

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

Visuomenės sveikatos fakultetas

Sveikatos vadybos katedra

Vaida Liutkutė

**LIETUVOS NEVYRIAUSYBINIŲ ORGANIZACIJŲ, VYKDanČIŲ
LĖTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ PREVENCIJĄ IR SKATINANČIŲ
SVEIKĄ GYVENSENĄ, GEBĖJIMŲ IR GALIMYBIŲ VERTINIMAS**

Magistro diplominis darbas
(Visuomenės sveikatos vadyba)

Mokslinis vadovas
doc.dr. Aurelijus Veryga

Konsultantas
Mindaugas Štelemėkas

KAUNAS, 2012

SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

LIETUVOS NEVYRIAUSYBINIŲ ORGANIZACIJŲ, VYKDanČIŲ LĖTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ PREVENCIJĄ IR SKATINANČIŲ SVEIKĄ GYVENSENĄ, GEBĖJIMŲ IR GALIMYBIŲ VERTINIMAS

Vaida Liutkutė

Mokslinis vadovas doc.dr.Aurelijus Veryga

Konsultantas Mindaugas Štelemėkas

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra, Kaunas; 2012. 82 p.

Darbo tikslas. Įvertinti Lietuvos NVO, vykdančių LNLP ir skatinančių sveiką gyvenseną, turimus gebėjimus ir galimybes vykdyti LNLP.

Uždaviniai: 1) Išanalizuoti Lietuvos NVO, vykdančių LNLP ir skatinančių sveiką gyvenseną, pagrindinius veiklos bruožus; 2) Įvertinti Lietuvos NVO galimybes vykdyti LNLP ir skatinti sveiką gyvenseną; 3) Įvertinti Lietuvos NVO gebėjimą vykdyti LNLP ir skatinti sveiką gyvenseną.

Tyrimo metodika. Tirtos Lietuvos NVO (n=37), vykdančios LNLP ir SGS veiklas. Statistinių duomenų įvertinimui naudoti aprašomosios statistikos metodai, χ^2 kriterijus ir Spirmeno (Spearman) koreliacijos koeficientas, ryšiams tarp kintamųjų nustatyti. Tyrimo duomenų statistinei analizei naudojama SPSS Windows paketo 20 versija.

Rezultatai. NVO savo veiklą nukreipia į daugybinius RV, iš jų dažniausiai dirbama tabako ir alkoholio kontrolės srityje (atitinkamai po 32,4 proc.), 29,7 proc. NVO skatina fizinį aktyvumą. 67,6 proc. NVO turi nuolat apmokamus darbuotojus. 81,1 proc. organizacijų nurodė turinčios nuo 1 iki 200 savanorių. LNLP ir SGS veiklų finansavimas yra pastovus tik 10,8 proc. NVO, neskiriamas — 37,8 proc. organizacijų. Dažniausiai (45,9 proc.) organizacijų veiklų finansavimas yra ribotas laike. Per paskutinius 3 metus dėl finansinės paramos į įvairius fondus kreipėsi 56,8 proc. NVO, iš jų 43,2 proc. paramą gavo. 24,3 proc. NVO išoriniu finansavimo šaltiniu įvardino privačius asmenis. 59,5 proc. NVO nurodė bendradarbiaujančios su kitomis nacionalinėmis NVO, 56,8 proc. su valstybiniu sektoriumi, 16,2 proc. su tarptautinėmis NVO. Vidutiniškai organizacijos bendradarbiauja su 1–2 institucijomis. NVO geriausiai savo gebėjimus įvertino fizinio aktyvumo (35,1 proc.), tabako kontrolės ir psichikos sveikatos srityse (atitinkamai po 27 proc.). Respondentų nuomone, 62,2 proc. NVO geba nustatyti tikslus ir uždavinius, 59,4 proc. geba sudaryti veiksmų planus, 32,4 proc. geba formuluoti veiklos rodiklius, 54,1 proc. turi žemą gebėjimų kurti įvertinimo sistemas lygį, 64,9 proc. nenaudoja vertinimo sistemų, 29,7 proc. naudoja kiekybinius metodus veiklų poveikio įvertinimui.

Išvados. Lietuvos NVO LNLP ir SGS veiklas vykdo kompleksiskai: savo veiklą dažniausiai nukreipdamos į daugybinius rizikos veiksnius. Nors organizacijos turi pakankamai žmoniškųjų išteklių veiklai įgyvendinti, tačiau stokoja finansinių išteklių. Vykdydamos LNLP ir SGS veiklas, NVO stengiasi išnaudoti bendradarbiavimo su kitomis institucijomis teikiamas galimybes. Geriausiai savo gebėjimus veikti NVO nariai vertina fizinio aktyvumo srityje, geba planuoti veiklas, tačiau negeba jų vertinti.

Praktinės rekomendacijos. Plėtoti institucinius gebėjimus, stiprinti gebėjimus dirbti su politinių sprendimų priėmėjais bei bendradarbiavimą su visų sektorių institucijomis.

Raktiniai žodžiai. Nevyriausybinių organizacijų, lėtinių neinfekcinių ligų prevencija, sveikos gyvensenos skatinimas.

SUMMARY

Management of Public Health

SURVEY ON CAPACITIES OF LITHUANIAN NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS INVOLVED IN CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTHY LIFESTYLE PROMOTION

Vaida Liutkutė

Scientific supervisor MD, PhD. Aurelijus Veryga

Consultant Mindaugas Štelemėkas

Department of Health Management, Faculty of Public Health, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas; 2012, 82 p.

Aim of the study. To evaluate organizational capacity of Lithuanian NGOs, involved in CDP and HLP.

Objectives: 1) to examine key features of Lithuanian NGOs involved in CDP/HLP; 2) to evaluate organizational capacities for CDP/HLP in Lithuanian NGOs; 3) to evaluate organizational capability of the Lithuanian NGOs to prevent CDP/ HLP.

Methods. This analysis pertains to 37 Lithuanian NGOs involved in CDP/HLP. Statistical data analysis (SPSS 20,0) and descriptive statistics methods were used for data analysis.

Results. NGOs mainly target multi-risk factors in CDP/HLP, most of them work in the field of tobacco and alcohol control (32.4 percent resp.), 29.7 percent of NGOs are promoting physical activity. 81.1 percent of organizations indicated having from 1 to 200 volunteers. Only 10.8 percent of NGOs have stable funding for the CDP/HLP and 37.8 percent of organizations are not funding these activities at all. Mostly (45.9 percent) funding is time limited and project based. Over the last three years 56.8 percent of NGOs applied for financial support to the various funds, 43.2 percent of them — received the support. 24.3 percent of NGOs named individuals as a external source of funding. 59.5 percent of NGOs pointed out cooperation with other national NGOs, 56.8 percent — with the state sector, 16.2 percent — with international NGOs. On the average, the organizations cooperate with 1-2 institutions. NGOs evaluated their best capacities in physical activity (35.1 percent), tobacco control and mental health (27 percent resp.). According to the respondents, 62.2 percent of NGOs are able to set their goals and objectives for CDP/HLP, 59.4 percent — able to develop action plans, 54.1 percent have a low capacity level to design the monitoring and evaluation of CDP/HLP, 64.9 percent do not use assessment/evaluation systems at all.

Conclusions. A complex approach to CDP/HLP dominates among NGOs: most of NGOs are involved in multi-risk factor activities. The majority of NGOs have enough human resources, but they have lack of finances. NGOs tries to use the cooperation opportunities within all sectors. Members of NGOs are able to plan activities, but not able to evaluate them properly.

Practical recommendations. To develop institutional capacities, strengthen capacity to deal with political decision makers and cooperation within all institutional sectors.

Keywords. Non-governmental organization (NGOs), prevention of chronic disease (CDP), healthy lifestyle promotion (HLP).

SANTRUMPOS

Aljansas — Tabako kontrolės pagrindų konvencijos aljansas
CD — cukrinis diabetas
GSI — galvos smegenų insultas
IŠL — išeminė širdies liga LNL — lėtinės neinfekcinės ligos
JT — Jungtinės Tautos
Konstitucija — Lietuvos Respublikos Konstitucija
Konvencija — Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencija
KRIS — Kauno-Roterdamo epidemiologinė programa
LNL — lėtinės neinfekcinės ligos
LNLP — lėtinių neinfekcinių ligų prevencija
m. — metai
LSP — Lietuvos sveikatos programa
NST — Nacionalinė sveikatos taryba
NVO — nevyriausybinių organizacijų
proc. — procentai
PSA — Pasaulio Sveikatos Asamblėja
PSO — Pasaulio sveikatos organizacija
RV — rizikos veiksniai
SAM — Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija
SGS — sveikos gyvensenos skatinimas
Strategija — Pasaulinė strategija dėl lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės
ŠKL — širdies ir kraujagyslių ligos

TURINYS

1.	ĮVADAS	7
2.	DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	9
3.	LITERATŪROS APŽVALGA	10
3.1.	Lėtinės neinfekcinės ligos Lietuvoje ir jų prevencija	10
3.1.1.	Naujausi dokumentai apie lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją	15
3.1.2.	Lėtinių neinfekcinių ligų epidemiologinių tyrimų istorija ir vystymasis Lietuvoje	18
3.1.3.	Lėtinės neinfekcinės ligos ir jų prevencija Lietuvos sveikatos politikos kontekste	20
3.2.	Nevyriausybinių organizacijų įtaka lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai: Pasaulio sveikatos organizacijos požiūris ir Lietuvos patirtis	24
3.2.1.	Nevyriausybinių organizacijų samprata ir veiklos principai	31
3.2.2.	Nevyriausybinių organizacijų raida Lietuvoje	34
3.2.2.1.	Nevyriausybinių organizacijų teisinis reglamentavimas ir su tuo susiję problemos	36
4.	TYRIMO METODIKA	38
4.1.	Tyrimo organizavimas ir respondentų charakteristika	38
4.2.	Tyrimo instrumentas	41
4.3.	Statistinė duomenų analizė	43
5.	REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	45
5.1.	Nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, apibūdinimas	45
5.2.	Lietuvos nevyriausybinių organizacijų galimybės vykdyti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinti sveiką gyvenseną	51
5.2.1.	Lietuvos nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, žmogiškieji ištekliai	52
5.2.2.	Nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, finansiniai ištekliai	54

5.2.3. Lietuvos nevyriausybinų organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, bendradarbiavimo patirtis	58
5.3. Lietuvos nevyriausybinų organizacijų gebėjimas vykdyti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinti sveiką gyvenseną	65
6. IŠVADOS	74
7. REKOMENDACIJOS	76
8. LITERATŪRA	77
9. PRIEDAI.....	83

1. ĮVADAS

XX amžiaus antrojoje pusėje industrinėse pasaulio šalyse pasikeitė ligų struktūra — po to kai žmonės išmoko įveikti infekcines ligas, pagrindine mirčių priežastimi tapo širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL), įvairios lokalizacijos vėžiniai susirgimai, kitos lėtinės neinfekcinės ligos (LNL) (77). Šiandien vertinant šių ligų paplitimą ir pavojingumą, galima teigti, kad visos iki šiol buvusios infekcinių ligų epidemijos (maras, cholera, tuberkuliozė, AIDS) bei virusų ir mikroorganizmų sukeltos ligos nenusinešė tiek daug gyvybių kiek nusinešė LNL.

LNL terminas klinikinėje praktikoje imtas vartoti praeito šimtmečio viduryje. Šiuo terminu apibūdinamos ligos, susijusios su žmonių gyvenimo būdu, pavyzdžiui: ŠKL, onkologinės ligos, diabetas, lėtinės plaučių ligos ir kt. Kaip apibrėžia Europos lėtinių ligų aljansas, LNL — tai dažniausiai išvengiamos ligos ar būklės, pasižyminčios ilga trukme ir palyginus lėtu progresu, susijusios su rizikos veiksniais (RV) tokiais kaip tabakas, fizinis pasyvumas, netinkama mityba, alkoholio vartojimas, kenksminga aplinka (15).

Pasaulyje LNL poveikis sveikatai, žmonių gyvenimo kokybei ir šalių ekonomikai stabiliai auga (89). Kaip teigiama *Pasaulyje ataskaitoje apie lėtines neinfekcines ligas*, LNL sukelia beveik dvi trečiąsias visų pasaulio mirčių: 2008 m. iš 57 milijonų mirčių visame pasaulyje 36 milijonai buvo sukeltos LNL. Viena iš keturių su LNL susijusių mirčių žmonės ištinka iki 60 metų amžiaus (23). Skaičiuojama, kad laiku neužkirtus kelio šių ligų epidemijai, jau nuo 2030 m. šios ligos per metus nusineš apie 52 milijonus gyvybių (82). Vien nuo ŠKL, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) prognozėmis, iki 2020 m. gali mirti 19 milijonų pasaulio gyventojų (23). Pabrėžtina tai, kad tik 20 proc. mirčių nuo LNL įvyksta išsivysčiusiose šalyse, o 80 proc. — žemo ir vidutinio išsivystymo šalyse, kur mirtingumas nuo LNL tarp vyrų ir moterų yra vienodas. Auganti LNL grėsmė yra tinkamai neįvertinta viena iš skurdo priežasčių, stabdančių šalių ekonominį vystymąsi (67).

PSO duomenimis, pagrindinių LNL ligų, tokių kaip ŠKL, vėžio, cukrinio diabeto (CD), lėtinių plaučių ligų, išsivystymą iš esmės lemia gyvensenos sąlygoti 7 RV: rūkymas, hipertenzija, hipercholesterolemija, alkoholio vartojimas, antsvoris, nepakankamas vaisių ir daržovių vartojimas, fizinės veiklos stoka (80). Kaip teigiama „Europos strategijoje lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei“, susitelkus ties LNL prevencija (LNLp) ir geresne kontrole, galima išvengti daugumos RV ar bent juos sušvelninti, užkirsti kelią ligos pradžiai, sutrukdyti ligos pasikartojimą ir progresavimą, išvengiant neįgalumo, nedarbingumo, skausmingos ar pirmalaikės mirties (17). Reikia pažymėti, kad LNL daromos žalos neįmanoma sumažinti be rimtų valstybių politinių įsipareigojimų, tarpžinybinio

bendradarbiavimo sveikatos srityje ir visų socialinių ir ekonominių šalies sektorių atstovų mobilizavimo (53).

Vienas svarbiausių vaidmenų LNLPP ir kontrolėje paprastai yra skiriamas pilietinei visuomenei. Nevyriausybinių organizacijų (NVO) indėlis šioje srityje matuojamas ir vertinamas skirtingai, tačiau tikslus jų vaidmuo ir veiklos efektyvumas nėra žinomas (3). Apskritai, NVO tyrimų sritis yra itin nauja visame pasaulyje, kadangi didesnę dėmesį ne pelno sektoriui ekonomistai, politologai ir sociologai pradėjo skirti tik praėjusio amžiaus aštuntajame dešimtmetyje (63).

Atlikus mokslinių straipsnių bei tyrimų apie NVO sektorių Lietuvoje paiešką, tenka pripažinti, kad studijų apie Lietuvos NVO sektoriaus būklę, dydį, finansavimą, įtaką ekonomikai, darbo rinkai ir pan. beveik nėra atlikta. Viena svarbiausių mokslinių publikacijų laikoma (37) R. Žiliukaitės, A. Ramonaitės, L. Nevinskienės, V. Beresnevičiūtės ir I. Vinogradnaitės atlikta sociologinė studija, kurios pagrindu 2006 m. publikuota kolektyvinė monografija „Neatrasta galia: Lietuvos pilietinės visuomenės žemėlapis“. Pagrindinė šio tyrimo išvalga ta, kad Lietuvoje esantis pilietinės visuomenės potencialas yra silpnai išnaudojamas viešojoje politikoje. Taip pat būtų galima paminėti studiją „Pilietinės visuomenės problemos. Atvejo studija: Kauno regiono nevyriausybinių organizacijos“ (2003), straipsnius „Vietos valdžios ir NVO bendradarbiavimo skaidrumas“ (2004), „Socialinė politika ir filantropija Lietuvoje: teorinės interpretacijos ir empirinės išvalgos“ (2007). Lietuvoje šiai dienai atlikti tik keli, pačių NVO užsakymu vykdyti (37), šio sektoriaus tyrimai: „Lietuvos nevyriausybinių organizacijų situacijos analizė“ (2005), „NVO sektoriaus atstovavimo teisinės aplinkos analizė“ (2006), „NVO sektoriaus atstovavimo teisinės aplinkos analizė“ (2006), „Dabartinė NVO būklė Lietuvoje“ (2009). Naujausia studija atlikta NVO tyrinėjimų srityje, tai — Lietuvos Respublikos Finansų ministerijos užsakymu 2011 m. atliktas „Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programos nevyriausybinių organizacijų (NVO) subsidijų schemos galimybių tyrimas“, kurio tikslas — atlikti detalią ir išsamią NVO sektoriaus Lietuvoje esamos situacijos ir poreikių analizę bei suformuluoti kokybiškas, nuoseklias, pagrįstas išvadas ir rekomendacijas. Lietuvos sveikatos mokslų universitete 2005 m. R. Marcinkevičienė apgynė magistro darbą tema „Nevyriausybinių organizacijų vaidmuo visuomenės sveikatos stiprinime“, kurio tikslas — įvertinti Lietuvoje veikiančių NVO struktūrą, funkcijas ir jų vaidmenį visuomenės sveikatos stiprinime. Matyti, kad nevyriausybinio sektoriaus ir visuomenės sveikatos santykis beveik nėra analizuotas, o Lietuvos NVO galimybės ir gebėjimai vykdyti LNLPP ir skatinti sveiką gyvenseną — visiškai naujas tyrimų objektas.

2. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas

Įvertinti Lietuvos nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, turimus gebėjimus ir galimybes vykdyti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti Lietuvos nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, pagrindinius veiklos bruožus.
2. Įvertinti Lietuvos nevyriausybinių organizacijų galimybes vykdyti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinti sveiką gyvenseną.
3. Įvertinti Lietuvos nevyriausybinių organizacijų gebėjimą vykdyti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinti sveiką gyvenseną.

3. LITERATŪROS APŽVALGA

3.1. Lėtinės neinfekcinės ligos Lietuvoje ir jų prevencija

Didžiausia Lietuvos, kaip ir daugelio kitų Europos šalių, gyventojų sveikatos problema yra LNL. ŠKL, onkologiniai susirgimai, lėtinės kvėpavimo sistemos ligos, nutukimas, CD yra linksniojamos kaip svarbiausios Lietuvos gyventojų mirties priežastys (26, 52). PSO duomenimis, 2008 m. Lietuvoje nuo LNL mirė 25,9 proc. jaunesnių nei 60 metų vyrų ir 11,3 proc. moterų: 100 000 gyventojų teko 875,5 mirusieji vyrai ir 438 mirusios moterys (60). Neabejotina, kad, nesuvaldžius esamos situacijos, nerealų tikėtis ir ženklesnio nacionalinių sveikatos rodiklių pagerėjimo.

Sergamumas tokiomis LNL kaip kraujotakos sistemos, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, CD Lietuvoje ir Europos Sąjungoje registruojamas pagal asmenų kreipimąsi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas. Remiantis šiais duomenimis, daugėja asmenų, kuriems nustatyta išeminė širdies liga (IŠL), insultas, CD ir lėtinės apatinių kvėpavimo takų ligos (žr. 1.1. lent.).

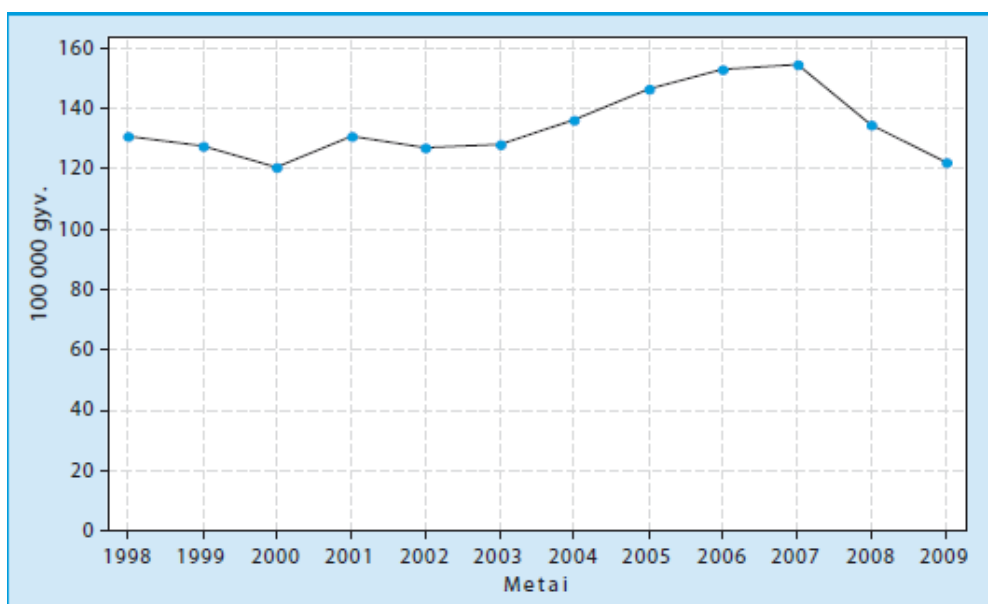
1.1. lentelė. Asmenų, kuriems ambulatorinėse ar stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose bent kartą buvo užregistruota LNL diagnozė, skaičiaus kaita 1000 gyventojų (52)

Diagnozės pavadinimas	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Išeminė (koronarinė) širdies liga (I20-I25)	42,6	43,5	43,5	43,9	43,7	44,6
Ūmus ir pakartotinis miokardo infarktas (I21-I22)	2,0	2,1	2,0	2,1	2,1	2,1
Insultas (I60-I64)	4,9	5,3	5,6	5,7	5,8	6,3
Cukrinis diabetas (E10-E14)	14,0	15,5	16,3	17,4	18,5	20,3
Lėtinės apatinių kvėpavimo takų ligos (J40-J47)	28,3	30,3	30,4	29,5	31,7	31,7
Kitos lėtinės obstrukcinės plaučių ligos (J44)	12,2	12,5	11,9	11,1	11,4	10,9
2003–2008 m. duomenys						

Toliau šiame darbe glaustai apžvelgiami Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo ŠKL, piktybinių navikų, CD rodikliai.

ŠKL. ŠKL jau daugelį metų yra pagrindinė mirčių priežastis Lietuvoje. Nuo 2007 m. mirtingumo nuo ŠKL standartizuotas rodiklis nežymiai mažėja — 2006 m. 100 000 gyventojų teko 562,1 mirusysis, 2009 m. — 496,8 mirusieji. Nors standartizuotas vyrų ir moterų mirtingumo rodiklis sumažėjo, mirtingumo lygis išlieka pavojingai aukštas. Vyrų standartizuotas mirtingumo nuo ŠKL rodiklis beveik dvigubai didesnis negu moterų (53). Jaunesnių nei 65 metų gyventojų standartizuoto mirtingumo nuo ŠKL ligų rodiklis sparčiai

augo nuo 2003 m. (100 000 gyventojų teko 128,1 mirusysis) iki 2007 m. (100 000 gyventojų teko 154,8 mirusieji) (žr. 1.1 pav.)



1.1 pav. Jaunesnių nei 65 m. gyventojų standartizuoto mirtingumo nuo ŠKL rodiklio pokyčiai 1998–2009 m. (53)

2009 m. standartizuotas jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumo rodiklis sumažėjo iki 122,3 mirusiųjų 100 000 gyventojų. Mažiausias šios amžiaus grupės gyventojų standartizuotas mirtingumo rodiklis užfiksuotas 2000 m., kai 100 000 gyventojų teko 120,9 mirusieji nuo ŠKL.

Tuo tarpu, IŠL bei galvos smegenų insultas (GSI) yra pagrindinės vidutinio amžiaus Lietuvos gyventojų mirties priežastys ŠKL struktūroje. Be to, šios ligos yra vienos pagrindinių darbingo amžiaus žmonių invalidumo priežasčių (69). Jaunesnių nei 65 metų gyventojų standartizuotas mirtingumo nuo IŠL rodiklis 1998–2009 m. laikotarpiu šiek tiek sumažėjo: 1998 m. 100 000 gyventojų teko 69,7; 2009 m. — 64,7 mirusieji. Jaunesnių nei 65 metų gyventojų standartizuoto mirtingumo nuo GSI rodiklis per 1998–2009 m. laikotarpį sumažėjo nuo 22,4 iki 18,4 mirusiųjų 100 000 gyventojų. Žemiausias rodiklis buvo 2008 m. — 100 000 gyventojų teko 18,1 mirusysis (53).

Piktybiniai navikai. Dėl ekonominės-socialinės raidos, gyvenimo būdo pokyčių, santykinai didėjančio vyresnio amžiaus gyventojų skaičiaus onkologinės ligos vis dar išlieka viena aktualiausių visuomenės sveikatos problemų (36). Sergamumo piktybiniais navikais duomenys rodo, kad sergamumo piktybiniais navikais rodikliai auga ne tik Lietuvoje, bet ir visoje Europos Sąjungoje. Lietuvoje ryškėja tendencija, kuomet vis dažniau tiek vyrams, tiek

moterims diagnozuojama ankstyvų piktybinių navikų stadijų, kol liga dar neįsisenėjusi ir gydymas yra efektyvus: 2010 m. diagnozuota daugiau nei pusė (54,7 proc.) I–II stadijos piktybinių solidinių navikų, 1998 m. — 40,8 proc. (53).

Remiantis Lietuvos higienos instituto išankstiniais duomenimis, sergamumas piktybiniais navikais Lietuvoje nuo 2008 m. nežymiai mažėjo: 2007 m. 100 000 gyventojų teko 532,9 piktybinių navikų turintys asmenys, 2008 m. — 542,9 asmenys, 2009 m. — 497,2 asmenys, o 2010 m. — 477,7 asmenys (žr. 1. 2 lent.).

1.2. lentelė. Sergamumo piktybiniais navikais skaičiaus kaita 100 000 gyventojų (43)

Sergamumas piktybiniais navikais (100 000 gyv.)													
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
359.4	378.5	394.1	401.2	403.9	417.5	437.2	464.1	472.25	508.9	532.9	542.9	497.2*	477.7*

*Išankstiniai Lietuvos higienos instituto duomenys.

Jaunesnių nei 65 metų gyventojų standartizuoto mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklis, 1999 m. pasiekęs 107,1 mirusįjį 100 000 gyventojų, 2000 m. pradėjo mažėti nuo 103,3 iki 95,1 mirusiojo 100 000 gyventojų 2005 m. 2009 m. standartizuotas mirtingumo rodiklis sumažėjo iki 93,1 mirusiojo nuo piktybinių navikų 100 000 gyventojų (53).

Gimdos kaklelio vėžys Lietuvoje yra viena dažnesnių moterų onkologinių ligų. Po gimdos kūno ir kiaušidžių vėžio jis užima trečią vietą pasaulyje tarp moterų lytinių organų navikų. Lietuvoje sergamumas gimdos kaklelio vėžiu yra vienas didžiausių Europos Sąjungoje (4). Moterų sergamumas gimdos kaklelio vėžiu 1998–2010 m. kito nežymiai: 1998 m. 100 000 moterų teko 23,8 sergančiosios gimdos kaklelio vėžiu, 2010 m. — 25,9 moterys. Didesnis sergamumas užregistruotas 2004–2008 m. laikotarpiu, o 2009 m. jis sumažėjo daugiau nei dešimtadaliu (53).

Mirtingumas nuo trachėjos, bronchų ir plaučių vėžio yra dažniausia vyrų mirties nuo piktybinių navikų priežastis. Per 1998–2009 m. laikotarpį standartizuotas mirtingumo nuo minėtų priežasčių rodiklis sumažėjo nuo 87,1 iki 73,2 mirusiųjų 100 000 vyrų. 2009 m. užregistruotas mažiausias standartizuoto vyrų mirtingumo nuo trachėjos, bronchų ir plaučių vėžio rodiklis, kuris siekė 72 mirusiųsios 100 000 vyrų (53).

Cukrinis diabetas. CD — progresuojanti liga, sukelianti komplikacijas, lemiančias medicininės, ekonominės ir socialinės problemas tiek individams, tiek visai sveikatos sistemai. Pasak M. Silink, naujas CD atvejis pasaulyje diagnozuojamas kas penkias sekundes,

be to, kas dešimt sekundžių nuo CD miršta žmogus ir kas trisdešimt sekundžių atliekama galūnės amputacija dėl CD sukeltų problemų (74). 2010 m. „Sveidros“ duomenų bazėje užregistruota daugiau nei 76 tūkst. asmenų, kuriems diagnozuotas CD: 1000 gyventojų tenka 23,2 asmenys, sergantys CD. Sergančių CD žmonių skaičius nuo 2001 m. padvigubėjo: užregistruota 38 tūkst. gyventojų, kuriems diagnozuotas CD (1000 gyventojų teko 10,9 asmenys). Sergamumas CD didėja visose amžiaus grupėse (53). Kaip prognozuoja Tarptautinė diabeto federacija, Lietuvoje 2025 m. bus 255,5 tūkstančiai 20–79 metų amžiaus žmonių, sergančių CD (10,8 proc. visos suaugusiųjų populiacijos) (31).

Šiandien vienareikšmiškai pripažįstama, kad netinkama mityba, riebus, daug sočiųjų riebalų rūgščių ir cholesterolio turintis maistas, nutukimas, mažas fizinis aktyvumas, rūkymas, nesaikingas alkoholio vartojimas, nuolatinė nervinė įtampa vis dažniau tampa LNL, ypač kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų, sudarančių didžiausią Lietuvos gyventojų mirtingumo dalį, priežastimi (53). Remdamasi Lietuvoje atliktų mokslinių tyrimų duomenimis PSO apskaičiavo, jog 33 proc. šalies gyventojų mirčių susiję su hipertenzija, 23,2 proc. — hipercholesterolemija, 17,8 proc. — tabaku, 12 proc. — nepakankamu vaisių ir daržovių vartojimu, 10,7 — alkoholiu, 10,5 proc. — antsvoriu, 9,1 proc. — fizinės veiklos stoka (78).

Valstybės dėl brangiai kainuojančių diagnostikos bei gydymo priemonių, dėl prarastų gyvenimo metų nepagaminto nacionalinio produkto, dėl vykstančių demografinių procesų patiria didžiulę ekonominę žalą. Taigi, laiku neinvestuojant į LNL jau ir taip didelę ekonominę žalą, kurią patiria šalys, tik auga. Tenka pripažinti, kad sveikatinimo veikloms pasaulyje skiriama palyginti maža sveikatos sistemos biudžeto dalis. Remiantis Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) duomenimis, vidutiniškai tikrai 3 proc. visų sveikatos išlaidų tenka prevencijai ir sveikatos apsaugos programoms,¹ tuo metu, kai didžioji dalis lėšų skiriama „rūpinimusi sergančiaisiais“ (75).

Sergamumo ir mirtingumo nuo LNL, tarp jų ir ŠKL, mažinimas yra svarbiausia XXI amžiaus žmonių sveikatos išsaugojimo problema. Ilgalaikiai moksliniai tyrimai ir pasaulio praktika rodo, kad sąmoningai organizuojama ir į tikslines grupes tinkamai nukreipta prevencija gali ženkliai sumažinti pagrindinius RV, o kai kuriose populiacijose apskritai užkirsti kelią jų atsiradimui (61). Visuotinai pripažįstama, kad siekiant apsaugoti ir sustiprinti

¹ EBPO organizacijai priklauso 34 šalys, kurių pateiktais duomenimis išvestas minėtas 3 proc. vidurkis. EBPO priklauso: Australija, Austrija, Belgija, Kanada, Čilė, Čekija, Danija, Estija, Suomija, Prancūzija, Vokietija, Graikija, Vengrija, Islandija, Airija, Izraelis, Italija, Japonija, Korėja, Liuksemburgas, Meksikas, Olandija, Naujoji Zelandija, Norvegija, Lenkija, Portugalija, Slovakija, Slovėnija, Ispanija, Švedija, Šveicarija, Turkija, Jungtinės Karalystės ir JAV.

žmonių sveikatą, ypatingas dėmesys turi būti skiriamas ligų prevencijai — RV nustatymui ir jų kontrolei (80, 28). RV mažinimas yra vienas iš geriausių būdų išvengti LNL, pagerinti gyvenimo kokybę ir prailginti gyvenimo trukmę. LNL pažabojimas reikalauja koordinuotų bendrų veiksmų — tiek pasaulio mastu, kur kontrolės įsikišimas veikia RV paplitimą, tiek nacionaliniu lygiu, kuriant programas, kurios tiesiogiai įtakotų žmonių sveikatos elgesį (61).

Leidinyje „Noncommunicable diseases and mental health cluster strategy 2008–2013“, įvardinamos penkios pamokos, kurias būtina išmokti norint įgyvendinti sėkmingą LNLP. Visų pirma, nepakanka apsiriboti pagrindinių LNL RV sukeliamų pasekmių mažinimu. Visapusė prevencijos strategija, pirmiausia, turi atkreipti dėmesį į lemiamus socialinius veiksnius ir apskritai užkirsti kelią RV atsiradimui. Antra, LNLP turi apimti visą populiaciją, ne tik aukštos ar itin aukštos rizikos grupes. Trečia, kad būtų pasiektas esminis sergamumo ir ligų naštos sumažėjimas, intervencija turi būti tinkamo masto, intensyvumo, nuolatinė ir tinkamai nušviesta žiniasklaidos. Ketvirta, LNLP reikalauja aktyvaus visuomenės dalyvavimo, palaikančių politinių sprendimų, tarpsektorinių iniciatyvų, įstatymų leidybos ir NVO bendradarbiavimo su privačiu sektoriumi. Bendras darbas su „nesveikatos“ sektoriais yra būtinas, kadangi būtent juose dažniausiai priimami lemiami sprendimai. Penkta, prioritetas turi būti suteikiamas prevencijos integravimui į pirminės sveikatos priežiūros kontrolės priemones (10). Plačiau LNLP aptariama darbo poskyryje „Naujausi dokumentai apie lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją“.

Kaip rodo prieš tai glaustai aptarta Lietuvos gyventojų sveikatos statistika, susijusi su LNL, LNLP Lietuvoje būtina skirti ypatingą dėmesį. Prof. V. Grabausko teigimu, Lietuvoje kaip ir daugelyje kitų šalių, vyksta visa eilė vertikalių pagrindinių LNL prevencijos programų, tačiau tarp šių programų įgyvendinimo praktiškai nėra jokios koordinacijos. Tokia programų vadybinio bei valdymo modelio praktika didina jų įgyvendinimo kaštus bei mažina jų efektyvumą. Tuo tarpu būtent Lietuvos iniciatyva PSO jau prieš du dešimtmečius ėmė vystyti integruotos LNL prevencijos koncepciją bei programas (27). Ši koncepcija grindžiama LNL RV bendrumu bei prevencinių priemonių integracijos būtinybe, remiantis moderniosios visuomenės sveikatos mokslo principais. Lietuva, turinti moksliniais tyrimais pagrįstą šios koncepcijos vystymo patirtį, buvo viena iš aktyviausių PSO partnerių rengiant PSO koordinuojamos CINDI programos iniciatyvinį LNLP dokumentą (1) bei šių metų Europos Sveikatos Asamblėjoje priimtą Europos strategiją LNL prevencijai ir kontrolei (20).

Akivaizdu, jog Lietuvai reikia esminių permainų sveikatos politikos ir strategijos srityse, kurios Lietuvai padėtų pakeisti šių sričių prioritetus: ligų gydymo ir simptomų malšinimo svarbą, o sveikatą tausojančias ir stiprinančias veiklas ignoruoti. Būtina daugiau

dėmesio skirti sveikatos ugdymo, ligų prevencijos veiksams ir į tai orientuoti šalies sveikatos sistemą ir politiką. Be to, sveikesnio ir aktyvesnio gyvenimo skatinimas neturi būti paliekamas vien tik NVO ar tik valstybiniam sektoriui — šias funkcijas reikalinga vykdyti konstruktyviai ir nuosekliai bendradarbiaujant abiem sektoriams. Būtina neatidėliotina, sisteminga ir koordinuota visų sektorių veikla, nulemianti šalies sveikatos politikos tobulinimą sergamumo LNL mažinimo kryptimi.

3.1.1. Naujausi dokumentai apie lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją

Europos Komisijos ir PSO 2011 m. spalio 11 d. organizuotame aukšto lygio atstovų susitikime „Laikas veikti: ES reakcija į JT viršūnių susitikimą dėl LNL“ buvo pabrėžiama, kad laiku ir tinkamai kontroliuojant LNL sukeliančius RV, galima išvengti iki 80 proc. pirmalaikių mirčių nuo ŠKL, todėl pakeisti LNL progresavimo Europos Sąjungoje tendencijas yra moralinė kiekvienos šalies — Europos Sąjungos narės — pareiga (16). Tam reikalinga tiek nacionalinė, tiek regioninė, tiek pasaulinė sveikatos politika — sveikatos ekspertų ir politikų parengti dokumentai.

1998 m. Pasaulio Sveikatos Asamblėjos (PSA) rezoliucijoje WHA51.18, buvo įvardintas poreikis parengti pasaulinę LNL ir LNL kontrolės strategiją (86). Po nuolatinių konsultacijų su PSO ir šalių patirčių analizės, surinkus visą reikiamą informaciją, 2000 m. kovo 22 d. PSA patvirtino *Pasaulinę strategiją dėl lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės* (Strategija) (23). Strategijos tikslas — paremti šalių narių pastangas mažinti mirtingumo, nedarbingumo ir pirmalaikio mirtingumo, sukkelto LNL, nuostolius. Strategijoje numatyti 3 uždaviniai: 1) sekti ir stebėti pasaulio žemėlapyje LNL plitimą ir analizuoti to įtaką socialiniams, ekonominiams, elgesio ir politiniams veiksniams, ypatingą dėmesį skiriant skurdžiai gyvenantiems ir socialiai nuskriaustiems gyventojams, tam, kad politinės, įstatyminės ir finansinės priemonės būtų susietos su aplinką palaikančios kontrolės plėtra; 2) sumažinti svarbiausių rizikos veiksnių paplitimą tarp gyventojų vykdant sveikatinimo ir pirminės prevencijos veiklas; 3) sustiprinti sveikatos priežiūros paslaugas sergantiems LNL, diegiant rentabilios intervencijos standartus ir gaires, skiriant pirmenybę ŠKL, onkologinėms ligoms, diabetui ir lėtinėms kvėpavimo takų ligoms (24).

Kaip teigiama *Pasaulio ataskaitoje apie lėtines neinfekcines ligas*, praėjus 10 metų po Strategijos patvirtinimo, matyti esminiai politiniai pokyčiai ir strateginės iniciatyvos, remiančios tolimesnę valstybių narių kovą su LNL epidemija.

Pagrindiniais pokyčiais šiandien galima įvardinti:

- 2003 m. PSA priimtą PSO Tabako kontrolės pagrindų konvenciją² (WHO Framework Convention on Tobacco Control);
- 2004 m. PSA patvirtintą Pasaulinę mitybos, fizinio aktyvumo ir sveikatos strategiją (the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health);
- 2008 m. PSA patvirtintą Pasaulinės lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės strategijos veiksmų planą 2008–2013 metams (the 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases);
- 2010 m. PSA priimtą Pasaulinę strategiją siekiant sumažinti žalingą alkoholio vartojimą (the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol);
- 2010 m. priimtą Jungtinių Tautų (JT) Generalinės Asamblėjos rezoliuciją dėl LNL prevencijos ir kontrolės (the United Nations General Assembly resolution on the prevention and control of noncommunicable diseases);
- 2011 m. rugsėjį įvykusį aukšto lygio JT Generalinės Asamblėjos susitikimą, dalyvaujant valstybių ir vyriausybių vadovams dėl lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės.

Pasaulinis lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės strategijos veiksmų planas 2008–2013 metams (Veiksmų planas). PSO ir valstybės narės sukūrė Veiksmų planą tam, kad 2000 m. patvirtinta Strategija taptų konkrečiais veiksmais. Veiksmų planas pagrįstas visaapimančia LNLP ir kontrolės strategija ir apibrėžia konkrečius tikslus ir veiksmus 2008–2013 m. laikotarpiui. 193 valstybių narių delegatai Veiksmų planą 2008 m. gegužę patvirtino 61-ojoje PSA Asamblėjoje. Šiame Veiksmų plane įvardinami šeši pagrindiniai tikslai: 1) pasiekti, kad LNL būtų skiriamas prioritetas tiek pasauliniu, tiek nacionaliniu lygmeniu ir integruoti LNLP ir LNL kontrolę į visų vyriausybių politiką; 2) sukurti ir stiprinti nacionalines strategijas ir veiklos planus dėl LNLP ir LNL kontrolės; 3) skatinti intervencijas, nukreiptas į išvengiamus LNL RV: tabako vartojimą, nesveiką mitybą, nepakankamą fizinį aktyvumą ir besaikį alkoholio vartojimą; 4) skatinti LNLP ir LNL kontrolės mokslinius tyrimus; 5) skatinti bendradarbiavimą LNLP ir LNL kontrolės srityje; 6) stebinti LNL ir jas lemiančius RV, vertinti nacionalinę, regioninę ir pasaulinę pažangą. Kiekvienam tikslui įgyvendinti PSO valstybėms narėms ir kitiems tarptautiniams partneriams parengė tris konkrečius ir aiškius veiksmų rinkinius (23). Šis dokumentas dar kartą primena Strategijoje

² PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencija plačiau aprašoma darbo skyriuje „Nevyriausybinių organizacijų įtaka lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai: Pasaulio sveikatos organizacijos požiūris ir Lietuvos patirtis.“

valstybėms narėms siūlytas parengti nacionalinės politikos programas ir dalijimasi gerąja patirtimi; paaiškina skubų veiksmų, nukreiptų į augančią LNL naštą ir sveikatos apsaugą, poreikį; pateikia veiksmų plano politinę struktūrą, apimdamas reikalavimą šalims 2010 m. ir 2012 m. pateikti Veiksmų plano įgyvendinimo ataskaitas (93).

Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos susitikimas dėl lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės. 2011 m. balandžio 7 dieną vykusioje JT Generalinės Asamblėjos 65 sesijoje A/RES/65/238 „Lėtinių neinfekcinių ligų prevencija ir kontrolė“ pasaulio valstybių lyderiai priėmė rezoliuciją, kurioje pabrėžė neatidėliotų koordinuotų kovos su LNL priemonių būtinumą (70). 2011 m. rugsėjo 19 dieną JT inicijuotame pasaulio viršūnių susitikime, skirtame LNL keliamai grėsmei aptarti, buvo akcentuota, kad šios problemos sprendimas negali būti paliktas vien tik medikams ir visuomenės sveikatos specialistams, kurie atlieka didžiulį darbą, vykdydami sergančiųjų LNL sveikatos priežiūrą, gydydami šių ligų sukeltas komplikacijas. Būtent gydymui skiriamos didžiulės finansinės lėšos, kurios slegia mokesčių mokėtojų pečius, o statistikos duomenys ir toliau rodo blogėjančią padėtį. Linkstama manyti, kad taip yra todėl, kad su LNL susijusios problemos seniai peraugo sveikatos priežiūros sritį ir yra pernelyg stipriai įtakojamos globalizacijos lemiamų sparčių žmonių gyvenimo būdo pokyčių: didėja žmonių atotrūkis nuo natūralių, sveikam gyvenimui užtikrinti reikalingų sąlygų. JT Generalinės Asamblėjos susitikime dėl LNL buvo pripažinta, kad užkirsti kelią LNL plitimui galima tik keičiant žmonių gyvenimo būdą: visais lygiais koordinuojant įvairių gamybos ir paslaugų pramonės sričių veiklą, tobulinant žmonių vartojimo ir gyvenimo įgūdžius. Toks uždavinys reikalauja didelio valstybių vadovų, politinių organizacijų, visuomenės dėmesio bei jų konstruktyvių pastangų (83).

Pasaulinė ataskaita apie lėtines neinfekcines ligas (Ataskaita). Praėjus 10 metų po Strategijos patvirtinimo, PSO parengė Ataskaitą, leidžiančią iš naujo įvertinti bendrą su LNL susijusią situaciją pasaulyje. Ataskaita sukurta siekiant įgyvendinti vieną iš Strategijoje numatytų tikslų ir Veiksmų plano 6-ąjį tikslą — stebint LNL ir jas lemiančius RV, vertinti nacionalinę, regioninę ir pasaulinę pažangą. Nors šis dokumentas tėra apžvalginio vertinamojo pobūdžio ir neturi tiesioginės įtakos pasaulio politiniams dokumentams, netiesiogiai politinių sprendimų priėmimui turi milžiniškos įtakos. Vienas pagrindinių ataskaitos tikslų — pateikti šalims susistemintą informaciją apie LNL, jų RV ir apžvelgti šalių patirtį, susijusią su politiniais sprendimais ir planais, infrastruktūra, LNL kontrole ir LNL. Ataskaitos kūrėjų manymu, šis leidinys turi pagelbėti šalims parengti dar stipresnį atsaką nepaliaujamai augančiai LNL grėsmei. Ataskaitoje analizuojant LNL problemos mastą, naudojami pasaulio, regioniniai ir nacionaliniai šalių duomenys, numatomos būsimos

tendencijos ir įvertinamos galimos jų pasekmės. Ši Ataskaita — išsamiausia LNL, jų RV ir jų sukeltų pasekmių apžvalga, raginanti į LNL epidemiją žvelgti plačiu kampu: vykdant gyventojų įsitraukimu grįstą prevenciją, stiprinant sveikatos priežiūrą ir šalių pajėgumą, pasipriešinti epidemijai. Ataskaita ir visi po jos sekantys leidiniai skirti sveikatos politikams ir strategams, sveikatos ekonomikos specialistams, visuomenės sveikatos profesionalams, NVO atstovams ir plačiajai visuomenei. 2013 m. planuojama parengti dar vieną ataskaitą (23).

Glaustai aptarti naujausi sveikatos politikos dokumentai rodo, kad viso pasaulio šalys raginamos LNL skirti didžiulį dėmesį. Apibendrinant galima išskirti kelis pagrindinius LNL bruožus: tarpsektoriškumas — skatinamas neatidėliotinas, koordinuotų bendradarbiavimo tarp visų sektorių (politikų, medikų, visuomenės sveikatos specialistų, pilietinės visuomenės ir kt.) priemonių įgyvendinimas; pastangų nukreipimas į sveikų gyvenimo įgūdžių formavimą — pabrėžiama, kad užkirsti kelią LNL plitimui galima tik tobulinant žmonių vartojimo įpročius ir gyvenimo įgūdžius.

3.1.2. Lėtinių neinfekcinių ligų epidemiologinių tyrimų istorija ir vystymasis Lietuvoje

Lietuvoje LNL RV kontrolės galimybės buvo nagrinėtos keliuose tyrėjų vykdomuose epidemiologiniuose tyrimuose. Daugelio tyrimų rezultatai parodė, kad galima efektyviai sumažinti ŠKL RV ir mirtingumą, tačiau tyrėjų intervencijų apimtys žymiai viršija kasdieninės praktikos galimybes finansinių ir žmogiškųjų resursų požiūriu (5). Tarp svarbiausių Lietuvoje vykdytų tyrimų galima paminėti Kauno — Roterdamo, MONICA ir CINDI tyrimus. Pastarieji glaustai apžvelgiami šiame darbe.

Kauno-Roterdamo epidemiologinis tyrimas. PSO koordinuojamas Išeminės širdies ligos profilaktikos Kauno-Roterdamo epidemiologinis tyrimas (KRIS) Kaune pradėtas 1972 m. Keliomis pakopomis vykdytą intervencinį tyrimą, kurio trukmė buvo 1972–1974 m. ir kuris kartotas po 5 ir 10 metų, atliko Kauno ir Roterdamo mokslininkai. Lietuvos mokslininkų komandą sudarė tuometinio Kauno medicinos universiteto atstovai: A. Baubinienė, S. Domarkienė, A. Goštautas, V. Grabauskas, J. Jankevičiūtė, A. Leonavičius, A. Motuza, R. Prochorskis, A. Toleikis. Tiek šių Kauno mokslininkų grupei, tiek visai Lietuvai šis tyrimas buvo realaus tarptautinio bendradarbiavimo su PSO pradžia, kuris tuometinėje valstybinėje santvarkoje buvo vienintelė galimybė užtikrinanti ilgalaikį tarptautinį bendradarbiavimą. Pasak V. Grabausko, šis tyrimas Lietuvos mokslininkams leido sukurti naujas koncepcijas kovojant su LNL ir pradėjo naują populiacinių tyrinėjimų Lietuvoje erą (27).

Taigi problema, kurią tyrė KRIS, buvo IŠL sukeliančių RV nustatymas. Vykdam KRIS tyrimą buvo gauti duomenys apie svarbiausių IŠL RV paplitimą tarp vidutinio amžiaus vyrų ir jų ryšį su IŠL. Apžvelgiant KRIS rezultatus, matyti, kad rizika susirgti IŠL buvo mažesnė Kaune nei Roterdame. Tai autorių teigimu, buvo siejama su mažesniu rūkančiųjų skaičiumi, mažesniu cholesterolio kiekiu kraujyje ir didesniu fiziniu aktyvumu tarp tiriamųjų. KRIS rezultatai parodė, kad svarbiausi IŠL RV yra arterinė hipertenzija, rūkymas, lipidų apykaitos sutrikimai ir nutukimas (27). Šie tyrimo rezultatai įrodo, jog egzistuoja geografiniai sergamumo ir mirtingumo skirtumai tarp Kauno ir Roterdamo. KRIS tyrimo dalyvių ilgalaikio stebėjimo duomenimis buvo nustatyta, kad pagrindiniai ŠKL RV skatina ir kitų LNL atsiradimą. RV bendrumu buvo pagrįsta integruotos LNL profilaktikos koncepcija. Ji buvo priimta PSO ir, remiantis ja, sukurta Integruotos LNL profilaktikos programa (CINDI) (5).

CINDI. Integruotas lėtinių neinfekcinių ligų profilaktinis tyrimas (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention programme — CINDI), skirtas LNL kontrolei ir prevencijai stebėti ir vykdyti, prasidėjo 1980 m. (1). Šio tyrimo tikslas — remti politikos vystymąsi dalyvaujančiose narėse dėl LNL ir LNL padarinių mažinimo, siekiant derinti sveikatos stiprinimą ir ligų prevenciją, plėtojant tarpsektorinį bendradarbiavimą ir bendruomenės įsitraukimą, didinant sveikatos priežiūros specialistų vaidmenį, geriau panaudojant esamus išteklius (68). PSO šalys narės, šio projekto dalyvės, įgyvendina, vertina ir plėtoja integruotą požiūrį į LNL ir LNL kontrolę, o intervencinės priemonės yra nukreiptos į visą populiaciją ir didelės rizikos grupes. Jos įgyvendinamos šalių lygiu, remiantis bendrais protokolais ir gairėmis (65). 1983 m. Lietuva viena iš pirmųjų įsitraukė į tarptautinį CINDI tyrimą (77). Šiai dienai Lietuvoje jau atlikti penki CINDI tyrimai.

1993 m. Lietuvoje atlikto CINDI tyrimo rezultatai parodė, kad LNL rizikos faktorių dažnis skyrėsi tarp asmenų dalyvavusių ir nedalyvavusių sveikatos patikrinime: arterinė hipertenzija dažniau nustatyta dalyvavusiems patikrinime vyrams (34,9 proc. ir 22,9 proc.), o viršsvoris dažniau nustatytas dalyvavusiems vyrams (19,2 proc. ir 13,4 proc.) ir dalyvavusioms patikrinime moterims (37,1 proc. ir 23,3 proc.) lyginant su nedalyvavusiais. Įvertinus nedalyvavusių tyrime asmenų duomenis, nustatytas tikras rizikos faktorių dažnis populiacijoje: tikras arterinės hipertenzijos dažnis tarp vyrų ir viršsvorio dažnis tarp moterų buvo patikimai mažesnis lyginant su dalyvavusių tyrimo duomenimis (34). 2007 m. atlikto CINDI tyrimo rezultatai parodė, jog: arterinės hipertenzijos paplitimas tarp vyrų buvo didesnis nei tarp moterų (atitinkamai — 60,3 proc. ir 44,6 proc.); hipercholesterolemija nustatyta pusei tirtųjų; nutukusių moterų dalis buvo didesnė nei vyrų; metabolinis sindromas nustatytas 15,1 proc. vyrų ir 21,5 proc. moterų (25).

MONICA. 1983 m. Kaune pradėta vykdyti tarptautinė ŠKL bei jų RV ilgalaikio (10 metų) tyrimas MONICA (Multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease). MONICA tyrimo tikslai buvo įvertinti mirtingumo nuo ŠKL bei sergamumo IŠL ir galvos smegenų kraujagyslių ligomis tendencijas bei nustatyti koku mastu šios tendencijos yra susijusios su žinomų RV, kasdienio gyvenimo įpročių, sveikatos priežiūros ir pagrindinių socialinių bei ekonominių ypatumų pokyčiais, išmatuotais tuo pačiu laiku apibrėžtose bendruomenėse įvairiose šalyse (79).

Tai pirmasis tyrimas, kurioje buvo tiriamos ir moterys. Remiantis gautais duomenimis, įvertinti 35–64 m. Kauno gyventojų svarbiausių ŠKL — IŠL, GSI sergamumo ir mirtingumo rodikliai, šių ligų RV paplitimas ir pokyčiai per 10 metų ir jų abipusis ryšys. Gauti rezultatai parodė, kad per 19 metų (1983–2002 m.) tarp vidutinio amžiaus Kauno vyrų antsvorio paplitimas sumažėjo, hipercholesterolemijos paplitimas išliko didelis (80,7 proc.) ir nekito, taip pat nekito arterinės hipertenzijos ir rūkymo paplitimas. Tuo tarpu, tarp vidutinio amžiaus moterų, per tą patį laikotarpį, sumažėjo arterinės hipertenzijos bei nutukimo paplitimas, hipercholesterolemijos paplitimas išliko didelis (82,7 proc.) ir nekito, o rūkymo paplitimas reikšmingai padidėjo nuo 4,1 iki 11,3 proc. (14).

3.1.3. Lėtinės neinfekcinės ligos ir jų prevencija Lietuvos sveikatos politikos kontekste

Sergamumo ir mirtingumo nuo LNL rodikliai Lietuvoje ir šios problemos įsisenėjimas šalies sveikatos politikoje verčia tam skirti ypatingą dėmesį. P. Zimmet nuomone, LNL epidemija gali būti įveikta tik tuomet, kai kiekviena šalis suformuos multidrausmines specialiąsias pajėgas, susidedančias iš skirtingų sektorių atstovų, galinčių prisidėti prie pagrindinių socio-ekonominių problemos priežasčių sprendimo. Taip vadinamoms „pajėgoms“ efektyviai veikti nacionaliniu lygmeniu reikia sudaryti teisinės galimybes (90). Šiame darbo poskyryje glaustai apžvelgiami svarbiausi su LNL ir LNL susiję Lietuvos sveikatos politikos dokumentai bei teisės aktai.

Pagrindinis politinis Lietuvos sveikatos dokumentas — **Lietuvos sveikatos programa (LSP)** — buvo patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VII-833 (42). LSP, kaip ilgalaikė nacionalinės sveikatos sistemos plėtros strategija, detalizuoja 1991 m. Seimo patvirtintą Nacionalinę sveikatos koncepciją (53).

Vienas LSP tikslų — gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas. Siekiant šio tikslo įgyvendinimo, ypatingas dėmesys skirtas mirtingumo nuo

dažniausių mirties priežasčių mažinimui. Dėl šios priežasties LSP įvardinami trys specialieji tikslai, tiesiogiai nukreipti į LNL profilaktiką. **ŠKL.** LSP buvo užsibrėžta iki 2010 m. 15 proc. sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą ir 10 proc. sumažinti 65–74 m. žmonių mirtingumą nuo IŠL ir insulto. Šiems tikslams pasiekti numatyti trys uždaviniai: 1. Efektyvi pagrindinių IŠL ir GSI RV kontrolė; 2. IŠL ir GSI ankstyvos diagnostikos gerinimas ir gydymo efektyvumo didinimas (įskaitant antsvorio, padidėjusio cholesterolio kraujyje paplitimo tarp gyventojų, rūkymo, besaikio alkoholio vartojimo ir kt. mažinimą); 3. Persirgusiųjų miokardo infarktu ar GSI efektyvios reabilitacijos sistemos sukūrimas. Dokumente, kalbant apie mirtingumą nuo ŠKL mažinimą, pabrėžiama, kad NVO veikla, skirta saugoti ir stiprinti gyventojų sveikatą, turi būti skatinama ir palaikoma. **Onkologinės ligos.** Užsibrėžta iki 2010 m. mirtingumą nuo krūties vėžio ir plaučių vėžio, taip pat sergamumą gimdos kaklelio vėžiu sumažinti 15 proc.; piktybinių navikų užleistumą — 20 proc. Tikslui pasiekti planuota atrankinės gyventojų sveikatos būklės tikrinimų programas išplėsti visoje Lietuvoje, Valstybinėje tabako kontrolės programoje numatyti konkrečias priemones rūkymo plitimui mažinti, skatinti specializuotų onkologijos įstaigų bendradarbiavimą su Vilniaus universiteto Medicinos fakultetu ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetu, taip pat numatytas visuomenės informavimas apie ultravioletinių spindulių poveikio pasekmes, mokslinių tyrimų plėtojimas ir kt. **Diabetas.** LSP užsibrėžta iki 2010 m.: 30 proc. sumažinti naujų aklumo atvejų dėl CD; 30 proc. sumažinti žmonių skaičių, kuriems dėl CD išsivysto paskutinė inkstų nepakankamumo stadija; 30 proc. sumažinti žmonių skaičių, kuriems dėl diabetinės gangrenos atliekamos galūnių amputacijos; vykdant intensyvias programas, gerokai pagerinti slapto angliavandenių apykaitos sutrikimų formos išaiškinimą; pasiekti, kad sergančių CD moterų nėštumo baigčių rodikliai susilygintų su atitinkamais CD nesergančių moterų rodikliais. Siekiant užsibrėžtų tikslų numatyta diabetologijos problemas Lietuvoje spręsti vykdant pirminę, antrinę ir tretinę profilaktiką. Kaip viena iš siekiamybių paminėta, kad visos Lietuvoje sergančios CD moterys, planuojančios nėštumą, turėtų patekti į Diabeto centrą, kur jos būtų stebimos ir gydomos iki nėštumo ir visą nėštumo periodą. Didelis dėmesys turėjo būti skiriamas ligonių mokymui apie diabetą, tinkamą mitybą ir jos planavimo įgūdžius, medikamentinį diabeto gydymą, pakankamą ir adekvatų fizinį aktyvumą ir kt. LSP taip pat numatyta, kad sprendžiant diabetologijos problemas būtų siekiama glaudaus bendradarbiavimo su NVO (42).

LSP didelis dėmesys skiriamas LNL RV kontrolei ir prevencijai: siekiant sumažinti tabako vartojimą, buvo užsibrėžta iki 2005 m. 5 proc. sumažinti vyrų rūkymo paplitimą ir stabilizuoti moterų rūkymo plitimą; tuo tarpu iki 2010 m. tikėtasi vyrų, moterų ir vaikų

rūkymo paplitimą sumažinti 10 proc.; alkoholio vartojimą sumažinti 25 proc.; narkotinių medžiagų paklausą — 70 proc., o pasiūlą 80 proc.; energijos, gaunamos riebalų sąskaita, dalį sumažinti iki 30 proc., bei energijos, gaunamos iš sočiųjų riebiųjų rūgščių, dalį iki 14 proc.; laisvalaikio fiziškai aktyvių moksleivių skaičių padidinti 50 proc., o tarp jaunesnių nei 65 m. asmenų fizinį pasyvumą laisvalaikio sumažinti 30 proc. (42).

R. Žeko ir I. Večkienės teigimu, visi aukščiau išvardinti LSP numatyti tikslai, susiję su LNL ar LNLP, atitinka PSO strategijos „Sveikata 21: sveikata visiems XXI amžiuje“³ ir ES Visuomenės sveikatos ir vartotojų apsaugos 2007–2013 m. strategijos⁴ pagrindinius principus (53).

Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. V-1149 buvo patvirtinta **„Valstybinė lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos 2008–2010 metų programa“**. Šios programos paskirtis — skatinti labiausiai paplitusių LNL prevenciją ir didinti piliečių atsakomybę už savo sveikatą. Programos tikslas — taikant koordinacines, informacines bei kitas pirminės profilaktikos priemones sudaryti prielaidas mažinti RV ir LNL paplitimą Lietuvoje. Programoje buvo numatyta pasiekti šiuos rezultatus: 1. Pagerėjęs medikų informuotumas sveikos mitybos ir sveikos gyvensenos klausimais, efektyviau teikiama informacija pacientams; 2. Platesnis visuomenės išprusimas sveikos mitybos ir sveikos gyvensenos klausimais bei racionalios sveikatos išsaugojimo būdų pasirinkimas; 3. Geresnis LNL pirminės profilaktikos programų koordinavimas, suderintas ir efektyvesnis priemonių taikymas; 4. Geresnės prielaidos mažinti LNL riziką, gerinti visuomenės sveikatą bei ilgaamžiškumą (84).

2010 m. birželio 19 d. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymu Nr. V-952 buvo patvirtinta **nacionalinė mokslo programa „Lėtinės neinfekcinės ligos“**, kurios įgyvendinimas numatytas 2010–2014 m. Šia programa siekiama išaiškinti LNL poveikio gyventojams riziką ir parengti teorinius pagrindus naujai sveikatos priežiūros strategijai šalyje. Programos tikslas — gauti naujų mokslo žinių, reikalingų sergamumui, ligotumui, mirtingumui ir neįgalumui nuo Lietuvos gyventojams aktualiausių LNL mažinti, parengti šių

³ „Sveikata 21: sveikata visiems XXI amžiuje“ — 1998 m. PSO parengtas vienas svarbiausių sveikatos politikos dokumentų, kuriame akcentuojama, kad, norint įgyvendinti bendruosius sveikatos priežiūros siekius, būtina sutelkti visus sveikatos priežiūros sistemos dalyvius.

⁴ 2005 m. Komisija priėmė 2007–2013 m. bendrą sveikatos ir vartotojų apsaugos politikos strategiją „Sveikesni, saugesni, labiau pasitikintys piliečiai: sveikatos ir vartotojų apsaugos strategija“, kurioje minimi trys pagrindiniai bendri ES sveikatos ir vartotojų apsaugos politikos tikslai: 1. Apsaugoti piliečius nuo rizikos ir pavojų, kuriuos valdyti individualūs asmenys neturi galios, ir su kuriais atskiros valstybės narės negali pačios veiksmingai susidoroti (pvz., sveikatos pavojai, nesaugūs produktai, nesąžiningos prekybos būdai); 2. Padidinti piliečių sugebėjimą priimti geresnius sprendimus dėl savo sveikatos ir vartotojiškų interesų; 3. Sveikatos ir vartotojų apsaugos politikos tikslus įtraukti į pagrindinę visų Bendrijos politikos krypčių veiklą, siekiant, kad formuojant politiką sveikatos ir vartotojų apsaugos klausimams tektų didžiausias dėmesys.

ligų profilaktikos strateginius principus, sukurti tobulesnius jų prevencijos ir diagnostikos metodus. Tikimasi, kad sėkmingas mokslo programos įgyvendinimas leis tikslingiau paskirstyti lėšas LNL profilaktikai, diagnostikai ir gydymui, padės objektyviau vertinti ekonominę profilaktinių programų veiksmingumą; LNL molekulinį, genetinių, epigenetinių ir ląstelinių mechanizmų tyrimai sudarys pagrindą ankstyvajai ligų diagnostikai ir inovatyvių gydymo metodų kūrimui; sudarys pagrindą intensyviai šių metodų diegimui į klinikinę praktiką, naudojant telekomunikacijos priemones bei kuriamą respublikinį Sveikatos nuotolinės medicininės konsultacijos tinklą, taip pat stiprinant visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros integraciją. Apibendrinant siekiamus rezultatus galima teigti, kad svarbiausias šios programos tikslas — sukurti naujus moksliniais tyrimais pagrįstus LNL profilaktikos metodus, kurie leistų sumažinti gyventojų sergamumą LNL ir mirtingumą nuo jų (48).

Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430 patvirtintuose **Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse**, apibūdinant esamą Lietuvos sveikatos sistemos situaciją, minima, kad labiausiai paplitusių LNL (širdies ir kraujagyslių bei onkologinių) prevencijos programų įgyvendinimo tąsa yra vienas iš Lietuvos sveikatos politikos laimėjimų. LNLP programos įvardinamos kaip teigiamas sveikatos sistemos plėtros pokytis ir pagrindinė sveikatos sistemos stiprybė. Šiuose metmenyse, siekiant formuoti ir įgyvendinti sveikatos politiką ir tobulinti sveikatos sektoriaus reglamentavimo principus ir metodus, siūloma ir toliau įgyvendinti LNLP programas ir, siekiant sumažinti išvengiamą mirtingumą, koreguoti atskiras LNL profilaktikos programas (44).

Matyti, kad apžvelgtuose Lietuvos sveikatos politiniuose dokumentuose LNL skiriamas nemažas dėmesys. Vis dėl to, negalima pamiršti, kad strateginiai sveikatos politikos dokumentai dažnai taip ir lieka dokumentais, kurių nepavyksta įgyvendinti. Tai galima pailiustruoti jau minėtos LSP pavyzdžiu: kaip nurodoma NST metiniame pranešime, planuoti LSP rezultatai nebuvo pasiekti, nes buvo vykdoma ne ligų prevencija, o tik ligų diagnostika ir gydymas. Be to, pastebimas programos investicijų disbalansas tarp gydymo kokybės gerinimo ir profilaktinių priemonių, kadangi beveik visos programai skirtos lėšos buvo naudojamos tik asmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros ir gydymo kokybės gerinimui. Pažymima, kad LSP nebuvo integruoto, koordinuoto veiksmų plano, skirto visų LNL profilaktikai (51).

Apibendrinant, galima daryti išvadą, kad Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinime, būtina didesnę dėmesį skirti LNLP, paverčiant tai ne tik nevyriausybiniu, bet ir valstybiniu sektoriaus atsakomybe, mobilizuojant visą visuomenę ir įtraukiant verslo sektorių. Taip pat

darytina išvada, kad Lietuvai šiai dienai trūksta gerosios praktikos pavyzdžiais pagrįstos bei pasaulinius sveikatos politikos dokumentus atitinkančios nacionalinės LNLP programos.

3.2. Nevyriausybinių organizacijų įtaka lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai: Pasaulio sveikatos organizacijos požiūris ir Lietuvos patirtis

PSO dokumente „Sveikata 21: sveikata visiems XXI amžiuje“ nurodyta, kad įgyvendinant pagrindinius Europos sveikatos politikos tikslus, yra būtinas tarpžinybinis bendradarbiavimas — NVO įsitraukimas į nacionalinę sveikatos politikos uždavinių sprendimą (28). Partnerių sutelkimas sveikatos tikslams yra vienas iš svarbiausių tikslų, siekiant sveikatos visiems. Lankstesnių mechanizmų dialogams su NVO užtikrinimas, skatina NVO, kaip vieno reikšmingiausių partnerių visuomenės sveikatinimo procesuose, dalyvavimą sveikatos problemų sprendime.

PSO yra ne kartą pabrėžusi pilietinės visuomenės svarbą sveikos gyvensenos skatinimo veiklose bei akcentavusi unikalias NVO galimybes įtakoti politinių sprendimų priėmėjus. PSO bendradarbiavimo su NVO istorija, puoselėjant visuomenės sveikatą, yra ilga ir turtinga, apimanti įvairias sanitarijos, pirmosios pagalbos teikimo, švietimo, sveikatos profesionalų kvalifikacijos tobulinimo ir kitas veiklas. Bendradarbiavimas su nevyriausybinio sektoriumi aiškiai įvardinamas PSO Konstitucijoje ir apibrėžiamas 1987 m. PSA suformuotuose „PSO santykių su nevyriausybinių organizacijomis principuose“. Kaip teigiama šiuose principuose, PSO ir NVO bendradarbiavimo dėka, yra populiarinami pasaulinės reikšmės politiniai, strateginiai dokumentai ir programos bei spartinamas jų įgyvendinimas. NVO padeda PSO siekti savo tikslų nacionaliniu, regioniniu ir pasauliniu lygmeniu, palaikydamos harmoningus santykius su skirtingų sektorių atstovais (87). Bendradarbiavimas gali būti formalus ir neformalus, tačiau tik tarptautinės NVO gali oficialiai įteisinti savo bendradarbiavimą. Tokia veikla pagrįsta 3 metų trukmės veiklos plano sudarymu bei rengiamomis ataskaitomis. Neformaliais santykiais grįstas bendradarbiavimas nėra taip tiksliai apibrėžtas ir nesuteikia galimybės įtakoti PSO priimamų politinių sprendimų, tačiau neatima teisės iš NVO dalyvauti PSO rengiamose darbo grupėse, konferencijose ir kituose renginiuose (8).

PSO teigimu, auganti NVO reikšmė visuomenės sveikatos kontekste, atveria naujas galimybes siekiant bendrų tikslų, todėl šio sektoriaus integravimas į PSO veiklas yra būtinas, siekiant kartu atremti XXI a. iššūkius (87).

Ekspertų nuomone, valstybinio ir nevyriausybinių sektoriaus bendradarbiavimą tiksliausia nukreipti dvejomis kryptimis: pirma, remti tas iniciatyvas, kurios sustiprina plačiosios visuomenės ir politikų sveikatos žinias, susijusias su keturiais pagrindiniais LNL rizikos faktoriais: rūkymu, nesaikingu alkoholio vartojimu, netinkama mityba ir nepakankamu fiziniu aktyvumu; antra, remti tas iniciatyvas, kurios praplečia patikimos informacijos prieinamumą, neutralizuodamos nuolat skleidžiamą neigiamą tabako, alkoholio ir maisto pramonės informaciją (47).

Kalbant apie NVO išitraukimą į kovą su LNL, pasaulinio masto geroji praktika nėra gausi. Vienu geriausių pavyzdžių galima laikyti PSO Tabako kontrolės pagrindų konvenciją, pirmąjį legalų instrumentą, sukurtą siekiant sumažinti su tabako vartojimu susijusių mirčių skaičių ir ligas (67). Šio dokumento parengimo, tobulinimo ir derybų procese NVO suvaidino lemiamą vaidmenį (7). Dėl šios priežasties šiame darbo skyriuje toliau aprašomi pasaulio ir Lietuvos gerosios praktikos pavyzdžiai: PSO ir NVO bendradarbiavimo patirties rezultatai — PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencija ir Tabako kontrolės pagrindų konvencijos aljansas bei Lietuvos visuomeninio sektoriaus įtraukimo į sveikatos politiką pavyzdys — Nacionalinė sveikatos taryba.

PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencija. 2003 m. gegužės 21 d., 56-tosios PSA metu, Ženevoje priimta PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencija (Konvencija). Konvencija — pirmasis tarptautinis dokumentas, nustatantis visoms šalims bendrus minimalius tabako kontrolės politikos reikalavimus, reglamentuojančius tabako gaminių paklausos, pasiūlos mažinimą ir laisvos nuo tabako dūmų aplinkos kūrimą. Šiuo svarbiausiu rūkymo prevencijos politiką reglamentuojančiu teisės aktu siekiama, kad visame pasaulyje būtų vieningai imtasi priemonių, skirtų tabako vartojimo paplitimo ir žalos žmonių sveikatai mažinimui tarptautiniu mastu. Viena iš Konvencijos atsiradimo priežasčių — poreikis bendromis šalių pastangomis siekti pokyčių, kadangi tabako paplitimą lemiantys veiksniai, negali būti pažaboti pavienių šalių iniciatyvomis (92).

Šiuo metu iš 192 PSO šalių narių Konvenciją yra ratifikavusios 174 šalys (18). Lietuvos Respublikos įstatymas dėl Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencijos ratifikavimo pasirašytas dar 2004 m. rugsėjo 28 d. (40). Kaip matyti, tokio tarptautinio dokumento atsiradimas bei jį ratifikavusių šalių skaičius tabako vartojimo problemą pasaulio mastu kilsteli į naują lygmenį. Visos Konvenciją palaikančios šalys pripažįsta, kad „tabako epidemijos plitimas yra pasaulinė problema, turinti sunkių pasekmių visuomenės sveikatai ir reikalaujanti kuo platesnio tarptautinio masto bendradarbiavimo bei veiksmingo, tinkamo ir visapusiško visų valstybių reagavimo“ (85).

Konvencijoje išdėstomi tik bendro pobūdžio tabako kontrolės tikslai ir principai, todėl ilgainiui šalyse parengiami protokolai, nustatantys konkretesnius įsipareigojimus. 2012 m. planuojama parengti protokolą dėl neteisėtos prekybos tabako gaminiais, kuris papildys Konvencijos 15 straipsnio „Neteisėta tabako gaminių prekyba“ nuostatas. Siekiant geriau apsaugoti žmonių sveikatą, šalys skatinamos įgyvendinti ir kitas priemones, ne tik tas, kurių reikalaujama šioje Konvencijoje ir jos protokoluose. Taigi jokia dokumento nuostata nekliudo šaliai taikyti griežtesnius reikalavimus, neprieštaraujančius Konvencijos nuostatoms ir atitinkančius tarptautinę teisę (88).

Šiame dokumente taip pat suformuotas tarptautinės bendruomenės požiūris į tabako pramonę ir jos lobistines⁵ veiklas. Konvenciją pasirašiusios šalys pripažino, kad pasaulinė tabako pramonė vis smarkiau skverbiasi į besivystančias šalis, ir aiškiai įvardino poreikį apsaugoti įstatymo leidėjus nuo šios verslo struktūros poveikio: nuo komercinių ir kitų tabako pramonės interesų. Konvencijoje akcentuojama tabako pramonės nuolatinės stebėsenos svarba, kuri padėtų laiku pastebėti pramonės ketinimus pakirsti ar susilpninti tabako kontrolę.

Kaip nurodoma Konvencijos Preambulėje, pasirašančios šalys pabrėžia NVO ir kitų pilietinės visuomenės narių, nesusijusių su tabako pramone, tarp jų sveikatos priežiūros profesinių organizacijų, moterų, jaunimo, aplinkos apsaugos ir vartotojų grupių, akademinių ir sveikatos priežiūros institucijų konkretų indėlį į nacionaliniu bei tarptautiniu mastu vykdomą tabako kontrolę ir jų dalyvavimo šioje srityje svarbą. Be to, siekdamos šios Konvencijos ir jos protokolų tikslų bei įgyvendindamos jos nuostatas, šalys *inter alia* vadovaujasi principu, kad pilietinės visuomenės dalyvavimas turi esminę reikšmę (88). Tai parodo, kad NVO įtaka ir indėlis tabako kontrolės srityje yra didžiulis.

Ataskaitoje „2010 global progress report on the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control“ nurodoma, kad praėjus penkeriems Konvencijos įgyvendinimo metams, teigiamos tendencijos yra akivaizdžios. Daugiau nei pusė esminių Konvencijos straipsnių pasiekė aukštą įgyvendinimo lygį: daugiau nei du trečdaliai ataskaitas pateikusių šalių teigia, kad įgyvendino pagrindinius įsipareigojimus pagal šiuos straipsnius, o pusė iš šalių teigia, kad įgyvendino daugiau nei 80 proc. Numatytų priemonių. Įgyvendinimo rodikliai skirtingoms tabako kontrolės priemonėms — skiriasi. Šalių teigimu, geriausių

⁵ Įrodyta, kad tabako pramonė, siekdama išvengti savo produktų reguliavimo: vykdo viešųjų ryšių kampanijas; klastoja mokslinių tyrimų duomenis ir perka ekspertų nuomonę, kad būtų sukompromituoti jau įrodytus faktus apie tabako gaminių žalą; finansuoja politines partijas; samdo lobistus; priešintis tabako kontrolės priemonėms pasitelkia kitų pramonės šakų atstovų grupes, kurių padedami siekia savanoriškų elgesio kodeksų įtvirtinimo ir siekia silpnusių įstatymų priėmimo; papirkinėja valstybės pareigūnus. Šiuo metu viešai prieinamai tabako pramonės dokumentai atskleidžia 50 metų sąmokslą „kaip pasipriešinti rūkymo apribojimams, atkurti rūkančiųjų pasitikėjimą ir išsaugoti atsakomybę už produktą (73).

rezultatų pasiekta įgyvendinant straipsnius, kalbančius apie aplinkinių apsaugą nuo priverstinio kvėpavimo tabako dūmais, tabako gaminių pakuotes ir etiketes, nepilnamečius pardavėjus ir pirkėjus, švietimą, ryšius, mokymąsi ir visuomenės informavimą. Rodikliai išliko maži įgyvendinant tabako gaminių sudėties reguliavimą, ribojant reklamą, pardavimo skatinimą ir rėmimą bei kitas priemones (22).

Kalbant apie Konvencijos ir NVO santykį Lietuvoje, būtina paminėti, kad tiek šio dokumento ratifikavimo klausimas, tiek Konvencijos straipsnių vykdymas yra nuolatinių NVO pastangų vaisius. Šis sektorius atlieka savotišką „sarginio šuns“ vaidmenį: atlieka tabako pramonės ir jos remiamų organizacijų stebėseną, nuolat primena politinių sprendimų priėmėjams Konvencijoje numatytas priemones ir skatina jų įgyvendinimą.

Tabako kontrolės pagrindų konvencijos aljansas. Atsižvelgdama į pilietinės visuomenės svarbą, 1999 m. PSO skyrė dotaciją Jungtinėje Karalystėje įsikūrusiai organizacijai ASH (Action on Smoking and Health), kad ši identifikuotų, kaip įtraukti NVO į Konvencijos derybas. ASH mobilizavo tabako kontrolės srityje veikiančias NVO, sujungdama jas į vieną tinklą, kuris plėtodamasis 2000 m. tapo Tabako kontrolės pagrindų konvencijos aljansu (Aljansu) (29). Aljansas šiuo metu vienija 350 NVO iš daugiau nei 100 pasaulio šalių. Jam priklauso trys organizacijos iš Lietuvos: Nacionalinė tabako ir alkoholio kontrolės koalicija, Kauno jaunimo narkologijos pagalbos centras, Lietuvos nerūkančiųjų asociacija.

Pagrindinis šios organizacijos tikslas — mažinti rūkymo paplitimą bei su tuo susijusių ligų ir mirčių skaičių pasaulyje. Tai NVO iš viso pasaulio susivienijimas, kurio misija — sukurti ir įgyvendinti efektyvios tabako kontrolės pagrindus. M.E. Keck ir K. Sikkink tokią daugiašalį advokatūros (advocacy) tinklą apibūdina kaip „tiesiogiai susijusių narių, kurie dirba tarptautiniu mastu, siekiant įveikti konkrečią problemą, turi bendras vertybes, požiūrį ir dažnai keičiasi informacija, nuolatinį bendradarbiavimą“ (33).

Siekiant užsibrėžtų tikslų, Aljansas suformavo strateginius prioritetus: 1) skatinti ir remti efektyvios tabako kontrolės plėtrą pasaulyje kaip pasaulio sveikatos prioritetą, įgyvendinant Konvenciją, jos protokolus ir gaires; 2) stiprinti ir įtakoti Konvencijos raidą; 3) sutelkti ir sustiprinti regioninius pilietinės visuomenės pajėgumus remiant Konvenciją; 4) stebėti Konvencijos, jos protokolų ir gairių įgyvendinimą; 5) stiprinti Aljanso institucinius gebėjimus, kad strateginiai prioritetai būtų įvykdyti; 6) stebėti tabako pramonės veiklą (19).

Nors derybos dėl Konvencijos įgyvendinimo vyko tik su vyriausybių atstovais, NVO taip pat vaidino svarbų vaidmenį Konvencijos derybose (11). Aljansas nebuvo oficialus derybų dalyvis, tačiau šį procesą įtakėjo įvairiais metodais. Visų pirma, derybų metu Aljansas

kasdien rengė ir platino informacinį biuletenį (*the Alliance bulletin*), kuris derybų dalyvius informavo apie mokslinių tyrimų duomenimis, atremdavo tabako pramonės argumentus, atskleisdavo jos taktikas, teikiamą melagingą informaciją ir kt. Aljanso iniciatyva virš Konvencijos derybų kabineto buvo pakabintas laikrodis, kuris rodė kiekvieną dieną nuo tabako vartojimo sukeltų ligų mirštančiųjų skaičių. Aljanso sukurtos ir nuolat platintos pozicijos, naujienlaiškiai, sukurta internetinė svetainė informavo visuomenę ir žiniasklaidą apie Konvenciją ir jos įgyvendinimą. Tai leido atkreipti deramą visuomenės ir, žinoma, žiniasklaidos dėmesį ne tik į tabako vartojimo problemą, bet ir LNL paplitimą pasaulyje (19). Be to, Aljanso nariai, nuolat akcentuodami, kad rūkymas daro didžiulę įtaką ne tik visuomenės sveikatai, bet ir šalių ekonominiam gerbūviui, nuolat teikė savo pozicijas šalių delegatams, tiesiogiai bendravo su jais (71). Matyti, kad nors ir tiesiogiai nedalyvaudamas procese Aljansas, motyvavęs ir mobilizavęs pilietinę visuomenę visame pasaulyje, Konvencijos svarstyme buvo itin svarbus derybų dalyvis, įtakojęs politinių sprendimų priėmimo procesą.

Aljansui pavyko pasiekti, kad įvairios patirties visose tabako kontrolės srityse turinčios NVO netiesiogiai dalyvautų Konvencijos derybų posėdžiuose ir turėtų galimybę įtakoti jos protokolus ir įgyvendinimo gaires. Siekiant įtraukti ir mažas pajamas gaunančias šalis, kuriose tabako vartojimo problema paprastai aktualiausia, joms buvo suteikta finansinė parama (19). Svarbiausiais Aljanso pasiekimais visgi reikėtų laikyti mokslu pagrįstos Konvencijos ir jos įgyvendinimo gairių sukūrimą bei suteiktą pagalbą šalims ratifikuojant šį dokumentą. Nors Aljansui nepavyko pasiekti, kad Konvencija būtų ne rekomendacinio, o privalomojo pobūdžio dokumentas, šalių vyriausybėms tabako kontrolė tapo svarbiu darbotvarkių klausimu.

Po to kai Konvencija buvo priimta, Aljansas nukreipė savo pastangas į jos ratifikavimą ir Konvencijos laikymosi stebėseną (64). Aljanso sukurti stebėjimo ir ataskaitų teikimo įrankiai įpareigojo vyriausybes būti atskaitingomis už savo įsipareigojimus.

Aljanso dalyvavimas derybose politologiniu aspektu, yra svarbus tuo, kad parodo NVO įtaką politinių sprendimų priėmimui. NVO turi būti įtrauktos į tarptautines derybas visuomenės sveikatos klausimais, kad galėtų nacionaliniu ir regioniniu lygmeniu skleisti mokslinę informaciją, suteikdamos vienodas žinias visiems derybininkams (71). Pabrėžtina tai, kad pačiame Konvencijos dokumente įrašyta — „Pilietinės visuomenės įsitraukimas į Konvencijos ir jos protokolų tikslų siekimą yra būtinas“ (88).

Apibendrinant galima teigti, kad Aljansas — vienas geriausių pavyzdžių, parodantis, kaip NVO, turėdamos bendrą tikslą sumažinti rūkymo paplitimą bei su tuo susijusių ligų ir

mirčių skaičių pasaulyje, gali sukurti glaudžius darbo santykius su PSO ir šalių vyriausybėmis (19). Aljanso, kaip nevyriausybinių sektoriaus dalyvio, pasiekti rezultatai Konvencijos derybose iliustruoja NVO galią, darant įtaką politinių sprendimų priėmėjams JT sistemos viduje (71).

Įvardinti pasaulinės praktikos pavyzdžiai atskleidžia, kad NVO yra vertingi valstybinio sveikatos apsaugos sektoriaus partneriai, atstovaujant visuomenės grupių interesams bei teikiant visuomenines paslaugas. Nors LSP prioritetas tikslas ir uždaviniai yra orientuojami į ligų profilaktiką ir sveiką gyvenseną, o tokius siekius įgyvendinant turėtų aktyviai dalyvauti ir NVO, realiai įvertinti jų aktyvumą sudėtinga. Lietuvoje nėra atlikta tyrimų, kurie galėtų atskleisti NVO įsitraukimą į sveikos gyvensenos skatinimo veiklas. Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) teigimu, tokių organizacijų skaičius didėja, be to, daugėja aktyvių NVO iš Lietuvos rajonų ir kaimo vietovių (55). Tokia išvada daroma atsižvelgiant į nuo 2006 m. vykdomos Nevyriausybinių organizacijų, dalyvaujančių sveikatinimo veikloje, skatinimo programos⁶ populiarumą: 2006 m. konkurse sulaukta 46 paraiškų, 2008 m. — 164 paraiškų, 2011 m. — 93 paraiškos. Visgi, turima informacija neleidžia daryti konkrečių išvadų apie NVO įsitraukimą į sveikatos apsaugą nacionaliniu lygiu, todėl darbe apsiribojama konkrečia gerosios praktikos pavyzdžio — Nacionalinės sveikatos tarybos — aprašymu.

Nacionalinė sveikatos taryba. Atkuriamasis LR Seimas 1991 m. patvirtino Lietuvos Nacionalinę sveikatos koncepciją, kuri buvo parengta remiantis PSO „Sveikata 21: sveikata visiems XXI amžiuje“ principais. Pagrindine nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo strategine kryptimi įvardintas sveikatos išsaugojimo, jos stiprinimo ir ligų profilaktikos prioritetas. Pastarųjų efektyvumą užtikrinti turi valstybė, įtraukdama „visas socialines-ekonomines struktūras ir tuo sudarydama būtinas sąlygas visuomenei bei kiekvienam jos nariui sveikai gyventi“. Koordinuoti praktinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą pavesta SAM, o tarpsektorinio — tarpžinybinio bendradarbiavimo darbams koordinuoti suformuota nepriklausoma nuo SAM institucija (50). Taigi įgyvendinant Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimą Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos Nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, Lietuvos Respublikos Seimas 1998 m. birželio 16 d. nutarimu Nr. VIII-798 įsteigė Nacionalinę sveikatos tarybą (NST) (54).

⁶ 2011 m. gegužės 5 d. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-522 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. balandžio 24 d. įsakymo Nr. V-318 „Dėl nevyriausybinių organizacijų, dalyvaujančių sveikatinimo veikloje, skatinimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo pakeistas šios programos pavadinimas. Toliau šiame darbe naudojamas naujas programos pavadinimas - Nevyriausybinių organizacijų, dalyvaujančių sveikatos stiprinimo veikloje, skatinimo programa.

Pagrindinis NST tikslas — skatinti visuomenės sveikatos plėtrą, ligų profilaktiką, užtikrinti visuomenės dalyvavimą, sprendžiant sveikatos problemas, bei koordinuoti įvairių institucijų bendradarbiavimą šiais klausimais. Pagrindinio tikslo įgyvendinimo NST sieks vertindama, analizuodama ir teikdama siūlymus visų lygių valdžios ir valdymo institucijoms apie gyventojų sveikatingumo raidos tendencijas, sveikos gyvensenos skatinimo veiklos tikslus, privalomojo sveikatinimo veiklos mastus bei kitus su sveikatos politikos formavimu bei visuomenės sveikata susijusius dalykus (54).

NST, Lietuvos Respublikos Seimo įsteigta ir jam atskaitinga sveikatos politikos vertinimo ir formavimo patariamoji institucija, turi įgaliojimus svarstant problemas įtraukti visus visuomenės socialinius–ekonominius sektorius, kurie, kaip ragina 1992 m. patvirtinta Maastrichto sutartis⁷, privalo prisiimti atsakomybę už savo gyventojų sveikatą (49). Nors NST turi iš trijų asmenų sudarytą sekretoriatą, kuris administruoja NST veiklą ir yra išlaikomas LR valstybės biudžeto lėšomis, visi NST nariai dirba visuomeniniais pagrindais. Dėl šios priežasties ir dėl NST sudėties ypatumų⁸ šią instituciją galima vertinti kaip NVO, o atsižvelgiant į NST uždavinių svarbą bei turimas funkcijas, galima daryti išvadą, kad tai viena stipriausių Lietuvos sveikatos politiką įtakančių NVO.

V. Grabauskas, J. Klumbienė, J. Petkevičienė ir kitų mokslininkų teigimu, viena iš didžiausių kliūčių, siekiant sumažinti LNL paplitimą šalyje, yra sveikatos tarpsektorinio bendradarbiavimo stoka, todėl būtina, kad visi sektoriai imtųsi reikiamų veiksmų (25). NST atlikdama tarpsektorinio bendradarbiavimo koordinatoriaus vaidmenį, neabejotinai daro įtaką ir LNL situacijai. Siekiant geriau suprasti valstybinio ir nevyriausybinių sektorių bendradarbiavimo galimybes ir tam išskylančias kliūtis, reikalinga apžvelgti Lietuvos NVO sampratą ir veiklos principus, paminėti svarbiausius istorinės raidos etapus ir glaustai susipažinti su šio sektoriaus reglamentavimo ypatybėmis.

⁷ Maastrichto sutartyje, įsigaliojusioje 1993 m., Europos Sąjungos valstybės narės pirmą kartą numatė imtis bendrų priemonių sveikatos apsaugos sektoriuje. Sutarties 129 straipsnyje „Visuomenės sveikata“ valstybės narės įsipareigojo žmonių sveikatos aukštą lygį užtikrinti nustatant ir įgyvendinant visas Bendrijos politikos ir veiklos kryptis.

⁸ NST sudėtis tvirtinama Seimo Sveikatos reikalų komiteto teikimu ir ją sudaro 17 narių: penki Lietuvos savivaldybių asociacijos deleguoti bendruomenių sveikatos tarybų atstovai; keturi Seimo Švietimo, mokslo ir kultūros, Socialinių reikalų ir darbo, Aplinkos apsaugos ir Ekonomikos komitetų deleguoti švietimo, socialinių reikalų, aplinkosaugos ir ūkio specialistai; trys Seimo Sveikatos reikalų komiteto deleguoti asociacijų, ginančių visuomenės sveikatos interesus, atstovai; penki Seimo Sveikatos reikalų komiteto deleguoti visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, iš kurių trys mokslo ir studijų institucijų, rengiančių sveikatos priežiūros specialistus, atstovai (54).

3.2.1. Nevyriausybinių organizacijų samprata ir veiklos principai

Visuotinai pripažįstama, kad stipri pilietinė visuomenė — kiekvienos valstybės demokratijos ir pažangos pagrindas. Piliečių aktyvumas šiuolaikiniame valstybės valdymo ir administravimo procese apima daug krypčių: politinį dalyvavimą, dalyvavimą savanoriškose organizacijose, religinį dalyvavimą, socialinius judėjimus. Remiantis politikos mokslų klasikais G.A. Almond ir S.Verba, pilietinis dalyvavimas yra pagrindinis bruožas, skiriantis demokratines valstybes nuo nedemokratiškas (2). Pilietinės visuomenės plėtra gali būti vertinama pagal tai, kokią įtaką šalyje turi ir koku mastu veikia NVO, kitaip dar žinomos visuomeninių, trečiojo sektoriaus, ne pelno, pilietinių organizacijų vardu. Remiantis tokiu požiūriu, NVO galima apibrėžti kaip „laisva piliečių valia įkurtą demokratine organizaciją, kuri tarnauja visuomenės ar jos grupių labui, nesiekia pelno ar tiesioginio dalyvavimo valstybės valdyme“ (57). Reikia paminėti, kad egzistuoja ir kitoks požiūris į NVO ir visuomenės gerbūvio kūrimo santykį: vertinant galimą NVO indėlį į visuomeninį gyvenimą negalima pamiršti nevyriausybinių sektoriaus įvairumo. Kaip pastebi R. Žiliukaitė, altruistinės NVO veiklos nederėtų suabsoliutinti: „nors dažnai teigiama, jog pirminis nevyriausybinių organizacijų arba savanoriškų organizacijų tikslas yra tarnauti bendruomenei, visuomenei, ši nuostata gali būti klaidinga. Tokios organizacijos gali būti kuriamos siaurai asmenų grupei tarnauti ar siauras paslaugas teikti“ (72). Siekiant gilesnės NVO sampratos analizės yra tikslinga plačiau patyrinėti šio apibrėžimo problematiką.

Nors, NVO sąvoka pirmą kartą panaudota JT rezoliucijoje 1950 m., tačiau iki šių dienų vieningo apibrėžimo ir klasifikacijos taip ir nebuvo sukurta. NVO dažnai įvardijamos kaip „nepelno“, „savanoriškos“, „pilietinės“, „visuomeninės“, „trečiojo sektoriaus“ organizacijos (6). Pastaruoju metu Lietuvoje vis labiau plinta Vakaruose pamėgtas terminas *nevyriausybinių organizacija*, kuris išstumia visuomeninės organizacijos sąvoką, kai kam keliančią neigiamas asociacijas (72). Šis terminas yra aiškiai įsigalėjęs ir dažniausiai vartojamas terminas, kuriuo pabrėžiamas NVO nepriklausomumas nuo valdžios institucijų (13). Būtent NVO terminas dabar plačiai vartojamas tiek teisinėje, tiek bendrinėje kalboje, o pačios NVO savo dydžiu, veiklos pobūdžiu, apimtimi, tikslais ir kitais bruožais yra tokios įvairios, kaip ir diskusijos dėl paties NVO apibrėžimo.

Įvairūs autoriai skirtingai apibrėžia NVO, paprastai išskirdami tam tikras visoms joms taikytinas savybes ir bruožus. L. Salamon NVO apibrėžia kaip ekonomine ir socialine plėtra užsiimančias organizacijas, veikiančias principu „iš apačios į viršų“ (ang. grass-roots) (72). W.T. Dichter išskiria tris pagrindinius bruožus, kurie yra būdingi daugeliui NVO, tai —

savivalda, savanoriškumas, vertybės ir ideologija, kaip pagrindinis veiklos motyvas (12). Panašūs NVO kriterijai minimi ir Chartijos dėl nevyriausybinių organizacijų statuso Europoje projekto pirmame straipsnyje (66). Pastarajame, vietoje W.T. Dichter minimo ideologinio aspekto, atsiranda pelno neskirstymas ir jo naudojimas tik savo tikslams.

Knygoje „Global Civil Society. Dimension of the Nonprofit Sector“ išskiriami tokie pagrindiniai NVO būdingi bruožai:

- tai yra institucinį statusą ir struktūrą turinčios organizacijos;
- jos yra įkurtos privačia iniciatyva, t.y. instituciškai atskiros nuo valstybės;
- jos yra pelno nesiekiančios, t.y. gautas pajamas skiria organizacijos veiklai, bet ne įkūrėjų asmeninėms reikmėms;
- jos veikia savivaldos principu, t.y. jos yra autonomiškos ir jų veiklos tiesiogiai nekontroliuoja valstybė;
- jos yra savanoriškos, t.y. narystė ir darbas jos bei organizacijos veiklos rėmimas vyksta savanoriškumo principu (71).

Atsižvelgiant į tokius literatūroje aptinkamus NVO bruožus, galima daryti išvadą, kad pagrindiniai kriterijai, apibūdinantys šias organizacijas yra institucionalizavimas, privatumas, pelno neskirstymas, savivalda, savanoriškumas. Šiais plačiai pripažįstamais kriterijais, buvo norima suteikti terminui vieningesnę interpretavimą ir apibrėžtesnę prasmę (76).

Lietuvoje taip pat nėra vieningo NVO apibrėžimo. Po ilgų diskusijų, 2007 m. Nevyriausybinių organizacijų reikalų komisijos posėdžio dalyviai suformulavo tokį NVO apibrėžimą: „Nevyriausybinių organizacijų — visuomenės naudai Lietuvoje veikiantis, savarankiškas, nuo valdžios ir verslo nepriklausomas, pelno ir valdžios rinkimuose nesiekiantis, savanoriškumo pagrindu įsteigtas viešasis juridinis asmuo“ (59). Siekiant atriboti NVO terminą nuo kitų ir suformuoti vienodą visuomenės ir įstatymų leidėjo supratimą, kas yra, o ypač kas nėra, NVO, vientisas NVO apibrėžimas yra tiesiog būtinas. Ekspertų teigimu, būtina ir toliau šį terminą vartoti Lietuvos įstatymų leidyboje ir sąmoningai vengti kitų konkuruojančių terminų tam, kad būtų sukurtos NVO termino vartojimo tradicijos teisėkūroje (62).

Lietuvių autoriai, remdamiesi nacionaliniu kontekstu, išskiria šiuos pagrindinius NVO bruožus:

- tai tarpinė grandis tarp individų ir valdžios institucijų;
- ugdo savo narių organizacinius sugebėjimus, naujus darbo įgūdžius ir suteikia galimybę jų saviraiškai;

- padeda tradiciškai atstumtoms ir nereprezentuojamoms grupėms dalyvauti visuomenės gyvenime;
- padeda valdžios institucijoms teikti paslaugas įvairioms visuomenės grupėms (13).

NVO lankstumas leidžia įvairiomis kryptimis plėtoti bendradarbiavimą su kitų sektorių atstovais. NVO bendradarbiavimas daugiausiai vykdomas dvejomis kryptimis — NVO bendradarbiauja tarpusavyje ir plėtoja santykius su valstybinėmis įstaigomis bei institucijomis. V. Baršauskienės, E. Butkevičienės ir E. Vaidelytės teigimu, NVO plėtodamos tarpusavio bendradarbiavimą, grindžia jį atvirumu, pasitikėjimu ir tolerancija; atvirai ir geranoriškai su partneriais dalijasi reikalinga informacija, o esant reikalui, užtikrina tokios informacijos konfidencialumą; savo rėmėjus, narius, partnerius, klientus ir visuomenę deramai informuoja apie savo tikslus, veiklas, prioritetus, pasiekimus ir patirtį; sukuria ir įdiegia NVO savireguliacijos mechanizmą, etikos taisykles; išplėtoja savanorišką veiklą; užtikrina savo veiklos skaidrumą; aktyviai dalyvauja formuojant ir įgyvendinant viešąją politiką bei užtikrinant pilietinę valdžios priežiūrą; gerina savo darbuotojų ir savanorių kvalifikaciją ir visuomenei teikiamų paslaugų kokybę (6).

NVO ir valstybinių institucijų bendradarbiavimo svarba visuomenei yra nenuginčijama. Pabrėžtina tai, kad tarpsektorinis bendradarbiavimas gerokai skiriasi nuo prieš tai apibūdinto NVO tarpusavio bendradarbiavimo. Teigiama, kad per ilgą laiką susiklostė keli valstybinių institucijų ir NVO santykių pagal paslaugų finansavimą, teikimą ir valdymą modeliai: valdžios dominavimo modelis, NVO dominavimo modelis bei trečiasis — bendradarbiavimo modelis. Paprastai, vienas NVO ir valstybinių institucijų bendradarbiavimo modelis nėra taikomas: dažniausiai tarpusavyje derinami keli. Pagrindinėmis bendradarbiavimo sritimis laikoma: socialinių paslaugų teikimas, sveikatos apsauga, mokymas ir švietimas, aplinkos apsauga, kultūra ir menas, sportas ir turizmas (9).

A. Kučiko nuomone, NVO ir viešojo sektoriaus bendradarbiavimui iškyla tokios kliūtys:

- NVO linksta pervertinti savo jėgas, sureikšminti savo vaidmenį ir galimybes;
- NVO skuba prisitaikyti prie finansinę paramą teikiančių institucijų prioritetų;
- NVO tarpusavio bendradarbiavimui trūksta motyvacijos;
- NVO trūksta profesionalų;
- Viešajam sektoriui būdingas per didelis noras, naudojantis NVO pajėgomis, išspręsti sudėtingas socialines problemas;
- Viešojo sektoriaus nelankstumas bendradarbiaujant su NVO;

- Neadekvatūs viešojo sektoriaus reikalavimai dėl NVO veiklos kokybės, kiekybės ir rezultatų;
- Nepakankamas tiek viešojo sektoriaus, tiek NVO įsitraukimas į veiklos ir paslaugų bei sprendimų priėmimo procesus, negebėjimas nustatyti tinkamiausių atskiriems sektoriams atstovaujančių organizacijų (35).

Darbo autorės nuomone, be šių bendradarbiavimui išskylančių kliūčių, reikėtų paminėti ir abipusio nepasitikėjimo problemą, kurią didele dalimi nulemia vis dar plačiai vyraujantis supratimas, kad pagrindinis NVO tikslas inicijuojant bendradarbiavimą su valstybiniu sektoriumi — lėšų poreikis. Dažnai išankstinės nuostatos gali užkirsti kelią bendroms iniciatyvoms, nereikalaujančioms jokių finansinių resursų.

Apibendrinant šiame poskyryje aptartą NVO sampratą ir apžvelgtus pagrindinius NVO bruožus, galima teigti, kad NVO gali būti suprantamos siaurąja ir plačiąja prasme: plačiąja prasme NVO — tai bet kuri pelno nesiekianti organizacija, kurios tiesiogiai nekontroliuoja valdžios institucijos; siaurąja prasme — tai nepriklausomi nuo valstybės ar savivaldybės institucijų ir pelno savo dalyviams neskirstantys juridiniai asmenys, kurie savo tikslų siekia pagal iš esmės nustatytą vidaus tvarką, ir kurių nariais arba dalyviais tampama ne dėl įstatymų reikalavimų ar kitų esminių objektyvių aplinkybių. Šiame darbe vadovaujamasi būtent siaurąja NVO samprata.

3.2.2. Nevyriausybinių organizacijų raida Lietuvoje

Lietuvoje egzistuoja gilios savanoriškos veiklos tradicijos, pagrįstos krikščioniška pasaulėžiūra. NVO raida Lietuvos visuomenėje prasidėjo XVIII a. pab., kuomet Lietuvos Didžiosios Kunigaikštystės saulėlydyje ėmė steigtis įvairios asociacijos, draugijos, ložės, klubai ir kiti formalūs ir neformalūs socialiniai junginiai. Jau tarpukario nepriklausomoje Lietuvoje veikė daugybė įvairiausia veikla užsiimančių savanoriškų organizacijų. Daugumos jų veikla buvo susijusi su socialine globa ir parama: aktyviai veikė paramos ir labdaros, kultūros ir švietimo organizacijos, gausios buvo profsajungos, platų NVO tinklą turėjo žydų bendruomenė. Taigi, vienas pirmųjų pilietinės visuomenės rūpesčių buvo labdaros arba filantropijos organizavimas. Verta akcentuoti tai, kad Sovietmečiu dalis NVO veikė pogrindyje ir realaus savarankiškumo neturėjo, kita dalis veikė užsienyje (76).

Į istorinę NVO raidą galima žvelgti labai plačiai, tačiau šiame darbe susitelkiama ties NVO sektoriaus raida atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, kadangi būtent tada buvo atgaivinta daugelis tarpukario Lietuvos organizacijų, suaktyvėjo įvairių naujų organizacijų steigimosi

procesas, kurį įtakojo tiek Lietuvos piliečių iniciatyva, tiek užsienio šalių analogiškų organizacijų pavyzdys bei parama.

Atgavus Nepriklausomybę, po truputį ėmė ryškėti NVO veiklos profilis, veiklos laukas, didėjo jų atsakomybės ir įsipareigojimai visuomenei (13). Tuo metu dalis NVO lėšų savo veiklai plėtoti pradėjo gauti iš užsienio paramos fondų, tačiau dauguma jų lėšas stengėsi gauti iš vietinės arba centrinės valdžios, dažnai nurodydamos tik abstrakčius siekius, neįvardindamos konkrečių tikslų bei nepateikdamos veiklos programų. V. Domarko teigimu, 1991–1994 m. valdžios bendradarbiavimui su NVO didžiausios įtakos turėjo šie veiksniai: valdžia visomis pastangomis ėmė orientuoti šalį į rinkos ekonomiką; vyravo nuomonė, kad gyventojai gali išreikšti savo nuomonę demokratinėmis rinkimų metu, o NVO nėra nereikalingos; nebuvo įsisąmoninta, kad valdžios institucijos turi bendradarbiauti su NVO (21).

Kalbant apie NVO skaičiaus dinamiką atgavus Nepriklausomybę (1990–2005 m.), yra išskiriami tokie įregistruotų NVO vystymosi etapai:

1. *Intensyvaus augimo etapas.* NVO skaičius labiausiai išaugo 1996–1997 m., tuo metu buvo priimti pagrindiniai su šių organizacijų veikla susiję įstatymai, reglamentuojantys jų steigimą ir veiklą.

2. *Stabilizacijos etapas.* 1998–2002 m. kasmet įregistruojamų NVO skaičius stabilizavosi.

3. *Kaimiškųjų bendruomenių organizacijų sąjūdžio etapas.* 2003 m. pastebimas reikšmingas įregistruojamų organizacijų skaičiaus augimas, susijęs su Lietuvoje prasidėjusiu kaimiškųjų bendruomenių organizacijų sąjūdžiu: tais metais kaimo bendruomenių organizacijų skaičius išaugo trigubai.

4. *Mažėjimo etapas.* 2004–2005 m. registruojamų NVO skaičius dramatiškai sumažėjo (91).

1990 m., pasikeitus visuomenės gyvenimo taisyklėms ir atsiradus poreikiui steigti naujas organizacijas, senasis visuomeninių organizacijų reglamentavimas daugeliu atvejų tapo per siauras. Iki 1994 m. Lietuvoje buvo priimta nemažai teisės aktų, įtvirtinančių vieną ar kitą NVO rūšį. R. Šimašiaus nuomone, tai vyko gana eklektiškai, kol 1995 m. buvo priimtas Visuomeninių organizacijų, o 1996 m. buvo parengti ir patvirtinti Asociacijų, Labdaros ir paramos fondų, Viešųjų įstaigų įstatymai (76). Šių teisinių aktų atsiradimą galima laikyti ir esminiu Lietuvos NVO reglamentavimo lūžio tašku, kuris plačiau apžvelgiamas kitame šio darbo poskyryje.

3.2.2.1. Nevyriausybinių organizacijų teisinis reglamentavimas ir su tuo susiję problemos

1992 m. priimtos Lietuvos Respublikos Konstitucijos (Konstitucija) 36 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad „negalima drausti ar trukdyti piliečiams rinktis be ginklo į taikius susirinkimus“. 35-ajame Konstitucijos straipsnyje „piliečiams laiduojama teisė laisvai vienytis į bendrijas, politines partijas ar asociacijas, jei šių tikslai ir veikla nėra priešingi Konstitucijai ir įstatymams“ (41). Rengiant ir priimant Konstituciją, NVO terminas Lietuvoje palyginti dar buvo labai mažai kam girdėtas ir suprantamas, todėl matome, kad bandymas apibrėžti NVO, apsiribojant bendrijomis, asociacijomis ir politinėmis partijomis, neturi aiškaus pagrindo. Galima daryti prielaidą, kad tai įnešė tam tikros sumaišties ir dėl to įstatymų leidėjai dar ilgai ignoravo ir vengė vartoti NVO terminą, kuris, kaip jau minėta, vartojamas vis dažniau.

Teigiamas žingsnis, realizuojant Europos žmogaus teisių konvencijos 11 straipsnyje įtvirtintą asociacijų teisę, buvo žengtas 1995 m. vasario 2 d. priimant Lietuvos Respublikos visuomeninių organizacijų įstatymą (32). Šis įstatymas visuomeninę organizaciją apibrėžia kaip „Lietuvos Respublikos piliečių ir (ar) užsieniečių, nuolat gyvenančių Lietuvos Respublikoje, savanorišką susivienijimą, sudarytą bendriems narių poreikiams ir tikslams, kurie nėra priešingi Lietuvos Respublikos Konstitucijai ir įstatymams, tenkinti bei įgyvendinti.“ 1996 m. buvo priimti dar du svarbūs teisės aktai: kovo 14 d. priimtas Labdaros ir paramos fondų įstatymas, liepos 3 d. — Viešųjų įstaigų įstatymas. Galiausiai 2004 m. sausio 22 d. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Asociacijų įstatymą.

Matyti, kad atkūrus Lietuvos valstybės nepriklausomybę, NVO steigimąsi ir veiklą reglamentuojantys teisės aktai buvo keičiami ir tobulinami, kol pagaliau sukurta organizacijų veiklą reglamentuojanti teisinė bazė. Visgi, 2010 m. sausio 20 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 85 patvirtintoje Lietuvos Nevyriausybinių organizacijų plėtros koncepcijoje konstatuojama, kad toks tobulinimas buvo nenuoseklus: dažniausiai siekta ištaisyti ankstesnes reglamentavimo klaidas, o ne sukurti bendrą sistemą, nustatančią ilgalaikes NVO plėtros perspektyvas (58).

Būtina paminėti, kad juridškai NVO vaidmenį ypač sustiprino 2002 m. priimtas LR Gyventojų pajamų mokesčio įstatymas, praplėtęs šio sektoriaus finansavimo galimybes. Vadovaujantis šiuo straipsniu, kiekvienas Lietuvos pilietis turi teisę „pervesti Lietuvos vienetams, pagal Labdaros ir paramos įstatymą turintiems teisę gauti paramą, iki 2 procentų pajamų mokesčio, mokėtino pagal metinę pajamų mokesčio deklaraciją, sumos, o jeigu

nuolatinis Lietuvos gyventojas metinės pajamų mokesčio deklaracijos neteikia, — iki 2 procentų mokesčių išskaičiuojančio asmens išskaičiuoto pajamų mokesčio sumos“ (39).

Apžvelgiant Lietuvos NVO identiteto problemas, Nevyriausybinių organizacijų informacijos ir paramos centro ekspertas V. Ilgius išryškina kelias problemas. Visų pirma, atkreipiamas dėmesys į vieningo NVO apibrėžimo ir NVO bruožų rinkinio nebuvimą, kuris neleidžia nekvestionuojamai priskirti subjekto šiam sektoriui. Dėl to lieka neaišku, ar NVO turėtų būti priskiriamos tūkstančiais skaičiuojamos sodininkų, namų bendrijos, religinės bendruomenės, profesinės sąjungos ir t.t. Visų antra, Lietuvoje vis dar nėra vieno informacijos šaltinio, kuris autoritetingai pateiktų NVO sąrašą ir skaičių. NVO duomenų bazės, kuri leistų įvardinti tikslų šių organizacijų skaičių ir jų pasiskirstymą pagal veiklos sritis, nėra nei Lietuvos statistikos departamente, nei Lietuvos Respublikos Teisingumo ministerijoje, nei Registrų centre (30). Be to, iki šiol Lietuvoje nenustatytos pilietinės visuomenės plėtros gairės, neapibrėžta NVO vykdomos visuomenei naudingos veiklos samprata, nėra aiškių NVO finansinio rėmimo principų. Šias spragas galima laikyti NVO reglamentavimo iššūkiais, kuriuos įveikus NVO turėtų puikias galimybes efektyviai prisidėti prie pažangesnių ir efektyvesnių visuomeninių santykių kūrimo bei visuomenės gerovės raidos bei pažangos skatinimo.

Glaustai apžvelgus NVO teisinio reglamentavimo Lietuvoje pagrindinius aspektus, matyti, kad Lietuvoje šiuo metu egzistuoja kelių statusų NVO: asociacijos, visuomeninės organizacijos, viešosios įstaigos, labdaros ir paramos fondai. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos Respublikos teisingumo ministro patvirtintame Prašyme registruoti juridinių asmenų registre (forma JAR-1) visuomeninės organizacijos negalima pasirinkti kaip juridinio statuso, šiame darbe NVO priskiriamos asociacijos, labdaros ir paramos fondai bei viešosios įstaigos, kurių steigėjai, dalininkai ar nariai nėra tik valstybės ar savivaldybių institucijos ar įstaigos.

4. TYRIMO METODIKA

4.1. Tyrimo organizavimas ir respondentų charakteristika

Iškeltam tikslui — įvertinti Lietuvos nevyriausybinų organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, turimus gebėjimus ir galimybes vykdyti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją — pasiekti pasirinktas **tyrimo metodus** — vienmomentinis epidemiologinis tyrimas, naudojant anketinės apklausos metodą.

Tiriamąo darbo eiga:

1. Tyrimo instrumento pasirinkimas ir jo adaptavimas Lietuvai.
2. Tiriamosios grupės sudarymas.
3. Žvalgomojo tyrimo atlikimas ir tyrimo instrumento tobulinimas.
4. Respondentų apklausa.
5. Statistinė duomenų analizė ir interpretacija.
6. Išvadų ir praktinių rekomendacijų formulavimas.

Tyrimo objektas — Lietuvos Juridinių asmenų registre registruotos asociacijos, labdaros ir paramos fondai bei viešosios įstaigos, veikiančios LNLP ir SGS srityje. Atkreiptinas dėmesys, kad teisės aktais nėra nustatyta, kokios juridinių asmenų teisinės formos turėtų būti priskiriamos NVO, todėl šiame darbe NVO priskirtos tik asociacijos, labdaros ir paramos fondai bei viešosios įstaigos, kurių steigėjai, dalininkai ar nariai nėra vien tik valstybės ar savivaldybių institucijos ar įstaigos. Toks sprendimas priimtas remiantis NVO samprata, kuria darbo autorė remiasi šiame darbe⁹, bei atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos Respublikos teisingumo ministro patvirtintame Prašyme registruoti juridinių asmenų registre (forma JAR-1) visuomeninės organizacijos negalima pasirinkti kaip juridinio statuso. Sprendimas — šio tyrimo objektu nelaikyti pilietinės visuomenės susivienijimų, kurie savo organizacijos nėra registruojami Juridinių asmenų registre — buvo priimtas atsižvelgiant ir į tyrimo instrumentą. Naudojamas klausimynas yra tiesiogiai orientuotas į vadybinius organizacijų aspektus: paliečiami organizacijos narių struktūros, finansavimo, veiklos vertinimo, planavimo, kontrolės klausimai, todėl siekiant, kad visi anketos klausimai būtų

⁹Darbo poskyryje „Nevyriausybinių organizacijų samprata ir veiklos principai“ pateikiama NVO samprata siaurąją prasme – tai nepriklausomi nuo valstybės ar savivaldybės institucijų ir pelno savo dalyviams neskirstantys juridiniai asmenys, kurie savo tikslų siekia pagal iš esmės nustatytą vidaus tvarką, ir kurių nariais arba dalyviais tampama ne dėl įstatymų reikalavimų ar kitų esminių objektyvių aplinkybių. Šiame darbe vadovaujamasi būtent siaurąja NVO samprata.

aktualūs organizacijai ir į visą klausimą būtų atsakyta, neregistruoti visuomeniniai judėjimai tyrimo objektu nebuvo laikomi.

Tiriamųjų atranka. Kalbant apie tiriamosios grupės sudarymą, reikia dar kartą pabrėžti, kad Lietuvoje kol kas nėra vieno informacijos šaltinio, kuris pateiktų vieną išsamų NVO sąrašą ir bendrą jų skaičių: NVO duomenų bazės, kuri leistų įvardinti tikslų šių organizacijų skaičių ir jų pasiskirstymą pagal veiklos sritis, nėra nei Lietuvos statistikos departamente, nei Lietuvos Respublikos Teisingumo ministerijoje, nei Registrų centre. Be to, Lietuvos Statistikos departamento duomenimis, egzistuoja nesutapimai tarp šių įstaigų pateikiamų statistinių duomenų: realiai veikiančių NVO skaičius, priklausomai nuo statuso, yra nuo 44 iki 91 proc. mažesnis nei jų registruota. Veikiančių asociacijų Lietuvoje yra 46 proc. mažiau nei jų yra įregistruota, labdaros ir paramos fondų — 81 proc., viešųjų įstaigų — 44 proc. (37).

Lietuvos NVO duomenų bazė sukurta dar 1997 m. ir nuo to laiko nėra atnaujinama (56), tad jo negalima laikyti vieninteliu patikimu šaltiniu tyrimo imties sudarymui. Esant tokiai situacijai, tiriamųjų atranka vykdyta 3 būdais:

1. Naudotasi minėta NVO duomenų baze, kurioje buvo vykdoma paieška naudojant kriterijus pagal organizacijos tipą — „asociacija“, „labdaros paramos fondas“, „viešoji įstaiga“, ir pagal organizacijos veiklos sritį — „sportas“, „sveikatos priežiūra“. Šioje duomenų bazėje rastos 56 paieškos kriterijus atitinkančios organizacijos. NVO, veikiančių sveikatinimo srityje, buvo ieškota SAM internetinėje svetainėje, skiltyje „bendradarbiavimas“.

2. Buvo tikrinti NVO, kurioms 2008 m. ir 2011 m. skirtas finansavimas iš „Lietuvos Nevyriausybinų organizacijų, dalyvaujančių sveikatos stiprinimo veikloje, skatinimo programos“ lėšų, sąrašai. Šių organizacijų kontaktų vėliau buvo ieškoma internete, įmonių kataloguose. Vis dėl to jau vien pažvelgus į organizacijų pavadinimus buvo matyti, kad nemaža dalis šių organizacijų sveikatinimo veiklomis neužsiima.

3. Organizacijų kontaktų ieškota pasitelkiant 5 Lietuvoje gerai žinomų skėtinių NVO — Nacionalinės tabako ir alkoholio kontrolės koalicijos, Lietuvos jaunimo organizacijų tarybos, miestų ir rajonų jaunimo organizacijų sąjungų „Apskritieji stalai“, Lietuvos sveikuolių sąjungos, Lietuvos asociacijos „Sportas visiems“ — internetines svetaines. Šiose svetainėse ieškota organizacijų, kurių pavadinimai ar veiklos aprašymai, leidžia jas priskirti sveikatinimo veikla užsiimančioms organizacijoms.

Žvalgomasis tyrimas. Klausimyno tinkamumui įvertinti buvo atliktas žvalgomasis tyrimas. Jis vyko 2012 m. sausio mėn., susitarus su 3 NVO vadovais dėl susitikimo, kurio metu drauge su vadovais užpildyta anketa, aptarti klausimai. Šio tyrimo metu buvo vertinama:

ar pateikiami klausimai ir atsakymų variantai yra suprantami respondentams; ar pateikiamų atsakymų variantų pakanka respondentams atsakyti į klausimus; ar respondentams aiškus skirtumas tarp pateikiamų atsakymo variantų; ar tinkama klausimų eilės tvarka bei išdėstymas, klausimyno apimtis ir pan. Atlikus žvalgomąjį tyrimą ir aptarus klausimyną su tyrimo dalyviais, anketoje buvo atlikti keli taisymai: papildytas tyrimo klausimyne naudojamų pagrindinių terminų sąrašas, patikslinti ir papildyti keleto klausimų galimi atsakymų variantai, atliktos kelios stilistinės teksto korekcijos. Šios anketos į tolimesnę analizę nebuvo įtrauktos.

Tyrimo vykdymas. Tyrimas buvo atliktas 2012 m. kovo mėnesį. Respondentai buvo apklausiami elektroniniu būdu. Prieš siunčiant anketas, su organizacijomis, kurios viešai skelbia kontaktus ir kurių aktyvią veiklą patvirtina nuolat atnaujinamos internetinės svetainės ar kelių pastarųjų metų laikotarpiu gauta parama iš SAM, buvo susisiekiama telefonu, tiesiogiai prisistatant ir prašant dalyvauti tyrime. Visiems respondentams buvo išsiųstas laiškas, kuriame paaiškinta, kas ir koku tikslu organizuoja apklausą, koks tyrimo tikslas, kokie išsikelti darbo uždaviniai, kaip reikia pildyti anketą, iki kada prašoma grąžinti užpildytas anketas. Laiške galimų respondentų buvo prašoma iškilus klausimams kreiptis dėl konsultacijos, nurodomi kontaktai, padėkojama apklausos dalyviams. Iš viso tyrimo metu buvo išplatintos 153 anketos. 32 laiškai (20,92 proc.) sugrįžo nepasiekę adresato dėl pasenusių kontaktų ar perpildytų elektroninio pašto dėžučių, iš 40 (26,14 proc.) organizacijų nesulaukta jokio atsako. Sulaukta 81 atsakymo (atsako dažnis 52,94 proc.). Stebėtas labai žemas respondentų aktyvumas. Tarp atsakiusiųjų: 5 respondentai informavo anketos nepildysiantys („anketa pernelyg sudėtinga“, „neturiu noro“, „neturiu laiko“), 2 respondentai informavo, kad yra išvykę į užsienį, o organizacijos jau kurį laiką neaktyvios, 6 respondentai informavo, kad LNLP ir SGS veiklą niekuomet nevykdė, 3 viešosios įstaigos nurodė, kad jų steigėjai yra savivaldybės, 28 organizacijos (18,3 proc.) informavo, kad veikia kaip klubai, draugijos, sambūriai ir savo veiklos nėra įteisinę. Palyginti nedidelis atsako dažnis gali nepakankamai atspindėti tiriamąją grupę.

Siekiant gerinti atsako dažnį, visiems respondentams, esant poreikiui, buvo siūloma susitikti ir klausimyną užpildyti apklausos metu. 8 respondentai šia galimybe pasinaudojo: su NVO atstovais buvo suorganizuoti 6 susitikimai Vilniuje, 2 — Kaune. 7 tyrimo respondentams buvo suteiktos konsultacijos telefonu, 4 — elektroniniu paštu. Respondentų, grąžinusių užpildytas anketas, iš viso buvo 39, iš jų 2 anketos buvo atmestos dėl netinkamo užpildymo. Taigi tyrimui surinktos 37 tinkamai užpildytos anketos.

Demografinė ir socialinė respondentų charakteristika. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį beveik vienodas — klausimyną atsakė 19 vyrų (51,4 proc.) ir 18 moterų (48,6

proc.). Respondentai pagal amžių buvo suskirstyti į šias grupes: 18–25 m., 26–33 m., 34–41 m., 42–49 m., 50–57 m., 58–65 m., 66+m. Daugiausiai respondentų buvo 34–41 m. amžiaus grupėje (27 proc.) ir 26–33 m. grupėje (24,3 proc.), mažiausiai — 58–65 m. grupėje (2,7 proc.).

Tarp apklaustųjų didžiausią skaičių sudarė respondentai, kurių aukščiausias įgytas mokslo laipsnis yra magistras ir bakalaurs: tokių respondentų iš viso atitinkamai buvo 32,4 proc. ir 27 proc. Pabrėžtina tai, kad net 21,6 proc. respondentų yra įgiję mokslų daktaro laipsnius.

Respondentai, užimantys vadovaujančias pareigas organizacijose, sudarė didžiausią apklaustųjų dalį (72,9 proc.): organizacijos prezidentu(–e) save įvardino 9 respondentai (24,3 proc.), direktoriumi(–e) — 7 (18,9 proc.), skyriaus vadovu(–e) — 5 (13,5 proc.), darbo grupės vadovu(–e) — 3 (8,1 proc.), organizacijos vadovu(–e) — 2 (5,4 proc.), valdybos pirmininku — 1 (2,7 proc.).

Didžiąją dalį tyrimo respondentų sudarė neapmokami darbuotojai (75,7 proc.). Pilnu etatu dirbančiųjų respondentų tebuvo vos 4 (10,8 proc.), dirbančiųjų nepilnu etatu — 5 (13,5 proc.). Apibūdinant respondentų patirtį dirbant organizacijoje, mažiausia reikšmė buvo 2 mėn., didžiausia — 13 metų. Vidutiniškai respondentai savo pareigas organizacijoje užima 3,4 metų. Reikia pažymėti, kad dažniausiai respondentai turėjo 2 m. patirtį (24,3 proc.) ir 1 metų patirtį (18,9 proc.).

Atsakant į klausimą „Kiek metų patirties Jūs turite dirbant su LNLP/SGS?“, didžiausia respondentų dalis (21,6 proc.) nurodė turintys 3 metų patirtį, net 11 respondentų (29,73 proc.) LNLP ir SGS veikloje nurodė turintys daugiau nei 10 metų patirtį. Dirbant su LNLP ir SGS respondentai nurodė mažiausiai turį 1 metų, daugiausiai — 30 metų patirtį.

4.2. Tyrimo instrumentas

Tyrimė naudota projekto PHOrCaSt (Public Health Organizational Capacity Study)¹⁰ metu sukurtas klausimynas, kurį 2004 m. ir 2010 m. naudojo Kanados mokslininkų grupė. Šis tyrimo instrumentas pasirinktas dėl to, kad yra tiesiogiai orientuotas į organizacijų turimus gebėjimus ir galimybes vykdyti LNLP ir SGS veiklas. Be to, numatytas šio magistro darbo

¹⁰PHOrCaSt projekto, kuris yra vykdomas Kanadoje, tikslas — įvertinti organizacijų galimybes ir gebėjimus įgyvendinti LNLP programas Kanados visuomenės sveikatos sistemoje. Tyrimo mokslininkų grupę sudaro McGill universiteto Sveikatos tyrimų instituto, Montrealio universiteto Socialinės ir profilaktinės medicinos fakulteto, Ontarijo sergančiųjų vėžiu priežiūros įstaigos, Albertos universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto ir kt. universitetų bei organizacijų mokslininkai. Plačiau apie PHOrCaSt tyrimą <http://www.phorcast.crchum.qc.ca/>

tęstinumas — Lietuvoje ir Kanadoje analogiškų studijų metu gautų rezultatų palyginimas, kuriuo remiantis planuojama parengti mokslinę publikaciją.

2012 m. rugsėjo–spalio mėn. vyko tyrimo instrumento adaptavimo Lietuvai procesas. Jo metu atliktas klausimyno vertimas į lietuvių kalbą, Lietuvai adaptuotas klausimyno turinys (klausimynas pritaikytas demografiniai Lietuvos situacijai, NVO reglamentavimo ypatumams, atsižvelgiant į temos aktualumą — klausimynas praplėstas klausimais, susijusiais su alkoholio kontrole ir kt.), atliktas teksto semantinis ir stilistinis redagavimas. Tuomet antrą kartą išvertus klausimyną į anglų kalbą, jis nusiųstas suderinti bendradarbiaujančiam mokslininkui iš Albertos universiteto (Kanada) Visuomenės sveikatos fakulteto, kuris tarpininkavo gaunant klausimyno sudarytojų patvirtinimą dėl tinkamo klausimyno adaptavimo. Raštiškas mokslininkų komandos patvirtinimas buvo gautas 2012 m. spalio 8 d.

Lietuvos NVO, vykdančių LNLP ir skatinančių sveiką gyvenseną, gebėjimų ir galimybių tyrimo klausimyną sudaro 65 klausimai (priedas Nr.1). Visas klausimynas suskirstytas į 8 dalis:

Tyrimo anketoje naudojami pagrindiniai terminai ir trumpiniai — tai įžanginė klausimyno dalis, kurioje paaiškinami pagrindiniai klausimyno terminai. Kreipiantis į visus galimus respondentus elektroniniu laišku, buvo prašoma prieš pradedant atsakinėti į klausimus ypač atidžiai susipažinti su šia klausimyno dalimi.

Duomenys apie organizaciją (1–12 klausimai). Šioje klausimyno dalyje prašoma nurodyti kiek laiko veikia organizacija; įvardinti juridinę organizacijos statusą; pateikti informaciją apie organizacijos darbuotojus, etatus, savanorių skaičių, administracijos veiklą, tikslinę (–es) organizacijos grupę (–es). Respondentų prašyta įvardinti su kokiais reiškiniais per pastaruosius 3 metus teko susidurti (pvz., biudžeto didėjimas, vadovų kaita, prioritetų perskirstymas ir kt.), prašyta pateikti nuomonę, ar respondentai sutinka ar nesutinka su tam tikrais teiginiais (pvz., „formalių taisyklių laikosi visi“, „vykdant LNLP/SGS projektus bendradarbiauja visi“ ir kt.).

Išitraukimas į LNLP/SGS ir pirmenybė (13–15 klausimai). Tai sričių, kuriose per paskutinius 3 metus veikia organizacija, įvardinimas. Taip pat prašoma įvardinti, kas organizacijoje yra atsakingas už LNLP ir SGS veiklas, kam organizacija teikia prioritetus.

LNLP/SGS organizaciniai gebėjimai (16–26 klausimai). Šiais klausimais buvo siekiama sužinoti, ar organizacijos turi pakankamai organizacinių gebėjimų vykdyti LNLP ir SGS veiklas. Prašyta nurodyti finansavimo aplinkybes, įvertinti finansavimo ir veiklos monitoravimo adekvatumą, įvertinti bendradarbiavimą su kitomis organizacijomis, nurodyti bendradarbiavimo tikslus ir kt. Be to, respondentų prašyta įvardinti, ar jie sutinka ar nesutinka

su pateiktais teiginiais apie organizacijos darbuotojų skaičių, administraciją, vadovų rolę ir darbuotojų polinkį imtis vadovo rolės, vidinę ir išorinę komunikaciją bei kt.

Gebėjimų lygis vykdyti LNLP/SGS veiklas bei įsitraukimas į jas (27–32 klausimai). Šiais klausimais buvo siekiama sužinoti respondentų gebėjimus ir įsitraukimo lygį į veiklas, susijusias su LNL rizikos veiksniais, poreikių vertinimo veiklas, veiklos planavimą ir jos vertinimą. Taip pat prašyta pateikti nuomonę, ar respondentai sutinka, ar nesutinka su pateiktais teiginiais apie veiklos kontrolę, priimamus sprendimus ir veiklos vertinimą.

LNLP/SGS veiklų įgyvendinimas (33–57 klausimas). Šioje klausimyno dalyje pateikiami klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti į kokius pagrindinius LNL rizikos veiksnius nukreipta NVO veikla, į kokią aplinką ši veikla orientuota, kokią tikslinę grupę (–es) ji apima.

LNLP/SGS palengvinimai ir barjerai (58 klausimas). Šiais klausimais buvo siekiama sužinoti, koku mastu išvardinti veiksniai buvo palengvinimai ar barjerai organizacijai per paskutiniuosius 3 metus. Tarp šių veiksmų minimas vadovo atsidavimas, darbuotojų patirtis, visuomenės supratimas apie LNLP ir SGS veiklas, nacionalinių mokslinių organizacijų naudingumas, žiniasklaidos prieinamumas visuomenės švietimui ir kt.

Respondento duomenys (59–65 klausimai). Tai respondento lytis, amžiaus grupė, aukščiausias įgytas mokslinis laipsnis, pareigos organizacijoje ir jų užėmimo laikas, dabartinė pozicija organizacijoje (pilnas etatas, dalis etato, nemokamas darbuotojas) bei patirtis dirbant LNLP ir SGS veiklose.

4.3. Statistinė duomenų analizė

Apklausos respondentų statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows paketą, 20 versiją. Kintamųjų (tiriamųjų požymių) kaupimui naudota „MS Excel 2007“ programa.

Duomenų skirtumų patikimumas vertintas naudojant chi kvadrato (χ^2) testą. Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti, skaičiuotas Spirmeno (Spearman) koreliacijos koeficientas. Statistinių hipotezių reikšmingumui įvertinti pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo lygus 0,05. Hipotezės apie lygybę buvo atmestos, kai paketo apskaičiuotoji p reikšmė neviršijo 0,05. Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose.

SPSS programa atliktuose skaičiavimuose bendras procentas atskirais analizės atvejais susumuojamas iki 99,9 proc. ar 100,1 proc., nors turėtų būti gaunamas 100,0 proc. Taip gaunama todėl, kad SPSS programa duomenų analizės rezultatus iliustruoja remiantis tiksliais

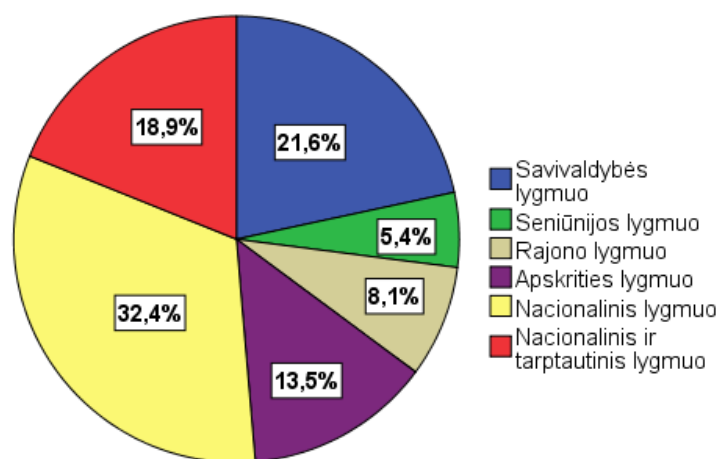
(nesuapvalintais) procentiniais rodikliais, bet procentiniai dydžiai šalia diagramų pateikiami suapvalinti iki vieno skaičiaus po kablelio. Šis aspektas dirbant SPSS programa yra gerai žinomas, tačiau tai susiję tik su duomenų iliustravimu SPSS pateikiamose diagramose ir analizės tikslumui įtakos neturi.

5. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

5.1. Nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, apibūdinimas

Prieš aptariant tyrimo rezultatus, atskleidžiančius Lietuvos NVO gebėjimą ir galimybes vykdyti LNLP ir SGS veiklas, reikalinga apžvelgti bendruosius tyrime dalyvavusių NVO bruožus tam, kad būtų galima tinkamai analizuoti ir interpretuoti gautus tyrimo rezultatus. Šiame darbo poskyryje pateikiamos ir aptariamos NVO veiklos sritys, veiklos tikslinė grupė, organizacijos gyvavimo trukmė, projektinės veiklos sritys ir kt. Pristatant gautus rezultatus ir juos aptariant, šiame darbe LNLP ir SGS veiklas vykdančios NVO vadinamos tiesiog NVO.

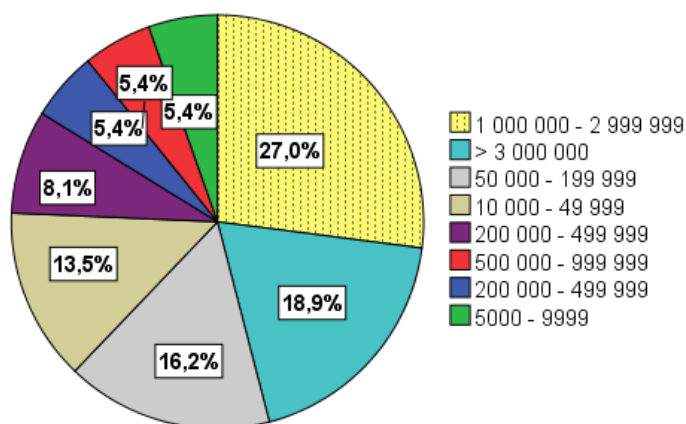
„Lietuvos nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, gebėjimų ir galimybių tyrime“ dalyvavo 62,2 proc. asociacijų, 32,4 proc. — viešųjų įstaigų, 5,4 proc. — labdaros ir paramos fondų. Didžiausia šių organizacijų dalis (32,4 proc.) veikia nacionaliniu lygmeniu, mažiausia — seniūnijos lygmeniu (5,4 proc.) (žr. 5.1. pav.). Atkreiptinas dėmesys į tai, kad tik tarptautiniu lygiu dirbančių NVO, kurios Lietuvoje turėtų įsteigtą filialą, o savo veiklą orientuotą į užsienio šalis, nėra, tačiau ir tarptautiniu, ir nacionaliniu lygiu veikia 18,9 proc. organizacijų.



5.1. pav. NVO skirstinys, atsižvelgiant į veiklos administracinį lygį

Taigi administracinių vienetų, kuriuose veikia NVO, populiacija dažniausiai siekia 1 000 000 – 2 999 999 gyventojų (žr. 5.2. pav.). Su mažesne nei 1000 gyventojų populiacija

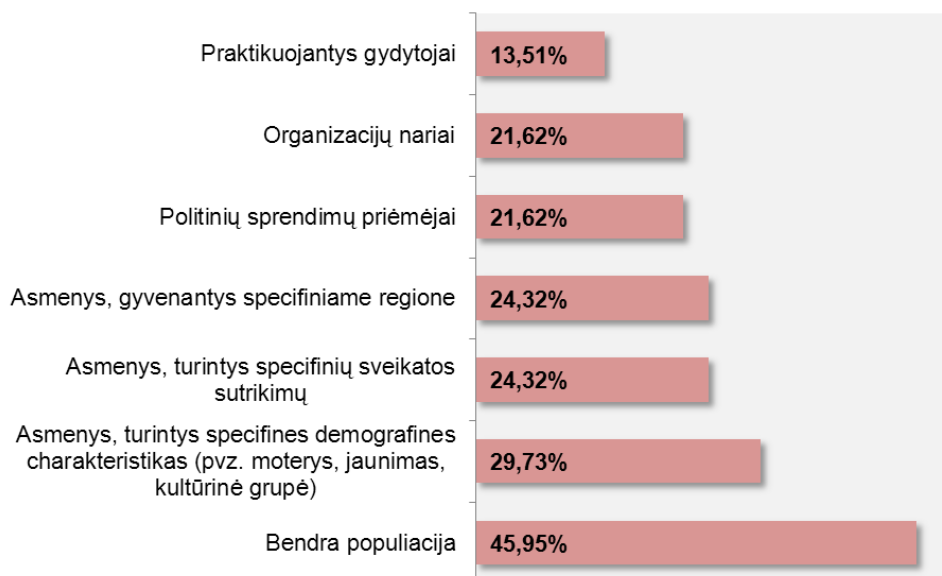
dirbančių NVO nėra. Didelė dalis (45,9 proc.) organizacijų savo veiklą orientuoja į didesnę nei 1 000 000 populiaciją, retai (5,4 proc.) dirbama su mažesne nei 10 000 populiacija.



5.2. pav. NVO skirstinys, atsižvelgiant į populiacijos, su kuria dirbama, dydį

Daugumos (73 proc.) organizacijų veikla orientuota tiek į miesto, tiek į kaimo gyventojus. Gerokai mažiau organizacijų (21,6 proc.) savo veiklą yra nukreipę tik į miesto gyventojus, mažiausia NVO dalis (5,4 proc.) dirba tik su kaimo gyventojais.

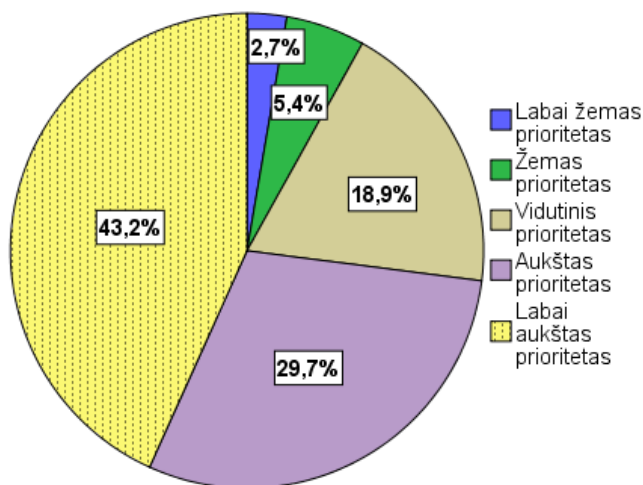
Apžvelgus organizacijų veiklos trukmę, matyti, kad trumpiau nei metus dirba 5,4 proc. organizacijų, nuo 1 metų iki 5 metų — 40,5 proc., nuo 6 iki 10 metų — 24,3 proc. 29,7 proc. organizacijų veikia ilgiau nei 11 metų. Trumpiausiai veikianti organizacija dirba 2 mėn., ilgiausiai — 24 metus. Organizacijų veiklos trukmės vidurkis — 7 metai 7 mėnesiai.



5.3. pav. NVO dalis, atsižvelgiant į respondentų nurodytas veiklos tikslines grupes

Siekiant išsiaiškinti su kokiomis tikslinėmis grupėmis dažniausiai dirba NVO, klausimyne buvo pateikti 7 galimi pasirinkimo variantai (žr. 5.3. pav.). Respondentų prašyta įvardinti visus galimus atsakymus, o prireikus atsakymų variantus papildyti (atsakymas „Kita“). 59,5 proc. organizacijų pasirinko po vieną atsakymo variantą, 40,5 proc. organizacijų nurodė daugiau nei vieną galimą atsakymą. Didžiausia dalis apklaustųjų organizacijų (45,95 proc.) savo veiklą yra nukreipusios į bendrąją populiaciją, mažiausia — praktikuojančiais gydytojais (13,51 proc.). Atsižvelgiant į gautus rezultatus, galima teigti, kad NVO labiausiai linkę dirbti su bendra populiacija, taip pat nevengia dirbti su keliomis tikslinėmis grupėmis.

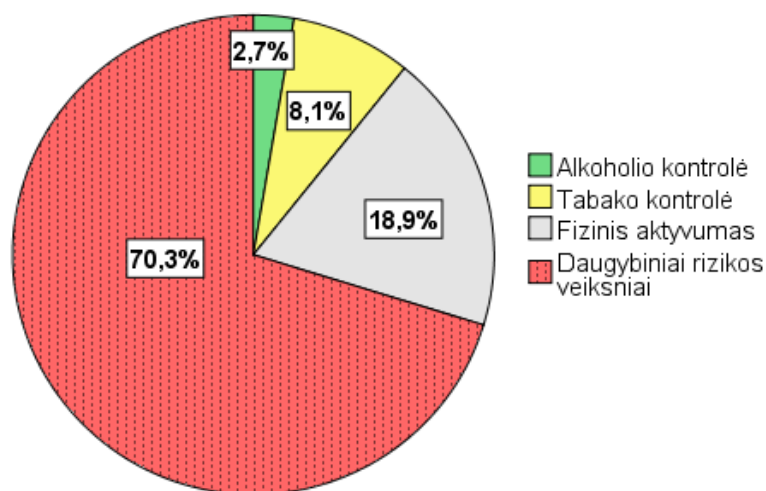
Dauguma Lietuvos NVO yra daugiaprofilinės, t.y. iš karto dirba daugiau nei vienoje srityje (pvz. sveikatos ir socialinėje, kultūros ir švietimo). Be to, dažnai NVO nekoncentruoja savo veiklos tik ties viena sritimi (pvz. užsiima ir švietimu, ir teikia socialinę paramą) (47), todėl labai svarbu išsiaiškinti, kokią vietą tiriamų NVO veikloje užima LNLP ir SGS. 73 proc. organizacijų nurodė, kad LNLP ir SGS veikloms, lyginant su kitomis veiklomis, skiriamas aukštas ir labai aukštas prioritetas (žr. 5.4. pav.). 8,1 proc. organizacijų LNLP ir SGS veikloms skiria žemą ir labai žemą prioritetus. Toks prioriteto vertinimas parodo, kad klausimynas pasiekė tikslinę grupę t.y. NVO, realiai vykdančias LNLP ir skatinančias sveiką gyvenseną.



5.4. pav. NVO skirstinys, atsižvelgiant į respondentų nurodytą prioritetą, tenkantį LNLP ir SGS

Apžvelgus bendruosius NVO bruožus, tikslinga aptarti, kokiose su LNLP susijusiose srityse organizacijos veikia, koks, respondentų nuomone, yra organizacijos įsitraukimo lygis į šias veiklas skirtingose aplinkose bei skirtingose tikslinėse grupėse. Respondentai savo organizacijų veiklą galėjo priskirti vienai iš šių sričių: tabako ar alkoholio kontrolė, fizinis

aktyvumas, sveika mityba, arba, tais atvejais kuomet organizacijos veikla nukreipta daugiau nei į vieną LNL RV, — daugybiniais rizikos veiksniais. Būtent pastarajai grupei savo organizacijas priskyrė didžiausia dalis (70,3 proc.) respondentų (žr. 5.5. pav.). Darbui su daugybiniais RV skirdamos prioritetą, NVO parodo, kad į LNLP žvelgia kompleksiskai.

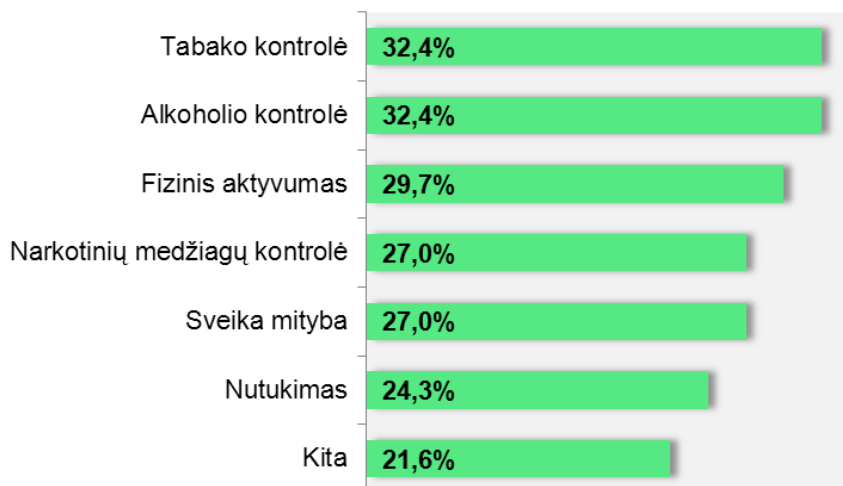


5.5. pav. NVO skirstinys, atsižvelgiant į veiklos sritį

Daugelyje literatūros šaltinių pagrindiniais LNL RV Lietuvoje įvardinamas alkoholio ir tabako vartojimas (57, 5). Tik į šias sritis nukreiptas veiklas tikslingai vykdo palyginti nedidelis skaičius (10,8 proc.) organizacijų, tačiau, kaip parodys toliau darbe aptariami tyrimo rezultatai, ši sritis gana dažnai minima tarp organizacijų adresuojamų daugybinių RV. Tik į sveiką mitybą savo veiklos nėra nukreipusi nė viena organizacija.

Tik tabako ir alkoholio kontrolės srityje veikiančios organizacijos dažniausiai savo veiklą yra nukreipusios į plačiąją visuomenę: įsitraukimo lygį į tabako ir alkoholio kontrolės veiklas visuomenėje labai aukštu laiko 3 iš 4 organizacijų. Toks pat skaičius respondentų organizacijos įsitraukimo lygį į politikos formavimą įvardina žemu, 1 NVO — labai žemu. Pateikiant šį klausimą, respondentų prašyta atsakymo variantą „labai žemas“ įsitraukimo lygis traktuoti kaip „veikla nėra vykdoma“, todėl galima teigti, kad tik tabako ir alkoholio kontrolės srityje veikiančios organizacijos nesiekia daryti įtakos sveikatos politikai. Šios NVO labiausiai yra įsitraukę į darbą su individualiais. Tokios pat tendencijos išryškėja ir vien tik fizinio aktyvumo skatinimu užsiimančiose NVO, kurių tarp tiriamųjų yra 18,9 proc. Respondentų teigimu, šių organizacijų įsitraukimo lygis į fizinio aktyvumo skatinimo veiklas visuomenėje yra aukštas ir labai aukštas, politikos formavimo srityje žemas ir labai žemas, o pagrindinė tikslinė grupė — individai.

Kaip jau minėta, 70,3 proc. organizacijų savo veiklos viena konkrečia sritimi neriboja ir veiklą nukreipia į daugybinius LNL RV. Respondentams įvardinus šiuos veiksnius, paaiškėjo, kad dažniausiai NVO savo veiklą nukreipia į tabako ir alkoholio kontrolę (atitinkamai po 32,4 proc.). Nemaža dalis NVO (29,7 proc.) skatini fizinį aktyvumą. (žr. 5.6. pav.).



5.6. pav. NVO dalis, atsižvelgiant į veikloje adresuojamus daugybinius RV

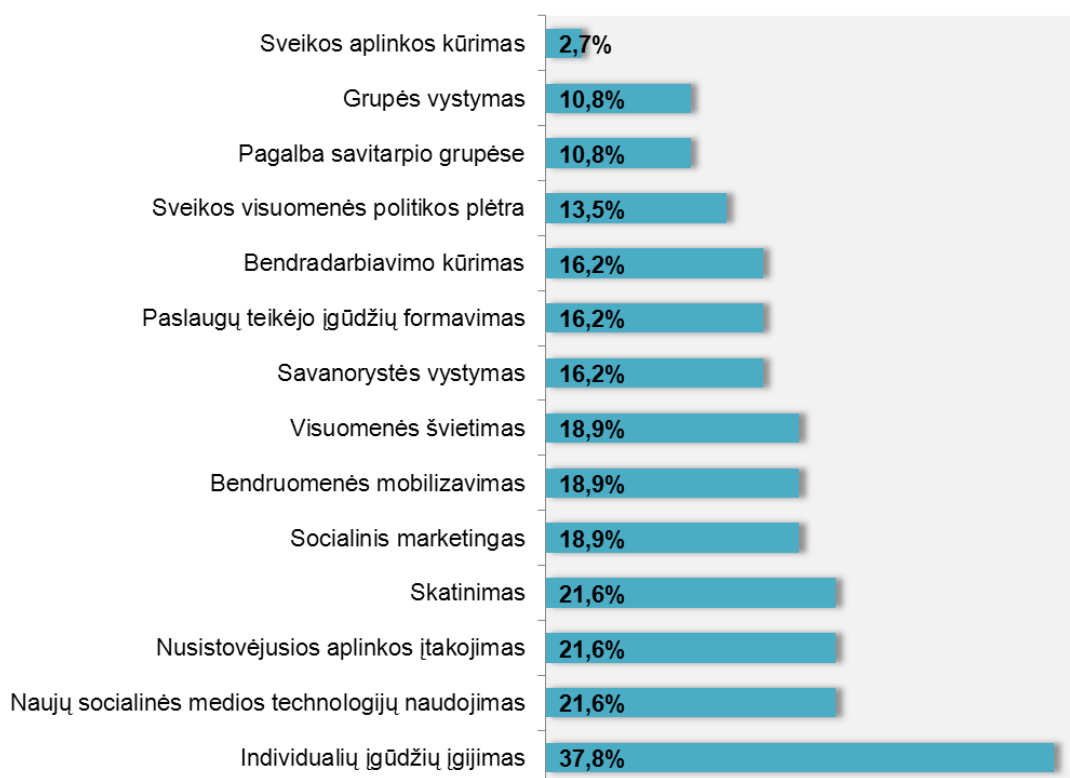
Dažniausiai respondentai nurodė po 3 galimus atsakymo variantus. Reikia paminėti, kad 8 respondentai pasinaudojo galimu atsakymo variantu „Kita“ ir 6 iš jų nurodė, kad organizacijos vykdo veiklas, susijusias su psichine sveikata. Tai rodo, kad respondentams buvo suteikti ne visi reikalingi atsakymų pasirinkimo variantai. Kiti 2 respondentai papildomos informacijos nepateikė.

35,1 respondentų nurodė, kad įsitraukimo lygis į daugybinių RV veiklas visuomenėje yra aukštas ir labai aukštas. Matyti, kad NVO, kurios savo veiklą nukreipia į daugybinius RV, menkiausiai įsitraukę į veiklas darbovietėse, politikos formavimo srityje bei sveikatos priežiūros aplinkoje. Šiose aplinkose savo įsitraukimą labai žemu ir žemu laiko atitinkamai 45,9 proc., 43,2 proc. ir 37,8 proc. respondentų. Pasak jų, labiausiai šios organizacijos įsitraukę į darbą su individualiais bei mažomis grupėmis (atitinkamai 43,2 proc. ir 29,7 proc.), mažiausiai įsitraukę į darbą su įstatymų leidėjais ir kitomis organizacijomis (atitinkamai 48,6 proc. ir 24,3 proc.).

Vertinant NVO veiklą pagal jų nukreipimą į tam tikras aplinkas, matyti, kad dažniausiai jų veikla nukreipta į plačiąją visuomenę, o rečiausiai į politikos formavimo sritį. Tai parodo, kad NVO, Lietuvoje turinčios galias savanorystės ir filantropijos tradicijas, labiausiai linkę vadovautis principu „žmogus-žmogui“. Organizacijos, išnaudodamos

pilietinės visuomenės potencialą, savęs nelaiko svarbiu ir įtakingu sektoriumi bendrame šalies valdymo aparate. Tam didelės įtakos gali turėti tai, kad šiai dienai nėra aiškių formalių mechanizmų, leidžiančių NVO dalyvauti nacionalinėje viešojoje politikoje (37).

Respondentų paprašius įvardinti, koks jų įsitraukimo lygis (nuo labai žemo iki labai aukšto) į klausimyne išvardintas veiklos strategijas, paaiškėjo, kad į daugybinius RV savo veiklą orientuojančios NVO dažniausiai (37,8 proc.) veiklą tiesiogiai nukreipia į organizacijos narių ar jų tikslinei grupei priklausančių asmenų individualių įgūdžių formavimą (pvz. sveikos mitybos įgūdžius, fizinio aktyvumo įgūdžius ir kt.) (žr. 5.7. pav.).



5.7. pav. NVO dalis, atsižvelgiant į respondentų nurodytą aukštą ir labai aukštą organizacijos įsitraukimo lygį į skirtingas veiklos strategijas

Ne maža dalis organizacijų naudoja skatinimo, naujų socialinių medijos technologijų naudojimo, nusistovėjusios aplinkos įtakojimo (atitinkamai visos po 21,6 proc.) strategijas. Būtent tokių veiklos būdų pasirinkimą nulemia tai, kad, kaip jau atskleidė šis tyrimas, NVO dažniausiai (45,9 proc.) savo veiklą nukreipia į bendrąją populiaciją.

Skaiciuojama, kad apie 33 proc. finansų NVO pritraukia per tikslinius projektus (47), todėl tyrimo metu respondentų prašyta įvardinti su LNLP ir SGS susijusias veiklos sritis, kuriose organizacijos per paskutinius 3 metus vykdė projektus. Apžvelgiant gautus rezultatus

(žr. 5.8. pav.) galima išskirti 4 pagrindines veiklos sritis, kuriose NVO minėtu laikotarpiu vykdė projektinę veiklą: tai — sveikas gyvenimo būdas (54,1 proc.), fizinis aktyvumas (43,2 proc.), psichinė sveikata (37,8 proc.) ir tabako kontrolė (35,1 proc.).



5.8. pav. NVO skirstinys, atsižvelgiant į pastarųjų 3 metų projektinės veiklos sritis

Dauguma organizacijų (70,2 proc.) nurodydamos veiklos sritis pasirinko daugiau nei 1 galimą atsakymą. Dažniausiai pasitaikiusi reikšmė (21,6 proc.) buvo 4 veiklos sritys, 18,9 proc. organizacijų nurodė vykdančios projektus 1–2 srityse.

5.2. Lietuvos nevyriausybinų organizacijų galimybės vykdyti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinti sveiką gyvenseną

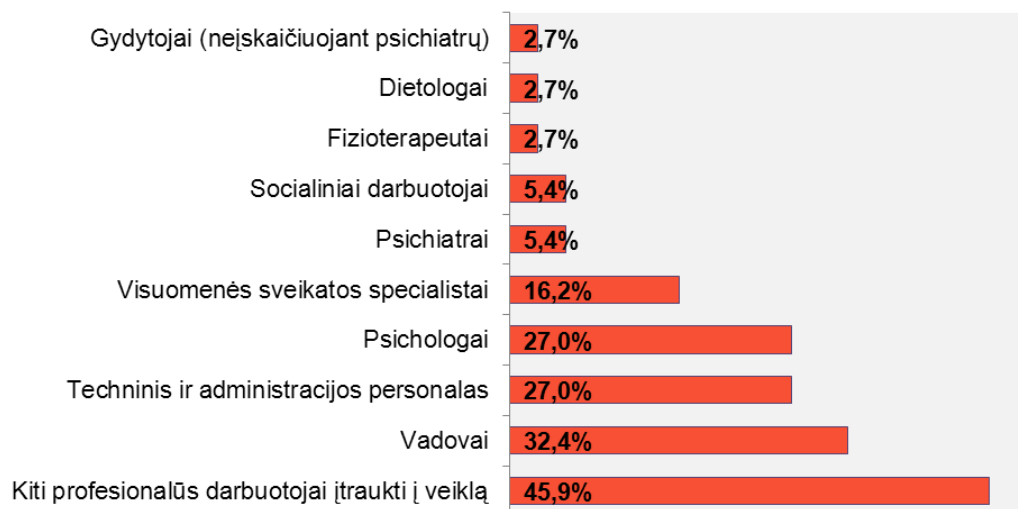
Lietuvos NVO galimybės vykdyti LNLP ir SGS veiklas šiame tyrime vertinamos remiantis 3 aspektais — žmogiškaisiais ir finansiniais ištekliais (atskleidžiant NVO galimybes pritraukti lėšas, įvertinant apmokamų darbuotojų ir savanorių skaičių organizacijose) bei NVO bendradarbiavimo su kitomis institucijomis išvystymu, kuris leidžia pasisemti gerosios praktikos bei tobulinti organizacijos įgūdžius.

5.2.1. Lietuvos nevyriausybinų organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, žmogiškieji ištekliai

Apibūdindami organizacijų žmogiškuosius išteklius, 67,6 proc. respondentų nurodė, kad apmokamų etatų neturi. Nuolat dirbantį apmokamą etatą turi 32,4 proc. NVO. Dažniausiai pasitaikiusi reikšmė — 1 apmokamas etatas. Reikšmės svyravo nuo 1 iki 7 apmokamų etatų. Pabrėžtina tai, kad apmokamų etatų skaičius ir NVO įdarbintų asmenų skaičius gali nesutapti: pavyzdžiui, respondentai, kurių organizacijoje dirba keli asmenys, turintys po 0,5 etato, vertino tai kaip 1 pilną apmokamą etatą, nors samdomų darbuotojų skaičius būtų lygus 2.

Pasiteiravus respondentų, ar jie sutinka ar nesutinka, kad apmokamų darbuotojų skaičius LNLP ir SGS veiklai vykdyti jų organizacijoje yra pakankamas, dažniau sulaukta neigiamų atsakymų: 62,2 proc. respondentų tokį skaičių laiko nepakankamu, 29,7 proc. organizacijų vertina kaip pakankamą. Apmokamų darbuotojų skaičių per paskutinius 3 metus barjeru organizacijos veiklai laiko 59,5 proc. respondentų, palengvinimu — 27 proc.

Respondentų paprašius pateikti organizacijos darbuotojų schemą paaiškėjo, kad NVO dažniausiai apmokamą darbą dirba vadovai (32,4 proc.) ir kiti profesionalūs darbuotojai (45,9 proc.) (žr. 5.9. pav.).



5.9. pav. NVO dalis, atsižvelgiant į apmokamų darbuotojų skaičių pagal jų profesiją ir užimamas pareigas

Ką respondentai priskiria kitiems profesionaliems darbuotojams, aiškintasi nebuvo, tačiau klausimyno pradžioje pateiktas darbuotojo profesionalo apibrėžimas („Darbuotojas

profesionalas – organizacijoje dirbantis asmuo, turintis tos srities išsilavinimą ar baigęs specialias mokymų programas, kursus ir pan.“) rodo, kad visi šie darbuotojai turi teorinių ir praktinių kompetencijų veikloms vykdyti.

Reikia paminėti, kad profesionalių darbuotojų kaitą per pastaruosius 3 metus, respondentų nuomone, gana žymiai ir labai žymiai patyrė 37,8 proc. organizacijų, 21,6 proc. — patyrė iš dalies, 16,2 proc. — su kaita iš viso nesusidūrė. Tuo tarpu kalbant apie vadovų kaitą NVO, rastas statistiškai patikimas ryšys tarp organizacijų, kurios jį patyrė per pastaruosius 3 metus, ir respondentų nuomonės apie darbuotojų polinkį vadovauti (žr. lent. 5.1) Organizacijose, kurios nepatyrė vadovų kaitos, respondentų nuomone, darbuotojai yra labiau linkę imtis vadovo rolės ($p=0,016$).

5.1 lentelė. NVO, patyrusių ir nepatyrusių vadovų kaitą palyginimas, atsižvelgiant į darbuotojų polinkį imtis vadovo rolės

		„Darbuotojai imasi vadovo rolės LNLP/SGS veiklose“	
		Nesutinku	Sutinku
Nepatyrė vadovų kaitos	n	5	10
	%	22,7%	66,7%
Patyrė vadovų kaitą	n	17	5
	%	77,3%	33,3%
$\chi^2 = 7,143$, $lfs=1$, $p=0,016$			

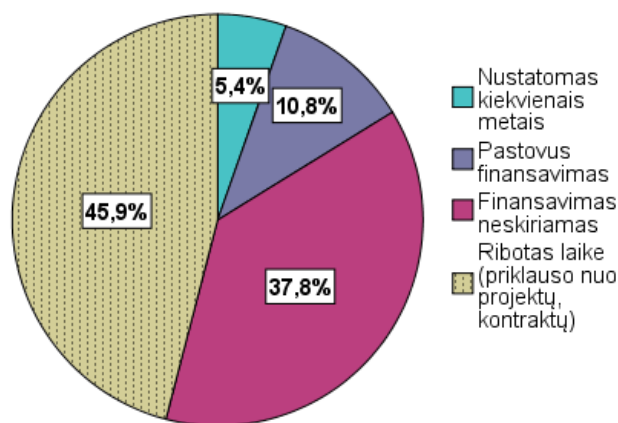
Kaip žinia, daugumos Lietuvos NVO veikla yra grindžiama savanoryste, todėl siekta išsiaiškinti savanorystės išsivystymo lygį NVO, vykdančiose LNLP ir SGS veiklas. Tyrimo rezultatai parodė, kad 18,9 proc. organizacijų savanorių neturi, o 81,1 proc. organizacijų nurodė turinčios nuo 1 iki 200 savanorių. Siekiant didesnio duomenų patikimumo, į šį skaičių respondentų prašyta neįtraukti studentų ir praktikantų, atliekančių organizacijose studijoms privalomą praktiką. Vidutinis savanorių skaičius NVO siekia 26 savanorius. Dažniausia (10,8 proc.) pasitaikiusi reikšmė — 3 savanoriai.

Savanorių skaičiaus mažėjimą per pastaruosius 3 metus nurodė patyrusios 32,4 proc. organizacijų, tuo tarpu savanorių skaičiaus didėjimą — 27 proc. Dažniausiai (32,4 proc.) pasitaikiusi reikšmė — savanorių skaičius per pastaruosius 3 metus didėjo nelabai žymiai. Vertinant tokį savanorių skaičių, respondentų nuomonės išsiskyrė į dvi lygias dalis: šį rodiklį tiek barjeru, tiek palengvinimu laiko vienodas skaičius respondentų (atitinkamai po 48,6 proc.). Aiškių tendencijų šiuo klausimu nėra.

Lietuvoje 2005 m. atliktame „Lietuvos nevyriausybinių organizacijų tyrime“ teigiama, kad Lietuvos NVO trūksta tiek samdomų darbuotojų, tiek savanorių: dauguma kultūros, socialinėje ir sveikatos, jaunimo ir demokratijos plėtros srityse veikiančių organizacijų turi nuo 1 iki 10 savanorių (38). Lyginant šį skaičių su šio tyrimo rezultatais, matyti, kad savanorių skaičiaus NVO, vykdančiose LNL ir SGS veiklas, vidurkis šiandien yra aukštesnis už prieš 7 metus gali buvusį NVO savanorių skaičiaus vidurkį. Tyrimo metu gauti rezultatai apie apmokamų etatų bei savanorių skaičių NVO rodo, kad šios organizacijos susiduria su personalo trūkumu, tačiau organizacijose gana sėkmingai plėtojama savanorystė. Savanorių aktyvumą organizacijose, vykdančiose sveikatinimo veiklas, gali nulemti didelės savęs realizavimo galimybės ir tiesiogiai su individu susijusi nauda (pvz., galimybė nuolat būti fiziškai aktyviam, pagalba sprendžiant sveikatos ir psichologines problemas, galimybė skleisti ideologines nuostatas ir kt.).

5.2.2. Nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, finansiniai ištekliai

Respondentų teigimu, LNL ir SGS veiklų finansavimas yra pastovus tik 10,8 proc. organizacijų (žr. 5.10. pav.). Finansavimas LNL ir SGS veikloms neskiriamas 37,8 proc. organizacijų.



5.10. pav. NVO skirstinys, atsižvelgiant į veiklų finansavimo būdą

Tokie rezultatai iš dalies pakartoja 2007 m. „NVO sektoriaus skaidrumo skatinimo“ tyrime daromas išvadas, kad dažniausiai NVO veikia neturėdamos aiškaus biudžeto ar iš viso jokių lėšų (81). Matyti, kad dažniausiai (45,9 proc.) organizacijų veiklų finansavimas yra ribotas laike t.y. priklauso nuo konkrečių projektų ar kontraktų. Remiantis 2010 m. Socialinės

ir ekonominės plėtros centro atlikto tyrimo duomenimis, ES, kitų tarptautinių fondų, valstybės finansuotų projektų lėšos sudaro 24,2 proc. Lietuvos NVO biudžeto (37).

Ieškant ryšių tarp organizacijos finansinių išteklių ir organizacijos tipo, nustatytas statistiškai patikimas ryšys (žr. 5.2. lent.). Matyti, kad asociacijos LNLP ir SGS veikloms dažniau (92,9 proc.) finansavimo neskiria, nei skiria (43,5 proc.) o viešosios įstaigos dažniau (47,8 proc.) skiria, nei neskiria (7,1 proc.).

5.2. lentelė. NVO dalis, atsižvelgiant į organizacijos tipą bei skiriamą finansavimą LNLP ir SGS

Organizacijos tipas		Finansavimas LNLP/SGS veikloms	
		Skiriamas	Neskiriamas
Asociacija	n	10	13
	%	43,5%	92,9%
Viešoji įstaiga	n	11	1
	%	47,8%	7,1%
Labdaros ir paramos fondas	n	2	0
	%	8,7%	0,0%
$\chi^2 = 9,072$, lls=2, p=0,006			

Vidutinį metinį organizacijos biudžetą įvardino 40,5 proc. respondentų. Tarp atsakiusiųjų dažniausiai (20 proc.) pasitaikiusi reikšmė 10 000 litų. Mažiausia nurodyta reikšmė — 700 litų, didžiausia — 40 000 litų. NVO metinio biudžeto vidurkis siekia 13 580 litų. Respondentų paprašius nurodyti, ar šiuo metu LNLP ir SGS veikloms įgyvendinti organizacija turi atskirą biudžeto eilutę, tai patvirtino 27 proc. organizacijų.

LNLP ir SGS veiklų finansavimo lygį adekvačiu įvardina 24,3 proc. respondentų. Pabrėžtina tai, kad nė viena organizacija nepasirinko reikšmės „daugiau nei adekvatus“. Tuo tarpu veiklų finansavimą „daug mažiau nei adekvačiu“ bei „mažiau nei adekvačiu“ laiko 54,1 proc. organizacijų. Be to, LNLP ir SGS veiklų finansavimą barjeru įvardino 56,8 proc. respondentų, 35,1 proc. — palengvinimu. Socialinės ir ekonominės plėtros centro 2009 – 2010 m. atliktame kiekybiniame NVO tyrime nustatyta, kad 85,9 proc. respondentų NVO finansavimo trūkumą įvardina svarbia ar labai svarbia problema (37). Matyti, kad tiek NVO, vykdančiose LNLP ir SGS veiklas, tiek bendrai Lietuvos NVO finansinių išteklių trūkumo tendencija nekinta.

Tyrimo metu nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp NVO finansavimo ir respondentų nuomonės apie organizacijos finansinių išteklių adekvatumą veikloms vykdyti (žr. 5.3. lent.). Gauti rezultatai parodė, kad LNLP ir SGS veiklų finansavimo lygį adekvačiu dažniau laiko respondentai iš organizacijų turinčių nepastovų finansavimą (p=0,038). Taip pat

išryškėjo tendencija, jog pastovų finansavimą turinčios organizacijos rečiau adekvačia laiko galimybę naudotis materialiais šaltiniais ($p=0,015$).

5.3. lentelė. NVO dalis, atsižvelgiant į skiriamą finansavimą bei finansavimo vertinimą

NVO finansavimas	Respondentams pateikto teiginio vertinimas								
	Neadekvatus		Neutralus		Adekvatus				
	n	%	n	%	n	%	χ^2	lks	p
	„LNLP/SGS veiklų finansavimo lygis“								
Finansavimas neskiriamas	12	60,0	2	25,0	0	0	10,215	1	0,006
Finansavimas skiriamas	8	40,0	6	75,0	9	100			
Finansavimas nepastovus	20	100	7	87,5	6	89,2	7,183	1	0,038
Finansavimas pastovus	0	0	1	12,5	3	10,8			
	„LNLP/SGS veiklų vertinimo ir monitoravimo finansavimo lygis“								
Finansavimas neskiriamas	9	60,0	5	35,7	0	0	8,029	1	0,017
Finansavimas skiriamas	6	40,0	9	64,3	8	100			
Finansavimas nepastovus	14	93,3	13	92,9	6	75,0	2,133	1	0,512
Finansavimas pastovus	1	6,7	1	7,1	2	25,0			
	„Galimybė naudotis materialiais šaltiniais LNLP/SGS veikloms įgyvendinti“								
Finansavimas neskiriamas	7	58,3	6	46,2	1	8,3	6,967	1	0,034
Finansavimas skiriamas	5	41,7	7	53,8	11	91,7			
Finansavimas nepastovus	12	100	13	100	8	66,7	9,343	1	0,015
Finansavimas pastovus	0	0	0	0	4	33,3			

NVO lėšų stygių jaučia ne tik veikloms vykdyti, bet ir organizacijos plėtrai: finansinę paramą LNLP ir SGS profesionaliai plėtrai barjeru įvardino 70,3 proc. respondentų, 16,2 proc. — palengvinimu. Tai parodo, kad didesnei NVO daliai lėšų stygius neleidžia plėstis. Tokia išvada daroma ir daugumoje Lietuvoje atliktų tyrimų, aptariančių NVO finansavimo aspektus¹¹.

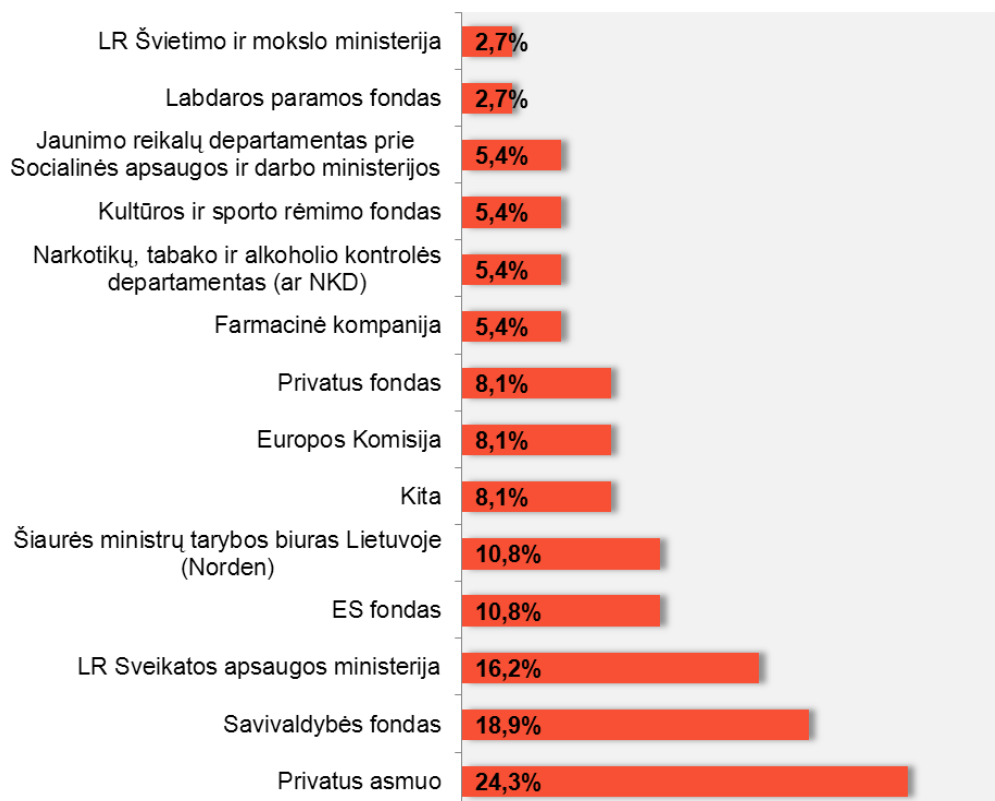
54 proc. respondentų nurodė, kad jų organizacijos per paskutinius 3 metus patyrė iš dalies žymų, gana žymų ir labai žymų biudžeto sumažėjimą. Pastebėta tendencija, kad respondentai, kurių organizacijos apskritai neturi biudžeto, save priskirdavo biudžeto sumažėjimo nepatyrusioms organizacijoms. Tai rodo, kad lėšų nepritraukusios organizacijos 3 metų laikotarpyje neprogresavo. Biudžeto padidėjimą nurodė patyrę 27 proc. organizacijų. Visgi, didžioji dalis (70,3 proc.) respondentų nurodė, kad per paskutinius 3 metus

¹¹ NVO finansinių išteklių būklė tiriama ir aprašoma „Lietuvos nevyriausybinių organizacijų situacijos analizėje“ (2005), „NVO sektoriaus skaidrumo skatinimo tyrime“ (2007), „Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programos nevyriausybinių organizacijų (NVO) subsidijų schemos galimybių studijoje“ (2010).

organizacijos biudžetas nedidėjo. Tokie rezultatai rodo, kad NVO biudžetas per pastaruosius 3 metus kito nežymiai: aiškių tendencijų biudžeto sumažėjime nėra, o organizacijų, pajutusių finansinių išteklių pagausėjimą, skaičius yra palyginti mažas.

Prieš tai aptarti NVO finansavimo aspektai, atskleidė, kad didžiausia NVO finansinių išteklių dalis priklauso nuo vykdomos projektinės veiklos, todėl vertinant NVO galimybes, būtina išsiaiškinti, koks jų gebėjimas šiuo būdu įsisavinti lėšas. Kaip nurodė tyrimo respondentai, per paskutinius 3 metus dėl finansinės paramos LNLP ir SGS veikloms į įvairius fondus kreipėsi 56,8 proc. organizacijų, 43,2 proc. organizacijų paramą iš fondų gavo.

Siekiant išsiaiškinti dažniausiai paramą NVO per paskutinius 3 metus skyrusius fondus ir kitus paramos šaltinius, klausimyne prašyta pažymėti tinkamus atsakymus iš 14 galimų arba pateikti papildomą informaciją pasirinkus atsakymo variantą „Kita“. Respondentams pateikus šią informaciją paaiškėjo, kad 35,1 proc. organizacijų paramą per paskutinius 3 metus gavo daugiau nei iš 1 šaltinio. Dažniausiai pasitaikiusi reikšmė buvo 3 finansavimo šaltiniai, mažiausia reikšmė — 2 šaltiniai, didžiausia — 7 šaltiniai. Atsižvelgiant į šiuos duomenis matyti, kad LNLP ir SGS veiklas vykdančios organizacijos yra pakankamai įgudę projektų rašymo srityje ir noriai išnaudoja įvairių fondų teikiamas galimybes įsisavinti NVO paramai skirtas lėšas.



5.11. pav. NVO dalis, atsižvelgiant į išorinės finansinės paramos šaltinius

Atsižvelgiant į gautus rezultatus (žr. 5.11. pav.), galima teigti, kad didelį vaidmenį NVO veikloje vaidina filantropija: būtent privačius asmenis respondentai dažniausiai (24,3 proc.) įvardino išoriniu finansavimo šaltiniu. Galima numanyti, kad didelės įtakos tam turi 2002 m. priimtas Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymas, praplėtęs šio sektoriaus finansavimo galimybes ir suteikęs šalies gyventojams galimybę skaidriai remti pilietinės visuomenės veiklą. Tokiam rezultatui daryti įtaką taip pat gali pačių organizacijos narių indėlis, jei jos nariai periodiškai moka organizacijoje nustatytą narystės mokestį.

18,9 proc. NVO išorinį finansavimą gauna iš savivaldybės fondų, 16,2 proc. iš SAM. Kaip jau minėta literatūros apžvalgoje, SAM koordinavo Nevyriausybinų organizacijų, dalyvaujančių sveikatinimo veikloje, skatinimo programos, kuri vykdyta 2009 – 2011 m., įgyvendinimą. Iš viso 35,1 proc. NVO lėšas įsisavino iš nacionalinių institucijų fondų, tai rodo, kad finansavimo srityje NVO bendradarbiavimas su savivaldos lygmens organizacijomis yra silpnesnis nei su nacionalinėmis institucijomis. Tarptautinių fondų lėšas per paskutinius 3 metus, respondentų teigimu, įsisavino 29,7 proc. NVO.

Reikia paminėti, kad tarp galimų pasirinkimo variantų buvęs Atviros Lietuvos fondas respondentų nebuvo pasirinktas nė karto. Atsakymo variantą „Kita“ pasirinko 3 organizacijos, tačiau nė viena išorinio finansavimo šaltinio nenurodė. Respondentams pateiktų pasirinkimo galimybių spektrą galima laikyti pakankamu.

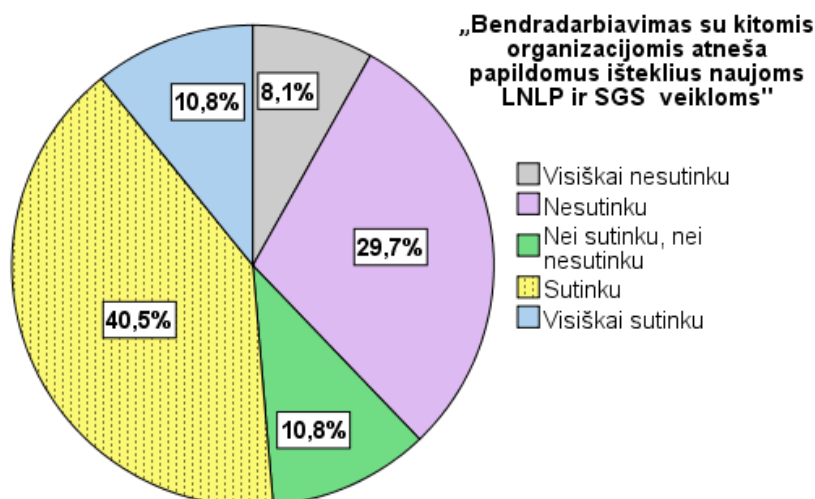
5.2.3. Lietuvos nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, bendradarbiavimo patirtis

NVO bendradarbiavimo tarpusavyje bei su kitų sektorių institucijomis lygis daro didelę įtaką organizacijų finansiniams ir žmogiškiesiems ištekliams, jų techninei bazei, leidžia operatyviau identifikuoti gerąją praktiką, skatina organizacijų plėtrą ir kt. Dėl šių priežasčių vertinant NVO galimybes vykdyti LNLP ir SGS veiklas, NVO bendradarbiavimo patirties analizė tiesiog būtina.

Gauti rezultatai parodė, jog 48,6 proc. respondentų sutinka su teiginiu, kad dabartinis bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis lygis yra adekvatus efektyviam LNLP ir SGS veiklų vykdymui. Įvertinus tai, kad iš viso 51,4 proc. organizacijų pasirinko atsakymus „visiškai nesutinku“, „nesutinku“, „nei sutinku, nei nesutinku“, tvirtai teigti, kad NVO dabartinį bendradarbiavimą su kitomis organizacijomis vertina kaip nepakankamą, negalima.

Paklausti, ar bendradarbiavimas su kitomis organizacijomis atneša naujų idėjų apie LNLP ir SGS, 64,9 proc. respondentų su šiuo teiginiu sutiko, 18,9 proc. pasirinko neutralią

poziciją („nei sutinku, nei nesutinku“), 16,2 proc. respondentų mano, kad bendradarbiavimas su kitomis organizacijomis naujų idėjų neatneša. Vertindami bendradarbiavimo teikiamą naudą, 40,5 proc. respondentų nurodė, kad tai jų organizacijoms atneša papildomus išteklius naujoms LNLP ir SGS veikloms įgyvendinti (žr. 5.12. pav.).



5.12. pav. Respondentų, pritariančių teiginiui, kad bendradarbiavimas su kitomis organizacijomis atneša papildomus išteklius naujoms veikloms, skirstinys

Tyrimo metu rastas statistiškai patikimas ryšys tarp to, kaip respondentai vertina iš bendradarbiavimo gaunamą naudą ir gebėjimo kurti bendradarbiavimą (žr. 5.4. lent.). Matyti, kad organizacijoms, kurių nariai geba kurti bendradarbiavimą, pastarasis atneša naujų idėjų ($p=0,001$) bei papildomų išteklių ($p=0,017$).

5.4. lentelė. Respondentų nuomonė apie bendradarbiavimo teikiamą naudą bei jos ryšys su gebėjimo bendradarbiauti vertinimu

		Gebējimas bendradarbiauti						
		Žemas gebējimas		Aukštas gebējimas				
		n	%	n	%	χ^2	lks	p
Bendradarbiavimas su kitomis organizacijomis ī Jūsū organizacijā atneša naujū idējū apie LNLN/SGP	Nesutinku	13	56,5	0	0	12,199	1	0,001
	Sutinku	10	43,5	14	100			
Bendradarbiavimas su kitomis organizacijomis atneša papildomus īsteklius naujoms LNLN/SGP veikloms	Nesutinku	15	65,2	3	21,4	6,680	1	0,017
	Sutinku	8	34,8	11	78,6			

Siekiant nustatyti pagrindinius partnerius su kuriais dažniausiai per paskutinius 12 mėnesių bendradarbiavo NVO, respondentų prašyta įvardinti tas institucijas, įstaigas ir organizacijas su kuriomis buvo bendradarbiaujama vykdant LNLP ir SGS veiklas. Siekiant didesnio duomenų patikimumo buvo prašyta neįvardinti tų institucijų, kurios tiesiog teikė finansinę paramą. Absoliučiais skaičiais buvo įvardinti 49 partneriai, su kuriais vyko bendradarbiavimas. Juos galima suskirstyti į 22 nacionalines NVO (žr. 5.5. lent.), 21 valstybinę instituciją bei įstaigą (žr. 5.6. lent.), 6 tarptautines NVO (žr. 5.7. lent.).

5.5. lentelė. Respondentų įvardintos nacionalinės NVO, su kuriomis per pastaruosius 3 metus buvo dažniausiai bendradarbiaujama vykdant LNLP ir SGS veiklas

Eil. Nr.	Organizacijos pavadinimas	Proc.
1.	Nacionalinė tabako ir alkoholio kontrolės koalicija	12,9 proc.
2.	Lietuvos sveikuolių sąjunga	5,9 proc.
3.	Asociacija „Sportas visiems“	3,5 proc.
4.	Kauno jaunimo narkologijos pagalbos centras	
5.	Vilniaus diabeto klubas	2,4 proc.
6.	Jaunimo linija	
7.	Blaivybės sąjūdis	
8.	Klaipėdos sveikuolių klubas	1,2 proc.
9.	Kretingos sveikuolių klubas	
10.	Klaipėdos sveikuolių klubas „Daigelis“	
11.	Lietuvos sveikatos psichologų sąjunga	
12.	Lietuvos psichiatrų asociacija	
13.	Transperancy International Lietuva	
14.	Kauno jėzuitų gimnazija	
15.	Šeimų asociacija	
16.	Labdaros ir paramos fondas „Liekuoliai“	
17.	Lietuvos žaliųjų sąjūdis	
18.	Asociacija „Laisvas žmogus“	
19.	ELSA Lietuva	
20.	Lietuvos psichologijos studentų asociacija	
21.	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Studentų mokslinės draugijos Kineziterapijos būrelis	
22.	Asociacija „Optimalietis“	

5.6. lentelė. Respondentų įvardintos valstybinės įstaigos ar institucijos, su kuriomis per pastaruosius 3 metus buvo dažniausiai bendradarbiaujama vykdant LNLP ir SGS veiklas

Eil. Nr.	Valstybinės įstaigos ar institucijos pavadinimas	Proc.
1.	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas	7,1 proc.
2.	Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija	5,9 proc.
3.	Nacionalinė sveikatos taryba	4,7 proc.
4.	Valstybinis psichikos sveikatos centras	3,5 proc.
5.	Lietuvos Respublikos Seimas	2,4 proc.
6.	Lietuvos Respublikos Švietimo ir mokslo ministerija	1,2 proc.
7.	Visuomenės sveikatos biurai	
8.	Visuomenės sveikatos centrai	
9.	Jaunimo užimtumo centrai	
10.	Vaikų dienos centrai	
11.	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno Klinikos	
12.	Lietuvos Respublikos Kultūros ministerija	
13.	Lietuvos Respublikos Vyriausybė	
14.	Vilniaus Visuomenės sveikatos biuras	
15.	Šiaulių Visuomenės sveikatos biuras	
16.	Šiaulių miesto savivaldybė	
17.	Kauno pedagogų kvalifikacijos kėlimo centras	
18.	Kauno raj. Visuomenės sveikatos biuras	
19.	Klaipėdos Visuomenės sveikatos biuras	
20.	Palangos miesto savivaldybė	
21.	Jaunimo reikalų departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos	

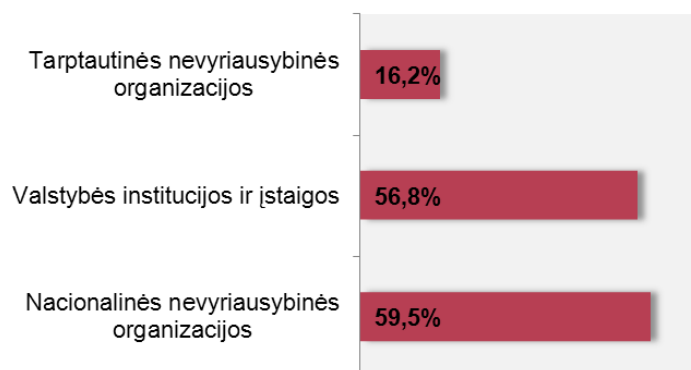
5.7. lentelė. Respondentų įvardintos tarptautinės NVO, su kuriomis per pastaruosius 3 metus buvo dažniausiai bendradarbiaujama vykdant LNLP ir SGS veiklas

Eil. Nr.	Organizacijos pavadinimas	Proc.
1.	Nordan (Šiaurės alkoholio ir narkotikų politikos tinklas)	1,2 proc.
2.	Eurocare (Europos alkoholio politikos aljansas)	
3.	ENSP (Europos rūkymo prevencijos tinklas)	
4.	HELP už gyvenimą be tabako	
5.	European network of Quitlines	
6.	Exsmoker	

Mažiausia pasitaikiusi reikšmė — 1 organizacija, didžiausia reikšmė, pasitaikiusi 2 kartus, — 10 organizacijų. Matyti, kad NVO bendradarbiavimo mastas nėra didelis: vidutiniškai organizacijos bendradarbiauja su 1–2 institucijomis. Reikia paminėti, kad 29,7 proc. respondentų informacijos apie institucijas, su kuriomis bendradarbiaujama, apskritai

nepateikė, todėl gauti duomenis turi būti vertinami atsargiai: yra tikimybė, kad respondentai tiesiog vengė atvirų klausimų ir taupydami savo laiką visų partnerių nevardino.

Nors NVO dažniau (59,5 proc.) nurodė bendradarbiaujančios su kitomis nacionalinėmis NVO, pažymėtina tai, kad didelė dalis (56,8 proc.) organizacijų bendradarbiauja su valstybiniu sektoriumi (žr. 5.13. pav.).



5.13. pav. NVO dalis, atsižvelgiant į respondentų nurodytus partnerius

Su tarptautinėmis NVO per paskutiniuosius 10 mėnesių nurodė bendradarbiaujančios 16,2 proc. organizacijų. Visos 6 tarptautinės NVO, kurias įvardino respondentai, yra susiję su alkoholio ir tabako kontrole, todėl galima teigti, kad šiose srityse, veikiančios Lietuvos NVO, vykdančios LNLP ir SGS veiklas, aktyviausiai veikia tarptautiniuose tinkluose, dalyvauja daugiašaliuose projektuose, intensyviai domisi alkoholio ir tabako kontrolės politika Europoje.

Iš visų valstybinių institucijų dažniausiai NVO nurodė bendradarbiaujančios su Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamentu (7,1 proc.), Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (5,9 proc.), Nacionaline sveikatos taryba (4,7 proc.), Valstybiniu psichikos sveikatos centru (3,5 proc.). Reikia akcentuoti, kad tarp valstybės institucijų 5 kartus paminėti visuomenės sveikatos biurai, kurie į sveikatos stiprinimo veiklą Lietuvoje įtraukti palyginti neseniai¹². Tuo tarpu savivaldybės paminėjo tik 5,6 proc. respondentų.

Tokie tyrimo rezultatai rodo, kad NVO iš savivaldybių ne tik rečiau gauna finansinę paramą (15,2 proc.) bet ir rečiau bendradarbiauja. 2005 m. atliktos „Lietuvos nevyriausybinių organizacijų situacijos analizės“ rezultatai parodė, kad 75 proc. Lietuvos NVO savo veikloje

¹² Visuomenės sveikatos biurai miestų ir rajonų savivaldybėse buvo pradėti steigti tik 2006 m., kai po atlikto tarpinio Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo įvertinimo patvirtintoje Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros strategijoje buvo numatyta skatinant savivaldybių visuomenės sveikatos biurų steigimą.

bendradarbiauja su savivaldybėmis ir tik 36 proc. NVO savo veikloje bendradarbiauja su nacionalinėmis valdžios institucijomis (38). Kaip matyti, NVO, vykdančių LNLP ir skatinančių sveiką gyvenseną, tyrimo rezultatai pateikia priešingus rezultatus. Silpną pastarųjų metų savivaldybių ir NVO bendradarbiavimą, organizacijų vadovų supratimu, nulemia skirtingas miestų ir rajonų savivaldybių požiūris į trečiojo sektoriaus organizacijas, ribotas savivaldos institucijų išmanymas apie bendradarbiavimo galimybes, NVO ir valstybinio sektoriaus konkurencingumas dėl finansavimo, silpni NVO investiciniai gebėjimai (37).

Nors NVO, vykdančių LNLP ir SGS veiklas, bendradarbiavimo su valstybinėmis institucijomis mastas nemažas, pastarųjų paramą dauguma organizacijų vis dar laiko nepakankama: atsakingų valstybinių institucijų paramą LNLP ir SGS kompetencijų kūrimui per paskutiniuosius 3 metus barjeru įvardina 70,3 proc. organizacijų. Tokia situacija galimai kyla dėl keleto priežasčių: NVO dabartinis bendradarbiavimo lygis atrodo nepakankamas, bendradarbiavimo rezultatai nepatenkina NVO lūkesčių, šie sektoriai vis dar sunkiai randa bendrą kalbą.

Kalbant apie NVO tarpusavio bendradarbiavimą, galima stebėti tendenciją, kad dažniausiai NVO bendradarbiauja su skėtinėmis organizacijomis: dažniausiai bendradarbiaujama su Nacionaline tabako ir alkoholio kontrolės koalicija (12,8 proc.), Lietuvos sveikuolių sąjunga (5,9 proc.), asociacija „Sportas visiems“ (3,5 proc.). Tokia tendencija galėjo susiklostyti dėl to, kad skėtinės organizacijos paprastai steigiamos siekiant stiprinti organizacijas nares bei aktyviai dalyvauti sprendimų priėmimo procese.

Labai svarbu, kad sveikatos stiprinimo veiklas vykdančios NVO, savo veiklos metodus grįstų mokslu. Siekiant išsiaiškinti, ar NVO bendradarbiauja su mokslo institucijomis, respondentų teirautasi, ar jų organizacijose studentai atlieka praktiką, bendradarbiaujama moksliniuose tyrimuose, universitetų dėstytojai ar mokslininkai konsultuoja organizaciją, ar yra bendradarbiaujama kitais būdais. Didžioji dalis respondentų (64,9 proc.) nurodė, kad jų organizacija su universitetais jokių ryšių nepalaiko, 29,7 proc. — bendradarbiauja, 5,4 proc. respondentų teigė apie tai nieko nežinantys. Pateiktame institucijų, su kuriomis per paskutinius 12 mėnesių bendradarbiavo tiriamieji, sąrašą minimos kelios akademinę bendruomenę vienijančios NVO (Lietuvos sveikatos psichologų sąjunga, Lietuvos psichiatrų asociacija, Lietuvos psichologijos studentų asociacija ir kt.).

Atsižvelgiant į tai, kad bendradarbiavimas su universitetais palyginti mažas, o 73 proc. respondentų palengvinimu įvardina mokslinių tyrimų prieinamumą, 67,6 proc. — priėjimą prie nacionalinių LNLP ir SGS mokslinių tyrimų, 51,4 proc. — nacionalinių mokslinių

organizacijų naudingumą, galima daryti išvadą, kad NVO mokslinės informacijos dažniau ieško savarankiškai nei kreipiasi į mokslo institucijas, o esamas bendradarbiavimas su mokslinėmis institucijomis patenkina jų lūkesčius.

R. Marcinkevičienės 2005 m. parengtame magistro diplominiame darbe „Nevyriausybinių organizacijų (NVO) vaidmuo visuomenės sveikatos stiprinime“, darbo autorė taip pat nagrinėjo sveikatinimo veikla užsiimančių NVO bendradarbiavimą su kitomis NVO, žinybomis, partneriais. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma organizacijų (75,6 proc.) žino panašią veikla užsiimančias nevyriausybines organizacijas ir jas laiko pagrindiniais savo partneriais. Tarp kitų partnerių dažniausiai yra nurodomos valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos (16 proc.), žiniasklaida (14 proc.) bei Sveikatos apsaugos ministerija (13 proc.) (45). Lyginant šių tyrimų duomenis, matyti, kad NVO tarpusavio bendradarbiavimas — ryški tendencija, nesikeičianti jau beveik dešimtmetį. Dėmesį reikėtų atkreipti į tai, kad NVO, vykdančių LNLP ir SGS veiklas, atstovai tarp partnerių per paskutinius 12 mėnesių neįvardino nė vienos žiniasklaidos priemonės (kaip tai buvo padaryta 2005 m. tyrime). Atsižvelgiant į tai, kad žiniasklaidos prieinamumą visuomenės švietimui apie LNLP ir SGS 59,5 proc. respondentų įvardina barjeru, galima daryti išvadą, kad NVO bendradarbiavimas su žiniasklaidos priemonėmis silpnėja. Tam įtakos gali turėti mažas NVO biudžetas.

Tyrimo metu išsiaiškintos dažniausios NVO ir kitų institucijų bendradarbiavimo priežastys. Kaip nurodė respondentai, dažniausiai (44,2 proc.) NVO bendradarbiauja norėdamos pasidalinti ištekliais siekiant įgyvendinti bendrą projektą (žr. 5.14. pav.)



5.14. pav. NVO dalis, atsižvelgiant į bendradarbiavimo su partneriais tikslą

Ne mažos dalies organizacijų (27,9 proc.) pagrindinis bendradarbiavimo tikslas — pasidalinimas informacija apie LNLP ir SGS veiklas. 3,5 proc. respondentų nurodė atsakymo

variantą „Kita“. Kokios buvo kitos bendradarbiavimo priežastys tyrime aiškintasi nebuvo. Kaip paaiškėjo, su valstybės institucijomis ir įstaigomis dažniausiai (66,7 proc.) bendradarbiaujama siekiant dalintis informacija. Tuo tarpu dažniausias (39,5 proc.) NVO tarpusavio bendradarbiavimo tikslas — dalinimasis ištekliais, siekiant įgyvendinti bendrą projektą; su tarptautinėmis NVO — strateginis veiklų planavimas (66,7 proc.).

Apskritai respondentai paramos iš nevyriausybinių ir viešojo sektoriaus partnerių lygi dažniau (64,8 proc.) įvardina palengvinimu nei barjeru (18,9 proc.).

LNL paplitimo neįmanoma sustabdyti jei konstruktyviai ir sistemingai nepradės veikti visi šalies sektoriai, kurie drauge dalinsis atsakomybę ir sieks pokyčių (10). Mokslininkų teigimu, viena iš didžiausių kliūčių, siekiant sumažinti LNL paplitimą Lietuvoje, yra sveikatos tarpsektorinio bendradarbiavimo stoka (25). Dar aktyvesnis Lietuvos NVO, vykdančių LNLP ir SGS veiklas, bendradarbiavimas su vyriausybės, sveikatos, socialinio ir ekonomikos sektoriaus, pramonės atstovais, vietinės valdžios organais ir visuomenės informavimo priemonėmis leistų konsoliduoti finansus, žmogiškuosius išteklius, operatyviau dalintis gerąja patirtimi.

5.3. Lietuvos nevyriausybinių organizacijų gebėjimas vykdyti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinti sveiką gyvenseną

Šiame tyrime Lietuvos NVO gebėjimas vykdyti LNLP ir SGS veiklas vertinamas remiantis respondentų pateiktais duomenimis ir nuomone apie darbo organizavimo ir valdymo procesų (veiklų planavimas ir vertinimas, darbuotojų įgalinimas, poreikių vertinimas, vadovų vaidmuo ir kt.) įgyvendinimą organizacijoje. Poskyryje nuosekliai apžvelgiami NVO gebėjimai veikti konkrečiose srityse, taikyti atitinkamas strategijas, įvertinti tikslinės grupės poreikius, planuoti veiklas, organizuoti jų įgyvendinimą ir jas vertinti. Prieš pradedant rezultatų aptarimą, reikalinga akcentuoti, kad vadovaujančias pareigas užimantys respondentai šiame tyrime sudaro didžiausią apklaustųjų dalį (72,9 proc.). Tai gali turėti įtakos rezultatų objektyvumui. Vertindami organizacijų darbą respondentai vertino darbus atliktus savarankiškai bei dirbant drauge su partneriais.

64,9 proc. organizacijų savo veiklas planuoja savarankiškai t.y. nesitaria su kuo nors viršesniu (kitomis įstaigomis, institucijomis ar pan.), tik 1 organizacija nurodė nuolat savo veiklas derinanti su kuo nors viršesniu. Tai paaiškina, kodėl 73 proc. respondentų mano, kad jų gebėjimas įtraukti tarpininkus į veiklų planavimą yra žemas ir labai žemas. Kadangi tyrimo instrumentas — Lietuvai adaptuotas Kanados mokslininkų klausimynas, reikia paminėti, kad

šis klausimas užsienio šalių kontekste turi daug didesnę reikšmę: didelė dalis NVO užsienyje, ypač Jungtinėse Amerikos Valstijose, savo veiklai gauna pastovias dotacijas iš valstybinio ar verslo sektoriaus, todėl ne tik taiko atskaitingumo sistemas, bet tokius rėmėjus įtraukia ir į veiklų, programų planavimą.

Vertindami savo pastarųjų 3 metų gebėjimų lygį vykdyti LNLP ir SGS veiklas nukreiptas į išvardintas sritis, respondentai geriausiai savo gebėjimus įvertino fizinio aktyvumo (35,1 proc.), tabako kontrolės ir psichikos sveikatos srityse (atitinkamai po 27 proc.) (žr. 5.15. pav.). Prasčiausiai NVO savo gebėjimus vertino nedarbo ir darbo sąlygų, socialinės atskirties ir paramos sritys. Tai rodo, kad NVO, vykdančios LNLP ir skatinančios sveiką gyvenseną, daugiausiai dirba sveikatos stiprinimo srityje ir į socialinio sektoriaus sritį nelinkę skverbtis.



5.15. pav. NVO dalis, atsižvelgiant į respondentų nurodytą gebėjimą vykdyti į tam tikras sritis nukreiptas veiklas

Vertindami pastarųjų 3 metų organizacijos gebėjimus veikti pagal skirtingas veiklos strategijas respondentai dažniausiai nurodė, kad geba gerai ir labai gerai šviesti ir informuoti visuomenę, įgyti individualių įgūdžių (atitinkamai po 45,9 proc.), naudoti naujas socialinės medijos technologijas (43,2 proc.). Respondentai gana kritiškai vertino gebėjimus teikti pagalbą savitarpio grupėse, formuoti paslaugų teikėjo įgūdžius, įtakoti nusistovėjusią aplinką: šiuos gebėjimus kaip labai žemus ar neblogus įvertino atitinkamai 51,4 proc., 54,1 proc. ir

45,9 proc. respondentų. Gebėjimą naudoti socialinio marketingo įrankius, pritraukti savanorius, kurti sveiką aplinką, mobilizuoti bendruomenę didesnė dalis respondentų vertina kaip žemą ir neblogą, tačiau aiškių tendencijų čia nematyti.

Kiekviena organizacija prieš pradėdama planuoti savo veiklą turi atlikti išsamią vidinių ir išorinių veiksnių analizę. Visų pirma, organizuojant darbą labai svarbu atsižvelgti į greitai besikeičiančius tikslinės grupės poreikius, kuriuos reikia nuolat stebėti. Taigi NVO siekdamos maksimalaus veiklos efektyvumo turi mokėti įvertinti LNL naštą bei LNL RV paplitimą tikslinėje grupėje. Paaiškėjo, kad 40,5 proc. respondentų mano, jog jų organizacija geba įvertinti LNL naštą organizacijos tikslinei grupei, 16,2 proc. respondentų mano, kad šis gebėjimas yra žemas ir labai žemas. Tuo tarpu gebėjimą įvertinti RV paplitimą aukštu ir labai aukštu įvardina 45,9 proc. Apskritai informacijos apie specifines tikslines grupes prieinamumą, palengvinimu įvardina 51,4 proc. respondentų, 27 proc. mano, kad laiko barjeru organizacijos veikloje. Visgi 45,9 proc. apklaustųjų nurodė, kad gebėjimas konsultuotis su bendruomenės nariais tam, kad būtų identifikuoti LNLP ir SGS prioritetai, yra žemas, o gebėjimas apžvelgti mokslinius tyrimus, siekiant šio tikslo, 56,7 proc. respondentų vertinamas kaip aukštas ir labai aukštas. Tai rodo, kad NVO dažniau informacijos apie savo tikslinę grupę ieško antriniuose šaltiniuose, o tiesioginio bendravimo praktika, siekiant tinkamai organizuoti veiklą nėra tvirtai prigijusi.

Kitas svarbus veiksnys, stipriai įtakojantis organizacijos veiklą — išoriniai ištekliai, kurie gali būti tiek materialūs, tiek informaciniai. Gebėjimą įvertinti bendruomenės išteklius, kurie įtakoja LNLP ir SGS veiklas, 35,1 proc. respondentų įvardino aukštu ir labai aukštu, 10,8 proc. žemu ir labai žemu. 45,9 proc. respondentų nuomone, organizacijos turi aukštą ar labai aukštą gebėjimą apžvelgti kitų organizacijų vykdytas LNLP ir SGS veiklas, siekiant išsiaiškinti, ar jos gali būti panaudotos jų pačių veikloje. Gebėjimą ieškoti aktualių gerųjų patirčių, siekiant jas pritaikyti savo veikloje, aukštai ir labai aukštai vertina 54,1 proc. respondentų.

Tinkamai įvertinus tikslinės grupės poreikius ir turimus išteklius, reikalinga gebėti planuoti veiklas. Aukštą ir labai aukštą gebėjimą nustatyti tikslus ir uždavinius LNLP ir SGS veiklose, remiantis respondentų nuomone, turi 62,2 proc. organizacijų, aukštą ir labai aukštą gebėjimą sudaryti veiksmų planus — 59,4 proc. Be to, 73 proc. respondentų sutiko, kad darbuotojai yra reguliariai įtraukiami į LNLP ir SGS programų planavimą. Matyti, kad didesnė dalis NVO planuodamos veiklas geba kelti konkrečius tikslus, formuoti uždavinius ir geba sudaryti veiksmų planus.

Ieškant statistiškai patikimo ryšio tarp organizacijos gebėjimų planuoti veiklas ir respondentų nuomonės apie organizacijoje atliekamą veiklos vertinimą, nustatyta, kad organizacijos turinčios aukštus gebėjimus veiklų planavime, respondentų nuomone, dažniau įgyvendina teigiamus pokyčius, dažniau remiasi pagrįstais įrodymais, dažniau viešai pateikia informaciją apie savo veiklą. Organizacijose, kurių nariai geba veiklos vystymui naudoti teorines žinias, atsižvelgiant į kontrolės ir įvertinimo rezultatus dažniau įgyvendinami teigiami pokyčiai ($p=0,013$). Priimant sprendimus ir planuojant veiklą pagrįstais įrodymais, respondentų nuomone, remiasi tos organizacijos, kurios geba ne tik naudoti teorines žinias ($p=0,004$), bet ir nustatyti tikslus ir uždavinius ($p=0,004$). Vertinant LNLP ir SGS programas loginius modelius, respondentų nuomone, naudoja tos organizacijos, kurių nariai geba apskaičiuoti išteklių tinkamumą ($p=0,003$). Informacija apie organizacijos veiklos kontrolę ir jos vertinimas viešai prieinamas tose organizacijose, kurios geba apskaičiuoti išteklių tinkamumą ($p=0,001$), kurti kontrolės ir įvertinimo sistemas ($p=0,026$). Esant ribotai magistro darbai apimčiai plačiau visi atvejai, kuomet tarp kintamųjų buvo nustatytas statistiškai patikimas ryšys, neaptariami ir pateikiami tik lentelėje (žr. 5.8. lent.).

5.8. lentelė. Respondentų nuomonė apie turimus gebėjimus planuoti veiklas bei jos ryšys su gebėjimais vertinti veiklą

Organizacijos gebėjimas planuoti veiklas	Respondentams pateiktas teiginys							
		Nesutinku		Sutinku				
		n	%	n	%	χ^2	lks	p
	„Atsižvelgiant į LNLP/SGS kontrolės ir įvertinimo rezultatus yra įgyvendinami teigiami pokyčiai“							
Teorinių žinių naudojimas LNLP/SGS veiklos vystymui, plėtrai	Žemi gebėjimai	22	75,9	2	25,0	7,117	1	0,013
	Aukšti gebėjimai	7	24,1	6	75,0			
Dėmesio į sveikatos netolygumus atkreipimas	Žemi gebėjimai	26	89,7	4	50,0	6,428	1	0,027
	Aukšti gebėjimai	3	10,3	4	50,0			
	„Priimant sprendimus ir planuojant veiklą remiamasi pagrįstais įrodymais“							
Teorinių žinių naudojimas LNLP/SGS veiklos vystymui, plėtrai	Žemi gebėjimai	18	78,3	6	42,9	4,786	1	0,039
	Aukšti gebėjimai	5	21,7	8	57,1			
Tikslų ir uždavinių LNLP/SGS veikloms nustatymas	Žemi gebėjimai	13	56,5	1	7,1	9,022	1	0,004
	Aukšti gebėjimai	10	43,5	13	92,9			
Loginių modelių, apibūdinančių LNLP/SGS planavimo sąnaudas, veiklą, produkciją ir rezultatus, vystymas	Žemi gebėjimai	20	87,0	7	50,0	6,027	1	0,023
	Aukšti gebėjimai	3	13,0	7	50,0			
Veiklos rodiklių formulavimas	Žemi gebėjimai	21	91,3	8	57,1	5,993	1	0,035
	Aukšti gebėjimai	2	8,7	6	42,9			
LNLP/SGS kontrolės ir	Žemi gebėjimai	21	91,3	8	57,1	5,993	1	0,035

įvertinimo sistemų sukūrimas	Aukšti gebėjimai	2	8,7	6	42,9			
	„Programų vadovai dalyvauja programų vertinimo mokymuose“							
Teorinių žinių naudojimas LNLP/SGS veiklos vystymui, plėtrai	Žemi gebėjimai	24	72,7	0	0	8,280	1	0,011
	Aukšti gebėjimai	9	27,3	4	100			
Dėmesio į sveikatos netolygumus atkreipimas	Žemi gebėjimai	29	87,9	1	25,0	9,195	1	0,016
	Aukšti gebėjimai	4	12,1	3	75,0			
	„Programų įvertinime naudojami loginiai modeliai“							
Tikslų ir uždavinių LNLP/SGS veikloms nustatymas	Žemi gebėjimai	14	53,8	0	0	9,528	1	0,002
	Aukšti gebėjimai	12	46,2	11	100			
Loginių modelių, apibūdinančių LNLP/SGS planavimo sąnaudas, veiklą, produkciją ir rezultatus, vystymas	Žemi gebėjimai	23	88,5	4	36,4	10,638	1	0,003
	Aukšti gebėjimai	3	11,5	7	63,6			
Išteklių tinkamumo LNLP/SGS veiklai apskaičiavimas	Žemi gebėjimai	20	76,9	4	36,4	5,580	1	0,028
	Aukšti gebėjimai	6	23,1	7	63,6			
LNLP/SGS kontrolės ir įvertinimo sistemų sukūrimas	Žemi gebėjimai	23	88,5	6	54,5	5,247	1	0,035
	Aukšti gebėjimai	3	11,5	5	45,5			
	„Programų vertinimui pakankamai kompetencijos turi patys organizacijos nariai“							
Tikslų ir uždavinių LNLP/SGS veikloms nustatymas	Žemi gebėjimai	13	52,0	1	8,3	6,573	1	0,013
	Aukšti gebėjimai	12	48,0	11	91,7			
Loginių modelių, apibūdinančių LNLP/SGS planavimo sąnaudas, veiklą, produkciją ir rezultatus, vystymas	Žemi gebėjimai	21	84,0	6	50,0	4,752	1	0,049
	Aukšti gebėjimai	4	16,0	6	50,0			
Išteklių tinkamumo LNLP/SGS veiklai apskaičiavimas	Žemi gebėjimai	20	80,0	4	33,3	7,748	1	0,010
	Aukšti gebėjimai	5	20,0	8	66,7			
LNLP/SGS kontrolės ir įvertinimo sistemų sukūrimas	Žemi gebėjimai	23	92,0	6	50,0	8,440	1	0,008
	Aukšti gebėjimai	2	8,0	6	50,0			
Dėmesio į populiacijos skirtumus atkreipimas	Žemi gebėjimai	24	96,0	6	50,0	11,185	1	0,002
	Aukšti gebėjimai	1	4,0	6	50,0			
Dėmesio į sveikatos netolygumus atkreipimas	Žemi gebėjimai	23	92,0	7	58,3	5,991	1	0,025
	Aukšti gebėjimai	2	8,0	5	41,7			
	„Informacija apie Jūsų LNLP/SGS veiklos kontrolę ir įvertinimą yra viešai prieinama“							
Loginių modelių, apibūdinančių LNLP/SGS planavimo sąnaudas, veiklą, produkciją ir rezultatus, vystymas	Žemi gebėjimai	27	81,8	0	0	12,109	1	0,003
	Aukšti gebėjimai	6	18,2	4	100			
Išteklių tinkamumo LNLP/SGS veiklai apskaičiavimas	Žemi gebėjimai	24	72,7	0	0	8,280	1	0,011
	Aukšti gebėjimai	9	27,3	4	100			
LNLP/SGS kontrolės ir įvertinimo sistemų sukūrimas	Žemi gebėjimai	28	84,8	1	25,0	7540	1	0,026
	Aukšti gebėjimai	5	15,2	3	75,0			

Organizacijos gebėjimas veikti labiausiai priklauso nuo jos narių, todėl būtina apžvelgti NVO gebėjimus, susijusius su žmogiškaisiais ištekliais. Atsižvelgiant į tai, kad didelė dalis NVO darbuotojų veikia savanoriškais pagrindais, negaudamos už tai jokio finansinio atlygio, daug didesnę reikšmę turi kiti apsektai — organizacijos mikroklimatas, galimybės tobulėti, savirealizacija ir kt. Svarbu, kad tokioje organizacijoje darbuotojai turėtų pakankamai erdvės saviraiškai, būtų įgalinti savarankiškai priimti dalį sprendimų ir pan. Šio tyrimo metu paaiškėjo, kad 62,2 proc. NVO darbuotojų norėdami koreguoti LNLP ir SGS programas visada turi gauti vadovo leidimą, o 27 proc. tai gali daryti savarankiškai. Paklausti, ar sutiktų su teiginiu, kad LNLP ir SGS veiklos yra koordinuojamos vadovų suplanuotų formalų susitikimų metu, daugiausiai respondentų (51,4 proc.) įvardino negalintys su šiuo teiginiu nei sutikti, nei nesutikti. Tokių veiklų koordinavimo būdą organizacijoje patvirtino 40,5 proc. respondentų. Tačiau 78,4 proc. respondentų teigia, kad jų organizacijose LNLP ir SGS veiklos yra tobulinamos neformaliose komandose, kur kiekvienas gali išsakyti savo nuomonę ir pasiūlymus. Be to, 83,8 proc. respondentų vidinį LNLP ir SGS veiklų koordinavimą įvardina palengvinimu, o 62,2 proc. sutinka ar visiškai sutinka su teiginiu, kad sprendimai dėl LNLP ir SGS yra priima laiku. Matyti, kad sprendimų priėmimo dėl LNLP ir SGS programų koregavimo nariai visiškos laisvės neturi, tačiau jiems organizacijose suteikiama platforma savo nuomonei išsakyti ir tai netrukdo laiku priimti sprendimus.

Vertinant pačių narių polinkį vadovauti ir priimtu sprendimus, galima paminėti, kad 48,6 proc. organizacijų kiekvienas yra drąsinamas imtis vadovavimo savo veiklos srityje, o 40,5 proc. organizacijų darbuotojai imasi vadovo rolės LNLP ir SGS veiklose. 37,8 proc. respondentų mano, kad darbuotojai vadovauti nėra linkę. Taigi aiškių tendencijų šioje vietoje nematyti.

70,3 proc. respondentų nurodė, kad didžiausias privalumas organizuojant LNLP ir SGS veiklas yra tai, kad profesionaliems darbuotojams leidžiama savarankiškai panaudoti savo žinias. 67,6 proc. respondentų sutiko su teiginiu, kad, esant finansinėms galimybėms, darbuotojams profesionalams suteikiamas visiškas savarankiškumas srityje, už kurią jie atsakingi. Kalbant apie šių darbuotojų vaidmenį organizacijoje, reikia paminėti, kad 45,9 proc. respondentų nesutinka su teiginiu, kad darbuotojų profesionalų (pvz., doc., dr., prof.) nuomonė yra svarbiausia vertinant padarytas LNLP ir SGS veiklas. Tai rodo, kad NVO veikia lanksčiai, suteikdamos galimybę aktyviai veikti visiems nariams, nepriklausomai nuo jų išsilavinimo ir mokslinių pasiekimų. Nors profesionaliais darbuotojais pasitikima, tačiau jų nuomonė organizacijoje nėra svarbiausia.

Kalbant apie narių galimybes tobulėti, tik 24,3 proc. respondentų mano, kad jų organizacijoje sudaromos profesinio tobulėjimo LNLP ir SGS srityje galimybės ir tik 16,3 proc. mano, kad darbuotojai tokias galimybes tobulintis išnaudoja. Nors darbuotojų igūdžių tobulinimas kiekvienoje organizacijoje turi vykti nenutrūkstamai ir būti lengvai prieinamas, nevyriausybiniam sektoriuje tokios galimybės vertinamos kaip gana menkos. Pažymėtina tai, kad respondentai iš NVO, kurios turi pastovų finansavimą, labiau (75 proc.) linkę sutikti su teiginiu, jog darbuotojai išnaudoja profesinio tobulėjimo galimybes LNLP/SGS srityje, nei tie, kurių organizacijos pastovaus finansavimo neturi (15,2 proc.) ($\chi^2 = 7,540$, lls=1, p=0,026). Matyti, kad organizacijos finansiniai ištekliai turi tiesioginės įtakos darbuotojų galimybėms tobulėti.

Tinkamas įgyvendintų veiklų įvertinimas identifikuoja organizacijos stiprybes ir silpnybes, leidžia efektyviau planuoti ateities veiklas, minimizuoja kaštus, skatina tobulėjimą. Vertinant NVO gebėjimus vertinti veiklas ir pasiektus rezultatus, matyti, kad ši NVO valdymo proceso dalis gana silpna.

Tyrimo metu respondentai nurodė gebėjimų lygį įvertinti organizacijos vykdomus projektus, programas, veiklas. Paašškėjo, kad gebėjimą monitoruoti LNLP ir SGS veiklas aukštu ir labai aukštu įvardino tik 24,3 proc. respondentų, gebėjimą įvertinti įgyvendintus uždavinius — 37,8 proc., gebėjimą įvertinti savo stiprybes ir silpnybes — 56,8 proc. Didesnė dalis respondentų (54,1 proc.) gebėjimą kurti įvertinimo sistemas įvardina žemu ir labai žemu, gebėjimą formuluoti veiklos rodiklius — 32,4 proc.

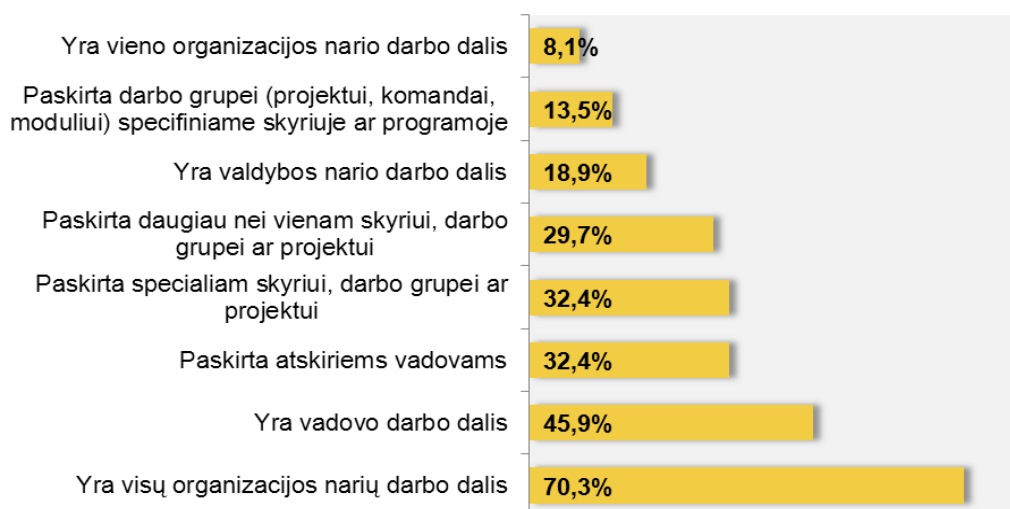
21,6 proc. respondentų nurodė, kad LNLP ir SGS veikloms įvertinti organizacijoje yra sukurta ir naudojama raštiška kontrolės ir įvertinimo politika, tuo tarpu 64,9 proc. respondentų nurodė, tokios vertinimo sistemos organizacijoje neturintys. Kiekybinius metodus veiklų poveikio įvertinimui naudoja 29,7 proc. organizacijų, kokybinius metodus — 10,8 proc. 32,4 proc. mano, kad pakankamai kompetencijos programų ir veiklos vertinimui turi patys organizacijos nariai, 45,9 proc. respondentų mano, kad veiklų vertinimą dažniausiai atlieka asmenys iš šalies. Tokie rezultatai rodo, kad NVO veiklų vertinimui skiria nepakankamai dėmesio: nenaudoja patikimų vertinimo metodų, mano, kad jų veiklą pirmiausia turi vertinti kiti, negeba kurti vertinimo sistemų. Be to, didesnė dalis organizacijų nepasitiki savo turima patirtimi ir gebėjimais šioje srityje.

Pažvelgus kaip NVO vertina savo išsipareigojimus vertinti veiklas ir jų rezultatus, paašškėja, kad išsipareigojimą nustatyti ilgalaikį LNLP poveikį tikslinei grupei aukštu ar labai aukštu įvardina 21,6 proc. respondentų, išsipareigojimą formuoti įvertinimą, kad LNLP ir SGS programos būtų pagerintos, — 16,5 proc. Matyti, kad didžioji dalis organizacijų

neįsipareigoja vertinti savo vykdomos veiklos ir išmatuoti pasiektų rezultatų. Tai galima vertinti kaip vieną silpniausiai išvystytą NVO gebėjimų, kuris labiausiai atsiliepia žmoniškųjų ir finansinių išteklių pritraukimui: organizacijos negalinčios išmatuoti savo pasiekimų ir išvardinti apčiuopiamų veiklų yra nepatrauklios nei rėmėjams, nei potencialiems nariams.

Dar vienas svarbus darbo organizavimo aspektas — tinkamas atsakomybės pasiskirstymas. Dažniausiai (70,3 proc.) respondentai nurodė, kad organizacijoje atsakomybė už LNLP ir SGS veiklas yra visų organizacijos narių darbo dalis (žr. 5.16. pav.).

„Atsakomybė už lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir sveikos gyvensenos skatinimą“



5.16. pav. NVO dalis, atsižvelgiant į atsakomybės pasiskirstymą organizacijoje

97,2 proc. respondentų nurodė, kad atsakomybė už įgyvendinamas veiklas NVO priskiriama vadovaujantiems asmenims, o 75,6 proc. nurodė, kad atsakomybė priskiriama organizacijos narių grupėms, komandoms. Tokia atsakomybės pasidalinimo proporcija, kuomet vadovaujantiems asmenims paskirta atsakomybė didžiausia, tačiau ne ką mažiau atsakingi jaučiasi ir visi likusieji — tinkama sėkmingai organizacijos veiklai.

Kalbat apie kitus NVO darbo organizavimo aspektus, kuriems įtaką daro organizacijos kultūra, reikia paminėti, kad 83,8 proc. respondentų teigimu, jų organizacijose formalių taisyklių ir procedūrų laikosi visi, o 81,1 proc. mano, kad vykdant LNLP ir SGS projektus bendradarbiauja visi. Šie rodikliai bei prieš tai aptartas atsakomybės organizacijoje klausimas rodo, kad NVO mikroklimatas ir sąlygos dirbti komandoje yra palankios.

Ieškant statistiškai patikimos koreliacijos tarp tam tikrų NVO bruožų, susijusių su struktūra, finansavimu bei tikslu organizacijos grupe, ir respondentų įvardinto gebėjimų lygio per pastaruosius 3 metus atlikti veiklos planavimą, labai stipraus ar stipraus koreliacijos

ryšio nerasta (priedas Nr.2). Nustatyta labai maža Spirmeno koreliacijos koeficiento reikšmė $[0,003; 0,585]$. Vidutinio stiprumo koreliacijos koeficiento reikšmė ($r_s=0,585$) nustatyta tarp savanorių skaičiaus organizacijoje ir aukšto NVO narių gebėjimo sudaryti LNLP/SGS veiksmų planus. Gautas rezultatas yra statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p-reikšmė (*Exact.Sig.*) mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 ($0,001<0,005$). Apibendrinant, galima teigti, kad praktiškai nėra ryšio tarp išvardintų NVO bruožų ir jų narių gebėjimų planuoti veiklas.

Ieškant statistiškai patikimos koreliacijos tarp tam tikrų NVO bruožų, susijusių su struktūra, finansavimu bei tiksline organizacijos grupe, ir respondentų įvardinto gebėjimų lygio per pastaruosius 3 metus veikti išvardintose veiklose, labai stipraus ar stipraus koreliacijos ryšio taip pat nebuvo rasta (priedas Nr.3). Nustatyta labai maža Spirmeno koreliacijos koeficiento reikšmė $[0,005; 0,500]$. Vidutinio stiprumo koreliacijos koeficiento reikšmė ($r_s=0,500$) nustatyta tarp NVO tipo ir aukšto NVO narių gebėjimo formuoti paslaugų teikėjo įgūdžius. Gautas rezultatas yra statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p-reikšmė (*Exact.Sig.*) mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 ($0,004<0,005$). Apibendrinant, galima teigti, kad praktiškai nėra ryšio tarp išvardintų NVO bruožų ir jų narių gebėjimų veikti išvardintose veiklose.

Ieškant statistiškai patikimos koreliacijos tarp tam tikrų NVO bruožų, susijusių su struktūra, finansavimu bei tiksline organizacijos grupe, ir respondentų įvardinto gebėjimų lygio per pastaruosius 3 metus atlikti savo veiklų vertinimą, labai stipraus ar stipraus koreliacijos ryšio taip pat nebuvo rasta (priedas Nr.4). Nustatyta labai maža Spirmeno koreliacijos koeficiento reikšmė $[0,019; 0,524]$. Vidutinio stiprumo koreliacijos koeficiento reikšmė ($r_s=0,524$) nustatyta tarp savanorių skaičiaus organizacijoje ir aukšto NVO narių gebėjimo identifikuoti gerąsias LNLP/SGS patirtis. Gautas rezultatas yra statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p-reikšmė (*Exact.Sig.*) mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 ($0,002<0,005$). Apibendrinant, galima teigti, kad praktiškai nėra ryšio tarp išvardintų NVO bruožų ir jų narių gebėjimų veikti išvardintose veiklose.

6. IŠVADOS

1. Ištirus NVO pagrindinius bruožus, paaiškėjo, kad dažniausia NVO, vykdančių LNLP ir SGS veiklas, juridinės veiklos forma — asociacijos. NVO dažniausiai veikia nacionaliniu lygmeniu, savo veiklą orientuodamos tiek į miesto, tiek į kaimo gyventojus, nukreipdamos į bendrąją populiaciją. NVO labiausiai išitraukę į darbą su individualais bei mažomis grupėmis, mažiausiai — su įstatymų leidėjais ir kitomis organizacijomis. Didžioji dalis organizacijų LNLP ir SGS veikloms skiria aukštą ir labai aukštą prioritetus. Tarp NVO vyrauja kompleksiškas požiūris į LNLP: dažniausiai savo veiklą organizacijos nukreipia į daugybinius rizikos veiksnius, iš kurių dažniausiai dirbama tabako ir alkoholio kontrolės, fizinio aktyvumo srityse. Dažniausiai NVO projektus vykde sveiko gyvenimo būdo, fizinio aktyvumo skatinimo, psichinės sveikatos ir tabako kontrolės srityse, rečiausiai vykde projektus, susijusius su aukštu cholesterolio kiekio kraujyje mažinimu, širdies ligų profilaktika, kraujospūdžio mažinimu, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos profilaktika, onkologinių susirgimų profilaktika.

2. a) Ištirus NVO, vykdančių LNLP ir SGS veiklas, žmogiškuosius išteklius, galima teigti, kad šios NVO stokoja apmokamo personalo. NVO nuomone, toks apmokamų darbuotojų skaičius organizacijoje yra nepakankamas ir yra įvardinamas barjeru organizacijos veiklai. NVO dažniausiai apmokamą darbą dirba vadovai ir kiti profesionalūs darbuotojai. Daugumoje NVO vyrauja savanorystė: NVO veikia nuo 1 iki 200 savanorių, vidutiniškai NVO dirba 26 savanoriai. Savanorių skaičius per pastaruosius 3 metus yra stabilus. Labai maža NVO dalis savo nariams suteikia profesinio tobulėjimo galimybes.

b) Ištirus NVO, turimus finansinius išteklius, matyti, kad didžioji dalis NVO finansavimo LNLP ir SGS veikloms neskiria. NVO turimas biudžetas per pastaruosius 3 metus beveik nekinta. Asociacijos finansavimą LNLP ir SGS veikloms skiria dažniau nei viešosios įstaigos. Dažniausiai NVO veiklų finansavimas priklauso nuo konkrečių projektų ar kontraktų. NVO geba lėšas įsisavinti tiek iš nacionalinių, tiek iš tarptautinių fondų. Didelį vaidmenį NVO veikloje vaidina filantropija: dažniausias išorinio finansavimo šaltinis — privatūs asmenys. Finansavimo srityje NVO bendradarbiavimas su savivaldos lygmens organizacijomis yra silpnesnis nei su nacionalinėmis institucijomis.

c) Ištirus NVO bendradarbiavimo patirtį, galima teigti, kad NVO stengiasi turėti partnerių visuose sektoriuose. Dažniausiai bendradarbiaujama su nacionalinėmis NVO, valstybinėmis institucijomis bei įstaigomis, tarptautinėmis NVO, tačiau bendradarbiavimo

mastas nėra didžiulis. Dažniausiai NVO tarpusavyje bendradarbiauja norėdamos pasidalinti ištekliais, tuo tarpu su valstybės institucijomis ir įstaigomis dažniausiai tik dalinamasi informacija, su tarptautinėmis NVO vykdomas strateginis veiklų planavimas.

3. Išanalizavus respondentų nuomonę apie NVO gebėjimus vykdyti LNLP ir SGS veiklas, matyti, kad geriausiai savo gebėjimus NVO nariai vertina fizinio aktyvumo, prasčiausiai — nedarbo ir darbo sąlygų, socialinės atskirties ir paramos srityse. NVO aukštai vertina savo gebėjimus šviesti ir informuoti visuomenę, suteikti individualių įgūdžių, naudoti naujas socialinės medijos technologijas. NVO, respondentų nuomone, geba planuoti veiklas, tačiau negeba jų vertinti: NVO nariai nurodė gebantys kelti konkrečius tikslus, formuoti uždavinius ir sudaryti veiksmų planus, tačiau žemu įvardina gebėjimą naudoti patikimus vertinimo metodus, kurti vertinimo sistemas, naudoti kiekybinius ar kokybinius vertinimo metodus, vertinti vykdomą veiklą ir išmatuoti pasiektus rezultatus. Organizacijos, turinčios aukštus gebėjimus planuoti veiklas, geriau geba atlikti jų vertinimą.

7. REKOMENDACIJOS

Atsižvelgiant į pagrindines problemas, kurios išryškėjo atlikus literatūros šaltinių ir tyrimo duomenų analizę, parengtos praktinės rekomendacijos, galinčios geriau įgalinti NVO vykdyti LNLP ir SGS Lietuvoje:

Rekomendacijos NVO:

- Plėtoti institucinius gebėjimus, ypatingą dėmesį skiriant gebėjimų veiklos vertinime gerinimui;
- Stiprinti gebėjimus dirbti su politinių sprendimų priėmėjais, siekiant didesnės įtakos politinių sprendimų LNL kontrolės ir prevencijos srityse priėmimui;
- Stiprinti bendradarbiavimą su visų sektorių institucijomis, didelį dėmesį skiriant vietos savivaldai. Išlaikyti esamą bendradarbiavimą su skėtinėmis NVO;
- Atsižvelgiant į finansinių išteklių stoką NVO ir savanorių skaičių jose, ieškoti įvairesnių organizacijų narių motyvavimo priemonių bei dėti didesnes pastangas, kad nariai turėtų profesinio tobulėjimo galimybes;
- Aktyviau išnaudoti Lietuvos Respublikos Gyventojų pajamų mokesčio teikiamas galimybes įsisavinant lėšas, tokiu būdu visuomenei suteikiant žinių apie LNLP ir SGS, didinant organizacijos žmogiškuosius ir finansinius išteklius.

Bendrosios rekomendacijos:

- Sukurti nuolat atnaujinimą Lietuvos NVO duomenų bazę ir ištaisyti NVO veiklos reglamentavimo spragas;
- Tęsti „Nevyriausybinių organizacijų, dalyvaujančių sveikatinimo veikloje, skatinimo programos“ finansavimą;
- Sukurti pastovaus NVO finansavimo galimybes, kurios įgalintų NVO nenutrūkstamai ir efektyviai vykdyti LNLP ir SGS.

8. LITERATŪRA

1. A strategy to prevent chronic disease in Europe: a focus on public health action — the CINDI vision. Copenhagen: World Health Organisation; 2004.
2. Almond GA, Verba S. The civil culture, political attitudes and democracy in five nations. *The Journal of Politics* 1965; 27:206–209.
3. Alwan A, MacLean D, Mandil A. Assessment of National Capacity for Noncommunicable Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization; 2001.
4. Arbyn M, Antoine J, Valerianova Z, Mägi M, Stengrevics A, Smailyte G, ir kt. Trends in cervical cancer incidence and mortality in Bulgaria, Estonia, Latvia, Lithuania and Romania. *Tumori* 2010; 96:517–23.
5. Armonaitė R. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės gerinimo galimybės šeimos gydytojo aptarnaujamoje miesto bendruomenėje: daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2006.
6. Baršauskienė V, Butkevičienė E, Vaidelytė E. Nevyriausybinių organizacijų veikla: mokomoji knyga. Kaunas: Technologija; 2008.
7. Beaglehole R, Yach D. Globalization and the prevention and control of non-communicable diseases: the neglected chronic diseases of adults. *Lancet* 2003; 362:903–908.
8. Civil Society Initiative. WHO's interactions with Civil Society and Nongovernmental Organizations. Geneva: World Health Organisation; 2002.
9. Chlivickas E, Domarkas V, Gaulė E, Gineitienė E, Juralevičienė J, Palidauskaitė J, ir kt. Įvadas į viešąjį valdymą: mokomoji knyga. Kaunas: Technologija; 2009.
10. Cluster Strategy Noncommunicable diseases and mental health 2008–2013. Geneva: World Health Organisation; 2010.
11. Collin J, Lee K, et al. The Framework Convention on Tobacco Control: The Politics of Global Health Governance. *Third World Quarterly* 2002;23(2):265–282.
12. Dichter WT. Globalization and its effects on NGOs: efflorescence or a Blurring of Roles and Relevance? *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 1999; 28:38–58.
13. Domarkas V. Laikmečio iššūkiai viešajam administravimui. Kn.: Krupavičius A. Pilietinė visuomenė ir valdžia. Kaunas: Technologija; 2001.
14. Domarkienė S, Tamošiūnas A, Rėklaitienė, Šidlauskienė D, Jurėnienė K, Margevičienė L, ir kt. Širdies ir kraujagyslių ligų svarbiausių rizikos veiksnių pokyčiai tarp vidutinio amžiaus Kauno gyventojų 1983–2002 metais. *Medicina* 2003; 39 (12):1193–1999.
15. European Chronic Disease Alliance. Optimising the Response to the Epidemic of Chronic Diseases. European Chronic Disease Alliance input to the Reflection Process on chronic diseases, 2012 [cited 2012 Feb 25]. Available from: <
<http://www.escardio.org/about/what/advocacy/Documents/ECDA-reflection-process-2012.pdf>>.
16. European Society of Cardiology. Time for action: EU reacts to UN Summit on Non — Communicable Diseases (NCDs), 2011 [cited 2012 Feb 24]. Available from:

- <<http://www.escardio.org/about/press/press-releases/pr-11/Pages/EU-React-UN-Summit.aspx>>.
17. European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. 5051434/6. Copenhagen: 2006 [cited 2012 Mar 07]. Available from: <http://www.emhf.org/resource_images/WHOstrategy2nddraft.pdf>.
 18. Framework Convention Alliance. FCTC Convention news Issue 11/Januray 2012 [cited 2012 Feb 10]. Available from: <http://www.who.int/fctc/publications/Convention_News_Issue_11_Jan_2012.pdf>.
 19. Framework Convention Alliance [Internet]. About us [cited 2012 Feb 20]. Available from: <http://www.fctc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=277>.
 20. Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen: World Health Organisation; 2006 [cited 2012 Feb 18]. Available from: <<http://www.euro.who.int/Document/RC56/edoc08.pdf>>.
 21. Gineitienė D, Domarkas V. Visuomeninių organizacijų įtaka viešojo administravimo institucijoms. Kaunas: Technologija; 2000.
 22. Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control 2010. Geneva: World Health Organisation, 2010 [cited 2012 Feb 21]. Available from: <http://www.who.int/fctc/reporting/progress_report_final.pdf>.
 23. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [cited 2012 Feb 15]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>.
 24. Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2000.
 25. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, ir kt. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimas tarp Lietuvos kaimiškųjų rajonų gyventojų: CINDI programos tyrimas, 2007 m. Medicina 2008; 44 (8):633–639.
 26. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Šakytė E, Kriaučionienė V, Veryga A. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2010 = Health Behaviour among Lithuanian Adult Population, 2010. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2011.
 27. Grabauskas V. Nuo klasikinių epidemiologinių tyrimų iki nacionalinės politikos formavimo. Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Kaunas: KMU; 2004.
 28. Health 21 — health for all in the 21st century. Copenhagen: World Health Organisation, 1998 [cited 2012 Feb 12]. Available from: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf>.
 29. INFACT. Framework Convention on Tobacco Control Technical Briefing Series Paper 3: Mobilizing NGOs and the Media Behind the International Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organisation; 1999.
 30. Ilgius V. Lietuvos nevyriausybiniis sektorius: raidos pamokos ir ateities perspektyvos. Kn: Transparency International Lietuvos skyrius: NVO skaidrumo pradžiamokslis. Vilnius: Eugrimas; 2008.

31. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, third edition. Prevalence estimates of diabetes [cited 2012 Feb 23]. Available from: <http://da3.diabetesatlas.org/index74cc.html>.
32. Jočienė J, Čilinskas K. Žmogaus teisių apsaugos problemos tarptautinėje ir Lietuvos Respublikos teisėje. Vilnius: Vilniaus universitetas; 2004.
33. Keck ME, Sikkink K. Activists beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics. Ithaca: Cornell University Press; 1998.
34. Klumbienė J, Milašauskienė Ž, Misevičienė I, Petkevičienė J. ir kt. Asmenų nedalyvavusių profilaktiniame tyrime, sveikatos būklės įvertinimas: CINDI programos tyrimas, 1995 m. Medicina 1995;31:990–5.
35. Kučikas A. Didieji lūkesčiai. Kn.: Savivaldybių ir nevyriausybių organizacijų partnerystė. Vilnius: Nevyriausybių organizacijų informacijos ir paramos centras; 2001.
36. Kuzmickienė I, Petrauskaitė Everatt R. Fizinis aktyvumas ir piktybinių navikų rizika: epidemiologinių tyrimų apžvalga. Visuomenės sveikata 2011; 4 (55):8–17.
37. Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programos Nevyriausybių organizacijų (NVO) subsidijų schemos. Galimybių studija. Vilnius: LR finansų ministerija; 2010.
38. Lietuvos nevyriausybių organizacijų situacijos analizė [žiūrėta 2012 m. balandžio 15 d.]. Prieiga per internetą: http://www.nisc.lt/lt/files/main/Treciojo_sektorius_instituciju_situacija_Lietuvoje1.pdf.
39. Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. liepos 2 d. Nr. IX-1007. Valstybės žinios 2002; 73–3085.
40. Lietuvos Respublikos įstatymas dėl Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencijos ratifikavimo: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. rugsėjo 28 d. Nr. IX-2460. Valstybės žinios 2004; 152-5529.
41. Lietuvos Respublikos Konstitucija: priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendumu. Valstybės žinios 1992; 33–1014.
42. Lietuvos sveikatos programa: Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833. Valstybės žinios 1998; 64–1842.
43. Lietuvos sveikatos rodiklių sistema (testuojama versija). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2012 [Interaktyvus, žiūrėta 2012 kovo 5 d.]. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/webdps/?lang=lt>.
44. Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenys: Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430. Valstybės žinios 2011; 73–3498.
45. Marcinkevičienė I. Nevyriausybių organizacijų vaidmuo visuomenės sveikatos stiprinime: magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinis universitetas; 2005.
46. Martin-Moreno JM, Apfel F, Sanchez JAL, Galea G, Jakab Z. The Social nature of chronic noncommunicable diseases and how to tackle them through communication technology, training, and Outreach. J Health Commun. 2011 Aug 16; 2:94–106.
47. Matonytė I, Zdanevičius A. Pilietinės visuomenės problemos. Atvejo studija: Kauno regiono nevyriausybinių organizacijų. Kaunas: Viešosios politikos tyrimų centras; 2003.

48. Nacionalinė mokslo programa „Lėtinės neinfekcinės ligos“: Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2010 m. birželio 19 d. įsakymas Nr. V-952. Valstybės žinios 2010; 75–3851.
49. Nacionalinė sveikatos taryba [Internet] Apie mus. [žiūrėta 2012 m. vasario 12 d.]. Prieiga per internetą: < <http://www3.lrs.lt/pls/inter/nst.show> >.
50. Nacionalinė sveikatos taryba. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 1998 [žiūrėta 2012 m. vasario 17 d.]. Prieiga per internetą: < http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1 >.
51. Nacionalinė sveikatos taryba. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: pasiekimai ir problemos. Vilnius: Baltijos kopija; 2005.
52. Nacionalinė sveikatos taryba. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinių neinfekcinių ligų kontrolė. Vilnius: Valstybės žinios; 2009.
53. Nacionalinė sveikatos taryba. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados. Vilnius: Valstybės žinios; 2011.
54. Nacionalinės sveikatos tarybos nuostatai: Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. sausio 15 d. nutarimas Nr. VIII-612. Valstybės žinios 2007; 80–3226.
55. Nevyriausybinių organizacijų, dalyvaujančių sveikatinimo veikloje, skatinimo programa: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. balandžio 24 d. įsakymas Nr. V-318. Valstybės žinios 2009; 50-2018.
56. Nevyriausybinių organizacijų duomenų bazė. Nevyriausybinių organizacijų informacijos ir paramos centras [Interaktyvus, žiūrėta 2012 m. kovo 15 d.]. Prieiga per internetą: <www.labdara-parama.lt>.
57. Nevyriausybinių organizacijų informacijos ir paramos centras. Praktinis vadovas Lietuvos nevyriausybiniams organizacijoms. Vilnius: NVO informacijos ir paramos centras; 1998.
58. Nevyriausybinių organizacijų plėtros koncepcija: Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. sausio 20 d. nutarimas Nr. 85. Valstybės žinios 2010; 12–566.
59. Nevyriausybinių organizacijų reikalų komisijos posėdžio protokolas [interaktyvus, žiūrėta 2011 m. vasario 4 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.bapp.osf.lt/downloads/TYRIMOproc.20PROCEDURA.pdf>>.
60. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.
61. Noncommunicable diseases mental health and injuries, 2002 [cited 2012 Feb 21]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_EXR_02.1.pdf>.
62. NVO teisės institutas. NVO teisinės bazės Lietuvoje problematika [žiūrėta 2012 m. vasario 14 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.nvoteise.lt/lt/ne-pelno-teise/tyrimai-ir-analizes>>.
63. Organisation for Economic Co-operation and Development. The Non-Profit Sector in a Changing Economy. OECD Publishing; 2003.
64. Peterson MA. Motivation, Mobilization, and Monitoring: The Role of Groups in Health Policy. Journal of Health Politics, Policy and Law 1999;3;24:415–420.

65. Policy development and implementation processes in the CINDI and Carmen noncommunicable disease intervention programmes. A comprehensive study. Geneva: World Health Organisation; 2004.
66. Preliminary Draft Charter on the Legal Status of Non-Governmental Organizations in Europe, 2001 [cited 2012 Feb 3]. Available from: http://www.pic.si/nvo/Preliminary_draft_charter_on_the_legal_status_proc.20of_non_governmental_organisations_in_Europe.doc.
67. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organisation; 2005.
68. Protocol and Guidelines. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme. Copenhagen: World Health Organisation; 1996.
69. Radišauskas R, Rastenytė D, Bernotienė G, Šopagienė D, Jančaitytė L. Kauno gyventojų sergamumas ir mirtingumas nuo pagrindinių širdies ir kraujagyslių ligų 1983–2002 m. Medicina 2003; 39 (17):1208–1214.
70. Resolution adopted by the General Assembly. A/RES/65/238 Scope, modalities, format and organization of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Disease. Geneva: 2011 [cited 2012 Feb 27]. Available from: <http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/A-RES-65-238.pdf>.
71. Salamon LM, Anheier HK, List R, Toepler S, Sokolowski WS. Global Civil Society. Dimension of the Nonprofit Sector. Baltimore: The John Hopkins Center for Civil Society Studies; 1999.
72. Salamon LM. The international Guide to Nonprofit Law. New York: John Wiley & Sons; 1997.
73. Saloojee Y, Dagli E. The tobacco industry tactics for resisting public policy on health. Bulletin of the World Health Organisation 2000; 78(7):902–910.
74. Silink M. The great awakening. Diabetes voice: 2009; 54:2.
75. Suhrcke M, Rachel Nugent A, Stuckler D, Rocco L, Chronic disease: an economic perspective. London: Oxford Health Alliance; 2006.
76. Šimašius R. Ne pelno organizacijos: prigimtis ir reglamentavimas. Vilnius: Eugrimas; 2007.
77. Šumskas L, Zaborskis A. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių įvertinimas ir koregavimas mokyklos medicinos punkte = Detection and correction of risk factors for chronic noncommunicable disease in school health centre. Kaunas: Mažoji poligrafija; 2002.
78. The European Health Report 2005. Copenhagen: World Health Organization; 2005.
79. The WHO MONICA Project [Online], 2012 [cited 2012 Mar 05]. Available from: <http://www.ktl.fi/monica/>.
80. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organisation; 2002.
81. Transparency International Lietuvos skyrius. NVO sektoriaus skaidrumo skatinimas, 2007 [žiūrėta 2012 m. balandžio 17 d.]. Prieiga per internetą: [http://www.nisc.lt/lt/files/main/NVO_skaidrumas_NVO_akimis\(2008\).pdf](http://www.nisc.lt/lt/files/main/NVO_skaidrumas_NVO_akimis(2008).pdf).

82. United Nations General Assembly Sixty-sixth session: Prevention and control of non-communicable diseases (Report of the Secretary-General, 2011) [cited 2012 Mar 03]. Available from:
<http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/83&Lang=E>.
83. United Nations high-level Meeting on Non-communicable Diseases: political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, 2011 [cited 2012 Feb 24]. Available from:
<http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=Aproc.2F66proc.2FL.1&Lang=E>.
84. Valstybinė lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos 2008–2010 metų programa: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. V-1149. Valstybės žinios 2008; 139–5520.
85. Veryga A, Klumbienė J, Petkevičienė J, Žemaitienė N. Tabako kontrolė ir pagalba metantiems rūkyti. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2008.
86. WHA Resolution: WHA51.18 noncommunicable disease prevention and control [cited 2012 Feb 24]. Available from:
<<http://www.who.int/genomics/publications/governance/wha/wha062/en/index.html>>.
87. WHO and Civil Society: Linking for better health. Geneva: World Health Organisation, 2002 [cited 2012 Feb 12]. Available from: <
<http://www.who.int/civilsociety/documents/en/CSICaseStudyE.pdf> >.
88. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organisation; 2003.
89. World Health Statistics 2011 [cited 2012 Feb 20]. Available from: <
<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>>.
90. Zimmet P. Globalization, coca-colonization and the chronic disease epidemic: can the Doomsday scenario be averted? *Journal of Internal Medicine* 2000; 247:301–310.
91. Žiliukaitė R. Ką renkames — laisvę telktis ar likti nuošalyje? Kn.: Žiliukaitė R, Ramonaitė A, Nevinskaitė L, Beresnevičiūtė V, Vinogradnaitė I. Neatrasta galia: Lietuvos pilietinės visuomenės žemėlapis. Vilnius: Versus Auris; 2006.
92. Žvilgnis į Tabako kontrolės pagrindų konvenciją (TKPK) [žiūrėta 2012 m. vasario 24 d.]. Prieiga per internetą: <
<http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/Lithuanian.pdf> >.
93. 2008–2013 Action Plan for the global strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2008.

9. PRIEDAI

1 priedas „Lietuvos nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir skatinančių sveiką gyvenseną, gebėjimų ir galimybių tyrimo 2012” klausimynas.

2 priedas Spirmano koreliacijos koeficientai tarp respondentų įvertintų gebėjimų per pastaruosius 3 metus planuoti veiklas ir potencialių tai nulemiančių veiksnių (n=37).

3 priedas Spirmano koreliacijos koeficientai tarp respondentų įvertintų gebėjimų per pastaruosius 3 metus įgyvendinti išvardintas veiklas ir potencialių tai nulemiančių veiksnių (n=37).

4 priedas Spirmano koreliacijos koeficientai tarp respondentų įvertintų gebėjimų per pastaruosius 3 metus atlikti veiklų vertinimą ir potencialių tai nulemiančių veiksnių (n=37).