



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

Marija Šnipienė

**SVEIKATOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS BALTIJOS ŠALYSE:
ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS**

Baigiamasis magistro projektas

Vadovas

Lekt. dr. Donata Jovarauskienė

KAUNAS, 2017

KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

**SVEIKATOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS BALTIJOS ŠALYSE:
ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS**

Baigiamasis magistro projektas

Viešoji politika (kodas 621L22008)

Vadovas

Lekt. dr. D. Jovarauskienė
(2017 01 09)

Recenzentas

Doc. dr. V. Morkevičius
(2017 01 09)

Projektą atliko

Marija Šnipienė
(2017 01 09)

KAUNAS, 2017



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų

(Fakultetas)

Marija Šnipienė

(Studento vardas, pavardė)

Viešoji politika, antras

(Studijų programa, kursas)

Baigiamojo projekto „Sveikatos politikos įgyvendinimas Baltijos šalyse: onkologinių ligų prevencinės programos“

AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

2017

sausio

9

Kaunas

Patvirtinu, kad mano, **Marijos Šnipienės**, baigiamasis projektas tema „SVEIKATOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS BALTIJOS ŠALYSE: ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENČINĖS PROGRAMOS“ yra parašytas visiškai savarankiškai ir visi pateikti duomenys ar tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti sąžiningai. Šiame darbe nei viena dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar internetinių šaltinių, visos kitų šaltinių tiesioginės ir netiesioginės citatos nurodytos literatūros nuorodose. Įstatymų nenumatytų piniginių sumų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

Aš suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo faktui, man bus taikomos nuobaudos, remiantis Kauno technologijos universitete galiojančia tvarka.

(vardą ir pavardę įrašyti ranka)

(parašas)

Šnipienė. M. *Implementation of Health Policy in Baltic States: the Programs on Oncological Diseases Prevention*. Master's thesis in Political Science / Supervisor: lect.dr. Donata Jovarauskiė. The Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

Research area and field: 02 S

Key words: oncologic, disease, prevention, health policy, Baltic States.

Kaunas, 2017. 50 p.p.

SUMMARY

The Baltic States began implementation of the oncologic disease prevention programs aimed at reducing the oncologic disease-related mortality. Several problems were encountered in the course of implementation of the prevention programs. Aim of the Thesis: to make an analysis of the problems encountered in the course of implementation of the oncologic disease prevention programs. Objectives of the Thesis: to reveal the meaning and effectiveness of the oncologic disease prevention programs and to describe the disease control measures in the context of the public health policy; to make an analysis of the current situation in the field of implementation of the oncologic disease prevention programs; to discover the problems encountered in the course of implementation of the oncologic disease prevention programs in Kaunas, Vilnius, Kėdainiai and Raseiniai Cities. *In the first part of the Thesis*, the health care policy concept was analysed and the fact that the treatment of the specific diseases was getting more attention in the sector of health care than the public health measures, i.e. prevention, allowing early detection of the diseases or removal of their causes. Many problems, such as the high rates of morbidity, mortality, expensive treatment, and etc. were encountered due this fact. We found out that the main problem impeding implementation of the oncologic disease prevention programs was low funding of the oncologic disease prevention programs. However, the finances needed for the treatment of the diseases not always were sufficient; therefore, not every patient was receiving the high quality, innovative and timely services. Other important problems were arising due to the low funding as well, for example: scarce information about the prevention programs, low rate of participation in the prevention programs, and overemphasis on the treatment over prevention. *In the second part of the Thesis*, the current situation in the field of administration of the oncologic disease prevention programs in the Baltic States was analysed. The effectiveness of the prevention programs differed in the states of Lithuania and Latvia. The programs of cervical cancer prevention proved effective and met expectations in both the countries. But the breast cancer prevention program was not effective enough in Lithuania and even less effective in Latvia. The colorectal cancer prevention program was launched in Lithuania relatively recently, i.e. in the year of 2014; therefore, we found no statistical data about the program. This program was launched in Latvia earlier but it did not justify itself. The prostate cancer prevention program was not implemented in Latvia. It was implemented in Lithuania but proved unsuccessful. *The third part of the Thesis* was devoted for the empirical research. By employing the empirical research method, we tried to discover the problems encountered in the course of implementation of the oncologic disease prevention programs. 300 respondents participated in the research. The survey-questionnaire revealed the following results: a higher number of the women than the men knew that the oncologic disease prevention programs funded by the National Health Insurance Fund were offered to the public; more than a half of the total number of the women never participated in any cancer prevention program and the number of the participating men was low. Most of the respondents did not participate in the prevention programs because they had no interest or were afraid to find out the bad test results. The women and men were getting the information on the prevention programs from the different sources: the women were informed by the Doctors and the men received the information from their friends and relatives most often. The majority of the women wanted to receive more information about the available prevention programs and the majority of the men indicated indifference. The respondents were undecided on the question of whether the public was receiving enough information and the majority of the respondents did not trust their health care providers and doubted about the quality of the services offered.

TURINYS

SUMMARY	4
TURINYS.....	5
ĮVADAS.....	6
I. SVEIKATOS POLITIKOS VADMUO ĮGYVENDINANT ONKOLOGINIŲ SUSIRGIMŲ PROGRAMAS	8
1.1. Sveikatos politikos koncepcija	8
1.2. Sveikatos politikos pagrindinės kryptys ir principai	9
1.3. Onkologinių ligų paplitimas ir susirgimų valdymo priemonės	13
1.4. Onkologinių ligų profilaktikos reikšmė sveikatos politikai	14
1.4.1. Onkologinių susirgimų atvejų mažinimas taikant pirminės profilaktikos priemones	18
1.4.2. Onkologinių susirgimų atvejų mažinimas taikant antrines profilaktikos priemones	19
1.4.3. Profilaktinės programos ir jų įgyvendinimas	19
1.4.4. Pagrindinės problemos	20
II.ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVCINIŲ PROGRAMŲ ĮGYVENDINIMO SITUACIJA BALTIJOS ŠALYSE.....	24
2.1. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo situacija Lietuvoje	24
2.1.1. Onkologinių susirgimų atvejų mažinimas taikant prevencines priemones Lietuvoje	25
2.2. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo situacija Latvijoje	
2.2.1. Onkologinių susirgimų atvejų mažinimas taikant prevencines priemones Latvijoje.....	30
III. SVEIKATOS POLITIKOS PREVCINĖS PROGRAMOS GALIMYBĖS IR GRĖSMĖS ONKOLOGINIŲ LIGŲ ASPEKTU: EMPIRINIS TYRIMAS	35
3.1. Tyrimo esmė ir charakteristika.....	35
3.2. Tyrimo rezultatai	37
IŠVADOS.....	45
LITERATŪRA.....	48
ŠALTINIAI	51
PRIEDAI.....	54

IVADAS

Temos aktualumas. Nuo onkologinių susirgimų pasaulyje miršta apie 10 mln. žmonių per metus (Onkologija šeimos gydytojui, 2008). Dėl to kenčia šalių ekonomika: prarandama darbo jėga, gydymas reikalauja nemažai lėšų. Tačiau onkologines ligas galima ir išgydyti, jei jos bus pasatebėtos ankstyvoje stadijoje. Anot mokslininkų, ankstyva vėžio diagnostika lemia sėkmingą gydymą. Dėl tos priežasties Baltijos šalyse pradėtos įgyvendinti onkologinių ligų profilaktikos prevencinės programos. Minėtos programos yra kol kas vienintelė priemonė, padedanti anksti pastebėti ligą ir apsaugoti visuomenę nuo mirties. Tačiau, įgyvendinant šias programas, susiduriama su ne viena problema. Šiame darbe gilinamasi, kaip Baltijos šalyse įgyvendinama viena iš sveikatos politikos sričių – iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansuojamos profilaktinės gyventojų onkologinių ligų kontrolės programos, kurių pagrindinis tikslas – organizuoti ir vykdyti vėžio profilaktiką, užtikrinti geros kokybės ankstyvąją diagnostiką, gydymą ir mažinti mirtingumą nuo šių ligų.

Temos naujumas. Apie sveikatos politikos įgyvendinimą Lietuvoje ir Latvijoje, onkologinių ligų prevencijos programas rašė užsienio tyrėjai G. Hames (2012), R. Remaris (2015), A. Srebnis (2015), D. Šantare (2016) ir kt. Taip pat ir lietuvių mokslininkai: J. Tamašauskienė ir B. Aleknavičienė (2013), V. Stankūnienė ir D. Jasilionienis (2011), M. Štelemėkas (2014), I. Špokienė (2010), S. Kubiliūtė (2013), R. Vevulytė (2011), K. Banaitytė (2012), I. Misevičienė (2011), A. Eigirdaitė (2012) ir kt.

Nemažai mokslininkų publikavo straipsnius apie vykdomas onkologinių ligų prevencines programas. Deja, apie sveikatos politikos įgyvendinimą Baltijos šalyse, būtent, onkologinių ligų prevencijos programų efektyvumą, mokslinių tyrimų, analizių, straipsnių ir kitokios informacijos per pastarąjį dešimtmetį pateikta mažai.

Darbo objektas – onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas Baltijos šalyse.

Darbo tikslas – ištirti onkologinių susirgimų prevencinių programų įgyvendinimo problemas.

Darbo uždaviniai:

- apibūdinti onkologinių ligų profilaktikos programų reikšmę, efektyvumą ir susirgimų valdymo priemones visuomenės sveikatos politikos kontekste;
- išanalizuoti onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo situaciją Baltijos šalyse;
- ištirti onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo problemas Kauno, Vilniaus, Kėdainių, Raseinių miestuose.

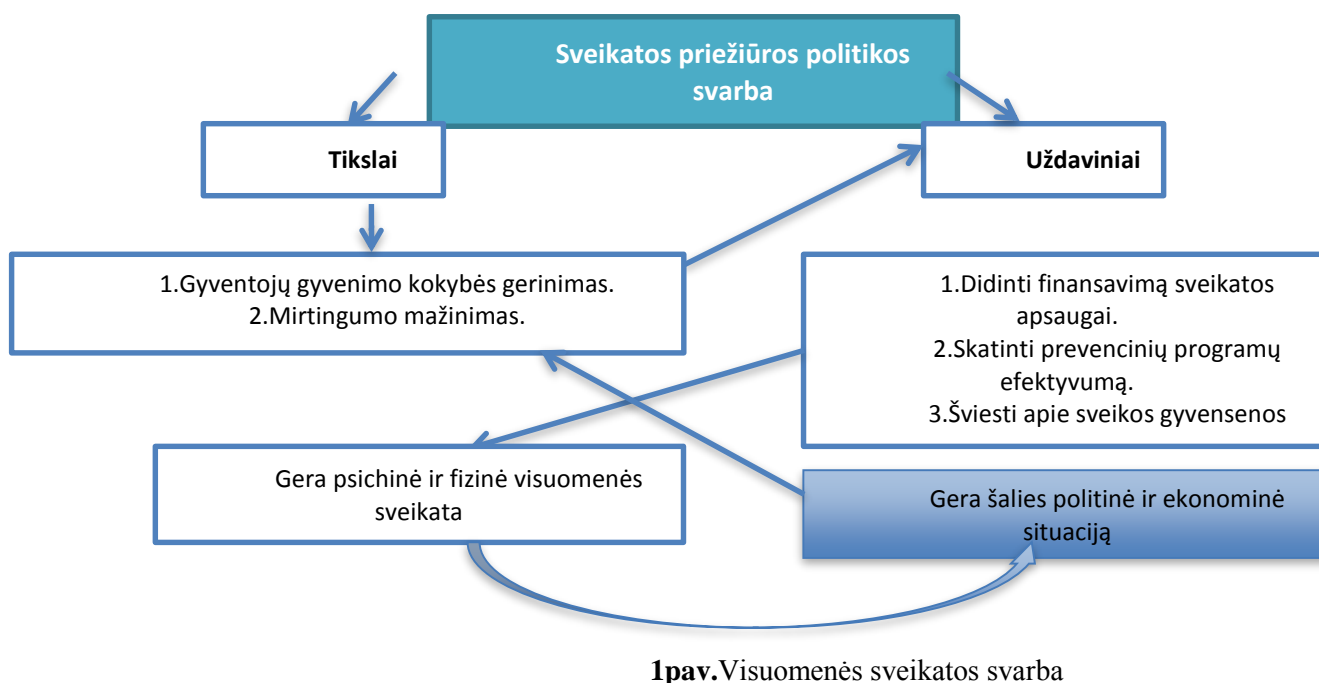
Metodai: mokslinės literatūros ir dokumentų analizė, lyginamoji analizė, anketinė apklausa, antrinė statistinių duomenų analizė, sisteminimas, interpretavimas, turinio analizė.

I. SVEIKATOS POLITIKOS VADMUO ĮGYVENDINANT ONKOLOGINIŲ SUSIRGIMŲ PROGRAMAS

1.1. Sveikatos politikos koncepcija

Sveikatos politika - tai yra politikos sritis, susidedanti iš jos formavimo ir įgyvendinimo. Sveikatos politikos įgyvendinimas apima sveikatos sistemos valdymą, organizavimą, planavimą, įvertinimą, kontrolę. Ji - kaip suderintas ligų profilaktikos, diagnostikos, sveikatos ugdymo, gydymo ir reabilitacijos veiksnių planas (Matekonis, D., 2011). Taip pat sveikatos politika – sveikatos, jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, ji įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine ir ekonomine vertybe (Jankauskienė ir kt., 2007).

Sveikatos priežiūros politikos svarbą galima pavaizduoti schemeje:



1pav. Visuomenės sveikatos svarba

Šaltinis: sudaryta autorės.

Žiūrint į schemą, galima pastebėti, kad sveikatos priežiūros politikos tikslai ir uždaviniai yra glaudžiai susiję. Pasiiekti tikslų, t.y. pagerinti žmonių gyvenimo kokybę, sumažinti ankstyvų žmonių skaičių galima tik įgyvendinus pagrindinius ir svarbiausius uždavinius: padidinus finansavimą sveikatos apsaugai, efektyviai įgyvendinus prevencinių priemonių programą, šviečiant visuomenę apie sveikos gyvensenos svarbą ir pasinaudojus ES šalių gerąja patirtimi.

Taigi tik kryptingai siekdami tikslų galima tikėtis geresnės visuomenės žmonių psichinės ir fizinės sveikatos. O dėl to ir šalies politinė ir ekonominė situacija taip pat bus geresnė.

Sveikatos svarbą pripažįsta daugelis šalių, ekonomiškai labiau išsivychiusios valstybės dažniausiai daugiau dėmesio skiria socialinei gyventojų būklei gerinti ir savo piliečių sveikatos

priežiūrai stiprinti (Jankauskienė D., 2007). O Remiantis D. Jankauskiene (2011), gyventojų sveikata nėra vien tik sveikatos politikos dalykas. Autorė teigė (2011, p.21), kad: „Svarbios ir kitos politikos sritys, pavyzdžiui, regioninė ir aplinkosaugos politika, tabako apmokestinimas, vaistų ir maisto produktų reguliavimas, gyvūnų sveikata, sveikatos moksliniai tyrimai ir inovacijos, socialinės apsaugos sistemų koordinavimas, sveikatos aspektai vystymo politikoje, sveikata ir sauga darbe, apsauga nuo radiacijos, taip pat importą reguliuojančių agentūrų ir tarnybų veiklos koordinavimas”. Įvertinant, jog visos politikos sritys svarbios, būtina plėtoti sąveiką ir bendradarbiavimą su kitais sektoriais, siekiant sėkmingos sveikatos politikos įgyvendinimo.

Taigi, peržvelgus sveikatos politikos koncepciją ir remiantis moksline literatūra, galima teigti, kad gera sveikata – labai svabus veiksnys ekonominiam ir socialiniam vystymuisi, o sveika darbo jėga yra būtina sąlyga ekonominei gerovei ir augimui. Todėl siekdamas geros visuomenės sveikatos daugelis Europos šalių remiasi pagrindinėmis sveikatos politikos kryptimis ir principais.

1.2. Sveikatos politikos pagrindinės kryptys ir principai

Sveikatos politikos bene svarbiausia dalis - sveikatos priežiūra. Ji yra skirstoma į visuomenės ir asmens sveikatos priežiūrą. Žemiau pateikiamos šios dvi sąvokos:

1. Visuomenės sveikatos priežiūra tai yra teisinių, socialinių, organizacinių, ekonominių, techninių priemonių, padedančių įgyvendinti ligų, traumų profilaktiką bei išsaugoti visuomenės sveikatą, ją stiprinti, visuma (Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002).
2. Kita svarbi sąvoka - asmens sveikatos priežiūra. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme (1994) asmens sveikatos priežiūra apibūdinama taip: tai valstybės licencijuota fizinė ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą“.

Šis sveikatos priežiūros skirstymas į visuomenės ir asmens sveikatos priežiūrą egzistuoja daugelyje pasaulio šalių. Žemiau pavaizduota schema, kuri išsamiau apibūdina asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros vaidmenį sveikatos politikoje:

Ligų diagnostika ir gydymas:

Ankstyva diagnostika

Efektyvus terapinis gydymas

Reabilitacija ir sauga



Asmens sveikatos priežiūra

Ligų priežasčių šalinimas:

Sveikatos ugdymas

Kryptinga profilaktika



Visuomenės sveikatos priežiūra

2 pav. Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra

Šaltinis: Jankauskienė D., 2016.

Remiantis 2 paveikslu, galima teigti, jog pirmiausia sveikatos priežiūros struktūroje akcentuojama visuomenės sveikatos priežiūra. Visuomenės sveikatos priežiūros procesą sudaro ligų priežasčių šalinimas per sveikos gyvensenos ugdymą, kryptingą profilaktikos vykdymą. Tačiau visuomenės sveikatos priežiūros procese yra spragų.

Pasak K. Banaitytės (2012, p.9), „Visuomenės sveikatos priežiūra yra labiau orientuota į prevencines priemones nei į plačios visuomenės ar tam tikrų grupių informavimą sveikatos priežiūros klausimais“. Kadangi visuomenė nėra tinkamai informuota sveikatos priežiūros klausimais, tikėtina, jog nežino, kokie yra rizikos veiksniai, kurie sukelia ligas. Nežinojimas gali būti viena iš prielaidų, jog sergamumas yra didelis daugelyje šalių.

Sergantiems žmonėms suteikiama asmens sveikatos priežiūra. Jei liga asmeniui diagnozuota anksti, ji lengviau pagydoma (pirmiausia terapinis gydymas, vėliau- reabilitacinis) ir reikalauja mažiau išlaidų nei ligai paūmėjus.

Kalbant apie onkologines ligas, jų gydymui skiriamas didesnis dėmesys nei profilaktikai, daugelis susirgimų yra nustatomi vėlyvoje stadijoje, kai tikimybė pasveikti jau labai maža. Tikėtina, jog didelį mirtingumą nuo navikinių susirgimų lemia neaktyvus žmonių dalyvimas prevencijos programose. Kadangi yra nemažai spragų sveikatos politikoje, būtina gerinti žmonių sveikatos situaciją.

Sveikatos politikos kontekste sveikatos gerinimas yra reglamentuojamas įvairiais dokumentais. Vienas tokių - „Sveikata visiems XXI“. „Sveikata visiems XXI a.“ politiką sudaro pagrindinė **kryptis** – siekti sukurti sveikatos visapusišką potencialą - ir du pagrindiniai tikslai, kurie padedada gerinti sveikatą, atitinka pagrindinę kryptį, tai:

1. nuolatinis žmonių sveikatos priežiūros saugojimas visą gyvenimą;
2. įvairių traumų, ligų, atsiradimo ir sergamumo mažinimas (Jankauskienė D.).

Strategija „Sveikata 2020“ yra pagrįsta keturiomis prioritetinėmis politinėmis veiklos sritimis, kurios tarpusavyje susijusios ir viena nuo kitos priklauso, viena kitą papildo. Jos skelbia, kad reikia:

1. investuoti į žmonių sveikatą ir taikyti gyvenimo ciklo modelį, suteikiant žmonėms daugiau galimybių;
2. spręsti pagrindines žmonių sveikatos problemas, kurios susijusios su (ne) užkrečiamosiomis ligomis;
3. stiprinti orientuotas į žmones sveikatos priežiūros sistemas, visuomenės sveikatos gebėjimus, pasirengimą nenumatytiems atvejams;
4. kurti atsparias bendruomenes ir palankią aplinką (Visuomenės sveikata,2013).

Visos 4 prioritetinės sritys, kuriomis galima išspręsti daugelį bendrųjų klausimų, reikalauja imtis veiksmų siekinat stiprinti žmonių sveikatą ir užkirsti kelią ligoms.

Svarbi ir visą Europą apimanti strategija - ES sveikatos strategija. Ji grindžiama keturiais esminiais principais:

- „bendros sveikatos vertybės,
- didžiausias turtas – sveikata,
- sveikatos aspektai visų kryptų politikoje,
- ES įtakos sprendžiant sveikatos problemas pasaulio mastu didinimas“ (Europos komisija).

Pateiktos strategijos yra būtinos užtikrinti savalaikę ir subalansuotą tiek visuomenės, tiek asmens sveikatos priežiūrą. Visuomenės, asmens sveikatos priežiūros ir sveikatos strategijos remiasi

pagrindiniais sveikatos politikos principais: teismo, solidarumo, prieinamumo, priimtumo ir pan. Pagrindiniais sveikatos politikos principais siekiama geresnės žmonių sveikatos.

Mokslininkai D. Jankauskienė ir R. Pečiūra (2007) aprašė net trylika sveikatos politikos principų.

1. *Teisumas*. Tai pagrindinis sveikatos politikos principas.
2. *Prieinamumas*. Kiekvienam žmogui sveikatos priežiūra privalo būti prieinama.
3. *Priimtumas*. Turi užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų, patarnavimų kokybę bei efektyvumą.
4. *Solidarumas*. Sveikatos priežiūros teikiamos paslaugos turi būti nediferencijuojamos pagal žmonių sumokėtų įmokų dydį.
5. *Lygybė*. Sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems gyventojams.
6. *Visapusiškumas*. Žmogus turi gauti reikiamas ligų profilaktikos, sveikatos ugdymo, diagnostikos, reabilitacijos, gydymo, slaugos ir kt. reikalingas paslaugas.
7. *Laisvas pasirinkimas*. Žmogus turi teisę laisvai rinktis sveikatos priežiūros įstaigą, gydytoją. Šį principą taiko ne visos šalys.
8. *Sąžininga konkurencija*. Sveikatos paslaugų teikėjai dirba pagal sąžiningos konkurencijos sąlygas.
9. *Sveikatos politikos tęstinumo ir nuoseklumo principas*. Nepriklausomai nuo politinių partijų įtakos ir kaitos, užtikrina sveikatos priežiūros politikos tęstinumą.
10. *Pagrįstumo*. Sprendimai priimami, vadovaujantis mokslo įrodymais ir gera praktika.
11. *Lygiateisiškumo*. Sveikatos sistemos dalyviai, tiek paslaugų gavėjai, tiek tiekėjai, yra lygiateisiai partneriai.
12. *Skaidrumo*. Informavimas apie finansuojamas paslaugas, papildomas sveikatos draudimo ir mokamų paslaugų gavimo galimybes.
13. *Integralumo*. Užtikrina dvasinę, fizinę bei socialinę gerovę, subalansuotą visaapimančią požiūrį į visuomenės ir individo sveikatą (Jankauskienė D., Pečiūra R., 2007).

Anot Jankauskienės D. ir kt. (2011), pagrindiniai sveikatos politikos principai yra tokie kaip: teisingumas, visuotinumai, priimtumas, solidarumas, prieinamumas, lygybė, visapusiškumas.

Sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo pagrindinius principus daugelis mokslininkų apibūdina taip pat arba labai panašiai.

Apibendrinant galima teigti, jog asmens sveikatos priežiūra yra nukreipta į asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą. Didesnis dėmesys skirtas asmens sveikatos priežiūrai nei visuomenės. Iš to kyla nemažai problemų, tokių kaip: didelis sergamumas, mirtingumas, išteklių stoka ir pan.

Atsižvelgiant į visuomenės ir asmens sveikatos priežiūrų sąvokas ir mokslininkų įžvalgas, labai svarbu, kad didžiausias dėmesys būtų skirtas visuomenės sveikatos priežiūrai (t.y. reikia šalinant ligų

priežastis), o ne į jau sergančio asmens ligos gydymą. Dėl to strategijos reikalingos, kad užtikrintų savalaikę ir subalansuotą tiek visuomenės, tiek asmens sveikatos priežiūrą.

Tiek visuomenės sveikatos priežiūra, tiek asmens sveikatos priežiūra ir sveikatos strategijos remiasi pagrindiniais sveikatos politikos principais: teismo, solidarumo, prieinamumo, priimtino ir pan. Pagrindiniais sveikatos politikos principais siekiama geresnės žmonių sveikatos.

Tačiau, nors ir siekiama geresnės visuomenės sveikatos, Europos šalyse vyrauja didelis mirtingumas nuo vėžio, o į statistikos pateiktus duomenis įtrauktos onkologinės ligos kaip vienos iš didžiausių sveikatos priežiūros problemų, todėl kitame poskyryje analizuojamos onkologinių ligų paplitimo ir susirgimų nuo jų valdymo priemonės.

1.3. Onkologinių ligų paplitimas ir susirgimų valdymo priemonės

Pirmieji rašytiniai dokumentai apie onkologines ligas rasti Egipte 1500m. pr. m. e. (Skardžiūvienė V. ir Teličėnas A., 1988).

Medicinos enciklopedijoje (1991) nurodoma, jog onkologija yra mokslas apie navikų rūšis, prigimtį ir kilmę. Navikas - tai atsiradęs organizme iškreiptas audinio sandaros atkartojimas ir papildomas darinys. Dėl nepakankamai mokslo ištirtų priežasčių sutrinka ląstelių dalijimosi ciklai ir tada prasideda nekontroliuojamas jų dauginimasis, pakinta ir pati ląstelė. Tokia pakitusi ląstelė netvarkingai pradeda dalintis. Ji auga ir pagal savo dėsnius formuojasi navikas. Onkologinės ligos gali būti burnos, gerklų, kraujo, akių, žarnyno, prostatos, krūties, kepenų, inkstų, išeinamosios žarnos ir taip toliau.

Navikinės ligos išplitimui apibūdinti onkologijoje vartojama sąvoka „vėžio stadijos“, kurios yra keturios: neišplitę už organo ribų navikai tai pirma arba antra stadija, trečia - išplitę į gretimas struktūras, o išplitę į kitus organus navikai yra ketvirtos stadijos (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013).

Gilinantį į onkologinių ligų paplitimą, matyti, kad minėtos ligos - vienos iš pagrindinių mirties priežasčių visame pasaulyje. Autorės J. Tamošauskienė, B. Aleknavičienė (2013, p.4) teigia: „Onkologinės ligos – viena aktualiausių visos visuomenės, mokslo bei medicinos problemų, nes sergamumas bei mirtingumas nuo jų nuolat didėja ir Lietuvoje, ir visame pasaulyje”.

1996 metais L. Šarpakauskaitė teigė, kad pasaulyje 6 milijonai žmonių suseraga šia klatinga liga, o iš jų miršta - 4,3 milijonai žmonių. Praėjus 12 metų šie skaičiai stipriai išaugo. Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis, kasmet apie 10 mln. žmonių pasaulyje suseraga piktybiniais navikais, o iš jų apie 6 milijonus miršta nuo šios ligos (Onkologija šeimos gydytojui, 2008). Prognozuojama, kad 2020

m. nuo vėžio mirti gali jau apie 10 mln. žmonių, naujų vėžio atvejų skaičius išaugti gali iki 15,7 mln. (Valuckas K.P., Aleknavičienė B., 2004).

Apie onkologines ligas buvo žinoma jau seniai. Tačiau, peržvelgus pateiktus mokslininkų statistinius duomenis, sergančiųjų vėžiu skaičius daugelyje šalių didėja.

1.4. Onkologinių ligų profilaktikos reikšmė sveikatos politikai

Onkologinių ligų profilaktika – tai įvairių priemonių sistema, kuri padeda išvengti ligos. Tai yra esminis kovos su vėžiu būdas. Onkologinės ligos vienos opiausių problemų daugelio šalių sveikatos priežiūros apsaugos sistemoms. Viena iš efektyvių problemų sprendimo galimybių laikoma ankstyvosios diagnostikos prevencinės programos, kurias rekomenduoja autoritetingos tarptautinės organizacijos.

Įgyvendinant prevencines programas, norima pagerinti ankstyvųjų ligų stadijų išaiškinamumą. Literatūros duomenimis, užtikrinant pakankamas dalyvių apimtis, prevencinių programų įgyvendinimas leidžia sumažinti sergamumą onkologinėmis ligomis apie 30–70 proc., o mirtingumą nuo jų – apie 30 proc. per 5 metus (Eigirdaitė A., Petronytė G. Ir kt., 2013).

Nustatyta, kad daugiausia navikinėmis ligomis serga darbinio amžiaus žmonių. Gyventojų sveikata yra šalies produktyvumo, gerovės ir ekonomikos prielaida, o sveikatai išleisti pinigai - investicija į jos dabartį ir ateitį (Nevulytė R., 2011), profilaktikos priemonės mažiau kainuoja ir didesnė tikimybė pasveikti nei jau ligai pažengus, onkologinių ligų profilaktika yra svarbi tiek išsaugant žmonių gyvybes, tiek palaikant gerą socialinę ir ekonominę padėtį šalyse.

J. Tamošauskienės ir B. Aleknavičienės (2013, p.4) teigimu, onkologinių ligų profilaktika - „tai įvairių priemonių sistema, kuri padeda išvengti ligos“. Tai yra bene svarbiausias kovos su vėžiu būdas. Tinkamai taikant profilaktikos priemones piktybiniais navikais susirgtų apie 50 proc. mažiau žmonių nei suserga dabar.

Nors Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau-PSO) vertinimu, mažiausiai trečdalis (iki 40 proc. mirčių) piktybinių navikų atvejų galima būtų išvengti taikant ikiklinikinę profilaktiką, t.y. suvaldžius pagrindinius nesveikos gyvensenos rizikos veiksnius, t. y. rūkymą, alkoholio vartojimą, atsvorį ir nutukimą, nesveiką mitybą, fizinio pasyvumo poveikį (Pasaulio sveikatos organizacija, 2015).

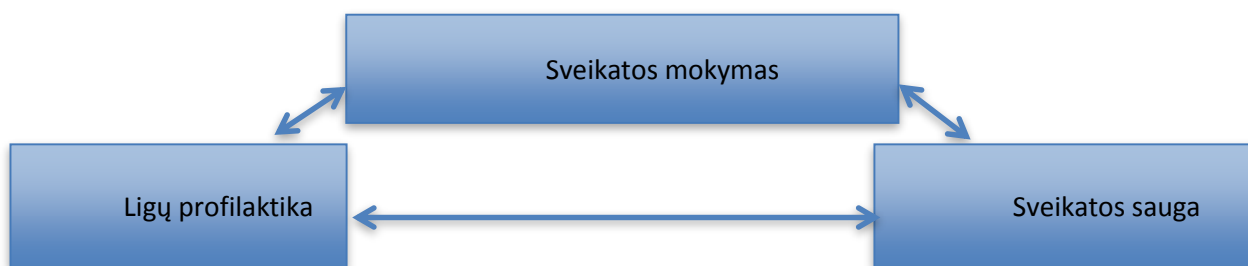
Galima paminėti, kad taikant profilaktiką kovoje su onkologinėmis ligomis J. Tamošauskienės, B. Aleknavičienės ir PSO nuomonės išsiskyrė, tačiau jos veiksmingumas, vertinamas onkologinių ligų profilaktiką, yra neabejotinas. Turima omenyje tie piktybiniai navikai, kuriems užkertamas kelias vystytis, nes nustatomi ir išgydomi ikinavikiniai pakitimai (pvz., gimdos kaklelio) skiepijant, taip pat ankstyvos stadijos navikų gydymas duoda ypač gerų rezultatų.

Glaudžiai su vėžio profilaktika susijusi ir ankstyvoji onkologinių ligų diagnostika, kurių rizikos veiksniai (pvz., rūkymas) žinomi ir jų galima išvengti (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013).

Manoma, jog daugumos vėžio sukeltų mirčių galima išvengti, pirmiausia, būtina vengti rizikos veiksmų, kurie šią ligą gali sukelti.

Rizikos veiksmų vengimas - tai sveikos gyvensenos kasdieniame gyvenime laikymasis. Būtina pirminės vėžio profilaktikos sąlyga, kad patys žmonės būtų gerai informuoti apie vėžio rizikos veiksmus ir galėtų gyventi sveikai. Nes sveikas gyvenimo būdas yra būtinas siekiant apsaugoti nuo onkologinių ligų.

Sveikas gyvenimo būdas. Sveikas gyvenimo būdas vaidina svarbų vaidmenį, išsaugant ir gerinant sveikatą, sumažina onkologinių ligų susirgimų skaičių. Todėl sveikatos ir sveikos gyvensenos ugdymas užima labai svarbią vietą. Yra žinomas modelis, kuris visame pasaulyje plačiai pripažįstamas. Šis modelis jungia tris tarpusavyje susijusias veiklos sferas:



3 pav. Sveikatos mokymo sauga

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Sveikatos stiprinimo modeliu, 1999m.

- Sveikatos mokymas. Tai pozityvios sveikatos mokymas. Jis skirstomas į dvi kategorijas, tai:
 1. mokymas, kurio tikslas paveikti žmonių elgesį (pvz., skatinti būti fiziškai aktyviems);
 2. mokymas, kurio tikslas padėti žmonėms pasitikėti savimi ir pasiekti gyvenimo pilnatvę.
- Ligų profilaktika. Tai nutarimais, įstatymais, kontrole pagrįsta galimybė išvengti ligų (pirminė ligų profilaktika, antrinė ligų profilaktika).
- Sveikatos mokymas, skatinantis sveikatos saugą (pastovus visuomenės informavimas apie sveikatą ir su ja susijusias problemas).

Šis modelis padeda suprasti žmonėms apie sveikos gyvensenos svarbą ir būtinumą. Sveikos gyvensenos bruožai yra pakankamas fizinis aktyvumas, visavertė mityba, žalingų įpročių (rūkymo ir alkoholio vartojimo) nebuvimas.

Analogiškai pagrindiniai rizikos veiksniai yra minimi ir kitų autorių, kurie išskiria bendruosius onkologinių ligų ir kitus lėtinių ligų veiksmus, tai:

- „tabako rūkymas;
- alkoholio vartojimas;

- nesveika mityba;
- nepakankamas fizinis aktyvumas;
- antsvoris ir nutukimas“. (Tamošauskienė J. ir Aleknavičienė B., 2013, p.6).

Prieš 17 metų L. Šarakauskienė (1996) įvardijo šias onkologinių ligų atsiradimo priežastis: rūkymas, piknaudžiavimas alkoholiu, profesijos rizika, ultravioletiniai spinduliai. Galima pastebėti, jog seniau tokių rizikos veiksnių, kaip: nesveika mityba ar antsvoris - nebuvo, o jų skaičius auga.

Kad ir kiek mokslininkų įvardijama onkologinių ligų priežasčių, šiame darbe remtasi J. Tamošauskienės ir B. Aleknavičienės (2013, p.6) knyga, kurioje nustatytos pagrindinės onkologinių ligų atsiradimo priežastys (tabako rūkymas, alkoholio vartojimas, nesveika mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas, antsvoris ir nutukimas).

Rūkymas. Rūkymas yra reikšmingas rizikos veiksnys atsirasti lėtinėms ligoms, žinoma, ir onkologinėms. Tabako vartojimas yra svarbiausias onkologinių ligų susirgimo rizikos veiksnys. Rūkymas sukelia 20% pasaulio mirčių nuo vėžio (Jankauskienė D., ir Pečiūra R.(2007) teigė, kad 30%) ir apie 70% pasaulio plaučių vėžio mirčių (Pasaulio sveikatos organizacija, 2015).

Tai lemia didelis ir vis didėjantis tabako rūkymo. Nuolat rūko maždaug trečioji dalis žmonių pasaulyje. Vyrų mirtingumas dėl tabako rūkymo sukulto vėžio nuo piktybinių navikų didžiausias. Deja, moterų mirtingumas nuo vėžio, kuris susijęs su tabako rūkymu, kasmet auga, nes rūkančių moterų, daugėja. Todėl, daugiausia žmonių miršta nuo tabako rūkymo (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013).

Nuolat ilgą laiką rūkantiesiems plaučių vėžio rizika padidėja net apie 10 kartų! Leidenyje „Onkologinių ligų profilaktika“ rašoma, jog „apie 5,5 karto padidėja gerklų, burnos ertmės, ryklės vėžio rizika, apie 4 kartus – kepenų, apie 3,1 karto – šlapimo pūslės, 2–5 kartus - stemplės, 2–4 kartus – kasos, 1,5–2,0 – skrandžio, 1,5 – gimdos kaklelio vėžio“ atvejų (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013, p.7).

Galima pastebėti, kad rūkymas onkologinių ligų mirtingumui daro nemažą įtaką. Tačiau ne vien rūkymas sukelia vėžines ligas. Kitas svarbus onkologinių ligų atsiradimo veiksnys - alkoholis.

Alkoholio vartojimas. Nuo seniausių laikų iki XXI a. alkoholis palietė politinę ir ekonominę, kultūrinę, religinę, socialinę, visuomenės gyvenimo sferas. Alkoholui suteikiama simbolinė reikšmė, jis simbolizuoja svetingumą, vartojamas daugelyje ceremonijų, susietas su ritualais (Hames G., 2012). Mokslininkas M.Štelemėkas (2014, p.8) rašė, jog „alkoholio vartojimo nulemtos problemos ir jų mažinimas yra unikali visuomenės sveikatos mokslo sritis, kurioje susikerta sveikatos mokslų ir laisvosios rinkos teorijos, privataus sektoriaus ir visuomenės interesai, o mokslu pagrįsti problemos sprendimo būdai diegiami gana sunkiai“. Dėl per didelio alkoholio suvartojimo ir su tuo susijusiais susirgimais bei mirtimis, alkoholio vartojimas tapo labai aktuali problema. Piknaudžiavimas alkoholiniais gėrimais sukelia pyktibinių navikų atsiradimą.

Įrodyta, kad asmenims, kurie vartoja daug (ypač stipriųjų) alkoholinių gėrimų:

- 1,4 karto dažniau išsivysto onkologinės ligos;
- 2,9 karto dažniau išsivysto gerklų, burnos ertmės, ryklės navikai;
- 2 kartus dažniau skrandžio vėžys, stemplės, kepenų ir krūties vėžio susirgimų atveju (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013).

M. Štelemėkas (2014) pabrėžė, kad alkoholinių gėrimų vartojimas padidina riziką susirgti onkologinėmis ligomis, tačiau galima šiomis ligomis susirgti ir visai nevartojant alkoholio.

Kasmet miršta apie 351 000 žmonių, dėl žalingo alkoholio poveikio, sąlygoto vėžio! (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013).

Piknaudžiavimas alkoholiniais gėrimais sukelia pyktibinių navikų atsiradimą. Nuo žalingo alkoholio vartojimo miršta daug žmonių. Bet ir nesveika mityba - svarbi onkologinių susirgimų priežastis.

Mityba. Sveika mityba – sveikatos pagrindas. Mityba turi lemiamą vaidmenį gerinant ir išlaikant sveikatos rodiklius. Subalansuotas ir visavertis maistas yra būtinas, siekiant užtikrinti organizmo augimą ir vystymąsi, žmonių darbingumą ir gerovę.

Antsvorį, nutukimą skatina per didelis suvartoto maisto kiekis, kai suvartoto maisto kaloringumas viršija organizmo poreikius. Antsvorio atsiradimą skatina per gausus saldumynų vartojimas. Saldumynų, cukraus ir cukraus gaminių, saldintų gėrimų vartojimą rekomenduojama itin riboti (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013). Žmogaus maisto racione esantys produktai gali ir apsaugoti nuo piktybinių navikų atsiradimo, ir inicijuoti juos (Kubiliūtė S., 2013).

Taigi, sveika mityba - gera profilaktikos priemonė onkologinėms ligoms. Kaip ir fizinis aktyvumas, kuris užkerta kelią nutukimui.

Fizinis pasyvumas ir nutukimas. Fizinis aktyvumas yra labai svarbus veiksnys, įtakojantis sveikatos lygį visose amžiaus grupėse. Geras fizinis aktyvumas suteikia gerą fizinę ir psichinę sveikatą.

Nepakankamas fizinis aktyvumas yra svarbiausias nutukimo ir antsvorio veiksnys. Pasaulio Sveikatos Organizacijos duomenimis, pasaulyje antsvoris, nutukimas ir nepakankamas fizinis aktyvumas kartu yra 26 proc. (159 000) mirčių per metus nuo krūties vėžio 19 proc. (88 000) mirčių per metus, storosios ir tiesiosios žarnos vėžio priežastis.

Rūkymas, alkoholio vartojimas, nesveika mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas, antsvoris, nutukimas- tai pagrindiniai rizikos veiksniai, kurie sukelia didelį sergamumą įvairiomis ligomis visame pasaulyje. Todėl būtina imtis įvairių priemonių užkirsti kelią dergamumui ir mirtingumui nuo onkologinių ligų.

Kitame šio darbo poskyryje analizuojama kiekviena profilaktikos priemonė išsamiau. Analizuojant remtasi J. Tamošauskienės ir B. Aleknavičienės (2013) onkologinių ligų klasifikavimu. Autorės profilaktikos priemonės klasifikuoja į dvi pagrindines onkologinių ligų profilaktikos kryptis, t. y. pirminė vėžio profilaktika (sveikas gyvenimo būdas, skiepai) ir antrinė (programos, leidžiančios diagnozuoti onkologines ligas ankstyvoje stadijoje).

1.4.1. Onkologinių susirgimų atvejų mažinimas taikant pirminės profilaktikos priemones

Atsižvelgiant į anksčiau analizuotus rizikos veiksnius (1.3.1. poskyris), pirminės profilaktikos priemonės yra panašios. Pirminė onkologinių ligų profilaktika – vėžinių ligų rizikos veiksnių įvardijimas, jų vengimas.

Minėta onkologinių ligų profilaktika, tai sveikos gyvensenos kasdieniame gyvenime laikymasis, tai yra alkoholio vartojimo, rūkymo mažinimas, didesnis fizinis aktyvumas ir pan. Būtina pirminės onkologinės ligos profilaktikos sąlyga - žmonės turi būti gerai informuoti apie rizikos veiksnius, kad žinotų, kaip gyventi sveikai.

Siekiant, kad žmonės būtų sveikesni, būtinas jaunimo švietimas šia tema, skatinimas vengti minėtų žalingų įpročių ir ugdomas įprotis laikytis sveikos gyvensenos, taip pat jų skatinimas aktyviai dalyvauti pirminėje vėžio profilaktikoje. Medikų, visuomenės sveikatos specialistų uždavinys – informuoti visuomenę apie vėžį, jo rizikos veiksnius, o visuomenės uždavinys – sąmoningai jų vengti (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013).

Remiantis onkologinių ligų profilaktikos svarba, minėtina dar viena veiksminga profilaktikos priemonė - vakcina moterims nuo gimdos kaklelio vėžio. Ji yra plačiai taikoma daugelyje Europos šalių. Ši vakcina veikia dar nesusirgus gimdos kaklelio vėžiu. Šiuolaikinės vakcinos yra modernūs biologiniai preparatai, kurie sukurti naudojant moderniausias mokslo pasiekimus ir gamybos technologijas (Slauga. Mokslas ir praktika, 2014).

Pasaulyje gimdos kaklelio navikiniai susirgimai užima ketvirtą vietą tarp dažniausiai pasitaikančių vėžio formų. Skiepai yra gana veiksmingi, o pirminių ląstelių pakitimų moteris nejaučia. Aptikti pakitimus galima tik vienu būdu – profilaktine patikra, o išvengti – pasiskiepijus.

Europoje nuo žmogaus papilomos viruso (gimdos kaklelio vėžio) skiepijamos mergaitės nuo 11m. Šiuo metu į nacionalinius vaikų profilaktinius mergaičių skiepijimus yra įsitraukę 20 šalių. Didžiausias mergaičių skiepijimo apimtis yra pasiekusi Jungtinė Karalystė, t.y. 92 %, o kitose šalyse skiepijimų apimtys siekia 60 - 80 % (Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2016).

Apibendrinant galima teigti, kad sveika gyvensena, vakcinos nuo gimdos kaklelio vėžio - pirminės profilaktikos priemonės. Jos yra labai svarbios mažinant riziką susirgti onkologinėmis

ligomis. Tačiau labai svarbi yra ir kita, antrinė, onkologinių ligų profilaktika, kuomet siekiama pamatyti ligą eigos pradžioje.

1.4.2. Onkologinių susirgimų atvejų mažinimas taikant antrines profilaktikos priemones

Antrinė onkologinių ligų profilaktika- tai ikinavikinių pokyčių nustatymas ir jų gydymas. Pastaraisiais dešimtmečiais išsivysčiusiose šalyse vykdomos tam tikros gyventojų sveikatos tikrinimo programos (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013). Tokiu būdu siekiama užkirsti kelią onkologinei ligai išsivystyti ar nustatyti ankstyvą stadiją, kai galimi dar geri gydymo rezultatai.

Pagal programas tikrinami tam tikros amžiaus grupės žmonės, kurių sergamumo tikimybė vienokiu ar kitokiu vėžiu didžiausia, taip pat atrenkami tie asmenys, kuriems jau yra diagnozuotas ankstyvos stadijos vėžys ar vyksta ikinavikiniai procesai (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013). Tokie asmenys siunčiami gydytis ir taip galima tikėtis, kad žmogus, susirgęs onkologine liga, pasveiks.

Taigi, norint išvengti ar sumažinti onkologinių susirgimų, svarbu vengti rizikos veiksnių, sukeliančių šias ligas, skiepytis nuo gimdos kaklelio vėžio, dalyvauti profilaktinėse programose. Išsamiau apie profilaktines programas ir jų įgyvendinimą yra analizuojama kitame poskyryje.

1.4.3. Profilaktinės programos ir jų įgyvendinimas

Išsivysčiusiose šalyse, pastaraisiais dešimtmečiais vykdomos specialios gyventojų sveikatos tikrinimo programos (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013). Tokiu būdu siekiama užkirsti kelią onkologinei ligai išsivystyti ar laiku nustatyti ankstyvą stadiją, kad būtų galima pasiekti gerų gydymo rezultatų.

PSO nacionalinėje programoje „Vėžio kontrolės programų politikos ir strategijos gairėse“ nurodoma, kad kiekvienoje šalyje vėžio kontrolė ir prevencija turi būti vykdoma pagal valstybei prieinamus išteklius. Šalys yra klasifikuojamos į tris grupes: žemas, vidutines ir aukštas pajamas turinčias (Pečiūra R. ir kt.).

Pagal programas tikrinama tam tikros amžiaus grupės žmonės, kurių sergamumas vienokiu ar kitokiu vėžiu – didžiausias ir atrenkami tie asmenys, kuriems yra prasidėjęs vėžys ar vyksta ikinavikiniai procesai (Tamošauskienė J., Aleknavičienė B., 2013).

Programų išsivysčiusiose šalyse yra nemažai. Europoje dažniausiai taikomos krūties, prostatos, storosios žarnos, gimdos kaklelio, vėžio prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos. Šių programų taikymas mažina mirštamumą nuo prieš tai išvardintų onkologinių ligų.

Viena iš jų - gimdos kaklelio vėžys. Ligai nustatyti prevencinės programos metu atliekamas citologinio tepinėlio tyrimas, o gavus jo rezultatus ir nustačius pakitimus, gali būti atliekama biopsija, leidžianti objektyviai patvirtinti arba paneigti ligos diagnozę.

Priešinės liaukos vėžio ankstyvoji diagnostika atliekama kraujo tyrimu. Šis tyrimas nustato prostatos specifinio antigeno (toliau - PSA) koncentraciją kraujyje. Jei PSA kiekis viršija normą, išduodamas siuntimas konsultuotis pas urologą, o šis prirėikus atlieka tam tikrus tyrimus, kurie parodo teigiamą arba neigiamą atsakymą apie onkologinę ligą.

Europoje dar vykdoma storosios žarnos vėžio programa. Atliekant šią programą, atliekamas slapto kraujavimo testas. Jei testo atsakymas neigiamas, pacientas yra sveikas. Jei atsakymas teigiamas, šeimos gydytojas išduoda siuntimą pas gydytoją specialistą. Kuris atlikus tam tikrus tyrimus patvirtina arba paneigia storosios žarnos vėžio diagnozę.

Taigi, galima teigti, jog įgyvendinant profilaktines programas, galima išvengti daug mirčių, nes liga nustatoma ankstyvoje stadijoje ir taip užkertamas kelias jai plisti. Tačiau vykdant profilaktines programas susiduriama ir su problemomis, dėl kurių programų įgyvendinimas nėra toks veiksmingas, koks turėtų būti.

1.4.4. Pagrindinės problemos

Problemų, su kuriomis susiduriama taikant profilaktines prevencines programas, yra nemažai, tačiau šiame darbe aptariamos tik svarbiausios.

Pirmoji ir bene svarbiausia problema - per mažas finansavimas sveikatos politikai. Gyventojų sveikata yra šalies produktyvumo, gerovės ir ekonomikos prielaida, o sveikatai išleisti pinigai yra investicija į jos dabartį ir ateitį (Nevulytė R., 2011). Finansavimo svarbą sveikatos priežiūrai pažymi ir D. Jovarauskienė (2014, p.10): „Finansavimas lemia sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą ir jos galimybes rinkos dalyviams pasiūlyti jų poreikius atitinkančias paslaugas“. Sveikatos priežiūros finansavimas, tai sritis, kuriai reikia optimaliausių sprendimų, nes nuo to, kaip valdomas finansavimo mechanizmas, priklauso sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, prieinamumas, sveikatos priežiūros medicinos darbuotojų, bei specialistų darbo užmokestis ir pan. O gero sveikatos finansavimo sistema pritraukia tinkamų lėšų, lemiančių galimybę žmonėms naudotis reikalingomis paslaugomis, juos apsaugančiomis nuo finansinių nelaimių ar nuskurdimo dėl būtino mokėjimo už sveikatos paslaugas (Misevičienė I. 2011).

Suprantama, jog finansavimas sveikatos priežiūrai yra labai svarbus. Tačiau būna, kad lėšų sveikatos politikai valstybei pritrūksta. Mokant privalomą sveikatos draudimą ne visada galima sulaukti tinkamo gydymo. Pastaruoju metu gydymo įstaigoms susiduriant su finansavimo problemomis daugelis paslaugų apmokestinamos dalinėmis priemokomis (pacientas turi susimokėti už suteikiamas paslaugas dalį kainos). Taip pat pacientai moka dalines priemokas įsigydami kompensuojamų vaistų.

Dar viena problema - ligų prevencijai, psichikos ir fizinės sveikatos apsaugai ir gerinimui skiriama vidutiniškai tik 3 % valstybių narių visų metinių sveikatos biudžeto lėšų, palyginti su 97 %, skirtais gydymui ir priežiūrai (Sveikatos politika ir valdymas, 2001).

Kadangi iš valstybės biudžeto yra skiriama per mažai lėšų, papildomos informavimo priemonės apie prevencines programas gyventojams nėra taikomos. Anot A. Eigirdaitės (2012), įstaigos susiduria su problemomis, kaip gyventojus pakviesti dalyvauti rengiamose prevencijos programose: laiškus įstaigai siųsti kainuoja, laišką išsiuntę, pinigų neatsiimsim, elektronines žinutes arba laiškus elektroniniu paštu tikrai vienai programai pernai leido siųsti. Blieka skambinti žmonėms mobiliaisiais arba paprastais telefonais, kurie taip pat kainuoja, paštu voką siųsti irgi kainuoja, o adresai keičiasi, žmonės išvažiuoja...

Dėl šių priežasčių (nors didžioji dalis gyventojų ir žino apie onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programas ir teigia apie jų reikalingumą) dalyvavimas prevencinėse programuose išlieka mažas (Petronytė G., ir kt., 2011).

Galima daryti prielaidą, kad skiriamas didesnis dėmesys ligų gydymui nei profilaktikai ir tai lemia, kad daugelis susirgimų yra nustatomi jau vėlyvoje stadijoje, todėl tikimybė išgydyti būna labai maža. Tai gali būti viena iš asmens sveikatos priežiūros išlaidų augimo priežasčių, nes neužtikrinant visuomenės sveikatos sistemos efektyvaus funkcionavimo, asmens medicininėms paslaugoms tenka skirti didesnę ir privatų, ir valstybinį finansavimą (Banaitytė K., 2012).

Peržvelgus ir išanalizavus problemas, kurios sukelia didelį sergamumą ir mirtingumą, galima daryti išvadą, jog pagrindinė problema yra per mažas finansavimas mažinant onkologinių ligų susirgimus. Tai yra viena iš asmens sveikatos priežiūros išlaidų augimo priežasčių. Todėl ne visada išlaidų gydymui užtenka ir ne visi žmonės gauna reikiamą gydymą.

Taip pat dėl finansavimo stokos atsiranda ir kitų svarbių veiksnių, tokių kaip: informacijos stoka apie prevencines programas bei mažas dalyvavimas programose, didesnis dėmesys gydymui nei profilaktikos programoms. Būtent todėl šiame darbe remtasi į visomenės sveikatos gerinimą, vykdant profilaktikos priemones, mažinančias onkologinių ligų paplitimą.

Taigi, peržvelgus ir išanalizavus literatūrą, galima teigti, jog gera sveikata – labai svarbus veiksnys ekonominiam ir socialiniam vystymuisi, o sveika darbo jėga yra išankstinė būtina sąlyga ekonominei gerovei ir šalies augimui.

Atsižvelgiant į visuomenės ir asmens sveikatos priežiūrų sąlygas ir mokslininkų išvalgas, didžiausias dėmesys skirtas asmens sveikatos priežiūrai gydant ligas, o ne į visuomenės sveikatos priežiūros prevenciją, kuri leidžia šalinanti ligos priežastis. Iš to kyla nemažai problemų, tokių kaip: didelis sergamumas, mirtingumas, išteklių stoka ir pan. Dėl to daugelyje Europos šalių yra sukurtos strategijos, padedančios užtikrinti savalaikę ir subalansuotą tiek visuomenės, tiek asmens sveikatos priežiūrą.

Tiek visuomenės sveikatos priežiūra, tiek asmens sveikatos priežiūra ir sveikatos strategijos remiasi pagrindiniais sveikatos politikos principais: teismo, solidarumo, prieinamumo, priimtimumo ir pan. Pagrindiniais sveikatos politikos principais siekiama geresnės žmonių sveikatos. Tačiau vis tiek Europos šalyse vyrauja didelis mirtingumas. Į statistiką įtrauktos onkologinės ligos, kaip vienos iš didžiausių priežasčių, sukeliančių mirtingumą.

Sveika gyvensena, vakcinų nuo gimdos kaklelio vėžio - pirminės profilaktikos priemonės. Jos yra labai svarbios mažinant riziką susirgti onkologinėmis ligomis. Tačiau kita taip pat labai svarbi yra antrinė onkologinių ligų profilaktika, kuomet siekiama pamatyti ligą eigos pradžioje.

Atliekant antrinę profilaktikos priemonę, siekiama pastebėti onkologinę ligą pačioje pradžioje. Pastebėjus ligą pradžioje, yra didelė tikimybė užkirsti kelią jai vystytis ir dažniausiai sėkmingai pagydyti.

Apie onkologines ligas jau buvo žinoma seniai. Nepaisant to, peržvelgus pateiktus mokslininkų statistinius duomenis, sergančiųjų vėžiu ir mirčių skaičius daugelyje šalių didėja. Manoma, jog daugumos iš vėžio sukeltų mirčių galima išvengti - pirmiausia, būtina vengti rizikos veiksnių, tokių kaip: rūkymas, alkoholio vartojimas, nesveika mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas, atsivoris, nutukimas. Tai pagrindiniai veiksniai, kurie sukelia didelį sergamumą visame pasaulyje.

Be abejo, labai svarbu onkologinių ligų susirgimų profilaktinių programų įgyvendinimas. Įgyvendinant profilaktines programas galima išvengti daug mirčių, nes liga pastebima ankstyvoje stadijoje ir užkertamas kelias onkologinėms ligoms vystytis. Tačiau vykdamas profilaktines programas susiduriama ir su problemomis, dėl kurių programų efektyvumas nėra toks efektyvus, koks turėtų būti.

Peržvelgus ir išanalizavus problemas, kurios sukelia didelį sergamumą ir mirtingumą, galima daryti išvadą, jog pagrindinė problema yra per menkas finansavimas mažinant onkologinių ligų susirgimus. Ir tai yra viena iš asmens sveikatos priežiūros išlaidų augimo priežasčių. Bet ne visada išlaidų gydymui užtenka ir ne visi žmonės gauna reikiamą gydymą. Taip pat dėl finansavimo stokos atsiranda ir kitų svarbių problemų, tokių kaip: informacijos stoka apie prevencines programas, mažas dalyvavimas programose. Daugiau dėmesio skiriama jau pačios ligos gydymui, o ne profilaktikos programoms.

Visos profilaktinės priemonės, mažinančios sergamumą ir mirtingumą nuo onkologinių ligų, yra labai svarbios. Todėl būtina skirti daugiau dėmesio profilaktinėms programoms, kurios gali padėti

išvengti ligos.

Pirmajame šio darbo skyriuje išanalizuota, jog prevencijos programos yra būtinos, tačiau ar jos veiksmingos ir kokia yra onkologinių ligų prevencijos programų valdymo situacija Baltijos šalyse, nagrinėjama kitame šio darbo skyriuje.

II. ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENCINIŲ PROGRAMŲ ĮGYVENDINIMO SITUACIJA BALTIJOS ŠALYSE

2.1. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo situacija Lietuvoje

Lietuva, atgavusi nepriklausomybę, priėmė pagrindinius dokumentus, kuriančius geresnę sveikatą, ir įsitraukė į pažangiai mąstančių apie sveikatos priežiūrą ir ją plėtojančių Europos šalių gretas. Tačiau, ir praėjus dešimtmečiui, dėl didėjančio lėšų poreikio sveikatos priežiūrai, susiduriama su nepakankamu sveikatos priežiūros finansavimu.

Kad finansavimas yra per mažas, pasisako ir LR respublikos institucija - Nacionalinė sveikatos taryba (2011) - ir siekia padaryti, kad finansavimas būtų pakankamas ir atitinkantis prioritetus. Kaip jau minėta, dėl nepakankamo finansavimo nesuteikus reikiamo gydymo, miršta daug žmonių, apie tai pasisakė ir Lietuvos biotikos komitetas (Jakutytė S., 2013): „Dėl lėšų stokos neįmanoma patenkinti visų sveikatos poreikių. <...> Ligoninių darbo tvarka primena Buridano asilo padėtį: siekiama padėti visiems, bet nesuteikiama adekvati pagalba nei vienam. Vis dažniau pasitaiko atvejų, kai žmonės miršta vien dėl to, kad jiems nebuvo laiku paskirtas gydymas“. Tai skatina nepasitikėjimą esama sveikatos apsauga, skatina resursus paskirstyti racionaliai ir teisingai. Žemiau pateikta diagrama, kurioje lyginamas Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidų vidurkis su Europos sąjungos.



4 pav. Iš viso sveikatos priežiūros išlaidos % BVP Lietuvos ir ES vidurkis, 2011

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis sveikatos Baltijos šalyse 2012m. statistika, 2014.

Nagrinėjant BVM (1pav.) sveikatos priežiūros išlaidas, Lietuva (9.5%) stipriai atsilieka nuo ES vidurkio (9.5%). Tai rodo, kad Lietuva nepakankamai skiria lėšų sveikatos priežiūrai.

Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos (2015) teigė, jog “Lietuvoje sveikatos apsaugai skiriamų lėšų dalis nuo BVP yra viena mažiausių Europoje, todėl efektyvus šių lėšų panaudojimas paslaugoms suteikti yra vienas pagrindinių iššūkių“.

Kaip matome, LR institucijos, atsakingos už sveikatos priežiūros efektyvumą, suvokia, jog finansavimas yra per mažas, nors BVM išlaidos sveikatos priežiūrai stipriai atsilieka nuo ES vidurkio. „Iškalbingas rodiklis yra Lietuvos Respublikoje gydymui ir prevencijai skiriamų lėšų santykis. Pavyzdžiui, 2010 m. bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 6,7 mlrd. Lt (vidutiniškai 2031 Lt kiekvienam gyventojui), iš jų – net 49 % gydymo paslaugoms ir vos 1 % – prevencijai ir visuomenės sveikatai“ (Norkus, 2012, p.7).

Gilinantys labiau į gydymui skirtas lėšas ir prevencijai, žemiau pateikta lentelė, kurioje matosi skiriamos lėšos nuo 2000 m. iki 2012 m

1 lentelė. Sveikatos priežiūros išlaidos mln. eurų.

	2010	2011	2012
Iš viso:	948.90	1031.5	1026.7
Gydymo paslaugos	931.5	1006.6	1003.2
Prevencija ir visuomenės sveikatos paslaugos	17.40	24.9	23.5

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis.

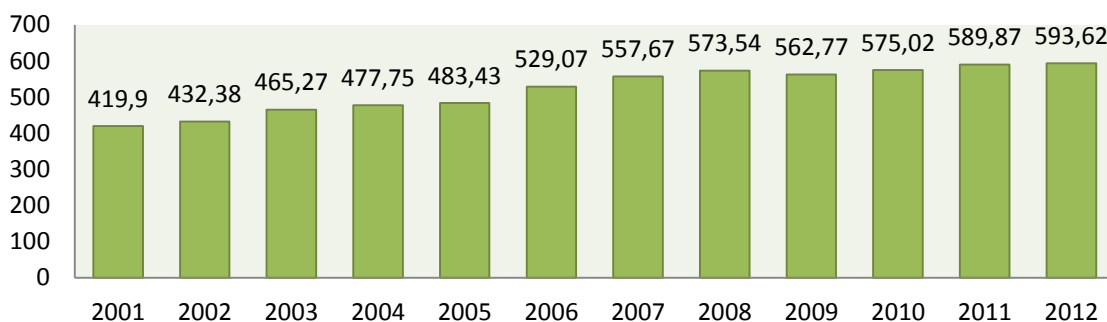
Nagrinėjant Lietuvos statistikos departamento duomenis, nuo 2010 m. iki 2012 m. gydymo paslaugoms išlaidos nuolat augo. T.y. 2010 m. buvo skirta 3216,3 mln.litų, o j 2011m. paaugo iki 3475,7mln.litų, 2012m. siekė net 3463,7mln.litų, tuo tarpu prevencijai ir visuomenės sveikatos paslaugoms išlaidos kilstelėjo tik 2011m. nuo 60 mln.litų iki 86,1 mln.litų, o 2012m. jau smuktelėjo iki 81,1 mln.litų.

Pagal ekonominį statusą Lietuva yra priskiriama vidutinius išteklius turinčių šalių grupei. Tokiose šalyse daugumos gyvenimo trukmė ilgesnė nei 60 metų, daugiausia žmonių gyvena miestuose. Šios šalys išgyvena taip vadinamą pereinamąjį epidemiologinį periodą, o piktybiniai navikai yra viena pagrindinių gyventojų sergamumo ir mirties priežasčių (Pečiūra R. ir kt.).

1.2.1. Onkologinių susirgimų atvejų mažinimas taikant prevencines priemones Lietuvoje

Remiantis 2000-2009 metų tyrimais, Lietuvoje onkologinės ligos pagal mirčių priežastis užima trečią vietą, jas lenkia tik kraujotakos sistemos ligos ir išorinės mirties priežastys (Stankūnienė V., Jasilionis D., 2011). Vyrų mirtingumas nuo onkologinių ligų didesnis nei moterų.

Žemiau, paveiksle pavaizduotas sergamumas piktybiniais navikais.



5 pav. Sergamumas piktybiniais navikais Lietuvoje (100 000 gyventojų) (2001 -2012m.)

Šaltinis: Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa „Dėl Lietuvos sveikatos 2014- 2025 metų programos patvirtinimo“, 2014.

Sergamumas piktybiniais navikais Lietuvoje nuosekliai didėja – nuo 2001 m. iki 2012 m. kasmet didėjo. Išskyrus 2009 m., kai buvo matomas sumažėjimas, nors tai truko neilgai. Ir lyginant 2001m. ir 2012m. pastebimas padidėjimas net iki 173,72 vėžio atvejų 100 tūkst. gyventojų.

Kadangi vėžio atvejų fiksuojamas didelis augimas, Lietuvoje prevencinės programos pradėtos įgyvendinti nuo 2004 m. Programos finansuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšomis, vykdomos 4 programos onkologinių ligų atvejams mažinti:

1. Gimdos kaklelio piktybinių navikų finansavimo programa.
2. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa.
3. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.
4. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.

Anot G. Smailytės (2011), mirtingumas vienas didžiausių Europoje yra nuo *gimdos kaklelio vėžio*. Programa skirta moterims nuo 25 iki 60 metų. Pradėjus vykdyti programą, buvo pastebėti ikivėžinių atvejų pasikeitimai.



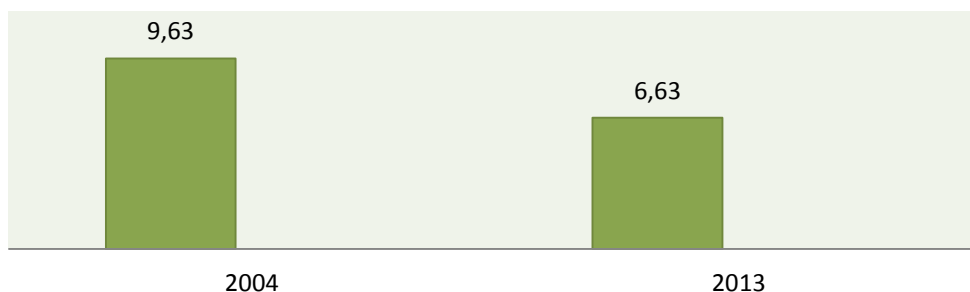
6 pav. Gimdos kaklelio ikivėžiniai atvejai 2000 m. ir 2013 m.

Šaltinis: valstybinė ligonių kasa, 2016.

Lietuvos Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2000 m. nustatyta 60 ikivėžinių pakitimų atvejų, o 2013 m. 12 kartų daugiau net 729 atvejai. Taigi, kiekvienais metais diagnozuojama vis daugiau gimdos ikivėžinių atvejų, kuomet galima sustabdyti ligos plitimą ar net visiškai moterį

išgydyti. Gimdos kaklelio vėžys ankstyvose stadijose yra diagnozuojamas dažniau nei tada, kai ši prevencinė programa dar nebuvo pradėta vykdyti.

Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio, įgyvendinus prevencinę programą, taip pat keitėsi.

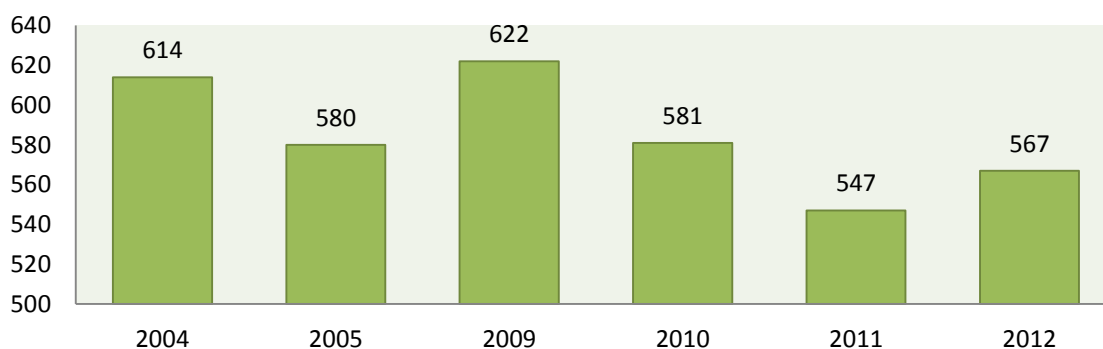


7 pav. Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio (100 tūkst. gyventojų).

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis valstybinės ligonių kasos tinklalapiu, 2013.

2004 metais, kada gimdos kaklelio onkologinė programa buvo tik pradėta vykdyti, iš 100 tūkst. moterų mirdavo apie 10. Praėjus 9 metams, šis rodiklis yra sumažėjęs beveik trečdaliu, t. y. 100 tūkst. moterų tenka apie 7 mirties atvejų. Tai įrodo gimdos kaklelio vėžio prevencijos veiksmingumą.

Kalbant apie atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programą, ji pradėta vykdyti tais pačiais metais kaip ir gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa (2004m.). Pogramoje dalyvauja 50 - 69 metų moterys. Kaip keitėsi situacija nuo programos vykdymo pradžios iki 2012m., rodo pateikiami Nacionalinio vėžio instituto duomenys (8 pav.)



8 pav. Mirtingumas nuo krūties vėžio Lietuvoje (2004-2005; 2009-2012m.) (atvejų skaičius).

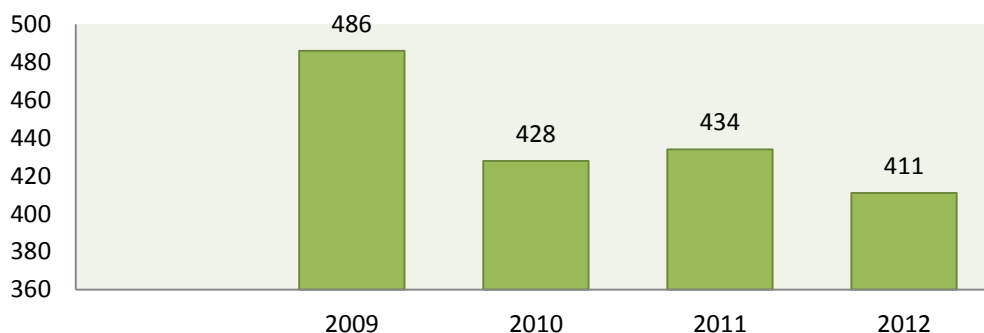
Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Nacionalinio vėžio instituto duomenimis.

Nagrinėjant pateiktus duomenis, matosi, jog nuo krūties vėžio 2004 (kada pradėta vykdyti programa) mirė 614 moterų (2005m.- 580 moterų), o praėjus nuo programos pradžios 5 metams, t.y.2009, mirė 622 moterys. 2010m. - 581, 2011 - 547, o 2012 - 567. Matant šių skaičių dinamiką,

galima pastebėti, kad situacija nuo programos pradžios vykdymo iki 2012 metų nežymiai keitėsi. Todėl darytina prielaida, jog prevencinė programa nėra pakankamai efektyvi.

Kita svarbi programa- *storosios žarnos prevencinė programa*. Ši programa yra skirta 50-74 metų amžiaus asmenims, kuriems vieną kartą per 2 metus gali būti atliekamas slauto kraujavimo testas.

Nuo 2014 m. liepos 1 d. programa vykdoma visoje Lietuvoje (Valstybinė ligonių kasa, 2016). Ar ši programa yra efektyvi, sužinome lygindami mirčių skaičiaus pakitimus per tam tikrus metus. Todėl žemiau pateikiama statistika apie mirtingumą nuo storosios žarnos vėžio 2009-2012m.

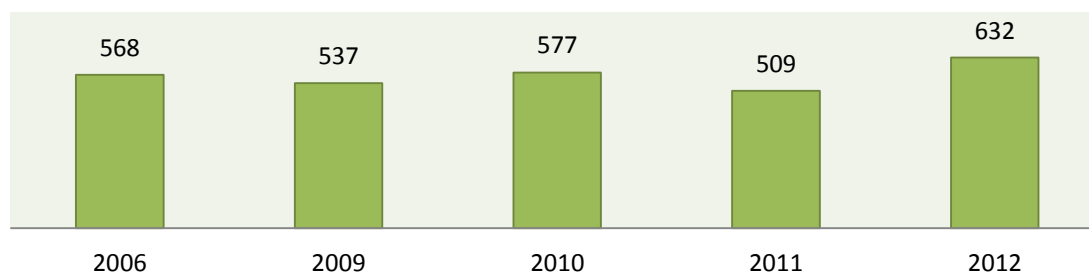


9 pav. Mirtingumas nuo storosios žarnos vėžio 2009-2012m. (atvejų skaičius).

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Nacionalinio vėžio instituto duomenimis.

Aptariant šios diagramos duomenis, reikia nepamiršti, jog programa vykdoma sąlyginai neseniai (nuo 2014m.), o statistiniai duomenys pateikti tik iki 2012m., todėl neįmanoma vertinti programos įgyvendinimo veiksmingumo lyginant šį laikotarpį (2009-2012m.). Nors šiuo laikotarpiu pastebimas nedidelis mirčių (išskyrus 2010-2011m. šešiomis mirtimis buvo daugiau) mažėjimas. Ir tai sudaro prielaidą manyti, jog ateityje bus pasiekta dar geresnių rezultatų.

Kita liga, kuri nusineša daug vyrų gyvybių - *priešinės liaukos vėžys*. Todėl šios ligos prevencijos programa vykdoma nuo 2006 metų. Programa skirta vyrams nuo 50 iki 75 metų amžiaus ir vyrų nuo 45 metų, kurių tėvai ar broliai yra sirgę prostatos vėžiu, susirgimų prevencijai. Vieną kartą per dvejus metus taikomos šios programos priemonės (Valstybinė ligonių kasa). Žemiau pavaizduotje lentelėje pateikiami duomenys atspindintys mirtingumą nuo priešinės liaukos vėžio.



10 pav. Mirtingumas nuo priešinės liaukos vėžio (2006m., 2009m.-2012m.) (atvejų skaičius).

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Nacionalinio vėžio instituto duomenimis.

Nagrinėjant dėl priešinės liaukos vėžio mirčių pokyčius per metus (2006 metais- 568 mirtys, praėjus porai metų, 2009m., - 537, dar po metų - 577, 2011m. - 509, 2012- 632 mirtys), matosi, jog tiek pradėdant vykdyti programą, tiek po 6 metų vyrų mirtingumas nuo šios ligos išlieka aukštas. Todėl, bent jau kol kas, šią programą galime laikyti nepasiteisinsia.

Apibendrinant Lietuvos prevencinių priemonių veiksmingumą, galima teigti, jog Lietuvoje tik gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa yra pasiteisinsusi, nes nustatoma vis daugiau ligos atvejų pirmos stadijos, kada tikėtina didesnė pasveikimo galimybė. Krūties vėžio mirčių atvejų, vykdančias prevencines programas, situacija nepastovi, keitėsi mažai, todėl programa laikytina nepakankamai efektyvi. Storosios žarnos vėžio prevencinė programa vykdoma sąlyginai neseniai, statistiniai duomenys pateikiami tik iki 2012m., todėl neįmanoma vertinti programos įgyvendinimo veiksmingumo lyginant šį periodą (2009-2012m.). Nors šiuo laikotarpiu pastebimas nedidelis mirčių (išskyrus 2010-2011m. šešiomis mirtimis buvo daugiau) mažėjimas. Ir tai sudaro prielaidą teigti, jog ateityje bus dar geresni rezultatai.

Lietuvos vėžio prevencinių programų situacija išanalizuota, žemiau analizuojama Latvijos vėžio prevencinių programų situacija.

2.2. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo situacija Latvijoje

Latvijos sveikatos politikos istorija, kaip ir Lietuvos, labai panaši, todėl apie Latvijos sveikatos politikos istoriją nebus rašoma.

Bene svarbiausias kiekvienos valstybės sveikatos politikos efektyvumo veiksnys priklauso nuo finansavimo. Todėl žemiau nagrinėjamos Latvijos sveikatos apsaugai skirtos lėšos 4 metų laikotarpiu.

2 lentelė. Latvijos sveikatos apsaugai skirtos lėšos

Metai	Lėšos
2011	10, 42 mln. eurų
2012	39, 56mln. eurų
2013	38,61 mln. Eurų
2014	32, 06 mln. eurų
Vidurkis	30, 18 mln. eurų

Šaltinis: Latvijos Respublikos sveikatos ministerija.

Kalbant apie biudžetą, Latvijoje sveikatos apsaugai kasmet nuo 2012m. skiriama vis daugiau lėšų. 2011m. skirta tik 10.42 mln.eurų, bet jau nuo 2012m. Finansavimas padidėjo iki 39,56 milijonų eurų. 2013 m. sumažėjo iki 38.61 milijonų eurų, 2014m. Buvo skirta 32.06 milijonų eurų. Galima

daryti prielaidą, jog finansavimas mažėja ir dėl lėšų trukūmo, ir dėl mažėjančio gyventojų skaičiaus (emigracija, šeimos planavimo atidėjimas). O onkologinės ligos - tai tokios ligos, kurios reikalauja nemažai valstybės biudžeto lėšų, kadangi jos pagal dažnumą yra antros pagal mirčių priežastis.

2.1. Onkologinių susirgimų atvejų mažinimas taikant prevencines priemones Latvijoje

Dėl didelio mirtingumo nuo onkologinių ligų nuo 2005m. Latvijoje įsigaliojo sveikatos patikros programos, kurios skirtos tam tikro amžiaus žmonėms. Tačiau 2007 metų šalies gyventojų apklausos rezultatai rodo, kad 50% moterų ir 43% vyrų nelabai gerai žino, kad vyksta profilaktiniai tikrinimai, finansuojami iš valstybės biudžeto, nors onkologinės ligos ankstyva diagnozė lemia žmogaus pasveikimo galimybes. Tačiau didelis mirtingumas dėl vėžio pasitaiko dažniausiai dėl to, kad piliečiams trūksta informacijos apie prevencines programas ir tik susirgę žmonės kreipiasi į gydytojus. Nepaisant mažo informuotumo apie prevencines programas, prieinamuose šaltiniuose rasta, jog šalyje yra vykdomos 3 vėžio prevencinės prgramos:

1. Gimdos kaklelio piktybinių navikų finansavimo programa.
2. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa.
3. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų finansavimo programa. 2006 birželį Europos Komisija patvirtino PSO gaires gimdos kaklelio vėžio patikros organizavimui.

Gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros tyrimo laikas – kas treji metai. Tikrinamų moterų mažius - nuo 25 metų iki 70 metų.

2006 birželio mėn. Europos Komisija patvirtino PSO gaires gimdos kaklelio vėžio patikros organizavimui. Europos Komisija rekomendavo žymiai pagerinti atrankos paslaugų teikėjų tinklą, stiprinti atrankos procesą, įpareigojo valstybes institucijas stebėti programos vykdymą.

Statistikos apie mirtingumą nuo gimdos kaklelio vėžio Latvijos valstybė nepateikia, tačiau galima palyginti duomenis apie sergamumą šia liga ir daryti išvadas apie mirštamumą.

3 lentelė. Onkologiniai susirgimai pagal stadijas

Metai	Sergamumas	Onkologinių ligų stadijos							
		1 stadija		2 stadija		3 stadija		4 stadija	
		skaičiai	%	skaičiai	%	skaičiai	%	skaičiai	%
2003	9224	1582	7,9	1993	2,5	1807	20,4	2137	24,1
2004	10011	1734	8,9	1999	1,8	1860	20,3	2196	23,9
2005	10023	1882	0,6	1906	0,8	1851	20,2	2199	24,0
2006	10438	1910	0,1	1959	0,6	1957	20,6	2148	22,6
2007	10470	1838	9,7	1951	0,9	1984	21,2	1997	21,4
2008	9656	1770	0,4	1794	0,7	1835	21,2	1716	19,8
2009	10020	1760	9,7	1631	8,2	1524	17,0	1799	20,1
2010	10600	1813	8,6	1784	8,3	1594	16,4	2016	20,7
2011	11169	2387	3,6	1869	8,5	1668	16,5	2310	22,8

Šaltinis: Sveikatos profilaktikos ir kontrolės centras, 2012.

Nagrinėjant lentelės duomenis galima pastebėti, jog sergamumas gimdos kaklelio vėžiu beveik visais metais didėjo. 2003 metais siekė 9224, o jau 2011m. – 11169 atvejų. Pirmos stadijos liga dažniau aptinkama nei paskutinės (Istad.2003m.-1582 (17,9%), 2011m.- 2387 (23,6%) susirgimų, kada gydymas yra žymiai prasmingesnis ir pigesnis. Vėžio paskutinių stadijų susirgimų diagnozavimas vis mažėja (IVstad. 2003m.- 2317 (24,1%, 2011m.-2310 (22,8%). Ir šie duomenys rodo, kad padėtis gerėja, nes vis daugiau išaiškinama gimdos kakalelio navikinių atvejų pirmos susirgimo stadijos. Kadangi ligos pradžioje aptikus susirgimą tikimybė pasveikti yra žymiai didesnė, tai ir mirtingumas neabejotinai yra mažesnis.Todėl Latvijos gimdos kaklelio vėžio patikros programą galima laikyti veiksminga.

Siekiant sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio ir skatinti piktybinių ligų ankstyvą nustatymą ir gydymą, nuo 2009 metų sausio mėn. Latvijos Sveikatos apsaugos ministerija pradėjo organizuoti *atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programą*. Programa vykdoma 50 - 69m. moterims.

Pagrindinis jos tikslas yra sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio (Latvijos Respublikos sveikatos ministerija, 2016).

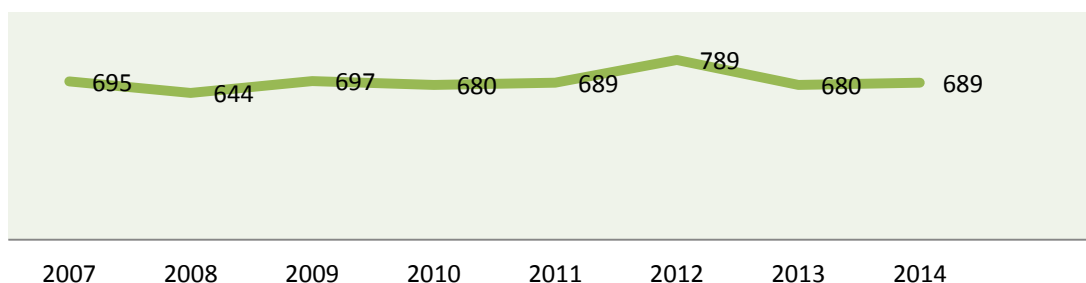


12 pav. Mirtingumas nuo krūties vėžio Latvijoje (2008m.; 2011m.; 2012m.) (atvejų skaičius)

Šaltinis: Andrejs Srebnijs, 2015

Kaip matyti iš pateiktos medžiagos, didžiausias mirtingumas nuo krūties vėžio buvo 2008 metais (programa pradėta vykdyti po 1-ų metų)- 470 mirčių. 2011 metais mirtingumas sumažėjo iki 452, o jau 2012m., lyginant su 2008m., mirčių buvo mažiau 65-iomis. Išanalizavus pateiktus duomenis galima teigti, kad krūties vėžio mirčių atvejų mažėjo, todėl krūties vėžio prevenciją galima laikyti efektyvia.

Nuo 2007m. Latvijoje vyksta *Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa*. Valstybė moka už tikslinės amžiaus grupės, nuo 50 iki 74 metų, patikrą (Daiga Šantare, 2016). Norint iširti, ar ši programa yra efektyvi, žemiau analizuojamas dėl storosios žarnos vėžio mirtingumas nuo programos vykdymo pradžios iki 2014 metų (13 pav.)



13 pav. Mirtingumas nuo storosios žarnos vėžio (2007- 2014m.) (atvejų skaičius).

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Šantare D., 2016.

Analizuojant duomenis, tiek nuo prevencinės programos pradžios (2007), tiek iki 2014 metų, situacija keitėsi labai nedaug arba visai nesikeitė, nes mirtingumas dėl storosios žarnos vėžio buvo ir išliko aukštas. 2007m. - 695 vėžio atvejai, 2014m. - 689 atvejai. Todėl galima teigti, jog ši programa Latvijoje nėra efektyvi.

Labai svarbu apibendrinti mirtingumo nuo piktybinių navikų visumą, tai ir pateikiama lentelėje.

4 lentelė. Mirtingumas nuo piktybinių navikų Latvijoje (100 000 gyventojų)

	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mirtingumas nuo piktybinių navikų	245	249,6	248,3	253,2	263,2	259,8	256,2

Šaltinis: sveikatos profilaktikos ir kontrolės centras.

Lyginant 2000-2008 metus, mirtingumas nuo piktybinių navikų 100 000 gyventojų mažai keitėsi. 2000m. mirtingumas buvo 245 atvejai 100 000 gyventojų, 2003m. skaičiai šiek tiek pakilo (249,6 atvejai), 2004m.- sumažėjo iki 248,3 mirčių. 2005 m.vėl padidėjo (253,2). Nuo 2006m. iki 2008m. pastebimas mirčių nežymus mažėjimas (nuo 263,2 iki 256,2).

Taigi, kiekvienais metais mirčių skaičius svyruoja, nėra žymių pasikeitimų, tačiau atsižvelgiant, kad nagrinėtu laikotarpiu prevencinės programos nebuvo vykdomos arba buvo tik neseniai pradėtos įgyvendinti (pvz., storosios žarnos tik nuo 2009m.), todėl spręsti, ar turėjo įtakos prevencinės programos mirtingumui nuo piktybinių navikų- sunku.

Apibendrinant galima teigti, jog Latvijoje vykdomos trys vėžio prevencinės programos: gimdos kaklelio piktybinių navikų finansavimo programa; atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa ir storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.

Gimdos kaklelio vėžio statistiniai duomenys parodo, kad vis daugiau išaiškinama gimdos kakalelio vėžio susirgimų atvejų pirmos stadijos. Kadangi šios stadijos ligos išgydymo tikimybė yra žymiai didesnė, tai ir mirtingumas neabejotinai yra mažesnis. Todėl Latvijos gimdos kaklelio vėžio patikros programą galima laikyti veiksminga. Nagrinėjant šalyje vykdomas krūties vėžio prevencijos statistinius duomenis galima teigti, kad dėl krūties vėžio mirčių atvejų mažėjo, todėl krūties vėžio prevenciją galima laikyti efektyvia.

Analizuojant storosios žarnos vėžio mirtingumo duomenis, tiek nuo prevencinės programos pradžios (2007), tiek iki 2014 metų, situacija keitėsi labai nežymiai arba visai nesikeitė, todėl galima teigti, jog ši programa Latvijoje nėra efektyvi.

Taigi, Latvijoje efektyvios yra gimdos kaklelio ir krūties vėžio prevencinės programos. Neefektyvia galima laikyti storosios žarnos prevencinę programą.

Estija neįtraukta į onkologinių ligų prevencinių programų Baltijos šalių lyginimą, nes informacija apie šios šalies vykdomas programas nėra prieinama.

Lietuvoje yra vykdomos keturios onkologinių ligų prevencinės programos: gimdos kaklelio piktybinių navikų finansavimo programa; atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa; storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa; priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.

Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa yra pasiteisinusi, nes nustatoma vis daugiau ligos atvejų pirmos stadijos, kada tikėtina didesnė pasveikimo galimybė. Krūties vėžio mirčių atveju, vykdamas prevencines programas, situacija mažai keitėsi. Storosios žarnos vėžio prevencinė programa vykdoma sąlyginai nesenai, tačiau pastebimas nedidelis mirčių (išskyrus 2010-2011m., kai šešiomis mirtimis buvo daugiau) mažėjimas. Ir tai sudaro prielaidą manyti, jog ateityje bus dar geresni rezultatai.

Dažna vyrų mirties priežastis- priešinės liaukos vėžys. Tiek pradėdant vykdyti šios onkologinės ligos programą, tiek po 6 metų, vyrų mirtingumas nuo šios ligos išlieka aukštas. Todėl bent jau kol kas šią programą galime laikyti nepasiteisinusia.

Latvijoje vykdomos trys vėžio prevencinės programos: gimdos kaklelio piktybinių navikų finansavimo programa; atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa; storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa; Statistiniai duomenys parodo, kad vis daugiau išaiškinama gimdos kaklelio onkologinių ligų išaiškinimo atvejų pirmos stadijos, tad tikimybė pasveikti yra žymiai didesnė, tai ir mirtingumas neabejotinai yra mažesnis.

Taigi, Latvijos gimdos kaklelio vėžio patikros programą galima laikyti veiksminga. Nagrinėjant šalyje vykdomą krūties vėžio prevencijos programą, sunku daryti išvadą, kodėl mirtingumas mažėjo nuo 2008 m., (kadangi, kol dar nebuvo pradėtos vykdyti programos, buvo mažesnis mirtingumas (ir pradėjo mažėti tik 2008 m.)), tačiau neatmetama, jog tam turėjo teigiamos įtakos mamografijos prevencinės programos.

Analizuojant duomenis, tiek nuo prevencinės programos pradžios (2007), tiek iki 2014 metų, situacija keitėsi labai nedaug arba visai nesikeitė, todėl galima teigti, jog ši programa Latvijoje nėra efektyvi.

Kitame šio darbo skyriuje atliktas empirinis tyrimas ir jo analizė, atskleidžianti, ar teorija apie prevencinių programų mažą efektyvumą yra teisinga.

III. SVEIKATOS POLITIKOS PREVENČINĖS PROGRAMOS GALIMYBĖS IR GRĖSMĖS ONKOLOGINIŲ LIGŲ ASPEKTU: EMPIRINIS TYRIMAS

3.1. Tyrimo esmė ir charakteristika

Siekiant iširti *sveikatos politikos įgyvendinimą, vykdamant onkologinių ligų prevencines programas*, buvo atlikta dokumentų turinio analizė ir anketinė apklausa. Anketinės apklausa:

Tyrimo tipas – kiekybinis.

Tyrimo populiacija – vyresnės nei 25-erių metų moterys; vyresni nei 50-ties vyrai. Tiek vyrai, tiek moterys iki 75 metų.

Tyrimo imties sudarymo būdas. Tyrimo imčiai sudaryti pasirinkta netikimybinė (patogioji) atranka. Patogioji atranka - tai tokia atranka, kai atrenkami tie generalinės aibės vienetai, kurie yra lengvai prieinami (Rupšienė L., 2007, p.19).

Tyrimo imtis. Tyrime dalyvavo 150 moterų ir 150 vyrų. Iš viso 300 asmenų. Respondentai yra iš Kėdainių, Raseinių, Kauno, Vilniaus miestų ir rajonų.

Tyrimo metodika ir organizavimas. Tyrimas atliktas 2016 m. gruodžio mėnesį Kėdainių, Raseinių, Kauno, Vilniaus rajonuose ir miestuose. Apklausos pradžioje tyrimo dalyviams buvo paaiškinta, kas ir koku tikslu atlieka tyrimą, nurodyta, kad anketa anoniminė, ir paaiškinta, kaip ją pildyti. Tyrėja dalyvavo apklausiant respondentus, todėl, kilus neaiškumams, buvo galima klausti. Klausimų struktūra parinkta taip, kad būtų užtikrintas kuo didesnis anonimiškumas, taupomas respondentų laikas. Po to sisteminami ir analizuojami gauti duomenys.

Tyrimui atlikti buvo pasirinktas anketinės apklausos metodas. Anketinės apklausos metodu galima tirti požiūrius, nuostatas, nuomones, įsitikinimus, identifikuoti problemines sritis (Kardelis K., 2002).

Tyrimo duomenų rinkimo metodas – anketinė apklausa (raštu).

Tyrimo instrumentas – anketa. Anketą sudaro 14 klausimų (žr. 1 priedą).

- Pirmas klausimų blokas skirtas išsiaiškinti, kokia dalis respondentų dalyvauja onkologinių ligų prevencinėse programose ir kaip dažnai.
- Antras klausimų blokas skirtas išsiaiškinti, kokios yra pagrindinės problemos vykdamant onkologinių ligų prevencijos programas.

Tyrimo etapai:

- 1 etapas. Tyrimo instrumento kūrimas, respondentų atranka (2016 m. lapkritis).
- 2 etapas. Anketavimas (2016 m. lapkritis - gruodis). Iš 76 pateiktų anketų sugrįžo 74 (97%).
- 3 etapas. Gautų tyrimo duomenų analizė (2016 m. gruodis). Tyrimo duomenys analizuojami naudojant kompiuterinę programą MS Excel.

Tyrimo etika. Tyrimo metu buvo laikomasi esminių etikos principų: , pagarbos asmens orumui, laisvanoriškumo, teisingumo bei teisės gauti tikslią informaciją. Dalyvavusiems tyrime buvo suteikta informacija, koks tyrimo tikslas, kaip bus apdorojama ir pateikiama informacija. Tyrimas buvo vykdomas nepažeidžiant respondentų teisių bei laikantis tyrimo etikos principų. Anketos klausimai suformuluoti taip, kad užtikrintų dalyvių anonimiškumą. Visi tyrimo respondentai į klausimus atsakinėjo savo noru. Be to, visi jų atsakymai buvo prieinami tik darbo autorei, kuri jos neplatino, neleido su ja susipažinti asmenims, neturintiems nieko bendra su atliekamu tyrimu.

Tyrimo dalyvių charakteristika. Tyrimo dalyvius galima apibūdinti pagal keletą sociodemografinių požymių (5 lentelė).

5 lentelė. Respondentų demografinė charakteristika

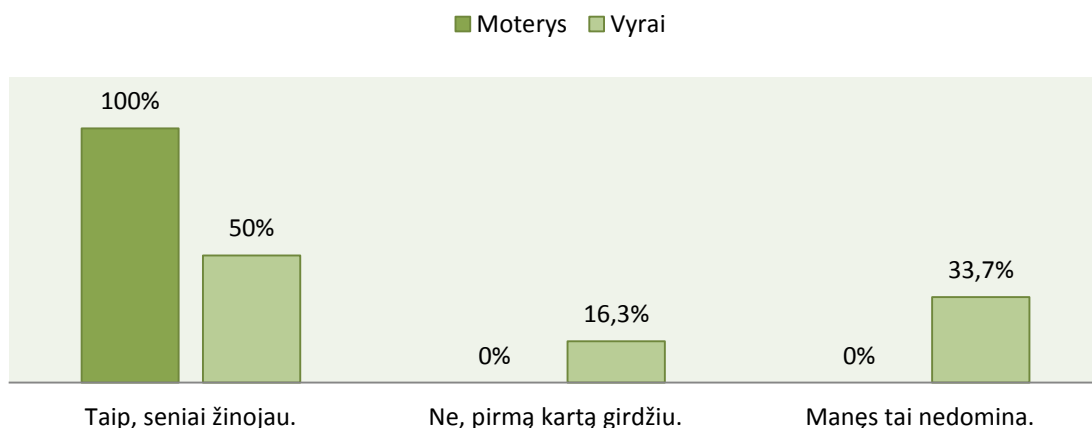
	<i>Požymiai</i>	<i>Respondentų skaičius</i>	<i>Procentinė raiška</i>
Lytis	Moterys	150	50 %
	Vyrai	150	50 %
Amžius	25 - 35m.	102	34 %
	36 – 45m.	102	34%
	46 -55m.	91	30,3 %
	56 - 75m.	5	1,7 %
Išsilavinimas	Vidurinis	183	61 %
	Aukštesnysis	41	13,7 %
	Aukštasis neuniversitetinis (koleginis)	6	2 %
	Aukštasis universitetinis(bakala uras)	49	16,3 %
	Aukštasis universitetinis (magistratūra)	19	6,3 %
	Koks nors kitas.....	2	0,7 %
Gyvenamoji vieta	Miestas	197	65,7 %
	Užmiestis, kaimas	103	34,3 %

Apžvelgiant 1 lentelės duomenis, matyti, kad tyrime dalyvavo 300 žmonių (50% respondentų – moterys, 50% respondentų – vyrai), daugiausia apklaustųjų - 36 - 45 metų amžiaus. Taip pat

duomenys rodo, kad apklaustieji dažniausiai turi vidurinį išsilavinimą - net 61 %, (tokį išsilavinimą turinčių vyrų daugiau nei moterų), aukštesnįjį - 13,7 %, kolegijas baigė 2 % apklaustųjų, aukštąjį (bakalaurą) - 16,3%, aukštąjį (magistratūrą) - 6,3%, du respondentai yra įgiję pagrindinį išsilavinimą. Dauguma apklaustųjų gyvena mieste - 65,7 %, nedidelė dalis - už miesto ar kaime (34,3 %). Šie duomenys atspindi respondentų demografinę charakteristiką. Kitame darbo poskyryje analizuojami tyrimo rezultatai.

3.2. Tyrimo rezultatai

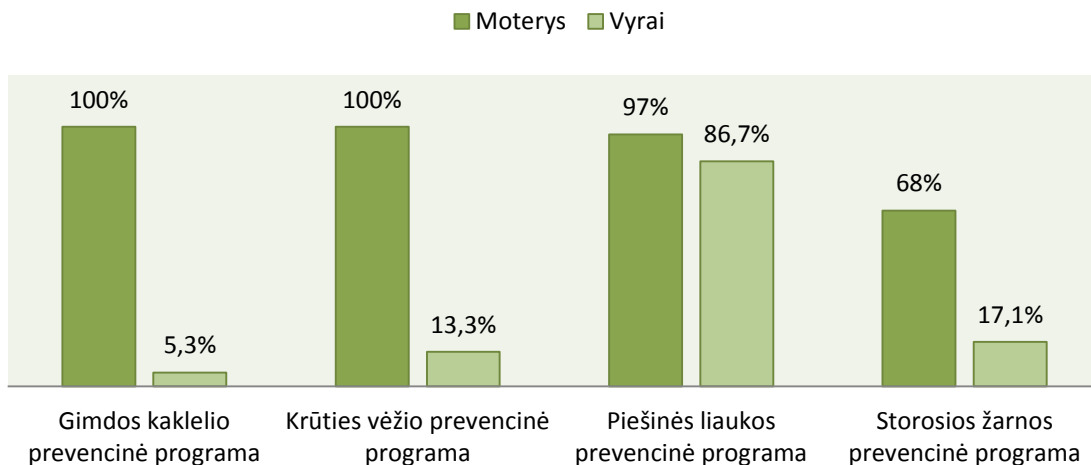
Atliekant tyrimą, pirmiausia buvo siekiama išsiaiškinti, *ar respondentai žino, jog Lietuvoje vykdomos onkologinių ligų prevencinės programos (14pav.)*.



14 pav. Respondentai žinojimas apie vykdomas prevencines onkologines programas

Įvertinus pateiktus duomenis, paaiškėjo, jog visos moterys, dalyvavusios apklausoje, žino (100 %), jog vyksta prevencinės onkologinių ligų profilaktikos programos, o vyrų apie vykdomas programas žino tik pusė – 50 % apklaustųjų, iš jų net 33,7 % nedomina šios programos. Pirmą kartą, t.y. vykdant apklausą, apie jas sužinojo 16,3 % vyrų. Taigi, galima teigti, kad moterys labiau nei vyrai domisi ir žino, kad vyksta onkologinių ligų prevencinės programos. O tai sudaro prielaidą manyti, jog vyrų nesidomėjimas vykdoma vėžio prevencija lemia tai, jog jų mirtingumas nuo šių ligų didesnis nei moterų.

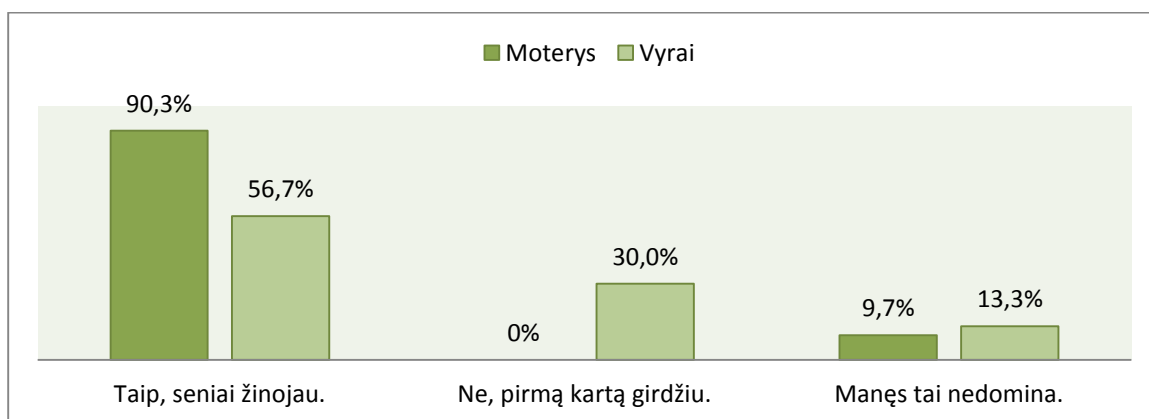
Kitu klausimu norėta išsiaiškinti, *kokias prevencines programas asmenys žino (aišku, jei anksčiau yra atsakę, jog žino) (15pav.)*.



15 pav. Žinios apie prevencines programas

Iš pateiktų duomenų matyti, jog visos moterys žino apie gimdos kaklelio, krūties vėžio prevencines programas (100 %). Šiek tiek mažiau moterų girdėjo apie vyrams teikiamą paslaugą - priešinės liaukos prevencijos programą (97 %) - ir kiek daugiau nei pusė apklaustųjų moterų žinojo apie storosios žarnos prevencinę programą (68 %). Kalbant apie vyrus, kaip matyti iš pateiktos diagramos, jie apie prevencines programas žino daug mažiau nei moterys (86,7 %). Apie moterų vėžinių ligų prevencines programas (gimdos kaklelio, krūties) girdėjo labai mažai vyrų: 5,3% apie gimdos kaklelio vėžio ir 13,3 % apie krūties vėžio prevencijas. Tačiau apie vykdomą jiems aktualią priešinės liaukos prevencinę programą žino dauguma, net 86,7 % vyrų ir, nors tai ne moterų liga, pastarųjų žino- 97% . Apie storosios žarnos prevencinę onkologinę programą girdėjo nedaugelis, tik – 17,1 % stipriosios lyties atstovų, o moterų, kaip iš tyrimo duomenų matyti, apie tai žino gerokai daugiau – 68%. Galima daryti prielaidą, jog moterys geriau informuotos, labiau domisi vykdomomis programomis.

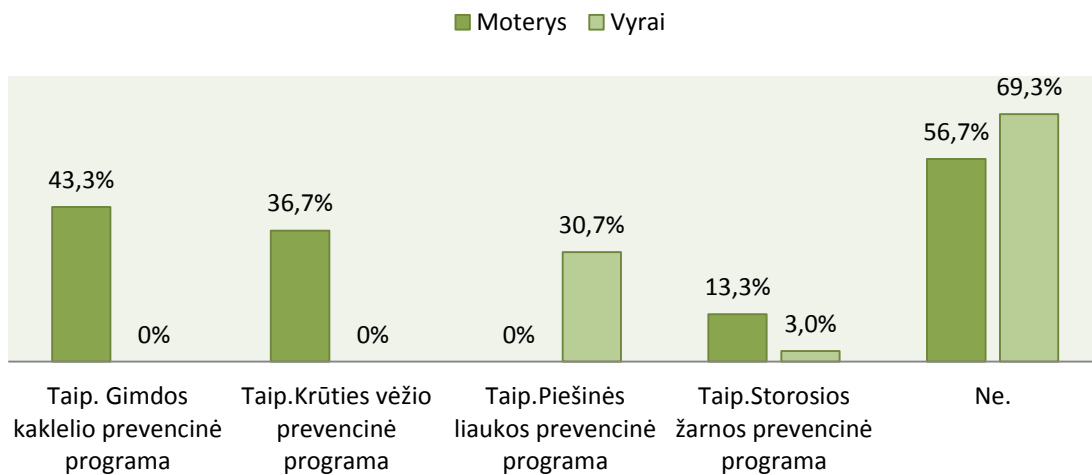
Ar piliečiai turi informacijos, *jog išvardintos prevencinės programos asmenims yra nemokamos, nes paslaugas apmoka ligonių kasos (16 pav.)*, siekta išsiaiškinti kitu klausimu.



16 pav. Žinios, jog prevencinės programos apmokamos iš ligonių kasų

Daugelis moterų (90,3 %) ir šiek tiek daugiau nei pusė apklaustų vyrų (56,7 %) žino, jog prevencinės programos fiziniam asmeniui yra nemokamos, nes jas finansuoja ligonių kasos, vis dėlto nemaža dalis vyrų atsakė apie tai girdį pirmą kartą (30 %). Beveik pusė vyrų teigia, jog jų valstybės vykdomos prevencinės sveikatos priežiūros programos nedomina (13,3 %), nedominančių moteris ir vėl mažiau - 9,7 %. Apibendrinant diagramos duomenis, matosi, kad vyrai - pasyvesni vykdomųjų prevencinių programų dalyviai ir interesantai.

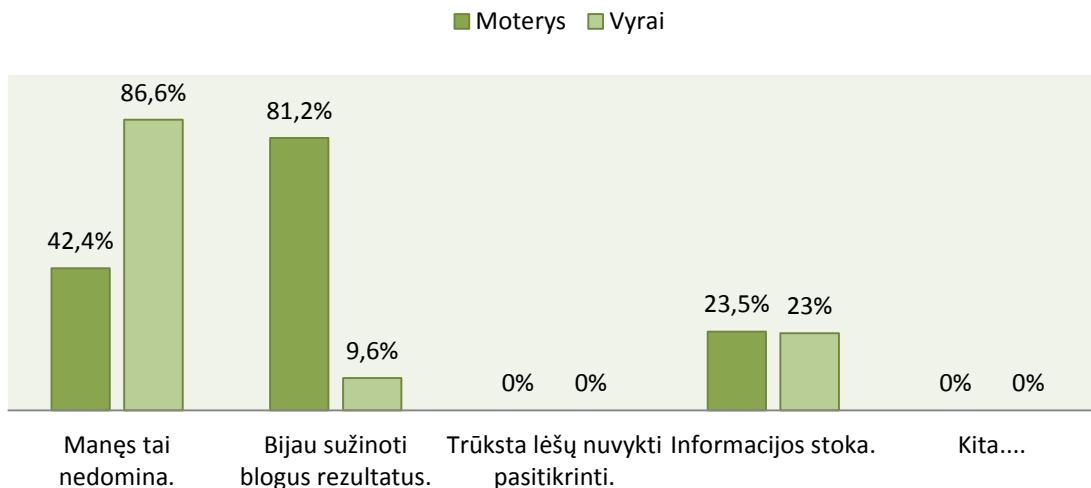
Analizuojant gautus duomenis, siekta sužinoti, *ar respondantai kada nors dalyvavo prevencinėse programose (17 pav.)*.



17 pav. Dalyvavimas prevencinėse programose

Dalyvavimas prevencinėse programose yra labai svarbus veiksnys mažinant mirštamumą nuo onkologinių ligų ir didinant prevencinių programų efektyvumą. Tačiau daugiau nei pusė moterų nėra dalyvavusios nė vienoje vėžio prevencijos programoje (43,3 %). Didžiausias moterų dalyvavimas prevencinėse programose, kaip matosi iš pateiktų statistinių duomenų, yra gimdos kaklelio vėžinių susirgimų prevencinė programa, pasitikrino 43,3 % respondenčių, krūties tyrimų programoje dalyvavo šiek tiek mažiau - 36,7 % atsakinėjusių į anketos klausimus dalyvių. Vyrų priešinės liaukos prevencijos programoje dalyvavo 30,7 % , storosios žarnos prevencinėje programoje asmenų dalyvavavo labai mažai: 3 %, vyrų ir 13,3 % moterų. Išanalizavus pateiktus duomenis, matyti, jog dalyvavimas prevencinėse programose yra pasyvus. Žemiau pateikiami duomenys parodo, kodėl toks mažas respondentų aktyvumas dalyvaujant vykdomose onkologinių ligų prevencijos programose.

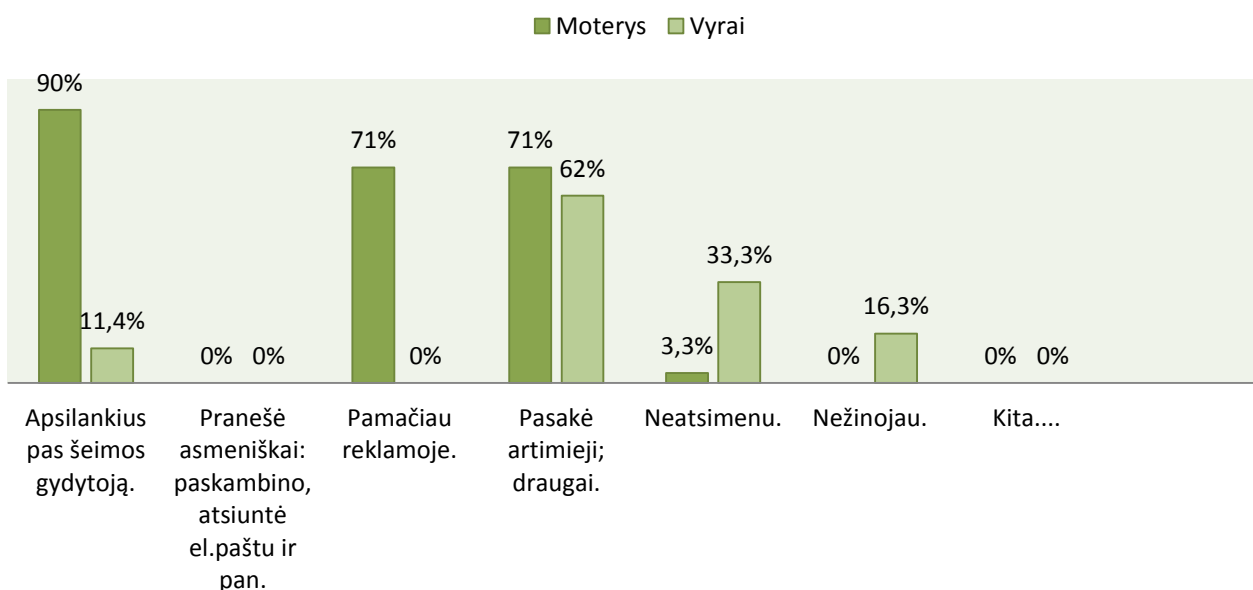
Atliekant anketinę apklausą *siekta sužinoti tų respondentų, kurie nedalyvavo prevencinėse programose, nuomonę (18 pav.)*. (Atsakė tik tie, kurie nedalyvo prevencinėje programoje).



18 pav. Respondentų nuomonė apie dalyvavimą prevencinėse programose

Kadangi daugiausia respondentų, kurie nedalyvauja prevencinėse programose, yra vyrai, jie įvardijo dažniausią priežastį - nedomina (86,6 %) (moterų nesidominčių - 42,4 %). Moterys dažniausiai bijo sužinoti, jog rezultatai blogi (81,2 %), (bijančių vyrų tik 9,6 %). Dėl informacijos stokos nedalyvaujantys šiose programose panašiai atsakė ir vyrai, ir moterys (moterų - 23,5 %, vyrų - 23%). Lėšų trūkumo neįvardijo nei moterys, nei vyrai (0%). Taigi, daugiausia žmonių nedalyvauja prevencinėse programose dėl to, kad jų tai nedomina ir dėl to, jog bijo sužinoti apie blogus tyrimų rezultatus.

Kitu klausimu siekta išsiaiškinti, iš kur respondentai gavo informaciją apie vykdomą prevencijos programą (19 pav.).

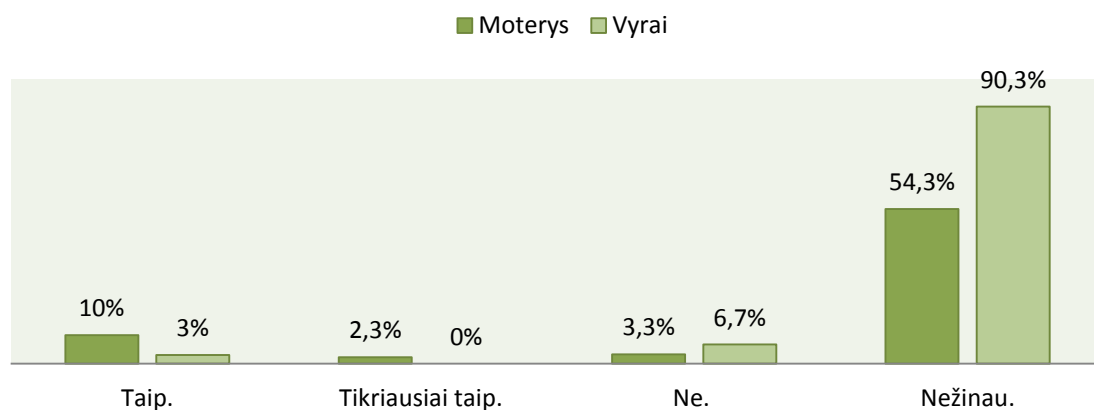


19 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas, iš kur gaunama informacija apie vykdomas prevencines programas

Pagal gautus anketinius duomenis, dauguma moterų, apsilankiusios pas šeimos gydytoją, sužinojo apie vykdomą prevencinę programą (90 %), vyrų - 41%, daugiau nei pusė moterų (71 %) atsakė, jog informaciją pamatė reklamoje. 71% moterų informavo draugai ir pažįstami.

Nagrinęjant vyrų pateiktus duomenis, paaiškėjo, jog dauguma jų neatsimena, iš kur gavo informacijos, (net 33,3%), nežinojo apie vykdomas programas 16,3 % vyrų ir 0% moterų. Nemažai vyrų (61,7 %) atsakė, jog apie programas pranešė giminės, artimieji, pažįstami (moterų 34,3%). Tyrimo duomenys rodo, jog apie vykdomas prevencines programas moterys ir vyrai sužino iš skirtingų šaltinių. Moterys dažniausiai informaciją gauna iš gydytojų, vyrai - iš artimųjų ar draugų. Galima manyti, kad vyrai mažiau sužino apie prevencines programas iš gydytojų, o daugiau iš draugų ar artimųjų, nes rečiau lankosi gydymo įstaigose.

Šio darbo pirmoje dalyje rašoma, jog visuomenė yra nepakankamai informuojama apie prevencines programas, todėl kitu klausimu norėta *sužinoti ir respondentų nuomonės, ar visuomenė pakankamai informuojama apie onkologinių ligų prevencines programas (20 pav.)*.

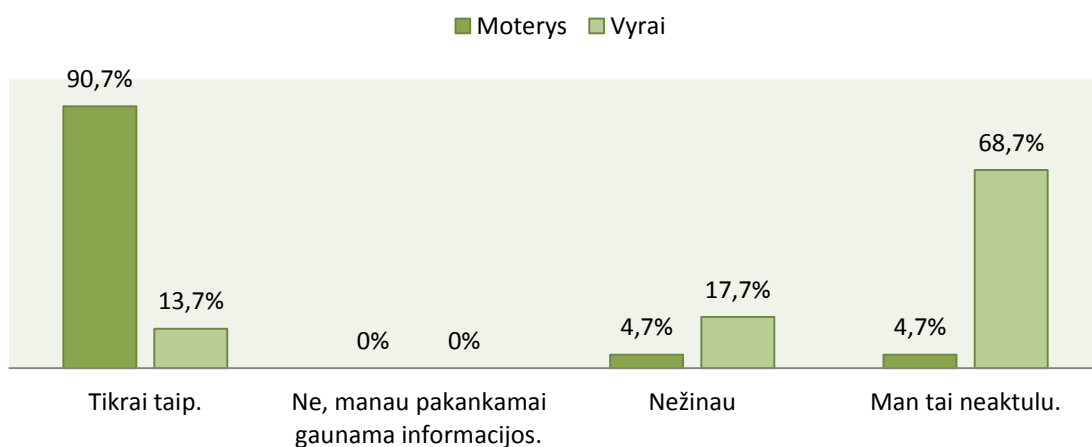


20 pav. Duomenys, atspindintys, ar visuomenė pakankamai yra informuojama apie onkologinių ligų prevencines programas

Daugiausia respondentų nežino arba neturi nuomonės apie tai, ar pakankamai visuomenė yra informuojama apie prevencines programas (moterų nežinančių atsakė 54,3 %, vyrų - 90,3 %). Jog informacijos trūksta, t.y. „visuomenė nepakankamai informuojama apie prevencines programas“, atsakė 6,7 % vyrų ir 3,3% moterų. Kad pakankamai informuojama, atsakė tik 10 % moterų ir 3 % vyrų. „Tikriausiai taip“ nurodė 2,3 % moterų ir nė vienas vyras.

Tyrimo duomenys rodo, kad respondentai patys nežino, neturi nuomonės apie tai, ar pakankamai yra informuojama visuomenė vykdomomis prevencijos programomis. Galbūt taip yra todėl, kad visuomenė yra abejinga ar nepasitiki tų programų efektyvumu, taip pat patys patys mažai domisi šiomis problemomis.

Vykdam tyrimą buvo siekta sužinoti, ar apklaustieji norėtų gauti daugiau informacijos apie vykstančias prevencines programas (21 pav.).

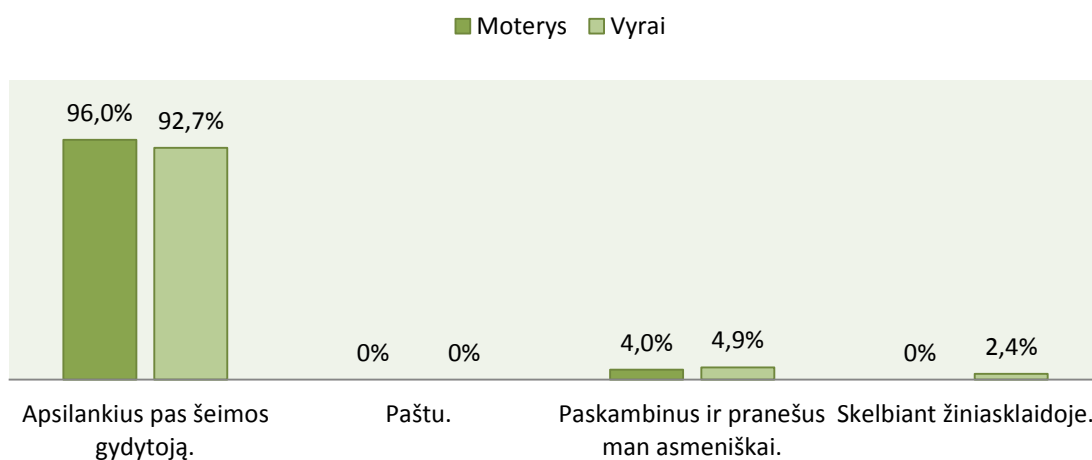


21 pav. Duomenys, ar apklaustieji norėtų daugiau informacijos apie vykstančias prevencines programas

Gauti duomenys rodo, kad dauguma apklaustųjų, ir vėl dominuoja moterys (90,7%), norėtų gauti daugiau informacijos apie vykstančias prevencines programas, (vyrų 13,7 %). Vyrų dauguma atsakė, jog jiems tokios žinios neaktualios (68,7%), neaktualios ir 4,7% moterų. Nežinantys, ar reikia daugiau informacijos apie programų vykdymą, atsakė 17,7 % vyrų ir 4,7% moterų.

Apibendrinant galima teigti, jog dauguma moterų nori informacijos apie vykstančias onkologines prevencines programas, daugumai vyrų tai neaktualu. Šie duomenys dar kartą patvirtina vyrų abejingumą dėl vėžio prevencinių programų ir savo sveikatos.

Kitu klausimu siekta sužinoti, kaip respondentai norėtų sužinoti apie prevencines programas (22 pav.). Tie apklaustieji, kuriems neaktualios prevencinės programos, neatsikinėjo į klausimą, iš kur norėtų gauti informacijos.

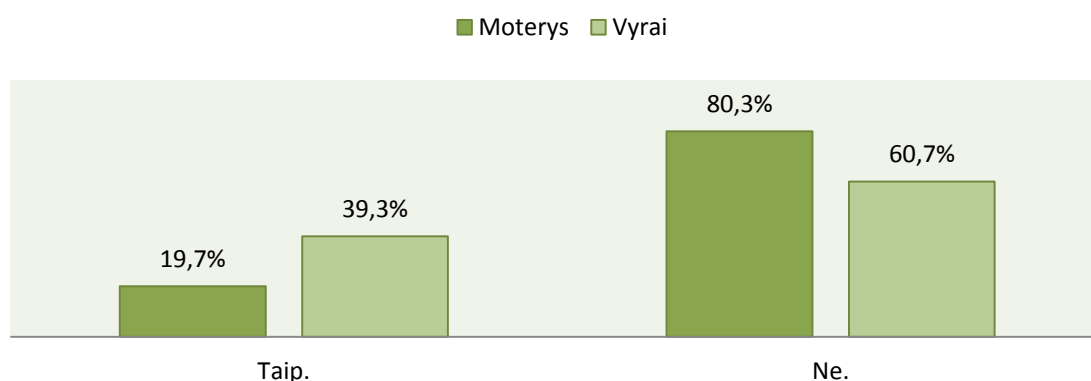


22 pav. Respondentų nuomonė, suteikianti žinių, iš kur norėtų gauti informacijos apie vykstančias programas

Atsakiusiujų, jog nori daugiau informacijos apie prevencines onkologinių ligų programas yra 272 moterys ir 41 vyras (pav. duomenys). Iš jų 96 % moterų žinias apie prevencines programas norėtų gauti apsilankiusios pas šeimos gydytoją, tokių vyrų - 92,7 %. Asmeniškai norėtų sužinoti 4 % moterų, 4,9 % vyrų. Iš skelbimų žiniasklaidoje - tik 2,4% vyrų ir nė viena moteris (0%).

Apibendrinant galima teigti: nors respondentų dalyvavimas vėžio prevencinėse programose mažas, tačiau dauguma norėtų būti informuoti apie vykstančias tokias programas apsilankę pas šeimos gydytoją.

Iš paskutinio anketos klausimo norėta sužinoti, *ar žmonės pasitiki sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis?* (23 pav.)



23 pav. Pasitikėjimas sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis

Pasitikėjimas sveikatos priežiūros institucijomis yra labai svarbus veiksnys gerinant visuomenės sveikatą. Tačiau iš pateiktų duomenų matyti, kad dauguma respondentų nepasitiki sveikatos priežiūros specialistų teikiamomis paslaugomis (80,3 % moterų ir 60,7 % vyrų). Nors yra ir tokių, kurie pasitiki, tai - 39,3 % moterų ir 19,7% vyrų.

Analizuojant gautus duomenis, matyti, jog nepasitikėjimo priežasčių gali būti įvairių, bet gilinantis būtent į dalyvavimą prevencinėse onkologinių ligų programose, pastebima, jog vyrų daugiau nei moterų nedalyvauja tokiose programose (aukščiau analizuoti statistiniai duomenys), nepasitiki sveikatos priežiūris teikiamomis paslaugomis.

Todėl galima daryti prielaidą, jog mažas dalyvavimas prevencinėse programose yra dėl to, jog dauguma žmonių (ypač vyrai) netiki sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis ir tai skatina jų abejingumą, prevencinių programų veiksmingumą.

Apibendrinant galima teigti, kad daugiau moterų nei vyrų žino, jog vyksta onkologinės prevencinės programos, kurias apmoka ligonių kasos, ir jose noriau ir aktyviau dalyvauja. Tai sudaro prielaidą daryti išvadą, kodėl vyrų mirtingumas yra aukštesnis nei moterų: jie pasyvesni, mažiau domisi vykstančiomis sveikatos priežiūros programomis ir jose vangiau dalyvauja. Tačiau daugiau nei pusė respondentų moterų taip pat nėra dalyvavusios nė vienoje vėžio prevencijos

programoje. Vyru, dalyvavusių vėžio prevencijos programose, - maža dalis. Daugiausia respondentų nedalyvauja tokiose programose dėl to, kad tai jų nedomina ir dėl to, kad bijo išgirsti, jog tyrimų rezultatai gali būti blogi.

Kitas svarbus veiksnys, kurį rodo tyrimo duomenys, jog apie prevencijos vykdomas programas moterys ir vyrai sužino iš skirtingų šaltinių. Moterys daugiausia informacijos gauna apie jas iš gydytojų, vyrai - iš draugų ar artimųjų. Galima manyti, jog tai yra dėl to, kad vyrai rečiau lankosi gydymo įstaigose.

Dauguma moterų norėtų gauti daugiau informacijos apie vykstančias prevencines programas, o daugiausia vyrų teigė, jog jiems tai neaktualu. Anketinė apklausa parodė, kad respondentai patys gerai nežino, ar pakankamai yra informuojama visuomenė apie prevencinių programų vykdymą, dauguma apklaustųjų nepasitiki sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis.

IŠVADOS

Atlikus analizę, galima teigti, jog gera sveikata – labai svabus veiksnys ekonominiam ir socialiniam šalies vystymuisi. O sveika darbo jėga yra būtina sąlyga ekonominei šalies gerovei.

Atsižvelgiant į visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros sąvokas bei mokslininkų įžvalgas, pastebėta, jog didžiausias dėmesys skiriamas asmens sveikatos priežiūrai jau gydant konkrečias ligas, o ne į visuomenės sveikatos priežiūrą, t.y. prevencinį darbą, kuris leidžia pastebėti ligą jos pradžioje ar šalinti ligos priežastis. Iš to kyla nemažai problemų, tokių kaip: didelis sergamumas, mirtingumas, brangus gydymas ir pan. Visuomenės, asmens sveikatos priežiūros ir sveikatos strategijos remiasi pagrindiniais sveikatos politikos principais: teismo, solidarumo, prieinamumo, priimtumo ir pan. Šiais principais siekiama užtikrinti geresnę žmonių sveikatą. Tačiau vis tiek Europos šalyse stebimas ir fiksuojamas didelis mirčių nuo onkologinių ligų skaičius. Vis dar, kaip matyti iš statistinių duomenų, onkologinės ligos - vienos iš didžiausių problemų, nes nuo jų miršta daug žmonių.

Sveika gyvensena (nerūkymas, alkoholio nevartojimas, sveika mityba, pakankamas fizinis aktyvumas, atsvario nebuvimas ir t.t.), vakcinos nuo gimdos kaklelio vėžio - pirminės profilaktikos priemonės onkologinių ligų mažinimui. Tačiau yra ir kita labai svarbi ligų prevencijos priemonė - antrinė onkologinių ligų profilaktika, kuomet siekiama pamatyti ligą eigos pradžioje. Pastebėjus ligos užuomazgas, didelė tikimybė užkirsti kelią jai vystytis, ji dažniausiai būna sėkmingai pagydoma. Vykdamas profilaktines programas, susiduriama su problemomis, dėl kurių programų efektyvumas nėra toks, koks turėtų būti.

Peržvelgus ir išanalizavus problemas, kurios sukelia didelį sergamumą ir mirtingumą nuo onkologinių ligų, galima daryti išvadą, jog pagrindinė problema - per mažas finansavimas onkologinėms prevencinėms programoms. Parodoksalu, bet lėšų trūkumas prevencijai lemia tai, jog vėliau tų finansų prireikia žymiai daugiau ligos gydymui. O kadangi lėšų gydymui ne visad užtenka, ne visi žmonės gauna reikiamą, kokybišką ir inovatyvią paslaugą. Taip pat dėl finansavimo stokos atsiranda ir kitų svarbių problemų, tokių kaip: informacijos stoka apie prevencines programas, mažas dalyvavimas prevencinėse programose, didesnis dėmesys gydymui nei profilaktikos programoms.

Baltijos šalys yra vienos iš tų šalių, kurios vykdo prevencijos programas, veiksmingumas ir vykdomų programų apimtys yra skirtingos.

Lietuvoje vykdomos keturios onkologinių ligų prevencinės programos: gimdos kaklelio piktybinių navikų finansavimo programa, atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Latvijoje vykdomos tik trys: gimdos kaklelio piktybinių navikų finansavimo programa, atrankinės mamografinės patikros dėl

krūties vėžio finansavimo programa, storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.

Nors Lietuvoje **gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa** pradėta vykdyti 2004 m., o Latvijoje dvejais metais vėliau (2006 m.), tačiau, tiek Lietuvoje, tiek Latvijoje gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa laikytina pasiteisinusia. Lietuvoje matyti aiškus mirčių nuo gimdos kaklelio vėžio sumažėjimas, o Latvijoje nustatoma vis daugiau atvejų, kai liga dar tik pirmos stadijos, kuomet tikėtina didesnė pasveikimo galimybė. Todėl darytina prielaida, jog ir mirtingumas šalyje yra mažesnis. Manytina, jog ši programa yra veiksminga, nes apima didelę dalį moterų todėl, kad pradedama vykdyti jau nuo 25-ųjų metų. Kitokia situacija yra su krūties vėžio prevencine programa.

Lietuvoje **krūties vėžio prevencijos programa** vykdoma nuo 2004 m., tačiau mirčių skaičius nuo šios ligos iki 2012 m. keitėsi nežymiai, todėl galima teigti, jog krūties vėžio prevencinė programa Lietuvoje nėra pakankamai efektyvi.

Latvijoje ši programa vykdoma tik nuo 2009 m., tačiau situacija geresnė nei Lietuvoje. Išanalizavus šalyje vykdomos krūties vėžio prevencijos programos pateiktus duomenis matyti, kad nuo šios ligos mirčių atvejų vis mažėjo, būtent dėl to krūties vėžio prevenciją galima laikyti efektyvia.

Nagrinėjant **storosios žarnos vėžio prevencinės programos** duomenis, galima pastebėti, jog Lietuvoje ši programa vykdoma sąlyginai neseniai, t.y. nuo 2014 metų. Ir statistinių duomenų nuo šios prevencinės veiklos vykdymo pradžios nėra. Tačiau dar neprasidėjus programai (surinkti statistiniai duomenys iki 2012m.) pastebimas nedidelis mirčių (išskyrus 2010-2011m. šešiomis mirtimis buvo daugiau) mažėjimas. Ir tai sudaro prielaidą manyti, jog ateityje bus pasiekta dar geresnių rezultatų.

Latvijoje, tiek nuo prevencinės programos pradžios (2007m.), tiek iki 2014m., situacija keitėsi labai nežymiai arba visai nesikeitė, todėl galima teigti, jog ši programa Latvijoje nėra efektyvi.

Kita onkologinė liga, kuri yra dažna vyrų mirties priežastis, - priešinės liaukos vėžys. **Priešinės liaukos vėžio prevencinė programa** nevykdoma Latvijoje, vykdoma tik Lietuvoje. Lietuvoje tiek pradėjus šios onkologinės ligos prevencijos programą, tiek po 6 metų, mirtingumas išlieka aukštas. Todėl bent jau kol kas šią programą galime laikyti nepasiteisinusią.

Atlikus **empirinį tyrimą**, galima teigti, kad daugiau moterų (100 %) nei vyrų (50 %) žino, jog vyksta onkologinės prevencinės programos, ir kad jas apmoka ligonių kasos (90,3 % moterų ir 56,7 % vyrų). Tačiau daugiau nei pusė moterų (56,7 %) nėra dalyvavusios nė vienoje vėžio prevencijos programoje. Vyrų, dalyvavusių vėžio prevencijos programoje, - maža dalis (30,7 %). Tai sudaro prielaidą manyti, kad dėl pasyvumo, nesidomėjimo vyrų mirtingumas yra aukštesnis nei moterų. Daugiausia respondentų nedalyvauja prevencinėse programose dėl to, kad tai jų nedomina ir dėl to, jog bijo sužinoti apie blogus tyrimų rezultatus.

Kitas svarbus veiksnys, kaip rodo tyrimo duomenys, jog apie vykdomas prevencijos programas moterys ir vyrai sužino iš skirtingų šaltinių. Moterys daugiausia sužino apie jas iš gydytojų (90 %),

vyrų - iš draugų ar artimųjų (62 %). Galima manyti, jog taip yra dėl to, kad vyrai rečiau lankosi gydymo įstaigose, prasčiau rūpinasi savo sveikata.

Dauguma moterų (90,7 %) norėtų daugiau informacijos apie vykstančias prevencines programas, deja, daugiausia vyrų (68,7 %) atsakė, jog jiems tai neaktualu. Anketinė apklausa parodė, kad respondentai patys nežino, ar pakankamai yra informuojama visuomenė ir dauguma anketą pildžiusiųjų nepasitiki (80,3 % moterų moter ir 60,7 % vyrų) sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis. Tai galima susieti su faktu, jog finansavimas sveikatos profilaktikai yra per mažas, o to pasekmė - didelis sergamumas ir mirtingumas nuo onkologinių ligų (apie tai rašoma pirmoje šio darbo dalyje), nepasitikėjimas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

LITERATŪRA

1. Alaveckienė, I. (2013). *Chemoterapijos įtaka pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis, mitybos būklei ir gyvenimo kokybei: magistro baigiamasis darbas*. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. [žiūrėta 2016 11 08]. Prieiga internetu: http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2013~D_20130618_09543722970 ETD.
2. Banaitytė, K., (2012). *Asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių analizė: magistro baigiamasis darbas*. Mykolo Romerio universitetas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. [žiūrėta 2016 11 08]. Prieiga internetu: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2012~D_20120703_134802-03844/DS.005.0.01.ETD.
3. Bielskyte D., Jankauskienė D., (2013). Teisumas kaip svarbiausias sveikatos sistemos finansavimo principas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 5, 46–69.
4. Čiurilienė, K. (2010). *Lietuvos sveikatos mokslų universiteto medicinos akademijos fakulteto šešto kurso studentų rūkymo įpročių ir požiūrio į rūkymą vertinimas 1995 – 2010 metais: magistro baigiamasis darbas*. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. [žiūrėta 2016 03 08]. Prieiga per internetą: http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2011~D_20110628_152942-97124/DS.005.0.01.ETD.
5. Danguolė, Jankauskienė (2001). *Sveikatos politika ir valdymas*. p.2. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. Mokslo darbai.
6. Eigirdaitė, A. ir kt.(2012). Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas Lietuvos gydytojų požiūriu. *Visuomenės sveikata*, 2(61) [žiūrėta 2016 12 05]. Prieiga internetu:[http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2\(61\)/VS%202013%202\(61\)%20ORIG%20S%20Sirdies%20ir%20kraujagysliu%20ligos.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2(61)/VS%202013%202(61)%20ORIG%20S%20Sirdies%20ir%20kraujagysliu%20ligos.pdf).
7. Gudžinskas, L. (2012). *Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai*. (pp.66). *Politologija*, 2012, 3 (67). [žiūrėta 2016 10 08]. Prieiga internetu: <http://www.zurnalai.vu.lt/politologija/article/viewFile/912/433>.
8. Gužauskienė, T. (red.) (2014). *Slauga mokslas ir praktika*. Nr. 1 (205). [žiūrėta 2016 11 03]. Prieiga internetu: <http://www.sskc.lt/uploads/2014slauga%20mokslas%20zurnalas/2014-1.pdf>.
9. Hames, G. 2012. *Alcohol in World History*. New York: Routledge.
10. Jankauskienė, D. *Sveikatos politikos ir valdymo vystymas*. Mykolo Romerio universitetas. Mokslo darbai. [žiūrėta 2016 11 11]. Prieiga internetu: <http://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2009~1367169903621/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content>.
11. Jankauskienė, D. *Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje*. [žiūrėta 2016 11 08]. Prieiga internetu: https://www.mruni.eu/upload/iblock/613/01_jankauskiene.pdf.
12. Jovarauskienė, D. (2014). *Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis: daktaro disertacija*. Kauno technologijos universitetas. Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
13. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: Judex.

14. Kubiliūtė, S. (2013). *Onkologinių ligų dvasiniai aspektai sergančiajam ir jo artimiesiems: magistro baigiamasis darbas*. Klaipėdos universitetas. Klaipėda: Klaipėdos universitetas. [žiūrėta 2016 12 01]. Prieiga internetu: gs.elaba.lt/object/elaba:1787236/1787236.pdf.
15. Matekonis, D. (2011). *Sveikatos politikos vaidmuo darniame vystymesi. Magistro baigiamasis darbas*. Mykolo Romerio universitetas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. [žiūrėta 2016 10 08]. Prieiga internetu: http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2011~D_20110705_125356-57045/DS.005.0.01.ETD.
16. Misevičienė, I. (2011). Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai. *Visuomenės sveikata*, 2(53). [žiūrėta 2016 10 08]. Prieiga internetu: [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).
17. Medicinos enciklopedija. T. 1. (1991). Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidyklos institutas.
18. Nevulytė, R. (2011). *Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas: Pasvalio rajonų mokyklų (1-12klasių) vaikų sveikatos būklės ypatumai: magistro baigiamasis darbas*. Šiaulių universitetas. Šiauliai: Šiaulių universitetas. [žiūrėta 2016 10 10]. Prieiga per internetą: http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2011~D_20110802_142026-98884/DS.005.0.02.ETD
19. Pečiūra, R., Gurevičius, R., ir kt. Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas. *Sveikatos politika ir valdymas*. [žiūrėta 2016 04 03]. Prieiga internetu: http://www.mruni.eu/upload/iblock/4ea/04_peciura_gurevicius_jankauskiene.pdf
20. Petronytė, G. ir kt. (2013). Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai. [žiūrėta 2016 11 03]. Prieiga internetu: [http://hi.simplit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2\(61\)/VS%202013%202\(6\)%20ORIG%20S%20gyventoju%20informuotumas.pdf](http://hi.simplit.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2(61)/VS%202013%202(6)%20ORIG%20S%20gyventoju%20informuotumas.pdf).
21. Rupšienė, L. (2007). *Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija*. Metodinė knyga. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
22. Renemaris, R., (2015). *Latvijas onkoloģijas sistēmas socially ekonomiskais izvērtējums eiropas reģionos: promocijas darbs*. Daugavpils Universitāte. Daugavpils: Daugavpils Universitāte. [žiūrėta 2016 11 04]. Prieiga internetu: http://du.lv/wp-content/uploads/2015/12/Renemaris_promocijas_darbs_save.pdf.
23. Stankūnienė V., Jasionis D., (2011). *Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros prieštaringi pokyčiai*. Filosofija. Sociologija. 2011. T. 22. Nr. 4, p. 334–347. [žiūrėta 2016 10 08]. Prieiga internetu: <http://www.lmaleidykla.lt/publ/0235-7186/2011/4/334-347.pdf>.
24. Smailytė, G. (2011). *Mirtingumas nuo vėžio ir jo mažinimo galimybės*. Demografija ir mes 2. Demografinių tyrimų institutas.
25. Srebnijis, A. (2015). *Krūts vėža molekulāro surogātapakštīpu klīniski morfologiskais raksturojums sievietēm Latvijā un to saistība ar kirurgiskās ārstēšanas veida izvēli un rezultātiem: promocijas darbs*.

- Latvijas universitāte. Rīga: Latvijas universitāte. [žiūrēta 2016 12 03]. Prieiga internetu: https://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/28262/298-4630Andrejs_Srebnijs_2015.pdf?sequence=1.
26. Šantare, D. (2016). *Kolorektāla vēža skrīninga efektivitātes uzlabošanas iespējas Latvijā. promocijas darbs*. Latvijas universitāte. Rīga: Latvijas universitāte. [žiūrēta 2016 09 29]. Prieiga internetu: <http://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/32004/298-55965>
27. Špokienė, I. (2010). Solidarumo principo turinys ir vaidmui sveikatos priežiūros. *Jurisprudencija*, 3 (121), 329–348.
28. Štelemėkas, M. (2014). *Alkoholio vartojimo socialinė ir ekonominė žala Lietuvoje: daktaro disertacija*. (pp.2-10). Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
29. Tamošauskienė, J., Aleknavičienė B., (2013). *Onkologinė ligų profilaktika*. Vilnius: Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras.
30. Valuckas, P., Aleknavičius, E., ir kt. (2008). *Onkologija šeimos gydytojui : vadovėlis. I dalis : Onkologijos pagrindai*. p. 138-149;165- 170. Vilnius : Vilniaus universiteto Onkologijos institutas.

ŠALTINIAI

1. 2014m.rugsėjo 23d. Europos Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui. Kova su vėžiu: Europos partnerystė. COM(2014) 584 final. [žiūrėta 2016 03 08]. Prieiga internetu:http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/2nd_implreport_cancerscreening_co_eppac_lt.pdf.
2. Europos Komisija. (2014). *Sveikatos visiems ir visi už sveikatą! Kaip ES padeda valstybėms narėms optimizuoti sveikatos priežiūros sistemas.* [žiūrėta 2016 09 28]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/newsletter/179/focus_newsletter_lt.htm.
3. Europos Komisija. Sveikatos strategija. [žiūrėta 2016 11 04]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/strategy/principles_lt.
4. European Commission. (2014). Health at a Glance: Europe 2014. [žiūrėta 2016 10 06]. Prieiga internetu: http://ec.europa.eu/health/state/docs/health_glance_2014_en.pdf.
5. Health in the Baltic Countries 2012. (2014). [žiūrėta 2016 11 05]. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/data/baltic12.pdf>.
6. Jankauskas, R. (2013). „Sveikata 2020”- siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje. *Higienos institutas.* [žiūrėta 2016 10 08]. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202013%204\(63\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202013%204(63).pdf).
7. Jankauskienė, D. Sveikatos politikos ir strategijos gairės ES ir Lietuvoje bei Sveikatos reforma. [žiūrėta 2016 09 28]. Prieiga per internetą: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AFR6WnKaEtwJ:djank.home.mruni.eu/wp-content/uploads/2009/01/atn_sv_pol_gaires-es-ir-liet.ppt+&cd=1&hl=lt&ct=clnk&gl=lt
8. Kurtinaitis, J. (2006). Storosios žarnos vėžys – keletas skaičių ir apibendrinimų. *Onkologo puslapiai.* (2006) Nr. 10. [žiūrėta 2016 09 13]. Prieiga internetu: <http://www.nvi.lt/wp-content/uploads/2016/01/OP10.pdf>.
9. Latvijas Republikas Veselības ministrija.(2011). Organizētais vēža skrīninga izmeklējumi [žiūrėta 2016 03 08]. Prieiga per internetą: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/ministrija_sabiedribas_lidzdaliba_ab75e1a6c38b637dc22573d800293aaa/organizetais_veza_skrinings.pdf.
10. Latvijas Republikas Veselības ministrija. (2016). [žiūrėta 2016 11 08]. Prieiga internetu: http://www.vm.gov.lv/lv/nozare/attistibas_planosanas_dokumenti1/
11. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas Nr. IX-886, 2002., Nr. 56-2225;2003.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552, 1994, Nr. 63-1231; 1994.
13. Lietuvos Respublikos Seimo pirmininkės 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. TAR, 2014, Nr. 9403.
14. Lietuvos statistikos departamentas. Sveikatos priežiūros išlaidos [žiūrėta 2016 11 08]. Prieiga internetu: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/selectvarval/saveselections.asp?MainTable=M3140801&PLanguage=0&>

- TableStyle=&Buttons=&PXSId=4634&IQY=&TC=&ST=ST&rvar0=&rvar1=&rvar2=&rvar3=&rvar4=&rvar5=&rvar6=&rvar7=&rvar8=&rvar9=&rvar10=&rvar11=&rvar12=&rvar13=&rvar14=.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014m. birželio 26d. įsakymas Nr. XII-964 “ Dėl Lietuvos sveikatos 2014- 2025 metų programos patvirtinimo“. TAR, 2014, Nr. 9403
 16. Lietuvos statistikos departamentas. (2012). Sveikatos priežiūros išlaidos. [žiūrėta 2016 10 02]. Prieiga internetu:<http://db1.stat.gov.lt/statbank/selectvarval/saveselections.asp?MainTable=M3140801&PLanguage=0&TableStyle=&Buttons=&PXSId=4634&IQY=&TC=&ST=ST&rvar0=&rvar1=&rvar2=&rvar3=&rvar4=&rvar5=&rvar6=&rvar7=&rvar8=&rvar9=&rvar10=&rvar11=&rvar12=&rvar13=&rvar14=>
 17. Nacionalinė sveikatos taryba. (2011). *Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados*. [žiūrėta 2016 03 08]. Prieiga internetu: <http://www3.lrs.lt/docs2/PZACLURH.PDF>.
 18. Stankūnienė, V. ir kt., (2011). *Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros prieštaringi pokyčiai*. [žiūrėta 2016 11 03]. Prieiga per internetą: <http://www.lmaleidykla.lt/publ/0235-7186/2011/4/334-347.pdf>.
 19. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2008). [žiūrėta 2016 11 04]. Prieiga internetu: https://www.spkc.gov.lv/upload/Veselibas%20aprupes%20statistika/Statistikas%20dati/2008/onkologija_2008.pdf
 20. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2012). [žiūrėta 2016 11 04]. Prieiga per internetą: <https://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika>
 21. Valstybinė ligonių kasa. (2016). Gimdos kaklelio vėžio prevencija: mažėja mirtingumas, nustatoma daugiau neišplitusio vėžio atvejų [žiūrėta 2016 10 08]. Prieiga internetu: <http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Gimdos-kaklelio-v%20C4%97%20C5%BEio-prevencija-ma%20C5%BE%20C4%97ja-mirtingumas.aspx>
 22. Valstybinė ligonių kasa. (2013). VLK: moterų mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio sumažėjo beveik trečdaliu [žiūrėta 2016 10 10]. Prieiga internetu: <http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/VLK-moter%20C5%B3-mirtingumas-nuo-gimdos-kaklelio-v%20C4%97%20C5%BEio-suma%20C5%BE%20C4%97jo-beveik-tre%20C4%8Ddaliu.aspx>
 23. Valstybinė ligonių kasa. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa [žiūrėta 2016 11 12]. Prieiga internetu: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/priesines-liaukos-vezio-ankstyvosios-diiagnostikos-programa/Documents/prevencija05.pdf>
 24. Valstybinė ligonių kasa. (2013). *Lietuvoje moterys aktyviau nei kaimyninėse šalyse dalyvauja vykdant prevencines programas* [žiūrėta 2016 10 08]. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Lietuvoje-moterys-aktyviau-nei-kaimynin%20C4%97se-%20C5%A1alyse-dalyvauja-vykdant-prevencines-programas.aspx>.
 25. Valstybinė ligonių kasa. *Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa*
 26. [žiūrėta 2016 11 08]. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/storosios-zarnos-vezio-ankstyvosios-diagnostikos-programa>

27. Veselības ministrija. (2016). Par Latvijas veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeļa maiņu. [žiūrēta 2016 10 03]. Prieiga per internetu: http://www.vm.gov.lv/lv/nozare/attistibas_planosanas_dokumenti1/.
28. Veselības ministrija. (2016). Vēža savlaicīgas atklāšanas programma. [žiūrēta 2016 09 23]. Prieiga per internetu: http://www.vm.gov.lv/lv/tava-veseliba/sievietem/valsts_apmaksata_veza_savlaicigas_atklasanas_programma/.
29. World health organization. (2015). *Cancer*. [žiūrēta 2016 11 08]. Prieiga internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.

PRIEDAI

ANKETA

Gerbiamieji,

esu Kauno Technologijos universiteto, Socialinių, humanitarinių mokslo ir menų fakulteto, Viešosios politikos studentė, Marija Šnipienė, atlieku tyrimą, kurio tikslas – **ištirti onkologinių ligų prevencijos programų įgyvendinimo problemas**. Jūsų nuomonė yra labai svarbi, ji padės suprasti į ką labiausiai reikia atkreipti dėmesį įgyvendinant onkologinių ligų prevencines programas. Apklausa anoniminė, duomenys bus panaudoti tik statistiškai apibendrinti.

Dėkoju Jums už bendradarbiavimą!

1. Jūsų lytis:

- Vyras
- Moteris

2. Jūsų amžius (pažymėkite tik vieną atsakymą):

- 25-30m.
- 31-40m.
- 41-50m.
- 51m. ir daugiau

3. Jūsų išsimokslinimas (pažymėkite tik vieną atsakymą):

- Pagrindinis.
- Vidurinis.
- Aukštesnysis.
- Profesinis.
- Aukštasis.
- Kita (įrašykite).....

4. Jūs gyvenate (pažymėkite tik vieną atsakymą)::

- Mieste.
- Už miesto, kaime.

5. Ar žinote, kad Lietuvoje vykdomos onkologinių ligų prevencijos programos? (Pažymėkite tik vieną atsakymą):

- Taip, seniai žinojau.
- Ne, pirmą kartą girdžiu.
- Manęs tai nedomina.

6. Kokias programas žinote? (Jei į aukščiau minėtą klausimą atsakėte - ne, šį praleiskite) (Galite pažymėti kelis atsakymų variantus)

- Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa.

- Krūties vėžio prevencinė programa.
- Priešinės liaukos prevencinė programa.
- Storosios žarnos prevencinė programa.

7. Ar žinote, kad gimdos kaklelio, krūties, priešinės liaukos, storosios žarnos vėžio prevencijos yra nemokamos, jos paslaugas apmoka ligonių kasos? (Pažymėkite tik vieną atsakymą)

- Taip, seniai žinojau.
- Ne, pirmą kartą girdžiu.
- Manęs tai nedomina.

8. Ar kada nors dalyvavote prevencinėse programose? (Galite pažymėti kelis atsakymų variantus)

- Taip. Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos.
- Taip. Krūties vėžio prevencijos programos.
- Taip. Priešinės liaukos vėžio prevencinės programos.
- Taip. Storosios žarnos prevencinės programos.
- Ne.

9. Jei atsakėte ne, kodėl? (Jei į aukščiau minėtą klausimą atsakėte - ne, šį praleiskite) (Galite pažymėti kelis atsakymų variantus)

- Manęs tai nedomina.
- Bijau sužinoti blogus rezultatus.
- Trūksta lėšų nuvykti pasitikrinti.
- Informacijos stoka.
- Kita (įrašykite).....

10. Kaip Jūs sužinojote, apie vykdomą prevencijos programą? (Galite pažymėti kelis atsakymų variantus)

- Apsilankius pas šeimos gydytoją
- Pranešė asmeniškai: paskambino, atsiuntė el.paštu ir pan.
- Pamačiau reklamoje.
- Pasakė artimieji; draugai.
- Neatsimenu.
- Nežinojau.
- Kita (įrašykite).....

11. Jūsų nuomone, ar visuomenė pakankamai yra informuojama apie onkologinių ligų prevencines programas? (Pažymėkite tik vieną atsakymą):

- Taip.
- Tikriausiai taip.
- Ne.
- Nežinau.

12. Ar norėtumet daugiau informacijos apie vykstančias prevencines programas? (Pažymėkite tik vieną atsakymą):

- Tikrai taip, informacijos trūksta.
- Ne, manau pakankamai gaunama informacijos.
- Nežinau.

- Man tai neaktualu.

13. Kaip norėtumete būti informuotas apie prevencines programas? (Pažymėkite tik vieną atsakymą):

- Apsilankius pas šeimos gydytoją.
- Paštu.
- Pranešus man asmeniškai.
- Skelbiant žiniasklaidoje.
- Nežinau.

14. Ar jūs pasitikite sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis? (Pažymėkite tik vieną atsakymą):

- Taip.
- Ne.

Ačiū!