MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS INSTITUTAS

VIKTORIJA IGAUNĖ

# SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS VEIKSNIŲ ĮTAKA GYVENTOJŲ DALYVAVIMUI ANTRINĖS PROFILAKTIKOS PROGRAMOSE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
Prof. dr. *Birutė Mikulskienė*

VILNIUS
2017

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS INSTITUTAS

VIKTORIJA IGAUNĖ

# SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS VEIKSNIŲ ĮTAKA GYVENTOJŲ DALYVAVIMUI ANTRINĖS PROFILAKTIKOS PROGRAMOSE

*Sveikatos politikos ir vadybos* magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621L22004

Vadovė

_____ prof. dr. *Birutė Mikulskienė*

2017-04-07

Recenzentas

Atliko

_____ stud. V. Igaunė

2017-04-07

VILNIUS

2017

# TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS ....5

LENTELIŲ SĄRAŠAS ....7

SANTRUMPOS ....8

ĮVADAS ....9

1.ANTRINĖS PROFILAKTIKOS PROGRAMOS LIETUVOS SVEIKATOS POLITIKOJE. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖ, PRIEINAMUMAS IR ORIENTACIJA Į PACIENTĄ ....11

1.1. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra ....11

1.2. Sveikatos priežiūros kokybė ....13

1.3. Pacientų vaidmuo suvokiant kokybę ....17

1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ....19

1.4.1. Teritorinis prieinamumas ....20

1.4.2. Organizacinis prieinamumas ....20

1.4.3. Ekonominis prieinamumas ....22

1.5. Antrinė profilaktika ....22

1.5.1. Gyventojų dalyvavimas antrinės profilaktikos programose ....23

1.5.2. Šeimos gydytojo vaidmuo formuojant požiūrį į antrinės profilaktikos programas ....28

1.5.3. Pacientų elgesio teorija ....31

1.6. Prevencinių programų teisinis reguliavimas ....32

1.6.1. Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės programa ....39

2. TYRIMO METODIKA ....43

2.1. Tyrimo eiga ir organizavimas ....43

2.2. Tyrimo instrumentai ....44

2.3. Tiriamųjų imtis ir charakteristika ....45

2.4. Duomenų analizė ....46

3. REZULTATŲ ANALIZĖ ....47

3.1. Anketinė apklausa ....47

3.2. Interviu ....60

4. REZULTATŲ APTARIMAS ....65

IŠVADOS ....69

PASIŪLYMAI ....71

LITERATŪRA .....72
ANOTACIJA LIETUVIŲ KALBA .....78
ANOTACIJA ANGLŲ KALBA .....79
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA .....80
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA .....81
PRIEDAI .....82

# PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

*1 pav.* Donabediano kokybės vertinimo kategorijų ryšys .....16
*2 pav.* Paciento situacijos vertinimo žingsniai .....21
*3 pav.* Prevencinių programų metu patikrintų asmenų skaičius (tūkst.). Sudaryta remiantis VLK 2015-2016 metų duomenimis .....24
*4 pav.* Tikslinių grupių gyventojų žinojimas ir dalyvavimas prevencinėse programose. VLK 2016 metų duomenys .....26
*5 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie susiduria su sveikatos priežiūros prieinamumo nepatogumais.....50
*6 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar dažnai jie lankosi pas savo šeimos gydytoją .....51
*7 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, su kokias prieinamumo nepatogumais jie susiduria .....51
*8 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.....52
*9 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ...52
*10 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie dalyvauja prevencinėse programose .....53
*11 pav.* Prevencinėse programose dalyvavusių respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina SP paslaugų kokybę.....53
*12 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie žino, kokios prevencinės programos yra vykdomos Lietuvoje.....54
*13 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina gydytojų bendravimą konsultacijų metu .....54
*14 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar gydytojų bendravimas turi įtakos jų norui atvykti į SP įstaigą .....55
*15 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie klausia papildomų klausimų šeimos gydytojo konsultacijos metu.....55
*16 pav.* Programų nežinančių respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie klausia, ar neklausia papildomų klausimų savo šeimos gydytojo .....56
*17 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie žino ir iš kur sužino, kokios bus atliekamos procedūros specialisto konsultacijos metu .....56
*18 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip žinojimas apie būsimas procedūras lemia jų savijautą.....57
*19 pav.* Nežinančių, kokios procedūros laukia pas specialistus, respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar turi įtakos programos metu atliekama procedūra jų apsisprendimui dalyvauti prevencijoje .....57

*20 pav.* Prevencijoje dalyvavulių respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar būsimos procedūros tipas turi įtakos jų savijautai .....58
*21 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kokios, jų nuomone, yra atliekamas procedūros prevencinių programų metu .....58
*22 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kas juos paskatino dalyvauti prevencinėje programoje 59
*23 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, iš kur jie sužino smulkesnę informaciją apie prevencines programas .....59

# LENTELIŲ SĄRAŠAS

*1 lentelė.* Prevencinių programų charakteristika .....34

*2 lentelė.* Prevencinių programų finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų. VLK duomenys .....37

*3 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal lytį.....45

*4 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal amžių .....45

*5 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.....46

*6 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą .....46

*7 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį .....46

*8 lentelė.* Logistinės regresinės analizės rezultatai.....48

*9 lentelė.* Respondenčių atsakymai į antrąjį klausimą.....60

*10 lentelė.* Respondenčių atsakymai į ketvirtąjį klausimą .....61

*11 lentelė.* Respondenčių atsakymai į penktąjį klausimą.....62

*12 lentelė.* Respondenčių atsakymai į devintąjį klausimą.....63

# SANTRUMPOS

ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

LNL – lėtinės neinfekcinės ligos

LR – Lietuvos Respublika

NVI – Nacionalinis vėžio institutas

PASPĮ – pirminė asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PP – prevencinė programa

PSD – privalomasis sveikatos draudimas

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSP – pirminė sveikatos priežūra

SP- sveikatos priežiūra

SPĮ – sveikatos priežiūros įstaiga

SPS – sveikatos priežiūros sistema

TLK – teritorinė ligonių kasa

VLK – valstybinė ligonių kasa

# ĮVADAS

Temos aktualumas – onkologiniai susirgimai bei širdies ir kraujagyslių ligos yra dažniausios mirties priežastys Lietuvoje ir tokia tendencija nesikeičia jau daugelį metų. 2015 metais nuo širdies ir kraujgyslių ligų mirė 47,5 proc. vyrų ir 65,1 proc. moterų. Statistiniai duomenys rodo, kad nuo onkologinių ligų mirė 22,6 proc. vyrų ir 17,5 proc moterų. Mirtingumo nuo šių ligų rodiklis 2015 metais buvo didesnis, nei 2014 metais (mirė 11,9/100 000 daugiau vyrų ir 15,1/100 000 daugiau moterų)[1]. Nuo 2004 metų Lietuvoje pradėtos vykdyti antrinės profilaktikos programos, skirtos anksti diagnozuoti šiuos susirgimus ir mažinti mirtingumą nuo jų. Literatūros šaltiniuose galima rasti informacijos apie tai, kad prevencinės programos duoda teigiamą efektą ir nemažai susirgimų yra nustatoma būtent profilaktinių patikrinimų metu. Pavyzdžiui, pradėta įgyvendinti gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programa padėjo sumažinti sergamumą ir mirštamumą nuo šios ligos, kuris Lietuvoje iki programos įvedimo buvo vienas didžiausių Europoje[2]. Tačiau gyventojų pritraukimas dalyvauti programose vis dar lieka problema, nes nėra patikrinama pakankamai atrankinės grupės amžiaus pacientų, kai efektyviam programų vykdymui rekomenduojama patikrinti 80 proc. tokios grupės asmenų[3]. Yra atlikta nemažai tyrimų, nagrinėjančių gyventojų informuotumą, dalyvavimą programose ir dalyvavimo priklausomybę nuo socialinių ir demografinių priežasčių. Tačiau pacientų, atvykstančių pasitikrinti pagal programas, skaičius vis dar nesiekia rekomenduojamų normų.

Atsižvelgiant į teoriją, kuri sako, kad, norint išsiaiškinti tam tikrų veiksmų priežastis, reikia tirti ne paciantų nuomonę apie reiškinį, o pacientų nuomonę apie paties proceso įgyvendinimą[4], šiame darbe bus siekiama nustayti, kokios priežastys, susijusios su sveikatos priežiūros įgyvendinimu, lemia pacientų dalyvavimą antrinės profilaktikos programose.

Tyrimo objektas – sveikatos priežiūros sistemos veiksniai, turintys įtakos pacientų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose.

Problema – kokie sveikatos priežiūros sistemos veiksniai turi įtakos pacientų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose.

Tyrimo hipotezė. Remiantis išnagrinėta literatūra iškelta hipotezė, kad gyventojų dalvavimas antrinės profilaktikos programose priklauso nuo sveikatos priežiūros sistemos veiksnių, susijusių su sveikatos priežiūros kokybe ir prieinamumu.

---

[1]Mirties priežastys 2015, http://www.hi.lt/news/1087/998/Paskelbti-galutiniai-statistiniai-mirties-priezasciu-2015-m-duomenys.html (žiūrėta 2017-03-05).

[2] Pečiūra R. ir kiti, „Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas“, *Sveikatos politika ir valdymas* (2011).

[3] Cencer screening in the European union (2008), http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf (žiūrėta 2017-03-05).

[4] Ozer G., Yilmaz E. „Comparison of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior: An application on accountants‘ information technology usage“ http://www.academicjournals.org/journal/AJBM/article-abstract/3E13B1D15566 (žiūrėta 2017-02-10).

Darbo tikslas – įvertinti sveikatos priežiūros sistemos veiksnių įtaką gyventojų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose.

Darbo uždaviniai:

1. Aptarti sveikatos priežiūros kokybę, prieinamumą, į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą;
2. Išnagrinėti antrinių profilaktikos programų įgyvendinimą ir jas reglamentuojančius Lietuvos teisės aktus;
3. Įvertinti, kokie sveikatos priežiūros sistemos veikniai lemia pacientų dalyvavimą antrinės profilaktikos programose.

Darbo metodai:

- Literatūros analizė;
- Kiekybinis tyrimas (anketinė apklausa);
- Kokybinis tyrimas (interviu).

Darbo struktūra. Darbą sudaro keturios dalys, išvados ir pasiūlymai. Pirmojoje dalyje nagrinėjami literatūros šaltiniai. Aptariama į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros samprata, sveikatos priežiūros kokybė, paciento vaidmuo suvokiant kokybę, teritorinis, organizacinis bei ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, profilaktikos samprata. Tuomet analizuojamas gyventojų dalyvavimas antrinės profilaktikos programose, šeimos gydytojo vaidmuo formuojant požiūrį į antrinės profilaktikos programas, pacientų elgsena. Šioje dalyje pateikiamas antrinių profilaktikos programų teisinis reguliavimas. Antroje dalyje pateikiama tyrimo metodika, aprašoma, kokiomis sąlygomis atliktas tyrimas, pateikiamas tyrimo instrumentas, tiriamųjų charakteristika, duomenų analizės metodai. Trečioji dalis skirta rezultatų analizei. Joje analizuojami duomenys, gauti tyrimo metu. Ketvirta dalis skirta tyrimo rezultatų aptarimui. Galiausiai pateikiamos išvados, pasiūlymai, apibendrinama iškelta hipotezė.

# 1. ANTRINĖS PROFILAKTIKOS PROGRAMOS LIETUVOS SVEIKATOS POLITIKOJE. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖ, PRIEINAMUMAS IR ORIENTACIJA Į PACIENTĄ

## 1.1. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra

Kokybiškai funkcionuojanti sveikatos priežiūros sistema turi visapusiškai aprėpti veiklą, susijusią su pacientų gydymu ir žmonių sveikatos būklės gerinimu. Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema yra tobulinama, reorganizuojama bandant rasti efektyviausius sveikatinimo veiklos įgyvendinimo būdus ir prisitaikant prie besikeičiančios visos Europos sveikatos sistemos ir pateikiamų naujų ES rekomendacijų. Pacientas šiame kontekste vis dažniau yra nebe pasyvus sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas, o aktyvus sveikatos sistemos dalyvis[5]. Dėl to sveikatos priežiūros sistema keičiasi ir iš tradiciškai į diagnozę nukreipta sistema tampa orientuota į pacientą ir jo poreikius.

Orientacija į pacientą (aktyvų paslaugų vartotoją) sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programoje apibrėžiama kaip „SP paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į SP paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros, bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas“[6]. Tokią SPS orientacijos kryptį lemia kintanti šalies, ir visos Europos, epidemiologinė ir sociologinė situacija. Senstanti visuomenė, didėjanti socialinė atskirtis lemia tai, kad daugėja lėtinių neinfekcinių ligų, SP yra nevienodai prieinama skirtingų regionų gyventojams, ne vienodai informaciją apie ligas, jų prevenciją ir gydymą supranta skirtingo išsilavinimo ir nevienodo sveikatos raštingumo lygio asmenys[7]. Keičiantis visuomenei turi keistis ir SPS. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra įgyvendina visapusiškumo, tęstinumo, prieinamumo ir priežiūros koordinavimo principus. Visapusiškai informatyvi šeimos gydytojo konsultacija reiškia, kad pacientui yra išaiškinami visi su jo sveikata susiję rizikos veiksniai, taip pat ligos ar atskirų simptomų priežastys, gydymo galimybės ir pan. Pacientams yra sudaroma galimybė patiems prisidėti prie sprendimų, susijusių su jų sveikatinimo veikla ir gydymu, kas skatina jų atsakomybės už savo sveikatą jausmą. Tęstinumas reikšmingas pacientų pasitikėjimui gydytoju. Literatūros duomenimis, ilgai pas vieną šeimos gydytoją besilankantys asmenys palankiai vertina jų darbą, yra linkę labiau pasitikėti gydytojų nuomone ir galimybe gauti išsamesnius tyrimus[8]. Toks

[5] „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą“, *Visuomenės sveikata* 1, (2015).
[6] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“ prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D32DD96EE0A3/nlPKSNkEsq (žiūrėta 2017-01-20).
[7] Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D., „Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione“, *Sveikatos politika ir valdymas* 2, (2014).
[8] Gerikienė V., Kraponavičiūtė L., „Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų įgyvendinimas šeimos gydytojo ir bendruomenės slaugytojo bendradarbiavimo kontekste“, *Profesinės studijos: teorija ir praktika* 13, (2014).

gydytojo – paciento santykis gali daryti teigiamą įtaką ir prevencinių programų įgyvendinimui. Tikėtina, kad asmuo, išgirdęs išsamia informaciją apie antrinės profilaktikos tyrimus, jų atlikimą, reikšmę sveikatos būklei ir pasitikėdamas gydytoju, kuris tą informaciją suteikė, ryšis atlikti profilaktinius tyrimus.

Sveikatos priežiūros paslaugų orientavimas į pacientą reiškia gydytojų dėmesio nukreipimą į paciento poreikius ir lūkesčius. Galutiniu SPS veiklos tikslu tampa ne į diagnozę orientuota specializuota veikla, o visapusiškas paciento poreikių, susijusių su specializuota sveikatinimo veikla, tenkinimas[9]. Pasak R. Kudukytės-Gasperės ir D. Jankauskienės (2014), šalies SPS pokyčiai tūrėtų būti perorientuojami „pirmenybę teikiant ligų prevencijai, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų nuolatiniam kokybės gerinimui, integruojant paslaugų teikimą bei užtikrinant sveikatos priežiūros tęstinumą“. Pabrėžiama, kad „visa tai įmanoma pasiekti tik skatinant žmonių atsakomybę už savo sveikatą bei perkeliant paciento priežiūrą kuo arčiau jo namų“[10].Orientuojant paslaugas į pacientą, jis yra skatinamas pats priimti su jo sveikata susijusius sprendimus. Asmuo, pirmiausia, gali pats nuspręsti, kurioje įstaigoje, pas kokį gydytoją jis nori gydytis, tuomet turi galimybę išreikšti savo nuomonę sprendimuose, susijusiuose su jo sveikatos priežiūra. Tie pacientai, kurie negali išreikšti nuomonės apie savo sveikatos priežiūrą, mano, kad gydytojai nežino svarbiausių, su jų sveikata susijusių, problemų. Tam, kad paciento nuomonė būtų išgirsta, o pasirinkimai būtų pagrįsti, jam turi būti suteikta reikiama informacija[11]. Antrinės profilaktikos įgyvendinimo atveju ši užduotis tampa pirminės sveikatos priežiūros uždaviniu, taip pat įtraukiant ir kitas institucijas bei galimas priemones.

Į pacientą nukreipta sveikatos priežiūra apima ir orientavimąsi į paciento emocijas. Kiekvienas pacientas į jam sakomą, su sveikata susijusią, informaciją reaguoja skirtingai. Todėl atsiranda poreikis gydytojams gebėti visapusiškai vertinti pacientą, informaciją suteikti jam suprantama ir priimtina forma. Ankstesnė patirtis sveikatos priežiūroje, socialinė padėtis, išsilavinimas, psichologiniai veiksniai lemia pacientų supratimą ir gebėjimą vertinti savo sveikatą ir jos priežiūra. Tyrimai rodo, kad žemesnio socialinio sluoksnio, žemesnį išsilavinimą turintys asmenys, bei asmenys, kurių sveikatos raštingumo lygis yra žemesnis, prasčiau vertina sveikatos sistemą, reikalauja mažiau informacijos iš gydytojų, rečiau dalyvauja antrinės profilaktikos programose. Gydytojų gebėjimas suprasti, užjausti, paguosti pacientą lemia palankesnį pacientų sveikatos priežiūros vertinimą. Pacientai, asmeniškai pažįstantys gydytoją, yra geriau išklausomi, dažniau

[9] Jurgutis A., Juknevičiūtė V., „Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“, *Visuomenės sveikata* 1, (2012); Girskienė B. ir kiti, „Į pacientą ir jo šeimą orientuotos sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“, *Visuomenės sveikata* 1, (2012).

[10] Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D., „Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione“, *Sveikatos politika ir valdymas* 2, (2014).

[11] „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą“, *Visuomenės sveikata* 1, (2015); Girskienė B. ir kiti, „Į pacientą ir jo šeimą orientuotos sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“, *Visuomenės sveikata* 1, (2012).

atsižvelgiama į jų nuomonę ir jie turi geresnes tolimesnės priežiūros galimybes[12]. Toks bendravimas gali lemti ir gydytojų norą dažniau informuoti pacientus apie prevencines programas, išsamiau papasakoti apie procedūras, kurios gali padėti anksti diagnozuoti ligas.

Paciento nuomonė apie sveikatos priežiūrą, jo dalyvavimas SP ir gydymo procese laikomas vienu iš sveikatos priežiūros sistemos kokybės rodiklių. Pacientų įtraukimas į sveikatos priežiūrą lemia didesnį jų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis ir didesnį pasitikėjimą sistema[13].

## 1.2. Sveikatos priežiūros kokybė

Sveikatos paslaugų kokybė yra labai glaudžiai susijusi su gyvenimo kokybe. Ji sveikatos priežiūroje yra aukščiausias tikslas, kurio siekia pacientai ir turėtų siekti šias paslaugas teikiantys medikai. Daugelyje ES šalių sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas visiems gyventojams yra vienas pagrindinių siekių, dėl kurio yra reikalinga stiprinti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą, saugumą, orientavimąsi į pacientą, priežiūros tęstinumą, paslaugų tiekėjų profesionalumą[14]. Vykstant sveikatos apsaugos sistemų reformoms, nuolat tobulėjant sveikatos priežiūros kokybei ir ją užtikrinančioms sistemoms atsiranda poreikis daugiau išteklių skirti brangioms medicinos technologijoms, pacientų poreikių ir lūkesčių patenkinimui. Auga pacientų informuotumas, o tuo pačiu ir reiklumas sveikatos priežiūrai, sveikatai ir gyvenimo kokybei.

Todėl sveikatos priežiūros kokybė yra plati sąvoka ir pirmiausia orientuota į paciento poreikius, kurie dažniausiai yra didesni nei sveikatos apsaugos sistemos organizacijų galimybės juos patenkinti. LR Sveikatos sistemos įstatyme sveikatos priežiūros kokybė apibrėžiama kaip „Lietuvos Respublikos įstatymų ir sveikatos apsaugos ministro nustatytų sveikatos priežiūros sąlygų, įskaitant sveikatos priežiūros tinkamumą ir priimtinumą, visuma“[15]. Vis dar galiojančioje sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje sakoma, kad „Sveikatos priežiūros kokybė – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę“[16]. V. Janušonis ir V. Popovienė (2004) pateikia keletą sveikatos priežiūros kokybės sąvokos apibrėžimų: „Sveikatos priežiūros kokybė – tai pilnas sveikatos priežiūros poreikių patenkinimas tų pacientų, kuriems labiausiai reikia, mažiausiais organizacijos kaštais, atsižvelgiant į aukštesnių organizacijų apribojimus ir direktyvas“; „Sveikatos priežiūros kokybė – tai laipsnis, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra didina

[12] Jurgutis A., Juknevičiūtė V., „Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“, *Visuomenės sveikata* 1, (2012).
[13] Žėbienė E. ir kiti, „Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų“, *Medicina (Kaunas)* 40, (2004).
[14] Ruževičius J., Bubnienė D., „Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai“, *Verslo ir teisės aktualijos* 5, (2010).
[15] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas,*Valstybės žinios,* 1994, Nr. 63-1231.
[16] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“ prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D32DD96EE0A3/nlPKSNkEsq (žiūrėta 2017-01-20).

tikimybę pasiekti norimų rezultatų, remdamasi šiuolaikinėmis profesinėmis žiniomis“[17]. D. Jankauskienė ir R. Pečiūra (2007) kokybę apibudina kaip „laipsnį, kuriuo individualiems pacientams ir gyventojų grupėms suteikiamos sveikatos priežiūros paslaugos padidina galimybę gauti norimus sveikatos priežiūros rezultatus bei šių paslaugų atitiktį esamoms profesinėms žinioms“. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę autoriai apibrėžia taip: „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – sveikatos priežiūros paslaugų teikimas laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų ir kitų teisės aktų, vykdomas asmenų, turinčių atitinkamas licencijas teikti sveikatos priežiūros paslaugas, licencijuotose atitinkamas paslaugas teikti ir apsidraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams įstaigose“[18]. Sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimai lemia sveikatos priežiūros kokybės strateginius aspektus:

- geresnis pacientų poreikių ir lūkesčių sveikatos priežiūrai tenkinimas;
- sisteminio, visapusiško, tęstinio proceso orientavimas į paciento poreikius;
- tikslas apima geresnės pacientų sveikatos siekį ir jų gyvenimo kokybę;
- nuolatinis medikų profesionalų ir pacientų mokymasis;
- išteklių taupymas ir galimybės juos reinvestuoti sudarymas[19].

Sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos paslaugos neapsiriboja tyrimų atlikimu, atskirų diagnozių nustatymu ir gydymu. Kartu jos turi užtikrinti ligų prevenciją, gyventojų sveikatos kokybę ir visos visuomenės gerovę. Todėl SP įstaigoms atsiranda poreikis gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą ir priimtinumą.

Pirmiausia, kiekviena SPĮ turi užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę įstaigos viduje. Anot D. Jankauskienės (2016), veiklos kokybės įvertinimas yra vienas pagrindinių veiksnių SPĮ veiklos kokybei gerinti[20]. 2012 m. Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ yra išdėstytas veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas. Tačiau nėra apibrėžto SPĮ vertinimo, atsižvelgiant į šiuos rodiklius, modelio. Toks vertinimas būtų reikšmingas sveikatos politikoje, kai lyginant skirtingas SPĮ, būtų atsižvelgiama į gerosios praktikos pavyzdžius ir semiamasi patirties iš geresnius rezultatus pasiekusių įstaigų. D. Jankauskienė pasiūlė ligoninių kokybės vertinimo modelį, paremtą dviem modeliais: „PSO PATH – rodiklių dimensijas sujungiant į du pagrindinius kriterijus: kokybė (taip pat sauga, orientacija į pacientą ir darbuotojus) bei efektyvumas (taip pat produktyvumas ir atsakingas valdymas) bei Health Consumer Powerhouse

[17] Janušonis V., Popovienė V., *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose* (Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2004).
[18] Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas* (Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007).
[19] Janušonis V., Popovienė V., *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose* (Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2004).
[20] Jankauskienė D., „Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2016).

Sveikatos vartotojų indeksu“. Modelyje pateikiami skaičiavimai paremti 2012 m. Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ pateikiamais efektyvumo ir kokybės vertinimo rodikliais. Darant prielaidą, kad taikant ši modelį ligoninė gali surinkti daugiausia 1000 balų, 750 iš jų skiriami kokybės vertinimui, nes kokybę apibrėžiančių rodiklių yra daugiau ir kokybė yra modelio taikymo tikslas. Tačiau ji negali egzistuoti be įstaigų efektyvumo vertinimo, todėl jis sudaro 250 balų.

Autorės pasiūlytas modelis yra paremtas Europos šalių praktika ir jo taikymas suteiktų galimybę vertinti sveikatos priežiūros paslaugas atsižvelgiant į svarbiausius ir šaliai tuo metu reikšmingiausius sveikatos priežiūros kriterijus[21].

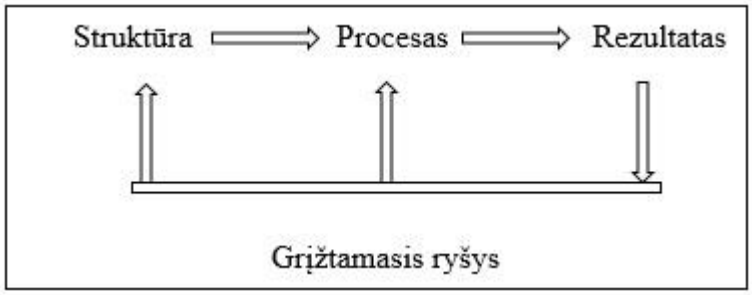
Sveikatos priežiūros kokybės vadybos pradininkas A. Donabedianas pasiūlė bendrą kokybės sistemos modelį, pagrįstą organizacine struktūra, procesais ir veiklos rezultatais. Anot A. Donabediano, kokybės vertinimas turi remtis konceptualiu sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimu. Tačiau šią sąvoką apibrėžti yra sunku, todėl kyla problemų nusakant jos esmę. Autorius pateikia tris sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kategorijas[22].

1. Struktūra. Vertinami materialūs ir žmogiškieji ištekliai, naudojami sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įgyvendinimui, bei organizacinė struktūra. Ši kategorija apima patalpų, įrangos ir paslaugų pakankamumą; darbuotojų skaičių ir kvalifikaciją, jų darbo organizavimą; administracinius procesus. Anot Donabediano, šioje kategorijoje vertinama konkreti ir prieinama informacija, o tai yra privalumas. Tinkama aplinka ir priemonės užtikrina gerą sveikatos priežiūrą.
2. Procesas. Vertinama tai, kas įvyksta teikiant ir gaunant sveikatos priežiūros paslaugas. Tai abipusis procesas, apimantis pacientus, kurie ieško ir kreipiasi dėl tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų, bei medicinos darbuotojus, teikiančius tas paslaugas. Tinkama, išsami ir pakankamai gausi informacija gaunama iš ligos istorijos, fizinio ištyrimo ir diagnostinių testų; tiksli diagnozė ir veiksmingas gydymas; diagnostikos ir gydymo technologijos; sergamumo ir ligų prevencija; sveikatos priežiūros koordinavimas ir tęstinumas; gydymo priimtinumas ir kiti komponentai lemia proceso vertinimą.
3. Rezultatas. Vertinamas sveikatos priežiūros poveikis pacientui ir visiems gyventojams. Kaip kokybės vertinimo kriterijai naudojami pacientų pasveikimo trukmės, funkcijų atsistatymo, išgyvenamumo rodikliai. Vertinant rezultatus neapsiribojama tik konkrečių pasveikimo atvejų

[21] Jankauskienė D., „Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2016).
[22] Donabedian V., „Evaluating the quality of medical care“, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/, (žiūrėta 2017-02-05).

analize, vertinamas ir pacientų pasitenkinimas gautomis paslaugomis, jų žinojimo ir sveikos gyvensenos skatinimas.

Šios trys vertinimo kategorijos yra tarpusavyje susijusios (1 pav.). Tinkama struktūra lemia gerus ir teisingai vykdomus procesus, o pastarieji didina gerų rezultatų tikimybę. Vertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę remtis bent vienu iš šių kriterijų galima tuomet, kai yra įvertinami kategorijų tarpusavio ryšiai ir sąveika[23].




*1 pav.* Donabediano kokybės vertinimo kategorijų ryšys.

Jankauskienė D. pateikia šios struktūros pritaikymą kokybės valdymui sveikatos priežiūroje[24]:

1. Struktūra
    - medicinos personalas (licencijavimas, tęstinis mokymas, darbo rezultatų apžvalga);
    - technologijos (klinikiniai bandymai, vyriausybės institucijos, standartai);
    - patalpos ir struktūra;
    - inspektavimas;
    - standartai ir rekomendacijos

⇩

2. Procesas
    - sveikatos technologijų vertinimas;
    - praktinės rekomendacijos;
    - procesų gerinimas;
    - darbo supaprastinimas;
    - nauja politika.

⇩

[23] Kosinskienė A., Ruževičius J., „Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje“, *Medicinos teorija ir praktika* 1, (2011).
[24] Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas* (Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007).

3. Rezultatas
    - rezultatų registravimo ir stebėjimo priemonės (asmeninės, organizacijos, regiono, nacionalinės);
    - sveikatos būklė;
    - verslo būklė.

*Šis modelis atspindi esminį kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos kokybės vertinimo ir gerinimo modelį. Šiuos komponentus svarbu įvertinti siekiant teikti kokybiškas, į pacientą orientuotas paslaugas, siekiant paskatinti kuo daugiau pacientų ateiti pasitikrinti sveikatą profilaktiškai, pagal įgyvendinamas programas. Tik kokybiškai teikiamos ir žmogui priimtinos sveikatos priežiūros paslaugos gali padėti pasiekti norimus rezultatus*.

## 1.3. Pacientų vaidmuo suvokiant kokybę

Sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybė ir jos gerinimas pasireiškia visos sveikatos sistemos kokybe. Tai organizaciniai ir struktūriniai sveikatos priežiūros aspektai, kurie lemia SP prieinamumą, gydymo ir racionalaus išteklių panaudojimo procesai bei procesai, tiesiogiai susiję su pacientais – jų gydymo rezultatai, gerovė ir pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis[25]. Šiuo metu sveikatos priežiūros kokybė dažniausiai vertinama per sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir pacientų pasitenkinimą šiomis paslaugomis. Sveikatos priežiūros prieinamumas, tai „valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei“[26], o paciento pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis – „paciento nuomonė, kokiu laipsniu sveikatos priežiūros paslaugos atitinka jo lūkesčius, poreikius ar norus“[27]. Sveikatos sistemą orientuojant į pacientą, vis didesnę reikšmę įgauna tyrimai, kuriuose atskleidžiama pacientų nuomonė apie SP paslaugas, jų kokybę ir prieinamumą. Tai itin svarbu formuojant nacionalinę sveikatos politiką, nes pacientų pasitenkinimas SP paslaugomis, jų lūkesčiai yra svarbūs sveikatos sistemos kokybės matavimui ir vertinimui[28]. Statistinių gyventojų sveikatos, SPĮ efektyvumo rodiklių vertinimo nebeužtenka norint visapusiškai įvertinti sveikatos priežiūros kokybę. Pacientai patys geriausiai žino, kas jiems yra svarbu ir ko jie tikisi iš sveikatos priežiūros sistemos. Jų įtraukimas į SPS sudaro sąlygas gauti naudingą informaciją, kuri leistų nustatyti SP silpnąsias vietas, kurias būtina tobulinti[29].

---

[25] Ruževičius J., Bubnienė D., „Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai“, *Verslo ir teisės aktualijos* 5, (2010).
[26] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas,*Valstybės žinios,* 1994, Nr. 63-1231.
[27] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“ prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D32DD96EE0A3/nlPKSNkEsq (žiūrėta 2017-01-20).
[28] Jankauskienė D., „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo paciento požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2012).
[29] Jung H.P., Wensing M., Grol R., „What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views?“ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1410074/?page=5 (žiūrėta 2017-02-13).

Paciento suvokiama kokybė yra vienas iš trijų aspektų – paciento suvokiama kokybė, profesionalioji kokybe, valdymo kokybė – į kuriuos dėmesį sutelkti turi sveikatos priežiūros įstaigos, siekiančios nuolat teikti kokybiškas paslaugas. Paciento suvokiama kokybė apima lūkesčius, kuriuos pacientas puoselėja gaunamoms sveikatos priežiūros paslaugoms. Pacientai žino, kokias SP paslaugas norėtų gauti ir jų tikisi. Taip pat pacientų suvokiamos SP kokybės vertinimui didelę reikšmę turi psichologinis aspektas. Pacientams svarbu saugumas medicininių procedūrų atlikimo metu, ligos diagnozavimas, emociniai aspektai bendraujant su sveikatos priežiūros teikėjais. Pacientai vertina dėmesį, pagarbą, atvirumą, atjautą, konfidencialumo užtikrinimą[30]. 2012 metų sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“, kuris buvo atnaujintas 2015 metais, vienas iš veiklos kokybės vertinimo rodiklių yra pacientų pasitenkinimo lygis. Šis rodiklis vertinamas atsižvelgiant į vidutinį ASPĮ gydomų pacientų skaičių per metus, apklaustų pacientų skaičių, anketinių duomenų analizės rezultatus bei apskaičiuotą pacientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis lygį balais. Balai gaunami skaičiuojant anketų atsakymų vidurkį, kur atsakymai vertinami 2 (taip), 1 (iš dalies) ir 0 (ne) balų[31]. Vertinant pacientų nuomonę apie SP kokybę, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad pacientai gali pasirinkti labai skirtingus argumentus vertindami tam tikrą SP aspektą. Šiuos argumentus gali lemti, pavyzdžiui, liga, kuria pacientas serga. Sunkiai judantys pacientai daug griežčiau vertins galimybę patekti į gydymo įstaigą, patogų judėjimą gydymo įstaigos viduje, jos pritaikymą judėjimo negalią turintiems, senyvo amžiaus asmenims ir pan. Tuo tarpu sergantiems, bet su judėjimu problemų neturintiems pacientams, jauniems, bei profilaktikos tikslais atvykusiems pacientams fizinio prieinamumo vertinimas gali būti mažiau svarbus. Tačiau skirtingas tam tikrų aspektų vertinimas priklauso ne tik nuo amžiaus ar ligos pobūdžio, bet ir nuo asmenų išsilavinimo, lyties, lūkesčių, asmeninės patirties ir kt.[32].

*Tai, kaip pacientas suvokia ir vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, yra itin svarbu įgyvendinant antrinės profilaktikos programas. Gyventojai, sergantys tam tikromis ligomis, jaučiantys skausmą ar kitokius simptomus kreipiasi į gydymo įstaigas nepriklausomai nuo to, kaip jas vertina. Tačiau norint pritraukti sveikus asmensis tikrintis profilaktiškai, kokybė įgauna daug didesnę prasmę. Žmogus yra linkęs naudotis tomis paslaugomis, kurios jam atrodo kokybiškos, priimtinos ir dėl to reikalingos.*

[30] Štaras K. ir kiti, „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtinumo vertinimas ir analizė“, *Sveikatos mokslai* 4, (2013).
[31] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“, prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D8AD6CC08C9F/IHZRNmCoiL (žiūrėta 2017-01-20).
[32] Kairys J. ir kiti, „Vilniaus miesto šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą – nuomonė pagal pacientų amžių ir išsilavinimą“, *Sveikatos mokslai* 6, (2014).

## 1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę galima vertinti daugeliu aspektų, tačiau vienu pagrindinių yra laikomas SP paslaugų prieinamumas. LR Sveikatos sistemos įstatyme sveikatos priežiūros prieinamumas apibrėžtas kaip „valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei“[33]. Sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems, nepriklausomai nuo amžiaus, socialinės padėties, rasės ar kitų veiksnių. Todėl sveikatos priežiūros sistema turi veikti taip, kad kokybiškos paslaugos būtų prieinamos kiekvienam piliečiui ir būtų mažinami paslaugų teikimo bei sveikatos netolygumai tarp šalies gyventojų[34]. Lietuvoje gyventojai teigiamai vertina prieinamumą pas šeimos gydytoją, tačiau yra nepatenkinti prieinamumo prie specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų galimybėmis[35].

Yra išskiriami potencialus ir realizuotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Potencialus SP prieinamumas, tai gyventojų galimybės gauti SP paslaugas, bendrai vertinant sveikatos priežiūros sistemą, įstaigų išsidėstymą, finansavimą, paslaugų pasiūlą bei paklausą ir kt. Realizuotas prieinamumas, tai paslaugų gavimas įveikus SP prieinamumo kliūtis. Realizuotas prieinamumas gali būti vertinamas šiais aspektais:

- organizaciniu;
- komunikaciniu/teritoriniu;
- ekonominiu.

Tai reiškia, kad yra vertinama, kaip veikia sistema ir ar ji yra prieinama, vertinimas fizinis prieinamumas, galimybės pasiekti gydymo įstaigą ir gauti paslaugas, bei finansinis prieinamumas ir gyventojų galimybės atsiskaityti už gaunamas pasaugas[36]. Tobulai veikiančios sistemos atveju, visi šie aspektai tūrėtų būti vienodai pasiekiami kiekvienam šalies gyventojui. Tačiau taip nėra, nes socialiniai netolygumai lemia skirtingas šalies gyventojų galimybes sveikatos priežiūros sistemoje. Panašios problemos, susijusios su socialine atskirtimi, būdingos ir kitoms Europos šalims, todėl Pasaulinės sveikatos organizacijos leidinyje „Sveikata 2020: Europos politika sveikatai ir gerovei“ vienas iš dviejų strateginių tikslų yra sveiktos gerinimas visiems ir nelygybės mažinimas sveikatos priežiūros sistemoje. Tam pasiekti valstybė tūrėtų kuo labiau įtraukti visuomenę į sveikatos politikos formavimą, išsiaiškinti ir apsvarstyti visuomenėje vyraujančias vertybes, prioritetus ir susirūpinimą, plėtoti požiūrį, kuris lemtų visuomenės bendradarbiavimą, socialinę įtrauktį ir

[33] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas,*Valstybės žinios,* 1994, Nr. 63-1231.
[34] Kairys J. ir kiti, „Vilniaus miesto šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą – nuomonė pagal pacientų amžių ir išsilavinimą“, *Sveikatos mokslai* 6, (2014).
[35] Štaras K. ir kiti, „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtinumo vertinimas ir analizė“, *Sveikatos mokslai* 4, (2013).
[36] Tamutienė I. ir kiti, „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas* 2, (2011).

susitelkimą bei užtikrinti prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios būtų universalios, teisingos, tvarios ir aukštos kokybės[37].

### 1.4.1. Teritorinis prieinamumas

Lietuvoje didžiausi netolygumai, vertinant prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų, išryškėja tarp miesto ir kaimo gyventojų. Kaimo gyventojai dažniau susiduria su atvykimo į gydymo įstaigą sunkumais. Teritorinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra susijęs su paciento galimybėmis atvykti į gydymo įstaigą, ją pasiekti reikiamu laiku ir patogiai. Atlikti tyrimai rodo, jog miesto gyventojai beveik nesusiduria su teritorinio prieinamumo problema, tačiau šiuos aspektus kaimo gyventojai dažnai vertina neigiamai. Problema išryškėja dėl atstumo iki gydymo įstaigos, nes nutolusius nuo kaimo vietovių SP centrus yra sunku pasiekti. Dauguma kaimuose gyvenančių pacientų yra senyvo amžiaus asmenys, kuriems yra nepatogu važiuoti viešuoju transportu, dažnai nepatogus yra maršrutų laikas ir tvarkaraščiai. Ši problema didėja kartu su prastėjančia pacientų sveikata, tuomet sunku pasidaro pasiekti ne tik gydymo įstaigą, bet ir viešojo transporto stotelę. Teritorinio prieinamumo problema kaimo gyventojams lemia ir didesnes išlaidas. Gyventojams tenka pirkti transporto bilietus arba prašyti pagalbos kitų žmonių, kas sudaro papildomas išlaidas. Jos dar labiau išauga, kai pas gydytoją konsultuotis reikia važiuoti kelis kartus arba šeimos gydytojas dirba vienoje SP įstaigoje, o gydytojas specialistas, pas kurį yra siunčiamas pacientas, dirba kitoje įstaigoje[38].

### 1.4.2. Organizacinis prieinamumas

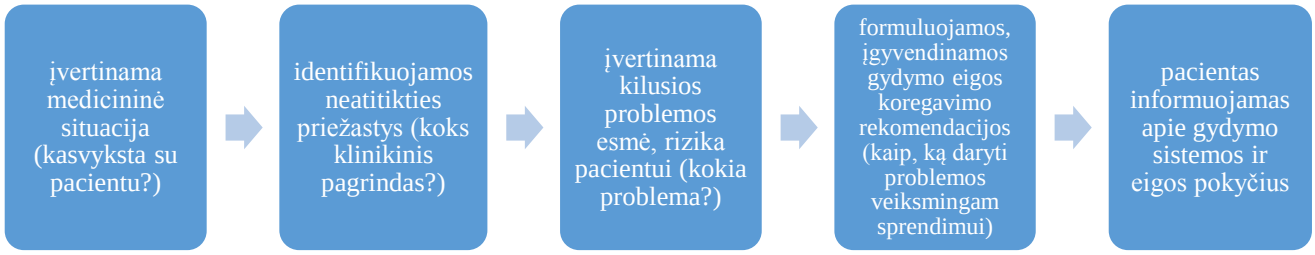
Organizacinis sveikatos priežiūros prieinamumas apima nemažai aspektų, kurie yra itin svarbūs vertinant pacientų pasitenkinimą SP paslaugomis. Todėl organizacinis SPĮ prieinamumas vertinamas kompleksiškai, atsižvelgiant į daugelį kriterijų, su kuriais susiduria pacientai. Organizacinį prieinamumą pirmiausia lemia laikas, per kurį pacientas gali patekti pas gydytoją, atlikti jam paskirtas procedūras. Dažnai pacientai šį aspektą vertinama neigiamai, dėl ilgų eilių norint užsiregistruoti pas šeimos gydytoją. Taip pat su ilgų eilių problema pacientai susiduria atvykę į gydymo įstaigą, kai eilėje prie kabineto jiems tenka praleisti nemažai laiko. Atlikti tyrimai rodo, kad pacientams konsultacijos pas šeimos gydytoją tenka laukti apie savaitę ar ilgiau, o eilėse prie kabineto jie užtrunka apie pusę valandos ar ilgiau. Dar ilgiau tenka laukti vizito pas gydytoją specialistą. Taip pat pacientai dažnai siuntinėjami iš vieno specialisto pas kitą, kas užtrunka ilgai ir ne visuomet yra reikalinga. Šiuo aspektu organizacinis prieinamumas geriau vertinamas privačiose gydymo įstaigose, kur vizito pas gydytoją

[37] World health organization, Reducing inequalities http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/strategic-objectives/reducing-inequalities (žiūrėta 2017-02-20); Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D., „Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione“, *Sveikatos politika ir valdymas* 2, (2014).

[38] Zolubienė E. ir kiti, „65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“, *Visuomenės sveikata* 3, (2014).

reikia laukti trumpiau, o konsultacija trunka daugiau laiko ir yra išsamesnė, dėl mažesnio aptarnaujamų žmonių skaičiaus ir dėl to, kad dažnai privačiose įstaigose gydosi jaunesni žmonės, kurie serga rečiau[39].

Dar vienas svarbus aspektas, vertinant organizacinį SP paslaugų prieinamumą, yra paciento galimybė pasirinkti specialistą, paslaugą, diagnostikos bei gydymo metodus. K. Štaro ir kt. (2013) atliktas tyrimas parodė, jog dauguma pacientų neigiamai vertina tai, kad norėdami užsiregistruoti pas gydytoją specialistą, pirmiausia turi kreiptis į savo šeimos gydytoją. Apie galimybę pačiam pasirinkti specialistą pacientai dažniausiai nežino, o jeigu ir žino, šia galimybe nesinaudoja ir klauso šeimos gydytojų nurodymų. Pagerinti šią situaciją galėtų didesnis pacientų informuotumas. Išsamus išaiškinimas pacientui apie jo ligą, gydymo metodikas bei rezultatus labiau įtrauktų asmenį į sprendimų priėmimą ir jis, žinodamas savo teises ir visą reikalingą informaciją, galėtų priimti sprendimus kartu su gydytoju. Tam reikalingas nuolatinio gydytojų, bei kito medicinos personalo, komunikavimo su pacientu, skatinimas. Pacientai susiduria su nemaloniu, nemandagiu ir atmestinu SPĮ darbuotojų elgesiu, kai jiems nėra išaiškinamos visos aplinkybės tiek registratūroje, tiek gydytojo kabinete. Tokius atvejus pacientai vertina kaip darbuotojų kompetencijos ir profesionalumo trūkumą. Šios problemos susijusios su kitomis organizacinėmis problemomis, nes dėl didelio pacientų kiekio bei ilgų eilių gydytojai ir kitas personalas dažnai negali skirti pakankamai laiko kiekvienam pacientui atskirai, jaučia nuovargį, įtampą, dėl ko gali būti per mažai dėmesingi pacientui. Dėl šių priežasčių kylantis pacientų nepasitenkinimas dažnai tampa skundų dėl gydymo veiksmų priežastimi. Tam, kad būtų išvengta klaidų, o gydymo eiga ir reikšmė aiški pacientui, D. Bubnienė ir J. Ruževičius (2015) pateikia žingsnius, pagal kuriuos sistemingai būtų apgalvota kiekviena situacija (2 pav.).




*2 pav.* Paciento situacijos vertinimo žingsniai.

Šie žingsniai autorių pateikiami pagal sveikatos priežiūros problemų sprendimo modelį, kurį galima pritaikyti ir gerinant komunikaciją. Tinkamas komunikavimas ir visų, pacientui reikšmingų, aplinkybių

[39] Kairys J. ir kiti, „Vilniaus miesto šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą – nuomonė pagal pacientų amžių ir išsilavinimą“, *Sveikatos mokslai* 6, (2014); Tamutienė I. ir kiti, „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas* 2, (2011); Štaras K. ir kiti, „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtinumo vertinimas ir analizė“, *Sveikatos mokslai* 4, (2013); Zolubienė E. ir kiti, „65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“, *Visuomenės sveikata* 3, (2014).

išaiškinimas yra itin svarbus į pacientą orientuotai sveikatos priežiūros sistemai, kur siekiama medicinos personalo ir pacientų bendradarbiavimo[40].

### 1.4.3. Ekonominis prieinamumas

Ekonominis sveikatos priežiūros prieinamumas pasireiškia gyventojų galimybe gauti sveikatos priežiūros paslaugas apmokant jas iš valstybės ar privačių lėšų[41]. Lietuvoje gauti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas gali privalomuoju sveikatos draudimu apdrausti asmenys. Būtinoji pagalba nemokamai suteikiama ir neapdraustiems asmenims. Dauguma Lietuvos gyventojų yra apdrausti PSD, todėl finansinis prieinamumas gyventojams dažniausiai nėra problema. Finansinis SP paslaugų prieinamumas tampa problema tuomet, kai gyventojams tenka mokėti už brangiai kainuojančius tyrimus, vaistus, papildomas ar greičiau suteiktas paslaugas.

*Atrankinių profilaktikos programų tyrimai yra kompensuojami PSDF lėšomis visiems apsidraudusiems tikslinių grupių gyventojams. Todėl ekonominis prieinamumas prevencinių programų įgyvendinimo atžvilgiu nesudaro didesnės reikšmės, kiekvienas atvykęs pasitikrinti pagal programą paslaugą gauna nemokamai. Tačiau teritorinis bei organizacinis prieinamumas gali turėti didelę reikšmę pacientų apsisprendimui dėl dalyvavimo antrinės profilaktikos programose. Specializuotos SP paslaugos yra ypač svarbios norint atlikti antrinių profilaktikos programų tyrimus, nes šeimos gydytojas tik informuoja ir išsiunčia atlikti tyrimų. Šiuo atžvilgiu prieinamumo prie specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų trūkumai gali lemti ir mažesnį pacientų tikrinimąsi pagal antrinės profilaktikos programas. Sunkumus dėl atvykimo į gydymo įstaigą patiriantys gyventojai taip pat galimai rečiau ryšis vykti į SPĮ atlikti profilaktinių tyrimų, jeigu jų savijauta yra gera.*

## 1.5. Antrinė profilaktika

Ligų profilaktika yra svarbi sveikatos politikos dalis, numatanti, kokių priemonių reikia tam, kad būtų mažinama susirgimų rizika ir naujų ligų atvejų atsiradimas[42]. Profilaktika yra skirstoma į pirminę, antrinę ir tretinę. Pirminė profilaktika yra skirta tam, kad būtų išvengta ligos atsiradimo. Mažinant ligą sukeliančių veiksnių ir priežasčių poveikį galima užkirsti kelią ligai dar iki pirmųjų simptomų ir taip sumažinti naujų ligų atsiradimo atvejų skaičių. Pavyzdžiui nerūkyti, sveikai maitintis ir pan., siekiant išvengti plaučių ar kitų vėžio formų, širdies ligų. Antrinė profilaktika skirta užkirsti kelią ligai pradinėje stadijoje. Tai – ankstyvas ligos diagnozavimas, jos progresavimo sustabdymas ir galimybė lengviau išgydyti ligą. Pagrindinis antrinės profilaktikos įgyvendinimo priemonė yra ankstyvosios ligų diagnostikos programos. Lietuvoje šiuo tikslu vykdomos onkologinių – krūties,

[40] Ruževičius J., Bubnienė D., „Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai“, *Verslo ir teisės aktualijos* 5, (2010).
[41] Tamutienė I. ir kiti, „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas* 2, (2011).
[42] Srivastava D., „Is prevention better than cure? A review of the evidence, Research note for the European Commission“, (2008).

gimdos kaklelio, priešinės liaukos, storosios žarnos – bei širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programos. Tretinė profilaktika skirta sustabdyti ligos vystymąsi, kai žmogus pripažintas sergančiu tam tikra liga, sumažinti ar pašalinti ligos sukeltas komplikacijas ir pagerinti ligonio būklę[43].

Jungtinių valstijų mokslininkų pateiktuose straipsniuose išskiriami profilaktinių programų įgyvendinimo privalumai ir trūkumai[44]. Nurodoma, jog pagrindiniais trūkumais, lemiančiais prastą atrankinių programų vertinimą, yra laikomas mažas jų efektyvumas, klaidingai teigiami rezultatai atliekant tyrimus dėl priešinės liaukos vėžio. Efektyvumas gali būti klaidingai vertinamas tuomet, kai programos įgyvendinimo rezultatai analizuojami visos populiacijos, o ne tikslinės gyventojų grupės atžvilgiu. Klaidingai neigiamų rezultatų atvejai nebūdingi atliekant kitų vėžio formų diagnostinius tyrimus, todėl šie rodikliai menkai reikšmingi tam, kad atrankinių programų vertinimas būtų neigiamas. Be to, atlikti tyrimai ir mirštamumo nuo atrankinėmis programomis tiriamų vėžio formų sumažėjimas rodo teigiamą programų įgyvendinimo reikšmę ir jų efektyvumą.

2003 metais ES Taryba priėmė Rekomendaciją dėl vėžio atrankinės patikros[45]. Šiame dokumente pabrėžiama antrinės profilaktikos programų vykdymo svarba, siekiant sumažinti sergamumą vėžiu ir remiamasi tuo, jog PSO atrankinės patikros principą įvardija kaip pagrindinį lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos įrankį. Rekomendacijoje išryškinama žmonių sergamumo vėžiu problema ir poreikis atlikti ankstyvąją diagnostiką tam, kad kuo daugiau atvejų būtų išgydyti. Atranka leidžia aptikti vėžį pradinėje stadijoje, palengvina tokių pacientų gydymą ir taip gali būti sumažinamas mirtingumas nuo tų vėžio formų, kurios lemia didžiausią mirštamumą. Šioje rekomendacijoje sakoma, jog atsižvelgiant į tai, kad prevenciniai tyrimai yra atliekami jokių simptomų neturintiems asmenims, turi būti įvertinta atliekamų tyrimų rizika, o gyventojai pakankamai informuoti tam, kad galėtų priimti pagrįsta sprendimą dėl dalyvavimo programoje. Efektyvumas gali būti pasiektas programas įgyvendinant sistemingai, apimant visą tikslinę gyventojų grupę ir remiantis gerosios praktikos rekomendacijomis. Taip pat šiame dokumente ES valstybėms narėms pateikiamos rekomendacijos dėl atrankinių profilaktikos programų įgyvendinimo.

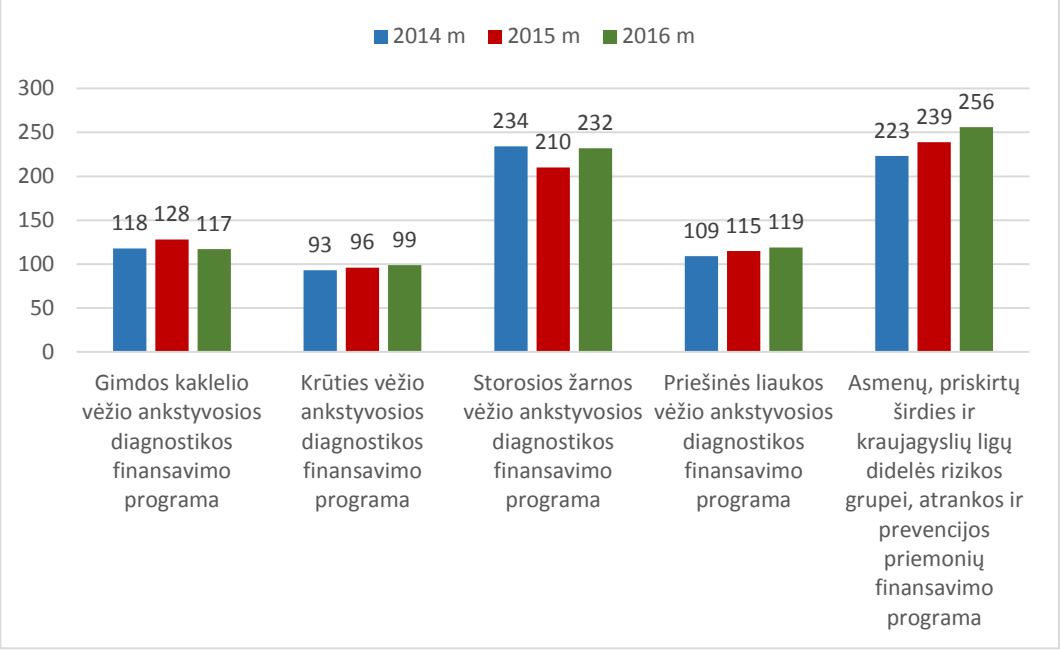
### 1.5.1. Gyventojų dalyvavimas antrinės profilaktikos programose

Lėtinės neinfekcinės ligos yra aktuali sveikatos problema, o jų prevencija yra prioritetinė kryptis ne tik Lietuvoje, bet ir kitose Europos šalyse[46]. Atrankinių patikros programų įgyvendinimo efektyvumas priklauso nuo programų įgyvendinimo apimčių ir tikslinėms grupėms priklausančių asmenų dalyvavimo jose masto. Šios programos orientuotos į didžiąją dalį visuomenės ir kuo didesnis

[43] Gurevičius R. ir kiti, „Lietuvos gyventojų požiūris į pirminės, antrinės profilaktikos ir sveikatos stiprinimo priemones, taikomas poliklinikose“, *Visuomenės sveikata* 4, (2012).
[44] http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20063/full; http://annals.org/aim/article/1216568/screening-prostate-cancer-us-preventive-services-task-force-recommendation (žiūrėta 2017-03-05).
[45] „Council recommendation of 2 december 2003 on cancer screening“, Official journal of the European Union, (2003).
[46] Jurgutis A., Juknevičiūtė V., „Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“, *Visuomenės sveikata* 1, (2012).

žmonių bei organizacijų įsitraukimas reikalingas tam, kad būtų pasiektas teigiamas rezultatas, mažinamas susirgimų širdies ir kraujagyslių bei onkologinėmis ligomis bei mirčių dėl šių ligų skaičius[47]. Literatūros duomenimis, gyventojų apsisprendimas dalyvauti PP priklauso nuo socialinių, demografinių veiksnių, tokių kaip amžius, lytis, išsilavinimas, pajamos, gyvenamoji vieta, bei nuo gydytojų gebėjimo informuoti, motyvuoti dalyvauti prevencinėse programose ir suteikti kokybiškas paslaugas. Todėl, siekiant gerinti prevencinių programų įgyvendinimo apimtis, svarbu nustatyti ir motyvuoti socialines ir demografines grupes, kurios yra mažiausiai linkusios dalyvauti prevencinėse programose[48].

VLK patiekiami duomenys rodo, jog informavimo apie prevencines programas ir ištiriamų asmenų apimtys didėja, tačiau nėra tolygios. 2015 metais visose PP, išskyrus storosios žarnos ankstyvosios diagnostikos programą, dalyvavo daugiau asmenų nei 2014 metais, tačiau 2016 metais matomi kitokie rezultatai – mažiau, nei praėjusiais metais, asmenų dalyvavo gimdos kaklelio prevencinėje programoje (3 pav.)[49].




*3 pav.* Prevencinių programų metu patikrintų asmenų skaičius (tūkst.). Sudaryta remiantis VLK 2015-2016 metų duomenimis.

2015 metais, palyginus su 2014 m., buvo suteikta 5 proc. daugiau informavimo apie krūties piktybinių navikų diagnostiką ir siuntimo atlikti mamografiją paslaugų, 8 proc. daugiau informavimo apie gimdos

[47] Juršytė D., Gurevičius R., „Vilniečių informuotumas apie onkologinių, širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas bei dalyvavimas jose, *Visuomenės sveikata* 3, (2014).
[48] Eigirdaitė A. ir kiti, „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu“, *Visuomenės sveikata* 2, (2013).
[49] Prevncinės programos http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/Daugiau%20apie%20prevencines%20programas.pdf#search=PREVENCINI%C5%B2%20PROGRAM%C5%B2%20METU%20PATIKRINT%C5%B2%20ASMEN%C5%B2%20SKAI%C4%8CIUS; http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/0315%20Daugiau%20apie%20prev%20programas.pdf#search=daugiau%20apie%20prevencines%20programas (žiūrėta 2017-03-20).

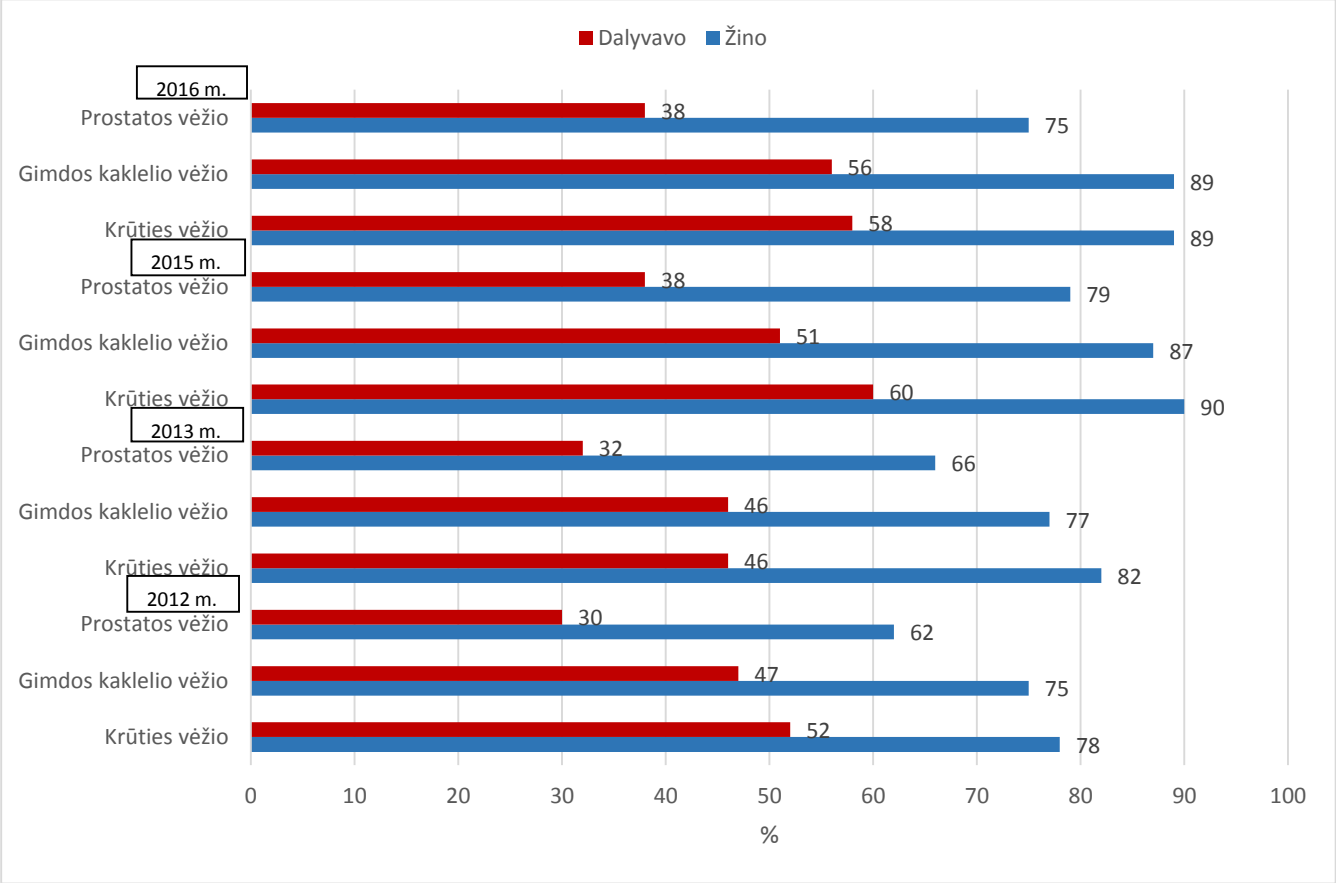
kaklelio ankstyvąją diagnostiką ir citologinio tepinėlio atlikimo paslaugų, 7 proc. daugiau informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugų. Informuotų ir patikrintų asmenų skaičiaus didėjimą galima sieti su didesne dalimi PSDF biudžeto ir rezervo lėšų, skirtų prevencinių programų įgyvendinimui. 2015 metais skirta 25 proc. daugiau lėšų nei 2013 metais, kasmet gerėja ir programoms skiriamų lėšų įsisavinimas. VLK duomenimis 2016 metais 98-99 proc. lėšų buvo panaudota įgyvendinat priešinės liaukos, krūties, gimdos kaklelio programas, o daugiau lėšų panaudota, nei skirta, vykdant širdies ir kraujagyslių ligų bei storosios žarnos vėžio prevenciją – įsisavinta 101 proc. lėšų[50]. Šie duomenys leidžia daryti prielaidą, kad yra ryšys tarp programų finansavimo ir galimybės patikrinti bei informuoti daugiau tikslinės grupė asmenų.

Tačiau atlikti tyrimai rodo, kad teikiamų antrinės profilaktikos paslaugų geresnis finansavimas didesnę įtaką daro gydytojų pasirinkimui teikti arba ne PP informavimo ir siuntimo tirtis paslaugas, o gyventojų dalyvavimui tiesioginės įtakos neturi[51]. Vienas svarbiausių uždavinių, siekiant efektyvesnio ankstyvosios diagnostikos programų įgyvendinimo, yra informacijos apie vėžio profilaktiką ir prevenciją sklaida, visuomenės sveikatos raštingumo didinimas ir informuotos visuomenės ugdymas[52]. Atlikti tyrimai rodo, kad didesnė dalis gyventojų žino apie Lietuvoje vykdomas ankstyvosios diagnostikos programas. Aktyvesnė, palyginus su kitomis programomis, informacijos apie gimdos kaklelio ankstyvąją diagnostiką sklaida lėmė tai, kad apie šią programą žino daugiausiai gyventojų. Mažiausiai žmonėms žinomos Lietuvoje yra širdies ir kraujagyslių ligų bei storosios žarnos vėžio programos[53]. Pagrindinis informacijos šaltinis, iš kurio gyventojai tikisi gauti ir gauną informaciją apie PP yra šeimos gydytojas. Tai parodo šeimos gydytojo svarbą prevencinių programų įgyvendinime. Nors žiniasklaida, draugai ir pažįstami žmonės taip pat dažnai įvardijama, kaip informacijos šaltiniai, gyventojai labiausiai pasitiki gydytojais ir informacijos bei kvietimo dalyvauti PP tikisi sulaukti būtent iš jų.

Atlikti tyrimai atskleidžia skirtumus tarp informuotumo ir dalyvavimo prevencinėse programose (4 pav.). Programose dalyvaujančių asmenų skaičius gerokai mažesnis, nei žinančių apie

[50] Prevencinės programos http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/0315%20Prev%20prog%20finan%20PSDF%20bles.pdf (žiūrėta 2017-03-05).
[51] Kanapeckienė V. ir kiti, *Antrinės profilaktikos programų įgyvendinimas gyventojų ir gydytojų požiūriu, Mokslo darbai nr. 12*, (Vilnius: LĮ „Kriventa“, 2014).
[52] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 liepos 16d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo“, prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/051d0e500ce211e4adf3c8c5d7681e73/KtfGUcHXBe (žiūrėta 2017-01-20).
[53] Lietuvos gyventojų nuomonė apie prevncines programas: informuotumas ir ketinimas dalyvauti http://www.vlk.lt/naujienos/tyrimai/Documents/VLK-Prevencin%C4%97s%20programos%202016-04-13%20d.pdf#search=LIETUVOS%20GYVENTOJ%C5%B2%20NUOMON%C4%96%20APIE%20PREVENCINES%20PROGRAMAS%3A%20INFORMUOTUMAS%20IR%20KETINIMAS%20DALYVAUTI%20Tyrimo%20prezentacija (žiūrėta 2017-02-15).

šias programas. 2016 metų VLK tyrimas parodė, kad iš 89 proc. tikslinės amžiaus grupės moterų, žinojusių apie krūties vėžio diagnostikos programą, joje dalyvavo tik 58 proc.; iš 89 proc. tikslinės amžiaus grupės moterų, žinojusių apie gimdos kaklelio vėžio diagnostikos programą, joje dalyvavo tik 56 proc.; apie priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programą žinojo 75 proc. tikslinės amžiaus grupės vyrų, tačiau joje dalyvavo tik 38 proc.[54].




*4 pav*. Tikslinių grupių gyventojų žinojimas ir dalyvavimas prevencinėse programose. VLK 2016 metų duomenys.

Gyventojai programose nusprendžia nedalyvauti dažniausiai dėl geros savijautos, manymo, kad tai jiems neaktualu, laiko stokos, taip pat kvietimo pasitikrinti negavimo ar baimės sužinoti tyrimo atsakymą. Šios nedalyvavimo PP priežastys parodo gyventojų suvokimo apie rūpinimąsi savo sveikata problemą bei nepakankamą prevencinių programų tikslo ir svarbos išaiškinimą pateikiant informaciją. Problemos, dėl kurių visuotinai įgyvendinamos prevencinės programos yra per mažai aktualios kiekvienam asmeniui atskirai, todėl nėra pasiekiamas norimas

[54] Lietuvos gyventojų nuomonė apie prevncines programas: informuotumas ir ketinimas dalyvauti http://www.vlk.lt/naujienos/tyrimai/Documents/VLK-Prevencin%C4%97s%20programos%202016-04-13%20d.pdf#search=LIETUVOS%20GYVENTOJ%C5%B2%20NUOMON%C4%96%20APIE%20PREVENCINES%20PROGRAMAS%3A%20INFORMUOTUMAS%20IR%20KETINIMAS%20DALYVAUTI%20Tyrimo%20prezentacija (žiūrėta 2017-03-05).

dalyvaujančių PP asmenų skaičius. Be to, gydymo įstaigoms esant pagrindiniu informavimo apie PP šaltiniu, didelė gyventojų dalis, kuri rečiau lankosi PASPĮ, praranda galimybę gauti informaciją apie programas ir kvietimą jose sudalyvauti[55].

Dar viena problema, turinti įtakos gyventojų dalyvavimui onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų ankstyvosios diagnostikos programose yra socialiniai netolygumai. Nustatyta, kad apie prevencines programas dažniau nežino vyrai, vidurinį ir žemesnį išsilavinimą turintys asmenys, nedirbantys arba mažesnes pajamas uždirbantys gyventojai[56]. Mažesnę tikimybę būti pakviestos ir dalyvauti PP turi kaimuose ar mažesniuose miestuose gyvenančios moterys. 2004-2014 metais atliktame tyrime nustatyta, kad kaimo ir mažesnių mietų gyventojos turi 1,3 karto mažesnius šansus būti patikrintos dėl gimdos kaklelio vėžio ir 1,6 karto mažau būti išsiųstos mamografijos tyrimui. Dažniau gimdos kaklelio ir krūties PP dalyvauja aukštąjį išsilavinimą turinčios moterys, bei vyresnio amžiaus ir ištekėjusios moterys. Šios grupės moterys jaučia didesnę atsakomybę už savo sveikatą ir labiau ja rūpinasi[57].

Atlikti tyrimai atskleidžia ir egzistuojančias PP įgyvendinimo problemas. Nors informuotumas ir dalyvaujančių programose gyventojų skaičius didėja, Lietuvoje vykdomų PP patikrų kiekis nesiekia Europos Tarybos rekomenduojamų, ne mažesnių nei 80 proc., dalyvaujančiųjų apimčių. VLK 2016 metų tyrimas rodo, jog bent kartą dalyvavusių kurioje nors PP skaičius nėra didelis. Beveik trečdalis vyresnių nei 50 metų gyventojų, kurie jau gali dalyvauti visose programose, nedalyvavo jokioje[58]. 2014 metais Vilniaus mieste atliktas tyrimas parodė gyventojų kvietimo dalyvauti PP problemą. Gyventojams per trejus metus pasiūlyta sudalyvauti PP buvo gana retai, didžioji dalis respondentų nesulaukė kvietimo. Dažniausiai buvo kviestos moterys pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio, tačiau ir šis skaičius nesiekė pusės tyrime dalyvavusių respondenčių[59]. Prevencinių programų įgyvendinimą apsunkina ir sveikatos sistemos problemos, kurios trukdo greitai ir operatyviai priimti pacientus ir atlikti tyrimus. Ilgos laukimo eilės gavus siuntimą pas gydytoją specialistą nurodomas kaip viena pagrindinių problemų, su kuriomis susiduria prevencinėse programose dalyvaujantys gyventojai. Siekiant išspręsti šią problemą siūloma, priimant sprendimus dėl geresnio pacientų srautų valdymo specializuotose gydymo įstaigose, sukurti „žaliąjį koridorių“ PP

[55] Eigirdaitė A. ir kiti, „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2013).
[56] Kanapeckienė V. ir kiti, *Antrinės profilaktikos programų įgyvendinimas gyventojų ir gydytojų požiūriu, Mokslo darbai nr. 12*, (Vilnius: LĮ „Kriventa“, 2014).
[57] Zagurskienė D., Misevičienė I., „Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamą sveikatos informaciją“, *Medicina* 46, (2010).
[58] Lietuvos gyventojų nuomonė apie prevncines programas: informuotumas ir ketinimas dalyvauti http://www.vlk.lt/naujienos/tyrimai/Documents/VLK-Prevencin%C4%97s%20programos%202016-04-13%20d.pdf#search=LIETUVOS%20GYVENTOJ%C5%B2%20NUOMON%C4%96%20APIE%20PREVENCINES%20PROGRAMAS%3A%20INFORMUOTUMAS%20IR%20KETINIMAS%20DALYVAUTI%20Tyrimo%20prezentacija (žiūrėta 2017-02-15).
[59] Juršytė D., Gurevičius R., „Vilniečių informuotumas apie onkologinių, širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas bei dalyvavimas jose“, *Visuomenės sveikata* 3, (2014).

dalyviams, kuris lemtų lengvesnį patekimą pas gydytoją specialistą. Tačiau, kol tai nėra įgyvendinta, žmonės susiduria su ilgomis laukimo pas gydytoją eilėmis ir tai gali lemti jų motyvacijos dalyvauti programoje mažėjimą. Taip pat prevencinių programų dalyviai susiduria su tyrimo kartojimo problema, kas gali lemti mažesnį tinkamai ištirtų asmenų skaičių dėl to, jog dalyviai nebeatvyksta pakartoti tyrimo. Gyventojų nepasitenkinimą dalyvavimu prevencinėse programose gali lemti ir tai, kad dalis jų susiduria su neaiškiai išdėstoma informacija apie dalyvavimą prevencinėje programoje, sveikatos priežiūros specialistai ne visada informuoja apie tyrimų rezultatus arba jų laukti tenka ilgai[60].

### 1.5.2. Šeimos gydytojo vaidmuo formuojant požiūrį į antrinės profilaktikos programas

Tai, kaip pacientas jaučiasi atvykęs į gydymo įstaigą, gali būti vienas reikšmingiausių veiksnių, lemiančių jo norą tikrintis sveikatą ir atlikti profilaktinius tyrimus. Todėl psichologiškai pacientams svarbiausia yra pirminė grandis, su kuria jie susiduria atvykę į sveikatos priežiūros įstaigą. Tik pradėjus diegti onkologinių ligų, taip pat ir širdies bei kraujagyslių ligų, ankstyvosios diagnostikos programas, nustatyta, kad pacientų informavimą ir pirminių tyrimų atlikimą teikia PASP įstaigos. Prevencinės programos įgyvendinamos medicinos paslaugas orientuojant ne į ligą, o į žmogų. Todėl labai svarbi yra pirminės sveikatos priežiūros grandis ir joje dirbantys specialistai. Dėl tam tikrų priežasčių su sveikatos apsaugos sistema susiduriantys asmenys įprastai pirmiausia susiduria su PSP. Čia gaunama informacija pacientui yra itin reikšminga ir gali lemti tolesnį jo pasirinkimą naudotis asmens sveikatos priežiūros sistemos teikiamomis prevencinių programų paslaugomis[61]. Būtina tinkamai organizuoti programų įgyvendinimą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje siekiant priartėti prie rekomenduojamų PP įgyvendinimo rodiklių. Užsienio šalių patirtis rodo, jog įdiegus tam tikrus PSP pakeitimus, pavyzdžiui, grįžtamojo ryšio sistemą, prevencinių programų dalyvių apimtys gali padidėti iki 68 proc.[62].

Literatūros duomenimis, gydytojų nuomonė apie PP yra vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių jų elgseną. Gydytojų požiūris, motyvai ir žinių lygis apie programas, kliūtys, kurios sumažina gydytojų galimybes teikti tinkamas paslaugas, turi įtakos jų teikiamoms prevencinių programų paslaugoms. Atlikta Lietuvos PASP įstaigose dirbančių gydytojų požiūrio į PP analizė parodė, jog didžioji dalis gydytojų teikia PP paslaugas. Didesnės dalies gydytojų nuomone prevencinės programos yra reikalingos ir jų įgyvendinimas organizuojamas gerai, tačiau yra nemažai kliūčių, kurios lemia ne visapusiškai tinkamą prevencinių programų vykdymą. Gydytojai negali informuoti

[60] Kanapeckienė V. ir kiti, *Antrinės profilaktikos programų įgyvendinimas gyventojų ir gydytojų požiūriu, Mokslo darbai nr. 12*, (Vilnius: LĮ „Kriventa“, 2014).
[61] Gurevičius R. ir kiti, „Lietuvos gyventojų požiūris į pirminės, antrinės profilaktikos ir sveikatos stiprinimo priemones, taikomas poliklinikose“, *Visuomenės sveikata* 4, (2012).
[62] Eigirdaitė A. ir kiti, „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2013).

visų tikslinės grupės asmenų dėl laiko stokos. Problema kyla ir dėl nepakankamo gydytojų skatinimo, kas lemia nenorą skirti papildomo laiko pacientų informavimui, nors tai galėtų padidinti gyventojų dalyvavimo PP apimtis. Taip pat gydytoju požiūriu gyventojai yra nesuinteresuoti dalyvauti prevencinėse programose ir tai, jų nuomone, yra pagrindinę priežastis, dėl kurios ne visi tikslinėms grupėms priklausantys asmenys pasinaudoja PP paslaugomis[63].

Gyventojų informuotumo problema siejasi ir su jų suinteresuotumu dalyvauti PP. Anksčiau minėti tyrimai rodo, jog žmonės tikisi sulaukti informacijos ir kvietimo dalyvauti PP iš savo šeimos gydytojų. Literatūroje gydytojai taip pat nurodomi kaip viena pagrindinių gyventojų informavimo ir motyvavimo priemonių. Gydytojų turimos žinios prie programų vykdymą bei naudą, požiūris į prevencines programas, jų efektyvumą ir įgyvendinimą formuoja pacientų požiūrį, lemia gyventojų motyvaciją bei norą dalyvauti PP[64]. Tačiau gydytojai dažnai nėra pajėgūs skirti pakankamai laiko pacientų informavimui ir detalesniam PP išaiškinimui. Daug PSP gydytojų laiko atima dokumentų pildymas, dėl ko sutrumpėja paciento vizito trukmė. Atliktas gydytojų darbo laiko tyrimas parodė, jog apie 30 proc. gydytojo darbo dienos užima ne tiesioginė gydomoji veikla, o papildoma, dokumentų pildymo, veikla[65]. Dėl to gydytojas negali skirti pakankamai laiko visapusiškam paciento vizitui, o prioritetu laikant negalavimų gydymą, išsamiam paciento informavimui apie PP laiko beveik nelieka. Prevencinių programų įgyvendinimas pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje būtų organizuojamas lengviau, jeigu pacientas jau ateitų žinodamas apie prevencines programas, arba informavimo paslaugą galėtų teikti slaugytojos. Anksčiau aprašyti tyrimai parodė, jog didžioji dalis gyventojų žino, kad Lietuvoje įgyvendinamos onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų ankstyvosios diagnostikos programos. Tačiau gyventojams trūksta informacijos apie programų įgyvendinimo ypatumus, jų svarbą iki atsirandančių ligų simptomų ar sveikatos nusiskundimų. Siekiant didinti gyventojų žinojimą ir suinteresuotumą dalyvauti PP 2014-2025 vėžio profilaktikos ir kontrolės programoje keliamas uždavinys plėtoti profilaktinės sveikatos priežiūros paslaugas, ugdyti informuotą ir sveiką visuomenę nacionaliniu lygiu vykdant informacijos sklaidą apie onkologinių ligų rizikos veiksnius, onkologines ligas ir jų prevenciją, interneto svetainėse ir kitose vietose skelbiant informaciją apie šalyje vykdomas atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programas, jų teikiamą naudą, būtinybę jose dalyvauti, akcentuojant gyventojų atsakomybę už savo sveikatą ir kt.[66].

---

[63] Kanapeckienė V. ir kiti, *Antrinės profilaktikos programų įgyvendinimas gyventojų ir gydytojų požiūriu, Mokslo darbai nr. 12*, (Vilnius: LĮ „Kriventa“, 2014).

[64] Muliira J.K. et al., „Barriers to colorectal cancer screening in primary care settings: attitudes and knowledge of nurses and physicians“ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123546/ (žiūrėta 2017-01-23).

[65] Štaras K. ir kiti, „Ambulatorinėje ASPĮ dirbančių sveikatos priežiūros specalistų darbo laiko paskirstymo tyrimas“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2013).

[66] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 9 d. įsakymas Nr. V-1419 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos įgyvendinimo šeimos“, prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/25e41380c0fa11e6bcd2d69186780352 (žiūrėta 2017-01-20).

Šių siekių įgyvendinimas ir teigiamas rezultatas labai svarbus efektyvesniam šeimos gydytojų darbui informuojant pacientus ir siunčiant juos atlikti profilaktinius tyrimus pagal programas. Aukštas Lietuvos gyventojų pasitenkinimas šeimos gydytojų paslaugomis rodo, kad šių gydytojų konsultacijų kokybė yra vertinamos palankiai. Pacientai šeimos gydytojų suteikiamos priežiūros kokybę dažniausiai vertina atsižvelgdami į gydytojo bendravimo ypatumus ir asmenines savybes. Gydytojo gebėjimas įsigilinti į problemą ir aiškiai išdėstyti pacientui reikšmingą informaciją, sugebėjimas suprasti paciento emocijas, noras jį geriau pažinti ir sužinoti paciento nuomonę lemia teigiamą vertinimą. Didžiųjų miestų gyventojai vertindami šeimos gydytojo paslaugas dažniau atkreipia dėmesį į organizacinius PSP trūkumas, tokius kaip ilgos eilės laukiant prie gydytojo kabineto, galimybės patekti pas gydytoją tinkamu laiku ir pan. Tačiau šie aspektai nenusveria gydytojų paslaugų kokybės vertinimo. Gyventojai vertina PSP prieinamumą, visapusiškumą, tęstinumą bei tinkamą koordinavimą ir jų nuomonę apie šeimos gydytojų konsultacijų kokybę labiau lemia kontaktas su šeimos gydytoju[67].

Kadangi šie gydytojai dažniausiai yra pirmieji sveikatos priežiūros sistemoje sutinkami gydytojai, toks teigiamas jų konsultacijų kokybės vertinimas galėtų tūrėti teigiamą rezultatą ir neinfekcinių lėtinių ligų, tarp jų ir onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų, prevencijai bei diagnostikai. Nepakankamas gyventojų dalyvavimas prevencinėse programose rodo, kad informavimo apie galimybę dalyvauti PP nepakanka. Šeimos gydytojai ir PSP sistema susiduria su iššūkiu PP paslaugas teikti taip, kad pacientui jos būtų patrauklios ir jis būtų motyvuotas atlikti ankstyvosios ligų diagnostikos profilaktinius tyrimus. Viena tokių galimybių yra motyvacinis konsultavimas pirminėje sveikatos priežiūroje. Literatūroje ši priemonė nurodoma kaip viena efektyviausių priemonių pacientų elgesio keitimui ir jo rizikos veiksnių mažinimui, lemianti geresnį efektą nei pacientų įtikinėjimas, švietimas ar gąsdinimas. Motyvacinis konsultavimas/interviu – „tai strategija, padedanti asmeniui judėti į priekį keičiant savo elgesį, stiprinant vidinę motyvaciją keistis. Motyvuojantis interviu pasižymi kryptingumu, susitelkimu į tikslą ir yra orientuotas į pacientą. Motyvacinio konsultavimo modelis remiasi prielaida, kad tarp veiksnių, lemiančių efektyviai sveikatą stiprinančią veiklą, svarbią vietą užima asmens motyvacija, požiūris į sveiką gyvenseną. Todėl svarbiausia didinti paciento vidinę motyvaciją“[68]. Užsienio šalių patirtis pirminėje sveikatos priežiūroje taikant motyvacinį konsultavimą rodo teigiamus šios priemonės įgyvendinimo rezultatus[69]. Nors šis metodas labiau skirtas pirminei LNL prevencijai, atsižvelgiant į metodo priemones ir jų taikymo efektyvumą, jį būtų galima pritaikyti ir pacientų motyvų dalyvauti antrinėse profilaktikos programose skatinimui.

[67] Jurgutis A., Juknevičiūtė V., „Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“, *Visuomenės sveikata* 1, (2012).
[68] Bulotaitė L., Vičaitė S., „Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: kas skatina keisti elgesį“, *Visuomenės sveikata* 1, (2016).
[69] Jurgutis A., Juknevičiūtė V., „Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“, *Visuomenės sveikata* 1, (2012).

### 1.5.3. Pacientų elgesio teorija

Šiuo metu dalis atliktų mokslinių tyrimų nagrinėja gyventojų dalyvavimo PP dažnumą, kuris siejamas su socieliniais ir demografiniais veiksniais. Tačiau šie tyrimai neleidžia rasti reikiamo sprendimo gyventojų pasyvumo dalyvaujant PP problemai. Pagal pagrįstų veiksmų teoriją, taikomą visuomenės sveikatos specialistų ligų prevencijos, sveikatos stiprinimo ir sveikatai žalingo elgesio programoms kurti, „nuostatos dėl tam tikro elgesio geriau prognozuoja tą elgesį nei nuostatos dėl objekto/reiškinio“ [70]. Pavyzdžiui, norint prognozuoti, ar moterys atliks mamografiją, reikia tirti ne jų požiūrį į onkologinį susirgimą, o jų požiūrį į mamografijos procedūrą. Pagrįstų veiksmų teorija sako, kad žmogaus elgesys yra paremtas jo ketinimais, kurie lemia tą elgesį ir kurie yra paremti subjektyviais įsitikinimais[71]. Tiek apgalvotas, tiek spontaniškas žmonių elgesys yra paremtas jų turimomis žiniomis ir įsitikinimais apie tam tikrą elgseną. Jų susiformavimą lemia kiekvieno asmens aplinka, jų asmeninės savybės, patirtis, išsilavinimas, žiniasklaida ir pan. Taip pat kiekvienas skirtingai interpretuoja gautą informaciją, dėl to daugumos žmonių nuomonė dėl tam tikro elgesio gali būti labai skirtinga. Žmogaus apsisprendimą vienaip ar kitaip pasielgti pirmiausia lemia jo nuomonė apie tai, kokios pasekmės jo laukia. Jeigu žmogus galvoja, kad jo elgesys duos teigiamus rezultatus, jo požiūris į tą elgseną bus palankesnis. Taip pat svarbi yra aplinkinių žmonių, ypač artimiausių, nuomonė, nes žmogus labiau linkęs daryti tai, ką aplinkiniai vertina teigiamai. Jeigu artimi žmonės užsiima tam tikra veikla, tikėtina, kad ir asmuo elgsis taip pat. Didelę reikšmę žmogaus apsisprendimui turi ir aplinkos veiksnių bei asmeninių savybių, kurios gali padėti arba trukdyti elgsenai, vertinimas. Kuo savarankiškiau tam tikrus dalykus įgyvendinti gali žmogus ir kuo daugiau teigiamų aspektų, nei trukdžių, mato, tuo labiau jis bus linkęs taip pasielgti[72]. Remiantis pagrįstų veiksmų teorija, reikia ieškoti konkrečių elgesio aspektų, kurie leistų numatyti žmogaus ketinimus, kol jis dar svarsto, kaip pasielgti tam tikru atveju[73].

*Šią teoriją galima pritaikyti nagrinėjant pacientų požiūrį į antrinės profilaktikos programas. Dauguma iki šiol atliktų tyrimų nagrinėja tai, ar pacientai žino apie profilaktikos programas ir ar dalyvauja jose, tačiau to neužtenka suprasti, kodėl žmonės, turėdami nemažai informacijos apie programas, neateina pagal jas pasitikrinti. Remiantis pagrįstų veiksnių teorija, nagrinėti reikia ne tik tai, ką pacientai mano apie prevencija ir vykdomas programas, o jų požiūrį į sistemą. Norint prognozuoti, ar gyventojai ateis pasitikrinti pagal prevencinę programą, reikia tirti ne*

[70] Bulotaitė L., Vičaitė S., „Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: kas skatina keisti elgesį“, *Visuomenės sveikata* 1, (2016).
[71] Theory of planned behavior/reasoned action https://www.utwente.nl/en/bms/communication-theories/sorted-by-cluster/Health%20Communication/theory_planned_behavior/ (žiūrėta 2017-02-10).
[72] Fishbein M., Ajzen I., *Predicting and Changing Behavior– The Reasoned Action Approach* https://books.google.ca/books?id=2rKXqb2ktPAC&printsec=frontcover&hl=lt&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (žiūrėta 2017-02-10).
[73] Ozer G., Yilmaz E., Comparison of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior: An application on accountants‘ information technology usage http://www.academicjournals.org/journal/AJBM/article-abstract/3E13B1D15566 (žiūrėta 2017-02-10).

*jų požiūrį į prevencines programas, o jų požiūrį į tai, kokiomis priemonėmis tos programos įgyvendinamos ir į tai, kuo sistema patraukia, ar atgraso, žmogų nuo noro pasitikrinti. Atlikus tokius tyrimus būtų galima daryti sprendimus, kurie padėtų pritraukti gyventojus aktyviau tikrintis pagal antrinės profilaktikos programas*.

## 1.6. Prevencinių programų teisinis reguliavimas

LR seimas 2014 metais patvirtino Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategiją, kurioje teigiama, kad „sveikata yra žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, kad būtų sėkmingai sprendžiami kasdienio gyvenimo klausimai, įveikiami socialiniai ir ekonominiai iššūkiai“. Šios strategijos pagrindinis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Vienas iš šios programos uždavinių yra stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę[74]. Tame tarpe ir onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų kontrolę.

Pagrindiniai Lietuvos Respublikos įstatymai, kuriais remiantis įgyvendinamos ankstyvosios onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos, yra Lietuvos respublikos sveikatos sistemos įstatymas bei Lietuvos sveikatos draudimo įstatymas. Remiantis jais yra išleisti LR vyriausybės nutarimai, ministro įsakymai, kurie reglamentuoja antrinių profilaktikos programų įgyvendinimą, vėžio kontrolę. Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos priežiūros įstaigos, kitos įmonės ir įstaigos pagal kompetenciją privalo organizuoti neinfekcinių susirgimų profilaktiką, o informavimas apie ligų profilaktiką ir profilaktiniai patikrinimai yra finansuojami PSDF lėšomis.

LR sveikatos sistemos įstatymas apibrėžia ligų profilaktiką ir kontrolę (34 straipsnis) bei prevencinės medicinos pagalbos turinį (17 straipsnis).

Prevencinę medicinos pagalbą sudaro:

1. informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais, kurias privalo teikti visi asmens sveikatos priežiūros specialistai;
2. atskirų asmenų grupių (atrankiniai) sveikatos patikrinimai;
3. užkrečiamųjų ligų imunoprofilaktika ir chemioprofilaktika;
4. profilaktiniai patikrinimai.

Šiame įstatyme taip pat nurodomos LR gyventojų teisės (84 straipsnis) ir pareigos (85 straipsnis) sveikatinimo veikloje.

[74] Lietuvos Respublikos seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2014-07-01, Nr. 9403.

Teisės:

1. turėti sveiką, saugią fizinę ir socialinę aplinką bei gauti informaciją apie pavojų sveikatai šioje aplinkoje;
2. gauti sveikatai saugias vartojimui skirtas žaliavas, gaminius, prekes, medicinos priemones ir paslaugas;
3. gauti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas bei jų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas;
4. gauti informaciją apie savo sveikatą bei teisę į šios informacijos konfidencialumą;
5. gauti įstatymų ir teisės aktų numatytą sveikatos priežiūrą;
6. nustatyta tvarka pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros rūšį arba jų atsisakyti, išskyrus įstatymuose numatytus atvejus;
7. gauti valstybės laiduojamą (nemokamą) ir savivaldybių remiamą sveikatos priežiūrą šio ir kitų įstatymų nustatyta tvarka.

Pareigos:

1. rūpintis savo sveikata;
2. rūpintis savo nepilnamečių vaikų (įvaikių, globotinių) sveikata;
3. rūpintis savo tėvų sveikata;
4. nepažeisti kitų asmenų sveikatos teisių;
5. nekenkti aplinkai;
6. mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas, kurias nustato Sveikatos draudimo įstatymas[75].

*Taigi LR gyventojai turi teisę gauti informaciją apie savo sveikatą bei jiems priklausančias paslaugas, o dalyvavimas ir kitų skatinimas dalyvauti prevencinėse programose leistų gyventojams vykdyti pareigą rūpintis savo ir artimųjų sveikata*.

Onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos yra patvirtintos remiantis LR įstatymais, vyriausybės ir privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimais. Šiuo metu Lietuvoje vykdomų programų įgyvendinimo principai ir priemonės išdėstytos šiuose sveikatos apsaugos ministro įsakymuose:

- „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“ Nr. V-482;
- „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ Nr. V-913;
- „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“ Nr. V-729;

[75] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas,*Valstybės žinios,* 1994, Nr. 63-1231.

- „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ Nr. V-973;
- „Dėl storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ Nr. V-508.

Esminis šių programų tikslas – sumažinti sergamumą programose nurodytomis ligomis ir mirtingumą dėl šių ligų. Siekiama pagerinti ankstyvąją vėžio diagnostiką, taip pat sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, nustatyti naujus latentinių aterosklerozės būklių (miego arterijų stenozės, periferinių arterijų ligos, nebyliosios miokardo išemijos) ir cukrinio diabeto atvejus. Pagrindinės programų įgyvendinamo priemonės: informavimas apie PP ir numatytų tyrimų atlikimas.

Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose[76] yra išdėstytos ankstyvosios diagnostikos programų įgyvendinimo priemonės, laikotarpis bei tikslinių asmenų grupių amžius metais (1 lent.)

*1 lentelė.* Prevencinių programų charakteristika.

| Ankstyvosios diagnostikos programa | Pradėta vykdyti | Įgyvendinimo priemonės | Dažnis | Amžius (metais) |
|---|---|---|---|---|
| Gimdos kaklelio vėžio | 2004 metais | • informavimas dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos;<br>• gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimas ir rezultatų įvertinimas;<br>• gimdos kaklelio citologinio tepinėlio ištyrimas;<br>• gimdos kaklelio biopsija ir jos rezultatų įvertinimas;<br>• gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimas. | 1 kartą per trejus metus | 25 - 60 |
| Krūties vėžio | 2005 metais | • informavimas dėl krūties | 1 kartą | 50 – 69 |

[76] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai: Dėl storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo nr. V-508; Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo nr. V-482; Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo nr. V-729; Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo nr. V-973; Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo nr. V-913.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimas atlikti mamografiją;<br>• mamogramų atlikimo paslauga;<br>• mamogramų vertinimo paslauga. | per dvejus metus | |
| Širdies ir kraujagyslių ligų | 2005 metais | • informavimas apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimas, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymas ar siuntimas išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę;<br>• išsamus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimas. | 1 kartą per metus | Vyrams 40 – 55 Moterims 55 - 65 |
| Priešinės liaukos vėžio | 2005 metais | • informavimas apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir prostatos specifinio antigeno (PSA) nustatymas;<br>• urologo konsultacija ir priešinės liaukos biopsijos paslauga. | 1 kartą per dvejus metus | 50 – 75 Nuo 45 metų, jeigu sirgo broliai ar tėvai |
| Storosios žarnos vėžio | 2009 metais | • informavimas apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose rezultatų įvertinimas;<br>• paciento siuntimas pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją;<br>• gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu;<br>• gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, | 1 kartą per dvejus metus | 50 - 74 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu, taikant intraveninę nejautrą;<br>• biopsijos medžiagos histologinis ištyrimas ir įvertinimas. | | |

Programose numatyta, kad informavimą apie ankstyvosios diagnostikos programas, pirminius (prostatos specifinio antigeno, slapto kraujavimo) tyrimus ir pacientų siuntimą pas gydytojus specialistus atlikti tolimesnių tyrimų organizuoja pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Pacientus informuoja PASPĮ dirbantys šeimos gydytojai. Pagal Lietuvos medicinos normą MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ šeimos gydytojo kompetencija yra mokėjimas atlikti onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų profilaktiką, šie gydytojai įsipareigoja propaguoti ligų profilaktikos priemones ir turi teisę vykdyti sveikatos programas[77].

Įstatymai nurodo, jog prevencinių programų paslaugos yra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. LR sveikatos draudimo įstatymo 25 straipsnis nurodo asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, bazinių kainų nustatymo tvarką:

2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazines kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.
3. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodiką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.

To paties įstatymo 9 straipsnis apibrėžia iš PSDF biudžeto apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Jame nurodoma, jog iš PSDF biudžeto apmokamos šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos: prevencinė medicinos pagalba, medicinos pagalba, medicininė reabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizė. Iš PSDF apmokama ši prevencinė medicinos pagalba:

1. informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais;
2. sveikatos apsaugos ministerijos nustatyti draudžiamųjų sveikatos profilaktiniai patikrinimai[78].

[77] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, nr. V-1013, prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C4E4FA59E3C5/kefxOcwDMY (žiūrėta 2017-01-20).

[78] Lietuvos respublikos sveikatos draudimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 55-1287.

Teisės aktai nurodo, jog sveikatos priežiūros įstaigoms už suteiktas prevencinių programų įgyvendinimo paslaugas sumoka TLK. Pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui, ASPĮ pateikia teritorinėms ligonių kasoms ataskaitą, kurioje nurodomas per ataskaitinį laikotarpį suteiktų, programos reikalavimus atitinkančių, informavimo ir gydytojų specialistų konsultacijų kiekis bei mokėtina suma. Įvertinusi gautus duomenis, TLK teikia paraišką valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos dėl lėšų programos paslaugoms vykdyti. TLK, gavusi šias lėšas, priima apmokėti ASPĮ pateiktas sąskaitas. VLK pateikiami duomenys rodo, kad PP įgyvendinimui skiriamų lėšų įsisavinimas kasmet didėja[79] (2 lent.).

*2 lentelė.* Prevencinių programų finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų. VLK duomenys.

| Metai | Skirta PSDF lėšų (mln. Eur.) | Panaudota PSDF lėšų (mln. Eur.) | Lėšų įsisavinimas (procentais) |
|---|---|---|---|
| Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa | | | |
| 2004 | 1,158 | 0,191 | 17 |
| 2005 | 1,448 | 0,769 | 53 |
| 2006 | 1,101 | 0,568 | 52 |
| 2007 | 1,014 | 0,639 | 63 |
| 2008 | 1,680 | 1,367 | 81 |
| 2009 | 1,731 | 1,418 | 82 |
| 2010 | 1,887 | 1,059 | 56 |
| 2011 | 1,560 | 1,243 | 80 |
| 2012 | 1,581 | 1,442 | 91 |
| 2013 | 1,248 | 1,205 | 97 |
| 2014 | 1,465 | 1,419 | 97 |
| 2015 | 1,591 | 1,571 | 99 |
| 2016 | 1,536 | 1,505 | 98 |
| Viso | 19,000 | 14,395 | 76 |
| Krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa | | | |
| 2005 | 0,434 | 0,013 | 3 |
| 2006 | 0,724 | 0,586 | 81 |
| 2007 | 1,118 | 0,786 | 70 |
| 2008 | 1,158 | 1,021 | 88 |
| 2009 | 1,320 | 1,174 | 89 |

[79] Prevencinės programos http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/0315%20Prev%20prog%20finan%20PSDF%20bles.pdf (žiūrėta 2017-03-20).

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2010 | 1,464 | 1,127 | 77 |
| 2011 | 1,518 | 1,448 | 95 |
| 2012 | 1,763 | 1,625 | 92 |
| 2013 | 1,564 | 1,490 | 95 |
| 2014 | 1,861 | 1,837 | 99 |
| 2015 | 2,037 | 1,996 | 98 |
| 2016 | 2,153 | 2,135 | 99 |
| Viso | 17,115 | 15,237 | 89 |
| Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa | | | |
| 2006 | 1,361 | 1,261 | 93 |
| 2007 | 2,027 | 1,744 | 86 |
| 2008 | 2,404 | 2,108 | 88 |
| 2009 | 2,200 | 1,872 | 85 |
| 2010 | 2,270 | 1,130 | 50 |
| 2011 | 1,982 | 1,748 | 88 |
| 2012 | 1,725 | 1,556 | 90 |
| 2013 | 1,732 | 1,656 | 96 |
| 2014 | 1,792 | 1,741 | 97 |
| 2015 | 1,862 | 1,835 | 99 |
| 2016 | 1,916 | 1,906 | 99 |
| Viso | 21,271 | 18,557 | 87 |
| Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa | | | |
| 2009 | 0,437 | 0,250 | 57 |
| 2010 | 1,170 | 0,969 | 83 |
| 2011 | 0,922 | 0,700 | 76 |
| 2012 | 1,470 | 1,336 | 91 |
| 2013 | 1,397 | 1,312 | 94 |
| 2014 | 2,412 | 2,374 | 98 |
| 2015 | 2,689 | 2,631 | 98 |
| 2016 | 2,941 | 2,985 | 101 |
| Viso | 13,439 | 12,557 | 93 |
| Širdies ir kraujagyslių ligų ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa | | | |
| 2006 | 0,724 | 0,217 | 30 |
| 2007 | 1,014 | 0,948 | 93 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2008 | 1,680 | 1,497 | 89 |
| 2009 | 2,139 | 1,690 | 79 |
| 2010 | 2,530 | 1,813 | 72 |
| 2011 | 2,975 | 2,753 | 93 |
| 2012 | 3,658 | 3,347 | 91 |
| 2013 | 3,483 | 3,389 | 97 |
| 2014 | 4,224 | 4,178 | 99 |
| 2015 | 4,628 | 4,671 | 101 |
| 2016 | 5,436 | 5,492 | 101 |
| Viso | 32,490 | 29,995 | 92 |

### 1.6.1. Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės programa

Ankstyvosios vėžio diagnostikos programos pradėtos įgyvendinti jau daugiau nei prieš dešimtmetį. 2003 metais patvirtintoje Valstybinėje vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003-2010 metų programoje pirmuoju iš artimiausių tikslų buvo nurodyta organizuoti ir vykdyti vėžio profilaktiką, užtikrinti geros kokybės ankstyvąją onkologinių ligų diagnostiką. Šiam tikslui pasiekti buvo užsibrėžta vykdyti pirminę ir antrinę vėžio profilaktiką, užtikrinti ankstyvąją ligų diagnostiką, atrankinę gimdos kaklelio patologijos ir krūties vėžio patikrą, sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo šių ligų. Pastarasis teiginys programoje įvardintas ir kaip tolimesnysis tikslas – siekta sumažinti sergamumą vėžiu, mirtingumą ir invalidumą dėl šių ligų[80].

Nors 2003-2010 metų Valstybinėje vėžio profilaktikos ir kontrolės programoje buvo apibrėžtos tik gimdos kaklelio ir krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programos, programos įgyvendinimo laikotarpiu pradėtos vykdyti ir kitos, šiuo metu tęsiamos, atrankinės profilaktikos programos. Todėl 2014 metais patvirtinta Nacionalinėje vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programoje plačiau kalbama apie onkologinių ligų prevenciją, vykdomas ankstyvosios diagnostikos programas ir keliamus tikslus tobulint jų įgyvendinimą[81]. Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijoje nurodoma, kad, siekiant stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę, būtina pagerinti atrankinės patikros programų organizavimą[82]. Tai numato ir Vėžio kontrolės 2014-2025 metų programa – tikslui iki 2025 metų sumažinti Lietuvos gyventojų mirštamumą nuo onkologinių ligų pasiekti išsikelti uždaviniai, kuriuose užsibrėžta plėtoti profilaktines sveikatos

[80] Lietuvos respublikos vyriausybės nutarimas dėl valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003-2010 metų programos patvirtinimo 2003-02-10 Nr. 1593.
[81] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo“, prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/051d0e500ce211e4adf3c8c5d7681e73/KtfGUcHXBe (žiūrėta 2017-01-20).
[82] Lietuvos Respublikos seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2014-07-01, Nr. 9403.

priežiūros paslaugas, ugdyti informuotą ir sveiką visuomenę, gerinti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų organizavimą ir įgyvendinimą. Programoje taip pat nemažai kalbama apie socialinius netolygumus tarp Lietuvos gyventojų ir dėl to kylančias vėžio profilaktikos, diagnostikos ir gydymo problemas. Specialiuoju tikslu apibrėžiamas siekis sumažinti tikslinių teritorijų gyventojų sveikatos priežiūros netolygumus, lemiančius sergamumą, neįgalimą ir mirtingumą nuo onkologinių ligų, bei sudaryti prielaidas šių teritorijų gyventojams pailginti sveiko ir tikėtino būsimo gyvenimo trukmę bei pagerinti jų gyvenimo kokybę.

Vėžio kontrolės 2014-2025 metų programos įgyvendinamo kriterijai keliami atsižvelgiant į 2003-2010 metų vėžio profilaktikos programos kriterijus, kurių dauguma nebuvo įgyvendinti. Pasiektas tik vienas iš šeši kriterijų – 2-5 procentais padaugėjo onkologinių ligonių, išgyvenančių penkerius metus. Tačiau kriterijai, susiję su atrankinės profilaktikos programomis, nebuvo pasiekti. Mirtingumo nuo gimdos kaklelio ir krūties vėžio rodikliai nepasiekė tokių rezultatų, kokių buvo tikimasi. Anksti diagnozuotų vėžio atvejų skaičius padidėjo, o vėlyvų stadijų vėžio atvejų sumažėjo nežymiai. Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu ne sumažėjo, o išaugo. Tačiau šis rodiklis gali būti klaidingai vertinamas tuo aspektu, kad gerinant ankstyvąją diagnostiką ir plečiant patikrų mastą nustatyta daugiau gimdos kaklelio vėžio atvejų, kurie, galimai, nebūtų pastebėti, jeigu nebūtų vykdoma atrankinės profilaktikos programa. 2003-2010 metais taip pat nepavyko praplėsti atrankinės gyventojų patikros masto. Nepasiektas 80 proc. atitinkamo amžiaus moterų patikros rodiklis 5 Lietuvos regionuose. Šis rodiklis, kaip ankstyvosios diagnostikos profilaktikos programų įgyvendinimo kriterijus, yra rekomenduojamas ES[83].

2014-2025 metų programa gerokai platesnė ir išsamesnė, užsibrėžta daugiau uždavinių, kurių įgyvendinimas pagerintų vėžio profilaktiką ir kontrolę Lietuvoje. Įgyvendinant ankstyvąją piktybinių navikų diagnostiką programoje numatomos šios veiklos kryptys:

1. gerinti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų įgyvendinimą;
2. atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio, krūties ir storosios žarnos vėžio programas vykdyti organizuotai – paskirti už programų įgyvendinimą ir koordinavimą atsakingą įstaigą (koordinavimo centrą), kuri užtikrintų, kad dalyvauti programose būtų pakviesti visi tikslinei populiacijai priklausantys asmenys, neatvykę būtų kviečiami pakartotinai, kad dalyvaujančių programose dalyvautų tiek tikslinės grupės asmenų, kiek yra rekomenduojama Europos mokslininkų, analizuotų programų procesų įgyvendinimą, jų atlikimo laiko tinkamumą, vykdytų stebėseną, vertintų efektyvumą, viešintų programų vykdymo rezultatus ir kt.;
3. atrankinės patikros dėl priešinės liaukos vėžio programą atnaujinti atsižvelgiant į naujausias mokslininkų rekomendacijas;

[83] Eigirdaitė A. ir kiti, „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2013).

4. atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programas vykdyti kokybiškai – pritaikyti Europos mokslininkų parengtas gaires, sveikatos priežiūros specialistams vadovautis jomis tinkamai informuojant gyventojus, teikiant paslaugas pagal programas, mokyti sveikatos priežiūros specialistus, pagal programas teikiančius paslaugas, kad būtų išvengta klaidų ir būtų užtikrintas pacientų saugumas, sukurti kokybės stebėsenos sistemą, parengti, stebėti, vertinti programų procedūrų ir procesų kokybės rodiklius;
5. išnaudoti turimų informacinių duomenų bazių (SVEIDRA, ESPBI IS ar kt.) galimybes, prireikus sukurti trūkstamą informacinę duomenų sistemą, išnaudojant e. sveikatos sistemos galimybes rinkti, kaupti, analizuoti visus programų vykdymui, tolesnei pacientų sveikatos būklės stebėsenai (nuo programos tikslinės grupės sąrašo sudarymo iki visų programos etapų bei tolesnio paciento gydymo ir išgyvenamumo stebėsenos), efektyvumo įvertinimui bei sprendimų priėmimui reikalingus duomenis, parengti reikiamus teisės aktus;
6. sudaryti sąlygas visiems programos tikslinei populiacijai priklausantiems asmenims (ne tik PSD apdraustiems) dalyvauti valstybės finansuojamose atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programose, parengti reikiamus teisės aktų pakeitimus;
7. užtikrinti už programų įgyvendinimą ir koordinavimą atsakingos įstaigos veiklą, aprūpinant ją reikiama įranga, investuojant į infrastruktūrą (patalpų įrengimą, kompiuterinės technikos įsigijimą, atrankinės patikros programų vykdymo apskaitos sistemos sukūrimą ir įdiegimą, informacinių technologijų atnaujinimą, įdiegimą ir kt.);
8. atnaujinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, dalyvaujančių įgyvendinant atrankinės patikros programas, klinikiniams laboratoriniams tyrimams atlikti reikalingą infrastruktūrą.

Dirbant pagal šias veiklos kryptis laukiama vykdomų programų tikslinės grupės dalies, dalyvaujančios programose, didėjimo iki rekomenduojamų rodiklių, taip pat programų metu diagnozuotų I ir II stadijos piktybinių navikų dalies didėjimo, lyginant su diagnozuotų III ir IV stadijos navikų dalimi. Laukiama standartizuoto mirtingumo nuo krūties, gimdos kaklelio, priešinės liaukos, storosios žarnos piktybinių navikų rodiklio mažėjimo tendencija – 10 proc. sumažėjimas 100 000 gyventojų, vyrų arba moterų atitinkamai pagal programas[84].

Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programa įgyvendinama pagal patvirtintus trumpesnio laikotarpio planus. Pagal Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos įgyvendinimo priemonių 2014-2016 metų ir 2017-2019 metų planus įgyvendinant uždavinį gerinti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų organizavimą ir įgyvendinimą, užsibrėžti tikslai kiekvienais metais sulaukti 5 proc. daugiau asmenų, dalyvaujančių kiekvienoje programoje, didinti finansavimą programoms, 2016 metais krūties, gimdos kaklelio ir

[84] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo“, prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/051d0e500ce211e4adf3c8c5d7681e73/KtfGUcHXBe (žiūrėta 2017-01-20).

storosios žarnos programas pradėti vykdyti organizuotai, atnaujinti priešinės liaukos vėžio programą ir gerinti programų įgyvendinimo kokybę bei kontrolę pagal ES gaires.

Šiuose planuose pradedama apibrėžti ir melanomos ankstyvosios diagnostikos programos įgyvendinimo galimybę. Buvo numatyta 2016 metais pradėti mokyti pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros specialistus odos piktybinių navikų ankstyvosios diagnostikos, nuo 2017 metų numatoma pradėti įgyvendinti bandomąjį projektą tikslinėse teritorijose, kuriuo bus siekiama gerint melanomos ir kitų odos navikų ankstyvąją diagnostiką[85].

*Prevencinės onkologinių ligų, taip pat širdies ir kraujagyslių ligų, programos įgyvendinamos jau daug metų. Įvairiuose dokumentuose ir teisės aktuose reglamentuojami jų įgyvendinimo metodai, tikslai, uždaviniai, įgyvendinimo problemos ir siekiniai. Tačiau vis dar išlieka žmonių pritraukimo dalyvauti ankstyvosios diagnostikos programose problema, nes atliktų tyrimų duomenimis nėra ištiriama pakankamai tikslinių grupių asmenų ir nepasiekiamas laukiamas programų įgyvendinimo efektyvumas[86]. Programose nėra apibrėžta, kaip reikėtų skatinti žmones dalyvauti prevencinėse programose ir didinti jų supratimą apie antrinių profilaktikos programų naudą.*

[85] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo“, prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/051d0e500ce211e4adf3c8c5d7681e73/KtfGUcHXBe (žiūrėta 2017-01-20); Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 9 d. įsakymas Nr. V-1419 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos įgyvendinimo 2017–2019 metais priemonių plano patvirtinimo“, prieiga per internetą https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/25e41380c0fa11e6bcd2d69186780352 (žiūrėta 2017-01-20).

[86] Juršytė D., Gurevičius R., „Vilniečių informuotumas apie onkologinių, širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas bei dalyvavimas jose“, *Visuomenės sveikata* 3, (2014).

# 2. TYRIMO METODIKA

Siekiant nustatyti, kokie sveikatos priežiūros sistemos veiksniai lemia gyventojų dalyvavimą antrinės profilaktikos programose, buvo atliktas tyrimas, kurio metu taikyti kiekybinis ir kokybinis tyrimo metodai.

Atsižvelgiant į tai, kad, orientuojant SP paslaugas į pacientą, yra svarbu vertinti pacientų nuomonę apie tiriamus procesus, buvo nuspręsta atlikti pacientų anketinę apklausą. Kiekybiniu tyrimu siekta nustatyti su sveikatos priežiūros sistema susijusias priežastis, kurios turi įtakos gyventojų dalyvavimui prevencinėse programose. „Kiekybiniu požiūriu nusakoma siekis ieškoti išorinių požymių, matuoti juos ir skaičiuoti, siekti vienintelio paaiškinimo, dėsnių, taisyklių, universalumo ir visuotinumo“. Kokybinis tyrimas atliktas kaip papildoma priemonė, kuria siekta įvertinti, kaip SP specialistai vertina tiriamus aspektus. „Kokybiniam požiūriui būdingas siekis suprasti, kaip individai suvokia bei aiškina pasaulį ir kaip individualiai kuriamos prasmės lemia jų elgesį“. Tyrimas atliktas laikantis pagrindinių socialinių tyrimų etikos principų:

- privatumo;
- anonimiškumo;
- konfidencialumo[87].

## 2.1. Tyrimo eiga ir organizavimas

Pirmiausia, išnagrinėjus literatūrinius šaltinius, buvo sudarytas klausimynas – anoniminė anketa, skirta kiekybiniam tyrimui. Tuomet sudarytas dešimties klausimų klausimynas kokybiniam tyrimui. Klausimynai sudaryti autorės, remiantis išnagrinėta literatūra.

Kiekybinio tyrimo tikslas – nustatyti, kaip tam tikri sveikatos priežiūros sistemos veiksniai lemia tai, ar gyventojai dalyvauja antrinės profilaktikos programose.

Tyrimas atliktas Nacionaliniame vėžio institute, konsultacinės poliklinikos skyriuje. Tyrimas atliktas gavus NVI konsultacinės poliklinikos skyriaus pavaduojančio vedėjo ir direktoriaus pavaduotojos mokslui ir mokymui pasirašytą leidimą.

Tyrimo atlikimo laikas – 2017 m., vasario – kovo mėn.

Kiekybiniam tyrimui atlikti NVI pasirinktas siekiant apklausti pacientus, jau praėjusius pirminės sveikatos priežiūros (šeimos gydytojo) etapą ir galinčius įvertinti SP veiksnius, kurie gali turėti įtakos pacientų apsisprendimui dalyvauti ar nedalyvauti prevencinėje programoje. Taip pat buvo įvertinta tai, kad į NVI konsultacinės poliklinikos skyrių pasitikrinti atvyksta tie asmenys, kuriems yra įtariamas onkologinis susirgimas. Beveik visos antrinės profilaktikos programos yra skirtos būtent onkologinių ligų profilaktikai ir ankstyvam diagnozavimui, todėl į NVĮ atvykę pacientai tyrimui

[87] Kardelis K., *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, (Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras, 2016).

pasirinkti kaip tikslinė pacientų grupė, kurių suinteresuotumas rūpintis savo sveikata, galimai, yra didesnis, nei kitų žmonių.

Kokybinio tyrimo tikslas – įvertinti šeimos gydytojų požiūrį į sveikatos priežiūros sistemos veiksnius, turinčius įtakos pacientų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose. Šiuo tyrimu siekta papildyti kiekybinį tyrimą, jo analizę ir išvadas.

Kokybinis tyrimas atliktas taikant interviu metodą. Buvo atlikti trys neilgi, 10 – 15 min. trukmės interviu, kurių metu apklaustos trys šeimos gydytojos, dvi dirbančios skirtingose Vilniaus miesto, viena – Joniškio miesto, sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrimas atliktas 2017 m. kovo mėn.

## 2.2. Tyrimo instrumentai

Kiekybinio tyrimo instrumentas – anoniminė standartizuota anketa, sudaryta iš uždaro tipo klausimų, kurių yra dvidešimt vienas (1 priedas).

Pacientams skirtos anketos dalys:

- Pristatomoji – joje nurodomas atliekamo tyrimo tikslas, paaiškinama, kodėl nuspręsta atlikti tokį tyrimą ir kodėl tyrimui pasirinkti NVI konsultacinės poliklinikos pacientai. Šioje dalyje užtikrinamas respondentų anonimiškumas ir konfidencialumas;
- SP prieinamumo vertinimas – tiriamųjų buvo klausiama, kaip dažnai per praėjusius metus jie lankėsi pas savo šeimos gydytoją, kokios dažniausios apsilankymo priežastys, su kokiais nepatogumais jie susiduria atvykdami į gydymo įstaigą, kaip jie vertina šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto paslaugų prieinamumą (4 klausimai);
- SP paslaugų kokybės vertinimas – respondentų paprašyta įvertinti šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto teikiamų paslaugų kokybę (1 klausimas);
- Gydytojų bendravimo įtakos pacientams vertinimas – tiriamųjų buvo klausiama, kaip, jų nuomone, bendrauja gydytojai konsultacijos metu, ar jie klausia gydytojų papildomų klausimų, jeigu jiems kyla neaiškumų dėl ligos ar jos gydymo, ar gydytojo bendravimo būdas turi įtakos pacientų norui apsilankyti gydymo įstaigoje (3 klausimai);
- Būsimų procedūrų įtakos pacientų savijautai vertinimas – tiriamųjų buvo klausiama, ar lankydamiesi antrinio lygio gydymo įstaigoje jie žino, kokios procedūros jų laukia, iš kur tai sužino, ar tai turi įtakos jų savijautai lankantis gydymo įstaigoje (2 klausimai);
- Prevencinių programų žinojimo vertinimas – respondentų buvo klausiama, ar jie žino, kokios antrinės profilaktikos programos yra vykdomos Lietuvoje, kokios, jų nuomone, yra atliekamos procedūros atėjus pasitikrinti pagal kurią nors programą, kur respondentai sužinojo informacijos apie programas (3 klausimai);

- Dalyvavimo programose vertinimas – tiriamieji turėjo nurodyti, kokiose prevencinėse programose yra dalyvavę, kas paskatino juos atlikti programinius tyrimus (2 klausimai);
- Demografiniai duomenys – respondentų lytis, amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, šeimyninė padėtis (5 klausimai).

Kokybinio tyrimo instrumentas – pusiau standartizuotas interviu, kurio metu respondentams užduota dešimt vienodų, atviro tipo klausimų (2 priedas).

## 2.3. Tiriamųjų imtis ir charakteristika

Nacionalinio vėžio instituto konsultacinės poliklinikos skyriuje per dieną vidutiniškai apsilanko 535 pacientai (2016 m.). Tyrimo imtis nustatyta remiantis 95 proc. pasikliovimu ir 5 proc. paklaidos tikimybe. Tyrimo metu pacientams išdalinta 400 anketų, iš kurių grįžo ir teisingai užpildytos buvo 356 anketos. Tyrimo metu neanalizuotos anketos tų respondentų, kurie pagal savo amžių dar negali dalyvauti antrinės profilaktikos programose. Galutinei analizei naudota 320 anketų.

Žemiau esančiose lentelėse pateikiama tiriamųjų charakteristika. Tyrimo dalyviai pagal lytį, amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą ir šeimyninę padėtį (3-7 lent.).

*3 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal lytį.

| **Lytis** | **Tiriamųjų pasiskirstymas** |
|---|---|
| Moterys | 80 proc. |
| Vyrai | 20 proc. |

*4 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal amžių.

| **Amžiaus grupė** | **Tiriamųjų pasiskirstymas** |
|---|---|
| 25-35 | 9 proc. |
| 36-45 | 11 proc. |
| 46-55 | 25 proc. |
| 56-65 | 39 proc. |
| 66 ir daugiau | 16 proc. |

Analizuojant atsakymus, buvo nuspręsta respondentus pagal išsilavinimą suskirstyti į dvi grupes – turinčius aukštąjį išsilavinimą ir neturinčius aukštojo išsilavinimo, nes nenustatyta reikšmingo smulkesnio pasiskirstymo šiose dvejose grupėse (5lent.).

*5 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.

| **Išsilavinimas** | **Tiriamųjų pasiskirstymas** |
|---|---|
| Turi aukštąjį išsilavinimą | 63 proc. |
| Neturi aukštojo išsilavinimo | 37 proc. |

Analizuojant atsakymus, buvo nuspręsta respondentus pagal gyvenamąją vietą suskirstyti į dvi grupes – miestą ir kaimą, miestelį, nes nenustatyta reikšmingo smulkesnio pasiskirstymo šiose dvejose grupėse (6 lent.).

*6 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą.

| **Gyvenamoji vieta** | **Tiriamųjų pasiskirstymas** |
|---|---|
| Miestas | 74 proc. |
| Kaimas, miestelis | 26 proc. |

*7 lentelė.* Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį.

| **Šeimyninė padėtis** | **Tiriamųjų pasiskirstymas** |
|---|---|
| Ištekėjusi/vedęs arba gyvena nesusituokę | 89 proc. |
| Išsiskyrusi/ęs, netekėjusi/nevedęs, našlė/našlys | 11 proc. |

## 2.4. Duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS Statistics 17 ir MS Office Excel programas. SPSS programa atlikta duomenų logistinė regresinė analizė. Ji „padeda prognozuoti vieno intervalinio kintamojo reikšmes pagal kito intervalinio kintamojo reikšmes“. Ši analizė taikoma „tyrimams, kurie skirti atskleisti ryšio tarp kintamųjų stiprumą, prognozuoti rezultatus ir įvertinti patikimumą“[88]. Aprašomoji statistika pateikta naudojant MS Office Excel atliktą analizę.

[88] Bekešienė S., *Duomenų analizės SPSS pagrindai*, (Vilnius, 2015).

# 3. REZULTATŲ ANALIZĖ

## 3.1. Anketinė apklausa

Pirmiausia bus aptarti rezultatai, gauti atlikus logistinę regresinę analizę. Šia analize siekta nustatyti, ar tam tikri sveikatos priežiūros sistemos veiksniai turi įtakos gyventojų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose. Atlikus gautų rezultatų analizę buvo nustatyta, kad, kintant kai kuriems veiksniams, kinta ir tikimybė, jog asmuo dalyvaus arba nedalyvaus prevencinėje programoje (8 lent.).

Analizuojant rezultatus SPSS statistics 17 programa, respondentų atsakymai, lemiantys kiekvieną, 8 lentelėje pateiktą 1-9, veiksnį, buvo suskirstyti į dvi grupes:

1. Lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje dažnumas buvo suskirstytas taip:
   - jeigu asmuo SPĮ lankosi kartą per savaitę, kelis kartus per mėnesį, kartą per mėnesį, kelis kartus per pusę metų – lankosi dažnai;
   - jeigu asmuo SPĮ lankosi rečiau, nei kartą į pusmetį arba pagal poreikį, bet ne rečiau, kaip kartą į metus – lankosi retai.
2. Ar asmuo patiria SP prieinamumo nepatogumų, atsakymai suskirstyti į tokias grupes:
   - respondentų nurodyti atsakymai nepatogus transportas, nepatogus konsultacijų laikas, ilgas laukimo eilėse laikas, sunku užsiregistruoti konsultacijai, toli nuo namų esanti gydymo įstaiga, kita – susiduria su nepatogumais;
   - respondentų nurodytas atsakymas nesusiduriu – nesusiduria.
3. Paslaugų kokybės vertinimą parodantys atsakymai suskirstyti taip:
   - respondentai, kurie gydytoją specialistą vertina blogiau, nei šeimos gydytoją;
   - respondentai, kurie gydytoją specialistą ir šeimos gydytoją vertina vienodai, arba gydytoją specialistą vertina geriau, nei šeimos gydytoją.
4. Ar tiriamieji žino, kokios procedūros jų laukia, lankantis antrinio lygio gydymo įstaigoje atsakymai suskirstyti taip:
   - jeigu respondentai nurodė taip, visuomet informuoja šeimos gydytojas arba, žinau, nes papildomai pasidomiu pats – žino;
   - jeigu respondentai nurodė nežinau, bet norėčiau žinoti arba nežinau, man neįdomu – nežino.
5. Ar tiriamieji žino, kokios antrinės profilaktikos programos yra vykdomos Lietuvoje:
   - respondentai, kurie atsakė taip – žino;
   - respondentai, kurie atsakė ne – nežino.
6. Ar prevencinės programos metu atliekamos procedūros tipas turi įtakos respondentų apsisprendimui dalyvauti prevencinėse programose atsakymai suskirstyti taip:

- jeigu respondentai atsakė taip arba labiau turi, nei neturi – procedūra turi įtakos dalyvavimui;
- jeigu respondentai atsakė neturi arba niekada apie tai negalvojau – procedūra neturi įtakos dalyvavimui.

7. Respondentai pagal išsilavinimą suskirstyti taip:
   - jeigu respondentai nurodė vidurinis, profesinis, nebaigtas aukštasis – neturi aukštojo išsilavinimo;
   - jeigu respondentai nurodė aukštasis koleginis arba aukštasis universitetinis – turi aukštąjį išsilavinimą.
8. Respondentai pagal gyvenamąją vietą suskirstyti taip:
   - respondentai, kurie gyvena mieste;
   - respondentai, kurie gyvena miestelyje arba kaime.
9. Dalyvaujantys ir nedalyvaujantys prevencinėse programose respondentai suskirstyti taip:
   - respondentai, kurie pažymėjo, jog šiais metais, praėjusiais metais, per paskutinius dvejus ar trejus metus dalyvavo nors vienoje programoje – dalyvauja;
   - respondentai, kurie pažymėjo nedalyvavau – nedalyvauja.

*8 lentelė.* Logistinės regresinės analizės rezultatai.

| *Nr.* | *Veiksniai* | *Koeficientas* | *Reikšmingumo lygmuo (Sig.)* | *Galimybių santykis* |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Lankymosi SPĮ dažnumas | 0,592 | 0,049 | 1,807 |
| 2. | Prieinamumo nepatogumai | 1,004 | 0,003 | 2,728 |
| 3. | Paslaugų kokybė | -0,192 | 0,566 | 0,825 |
| 4. | Žinojimas apie būsimas procedūras | -0,429 | 0,199 | 0,651 |
| 5. | Programų žinojimas | 1,955 | 0,000 | 7,061 |
| 6. | Programos procedūros tipo reikšmė | 0,997 | 0,001 | 2,710 |
| 7. | Lytis | 0,865 | 0,020 | 2,375 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8. | Išsilavinimas | -0,220 | 0,485 | 0,803 |
| 9. | Gyvenamoji vieta | -0,689 | 0,041 | 0,502 |

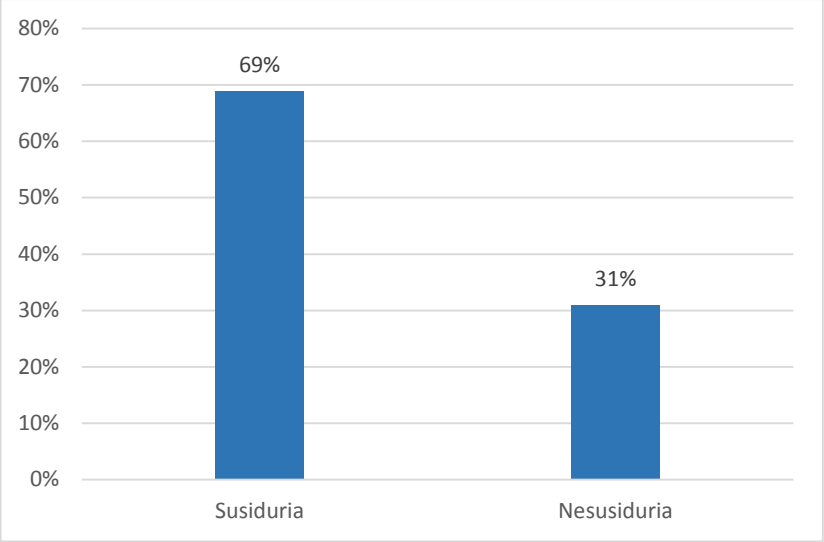
Išanalizavus gautus rezultatus buvo nustatyta, kad tam tikri sveikatos priežiūros sistemos veiksniai reikšmingai veikia žmonių apsisprendimą dalyvauti arba nedalyvauti prevencinėje programoje. Taip pat reikšmingas ryšys nustatytas tarp kai kurių demografinių duomenų ir tiriamųjų apsisprendimo dalyvauti prevencinėse programose. 8 lentelėje pateikti analizės duomenys parodo, kaip kiekvienas iš veiksnių padidina arba sumažina galimybę, kad asmuo dalyvaus antrinės profilaktikos programoje.

Vertinant, kaip dalyvavimą programoje veikia lankymosi SPĮ dažnumas nustatyta, kad, jeigu asmuo dažnai lankosi gydymo įstaigoje, pas savo šeimos gydytoją, galimybė, jog toks asmuo dalyvaus prevencinėje programoje padidėja 1,807 karto. Gautas rezultatas statistiškai reikšmingas, nes p=0.049 (*p<0,05*).

Taip pat statistiškai reikšminga priklausomybė, p=0.000 (*p<0,05*), gauta vertinant tai, ar asmuo žino, kokios programos yra vykdomos Lietuvoje. Nustatyta, kad programų žinojimas 7,061 karto padidina galimybę, kad asmuo dalyvaus prevencinėje programoje.

Vertinant, kaip gyventojų dalyvavimas programoje priklauso nuo to, kokia procedūra atliekama atėjus pasitikrinti, gautas statistiškai reikšmingas rezultatas, p=0.001 (*p<0,05*), parodantis, kad procedūros tipas turi įtakos gyventojų apsisprendimui dalyvauti programoje ir, kad dalyvavimo tikimybė tokiu atveju padidėja 2,710 karto.

Taip pat statistiškai reikšmingas ryšys, p=0.003 (*p<0,05*), gautas vertinant sveikatos priežiūros prieinamumo įtaką respondentų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose. Šiuo atveju nustatyta, kad, esant sveikatos priežiūros prieinamumo nepatogumams, galimybė, jog asmuo dalyvaus prevencinėje programoje padidėja 2,728 karto. Tokius rezultatus galėjo lemti tai, jog bendrai dauguma tyrime dalyvavusių respondentų, ir dalyvaujančių, ir nedalyvaujančių programose, nurodė, jog susiduria su SP prieinamumo nepatogumais (5pav.).




*5 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie susiduria su sveikatos priežiūros prieinamumo nepatogumais.

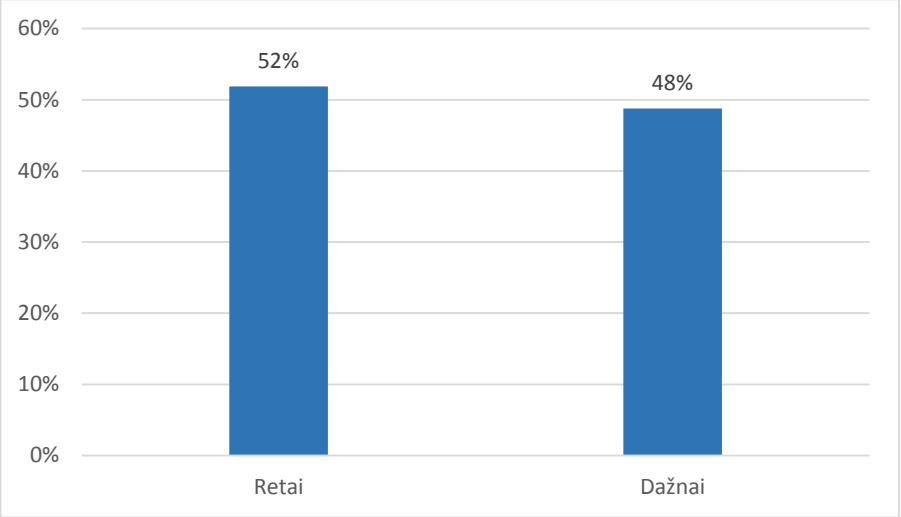
Nustatyta, kad su nepatogumais susiduria 69 proc. respondentų.

Atlikus analizę išryškėjo ryšys tarp dar dviejų sveikatos priežiūros sistemos veiksnių ir respondentų dalyvavimo prevencinėse programose. Analizuojant paslaugų kokybės vertinimo ir dalyvavimo programose santykį nustatyta, kad, jeigu pacientas gydytoją specialistą vertina blogiau, nei šeimos gydytoją, galimybė, kad toks asmuo dalyvaus prevencinėje programoje sumažėja 0,825 karto. Taip pat nustatyta, kad žinojimas apie tai, kokios procedūros yra atliekamos lankantis antrinio lygio gydymo įstaigose, turi įtakos dalyvavimui programose. Jeigu asmuo nežino, kokios procedūros jo laukia konsultacijos pas specialistą metu, galimybė, jog toks pacientas dalyvaus prevencinėje programoje sumažėja 0,651 karto. Nors šių dviejų veiksnių ir dalyvavimo programoje ryšys nebuvo statistiškai reikšmingas, p=0.566 ($p>0,05$) p=0.199 ($p>0,05$), gauti rezultatai parodė bendrą tendenciją, kurią įvertinus galima teigti, kad nuo šių sveikatos priežiūros aspektų priklauso pacientų apsisprendimas dalyvauti antrinės profilaktikos programoje ar ne.

Gauti rezultatai parodė statistiškai reikšmingą kai kurių demografinių duomenų ir dalyvavimo programose priklausomybę. Nustatyta, kad būvimas moterimi lemia 2,375 karto didesnę tikimybę dalyvauti prevencinėje programoje, p=0.020 ($p<0,05$). Tai pat dalyvavimas programose priklauso nuo gyvenamosios vietos. Nustatyta, kad, jeigu asmuo gyvena kaime arbe miestelyje, tikimybė, kad jis dalyvaus programoje sumažėja 0,502 karto, p=0.041 ($p<0,05$).

Dalyvavimo programose priklausomybė nuo išsilavinimo nėra statistiškai reikšminga, p=0.485 ($p>0,05$), tačiau analizės rezultatai parodė bendrą tendenciją, iš kurios matyti, jog, jeigu asmuo neturi aukštojo išsilavinimo, tikimybė, kad jis dalyvaus programoje sumažėja 0,803 karto.

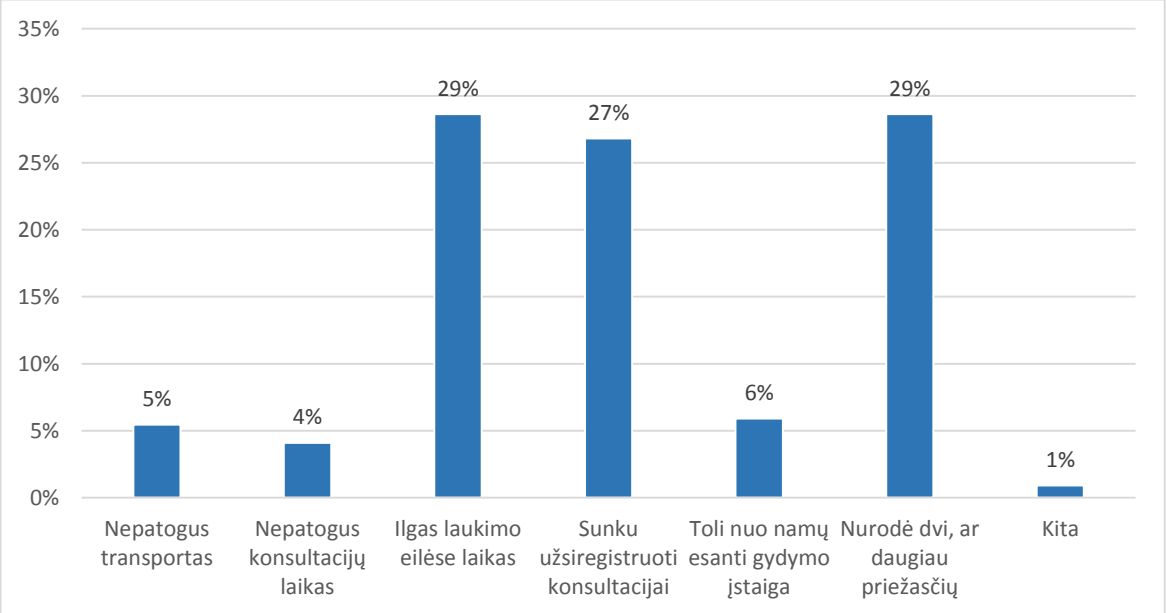
Toliau analizuojant gautus duomenis atlikta smulkesnė anketos analizė, siekiant išsiaiškinti, kaip kiti veiksniai veikia pacientų dalyvavimą prevencinėse programose ir pagrįsti bei papildyti regresinės analizės metu gautus rezultatus.




*6 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar dažnai jie lankosi pas savo šeimos gydytoją.

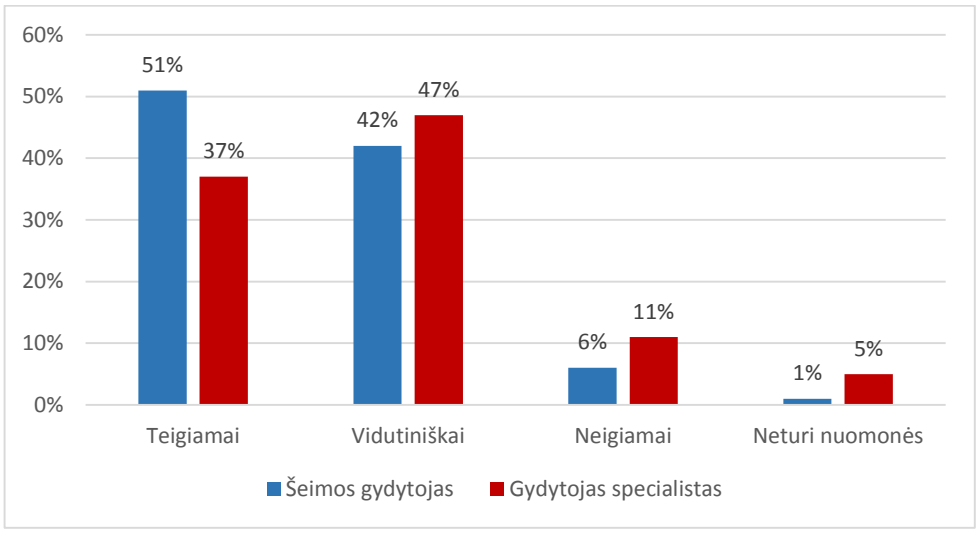
Vertinant respondentų lankymosi pas šeimos gydytoją dažnumą nustatyta, kad didesnė dalis tiriamųjų, 52 proc., pas savo šeimos gydytoją lankosi retai (6 pav.), t. y. rečiau nei kartą į pusmetį. Apsilankymo pas gydytoją priežastis respondentai nurodė labai įvairiai, nepastebėta vienos, vyraujančios priežasties. Dažniausiai pacientai nurodė pas gydytoją einantys dėl profilaktinių patikrinimų, lėtinių neinfekcinių ligų nesant paūmėjimo, dėl peršalimo ar kitų ligų.

Ankščiau pateiktoje diagramoje matyti, kad net 69 proc. respondentų nurodė susiduriantys su nepatogumais planuodami atvykti į gydymo įstaigą. Dažniausiai SP prieinamumo nepatogumus sukeliančių priežasčių pasiskirstymas pateiktas 5 paveiksle (7pav.).



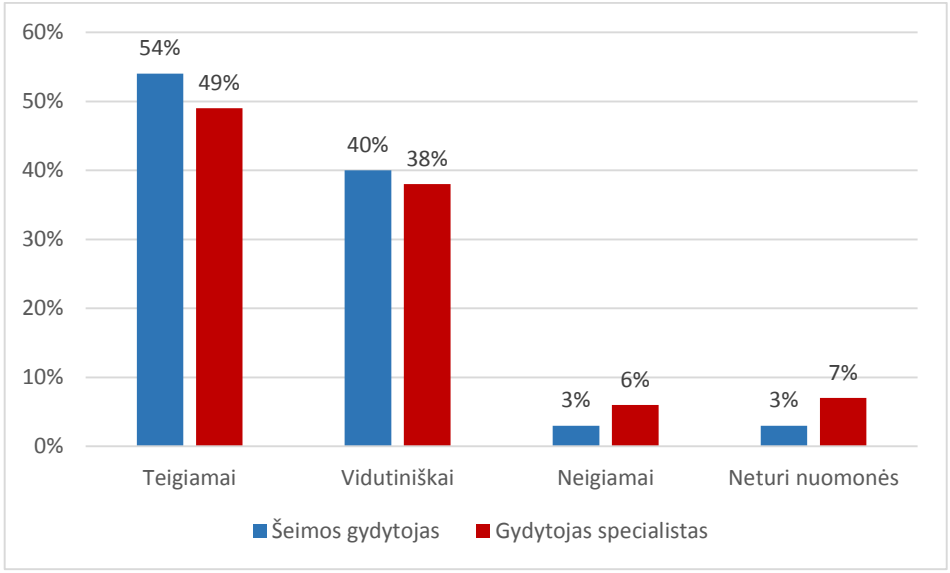

*7 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, su kokias prieinamumo nepatogumais jie susiduria.

Gauti rezultatai rodo, jog galima iškirti dvi pagrindines nepatogumų priežastis, su kuriomis susiduria pacientai. Respondentų teigimu, dažniausios SP prieinamumo nepatogumo priežastys yra ilgas laukimo eilėse laikas, 29 proc., ir sunkumai bandant užsiregistruoti konsultacijai pas gydytoją, 27 proc. Kitos priežastys – nepatogus transportas, konsultacijų laikas ir atstumas iki gydymo įstaigos – buvo rečiau nurodytos tiriamųjų tarpe, tačiau jų pasiskirstymas po 4 – 6 proc. rodo, kad šios problemos taip pat yra reikšmingos. Tiriamųjų atsakymai rodo, kad geriau yra vertinamas prieinamumas pas šeimos gydytoją (8 pav.). Dažniau vidutiniškai arba neigiamai buvo vertinamas prieinamumas pas gydytoją specialistą. Tai rodo, kad ankščiau minėtos prieinamumo nepatogumo priežastys dažniausiai yra susijusios su galimybe patekti pas gydytoją specialistą.




*8 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

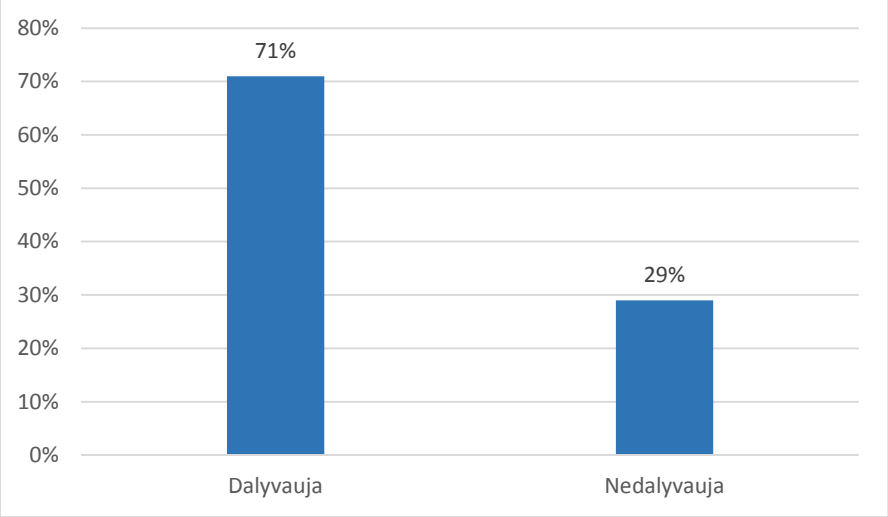
Tyrimo metu respondentai turėjo nurodyti, kaip jie vertina šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto teikiamų paslaugų kokybę (9 pav.).




*9 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Gauti rezultatai rodo, kad šiek tiek geriau vertinama yra šeimos gydytojo teikiamų paslaugų kokybė. Šeimos gydytoją teigiamai įvertino 5 proc. daugiau respondentų nei gydytoją specialistą. 3 proc. daugiau respondentų teigė, kad neigiamai vertina gydytojo specialisto paslaugų kokybę. Tačiau bendras neigiamas vertinimas ir nuomonės neturintys respondentai sudarė nedidelę dalį vertinimų. Dauguma tiriamųjų gydytojų paslaugų kokybę įvertino teigiamai arba vidutiniškai.

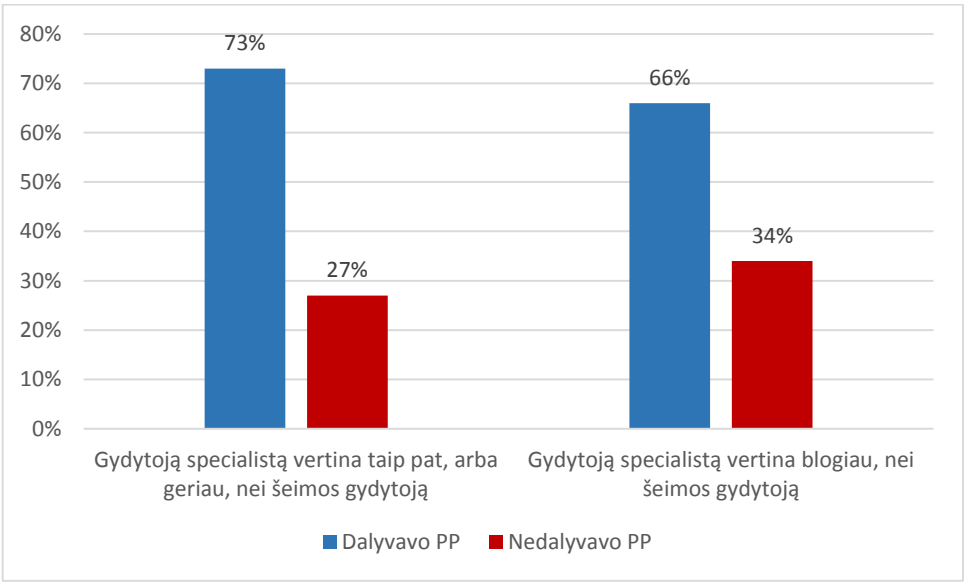
Įvertinus, kiek respondentų dalyvauja prevencinėse programose, gauti rezultatai parodė, jog programose yra dalyvavę dauguma apklaustų pacientų (10 pav.).




*10 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie dalyvauja prevencinėse programose.

71 proc. respondentų nurodė, jog yra dalyvavę bent vienoje prevencinėje programoje per paskutinius trejus metus.

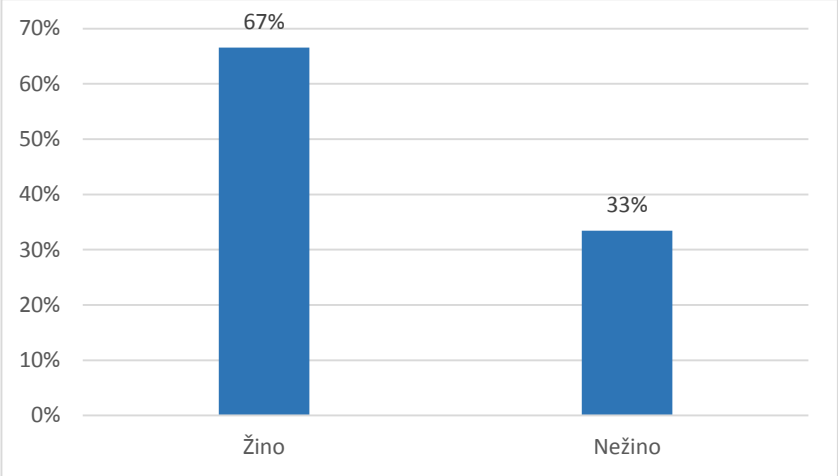
Siekiant nustatyti, kaip SP paslaugų kokybės vertinimas veikia gyventojų dalyvavimą prevencinėse programose buvo nustatyta, kiek respondentų dalyvavo programose pagal tai, kaip jie vertina gydytojų teikiamų paslaugų kokybę (11 pav.).




*11 pav.* Prevencinėse programose dalyvavusių respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina SP paslaugų kokybę.

Šiuo atveju taikytas kokybės vertinimo suskirstymas į dvi grupes – respondentai, kurie gydytoją specialistą vertina taip pat, arba geriau nei šeimos gydytoją ir respondentai, kurie gydytoją specialistą vertina blogiau, nei šeimos gydytoją. Gauti rezultatai rodo, jog daugiau programose dalyvavusių asmenų yra tų, kurie gydytojus vertina vienodai, arba specialistą vertina geriau, 73 proc. Blogesnis gydytojo specialisto vertinimas lemia ir mažesnį respondentų, dalyvavusių antrinės profilaktikos programose, skaičių, 66 proc.

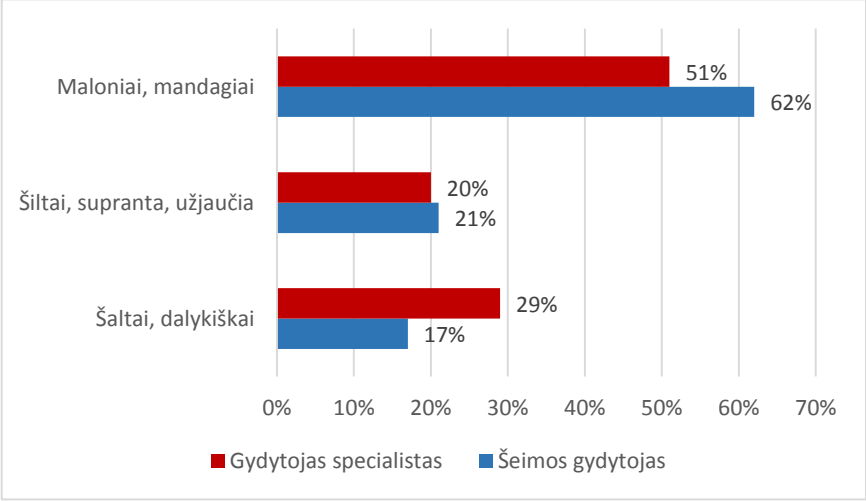
Tolesnei analizei, susijusiai su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu ir pacientų dalyvavimui prevencinėse programose, svarbu įvertinti, ar pacientai žino, kokios antrinės profilaktikos programos yra vykdomos Lietuvoje (12 pav.).




*12 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie žino, kokios prevencinės programos yra vykdomos Lietuvoje.

Dauguma tyrimo dalyvių, 67 proc., nurodė, jog žino, kokios prevencinės programos yra vykdomos Lietuvoje. Vis dėlto, net trečdalis respondentų, 33 proc., nurodė, jog to nežino.

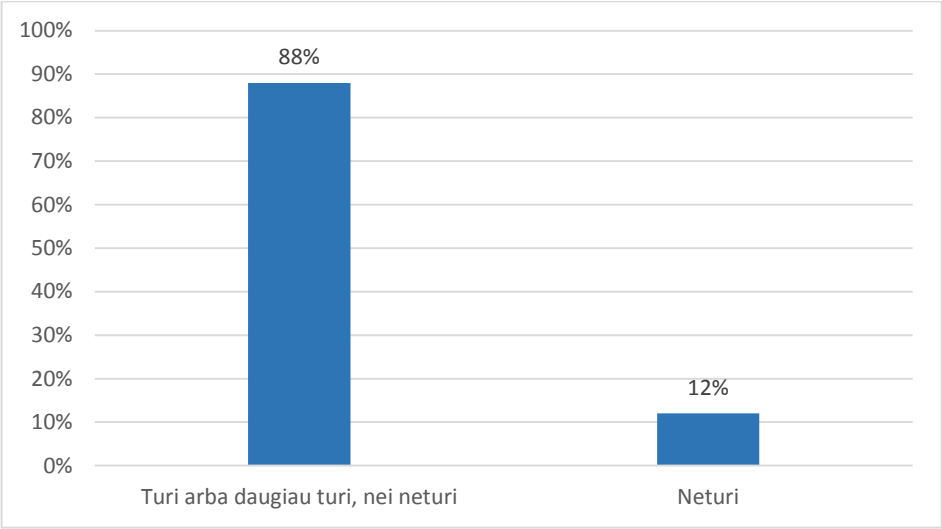
Siekiant įvertinti, kaip SP paslaugų teikimą vertina pacientai, respondentų prašyta įvertinti, kaip, jų nuomone, konsultacijos metu bendrauja šeimos gydytojai ir gydytojai specialistai (13 pav.).




*13 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina gydytojų bendravimą konsultacijų metu.

Gauti rezultatai rodo, kad respondentai geriau vertina šeimos gydytojų bendravimą konsultacijų metu. Šie gydytojai dažniau bendrauja maloniai, mandagiai, supratingai. Tiriamųjų teigimu, gydytojai specialistai konsultacijų metų dažniau būna dalykiški, bendrauja šaltai.

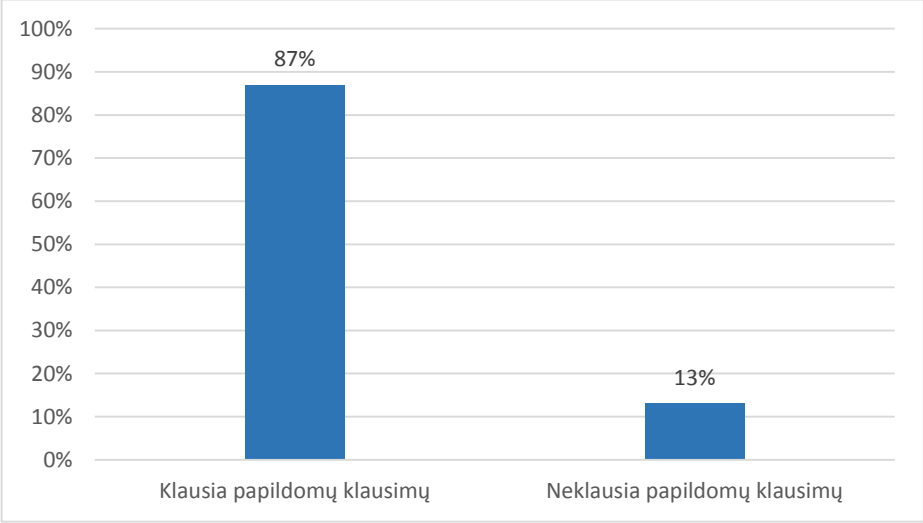
Taip pat respondentų buvo klausiama, ar gydytojo bendravimo būdas turi įtakos jų norui atvykti į gydymo įstaigą (14 pav.).




*14 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar gydytojų bendravimas turi įtakos jų norui atvykti į SP įstaigą.

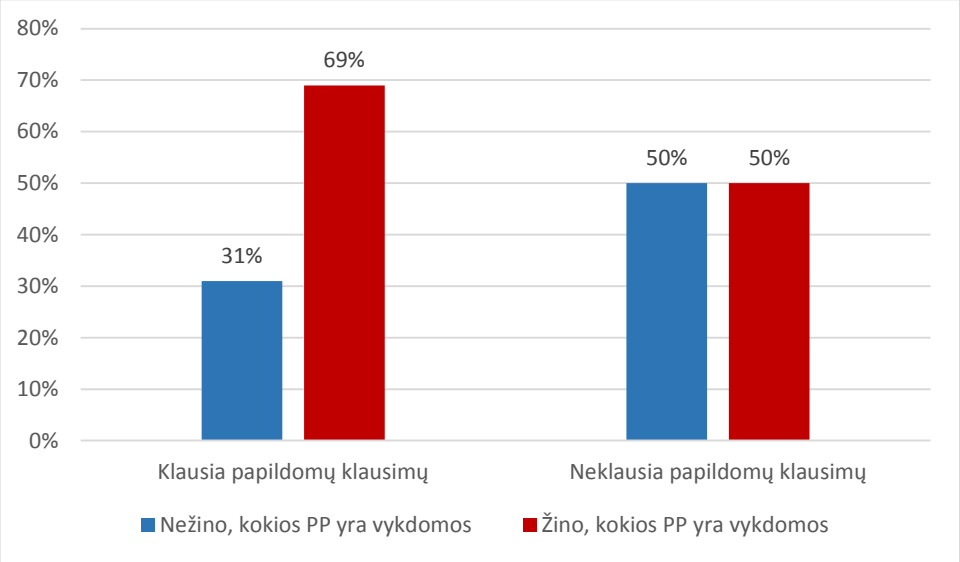
Apklausos duomenys rodo, kad gydytojo bendravimo būdas yra svarbus pacientams ir nuo to priklauso jų noras atvykti į gydymo įstaigą, 88 proc. Tik 12 proc. respondentų nurodė, jog tai nedaro jokios įtakos.

Tyrimo metu respondentai taip pat nurodė, ar jie patys imasi iniciatyvos ir klausia šeimos gydytojų papildomų klausimų, jeigu jiems kyla neaiškumų dėl ligos ar jos gydymo (15 pav.)




*15 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie klausia papildomų klausimų šeimos gydytojo konsultacijos metu.

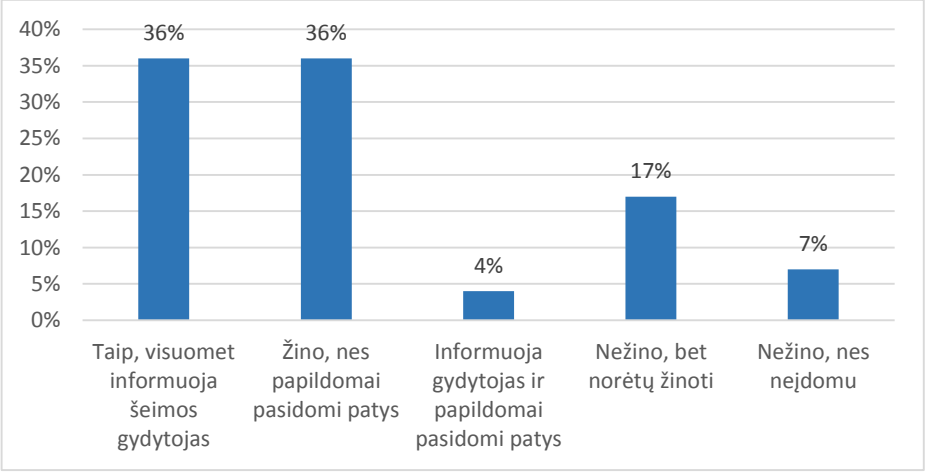
Analizės rezultatai rodo, kad dauguma pacientų, 87 proc., yra linkę klausti papildomų klausimų gydytojo, jeigu jiems kyla neaiškumų. Siekiant išsiaiškinti, ar papildomas pacientų domėjimasis lemia geresnį prevencinių programų žinojimą, buvo nustatyta, kokia dalis respondentų nežino apie prevencines programas iš tų, kurie gydytojo klausia papildomų klausimų ir iš tų, kurie neklausia (16 pav.).




*16 pav.* Programų nežinančių respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie klausia, ar neklausia papildomų klausimų savo šeimos gydytojo.

Iš gautų rezultatų matyt, kad pusė, 50 proc., tų, kurie neklausia papildomų klausimų savo šeimos gydytojo, nežino kokios prevencinės programos yra įgyvendinamos Lietuvoje. Iš tų asmenų, kurie domisi papildoma informacija, programų nežino mažesnė dalis, 31 proc.

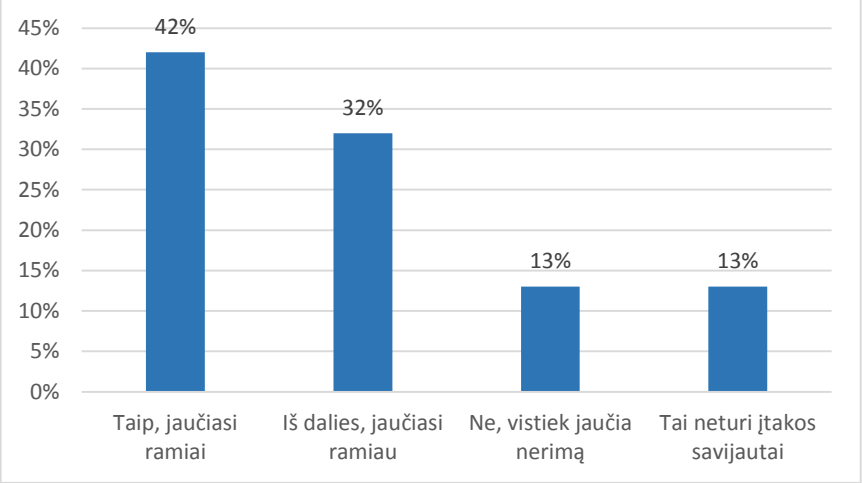
Toliau norėta ištirti, kaip žinojimas apie konsultacijų metu atliekamas procedūras ir jų pobūdį veikia pacientus ir jų norą atlikti programinius tyrimu. Respondentų buvo klausiama, ar lankydamiesi antrinio lygio gydymo įstaigoje jie žino, kokia procedūra bus atliekama ir iš kur tai sužino (17 pav.).




*17 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie žino ir iš kur sužino, kokios bus atliekamos procedūros specialisto konsultacijos metu.

Dauguma respondentų, viso 76 proc., nurodė, jog žino kokios procedūros bus atliekamos lankantis pas gydytoją specialistą. Tačiau neišryškėjo vieno veiksnio, kuris lemtų pacientų žinojimą. Tiek pat respondentų reikalingą informaciją sužino iš šeimos gydytojų, 36 proc., ir sužino todėl, kad domisi patys, 36 proc. Nedidelė dalis tiriamųjų informuoti gydytojo papildomai domisi ir patys, 4 proc. Viso 24 proc. respondentų nežino, kokios procedūros jų laukia antrinio lygio gydymo įstaigoje.

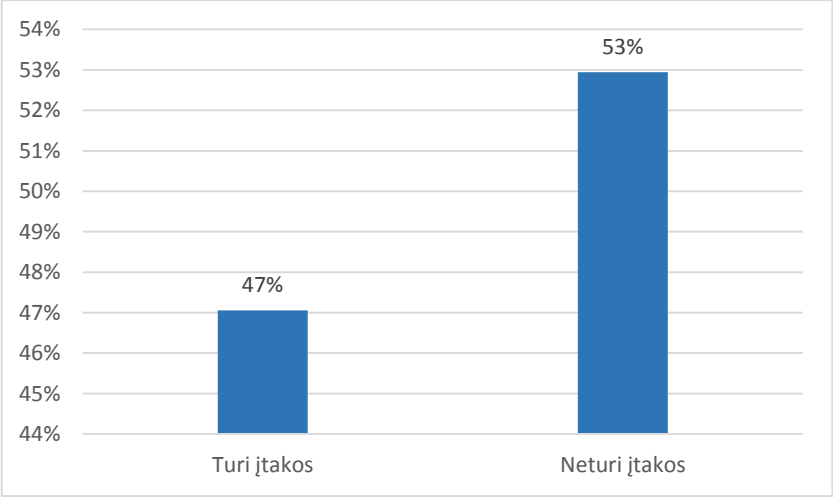
Tyrimo metu dalyviai nurodė, ar žinojimas apie būsimas procedūras turi įtakos jų savijautai (18 pav.).




*18 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip žinojimas apie būsimas procedūras lemia jų savijautą.

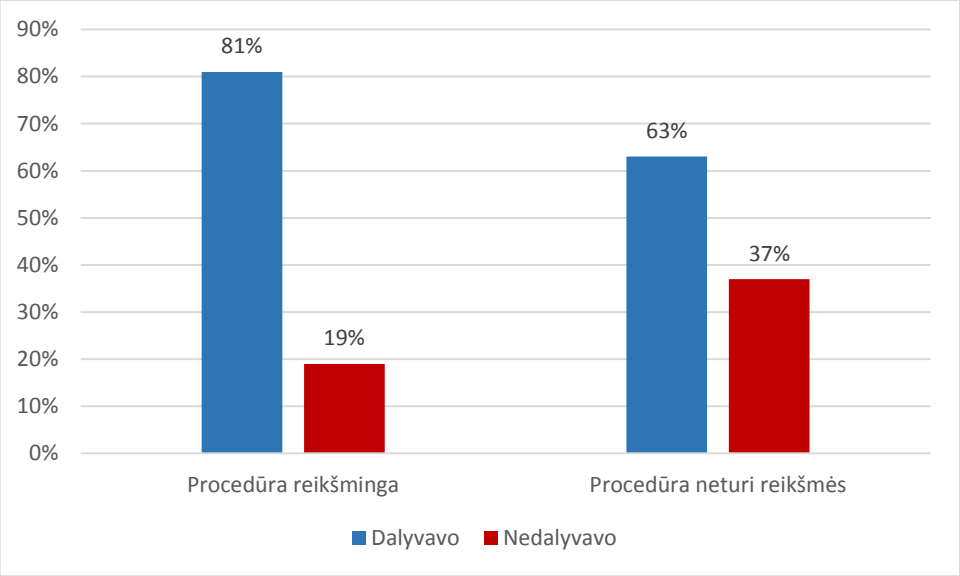
Analizės rezultatai rodo, kad daugumai tyrime dalyvavusių pacientų žinojimas apie būsimas procedūras turi reikšmės, viso 74 proc. Žinodami, kokia procedūra bus atliekama, ar tai bus skausminga, kiek laiko užtruks, jie jaučiasi ramiai arba ramiau, nei nežinodami šios informacijos.

Analizuojant rezultatus nustatyta, kad beveik pusei, 47 proc., tų pacientų, kurie nežino, kokios procedūros laukia pas gydytoją specialistą, yra svarbu, kokia procedūra atliekama atėjus pasitikrinti pagal prevencinę programą (19 pav.).




*19 pav.* Nežinančių, kokios procedūros laukia pas specialistus, respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar turi įtakos programos metu atliekama procedūra jų apsisprendimui dalyvauti prevencijoje.

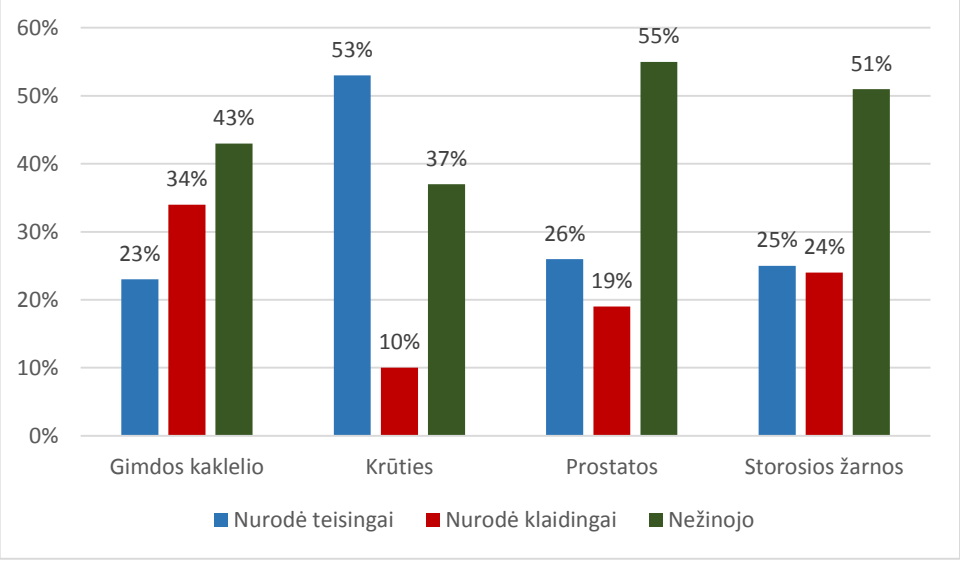
Siekiant nustatyti, kaip prevencinių programų procedūros veikia dalyvavimą programose, gauti rezultatai, rodantys, kad tie, kuriems programos procedūra yra reikšminga, dažniau dalyvavo prevencinėse programose (20 pav.).




*20 pav.* Prevencijoje dalyvavusių respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar būsimos procedūros tipas turi įtakos jų savijautai.

Prevencinėse programose dalyvavo 81 proc. tų pacientų, kuriems programos metu atliekamos procedūros pobūdis yra svarbus. Tų asmenų, kuriems procedūra neturi reikšmės, prevencinėse programose dalyvavo 63 proc.

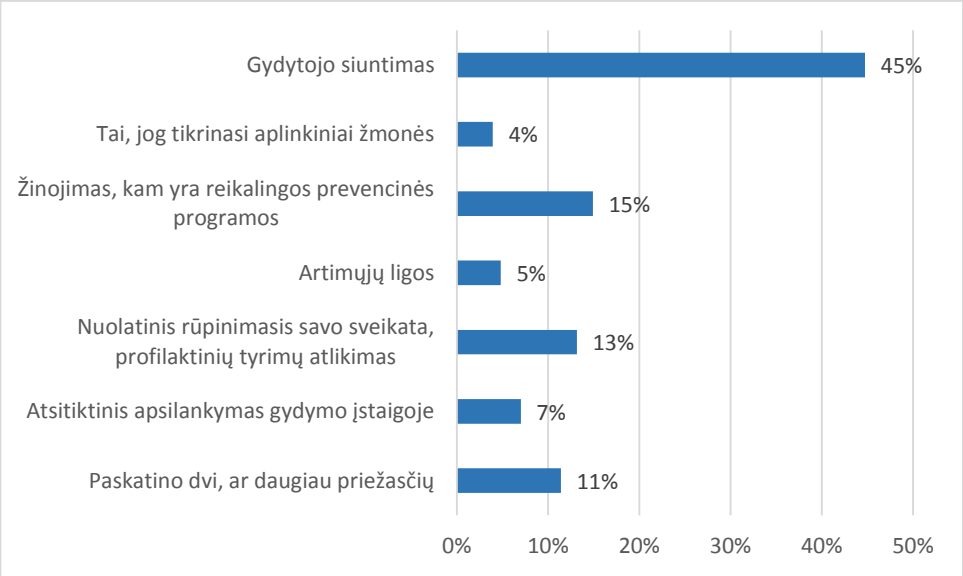
Tačiau, išanalizavus gautus duomenis apie tai, ar pacientai žino, kokios procedūros yra atliekamos atėjus pasitikrinti pagal antrinės profilaktikos programas, buvo pastebėta, kad dauguma pacientų klaidingai mano arba nežino, kokios procedūros yra atliekamos (21 pav.).




*21 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kokios, jų nuomone, yra atliekamas procedūros prevencinių programų metu.

Daugiausiai respondentų žinojo kokia procedūra yra atliekama krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programos metu, 53 proc. Dažniausiai respondentai nežinojo, kokia procedūra atliekama prostatos (priešinės liaukos) vėžio ankstyvosios diagnostikos programos metu. Daugiausiai klaidingai nurodytų atsakymų, 34 proc., buvo vertinant gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos metu atliekamą procedūrą.

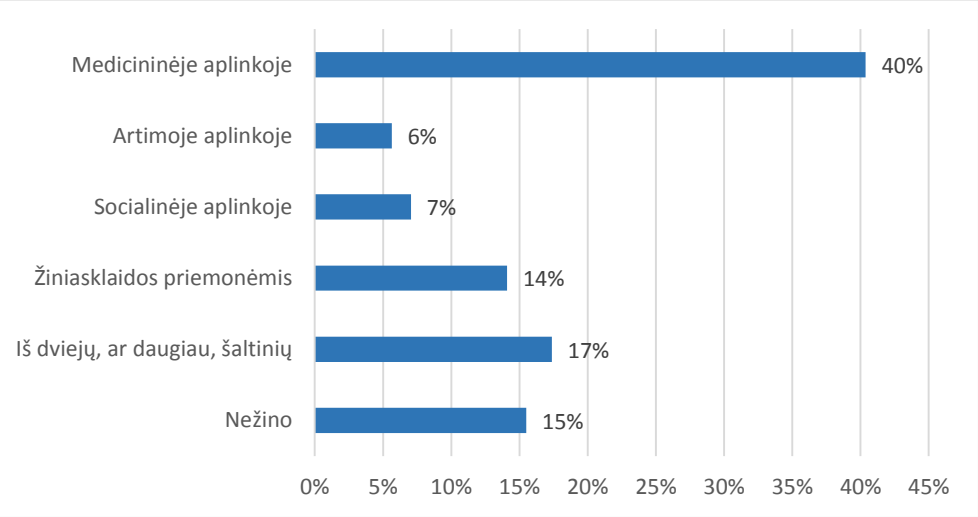
Siekiant išsiaiškinti, kas gyventojus paskatina dalyvauti prevencinėse programose ir kur jie sužino daugiau informacijos apie šias programas, gauti duomenys, rodantys, kad dažniausiai pacientai sudalyvauja programoje gavę gydytojo siuntimą, 45 proc. (22 pav.).




*22 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kas juos paskatino dalyvauti prevencinėje programoje.

Mažiausiai įtakos respondentams turėjo tai, kad tikrinasi kiti žmonės jų aplinkoje, 4 proc., ir artimųjų ligos, 5 proc.

Taip pat medicininėje aplinkoje pacientai dažniausiai sužino smulkesnės informacijos apie prevencines programas (23 pav.).




*23 pav.* Respondentų pasiskirstymas pagal tai, iš kur jie sužino smulkesnę informaciją apie prevencines programas.

Nemaža dalis respondentų informacijos apie programas sužino iš kelių šaltinių, 17 proc., ar žiniasklaidos priemonių, 14 proc. Panaši dalis tyrimo dalyvių, 15 proc., smulkesnės informacijos apie programas nežino.

## 3.2. Interviu

Pirmuoju klausimu „Kokią Jūsų nuomonė apie antrinės profilaktikos (prevencines) programas? Kaip dažnai apie galimybe pasitikrinti pagal jas informuojate atvykusius pacientus?“ siekta nustatyti gydytojų požiūrį į antrinės profilaktikos programas.

*Visos trys respondentės teigiamai vertina Lietuvoje įgyvendinamas antrinės profilaktikos programas. Dvi respondentės atsakė, jog informuoja visus, be išimties, pas jas atvykusius pacientus, kuriems pagal amžių priklauso pasitikrinti pagal kurią nors programą. Viena respondentė pabrėžė, kad dėl laiko stokos negali informuoti visų atvykusių pacientų „informuoju dažnai, kai yra laiko. Pirmiausia dėmesį kreipiu ligai. Jeigu dar lieka laika, tada papasakoju apie priklausančią programą“.*

Antruoju klausimu „Kokį santykį su pacientais stengiatės palaikyti, pasakodami jiems apie prevencines programas? Ar plačiai pasakojate apie procedūras, kurios atliekamos tikrinimo metu?“ siekta nustatyti, kaip gydytojai bendrauja su pacientais, ar noriai pasakoja jiems apie procedūras, kurios yra atliekamos patikrinimo metu.

*9 lentelė.* Respondenčių atsakymai į antrąjį klausimą.

| I resp. | II resp. | III resp. |
|---|---|---|
| „Stengiuosi palaikyti draugiškus santykius su pacientais ir kuo plačiau papasakoti apie procedūrą, nes jie nežino smulkmenų, todėl viską reikia paaiškinti. Pasiūlau specialistus, pas kuriuos galima užsiregistruoti“. | „Palaikau malonius santykius su žmonėmis, visada nurodau, kokia bus atliekama procedūra, kas bus daroma, ką reikia padaryti pačiam, pavyzdžiui, kaip surinkti išmatas storosios žarnos tyrimui“. | „Bendrauju įprastai, draugiškai, kad pacientam būtų įdomu ir jie suprastų, ką noriu paaiškinti. Ne visada spėju papasakoti plačiai, nes daug pacientų, kurie laukia. Pagal galimybes informuoju apie procedūrą“. |

*Respondenčių atsakymai rodo, jog šeimos gydytojai stengiasi palaikyti draugišką santykį su pacientais, kad tai labiau sudomintų juos dalyvauti programoje. Malonus gydytojų nusiteikimas pacientų atžvilgiu, paaiškinimas apie atliekamas procedūras rodo rūpestį, kuriuo stengiamasi įtikinti pacientus dalyvauti profilaktikos programoje.*

Trečiuoju klausimu „Kaip pacientai reaguoja į pasiūlymą pasitikrinti pagal programą?“ siekta nustatyti, ar pacientai dažniau sutinka, ar atsisako dalyvauti prevencinėse programose.

*Respondenčių atsakymai parodė, jog pacientų reakcijos būna įvairios ir nėra vieno, labiau dominuojančio, varianto. Maždaug pusė pacientų sureaguoja teigiamai ir sutinka dalyvauti*

*programoje, kita pusė atsisako. „Įvairiai reaguoja, jeigu tyrimą galima atlikti vietoje, labiau sutinka dalyvauti, jeigu reikia važiuoti – nenori“, „Penkiasdešimt ant penkiasdešimt, vieni sutinka, kiti kategoriškai sako ne“, „Pacientai visaip reaguoja, maždaug per pusę. Ir susidomi, ir labai vangiai sureaguoja“.*

Ketvirtuoju klausimu „Ar pacientai rodo iniciatyvą, domisi profilaktinėmis programomis? Jie dažniau yra aktyvūs ar pasyvūs dalyvavimo programose atžvilgiu? Ar atvyksta pasitikrinti pakartotinai?“ siekta išsiaiškinti, ar pacientai patys žino apie programas ir savo iniciatyva atvykta pasitikrinti.

*10 lentelė.* Respondenčių atsakymai į ketvirtąjį klausimą.

| I resp. | II resp. | III resp. |
|---|---|---|
| „Ne visi pacientai rodo iniciatyvą, dažniausiai tik tada, kai kur nors išgirsta apie programą. Yra buvę, kad domėjosi, ar vykdoma burnos vėžio profilaktikos programa“. | „Retai. Gal koks penktadalis pacientų konsultacijos metu paklausia, ar jiems priklauso kokia nors programa. Kiek žinau, moterys dažniau pakartotinai ateina pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio, bet joms nereikia siuntimo pas ginekologą, gal patogiau“. | „Pacientai retai domisi programomis, nėra taip, kad patys ateitų. Kartais vyrai kartoja prostatos tyrimus, bet daugiau pakartotinai nelabai lankosi“. |

*Iš respondenčių atsakymų matyti, kad pacientai patys nerodo iniciatyvos ateiti pasitikrinti pagal prevencines programas. Remiantis šiuo ir ankstesniais respondenčių atsakymais galima teigti, kad pacientų dalyvavimui prevencinėse programose didelę įtaką daro gydytojų paskatinimas dalyvauti programoje ir išsamus informavimas apie procedūras. Žinojimas apie tai, kaip atliekama procedūra profilaktinio patikrinimo metu ir kam to reikia, dalį pacientų sudomina ir paskatina užsiregistruoti tyrimams. Tačiau, tik pusė pacientų palankiai sureaguoja į pasiūlymą pasitikrinti.*

Penktuoju klausimu „Jūsų nuomone, ar pacientams yra *patogu* dalyvauti programoje ir atvykti pasidaryti profilaktinius tyrimus (nauja registracija pas gydytoją, laukimas eilėje, atvykimas į įstaigą ir pan.)?“ siekta nustatyti gydytojų požiūrį į SP organizacinio prieinamumo reikšmę pacientų dalyvavimui prevencinėse programose.

*11 lentelė.* Respondenčių atsakymai į penktąjį klausimą.

| I resp. | II resp. | III resp. |
|---|---|---|
| „Žmonėms neužtenka motyvacijos, kad netrukdytų prieinamumo sunkumai. Jeigu mes neprimintume, nepastūmėtume jų dalyvauti, tai nelabai ir dalyvautų programose“. | „Nepatogumų daugiausiai tiems, kurie turi atvažiuoti iš kaimo. Pacientai dabar palepinti, nori viską gauti iškarto ir nenori patys dar kartą kažko daryti, važiuoti“. | „Dažniausiai pacientams nepatogu dėl laiko, reikia laukti registracijos pas specialistą, išsiprašinėti iš darbų, kai gydytojai priima ryte. Taip pat širdies ir kraujagyslių ligoms kraujo tyrimai imami tik ryte, žmonėms nepatogu. Dažnai atsisako dalyvauti, nes reikia toli važiuoti, ypač mamografijos. Mūsų įstaiga neturi mamografo, todėl pacientėms reikia važiuoti į Šiaulius“. |

*Respondenčių atsakymai rodo, kad pacientai susiduria su nepatogumais dalyvaudami antrinės profilaktikos programose. Galima išskirti pagrindinius ne tik organizacinio, bet ir teritorinio prieinamumo trūkumus, įgyvendinant programas. Tai laukimo eilėje pas gydytoją laikas, galimybės profilaktinius tyrimus atlikti tą pačią, lankymosi pas šeimos gydytoją, dieną nebuvimas, toli nuo namų esanti gydymo įstaiga. Pacientai per mažai suinteresuoti dalyvauti programoje, kad noriai dar kartą vyktų į sveikatos priežiūros įstaigą, lauktų eilės pas gydytoją.*

Šeštuoju klausimu „Kaip manote, kokie sveikatos priežiūros sistemos aspektai turi daugiausiai reikšmės pacientų norui arba nenorui dalyvauti prevencinėje programoje?“ siekta nustatyti pagrindines priežastis, kurios lemia pacientų apsisprendimą dėl dalyvavimo programoje.

*Dalinį atsakymą į šį klausimą respondentės patikė jau penktojo klausimo metu. tai patekimo pas gydytoją specialistą sunkumai, teritoriniai trukdžiai. Dvi respondentės išskyrė ir procedūrų pobūdžio įtaką pacientų nenorui dalyvauti programose: „Didžiausia problema su žarnyno tyrimu, nenori žmonės nešti išmatų tyrimui“, „Žmonės dažnai bijo procedūrų, dėl to jiems nepatinka papildomai tirtis“.*

Septintuoju klausimu „Ar išsamus informavimas apie programą (procedūros atlikimą, programos esmę ir pan.) turi įtakos pacientų pasirinkimui?“ siekta sužinoti, ar pacientai žino pakankamai informacijos apie prevencines programas ir ar tai lemia jų pasirinkimą dalyvauti ar ne.

*Respondentės nurodė, kad išsamus informavimas turi įtakos pacientų pasirinkimui dalyvauti programoje. Vienos respondentės teigimu „pacientams dažnai trūksta suvokimo apie programos naudą, todėl apsilankę pas mane ir gavę informacijos atvyksta pasidaryti tyrimų", kita teigia, kad „supratimas nėra pakankamas, todėl ir pasakojame plačiai apie procedūras, kurios bus atliekamos. Nors jaučiasi skirtumas tarp vyresnio amžiaus ir jaunesnių pacientų. Jaunesni dažniau žino apie programas, būna pasidomėję patys. Vyresnieji dažniausiai klausia apie tyrimus širdies ir kraujagyslių ligoms nustatyti". Šie, ir anksčiau, respondenčių išsakyti argumentai rodo, kad išsamus pacientų informavimas duoda teigiamą rezultatą įgyvendinant programas, informuoti pacientai dažniau sutinka dalyvauti programoje, rodo savo iniciatyvą. Tačiau informavimas gali lemti ir priešingą variantą. Kaip teigė respondentė, pacientai kartais bijo procedūrų, kurios yra atliekamos. Tokius pacientus gauta informacija gali nuteikti neigiamai.*

Aštuntuoju klausimu „Ar dažniau sveikatos priežiūros įstaigoje besilankantys pacentai yra labiau linkę dalyvauti prevencinėse programose?" siekta išsiaiškinti, ar dažnai su SP sistema susiduriantys asmenys prevencinėse programose dalyvauja dažniau, nei retai į SPĮ atvykstantys žmonės.

*Respondenčių atsakymai parodė, jog dažnas lankymasis sveikatos priežiūros įstaigose lemia dažnesnį pacientų sutikimą pasitikrinti pagal programą. „Tai turi įtakos, nes, jeigu pacientui skiriamas koks nors tyrimas, dažniausiai sutinka tuo pačiu užsukti ir profilaktinius tyrimus atlikti", „Kaip kada, kai kurie sako, kad jau ir taip gerai ištirti yra, nes nuolat viskius tyrimus darosi, kitiems nesunku pasidaryti dar ir profilaktinį tyrimą, jeigu pavyksta užsiregistruoti tą pačią dieną".*

Devintuoju klausimu „Ar pakankamai sveikatos priežiūros įstaigoje kreipiamas dėmesys į tai, kokios priežastys lemia pacientų nenorą dalyvauti programoje ir ką reikėtų keisti?" siekta išsiaiškinti, ar įstaigoje kalbama apie prevencinių programų įgyvendinimo problemas.

*12 lentelė.* Respondenčių atsakymai į devintąjį klausimą.

| I resp. | II resp. | III resp. |
|---|---|---|
| „Pati stengiuosi suteikti visą reikiamą informaciją ir patarimus, todėl kreipiu dėmesį į tai, ką sako pacientai, kalbėdami apie programas. Tačiau kaip ir ką daro kiti gydytojai, nežinau". | „Man atrodo žmonėms viskas nesunkiai prieinama, tik jie patys tuo nepasinaudoja, per mažai iniciatyvos". | „Gal svarbiau būtų tvarkyti organizacinius dalykus, tai, kas jau ne gydytojo kompetencijoje. Iš savo pusės padarome, ką galime". |

*Gydytojų atsakymai rodo, kad, kiek joms žinoma, įstaigoje nėra analizuojamos prevencinių programų įgyvendinimo problemos, nors į tai turėtų būti kreipiamas dėmesys, nes tik apie pusę pacientų sutinka pasitikrinti pagal antrinės profilaktikos programas.*

Dešimtuoju klausimu „Ar buvo Jūsų darbo praktikoje sėkmingų atvejų, kai programa padėjo anksti aptikti vėžinį susirgimą ar širdies ir kraujagyslių ligą?“ norėta pamatyti, ar kiekvienos iš respondenčių praktikoje pasitaikė teigiamų programos įgyvendinimo pavyzdžių.

*Respondentės vieningai nurodė, jog tokių pavyzdžių buvo daug. „Taip, nemažai“, „Buvo, daugiausiai gimdos kaklelio, krūties, storosios žarnos“.*

# 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktos analizės rezultatai parodė, jog gyventojų dalyvavimas antrinės profilaktikos programose priklauso nuo kai kurių sveikatos priežiūros sistemos veiksnių. Gauti rezultatai rodo, jog galima išskirti tris pagrindines grupes, turinčias įtakos tam, ar pacientai dalyvauja prevencinėse programose. Tai gydytojo vaidmuo, atliekamų procedūrų reikšmė ir informacijos apie programas turėjimas.

Literatūros duomenimis, programos yra vykdomos tinkamai tuomet, kai jose dalyvauja ne mažiau, kaip 80 proc. gyventojų, kurie pagal savo amžių gali dalyvauti toje programoje[89]. Lietuvoje šis skaičius nėra pasiekiamas ir gyventojų dalyvavimo programose mastai yra per maži[90]. Gauto tyrimo duomenys atspindi šią situaciją. Tiesa, dalyvavusių programose asmenų dalis tyrimo metu buvo gana didelė, nes tiriamieji buvo tikslinės grupės pacientai, be to buvo bendrai tiriamas dalyvavimas visose programose. Tačiau ir tokiomis sąlygomis gautas rezultatas (71 proc.) nesiekia reikalaujamų 80 proc. Gyventojų pasyvumą dalyvaujant programose patvirtino ir interviu metu kalbintos gydytojos. Jų teigimu, nors yra stengiamasi informuoti visus į konsultaciją atvykstančius pacientus, teigiamai į raginimus pasitikrinti sureaguoja apytikriai pusė pacientų.

Tiriant, kaip tam tikri sveikatos priežiūros įgyvendinimo veiksniai veikia pacientų dalyvavimą prevencinėse programose, nustatyta, kad reikšmingas yra pacientų informavimas apie tai, kokios prevencinės programos yra įgyvendinamos. Siejant gautus rezultatus, kurie rodo, kad žinantys programas pacientai dažniau jose dalyvauja ir tai, kad dažniausias informacijos šaltinis yra medicininėje aplinkoje, šeimos gydytojas, galima teigti, kad reikalingas dar didesnis gyventojų informuotumas apie antrinės profilaktikos programas. Analizuojant anketas buvo pastebėta, kad dažnai respondentai žinojo ir buvo dalyvavę vienoje ar dvejose programose, nors pagal amžių jau galėtų dalyvauti keturiose iš jų. Taip pat nebuvo pastebėta pakartotinio lankymosi programose.

Antras svarbus veiksnys, nuo kurio priklausė tyrime dalyvavusių asmenų dalyvavimas prevencinėse programose yra gydytojo vaidmuo. Literatūros duomenimis, vienas svarbiausių veiksnių, lemiantis pacientų apsisprendimą atlikti programinius tyrimus yra šeimos gydytojas, jo bendravimo būdas ir požiūris į prevencines programas[91]. Atliktas tyrimas parodė, jog gyventojams yra svarbu, kaip bendrauja gydytojas, ir tai, kad bendravimo būdas turi įtakos pacientų norui atvykti į gydymo įstaigą. Galima teigti, kad, jeigu su pacientu yra bendraujama maloniai, šiltai, jis jaučiasi geriau ir tai paskatina

[89] Cancer screening in the European union (2008), http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf (žiūrėta 2017-03-15).
[90] Lietuvos gyventojų nuomonė apie prevncines programas: informuotumas ir ketinimas dalyvauti http://www.vlk.lt/naujienos/tyrimai/Documents/VLK-Prevencin%C4%97s%20programos%202016-04-13%20d.pdf#search=LIETUVOS%20GYVENTOJ%C5%B2%20NUOMON%C4%96%20APIE%20PREVENCINES%20PROGRAMAS%3A%20INFORMUOTUMAS%20IR%20KETINIMAS%20DALYVAUTI%20Tyrimo%20prezentacija (žiūrėta 2017-03-15).
[91] Muliira J.K. ir kiti, „Barriers to Colorectal Cancer Screening in Primary Care Settings: Attitudes and Knowledge of Nurses and Physicians“ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123546/ (žiūrėta 2017-03-15).

atvykti atlikti reikalingus, tarp jų ir prevencinius, tyrimus. Interviu dalyvės taip pat teigė, jog pasakodamos apie prevencines programas stengiasi palaikyti draugišką santykį su pacientais ir kaip įmanoma išsamiau nupasakoti, kas pacientų laukia. Tokių būdu pacientai išklauso reikalingą informaciją, geriau ją priima. Taip pat įtakos turi tai, ar pacientas imasi iniciatyvos ir klausia papildomų klausimų savo šeimos gydytoj. Į pacientą orientuotoje sveikatos sistemoje pacientas yra ne tik pasyvus gydytojo nurodymų vykdytojas, o ir aktyvus sveikatos priežiūros dalyvis, kuris pats turi priimti pagrįstą sprendimą, susijusį su savo sveikata[92]. Tyrimas atskleidė, kad dauguma pacientų domisi papildoma informacija ir klausia šeimos gydytojo to, kas jiems įdomu. Šiame tarpe buvo daugiau pacientų, kurie žino apie Lietuvoje įgyvendinamas antrinės profilaktikos programas. Tačiau interviu respondenčių atsakymai atskleidė, kad apie pačias programas žmonės klausinėja retai. Daugiau reikšmės turi išsamus informavimas konsultacijos metu. Dažniau daugiau informacijos žino ir papildomai apie programas pasidomi jaunesni žmonės.

Gydytojo specialisto teikiamų paslaugų vertinimas taip pat yra labai svarbus gyventojams. Prevencinių programų įgyvendinimas siejamas su gydytojais specialistais, nes kai kurie tyrimai yra atliekami tiesiogiai pas juos, kitais atvejais pas specialistą reikia nuvykti esant atitinkamiems pirminių prevencinių tyrimų rezultatams. Analizė parodė, jog blogesnis, palyginus su šeimos gydytoju, specialisto paslaugų kokybės vertinimas mažina tikimybę, kad pacientas dalyvaus prevencinėje programoje. Gydytojo darbo kokybės vertinimas yra subjektyvus dalykas, kurį galima sieti su paciento nežinojimu apie specialisto darbo specifiką, baimėmis dėl laukiančių procedūrų ar nežinojimo, kad pacientas turi teisę pats pasirinkti specialistą. Todėl šiuo klausimu didesnė atsakomybė tenka šeimos gydytojui, nes yra svarbu, kad jis suteiktų pakankamai informacijos pacientui ir šis galėtų jaustis užtikrintai bei pats priimti sprendimus. Paciento suvokiama kokybė yra svarbus veiksnys sveikatos sistemos vertinimui, todėl tam turi būti skiriamas dėmesys[93].

Tyrimo metu nustatyta, kad procedūra, kuri yra atliekama atėjus pasitikrinti pagal programą, turi įtakos pacientų apsisprendimui dalyvauti programoje ar ne. Kadangi iš tų, kuriems programos procedūra yra reikšminga, profilaktinėse programose dalyvavusių respondentų buvo daugiau, nei nedalyvavusių, galima teigti, kad procedūrų detalių žinojimas turi teigiamą įtaką pacientų dalyvavimui programose. Tai patvirtina ir rezultatai, rodantys, kad dauguma pacientų jaučiasi ramiai arba ramiau, jeigu eidami į gydymo įstaigą žino, kokia procedūra jų laukia, kiek laiko ji užtruks, ar tai bus skausminga. Literatūroje sakoma, kad žmogaus apsisprendimą vienaip ar kitaip pasielgti pirmiausia lemia jo nuomonė apie tai, kokios pasekmės jo laukia[94]. Svarbu, kad žmogus savo

[92] „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą“, *Visuomenės sveikata* 1, (2015).
[93] Štaras K. ir kiti, „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtinumo vertinimas ir analizė“, *Sveikatos mokslai* 4, (2013).
[94] Fishbein M., Ajzen I., *Predicting and Changing Behavior – The Reasoned Action Approach*, https://books.google.ca/books?id=2rKXqb2ktPAC&printsec=frontcover&hl=lt&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (žiūrėta 2017-03-15).

apsisprendimą atlikti tyrimus matytų kaip teigiamą rezultatą duosiantį veiksnį, kuris nesukels papildomų nepatogumų, skausmo ar kitų neigiamų emocijų. Vis dėlto, atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad apie procedūras didelė dalis pacientų sužino dėl to, kad domisi patys. Kartais tai gali būti priežastimi ne iki galo tikslingos informacijos žinojimo, nes žmogus ne visuomet sugeba atsirinkti tai, kas svarbiausia ir teisingiausia, o informacijos įvairiuose šaltiniuose yra labai daug ir įvairios.

Taip pat, išanalizavus, ar žmonės žino, kokios procedūros yra atliekamos programų metu, paaiškėjo, kad dauguma pacientų nežino šių procedūrų. Tai rodo, kad susiduriama su problema, kai procedūrų įtaka yra reikšminga dalyvavimui programose, bet žmonės dažniausiai žino tik tas procedūras, kurios jiems jau yra atliktos. Tai rodo informuotumo ir bendro žinojimo apie programas trūkumą.

Tyrime buvo įvertintas ir sveikatos priežiūros prieinamumo veiksnys. Gauti rezultatai parodė, jog dauguma pacientų susiduria su nepatogumais, teritoriniais ir organizaciniais, atvykdami į gydymo įstaigą. Nustatyta, kad dažniau prieinamumo sunkumai vargina norint patekti pas gydytoją specialistą. Šį rezultatą patvirtina ir Štaro K., Vedlūgos T., Kalvelytės N. atlikta analizė, kurios metu nustatyta, jog gyventojai geriau vertina šeimos gydytojo paslaugų prieinamumą[95]. Prieinamumo vertinimas reikšmingas tiriant, kaip tam tikri sveikatos priežiūros sistemos veiksniai veikia pacientų dalyvavimą programose. Didžioji dali tiriamųjų nurodė organizacinio prieinamumo nepatogumus, kurie sukelia jiems problemų norint atvykti į gydymo įstaigą. Ryšys tarp prieinamumo nepatogumų ir dalyvavimo programose nebuvo nustatytas, tačiau gydytojos interviu metu nurodė, jog tai turi įtakos pacientų norui atvykti atlikti profilaktinius tyrimus. Pacientams yra patogiau, kai profilaktinius tyrimus jie gali atlikti tą pačią dieną, lankydamiesi gydymo įstaigoje dėl kitų priežasčių. Tai, kad pacientai turi papildomai registruotis ir tyrimams atvykti kitą kartą, sukelia nepatogumų ir mažina pacientų norą dalyvauti programoje. Didesnė problema išryškėja mažesniuose miestuose, kur gydymo įstaigos ne visuomet turi reikiamą įrangą. Kaip nurodė interviu dalyvė, gydymo įstaigai neturint aparato, reikalingo atlikti krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos tyrimą, pacientėms tenka važiuoti į kitą miestą, o tai daryti jos dažnai atsisako.

Tyrimo metu buvo nustatytas dalyvavimo prevencinėse programose ryšys su kai kuriais socialiniais ir demografiniais veiksniais. Moterys programose dalyvauja dažniau nei vyrai, taip pat, tikėtina, jog programose dažniau dalyvaus tie asmenys, kurie turi aukštąjį išsilavinimą, gyvena mieste. Šie duomenys sutampa su Vaitkevičiūtės J., Patkevičiaus V., Klumbienės J. atliktu tyrimu, kuriuo jie nustatė, jog dalyvauti gimdos kaklelio ir krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programose didesnę tikimybę turi aukštesnio išsilavinimo, mieste gyvenančios, vyresnio amžiaus moterys[96].

[95] Štaras K. ir kiti, „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtinumo vertinimas ir analizė“, *Sveikatos mokslai* 4, (2013).
[96] Zagurskienė D., Misevičienė I., „Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamą sveikatos informaciją“, *Medicina* 46, (2010).

Galiausiai interviu respondentės atskleidė, kad stengiasi padaryti viską, ką gali, kaip gydytojos, tam, kad žmonės dalyvauti prevencinėse programose. Tačiau jų teigimu, reikėtų ir sveikatos priežiūros sistemos įgyvendinimo pokyčių tam, kad įvyktų pokyčiai pacientų pritraukimo dalyvauti programose klausimu, nes yra matoma akivaizdi programų teikiama nauda ir atvejai, kuomet prevencinių tyrimų metu yra nustatomi vėžiniai susirgimai.

# IŠVADOS

1. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra tampa vis svarbesnė siekiant teikti visapusiškas, tinkamas, paciento lūkesčius tenkinančias sveikatos priežiūros paslaugas. Paciento nuomonė apie sveikatos priežiūrą, jo dalyvavimas sveikatinimo veikloje ir gydymo procese laikomi vienu iš sveikatos priežiūros sistemos kokybės rodiklių. Pacientų įtraukimas į sveikatos priežiūrą lemia didesnį jų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis ir didesnį pasitikėjimą sistema. Dažniausiai per pacientų pasitenkinimą paslaugomis ir šių paslaugų prieinamumą yra vertinama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Tai itin svarbu formuojant nacionalinę sveikatos politiką, nes pacientų pasitenkinimas SP paslaugomis, jų lūkesčiai svarbūs sveikatos sistemos kokybės matavimui ir vertinimui. Labai svarbus kokybės rodiklis yra SP paslaugų teritorinis, organizacinis ir ekonominis prieinamumas. Vertinant šio rodiklio įtaką antrinių profilaktinių programų įgyvendinimui svarbu, kad kokybė būtų priimtina pacientui ir šis norėtų dalyvauti sveikatinimo veikloje profilaktiškai, o ne tik tuo metu, kai jaučiasi blogai ar yra diagnozuojama liga.
2. Ligų profilaktika yra svarbi sveikatos politikos dalis, numatanti, kokių priemonių reikia tam, kad būtų mažinama susirgimų rizika ir naujų ligų atvejų atsiradimas. Antrinė profilaktika skirta užkirsti kelią ligai pradinėje stadijoje. Lietuvoje vykdomų onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos yra patvirtintos remiantis LR įstatymais, vyriausybės ir privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimais. Programų įgyvendinimo principai ir priemonės išdėstytos sveikatos apsaugos ministro įsakymuose, onkologinių susirgimų prevencija įgyvendinama remiantis nacionaline vėžio profilaktikos ir kontrolės programa.
3. Lietuvoje vykdomų prevencinių programų patikrų kiekis nesiekia Europos Tarybos rekomenduojamų, ne mažesnių nei 80 proc., dalyvaujančiųjų programose asmenų apimčių. VLK patiekiami duomenys rodo, jog informavimo paslaugų bei ištiriamų asmenų skaičius didėja, nors jis nėra tolygus, ir kasmet beveik visų prevencinių programų metu patikrinama vis daugiau asmenų. Tačiau atlikti tyrimai atskleidžia, kad programose dalyvaujančių asmenų skaičius gerokai mažesnis, nei žinančių apie šias programas. Tai rodo, kad per mažai pacientų ateina pasitikrinti pagal antrinės profilaktikos programas.
4. Atlikus tyrimą, kurio metu buvo apklausti pacientai, atvykę į Nacionalinio vėžio instituto konsultacinės poliklinikos skyrių, ir trys šeimos gydytojos, dirbančios skirtinguose miestuose buvo nustatyta, kad pacientų dalyvavimas antrinės profilaktikos programose priklauso nuo kai kurių sveikato priežiūros sistemos veiksnių. Tai, kaip yra teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, lemia pacientų apsisprendimą dalyvauti antrinės profilaktikos programose.

5. Buvo nustatyta, kad pacientų dalyvavimas antrinės profilaktikos programose priklauso nuo gydytojo teikiamų paslaugų kokybės, atliekamų procedūrų reikšmės ir informacijos apie programas žinojimo. Tai patvirtina tyrimo pradžioje iškeltą hipotezę.

# PASIŪLYMAI

Remiantis išnagrinėta literatūra ir atliktu tyrimu autorė pateikia kelis pasiūlymus, kurių įgyvendinimas galėtų lemti didesnį pacientų pritraukimą dalyvauti antrinės profilaktikos programose.

1. Gerosios praktykos pavyzdį – Vilniaus universiteto ligoninės santariškių klinikose veikiantį „žaliąjį koridorių“, taikyti ir prevencinių programų įgyvendinimui. Šiuo metu „žaliuoju koridoriumi“ pasinaudoti gali asmenys, kuriems pirmą kartą įtartas onkologinis susirgimas. Tokie asmenys gali užsiregistruoti pas specialistą per 1 savaitę. Panašų modelį galima naudoti ir asmenims, kurie nori užsiregistruoti dėl profilaktinio patikrinimo pagal programą.
2. Stiprinti informavimą lankymosi pas šeimos gydytoją metu pagalbinėmis priemonėmis. Pavyzdžiui - informaciniais plakatais, kuriuose būtų pateikta glausta, svarbiausia informacija apie prevencinių programų esmę ir procedūras.
3. Taikyti motyvacinę konsultaciją. Labiausiai to reikėtų žmonėms, kurie nejaučia poreikio tikrintis profilaktiškai. Motyvacine konsultaciją atlikti galėtų gydytojas arba slaugytoja.

# LITERATŪRA

Straipsniai


1. Bulotaitė, Laima, ir Sigita Vičaitė. „Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: kas skatina keisti elgesį“. *Visuomenės sveikata* 1, 72 (2016): 9-17.
2. Council recommendation of 2 december 2003 on cancer screening. *Official journal of the European Union*, (2003): 34-36.
3. Eigirdaitė, Aušra, Gintarė Petronytė, Virginija Kanapeckienė, ir Vytautas Jurkuvėnas. „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“. *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 5 (2013): 120-128.
4. Eigirdaitė, Aaušra, Virginija Kanapeckienė, Gintarė Petronytė, ir Vytautas Jurkuvėnas. „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu“. *Visuomenės sveikata* 2, 61 (2013): 24-27.
5. Gerikienė, Vitalija, ir Lina Kraponavičiūtė. „Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų įgyvendinimas šeimos gydytojo ir bendruomenės slaugytojo bendradarbiavimo kontekste“. *Profesinės studijos: teorija ir praktika* 19, (2014): 20-25.
6. Girskienė, Birutė, Natalija Istomina, ir Arnoldas Jurgutis. „Į pacientą ir jo šeimą orientuotos sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“. *Visuomenės sveikata* 1, (2012): 106-108.
7. Gurevičius, Romualdas, Jolanta Valentienė, ir Sandra Kutkaitė. „Lietuvos gyventojų požiūris į pirminės, antrinės profilaktikos ir sveikatos stiprinimo priemones, taikomas poliklinikose“. *Visuomenės sveikata* 4, 59 (2012): 33-44.
8. Jankauskienė, Danguolė. „Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis“. *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 9 (2016): 43-54.
9. Jankauskienė, Danguolė. „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo paciento požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“. *Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2012): 84-87.
10. Jurgutis, Arnoldas, ir Vaida Juknevičiūtė. „Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“. *Visuomenės sveikata* 1, (2012): 5-11.
11. Juršytė, Daina, ir Romualdas Gurevičius. „Vilniečių informuotumas apie onkologinių, širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas bei dalyvavimas jose. *Visuomenės sveikata* 3, 66 (2014): 68-75.
12. Kairys, Jonas, Rimantas Stukas, Algirdas Juozulynas, Renata Šturienė, Miglė Lamanauskaitė. „Vilniaus miesto šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugų

prieinamumą – nuomonė pagal pacientų amžių ir išsilavinimą“. *Sveikatos mokslai* 24, 6 (2014): 84-88.

13. Kosinskienė, Aneta, ir Juozas Ruževičius. „Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje“. *Medicinos teorija ir praktika* 17, 1 (2011): 24-25.
14. Kudukytė-Gasperė, Renata, ir Danguolė Jankauskienė. „Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione“. *Sveikatos politika ir valdymas* 2, 7 (2014): 114-118.
15. Pečiūra, Rimantas, Romualdas Gurevičius, ir Danguolė Jankauskienė. „Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas“. *Sveikatos politika ir valdymas* 1, (2011): 53-57.
16. Redakcijos skiltis. „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą“. *Visuomenės sveikata*, 1, 68 (2015): 5-8.
17. Ruževičius, Juozas, ir Danutė Bubnienė. „Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai“. *Verslo ir teisės aktualijos* 5, (2010).
18. Srivastava Divya. „Is prevention better than cure? A review of the evidence“. *Research note for the European Commission*, (2008).
19. Štaras, Kęstutis, Daiva Čepuraitė, ir Renata Kudukytė-Gasperė. „Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specalistų darbo laiko paskirstymo tyrimas“. *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 5 (2013): 168-169,182-184.
20. Štaras, Kęstutis, Tomas Vedlūga, ir Neringa Kalvelytė. „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtinumo vertinimas ir analizė“. *Sveikatos mokslai* 23, 4 (2013): 27-32.
21. Tamutienė, Ilona, Inga Černiauskaitė, ir Austė Sruogaitė. „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“. *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas* 2, 1 (2011): 95-108.
22. Zagurskienė, Daiva, ir Irena Misevičienė. „Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamą sveikatos informaciją“. *Medicina (Kaunas)* 46, (2010): 27-30.
23. Zolubienė, Eimantė, Aušra Beržanskytė, Vaida Aguonytė, ir Laura Nedzinskienė. „65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“. *Visuomenės sveikata* 3, 66 (2014): 109-113.
24. Žėbienė, Eglė, Jonas Kairys, ir Ignas Zokas. „Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų“. *Medicina (Kaunas)* 40, 5 (2004): 467.

Knygos

1. Bekešienė, Svajonė. *Duomenų analizės SPSS pagrindai*. Vilnius, 2015, p. 143.

2. Jankauskienė, Danduolė, ir Rimantas Pečiūra. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 218-220.
3. Janušonis, Vinsas, ir Jurgita Popovienė. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2004, p. 10-11.
4. Kanapeckienė, Virginija, Gintarė Petronytė, ir Aušra Eigirdaitė. *Antrinės profilaktikos programų įgyvendinimas gyventojų ir gydytojų požiūriu*. Vilnius: LĮ „Kriventa“, 2014, p. 10-29.
5. Kardelis, Kęstutis. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras, 2016, p. 82-84, 330.

Įstatymai

1. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 55-1287.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės žinios,* 1994, Nr. 63-1231.

Teisės aktai

1. Lietuvos respublikos vyriausybės 2003 m. gruodžio 10 d nutarimas Nr. 1593 „Dėl valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003-2010 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2003-12-17, Nr. 117-5348.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“ prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D32DD96EE0A3/nlPKSNkEsq>, (žiūrėta 2017-01-20).
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“, prieiga per internetą < https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.8FD6BCF64FD4/rrQHZgZmxX>, (žiūrėta 2017-02-05).
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, nr. V-1013, prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C4E4FA59E3C5/kefxOcwDMY>, (žiūrėta 2017-01-20).
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“, prieiga per internetą < https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C5A342EE0AF7/AVFTqwFxRZ>, (žiūrėta 2017-02-05).
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“,

prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.62EC76ABAC7D/SrsHbtiYKx>, (žiūrėta 2017-02-05).

7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.989A59214850/RwxdvTdBOk>, (žiūrėta 2017-02-05).
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.18E44723B39F/bEQryeSnuv>, (žiūrėta 2017-02-05) .
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“, prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D8AD6CC08C9F/IHZRNmCoiL>, (žiūrėta 2017-01-20).
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo“, prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/051d0e500ce211e4adf3c8c5d7681e73/KtfGUcHXBe>, (žiūrėta 2017-01-20).
11. Lietuvos Respublikos seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2014-07-01, Nr. 9403.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 9 d. įsakymas Nr. V-1419 „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos įgyvendinimo 2017–2019 metais priemonių plano patvirtinimo“, prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/25e41380c0fa11e6bcd2d69186780352>, (žiūrėta 2017-01-20).

Prieigos per internetą

1. Cencer screening in the European union, prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf> (žiūrėta 2017-03-05).
2. Donabedian V. „Evaluating the quality of medical care“. Prieiga per internetą <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>, (žiūrėta 2017-02-05).
3. Fishbein M., Ajzen I. „Predicting and Changing Behavior– The Reasoned Action Approach“. Prieiga per internetą

<https://books.google.ca/books?id=2rKXqb2ktPAC&printsec=frontcover&hl=lt&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false> (žiūrėta 2017-02-10).

4. Jung H.P., Wensing M., Grol R. „What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views?“. Prieiga per internetą <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1410074/?page=5> (žiūrėta 2017-02-13).
5. Lietuvos gyventojų nuomonė apie prevencines programas: informuotumas ir ketinimas dalyvauti, prieiga per internetą, <http://www.vlk.lt/naujienos/tyrimai/Documents/VLK-Prevencin%C4%97s%20programos%202016-04-13%20d.pdf#search=LIETUVOS%20GYVENTOJ%C5%B2%20NUOMON%C4%96%20APIE%20PREVENCINES%20PROGRAMAS%3A%20INFORMUOTUMAS%20IR%20KETINIMAS%20DALYVAUTI%20Tyrimo%20prezentacija> (žiūrėta 2017-03-05).
6. Mirties priežastys 2015, prieiga per internetą <http://www.hi.lt/news/1087/998/Paskelbti-galutiniai-statistiniai-mirties-priezasciu-2015-m-duomenys.html> (žiūrėta 2017-03-05).
7. Moyer A. V. „Screening for prostate cancer: U.S. preventive services task force recommendation statement“. Prieiga per internetą < http://annals.org/aim/article/1216568/screening-prostate-cancer-us-preventive-services-task-force-recommendation žiūrėta> (2017-03-05).
8. Muliira J.K. ir kiti. „Barriers to colorectal cancer screening in primary care settings: attitudes and knowledge of nurses and physicians“. Prieiga per internetą <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123546/> (žiūrėta 2017-01-23).
9. Ozer G., Yilmaz E. „Comparison of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior: An application on accountants‘ information technology usage“. Prieiga per internetą <http://www.academicjournals.org/journal/AJBM/article-abstract/3E13B1D15566> (žiūrėta 2017-02-10).
10. Prevencinės programos, prieiga per internetą <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/Daugiau%20apie%20prevencines%20programas.pdf#search=PREVENCINI%C5%B2%20PROGRAM%C5%B2%20METU%20PATIKRINT%C5%B2%20ASMEN%C5%B2%20SKAI%C4%8CIUS; http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/0315%20Daugiau%20apie%20prev%20programas.pdf#search=daugiau%20apie%20prevencines%20programas> (žiūrėta 2017-03-20).
11. Prevencinės programos, prieiga per internetą <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/0315%20Daugiau%20apie%20prev%20programas.pdf#search=daugiau%20apie%20prevencines%20programas> (žiūrėta 2017-03-20).

12. Prevencinių programų finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų, prieiga per internetą <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/0315%20Prev%20prog%20finan%20PSDF%20bles.pdf> (žiūrėta 2017-03-20).
13. Smith R. A., ir kiti. „Cancer screening in the United States 2010: a review of current american cancer society guidelines and issues in cancer screening“. Prieiga per internetą <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20063/full> (žiūrėta 2017-03-05).
14. Theory of planned behavior/reasoned action, prieiga per internetą <https://www.utwente.nl/en/bms/communication-theories/sorted-by-cluster/Health%20Communication/theory_planned_behavior/> (žiūrėta 2017-02-10).
15. World health organization, Reducing inequalities, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/strategic-objectives/reducing-inequalities> (žiūrėta 2017-02-20).

# ANOTACIJA

Igaunė V. Sveikatos priežiūros sistemos veiksnių įtaka gyventojų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose, sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. B. Mikulskienė, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2017.

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota sveikatos priežiūros sistemos veiksnių įtaka gyventojų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose. Teorinėje dalyje yra analizuojami sveikatos priežiūros sistemos veiksniai, turintys įtakos tam, kaip gyventojai vertina sveikatos priežiūrą, jos kokybę, prieinamumą, gydytojų bendravimą. Taip pat analizuojamas antrinių profilaktikos programų įgyvendinimas Lietuvoje, aptariami šias programas reglamentuojantys teisės aktai. Darbe išnagrinėtas pacientų požiūris į tai, kaip tam tikri sveikatos priežiūros veiksniai lemia jų dalyvavimą antrinės profilaktikos programose ir gydytojų požiūris į šiuos aspektus.

Raktiniai žodžiai: antrinė profilaktika, prevencinės programos, sveikatos priežiūros sistema.

# ANNOTATION

The influence of the healthcare system‘s factors‘ on the population‘s participation in the secondary prevention programs, the final thesis of the health politics and management postgraduate study program. Supervisor: prof. dr. B. Mikulskienė, Vilnius: - Mykolas Riomeris University, the Faculty of Politics and Management.

The MA thesis analyzes the healthcare system‘s effects on the population‘s participation in secondary prevention programs. The theoretical part analyzes the healthcare system‘s factors that influence the way citizens see the healthcare system, its quality, accessibility, the medical staff‘s communications skills. Also the implementation of secondary prevention programs in Lithuania is analyzed, legal acts regulating these programs are discussed. The work looks closely at the patients‘ opinion regarding certain aspects of healthcare and their influence on the patients‘ decision to participate in the secondary prevention programs, as well as doctors‘ view of these aspects.

Keywords: secondary prevention, preventive programs, healthcare system.

# SANTRAUKA

Antrinės profilaktikos programos yra vykdomos siekiant sumažinti sergamumą ir mirštamumą nuo ligų, kurios sudaro didžiausią dalį gyventojų mirties priežasčių ir kurios, anksti diagnozuotos, gali būti išgydomos. Efektyviam antrinės profilaktikos programų vykdymui rekomenduojama patikrinti 80 proc. tikslinės grupės asmenų. Lietuvoje nėra patikrinama pakankamai atrankinės grupės amžiaus pacientų, todėl gyventojų pritraukimas dalyvauti programose vis dar lieka problema. Atsižvelgiant į teoriją, sakančią, kad, norint išsiaiškinti tam tikrų veiksmų priežastis, reikia tirti ne paciantų nuomonę apie reiškinį, o pacientų nuomonę apie paties proceso įgyvendinimą, šiame darbe bus siekiama nustayti, kokios priežastys, susijusios su sveikatos priežiūros įgyvendinimu, lemia pacientų dalyvavimą antrinės profilaktikos programose.

Problema – kokie sveikatos priežiūros sistemos veiksniai turi įtakos pacientų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose. Darbo tikslas – įvertinti sveikatos priežiūros sistemos veiksnių įtaką gyventojų dalyvavimui antrinės profilaktikos programose. Darbo uždaviniai: aptarti sveikatos priežiūros kokybę, prieinamumą, į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą; išnagrinėti antrinių profilaktikos programų įgyvendinimą ir jas reglamentuojančius Lietuvos teisės aktus; įvertinti, kokie sveikatos priežiūros sistemos veikniai lemia pacientų dalyvavimą antrinės profilaktikos programose. Darbe taikyti tyrimo metodai: literatūros analizė, anketinė apklausa, interviu.

Atlikus tyrimą, kurio metu buvo apklausti pacientai, atvykę į Nacionalinio vėžio instituto konsultacinės poliklinikos skyrių, ir trys šeimos gydytojos, dirbančios skirtinguose miestuose buvo nustatyta, kad pacientų dalyvavimas antrinės profilaktikos programose priklauso nuo kai kurių sveikato priežiūros sistemos veiksnių. Tai, kaip yra teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, lemia pacientų apsisprendimą dalyvauti antrinės profilaktikos programose.

Gauti rezultatai rodo, jog galima išskirti tris pagrindines grupes, turinčias įtakos tam, ar pacientai dalyvauja prevencinėse programose. Tai gydytojo vaidmuo, atliekamų procedūrų reikšmė ir informacijos apie programas turėjimas. Tyrimo metu išryškėjo, kad dauguma tyrimo dalyvių nurodė žinantys, kokios programos yra įgyvendinamos Lietuvoje, kad jiems yra svarbu, kokia procedūra atliekama atėjus pasitikrinti pagal programas. Tačiau paprašius jų nurodyti šias procedūras, dauguma nurodė klaidingai. Tai rodo, kad pacientų suvokimas apie programų įgyvendinimą nėra pakankamas.

Tyrimo metu buvo nustatyta, kad pacientų dalyvavimas antrinės profilaktikos programose priklauso nuo gydytojo teikiamų paslaugų kokybės, atliekamų procedūrų reikšmės ir informacijos apie programas žinojimo. Tai patvirtina tyrimo pradžioje iškeltą hipotezę.

Darbą sudaro keturios dalys, išvados ir pasiūlymai. Pirmojoje dalyje nagrinėjami literatūros šaltiniai, antroje dalyje pateikiama tyrimo metodika, trečioji dalis skirta rezultatų analizei, ketvirta dalis skirta tyrimo rezultatų aptarimui. Galiausiai pateikiamos išvados, pasiūlymai, apibendrinama iškelta hipotezė.

Raktiniai žodžiai: antrinė profilaktika, prevencinės programos, sveikatos priežiūros sistema.

# SUMMARY

Secondary prevention programs are carried out with the objective of decreasing the spread of diseases that are the most frequent cause of death and decreasing mortality caused by these diseases. If diagnosed early, these diseases can be cured. In order to carry out secondary prevention programs efficiently, it is recommended to examine 80% of the patients from the target group. In Lithuania not enough of the patients of the selected age group are examined, therefore the number of citizens participating in the programs remains low. In accordance with the theory that claims that if reasons of certain actions are to be found out, one must investigate not the patients‘ opinion about the phenomenon, but the patients‘ opinion about the implementation of the process, the objective of this work was to see what reasons related to the healthcare operations influence the patients‘ participation in the secondary prevention programs.

The problem is to find out which healthcare aspects in particular influence patients‘ participation in secondary prevention programs. The objective of the work was to evaluate the influence of healthcare factors on the population‘s participation in secondary prevention programs. The tasks of the research were to discuss the quality and accessibility of the healthcare as well as patient oriented healthcare; analyze the implementation of secondary prevention programs and the Lithuanian legal acts that regulate them; assess which healthcare factors influence patients‘ participation in the programs of secondary prevention. The research methods applied in this work were: literature analysis, questionnaires and interviews.

After having carried out investigation, during which patients, who had applied to the consultations department of the polyclinic of the National Cancer Institute and three general practitioners who work in different cities were interviewed, it was established that patients‘ participation in secondary prevention programs depends on certain factors of the healthcare system. The way healthcare services are provided determines whether the patients will decide to participate in the secondary prevention programs.

The results demonstrate that three major factors that influence patients‘ decision to participate in prevention programs can be distinguished. They are: the role of the doctor, the importance of the procedures offered and the amount of the information available about a certain program. The research revealed that most participants knew the programs currently being carried out in Lithuania and that it is important to them what kind of procedures will be carried out when they come to a health facility for examination. However, when requested to name these procedures, most of them names them incorrectly. This shows that patients do not have sufficient understanding about the programs‘ implementation.

The research has showed that patients‘ participation in the secondary prevention programs depends on the quality of the services a doctor provides, the importance of the procedures and the acquintance with the information regarding the program. It confirms the hyptothesis that the reseach was started with.

The work consists of four parts, conclusions and suggestions. The first part analyzes literature sources, the second part explains the research methods, the third part is devoted to the analysis of the results and the fourth part focuses on the discussion and insights into the results of the research. Finally, the conclusions are presented well as suggestions and generalization of the primary hypothesis.

Keywords: secondary prevention, preventive programs, healthcare system.

# PRIEDAI

1 PRIEDAS

ANKETA PACIENTAMS

Gerbiamas respondente,

Esu Viktorija Igaunė, Mykolo Romerio universiteto, programos Sveikatos politika ir vadyba magistrantė. Atlieku tyrimą, kuriuo siekiu nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įgyvendinant antrinės profilaktikos (prevencines) vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų programas. Šiuo metu įgyvendinamos profilaktikos programos nepritraukia siekiamo, išsitirti pagal programas ateinančių, žmonių kiekio. Todėl yra svarbu nustatyti priežastis, lemiančias netinkamą sistemos efektyvumą. Nacionalinio vėžio instituto pacientai tyrimui pasirinkti kaip tikslinė pacientų grupė, kurių suinteresuotumas rūpintis savo sveikata, galimai, yra didesnis, nei daugumos kitų žmonių.

Anketa yra anoniminė, gauti duomenys bus naudojami bendramam rezultatų aptarimui, kartu su kitais atsakymais.

Nuoširdžiai dėkoju už Jūsų atsakymus ir skirtą laiką.

1. Kaip dažnai per praėjusius metus lankėtės pas savo šeimos gydytoją?
    - Kartą per savaitę
    - Kelis kartus per mėnesį
    - Kartą per mėnesį
    - Kelis kartus per pusę metų
    - Rečiau, nei kartą į pusmetį
    - Pagal poreikį, bet ne rečiau kaip kartą į metus
2. Dažniausios apsilankymo pas šeimos gydytoją priežastys?
    - Profilaktiniai patikrinimai, ne dėl ligos
    - Dėl lėtinių neinfekcinių ligų paūmėjimo
    - Dėl lėtinių neinfekcinių ligų nesant paūmėjimo
    - Dėl peršalimo ligų
    - Dėl kitų ligų
3. Su kokiais nepatogumais susiduriate atvykdamas į gydymo įstaiga?
    - Nepatogus transportas (fiziškai nepatogus viešasis transportas, nėra galimybės atvykti neturint savo transporto, nėra automobilio parkavimo aikštelės arba ji nepatogi ir t.t.);
    - Nepatogus konsultacijų laikas
    - Ilgas laukimo eilėse laikas
    - Sunku užsiregistruoti konsultacijai
    - Toli nuo namų esanti gydymo įstaiga
    - Nesusiduriu
    - Kita (galite įrašyti)
4. Kaip iš savo asmeninės patirties vertinate šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų (pvz. urologų, kardiologų, lor ir pan.) sveikatos priežiūros paslaugų preinamumą?

| | Teigiamai | Vidutiniškai | Neigiamai | Neturiu nuomonės |
|---|---|---|---|---|
| Šeimos gydytojas | | | | |
| Gydytojas specialistas | | | | |

5. Kaip iš savo asmeninės patirties vertinate šeimos gydytojo, gydytojų specialistų (pvz. urologų, kardiologų, lor ir pan.) sveikatos priežiūros paslaugų kokybę?

| | Teigiamai | Vidutiniškai | Neigiamai | Neturiu nuomonės |
|---|---|---|---|---|
| Šeimos gydytojas | | | | |
| Gydytojas specialistas | | | | |

6. Kaip, jūsų nuomone, bendrauja gydytojai konsultacijos metu (šeimos gydytojai, specialistai gydytojai)?

| | Šeimos gydytojas | Gydytojas specialistas |
|---|---|---|
| Maloniai, mandagiai | | |
| Šiltai, supranta, užjaučia | | |
| Šaltai, dalykiškai | | |

7. Ar konsultacijos metu klausiate gydytojų papildomų klausimų, jeigu Jums kyla neaiškumų dėl ligos ar jos gydymo ir, ar esate patenkintas gaunamais atsakymais?

| | Šeimos gydytojas | Gydytojas specialistas |
|---|---|---|
| Klausiu ir esu patenkintas, nes gydytojas išsamiai atsako į visus mano klausimus | | |
| Klausiu, tačiau esu tik iš dalies patenkintas gaunamais atsakymais, ne visada suprantu gydytojo atsakymus | | |
| Klausiu retai, nes klausinėdamas jaučiuosi nepatogiai | | |
| Neklausiu | | |

8. Ar gydytojo bendravimo būdas turi įtakos Jūsų norui apsilankyti gydymo įstaigoje?
    - Taip
    - Daugiau taip, nei ne
    - Ne
9. Ar lankydamiesi antrinio lygio gydymo įstaigoje žinote, kokios procedūros Jūsų laukia? Iš kur tai sužinote?
    - Taip, visuomet informuoja šeimos gydytojas
    - Žinau, nes papildomai pasidomiu pats
    - Nežinau, bet norėčiau žinoti
    - Nežinau, man neįdomu
10. Ar žinojimas apie tai, kokia procedūra bus atliekama konsultacijos metu, turi įtakos Jūsų savijautai lankantis gydymo įstaigoje?
    - Taip. Jaučiuosi ramiai, jeigu tiksliai žinau, kas bus atliekama, ar tai bus skausminga, kiek laiko užtruks
    - Iš dalies. Jaučiuosi ramiau, jeigu žinau apie konsultacijos aplinkybes
    - Ne. Net ir žinodamas visą informaciją, jaučiu didelį nerimą
    - Žinojimas apie konsultaciją jokios įtakos mano savijautai neturi

11. Ar žinote, kokios antrinės profilaktikos (prevencinės) programos vykdomos Lietuvoje?
    - Taip
    - Ne
12. Kuriose antrinės profilaktikos programose esate dalyvavęs? Kada paskutinį kartą jose dalyvavote?

| **Kada dalyvavote**<br><br>**Prevencinė programa** | Šiais metais | Praėjusiais metais | Per paskutinius dvejus metus | Per paskutinius trejus metus | Nedalyvavau |
|---|---|---|---|---|---|
| Gimdos kaklelio | | | | | |
| Krūties | | | | | |
| Prostatos | | | | | |
| Storosios žarnos | | | | | |
| Širdies ir kraujagyslių | | | | | |

13. Kas paskatino Jus dalyvauti antrinės profilaktikos (prevencinėje) programoje?
    - Gydytojo siuntimas
    - Paskatino tai, jog tikrinasi kiti žmonės mano aplinkoje
    - Paskatino žinojimas, kam yra reikalingos prevencinės programos
    - Artimųjų ligos, susirgimai
    - Nuolatinis rūpinimasis savo sveikata ir profilaktinių tyrimų atlikimas
    - Atsitiktinis apsilankymas gydymo įstaigoje
    - NedalyvavaU
14. Kaip manote, kokia procedūra atliekama, atėjus pasitikrinti pagal antrinės profilaktikos programą? (vienoje eilutėje žymėkite vieną pasirinkimą).

| **Procedūra**<br><br>**Programa** | Kraujo paėmimas | Laboratorinis tyrimas (ne kraujo) | Intervencinė procedūra | Apžiūra, naudojant medicininius aparatus (rentgeno) | Nežinau |
|---|---|---|---|---|---|
| Gimdos kaklelio | | | | | |
| Krūties | | | | | |
| Prostatos | | | | | |
| Storosios žarnos | | | | | |

15. Ar procedūros tipas turi įtakos Jūsų apsisprendimui dalyvauti prevencinėje programoje?
    - Taip
    - Labiau turi, nei neturi
    - Neturi
    - Niekada apie tai negalvojau

16. Iš kur sužinojote smulkesnės informacijos apie prevencines programas?
    - Medicininėje aplinkoje (konsultacijų pas gydytojus metu);
    - Artimoje aplinkoje (iš šeimos narių, kitų giminaičių, draugų)
    - Socialinėje aplinkoje (bendradarbiai, kaimynai, pažįstami)
    - Žiniasklaidos priemonėmis (reklamos, lankstinukai, internetas, televizija)
    - Smulkesnės informacijos apie programas nežinau
17. Jūsų lytis?
    - Moteris
    - Vyras
18. Jūsų amžius?
    - 18 – 24
    - 25 – 35
    - 36 – 45
    - 46 – 55
    - 56 – 65
    - 66 ir daugiau
19. Jūsų išsilavinimas?
    - Vidurinis
    - Profesinis
    - Nebaigtas aukštasis
    - Aukštasis (koleginis)
    - Aukštasis (universitetinis)
20. Jūsų nuolatinė gyvenamoji vieta?
    - Miestas
    - Miestelis
    - Kaimas
21. Jūsų šeimyninė padėtis?
    - Ištekėjusi/vedęs arba gyvenate nesusituokę
    - Išsiskyrusi/ęs
    - Netekėjusi/nevedęs
    - Našlė/našlys

2 PRIEDAS

KLAUSIMAI GYDYTOJOMS

1. Kokią Jūsų nuomonė apie antrinės profilaktikos (prevencines) programas? Kaip dažnai apie galimybe pasitikrinti pagal jas informuojate atvykusius pacientus?
2. Kokį santykį su pacientais stengiatės palaikyti, pasakodami jiems apie prevencines programas? Ar plačiai pasakojate apie procedūras, kurios atliekamos tikrinimo metu?
3. Kaip pacientai reaguoja į pasiūlymą pasitikrinti pagal programą?
4. Ar pacientai rodo iniciatyvą, domisi profilaktinėmis programomis? Jie dažniau yra aktyvūs ar pasyvūs dalyvavimo programose atžvilgiu? Ar atvyksta pasitikrinti pakartotinai?
5. Jūsų nuomone, ar pacientams yra *patogu* dalyvauti programoje ir atvykti pasidaryti profilaktinius tyrimus (nauja registracija pas gydytoją, laukimas eilėje, atvykimas į įstaigą ir pan.)?
6. Kaip manote, kokie sveikatos priežiūros sistemos aspektai turi daugiausiai reikšmės pacientų norui arba nenorui dalyvauti prevencinėje programoje?
7. Ar išsamus informavimas apie programą (procedūros atlikimą, programos esmę ir pan.) turi įtakos pacientų pasirinkimui?
8. Ar dažniau sveikatos priežiūros įstaigoje besilankantys pacentai yra labiau linkę dalyvauti prevencinėse programose?
9. Ar pakankamai sveikatos priežiūros įstaigoje kreipiamas dėmesys į tai, kokios priežastys lemia pacientų nenorą dalyvauti programoje ir ką reikėtų keisti?
10. Ar buvo Jūsų darbo praktikoje sėkmingų atvejų, kai programa padėjo anksti aptikti vėžinį susirgimą ar širdies ir kraujagyslių ligą?