

PAGRINDINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PROFILAKTIKOS PROGRAMŲ NEPAKANKAMO NAUDOJIMO LIETUVOJE PRIEŽASTYS

KRISTUPAS ŽEGUNIS¹, RIMANTAS STAŠYS²

Klaipėdos universitetas (Lietuva)

ANOTACIJA

Straipsnyje tiriamos ir analizuojamos nepakankamo sveikatos priežiūros profilaktikos programų naudojimo priežastys. Siekiama nustatyti pagrindinius veiksnius ir priežastis, lemiančius nepakankamą sveikatos priežiūros profilaktikos programų naudojimą Lietuvoje. Įgyvendinant šį tikslą analizuota mokslinė literatūra, atliktas kokybinis tyrimas – interviu, duomenų analizei pasirinktas teminis metodas, suformuluoti apibendrinimai ir išvados. Atliktas kokybinis tyrimas atskleidė nemažai prevencinės sveikatos priežiūros gerinimo Lietuvoje galimybių, ypač sprendžiant problemas, kurios susijusios su neužkrečiamosiomis ligomis ir jų prevencija. Siekiant įveikti vykdam tyrimą nustatytas prieinamumo, komunikacijos, psichologines kliūtis ir spręsti sisteminės neefektyvumo problemas, suinteresuotosioms šalims rekomenduojama puoselėti tarpusavio bendradarbiavimą, rinktis veiksmingas strategines priemones, propaguojančias sveikatos priežiūros profilaktikos programas. Siekiant ugdyti prevencijos kultūrą ir gerinti bendrą sveikatos būklę, būtina įtraukti visas bendruomenės suinteresuotąsias šalis, įskaitant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, politikos formuotojus ir visuomenę.

PAGRINDINIAI ŽODŽIAI: *lėtinės neinfekcinės ligos, profilaktikos programos, prevencijos skatinimas.*

JEL KLASIFIKACIJA: I11, M38, M51.

DOI: <https://doi.org/10.15181/rfds.v44i3.2642>

Įvadas

Neužkrečiamosios ligos yra pagrindinė mirties priežastis visame pasaulyje – jos nulemia 74 proc. visų mirčių, nuo kurių kasmet miršta apie 41 mln. žmonių (World Health Organization, 2024). Šis scenarijus ypač ryškus Lietuvoje, kur neužkrečiamosios ligos nulemia didelę dalį visų mirčių. 2024 m. atliktas tyrimas atskleidė, kad 2023 m. 100 tūkst. 0–74 m. amžiaus Lietuvos gyventojų teko 399,4 mirusiųjų nuo prevencinėmis priemonėmis galimų išvengti mirčių priežasčių (Skripkaitis, Našlėnė, 2024). Didžiulė neužkrečiamųjų ligų našta ne tik kelia iššūkių visuomenės sveikatai, bet ir didina sveikatos priežiūros sistemų apkrovą, tad būtina kuo skubiau parengti veiksmingas prevencijos strategijas (Bloom ir kt., 2011).

Prevencinė sveikatos priežiūra leistų sumažinti neužkrečiamųjų ligų poveikį. Tyrimai atskleidė, kad tikslingos profilaktikos programos gali mažinti su šiomis ligomis susijusias sunkias komplikacijas ir mirtingumo atvejų skaičių. Pavyzdžiui, vėžio priežiūros srities tyrimai atskleidė, kad iki 30 proc. vėžio atvejų galima išvengti taikant pirmines prevencines priemones, dar 30 proc. atvejų galima sėkmingai gydyti, vėžį diagnozavus gana anksti (Alwan, 1997). Šie įtikinami statistiniai duomenys atskleidžia būtinybę imtis plataus masto patikros ir intervencijos iniciatyvų. Tačiau siekiant pasinaudoti šiais privalumais dažnai kyla sunkumų, nes žmonės nepakankamai išnaudoja turimus išteklius. Kaip rodo atliktas tyrimas, tai gali lemti įvairūs veiksniai,

¹ Kristupas Žegunis – vadybos studijų doktorantas, Klaipėdos universiteto Vadybos katedra
Moksliniai interesai: sveikatos priežiūros vadyba, lėtinių ligų prevencija
El. paštas: zegunis.kristupas@gmail.com

² Rimantas Stašys – socialinių mokslų daktaras, profesorius, Klaipėdos universiteto Vadybos katedra
Moksliniai interesai: sveikatos priežiūros paslaugų valdymas, inovacijų procesas, naujų produktų kūrimas
El. paštas: rimantas.stasys@ku.lt
Tel. +370 (46) 398 628

įskaitant nepakankamą informuotumą, socialines ir ekonomines kliūtis, psichologinius barjerus, tokius kaip baimė ir fatalizmas dėl sveikatos problemų. Šiame straipsnyje ir siekiama išsamiai išnagrinėti šiuos iššūkius Lietuvos sveikatos politikos kontekste.

Šiuo metu Lietuvoje vykdomos penkios pirminės profilaktikos (t. y. prevencijos) programos, kurias kompensuoja Valstybinė ligonių kasa, jos apima gimdos kaklelio, krūties ir storosios žarnos vėžio tyrimus, širdies ir kraujagyslių ligų vertinimą bei priešinės liaukos prevencijos iniciatyvas. Nepaisant jų svarbos, vidutinis dalyvavimo šiose programose lygis siekia tik apie 50 proc. (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2024), tai rodo didelį atotrūkį tarp prieinamumo ir visuomenės įsitraukimo. Veiksmingos vėžio atrankinės patikros programos gali mažinti mirtingumo rodiklius, tačiau visuomenės dalyvavimas jose vis dar nuvilia, nes žmonės klaidingai supranta atrankines patikras, susiduria su prieinamumo problemomis ir kultūriniu požiūriu į sveikatos priežiūrą (Pashayan ir kt., 2020; Roy ir kt., 2020). Pažymėtina, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poveikis sudarant palankesnes sąlygas naudotis profilaktikos programomis yra didžiulis. Pasitikėjimas medicinos specialistais atlieka lemiamą vaidmenį priimant individualius sprendimus dalyvauti prevencinėse sveikatos iniciatyvose (Brennan ir kt., 2013). Tad norint pagerinti dalyvavimo rodiklius ypač svarbu, kad šių paslaugų teikėjai kauptų žinias ir būtų motyvuoti teikti profilaktikos paslaugas (Karaferis ir kt., 2022).

Mokslinė problema – kodėl Lietuvos gyventojai nepakankamai naudojami esamomis profilaktinėmis sveikatos programomis?

Tyrimo tikslas – nustatyti pagrindinius veiksnius ir priežastis, lemiančius nepakankamą sveikatos priežiūros profilaktikos programų vykdymą Lietuvoje.

Tyrimo metodai: atliekant analizę laikytasi tarpdalykinio požiūrio, kuris susieja visuomenės sveikatos ir valdymo disciplinų įžvalgas. Rengiant literatūros apžvalgą pasirinkti literatūros sisteminimo ir apibendrinimo metodai. Empiriniam tyrimui pasitelktas kokybinis tyrimas – interviu, duomenų analizei – teminė analizė.

1. Literatūros apžvalga

Paskatų sistema vadybos požiūriu ypač svarbi skatinant naudotis prevencinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis (Choudry, Ganti, 2024). Elgsenos teorijos, tokios kaip sveikatos įsitikinimų modelis ir planuojamos elgsenos teorija, leidžia suprasti, kaip asmeniniai įsitikinimai, suvokiamos kliūtys ir socialinės normos veikia su sveikata susijusių sprendimų priėmimą (Ajzen, 1991; Jones ir kt., 2015). Integruojant šias teorijas su praktinėmis žiniomis apie sveikatos priežiūros sistemą galima sukurti veiksmingas tikslines intervencines priemones, kurios leistų šalinti skirtingoms demografinėms grupėms kylančias kliūtis.

Valdymo strategijos gali skatinti aktyviau dalyvauti profilaktikos programose, tad ypač svarbu apsvarstyti įvairias strategines paskatas (Wang, Lo, 2022). Tai gali būti piniginis atlygis, informuotumo didinimo kampanijos ir logistinė parama, pvz., mobilieji atrankinės patikros skyriai, įrodę savo veiksmingumą didinant prieinamumą ir dalyvavimą įvairiose sveikatos iniciatyvose (Abduljawad, Al-Assaf, 2011). Sveikatos priežiūra lyčių aspektu ypač svarbi, siekiant gerinti vyrų sveikatą, nes vyriškumas neatsiejamas nuo kitų socialinių veiksnių ir lemia pagalbos paieškas, dalyvavimą pirminėje sveikatos priežiūroje ir pacientų rezultatus (Seidler, ir kt., 2024).

Diegiant skaitmeninius sveikatos sprendimus, įskaitant mobiliąsias sveikatos programas ir nuotolinę sveikatą, svarbus vaidmuo tenka visuomenės įsitraukimui į prevencinę priežiūrą. Šios skaitmeninės inovacijos gali pagerinti pacientų švietimą ir padidinti prevencinių paslaugų prieinamumą (Kuwabara, Su, Krauss, 2020). Remdamiesi šiais pasiekimais, politikos formuotojai gali sukurti palankesnę aplinką, kad asmenys galėtų dalyvauti prevencinėse sveikatos priežiūros iniciatyvose. Be to, nuolatinis dabartinių programų vertinimas, grindžiamas dalyvių atsiliepimais, ypač svarbus siekiant optimizuoti jų efektyvumą ir aktualumą. Programų vertinimo sistemingumas leidžia nustatyti paslaugų teikimo spragas ir pritaikyti atitinkamą sveikatos stiprinimo strategiją (Adams, Neville, 2020).

2. Tyrimo metodika

Numatytam tyrimui pasirinktas kokybinis tyrimas – interviu, o duomenų analizei – teminė analizė. Kokybinis tyrimas atliktas 2024 m., siekiant nustatyti, naudojimosi prevencinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje veiksniai. Vykdamas tyrimą atlikti išsamūs pokalbiai su 16 pagrindinių Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos suinteresuotųjų šalių, įskaitant Lietuvos Respublikos Seimo narius, Valstybinės ligonių kasos atstovus, Sveikatos apsaugos ministerijos pareigūnus, pagrindines pacientų organizacijas ir pirminės sveikatos priežiūros centrus visoje šalyje.

Duomenų rinkimas. Dalyviai buvo tikslingai atrinkti taip, kad būtų galima susidaryti skirtingas nuomones apie dabartinę situaciją ir su prevencine sveikatos priežiūra Lietuvoje susijusius iššūkius. Kiekvienas pokalbis vyko pusiau struktūruotu formatu, tad buvo galima užduoti tikslingus klausimus ir palaikyti atviras diskusijas, kurios leido apimti platų įžvalgų bei patirties spektrą.

Duomenų analizė. Siekiant išlaikyti duomenų vientisumą, pokalbiai pažodžiui transkribuoti, vėliau, remiantis K. Charmaz'o (2006) parengta metodika, vyko kodavimo procesas, kurį sudarė trys etapai:

Atvirasis kodavimas. Šiame pradiniam etape kruopščiai perskaitytos transkripcijos ir priskirti preliminari kodai svarbiems teiginiams, temoms ir modeliams, kurie išryškėjo iš duomenų. Šiuo suskirstymu siekta sudėtingą informaciją padaryti suprantamesnę ir išryškinti paskiras dalyvių iškeltas idėjas ar klausimus.

Ašinis kodavimas. Susiję kodai sugrupuoti, kad būtų galima sukurti platesnes kategorijas. Šiame etape daugiausia dėmesio skirta modeliams ir ryšiams tarp skirtingų kodų nustatyti, kad būtų galima išsamiau plėtoti temas, susijusias su naudojimosi prevencinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Atrankusis kodavimas. Paskutiniame etape tikslintos kategorijos ir subkategorijos, siekiant sukurti nuoseklų pasakojimą pagrindinėmis temomis. Tai leido sujungti rezultatus į struktūruotą sistemą, kuri pabrėžia pagrindinius kokybinių duomenų reiškinius ir ryšius.

Vykdamas kokybinius tyrimus ypač svarbu nustatyti kategorijas ir subkategorijas, nes jos padeda struktūruotai aiškinti sudėtingus duomenis. Struktūruotas skirstymas į kategorijas neapdorotus duomenis paverčia prasmingomis įžvalgomis, kurios atskleidžia naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis kliūtis ir veiksniai, suinteresuotųjų šalių požiūrį ir sisteminės problemas (Corbin, Strauss, 2008). Ši metodika leidžia mums:

- nustatyti pagrindines temas: kategorizavimo procesas atskleidžia aktualiausias iš jų;
- suprasti santykius: nustatčius pakategorę galima analizuoti subtilius įvairių veiksmų ryšius ir jų bendrą poveikį suvokimui bei elgesiui;
- pateikti išsamias įžvalgas: organizuotas duomenų grupavimas leidžia susidaryti išsamų tyrimo objekto vaizdą, tad galima parengti politines rekomendacijas ir tikslines intervencines priemones (Creswell, Poth, 2016).

Toliau pristatomi kokybinio tyrimo rezultatai, kurie atskleidžia subtilias prevencinės sveikatos priežiūros gerinimo Lietuvoje iššūkių ir galimybių įžvalgas.

3. Tyrimo rezultatai

2024 m. atliktas kokybinis tyrimas sudarė galimybę geriau suprasti esamas kliūtis ir priimti sprendimus, kaip pagerinti naudojimąsi prevencinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje. Surinkus kokybinio tyrimo duomenis ir atlikus jų analizę, nustatytos septynios pagrindinės šiam tyrimui būdingos kategorijos (žr. 1 paveikslą).



1 pav. Kokybinio tyrimo rezultatų kategorijos

Kiekvienai pirmajame paveiksle paminėtai kategorijai nustatyta po tris subkategorijas. Išskirtos šios profilaktikos programos prieinamumo subkategorijos: galimybė naudotis paslaugomis (regioninis programų pasiskirstymas ir prieinamumas); vizito pas gydytoją planavimas (pacientų galimybė planuoti vizitą pas gydytoją ir klinikų darbo laikas); informacijos sklaida (su programa susijusios informacijos aiškumas ir pasiekiamumas).

Vykdam tyrimą suformuluota reikšminga išvada – išliekanti prieinamumo problema, ypač susijusi su regioniniais sveikatos priežiūros išteklių skirtumais. Respondentai nurodė, kad logistinės kliūtys, pavyzdžiui, nepatogus tvarkaraštis ir ribotas paslaugų prieinamumas kaimo vietovėse, trukdo gauti būtiniausias prevencines sveikatos priežiūros paslaugas. Tai rodo, kad reikia teisingiau paskirstyti sveikatos priežiūros paslaugas ir ieškoti lanksčių darbo grafiko sprendimų.

Komunikacijos ir informuotumo kategorijoje išskirtos šios subkategorijos: švietėjiška veikla (visuomenei šviesti skirta sveikatos priežiūros įstaigų veikla); žiniasklaidos priemonių pasitelkimas (informacijai skleisti pasitelkiamos tradicinės ir socialinės žiniasklaidos priemonės); skatinimas dalintis sėkmės istorijomis (teigiamų rezultatų pabrėžimas kaip motyvavimo priemonė).

Tyrimas atskleidė esamus komunikacijos trūkumus, kurie susiję su informacijos apie galimas profilaktikos programas sklaida. Dalyviai pabrėžė, kad būtina kurti veiksmingesnes strategijas, kurios užtikrintų, kad aiškūs, tikslūs ir įtikinami pranešimai pasieks visus gyventojų sluoksnius. Šios informacijos trūkumas prisideda prie nežinojimo ir klaidingų įsitikinimų apie prevencinių atrankinių patikrų naudą.

Psichologinių barjerų kategorijoje išskirtos šios subkategorijos: baimė išgirsti neigiamą diagnozę (galimai nustatytų sveikatos problemų psichologinis poveikis); pažeidžiamumo neigimas (manymas, kad individas turi imunitetą ligai, tad rizikos grupei nepriklauso); ankstesnė patirtis (ankstesnė neigiama sveikatos priežiūros patirtis, nulėmusi esamą elgesį).

Nustatyta, kad psichologiniai veiksniai, įskaitant diagnozės baimę ir sveikatos problemų neigimą, svarbūs tuo, kad trukdo naudotis profilaktinėmis sveikatos priežiūros programomis. Siekiant šias kliūtis šalinti, būtinas įvairiapusis požiūris, įskaitant psichologinės pagalbos paslaugas ir švietimo kampanijas, kurios paaiškintų neužkrečiamųjų ligų tyrimus ir jų rezultatus.

Politinės ir institucinės sistemos kategorijoje išskirtos šios subkategorijos: teisėkūros veiksmingumas (galiojančių sveikatos sistemos įstatymų ir sveikatos politikos vertinimas); profilaktikos programos koordinavimas (koordinavimas įvairiose sveikatos priežiūros įstaigose ir institucijose); teisinio reguliavimo stebėsenos vykdymas (įgaliojimų sveikatos programoms vykdyti stebėseną ir atitiktis).

Atlikus tyrimą paaiškėjo sritys, kur esamą politiką galima būtų tobulinti. Suinteresuotosios šalys pabrėžė nuoseklių teisės aktų ir geresnio įvairių sveikatos priežiūros subjektų veiklos koordinavimo svarbą. Veiksminga politika yra ne tik svarbi, ji turi būti aktyviai įgyvendinama ir skatinama, kad būtų užtikrintas didžiausias įsitraukimas.

Efektyvumo ir sistemos integracijos kategorijoje išskirtos šios subkategorijos: išteklių naudojimas (tinkamas išteklių paskirstymas ir naudojimas); sistemingos procedūros (nesudėtingas orientavimasis sveikatos sistemos procesuose); sveikatos priežiūros darbuotojų funkcijos (aiškus sveikatos priežiūros darbuotojų funkcijų paskirstymas teikiant paslaugas).

Dalyvių atsiliepimai atskleidė sveikatos priežiūros sistemos neefektyvumą, ypač išteklių paskirstymo ir valdymo. Respondentai pasisakė už sistemų pertvarką, kad būtų geriau paskirstyti ištekliai ir suteiktos aiškos valdymo priemonės, padedančios asmenims efektyviai naudotis prevencine priežiūra.

Motyvacijos ir paskatų kategorijoje išskirtos šios subkategorijos: finansinės paskatos (tiek pacientams, tiek paslaugų teikėjams, siekiant juos įtraukti į profilaktikos programas); moralinės ir socialinės paskatos (kultūros vertybių ir socialinio aktyvumo skatinimas); rezultatais grindžiamos paskatos (paskatos, susijusios su sveikatos gerinimu ar informuotumu).

Pokalbių metu pateiktos įžvalgos atskleidė, kad finansinės ir socialinės paskatos yra perspektyvios strategijos, kaip pakelti dalyvavimo prevencinėse profilaktikos programose lygį. Įgyvendinant paskatas, pavyzdžiui, subsidijuojant atrankinės patikros išlaidas arba siūlant atlygį už dalyvavimą, galima gerokai padidinti įsitraukimą ir dalyvavimą.

Išteklių paskirstymo ir finansų kategorijoje išskirtos šios subkategorijos: pakankamas finansavimas (pakankamas ligų prevencijos iniciatyvų finansavimas); biudžeto valdymas (efektyvus paskirstytų lėšų valdymas); išteklių pirmenybės nustatymas (sprendimai, kurioms sritims ar profilaktikos programoms teikti pirmenybę).

Respondentai nuolat pabrėžė veiksmingą išteklių valdymą, sutelkiant dėmesį į tinkamą finansavimą ir sveikatos iniciatyvų prioritetų nustatymą. Užtikrinus, kad profilaktikos programoms būtų skiriamas reikiamas finansavimas ir sveikatos sistemoje joms būtų teikiamas prioritetas, bus sukurtas tvirtas jų plėtros ir tobulinimo pagrindas.

Dokumentacijos ir procesų valdymo kategorijoje išskirtos šios subkategorijos: biurokratinis efektyvumas (dokumentų tvarkymo ir administracinių užduočių atlikimo supaprastinimas); duomenų valdymas (sveikatos duomenų saugojimas, prieiga prie jų ir tikslumas); paciento medicinos dokumentai (asmens sveikatos istorijos pildymas ir joje esančių duomenų naudojimas).

Sociokultūrinių veiksnių kategorijoje išskirtos šios subkategorijos: kultūriniai įsitikinimai ir nuostatos (kultūrinės perspektyvos poveikis sveikatos gerinimo elgsenai); bendruomenės įtraukimas (vietos bendruomenių įtraukimas į sveikatos gerinimo veiklą); sveikatos ugdymas mokyklose (sveikatos gerinimo veiklų įgyvendinimas ir kokybė jaunimo mokymo programose).

Socialinis ir kultūrinis kontekstas daro poveikį elgsenai sveikatos aspektu. Kultūriniai įsitikinimai ir bendruomenės įsitraukimas ypač svarbūs formuojant sveikatos ir prevencinės praktikos suvokimą. Tai rodo, kad būtina rengti programas švietimo sveikatos klausimais, kurios būtų jautrios kultūriniu požiūriu ir pritaikytos konkrečioms bendruomenėms, taip skatinant vietos gyventojų įsitraukimą ir sveikesnę jų elgseną.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos suinteresuotųjų šalių kokybinės įžvalgos atskleidžia, kad prevencinė sveikatos priežiūra, susijusi su neužkrečiamosiomis ligomis, kelia sudėtingų iššūkių, kartu teikia

galimybių. Skatinant dalyvauti profilaktikos programose, būtina spręsti prieinamumo, komunikacijos ir psichologines problemas. Be to, politikos ir sistemos veiksmingumas užtikrina visų šių programų potencialo išnaudojimą.

Nustatytos kelios tobulinimo kryptys, įskaitant motyvavimo strategijų įgyvendinimą ir veiksmingą išteklių valdymą. Atsižvelgus į poveikį elgsenai sveikatos aspektu darančius kultūrinius veiksnius, sveikatos iniciatyvos bendruomenės lygmeniu galėtų būti geriau priimtoms ir įgyvendintos. Siekiant gerinti prevencijos įgyvendinimą, reikėtų atsižvelgti į įsitikinimus ir elgseną individualiu, organizaciniu ir visuomeniniu lygmenimis (Child ir kt., 2012).

Įtraukusi šiuos rezultatus į strateginį planavimą ir politikos reformą, Lietuva gali padaryti didelę pažangą gerindama naudojimąsi prevencinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis. Neužkrečiamųjų ligų naštos mažinimas yra ne tik visuomenės sveikatos, bet ir socialinė bei ekonominė būtinybė. Siekiant sukurti atsparią ir visapusišką prevencinės priežiūros sistemą reikia bendros politikos formuotojų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir bendruomenių pastangų.

4. Diskusija

Šio kokybinio tyrimo rezultatai atskleidžia įvairiapusių iššūkius ir galimybes, kurios susijusios su naudojimusi prevencinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje, ypač neužkrečiamųjų ligų srityje. Rezultatai atskleidžia sudėtingą sisteminių, kultūrinių ir individualių veiksnių sąveiką, kuri įtraukia bendruomenę į vykdomas profilaktikos programas.

Profilaktikos programų vykdymo sunkumai. Vienas svarbiausių tyrimo rezultatų – žemas dalyvavimo profilaktikos programose lygis, kuris vidutiniškai siekia apie 50 proc. Toks nepakankamas įsitraukimas atskleidžia didesnes problemas, įskaitant tai, kad visuomenė nesupranta ankstyvo nustatymo ir prevencinių priemonių svarbos bei veiksmingumo. Nerimą kelia tai, kad daugelis teoriškai pagrįstų sveikatos elgsenos keitimo programų buvo tik minimaliai veiksmingos. Iš dalies problema gali būti ta, kad dauguma dabartinių teorijų gerokai persidengia, daugiausia dėmesio skirta individualiems ir kitiems individo lygmens kintamiesiems, jos linkusios ignoruoti aplinką bei su programos įgyvendinimu susijusius klausimus (Winett, 1995).

Nepaisant daugelio įrodymų, kad prevencinė sveikatos priežiūra gali gerokai sumažinti mirtingumą ir sergamumą, susijusį su neužkrečiamosiomis ligomis, vis dar vyrauja klaidingi įsitikinimai ir nepakankamas informuotumas apie atrankinių patikrų naudą. Tai rodo būtinybę vykdyti visuomenės švietimo ir informavimo kampanijas, kurios būtų skirtos šalinti būtent šias žinių spragas. Tačiau individų dalyvavimą sveikatos profilaktikos programose dar labiau apsunkina logistinės kliūtys, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Geografiniai išteklių pasiskirstymo skirtumai reiškia, kad kaimo vietovėse ar nepakankamai aptarnaujamuose regionuose gyvenantiems asmenims gali būti sunku tikėtis reikiamų atrankinės patikros programų ar gauti prevencinės priežiūros paslaugas. Tad būtina imtis tokių iniciatyvų, kaip mobilieji sveikatos priežiūros skyriai ar decentralizuotos paslaugos, kad būtų galima pasiekti ir šiuos gyventojus.

Kultūrinės ir psichologinės kliūtys. Vykdam tyrimą nustatyta, kad kultūrinės nuostatos ir psichologinės kliūtys, pavyzdžiui, baimė ir fatalizmas dėl sveikatos diagnozių, yra svarbūs, dalyvauti profilaktikos programose trukdantys veiksniai. Pažymėta, kad tokį požiūrį dažnai stiprina nepasitikėjimas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Užsitarnauti pasitikėjimą būtina, įgyvendinant iniciatyvas, kuriomis siekiama užtikrinti, kad sveikatos priežiūros specialistai būtų pasirengę veiksmingai ir empatiškai informuoti apie prevencinės priežiūros svarbą. Svarbus keičiant visuomenės požiūrį ir skatinant aktyvią elgseną sveikatos aspektu gali būti ir bendruomenės vadovų ar nuomonės formuotojų įtraukimas.

S. Child'as ir kiti (2012) atliko 19-os tyrimų analizę ir atskleidė, kad trūksta informacijos apie tai, kaip buvo įveiktos prevencinių programų įgyvendinimo kliūtys. Apibendrinus duomenis nustatytos trys pagrindinės koncepcijos: 1) praktiniai aspektai; 2) pritaikymas bendruomenei ir 3) psichosocialiniai aspektai. Šios koncepcijos atskleidžia, kad prevencijos programų įgyvendinimas yra sudėtingas, daugelį veiksnių apimantis procesas.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vaidmuo. Įgyvendinant sveikatos priežiūros profilaktikos programas ypač svarbus paslaugų teikėjų dalyvavimas. Šis tyrimas pabrėžė būtinybę įtraukti daugiau paslaugų teikėjų ir skirti dėmesio jų rekomendacijoms pacientams. Sveikatos priežiūros specialistams skirti mokymai ir papildomas skatinimas gali prisidėti propaguojant profilaktikos programas ir visapusiškai sprendžiant pacientams rūpimus klausimus.

Valdymo tobulinimo strategijos. Tyrimo rezultatai siūlo keletą strategijų, skatinančių individų dalyvavimą prevencinėse sveikatos priežiūros programose. Skatinimo priemonės, pavyzdžiui, piniginis atlygis arba išlaidų mažinimas tiems, kurie laikosi atrankinės patikros grafiko, gali motyvuoti asmenis dalyvauti prevencinėse iniciatyvose. Skaitmeninių sveikatos sprendimų integravimas galėtų supaprastinti pacientų prieigą prie informacijos ir paslaugų, taip dar labiau skatinant jų dalyvavimą. Pavyzdžiui, nuotolinės sveikatos paslaugos gali padėti atokiaose vietovėse gyvenantiems pacientams greičiau gauti prevencinę priežiūrą ir konsultacijas, taip sprendžiant kai kuriuos logistinius iššūkius. Be to, nuolatinis šių programų vertinimas ir tobulinimas, atsižvelgiant į dalyvių atsiliepimus, gali geriau tenkinti gyventojų poreikius. Sistemingų vertinimų vykdymas leis nustatyti paslaugų teikimo spragas ir sveikatos priežiūros politikos formuotojams taikyti pažangias bei veiksmingas intervencines priemones.

Išvados

Tyrimo rezultatai atskleidžia, kad kuo skubiau reikia imtis bendrų pastangų, siekiant didinti visuomenės informuotumą, gerinti paslaugų prieinamumą ir įgalinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus veiksmingai propaguoti prevencines priemones. Norint pagerinti dalyvavimo profilaktikos programose rodiklius, būtina atsižvelgti į sudėtingą psichologinių, kultūrinių ir sisteminių veiksnių sąveiką.

Rekomenduojama skatinti politikos formuotojų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir bendruomenių bendradarbiavimą, tai leistų įtvirtinti prevencinės sveikatos priežiūros sistemą. Šiuo požiūriu siekiama ne tik mažinti neužkečiamųjų ligų naštą, bet ir pakelti bendrą gyventojų sveikatos bei gerovės lygį. Šių uždavinių sprendimas ypač svarbus, siekiant ilgalaikio visuomenės sveikatos gerinimo ir užtikrinant, kad prevencinės sveikatos priežiūra pasiektų visus gyventojų sluoksnius.

Literatūra

- Abduljawad, A., Al-Assaf, A. F. (2011). Incentives for better performance in health care. *Sultan Qaboos University medical journal*, 11 (2), 201–206.
- Adams, J., Neville, S. (2020). Program evaluation for health professionals: What it is, what it isn't and how to do it. *International Journal of Qualitative Methods*, 19. DOI: <https://doi.org/10.1177/1609406920964345>.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Alwan, A. D. (1997). Noncommunicable diseases: a major challenge to public health in the Region. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 3 (1), 6–16.
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., (...) Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Brennan, N., Barnes, R., Calnan, M., Corrigan, O., Dieppe, P., Entwistle, V. (2013). Trust in the health-care provider – patient relationship: a systematic mapping review of the evidence base. *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (6), 682–688.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Child, S., Goodwin, V., Garside, R., Jones-Hughes, T., Boddy, K., Stein, K. (2012). Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation science*, 7, 1–14. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-91>.
- Choudry, M., Ganti, L. (2024). Exploration of the Motivational Factors that Influence the Maintenance of Health. *Health Psychology Research*, 12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10963256/>
- Corbin, J., Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research*. 3rd ed. Techniques and procedures for developing grounded theory. SAGE Publications, Inc. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781452230153>.
- Creswell, J. W., Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.

- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., Weaver, J. (2015). The health belief model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health communication, 30* (6), 566–576.
- Karaferis, D., Aletras, V., Raikou, M., Niakas, D. (2022). Factors influencing motivation and work engagement of healthcare professionals. *Materia socio-medica, 34* (3), 216–224.
- Kuwabara, A., Su, S., Krauss, J. (2020). Utilizing digital health technologies for patient education in lifestyle medicine. *American journal of lifestyle medicine, 14* (2), 137–142.
- Pashayan, N., Antoniou, A. C., Ivanus, U., Esserman, L. J., Easton, D. F., French, D., (...) Widschwendter, M. (2020). Personalized early detection and prevention of breast cancer: ENVISION consensus statement. *Nature reviews Clinical oncology, 17* (11), 687–705.
- Roy, S., Moss, J. L., Rodriguez-Colon, S. M., Shen, C., Cooper, J. D., Lennon, R. P., (...) Ruffin IV, M. T. (2020). Examining older adults' attitudes and perceptions of cancer screening and overscreening: a qualitative study. *Journal of Primary Care & Community Health, 11*.
- Seidler, Z. E., Benakovic, R., Wilson, M. J., McGee, M. A., Fisher, K., Smith, J. A., Oliffe, J. L., Sheldrake, M. (2024). Approaches to Engaging Men During Primary Healthcare Encounters: A scoping review. *American journal of men's health, 18* (2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7576932/>
- Skripkaitis, M., Našlėnė, Ž. (2024) Prevencinėmis priemonėmis išvengiama mirtingumas Lietuvos ir savivaldybių lygiu bei šių mirčių įtaka vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei 2019–2023 m. *Visuomenės sveikata, 106* (3), 20–31. DOI: [https://10.47458/V.S.2024.3\(106\)-7](https://10.47458/V.S.2024.3(106)-7).
- Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2024). *Ligų prevencijos programos*. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/ligu-prevencijos-programos/>
- Wang, M. J., Lo, Y. T. (2022). Strategies for Improving the Utilization of Preventive Care Services: Application of Importance–Performance Gap Analysis Method. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19* (20), 13195.
- Winett, R. A. (1995). A framework for health promotion and disease prevention programs. *American Psychologist, 50* (5), 341–350. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.5.341>.
- World Health Organization. (2024) *Noncommunicable diseases: Mortality*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality>.

THE MAIN CAUSES OF UNDER-USE OF PREVENTIVE HEALTH-CARE PROGRAMMES IN LITHUANIA

KRISTUPAS ŽEGUNIS, RIMANTAS STAŠYS
Klaipėda University (Lithuania)

Summary

Noncommunicable diseases (NCDs) are a critical public health issue in Lithuania, accounting for a significant proportion of the population's mortality. This grim reality necessitates the implementation of effective prevention strategies. Despite the existence of several government-funded initiatives aimed at prevention, notably in areas like screening and early detection, participation remains disappointingly low. This highlights an urgent need to understand the obstacles that hinder community engagement with these programmes. Through qualitative research conducted with key stakeholders in Lithuania's health-care system, this study identifies various factors impeding the effective use of prevention programmes. Specifically, the barriers encompass a lack of awareness regarding the advantages of preventive care, logistical difficulties in accessing health-care services, and entrenched cultural and psychological influences that discourage participation.

The role of health-care providers is central to enhancing engagement, whose influence on patient attitudes cannot be overstated. It is crucial to equip these providers with the necessary tools and training to advocate for preventive health measures effectively. Furthermore, management strategies that incorporate motivational incentives, raise public awareness, and leverage technology integration, are vital for closing the gap between these programmes' availability and actual utilisation. The continuous evaluation of prevention initiatives is also essential to ensure that they remain responsive and adaptable to the population's changing needs. Insights gleaned from this qualitative research can empower policymakers and health-care providers to collaborate on crafting interventions that boost participation and foster lasting improvements in public health outcomes throughout Lithuania.

The results underline the urgent need for concerted efforts to raise public awareness, improve access to services, and empower health-care providers to promote prevention measures effectively. The complex interplay of psychological, cultural and systemic factors needs to be taken into account to increase participation rates in prevention programmes.

Collaboration between policymakers, health-care providers and communities should be promoted to build a stronger preventive health-care system. This approach aims not only to reduce the burden of NCDs, but also to improve the overall health and well-being of the population. Addressing these challenges is important for the long-term improvement of public health, and to ensure that preventive health-care benefits reach all segments of the population.

KEY WORDS: *chronic non-infectious diseases, prevention subprogrammes, promotion of prevention.*

JEL CODES: I11, M38, M51.

Gauta: 2024-09-06

Priimta: 2024-09-27

Pasirašyta spaudai: 2024-10-07