



**Kauno technologijos universitetas**

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

# **Interseksionalumo taikymas sprendžiant vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus**

Baigiamasis magistro studijų projektas

---

**Simona Baranauskienė**

Projekto autorė

**Asist. dr. Donata Jovarauskienė**

Vadovė

---

**Kaunas, 2026**



**Kauno technologijos universitetas**

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

# **Interseksionalumo taikymas sprendžiant vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus**

Baigiamasis magistro studijų projektas

Viešasis administravimas (6211LX040)

---

**Simona Baranauskienė**

Projekto autorė

**Asist. dr. Donata Jovarauskienė**

Vadovė

**Prof. dr. Audronė Telešienė**

Recenzentė

---

**Kaunas, 2026**



**Kauno technologijos universitetas**

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

Simona Baranauskienė

## **Interseksionalumo taikymas sprendžiant vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus**

Akademinio sąžiningumo deklaracija

Patvirtinu, kad:

1. baigiamąjį projektą parengiau savarankiškai ir sąžiningai, nepažeisdama(s) kitų asmenų autoriaus ar kitų teisių, laikydamasi(s) Lietuvos Respublikos autorių teisių ir gretutinių teisių įstatymo nuostatų, Kauno technologijos universiteto (toliau – Universitetas) intelektinės nuosavybės valdymo ir perdavimo nuostatų bei Universiteto akademinės etikos kodekse nustatytų etikos reikalavimų;
2. baigiamajame projekte visi pateikti duomenys ir tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti teisėtai, nei viena šio projekto dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar elektroninių šaltinių, visos baigiamojo projekto tekste pateiktos citatos ir nuorodos yra nurodytos literatūros sąrašė;
3. įstatymų nenumatytų piniginių sumų už baigiamąjį projektą ar jo dalis niekam nesu mokėjęs (-usi);
4. suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo ar kitų asmenų teisių pažeidimo faktui, man bus taikomos akademinės nuobaudos pagal Universitete galiojančią tvarką ir būsiu pašalinta(s) iš Universiteto, o baigiamasis projektas gali būti pateiktas Akademinės etikos ir procedūrų kontrolieriaus tarnybai nagrinėjant galimą akademinės etikos pažeidimą.

Simona Baranauskienė

*Patvirtinta elektroniniu būdu*

Baranauskienė, Simona. Intersekcionalumo taikymas sprendžiant vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus. Magistro studijų baigiamasis projektas / vadovė asist. dr. Donata Jovarauskienė; Kauno technologijos universitetas, Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas.

Studijų kryptis ir sritis (studijų krypties grupė): 03S (L07).

Reikšminiai žodžiai: intersekcionalumas, e. sveikatos paslaugos, vartotojų įsitraukimas, skaitmeninė atskirtis, socialinių veiksmų sankirta, skaitmeninė sveikata.

Kaunas, 2026. 88 p.

## Santrauka

Temos aktualumas grindžiamas sparčia e. sveikatos paslaugų plėtra ir jų svarba užtikrinant sveikatos priežiūros prieinamumą. Nors skaitmeniniai sprendimai sudaro prielaidas efektyvesniam paslaugų teikimui, vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas išlieka netolygus. Skirtingos visuomenės grupės susiduria su nevienodomis galimybėmis naudotis šiomis paslaugomis, todėl skaitmenizacija gali ne tik mažinti, bet ir didinti socialinę nelygybę. Darbo naujumas siejamas su intersekcionalumo teorijos taikymu analizuojant vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus. Skirtingai nei daugelyje tyrimų, kuriuose socialiniai veiksniai nagrinėjami atskirai, šiame darbe akcentuojama jų tarpusavio sąveika. Intersekcionalumas taikomas ne tik kaip teorinė prieiga, bet ir kaip praktinis principas, leidžiantis vertinti ir formuoti lygybei jautrius sprendimus e. sveikatos srityje. Mokslinė problema: kaip intersekcionalumo principų taikymas gali būti integruojamas siekiant mažinti vartotojų įsitraukimo netolygumus e. sveikatos paslaugose? Tyrimo objektas – vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumai intersekcionalumo požiūriu. Projekto tikslas – atskleisti intersekcionalumo perspektyvos taikymo galimybes mažinant vartotojų įsitraukimo netolygumus. Tikslui pasiekti suformuluoti uždaviniai: sukurti teorinį vartotojų įsitraukimo modelį, išanalizuoti teisinį reguliavimą ir gerąsias praktikas bei empiriškai ištirti socialinių veiksmų sankirtą, lemiančią įsitraukimą. Tyrime taikyti literatūros analizės, sintezės ir sisteminimo metodai, teorinis modeliavimas bei dokumentų turinio analizė. Empiriniame tyrime naudota metodų trianguliacija – kiekybinė apklausa ir kokybinis pusiau struktūruotas interviu. Pagrindiniai tyrimo rezultatai parodė, kad vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas yra netolygus ir priklauso nuo socialinių veiksmų sankirtos. Nustatyta, kad techninė prieiga savaime neužtikrina realaus naudojimosi, o įsitraukimą lemia skaitmeniniai įgūdžiai, socialinė parama, paslaugų dizainas ir sistemos veikimas praktikoje. Tyrimas atskleidė, kad skirtingų socialinių charakteristikų deriniai formuoja skaitmeninį pozicionalumą, kuris apibrėžia realias vartotojų galimybes naudotis sistema. Taip pat nustatyta, kad e. sveikatos sistema gali vienu metu tiek didinti prieinamumą, tiek stiprinti esamus netolygumus. Gauti rezultatai patvirtino teorinio modelio prielaidą, kad vartotojų įsitraukimas formuojasi per socialinių, technologinių ir institucinių veiksmų sąveiką. Rezultatai gali būti taikomi tobulinant e. sveikatos paslaugų dizainą, organizuojant vartotojų paramos sistemas ir formuojant viešąją politiką. Intersekcionalumo principų integravimas leidžia kurti labiau vartotojui pritaikytas, lygybei jautrias paslaugas, orientuotas į realias skirtingų visuomenės grupių galimybes. Projekto struktūrą sudaro trys pagrindiniai skyriai: teorinis, kuriame analizuojami vartotojų įsitraukimo ir intersekcionalumo pagrindai; analitinis, skirtas teisiniam reguliavimui ir gerosioms praktikoms; bei empirinis, kuriame pateikiama tyrimo rezultatų analizė ir jų apibendrinimas. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados ir rekomendacijos.

Baranauskienė, Simona. Applying Intersectionality to Address Inequities in User Engagement with e-Health Services. Master's Final Degree Project / supervisor assist. prof. dr. Donata Jovarauskiene; Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

Study field and area (study field group): 03S (L07).

Keywords: intersectionality, e-health services, consumer engagement, digital divide, intersection of social factors, digital health.

Kaunas, 2026. 88 p.

### Summary

The relevance of the topic is based on the rapid development of e-health services and their importance in ensuring the accessibility of healthcare. Although digital solutions create the prerequisites for more efficient service provision, user engagement in e-health services remains uneven. Different groups in society face unequal opportunities to use these services, therefore, digitalization can not only reduce, but also increase social inequality. The novelty of the work is associated with the application of intersectionality in analyzing inequalities in user engagement in e-health services. Unlike many studies that examine social factors separately, this work emphasizes their interaction. Intersectionality is applied not only as a theoretical approach, but also as a practical principle that allows assessing and forming equality-sensitive solutions in the field of e-health. The scientific problem is defined as a limited understanding of how the intersection of social factors affects user engagement in e-health services and how intersectionality principles can be applied in practice to reduce these inequalities. The object of the study is the inequalities of user engagement in e-health services from the perspective of intersectionality. The aim of the project is to reveal the possibilities of applying the intersectionality perspective in reducing inequalities of user engagement. To achieve the goal, the following tasks were formulated: to create a theoretical model of user engagement, to analyze legal regulation and good practices, and to empirically investigate the intersection of social factors determining engagement. The study applied literature analysis, synthesis and systematization methods, theoretical modeling, and document content analysis. The empirical study used triangulation of methods – quantitative survey and qualitative semi-structured interviews. The main results of the study showed that user engagement in e-health services is uneven and depends on the intersection of social factors. It was found that technical access does not in itself ensure real use, and engagement is determined by digital skills, social support, service design and system performance in practice. The study revealed that combinations of different social characteristics form digital positionalities, which defines the real opportunities for users to use the system. It was also found that the e-health system can simultaneously increase accessibility and strengthen existing inequalities. The results confirmed the assumptions of the theoretical model that user engagement is shaped through the interaction of social, technological and institutional factors. The results can be applied to improve the design of e-health services, organize user support systems and shape public policy. The integration of intersectionality principles allows for the creation of more user-friendly, equality-sensitive services focused on the real opportunities of different social groups. The project structure consists of three main sections: theoretical, which analyzes the foundations of user engagement and intersectionality; analytical, aimed at legal regulation and good practices; and empirical, which presents the results of the study and their discussion. At the end of the work, conclusions and recommendations are presented.

## Turinys

<b>Lentelių sąrašas .....</b>	<b>8</b>
<b>Paveikslų sąrašas .....</b>	<b>9</b>
<b>Santrumpų ir terminų sąrašas .....</b>	<b>10</b>
<b>Įvadas.....</b>	<b>11</b>
<b>1. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas ir intersekcionalumo teoriniai pagrindai..</b>	<b>15</b>
1.1. E. sveikatos paslaugos viešosios sveikatos priežiūros sistemoje ir prieinamumo logika.....	15
1.2. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas samprata ir raiška.....	17
1.3. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus lemiantys veiksniai.....	19
1.4. Intersekcionalumo teorija ir jos principai e. sveikatos paslaugų kontekste.....	21
1.5. Intersekcionalumo reikšmė vartotojų įsitraukimo netolygumų aiškinimui e. sveikatos paslaugose.....	24
1.6. Teorinis vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelis intersekcionalumo perspektyvoje.....	25
<b>2. Vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas formuojantis teisinis reguliavimas ir geroji praktika intersekcionalumo požiūriu .....</b>	<b>32</b>
2.1. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas tarptautinis ir Europos Sąjungos teisinis reguliavimas .....	32
2.2. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teisinis reguliavimas Lietuvoje.....	35
2.3. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas gerosios praktikos .....	39
<b>3. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumų empirinis tyrimas.....</b>	<b>43</b>
3.1. Tyrimo metodika .....	43
3.2. E. sveikatos paslaugų plėtra ir vartotojų įsitraukimo netolygumai Lietuvoje .....	52
3.3. Empirinio tyrimo rezultatų analizė ir aptarimas .....	56
3.3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai.....	57
3.3.2. Kokybinio tyrimo rezultatai .....	65
3.3.3. Tyrimo rezultatų apibendrinimas ir diskusija.....	77
<b>Išvados .....</b>	<b>80</b>
<b>Rekomendacijos.....</b>	<b>82</b>
<b>Literatūros sąrašas .....</b>	<b>83</b>
<b>Informacijos šaltinių sąrašas .....</b>	<b>87</b>
<b>Priedai.....</b>	<b>89</b>
1 priedas. Kiekybinio tyrimo klausimynas, skirtas socialinių veiksnių sankirtos įtakai vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas tirti.....	89
2 priedas. Intervalinių kintamųjų skirstinio normalumo tikrinimo rezultatai (Kolmogorov-Smirnov, asimetrija, ekscesas) .....	95
3 priedas. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pagal paslaugų rūšis skirtumai sociodemografinius rodiklius .....	97
4 priedas. Naudojimosi dažnumo ir bendro įsitraukimo skirtumai pagal sociodemografinius rodiklius.....	100
5 priedas. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių ir skatinančių veiksnių duomenys 102	
6 priedas. Įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teiginių skirtumai pagal sociodemografinius rodiklius.....	103

7 priedas. Technologinės prieigos ir skaitmeninių įgūdžių vertinimų skirtumai .....	105
8 priedas. E. sveikatos paslaugų suprantamumo ir naudojimo paprastumo vertinimai.....	107
9 priedas. Socialinės paramos vertinimai .....	109
10 priedas. Pasitikėjimo ir saugumo vertinimai .....	111
11 priedas. Organizacinių ir institucinių kliūčių vertinimai .....	113
12 priedas. Socialinių veiksnių poveikio naudojimuisi e. sveikatos paslaugomis vertinimai.....	115
13 priedas. LiDA 0570 (2025) tyrime naudoti indikatoriai ir jų sąsajos su teorinio modelio dimensijomis.....	117

## Lentelių sąrašas

1 lentelė. Skaitmeninės nelygybės veiksniai e. sveikatos paslaugose .....	21
2 lentelė. Vartotojų įsitraukimo aiškinimo požiūrių palyginimas .....	25
3 lentelė. Skaitmeninės sveikatos lygybės ir vartotojų įsitraukimo modelių palyginimas .....	30
4 lentelė. Europos Sąjungos reguliavimo poveikis vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas intersekcionalumo požiūriu .....	33
5 lentelė. Lietuvos teisinio reguliavimo poveikis vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas intersekcionalumo požiūriu .....	36
6 lentelė. E. sveikatos paslaugų modelių poveikis vartotojų įsitraukimui intersekcionalumo požiūriu .....	40
7 lentelė. Kiekybinio tyrimo klausimų instrumento struktūros pagrindimas pagal teorinio modelio dimensijas .....	45
8 lentelė. Kokybinių duomenų analizės schema pagal teorinio modelio dimensijas .....	46
9 lentelė. Pusiaus struktūruoto interviu klausimų analitinis grupavimas pagal teorinio modelio dimensijas .....	47
10 lentelė. Pusiaus struktūruoto interviu klausimų analitinis grupavimas pagal teorinio modelio dimensijas .....	48
11 lentelė. Interviu informantų kodavimo lentelė .....	51
12 lentelė. Tiriamųjų sociodemografiniai rodikliai .....	57
13 lentelė. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis skirtumai pagal sociodemografinius veiksnius..	58
14 lentelė. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pasiskirstymas pagal paslaugų rūšis .....	60
15 lentelė. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnumo ir bendro įsitraukimo pasiskirstymas .	61
16 lentelė. Įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teiginių vertinimų vidurkiai.....	63
17 lentelė. Technologinės prieigos ir skaitmeninių įgūdžių teiginių vertinimų vidurkiai.....	63
18 lentelė. Institucinė aplinka ir e. sveikatos paslaugų prieinamumo samprata.....	66
19 lentelė. Vartotojų įsitraukimas kaip procesas .....	67
20 lentelė. Socialinių veiksnių sankirta ir skaitmeninis pozicionalumas .....	67
21 lentelė. Reguliavimas, paslaugų dizainas ir tobulinimo kryptys .....	68
22 lentelė. E. sveikatos sistemos veikimas praktikoje.....	70
23 lentelė. Pacientų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas kaip procesas .....	71
24 lentelė. Socialinių veiksnių sankirta ir skaitmeninis pozicionalumas .....	72
25 lentelė. Paslaugų dizainas, prieinamumas ir tobulinimo kryptys .....	73
26 lentelė. SAM ir sveikatos priežiūros specialistų interviu rezultatų palyginimas pagal teorinio modelio dimensijas .....	75
27 lentelė. Kiekybinio ir kokybinio tyrimų rezultatų palyginimas.....	78

## Paveikslų sąrašas

1 pav. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas procesas.....	18
2 pav. Socialinių sveikatos veiksnių sąveika e. sveikatoje.....	23
3 pav. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelis.....	27
4 pav. Empirinio tyrimo logika ir metodologinė struktūra.....	43
5 pav. Interneto nesinaudojimo priežastys Lietuvoje, proc. ....	55
6 pav. E. sveikatos paslaugų naudojimas pagal išsilavinimą Lietuvoje ir ES šalyse, 2024 m., proc. ....	56
7 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis, proc. ....	59
8 pav. E. sveikatos paslaugų naudojimo pasiskirstymas, proc. ....	60
9 pav. Respondentų naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnumas ir bendras įsitraukimas į jų naudojimąsi, proc. ....	62
10 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastys, proc. ....	64

## Santrumpų ir terminų sąrašas

### Santrumpos:

Covid-19 – koronaviruso liga 2019 (angl. *Coronavirus Disease*).

ES – Europos Sąjunga (ang. *European Union*);

E. sveikata – elektroninė sveikata (ang. *eHealth*);

LiDA – Lietuvos humanitarinių ir socialinių mokslų duomenų archyvas (ang. *Lithuanian Data Archive for Humanities and Social Sciences*);

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija (angl. *World Health Organization*);

SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (angl. *Ministry of Health of the Republic of Lithuania*).

### Terminai:

**Skaitmeninė sveikata** (angl. *digital health*) – informacinių ir ryšių technologijų taikymas sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, ligų prevencijai, sveikatos stebėsenai ir sveikatos sistemų veiksmingumo didinimui (World Health Organization, 2020/2021).

**E. sveikatos paslaugos** – (angl. *eHealth services*) – sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos naudojant skaitmenines technologijas, apimančios pacientų portalus, e. receptus ir e. siuntimus, nuotolines konsultacijas, mobiliąs sveikatos programėles ir nuotolinę pacientų stebėseną (Spiteri ir kt., 2020).

**Vartotojų įsitraukimas** (angl. *user engagement*) – dinamiškas procesas, apimantis naudotojo sprendimą pradėti naudotis e. sveikatos paslaugomis, jų tęstinį naudojimą ir galimą pasitraukimą, formuojamas technologinių sprendimų, organizacinių taisyklių ir kasdienių naudotojų praktikų sąveikoje (Chadwick ir kt., 2024).

**Skaitmeninė atskirtis** (angl. *digital divide*) – netolygumai tarp skirtingų gyventojų grupių, susiję su prieiga prie skaitmeninių technologijų, skaitmeniniais įgūdžiais ir realia galimybe pasinaudoti skaitmeninių paslaugų teikiama nauda (Western ir kt., 2025).

**Interseksionalumas** (angl. *intersectionality*) – teorinė ir analitinė perspektyva, pabrėžianti, kad socialinės kategorijos ir galios struktūros (pvz., amžius, socialinė ir ekonominė padėtis, išsilavinimas, kalba, gyvenamoji vieta) veikia tarpusavyje, sukurdamos specifinius ir dažnai nematomus nelygybės mechanizmus (Husain ir kt., 2022; Younas ir kt., 2025).

**Lygybei jautrūs sprendimai** – e. sveikatos paslaugų dizaino, įgyvendinimo ir naudotojų paramos sprendimai, kuriuose atsižvelgiama į skirtingų socialinių grupių poreikius, išteklius ir galimybes, siekiant užtikrinti realų, o ne tik formalų paslaugų prieinamumą (Boxall ir kt., 2025).

**Sociotechninė perspektyva** (angl. *sociotechnical perspective*) – požiūris, pagal kurį technologijų poveikis priklauso nuo jų sąveikos su socialiniu, organizaciniu ir instituciniu kontekstu, o technologiniai sprendimai kartu perkonfigūruoja socialinius santykius, priežiūros praktikas ir kontrolės mechanizmus (Henwood ir Marent, 2019).

**Skaitmeninis pozicionalumas** (angl. *digital positionality*) – asmens socialinių pozicijų, patirčių ir tapatybių visuma, lemianti jo galimybes, pasitikėjimą ir sąlygas realiai dalyvauti skaitmeniniuose procesuose (Boxall ir kt., 2025).

## Įvadas

**Temos aktualumas.** Nors mokslinėje literatūroje netrūksta tyrimų apie e. sveikatos paslaugų diegimą, naudotojų priėmimą ir pavienius skaitmeninės atskirties veiksnius, vis dar nepakankamai aišku, kaip atsiranda vartotojų įsitraukimo skirtumai. Dažniausiai šie veiksniai analizuojami atskirai, todėl sudėtinga suprasti jų tarpusavio sąveiką ir poveikį vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas. Šią spragą padeda paaiškinti interseksionalumo teorija. Husain ir kt. (2022) pabrėžia, kad socialinės kategorijos ir galios santykiai persidengia, o jų sąveikoje formuojasi sudėtingi ir ne visada akivaizdūs nelygybės mechanizmai skaitmeninėje sveikatoje. Tuo tarpu Younas ir kt. (2025) interseksionalumą sieja su politikos formavimu ir akcentuoja jo reikšmę kuriant teisingesnius sprendimus. Tokia perspektyva atskleidžia kaip skirtingos socialinės padėtys susikerta ir kaip tos pačios skaitmeninės priemonės skirtingoms grupėms reiškia nevienodas galimybes jomis naudotis. Skaitmeninės sveikatos srityje sprendimai dėl prieigos, tapatybės patvirtinimo ar informavimo dažnai remiasi prielaidomis, kad visi naudotojai turi panašius išteklius ir gebėjimus. Dėl to realybėje kai kuriems žmonėms paslaugomis naudotis yra paprasčiau, o kiti susiduria su papildomais sunkumais.

ES kontekste skaitmeninių viešųjų paslaugų, kartu ir e. sveikatos paslaugų plėtra yra laikoma svarbia sąlyga, galinčia apsaugoti sistemas kriziniu laikotarpiu bei gerinti paslaugų prieinamumą ilgalaikėje perspektyvoje. Remiantis Wong ir kt. (2022), skaitmeninė transformacija yra skaitmeninės visuomenės sveikatos brendimo etapas, kurio procese technologijos taikomos individualios priežiūros lygmeniu, bei platesniame visuomenės sveikatos kontekste (stebėsenai, prevencijai, rizikų valdymui ir komunikacijai). Tačiau kartu pabrėžiama, kad šio potencialo realizavimas priklauso nuo aiškių valdymo struktūrų, duomenų apsaugos užtikrinimo, naudotojų pasitikėjimo bei lygybei jautrių sprendimų, leidžiančių išvengti situacijų, kai skaitmeninės priemonės tampa labiau prieinamos socialiai ar technologiškai privilegijuotoms grupėms. Šie procesai vyksta platesniame demografinių pokyčių kontekste, ypač senstančios visuomenės sąlygomis, kai sveikatos priežiūros poreikis auga greičiau nei sistemų pajėgumas. Eurostat duomenimis, 2024 m. sausio 1 d. 65 metų ir vyresni asmenys sudarė 21,6 % Europos Sąjungos gyventojų (Eurostat, 2024). Šios tendencijos rodo, kad skaitmeniniai kanalai tampa svarbia sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimo priemone. Tačiau technologijos gali sukurti naujus barjerus būtent toms grupėms, kurioms šios paslaugos reikalingiausios.

COVID-19 pandemija paspartino nuotolinį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, tačiau kartu išryškino, kad technologinių sprendimų prieinamumas savaime neužtikrina lygiaverčio paslaugų pasiekiamumo (Spiteri ir kt., 2020; Onishi ir kt., 2022). Tačiau pandemija taip pat išryškino, kad technologinių sprendimų prieinamumas savaime neužtikrina lygiaverčio paslaugų pasiekiamumo. Sveikatos priežiūrai persikeliant į skaitmeninius kanalus, didėja reikalavimai naudotojams – techniniai (įrenginių ir interneto prieiga), socialiniai (pagalbos ir paramos tinklai) bei kognityviniai (gebėjimas suprasti, įvertinti ir taikyti sveikatos informaciją).

Skaitmeninė sveikata nėra socialiai neutrali. Naujausi tyrimai rodo, jog technologijų teikiama nauda pasiskirsto netolygiai, o skaitmeninės intervencijos dažnu atveju geriau atliepia socialiai, ekonomiškai ar išsilavinimo požiūriu privilegijuotų gyventojų poreikius (Western ir kt., 2025). Skaitmeninės atskirties problematika apima ne tik techninę prieigą, bet ir skaitmeninius įgūdžius bei realią galimybę pasinaudoti teikiama nauda, todėl vien tik skaitmeninių platformų sukūrimas nebūtinai lemia faktinį sveikatos paslaugų prieinamumo didėjimą (Western ir kt., 2025). Šiuos skirtumus dar labiau sustiprina netolygus skaitmeninių kompetencijų pasiskirstymas: 2023 m. bent bazinius skaitmeninius įgūdžius turėjo tik 56 % 16–74 metų Europos Sąjungos gyventojų, o ryškiausi

atotrūkia fiksuojami pagal amžių ir išsilavinimą (Eurostat, 2023). Tai rodo, kad skaitmeninė atskirtis stiprėja techniniams, socialiniams ir kultūriniais veiksniams veikiant kartu. Dėl to net formaliai visiems prieinamos e. sveikatos paslaugos tam tikroms gyventojų grupėms gali tapti sunkiai naudojamos ar faktiškai nepasiekiamos, dėl kumuliatyviai susiklostančių nepalankių veiksnių tarpusavio sąveikos (Chadwick ir kt., 2024). Lietuvos kontekste šiuos netolygumus papildomai atskleidžia Lietuvos gyventojų skaitmeninės elgsenos tyrimo (LiDA 0570, 2025) duomenys, kuriuose pateikiama, kad tarp internetu nesinaudojančių gyventojų 82,7 proc. nurodė, jog jiems sunku naudotis internetu, o 68,9 proc. pažymėjo, kad internetas nėra skirtas jų amžiaus žmonėms. Šie duomenys atspindi techninės prieigos stoką, bei platesnius socialinius bei kultūrinius veiksnius, kurie formuoja žmonių santykį su skaitmeninėmis technologijomis. Dėl šių priežasčių vartotojų įsitraukimo netolygumai negali būti siejami vien su individualių kompetencijų ar motyvacijos trūkumu. Pastarieji formuojasi socialinių, kultūrinių ir technologinių veiksnių sankirtoje, kuri šiame darbe analizuojama intersekcionalumo perspektyvoje.

Naujausi moksliniai tyrimai patvirtina šios problemos aktualumą bei atskleidžia kaip ji formuojasi ir kokios galimos sprendimo kryptys. Technologijų poveikis čia nėra vienodas – daug kas priklauso nuo to, kaip jos kuriamos ir diegiamos, bei ar atsižvelgiama į skirtingas socialines aplinkybes. Pavyzdžiui, jaunimas priklausantis seksualinių mažumų grupei dažniau naudojami skaitmeninėmis psichikos sveikatos paslaugomis, tačiau rasė ir etninė kilmė šioje grupėje susijusi su didesniais prieinamumo sunkumais (Romanelli ir kt., 2025). Kiti mokslinių šaltinių autoriai pateikia panašias išvalgas – skaitmeninės intervencijos gali dar labiau išryškinti jau egzistuojančius skirtumus, kai jų kūrimo neatsižvelgiama į lygybės aspektus (Badr ir kt., 2024). Dėl šių priežasčių vis dažniau kalbama apie poreikį pereiti prie sisteminių sprendimų, tarp jų ir Hatef ir kt. (2024) siūlomo Skaitmeninės sveikatos priežiūros lygybės modelio, kuris siejamas su tikslu mažinti šiuos netolygumus.

**Temos naujumas.** Nors mokslinėje literatūroje gausu tyrimų, nagrinėjančių e. sveikatos paslaugų diegimą, naudotojų priėmimą bei atskirus skaitmeninės atskirties veiksnius, reikšminga spraga yra tai, kaip vartotojų įsitraukimo netolygumai susiformuoja kelių socialinių sąlygų sankirtoje. Daugelyje mokslinių tyrimų socialiniai veiksniai analizuojami izoliuotai, todėl lieka nepakankamai atskleista, kaip jų sąveika kuria specifinius nelygybės mechanizmus, skaitmeninių sveikatos paslaugų kontekste. Tokia izoliuota analizė supaprastina realią situaciją. Dėl to sumažėja ir galimybių ieškoti tinkamų sprendimų, nes lieka neaišku, kaip skirtingi veiksniai veikia kartu ir kaip jų sąveika atsiskleidžia konkrečiose socialinėse situacijose. Šią spragą paaiškina intersekcionalumo teorija. Husain ir kt. (2022) atkreipia dėmesį, kad socialinės kategorijos ir galios santykiai persipina, todėl nelygybės formos įgauna sudėtingą, ne visada lengvai pastebimą pobūdį skaitmeninės sveikatos aplinkoje. Tokia perspektyva leidžia tyrimą nukreipti į konkrečias situacijas. Dėmesys sutelkiamas į tai, kaip susikerta skirtingos socialinės aplinkybės ir kokius padarinius tai sukuria, užuot nagrinėjus kiekvieną veiksnį atskirai. Younas ir kt. (2025) šią perspektyvą sieja su praktiniu pritaikymu viešosios politikos lygmeniu ir pabrėžia, kad intersekcionalumas gali funkcionuoti kaip orientyras kuriant sprendimus, atliepančius skirtingų visuomenės grupių poreikius. Tokiu būdu galima geriau suprasti, kodėl vienodos skaitmeninės priemonės skirtingai veikia naudotojus ir kokios priežastys slypi už šių skirtumų. Pažymėtina ir tai, kad intersekcionalumo teorija suteikia platesnį aiškinimo pagrindą, kuris leidžia matyti pačias problemas ir jų kilmę, kartu atverdamas galimybes numatyti intervencijas, jautrias skirtingoms socialinėms patirtims ir realioms naudotojų galimybėms. Tai itin reikšminga ir skaitmeninės sveikatos srityje, kur sprendimai dėl prieigos, tapatybės patvirtinimo ar informavimo organizavimo dažnai remiasi iš anksto daromomis prielaidomis apie naudotojų turimus išteklius ir

kompetencijas. Šios prielaidos turi realių pasekmių – nuo jų priklauso, kokias galimybes skirtingose socialinėse situacijose žmonės iš tiesų turi, norėdami pasinaudoti šiomis paslaugomis. Husain ir kt. (2022) pabrėžia, kad intersekcionalumo trūkumas skaitmeninės sveikatos nelygybių tyrimuose dažnai lemia supaprastintus sprendimus: kliūtys identifikuojamos, tačiau neatskleidžiama, kaip jos susiklosto kelių nepalankios padėties sluoksnių sąveikoje. Empiriniai tyrimai rodo, kad vyresnio amžiaus, socialiai pažeidžiamoje padėtyje esantiems ar ribotą kalbos mokėjimą turintiems asmenims skaitmeninimas gali mažinti pasitikėjimą paslaugomis, didinti dezorientaciją ir silpninti terapinius santykius (Husain ir Greenhalgh, 2025). Papildomai Boxall ir kt. (2025) parodė, kad vartotojų įsitraukimą reikšmingai formuoja vadinamasis „skaitmeninis pozicionalumas“, apimantis socialinių pozicijų, patirčių ir tapatybių sąveiką, kuri lemia, kas ir kokiomis sąlygomis realiai gali dalyvauti skaitmeniniuose procesuose. Visa tai rodo, kad tradiciniai prieigos modeliai ne visada padeda paaiškinti susidarančią situaciją ir vien prieigos klausimo nepakanka. Reikalingas platesnis požiūris, kuris leistų atsižvelgti į socialinių tapatybių ir galios santykių įtaką tam, kaip žmonės iš tikrųjų dalyvauja skaitmeniniuose sveikatos procesuose.

Šio baigiamojo darbo naujumas siejamas su intersekcionalumo taikymu ne vien kaip teorine perspektyva, bet ir kaip sprendimų parinkimo bei vertinimo principu, padedančiu projektuoti ir įgyvendinti e. sveikatos paslaugas taip, kad jos mažintų, o ne didintų vartotojų įsitraukimo netolygumus. Praktiniu požiūriu tai itin aktualu, nes sprendimų kūrėjams ir politikos formuotojams reikalingos empiriškai ir teoriškai pagrįstos gairės, leidžiančios užtikrinti realų paslaugų prieinamumą skirtingoms socialinėms grupėms, o ne tik toms, kurios disponuoja didesniais techniniais, socialiniais ar kognityviniais ištekliais (Groom ir kt., 2024; Denecke ir kt., 2025; Western ir kt., 2025). Todėl šiame darbe intersekcionalumas taikomas ne tik kaip teorinė prieiga nelygybėms aiškinti, bet ir kaip praktinis principas, padedantis užtikrinti, kad e. sveikatos paslaugos būtų prieinamos visoms gyventojų grupėms, o ne tik privilegijuotoms.

Šiame baigiamajame darbe vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumai konceptualizuojami kaip daugiamechanizmas sociotechninis reiškinys, kuriame susikerta socialinės sąlygos ir paslaugų dizaino, įgyvendinimo bei paramos sprendimai. Įsitraukimą formuoja individualūs naudotojų gebėjimai, amžius, gyvenamoji vietovė ir infrastruktūrinė prieiga, socialinės paramos tinklai, pasitikėjimas institucijomis bei kibernetinio saugumo ir privatumo rizikų suvokimas, galintis reikšmingai mažinti norą naudotis skaitmeniniais kanalais. Taip pat svarbų vaidmenį atlieka ir informacijos supratimo bei naudojimo skaitmeninėje aplinkoje skirtumai, kurie gali tiek sustiprinti, tiek susilpninti kitų socialinių veiksnių poveikį vartotojų įsitraukimui. Ši daugiafunkcinė samprata sudaro teorinį pagrindą empiriniam tyrimui, kurio tikslas atskleisti kaip intersekcionalumo principai gali būti taikomi e. sveikatos paslaugų praktikoje.

**Tyrimo problema.** Nepaisant spartėjančios e. sveikatos paslaugų plėtros, vartotojų įsitraukimas į šias paslaugas yra netolygus. Nors mokslinėje literatūroje daugėja tyrimų, analizuojančių e. sveikatos paslaugų diegimą, naudotojų priėmimą ir atskirus įsitraukimą ribojančius veiksnius, tokius kaip amžius, išsilavinimas, techniniai įgūdžiai ar paslaugų dizainas, gerokai rečiau nagrinėjama, kaip šie veiksniai veikia tarpusavio sąveikoje. Dėl to nepakankamai atskleidžiama, kokias praktines pasekmes ši veiksmų sankirta sukuria planuojant ir įgyvendinant sprendimus, kurie turėtų mažinti, o ne didinti vartotojų įsitraukimo netolygumus.

Ši tyrimų spraga atskleidžia ribotą supratimą apie tai, kaip intersekcionalumo perspektyva gali būti taikoma praktikoje. Dažniausiai ji lieka teorinio aiškinimo lygmenyje, o jos pritaikymas kuriant,

diegiant e. sveikatos paslaugas ir organizuojant naudotojų paramą nėra pakankamai išplėtotas. Dėl to trūksta aiškumo, kaip socialinių sąlygų sankirta turėtų būti sistemiškai įtraukiama į sprendimų kūrimo ir įgyvendinimo procesus, kad skirtingos vartotojų grupės turėtų realias galimybes įsitraukti. Atsižvelgiant į tai, šiame tyrime formuluojama problema: kaip intersekcionalumo principų taikymas gali būti integruojamas siekiant mažinti vartotojų įsitraukimo netolygumus e. sveikatos paslaugose?

**Tyrimo objektas** – vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumai, analizuojami intersekcionalumo požiūriu.

**Tyrimo tikslas** – atskleisti intersekcionalumo perspektyvos taikymo galimybes mažinant vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. pateikti teorinį vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelį, pagrįstą intersekcionalumo principais;
2. išanalizuoti e. sveikatos paslaugų teisinį reglamentavimą ir gerąsias praktikas intersekcionalumo principų požiūriu;
3. ištirti socialinių veiksnių sankirtą (intersekcionalumą), lemiančią vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas.

**Tyrimo metodai.** Tyrime taikyti mokslinės literatūros analizės, sintezės ir sisteminimo metodai, siekiant atskleisti vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas sampratą, skaitmeninės nelygybės bei intersekcionalumo teorinius pagrindus ir suformuoti teorinį vartotojų įsitraukimo modelį. Teorinis modeliavimas taikytas konceptualizuoti vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas procesą intersekcionalumo perspektyvoje, integruojant skirtingus teorinius požiūrius. Dokumentų turinio analizė taikyta analizuojant e. sveikatos paslaugų teisinį reglamentavimą ir gerąsias praktikas, siekiant įvertinti, kaip jose integruojami intersekcionalumo principai ir lygybei jautrūs sprendimai. Empiriniam tyrimui taikytas mišrus metodų trianguliacijos principas, derinant kiekybinį (anketinė apklausa) ir kokybinį (pusiau struktūruotas interviu) metodus. Remiantis suformuotu teoriniu modeliu, šis metodų derinys leido kompleksiskai ištirti socialinių veiksnių sankirtą, lemiančią vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas, bei analizuoti respondentų patirtis, požiūrius ir praktikas.

**Projekto struktūra.** Projektą sudaro 117 puslapių (su priedais), 27 lentelės, 10 paveikslų. Panaudota 45 mokslinės literatūros šaltiniai ir 30 informacijos šaltinių.

## **1. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas ir intersekcionalumo teoriniai pagrindai**

Skaitmeninių technologijų plėtra iš esmės keičia viešųjų paslaugų teikimo logiką, o sveikatos priežiūros srityje ši transformacija įgauna ypatingą reikšmę dėl tiesioginės įtakos paslaugų prieinamumui ir socialiniam teisingumui. E. sveikatos paslaugos vis dažniau tampa svarbiu sveikatos priežiūros kanalu, tačiau vartotojų įsitraukimas į jas išlieka netolygus ir negali būti paaiškinamas vien individualiais gebėjimais ar motyvacija (Petretto ir kt., 2024; Figueroa ir kt., 2021). Šiame skyriuje analizuojami vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teoriniai pagrindai, aptariama e. sveikatos paslaugų reikšmė paslaugų prieinamumui, nagrinėjama vartotojų įsitraukimo samprata bei ją formuojantys veiksniai, taip pat pristatoma intersekcionalumo teorija kaip perspektyva, leidžianti paaiškinti šių netolygumų susidarymą.

### **1.1. E. sveikatos paslaugos viešosios sveikatos priežiūros sistemoje ir prieinamumo logika**

Šiame poskyryje aptariama e. sveikatos paslaugų vieta viešosios sveikatos priežiūros sistemoje ir jų reikšmė paslaugų prieinamumui, sudarant teorinį pagrindą tolesnei vartotojų įsitraukimo analizei. Skaitmeninių sveikatos paslaugų plėtra keičia ne tik sveikatos priežiūros teikimo kanalus, bet ir patį viešosios paslaugos santykį su naudotoju – pacientu, klientu ar gyventoju. Sveikatos priežiūra kaip viešųjų paslaugų sistemos dalis tradiciškai grindžiama profesionalų teikiama pagalba, o paslaugų prieinamumo užtikrinimas laikomas vienu svarbiausių sistemos efektyvumo ir socialinio teisingumo kriterijų. E. sveikatos paslaugos neturėtų būti vertinamos izoliuotai kaip vien technologinės inovacijos, nes jos yra viešųjų paslaugų sistemos dalis. Dėl šios priežasties jų naudojimo netolygumai atspindi ne tik individualius naudotojų gebėjimus ar motyvaciją, bet ir tai, kaip viešoji paslauga suprojektuojama, organizuojama ir valdoma. Skaitmeninio kanalo plėtra, ypač jam tampant dominuojančiu, vartotojų įsitraukimą paverčia ne patogumo klausimu, o vienu kertinių paslaugos prieinamumo veiksnių: neįsitraukimas praktikoje reiškia ribotesnį paslaugos pasiekiamumą. Tokia logika ypač aktuali sveikatos priežiūros srityje, kur paslaugos laikomos viešuoju gėriu, o prieinamumo nelygybės sukelia tiesiogines socialines bei sveikatos pasekmes (Petretto ir kt., 2024).

Sveikatos sistemoje skaitmeninė transformacija siekia didinti veiklos efektyvumą, užtikrinti priežiūros tęstinumą, mažinti administracinę naštą ir stiprinti paciento įsitraukimą. Vis dėlto šis procesas nėra vienareikšmis ir tai patvirtina įvairūs moksliniai tyrimai. Kai kuriais atvejais skaitmeninės priemonės prisideda prie nelygybių mažinimo, tačiau pasitaiko situacijų, kai pastarosios priešingai – sukuria dar didesnę nelygybę. Pavyzdžiui, kai technologijos diegiamos neatsižvelgiant į naudotojų socialines sąlygas ar jų sąveiką su paslaugos dizainu ir organizaciniais sprendimais (Petretto ir kt., 2024; Figueroa ir kt., 2021). Dėl to e. sveikata vis dažniau analizuojama kaip sociotechninis viešosios paslaugos instrumentas. Šiame kontekste technologiniai sprendimai siejami su instituciniu pasitikėjimu, procedūrinio teisingumo patirtimis ir naudotojų kasdienėmis praktikomis (Netto ir kt., 2025). Tokia perspektyva leidžia kitaip pažvelgti į patį skaitmeninimą – jis keičia paslaugų teikimo būdą. Kartu kinta ir atsakomybės bei galios santykiai tarp sistemos ir vartotojo.

Viešųjų paslaugų teorinėje perspektyvoje prieinamumas laikomas vienu esminių paslaugos kokybės kriterijų. Sveikatos priežiūros paslaugų atveju šis kriterijus įgauna ypatingą svorį, nes paslaugų neprieinamumas ar vėluojantis pasinaudojimas jomis gali turėti ilgalaikių pasekmių sveikatos būklei ir gyvenimo kokybei. Dėl to sveikatos priežiūra tampa sritimi, kurioje bet kokie paslaugų teikimo modelio pokyčiai turi būti vertinami pagal tai, ar jie užtikrina realų, o ne tik formalų prieinamumą (World Health Organization, 2021; Wong ir kt., 2022). Skaitmeninant viešąsias sveikatos paslaugas

dažnai daroma prielaida, kad technologinis kanalas automatiškai išplečia paslaugos pasiekiamumą – mažėja fizinio atstumo reikšmė, trumpėja laukimo laikas, supaprastėja administraciniai procesai, atsiranda nuotolinės konsultacijos. Tačiau nelygybės tyrimai rodo, kad prieinamumas yra daugiamatis reiškinys: net ir suteikus technologinę prieigą, paslauga gali išlikti sunkiai pasiekiamą dėl įgūdžių, pasitikėjimo, kalbos, kultūrinių lūkesčių, sveikatos raštingumo ar socialinės paramos trūkumo (Petretto ir kt., 2024; Husain ir Greenhalgh, 2025). Todėl skaitmeninimas gali veikti kaip prieinamumo filtras: paslauga tampa patogesnė tiems, kurie turi daugiau išteklių ir kompetencijų, ir mažiau pasiekiamą tiems, kurių socialinė padėtis mažiau palanki. Tokiu būdu fizinės prieigos trūkumą gali pakeisti skaitmeninės prieigos, gebėjimų ir pasitikėjimo barjerai (Petretto ir kt., 2024).

E. sveikatos paslaugos paprastai apibrėžiamos kaip gana plati skaitmeninės sveikatos ekosistema, apimanti įvairius tarpusavyje susijusius sprendimus – pacientų portalus, e. receptus, e. siuntimus, registracijos sistemas, nuotolines konsultacijas ar mobiliąsias programėles. Čia taip pat tikslinga priskirti nuotolinę stebėseną, autentifikacijos infrastruktūrą, pagalbos kanalus ir duomenų apsaugos režimus (World Health Organization, 2021; Wong ir kt., 2022). Tokia sistema funkcionuoja kaip tarpusavyje susijusių elementų visuma, kur kiekviena dalis turi įtakos vartotojo patirčiai. Vartotojų įsitraukimą šioje aplinkoje lemia ne vien techninės galimybės. Svarbu, kiek aiškios yra procedūros, ar suprantamos taikomos taisyklės, kaip suvokiamas paslaugos teisingumas ir kokia administracinė našta tenka pačiam vartotojui. Šie aspektai neretai tampa lemiantys, net jei pati sistema techniškai veikia sklandžiai. Šiame kontekste ypač svarbus tampa pasitikėjimas. Skaitmeninė sveikata išsiskiria tuo, kad joje tvarkomi jautrūs asmens duomenys, todėl vartotojų santykis su sistema glaudžiai susijęs su jų ankstesnėmis patirtimis, socialine padėtimi ir tuo, kaip jie suvokia galios santykius tarp savęs ir institucijų. Dėl to įsitraukimas priklauso ne vien nuo technologijos patogumo, bet ir nuo to, ar sistema suvokiama kaip saugi, sąžininga ir prognozuojama (Seçkin ir kt., 2021; Husain ir Greenhalgh, 2025). Ypatingą reikšmę šiame kontekste įgauna procedūrinio teisingumo dimensija. Netto ir kt. (2025) parodo, kad naudotojų patirtys priklauso nuo to, kaip procedūros – registracija, tapatybės patvirtinimas, pacientų prioritetizavimo logika ar komunikacijos taisyklės – skirtingoms grupėms sukuria nevienodas galimybes. Jei procedūros yra sudėtingos, nepakankamai paaiškintos arba paremtos prielaida apie „skaitmeniškai kompetentingą“ naudotoją, jos gali tapti barjeru, kuris stipriau veikia tam tikrų socialinių savybių sankirtose (Netto ir kt., 2025). Tokiu būdu formaliai vienodos taisyklės realiai gali veikti kaip diferencijuojantis mechanizmas, didinantis paslaugos naudojimo sąnaudas vienoms grupėms labiau nei kitoms (Petretto ir kt., 2024; Netto ir kt., 2025).

Jei paslaugos dizainas orientuotas į numanomą vartotoją, tie asmenys, kurių socialinės sąlygos neatitinka šio profilio, patiria didesnes įsitraukimo sąnaudas ir dažniau pasitraukia arba apskritai nepradeda naudotis paslauga (Tinner ir kt., 2023; Figueroa ir kt., 2021). Dėl to tipinis vartotojas neturėtų būti suprantamas kaip statistinis vidurkis. Interseksionalumo perspektyvoje tikslingiau kalbėti apie vartotojų profilius, susiformuojančius kaip socialinių savybių sankirtos. Tokius profilius galima konceptualizuoti savybių paketo principu, leidžiančiu paaiškinti, kodėl vienas savybių rinkinys didina įsitraukimo tikimybę, o kitas – ją mažina. Labiau įsitraukusio profilio atveju dažniau pasireiškia aukštesnis skaitmeninis ir sveikatos raštingumas, stabili prieiga prie įrenginių bei interneto, pasitikėjimas institucijomis ir socialinės paramos tinklai. Mažiau įsitraukusio profilio atveju būdingesni riboti įgūdžiai, kalbiniai barjerai, socialinė izoliacija ar ankstesnės neigiamos patirtys (Petretto ir kt., 2024; Husain ir Greenhalgh, 2025; Gaber ir kt., 2025). Ši logika siejasi su „lygybės pagal dizainą“ nuostata, kad nelygybių mažinimas turi būti pradinė projektavimo ir įgyvendinimo sąlyga (Bitomsky ir kt., 2025). Lygybei jautrus dizainas reikalauja įvertinti, kokias

prielaidas apie naudotojo išteklius, kompetencijas ir galimybes įtvirtina paslaugos procedūros bei technologiniai sprendimai (Bitomsky ir kt., 2025). Tai tiesiogiai susiję su įsitraukimo sąnaudų idėja: kuo daugiau savarankiškumo, procedūrinio tikslumo ir techninio stabilumo reikalauja paslauga, tuo didesnes sąnaudas ji sukuria mažiau palankiose socialinėse sankirtose esantiems naudotojams (Petretto ir kt., 2024; Bitomsky ir kt., 2025).

Skaitmenizavimas keičia vartotojo poziciją sveikatos paslaugų sistemoje, nes dalis atsakomybės už paslaugos pasiekimą perkeliama pačiam naudotojui. Jis turi ne tik gauti paslaugą, bet ir aktyviai veikti skaitmeninėje aplinkoje – prisijungti, identifikuotis, rasti ir suprasti informaciją, priimti sprendimus bei palaikyti tęstinį naudojimą (Chadwick ir kt., 2024). Toks atsakomybės perskirstymas tam tikrais atvejais gali skatinti autonomiją ir aktyvesnį dalyvavimą, tačiau, neatsižvelgiant į socialinių sąlygų įvairovę, jis gali tapti ir struktūriniu barjeru, diferencijuojančiu įsitraukimo galimybes skirtingose socialinių savybių sankirtose (Bitomsky ir kt., 2025).

*Apibendrinant galima teigti, kad e. sveikatos paslaugos turi būti suprantamos kaip sociotechniniai instrumentai, darantys tiesioginę įtaką realiam paslaugų prieinamumui. Skaitmenizavimas keičia vartotojo vaidmenį, perkeldamas jam didesnę atsakomybės dalį, todėl įsitraukimas tampa būtina paslaugos pasiekimo sąlyga. Interseksionalumo požiūriu ši transformacija nėra neutrali, nes skirtingose socialinių sąlygų sankirtose ji sukuria nevienodas įsitraukimo galimybes.*

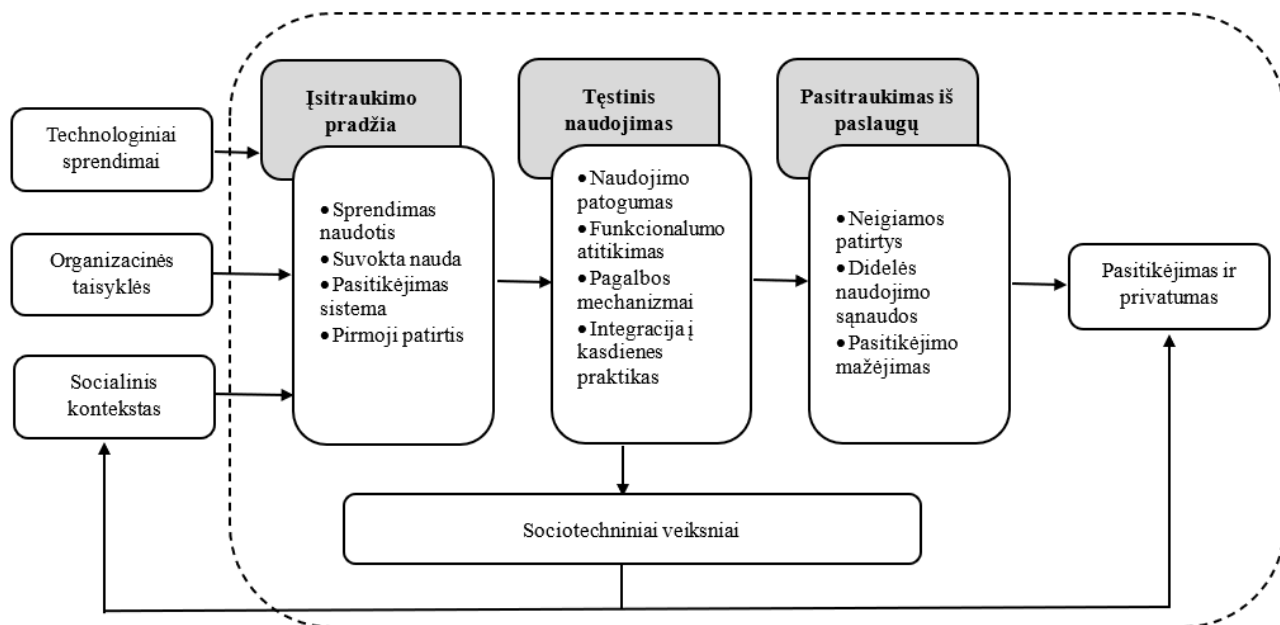
## **1.2. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas samprata ir raiška**

Vartotojų įsitraukimas e. sveikatos paslaugų kontekste yra esminė sąvoka, nes nuo jo priklauso, ar formaliai sukurtos ir įdiegtos skaitmeninės paslaugos tampa realiai naudojamos praktikoje. Šiame darbe įsitraukimas suprantamas kaip daugialypis sociotechninis procesas, apimantis sprendimą pradėti naudotis paslauga, tęstinį jos naudojimą ir galimą pasitraukimą (Chadwick ir kt., 2024). Toks požiūris leidžia įsitraukimą analizuoti ne kaip vienkartinį technologijos naudojimo faktą, bet kaip reiškinį, kylantį iš technologinių, organizacinių ir socialinių veiksnių sąveikos (Henwood ir Marent, 2019).

Vartotojų įsitraukimo sąvoka e. sveikatos tyrimuose vartojama plačiai, tačiau jos turinys nėra vienareikšmis ir laikui bėgant reikšmingai kito. Ankstyvuosiuose skaitmeninės sveikatos tyrimuose įsitraukimas dažnai buvo tapatinamas su pačiu technologijos naudojimo faktu – prisijungimu prie sistemos, registracija ar atskirų funkcijų aktyvavimu. Tokia prieiga rėmėsi prielaida, kad technologijos prieinamumas savaime lemia jų naudojimą ir teigiamą poveikį sveikatos paslaugų prieinamumui (Saeed ir kt., 2025). Tačiau empirinių tyrimų rezultatai parodė, kad vien technologijos buvimas ar formalus naudojimas neleidžia paaiškinti, kodėl dalis naudotojų e. sveikatos paslaugomis naudojasi epizodiškai, kiti jas visiškai apleidžia, o tik nedidelė dalis įsitraukia nuosekliai ir aktyviai (Seçkin ir kt., 2021).

Literatūroje dažniausiai išskiriamos trys pagrindinės vartotojų įsitraukimo fazės. Pirmoji fazė – įsitraukimo pradžia, apimanti sprendimą pradėti naudotis e. sveikatos paslauga. Šioje fazėje reikšmingi tokie veiksniai kaip paslaugos prieinamumas, informacijos aiškumas, suvokta nauda, pasitikėjimas sveikatos sistema ir technologijomis bei pirmoji naudotojo patirtis. Tyrimai rodo, kad neigiama pirminė patirtis, neaiški navigacija ar sudėtingos autentifikacijos procedūros gali tapti esminiu barjeru, kuris užkerta kelią tolesniam naudojimui net ir tada, kai paslauga formaliai yra prieinama (Piccolo, 2024). Antroji fazė – tęstinis naudojimas, kai vartotojas reguliariai sąveikauja su e. sveikatos paslauga, integruoja ją į kasdienes sveikatos priežiūros praktikas ir vertina jos realią

naudą. Šioje fazėje svarbų vaidmenį atlieka naudojimo patogumas, funkcionalumo atitikimas naudotojų poreikiams, prieinami pagalbos mechanizmai ir nuoseklus paslaugos veikimas. Trečioji fazė – pasitraukimas, kai naudotojas nustoja naudotis e. sveikatos paslauga. Pasitraukimas dažniausiai nėra nulemtas vieno konkretaus barjero – jis formuojasi kaupiantis neigiamoms patirtims, didėjant naudojimo sąnaudoms (laiko, pastangų, emocinio krūvio) arba silpnėjant pasitikėjimui sistema (Goyal ir kt., 2022). Šių fazių tarpusavio ryšiai ir jas formuojantys sociotechniniai veiksniai schematiškai pateikiami 1 pav.



**1 pav.** Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas procesas (sudaryta autorės, remiantis Chadwick ir kt. (2024), Goyal ir kt. (2022), Rajamani ir kt. (2021), Seçkin ir kt. (2021))

1 paveiksle pateikiama vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas procesą iliustruojanti schema, kurioje įsitraukimas vaizduojamas kaip dinamiškas procesas, apimantis tris fazes: įsitraukimo pradžią, tęstinį naudojimą ir pasitraukimą. Schemoje taip pat išskiriami sociotechniniai veiksniai – technologiniai sprendimai, organizacinės taisyklės ir socialinis kontekstas – kurie formuoja vartotojų įsitraukimą. Tai atitinka sociotechninę perspektyvą, pabrėžiančią, kad įsitraukimas nėra vien individualių savybių ar racionalaus pasirinkimo rezultatas, bet kyla iš šių veiksnių sąveikos (Rajamani ir kt., 2021).

Pažymėtina, kad įsitraukimas glaudžiai susijęs su pasitikėjimu. Tai, kaip naudotojai vertina sveikatos sistemą, paslaugų teikėjus ar pačias technologijas, turi įtakos jų sprendimams naudotis e. sveikatos paslaugomis. Vieniems tai tampa įprasta praktika, kiti ilgai dvejoja arba apskritai atsisako. Didelę reikšmę čia įgauna privatumo ir saugumo klausimai. Jei trūksta aiškumo, kas nutinka su asmens sveikatos duomenimis, atsiranda neapibrėžtumai. Tokiose situacijose net ir prieinamos paslaugos gali kelti nepasitikėjimą. Vartotojas formaliai gali jomis naudotis, bet realiai renkasi atsitraukti. Tuo tarpu kalbant apie įsitraukimą, dažnai minimas skaitmeninės atskirties klausimas. Ji susijusi su tuo, kad skirtingos gyventojų grupės turi nevienodas galimybes pasiekti skaitmenines paslaugas ar jomis naudotis. Tačiau vien to nepakanka paaiškinti visiems skirtumams, nes svarbus ir platesnis kontekstas. Moksliniai tyrimai rodo, kad įsitraukimas siejasi su kasdienėmis aplinkybėmis – socialine parama, gyvenamąja aplinka, sveikatos būkle, ankstesne patirtimi sveikatos sistemoje (Prakash ir

Das, 2020). Dėl to situacijos tarp vartotojų yra gana skirtingos. Vieniems naudojimas tampa paprastas, kitiems reikalauja daugiau laiko ir pastangų. Prie viso to prisideda ir bendras pasitikėjimas institucijomis, ko pasekoje visi šie aspektai susipina ir paaiškina, kodėl vartotojų įsitraukimas skiriasi.

*Apibendrinant galima teigti, kad vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas turi būti suprantamas kaip procesinis reiškiny, apimantis įsitraukimo pradžią, tęstinį naudojimą ir pasitraukimą. Jo raišką formuoja ne tik technologiniai sprendimai, bet ir organizacinės taisyklės, pasitikėjimas bei platesnės socialinės sąlygos. Toks požiūris sudaro pagrindą tolesnei vartotojų įsitraukimo netolygumų analizei intersekcionalumo perspektyvoje.*

### **1.3. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus lemiantys veiksniai**

Skirtingos visuomenės grupės skaitmeninių sveikatos paslaugų plėtra veikia nevienodai, todėl įsitraukimo netolygumai tampa svarbia analitine problema. Šiandieniniame kontekste skaitmeninimas suvokiamas kaip naujas paslaugos naudojimo režimas, kuris išryškina skirtumus tarp vartotojų grupių, o skaitmeninių sveikatos paslaugų plėtra dažnai grindžiama prielaida, kad technologijos didina paslaugų prieinamumą ir prisideda prie socialinių nelygybių mažinimo. Tuo tarpu e. sveikata pristatoma kaip atsakas į struktūrinės sveikatos sistemos problemas – ribotus žmogiškuosius išteklius, geografinius atstumus, augantį paslaugų poreikį ir senstančią visuomenę. Tačiau remiantis Petretto ir kt. (2024), skaitmeninimas ne tik sprendžia dalį prieinamumo problemų, bet kartu gali kurti naujas nelygybės formas arba sustiprinti jau egzistuojančias socialines disproporcijas. Dėl šios priežasties skaitmeninė nelygybė tampa esminiu analitiniu rėmu, aiškinant, kodėl vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas pasiskirsto netolygiai tarp skirtingų visuomenės grupių.

Skaitmeninė nelygybė e. sveikatos kontekste apima daugiau nei vieną techninę prieigą prie interneto ar skaitmeninių įrenginių. Kaip teigia Western ir kt. (2025), nelygybė formuojasi keliuose tarpusavyje susijusiuose lygmenyse: prieigos, įgūdžių, naudojimo patirties ir realios naudos iš skaitmeninių paslaugų. Tai reiškia, kad net ir turint formalią prieigą prie e. sveikatos paslaugų, tam tikroms grupėms jų naudojimas gali būti sudėtingas, fragmentiškas arba apskritai nepriimtinas. Tokiais atvejais technologijos ne panaikina, bet transformuoja prieinamumo problemą, perkeldamos ją iš fizinės į skaitmeninę erdvę.

Empiriniai tyrimai taip pat patvirtina, kad skaitmeninių sveikatos paslaugų naudojimas tarp skirtingų socialinių grupių išlieka netolygus. Tyrimė, publikuotame moksliniame žurnale *Journal of Medical Internet Research*, Husain ir Greenhalgh (2022) nustatė, kad vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo ir ribotų skaitmeninių įgūdžių turintys asmenys gerokai rečiau naudojami e. sveikatos platformomis. Autoriai pabrėžia, kad kelių socialinių veiksnių sankirta gali reikšmingai didinti skaitmeninės atskirties riziką. Panašius rezultatus pateikia ir kiti tyrimai: sisteminėje apžvalgoje Goldberg ir kt. (2025) nustatė, kad pacientų portalų naudojimas reikšmingai siejasi su socialine ir ekonomine padėtimi, o aukštesnes pajamas ir išsilavinimą turintys asmenys šiomis platformomis naudojami dažniau. Tuo tarpu Yuen ir kt. (2024) teigia, kad aukštesnis skaitmeninio sveikatos raštingumo lygis turi glaudžias sąsajas su aktyvesniu e. sveikatos paslaugų naudojimu ir geresniais sveikatos valdymo rezultatais. Svarbu paminėti ir tai, kad vyresnio amžiaus asmenys dažniau susiduria su skaitmeninių sveikatos technologijų naudojimo sunkumais dėl ribotesnių skaitmeninių įgūdžių ir mažesnio pasitikėjimo technologijomis (Xie ir kt., 2022).

Vienas dažniausiai analizuojamų netolygaus įsitraukimo veiksnių yra amžius. Tyrimai rodo, kad vyresnio amžiaus asmenys dažniau susiduria su techniniais sunkumais, nepasitikėjimu

skaitmeninėmis technologijomis ir didesniu kognityviniu krūviu naudojantis e. sveikatos paslaugomis (Chadwick ir kt., 2024). Vis dėlto amžius pats savaime nėra lemiantis veiksnys. Jo poveikis atsiskleidžia platesniame kontekste. Svarbų vaidmenį čia turi išsilavinimas, skaitmeniniai įgūdžiai, socialinės paramos tinklai ir ankstesnė patirtis sveikatos sistemoje (Husain ir kt., 2022; Husain ir Greenhalgh, 2025). Kai šios aplinkybės susikerta, skirtumai tarp vartotojų tampa labiau matomi. Dėl to amžius veikia kaip viena iš sąlygų, kuri įgauna reikšmę tik kartu su kitais socialiniais veiksniais.

Pažymėtina, kad socialinė bei ekonominė padėtis, turi reikšmingą poveikį netolygaus įsitraukimo formavimuisi. Žemesnes pajamas gaunantys asmenys dažniau patiria ribotą prieigą prie kokybiškų skaitmeninių įrenginių, nestabilių interneto ryšių ar ribotas galimybes gauti pagalbą susidūrus su techniniais sunkumais. Tokiais atvejais e. sveikatos paslaugų naudojimas tampa papildoma našta, o ne palengvinimu, ypač kai paslaugų dizainas orientuotas į savarankišką, nuolatinį ir aktyvų naudotojo dalyvavimą. Tai ypač problemiška viešųjų paslaugų kontekste, kuriame paslaugų prieinamumas turėtų būti užtikrinamas nepriklausomai nuo naudotojų turimų išteklių (Western ir kt., 2025; Petretto ir kt., 2024).

Svarbus netolygaus įsitraukimo aspektas yra skaitmeniniai ir sveikatos raštingumo įgūdžiai. Čia svarbu žmogus supranta pateikiamą sveikatos informaciją, kaip vertina jos patikimumą ir kaip ją pritaiko savo situacijoje. Nuo to priklauso, ar e. sveikatos paslaugos tampa realiai naudojamos, ar lieka tik formalia galimybe. Kai sveikatos raštingumas ribotas, informacija gali būti suprantama netiksliai. Tokiose situacijose didėja klaidų tikimybė, atsiranda neapibrėžtumas, o dalis vartotojų apskritai vengia naudotis paslaugomis. Situacija sudėtingėja, kai sistemos nepateikia aiškių instrukcijų arba kai pagalbą sunku pasiekti (Renner ir kt., 2022). Tokiu būdu e. sveikatos paslaugos gali tapti selektyviai prieinamos tik tiems, kurie jau disponuoja aukštesniu informaciniu ir skaitmeniniu kapitalu.

Netolygaus įsitraukimo formavimuisi svarbūs ir kalbiniai bei kultūriniai veiksniai. Asmenims, kurių gimtoji kalba nėra paslaugų teikimo kalba, skaitmeninės sąsajos gali būti sunkiai suprantamos, o informacija – nepakankamai prieinama. Tai ypač aktualu e. sveikatos kontekste, kur net ir nedideli nesusipratimai gali turėti reikšmingų pasekmių sveikatos sprendimams, pasitikėjimui sistema ir tolesniam įsitraukimui (Husain ir Greenhalgh, 2025).

Be individualių ir socialinių veiksnių, netolygaus įsitraukimo formavimuisi svarbūs ir paslaugų dizaino bei įgyvendinimo sprendimai. Tam tikri sistemos pasirinkimai gali apsunkinti naudojimąsi paslaugomis. Pavyzdžiui, sudėtingesnės autentifikacijos procedūros, ribotos galimybės rinktis kitus kontaktavimo būdus ar neaiškiai pateikiama informacija apie privatumo ir duomenų apsaugos sprendimus reikalauja daugiau pastangų iš vartotojo. Tai dažniausiai pajunta tie, kurių pasitikėjimas technologijomis ar institucijomis yra silpnesnis. Tokiose situacijose dalis naudotojų atsitraukia arba naudojami paslaugomis tik iš dalies. Dėl to patys technologiniai sprendimai ima veikti kaip tam tikras atrankos mechanizmas, kuris palankus toms grupėms, kurios turi daugiau skaitmeninių įgūdžių ir geresnes socialines prielaidas naudotis šiomis paslaugomis (Bierbooms ir kt., 2025).

Siekiant struktūruotai apibendrinti pagrindinius netolygaus vartotojų įsitraukimo veiksnius e. sveikatos kontekste, pateikiama 1 lentelė, kurioje išskiriami pagrindiniai skaitmeninės nelygybės veiksniai ir jų sąsajos su vartotojų įsitraukimu.

**1 lentelė.** Skaitmeninės nelygybės veiksniai e. sveikatos paslaugose (sudaryta autorės, remiantis Petretto ir kt. (2024), Western ir kt. (2025), Chadwick ir kt. (2024), Husain ir Greenhalgh (2025), Bierbooms ir kt. (2025))

Veiksnių grupė	Aprašymas	Poveikis vartotojų įsitraukimui
Techninė prieiga	Interneto ryšys, įrenginiai, techninė infrastruktūra	Ribota prieiga mažina galimybę pradėti naudotis e. sveikatos paslaugomis
Skaitmeniniai įgūdžiai	Gebėjimas naudotis technologijomis ir sistemomis	Žemi įgūdžiai didina klaidų, nusivylimo ir pasitraukimo riziką
Sveikatos raštingumas	Gebėjimas suprasti ir taikyti sveikatos informaciją	Ribotas raštingumas silpnina paslaugų suvoktą naudą
Socialinė ir ekonominė padėtis	Pajamos, išsilavinimas, gyvenimo sąlygos	Žemesnė padėtis didina naudojimo sąnaudas
Kalbiniai ir kultūriniai veiksniai	Kalbos barjerai, kultūriniai lūkesčiai	Mažina paslaugų suprantamumą ir pasitikėjimą
Paslaugų dizainas ir įgyvendinimas	Autentifikacija, pagalba, alternatyvūs kanalai	Nepritaikytas dizainas riboja tęstinį įsitraukimą

1 lentelėje pateikta informacija rodo, kad skaitmeninė nelygybė e. sveikatos srityje yra daugiamatė ir neapsiriboja vien techninės prieigos klausimais. Skirtingi veiksniai tarpusavyje sąveikauja ir gali kumuliatyviai stiprinti vienas kito poveikį, didindami vartotojų įsitraukimo netolygumus. Tai leidžia daryti išvadą, kad pavienių barjerų šalinimas, neatsižvelgiant į jų tarpusavio sąveiką, dažnai yra nepakankamas siekiant užtikrinti realų e. sveikatos paslaugų prieinamumą.

Kaip ir minėta prieš tai, šie veiksniai dažnai veikia kumuliatyviai ir pasireiškia skirtingų socialinių tapatybių sankirtoje. Pavyzdžiui, Romanelli ir kt. (2025) nustatė, kad seksualinių mažumų jaunimo grupėje skaitmeninių psichikos sveikatos paslaugų naudojimas buvo didesnis nei heteroseksualių asmenų, tačiau rasės ir etninės mažumos šioje grupėje patyrė gerokai stipresnius prieinamumo barjerus. Panašiai Badr ir kt. (2024) sisteminėje apžvalgoje nustatyta, kad be lygybės perspektyvos skaitmeninės intervencijos gali stiprinti nelygybes tiek naudojimo, tiek realios naudos pasiskirstymo lygmeniu.

*Apibendrinant galima teigti, kad netolygus vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas formuojasi sudėtingoje techninių, socialinių, kultūrinių ir organizacinių veiksnių sąveikoje. Skaitmeninė nelygybė apima prieigos trūkumą, skaitmeninių bei sveikatos raštingumo įgūdžių skirtumus, socialinės paramos stoką, pasitikėjimo institucijomis problemas bei paslaugų dizaino sprendimus. Šie veiksniai veikia sankirtoje, sukurdami skirtingoms visuomenės grupėms nevienodas įsitraukimo galimybes. Taip pat analizė atskleidė, kad vartotojų įsitraukimo netolygumai formuojasi dėl vieno izoliuoto barjero, bei kelių tarpusavyje susijusių veiksnių sąveikos.*

#### **1.4. Intersekcionalumo teorija ir jos principai e. sveikatos paslaugų kontekste**

E. sveikatos paslaugos gali būti nagrinėjamos ir platesniame kontekste, o sociotechninė perspektyva suteikia galimybę matyti šias paslaugas kaip technologinių sprendimų ir socialinės aplinkos sąveikos rezultata. Remiantis tokiu požiūriu technologijų poveikis nėra vienodas bei siejasi su organizacinėmis struktūromis, institucinėmis praktikomis ir tuo, kaip naudotojai patiria šias sistemas kasdienybėje (Henwood ir Marent, 2019). Vertinga paminėti, kad e. sveikatos sistemų diegimas keičia paslaugų teikimo procesus. Tačiau kartu kinta ir socialiniai santykiai, atsakomybės pasiskirstymas bei kontrolės būdai. Dėl to vartotojų įsitraukimą verta vertinti plačiau, atsižvelgiant į aplinką, kurioje veikia šie sprendimai, ir į tai, kaip ji formuoja naudotojų patirtį (Henwood ir Marent, 2019).

Analizuojant vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus, vis akivaizdžiau tampa, kad pavienių socialinių ar technologinių veiksmų analizė neleidžia iki galo paaiškinti susidaranciu nelygybių. Tokie kintamieji kaip amžius, išsilavinimas, socialinė ir ekonominė padėtis ar skaitmeniniai įgūdžiai moksliniuose tyrimuose dažnai nagrinėjami atskirai, tačiau realiose socialinėse situacijose jie veikia ne izoliuotai, o persidengdami ir vienas kitą sustiprindami (Heard ir kt., 2020). Dėl šios priežasties tampa būtina teorinė prieiga, leidžianti analizuoti ne pavienius veiksmus, bet jų sankirtą, kurioje ir formuojasi netolygus vartotojų įsitraukimas į skaitmenines sveikatos paslaugas.

Būtent šiame kontekste intersekcionalumo teorija suteikia pagrindą nagrinėti sudėtingas socialinių sąlygų sąveikas ir jų reikšmę e. sveikatos paslaugų prieinamumui bei naudojimui. Kaip teigia Heard ir kt. (2020) bei Tinner ir kt. (2023), pastaroji susiformavo kritinių socialinių mokslų lauke ir iš pradžių buvo taikoma analizuojant struktūrines nelygybes, susijusias su lytimi, rase ir socialine klase. Vėliau ši perspektyva pradėta taikyti plačiau, nagrinėjant kaip skirtingos socialinės kategorijos susikerta praktikoje ir kaip formuojasi skirtingos vartotojų patirtys bei galimybės.

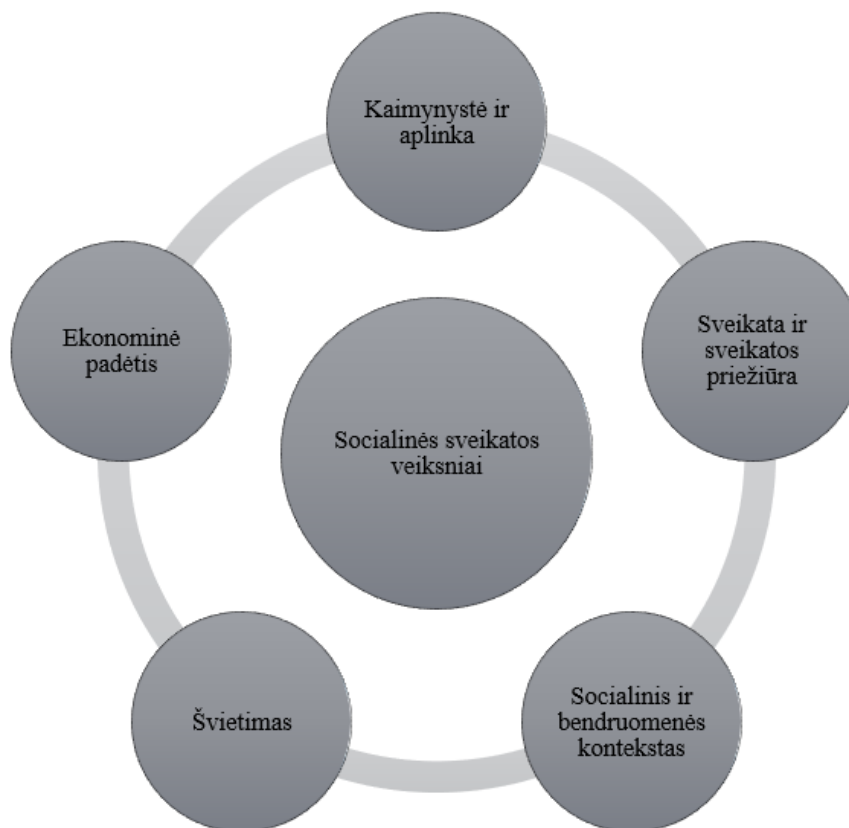
Skirtingai nuo sudedamojo (adityvaus) požiūrio, kai socialiniai veiksniai tiesiog sudedami, intersekcionalumas pabrėžia jų tarpusavio sąveiką, kuri gali sukurti kokybiškai naujas kliūtis arba, priešingai, įgalinimo galimybes (Netto ir kt., 2025). Tai reiškia, kad, pavyzdžiui, vyresnis amžius, riboti skaitmeniniai įgūdžiai ir silpnesnė socialinė parama kartu sudaro ne trijų atskirų barjerų sumą, bet specifinę socialinę padėtį, kurioje įsitraukimo sąnaudos tampa gerokai didesnės nei kiekvieno veiksmo poveikis atskirai.

Skaitmeninės sveikatos srityje intersekcionalumo teorija dėmesį sutelkia į naudotojo socialinių savybių visumą ir jos sąveiką su paslaugų dizaino bei įgyvendinimo sprendimais. E. sveikatos paslaugos dažnu atveju kuriamos remiantis numanomomis prielaidomis apie tipinį naudotoją, kuris turi stabilų interneto ryšį, pakankamus skaitmeninius įgūdžius, pasitikėjimą institucijomis, gerą paslaugų teikimo kalbos mokėjimą ir galimybę savarankiškai spręsti techninius ar administracinius klausimus (Tinner ir kt., 2023). Tačiau tokios prielaidos dažnai neatspindi reikšmingos visuomenės dalies ir socialinės realybės.

Būtent intersekcionalumo perspektyva paaiškina kaip formuojasi skaitmeninės nelygybės, susijusios su organizaciniais sprendimais, teisiniais reikalavimais ir technologijų dizainu ir kodėl naudojimosi patirtys tarp skirtingų viusomenės grupių skiriasi. Kai šios aplinkybės susikerta, kai kurioms vartotojų grupėms paslaugomis naudotis tampa sunkiau. Pavyzdžiui, vyresnio amžiaus žmonėms tapatybės patvirtinimo procedūros gali kelti iššūkių, ypačingai tais atvejais kai jų skaitmeniniai įgūdžiai yra riboti arba kai trūksta socialinės paramos iš aplinkos. Svarbu akcentuoti, kad kalbos barjerai, šias situacijas dar labiau apsunkina (Heard ir kt., 2020).

Skaitmeninės sveikatos politikos ir paslaugų kūrimo kontekste intersekcionalumas vis dažniau suvokiamas ne tik kaip analitinis įrankis, bet ir kaip praktinis principas, leidžiantis kurti lygybei jautrius sprendimus. Tai reiškia, kad sprendimų kūrėjai raginami vertinti ne pavienius naudotojų bruožus, bet jų sankirtą ir sąveiką su paslaugų dizaino, įgyvendinimo ir paramos mechanizmais (Chadwick ir kt., 2024). Tokiu būdu intersekcionalumo taikymas padeda anksti identifikuoti, kurioms vartotojų grupėms skaitmeninimas didina įsitraukimo sąnaudas, ir kokios intervencijos galėtų šias sąnaudas sumažinti. Vienas iš konkrečių praktinių įrankių šiam tikslui – Hatef ir kt. (2024) sukurtas Lygybės skaitmeninės sveikatos priežiūros sistemoje modelis (DHEF). Modelis išskiria sritį „Paciento ir bendruomenės charakteristikos“, kurioje sistemingai vertinamos sociodemografinės,

kultūrinės, skaitmeninės (DDOH) ir socialinės (SDOH) charakteristikos. Siekiant aiškiau parodyti, kaip šios socialinės sąlygos tarpusavyje sąveikauja ir formuoja vartotojų įsitraukimo galimybes, toliau pateikiamas scheminis vaizdavimas (žr. 2 pav.).



**2 pav.** Socialinių sveikatos veiksnių sąveika e. sveikatoje (sudaryta autorės, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (angl. *World Health Organization*) socialinių sveikatos lemiamųjų veiksnių prieiga (World Health Organization, 2020/2021)

2 paveiksle schematiškai vaizduojami pagrindiniai socialiniai sveikatos lemiamieji veiksniai – ekonominė padėtis, išsilavinimas, socialinis ir bendruomeninis kontekstas, kaimynystė ir aplinka bei sveikata ir sveikatos priežiūra – ir jų tarpusavio sąveika. Toks vaizdavimas pabrėžia, kad vartotojų galimybės naudotis e. sveikatos paslaugomis ir įsitraukti į jas formuojasi ne pavienių veiksnių pagrindu, bet kompleksiškoje socialinių, ekonominių ir aplinkos sąlygų sankirtoje. Schema atspindi intersekcionalumo logiką, pagal kurią socialinės sąlygos veikia ne izoliuotai, o persidengdamos ir viena kitą stiprindamos arba silpnindamos. Pavyzdžiui, ekonominė padėtis yra glaudžiai susijusi su galimybėmis įgyti išsilavinimą ir skaitmeninius įgūdžius. Tuo tarpu socialinis ir bendruomeninis kontekstas apima socialinę paramą, pasitikėjimą institucijomis ir bendruomeninius ryšius. Šie aspektai gali arba sustiprinti asmens įsitraukimą į skaitmeninius sveikatos kanalus, arba jį apsunkinti. Tai dažnu atveju priklauso nuo paramos, kurią žmogus realiai gauna, bei nuo santykio su institucijomis. Kaimynystės ir aplinkos veiksniai siejasi su infrastruktūra ir paslaugų pasiekiamumu. Interneto ryšio kokybė, gyvenamoji vieta ar fizinis atstumas iki paslaugų teikėjų neretai daro tiesioginę įtaką naudojimuisi e. sveikatos paslaugomis. Sveikatos ir sveikatos priežiūros aspektas susijęs su ankstesne patirtimi sistemoje, pasitikėjimu ja ir pačia sveikatos būkle. Taigi, visi šie veiksniai formuoja kaip žmogus vertina skaitmenines paslaugas ir ar jas įtraukia į savo kasdienę praktiką.

*Apibendrinant galima teigti, kad intersekcionalumo teorija suteikia konceptualų pagrindą analizuoti, kaip socialinių sąlygų sankirta formuoja nevienodas vartotojų galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis. Ši perspektyva leidžia peržengti pavienių veiksmų analizę ir sudaro teorinį pagrindą tolesniam vartotojų įsitraukimo netolygumų aiškinimui.*

### **1.5. Intersekcionalumo reikšmė vartotojų įsitraukimo netolygumų aiškinimui e. sveikatos paslaugose**

Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumai moksliniuose tyrimuose dažnai aiškinami remiantis pavieniais socialiniais ar technologiniais veiksniais, tokiais kaip amžius, skaitmeniniai įgūdžiai, išsilavinimas ar prieiga prie technologijų. Nors toks požiūris leidžia identifikuoti tam tikrus barjerus, jis nepaaiškina, kodėl tie patys skaitmeniniai sprendimai vieniems vartotojams tampa įgalinantys, o kitiems – ribojantys, net esant formaliai vienodoms naudojimosi sąlygoms. Dėl šios priežasties pavienių veiksmų analizė dažnai lieka fragmentiška ir neatskleidžia realių vartotojų įsitraukimo mechanizmų. Šią problemą iliustruoja Romanelli ir kt. (2025) tyrimas, kuriame seksualinių mažumų jaunimo grupėje pastebėtas didesnis skaitmeninės psichikos sveikatos paslaugų naudojimas nei heteroseksualių bendraamžių, tačiau rasės/etninės mažumos šioje grupėje patyrė gerokai didesnius barjerus. Tai rodo, kad izoliuoti veiksniai (pvz., tik seksualinė orientacija) nepaaiškina skirtumų – būtina analizuoti jų sankirtą, kuri sukuria kokybiškai naujus, unikalius nelygybės mechanizmus. Dėl to tampa svarbu analizuoti ne pavienius veiksmus, bet jų sankirtą, o e. sveikatos paslaugų kontekste intersekcionalumo perspektyva leidžia atskleisti, kaip skirtingos socialinės sąlygos persidengia ir kartu formuoja specifines įsitraukimo galimybes bei kliūtis.

Taikant intersekcionalumo perspektyvą e. sveikatos paslaugų kontekste tampa akivaizdu, kad įsitraukimo barjerai nėra vien individualių trūkumų ar nepakankamų gebėjimų rezultatas. Jie kyla socialinių, ekonominių, kultūrinių ir institucinių sąlygų sąveikoje, kuri veikia kartu su paslaugų dizaino, įgyvendinimo ir naudotojų paramos sprendimais (Bitomsky ir kt., 2025). Pavyzdžiui, vyresnio amžiaus asmuo, turintis ribotus skaitmeninius įgūdžius, tačiau disponuojantis stipriaus socialinės paramos tinklais ir pasitikėjimu sveikatos sistema, gali sėkmingai įsitraukti į e. sveikatos paslaugų naudojimą. Tuo tarpu kitas asmuo, turintis panašius techninius gebėjimus, bet stokojantis socialinės paramos ir pasitikėjimo institucijomis, gali patirti žymiai didesnes įsitraukimo sąnaudas ir galiausiai pasitraukti iš skaitmeninių kanalų (Gaber ir kt., 2025).

Svarbu pabrėžti, kad intersekcionalumo perspektyva padeda pastebėti kontekstinius skirtumus, kurie dažnai lieka už tyrimų ribų: gyvenamoji vieta, kalbiniai sunkumai, socialinė izoliacija ar ankstesnė patirtis sveikatos sistemoje gali keisti, kaip žmogus susiduria su technologiniais ar organizaciniais sprendimais. Dėl to, kaip nurodo Allana ir kt. (2023) e. sveikatos paslaugos skirtingose situacijose tampa nevienodai prieinamos, net jei formaliai jos skirtos visiems. Ši perspektyva taip pat leidžia kritiškiau vertinti vienodų sprendimų taikymą visiems vartotojams. Toks modelis dažnai siejamas su efektyvumu ir mažesnėmis sąnaudomis, tačiau praktikoje jo poveikis pasiskirsto netolygiai. Panašias išvalgas pateikia Suntai ir Beltran (2023) ir teigia, kad dalis vartotojų turi įdėti daugiau pastangų, kad prisitaikytų prie sistemos reikalavimų, ypač jei jų socialinės ar ekonominės sąlygos yra mažiau palankios. Tokiame kontekste e. sveikatos paslaugos geriau atliepia atitinka tų grupių poreikius, kurios jau turi daugiau išteklių, o tai didina esamus skirtumus ilgalaikėje perspektyvoje.

Siekiant aiškiai atskleisti, kuo interseksionalumo perspektyva skiriasi nuo tradicinio pavienių veiksnių vertinimo ir kokią pridėtinę vertę ji suteikia analizuojant vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas, pateikiama lyginamoji analizė (žr. 2 lentelę).

**2 lentelė.** Vartotojų įsitraukimo aiškinimo požiūrių palyginimas (sudaryta autorės, remiantis Medero ir kt. (2022), Allana ir kt. (2023), Suntai ir Beltran (2023), Gaber ir kt. (2025))

Analizės aspektas	Tradicinis požiūris	Interseksionalumo požiūris
Socialinių veiksnių vertinimas	Veiksniai analizuojami atskirai (pvz. amžius, įgūdžiai)	Analizuojama veiksnių sankirta ir jų sąveika
Įsitraukimo kliūčių aiškinimas	Barjerai siejami su individualiais trūkumais	Barjerai siejami su struktūrinėmis ir kontekstinėmis sąlygomis
Paslaugų dizaino vertinimas	Laikomas neutraliu ir universaliu	Vertinamas kaip galintis įtvirtinti nelygybes
Politikos ir sprendimų kryptis	Vienodi sprendimai visiems vartotojams	Lygybei jautrūs, diferencijuoti sprendimai
Įsitraukimo netolygumų priežastys	Atsitiktinės ar pavienės	Sisteminės ir daugiamatės

Kaip matoma 2 lentelėje pateikti duomenys atskleidžia skirtumą tarp dviejų požiūrių į vartotojų įsitraukimo netolygumus. Interseksionalumo perspektyva nukreipia dėmesį į platesnį kontekstą. Analizė čia neapsiriboja pavieniais barjeriais. Svarbu, kaip jie susijungia ir kaip tai atsispindi skirtingų socialinių grupių patirtyse. Toks požiūrių palyginimas keičia pačią analizės kryptį. Vietoje bendrų apibendrinimų atsiranda galimybė nagrinėti konkrečias situacijas. Tai padeda geriau suprasti, kodėl vieniems naudotojams paslaugos tampa prieinamos, o kitiems – sudėtingos. Ši perspektyva svarbi ir sprendimų paieškai, nes daugiau dėmesio skiriama tam, kaip paslaugų dizainas, įgyvendinimo sprendimai ar pagalbos formos galėtų būti pritaikomi skirtingoms vartotojų situacijoms.

*Apibendrinant galima teigti, kad interseksionalumo perspektyva suteikia esminį teorinį pagrindą vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumams aiškinti. Ji leidžia suprasti, jog šie netolygumai kyla ne dėl pavienių veiksnių, bet dėl sudėtingos socialinių sąlygų ir institucinės aplinkos sąveikos, kuri tiesiogiai veikia vartotojų galimybes naudotis skaitmeninėmis sveikatos paslaugomis. Tokiu būdu interseksionalumas tampa ne tik paaiškinančia teorija, bet ir konceptualių pagrindų lygybei jautriems e. sveikatos sprendimams kurti.*

## 1.6. Teorinis vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelis interseksionalumo perspektyvoje

Ankstesniuose poskyriuose išanalizuota vartotojų įsitraukimo samprata, jį lemiantys netolygumai ir interseksionalumo teorija sudaro pagrindą formuoti teorinį vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelį. Šiame poskyryje interseksionalumo perspektyva taikoma kaip analitinis principas, leidžiantis paaiškinti, kodėl skirtingi vartotojai, turintys skirtingas socialinių sąlygų sankirtas, į e. sveikatos paslaugas įsitraukia nevienodai.

Vartotojų įsitraukimas šiame darbe konceptualizuojamas kaip daugialypis sociotechninis reiškinys, formuojamas socialinių sąlygų, organizacinių taisyklių ir technologinių sprendimų sąveikoje (Henwood ir Marent, 2019). Dėl to jis negali būti aiškinamas kaip pavienių veiksnių ar vienakrypčių priežasties – pasekmės ryšių rezultatas. Interseksionalumo perspektyva leidžia sistemiskai atskleisti, kaip skirtingų socialinių padėčių sankirta keičia vartotojų galimybes įsitraukti ir kodėl vienodas

sprendimas visiems praktikoje gali kurti nevienodas realias įsitraukimo galimybes (Husain ir kt., 2022; Younas ir kt., 2025).

Formuojamas teorinis modelis orientuotas į vartotojo situaciją ir sudaro pagrindą empiriniam tyrimui, kuriame bus siekiama identifikuoti tipinius e. sveikatos paslaugų vartotojų profilius. Siūlomas teorinis modelis grindžiamas kelių tarpusavyje susijusių lygmenų sąveika ir prielaida, kad vartotojų įsitraukimas yra dinamiškas, procesinis ir sociotechninis reiškinys. Šio reiškinio eiga priklauso nuo tarpusavyje sąveikaujančių lygmenų:

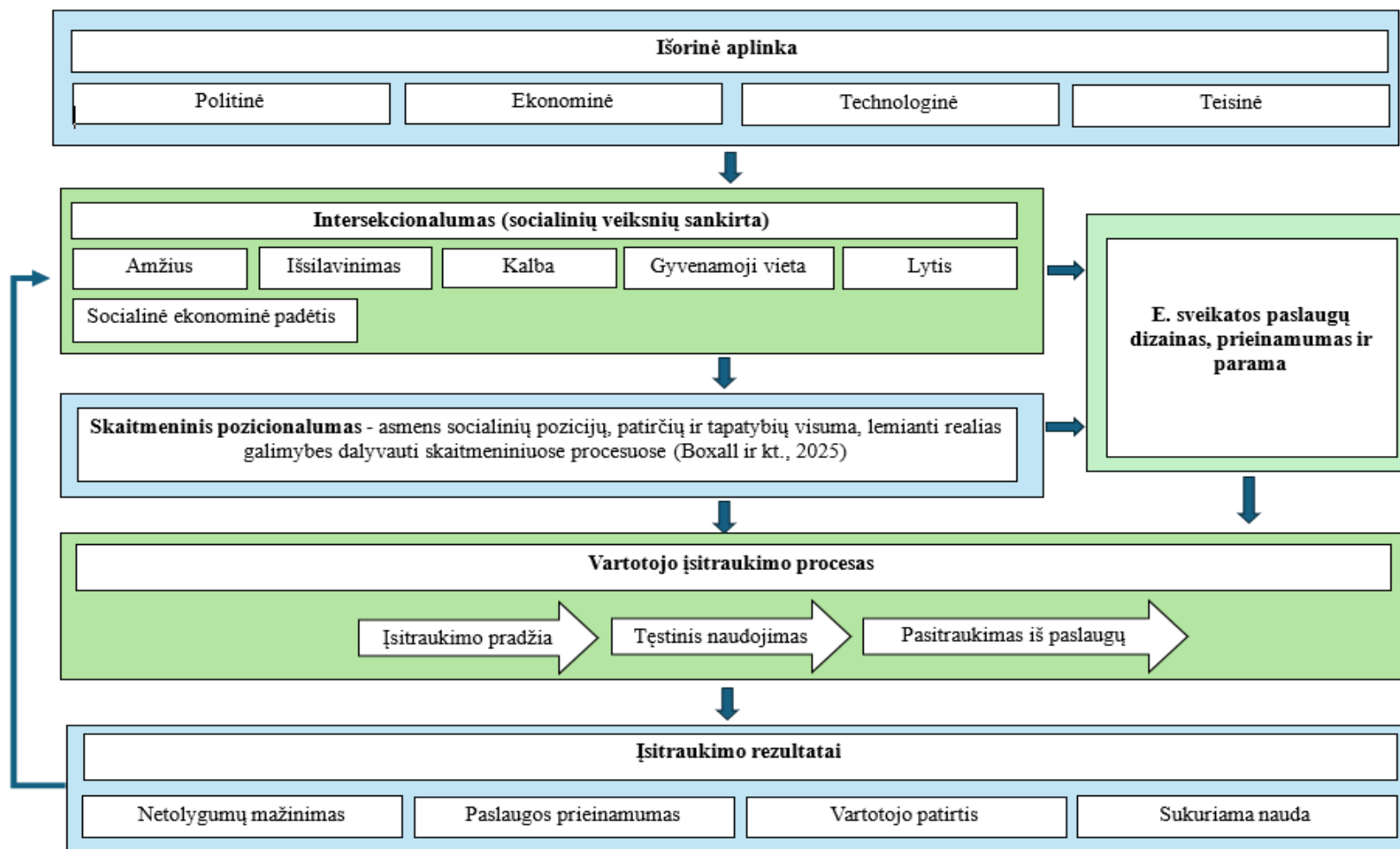
1. išorinės aplinkos (politinių, ekonominių, technologinių ir teisinių veiksnių);
2. naudotojo socialinių sąlygų sankirtos (intersekcionalumo);
3. skaitmeninio pozicionalumo kaip tarpinio mechanizmo;
4. e. sveikatos paslaugų dizaino, įgyvendinimo ir paramos sprendimų;
5. vartotojų įsitraukimo proceso ir jo rezultatų.

Tokia struktūra leidžia nuosekliai susieti makro lygmens kontekstą, socialinių sąlygų sankirtą ir konkrečius organizacinius sprendimus su individualiomis vartotojų patirtimis bei jų įsitraukimo trajektorijomis. Šie lygmenys nėra hierarchiniai ar linijiniai – jie veikia cikliška ir nuolat sąveikauja tarpusavyje, o intersekcionalumas jungia juos į vientisą analitinę sistemą. Pažymėtina, kad modelyje papildomai išskiriamas išorinės aplinkos lygmuo, apimantis politinius, ekonominius, technologinius ir teisinius veiksniai. Šie veiksniai formuoja bendrą e. sveikatos paslaugų veikimo kontekstą ir nustato struktūrinės ribas, kuriose vyksta vartotojų įsitraukimas. Nors šis lygmuo tiesiogiai neapibrėžia individualaus vartotojo elgsenos, jis daro reikšmingą netiesioginį poveikį per tris aspektus: paslaugų prieinamumas, reguliavimas ir technologinių sprendimų plėtra.

Formuojant teorinį vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelį svarbu atsižvelgti į tai, kad vartotojų įsitraukimas nėra nulemtas vien individualių gebėjimų ar technologinės prieigos. Naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis formuoja gerokai platesnis veiksnių laukas, apimantis socialines žmonių gyvenimo sąlygas, organizacinius sprendimus, technologinius aspektus ir platesnį institucinį kontekstą. Todėl vartotojų įsitraukimas šiame darbe suprantamas kaip dinamiškas procesas, kurį veikia tarpusavyje susiję ir vienas kitą papildantys veiksniai. Skirtingi vartotojai turi nevienodus išteklius, patirtis, socialinę paramą ir skaitmeninius gebėjimus, todėl net ir tomis pačiomis formaliomis sąlygomis jų galimybės naudotis e. sveikatos paslaugomis gali reikšmingai skirtis (Henwood ir Marent, 2019; Chadwick ir kt., 2024).

Intersekcionalumo perspektyva leidžia šiuos skirtumus analizuoti ne kaip pavienius ar atsitiktinius atvejus, bet kaip socialinių sąlygų sankirtos rezultata. Toks požiūris padeda geriau suprasti, kodėl vieniems vartotojams e. sveikatos paslaugos tampa lengvai prieinamos ir integruojamos į kasdienės praktikas, o kiti susiduria su didesnėmis naudojimosi sąnaudomis, papildomu neapibrėžtumu ar poreikiu nuolatinei pagalbai. Kartu ši perspektyva leidžia vertinti ne tik pačių vartotojų situaciją, bet ir tai, kaip e. sveikatos paslaugų dizainas, organizavimo sprendimai bei pagalbos mechanizmai prisideda prie įsitraukimo galimybių stiprinimo arba ribojimo (Husain ir kt., 2022; Younas ir kt., 2025).

Siekiant aiškiau ir nuosekliau apibendrinti šiame darbe išskirtų lygmenų tarpusavio sąveiką bei vartotojų įsitraukimo proceso logiką, toliau pateikiamas teorinis vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelis intersekcionalumo perspektyvoje (žr. 3 pav.).



3 pav. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelis (sudaryta autorės, remiantis Henwood ir Marent (2019), Husain ir kt. (2022), Medero ir kt. (2022), Chadwick ir kt. (2024), Bierbooms ir kt. (2025), Boxall ir kt. (2025))

Paveiksle pateiktas modelis vaizduoja vartotojų įsitraukimą kaip procesą, kuris formuojasi kelių tarpusavyje susijusių grandžių sąveikoje. Modelio viršuje išskiriama *išorinė aplinka*, apimanti politinius, ekonominius, technologinius ir teisinius veiksnius. Šie veiksniai sudaro bendrą e. sveikatos paslaugų funkcionavimo kontekstą ir nustato struktūrines sąlygas, kuriomis organizuojamos paslaugos, paskirstomi ištekliai, diegiamos technologijos ir apibrėžiamos naudojimosi taisyklės. Nors išorinė aplinka tiesiogiai nelemia individualaus vartotojo elgsenos, ji formuoja ribas ir galimybes tiek pačioms e. sveikatos paslaugoms, tiek vartotojų dalyvavimui jose. Todėl modelyje makrolygmens kontekstas suprantamas kaip svarbus, bet netiesioginis veiksnys, darantis įtaką tolesnėms modelio grandims.

Toliau modelyje išskiriamas *interseksionalumo lygmuo*, apibrėžiamas kaip socialinių veiksnių sankirta. Šiame lygmenyje akcentuojami amžius, išsilavinimas, kalba, gyvenamoji vieta, lytis ir socialinė bei ekonominė padėtis. Svarbu pažymėti, kad šie veiksniai modelyje nėra traktuojami kaip atskiros, savarankiškai veikiančios charakteristikos. Interseksionalumo perspektyvoje jie suprantami kaip tarpusavyje persidengiančios ir viena kitą modifikuojančios socialinės pozicijos, kurios formuoja nevienodas vartotojų galimybes dalyvauti skaitmeniniuose procesuose (Husain ir kt., 2022; Younas ir kt., 2025). Toks požiūris leidžia atsisakyti vidutinio vartotojo prielaidos ir analizuoti, kaip skirtingoms vartotojų grupėms tos pačios paslaugos sukuria nevienodas įsitraukimo sąlygas.

Iš interseksionalumo lygmens modelyje pereinama prie *skaitmeninio pozicionalumo*. Ši grandis užima tarpinę vietą tarp socialinių sąlygų sankirtos ir realaus dalyvavimo e. sveikatos paslaugose. Skaitmeninis pozicionalumas apibrėžiamas kaip asmens socialinių pozicijų, patirčių ir tapatybių visuma, lemianti jo realias galimybes dalyvauti skaitmeniniuose procesuose (Boxall ir kt., 2025). Į modelį ši sąvoka įtraukiama todėl, kad vien socialinių veiksnių išvardijimas dar nepaaiškina, kaip jie virsta praktinėmis naudojimosi galimybėmis arba ribojimais. Skaitmeninis pozicionalumas leidžia parodyti, kaip socialinių sąlygų sankirta tampa konkrečia vartotojo padėtimi skaitmeninėje aplinkoje: vieni vartotojai turi daugiau pasitikėjimo, įgūdžių, paramos ir stabilumo, o kiti susiduria su didesniu neapibrėžtumu, priklausomybe nuo pagalbos ar rizika pasitraukti. Taigi ši modelio dalis paaiškina, kodėl net formaliai vienodomis sąlygomis vartotojų realios galybės naudotis e. sveikatos paslaugomis gali reikšmingai skirtis.

Lygiagrečiai modelyje išskiriamas *e. sveikatos paslaugų dizaino, prieinamumo ir paramos* blokas. Šis blokas rodo, kad vartotojų įsitraukimą lemia ne vien jų socialinės charakteristikos, bet ir tai, kaip yra suprojektuotos bei įgyvendintos pačios paslaugos. Į šį lygmenį patenka paslaugų dizaino sprendimai, naudojimo paprastumas, prieinamumas skirtingoms vartotojų grupėms, kalbinis aiškumas, navigacijos logika, autentifikacijos procedūros, pagalbos mechanizmai, taip pat privatumo ir saugumo sprendimai. Modelyje pabrėžiama, kad šie sprendimai nėra neutralūs: jie gali arba sumažinti vartotojo įsitraukimo sąnaudas, arba jas padidinti, priklausomai nuo to, kiek dera su konkrečia vartotojo socialine situacija ir skaitmeniniu pozicionalumu. Todėl paslaugų dizainas, prieinamumas ir parama modelyje suprantami kaip svarbi sociotechninė tarpinė grandis tarp struktūrinių sąlygų ir faktinio įsitraukimo.

Centrinėje modelio dalyje vaizduojamas *vartotojo įsitraukimo procesas*, kuris apima tris nuoseklias fazes: įsitraukimo pradžią, tęstinį naudojimą ir pasitraukimą iš paslaugų. Įsitraukimo pradžia reiškia pradinį sprendimą naudotis e. sveikatos paslaugomis ir pirmąjį kontaktą su sistema. Tęstinis naudojimas siejamas su pakartotiniu ir įprastiniu paslaugų naudojimu, kai vartotojas integruoja skaitmeninius sprendimus į savo sveikatos priežiūros praktikas. Pasitraukimas iš paslaugų reiškia

situaciją, kai naudotojas nutraukia arba riboja naudojimąsi skaitmeniniais kanalais dėl neigiamos patirties, nepakankamo prieinamumo, pasitikėjimo stokos ar kitų kliūčių. Toks procesinis požiūris atitinka vartotojų ištraukimo sampratą kaip dinamišką, laikui bėgant kintantį reiškinį (Chadwick ir kt., 2024). Modelis leidžia matyti, kad ištraukimas nėra vienkartinis veiksmas, bet procesas, kurį nuolat veikia tiek vartotojo padėtis, tiek paslaugų sistemos charakteristikos.

Po ištraukimo proceso modelyje išskiriami *ištraukimo rezultatai*, apimantys netolygumų mažinimą, paslaugų prieinamumą, vartotojo patirtį ir sukuriama naudą, bei atskleidžiantys, kad ištraukimas vertinamas kaip naudojimosi fakto pasekmės vartotojui ir sistemai. Jei paslaugų dizainas dera su vartotojų socialinių sąlygų įvairove, galima tikėtis geresnės vartotojo patirties, didesnio prieinamumo ir didesnės sukuriamos naudos. Tuo tarpu jei paslaugų organizavimo sprendimai nesiderina su skirtingais naudotojų poreikiais, ištraukimo procesas gali baigtis pasitraukimu ir netolygumų didėjimu. Todėl rezultatai modelyje suprantami kaip visos sistemos veikimo išdava, o ne vien individualaus pasirinkimo pasekmė.

Svarbu, kad modelis vaizduoja ne izoliuotas grandis, o jų tarpusavio sąveiką. Išorinė aplinka daro įtaką intersekcionalumo raiškai ir e. sveikatos paslaugų organizavimui; intersekcionalumas per skaitmeninį pozicionalumą formuoja realias vartotojo galimybes; e. sveikatos paslaugų dizainas, prieinamumas ir parama tiesiogiai veikia ištraukimo procesą, o ištraukimo proceso rezultatai gali grįžtamai veikti būsimas vartotojų patirtis ir dalyvavimą. Tokiu būdu modelis leidžia analizuoti ne pavienius veiksnius, bet jų konfigūracijas ir tarpusavio sąveikos mechanizmus.

Šis teorinis modelis padeda sistemaiškai nagrinėti vartotojų ištraukimo procesą ir matyti skirtingas jo eigas. Remiantis juo, empirinėje darbo dalyje galima analizuoti, kokiomis aplinkybėmis paslaugų dizainas, prieinamumas ar teikiama pagalba mažina socialinių skirtumų poveikį, o kada jis išlieka ar net didėja. Toks modelio taikymas praplečia analizės galimybes. Jis svarbus aiškinant gautus duomenis ir kartu padeda formuluoti praktines rekomendacijas.

Teorinis vartotojų ištraukimo į e. sveikatos paslaugas modelis, pagrįstas intersekcionalumo perspektyva, leidžia ištraukimo netolygumus suprasti kaip sistemaiškai susiformuojantį sociotechninį reiškinį. Modelis peržengia vidutinio vartotojo prielaidą ir parodo, kad ištraukimą lemia ne vien individualios savybės ar technologinis prieinamumas, bet išorinės aplinkos, socialinių sąlygų sankirtos, skaitmeninio pozicionalumo ir paslaugų dizaino sąveika. Todėl jis sudaro konceptualų pagrindą empiriniam tyrimui ir lygybei jautrių e. sveikatos sprendimų kūrimui.

Siekiant aiškiau atskleisti siūlomą intersekcionalų vartotojų ištraukimo modelį skaitmeninės sveikatos lygybės literatūros kontekste, tikslinga jį palyginti su dažniausiai cituojamais šios srities konceptualiais modeliais. Toks palyginimas leidžia atskleisti siūlomo modelio analizės lygmenį, vartotojo sampratą, teorinę prieigą ir metodologinę paskirtį.

**3 lentelė.** Skaitmeninės sveikatos lygybės ir vartotojų įsitraukimo modelių palyginimas (sudaryta autorės, remiantis Groom ir kt. (2024), Hatef ir kt. (2024), Bitomsky ir kt. (2025), Younas ir kt. (2025))

<b>Palyginimo kriterijus/Modelis</b>	<b>DH-EquIR (Groom ir kt., 2024)</b>	<b>DHEF (Hatef ir kt., 2024)</b>	<b>Lygiavertiškumu grindžiamas dizainas (Equity by Design) (Bitomsky ir kt., 2025)</b>	<b>Siūlomas interseksionalus modelis</b>
Analizės lygmuo	Makro/meso (sistemos įgyvendinimas)	Makro/meso (politika, programos)	Meso (organizacija, dizainas)	Mikro/meso (vartotojo patirtys sąveikoje su paslaugų dizainu)
Pagrindinis tikslas	Lygiavertiškumo integravimas į įgyvendinimo procesus	Sistemiškas lygiavertiškumo svarstymas per visą skaitmeninės sveikatos gyvavimo ciklą	Lygybei jautrus paslaugų dizainas nuo pradžios	Įsitraukimo netolygumų aiškinimas per socialinių sąlygų sankirtą
Teorinė prieiga	Į lygiavertiškumą orientuota įgyvendinimo prieiga	Lygiavertiškumo rėmas	Lygiavertiškumu grindžiamas dizainas	Interseksionalumas
Vartotojo samprata	Tikslinė grupė	Naudotojų populiacija	Personalizuotas naudotojas	Sankirtų rezultatas, o ne tipinis vartotojas
Socialinių veiksmų traktavimas	Įtraukiami kaip kontekstiniai veiksniai	Vertinami sistemiskai	Vertinami dizaino prielaidų lygmeniu	Analizuojami kaip tarpusavyje sąveikaujančios sankirtos
Įsitraukimo dinamika	Netiesioginė	Ribota	Dalinė	Procesinė: pradžia – tęstinumas – pasitraukimas
Metodologinė paskirtis	Įgyvendinimo planavimas ir vertinimas	Strateginis vertinimo įrankis	Dizaino gairės	Analitinis rėmas empiriniam kokybiniam tyrimui
Empirinis pritaikomumas	Programų analizė	Politikos ir programų vertinimas	Dizaino praktikos	Vartotojų patirčių interpretacija ir pasikartojančių konfigūracijų išryškėjimas
Pagrindinis indėlis	Lygiavertiškumo diegimo struktūravimas	Sisteminė lygiavertiškumo integracija	Dizaino jautrumas nelygybėms	Interseksionalių mikro/meso lygmens nelygybių mechanizmų atskleidimas įsitraukimo procese

Šioje analizėje mikro lygmuo apima individualias vartotojų patirtis, socialinių savybių sankirtas ir kasdienes praktikas (pvz., konkretaus asmens gebėjimą naudotis portalu, pasitikėjimą sistema, socialinės paramos tinklus). Meso lygmuo apima organizacinį ir procedūrinį sluoksnį – e. sveikatos paslaugų dizainą, autentifikacijos procedūras, pagalbos mechanizmus, navigacijos sprendimus ir institucines taisykles, kurios tiesiogiai sąveikauja su vartotoju (Henwood ir Marent, 2019). Makro lygmuo (politika, įstatymai, demografinės tendencijos) šiame modelyje lieka kontekstinis fonas, o ne pagrindinis analizės objektas. Siūlomas modelis orientuotas į mikro–meso lygmens dinamiką, nes jo pagalba galima identifikuoti kaip organizaciniai sprendimai veikia skirtingose socialinėse situacijose, o ne tik bendrame populiacijos lygmenyje.

Kadangi modelis orientuotas į patirtis ir procesus, jis naudojamas kaip pagrindas duomenų interpretacijai. Metodologinėje dalyje aptariama, kaip šis požiūris formuoja tyrimo dizainą ir kaip jo pagrindu analizuojami vartotojų įsitraukimo skirtumai, remiantis kokybinio tyrimo duomenimis.

*Apibendrinant galima teigti, kad šiame poskyryje suformuotas teorinis vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelis, pagrįstas intersekcionalumo perspektyva, leidžia vartotojų įsitraukimą aiškinti kaip daugiapakopį sociotechninį procesą. Modelis integruoja išorinės aplinkos, socialinių sąlygų sankirtos, skaitmeninio pozicionalumo ir e. sveikatos paslaugų dizaino bei įgyvendinimo sprendimų sąveiką, parodant, kaip šie veiksniai kartu formuoja vartotojų įsitraukimo procesą ir jo rezultatus. Tokiu būdu peržengiama „vidutinio vartotojo“ prielaida ir sudaromos prielaidos analizuoti skirtingų vartotojų grupių įsitraukimo skirtumus bei jų priežastis. Modelis taip pat leidžia tirti, kaip socialinių sąlygų sankirtos ir organizaciniai sprendimai lemia nevienodą įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas.*

*Apibendrinant teorinę darbo dalį, galima matyti, kad vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas susiformuoja iš kelių tarpusavyje susijusių veiksnių. Šis procesas nėra pastovus, jis kinta priklausomai nuo konkrečių situacijų ir aplinkybių. Įsitraukimas siejasi su naudotojų socialinėmis sąlygomis, paslaugų dizaino ir įgyvendinimo sprendimais bei platesniu instituciniu kontekstu. Teorinė analizė parodė, kad e. sveikatos paslaugų prieinamumas yra daugiamatis. Jį lemia techninė prieiga, tačiau svarbūs ir įgūdžiai, pasitikėjimas, socialinė parama bei kultūriniai aspektai. Šios aplinkybės susikerta skirtingais būdais, todėl vartotojų patirtys nėra vienodos. Skirtingoms visuomenės grupėms susidaro nevienodos galimybės įsitraukti į skaitmenines sveikatos paslaugas. Šiame darbe intersekcionalumo teorija yra teorinis pagrindas minėtiems skirtumams analizuoti, nes ji padeda suprasti, kaip socialinės sąlygos susijusios su instituciniais ir dizaino sprendimais. Tuo tarpu suformuotas teorinis modelis, kuris taikomas tolesnėje analizėje, padeda interpretuoti empirinius duomenis apie vartotojų įsitraukimą.*

## **2. Vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas formuojantis teisinis reguliavimas ir geroji praktika intersekcionalumo požiūriu**

Šiame skyriuje analizuojama, kaip Europos Sąjungos ir Lietuvos teisinis bei strateginis reguliavimas formuoja vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas sąlygas. Skirtingai nuo pirmojoje darbo dalyje plėtotos teorinės analizės, šiame skyriuje dėmesys sutelkiamas į institucinį ir normatyvinį lygmenį, vertinant, kokį vartotojo modelį numano e. sveikatos reguliavimas, kokius gebėjimus ir išteklius jam priskiria bei kokias realias įsitraukimo galimybes sudaro skirtingoms socialinėms grupėms. Intersekcionalumo požiūriu svarbu tai, kad formaliai neutralūs teisiniai ir strateginiai sprendimai ne visuomet sukuria vienodas praktines pasekmes visiems vartotojams. Todėl šiame skyriuje teisinis reguliavimas ir geroji praktika analizuojami kaip tarpusavyje susijusi sistema, formuojanti vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas galimybes.

### **2.1. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas tarptautinis ir Europos Sąjungos teisinis reguliavimas**

Tarptautinis ir Europos Sąjungos reguliavimas formuoja bendrus prieinamumo, duomenų apsaugos, lygybės ir nediskriminavimo principus, kurie daro reikšmingą poveikį nacionalinių e. sveikatos sistemų kūrimui. Intersekcionalumo požiūriu svarbu tai, kad šie principai ne tik nustato vartotojų teises, bet ir numano tam tikrą vartotojo modelį – pakankamai informuotą, skaitmeniškai kompetentingą ir galintį savarankiškai naudotis skaitmeninėmis paslaugomis. Dėl to formaliai lygybę stiprinantis reguliavimas praktikoje ne visada vienodai didina visų socialinių grupių galimybes įsitraukti į e. sveikatos paslaugas. Nors Europos Sąjungos teisės aktai siekia stiprinti prieinamumo ir nediskriminavimo standartus bei kompensuoti dalį nacionaliniu lygmeniu susiformavusių prieinamumo spragų, struktūriniai vartotojų įsitraukimo barjerai ne visuomet eliminuojami, o kartais tik transformuojami ar persikelia į kitą reguliavimo lygmenį.

Šis daugiapakopis Europos Sąjungos teisinis reguliavimas formuojamas platesniame tarptautiniame normatyviniame kontekste, kurį sudaro Jungtinių Tautų Chartijoje įtvirtinti žmogaus teisių, lygybės ir nediskriminavimo principai bei Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) formuojamos viešosios sveikatos politikos kryptys. Nors šiuose dokumentuose intersekcionalumo sąvoka nėra tiesiogiai vartojama, juose įtvirtinta nuostata, kad valstybės turi siekti realios, o ne vien formaliai deklaruojamos lygybės, sudaro normatyvinį pagrindą intersekcionalumo perspektyvai taikyti e. sveikatos politikos analizėje (United Nations, 1945; 2015). Jungtinių Tautų dokumentuose lygybė ir nediskriminavimas įtvirtinami kaip pamatiniai tarptautinio bendradarbiavimo principai, leidžiantys lygybę suprasti ne tik kaip vienodą teisių taikymą, bet ir kaip pareigą atsižvelgti į struktūrinius socialinius skirtumus, darančius įtaką asmenų realioms galimybėms pasinaudoti viešosiomis paslaugomis. Intersekcionalumo požiūriu tai reiškia, kad formaliai neutralūs politikos ir reguliavimo sprendimai gali sukurti nevienodas praktines pasekmes skirtingoms gyventojų grupėms, kai socialiniai, ekonominiai ir kultūriniai veiksniai persidengia.

PSO strateginiuose dokumentuose sveikatos lygybė ir visuotinė sveikatos aprėptis įvardinamos kaip svarbūs šiuolaikinės viešosios sveikatos politikos tikslai, o skaitmeninė sveikata siejama su jų įgyvendinimu. Taip pat atkreipiamas dėmesys, kad vien skaitmeninių sprendimų diegimo nepakanka. Akcentuotina, kad reikalingos papildomos priemonės, kurios būtų jautrios skirtingoms gyventojų galimybėms, turimiems ištekliams ir socialinėms sąlygoms (World Health Organization, 2020, 2021). Skaitmeninė sveikata čia suprantama kaip socialinis reiškiny, kuriame skirtingos aplinkybės

susikerta. Tokiose situacijose vienodų sprendimų taikymas gali padidinti įsitraukimo reikalavimus toms grupėms, kurių socialinės, ekonominės ir skaitmeninės padėtys susijungia. Todėl tarptautinis normatyvinis kontekstas šiame darbe svarbus ne kaip savarankiškas reguliavimo lygmuo, bet kaip pagrindas vertinti, ar ES ir nacionaliniai sprendimai užtikrina realų, o ne tik formalų e. sveikatos paslaugų prieinamumą.

Europos Sąjungos teisės aktai šiuos principus institucionalizuoja konkrečiais prieinamumo, duomenų apsaugos ir nediskriminavimo standartais, kurie daro tiesioginę įtaką nacionalinių e. sveikatos sistemų kūrimui ir veikimui. Siekiant sistemaiškai parodyti, kaip šie teisės aktai veikia vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas, 4 lentelėje pateikiama jų analizė interseksionalumo požiūriu.

**4 lentelė.** Europos Sąjungos reguliavimo poveikis vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas interseksionalumo požiūriu (sudaryta autorės, remiantis Europos Parlamento ir Tarybos direktyva (ES) 2019/882, Reglamentu (ES) 2016/679, Europos Parlamento ir Tarybos direktyva (ES) 2016/2102 ir kitais ES bei Lietuvos Respublikos teisės aktais)

ES teisės aktas	Reguliavimo sritis	Teigiamas poveikis e. sveikatos prieinamumui	Galimi vartotojų įsitraukimo barjerai (interseksionalumo požiūriu)
Europos prieinamumo aktas - Direktyva (ES) 2019/882	Skaitmeninių paslaugų ir produktų prieinamumas	Nustato privalomus prieinamumo reikalavimus e. sveikatos paslaugoms ir sistemoms	Prieinamumas gali būti redukuojamas iki techninių standartų, neatsižvelgiant į kalbinius, socialinius ir kultūrinius barjerus
Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas - Reglamentas (ES) 2016/679 (BDAR)	Asmens ir sveikatos duomenų apsauga	Stiprina vartotojų teises ir pasitikėjimą e. sveikatos paslaugomis	Sudėtingos sutikimo procedūros didina kognityvinę ir administracinę našą pažeidžiamoms grupėms
Europos sveikatos duomenų erdvė (EHDS) – Reglamentas (ES) 2024/2847	Sveikatos duomenų prieiga ir dalijimasis	Skatina pacientų prieigą prie duomenų ir tarpvalstybinį paslaugų tęstinumą	Remiasi aktyvaus ir informuoto vartotojo prielaida, kuri ne visada atitinka realias skaitmenines kompetencijas
Viešojo sektoriaus institucijų interneto svetainių ir mobiliųjų programėlių prieinamumo Direktyva(ES) 2016/2102	Viešojo sektoriaus svetainių ir programėlių prieinamumas	Gerina techninį viešųjų e. sveikatos paslaugų prieinamumą	Ribota taikymo sritis; neapima visų privačių paslaugų ir platesnių socialinių sankirtų
Lygybės institucijų direktyva – Tarybos direktyva (ES) 2024/1499	Lygybės ir nediskriminavimo mechanizmai	Stiprina skundų ir teisių gynimo mechanizmus	Netiesioginis poveikis e. sveikatai; priklauso nuo nacionalinio įgyvendinimo

4 lentelėje pateikta analizė rodo, kad Europos Sąjungos reguliavimas vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas formuoja dvejopai. Viena vertus, prieinamumo, duomenų apsaugos ir nediskriminavimo standartai stiprina vartotojų teises, techninį prieinamumą ir pasitikėjimą skaitmeninėmis paslaugomis. Kita vertus, interseksionalumo požiūriu matyti, kad šie sprendimai dažnai remiasi aktyvaus, informuoto ir skaitmeniškai kompetentingo vartotojo prielaida. Dėl to formaliai lygybę stiprinantys teisės aktai ne visada vienodai didina visų socialinių grupių galimybes įsitraukti į e. sveikatos paslaugas, nes gali kartu mažinti vienus barjerus ir didinti administracinę, kognityvinę ar procedūrinę našą kitoms grupėms.

Toliau aptariami pagrindiniai ES teisės aktai, kurie formuoja vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas sąlygas. Vienas svarbiausių ES teisės aktų, turinčių tiesioginį poveikį e. sveikatos paslaugų prieinamumui – Europos prieinamumo aktas (angl. *Directive (EU) 2019/882*), nustatantis privalomus prieinamumo reikalavimus tam tikriems produktams ir paslaugoms, įskaitant skaitmenines paslaugas ir viešojo sektoriaus savitarnos sprendimus (European Parliament and Council, 2019). Šis teisės aktas žymi reikšmingą poslinkį nuo rekomendacinio prieinamumo skatinimo link privalomų, teisiškai įtvirtintų standartų. Intersekcionalumo požiūriu Europos prieinamumo aktas yra svarbus tuo, kad jis pripažįsta skirtingų vartotojų grupių poreikių įvairovę, ypač asmenų su negalia, vyresnio amžiaus žmonių ir ribotus skaitmeninius įgūdžius turinčių vartotojų. Tačiau nors Europos prieinamumo aktas stiprina formalius prieinamumo reikalavimus, jo poveikis faktiniam e. sveikatos paslaugų naudojimui priklauso nuo nacionalinio įgyvendinimo masto ir praktikos. Intersekcionalumo perspektyvoje egzistuoja rizika, kad prieinamumas bus suprantamas siaurai, pavyzdžiui kaip techninių standartų atitikimas. Tokiu atveju neatsižvelgiama į platesnius socialinius ir kultūrinius veiksnius: kalbiniai barjerai, socialinė atskirtis ar ribota vartotojų parama.

Kadangi prieinamumo užtikrinimas e. sveikatoje glaudžiai susijęs su vartotojų pasitikėjimu skaitmeninėmis paslaugomis, reikšmingą vietą ES reguliavimo sistemoje užima asmens duomenų apsauga. Duomenų apsaugos srityje Europos Sąjungos reguliavimą formuoja Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas (Regulation (EU) 2016/679), kuris nustato aukštus asmens duomenų apsaugos standartus, ypač jautrių sveikatos duomenų tvarkymo srityje (European Parliament and Council, 2016). GDPR stiprina vartotojų teises, didina pasitikėjimą skaitmeninėmis paslaugomis ir užtikrina didesnę skaidrumą, tačiau intersekcionalumo požiūriu šis reguliavimas pasižymi dviguba logika: nors jis skirtas vartotojų apsaugai, sudėtingos sutikimo ir informavimo procedūros gali padidinti administracinę ir kognityvinę naštą tam tikroms vartotojų grupėms. Asmenys, kurių teisinė, kalbinė ar skaitmeninė kompetencija ribota, gali susidurti su sunkumais suprasdami duomenų tvarkymo sąlygas ir priimdami informuotus sprendimus, todėl dalis atsakomybės už duomenų apsaugą perkeliama patiems vartotojams, o tai gali sustiprinti vartotojų įsitraukimo netolygumus e. sveikatos paslaugų kontekste.

GDPR sukurta duomenų apsaugos sistema tapo atskaitos tašku vėlesniems Europos Sąjungos sprendimams, susijusiems su sveikatos duomenų naudojimu ir jų judėjimu tarp valstybių narių. Joje įtvirtinti principai, tokie kaip asmens duomenų apsauga, skaidrumas ar duomenų subjektų teisės, išlieka svarbūs ir kalbant apie sveikatos duomenų tvarkymą. Vis dėlto šioje srityje reguliavimas tobulėja. Naują etapą žymi Bendros Europos sveikatos duomenų erdvės reglamentas (European Health Data Space, EHDS), kuriuo siekiama suderinti sveikatos duomenų naudojimą ir sudaryti sąlygas jais remtis įvairiose srityse – nuo gydymo iki mokslinių tyrimų ar politikos formavimo (European Parliament and Council, 2024). Šis reglamentas iš dalies keičia ir paties paciento vaidmenį. Numatyta, kad žmogus galės lengviau pasiekti savo sveikatos duomenis, o kartu atsiranda platesnės galimybės šiuos duomenis naudoti skirtinguose kontekstuose. Daug dėmesio skiriama ir tarpvalstybinei dimensijai – siekiama, kad sveikatos informacija galėtų judėti tarp šalių be didesnių kliūčių, išlaikant bendrus apsaugos standartus. Tai aktualu situacijose, kai žmogus gydomi kitoje valstybėje ar keičia gyvenamąją vietą, nes informacija tampa lengviau prieinama nepriklausomai nuo šalies. Žvelgiant per intersekcionalumo prizmę, tokie pokyčiai atrodo perspektyvūs, tačiau jie kelia ir klausimų. Platesnė prieiga prie duomenų palengvina naudojimąsi paslaugomis, bet kartu ji remiasi prielaida, kad vartotojas yra aktyvus, geba orientuotis sistemoje ir supranta, kaip naudotis pateikiama informacija. Praktikoje tai ne visada atitinka skirtingų socialinių grupių patirtį. Kai kuriems žmonėms

gali trūkti skaitmeninių įgūdžių ar paprasčiausių išteklių, todėl formali prieiga dar nereiškia realaus naudojimosi galimybių. Dėl to vien tik duomenų prieinamumo plėtra nebūtinai sprendžia nelygybės problemą. Ji tampa prasmingesnė tada, kai ją papildo kitos priemonės – aiškesnis informavimas, pagalba naudojantis sistemomis ar paslaugų pritaikymas skirtingoms situacijoms. Tokie sprendimai leidžia bent iš dalies sušvelninti skirtumus, kurie atsiranda dėl nevienodų socialinių sąlygų.

Papildomą reikšmę e. sveikatos paslaugų prieinamumui turi Viešojo sektoriaus institucijų interneto svetainių ir mobiliųjų programėlių prieinamumo direktyva (Directive (EU) 2016/2102), kuri nustato prieinamumo reikalavimus viešojo sektoriaus skaitmeninėms paslaugoms (European Parliament and Council, 2016). Ši direktyva prisideda prie techninio prieinamumo gerinimo, tačiau jos taikymo sritis yra ribota, nes ji neapima visų privačių e. sveikatos paslaugų teikėjų ir ne visada adresuoja platesnius socialinius vartotojų įsitraukimo aspektus. Institucinę lygybės dimensiją ES lygmeniu stiprina teisės aktai, skirti lygybės institucijų vaidmeniui ir veikimo standartams, tokie kaip Council Directive (EU) 2024/1499 (Council of the European Union, 2024). Šie dokumentai sustiprina mechanizmus, skirtus kovai su diskriminacija pagal amžių, negalią ar etninę kilmę, o e. sveikatos kontekste suteikia papildomą teisinį pagrindą spręsti vartotojų įsitraukimo netolygumus per skundų, stebėsenos ir teisių gynimo mechanizmus, nors jų praktinis poveikis priklauso nuo nacionalinio įgyvendinimo.

*Apibendrinant 2.1 poskyryje atliktą analizę, galima teigti, kad Europos Sąjungos reguliavimas formuoja stiprią normatyvinę bazę, orientuotą į prieinamumą, duomenų apsaugą ir lygybę, tačiau jo poveikis vartotojų įsitraukimui nėra vienareikšmis. Interseksionalumo perspektyva leidžia atskleisti, kad nors ES teisės aktai siekia mažinti netolygumus, dalis reguliavimo sprendimų remiasi aktyvaus ir kompetentingo vartotojo prielaida, kuri ne visada atitinka visų socialinių grupių realias galimybes. Tai sudaro pagrindą kritiškai vertinti, kaip šie standartai perkeliama į nacionalinį lygmenį ir kokias praktines vartotojų įsitraukimo sąlygas jie sukuria.*

## **2.2. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teisinis reguliavimas Lietuvoje**

Lietuvoje e. sveikatos paslaugų plėtra grindžiama nacionaliniu teisiniu ir strateginiu reguliavimu, kuriuo siekiama užtikrinti sveikatos sistemos veiklos efektyvumą, duomenų saugumą ir paslaugų prieinamumą gyventojams. Interseksionalumo požiūriu svarbu vertinti, ar šie sprendimai vienodai atliepia skirtingų socialinių grupių galimybes naudotis skaitmeninėmis sveikatos paslaugomis. Nors teisinės nuostatos formaliai taikomos visiems vienodai, praktikoje jos gali sukurti nevienodas realias vartotojų įsitraukimo galimybes. Todėl šiame poskyryje analizuojami teisės aktai ir norminiai dokumentai, tiesiogiai formuojantys vartotojų prieigos prie e. sveikatos paslaugų sąlygas ir darantys reikšmingą poveikį vartotojų įsitraukimui.

Analizuojant e. sveikatos teisinį reguliavimą interseksionalumo požiūriu, svarbu vertinti, kaip technologiniai ir organizaciniai sprendimai sąveikauja su vartotojų amžiumi, skaitmeniniais įgūdžiais, socialine ir ekonomine padėtimi, kalbinėmis kompetencijomis bei pasitikėjimu institucijomis. Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad skaitmeninių viešųjų paslaugų prieinamumas priklauso ne tik nuo techninės infrastruktūros, bet ir nuo vartotojų gebėjimo ja naudotis (van Dijk, 2020; Helsper, 2021).

Siekiant sistemiškai apibendrinti pagrindinių nacionalinių teisės aktų poveikį vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas, 5 lentelėje pateikiama Lietuvos teisinio reguliavimo analizė interseksionalumo požiūriu.

**5 lentelė.** Lietuvos teisinio reguliavimo poveikis vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas intersekcionalumo požiūriu (sudaryta autorės, remiantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės (2015), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (2015), Lietuvos Respublikos Seimo (2018) ir Europos Parlamento ir Tarybos (2016) teisės aktais)

Teisės aktas	Reguliavimo objektas	Teigiamas poveikis e. sveikatos prieinamumui	Galimi vartotojų įsitraukimo barjerai (intersekcionalumo požiūriu)
Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (ESPBI IS) nuostatai (2015)	Nacionalinės e. sveikatos sistemos struktūra, duomenų šaltiniai, naudotojų prieiga	Sukurama centralizuota sistema, leidžianti pacientams gauti sveikatos informaciją vienoje platformoje; užtikrinamas duomenų vientisumas ir saugumas	Vyresnio amžiaus, ribotų skaitmeninių įgūdžių ar socialinėje atskirtyje esančių asmenų įsitraukimas gali būti ribojamas sudėtinga sistemos struktūra ir poreikiu, kad vartotojas būtų savarankiškas
ESPBI IS naudojimo tvarkos aprašas (2015)	Prisijungimo, navigacijos, klaidų tvarkymo ir naudotojų atsakomybės procedūros	Aiškiai apibrėžiamos naudojimosi taisyklės ir procesai; užtikrinamas sistemos veikimo nuoseklumas	Kompleksinės procedūros ir riboti pagalbos mechanizmai gali neproporcingai paveikti vartotojus su kalbos, kognityviniais ar technologiniais barjeriais
Elektroninės atpažinties ir elektroninių operacijų patikimumo užtikrinimo paslaugų įstatymas (2018)	Elektroninė tapatybės nustatymo tvarka	Didinamas duomenų saugumas ir pasitikėjimas e. sveikatos sistema	Elektroninė identifikacija reikalauja techninių, finansinių ir skaitmeninių išteklių; gali tapti barjeru vyresniems ar mažesnes pajamas gaunantiems vartotojams
Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo pakeitimai (GDPR įgyvendinimas) (2018)	Asmens sveikatos duomenų apsauga, sutikimų valdymas	Stiprinamas pacientų privatumas ir pasitikėjimas skaitmeninėmis paslaugomis	Sudėtingos sutikimo ir informavimo procedūros gali didinti administracinę ir kognityvinę naštą. Tai itin aktualu vartotojams su ribotomis kalbinėmis ar informacinėmis kompetencijomis

5 lentelėje pateikta analizė rodo, kad Lietuvos e. sveikatos teisinis reguliavimas vienu metu stiprina sistemos stabilumą, duomenų saugumą ir administracinį nuoseklumą, tačiau kartu formuoja diferencijuotas vartotojų įsitraukimo sąlygas. Intersekcionalumo požiūriu ypač svarbu tai, kad ESPBI IS architektūra, jos naudojimo procedūros, elektroninės atpažinties reikalavimai ir duomenų apsaugos taisyklės kartu implikuoja aktyvaus ir skaitmeniškai kompetentingo vartotojo modelį. Tokia norma nėra neutrali, nes neatsižvelgia į tai, kad skaitmeniniai gebėjimai, ekonominiai ištekliai, kalbinės kompetencijos ir socialinė parama visuomenėje pasiskirstę netolygiai. Dėl to formaliai vienodos prieigos sąlygos praktikoje gali lemti nevienodas vartotojų įsitraukimo galimybes, ypač tais atvejais, kai technologiniai sunkumai sutampa su amžiaus, socialinės ar ekonominės atskirties veiksniais.

Pagrindinis dokumentas, reglamentuojantis e. sveikatos sistemos funkcionavimą Lietuvoje, yra „Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (ESPBI IS) nuostatai“, patvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. nutarimu Nr. 1057. Šiuose nuostatuose apibrėžiami ESPBI IS tikslai, struktūra, duomenų valdymo principai, sistemos naudotojų teisės ir pareigos bei atsakingų institucijų kompetencijos. ESPBI IS yra suvokiama kaip nacionalinė informacinė sistema, skirta užtikrinti sveikatos duomenų mainus tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų, valstybės institucijų ir pacientų (Lietuvos Respublikos Vyriausybė, 2015). Intersekcionalumo požiūriu svarbu tai, kad pats sistemos centralizavimo principas dar nereiškia vienodų galimybių visiems vartotojams ja naudotis. Sistemos veiksmingumas priklauso ne tik nuo techninio veikimo,

bet ir nuo to, ar skirtingos socialinės grupės turi pakankamus išteklius, įgūdžius ir paramą realiai įsitraukti į jos naudojimą.

Nuostatuose įtvirtintas centralizuotas e. sveikatos modelis, kuriame pacientui numatomas aktyvus vaidmuo skaitmeninėje sistemoje. Pabrėžiama, kad sistema „sukurta pacientams ir sveikatinimo specialistams prieigoms naudotis“ bei siekia, kad pacientai „aktyviai dalyvautų priimant sprendimus dėl jiems teikiamų sveikatinimo paslaugų“. Tokioje struktūroje pacientas nebėra vien paslaugos gavėjas. Jam priskiriama atsakomybė naudotis sistema, pasiekti informaciją apie savo sveikatą ir ją suprasti. Tai reiškia, kad vartotojas turi gebėti prisijungti prie sistemos, orientotis jos aplinkoje ir savarankiškai naudotis pateikiamais duomenimis. Pažymėtina, kad toks modelis remiantis van Deursen ir van Dijk (2019) atitinka skaitmeninės valstybės plėtros kryptį, tačiau intersekcionalumo požiūriu jis gali būti palankesnis asmenims, turintiems aukštesnius skaitmeninius įgūdžius ir geresnę prieigą prie technologijų. Teisinis reglamentavimas tarsi implikuoja, skaitmenine prasme kompetentingą ir savarankišką vartotoją, kuris gali be papildomos pagalbos naudotis elektroninėmis paslaugomis. Tačiau pažymėtina, kad tokia vartotojo norma nėra neutrali, nes skaitmeniniai gebėjimai ir prieiga prie technologijų visuomenėje yra pasiskirstę netolygiai (van Dijk, 2020; Helsper, 2021). Daliai gyventojų skaitmeniniai barjerai sutampa su kitais veiksniais, tokiais kaip vyresnis amžius, žemesnis išsilavinimas ar ribota socialinė parama, todėl formaliai vienodos prieigos sąlygos praktikoje gali lemti nevienodą vartotojų įsitraukimą ir prisidėti prie struktūrinių netolygumų e. sveikatos paslaugų naudojime. Tokiu reguliavimo modeliu dalis institucijų atsakomybės už informacijos prieinamumą ir paslaugų pasiekimą perkeliama patiems vartotojams, kurie privalo savarankiškai inicijuoti naudojimąsi e. sveikatos sistema ir valdyti su tuo susijusias rizikas (Lietuvos Respublikos Vyriausybė, 2015; van Dijk, 2020).

ESPBI IS nuostatus papildė Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. įsakymu Nr. V-657. Šiame dokumente detalizuojama praktinė sistemos naudojimo tvarka: prisijungimo būdai, naudotojų autentifikavimas, informacijos pateikimo ir klaidų valdymo procedūros. Būtent naudojimo tvarkos aprašas daro tiesioginę įtaką kasdieniam vartotojų įsitraukimui, nes apibrėžia, kokių mastu vartotojas turi veikti savarankiškai ir kaip greitai gali gauti pagalbą susidūręs su techniniais nesklandumais (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2015). Intersekcionalumo požiūriu tai reiškia, kad procedūriniai reikalavimai veikia ne vien kaip techninės taisyklės, bet ir kaip praktiniai filtrai, diferencijuojantys vartotojus pagal jų gebėjimą savarankiškai įveikti sistemos naudojimo kliūtis.

Remiantis Hargittai, Piper ir Morris (2019), sudėtingos prisijungimo procedūros ir riboti pagalbos mechanizmai gali tapti reikšmingu barjeru vyresnio amžiaus asmenims, žemesnio išsilavinimo ar socialinėje atskirtyje esantiems vartotojams. Intersekcionalumo požiūriu svarbu tai, kad skaitmeniniai barjerai dažnai sutampa su kitais socialiniais veiksniais, todėl jų poveikis nėra vienodas visiems vartotojams. ESPBI IS naudojimo tvarkos apraše įtvirtintas aukštas vartotojo savarankiškumo lygis ir procedūrinė sistemos naudojimo logika perkelia dalį administracinės ir techninės naštos iš institucijų pacientams. Intersekcionalumo požiūriu tai ypač paveikia asmenis, kurių skaitmeniniai įgūdžiai riboti arba kurie susiduria su kalbiniais ir informaciniais barjeriais. Tokiais atvejais net ir nedidelės techninės kliūtys ar neaiškios procedūros gali tapti lemiamu veiksniumi, mažinančiu faktinį e. sveikatos paslaugų naudojimą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2015; Hargittai ir kt., 2019).

Procedūriniai sistemos naudojimo reikalavimai yra glaudžiai susiję su prieigos kontrolės mechanizmais, kurie apibrėžia ne tik kaip, bet ir kas gali naudotis e. sveikatos paslaugomis. Reikšmingą vaidmenį e. sveikatos paslaugų prieinamumui atlieka Lietuvos Respublikos elektroninės atpažinties ir elektroninių operacijų patikimumo užtikrinimo paslaugų įstatymas, priimtas 2018 m. Šis įstatymas reglamentuoja elektroninės tapatybės nustatymo priemones, kurios yra privalomos norint naudotis e. sveikatos paslaugomis. Elektroninė identifikacija laikoma būtina sąlyga duomenų saugumui ir privatumo apsaugai užtikrinti, tačiau praktikoje ji gali tapti papildomu įsitraukimo barjeru (Lietuvos Respublikos Seimas, 2018). Intersekcionalumo požiūriu čia svarbu tai, kad elektroninė atpažintis reikalauja ne tik formalaus teisinio atitikimo, bet ir realių technologinių bei ekonominių išteklių. Dėl to saugumo logika praktiškai gali veikti kaip prieigos diferencijavimo mechanizmas, kuris vieniems vartotojams yra lengvai įveikiamas, o kitiems tampa reikšmingu barjeru.

Intersekcionalumo perspektyvoje elektroninės atpažinties naudojimas siejasi su tam tikromis prielaidomis apie naudotojo galimybes. Pasatrosios apima sąlygas, kad vartotojas turi išmanųjį įrenginį, prieigą prie bankinių paslaugų ar stabilų interneto ryšį. Tačiau tyrimai atskleidžia, kad vyresnio amžiaus žmonės ar mažesnes pajamas gaunantys asmenys susiduria su praktiniais sunkumais naudodamiesi elektroninės identifikacijos priemonėmis gana dažnai (Friemel, 2016; Helsper, 2021). Dėl to jų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas gali būti ribotas. Galima pastebėti, kad pats atpažinties mechanizmas veikia kaip tam tikras filtras. Jo poveikis dažniau juntamas tada, kai technologiniai sunkumai sutampa su kitomis socialinėmis aplinkybėmis. Tokiose situacijose prieiga prie paslaugų tampa sudėtingesnė, nors formaliai ji išlieka atvira visiems.

Elektroninės atpažinties reikalavimai e. sveikatos sistemoje veikia ne tik kaip duomenų saugumo priemonė, bet ir kaip netiesioginis prieigos filtras, diferencijuojantis vartotojus pagal jų technologinius ir ekonominius išteklius. Tai reiškia, kad technologinis saugumo mechanizmas kartu tampa socialinės diferenciacijos veiksnium, nes prieiga prie e. sveikatos paslaugų priklauso ne tik nuo teisės naudotis sistema, bet ir nuo vartotojo turimų skaitmeninių, ekonominių bei socialinių išteklių. Intersekcionalumo perspektyvoje šis reguliavimas ypač nepalankus vyresnio amžiaus asmenims, mažesnes pajamas gaunantiems gyventojams ir socialinėje atskirtyje esančioms grupėms, kurioms elektroninės atpažinties priemonės tampa papildomu, o kartais ir neįveikiamu barjeru (Lietuvos Respublikos Seimas, 2018; Friemel, 2016). Elektroninės atpažinties reguliavimas iš esmės individualizuoja atsakomybę už prieigą prie e. sveikatos paslaugų, nes techninių priemonių pasirinkimas, jų diegimas ir naudojimas perkeliama iš valstybės institucijų pačiam vartotojui (Lietuvos Respublikos Seimas, 2018). Tokiu būdu elektroninė atpažintis tampa platesnio saugumo režimo dalimi, kuriame atsakomybė už saugų ir teisėtą sveikatos duomenų tvarkymą palaiapsniui perkeliama patiems vartotojams, todėl logiškai pereinama prie asmens duomenų apsaugos teisinio reguliavimo analizės.

Papildomą reguliacinį sluoksnį sudaro Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo pakeitimai, įgyvendinantys Bendrąjį duomenų apsaugos reglamentą (GDPR). Duomenų apsauga e. sveikatos srityje yra ypač svarbi dėl jautraus sveikatos duomenų pobūdžio ir siekio stiprinti pacientų pasitikėjimą skaitmeninėmis paslaugomis (European Parliament and Council, 2016). Tačiau sudėtingos sutikimo, informavimo ir duomenų valdymo procedūros gali didinti administracinę bei kognityvinę našta vartotojams, ypač tiems, kuriems būdingi kalbiniai ar informaciniai barjerai. Intersekcionalumo požiūriu tai reiškia, kad vartotojų duomenų apsauga ne visoms grupėms veikia vienodai įgalinančiai. Tiems vartotojams, kurių teisinė, kalbinė ar informacinė kompetencija ribota,

apsaugos procedūros gali tapti ne tik pasitikėjimą stiprinančia, bet ir naudojimąsi paslaugomis apsunkinančia sąlyga. Asmens duomenų teisinės apsaugos stiprinimas e. sveikatos srityje yra būtina pasitikėjimo skaitmeninėmis paslaugomis sąlyga, tačiau kartu jis didina vartotojams tenkančią administracinę ir kognityvinę naštą. Intersekcionalumo požiūriu sudėtingos sutikimo ir informavimo procedūros ypač apsunkina vartotojus, kurių teisinė, kalbinė ar informacinė kompetencija yra ribota, todėl privatumo apsauga gali netiesiogiai mažinti faktinį e. sveikatos paslaugų prieinamumą. Nors duomenų apsaugos reikalavimai formaliai skirti vartotojų interesų apsaugai, praktikoje dalis atsakomybės už duomenų tvarkymo supratimą ir sprendimų priėmimą perkeliama patiems pacientams, taip padidinant jų administracinę ir informacinę naštą (Lietuvos Respublikos Seimas, 2018; European Parliament and Council, 2016).

Be konkrečių teisiškai privalomų normų, e. sveikatos paslaugų plėtrą Lietuvoje taip pat formuoja strateginiai dokumentai, apibrėžiantys ilgalaikes skaitmenizavimo kryptis. Nacionaliniuose strateginiuose dokumentuose e. sveikatos plėtra dažniausiai siejama su technologinėmis inovacijomis ir paslaugų efektyvumu, tačiau socialinių skirtumų ir intersekcionalumo aspektai juose aptariami fragmentiškai. Intersekcionalumo požiūriu tokia strateginė kryptis yra problemiška, nes neatsižvelgiama į tai, kad skaitmeniniai barjerai dažnai sutampa su amžiaus, socialinės ar ekonominės atskirties veiksniais, todėl be papildomų kompensacinių priemonių strateginiai tikslai gali nepasiekti labiausiai pažeidžiamų vartotojų (Lietuvos Respublikos Vyriausybė, 2020; Lietuvos Respublikos Seimas, 2023).

*Apibendrinant 2.2 poskyryje atliktą analizę, galima teigti, kad e. sveikatos paslaugų teisinis reguliavimas Lietuvoje užtikrina sisteminių stabilumą, duomenų saugumą ir administracinį nuoseklumą, tačiau kartu sukuria diferencijuotas vartotojų įsitraukimo sąlygas. ESPBI IS nuostatai, naudojimo procedūros, elektroninės atpažinties reikalavimai ir duomenų apsaugos taisyklės veikia kaip tarpusavyje susijusių reikalavimų visuma, kuri implikuoja „idealią“ e. sveikatos paslaugų naudotoją – turinčio skaitmeninių įgūdžių, teisiškai informuotą, ekonomiškai pajėgų ir savarankiškai gebantį spręsti su sveikatos duomenimis susijusius klausimus. Intersekcionalumo požiūriu tokia vartotojo norma nėra neutrali, nes ji neatspindi dalies visuomenės realių galimybių. Tai leidžia teigti, kad nacionalinis e. sveikatos teisinis reguliavimas ne tik nustato technines naudojimosi sąlygas, bet ir formuoja normatyvinį „idealaus“ vartotojo modelį, kurio realybė ne visada sutampa su skirtingų socialinių grupių galimybėmis.*

### **2.3. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas gerosios praktikos**

Analizuojant e. sveikatos paslaugų teisinį ir politinį reguliavimą nacionaliniu ir ES lygmenimis, išryškėja tendencija skaitmenines paslaugas grįsti aktyvaus, informuoto ir savarankiško vartotojo prielaida. Nors šis modelis dažnai siejamas su efektyvumu, paslaugų modernizavimu ir duomenų saugumu, intersekcionalumo požiūriu jis ne visuomet atitinka skirtingų socialinių grupių realias galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis. Remiantis van Dijk, 2020; Helsper (2021), vartotojų įsitraukimą lemia technologijų prieinamumas, bei socialinių, ekonominių, kultūrinių bei kognityvinių išteklių sankirta. Todėl tarptautinių gerųjų praktikų analizė leidžia įvertinti, kaip alternatyvūs instituciniai sprendimai gali mažinti vartotojų įsitraukimo netolygumus. Intersekcionalumo požiūriu ypač svarbu, kaip šiuose modeliuose atsakomybė už paslaugų prieinamumą paskirstoma tarp vartotojo ir institucijų. Siekiant sistemiškai apibendrinti skirtingų e. sveikatos paslaugų modelių poveikį vartotojų įsitraukimui, 6 lentelėje pateikiamas lyginamasis nacionalinių, Europos Sąjungos ir tarptautinių gerųjų praktikų vertinimas intersekcionalumo požiūriu.

**6 lentelė.** E. sveikatos paslaugų modelių poveikis vartotojų įsitraukimui interseksionalumo požiūriu (sudaryta autorės, remiantis van Dijk (2020), Helsper (2021), European Commission (2017), OECD (2020), NHS England (2019), Good Things Foundation (2020), Government of Canada (2019), World Health Organization (2016))

<b>Lyginamas e. sveikatos paslaugų modelis</b>	<b>Kaip organizuojama prieiga prie e. sveikatos paslaugų</b>	<b>Kokius vartotojų poreikius šis modelis atliepia</b>	<b>Kam tenka pagrindinė atsakomybė</b>
Lietuva (ESPBI IS, e. atpažintis, GDPR)	Centralizuota e. sveikatos sistema, grindžiama privaloma elektronine atpažintimi ir vartotojo savarankišku naudojimosi paslaugomis	Užtikrina duomenų saugumą, administracinį nuoseklumą ir formaliai vienodą prieigą visiems vartotojams	Vartotojui
Europos Sąjunga (EAA, GDPR, EHDS)	Nustatomi privalomi prieinamumo, duomenų apsaugos ir nediskriminavimo standartai nacionalinėms sistemoms	Sustiprinamas techninis prieinamumas ir vartotojų teisių apsauga skaitmeninėse sveikatos paslaugose	Dalijama
Estijos praktika („once-only“ principas)	Proaktyvus institucijų inicijuojamas duomenų naudojimas, mažinantis vartotojo administracinius veiksmus	Mažinama administracinė ir kognityvinė našta; ypač palanku vyresnio amžiaus ir ribotų skaitmeninių įgūdžių vartotojams	Institucijoms
Danijos praktika („digital by default, but not digital only“)	Skaitmeninės paslaugos laikomos pagrindinėmis, tačiau užtikrinamos alternatyvios prieigos formos	Pripažįstama vartotojų gebėjimų įvairovė; sudaromos sąlygos įsitraukti skaitmeniškai pažeidžiamiesiems asmenims	Institucijoms
Jungtinė Karalystė (digital inclusion iniciatyvos)	Institucinis vartotojų palaikymas per mokymus, konsultacijas ir tarpininkavimą	Mažinami kumuliaciniai barjerai, kai skaitmeniniai sunkumai sutampa su socialine atskirtimi ar kalbiniais barjerai	Institucijoms
Kanada (health navigators modelis)	Kultūrinis ir kalbinis tarpininkavimas naudojantis e. sveikatos paslaugomis	Efektyviai atliepia migrantų, etninių mažumų ir socialiai pažeidžiamų grupių poreikius	Institucijoms

6 lentelėje pateikti modeliai atskleidžia skirtingas institucinės atsakomybės ir vartotojų įsitraukimo organizavimo logikas, kurios toliau analizuojamos remiantis konkrečių šalių pavyzdžiais. Vienas plačiausiai nagrinėjamų gerosios praktikos pavyzdžių e. sveikatos srityje yra Estijos e. valdžios modelis, grindžiamas vadinamuoju „once-only“ principu. Šis principas reiškia, kad gyventojai valstybės institucijoms duomenis pateikia tik vieną kartą, o vėliau jie, laikantis aiškiai apibrėžtų duomenų apsaugos taisyklių, pakartotinai naudojami skirtingoms viešosioms paslaugoms teikti. E. sveikatos sistemoje tai leidžia automatizuoti receptų išrašymą, siuntimų valdymą, tyrimų rezultatų pateikimą ir sveikatos istorijos prieinamumą pacientui, sumažinant poreikį vartotojui aktyviai inicijuoti administracinius veiksmus ar suprasti sudėtingus procesus (European Commission, 2017). Interseksionalumo požiūriu šis modelis ypač reikšmingas tuo, kad jis mažina kognityvinę ir administracinę našta, kuri dažnai neproporcingai tenka vyresnio amžiaus asmenims, žemesnio išsilavinimo ar ribotų skaitmeninių įgūdžių turintiems vartotojams. Tokiu būdu e. sveikatos paslaugų prieinamumas tampa mažiau priklausomas nuo individualių gebėjimų ir labiau grindžiamas instituciniu sistemos aktyviu veikimu (OECD, 2020).

Danijos viešųjų ir e. sveikatos paslaugų skaitmenizacijos modelis, grindžiamas principu „skaitmeninis pagal nutylėjimą, tačiau ne tik skaitmeninis“ (angl. *digital by default, but not digital only*), numato, kad skaitmeninės paslaugos laikomos pagrindine teikimo forma, tačiau kartu teisiškai įtvirtinama pareiga valstybės institucijoms užtikrinti alternatyvias prieigos formas asmenims, kurie

dėl amžiaus, negalios, socialinės padėties ar ribotų skaitmeninių gebėjimų negali naudotis vien tik skaitmeniniais sprendimais (Danish Agency for Digital Government, 2022). Tyrimai rodo, kad tokia institucinė architektūra padeda išvengti situacijų, kai skaitmenizacija tampa nauju socialinės atskirties mechanizmu, ypač tais atvejais, kai skaitmeniniai barjerai sutampa su kitomis socialinėmis sankirtomis (OECD, 2020). Intersekcionalumo požiūriu šis modelis pripažįsta, kad ne visi vartotojai gali ar turi būti skaitmeniškai aktyvūs, todėl atsakomybė už paslaugų prieinamumą išlieka valstybės institucijų pareiga, o ne individualus vartotojo iššūkis.

Jungtinės Karalystės nacionalinės sveikatos sistemos praktika leidžia pažvelgti į įsitraukimą kiek platesniu kampu. Čia dėmesys krypsta ne vien į technologijų kūrimą, bet ir į tai, kaip žmonės realiai jomis naudojami. NHS skaitmeninės įtraukties (angl. *digital inclusion*) iniciatyvos grindžiamos specializuotų komandų darbu su skirtingomis gyventojų grupėmis. Tai apima vyresnio amžiaus asmenis, migrantus, socialinę atskirtį patiriančius pacientus ar žmones su negalia. Kasdienėje praktikoje šios komandos padeda įgyti pagrindinius skaitmeninius įgūdžius, paaiškina, kaip veikia e. sveikatos paslaugos, o kai kuriais atvejais tampa tarpine grandimi tarp žmogaus ir sistemos. Remiantis NHS England (2019) ir Good Things Foundation (2020), tokios priemonės prisideda prie naudojimosi skirtumų mažėjimo, kai technologiniai sunkumai susikerta su socialinėmis ar kultūrinėmis aplinkybėmis. To pasekoje galima spręsti, kad įsitraukimas čia suvokiamas kaip procesas, kuris reikalauja nuolatinio palaikymo, o ne vienkartinio sprendimo.

Kiek kitą perspektyvą siūlo Kanados patirtis. Joje akcentuojami kalbiniai ir kultūriniai skirtumai, kurie kasdienėse situacijose yra gana reikšmingi. Sveikatos sistemoje veikia vadinamieji sveikatos navigatoriai (angl. *health navigators*) – bendruomenių tarpininkai, padedantys pacientams orientuotis paslaugose ir naudotis skaitmeniniais sprendimais. Kadangi pastarųjų darbas dažniausiai vyksta konkrečiose bendruomenėse, yra atsižvelgiama į kalbą, patirtį ir socialinę aplinką. Empiriniai duomenys rodo, kad tokia pagalba mažina nepasitikėjimą institucijomis ir padeda geriau suprasti informaciją (Government of Canada, 2019; World Health Organization, 2016). Vis atai patvirtina, kad e. sveikatos paslaugų prieinamumui svarbu ne vien techniniai sprendimai, bet ir žmogiškieji išteklių ir poreikių atliepimas.

Lyginant šias tarptautines gerąsias praktikas su Lietuvos ir Europos Sąjungos e. sveikatos reguliavimo modeliais, matyti esminis skirtumas atsakomybės paskirstymo požiūriu. Intersekcionalumo požiūriu atsakomybės paskirstymas tampa esmiu veiksniu, nes kuo daugiau atsakomybės už paslaugų pasiekimą tenka pačiam vartotojui, tuo didesnė tikimybė, kad skaitmeniniai, socialiniai ir ekonominiai barjerai susikirs ir sumažins realias galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis. Nacionalinis ir ES reguliavimas dažniausiai orientuojasi į vartotojo savarankiškumą, procedūrinį atitikimą ir individualių gebėjimų prielaidą, tuo tarpu tarptautiniai pavyzdžiai rodo modelius, kuriuose institucijos aktyviai prisiima atsakomybę už paslaugų pasiekimą. Intersekcionalumo perspektyvoje toks atsakomybės perskirstymas leidžia sumažinti kumuliacinius barjerus, atsirandančius tuomet, kai skaitmeniniai sunkumai sutampa su amžiaus, socialinės ar ekonominės atskirties veiksniais (van Dijk, 2020; Helsper, 2021).

6 lentelėje pateiktas lyginamasis e. sveikatos paslaugų modelių vertinimas leidžia sistemiškai atskleisti, kaip skirtingi reguliavimo ir praktikos lygmenys paskirsto atsakomybę tarp institucijų ir vartotojų. Lietuvos ir Europos Sąjungos modeliuose dominuoja formaliai vienodos prieigos logika, grindžiama aktyvaus ir kompetentingo vartotojo prielaida. Tuo tarpu tarptautinės gerosios praktikos rodo alternatyvų požiūrį, kuriame institucijos aktyviai prisiima atsakomybę už paslaugų pasiekimą,

siūlydamos proaktyvius sprendimus, alternatyvias prieigos formas ar tarpininkavimo mechanizmus. Intersekcionalumo požiūriu šis skirtumas yra esminis, nes leidžia mažinti kumuliacinius barjerus, kurie atsiranda tuomet, kai skaitmeniniai sunkumai sutampa su amžiaus, socialinės ar ekonominės atskirties veiksniais. Tai patvirtina, kad realus e. sveikatos paslaugų prieinamumas priklauso ne vien nuo technologinių sprendimų ar teisinių standartų, bet ir nuo to, kiek institucijos yra pasirengusios kompensuoti vartotojų išteklių trūkumą.

*Apibendrinant 2.3 poskyryje aptartas gerąsias praktikas, galima teigti, kad vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumų mažinimas priklauso ne vien nuo technologinių sprendimų ar formalių prieinamumo standartų, bet ir nuo institucijų prisiimamos atsakomybės už realų paslaugų pasiekiamumą. Estijos, Danijos, Jungtinės Karalystės ir Kanados pavyzdžiai rodo, kad proaktyvūs sprendimai, alternatyvios prieigos formos ir tarpininkavimo mechanizmai leidžia efektyviau kompensuoti kumuliacinius barjerus, atsirandančius socialinių, skaitmeninių ir kultūrinių veiksnių sankirtoje. Intersekcionalumo požiūriu tai patvirtina, kad lygybei jautri e. sveikatos sistema turi būti grindžiama ne vien vartotojo savarankiškumo prielaida, bet ir aktyvia institucine parama.*

*Šiame skyriuje atlikta Europos Sąjungos ir Lietuvos e. sveikatos paslaugų teisinio bei strateginio reguliavimo analizė atskleidė, kad vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas nėra vien techninis ar individualių gebėjimų klausimas, bet kompleksiškas procesas, formuojamas daugiapakopės reguliavimo ir institucinės sistemos. Tiek nacionaliniu, tiek Europos Sąjungos lygmeniu e. sveikatos paslaugų plėtra grindžiama formaliai neutraliais prieinamumo, saugumo ir lygybės principais, tačiau intersekcionalumo požiūriu šie sprendimai sukuria nevienodas faktines galimybes skirtingoms socialinėms grupėms. Analizė parodė, kad Lietuvos nacionalinis e. sveikatos reguliavimas pasižymi administraciniu ir technologiniu nuoseklumu, tačiau kartu remiasi aktyvaus, skaitmeninių įgūdžių turinčio vartotojo ir savarankiško vartotojo prielaida, perkeldamas reikšmingą atsakomybės dalį už paslaugų pasiekimą patiems vartotojams. Europos Sąjungos reguliavimas siekia kompensuoti dalį šių netolygumų per privalomus prieinamumo, duomenų apsaugos ir nediskriminavimo standartus, tačiau ir šiame lygmenyje išlieka prielaida apie aktyvų vartotoją, todėl struktūriniai barjerai ne visuomet pašalinami. Tarptautinių gerųjų praktikų analizė parodė, kad alternatyvūs modeliai, grindžiami didesne institucijų atsakomybe, proaktyviais sprendimais ir tarpininkavimo mechanizmais, leidžia efektyviau mažinti kumuliacinius barjerus, atsirandančius socialinių, skaitmeninių ir kultūrinių veiksnių sankirtoje. Todėl galima teigti, kad vartotojų įsitraukimo netolygumai e. sveikatos srityje kyla ne iš pavienių sprendimų, bet iš bendros reguliavimo logikos, kuri formuoja normatyvinį „idealaus“ vartotojo modelį. Intersekcionalumo perspektyva leidžia šią logiką kritiškai įvertinti ir sudaro pagrindą tolesnei empirinei analizei.*

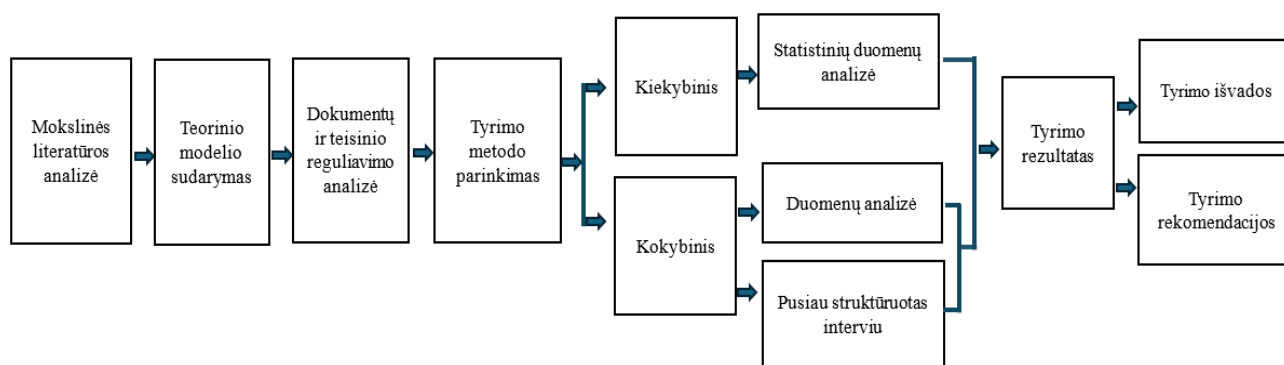
### 3. Vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumų empirinis tyrimas

Trečiame baigiamojo projekto skyriuje pristatomas empirinis tyrimas, skirtas atskleisti socialinių veiksnių sankirtą, lemiančią vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas. Remiantis pirmajame skyriuje aptartu teoriniu pagrindu bei antrajame skyriuje išanalizuotu tarptautiniu ir nacionaliniu teisiniu reguliavimu bei gerosiomis praktikomis, siekiama empiriškai įvertinti, kaip skirtingi socialiniai, technologiniai ir instituciniai veiksniai formuoja vartotojų įsitraukimo galimybes, atskleidžiant vartotojų patirtis, nuostatas ir elgseną bei identifikuojant šių veiksnių sankirtą, kuriančią nevienodas galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis.

#### 3.1. Tyrimo metodika

Šiame poskyryje pristatoma tyrimo metodologija, kuri apima tyrimo strategiją, taikytus metodus, duomenų rinkimo būdus ir instrumentus, tyrimo imties sudarymo principus ir duomenų analizės metodus. Taip pat aptariami tyrimo etikos principai bei tyrimo ribotumai. Kaip nurodo Žydzūnaitė ir Sabaliauskas (2017), metodologiniai pasirinkimai turėtų derėti su tyrimo tikslais ir pačia tyrimo logika. Dėl to strategija pasirenkama atsižvelgiant į keliamus klausimus ir nagrinėjamo reiškinio pobūdį.

Empirinė šio darbo dalis orientuota į trečiojo tyrimo uždavinio įgyvendinimą – išanalizuoti vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus, atskleidžiant juos formuojančią socialinių veiksnių sankirtą. Tokiu būdu empirinė analizė tiesiogiai siejama su įvade iškelta problema – netolygiu vartotojų įsitraukimu į e. sveikatos paslaugas. Interseksionalumo perspektyva šiame tyrime taikoma kaip analitinė prieiga, leidžianti paaiškinti šiuos netolygumus ne per pavienius veiksnius, bet per jų tarpusavio sąveiką ir sankirtą, kuri sukuria nevienodas vartotojų įsitraukimo galimybes skirtingoms socialinėms grupėms. Tyrimas grindžiamas pirmajame skyriuje suformuotu teoriniu vartotojų įsitraukimo modeliu, kuris naudojamas kaip analitinis pagrindas identifikuoti ir interpretuoti, kaip skirtingų socialinių veiksnių sankirta lemia vartotojų įsitraukimo skirtumus empiriniuose duomenyse. Antrajame skyriuje aptarta teisinė ir praktinė aplinka padeda paaiškinti šių netolygumų raišką e. sveikatos paslaugų sistemoje. Siekiant nuosekliai atskleisti tyrimo eigą, šiame skyriuje pateikiama empirinio tyrimo logiką apibendrinanti schema, kuri atspindi pagrindinius tyrimo etapus – nuo teorinio modelio konceptualizavimo iki empirinių duomenų rinkimo, analizės ir rezultatų interpretavimo. Joje taip pat išskiriama kiekybinių ir kokybinių duomenų integracija, leidžianti kompleksiskai analizuoti vartotojų įsitraukimo netolygumus socialinių veiksnių sankirtos kontekste (žr. 4 pav.).



4 pav. Empirinio tyrimo logika ir metodologinė struktūra (sudaryta autorės, 2026)

Remiantis schemoje pateikta tyrimo logika, toliau detaliau pristatoma pasirinkta **tyrimo metodika** – mišrių metodų strategija, leidžianti derinti kiekybinius ir kokybinius duomenis bei juos integruoti siekiant išsamesnio reiškinių supratimo. Šis metodologinis požiūris sudaro prielaidas ne tik nustatyti bendras tendencijas, bet ir atskleisti giluminius procesus, taip užtikrinant tyrimo rezultatų patikimumą ir validumą (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014; Kardelis, 2017). Mišrių metodų taikymas yra ypač tinkamas intersekcionalumo analizei, nes skirtingų socialinių kategorijų – amžiaus, išsilavinimo, gyvenamosios vietos, pajamų, skaitmeninių įgūdžių ar kalbinių barjerų – sąveika geriausiai atsiskleidžia derinant statistinius duomenis su respondentų patirtimis ir interpretacijomis (Husain et al., 2022; Boxall et al., 2025; Younas et al., 2025).

Kaip nurodo Creswell ir Plano Clark (2018) toks mišrus tyrimo dizainas (paralelinis), kai kiekybiniai ir kokybiniai duomenys renkami tuo pačiu laikotarpiu, analizuojami atskirai, o vėliau integruojami siekiant suformuoti visapusišką nagrinėjamo reiškinių vaizdą, leidžia palyginti skirtingų metodų rezultatus ir identifikuoti jų sąsajas, taip sustiprinant tyrimo išvadų pagrįstumą. Pasirinktas metodologinis požiūris grindžiamas nagrinėjamo reiškinių kompleksiskumu. Vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas yra daugiaveiksmis procesas, priklausantis nuo socialinių, technologinių ir institucinių veiksnių sąveikos. Kiekybiniai ir kokybiniai metodai skiriasi savo paskirtimi ir teikiamomis galimybėmis. Kaip pažymi Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas (2017), „kiekybinis tyrimas skatina tyrėją atskleisti savybes, sąsajas, ryšius ir kitus populiacijos bruožus, vadovaujantis gausios skaitmeninės informacijos (matavimų) analize“, o „kokybinis tyrimas skatina sutelkti dėmesį į žmonių mentalines (mąstymo) sąrangas ir patirtis konkrečiuose socialiniuose bei kultūriniuose kontekstuose“. Taigi, mišrių metodų taikymas sudaro prielaidas integruoti skirtingų metodų privalumus ir išsamiau analizuoti socialinius reiškinius (Kvedaruskas, 2021).

Tyrime taikomi keli tarpusavyje susiję metodai: mokslinės literatūros analizė ir sintezė, teorinis modeliavimas, dokumentų turinio analizė bei empirinis tyrimas. Empirinė dalis apima kiekybinę anketinę apklausą ir kokybinį pusiau struktūruotą interviu. Pirmieji metodai sudaro teorinį ir analitinį tyrimo pagrindą, aptartą ankstesniuose darbo skyriuose, o šiame skyriuje pagrindinis dėmesys skiriamas empirinių duomenų rinkimui ir analizei. Visi tyrimo instrumentai (anketa ir interviu) konstruojami remiantis 1 skyriuje suformuotu teoriniu modeliu, todėl kiekviena modelio dimensija tiesiogiai atspindima tyrimo klausimuose. Darbe papildomai remtasi Lietuvos gyventojų skaitmeninės elgsenos tyrimo LiDA 0570 (2025) duomenimis, kurie naudoti platesniam Lietuvos skaitmeninės atskirties kontekstui atskleisti ir empirinių rezultatų interpretacijai papildyti.

**Duomenų rinkimo metodai ir tyrimo instrumentai.** Kiekybinis tyrimas atliktas taikant anketinės apklausos metodą. Šis metodas pasirinktas siekiant surinkti standartizuotus duomenis apie vartotojų naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis, įvertinti jų įsitraukimo ypatumus bei nustatyti pagrindinius socialinius, technologinius ir institucinius veiksnius, susijusius su šių paslaugų naudojimu. Kaip pažymi Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014), apklausa yra vienas dažniausiai socialiniuose tyrimuose taikomų metodų, suteikiantis galimybę sistemingai rinkti informaciją apie respondentų nuomones, patirtis ir elgseną.

Struktūruotos anketos naudojimas leidžia užtikrinti duomenų palyginamumą ir analizės nuoseklumą (Kardelis, 2017), tad kiekybinio tyrimo duomenys renkami naudojant originalią struktūruotą anketą (1 priedas). Anketa parengta remiantis teoriniu vartotojų įsitraukimo modeliu intersekcionalumo perspektyvoje ir tiesiogiai susieta su pagrindiniais tyrimo kintamaisiais. Klausimyno struktūra apima pagrindines veiksnių grupes: naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis, vartotojų įsitraukimą,

technologinę prieigą ir skaitmeninius įgūdžius, informacijos suprantamumą, socialinę paramą, pasitikėjimą ir saugumą, organizacinius veiksnius bei socialines-demografines charakteristikas. Tokio pobūdžio klausimynų struktūravimas leidžia kompleksiskai analizuoti skirtingus reiškinių aspektus ir jų tarpusavio sąveiką (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014).

Atsakymams fiksuoti anketoje pasitelkiama 5 balų Likerto skalė, kuri plačiai taikoma socialiniuose tyrimuose vertinant respondentų nuostatas (Kardelis, 2017; Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014), taip pat naudojant daugkartinio pasirinkimo klausimus ir demografinius kintamuosius. Anketa anoniminė ir savanoriška, o jos pildymo trukmė siekia apie 10–15 minučių. Anonimiškumo užtikrinimas didina respondentų atvirumą ir atsakymų patikimumą (Kardelis, 2017). Duomenys renkami elektroniniu būdu, siekiant pasiekti įvairias gyventojų grupes pagal amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą ir socialinę padėtį. Kiekybinio tyrimo instrumentas (anketa) sudarytas remiantis teoriniu modeliu, išskirtomis jo dimensijomis ir analizuojamais aspektais. Siekiant pagrįsti instrumento struktūrą ir parodyti jo sąsajas su teoriniu modeliu, parengta anketos struktūros pagrindimo lentelė (žr. 7 lentelę).

**7 lentelė.** Kiekybinio tyrimo klausimų instrumento struktūros pagrindimas pagal teorinio modelio dimensijas (sudaryta autorės, 2026)

Modelio dimensija	Teorinis pagrindas	Analizuojamas aspektas	Klausimų dalis	Tyrimo tikslas
Vartotojo įsitraukimo procesas	Įsitraukimas suvokiamas kaip dinamiškas procesas, apimantis pradžią, tęstinį naudojimą ir pasitraukimą (Chadwic ir kt., 2024; Goyal ir kt. 2022)	Naudojimosi dažnumas, įsitraukimo lygis, naudojimo tęstinumas	I-II dalys	Įvertinti vartotojų įsitraukimo intensyvumą ir naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dinamiką
Skaitmeninis pozicionalumas ir E. sveikatos paslaugų dizainas	Galimybės naudotis skaitmeninėmis paslaugomis priklauso nuo prieigos, įgūdžių ir sistemos aiškumo (Boxall ir kt., 2025; Husain, Greenhalgh, 2025; Bitomsky ir kt., 2025)	Technologinė prieiga, skaitmeniniai įgūdžiai, sistemos suprantamumas	III–IV dalys	Nustatyti, kurie technologiniai ir dizaino veiksniai labiausiai riboja arba skatina vartotojų įsitraukimą
Intersekcionalumas ir skaitmeninis pozicionalumas	Socialiniai tinklai veikia kaip kompensacinis mechanizmas, ypač veiksmų sankirtose (Chadwick ir kt., 2024; Boxall ir kt., 2025)	Socialinė parama ir pagalbos prieinamumas	V dalis	Įvertinti socialinės paramos reikšmę įveikiant naudojimosi e. sveikatos paslaugomis kliūtis
Skaitmeninis pozicionalumas ir išorinė aplinka	Pasitikėjimas institucijomis ir duomenų saugumu yra esminis naudojimosi veiksnys (Husain, Greenhalgh, 2022; Seçkin ir kt., 2021)	Pasitikėjimas sistema ir duomenų saugumas	VI dalis	Nustatyti, kaip pasitikėjimas institucijomis ir duomenų saugumu veikia sprendimą naudotis e. sveikatos paslaugomis
E. sveikatos paslaugų dizainas, prieinamumas ir parama	Vienodi sprendimai gali neatitikti skirtingų grupių poreikių (Bitomsky ir kt., 2025; Western ir kt., 2025)	Organizaciniai ir instituciniai barjerai	VII dalis	Įvertinti sistemos pritaikymą skirtingoms grupėms
Intersekcionalumas	Socialinės kategorijos veikia tarpusavyje, kurdamos nelygybės mechanizmus (Husain ir kt., 2022; Younas ir kt., 2025)	Socialinių veiksmų įtaka ir jų sąveika	VIII–IX dalys	Nustatyti, kaip socialinių veiksmų sankirta susijusi su vartotojų įsitraukimo netolygumais

Kokybinis tyrimas, atliekamas taikant pusiau struktūruoto interviu metodą, remiantis Kardeliu (2017), suteikia tyrėjui galimybę derinti struktūrą ir lankstumą, tokiu būdu atskleidžiant reikšmingiausias informantų patirtis. Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) pabrėžia, kad pusiau struktūruotas interviu leidžia išlaikyti tyrimo kryptingumą, kartu suteikdamas galimybę lanksčiai reaguoti į informantų atsakymus ir gilinti reikšmingas temas. Tokia prieiga ypač svarbi analizuojant interseksionalumą, nes leidžia atskleisti ne tik pavienius veiksnius, bet ir jų tarpusavio sąveiką. Kokybiniai duomenys renkami naudojant du pusiau struktūruotus interviu vadovus: vieną – sveikatos priežiūros specialistams (2 priedas), kitą – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atstovams (3 priedas). Interviu klausimai buvo formuluojami remiantis tais pačiais teoriniais konstruktais kaip ir kiekybinio tyrimo instrumentas, todėl sudarė prielaidas palyginti ir integruoti skirtingais metodais gautus duomenis. Interviu trukmė apie 45–70 minučių. Interviu atliekami nuotoliniu ar tiesioginiu būdu, įrašomas gavus informanto sutikimą ir transkribuojami.

Siekiant nuosekliai analizuoti kokybinius duomenis ir užtikrinti jų sąsajas su teoriniu modeliu, suformuota integruota analizės schema, apimanti skirtingus analizės lygmenis, dimensijas ir kategorijas. Ši schema remiasi pirmame darbo skyriuje išplėtotą teorine prieiga bei leidžia struktūruotai identifikuoti socialinių veiksnių sankirtą vartotojų, specialistų ir politikos lygmenyse (žr. 8 lentelę).

**8 lentelė.** Kokybinių duomenų analizės schema pagal teorinio modelio dimensijas (sudaryta autorės, 2026)

Analizės lygmuo	Analizės dimensija	Analizės kategorijos	Interseksionalumo perspektyva	Tyrimo tikslas
Vartotojų lygmuo	Vartotojo įsitraukimo procesas	Įsitraukimo pradžia, tęstinumas, pasitraukimas	Skirtingos socialinės grupės nevienodai patiria įsitraukimo etapus	Nustatyti skirtingus vartotojų įsitraukimo modelius ir jų skirtumus tarp socialinių grupių
	Skaitmeninis pozicionalumas ir prieiga	Prieiga, skaitmeniniai įgūdžiai, naudojimo paprastumas	Socialiniai veiksniai riboja arba sudaro galimybes naudotis paslaugomis	Nustatyti, kaip prieiga, skaitmeniniai įgūdžiai ir sistemos suprantamumas skiriasi tarp socialinių grupių
	Socialinė aplinka ir pagalba	Pagalbos prieinamumas, artimųjų įtaka	Socialinių veiksnių sankirta veikia naudojimosi galimybes	Įvertinti socialinės paramos vaidmenį įveikiant naudojimosi e. sveikatos paslaugomis kliūtis
	Pasitikėjimas ir duomenų saugumas	Pasitikėjimas institucijomis, duomenų saugumas, privatumo rizikos	Skirtingos socialinės grupės nevienodai vertina riziką ir saugumą	Nustatyti, kaip pasitikėjimas institucijomis ir duomenų saugumu veikia vartotojų įsitraukimą
Specialistų lygmuo	Sistemos veikimas praktikoje	Sistemos funkcionalumas, naudojimo patirtys	Skirtingos vartotojų grupės skirtingai patiria sistemos veikimą	Įvertinti, kaip sistemos veikimas praktikoje skiriasi skirtingų vartotojų grupių atžvilgiu
	Sisteminiai barjerai	Technologiniai ir organizaciniai barjerai	Barjerai disproporcingai veikia pažeidžiamas grupes	Identifikuoti pagrindinius naudojimo iššūkius ir jų disproporcinį poveikį skirtingoms socialinėms grupėms
Politikos lygmuo	Politinė ir institucinė aplinka	Politikos principai, institucijų vaidmuo	Politika ne visada atspindi skirtingų grupių poreikius	Įvertinti, kaip politika ir instituciniai sprendimai atsižvelgia į skirtingų socialinių grupių poreikius

Analizės lygmuo	Analizės dimensija	Analizės kategorijos	Interseksionalumo perspektyva	Tyrimo tikslas
	Reguliavimas ir prieinamumas	Teisinės nuostatos, prieinamumo principai	Standartizuoti sprendimai gali didinti nelygybes	Įvertinti, kaip teisinis reguliavimas veikia skirtingų socialinių grupių prieigą prie e. sveikatos paslaugų
	Sprendimai ir tobulinimo kryptys	Strateginės priemonės, rekomendacijos	Efektyvūs sprendimai turi būti diferencijuoti	Identifikuoti prioritetines e. sveikatos paslaugų tobulinimo kryptis interseksionalumo požiūriu

Pateikta analizės schema taikoma koduojant ir interpretuojant interviu duomenis, užtikrinant jų nuoseklų susiejimą su teoriniu modeliu ir tyrimo tikslais. Siekiant užtikrinti nuoseklų duomenų rinkimo ir analizės suderinamumą, interviu klausimai siejami su šiomis teorinio modelio dimensijomis, o jų analitinis grupavimas pateikiamas žemiau (žr. 9 ir 10 lenteles).

**9 lentelė.** Pusiaus struktūruoto interviu klausimų analitinis grupavimas pagal teorinio modelio dimensijas (sveikatos priežiūros specialistams) (sudaryta autorės, 2026)

Modelio dimensija	Klausimas	Tyrimo tikslas	Teorinis pagrindas
Išorinė aplinka ir E. sveikatos paslaugų dizainas	1. Papasakokite, kiek laiko dirbate su Lietuvos e. sveikatos sistema? Kokias pagrindines funkcijas naudojate kasdien? 2. Kaip apskritai vertinate e. sveikatos sistemą kaip darbo įrankį? Kas joje palengvina, o kas apsunkina jūsų darbą su pacientais?	Įvertinti, kaip e. sveikatos sistema veikia praktinėje specialistų veikloje	Praktinis sistemos veikimas atsiskleidžia per specialistų kasdienę patirtį (Petretto ir kt., 2024; Netto ir kt., 2025)
Vartotojo įsitraukimo procesas	3. Remiantis Jūsų praktika, kokia dalis pacientų aktyviai naudoja e. sveikatos paslaugas? Kokius pagrindinius etapus (įsitraukimo pradžią, tęstinį naudojimą, pasitraukimą) dažniausiai pastebite? 4. Kokius veiksnius pacientai dažniausiai mini, kai negali arba nenori naudotis e. sveikatos sistema? 5. Kurios pacientų grupės lengviausiai įsitraukia į e. sveikatos paslaugas, o kurioms tai yra sunkiausia? Kodėl?	Nustatyti pacientų įsitraukimo modelius	Įsitraukimas pasireiškia skirtingais etapais (Chadwick ir kt., 2024)
Interseksionalumas ir skaitmeninis pozicionalumas	6. Papsidalinkite, kaip vienu metu veikia keli socialiniai veiksniai: vyresnis amžius ir kaimo vietovė, žemas išsilavinimas ir riboti įgūdžiai, kalbos barjeras ir socialinė padėtis? Ar pastebite, kad šios sankirtos stiprina naudojimosi veiksnius? 7. Kaip jūsų nuomone pacientų skaitmeninis pozicionalumas (jų socialinės pozicijos, išteklių, paramos tinklai ir patirtys) veikia jų galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis?	Įvertinti, kaip socialinių veiksmų sankirta pasireiškia praktiniame e. sveikatos paslaugų naudojime	Socialinių veiksmų sąveika lemia nevienodas galimybes naudotis paslaugomis (Husain, Greenhalgh, 2025; Boxall ir kt., 2025)
E. sveikatos paslaugų dizainas, prieinamumas ir parama	8. Kaip dabartinis e. sveikatos sistemos dizainas (sąsaja, procedūros, autentifikacija, kalba) veikia skirtingų pacientų grupių įsitraukimą? 9. Kaip e. sveikatos sistema veikia prieinamumą socialiai pažeidžiamiems pacientams – ar ji ji gerina, ar apsunkina? Kodėl? 10. Kaip dažnai jums ar jūsų kolegoms tenka papildomai padėti pacientams naudotis sistema? Kokios pagalbos formos dažniausiai reikalingos ir kaip tai veikia jūsų darbo krūvį?	Įvertinti praktinį prieinamumą	Dizainas ir pagalbos mechanizmai tiesiogiai veikia prieinamumą (Bitomsky ir kt., 2025; Netto ir kt., 2025)

Modelio dimensija	Klausimas	Tyrimo tikslas	Teorinis pagrindas
	11. Kaip, jūsų nuomone, turėtų būti organizuojama parama pacientams, kad būtų sumažinti įsitraukimo netolygumai?		
Įsitraukimo rezultatai ir išorinė aplinka	12. Kaip politiniai, teisiniai ir technologiniai sprendimai (pvz.: elektroninės atpažinties reikalavimai, duomenų apsauga) veikia pacientų įsitraukimą jūsų praktikoje? 13. Kokią įtaką e. sveikatos sistema daro bendrai pacientų patirčiai ir pasitikėjimui sveikatos sistema? 14. Kaip, jūsų manymu, dabartinė e. sveikatos sistema veikia vartotojų įsitraukimo netolygumus – ar ji juos mažina, ar didina? Kodėl? 15. Kokių konkrečių pokyčių e. sveikatos sistemos dizaine, prieinamume ar paramos organizavime reikia, kad būtų geriau atsižvelgta į socialinių veiksnių sankirtas? 16. Kokias rekomendacijas galėtumėte pateikti SAM, Registrų centrai ir ligoninių vadovybei?	Identifikuoti praktines e. sveikatos paslaugų tobulinimo kryptis	Sistemos poveikis atsiskleidžia per vartotojų patirtį ir netolygumus (Western ir kt., 2025)

**10 lentelė.** Pusiaus struktūruoto interviu klausimų analitinis grupavimas pagal teorinio modelio dimensijas (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos atstovams) (sudaryta autorės, 2026)

Modelio dimensija	Klausimas	Tyrimo tikslas	Teorinis pagrindas
Išorinė aplinka	1. Trumpai papasakokite apie savo pareigas ir Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmenį formuojant bei įgyvendinant nacionalinę e. sveikatos politiką. 2. Kokį vaidmenį, jūsų nuomone, ministerija turėtų atlikti skatinant gyventojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas nacionaliniu lygmeniu?	Įvertinti, kaip politinė ir institucinė aplinka formuoja e. sveikatos paslaugų plėtrą	Ministerija formuoja e. sveikatos politiką ir reguliavimą (Western ir kt., 2025; Younas ir kt., 2025)
Vartotojo įsitraukimo procesas	3. Kaip Sveikatos apsaugos ministerijoje suprantamas ir vertinamas vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas? Kokius rodiklius ar kriterijus naudojate politikos formavimo ir stebėsenos lygmeniu? 4. Kokius pagrindinius etapus (įsitraukimo pradžią, tęstinį naudojimą ir galimą pasitraukimą) išskirtumėte analizuodami vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas? 5. Kokius didžiausius iššūkius matote, kad gyventojai pradėtų, tęstų ir nepasitrauktų nuo e. sveikatos paslaugų naudojimo?	Nustatyti, kaip politikos formuotojai apibrėžia ir vertina vartotojų įsitraukimą	Įsitraukimas vertinamas kaip daugiatazės procesas (Chadwick ir kt., 2024)
Intersekcionalumas ir skaitmeninis pozicionalumas	6. Kaip ministerijoje atliekama vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumų analizė? Kokios gyventojų grupės, jūsų vertinimu, patiria didžiausius barjerus naudotis šiomis paslaugomis? 7. Kaip ministerija vertina socialinių veiksnių sankirtos (pvz., amžiaus, išsilavinimo, pajamų, gyvenamosios vietos, kalbos, skaitmeninių įgūdžių ir kt.) įtaką e. sveikatos paslaugų prieinamumui ir vartotojų įsitraukimui? 8. Papasakokite kaip intersekcionalumo perspektyva (daugiamatė socialinių kategorijų sąveika) taikoma arba	Įvertinti vartotojų įsitraukimo netolygumus ir jų priežastis intersekcionalumo požiūriu	Socialinių veiksnių sankirta leidžia atskleisti nelygybes (Husain ir kt., 2022; Boxall ir kt., 2025)

Modelio dimensija	Klausimas	Tyrimo tikslas	Teorinis pagrindas
	<p>planuojama taikyti ministerijos politikoje ir sprendimų priėmimo skaitmeninės sveikatos srityje?</p> <p>9. Kaip, jūsų vertinimu, „skaitmeninis pozicionalumas“ (skirtingų socialinių tapatybių ir išteklių sąveika) veikia gyventojų galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis? Kokius pavyzdžius galėtumėte pateikti?</p>		
E. sveikatos paslaugų dizainas, prieinamumas ir parama	<p>10. Kaip dabartinis nacionalinis teisinis reguliavimas (ESPBI IS nuostatai, elektroninės atpažinties reikalavimai, asmens duomenų apsauga ir kt.) veikia skirtingų gyventojų grupių įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas?</p> <p>11. Kaip, jūsų vertinimu, esamas teisinis ir strateginis reguliavimas (įskaitant 2022–2030 m. sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programą bei e. sveikatos plėtros iniciatyvas) atliepia lygybės principus ir socialinių veiksmų sankirtas? Kokie pakeitimai ar papildymai ministerijoje yra svarstomi ar planuojami šioje srityje?</p> <p>12. Kaip ministerija vertina „idealaus vartotojo“ (skaitmeniškai kompetentingo ir savarankiško) prielaidą, kuri dažnai numanoma teisės aktuose ir e. sveikatos sistemos sprendimuose?</p>	Įvertinti, kaip teisinis reguliavimas veikia e. sveikatos paslaugų prieinamumą ir vartotojų įsitraukimą	Reguliavimas gali kurti „idealaus vartotojo“ modelį (Bitomsky ir kt., 2025)
Politikos sprendimai ir tobulinimo kryptys	<p>13. Kokias gerąsias praktikas (Lietuvoje ar kitose šalyse – pavyzdžiui, Estijoje, Danijoje, Jungtinėje Karalystėje) ministerija laiko perspektyviomis mažinant vartotojų įsitraukimo netolygumus e. sveikatos srityje?</p> <p>14. Kokie pagrindiniai sisteminiai ir instituciniai barjerai, jūsų manymu, trukdo Lietuvoje diegti labiau lygybei jautrius e. sveikatos sprendimus?</p> <p>15. Kokias konkrečias priemones ar iniciatyvas Sveikatos apsaugos ministerija jau įgyvendina, planuoja ar svarsto, siekdama atsižvelgti į skirtingas socialines gyventojų grupes ir jų sankirtas (pvz., vyresnio amžiaus žmones, kaimo gyventojus, ribotų skaitmeninių įgūdžių asmenis ir kt.)?</p> <p>16. Kaip ministerija planuoja užtikrinti lygybės ir intersekcionalumo aspektus įgyvendinant Europos sveikatos duomenų erdvę (EHDS)?</p> <p>17. Pasidalinkite, kaip intersekcionalumo principus būtų galima efektyviau integruoti į e. sveikatos paslaugų dizainą, įgyvendinimą, stebėseną ir vertinimą nacionaliniu lygmeniu?</p> <p>18. Kokias konkrečias rekomendacijas galėtumėte pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai ir kitiems politikos formuotojams, siekiant mažinti vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus?</p> <p>19. Kokius papildomus aspektus, jūsų manymu, būtų svarbu įtraukti į šią temą?</p>	Identifikuoti prioritetines e. sveikatos politikos tobulinimo kryptis intersekcionalumo požiūriu	Efektyvūs sprendimai reikalauja sisteminio požiūrio (Hatef ir kt., 2024)

Pateiktas interviu klausimų analitinis grupavimas leidžia užtikrinti nuoseklų kokybinių duomenų rinkimą ir analizę, nes kiekvienas klausimas siejamas su konkrečia teorinio modelio dimensija ir tyrimo tikslu. Toks struktūravimas sudaro prielaidas sistemiskai interpretuoti informantų atsakymus, palyginti skirtingų respondentų grupių perspektyvas ir atskleisti, kaip socialinių veiksnių sankirtos formuoja vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus.

**Tyrimo imtis** formuota atsižvelgiant į tyrimo tikslą, pasirinktą mišrių metodų dizainą ir galimybes pasiekti skirtingas socialines gyventojų grupes. Kiekybinio tyrimo atveju tiriamąją populiaciją sudaro Lietuvos Respublikos gyventojai nuo 18 metų amžiaus, kurie naudojami arba turi galimybę naudotis e. sveikatos paslaugomis.

Imties dydžiui nustatyti taikyta Cochran (1977) formulė begalinei populiacijai, plačiai naudojama socialiniuose tyrimuose imties dydžiui apskaičiuoti:

$$n = \frac{z^2 * p(1 - p)}{e^2}$$

kur:

n – imties dydis;

z – patikimumo lygmuo (1,96);

e – leistina paklaida (0,05);

p – maksimali variacija (0,5).

Pagal šią formulę apskaičiuotas minimalus rekomenduojamas imties dydis:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5(1 - 0,5)}{0,05^2} \approx 384$$

Šis dydis laikytinas orientaciniu, kadangi Cochran (1977) formulė taikoma tik tikimybinės atrankos atveju. Tyrime naudota netikimybinė (patogioji) atranka, todėl rezultatų taikymo galimybės visai populiacijai yra ribotos. Kadangi nėra galimybės taikyti paprastosios atsitiktinės atrankos iš visos populiacijos sąrašo, pasirinkta patogioji atranka, siekiant surinkti kuo didesnę ir įvairesnę respondentų imtį. Siekiant padidinti imties įvairovę, duomenų rinkimo metu siekiama įtraukti skirtingų socialinių grupių respondentus, atsižvelgiant į pagrindinius interseksionalumo veiksnius: amžių, lytį, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, finansinę padėtį ir skaitmeninių įgūdžių lygį. Duomenys rinkti elektroniniu būdu 2026 m. balandžio mėnesį. Galutinis surinktas kiekybinio tyrimo imties dydis – 183.

Kokybinio tyrimo atveju taikyta tikslinė atranka. Iš viso per 2026 m. balandžio mėnesį atlikti penki pusiau struktūruoti interviu: dalis su sveikatos priežiūros specialistais, dirbančiais su e. sveikatos sistema, ir dalis su Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais bei politiką formuojančiais ekspertais. Atrankos kriterijai apima profesinę patirtį su e. sveikatos paslaugomis, pareigų lygmenį ir gebėjimą pateikti įžvalgas apie skirtingų socialinių grupių patirtis. Tokia atrankos strategija sudaro prielaidas derinti kiekybinį tyrimo mastą su kokybine duomenų įvairove, būtina socialinių veiksnių sankirtai atskleisti. Tai atitinka kokybinių tyrimų logiką, kurioje svarbiausia yra imties tinkamumas tyrimo tikslui, o ne jos dydis (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014), bei leidžia išsamiau analizuoti skirtingų socialinių grupių patirtis e. sveikatos paslaugų kontekste. Siekiant užtikrinti dalyvių anonimiškumą ir sistemingai struktūruoti kokybinius duomenis, parengta interviu informantų kodavimo lentelė (žr. 11 lentelę).

**11 lentelė.** Interviu informantų kodavimo lentelė (sudaryta autorės, 2026)

Informanto kodas	Informanto grupė	Apibūdinimas
SP1	Sveikatos priežiūros specialistas	Dirba su e. sveikatos sistema kasdieninėje praktikoje
SP2		
SP3		
SP4		
MA1	Sveikatos apsaugos ministerijos atstovas	Užsiima e. sveikatos politikos formavimu

Lentelėje pateikta informantų kodavimo sistema atskiria dvi pagrindines informantų grupes – sveikatos priežiūros specialistus ir politikos formavimo atstovus. Tokia kodavimo struktūra leidžia analizės metu nuosekliai identifikuoti skirtingų grupių įžvalgas, užtikrinant jų anonimiškumą. Be to, ji sudaro prielaidas palyginti skirtingų informantų grupių patirtis ir integruoti kokybinius duomenis su kiekybinio tyrimo rezultatais.

**Duomenų analizės metodai.** Kiekybiniai duomenys analizuoti naudojant statistinę programą SPSS 27. Taikyti aprašomosios statistikos metodai, apskaičiuojant dažnius, procentines išraiškas, vidurkius ir standartinius nuokrypius bei lyginant skirtingų respondentų grupių atsakymus. Kategorinių kintamųjų palyginimui naudotas chi kvadrato testas, o intervalinių kintamųjų vidurkių palyginimui – Stjudent t testas nepriklausomoms imtims. Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti taikyta Spearman koreliacinė analizė. Siekiant užtikrinti analizės tinkamumą, kai kurie kintamieji buvo perkoduoti: gyvenamoji vieta suskirstyta į dvi kategorijas (miestas ir kaimas), o amžius – į penkias grupes (18–34 m., 35–44 m., 45–54 m., 55–64 m., 65 m. ir daugiau). Statistiškai reikšmingais laikyti rezultatai, kai  $p < 0,05$ . Duomenų skirstinio normalumas vertintas taikant Kolmogorov–Smirnov testą ir papildomai analizuojant asimetrijos bei eksceso rodiklius. Nors skirstiniai statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo normaliojo, jų pasiskirstymas laikytas artimu normaliajam, kadangi asimetrijos reikšmės neviršijo  $|2|$ , o eksceso –  $|7|$  (Hair ir kt., 2010). Klausimyne rinkti sociodemografiniai duomenys apėmė lytį, amžių, gyvenamąją vietą, išsilavinimą, užimtumą, finansinę padėtį, sveikatos būklę ir interneto prieigą. Vis dėlto lyginamajai statistinei analizei pasirinkti lyties, amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos kintamieji, kadangi mokslinėje literatūroje jie laikomi vienais svarbiausių socialinės diferenciacijos rodiklių ir tiesiogiai siejami su vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumais. Kiti klausimyne pateikti rodikliai į grupių palyginamąją analizę nebuvo įtraukti dėl riboto statistinio informatyvumo, netolygaus grupių pasiskirstymo arba dėl to, kad buvo naudojami papildomai respondentų charakteristikai apibūdinti. Toks sprendimas leido užtikrinti analizės nuoseklumą ir aiškesnę rezultatų interpretaciją.

Kokybiniai duomenys analizuoti taikant teminės analizės metodą, išskiriant pagrindines temas ir potemes, atspindinčias vartotojų patirtis bei veiksnių sąveiką (Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas, 2017; Nassaji, 2020). Kiekybiniai ir kokybiniai duomenys analizuoti lygiagrečiai, o vėliau integruoti siekiant trianguliacijos ir gilesnio socialinių veiksnių sankirtos supratimo (Creswell ir Plano Clark, 2018). Toks metodų derinimas leidžia palyginti skirtingų metodų rezultatus ir stiprina tyrimo patikimumą.

**Tyrimo etika.** Tyrimo etikos principai užtikrinami informuojant respondentus ir informantus apie tyrimo tikslą, duomenų naudojimo paskirtį, dalyvavimo savanoriškumą ir galimybę bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti tyrime. Taip pat garantuotas respondentų anonimiškumas ir konfidencialumas,

užtikrinant, kad surinkti duomenys bus naudojami tik moksliniais tikslais. Interviu atveju garso įrašai atlikti tik gavus aiškų informantų sutikimą, o surinkta informacija buvo anonimizuota. Duomenys saugomi laikantis konfidencialumo principų ir neperduodami tretiesiems asmenims. Kaip pažymi Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas (2017), kokybinio tyrimo vertė yra tiesiogiai susijusi su tyrėjo laikysena viso proceso metu, nes „tik etiškai atliktas kokybinis tyrimas mokslo pasaulyje atpažįstamas, pripažįstamas ir laikomas vertingu“, todėl tyrėjas privalo atsakingai rinkti, analizuoti ir pateikti duomenis, išlaikydamas jų autentiškumą ir neiškraipydamas tiriamo reiškinių prasmės.

**Tyrimo ribotumai ir rizikos.** Atliekant tyrimą įvertinami galimi jo ribotumai ir metodologinės rizikos. Kiekybinio tyrimo atveju pagrindinis ribotumas susijęs su patogiosios atrankos taikymu, todėl rezultatai negali būti laikomi reprezentatyviais visai Lietuvos gyventojų populiacijai. Pažymėtina ir tai, kad duomenų rinkimas elektroniniu būdu gali lemti atrankos šališkumą – lengviau pasiekiami asmenys, aktyviai besinaudojantys skaitmeninėmis priemonėmis. Tai itin aktualu tiriant e. sveikatos paslaugų prieinamumą, kuris tiesiogiai susijęs su skaitmeninių išteklių prieiga.

Papildomą neapibrėžtumą įneša pats duomenų pobūdis. Tyrimas remiasi dalyvių savęs vertinimu, todėl atsakymai neišvengiamai persipina su jų asmeninėmis nuostatomis, prisiminimų tikslumu ar noru pateikti save palankiau. Tai reiškia, kad duomenis reikalinga skaityti atsargiau, atsivelgiant į šias aplinkybes. Kokybiniame tyrime svarbus ir interpretacijos momentas. Prasminiai ryšiai neatsiranda savaime – jie atpažįstami ir paaiškinami per tyrėjo analizę. Dėl to galima manyti, kad rezultatuose visuomet išlieka tam tikras tyrėjo požiūrio pėdsakas. Interviu dalyvių įžvalgos taip pat susietos su jų profesine ir institucine patirtimi, todėl geriau padeda suprasti, kaip reiškinys veikia konkrečiose situacijose. Rezultatų interpretaciją veikia ir kontekstas. Vartotojų patirtys priklauso nuo konkrečių situacijų, kurios gali kisti, todėl gauti duomenys atspindi tam tikras kryptis, o ne stabilias išvadas. Prie to prisideda ir tai, kad e. sveikatos sistema nėra statiška – keičiasi jos funkcijos, reguliavimas, praktinis taikymas. Dėl to tyrimo rezultatai susiję su tam tikru laikotarpiu ir jo sąlygomis. Akcentuotina, kad šių ribotumų poveikis buvo mažinamas derinant skirtingus duomenų šaltinius ir juos tarpusavyje lyginant. Analizė remiasi iš anksto apibrėžtu teoriniu modeliu, kuris padėjo išlaikyti nuoseklumą. Todėl tokia prieiga leidžia pagrįstai aiškinti socialinių veiksnių sankirtas ir jų reikšmę vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas. Išsamesnė kiekybinių ir kokybinių rezultatų analizė pateikiama tolesniuose poskyriuose.

*Apibendrinant galima teigti, kad šiame tyrime pasirinkta mišri tyrimo strategija yra tinkama socialinių veiksnių sankirtos įtakai vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas tirti. Kiekybinės anketinės apklausos ir kokybinio pusiau struktūruoto interviu derinimas sudaro galimybę nagrinėjamą reiškinį analizuoti tiek statistiniu, tiek giluminiu lygmeniu. Taikytini tyrimo instrumentai parengti remiantis teoriniu vartotojų įsitraukimo modeliu interseksionalumo perspektyvoje, todėl užtikrintas nuoseklus teorinių prielaidų ir empirinio tyrimo ryšys. Pasirinkti duomenų rinkimo, atrankos ir analizės metodai sudaro prielaidas atskleisti bendras vartotojų įsitraukimo tendencijas, bei socialinių veiksnių sankirtos nulemtus netolygumus. Nors tyrimas turi tam tikrų ribotumų, mišriųjų metodų taikymas ir duomenų trianguliacija sustiprina tyrimo patikimumą. Toliau pateikiama empirinio tyrimo rezultatų analizė.*

### **3.2. E. sveikatos paslaugų plėtra ir vartotojų įsitraukimo netolygumai Lietuvoje**

Šiame poskyryje analizuojama e. sveikatos paslaugų plėtra Lietuvoje, daugiausia dėmesio skiriant jų faktiniam naudojimui, vartotojų įsitraukimo ypatumams bei pasireiškiantiems netolygumams.

Ankstesniuose skyriuose buvo nagrinėti e. sveikatos paslaugų teoriniai pagrindai bei teisinis reguliavimas, apibrėžiantis jų veikimo sąlygas ir vartotojų įsitraukimo prielaidas, tačiau formaliai nustatytos taisyklės ir technologinės galimybės savaime neužtikrina realaus vartotojų dalyvavimo. Todėl, siekiant suprasti, kaip e. sveikatos paslaugos funkcionuoja praktikoje, būtina analizuoti jų faktinį naudojimą ir vartotojų įsitraukimo ypatumus Lietuvoje.

Per pastarąjį dešimtmetį e. sveikatos paslaugų plėtra Lietuvoje tapo viena svarbiausių sveikatos sistemos modernizavimo krypčių, siejama su siekiu didinti paslaugų prieinamumą, efektyvumą, mažinti administracinę naštą ir įgalinti pacientus aktyviau dalyvauti savo sveikatos valdyme. Nacionalinė elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (ESPBI IS), pradėta kurti 2015 m., apima pagrindines funkcijas: elektroninius receptus, elektroninius siuntimus, pacientų registraciją, prieigą prie asmens sveikatos duomenų per paciento portalą bei medicininių vaizdų sistemą. Šios infrastruktūros plėtra sudarė prielaidas plačiam paslaugų prieinamumui, tačiau vien technologinis išvystymas neleidžia paaiškinti realaus vartotojų elgesio.

Kaip aptarta teorinėje dalyje, vartotojų įsitraukimą lemia ne tik technologiniai sprendimai, bet ir jų sąveika su socialiniu bei instituciniu kontekstu. Lietuvos atveju tai ypač atsiskleidžia per skirtį tarp aukšto formalaus prieinamumo ir nevienodo faktinio naudojimo. Šis neatitikimas yra aktualus dėl senėjančios visuomenės, regioninių skirtumų ir nevienodų skaitmeninių gebėjimų. Oficialūs duomenys rodo, kad nors sistema techniškai pasiekia didžiąją dalį gyventojų, aktyvus ir nuoseklus naudojimas išlieka ribotas bei netolygus tarp skirtingų socialinių grupių.

Svarbų lūžį e. sveikatos paslaugų plėtroje sukėlė COVID-19 pandemija, kurios metu skaitmeniniai sprendimai tapo būtini užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą. Pandemijos laikotarpiu spartėjo tiek sistemų diegimas, tiek jų naudojimas, o popandeminiu laikotarpiu plėtra orientuota į funkcionalumo gerinimą ir prieinamumo didinimą. Šie procesai buvo aktyviai remiami Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšomis. Vienas reikšmingiausių projektų – „E. sveikatos plėtros projektas“ (2020–2023 m.), kurio vertė siekė 7 474 688,74 Eur, buvo skirtas sistemos optimizavimui, greitaveikos didinimui ir naujų funkcionalumų, įskaitant mobiliąją programėlę, diegimui (esveikata.lt, 2025). Vis dėlto, nepaisant reikšmingų investicijų ir technologinės pažangos, Valstybės kontrolės auditai rodo, kad e. sveikatos sprendimai ne visuomet atitinka realius vartotojų poreikius ir galimybes (Valstybės kontrolė, 2017; 2020; 2025). Tai leidžia daryti prielaidą, kad pagrindiniai iššūkiai slypi ne tik technologijų prieinamume, bet ir jų pritaikyme skirtingoms vartotojų grupėms bei jų realioms naudojimosi sąlygoms.

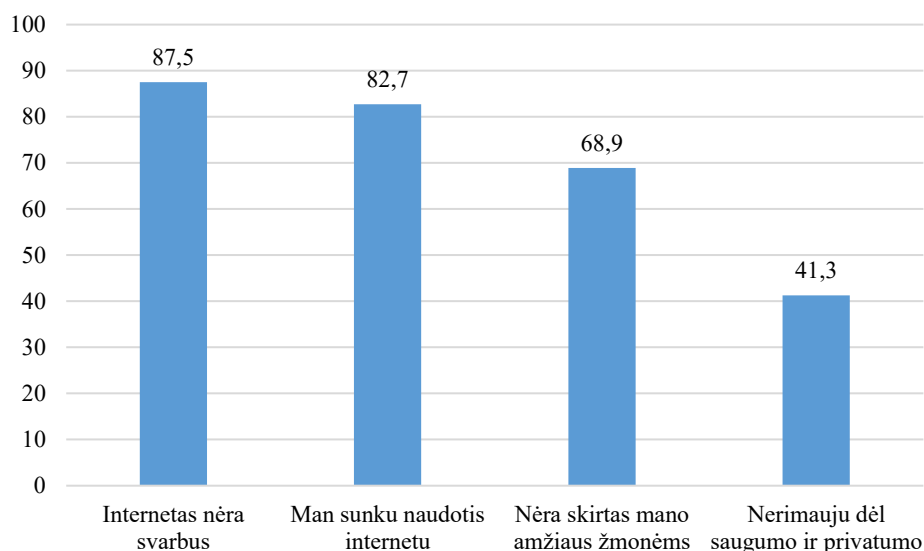
Nepaisant spartaus technologinio vystymosi, e. sveikatos sistemos įgyvendinimas Lietuvoje susidūrė su įvairiais iššūkiais. Valstybės kontrolės auditai parodė, kad sistema ilgą laiką veikė ne visu pajėgumu, o jos naudojimas išliko fragmentiškas ir ne visada atitiko vartotojų poreikius (Valstybės kontrolė, 2017; 2020). Tai rodo, kad vien technologinių sprendimų sukūrimo nepakanka. Jų pritaikymas ir realus naudojimas priklauso nuo platesnių veiksnių. Moksliniai šaltiniai atskleidė, kad svarbus vaidmuo tenka pasitikėjimui sveikatos sistema, duomenų saugumo suvokimui ir ankstesnei patirčiai naudojantis skaitmeninėmis paslaugomis. Tuo tarpu asmenys, kurie jaučia nepasitikėjimą skaitmeninėmis sistemomis ar abejoja duomenų apsauga, yra linkę rečiau naudotis e. sveikatos paslaugomis net ir turėdami techninę galimybę tai daryti. Be to, vartotojų įsitraukimas priklauso nuo sistemos naudojimo paprastumo ir informacijos pateikimo aiškumo, todėl sudėtingesnės ar mažiau intuityvios sistemos funkcijos gali tapti papildomu barjeru. Lietuvos kontekste galima pastebėti, kad e. sveikatos sistema ne visada naudojama tiesiogiai kaip pagrindinė darbo aplinka, o dažnai veikia

kartu su sveikatos priežiūros įstaigų vidinėmis informacinėmis sistemomis. Nors Valstybės kontrolės ataskaitose ši praktika tiesiogiai nėra detalizuojama, jose pabrėžiamas sistemos naudojimo fragmentiškumas ir nepakankamas pritaikymas vartotojų poreikiams (Valstybės kontrolė, 2017; 2020), kas leidžia daryti prielaidą apie alternatyvių naudojimo praktikų egzistavimą. Tai leidžia teigti, kad sistemos techninis funkcionalumas ne visada sutampa su jos patogumu kasdienėje praktikoje.

Lietuvoje vartotojų įsitraukimą taip pat stipriai formuoja psichologiniai ir instituciniai veiksniai. Tyrimai ir Valstybės kontrolės išvados rodo, kad vieni svarbiausių barjerų: pasitikėjimas sveikatos sistema, duomenų saugumo suvokimas bei ankstesnė patirtis naudojantis skaitmeninėmis paslaugomis. Daugelis vyresnio amžiaus ir kaimo vietovių gyventojų vis dar abejoja duomenų apsauga arba jaučia nepasitikėjimą valstybine e. sveikatos sistema, todėl net ir turėdami techninę galimybę renkasi tradicines kontaktines paslaugas (Valstybės kontrolė, 2020, 2025). Atsižvelgiant į šiuos veiksnius, svarbu įvertinti ir e. sveikatos sistemos technologinės plėtros mastą Lietuvoje. Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, į e. sveikatos sistemą kas mėnesį įkeliami apie 8,5 mln. medicinos dokumentų, o kompensuojamieji vaistai išrašomi beveik 100 % elektroniniu būdu (SAM, 2025). Nuo sistemos sukūrimo pradžios duomenų apimtys išaugo daugiau nei 300 kartų – nuo maždaug 340 tūkst. įrašų 2015 m. iki 109 mln. sveikatos įrašų 2024 m. Šiuo metu sistema apjungia beveik 3 000 sveikatos priežiūros įstaigų. Šie duomenys rodo spartų e. sveikatos sistemos technologinės infrastruktūros augimą ir aukštą tam tikrų jos funkcijų įsitvirtinimo lygį (SAM, 2025; esveikata.lt, 2025).

Vis dėlto šie rodikliai pirmiausia atspindi technologinę sistemos plėtrą, todėl neleidžia vertinti realaus vartotojų įsitraukimo tiesiogine prasme. Analizuojant konkrečius naudojimo duomenis, išryškėja reikšmingi skirtumai tarp atskirų funkcijų. Nors elektroniniai receptai yra plačiai naudojami ir tapę kasdienės praktikos dalimi, kitos paslaugos išlieka gerokai mažiau įsitvirtinusios. Pavyzdžiui, savarankiška pacientų registracija sudaro mažiau nei 5 % visų registracijų, o mobiliosios programėlės naudojimas išlieka ribotas – ją kasdien naudoja tik apie 7 tūkst. vartotojų (OECD, 2025; esveikata.lt, 2025). Šį neatitikimą papildė ir skaitmeninių gebėjimų aspektas, kuris Lietuvoje išlieka reikšmingu įsitraukimo barjeru (Eurostat, 2024). Įsitraukimas šiuo atveju suprantamas ne tik kaip techninis paslaugų naudojimas, bet ir kaip aktyvus dalyvavimas sveikatos valdyme – reguliarius sistemos naudojimas, informacijos tikrinimas, savarankiškas sprendimų priėmimas bei skaitmeninių priemonių integravimas į kasdienę priežiūrą. Tyrimai rodo, kad dauguma vartotojų šias paslaugas naudoja kaip papildomą, o ne pagrindinę sveikatos valdymo priemonę (Valstybės kontrolė, 2017; OECD, 2025), todėl aukštas naudojimo rodiklis nebūtinai reiškia aukštą įsitraukimo lygį. Tokie rezultatai leidžia teigti, kad technologinė pažanga savaime nėra pakankama spręsti skaitmeninės nelygybės problemas. Priešingai, ji gali netgi sustiprinti esamas socialines nelygybes, jei nėra sąmoningai taikomi lygybei jautrūs sprendimai, kaip tai pabrėžiama interseksionalumo teorijoje.

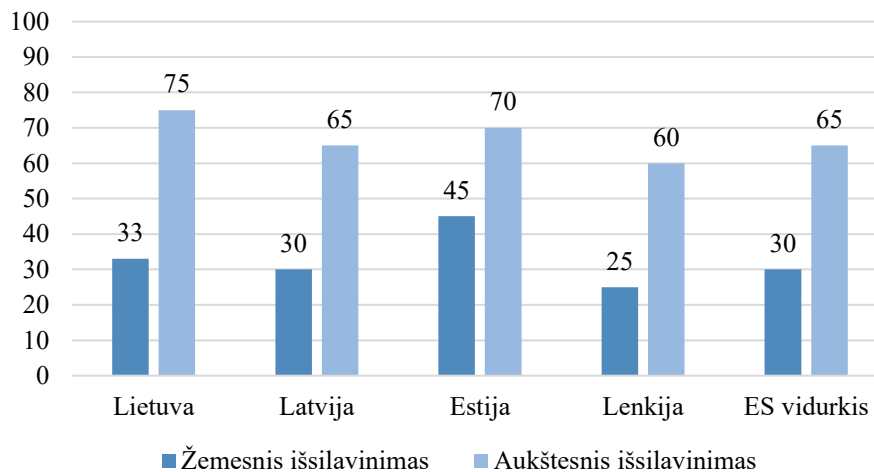
Lietuvos gyventojų skaitmeninio elgesio tendencijos rodo, kad technologinė prieiga savaime neužtikrina aktyvaus dalyvavimo skaitmeninėje aplinkoje. LiDA 0570 (2025) tyrimo duomenys atskleidžia, kad reikšmingą dalį internetu nesinaudojančių gyventojų kliūčių sudaro ekonominiai, infrastruktūriniai, bei su skaitmeniniais gebėjimais, socialiniu technologijų suvokimu bei subjektyviu tinkamumu susiję veiksniai. Darbe naudoti LiDA 0570 (2025) indikatoriai ir jų sąsajos su teorinio modelio dimensijomis pateikiami 13 priede. Pagrindinės internetu nesinaudojimo priežastys Lietuvoje pateikiamos 5 paveiksle.



**5 pav.** Interneto nesinaudojimo priežastys Lietuvoje, proc. (sudaryta autorės, remiantis LiDA 0570 (2025) tyrimo duomenimis)

Remiantis 5 paveiksle pateiktais duomenimis, interneto nenaudojimą reikšmingai lemia socialiniai ir psichologiniai veiksniai, susiję su skaitmeniniu saviveiksmingumu ir socialine tapatybe. Itin aktualu, kad didelė dalis respondentų internetą suvokia kaip jų amžiaus ar socialinei grupei nepritaikytą erdvę. Tai leidžia skaitmeninę atskirtį interpretuoti kaip sociotechninį reiškinį. Pažymėtina, kad šios tendencijos siejasi su šiame darbe analizuojamu skaitmeninio pozicionalumo samprata.

Svarbiu veiksniumi, paaiškinančiu šiuos skirtumus, išlieka skaitmeninė atskirtis. Eurostat duomenimis, tik apie 56 % Lietuvos gyventojų turi bent bazinius skaitmeninius įgūdžius, o didžiausi atotrūkiai pastebimi tarp vyresnio amžiaus, mažesnio išsilavinimo ir kaimo vietovių gyventojų (Eurostat, 2024). Šie skirtumai lemia nevienodas galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis ir tiesiogiai veikia vartotojų įsitraukimo lygį. Svarbu pažymėti, kad šie veiksniai dažnai veikia ne izoliuotai, o tarpusavio sąveikoje. Pavyzdžiui, vyresnio amžiaus, mažesnio išsilavinimo ir kaimo vietovėse gyvenantys asmenys gali patirti kumuliacinius barjerus, kurie ženkliai riboja jų galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis. Tokia situacija atspindi intersekcionalumo principus – skirtingų socialinių veiksnių sankirta sukuria specifines, dažnai nematomas nelygybės formas. Šiuos vartotojų įsitraukimo skirtumus pagal socialinius veiksniai aiškiai iliustruoja e. sveikatos paslaugų naudojimo pagal išsilavinimą duomenys Lietuvoje ir kitose Europos Sąjungos šalyse (žr. 6 pav.).



**6 pav.** E. sveikatos paslaugų naudojimas pagal išsilavinimą Lietuvoje ir ES šalyse, 2024 m., proc. (sudaryta autorės pagal Eurostat (2024) duomenis, pateiktus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos vizualizacijoje)

Pateikti duomenys rodo reikšmingus e. sveikatos paslaugų naudojimo skirtumus pagal išsilavinimą tiek Lietuvoje, tiek kitose ES šalyse. Lietuvoje aukštesnį išsilavinimą turintys gyventojai e. sveikatos paslaugomis naudojasi daugiau nei du kartus dažniau nei žemesnio išsilavinimo grupė. Panaši tendencija matoma ir kaimyninėse šalyse, tai leidžia teigti, kad socialiniai veiksniai yra sisteminis vartotojų įsitraukimą lemiantis veiksnys. Nors grafike pateikiamas vienas socialinis aspektas, realybėje šie skirtumai dažnai persidengia su kitais veiksniais, tokiais kaip amžius ar gyvenamoji vieta, taip formuodami sudėtingesnius įsitraukimo netolygumus.

Institucinės pastangos – ES finansuojami projektai, sistemos tobulinimas ar informavimo iniciatyvos yra reikšmingos. Tačiau Valstybės kontrolės vertinimai atskleidžia, kad jų dar nepakanka, jog paslaugos būtų vienodai prieinamos visoms gyventojų grupėms. Naujausios Valstybės kontrolės (2025) išvados taip pat atkreipia dėmesį į išliekančius sisteminius sunkumus. Vis dar aktuali problema nepaisant skaitmeninių sprendimų plėtros yra pacientų eilės. Tai patvirtina, kad technologiniai sprendimai turi būti vertinami platesniame kontekste. Jų poveikis siejasi su organizacinėmis praktikomis ir socialinėmis aplinkybėmis. Papildomai pažymėtina, kad Lietuvoje 2024 m. apie 5,6 % gyventojų nurodė negalėję gauti reikalingos medicininės pagalbos dėl kainos, laukimo trukmės ar atstumo. Šis rodiklis viršija ES vidurkį, kuris siekia 3,6 % (OECD/European Commission, 2025).

*Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvoje e. sveikatos sistema pasižymi aukštu technologiniu brandumu ir reikšmingomis ES bei valstybės investicijomis, tačiau vartotojų įsitraukimas išlieka ribotas ir netolygus dėl socialinių veiksnių sankirtos. Analizė rodo aiškų atotrūkį tarp formalaus prieinamumo ir realaus naudojimo būtent Lietuvos kontekste, kur senstanti visuomenė, regioniniai skirtumai ir skaitmeninių įgūdžių atotrūkis yra ypač aktualūs. Remiantis antriniais duomenimis, šiuo etape negalima iki galo atskleisti, kaip konkrečiai socialinių veiksnių sankirta veikia skirtingų gyventojų grupių patirtis Lietuvoje. Todėl siekiant gilesnio supratimo ir praktinių rekomendacijų formavimo, būtinas empirinis tyrimas, kuris pristatomas kitame poskyryje.*

### 3.3. Empirinio tyrimo rezultatų analizė ir aptarimas

Šioje dalyje pristatomi kiekybinio tyrimo rezultatai, siekiant įvertinti vartotojų naudojamą e. sveikatos paslaugomis, jų įsitraukimo lygį ir šiuos procesus lemiančius veiksniai.

### 3.3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai

Duomenų analizė grindžiama teoriniu vartotojų įsitraukimo modeliu, todėl kiekybiniai duomenys struktūruojami pagal pagrindines modelio dimensijas. Atsižvelgiant į tai, analizė pateikiama pagal teminius blokus, apimančius e. sveikatos paslaugų prieigą ir naudojimąsi, naudojimo pobūdį, vartotojų įsitraukimą, technologinę prieigą bei skaitmeninius įgūdžius, taip pat naudojimąsi ribojančius ir skatinančius veiksnius. Tokia leidžia nuosekliai įvertinti skirtingus vartotojų įsitraukimo aspektus ir empiriškai patikrinti teorinio modelio dimensijų tarpusavio sąveiką. Siekiant apibūdinti tyrimo imtį, pirmiausia pateikiami respondentų sociodemografiniai rodikliai (žr. 12 lentelę).

**12 lentelė.** Tiriamųjų sociodemografiniai rodikliai (sudaryta autorės, 2026)

<b>Sociodemografiniai rodikliai</b>		<b>n</b>	<b>proc.</b>
Lytis	Moteris	138	75,4
	Vyras	42	23,0
	Nenoriu atskleisti	3	1,6
Amžius	18–24 m.	6	3,3
	25–34 m.	20	10,9
	35–44 m.	50	27,3
	45–54 m.	51	27,9
	55–64 m.	30	16,4
	65 m. ir daugiau	26	14,2
Gyvenamoji vieta	Didmiestis	64	35,0
	Miestas	65	35,5
	Miestelis	18	9,8
	Kaimo vietovė	36	19,7
Išsilavinimas	Pagrindinis	12	6,6
	Vidurinis	16	8,7
	Profesinis	30	16,4
	Aukštasis neuniversitetinis (kolegija)	42	23,0
	Aukštasis universitetinis	83	45,4
Užimtumas	Dirbu	135	73,4
	Studijuoju	1	0,5
	Dirbu ir studijuoju	19	10,3
	Esu bedarbis (-ė)	6	3,3
	Esu senjoras (-ė)	20	10,9
	Kita	3	1,6
Finansinės padėties vertinimas	Labai gera	24	13,1
	Gera	69	37,7
	Vidutinė	65	35,5
	Bloga	24	13,1
	Labai bloga	1	0,5

Sociodemografiniai rodikliai		n	proc.
Bendra sveikatos būklė	Labai gera	14	7,7
	Gera	101	55,8
	Vidutinė	57	31,5
	Bloga	8	4,4
	Labai bloga	1	0,6
Interneto prieiga namuose	Taip	182	99,5
	Ne	1	0,5

12 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad tyrime daugiausia dalyvavo moterys, o didžiausią respondentų dalį sudarė 35–54 metų amžiaus asmenys. Daugiau nei pusė apklaustųjų gyveno mieste ar didmiestyje, beveik pusė turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, o dauguma buvo dirbantys. Beveik visi respondentai nurodė turintys interneto prieigą namuose. Tai rodo galimą skaitmeniškai aktyvesnių ir sveikatos paslaugomis labiau besinaudojančių grupių dominavimą imtyje.

**Naudojimasis e. sveikatos paslaugomis.** Pirmiausia analizuojama e. sveikatos paslaugų prieiga ir faktinis naudojimasis. Nustatyta, kad e. sveikatos paslaugomis bent kartą naudojosi 89,1 proc. respondentų, o 10,9 proc. nurodė, jog šiomis paslaugomis nesinaudojo. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis skirtumai pagal sociodemografinius rodiklius pateikti 13 lentelėje.

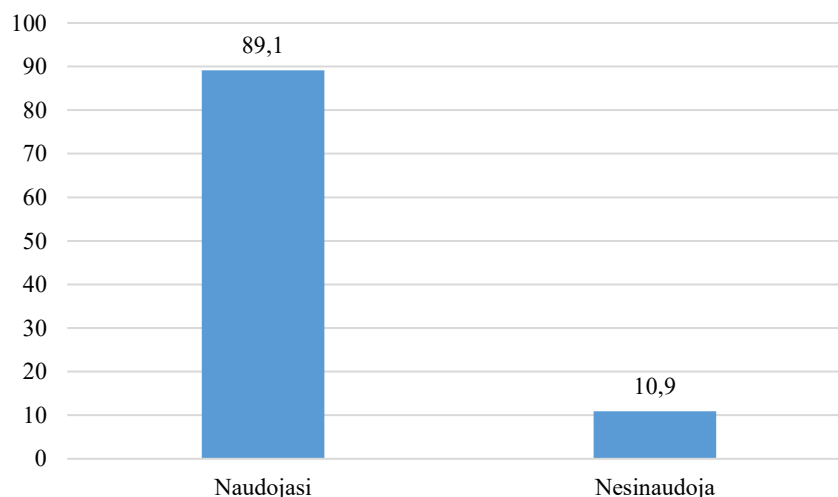
**13 lentelė.** Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis skirtumai pagal sociodemografinius veiksnius (sudaryta autorės, 2026)

Ar esate bent kartą naudojęsi (-usi) e. sveikatos paslaugomis?	Sociodemografiniai rodikliai	n	proc.	$\chi^2$	p
Lytis	Vyras	32	76,2	8,944	0,003
	Moteris	128	92,8		
Amžius	18-34 m.	23	92,0	24,441	<0,001
	35-44 m.	47	97,9		
	45-54 m.	45	90,0		
	55-65 m.	28	93,3		
	65 m. ir daugiau	16	61,5		
Išsilavinimas	Pagrindinis	9	75,0	20,670	<0,001
	Vidurinis	12	75,0		
	Profesinis	22	73,3		
	Aukštasis neuniversitetinis	37	90,2		
	Aukštasis universitetinis	79	98,8		
Gyvenamoji vieta	Miestas	119	93,0	7,766	<0,005
	Kaimas	40	78,4		

Palyginus naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis pagal sociodemografinius rodiklius, nustatyta, kad naudojimasis statistiškai reikšmingai priklauso nuo lyties ( $\chi^2 = 8,944$ ;  $p = 0,003$ ), amžiaus ( $\chi^2 = 24,441$ ;  $p < 0,001$ ), išsilavinimo ( $\chi^2 = 20,670$ ;  $p < 0,001$ ) ir gyvenamosios vietos ( $\chi^2 = 7,766$ ;  $p = 0,005$ ). Moterys šiomis paslaugomis naudojosi dažniau nei vyrai, o 65 metų ir vyresni respondentai – rečiau nei jaunesnių amžiaus grupių atstovai. Taip pat nustatyta, kad naudojimasis didėja augant

išsilavinimo lygiui, o mieste gyvenantys respondentai šiomis paslaugomis naudojasi dažniau nei kaimo vietovių gyventojai. Rezultatai rodo, kad naudojimas e. sveikatos paslaugomis nėra nulemtas vieno veiksnio – jį formuoja kelių sociodemografinių charakteristikų sąveika, ypač amžiaus ir išsilavinimo derinys. Nustatyti naudojimosi e. sveikatos paslaugomis skirtumai pagal amžių, išsilavinimą ir gyvenamąją vietą (13 lentelė) rodo, kad vartotojų įsitraukimas nėra vien individualaus pasirinkimo klausimas. Šie rezultatai dera su teorinėje dalyje aptarta skaitmeninės atskirties samprata ir intersekcionalumo perspektyva. LiDA 0570 (2025) duomenys dera su šiais rezultatais, nes tokie netolygumai formuojasi kelių socialinių aplinkybių sankirtoje, kaip numato teorinis modelis.

Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pasiskirstymas vizualiai pateiktas 7 paveiksle.



7 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis, proc. (sudaryta autorės, 2026)

Kaip matyti iš paveikslo, didžioji dauguma respondentų naudojasi e. sveikatos paslaugomis, o nesinaudojančių dalis yra santykinai nedidelė. Tai patvirtina, kad e. sveikatos paslaugų prieinamumas tyrimo imtyje yra aukštas, tačiau, atsižvelgiant į anksčiau nustatytus statistiškai reikšmingus skirtumus tarp sociodemografinių grupių, šis aukštas naudojimo lygis nėra pasiskirstęs tolygiai. Šie rezultatai rodo, kad vien techninė prieiga prie e. sveikatos paslaugų neužtikrina jų lygaus naudojimo. Gauti rezultatai siejasi su teorinėmis įžvalgomis, kad skaitmeninių viešųjų paslaugų naudojimą lemia ne vien technologinis prieinamumas, bet ir vartotojų socialiniai bei skaitmeniniai ištekliai (van Dijk, 2020; Helsper, 2021). Intersekcionalumo požiūriu tai reiškia, kad socialinių veiksnių sankirta formuoja nevienodas realias galimybes įsitraukti į e. sveikatos paslaugų naudojimą. Todėl toliau analizuojama, kokiomis konkrečiomis paslaugomis respondentai naudojasi ir kokio pobūdžio yra šis naudojimas.

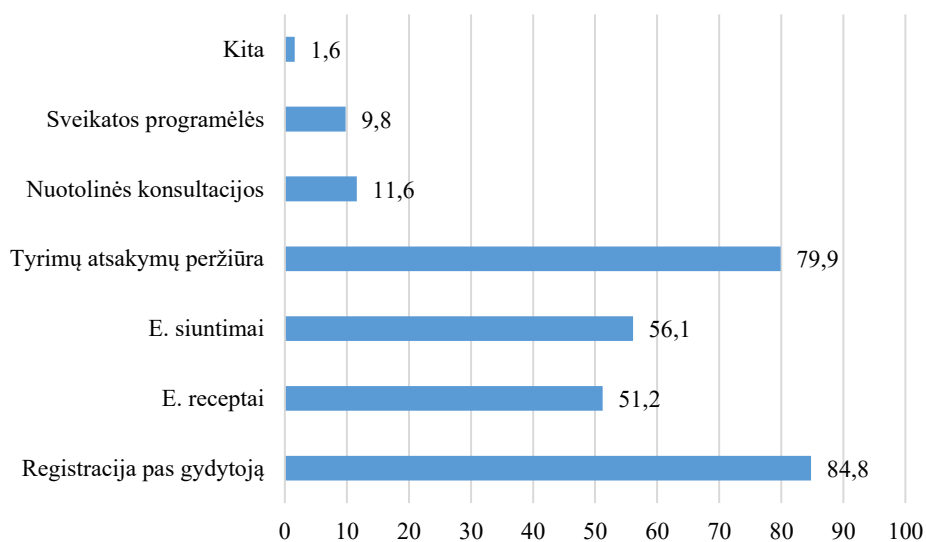
**Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pobūdis.** Analizuojant, kokiomis e. sveikatos paslaugomis naudojasi respondentai, nustatyta, kad dažniausiai naudojamos registracija pas gydytoją internetu ir tyrimų atsakymų peržiūra. Daugiau nei pusė respondentų taip pat naudojosi e. siuntimais ir e. receptais, tuo tarpu nuotolinės konsultacijos ir sveikatos programėlės buvo naudojamos rečiausiai (žr. 14 lentelę).

**14 lentelė.** Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pasiskirstymas pagal paslaugų rūšis (sudaryta autorės, 2026)

Kokiomis e. sveikatos paslaugomis esate naudojęsis (-usi)?	n	proc.
Registracija pas gydytoją	139	84,8
E. receptai	84	51,2
E. siuntimai	92	56,1
Tyrimų atsakymų peržiūra	131	79,9
Nuotolinės konsultacijos	19	11,6
Sveikatos programėlės	16	9,8
Kita	3	1,6

Duomenys rodo, kad respondentai dažniausiai naudojami registracija pas gydytoją internetu (84,8 proc.) ir tyrimų atsakymų peržiūra (79,9 proc.). Daugiau nei pusė respondentų taip pat naudojami e. siuntimais (56,1 proc.) ir e. receptais (51,2 proc.), tuo tarpu nuotolinės konsultacijos (11,6 proc.) ir sveikatos programėlės (9,8 proc.) buvo naudojamos rečiau.

Skirtingų e. sveikatos paslaugų naudojimo pasiskirstymas vizualiai pateiktas 8 paveiksle.



**8 pav.** E. sveikatos paslaugų naudojimo pasiskirstymas, proc. (sudaryta autorės, 2026)

Iš pateiktų duomenų matyti, kad e. sveikatos paslaugos šiuo metu Lietuvoje pirmiausia atlieka administracinę funkciją. Dažniausiai naudojamos paslaugos yra susijusios su registracija ir informacijos peržiūra, tuo tarpu aktyvesnio įsitraukimo reikalaujančios funkcijos naudojamos rečiau. Toks administracinių paslaugų dominavimas leidžia paaiškinti vidutinį bendrą įsitraukimo lygį – respondentai naudojami sistema pagal poreikį, tačiau retai įtraukia ją į nuolatinį sveikatos valdymą.

Analizuojant skirtumus tarp sociodemografinių grupių nustatyta, kad daugumos paslaugų naudojimas pagal lytį statistiškai reikšmingai nesiskyrė, išskyrus nuotolines konsultacijas, kuriomis naudojosi tik moterys ( $\chi^2 = 5,070$ ;  $p = 0,024$ ). Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis skirtumai pagal sociodemografinius rodiklius pateikiami 3 priede (1-4 lentelės). Amžiaus atžvilgiu nustatyta, kad e. siuntimų naudojimas statistiškai reikšmingai skyrėsi ( $\chi^2 = 13,791$ ;  $p = 0,008$ ) – vyresnio amžiaus respondentai jais naudojami rečiau. Pagal išsilavinimą taip pat nustatyta, kad aukštesnis išsilavinimo

lygis statistiškai reikšmingai siejasi su dažnesniu e. receptų ( $\chi^2 = 17,175$ ;  $p = 0,002$ ) ir e. siuntimų ( $\chi^2 = 14,861$ ;  $p = 0,005$ ) naudojimu. Gyvenamosios vietos atžvilgiu statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, nors pastebėta, kad miesto gyventojai šiomis paslaugomis naudojami kiek dažniau. Šie rezultatai siejasi su tolesnėje analizėje aptariamu įsitraukimo lygiu, kuris taip pat rodo netolygų e. sveikatos paslaugų naudojimą tarp skirtingų grupių. Analizuojant skirtumus tarp sociodemografinių grupių matyti intersekcionalumo raiška: moterys, jaunesnio ir vidutinio amžiaus bei aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai dažniau naudojami aktyvesnėmis paslaugomis (e. siuntimais, e. receptais), o vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo ir kaimo gyventojai dažniau apsiriboja administracinėmis funkcijomis. Tai rodo, kad socialinių veiksnių sankirta (amžius, išsilavinimas ir gyvenamoji vieta) formuoja ne tik bendrą naudojimosi tikimybę, bet ir paslaugų naudojimo gylį. Siekiant tai įvertinti išsamiau, toliau analizuojamas naudojimosi dažnumas ir subjektyvus įsitraukimo vertinimas. Gauti rezultatai dera su teorinėmis išvalgomis, kad vartotojų įsitraukimas į skaitmenines paslaugas formuojasi per kelių socialinių veiksnių sąveiką, o ne dėl vienos izoliuotos charakteristikos (Heard ir kt., 2020; Netto ir kt., 2025). Tai patvirtina, kad skirtingos socialinės padėties lemia nevienodas galimybes naudotis sudėtingesnėmis e. sveikatos funkcijomis ir aktyviau įsitraukti į sveikatos valdymą.

**Įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas lygis.** Nors bendras įsitraukimo lygis daugiausia vidutinis, svarbu išsiaiškinti, kaip respondentai patys vertina e. sveikatos paslaugas ir kokie veiksniai formuoja jų požiūrį.

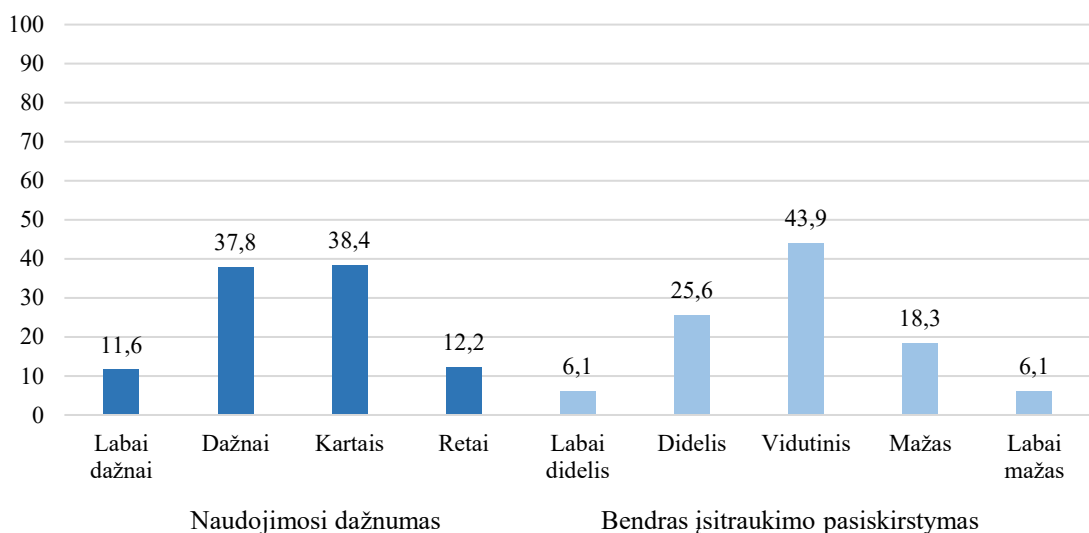
Siekiant įvertinti vartotojų įsitraukimą, analizuotas naudojimosi dažnumas ir subjektyvus įsitraukimo vertinimas (žr. 15 lentelę).

**15 lentelė.** Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnumo ir bendro įsitraukimo pasiskirstymas (sudaryta autorės, 2026)

<b>Kaip dažnai naudojate e. sveikatos paslaugas?</b>	<b>n</b>	<b>proc.</b>
Labai dažnai	19	11,6
Dažnai	62	37,8
Kartais	63	38,4
Retai	20	12,2
<b>Kaip vertintumėte savo bendrą įsitraukimą į e. sveikatos paslaugų naudojimą?</b>	<b>n</b>	<b>proc.</b>
Labai didelis	10	6,1
Didelis	42	25,6
Vidutinis	72	43,9
Mažas	30	18,3
Labai mažas	10	6,1

Analizuojant naudojimosi dažnumą nustatyta, kad respondentai dažniausiai e. sveikatos paslaugomis naudojami kartais (38,4 proc.) arba dažnai (37,8 proc.), tuo tarpu labai dažnas (11,6 proc.) ir retas (12,2 proc.) naudojimas pasitaiko rečiau. Vertinant bendrą įsitraukimą, didžiausia respondentų dalis jį įvardijo kaip vidutinį (43,9 proc.), o didelį ir labai didelį įsitraukimą nurodė apie trečdalis respondentų.

Naudojimosi dažnumo ir bendro įsitraukimo pasiskirstymas pateiktas 9 paveiksle.



**9 pav.** Respondentų naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnumas ir bendras įsitraukimas į jų naudojimąsi, proc. (sudaryta autorės, 2026)

8 paveiksle pateikiami respondentų naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnumo ir bendro įsitraukimo į jų naudojimąsi vertinimo rezultatai. Iš pateiktų duomenų matyti, kad e. sveikatos paslaugos dažniausiai naudojamos pagal poreikį, o ne kaip nuolatinė sveikatos priežiūros valdymo priemonė. Dominuojantis „kartais“ ir „dažnai“ naudojimas bei vidutinis įsitraukimo vertinimas leidžia teigti, kad vartotojų santykis su šiomis paslaugomis išlieka daugiau epizodinis nei nuolatinis. Vidutinis įsitraukimo lygis dera su ankstesniais rezultatais – nors dauguma respondentų bent kartą naudojo paslaugomis, aktyvesnio naudojimo (pvz., nuotolinių konsultacijų) dalis išlieka labai maža. Tai patvirtina, kad e. sveikatos paslaugų naudojimas dažniau apsiriboja pagrindinėmis funkcijomis ir neperauga į nuolatinį įsitraukimą. Analizuojant skirtumus tarp sociodemografinių grupių nustatyta, kad statistiškai reikšmingas skirtumas pasireiškė tik vertinant bendrą įsitraukimą pagal lytį ( $\chi^2 = 12,54$ ;  $p = 0,014$ ) – moterys dažniau nei vyrai savo įsitraukimą vertino kaip didesnę. Kitų reikšmingų skirtumų nenustatyta, nors pastebėtos tam tikros tendencijos. Naudojimosi dažnumo ir bendro įsitraukimo skirtumai pagal sociodemografinius rodiklius pateikiami 4 priede (1–4 lentelės). Šie rezultatai atskleidžia intersekcionalumo raišką: nors vienas veiksnys (lytis) pasireiškia statistiškai reikšmingai, įsitraukimo lygį formuoja kelių sociodemografinių veiksnių sąveika. Lyties, amžiaus ir išsilavinimo deriniai leidžia išskirti skirtingas vartotojų įsitraukimo trajektorijas. Galima daryti prielaidą, kad skaitmeniniai įgūdžiai veikia kaip tarpinis veiksnys tarp išsilavinimo ir įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas. Šie rezultatai siejasi su intersekcionalumo teorine prieiga, kurioje pabrėžiama, kad įsitraukimo netolygumai formuojasi ne dėl vieno izoliuoto veiksnio, o dėl kelių socialinių sąlygų sankirtos (Heard ir kt., 2020; Netto ir kt., 2025). Nors šiame tyrime statistiškai reikšmingai išsiskyrė tik lytis, lyties, amžiaus ir išsilavinimo deriniai leidžia matyti skirtingas vartotojų įsitraukimo trajektorijas. Galima daryti prielaidą, kad skaitmeniniai įgūdžiai veikia kaip tarpinis veiksnys tarp išsilavinimo ir įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas. Tokie rezultatai siejasi su vartotojų požiūriu į e. sveikatos paslaugas, kuris analizuojamas tolesniame poskyryje.

**Požiūris į e. sveikatos paslaugas ir įsitraukimo ypatumai.** Analizuojant respondentų požiūrį į e. sveikatos paslaugas nustatyta, kad jie linkę vertinti jas kaip įprastas, naudingas ir planuoja jomis naudotis ateityje (žr. 16 lentelę).

**16 lentelė.** Įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teiginių vertinimų vidurkiai (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	M	SN
Man e. sveikatos paslaugomis naudotis yra įprasta	2,18	1,01
Prireikus, pirmiausia bandau naudotis e. sveikatos paslaugomis	2,26	1,04
E. sveikatos paslaugos padeda man greičiau gauti reikalingas sveikatos paslaugas	2,49	1,04
Ateityje ketinu ir toliau naudotis e. sveikatos paslaugomis	1,96	0,79
Jei tik įmanoma, renkuosi skaitmeninį, o ne fizinį paslaugos gavimo būdą	2,42	1,19
Esu sumažinęs (-usi) naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis dėl neigiamos patirties	3,71*	1,12
Jei e. sveikatos paslaugomis naudotis būtų per sudėtinga, rinkčiausi jų atsisakyti	2,73*	1,13

\* - neigiamos krypties teiginys

Analizuojant skirtumus nustatyta, kad moterys dažniau nei vyrai e. sveikatos paslaugų naudojimą vertina kaip įprastą. Taip pat nustatyta, kad vyresnis amžius siejasi su mažesniu polinkiu rinktis e. sveikatos paslaugas ir jas naudoti ateityje, o aukštesnis išsilavinimas – su aktyvesniu jų naudojimu ir didesniu įsitraukimu. Atlikta Spearman koreliacinė analizė parodė statistiškai reikšmingus, nors ir silpnus ryšius tarp amžiaus, išsilavinimo ir naudojimosi e. sveikatos paslaugomis intensyvumo. Šie rezultatai siejasi su teorinėmis įžvalgomis, kad vartotojų požiūrį į skaitmenines sveikatos paslaugas formuoja ankstesnė naudojimosi patirtis, pasitikėjimas sistema ir suvokiamas naudojimosi sudėtingumas (Helsper, 2021; van Dijk, 2020). Tyrimo duomenys taip pat patvirtina, kad socialiniai veiksniai daro poveikį ne tik faktiniam naudojimuisi, bet ir vartotojų pasirengimui ateityje rinktis e. sveikatos paslaugas. Detalesni statistiniai ryšiai pateikiami 6 priede (1–3 lentelės).

**Technologinė prieiga ir skaitmeniniai įgūdžiai.** Nors ankstesnėse dalyse matomas aiškus sociodemografinis netolygumas, toliau analizuojama, ar šis netolygumas kyla dėl technologinės prieigos ar kitų veiksnių. Technologinės prieigos ir skaitmeninių įgūdžių skirtumai pagal sociodemografinius rodiklius pateikiami 7 priede (1-3 lentelės). Analizuojant technologinę prieigą ir skaitmeninius įgūdžius nustatyta, kad dauguma respondentų turi tinkamą įrangą ir patikimą interneto ryšį bei vertina savo skaitmeninius įgūdžius kaip pakankamus (žr. 17 lentelę).

**17 lentelė.** Technologinės prieigos ir skaitmeninių įgūdžių teiginių vertinimų vidurkiai (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	M	SN
Turiu tinkamą įrenginį naudotis e. sveikatos paslaugomis	1,64	0,81
Turiu patikimą interneto ryšį	1,62	0,84
Man pakanka skaitmeninių įgūdžių naudotis e. sveikatos sistemomis	1,76	0,95
Naudodamasis (-i) e. sveikatos paslaugomis dažnai susiduriu su techniniais sunkumais	3,32*	1,10
Man lengva prisijungti prie e. sveikatos sistemų	1,88	0,95
Man aišku, kaip atlikti reikiamus veiksmus e. sveikatos sistemoje	2,14	1,05

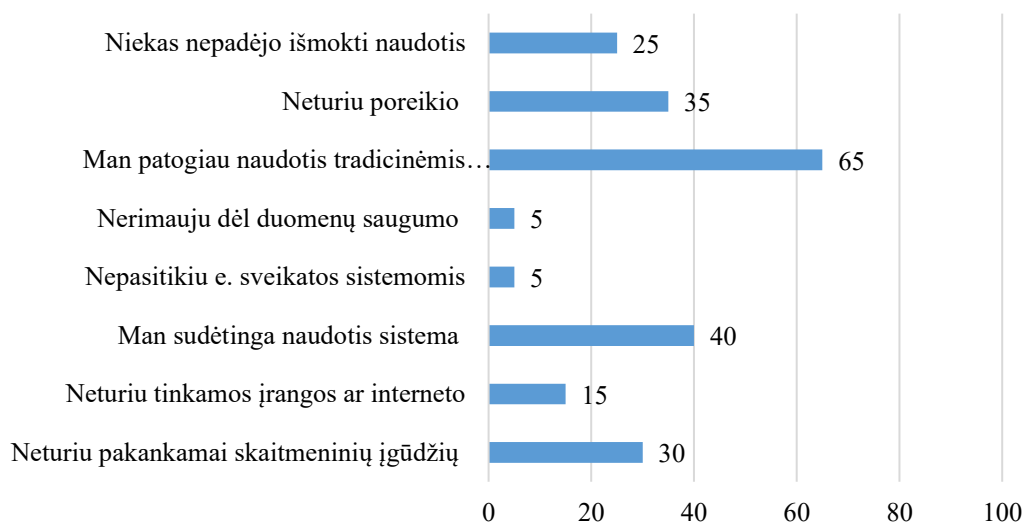
\* - neigiamos krypties teiginys

Gauti rezultatai leidžia kalbėti ne tik apie atskirus technologinės prieigos ir įgūdžių rodiklius, bet ir apie skaitmeninį pozicinalumą – kompleksinę vartotojo padėtį, kuri susiformuoja iš socialinių charakteristikų ir technologinių išteklių sąveikos. Respondentai taip pat linkę teigti, kad jiems lengva prisijungti prie e. sveikatos sistemų, o techniniai sunkumai nėra dažna problema. Nors dauguma respondentų deklaruoja pakankamą prieigą ir įgūdžius, sociodemografiniai skirtumai rodo, kad realus

skaitmeninis pozicionalumas išlieka nevienodas. Tai patvirtina, kad technologiniai veiksniai sąveikauja su socialiniais, o ne veikia izoliuotai. Technologinė prieiga savaime nėra pakankama sąlyga įsitraukimui, nes jos poveikį modifikuoja vartotojų gebėjimai ir socialinės sąlygos. Remiantis prieš tai skyriuose analizuota mokslinė literatūra, skaitmeninė nelygybė e. sveikatos srityje apima ne vien techninę prieigą, bet ir įgūdžius, naudojimosi patirtį bei realią naudą vartotojui (Western ir kt., 2025). Tai patvirtina ir skaitmeninio pozicionalumo sampratą, pagal kurią socialinės charakteristikos, patirtys ir technologiniai išteklių kartu formuoja realias vartotojo galimybes dalyvauti skaitmeninėje aplinkoje (Boxall ir kt., 2025). Panašias tendencijas atskleidžia ir LiDA 0570 (2025) duomenys – 82,7 proc. internetu nesinaudojančių gyventojų nurodė sunkumus naudotis internetu.

Toliau nagrinėjamos nesinaudojimo priežastys bei veiksniai, galintys paskatinti aktyvesnį įsitraukimą. Detalesni suprantamumo, socialinės paramos, pasitikėjimo, organizacinių kliūčių ir socialinių veiksnių vertinimų rezultatai pateikiami 8–12 prieduose.

**Nesinaudojimo priežastys ir įsitraukimą lemiantys veiksniai.** Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastys ir su tuo susiję veiksniai pateikiami 5 priede (1-3 lentelės). Remiantis šiais duomenimis sudarytas 10 paveikslas.



**10 pav.** Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastys, proc. (sudaryta autorės, 2026)

10 paveikslas atskleidžia, kad svarbiausios nesinaudojimo priežastys yra susijusios su įpročiais ir sistemos sudėtingumu, tuo tarpu pasitikėjimo ar duomenų saugumo aspektai yra mažiau reikšmingi. Dažniausiai respondentai nurodė, kad jiems patogiau naudotis tradicinėmis paslaugomis, taip pat paminėtas sistemos sudėtingumas, poreikio nebuvimas ir nepakankami skaitmeniniai įgūdžiai. Rečiausiai minėtos priežastys buvo susijusios su pasitikėjimu ar duomenų saugumu. Analizuojant veiksnius, apsunkinančius naudojimosi pradžia, nustatyta, kad svarbiausi yra įgūdžių trūkumas ir sistemos sudėtingumas, taip pat pasitikėjimo ir informacijos stoka (žr. 5 priedą). Tuo tarpu respondentus labiausiai paskatintų naudotis e. sveikatos paslaugomis paprastesnė sistema, didesnis informuotumas, mokymai ir galimybė gauti pagalbą (žr. 5 priedą). Šie rezultatai rodo, kad pagrindinės kliūtys ir skatinantys veiksniai yra susiję ne tiek su technologine infrastruktūra, kiek su vartotojų gebėjimais, sistemos aiškumu ir informacijos prieinamumu. Pastebėtina, kad nors dauguma respondentų vertina savo skaitmeninius įgūdžius kaip pakankamus, nesinaudojančiųjų grupėje įgūdžių trūkumas ir sistemos sudėtingumas išlieka pagrindinėmis kliūtėmis. Tai iliustruoja

skaitmeninio pozicionalumo svarbą – subjektyvus savęs vertinimas neatitinka realios elgsenos, kai socialinės sąlygos (amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta) susikerta su praktiniais gebėjimais ir sistemos pritaikymu. Nustatyti veiksniai leidžia teigti, kad įsitraukimą ribojančios priežastys tarpusavyje persidengia ir stiprina viena kitą. Gauti rezultatai siejasi su teorinėmis įžvalgomis, kad paslaugų dizainas, aiškumas ir pagalbos mechanizmai gali tapti svarbia įsitraukimo sąlyga, ypač tada, kai vartotojui reikia daugiau savarankiškumo naudojantis sistema (Bitomsky ir kt., 2025; Bierbooms ir kt., 2025). Tai patvirtina, kad įsitraukimo kliūtys kyla ne vien iš individualių gebėjimų stokos, bet ir iš sistemos sudėtingumo bei ribotos vartotojo paramos.

*Apibendrinant kiekybinio tyrimo rezultatus galima teigti, kad nors dauguma respondentų (89,1 %) yra bent kartą naudojęsi e. sveikatos paslaugomis, jų bendras įsitraukimo lygis išlieka vidutinis. Paslaugos daugiausia naudojamos administracinėms funkcijoms (registracija pas gydytoją ir tyrimų atsakymų peržiūra), o aktyvaus sveikatos valdymo priemonės (nuotolinės konsultacijos, sveikatos programėlės) lieka menkai išnaudotos.*

*Nustatyta, kad naudojimasis ir įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas yra aiškiai netolygus: statistiškai reikšmingai dažniau šiomis paslaugomis naudojasi moterys, jaunesnio ir vidutinio amžiaus asmenys, aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai bei miesto gyventojai. Nors technologinė prieiga ir skaitmeniniai įgūdžiai daugumai respondentų nėra pagrindinė kliūtis, didžiausią įtaką naudojimuisi daro sistemos sudėtingumas, skaitmeninių įgūdžių trūkumas, įpročių galia bei informacijos ir pagalbos stoka.*

*Rezultatai patvirtina teorinio modelio dimensijų svarbą ir jų tarpusavio sąveiką. Vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas yra kompleksinis sociotechninis reiškinys, kuriame technologinė prieiga sąveikauja su socialiniais veiksniais. Interseksionalumo perspektyva leidžia matyti, kad ne pavieniai veiksniai, o jų sankirtos (pvz., vyresnis amžius ir/ar žemesnis išsilavinimas ir/ar kaimo vietovė) formuoja skirtingą skaitmeninį pozicionalumą ir galiausiai lemia nevienodas įsitraukimo galimybes. Tai akivaizdžiai iliustruoja, kodėl universalūs sprendimai neužtikrina lygiaverčio dalyvavimo.*

### **3.3.2. Kokybinio tyrimo rezultatai**

Siekiant giliau suprasti kiekybinio tyrimo metu nustatytus vartotojų įsitraukimo netolygumus, papildomai atliktas kokybinis tyrimas. Kiekybiniai duomenys atskleidė bendras tendencijas ir statistinius ryšius, tačiau neleidžia iki galo paaiškinti šių skirtumų formavimosi mechanizmų. Todėl kokybinis tyrimas skirtas išryškinti institucinius, sociotechninius ir praktinius veiksnius, lemiančius vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas.

Analizuojami pusiau struktūruotų interviu su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atstovu bei sveikatos priežiūros specialistais (S1–S4) rezultatai. Tyrimo tikslas – iš institucinio ir praktinio lygmens perspektyvos atskleisti, kaip vertinamas gyventojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas, kokie veiksniai lemia šių paslaugų prieinamumo netolygumus bei kaip šie netolygumai gali būti aiškinami interseksionalumo požiūriu. Duomenų analizė grindžiama teoriniu vartotojų įsitraukimo modeliu, todėl kokybiniai duomenys struktūruoti pagal pagrindines modelio dimensijas: institucinę aplinką, vartotojų įsitraukimo procesą, socialinių veiksmų sankirtą ir skaitmeninį pozicionalumą bei paslaugų dizaino ir reguliavimo sprendimus.

Analizė pradedama nuo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atstovo interviu rezultatų, nes jie leidžia atskleisti institucinį e. sveikatos paslaugų prieinamumo ir vartotojų įsitraukimo kontekstą. Pirmiausia nagrinėjama institucinė aplinka ir prieinamumo samprata, kadangi, remiantis teoriniu modeliu, būtent makro lygmens sprendimai sudaro struktūrinį pagrindą vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas (žr. 18 lentelę).

**18 lentelė.** Institucinė aplinka ir e. sveikatos paslaugų prieinamumo samprata (sudaryta autorės, 2026)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Ministerijos vaidmuo	Strateginis ir koordinacinis vaidmuo	„Mes formuojame iš principo tą nuomonę <...>“ (MA1)
	Informacinių sistemų architektūros formavimas	„<...> kuruodavau pačią architektūrą <...>“ (MA1)
Prieinamumo samprata	Aukštas formalus pasiekiamumas	„Pacientų pasiekiamumas yra iki 90-99 proc.“ (MA1)
	Prieiga ir realus naudojimas	„<...> pasiekiamumas arti šimto, bet kaip įgalinama – kiti klausimai“ (MA1)
Instituciniai ribotumai	Finansiniai, IT ir vadybiniai veiksniai	„<...> nesusidėlioja finansinė pusė <...>“ (MA1)

Lentelės duomenys rodo, kad instituciniu lygmeniu e. sveikatos paslaugų prieinamumas vertinamas palankiai, tačiau kartu atsiskleidžia skirtumas tarp techninės prieigos ir realaus naudojimosi praktikoje. Ministerijos vaidmuo siejamas su strateginių krypčių nustatymu bei informacinių sistemų architektūros formavimu. Informantas pasakoja, kad anksčiau „<...> *kuruodavau pačią architektūrą, idėją, struktūrinį, kodėl, kada ir kaip tą padaryti* <...>“ (MA1). Tai rodo, jog vartotojų įsitraukimo sąlygos formuojamos dar planavimo ir technologinių sprendimų lygmenyje. Interviu metu bendras sistemos prieinamumas vertinamas gana pozityviai – anot informanto, „<...> *situacija, turbūt, plačiai žiūrint, nėra bloga* <...>“ (MA1). Vis dėlto pokalbyje buvo pabrėžiama, kad vyresnio amžiaus gyventojams dažnai reikalinga artimųjų pagalba ar įgaliojimai per šeimos gydytoją, todėl formalus pasiekiamumas ne visais atvejais sutampa su savarankišku naudojimu.

Gauti rezultatai atskleidžia teorinio modelio veikimo logiką. Išorinė aplinka tiesiogiai nenulemia vartotojų elgsenos, tačiau per reguliavimo ir technologinius sprendimus sukuria tam tikras naudojimosi sąlygas. Institucinis lygmuo šiuo atveju yra struktūrinis pagrindas, nuo kurio priklauso galimos įsitraukimo trajektorijos. Informantas (MA1) pabrėžia, kad „*Lietuvoje tikrai 90–100 procentų gyventojų pasiekia sveikatos įrašus* <...>“, tačiau pats prieinamumas dar nepasako, kaip dažnai ar kaip savarankiškai gyventojai naudojami sistema kasdienėse situacijose. Dalis kliūčių atsiranda jau praktiniame lygmenyje, kai susiduriama su finansiniais, vadybiniais ar IT išteklių trūkumais. Dėl to strategiškai suplanuoti sprendimai ne visuomet pilnai įgyvendinami praktikoje. Todėl institucinis kontekstas laikytinas sistema, kuri sukuria bendras vartotojų įsitraukimo sąlygas, tačiau realų naudojimąsi lemia ir papildomi socialiniai bei praktiniai veiksniai.

Siekiant atskleisti, kaip instituciniu lygmeniu suvokiamas vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas, kokybiniai duomenys buvo susisteminti į kategorijas ir subkategorijas, atspindinčias pagrindinius įsitraukimo proceso elementus (žr. 19 lentelę).

**19 lentelė.** Vartotojų įsitraukimas kaip procesas (sudaryta autorės, 2026)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Įsitraukimo samprata	Techninė prieiga	„Visi pacientai galėjo gauti <...>“ (MA1)
	Savarankiškas naudojimas	„50-70 proc. pasijungia patys <...>“ (MA1)
Įsitraukimo etapai	Pirminis prisijungimas	„Jeigu vieną kartą prisijungi <...>“ (MA1)
	Tęstinis naudojimas	„Skaičiuojami grįžimai <...>“ (MA1)
Nenaudojimo priežastys	Situaciniai veiksniai	„<...> gali reikšti, kad aš sveikas <...>“ (MA1)
Stebėseną	Ribotas viešumas	„<...> nepublikuotos“ (MA1)
Idealus vartotojo prielaida	Reikalingi gebėjimai	„<...> turi suprasti sistemą <...>“ (MA1)

Vartotojų įsitraukimas instituciniu lygmeniu suvokiamas kaip procesas, apimantis techninę prieigą ir faktinį naudojimąsi sistema. Analizė rodo, kad šios dimensijos nesutampa, nes galimybė prisijungti dar negarantuoja realaus ir nuoseklaus naudojimosi. Interviu metu buvo akcentuojama, kad ministerijos lygmenyje stebimi vartotojų prisijungimo rodikliai ir naudojimosi mastas. Informantas (MA1). pažymi, jog „<...> yra galimybės žinot, koks yra pacientų ratas <...> ir gali analizuoti, kiek jų prisijungia prie e. sveikatos <...>“. Kartu prisimenama, kad pandemijos laikotarpiu „<...> per covidą jau buvom pasiekę 90 kažkiek procentų pasiekimą pacientų <...>“ (MA1), todėl vartotojų aktyvumas buvo siejamas su išorinėmis aplinkybėmis ir padidėjusiu sistemos poreikiu. Analizėje įsitraukimas atsiskleidžia kaip daugiapakopis procesas, kuriame svarbus pirmasis prisijungimas, tęstinis naudojimas ir vartotojo grįžimas į sistemą. Informantas šį skirtumą apibūdina gana tiesiogiai: „<...> jeigu tu grįžti, tai reiškia, tu žinai, pažįsti <...>“ (MA1). Tuo tarpu situacija, kai „<...> vieną kartą prisijungi ir tris metus negrįžai, tai kažkas keistai skamba <...>“ (MA1), siejama su nutrūkusiu ar neįsitvirtinusi naudojimosi įpročiu. Vis dėlto interviu metu buvo pabrėžta, kad negrįžimas į sistemą savaime dar nereiškia neigiamos patirties ar sistemos atmetimo. Kaip teigia informantas, „<...> tai gali reikšti, kad aš sveikas <...>“ (MA1), todėl dalis nenaudojimo atvejų susiję su situaciniu poreikio nebuvimu. Kita vertus, dalis kliūčių susiformuoja dėl struktūrinių ir individualių veiksmų. Pokalbio metu buvo aptariami kalbos sunkumai, amžius, negalia, skaitmeninės atpažinties problemos ir pagalbos trūkumas regionuose. Informantas pažymi, kad „<...> kalbos barjeras, jeigu tu nori pats matyti, skaityti, jis yra <...>“ (MA1), todėl savarankiškas naudojimas sistema tampa sudėtingesnis daliai vartotojų grupių. Taip pat akcentuojama, kad „<...> alternatyvos neturėjimą galima suprasti kaip apribojimą <...>“ (MA1), nes kai kuriems gyventojams skaitmeninis kanalas tampa vieninteliu būdu pasiekti paslaugas. Tokiu atveju socialinės sąlygos per skaitmeninį pozicionalumą transformuojasi į skirtingas naudojimosi galimybes. Taigi, prieiga sudaro pirminę įsitraukimo sąlygą, tačiau realų naudojimąsi lemia kur kas platesnis socialinių, technologinių ir praktinių aplinkybių laukas.

Toliau analizė gilinama, nagrinėjant socialinių veiksmų sankirtą ir skaitmeninį pozicionalumą, kurie teoriniame modelyje paaiškina vartotojų įsitraukimo netolygumus (žr. 20 lentelę).

**20 lentelė.** Socialinių veiksmų sankirta ir skaitmeninis pozicionalumas (sudaryta autorės, 2026)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Pažeidžiamos grupės	Vyresnio amžiaus asmenys	„<...> vaikai, anūkai padeda“ (MA)
	Be pagalbos tinklo	„<...> ne visi turi <...>“ (MA1)
	Užsieniečiai	„Kalbos barjerą mes visi turim...“ (MA1)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
	Trumpalaikiai migrantai	„<...> negauna prisijungimo“ (MA1)
Sankirta	Veiksnių sąveika	„<...> matymo, skaitymo <...>“ (MA1)
Intersekcionalumas	Ribotas taikymas	„<...> negaliu patvirtinti <...>“ (MA1)

Lentelės duomenys rodo, kad e. sveikatos paslaugų prieinamumo netolygumai formuojasi ne dėl pavienių socialinių veiksnių, o dėl jų tarpusavio sąveikos. Skirtingos vartotojų grupės susiduria su nevienodomis naudojimosi galimybėmis, kurios kyla iš kelių socialinių charakteristikų sankirtos. Interviu metu buvo pabrėžiama, kad tokio pobūdžio analizė teoriškai yra įmanoma, nes „<...> *sankirtos analitika yra galima <...>*“ (MA1). Kartu buvo aptariamasi grupės, kurios dažniau susiduria su naudojimosi sunkumais – vyresnio amžiaus žmonės, užsieniečiai, trumpalaikiai migrantai, asmenys su negalia ar regionų gyventojai, neturintys pagalbos prisijungiant prie sistemos. Tyrimo duomenys atskleidžia, kad socialiniai veiksniai neveikia izoliuotai, nes jie persidengia ir sustiprina vienas kito poveikį. Pavyzdžiui, vyresnio amžiaus vartotojas, neturintis socialinės paramos ir turintis ribotus skaitmeninius įgūdžius, susiduria su didesniais barjerai nei asmuo, kuriam būdingas tik vienas iš šių požymių. Ši sąveika pereina į skaitmeninį pozicionalumą, per kurį socialinės sąlygos transformuojasi į realias naudojimosi galimybes. Vartotojai, turintys daugiau socialinių ir technologinių išteklių, lengviau prisitaiko prie sistemos logikos ir dažniau naudojami paslaugomis savarankiškai. Tuo metu mažiau išteklių turintys gyventojai dažniau lieka priklausomi nuo aplinkinių pagalbos arba apskritai pasitraukia iš aktyvaus naudojimosi. Nors šios sankirtos empiriškai atpažįstamos, instituciniu lygmeniu jos vertinamos gana ribotai. Informantas (MA1) pažymi, kad „<...> *sankirtai yra analitinis požiūris, kodėl tam tikra grupė negali naudotis arba nesinaudoja <...>*“, tačiau kartu pripažįsta, jog „<...> *ar mes jau taip detaliai sankirtą analizuojam? Negaliu atsakyti <...>*“. Panaši mintis atsikartoja ir kalbant apie praktinį intersekcionalumo taikymą: „<...> *negaliu patvirtinti, kad tikrai jau labai analizuojam <...>*“ (MA1). Tai rodo, kad sankirtų samprata instituciniame lygmenyje yra suprantama, tačiau sistemiškai integruota analizės praktika dar nėra aiškiai susiformavusi. Tai reiškia, kad įsitraukimo netolygumai yra intersekcionalūs ir formuojasi socialinių veiksnių sankirtoje, kuri praktikoje sukuria nevienodas galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis.

Galiausiai analizė nukreipiama į paslaugų dizaino, prieinamumo ir reguliavimo sprendimus, kurie veikia kaip sociotechninė tarpinė grandis ir tiesiogiai formuoja vartotojų įsitraukimo procesą. (žr. 21 lentelę).

**21 lentelė.** Reguliavimas, paslaugų dizainas ir tobulinimo kryptys (sudaryta autorės, 2026)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Reguliavimas	Saugumo reikalavimai	„Visus norim identifikuoti <...>“ (MA1)
	Saugumas kaip barjeras	„<...> apribojimas“ (MA)
Atpažintis	Alternatyvų trūkumas	„<...> alternatyvos neturi“ (MA1)
	Fizinis identifikavimas	„<...> ateina su pasu <...>“ (MA1)
Dizainas	Specialisto logika	„<...> ne kaip paciento portalas“ (MA1)
	Intuityvumo poreikis	„<...> nereikia skaityti“ (MA1)
Prieiga	Fiziniai taškai	„<...> kioskai“ (MA1)
Barjerai	Finansai ir IT	„<...> reikalingos investicijos“ (MA1)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Tobulinimas	Vartotojo orientacija	„<...> reikia labiau orientuotis į vartotoją“ (MA1)

Lentelės duomenys rodo, kad e. sveikatos sistemos reguliavimas, dizaino sprendimai ir prieinamumo mechanizmai vartotojų įsitraukimo procese atlieka dvejopą vaidmenį. Saugumo reikalavimai ir identifikavimo procedūros siejami su duomenų apsauga bei sistemos patikimumu, tačiau praktikoje jie daliai gyventojų tampa papildoma kliūtimi. Informantas (MA1) pripažįsta, kad „<...> *turbūt galima sakyti, kad apsinkina, nes mes visus norim per tą skaitmeninį ID identifikuoti <...>*“. Tokiu atveju naudojimas sistema priklauso nuo to, ar žmogus turi tinkamas skaitmeninės tapatybės priemones ir geba jomis naudotis savarankiškai. Pokalbio metu taip pat buvo pabrėžiama, kad „<...> *alternatyvos neturėjimą galima suprasti kaip apribojimą <...>*“ (MA1), todėl daliai vartotojų tenka remtis fiziniu identifikavimu ar kitais tarpiniais sprendimais. Pažymėtina, kad technologiniai sprendimai glaudžiai susiję su vartotojų socialinėmis ir skaitmeninėmis galimybėmis. Informantas (MA1) akcentuoja, jog vartotojui neužtenka vien techninio gebėjimo prisijungti prie sistemos, nes svarbu ir tai, kad „<...> *jie supranta ir sveikatos sektoriaus skaitmenines žinias <...>*“. Tai apima gebėjimą suprasti siuntimų sistemą, paslaugų grandis ir bendrą sveikatos sistemos veikimo logiką. Ši mintis atsikartoja ir kalbant apie „idealaus vartotojo“ sampratą. Informanto (MA1) teigimu, „*idealus pacientas, skaitmeninis, tai yra kuris žino komponentus, kad jie gali pasijungti prie tokios ir tokios sistemos*“. Tokia prielaida rodo, kad sistemos veikimas grindžiamas vartotoju, kuris jau turi pakankamai žinių, geba orientuotis sistemoje ir supranta jos procesus. Problemos atsiskleidžia ir dizaino lygmenyje. Interviu metu buvo pateikta rekomendacija, kad „<...> *paciento portalą reikėtų ne kaip kopiją specialistui sudaryti, o kaip atskirą produktą <...>*“ (MA1). Tai rodo, kad dabartinis sistemos modelis labiau orientuotas į specialistų darbo logiką nei į pacientų naudojimosi patirtį. Dėl to sistema daliai gyventojų gali atrodyti sudėtinga, nepakankamai intuityvi ir sunkiai suprantama. Technologiniai sprendimai tokiu atveju tampa sociotechnine grandimi, per kurią socialinės sąlygos virsta realiomis naudojimosi galimybėmis arba papildomais ribojimais. Taip pat buvo aptariami ir platesni sisteminiai ribotumai. Informantas (MA1) pažymi, kad pokyčiams „<...> *reikalingos nemažos investicijos <...>*“, o daugelis technologinių sprendimų priklauso nuo finansinių ir organizacinių išteklių, nes „<...> *daug yra technologinių dalykų, kurie remiasi finansais, resursais, specialistais <...>*“. Dėl šios priežasties sistemos atnaujinimai vyksta lėčiau, nei keičiasi vartotojų poreikiai ar technologinės galimybės. Taigi, e. sveikatos sistemos reguliavimas ir dizainas formuoja nevienodas vartotojų įsitraukimo trajektorijas, nes technologiniai ir organizaciniai sprendimai skirtingoms socialinėms grupėms sukuria nevienodas naudojimosi galimybes.

Įvertinus institucinį e. sveikatos paslaugų prieinamumo ir vartotojų įsitraukimo kontekstą, analizė toliau perkeliama į praktinį lygmenį – sveikatos priežiūros specialistų perspektyvą. Šis perėjimas leidžia atskleisti, kaip makro lygmens sprendimai materializuojasi kasdienėje sveikatos priežiūros praktikoje ir kaip jie veikia realias pacientų įsitraukimo patirtis. Toliau analizuojami sveikatos priežiūros specialistų (S1–S4) interviu rezultatai. Specialistų perspektyva leidžia atskleisti, kaip e. sveikatos sistema veikia praktinėje sveikatos priežiūros aplinkoje ir kaip instituciniai bei technologiniai sprendimai pasireiškia konkrečiose pacientų įsitraukimo situacijose. Analizė struktūruojama pagal keturias temines kryptis: e. sveikatos sistemos veikimą praktikoje, pacientų įsitraukimą kaip procesą, socialinių veiksnių sankirtą ir skaitmeninį pozicionalumą bei paslaugų dizainą, prieinamumą ir tobulinimo kryptis.

Pirmiausia analizuojamas e. sveikatos sistemos veikimas praktikoje, siekiant atskleisti, kaip technologiniai sprendimai funkcionuoja kasdienėje sveikatos priežiūros aplinkoje (žr. 22 lentelę)

**22 lentelė.** E. sveikatos sistemos veikimas praktikoje (sudaryta autorės, 2026)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Sistemos naudojimo patirtis	Kasdienis funkcionalumas	„Naudoju receptus, siuntimus, paciento istoriją“ (S1) „Sistema naudinga, bet pacientai nesinaudoja“ (S2)
Sistemos privalumai	Darbo palengvinimas	„Sistema padeda <...>“ (S1) „Naudinga kaip įrankis <...>“ (S3)
Sistemos trūkumai	Techniniai trikdžiai	„Dažnai stringa <...>“ (S1)
	Sudėtingumas	„Sistema nepatogi“ (S3); „Pacientams sunku naudotis <...>“ (S4)
Specialistų vaidmuo	Tarpininkavimas pacientams	„Dažnai padedame pacientams <...>“ (S1; S4)
Praktinio veikimo pasekmės	Darbo didėjimas	„Tai didina darbo krūvį <...>“ (S2)

Lentelės duomenys rodo, kad e. sveikatos sistema specialistų vertinama kaip būtinas ir kasdienėje praktikoje naudojamas darbo įrankis. Ji padeda atlikti pagrindines funkcijas – naudotis paciento istorija, išrašyti receptus, rengti siuntimus ir koordinuoti sveikatos priežiūros procesus. Informantas (S1) teigia, kad su sistema dirba jau ilgą laiką ir joje „<...> pildau paciento sveikatos istoriją, rašau receptus, siuntimus“. Panašiai sistemą apibūdina ir informantas (S3), teigdamas, kad ji naudojama „<...> pacientų tyrimų peržiūrai, išvadų rašymui, siuntimų pildymui bei informacijos apie paciento būklę tikrinimui“. Jo vertinimu, tai yra „pagrindinis darbo įrankis, be kurio šiandien jau būtų sunku dirbti“. Informantas (S4) taip pat pažymi, kad su sistema dirba kasdien ir per ją „<...> registruoju žmones, pasižiūriu jų duomenis, padedu susigaudyti“. Tai rodo, kad e. sveikatos sistema jau tapusi įprasta kasdienės sveikatos priežiūros infrastruktūros dalimi. Vis dėlto praktinis sistemos veikimas vertinamas nevienareikšmiškai. Informantai nurodo techninius trikdžius, sudėtingą naudojimą ir papildomas laiko sąnaudas. Informantas (S1) teigia, kad sistema „<...> padeda, bet dažnai stringa <...>“, todėl dalį veiksmų tenka užbaigti jau po darbo valandų. Panašią problemą atsiskleidžia ir informantas (S3) nurodydamas, kad sistemos „<...> naudojimas nėra patogus. Dažnai reikia atlikti daug veiksmų, sistema nėra intuityvi, todėl kartais tai lėtina darbą, ypač kai pacientų srautas didelis <...>“. Tokios patirtys rodo, kad technologinis sprendimas savaime negarantuoja sklandaus paslaugų teikimo proceso, nes jo veiksmingumas priklauso ir nuo praktinio naudojimo patogumo. Analizė taip pat atskleidžia, kad sistemos veikimas pacientų atžvilgiu nėra vienodas. Informantas (S2) pabrėžia, jog „<...> daug pacientų ją nesinaudoja <...>“, todėl dalį informacijos vis tiek tenka aiškinti gyvai. Informantas (S4) panašiai pastebi, kad „<...> pacientams ji tikrai sunki. Daug kas nesupranta, kaip ją naudotis <...>“. Tokiose situacijose specialistai tampa tarpininkais tarp sistemos ir paciento – jie padeda prisijungti, paaiškina veikimo principus ar suranda reikalingą informaciją. Informantas (S2) teigia, kad kasdienėje praktikoje „<...> padedu su registracija, kartais paaiškinu, kaip rasti informaciją“. Tai rodo, kad e. sveikatos sistema praktikoje funkcionuoja ne vien kaip technologinis įrankis, nes jos naudojimas dažnai priklauso nuo papildomos žmogiškosios pagalbos. Ši situacija lemia ir papildomą darbo krūvį specialistams. Kai sistema nėra pakankamai aiški ar intuityvi pacientams, dalis atsakomybės persikelia sveikatos priežiūros darbuotojams, kurie turi atlikti papildomas konsultavimo ir pagalbos funkcijas. Tokiu atveju technologiniai sprendimai ne visada sumažina darbo našumą – dalis jos tiesiog persiskirsto tarp sistemos ir specialistų.

Įvertinus sistemos veikimą praktikoje, toliau nagrinėjamas pacientų įsitraukimas kaip procesas, nes būtent praktinis sistemos funkcionavimas lemia, ar formalios galimybės virsta realiu naudojimu (žr. 23 lentelę).

**23 lentelė.** Pacientų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas kaip procesas (sudaryta autorės, 2026)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Įsitraukimo lygis	Dalinis naudojimas	„Naudojasi apie pusę pacientų <...>“ (S1) „Naudojasi mažuma <...>“ (S2)
Įsitraukimo etapai	Pradinis naudojimas	„Pacientai bando prisijungti pirmą kartą <...>“ (S1)
	Tęstinis naudojimas	„Jaunesni grįžta dažniau <...>“ (S3)
Neįsitraukimo priežastys	Skaitmeninių įgūdžių stoka	„Nemoka prisijungti <...>“ (S4)
	Techninių priemonių trūkumas	„Neturi priemonių <...>“ (S1)
Lengviau įsitraukiančios grupės	Jaunesni pacientai	„Lengviau jaunesniems <...>“ (S3)
Sunkiau įsitraukiančios grupės	Vyresnio amžiaus ir kaimo gyventojai	„Sunkiausia vyresniems ir kaimo gyventojams <...>“ (S1)

Lentelės duomenys rodo, kad pacientų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas yra netolygus ir fragmentiškas. Dalis pacientų sistema naudojami savarankiškai, tačiau kita dalis ją naudoja epizodiškai arba visai nesinaudoja. Informantas (S1) pažymi, kad „<...> naudojami apie pusę pacientų, daugiausia iš jaunesnių <...>“, o dalis jų sistema naudojami gana nuosekliai ir „<...> konsultacijos metu nebelaukia popierinių dokumentų <...>“. Tuo tarpu informantas (S3) teigia, kad „<...> pacientų naudojimas e. sveikata yra labai nevienodas <...>“, nes vieni pacientai aktyviai seka savo duomenis ir sistema naudojami nuolat, o kiti „<...> apskritai ja nesinaudoja arba tai daro labai retai <...>“. Dar ryškesnį atsitraukimą nuo sistemos apibūdina informantas (S4), teigdamas, kad „<...> dauguma pacientų patys nesinaudoja, ateina pas mus, kad viską padarytume vietoj“. Tyrimo duomenys atskleidžia, kad įsitraukimas vyksta kaip procesas, apimantis pirminį bandymą prisijungti, tęstinį naudojimą ir galimą pasitraukimą iš aktyvaus naudojimosi. Vienkartinis prisijungimas savaime dar nesukuria nuoseklaus naudojimosi įpročio. Specialistų atsakymuose dažniausiai kartojasi mintis, kad pacientams trūksta skaitmeninių įgūdžių arba pasitikėjimo savimi. Informantas (S2) pažymi, kad pacientai „<...> dažniausiai sako, kad nemoka naudotis arba bijo suklysti <...>“, o informantas (S4) panašiai pastebi, jog žmonės „<...> bijo kažką ne taip paspausti arba sugadinti <...>“. Informantas (S1) papildomai akcentuoja praktinius ribojimus, nes dalis pacientų „<...> nemoka prisijungti, neturi priemonių <...>“. Tuo tarpu informantas (S3) pabrėžia pačios sistemos sudėtingumą – pacientams ji „<...> atrodo sudėtinga, neaiški, sunku suprasti, kur ką rasti ar kaip atlikti veiksmus <...>“, todėl dalis jų „<...> tiesiog atsisako bandyti <...>“. Tai rodo, kad įsitraukimą lemia ne vien techninė prieiga prie sistemos, nes svarbus tampa ir gebėjimas suprasti jos veikimo logiką bei savarankiškai atlikti reikalingus veiksmus. Taip pat atsiskleidžia ryškūs skirtumai tarp pacientų grupių. Tyrimo dalyviai sutaria, kad lengviausiai įsitraukia jaunesni ir kasdien technologijomis besinaudojantys žmonės. Informantas (S3) pažymi, kad „<...> lengviausiai įsitraukia jaunesni pacientai, kurie jau yra įpratę naudotis technologijomis kasdienėje veikloje <...>“, o informantas (S2) papildomai šias išvalgas nurodydamas, jog sistema dažniau naudojasi jaunesni ar labiau prie technologijų pripratę pacientai. Daugiausia sunkumų patiria vyresnio amžiaus gyventojai ir mažesnių vietovių žmonės. Informantas (S1) teigia, kad „<...> sunkiausia vyresniems ir kaimo gyventojams <...>“, nes jiems patikimiausiu būdu turėti popierinį siuntimą ar receptą. Panaši mintis

atsikartoja ir kituose interviu – informantas (S4) pažymi: „<...> *sunkiausia vyresniems žmonėms – jiems tie kompiuteriai nėra įprasti <...>*“. Apibendrinant galima teigti, kad įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas yra dinamiškas procesas, kurio eiga priklauso nuo vartotojo skaitmeninių gebėjimų, turimų išteklių, ankstesnės patirties ir sistemos pritaikomumo skirtingoms vartotojų grupėms.

Toliau analizė perkeliama į socialinių veiksnių sankirtos ir skaitmeninio pozicionalumo lygmenį, nes būtent šiame etape paaiškėja, kodėl vienodos struktūrinės sąlygos lemia skirtingas vartotojų įsitraukimo trajektorijas (žr. 24 lentelę).

**24 lentelė.** Socialinių veiksnių sankirta ir skaitmeninis pozicionalumas (sudaryta autorės, 2026)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Socialinės grupės	Vyresnio amžiaus asmenys	„Sunkiausia vyresniems <...>“ (S2; S4)
	Kaimo gyventojai	„Kaimo vietovėse sudėtingiau <...>“ (S1)
	Žemesnio išsilavinimo pacientai	„Neturi įgūdžių <...>“ (S2)
Sankirtos poveikis	Kelių veiksnių sąveika	„Veiksniai susideda – amžius, vieta, įgūdžiai“ (S1)
Skaitmeninis pozicionalumas	Socialinių išteklių reikšmė	„Pagalba labai svarbi <...>“ (S2)
	Skirtumai tarp pacientų	„Skirtumai labai matomi <...>“ (S4)

Lentelės duomenys rodo, kad e. sveikatos paslaugų naudojimas glaudžiai susijęs su socialinių veiksnių sankirta. Informantai išskiria grupes, kurioms naudotis sistema sudėtingiausia – vyresnio amžiaus asmenis, kaimo gyventojus ir mažesnius skaitmeninius gebėjimus turinčius pacientus. Informantas (S1) pažymi, kad didžiausią įtaką daro „<...> *amžius, gyvenamoji vieta ir įgūdžiai <...>*“. Panaši mintis atsikartoja ir kituose interviu. Informanto (S3) teigimu, „<...> *kai susideda keli veiksniai – pavyzdžiui, vyresnis amžius, mažesni skaitmeniniai įgūdžiai ar gyvenimas mažesnėje vietovėje – tai dar labiau riboja galimybes naudotis sistema <...>*“. Informantas (S4) šią problemą apibūdina dar paprasčiau, teigdamas, kad „<...> *jei žmogus vyresnis ir dar iš mažesnio miestelio ar kaimo, tai jam išvis sunku susigaudyti <...>*“. Tyrimo rezultatai nurodo, kad šie veiksniai neveikia atskirai. Amžius, gyvenamoji vieta, skaitmeniniai įgūdžiai ir socialinė parama persidengia ir sustiprina vienas kito poveikį. Informantas (S2) pažymi, kad „<...> *kai susideda keli dalykai – amžius, gyvenimas kaime, mažesni įgūdžiai – tada žmonėms dar sunkiau naudotis sistema*“. Tai rodo, kad sunkumai formuojasi ne dėl vienos priežasties, o dėl kelių socialinių aplinkybių derinio. Informantas (S1) taip pat pastebi, kad jaunesni žmonės dažniau geba naudotis skaitmeninėmis technologijomis, nes „<...> *kuo jaunesnis asmuo, tuo labiau jis moka naudotis tinklais, programomis <...>*“, nors kartu pabrėžia, kad pasitaiko ir vyresnių žmonių, kurie sistema naudojasi aktyviai bei noriai. Svarbus vaidmuo tenka socialinei paramai ir aplinkinių pagalbai. Informantas (S2) pabrėžia, kad „<...> *labai svarbu, ar žmogus turi kas padeda – jei yra artimųjų, kurie paaiškina, tada naudojasi drąsiau*“. Panašų ryšį tarp socialinės aplinkos ir naudojimosi galimybių akcentuoja ir informantas (S3), teigdamas, jog paciento galimybės naudotis e. sveikata priklauso nuo „<...> *išsilavinimo, skaitmeninių įgūdžių, socialinės aplinkos ir ar turi kas padeda <...>*“. Jo teigimu, daugiau resursų ir patirties turintys žmonės sistema naudojasi aktyviau, o kiti „<...> *lieka nuošalyje <...>*“ (S3). Tokios patirtys rodo, kad skaitmeninis pozicionalumas formuojasi kaip kompleksinis reiškinys, kuriame persipina technologiniai, socialiniai ir individualūs ištekliai. Informantas (S4) taip pat pastebi, kad skirtumai tarp pacientų labai ryškūs, nes „<...> *vieni greitai viską supranta, o kiti visai pasimeta <...>*“. Tai rodo, kad net ir naudojantis ta pačia sistema pacientų galimybės nėra vienodos.

Apibendrinant, įsitraukimo netolygumai kyla iš socialinių veiksnių sankirtos ir jų poveikio realioms vartotojų galimybėms naudotis e. sveikatos sistema.

Lygiagrečiai nagrinėjami paslaugų dizaino, prieinamumo ir reguliavimo sprendimai, siekiant įvertinti jų poveikį vartotojų įsitraukimo rezultatams (žr. 25 lentelę).

**25 lentelė.** Paslaugų dizainas, prieinamumas ir tobulinimo kryptys (sudaryta autorės, 2026)

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Sistemos dizainas	Neintuityvus naudojimas	„Dizainas neaiškus <...>“ (S4)
	Sudėtinga kalba	„Kalba sudėtinga <...>“ (S2)
Prieinamumas	Ribotas pažeidžiamoms grupėms	„Pažeidžiamiems apsunkina <...>“ (S1)
Sistemos poveikis	Pasitikėjimo didėjimas	„Gali didinti pasitikėjimą <...>“ (S3)
	Pasitikėjimo mažėjimas	„Jei neveikia – mažėja pasitikėjimas“ (S2)
Netolygumų poveikis	Nelygybių didėjimas	„Didina netolygumus <...>“ (S1; S4)
Tobulinimo kryptys	Paprastesnis dizainas	„Reikia paprastesnio dizaino <...>“ (S1)
	Pagalbos sistemos	„Reikia pagalbos linijų <...>“ (S4)
	Vartotojo orientacija	„Reikia orientacijos į pacientą <...>“ (S3)
Pagalbos poreikis	Mokymai ir konsultacijos	„Reikia mokymų ir pagalbos vietų <...>“ (S2)

Lentelės duomenys rodo, kad e. sveikatos paslaugų dizainas, prieinamumas ir pagalbos mechanizmai yra vieni svarbiausių pacientų įsitraukimą lemiančių veiksnių. Informantai pabrėžia, kad sistema nėra pakankamai aiški ir paprastai suprantama vartotojui. Informanto (S1) teigimu, „<...> dizainas neintuityvus, negali dirbti su programa nujausdamas ką reikia paspausti, turi būti išgilinęs <...>“, o prisijungimo procesas vertinamas kaip sudėtingas. Panašios mintys atsikartoja ir kituose interviu. Informantas (S3) pažymi, kad „<...> sistemos dizainas labiau orientuotas į sveikatos priežiūros specialistą, o ne į patį pacientą <...>“, todėl pacientui ji „<...> nėra pakankamai aiški ar paprasta <...>“. Informantas (S4) taip pat akcentuoja praktinius sunkumus, nes „<...> pacientams sunku suprasti, kur spausti ir ką daryti <...>“. Sudėtingas prisijungimas ir techniniai reikalavimai taip pat riboja dalies pacientų galimybes naudotis sistema. Informantas (S1) pažymi, kad „<...> visi, norintys prisijunti turi turėti elektroninę bankininkystę ar elektroninį parašą <...>“, todėl naudojimasis sistema tampa priklausomas nuo papildomų technologinių priemonių. Informanto (S3) teigimu, „<...> dabartiniai reikalavimai, susiję su prisijungimu ir duomenų apsauga, yra gana sudėtingi pacientams <...>“, nors kartu jie svarbūs saugumui užtikrinti. Informantas (S4) panašiai pastebi, kad „<...> ne visi turi tuos bankus ar parašus <...>“, todėl daliai žmonių prisijungimas tampa papildoma kliūtimi. Informantai taip pat akcentuoja pagalbos mechanizmų vaidmenį, nurodydami, kad pacientams dažnai reikia papildomo paaiškinimo ar praktinės pagalbos. Informantas (S3) pažymi, kad „<...> gana dažnai tenka papildomai aiškinti pacientams, kaip naudotis sistema – kur rasti informaciją, kaip prisijungti ar ką spausti <...>“, nors tai nėra tiesioginė jo funkcija. Informantas (S4) teigia, kad pagalba reikalinga „<...> beveik kasdien <...>“, nes pacientams tenka parodyti, kaip prisijungti ar rasti reikalingą informaciją. Pažymėtina, jog dalis informantų akcentuoja, kad sistema socialiai pažeidžiamiems pacientams dažniau apsunkina, o ne palengvina prieigą prie paslaugų. Informanto (S2) teigimu, šie pacientai „<...> neturi nei įgūdžių, nei priemonių <...>“, todėl susiduria su papildomais sunkumais. Informantas (S1) pažymi, kad sistema „<...> nėra pritaikyta neįgaliems ar senjorams <...>“, o informantas (S4) mano, kad „<...> silpnesniems žmonėms ji daugiau trukdo negu padeda <...>“. Tokios išvalgos rodo, kad technologiniai sprendimai gali stiprinti jau

egzistuojančius socialinius netolygumus. Daugiau išteklių turintys vartotojai lengviau prisitaiko prie sistemos logikos, o kiti dažniau lieka priklausomi nuo aplinkinių pagalbos. Tyrimo rezultatai atskleidžia ir sistemos poveikį pasitikėjimui. Informantas (S1) mano, kad e. sveikata „<...> gali didinti pasitikėjimą sistema, pačia sveikatos sistema <...>“, tačiau šis poveikis priklauso nuo praktinio sistemos veikimo. Informantas (S3) pažymi, kad sklandžiai veikianti sistema gali stiprinti pacientų pasitikėjimą, tačiau „<...> bet kokie trikdžiai ar sudėtingumas tą pasitikėjimą mažina <...>“. Panašiai kalba ir informantas (S4), teigdamas, kad jei žmonėms nepavyksta prisijungti arba sistema stringa, jie „<...> nusivilia ir pyksta <...>“. Tai rodo, kad vartotojų patirtis tampa svarbia pasitikėjimo formavimosi dalimi. Pagrindinės tobulinimo kryptys informantų siejamos su paprastesniu dizainu, aiškesne kalba ir didesne orientacija į pacientą. Informantas (S1) pabrėžia, kad „<...> reikia paprastesnio dizaino, paprastesnės sistemos <...>“, nes dabartinė sistema labiau orientuota į paslaugą teikiančią specialistą nei į vartotoją. Informantas (S3) taip pat mano, kad reikalingas „<...> aiškesnis, paprastesnis ir labiau pacientui pritaikytas portalas <...>“. Kiti informantai akcentuoja pagalbos mechanizmų poreikį – mokymus regionuose, pagalbos vietas bibliotekose, konsultavimo centrus ar telefonines linijas. Informantas (S4) pažymi, kad reikėtų vietų, „<...> kur žmogus galėtų nueiti ir jam ramiai viską paaiškintų <...>“. Taigi, paslaugų dizainas ir pagalbos sprendimai tampa esmine grandimi, nuo kurios priklauso, ar e. sveikatos sistema mažina, ar didina vartotojų įsitraukimo netolygumus. Kokybinio tyrimo metu nustatyti sunkumai (technologijų suprantamumas, priklausomybė nuo kitų pagalbos, technologijų suvokimas kaip „ne man skirtų“) empiriškai iliustruoja skaitmeninio pozicionalumo konceptą. Panašias tendencijas rodo ir LiDA 0570 (2025) duomenys, kuriuose daug respondentų internetą laiko savo amžiaus grupei nepritaikyta erdve. Tai patvirtina, kad vartotojų įsitraukimo netolygumai yra sociotechninis ir intersekcionalus procesas.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros specialistų interviu rezultatai patvirtina teorinio modelio prielaidą, jog vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas yra sociotechninis ir intersekcionalus reiškinys. Pacientų įsitraukimas priklauso ne tik nuo technologinės prieigos, bet ir nuo socialinių veiksnių sankirtos, skaitmeninio pozicionalumo, sistemos dizaino, praktinio veikimo ir pagalbos mechanizmų. Specialistų perspektyva leidžia atskleisti praktinį e. sveikatos sistemos veikimą kasdienėje sveikatos priežiūros aplinkoje. Nors sistema yra naudinga specialistų darbui ir padeda atlikti administracines bei kliniškes funkcijas, pacientų lygmeniu ji ne visada užtikrina realų savarankišką naudojimą. Daliai pacientų sistema tampa papildomu barjeru, ypač tada, kai jie turi ribotus skaitmeninius įgūdžius, neturi techninių priemonių, socialinės pagalbos ar susiduria su neintuityviu sistemos dizainu. Tyrimo rezultatai rodo, kad vienodi technologiniai sprendimai skirtingoms pacientų grupėms sukuria nevienodas įsitraukimo galimybes. Vyresnio amžiaus, kaimo vietovėse gyvenantys ar žemesnio išsilavinimo pacientai dažniau susiduria su įsitraukimo barjeriais, ypač tada, kai šie veiksniai persidengia su ribotais skaitmeniniais įgūdžiais ir pagalbos trūkumu. Tai patvirtina intersekcionalumo perspektyvos reikšmę aiškinant vartotojų įsitraukimo netolygumus. Todėl e. sveikatos paslaugų tobulinimas turėtų būti orientuotas ne tik į technologinę plėtrą, bet ir į vartotojų įvairovės integravimą į dizaino, prieinamumo ir pagalbos sprendimus. Tik toks požiūris gali užtikrinti, kad e. sveikatos sistema mažintų, o ne stiprintų vartotojų įsitraukimo netolygumus. Tokiu būdu empiriniai rezultatai patvirtina teorinio modelio struktūrą kaip nuoseklią sąveikų sistemą, kurioje kiekvienas lygmuo ne tik daro poveikį, bet ir transformuoja kitus lygmenis.

Siekiant integruoti skirtingus analizės lygmenis ir empiriškai patikrinti teorinio modelio prielaidas, tikslinga palyginti skirtingų respondentų grupių – Sveikatos apsaugos ministerijos atstovo ir sveikatos priežiūros specialistų – perspektyvas. Šios grupės atspindi skirtingus analizės lygmenis: institucinis

lygmuo leidžia atskleisti politinius, reguliacinius ir strateginius sprendimus, o praktinis lygmuo – realias pacientų patirtis ir e. sveikatos sistemos veikimą kasdienėje sveikatos priežiūros praktikoje. Toks palyginimas sudaro prielaidas identifikuoti ne tik šių lygmenų sutapimus ir skirtumus, bet ir jų tarpusavio sąveiką, kuri yra esminė aiškinant vartotojų įsitraukimo netolygumus. Remiantis teoriniu modeliu, išorinės aplinkos veiksniai, socialinių veiksmų sankirta, skaitmeninis pozicionalumas bei paslaugų dizaino sprendimai veikia ne atskirai, o kompleksiskai formuoja skirtingas vartotojų galimybes įsitraukti į e. sveikatos paslaugas. Šių perspektyvų palyginimas pateikiamas 26 lentelėje.

**26 lentelė.** SAM ir sveikatos priežiūros specialistų interviu rezultatų palyginimas pagal teorinio modelio dimensijas (sudaryta autorės, 2026)

Modelio dimensija	SAM lygmuo (institucinis)	Specialistų lygmuo (praktinis)	Apibendrinimas
Išorinė aplinka	Sistema laikoma plačiai prieinama, paslaugos pasiekia didžiąją dalį gyventojų	Ne visi pacientai realiai naudojami sistema	Yra skirtumas tarp to, kad sistema yra prieinama, ir to, kad ja naudojama
Vartotojų įsitraukimo samprata	Įsitraukimas siejamas su galimybe prisijungti ir naudoti sistema	Įsitraukimas suprantamas kaip savarankiškas ir nuolatinis naudojimas	Skirtingai suprantama, ką reiškia „įsitraukti“
Įsitraukimo procesas	Daugiausia dėmesio skiriama prisijungimams ir jų skaičiui	Matomas visas procesas – pirmas bandymas, naudojimas, nutraukimas	Specialistai geriau mato realų įsitraukimo procesą
Socialinių veiksmų sankirta	Įvardijamos pažeidžiamos grupės	Aiškiai matoma, kaip skirtingi veiksniai susideda (amžius, vieta, įgūdžiai)	Praktikoje geriau matosi, kaip susidaro netolygumai
Skaitmeninis pozicionalumas	Minimas netiesiogiai (per prieigą ir galimybes)	Aiškiai matomas per įgūdžius, pagalbą ir turimus išteklius	Specialistai konkrečiau parodo realias naudojimosi galimybes
E. sveikatos dizainas	Orientuotas į sistemą ir saugumo reikalavimus	Dažnai vertinamas kaip sudėtingas ir nepatogus	Sistema ne visada pritaikyta vartotojui
Prieinamumas	Laikomas užtikrintu	Pažeidžiamos grupės vis tiek susiduria su sunkumais	Formali prieiga nereiškia, kad visiems lengva naudotis
Pagalba	Įvardijama kaip reikalinga	Praktikoje dažnai būtina	Sistema dažnai negali veikti be papildomos pagalbos
Sisteminiai barjerai	Susiję su finansais, IT ir reguliavimu	Susiję su techninėmis problemomis ir įgūdžių trūkumu	Barjerai skirtingi, bet susiję tarpusavyje
Įsitraukimo rezultatai	Tikimasi geresnio prieinamumo	Matomi ir teigiami pokyčiai, ir didėjantys skirtumai	Sistema gali ir padėti, ir didinti netolygumus
Tobulinimo kryptys	Siūlomos alternatyvios prieigos ir sistemos tobulinimas	Siūloma paprastinti sistemą ir daugiau padėti pacientams	Abiejų grupių siūlymai iš esmės sutampa
Išorinė aplinka	Sistema laikoma plačiai prieinama, paslaugos pasiekia didžiąją dalį gyventojų	Ne visi pacientai realiai naudojami sistema	Yra skirtumas tarp to, kad sistema yra prieinama, ir to, kad ja naudojama
Vartotojų įsitraukimo samprata	Įsitraukimas siejamas su galimybe prisijungti ir naudoti sistema	Įsitraukimas suprantamas kaip savarankiškas ir nuolatinis naudojimas	Skirtingai suprantama, ką reiškia „įsitraukti“

Modelio dimensija	SAM lygmuo (institucinis)	Specialistų lygmuo (praktinis)	Apibendrinimas
Įsitraukimo procesas	Daugiausia dėmesio skiriama prisijungimams ir jų skaičiui	Matomas visas procesas – pirmas bandymas, naudojimas, nutraukimas	Specialistai geriau mato realų įsitraukimo procesą
Socialinių veiksmų sankirta	Įvardijamos pažeidžiamos grupės	Aiškiai matoma, kaip skirtingi veiksniai susideda (amžius, vieta, įgūdžiai)	Praktikoje geriau matosi, kaip susidaro netolygumai

Lentelėje pateiktas palyginimas rodo, kad Sveikatos apsaugos ministerijos atstovo ir sveikatos priežiūros specialistų požiūriai į e. sveikatos paslaugas yra tarpusavyje papildantys, tačiau kartu atskleidžia esminius skirtumus tarp institucinio ir praktinio lygmenų. Instituciniu lygmeniu akcentuojamas aukštas paslaugų prieinamumas ir sistemos veikimas, tuo tarpu praktiniame lygmenyje išryškėja, kad ne visi pacientai realiai naudojami e. sveikatos sistema. Tai leidžia identifikuoti esminę skirtį tarp formalaus prieinamumo ir faktinio įsitraukimo. Analizė taip pat atskleidžia skirtingą vartotojų įsitraukimo sampratą. Instituciniu lygmeniu įsitraukimas siejamas su galimybe prisijungti ir naudotis sistema, o specialistai jį vertina per realų pacientų elgesį – savarankišką ir nuoseklų naudojimąsi. Tai rodo, kad techninė prieiga nėra pakankama įsitraukimo sąlyga. Praktiniame lygmenyje ryškiau atsiskleidžia socialinių veiksmų sankirta ir skaitmeninis pozicionalumas. Specialistai konkrečiai parodo, kaip amžius, gyvenamoji vieta, įgūdžiai ir socialinė parama formuoja skirtingas naudojimosi galimybes, tuo tarpu instituciniu lygmeniu šie veiksniai dažniau įvardijami bendresniu lygmeniu. Taip pat išryškėja skirtumai vertinant sistemos dizainą ir prieinamumą. Nors instituciniu lygmeniu sistema laikoma prieinama, praktikoje ji dažnai vertinama kaip sudėtinga ir ne visiems pritaikyta. Dėl to daliai vartotojų reikalinga papildoma pagalba, o sistema negali veikti visiškai savarankiškai. Apibendrinant galima teigti, kad e. sveikatos sistema vienu metu gali tiek gerinti paslaugų prieinamumą, tiek reprodukuoti esamus netolygumus. Šie rezultatai rodo, kad skirtingų lygmenų sąveika yra esminė aiškinant vartotojų įsitraukimo skirtumus.

*Apibendrinant empirinio tyrimo rezultatus galima teigti, kad vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas yra netolygus ir negali būti paaiškinamas pavieniais veiksniais. Kiekybinė analizė atskleidė bendras sąsajas tarp socialinių charakteristikų ir naudojimosi e. sveikatos paslaugomis, o kokybinė analizė parodė, kaip šios sąsajos formuojasi praktikoje. Tyrimo rezultatai rodo, kad pagrindinė problema slypi ne prieigos trūkume, o nevienodose realiose galimybėse naudotis sistema. Vienodomis sąlygomis sukurtos paslaugos skirtingiems vartotojams sukuria skirtingas įsitraukimo trajektorijas. Šie skirtumai atsiranda dėl socialinių, technologinių ir organizacinių veiksmų sąveikos. Socialinių veiksmų sankirta formuoja skirtingas vartotojų pozicijas, skaitmeninis pozicionalumas apibrėžia jų galimybes, o paslaugų dizaino ir reguliavimo sprendimai šias galimybes arba sustiprina, arba apriboja. Tokiu būdu tyrimo rezultatai patvirtina teorinio modelio prielaidą, kad vartotojų įsitraukimas yra intersekcionalus, sociotechninis ir procesinis reiškinys, formuojamas skirtingų lygmenų sąveikoje.*

*Apibendrinant trečiojo skyriaus rezultatus galima teigti, kad vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas Lietuvoje yra netolygus ir formuojasi kaip kompleksinis sociotechninis reiškinys, kurį lemia ne pavieniai, o tarpusavyje susiję socialiniai, technologiniai ir organizaciniai veiksniai. Kiekybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad egzistuoja statistiškai reikšmingi skirtumai tarp vartotojų grupių pagal amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą ir skaitmeninius įgūdžius. Tačiau kokybinė analizė parodė, kad šie skirtumai susiformuoja dėl kelių veiksmų sankirtos, o ne dėl vieno izoliuoto faktoriaus. Tai patvirtina intersekcionalumo prielaidą, kad vartotojų įsitraukimo netolygumai kyla iš*

*socialinių sąlygų sąveikos. Tyrimas taip pat išryškino esminę skirtį tarp formalaus prieinamumo ir realaus naudojimosi e. sveikatos paslaugomis. Nors dauguma vartotojų turi techninę galimybę naudotis sistema, dalis jų nesugeba to daryti savarankiškai arba nuosekliai. Tai leidžia teigti, kad prieiga yra būtina, tačiau nepakankama įsitraukimo sąlyga. Svarbiu įsitraukimo veiksniu išryškėjo skaitmeninis pozicionalumas, apimantis vartotojų turimus išteklius, įgūdžius ir socialinę paramą. Tyrimo rezultatai parodė, kad vartotojai, turintys daugiau skaitmeninių kompetencijų ir pagalbos, lengviau įsitraukia, o jų neturintys dažniau susiduria su barjeriais ir pasitraukia iš naudojimosi proceso. Empirinė analizė taip pat patvirtino, kad e. sveikatos paslaugų dizainas, reguliavimo sprendimai ir praktinis sistemos veikimas veikia kaip tarpinė grandis, per kurią socialiniai skirtumai transformuojami į realias naudojimosi galimybes. Sudėtingas sistemos dizainas, autentifikacijos reikalavimai ir pagalbos trūkumas didina įsitraukimo sąnaudas ir neproporcingai veikia pažeidžiamas vartotojų grupes. Apibendrinant galima teigti, kad vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas formuojasi kaip procesas, apimantis įsitraukimo pradžią, tęstinį naudojimą ir galimą pasitraukimą, o šio proceso eiga skirtingoms vartotojų grupėms yra nevienoda. Tyrimo rezultatai patvirtina teorinio modelio prielaidą, kad įsitraukimas yra interseksionalus, sociotechninis ir dinamiškas reiškinys, kurį lemia skirtingų lygmenų sąveika. Kiekybinio ir kokybinio tyrimų sintezė atskleidžia teorinėje dalyje suformuluotų prielaidų reikšmę aiškinant vartotojų įsitraukimo netolygumus. Nustatyta, kad vartotojų galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis lemia ne vien techninė prieiga, bet ir socialinių veiksnių sankirta. Šios išvados dera su LiDA 0570 (2025) nacionaliniais duomenimis ir leidžia teorinį modelį vertinti kaip tinkamą analitinę priegą aiškinant įsitraukimo netolygumus.*

### **3.3.3. Tyrimo rezultatų apibendrinimas ir diskusija**

Tyrimo rezultatai patvirtina ir papildo teorinį vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelį, atskleisdami sociotechninį ir interseksionalų šių netolygumų pobūdį Lietuvos kontekste. Nors formalus sistemos pasiekiamumas išlieka itin aukštas, realus savarankiškas ir nuolatinis vartotojų įsitraukimas yra nevienodas ir priklauso nuo skirtingų socialinių bei technologinių veiksnių sąveikos. Kiekybinio tyrimo duomenys parodė statistiškai reikšmingus skirtumus pagal lytį, amžių, išsilavinimą ir gyvenamąją vietą, o kokybinė analizė leido giliau atskleisti šių skirtumų formavimosi mechanizmus – socialinių veiksnių sankirtą, skaitmeninio pozicionalumo vaidmenį bei sistemos dizaino įtaką vartotojų patirtims. Tai leidžia teigti, kad technologinė prieiga savaime neužtikrina lygiaverčio dalyvavimo e. sveikatos sistemoje, nes realios galimybės naudotis paslaugomis priklauso ir nuo naudotojų turimų socialinių, kultūrinių bei skaitmeninių išteklių.

Siekiant visapusiškai įvertinti vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas netolygumus, tikslinga palyginti kiekybinio ir kokybinio tyrimų rezultatus. Kiekybinis tyrimas leidžia identifikuoti bendras tendencijas ir skirtumus tarp vartotojų grupių, o kokybinis tyrimas padeda paaiškinti, kaip ir kodėl šie skirtumai susiformuoja praktikoje. Toks rezultatų sugretinimas leidžia išsamiau atskleisti įsitraukimo netolygumų priežastis ir susieti empirinius duomenis su teorinio modelio dimensijomis. Kiekybinio ir kokybinio tyrimų rezultatų sąsajos pateikiamos 27 lentelėje.

**27 lentelė.** Kiekybinio ir kokybinio tyrimų rezultatų palyginimas (sudaryta autorės, 2026)

Analizės aspektas	Kiekybinis tyrimas	Kokybinis tyrimas	Apibendrinimas
Vartotojų įsitraukimo skirtumai	Matomi skirtumai tarp žmonių grupių (pagal amžių, išsilavinimą, vietą, įgūdžius)	Matyti, kad skirtumai atsiranda dėl kelių veiksnių kartu	Įsitraukimas priklauso nuo kelių veiksnių, o ne vieno
Prieiga ir naudojimas	Dauguma turi galimybę naudotis sistema	Ne visi realiai ja naudojami	Galimybė naudotis ne visada virsta realiu naudojimu
Skaitmeniniai įgūdžiai ir galimybės	Skirtingos grupės turi nevienodus įgūdžius	Įsitraukimą lemia įgūdžiai, technologijos ir pagalba	Galimybės naudotis sistema skiriasi tarp žmonių
Socialinė parama	Netiesiogiai matoma per naudojimo skirtumus	Aiškliai matoma, kad žmonėms padeda artimieji	Pagalba iš kitų yra svarbi naudojantis sistema
Sistemos patogumas	Kai kurios grupės dažniau patiria sunkumų	Nurodomi konkretūs sunkumai (prisijungimas, kalba, sudėtingumas)	Sistema ne visiems vienodai patogi
Saugumas ir taisyklės	Matomas ryšys su pasitikėjimu sistema	Saugumas gali ir padėti, ir trukdyti naudotis	Taisyklės skirtingai veikia skirtingas žmones
Naudojimosi procesas	Skiriasi naudojimo dažnumas	Matomi etapai: pradžia, naudojimas, nutraukimas	Naudojimosi yra procesas, ne vienkartinis veiksmas

Lentelėje pateiktas kiekybinio ir kokybinio tyrimų rezultatų palyginimas rodo, kad abu tyrimai yra glaudžiai susiję ir vienas kitą papildo. Kiekybinė analizė atskleidė bendras tendencijas ir skirtumus tarp vartotojų grupių, o kokybinė analizė leido paaiškinti šių skirtumų susiformavimo mechanizmus.

Abiejų tyrimų rezultatai patvirtina, kad vartotojų įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas yra netolygus. Kiekybiniai duomenys parodė skirtumus pagal socialines charakteristikas, o kokybiniai atskleidė, kad šie skirtumai kyla dėl kelių socialinių ir technologinių veiksnių sąveikos. Taip pat išryškėja skirtis tarp formalaus prieinamumo ir realaus naudojimosi. Nors dauguma vartotojų turi galimybę naudotis sistema, ne visi geba tai daryti savarankiškai ar nuosekliai. Tai rodo, kad prieiga yra būtina, tačiau nepakankama įsitraukimo sąlyga. Svarbi sąsaja tarp tyrimų atsiskleidžia skaitmeninio pozicionalumo kontekste. Kiekybiniai duomenys parodė naudojimosi skirtumus, o kokybiniai paaiškino, kad jie susiję su nevienodais išteklių – skaitmeniniais įgūdžiais, technologine prieiga ir socialine parama. Abiejų tyrimų rezultatai taip pat sutampa vertinant e. sveikatos sistemos dizaino ir reguliavimo poveikį. Sistemos sudėtingumas, autentifikacijos reikalavimai ir pagalbos poreikis veikia kaip barjerai, kurie skirtingoms vartotojų grupėms pasireiškia nevienodai. Apibendrinant galima teigti, kad vartotojų įsitraukimas formuojasi kaip nuoseklus mechanizmas: socialinių veiksnių sankirta lemia skirtingas vartotojų pozicijas, kurios per skaitmeninį pozicionalumą virsta nevienodomis naudojimosi galimybėmis, o šios sąveikoje su paslaugų dizaino ir reguliavimo sprendimais lemia skirtingas įsitraukimo trajektorijas. Gauti rezultatai dera su tarptautinėje literatūroje pateikiamomis išvalgomis apie skaitmeninę nelygybę. Skirtumas tarp formalios prieigos ir realaus naudojimosi atitinka van Dijk (2020) ir Helsper (2021) modelius, kuriuose pabrėžiama, kad technologinė infrastruktūra yra tik pirmasis prieinamumo lygmuo, o vėlesniuose etapuose reikšmingą vaidmenį įgauna skaitmeniniai įgūdžiai, motyvacija, socialinė parama ir suvokiama nauda. Tyrimo rezultatai rodo, kad Lietuvoje e. sveikatos sistemoje dominuoja administracinio pobūdžio funkcijos, tokios kaip registracija ar tyrimų rezultatų peržiūra, tuo tarpu aktyvesnę vartotojų įsitraukimą skatinantys sprendimai, pavyzdžiui nuotolinės konsultacijos ar mobiliosios programėlės, naudojami gerokai

rečiau. Šios tendencijos sutampa su Petretto ir kt. (2024) bei Western ir kt. (2025) išvadamis, jog e. sveikatos sprendimai dažnai labiau prisideda prie administracinio efektyvumo nei prie aktyvaus pacientų įgalinimo. Intersekcionalumo perspektyva šiame tyrime pasirodė reikšminga aiškinant vartotojų įsitraukimo netolygumus. Nustatyta, kad atskiri socialiniai veiksniai (amžius, išsilavinimas ar gyvenamoji vieta) veikia ne izoliuotai, bet sustiprindami vienas kitą. Vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo ir kaimo vietovių gyventojai dažniau susiduria su kumuliatyviniais barjerai, kurie mažina jų galimybes savarankiškai naudotis e. sveikatos paslaugomis. Tokiu būdu socialinių veiksmų sankirta formuoja skaitmeninį pozicionalumą. Tuo tarpu pastarasis lemia nevienodas vartotojų galimybes dalyvauti skaitmeniniuose sveikatos procesuose. Šios išvalgos papildo Boxall ir kt. (2025) bei Heard ir kt. (2020) teorinius argumentus ir atskleidžia, kaip socialinės nelygybės persikelia į skaitmeninę sveikatos priežiūros aplinką Lietuvos kontekste. Tyrimas taip pat išryškino socialinės ir šeimos paramos reikšmę kaip svarbų kompensacinį mechanizmą, padedantį daliai vartotojų įveikti technologinius ir organizacinius barjerus.

Tyrimas leidžia papildyti teorines išvalgas keliais aspektais: 1) empiriniai duomenys patvirtina teorinio modelio dimensijų tarpusavio sąveiką ir atskleidžia skaitmeninio pozicionalumo svarbą kaip tarpinį veiksnį tarp socialinės padėties ir faktinio vartotojų elgesio; 2) tyrimo rezultatai padeda konkrečiau suprasti intersekcionalumo mechanizmus Lietuvos e. sveikatos sistemoje, išryškindami amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos kumuliacinį poveikį vartotojų įsitraukimui; 3) kokybiniai duomenys parodė, kad sistemos dizainas, orientuotas daugiau į institucinius ir administracinius procesus nei į vartotojų patirtį, gali veikti kaip papildomas netolygumus stiprinantis veiksnys.

Praktiniu požiūriu tyrimo rezultatai rodo poreikį e. sveikatos sistemos plėtrą orientuoti ne vien į technologinių sprendimų diegimą, bet ir į vartotojų įgalinimą. Todėl galima išskirti kelias svarbias kryptis: paprastesnį ir intuityvesnį sistemos dizainą, regioninių pagalbos mechanizmų stiprinimą, alternatyvių autentifikacijos būdų plėtrą bei tikslines skaitmeninio raštingumo programas rizikos grupėms. Taip pat aktualus sistemingas intersekcionalumo principų integravimas kuriant ir vertinant e. sveikatos sprendimus, siekiant užtikrinti, kad skaitmeninės paslaugos būtų pritaikytos skirtingų visuomenės grupių realioms galimybėms ir poreikiams.

Tyrimo ribotumai siejami su kiekybinės imties struktūra. Didelę respondentų dalį sudarė moterys, aukštesnio išsilavinimo ir miestų gyventojai, todėl rezultatai daugiau atspindi bendras tendencijas nei visos Lietuvos gyventojų situaciją. Kokybinėje tyrimo dalyje dalyvavo sistemos atstovai ir sveikatos priežiūros specialistai, tačiau nebuvo tiesiogiai įtrauktos labiausiai pažeidžiamos vartotojų grupės. Be to, tyrimas atliktas konkrečiu laiko momentu. Dėl šios priežasties netikslinga vertinti vartotojų įsitraukimo pokyčių ilgalaikėje perspektyvoje. Nepaisant šių ribotumų, metodų trianguliacija ir teorinio modelio taikymas suteikė galimybę kompleksiskai analizuoti vartotojų įsitraukimo netolygumus e. sveikatos paslaugose.

*Apibendrinant galima teigti, kad nors Lietuvos e. sveikatos sistema techniniu požiūriu yra plačiai prieinama, jos socialinis efektyvumas yra netolygus. Tyrimas parodė, kad skaitmenizavimas savaime netolygumų nemažina, o neatsižvelgiant į skirtingas socialines vartotojų situacijas gali juos net sustiprinti. Dėl to e. sveikatos politikos ir paslaugų kūrimo procese svarbu pereiti nuo technologinio orientavimo prie socialiai jautraus ir įtraukaus dizaino principų. Tik tokiu būdu e. sveikatos paslaugos gali tapti ne tik formaliai prieinamos, bet ir realiai įtraukiančios skirtingas visuomenės grupes.*

## Išvados

1. Išanalizavus vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teorinius pagrindus, nustatyta, kad įsitraukimas šiame darbe suprantamas kaip daugialypis, procesinis ir sociotechninis reiškinys, apimantis sprendimą pradėti naudotis paslauga, jos tęstinį naudojimą ir galimą pasitraukimą. Teorinė analizė parodė, kad vien technologinė prieiga nepaaiškina realaus naudojimosi e. sveikatos paslaugomis, nes vartotojo santykį su sistema formuoja organizacinės taisyklės, paslaugų dizainas, pasitikėjimas sistema, skaitmeniniai ir sveikatos raštingumo įgūdžiai, socialinė parama, kalbinės bei kultūrinės aplinkybės, socialinė ir ekonominė padėtis. Interseksionalumo požiūriu šie veiksniai veikia persidengdami, todėl amžius, išsilavinimas, lytis, kalba, gyvenamoji vieta ar ankstesnė patirtis sveikatos sistemoje sukuria skirtingas naudojimosi e. sveikatos paslaugomis sąlygas. Dėl to teorinėje dalyje atsisakyta „vidutinio vartotojo“ prielaidos ir pagrįsta, kad vartotojų įsitraukimo netolygumai kyla iš socialinių sąlygų sankirtos bei jų sąveikos su skaitmeniniais ir organizaciniais sprendimais. Šiuo pagrindu pateiktas teorinis vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelis, kuriame sujungiama išorinė aplinka, naudotojo socialinių sąlygų sankirta, skaitmeninis pozicionalumas, e. sveikatos paslaugų dizaino, įgyvendinimo ir paramos sprendimai, įsitraukimo procesas ir jo rezultatai. Skaitmeninis pozicionalumas modelyje veikia kaip tarpinė grandis, paaiškinanti, kaip socialinės sąlygos virsta praktinėmis galimybėmis arba kliūtimis naudotis paslaugomis. Pateiktas modelis taip pat parodo, kad paslaugų dizainas, prieinamumas ir pagalbos mechanizmai nėra neutralūs: vieniems vartotojams jie gali sumažinti naudojimosi sąnaudas, kitiems jas padidinti. Šios išvados dera ir su LiDA 0570 (2025) duomenimis, rodančiais, kad skaitmeninė atskirtis Lietuvoje glaudžiai susijusi su amžiaus, skaitmeninių gebėjimų, technologijų priimtumo ir pasitikėjimo savo kompetencijomis sankirta. Taigi pirmasis darbo uždavinys įgyvendintas – suformuotas teorinis vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas modelis, pagrįstas interseksionalumo principais ir tinkamas tolesnei empirinių duomenų analizei.

2. Išanalizavus e. sveikatos paslaugų teisinį reglamentavimą ir gerąsias praktikas interseksionalumo principų požiūriu, nustatyta, kad Europos Sąjungos ir Lietuvos reguliavimas formuoja bendrą prieinamumo, duomenų apsaugos, lygybės ir nediskriminavimo pagrindą, tačiau praktinės vartotojų įsitraukimo sąlygos išlieka nevienodos. Tarptautinis ir ES reguliavimas stiprina vartotojų teises, techninį prieinamumą, sveikatos duomenų apsaugą ir pasitikėjimą skaitmeninėmis paslaugomis, tačiau dalis šių sprendimų remiasi aktyvaus, informuoto ir skaitmeniškai kompetentingo vartotojo prielaida. Lietuvos e. sveikatos reguliavime ši prielaida dar labiau siejama su ESPBI IS naudojimo procedūromis, elektronine atpažintimi, prisijungimo tvarka, duomenų apsaugos reikalavimais ir vartotojo savarankiškumu. Tokia sistema užtikrina administracinį nuoseklumą ir duomenų saugumą, bet kartu didina naudojimosi sąnaudas tiems vartotojams, kurių skaitmeniniai įgūdžiai, kalbinės ar informacinės kompetencijos, ekonominiai ištekliai arba socialinė parama yra riboti. Interseksionalumo požiūriu svarbu tai, kad šie barjerai dažniausiai neveikia pavieniui: elektroninės atpažinties reikalavimai, sudėtingos sutikimo procedūros ar riboti pagalbos mechanizmai tampa reikšmingesni tada, kai jie susikerta su vyresniu amžiumi, žemesniu išsilavinimu, mažesniais pajamomis, socialine atskirtimi ar silpnesniu pasitikėjimu institucijomis. Gerųjų praktikų analizė parodė kitokią e. sveikatos paslaugų organizavimo kryptį. Estijos „once-only“ principas mažina vartotojui tenkančią administracinę naštą, Danijos modelis išlaiko alternatyvias prieigos formas, Jungtinės Karalystės skaitmeninės įtraukties iniciatyvos grindžiamos mokymais ir tarpininkavimu, o Kanados sveikatos navigatorių praktika atliepia kalbinius ir kultūrinius skirtumus. Šie pavyzdžiai rodo, kad realus e. sveikatos paslaugų prieinamumas priklauso nuo institucijų pasirengimo

kompensuoti vartotojų išteklių trūkumą ir mažinti kliūtis, kurios susidaro skirtingų socialinių veiksnių sankirtoje. Taigi antrasis darbo uždavinys įgyvendintas – teisinio reglamentavimo ir gerųjų praktikų analizė parodė, kad formaliai vienodos e. sveikatos paslaugų prieigos sąlygos ne visada tampa vienodomis įsitraukimo galimybėmis, todėl interseksionalumo principai svarbūs vertinant teisinius, organizacinius ir praktinius sprendimus.

3. Empirinio tyrimo rezultatai parodė, kad socialinių veiksnių sankirta turi reikšmės vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas. Kiekybinio tyrimo duomenimis, e. sveikatos paslaugomis bent kartą naudojosi 89,1 proc. respondentų, tačiau naudojimas pasiskirstė netolygiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti pagal lytį, amžių, išsilavinimą ir gyvenamąją vietą: moterys paslaugomis naudojosi dažniau nei vyrai, 65 metų ir vyresni respondentai – rečiau nei jaunesni, aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys – dažniau nei žemesnio išsilavinimo respondentai, o miesto gyventojai – dažniau nei kaimo vietovių gyventojai. Paslaugų naudojimo pobūdis taip pat nebuvo vienodas. Dažniausiai respondentai naudojosi administracinėmis funkcijomis, tokiomis kaip registracija pas gydytoją ir tyrimų atsakymų peržiūra, o aktyvesnio dalyvavimo reikalaujančios paslaugos, pavyzdžiui, nuotolinės konsultacijos ir sveikatos programėlės, buvo naudojamos retai. Naudojimosi dažnumo ir bendro įsitraukimo rezultatai parodė, kad e. sveikatos paslaugos dažniau naudojamos pagal poreikį, o ne kaip nuolatinė sveikatos priežiūros valdymo priemonė. Daugiausia respondentų savo įsitraukimą vertino kaip vidutinį, todėl galima teigti, kad faktinis naudojimas dažnai apsiriboja pagrindinėmis funkcijomis. Technologinės prieigos duomenys parodė, kad beveik visi respondentai turi interneto prieigą namuose, dauguma turi tinkamą įrenginį, patikimą interneto ryšį ir savo skaitmeninius įgūdžius vertina kaip pakankamus. Vis dėlto nesinaudojimo priežasčių analizė parodė, kad kliūtys dažniausiai siejamos su įpročiais, sistemos sudėtingumu, įgūdžių trūkumu, informacijos ir pagalbos stoka. Tai rodo, kad technologinė prieiga pati savaime nepaaiškina įsitraukimo skirtumų. Kiekybinio tyrimo rezultatai šiuos duomenis papildė praktiniu ir instituciniu lygmeniu. Sveikatos apsaugos ministerijos atstovo interviu parodė skirtį tarp aukšto formalaus pasiekiamumo ir realaus įgalinimo naudotis paslaugomis, o sveikatos priežiūros specialistai pabrėžė, kad pacientams sunkumų kelia prisijungimas, sistemos sudėtingumas, skaitmeninių įgūdžių stoka, techninių priemonių trūkumas ir pagalbos poreikis. Specialistų atsakymai atskleidė, kad vyresnio amžiaus asmenims, kaimo gyventojams ir žemesnio išsilavinimo pacientams naudotis sistema sudėtingiau, ypač kai šie veiksniai susijungia su ribotais skaitmeniniais įgūdžiais ar socialinės paramos stoka. Socialinė parama tyrime pasirodė kaip svarbi praktinė sąlyga: artimųjų arba specialistų pagalba gali palengvinti naudojimąsi sistema, o jos nebuvimas didina neįsitraukimo riziką. Kiekybiniai duomenys taip pat parodė, kad sistemos dizainas, kalbos sudėtingumas, autentifikacijos reikalavimai ir techniniai trikdžiai skirtingas vartotojų grupes veikia nevienodai. Apibendrinant galima teigti, kad trečiasis darbo uždavinys įgyvendintas – empiriniai duomenys patvirtino, jog vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas lemia socialinių veiksnių sankirta. Amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, lytis, skaitmeniniai įgūdžiai, technologiniai ištekliai ir socialinė parama kartu formuoja skirtingą vartotojų skaitmeninį pozicinalumą, kuris virsta nevienodomis naudojimosi e. sveikatos paslaugomis galimybėmis.

## **Rekomendacijos**

### **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai ir nacionalinio lygmens e. sveikatos politikos formuotojams rekomenduojama:**

1. reguliariai vykdyti vartotojų įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas stebėseną, analizuojant naudojimosi skirtumus pagal amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą bei skaitmeninius gebėjimus;
2. diegiant naujus e. sveikatos funkcionalumus atlikti poveikio skirtingoms socialinėms grupėms vertinimą bei taikyti lygybei jautraus dizaino principus;
3. organizuoti nacionalinio lygmens skaitmeninio įgalinimo iniciatyvas, skirtas socialiai pažeidžiamų grupių konsultavimui ir praktinių naudojimosi e. sveikatos paslaugomis gebėjimų stiprinimui.

### **E. sveikatos sistemos vystytojams ir administruojančioms institucijoms (pvz., VĮ Registrų centrai) rekomenduojama:**

1. tobulinti sistemos naudotojo sąsają, užtikrinant aiškią navigaciją, suprantamą kalbą ir nuoseklią naudojimosi logiką;
2. plėtoti paprastesnes autentifikacijos priemones ir sudaryti galimybes naudotis alternatyviais prisijungimo būdais, mažiau priklausomais nuo elektroninės bankininkystės ar aukštų skaitmeninių kompetencijų;
3. reguliariai organizuoti sistemos testavimus su skirtingų socialinių grupių vartotojais, siekiant identifikuoti realius naudojimosi barjerus prieš diegiant naujus funkcionalumus;
4. integruoti pagalbos priemones, tokias kaip vaizdinės instrukcijos, konsultavimo funkcijos ar dažniausiai užduodamų klausimų skiltys.

### **Savivaldybėms ir vietos bendruomenėms rekomenduojama:**

1. steigti konsultavimo punktus, kuriuose gyventojams būtų teikiama pagalba registruojantis ir naudojantis pagrindinėmis e. sveikatos sistemos funkcijomis;
2. prioritetinį dėmesį skirti vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo bei kaimo vietovių gyventojams, kurie dažniau susiduria su naudojimosi e. sveikatos paslaugomis sunkumais;
3. bendradarbiauti su vietos bendruomenėmis ir nevyriausybinėmis organizacijomis, siekiant didinti informacijos apie e. sveikatos paslaugas prieinamumą socialiai pažeidžiamoms grupėms.

### **Sveikatos priežiūros įstaigoms ir sveikatos priežiūros specialistams rekomenduojama:**

1. gydymo įstaigose teikti pacientams aiškias naudojimosi e. sveikatos sistema instrukcijas bei konsultacinę pagalbą;
2. organizuoti darbuotojų mokymus, skirtus pacientų skaitmeninio konsultavimo ir pagalbos kompetencijoms stiprinti;
3. sistemingai rinkti informaciją apie pacientų naudojimosi sunkumus ir perduoti ją e. sveikatos sistemos vystytojams bei politikos formuotojams.

## Literatūros sąrašas

1. Allana, S., Norris, C., Hussain, A., & Clark, A. (2023). A scoping review and intersectionality-based analysis of heart failure telehealth interventions for vulnerable populations. *Journal of Advanced Nursing*, 79(11), 4097–4111. <https://doi.org/10.1111/jan.15756>
2. Badr, J., Motulsky, A., & Denis, J. L. (2024). Digital health technologies and inequalities: A scoping review of potential impacts and policy recommendations. *Health Policy*, 146, 105122. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105122>
3. Bierbooms, J., van Egmond, M., Hermans, A.-M., & de Looper, M. (2025). The role of economic, social, cultural, and person capital in explaining inequalities in the accessibility and usability of digital health technologies. *European Journal of Health Communication*, 6(2). <https://doi.org/10.47368/ejhc.2025.202>
4. Bitomsky, L., Nißen, M., & Kowatsch, T. (2025). Equity by design principles for digital health interventions. *International Journal for Equity in Health*, 24, 271. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02645-6>
5. Boxall, C., Bishop, F. L., Alwan, N. A., Treweek, S., Griffiths, G., Ekeke, N., McGavin, J., Thorp, J., & Bradbury, K. (2025). The role of intersectionality in shaping participant engagement with health research through digital methods: Findings from a qualitative study. *Trials*, 26(1), 218. <https://doi.org/10.1186/s13063-025-08929-0>
6. Chadwick, H., Lavery, L., Finnigan, R., Elias, R., Farrington, K., Caskey, F. J., & van der Veer, S. N. (2024). Engagement with digital health technologies among older people living in socially deprived areas: Qualitative study of influencing factors. *JMIR Formative Research*, 8, e60483. <https://doi.org/10.2196/60483>
7. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
8. Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons. <https://www.scribd.com/document/534046574/Cochran-1977-Sampling-Techniques-Third-Edition>
9. Denecke, K., Cvijic, L., & Petersen, C. (2025). Toward inclusive design heuristics for digital health interventions for the aging population: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e79449. <https://doi.org/10.2196/79449>
10. Figueroa, C. A., Luo, T., Aguilera, A., & Lyles, C. R. (2021). The need for feminist intersectionality in digital health. *The Lancet Digital Health*, 3(8), e526–e533. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00118-7](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00118-7)
11. Friemel, T. N. (2016). The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors. *New Media & Society*, 18(2), 313–331. <https://doi.org/10.1177/1461444814538648>
12. Gaber, S. N., Mattsson, E., Klarare, A., Dawes, J., Rapaport, P., & Women’s Advisory Board for Inclusion Health. (2025). An intersectional perspective on digital health: Longitudinal narratives and observations with older and middle-aged women experiencing homelessness. *The Gerontologist*, 65(4), gnaf021. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaf021>
13. Gaižauskaitė, I., & Mikėnė, S. (2014). *Socialinių tyrimų metodai: apklausa*. Mykolo Romerio universitetas.
14. Goldberg, N., Herrmann, C., Di Gion, P., Hautsch, V., Hefter, K., Langebartels, G., Pfaff, H., Ansmann, L., Karbach, U., & Wurster, F. (2025). Sociodemographic and socioeconomic

- determinants for the usage of digital patient portals in hospitals: Systematic review and meta-analysis on the digital divide. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e68091. <https://doi.org/10.2196/68091>
15. Goyal, S., Chauhan, S., & Gupta, P. (2022). Users' response toward online doctor consultation platforms: SOR approach. *Management Decision*, 60(7), 1990–2018. <https://doi.org/10.1108/MD-02-2021-0268>
  16. Groom, L. L., Schoenthaler, A. M., Mann, D. M., & Brody, A. A. (2024). Construction of the digital health equity-focused implementation research conceptual model: Bridging the divide between equity-focused digital health and implementation research. *PLOS Digital Health*, 3(5), e0000509. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000509>
  17. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis 7th Edition*. Pearson Education Limited. p. 71–73.
  18. Hatef, E., Scholle, S. H., Buckley, B., Weiner, J. P., & Austin, J. M. (2024). Development of an evidence- and consensus-based digital healthcare equity framework. *JAMIA Open*, 7(4), ooae136. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooae136>
  19. Hargittai, E., Piper, A. M., & Morris, M. R. (2019). From internet access to internet skills: Digital inequality among older adults. *Universal Access in the Information Society*, 18, 881–890. <https://doi.org/10.1007/s10209-018-0617-5>
  20. Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B., & Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 35(4), 866–876. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz080>
  21. Henwood, F., & Marent, B. (2019). Understanding digital health: Productive tensions at the intersection of sociology of health and science and technology studies. *Sociology of Health & Illness*, 41(S1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12898>
  22. Husain, L., & Greenhalgh, T. (2025). Examining intersectionality and barriers to the uptake of video consultations among older adults from disadvantaged backgrounds with limited English proficiency: Qualitative narrative interview study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e65690. <https://doi.org/10.2196/65690>
  23. Husain, L., Greenhalgh, T., Hughes, G., Finlay, T., & Wherton, J. (2022). Desperately seeking intersectionality in digital health disparity research: Narrative review to inform a richer theorization of multiple disadvantage. *Journal of Medical Internet Research*, 24(12), e42358. <https://doi.org/10.2196/42358>
  24. Kardelis, K. (2017). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: Edukologija ir kiti socialiniai mokslai* (6-asis patais. ir papild. leid.). Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
  25. Medero, K., Merrill, K., Jr., & Ross, M. Q. (2022). Modeling access across the digital divide for intersectional groups seeking web-based health information: National survey. *Journal of Medical Internet Research*, 24(3), e32678. <https://doi.org/10.2196/32678>
  26. Netto, G., Islam, F., & Bailey, S. (2025). Digital primary care services, procedural justice and intersectionality: A critical realist approach. *Sociology of Health & Illness*. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70083>
  27. Onishi, Y., Ichihashi, R., Yoshida, Y., Tahara, T., Kikuchi, T., Kobori, T., Kubota, T., Iwamoto, M., Hamano, S., & Kasuga, M. (2022). Substitution of telemedicine for clinic visit during the COVID-19 pandemic of 2020: Comparison of telemedicine and clinic visit. *Journal of Diabetes Investigation*. <https://doi.org/10.1111/jdi.13826>

28. Petretto, D. R., Carrogu, G. P., Gaviano, L., Berti, R., Pinna, M., Petretto, A. D., & Pili, R. (2024). Telemedicine, e-health, and digital health equity: A scoping review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. <https://doi.org/10.2174/0117450179279732231211110248>
29. Piccolo, R. (2024). Digitisation, health literacy and health empowerment of older people. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 20, 3001–3034. <https://doi.org/10.1007/s11365-024-00980-8>
30. Prakash, A. V., & Das, S. (2020). Intelligent conversational agents in mental healthcare services: A thematic analysis of user perceptions. *Pacific Asia Journal of the Association for Information Systems*, 12(2), Article 1. <https://doi.org/10.17705/1pais.12201>
31. Rajamani, G., Rodriguez Espinosa, P., & Rosas, L. G. (2021). Intersection of health informatics tools and community engagement in health-related research to reduce health inequities: Scoping review. *Journal of Participatory Medicine*, 13(3), e30062. <https://doi.org/10.2196/30062>
32. Renner, J., Täuber, L., & Nieder, T. O. (2022). Need for inclusive consideration of transgender and gender diverse people in e-health services: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(4), 1090. <https://doi.org/10.3390/jcm11041090>
33. Romanelli, M., Vélez-Grau, C., Rouvere, J., & Porter, S. F. (2025). Intersectional disparities in digital health and mental health service use among US youth during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional analysis of a national survey. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e77062. <https://doi.org/10.2196/77062>
34. Saeed, A. C., Pervaiz, F., Nawaz, H., Rafiq, S., Bibi, Y., Almagharbeh, W. T., & Mobeen, M. (2025). Health equity in telemedicine: Addressing disparities in digital healthcare access—A narrative review. *Insights Journal of Life and Social Sciences*. <https://doi.org/10.71000/rw9xxy20>
35. Seçkin, G., Hughes, S., Campbell, P., & Lawson, M. (2021). In Internet we trust: Intersectionality of distrust and patient non-adherence. *Information, Communication & Society*, 24(5), 751–771. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2021.1874479>
36. Spiteri, G., Fielding, J., Diercke, M., Campese, C., Enouf, V., Gaynard, A., Bella, A., Sognamiglio, P., Sierra Moros, M. J., Nicolau Riutort, A., Demina, Y. V., Mahieu, R., Broas, M., Bengnér, M., Buda, S., Schilling, J., Filleul, L., Lepoutre, A., ... Ciancio, B. C. (2020). First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020. *Eurosurveillance*, 25(9), 2000178. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.9.2000178>
37. Tinner, L., Holman, D., Ejegi-Memeh, S., & Laverty, A. A. (2023). Use of intersectionality theory in interventional health research in high-income countries: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6370. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146370>
38. Xie, B., Charness, N., Fingerman, K., Kaye, J., Kim, M. T., & Khurshid, A. (2020). When going digital becomes a necessity: Ensuring older adults' needs for information, services, and social inclusion during COVID-19. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4–5), 460–470. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1771237>
39. van Deursen, A. J. A. M., & van Dijk, J. A. G. M. (2019). The first-level digital divide shifts from inequalities in physical access to inequalities in material access. *New Media & Society*, 21(2), 354–375. <https://doi.org/10.1177/1461444818797082>
40. van Dijk, J.A.G.M. (2020). *The digital divide*. Polity Press. [https://www.politybooks.com/bookdetail?book\\_slug=the-digital-divide--9781509534449](https://www.politybooks.com/bookdetail?book_slug=the-digital-divide--9781509534449)

41. Western, M. J., Smit, E. S., Gültzow, T., Neter, E., Sniehotta, F. F., Malkowski, O. S., Wright, C., Busse, H., Peuters, C., Rehackova, L., Oteşanu, A. G., Ainsworth, B., Jones, C. M., Kilb, M., Rodrigues, A. M., Perski, O., Wright, A., & König, L. M. (2025). Bridging the digital health divide: A narrative review of the causes, implications, and solutions for digital health inequalities. *Digital Health*. <https://doi.org/10.1080/21642850.2025.2493139>
42. Wong, B. L. H., Maaß, L., Vodden, A., van Kessel, R., Sorbello, S., Buttigieg, S., & Odone, A. (2022). The dawn of digital public health in Europe: Implications for public health policy and practice. *The Lancet Regional Health – Europe*, 14, 100316. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100316>
43. Žydzūnaitė, V., & Sabaliauskas, S. (2017). *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai*. Vilnius: Vaga.
44. Younas, A., Monari, E. N., & Ali, P. (2025). Integrating intersectionality theory for informing health policymaking. *World Medical & Health Policy*. <https://doi.org/10.1002/wmh3.70049>
45. Yuen, E., Winter, N., Savira, F., Huggins, C. E., Nguyen, L., Cooper, P., Peeters, A., Anderson, K., Bhoyroo, R., Crowe, S., & Ugalde, A. (2024). Digital health literacy and its association with sociodemographic characteristics, health resource use, and health outcomes: Rapid review. *Interactive Journal of Medical Research*, 13, e46888. <https://doi.org/10.2196/46888>

## Informacijos šaltinių sąrašas

1. Butkevičienė, E. ir kt. (2026). TSTP 2024: Skaitmeninės visuomenės I, Lietuva, 2025 m. gegužė–birželis (LiDA\_SurveyData\_0570; Versija V1) [Duomenų rinkinys]. Lietuvos HSM duomenų archyvas (LiDA). <https://hdl.handle.net/21.12137/IZN80N>
2. Council of the European Union. (2024). Council Directive (EU) 2024/1499 on standards for equality bodies in the field of equal treatment. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2024/1499/oj>
3. Danish Agency for Digital Government. (2022). Digital by default, but not digital only. Danish Agency for Digital Government. <https://digst.dk>
4. Eurostat. (2023). Skills for the digital age. Statistics Explained. Eurostat. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Skills\\_for\\_the\\_digital\\_age#Source\\_data\\_for\\_tables\\_and\\_graphs](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Skills_for_the_digital_age#Source_data_for_tables_and_graphs)
5. Eurostat. (2024). Digital skills in 2023: Impact of education and age. Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240222-1>
6. Eurostat. (2024). Population structure and ageing. Statistics Explained. Eurostat. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing)
7. European Commission. (2017). Tallinn declaration on eGovernment. European Commission. [https://ec.europa.eu/newsroom/document.cfm?doc\\_id=47559](https://ec.europa.eu/newsroom/document.cfm?doc_id=47559)
8. European Commission. (2025). Digital Decade 2024: eHealth indicator study. European Commission. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/digital-decade-2024-ehealth-indicator-study>
9. European Parliament and Council. (2016). Directive (EU) 2016/2102 of the European Parliament and of the Council of 26 October 2016 on the accessibility of the websites and mobile applications of public sector bodies. Official Journal of the European Union, L 327, 1–15. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2016/2102/oj>
10. European Parliament and Council. (2016). Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation). Official Journal of the European Union, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
11. European Parliament and Council. (2019). Directive (EU) 2019/882 of the European Parliament and of the Council of 17 April 2019 on the accessibility requirements for products and services (European Accessibility Act). Official Journal of the European Union, L 151, 70–115. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2019/882/oj>
12. European Parliament and Council. (2024). Regulation (EU) 2024/2847 on the European Health Data Space. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2024/2847/oj>
13. eSveikata.lt. (2025). E. sveikatos portalas: Statistika. <https://www.esveikata.lt/>
14. Good Things Foundation. (2020). Digital inclusion and health. Good Things Foundation. <https://www.goodthingsfoundation.org>
15. Government of Canada. (2019). Digital health strategy. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system.html>

16. Lietuvos Respublikos Seimas. (2018). Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo Nr. I-1374 pakeitimo įstatymas Nr. XIII-1426 (galiojanti redakcija nuo 2018-07-16). Teisės aktų registras. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.5368B592234C>
17. Lietuvos Respublikos Seimas. (2018). Lietuvos Respublikos elektroninės atpažinties ir elektroninių operacijų patikimumo užtikrinimo paslaugų įstatymas Nr. XIII-1120 (galiojanti redakcija nuo 2018-07-09). Teisės aktų registras. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/88ad61b052c111e884cbc4327e55f3ca>
18. Lietuvos Respublikos Seimas. (2023). Lietuvos Respublikos valstybės informacinių išteklių valdymo įstatymo Nr. XI-1807 pakeitimo įstatymas Nr. XIV-2436 (galiojanti redakcija nuo 2024-01-01). Teisės aktų registras. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/2ad76ab0a64c11eea5a28c81c82193a8>
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2015). Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo (Įsakymas Nr. V-657) (galiojanti redakcija nuo 2015-06-30). Teisės aktų registras. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/49e35880064e11e5b0d3e1beb7dd5516>
20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2025). E. sveikatos sistemos naudojimo statistika. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/elektronine-sveikatos-sistema/e-sveikatos-sistemas-naudojimo-statistika/>
21. NHS England. (2019). Digital inclusion guide for health and care. NHS England. <https://www.strategyunitwm.nhs.uk/sites/default/files/2021-04/Digital%20inclusion%20evidence%20signpost.pdf>
22. OECD. (2020). Digital government index 2019: Results and key findings. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4de9f5bb-en>
23. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2025). Lithuania: Country health profile 2025. OECD Publishing. [https://www.oecd.org/en/publications/country-health-profile-2025-country-notes\\_c0e8b8be-en/lithuania\\_25bc0724-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/country-health-profile-2025-country-notes_c0e8b8be-en/lithuania_25bc0724-en.html)
24. United Nations. (1945). Charter of the United Nations. United Nations. <https://www.un.org/en/about-us/un-charter>
25. United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. United Nations. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
26. Valstybės kontrolė. (2017). Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas. Valstybės kontrolė. <https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/Download/3529>
27. Valstybės kontrolė. (2020). E. sveikatos sistemos veikimo vertinimas (komunikacinės išvados). Valstybės kontrolė. <https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23836/sveikatos-prieziuros-sistemas-vertinimas>
28. Valstybės kontrolė. (2025). Sveikatos paslaugų prieinamumo ir laukimo eilių vertinimas. Valstybės kontrolė. <https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/24353/>
29. World Health Organization. (2016). Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. WHO Press. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7349d58e-d87b-4330-ab51-82c75ddbfa62/content>
30. World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health 2020–2025. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>

## Priedai

### **1 priedas. Kiekybinio tyrimo klausimynas, skirtas socialinių veiksnių sankirtos įtakai vartotojų įsitraukimui į e. sveikatos paslaugas tirti**

Gerbiamas (-a) respondente,

Kauno technologijos universiteto Viešojo administravimo magistrantūros studijų studentė Simona Baranauskienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – nustatyti socialinių veiksnių sankirtą, lemiančią vartotojų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugas.

Tyrimu siekiama geriau suprasti, kokie socialiniai, technologiniai ir instituciniai veiksniai skatina arba riboja naudojimąsi e. sveikatos sistema, taip pat kaip šie veiksniai tarpusavyje sąveikauja. Gauti tyrimo rezultatai gali būti naudingi identifikuojant pagrindines e. sveikatos paslaugų naudojimo kliūtis, tobulinant jų prieinamumą bei prisidedant prie vartotojams palankesnių sprendimų kūrimo. Anketa yra anoniminė, o surinkti duomenys bus naudojami tik apibendrintai rengiant magistro baigiamąjį darbą. Respondentų tapatybė nebus identifikuojama, o pateikti atsakymai nebus vertinami individualiai.

Anketos pildymas užtruks apie 10–15 minučių.

Dėkoju už Jūsų laiką ir indėlį į tyrimą.

**I dalis. Naudojimas e. sveikatos paslaugomis.** Šioje dalyje pateikiami klausimai apie Jūsų naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis.

#### **1. Ar esate bent kartą naudojęsi (-usi) e. sveikatos paslaugomis?**

- Taip (*pereikite prie 2 klausimo*)
- Ne (*pereikite prie IA dalies „Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastys“*)

#### **2. Kokiomis e. sveikatos paslaugomis esate naudojęsis (-usi)? (*galimi keli atsakymai*)**

- Registracija pas gydytoją internetu
- E. receptai
- E. siuntimai
- Tyrimų atsakymų peržiūra
- Nuotolinės konsultacijos
- Sveikatos programėlės
- Kita: \_\_\_\_\_

#### **3. Kaip dažnai naudojātės e. sveikatos paslaugomis?**

- Labai dažnai
- Dažnai
- Kartais
- Retai

#### **4. Kaip vertintumėte savo bendrą įsitraukimą į e. sveikatos paslaugų naudojimą?**

- Labai didelis
- Didelis
- Vidutinis
- Mažas
- Labai mažas

**IA dalis. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastys.** Šioje dalyje pateikiami klausimai apie Jūsų nesinaudojimą e. sveikatos paslaugomis.

#### **1A. Ar esate kada nors bandę (-iusi) naudotis e. sveikatos paslaugomis?**

- Taip
- Ne

**2A. Kodėl nesinaudojate e. sveikatos paslaugomis? (galimi keli atsakymai)**

- Neturiu pakankamai skaitmeninių įgūdžių
- Neturiu tinkamos įrangos ar interneto
- Man sudėtinga naudotis sistema
- Nepasitikiu e. sveikatos sistemomis
- Nerimauju dėl duomenų saugumo
- Man patogiau naudotis tradicinėmis paslaugomis
- Neturiu poreikio
- Niekas nepadėjo išmokyti naudotis
- Kita: \_\_\_\_\_

**3A. Kas labiausiai apsunkina galimybę pradėti naudotis e. sveikatos paslaugomis? (galimi keli atsakymai)**

- Technologijų trūkumas
- Įgūdžių trūkumas
- Sistemos sudėtingumas
- Pasitikėjimo trūkumas
- Pagalbos nebuvimas
- Nepakankamas informavimas apie e. sveikatos paslaugas
- Kita: \_\_\_\_\_

**4A. Kas paskatintų Jus pradėti naudotis e. sveikatos paslaugomis? (galimi keli atsakymai)**

- Paprastesnė sistema
- Daugiau pagalbos/konsultacijų
- Mokymai
- Didesnis pasitikėjimas sistema
- Geresnė informacija
- Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų pagalba
- Kita: \_\_\_\_\_

*Prašome pereiti prie VIII dalies „Socialinių veiksnių poveikis“, vėliau prie IX dalies „Socialinės - demografinės charakteristikos“*

**II dalis. Įsitraukimas į e. sveikatos paslaugas.** Šioje dalyje pateikiami teiginiai apie Jūsų įsitraukimą į e. sveikatos paslaugų naudojimą. *Prašome atsakyti, ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su kiekvienu iš šių teiginių?*

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Man e. sveikatos paslaugomis naudotis yra įprasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prireikus, pirmiausia bandau naudotis e. sveikatos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. sveikatos paslaugos padeda man greičiau gauti reikalingas sveikatos paslaugas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Ateityje ketinu ir toliau naudotis e. sveikatos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jei tik įmanoma, renkuosi skaitmeninį, o ne fizinį paslaugos gavimo būdą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esu sumažinęs (-usi) naudojamą e. sveikatos paslaugomis dėl neigiamos patirties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jei e. sveikatos paslaugomis naudotis būtų per sudėtinga, rinkčiausi jų atsakyti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**III dalis. Technologinė prieiga ir skaitmeniniai įgūdžiai.** Šioje dalyje pateikiami teiginiai apie technologines galimybes ir skaitmeninius įgūdžius, susijusius su e. sveikatos paslaugų naudojimu. *Prašome atsakyti, ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su kiekvienu iš šių teiginių?*

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Turiu tinkamą įrenginį naudoti e. sveikatos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turiu patikimą interneto ryšį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man pakanka skaitmeninių įgūdžių naudoti e. sveikatos sistemomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naudodamasis (-i) e. sveikatos paslaugomis dažnai susiduriu su techniniais sunkumais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man lengva prisijungti prie e. sveikatos sistemų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man aišku, kaip atlikti reikiamus veiksmus e. sveikatos sistemoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV dalis. Suprantamumas ir naudojimo paprastumas.** Šioje dalyje pateikiami teiginiai apie e. sveikatos paslaugų informacijos suprantamumą ir naudojimo paprastumą. *Prašome atsakyti, ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su kiekvienu iš šių teiginių?*

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
E. sveikatos paslaugų informacija man yra suprantama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistemoje pateikiami nurodymai yra aiškūs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man lengva rasti reikalingą informaciją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. sveikatos sistemos kalba ir terminai man yra suprantami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naudojimosi eiga yra logiška ir paprasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Medicininiai ir administraciniai terminai e. sveikatos sistemoje man kartais yra per sudėtingi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man trūksta aiškiai pateiktos informacijos, kaip naudotis e. sveikatos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**V dalis. Socialinė parama.** Šioje dalyje pateikiami teiginiai apie socialinę aplinką ir galimą pagalbą naudojantis e. sveikatos paslaugomis. *Prašome atsakyti, ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su kiekvienu iš šių teiginių?*

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Artimieji ar pažįstami man padeda naudotis e. sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Be kitų pagalbos man būtų sunkiau naudotis e. sveikatos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveikatos įstaigos darbuotojai suteikia pakankamai pagalbos naudojantis e. sveikatos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. sveikatos paslaugomis dažniausiai naudojuosi savarankiškai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VI dalis. Pasitikėjimas ir saugumas.** Šioje dalyje pateikiami teiginiai apie pasitikėjimą e. sveikatos sistemomis ir duomenų saugumu. *Prašome atsakyti, ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su kiekvienu iš šių teiginių?*

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Pasitikiu e. sveikatos sistemomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasitikiu, kad mano sveikatos duomenys yra saugūs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manau, kad naudojantis e. sveikata gali būti pažeistas mano privatumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasitikiu, kad valstybinės institucijos tinkamai organizuoja e. sveikatos paslaugas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duomenų saugumo klausimai mažina mano norą naudotis e. sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VII dalis. Organizacinės ir institucinės kliūtys.** Šioje dalyje pateikiami teiginiai apie e. sveikatos paslaugų organizavimą ir prieinamumą skirtingoms gyventojų grupėms. *Prašome atsakyti, ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su kiekvienu iš šių teiginių?*

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
E. sveikatos paslaugų sistema pritaikyta įvairiems vartotojams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
E. sveikatos paslaugos vienodai prieinamos visoms gyventojų grupėms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kai kurioms žmonių grupėms naudotis e. sveikatos paslaugomis yra sunkiau nei kitoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveikatos paslaugų skaitmeninimas kai kuriems žmonėms sukuria papildomų kliūčių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. sveikatos sistemos kūrime nepakankamai atsižvelgiama į skirtingus vartotojų poreikius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Būtų reikalingi labiau diferencijuoti sprendimai skirtingoms vartotojų grupėms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveikatos priežiūros įstaigos pakankamai informuoja apie galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valstybės ir sveikatos priežiūros įstaigų pareiga yra sudaryti realias sąlygas visiems gyventojams naudotis e. sveikatos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIII dalis. Socialinių veiksnių poveikis.** Šioje dalyje prašome įvertinti, kiek Jūsų nuomone, įvairūs veiksniai daro įtaką naudojimuisi e. sveikatos paslaugomis. Kaip manote, kiek šie veiksniai turi įtakos žmogaus galimybėms naudotis e. sveikatos paslaugomis? *Prašome atsakyti, ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su kiekvienu iš šių teiginių?*

Teiginiai	Labai daug	Daug	Nei daug, nei mažai	Mažai	Labai mažai
Amžius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Išsilavinimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pajamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyvenamoji vieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaitmeniniai įgūdžiai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalbiniai gebėjimai/kalbos barjerai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveikatos būklė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplinkinių parama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasitikėjimas institucijomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IX dalis. Socialinės – demografinės charakteristikos.** Šioje dalyje pateikiami klausimai apie Jūsų socialines – demografinės charakteristikas. Šie duomenys bus naudojami tik apibendrintai analizei.

1. Jūsų lytis:

- Moteris
- Vyras

- Nenoriu nurodyti
2. Jūsų amžius:
- 18–24
  - 25–34
  - 35–44
  - 45–54
  - 55–64
  - 65 ir daugiau
3. Jūsų gyvenamoji vieta:
- Didmiestis
  - Miestas
  - Miestelis
  - Kaimo vietovė
4. Jūsų įgytas išsilavinimas:
- Pagrindinis
  - Vidurinis
  - Profesinis
  - Aukštasis ne universitetinis (kolegija)
  - Aukštasis universitetinis
5. Jūsų užimtumas:
- Dirbu
  - Studijuoju
  - Dirbu ir studijuoju
  - Esu bedarbis (-ė)
  - Esu senjoras (-ė)
  - Kita
6. Kaip vertinate savo finansinę padėtį?
- Labai gera
  - Gera
  - Vidutinė
  - Bloga
  - Labai bloga
7. Kaip vertinate savo bendrą sveikatos būklę?
- Labai gera
  - Gera
  - Vidutinė
  - Bloga
  - Labai bloga
8. Ar namuose turite interneto prieigą?
- Taip
  - Ne

## 2 priedas. Intervalinių kintamųjų skirstinio normalumo tikrinimo rezultatai (Kolmogorov-Smirnov, asimetrija, ekscesas)

Rodiklis	N	Asimetrijos	Eksceso	Kolmogorov-Smirnov p-reikšmė
Man e. sveikatos paslaugomis naudotis yra įprasta	163	0,832	0,226	<0,001
Prireikus, pirmiausia bandau naudotis e. sveikatos paslaugomis	163	0,766	-0,112	<0,001
E. sveikatos paslaugos padeda greičiau gauti paslaugas	161	0,276	-0,765	<0,001
Ateityje ketinu naudotis e. sveikatos paslaugomis	164	0,996	2,034	<0,001
Renkuosi skaitmeninį paslaugos būdą	164	0,498	-0,728	<0,001
Esu sumažinęs naudojimąsi dėl neigiamos patirties	162	-0,709	-0,392	<0,001
Jei būtų sudėtinga – atsisakyčiau naudotis	160	0,414	-0,667	<0,001
Turiu tinkamą įrenginį	163	1,505	2,906	<0,001
Turiu patikimą interneto ryšį	162	1,770	3,594	<0,001
Pakanka skaitmeninių įgūdžių	164	1,410	1,719	<0,001
Susiduriu su techniniais sunkumais	163	-0,298	-0,702	<0,001
Lengva prisijungti prie sistemos	164	1,107	0,834	<0,001
Aišku, kaip atlikti veiksmus	163	0,66	-0,209	<0,001
Informacija suprantama	163	0,457	-0,256	<0,001
Nurodymai aiškūs	163	0,291	-0,811	<0,001
Lengva rasti informaciją	163	0,135	-0,911	<0,001
Terminai suprantami	162	0,453	-0,112	<0,001
Naudojimasis logiškas	162	0,132	-0,700	<0,001
Terminai kartais per sudėtingi	163	0,235	-0,919	<0,001
Trūksta aiškios informacijos	163	-0,005	-1,127	<0,001
Artimieji padeda naudotis	162	-0,702	-0,652	<0,001
Be pagalbos būtų sunkiau	163	-0,938	0,058	<0,001
Darbuotojai suteikia pagalbą	163	-0,073	-0,840	<0,001
Naudojuosi savarankiškai	163	1,590	2,961	<0,001
Pasitikiu sistemomis	163	0,319	-0,278	<0,001
Duomenys yra saugūs	161	0,222	-0,383	<0,001
Privatumas gali būti pažeistas	161	0,010	-0,666	<0,001
Institucijos organizuoja tinkamai	163	0,135	-0,211	<0,001
Saugumo klausimai mažina norą naudotis	163	-0,237	-0,605	<0,001
Sistema pritaikyta vartotojams	161	0,251	-0,732	<0,001
Paslaugos prieinamos visiems	162	0,074	-0,802	<0,001
Kai kurioms grupėms sunkiau naudotis	162	1,326	1,840	<0,001
Skaitmeninimas sukuria kliūčių	162	1,129	1,050	<0,001
Neatsižvelgiama į poreikius	161	0,704	0,595	<0,001

Reikia diferencijuotų sprendimų	162	1,237	1,847	<0,001
Įstaigos pakankamai informuoja	162	0,112	-0,460	<0,001
Valstybės pareiga sudaryti sąlygas	160	0,926	0,640	<0,001
Amžius	182	0,895	0,302	<0,001
Išsilavinimas	180	0,173	-0,725	<0,001
Pajamos	179	-0,346	-0,025	<0,001
Gyvenamoji vieta	179	-0,196	-0,701	<0,001
Skaitmeniniai įgūdžiai	180	1,553	2,741	<0,001
Kalbiniai gebėjimai	180	0,606	-0,234	<0,001
Sveikatos būklė	181	0,256	-0,272	<0,001
Aplinkinių parama	179	0,782	0,196	<0,001
Pasitikėjimas institucijomis	181	0,493	-0,141	<0,001

### 3 priedas. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pagal paslaugų rūšis skirtumai sociodemografinius rodiklius

1 lentelė. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pasiskirstymas pagal paslaugų rūšis ir lytį (sudaryta autorės, 2026)

Kokiomis e. sveikatos paslaugomis esate naudojęsis (-usi)?	Moteris		Vyras		$\chi^2$	p
	n	proc.	n	proc.		
Registracija pas gydytoją	113	88,3	24	75,0	3,669	0,055
E. receptai	66	51,6	15	46,9	0,225	0,635
E. siuntimai	76	59,4	13	40,6	3,646	0,056
Tyrimų atsakymų peržiūra	103	80,5	25	78,1	0,088	0,767
Nuotolinės konsultacijos	18	14,1	0	0	5,070	0,024
Sveikatos programėlės	10	7,8	4	12,5	0,705	0,401

2 lentelė. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pasiskirstymas pagal paslaugų rūšis ir amžių (sudaryta autorės, 2026)

Kokiomis e. sveikatos paslaugomis esate naudojęsis (-usi)?	18-34 m.		35-44 m.		45-54 m.		55-64 m.		65 m. ir daugiau		$\chi^2$	p
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.		
Registracija pas gydytoją	20	87,0	43	91,5	41	91,1	21	75,0	11	68,8	8,670	0,070
E. receptai	12	52,2	29	61,7	25	55,6	8	28,6	7	43,8	8,513	0,075
E. siuntimai	14	60,9	31	66,0	29	64,4	9	32,1	5	31,3	13,791	0,008
Tyrimų atsakymų peržiūra	17	73,9	39	83,0	40	88,9	20	71,4	12	75,0	4,614	0,329
Nuotolinės konsultacijos	1	4,3	7	14,9	4	8,9	4	14,3	2	12,5	2,244	0,691
Sveikatos programėlės	4	17,4	4	8,5	4	8,9	0	0,0	1	6,3	5,211	0,266

3 lentelė. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pasiskirstymas pagal paslaugų rūšis ir išsilavinimą (sudaryta autorės, 2026)

Kokiomis e. sveikatos paslaugomis esate naudojęsis (-usi)?	Pagrindinis		Vidurinis		Profesinis		Aukštasis neuniversitetinis		Aukštasis universitetinis		$\chi^2$	p
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.		
Registracija pas gydytoją	6	66,7	9	75,0	20	90,9	33	89,2	68	86,1	4,598	0,331
E. receptai	3	33,3	3	25,0	9	40,9	13	35,1	53	67,1	17,175	0,002
E. siuntimai	3	33,3	3	25,0	9	40,9	19	51,4	55	69,6	14,861	0,005
Tyrimų atsakymų peržiūra	6	66,7	9	75,0	16	72,7	29	78,4	67	84,8	3,102	0,541
Nuotolinės konsultacijos	0	0	0	0	0	0	6	16,2	12	15,2	7,551	0,109

Kokiomis e. sveikatos paslaugomis esate naudojęs (-usi)?	Pagrindinis		Vidurinis		Profesinis		Aukštasis neuniversitetinis		Aukštasis universitetinis		$\chi^2$	p
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.		
Sveikatos programėlės	0	0	1	8,3	3	13,6	7	18,9	3	3,8	8,692	0,069

**4 lentelė.** Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pasiskirstymas pagal paslaugų rūšis ir gyvenamąją vietą (sudaryta autorės, 2026)

Kokiomis e. sveikatos paslaugomis esate naudojęsis (-usi)?	Miestas		Kaimas		$\chi^2$	p
	n	proc.	n	proc.		
Registracija pas gydytoją	105	88,20	31	77,50	2,788	0,095
E. receptai	63	52,90	17	42,50	1,306	0,253
E. siuntimai	71	59,70	17	42,50	3,569	0,059
Tyrimų atsakymų peržiūra	95	79,80	32	80,00	0,001	0,982
Nuotolinės konsultacijos	15	12,60	3	7,50	0,777	0,378
Sveikatos programėlės	11	9,20	3	7,50	0,113	0,736

#### 4 priedas. Naudojimosi dažnumo ir bendro įsitraukimo skirtumai pagal sociodemografinius rodiklius

1 lentelė. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnumo ir bendro įsitraukimo skirtumai pagal lytį (sudaryta autorės, 2026)

Kaip dažnai naudojātės e. sveikatos paslaugomis?	Moteris		Vyras		$\chi^2$	p
	n	proc.	n	proc.		
Labai dažnai	18	14,1	0	0	6,194	0,103
Dažnai	49	38,3	13	40,6		
Kartais	48	37,5	13	40,6		
Retai	13	10,2	6	18,8		
Kaip vertintumėte savo bendrą įsitraukimą į e. sveikatos paslaugų naudojimą?	n	proc.	n	proc.	$\chi^2$	p
Labai didelis	9	7,0	0	0	12,54	0,014
Didelis	32	25,0	10	31,3		
Vidutinis	62	48,4	8	25,0		
Mažas	20	15,6	10	31,3		
Labai mažas	5	3,9	4	12,5		

2 lentelė. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnumo ir bendro įsitraukimo skirtumai pagal amžių (sudaryta autorės, 2026)

Kaip dažnai naudojātės e. sveikatos paslaugomis?	18-34 m.		35-44 m.		45-54 m.		55-64 m.		65 m. ir daugiau		$\chi^2$	p
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.		
Labai dažnai	6	26,1	3	6,4	4	8,9	4	14,3	1	6,3	18,542	0,100
Dažnai	6	26,1	23	48,9	21	46,7	6	21,4	5	31,3		
Kartais	11	47,8	16	34,0	15	33,3	12	42,9	7	43,8		
Retai	0	0	5	10,6	5	11,1	6	21,4	3	18,8		
Kaip vertintumėte savo bendrą įsitraukimą į e. sveikatos paslaugų naudojimą?	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	$\chi^2$	p
Labai didelis	3	13,0	2	4,3	2	4,4	1	3,6	1	6,3	10,726	0,826
Didelis	7	30,4	11	23,4	14	31,1	5	17,9	5	31,3		
Vidutinis	11	47,8	22	46,8	18	40,0	12	42,9	6	37,5		
Mažas	2	8,7	9	19,1	9	20,0	8	28,6	2	12,5		
Labai mažas												

**3 lentelė.** Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnumo ir bendro įsitraukimo skirtumai pagal išsilavinimą (sudaryta autorės, 2026)

Kaip dažnai naudojātės e. sveikatos paslaugomis?	Pagrindinis		Vidurinis		Profesinis		Aukštasis neuniversitetinis		Aukštasis universitetinis		$\chi^2$	p
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.		
Labai dažnai	1	11,1	3	25,0	1	4,5	7	18,9	6	7,6	15,392	0,221
Dažnai	1	11,1	4	33,3	12	54,5	13	35,1	32	40,5		
Kartais	7	77,8	4	33,3	6	27,3	12	32,4	31	39,2		
Retai	0	0	1	8,3	3	13,6	5	13,5	10	12,7		
Kaip vertintumėte savo bendrą įsitraukimą į e. sveikatos paslaugų naudojimą?	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	$\chi^2$	p
Labai didelis	0	0	0	0	1	4,5	4	10,8	4	5,1	19,752	0,232
Didelis	3	33,3	7	58,3	8	36,4	9	24,3	15	19,0		
Vidutinis	2	22,2	4	33,3	7	31,8	16	43,2	40	50,6		
Mažas	4	44,4	1	8,3	4	18,2	5	13,5	16	20,3		
Labai mažas	0	0	0	0	2	9,1	3	8,1	4	5,1		

**4 lentelė.** Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnumo ir bendro įsitraukimo skirtumai pagal gyvenamąją vietą (sudaryta autorės, 2026)

Kaip dažnai naudojātės e. sveikatos paslaugomis?	Miestas		Kaimas		$\chi^2$	p
	n	proc.	n	proc.		
Labai dažnai	12	10,1	6	15,0	0,83	0,842
Dažnai	46	38,7	15	37,5		
Kartais	46	38,7	15	37,5		
Retai	15	12,6	4	10,0		
Kaip vertintumėte savo bendrą įsitraukimą į e. sveikatos paslaugų naudojimą?	n	proc.	n	proc.	$\chi^2$	p
Labai didelis	7	5,9	2	5,0	0,563	0,967
Didelis	31	26,1	11	27,5		
Vidutinis	53	44,5	16	40,0		
Mažas	22	18,5	8	20,0		
Labai mažas	6	5,0	3	7,5		

## 5 priedas. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių ir skatinančių veiksnių duomenys

1 lentelė. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių pasiskirstymas (sudaryta autorės, 2026)

Kodėl nesinaudojate e. sveikatos paslaugomis?	n	proc.
Neturiu pakankamai skaitmeninių įgūdžių	6	30,0
Neturiu tinkamos įrangos ar interneto	3	15,0
Man sudėtinga naudotis sistema	8	40,0
Nepasitikiu e. sveikatos sistemomis	1	5,0
Nerimauju dėl duomenų saugumo	1	5,0
Man patogiau naudotis tradicinėmis paslaugomis	13	65,0
Neturiu poreikio	7	35,0
Niekas nepadėjo išmokti naudotis	5	25,0
Kita	0	0

2 lentelė. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis pradėjimą apsunkinančių veiksnių pasiskirstymas (sudaryta autorės, 2026)

Kas labiausiai apsunkina galimybę pradėti naudotis e. sveikatos paslaugomis?	n	proc.
Technologijų trūkumas	3	15,0
Įgūdžių trūkumas	8	40,0
Sistemos sudėtingumas	8	40,0
Pasitikėjimo trūkumas	6	30,0
Pagalbos nebuvimas	3	15,0
Nepakankamas informavimas apie e. sveikatos paslaugas	5	25,0
Kita	0	0

3 lentelė. Naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis skatinančių veiksnių pasiskirstymas (sudaryta autorės, 2026)

Kas paskatintų Jus pradėti naudotis e. sveikatos paslaugomis?	n	proc.
Paprastesnė sistema	11	55,0
Daugiau pagalbos/konsultacijų	5	25,0
Mokymai	6	30,0
Didesnis pasitikėjimas sistema	6	31,6
Geresnė informacija	6	30,0
Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų pagalba	5	25,0
Kita:	0	0

## 6 priedas. Įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teiginių skirtumai pagal sociodemografinius rodiklius

1 lentelė. Įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teiginių vertinimų skirtumai pagal lytį (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Moterys		Vyrai		t	p
	M	SN	M	SN		
Man e. sveikatos paslaugomis naudotis yra įprasta	2,06	0,95	2,56	0,95	-2,71	0,007
Prireikus, pirmiausia bandau naudotis e. sveikatos paslaugomis	2,17	1,04	2,5	0,88	-1,64	0,104
E. sveikatos paslaugos padeda man greičiau gauti reikalingas sveikatos paslaugas	2,43	1,07	2,71	0,86	-1,33	0,185
Ateityje ketinu ir toliau naudotis e. sveikatos paslaugomis	1,88	0,77	2,13	0,55	-1,67	0,096
Jei tik įmanoma, renkuosi skaitmeninį, o ne fizinį paslaugos gavimo būdą	2,34	1,14	2,66	1,23	-1,37	0,174
Esu sumažinęs (-usi) naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis dėl neigiamos patirties.	3,79	1,1	3,5	1,16	1,31	0,192
Jei e. sveikatos paslaugomis naudotis būtų per sudėtinga, rinkčiausi jų atsisakyti	2,82	1,14	2,39	0,92	1,94	0,054

2 lentelė. Įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teiginių vertinimų sąsajos su amžiumi ir išsilavinimu (Spearman koreliacija) (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Amžius		Išsilavinimas	
	r	p	r	p
Man e. sveikatos paslaugomis naudotis yra įprasta	0,25	0,002	-0,09	0,257
Prireikus, pirmiausia bandau naudotis e. sveikatos paslaugomis	0,17	0,033	-0,19	0,020
E. sveikatos paslaugos padeda man greičiau gauti reikalingas sveikatos paslaugas	0,15	0,063	0,00	0,963
Ateityje ketinu ir toliau naudotis e. sveikatos paslaugomis	0,28	<0,001	-0,21	0,007
Jei tik įmanoma, renkuosi skaitmeninį, o ne fizinį paslaugos gavimo būdą	0,24	0,002	-0,08	0,332
Esu sumažinęs (-usi) naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis dėl neigiamos patirties.	-0,22	0,006	0,24	0,002
Jei e. sveikatos paslaugomis naudotis būtų per sudėtinga, rinkčiausi jų atsisakyti	-0,15	0,060	0,12	0,138

**3 lentelė.** Įsitraukimo į e. sveikatos paslaugas teiginių vertinimų palyginimas mieste ir kaime gyvenančių tiriamųjų grupėse (Stjudent t testas nepriklausomoms imtims) (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
Man e. sveikatos paslaugomis naudotis yra įprasta	2,08	0,95	2,4	0,98	-1,80	0,074
Prireikus, pirmiausia bandau naudotis e. sveikatos paslaugomis	2,14	0,98	2,58	1,06	-2,41	0,017
E. sveikatos paslaugos padeda man greičiau gauti reikalingas sveikatos paslaugas	2,4	1,04	2,77	1,01	-1,95	0,054
Ateityje ketinu ir toliau naudotis e. sveikatos paslaugomis	1,87	0,74	2,1	0,71	-1,68	0,094
Jei tik įmanoma, renkuosi skaitmeninį, o ne fizinį paslaugos gavimo būdą	2,31	1,12	2,7	1,27	-1,84	0,067
Esu sumažinęs (-usi) naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis dėl neigiamos patirties.	3,87	1,02	3,26	1,25	3,09	0,002
Jei e. sveikatos paslaugomis naudotis būtų per sudėtinga, rinkčiausi jų atsisakyti	2,85	1,18	2,32	0,66	2,64	0,009

## 7 priedas. Technologinės prieigos ir skaitmeninių įgūdžių vertinimų skirtumai

**1 lentelė.** Technologinės prieigos ir skaitmeninių įgūdžių teiginių vertinimų skirtumai pagal lytį (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Moterys		Vyrai		t	p
	M	SN	M	SN		
Turiu tinkamą įrenginį naudotis e. sveikatos paslaugomis	1,61	0,81	1,72	0,63	-0,68	0,497
Turiu patikimą interneto ryšį	1,56	0,80	1,81	0,82	-1,62	0,107
Man pakanka skaitmeninių įgūdžių naudotis e. sveikatos sistemomis	1,67	0,90	2,06	0,98	-2,16	0,032
Naudodamasis (-i) e. sveikatos paslaugomis dažnai susiduriu su techniniais sunkumais	3,37	1,10	3,19	1,09	0,83	0,409
Man lengva prisijungti prie e. sveikatos sistemų	1,80	0,91	2,13	0,94	-1,78	0,078
Man aišku, kaip atlikti reikiamus veiksmus e. sveikatos sistemoje	2,02	0,94	2,53	1,14	-2,65	0,009

**2 lentelė.** Technologinės prieigos ir skaitmeninių įgūdžių teiginių vertinimų sąsajos su amžiumi ir išsilavinimu (Spearman koreliacija) (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Amžius		Išsilavinimas	
	r	p	r	p
Turiu tinkamą įrenginį naudotis e. sveikatos paslaugomis	0,25	0,002	-0,41	<0,001
Turiu patikimą interneto ryšį	0,17	0,031	-0,40	<0,001
Man pakanka skaitmeninių įgūdžių naudotis e. sveikatos sistemomis	0,29	<0,001	-0,40	<0,001
Naudodamasis (-i) e. sveikatos paslaugomis dažnai susiduriu su techniniais sunkumais	-0,31	<0,001	0,18	0,026
Man lengva prisijungti prie e. sveikatos sistemų	0,29	<0,001	-0,36	<0,001
Man aišku, kaip atlikti reikiamus veiksmus e. sveikatos sistemoje	0,20	0,014	-0,20	0,012

**3 lentelė.** Technologinės prieigos ir skaitmeninių įgūdžių teiginių vertinimų skirtumai pagal gyvenamąją vietą (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
Turiu tinkamą įrenginį naudotis e. sveikatos paslaugomis	1,55	0,74	1,90	0,84	-2,50	0,013
Turiu patikimą interneto ryšį	1,54	0,78	1,84	0,86	-2,05	0,042
Man pakanka skaitmeninių įgūdžių naudotis e. sveikatos sistemomis	1,64	0,84	2,10	1,08	-2,78	0,006
Naudodamasis (-i) e. sveikatos paslaugomis dažnai susiduriu su techniniais sunkumais	3,4	1,09	3,1	1,11	1,52	0,132

Teiginiai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
Turiu tinkamą įrenginį naudotis e. sveikatos paslaugomis	1,55	0,74	1,90	0,84	-2,50	0,013
Man lengva prisijungti prie e. sveikatos sistemų	1,78	0,89	2,15	0,98	-2,22	0,028
Man aišku, kaip atlikti reikiamus veiksmus e. sveikatos sistemoje	2,06	1,02	2,33	0,92	-1,46	0,148

## 8 priedas. E. sveikatos paslaugų suprantamumo ir naudojimo paprastumo vertinimai

**1 lentelė.** E. sveikatos paslaugų suprantamumo ir naudojimo paprastumo teiginių vertinimų vidurkiai (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	M	SN
E. sveikatos paslaugų informacija man yra suprantama	2,18	0,90
Sistemoje pateikiami nurodymai yra aiškūs	2,39	1,04
Man lengva rasti reikalingą informaciją	2,61	1,08
E. sveikatos sistemos kalba ir terminai man yra suprantami	2,27	0,92
Naudojimosi eiga yra logiška ir paprasta	2,56	1,05
Medicininiai ir administraciniai terminai e. sveikatos sistemoje man kartais yra per sudėtingi	3,07*	1,07
Man trūksta aiškiai pateiktos informacijos, kaip naudotis e. sveikatos paslaugomis	3,21*	1,16

\* - neigiamos krypties teiginiai

**2 lentelė.** E. sveikatos paslaugų suprantamumo ir naudojimo paprastumo teiginių vertinimų skirtumai pagal lytį (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Moterys		Vyrai		t	p
	M	SN	M	SN		
E. sveikatos paslaugų informacija man yra suprantama	2,08	0,87	2,47	0,80	-2,30	0,023
Sistemoje pateikiami nurodymai yra aiškūs	2,22	0,96	2,94	1,08	-3,69	<0,001
Man lengva rasti reikalingą informaciją	2,49	1,04	3,00	1,02	-2,50	0,013
E. sveikatos sistemos kalba ir terminai man yra suprantami	2,19	0,88	2,52	0,89	-1,85	0,066
Naudojimosi eiga yra logiška ir paprasta	2,44	0,99	2,91	1,03	-2,33	0,021
Medicininiai ir administraciniai terminai e. sveikatos sistemoje man kartais yra per sudėtingi	3,03	1,11	3,22	0,79	-0,90	0,369
Man trūksta aiškiai pateiktos informacijos, kaip naudotis e. sveikatos paslaugomis	3,27	1,17	2,94	1,05	1,46	0,146

**3 lentelė.** E. sveikatos paslaugų suprantamumo ir naudojimo paprastumo teiginių vertinimų sąsajos su amžiumi ir išsilavinimu (Spearman koreliacija) (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Amžius		Išsilavinimas	
	r	p	r	p
E. sveikatos paslaugų informacija man yra suprantama	0,14	0,078	-0,16	0,040
Sistemoje pateikiami nurodymai yra aiškūs	0,09	0,280	-0,08	0,312
Man lengva rasti reikalingą informaciją	0,18	0,022	-0,06	0,453

Teiginiai	Amžius		Išsilavinimas	
	r	p	r	p
E. sveikatos paslaugų informacija man yra suprantama	0,14	0,078	-0,16	0,040
E. sveikatos sistemos kalba ir terminai man yra suprantami	0,12	0,140	-0,12	0,136
Naudojimosi eiga yra logiška ir paprasta	0,21	0,010	-0,02	0,771
Medicininiai ir administraciniai terminai e. sveikatos sistemoje man kartais yra per sudėtingi	-0,11	0,163	0,00	0,982
Man trūksta aiškiai pateiktos informacijos, kaip naudotis e. sveikatos paslaugomis	-0,20	0,010	0,18	0,021

**4 lentelė.** E. sveikatos paslaugų suprantamumo ir naudojimo paprastumo teiginių vertinimų skirtumai pagal gyvenamąją vietą (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
E. sveikatos paslaugų informacija man yra suprantama	<b>2,09</b>	<b>0,89</b>	<b>2,38</b>	<b>0,77</b>	<b>-1,79</b>	<b>0,075</b>
Sistemoje pateikiami nurodymai yra aiškūs	2,3	1,02	2,6	1,01	-1,64	0,104
Man lengva rasti reikalingą informaciją	2,56	1,06	2,73	1,01	-0,87	0,388
E. sveikatos sistemos kalba ir terminai man yra suprantami	2,21	0,90	2,41	0,82	-1,22	0,226
Naudojimosi eiga yra logiška ir paprasta	2,51	1,03	2,65	0,95	-0,74	0,460
Medicininiai ir administraciniai terminai e. sveikatos sistemoje man kartais yra per sudėtingi	3,15	1,04	2,85	1,05	1,58	0,116
Man trūksta aiškiai pateiktos informacijos, kaip naudotis e. sveikatos paslaugomis	3,25	1,17	3	1,04	1,22	0,224

## 9 priedas. Socialinės paramos vertinimai

**1 lentelė.** Socialinės paramos teiginių vertinimų vidurkiai (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	M	SN
Artimieji ar pažįstami man padeda naudotis e. sveikata	3,78*	1,18
Be kitų pagalbos man būtų sunkiau naudotis e. sveikatos paslaugomis	3,95*	1,08
Sveikatos įstaigos darbuotojai suteikia pakankamai pagalbos naudojantis e. sveikatos paslaugomis	3,26	1,16
E. sveikatos paslaugomis dažniausiai naudojuosi savarankiškai	1,71	0,88

\* - neigiamos krypties teiginiai

**2 lentelė.** Socialinės paramos teiginių vertinimų skirtumai pagal lytį (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Moterys		Vyrai		t	p
	M	SN	M	SN		
Artimieji ar pažįstami man padeda naudotis e. sveikata	3,86	1,19	3,44	1,13	1,80	0,073
Be kitų pagalbos man būtų sunkiau naudotis e. sveikatos paslaugomis	4,03	1,08	3,59	1,07	2,06	0,041
Sveikatos įstaigos darbuotojai suteikia pakankamai pagalbos naudojantis e. sveikatos paslaugomis	3,28	1,20	3,16	0,92	0,56	0,575
E. sveikatos paslaugomis dažniausiai naudojuosi savarankiškai	1,63	0,82	1,97	0,90	-2,04	0,043

**3 lentelė.** Socialinės paramos teiginių vertinimų sąsajos su amžiumi ir išsilavinimu (Spearman koreliacija) (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Amžius		Išsilavinimas	
	r	p	r	p
Artimieji ar pažįstami man padeda naudotis e. sveikata	-0,32	<0,001	0,36	<0,001
Be kitų pagalbos man būtų sunkiau naudotis e. sveikatos paslaugomis	-0,31	<0,001	0,36	<0,001
Sveikatos įstaigos darbuotojai suteikia pakankamai pagalbos naudojantis e. sveikatos paslaugomis	-0,06	0,471	0,20	0,010
E. sveikatos paslaugomis dažniausiai naudojuosi savarankiškai	0,28	<0,001	-0,40	<0,001

**4 lentelė.** Socialinės paramos teiginių vertinimų skirtumai pagal gyvenamąją vietą (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
Artimieji ar pažįstami man padeda naudotis e. sveikata	3,90	1,16	3,38	1,17	2,45	0,015
Be kitų pagalbos man būtų sunkiau naudotis e. sveikatos paslaugomis	4,09	1,00	3,48	1,22	3,20	0,002

Teiginiai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
Artimieji ar pažįstami man padeda naudotis e. sveikata	3,90	1,16	3,38	1,17	2,45	0,015
Sveikatos įstaigos darbuotojai suteikia pakankamai pagalbos naudojantis e. sveikatos paslaugomis	3,35	1,19	2,95	0,90	1,93	0,056
E. sveikatos paslaugomis dažniausiai naudojuosi savarankiškai	1,63	0,83	1,93	0,89	-1,94	0,055

## 10 priedas. Pasitikėjimo ir saugumo vertinimai

**1 lentelė.** Pasitikėjimo ir saugumo teiginių vertinimų vidurkiai (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	M	SN
Pasitikiu e. sveikatos sistemomis	2,50	0,97
Pasitikiu, kad mano sveikatos duomenys yra saugūs	2,75	1,06
Manau, kad naudojantis e. sveikata gali būti pažeistas mano privatumas	3,08*	1,03
Pasitikiu, kad valstybinės institucijos tinkamai organizuoja e. sveikatos paslaugas	2,83	0,95

\* - neigiamos krypties teiginiai

**2 lentelė.** Pasitikėjimo ir saugumo teiginių vertinimų skirtumai pagal lytį (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Moterys		Vyrai		t	p
	M	SN	M	SN		
Pasitikiu e. sveikatos sistemomis	2,46	0,96	2,59	0,98	-0,68	0,498
Pasitikiu, kad mano sveikatos duomenys yra saugūs	2,74	1,02	2,66	1,13	0,39	0,699
Manau, kad naudojantis e. sveikata gali būti pažeistas mano privatumas	3,02	1,00	3,32	1,08	-1,47	0,144
Pasitikiu, kad valstybinės institucijos tinkamai organizuoja e. sveikatos paslaugas	2,8	0,94	2,84	0,85	-0,22	0,825
Duomenų saugumo klausimai mažina mano norą naudotis e. sveikata	3,33	1,02	3,31	1,03	0,09	0,929

**3 lentelė.** Pasitikėjimo ir saugumo teiginių vertinimų sąsajos su amžiumi ir išsilavinimu (Spearman koreliacija) (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Amžius		Išsilavinimas	
	r	p	r	p
Pasitikiu e. sveikatos sistemomis	0,23	0,004	0,00	0,987
Pasitikiu, kad mano sveikatos duomenys yra saugūs	0,17	0,034	0,16	0,044
Manau, kad naudojantis e. sveikata gali būti pažeistas mano privatumas	-0,24	0,003	-0,07	0,409
Pasitikiu, kad valstybinės institucijos tinkamai organizuoja e. sveikatos paslaugas	0,11	0,186	0,11	0,175
Duomenų saugumo klausimai mažina mano norą naudotis e. sveikata	-0,20	0,012	0,05	0,519

**4 lentelė.** Pasitikėjimo ir saugumo teiginių vertinimų skirtumai pagal gyvenamąją vietą (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
Pasitikiu e. sveikatos sistemomis	2,45	0,99	2,65	0,83	-1,15	0,252
Pasitikiu, kad mano sveikatos duomenys yra saugūs	2,68	1,06	2,83	0,98	-0,75	0,452

Teiginiai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
Pasitikiu e. sveikatos sistemomis	2,45	0,99	2,65	0,83	-1,15	0,252
Manau, kad naudojantis e. sveikata gali būti pažeistas mano privatumas	3,14	1,05	2,92	0,93	1,13	0,260
Pasitikiu, kad valstybinės institucijos tinkamai organizuoja e. sveikatos paslaugas	2,79	0,97	2,88	0,79	-0,51	0,609
Duomenų saugumo klausimai mažina mano norą naudotis e. sveikata	3,42	1,07	3,05	0,85	2,01	0,046

## 11 priedas. Organizacinių ir institucinių kliūčių vertinimai

**1 lentelė.** Organizacinių ir institucinių kliūčių teiginių vertinimų vidurkiai (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	M	SN
E. sveikatos paslaugų sistema pritaikyta įvairiems vartotojams	2,81	1,06
E. sveikatos paslaugos vienodai prieinamos visoms gyventojų grupėms	2,96	1,10
Kai kurioms žmonių grupėms naudotis e. sveikatos paslaugomis yra sunkiau nei kitoms	2,12*	1,00
Sveikatos paslaugų skaitmeninimas kai kuriems žmonėms sukuria papildomų kliūčių	2,21*	1,04
E. sveikatos sistemos kūrime nepakankamai atsižvelgiama į skirtingus vartotojų poreikius	2,36*	0,93
Būtų reikalingi labiau diferencijuoti sprendimai skirtingoms vartotojų grupėms	2,16*	0,95
Sveikatos priežiūros įstaigos pakankamai informuoja apie galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis	2,91	1,07
Valstybės ir sveikatos priežiūros įstaigų pareiga yra sudaryti realias sąlygas visiems gyventojams naudotis e. sveikatos paslaugomis	2,13	0,99

\* - neigiamos krypties teiginiai

**2 lentelė.** Organizacinių ir institucinių kliūčių teiginių vertinimų skirtumai pagal lytį (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Moterys		Vyrai		t	p
	M	SN	M	SN		
E. sveikatos paslaugų sistema pritaikyta įvairiems vartotojams	2,84	1,09	2,63	0,87	1,04	0,300
E. sveikatos paslaugos vienodai prieinamos visoms gyventojų grupėms	3,02	1,13	2,72	0,89	1,38	0,170
Kai kurioms žmonių grupėms naudotis e. sveikatos paslaugomis yra sunkiau nei kitoms	2,05	0,98	2,38	0,94	-1,70	0,091
Sveikatos paslaugų skaitmeninimas kai kuriems žmonėms sukuria papildomų kliūčių	2,14	1,05	2,41	0,88	-1,31	0,192
E. sveikatos sistemos kūrime nepakankamai atsižvelgiama į skirtingus vartotojų poreikius	2,32	0,91	2,47	0,88	-0,85	0,399
Būtų reikalingi labiau diferencijuoti sprendimai skirtingoms vartotojų grupėms	2,1	0,85	2,16	1,02	-0,31	0,759
Sveikatos priežiūros įstaigos pakankamai informuoja apie galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis	2,85	1,08	3,09	0,93	-1,17	0,245
Valstybės ir sveikatos priežiūros įstaigų pareiga yra sudaryti realias sąlygas visiems gyventojams naudotis e. sveikatos paslaugomis	2,14	1,03	2,00	0,76	0,70	0,484

**3 lentelė.** Organizacinių ir institucinių kliūčių teiginių vertinimų sąsajos su amžiumi ir išsilavinimu (Spearman koreliacija) (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Amžius		Išsilavinimas	
	r	p	r	p
E. sveikatos paslaugų sistema pritaikyta įvairiems vartotojams	0,10	0,214	0,26	0,001
E. sveikatos paslaugos vienodai prieinamos visoms gyventojų grupėms	0,08	0,315	0,19	0,018
Kai kurioms žmonių grupėms naudotis e. sveikatos paslaugomis yra sunkiau nei kitoms	-0,05	0,530	-0,16	0,047
Sveikatos paslaugų skaitmeninimas kai kuriems žmonėms sukuria papildomų kliūčių	0,03	0,710	-0,16	0,045
E. sveikatos sistemos kūrime nepakankamai atsižvelgiama į skirtingus vartotojų poreikius	-0,14	0,090	-0,09	0,245
Būtų reikalingi labiau diferencijuoti sprendimai skirtingoms vartotojų grupėms	0,02	0,816	-0,06	0,452
Sveikatos priežiūros įstaigos pakankamai informuoja apie galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis	-0,07	0,383	0,13	0,116
Valstybės ir sveikatos priežiūros įstaigų pareiga yra sudaryti realias sąlygas visiems gyventojams naudotis e. sveikatos paslaugomis	0,10	0,227	-0,12	0,137

**4 lentelė.** Organizacinių ir institucinių kliūčių teiginių vertinimų skirtumai pagal gyvenamąją vietą (sudaryta autorės, 2026)

Teiginiai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
E. sveikatos paslaugų sistema pritaikyta įvairiems vartotojams	2,83	1,11	2,68	0,86	0,80	0,425
E. sveikatos paslaugos vienodai prieinamos visoms gyventojų grupėms	2,94	1,16	2,98	0,86	-0,17	0,864
Kai kurioms žmonių grupėms naudotis e. sveikatos paslaugomis yra sunkiau nei kitoms	2,08	1,01	2,18	0,84	-0,55	0,580
Sveikatos paslaugų skaitmeninimas kai kuriems žmonėms sukuria papildomų kliūčių	2,21	1,12	2,18	0,68	0,20	0,844
E. sveikatos sistemos kūrime nepakankamai atsižvelgiama į skirtingus vartotojų poreikius	2,35	0,97	2,38	0,67	-0,15	0,882
Būtų reikalingi labiau diferencijuoti sprendimai skirtingoms vartotojų grupėms	2,12	0,95	2,13	0,65	-0,04	0,969
Sveikatos priežiūros įstaigos pakankamai informuoja apie galimybes naudotis e. sveikatos paslaugomis	2,92	1,11	2,83	0,90	0,51	0,612
Valstybės ir sveikatos priežiūros įstaigų pareiga yra sudaryti realias sąlygas visiems gyventojams naudotis e. sveikatos paslaugomis	2,09	1,06	2,2	0,69	-0,63	0,527

## 12 priedas. Socialinių veiksnių poveikio naudojimuisi e. sveikatos paslaugomis vertinimai

**1 lentelė.** Socialinių veiksnių poveikio naudojimuisi e. sveikatos paslaugomis vertinimų vidurkiai (sudaryta autorės, 2026)

Veiksniai	M	SN
Amžius	2,04	0,99
Išsilavinimas	2,49	0,99
Pajamos	3,45	1,00
Gyvenamoji vieta	3,19	1,08
Skaitmeniniai įgūdžiai	1,77	0,91
Kalbiniai gebėjimai/kalbos barjerai	2,33	1,06
Sveikatos būklė	2,57	1,03
Aplinkinių parama	2,37	1,05
Pasitikėjimas institucijomis	2,41	1,03

**2 lentelė.** Socialinių veiksnių poveikio naudojimuisi e. sveikatos paslaugomis vertinimų skirtumai pagal lytį (sudaryta autorės, 2026)

Veiksniai	Moterys		Vyrai		t	p
	M	SN	M	SN		
Amžius	1,96	1,01	2,26	0,91	-1,76	0,080
Išsilavinimas	2,41	1,01	2,71	0,89	-1,77	0,079
Pajamos	3,49	1,01	3,29	0,97	1,17	0,244
Gyvenamoji vieta	3,16	1,11	3,24	1,01	-0,39	0,700
Skaitmeniniai įgūdžiai	1,72	0,97	1,90	0,69	-1,16	0,248
Kalbiniai gebėjimai/kalbos barjerai	2,27	1,08	2,40	0,94	-0,70	0,482
Sveikatos būklė	2,44	1,05	2,90	0,85	-2,62	0,010
Aplinkinių parama	2,39	1,11	2,24	0,82	0,81	0,420
Pasitikėjimas institucijomis	2,4	1,07	2,43	0,89	-0,17	0,863

**3 lentelė.** Socialinių veiksnių poveikio naudojimuisi e. sveikatos paslaugomis vertinimų sąsajos su amžiumi ir išsilavinimu (Spearman koreliacija) (sudaryta autorės, 2026)

Veiksniai	Amžius		Išsilavinimas	
	r	p	r	p
Amžius	0,04	0,644	-0,26	<0,001
Išsilavinimas	-0,03	0,709	-0,25	0,001
Pajamos	-0,08	0,293	-0,01	0,896
Gyvenamoji vieta	-0,09	0,250	0,04	0,567
Skaitmeniniai įgūdžiai	0,09	0,231	-0,30	<0,001
Kalbiniai gebėjimai/kalbos barjerai	0,13	0,096	-0,21	0,004
Sveikatos būklė	0,16	0,033	-0,28	<0,001
Aplinkinių parama	-0,16	0,036	-0,05	0,480
Pasitikėjimas institucijomis	0,13	0,098	0,04	0,571

**4 lentelė.** Socialinių veiksnių poveikio naudojimuisi e. sveikatos paslaugomis vertinimų skirtumai pagal gyvenamąją vietą (sudaryta autorės, 2026)

Veiksniai	Miestas		Kaimas		t	p
	M	SN	M	SN		
Amžius	1,97	1,00	2,20	0,96	-1,39	0,167
Išsilavinimas	2,42	0,98	2,63	1,02	-1,29	0,200
Pajamos	3,46	1,00	3,36	0,99	0,62	0,535
Gyvenamoji vieta	3,18	1,07	3,18	1,12	0,02	0,982
Skaitmeniniai įgūdžiai	1,66	0,85	2,02	1,01	-2,38	0,018
Kalbiniai gebėjimai/kalbos barjerai	2,25	1,04	2,42	1,07	-0,95	0,346
Sveikatos būklė	2,36	0,97	2,98	0,96	-3,82	<0,001
Aplinkinių parama	2,37	1,09	2,35	0,95	0,10	0,918
Pasitikėjimas institucijomis	2,37	1,00	2,53	1,08	-0,97	0,335

**13 priedas. LiDA 0570 (2025) tyrime naudoti indikatoriai ir jų sąsajos su teorinio modelio dimensijomis (sudaryta autorės paga; LiDA 0570 (2025) tyrimo duomenis)**

<b>LiDA klausimo kodas</b>	<b>Klausimo formuluotė</b>	<b>Panaudojimas</b>	<b>Teorinio modelio dimensija</b>
Q1	Interneto naudojimo dažnumas	Skaitmeninės atskirties kontekstas	Skaitmeninis pozicionalumas
Q2g	„Man sunku naudotis internetu“	11 pav. 3.2. poskyris 3.3 interpretacija	Skaitmeniniai įgūdžiai
Q2f	„Internetas nėra skirtas mano amžiaus žmonėms“	11 pav. kokybinio tyrimo interpretacija	Skaitmeninis pozicionalumas
Q2d	Nerimas dėl saugumo ir privatumo	11 pav. teorinė interpretacija	Pasitikėjimas sistema ir duomenų saugumu
Q3	Pagalbos prašymas atliekant veiksmus internete	Kokybinio tyrimo interpretacija	Socialinė parama
Q2h	„Internetas nėra svarbus ar naudingas“	11 pav. skaitmeninės atskirties analizė	Vartotojo išitraukimo procesas