MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS INSTITUTAS

REGINA OSTROUCH

Sveikatos raštingumo vertinimas: sveikatos raštingumo sąsajos su sveikatos būkle

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
Prof. dr. Birutė Mikulskienė

VILNIUS, 2016

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS INSTITUTAS

SVEIKATOS RAŠTINGUMO VERTINIMAS: SVEIKATOS RAŠTINGUMO SĄSAJOS SU SVEIKATOS BŪKLE

SVEIKATOS IR POLITIKOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Studijų programa 621L22004

Vadovas
_____ Prof. dr. Birutė Mikulskienė
2016-

Recenzentas
_____
2016-

Atliko
_____ stud. R.Ostrouch
2016-

VILNIUS, 2016

TURINYS

ĮVADAS 6
1. LITERATŪROS APŽVALGA 8
1.1 Sveikatos raštingumo samprata 8
1.2. Sveikatos raštingumo svarba 13
1.3. Sveikatą sąlygojantys veiksniai 14
1.3.1. Elgsenos ir sveikatos būklės sąsaja su turimu sveikatos raštingumo lygiu 18
1.3.2. Ligų prevencijos santykis su sveikatos raštingumu 20
1.3.3. Sveikatos raštingumo poreikis sergantiems asmenims 21
1.4. Ekonominis sveikatos raštingumo naudingumas 24
1.5. Sveikatos raštingumo skatinimas 26
1.5.1. Sveikatos priežiūros specialistų įtaka asmenų sveikatos raštingumui 27
1.5.2. Sveikatos raštingumo įtaka informuotam asmens sutikimui 30
1.6. Europos Sąjungos ir Lietuvos sveikatos raštingumo politinis reguliavimas 33
1.7. E.sveikatos raštingumas 36
2.METODOLOGIJA 40
2.1. Tyrimo eiga ir imtis 40
2.2. Anketų struktūra ir turinys 43
3.3 Statistinės analizės metodai 44
3.4. Tyrimo respondentai 45
3.TYRIMO REZULTATAI 48
3.1. Sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų pasiskirstymas pagal raštingumo lygius 48
3.2. Sveikatos raštingumo komponentai 52
3.3. Sveikatos būklės ir elgsenos įvertinimas 60
4. Rezultatų aptarimas 62
5. IŠVADOS 64
6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS 65
7. LITERATŪROS ŠALTINIAI 66
ANOTACIJA 76
SANTRAUKA 77
SUMMARY 80
PRIEDAI 83

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Galimybė įvertinti apklaustų respondentų sveikatos raštingumo lygį

2 lentelė. Pasiskirstymas pagal sociodemografinius rodiklius

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos raštingumo lygius

4 lentelė. Pasiskirstymas pagal lytį ir sveikatos raštingumo lygį

5 lentelė. Sveikų ir sergančių respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir sveikatos raštingumo lygius

6 lentelė. Pasiskirstymas pagal sveikatos būklę ir išsilavinimą

7 lentelė. Sveikatos raštingumo lygio ir ligos priklausomybė

8 lentelė. Respondentų nuomonės apie informacijos paiešką įvertinimas

9 lentelė. Respondentų gebėjimas suprasti medicininę informaciją

10 lentelė. Respondentų nuomonė apie galimybę įvertinti informaciją

11 lentelė. Sveikų ir sergančių asmenų grupės respondentų informacijos, susijusios su sveikata, pritaikymo galimybės

12 lentelė. Dalyvavimo prevencinėse programose ir apsilankymo pas sveikatos priežiūros specialistus dažnis per metus

13 lentelė. Rūkymo paplitimas tarp respondentų

14 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimus sportu

15 lentelė. Maisto papildų vartojimas respondentų grupėse

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 Integruotas sveikatos raštingumo modelis

2 Sveikatą lemiantys veiksniai

3 Sritys, atsakingos už sveikatos raštingumą

4 Sergančiųjų respondentų pasiskirstymas pagal jiems diagnozuotą ligą

5 Atsakymų, susijusių su informacijos paieška, vidurkiai

6 Sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų sveikatos informacijos sklaidos šaltiniai

7 Atsakymų, susijusių su medicininės informacijos supratimu, vidurkis

8 Respondentų galimybė įvertinti informaciją, kuri turi įtakos jų sveikatai

9 Respondentų galimybė pritaikyti informaciją, susijusią su sveikata

ĮVADAS

Temos aktualumas. Kiekvienam (tiek sveikam, tiek sergančiam) visuomenės nariui kartais reikia priimti svarbius sprendimus, kurie tiesiogiai ar netiesiogiai gali paveikti jo sveikatą. Dar 1986 metais vykusios Otavos konferencijos metu (Otavos chartija 1986 m.) buvo pabrėžta, kad sveikata yra kasdienio gyvenimo dalis, o ne egzistavimo tikslas. Tam, kad žmogus galėtų gerinti ir daryti teigiamą įtaką savo sveikatai, svarbu stiprinti sveikatą. Sveikatos stiprinimą veikia įvairūs veiksniai – socialinė lygybė, palankūs aplinkos veiksniai, asmeniniai įgūdžiai bei galimybė savarankiškai priimti sprendimus, susijusius su sveikata, taip pat galimybė prieiti prie reikalingos informacijos[1]. Skatinimas tobulinti asmenų žinias bei įgūdžius, susijusius su sveikata, informacijos prieigų suteikimas – vieni iš Otavos chartijos uždavinių.[2] Vėliau, visų minėtų veiksnių visuma buvo apjungta į vieną sąvoka – sveikatos raštingumas. Apibendrinus Otavos chartijos uždavinius, galima teigti, kad jais buvo siekiama užtikrinti visuomenės sveikatos raštingumą.

Gerinti visuomenės sveikatos raštingumą turėtų būti vienas iš pagrindinių sveikatos politikos tikslų. Asmuo, turintis pakankamą sveikatos raštingumo lygį, gali ne tik lengviau priimti pagrįstus sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros, bet ir suprasdamas ligos priežasties – pasekmės ryšius skirti dėmesio ligų prevencijai.

Darbo naujumas. Lietuvoje buvo atlikti keli tyrimai, analizuojantys sveikatos raštingumą ir jį veikiančius veiksnius. 2009 metais daktaro disertacijai apginti buvo atliktas tyrimas, kurio metų buvo tiriamas pacientų sveikatos raštingumas bei jų ir bendrosios praktikos slaugytojų nuomonės apie pacientams suteikiamą sveikatos informaciją. Nustatyta, kad trečdalis visų pacientų turi nepakankamą sveikatos raštingumo lygį, tačiau jiems suteiktą sveikatos informaciją vertina geriau, nei aukštesnio sveikatos raštingumo lygio pacientai[3]. Atliekamais tyrimais buvo siekiama nustatyti gebėjimą suprasti gautą sveikatos informaciją[4] ir ją pritaikyti, koreguojant gyvenseną[5]. Tačiau nebuvo atlikta lyginamųjų tyrimų tarp sveikų ir sergančių asmenų tam, kad būtų galima įvertinti, ar yra skirtumas tarp jų sveikatos raštingumo lygių. Kadangi asmenys, turintys aukštesnį sveikatos raštingumo lygį, geba geriau surasti, suprasti, įvertinti bei pritaikyti informaciją, susijusią su sveikata, tai galima daryti prielaidą, kad asmenys, turintys aukštesnį sveikatos raštingumo lygį, yra sveikesni už tuos asmenis, kurie turi žemesnį sveikatos raštingumo lygį.

---

[1] Javtokas, Zenonas, *Sveikatos Stiprinimo Konspekto Papildymas. Vilnius (2015)*.
[2] WHO, "'Ottawa Charter for Health Promotion.' Pranešimas Konferencijoje. Otava, 1986."
[3] Zagurskienė, Daiva, *2009. "Pacientų Sveikatos Raštingumo Vertinimas". Daktaro Disertacija, Kauno Medicinos Univertitetas*.
[4] Javtokas, Zenonas et al., "Suaugusių Lietuvos Gyventojų Sveikatos raštingumas" Visuomenės Sveikata 4,63 (2013): 38- 46."
[5] Katkauskaitė, Jovita, "Alytaus Miesto Gyventojų Sveikatos Raštingumo Tyrimo Duomenų apžvalga," Alytaus Miesto Savivaldybės Visuomenės Sveikatos Biuras. Alytus (2013)."

Hipotezė. Sveikų (neturinčių sveikatos sutrikimų) asmenų sveikatos raštingumo lygis yra aukštesnis nei sergančiųjų.

Tikslas. Ištirti 18–54 metų amžiaus asmenų sveikatos raštingumą Lietuvoje ir nustatyti ryšį tarp sveikatos raštingumo ir sveikatos būklės.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti sveikatos raštingumo teorinius aspektus.
2. Aptarti sveikatos raštingumo svarbą.
3. Išanalizuoti, koks sveikatos raštingumo lygis vyrauja 18–54 metų amžiaus asmenų grupėse.
4. Nustatyti sąsajas tarp sveikatos raštingumo lygio ir sveikatos būklės.
5. Įvertinti sveikatos būklę ir elgseną.

Darbo struktūros apibūdinimas. Taikyti tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, paliginamoji analizė, anketinė apklausa panaudojant Likerto skalės tipo klausimyną bei atviro ir uždaro tipo klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti respondentų sociodemografinius, sveikatos elgseną ir respondentų dažniausius sveikatos informacijos šaltinius. Sergantiems respondentams buvo užduoti papildomi klausimai tam, kad būtų išsiaiškintos jų gulėjimo ligoninėje . Apklausa vykdoma 2016 metų rugpjūčio- lapkričio mėnesiais. Išdalinta 460 anketų. Taip pat atlikta tyrimo duomenų statistinė analizė, naudojant SPSS 17.0 programą. Darbo apimtis - psl. 87, 15 lentelių, 9 paveikslai, 1 priedas. Literatūros apžvalga atlikta, remiantis 132 mokslinių literatūros šaltiniu.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Sveikatos raštingumo samprata

Sveikatos raštingumo sąvokos šiuo metu visuomenėje naudojamos itin plačiai. Sveikatos raštingumo, kaip sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos dalies, svarba yra neabejotina ir įtraukta į sveikatos politiką formuojančius dokumentus – Vilniaus deklaraciją[6], pasirašytą Lietuvos pirmininkavimo Europos Sąjungoje metais, ir Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos regiono 65-osios sesijos ataskaitą[7]. Didinti visuomenės sveikatos raštingumą taip pat yra ir Lietuvos prioritetas. Pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliajame prioritete „Sveikata visiems“ nurodytas tikslas – siekti geros žmonių sveikatos. Šio prioriteto tiksluose ir uždaviniuose numatyta atnaujinti ir plėtoti sveikatos raštingumą didinančią viešąją infrastruktūrą[8].

Sveikatos raštingumas pradėtas vystyti 1960–1970 metais, kai išsivysčiusiose šalyse buvo vykdomos programos, skirtos ligų prevencijai ir sveikos gyvensenos skatinimui. Pastebėta, kad aukštesnį išsilavinimą turinčių asmenų rezultatai geresni, tačiau vien informacijos suteikimas nedavė tokių rezultatų, kokių buvo tikėtasi. Vėliau teorijos „Švietimas kaip ligų prevencija“ buvo tobulinamos ir tiriamos nuodugniau[9].

Literatūroje apie sveikatos raštingumą pirmą kartą užsiminta 1974 metais, „Sveikatos ugdymas, kaip socialinė politika“ dokumente. Vis dėlto jame tebuvo paminėta, kad sveikatos raštingumas yra svarbi politinė strategija (*angl. policy issue*) trijose sistemose – švietime, sveikatoje ir masinėje komunikacijoje[10], tačiau išsamiai apibrėžtos ir paaiškinamos sąvokos tuo metu pateikta dar nebuvo.

Ilgainiui sveikatos raštingumo sąvoka tapo apibrėžiama įvairiau ir išsamiau. Pavyzdžiui, Europos Sąjungos Baltojoje knygoje „Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“ sveikatos raštingumas apibūdinamas kaip gebėjimas skaityti, atrinkti ir suprasti sveikatos informaciją,

---

[6] Raidla Lejins & Norcous. The Lithuanian Presidency on behalf of the European Union 2013. Vilnius Declaration. Call for Action. Sustainable Health Systems for Inclusive Growth in Europe. conference report.

[7] World health organization. Report of the 65th session of the WHO Regional Committee for Europe. Vilnius, Lithuania 14-17 (september 2015): 23-27.

[8] Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 293 (TAR, 2014, Nr 4113) patvirtinto 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos tarpinstitucinio veiklos plano horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ 1 priedas. Eil. nr 1.1.1.

[9] Don Nutbeam, „Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century“ Health promotion international Oxford press Vol 15 no. 3 (2000): 259-267.

[10] Simonds SK. „Health education as social policy,“. Health Education Monograph (1974): 1-25.

kad būtų galima priimti svarbius sprendimus[11]. Pasaulio sveikatos organizacija sveikatos raštingumą apibūdina kaip pažinimą ir socialinius įgūdžius, kurie lemia asmenų motyvaciją ir gebėjimą išrinkti, suprasti ir naudoti informaciją tokiu būdu, kuris skatintų ir išlaikytų gerą sveikatą[12]. Pagal Lietuvos Respublikos teisės akto registre pateiktus duomenis, sveikatos raštingumu laikomi pažintiniai ir socialiniai įgūdžiai (gebėjimai), lemiantys individų motyvaciją ir kompetenciją gauti informaciją, ją suprasti ir ja naudotis visais būdais, siekiant stiprinti ir palaikyti gerą sveikatą[13]. Nepriklausomai nuo autoriaus arba organizacijos, dažniausiai sveikatos raštingumas apibrėžiamas kaip procesas, kurio metu atsirenkama (informacijos gavimas / paieška), suprantama, apmąstoma (įvertinamas poveikis sveikatai – privalumai ir trūkumai) informacija, kuri gali būti pritaikyta tolesniame kasdieniame gyvenime, pavyzdžiui, supratus, kad tam tikra veikla / veiksniai kenkia / daro neigiamą įtaką sveikatai, ateityje jų atsisakoma arba vengiama. Tokia sveikatos raštingumo samprata bus vadovaujamasi ir šiame magistro darbe.

Kadangi yra daug sveikatos raštingumo sąvokos apibrėžimų, tai ir sveikatos raštingumo modelių skirstymo variantų, priklausančių nuo autoriaus požiūrio ir padedančių įvertinti sveikatos raštingumą, yra įvairių. SY Lee ir bendraminčiai sveikatos raštingumo modelį suskirstė į keturis lygius – žinias apie savipagalbą ir ligas; sveikatai kenkiantį elgesį; prevencinę priežiūrą; paklusnumą naudojant medikamentus[14], o David Baker išskyrė tik du lygius – sveikata, susijusi su rašytiniu sveikatos raštingumu, ir sveikata, susijusi su žodiniu sveikatos raštingumu[15]. Paminėtina, kad Don Nutbeam sukurtame sveikatos raštingumo modelyje išskiriami trys sveikatos raštingumo lygiai: 1) funkcinis arba pagrindinis, 2) interaktyvus arba komunikacinis ir 3) kritinis – kuriais palaipsniui siekiama didinti asmens savarankiškumą ir gebėjimą priimti sprendimus, susijusius su sveikata ir rūpinimusi ja. Nutbeam išskirtus tris sveikatos raštingumo lygius vertėtų aptarti išsamiau.

Funkcinis / pagrindinis lygis – pagrindiniai skaitymo ir rašymo įgūdžiai, kurie efektyviai padeda asmeniui kasdieniame gyvenime. Toks lygis atspindi tradicinį sveikatos švietimą. Veiksmai

---

[11] Europos bendrijų komisija, Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris. (Briuselis, 23.10.2007), 1-11.

[12] Pasaulio Sveikatos Organizacijos konferencijos trumpa apžvalga. Žiūrėta 2016 01 18 http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/.

[13] Įsakymas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. birželio 22 d. Įsakymo Nr. V-783 „Dėl 2014-2020 metų Europos sąjungos fondų investicijų veiksmų programos, patvirtintos 2014 m. rugsėjo 8 d. Europos Komisijos sprendimu, 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 konkretaus uždavinio „pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus“ ir 8.4.3 konkretaus uždavinio „sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms, ir skatinti sveiką senėjimą“ priemonių įgyvendinimo plano ir nacionalinių stebėsenos rodiklių skaičiavimo aprašo patvirtinimo“ pakeitimo. Nr. V-1340 (2015m. lapkričio 27 d.). Žiūrėta 2016 01 18. https://www.etar.lt/portal/lt/legalActPrint?documentId=bb112f00a00e11e58fd1fc0b9bba68a7

[14] Lee SY, Arozullah AM, Choc YI „Health literacy, social support, and health: a research agenda.“ Soc Sci Med 58 nr 7 (2004):1309-1321.

[15] David Baker „The meaning and the measure of health literacy“ Journal of General Internal Medicine 21 nr 8 (2006): 878-883.

nukreipti tik į ribotą veiklą – siekiama suteikti žinių ne tik apie sveikatai kylančią riziką, bet ir informuoti, kaip reikalui esant pasinaudoti sveikatos apsaugos sistemomis ir vadovautis gautais nurodymais. Ši veikla nesiekia suteikti asmenims savarankiškumo arba lavinti jų įgūdžių, dažniausiai tokia veikla suteikia individualią naudą, tačiau gali būti nukreipta ir į visuomenę – skatinti skiepytis ir dalyvauti prevencinėse programose. Šios formos mokymo veiklos sklaida organizuojama gaminant bei platinant lankstinukus ir atmintines.

Interaktyvusis / komunikacinis sveikatos raštingumo lygis – pagrįstas asmeniniais įgūdžiais. Geri kognityviniai, raštingumo ir socialiniai įgūdžiai leidžia aktyviai dalyvauti kasdienėje veikloje, išgryninti įvairiuose komunikaciniuose šaltiniuose pateikiamą informaciją ir atsižvelgiant į besikeičiančias sąlygas, pritaikyti įgytą (naują) informaciją. Tokio lygio mokymas nukreiptas į asmeninių gebėjimų plėtojimą – siekiama veikti asmens gebėjimą pasitikėti savo žiniomis, skatinti motyvaciją ir imtis veiksmų pagal anksčiau gautus patarimus. Tiek funkciniu, tiek interaktyviuoju lygiu siekiama suteikti naudą individui, o ne visuomenei. Tokios formos mokymo veikla įtraukta į mokyklų sveikatos ugdymo programas, kurios nukreiptos į asmeninių socialinių įgūdžių vystymosi ir elgsenos koregavimą.

Kritinis sveikatos raštingumo lygis – pagrįstas asmeniniais ir visuomenės įgaliojimais. Aukštesni negu interaktyviojo sveikatos raštingumo lygio pažinimo įgūdžiai, kartu su socialiniais įgūdžiais, padeda pritaikyti gautą informaciją kontroliuojant gyvenimo įvykius, tačiau prieš tai reikėtų išanalizuoti ir kritiškai įvertinti visą turimą informaciją. Toks metodas atspindi pažinimo ir kvalifikacijos tobulinimo rezultatus, kurie orientuoti ne tik į asmeninę naudą (kaip funkcinis ir interaktyvusis lygiai), bet ir į visuomeninę bei politinę naudą.

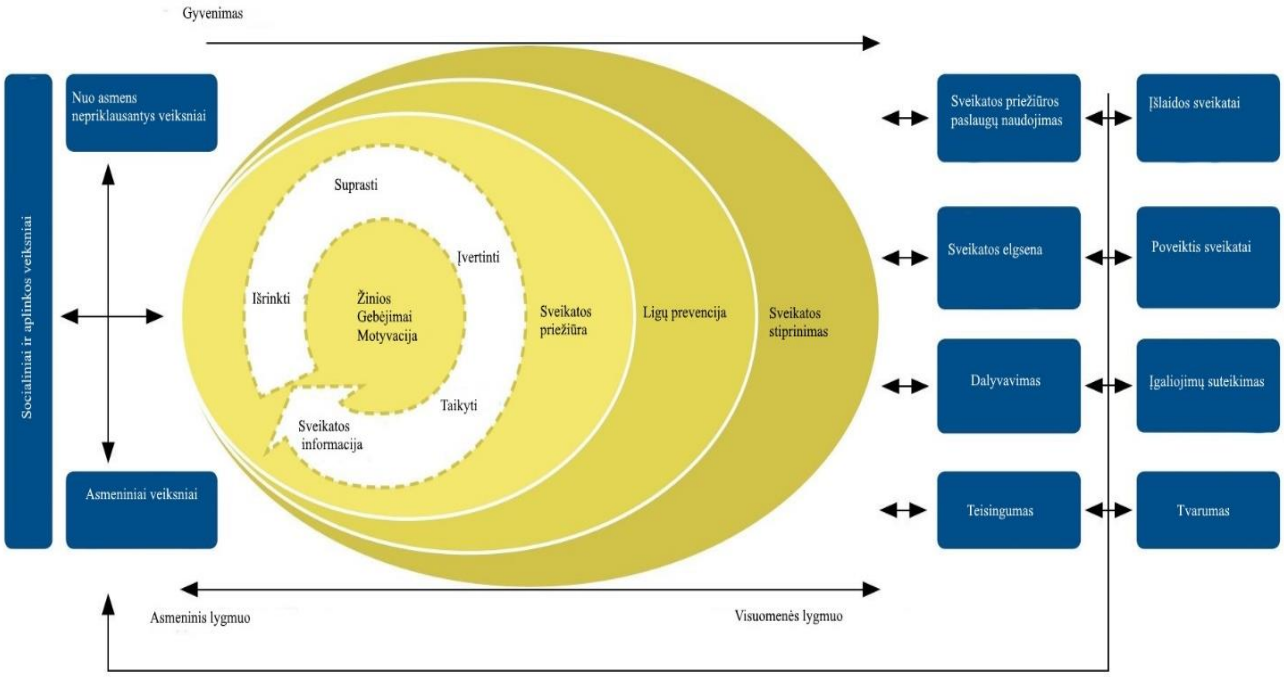
Taigi sveikatos raštingumas padeda sujungti informacijos teikimą ir įgūdžių plėtojimą, išnagrinėti politinį pajėgumą ir organizacines galimybes spręsti socialinių, ekonominių ir aplinkos veiksnių įtaką sveikatai[16].

Kristine Sorensen ir bendraminčiai ištyrė 12 įvairių sveikatos raštingumo modelių[17]. Tyrimo metu buvo siekiama nustatyti ne tik kiekvieno modelio tikėtinas pasekmes (rečiau reikalinga medicininė pagalba, trumpesnis hospitalizavimo laikas, mažesnės išlaidos gydymui ir kt.), bet ir sveikatą sąlygojančius (demografiniai, psichosocialiniai, kultūriniai, bendrasis raštingumas ir kt.) veiksnius. Nuodugniai ištyrus modelius, Sorensen ir kiti tyrėjai nustatė, kad nė vienas plačiai paplitęs modelis nėra pajėgus pakankamai išsamiai ištirti sveikatos raštingumą. Jų manymu, taip yra todėl, kad modeliai labai siaurai tiria sveikatos raštingumą. Problema yra ne tik menkas teorinis koncepcijų

[16] Don Nutbeam, „Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century," Health promotion international Oxford press Vol 15 no. 3 (2000): 259-267.

[17] Sorensen, Kristine et al., "Health Literracy and Public Health: A Sistematic Review and Integration of Definitions and models." BMC Public Health 12,80 (2012)."

pagrįstumas, bet ir iki šiol nenustatytas aiškus ryšys tarp sveikatą sąlygojančių veiksnių ir jų pasekmės sveikatai.



1 pav. Integruotas sveikatos raštingumo modelis

Šaltinis:Sorensen Krisine, „Health Literacy: The Neglected European Health Literacy disparity“[18]

Sorensen ir bendraminčiai pasiūlė integruotą modelį, kuriame stengėsi sujungti stipriąsias jau žinomų modelių puses bei siekė pašalinti esamų modelių trūkumus. Geriausią jų integruotą sveikatos raštingumo modelį galima paaiškinti pateikiant schemą (žr. 1 pav.). Schemos vidurį galima apibūdinti kaip branduolį, kuris yra pagrindas ir nulemia tolesnius etapus, nuo jo priklauso kiti (artimesni ir tolimesni) veiksniai, kurie yra veikiami sveikatos raštingumo, taip pat ryšiai, kurie jungia sveikatos raštingumą su jo poveikiu sveikatai.

Į branduolį įeina žinios, gebėjimai ir motyvacija. Pagal apibendrintą sveikatos raštingumo sampratą, reikalingi tam tikri sugebėjimai, kurie būtini informacijai, susijusiai su sveikata – išrinkti, suprasti, įvertinti, taikyti. Visi šie gebėjimai yra esminiai sveikatos raštingumo aspektai. Į „išrinkti informaciją“ lygmenį įeina informacijos apie sveikatą ieškojimas, suradimas / gavimas. Į „suprasti informaciją“ lygmenį – galimybė suvokti gautą naują informaciją. „Įvertinti informaciją“ lygmuo aprašo gebėjimus interpretuoti, atrinkti, spręsti ir suprasti pasekmes, o į „taikyti informaciją“ lygmenį atitinkamai įeina tokie gebėjimai kaip naudojimasis ta informacijos priimant sprendimus, kurie padeda išsaugoti ir pagerinti sveikatą. Gebėjimų visuma sukuria pagrindą žmogui dalyvauti visuose sveikatos proceso vaidmenyse:

[18] “Health Literacy: The Neglected European Health Literacy disparity." Sorensen Kristine. 2013.”

1. paciento vaidmuo – sveikatos priežiūros įstaigose;
2. asmenų, kuriems gresia ligos vaidmuo – ligų prevencijos sistemoje;
3. visuomenės nario vaidmuo, kuris skatina sveikatos stiprinimą (asmeninėje / privačioje aplinkoje; darbo vietoje; švietimo sistemoje; sveikatos politikoje).

Perėjimas per visus sveikatos raštingumo procesus suteikia naudingą informaciją, padedančią savarankiškai įveikti asmeninių; nuo asmens nepriklausančių; socialinių ir aplinkos veiksnių poveikį bei įtaką sveikatai[19]. Be to, informacijos svarba nurodo Sveikatos mokymo ir lygų prevencijos centro kartu su Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenes sveikatos institutu ir Alytaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro atlikto tyrimo duomenys. Tyrimo rezultatai parodė, kad 46,3 proc. respondentų nurodė, jog gauta sveikatos informacija nulėmė sveikatos elgsenos koregavimą[20].

Apibendrinant sveikatos raštingumo sąvokas ir modelius, galima teigti, kad sveikatos raštingumas yra ne tik neatsiejama asmens (kaip visuomenės dalies) sveikatos priežiūros dalis, bet ir kiekvieno atskiro individo gyvenimo dalis. Sveikatos raštingumas yra tarsi pagrindas, sąlygojantis geresnę sveikatą.

[19] Ibid.
[20] Katkauskaitė, Jovita, "Alytaus Miesto Gyventojų Sveikatos Raštingumo Tyrimo Duomenų apžvalga," Alytaus Miesto Savivaldybės Visuomenės Sveikatos Biuras. Alytus (2013)."

1.2. Sveikatos raštingumo svarba

Sveikatos raštingumas yra sudėtingas procesas, kuris jungia asmens gebėjimą surasti informaciją, ją suprasti, o įvertinus tai, jog gautos žinios gali būti naudingos, dar ir pritaikyti jas gyvenime. Sveikatos raštingumo tikslas – teigiamai paveikti sveikatą. Pažymėtina, kad sveikatos raštingumas sąlygoja įvairius sveikatos sutrikimus – cukrinį diabetą, dantų ėduonies susidarymo riziką, užkrečiamųjų ligų plitimą – kuriuos vertėtų aptarti šiek tiek plačiau.

Visų pirma, ypač aktualu kalbėti apie jaunų asmenų (14–29 metų) sveikatą. Tiek Lietuvos statistikos duomenys[21], tiek užsienio šalyse atliktų tyrimų rezultatai[22,23] rodo, kad jaunų asmenų sveikatos rodikliai blogėja – vis daugiau jaunesnio amžiaus asmenų suserga įvairiomis ligomis, ypač lėtinėmis ir onkologinėmis. Iš lėtinių ligų išsiskiria sergamumas 2-ojo tipo cukriniu diabetu. 2002–2013 metų diabeto sergamumo Lietuvoje analizė parodė, kad sergamumas 2-ojo tipo cukriniu diabetu didėja visose amžiaus grupėse, ypač dažnas sergamumas pastebėtas tarp 27–38 metų amžiaus asmenų[24]. Sveikatos pokyčius dažniausiai lemia žalingi įpročiai, tokie kaip alkoholio vartojimas, rūkymas ir mažas fizinis aktyvumas[25]. Vidos-Janinos Česnaitienės ir jos kolegų tyrimo duomenimis, atlikus sveikatos raštingumo įvertinimą, daugiau nei pusei fiziškai aktyvių respondentų (50,2 proc.) buvo nustatytas aukštas sveikatos raštingumo lygis[26].

Kadangi pastebima, kad dauguma Lietuvos moterų pirmąjį vaiką pagimdo iki 30 metų[27], aktualu kalbėti ir apie tėvų sveikatos raštingumą. Rachel Moon su bendraautoriais nustatė, kad tėvų sveikatos raštingumo lygis koreliuoja su vaiko ligos būkle – susirgus vaikui, tėvai dažniausiai negali tinkamai įvertinti vaiko ligos sunkumo[28]. Pavyzdžiui, įrodyta, kad nuo tėvų sveikatos raštingumo priklauso jų vaikų dantų priežiūra. Pasak tyrėjų, vaikų pieninių dantų ėduonies susidarymo rizika priklauso nuo tėvu sveikatos raštingumo lygio, todėl burnos higienos specialistams patartina ruošti

[21] Našlėnė, Žilvinė and Želvienė, Aušra, "Lietuvos Jaunimo Sveikatos Būklė". Higienos Institutas, Sveikatos Informacijos centras.Biostatistinės Analizės Skyrius. Visuomenės Sveikatos Netolygumai. 3,16 (2016)."

[22] Lipunova, Nadežda and Gurevičius, Romualdas, "Sergamumo 2-Ojo Tipo Diabetu Dinamika Įvairiose Gimimo Kohortose 2002- 2013 M. Lietuvoje." Visuomenės Sveikata 3,70 (2015): 39-45."

[23] Reed, Kurtis et al., "Increascing Incidence of Melanoma among Young Adults: An Epidemiological Study in Olmsted County,Minnesota," Mayo Clinic Proceedings. 87, 4 (2012): 328-334."

[24] Lipunova, Nadežda and Gurevičius, Romualdas, "Sergamumo 2-ojo Tipo Diabetu Dinamika Įvairiose Gimimo Kohortose 2002- 2013 M. Lietuvoje." Visuomenės Sveikata 3,70 (2015): 39-45."

[25] *Chronic Disease alliance "A Unified Prevention Approach. The Case for Urgent Politial Action. To Redue the Social and Economic Burden of Chronic Disease through prevention" 2010.*

[26] Česnaitienė, Vida-Janina, Valantinė, Irena, and Ossovsky, Zbigniev, "Health Literacy, Physical Activity and Motivation to Exercise for Stuents in Sports Science Study Programmes". XIII Enssee Forum. European Network of Sport Science, educationŲ employment(2015) 56."

[27] Higienos institutas, sveikatos informacijos centras., "Gimimų Medicininai Duomenys. Medical Data of Births. 2014 M. Vilnius (2015) 66."

[28] Moon, Rachel et al., "Parental Literacy Level and Understanding of Medical Information". Pediatrics 102,2 (1998)."

informaciją tėvams apie vaikų dantų priežiūrą. Ši informacija būtų prevencinis veiksnys vaikų dantų ligų profilaktikai[29]

Ligų prevencijai taip pat labai svarbūs skiepai, nes jie laikomi viena iš reikšmingiausių užkrečiamųjų ligų valdymo priemone, o sveikatos raštingumas padaro nemažą įtaką apsisprendimui dėl skiepo reikalingumo bei lūkesčių. Žinių trūkumas gali apsunkinti tėvų apsisprendimą dėl jų vaikų skiepijimo, jeigu nėra įstatymiškai privalomo skiepų kalendoriaus[30]. Svarbu paminėti, kad žemesnį sveikatos raštingumo lygį turintiems asmenims svarbi skiepo veiksmingumo trukmė, o aukštesnį sveikatos raštingumo lygį turintiems asmenims svarbiau skiepo veiksmingumas ir galintis pasireikšti pašalinis skiepų poveikis[31].

Akivaizdu, kad sveikatos informacija yra labai reikalinga. Šį poreikį jauniems asmenims akcentuoja nemažai tyrėjų. Pavyzdžiui, Jennifer Mangello atlikto tyrimo duomenimis, apie 80 proc. jaunų žmonių teigė, jog norėtų sužinoti daugiau apie sveikatos priežiūrą, tačiau susiduria su informacijos supratimo problemomis[32].

Apžvelgtus esamą literatūrą, galima daryti išvadą, kad sveikatos informaciją yra itin reikalinga, ypač jauniems asmenims. Kadangi informacijos paieška yra vienas iš sveikatos raštingumo komponentų, galima teigti, kad pakėlus jaunų asmenų sveikatos raštingumo lygį, pagerėtų ne tik jų , bet ir jų vaikų sveikatos būklė.

1.3. Sveikatą sąlygojantys veiksniai

Galima teigti, kad kiekvienas visuomenės narys iš dalies savo sveikatos būklę (esamą ar būsimą) nulemia pats. Veiksnius, turinčius įtakos sveikatai, galima suskirstyti į tam tikras grupes, iš kurių dažniausios:

1. genetinė arba biologinė veiksnių grupė;
2. gyvensenos grupė;
3. aplinkos grupė;
4. amžiaus grupė;
5. nuo medicininės pagalbos priklausanti grupė;

[29] Jackson, Richard, "Parental Health Literacy and Children's Dental Health: Implications for the Furute". Pediatric Dentistry 28,1 (2006) 72-75."
[30] Fadda, Marta, Depping, Miriam, and Schulz, Peter, "Adressing Issues of Vaccination Literacy and Psychological Empowerment in the Measles-Mumps-Rubella (MMR) Vaccination Decision-Making: A Qualitative study." MMC Public Health 15, 836 (2015)."
[31] Veldwijk, Jorien et al., "Preferences for Vaccination: Does Health Lieracy Make a difference?" Medical Decision Making 35,8 (2015): 948-958."
[32] Manganello, Jennifer, "Health Literacy and Adolescents: A Framework and Agenda for Future Reseatch". Health Education Research 23,5 (2008) 840-847."

6. socialinė – ekonominė grupė.

Paminėtina, kad taip pat gali būti nurodomi ir grupių deriniai[33] [34] [35].

Šios grupės sveikatai daro skirtingą įtaką. Kanados medikų asociacijos pateiktais duomenimis, gyvensena nulemia apie 50 proc. sveikatos, o medicininė pagalba – tik 25 proc. sveikatos[36], todėl, darytina išvada, kad vien tik sveikatos priežiūra negali garantuoti geros sveikatos.

Pasaulinė sveikatos organizacija dažniausiai pateikia sveikatą lemiančių veiksnių schemą (žr. 2 pav.), kurios centre nurodomi tokie veiksniai kaip amžius, lytis ir kūno konstitucija. Šie veiksniai yra labiausiai fiksuoti ir mažiausiai priklauso nuo asmens pastangų juos pakeisti bei paversti stiprinančiais ar silpninančiais sveikatą. Tuo tarpu kitus veiksnius – individualius gyvensenos (žmogaus įpročiai, fizinis aktyvumas, žalingi įpročiai); socialinius ir visuomenės, daugiasektorinius bei bendruosius socioekonominius, kultūrinius ir aplinkos – galima keisti ir numatyti jų įtaką sveikatai[37]. Paminėtina, kad prie daugiasektorinių veiksnių grupės priskiriamos gyvenimo ir darbo sąlygos.



2 Pav. Sveikatą lemiantys veiksniai

Šaltinis: Dahlgren, Goran and Whitehead, Margaret, "Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stochkolm, Sweden:Institute for Futures Studies. 1991."[38]

[33] Gražulevičienė, *Žmogaus Aplinka Ir Jos Poveikis Sveikatai. Naujausių Gamtos Mokslo Žinių Sklaidos Mokytojams Tinklas. " Projektas BPD2004-ESF-2.4.0-01-04/0157*.

[34] New south wales department of Health, "Public Healt Classifications Project- Determinants of Health. Phase Two: Final report."NSW Department of Health 2010."

[35] Vanessa, "The Face of Poverty in Clinical care:How and Why to Address Inequities in Health Care Settings." Pranešimas Konferencijoje Bc Kidney Days, October 2014, October 16."

[36] Canadian Medical Association., "Health Equity and the Social Determinants of Health: A Role for the Medical Profession. CMA POLICY (2013)."

[37] Dahlgren, Göran and Whitehead, Margaret, "European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 2."Who Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health Univertisy of Liverpool. 2006."

[38] Dahlgren, Goran and Whitehead, Margaret, "Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stochkolm, Sweden:Institute for Futures Studies. 1991."

Darbe žmogus dažniausiai praleidžia didžiąją dalį būdravimo laiko, todėl šiuo atveju natūralu kalbėti apie darbuotojų sveikatą. Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas darbuotojų saugą ir sveikatą apibūdina kaip visos prevencinės priemonės, skirtos darbuotojų darbingumui, sveikatai ir gyvybei darbe išsaugoti, kurios naudojamos ar planuojamos visuose įmonės veiklos etapuose, kad darbuotojai būtų apsaugoti nuo profesinės rizikos arba ji būtų kiek įmanoma sumažinta[39].

Pagal Pasaulinės sveikatos organizacijos pateiktus duomenis, apie 2 mln. asmenų visame pasaulyje per metus miršta dėl profesinių ligų sukeltų priežasčių ir (ar) nuo darbo metu patirtų traumų, o apie 10 proc. visų depresijos susirgimų yra siejama su profesine rizika[40].

Europos Komisijos 2014 metais atlikto Europos Sąjungos šalių (EU 28) darbo sąlygų tyrimo duomenimis, 77 proc. darbuotojų patenkinti darbo sąlygomis, nors 53 proc. respondentų pažymėjo, kad darbe kasdien susiduria su stresinėmis situacijomis[41]. Darbuotojų stresas ne tik padidina organizacijos kaštus (dažnesni darbuotojų nedarbingumo atvejai; ankstyvas išėjimas į pensiją; didesnė klaidų tikimybė), bet ir daro neigiamą įtaką darbuotojų sveikatai. Nuolat patiriamas stresas didina riziką susirgti širdies kraujagyslių ligomis, depresija, kaulų – raumenų sistemos ligomis, skatina dažniau vartoti alkoholį ir narkotines medžiagas. Pažymėtina, kad atlikti tyrimai parodė, jog darbdavių, sutinkančių, kad jų darbuotojai darbe susiduria su psichikos sveikatos problemomis, skaičius didėja. Tačiau, pasak darbdavių, jiems trūksta viešai publikuojamos ir lengvai prieinamos informacijos apie psichosocialinės rizikos valdymą[42].

Informacijos apie sveikatos stiprinimą darbe trūkumą nurodo ne tik darbdaviai. Lietuvoje, Latvijoje ir Suomijoje 2013–2014 metais vykdyto tyrimo duomenimis, apie pusė Lietuvoje apklaustų darbuotojų pažymėjo informacijos apie sveiką gyvenseną sklaidos ir sveikatos palaikymo įgūdžių formavimo poreikį. Nors darbuotojai teigė, kad gali inicijuoti su sveikata susijusius pakitimus savo darbo vietoje, įstaigų vadovai pažymėjo, jog niekas nenori ir nebandė inicijuoti sveikatą stiprinančios veiklos darbe[43]. Tačiau net ir sudarius sąlygas dalyvauti sveikatos skatinimo veikloje darbovietėje, tik apie pusė darbuotojų, norėjusių dalyvauti tokioje veikloje, iš tikrųjų joje dalyvauja[44]. Darbovietėje rengdami sveikatą skatinančias programas, darbdaviai dažniausiai tikisi išlaikyti gerą darbuotojų

[39] "Lietuvos Respublikos Darbuotojų Saugos Ir Sveikatos įstatymas," Valstybės Žinios 70, 3170 (2003)."
[40] *Healthy Workplaces: A Model for Action. For Employers, Workers, Policy-Markers and practitioners,"World Health Organization 2010*.
[41] Conducted by TNS Political & Social at the Request of the European Commission, Directorate- General Employment, Social Affairs and Inclusion. "Working Conditions". 2014.
[42] Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra, *Saugiose Darbo Vietose- Stresas Yra Valdomas. Kompanijos Vadovas. Streso Ir Psichocialinės Rizikos Veldymas Darbe."*.
[43] Higienos instituto profesinės sveikatos centro informacija, "Baigėsi projektas 'Sveikatos Ugdymo Darbo Vietose Tyrimas: Esama Padėtis Ir Poreikiai'. Visuomenės Sveikata 4, 67 (2014): 90-92."
[44] Pilipavičienė. Lolita and Vainsuskas, Saulius, "Sveikatos Stiprinimas Darbe: Vykdymo Apimtis Ir Darbuotojų Dalyvavimui Įtakos Turintys veiksniai." Visuomenės Sveikata 2. 76 (2016): 18-25."

sveikatą; mažinti medicininės išlaidas; pagerinti darbuotojų produktyvumą ir, be abejo, pagerinti įstaigos įvaizdį.

Nustatyta, kad norint pasiekti geresnių rezultatų, sveikatą skatinančios programos turi būti nukreiptos ne į vieną žalingą įprotį (pavyzdžiui, programos, skirtos rūkančiųjų skaičiui sumažinti), bet ir į lėtinių ligų prevenciją. Dažniausios tokių programų priemonės – sporto klubų narystė, sveikos mitybos organizavimas darbe, psichoterapijos ir rūkymo žalos kursai. Rengiamų programų rezultatai rodo, kad mažėja nedarbingumo atvejų, didėja darbuotojų pasitenkinimas turimu darbu, didėja įmonės pelnas bei gerėja bendra darbinė atmosfera[45].

Kadangi sveikatos stiprinimas darbe sieja darbuotojų mokymą, informacijos suteikimą, sveikos gyvensenos propagavimą bei rizikos veiksnių poveikio darbe mažinimą, tai tokia veikla turi teigiamą poveikį sveikatai ne tik darbe, bet asmeniniame gyvenime.

Lietuvos Respublikos sveikatos 2014–2025 metų programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai[46]. Tačiau pailginus vidutinę gyvenimo trukmę (VGT), aktualiu rodikliu išlieka sveiko gyvenimo trukmės rodiklis (SGT). Nustatyta, kad moterų VGT ir SGT visada išlieka didesnis nei vyrų, tačiau su amžiumi skirtumas mažėja, SGT nuo 10,4 metų skirtumo (esant 20 metų amžiaus) sumažėja iki 5 metų (esant 65 metų amžiaus)[47]. Nors Lietuvoje moterų VGT ir SGT vidurkis yra ilgesnis nei vyrų, tačiau mažesnis palyginti su Europos Sąjungos (EU 28) vidurkiais[48]. Svarbu pastebėti, kad VGT kinta – nuo 1990 metų padidėjo, tačiau padidėjimas buvo netolygus ir nuo 2000 metų pradėjo mažėti – ir nors bendras rodiklis išlieka didesnis nei buvo 1990 metais, tačiau Europos Sąjungos senesnių valstybių narių žmonių VGT tolygiai didėja. Nustatyta, kad trumpai vyrų ir moterų VGT įtakos turėjo širdies ir kraujagyslių ligos. Moterų ir vyrų išgyvenamumas iki 65 metų amžiaus taip pat skiriasi. Nustatyta, kad nesikeičiant socio-ekonominėms sąlygoms, iš 2006 metais gimusių vyrų iki 65 metų išgyvens tik 55 proc., tuo tarpu moterų išgyvenamumas siekia 83 proc. Manoma, kad didelį išgyvenamumo skirtumą tarp vyrų ir moterų lemia dvi priežastys – sveikatą žalojantys veiksniai, tokie kaip rūkymas, alkoholizmas, nutukimas, ir sveikatą stiprinantis elgesys[49]. Mažinant sveikatą žalojančių veiksnių paplitimą, rengiant rūkymo ir alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimo programas, propaguojant sveikos mitybos principus bei

[45] Marc and Karia, "Making the Case for Workplace Health Promotion. Analysis of the Effects of WHP," (Brussels, 2004).
[46] "Dėl Lietuvos Sveikatos 2014-2025 Metų Programos Patvirtinimo," Prieiga per Internetą: Https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163."
[47] Našlėnė, Žilvinė, "Gyvenimo Trukmės Be Negalios Lietuvoje 2012-2014 m." Visuomenės Sveikatos Netolygumai 4,13 (2015)."
[48] Našlėnė, Žilvinė, "Sveiko Gyvenimo Trukmė Lietuvoje," Higienos Institutas 9 (2015)." Vardo raides????? Ir visur kitur
[49] Kalėdienė, Ramunė et al., "Lietuvos Vyrų Ir Moterų Vidutinės Tikėtinos Gyvenimo Trukmės Netolygumai Bei Juos Lemiančios Mirties priežastys." Medicina 46,11 (2010): 774-780."

sveikatos skatinimo principus, galima prailginti ne tik gyvenimo trukmę, bet ir sveiko gyvenimo trukmę.

Galima daryti išvadą, kad nors veiksnių, lemiančių sveikatos būklę, yra daug, tačiau suteikus pakankamai informacijos apie sveikatos stiprinimą ar sveikatos palaikymą, galima tikėtis teigiamo poveikio sveikatai. Šiuo atveju svarbu tai, kad informacijos paieška yra vienas iš sveikatos raštingumo komponentų, todėl asmenys, turintys pakankamą sveikatos raštingumo lygį, turi didesnę tikimybę išlikti sveikesni.

1.3.1. Elgsenos ir sveikatos būklės sąsaja su turimu sveikatos raštingumo lygiu

Dažniausiai žemas arba ribotas sveikatos raštingumo lygis būna pastebimas tarp vyresnio amžiaus pacientų, turinčių žemą išsilavinimą, gaunančių mažesnes pajamas bei sergančių ligomis su gretutiniais susirgimais ar komplikacijomis[50]. Kai kurie veiksniai sumažina arba riboja asmenų sveikatos raštingumą. Dažniausiai tokios kliūtys būna susijusios su asmeniniais, emociniais ar profesiniais žmogaus bruožais. Asmeniniai bruožai arba motyvacijos stoka pasireiškia tuo, jog asmuo pasyviai dalyvauja gydymo procese, neieško informacijos apie savo sveikatos būklę arba ligą, nepriima kitų žmonių, sergančių tokia pat liga, patirties ir patarimų. Senyvą amžių vertėtų priskirti prie asmeninių natūralių kliūčių, nes neretai vyresniame amžiuje prastėja klausa, galinti mažinti gebėjimą aiškiai suprasti sveikatos priežiūros specialistų pateiktą informaciją. Emocinė kliūtis dažniausiai pasireiškia baime ir nerimu bei pykčiu, tuo atveju, jeigu gydymo rezultatai nebūna iš karto pastebimi. Dažniausiai artimoje tokių pacientų aplinkoje kas nors sirgo panašia liga ir šis, prisimindamas visą nemalonią patirtį, nenori pripažinti esąs sergantis tokia pačia liga. Profesinė kliūtis pasireiškia, kai sveikatos priežiūros specialistai neįvertina paciento raštingumo įgūdžių, o pacientai nepateikia visos informacijos apie savo būklę, nes jų nebuvo paklausta apie tai[51] [52] [53].

Nustatyta, kad turintys aukštą sveikatos raštingumo lygį, rečiau vartoja alkoholinius gėrimus[54]. Rūkymo ir sveikatos raštingumo santykį (priklausomybę) nustatyti sunku, nes atlikti tyrimai rodo prieštaringus rezultatus[55] [56]. Dauguma atliktų tyrimų rodo, kad asmenys, turintys žemesnį sveikatos raštingumo lygį, dažniau apsilanko pas gydytojus, dažniau yra hospitalizuojami ir

[50] Kim, Sarang et al., "'Association on Health Literacy with Self-Management Behavior in Patients with diabets,' Diabets Care 27, 12 (2004) :2980-2982."
[51] Edwards, Michelle et al., "'The Development of Health Literacy in Patients with a Long Term Health Condition: The Health Literacy Pathway model,' BMC Public Health. 12,130 (2014)."
[52] Toofany, Swaleh, "'Learning the Language of health,' Nursing Management 14,6 (2007) 10-14."
[53] Chiarelli, Lynn, "Low Health Literacy and Chronic Disease Prevention and Control - Perspecties from the Health and Public Health sectors." Canadian Public Health Association. 2006."
[54] Wolf, Michael, Gazmariarian, Julie, and Baker W, David, "'Health Literacy and Health Risk Behaviors among Older Adults. ' American Journal of Preventive Medicine 32,1 (2007): 19-24."
[55] Ibid.
[56] Reisi, Mahnoush et al., "The Relationship between Funcional Health Literacy and Health Promoting Behaviors among Older adults,' Journal of Education and Health Promotrion 3, 119 (2014): 1-5."

kreipiasi į greitosios medicinos pagalbos personalą, jų hospitalizavimo laikas ilgesnis, nei asmenų, turinčių aukštesnį sveikatos raštingumo lygį. Nustatyta, kad asmenys, turintys žemesnį sveikatos raštingumo lygį, mažiau linkę laikytis sveikatos priežiūros specialistų nustatyto gydymo plano bei gerti vaistus taip, kaip buvo nurodyta[57]. Asmenys, turintys žemą sveikatos raštingumo lygį, dažnai nesupranta savo asmeninės svarbos gydymo procese, nes yra įsitikinę, kad jų sveikata priklauso tik nuo sveikatos paslaugas teikiančių specialistų[58]. Vis dėlto, tyrimais nustatyta, kad asmenims, turintiems žemą arba ribotą sveikatos raštingumo lygį, suteikus pakankamai žinių apie tai, kaip valdyti ligą, jie rodo geresnius savikontrolės (*angl. self-management*) rezultatus, nei asmenys, turintys pakankamą sveikatos raštingumo lygį[59].

Lietuvos savivaldybių sveikatos elgsenos tyrimo metu nustatyta, kad geresni rezultatai, susiję su sveikatos žiniomis, požiūriu, supratimu ir sveikatos elgsena, buvo tose savivaldybėse, kuriose Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros programa buvo vykdoma ilgiau. Tyrimo rezultatais nustatyta, kad respondentai nežino, kokią įtaką mityba bei fizinis aktyvumas daro sveikatai, nors didžioji apklaustųjų dalis įvardijo, kad jiems pakanka žinių apie sveiką gyvenseną. Mokymuose, susijusiuose su sveikata, per pastaruosius porą metų dalyvavo mažiau nei trečdalis respondentų, o pusė nedalyvavusių priežastimi, kodėl nedalyvavo, įvardijo žinių apie vykusius renginius stoką[60]. Galima daryti prielaidą, kad Lietuvos gyventojai mano geriau išmanantys sveikos gyvensenos aspektus negu yra iš tikrųjų.

Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis, Europos regione apie 50 proc. visų suaugusiųjų kūno masės indeksas viršija normą (KMI > 25 kg/m^2). Viršsvoris ir nutukimas yra vienas iš veiksnių, nulemiančių 320 000 mirčių kiekvienais metais Europos regione, nes nesaikingas sočiųjų ir hidrintų riebalų, cukraus ir druskos vartojimas, per mažas suvartojamų vaisių ir daržovių kiekis yra svarbi priežastis, skatinanti lėtinių neinfekcinių ligų paplitimą[61]. Lietuvoje atlikti faktinės mitybos ir mitybos įpročių tyrimai patvirtina, kad Lietuvos gyventojų mityba nėra palanki sveikatai, nes per mažai vartojama vaisių ir daržovių, žuvies ir jūros gėrybių ir per daug suvartojama riebalų ir cukraus. Nepaisant to, virš 40 proc. respondentų mano, kad jų mityba yra tinkama[62]. Nustatyta, kad tik 25 proc.

---

[57] D'Eath M., Barry MM, and Sixsmith J., *"A Rapid Evidence Review of Interventions for Improving Health Literacy. Insights into Health communication," ECDC Technical Report. Stochkolm: ECDC, 2012*.

[58] Chiarelli, Lynn, "Low Health Literacy and Chronic Disease Prevention and Control - Perspecties from the Health and Public Health sectors." Canadian Public Health Association. 2006."

[59] Kim, Sarang et al., "'Association on Health Literacy with Self-Management Behavior in Patients with diabets,' Diabets Care 27, 12 (2004) :2980-2982." (IBID)

[60] Povilanskienė, Rasa and Jurkuvėnas, Vytautas, "Gyventojų Sveikatos Žinios Ir Elgsena Savivaldybėse, Įgyvendinančiiose Valstybinę Visuomenės Sveikatos Priežiūros Plėtrom Savivaldybėse 2007-2010 Metų programą." Visuomenės Sveikata 3,54 (2011):18-24."

[61] World Health Organization, regional office for Europe, "European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. Regional Committee for Europe 64th Session. Copenhagen, Denmark, 15-18 September 2014."

[62] Barzda, Albertas et al., "Suaugusių Ir Pagyvenusių Lietuvos Gyventojų Faktinės Mirybos Ir Mitybos Įpročių tyrimas." Visuomenės Sveikata 1,72 (2016): 85-94."

Lietuvos gyventojų supranta informaciją, nurodytą maisto etiketėse, o dažniausia priežastis, trukdanti suprasti maisto ženklinimą, tai vartojami neaiškūs terminai ir sutrumpinimai. Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 metais Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo galutinėje ataskaitoje įvardinta, kad turi būti įdiegtos priemonės, kurios padės gerinti informuotumą apie maisto sudėtį, padės lengviau priimti sprendimus, galinčius teigiamai paveikti sveikatą[63]. Viena iš pagalbinių priemonių, padėsiančių suprasti maisto sudėtinių dalių naudą ir keliamą grėsmę sveikatai, galėtų būti sveikatos raštingumas.

Apžvelgus literatūrą, galima daryti prielaidą, kad visuomenės sveikatos specialistai turėtų vertinti žmonių sveikatos raštingumo lygį ir priklausomai nuo turimo lygio rengti informacijos pateikimą visuomenei.

1.3.2. Ligų prevencijos santykis su sveikatos raštingumu

Vienas iš sveikatos raštingumo veiksnių – informacijos, susijusios su sveikata, pritaikymas. Tinkamai pritaikius žinias galima pagerinti gyvenimo kokybę, sumažinti riziką susirgti. Gera sveikata, kaip ekonominės ir socialinės plėtros dalis, naudinga ne tik asmeniui, bet ir visuomenei. Silpna sveikata arba turima negalia neigiamai veikia ne tik visuomenę (išmokų mokėjimas; nedarbingumas ir pan.) bet ir asmenį, nes sumažėja jo socioekonominiai rodikliai ir gerovė. Suteikus galimybę kontroliuoti asmenų sveikatą bei ją lemiančius veiksnius, gerinama ne vien žmogaus, bei ir visuomenės gyvenimo kokybė.

Yra daug literatūros ir teorijų, aiškinančių sveikatos bei sveikatos elgesio mokymą. Viena iš jų – ekologinis požiūris į elgesį, susijusį su sveikata. Teorija padalina atsakomybę už sveikatos elgesį tarp žmogaus ir socialinių veiksnių. Su sveikata susijusiam elgesiui turi įtakos ne tik asmens suvokimas bei žinios, bet ir visos šalies sveikatos priežiūros sistemos veikimas, ypač sveikatos stiprinimo politikos nuostatos[64], todėl aktualu kalbėti ne tik apie asmens sveikatos sampratos suvokimą, bet ir apie bendrą šalies politiką, nukreiptą į sveikatos elgesio mokymą bei ligų prevenciją.

Vienas iš Europos sveikatos politikos strategijos „Sveikata 2020“ tikslų – pagerinti visų sveikatą ir sumažinti sveikatos netolygumus. Kad būtų pasiekti numatyti tikslai, yra iškeltos prioritetinės veiklos sritys, iš kurių viena – spręsti svarbiausius Europos regiono sveikatos iššūkius, susijusius su neužkrečiamomis ir užkrečiamomis ligomis[65]. Neabejojama, kad pagerinus užkrečiamų ir neužkrečiamų ligų prevenciją, galima pasiekti numatytus tikslus.

---

[63] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, “Sveikatos Sektoriaus Prioritetų 2014-2020 M. Europos Sąjungos Struktūtinės Paramos Panaudojimo Laikotaripiu Strateginis Vertinimas. Galutinė Vertinimo Ataskaita.”

[64] Vaičaitė, Sigita, “‘Su Sveikata Susijusį Elgesį Aiškinančios Teorijos Ir Modeliai: Kas Skatina Keisti elgesį.’ Visuomenės Sveikata 1,72 (2016): 9-19.”

[65] Word Health Organization, Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st century." Regional Office for Europe. 2013.

Svarbus vaidmuo ligų prevencijoje tenka ligų prevencinių programų vykdymui. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, daugiau nei 70 proc. Lietuvos gyventojų žino apie vykdomas prevencines programas, nors 47,7 proc. respondentų, žinančių apie tokias programas, jose nedalyvavo. Nustatyta, kad žemą sveikatos raštingumo lygį turintys žmonės ne visada supranta jiems priklausančių prevencinių programų esmę ir naudą[66] arba išvis nežino apie vykdomas prevencines programas[67]. Viena iš pagrindinių respondentų nedalyvavimo rengiamose programose priežasčių – gera savijauta[68]. Nors su Kauno universiteto studentais atliktas tyrimas parodė, kad studentai, kurie savo sveikatos būklę vertina teigiamai, dažniau lankosi pas gydytojus profilaktiniam sveikatos patikrinimui, nei tie, kurie savo sveikatos būklę įvertina neigiamai[69].

Pažymėtina, kad ne tik dalyvavimas prevencinėse programose gali pagerinti sveikatos rodiklius. Žalingų įpročių atsisakymas teigiamai veikia gyvenimo kokybę. Prognozuojant tam tikrų (bet kokių) reiškinių (prevencinių programų ar tik tam tikrų veiksnių eliminavimas) poveikį sveikatai dažniausiai pasitelkiamas L. Gunning – Schepers ir J. Barengret sukurtas „Prevent“ modelis. Taikant šį modelį, buvo nustatyta, jog perpus sumažinus rūkymo paplitimą tarp 20–64 metų amžius žmonių, mirtingumas nuo plaučių vėžio sumažėtų – tarp vyrų iki 33 proc., tarp moterų 24 proc., o mirtingumas nuo lėtinių obstrukcinių plaučių ligų sumažėtų perpus. Tačiau tokius rezultatus būtų galima pasiekti tik po 40 metų[70]. Peter Elwood, Julie Galante ir kitų tyrėjų atlikto tyrimo duomenimis, padidinus sveikos gyvensenos rodiklius (normalizavus kūno masės indeksą (18–25); rūkymo ir alkoholinių gėrimų vartojimo atsisakymas; reguliarus fizinis aktyvumas) – sumažėja rizika susirgti diabetu ir širdies kraujagyslių ligomis[71]. Galima daryti prielaidą, kad kuo anksčiau pradedama rūpintis sveikata, tuo labiau, tikėtina, bus galima teigiamai paveikti sveikatą ir prailginti gyvenimo trukmę.

1.3.3. Sveikatos raštingumo poreikis sergantiems asmenims

Dažna neinfekcinių ligų atsiradimo priežastis – sveikatos elgsena, kuri yra vienas iš sveikatos raštingumo veiksnių. Netinkama sveikatos elgsena – ypač nepakankamas arba ribotas

[66] Davis, Terry et al., “Health Literacy and Cancer communicaion." Ca: A Cancer Journal for Clinicians 52, 3 (2002) 134-149.”
[67] Morris, Nancy et al., “The Association between Health Literacy and Cancer-Related Attitudes, Behaviors, and Knowledge." J Helath Commun. 18, 1 (2013): 223-241.”
[68] Petronytė, Gintarė et al., “Gyventojų Informuotumą, Dalyvavimą Ir Požiūrį Į Onkologinių Ir Širdies Kraujagyslių Ligų Prevencines Programas Sąlygojantys veiksniai." Visuomenės Sveikata 2, 61 (2013): 31- 37.”
[69] Kriaučionienė, Vilma, Barkauskienė, Audronė, and Petkevičienė, Janina, “Kauno Universitetų Studentų Subjektyvi Sveikatos Ir Jos Pokyčiai 2000-2010 m." Visuomenės Sveikata 2,61 (2013): 82-88.”
[70] Mekšriūnaitė, Sandra and Gurevičius, Romualdas, “Mirtingumas Nuo Plaučių Vėžio, Išeminės Širdies Ligos Ir Lėtinės Obstrukcinės Plaučių Ligos Alternatyvi Prognozė Lietuvoje Taikant Skirtingus Rūkymo Paplitimo Populiacijoje scenarijus." Visuomenės Sveikata 2, 73 (2016): 26-36.”
[71] Elwood, Peter et al., “Healthy Lifstyle Reduce the Incidence of Chronic Diseases and Dementia: Evidence from the Caerphilly Cohort study" PLos ONE 8,12 (2013) http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0081877.”

fizinis aktyvumas, nepilnavertė mityba, alkoholio vartojimas, rūkymas – skatina neinfekcinių ligų atsiradimą. Neinfekcinės ligos, tokios kaip širdies kraujagyslių ligos (812/100 000 gyv.); navikai (292,5/100 000 gyv.); virškinimo sistemos ligos (72,2/100 000 gyv.); kvėpavimo sistemos ligos (46,7 /100 000 gyv.)[72] bei diabetas (jo sukeltos komplikacijos: širdies ligos, insultai), dažnai tampa mirties priežastimi Lietuvoje[73] [74].

Neinfekciniai susirgimai dažnai tampa lėtinėmis ligomis ir tuomet sveikatos raštingumas yra ypač aktualus. Asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis, turi gebėti suprasti jiems pateiktą informaciją apie sveikatos būklę, tačiau vien tik informacijos supratimo nepakanka, nes įvertinus visą pateiktą informaciją, žmogus turi pradėti imtis veiksmų, iš kurių svarbiausias – pradėti koreguoti savo gyvenseną ir įpročius.

Sveikatos raštingumas padeda palaikyti geresnę sveikatos būklę ligos atveju. Dean Schilinger atlikto tyrimo duomenimis, sergančių 2-jo tipo cukriniu diabetu pacientų ir turinčių pakankamą sveikatos raštingumo lygį, glikemijos kontrolė buvo vykdoma griežčiau nei tų pacientų, kurių sveikatos raštingumo lygis žemesnis. Kadangi nepakankama glikemijos kontrolė daro įtaką cukrinio diabeto komplikacijų (pavyzdžiui, retinopatijos) atsiradimui, todėl turintys prastą sveikatos raštingumo lygį ir vykdantys blogą glikemijos kontrolę sirgdavo retinopatija dažniau, nei tie pacientai, kurių sveikatos raštingumas buvo aukštesnio lygio ir glikemijos kontrolė vykdoma griežčiau[75].

Asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis ir turintys pakankamą sveikatos raštingumo lygį, dažniau dalyvauja gydymo procesuose ir / ar gydymo plano aptarimuose. Pagerinus sveikatos raštingumą, sergantieji nurodo, kad geriau pradėjo suprasti vaistų ir kitų veiksnių, pavyzdžiui, dietos, poveikį savo sveikatos būklei[76]. Nustatyta, kad aukštesnį sveikatos raštingumo lygį turintys asmenys pasižymi veiksmingu ligų valdymu ir susirgę lėtinėmis ligomis dažniau keičia gyvenimo būdą. Tuo tarpu asmenys, turintys žemesnį sveikatos raštingumo lygį, dažnai nesuvokia savo vaidmens svarbos ligos gydymo procese ir visiškai negydo ligų (ypač tokių kaip hiperlipidemija, aukštas kraujospūdis ar diabetas), kurios iš pradžių pasireiškia be simptomų[77]. Taip pat nustatyta, kad kuo turimos žinios apie ligą yra geresnės, tuo didesnė tikimybė, jog sergantis asmuo atidžiau rūpinsis savo sveikatos

[72] Mirties Priežastys (Išankstiniai Duomenys) 2015. Higienos Institutas, Vilnius 2016.
[73] Mikaliūkštienė, "Sergančiųjų 2-Ojo Tipo Cukriniu Diabetu Gyvenimo Kokybės Ir Emocinės Būsenos Ryšys Su Ligos Ir Socialiniais veiksniais." Daktaro Disertacija, Vilniaus Universitetas, 2010."
[74] Domeikienė, "Serganičiųjų Cukriniu Diabetu Sveikatos Priežiūra Ir Ligos Kontrolė: Šeimos Gydytojo Vaidmuo Bei Poreikiai". Daktaro Disertacija, Lietuvos Sveikatos Mokslų Universitetas, Medicinos Akademija, 2012."
[75] Schillinger, Dean, "Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes." JAMA 288:4 (2002) 475-482."
[76] Edwards, Michelle et al., "'The Development of Health Literacy in Patients with a Long Term Health Condition: The Health Literacy Pathway model,' BMC Public Health. 12,130 (2014)."
[77] Shaw, Susan et al., "'The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and management,' Immigrant Monitory Health 11 (2009):460-467."

būkle bei griežčiau laikysis gydytojo rekomendacijų. Šiuo atveju ypač svarbus pacientų švietimas, susijęs su turima liga, ir klaidingų įsitikinimu išsiaiškinimas[78].

Pacientų švietimas gali padėti užkirsti kelią infekcinių ligų plitimui. Tam reikia išsiaiškinti tam tikrų veiksmų arba jų derinių taikymo ypatumus (vakcinacija, higienos įgūdžių bei priemonių gerinimas, tinkamas antibiotikų vartojimas susirgus), galinčius tiek sveikiems, tiek sergantiems asmenims padėti sustabdyti infekcinių ligų plitimą. Kadangi antibiotikams atsparių mikroorganizmų padermių kasmet daugėja, pasaulyje jau pradėta vykdyti daug programų, skatinančių antibiotikų mažinimo vartojimą. Vienas iš Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro priimtos programos „Dėl skatinimo racionaliai vartoti vaistus 2015–2017 m.“ uždavinių – skatinti racionalių antimikrobinių vaistų skyrimą ir vartojimą, siekiant užkirsti kelią antimikrobinio atsparumo plitimui[79]. Taigi su pacientais sveikatos priežiūros personalas turėtų kalbėti ir apie veiksnius, mažinančius užkrečiamų ligų plitimą bei antibiotikų naudojimą.

Nustatyta žmogaus savarankiškumo svarba užkrečiamų ligų prevencijoje, tačiau asmuo turi ne tik žinoti, ką reikia daryti (pavyzdžiui, skiepytis), bet ir tikslus, kodėl tai daroma. Tuomet iškyla sveikatos raštingumo problema, nes informacija apie sveikatą ir nurodymai kaip elgtis, kad būtų išvengta susirgimo, ne visada suprantama[80]. Pakankamos informacijos suteikimas sergantiems asmenims gali teigiamai paveikti jų gyvenimo kokybę. Gyvenimo kokybę geriau vertina tie pacientai, kurie nurodė, jog jiems pakanka informacijos apie ligos gydymą nei tie, kuriems informacijos nepakanka arba jie neturi nuomonės šiuo klausimu [81, 82].

Apibendrinant visą pateiktą informaciją, galima teigti, kad sveikatos raštingumo naudingumas nevienareikšmis – sveikiems asmenims jis traktuojamas kaip prevencijos dalis, o sergantiems (tiek lėtinę, tiek ūminę liga) asmenims suteikus pakankamai žinių apie ligą ne tik pagerėja paciento gyvenimo kokybė, bet taip pat pagerėja ir visuomenės sveikatos rodikliai.

[78] Šorytė, Dovilė and Bulotaitė, Laima, “I Ir II Tipo Cukriniu Diabetu Sergančių Asmenų Savo Ligos Suvokimas Ir Gydymo Rekomendacijų laikymasis." Visuoenės Sveikata 2,61 (2013): 63-71.”
[79] “Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministras. Įsakymas Dėl Skatinimo Racionaliai Vartoti Vaistus 2015-2017 M. Priemonių Plano Patvirtinimo. 2014 12 05 Nr. V-1273.”
[80] Castro-Sanchez, Enrique et al., “Health Literacy and Infectious Diseases: Why Does It Matter? " International Journal of Infectious Diseases 43, (2016) : 103-110.”
[81] Stonienė, Loreta, “ŽIV Užsikrėusių Asmenų Gyvenimo Kokybę Ir Suvokiamą ŽIV Stigmą Lemiantys veiksniai." Visuomenės Sveikata 2,69 (2015): 64-72.”
[82] Kazėnaitė, Edita et al., “Demografinių Veiksnių Ir Priešvirusinio Gydymo Įtaka Sergančiųjų Lėtiniu Virusinu Hepatitu C Gyvenimo kokybei." Medicinos Teorija Ir Praktika 16,2 (2010): 124-130.”

1.4. Ekonominis sveikatos raštingumo naudingumas

Sveikatos raštingumo nauda dažnai siejama su pacientų gaunama nauda – aukštesnio sveikatos raštingumo lygio žmonės mažiau serga, o susirgę gali geriau valdyti savo būseną ir kontroliuoti ligą, patirti mažiau išlaidų vaistams. Be to, nustatyta, kad asmenų, turinčių žemesnį sveikatos raštingumo lygį, mirtingumas po išrašymo iš ligoninės yra 32 proc. didesnis nei aukštesnį sveikatos raštingumo lygį turinčių žmonių[83]. Galima įžvelgti naudą ir visuomenės mastu – sveikatos raštingumu pasižyminčių žmonių hospitalizacijos laikas būna trumpesnis, o tai mažina sveikatos priežiūros išlaidas (šalies mastu). Manoma, kad asmenys, turintys žemą sveikatos raštingumo lygį, sudaro daugiau nei tris kartus didesnes išlaidas, nei asmenys, turintys aukštesnį sveikatos raštingumo lygį[84]. Dėl mažo sveikatos raštingumo lygio per metus sunaudojama nuo 3 proc. iki 5 proc. visų sveikatos apsaugos sistemos išlaidų, tačiau Klaus Eicher ir kiti tyrėjai, išanalizavę situaciją, pabrėžia, kad sunku nustatyti tikslų santykį, kiek žemas sveikatos raštingumo lygis padidina sveikatos apsaugos kaštus ir koks yra sveikatos raštingumą skatinančių programų naudingumas[85]. Aplinkybės, sunkinančios sveikatos raštingumą skatinančių programų veiksmingumo įvertinimą, kyla dėl to, kad skatinimas sveikiau gyventi ir sveikos gyvensenos informacijos sklaida vykdoma ne tik per nacionalinę ar regioninę sveikatos politiką, bet yra integruota į daugelį kitų politinių sistemų, tokių kaip švietimas ir socialinė apsauga. Pavyzdžiui, skiriant daug dėmesio vaikams, galima pasiekti gerų rezultatų. Visų pirma, norint pradėti mokyti vaikus, nereikia skirti papildomų pamokų, jas galima integruoti į kitas pamokas, tokias kaip kūno kultūra, klasės valandėlė ir tokiu būdu formuoti teigiamą požiūrį ir sveikos gyvensenos įpročius, kurie dažniausiai išlieka ir suaugus. Taip pat dažnai vaikai sveikos gyvensenos pagrindus (informacijos ant maisto pakuočių skaitymas ir supratimas; kasdienė mankšta ir pan.) propaguoja ir savo šeimoje, todėl vaikų tėvai taip pat gauna žinių, susijusių su sveikatos raštingumo mokymu. Užaugę vaikai, su kuriais buvo užsiimama lavinimo žaidimais, kurie turėjo galimybę įgauti žinių apie sveiką gyvenseną, rodo geresnius mokymosi rezultatus, dažniau įgyja aukštesnį išsilavinimą ir šešis kartus rečiau pretenduoja į socialinių išmokų gavimą, nei tie, su kuriais vaikystėje nebuvo užsiimama lavinimo žaidimais[86]. Atlikus tyrimą, nustatyta, kad žmonės,

[83] McNaughton, Candace et al., "Health Literacy and Morality: A Cohort Study of Patients Hospitalized for Acute Heart failure." Journal of the American Heart Association 4,6 (2015)."

[84] Weiss, Barry and Palmer, Raymond, "Relationship between Health Care Costs and Very Low Literacy Skills in a Medicallu Needy and Indigent Medicaid population."Journal of the American Board of Family Medicine 17 (2004): 44-47."

[85] Eichler, Klaus, Wieser, Simon, and Brügger, Urs, "The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic review." International Journal of Public Health 54,5 (2009):313-324."

[86] McDaid, David, "Investing in Health Literacy. What Do We Know about the Co-Benefits to the Education Sector of Actions Targeted at Children and Yound People? (2016)."

įgiję aukštesnį išsilavinimą (trečios pakopos), 23 proc. dažniau nurodo, jog yra geros sveikatos, nei žmonės, įgiję vidurinį ar žemesnį išsilavinimą[87].

Vienas iš sveikatos raštingumo komponentų yra žinių pritaikymas. Profilaktinių programų, ypač onkologinių susirgimų, nauda neginčytina. Vėžio susirgimo sąnaudos visose Europos Sąjungos šalyse 2009 metais buvo 126 mlrd. EUR, iš jų 42,6 mlrd. EUR prarasto produktyvumo sąlygojami ankstyvos mirties atvejai. Išlaidos, susijusios su sveikatos priežiūra, atitinka apie 56 proc. visų vėžio susirgimams naudojamų kaštų. Nors įvairiose Europos Sąjungos šalyse suma, skiriama per dieną vienam vėžiu sergančiam asmeniui, skiriasi (Europos Sąjungos vidurkis – 102 EUR), nustatyta, kad padidinus išlaidas iki 1 mlrd. EUR, mirtingumas nuo vėžio sumažėtų 640 žmonių[88]. Tiek Lietuvoje, tiek užsienyje atlikta daug tyrimų[89] [90] [91], apskaičiuojančių ekonominį prevencinių programų, kuriomis siekiama nustatyti ankstyvą onkologinių ligų susirgimą, naudingumą. Rugilė Ivanauskienė 2007–2011 metais rengiamoje daktaro disertacijoje, skaičiuodama tiesioginius ir netiesioginius sergančiųjų krūties vėžiu kaštus, nustatė, kad padidinus I–II stadijos krūties vėžio diagnozavimą iki 85 proc. (Europos vidurkis), Lietuvos PSDF biudžetas per vienerius metus sutaupytų apie 200 000 EUR[92].

Taigi sveikatos raštingumo skatinimas gali pagerinti bendrą visuomenės sveikatos būklę ir turėti teigiamą poveikį ekonomikai, mažinant gydymo kaštus.

[87] OECD., *Education at a Glance 2014. OECD Indicators.*

[88] Luengo-Fernandez, Ramon et al., "Economic Burden of Cancer across the European Union: A Population - Based Cost analysis." The Lancet Oncology 14,12 (2013):1165-1174."

[89] Kerienė, Virginija, Grabauskas, Vilius, and Kurtinaitis, Juozas, "Preliminarūs Lietuvos Prevencinės Gimdos Kaklelio Vėžio Atrankos Patikros Programos Ekonominio Vertinimo aspektai." Lietuvos Bendrosios Praktikos Gydytojas, 8,5 (2009): 288- 297."

[90] Setiawan, Didik et al., "Cost-Utility Analysis of Human Papillomavirus Vaccination and Cervical Screening on Cervical Cancer Patient in Indonesia." Value in Health Regional Issues 9 (2016): 84-92."

[91] Villanti, Andrea et al., "A Cost-Utility Analysis of Lung Cancer Screening and the Additional Benefits of Incorporating Smoking Cessation interventions." PloS One 7,8 (2013)."

[92] Rugilė Ivanauskienė, "Krūties Vėžop Kaštai, Išgyvenamumas Ir Sergančiųjų Gyvenimo Kokybė" (daktaro Disertacija, Lietuvos Sveikatos Mokslų Universitetas, Medicinos Akademija, 2012)."

1.5. Sveikatos raštingumo skatinimas

Sveikatos raštingumas susijęs su įvairiomis socialinėmis sferomis. Sveikatos raštingumo skatinimu turi užsiimti ne tik sveikatos priežiūros specialistai ar sveikatos politiką formuojantys asmenys, bet ir daugelis kitų sričių specialistų. Schemoje (žr. 3 pav.) pavaizduotos sritys, kurios turėtų būti atsakingos už sveikatos raštingumą. Kaip nurodo autoriai, ryšiai tarp sveikatos raštingumo ir sveikatos raštingumą formuojančių sričių vertintini nevienareikšmiai – nors linijos ir pavaizduotos tiesia kryptimi, tačiau iš tikrųjų yra persipynusios tarpusavyje, todėl, kad yra glaudi tarpusavio sąsaja tarp daugybės sričių visuose viešųjų paslaugų lygmenyse[93]. Tik veikiant ir sveikatos raštingumą skatinant visose srityse, galima pasiekti teigiamo visuomenės sveikatos raštingumo įgūdžių formavimo. Pažymėtina, kad sveikatos raštingumo skatinimas negali būti nukreiptas tik į vieną amžiaus ar socialinę grupę, nes, pavyzdžiui, nukreipiant dėmesį į vidutinio amžiaus žmonių grupę, nukentės vaikai. Nustatyta, kad vaikai, kurių tėvai turi žemą sveikatos raštingumo lygį, dažniau nelanko pamokų dėl ligos, dažniau kreipiasi į greitosios pagalbos personalą bei dažniau suserga astma, nei tie vaikai, kurių tėvai turi aukštesnį sveikatos raštingumo lygį[94].



3 pav. Sritys, atsakingos už sveikatos raštingumą

Šaltinis: Mitic W. Rootman I. An intersectoral approach for improving health literacy for Canada; a discussion paper. Vancouver. Public Health Association of British Columbia 2012

[93] Carmen Wong et al., "Patient Use of the Internet for Health information," Australian Family Physician 43, Nr 12 (2014): 875-877."

[94] DeWalt, Darren et al., "Low Parental Literacy Is Associated with Worse Asthma Care Measures in Children ambulatory." Ambulatory Pediatrics 7,1 (2007): 25-31."

Išvardytas veikimo sritis galima sugrupuoti į tris stambias sistemas: sveikatos sistemą; ugdymo sistemą; kultūros ir visuomenės sistemą. Skatinti sveikatos raštingumą sveikatos sistemoje bei kultūros ir visuomenės sistemoje Angela Coulter ir Jo Ellins pasiūlė naudojant tokias priemones kaip rašytinę sveikatos informaciją; alternatyvių formatų priemonę; priemones žemam raštingumui ir tikslinės žiniasklaidos priemones.

Rašytinės sveikatos informacijos priemonių pagrindinis tikslas – sukurti lengviau prieinamą rašytinę informaciją. Tai galima pasiekti sukuriant standartus ir šablonus rašytinei informacijai (lankstinukai, instrukcijos, praktinės rekomendacijos), skirtai visuomenei. Būtina sąlyga – pasirinktoje informacijos sklaidos priemonėje vartoti paprastą ir aiškią kalbą.

Alternatyvių formatų priemonių tikslas – informacinės ir pagalbą teiksiančios sistemos sukūrimas. Sistema suteikia pagalbą ir informaciją, socialinę paramą, siūlo problemų sprendimo būdus.

Priemonė, skirta asmenims, turintiems žemą sveikatos raštingumo lygį, nukreipta į programų kūrimą tikslinei grupei – asmenims, kurie turi žemą sveikatos raštingumo lygį. Kuriamos programos ir pagalbos centrai, kurių tikslas – skatinti sveikatos raštingumą ir skleisti informaciją.

Žiniasklaidos priemonės tikslas – sukurti sveikatos švietimą naudojant žiniasklaidos priemones. Pagrindiniai apimami aspektai – skatinimas atsakingai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, kurti glaudesnį ryši tarp sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų bei savipagalbos mokymas konsultacijose. Vienas iš pavyzdžių – informacijos publikavimas žurnaluose[95].

Apibendrinant, galima teigti, kad sveikatos raštingumas neturėtų būti kaip atskira visuomenės domėjimosi sritis – geriausia sveikatos informaciją integruoti į kitas informacijos priemones. Vertėtų paminėti, kad sveikatos raštingumas yra kintantis reiškinys, reikalaujantis nuolatinio informacijos atnaujinimo ir pasidalijimo tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir visuomenės. Asmens sveikatos raštingumo poreikis bei pats sveikatos raštingumo lygis taip pat turi natūralų polinkį su amžiumi kisti: būtinybė rūpintis kitais (vaikais, pagyvenusiais tėvais), atsirandančios ligos.

1.5.1. Sveikatos priežiūros specialistų įtaka asmenų sveikatos raštingumui

Priimta manyti, kad kompetentingi asmenys, konsultuojantys sveikatos klausimais, tai – medicinos gydytojas (šeimos gydytojas ir kiti specialistai), bendrosios praktikos / bendruomenės slaugytoja, vaistininkai ir visuomenės sveikatos specialistai. Šeimos gydytojas yra pagrindinis informacijos šaltinis, suteikiantis žinių apie sveikatos priežiūrą ir ligų prevenciją, tačiau svarbu atkreipti dėmesį į didėjantį asmenų, sergančių lėtinėmis ligomis, skaičių, vykstančius visuomenės

[95] Coulter and Ellins, Patient-Focused Interventions. A Review of the evidence." Picker Institute Europe. 2006.

senėjimo procesus, didėjantį gydytojų darbo krūvį ir trumpėjantį paskirtų vizitų priėmimo laiką, mažėjantį bendrosios praktikos gydytojo ir paciento tiesioginio kontakto laiką[96] [97]. Dėmesys skiriamas pacientų problemoms, o prevencija, kaip sveikatos išsaugojimo būdas, lieka negvildenama tema.

Sveikatos stiprinimas neįmanomas be sveikatos mokymo, tačiau pacientų informacijos poreikis priklauso nuo jų sveikatos raštingumo lygio. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, pakankamą sveikatos raštingumo lygį turintys pacientai nors ir nurodo, kad bendrosios praktikos slaugytoją galima laikyti informacijos šaltiniu, tačiau jos suteikta informacija nepatenkina visų jų lūkesčių, o nepakankamą sveikatos raštingumo lygį turintys pacientams nurodė, kad bendrosios praktikos slaugytojos suteiktos informacijos jiems pakanka[98]. Pacientų ir juos slaugančių bendrosios praktikos slaugytojų nuomonės nesutampa – pacientai, priešingai nei bendrosios praktikos slaugytojos, teigia gavę nepakankamai informacijos apie tolimesnį elgesį grįžus namo iš gydymo įstaigos, vaistų vartojimą ir atliekamas procedūras. Vis dėlto, bendrosios praktikos slaugytojos, turinčios aukštąjį išsilavinimą, priešingai nei slaugytojos, turinčios aukštesnįjį išsilavinimą, dažniau nurodė, kad pacientams suteikia nepakankamai informacijos[99]. Galima daryti prielaidą, kad pacientai vengia užduoti jiems rūpimus klausimus, o slaugytojos dėl įvairių priežasčių (laiko, žinių ar kompetencijos stokos) mažai skiria dėmesio paciento mokymui.

Alytaus mieste vykusio tyrimo rezultatai parodė, kad beveik pusei respondentų būna sudėtinga suprasti gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto teikiamą informaciją ir patarimus, o 30 proc. respondentų kartais nesupranta vaistų vartojimo instrukcijos[100]. Tai, kad pacientai ne visada supranta, o kartais ir visiškai nesupranta, sveikatos specialistų pateiktos informacijos, rodo ir kitose šalyse atlikti tyrimai[101] [102]. Šeimos gydytojas su pacientu bendrauja ilgiau ir turi daugiau galimybių prisitaikyti prie paciento turimo sveikatos raštingumo lygio ir atitinkamai su juo bendrauti. Tuo tarpu su ligoninėje gulinčiu pacientu susiduria daug sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų, slaugytojų), kurie dažniausiai keičiasi, todėl iškyla grėsmė, kad pacientui nebus suteikta jo sveikatos raštingumo lygį atitinkanti informacija[103]. Dažnai po hospitalizavimo namo grįžę pacientai negali

[96] Carmen Wong et al., "Patient Use of the Internet for Health information," Australian Family Physician 43, Nr 12 (2014): 875-877."
[97] David Dugdale, Ronald Epstein, and Steven Pantilat, "Time and the Patient-Physician relationship." Journal of General Internal Medicine 14(1) 1999: 34-40."
[98] Daiva Zagurskienė and Irena Misevičienė, "Skirtingų Sveikatos Raštingumo Lygių Pacientų Nuomonė Apie Slaugytojų Teikiamą Sveikatos informaciją," Medicina 46, 1 Priedas (2010) 27-34."
[99] Zagurskienė, Daiva and Misevičienė, Irena, "Pacientų Ir Slaugytojų Nuomonės Apie Sveikatos Mokymą Ir Slaugytojų Dalyvavimą Šiame Procese palyginimas." Medicina 44,11 (2008):885-894."
[100] Katkauskaitė, Jovita, "Alytaus Miesto Gyventojų Sveikatos Raštingumo Tyrimo Duomenų apžvalga," Alytaus Miesto Savivaldybės Visuomenės Sveikatos Biuras. Alytus (2013)."
[101] Williams, Mark et al., "The Role of Health Literacy in Patient-Physician communication." Family Medicine 34,5 (2002): 383-389."
[102] Graham, Suzanne and Brookey, John, "Do Patients understand?" The Permanente Journal. 12,3 (2008):67-69."
[103] "'What Did the Doctor say?:'Improving Health Literacy to Protect Patient safety." The Joint Commission. 2007."

(nesugeba) vykdyti sveikatos priežiūros specialistų instrukcijų ir rekomendacijų, kaip reiktų elgtis ir tinkamai savimi pasirūpinti. Bloga rūpyba ir netinkamas vaistų vartojimas dažnai paskatina komplikacijų atsiradimą[104]. Pasitaiko atvejų, kai pacientai gėdijasi pasakyti gydytojui, jog nesuprato jam suteiktos informacijos, todėl gydytojams patariama patikrinti pacientus, užduoti keletą klausimų arba paprašyti savais žodžiais papasakoti suteiktą informaciją. Gydytojai skatinami bendraujant su pacientu stengtis vartoti kuo mažiau medicininių terminų.

2012–2013 metais valstybinių auditorių grupė vykdė auditą, kurio tikslas buvo įvertinti, ar šeimos gydytojo institucija veikia efektyviai. Atlikus auditą, nustatyta, kad šeimos gydytojai neatlieka visų darbų, kuriuos turėtų atlikti pagal šeimos gydytojams nustatytą kompetenciją (pagal medicinos normą 14: 2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“[105]). Tik 5 proc. šeimos gydytojų vykdo aktyvią ligų profilaktiką, o neinfekcinių ligų profilaktika ir kontrolė buvo suteikta 5 proc. Lietuvos gyventojų. Beveik 70 proc. šeimos gydytojų nurodoma priežastis, kodėl nevykdo visų pagal kompetenciją nustatytų pareigų, – laiko stoką. Audito išvadose pasiūlyta daugiau dėmesio skirti ligų profilaktikai, skirtai 18–49 metų pacientams, nes tokia žmonių amžiaus grupė neįeina nei į vieną privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis apmokamą prevencinę programą. Audito metu nustatyta, kad 80 proc. apklaustų sveikatos specialistų laikosi nuomonės, jog ligų profilaktika turi būti pavesta slaugytojoms. Tokiai nuomonei pritaria ir Lietuvos slaugos specialistų organizacija[106]. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencija nurodo, kad bendrosios praktikos slaugytoja turi žinoti sveikatos stiprinimo principus ir ligų profilaktiką[107], o bendruomenės slaugytoja turi žinoti sveikatos stiprinimo ir palaikymo principus bei sveikatos ugdymo ir sveikos gyvensenos pagrindų principus[108]. Tačiau apie 75 proc. slaugytojų pripažįsta, kad joms tik dalinai pakanka žinių apie sveikatos mokymą ir nurodo, kad sveikatos mokymais turėtų užsiimti visa komanda (gydytojas, slaugytoja bei sveikatos edukologai)[109].

Sveikatos mokymas, sveikatos žinių populiarinimas bei sveikatos stiprinimas priklauso visuomenės sveikatos funkcijoms[110]. Savivaldybėse kai kurias visuomenės sveikatos funkcijas atlieka savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, bet kadangi juose nebuvo analizuojami teikiami sveikatos

---

[104] Foster, Alan et al., “Adverse Events among Medical Patients after Discharge from hospital."Canadian Medical Association jornal.170,3 (2004):345-349.”

[105] “Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerija. Dėl Lietuvos Medicinos Normos MN 14: 2005 ‘ Šeimos Gydytojas. Teisės, Pareigos, Kompetencija Ir Atsakomybė’. Valsybės Žinios 3, 62 (2006).”

[106] “Valstybinio Audito Ataskaita Ar Efektyvi Šeimos Gydytojų veikla?" 2013 M. Vasario 28 D. Nr VA-P-10-2-4.”

[107] “Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerija. Dėl Lietuvos Medicinos Normos MN 28:2011 ‘Bendrosios Praktikos Slaugytojas. Teisės, Pareigos, Kompetencija Ir Atsakomybė’patvirtinimo. Valsybės Žinios 72, 3490 (2011-06-14).”

[108] “Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerija. Dėl Lietuvos Medicinos Normos MN 57:2011 ‘Bendruomenės Slaugytojas. Teisės, Pareigos, Kompetencija Ir Atsakomybė’patvirtinimo. Valstybės Žinios 82,4015 (2011-07-07).”

[109] Zagurskienė, Daiva and Misevičienė, Irena, “Slaugytojų Nuomonė Apie Pacientų Sveikatos Mokumą Ir Savo Žinių Sveikatos Klausimais vertinimą." Sveikatos Mokslai, 5-21 (2011):191-195.”

[110] “Lietuvos Respublikos Visuomenės Sveikatos Priežiūros įstatymas," Valsybės Žinios 56, 2225 (2002).”

stiprinimo paslaugų rezultatai – ar keičiasi gyventojų elgsena – sunku įvertinti visuomenės sveikatos biurų įtaką gyventojų sveiko gyvenimo pokyčiams. Taip pat beveik pusė respondentų (43 proc.) nežino apie visuomenės sveikatos biuruose teikiamas sveikatos stiprinimo paslaugas, nes dauguma visuomenės sveikatos biurų net neskelbia arba skelbia tik biure apie teikiamas paslaugas. Pažymėtina, kad net 69 proc. respondentų apskritai nežino apie egzistuojančius visuomenės sveikatos biurus[111].

Taigi teoriškai Lietuvoje pagal turimą kompetenciją daug kam pavesta užsiimti sveikatos mokymais ir tokiu būdų didinti visuomenės sveikatos raštingumo lygį, tačiau praktiškai labai mažai kas tai atlieka.

1.5.2. Sveikatos raštingumo įtaka informuotam asmens sutikimui

Jeigu žmogus negali gauti, suprasti ir tinkamai įvertinti duomenų apie savo sveikatą, jis negalės tinkamai rūpintis savo sveikata bei priimti veiksmingiausią sprendimą iš jam pateiktų ir siūlomų gydymo metodų. Taigi žemas sveikatos raštingumo lygis žymiai sumažina žmogaus galimybę dalyvauti sveikatos priežiūros sistemoje. Pagal Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, sveikatos priežiūros paslaugos gali būti atliekamos tik gavus paciento raštišką sutikimą – informuotą asmens sutikimą. Sutikimas laikomas pagrįstų, jeigu pacientas gavo aiškią ir išsamią informaciją[112].

Atliktų tyrimų duomenimis, apie 60 proc. pacientų ne iki galo supranta gydymo informuoto asmens sutikimo formą[113], taip pat daugiau nei pusė pacientų negali pakartoti daugiau nei dviejų iš pateiktų šešių rizikų, susijusių su jiems atliekama procedūra, praėjus porai valandų nuo informuoto asmens sutikimo pasirašymo. Buvo nustatyta priklausomybė tarp pacientų išsilavinimo ir gebėjimo pakartoti informaciją, kuri buvo suteikiama pacientui informuoto asmens sutikimo pasirašymo metu. Pacientai, įgiję aukštesnį išsilavinimą, galėjo atkartoti dagiau informacijos nei pacientai, įgiję žemesnį išsilavinimą. Tačiau supratimui įtakos turi ne tik bendras išsilavinimas, bet ir sveikatos raštingumo lygis. Nustatyta, kad asmenų, turinčių žemesnį sveikatos raštingumo lygį, informuoto asmens sutikimo supratimas buvo blogesnis nei asmenų, turinčių aukštesnį sveikatos raštingumo lygį[114].

---

[111] "Valstybinio Audito ataskaita. 'Visuomenės Sveikatos Stiprinimo Organizavimas savivaldybėse.' 2015 M. Kovo 10 D. Nr. VA-P-10-2-3."

[112] "Lietuvos Respublikos Pacientų Teisių Ir Žalos Sveikatai Atlyginimo Įstatymo Pakeitimo įstatymas." Valstybės Žinios 145, 6425 (2009)."

[113] "Health Literacy. Report of the Council on Scientific Affairs." JAMA 281, 6 (1999) 552- 557."

[114] Cordasco, Kristina, Obtaining Informed Consent Form Patients: Brief Update review."Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis Ot the Evidence for Patient Safety Practices. Evidence Report. Technology Assessment. 211 (2013) 461- 471.

Sukurta daug formulių (pavyzdžiui, „*Flesch reading ease"*; „*Flesch – Kincaid graide level"*; „*SMOG index"*), kuriomis remiantis galima įvertinti rašytinio teksto skaitomumą. Nors formulės sulaukia nemažai kritikos, tačiau daugelyje šalių informuoto asmens sutikimo forma yra įvertinama naudojant šias formules[115]. Kroatijoje atlikto tyrimo duomenimis, kurio metu naudojant „*SMOG index"* formulę buvo nustatyta, kad asmens sutikimo forma viršija rekomenduojamą vidutinio suaugusiojo skaitomumo lygį, tai reiškia, kad apie 80 proc. Kroatijos gyventojų skaitomumo lygis yra žemesnis nei asmens sutikimo formose naudojamas skaitomumo lygis[116]. Asmens sutikimo formų ir vidutinio gyventojo skaitomumo lygio neatitiktis aptinkama ir kitose šalyse – Olandijos, Danijos ir Norvegijos mokslininkų atlikto tyrimo su reumatoidinėmis ligomis sergančiais pacientais duomenimis – virš pusės gyventojų skaitomumo lygis yra žemesnis nei tų šalių informuotame asmens sutikime vartojamas skaitomumo lygis[117]. Kadangi JAV vidutinis gyventojų skaitomumo lygis atitinka 8 klasės lygį (*angl. grade level*), tai Nacionalinis sveikatos institutas ir Amerikos medicinos asociacija rekomenduoja tokį skaitomumo lygį, kuris atitiktų 6 klasės lygį. Ištyrus skirtingose ligoninėse naudojamas informuoto asmens sutikimo formas, buvo nustatyta, kad jų vidutinis skaitomumo lygis atitinka 15 klasės lygį (t. y. 3 kurso studento skaitomumo lygį)[118]. Kadangi Lietuvoje nėra lietuvių kalbai pritaikytų skaitomumo vertinimo formulių ar metodikų, informuoto asmens sutikimo formos skaitomumo lygis iki šiol nebuvo įvertintas, tačiau remiantis kitose šalyse atliktų tyrimų rezultatais, galima daryti prielaidą, kad Lietuvoje informuoto asmens sutikimo skaitomumo lygis taip pat viršija bendros populiacijos skaitomumo lygį.

Informuoto asmens sutikime pateiktos informacijos supratimo problema ir gydytojų pateiktos informacijos supratimo problema egzistuoja visame pasaulyje. Atliekama daug tyrimų, kurių tikslas nustatyti, kaip būtų galima pagerinti pacientams pateikiamos informacijos supratimą. Mokslininkai dažniausiai pabrėžia, kad nėra vienos priemonės, gerinančios supratimą – geriausius rezultatus parodo priemonių deriniai. Pirmiausia, rašytinė informuoto asmens sutikimo forma turi būti parašyta vartojant kuo paprastesnę kalbą, teksto apimtis turėtų būti nedidelė, teigiamų rezultatų galima sulaukti, jeigu yra schemų arba paaiškinančių paveikslėlių, tačiau juos vis tiek turėtų paaiškinti gydytojas. Šiuo atveju, tikslinga paminėti, kad įtaką sveikatos raštingumui daro ir šiuolaikinės technologijos, pavyzdžiui, multimedijos, tačiau pabrėžtina, kad multimedijos priemonių naudojimo veiksmingumas priklauso nuo sveikatos problemų ir sveikatos raštingumo lygio. Asmenims,

[115] Čekanauskaitė, Asta and Gefenas, Eugenijus, "Informuoto Asmens Sutikimas: Ką Turėtų Žinoti Ir Ką Iš Tiesų Žino Biomedicininių Tyrimų dalyviai?" Visuomenės Sveikata 4, 51 (2010): 45-52."
[116] Vučemilo, Luka and Borovečki, Ana, "Readability and Content Assessment of Informed Consent Forms for Medical Procedures in Croatia." PLoS One 10,9 (2015):"
[117] Hamnes, Bente, Van Eijk, Yvonne and Primdahl, Jette, "Readability of Patient Information and Consent Documents in Rheumatological Studies". BMC Medical Ethics. 17, 42 (2016)."
[118] Eltorai, Adam E.M et al., "Readability of Invasive Procedure Consent forms." Clinical and Translational Science 8,6 (2015): 830- 833."

turintiems žemą sveikatos raštingumo lygį, multimedijos priemonės padėdavo geriau suprasti galimas rizikas.

Dar vienas svarbus veiksnys – žodinė informacija ir jos pateikimas, ypač tiems pacientams, kurie turi žemą sveikatos raštingumo lygį. Su minėtais pacientais reikia kalbėti lėtai, aiškiai, stengtis vartoti kuo mažiau medicininių ir specifinių terminų, rekomenduojamas bendravimo būdas – dialogas[119]. Kai kuriose šalyse sveikatos priežiūros specialistams kaip pagalbinė priemonė rekomenduojami specifiniai žodynai, aiškinantys medicininius terminus, pavyzdžiui, užuot paklausus paciento, koks yra gliukozės kiekis kraujyje, vertėtų klausti, koks yra cukraus kiekis kraujyje[120] [121].

Galima teigti, kad esant žemam paciento sveikatos raštingumo lygiui, sveikatos specialistai dažnai pažeidžia Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, nes pacientai, dėl turimo žemo sveikatos raštingumo lygio, nepajėgia tinkamai suprasti tam tikros sveikatos informacijos.

[119] Aldoory, Linda, Barrett Ryan, Katherine Emperatriz, and Rouhani, Ayma Martha, "Best Practices and New Models of Health Literacy for Informed Consent: Rewiev of the Impact of Informed Consent Regulations on Health Literate communications." Commissioned Paper for the Institute of Medicine. 2014."
[120] Centers for disease control and prevention, "Everyday Words for Public Health Communication. 2015."
[121] National center for health marketing, "Plain Language Thesaurus for Health Communications. Draft Version 3. 2007."

1.6. Europos Sąjungos ir Lietuvos sveikatos raštingumo politinis reguliavimas

Asmenų, turinčių žemą sveikatos raštingumo lygį, sveikata yra blogesnė. Tai sąlygoja du veiksniai – vangus dalyvavimas ligų prevencinėse programose bei sveikatinimo programose ir dažnesnis sergamumas lėtinėmis ligomis, bet mažesnis pajėgumas valdyti savo ligą. Visa tai padidina hospitalizavimo rodiklius ir sveikatos priežiūros išlaidas. Apie poreikį skatinti sveikatos raštingumą Europos Sąjungos valstybėse kalbama jau seniai. Vienas iš Europos Sąjungos sveikatos strategijos „Kartu sveikatos labui“ tikslų – sveikatos ugdymas. Pagal paremtą strategiją, finansavimą gavo 22 pasiūlymą pateikusios organizacijos, kai kurių iš jų veikla buvo susijusi su sveikatos mokymu: Europos regiono visuomenės sveikatos mokyklų asociacija (*angl. ASPHER*); Šv. Andriejaus universiteto taryba, vykdanti mokyklinio amžiaus vaikų sveikatą veikiančios elgsenos tyrimų tinklų organizavimą; Europos sveikatingumo skatinimo darbe tinklas (PREVENT); Europos sveikatos mokyklų tinklas (CBO BV); Europos pacientų forumas (EPF). Įgyvendinta Europos Sąjungos strategija „Kartu sveikatos labui“ padėjo pagerinti informuotumą apie širdies ir kraujagyslių ligas, cukrinį diabetą; sukurti retų ligų internetinę informacinę bazę ORPHANET[122].

2008 metais Briuselyje vykusiame Europos pacientų forume (EPF) buvo siūlytos rekomendacijos, galėsiančios papildyti Europos Sąjungos sveikatos strategijos „Kartu sveikatos labui“ dokumentą. Buvo pasiūlyta:

1. Visoms Europos Sąjungos šalims įsiterpti į sveikatos raštingumo skatinimą nacionaliniu lygiu pagal Europos Sąjungos sveikatos strategijos projektą bei dalintis gerąja praktika[123]. Europos Sąjungos ekspertai sutinka, kad sveikatos raštingumo skatinimas turi būti integruotas į bendrą sveikatos priežiūros politikos gerinimo strategiją, tokiu būdu bus užtikrinti visokeriopi sveikatos raštingumo aspektai ir išvengta dubliavimosi su kitomis programomis[124].

2. Visiems visuomenės nariams suteikti kokybiškos informacijos. Informacija turi būti prieinama, naudinga ir suprantama vidutiniam gyventojui. Ši informacinė veikla apima daug gyvenimo sferų – nuo maisto etikečių ženklinimo standartų iki susipažindimo su savo medicininiais įrašais galimybės.

3. Pacientams dalyvauti priimant sprendimus, per pacientų mokymą, ir skatinti bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais.

4. Pacientų atstovams dalyvauti sveikatos raštingumo skatinimo programų kūrimo procese, užtikrinant informacijos prieinamumą. Taip pat užtikrinti, kad būtų pateikiama aukštos kokybės

[122] Komisijos ataskaita Europos parlamentui ir Tarybai, “Antrosios Bendrijos Veiksmų Programos Sveikatos Srityje Įgyvendinimas 2013 M. SWD 122 Final (2015).”
[123] European Patients’ forum spring conference, “Health Literracy. Conference Report. Brussels 2008, April 8-9.”
[124] D’Eath M., Barry MM, and Sixsmith J., “A Rapid Evidence Review of Interventions for Improving Health Literacy. Insights into Health communication,” ECDC Technical Report. Stochkolm: ECDC, 2012.

informacija, išversta į kiekvienos Europos Sąjungos šalies valstybinę kalbą ir kiekvienam suprantama.

5. Pasitelkus Europos Sąjungos struktūrinius fondus remti sveikatos raštingumo skatinimą regioniniu ir nacionaliniu mastu[125].

2012 metais Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos regiono komitetas priėmė naują Europos sveikatos politikos strategiją „Sveikata 2020“. Vienas iš prioritetinių šios strategijos tikslų – investuoti į žmonių sveikatą visuose gyvenimo tarpsniuose, plečiant jų galimybes. Pabrėžiama, kad sveikatos palaikymas visą gyvenimą duoda teigiamų rezultatų, ypač prailgina gyvenimo metus, kai žmogus yra geros sveikatos. Sveikatos raštingumas tapo svarbiu įrankių, kuris padeda palaikyti sveikesnį gyvenimo būdą[126]. Vis dėlto, reikėtų paminėti, kad strategijoje „Sveikata 2020“ esama nemažai trūkumų – trūksta konkretumo, nepateiktas konkrečių veiksmų planas ir trūksta numatytų tikslių rodiklių. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos komitetas pritarė strategijai „Sveikata 2020“, tačiau Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos regiono biurui pateikė savo pasiūlymus – padidinti vaisių ir daržovių suvartojimo kiekį, padidinti fiziškai aktyvių gyventojų skaičių[127].

Šiuo metu Lietuvoje galioja Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija. Strategija parengta vadovaujantis Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos regiono komiteto Sveikatos politikos strategija „Sveikata 2020“ bei atitinka Valstybės pažangos strategiją „Lietuva 2030“. Pagrindinis šios strategijos tikslas – pasiekti, kad 2025 metais šalies gyventojai būtų sveikesni ir jų gyvenimo trukmė taptų ilgesnė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Sveikatos strategijoje 2014–2025 metams pabrėžiama sveikatinimo ir visų sveikatinimo proceso stadijų svarba – sveikatos stiprinimas, ligų prevencija, diagnostika, gydymas ir reabilitacija. Sveikatos strategijoje 2014–2025 metams buvo nustatyti 4 tikslai – sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį; sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką; formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą; užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojus. Tik tokiu būdu galima pasiekti bendrą sveikatos lygio pagerėjimą. Tam, kad būtų pasiekti numatyti tikslai, priskirtais uždaviniais siekiama įvairiais būdais skatinti, ugdyti sveiką gyvenimo būdą – sveiką mitybą; fizinį aktyvumą bei žalingų įpročių atsisakymą (rūkymas; piktnaudžiavimas alkoholiu, narkotinių medžiagų vartojimas). Tam, kad iki 2025 metų būtų pasiekti numatyti tikslai, beveik trigubai (nuo 2012 metais vyravusio 1,1 proc. iki

[125] European Patients’ foru m spring conference, “Health Literracy. Conference Report. Brussels 2008, April 8-9.”
[126] Word Health Organization, *Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st century." Regional Office for Europe. 2013*.
[127] “Dėl PSO Europos Sveikatos politikos ‘Sveikata 2020’. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos Reikalų Komitetas. Sprendimas NR. 111-S-4. 2012 Kovo 28 D.”

2025 metais būsiančių 3,0 proc.) padidės išlaidos, skirtos prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai[128].

Kadangi sveikatos raštingumas laikomas procesu, kurio metu išrenkama, apmąstoma ir suprantama informacija apie sveikatą bei apie paslaugas, kuriomis siekiama užtikrinti sveikatą, galima teigti, kad Lietuvos sveikatos strategija 2014–2025 metams galėtų teigiamai paveikti žmonių sveikatos raštingumo lygį. Propaguojant sveiką gyvenimo būdą ir stengiantis pritraukti kuo daugiau žmonių, bus aiškinama sveiko gyvenimo būdo elementų nauda, tokiu būdu natūraliai skatinant sveikatos raštingumą.

[128] "Dėl Lietuvos Sveikatos 2014-2025 Metų Programos Patvirtinimo". Žiūrėta 2016 08 30 Https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163/EqCSvuXXpG."

1.7. E.sveikatos raštingumas

Modernėjant visuomenei – klestint kompiuterinėms programoms, išmaniesiems telefonams ir internetui – sveikatos informacijos prieinamumas žymiai pagerėjo ir sveikatos raštingumo svarba dar labiau sustiprėjo. Tam, kad iš informacijos visumos būtų įmanoma gauti naudą ne tik sveikatos priežiūros specialistams, bet ir visuomenei, atsirado poreikis plėtoti e.sveikatos raštingumą[129]. Cameron Norman ir Harvey Skiner e.sveikatos raštingumą apibūdina kaip gebėjimą ieškoti, rasti, suprasti ir įvertinti informaciją apie sveikatą, naudotis elektroniniais šaltiniais bei gebėti pritaikyti įgytas žinias, siekiant išspręsti iškilusias sveikatos problemas[130]. Manoma, jog tam, kad e.sveikatos priemonės būtų naudingos ir būtų poreikis jomis naudotis, turi sutapti dvi sąlygos – vartotojų e.sveikatos raštingumo lygis ir pačios e.sveikatos sistemos sunkumas, paprastiems e.sveikatos raštingumą turintiems vartotojams. Jeigu sistema viršija naudotojų įgūdžius, tokios sistemos naudojimas bus nepopuliarus ir neveiksmingas, nes naudotojai negalės suprasti visos jos naudos. Be to, jeigu sistemos reikalavimai bus labai aukšti, e.sveikatos raštingumo įgūdžių neturintiems naudotojams, tai nauda daugumai naudotojų bus abejotina. [131]

Vienas iš Lietuvos Respublikos e.sveikatos 2015–2025 metais plėtros programos tikslų – pasiekti kuo didesnę sukurtų e.sveikatos sistemos priemonių naudą. Tam, kad būtų pasiektas numatytas tikslas, siekiama tobulinti ne tik sveikatos priežiūros specialistų, bet ir pacientų gebėjimus[132]. Tačiau nustatyta, kad e.sveikatos priemonių sprendimai nebus naudingi pacientams, jeigu jų raštingumo įgūdžiai yra menki. Šiuo atveju reikalingi ne tik bendro raštingumo įgūdžiai (gebėjimas skaityti, rašyti ir suvokti tekstą) bet ir kompiuterinio raštingumo ir sveikatos raštingumo įgūdžiai. Sveikatos raštingumas apima informacijos suvokimą ir pažinimo procesų visumą, kuri daro įtaką ne tik sveikatos stiprinimui, bet ir viso gyvenimo sveikatai.

Pagrindinis e.sveikatos sprendimo modelių diegimo tikslas – gerinti sveikatos priežiūrą, tačiau e.sveikatai keliami ir kiti tikslai, kurie turėtų padaryti teigiamą poveikį gydytojams, pacientams ir visai sveikatos priežiūros sistemai. Lietuvos Respublikos e.sveikatos plėtros programoje numatyti ir šie uždaviniai – stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę; plėtoti e.sveikatos priemones, kurios sudarytų sąlygas mažinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo

[129] Helen Monkman and Andre W. Kushniruk, *eHealth Literacy Issues, Constructs, Models, and Methods Fot Health Information Technology Design and Evaluation," Knowledge Managment & E-Learning. 7,4 (2015) 541-549.*
[130] C.D.Norman and H.A.Skinner, "'eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked word,' Journal of Medical Interner Research 8:2 (2006), Žiūrėta 2016 04 15."
[131] Helen Monkman and Andre W. Kushniruk, *eHealth Literacy Issues, Constructs, Models, and Methods Fot Health Information Technology Design and Evaluation," Knowledge Managment & E-Learning. 7,4 (2015) 541-549.*
[132] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministras, "Įsakymas Dėl Lietuvos E.Sveikatos Sistemos 2015-2025 Plėtros Programos Patvirtinimo. Nr. V-1006 2015m. Rugpjūčio 27d."

netolygumus[133]. Mokslininkai įvardija, kad bet koks sprendimas, padėsiantis greičiau ir tiksliau nustatyti paciento ligos diagnozę, paskirti gydymą ar net jį išgydyti, gerokai sumažins išlaidas sveikatos priežiūros sistemoje. Diagnozuoti ligą būna ypač sunku, jeigu susergama reta liga. Retoms ligoms priskiriamos tos ligos, kuriomis serga ne daugiau kaip 5 iš 10 tūkst. žmonių. Šiuo metu prie retų ligų Europos Sąjungoje priskiriama 5–8 tūkst. ligų, bet sveikatos priežiūros specialistai yra išsamiai supažindinami (apmokomi) tik su šimtu ligų. Mažai informacijos ir mažas retų ligų sergamumas apsunkina specialistų retų ligų diagnozavimo galimybes. Tam, kad padėtume sveikatos priežiūros specialistams, taip pat ir ligoniams, sergantiems retomis ligomis, yra kuriama retų ligų sistema. Lietuvos Respublikos nacionalinio veiklos, susijusios su retomis ligomis, plano įgyvendinimo 2013–2017 metų priemonių sąraše yra minimas ORPHANET svetainės administravimas ir duomenų teikimas lietuvių kalba[134]. Tačiau iki šiol informacija, skelbiama ORPHANET, pateikiama tik užsienio kalbomis (anglų, prancūzų, ispanų, vokiečių, italų, portugalų ir olandų). Retų ligų sistema – tai daugiakalbė enciklopedija, kuri buvo sukurta bendradarbiaujant su gydytojais, mokslininkais ir retomis ligomis sergančiais pacientais, kurie per daugelį metų apie savo ligą sužinojo daugiau nei žino vidutinis sveikatos priežiūros specialistas. Sistemoje ne tik nuodugniai aprašytos ligos, bet yra diagnostikos funkcija, kur įvedus simptomus, pateikiami galimi diagnostiniai sprendimai. Taip pat sistemoje skelbiami naujausių mokslinių tyrimų rezultatai, susiję su retomis ligomis, ir informacija apie kitose šalyse gydomas retas ligas. Apie pusė sistemos naudotojų yra sveikatos priežiūros specialistai, o kita pusė – pacientai arba sergančių retomis ligomis artimieji[135]. Tobulėjant informacinėms technologijoms, buvo sukurta ir šiuo metu aktyvi ORPHANET svetainės mobilioji programa, kuri palengvina priėjimą prie informaciją apie retas ligas kiekvienam išmaniųjų telefonų naudotojui[136].

Informacinės visuomenės plėtros komiteto prie Susisiekimo ministerijos duomenimis, naudojimasis internetu Lietuvoje per 10 metų išaugo dvigubai. Per paskutinius trejus 2015 metų mėnesius 71 proc. asmenų nuo 16 iki 74 metų nors kartą naudojosi internetu. Pensininkų naudojimasis internetu pagal šį rodiklį išaugo 20 kartų per pastaruosius 10 metų[137]. Europos Sąjungoje (ES 28) 2014 metų pradžioje internetu naudojosi 78 proc. 16–74 metų gyventojų[138]. Kai dažnėja naudojimasis

---

[133] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministras, "Įsakymas Dėl Lietuvos E.Sveikatos Sistemos 2015-2025 Plėtros Programos Patvirtinimo. Nr. V-1006 2015m. Rugpjūčio 27d."

[134] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, "Dėl Nacionalinio Veiklos, Susijusios Su Retomis Ligomis, Plano patvirtinimo," Valsybės Žinios 124-6239 (2012)."

[135] Denise Silber, *The Case for eHealth. Presented at He European Commission's First High- Level Conference on eHealth ,may 22/23 2003 1-6.*

[136] "OPRHANET Internetinė Svetainė, Žiūrėta 2016 05 01, Http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=EN."

[137] "Informacinės Visuomenės Plėtros Komitetas Prie Susisiekimo ministerijos, 'Asmenų Pasiskirstymas Pagal Naudojimosi Internetu Dažnumą Ir Užimtumą.' žiūrėta 2016 04 29, http://statistika.ivpk.lt/temos/1051."

[138] "Eurostat Statistics Explained, 'Informacinės Visuomenės Statistika. Namų Ūkiai Ir Asmenys', Žiūrėta 2016 04 29 Http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Information_society_statistics_-_households_and_individuals/lt#Interneto_prieiga."

internetu, tai tolygiai didėja ir informacijos paieška internete. Įvairiose šalyse atlikta daug tyrimų, kuriais norima sužinoti, kiek žmonių ieško informacijos apie sveikatą internete, viena iš tai propaguojančių valstybių – JAV. Atliktais tyrimais nustatyta, kad nuo 59 proc. iki 72 proc. interneto naudotojų per pastaruosius metus ieškojo su sveikatos klausimais susijusios informacijos internete, o 39 proc. tikslingai ieškojo informacijos apie sau arba savo artimiesiems pasireiškusius simptomus ar ligos požymius[139]. Internetu nustatyta diagnozė ir sveikatos specialistų nustatyta diagnozė sutapo 41 proc. apklaustųjų, tuo tarpu 35 proc. respondentų net nesikreipė į specialistus[140]. Danijoje atlikto tyrimo duomenys rodo, kad tik apie 2 proc. apklaustųjų niekada internete neieškojo informacijos apie sveikatos būklę ir tik 1 proc. respondentų esant problemai nesikreipė patarimo į šeimos narius ar draugus, o 81 proc. visų apklaustųjų kreipėsi į šeimos narius ar draugus patarimo dėl savo sveikatos būklės. Moterys dažniau nei vyrai linkusios informacijos ieškoti žurnaluose ir skaityti sveikatos skiltis spaudoje[141]. Informacijos paieška dažniausiai yra vykdoma bendrose paieškos sistemose, tokiose kaip *Google* ar *Yahoo*, 13 proc. respondentų informacijos ieško specialiose medicininėse svetainėse, tokiose kaip *WebMD*, 2 proc. respondentų ieško informacijos laisvojoje enciklopedijoje – *Wikipedia* – ir tik 1 proc. socialiniame tinkle – *Facebook*. Septyniose Europos šalyse (Norvegijoje, Danijoje, Vokietijoje, Graikijoje, Lenkijoje ir Portugalijoje, Latvijoje) atlikto tyrimo duomenimis, 71 proc. interneto naudotojų naudojo internetą sveikatos tikslais, iš kurių 52 proc. internete skaitė apie sveikatą ir ligas, o daugiau nei 40 proc. ieškojo informacijos po apsilankymo pas gydytoją. Beveik pusė visų apklaustųjų, naudojančių internetą sveikatos klausimais, prieš apsilankydami pas gydytojus, ieškojo informacijos, padėsiančios apsispręsti, ar reikia kreiptis į gydytojus. Nustatyta, kad dažniau sveikatos klausimais internetu naudojasi 30–44 metų amžiaus žmonės, taip pat dažniau naudojosi aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai ir dirbantys vadovaujamą darbą. Tie respondentai, kurie savo sveikatos būklę apibūdino kaip „prastą“, internetu sveikatos tikslais naudojosi mažiau nei kiti respondentai[142].

Egzistuoja tam tikri trikdžiai, mažinantys žmonių naudojimąsi e.sveikatos priemonėmis. Dažniausi – baimė dėl asmeninių duomenų saugumo bei nerimas dėl informacijos kokybės[143] [144]. Tačiau dar atlikta mažai tyrimų, kuriais būtų galima įvertinti, kaip galima skatinti dalyvavimą ir tokiu

[139] Niya Werts and Laurencia Hutton-Rogers, "'Barriers to Achieving E-Health Literacy'. American Journal of Health Scences 4 Nr 3 (2013): 115-120."
[140] Susannah Fox and Maeve Duggan, "Health Online 2013. Pew Reasearch Center's Internet & American Life Project. 2013."
[141] Signe Budtz and Klaus Witt, "'Consulting the Internet before Visit to General Practice. Patients' Use of the Internet and Other Sources of Health Informacion' Scandinavian Journal of Primary Health Care. 20 (2002) 174- 176."
[142] Hege K Andreassen et al., "European Citizens' Use of E-Health Services: A Study of Seven countries." BMC Public Health 7, 53 (2007): 53."
[143] Pohl, Anna-Lena, Griebel, Lena, and Trill, Roland, "Contemporary eHealth Literacy Research - an Overview with Focus on Germany." 3th European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics. (2015): 91-104."
[144] Watkins, Ivan, English, Thomas, and Pollalis, Yannis, "eHealth Literacy: In the Quest of the Contributing factors." Interactive Journal of Medical Research 5,2(2016)."

būdu padidinti žmonių naudojimąsi e.sveikatos priemonėmis. Manoma, kad asmenys, turintys aukštesnį sveikatos raštingumo lygį, ne tik aktyviau dalyvauja informacijos paieškoje (peržiūri daugiau informacijos šaltinių; patys užduoda klausimus, konsultuojasi), bet ir atsargiau vertina surastos informacijos kokybę[145].

Kadangi e.sveikatos priemonėmis naudojasi vis daugiau žmonių, galima teigti, kad sudarius tinkamas sąlygas (užtikrinus duomenų saugumą, patikimumą), e.sveikatos priemonės gali padėti skatinti sveikatos raštingumą.

[145] Neter, Efrat and Brainin, Esther, "Health Literacy: A Marker For 'digital Divide' in Health Informaion. Reviews in Health Care. 3,3 (2012):145-151."

2.METODOLOGIJA

Tyrimo tikslas:

1. Išanalizuoti, koks sveikatos raštingumo lygis vyrauja 18–54 metų amžiaus asmenų grupėse.
2. Nustatyti sąsajas tarp sveikatos raštingumo komponentų ir sveikatos būklės.
3. Įvertinti sveikatos būklę ir elgseną.

2.1. Tyrimo eiga ir imtis

Sveikatos raštingumo tyrimo tikslas buvo įvertinti sveikatos raštingumą tam, kad būtų nustatyta, ar sveikatos raštingumo lygis turi įtakos sveikatos būklei. Siekiant ištirti sveikatos raštingumo įtaką sveikatos būklei, buvo paimtos dvi respondentų grupės – sveiki (neturintys sveikatos sutrikimų) ir sergantys (turintys sveikatos sutrikimų) asmenys, kurių amžius – 18–54 metai. Tokio amžiaus asmenys buvo pasirinkti atsižvelgiant į Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos, patvirtintos 2014 metais Europos Komisijos sprendimu, 8.4.2 uždavinio aprašymą[146]. Aprašyme įvardytos tikslinės gyventojų grupės, kurios pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-K-629 „Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo ir sveiko senėjimo srityje“ atitinka į įgyvendinančias priemones įtrauktus kriterijus, skatinančius tikslinių grupių asmenis dalyvauti sveikatinimo veikloje ir / ar didinančios jų sveikatos raštingumą. Išskiriamos kelios tikslinės grupės:

1.šalies regionų, kuriuose dėl pagrindinių neinfekcinių ligų vyrauja didžiausias priešlaikinis mirtingumas, gyventojai;

2.gyventojai, kuriems tam tikros socialinės ir ekonominės priežastys bei žalingi įpročiai sukelia sergamumą (tuberkuliozė, priklausomybė nuo alkoholio), ir kuriems sudarytos nepakankamos sąlygos prieiti prie sveikatos priežiūros informacijos;

3.vaikai iki 18 metų;

4.55 metų ir vyresni asmenys. [147]

Kadangi ilgą gyvenimo tarpsnį (nuo 18 iki 54 metų) programos, skirtos didinti sveikatos raštingumui, asmenų nepaliečia, tai šio tiriamojo darbo imtį sudarė būtent tokio amžiaus respondentai.

Sveiki respondentai, dalyvavę apklausoje, tai – kraujo donorai, kurie, pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 vasario 4 d. V-84 įsakymą „Dėl kraujo donorų sveikatos tikrinimo tvarkos aprašo privalomųjų tyrimų sąrašo, reikiamų sveikatos rodiklių ir kraujo

[146] “Nacionalinių Stebėsenos Rodiklių Skaičiavimo Aprašas. Žiūrėta 2016 08 20 http://www.esinvesticijos.lt/docview/?url=/uploads/documents/docs/3794_fad165ea4461a9be0bca4e6d4431609d.docx. ”

[147] “2014–2020 Metų Europos Sąjungos Fondų Investicijų Veiksmų Pograma. 2014m. Rugsėjis.”

donorų apklausos anketos patvirtinimo“, gali būti tik sveiki žmonės[148]. Kiekvieno donoro kraują ir jo komponentus bei paties donoro sveikatą įvertina kraujo donorystės įstaigoje dirbantis gydytojas, prieš kiekvieną donaciją. Remiantis Kraujo donorų registro (toliau – KDR) duomenimis, Lietuvoje užregistruoti 144 364 kraujo ir jo komponentų donorai. KDR duomenys kaupiami nuo KDR įkūrimo pradžios – 2002 metų, o 2015 metais kraujo donorai sudarė 2,2 proc. visų Lietuvos gyventojų. Daugiausia visų kraujo ir jo komponentų donacijų užregistruota VšĮ Nacionaliniame kraujo centre – 70,4 proc., taip pat kraujo donorystės veikla užsiima VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos (21 proc. donacijų) ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikos (8,6 proc. donacijų). 42,6 proc. visų Lietuvoje atliktų donacijų buvo užregistruota Vilniaus miesto savivaldybėje[149], todėl tyrime dalyvavusių sveikų asmenų apklausa buvo vykdoma Vilniaus mieste įsikūrusiame VšĮ Nacionaliniame kraujo centre. Tam, kad atmestume tikimybę gauti informaciją, kurioje nutylima apie prastą donoro sveikatos būklę (bloga savijauta, sveikatos problemų), buvo apklausiami tik neatlygintinai kraujo duodantys donorai, nes juos galima laikyti patikimesniais donorais ir nemotyvuotais duoti kraujo tik dėl materialinės naudos[150]. Sveikų asmenų apklausa buvo vykdoma 2016 metų rugpjūčio–spalio mėnesiais VšĮ Nacionalinio kraujo centro mobiliajame punkte, įrengtame Prekybos ir renginių centre – VCUP.

Vilniaus mieste yra trys didelės ligoninės, kuriose teikiamos stacionarinės įvairaus pobūdžio sveikatos priežiūros paslaugos. VšĮ Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje per 2015 metus buvo gydomi 31 408[151] pacientai (įskaitant Gimdymo skyriaus ir Vaikų ligų skyriaus pacientus); VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje (toliau – RVUL) – 30 518[152] pacientų; VšĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinikose – 90 149 pacientai (įskaitant Gimdymo skyrių ir Vaikų ligų skyrių)[153]. Buvo nuspręsta tyrimą atlikti tik RVUL ir VšĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinikose, tačiau nesant sudarytos RVUL ir Mykolo Romerio universiteto bendradarbiavimo sutarties dėl tyrimo atlikimo, jis buvo atmestas.

Sergantys asmenys, dalyvavę apklausoje, buvo apklausiami VšĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinikose – Endokrinologijos, Nefrologijos, Pilvo chirurgijos, Urologijos, Širdies ir kraujagyslių neinvazinės ir ultragarsinės diagnostikos skyriuose, taip pat Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centre. Apklausa vykdoma 2016 metų spalio–lapkričio mėnesiais.

[148] Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos ministerija “Dėl Kraujo Donorų Sveikatos Tikrinimo Tvarkos Aprašo, Privalomųjų Tyrimų Sąrašo, Reikiamų Sveikatos Rodiklių Ir Kraujo Donorų Apklausos Anketos patvirtinimo,” Valstybės Žinios 18, 588 (2005).
[149] Higienos institutas, sveikatos informacijos centras., “Kraujo Donorų Registro Duomenys 2015 M. Vilnius (2016).”
[150] World Health Organization, “Towards 100% Voluntary Blood Donation. A Global Framework for Action. 2010.”
[151] “VšĮ Vilniaus Miesto Klinikinės Ligoninės Vadovo Metinė Ataskaita Už 2015 M.”
[152] *Respublikinė Vilniaus Universitetinė Ligoninė. 2015 Metų Veiklos Ataskaita. Vilnius (2016)*.
[153] Jurevičienė, Elena, “VšĮ Vilniaus Universiteto Ligoninės Santariškių Klinikos 2015 M. Veiklos Ataskaita.”

Prieš atliekant apklausą, tiek iš VšĮ Nacionalinio kraujo centro, tiek iš gydymo įstaigos buvo gauti įstaigų direktorių raštiški sutikimai, leidžiantys atlikti tyrimą jiems pavaldžiose įstaigose, taip pat su minėtų skyrių vyresniaisiais slaugos administratoriais buvo suderintas laikas dėl tyrimo atlikimo.

Kadangi buvo žinoma, kiek Lietuvoje yra kraujo ir jo komponentų donorų, imtis buvo nustatytas taikant „*Schwarze"* formulę: [154]

$$n = \frac{N \cdot 1.96^2 \cdot p \cdot q}{\varepsilon^2 \cdot (N-1) + 1{,}96^2 \cdot p \cdot q}$$

N – populiacijos dydis, šiam skaičiavimui imti 144 364 žmonės;

reikšmė *1,96* atitinka standartizuoto normaliojo skirstinio 95 proc. pasikliovimo lygmenį;

p ir q – tiriamojo požymio pasirodymo / nepasirodymo tikimybė, $p = q = 0{,}5$;

ε – pageidautinas tikslumas, ε = 5 proc. arba ε = 0,05.

Atlikus skaičiavimus pagal formulę, buvo gauti rezultatai, rodantys, kad tyrimo imtį turi sudaryti 383 asmenys. Kadangi buvo tiriamas tiek sveikų, tiek sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) asmenų sveikatos raštingumas, buvo nuspręsta, kad iš kiekvienos tiriamųjų grupės turime apklausti mažiausiai po 192 asmenis.

[154] Bilevičienė, Tatjana and Jonušauskas, Steponas, "Statistinio Tyrimo Projektas", Iš Statistinių Metodų Taikymas Rinkos Tyrimuose. (Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011), 32."

2.2. Anketų struktūra ir turinys

Anoniminė struktūrizuota anketa sudaryta iš dviejų dalių. Pirmąją dalį sudarė 47 klausimai, pateikti Likerto skales pavidalu. Klausimai buvo sudaryti naudojant Tarptautinę sveikatos raštingumo tyrimo anketą *HLS-EU-Q47*. Respondentai turėjo pažymėti savo nuomonę ties kiekvienu pateiktu teiginiu. Pateikti teiginiai susiję su sveikatos raštingumo įvairiais aspektais: informacijos paieška, informacijos supratimu, įvertinimu bei pritaikymo galimybėmis. Anketoje buvo klausiama apie respondentų sąveiką su sveikatos sistema (pavyzdžiui, ar lengva suprasti, ką sako gydytojas), ligų prevenciją (pavyzdžiui, ar asmenys žino apie prevencines programas) ir sveikatinimo galimybes (pavyzdžiui, ar lengva surasti informaciją, ar (ir kokiu būdu) aplinka gali būti draugiška sveikatai). 1–13 klausimais norėta sužinoti, ar respondentams lengva surasti informaciją, 14–24 klausimais siekiama išsiaiškinti, ar respondentams lengva suprasti informaciją, 25–36 klausimai padeda nustatyti, ar apklausos dalyviai gali įvertinti informaciją, susijusią su sveikata, 37–47 klausimai atskleidžia respondentų gebėjimą pritaikyti surastą arba jiems suteiktą informaciją.

Tam, kad būtų įvertintas sveikatos raštingumo lygis, pirmos dalies anketos atsakymai buvo vertinami balais – „labai lengva“ / „visiškai sutinku“ buvo vertinami 4 balais, „lengva“ / „sutinku“ – 3 balais, „sunku“ / „nesutinku“ – 2 balais, „labai sunku“ / „visiškai nesutinku“ 1 balu. Atsakymai „aš tuo nesidomiu“ / „nei sutinku, nei nesutinku“ vertinami kaip „neįrašyta vertė“. Kiekvieno respondento pateikti visų atsakymų variantai buvo susumuoti ir apskaičiuotas balų vidurkis. Tam, kad būtų nustatytas respondentų sveikatos raštingumo lygis, kiekvienam respondentui pagal formulę reikėjo apskaičiuoti laipsnio balą:

$$Laipsnio\ balas = (balų\ vidurkis - 1) * \frac{50}{3}$$ [155]

Jeigu laipsnio balas lygus arba mažesnis nei 25 – sveikatos raštingumo lygis skaitomas kaip „nepakankamas / žemas“. Surinkus 26–33 balus – „probleminis sveikatos raštingumo lygis“, 33–42 balus – „pakankamas sveikatos raštingumo lygis“, 42–50 laipsnio balus – „aukštas sveikatos raštingumo lygis“.

Vertinant respondentų nuomonę apie sveikatos raštingumo komponentus (informacijos paieška, informacijos supratimas ir pritaikymas), atsakymų variantams buvo priskirti tokie patys balai kaip nustatinėjant sveikatos raštingumo lygio balą ir vertinami visi tyrime dalyvavę respondentai.

Antrąją dalį sudarė klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti respondentų sociodemografinius rodiklius (amžių, lytį, išsilavinimą ir išsilavinimo kryptį), taip pat norėta sužinoti apie respondentų

[155] HLS EU, “Comparative Report on Health Literacy in Eight Eu Members States". The European Health Literacy Project 2009-2012.”

sveikatos elgseną (fizinį aktyvumą, rūkimo įpročius, maisto papildų vartojimą, lankymosi pas sveikatos priežiūros specialistus dažnį, dalyvavimą prevencinėse programose) bei respondentų sveikatos įsivertinimą. Vienu iš pateiktų klausimų norėta išsiaiškinti respondentų dažniausius sveikatos informacijos šaltinius. Sergantiems respondentams buvo užduoti papildomi klausimai tam, kad būtų išsiaiškintos jų gulėjimo ligoninėje priežastys. Anketos pavyzdys, kurį pildė respondentai, gulintys ligoninėje, pateikiamas prieduose (žr. 1 priedas), sveikiems asmenims buvo dalinama analogiška anketa, tačiau be dviejų paskutinių klausimų, kurie buvo skirti tik sergantiems respondentams.

Tam, kad būtų užtikrintas anketoje pateiktų klausimų aiškumas, 2016 m. birželio 14 dieną buvo atliktas bandomasis tyrimas, po kurio buvo patobulinti anketoje užduodamų klausimų atsakymų variantai. Bandomajame tyrime dalyvavo 10 atsitiktinių respondentų.

3.3 Statistinės analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta taikant aprašomosios statistikos metodus. Kiekybiniams kintamiesiems apskaičiuotas vidurkis, moda (Mo) ir standartinis nuokrypis (SD). Kokybinių duomenų analizei naudojamos sąsajų lentelės. Kintamojo skirstinio hipotezėms tikrinti naudojamas *Chi-kvadratas* χ^2, taip pat skaičiuojamas *Fišerio (Fisher's)* kriterijus keturlaukėms dažnių lentelėms. Nuo kintamųjų tipo priklausomam ryšio stiprumui nustatyti buvo skaičiuoti *Pirseno* (parametrinis kriterijus) ir *Spirmeno* (neparametrinis kriterijus) koreliacijos koeficientai. Kintamųjų reiškinių normaliajam skirstiniui pasitikrinti buvo naudojamas *Kolmogorovo–Smirnovo* testas. Nustatyti ranginių kintamųjų koreliacijos koeficientui didesnėje nei keturlaukėje lentelėje naudotas *Kendallo tau-c* koeficientas.

Dviejų nepriklausomų imčių vidurkiui palyginti naudotas *T kriterijus* (angl. *Independent samples t test*), prieš tai patikrinus duomenų normalumą. Dviejų nepriklausomų imčių ranginiams kintamiesiems palyginti naudotas *Mann-Whitney* testas.

Įvertinti apklausos patikimumą norimoms charakteristikoms buvo skaičiuojami skalių *Kronbacho alfa* (angl. *Cronbach's alpha*) vidinio suderinamumo koeficientai. Laikyta, kad patikimumo suderinamumo koeficientas didelis, jeigu *Kronbacho alfa* nuo 0,6 iki 0,74, labai didelis, jeigu – > 0,75.

Duomenų apdorojimui taikomas *SPSS 17.0 for Windows (Statistical Package for Social Sciences*) programų paketas, grafiniam duomenų vaizdavimui (lentelių ir diagramų pateikimui) buvo naudota *Microsoft Excel 2016* programa. Statistinės hipotezės patikrinimui reikšmingumo lygmuo pasirinktas $\alpha=0,05$.

3.4. Tyrimo respondentai

Iš viso tiek sveikiems, tiek sergantiems (turintiems sveikatos sutrikimų) respondentams buvo išdalinta 460 anketų, kiekvienai grupei po 230 anketų. Sveikų asmenų grupės atsako dažnumas – 92,6 proc., anketų grąžinta – 217, iš kurių 4 buvo sugadintos. Sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) asmenų atsako dažnumas – 89,1 proc., anketų grąžinta 205.

Jeigu respondentas pirmoje anketos dalyje atsakė mažiau negu į 80 proc. klausimų, tai tokiam respondentui sveikatos raštingumo lygis nustatomas nebuvo, o duomenys vertinami tik bendrojoje respondentų statistikoje. Kadangi pirmą anketos dalį sudarė 47 klausimai, tai tam, kad būtų galima įvertinti respondento sveikatos raštingumą, buvo atrinktos anketos, kuriose bendra apimtimi buvo pažymėta ne daugiau kaip 9 kartus atsakymo variantas „aš tuo nesidomiu“/„nei sutinku, nei nesutinku“ arba nepažymėtas ne vienas atsakymo variantas, arba bendrų atsakymo varianto „aš tuo nesidomiu“/„nei sutinku, nei nesutinku“ ir nepažymėtų atsakymų variantų skaičius yra ne daugiau kaip 10. Suskaičiavus atsakymo variantus, rezultatai parodė, kad sveikų asmenų grupėje šio tyrimo sąlygoms netiko 88 anketos, o tarp sergančių asmenų – 107 anketos.

Kadangi tyrimo tikslas buvo įvertinti sveikatos raštingumo lygį, nuspręsta, kad asmenų, įgijusių biomedicininį išsilavinimą, anketose pateiktus duomenis įtraukti į tyrimo rezultatus būtų netikslinga, nes jie gali iškreipti tyrimo rezultatus, todėl tokios anketos buvo atmestos. Iš viso pasitaikė 17 asmenų, kurie neturi jokių sveikatos sutrikimų ir yra studijavę / studijuojantys biomedicinos mokslus, tarp sergančių asmenų tokių buvo 7.

Respondentų išsamus pasiskirstymas pagal galimybę įvertinti jų sveikatos raštingumo lygį pateiktas 1 lentelėje.

1 lentelė. **Galimybė įvertinti apklaustų respondentų sveikatos raštingumo lygį**

	Sveiki respondentai n (proc.)	Sergantys respondentai n (proc.)	Iš viso n (proc.)
Gauta užpildytų anketų	217 (100)	205 (100)	422 (100)
Įvertinta kaip tinkama anketa (nesugadintos anketos; nebiomedicininis išsilavinimas)	196 (90,3)	194 (94,6)	390 (92,4)
Į 1 anketos dalį yra ≥ 80 proc. tinkamų atsakymų	108 (49,8)	80 (39,0)	188 (44,5)

Respondentų amžiaus vidurkis – 35,5 (SN – 11,2), sveikų asmenų – 29 metai (SN – 8), sergančių asmenų – 41,7 (SN – 10,3) metų. Tam, kad būtų galima atlikti statistinę analizę – respondentai buvo suskirstyti pagal amžiaus grupes: 18–26; 27–35; 36–44; 45–54. Įvertinus tiriamųjų respondentų lytį, buvo nustatyta, kad tarp sveikų ir tarp sergančių grupių respondentų tyrime dalyvavo daugiau moterų nei vyrų. Tyrime dalyvavusių respondentų pasiskirstymas pagal lytį yra panašus į

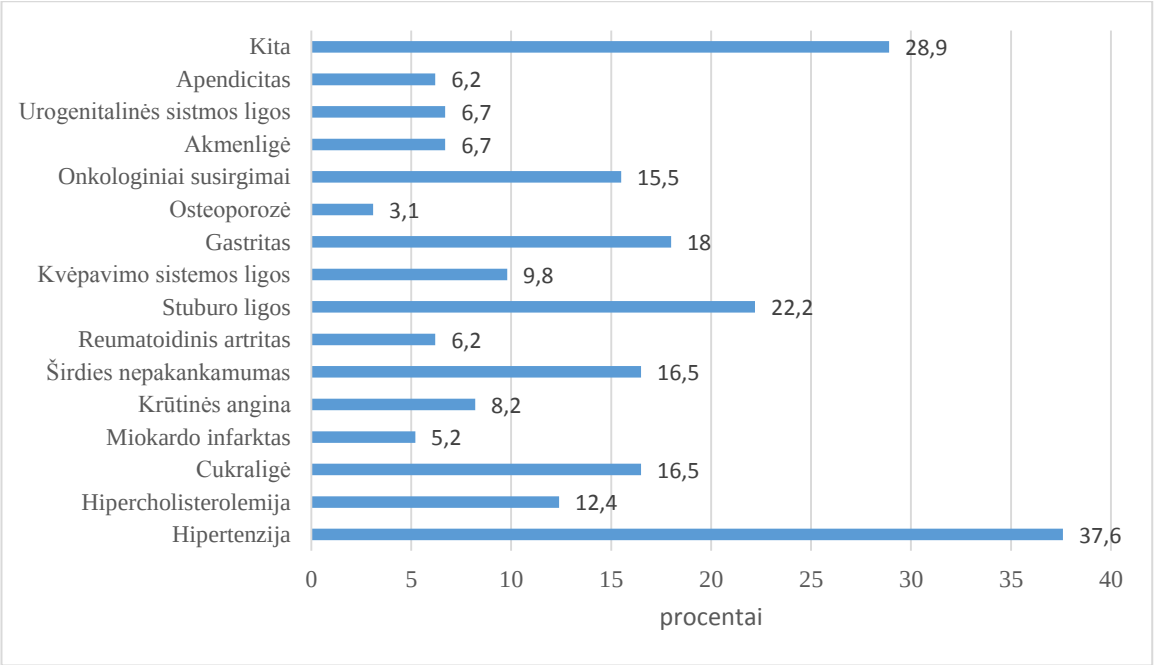
bendrus Lietuvos Respublikos statistikos duomenis (2015 m. moterys sudarė 54 proc. visų nuolatinių gyventojų)[156]. Tarp sveikų asmenų grupės respondentų daugiausia buvo tokių, kurie yra įgiję universitetinį išsilavinimą ir baigę socialinės krypties studijas, tarp sergančių asmenų grupės respondentų daugiausia buvo tokių, kurie įgiję socialinės krypties aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą. Kadangi atsakant į klausimus apie išsilavinimą ir studijų kryptį buvo galima pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą, tai procentų suma yra didesnė nei 100. Respondentų pasiskirstymas pagal sociodemografinius rodiklius pateiktas 2 lentelėje.

2 lentelė. **Pasiskirstymas pagal sociodemografinius rodiklius**

		Sveiki respondentai n (proc.)	Sergantys respondentai n (proc.)	Iš viso n (proc.)
Lytis	Vyras	70 (35,7)	84 (43,3)	154 (39,5)
	Moteris	126 (64,3)	110 (56,7)	236 (60,5)
Amžiaus grupės	18–26	85 (43,4)	17 (8,8)	102 (26,2)
	27–35	77 (39,3)	46 (23,7)	123 (31,5)
	36–44	21 (10,7)	29 (14,9)	50 (12,8)
	45–54	13 (6,6)	102 (52,6)	115 (29,5)
Išsilavinimas	Vidurinis	42 (21,4)	52 (26,8)	94 (24,1)
	Aukštasis neuniversitetinis	49 (25,0)	25 (38,7)	124 (31,8)
	Universitetinis	105 (53,6)	67 (34,5)	172 (44,1)
Studijų kryptis	Humanitariniai	22 (14,3)	15 (10,6)	37 (12,5)
	Socialiniai	86 (55,8)	48 (33,8)	134 (45,3)
	Fiziniai	25 (16,2)	13 (9,2)	38 (12,8)
	Žemės ūkio	5 (3,2)	22 (15,5)	27 (9,1)
	Technologiniai	37 (24,0)	47 (33,1)	84 (28,4)
	Menai	8 (5,2)	6 (4,2)	14 (4,7)

Per praėjusius 12 mėnesių sergantiems respondentams nustatytų ligų pasiskirstymas pateiktas 4 paveiksle. Respondentas galėjo pažymėti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Daugiausia sergančių buvo hipertenziją – 37,6 proc., stuburo ligomis – 22,2 proc. ir kitomis ligomis – 28,9 proc.

[156] Masiulaitytė-Šukevič, Inga et al., "Moterys Ir Vyrai Lietuvoje 2015.Lietuvos Statistikos Departamentas. Vilnius (2016)."



4 pav. Sergančiųjų respondentų pasiskirstymas pagal jiems diagnozuotą ligą

3.TYRIMO REZULTATAI

3.1. Sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų pasiskirstymas pagal raštingumo lygius

Taikant sveikatos raštingumo lygio nustatymo formulę ir suskaičiavus laipsnio balų vidurkį, gauti rezultatai parodė, kad visų respondentų, kuriems buvo galima nustatyti sveikatos raštingumo lygį, laipsnio balų vidurkis lygus 28,9 (SN 8,9), todėl galima teigti, kad vidutinis visų respondentų raštingumo lygis yra probleminis, nes toks laipsnio balas atitinka kategoriją nuo 26 iki 33 ir tokių, tyrime dalyvavusių, respondentų buvo virš 40 proc. Sveikų asmenų grupės respondentų laipsnio balų vidurkis lygus 30,1 (SN 8,1), sergančių, asmenų grupės respondentų laipsnio balų vidurkis – 26,6 (7 SN). Nors tarp dviejų tiriamųjų grupių laipsnio balų yra skirtumas, tačiau balai atitinka probleminio sveikatos raštingumo lygio kategorijai.

Daugiausia (45 proc.) sergančių asmenų grupės respondentų turėjo žemą sveikatos raštingumo lygį, tarp sveikų asmenų grupės respondentų žemą sveikatos raštingumo lygį turėjo 27,8 proc. asmenų. Sveikų asmenų grupėje vyravo probleminis sveikatos raštingumo lygis – 46,3 proc. Tiek sveikų, tiek sergančių asmenų grupių respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos raštingumo lygius pateiktas 3 lentelėje. Skirtumas tarp dviejų grupių yra statistiškai reikšmingas, p<0,001.

3 lentelė. **Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos raštingumo lygius**

Sveikatos raštingumo lygis	Sveiki respondentai n=108 (proc.)	Sergantys respondentai n=80 (proc.)	Iš viso n=188 (proc.)
Žemas	30 (27,8)	36 (45,0)	66 (35,1)
Probleminis	50 (46,3)	31 (38,8)	81 (43,1)
Pakankamas	15 (13,9)	9(11,3)	24 (12,8)
Aukštas	13 (12,0)	4 (5,0)	17 (9,0)

p<0,001

Analizuojant lyties aspektą, tarp sveikų asmenų grupės vyrų ir moterų dažniausiai vyravo probleminis sveikatos raštingumo lygis (46,1 proc. ir 46,4 proc., p>0,05), tarp sergančių asmenų grupės vyrų ir sergančių asmenų grupės moterų, dalyvavusių tyrime, dažniausiai vyravo žemas sveikatos raštingumo lygis (atitinkamai 46,7 proc. ir 44 proc., p>0,05). Sveikų asmenų grupės moterų sveikatos raštingumo lygis yra aukštesnis, nei sergančių moterų – žemą sveikatos raštingumo lygį turėjo 26,1 proc., aukštą – 13 proc., tarp sergančių asmenų grupės moterų žemą raštingumo lygį turėjo 44,0 proc., aukštą – 4,0 proc. (p<0,001).

Sveikų asmenų grupės vyrų sveikatos raštingumo lygis aukštesnis, nei sergančių asmenų grupės vyrų. Žemą sveikatos raštingumo lygį turinčių sergančių asmenų grupės vyrų buvo 46,7 proc., o tarp sveikų asmenų grupės vyrų tokį sveikatos raštingumo lygį turi trečdalis (30,8 proc.) respondentų. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir sveikatos raštingumo lygį pateiktas 4 lentelėje.

4 lentelė. **Pasiskirstymas pagal lytį ir sveikatos raštingumo lygį**

Lytis / Sveikatos raštingumo lygis	Sveiki respondentai		Sergantys respondentai		Iš viso	
	Vyras n=39 (proc.)	Moteris n=69 (proc.)	Vyras n=30 (proc.)	Moteris n=50 (proc.)	Vyras n=69 (proc.)	Moteris n=119 (proc.)
Žemas	12 (30,8)**	18 (26,1)*	14 (46,7)**	22 (44,0)*	26 (37,7)	40 (33,7)
Probleminis	18 (46,1)	32 (46,4)	13 (43,3)	18 (36,0)	31 (44,9)	50 (42,0)
Pakankamas	5 (12,8)	10 (14,5)	1 (3,3)	8 (16,0)	6 (8,7)	18 (15,1)
Aukštas	4 (10,3)	9 (13,0)	2 (6,7)	2 (4,0)	6 (8,7)	11 (9,2)

*p<0,001
**p<0,05

Pusė sveikų asmenų grupės respondentų, turinčių aukštą sveikatos raštingumo lygį, priklauso 27–35 metų amžiaus kategorijai. Daugiau nei pusė sergančių respondentų, turinčių žemą sveikatos raštingumo lygį, priklauso 45–54 metų amžiaus kategorijai. Sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir sveikatos raštingumo lygius pateiktas 5 lentelėje. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų pasiskirstymo pagal amžiaus grupės ir sveikatos raštingumo lygių aspektų aptikta nebuvo, p>0,05

5 lentelė. **Sveikų ir sergančių respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir sveikatos raštingumo lygius**

Sveikatos raštingumo lygis / Amžiaus grupės	Sveiki respondentai				Sergantys respondentai			
	Žemas n=30	Problemi-nis n=50	Pakanka-mas n=15	Aukštas n=13	Žemas n=36	Problemi-nis n=31	Pakanka-mas n=9	Aukštas n=4
18–26	8 (26,7)	20 (40,0)	8 (53,3)	6 (10,0)	3 (8,3)	1 (3,2)	4 (44,4)	0 (0)
27–35	16 (53,3)	18 (36,0)	4 (26,7)	3 (50,0)	7 (19,4)	4 (12,9)	1 (11,1)	0 (0)
36–44	3 (10,0)	7 (14,0)	2 (13,3)	3 (10,0)	5 (13,9)	3 (9,7)	3 (33,3)	2 (50,0)
45–54	3 (10,0)	5 (10,0)	1 (6,7)	1 (10,0)	21 (58,4)	23 (74,2)	1 (11,1)	2 (50,0)

Taip pat norėta patikrinti, ar yra priklausomybė tarp sveikatos raštingumo lygio ir respondentų išsilavinimo. Sveikatos raštingumo lygių pogrupiai buvo sujungti. Žemą sveikatos raštingumo lygį turintys respondentai buvo sujungti su probleminį sveikatos raštingumo lygį turinčiais respondentais į vieną bendrą lygį – neigiamą sveikatos raštingumo lygį. Pakankamas sveikatos raštingumo lygis buvo sujungtas į vieną lygį su aukštu sveikatos raštingumo lygiu – teigiamas sveikatos raštingumo lygis. Tarp respondentų, įgijusių universitetinį išsilavinimą, neigiamą sveikatos raštingumo lygį ir teigiamą sveikatos raštingumo lygį turi beveik po lygiai asmenų – 47,6 proc. ir 48,8 proc. Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų išsilavinimo aptikta nebuvo. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos būklę ir išsilavinimą pateiktas 6 lentelėje.

6 lentelė. **Pasiskirstymas pagal sveikatos būklę ir išsilavinimą**

Sveikatos raštingumo lygis / Išsilavinimas	Sveiki		Sergantys		Iš viso	
	Neigiamas lygis n=80	Teigiamas lygis n=28	Neigiamas lygis n=67	Teigiamas lygis n=13	Neigiamas lygis n=147	Teigiamas lygis n=41
Vidurinis	11 (13,7)	6 (21,4)	17 (25,4)	5 (38,5)	28 (19,1)	11 (28,8)
Aukštasis neuniversitetinis	22 (27,5)	7 (25,0)	27 (40,3)	3 (23,0)	49 (33,3)	10 (24,4)
Universitetinis	47 (58,8)	15 (53,6)	23 (34,3)	5 (38,5)	70 (47,6)	20 (48,8)

Dauguma asmenų – tiek sergančių lėtinėmis ligomis, tiek sergančių ūminėmis ligomis – turi neigiamą sveikatos raštingumo lygį (84,9 proc. ir 80,8 proc.), statistiškai reikšmingo skirtumo tarp ligos būklių aptikta nebuvo ($p>0,05$).

7 lentelė. **Sveikatos raštingumo lygio ir ligos priklausomybė**

	Teigiamas raštingumo lygis n(proc.)	Neigiamas raštingumo lygis n(proc.)
Lėtinė liga	8 (15,1)	45 (84,9)
Ūminė liga	5 (19,2)	21 (80,8)

$p>0,05$

Apibendrinant duomenis, galima teigti, kad nors daugumos tiek sveikų, tiek sergančių asmenų grupių respondentai turi neigiamą sveikatos raštingumo lygį, tačiau sveikų asmenų grupės respondentai turi aukštesnį sveikatos raštingumo lygį nei sergančių asmenų grupės respondentai. Skirtumas tarp sveikų ir sergančių asmenų grupių moterų sveikatos raštingumo lygis yra didesnis, nei skirtumas tarp sveikų ir sergančių asmenų grupių vyrų sveikatos raštingumo lygių.

Išanalizavus sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų pasiskirstymą pagal amžių ir išsilavinimą, jokio statistiškai reikšmingo skirtumo rasta nebuvo. Taigi, galima daryti išvadą, kad sveikatos raštingumo lygis nepriklauso nuo amžiaus ir išsilavinimo, tačiau skiriasi priklausomai nuo sveikatos būklės (sveikas / sergantis) ir nuo lyties.

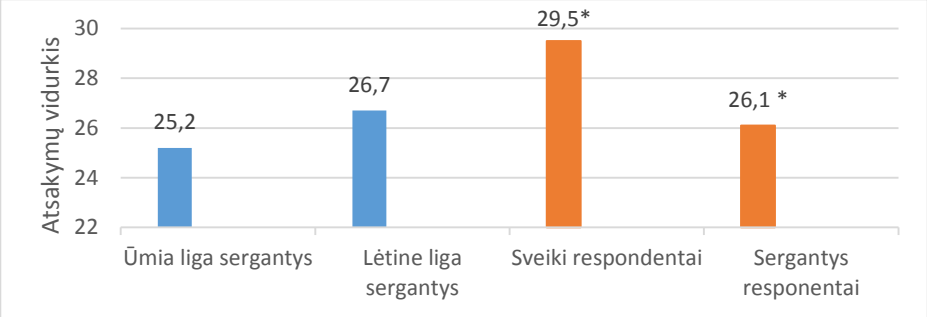
3.2. Sveikatos raštingumo komponentai

Kaip jau buvo minėta, sveikatos raštingumas šiame darbe apibrėžiamas kaip procesas, kurio metu išrenkama (informacijos gavimas / paieška), apmąstoma (poveikis, privalumai ir trūkumai) ir suvokiama / įvertinama informacija apie sveikatą bei teikiamas paslaugas, kuriomis siekiama užtikrinti gerą sveikatos būklę.

Norint įvertinti, ar respondentams lengva surasti informaciją, kuri susijusi su sveikata, anketoje buvo pateikta atitinkamų klausimų (*Kronbacho alfa 0,86*). Analizuojant duomenis, atsakymų variantai – „lengva“ ir „labai lengva“ buvo susieti į vieną atsakymo variantą „lengva“; atsakymai „sunku“ ir „labai sunku“ – į „sunku“. Bendrai buvo vertinami duomenys ir tų respondentų, kuriems dėl per dažno tarpinio atsakymo varianto nebuvo galima nustatyti sveikatos raštingumo lygio.

Daugumai (87,8 proc.) sveikų asmenų grupės respondentų lengviausia surasti informaciją apie dominančią ligą arba simptomus ir apie sveiką gyvenseną. Penktadalis sveikų asmenų grupės respondentų (21,4 proc.) susiduria su sunkumais ieškodami informacijos apie skiepus ir prevencines programas, kurios jiems priklauso, ir tokiai pačiai daliai sveikų asmenų grupės respondentams sunku surasti būdus, kurie skatintų gerą sveikatą propaguojančias priemones darbe. Daugiau nei pusė sveikų asmenų grupės respondentų (55,6 proc.) nesidomi informacija apie politinius pokyčius, kurie gali turėti įtakos sveikatai. Tarp sergančių asmenų grupės respondentų daugiausia pasitaikė asmenų, kurie gali lengvai surasti informaciją apie sveiką gyvenseną. Daugumai sergančių asmenų grupės respondentų (32,5 proc.) kyla sunkumų, susijusių su informacijos apie ligos gydymą paieška, tuo tarpu sveikų asmenų grupės respondentai su tokiu sunkumu susiduria retai – 12,2 proc. respondentų. Toks skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p<0,001$) Pastebėta, kad daugiau nei pusė (51 proc.) visų sergančių asmenų grupės respondentų nesidomi veikla, kuri palanki jų psichinei gerovei. Sveikų asmenų grupės ir sergančių asmenų grupės respondentų įvertinimas apie informacijos paiešką pateiktas 8 lentelėje.

Sujungus visus klausimus, susijusius su informacijos paieška, buvo palygintas sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų atsakymų vidurkis. Sveikų asmenų grupės atsakymų vidurkis lygus 29,5, sergančių asmenų grupės – 26,1. Tarp atsakymų, pateiktų lėtine ar ūmine liga sergančių asmenų, vidurkių statistiškai reikšmingo skirtumo rasta nebuvo (5 *pav.*).



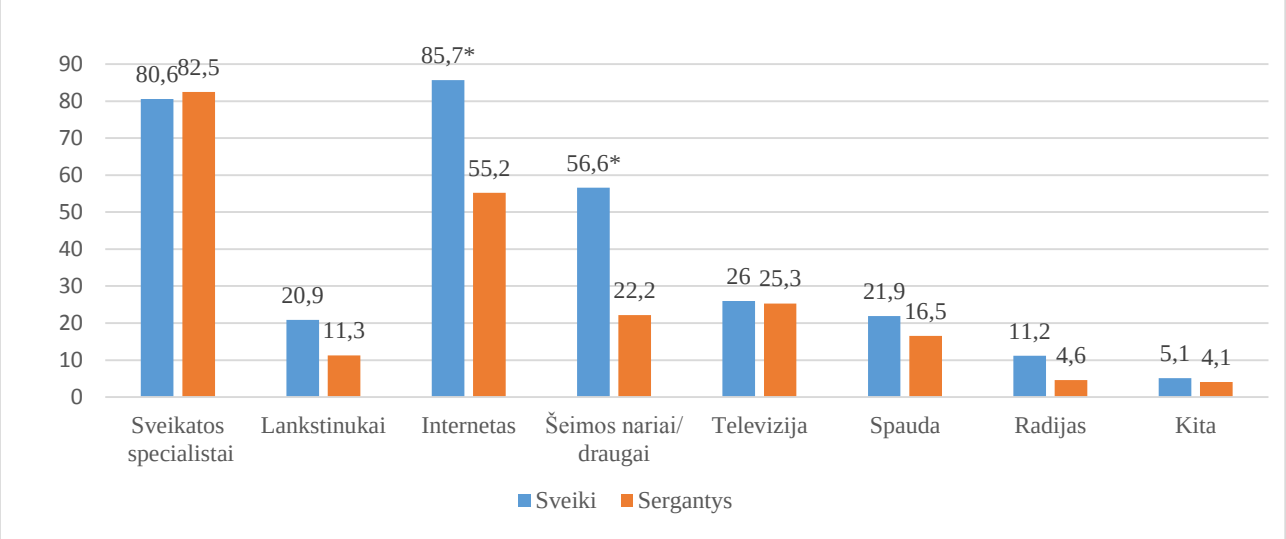
5 pav. Atsakymų, susijusių su informacijos paieška, vidurkiai *p<0,001

8 lentelė. **Respondentų nuomonės apie informacijos paiešką įvertinimas**

	Sveiki respondentai			Sergantys respondentai		
	Lengva	Nesidomi	Sunku	Lengva	Nesidomi	Sunku
Surasti informaciją apie ligą arba jos simptomus	172 (87,8)	11 (5,6)	13 (6,6)	152 (78,4)	9 (4,6)	33 (17,0)
Surasti informaciją apie ligos gydymą	154 (78,6)	18 (9,2)	24 (12,2)*	123 (63,4)	8 (4,1)	63 (32,5)*
Surasti informaciją, kaip elgtis kilus medicininės pagalbos poreikiui	153 (78,1)	23 (11,7)	20 (10,2)*	121 (62,4)	30 (15,5)	42 (22,2)*
Surasti informaciją, kaip kreiptis profesionalios pagalbos	150 (76,50	13 (6,6)	33 (16,8)*	115 (59,3)	23 (28,9)	56 (28,9)*
Surasti informaciją. kaip kontroliuoti žalingus įpročius	139 (70,9)	38 (19,4)	19 (9,7)	123 (63,4)	49 (25,3)	22 (11,3)
Surasti informaciją, kaip išvengti / valdyti viršsvorį, aukštą spaudimą, cholesterolio kiekį	125 (63,8)	52 (26,5)	19 (9,7)	117 (60,3)	38 (19,6)	39 (20,1)
Surasti informaciją, kaip kontroliuoti psichikos sveikatos problemas	85 (43,4)	78 (39,8)	33 (16,8)	64 (33,0)	88 (45,4)	42 (21,6)
Surasti informaciją apie skiepus ir prevencines programas	76 (38,8)	78 (39,8)	42 (21,4)	72 (37,1)	80 (41,2)	42 (21,7)
Surasti informaciją apie sveiką gyvenseną	172 (87,8)	13 (6,6)	11 (5,6)	152 (78,4)	26 (13,4)	16 (8,2)
Surasti informaciją apie veiklą, kuri palanki psichinei gerovei	91 (46,4)	70 (35,7)**	35 (17,9)	55 (28,4)	99 (51,0)**	40 (20,6)
Surasti informaciją, kaip aplinka gali būti draugiška sveikatai	68 (63,0)	23 (21,3)	17 (15,7)*	34 (42,5)	17 (21,3)	29 (36,3)*
Surasti informaciją apie politinius pokyčius, kurie gali turėti įtakos sveikatai	52 (26,5)	109 (55,6)	35 (17,9)**	49 (25,3)	85 (43,8)	60 (30,9)**
Surasti būdus, skatinančius sveikatą darbe	85 (43,4)*	69 (35,2)	42 (21,4)	48 (24,7)*	84 (43,3)	62 (32,0)

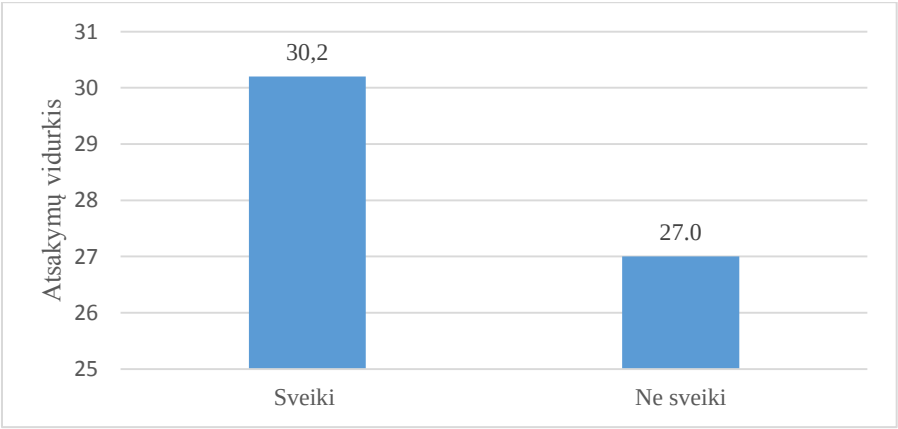
*p<0,001
**p<0,05

Sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų sveikatos informacijos sklaidos šaltiniai skiriasi (6 *pav.*). Dažniausias sveikų asmenų grupės respondentų informacijos apie sveikatą sklaidos šaltinis – internetas (85,7 proc.), sergančių asmenų grupės respondentų – sveikatos specialistai (82,5 proc.). Daugiau nei pusė sveikų asmenų grupės respondentų (56,6 proc.) nurodo, kad jų informacijos sklaidos šaltinis – šeimos nariai / draugai ir tik ketvirtadalis sergančių asmenų grupės respondentų (22,2 proc.) renkasi tokį informacijos sklaidos šaltinį.



6 pav. Sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų sveikatos informacijos sklaidos šaltiniai
*p<0,001 lyginant su ne sveikais respondentais

Remiantis anketoje pateiktais klausimais apie informacijos supratimą (*Kronbacho alfa 0,81*), respondentų gebėjimų suprasti pateiktą informaciją įvertinimas pateiktas 9 lentelėje. Iš pateiktos lentelės matyti, kad ir sveikų ir sergančių asmenų grupės respondentų atsakymai panašūs, tačiau lyginant atsakymų vidurkius, tarp šių dviejų grupių rastas statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05) (7 *pav.*).



7 pav. ***Atsakymų, susijusių su medicininės informacijos supratimu, vidurkis,*** (p<0,05)

9 lentelė. **Respondentų gebėjimas suprasti medicininę informaciją**

	Sveiki respondentai			Sergantys respondentai		
	Sutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Nesutinka	Sutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Nesutinka
Supranta ką sako gydytojas	154 (78,6)	28 (14,3)	14 (7,1)	138 (71,1)	40 (20,6)	16 (8,2)
Supranta lankstinukuose pateiktą medicininę informaciją	152 (77,6)	30 (15,3)	14 (7,1)	135 (69,6)	38 (19,6)	21 (10,8)
Žino ką daryti esant medicininės pagalbos poreikiui	151 (77,0)	32 (16,3)	13 (6,6)	136 (70,1)	37 (19,1)	21 (10,8)
Supranta gydytojo/ vaistininko instrukciją apie vaistų vartojimą	177 (90,3)	14 (7,1)	5 (2,6)	168 (86,6)	11 (5,7)	15 (7,7)
Žino rūkymo, mažo fizinio aktyvumo, alkoholio daromą žalą	186 (94,9)	9 (4,6)	1 (0,5)	175 (90,2)	11 (5,7)	8(4,1)
Žino kodėl reikia skiepytis	158 (80,6)*	30 (15,3)	8 (4,1)	118 (60,8)*	46 (23,7)	30 (15,5)
Žino kodėl reikalingos prevencinės programos	145 (74,0)	36 (18,4)	15 (7,7)	128 (66,0)	43 (22,2)	23 (11,9)
Supranta draugų / šeimos narių sveikatos patarimus	156 (79,6)*	34 (17,3)	6 (3,1)	129 (66,5)*	46 (23,7)	19 (9,8)
Supranta informaciją ant maisto pakuotės (alergenai, maistingumo deklaracija, maisto netoleravimas)	111 (56,6)	41 (20,9)	44 (22,4)	92 (47,4)	57 (29,4)	45 (23,2)
Supranta žiniasklaidoje pateiktą informaciją apie tai, kaip būti sveikesniems	145 (74,0)	38 (19,4)	13 (6,6)	127 (65,5)	45 (23,2)	22 (11,3)
Supranta kaip išlaikyti sveiką smegenų veiklą	108 (55,1)	51 (26,0)*	37 (18,9)	80 (41,2)	68 (35,1)*	46 (23,7)

* $p<0,05$

80,6 proc. sveikų asmenų grupės respondentų sutinka su tuo, jog žino, kodėl reikia skiepytis, o sergančių asmenų grupės respondentai su tuo sutinka rečiau – 60,8 proc.

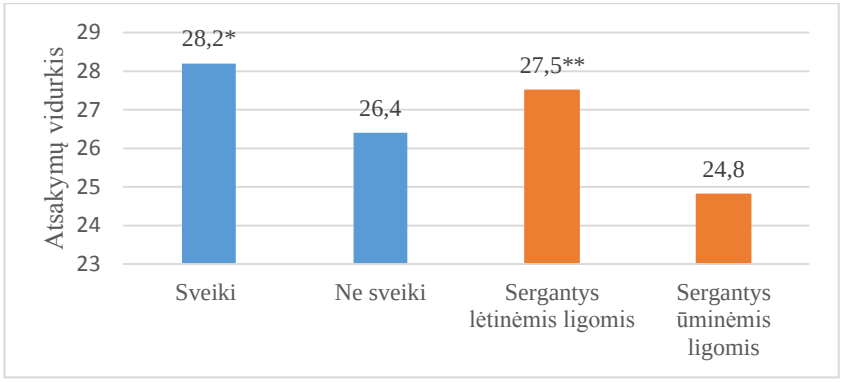
Respondentų nuomonė apie jų galimybę įvertinti įvairių veiksnių poveikį sveikatai (*Kronbacho alfa 0,9*) pateikta 10 lentelėje. Pusė visų sergančių asmenų grupės respondentų (50 proc.) ir trečdalis sveikų asmenų grupės respondentų (35,2 proc.) nurodė, kad jiems sunku nuspręsti, kokių skiepų jiems reikia. Sveikų asmenų grupės respondentams lengviausia įvertinti gyvenimo būdo poveikį sveikatai, o sergančių asmenų grupės respondentams – įvertinti įspėjimų, susijusių su rūkymo, mažo fizinio aktyvumo ir alkoholio žala sveikatai, patikimumą (atitinkamai 86,2 proc. ir 80,9 proc.).

10 lentelė. **Respondentų nuomonė apie galimybę įvertinti informaciją**

	Sveiki respondentai			Sergantys respondentai		
	Sutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Nesutinka	Sutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Nesutinka
Lengva įvertinti, ar gydytojo suteikta informacija priimtina	138 (70,4)	38 (19,4)	20 (10,2)	131 (67,5)	44 (22,7)	19(9,8)
Lengva įvertinti įvairių gydymo metodų privalumus ir trūkumus	81 (41,3)	70 (35,7)	45 (23,0)	65 (33,5)	74 (38,1)	55 (28,4)
Lengva įvertinti antros nuomonės poreikį	116 (59,2)	48 (24,5)	32 (16,3)	102 (52,6)	53 (27,3)	39(20,1)
Lengva įvertinti žiniasklaidoje esančios informacijos apie ligą patikimumą	83 (42,3)	62 (31,6)	51 (26,0)	64 (33,0)	70 (36,1)	60 (30,9)
Lengva įvertinti įspėjimus apie žalingus įpročius	164 (83,7)	23 (11,7)	9 (4,6)	157 (80,9)	20 (10,3)	17 (8,8)
Lengva įvertinti pasitikrinimo būtinybę	139 (70,9)	35 (17,9)	22 (11,2)	124 (63,9)	33 (17,0)	37 (19,1)
Lengva nuspręsti, kokių reikia skiepų	66 (33,7)	61 (31,1)	69 (35,2)*	55 (28,0)	42 (21,6)	97 (50,0)*
Lengva nuspręsti, kokių reikia patikrinimų	102 (52,0)	38 (19,4)	56 (28,6)	96 (49,5)	43 (22,2)	55 (28,4)
Lengva įvertinti žiniasklaidoje esančios informacijos apie rizikos veiksnius patikimumą	89 (45,4)	69 (35,2)	38 (19,4)*	60 (30,9)	66 (34,0)	68 (35,1)*
Lengva įvertinti gyvenimo būdo poveikį sveikatai	169 (86,2)*	18 (9,2)	9 (4,6)	131 (67,5)*	42 (21,6)	21 (10,8)
Lengva įvertinti, kaip būsto sąlygos padeda išlikti sveikiems	132 (67,3)	41 (20,9)	23 (11,7)	141 (72,7)	25 (12,9)	28 (14,4)
Lengva įvertinti kasdieninės veiklos poveikį sveikatai	167 (85,2)	19 (9,7)	10 (5,1)	148 (76,3)	32 (16,5)	14 (7,2)

$p<0,05$

Sveikiems respondentams lengviau įvertinti informaciją, nuo kurios gali priklausyti jų sveikata. Pastebėta, kad asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis, lengviau negu respondentai, sergantys ūminėmis ligomis, gali įvertinti informaciją, nuo kurios gali priklausyti jų sveikata. Iš 8 paveikslo matyti, kad tarp sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų atsakymų į klausimus apie informacijos įvertinimo galimybę, kuri gali turėti įtakos sveikatai, vidurkių yra reikšmingas skirtumas.



8 pav. Respondentų galimybė įvertinti informaciją, kuri turi įtakos jų sveikatai
* p<0,05 lyginant su ne sveikais respondentais
** p<0,05 lyginant su ūminė liga sergančiais respondentais

Gautos ar surastos informacijos pritaikymas realiame gyvenime – dar vienas sveikatos raštingumo komponentas. Respondentų nuomonės apie galimybę pritaikyti informaciją įvertinimas pateiktas 11 lentelėje (*Kronbacho alfa 0,85*).

***11 lentelė*. Sveikų ir sergančių asmenų grupės respondentų informacijos, susijusios su sveikata, pritaikymo galimybės**

	Sveiki respondentai			Sergantys respondentai		
	Sutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Nesutinka	Sutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Nesutinka
Gydytojo suteikta informacija padeda priimti sprendimą	153 (78,1)	32 (16,3)	11 (5,6)	150 (77,3)	36 (18,6)	8 (4,1)
Vadovaujasi vaistų instrukcija	173 (88,3)	17 (8,7)	6 (3,1)*	158 (81,4)	16 (8,2)	20 (10,3)*
Gali paskambinti į greitosios pagalbos stotį	187 (95,4)	8 (4,1)	1 (0,5)	177 (91,2)	8 (4,1)	9 (4,6)
Vykdo gydytojo ir vaistininko nurodymus	188 (95,9)	7 (3,6)	1 (0,5)**	152 (78,4)	23 (11,9)	19 (9,8)**
Lengvai apsisprendžia, ar reikalingas skiepas nuo gripo	115 (58,7)	48 (24,5)	33 (16,8)**	82 (42,3)	39 (20,1)	73 (37,6)**
Lengvai nusprendžia, ar saugoti save nuo ligų remiantis šeimos narių / draugų patarimais	112 (57,1)*	58 (29,6)	26 (13,3)	83 (42,8)*	78 (40,2)	33 (17,0)
Lengva nusprendžia, kaip apsaugoti save nuo ligų remiantis žiniasklaidoje pateikiama informacija	87 (44,4)*	64 (32,7)	45 (23,0)	52 (26,8)*	87 (44,8)	55 (28,4)
Lengvai priima sprendimus, kurie pagerina sveikatą	140 (71,4)**	31 (15,8)	25 (12,8)	107 (55,2)**	47 (24,2)	40 (20,6)
Lengva pradėti mankštintis	116 (59,2)	26 (13,3)	54 (27,6)	86 (49,1)	44 (25,1)	45 (25,7)

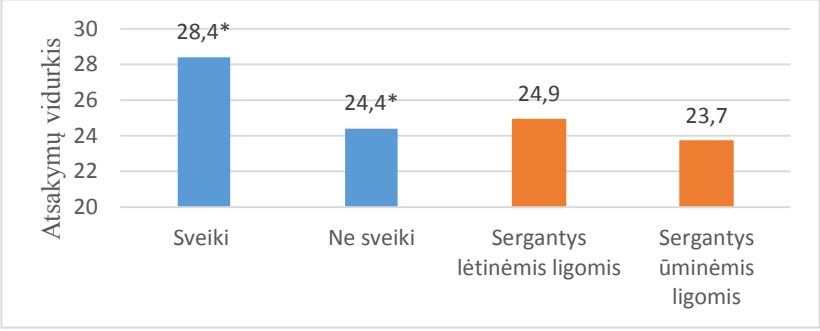
11 lentelės tęsinys

Lengvai paveikia gyvenimo sąlygas, kurios turi įtakos sveikatai	106 (54,0)*	45 (23,0)	45 (23,0)	69 (35,6)*	75 (38,7)	50 (25,8)
Lengvai dalyvauja veikloje, kuri gerina sveikatą / savijautą bendruomenėje / kaimynystėje	99 (50,5)*	56 (28,6)	41 (20,9)	73 (37,6)*	68 (35,1)	53 (27,3)

*p<0,05
**p<0,001

Sveikų asmenų grupės respondentai dažniau nei sergančių asmenų grupės respondentai (88,3 proc.) vadovaujasi vaistų instrukcija bei vykdo gydytojo ir vaistininko nurodymus (95,9 proc.), taip pat jiems lengviau priimti sprendimus, kurie gali pagerinti jų sveikatą. Sergančių asmenų grupės respondentai sunkiau nei sveikų asmenų grupės respondentai apsisprendžia dėl skiepo nuo gripo reikalingumo – atitinkamai 37,6 proc. ir 16,8 proc. Ketvirtadaliui (25,7 proc.) sergančių asmenų grupės respondentų sunku pradėti mankštintis (respondentai, kurie dėl ligos negali mankštintis ar sportuoti, nebuvo vertinami), tačiau sveikų asmenų grupės respondentų, kurie nurodė, jog jiems sunku pradėti sportuoti buvo daugiau – 27,6 proc.

Galima teigti, kad sveikų asmenų grupės respondentai lengviau priima sprendimus ir imasi įvairių veiksmų, kurie, tikėtina, pagerins jų sveikatą. Tai įrodo sveikų ir sergančių asmenų grupių respondentų atsakymų vidurkis (28,4 ir 24,4 p<0,001) (9 *pav.*). Skirtumo tarp lėtinėmis ligomis sergančių ir ūminėmis ligomis sergančių asmenų nebuvo, jų atsakymų vidurkiai beveik tapatūs – atitinkamai 24,9 ir 23,7, (p>0,05).



9 pav. Respondentų galimybė pritaikyti informaciją, susijusią su sveikata, (p<0,001)

Taigi sveikų asmenų grupės respondentai lyginant su sergančių asmenų grupės respondentais, dažniau nurodo, kad jiems lengva surasti įvairaus pobūdžio informaciją, kuri susijusi su sveikata, taip pat sveikų asmenų grupės respondentai rečiau negu sergančių asmenų grupės respondentai nesidomi informacija, kuri susijusi su sveikata. Nustatyta, kad sveikų asmenų grupės respondentams lengviau suprasti informaciją, susijusią su sveikata, ir ją įvertinti, palyginti su

sergančių asmenų grupės respondentais. Pritaikyti informaciją, susijusia su sveikata, lengviau sveikų asmenų grupės respondentams.

Lyginant asmenų, sergančių lėtinėmis ligomis, ir asmenų, sergančių ūminėmis ligomis, pateiktą informaciją, pastebėta, kad asmenys, kurie serga lėtinėmis ligomis lengviau įvertina informaciją, susijusią su sveikata. Vertinant asmenų, sergančių lėtinėmis ligomis, ir asmenų, sergančių ūminėmis ligomis, informacijos paiešką, supratimą ir pritaikymą skirtumų nėra.

Tiek sergantiems, tiek sveikiems respondentams daugiausia sunkumų sukelia klausimai, susiję su sveikatos skatinimu. Informacijos paieška, poreikio įvertinimas ir apsisprendimas dėl skiepų reikalingumo lengva nedaugeliui tyrime dalyvavusių respondentų. Psichinės sveikatos palaikymas, sveikatos skatinimas darbe ir kaimynystėje dažniausiai lengvas tik pusei sveikų asmenų grupės respondentų ir apie trečdaliui sergančių asmenų grupės respondentų.

3.3. Sveikatos būklės ir elgsenos įvertinimas

Tam, kad būtų galima nustatyti respondentų dalyvavimą prevencinėse programose, buvo atrinkti respondentai, pagal amžių tinkantys šiuo metu veikančioms prevencinėms programoms. Sveikų asmenų grupės respondentai dažniau (78,0 proc.) dalyvavo prevencinėse programose, nei sergantieji (64,8 proc.). Kuo dažniau sergančių asmenų grupės respondentai apsilanko pas sveikatos priežiūros specialistus, tuo daugiau jų (66,7 proc.) dalyvauja prevencinėse programose. Respondentų apsilankymai pas sveikatos priežiūros specialistus ir dalyvavimas prevencinėse programose pateikti 12 lentelėje.

12 lentelė. **Dalyvavimo prevencinėse programose ir apsilankymo pas sveikatos priežiūros specialistus dažnis per metus**

Apsilankymas pas gydytoją per metus		Rečiau nei 1 kartas n (proc.)	1 kartas per metus n (proc.)	2–3 kartai per metus n (proc.)	Dažniau nei 3 kartus per metus n (proc.)	Iš viso n (proc.)
Sveiki respondentai (n=91)	Dalyvavo	11 (15,5)	24 (33,8)	31 (43,7)	5 (7,0)	71 (78,0)*
	Nedalyvavo	2 (10,0)	11 (55,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	20 (22,0)
Sergantys respondentai (n=162)	Dalyvavo	2 (2,2)	6 (6,5)	23 (24,7)	62 (66,7)**	164 (64,8)
	Nedalyvavo	4 (5,8)	26 (37,7)	20 (29,0)	19 (27,5)	89 (35,3)

*p<0,05 palyginus su sergančiais respondentais

**p<0,001 palyginus apsilankymo dažnumą tarp sergančių respondentų

Atlikus tyrime, pastebėta, kad dauguma tyrime dalyvavusių respondentų nerūko.

13 lentelė. **Rūkymo paplitimas tarp respondentų**

Respondentai / Rūkymo dažnis	Sveiki n (proc.)	Sergantys n (proc.)
Kasdien	27 (13,8)	23 (11,9)
Retai	25 (12,8)	14 (7,2)
Rūkiau, bet mečiau	9 (4,6)	23 (11,9)
Nerūkau	135 (68,9)	134 (69,1)

Tarp sveikų asmenų grupės respondentų nerūkančių – 68,9 proc. tarp sergančių asmenų grupės respondentų – 69,1 proc. Tam, kad būtų galima įvertinti sveikų ir sergančių asmenų grupės respondentų sveikatos būklės sąsają (priklausomybė) su sportiniais užsiėmimais, atsakymų variantai buvo sugrupuoti į: sportuoja arba nesportuoja. Taip pat respondentai, kurie dėl ligos ar negalios negali mankštintis, nebuvo įtraukti. Dauguma sveikų asmenų grupės respondentų (79,1 proc.) mankštinasi, tarp sergančių asmenų grupės respondentų tokių rasta 64,6 proc.

***14 lentelė*. Respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimus sportu**

Respondentai / Sportuoja	Sveiki n (proc.)	Sergantys n (proc.)
Taip	155 (79,1)	41 (20,9)
Ne	113 (64,6)	62 (35,4)

p>0,05

Sergančių asmenų grupės respondentai dažniau nevartoja maisto papildų, nei sveikos asmenų grupės respondentai – atitinkamai 45,9 proc. ir 34,2 proc.

***15 lentelė.* Maisto papildų vartojimas respondentų grupėse**

Respondentai / Maisto papildų vartojimo dažnumas	Sveiki n (proc.)	Sergantys n (proc.)
Nevartoja	67 (34,2)	89 (45,9)
1 mėn. per metus	24 (12,2)	27 (13,9)
2–3 mėn. per metus	62 (31,6)	49 (25,3)
4–5	29 (14,8)	21 (10,8)
Dažniau nei 5 kartus per metus	14 (7,1)	8 (4,1)

p<0,05

Lentelėje matomas skirtumas nėra statistiškai reikšmingas, (p>0,05).

Apibendrinant, galima teigti, kad sveikų asmenų grupės respondentai sąmoningai dalyvauja prevencinėse programose. Sergančių asmenų grupės respondentų dalyvavimą prevencinėse programose lemia dažnas apsilankymas pas sveikatos priežiūros specialistus. Sveikų asmenų grupės respondentai dažniau sportuoja nei sergančių asmenų grupės respondentai, tačiau nėra skirtumo tarp respondentų grupių ir rūkymo paplitimo bei maisto papildų vartojimo.

4. Rezultatų aptarimas

2009 metais Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, ligoninėse tirtų respondentų, turinčių nepakankamą sveikatos raštingumo lygį, buvo 35,2 proc. Šio magistro darbo tyrimo metu sergančių asmenų grupės respondentai, turintys žemą ir probleminį sveikatos raštingumo lygį, sudarė 83,8 proc. Tokį didelį skirtumą galėjo lemti nevienoda sveikatos raštingumo lygio nustatymo metodika[157], tačiau kitose šalyse atliktų tyrimų rezultatai panašūs į šio magistro darbo tyrimo rezultatus. Pavyzdžiui, Bulgarijoje nepakankamu sveikatos raštingumo lygiu buvo įvertinta 62,1 proc. tiriamųjų[158].

Svarbus rodiklis, galėjęs nulemti neigiamą sveikatos raštingumo lygį, galėjo būti apklaustųjų tautybė. Nustatyta, kad dėl kalbos nemokėjimo arba prasto jos suvokimo, kitų tautybių asmenų sveikatos raštingumo lygis būna žemesnis, nei tos šalies piliečių[159].

Svarbu paminėti, kad remiantis Lietuvos statistikos duomenimis, 2011 metais Vilniaus apskrityje buvo tik 59,4 proc. gyventojų, kurie pagal tautinę sudėtį buvo lietuviai[160]. Kadangi sergantieji buvo apklausiami VšĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinikose, tikėtina, kad tarp sergančių asmenų daug buvo nelietuvių.

Atliktų tyrimų, atskirai nustatančių sveikų asmenų sveikatos raštingumo lygį, rasta nebuvo, todėl šiuo tyrimu gauti duomenys netinkami lyginti sveikų asmenų grupės respondentų duomenis.

Vertinant kitus aspektus, tyrimo rezultatai sutampa su literatūroje aptartais duomenimis. Nustatyta, kad sveiki asmenys dažniau apsilanko pas sveikatos priežiūros specialistus profilaktiniams tyrimams[161]. Šio tyrimo metu sveikų asmenų grupės respondentai dažniau (78,0 proc.), nei sergančių asmenų grupės respondentai (64,8 proc.), dalyvavo prevencinėse programose. Dalyvavimas prevencinėse programose stebimas aukštesnis (68 proc.), nei kitų autorių atliktų tyrimo metų duomenimis (53,7 proc.)[162].

Nustatyta, kad 69 proc. Lietuvos gyventojų nežino apie sveikatos biurus[163], todėl galima teigti, kad silpna sveikatos centrų veikla arba prasta informacijos apie jų veiklą sklaida mažina gyventojų galimybę gerinti sveikatą arba gauti informaciją apie veiklą, skatinančią sveikatą. Šio

[157] Zagurskienė, Daiva, *2009. "Pacientų Sveikatos Raštingumo Vertinimas". Daktaro Disertacija, Kauno Medicinos Univertitetas.*
[158] Sorensen, Kristine et al., "Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health 25,6 (2015)."
[159] Sentell, Tetine and Braun, Kathryn, "Low Health Literacy, Limeted English Proficiency, and Health Status in Asians, Latinos, and Other Racial/ethnic Groups in California. Health Commun. 17,3 (2012): 82-89."
[160] "Lietuvos Statistikos Departamentas. Gyventojai Pagal Tautybę, Gimtąją Kalbą Ir Tikybą. Lietuvos Respublikos 2011 Metų Visuotinio Gyventojų Ir Būstų Surašymo Rezultatai."
[161] Kriaučionienė, Vilma, Barkauskienė, Audronė, and Petkevičienė, Janina, "Kauno Universitetų Studentų Subjektyvi Sveikatos Ir Jos Pokyčiai 2000-2010 m." Visuomenės Sveikata 2,61 (2013): 82-88."
[162] Petronytė, Gintarė et al., "Gyventojų Informuotumą, Dalyvavimą Ir Požiūrį Į Onkologinių Ir Širdies Kraujagyslių Ligų Prevencines Programas Sąlygojantys veiksniai." Visuomenės Sveikata 2, 61 (2013): 31- 37."
[163] "Valstybinio Audito ataskaita. 'Visuomenės Sveikatos Stiprinimo Organizavimas savivaldybėse.' 2015 M. Kovo 10 D. Nr. VA-P-10-2-3."

tyrimo rezultatai parodė prastus klausimų, susijusių su visuomenės sveikatos aspektais, rezultatus. Tik 33,7 proc. sveikų asmenų grupės respondentų ir 28,0 proc. sergančių asmenų grupės respondentų gali nuspręsti, kokių jiems reikia skiepų, o apsispręsti dėl gripo skiepo būtinumo gali tik 58,7 proc. sveikų asmenų grupės respondentų ir 42,3 proc. sergančių asmenų grupės respondentų. Veikloje, kuri gerina sveikatą ir savijautą, dalyvavo 50,5 proc. sveikų asmenų grupės respondentų ir 37,6 proc. sergančių asmenų grupės respondentų.

Europos Sąjungos šalių atlikto tyrimo duomenimis, 71 proc. interneto naudotojų ieško informacijos apie sveikatą[164]. Šio tyrimo duomenimis, internetą, kaip sveikatos informacijos šaltinį, nurodo 70,5 proc. visų respondentų, arba 85,7 proc. sveikų asmenų grupės respondentų ir 55,2 proc. sergančių asmenų grupės respondentų.

[164] Hege K Andreassen et al., "European Citizens' Use of E-Health Services: A Study of Seven countries." BMC Public Health 7, 53 (2007): 53."

5. IŠVADOS

1. Sveikų (neturinčių sveikatos sutrikimų) asmenų sveikatos raštingumo lygis yra aukštesnis negu sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) asmenų. Tyrimai parodė, kad aukštesnį sveikatos raštingumo lygį lemia – gebėjimas surasti informaciją, susijusią su sveikata, tos informacijos suvokimas ir pritaikymas. Dažniausias sveikų asmenų sveikatos informacijos sklaidos šaltinis yra internetas, o sveikatos priežiūros specialistai, kaip sveikatos informacijos šaltinis, tiek sveikų, tiek sergančių asmenų įvardijami vienodu dažnumu. Kadangi nustatyta, kad sveikatos priežiūros specialistai daugiausia laiko skiria dokumentų pildymui, o ne pacientų mokymui / konsultavimui sveikatos klausimais, tai padidinus vienam pacientui skiriamo laiko limitą, galima pasiekti ne tik geresnį asmenų sveikatos raštingumo lygį, bet ir pagerinti visuomenės sveikatos rodiklius

2. Tiek sveikų asmenų grupės respondentų, tiek sergančių asmenų grupės respondentų, kurie yra 18–54 metų amžiaus, sveikatos raštingumo lygis yra neigiamas. Tarp sveikų asmenų grupės respondentų vyravo probleminis sveiktos raštingumo lygis, tarp sergančių asmenų grupės respondentų – žemas sveikatos raštingumo lygis.

3. Sveikatos raštingumo lygis nepriklauso nuo lyties, tačiau yra skirtumas tarp sveikų asmenų grupės moterų ir sergančių asmenų grupės moterų, bei sveikų ir sergančių asmenų grupės vyrų sveikatos raštingumo lygių. Išsilavinimas nėra veiksnys, nuo kurio priklauso respondentų sveikatos raštingumo lygis.

4. Sveikiems asmenims lengviau surasti ir suprasti informaciją, kuri susijusi su sveikata. Sveiki asmenys gali lengviau įvertinti informaciją, kuri gali turėti įtakos jų sveikatai, taip pat sveikiems asmenims lengviau nei sergantiems asmenims imtis veiksmų ir pritaikyti gautą informaciją gyvenime. Skirtumas tarp asmenų, sergančių lėtinėmis ligomis, ir asmenų, sergančių ūminėmis ligomis, pastebimas tik vertinant informaciją, turinčią įtakos jų sveikatai.

5. Sveiki asmenys dažniau nei sergantys asmenys dalyvauja šiuo metu Lietuvoje vykdomose privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis finansuojamose prevencinėse programose. Sergančių asmenų dalyvavimą prevencinėse programose lemia apsilankymų pas asmens sveikatos priežiūros specialistus skaičiaus per metus – kuo dažniau jie eina pas specialistus, tuo didesnė tikimybė, jog dalyvaus prevencinėse programose. Sveiki asmenis dažniau nei sergantys asmenys mankštinasi, tačiau skirtumo tarp rūkymo propagavimo ir maisto papildų vartojimo nėra.

6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad tiek sveikų tiek sergančių asmenų sveikatos raštingumo lygis yra nepakankamas, nors sveikų asmenų sveikatos raštingumo lygis yra nežymiai aukštesnis.

Kadangi sveiki asmenys turi aukštesnį sveikatos raštingumo lygį, tai jiems lengviau surasti, suprasti, įvertinti ir pritaikyti informaciją, kuri yra susijusi su sveikata nei tiems asmenims, kurie serga ar turi sveikatos sutrikimų. Kadangi negalima teigti, kad nuo sveikatos raštingumo lygio priklauso sveikata, todėl padidinus sveikatos raštingumo lygį, asmuo, susirgęs lėtine arba ūmine liga, galės tinkamiau pasirūpinti savimi, o nesirgdamas galės imtis veiksnių, kurie neblogintų jų sveikatos.

Vadovaujantis gautais tyrimo rezultatais, rekomenduojama:

1. imtis veiksmų, skatinančių sveikatos raštingumą visose amžiaus grupėse (ne tik tikslinėse gyventojų grupėse);

2. kurti nacionalinę programą, skatinančią sveikatos raštingumą. Ją galėtų įgyvendinti visuomenės sveikatos centrai;

3. skatinti asmens sveikatos priežiūros specialistus daugiau dėmesio skirti pacientų konsultavimui sveikatos mokymo ir stiprinimo klausimais, o ne vien ligų gydymui;

4. skatinti retų ligų sistemos veiklą Lietuvoje ir taikant e.sveikatos priemones kurti informacinę sistemą, skatinančią sveikatos raštingumą.

7. LITERATŪROS ŠALTINIAI

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie susisiekimo ministerijos „Asmenų pasiskirstymas pagal naudojimosi internetu dažnumą ir užimtumą.“ Žiūrėta 2016 04 29. http://statistika.ivpk.lt/temos/1051
2. Komisijos ataskaita Europos parlamentui ir Tarybai. Antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje įgyvendinimas 2013 m. SWD 122 Final (2015).
3. Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas. *Valstybės Žinios,* 70, 3170 (2003).
4. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės Žinios,* 145, 6425 (2009).
5. Lietuvos Respublikos seimas „Dėl Lietuvos Sveikatos 2014-2025 Metų Programos Patvirtinimo.“ Žiūrėta 2016 08 30 Https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163/EqCSvuXXpG
6. Lietuvos Respublikos seimo sveikatos reikalų komiteto 2012 Kovo 28 d. sprendimas NR. 111-S-4. „Dėl PSO Europos Sveikatos politikos Sveikata 2020“.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014-2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija „Dėl kraujo donorų sveikatos tikrinimo tvarkos aprašo, privalomųjų tyrimų sąrašo, reikiamų sveikatos rodiklių ir kraujo donorų apklausos anketos patvirtinimo.“ *Valstybės Žinios, 18, 588 (2005).*
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14: 2005 Šeimos Gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė.“ *Valstybės Žinios* 3, 62 (2006).
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė patvirtinimo.“ *Valstybės Žinios* 72, 3490 (2011).
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė patvirtinimo.“ *Valstybės Žinios* 82, 4015 (2011).
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015m. rugpjūčio 27 d. Įsakymas Nr. V-1006 „Dėl Lietuvos E.Sveikatos sistemos 2015-2025 plėtros programos patvirtinimo. “

13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 gruodžio 05 d. Įsakymas Nr. V-1273 "Dėl skatinimo racionaliai vartoti vaistus 2015-2017 m. Priemonių plano patvirtinimo."
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. „Dėl nacionalinės veiklos, susijusios su retomis ligomis, plano patvirtinimo." *Valstybės Žinios* 124, 6239 (2012).
15. „Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas," *Valstybės Žinios* 56, 2225 (2002).

Kiti šaltiniai:

16. Aldoory, Linda, Barrett, Ryan, Katherine, Emperatriz, and Rouhani, Ayma Martha. „Best practices and new models of health literacy for informed consent: Review of the impact of informed consent regulations on health literate communications." *Commissioned Paper for the Institute of Medicine,* 2014.
17. Barzda, Albertas, Bartkevičiūtė, Roma, Baltušytė, Ignė, Stukas, Rimantas, and Bartkevičiūtė, Sandra „Suaugusių ir pagyvenusių Lietuvos gyventojų faktinės mitybos ir mitybos įpročių tyrimas." *Visuomenės Sveikata* 1,72 (2016): 85-94.
18. Bilevičienė, Tatjana, ir Jonušauskas, Steponas. „Statistinio Tyrimo Projektas." Iš Statistinių Metodų Taikymas Rinkos Tyrimuose." 32, Vilnius: 2011 Mykolo Romerio Universitetas.
19. Canadian Medical Association. „Health equity and the social determinants of health: A role for the medical profession." CMA POLICY (2013).
20. Castro-Sanchez, Enrique, Chang, Peter, Vila-Candel, Rafael, Escobedo, Angel, and Holmes, Alison. „Health Literacy and infectious diseases: Why does it matter?" *International journal of infectious diseases* 43 (2016): 103-110.
21. Čekanauskaitė, Asta, ir Gefenas, Eugenijus. „Informuoto asmens sutikimas: ką turėtų žinoti ir ką iš tiesų žino biomedicininių tyrimų dalyviai?" *Visuomenės Sveikata* 4, 51(2010): 45-52.
22. Centers for disease control and prevention. "Everyday Words for Public Health Communication. 2015.
23. Česnaitienė, Vida-Janina, Valantinė, Irena, and Ossovsky, Zbigniev. „Health Literacy, physical activity and motivation to exercise for students in sports science study programs". XIII Enssee Forum. European Network of Sport Science, education employment (2015):56.
24. Chiarelli, Lynn. „Low health literacy and chronic disease prevention and control - Perspectives from the health and public health sectors." Canadian Public Health Association, 2006.
25. Chronic Disease alliance "A Unified Prevention Approach. The Case for Urgent Politial Action. To Redue the Social and Economic Burden of Chronic Disease through prevention" 2010.
26. *Conducted by TNS Political & Social at the Request of the European Commission, Directorate-General Employment, Social Affairs and Inclusion. "Working Conditions". 2014*.

27. Cordasco, Kristina. „Obtaining Informed Consent Form Patients: Brief Update review. Making health care safer II: An updated critical analysis at the evidence for patient safety practices.“ *Evidence Report. Technology Assessment. 211 (2013): 461- 471*
28. Coulter, Angela, and Jo Ellins. „Patient-Focused Interventions. A Review of the evidence.“ *Picker Institute Europe, 2006*.
29. Dahlgren, Goran, and Whitehead, Margaret. „European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.“ *Who collaborating centre for policy research on social determinants of health univertisy of Liverpool*, 2006.
30. Dahlgren, Goran, and Whitehead, Margaret. „Policies and strategies to promote social equity in health. Stochkolm, Sweden: Institute for Futures Studies. 1991.
31. Zagurskienė, Daiva. ir Misevičienė Irena. „Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamą sveikatos informaciją.“ *Medicina* 46,1 (2010) 27-34.
32. David Dugdale, Ronald Epstein, and Steven Pantilat. „Time and the patient-physician relationship.“ *Journal of General Internal Medicine* 14,1 (1999): 34-40.
33. Davis, Terry, Williams, Mark, Marin, Estela, Parker, Ruth, and Glass, Jonathan. „Health Literacy and Cancer communication.“ *Ca: A Cancer Journal for Clinicians* 52, 3 (2002) 134-149
34. D'Eath M., Barry MM, and Sixsmith J. „A rapid evidence review of interventions for improving Health Literacy. Insights into Health communication. *“ ECDC Technical Report. Stockholm: ECDC, 2012*.
35. DeWalt, Darren, Dilling, Marylee, Rosenthal, Marjorie, and Pignone, Michael. „Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children ambulatory.“ *Ambulatory Pediatrics* 7,1 (2007): 25-31.
36. Domeikienė, Auksė. „Serganičiųjų cukriniu diabetu sveikatos priežiūra ir ligos kontrolė: Šeimos gydytojo vaidmuo bei poreikiai.“ Daktaro disertacija, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, 2012.
37. Edwards, Michelle, Wood, Fiona, Davies, Myfanwy, and Edwards, Adrian. „The development of health literacy in patients with a long term health condition: The health literacy pathway model.“ *BMC Public Health* 12,130 (2014).
38. Eichler, Klaus, Wieser, Simon, and Brügger, Urs. „The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic review." *International Journal of Public Health* 54,5 (2009):313-324.
39. Eltorai, Adam, Naqvi, Syed, Craig, Soha, Ghanian, Weiss and Daniels, Alan. „Readability of invasive procedure consent forms.“ *Clinical and Translational Science* 8,6 (2015): 830- 833.
40. Elwood, Peter, Galante, Julieta, Pichering, Janet, Palmer, Stephen, Bayer, Antony, Ben-Shlomo, Yoav, and Longley, John Gallacher.. „Healthy Lifestyle reduce the incidence of chronic diseases

and dementia: evidence from the Caerphilly Cohort study.“ *PLos ONE* 8,12 (2013) http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0081877

41. European Patients’ forum spring conference. “Health Literracy. Conference Report. Brussels 2008, April 8-9.
42. Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra. Saugiose Darbo Vietose- Stresas Yra Valdomas. Kompanijos Vadovas. Streso ir psichocialinės rizikos valdymas darbe.
43. Eurostat Statistics Explained, ‘Informacinės Visuomenės Statistika. Namų Ūkiai Ir Asmenys’, Žiūrėta 2016 04 29 http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Information_society_statistics__households_and_individuals/lt#Interneto_prieiga
44. Fadda, Marta, Depping, Miriam, and Schulz, Peter.„Addressing Issues of Vaccination literacy and psychological empowerment in the measles-mumps-rubella (MMR) vaccination decision-Making: A Qualitative study." *MMC Public Health* 15, 836 (2015)
45. Foster, Alan, Clark, Heather, Menard, Alex, Dupuis, Natalie, Chernish, Robert, Chandok, Natasha, Khan, Asmat, and van Walraven, Carl, „Adverse events among medical patients after discharge from hospital." *Canadian Medical Association jornal* 170,3 (2004):345-349.
46. Graham, Suzanne, and Brookey, John. “Do Patients understand?“ *The Permanente Journal* 12,3 (2008):67-69.
47. Gražulevičienė, Regina. „Žmogaus Aplinka Ir Jos Poveikis Sveikatai. Naujausių Gamtos Mokslo Žinių Sklaidos Mokytojams Tinklas.“ Projektas BPD2004-ESF-2.4.0-01-04/0157
48. Hamnes, Bente, Van Eijk, Yvonne, and Primdahl, Jette. “„Readability of patient information and consent documents in rheumatological studies “. BMC Medical Ethics. 17, 42 (2016).
49. Hege K Andreassen, Maria M Bujnowska-Fedak, Catherine E Chronaki, Roxama C Dumitru, Iveta Pudule, Silvina Santana, Henning Voss, and Rolf Wynn.„European Citizens’ Use of E-Health Services: A Study of Seven countries.“ *BMC Public Health* 7, 53 (2007): 53.
50. Higienos Institutas, sveikatos informacijos centras, „Sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje," 9 (2015).
51. Higienos institutas, sveikatos informacijos centras. „Gimimų Medicininiai Duomenys. Medical Data of Births. 2014 M. Vilnius (2015) 66.
52. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, „Kraujo donorų registro duomenys 2015 m.“ Vilnius (2016).
53. Higienos instituto profesinės sveikatos centro informacija. „Baigėsi projektas ‘Sveikatos ugdymo darbo vietose tyrimas: Esama Padėtis Ir Poreikiai“. *Visuomenės Sveikata* 4, 67 (2014): 90-92.

54. HLS EU. “Comparative Report on Health Literacy in Eight Eu Members States". The European Health Literacy Project 2009-2012
55. Jackson, Richard. „Parental health literacy and children’s dental health: Implications for the Future". *Pediatric Dentistry* 28,1 (2006): 72-75.
56. Javtokas Zenona, „Sveikatos Stiprinimo Konspekto Papildymas“ Vilnius (2015).
57. Javtokas, Zenonas, Sabaliauskas, Romualdas, Žagminas, Kęstutis, ir Umbrasaitė, Jolanta. “Suaugusių Lietuvos Gyventojų Sveikatos raštingumas" *Visuomenės Sveikata* 4,63(2013): 38- 46.
58. Jurevičienė, Elena. VšĮ Vilniaus Universiteto Ligoninės Santariškių Klinikos 2015 m. Veiklos ataskaita.
59. Kalėdienė, Ramunė, Starkuvienė, Skirmantė, Petrauskienė, Jadvyga, ir Kaselienė, Snieguolė. „Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės netolygumai bei juos lemiančios mirties priežastys.“ *Medicina* 46,11 (2010): 774-780.
60. Katkauskaitė, Jovita. “Alytaus Miesto Gyventojų Sveikatos Raštingumo Tyrimo Duomenų apžvalga," Alytaus Miesto Savivaldybės Visuomenės Sveikatos Biuras. Alytus (2013).
61. Kazėnaitė, Edita, Narškevičienė, Jolanta, Liakina, Valentina, Jakutienė, Jolita, and Lukšienė, Aloyza. „Demografinių Veiksnių Ir priešvirusinio gydymo įtaka sergančiųjų lėtiniu virusinu hepatitu C gyvenimo kokybei.“ *Medicinos Teorija Ir Praktika* 16,2 (2010): 124-130.
62. Kerienė, Virginija, Grabauskas, Vilius, and Kurtinaitis, Juozas. „Preliminarūs Lietuvos prevencinės gimdos kaklelio vėžio atrankos patikros programos ekonominiovertinimo aspektai.“ *Lietuvos Bendrosios Praktikos Gydytojas*, 8,5 (2009): 288- 297.
63. Kim S., Love F., Quistberg A., and Shea J., „Association on health literacy with self-management behavior in patients with diabets.“ *Diabets Care* 27, 12 (2004) :2980-2982.
64. Kriaučionienė, Vilma, Barkauskienė, Audronė, ir Petkevičienė, Janina „Kauno universitetų studentų subjektyvi sveikatos ir jos pokyčiai 2000-2010 m.“ *Visuomenės Sveikata* 2,61 (2013): 82-88.
65. Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojai pagal tautybę, gimtąją kalbą ir tikybą. Lietuvos Respublikos 2011 metų visuotinio gyventojų ir būstų surašymo rezultatai.
66. Lipunova, Nadežda, ir Gurevičius, Romualdas. „Sergamumo 2-ojo tipo diabetu dinamika įvairiose gimimo kohortose 2002- 2013 m. Lietuvoje.“ *Visuomenės Sveikata* 3,70 (2015): 39-45.
67. Luengo-Fernandez, Ramon, Leal, Jose, Gray, Alastair, and Sullivan, Richard. „Economic burden of cancer across the European Union: a Population - based cost analysis.“ *The Lancet Oncology* 14,12 (2013):1165-1174.
68. Manganello, Jennifer. “Health Literacy and adolescents: A framework and agenda for future research.“ *Health Education Research* 23,5 (2008) 840-847.

69. Marc, De Greef, and Van den Broek Karia. *"Making the Case for Workplace Health Promotion. Analysis of the Effects of WHP," (Brussels, 2004)*.
70. Masiulaitytė-Šukevič, Inga, Litvinavičienė, Sigutė, Ablingienė, Aldona, Bankietienė, Virginija, Dapšienė, Gailė, Deveikytė, Regina, Samuolis, Gediminas, and Skamaročienė, Violeta. „Moterys ir vyrai Lietuvoje 2015." Lietuvos statistikos departamentas. Vilnius (2016)
71. McDaid, David. „Investing in health literacy. What do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people?" (2016).
72. McNaughton, Candace, Cawthon, Courtney, Kripalani, Sunil, Liu, Dandan, Storrow, Alan, and Roumie, Christianne. „Health literacy and morality: A cohort study of patients hospitalized for acute heart failure." *Journal of the American Heart Association* 4,6 (2015).
73. Mekšriūnaitė, Sandra, and Gurevičius, Romualdas. „Mirtingumas nuo plaučių vėžio, išeminės širdies ligos ir lėtinės obstrukcinės plaučių ligos. Alternatyvi prognozė Lietuvoje taikant skirtingus rūkymo paplitimo populiacijoje scenarijus." *Visuomenės Sveikata* 2, 73 (2016): 26-36.
74. Mikaliūkštienė, Aldona. "Sergančiųjų 2-ojo tipo cukriniu diabetu gyvenimo kokybės ir emocinės nūsenos ryšys su ligos ir socialiniais veiksniais." Daktaro Disertacija, Vilniaus Universitetas, 2010.
75. Mirties Priežastys (Išankstiniai Duomenys) 2015. Higienos Institutas, Vilnius 2016.
76. Moon, Rachel, Cheng, Tina, Patel, Kantilal, Baumhaft, Kalanit, and Scheidt, Peter. „Parental literacy level and understanding of medical information." *Pediatrics* 102,2 (1998).
77. Monkman, Helen and Kushniruk, Andre „eHealth literacy issues, constructs, models, and methods for health information technology design and evaluation." *Knowledge Management & E-Learning. 7,4 (2015): 541-549.*
78. Morris, Nancy, Field, Terry, Wagner, Joann, Cutrona, Sarah, Robin, Douglas, Gaglio, Bridget, Williams, Andrew, Han, Paul, Constanza, Mary, and Mazor, Kathleen. „The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge." *J Helath Commun* 18, 1 (2013): 223-241.
79. Nacionalinių Stebėsenos Rodiklių Skaičiavimo Aprašas. Žiūrėta 2016 08 20 http://www.esinvesticijos.lt/docview/?url=/uploads/documents/docs/3794_fad165ea4461a9be0bca4e6d4431609d.docx
80. Našlėnė, Žilvinė, and Želvienė, Aušra. „Gyvenimo trukmės be negalios Lietuvoje 2012-2014 m." *Visuomenės Sveikatos Netolygumai* 4,13 (2015).
81. Našlėnė, Žilvinė, and Želvienė, Aušra. „Lietuvos jaunimo sveikatos būklė." Higienos institutas, sveikatos informacijos centras. Biostatistinės analizės syrius. Visuomenės Sveikatos Netolygumai. 3,16 (2016).

82. National center for health marketing. “Plain Language Thesaurus for Health Communications. Draft Version 3. 2007.
83. Neter, Efrat, and Brainin, Esther. „Health literacy: a marker for ‘digital divide’ in health informaion.“ *Reviews in Health Care* 3,3 (2012):145-151.
84. New south wales department of Health. “Public Healt Classifications Project- Determinants of Health. Phase Two: Final report."NSW Department of Health 2010.
85. Niya, Werts, and Laurencia, Hutton-Rogers. „Barriers to ahieving E-health literacy.“ *American journal of health scences* 4,3 (2013): 115-120.
86. Norman, Cameron, and Skinner Harvey, „eHealth Literacy: Essential skills for consumer health in a networked word.“ *Journal of Medical Internet Research* 8:2(2006).
87. OECD. Education at a Glance. *OECD Indicators* 2014.
88. OPRHANET Internetinė Svetainė, Žiūrėta 2016 05 01, http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=EN
89. Petronytė, Gintarė, Kanapeckienė, Virginija, Eigirdaitė, Aušra, ir Jurkuvėnas, Vytautas. „Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai.“ *Visuomenės Sveikata* 2, 61 (2013): 31- 37.
90. Pilipavičienė. Lolita, ir Vainsuskas, Saulius. „Sveikatos stiprinimas darbe: vykdymo apimtis ir darbuotojų dalyvavimui įtakos turintys veiksniai.“ *Visuomenės Sveikata* 2, 76 (2016): 18-25.
91. Pohl, Anna-Lena, Griebel. Lena, and Trill, Roland. „Contemporary eHealth literacy research - an overview with focus on germany.“ 3th European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics. (2015): 91-104.
92. Povilanskienė, Rasa, ir Jurkuvėnas, Vytautas. „Gyventojų sveikatos žinios ir elgsena savivaldybėse, įgyvendinančiose valstybinę visuomenės sveikatos priežiūros plėtroms savivaldybėse 2007-2010 metų programą.“ *Visuomenės Sveikata* 3,54 (2011):18-24.
93. Reed, Kurtis, Brewer, Jerry, Lohse, Christine, Bringe, Kariline, Pruitt, Crystal, and Gibson, Lawrence. „Increascing incidence of melanoma among young adults: an epidemiological study in Olmsted County,Minnesota.“ *Mayo Clinic Proceedings* 87, 4 (2012): 328-334.
94. Reisi, Mahnoush, Javadzade, Homamodin, Sharifirad, Gholamreza, and Heydarabadi, Akhbar. „The Relationship between Funcional Health Literacy and Health Promoting Behaviors among Older adults.“ *Journal of Education and Health Promotrion* 3, 119 (2014): 1-5
95. Report of the Council on Scientific Affairs. „Health Literacy.“ *JAMA 281,* 6 (1999): 552- 557.
96. Respublikinė Vilniaus Universitetinė Ligoninė. 2015 Metų Veiklos Ataskaita. Vilnius (2016).
97. Rugilė Ivanauskienė. „Krūties vėžio kaštai, išgyvenamumas ir sergančiųjų gyvenimo kokybė.“ Daktaro Disertacija, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos Akademija, 2012.

98. Schillinger, Dean. „Association of health literacy with diabetes outcomes.“ *JAMA* 288,4 (2002): 475.

99. Sentell, Tetine, and Braun, Kathryn. „Low health literacy, limited English proficiency, and health status in Asians, Latinos, and Other Racial/ethnic Groups in California.“ *Health Commun* 17,3 (2012): 82-89.

100. Setiawan, Didik, Dolk, Franklin Christiaan, Suwantika, Auliya, Westra, Tjalke Arend, Willschut, Jan, and Postma, Maarten Jacobus. „Cost-utility analysis of human papillomavirus vaccination and cervical screening on cervical cancer patient in Indonesia." *Value in Health Regional Issues* 9 (2016): 84-92.

101.Shaw, Susan, Huebner, Cristina, Julie, Armin, Orzech, Katherine, and Vivian, James. „The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management.“ I*mmigrant Monitory Health* 11 (2009):460-467.

102. Signe Budtz, and Klaus Witt. „Consulting the internet before visit to general practice. Patients' use of the internet and other sources of health informacion.“ *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 20 (2002) 174- 176.

103. Silber, Denise. „The Case for eHealth.“ *Presented at the European Commission's First High-Level Conference on eHealth ,* may 22/23 2003 1-6.

104. Sorensen, Kristine, Rothlin, Florian, Pelikan, Jurgen, Brand, Helmut, and Slonska, Zofia. "Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU).“ *The European Journal of Public Health* 25,6 (2015).

105. Sorensen, Kristine, Van den Broucke, Stephan, Fullam, James, Doylem Gerardine, Pelikan, Jurgen, Slonska, Zofia, Brand, Helmut, and Consortium literacy project European. "Health Literracy and Public Health: A Sistematic Review and Integration of Definitions and models." *BMC Public Health* 12,80 (2012).

106. Sorensen, Kristine. "Health Literacy: The Neglected European Health Literacy disparity". 2013.

107. Šorytė, Dovilė, ir Bulotaitė, Laima. „I Ir II Tipo cukriniu diabetu sergančių asmenų savo ligos suvokimas ir gydymo rekomendacijų laikymasis.“ *Visuomenės Sveikata* 2,61 (2013): 63-71

108. Stonienė, Loreta. „ŽIV Užsirėkusių asmenų gyvenimo kokybę ir suvokiamą ŽIV stigmą Lemiantys veiksniai.“ *Visuomenės Sveikata* 2,69 (2015): 64-72.

109. Susannah, Fox, and Maeve, Duggan. „Health Online 2013.“ *Pew Reasearch Center's Internet & American Life Project* 2013.

110. Toofany, Swaleh, Swaleh. „Learning the language of health.“ *Nursing management* 14,6 (2007):10-14.

111. Vaičaitė, Sigita. „Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: Kas skatina keisti elgesį.“ *Visuomenės Sveikata* 1,72 (2016): 9-19.

112. Valstybinio audito ataskaita ar efektyvi šeimos gydytojų veikla? “ 2013 m. Vasario 28 d. Nr VA-P-10-2-4

113. Valstybinio audito ataskaita. „Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse.“ 2015 M. Kovo 10 d. Nr. VA-P-10-2-3.

114. Vanessa, Brcic. „The face of poverty in clinical care: How and why to address inequities in health care settings.“ Pranešimas Konferencijoje *Bc Kidney Days*, October 2014, October 16.

115. Veldwijk J., van der Heide I., Rademakers J., Schuit, J., de Wit A., Uiters E., and Lambooij Mat. „Preferences for vaccination: does health literacy make a difference?“ *Medical Decision Making* 35,8 (2015): 948-958.

116. Villanti A., Jiang Y., Abrams D., and Pyenson B. „A cost-utility analysis of lung cancer screening and the additional benefits of incorporating smoking cessation interventions.“ *PloS One* 7,8 (2013).

117. VšĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės vadovo metinė ataskaita už 2015 m.

118. Vučemilo L., and Borovečki A. „Readability and content assessment of informed consent forms for medical procedures in Croatia.“ *PLoS One* 10,9 (2015).

119. Watkins I., English T., and Pollalis Y., „eHealth Literacy: In the quest of the contributing factors.“ *Interactive Journal of Medical Research* 5,2(2016).

120. Weiss, Barry, and Palmer, Raymond. „Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent medically population.“ *Journal of the American board of family medicine* 17 (2004): 44-47.

121. The Joint Commission. „What Did the Doctor say? Improving health literacy to protect patient safety.“ 2007

122. Williams, Mark, Davis, Terry, Parker, Ruth, and Weiss, Barry. „The role of health literacy in patient-physician communication.“ *Family Medicine* 34,5 (2002): 383-389.

123. Wolf M, Gazmariarian J., and Baker W. „Health literacy and health risk behaviors among older adults.“ *American Journal of Preventive Medicine* 32,1 (2007): 19-24

124. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Pranešimas Konferencijoje. Otava, 1986

125. Word Health Organization. Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st century. Regional Office for Europe 2013.

126.World health organization. Healthy Workplaces: A Model for Action. For Employers, Workers, Policy-Markers and practitioners 2010.

127. World Health Organization.Towards 100% voluntary blood donation. A global framework for Action. 2010

128. World Health Organization, regional office for Europe. „European food and nutrition action plan 2015- 2020.“ *Regional Committee for Europe 64th Session.* Copenhagen, Denmark: 2014 15-18

129. Wong, Carmen, Harrison, Christopher, Britt, Helena and Henderson, Joan. „Patient use of the internet for health information,“ *Australian Family Physician* 43,12 (2014): 875-877.

130. Zagurskienė, Daiva. *2009. “Pacientų Sveikatos Raštingumo Vertinimas”.* Daktaro Disertacija, Kauno Medicinos Univertitetas.

131. Zagurskienė, Daiva ir Misevičienė, Irena. „Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas. “ *Medicina* 44,11 (2008):885-894.

132. Zagurskienė, Daiva ir Misevičienė, Irena. „Slaugytojų nuomonė apie pacientų sveikatos mokymą ir savo -žinių sveikatos klausimais vertinimą." *Sveikatos Mokslai,* 5-21 (2011):191-195.

ANOTACIJA

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas „Sveikatos raštingumo vertinimas: sveikatos raštingumo sąsajos su sveikatos būkle“ atliktas 2015-2016 metais Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto, vadybos institute.

Tyrimui buvo naudojamas anoniminės anketinės apklausos metodas. Anketinė apklausa buvo vykdoma nuo 2016 metu rugpjūčio mėnesio iki 2016 metų lapkričio mėnesio. VŠĮ Vilniaus Universiteto Santariškių klinikose ir VšĮ Nacionalinio kraujo centro mobiliajame punkte, įrengtame Prekybos ir renginių centre – VCUP. Apklausta 460 asmenų.

Darbo apimtis – 87 kompiuterinių lapų.

Darbo vadovė: prof. dr. Birutė Mikulskienė, Mykolo Romerio vadybos institutas.

SANTRAUKA

Darbo autorė: Regina Ostrouch, MRU, sveikatos politikos ir vadybos 6 kurso studentė. Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas.

Mokslinis vadovas: prof. dr. Birutė Mikulskienė, politikos ir vadybos fakultetas, vadybos institutas.

Pagrindinės sąvokos: sveikatos raštingumas, sveikatos raštingumo lygiai, sveikas asmuo, ne sveikas asmuo.

Darbo tikslas. Ištirti 18–54 metų amžiaus asmenų sveikatos raštingumą Lietuvoje ir nustatyti ryšį tarp sveikatos raštingumo ir sveikatos būklės.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti sveikatos raštingumo teorinius aspektus.
2. Aptarti sveikatos raštingumo svarbą.
3. Išanalizuoti, koks sveikatos raštingumo lygis vyrauja 18–54 metų asmenų grupėse.
4. Nustatyti sąsajas tarp sveikatos raštingumo lygio ir sveikatos būklės.
5. Įvertinti sveikatos būklę ir elgseną.

Tyrimo metodai. Tyrimo, vykusio 2016 metais rugpjūčio–spalio mėnesiais, metu buvo apklausiami kraujo donorai, duodantys kraujo prekybos ir renginių centre (VCUP), ir spalio – lapkričio mėnesiais gulintys VšĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinikose pacientai. Tyrimui buvo naudojama anoniminė anketa, sudaryta iš dviejų dalių. Pirmąją dalį sudarė Likerto skalės tipo klausimai, antrąją dalį sudarė klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti sociodemografinius rodiklius, sveikatos elgseną, sveikatos informacijos šaltinius, ir papildomi klausimai pateikti sergantiems (turintiems sveikatos sutrikimų) asmenims – siekiant išsiaiškinti jų buvimo ligoninėje priežastį.

Duomenų analizė atlikta naudojant *Microsoft Office Excel 2016* ir *SPSS 17.0* programas.

Darbo rezultatai. Ištirta 390 asmenų, iš kurių 196 buvo sveiki (neturintys sveikatos sutrikimų) asmenys ir 194 sergantys (turintys sveikatos sutrikimų) asmenys. Respondentų amžiaus vidurkis – 35,5 (SN – 11,2), sveikų (sveikatos sutrikimų neturinčių) asmenų – 29 metai (SN – 8), sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) asmenų – 41,7 (SN – 10,3). Tiek tarp sveikų, tiek tarp sergančių asmenų daugiausiai buvo moterų, kurių iš viso tyrime dalyvavo 60,5 proc., o vyrų – 39,5 proc. Įgijusių aukštą universitetinį išsilavinimą – 44,1 proc., tarp sveikų (neturinčių sveikatos sutrikimų) asmenų tokių buvo – 53,6 proc., tarp sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) – 34,5 proc. Tarp sveikų (neturinčių sveikatos sutrikimų) asmenų vyravo probleminis sveikatos raštingumo lygis, tarp sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) asmenų – žemas. Sveikatos raštingumo lygių skirtumo tarp sergančių lėtinėmis ligomis ir ūminėmis ligomis nėra ($p>0,05$). Sveikiems (neturintiems

sveikatos sutrikimų) asmenims lengviau surasti informaciją, kuri susijusi su sveikata, nei sergantiems (turintiems sveikatos sutrikimų) asmenims (29,5 ir 26,1 $p<0,001$). Sergantiems (turintiems sveikatos sutrikimų) asmenims (27,0) sunkiau suprasti informaciją, kuri gali pagerinti jų sveikatą, nei sveikiems (neturintiems sveikatos sutrikimų) asmenims (30,2) ($p<0,05$). Lyginant sveikus (neturinčius sveikatos sutrikimų) ir sergančius (turinčius sveikatos sutrikimų) asmenis, sunkiau sveikatos informaciją įvertinti sergantiems (turintiems sveikatos sutrikimų) asmenims, tačiau sergantiems lėtinėmis ligomis informacijos įvertinimas yra lengvesnis negu ūminėmis ligomis sergantiems asmenims (27,5 ir 24,8 $p<0,05$). Sveikatos informacijos pritaikymas ir įgyvendinimas lengvesnis sveikiems (neturintiems sveikatos sutrikimų) asmenims (28,4) negu sergantiems asmenims (24,4). Nors sveiki (neturintys sveikatos sutrikimų) asmenys rečiau apsilanko pas sveikatos priežiūros specialistus, tačiau jie dažniau dalyvauja prevencinėse programose (78,0 proc.) nei sergantieji (64,8 proc.).

Išvados. 1. Sveikų (neturinčių sveikatos sutrikimų) asmenų sveikatos raštingumo lygis yra aukštesnis negu sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) asmenų. Tyrimai parodė, kad aukštesnį sveikatos raštingumo lygį lemia – gebėjimas surasti informaciją, susijusią su sveikata, tos informacijos suvokimas ir pritaikymas. Dažniausias sveikų asmenų sveikatos informacijos sklaidos šaltinis yra internetas, o sveikatos priežiūros specialistai, kaip sveikatos informacijos šaltinis, tiek sveikų, tiek sergančių asmenų įvardijami vienodu dažnumu. Kadangi nustatyta, kad sveikatos priežiūros specialistai daugiausia laiko skiria dokumentų pildymui, o ne pacientų mokymui / konsultavimui sveikatos klausimais, tai padidinus vienam pacientui skiriamo laiko limitą, galima pasiekti ne tik geresnį asmenų sveikatos raštingumo lygį, bet ir pagerinti visuomenės sveikatos rodiklius.

2.Tiek sveikų (neturinčių sveikatos sutrikimų), tiek sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) 18–54 metų amžiaus respondentų sveikatos raštingumo lygis yra neigiamas. Tarp sveikų (neturinčių sveikatos sutrikimų) asmenų vyravo probleminis sveiktos raštingumo lygis, tarp sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) asmenų – žemas.

3.Sveikatos raštingumo lygis nepriklauso nuo lyties, tačiau yra skirtumas tarp sveikų (neturinčių sveikatos sutrikimų) ir sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) moterų bei sveikų (neturinčių sveikatos sutrikimų) ir sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) vyrų sveikatos raštingumo lygių. Išsilavinimas nėra veiksnys, lemiantis respondentų sveikatos raštingumo lygį.

4. Sveikiems (neturintiems sveikatos sutrikimų) asmenims lengviau surasti ir suprasti informaciją, kuri susijusi su sveikata. Taip pat sveiki (neturintys sveikatos sutrikimų) asmenys gali lengviau įvertinti informaciją, kuri gali turėti įtakos jų sveikatai, taip pat sveikiems (neturintiems

sveikatos sutrikimų) asmenims lengviau nei sergantiems (turintiems sveikatos sutrikimų) asmenims imtis veiksmų ir pritaikyti gautą informaciją savo gyvenime. Skirtumas tarp asmenų, sergančių lėtinėmis ligomis, ir asmenų, sergančių ūminėmis ligomis, pastebimas tik įvertinant informaciją, kuri gali turėti įtakos jų sveikatai.

5. Sveiki (neturintys sveikatos sutrikimų) asmenys dažniau nei sergantys (turintys sveikatos sutrikimų) dalyvauja šiuo metu Lietuvoje vykdomose privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis finansuojamose prevencinėse programose. Sergančių (turinčių sveikatos sutrikimų) asmenų dalyvavimas prevencinėse programose susijęs su lankymosi pas sveikatos priežiūros specialistus dažnumu (vertinamas apsilankymo skaičius per metus) – kuo dažniau eina pas specialistus, tuo didesnė tikimybė, jog dalyvaus prevencinėse programose. Sveiki (neturintys sveikatos sutrikimų) asmenys dažniau nei sergantys (turintys sveikatos sutrikimų) asmenys mankštinasi, o skirtumo tarp rūkymo ir maisto papildų vartojimo nėra.

SUMMARY

Thesis author: Regina Ostrouch, MRU, the student of the 6th year of the health politics and management. Health politics and managment Master's thesis.

Academic supervisor: prof. dr. Birutė Mikulskienė, the faculty of politics and management, institute of management.

Keywords: health literacy, levels of health literacy, healthy person, unhealthy person.

Objective of the thesis. The research of the health literacy of the 18–54 year old persons in Lithuania and determine the link between the health literacy and health condition.

Problems of the thesis:

6. The examination of the theoretical aspects of the health literacy.
7. The discussion of the importance of the health literacy.
8. The analysis, which level of the health literacy is dominant in the groups of 18–54 year old persons.
9. The determination of the links between health literacy and health condition..
10. The assessment of the health condition and behaviour.

Research methods. During the research that took place in August-October of 2016, blood donors, who donate the blood in the shopping and entertainment center (VCUP), and the patients, who were laying in the PI "Vilnius university Santariškės clinics" in the months of October-November, were questioned. The anonymous questionnaire was used for the research, it was composed of two parts. The first part consisted of the Likert scale type questions, the second part consisted of the questions that were dedicated to identify the sociodemographic indicators, health behaviour, health information source and additional questions that were submitted to sick persons (who have health disorders) – in order to determine the reason why they are at the hospital.

Data analysis was performed by using "*Microsoft Office Excel 2016"* and "*SPSS 17.0"* applications.

Results of the thesis. 390 persons were researched, of them 196 were healthy persons (without health disorders) and 194 sick persons (with health disorders). Average of the respondent age – 35.5 (SN – 11.2), of healthy persons (without health disorders) – 29 years (SN – 8), of sick persons (with health disorders) – 41.7 (SN – 10.3). The majority of healthy as well as of sick were women, in total 60.5 %, men – 39.5 %. With higher university education – 44.1 %, of them healthy persons (without health disorders) – 53.6 %, sick persons (with health disorders) – 34.5 %. The dominant level of health literacy among healthy persons (without health disorders) was problematic,

among sick persons (with health disorders) - low. There are no differences of health literacy level between those who are ill with acute and those who have chronic illnesses ($p>0.05$). It is easier for the healthy persons (without health disorders) to find the information that is health related than for the sick persons (with health disorders) (29.5 % and 26.1 %, $p<0.001$). Sick persons (with health disorders) (27.0) understand the information that could improve their health harder, than the healthy persons (without health disorders) (30.2 %) ($p<0.05$). When comparing healthy persons (without health disorders) and sick persons (with health disorders), sick persons (with health disorders) evaluate the health information harder, but those, who are ill with the chronic illnesses evaluate it easier than those with the acute ones (27.5 % and 24.8 %, $p<0.05$). The application and use of the health information is easier for the healthy persons (without health disorders) (28.4 %) than for the sick persons (with health disorders) (24.4 %). Although healthy persons (without health disorders) visit health specialist less, but they participate in the preventive programmes more (78.0 %) than the sick ones (64.8 %).

Conclusions. 1. The health literacy level of the healthy persons (without health disorders) is higher than that of the -sick persons (without health disorders). The research had shown that the higher health literacy level is determined by the ability to find the health related information, comprehension and application of that information. Usually the health information source for the healthy persons (without health disorders) is the internet, and health care specialists, as the source of the health information, are listed by healthy and sick persons with an equal frequency. Since it was established that healthcare specialists spend most of the time by filling out the documents and not by teaching / consulting the patients on the health issues, therefore by increasing the time limit dedicated for one patient not only better health literacy level of persons can be achieved, but the health indicators of the society could be improved as well.

2. The health literacy level of the 18-54 year old healthy (without health disorders) as well as sick (with health disorders) respondents is negative. The dominant level of health literacy among healthy persons (without health disorders) was problematic, among sick persons (with health disorders) - low.

3. Health literacy level does not depend on gender, but there is difference of health literacy levels between healthy (without health disorders) and sick (with health disorders) women and between healthy (without health disorders) and sick (with health disorders) men. The education is not a factor that determines the health literacy level of the respondents.

4. Healthy persons (without health disorders) find and understand health related information easier. Also healthy persons (without health disorders) can evaluate the information that can affect their health easier, it is also easier for the healthy persons (without health disorders) to take action

and apply the obtained information in their life than for the sick persons (with health disorders) . The difference between persons with chronic and persons acute illnesses are noticed only when the information, which can affect their health, is considered.

5. Healthy persons (without health disorders) participate in the preventive programmes that are being currently conducted in Lithuania that are financed by the funds of the mandatory health insurance fund than sick persons (with health disorders). The participation of the sick persons (with health disorders) in the preventive programmes is related to the health care specialist visitation frequency (the number of visits throughout the year is being assessed) – the higher the frequency the higher the possibility that the person will participate in the programme. Healthy persons (without health disorders) exercise more often than the sick persons (with health disorders), and there is no difference between smoking and usage of the nutritional supplements.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

Gerbiami apklausos dalyviai,

Maloniai prašome Jūsų užpildyti žemiau pateiktą apklausos anketą, skirtą nustatyti sveikatos raštingumui. Anketa yra anoniminė, duomenys bus analizuojami apibendrinti mokslo tikslais. *Tinkamą atsakymą pažymėkite* ⊠ *arba savo nuomonę įrašykite į tam skirtą vietą.*

Į kilusius klausimus ir jeigu pageidaujate gauti tyrimo išvadas kreipkitės:

regina.ostrouch@gmail.com

		Labai lengva	Lengva	Aš tuo nesidomiu	Sunku	Labai sunku
1	Ar Jums lengva surasti informaciją apie Jus dominčią ligą arba simptomus					
2	Ar Jums lengva surasti informaciją apie Jus dominančios ligos gydymą					
3	Ar Jums lengva surasti informaciją, kaip elgtis kilus medicininės pagalbos poreikiui					
4	Ar Jums lengva surasti informaciją, kur kreiptis dėl profesionalios pagalbos susirgus					
5	Ar Jums lengva surasti informaciją apie tai, kaip kontroliuoti žalingus įpročius (rūkymas, alkoholis, mažas fizinis aktyvumas)					
6	Ar Jums lengva surasti informaciją, kaip išvengti arba valdyti viršsvorį; aukštą kraujo spaudimą arba cholesterolį					
7	Ar Jums lengva surasti informaciją apie tai, kaip kontroliuoti psichikos sveikatos problemas (stresas, depresija)					
8	Ar Jums lengva surasti informaciją apie skiepus ir prevencines programas, kurios Jums priklauso					
9	Ar Jums lengva surasti informaciją apie sveiką					

	gyvenseną: pratimai, sveikas maistas ir maitinimas					
10	Ar Jums lengva surasti informaciją apie veiklą, kuri palanki Jūsų psichinei gerovei					
11	Ar Jums lengva surasti informaciją kaip Jūsų aplinka gali būti draugiška sveikatai					
12	Ar Jums lengva sužinoti apie politinius pokyčius, kurie gali turėti įtakos sveikatai					
13	Ar Jums lengva rasti būdus, skatinančius sveikatą darbe					

		Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
14	Jums lengva suprasti, ką gydytojas sako Jums					
15	Jums lengva suprasti lankstinukuose pateiktą medicininę informaciją					
16	Jūs žinote, ką reikia daryti esant medicininės pagalbos poreikiui					
17	Jums lengva suprasti gydytojo arba vaistininko instrukciją apie vaistų vartojimą					
18	Jūs žinote rūkymo; mažo fizinio aktyvumo; alkoholio žalą sveikatai					
19	Jūs žinote, kodėl reikia skiepytis					
20	Jūs žinote, kodėl reikalingos prevencinės programos					
21	Jums lengva suprasti draugų arba šeimos narių sveikatos patarimus					
22	Jūs suprantate informaciją, kuri pateikta ant maisto pakuotės (maistingumo deklaracija; alergenai; maisto ne toleravimas;)					
23	Jūs lengvai suprantate žiniasklaidoje pateiktą informaciją apie tai, kaip būti sveikesniems					
24	Jūs suprantate, kaip išlaikyti sveiką smegenų veiklą					
25	Jūs lengvai galite įvertinti, ar gydytojo suteikta informacija Jums priimtina					
26	Jūs lengvai galite nustatyti privalumus ir trūkumus įvairių gydymo metodų					

27	Jums lengva nuspręsti ar reikia kreiptis į kitą gydytoją, dėl antros nuomonės					
28	Jums lengva įvertinti, ar informacija apie ligą žiniasklaidoje yra patikima					
29	Jums lengva nuspręsti, ar patikimi įspėjimai apie rūkymą; mažą fizinį aktyvumą; alkoholį					
30	Jums lengva nuspręsti, ar reikia nueiti pas gydytoją pasitikrinti					
31	Jums lengva nuspręsti, kokių skiepų Jums reikia					
32	Jums lengva nuspręsti, kokių sveikatos patikrinimų Jums reikia					
33	Jums lengva nuspręsti, ar žiniasklaidoje pateikta informacija apie sveikatos rizikos veiksnius yra patikima					
34	Jums lengva įvertinti, kaip Jūsų gyvenimo būdas paveikia sveikatą ir gerovę					
35	Jums lengva įvertinti, kaip Jūsų būsto sąlygos padeda Jums išlikti sveikiems					
36	Jums lengva įvertinti, kokia kasdieninė veikla turi įtakos Jūsų sveikatai					
		Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
37	Informacija, kurią suteikia gydytojas, Jums padeda priimti sprendimą apie ligą					
38	Jūs vadovaujatės vaistų instrukcija					
39	Jūs galite paskambinti į greitosios pagalbos stotį					
40	Jūs vykdote gydytojo arba vaistininko nurodymus					
41	Jūs lengvai apsisprendžiate, ar Jums reikalingas skiepas nuo gripo					
42	Jūs lengvai galite nuspręsti, kaip Jūs galite apsaugoti save nuo ligų, remiantis šeimos narių arba draugų patarimais					
43	Jums lengva nuspręsti, kaip Jūs galite apsaugoti save nuo ligų, remiantis iš žiniasklaidos gauta informacija					
44	Jums lengva priimti sprendimus, kurie pagerins Jūsų sveikatą					

45	Jums lengva pradėti sportuoti arba daryti mankštą					
46	Jūs lengvai galite paveikti gyvenimo sąlygas, kurios turi įtakos Jūsų sveikatai					
47	Jums lengva dalyvauti veikloje, kuri gerina sveikatą ir savijautą savo bendruomenėje/ kaimynystėje					

48. **Jūsų lytis**: _____
49. **Jūsų amžius**: _____

50**. Jūsų išsilavinimas:**

1. Vidurinis ☐
2. Aukštasis neuniversitetinis ☐
3. Universitetinis ☐

51. **Kokios krypties studijose studijavote/ studijuojate?**

1. Humanitariniai mokslai (*filosofija; teologija; menotyra; filologija; istorija; etnologija*) ☐
2. Socialiniai mokslai (*teisė; politikos mokslai; vadyba; ekonomika; sociologija; psichologija; edukologija; komunikacija ir informacija*) ☐
3. Fiziniai mokslai (*matematika; fizika; chemija; biochemija; geologija; fizinė geografija; paleontologija; astronomija; informatika)* ☐
4. Žemės ūkio mokslai (*agronomija; veterinarija; zootechnika; miškotyra)* ☐
5. Biomedicinos mokslai (*biologija; biofizika; ekologija ir aplinkotyra; botanika; zoologija; medicina; odontologija; farmacija; visuomenės sveikata; slauga)* ☐
6. Technologijos mokslai (*Elektros ir elektronikos inžinerija; Statybos inžinerija; Transporto inžinerija; Aplinkos inžinerija; Chemijos inžinerija; Energetika ir termoinžinerija; Informatikos inžinerija; Medžiagų inžinerija; Mechanikos inžinerija; Matavimų inžinerija)* ☐
7. Kita_____

52. **Kaip dažnai lankotės pas gydytoją?**

1. Rečiau nei 1 kartą per metus ☐
2. 1 kartą per metus ☐
3. 3 kartus per metus ☐
4. Dažniau negu 3 kartus per metus ☐

53. **Ar dažnai vartojate maisto papildus (vitaminus, mineralines medžiagas ir kt.)?**

1. Nevartoju ☐
2. Vieną mėn. per metus ☐
3. 2-3 mėn. per metus ☐
4. 4-5 mėn. per metus ☐
5. Kita_____

54. **Ar Jūs rūkote?**

1. Taip, kasdien ☐
2. Retai _____ ☐
3. Rūkiau, bet mečiau, nes _____ ☐
4. Nerūkau ☐
5. Kita_____ ☐

55. **Ar dažnai mankštinatės (pvz. sportuojate, bėgiojate, važiuojate dviračiu ir pan.) ?**

1. Kasdien ☐
2. 2-3 kartus per savaitę ☐
3. Kartą per savaitę ☐
4. 2-4 kartus per mėnesį ☐
5. Kelis kartus per metus ar rečiau ☐
6. Niekada ☐
7. Negaliu mankštintis dėl ligos ar negalios ☐
8. Kita_____

56. **Kurios iš išvardintų ligų Jums buvo nustatytos arba gydytos per praėjusius 12 mėn.?**

1. padidėjęs kraujo spaudimas ☐
2. padidėjęs cukraus kiekis kraujyje, diabetas (cukraligė) ☐
3. miokardo (širdies) infarktas ☐
4. krūtinės angina (skausmai krūtinėje fizinio krūvio metu) ☐
5. širdies nepakankamumas ☐
6. reumatinis artritas ☐
7. stuburo ligos ☐
8. lėtinis bronchitas / emfizema ☐
9. bronchinė astma ☐
10. gastritas arba opaligė ☐
11. kaulų retėjimas (osteoporozė) ☐
12. onkologiniai susirgimai ☐
13. kita_____ ☐

57. **Esate ligoninėje dėl:**

1. Lėtinės/chroninės ligos ☐
2. Ūmios būklės ☐
3. Kita_____