

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ASTA TEIŠERSKIENĖ

**ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ
PREVENCINĖS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO
KĖDAINIŲ RAJONE EFEKTYVUMO
ĮVERTINIMAS**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė-

Prof. Dr. Marija Čaplinskienė

VILNIUS, 2020

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCINĖS
PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO KĖDAINIŲ RAJONE
EFEKTYVUMO ĮVERTINIMAS

Sveikatos politikos ir vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 6211JX074

Vadovė

_____ prof. dr. Marija Čaplinskienė

Recenzentas:

2020-

Atliko

_____ stud. A. Teišerskienė

VILNIUS, 2020

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	5
PRIEDŲ SĄRAŠAS.....	7
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	8
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS.....	9
PAGRINDINIŲ SAŲVOKŲ ŽODYNĖLIS.....	10
ĮVADAS.....	12
1 ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DIDELĖS RIZIKOS GRUPĖS, ATRANKOS IR PREVENCIJOS PRIEMONIŲ PROGRAMOS EFEKTYVUMO TEORINIAI ASPEKTAI.....	18
1.1 Pirminės sveikatos priežiūros esmė.....	18
1.2 Širdies ir kraujagyslių ligų epidemiologinė situacija Lietuvoje ir Europos Sąjungoje.....	23
1.3 Sveikatos programų svarba ir reikalingumas širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos kontekste.....	27
1.4 Sveikatos politikos sąmprata asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programoje.....	36
1.5 Širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos efektyvumo vertinimo kriterijai.....	42
2 ASMENŲ PRISKIRTŲ ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DIDELĖS RIZIKOS GRUPEI, ATRANKOS IR PREVENCIJOS PRIEMONIŲ PROGRAMOS CHARAKTERISTIKA IR ANALIZĖ LIETUVOS KONTEKSTE.....	47
2.1 Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos Lietuvoje analizė.....	47
2.2 Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų 2006-2018 m. dinamikos vertinimas Lietuvoje ir Kėdainių rajono savivaldybėje.....	51
3 ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCINĖS PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS KĖDAINIŲ RAJONO SAVIVALDYBĖJE.....	57
3.1 Tyrimo metodologija.....	57
3.2 Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimas Kėdainių rajono savivaldybės pirminėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, gydytojų požiūriu.....	61
3.3 Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdymo vertinimas Kėdainių rajono savivaldybės pirminėse asmens priežiūros įstaigose, pacientų požiūriu.....	76

IŠVADOS.....	88
REKOMENDACIJOS	90
LITERATŪRA IR ŠALTINIA.....	92
ANOTACIJA.....	103
ANNOTATION.....	104
SANTRAUKA.....	105
SUMMARY.....	106
PRIEDAI.....	107

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Mirtingumo rodikliai nuo širdies ir kraujagyslių ligų Kėdainių rajono savivaldybėje 2018 m. (%)	13
2 pav. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai	19
3 pav. Slaugytojų veiksmų modelis, įgyvendinant ŠKL PP pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje	22
4 pav. Standartizuotas mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) rodiklis 100 000 gyv.	26
5 pav. Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų dinamika Europos šalyse 2016 m.	27
6 pav. 5 a metodo taikymo žingsniai	36
7 pav. Tikslinės amžiaus grupės asmenų pasiskirstymas pagal lytį (%)	47
8 pav. Tikslinės amžiaus grupės asmenų pasiskirstymas pagal TLK (%)	48
9 pav. Programos finansavimui skirta iš PSDF biudžeto lėšų	48
10 pav. Programos finansavimui panaudota iš PSDF biudžeto lėšų	49
11 pav. Dalyvavusių asmenų skaičius širdies ir kraujagyslių prevencinėje programoje	50
12 pav. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinimas Kėdainių rajono savivaldybėje 2019 m. I-III ketv.	51
13 pav. Registruotų susirgimų nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičius Lietuvoje	53
14 pav. Registruotų susirgimų nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičius Kėdainių rajono savivaldybėje	54
15 pav. Registruotų ambulatoriškai susirgimų skaičius Kėdainių rajono savivaldybėje	54
16 pav. Registruotų mirčių skaičius Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių ligų	55
17 pav. Registruotų mirčių skaičius Kėdainių rajono savivaldybėje nuo širdies ir kraujagyslių ligų	56
18 pav. Apklaustos dalyvių pasiskirstymas pagal lytį (%)	77
19 pav. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (%)	77
20 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą (%)	78
21 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal išsilavinimą (%)	78
22 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal socialinę padėtį (%)	
23 pav. Tyrimo dalyvių šeimos gydytojo darbo vieta (%)	79
24 pav. Tyrimo dalyvavusių asmenų lankymosi dažnis pas šeimos gydytoją (%)	80
25 pav. Apklaustųjų nuomonė ar jie turi širdies ir kraujagyslių ligų (%)	80

26 pav. Apklaustųjų nuomonė ar jie yra girdėję apie vykdomą širdies ir kraujagyslių prevencinę programą (%).....	81
27 pav. Apklaustųjų nuomonė apie dalyvavimą širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje (%).....	81
28 pav. Tiriamųjų nuomonė, apie prevencinėje programoje dalyvavimo dažnumą (%).....	81
29 pav. Apklaustieji gavo pakvietimą dalyvauti širdies ir kraujagyslių profilaktinėje programoje (%).....	82
30 pav. Apklaustųjų informavimas, po širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje dalyvavimo (%).....	82
31 pav. Gydytojų motyvavimas dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje pagal apklaustuosius (%).....	83
32 pav. Tiriamųjų priežastys, dėl ko nedalyvavo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje (%).....	83
33 pav. Tiriamųjų dalyvavusių širdies ir kraujagyslių programoje vertinimas (%).....	84
34 pav. Kaime ir mieste gyvenančių tiriamųjų dalyvavimas širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje (%).....	84
35 pav. Žalingų įpročių turėjimas pagal amžiaus grupes (%).....	85
36 pav. Tiriamųjų žalingų įpročių turėjimas pagal išsilavinimą (%).....	85
37 pav. Tiriamųjų pagal išsilavinimą nuomonė apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumą (%).....	86
38 pav. Tiriamųjų pagal amžiaus grupes priežastys, dėl ko nedalyvavo programoje (%).....	86
39 pav. Kas pakvietė dalyvauti širdies ir kraujagyslių programoje tiriamuosius pagal amžiaus grupes (%).....	87

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Interviu klausimynas šeimos gydytojams.....	107
Klausimynas pacientams.....	108
Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą	113

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Bendra kokybinio tyrimo charakteristika.....	61
2 lentelė. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vertinimas Kėdainių rajone.....	62
3 lentelė. Prevencinės programos efektyvumas Kėdainių rajone	63
4 lentelė. Požiūris apie pirminiame lygyje nurodytus atlikti tyrimus.....	65
5 lentelė. Prevencinės programos atlikimo apimčių didinimas	66
6 lentelė. Programos organizavimo ir vykdymo aspektai.....	68
7 lentelė. Priežastys ir sprendimo būdai dėl pacientų informavimo apie ŠKL programą	70
8 lentelė. Požiūris į darbo organizavimą susijęs su visuomenės sveikatos propagavimu	71
9 lentelė. Įstaigų požiūris į gydytojų motyvavimą skatinti pacientus dalyvauti programoje .	73
10 lentelė. Spragos, kliūtys ir pasiūlai efektyviam programos įgyvendinimui	74

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

AKS- Arterinis kraujo spaudimas
EK- Europos komisija
EKD- Europos Kardiologų draugija
ES- Europos sąjunga
ESIS- Elektroninė sveikatos informacinė sistema
FA- Fizinis aktyvumas
gyv.- gyventojas
IŠL- Išeminė širdies liga
kt.- kitas
LSP- Lietuvos Sveikatos programa
m.- metai
mln.- milijonai
MRU- Mykolo Romerio universitetas
PASP- Pirminė asmens sveikatos priežiūra
PASPI- Pirminė asmens sveikatos priežiūros įstaiga
pav.- paveikslas
PP- Prevencinė programa
proc.- procentai
PSDF- Privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSO- Pasaulio sveikatos organizacija
PSP- Pirminė sveikatos priežiūra
PSPC- Pirminis sveikatos priežiūros centras
pvz.- pavyzdys
RV- Rizikos veiksniai
SCORE – bendrasis kardiovaskulinės rizikos įvertinimas
ŠKL PP- Širdies kraujagyslių ligų prevencinė programa
ŠKL- Širdies kraujagyslių liga
t.y- tai yra
TLK- Teritorinė ligonių kasa
VLK- Valstybinė ligonių kasa
VŠĮ- Viešoji įstaiga
žr.- žiūrėti

PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNĖLIS

Efektyvumas- „Išteklių panaudojimo veiksmingumas, kai norimas rezultatas pasiekiamas mažiausiomis įmanomomis sąnaudomis arba naudojant turimus išteklius pasiekiamas maksimalus įmanomas rezultatas.”¹

Hipertenzija – „Lėtinė liga ir vienas iš svarbiausių širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių.”²

Lėtinės neinfekcinės ligos- „Reiškia, kad jomis asmenys serga ilgą laikotarpį ir jos progresuoja lėtai.”³

Pirminė sveikatos priežiūra- „Sveikatos priežiūros grandis orientuota į asmens ir vietos bendruomenės sveikatos problemų sprendimą, teikiant sveikatos stiprinimo, ligų diagnostikos ir gydymo paslaugas.”⁴

Prevencinė programa- „Visuma priemonių, kurių tikslas yra užkirsti kelią ligų kilimui ir paplitimui, stiprinti gyventojų sveikatą ir sudaryti sveikas darbo ir buitines sąlygas.”⁵

Rizikos veiksnys- „Rodo neigiamą asmeninį ir aplinkos poveikį, žmogaus paveldimuosius, gyvenimo, biocheminius, fiziologinius ypatumus”.⁶

Sveikatos politika – „Sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybė.”⁷

¹ Vainienė R., Ekonomikos terminų žodynas, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <http://zodynas.vz.lt/Efektyvumas>.

² Pundzius J., „Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas- svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013, ISSN1648-7338, p. 4.

³ Aguonytė V., Beržanskytė A., ir kt., „Vyresnio amžiaus asmenų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų netolygumai Lietuvoje“, Visuomenės sveikata, 2014/3 (66), žiūrėta: 2020-03-01 prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202014%203\(66\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202014%203(66).pdf)

⁴ Petronytė G., Kanapeckienė V. „Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės paslaugų integravimas ir šalių patirtis“, Visuomenės sveikata, 2014/2(65), žiūrėta:2020-04-04, prieiga: [http://hi.simplifit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.2\(65\)/VS%202014%202\(65\)%20LIT%20Pirminis%20sveikatos%20prieziura.pdf](http://hi.simplifit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.2(65)/VS%202014%202(65)%20LIT%20Pirminis%20sveikatos%20prieziura.pdf)>

⁵ Žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <https://zodis.eu/reiksme/visuma>.

⁶ Lietuvos širdies asociacija, žiūrėta: 2020-04-14, prieiga: http://www.heart.lt/pagrindinis_meniu/rizikos_veiksniai/3923/

⁷ Jankauskienė D., Pečiūra, R., „Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis“, Vilnius, 2007.

Sveikatos priežiūros tinkamumas – „Tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.”⁸

Širdies ir kraujagyslių ligos- „Tai bet kokios ligos, kurios daro poveikį širdžiai bei kraujagyslėms, esančioms aplink širdį.”⁹

Širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupė- „Programa skirta dažniausio sergamumo paplitimo amžiaus grupėms, t. y. vyrų nuo 40 iki 55 metų ir moterų nuo 50 iki 65 metų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai.”¹⁰

⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įsakymas 15 str., 2007 05 24 įstatymu Nr. X-1151, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <http://www.infolex.lt/ta/98090:str15>.

⁹ Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjimo paramą gavusiuose regionuose tyrimas, žiūrėta: 2020-04-04, prieiga: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/sam/failai/Mirtingumo_nuo_sirdieskraujligu_tyrimas_20100223.pdf

¹⁰Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, „Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas – svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys“ 2013, žiūrėta: 2019 10 17, prieiga: <http://sveikatostaryba.lt/wp-content/uploads/2017/01/2013.pdf>

IVADAS

Temos aktualumas. Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje buvo ir tebėra pagrindinė mirties priežastis. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų užima pirmąją vietą tarp visų mirties atvejų. Širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL) apima visą intervalą ligų, susijusių su kraujotakos sistemos ligomis, įskaitant išeminę širdies ligą (IŠL) ir galvos smegenų kraujotakos ligas.¹¹ Auga ne tik mirtingumas, bet taip pat įvairių negalių, atsirandančių po šių ligų, skaičius. Lietuvoje apie trečdalis visų negalių yra susijusios su širdies ir kraujagyslių ligomis.¹² Sveikata ir visuomenė – tarpusavyje labai glaudžiai susijusios sąvokos: visuomenės raida priklauso nuo jos sveikatos, o sveikata – nuo visuomenės raidos, todėl visais laikais vienas svarbiausių uždavinių buvo ir tebėra – išvengti ligų ir išsaugoti sveikatą.¹³

Dėl šių ligų Europos sąjungos (ES) šalyse kasmet miršta 1,9 milijono žmonių.¹⁴ Remiantis Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) duomenimis, kasmet pasaulyje nuo ŠKL miršta apie 17 mln. žmonių. Sergamumo struktūroje ŠKL užima pirmąją vietą. Nuo šių ligų miršta kas antras Europos gyventojas – 30 proc. gyventojų iki 65 metų amžiaus mirčių. PSO numato, kad mirčių nuo išeminės širdies ligos skaičius nuo 7,1 mln. (2002 m.) padidės iki 11,1 mln. (2020 m.).¹⁵ Rytų Europos valstybės (tarp jų ir Lietuva) išsiskiria aukščiausiais mirtingumo nuo smegenų kraujotakos ir išeminės širdies ligos rodikliais. Lietuvoje šių ligų daroma žala itin didelė – Eurostato duomenimis, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje yra mažesnė už ES vidurkį. Lietuvos moterys gyvena 3,5 m. trumpiau, vyrai – net 9,1 m. trumpiau negu ES vidurkis. Tyrimų duomenimis, Lietuvoje nuo vienu pagrindinių – ŠKL miršta beveik du kartus daugiau gyventojų

¹¹ Rinkūnienė E., Petrulionienė Ž., „Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos sąjungos šalyse“, Medicinos teorija ir praktika, 2013 -T.19 (Nr.2), p.131.

¹² Vitkauskas A., Gurevičius R. „Darbingo amžiaus žmonių negalia dėl širdies kraujagyslių ligų Lietuvoje ir netolygumai apskrityse 2006–2008 metais“, žiūrėta: 2020-01-20, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2010.4\(51\)/VS%202010_4\(51\)_Vitkauskas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2010.4(51)/VS%202010_4(51)_Vitkauskas.pdf)

¹³ Keniauskytė J., Čepulis R., Stukas R., „Lietuvos sveikatos programos demografinių ir sveikatos rodiklių įvertinimas 1997–2008 m. ir palyginimas su Europos Sąjungos šalimis“, Visuomenės sveikata, 2009, 2 (45), p.20–27.

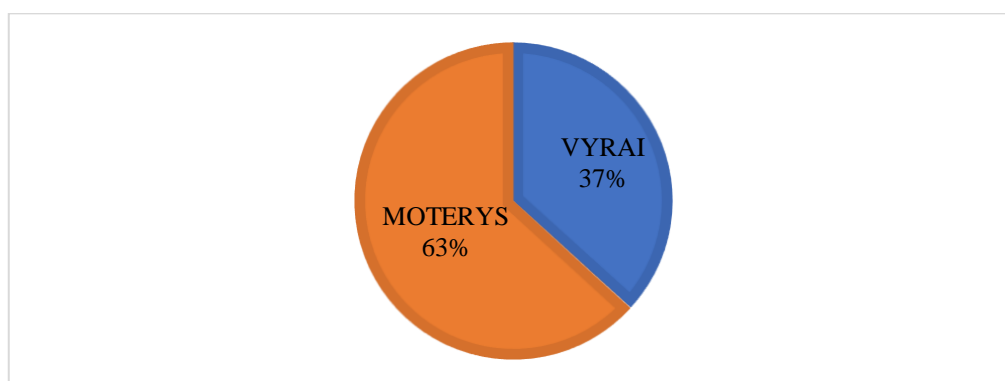
¹⁴ Rinkūnienė E., Petrulionienė Ž., „Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos sąjungos šalyse“, Medicinos teorija ir praktika, 2013- T.19 (Nr.2), p.131.

¹⁵ Laurinskaitė J., Šostakienė N., Darginavičienė R., „Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis“, 2013, priedas Nr. 1, p. 121-122.

negu vidutiniškai ES šalyse senbuvėse. Pažymėtina, kad vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų beveik du kartus didesnis nei moterų.¹⁶

Kėdainių rajone kaip ir Lietuvoje bei Kauno apskrityje pagrindinė mirties priežastis buvo kraujotakos sistemos ligos. Kėdainių rajone 2018 m., šis rodiklis buvo didesnis lyginant su Lietuvos vidurkiu ir Kauno apskritimi. Nuo šios sistemos ligos daugiausia mirė moterys, 75 metų ir vyresnio amžiaus.¹⁷ (žr. 1 pav.)

1 pav. Mirtingumo rodikliai nuo širdies ir kraujagyslių ligų Kėdainių rajono savivaldybėje 2018 m. (%)



Sudaryta: darbo autorės pagal higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalo, žiūrėta: 2020-02-02 d., prieiga: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=244

Šiuolaikinis visuomenės sveikatos mokslas įrodė, kad kiekvienas žmogus, vertindamas savo gyvenimo kokybę, pirmiausia pabrėžia savo sveikatos būklę. Tačiau sveikata yra ir visuomeninė vertybė. Kuo sveikesnė visuomenė, tuo turtingesnė valstybė. Paprastai turtingesnės valstybės labiau rūpinasi savo gyventojų sveikata, o žmonės ilgiau ir sveikiau gyvena. Tam, kad nusistovėtų tokia sistema, turi būti tinkamai suderintas valstybės valdymo bei viešojo sektoriaus valdymo išteklių naudojimas.¹⁸ Pagrindinės sveikatos problemos sietinos su lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Sprendžiant šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas neįmanoma tenkintis visuomenės sveikatos suvokimu ir sukaupta mokslinė informacija. Tai ir įrodo, kad

¹⁶ Aguonytė V., Beržanskytė A., Valentienė A., Nedzinskienė L. „Vyresnio amžiaus asmenų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų netolygumai Lietuvoje“, 2014/3(66), p. 4.

¹⁷ Kėdainių visuomenės sveikatos biuro veiklos ataskaita 2018, žiūrėta: 2020-01-05, prieiga: <https://kedainiuvsb.lt/wp-content/uploads/2020/01/Visuomenės-sveikatos-biuro-veiklos-ataskaita-2018.pdf>

¹⁸ Jankauskienė D, Pečiūra R. „Sveikatos politika ir valdymas“, Vadovėlis, Vilnius, 2007.

spřesti sveikatos problemas neįmanoma vien medicinos pagalbos teikimu. Lemiamas vaidmuo čia tenka sveikatos ugdymui, aplinkos saugai ir ligų profilaktikai.¹⁹

Nuo 2006 metų Lietuvoje vykdoma iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto finansuojama Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programa, kuria norima sumažinti sergamumą ūminiais išeminiais sindromais, naujai išsiaiškinti latentines aterosklerozės formas ir cukrinį diabetą, siekiant užkirsti kelią aterosklerozės progresavimui didelės širdies ir kraujagyslių ligų rizikos gyventojų populiacijoje, ypatingą dėmesį kreipiant į rajonų gyventojus, sumažinti pacientų invalidizaciją dėl širdies ir kraujagyslių ligų. Programos uždaviniai yra skatinti pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų medikų (bendrosios praktikos gydytojų ir slaugytojų) budrumą, išaiškinant didelės širdies ir kraujagyslių ligų rizikos asmenis, ir taip užkirsti kelią joms išsivystyti dar iki pasireiškiant klinikiniams ligos požymiams, sudaryti jiems ilgalaikės prevencijos programas (PP) ir prireikus siųsti į specializuotus širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinius.²⁰

Temos naujumas ir iširtumas. Lietuvoje asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa pradėta vykdyti nuo 2005 m. gruodžio 14 dienos, šį programą numato širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos priemonių, kurių efektyvumas pagrįstas medicinos mokslo įrodymais, įgyvendinimą Lietuvos Respublikoje. Tačiau darbų ir tyrinėjimo klausimų apie širdies ir kraujagyslių ligų profilaktinės programos (ŠKL PP) efektyvumą atlikta minimaliai. Daugelio autorių nagrinėta vertinant programos vykdymą t.y vertinant programos organizacinius ypatumus.

2011 m. Mykolo Romerio universitete (MRU), Politikos ir vadybos fakultete, Politikos mokslų katedroje atliktas magistro baigiamasis darbas „Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos efektyvumo vertimas Šiaulių mieste“, buvo pateikti pasiūlymai kaip optimizuoti programos vykdymą ir valdymą Šiauliuose.

2012 m. MRU atliktas darbas, kuriame buvo nagrinėjami „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminės asmens sveikatos grandyje“

2014m. MRU, Politikos ir vadybos fakultete, politikos mokslų institute atliktas magistro baigiamasis darbas „Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimas

¹⁹ Kalėdienė R, Petrauskienė J, Rimpela A. „Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika“, žiūrėta: 2019-10-17, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS_2007_3\(38\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS_2007_3(38).pdf).

²⁰ Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, „Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinių neinfekcinių ligų kontrolė“, žiūrėta: 2019 10 17, prieiga: <http://www.sauliuscaplinskas.lt/wp-content/uploads/2013/04/Nacionalines-sveikatos-tarybos-metinis-pranesimas-2008.pdf#page=52>.

Vilniaus mieste”, pateikti pasiūlymai Sveikatos apsaugos ministerijai bei pirminės asmens sveikatos įstaigoms.

2015 m. Lietuvos sveikatos mokslų universitete, sveikatos vadybos katedroje, atliktas magistro baigiamasis darbas „Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos organizavimo ypatumai Lietuvos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose“, pateikti pasiūlymai įstaigų vadovams, visuomenės sveikatos biurams bei Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijai.

2016 m. Vilniaus universitete, medicinos fakultete atliktas slaugos bakalauro baigiamasis darbas “40-55 metų vyrų ir 50-60 metų moterų žinių apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą įvertinimas”, pateikti pasiūlymai slaugos specialistams kaip efektyviau organizuoti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą pacientams.

Analizuojant temos iširtumą, galima teigti, kad širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vykdymo efektyvumo tyrimų Lietuvoje atlikta minimaliai, o Kėdainių rajono savivaldybėje tokia analizė visai nebuvo atlikta. Todėl svarbu, siekiant geresnės prevencinės programos įgyvendinimo, bei mirštamumo ir sergamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažinimo, nustatyti širdies ir kraujagyslių prevencinės programos nepakankamo įgyvendinimo priežastis ir rasti galimybes, kaip pagerinti šios programos vykdymą Kėdainių savivaldybėje.

Analizuojant 2019 metų I-III ketvirčio šios prevencinės programos vykdymo ataskaitą (pateikta 2019-09-20), stebima, kad Kėdainių rajone iš galimų suteikti informavimo paslaugą 10415 tikslinės amžiaus grupės moterų ir vyrų, ši paslauga buvo suteikta- 4070 vyrų ir moterų, t.y - 39 % nuo visų galimų.²¹

Analizuojant Valstybinės ligonių kasos (VLK) pateiktus duomenis apie šios prevencinės programos vykdymo efektyvumą Lietuvoje, stebima didėjimo tendencija²², tačiau norint efektyviai mažinti gyventojų mirtingumą prevencinių programų pagalba, rekomenduojama į patikrą įtraukti ne mažiau nei 80 proc. gyventojų.²³

Taigi išanalizuoti statistiniai duomenys ir jų tendencijos padeda pagrįsti temos naujumą, t.y. neženkliai didėjančios šios PP atlikimo apimtys, tačiau nemažėjantis sergamumas ir ŠLK tiek

²¹ Kauno teritorinė ligonių kasa, „Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymo ataskaita (2019m. I-III ketv.)“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://www.ktlk.lt/istaigoms/spp/prevencines/vykdymas/sirdies-ir-kraujagysliu/>

²² Valstybinė ligonių kasa „Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymo ataskaita“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/0305%20širdiesprev%2018.pdf>.

²³ Petronytė G., Kanapeckienė V. „Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės paslaugų integravimas ir šalių patirtis“, Visuomenės sveikata, 2014/2(65), p. 20.

Lietuvoje, tiek ir Kėdainių rajone. Tai sudaro prielaidas atlikti širdies ir kraujagyslių ligų efektyvumo vertinimo tyrimą Kėdainių rajono savivaldybėje, programos vykdytojų ir vartotojų požiūriu. Remiantis kokybinio tyrimo duomenimis, atskleisti ŠKL PP vykdymo ir valdymo probleminiai bruožai, bei pacientų kiekybiniu tyrimu buvo atskleista programos vykdymo vertinimas. Pateikti pasiūlymai programos vykdymui gerinti.

Tyrimo problema. Nors širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa yra vykdoma nuo 2006 m., tačiau jos vykdymas yra nepakankamai efektyvus, todėl yra tikslinga nustatyti priežastis, kurios lemia širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos nepakankamą efektyvumą. Teisės aktai reglamentuoja, jog patikros programos efektyvumas gali svyruoti dėl nepakankamos jos poveikio apimties, kokybės ir standartų skirtumo. Be to, patikros programos efektyvumą lemia kokybiškų visų jos komponentų funkcionavimas ir kontrolė.²⁴ Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvus vykdymas didintų ankstyvą diagnostiką, gerintų savalaikį gydymą ir didintų pasveikimą, o to apsekoje būtų pasiektas ir mirštamumo bei sergamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjimas. Tai pagrindžia šio darbo problemą, kuri yra išreiškiama klausimu: Kaip efektyviai yra vykdoma asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų, didelės rizikos grupių, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa Kėdainių rajono savivaldybėje?

Tyrimo objektas- Širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės prevencinės programos efektyvumas.

Hipotezė- Nepakankamas širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo efektyvumas yra pasekmė didelio mirtingumo ir sergamumo širdies ir kraujagyslių ligomis.

Darbo tikslas- Įvertinti širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vykdymo efektyvumą Kėdainių rajono savivaldybėje.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti ir įvertinti, asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos efektyvumo teorinius aspektus.
2. Išanalizuoti širdies ir kraujagyslių ligų sergamumo ir mirtingumo statistinius duomenis, bei įvertinti programos įgyvendinimo rezultatus Lietuvoje ir Kėdainių rajono savivaldybėje.
3. Iširti širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vykdymo efektyvumą pacientų, šeimos gydytojų, požiūriu Kėdainių rajono savivaldybėje

²⁴ „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas“, 1994 liepos 19 d., Nr.I-552, žiūrėta: 2020-03-07, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905?jfwid=q8i88mcob>

4. Pateikti rekomendacijas, bei pasiūlymus dėl širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvesnio vykdymo.

Tyrimo metodai.

Darbe naudoti šie tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė atlikta siekiant išnagrinėti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo kriterijus.
2. Lietuvos teisės aktų analizė atlikta siekiant išanalizuoti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos teisinę bazę.
3. Pusiau standartizuotas ekspertų interviu taikomas nustatyti prevencinės programos efektyvumą ir nepakankamo efektyvumo priežastis šeimos gydytojų požiūriu Kėdainių rajono savivaldybėje.
4. Kiekybinio tyrimo metodas pacientams, anketinė apklausa raštu, skirta ištirti prevencinės programos efektyvumą ir identifikuoti nepakankamo efektyvumo priežastis, Kėdainių rajono savivaldybėje.
5. Statistinių duomenų apdorojimo metodas naudojantis „*SPSS statistics23*” programą, Microsoft Excel programa.

Darbo teorinė ir praktinė reikšmė. Teorinė darbo reikšmė yra siejama su širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimo kriterijų identifikavimu, o praktinė reikšmė yra siejama su suformuota tyrimo metodologija, kuri padėjo tinkamai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumą sveikatos politikos kontekste Kėdainių rajono savivaldybėje.

1 ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DIDELĖS RIZIKOS GRUPĖS, ATRANKOS IR PREVENCIJOS PRIEMONIŲ PROGRAMOS EFEKTYVUMO TEORINIAI ASPEKTAI

Šiame skyriuje pateikiami teoriniai aspektai, kurie reikalingi toliau analizuojant asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų, didelės rizikos, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymą ir jo efektyvumą, reikalingumą bei svarbą.

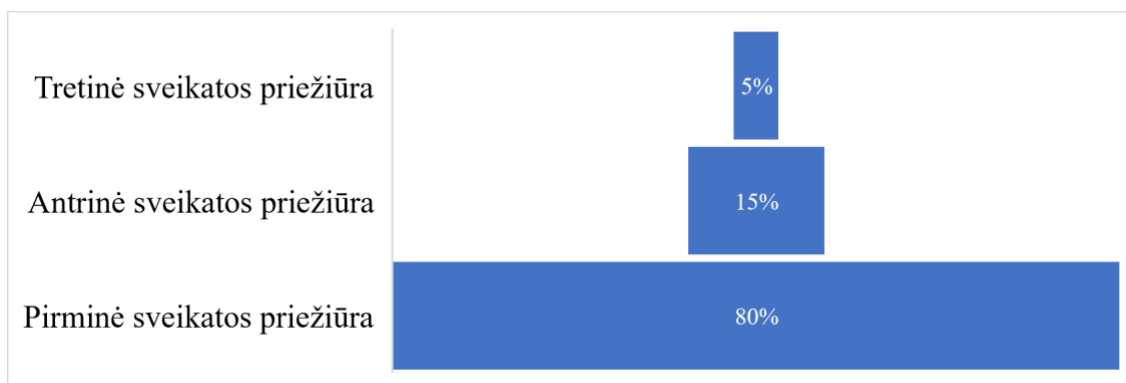
1.1 Pirminės sveikatos priežiūros esmė

Per pastarąjį šimtmetį mokslo, kultūros ir technologijų progresas lėmė tai, kad dabar išgydomos daugelis ligų, kurios anksčiau buvo neišgydomos, dėl to pailgėjo žmonių amžius, visuomenė ėmė senti, padaugėjo lėtinėmis ligomis sergančių pacientų, neįgaliųjų. Šie visuomenės ir mokslo raidos ekonominiai veiksniai XX amžiaus šeštą septintą dešimtmetį paskatino prisiminti bendrosios praktikos gydytojo sampratą – tapo akivaizdu, kad sveikatos priežiūros sistemoje turi būti grandis, kuri organizuotų ir koordinuotų paciento sveikatos priežiūrą, reguliuotų aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą, bei tikslingumą, būtų orientuota į pacientą, jo sveikatos išsaugojimą, o ne ligų gydymą.²⁵ Galima įsivaizduoti, kad sveikatos priežiūros sistema tai-piramidė, kurios pavidalas sudarytas iš trijų lygių (žr. 2 pav.).²⁶

²⁵ Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. „Sveikata visiems XXI amžiuje“, Visuomenės sveikata, Nr.3(42), 2008, žiūrėta: 2020-03-07, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202008%203\(42\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202008%203(42).pdf).

²⁶ Jankauskienė D., Pečiūra R., „Sveikatos politika ir valdymas“, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2007, p. 153.

2 pav. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai



Sudaryta: Jankauskienė D., Pečiūra R., Sveikatos politika ir valdymas.

Pasak prof. D. Jankauskienės, Lietuvoje sistemingai keliami du pagrindiniai fundamentalūs sveikatos reformos tikslai: tai aktyvios visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimas, restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Ji akcentavo, kad aktyvi visuomenės sveikatos politika reiškia gyventojų atsakomybės už savo sveikatos ugdymą ir gyventojų dalyvavimą priimant sprendimus skatinimą.²⁷

Visuotinis paslaugų prieinamumas išlieka ir pasaulinis PSO įsipareigojimas, ir strategijos „Sveikata 2020“ siekis, kaip ir įsipareigojimas rūpintis pirmine sveikatos priežiūra, kuri XXI a. yra kertinis visos sveikatos priežiūros sistemos akmuo. Šios permainos sveikatos sistemų ir visuomenės sveikatos srityje reikalauja lankstesnių, keletą kvalifikacijų turinčių ir komandoje gebančių dirbti darbuotojų.²⁸

PSO lėtinių neinfekcinių ligų valdymui rekomenduoja ieškoti efektyvesnių sveikatos priežiūros modelių, kuriuos taikant vienas svarbiausių vaidmenų tektų pirminei sveikatos priežiūrai. Ši sveikatos priežiūros grandis orientuota į asmens ir vietos bendruomenės sveikatos problemų sprendimą, teikiant sveikatos stiprinimo, ligų diagnostikos ir gydymo paslaugas.²⁹ Sveikatos reforma - procesas, nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą visos šalies mastu

²⁷ Štaras K., Juodaitė A., Čepuraitė D., „Sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumas taikant atvejo vadybos modelį“, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2014 (T.18, Nr. 2), p.83.

²⁸ Redakcijos skiltis „Visuomenės sveikata“, 2013/ 4 (63), p. 9.

²⁹ Petronytė G., Kanapeckienė V., „Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės paslaugų integravimas ir šalių patirtis“, Visuomenės sveikata, 2014/2(65), 20p.

prevencinėje, gydomojoje, visuomenės sveikatos srityje valstybiniame ir privačiame sektoriuje, užtikrinant pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.³⁰

Pirminės priežiūros modelis buvo sukurtas siekiant padidinti naudojamą pirminę ir prevencinę sveikatos priežiūrą, bei sumažinti naudojamą skubią medicinos pagalbą. Pirminės sveikatos priežiūros modeliu siekiama pagerinti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimą laiku, kokybę, tęstinumą ir tinkamumą, sumažinti bendras sveikatos priežiūros išlaidas.³¹ Tai priemonių kompleksas, padedantis pasiekti norimą sveikatos lygį visoje šalyje.³² Pirminė sveikatos priežiūra (PSP) turi būti bendruomenės socialinės raidos politikos dalis, pagrįsta socialiniu teisėtumu, o jos tikslas – spręsti pagrindines bendruomenės sveikatos problemas.³³ Kadangi šios paslaugos priklauso nuo konkrečios bendruomenės ekonominių sąlygų bei socialinių ypatybių, tad PSP skirtumai tarp įvairių regionų neišvengiami.³⁴ T. Strasser dar 1978 m. pasiūlė pirmąją prevencijos terminą ir tai įvardijo kaip veiklą/ veiksmus, kurie gali sumažinti rizikos veiksnių poveikį populiacijai, kol jie dar nėra „užvedę“ ligos mechanizmą. Kitaip tariant, tai galimų rizikos veiksnių mažinimas/ šalinimas dar neprasidėjus jų poveikiui sveikatai: rizikos veiksnių atsiradimo ir išplitimo perspėjimas.³⁵

PSP – naujos sistemos pagrindas. Nuo jo funkcionavimo efektyvumo tiesiogiai priklauso visos sistemos funkcionavimo efektyvumas. Remiantis Europos šalių patirtimi, tinkamai išplėta pirminė sveikatos priežiūros grandis įgalina išspręsti 80-90 proc. visų sveikatos srities problemų. Todėl PSP reforma Lietuvoje yra vienas svarbiausių uždavinių, nuo kurio savalaikio ir sėkmingo sprendimo priklausys tolimesnė sveikatos apsaugos sistemos raida.³⁶ PSP – svarbiausia ir didžiausia paciento kontakto su sveikatos priežiūros sistema grandis. Ji laikoma prioritetine, nes paslaugos turi būti prieinamos visiems. PSP paslaugas šioje grandyje teikia daugiausia institucijų.

³⁰ Parry J., Humphreys G., „Health amid a financial crisis: a complex diagnosis“, Bulletin of the World Health Organization, 2009. Vol. 87, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-010109/en/>

³¹ Štaras K., Juodaitė A., Čepuraitė D., „Sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumas taikant atvejo vadybos modelį“, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2014 (T.18, Nr. 2), p. 85.

³² Valius L., „Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 8-9.

³³ Valius L., „Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 16.

³⁴ Jankauskienė D., „Sveikatos politikos strategijos planavimas, įgyvendinimas bei vertinimas“, III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija, Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas, 2000, p. 119.

³⁵ Gurevičius R., Valentienė J., Kutkaitė S., „Lietuvos gyventojų požiūris į pirminės, antrinės profilaktikos ir sveikatos stiprinimo priemones, taikomas poliklinikose“, Visuomenės sveikata 2012/ 4 (59), p. 33.

³⁶ Burokienė S., „Vilniaus apskrities pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos palyginimas“, magistro tezė, 2005, Kaunas.

Lietuva ėmėsi keletą veiksmų siekdama pagerinti PSP ir paraginti PSP tiekėjus priimti didesnę atsakomybę apskritai už prie jų prisirašiusius gyventojus ir konkrečiai už lėtinėmis ligomis sergančius pacientus.³⁷

PSP, kaip sudėtinės visos sveikatos sistemos bei socialinės ir ekonominės raidos dalies, lygis priklauso nuo tinkamo koordinavimo tarp visų sveikatos sistemos grandžių bei kitų su sveikata susijusių sistemų. Gerai funkcionuojanti PSP gali būti traktuojama kaip priemonė, padedanti užtikrinti šalyje sveikatos paslaugų teikimą bei leidžianti racionaliai naudoti ribotas lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai. Efektyvus PSP grandies funkcionavimas tiesiogiai susijęs su bendrosios praktikos (šeimoms) gydytojo institucijos įtvirtinimu Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje.³⁸ PSP gydytojai, kurie veikia kaip sistemos „durininkai“, pataria dėl sveikatos priežiūros, apsaugo pacientus nuo tyrimų ir priežiūros perdozavimo, koordinuoja ir užtikrina priežiūros tęstinumą, kritiniu atveju nustato reikiamos priežiūros mastą ir rūšį.³⁹ Šiuo metu šeimos gydytojo veiklos sritis, teises, pareigas ir atsakomybę nustato 2006 m. įsigaliojusi ir visiems šeimos gydytojams privaloma šeimos gydytojo norma. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad yra didelės darbo apimtys: konsultacijos telefonu, valstybinių prevencinių sveikatos programų vykdymas, sveikos gyvensenos propagavimas.⁴⁰ Sveikatos priežiūros sistemoms, kaip ir kitiems sektoriams, reikia prisitaikyti ir keistis, o keičiantis skirti dėmesį pirminei priežiūrai, sveikatos stiprinimui ir ligų prevencijai, o dar daugiau dėmesio skirti į žmones orientuotai ir visuminei priežiūrai.⁴¹

Pirminės asmens sveikatos priežiūros (PASP) grandyje pagrindinis gyventojų informuotumo apie ŠKL PP šaltinis yra šeimos gydytojas ir kartu komandoje dirbantys slaugytojai. Dažnai būtent gydytojas labiausiai motyvuoja gyventojus pasitikrinti.⁴² Literatūros duomenimis,

³⁷ „Lietuva sveikatos 2014-2025 metų strategijos vykdymas: kaip sekasi siekti užsibrėžtų tikslų?“, Visuomenės sveikatos netolygumai 2017, Nr. 6 (25), p. 10.

³⁸ „Sveikatos sistemos reformų analizės atlikimas“, Vilnius, 2011 m., žiūrėta: 2020-02-28, prieiga: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_sveikatos_sistemos_reformu_analize.pdf

³⁹ Paulikienė B., Jurgutis A., „Pirminės sveikatos priežiūros vaidmuo valdant antrinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“, Visuomenės sveikata 2013, priedas Nr.1, p. 75.

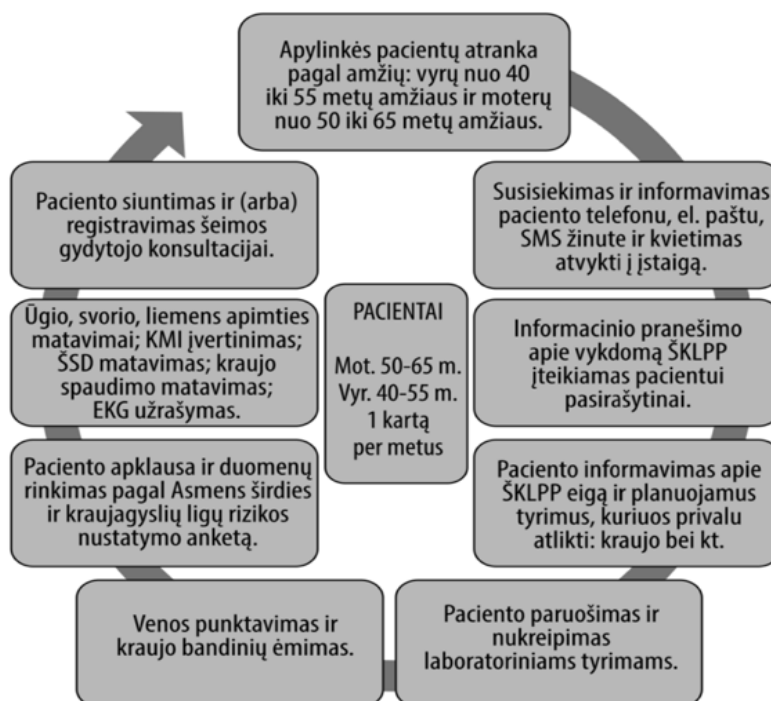
⁴⁰ Štaras K., Vedlūga T., „Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste“, Sveikatos politika ir valdymas, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2014, vasaris (T. 18 Nr.2) p. 117.

⁴¹ Jacob Z. „Sveikata 2020- siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje“, Visuomenės sveikata 2013/ 4 (63), p. 8.

⁴² Petraškevič B., Greičienė S., „Slaugytojų vaidmuo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinime“, Slauga mokslas ir praktika, 2018, Nr.6 (256), p. 4.

šeimoms gydytojas dažnai tampa ir pagrindiniu gyventojų dalyvavimo PP motyvu.⁴³ 2008 m. tyrimų duomenimis, dalyvių PP apimtys priklauso ir nuo gydytojų elgsenos, t. y. apsisprendimo teikti ar ne PP paslaugas, taip pat nuo jų gebėjimo užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę.⁴⁴ Slaugytojo vaidmuo ŠKL PP yra mažai nagrinėtas, todėl buvo sudarytas slaugytojų veiksmų modelis (žr. 3 pav.), kuris gali būti naudojamas kaip atmintinė, skirta slaugytojų veiksmams stebėti, vykdamas ŠKL PP. Siūlomas slaugytojų veiksmų planas leidžia matyti slaugytojų atliekamų veiksmų seką ir eiliškumą. Šio modelio pagrindinis tikslas yra ugdyti slaugytojų savarankiškumą, vykdamas ŠKL PP.⁴⁵

3pav. Slaugytojų veiksmų modelis, įgyvendinant ŠKL PP pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje



Sudaryta: Petraškevič B., Greičienė S., „Slaugytojų vaidmuo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinime“ Slauga mokslas ir praktika, 2018 Nr.6 (256), p. 4.

⁴³ Verikienė J., Jankauskienė D., Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ ataskaita, Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2012, p. 9, 32.

⁴⁴ Norkutė S., Pakalniškienė N., „Gyventojų informuotumas apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą“, Visuomenės sveikata, 2019, 29 tomas Nr. 3, p. 18-26.

⁴⁵ Petraškevič B., Greičienė S., „Slaugytojų vaidmuo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinime“, Slauga mokslas ir praktika, 2018 Nr.6 (256), p. 4.

Besikeičiant gyventojų demografinėi padėčiai, keičiasi ir jų poreikiai. Lietuvoje stebima visuomenės senėjimo tendencija, todėl šeimos gydytojo ir slaugytojo komanda nepajėgi efektyviai patenkinti vis didėjančių vyresnio amžiaus pacientų poreikių. Be to gydytojams reikia atlikti vis daugiau vadybinių funkcijų. Tai apsunkina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, mažina galimų priimti pacientų skaičių, susidaro ilgos besikreipiančiųjų eilės, kas sukelia pacientų nepasitenkinimą. Be to, trūksta institucinio bendradarbiavimo ir paslaugų integracijos. Anot prof. V. J. Grabausko, didžioji Lietuvos sveikatos problema buvo ne gydytojų kompetencijos stoka, bet išteklių, įrangos, finansavimo ir svarbiausia, efektyvios vadybos stoka.⁴⁶

1.2 Širdies ir kraujagyslių ligų epidemiologinė situacija Lietuvoje ir Europos Sąjungoje

Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tampa išbandymu politikams, sveikatos profesionalams ir pacientams. Pagrindinis sveikatos sistemos reformos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą. Sveikatos sistemos reformai kaip nuolatiniam vyksmui reikalingas efektyvumo didinimas, apimantis sveikatos sistemos strategijos kūrimą ir įgyvendinimą, finansų ir atsakomybės paskirstymą, tobulesnės sveikatos technologijas, šiuolaikinės komunikacijos, tarpsektorinius ir intresektorinius ryšius, žmogiškųjų išteklių planavimą ir rengimą. Minėtų veiksnių tinkamas parengimas ir įgyvendinimas yra esminė prielaida užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę, tenkinant pacientų poreikius, teisingai paskirstant išteklius, bei garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę.⁴⁷ Nuo 1996 m. rengiamos ir valstybinės sveikatos programos, kurių rengimo ir įgyvendinimo tikslas – pagerinti gyventojų sveikatos būklę, sumažinti atskirų socialinių ir profesinių grupių atsilikimą pagal sveikatos būklės rodiklius nuo bendrojo gyventojų sveikatos lygio, saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties ir invalidumo. Visos programos Lietuvoje grindžiamos žinybų bendradarbiavimo strategija sprendžiant tam tikras sveikatos problemas, nors kol kas gana sunku įtraukti kitus sektorius bendrom pastangom rūpintis Lietuvos gyventojų sveikata. Ši strategija numato teisinės, organizacinės, ekonominės ir kitas svarbias valstybinio reguliavimo priemones.⁴⁸ Lietuva 2007 m.

⁴⁶ Štaras K., Vedlūga T., „Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste“, Sveikatos politika ir valdymas, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2014, vasaris (T. 18 Nr.2) p. 82-83.

⁴⁷ Jankauskienė, D., Pečiūra, R., „Sveikatos politika ir valdymas“, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 153.

⁴⁸ Jankauskienė D., „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje“, Sveikatos politika ir valdymas, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: https://www.mruni.eu/upload/iblock/005/01_jankauskiene.pdf.

pasirašė Europos širdies sveikatos chartija ir įsipareigojo palaikyti ir remti šiuolaikines sveikatos strategijas, priemones veiklos kryptis, skatinančias ŠKL prevencijos plėtrą bei įgyvendinimą.⁴⁹ Apie ŠKL kalbama ir svarbiausiame Pasaulio sveikatos organizacijos Europos sveikatos politikos dokumente „Sveikata visiems XXI amžiuje“ 8-asis tikslas skelbia, kad siekiama mažinti neužkrečiamų ligų skaičių: iki 2020 m. visame regione iki mažiausio įmanomo lygio turi būti sumažintas sergamumas, negalia ir priešlaikinės mirtys dėl pagrindinių lėtinių ligų, o konkrečiai – mažiausiai 40 proc. turi būti sumažintas vyresnių nei 65 m. amžiaus žmonių mirtingumas dėl ŠKL.⁵⁰

ŠKL yra vienos iš pagrindinių moterų ir vyrų mirties priežasčių pasaulyje⁵¹, yra viena svarbiausių visuomenės sveikatos problemų, nes mirtingumo struktūroje jos sudaro didžiulį lyginamąjį svorį, tuo darydamos labai neigiamą poveikį pagrindiniam, bet kokios šalies sveikatą charakterizuojančiam apibendrinančiam rodikliui – vidutinei gyvenimo trukmei. ŠKL apima visą intervalą ligų, susijusių su kraujotakos sistemos ligomis, įskaitant IŠL ir galvos smegenų kraujotakos ligas. Dėl šių ligų 53 Pasaulio sveikatos organizacijos „Europos regiono šalyse kasmet miršta 4,35 milijono, ES šalyse – 1,9 milijono žmonių.⁵² Nors mokslo ir medicinos laimėjimai kitose srityse yra gana dideli, mirtingumas nuo ŠKL auga stebėtinu greičiu ir tai ypač būdinga išsivysčiusiems šalims, kur buvo tikimasi matyti atvirkštinį procesą.⁵³ PSO duomenimis, hipertenzija serga kas trečias žmogus pasaulyje. Hipertenzija – lėtinė liga ir vienas iš svarbiausių širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių. Daugeliu atvejų hipertenzija yra besimptomė liga, dar 1991 metais įvardinta „tyliuoju žudiku“, lemianti apie pusę mirčių nuo insulto ir širdies ligų. Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis, 2011 metais Lietuvoje hipertenzinės ligos buvo dažniausios iš visų kraujotakos sistemos ligų.⁵⁴

⁴⁹ Petraškevič B., Greičienė S., „Slaugytojų vaidmuo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinime“, Slauga mokslas ir praktika, 2018 Nr.6 (256), p. 4.

⁵⁰ Laurinskaitė J., Šostakienė N., Darginavičienė R., „Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis“, 2013/ priedas Nr. 1, p. 122.

⁵¹ World health organization. Cardiovascular diseases, „Fact sheet N°317“. Geneva. January, 2015, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

⁵² Rusakevič V., Šturienė R., Kairys J. ir k t., „40–55 metų vyrų ir 50–65 metų moterų žinių apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą įvertinimas“, Sveikatos mokslai, 2017, 27 tomas Nr.1, ISSN 13922-6373, p. 22.

⁵³ Vitkauskas A., Gurevičius R., „Darbingo amžiaus žmonių negalia dėl širdies kraujagyslių ligų Lietuvoje ir netolygumai apskrityse 2006-2008 metais“, Visuomenės sveikata, 2010/ 4 (51), p. 53.

⁵⁴ Pundzius J., „Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas- svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013, ISSN 1648-7338, p. 4.

Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Europos šalių, lėtinės neinfekcinės ligos yra aktuali sveikatos problema.⁵⁵ Sąvoka „lėtinės neinfekcinės ligos“ (LNL) reiškia, kad jomis asmenys serga ilgą laikotarpį ir jos progresuoja lėtai, todėl pažymėtina, kad šios ligos ne tik sutrumpina vidutinę gyvenimo trukmę, bet ir neigiamai veikia lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių asmenų bei jų artimųjų sveikatą, gyvenimo kokybę.⁵⁶ Įgyvendinamos lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos strategijos, įvardytos PSO ir Europos institucijų politinių dokumentų nuostatose, šalys siekia suvaldyti šias ligas, taikyti įrodymais pagrįstas intervencijas. Pagrindinės mirčių priežastys yra lėtinės neinfekcinės kraujotakos sistemos ligos, o šių ligų prevencija- prioritetinga sveikatos politikos sritis.⁵⁷ Mirties priežasčių struktūra Lietuvoje yra panaši kaip ir Europos Sąjungos valstybėse. Dažniausia mirties priežastimi išlieka kraujotakos sistemos ligos. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų daugiausia įtakoja vidutinės gyvenimo trukmės ypatumus. Baltijos šalių gyventojų bendrasis mirtingumas yra vienas didžiausių Europos Sąjungoje.⁵⁸ 2018 m. dėl kraujotakos sistemos ligų mirė 21 922 gyventojai (mirtingumo rodiklis – 782,5/100 000 gyv., t. y. 23 mirtimis 100 000 gyv. mažiau nei 2017 m.). (žr. 4 pav.).⁵⁹ Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje 2018 m. mirtys nuo kraujotakos sistemos ligų sudarė 47,2 proc. vyrų ir 47,2 proc. moterų mirčių.⁶⁰

⁵⁵ Petronytė G., Kanapeckienė V., „Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos sąlygojantys veiksniai“, Higienos institutas, 2013/ 2 (61), p. 31.

⁵⁶ Aguonytė V., Beržanskytė A., ir kt., „Vyresnio amžiaus asmenų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų netolygumai lietuvoje“, Visuomenės sveikata, 2014/3 (66), žiūrėta: 2020-03-01 prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202014%203\(66\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202014%203(66).pdf)

⁵⁷ Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, „Lietuvos sveikatos statistika 2011“, 2012, ISSN 1648-0899, p.5.

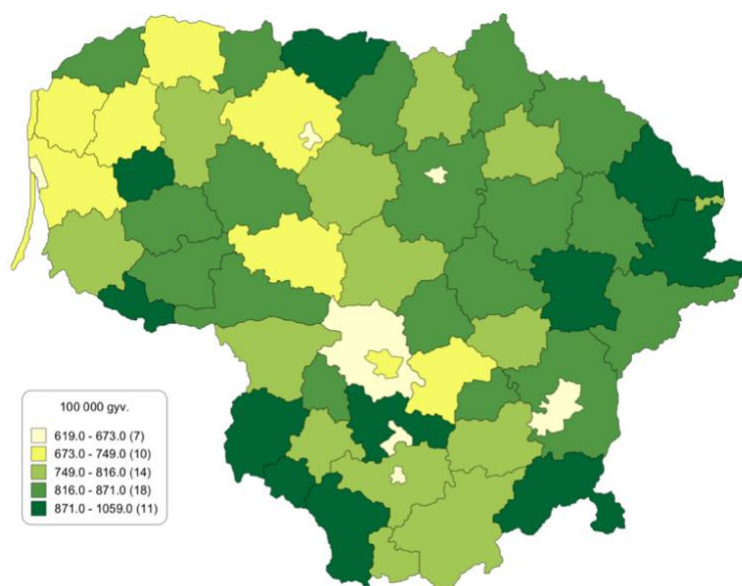
⁵⁸ Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas „Lietuvos gyventojų sveikata“ 2010, ISSN 1648-7338, p. 11.

⁵⁹ Higienos institutas „Visuomenės sveikatos būklė Lietuvos savivaldybėse 2018 m.“, žiūrėta 2020-04-05, prieiga: http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/VS_bukle_sav/Savivaldybiu_leidinys_2019_taisyta.pdf.

⁶⁰ Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema, žiūrėta: 2020-01-15, prieiga: < http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/la_2018.pdf>.

4 pav. Standartizuotas mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) rodiklis

100 000 gyv.



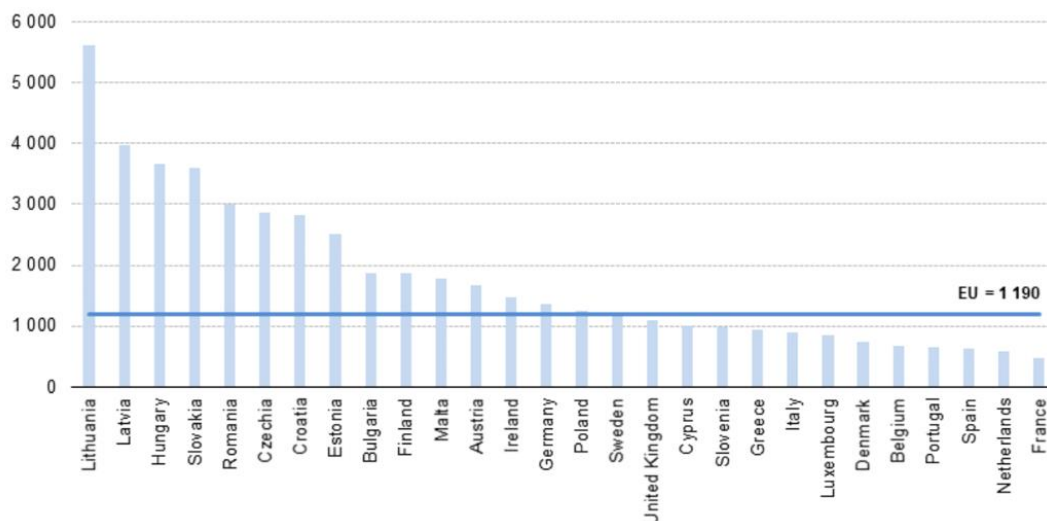
Sudaryta: Higienos instituto „Visuomenės sveikatos būklė Lietuvos savivaldybėse 2018 m.”, žiūrėta: 2020-04-05, prieiga:

http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/VS_bukle_sav/Savivaldybiu_leidiny_s_2019_tai_sytas.pdf.

Lietuva pagal mirtingumą nuo ŠKL jau ne vienerius metus pirmauja tarp Europos Sąjungos valstybių (žr. 5 pav.).⁶¹

⁶¹ European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga internete: <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/7/508/4658838>>.

5 pav. Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų dinamika Europos šalyse 2016 m.



Sudaryta: Eurostato duomenys, žiūrėta: 2020-04-05, prieiga:

<https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Sveikatos priežiūra ES ir Europos šalyse visą laiką yra stebima politinių institucijų ir politikų, nes visuomenės ir jos narių sveikata- tai ne tik medicininė problema, bet ir politinė, ir ekonominė.⁶²

1.3 Sveikatos programų svarba ir reikalingumas širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos kontekste

Šių dienų Lietuvos sveikatos sistema- tai įvykusių pokyčių bei reformų rezultatas, ji funkcionuoja nuolat besikeičiančioje šalies aplinkoje.⁶³ PSO pažymi, jog sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos kiekvienam žmogui. Šių paslaugų prieinamumo būtinybė taip pat akcentuojama ir nacionalinio lygmens dokumentuose, pavyzdžiui, Lietuvos sveikata 2014-2023 m. programoje, pabrėžiant poreiki plėtoti sveikatos infrastruktūrą, gerinti sveikatos priežiūros

⁶² Januškonis V. „Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas“, Sveikatos mokslai, , 2004, Nr. 1, Vilnius, p. 69-73.

⁶³ Jasiukaitienė V., Sauliūnė S., „Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos narių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo politiką“, Visuomenės sveikata, 2014/ 4 (67), ISSN 1392-2696, p. 44.

paslaugų kokybę ir prieinamumą.⁶⁴ Lėtinių neinfekcinių ligų (LNL) plitimas yra vienas svarbiausių socialinių-ekonominių iššūkių Europos valstybėms. 86 proc. visų mirčių ir 77 proc. sergamumo Europoje lemia lėtiniai susirgimai. Siekiant juos valdyti ieškoma veiksmingesnių sveikatos priežiūros modelių. Vis dėlto daugelis Europos šalių, tarp jų ir Lietuva, susiduria su didėjančiomis išlaidomis sveikatos priežiūrai, didėjančiais sveikatos skirtumais tarp įvairių socialinių grupių ir augančiu gyventojų nepasitenkinimu sveikatos priežiūra. Visuotinai pripažinta, kad PP pagalba galima diagnozuoti ligas ankstyvoje stadijoje ir sėkmingiau jas gydyti. Tačiau šių programų efektyvumas tiesiogiai priklauso nuo to, kokia dalis populiacijos yra ištiriama. Norint efektyviai mažinti gyventojų mirtingumą PP pagalba, rekomenduojama į patikrą įtraukti ne mažiau nei 80 proc. gyventojų.⁶⁵ Profilaktika- tai priemonių, padedančių saugoti, stiprinti ir atkurti sveikatą bei išvengti ligų, visuma.

Profilaktika skirstoma į tris rūšis:

- Pirminė profilaktika– tai priemonių visuma, kurias vartojant stengiamasi išvengti ligų, keičiant asmens jautrumą ligoms, šalinant ligų priežastis ir rizikos veiksnius. Ji apima sveikos gyvensenos ugdymą, sveikos aplinkos sudarymą, imunizaciją ir kt.

- Antrinė profilaktika – priemonių visuma, kurias atliekant siekiama sustabdyti ligą ir išvengti jos komplikacijų. Pagrindinės priemonės – ankstyvoji ligų diagnostika ir veiksmingas gydymas.

- Tretinė profilaktika – priemonių visuma, kuriomis siekiama sustabdyti įsisenėjusios ligos ryškėjimą, išvengti invalidumo bei pagerinti gyvenimo kokybę. Pagrindinės yra gydomosios ir atkuriamosios priemonės.⁶⁶

Pirmapradė ir pirminė prevencija yra orientuota į populiaciją- tikslines grupes ir sveikus individus. Pediatriniai epidemiologiniai tyrimai patvirtino, kad efektyviau yra skirti dėmesį pirmapradei prevencijai, formuojant gyvenimo būdą, gyvensenos įpročius dar vaikystėje prieš atsirandant žalingiems rizikos veiksniams. Pirmapradės profilaktikos tikslas- modifikuoti sąlygas ir sveikatos netolygumus taip, kad sumažintume sveikatą žalojančių veiksnių paplitimą, padidintume sveikatą gerinančią veiklą. Pirminė prevencija nuo pirmapradės skiriasi tik tuo, kad

⁶⁴ Lietuvos Respublikos seimo nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2023 metų programos patvirtinimo“, 2013 m., reg. Nr. XIIP-1280, Vilnius, žiūrėta: 2020-03-07, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/TAIS.461005?jfwid=-je7i1sz0t>.

⁶⁵ Jurgutis A., Juknevičiūtė V., „Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“, Visuomenės sveikata, 2012/priedas Nr. 1, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga: http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2012.priedas1/VS_1priedas_2012_Jurgutis.pdf

⁶⁶ Redakcijos skiltis, „Ar pakankamai daug Lietuvių dalyvauja profilaktinėse (prevencinėse) programose?“, Visuomenės sveikatos netolygumai, Higienos institutas, 2017, Nr. 4 (23), p. 1.

ja galime organizuoti, kai žinome rizikos veiksnius, nes pirminės profilaktikos tikslas- sumažinti sergamumą / mažinant jį lemiančius rizikos veiksnius ir priežastys.⁶⁷

Auga ne tik mirtingumas, bet taip pat įvairių negalių, atsirandančių po šių ligų, skaičius. Lietuvoje apie trečdalis visų negalių yra susijusios su ŠKL. Šių ligų daromą socialinę- ekonominę žalą valstybei apibūdina darbingo amžiaus gyventojų mirtingumas nuo jų, o socialinę- ekonominę naštą galima būtų pamatuoti įvertinant šių ligų nulemtą negalią.⁶⁸ Viena iš efektyvių šios problemos sprendimo galimybių laikomas ankstyvosios diagnostikos prevencinių programų, kurias rekomenduoja autoritetingos tarptautinės organizacijos, įgyvendinimas šalyje.⁶⁹

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu, bei įvertinus Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę⁷⁰, 2005 m. lapkričio 25 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-913 patvirtinta „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa“. Programa sukurta siekiant sumažinti sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis (krūtinės angina ar miokardo infarktu, smegenų išemija, insultu, periferinių arterijų tromboze), atrinkti sergančiuosius ateroskleroze ar cukriniu diabetu, kurie nejučia sveikatos sutrikimų, užkirsti kelią šių ligų raidai.⁷¹

Programos tikslas – sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, nustatyti naujus latentinių aterosklerozės būklių ir cukrinio diabeto atvejus, siekiant sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą dėl ŠKL. Programoje gali dalyvauti 40–55 metų vyrai ir 50–65 metų moterys, kuriems 1 kartą per metus nemokamai atliekami tyrimai, reikalingi širdies ir kraujagyslių ligų tikimybei įvertinti.⁷² Vykdamas ŠKL PP, šeimos gydytojas, prie kurio apylinkės teisės aktų nustatyta tvarka asmuo yra prisirašęs, informuoja rizikos grupės asmenį apie jo

⁶⁷ Gurevičius R., Valentienė J., Kutkaitė S. „Lietuvos gyventojų požiūris į pirminės, antrinės profilaktikos ir sveikatos stiprinimo priemones, taikomas, poliklinikose“, Visuomenės sveikata, 2012/ 4 (59), p. 34.

⁶⁸ Vitkauskas A., Gurevičius R., „Darbingo amžiaus žmonių negalia dėl širdies kraujagyslių ligų Lietuvoje ir netolygumai apskrityse 2006-2008 metais“, Visuomenės sveikata, 2010/ 4 (51), p. 53.

⁶⁹ Eigirdaitė A., „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“, Sveikatos politika ir valdymas, 2013,1 (5), ISSN 2029-3569, p. 119 .

⁷⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675?jfwid=-fxdp7jue>.

⁷¹ Jankauskienė D., Garbenienė H., „Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimas Šiaulių mieste“, Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas, 2013, p. 44.

⁷² Vasiliauskaitė K., Mazurkienė A., Slušienė A., „Prevencinių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2012, p. 69.

sveikatos būklę ir siūlo savanoriškai dalyvauti specialioje sveikatos stiprinimo (mokymo) programoje. Jeigu asmuo sutinka dalyvauti programoje, yra užpildomas sveikatos būklės rodiklių lapas ir pacientas įtraukiamas į rizikos grupės asmenų, sutinkančių dalyvauti programoje, sąrašą. Sąraše nurodomas asmens, priklausančio rizikos grupei, vardas, pavardė ir kontaktiniai duomenys. Asmuo, priklausantis rizikos grupei, pasirašo šiame sąraše, patvirtindamas savo sutikimą dalyvauti programoje. Šį sąrašą šeimos gydytojas ne rečiau kaip kartą per mėnesį išsiunčia savivaldybės visuomenės sveikatos biurui. Apie rizikos grupės asmens sutikimą dalyvauti programoje šeimos gydytojas įrašo ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje (forma 025 / a).⁷³

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose vis dar pasigendama nuoseklaus sveikatos priežiūros organizatorių, paslaugų teikėjų ir paslaugų vartotojų bendradarbiavimo, kuris didele dalimi priklauso nuo vadovų veiklos. Strateginių sprendimų priėmimui svarbūs visos sistemos dalyvių veiksmai, jų pareigos ir vidinių ryšių sistema, kurioje svarbiausia grandis, jungianti sveikatos priežiūros specialistus ir aukščiausio lygio vadovus, yra padalinių, skyrių, tarnybų vadovai (įvairaus administravimo lygio vadovai). Jie teikia būtiną informaciją pavaldiniams, o apie padaliniuose vykstančius procesus įvairiais būdais informuoja aukščiausio lygio vadovus, nuo kurių veiklos, elgsenos ir įvairiomis aplinkybėmis taikomų vadovavimo įgūdžių priklauso darbuotojų motyvacija, požiūris, darbo našumas, kaita.⁷⁴ Naujos technologijos sudaro dideles galimybes iš esmės pakeisti sveikatos priežiūrą ir sveikatos sistemas ir prisidėti išlaikant jų tvarumą ateityje. E. sveikata, genomika ir biotechnologijos gali pagerinti ligų prevenciją, gydymo paslaugų teikimą, remti galimybes siekti, kad sveikatos priežiūros sistema būtų labiau orientuota į prevenciją ir pirminę sveikatos priežiūrą, o ne į ligoninių sektorių. E. sveikata gali padėti teikti labiau į piliečius orientuotos sveikatos priežiūros paslaugas, mažinti išlaidas ir remti sąveiką už nacionalinių valstybių ribų, taip sudarant geresnes galimybes pacientams judėti ir gerinti jų saugą.

75

Mokslinę studiją „Prevenicinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas“ atlikę ekspertai konstatavo, kad ši programa sumažino sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu), praeinančiais smegenų išemijos

⁷³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675?jfwid=-fxdp7jue>.

⁷⁴ Šilys A., „Vadovavimo kokybės vertinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: Europos verslo tobulumo modelio ir 360 grįžtamojo ryšio tyrimo taikymo ypatybės“, Medicinos teorija ir praktika, 2009; 15 (2): p. 170-177.

⁷⁵ Jankauskienė D., „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje“, Sveikatos politika ir valdymas, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: https://www.mruni.eu/upload/iblock/005/01_jankauskiene.pdf.

priepuoliais ar insultu (galvos smegenų infarktas, kraujosruvos) bei neįgalumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir žymiai paskatino cukrinio diabeto naujų atvejų išaiškinimą. Sumažėjus sergamumui ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, išvengta hospitalizacijos į kardiologijos skyrius.⁷⁶ Pasikartojantys hospitalizavimai sudaro 70 proc. sveikatos priežiūros sistemos išlaidų. Tokiu išlaidų būtų galima išvengti, jei pacientai dalyvautų ilgalaikėje pacientų stebėjimo programoje.⁷⁷

Ypač svarbi slaugos proceso dalis, kuriai reikia specifinių žinių ir įgūdžių, – tai pacientų ir jų artimųjų mokymas, konsultavimas. Šiuolaikinis slaugytojas gali būti ir sveikatos priežiūros komandos lyderis, slaugos administratorius. Pagrindiniai veiksniai, kurie lemia esminius slaugytojo profesinės elgsenos pokyčius, – praktinė klinikinė veikla, asmeninės emocijos ir edukacinis poreikis. Svarbu žinoti šiuos veiksnius ir jiems būdingus požymius, kad profesinio formavimosi procesas vyktų efektyviai visais slaugytojo profesinės veiklos tarpsniais.⁷⁸ Pacientų mokymo veiksmingumui lemiamą reikšmę turi sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų mokymo procese dalyvaujančių šalių bendradarbiavimas. Visose Europos šalyse pažymima bendravimo įgūdžių būtinybė ir jų nauda (ypač Belgijoje, Olandijoje, Prancūzijoje), bei didelis bendrosios praktikos slaugytojų vaidmuo. Užsienio literatūroje pacientų mokymas yra diskusijos objektas ne tik dėl to, kad laiku tinkamai būtų suteikta informacija potencialiam sveikatos priežiūros vartotojui, bet ir dėl pacientų teisių, etikos. Ypač didelis dėmesys teisinėms ir etinėms pacientų problemoms skiriamas Jungtinėje Karalystėje, Belgijoje, Vokietijoje ir Olandijoje. Pacientų ugdymas sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo klausimais yra vienas iš pagrindinių diskusijos objektų ne tik dėl to, kad būtų laiku ir tinkamai suteikta paslauga vartotojui, bet ir dėl vartotojo teisių, pareigų bei etikos. Pacientas turi teisę gauti išsamią ir adekvačią informaciją apie sveikatą ir jos išsaugojimą, apie gydymą, t. y. informaciją, kuri padėtų jiems tinkamai pasirinkti ir užtikrinti visų pacientų, nepriklausomai nuo išsilavinimo, gyvenamosios vietos, kalbos, vienodą galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas.⁷⁹ Lietuvoje kasmet didėja gyventojų dalyvavimas prevencinėse programose, tačiau atliekant įvairias apklausas ir tyrimus aiškėja, jog dauguma neturi

⁷⁶ Vasiliauskaitė K., Mazurkienė A., Slušienė A., „Preveninių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2012, p. 69.

⁷⁷ Paleckienė R., „Mokymo ir stebėsenos vaidmuo gydant širdies nepakankamumu sergantį pacientą“, Kardiologijos praktika, 2018/ 4, ISSN-1648-8105, p. 36.

⁷⁸ Jankauskienė Ž., Kubilienė E., Juozulynas J. A., „Slaugytojų darbinis statusas, lemiantis profesinės socializacijos aspektų vertinimą“, Medicina, 2010; 46 (1 priedas), Kaunas, p. 6-26.

⁷⁹ Zagurskienė D., Misevičienė I. „Slaugytojų nuomonė apie pacientų sveikatos mokymą ir savo žinių sveikatos klausimais vertinimą“, Sveikatos mokslai, 2011,21 tomas, Nr. 5, p. 191-195, žiūrėta: 2020-04-01, preage: <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/02/163-531-1-PB.pdf>

pakankamai informacijos apie Lietuvoje vykdomas prevencines programas, todėl nepasiekama maksimalaus gyventojų dalyvavimo tokiose programose.⁸⁰

ŠKL yra multifaktorinės ligos. Svarbu išsiaiškinti ne vieną rizikos veiksni (RV), o visus ir įvertinti bendrą asmens ŠKL riziką.⁸¹ Planuojant ligų prevencijos programas, būtina atsižvelgti į rizikos veiksnius, paplitimą ir prognozuojamą gyventojų sveikatos pagerėjimą, sumažinus RV paplitimą. Nors epidemiologija gali nurodyti, kurie RV labiausiai nulemia ligų atsiradimą, prevencijos programose ir sveikatos politikoje vertinant gyventojų sveikatos pokyčius iki šiol šios žinios naudojamos nepakankamai.⁸² Ekonominio bendradarbiavimo plėtros organizacijos (EBPO) duomenimis, PSO Europos regiono šalys sveikatai stiprinti ir ligų prevencijai plėtoti išleidžia tik 3 proc. sveikatos apsaugai skirto biudžeto.⁸³ Tam tikra problema yra ir jaunų asmenų, turinčių daug ženkliai padidėjusių rizikos veiksnių, rizikos vertinimas, maža absoliučioji rizika gali slėpti labai didelę santykinę riziką ir poreikį iš esmės keisti gyvenimo būdą.⁸⁴ Norėdami gerinti savo sveikatą, turėtų prisidėti prie sveikatos stiprinimo, nes tai yra ilgas procesas, suteikiantis daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją nulemiančiais veiksniais ir tuo būdu ją pagerinti. Sveikatos stiprinimo tikslas- subalansuotai stiprinti teigiamus fizinius, dvasinius ir socialinius sveikatos veiksnius, vykdant neigiamų fizinių, dvasinių ir socialinių ligotumo veiksnių prevenciją, plėtojant sveikatos mokymą, ligų prevenciją ir sveikatos apsaugą.⁸⁵ Visiems kitiems pacientams bendrai ŠKL įvertinti turėtų būti taikoma SCORE rizikos įvertinimo sistema, nes daugelis žmonių turi kelis rizikos veiksnius, kurie, būdami derinyje su kitais, gali sąlygoti netikėtai didelę bendrą ŠKL riziką.⁸⁶ Tikimybė pagal SCORE sistemą siekia nuo 5 iki 10 procentų. Jeigu šeimos gydytojas nustato, kad ŠKL tikimybė yra didelė, pacientas siunčiamas į specializuotus centrus išsamesniam

⁸⁰ Norkutė S., Pakalniškienė N., „Gyventojų informuotumas apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą“, Visuomenės sveikata, 2019 m. 29 tomas Nr. 3, p. 18-26.

⁸¹ Petrulionienė Ž., Koronarinė širdies liga: rizikos veiksniai, klinikiniai simptomai ir gydymas. Vilnius: Vaistų žinios; 2010.

⁸² Zaborskis A., Buivydienė J., „Lietuvos gyventojų sveikatos pokyčių prognozė nuo vaikystės išvengus lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių: modeliavimo su prevent rezultatai“, Visuomenės sveikata, 2012/ 1(56), p. 22.

⁸³ Redakcijos skiltis, „Sveikata 2020“ – Siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje europoje“, Visuomenės sveikata, 2013/ 4 (63), p. 8.

⁸⁴ „Bendra rizika sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis“, Kardiologijos praktika, 2017/ 4, ISSN1648-8105, p. 30.

⁸⁵ Javtokas Z. „Sveikatos stiprinimo konspektas“, Vilnius, 2009 m., p. 7-8.

⁸⁶ „Bendra rizika sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis“ Kardiologijos praktika, 2017/ 4 ISSN1648-8105, p. 28.

tyrimui, o prireikus skiriamas specialus gydymas. ŠKL rizikos veiksnių tikimybei nustatyti yra naudojama asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketa.⁸⁷

Europos kardiologų draugija (EKD) dėl didelio mirštamumo ir sergamumo nuo ŠKL priskiria Lietuvai prielaidą didelės rizikos šalių. Šioje liūdnoje pozicijoje esame senai ir niekaip iš jos nepakylame. 2016 m. EKD išleido naujas ŠKL prevencijos gaires. Jose pabrėžiama, kad tokiose šalyse kaip Lietuva, kurios vadinamos tranzitinėmis (vis dar esančios pereinamajame periode), vien klasikinių rizikos veiksnių įvertinimas neatspindi visos arba tikrosios ŠKL rizikos.⁸⁸ Nauja taktika siūlo dėmesį sutelkti į širdies ir kraujagyslių sistemos sveikatos užtikrinimą, idealiu atveju padėti kaip galima jaunesniame amžiuje, nes tai neabejotinai duotų daugiau naudos tiek individualiai kiekvienam, tiek visai visuomenei.⁸⁹ Būtent tuo galima paaiškinti metų metus išliekantį didelį sergamumą ir mirtingumą nuo šių ligų. Pagal PP vertinamas kraujo spaudimas, cholesterolio koncentracija, rūkymas, amžius, lytis, tačiau vertinimų lentelėse nėra psichoemocinių ir socialinių bei ekonominių rizikos veiksnių- nevertinami tie svarbūs veiksniai ar modifikatoriai, kurie labai didina ŠKL riziką. Iki šiol prevencinės strategijos buvo nukreipiamos į ŠKL rizikos veiksnių valdymą, siekiant sustabdyti arba sulėtinti aterosklerozės progresavimą iki klinikinių apraiškų. PSO duomenimis, žmogaus sveikata 40–60 proc. priklauso nuo gyvenamosios aplinkos, 30–40 proc. – nuo aplinkos, 10–15 proc. – nuo paveldėjimo ir tik 8–10 proc. – nuo sveikatos apsaugos. Kiekvienas žmogus gimimo metu įgyja tam tikrą sveikatos potencialą, kurį jis turi stiprinti visą gyvenimą arba gali jį ir susilpninti.⁹⁰

Per pastaruosius 5 dešimtmečius atliktų stebėjimo ir intervencinių tyrimų metu buvo sukaupta pakankamai svarių mokslo įrodymų, pagrindžiančių ryšį tarp nepakankamo fizinio aktyvumo (FA) ir padidėjusios mirties nuo ŠKL rizikos.⁹¹ Mirtingumas, sergamumas ir neįgalumas, susiję su neinfekcinėmis ligomis, pvz., širdies ir kraujagyslių susirgimais, diabetu ir

⁸⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675?jfwid=-fxdp7jue>.

⁸⁸ Petrulionienė Ž., „Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir širdies ligos: kaip padėti pacientui?“, Kardiologijos aktualijos, 2018 /1(1), ISSN 2538-810, p. 70.

⁸⁹ Petrulionienė Ž., „Aterosklerozės kongresas: svarbiausios aterosklerozės ir širdies ir kraujagyslių ligų naujienos“, Lietuvos gydytojo žurnalas, 2018, Nr.6, p. 32.

⁹⁰ Januškevičienė G., Lukoševičius L., Sekmokienė D., „Sveika gyvenama ir funkcionalusis maistas“, Visuomenės sveikata, 2009, 4(47), p.51-60.

⁹¹ Bacevičienė M., Jankauskienė R. ir kt., „Lietuvos miesto gyventojų fizinio aktyvumo rodikliai jų raidos tendencijos ir nauda sveikatai, mokslo įrodymai“, Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas, 2013, p. 31.

pan., sudaro apie 60 proc. visų mirčių ir apie 47 proc. bendro sergamumo. Prognozuojama, kad šie skaičiai iki 2020 metų gali pasiekti atitinkamai 73 proc. ir 60 proc. Yra įrodyta, kad 6 iš 7 veiksnių, lemiančių ankstyvą mirtį, – padidėjęs kraujospūdis, per didelis cholesterolio kiekis ir kūno masės indekso rodiklis, nepakankamas vaisių ir daržovių vartojimas, per mažas FA, – yra susiję su netinkamais mitybos ir judėjimo įpročiais.⁹²

Mokslo nustatyta, kad psichoemociniai ir socialiniai, ekonominiai veiksniai didina ir infarkto, ir insulto, ir staigios mirties riziką. Naujose gairėse šių rizikos veiksnių svarba pabrėžiama ir rašoma, kad, be klasikinių rizikos veiksnių, tikimybę susirgti ŠKL smarkiai didina ir prasta socialinė ir ekonominė padėtis, socialinio palaikymo stoka, įtampa darbe ir šeimoje, priešiškus, depresija, nerimas ir kiti psichoemociniai sutrikimai. EKD gairėse pateikiami klausimai, kurios turėtų užduoti šeimos gydytojas norėdamas išsiaiškinti psichoemocinius ir socialinius, ekonominius rizikos veiksnius.⁹³ Todėl yra ir siūlymų įtraukti į šią programą ir apklausą dėl šių svarbių rizikos veiksnių- nerimo, depresijos ir kt. Šiandien programa vertina tik klasikinių rizikos veiksnių įtaką, bet tikrajai rizikai nustatyti to nepakanka, reikia įvertinti ir psichosocialinius veiksnius. Apibendrinę naujausius prevencinės programos duomenis matome, kad ir mažos rizikos pacientams dėl psichoemocinių ir socialinių, ekonominių rizikos veiksnių gali įvykti staigi mirtis, ūminis miokardo infarktas ar insultas.⁹⁴

Mitybos reikšmė žmonių sveikatai labai didelė. Mažinti druskos suvartojimą – viena iš sveikatai palankios mitybos taisyklių. PSO rekomenduoja suvartoti ne daugiau kaip 5 g druskos (2 g natrio) per dieną siekiant išvengti ŠKL.⁹⁵ EKD 2016 m. širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos gairėse, 2017 m. ūminio miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo rekomendacijose pabrėžiama didžiulė kalio ir magnio svarba ligų bei komplikacijų išsivystymui bei jų pažabojimui. Tai ypač svarbu PP, kuomet savalaikė mikroelementų korekcija bei pastovios koncentracijos užtikrinimas padeda išspręsti dauguma funkcinų pacientų nusiskundimų. Nustatyta, kad dauguma Europos šalių gyventojų magnio suvartoja mažiau, nei rekomenduoja PSO: kasdien su maistu reikia gauti apie 300 mg magnio. Magnis padeda išvengti širdies ir kraujagyslių ligų, sumažinti vadinamojo

⁹² Milius J., Pridotkas G., „Druskos kiekis dažniausiai Lietuvoje vartojamuose maisto produktuose“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013, Vilnius, ISSN 1648-7338, p. 25.

⁹³ Petrulionienė Ž., „Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir širdies ligos: kaip padėti pacientui?“, Kardiologijos aktualijos, 2018 /1(1), ISSN 2538-810, p. 70.

⁹⁴ Petrulionienė Ž., „Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir širdies ligos: kaip padėti pacientui?“, Kardiologijos aktualijos, 2018 /1(1), ISSN 2538-810, p. 81.

⁹⁵ World Health Organization Regional Office for Europe, „Frequently asked questions about salt in the WHO European Region“, žiūrėta: 2020-01-17, prieiga: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2011/10/reducing-salt-intake/frequently-asked-questions-about-salt-in-the-who-european-region>>.

blogą cholesterolio koncentraciją, saugo kraujagyslių sienelės nuo pažeidimo padidėjus arteriniam kraujospūdžiui.⁹⁶ Remiantis 2018 m. Europos kardiologų draugijos arterinės hipertenzijos diagnostikos ir gydymo gairėmis, siektinas tikslinis arterinis kraujospūdis (AKS) turėtų būti mažesnis nei 140/90 mm Hg visiems pacientams.⁹⁷

Tabako ir alkoholio vartojimas yra du iš keturių svarbiausių rizikos veiksnių, darančių didžiausią įtaką⁹⁸, todėl Pasaulio sveikatos asamblėja 2013 m.⁹⁹ ir PSO pakvietė šalis iki 2025 m. 25 proc. sumažinti 30–70 metų amžiaus asmenų tikimybę mirti nuo neinfekcinės lėtinės ligos. Pagrindinis būdas pasiekti šį tikslą didinti rūkyti metančių asmenų populiacijoje skaičių, kadangi suaugusiųjų rūkymas reikšmingai didina mirtingumą nuo svarbiausių neinfekcinių ligų (t. y. širdies ir kraujagyslių ligų). Tai leistų išvengti daugiau kaip 200 mln. tabako sukeltų mirčių XXI amžiuje.¹⁰⁰ Sveikatos priežiūros darbuotojai, dirbdami su pacientais, yra raginami naudoti 5 A metodą (angl. *ask, advise, assess, assist, arrange*) (žr. 6 pav.), apimančią nuoseklų procesą, kurio metu pacientai, norintys mesti rūkyti, gauna pagalbą. Gydytojas turėtų paklausti, ar pacientas rūko, rūkančiam patarti mesti rūkyti, įvertinti jo norą mesti, padėti mesti ir stebėti, t. y. susitarti dėl vėlesnių susitikimų ir konsultacijų.¹⁰¹

⁹⁶ Zaleckis D., „Terapinė kalio ir magnio koncentracijų svarba širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai“, Lietuvos gydytojų žurnalas, 2018 m. Nr. 10(113), 63-65 p. ISSN 1648-3154

⁹⁷ Zaleckis D., „Efektyvi sistolinio AKS korekcija- geresnis baigčių valdymas“, Lietuvos gydytojo žurnalas, 2018 m. Nr. 7, ISSN 1648-3154, p. 65.

⁹⁸ Veryga A., Liutkutė V., Štelemėkas M., „Alkoholio ir tabako kontrolės tendencijos“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013, p. 37.

⁹⁹ World Health Organization, „Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020“, 2013, Geneva, žiūrėta 2020-01-14, prieiga: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.

¹⁰⁰ Zolubienė E., Everatt R., „Šeimos gydytojų rūkymo paplitimas ir jų pasirengimas teikti pagalbą pacientams, metantiems rūkyti“, Visuomenės sveikata, 2015/ 2 (69), p. 9.

¹⁰¹ Zolubienė E., Everatt R., „Šeimos gydytojų rūkymo paplitimas ir jų pasirengimas teikti pagalbą pacientams, metantiems rūkyti“, Visuomenės sveikata, 2015/ 2 (69), p. 11-12.

6 pav. 5 A metodo taikymo žingsniai



Sudaryta: Zolubienė E., Everatt R., „Šėimos gydytojų rūkymo paplitimas ir jų pasirengimas teikti pagalbą pacientams, metantiems rūkyti“ *Visuomenės sveikata*, 2015/ 2 (69), p. 11-12.

Lietuvos finansinės galimybės lemia ir PASP restruktūrizavimo etapų įgyvendinimo tempus, dažniausiai gyventojų poreikiai auga gerokai greičiau, negu sveikatos priežiūros sistema pajėgia juos tenkinti. Tačiau į problemą galima pažvelgti ir iš kitos pusės. Patys gyventojai, dalyvaudami sveikos gyvensenos, ligų prevencijos programose, mažiausiomis sąnaudomis išsaugotų savo sveikatą ir darbingumą. Mažiau lėšų pareikalautų ir sumažėjusi hospitalizacija bei ligų, tapusių lėtinėmis, gydymas. Šio tikslo įgyvendinimui labai tiktų į šeimos gydytojo ir slaugytojo komandą integruoto atvejo vadybininko veikla, motyvuojanti pasinaudoti prevencinėmis programomis. Valstybė turi skatinti savalaikį pačių gyventojų apsilankymą PASP teikiančiose įstaigose. Jei gyventojai sąmoningai siektų išsaugoti ir stiprinti savo sveikatą, ligų dažniausiai būtų galima išvengti. Motyvuoti žmonės dažniau linkę įsitraukti į prevencines programas, turi daugiau ryžto kontroliuoti savo ligą.¹⁰²

1.4 Sveikatos politikos sąmprata asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programoje

Formuojant sveikatos politiką, Lietuvoje nueitas ilgas kelias, pradedant klasikiniiais epidemiologiniais tyrimais, profilaktinėmis lėtinų neinfekcinių ligų mokslinėmis ir praktinėmis

¹⁰² Marchetti P., Voltz R., Rubio C., Mayeur D., Kopf A. „Provision of palliative care and pain management services for oncology patients“, 2013, žiūrėta: 2020-01-20, prieiga internete: <https://jncn.org/view/journals/jncn/11/suppl_1/article-pS-17.xml>

programomis, vykdytomis bendradarbiaujant su PSO bei daugeliu Europos universitetų ir mokslinių centrų, ir baigiant aktyviu Lietuvos dalyvavimu plėtojant Europos sveikatos politiką. Tarptautiniu mastu sukaupta mokslinė informacija akivaizdžiai įrodo, kad spręsti pagrindines šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas tiesiog neįmanoma tenkinantis vien medicinos pagalbos teikimu. Lemiamas vaidmuo čia tenka sveikatos ugdymui, aplinkosaugai bei ligų profilaktikai. Tačiau šitaip sprendžiant šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas būtina mobilizuoti visą visuomenę, visas sveikatą lemiančias socialines bei ekonomines struktūras. To padaryti nebus įmanoma, jeigu nebus politinio valstybės įsipareigojimo, atitinkamos infrastruktūros, visuomenės sveikatos programoms įgyvendinti, bei šiems tikslams įgyvendinti parengtų visuomenės sveikatos specialistų.¹⁰³

Sveikata yra svarbiausia žmonių gyvenime ir ja turi rūpintis šalių vyriausybės, vykdydamos veiksmingą politiką. Lietuvos, kaip ir daugelio Europos Sąjungos šalių, Sveikatos politika formuojama remiantis pagrindinėmis PSO ir Europos Komisijos (EK) politinių dokumentų nuostatomis.¹⁰⁴ Sveikata yra žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, kad būtų sėkmingai sprendžiami kasdienio gyvenimo klausimai, įveikiami socialiniai ir ekonominiai iššūkiai. Visuomenės sveikata yra nacionalinis turtas ir kapitalas, kurio saugojimas ir puoselėjimas yra svarbiausias valstybės tikslas, užtikrinantis šalies socialinę ir ekonominę plėtrą. Sveiki ir darbingi žmonės – šalies ekonomikos augimo ir tvaraus vystymosi garantas.¹⁰⁵ PSO dokumentuose užfiksuotas dešimtmečiais nesikeičiantis sveikatos apibrėžimas, jog „sveikata – visapusė fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne vien tik ligos ar negalavimų nebuvimas“. Pats sveikatos apibrėžimas nurodo, jog, suprantant sveikatą kaip fizinę ir socialinę gerovę ir siekiant ją pagerinti, nepakanka vien tik medikų, galinčių spręsti fizinės ir iš dalies psichikos sveikatos problemas, pastangų, būtinas įvairių profesijų specialistų, įstaigų ir institucijų

¹⁰³ Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpelė A., „Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika“, Visuomenės sveikata, 2011, Nr. 3(38), Kaunas, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS_2007_3\(38\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS_2007_3(38).pdf)

¹⁰⁴ Redakcijos skiltis, „Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai“, 2011/2(53), žiūrėta:2020-02-29, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2\(53\)/VS_2011_2\(53\)_redakcijos_skiltis.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2(53)/VS_2011_2(53)_redakcijos_skiltis.pdf).

¹⁰⁵ Lietuvos respublikos seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, 2014 m. Birželio 26 d. Nr. XII-964, Vilnius, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>.

bendradarbiavimas, užtikrinant socialinę, ekonominę ir netgi dvasinę visuomenės gerovę. Šios nuostatos plačiai atspindėtos naujame Europos sveikatos politikos dokumente „Sveikata 2020“¹⁰⁶

Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tampa išbandymu politikams, sveikatos profesionalams ir pacientams. Pagrindinis sveikatos sistemos reformos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą. Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje buvo numatyti uždaviniai tausoti bei stiprinti gyventojų sveikatą, rūpintis ligų profilaktika ir plėtoti PSP bendroje sveikatos priežiūros sistemoje.¹⁰⁷ Lietuvos sveikatos programoje (LSP) dar 1998 m. įtvirtinta nuostata, kad, aptariant įvairias su gyventojų sveikata susijusias problemas ir numatant tikslus bei tų problemų sprendimo būdus, reikia skatinti ir palaikyti visuomenės organizacijų veiklą, tam tikrų projektų vykdymą, tarptautinį bendradarbiavimą, skirtą saugoti ir stiprinti gyventojų sveikatą, skatinti pačių gyventojų iniciatyvą. Minėtoje programoje akcentuojama, kad siekiant gerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę būtina laikytis PSO dokumento „Sveikata visiems XXI amžiuje“ nuostatos, jog reikia suaktyvinti kiekvieno asmens dalyvavimą visuomenės gyvenime ir kuriant sveikatos politiką.¹⁰⁸

Sveikatos politika– pritarimas ar bendras sveikatos apsaugos sistemos atstovų, partnerių susitarimas dėl svarstytinų sveikatos klausimų, jų tvarkymo būdų bei strategijos – sveikatos ir jos apsaugos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika. Ji įteisinama kaip bendra valdymo funkcija.¹⁰⁹ Sveikatos politiką galima apibūdinti, kaip politikos sritį, susidedančią iš jos formavimo ir įgyvendinimo. Sveikatos politikos įgyvendinimas apima sveikatos sistemos valdymą, planavimą, organizavimą, kontrolę bei įvertinimą. Sveikatos politiką galima apibrėžti, kaip „sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe.“¹¹⁰ Sveikatos politika yra

¹⁰⁶ Misevičienė I., Špečkauskienė V., „Sveikata 2020“ politikos raida: jaunimo sveikata“, žiūrėta: 2020-02-29, [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2017.1\(76\)/VS%202017%201\(76\)%20ORIG%20Sveikata%202020.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2017.1(76)/VS%202017%201(76)%20ORIG%20Sveikata%202020.pdf), prieiga:

¹⁰⁷ Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos Nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, 1991 m. spalio 30 d. Nr. I-1939, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.3044?jfwid=-15uh8wytd>

¹⁰⁸ Lietuvos respublikos seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, Vilnius, žiūrėta:2020-02-29, prieiga: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i0jd2Pd1Hj8J:https://e-seimas.lrs.lt/rs/legalact/TAD/TAIS.60036/format/ISO_PDF/+&cd=3&hl=en&ct=clnk&gl=lt&client=safari,

¹⁰⁹ Gustaitienė L., „Sveikatos priežiūros politika ir organizacija: medžiaga paskaitomas sveikatos psichologijos specializacijos magistrantams“, Kaunas: VDU leidykla, 2003.

¹¹⁰ Jankauskienė D., Pečiūra R., „Sveikatos politika ir valdymas“, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2007, p. 96.

labai plati sritis, apimanti sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, gydymą, reabilitaciją, sveikatos ekonomiką ir kt.¹¹¹

1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 Lietuvos Respublikos Seimo buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa. Įgyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, buvo aiškiai išskelti pagrindiniai programos tikslai:

- 1) gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas;
- 2) sveikatos santykių teisumas;
- 3) gyvenimo kokybės pagerinimas.¹¹²

Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategija įvardija pagrindines valstybės nuostatas, jų įgyvendinimo būdus, modernizuojant visuomenės sveikatos priežiūros sistemą. Strategija nustato visuomenės sveikatos priežiūros sistemos tolesnio plėtojimo kryptis, kuriomis siekiama gerinti gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę, mažinti sergamumą užkrečiamosiomis ir neinfekcinėmis ligomis, būtinumą sukurti šiuolaikinę, modernią visuomenės sveikatos priežiūros sistemą, tobulinti visuomenės sveikatos priežiūros vadybą ir kt.¹¹³

Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2011- 2020 metų matmenys - konceptualus dokumentas, kuriame išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys, jų įgyvendinimo strategija. Dokumento tikslas – inicijuoti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos pertvarką, kuriant efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą, kuri:

- skatintų sveikatos ugdymą ir stiprinimą bei ligų prevenciją;
- skatintų sveikatos priežiūros paslaugų rinkos plėtrą sąžiningos konkurencijos sąlygomis;
- didintų sveikatos sistemos dalyvių paskatas veikti skaidriai, vadovaujantis šiuolaikiniais sveikatos ekonomikos, etikos ir mokslo įrodymais pagrįstos medicinos ir vadybos principais;
- siektų užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą;

¹¹¹ Žemaitienė N., Bulotaitė L., Jusienė R., Veryga A., „Sveikatos psichologija“, Vilnius, 2011, Tyto alba, p. 49.

¹¹² Pečiūra R., Gurevičius R., Jankauskienė D., „Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas“, Sveikatos politika ir valdymas, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/view/548/511>.

¹¹³ Lietuvos respublikos vyriausybė nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006–2008 metų plano patvirtinimo“, 2001 m. Liepos 27 d. Nr. 941, Vilnius, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.146046/asr>.

- skatintų racionalų ir efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą.¹¹⁴

Lietuva, orientuodamasi į Europos naujosios sveikatos politikos dokumentą „Sveikata 2020“, parengė Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategiją. Ji rengta atsižvelgiant ne tik į minėtą Europos sveikatos politikos dokumentą, bet ir į valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, Lietuvos sveikatos strategijoje pagrindiniam tikslui – 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai – pasiekti numatyti keturi strateginiai tikslai.¹¹⁵ „Sveikata 2020“ siekiant parengti įrodymais pagrįstas politines rekomendacijas, kaip sumažinti netolygumus sveikatos srityje visame regione, ir busimų veikslių strategiją, buvo parengta išsami apžvalga apie sveikatą lemiančius socialinius veiksnius ir skirtumus sveikatos srityje PSO Europos regione. Šios strategijos tikslas yra „reikšmingai pagerinti žmonių sveikatą ir gerovę, sumažinti netolygumus sveikatos srityje, stiprinti visuomenės sveikatą bei užtikrinti, kad sveikatos priežiūros sistemos būtų orientuotos į žmogų- universalios, teisingos, tvarios ir kokybiškos“. Šių dienų ekonomikos tyrimai parodo ne vien tik ekonominę šiandienos ligų naštą, bet ir tai, kad šias problemas galima išspręsti, jeigu būtų skiriama daugiau dėmesio sveikatos stiprinimui, ligų prevencijai ir visuomenės sveikatai, imantis veikslių, padedančių šalinti netolygumus sveikatos srityje visuose visuomenės sluoksniuose.¹¹⁶ Veikslių plane numatyta dešimt svarbiausių bendrųjų visuomenės sveikatos veiklų, pagal kurias Europos sveikatos priežiūros institucijos galės stebėti, vertinti ir formuluoti politiką, strategiją bei veiksmus reformoms vykdyti ir visuomenės sveikatai gerinti. Rezultatams gerinti reikia gerokai sustiprinti visuomenės sveikatos funkcijas ir gebėjimus, investuoti į visuomenės sveikatos institucijas, stiprinti sveikatos priežiūrą ir ligų prevenciją.¹¹⁷

Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro

¹¹⁴ Lietuvos respublikos seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, 2011 m. Birželio 7 d. Nr. Xi-1430, Vilnius, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=q86m1vsxj&documentId=TAIS.401152&category=TAD>.

¹¹⁵ Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo, 2015, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga internete: < <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35c41ab0a3c411e59010bea026bdb259> >.

¹¹⁶ Jacob Z., „Sveikata 2020“-siekiamė sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje“, Visuomenės sveikata, 2013/ 4 (63), p. 8.

¹¹⁷ Redakcijos skiltis, „Sveikata 2020“ – Siekiamė sveikatos ir vystymosi dabartinėje europoje“, Visuomenės sveikata, 2013/ 4 (63), p. 9.

2005 m. lapkričio 25d. įsakymu Nr. V- 913,¹¹⁸ dėl prevencijos programų vykdymo stebėsenos tvarkos aprašo, kurio tikslas gerinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintų ligų prevencijos programų, vykdymo organizavimą, reglamentuoti duomenų teikimą ir užtikrinti efektyvų programų vykdymo koordinavimą bei kontrolę. Programų įgyvendinime dalyvaujanti asmens sveikatos priežiūros įstaiga- tai asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti programose numatytas paslaugas, bei sudariusi sutartį su teritorine ligonių kasa, dėl šių paslaugų apmokėjimo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.¹¹⁹ Asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) finansavimą užtikrina PSDF, už kurį atsakingos valstybinės ligonių kasos. Kiekviena, tiek valstybinė, tiek privati PSP paslaugas teikianti įstaiga sudaro sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis (TLK), kurios finansuoja minėtas įstaigas, atsižvelgdama į : prisirašiusių pacientų skaičių, teikiamas skatinamąsias paslaugas, prevencinių programų kūrimą bei jų vykdymą.¹²⁰ ASPI ataskaitinis laikotarpis- vienas kalendorinis mėnuo, kuriam pasibaigus teikiama per šį laikotarpį suteiktų pagal programą paslaugų ataskaita. TLK ataskaitinis laikotarpis- vienas kalendorinis mėnuo, einamieji kalendoriniai metai, metų ketvirtis, vieneri metai, kuriems pasibaigus teikiama pagal programą suteiktų paslaugų ataskaita.¹²¹

Apibendrinant pateiktą medžiagą ir įvertinant tai, kad Lietuva per pastarąjį dvidešimtmetį turi sukaupusi daug patirties tiek formuodama sveikatos politiką, tiek pertvarkydama sveikatos priežiūros įstaigas, diegdama profilaktines dažniausių lėtinių ligų programas, sveikatos stiprinimo projektus tarp vaikų, jaunimo, įvairių socialinių grupių ar sergančiųjų specifinėmis ligomis, bei turi didelį mokslinį potencialą, patyrusius sveikatos politikus, administratorius ir praktikus, stiprias nevyriausybinės organizacijas, yra visos sąlygos, vadovautis plačiomis konsultacijomis.¹²² Galima teigti, kad sveikatos politika yra planai, sprendimai, veiksmai, kuriais siekiama

¹¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913, „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675?jfwid=-fxdp7jue>.

¹¹⁹ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus, „Dėl ligų prevencijos programų vykdymo stebėsenos tvarkos aprašas“, 2006 m. kovo 29 d. įsakymų Nr.1K-43, Vilnius, p. 2.

¹²⁰ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtos koncepcijos patvirtinimo“ 2007 m. Rugsėjo 5 d. Nr. V-717, Vilnius.

¹²¹ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus, „Dėl ligų prevencijos programų vykdymo stebėsenos tvarkos aprašas“, 2006 m. kovo 29 d. įsakymų Nr.1K-43, Vilnius, p. 2.

¹²² Redakcijos skiltis, „Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai“, 2011/2 (53), žiūrėta :2020-02-29, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2\(53\)/VS_2011_2\(53\)_redakcijos_skiltis.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2(53)/VS_2011_2(53)_redakcijos_skiltis.pdf).

visuomenės sveikatos tikslų. Visų šių sričių bendri tikslai, glaudus bendravimas ir nuolatinis keitimasis informacija garantuos visuomenės sveikatos lygio didėjimą.

1.5 Širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos efektyvumo vertinimo kriterijai

Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklą reglamentuoja įstatymai. Asmens sveikatos priežiūros kokybę nusako šie sveikatinimo įstatymai: Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, kiti įstatymai ir poįstatyminiai teisės aktai. Pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymą¹²³, asmens sveikatos priežiūros būtiniosios sąlygos yra prieinamumas, priimtinumas, teisumas ir tinkamumas. Šias sąlygas turi garantuoti kiekvienas sveikatinimo veiklos subjektas. Sveikatos priežiūros tinkamumas - tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.¹²⁴

Efektyvumo sąvoka vis dažniau vartojama viešajame sektoriuje, nes vykstant globalizacijai efektyvumas tampa taip pat globalus. Įvairių autorių nuomonės padeda atskleisti šios sąvokos prasmę ir plačiau ją analizuoti. Tarptautinių žodžių žodynas pateikia tokį efektyvumo apibrėžimą: „veiksmingas, labai paveikus, duodantis reikiamus arba geriausius rezultatus“¹²⁵ Efektyvumo ir racionalumo sąvokos yra labai panašios, tačiau akcentuotina, kad efektyvumas daugiau siejamas su veiklos rezultatais, o racionalumas – su priemonėmis tiems rezultatams pasiekti. Tad efektyvumas viešosiose įstaigose dažnai suprantamas kaip efektyvi viešoji politika, efektyvūs sprendimai, racionalus išteklių naudojimas, pozityvūs organizacijos veiklos rezultatai ir stipri organizacinė kultūra.¹²⁶ Ekonomiškai pagrįstas efektyvumas – aukščiausios kokybės

¹²³ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo nauja redakcija,“ Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įsakymas“ prieiga: <http://www.infolex.lt/ta/24188:str1>, žiūrėta:2020-03-01

¹²⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įsakymas 15 str. 2007 05 24 įstatymu Nr. X-1151 (nuo 2007 07 01), (Žin., 2007, Nr. 64-2456), žiūrėta: 2020-03-0, prieiga: <http://www.infolex.lt/ta/98090:str15>

¹²⁵ Tarptautinių žodžių žodynas 2013. Redaktorių taryba: Angelė Kaulakienė. Vilnius: Alma littera.

¹²⁶ Buškevičiūtė J., Raipa A., „Sprendimai šiuolaikinio viešojo valdymo evoliucijoje“, Viešoji politika ir administravimas, 2011, T. 10, Nr. 1, p. 17–26.

sveikatos priežiūros bei sveikatos paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiomis sąnaudomis.¹²⁷

Siekiant efektyvumo, viešajame sektoriuje galimi įvairūs metodai ir technika: kokybės ciklai ir valdymas, darbo sąlygų ir sutarčių sistemų tobulinimas ir kt. Tas priemones viešojo administravimo problemas tiriantys specialistai dažniausiai skirsto į tris grupes:

- veiklos proceso pasikeitimai;
- darbuotojų elgsenos pasikeitimai;
- vadybos proceso pasikeitimai.¹²⁸

Piliečių įtrauktis yra ilgalaikis procesas, užtikrinantis nuolatinį piliečio dalyvavimą viešojo valdymo procese. Įtrauktis – tai valstybės, jos institucijų ir tarnautojų pastangos įtraukti piliečius, skatinti jų dalyvavimą viešajame valdyme. Įtrauktis – tai nuolatinis bendruomenės įtraukimas į bendrus paslaugų kūrimo procesus, viešąsias politikas ir programas, siekiant apibrėžti ir spręsti viešąsias problemas. Ji orientuota į nepertraukiamą ryšių tarp žmonių įvairiais klausimais kūrimą.¹²⁹ Valdymo ciklas apima sprendimų priėmimą, planavimą, organizavimą, vadovavimą motyvavimą ir kontrolę. Toks valdymo ciklo turinys būdingas bet kokiai veiklai.¹³⁰

Literatūroje dažniausiai išskiriami formuojamasis ir apibendrinamasis programų vertinimai, kurie savotiškai klasifikuoja programų vertinimo tipų įvairovę:

1. *Formuojamasis vertinimas* taikomas planuojant veiklą ar ją vykdant, norint sužinoti, ką reikia patobulinti. Šis vertinimas rodo, ar visi programos elementai yra reikalingi, suprantami ir tinkami numatomi populiacijai. Jis taip pat leidžia įvertinti programos pateikimą, įgyvendinimo kokybę, programos vykdytojus, veikimo metodus, išteklius bei daryti įvairias modifikacijas planuojant ar vykdant pačią programą. Šitaip padidinama tikimybė, jog programa bus sėkmingai įvykdyta. Pagrindiniai formuojamojo vertinimo privalumai yra greitas grįžtamosios informacijos, paremtos dokumentais, pateikimas vykdytojams. Informacijos rinkimas ir analizavimas padeda

¹²⁷ Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro į s a k y m a s ”Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. Programos patvirtinimo“, 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642, Vilnius, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/rs/actualedition/TAIS.242167/NMcjmUyGHe/>.

¹²⁸ Rosen, E. D. „Improving Sector Productivity“, Concept and Practice, London: Sage Publication, 1993, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: https://books.google.lt/books?hl=en&lr=&id=QMww4d4TyZ8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Rosen,+E.D.+Improving+Sector+Productivity.+Concept+and+Practice.+London:+Sage+Publication,+1993.&ots=wxp853_bhX&sig=NS9WQqx3cQxYZHZX1RnScExqTb4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

¹²⁹ Vaidelytė E., Žilinskas G., Rauleckas R., „Piliečių įtrauktis į viešąjį valdymą teorinės apibrėžtys“, Mokslinių straipsnių rinkinys Visuomenės saugumas ir viešoji tvarka, 2016 (16), p. 253-268.

¹³⁰ Puškorius S. „Bendradarbiavimo efektyvumas“, Viešoji politika ir administravimas, 2007, Nr. 20, ISSN 1648-2603, p. 24-31.

atskleisti, kaip įgyvendinama programa. Įvykių pagrindimas dokumentais rodo, kokie metodai faktiškai naudojami, o tai padeda geriau suformuluoti netikėtas problemas ir aiškiai įvardyti, kas yra padaryta pradinėse ir ankstyvose programos vykdymo stadijose

2. *Apibendrinamasis vertinimas* atliekamas norint nustatyti bendrą programos kokybę arba vertę. Šį vertinimą galima vadinti atsiskaitomuoju, nes jis dažnai atliekamas veiklą reguliuojančių institucijų užsakymu, kurioms reikia atsiskaityti už pasiektus galutinius rezultatus. Apibendrinamasis vertinimas naudojamas ir pasibaigus kokiai nors veiklai, pasiekus rezultatus, kai siekiama išsiaiškinti, ar jie tokie, kokių tikėtasi, ar programa pasiekė lauktą efektą, pasekmes.¹³¹

3. *Rezultatai.* Šio kriterijaus vertinimas parodo, ar programa yra efektyvi, atsižvelgiant į joje numatytus tikslus ir uždavinius. Rezultatai parodo, iki kurio programa gali pakeisti numatomos populiacijos elgesį. Ar programa pasiekė planuotus rezultatus, efektus, pasekmes.¹³² Pasak ekspertų, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa, vykdoma nuo 2006 m., sumažino sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais – nestabilia krūtinės angina, miokardo infarktu, praeinančiais smegenų išemijos priepuoliais ir insultu, sumažino neįgalumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų bei leido kur kas daugiau nustatyti naujų cukrinio diabeto atvejų. Sumažėjus sergamumui minėtomis ligomis, buvo išvengta dažno pacientų guldymo į ligoninių kardiologijos skyrius.¹³³ Antra vertus, vienas iš PP įgyvendinimo efektyvumo rodiklių yra¹³⁴ tikslinių grupių dalyvavimo jose apimtys. Pagal VLK pateiktus duomenis, galima pastebėti, kad kiekvienais metais Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai įgyvendinti skiriamų PSDF lėšų skaičius auga, taip

¹³¹ Povilanskienė R., Jurkuvėnas V., „Visuomenės sveikatos programų vertinimas“, Visuomenės sveikata, 2009/ 4 (47), žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2009.4\(47\)/Visuomenes%20sveikatos%20programu%20vertinimas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2009.4(47)/Visuomenes%20sveikatos%20programu%20vertinimas.pdf),

¹³² Povilanskienė R., Jurkuvėnas V., „Visuomenės sveikatos programų vertinimas“, Visuomenės sveikata, 2009/ 4 (47), žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2009.4\(47\)/Visuomenes%20sveikatos%20programu%20vertinimas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2009.4(47)/Visuomenes%20sveikatos%20programu%20vertinimas.pdf),

¹³³ Nepriklausomi ekspertai teigiamai įvertino prevencinių programų efektyvumą, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <https://www.vilniaustlk.lt/index.php?id=519>.

¹³⁴ Petronytė G., Kanapeckienė V., Eigirdaitė A., Jurkuvėnas V., „Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai“, Visuomenės sveikata, 2013/ 2 (61), žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: [http://hi.simplifit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2\(61\)/VS%202013%202\(61\)%20ORIG%20S%20gyventoju%20informuotumas.pdf](http://hi.simplifit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2(61)/VS%202013%202(61)%20ORIG%20S%20gyventoju%20informuotumas.pdf).

pat didėja ir asmenų, pasinaudojančių šios programos priemonėmis,¹³⁵ tačiau VLK prie Sveikatos apsaugos duomenimis, kasmet lieka nepanaudota didelė lėšų dalis, skirta ŠKL PP įgyvendinti. Visoje Lietuvoje, 2016 m. VLK duomenimis, buvo daugiau kaip 216 tūkst. žmonių, kurie galėjo dalyvauti ŠKL PP, tačiau 2016 m. programoje dalyvavo tik 53 proc. šiai programai priskirtų pacientų.¹³⁶

4. *Informavimo paslaugų pakankamumas ir susijusių grupių žinios apie programą.* Situaciją sunkina ir tai, kad sveikata yra veikiama ir socialinių bei ekonominių veiksnių, tokių kaip išsilavinimas, pajamos, nedarbas ir kt., o Lietuva Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono ataskaitoje priskiriama prie šalių, kuriose didžiausi socialiniai ir ekonominiai netolygumai, be abejonės, lemiantys sveikatos rodiklius, ir kurioje didžiausi sveikatos netolygumai, nulemti išsilavinimo lygio. Šioms problemoms įveikti būtina nustatyti konkrečius prioritetus ir veikti kryptingai bei kompleksiskai.¹³⁷ Sveikatos politikos tikslai neįtraukti į ūkio strategijas, regioninę ir savivaldos politiką, sveikatos tausojimas ir stiprinimas per menkai pabrėžiamas įmonių, įstaigų strateginiuose dokumentuose. Kiti valstybės sektoriai nepakankamai įsitraukia įgyvendinant Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategiją. Visuomenėje vyrauja pasyvus požiūris į asmens sveikatą. Iki šiol nesuvokta asmeninė gyventojų atsakomybė už savo sveikatą, jos tausojimą ir stiprinimą.¹³⁸ Tyrimai, kurių metu mėginta išsiaiškinti programų įgyvendinimo kliūtis, su kuriomis susiduria paslaugų teikėjai, atskleidė, jog gydytojams dėl didelio darbo krūvio trūksta laiko, gyventojų apsilankymo įstaigoje metu gydytojai užmiršta ar prioritetą skiria kitoms gretutinėms ligoms gydyti, gyventojai atsisako atlikti patikras, gydytojams trūksta priminimų ir programų paslaugų apskaitos sistemų.¹³⁹

5. *Galutinio tikslo įgyvendinimo laipsnis.* Valstybinės ligonių kasos duomenimis, Lietuvoje įgyvendinamų prevencinių programų patikrų aprėptis nesiekia Europos Tarybos

¹³⁵ Vasiliauskaitė K., Mazurkienė A., Slušienė A., „Prevencinių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2012, p. 69.

¹³⁶ Valstybinė ligonių kasa, „Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa“, žiūrėta: 2020-01-15, prieiga internete : http://vilniaustlk.lt/failai/istaigoms/prevencines/2016/sir_2016_4.pdf.

¹³⁷ Pagrindinės Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos įgyvendinimo sėkmės prielaidos, Visuomenės sveikata, 2014/ 3 (66), p. 5.

¹³⁸ Lietuvos Respublikos seimo nutarimas „Dėl sveikatos tausojimo ir stiprinimo politikos gairių patvirtinimo“, 2019 m. liepos 9 d. Nr. XIII-2304, Vilnius, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=y0intm8bt&documentId=f0d5f572a6eb11e9aab6d8dd69c6da66&category=TAD>.

¹³⁹ Eigirdaitė A., Kanapeckienė V., Petronytė G., Jurkuvėnas V., „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu“, Visuomenės sveikata, 2013, 2 (61), p. 24.

rekomenduojamų, ne mažesnių nei 80 proc., dalyvaujančiųjų apimčių, o kadangi PP įgyvendinimui iš PSDF skirtų lėšų dalis kasmet lieka nepanaudota, problema nesiejama su programų finansavimo trūkumu.¹⁴⁰

6. *Prieinamumas*. Kaimo žmonės senesni negu miesto, todėl jų sergamumas didesnis. Sveikatos paslaugų prieinamumas kaime taip pat sudėtingesnis negu mieste, atkreiptas dėmesys, kad kaimo plėtros programa yra netolygiai pasiskirsčiusi visoje Lietuvoje, ir kai kurie regionai turi labai prastą šios paslaugos prieinamumą.¹⁴¹

Apibendrinant galima teigti, kad Visuomenės sveikatos programos yra būtinos gyventojų sveikatos stiprinimui, ligų prevencijai ir dažniausiai yra finansuojamos iš valstybės biudžeto, todėl svarbu, kad jos būtų nuolat vertinamos. Reikėtų atsiminti, kad vertinimas iš dalies yra politinė veikla, nes kartais jis atliekamas siekiant palaikyti programos vientisumą ir įtikinti politikus bei suinteresuotus asmenis skirti reikalingus papildomus resursus.

¹⁴⁰ Valstybinė ligonių kasa, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa>

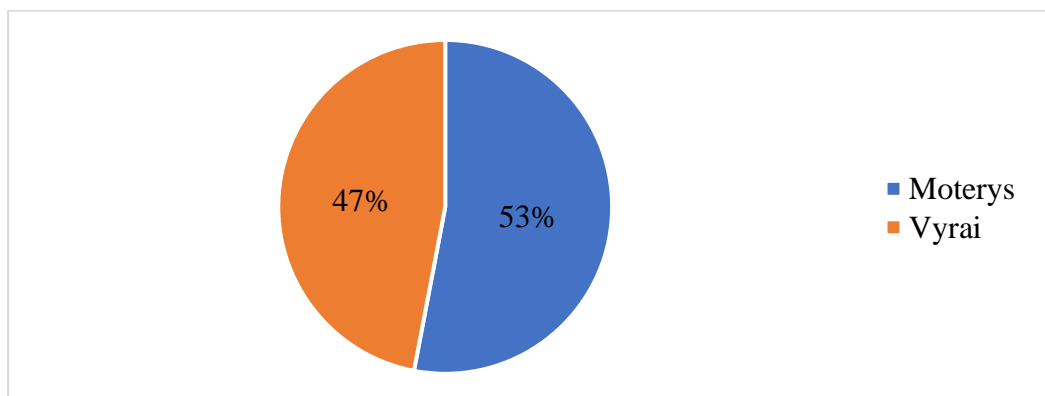
¹⁴¹ Redakcijos skiltis, „Sveikatos profilaktikos dilemos ir iššūkiai šiuolaikinei visuomenei“, Visuomenės sveikata, 2011/ 4(55), žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.4\(55\)/VS_2011_4\(55\)_redakcija.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.4(55)/VS_2011_4(55)_redakcija.pdf).

2 ASMENŲ PRISKIRTŲ ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DIDELĖS RIZIKOS GRUPEI, ATRANKOS IR PREVENCIJOS PRIEMONIŲ PROGRAMOS CHARAKTERISTIKA IR ANALIZĖ LIETUVOS KONTEKSTE

2.1 Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos Lietuvoje analizė

Vertinant tikslinę tiriamųjų grupę pagal lytį, pasiskirstymas visoje Lietuvoje pateikiamas (žr. 7 pav.). Didesnę dalį tiriamųjų 53 proc. t.y. 356 680 sudarė moterys ir 47 proc. t.y. 314 691 sudarė vyrai. 2019 m. sausio 1d. tikslinę populiaciją sudarė 671 tūkst. žmonių.

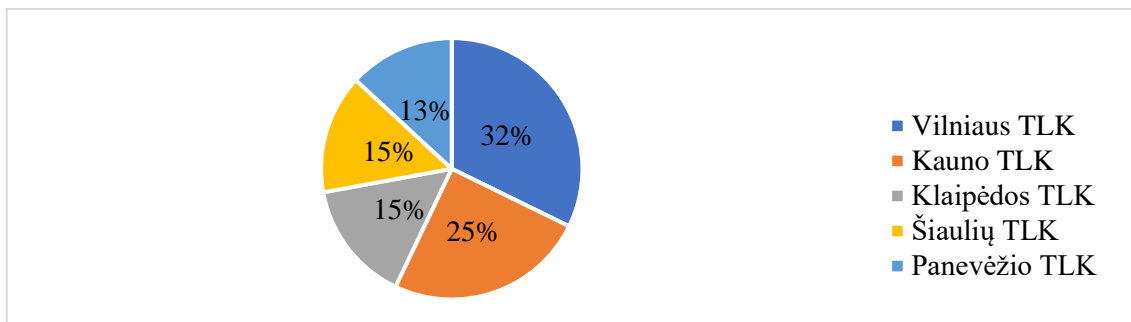
7 pav. Tikslinės amžiaus grupės asmenų pasiskirstymas pagal lytį (%)



Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas, Valstybinė liginių kasa 2018 m., žiūrėta 2020-03-01, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/0305%20širdiesprev%2018.pdf>

Vertinant tikslinę tiriamųjų grupę, tikslinės amžiaus grupės asmenų pasiskirstymas pateikiamas (žr. 8 pav.). Daugiausia tiriamųjų yra Vilniaus apskrityje 32 proc., toliau seka Kauno apskritis 25 proc., Klaipėdos ir Šiaulių apskrityse po 15 proc. ir Panevėžio apskrityje 13 proc. visų tiriamųjų.

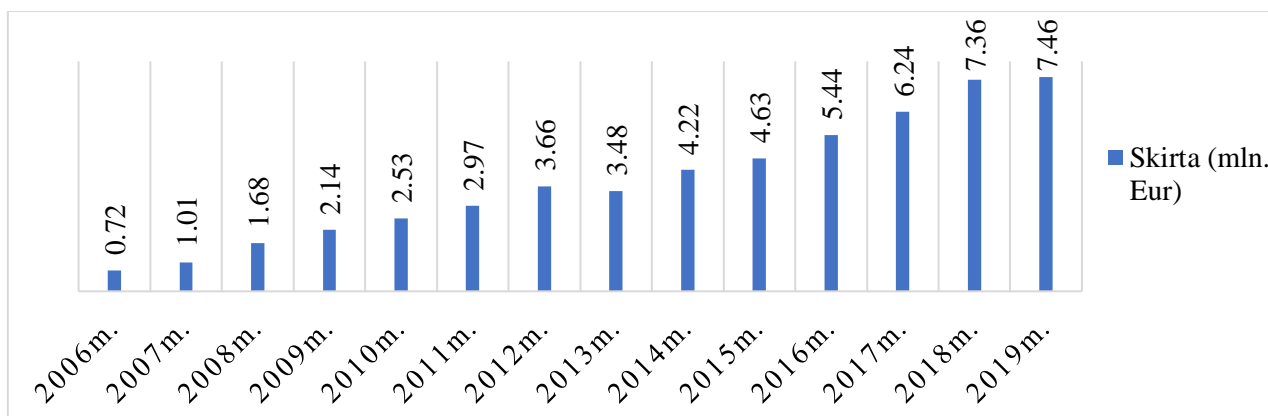
8 pav. Tikslinės amžiaus grupės asmenų pasiskirstymas pagal TLK (%)



Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas, Valstybinė liginių kasa 2018 m., žiūrėta 2020-03-01, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/0305%20širdiesprev%2018.pdf>

2019 m. pradžioje programos įgyvendinimui skirta 7,46 mln. Eurų. Lėšų pasiskirstymas nuo 2006 m. iki 2018 m. pateikiama 9 pav. Nagrinėjant programos finansavimą nuo 2006 m. iki 2019 m. matyti, kad būtent 2019 m. buvo skirta daugiausia lėšų programos įgyvendinimui (7,46 mln. Eur.), mažiausiai lėšų buvo skirta 2006 m. (0,72 mln. Eur.). 2019 m. skiriamos lėšos širdies ir kraujagyslių ligų prevencinei programai dešimt kartų didesnės negu buvo programos pradžioje 2006 m.

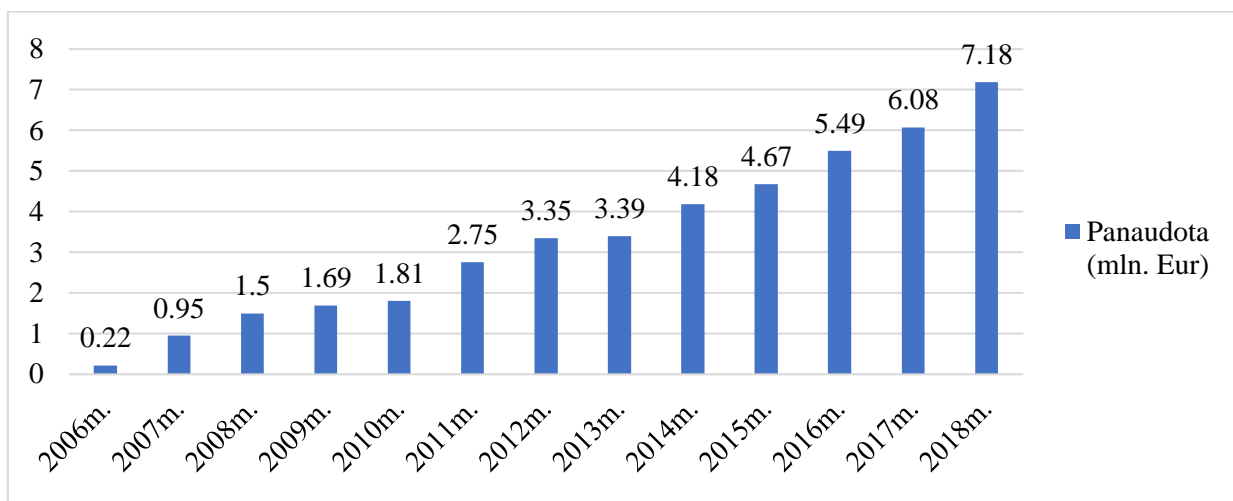
9 pav. Programos finansavimui skirta iš PSDF biudžeto lėšų



Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas, Valstybinė liginių kasa 2018 m., žiūrėta 2020-03-01, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/0305%20širdiesprev%2018.pdf>

Analizuojami statistiniai duomenys parodo, ne tik kiek lėšų buvo skirta, bet kiek lėšų buvo panaudota iš PSDF biudžeto širdies ir kraujagyslių ligų prevencinei programai(žr.10 pav.).

10 pav. Programos finansavimui panaudota iš PSDF biudžeto lėšų

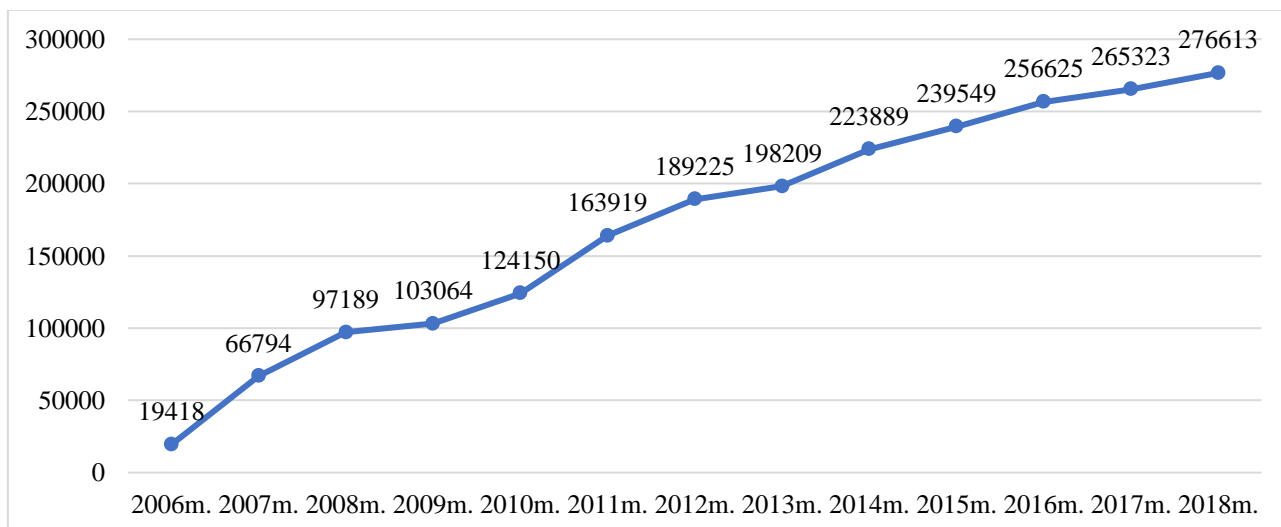


Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas, Valstybinė liginių kasa 2018 m., žiūrėta 2020-03-01, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/0305%20širdiesprev%2018.pdf>

Vertinant skirtas ir panaudotas lėšas matyti, kad mažiausia dalis iš skirtų lėšų buvo panaudota 2006 m. (0,22 mln. Eur.), bet ir mažiausia dalis buvo skirta tais metais. Peržiūrėjus visų metų skirtų ir panaudotų lėšų sumas, matome, kad 2015 m. ir 2016m. buvo daugiau panaudota lėšų ,nei skirta.

Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programoje, Lietuvoje dalyvavusiu asmenų skaičiaus dinamika pateikiama ir matyti, kad daugiausia asmenų buvo patikrinta 2018 m.(atitinkamai 276613) (žr. 11 pav.)

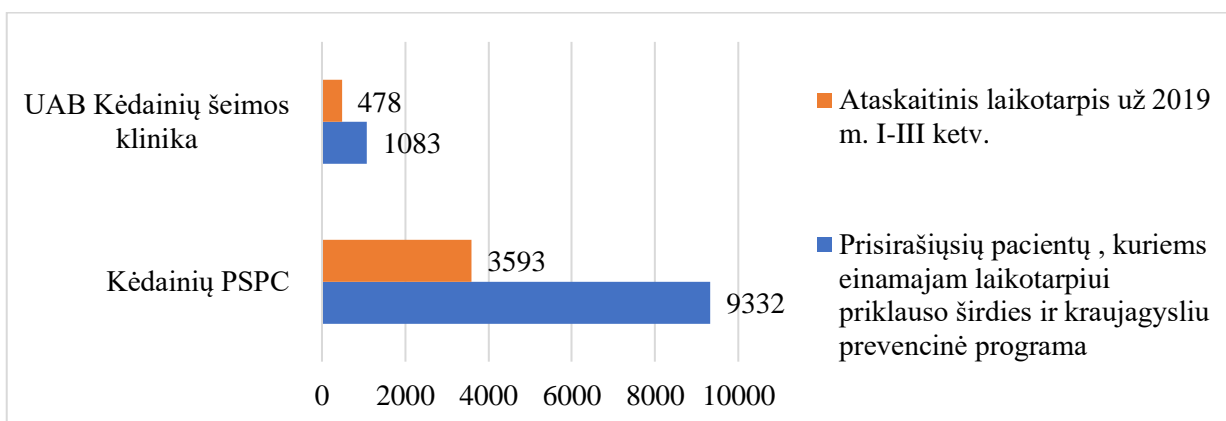
11 pav. Dalyvavusių asmenų skaičius širdies ir kraujagyslių prevencinėje programoje



Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas, Valstybinė liginių kasa 2018 m., žiūrėta 2020-03-01, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/0305%20širdiesprev%2018.pdf>

Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje pagal Kauno TLK 2019 m. I-III ketv. ataskaitiniu laikotarpiu Kėdainių rajono savivaldybėje UAB „Kėdainių šeimos klinikoje“ buvo prisirašę 1083 asmenys, kuriems priklausė širdies ir kraujagyslių prevencinė programa, tačiau per I-III ketv. prevencinėje programoje 478 asmenys, t.y. 44 proc. nuo visų kuriems priklausė. Kėdainių PSPC ir centro padaliniuose buvo prisirašę 9332 asmenys, kuriems pagal amžiaus grupes einamajam laikotarpiui priklausė širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa tačiau per I-III ketv. buvo pagal programa pasitikrinusiųjų 3593 asmenų, o tai sudaro 38,5 proc., nuo visų kuriems priklausė. (žr. 12 pav.).

12 pav. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinimas Kėdainių rajono savivaldybėje 2019 m. I-III ketv.



Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas, Valstybinė liginių kasa 2018 m., žiūrėta 2020-03-01, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/0305%20širdiesprev%2018.pdf>

2.2 Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų 2006-2018 m. dinamikos vertinimas Lietuvoje ir Kėdainių rajono savivaldybėje

Įvairių mirtingumo rodiklių monitoringas grindžiamas medicininių mirties liudijimų duomenimis, kuriuos renka ir jų analizę parengia Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Standartizuoti bendrojo mirtingumo, mirtingumo dėl svarbiausių priežasčių rodikliai pagal amžių. Mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų struktūroje didžiausią dalį sudarė išeminė širdies liga ir galvos smegenų insultas. Lietuvos Respublikos Seimo nutarime „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, buvo iškelti tikslai iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 m. ir 65- 74 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto.¹⁴²

Darbe panaudota Higienos instituto Sveikatos informacijos centre surinkta informacija. Ji apima privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinės sistemos „Sveidra“ informaciją, kurioje sveikatos statistikai tinkami duomenys yra surandami panaudojant specialius algoritmus, atskiriant naujai išaiškintų ligų atvejus,

¹⁴² Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, p. 8.

eliminuojant sergamumo statistikos dublikatus. Ligosumo statistika taip pat atrenkama panaudojant sukurtą algoritmą.

Tyrimo tikslui įgyvendinti numatyti du uždaviniai. Pirmasis uždavinys “Išanalizuoti sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų dinamika Lietuvoje 2006-2018m. prevencinės programos įgyvendinimo laikotarpiu.“ Darbe analizuojami duomenys surinkti apie Lietuvos gyventojų sergamumą ir mirtingumą širdies ir kraujagyslių ligomis nuo 2006-2018 m. iš Lietuvos statistikos departamento, bei higienos instituto duomenų bazių atsižvelgiant į prevencinės programos amžiaus grupes, bei lytį. Mirtingumo ir sergamumo bei santykio tarp jų rodikliai apskaičiuoti, bei grafiškai pavaizduoti naudojant kompiuterinę Microsoft Excel programą.

Antrasis uždavinys “Išanalizuoti sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų dinamika Kėdainių rajono savivaldybėje 2006 -2018m. prevencinės programos įgyvendinimo laikotarpiu.“ Darbe analizuojami duomenys surinkti apie Kėdainių gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų 2006-2018 m. iš Kėdainių rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro, atsižvelgiant į prevencinės programos amžiaus grupes, bei lytį. Mirtingumo ir sergamumo bei santykio tarp jų rodikliai apskaičiuoti, bei grafiškai pavaizduoti naudojant kompiuterinę Microsoft Excel programą.

Sveikatos vertinimus dažniausiai atliekame siekdami palyginti, įvertinti pokyčius, paskirstyti išteklius ir priimti sprendimus. Tradiciškai tuo tikslu jau daug metų buvo ir yra matuojami mirtingumo rodikliai. Vis daugiau žinant apie pagrindinių lėtinių ligų priežastis ir analizuojant mirtingumą nuo įvairių mirties priežasčių atsiranda galimybė netiesiogiai įvertinti sveikatos sektoriaus pasirengimą ir gebėjimą subalansuoti kovai su jomis.¹⁴³

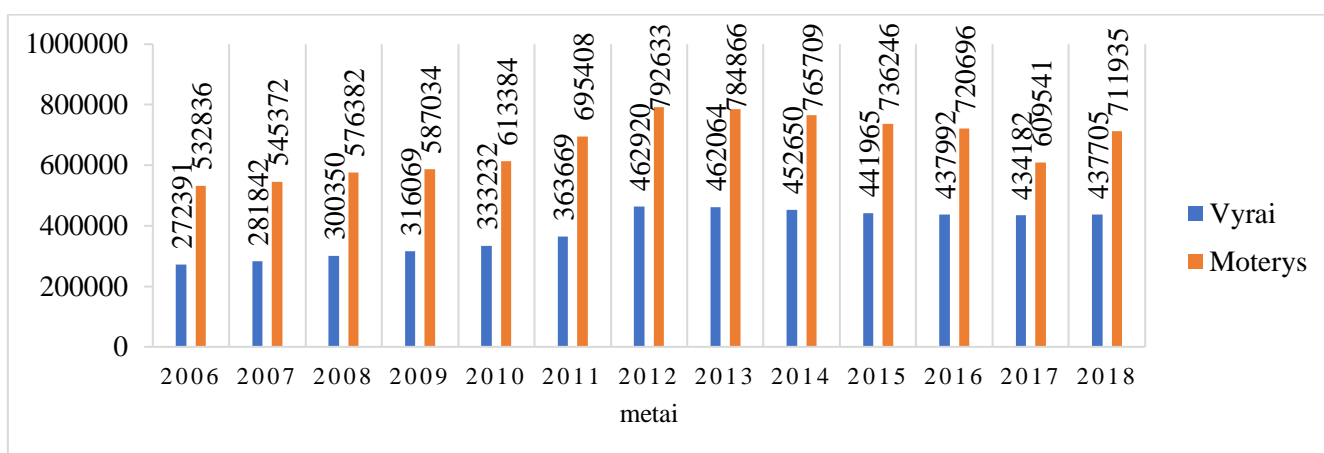
Kadangi Kėdainiai priklauso Kauno apskričiai, matyti, kad TLK yra antroje vietoje pagal tikslines populiacijos skaičių visos Lietuvos mastu (35 proc.), Kauno apskritį lenkia tik Vilniaus TLK (32 proc.) (žr.8 pav.).

Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portale pateikiami duomenys apie susirgimus nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Matyti, kad nuo 2006 m. iki 2012 m. sergamumas Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių ligų didėjo tiek vyrų, tiek moterų tarpe. Tačiau negalime nepastebėti, kad moterų sergamumas Lietuvoje buvo didesnis

¹⁴³ Redakcijos skiltis, “Lietuvos sveikatos rodikliai 27 ES šalių kontekste“, Visuomenės sveikata 2013/ 1 (60), ISSN 1392-2696, p. 5.

palyginus su vyrų. Nuo 2013 m. iki 2017 m. tiek vyrų tiek moterų sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis mažėjo, tačiau skaičiai skiriasi nežymiai. 2018 m. vėl matome sergamumo didėjimą, vyrų tarpe sergamumas nuo 2017 m. iki 2018 m. pakilo 1 proc., o moterų sergamumas nuo 2017 m. iki 2018 m. padidėjo 14 proc. (žr. 13 pav.)

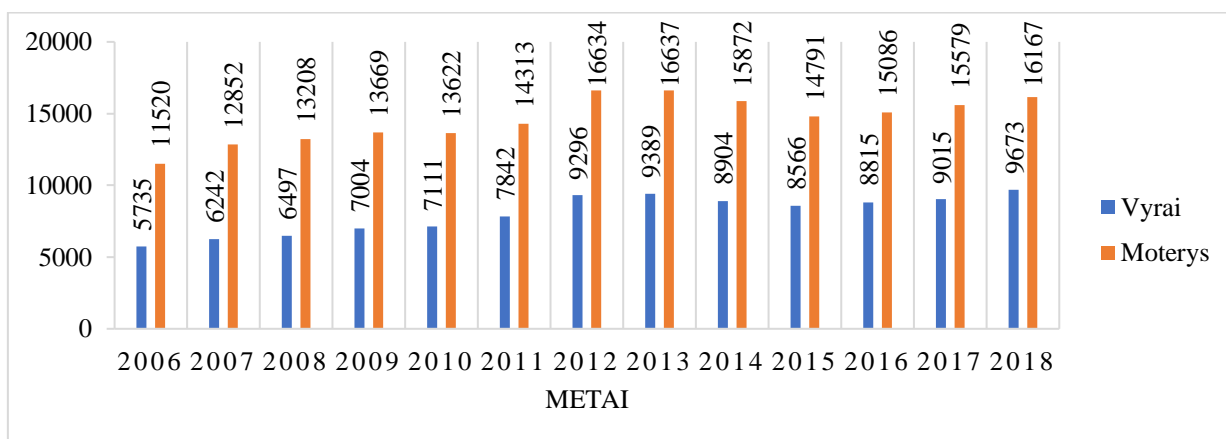
13 pav.. Registruotų susirgimų nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičius Lietuvoje



Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalo, žiūrėta: 2020-02-02, prieiga: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=244

Aptariant sergamumą nuo 2006 m. iki 2012 m., kaip ir visoje Lietuvoje sergamumas Kėdainių rajone didėjo, taip pat moterų sergamumas buvo didesnis, negu vyrų. Nuo 2013 m. iki 2015 m. Kėdainiu rajone nežymiai bet sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis mažėjo tiek vyrų, tiek moterų tarpe.(žr. 14 pav.) Tačiau nuo 2016 m. sergamumas Kėdainių rajone vėl didėja, lyginant su Lietuvos rodikliais, Lietuvoje sergamumo rodikliai pradėjo kilti tik nuo 2018 m.

14 pav. Registruotų susirgimų nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičius Kėdainių rajono savivaldybėje

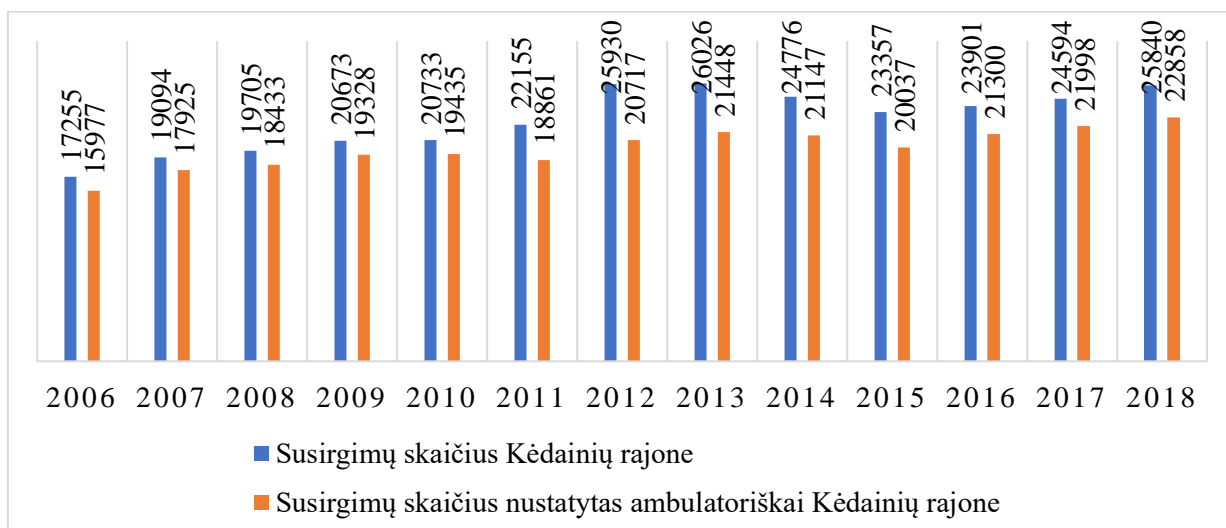


Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalo, žiūrėta: 2020-02-02, prieiga:

https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=244

Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portale pateikiami statistiniai duomenys apie susirgimų skaičių ir ambulatoriškai nustatytų susirgimų skaičių, matome, kad didžioji dalis širdies ir kraujagyslių ligų nustatoma ambulatoriškai. (žr. 15 pav.)

15 pav. Registruotų ambulatoriškai susirgimų skaičius Kėdainių rajono savivaldybėje

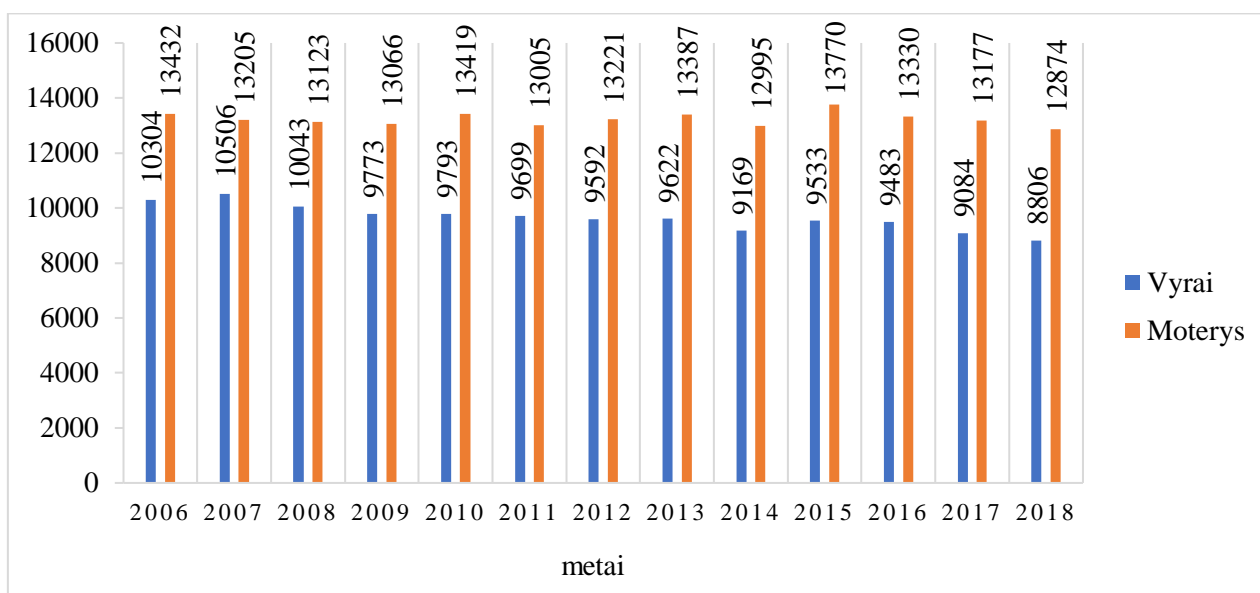


Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalo, žiūrėta: 2020-02-02, prieiga:

https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=244

Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portale pateikiami duomenys apie mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Nuo 2015 m. iki 2018 m. mirtingumas tiek vyrų, tiek moterų tarpe nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažėjo. (žr. 16 pav.) 2015 m. moterų mirtingumas buvo didžiausias, tačiau lyginant su 2018 m. mirtingumas sumažėjo tik 6,5 proc. Vyrų mirčių skaičius nuo širdies ir kraujagyslių ligų didžiausias buvo 2007 m., lyginant su 2018 m. mirtingumas vyrų tarpe sumažėjo 16 proc.

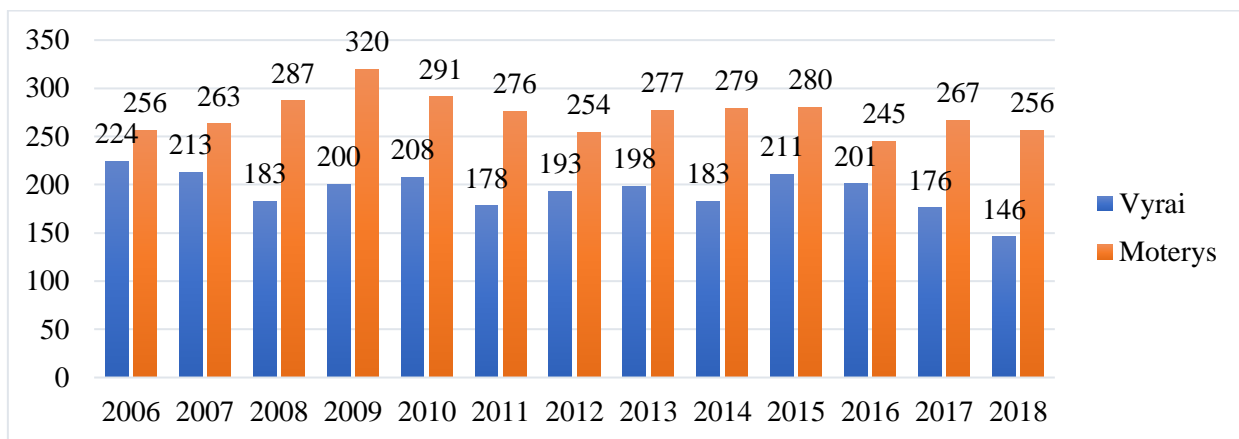
16 pav. Registruotų mirčių skaičius Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių ligų



Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalo, žiūrėta: 2020-02-02, prieiga: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=244

Aptariant Kėdainių rajono savivaldybės mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų nuo 2006 m. iki 2018 m. moterų mirtingumas didesnis lyginant su vyrų. Pastebima, jog vyrų mirtingumas nuo 2015 m. mažėjo iki 2018 m., tuo tarpu moterų mirtingumo rodikliai 2018 m. yra mažesni negu 2017 m., tačiau didesni negu 2016 m. Didžiausias vyrų mirtingumas buvo 2006 m., lyginant su 2018 m., vyrų mirtingumo rodikliai sumažėjo 34 proc. Pastebima, kad Kėdainių rajono savivaldybėje, 2018m. vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų yra mažiausias. Moterų didžiausias mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų buvo 2009 m., lyginant su 2018 m. moterų mirtingumas sumažėjo 20 proc. (žr. 17 pav.)

17 pav. Registruotų mirčių skaičius Kėdainių rajono savivaldybėje nuo širdies ir kraujagyslių ligų



Šaltinis: Sudarytas darbo autorės, remiantis: Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalo, žiūrėta: 2020-02-02, prieiga:

https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=244

3 ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCINĖS PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS KĖDAINIŲ RAJONO SAVIVALDYBĖJE

3.1 Tyrimo metodologija

Tyrimo tikslas- išsiaiškinti ar pakankamai efektyviai vykdoma širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa Kėdainių rajono savivaldybėje, šeimos gydytojų ir pacientų požiūriu.

Tyrimu objektas- šeimos gydytojų ir pacientų nuomonė apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdymą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumą specialistų- šeimos gydytojų požiūriu.
2. Įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumą pacientų požiūriu.

Tiriamųjų imtis.

Tiriamųjų atrankos būdas- tikslinė atranka- tai tokia atranka, kai pats tyrėjas nusprendžia ir pasirenka tuos žmones, kuriuos yra tikslingiausia apklausti.¹⁴⁴ Kadangi tikslas yra ištirti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumą Kėdainių rajone, buvo pasirinkti vyrai ir moterys pagal amžiaus grupes, kuriems priklausė programa. Pacientų anoniminėje anketinėje apklausoje iš viso dalyvavo 322 respondentai, iš jų 195 moterys ir 127 vyrai.

Šeimos gydytojams buvo pasirinktas kokybinis tyrimo metodas- tai ekspertų nuomonės tyrimas, panaudojant standartizuota interviu klausimyno formą.¹⁴⁵ Šeimos gydytojų pusiau standartizuotame interviu, klausimyno forma dalyvavo 12 respondentų: 2 dirbantis Kėdainių šeimos klinikoje, 5 dirbantis Kėdainių PSPC ir 5 dirbantis Kėdainių PSPC padaliniuose (ambulatorijose).

Įtraukimo į tyrimą kriterijai.

Pacientų anoniminė uždaro tipo anketinė apklausa buvo paruošta asmenims, kurie pagal amžių priskiriami širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei ir prevencijos priemonių finansavimo programai. Tiriamųjų apklausa buvo atliekama Kėdainių PSPC ir jos padaliniuose, bei Kėdainių šeimos klinikoje. Todėl tyrime dalyvavo 40 iki 55 m. vyrai ir 50 iki 65m. moterys, kurie tuo metu lankėsi dėl įvairių priežasčių pas savo šeimos gydytoją.

¹⁴⁴ Žitkienė R., Mačerinskienė I., „Magistro baigiamojo darbo rengimo tvarka“, Vilnius, 2014.

¹⁴⁵ Maslauskaitė A., „Mokslo tiriamojo darbo metodologijos pagrindai“, Vilnius, 2008, ISBN 978-9955-423-73-7.

Šeimos gydytojams pasirinktas kokybinis tyrimo metodas- tai ekspertų nuomonės tyrimas, panaudojant struktūrizuota interviu klausimyno formą, paruošta Kėdainių PSCP ir centro padaliniuose, bei Kėdainių šeimos klinikoje dirbantiems šeimos gydytojams, tyrime dalyvavo 12 šeimos gydytojų.

Išbraukimo iš tyrimo kriterijai.

- Asmenys, kuriems pagal amžių nepriklauso nemokama širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa.
- Klaidingai užpildyta anketa.
- Sugadinta anketa

Tyrimo laikas- tyrimas buvo atliktas 2019m. lapkričio- gruodžio mėnesį. Konfidencialumo pagrindais respondentų duomenys neviešinami.

Tyrimo instrumentas.

Kokybinio tyrimo metodu buvo pasirinktas ekspertų nuomonės tyrimas, panaudojant pusiau standartizuota interviu klausimyno forma, kuri sudarė 9 klausimai (žr. 1priedą), ekspertams- šeimos gydytojams, kaip į širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdytojams, kurie dirba PASPĮ, siekiant išsiaiškinti programos įgyvendinimo, vykdymo, efektyvumo problemas.

Kiekybinio tyrimo metodu buvo pasirinkta uždarojo tipo, anketinė apklausa, kuri buvo parengta specialiai šiam tyrimui ir yra skirta pacientams kuriems pagal amžiaus grupes priklauso širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa t.y. moterims nuo 50 iki 65m. ir vyrams nuo 40 iki 55 metų. (žr. 2priedą).

Šiais tyrimais buvo siekiama išsiaiškinti, kaip yra vykdoma asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, su kokiomis problemomis susiduria vykdymo metu, kaip galėtų būti tobulinama prevencinė programa ir jos įgyvendinimas Kėdainių rajono savivaldybėje.

Interviu, skirtas šeimos gydytojui

Remiantis literatūros analize bei galiojančiais sveikatos priežiūros įstaigų teisės aktais buvo sudaryti originalūs atviro tipo 9 klausimai, skirti PASPĮ dirbančiam šeimos gydytojui. Interviu metu buvo užduodami atvirojo tipo klausimai pagal iš anksto parengtas klausimų gaires. Duomenys buvo renkami planingai, gavus šeimos gydytojų sutikimus dalyvauti pusiau standartizuotame interviu tyrime. Suformuluoti klausimai taip, kad gavus atsakymus ir juos išanalizavus būtų galimybė įvertinti bendrosios praktikos gydytojų dirbančių Kėdainių rajono savivaldybėje PASPĮ nuomonę apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdymą, prevencinės programos efektyvumo gerinimą, požiūrį į pacientų dalyvavimą prevencinėje programoje, išvelgti galimas programos neefektyvumo priežastis, bei problemas, ir kaip gerinti

programos rodiklius. Ekspertai supažindinti su tyrimo tikslu. Kokybinių tyrimų metu buvo gerbiamas respondento privatumas, suteikiama tiksli informacija apie atliekamo tyrimo pobūdį, užtikrintas anonimiškumas. Visi tyrimo dalyviai buvo informuoti, kad nebus skelbiama informacija, susijusi su konkrečia įstaiga ar asmeniu ir, kad tyrimo rezultatai bus panaudoti tik magistro baigiamajame darbe.

Anketa, skirta pacientams

Remiantis literatūros analize, bei galiojančiais teisės aktais, buvo sudaryta originali 25 klausimų anketa kurioje: 24 uždaro tipo klausimai ir 1 atviro tipo klausimas Kėdainių rajono savivaldybės PASPI prisirašiusiems pacientams, kuriems pagal amžiaus grupes t.y. moterims nuo 50 iki 65m. ir vyrams nuo 40 iki 55 m. priklauso širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa. Anketa sudaryta taip, kad išanalizavus gautus duomenis būtų galima įvertinti pacientų nuomonę apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdymą Kėdainių rajono savivaldybės pirminėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, jų nuomonę apie programos reikalingumą, svarbą, išsiaiškinti veiksnius įtakančius jų dalyvavimą širdies ir kraujagyslių prevencinėje programoje, išsiaiškinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos organizavimo ypatybes, o jeigu pacientai nedalyvavo programoje išsiaiškinti, kodėl ir ką galime padaryti, jog to išvengtume ir širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa būtų efektyvesnė.

Anketos įvadinėje dalyje buvo apibrėžtas tyrimo tikslas ir kiekvienam respondentui buvo paaiškinta, kaip turi pažymėti tinkamiausia atsakymą. Respondentams buvo užtikrintas konfidencialumas ir atsakymai pasirinkti remiantis respondentų asmenine nuomone bei patirtimi.

Anketos klausimai suskirstyti į šias grupes:

1. Tiriamųjų charakteristika- socialiniai ir demografiniai duomenys
2. Duomenys apie pacientų sveikatos būklę, prisirašymą bei lankymąsi pas bendrosios praktikos gydytoją.
3. Apie dalyvavimą širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje, bei jos organizavimo ypatumus PASPI

Pasirengimas tyrimui ir jo atlikimas:

- 1 etapas. Temos aptarimas su darbo vadove.
- 2 etapas. Mokslinės literatūros šaltinių paieška ir analizė.
- 3 etapas. Klausimynų sudarymas bendrosios praktikos gydytojams ir pacientams. Klausimyno pateikimas darbo vadovei. Prašymas tyrimo atlikimui pateikimas Kėdainių rajono savivaldybės PASPI vadovams. Gauti įstaigų direktorių medicininiai leidimai atlikti apklausą.
- 4 etapas. Atlikta pilotinė studija, kurios metu buvo apklausta 10 pacientų, bei 4 bendrosios praktikos gydytojai VšĮ Kėdainių PSPC. Pilotinio tyrimo metu buvo nustatyta, kad klausimynas yra aiškus, suprantamas respondentams.

5 etapas. Šeimos gydytojų interviu atlikimas, bei pacientų anketavimas.

6 etapas. Gautų duomenų suvedimas, analizės atlikimas, apibendrinimas. Anketiniai duomenys buvo apdorojami naudojant statistinį duomenų paketą IBM SPSS Statistics 23. Tyrimo rezultatai pateikti lentelėse ir paveiksluose, naudojant "Microsoft Office Excel ir "Microsoft Office Word" programas.

7 etapas. Formuluojamos išvados bei sudaromos praktinės rekomendacijos.

8 etapas. Darbo peržiūra ir aptarimas su darbo vadove. Atliekama darbo korekcija pagal magistriniam darbui keliamus metodinius reikalavimus.

9 etapas. Atlikto darbo pateikimas.

Tyrimo etika.

Remiantis mokslinės literatūros analize buvo sukurtos dvi anketos, kurios buvo pateiktos darbo vadovei, Kėdainių PASPI administracijai ir Kėdainių šeimos klinikos administracijai su prašymu atlikti tyrimą. Buvo gauti įstaigų direktorių leidimai atlikti apklausa, jų vadovaujamose įstaigose, bei kitose įstaigai priklausančiuose padaliniuose. Atliekant tyrimą buvo gautas ir pačių respondentų sutikimas laisva forma- žodžiu, dalyvauti apklausoje. Kiekvienam respondentui paaiškinamas tyrimo tikslas, suteikta tiksli informacija apie atliekamo tyrimo pobūdį. Tyrimas buvo atliktas laikantis savanoriškumo principu, užtikrinamas ir gerbiamas respondentų privatumas, anonimiškumas bei pagarbos principų.

Statistiniai duomenų analizės metodai.

Kokybinio tyrimo rezultatų analizei taikytas Turinio analizės (ang. Content) tyrimo metodas. Kokybinė turinio analizė apima 4 žingsnius: daugkartinį teksto skaitymą, esminių kategorijų išskyrimą remiantis „raktiniais“ žodžiais; kategorijų turinio skaidymą į subkategorijas; kategorijų ir subkategorijų interpretavimą bei pagrindimą remiantis tekstiniais įrodymais.¹⁴⁶ Kokybiniai tyrimai apibūdinami kaip sistemingi situacijos ar individų grupės tyrimai natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti tiriamuosius reiškinius bei pateikti interpretacinį jų paaiškinimą.¹⁴⁷

Kiekybinio tyrimo apklaustųjų rezultatų skyriuje pateikiama surinktų duomenų aprašomoji statistika (procentiniai dažniai, vidurkiai, standartiniai nukrypimai) bei statistinės analizės rezultatai. Tyrimo duomenis analizuoti programa IBM SPSS Statistics 23, gauti tyrimo rezultatai pateikti lentelėse, paveiksluose naudojant "Microsoft Office Excel ir "Microsoft Office Word" programas.

¹⁴⁶ Bitinas B., Rupšienė L., Žydzžiūnaitė V., „Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams“, Klaipėda, S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008, p. 225.

¹⁴⁷ Kardelis K., „Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai“, 2-asis leidimas, Šiauliai, 2002.

3.2 Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimas Kėdainių rajono savivaldybės pirminėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, gydytojų požiūriu

Tiriamųjų charakteristika.

Kokybiniame tyrime dalyvavo 12 šeimos gydytojų, dirbančia: Kėdainių PSPC, Kėdainių PSPC padaliniuose (ambulatorijose) ir Kėdainių Šeimos klinikoje. Lentelėje pateikiami svarbiausi faktai apie tyrimo dalyvius: darbo vieta, lytis, išsilavinimas, interviu metu užimamos gydytojo pareigos.

1 lentelė. Bendra kokybinio tyrimo charakteristika

Nr.	Darbo vieta	Lytis	Išsilavinimas	Pareigos
1.	Kėdainių šeimos klinika	Moteris	Aukštasis universitetinis	Šeimos gydytoja
2.	Kėdainių šeimos klinika	Moteris	Aukštasis universitetinis	Šeimos gydytoja
3.	Kėdainių PCPC ambulatorija	Moteris	Aukštasis universitetinis	Šeimos gydytoja
4.	Kėdainių PCPC ambulatorija	Moteris	Aukštasis universitetinis	Šeimos gydytoja
5.	Kėdainių PCPC ambulatorija	Moteris	Aukštasis universitetinis	Šeimos gydytoja
6.	Kėdainių PCPC ambulatorija	Moteris	Nebaigtas aukštasis	Šeimos gydytoja
7.	Kėdainių PCPC ambulatorija	Moteris	Aukštasis universitetinis	Šeimos gydytoja
8.	Kėdainių PSPC	Moteris	Aukštasis universitetinis	Kėdainių PSPC skyriaus vedėja- šeimos gydytoja
9.	Kėdainių PSPC	Moteris	Studentė	Atliekanti šeimos gydytojo praktiką
10.	Kėdainių PSPC	Moteris	Aukštasis universitetinis	Šeimos gydytoja

11.	Kėdainių PSPC	Moteris	Aukštasis universitetinis	Šeimos gydytoja
12.	Kėdainių PSPC	Moteris	Aukštasis universitetinis	Šeimos gydytoja

Pirmuoju klausimu („*Kaip Jūs vertinate širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumą Jūsų darbovietėje?*“) siekta atskleisti požiūrį į širdies ir kraujagyslių ligų programą.

2 lentelė. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vertinimas Kėdainių rajone

Eil. Nr.	Kategorija	Subkategorijos	Citata
1.	Širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vertinimas Kėdainių rajone	Reikalinga programa	<p>„Taip, reikalinga, bet patys pacientai nėra suinteresuoti rūpintis savo sveikata, tirtis.“</p> <p>„Labai reikalinga. Ji padeda pacientui susimąstyti apie savo sveikatą, gyvenimo būdą. Tai yra galimybė užkirsti kelią širdies ir kraujagyslių ligų progresavimui, tinkamai koreguoti mitybą, judėjimą, atsisakyti žalingų įpročių.“</p> <p>„Reikalinga. Dėl ŠKL daugiausia mirčių, daugiausia lėšų naudojama pasekmėms gydyti.“</p> <p>„Labai reikalinga, nes padeda anksčiau nustatyti rizikos veiksnius, pradėti reikiamą gydymą, pagerinti gyvenimo kokybę.“</p> <p>„Taip, reikalinga, nes galima anksčiau užkirsti kelią ŠKL. Mažinami gydymo kaštai, nes prevencija kainuoja mažiau, nei ligų gydymas, pvz. insulto ar infarkto gydymas.“</p> <p>„Reikalinga, Valstybės lygmenyje išsaugoti darbingumą pacientų ir sumažinti mirtingumą.“</p> <p>„Reikalinga, bet nemažai pacientų atsisako vykti specialisto konsultacijai dėl finansinių ar susisiekimo galimybių.“</p>

			„Reikalinga, tačiau būtų galima paankstinti ir suvienodinti programoje galinčių dalyvauti pacientų metus.“
		Nereikalinga programa	„Programa nereikalinga, nes yra neefektyvi.“

Apibendrinimas. Vienuolika respondentų 91% (n=11), šios programos svarbą ir reikalingumą įvertino teigiamai. Respondentės teigia, kad programa reikalinga, nes taip galima išsaugoti darbingų asmenų amžių, sumažinti mirtingumą, išievojama daug lėšų ŠKL gydyti, todėl prevencija yra labai svarbi, tačiau paminėjo, jog būtų galima suvienodinti ir paankstinti galinčių programoje dalyvauti asmenų amžių. 9% (n=1) programa įvertino, kaip nereikalingą, kadangi mano, kad tai nėra efektyvi programa, tik eikvojamas finansavimas.

Antruoju klausimu (*„Kaip manote ar Kėdainiu rajone širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa atliekama efektyviai? Ar keičiasi mirtingumo rodikliai nuo širdies ir kraujagyslių ligų? Ar anksčiau diagnozuojamos širdies ir kraujagyslių ligos?“*) tikslas išsiaiškinti ekspertų nuomonę apie programos efektyvumą, mirtingumo rodiklius, bei ankstesnį ligos nustatymą.

Analizuojant antrojo interviu klausimą išskiriamos dvi kokybinės kategorijos: *programos efektyvumo ir programos veiksmingumas*.

3 lentelė. Prevencinės programos efektyvumas Kėdainių rajone

Eil. Nr.	Kategorija	Subkategorijos	Citata
1.	Programos efektyvumas	Programos efektyvumo analizavimas	„Tikiuosi, kad atliekama efektyviai, tikslios statistikos nežinau.“ „Ar efektyviai reikia žiūrėti į programos atlikimo procentus.“ „Palaiapsniui programa vykdoma vis efektyviau, tačiau ne taip sparčiai kaip norėtūsi.“ „Aš galvoju, kad Kėdainiu savivaldybėje ŠKL programa atliekama efektyviai, bet

			<p>visada išlieka galimybė pagerinti rodiklius dar efektyviau kad būtų.“</p> <p>„Kėdainių PSPC atliekama efektyviai“</p>
		<p>Gyventoju informavimas apie širdies ir kraujagyslių ligas</p>	<p>„Nepakankamai efektyviai, per mažai informacijos, žmonių abejingumas į tyrimų svarbą.“</p> <p>„Manau nepakankamai efektyviai, nes išlieka didelė dalis pacientų, kurie patys nenori atlikti tyrimų, neatlieka jų laiku.“</p>
2.	Programos veiksmingumas	<p>Dalyvaujančių programoje skaičius</p>	<p>„Didėja programoje dalyvaujančių pacientų skaičius, ko pasekoje vis didesnė dalis pacientų gauna reikalingą gydymą.“</p> <p>„Galiu pasakyti tik apie savo pacientų grupes, stengiuosi kuo daugiau ir tiksliau susirinkti anamnezę iš pacientų apie šeimoje esančius ŠKL susirgimus, pacientų nusiskundimus.“</p> <p>„Pacientų dalyvavimo rodikliai keičiasi į gerą pusę.“</p> <p>„Pacientai turi būti patys suinteresuoti dalyvauti programoje.“</p>
		<p>Ligų diagnozavimas</p>	<p>„Pastaruoju metu ypač ankščiau nustatomos ligos- ypač dislipidemija, hipertenzija.“</p> <p>„Diagnozuojamos ŠKL ankščiau.“</p> <p>„Bet ŠKL diagnozuojamos tikrai ankščiau ir tai leidžia imtis visų galimų priemonių užkirsti kelią komplikacijoms ir ankstyvam mirtingumui.“</p>

Apibendrinimas. Vienas respondentas teigia, kad programa palaipsniui atliekama vis efektyviau, tačiau ne taip efektyviai kaip norėtusi. Šeši respondentai teigia, jog programa jų manymu atliekama efektyviai, tačiau tikslios statistikos Kėdainių rajone nežino. Penki respondentai mano, jog programa atliekama nepakankamai efektyviai ir tai dėl informacijos sklaidos stokos ir pacientų abejingumo dalyvauti programoje.

Visi respondentai atsakė, kad programos veiksmingumas jaučiasi, nes vis daugiau pacientų dalyvauja ŠKL profilaktinėje programoje, bet ir daug anksčiau pradedama diagnozuoti ŠKL.

Trečiuoju klausimu (*„Jūsų nuomone ar pakanka širdies ir kraujagyslių ligų prevencinei programai tyrimu pirminiame lygyje? Ar reikėtų sąrašą koreguoti?“*) siekta atskleisti ekspertų požiūrį apie pirminiame lygyje širdies ir kraujagyslių programoje nurodytus atlikti tyrimus.

Analizuojant trečiojo interviu klausimo turinį išskirta viena kokybinė kategorija: *programoje nurodyti tyrimai.*

4 lentelė. Požiūris apie pirminiame lygyje nurodytus atlikti tyrimus

Eil. Nr.	Kategorija	Subkategorijos	Citata
1.	Programoje nurodyti tyrimai	Sąrašą reikėtų koreguoti	„Pirmame lygyje tyrimų nepakanka, sąrašą reikėtų koreguoti.“ „Manau reikėtų įvesti Kalio tyrimą į ŠKL programą.“ „Manau reikėtų grįžti prie buvusių pradžioje tyrimų sąrašo ir siuntimo specialisto konsultacijai sąlygų.“
		Tyrimų pakanka	„Manau, kad tyrimų pirmame lygyje pakanka.“ „Tyrimų pilnai užtenka.“ „Sąrašo koreguoti nereikia“ „Šiuo metu esminis tikslas programa atlikti 100%, o tada spręsti ar papildomi tyrimai tikslingi.“ „Pakanka, Bet pacientai turi būti patys suinteresuoti dalyvauti programoje.“

			<p>„Tyrimu pakanka svarbiausia juos atlikti laiku ir tinkamai interpretuoti, bei stebėti pacientus ir reguliariai tirti.“</p> <p>„Kuo tyrimų daugiau, tuo efektyviau.“</p>
--	--	--	--

Apibendrinimas. Devyni respondentai teigia, kad tyrimų pirmame lygyje tikrai pakanka ir sąrašo koreguoti nereikia, tačiau patys pacientai turi būti suinteresuoti atlikti reikiamus tyrimus. Du respondentai teigia, kad tyrimų sąrašą reikėtų papildyti. Vienas iš respondentų teigia, kad būtų efektyviau grįžti prie buvusio tyrimų sąrašo, nes dabartinis yra sumažintas.

Ketvirtuoju klausimu (*„Kaip padidinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos atlikimo apimtį Jūsų įstaigoje? Kokių turėtumėte pasiūlymų?“*) siekta atskleisti ekspertų nuomone apie programos atlikimo apimtį padidinimą, pasiūlymų pateikimas.

Analizuojant ketvirtojo klausimo turinį išskirta viena kokybinė kategorija: *programos atlikimo apimtį didinimas*.

5 lentelė. Prevencinės programos atlikimo apimčių didinimas

Eil. Nr.	Kategorija	Subkategorijos	Citata
1.	Programos atlikimo apimčių didinimas	Kvietimas dalyvauti ir programos svarbos išaiškinimas	<p>„Pasistengti kuo daugiau pacientų informuoti, kad jiems priklauso programa, paaiškinti programos tikslus“</p> <p>„Kviesti pacientus aktyviai dalyvauti, atlikti tyrimus.“</p> <p>„Aktyviai kviesti pacientus, informuoti, asmeniškai priminti, sudaryti sąlygas apsilankyti pas šeimos gydytoją jiems patogiu metu.“</p> <p>„Pacientų kvietimas, kuriems priklauso programa.“</p>

	Paciento atsakomybė	<p>„Pacientai patys turi būti susidomėję, o ne per prievartą, neaišku kodėl ir kam atliekami tyrimai, nes ne kiekvienam yra laiko paaiškinti.“</p> <p>„Gydytojai yra apkrauti įvairiai papildomais darbais ir kiekvienam suteikti pilnavertę informaciją yra labai sunku, todėl pacientai patys turi domėtis.“</p>
	Žiniasklaida, lankstinukai, TV sklaida išorėje ir įstaigos viduje	<p>„Žiniasklaida turi labai didelę įtaką, tai rodo šio sezono gripo vakcinacija mūsų įstaigoje.“</p> <p>„Daugiau informacinių skelbimų, lankstinukų.“</p> <p>„Manau reikėtų daugiau informacijos spaudoje ir kitose žiniasklaidos priemonėse.“</p> <p>„Daugiau informacijos vietinėje žiniasklaidoje.“</p> <p>„Daugiau informacijos pacientams gydymo įstaigoje.“</p>
	Darbdavių įtraukimas į programos skatinimą	<p>„Darbovietėse turi būti skatinama dalyvauti programoje, juk darbdavys turi būti suinteresuotas, kad jo darbuotojai būtų sveiki.“</p>
	Didesnės galimybės įstaigoje	<p>„Reikia atskiro prevencinių programų kabineto iš kurio būtų sekami pacientai, būtų informuojami, registruojami konsultacijoms.“</p> <p>„Tyrimus atlikti šeštadieniais, taip šita programa priartintume darbingus žmones.“</p> <p>„Ambulatorijose padidinti dienų skaičių, kada būtų galima imti kraują ir išvežti.“</p> <p>„Lankstesnio įstaigos darbo laiko.“</p>
	Susisiekimo galimybės	<p>„Gerinti pacientų susisiekimą su įstaiga, daugiau viešojo transporto, patogesnio važiavimo grafiko, galimybė sustoti ties ambulatorija.“</p>

Apibendrinimas. Visi respondentai teigia, kad didelė įtaką pacientų dalyvavimui ŠKL prevencinėje programoje turi žiniasklaida, vietinė spauda, lankstinukai. Keli respondentai įvardijo susisiekimo su įstaiga problemas, nelankstų tyrimų ėmimo laiką ambulatorijose. Vienas iš

respondentų pasiūlė atskira prevencinių programų kabinetą, kuriame būtų sekami, registruojami, užsakomi tyrimai programai.

Penktuoju klausimu („*Kaip Jus organizuojate Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdymą? Kaip kviečiate pacientus dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje*“) tikslas yra išsiaiškinti programos organizavimo bei vykdymo aspektus.

Analizuojant penktojo klausimo šeimos gydytojų interviu turinį išskiriau dvi kokybines kategorijas: *programos organizavimas, programos vykdymas*.

6 lentelė. Programos organizavimo ir vykdymo aspektai

Eil. Nr.	Kategorija	Citata
1.	Programos organizavimas	<p>„Slaugytoja visada informuoja, duoda pasirašyti, gydytojas dar kartą informuoja.“</p> <p>„Pakviečia slaugytoja kuo greičiau atvykti tyrimams, po jų informuojame apie tyrimų rezultatus.“</p> <p>„Pacientai kviečiami telefonu arba kaip atvyksta pas šeimos gydytoją dėl kitų priežasčių.“</p> <p>„Didžiąją darbo dalį atlieka slaugytoja, tikrina sąrašus, informuoja telefonu.“</p> <p>„Šeimos gydytojas arba dirbanti kartu slaugytoja informuoja vizito pas gydytoja metu kurie atvyksta dėl kitu priežasčių.“</p> <p>„Atrenkame pacientus, kuriems priklauso programa ir stengiamės kuo daugiau pakviesti telefonu.“</p> <p>„Siunčiamos informacinės žinutės, atėjus programos laikui.“</p> <p>„Kiekvienas pacientas yra informuojamas atvykęs į polikliniką, jeigu jam pagal amžiaus grupę priklauso programa.“</p> <p>„Atvykus pacientui informuojame, kad jam priklauso programa, pasiūlome dalyvauti, paaiškiname naudą ir svarbą programos.“</p>
2.	Programos vykdymas	<p>„Suderiname atvykimo laiką po tyrimų aptarti rezultatus.“</p> <p>„Slaugytojas sukontroliuoja tyrimų atlikimą.“</p> <p>„Vizito metu užsakomi tyrimai, atliekamas objektyvus ištyrimas.“</p>

		<p>„Atėjusius dėl kitų priežasčių informuojame apie programą, suplanuojame ir užsakome tyrimus, informuojame apie naudą pacientui.“</p> <p>„Slaugytoja atlieką pirminę apklausą apie žalingus įpročius, vertina ūgį, svorį, liemens apimtį. Toliau pacientą apžiūrį gydytojas ir užpildo likusius anketos duomenis.“</p> <p>„Po tyrimų kiekvienas pacientas asmeniškai informuojamas apie rezultatus, kiekvienam asmeniškai paaiškinama ką jis turėtų daryti.“</p> <p>„Jeigu tyrimų atsakymai grėsmingi, jis siunčiamas kardiologui tolimesniam gydymui, toliau aptariamos kardiologo rekomendacijos, bei laikomasi gydymo taktikos.“</p> <p>„Slaugytoja pildo anketa, siunčia kraujo tyrimams.“</p>
--	--	--

Apibendrinimas. Penki respondentai dirbantys ambulatorijose įvardijo kad didžiausia indelį į programos organizacinius aspektus daro bendrosios praktikos slaugytoja. Tikrina pacientų sąrašus, kuriems priklauso programa, juos kviečia paskambinusios telefonu, atlieka reikiamus ūgio, svorio apimties matavimus, ima kraujo tyrimus, matuoja AKS, gavusius tyrimo atsakymus pacientus užregistruoja pas šeimos gydytoją tolimesniam prevencinės programos vykdymui. Kėdainių PSPC ir šeimos klinikoje šeimos gydytojai įvardijo, kad informuoja pacientus, kuriems priklauso programa tik apsilankymo metu, tačiau iškart užsakomi tyrimai ir suderinamas laikas pas šeimos gydytoją grįžti jau turint tyrimų rezultatus.

Šeštoju klausimu („*Ar susiduriate su problemomis, dėl kurių negalite informuoti visų pas Jus apsilankančių pacientų, kuriems priklauso ŠKL prevencinė programa? Kaip tai galima būtų išspręsti?*“) siekta atskleisti šeimos gydytojų nuomonę dėl kokių priežasčių nepavyksta informuoti pacientus, kuriems priklauso ŠKL prevencinė programa, bei sužinoti galimus sprendimo būdus.

Analizuojant šeštojo klausimo ekspertų interviu turinį išskirtos dvi kokybinės kategorijos: *priežastys dėl kurių nepavyksta informuoti, sprendimo būdai.*

7 lentelė. Priežastys ir sprendimo būdai dėl pacientų informavimo apie ŠKL programą

Eil. Nr.	Kategorija	Subkategorijos	Citata
1.	Priežastys dėl kurių nepavyksta informuoti	Laiko stoka, dideli darbo krūviai	<p>„Pacientai, kurie lankosi retai, neturime galimybės pakviesti, nėra tikslios informacijos apie gyvenamąją vietą arba ji pasikeitus, nėra kontaktinio telefono.“</p> <p>„Dėl laiko stokos skiriamo kiekvienam pacientui.“</p> <p>„Didelis darbo krūvis, kaip per dieną priimame po 40-50 pacientų, kaip priklauso priimti tik 27 pacientus, pasitaiko nesužiūrėjimo dėl profilaktinių programų.“</p> <p>„Dėl didelio darbo krūvio, nepamatome, kam jau laikas skirti programą.“</p>
		Paciento kontaktinių duomenų pasikeitimas	<p>„Neturime kontaktų, pacientai išvykę į užsienį arba yra nedrausti.“</p> <p>„Dažnai keičiami pacientų telefonų numeriai, ir tai nesuteikia galimybės su jais susisiekti, ypač rajonuose.“</p> <p>„Tie kurie neatvyksta į įstaigą, dažniausiai informuoti nepavyksta ir telefonu.“</p>
2.	Sprendimo būdai	Informacijos sklaida	„Daugiau informacijos viešoje erdvėje sudomintu pacientus ir padėtų sąmoningai apsispręsti dalyvauti šioje programoje.“
		Dalyvių įtraukimas į programą	„Visiems pacientams atvykusiems dėl kitų priežasčių jeigu priklauso programa yra užsakomi iškarto tyrimai ir suderinamas, atvykimo laikas po tyrimų.“
		Elektroninė sistema	<p>„Elektroninė sistema, kuri rodytų prie kiekvieno paciento programos informacinį ženklą, taip sutaupytume laiko vartant ambulatorinę kortelę.“</p> <p>„ESIS sistemoje pateikiami programai priklausančių asmenų sąrašai, tačiau jie yra</p>

			netikslus. Įstaiga turėtų pasirūpinti ESIS sistemos patobulinimu.“
--	--	--	--

Apibendrinimas. Aštuoni respondentai įvardijo didelius darbo krūvius, mažai laiko skiriama prevencijai, priima daug daugiau pacientų nei priklauso darbo metu. Keturi respondentai įvardijo dėl ko nepavyksta informuoti pacientu, tai kontaktinių duomenų pasikeitimai, gyvenamosios vietos kaita, yra nemažai nedraustų pacientų, bei išvykusių į užsienį. O sprendimo būdus respondentai įvardijo, kad reikia didinti žiniasklaidos sklaidą pacientams, patobulinti ESIS sistemą, kad šeimos gydytojams būtų lengviau matyti prevencines programas priklausančias pacientui.

Septintuoju klausimu (*„Ką manote apie esamus šeimos gydytojų darbo krūvius ir galimybę rasti pacientui laiko, pokalbiui apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą, profilaktikos priemones bei patarimus kaip stiprinti ir išsaugoti pacientui sveikatą“*) tikslas yra išsiaiškinti šeimos gydytojų nuomonę, apie tai, ar lieka laiko ne tik asmens sveikatos priežiūrai, bet ir visuomenės sveikatos propagavimui, pokalbiui apie ligų prevenciją.

Analizuojant interviu išskirta viena kategorija: *darbo organizavimas*.

8 lentelė. Požiūris į darbo organizavimą susijęs su visuomenės sveikatos propagavimu

Eil. Nr.	Kategorija	Subkategorijos	Citata
1.	Darbo organizavimas	Vadovo organizaciniai gebėjimai paskirstyti krūvį	„Visada randu laiko pacientui, kuris atvyko užsiregistravęs iš anksto, turi talonėlį.“
		Sveikatos priežiūros įstaigoms privalomų pildyti	„Darbo krūviai yra gerokai per dideli, tai apsunkina kokybiškų paslaugų suteikimą. Labai daug popierizmo. “

	dokumentų ir formų sąrašas	
	Profilaktika vykdančios kabinetai	„Nemanau, kad krūviai per dideli. Manau labai padėtų specialūs kabinetai, kurie dirbtų su profilaktinėmis programomis, kur būtų atliekama kontrolė, formuojami specialūs sveikos gyvensenos įgūdžiai.“
	Laiko trūkumas programai	„Labai prastai vertinu darbo krūvius. Vidutiniškai pacientui trunka 5min., kadangi priimame pacientų daug daugiau nei priklauso.“ „Laiko profilaktinių programų paskyrimui ar aptarimui, jeigu pacientas atvyko dėl kitos priežasties lieka labai mažai, arba išvis nebelieka.“ „Nėra laiko pokalbiams apie profilaktines programas.“ „Efektyviai informuoti pacientą pritrūksta dėl per didelio darbo krūvio.“ „Krūviai neadekvatūs.10-15min. nepakanka aptarti ir profilaktinių programų rezultatų, jeigu pacientas atvyko dėl visai kitos priežasties.“ „Laiko trūkumas labai žymus. Pacientams duodamos atmintinės apie ŠKL.“
	Darbų organizavimo pasiskirstymas	„Krūviai ryškiai per dideli, nėra laiko pakankamai paaiškinti pacientui, informuoti. Manau daugiau dėmesio turėtų skirti slaugytojos.“

Apibendrinimas. Dešimt respondentų įvardijo per didelius darbo krūvius tenkančius šeimos gydytojams. Du respondentai nurodė, kad darbo krūviai nėra dideli, tačiau reikia tinkamai organizuoti darbus, palengvinti prevencinių programų išaiškinimui, tyrimų paskyrimui, sveikos

gyvensenos propagavimui labai padėtų specialūs profilaktinių programų kabinetai, kurie daugiau dėmesio galėtų skirti pacientų profilaktikai.

Aštuntuoju klausimu („*Kaip įstaiga motyvuoja darbuotojus atlikti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą. Kokiomis priemonėmis tai būtų galima padaryti?*“) siekiama atskleisti požiūrį į esamą įstaigų motyvavimą skatinti šeimos gydytojus atlikti širdies ir kraujagyslių prevencinę programą.

Analizuojant septintojo interviu klausimo turinį išskirta viena kategorija: *gydytojų motyvavimas skatinti gyventojus dalyvauti programoje.*

9 lentelė. Įstaigų požiūris į gydytojų motyvavimą skatinti pacientus dalyvauti programoje

Eil. Nr.	Kategorija	Subkategorijos	Citata
1.	Gydytojų motyvavimas skatinti gyventojus dalyvauti programoje	Finansinis skatinimas	<p>„Piniginė išraiška.“</p> <p>„Manau, kad priemoka ir yra geriausia paskata, žinoma ji galėtų būti didesnė.“</p> <p>„Iš Sveikatos Apsaugos Ministerijos skiriama piniginė suma už šios prevencinės programos vykdymą įstaigai, o šeimos gydytojas gauna tik mažą dalį. Reikėtų tą sumą didinti. Bet nepamiršti ir mažinti darbo krūvius.“</p> <p>„Gauti tam tikrą sumą pinigų prie gaunamo atlyginimo.“</p> <p>„Jei darbuotojai įstaigoje tinkamai motyvuojami pinigine išraiška- programos vykdomos puikiai.“</p> <p>„Mokami priedai už programų atlikimą, pati geriausia motyvacija šeimos gydytojui.“</p> <p>„Padidinti mokama priedų, prie atlyginimo sumą už prevencinių programų vykdymą, taip motyvacija iš karto pasijaustų.“</p>
		Pacientų motyvais	<p>„Visų pirmą pats pacientas turi būti motyvuotas, o kaip pacientas motyvuotas ir mums motyvacija didesnė.“</p>

		Įstaigos vertinimas	„Per visuotinus įstaigos susirinkimus, akcentuojama kokiems gydytojams reikia pasitempti, kurie puikiai vykdo profilaktines programas.“

Apibendrinimas. Vienuolika respondentų įvardijo, kad geriausia motyvacija šeimos gydytojui yra pinigine išraiška gaunant prie mėnesinio atlyginimo. Vienas respondentas įvardijo, kad pacientai patys turi būti motyvuoti dalyvauti programoje, o kaip pacientai motyvuoti ir šeimos gydytojui didesnė motyvacija būna.

Devintuoju klausimu (*„Jūsų nuomonė kokios pagrindinės spragos ir kliūtis yra sėkmingam programos įgyvendinimui? Jūsų pasiūlymai širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo gerinimui?“*) siekta atskleisti šeimos gydytojų nuomonę apie sėkmingos programos įgyvendinimo kliūtis, spragas, bei pasiūlymus programos efektyvumui pagerinti.

Analizuojant devintojo interviu klausimo turinį, išskyriau dvi kategorijas: *spragos ir kliūtys, bei pasiūlymai efektyvumo gerinimui.*

10 lentelė. Spragos, kliūtys ir pasiūlai efektyviam programos įgyvendinimui

Eil. Nr.	Kategorija	Subkategorijos	Citata
1.	Spragos ir kliūtys	Darbo krūviai	„Gydytojų laiko stoka pacientams, dideli darbo krūviai.“
		Informacijos stoka	„Įstaigos turi pasirūpinti, kad pacientas gautų kuo daugiau informacijos apie šia ir kitas programas.“ „Informacijos stoka pacientams.“ „Daugiau informacijos apie ŠKL prevencinę programą ne tik pacientams, bet ir gydytojams.“

		Motyvacijos stoka	<p>„Pacientų laiko stoka, bei nuvertinama gaunama informacija iš šeimos gydytojo, dėl išsilavinimo stokos ypač rajonuose.“</p> <p>„Pačių pacientų motyvacija nepakankama.“</p> <p>„Didesnė įstaigos motyvacija gydytojams.“</p> <p>„Didesnė motyvacija ne tik gydytojams, bet ir pacientams.“</p>
2.	Pasiūlymai efektyvumo gerinimui	Motyvacija, bei žiniasklaidos didinimo sklaida	<p>„Kuo daugiau motyvuoti pacientus dalyvauti programoje: kviesti telefonu.“</p> <p>„Daugiau dėmesio žiniasklaidai skirti apie prevencines programas, tai bus pati geriausia motyvacija pacientams.“</p> <p>„Informacijos didinimo sklaida.“</p> <p>„Kviesti dalyvauti programoje įvairiais būdais: žinutėmis, skambučiais, elektroniniu paštu.“</p>
		Plėsti programos informavimo komandą	<p>„Kuo daugiau šeimos gydytojų slaugytojų informuotų pacientus asmeniškai telefonu, o ne tik tuos, kurie atvyksta dėl kitų priežasčių.“</p> <p>„Prijungti prie ŠKL programos ir kitus specialistus, sveikatos mokymo kabinetus, registratorės- programos kvietimui, visuomenės sveikatos biurus.“</p>
		Prieinamumo gerinimas	<p>„Suteikti galimybę pacientams tyrimus priduoti ilgesniu darbo laiku, nes šiuo metu įstaigoje tyrimai priimami tik nuo 7⁰⁰ iki 10⁰⁰, galimybė tyrimus priduoti šeštadieniais, šiuo metu tokios galimybės nėra“</p> <p>„Tinkamai įdiegti elektronines sistemas, kad šeimos gydytojais matytų, kuriems pacientams tai dienai užsiregistravusiems reikalinga programa, tai būtų galimybė iš anksto pasiruošti ir daugiau laiko atvykus pacientui skirti, pokalbiui apie programą, bei atliekamus tyrimus.“</p>

			„Sugeneruoti ESIS sistemą, kad atėjus prevencinės programos laikui būtų pacientas informuotas žinute“
--	--	--	---

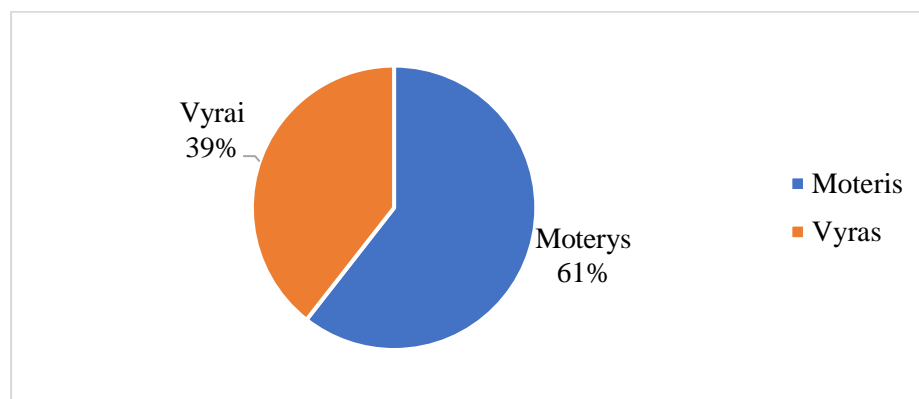
Apibendrinimas. Visi respondentai įvardijo, kad didžiausios spragos yra informacijos stoka, maža motyvacija tiek gydytojams tiek slaugytojoms, bei pacientams, ir dideli darbo krūviai. Sprendimo būdai buvo pasiūlyti įvairus: plėsti šeimos gydytojo komandos narius, kurie prisidėtų prie pacientų informavimo, sugeneruoti ESIS sistema, kad automatiškai siųstų pacientams žinutes, kad priklauso prevencinė programa, pailginti tyrimų ėmimo laiką, suteikti pacientams galimybes priduoti tyrimus šeštadieniais.

Nustatyta, kad Kėdainių rajono savivaldybėje širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa yra reikalinga, nes taip galima išsaugoti darbingų asmenų amžių, sumažinti mirtingumą, tačiau dauguma šeimos gydytojų paminėjo, kad programoje dalyvaujančių asmenų amžių būtų galima suvienodinti, bei paankstinti, taip dar efektyviau būtų įgyvendinama prevencinė programa. Taip pat šeimos gydytojai nurodė ir konkrečias problemas įgyvendinant širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą Kėdainių rajono savivaldybėje, t.y. nepakankamas pacientų informuotumas tiek įstaigose, tiek kitų sveikatos politikos formuotojų, specialistų trūkumas, per didelis šeimos gydytojų darbo krūvis, per mažai laiko skiriama vienam pacientui, maža motyvacija įstaigų skiriama šeimos gydytojams už prevencinės programos atlikimą. Įvardinti konkretūs pasiūlymai spręsti šias problemas- ilgesnis darbo laikas prevencinių programų vykdymui, ilgesnis darbo laikas tyrimų ėmimui, išplėsti šeimos gydytojų komandą, kad prevencinių programų kvietimą ir tyrimų paskyrimą galėtų vykdyti ir kiti specialistai. Informacijos apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą sklaida ne tik įstaigose, bet ir už jos ribų, galėtų būti įkurta prevencinių programų kabineto paslauga, bendradarbiavimas su seniūnija dėl pavėžėjimo paslaugų.

3.3 Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdymo vertinimas Kėdainių rajono savivaldybės pirminėse asmens priežiūros įstaigose, pacientų požiūriu

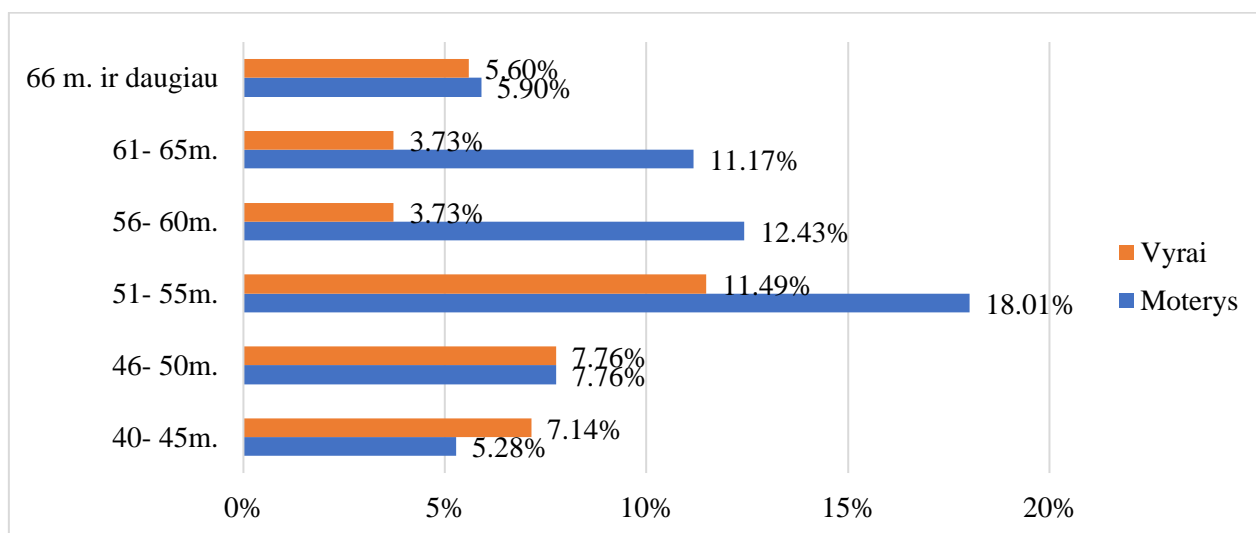
Kiekybiniame tyrime anketas užpildė 322 pacientai. 61 proc. apklaustųjų buvo moterys ir 39 proc. apklaustųjų buvo vyrai (18 pav.).

18 pav. Apklaustos dalyvių pasiskirstymas pagal lytį (%)



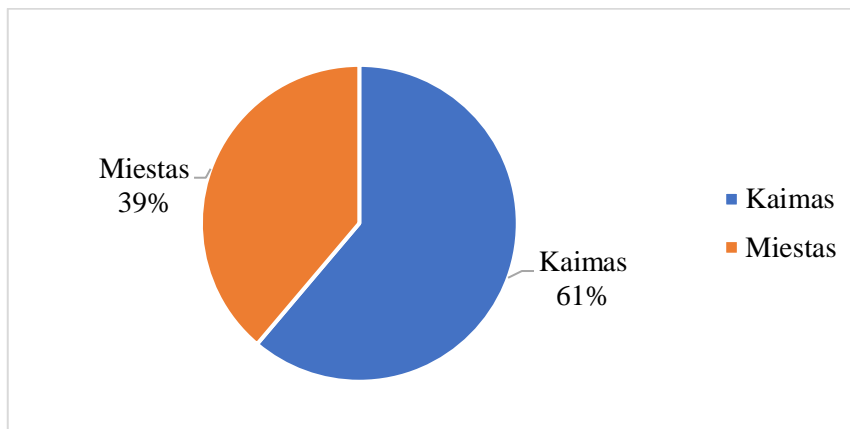
Didžioji dalis apklaustųjų vyrų 11,49 proc. ir moterų 18,01 proc. buvo 51-55 m. amžiaus. Moterų 12,43 proc. sudarė 56-60 m. amžiaus, 11,17 proc. 61-65 m. amžiaus, mažiausia dalis moterų sudarė 5,28 proc. 40-45 m. amžiaus. Vyrų 7,76 proc. sudarė 46-50 m. amžiaus, o mažiausia dalis apklaustųjų vyrų po 3,73 proc. pasiskirstė 56-60 m. ir 61- 65m. amžiaus grupėse (19 pav.).

19 pav. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (%)



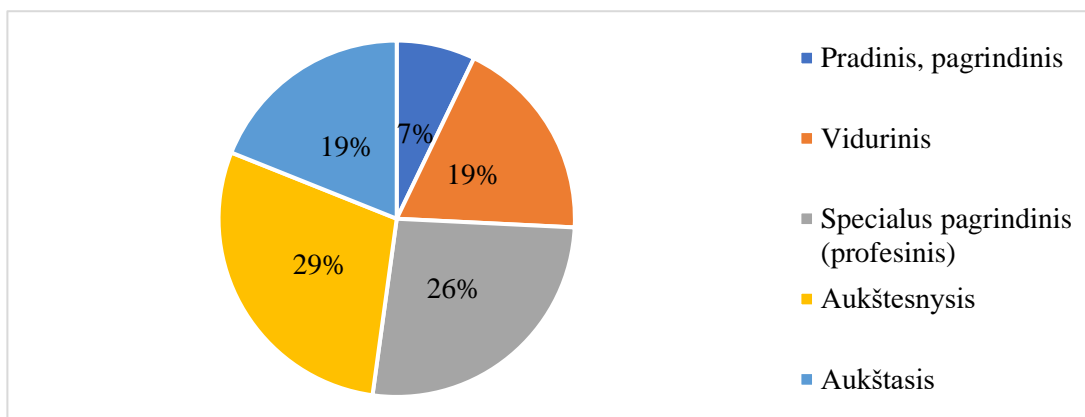
Dauguma tiriamųjų 61 proc. gyvenamoji vieta yra kaime, 39 proc. gyvena mieste (20 pav.).

20 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą (%)



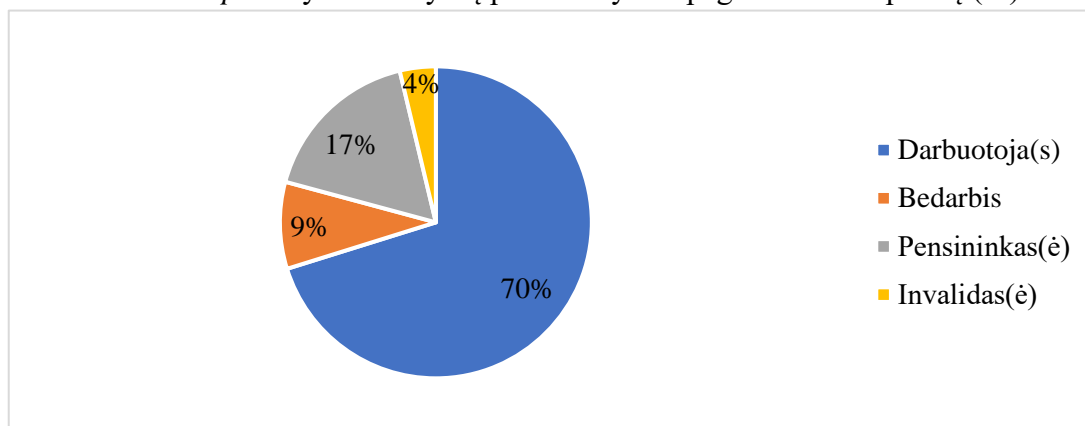
Dauguma tyrime dalyvavusių apklaustųjų buvo įgiję aukštesnįjį arba specialųjį pagrindinį (profesinį) išsilavinimą (atitinkamai 29 proc. ir 26 proc.). Po 19 proc. apklaustųjų išsilavinimas buvo vidurinis ir aukštasis, ir tik 7% apklaustųjų buvo pradinio, pagrindinio išsilavinimo. (21 pav.).

21 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal išsilavinimą (%)



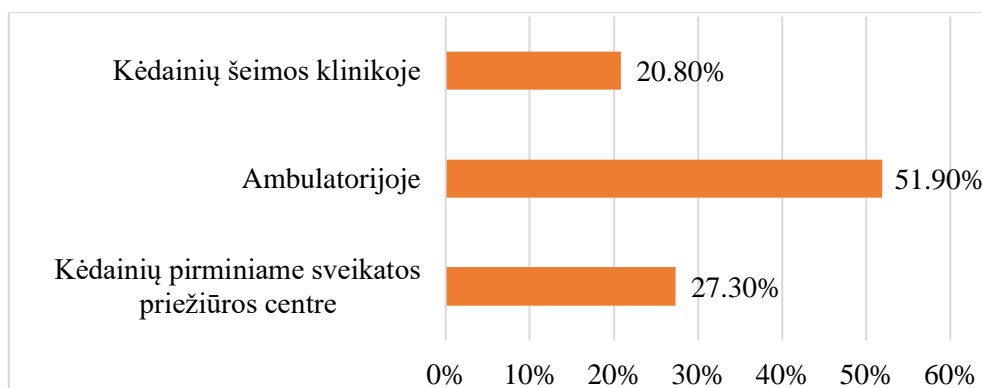
Didžioji dalis apklaustųjų 70 proc. dirbantys asmenys, 17 proc. pensininkai, 9 proc. bedarbiai ir 4 proc. turintis invalidumą asmenys (22 pav.).

22 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal socialinę padėtį (%)



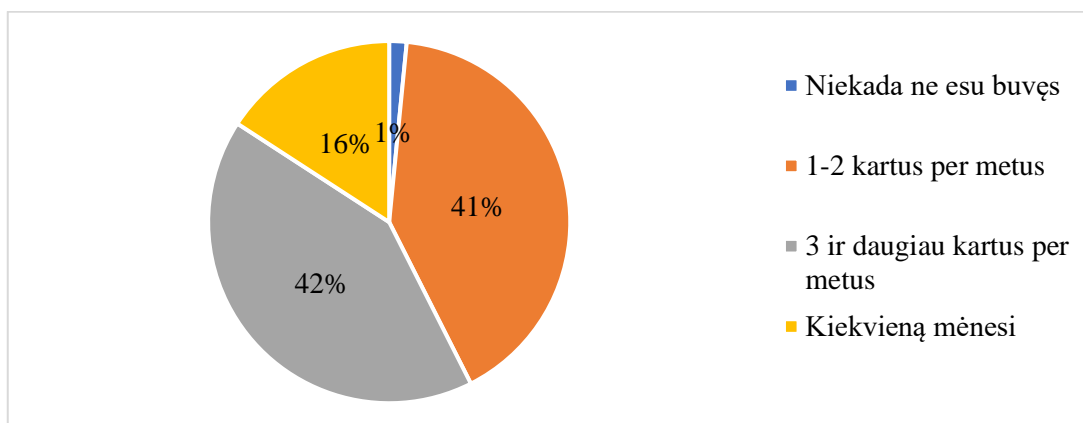
Daugiau nei pusė apklausos dalyvių 51,90 proc. atsakė jog jų šeimos gydytojų darbo vieta yra ambulatorijoje, 27,30 proc. apklaustųjų, jog šeimos gydytojai dirba Kėdainių PSPC ir 20,80 proc. apklaustųjų teigia, kad šeimos gydytojai dirba Kėdainių šeimos klinikoje (23 pav.).

23 pav. Tyrimo dalyvių šeimos gydytojo darbo vieta (%)



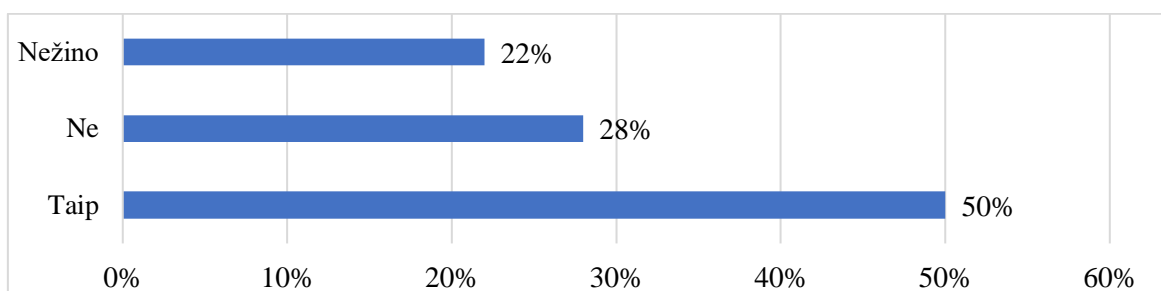
Didelė dalis tyrime dalyvavusių apklaustųjų atsakė, jog pas savo šeimos gydytoja lankosi 3 ir daugiau kartų per metus ir 1-2 kartus per metus atitinkamai tai 42 proc. ir 41 proc. 16 proc. apklaustųjų atsakė, kad pas savo šeimos gydytoja lankosi kiekvieną mėnesį, ir 1 proc. apklaustųjų atsakė, kad niekada nėra buvę pas savo šeimos gydytoja (24 pav.).

24 pav. Tyrimo dalyvavusių asmenų lankymosi dažnis pas šeimos gydytoją (%)



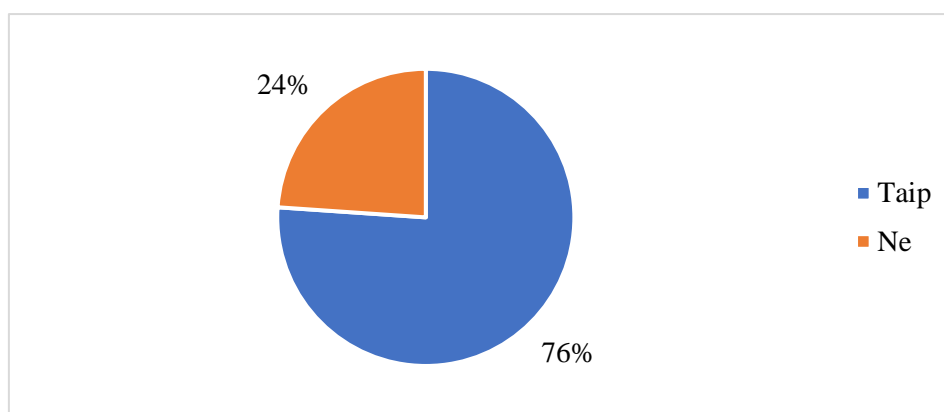
50 proc. tyrimo dalyvavusiųjų apklaustųjų atsakė, kad turi širdies ir kraujagyslių ligų, 28 proc. apklaustųjų atsakė, kad ne turi širdies ir kraujagyslių ligų ir 22 proc. atsakė nežinantis ar turi širdies ir kraujagyslių ligų (25 pav.).

25 pav. Apklaustųjų nuomonė ar jie turi širdies ir kraujagyslių ligų (%)



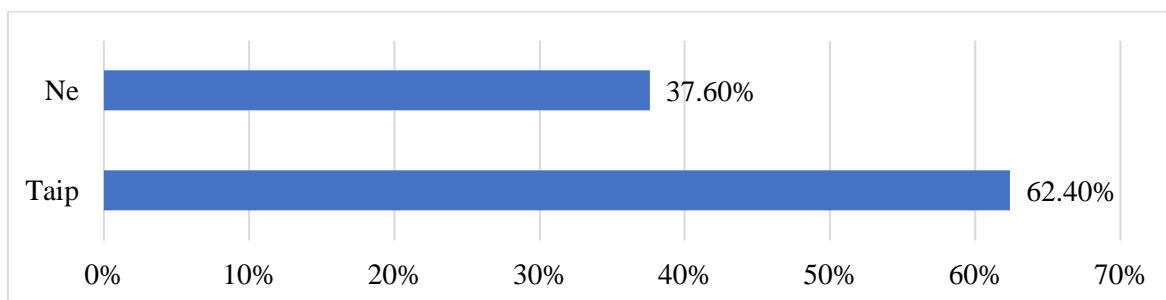
Didelė dalis tyrimo dalyvavusiųjų apklaustųjų 76 proc. atsakė, kad yra girdėję apie vykdomą širdies ir kraujagyslių prevencinę programą ir 24 proc. apklaustųjų atsakė, kad nėra girdėję apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą (26 pav.).

26 pav. Apklaustųjų nuomonė ar jie yra girdėję apie vykdomą širdies ir kraujagyslių prevencinę programą (%)



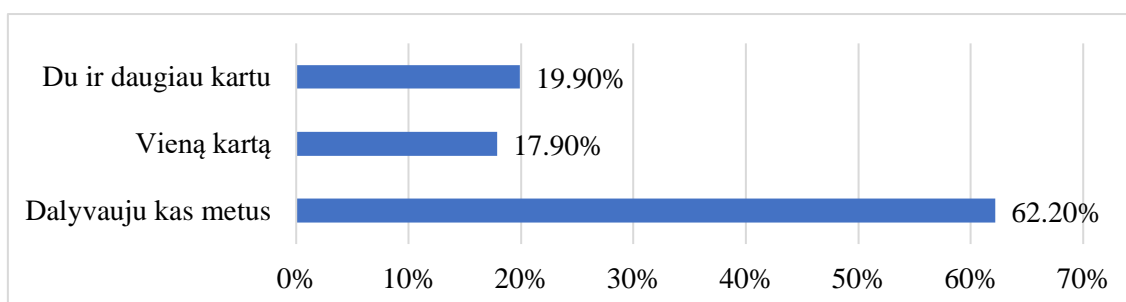
62,40 proc. tiriamųjų atsakė, kad yra dalyvavę širdies ir kraujagyslių prevencinėje programoje, 37,60 proc. atsakė, kad nėra dalyvavę širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje (27 pav.).

27 pav. Apklaustųjų nuomonė apie dalyvavimą širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje (%)



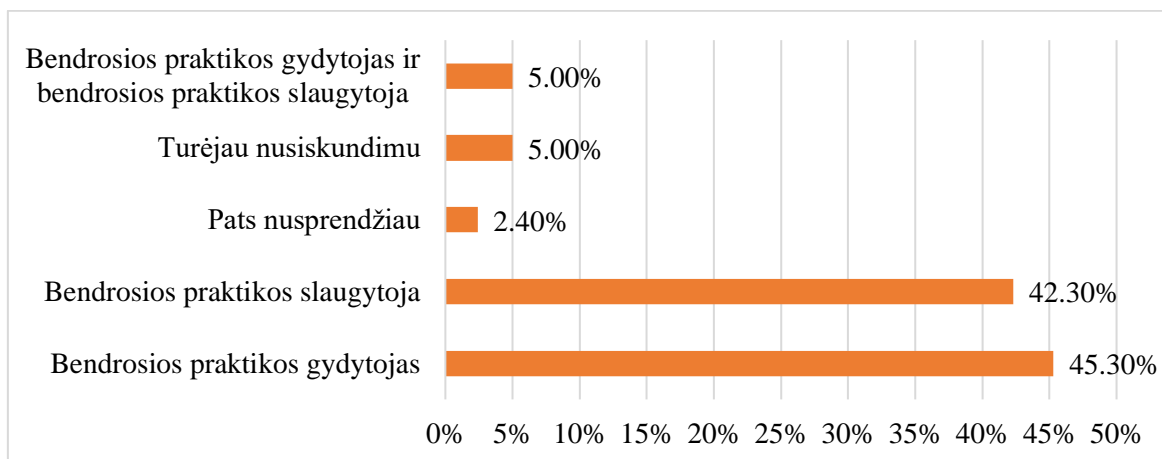
Daugiau nei pusė tiriamųjų 62,20 proc. atsakė, kad širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje dalyvauja kas metus. 19,90 proc. tiriamųjų atsakė, kad dalyvavo du ir daugiau kartų ir 17,90 proc. atsakusiųjų teigė, kad dalyvavo vieną kartą (28 pav.).

28 pav. Tiriamųjų nuomonė, apie prevencinėje programoje dalyvavimo dažnumą (%)



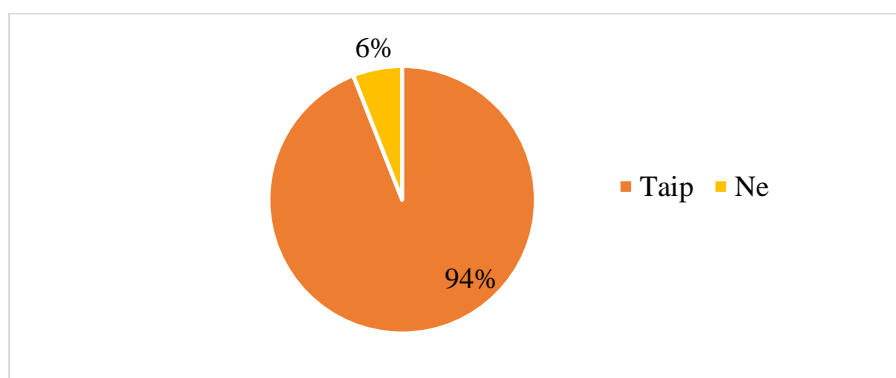
Didelė dalis apklaustųjų atsakė, kad dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje gavo kvietimą iš savo šeimos gydytojo ir bendrosios praktikos slaugytojo, atitinkamai (45,30 proc., 42,30 proc. ir 5 proc. ir iš šeimos gydytojo ir iš bendrosios praktikos slaugytojo.). 5 proc. apklaustųjų turėjo nusiskundimų ir 2,40 proc. patys nusprendė dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje (29 pav.).

29 pav. Apklaustieji gavo kvietimą dalyvauti širdies ir kraujagyslių profilaktinėje programoje (%)



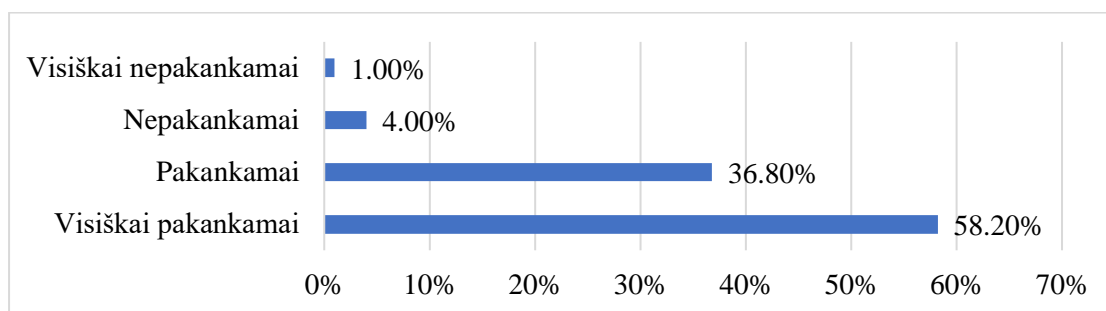
Didelė dalis tiriamųjų 94 proc. teigia, kad buvo informuoti po širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos. Ir tik 6 proc. teigia, kad nebuvo informuoti po širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos (30 pav.).

30 pav. Apklaustųjų informavimas, po širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje dalyvavimo (%)



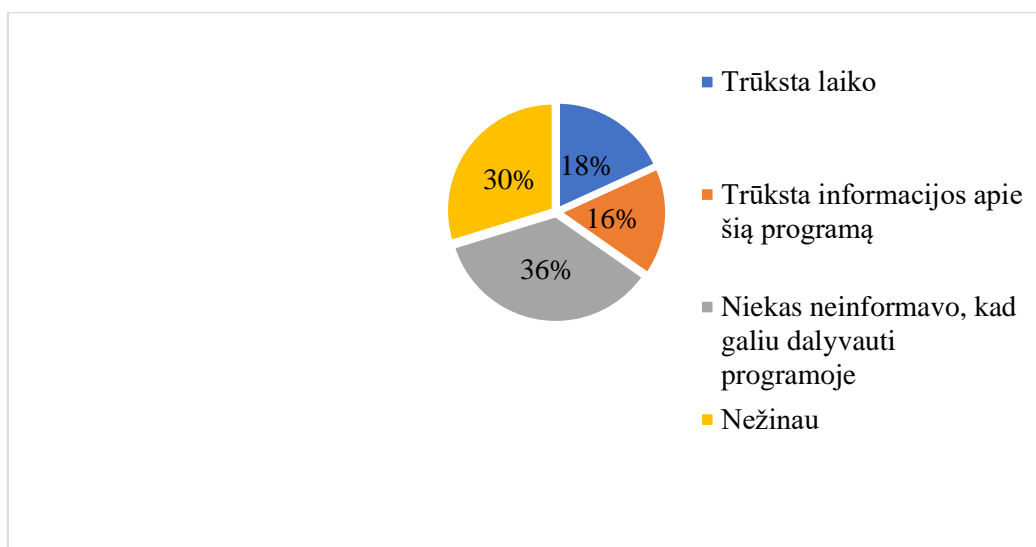
Didelė dalis tiriamųjų 58,20 proc. atsakė, kad šeimos gydytojų motyvavimas dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje yra visiškai pakankamas. 36,80 proc. tiriamųjų atsakė, kad motyvavimas yra pakankamas, bei 4 proc. ir 1 proc. atitinkamai atsakė, kad motyvavimas nepakankamas ir visiškai nepakankamas (31 pav.).

31 pav. Gydytojų motyvavimas dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje pagal apklaustuosius (%)



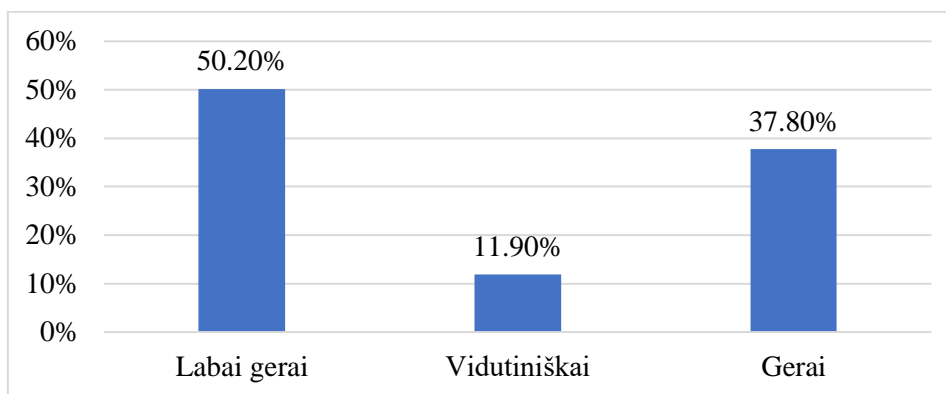
36 proc. tiriamųjų, kurie nedalyvavo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje pažymėjo, kad niekas jų neinformavo apie galimybę dalyvauti prevencinėje programoje 30 proc. tiriamųjų atsakė, kad patys nežino dėl ko nedalyvauja. Trūksta laiko atsakė 18 proc. ir 16 proc. atsakė, kad jiems trūksta informacijos apie širdies ir kraujagyslių prevencinę programą (32 pav.).

32 pav. Tiriamųjų priežastys, dėl ko nedalyvavo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje (%)



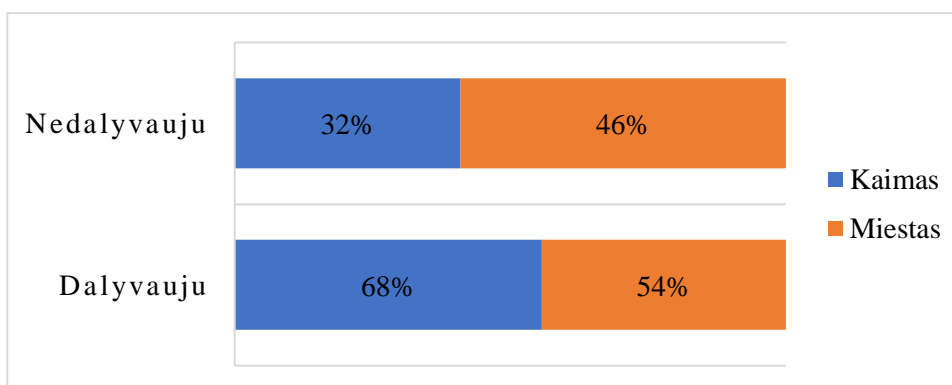
50,20 proc. tiriamųjų, kurie dalyvavo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje, ją vertina labai gerai. 37,80 proc. dalyvavimą programoje vertina gerai ir 11,90 proc. širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą vertina vidutiniškai. Blogai neįvardijo nei vienas iš tiriamųjų (33 pav.).

33 pav. Tiriamųjų dalyvavusių širdies ir kraujagyslių programoje vertinimas (%)



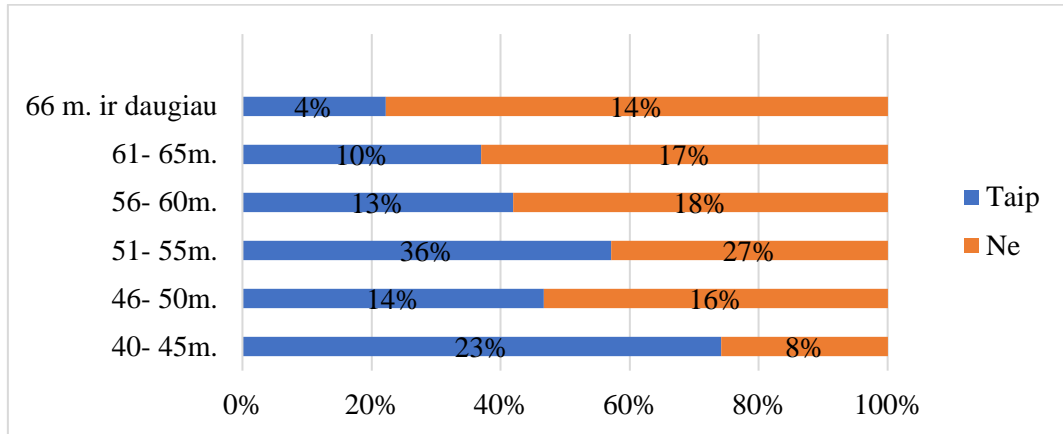
Palyginus kaimo ir miesto apklaustųjų pažymėtus atsakymus apie tai ar dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje, pastebėta, kad daugiau dalyvauja kaimo gyventojų 68 proc. Nedalyvauja daugiau miesto gyventojų 46 proc. Šis skirtumas statistiškai reikšmingas ($p=0,01$) (žr. 34 pav.).

34 pav. Kaime ir mieste gyvenančių tiriamųjų dalyvavimas širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje (%)



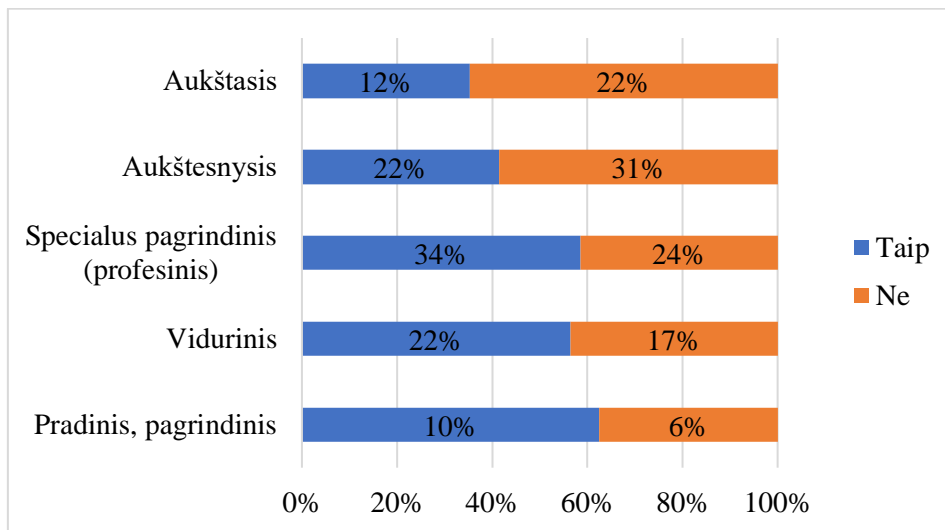
Palyginus tiriamųjų žalingų įpročių turėjimą pagal amžiaus grupes matome, kad kuo amžius jaunesnis tuo daugiau tiriamųjų atsakė, kad turi žalingų įpročių. Nuo 40 iki 45 metų 23 proc. apklaustųjų pažymėjo turintis žalingų įpročių. 36 proc. 51-55 metų apklaustųjų pažymėjo turintis žalingų įpročių. Taipogi ši amžiaus grupė 51-55 metų daugiausiai 27 proc. pažymėjo neturintis žalingų įpročių (žr. 35 pav.), kadangi ši amžiaus grupė sudarė didžiausią dalį apklaustųjų 29,5 proc. iš visų apklaustųjų (žr. 19 pav.). Šis skirtumas statistiškai reikšmingas ($p=0,0005$).

35 pav. Žalingų įpročių turėjimas pagal amžiaus grupes (%)



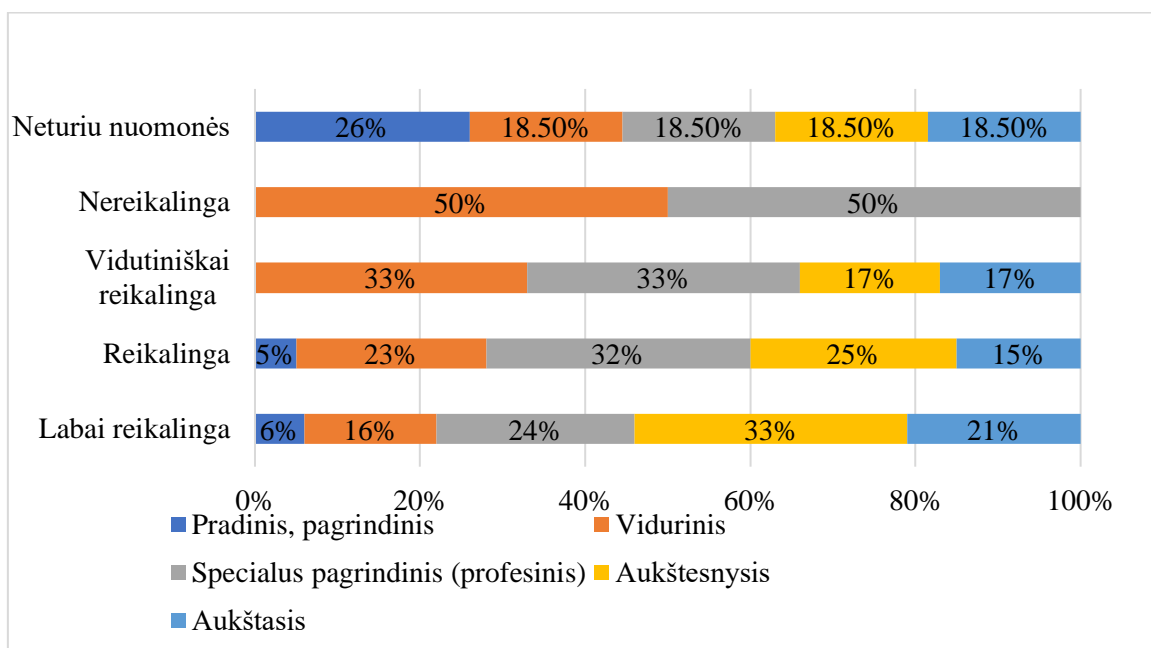
Tarpusavyje palyginus tiriamųjų išsilavinimą ir žalingų įpročių turėjimą, matome, kad 34 proc. apklaustųjų, kurie yra specialaus pagrindinio (profesinio) išsilavinimo turi žalingų įpročių. Turintis aukštesnį išsilavinimą, didžiausia dalis t.y 31 proc. tiriamųjų pažymėjo, kad neturi žalingų įpročių. Šis skirtumas statistiškai reikšmingas ($p=0,03$) (žr. 36 pav.).

36 pav. Tiriamųjų žalingų įpročių turėjimas pagal išsilavinimą (%)



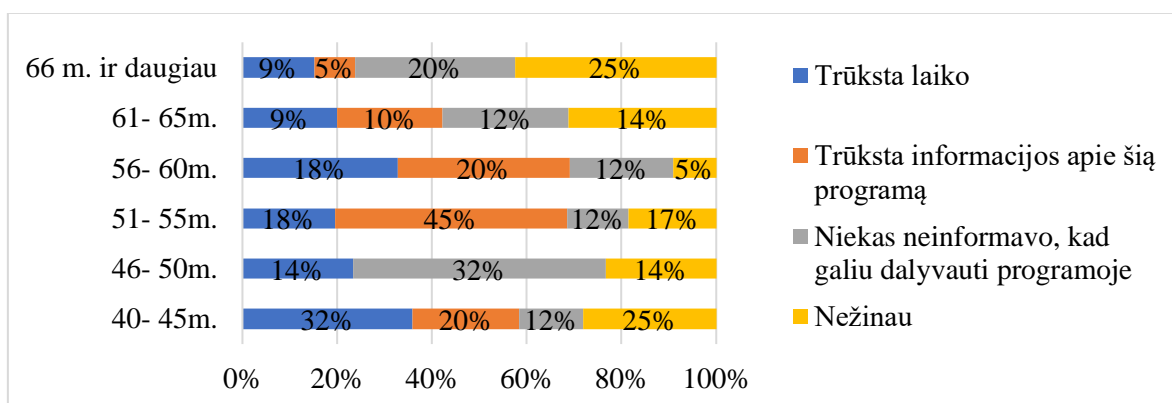
Tarpusavyje palyginus tiriamųjų nuomone apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumą pagal išsilavinimą matome, kad 33 proc. turintis aukštesnį išsilavinimą pažymėjo, kad programa labai reikalinga. Nereikalinga po 50 proc. pasiskirstė asmenys turintis vidurinį ir specialų pagrindinį (profesinį) išsilavinimą. Daugiausia 26 proc. apklaustųjų neturėjo nuomonės turintis pradini, pagrindinį išsilavinimą. Šis skirtumas statistiškai reikšmingas ($p= 0,04$) (žr. 37 pav.).

37 pav. Tiriamųjų pagal išsilavinimą nuomonė apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumą (%)



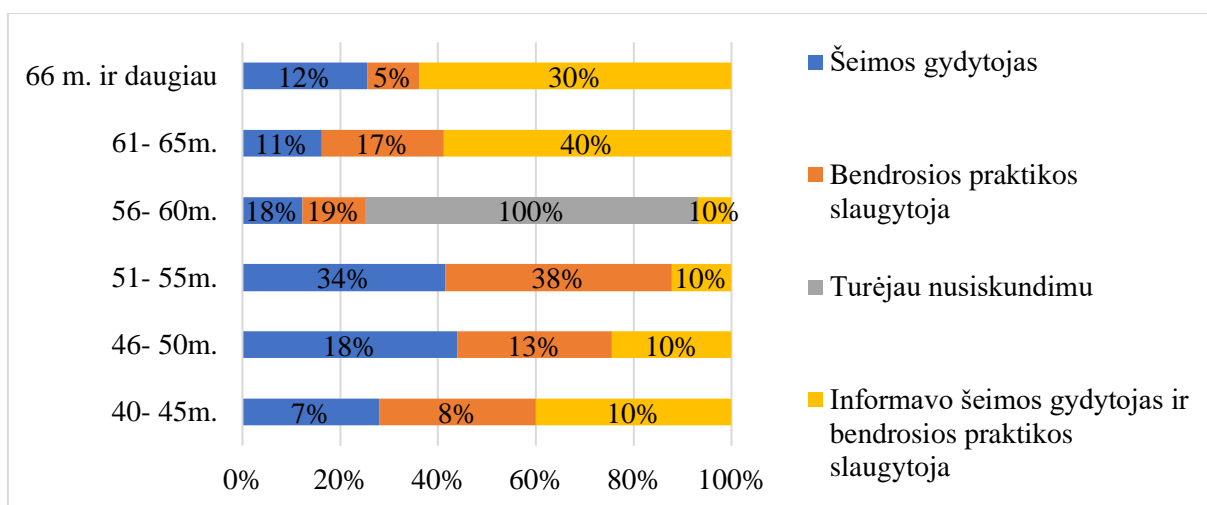
Palyginus tiriamųjų nuomonę kodėl nedalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje pagal amžiaus grupes, matome, kad 40- 45 metų apklaustųjų 32 proc. atsakė, kad trūksta laiko. 46-50 metų daugiausia apklaustųjų 32 proc. atsakė, kad niekas neinformavo, kad gali dalyvauti programoje. 51-55 metų daugiausia 45 proc. apklaustųjų atsakė, jog trūksta informacijos apie šią programą, tai pat ir 56- 60 metų 20 proc. apklaustųjų atsakė, kad trūksta laiko. 61-65 metų tiriamųjų 14 proc. pažymėjo, kad nežino dėl kokių priežasčių nedalyvauja programoje, taip pat 66 metų ir vyresni asmenys daugiausia 25 proc. pažymėjo, nežinantis kodėl nedalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje. Šis skirtumas statistiškai reikšmingas ($p= 0,02$) (žr. 38 pav.).

38 pav. Tiriamųjų pagal amžiaus grupes priežastys, dėl ko nedalyvavo programoje (%)



Palyginus tiriamųjų amžiaus grupes, ir tai kas juos pakvietė dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje matome, kad 100 proc. 56- 60 metų tiriamieji pažymėjo, kad turėjo nusiskundimų, 51- 55 metų amžiaus grupėje 34 proc. pažymėjo, kad pakvietė šeimos gydytojas 61- 65 metų ir 66 ir vyresnius apklaustuosius atitinkamai 40 proc. ir 30 proc. informavo šeimos gydytojas ir bendrosios praktikos slaugytoja. Šis skirtumas statistiškai reikšmingas ($p= 0,01$) (žr. 39 pav.).

39 pav. Kas pakvietė dalyvauti širdies ir kraujagyslių programoje tiriamuosius pagal amžiaus grupes (%)



Apibendrinimas. Apibendrinat tyrimo duomenis matyti, kad širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa yra reikalinga. Didžioji dalis tiriamųjų nurodė, kad apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą sužinojo iš savo šeimos gydytojo, dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje gavo kvietimą taip pat iš savo šeimos gydytojo. Asmenys gyvenantys kaime reikšmingai dažniau, nei asmenys gyvenantis mieste dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje.

Dauguma apklaustųjų kurie dalyvavo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje, ją įvertino teigiamai. Teigiamai įvertino širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos organizavimo bei vykdymo tvarką savo pirminiame sveikatos priežiūros centre. Asmenų socialinė padėtis, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, bei amžius turi didelę reikšmę dalyvavimui širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje.

Tai, kad mokslininkai taip pat nurodo tokias pat efektyvumo įgyvendinimo problemas, apie kurias buvo kalbama ir šiame tyrime. Pečiūra ir kt. (2019) nurodo, kad vykdant prevencines programas, dažnai susiduriama su pacientų laiko stoka dalyvauti prevencinėse programose, su per mažu pacientu informuotumu.

IŠVADOS

1. Išnagrinėjus asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių programos efektyvumo teorinius aspektus nustatyta, kad širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa būtina dėl ankstyvų rizikos veiksnių, bei širdies ir kraujagyslių ligų nustatymo būtinumo. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa reglamentuojama ir vykdoma Lietuvoje galiojančiais teisės aktais. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimas siejamas su konkrečiais programos rezultatais, analizuojamas asmenų patikros programoje aktyvumas, PSDF lėšų skiriamą sumą ir panaudojamų lėšų sumą prevencinės programos įgyvendinimui, analizuojamas sergamumo ir mirtingumo rodikliu kaita laiko ir vietos atžvilgiu nuo širdies ir kraujagyslių ligų.
2. Išanalizavus asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos dinaminis duomenis Kėdainių rajone (Lietuvos kontekste) 2019 m. nustatyta, kad daugiausia asmenų dalyvavo programoje Vilniaus apskrityje. Daugiausia lėšų programos įgyvendinimui buvo skirta per 2019 m. t.y 7,46 mln. eurų suma, tai didžiausia lėšų skiriama suma nuo 2006 m., o dalyvavusių asmenų skaičius nuo 2006 m. buvo didžiausias 2018 m. tai - 276 613 asmenų, kurie dalyvavo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje. Lietuvoje mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų yra didesnis už vidutinį mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų Europoje. Aptariant Kėdainių rajono savivaldybės mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų nuo 2006 m. iki 2018 m. moterų mirtingumas buvo didesnis lyginant su vyrų. Pastebima, jog vyrų mirtingumas nuo 2015 m. iki 2018 m. mažėjo, tuo tarpu moterų mirtingumo rodikliai 2018 m. yra mažesni negu 2017 m., tačiau didesni negu 2016 m. Aptariant sergamumą nuo 2006 m. iki 2012 m., kaip ir visoje Lietuvoje sergamumas Kėdainių rajone didėjo, taip pat moterų sergamumas buvo didesnis, negu vyrų. Analizuojant 2019 metų I-III ketvirčio šios prevencinės programos vykdymo ataskaitą (pateikta 2019-09-20), stebima, kad Kėdainių rajone iš galimų suteikti informavimo paslaugą 10415 tikslinės amžiaus grupės moterų ir vyrų, ši paslauga buvo suteikta- 4070 vyrų ir moterų, t.y - 39 % nuo visų galimų.
3. Atlikus asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių programos efektyvumo vertinimą šeimos gydytoju požiūriu Kėdainių rajono savivaldybėje nustatyta:
 - Šeimos gydytojai vertindami širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą Kėdainių rajono savivaldybėje nurodo tiek teigiamus, tiek neigiamus aspektus.

Nustatyta, kad Kėdainių rajono savivaldybėje širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa yra reikalinga, nes taip galima išsaugoti darbingų asmenų amžių, sumažinti mirtingumą, tačiau dauguma šeimos gydytojų paminėjo, kad programoje dalyvaujančių asmenų amžių būtų galima suvienodinti, bei paankstinti, taip dar efektyviau būtų įgyvendinama prevencinė programa.

- Šeimos gydytojai nurodė konkrečias problemas įgyvendinant širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą Kėdainių rajono savivaldybėje, t.y. nepakankamas pacientų informuotumas tiek įstaigose, tiek kitų sveikatos politikos formuotojų, specialistų trūkumas, per didelis šeimos gydytojų darbo krūvis, per mažai laiko skiriama vienam pacientui, maža motyvacija įstaigų skiriama šeimos gydytojams už prevencinių programų atlikimą. Įvardinti konkretūs pasiūlymai spręsti šias problemas- ilgesnis darbo laikas prevencinių programų vykdymui, ilgesnis darbo laikas tyrimų ėmimui, išplėsti šeimos gydytojų komandą, kad prevencinių programų kvietimą ir tyrimų paskyrimą galėtų vykdyti ir kiti specialistai, informacijos apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą sklaida ne tik įstaigose, bet ir už jos ribų, prevencinių programų kabineto paslaugos, bendradarbiavimas su seniūnija dėl pavėžėjimo paslaugų.
4. Atlikus asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymo efektyvumo vertinimą pacientų atžvilgiu Kėdainių rajono savivaldybėje nustatyta:
- širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa yra reikalinga. Didžioji dalis tiriamųjų nurodė, kad apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą sužinojo iš savo šeimos gydytojo, dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje gavo kvietimą taip pat iš savo šeimos gydytojo. Asmenys gyvenantys kaime reikšmingai dažniau, nei asmenys gyvenantis mieste dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje.
 - dauguma apklaustųjų kurie dalyvavo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje, ją įvertino teigiamai. Teigiamai įvertino širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos organizavimo bei vykdymo tvarką savo pirminiame sveikatos priežiūros centre.
 - pacientams trūksta informacijos apie vykdomą prevencinę programą, bei trūksta laiko dalyvauti širdies ir kraujagyslių prevencinėje programoje ypač jaunesnio amžiaus asmenims. Asmenų socialinė padėtis, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, bei amžius turi didelę reikšmę dalyvavimui širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje.

REKOMENDACIJOS

Kėdainių rajono sveikatos priežiūros įstaigoms:

- Rekomenduotina aktyviau kviesti asmenis dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje, įtraukiant ir kitus sveikatos priežiūros įstaigose dirbančius specialistus (bendrosios praktikos slaugytojos, visuomenės sveikatos centras, įstaigų administracija), bei kuo priimtinesniais būdais kviesti asmenis dalyvauti prevencinėje programoje (sms žinute, elektroniniu paštu.).

Suteikti daugiau informacijos asmenims apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą, atliekamus tyrimus. Daugiau informacinių lankstinukų, plakatų įstaigose apie prevencinę programą.

- Rekomenduotina įstaigoje įkurti prevencinių programų kabinetą, kuriame be registracijos atvykusiems asmenims, sveikatos priežiūros specialistas galėtų paskirti ir atlikti tyrimus, informuoti apie rizikos veiksnius bei mokyti pacientą apie sveiką gyvenimą.

- Informuoti pacientus apie prevencinės programos naudą jų sveikatai.

- Suteikti geriau prieinamas paslaugas dirbantiems asmenims t.y. pailginti kraujo tyrimų ėmimo laiką, bei galimybę tai atlikti savaitgalio metu, rajonuose daugiau nei dvi dienas per savaitę atlikti kraujo tyrimus. Organizuoti kardiologo konsultaciją prevencinės programos pacientams, tikrintis ne darbo dieną, taip pagerinti šios paslaugos teikimą.

- Motyvuoti ne tik šeimos gydytojus, bet ir kitus specialistus, kurie prisideda prie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos.

Kėdainių rajono savivaldybei:

- Įsteigti pavėžėjimo paslaugą tikslinės grupės pacientams gyvenantiems kaimo vietovėse.

- Skatinti programoje dalyvauti socialinius darbuotojus dirbančius savivaldybėje.

- Teikti informaciją apie prevencinę programą per įvairias žiniasklaidos priemones (šiuo atveju siūloma skleisti informaciją vietiniuose laikraščiuose, bei vietinėje televizijoje).

Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Skatinti pirminės asmens sveikatos paslaugų tiekėjus plėtoti prevencinės programos vykdymą, stiprinti tarp institucijų bendradarbiavimą, didinti finansavimą programų vykdymui.

- Būtinai aktyvesnis visuomenės informavimas apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą, jos naudą, reikšmę sveikatai.

- Peržiūrėti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos teisinį reglamentavimą, atkreipiant dėmesį į besikeičiančią demografinę Lietuvos padėtį.

- Įstatymiškai reglamentuoti privalomą dalyvavimą širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje.

LITERATŪRA IR ŠALTINIAI

1. Vainienė R., Ekonomikos terminų žodynas, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <http://zodynas.vz.lt/Efektyvumas>.
2. Pundzius J., „Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas- svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013, ISSN1648-7338, p. 4.
3. Aguonytė V., Beržanskytė A., ir kt., „Vyresnio amžiaus asmenų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų netolygumai Lietuvoje“, Visuomenės sveikata, 2014/3 (66), žiūrėta: 2020-03-01 prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202014%203\(66\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202014%203(66).pdf)
4. Petronytė G., Kanapeckienė V. „Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės paslaugų integravimas ir šalių patirtis“, Visuomenės sveikata, 2014/2(65), žiūrėta:2020-04-04, prieiga: [http://hi.simplit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.2\(65\)/VS%202014%202\(65\)%20LIT%20Pirmines%20sveikatos%20prieziura.pdf](http://hi.simplit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.2(65)/VS%202014%202(65)%20LIT%20Pirmines%20sveikatos%20prieziura.pdf)>
5. Žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <https://zodis.eu/reiksme/visuma>.
6. Lietuvos širdies asociacija, žiūrėta: 2020-04-14, prieiga: http://www.heart.lt/pagrindinis_meniu/rizikos_veiksniai/3923/
7. Jankauskienė D., Pečiūra, R., „Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis“, Vilnius, 2007.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įsakymas 15 str., 2007 05 24 įstatymu Nr. X-1151, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <http://www.infolex.lt/ta/98090:str15>.
9. Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjimo paramą gavusiuose regionuose tyrimas, žiūrėta:2020-04-04, prieiga: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/sam/failai/Mirtingumo_nuo_sirdieskraujligu_tyrimas_20100223.pdf
10. Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, „Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas – svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys“ 2013, žiūrėta: 2019 10 17, prieiga: <http://sveikatostaryba.lt/wp-content/uploads/2017/01/2013.pdf>
11. Rinkūnienė E., Petrulionienė Ž., „Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos sąjungos šalyse“, Medicinos teorija ir praktika, 2013 -T.19 (Nr.2), p.131.
12. Vitkauskas A., Gurevičius R. „Darbingo amžiaus žmonių negalia dėl širdies kraujagyslių ligų Lietuvoje ir netolygumai apskrityse 2006–2008 metais“, žiūrėta: 2020-01-20, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2010.4\(51\)/VS%202010_4\(51\)_Vitkauskas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2010.4(51)/VS%202010_4(51)_Vitkauskas.pdf)
13. Keniauskytė J., Čepulis R., Stukas R., „Lietuvos sveikatos programos demografinių ir sveikatos rodiklių įvertinimas 1997–2008 m. ir palyginimas su Europos Sąjungos šalimis“, Visuomenės sveikata, 2009, 2 (45), p.20–27.
14. Rinkūnienė E., Petrulionienė Ž., „Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos sąjungos šalyse“, Medicinos teorija ir praktika, 2013- T.19, Nr.2, p.131.

15. Laurinskaitė J., Šostakienė N., Darginavičienė R., „Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis“, 2013, priedas Nr. 1, p. 121-122.
16. Aguonytė V., Beržanskytė A., Valentienė A., Nedzinskienė L. „Vyresnio amžiaus asmenų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų netolygumai Lietuvoje“, 2014/3(66), p. 4.
17. Kėdainių visuomenės sveikatos biuro veiklos ataskaita 2018, žiūrėta: 2020-01-05, prieiga: <https://kedainiuvsb.lt/wp-content/uploads/2020/01/Visuomenės-sveikatos-biuro-veiklos-ataskaita-2018.pdf>
18. Jankauskienė D, Pečiūra R. „Sveikatos politika ir valdymas“, Vadovėlis, Vilnius, 2007.
19. Kalėdienė R, Petrauskienė J, Rimpela A. „Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika“, žiūrėta: 2019-10-17, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS_2007_3\(38\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS_2007_3(38).pdf).
20. Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, „Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinių neinfekcinių ligų kontrolė“, žiūrėta: 2019 10 17, prieiga: <http://www.sauliuscaplinskas.lt/wp-content/uploads/2013/04/Nacionalines-sveikatos-tarybos-metinis-pranesimas-2008.pdf#page=52>
21. Kauno teritorinė ligonių kasa, „Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymo ataskaita (2019m. I-III ketv.)“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://www.ktlk.lt/istaioms/spp/prevencines/vykdydas/sirdies-ir-kraujagysliu/>
22. Valstybinė ligonių kasa „Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymo ataskaita“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/0305%20širdiesprev%2018.pdf>.
23. Petronytė G., Kanapeckienė V. „Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės paslaugų integravimas ir šalių patirtis“, Visuomenės sveikata, 2014/2(65), p. 20.
24. „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas“, 1994 liepos 19 d., Nr.I-552, žiūrėta: 2020-03-07, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905?jfwid=q8i88mcoB>
25. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. „Sveikata visiems XXI amžiuje“, Visuomenės sveikata, Nr.3(42), 2008, žiūrėta: 2020-03-07, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202008%203\(42\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202008%203(42).pdf).
26. Jankauskienė D., Pečiūra R., „Sveikatos politika ir valdymas“, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2007, p. 153.
27. Štaras K., Juodaitė A., Čepuraitė D., „Sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumas taikant atvejo vadybos modelį“, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2014 (T.18, Nr. 2), p.83.
28. Redakcijos skiltis „Visuomenės sveikata“, 2013/ 4 (63), p. 9.
29. Petronytė G., Kanapeckienė V. „Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės paslaugų integravimas ir šalių patirtis“, Visuomenės sveikata, 2014/2(65), 20p.
30. Parry J., Humphreys G, „Health amid a financial crisis: a complex diagnosis“, Bulletin of the World Health Organization, 2009. Vol. 87, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-010109/en/>

31. Štaras K., Juodaitė A., Čepuraitė D., „Sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumas taikant atvejo vadybos modelį“, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2014 (T.18, Nr. 2), p. 85.
32. Valius L., „Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 8-9.
33. Valius L., „Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 16.
34. Jankauskienė D., „Sveikatos politikos strategijos planavimas, įgyvendinimas bei vertinimas“, III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija, Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas, 2000, p. 119.
35. Gurevičius R., Valentienė J., Kutkaitė S., „Lietuvos gyventojų požiūris į pirminės, antrinės profilaktikos ir sveikatos stiprinimo priemones, taikomas poliklinikose“, Visuomenės sveikata 2012/ 4 (59), p. 33.
36. Burokienė S., „Vilniaus apskrities pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos palyginimas“, magistro tezės, 2005, Kaunas.
37. „Lietuva sveikatos 2014-2025 metų strategijos vykdymas: kaip sekasi siekti užsibrėžtų tikslų?“, Visuomenės sveikatos netolygumai 2017, Nr. 6 (25), p. 10.
38. „Sveikatos sistemos reformų analizės atlikimas“, Vilnius, 2011 m., žiūrėta: 2020-02-28, prieiga:
http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_sveikatos_sistemos_reformu_analize.pdf
39. Paulikienė B., Jurgutis A., „Pirminės sveikatos priežiūros vaidmuo valdant antrinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“, Visuomenės sveikata 2013, priedas Nr.1, p. 75.
40. Štaras K., Vedlūga T., „Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste“, Sveikatos politika ir valdymas, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2014, vasaris (T. 18 Nr.2) p. 117.
41. Jacob Z. „Sveikata 2020- siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje“, Visuomenės sveikata 2013/ 4 (63), p. 8.
42. Petraškevič B., Greičienė S., „Slaugytojų vaidmuo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinime“, Slauga mokslas ir praktika, 2018, Nr.6 (256), p. 4.
43. Verikienė J., Jankauskienė D., Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ ataskaita, Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2012, p. 9, 32.
44. Norkutė S., Pakalniškienė N., „Gyventojų informuotumas apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą“, Visuomenės sveikata, 2019, 29 tomas Nr. 3, p. 18-26.
45. Petraškevič B., Greičienė S., „Slaugytojų vaidmuo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinime“, Slauga mokslas ir praktika, 2018 Nr.6 (256), p. 4.
46. Štaras K., Vedlūga T., „Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste“, Sveikatos politika ir valdymas, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2014, vasaris (T. 18 Nr.2) p. 82-83.

47. Jankauskienė, D., Pečiūra, R., „Sveikatos politika ir valdymas“, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 153.
48. Jankauskienė D., „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje“, Sveikatos politika ir valdymas, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: https://www.mruni.eu/upload/iblock/005/01_jankauskiene.pdf.
49. Jankauskienė D., „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje“, Sveikatos politika ir valdymas, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: https://www.mruni.eu/upload/iblock/005/01_jankauskiene.pdf.
50. Laurinskaitė J., Šostakienė N., Darginavičienė R., „Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis“, 2013/ priedas Nr. 1, p. 122.
51. World health organization. Cardiovascular diseases, „Fact sheet N°317“. Geneva. January, 2015, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
52. Rusakevič V., Šturienė R., Kairys J. ir kt., „40–55 metų vyrų ir 50–65 metų moterų žinių apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą įvertinimas“, Sveikatos mokslai, 2017, 27 tomas Nr.1, ISSN 13922-6373, p. 22.
53. Vitkauskas A., Gurevičius R., „Darbingo amžiaus žmonių negalia dėl širdies kraujagyslių ligų Lietuvoje ir netolygumai apskrityse 2006-2008 metais“, Visuomenės sveikata, 2010/ 4 (51), p. 53.
54. Pundzius J., „Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas- svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013, ISSN 1648-7338, p. 4.
55. Petronytė G., Kanapeckienė V., „Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai“, Higienos institutas, 2013/ 2 (61), p. 31.
56. Aguonytė V., Beržanskytė A., ir kt., „Vyresnio amžiaus asmenų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų netolygumai Lietuvoje“, Visuomenės sveikata, 2014/3 (66), žiūrėta: 2020-03-01 prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202014%203\(66\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202014%203(66).pdf)
57. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, „Lietuvos sveikatos statistika 2011“, 2012, ISSN 1648-0899, p.5.
58. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas „Lietuvos gyventojų sveikata“ 2010, ISSN 1648-7338, p. 11.
59. Higienos institutas „Visuomenės sveikatos būklė Lietuvos savivaldybėse 2018 m.“, žiūrėta 2020-04-05, prieiga: http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Vs_bukle_sav/Savivaldybiu_leidinys_2019_taisyta.pdf
60. Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema, žiūrėta: 2020-01-15, prieiga: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/la_2018.pdf>.
61. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga internete: <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/7/508/4658838>>.

62. Januškonis V. „Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas“, Sveikatos mokslai, , 2004, Nr. 1, Vilnius, p. 69-73
63. Jasiukaitienė V., Sauliūnė S., „Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos narių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo politiką“, Visuomenės sveikata, 2014/ 4 (67), ISSN 1392-2696, p. 44.
64. Lietuvos Respublikos seimo nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2023 metų programos patvirtinimo“, 2013 m., reg. Nr. XIIP-1280, Vilnius, žiūrėta: 2020-03-07, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/TAIS.461005?jfwid=-je7i1sz0t>.
65. Jurgutis A., Juknevičiūtė V., „Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas“, Visuomenės sveikata, 2012/priedas Nr. 1, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga: http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2012.priedas1/VS_1priedas_2012_Jurgutis.pdf
66. Redakcijos skiltis, „Ar pakankamai daug Lietuvių dalyvauja profilaktinėse (prevencinėse) programose?“, Visuomenės sveikatos netolygumai, Higienos institutas, 2017, Nr. 4 (23), p. 1.
67. Gurevičius R., Valentienė J., Kutkaitė S. „Lietuvos gyventojų požiūris į pirminės, antrinės profilaktikos ir sveikatos stiprinimo priemones, taikomas, poliklinikose“, Visuomenės sveikata, 2012/ 4 (59), p. 34.
68. Vitkauskas A., Gurevičius R., „Darbingo amžiaus žmonių negalia dėl širdies kraujagyslių ligų Lietuvoje ir netolygumai apskrityse 2006-2008 metais“, Visuomenės sveikata, 2010/ 4 (51), p. 53.
69. Eigirdaitė A., „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“, Sveikatos politika ir valdymas, 2013,1 (5), ISSN 2029-3569, p. 119 .
70. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675?jfwid=-fxdp7jue>.
71. Jankauskienė D., Garbenienė H., „Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimas Šiaulių mieste“, Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas, 2013, p. 44.
72. Vasiliauskaitė K., Mazurkienė A., Slušienė A., „Prevencinių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2012, p. 69.
73. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675?jfwid=-fxdp7jue>.
74. Šily A., „Vadovavimo kokybės vertinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: Europos verslo tobulumo modelio ir 360 grįžtamojo ryšio tyrimo taikymo ypatybės“, Medicinos teorija ir praktika, 2009; 15 (2): p. 170-177.

75. Jankauskienė D., „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiam dešimtmetyje“, Sveikatos politika ir valdymas, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: https://www.mruni.eu/upload/iblock/005/01_jankauskiene.pdf.
76. Vasiliauskaitė K., Mazurkienė A., Slušienė A., „Prevenčių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2012, p. 69.
77. Paleckienė R., „Mokymo ir stebėsenos vaidmuo gydant širdies nepakankamumu sergantį pacientą“, Kardiologijos praktika, 2018/ 4, ISSN-1648-8105, p. 36.
78. Jankauskienė Ž., Kubilienė E, Juozulynas J. A., „Slaugytojų darbinis statusas, lemiantis profesinės socializacijos aspektų vertinimą“, Medicina, 2010; 46 (1 priedas), Kaunas, p. 6-26.
79. Zagurskienė D., Misevičienė I. „Slaugytojų nuomonė apie pacientų sveikatos mokymą ir savo žinių sveikatos klausimais vertinimą.“, Sveikatos mokslai, 2011, 21 tomas, Nr. 5, p. 191-195, žiūrėta: 2020-04-01, prieiga: <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/02/163-531-1-PB.pdf>
80. Norkutė S., Pakalniškienė N., „Gyventojų informuotumas apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą“, Visuomenės sveikata, 2019 m. 29 tomas Nr. 3, p. 18-26.
81. Petrulionienė Ž., Koronarinė širdies liga: rizikos veiksniai, klinikiniai simptomai ir gydymas. Vilnius: Vaistų žinios; 2010.
82. Zaborskis A., Buivydienė J., „Lietuvos gyventojų sveikatos pokyčių prognozė nuo vaikystės išvengus lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai: modeliavimo su prevent rezultatai“, Visuomenės sveikata, 2012/ 1(56), p. 22.
83. Redakcijos skiltis, „Sveikata 2020“ – Siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje“, Visuomenės sveikata, 2013/ 4 (63), p. 8.
84. „Bendra rizika sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis“, Kardiologijos praktika, 2017/ 4, ISSN1648-8105, p. 30.
85. Javtokas Z. „Sveikatos stiprinimo konspektas“, Vilnius, 2009 m., p. 7-8.
86. „Bendra rizika sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis“ Kardiologijos praktika, 2017/ 4 ISSN1648-8105, p. 28.
87. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675?jfwid=-fxdp7jue>.
88. Petrulionienė Ž., „Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir širdies ligos: kaip padėti pacientui?“, Kardiologijos aktualijos, 2018 /1(1), ISSN 2538-810, p. 70.
89. Petrulionienė Ž., „Aterosklerozės kongresas: svarbiausios aterosklerozės ir širdies ir kraujagyslių ligų naujienos“, Lietuvos gydytojo žurnalas, 2018, Nr.6, p. 32.
90. Januškevičienė G., Lukoševičius L., Sekmokienė D., „Sveika gyvensena ir funkcionalusis maistas“, Visuomenės sveikata, 2009, 4(47), p.51-60.

91. Bacevičienė M., Jankauskienė R. ir kt., „Lietuvos miesto gyventojų fizinio aktyvumo rodikliai jų raidos tendencijos ir nauda sveikatai, mokslo įrodymai“, Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas, 2013, p. 31.
92. Milius J., Pridotkas G., „Druskos kiekis dažniausiai Lietuvoje vartojamuose maisto produktuose“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013, Vilnius, ISSN 1648-7338, p. 25.
93. Petrulionienė Ž., „Psychosocialiniai rizikos veiksniai ir širdies ligos: kaip padėti pacientui?“, Kardiologijos aktualijos, 2018 /1(1), ISSN 2538-810, p. 70.
94. Petrulionienė Ž., „Psychosocialiniai rizikos veiksniai ir širdies ligos: kaip padėti pacientui?“, Kardiologijos aktualijos, 2018 /1(1), ISSN 2538-810, p. 81.
95. World Health Organization Regional Office for Europe, „Frequently asked questions about salt in the WHO European Region“, žiūrėta: 2020-01-17, prieiga: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2011/10/reducing-salt-intake/frequently-asked-questions-about-salt-in-the-who-european-region>>.
96. Zaleckis D., „Terapinė kalio ir magnio koncentracijų svarba širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai“, Lietuvos gydytojų žurnalas, 2018 m. Nr. 10(113), 63-65 p. ISSN 1648-3154
97. Zaleckis D., „Efektyvi sistolinio AKS korekcija- geresnis baigčių valdymas“, Lietuvos gydytojų žurnalas, 2018 m. Nr. 7, ISSN 1648-3154, p. 65.
98. Veryga A., Liutkutė V., Štelemėkas M., „Alkoholio ir tabako kontrolės tendencijos“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013, p. 37.
99. World Health Organization, „Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020“, 2013, Geneva, žiūrėta 2020-01-14, prieiga: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
100. Zolubienė E., Everatt R., „Šeimos gydytojų rūkymo paplitimas ir jų pasirengimas teikti pagalbą pacientams, metantiems rūkyti“, Visuomenės sveikata, 2015/ 2 (69), p. 9.
101. Zolubienė E., Everatt R., „Šeimos gydytojų rūkymo paplitimas ir jų pasirengimas teikti pagalbą pacientams, metantiems rūkyti“, Visuomenės sveikata, 2015/ 2 (69), p. 11-12.
102. Marchetti P., Voltz R., Rubio C., Mayeur D., Kopf A. „Provision of palliative care and pain management services for oncology patients“, 2013, žiūrėta: 2020-01-20, prieiga internete: <https://jncn.org/view/journals/jncn/11/suppl_1/article-pS-17.xml>
103. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpelä A., „Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika“, Visuomenės sveikata, 2011, Nr. 3(38), Kaunas, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS_2007_3\(38\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS_2007_3(38).pdf)
104. Redakcijos skiltis, „Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai“, 2011/2(53), žiūrėta:2020-02-29, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2\(53\)/VS_2011_2\(53\)_redakcijos_skiltis.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2(53)/VS_2011_2(53)_redakcijos_skiltis.pdf).

105. Lietuvos respublikos seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, 2014 m. Birželio 26 d. Nr. XII-964, Vilnius, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>.

106. Misevičienė I., Špečkauskienė V., „Sveikata 2020“ politikos raida: jaunimo sveikata“, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2017.1\(76\)/VS%202017%201\(76\)%20ORIG%20Sveikata%202020.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2017.1(76)/VS%202017%201(76)%20ORIG%20Sveikata%202020.pdf).

107. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos Nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, 1991 m. spalio 30 d. Nr. I-1939, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.3044?jfwid=-15uh8wytd>

108. Lietuvos respublikos seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, Vilnius, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i0jd2Pd1Hj8J:https://e-seimas.lrs.lt/rs/legalact/TAD/TAIS.60036/format/ISO_PDF/+&cd=3&hl=en&ct=clnk&gl=lt&client=safari,
ri,

109. Gustaitienė L., „Sveikatos priežiūros politika ir organizacija: medžiaga paskaitomas sveikatos psichologijos specializacijos magistrantams“, Kaunas: VDU leidykla, 2003.

110. Jankauskienė D., Pečiūra R., „Sveikatos politika ir valdymas“, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2007, p. 96.

111. Žemaitienė N., Bulotaitė L., Jusienė R., Veryga A., „Sveikatos psichologija“, Vilnius, 2011, Tyto alba, p. 49.

112. Pečiūra R., Gurevičius R., Jankauskienė D., „Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas“, Sveikatos politika ir valdymas, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/view/548/511>,

113. Lietuvos respublikos vyriausybė nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006–2008 metų plano patvirtinimo“, 2001 m. Liepos 27 d. Nr. 941, Vilnius, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.146046/asr>.

114. Lietuvos respublikos seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, 2011 m. Birželio 7 d. Nr. Xi-1430, Vilnius, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=q86m1vsxj&documentId=TAIS.401152&category=TAD>

115. Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo, 2015, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga internete: < <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35c41ab0a3c411e59010bea026bdb259> > ,

116. Jacob Z., „Sveikata 2020“ - siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje“, Visuomenės sveikata, 2013/ 4 (63), p. 8.

117. Redakcijos skiltis, „Sveikata 2020“ – Siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje“, Visuomenės sveikata, 2013/ 4 (63), p. 9.

118. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913, „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2020-01-25, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675?jfwid=-fxdp7jue>.

119. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus, „Dėl ligų prevencijos programų vykdymo stebėsenos tvarkos aprašas“, 2006 m. kovo 29 d. įsakymų Nr.1K-43, Vilnius, p. 2.

120. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ 2007 m. rugsėjo 5 d. Nr. V-717, Vilnius.

121. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus, „Dėl ligų prevencijos programų vykdymo stebėsenos tvarkos aprašas“, 2006 m. kovo 29 d. įsakymų Nr.1K-43, Vilnius, p. 2.

122. Redakcijos skiltis, „Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai“, 2011/ 2 (53), žiūrėta : 2020-02-29, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2\(53\)/VS_2011_2\(53\)_redakcijos_skiltis.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2(53)/VS_2011_2(53)_redakcijos_skiltis.pdf).

123. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo nauja redakcija, Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įsakymas“, žiūrėta:2020-03-01 prieiga: <http://www.infolex.lt/ta/24188:str1>,

124. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įsakymas 15 str. 2007 05 24 įstatymu Nr. X-1151 (nuo 2007 07 01), (Žin., 2007, Nr. 64-2456), žiūrėta: 2020-03-0, prieiga: <http://www.infolex.lt/ta/98090:str15>

125. Tarptautinių žodžių žodynas 2013. Redaktorių taryba: Angelė Kaulakienė. Vilnius: Alma littera.

126. Buškevičiūtė J., Raipa A., „Sprendimai šiuolaikinio viešojo valdymo evoliucijoje“, Viešoji politika ir administravimas, 2011, T. 10, Nr. 1, p. 17–26.

127. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro į s a k y m a s ”Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. Programos patvirtinimo“, 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642, Vilnius, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/rs/actualedition/TAIS.242167/NMcjmUyGHe/>.

128. Rosen, E. D. „Improving Sector Productivity“, Concept and Practice, London: Sage Publication, 1993, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: https://books.google.lt/books?hl=en&lr=&id=QMww4d4TyZ8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Rosen,+E.D.+Improving+Sector+Productivity.+Concept+and+Practice.+London:+Sage+Publication,+1993.&ots=wxp853_bhX&sig=NS9WOqX3cQxYzHZX1RnScExqTb4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

129. Vaidelytė E., Žilinskas G., Rauleckas R., „Piliečių įtrauktis į viešąjį valdymą teorinės apibrėžtys“, Mokslinių straipsnių rinkinys Visuomenės saugumas ir viešoji tvarka, 2016 (16), p. 253-268.
130. Puškorius S. „Bendradarbiavimo efektyvumas“, Viešoji politika ir administravimas, 2007, Nr. 20, ISSN 1648-2603, p. 24-31.
131. Povilanskienė R., Jurkuvėnas V., „Visuomenės sveikatos programų vertinimas“, Visuomenės sveikata, 2009/ 4 (47), žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2009.4\(47\)/Visuomenes%20sveikatos%20programu%20vertinimas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2009.4(47)/Visuomenes%20sveikatos%20programu%20vertinimas.pdf),
132. Povilanskienė R., Jurkuvėnas V., „Visuomenės sveikatos programų vertinimas“, Visuomenės sveikata 2009/ 4 (47), žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2009.4\(47\)/Visuomenes%20sveikatos%20programu%20vertinimas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2009.4(47)/Visuomenes%20sveikatos%20programu%20vertinimas.pdf),
133. Nepriklausomi ekspertai teigiamai įvertino prevencinių programų efektyvumą, žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: <https://www.vilniaustlk.lt/index.php?id=519>.
134. Petronytė G., Kanapeckienė V., Eigirdaitė A., Jurkuvėnas V., „Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai“, Visuomenės sveikata, 2013/ 2 (61), žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: [http://hi.simplit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2\(61\)/VS%202013%202\(61\)%20ORIG%20S%20gyventoju%20informuotumas.pdf](http://hi.simplit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2(61)/VS%202013%202(61)%20ORIG%20S%20gyventoju%20informuotumas.pdf).
135. Vasiliauskaitė K., Mazurkienė A., Slušienė A., „Prevencinių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai“, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2012, p. 69.
136. Valstybinė ligonių kasa, „Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa“, žiūrėta: 2020-01-15, prieiga internete : http://vilniaustlk.lt/failai/istaigoms/prevencines/2016/sir_2016_4.pdf.
137. Pagrindinės Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos įgyvendinimo sėkmės prielaidos, Visuomenės sveikata, 2014/ 3 (66), p. 5.
138. Lietuvos Respublikos seimo nutarimas „Dėl sveikatos tausojimo ir stiprinimo politikos gairių patvirtinimo“, 2019 m. liepos 9 d. Nr. XIII-2304, Vilnius, žiūrėta: 2020-02-29, prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=y0intm8bt&documentId=f0d5f572a6eb11e9aab6d8dd69c6da66&category=TAD>.
139. Eigirdaitė A., Kanapeckienė V., Petronytė G., Jurkuvėnas V., „Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu“, Visuomenės sveikata, 2013, 2 (61), p. 24.
140. Valstybinė ligonių kasa, žiūrėta: 2020-01-18, prieiga: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa>
141. Redakcijos skiltis, „Sveikatos profilaktikos dilemos ir iššūkiai šiuolaikinei visuomenei“, Visuomenės sveikata, 2011/ 4(55), žiūrėta: 2020-03-01, prieiga: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.4\(55\)/VS_2011_4\(55\)_redakcija.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.4(55)/VS_2011_4(55)_redakcija.pdf).

142. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, p. 8.
143. Redakcijos skiltis, „Lietuvos sveikatos rodikliai 27 ES šalių kontekste“, Visuomenės sveikata 2013/ 1 (60), ISSN 1392-2696, p. 5.
144. Žitkienė R., Mačerinskienė I., „Magistro baigiamojo darbo rengimo tvarka“, Vilnius, 2014.
145. Maslauskaitė A., „Mokslo tiriamojo darbo metodologijos pagrindai“, Vilnius, 2008, ISBN 978-9955-423-73-7.
146. Bitinas B., Rupšienė L., Žydžiūnaitė V., „Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams“, Klaipėda, S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008, p. 225.
147. Kardelis K., „Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai“, 2-asis leidimas, Šiauliai, 2002.

ANOTACIJA

Asta Teišerskienė. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos efektyvumas Kėdainių rajone. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė Prof. Dr. Marija Čaplinskienė, Mykolo Romerio Universitetas, Vilnius, 2020.

Magistrinio baigiamajame darbe įvertintas Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymo efektyvumas Kėdainių rajone šeimos gydytojų ir pacientų požiūriu. Nagrinėti programos organizavimo ir vykdymo principai, asmenų dalyvavimo programoje aspektai. Iškeltos programos vykdymo problemos ir pateikti pasiūlymai joms spręsti. Teorinėje dalyje apžvelgta sveikatos priežiūros esmė, prevencinių programų aktualumas, širdies ir kraujagyslių prevencinės programos būtinybė, prevencinių programų efektyvumo vertinimo kriterijai. Atlikta širdies ir kraujagyslių ligų vykdymo statistinių duomenų analizė. Atlikta mirtingumo ir sergamumo širdies ir kraujagyslių ligomis statistinė duomenų analizė.

Raktažodžiai: širdies ir kraujagyslių liga, prevencinės programa, efektyvus programos vykdymas.

ANNOTATION

Asta Teišerskienė. Effectiveness of the program of selection and prevention measures for persons belonging to the high-risk group of cardiovascular diseases in Kėdainiai district. Master's thesis. Supervisor Prof. Dr. Marija Čaplinskienė, Mykolas Romeris University, Vilnius, 2020.

The Master thesis evaluated the effectiveness of the program of selection and prevention measures for persons belonging to the high-risk group of cardiovascular diseases in Kėdainiai district from the point of view of GPs and patients. The principles of program organization and implementation, aspects of personal participation in the program were analyzed. Problems of program implementation were raised and suggestions to solve them were made. The theoretical part reviews the essence of health care, the relevance of prevention programs, the necessity of a cardiovascular prevention program, the criteria for evaluating the effectiveness of prevention programs. The analysis of cardiovascular disease execution statistics was made. Statistical analysis of cardiovascular mortality and morbidity was performed.

Keywords: cardiovascular disease, preventive program, effective program execution.

SANTRAUKA

Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje buvo ir tebėra pagrindinė mirties priežastis. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų užima pirmąją vietą tarp visų mirties atveju. Auga ne tik mirtingumas, bet taip pat įvairių negalių, atsirandančių po šių ligų, skaičius.

Darbo tema- širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimas Kėdainių rajono savivaldybėje.

Darbo tikslas- Įvertinti širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vykdymo efektyvumą Kėdainių rajono savivaldybėje. Todėl buvo atliktas kiekybinis tyrimas (apklausti pacientai, kurie atitinka tikslinę tiriamųjų amžiaus grupę pagal asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupes, atrankos ir prevencijos priemonių programos reikalavimus) ir kokybinis tyrimas (šėimos gydytojų interviu panaudojant struktūrizuota klausimyno formą).

Darbe išskelti keturi uždaviniai: 1) Išnagrinėti ir įvertinti, asmenų priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos efektyvumo teorinius aspektus. 2) Išanalizuoti širdies ir kraujagyslių ligų sergamumo ir mirtingumo statistinius duomenis bei įvertinti programos įgyvendinimo rezultatus Lietuvoje ir Kėdainiu rajono savivaldybėje. 3) Atlikti širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vykdymo efektyvumo tyrimą pacientų, šėimos gydytojų, požiūriu Kėdainių rajono savivaldybėje.

Tam, kad darbe būtų įgyvendintas išskeltas tikslas ir uždaviniai, naudoti tyrimo metodai, t.y. mokslinės ir metodinės literatūros analizė, pacientų anketinė apklausa ir šėimos gydytojų struktūrizuotas interviu. Atlikus širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vertinimą Kėdainių rajono savivaldybėje nustatyta, kad didžioji dalis apklaustųjų dalyvauja širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje, dalyvavimo tyrime dažnį didžioji dalis įvertino kas metus dalyvaujantis širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje. Dauguma pacientų dalyvaujantis programoje buvo pakviesti šėimos gydytojo ar slaugytojos. Pacientams nedalyvavusiems širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje trūksta daugiau informacijos apie programą. Atlikus šėimos gydytojų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programų vertinimą, vykdytojų požiūriu, buvo išsiaiškinta, jog dauguma šėimos gydytojų dėl laiko stokos skiriamo pacientui, negali efektyviai vykdyti prevencinės programos. Dauguma šėimos gydytojų įvardijo motyvacijos trūkumą tiek gydytojų požiūriu, tiek pacientų požiūriu, bei įvardijo informacijos trūkumą pacientams apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą.

Raktažodžiai: širdies ir kraujagyslių liga, efektyvumas, prevencinė programa.

SUMMARY

Cardiovascular diseases in Lithuania, as in the whole of Europe, were and still are the main cause of death. Mortality from cardiovascular diseases ranks first among all deaths. Not only is mortality rising, but so is the number of different disabilities that occur after these diseases.

The topic of the thesis is the evaluation of the effectiveness of the cardiovascular disease prevention program in Kėdainiai district municipality.

The aim of the thesis was to evaluate the efficiency of the implementation of the cardiovascular prevention program in Kėdainiai district municipality. Therefore, a quantitative research (interviewing patients who meet the target age group according to the requirements of the high-risk groups of individuals assigned to cardiovascular disease, a program of screening and prevention measures) and a qualitative research (interviewing GPs using a structured questionnaire) were performed.

Four objectives were set in the thesis: 1) To examine and evaluate the theoretical aspects of the effectiveness of the program of financing and selection of prevention measures for persons assigned to the high-risk group of cardiovascular diseases. 2) To analyze cardiovascular morbidity and mortality statistics and to evaluate the results of the program implementation in Lithuania and Kėdainiai district municipality. 3) To carry out a research of the effectiveness of the implementation of the cardiovascular prevention program from the point of view of patients, GPs in Kėdainiai district municipality. 4) To provide recommendations and suggestions for more effective implementation of the cardiovascular disease prevention program.

In order to achieve the set aim and objectives, the research methods were used, i. e., analysis of scientific and methodological literature, patient questionnaire survey and structured interviews with GPs. After the evaluation of the cardiovascular disease prevention program in Kėdainiai district municipality, it was established that the majority of respondents participate in the cardiovascular disease prevention program, the frequency of participation in the study was mostly estimated by those participating in the annual cardiovascular disease prevention program. Most patients participating in the program were referred to a GP or nurse. For patients who did not participate in the cardiovascular disease prevention program, more information about the program is lacking. The evaluation of cardiovascular disease prevention programs by GPs, from the point of view of the executors, revealed that most GPs are not able to effectively implement the prevention program due to lack of time allocated to the patient. Most GPs identified a lack of motivation from both a physician and patient perspective, as well as a lack of information to patients about the cardiovascular disease prevention program.

Keywords: cardiovascular disease, efficacy, prevention program.

PRIEDAI

Priedas Nr. 1

INTERVIU KLAUSIMYNAS ŠEIMOS GYDYTOJAMS

1. Kaip Jūs vertinate širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumą Jūsų darbovietėje?
2. Kaip manote ar Kėdainiu rajone širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa atliekama efektyviai? Ar keičiasi mirtingumo rodikliai nuo širdies ir kraujagyslių ligų? Ar ankščiau diagnozuojamos širdies ir kraujagyslių ligos?
3. Jūsų nuomone ar pakanka širdies ir kraujagyslių ligų prevencinei programai tyrimu pirminiame lygyje? Ar reikėtų sąrašą koreguoti?
4. Kaip padidinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos atlikimo apimtį Jūsų įstaigoje? Kokiu turėtumėte pasiūlymų?
5. Kaip Jus organizuojate Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdymą? Kaip kviečiate pacientus dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje?
6. Ar susiduriate su problemomis, dėl kurių negalite informuoti visų pas Jus apsilankančių pacientų, kuriems priklauso ŠKL prevencinė programa? Kaip tai galima būtų išspręsti?
7. Ką manote apie esamus šeimos gydytojų darbo krūvius ir galimybę rasti pacientui laiko, pokalbiui apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą, profilaktikos priemones bei patarimus kaip stiprinti ir išsaugoti pacientui sveikatą?
8. Kaip įstaiga motyvuoja darbuotojus atlikti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą. Kokiomis priemonėmis tai būtų galima padaryti?
9. Jūsų nuomonė kokios pagrindinės spragos ir kliūtis yra sėkmingam programos įgyvendinimui? Jūsų pasiūlymai širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo gerinimui?

KLAUSIMYNAS PACIENTAMS

Gerbiamas Respondente,

Esu Mykolo Romerio universiteto, viešojo valdymo fakulteto, politikos mokslų instituto studentė Asta Teišerskienė. Šiuo metu atlieku tyrimą, kurio tikslas ištirti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumą Kėdainių rajone. Šios anketos duomenys bus konfidencialūs ir naudojami tik mokslo tikslais.

Maloniai prašau Jus atsakyti į anoniminius tyrimo klausimus. Atsakydami į juos, pažymėkite tą atsakymo variantą, kuris Jums labiausiai tinka.

Dėkoju už bendradarbiavimą ir nuoširdžius atsakymus.

1. Koks Jūsų amžius?

- a. 40- 45m.
- b. 46- 50m.
- c. 51- 55m.
- d. 56- 60m
- e. 61- 65m.
- f. 66 m. ir daugiau

2. Jūsų lytis:

- a. Moteris
- b. Vyras

3. Gyvenamoji vieta?

- a. Kaimas
- b. Miestas

4. Jūsų išsilavinimas?

- a. Pradinis, pagrindinis
- b. Vidurinis
- c. Specialus pagrindinis (profesinis)
- d. Aukštesnysis
- e. Aukštasis

5. Socialinė padėtis?

- a. Darbuotoja(s)
- b. Bedarbis
- c. Pensininkas(ė)
- d. Invalidas(ė)

6. Kur dirba Jūsų šeimos gydytojas?

- a. Kėdainių pirminiame sveikatos priežiūros centre
- b. Ambulatorijoje
- c. Kėdainių šeimos klinikoje

7. Prieš kiek metų pasirinkote dabartinį šeimos gydytoją?

- a. Prieš 1 m.
- b. Prieš 5 m.
- c. Prieš 10 m.
- d. Prieš daugiau nei 10 m.

8. Kiek Jus vidutiniškai kartų per metus lankotės pas šeimos gydytoją?

- a. Niekada ne esu buvęs
- b. 1-2 kartus per metus
- c. 3 ir daugiau kartus per metus
- d. Kiekvieną mėnesį

9. Jūsų nuomone, nuo kokių ligų daugiausia miršta žmonių Lietuvoje?

- a. Onkologinės ligos
- b. Kvėpavimo takų ligos
- c. Traumos/ apsinuodijimai
- d. Infekcinės ligos
- e. Širdies ir kraujagyslių ligos

10. Kaip manote ar turite širdies ir/ ar kraujagyslių sistemos sutrikimų?

- a. Taip
- b. Ne
- c. Nežinau

11. Ar esate girdėjęs apie šiuo metu vykdoma, valstybės finansuojama širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą Lietuvoje?

- a. Taip
- b. Ne

12. Ar Jus dalyvaujate širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje?

- a. Dalyvauju
- b. Nedalyvauju (toliau žiūrėti nuo 20 klausimo)

13. Iš kur Jus sužinojote apie širdies ir kraujagyslių prevencinę programą?

- a. Informavo šeimos gydytojas
- b. Informavo bendrosios praktikos slaugytoja
- c. Žiniasklaida(televizija, radijas, spauda, internetas)
- d. Iš draugų/ artimųjų sužinojau
- e. Ne esu girdėjas(-usi) apie šia programą

14. Kiek kartų esate dalyvavęs širdies ir kraujagyslių prevencinėje programoje?

- a. Dalyvauju kas metus
- b. Vieną kartą
- c. Du ir daugiau kartu

15. Kas Jus pakvietė dalyvauti šioje programoje?

- a. Bendrosios praktikos gydytojas
- b. Bendrosios praktikos slaugytoja
- c. Pats nusprendžiau
- d. Turėjau nusiskundimu

16. Ar rekomenduotumėte savo artimiesiems sudalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje?

- a. Taip
- b. Ne
- c. Tik kitoje įstaigoje

17. Ar po širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos atliktų tyrimų, Gydytoja ar/ ir slaugytoja Jus informavo apie tyrimų rezultatus?

- a. Taip
- b. Ne

18. Kaip vertinate širdies ir kraujagyslių prevencinės programos organizavimo tvarką savo pirminiame sveikatos priežiūros centre?

- a. Labai gerai
- b. Vidutiniškai
- c. Gerai
- d. Blogai

19. Ar esate pakankamai savo šeimos gydytojo motyvuotas dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje?

- a. Visiškai pakankamai
- b. Pakankamai
- c. Nepakankamai
- d. Visiškai nepakankamai

20. Dėl kokių priežasčių nedalyvaujate širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje?

- a. Trūksta laiko
- b. Trūksta informacijos apie šią programą
- c. Niekas neinformavo, kad galiu dalyvauti programoje
- d. Nežinau

21. Ar turite žalingų įpročių(rūkymas, alkoholis, kt)?

- a. Taip
- b. Ne

22. Koks Jūsų arterinis kraujo spaudimas?

...../.....

23. Ar Jūsų šeimoje yra asmenų sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis?

- a. Taip (įvardinkite kokiomis).....
- b. Ne

24. Ar Jūsų šeimoje buvo mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų?

- a. Taip (įvardinkite nuo kokių).....
- b. Ne

25. Jūsų nuomonė ar reikalinga širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa?

- a. Labai reikalinga
- b. Reikalinga
- c. Vidutiniškai reikalinga
- d. Nereikalinga
- e. Labai nereikalinga
- f. Neturiu nuomonės

Forma patvirtinta
Mykolo Romerio universiteto
Senato 2016 m. gegužės 9 d. nutarimu Nr. 1SN-44

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

2020-04 - 20
Vilnius

Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas),

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETO, POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTO
(fakulteto / instituto, programos pavadinimas)

Studentas (-ė) ASTA TEIŠERSKIENĖ
(vardas, pavardė)

patvirtinu, kad šis rašto darbas / bakalauro / magistro baigiamasis darbas

„ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS
ĮGYVENDINIMO KEDAINIŲ RAJONE EFEKTYVUMO VERTINIMAS“

1. Yra atliktas savarankiškai ir sąžiningai;
2. Nebuvo pristatytas ir gintas kitoje mokslo įstaigoje Lietuvoje ar užsienyje;
3. Yra parašytas remiantis akademinio rašymo principais ir susipažinus su rašto darbų metodiniais nurodymais.

Man žinoma, kad už sąžiningos konkurencijos principo pažeidimą – plagijavimą studentas gali būti šalinamas iš Universiteto kaip už šiurkštų akademinės etikos pažeidimą.

Atliktas
(parašas)

ASTA TEIŠERSKIENĖ
(vardas, pavardė)