuomone, sveikatos programas reikia vertinti, nes tai padėtų efektyviau panaudoti lėšas skirtas programai, išsiaiškinti naudos laipsnį visuomenei, programos trūkumus bei *„ateityje padėtų numatyti tolimesni finansavimo prioritetus skatinti programų tęstinumą“*. Visi ekspertai mano, kad vertinimas turi būti atliktas programos įgyvendinimo metų ir pasibaigus programai. Vertinimo procesas turėtų būti reglamentuotas teisės aktais, parengtos metodologinės gairės, ekspertų grupės bei organizuojant vertinimą reikėtų aiškiai suformuluoti tikslus, uždavinius, vertinimo objektą ir laukiamus rezultatus. Sveikatos priežiūros specialistų nuomone, įgyvendinamos Nacionalinė imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. tikslai ir uždaviniai pilnai neįgyvendinti. Pagrindinės kliūtys, ekspertų nuomone, kurios sutrukdė pilnai įgyvendinti siekiamus tikslus tai medicinos personalo skeptiškumas, finansiniai ištekliai, tėvų ir žiniasklaidos neigiamas požiūris į skiepus. Didžiausios problemos imunoprofilaktikos programoje – tai naujų vakcinų neįtraukimas į vaikų skiepų kalendorių, skiepijimo apimčių mažėjimas ir ypač suaugusiųjų nuo difterijos, stabligės ir gripo. VšĮ „Naujinikų poliklinikoje“ problemos tokios kaip ir visoje Lietuvoje, tai maži skiepijimo apimtys suaugusiųjų nuo jau minėtų užkrečiamųjų ligų ir bendras vaikų skiepijimo apimčių mažėjimas. Vaikų ligų gydytoja dar paminėjo, kad viena iš didelių problemų, kad nėra atskiro skiepų kabineto ir skiepai vykdomi nepilną poliklinikos darbo dieną. VšĮ „Naujininkų poliklinikoje“ problemos su imunoprofilaktika sprendžiami tokiu būdu: pirmiausiai tai medicinos personalas siunčiamas į kvalifikacijos tobulinimo kursus, vaikų ligų gydytoja atsakinga už imunoprofilakltikos vykdymą kalbasi su bendrosios praktikos ir vidaus ligų gydytojais apie suaugusiųjų skiepijimo būtinumą; švietėjiškomis priemonėmis (plakatais, lankstinukais) skatinami pacientai skiepytis nuo užkrečiamųjų ligų.

IŠVADOS

1. Išanalizavus ir apibendrinus mokslinę literatūrą pastebėta, kad daug mokslininkų analizavo vertinimo sampratą, bet vieningo vertinimo apibrėžimo nėra. Lietuvoje vertinimas apibrėžiamas LR nutarime 2002 m. birželio 6 d. Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ kaip: „sistemingas ir objektyvus planuojamų vykdyti, vykdomų ar baigtų vykdyti programų įvertinimas“[194]. Viešosios politikos programų esminiai vertinimo kriterijai yra tinkamumas, efektyvumas, rezultatyvumas, naudingumas ir tęstinumas. Mokslinėje literatūroje nagrinėjami trys pagrindiniai teoriniai vertinimo požiūriai: uždaviniais pagrįstas, vertinimas be uždavinių ir mišrus. Negalima išskirti vienos vertinimo metodologijos bei geriausios vertinimo praktikos, nes kiekvienas teorinis požiūris turi savo trūkumus bei privalumus.

2. Lietuvos imunoprofilaktikos programų raidos reikšmingiausi įvykiai: tai 1992 m., kai buvo priimta pirmoji Nacionalinė imunoprofilaktikos programa; 1998 m. sveikatos programoje buvo išskirti specialus tikslai Nacionalinei imunoprofilaktikai vykdyti; 2006 m. parengta Nacionalinė imunoprofilaktikos programa 2006 – 2008 m., kurios tikslai buvo užtikrinti skiepijimą kokybiškomis vakcinomis, valdyti, pašalinti ir išnaikinti vakcinomis valdomas ligas, kiekvienam vaikui garantuoti užkrečiamųjų ligų profilaktiką; 2009 m. įsigaliojo iki šiol įgyvendinama imunizacijos programa, kurios tikslai yra mažinti, pašalinti bei išnaikinti vakcinomis valdomas užkrečiamas ligas bei garantuoti skiepijimo saugumą, efektyvumą bei prieinamumą. Išnagrinėjus vaikų skiepijimo kalendoriaus raidą išryškėjo tokie svarbiausi skiepų kalendoriaus pasikeitimai: 1996 m. vaikai skiepijami tik kombinuota tymų, epideminio parotito ir raudonukės vakcina; 1998 m. – įvesta į vaikų skiepų kalendorių hepatito B vakcina; 2004 m. – kūdikiai ir vaikai skiepijami nuo Haemophilus influenzae B tipo infekcijos.

3. Atlikus tarpinį vertinimą Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. išryškėjo tokios problemos: skiepijimo apimčių mažėjimas; didėjantis sergamumas kokliušu; nepavyko pilnai išnaikinti tymų; sergamumas epideminiu parotitu yra didesnis nei buvo planuotas; suaugusiųjų skiepijimo apimtys labai mažos; į skiepų kalendorių neįvestos naujos vakcinos (pneumokokinė ir žmogaus papilomos viruso vakcinos) ir vyresni nei 65 m. žmones neskiepijami valstybės lėšomis nuo pneumokokinės infekcijos.

4. Kiekybinio tyrimo metų paaiškėjo, kad didžioji dauguma VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros darbuotojų (82%) mano, kad skiepyti vaikus ir suaugusius būtina. Dauguma

[194] Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2002 m. birželio 6 d. Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 57-2312.

respondentų teigiamai vertina naujų vakcinų įtraukimą į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą. 53% respondentų nuomone, 65 m. ir vyresnius, rizikos grupėje esančius žmones būtina skiepyti nuo gripo ir pneumokokinės infekcijų. 81 % respondentų į vaikų skiepų kalendorių įtrauktų ŽPV ir pneumokokinę vakcinas. Didžioji dauguma tiriamųjų (N=73) sutiko, kad skiepai yra žymiai efektyvesni ir mažiau kainuoja nei kitos medicinos paslaugos. Taip pat dauguma (N=77) sveikatos priežiūros specilaistų nuomone, skiepai duoda žymiai daugiau naudos nei žalos.

5. Kokybinio tyrimo metų nustatyta, kad sveikatos priežiūros specialistų nuomone, įgyvendinamos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. tikslai ir uždaviniai pilnai neįgyvendinti. Respondentų nuomone, pagrindinės kliūtys, kurie sutrukdė pilnai įgyvendinti siekiamus tikslus tai medicinos personalo skeptiškumas, finansiniai ištekliai, tėvų ir žiniasklaidos neigiamas požiūris į skiepus. Didžiausios programos problemos – tai naujų vakcinų neįtraukimas į vaikų skiepų kalendorių, vaikų skiepijimo apimčių mažėjimas, suaugusiųjų mažos skiepijimo apimtys nuo difterijos, stabligės ir gripo bei atskiro skiepų kabineto nebuvimas pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos apsaugos ministerijai

1. Parengti metodologines gaires bei teisės aktus reglamentuojančius sveikatos programų vertinimą, jo organizavimą.
2. Parengti teisės aktą, kuriame būtų nurodyta, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigose skiepų kabinetai būtų atskirti nuo procedūrų kabinetų.
3. Lietuvoje suaugusiųjų skiepijimo apimtys labai mažos, todėl rekomenduotume praplėsti Sveikatos apsaugos ministro įsakymą dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros skatinamųjų paslaugų apmokėjimo tvarkos, padidinus apmokėjimą už suaugusiųjų skiepijimą nuo difterijos, stabligės ir gripo infekcijų.
4. Skatinti išleisti kuo daugiau mokslinių straipsnių apie vakcinų naudingumą ir efektyvumą, ypač gripo ir žmogaus papilomos viruso vakcinų.
5. Dažniau informuoti visuomenę apie skiepų naudingumą per žiniasklaidą, internetą, laikraščius.

VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ vadovui

1. Atskirti skiepų kabinetą nuo procedūrų kabineto ir skiepijimą vykdyti pilną poliklinikos darbo dieną.
2. Rengti poliklinikoje seminarus vidaus ligų skyriui apie suaugusiųjų skiepijimo būtinumą.
3. Rengti poliklinikoje seminarus suaugusiems pacientams apie skiepų naudingumą ir reikalingumą.

LITERATŪRA

KNYGOS

1. Čekanavičius V., Murauskas G. Statistika ir jos taikymai / II dalis. – Vilnius: TEV, 2002, p. 272.

2. Degutis M. Socialinių tyrimų metodologija.– Kaunas: Naujasis lankas, 1999, p. 59-62 p.

3. Misevičienė I., Klumbienė J., Tamošiūnas A. Konceptualus sveikatos programos vertinimo modelis: (Mokymo knyga). – Kauno medicinos universitetas Profilaktinės medicinos katedra. 2002, p. 4.

4. Raugalė A., Bačiulis V., Bėrnotienė R. Vaikų ligos (4 tomas). – Vilniaus universiteto leidykla. 2005, p. 26.

5. Usonis V. Skiepų knyga. – Vilnius: Homo Liber. 2002, p. 11-12.

6. Vaitkevičius R., Saudargienė A. Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose: (Mokomoji knyga). – Vytauto Didžiojo universitetas. 2006.p.149.

7. Vilpišauskas R., Nekrošius V. Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje. – Vilnius: Eugrimas. 2005, p. 7, 18-20, 29-31, 34-36.

MOKSLINIAI STRAIPSNIAI

8. Dvorak J. Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje: diegimas, mastas ir reikšmingumas: daktaro disertacija. – Kaunas: VDU, 2011. – p. 25-26. <http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2011~D_20111122_092627-49436/DS.005.0.01.ETD> [žiūrėta 2012-02-02].

9. Bagdonas A., Valentij O. Gripo pamokos Lietuvoje ir gairės ateičiai// Pulmonologija, imunologija ir alergologija. – 2012, Nr. 1(10), p. 33. <http://www.pulmoalerg.lt/PIA_2012_1_vidus.pdf> [žiūrėta 2012-12-17].

10. Bakasėnas V., Suraučienė J. Profilaktiniai skiepijimai ir skiepų kalendorius // Sveikata. – 2003 (5), p. 10. <http://www.elibrary.lt/resursai/Ziniasklaida/SAM/Sveikata/sveik_2003_05.pdf> [žiūrėta 2012-02-25].

11. Bivainis J., Butkevičius A. Valstybės biudžeto programų vertinimas // Ekonomikos teorija ir praktika. – 2003, p. 52 – 53. <http://www.ebiblioteka.lt/resursai/DB/LB/LB_pinigu_studijos/Pinigu_studijos_2003_01_03.pdf> [žiūrėta 2012-02-28.].

12. Gudlevičienė ir kiti. Žmogaus papilomos viruso, jo tipų ir variantų tyrimai // Medicina. – 2005, Nr. 41(11), p. 910.
<http://medicina.kmu.lt/0511/0511-02l.pdf > [žiūrėta 2012-09-27].

13. Moskvina J. Aktyvios darbo rinkos politikos priemonių vertinimas. Probleminiai klausimai // Filosofija. Sociologija. – 2008, T. 19, Nr. 4, p. 2.
<http://archive.minfolit.lt/arch/16501/16696.pdf> [žiūrėta 2012-02-05].

14. Segalovičienė I. Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai // Viešoji politika ir administarvimas. – 2011, T 10, Nr. 3, p. 438, 440.

15. Vasiliauskienė O. ir kiti. Pneumokokinės infekcijos ir jų profilaktika // Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. – 2008, XII tomas, Nr. 9, p. 608.
<http://www.vitaelitera.lt/ojs/index.php/bedrosios-praktikos-gydytojas/article/viewFile/349/345>
[žiūrėta 2012-05-06].

16. Vingras A. Specifinė infekcinių ligų profilaktika // Gydymo menas. – 2006, Nr. 06 (129), p.21.

17. Žagminas K. Tėvų požiūris į vaikų skiepijimą // Medicina (Kaunas). – 2007, Nr. 43 (2), p. 161.
<http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:J.04~2007~ISSN_1010-660X.V_43.N_2.PG_161-169/DS.002.0.01.ARTIC> [žiūrėta 2012-10-15].

TEISĖS AKTAI

18. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII – 833 ,,Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1998, Nr.: 64 - 1842.
<http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2>
[žiūrėta 2012-04-01].

19. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 1991 m. rugsėjo 30 d. Nr. 307 ,,Dėl imunoprofilaktikos organizavimo tvarkos“ (šiuo metų teisės aktas negalioja).
<http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=8C8ED974-97F7-4101-BF6593B60027F795> [žiūrėta 2011-12-09].

20. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2002 m. rugsėjo 23 d. Nr. 468 „Dėl imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr.96 -4229.
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=187648&p_query=&p_tr2=2>
[žiūrėta 2011-12-17.].

21. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2006 m. rugpjūčio 8 d. Nr. V-682 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2006 – 2008 m. programos ir jos koordinavimo tarybos sudėties patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2007, Nr. 5 -241. <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=D50D91B2-DA94-45F8-B906-CF3365EAC39D> [žiūrėta 2011-12-06].

22. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2007 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1066 „ Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendoriaus patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2008, Nr. 1-27. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=312176&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2011-12-17].

23. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2009 m. kovo 31 d. Nr. V – 241 „Dėl tymų, raudonukės ir įgimto raudonukės sindromo epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2009, Nr.40-1533. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=340906&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2012-07-05].

24. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2009 m. kovo 31 d., Nr. V-242 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009 – 2013 m. programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2009, Nr.: 40 -1534. http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=58F722D8-98F0-45D8-857A-CADA9FD02B8B> [žiūrėta 2011-12-08].

25. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2010 m. gruodžio 3 d. Nr. V- 1033 „Dėl tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011 – 2014 metų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2010, Nr.144-7386. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=388352&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2012- 04-20].

26. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, 34 straipsnis // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=259520> [žiūrėta 2012 -05-03].

27. Lietuvos Respublikos Vidaus kontrolės ir vidaus audito įstatymas 2002 m. gruodžio 10 d. Nr. IX-1253 // Valstybės žinios. 2002-12-24, Nr. 123-5540. <http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=197703> [žiūrėta 2012-04-03].

28. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2002 m. birželio 6 d. Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 57-2312. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=397970> [žiūrėta 2012 -01-13].

29. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nuatrimas 2003 m. vasario 26 d. Nr.276 "Dėl sprendimų projektų poveikio metodikos patvirtinimo ir įgyvendinimo" // Valstybės žinios. 2003, Nr.: 23 -975.
<http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=205970> [žiūrėta 2012-03-22].

30. Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1553, 2, 11 straipsniai // Valstybės žinios. 1996, Nr. 104-2363.
<http://www.istatymas.lt/istatymai/zmoniu_uzkreciamuju_ligu_profilaktikos_ir_kontroles_istatymas.htm> [žiūrėta 2012 -05-15].

METODINIAI DOKUMENTAI

31. Lietuvos Respublikos Finansų ministerija ir kiti. ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. Vilnius, 2010, p. 54-55.
<http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/Leidiniai2007-2013/Vertinimo_metodines_gaires_leidinys_2010.pdf> [žiūrėta 2012-03-05].

32. Nekrošius V. ir kiti. Ką, kaip ir kodėl vertiname? Trumpai apie Europos Sąjungos finansuojamų programų vertinimą. Vilnius, 2007, p. 6.
<http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Leidinys_KA_KAIP_IR_KODEL_VERTINAME.pdf> [žiūrėta 2012-01-27].

33. Programų vertinimo metodikos taikymo rekomendacijos, 2011, p. 6.
<http://www.finmin.lt/finmin.lt/failai/veiklos_kryptys_biudzetas/Programu_vertinimas/PVrekomendacijos2011.pdf> [žiūrėta 2012-03-15].

34. Centre for Strategy § Evaluation Services ir VšĮ „Europos socialiniai, teisiniai ir ekonominiai projektai". ES programų Lietuvoje vertinimo gairės, 2007, p. 17.
<http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Atnaujintos_vertinimo_gaires.pdf> [žiūrėta 2012-04-03].

ATASKAITOS

35. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro metinės ataskaitos 2002 – 2012 m.
<http://www.ulac.lt/ataskaitos#metines>,<http://www.ulac.lt/uploads/downloads/2011_palyginamoji_pat.pdf>,<http://www.ulac.lt/uploads/ataskaitos/2010%20metine/palyginamoji%20metine%20forma.pdf>,<http://www.ulac.lt/uploads/downloads/Ataskaitos/2012/2012gruodis_palyginamoji_periodo.pdf>,<http://www.ulac.lt/uploads/downloads/Forma4_2011_vaiku.pdf>,
<http://www.ulac.lt/uploads/ataskaitos/2010%20metine/Forma4vaiku_2010metai.pdf>
<http://www.ulac.lt/uploads/downloads/Ataskaitos/2012/2012gruodis_4forma_vaiku.pdf>.

36. Vaikų profilaktiniai skiepijimai. Lietuvos statistikos departamentas. – Vilnius, 2012.

<http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectOut/PxSort.asp?file=201211518374597668 96M3140401&PLanguage=0&MainTable=M3140401&MainTablePrestext=Vaik%C5%B3%20profilaktiniai%20skiepijimai&potsize=56> [žiūrėta 2012-11-05].

NACIONALINĖS SVEIKATOS TARYBOS METINIAI PRANEŠIMAI

37. Bakasėnas V., Morkūnas B. Užkrečiamųjų ligų epidemiologinė priežiūra. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005: Šeimos sveikata. Vilnius, 2006, p. 45.

38. Davidavičienė E. Tuberkuliozės problema – nauji iššūkiai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011: Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados. Vilnius, 2011, p. 74. <http://www3.lrs.lt/docs2/PZACLURH.PDF> [žiūrėta 2012-04-12].

39. Kligys G., Bakasėnas V., Usonis V. ir kiti. Imunoprofilaktika. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2003: Užkrečiamosios ligos ir kitos aktualios visuomenės sveikatos problemos. Vilnius, 2004, p. 33.

40. Žagminas K. ir kiti. Virusiniai hepatitai. Vakcinacijos strategija. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007: Sveikata ir saugumas: protrūkiai ir krizės. Vilnius, 2008, p. 94.

APŽVALGOS

41. Razmuvienė D. ir kiti. Skiepijimo apimčių ir nepageidaujamų reakcijų į vakcinas situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, http://www.ulac.lt/uploads/downloads/skiepijimo_apzvalga%202011%20m.pdf> [žiūrėta 2012-04-07].

42. Razmuvienė D. ir kiti. Streptococcus pneumoniae atvejų apžvalga Lietuvoje 2011 metai. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012.
<http://www.ulac.lt/uploads/downloads/spneumoniae_lt%202011%20m.pdf> [žiūrėta 2012-10-15].

43. Razmuvienė D. ir kiti. Vakcinomis valdomų ir epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje 2011 m. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 8.
<http://www.ulac.lt/uploads/downloads/apzvalga_lt_2011%20m.pdf > [žiūrėta 2012-02-03].

44. Razmuvienė D., Paužaitė E. Epidemiologinė 2011 – 2012 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012, p. 3.
<http://www.ulac.lt/uploads/downloads/Epidemiologine%202011-2012%20m.pdf> [žiūrėta 2012-12-12].

45. Razmuvienė D., Šeškaitė G. Epidemiologinė 2010 – 2011 metų gripo sezono analizė. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2011, p. 8-9.
<http://www.ulac.lt/uploads/downloads/gripo%20epidemiologine%20situacija%202011.pdf> [žiūrėta 2013-01-10].

KITI ŠALTINIAI

46. Bukotaitė B. Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje plinta tymai, Rusijoje- raudonukės protrųkis. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2013. <http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/svedijoje-ir-jungtineje-karalysteje-plinta-tymai-rusijoje-raudonukes-protrukis>[žiūrėta 2013.03.07].

47. ES struktūrinė parama. Sveikatos apsaugos vertinimo ataskaitos. <http://www.esparama.lt/vertinimo-ataskaitos#7%20sveikat.%20apsauga> [žiūrėta 2012-04-].

48. Lileikytė A. Specialistams kelia nerimą didėjantis sergamumas kokliušu. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012. <http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/specialistams-kelia-nerima-didejantis-sergamumas-kokliusu> [žiūrėta 2012-10-16].

49. Machova E. Britai patarė,kaip kovoti su antivakcinavimu // Lietuvos sveikata. – 2011, Nr. 10 (901), p. 7.

50. Maniokas K. ir kiti. Nacionalinės žemio ūkio ir plėtros 2000 – 2006 m. (SAPARD) programos ex-post įvertinimo galutinė ataskaita. – Vilnius, 2007, <http://www.zum.lt/min/failai/FINAL_SAPARD_ex-post_vertinimas.pdf> [žiūrėta 2012-03-19].

51. Ministro pirmininko tarnyba. Sprendimų poveikio vertinimo sistemų užsienio šalyse palyginamoji analizė. UAB Klaipėdos banga, 2011, p. 7. <http://www.lrv.lt/bylos/VORTprojektas/Dokumentai/knyga3.pdf> [žiūrėta 2012-03-17].

52. Obcarskienė R. ir kiti. Valstybinio audito ataskaita aprūpinimas vaistais ligoninėse. – Vilnius, 2012, p. 3. <http://www.vkontrole.lt/pranesimas_spaudai.aspx?id=1696> [žiūrėta 2012-04-03].

53. Šerytė K. Lietuvoje suaugusieji rekomenduojamomis vakcinomis skiepijasi vangiai. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. 2012. <http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/lietuvoje-suaugusieji-rekomenduojamomis-vakcinomis-skiepijasi-vangiai> [žiūrėta 2012-10-07].

54. Tarptautiniai projektai ir programos. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. 2012. <http://sena.sam.lt/lt/main/tarptautinis_bendrad/es_sveikatos_politik/tarptautiniai_projek> [žiūrėta 2012-01-12].

55. Žemės Ūkio ministerija. ES parama. Vertinimas. <http://www.ukmin.lt/web/lt/es_parama/vertinimas> [žiūrėta 2012-04-02].

56. European Centre for Disease prevention and Control, Vaccination schedules, The German Childhood Vaccination Schedule.2012,

<http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/euvac/schedules/Pages/germany.aspx> [žiūrėta 2012-05-26].

57. ВОЗ. 10 фактов об иммунизации, http://www.who.int/features/factfiles/immunization/facts/ru/index7.html> [žiūrėta 2012-06-03].

58. Всемирная организация здравоохранения. Вспышки кори продолжаются: ВОЗ призывает к иммунизации перед совершением поездок или посещением крупных общественных мероприятий. 2011. <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-andimmunization/news/news/2011/07/measles-outbreaks-continue-be-vaccinated-before-travelling-and-attending-large-public-events> [žiūrėta 2012-10-12].

59. Нормы оценки в системе ООН. <http://www.uneval.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc_id=21> [žiūrėta 2012-01-15].

60. Элиминация кори и краснухи и предупреждение врожденной краснушной инфекции. Стратегический план 2005 – 2010 гг. Европейского региона ВОЗ. ВОЗ. 2005, p.1. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/79030/E87772R.pdf> [žiūrėta 2012-11-20].

Dvilevič A. Įgyvendinamos Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. vertinimas/ Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasi darbas. Vadovas doc. dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 113. p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe buvo išanalizuota viešųjų politikos programų, Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. vertinimai, VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros darbuotojų nuomonė apie skiepus ir vykdomą imunoprofilaktikos programą. Iškeltos pagrindinės imunizacijos problemos, bei pateikti siūlymai jas spręsti. Pirmajame skyriuje analizuota viešosios politikos programų vertinimo samprata, vertinimo kriterijai, apžvelgti vertinimo teoriniai požiūriai, vertinimo organizavimo ypatumai ir Lietuvos programų vertinimo sistema. Antrajame skyriuje analizuojama imunoprofilaktikos, vaikų skiepų kalendoriaus raida, imunoprofilaktikos teisinis reglamentavimas. Trečiajame skyriuje atliktas tarpinis įgyvendinamos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. vertinimas pagal rezultatyvumo kriterijų. Ketvirtame skyriuje pateikta metodologinė magistrinio darbo dalis. Penktame skyriuje bandoma atskleisti VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į skiepus ir atsakingų už imunoprofilaktikos vykdymą poliklinikoje medicinos darbuotojų nuomonę apie įgyvendinamą imunoprofilaktikos programą. Darbas baigiamas išvadomis ir pateikiamomis rekomendacijomis Sveikatos apsaugos ministerijai ir VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ vadovui.

Raktiniai žodžiai: programų vertinimas, imunoprofilaktikos programos vertinimas, sveikatos priežiūros specialistų požiūris į skiepus.

Dvilevic A. Evaluation of the Lithuanian National immunisation program in 2009-2013 implementation/ Health Policy and Management Master thesis. Supervisor Professor Dr. V. Dumbliauskas.- Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2013.- 113 p.

ANNOTATION

Master's thesis was analysed of Public Policy program, evaluation of the Lithuania's National immunisation program in 2009-2013, Naujininku clinic's outpatient health-care workers opinion about vaccines and executed program of immunization. Were raised basic immunisation issues and make recommendation to address them. In the first section was analysed evaluation of the Public Policy program concept, evaluation criteria, an overview of the evaluation of theoretical approaches, assessment of organization features and Lithuania's programs evaluation system. In the second section were analysed of immunisation, child immunisation schedule development, immunisation legal regulations. In the third section was performed interim evaluation of Implementing the National immunisation programs in 2009-2013 according to performance criteria. The fourth section describes the methodological part of Master's thesis. Fifth section attempts to uncover Naujininku clinic's Health Care expert views on vaccines and responsible for the execution of the immunization clinic's medical staff's opinion on on-going program of immunisation. Work completed by conclusions and recommendations to the Ministry Of Health Care and Naujininku clinic's manager.

Keywords: evaluation of the program, evaluation of immunization program, Health Care experts views on vaccines.

Dvilevič A. Įgyvendinamos Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. vertinimas/ Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasi darbas. Vadovas doc. dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 113. p.

SANTRAUKA

Imunizacija yra viena iš veiksmingiausių visuomenės sveikatos intervencijų. Lyginat su kitomis priemonėmis, išskyrus saugaus vandens teikimą, imunoprofilaktika yra veiksmingiausia priemonė pasaulyje, kurį mažina gyventojų mirtingumą bei didiną populiacijos mastus.[195] Šiame darbe bus vertinama Lietuvos Nacionalinė imunoprofilaktikos programos 2009 –2013 m. tikslų ir uždavinių pasiekimo laipsnis. Vertinimas sveikatos programų reikalingas tam, kad tobulinti programas, racionaliai naudoti skirtas programai lėšas bei įvertinti kaip programą paveikė visuomenę, jos nuomonę. Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009 – 2013 m. programą ištirti yra aktualu ir nauja bei svarbu. Nes sėkmingai įgyvendinant imunoprofilaktikos programą užkirsim kelią plintančioms infekcinėms ligoms.

Magistrinio darbo tyrimo objektas yra Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos programa 2009-2013 m. Iškelta darbo hipotezė, kuri teigia, kad vykdomos Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. tikslai ir uždaviniai nepilnai pasiekti. Darbo tikslas yra įvertinti Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. Įgyvendinimą. Šiam tikslui įgyvendinti buvo iškelti darbo uždaviniai: remiantis moksline literatūra išanalizuoti ir apibendrinti viešosios politikos vertinimo samprata, kriterijus ir teorinius požiūrius; remiantis moksline literatūra išanalizuoti Lietuvos imunoprofilaktikos programų ir vaikų skiepų kalendoriaus raidą; atlikti tarpinį įgyvendinamos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. rezultatyvumo vertinimą; ištirti VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrį į skiepijimą; išanalizuoti kaip VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros darbuotojai, atsakingi už imunoprofilaktiką, vertina įgyvendinamąją Nacionalinę imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. Tyrimo metų buvo išanalizuota VšĮ „Naujininkų poliklinikos“sveikatos priežiūros darbuotojų nuomonė apie skiepus bei kaip atsakingi už imunoprofilaktikos vykdymą sveikatos priežiūros darbuotojai vertina vykdoma Nacionalinę imunoprofilaktikos programą 2009 – 2013 m. Pagrindinės išvados: 1. išanalizavus ir apibendrinus mokslinę literatūrą pastebėta, kad daug mokslininkų analizavo vertinimo samprata, bet vieningo vertinimo apibrėžimo nėra. Lietuvoje vertinimas apibrėžiamas LR nutarime „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ kaip: „sistemingas ir objektyvus

[195] Žagminas K.. ir kiti. Tėvų požiūris į vaikų skiepijimą // Medicina (Kaunas).2007, Nr. 43(2), p. 161. <http://medicina.kmu.lt/0702/0702-11l.pdf> [žiūrėta 2012-10-15].

planuojamų vykdyti, vykdomų ar baigtų vykdyti programų įvertinimas“[196]. Viešiosios politikos programų esminiai vertinimo kriterijai yra tinkamumas, efektyvumas, rezultatyvumas, naudingumas ir tęstinumas. Mokslinėje literatūroje nagrinėjami trys pagrindiniai teoriniai vertinimo požiūriai: uždaviniais pagrįstas, vertinimas be uždavinių ir mišrus. Negalima išskirti vienos vertinimo metodologijos bei geriausios vertinimo praktikos, nes kiekvienas teorinis požiūris turi savo trūkumus bei privalumus; 2. Lietuvos imunoprofilaktikos programų raidos reikšmingiausi įvykiai: tai 1992 m., kai buvo priimta pirmoji Nacionalinė imunoprofilaktikos programa; 1998 m. sveikatos programoje buvo išskirti specialus tikslai Nacionalinei imunoprofilaktikai vykdyti; 2006 m. parengta Nacionalinė imunoprofilaktikos programa 2006 – 2008 m., kurios tikslai buvo užtikrinti skiepijimą kokybiškomis vakcinomis, valdyti, pašalinti ir išnaikinti vakcinomis valdomas ligas, kiekvienam vaikui garantuoti užkrečiamųjų ligų profilaktiką; 2009 m. įsigaliojo iki šiol įgyvendinama imunizaciojos programa, kurios tikslai yra mažinti, pašalinti bei išnaikinti vakcinomis valdomas užkrečiamas ligas bei garantuoti skiepijimo saugumą, efektyvumą bei prieinamumą. Išnagrinėjus vaikų skiepijimo kalendoriaus raidą išryškėjo tokie svarbiausi skiepų kalendoriaus pasikeitimai: 1996 m. vaikai skiepijami tik kombinuota tymų, epideminio parotito ir raudonukės vakcina; 1998 m. – įvesta į vaikų skiepų kalendorių hepatito B vakcina; 2004 m. – kūdikiai ir vaikai skiepijami nuo Haemophilus influenzae B tipo infekcijos; 3. atlikus tarpinį vertinimą Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. išryškėjo tokios problemos: skiepijimo apimčių mažėjimas; didėjantis sergamumas kokliušu; nepavyko pilnai išnaikinti tymų; sergamumas epideminiu parotitu yra didesnis nei buvo planuota; suaugusiųjų skiepijimo apimtys labai mažos; į skiepų kalendorių neįvestos naujos vakcinos (pneumokokinė ir žmogaus papilomos viruso vakcinos) ir vyresni nei 65 amžiaus žmones neskiepijami valstybės lėšomis nuo pneumokokinės infekcijos. 4. kiekybinio tyrimo metų paaiškėjo, kad didžioji dauguma VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros darbuotojų (82%) mano, kad skiepyti vaikus ir suaugusius būtina. Dauguma respondentų teigiamai vertina naujų vakcinų įtraukimą į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą. 53% respondentų nuomone, 65 m. ir vyresnius, rizikos grupėje esančius žmones būtina skiepyti nuo gripo ir pneumokokinės infekcijų. 81 % respondentų į vaikų skiepų kalendorių įtrauktų ŽPV ir pneumokokinę vakcinas. Didžioji dauguma tiriamųjų (N=73) sutiko, kad skiepai yra žymiai efektyvesni ir mažiau kainuoja nei kitos medicinos paslaugos. Taip pat dauguma (N=77) sveikatos priežiūros specilaistų nuomone, skiepai duoda žymiai daugiau naudos nei žalos; 4. kokybinio tyrimo metų nustatyta, kad sveikatos priežiūros specialistų nuomone,

[196] Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2002 m. birželio 6 d. Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 57-2312.

įgyvendinamos Nacionalinė imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 tikslai ir uždaviniai pilnai neįgyvendinti. Respondentų nuomone, pagrindinės kliūtys, kurie sutrukdė pilnai įgyvendinti siekiamus tikslus tai medicinos personalo skeptiškumas, finansiniai ištekliai, tėvų ir žiniasklaidos neigiamas požiūris į skiepus. Didžiausios problemos programos – tai naujų vakcinų neįtraukimas į vaikų skiepų kalendorių, vaikų skiepijimo apimčių mažėjimas, suaugusiųjų mažos skiepijimo apimtys nuo difterijos, stabligės ir gripo bei atskiro skiepų kabineto nebuvimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Išanalizavus literatūros apžvalgą ir atlikus empirinį tyrimą hipotezė pasitvirtino.

Darbą sudarė penki skyriai. Pirmajame skyriuje analizuota viešosios politikos programų vertinimo samprata, vertinimo kriterijai, apžvelgti vertinimo teoriniai požiūriai, vertinimo organizavimo ypatumai ir Lietuvos programų vertinimo sistema. Antrajeme skyriuje analizuojama imunoprofilaktikos, vaikų skiepų kalendoriaus raida, imunoprofilaktikos teisinis reglamentavimas. Trečiajame skyriuje atliktas tarpinis įgyvendinamos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. vertinimas pagal rezultatyvumo kriterijų. Ketvirtame skyriuje pateikta metologinė magistrinio darbo dalis. Penktame skyriuje bandoma atskleisti VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į skiepus ir atsakingų už imunoprofilaktikos vykdymą poliklinikoje medicinos darbuotojų nuomonę apie vykdomą imunoprofilaktikos programą. Darbas baigiamas išvadomis ir pateikiamomis rekomendacijomis Sveikatos apsaugos ministerijai ir VšĮ „Naujininkų poliklinikos“ vadovui.

Magistro baigiamąjį darbą sudaro 113 p., 12 lentelės, 38 paveikslų.

Dvilevic A. Evaluation of the Lithuanian National immunisation program in 2009-2013 implementation/ Health Policy and Management Master thesis. Supervisor Professor Dr. V. Dumbliauskas.- Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2013.- 113 p.

SUMMARY

Immunisation is one of the most effective public health interventions. Compared with other approaches, other than the safe water provision, immunisation is the most powerful tool in the world, which reduce mortality rate and increase the population scale. 1 This work will assess Lithuanian National immunisation program's in 2009-2013 purpose and results achieved.Evaluation of health programs needs to develop programs for the rational use of program's funds and assess how the program affects the society and its opinion. To investigate the Lithuanian National Immunisation 2009-2013 program is relevant and new and important. Successful implementation of the program of immunisation we could prevent transmitted infectious diseases.

Master thesis focuses on the Lithuanian National Immunisation Program 2009-2013. Was raised working hypothesis, which states that conducted Lithuanian National immunisation programs 2009-2013 objectives and tasks not fully achieved. The aim is to assess the implementing Lithuanian National immunisation program 2009-2013. This objective has been nominated to serve on task: based on scientific literature to analyse and summarize the public policy evaluation of the concept, criteria and theoretical models; based on scientific literature to analyse Lithuanian immunisation program and child immunisation schedule development; following an interim measures set forth in National immunisation program 2009-2013 performance assessment; investigate of the ,,Naujininku clinics" Health care workers attitudes towards vaccination. To analyse how health care workers of ,,Naujininku Clinic's" responsible for immunization, implementing the National immunisation program's 2009-2013 in Lithuania and ,, Naujininku clinic's" presents conclusions and recommendation of proposals SAM and to manager of ,,Naujininku clinic's" how to deal with the problems of immunisation.Study was analysed ,,Naujininku clinic's" health care workers opinion about vaccinations and how responsible for the content immunization execution health care workers conducted the Lithuanian National immunization program 2009-2013.The main findings: 1. Analysed and summarised the scientific literature, we can notice, that many scientists analysed the evaluation concept, but there is no single definition of evaluation. In Lithuania assessment is defined in the LR resolution ,, Due to its strategic planning methodology approval" as: systematic and planned to carry out an objective, ongoing or completed program's evaluation; 2. Essential evaluation criteria of public policy programs are relevance, efficiency, effectiveness, usefulness and continuity. The scientific literature examine of the three main theoretical approaches: goals based the evaluation without task and mixed. Can not pick out

one evaluation methodology and best assessment of practice, because of each theoretical approach has its own advantages and disadvantages; 2. Analysed of Lithuanian development program of immunization can be highlighted as the most significant events: in 1992 the adoption of the first National immunization program, in 1998 health program was singled out for special objectives to conduct of National immunization, in 2006 prepared National immunization program 2006-2008, whose goal to ensure immunization vaccines to qualify control, remove and eradicate vaccine-controlled diseases, ensure to each child the prevention of communication diseases; 2009 entered into force and until now implementation of the immunisation program, the objectives of which to reduce, eliminate and eradicate of the vaccines controlled infectious diseases and guarantee the vaccination's safety, efficiency and liability. Examined the evolution of child immunization calendar's development emergence of such major changes of the schedule of immunisation: in 1996 children have been given only the combined measles, mumps and rubella vaccine; in 1998 introduced to the child immunization, hepatitis B vaccine, 2004- infants and children were vaccinated against Haemophilus influenzae type B infection; 3. Interim evaluation's conduct of National immunisation Program 2009-2013 silhouetted the following problems: vaccination of a decline, increasing numbers of incidence of pertussis failed to fully eradicate the measles; incidence of mumps is higher than expected; adult vaccination's volume was very low; wasn't entered new vaccine to the vaccination schedule (pneumococcal and human papiloma virus vaccine) and older than 65 years old people weren't vaccinated using state funds from pneumococcal infection; 4. Quantitative survey showed that the vast majority of „Naujininku clinic's" out patient health care workers (82%) believe that vaccinating children and adults is necessary. The majority of respondents positively evaluate new vaccines into the program. Most of the respondents favored the inclusion of new vaccines in the National Immunisation Programme. 53% of respondents believe that people from 65 years of age and older who are in the risk group must be vaccinated against influenza and pneumococcal infections. The majority of respondents (81%) thought that the child immunization schedule should include HPV and pneumococcal vaccines. The majority of subjects (N = 73) agreed that the vaccine is far more effective and less expensive than other medical services. Also, the majority (N = 77) of health care specialists assure that vaccines give much more benefit than harm; 4. Qualitative studies have shown that health care professionals consider implementation of the National Immunisation Programme 2009 - 2013 aims and objectives are not fully implemented. According to the respondents, the main obstacles which prevented the full implementation of the objectives pursued by scepticism of medical staff, the financial resources of the parents and the negative approach of media related to the problem vaccines. The problematic topics of the program are new vaccines exclusion from children's immunization schedule, the vaccination of children volumes decline, low adult vaccination volumes against diphtheria, tetanus and influenza

vaccines as well as absence of a separate cabinet of primary health care facilities. The analysis of the literature review and empirical study hypothesis was confirmed.

The work consists of five chapters. In the first section was analysed evaluation of the Public Policy program concept, evaluation criteria, an overview of the evaluation of theoretical approaches, assessment of organization features and Lithuania's programs evaluation system. In the second section were analysed of immunisation, child immunisation schedule development, immunisation legal regulations. In the third section was performed interim evaluation of Implementing the National immunisation programs in 2009-2013 according to performance criteria. The fourth section describes the methodological part of Master's thesis. Fifth section attempts to uncover Naujininku clinic's Health Care expert views on vaccines and responsible for the execution of the immunization clinic's medical staff's opinion on on-going program of immunisation. Work completed by conclusions and recommendations to the Ministry Of Health Care and Naujininku clinic's manager.

Master'sthesis is: 113p., 12 tables, 38 paintings.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

Anketinė apklausa

Gerbiamas (-a) respondente,

Šią apklausą atlieka Mykolo Romerio universiteto sveikatos politikos ir valdymo magistro II kurso studentė Anžela Dvilevič. Mano tyrimo tikslas – ištirti sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrį į skiepijimą. Anketa yra anoniminė, bus naudojama tik apibendrintai mano magistriniame darbe. Prašome atidžiai perskaityti pateiktus klausimus ir pažymėti Jums tinkamus atsakymų variantus arba įrašyti savąjį atsakymą.

Nuoširdžiai dėkinga, pagarbiai A. Dvilevič

1. Jūsų amžius:
   □18-24
   □25-34
   □35-54
   □55 iki pensinio amžiaus
   □ pensinio amžiaus
2. Jūsų profesija:
   □Slaugytojas
   □Vidaus ligų gydytojas
   □Bendrosios praktikos gydytojas
   □Bendrosios praktikos gydytojas odontologas
   □Gydytojas specialistas
   □Kineziterapeutas
   □Kita (Įrašykite)_____
3. Jūsų darbo stažas:
   □iki 1 m.
   □1-3 m.
   □3-5 m.
   □6-10 m.
   □ 11 – 15
   □16-20 m.
   □21 m. ir daugiau
4. Kaip manote, būtina skiepyti vaikus ir suaugusius (pabraukite **vieną labiausiai tinkantį atsakymą**):
   □Būtina imunizuoti vaikus ir suaugusius

□ Būtina tik vaikus

□Būtina tik suaugusius

□Nebūtina

5. Jūsų nuomonė, ar asmenims priskirtiems rizikos grupei (65 m. ir vyresniems asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, dirbantiems medicinos įstaigose, gyvenantiems socialinėse globos ir slaugos įstaigose, nėščiosioms) būtina skiepytis nuo gripo ir nuo pneumokokinės infekcijos? (pabraukite **vieną** labiausiai tinkantį atsakymą)

   □Taip, būtina skiepyti nuo gripo ir pneumokokinės infekcijos

   □Tik nuo gripo

   □Tik nuo pneumokokinės infekcijos

   □Nebūtina

6. Kaip manote, ar į vaikų profilaktinį skiepijimo kalendorių būtina įtraukti vakcinas nuo pneumokokinės ir žmogaus papilomos viruso sukeliamos infekcijų? Jeigu Jūsų atsakymas yra „Būtina“ į 7 klausimą atsakyti nereikia (pabraukite **vieną** labiausiai tinkantį atsakymą):

   □Būtina

   □Tik nuo pneumokokinės infekcijos

   □Tik nuo žmogaus papilomos viruso infekcijos

   □Nebūtina

   □ Kita (Įrašykite)_____

7. Jūsų nuomonė, kodėl į vaikų profilaktinį skiepijimo kalendorių nebūtina įtraukti vakcinas nuo pneumokokinės ir (ar) žmogaus papilomos viruso sukeliamos infekcijų?

   □_____

8. Jūsų nuomonė, kokias vakcinas papildomai rekomenduotumėte įtraukti į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą (galimas **ne vienas** atsakymas):

   □Meningokokinė vakcina

   □Rotoviruso vakcina

   □Hepatitas A vakcina

   □Vėjaraupių vakcina

   □Erkinio encefalito

   □Pneumokokinė vakcina

   □Žmogaus papilomos viruso vakcina

   □ Kita (Įrašykite) _____

9. Ar Jūs kada nors skiepijotės nuo sezoninio gripo (**jeigu Jūsų atsakymas yra „Taip“ į 10 klausimą atsakyti nereikia**):
   □Taip
   □Ne
10. Dėl kokių priežasčių nesiskiepijate nuo sezoninio gripo (**kas tinka pabraukite**):
    □Vakcina yra brangi
    □Vakcina yra nesaugi
    □Vakcina yra neefektyvi
    □Kita (Įrašykite)_____
11. Ar Jums teko kada nors skiepytis nuo žemiau pateiktų užkrečiamųjų ligų? (**Jums tinkamą atsakymą pažymėkite varnele (v)).**

Vakcinomis valdoma užkrečiamoji liga	Taip	Ne	Nežinau
Difterija (po 18 metų)			
Stabligė (po 18 metų)			
Vėjaraupiai			
Pneumokokinė infekcija			
Žmogaus papilomos infekcija			
Pasiutligė			
Erkinis encefalitas			
Hepatitas B			
Hepatitas A			

12. Pateikite savo nuomonę apie žemiau nurodytus teiginius vertindami juos skalėje nuo „Visiškai sutinku“ iki „Nežinau“. **Jums tinkamą atsakymą pažymėkite varnele (v).**

Teiginys	Atsakymo variantai					
	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku	Nežinau
Skiepai yra žymiai efektyvesni ir mažiau kainuoja nei kitos medicininės paslaugos						
Skiepai duoda žymiai daugiau naudos nei žalos						
Suaugusius būtina reguliariai skiepyti nuo difterijos ir stabligės						
Vakcinos gali sukelti autizmą						
Vakcinos yra nebūtinos						
Vakcinos yra nesaugios						
Vaikams skiriama per daug vakcinų						

13. Ar Jums teko skaityti informaciją apie skiepų žalą**?(Jeigu Jūsų atsakymas yra „Ne“ į 14 kl. atsakyti nereikia)** :

□ Taip

□ Ne

14. Ar informacija apie skiepų žalą turėjo įtakos Jūsų tolimesniam sprendimui skiepytis?

□ Taip

□ Ne

□ Nežinau

2 Priedas

INTERVIU PLANAS

Aš, Anžela Dvilevič, Mykolo Romerio universiteto Sveikatos politikos ir valdymo magistratūros studijų programos studentė, rašau magistrinį darbą tema: „Įgyvendinamos Lietuvos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009-2013 m. vertinimas".

Intervių tikslas – išanalizuoti kaip VšĮ „Naujininkų poliklinikos" sveikatos priežiūros darbuotojai atsakingi už imunoprofilaktikos vykdymą vertina įgyvendinamąją Nacionalinę imunoprofilaktikos programą 2009- 2013 m.

Intervių suskirstytas į keturis etapus.

1. Prisistatymas: intervių atliekančio magistranto ir tyrimo pristatymai, apklausos tikslo išdėstymas, anonimiškumo užtikrinimas;
2. Sveikatos priežiūros darbuotojų demografinių rodiklių surinkimas: amžius, darbo stažas, specializacija;
3. Interviu: pateikimas klausimų ir atsakymų fiksavimas.

Interviu klausimai:

1. Ar reikia vertinti sveikatos programas?
2. Kokiu sveikatos programų vertinimo ciklo metu (prieš įgyvendinant programą, įgyvendinant ar pasibaigus programai) pravartu vertinti programas? Kodėl?
3. Kaip turėtų būti organizuojamas sveikatos programų vertinimas?
4. Koks yra įgyvendinamos Nacionalinės imunoprofilaktikos programos 2009 – 2013 m. tikslų ir uždavinių pasiekimo laipsnis?
5. Kokios kliūtys trukdė pasiekti numatytus tikslus?
6. Su kokiomis problemomis Jūs susiduriate savo įstaigoje vykdant minėtą programą?
7. Kaip sprendžiamos problemos susijusios su imunoprofilaktikos programos vykdymu Jūsų įstaigoje?

4. Padėka.

Anžela Dvilevič

anzela.dvilevic@gmail.com mob. +370 (683) 85175

Darbo pridavimo data: 2013.03. 25