

VILNIAUS UNIVERSITETAS

MEDICINOS FAKULTETAS

Biomedicinos mokslų institutas (Farmacijos ir farmakologijos centras)

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

PASKIRTO GYDYMO VAISTAIS LAIKYMOŠI VALDYMAS LIETUVOJE.
SVEIKATINIMO VEIKLOS SPECIALISTŲ APKLAUSA

Studentė: Sonia Genšel

V kursas, I grupė

Darbo vadovas: prof. dr. Jolanta Gulbinovič _____
(parašas)

Farmacijos centro vadovas: doc. dr. Kristina Garuolienė _____
(parašas)

Biomedicinos mokslų instituto direktorius: _____
(parašas)

Darbo įteikimo data: _____ Registracijos Nr. _____

Studento elektroninio pašto adresas: sonygen13@gmail.com

2023

SANTRAUKA

Magistro darbo autorius. Sonia Genšel

Magistro darbo pavadinimas. Paskirto gydymo vaistais laikymosi valdymas Lietuvoje. Sveikatinimo veiklos specialistų apklausa.

Tyrimo tikslas. Išanalizuoti, kaip Lietuvoje dirbantys sveikatinimo veiklos specialistai stebi ir valdo lėtinėmis ligomis sergančių pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi kasdienėje praktikoje.

Tyrimo metodika. Kiekybinio tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa. Duomenims surinkti naudojamas Webropol klausimynas, kuris yra didesnės apimties ENABLE COST tarptautinio tyrimo dalis. Tiriamųjų atrankos būdas – patogioji netikimybinė atranka. Tyrimo dalyviai – 84 praktikuojantys sveikatinimo veiklos specialistai. Gauti duomenys apdoroti SPSS 29.0 programa, naudojant aprašomosios statistikos metodus. Nepriklausomoms imtims lyginti naudojami neparametriniai *Kruskal – Wallis H* ir *Mann – Whitney U* testai. Skaičiuojami vidutiniai rangai (MR), dviejų kintamųjų tarpusavio lyginimui taikytas z – įvertis. Mažųjų imčių kategorinių kintamųjų priklausomumui tikrinti taikytas tikslusis *Fisher* testas. Rezultatai vertinami kaip statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$. Gauti tyrimo rezultatai taikomi tik šiai tiriamųjų populiacijai.

Tyrimo rezultatai. Daugiau nei pusė tiriamųjų turėjo 10 ar daugiau metų darbo sveikatos priežiūros srityje patirtį ir dirbo mieste. Didžioji dalis gydytojų ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų dirbo viešajame sektoriuje, o farmacijos specialistų – privačiajame sektoriuje. Dauguma gydytojų (92,1 proc.), farmacijos specialistų (87,5 proc.) ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų (81,8 proc.) įvertina gydymo režimo laikymąsi paklausiant pačių pacientų. Gydytojais statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai užfiksuoja pacientų gydymo režimo nesilaikymą, o atitinkamus įrašus padaro paciento medicininiuose dokumentuose. Labiausiai paplitusios gydymo vaistais laikymosi gerinimo intervencijos tarp respondentų buvo pacientų motyvavimas ir konsultavimas (93,8 proc.), sergančiųjų artimųjų įtraukimas (57,5 proc.). Nustatyta, kad gydytojai ir kiti sveikatinimo veiklos specialistai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai įtraukia į gydymo vaistais laikymosi valdymą pacientų šeimos narius ar globėjus. Menkas gydymo režimo laikymosi svarbos suvokimas tarp pacientų (64,3 proc.), mokymų pacientams poreikis (46,4 proc.), įvertinimo metodų nebuvimas (46,4 proc.), Nacionalinės politikos trūkumas (45,2 proc.) bei komunikacijos tarp pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų trūkumas (45,2 proc.) – buvo dažniausiai akcentuojami nepatenkinti poreikiai, susiję su gydymo vaistais laikymosi valdymu kasdienėje praktikoje. Dauguma tiriamųjų nurodė, kad norėtų dalyvauti mokymuose apie gydymo režimo laikymosi valdymą, o dažniausiai nurodytas kompetencijų ugdymo poreikis buvo susijęs su pacientų motyvavimu. Nustatyta, kad farmacijos specialistai statistiškai reikšmingai dažniau norėtų dalyvauti mokymuose apie paskirto gydymo vaistais laikymąsi nei gydytojai ar kiti sveikatinimo veiklos specialistai.

Išvados. Gydytojai, vaistininkai ir kiti sveikatinimo veiklos specialistai dažniausiai taiko subjektyvų gydymo režimo laikymosi įvertinimo metodą – apie vaistų vartojimą paklausia pačių pacientų. Dauguma gydytojų, farmacijos specialistų ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų bando pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi juos motyvuojant ir konsultuojant. Daugiau nei pusė tiriamųjų taiko socialinio palaikymo intervenciją, įtraukdami sergančiojo artimuosius į gydymo režimo laikymosi valdymą. Neįprasta respondentams vaistų vartojimo laikymosi stebėjimo ir fiksavimo praktika, gairių ir Nacionalinės politikos trūkumas, menkas gydytojo

nurodymų laikymosi svarbos suvokimas tarp pacientų ir komunikacijos tarp pacientų ir sveikatinimo veiklos specialistų trūkumas – dažniausiai nustatytos kliūtys ar nepatenkinti poreikiai, susiję su gydymo vaistais laikymosi valdymu kasdienėje praktikoje. Dauguma sveikatinimo veiklos specialistų, o ypač vaistininkų, norėtų dalyvauti mokymuose apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi, o dažniausiai nurodytas kompetencijų ugdymo poreikis buvo susijęs su pacientų motyvavimu laikytis tinkamo vaistų vartojimo režimo.

SUMMARY

Author of Master's thesis. Sonia Genšėl

Title of Master's thesis. Management of Medication Adherence in Lithuania. Survey of Healthcare Professionals.

Aim of the study. To analyse how healthcare professionals monitor and manage medication adherence of chronically ill patients in their daily practice in Lithuania.

Materials and methods. The Webropol questionnaire, which is a part of the larger ENABLE COST international study, was used as the quantitative research method. 84 healthcare professionals participated in the study. Data were processed using SPSS 29.0, and further analysed using descriptive statistical methods. The non-parametric Kruskal-Wallis H and Mann-Whitney U tests were used to compare independent samples. Mean ranks were calculated and the z-score was used to compare two traits. The Fisher exact test was used to determine if there is a significant relationship between two categorical variables in small samples. Results are considered statistically significant at $p < 0.05$. The obtained results are applicable only to this study population.

Results. The majority of the physicians and other healthcare professionals worked in the public sector, whereas the majority of pharmacists were employed in the private sector. More than half of the participants had been licensed practitioners for more than 10 years. Most of the physicians (92.1%), pharmacists (87.5%), and other healthcare professionals (81.8%) assess medication adherence by asking the patients. Physicians significantly more often than pharmacists record patients' non-adherence and in the most cases make notes in the patients' medical records. The most common interventions to improve medication adherence among respondents were patient motivation and counselling (93.8%) and involving patient's family members or caregivers (57.5%). It was found that physicians and other healthcare professionals involve patients' relatives in medication adherence management significantly more frequently than pharmacists. Poor understanding of the importance of medication adherence among patients (64.3%), the need for patient education (46.4%), the lack of methods for assessing patient medication adherence (46.4%), the lack of national policies (45.2%) and the lack of communication between patients and healthcare professionals (45.2%) were the most frequently emphasized unsatisfied needs in healthcare professionals' daily practice. Most of the study participants stated that they would like to participate in training programs on the medication adherence management and the most frequently identified need for competency development was related to motivating patients to follow the appropriate medication regimen. It was discovered that pharmacy specialists significantly more often expressed a desire to participate in such trainings than physicians or other healthcare professionals.

Conclusions. Physicians, pharmacists, and other healthcare professionals commonly use a subjective method to assess medication adherence in their daily practice – asking the patients about their medication use. Most doctors, pharmacists and other healthcare professionals help patients achieve their treatment goals by motivating and consulting them, and more than half of the study participants use social support interventions by involving patient's family members to manage medication adherence. The unusual practice of monitoring and recording medication adherence, lack of guidelines and National policies, poor understanding of the importance of following physician's advice among patients, and lack of communication between patients and healthcare professionals were identified as the main barriers to medication adherence management in the

daily practice. Most healthcare professionals, especially pharmacists, would like to participate in training on medication adherence management, and the most frequently identified need for competency development was related to motivating patients to follow the appropriate medication regimen.

TURINYS

SANTRAUKA.....	2
SUMMARY	4
SANTRUPOS	7
SAVOKOS.....	8
ĮVADAS	9
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	11
1.1. Paskirto gydymo vaistais laikymosi apibrėžimai ir etapai.....	11
1.2. Paskirto gydymo vaistais laikymosi svarba	12
1.2.1. Paskirto gydymo vaistais nesilaikymo pasekmės.....	12
1.2.2. Tyrimų, patvirtinančių paskirto gydymo vaistais laikymosi veiksmingumą, apžvalga ..	13
1.3. Paskirto gydymo vaistais nesilaikymo priežastys.....	14
1.4. Paskirto gydymo vaistais laikymosi valdymas	18
1.4.1. Paskirto gydymo vaistais laikymosi stebėjimas.....	18
1.4.2. Intervencijos, gerinančios paskirto gydymo vaistais laikymąsi.....	23
1.5. Kiti veiksniai, įtakojantys paskirto gydymo vaistais laikymosi valdymą, ir galimi sprendimai sveikatos priežiūros sistemoje	28
2. TYRIMO METODIKA	30
3. REZULTATAI.....	34
3.1. Tiriamieji ir jų charakteristika	34
3.2. Paskirto gydymo vaistais laikymosi stebėjimas.....	36
3.3. Paskirto gydymo vaistais nesilaikymo fiksavimas	42
3.4. Paskirto gydymo vaistais laikymosi gerinimas.....	45
3.5. Kompetencijų ugdymo poreikis paskirto gydymo vaistais laikymosi valdyme	49
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	57
IŠVADOS	61
REKOMENDACIJOS	63
LITERATŪRA	64
PRIEDAI.....	70

SANTRUPOS

AH – arterinė hipertenzija

ENABLE – „Europos tinklas pritaikyti geriausiąją praktiką ir technologijas paskirtų vaistų vartojimo režimo laikymuisi gerinti“

ES – Europos Sąjunga

FDA – JAV Maisto ir vaistų administracija

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

LR – Lietuvos Respublika

m. – metai

MR – vidutinis rangas

n – imtis, respondentų skaičius

p – statistinis reikšmingumas

pav. – paveikslas

PGV – paskirtas gydymas vaistais

proc. – procentai

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – sveikatos apsaugos ministras

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas

SAVOKOS

Asmens sveikatos priežiūra – „valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą“ [1].

Elektroninė sveikatos sistema (e. sveikatos sistema) – „priemonių, skirtų sveikatinimo veiklai, pasitelkiant informacines ir ryšių technologijas, visuma“ [1].

Farmacijos specialistas – „vaistininkas, vaistininko padėjėjas (farmakotechnikas) arba Vyriausybės įgaliotos institucijos nustatyta tvarka jiems prilygintas asmuo“ [2].

Sveikatinimo veiklos specialistai – „asmens sveikatos priežiūros specialistai, farmacijos specialistai, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, kitą sveikatinimo veiklą vykdančys specialistai, papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros specialistai“ [3].

ĮVADAS

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, net apie 50 proc. lėtinėmis ligomis sergančių pacientų nesilaiko paskirto gydymo režimo [4]. Tai neigiamai veikia tiek paties asmens, tiek visuomenės sveikatą, sukelia neigiamas socialines bei ekonomines pasekmes – padidėjusį sergamumą, mirtingumą bei perteklinį naudojimąsi sveikatos priežiūros paslaugomis [5]. Europos Komisijos buvo apskaičiuota, kad paskirto gydymo vaistais (PGV) nesilaikymas Europos Sąjungoje yra susijęs su iki 125 milijardais eurų potencialiai išvengiamų tiesioginių išlaidų, tokių kaip hospitalizavimas, vaistų švaistymas, netiesioginių išlaidų, tokių kaip darbingumo praradimas, ir su beveik 200 000 mirčių kasmet [6]. ES statistikos tarnyba skelbia, kad Lietuvoje 2017 m. buvo užfiksuotas aukščiausias mirtingumo nuo koronarinės širdies ligos rodiklis tarp visų ES valstybių narių – milijonui gyventojų tenka 5 362 mirtys nuo miokardo infarkto [7]. Tokią gąsdinančią statistiką galėjo lemti ir PGV nesilaikymo problema.

Sergant tam tikromis ligomis, daugiau nei 40 proc. pacientų patiria didelę riziką, susijusia su sveikatos būklės pablogėjimu, nes nesupranta, ignoruoja arba pamiršta sveikatinimo veiklos specialistų patarimus [8]. Pavyzdžiui, 2012 m. publikuoto JAV atlikto vienmomentinio skerspjuvio tyrimo rezultatai parodė, kad iš 24 017 suaugusiųjų pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip arterinė hipertenzija (AH), cukrinis diabetas ir hiperlipidemija, 62 proc. pamiršo pavartoti vaistus, 37 proc. per metus baigėsi vaistai, o 23 proc. pacientų nerūpėjo paskirtų vaistų vartojimas. Šie duomenys pabrėžia sprendimų sveikatos priežiūros sistemos lygmenyje būtinumą PGV laikymuisi gerinti [9].

Anot PSO, vaistų vartojimo režimo laikymasis yra pagrindinis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklis [4]. Sveikatinimo veiklos specialistai, tokie kaip gydytojai, vaistininkai ir slaugytojai atlieka svarbų vaidmenį savo kasdienėje praktikoje tiekiant visuomenei sveikatos priežiūros ar farmacijos paslaugas ir gali veiksmingai prisidėti prie pacientų vaistų vartojimo laikymosi gerinimo [10, 11]. Tačiau pasitaiko daug įvairių kliūčių paskirto gydymo režimo laikymosi priežiūroje ir valdyme, kurios neretai yra siejamos su prastai išplėtotomis sveikatos sistemos sritimis bei sveikatinimo veiklos specialistų nepatenkintais poreikiais kasdieniniame darbe [4].

Temos naujumas ir aktualumas. Lietuvoje ir užsienyje trūksta tyrimų apie PGV laikymosi valdymą kasdienėje praktikoje. Tačiau 2021 m. Lietuvos ir dar 11 Europos šalių atstovai dalyvavo tarptautiniame susitikime – diskusijoje, kurios tikslas buvo įvertinti jau įgyvendintas ar planuojamas įgyvendinti intervencijas, skirtas PGV laikymuisi gerinti. Kadangi Lietuvą atstovaujantys respondentai dirbo akademinėje srityje ir nebebuvo praktikuojančiais sveikatinimo

veiklos specialistais, dirbančiais su pacientais, o įvertinimas rėmėsi tik asmeninėmis autorių žiniomis, šis tyrimas gali neatspindėti daugelio kitų šalyje įgyvendintų PGV laikymosi valdymo priemonių, kurias taiko asmens sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistai savo kasdienėje praktikoje [12]. Kiti Lietuvoje atlikti tyrimai buvo labiau orientuoti į tikslą suprasti veiksnius, kurie lemia pacientų PGV nesilaikymą bei ištirti PGV nesilaikymo pasekmės [13, 14]. Taigi, norint išsiaiškinti kaip Lietuvoje dirbantys sveikatinimo veiklos specialistai stebi sergančiųjų lėtinėmis ligomis PGV režimo laikymąsi bei kokiais būdais bando pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi yra tikslinga kiekybiškai įvertinti PGV laikymosi valdymą Lietuvoje. Nustačius, kokios PGV laikymosi priežiūros ir gerinimo priemonės yra įgyvendintos šalyje, kokie sveikatinimo veiklos specialistai taiko šias priemones dažniausiai bei ištyrus kliūtis, su kuriomis specialistai susiduria PGV laikymosi valdyme, galima būtų sėkmingai planuoti tolimesnes strategijas, orientuotas į efektyvesnę vaistų vartojimo režimo laikymosi valdymą. Pavyzdžiui, kurti kompetencijų ugdymo programas, organizuoti mokymus pacientams, asmens sveikatos priežiūros bei farmacijos specialistams, tobulinti elektroninę sveikatos sistemą. Tokios strategijos galėtų pagerinti vaistininkų, gydytojų bei kitų sveikatinimo veiklos specialistų kasdieninį darbą, padėti pacientams veiksmingiau valdyti lėtines ligas, taupyti mokesčių mokėtojų bei valstybės lėšas ir prisidėti prie šalies bei Europos sveikatos priežiūros sistemų tvarumo užtikrinimo [12].

Darbo tikslas. Išanalizuoti, kaip Lietuvoje dirbantys sveikatinimo veiklos specialistai stebi ir valdo lėtinėmis ligomis sergančių pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi kasdienėje praktikoje.

Darbo uždaviniai:

1. Išsiaiškinti, kaip Lietuvoje dirbantys gydytojai, vaistininkai bei kiti sveikatinimo veiklos specialistai dažniausiai stebi vaistų vartojimo režimo laikymąsi kasdieninėje praktikoje bei kur dažniausiai užfiksuoja pacientų PGV nesilaikymą.
2. Išanalizuoti, kokius PGV laikymosi gerinimo būdus Lietuvoje dirbantys sveikatinimo veiklos specialistai taiko dažniausiai ir ištirti šių būdų pasiskirstymą tarp gydytojų, farmacijos specialistų ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų.
3. Nustatyti, su kokiomis kliūtimis vaistų vartojimo režimo laikymosi valdyme Lietuvos sveikatinimo veiklos specialistai susiduria dažniausiai ir identifikuoti svarbiausius specialistų kompetencijų ugdymo poreikius PGV laikymosi valdyme.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Paskirto gydymo vaistais laikymosi apibrėžimai ir etapai

Paskirto gydymo laikymasis (angl. *adherence*) PSO yra apibrėžtas kaip: „laipsnis, kiek žmogaus elgesys – vaistų vartojimas, dietos laikymasis ar gyvenimo būdo pokyčiai – atitinka su sveikatos priežiūros specialistu aptartas rekomendacijas, su jomis sutikus“ ir yra laikomas pagrindiniu sėkmingo gydymo veiksmu bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliu [4].

Mokslinėse publikacijose paskirto gydymo laikymasis apibūdinamas kaip „aktyvus, savanoriškas, remiamasis bendradarbiavimo pagrindu paciento įtraukimas į abipusiai priimtina elgesį, kad būtų pasiektas gydymo rezultatas“. Šis apibrėžimas reiškia, kad tiek pacientai, tiek sveikatos priežiūros specialistai abipusiam sutarime nustato paskirto gydymo tikslus ir režimą [15]. „Paskirto gydymo laikymasis“ mokslinės bendruomenės buvo pasiūlytas kaip alternatyva anksčiau plačiai naudojamam terminui „paklusnumas gydymui“ (angl. *compliance*), kuris reiškia pasyvų paciento sutikimą su gydytojo rekomendacijomis ar nurodymais, tačiau neapima paciento įtraukimo į su gydymu susijusių sprendimų priėmimo procesą [16].

Anot JAV Maisto ir vaistų administracijos (FDA), paskirto gydymo vaistais (PGV) laikymasis – „laipsnis, atspindintis kiek pacientai vartoja vaistus, paskirtus savo sveikatos priežiūros specialisto, su jo paskyrimu sutikus“ [17].

PGV laikymosi laipsnis įprastai nurodomas kaip paskirtų vaistinių preparatų dozių, kurias pacientas suvartojo per tam tikrą gydymo laikotarpį, procentas [11]. Daugelyje atliktų tyrimų apie lėtinių ligų valdymą yra vertinama, kad pacientas laikosi PGV režimo, jeigu suvartoja 80 proc. ar daugiau paskirtų medikamentų dozių [18, 19]. Tačiau šis rodiklis ne visais atvejais yra pagrįstas.

Pavyzdžiui, Paterson su kolegomis dar 2000 m. nustatė, kad apie 60 proc. dalyvavusių perspektyviniame stebėjimo tyrime ŽIV infekuotų pacientų pasireiškė virusologinis nepakankamumas vartojant 80 – 94,9 proc. paskirtų proteazės inhibitorių dozių [20]. Taip pat, PGV laikymąsi netikslinga būtų pripažinti pakankamu vartojant tik 80 proc. kombinuotų oralinių kontraceptikų dozių, kadangi padidėjęs nepageidaujimų pastojimų dažnis paprastai reikštų, kad preparatai nėra veiksmingi [21].

Paciento elgesio atžvilgiu, PGV režimo laikymasis yra procesas, susidedantis iš trijų etapų [22]:

1. Gydymo pradžios.
2. Gydymo įgyvendinimo.
3. Gydymo nutraukimo.

Yra žinoma, kad vaistai neveiksmingi, jeigu jų nevirtoti, todėl laikoma, kad gydymas prasideda ne tada, kai išrašomas receptas ar įsigyjamas vaistinis preparatas, o nuo to momento, kai pacientas *suvartoja pirmą paskirto vaistinio preparato dozę*. Antras etapas apima *dozavimo režimo įgyvendinimą*, kai pacientas vartoja vaistinius preparatus taip, kaip paskirta – tam tikrą vaistinio preparato kiekį (dozę), tam tikru paros metu, su tam tikru periodiškumu. Šiame etape vaistų vartojimo klaidos dažniausiai yra siejamos su pavėluotomis, praleistomis, papildomomis ar sumažintomis vaistinių preparatų dozėmis. Kai pacientas dėl tam tikros priežasties *nustoja vartoti paskirtus vaistinius preparatus* anksčiau nei buvo aptarta su sveikatos priežiūros specialistu – gydymas nutraukiamas. Laiko tarpas tarp pirmosios ir paskutiniosios paciento suvartotos paskirtų medikamentų dozės yra vadinamas gydymo tęstinumu (angl. *persistence*). Kadangi vaistų vartojimo nutraukimo pavojus gali kilti kiekviename gydymo etape, galima daryti prielaidą, kad gydymo efektyvumas prilygsta jo tęstinumui [22].

1.2. Paskirto gydymo vaistais laikymosi svarba

1.2.1. Paskirto gydymo vaistais nesilaikymo pasekmės

Lėtinių ligų gydymo metu ypatingai svarbu, kad pacientai pastoviai vartotų paskirtus vaistinius preparatus pagal gydytojo nurodymus bei rekomendacijas ir nenutrauktų jų vartojimo savijautai pagerėjus ar dėl kitų priežasčių [4]. Tačiau buvo apskaičiuota, kad per pirmuosius gydymo metus nuo 16 iki 50 proc. sergančiųjų AH pacientų nutraukia antihipertenzinių vaistų vartojimą, o tie, kurie toliau tęsia gydymą, dažnai pažeidžia paskirtų vaistų dozavimo režimą [23]. Taip pat, tyrimai rodo, kad apie 50 proc. pacientų nutraukia gydymą statiniais per vienerius metus nuo gydymo pradžios [24]. Toks pacientų elgesys gali lemti prastus gydymo rezultatus, apsunkinti ligos eigą, yra susijęs su didesnėmis sveikatos priežiūros paslaugų išlaidomis ir yra vadinamas PGV nesilaikymu [11].

2016 m. Lietuvoje buvo tiriamos pacientų, sergančių lėtiniu širdies nepakankamumu, su vaistų vartojimu susijusios problemos, jų įtaka gyvenimo kokybei ir pilnatvei. Gauti pacientų apklausos rezultatai parodė, kad iš 100 respondentų net 80 proc. vartojo vaistinius preparatus neatsižvelgiant į savo gydytojo rekomendacijas, o didžioji dalis tiriamųjų nutraukė vaistų vartojimą jau po 3 mėnesių. Buvo nustatyta, kad apie 50 proc. pacientų pasijutus geriau nustojo vartoti vaistus, ketvirtadalis nutraukė vartojimą dėl blogos savijautos ir apie tai nepranešė nei sveikatos priežiūros nei farmacijos specialistui, 23 proc. apklaustųjų neišgėrė paskirtų vaistų per pastarąsias 14 dienų, 22 proc. savavališkai didino vaistų dozes, 21 proc. sergančiųjų dėl užmaršumo nepasiėmė vaistų vykstant į keliones, o 10 proc., nepavartojus vaistų laiku, kitą kartą

išgerdavo dvigubą dozę. Galiausiai buvo įrodyta, kad kuo prastesnis PGV laikymasis, tuo labiau paciento gyvenimo kokybę ir pilnatvę yra paveikiami neigiamai [13]. Tais pačiais metais Pietų Korėjoje Lee su kolegomis nustatė, kad AH sergančių pacientų PGV nesilaikymas buvo susijęs su padidėjusia insulto rizika [25].

2020 m. Trečiokienė ir bendraautorai Lietuvoje atliko kohortinį tyrimą, kurio tikslas buvo įvertinti gydymo antihipertenziniais vaistais tęstinumą. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad iš 72,088 naujai pradėtų gydyti pacientų daugiau kaip 50 proc. nustojo vartoti vaistus anksčiau nei po metų [26]. Galimai, būtent toks pacientų elgesys turi didelę įtaką rekordiškam mirtingumui nuo vainikinių širdies arterijų ligos Lietuvoje.

Gallagher su kolegomis tyrė ryšį tarp gydymo režimo laikymosi laipsnio ir moterų mirtingumo po miokardo infarkto. PGV laikymosi laipsnis buvo vertinamas kaip aukštas – vartojant 75 proc. ar daugiau paskirtų betaadrenoblokatorių dozių, ir žemas – vartojant mažiau 75 proc. dozių. Tyrimo eigoje mirė 13,6 proc. blogai PGV besilaikančių moterų, palyginti su 5,6 proc. mirusių su aukštesniu PGV laikymosi laipsniu. Taip pat buvo nustatyta, kad PGV laikymosi įtaka mirtingumui nesumažėjo tyrėjams pritaikius santykinės rizikos koregavimą pagal gydymo kategoriją (propranololis ar placebo), miokardo infarkto sunkumą, stazinę širdies nepakankamumą ir tokius sociodemografinius rodiklius kaip amžius, šeimyninė padėtis, išsilavinimo lygis ir rasė. Galiausiai buvo padaryta išvada, kad pacientės, kurios nesilaikė PGV režimo, metų bėgyje 2,6 kartų dažniau mirdavo po patirto miokardo infarkto, nei gerai PGV besilaikančios pacientės [27].

1.2.2. Tyrimų, patvirtinančių paskirto gydymo vaistais laikymosi veiksmingumą, apžvalga

Tyrimai patvirtina, kad PGV laikymasis padeda sutaupyti su sveikatos priežiūros paslaugomis susijusias išlaidas, padidinti gydymo veiksmingumą ir išvengti komplikacijų, susijusių su liga, atsiradimo. AH atveju, vertinant PGV laikymosi įtaką gydymo veiksmingumui, nustatyta, kad paskirto gydymo režimo laikymasis pagerina kraujospūdžio kontrolę ir sumažina ligos komplikacijų skaičių [4].

Pirmajame XXI amžiaus dešimtmetyje Perreault su kolegomis tyrė geresnio paskirto gydymo statiniais laikymosi įtaka vainikinių arterijų ligos prevencijai. Į šį atvejo ir kontrolės tyrimą buvo įtraukta kohorta iš 115 290 pacientų, stebimų nuo pirmojo statino recepto išrašymo datos iki pirmojo vainikinių arterijų ligos įvykio arba tyrimo pabaigos. Tyrimo rezultatai parodė, kad pirmaisiais stebėjimo metais 74 proc. pacientų PGV laikymasis buvo vertinamas kaip aukštas (80 proc. ar daugiau), bet jau po metų PGV besilaikančių pacientų skaičius sumažėjo iki 53 proc. Buvo pastebėtas reikšmingas laiko iki pirmojo širdies kraujagyslių ligos įvykio skirtumas tarp aukšto ir

žemo PGV laikymosi laipsnio. Nustatyta, kad aukštas PGV laikymasis buvo susijęs su vainikinių arterijų ligos rizikos sumažėjimu 18 proc., palyginti su PGV laikymusi mažiau 20 proc. [19].

Kalbant apie PGV laikymosi įtaką pacientams, sergantiems infekcinėmis ligomis, Paterson ir kolegų buvo įrodyta, kad ŽIV infekuotiems pacientams vartojant 95 proc. ar daugiau paskirtų antiretrovirusinių preparatų dozių sumažėja hospitalizavimo dažnis, pagerėja virusologiniai rezultatai [20]. Vėliau, Gardner kartu su kitais tyrėjais įrodė, kad geresnis paskirto gydymo antiretrovirusiniais vaistais laikymasis tarp ŽIV infekuotų pacientų buvo susijęs su mažesniu sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu ir su juo susijusiomis išlaidomis [28].

Ekonominiai tyrimai rodo, kad suaugusiojo, sergančio bronchine astma, kuri yra blogai kontroliuojama, išlaidos yra didesnės nei to paties sunkumo astma sergančio ir ligą gerai kontroliuojančio paciento. Apskaičiuota, kad sergant sunkia astma, bet optimaliai valdant ligą, yra sutaupoma apie 45 proc. visų medicininių išlaidų [4, 29].

2013 m. Mennini ir kolegų buvo apskaičiuota, kad jei penkiose Europos šalyse (Italijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Anglijoje, ir Prancūzijoje) bent 70 proc. pacientų paskirto gydymo antihipertenziniais vaistais laikymasis pagerėtų iki 80 proc., tai per 10 metų laikotarpį padėtų sutaupyti net apie 332 milijonų eurų išlaidų, susijusių tik su širdies ir kraujagyslių ligomis [30].

1.3. Paskirto gydymo vaistais nesilaikymo priežastys

Pirmas žingsnis sprendžiant bet kokią su sveikatos priežiūra susijusią problemą yra nustatyti ir įvertinti veiksnius, kurie lemia šios problemos atsiradimą [31]. Taigi, norint tinkamai prižiūrėti ir valdyti PGV laikymąsi, svarbu suprasti, kokios yra gydytojų nurodymų ir rekomendacijų nevykdymo priežastys.

Yra nuomonė, kad PGV nesilaikymas, atsižvelgiant į paciento elgesį, gali būti „tyčinis“ ir „netyčinis“. Paciento kontroliuojamas, tikslingas gydytojo rekomendacijų nevykdymas, sveikatinimo veiklos specialistų patarimų ignoravimas, savavališkai priimtas sprendimas dėl vaistų nevartojimo ar dozių keitimo – yra vadinamas „tyčiniu“ PGV nesilaikymu. Įprastai, šio PGV nesilaikymo tipo atsiradimą lemia pacientų įsitikinimai ir žinių apie gydymą lygis, kadangi prieš priimant sprendimą nevykdyti gydytojo nurodymų, dažniausiai yra racionaliai pasveriami gydymo privalumai ir trūkumai. Paciento nekontroliuojamas sveikatos priežiūros specialisto nurodymų nevykdymas yra vadinamas „netyčiniu“ [32]. Tai yra pasyvus procesas, kuris dažnai atsiranda dėl užmaršumo ar PGV režimo sudėtingumo [33]. Pabrėžtina, kad nekontroliuojamas nesilaikymas yra glaudžiai susijęs su kontroliuojamu, nes neretai gali lemti antro atsiradimą [9].

2021 m. Graikijoje atlikto kiekybinio tyrimo, kuriame dalyvavo 199 kardiologų, rezultatai parodė, kad tarp daugumos gydytojų (76,1 proc.) vyrauja įsitikinimas, jog pacientų PGV

nesilaikymas dažniausiai yra savanoriškas, o daugiau nei pusė tiriamųjų „tyčini“ PGV nesilaikymą siejo su paciento nepageidaujamos reakcijos į vaistą baime arba su sergančiojo abejonėmis dėl gydymo veiksmingumo [34].

Nors vieni tyrėjai teigia, jog PGV laikymasis gerėja didėjant paciento amžiui [35], o kiti sieja vyresnį amžių su sąmoningu paskirtų vaistų nevartojimu [14], nei amžius, nei kiti sociodemografiniai rodikliai, tokie kaip lytis, šeimyninė padėtis ar išsilavinimas iki galo nepaaiškina skirtumų sergančiųjų PGV laikymesi [13, 36].

2021 m. Kvarnström su kolegomis atliko 89 kiekybinių tyrimų apžvalgą, siekiant iširti veiksnius, įtakančius lėtinėmis ligomis sergančių pacientų PGV režimo laikymąsi. Atlikus apžvalgą, išsiaiškinta, kad didžiojoje dalyje tyrimų buvo dažniau akcentuotinos įvairios kliūtys, lemiančios vaistų nevartojimą, negu veiksniai, gerinantys PGV laikymąsi. Tos kliūtys tyrėjų buvo suskirstytos į 6 kategorijas ir atitinkamas subkategorijas [37]. Dar anksčiau, panašiai šias kliūtis klasifikavo PSO (2003 m.) [4], o po to ir Kardas su kolegomis (2013 m.), remdamasis 51 sisteminės apžvalgos tyrimu [36]. Tačiau jų klasifikacija buvo siauresnė, tik 4 – 5 kategorijos.

Taigi, pagal Kvarnström ir kolegų klasifikaciją, pagrindiniai veiksniai, neigiamai įtakoiantys pacientų PGV laikymąsi, yra [37]:

1. Susiję su pacientais:

- informacijos, susijusios su gydymu, užmaršumas ar nesupratimas;
- vaistų vartojimo reguliarumo trūkumas;
- stresas ar bejėgiškumas;
- žemas sveikatos raštingumo lygis.

2. Susiję su liga:

- prastas supratimas apie ligą ir jos pasekmes;
- liga nėra prioritetas;
- simptomų nebuvimas;
- nuovargis nuo ligos ar gretutinių ligų buvimas.

3. Susiję su vaistais:

- informacijos apie vaistą trūkumas;
- nepageidaujamos reakcijos į vaistą buvimas arba šalutinių vaisto poveikių atsiradimo baimė;
- polifarmacija – keleto vaistinių preparatų vartojimas vienu metu;
- sudėtingas vaistų vartojimo režimas (sudėtingas dozavimas, ilga gydymo trukmė, nepatogi vartojimui vaisto forma);
- nepasitikėjimas generiniais ar naujais mažai ištirtais vaistais;

- ankstesnė neigiama patirtis, susijusi su vaistų vartojimu.

4. Susiję su sveikatinimo veiklos specialistais ar sveikatos priežiūros sistema:

- komunikacijos tarp sveikatinimo veiklos specialisto ir paciento trūkumas;
- vizito pas gydytoją laiko apribojimai;
- nepasitikėjimas specialistu ar paternalizmas;
- specialisto palaikymo ar empatijos pacientui trūkumas;
- daugiau nei vienas gydytojas, skiriantis vaistus;
- prastas prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų.

5. Susiję su socialiniais ir kultūriniais aspektais:

- stigma;
- artimųjų palaikymo trūkumas;
- religiniai apribojimai;
- didesnis pasitikėjimas alternatyviaja medicina;
- sunkumai derinant darbą su gydymo režimu.

6. Susiję su logistiniais ir ekonominiais aspektais:

- vaistų trūkumas (pavyzdžiui, dėl sutrikusio tiekimo);
- didelės vaistinių preparatų kainos ar lėšų trūkumas;
- recepto ar vaisto atnaujinimo poreikis;
- sudėtinga kelionė iki sveikatos priežiūros įstaigos ar vaistinės.

Gretutinių ligų buvimo atveju, nustatyta, kad toks psichikos sutrikimas kaip depresija yra reikšmingai susijęs su PGV nesilaikymu, sergant įvairiomis ligomis. DiMatteo su kolegomis, atlikę 25 mokslinių straipsnių apie depresijos ir nerimo įtaką PGV laikymuisi metaanalizę, išsiaiškino, kad depresija sergantys pacientai 3 kartus dažniau nesilaiko gydytojo rekomendacijų, palyginti su nesergančiais depresija asmenimis [38].

Remiantis Kvarnström klasifikacija, pastebėtina, kad nemažai kliūčių, pasitaikančių vaistų vartojimo režimo laikymesi, yra susijusios su gydytojo, vaistininko, slaugytojo ar kitų sveikatinimo veiklos specialistų teikiamomis pacientui paslaugomis [37]. Sveikatos priežiūros specialistai prisideda prie paciento PGV nesilaikymo tuo, kad sudaro sudėtingus dozavimo režimus, nesugeba paaiškinti gydymo tikslų, naudoja nesuprantamus pacientui apibrėžimus, neišpėja apie galimus nepageidaujamus vaistinių preparatų poveikius, skiria vaistus, neatsižvelgiant į jų prieinamumą pacientui, formuoja prastus santykius su pacientais, neparemtus bendradarbiavimo principais ar neištraukia sergančiųjų į susijusių su gydymu sprendimų priėmimo procesą [39].

Lietuvoje Kubiliaus ir kolegų atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad sergančiųjų lėtiniu širdies nepakankamumu PGV režimo nesilaikymui dažniausiai įtakos turėjo ilga gydymo trukmė, užmaršumas, informacijos bei lėšų trūkumas ir nepatogus vartojimo būdas [13]. Galima manyti, kad šių kliūčių atsiradimą galėjo lemti tinkamos komunikacijos tarp paciento ir gydytojo stoka bei terapinio aljanso (*gydytojo ir paciento aktyvaus bendradarbiavimo, paremto abipusiu pasitikėjimu*) trūkumas [4].

Akcentuotina, kad pacientai neretai klaidingai interpretuoja gydymo instrukcijas, nes ne visada jas supranta arba pamiršta nurodymus vos tik pasibaigus konsultacijai su sveikatos priežiūros specialistu. Pavyzdžiui, kai kurių tyrimų rezultatai rodo, kad didžioji dalis pacientų negalėjo aiškiai ir teisingai įvardyti gydytojo rekomendacijų praėjus 10 – 80 minučių po informacijos apie gydymą gavimo [11], o sergantieji, kurie nesupranta išrašyto recepto paskirties, dvigubai dažniau yra linkę jo nepanaudoti vaistinio preparato įsigijimui nei tie pacientai, kurie suprato paskirto gydymo tikslą [40].

2019 m. Vogel savo straipsnyje rašė, kad pacientai yra linkę neatskleisti tiesos apie savo sveikatos būklę ar gydymą sveikatos priežiūros specialistui dėl skirtingų priežasčių: dauguma nenori, kad gydytojais jiems pamokslautų ar neigiamai vertintų jų elgesį, kažkas gėdijasi ar bijo būti atvirais su specialistais, kiti nenori švaistyti gydytojo laiko [41].

2004 m. Grabauskas su bendraautorais Lietuvoje atliko kiekybinį tyrimą, kurio tikslas buvo įvertinti Lietuvos piliečių socialinį vaidmenį priimant su gydymu susijusius sprendimus ir ištirti nuomonę apie su Lietuvos Respublikos (LR) sveikatos priežiūros sistema susijusius aspektus. Nors tyrimo, kuriame dalyvavo apie 1000 suaugusiųjų, rezultatai parodė, kad respondentų bendras pasitikėjimo sveikatos priežiūros sistema vidurkis buvo apie 40 proc., o pasitikėjimas gydytojais apie 70 proc., tačiau pacientų vaidmuo susijusių su gydymu sprendimų priėmimo procese buvo gana žemas, tik apie 20 proc. Taip pat išsiaiškino, kad apie pusė tyrimo dalyvių pirmenybę teikė informaciniam gydytojo ir paciento sąveikos modeliui, o terapinio aljanso tikėjosi beveik 40 proc. apklaustųjų, bet tik kas šeštu atveju toks paciento ir gydytojo bendradarbiavimas buvo realizuojamas [42].

Panašus tyrimas buvo atliktas Lietuvoje ir 2021 metais. Tiriant Lietuvos gyventojų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir atitiktį pacientų lūkesčiams, Servetkienė su kolegomis nustatė, kad net 70 proc. pacientų dažnai susiduria su asmens sveikatos priežiūros specialistų supratingumo ir empatijos trūkumu. Daugiau nei 60 proc. apklaustųjų teigė, kad patiria sunkumų norint patekti pas pirminio lygio sveikatos priežiūros specialistus, kadangi užsiregistravus vizitui, laukimo terminas dažniais atvejais buvo nuo 7 iki 30 dienų, o apie 20 proc. tiriamųjų akcentavo, kad slaugytojų teikiamos paslaugos neatitiko jų lūkesčių. Nors konsultacijos

su antrinio lygio sveikatos priežiūros specialistais tenkino didžiąją dalį pacientų (62,8 proc.), vis dėlto daugiau nei pusė respondentų teigė, kad gydytojas skiria nepakankamai laiko pacientui konsultacijos metu, o nepakankama konsultacijos trukmė, savo ruožtu, gali prisidėti prie riboto paciento motyvavimo laikytis vaistų vartojimo režimo [43].

1.4. Paskirto gydymo vaistais laikymosi valdymas

1.4.1. Paskirto gydymo vaistais laikymosi stebėjimas

Siekiant veiksmingai planuoti gydymą, užtikrinti jo sėkmingą įgyvendinimą ir išmatuoti rezultatus, susijusius su vaistų vartojimu, sveikatinimo veiklos specialistas turėtų mokėti tiksliai įvertinti paciento PGV laikymosi laipsnį. Be priemonių, skirtų įvertinti PGV laikymąsi, tolimesni sprendimai dėl gydymo režimo gerinimo būtų nepagrįsti [4].

Yra daug įvairių metodų su savais privalumais ir trūkumais, skirtų įvertinti pacientų PGV laikymąsi. Šie metodai yra skirstomi į tiesioginius ir netiesioginius (1.4.1.1 lentelė) [39].

1.4.1.1 lentelė. PGV laikymosi įvertinimo metodai, jų privalumai ir trūkumai [39]

Metodai		Privalumai	Trūkumai
Tiesioginiai			
Laboratorinių tyrimų atlikimas	Vaisto ar jo metabolito kiekio kraujyje ar šlapime nustatymas	Objektyvus	<ul style="list-style-type: none"> • Netikslių išvadų apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi tikimybė dėl paciento medžiagų apykaitos sutrikimų ar staiga pagerėjusios vaistų vartojimo rutinos prieš atliekant tyrimą; • Brangus
	Biologinių žymenų tyrimo atlikimas	Objektyvus	<ul style="list-style-type: none"> • Brangūs kiekybiniai tyrimai; • Reikalingas kūno skysčių surinkimas
Tiesioginis vaistų vartojimo stebėjimas		Tiksliausias metodas	<ul style="list-style-type: none"> • Sunku pritaikyti kasdienėje praktikoje; • Pacientai gali slėpti tabletes / kapsules burnoje nenurydami, vėliau jas išmesti

1.4.1.1 lentelės tęsinys. PGV laikymosi įvertinimo metodai, jų privalumai ir trūkumai [39]

Metodai	Privalumai	Trūkumai
Netiesioginiai		
Įvertinimas pacientams skirtų užpildytų validuotų klausimynų ar klausiant pačių pacientų	<ul style="list-style-type: none"> • Paprastas; • Nebrangus; • Naudingiausias metodas klinikinėje praktikoje 	<ul style="list-style-type: none"> • Netikslumų tikimybė, nes pacientai gali atsakinėti melagingai; • Klaidingų atsakymų rizika dėl užmaršumo, kai pailgėja laikas tarp apsilankymų
Tablečių / kapsulių skaičiavimas	<ul style="list-style-type: none"> • Objektyvus; • Kiekybiškai įvertinamas; • Lengvai atliekamas 	Pacientų lengvai keičiami duomenys: gali išmesti nesuvaldytas tabletes / kapsules
Vaistinių preparatų išsigijimo vaistinėse dažnio įvertinimas	<ul style="list-style-type: none"> • Objektyvus; • Lengvai pasiekiami duomenys 	Vaistų išsigijimas pagal receptą neprilygsta jų suvartojimui
Pacientų klinikinio atsako įvertinimas	<ul style="list-style-type: none"> • Paprastas; • Dažniausiai lengvai atliekamas 	Atsaką į gydymą gali įtakoti kiti veiksniai
Elektroninių vaistų vartojimo stebėjimo prietaisų naudojimas	<ul style="list-style-type: none"> • Tikslus; • Suteikia detalią informaciją apie paciento elgesį vartojant vaistus (vartojimo laiką); • Kiekybiškai įvertinami rezultatai 	<ul style="list-style-type: none"> • Brangus; • Reikalingi papildomi apsilankymai pas sveikatinimo veiklos specialistus duomenims įvertinti
Fiziologinių rodyklių įvertinimas	Dažniausiai lengvai atliekamas	Rezultatams gali turėti įtakos įvairūs veiksniai: pagreitėjęs metabolizmas, sumažėjusi absorbcija ir kiti
Pacientų vaistų vartojimo dienoraščių tikrinimas	<ul style="list-style-type: none"> • Paprastas; • Vaistų vartojimo priminimo priemonė pacientui 	Netikslumų tikimybė, nes pacientai gali iškreipti duomenis
Klausiant šeimos narių ar globėjų	<ul style="list-style-type: none"> • Paprastas; • Objektyvus 	Lengvai iškraipomi duomenis

Vaisto ar jo metabolito koncentracijos organizmo skysčiuose nustatymas, dar vadinamas terapiniu vaistų monitoringu – dažniausiai klinikinėje praktikoje yra naudojamas koreguoti paskirtų vaistinių preparatų dozes ir yra laikomas tikslesniu metodu nustatant gydytojo nurodymų nevykdymą, kai analizuojamojo vaistinio preparato koncentracija kraujyje yra žemiau minimalios aptikimo ribos, negu įvertinant PGV laikymosi laipsnį [44]. Taip yra dėl to, kad laboratoriniams

rezultatams gali turėti įtakos ne tik paciento vaistų vartojimo rutina, bet ir vaisto farmakologinės savybės, paciento klinikinė būklė, gyvenimo būdas ar individualios organizmo savybės [39].

Nepaisant to, kad paciento savarankiškas pranešimas yra laikomas geriausiai pritaikomu kasdienėje klinikinėje praktikoje metodu siekiant atpažinti gydytojo nurodymų nesilaikymą, yra didelė melagingo išpūdžio apie paciento PGV laikymąsi susidarymo tikimybė [15].

Pavyzdžiui, lyginant vaistų vartojimo dienoraščio pildymą su elektroninių PGV laikymosi stebėjimo prietaisų naudojimu, pastebėta, kad pacientai užrašuose yra linkę formuoti geresnį išpūdį apie PGV laikymąsi. Milgrom ir kolegų tyrimo rezultatai parodė, kad inhaliuojamųjų kortikosteroidų vartojimo mediana, apskaičiuota pagal duomenis, gautus iš astma sergančių vaikų dienoraščių, buvo 95,4 proc., o faktinio vartojimo mediana, nustatyta įvertinant prietaisų rodomus rezultatus, buvo tik 58,4 proc. [45]. Taigi, vaistų vartojimo dienoraščių tikrinimas nėra patikimas būdas tiksliam PGV laikymosi įvertinimui.

Klausiant pacientų šeimos narių ar kitų sveikatinimo veiklos specialistų, taip pat yra subjektyvūs PGV laikymosi vertinimo metodai, kuriais negalima būtų pilnai pasitikėti, kadangi artimieji, gydytojai, vaistininkai ar slaugytojai paprastai gali nežinoti paciento vaistų vartojimo rutinos ir pernelyg aukštai įvertinti PGV laikymąsi [46]. Tačiau šis metodas galėtų būti naudingas sveikatinimo veiklos specialistams renkant duomenis apie sunkiai pasiekiamus pacientus, kuriems dėl įvairių priežasčių (pavyzdžiui, neįgalumo) yra sudėtinga nuvykti į sveikatos priežiūros įstaigą ar vaistinę [4].

Dar vienas netiesioginis metodas PGV laikymosi laipsniui nustatyti – pacientams skirti validuoti klausimynai. Siekiant įvertinti PGV laikymąsi, neretai yra naudojama klinikinės psichologijos metodika – Morisky skalė, dar žinoma kaip MMAS – 4 ar MMAS – 8. [47, 48]. Buvo įrodyta, jog skalės su 4 vertinimo kriterijais pagalba galima įvertinti širdies ir kraujagyslių sistemos veikiančių vaistų vartojimo režimo laikymąsi ir kraujospūdžio kontrolę. [47]. Vėliau, ši skalė buvo papildyta dar keturiais punktais, siekiant įveikti kai kuriuos pirmosios skalės apribojimus. Taip Morisky skalėje padaugėjo klausimų apie aplinkybes, lemiančias PGV nesilaikymą [48]. Morisky skalė pasirodė esą vertinga nustatant PGV nesilaikymą, kurį lėmė pacientų užmaršumas išgerti vaistus arba jų vartojimo be gydytojo nurodymų nutraukimas [13], [49]. Naudojant MMAS – 8, yra suskaičiuojamas bendras PGV laikymosi balas, kur < 6 balų – žemas PGV laikymasis, < 8 balų – vidutinis, o 8 – aukštas [48].

1.4.1.2 lentelė. Morisky validuoti klausimynai [48], [50]

MMAS – 4	MMAS – 8
1. Ar kada nors pamiršdavote išgerti vaistus? (Taip – 0, Ne – 1 balas)	1. Ar kartais pamirštate išgerti vaistus? (Taip – 0, Ne – 1 balas)
2. Ar kartais vartojate vaistus neatsakingai? (Taip – 0, Ne – 1 balas)	2. Žmonės kartais nevartoja vaistų dėl kitų priežasčių, nei užmaršumas. Ar per pastarąsias 2 savaites buvo dienų, kai nevartojote vaistų? (Taip – 0, Ne – 1 balas)
3. Kartais kai pradodate jaustis blogiau vartojant vaistus, ar nustojate juos vartoti? (Taip – 0, Ne – 1 balas)	3. Ar kada nors sumažindavote vaistų dozes arba nutraukėte vaistų vartojimą, nepranešę gydytojui? (Taip – 0, Ne – 1 balas)
	4. Kai keliaujate ar išvykstate iš namų, ar kartais pamirštate pasiimti su savimi vaistus? (Taip – 0, Ne – 1 balas)
	5. Ar vakar išgėrėte savo vaistus? (Taip – 0, Ne – 1 balas)
4. Kai pradodate jaustis geriau, ar kartais nustojate vartoti vaistus? (Taip – 0, Ne – 1 balas)	6. Kai jaučiate, kad jūsų liga yra gerai kontroliuojama, ar kartais nustojate vartoti vaistus? (Taip – 0, Ne – 1 balas)
	7. Kai kuriems žmonėms gerti vaistus kasdien yra nepatogumas. Ar kada nors jaučiatės apsunkinti dėl gydymo režimo? (Taip – 0, Ne – 1 balas)
	8. Kaip dažnai Jums sunku prisiminti išgerti visus paskirtus vaistus? <input type="checkbox"/> Niekada / retai <input type="checkbox"/> Kartas nuo karto <input type="checkbox"/> Kartais <input type="checkbox"/> Dažnai <input type="checkbox"/> Visada

Tačiau, kaip parodė dauguma kitų tyrimų, validuotų klausimynų naudojimas nėra patikimiausias būdas tiksliam PGV laikymosi įvertinimui, o ypač „tyčinio“ nesilaikymo atveju, kai pacientas gali tikslingai pateikti melagingą informaciją apie gydymo laikymąsi dėl tam tikrų asmeninių priežasčių.

2014 m. Pandey su kolegomis lygino PGV laikymosi stebėjimo metodus: Morisky skalę su terapiniu vaistų monitoringu. Atliekant laboratorinius tyrimus, PGV nesilaikymas buvo

apibrėžiamas kaip bent vieno antihipertenzinio vaisto koncentracijos serume buvimas žemiau minimalios aptikimo ribos. Terapinio vaistų monitoringo metu paaiškėjo, kad iš 47 pacientų 24 (51 proc.) nesilaikė gydymo antihipertenziniais vaistais režimo, o vertinimas pagal MMAS – 8 skalę parodė, kad PGV nesilaikė tik 12 (26 proc.) pacientų, kadangi jų gautas Morisky balas buvo mažiau 6. Tyrėjai pabrėžė, kad MMAS – 8 skalė parodė ribotą tikslumą nustatant PGV nesilaikymą [51].

Dar vienas 2018 m. publikuotas tyrimas pabrėžė validuotų klausimynų trūkumus nustatant PGV laikymąsi. Morawski ir kolegų atsitiktinių imčių kontroliuojamo tyrimo metu buvo naudojamos išmaniojo telefono programėlės, skirtos gerinti pacientų, sergančių AH, PGV laikymąsi. Į intervencinę grupę buvo įtraukti 209 pacientai, sergantys nekontroliuojama AH ir vartojantys iki 3 antihipertenzinių vaistų, o kontrolinėje dalyvavo 202 pacientai. Po 12 savaičių intervencinėje grupėje Morisky balo vidutinė vertė pagerėjo 0,4, o kontrolinėje grupėje išliko nepakitusi. Tyrimo pradžioje sistolinio kraujospūdžio vidutinė vertė buvo 151.4 mm Hg intervencinėje ir 151.3 mm Hg kontrolinėje grupėje. Po 12 savaičių, pirmoje grupėje ši vertė sumažėjo 7 proc., o antroje 6,7 proc. [52]. Taigi, kaip rodo tyrimo rezultatai, subjektyvi Morisky skalė yra netikslus metodas PGV laikymuisi vertinti, nes parodė geresnius rezultatus intervencinėje grupėje, nei buvo iš tiesų, atliekant fiziologinį kraujospūdžio matavimą.

Nepaisant išvardintų trūkumų, validuoti klausimynai ar savarankiški pacientų pranešimai galėtų būti naudingi sveikatinimo veiklos specialistams užmezgant konstruktyvų ir atvirą dialogą su pacientais, siekiant pabrėžti PGV laikymosi svarbą ir atrasti abipusiai priimtinius bei tinkamus sprendimus, kurie pagerintų tolimesnį paskirtų vaistų vartojimą [53].

Neretai objektyvių metodų, tokių kaip tablečių skaičiavimas, naudingumą riboja paklaidų dažnis. Nors yra paprasta kiekybiškai įvertinti PGV laikymąsi fiziškai skaičiuojant tabletes ar kapsules, šis metodas neužfiksuoja tikslaus vaistų vartojimo laiko, o patys pacientai gali iškraipyti duomenis išmesdami vaistinio preparato pakuotės turinio dalį dar prieš atvykstant pas sveikatos priežiūros specialistą [39]. Alternatyvus metodas, fiksuojantis vartojimo laiką, galėtų būti elektroninių vaistų vartojimo stebėjimo prietaisų naudojimas, tačiau šio metodo platų panaudojimą riboja aukšta technologijos kaina. [15].

Vaistinių preparatų įsigijimo vaistinėse dažnio įvertinimas atliekamas tikrinant vaistinių preparatų išdavimo istoriją ir pacientams išrašytus receptus. Taikant šį metodą moksliniuose tyrimuose, siekiant tikslesnio pacientų PGV laikymosi įvertinimo, neretai yra apskaičiuojamas vaisto turėjimo koeficientas (angl. *Medication Possession Ratio*) – bendro dienų skaičiaus, kai pacientas turi išduotus vaistinius preparatus, ir dienų skaičiaus tarp pirmojo ir paskutiniojo išrašyto recepto, santykis [54]. Naudojant tokį PGV laikymosi įvertinimo būdą, daroma prielaida, jog

vaistinio preparato įsigijimas prilygsta jo suvartojimui. Centralizuota elektroninė sveikatos sistema, apimanti vaistinius preparatus skiriančius gydytojus ir paskirtus vaistus išduodančius vaistininkus – yra būtina sąlyga taikant šį metodą. Nors vaistinės įrašai yra lengvai prieinami sveikatinimo veiklos specialistams kasdienėje praktikoje, tačiau duomenys apie recepto atnaujinimą ar vaistinio preparato išdavimą gali pateikti tik apytikslius PGV laikymosi įvertinimus, nes neatspindi faktinio vaistų suvartojimo [55]

Kadangi nėra vieno optimalaus PGV laikymosi stebėjimo arba įvertinimo būdo, PSO rekomenduoja derinti subjektyvius ir objektyvius metodus tarpusavyje, kad būtų galima kuo tiksliau įvertinti paciento PGV laikymąsi, nustatyti jo laipsnį [4].

1.4.2. Intervencijos, gerinančios paskirto gydymo vaistais laikymąsi

PGV laikymosi valdymas – tai procesas, apimantis ne tik PGV laikymosi stebėjimą, bei ir įvairias intervencijas, skatinančias pacientą vartoti paskirtus vaistus, atsižvelgiant į gydytojo rekomendacijas. PGV laikymosi valdymo tikslas – maksimaliai padidinti gydymo naudą ir sumažinti žalos susidarymo riziką. [21].

Taikant trumpalaikius gydymo režimus (2 savaitių ar trumpesnius) PGV laikymasis yra lengviau įgyvendinamas sveikatinimo veiklos specialistams pateikiant pacientui aiškius nurodymus ir vaistų vartojimo instrukcijas. Taip pat sergant ūminėmis ligomis dažniau yra taikomi paprastesni gydymo režimai, trumpesnė gydymo trukmė, pacientas geriau supranta gydymo tikslą „pasveikti“. Tačiau situacija tampa sudėtingesnė, kai pacientui reikia nenutraukiamai vartoti vaistus, kad būtų sėkmingai valdoma lėtinė liga [10].

Siekiant pagerinti ilgalaikio PGV režimo laikymąsi, neužtenka vien tik pateikti dozavimo schemą ar gydymo planą. Svarbu nuolat skatinti pacientą laikytis su gydymu susijusių rekomendacijų ir nurodymų, stebėti jų vykdymą, konsultuoti apie PGV laikymosi ir vaistų vartojimo svarbą, priminti apie apsilankymus, motyvuoti bei pripažinti paciento pastangas įgyvendinant PGV režimą, jei įmanoma, įtraukti šeimos narius ar globėjus, kad tie prižiūrėtų nurodymų vykdymą, išreikštų palaikymą [10]. Atsižvelgiant į tai, kad paciento įtraukimas į susijusių su gydymu sprendimų priėmimo procesą yra būtina sąlyga siekiant paskatinti pacientą laikytis PGV, vaistų vartojimo režimo laikymąsi gerinančios intervencijos turėtų būti taikomos dar prieš gydytojui išrašant receptą, skiriant pacientui individualią konsultaciją vaistų vartojimo klausimais [4].

Kai kurie tyrimai rodo, kad individualios konsultacijos trukmė – yra svarbus veiksnys, įtakojančias sveikatos priežiūros specialisto ir paciento santykius. Teigtina, kad gydytojai, kurie linkę daugiau laiko skirti pacientui, siekiant išsamiau aptarti paskirtą medikamentinį gydymą,

labiau skatina sergančiuosius aktyviai dalyvauti su gydymo susijusių sprendimų priėmimo procese bei padeda suformuoti konstruktyvesnę požiūrį į vaistų vartojimo režimo laikymąsi [34], o didesnė tikimybė, kad pacientas laikysis sveikatos priežiūros specialisto nurodymų ir rekomendacijų, atsiranda tada, kai gydytojas atsižvelgia į paciento poreikius bei galimybes šias rekomendacijas įgyvendinti [56].

Tinkama komunikacija leidžia užmegzti ryšį tarp specialisto ir paciento, o abipusis pasitikėjimas leidžia pagrįsti ir racionaliai paaiškinti vaistų vartojimą. Asmens sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų gyvi susitikimai su sergančiais lėtinėmis ligomis galėtų padidinti pacientų pasitikėjimą, sveikatinimo veiklos specialistui remiantis šiais bendradarbiavimo principais [57, 58]:

1. Lojalumas – rūpinimasis paciento gerove, interesų gynimas bei interesų konfliktų vengimas.
2. Kompetentingumas – gerų praktinių ir bendravimo įgūdžių buvimas, pagrįstų sprendimų priėmimas ir klaidų vengimas.
3. Sąžiningumas – tiesos apie diagnozę ir gydymą pacientui atskleidimas ir melagingos informacijos pateikimo vengimas.
4. Konfidencialumo užtikrinimas – tinkamas neskelbtinos informacijos naudojimas.

Atlikto Kinijoje tyrimo, kurio vienas iš tikslų buvo iširti ryšį tarp gydymo veiksmingumo ir paciento pasitikėjimo sveikatos priežiūros specialistu, rezultatai parodė, kad bendradarbiavimas tarp gydytojo ir paciento turėjo reikšmingos įtakos PGV laikymosi gerinimui ir gydymo veiksmingumui [59].

Yra daugybė priemonių, galinčių pagerinti sergančiojo vaistų vartojimo režimo laikymąsi. Dulmen su kolegomis 2007 m. išnagrinėjo 38 sisteminės literatūros apžvalgas apie skirtų PGV laikymuisi gerinti intervencijų veiksmingumą ir, remiantis gautais duomenimis, klasifikavo šias intervencijas į technines, elgesio, edukacines, socialinio palaikymo, struktūrines ir kompleksines (1.4.2.1 lentelė) [60].

1.4.2.1 lentelė. PGV laikymąsi gerinančios intervencijos, jų tikslai ir įgyvendinimas [60]

Intervencija	Tikslas	Įgyvendinimas / sprendimas
Techninė	Dozavimo režimo paprastinimas: <ul style="list-style-type: none"> • Sumažinti paciento suvartojamų per dieną dozių skaičių; • Sumažinti polifarmaciją 	<ul style="list-style-type: none"> • Skirti pailginto atpalaidavimo formas; • Skirti kombinuotus vaistinius preparatus; • Skirti patogesnes vartojimui vaistų formas
Elgesio	<ul style="list-style-type: none"> • Priminti apie vaistų vartojimą; • Skatinti vartoti paskirtus vaistinius preparatus 	<ul style="list-style-type: none"> • Priminimai paštu, telefonu; • Vaistinių preparatų dozatoriai; • Vaistų vartojimo dienoraščiai; • Motyvuoti ar palaikyti; • Apdovanojimai už nurodymų vykdymą
Edukacinė	Teikti žinias apie PGV laikymosi svarbą	<ul style="list-style-type: none"> • Pranešimai ar audiovizualinė medžiaga; • Individualus ar grupinis ugdymas; • Tiesioginis kontaktas su pacientu; • Edukacinės programos vaistų vartojimo klausimais
Socialinio palaikymo	Suteikti palaikymą ar paramą gydymo metu	<ul style="list-style-type: none"> • Šeimos narių ar globėjų palaikymas; • Emocinis ar praktinis palaikymas; • Pacientų tarpusavio parama
Struktūrinė / organizacinė	<ul style="list-style-type: none"> • Mokyti tinkamai valdyti ligą; • Teikti socialinę ir psichologinę pagalbą 	<ul style="list-style-type: none"> • Ligos valdymo programos; • Bendruomeninės reabilitacijos programos; • Pacientų asociacijos
Kompleksinė	(Aukščiau išvardinti tikslai)	Derinti skirtingas intervencijas tarpusavyje

Anot Katz, gydytojai gali veiksmingai prisidėti prie paciento PGV laikymosi gerinimo vaistinio preparato skyrimo metu naudojant šias priemones [61]:

1. Diskusijos metu apribojant nurodymus iki 3 - 4 pagrindinių aspektų.
2. Nurodymų ar rekomendacijų, diagnozės aiškinimui naudojant paprastą kalbą, nenaudojant sudėtingų, pacientui neaiškių medicinos terminų.
3. Papildant sakytinus nurodymus rašytine medžiaga.
4. Įtraukiant paciento artimuosius.

Vertinant šeimos narių ar globėjų palaikymo įtaka vaistų vartojimo režimo laikymuisi, 2013 m. Lietuvoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad sergantys AH pacientai, kurie gauna artimųjų palaikymą gydymo metu, dažniau prisimena išgerti paskirtus vaistinius preparatus [14].

Siekiant įvertinti motyvavimo įtaka gydymo režimo laikymuisi, 2010 m. Moral su kolegomis atliko atsitiktinių imčių kontroliuojamą tyrimą, kuriame dalyvavo 154 pacientai ir 27 asmens sveikatos priežiūros specialistai. Abiejose (kontrolinėje ir eksperimentinėje) grupėse asmens sveikatos priežiūros specialistai atlikdavo individualizuotus kiekvieno paciento būklės įvertinimus bei paskirtų vaistų peržiūrą, nustatydavo kritines, su vaistų vartojimu susijusias, klaidas, suteikdavo išsamią informaciją apie gydymą, jo naudingumą, vaistinių preparatų indikacijas, dozavimą, galimus šalutinius poveikius, rengdavo individualizuotus gydymo planus ir teikdavo pasiūlymus dėl jų įgyvendinimo. Tačiau tik eksperimentinėje grupėje specialistai papildomai atlikdavo motyvacinius pokalbius su pacientais vaistų vartojimo klausimais, naudojant ugdymo bei palaikymo strategijas, paremtas pasitikėjimu ir empatija. Siekiant ištirti šių intervencijų veiksmingumą, buvo suplanuoti keli asmens sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų susitikimai. Pirmojo susitikimo metu buvo įvertinama paciento sveikatos būklė, po 15 dienų – intervencijos buvo atliekamos specialistams atvykstant pas pacientus į namus, po 3 mėnesių – pacientams atvykstant į sveikatos priežiūros įstaigas, o paskutiniojo susitikimo metu (po 6 mėnesių) – vėl pacientų namuose. Abiejose grupėse gyvi susitikimai trūko 15 – 60 minučių. Tyrimo rezultatai parodė, jog motyvaciniai pokalbiai turėjo reikšmingos įtakos PGV laikymuisi gerinti, kadangi eksperimentinėje grupėje pasiektas PGV laikymosi laipsnis buvo 7,6 proc. aukštesnis (>80 proc. ir <110 proc.) nei kontrolinėje grupėje [62].

2010 m. Cutrona ir kiti atliko atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų apie intervencijas, skirtas pagerinti širdies ir kraujagyslių ligų bei diabeto profilaktiką ar gydymą, sisteminę apžvalgą. Šios apžvalgos tikslas buvo nustatyti sėkmingiausias intervencijas skirtas PGV laikymuisi gerinti. Į galutinę analizę buvo įtrauktas 51 tyrimas apie tokias PGV laikymosi gerinimo priemones, kaip:

- pranešimai arba vaizdinė medžiaga apie gydymo svarbą, išsiųsti paštu;
- elektroninės vaistų dėžutės su vartojimo priminimo funkcija;
- automatizuoti priminimai telefonu;
- automatizuotas kraujospūdžio matavimas namuose;
- sveikatinimo veiklos specialistų ir pacientų bendravimas PGV klausimais telefonu;
- gyvos konsultacijos su sveikatinimo veiklos specialistais;
- skirtos pacientams edukacinės programos.

Cutrona ir bendraautorių darbo rezultatai parodė, kad elektroninės intervencijos (vartojimą priminančios vaistų dėžutės, automatizuotas kraujospūdžio matavimas) buvo 67 proc.

veiksmingos PGV laikymuisi gerinti, o skirta pacientams edukacinė vaizdinė medžiaga ir automatizuoti pranešimai buvo veiksmingi 56 proc. Mažesnę efektyvumą (tik 38 proc.) parodė slaugytojų skambučiai telefonu, kadangi pacientai buvo ypač jautrūs pranešimams po operacijų, hospitalizavimo ar po žinios apie naujai diagnozuotą lėtinę ligą, o edukacinės programos neparodė reikšmingų rezultatų. Galiausiai, sveikatinimo veiklos specialistų intervencijos, o būtent gyvi susitikimai su pacientais, buvo įvertintos kaip 52 proc. sėkmingos. Asmeninės vaistininko konsultacijos buvo veiksmingos net 83 proc. Apibendrinant, šis tyrimas parodė elektroninių strategijų ir asmeninių konsultacijų naudingumą PGV laikymuisi gerinti ypač sunkiu pacientui gyvenimo metu [63].

Šiuolaikinių technologijų (mobiliųjų programėlių, išmaniųjų prietaisų) naudojimas, teoriškai, galėtų pagerinti PGV laikymąsi realiame gyvenime, tačiau, pastebėtina, jog šios intervencijos vis dar yra menkai iširtos, todėl trūksta įrodymų apie jų kaštų efektyvumą ir veiksmingumą PGV laikymuisi gerinti. Tai galėtų iš dalies paaiškinti, kodėl šiuo metu jos plačiau naudojamos klinikiniuose tyrimuose nei kasdieninėje praktikoje [52, 64].

Nagrinėjant PGV laikymosi valdymo galimybes Lietuvoje, pasakytina, kad Lietuvos bendrosios praktikos gydytojai turi galimybę samdyti slaugytoją, kurios įdarbinimą finansuoja Valstybinės ligonių kasos. Šios slaugytojos stebi pacientų būklę, vaistų vartojimą, prireikus, konsultuoja įvairiais su gydymu susijusiais klausimais, o gydytojui paskyrus vaistinius preparatus, užpildo receptus. Galima būtų teigti, kad ši praktika yra efektyvi paciento bei gydytojo laiko taupymo priemonė, deja, įgyvendinta tik nedaugeliuose sveikatos priežiūros įstaigose [12].

Vaistininkai yra lengviau pasiekiami pacientui sveikatinimo veiklos specialistai, todėl gali atlikti svarbų vaidmenį pacientų PGV laikymesi. Tyrimai rodo, kad farmacijos specialistai aktyviai dalyvaujant PGV laikymosi valdyme gerėja pacientų žinios apie vaistinius preparatus, jų veikimą, dozavimą, šalutinius poveikius, pacientai geriau supranta gydymo tikslą ir eigą, o visa tai lemia geresnius gydymo rezultatus [65]. Dar 2006 m. Lietuvoje tiriant vaistų vartojimo problemas vaistinėse, buvo nustatyta, kad vaistininkai dažniausiai sprendžia gydytojo nurodymų nesilaikymo problemą (72,5 proc.), kadangi jiems ši problema yra viena svarbiausių (77,1 proc.) [66].

Remiantis 2016 m. LR sveikatos apsaugos ministro (SAM) įsakymu, Lietuvoje vaistininkai turi galimybę prisidėti prie pacientų PGV laikymosi gerinimo ir lėtinių ligų valdymo, teikdami farmacinės rūpybos paslaugą, kurios tikslas yra išmokyti pacientą teisingai vartoti įkvepiamuosius vaistinius preparatus. Ši paslauga atliekama individualiai konsultuojant astma ar lėtine obstrukcine plaučių liga sergančius pacientus, siekiant įvertinti kaip pacientas laikosi gydytojo nurodymų, nustatyti su vartojimu susijusias problemas, efektyviai jas spręsti bendradarbiaujant su paciento

sveikatos priežiūros specialistu ir pateikti pacientui aiškia informaciją apie gydymą, jei reikia, demonstruojant teisingą vartojimo techniką [67]. Šios vaistininko intervencijos teikimo būtinumą galėtų patvirtinti 2018 – 2019 m. atliktas tyrimas, kurio metu buvo nustatytas svarbus veiksnys, lemiantis žemą PGV laikymosi laipsnį tarp astma sergančių pacientų – apie 72 proc. pacientų naudojama netinkama įkvepiamųjų vaistų vartojimo technika [68]. Tačiau Lietuvoje ši intervencija ne visais atvejais gali būti lengvai įgyvendinama, kadangi ne visi vaistininkai turi pakankamai kompetencijų teikti farmacinės rūpybos paslaugas [67]. Be to, Lietuvoje ši paslauga pacientams yra mokama, todėl nėra plačiai naudojama [12].

Atsižvelgiant į daugybę ankščiau išvardytų veiksnių, įtakančių PGV laikymąsi, nenuostabu, kad dažnai tik vienos intervencijos nepakanka valdant pacientų gydymo režimo laikymąsi [46]. Bostone 2013 – 2015 m. Choudhry su kolegomis atliko atsitiktinių imčių klinikinį tyrimą ir išsiaiškino, jog vienu tik prietaisų su vaistų vartojimo priminimo funkcija naudojimas nepagerina PGV laikymosi tarp pacientų, nevykdančių gydytojo nurodymų dėl užmaršumo. Tyrejai pabrėžė, kad šie prietaisai galėtų būti veiksmingesni, jei būtų derinami kartu su kitomis intervencijomis, užtikrinančiomis gydymo režimo laikymąsi [69]. Anot Zorina ir bendraautorių, viena tokių papildomų intervencijų galėtų būti sveikatinimo veiklos specialisto ir paciento bendravimas telefonu [70], o Kubilius su bendraautoriais siūlo taikyti kompleksines intervencijas lėtinių ligų valdyme, kurios galėtų būti įgyvendinamos įtraukiant komandą iš įvairių sveikatinimo veiklos specialistų, siekiančių bendro tikslo – gerinti paciento PGV laikymąsi ir gydymo rezultatus [13]. Taigi, norint užtikrinti nurodymų bei rekomendacijų vykdymą, ypatingai svarbu atrasti tinkamus metodus, kaip prižiūrėti ir valdyti pacientų PGV režimo laikymąsi.

1.5. Kiti veiksniai, įtakoiantys paskirto gydymo vaistais laikymosi valdymą, ir galimi sprendimai sveikatos priežiūros sistemoje

2021 m. Kardas ir kolegų atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad Europos šalyse dar nėra aiškios ir vienodos PGV laikymąsi gerinančių intervencijų taksonomijos ir terminologijos, o tai lemia sudėtingą ir netikslų šių intervencijų apibrėžimą [12]. Clyne ir bendraautorių teigimu, ES šalyse platų bei visuotinai priimtą PGV laikymosi valdymo priemonių įdiegimą ir įgyvendinimą riboja nepakankamas sveikatos priežiūros sistemos valdytojų ir suinteresuotų šalių susirūpinimas gydymo režimo nesilaikymo problema [71]. Anot Khan ir Socha-Dietrich, daugelio į PGV laikymąsi gerinimą orientuotų programų nesėkmingą įgyvendinimą galėjo lemti ribotos valstybės finansavimo galimybės, validuotų įvertinimo priemonių trūkumas bei prastas tarpprofesinis sveikatinimo veiklos specialistų bendradarbiavimas [64].

Atsižvelgiant į šias kliūtis, Kardas su kolegomis rekomenduoja daugiau dėmesio skirti sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugų sektorių bendradarbiavimui, sistemingai kurti standartines PGV laikymosi įvertinimo procedūras ir gerinimo strategijas, formuoti tikslus PGV laikymosi valdymo metodų apibrėžimus, sveikatos priežiūros sistemų lygmenyse apsvarstyti PGV laikymosi gerinimo priemonių kompensavimo galimybes bei diegti pažangias technologijas, skirtas sėkmingam PGV laikymosi valdymui [12].

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) 2018 m. nustatė 4 žingsnius, kurie turėtų būti atliekami sveikatos priežiūros sistemos lygmenyse, siekiant gerinti vaistų vartojimo režimo laikymąsi. Šie žingsniai yra [64]:

1. Pripažinti: *„pripažinti, kad PGV nesilaikymas kenkia sveikatai ir padidina išlaidas, susijusias su sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu“*.
2. Informuoti: *„sistemingai stebėti PGV laikymąsi“*.
3. Skatinti: *„keisti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir pacientų finansinius stimulus“*.
4. Nukreipti ir palaikyti: *„PGV laikymosi procesas prasideda nuo paciento, vaistinius preparatus paskyrusio gydytojo bei vaistininko, kiekvienas iš kurių turėtų būti palaikomas sveikatos priežiūros sistema“*.

Prieiga prie tinkamų duomenų apie sergančiojo vaistų vartojimo laikymąsi galėtų palengvinti ir pagerinti komunikaciją tarp paciento ir sveikatinimo veiklos specialistų bei tarp asmens sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų. Pavyzdžiui, kai kuriose Estijos vaistinėse pacientams yra teikiama nemokama priminimo atnaujinti receptus paslauga. Ši paslauga gali būti teikiama tik tada, kai farmacijos specialistas su paciento sutikimu gauna prieigą prie sergančiojo asmens elektroninių receptų ir įgaliojimą bendrauti su vaistinį preparatą paskyrusiu gydytoju. Atsiradus poreikiui atnaujinti receptą, vaistininkas susisiekiama su sveikatos priežiūros specialistu ir informuoja sergantįjį telefonu prieš pasibaigiant ankščiau išduotiems vaistams. Taip pat ši paslauga yra susieta su internetine vaistine, todėl vaistai gali būti pristatomi pacientui tiesiai į namus [12].

Akcentuotina, kad 2017 m. Lietuvoje LR SAM patvirtino “Vaistų politikos gaires”, kurių viena kryptis – elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (ESPBI IS) tobulinimas ir pritaikymas vaistų vartojimo stebėsenai. Taip pat, šiose gairėse pabrėžiama farmacinės rūpybos paslaugų plėtros svarba, bendradarbiavimo tarp sveikatinimo veiklos specialistų užtikrinimo būtinybė ir mokymų farmacijos specialistams bei asmens sveikatos priežiūros organizavimo būtinybė.

2. TYRIMO METODIKA

Tyrimo rūšis. Vienmomentinis kiekybinis tyrimas.

Teorinis analizės metodas. Išsamiai išnagrinėti ir aprašyti moksliniai rašto darbai, ankstesni Lietuvoje ir užsienyje atlikti kiekybiniai ir kokybiniai moksliniai tyrimai, Lietuvos Respublikos teisės aktai, įvairios mokslinės publikacijos, susijusios su baigiamajame magistro darbe nagrinėjama tema. Mokslinės literatūros paieška vyko per PubMed, MEDLINE, The Cochraine Library duomenų bases. LR teisės aktų paieška vyko per valstybinį teisės aktų registrą (TAR). Taip pat buvo nustatyta mokslinė problema, sudarytas tyrimo planas: suformuotas tyrimo tikslas ir išskelti uždaviniai.

Empirinis tyrimo metodas. Tyrimui atlikti pasirinktas kiekybinio tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa (1 priedas).

Tyrimo instrumentas. Duomenims surinkti naudojamas elektroninis (Webropol) klausimynas, kuris yra didesnės apimties tarptautinio tyrimo „Vaistų vartojimo režimo laikymosi gerinimą skatinančių praktikų ir technologijų naudojimui trukdantys ir padedantys veiksniai ENABLE COST šalyse“ dalis bei tarptautinio projekto „Europos tinklas pritaikyti geriausiąją praktiką ir technologijas paskirtų vaistų vartojimo režimo laikymuisi gerinti Europos bendradarbiavimo mokslo ir technologijų srityje“ (“ENABLE – COST Action CA19132”) dalis. Naudojant elektroninį klausimyną sudaromos sąlygos sveikatinimo veiklos specialistams anketą pildyti jiems patogiu metu, užtikrinamas respondentų anonimiškumas ir konfidencialumas. Visi anketoje pateikti klausimai yra uždaro tipo, į kuriuos atsakyti užtrunka 5 – 10 minučių. Uždaro tipo klausimyno pagalba galima surinkti objektyvesnius ir tikslesnius duomenis bei yra užtikrinamos mažesnės laiko sąnaudos.

Sveikatinimo veiklos specialistų PGV laikymosi valdymui ištirti skirtos anketos (1 priedas) struktūra:

- Įvadinė dalis, kurioje respondentų prašoma išreikšti informuotą sutikimą dėl dalyvavimo tyrime.
- Kadangi klausimynas yra tarptautinio tyrimo dalis, 1 klausimas skirtas nustatyti, kurią šalį atstovauja respondentas.
- 2 – 6 tiriamųjų darbo specifiką atspindintys klausimai.
- 7 – 11 PGV laikymosi stebėjimo priemonių taikymą bei PGV nesilaikymo fiksavimo priemonių naudojimą kasdienėje sveikatinimo veiklos specialistų praktikoje atspindintys klausimai arba klausimai, atspindintys priežastis dėl kurių šios priemonės nėra naudojamos.

- 12 – 13 PGV laikymosi gerinimo intervencijų taikymą asmens sveikatos priežiūros bei farmacijos specialistų praktikoje atspindintys klausimai arba klausimai, atspindintys priežastis dėl kurių šios intervencijos nėra taikomos.
- 14 – 16 klausimai skirti nustatyti sveikatinimo veiklos specialistų nepatenkintus poreikius kasdienėje praktikoje bei identifikuoti kompetencijų ugdymo poreikį PGV režimo laikymosi valdyme.

Šioje anketoje yra pateikti trys (7, 10, 12) klausimai, nuo atsakymo į kuriuos priklauso koks bus sekantis klausimas. Pavyzdžiui, pirmiausia sveikatinimo veiklos specialistų yra klausama ar jie prižiūri kaip lėtinėmis ligomis sergantys pacientai laikosi vaistų vartojimo režimo. Jeigu tiriamasis atsako teigiamai: „taip“, sekantis jam prieinamas klausimas bus apie metodus, kuriuos jis naudoja pacientų PGV laikymosi priežiūrai. Kitokiu atveju, kai respondentas atsako neigiamai: „ne“, jo yra klausama apie priežastis dėl kurių jis neprižiūri sergančiojo PGV laikymosi. Taip pat anketoje pateikti keli klausimai (8, 11, 13 – 15), kur tyrimo dalyviai galėjo pasirinkti kelis atsakymų variantus. Šie klausimai apima taikomus PGV laikymosi priežiūros, fiksavimo ir gerinimo metodus, šių metodų netaikymo priežastis, nepatenkintus poreikius kasdieniniame darbe ir kompetencijų ugdymo poreikius.

Tyrimo imties sudarymo metodas. Tyrimo imties atrankai pasirinktas netikimybinės atrankos būdas – patogioji imties atranka. Taigi, į imtį įtraukiami tie sveikatinimo veiklos specialistai, kurie yra lengviausiai prieinami per Lietuvoje veikiančias gydytojų, farmacininkų bei slaugytojų organizacijas (draugijas, asociacijas, sąjungas). Iškeltas tiriamųjų atrankos įtraukimo kriterijus – respondentai turi būti praktikuojančiais sveikatinimo veiklos specialistais, dirbančiais su pacientais.

Duomenų rinkimas. Apklausos duomenims surinkti ENABLE COST tyrėjų grupės buvo iškelta sąlyga neplatinti klausimyno nuorodos socialinių tinklų platformose, siekiant užtikrinti, kad respondentai būtų praktikuojantys sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistai, dirbantys su pacientais. Lietuvoje klausimynas buvo prieinamas respondentams nuo 2022 m. rugpjūčio 23 dienos iki lapkričio 2022 m. pabaigos. Anoniminė apklausa buvo pateikta internetinėje erdvėje ir paskelbta “Lietuvos gydytojų sąjungos” ir “Lietuvos slaugos specialistų organizacijos” oficialiuose interneto svetainėse. Taip pat kvietimas dalyvauti tyrime bei nuoroda į šią internetinę apklausą buvo siunčiama el. paštu 67 Lietuvos sveikatinimo veiklos specialistų organizacijoms, kurių sąrašas yra pateiktas 2 darbo priede (2 priedas). Pirmą kartą nuoroda į klausimyną buvo išsiųsta rugpjūčio, pakartotinai spalio – lapkričio mėnesiais. Prieš išsiunčiant nuorodą buvo surenkami organizacijų kontaktiniai duomenys, paskelbti jų oficialiuose interneto svetainėse arba <https://rekvizitai.vz.lt>, <https://www.vmklt.lt>, į organizacijas buvo skambinama ir kviečiama

dalyvauti tyrime bei prašoma neplatinti apklausos nuorodos socialinių tinklų platformose. Taip pat buvo taikomas kitas apklausos platinimo būdas – sugeneruotas skaitmeninis QR kodas su nuoroda į klausimyną. Šis QR kodas buvo rodomas spalio – lapkričio mėnesiais Grybo g. 32A „Camelia“ vaistinės bei „Medicinos diagnostikos ir gydymo centro“ sveikatinimo veiklos specialistams, kuriems taip pat buvo siūloma sudalyvauti tyrime, atsakant į apklausą.

84 sveikatinimo veiklos specialistai sutiko dalyvauti tyrime bei atsakė į visus apklausoje privalomus klausimus. Taikoma prielaida, kad tyrimo imties dydis yra pakankamas, kad būtų galima taikyti objektyvias tyrimo išvadas atrankinei visumai. Kadangi apklausa vyko elektroniniu formatu ir nėra tiksliai žinoma iš kurių Lietuvoje veikiančių sveikatinimo veiklos specialistų organizacijų buvo gauti atsakymai, respondentų atsakomumas nėra skaičiuojamas.

Statistinės analizės metodas. Nors tarptautiniame tyrime dalyvavo 37 šalys, šiame darbe analizuojami tik Lietuvos empirinio tyrimo duomenys, kurie buvo gauti iš tyrėjų grupės 2023 m. vasario mėnesį. Gauti apklausos duomenys analizuojami, taikant aprašomosios statistinės analizės metodus, siekiant tinkamai apskaičiuoti bei interpretuoti statistinius duomenų rezultatus. Kiekybinių duomenų analizei naudojama SPSS (angl. *Statistical Package for the Social Sciences*) 29.0 versijos programa. Grafiniam statistinės analizės metu gautų duomenų atvaizdavimui naudojamos Microsoft Excel ir Microsoft Word programos. Gauti statistines analizes rezultatai pateikiami lentelėse, diagramose (paveiksluose). Analizei atsakymų į 8, 11, 13 – 15 klausimus duomenims buvo suteikiamas binarinis kodas, kur 1 reiškia, kad respondentas pasirinko atsakymo variantą (pavyzdžiui, kad taiko tam tikrą intervenciją), o 0 – atsakymo varianto nepasirinko (netaiko intervencijos). Anketinės apklausos duomenų skirstinio normalumui tikrinti naudojamas *Kolmogorov – Smirnov* testas. Nustatant nenormalųjį skirstinį, duomenų pasiskirstymui tarp skirtingų sveikatinimo veiklos specialistų grupių analizuoti, nepriklausomoms imtims lyginti, naudojami nparametriniai *Kruskal – Wallis H* ir *Mann – Whitney U* testai. Skaičiuojami vidutiniai rangai (MR), o dviejų kintamųjų tarpusavio lyginimui taikytas *z*-įvertis. Mažųjų imčių kategorinių kintamųjų priklausomumui tikrinti, kai kažkurių pogrupių dažniai mažesni kaip 5, taikomas tikslusis *Fisher* testas. Rezultatai vertinami kaip statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$. Gauti tyrimo rezultatai yra taikomi tik šiai tiriamųjų populiacijai.

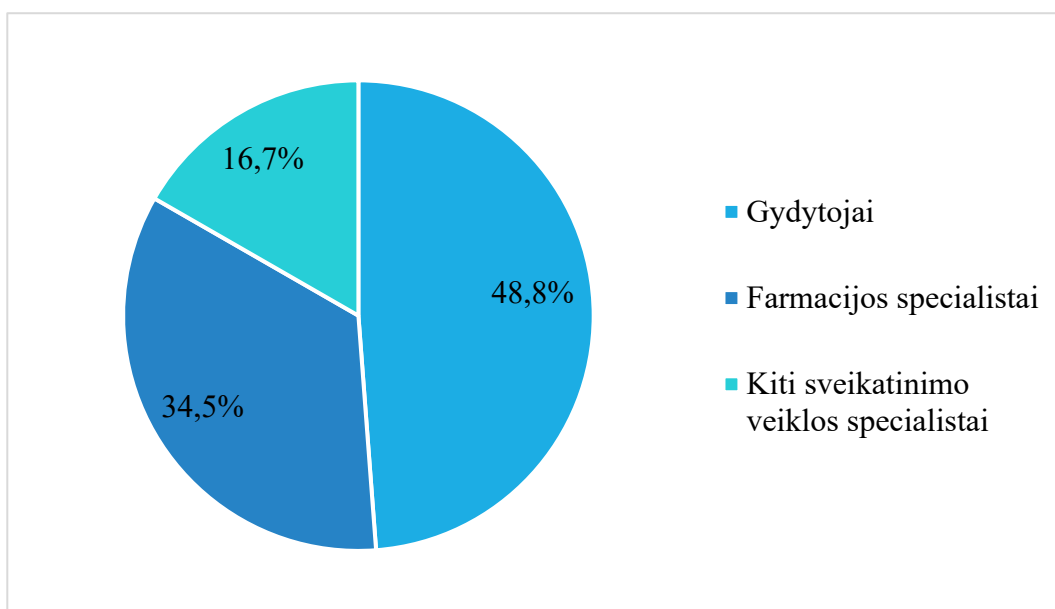
Tyrimo etika. Kadangi tyrimas nėra laikomas biomedicininio tyrimu, Vilniaus regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto leidimas nebuvo reikalingas tyrimui atlikti. Visiems gautiems apklausos duomenims garantuojamas saugumas, žalos respondentams vengimas, užtikrinamas iš respondentų gautų duomenų anonimiškumas ir konfidencialumas bei užtikrinama, kad asmeniniai duomenys nebus viešinami ir dalijami su trečiaisiais asmenimis. Prieš vykdant

anketinę apklausą, iš respondentų gaunamas informuotas sutikimas dalyvauti tyrime. Užtikrinama, kad visų respondentų dalyvavimas yra savanoriškas.

3. REZULTATAI

3.1. Tiriamieji ir jų charakteristika

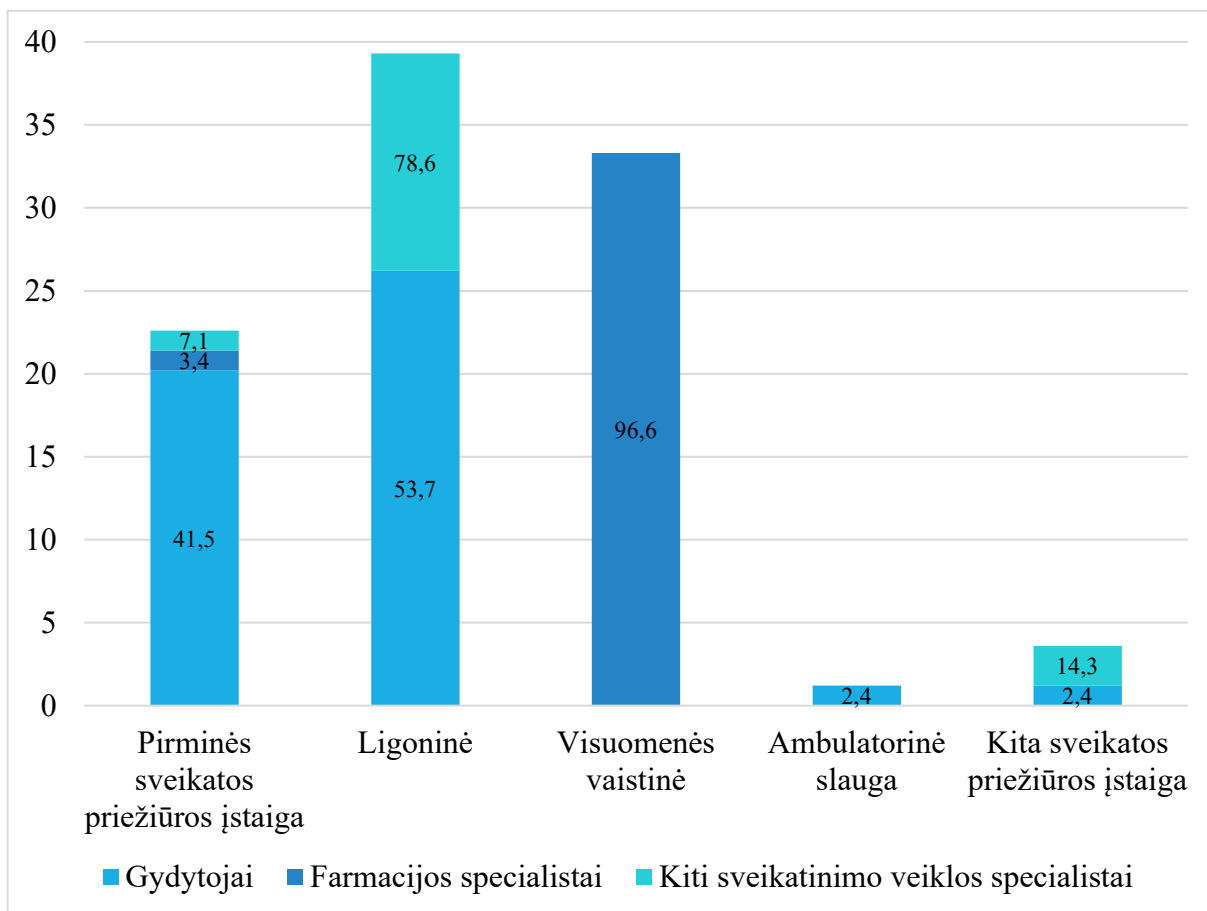
Į tyrimą įtraukiami ir analizuojami 84 sveikatinimo veiklos specialistų, sutikusių dalyvauti tyrime bei atsakiusių į visus apklausoje privalomus klausimus, duomenys. Iš apklaustųjų 48,8 proc. buvo gydytojai (n=41; kur gydytojai (n=40), odontologas (n=1)), farmacijos specialistai sudarė 34,5 proc. visų tiriamųjų (n=29; kur vaistininkai (n=28), farmakotechnikas (n=1)), o likusieji 16,7 proc. buvo kiti sveikatinimo veiklos specialistai (n=14; kur slaugytojai (n=6), slaugytojo padėjėjai (n=2), kineziterapeutai (n=2), ergoterapeutas (n=1), akušeris (n=1), psichologas (n=1), medicinos technologas (n=1)). Taigi, respondentai buvo suskirstyti pagal profesijas į tris grupes (3.1.1 pav.).



3.1.1 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal grupes, suformuotas atsižvelgiant į jų profesiją

39,3 proc. apklaustųjų, atitinkamai pagal darbo vietą, dažniausiai susiduria su vaistų vartojimo režimo laikymosi problemomis ligoninėje. Trečdalis respondentų, kurios sudarė tik vaistininkai ir vaistininko padėjėjai, teikia farmacinę paslaugą pacientams visuomenės vaistinėse. Tik vienas vaistininkas nurodė, kad dažniausiai susiduria su gydytojo nurodymų nesilaikymu dirbant kitokioje vietoje nei vaistinėje, ir prisidėjo prie beveik ketvirtadalio respondentų (22,6 proc.), bendraujančių su pacientais pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje. Likusieji 4,8 proc. apklaustųjų susiduria su pacientų PGV nesilaikymu ambulatorinėje slaugoje arba kitose sveikatos priežiūros įstaigose (3.1.2 pav.). Nustatyta, kad farmacijos specialistų nurodyta darbovietė

statistiškai reikšmingai skiriasi nuo gydytojų ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų darboviečių (*Kruskal – Wallis*, $MR=27,46$ (gydytojai), $MR=64,55$ (farmacijos specialistai), $MR=40,86$ (kiti sveikatinimo veiklos specialistai), $H(df=2, n=84)=44,166$, $p<0,001$).

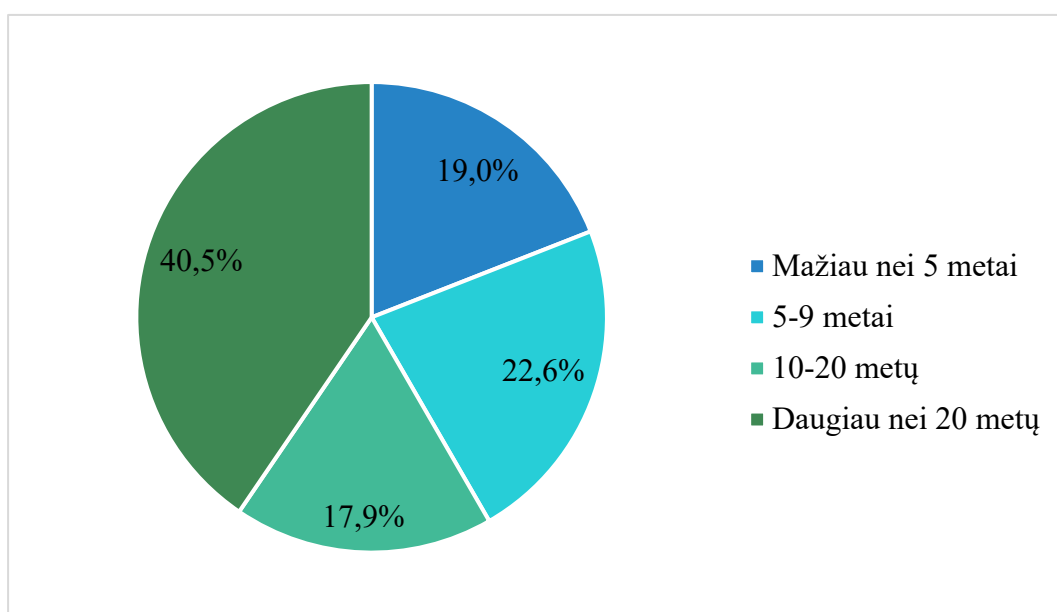


3.1.2 pav. Procentinis profesijų grupių pasiskirstymas pagal darbovietę arba vietą, kur susiduria su PGV nesilaikymu dažniausiai

Didžioji tiriamųjų dalis nurodė, kad dirba mieste (88,1 proc.), 7,1 proc. dirba per dvi vietas: ir mieste, ir kaime, o 4,8 proc. apklaustųjų teikia sveikatos priežiūros ar farmacines paslaugas kaime.

Kalbant apie darbo vietos pasiskirstymą pagal sektorius, didžioji dalis respondentų nurodė, kad dirba viešajame sektoriuje (63,1 proc.), o 36,9 proc. apklaustųjų bendrauja su pacientais privačiajame sektoriuje. Analizuojant specialistų atsakymus kiekvienoje profesijos grupėje, nustatyta, kad dauguma respondentų iš gydytojų grupės ($n=36$, 87,8 proc.) ir didžioji dalis iš kitų sveikatinimo veiklos specialistų grupės ($n=12$, 85,7 proc.) dirba viešajame sektoriuje, o vaistininkai ir vaistininko padėjėjai dažniausiai teikia farmacinę paslaugą privačiajame sektoriuje ($n=24$, 82,8 proc.). Toks farmacijos specialistų paskirstymas iš dalies galėtų būti paaiškintas vaistininkų ir farmakoteknikų darbo vaistinių tinkluose specifika.

Daugiau nei pusė respondentų (58,4 proc.) turi didesnę nei 10 metų patirtį dirbant sveikatos priežiūros srityje arba teikiant farmacines paslaugas (3.1.3 pav.). Didžioji dalis tokių sveikatinimo veiklos specialistų kaip slaugytojai ir slaugytojo padėjėjai (n=7, 50 proc.) atsakė, kad turi mažesnę nei 5 metų patirtį teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams. Respondentai iš kitų sveikatinimo veiklos specialistų grupės statistiškai reikšmingai dažniau turėjo mažesnę nei 5 metų patirtį dirbant sveikatos priežiūros srityje nei tiriamieji gydytojai ir farmacijos specialistai (*Kruskal – Wallis*, MR=48,45 (gydytojai), MR=42,24 (farmacijos specialistai), MR=25,61 (kiti sveikatinimo veiklos specialistai), H(df=2, n=84)=10,068, p=0,007).



3.1.3 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal darbo patirtį sveikatos priežiūros srityje

Siekiant iširti, ar yra statistiškai reikšmingų skirtumų respondentų atsakymų pasiskirstyme pagal darbo patirtį, tolimesnei analizei tiriamieji pagal darbo patirtį buvo suskirstyti į tris grupes: „mažiau nei 5 metai“ (n=16, 19 proc.), „5 – 9 metai“ (n=19, 22,6 proc.), „10 ir daugiau metų“ (n=49, 58,4 proc.). Respondentų „10 ir daugiau metų“ grupė sudaryta apjungus atsakymų „10 – 20 metų“ ir „daugiau nei 20 metų“ duomenis.

3.2. Paskirto gydymo vaistais laikymosi stebėjimas

Darbe analizuojama, ar sveikatinimo veiklos specialistai prižiūri kaip lėtinėmis ligoms sergantys pacientai laikosi vaistų vartojimo režimo. Dauguma apklaustųjų gydytojų, farmacijos bei kitų sveikatinimo veiklos specialistų (n=73, 86,9 proc.) teigė, kad stebi lėtinėmis ligoms sergančių pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi ir tik mažoji dalis tiriamųjų (n=11, 13,1

proc.) asmens sveikatos priežiūros (gydytojų bei kitų sveikatinimo veiklos specialistų) ir farmacijos specialistų nurodė, kad niekaip neprižiūri pacientų PGV laikymosi (3.2.1 lentelė). Nustatyta, kad gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai nurodė, kad stebi daugumos lėtinėmis ligomis sergančiųjų PGV laikymąsi (*Mann – Whitney U=356, z=-3,128, p=0,002*). Statistiškai reikšmingų skirtumų stebėjimo dažnyje tarp gydytojų ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų bei tarp farmacijos specialistų ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų nenustatyta.

Analizuojant respondentų atsakymų pasiskirstymą pagal darbo patirtį, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (*Kruskal – Wallis, MR=41,22 (mažiau nei 5 metai), MR=48,11 (5-9 metai), MR=40,74 (10 ir daugiau metų), H(df=2, n=84)=1,562, p=0,458*).

3.2.1 lentelė. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal PGV laikymosi stebėjimą

Ar prižiūrite kaip lėtinėmis ligoms sergantys pacientai laikosi vaistų vartojimo režimo?	n	proc.
Taip, daugumos ar visų pacientų	38	45,2
Taip, kai kurių pacientų	35	41,7
Ne	11	13,1

Analizėje respondentų atsakymai į 7 klausimą (1 priedas) “taip, daugumos ar visų pacientų” ir “taip, kai kurių pacientų” buvo interpretuojami kaip teigiamas atsakymas, o atsakymas „ne“ – kaip neigiamas. Toliau darbe yra analizuojama, kokius PGV laikymosi stebėjimo metodus taiko tie sveikatinimo veiklos specialistai, kurie prižiūri daugumos ar kai kurių sergančiųjų PGV režimo laikymąsi (n=73) (3.2.2 lentelė). Analizuojant gautus specialistų atsakymus nustatyta, kad gydytojai, vaistininkai bei kiti sveikatinimo veiklos specialistai dažniausiai įvertina PGV laikymąsi paklausiant pačių pacientų (89 proc.). Apie 70 proc. PGV laikymąsi stebėtojų teigė, kad tikrina kaip pacientai įsigyja paskirtus vaistus vaistinėse peržiūrint vaistinių preparatų išdavimo istoriją, o 67,1 proc. respondentų nurodė, kad prižiūri vaistų vartojimo režimo laikymąsi tikrinant pacientams išrašytus receptus. Nustatyta, kad kiti sveikatinimo veiklos specialistai statistiškai reikšmingai rečiau nei gydytojai (*Mann – Whitney U=131, z=-2,267, p=0,023*) bei statistiškai reikšmingai rečiau nei farmacijos specialistai (*Mann – Whitney U=75,5, z=-2,441, p=0,015*) nurodė, kad įvertina PGV laikymąsi tikrinant vaistinių preparatų išdavimo istoriją. Taip pat nustatyta, kad vaistininkai statistiškai reikšmingai dažniau nei gydytojai (*Mann – Whitney U=333, z=-2,261, p=0,024*) ar kiti sveikatinimo veiklos specialistai (*Mann – Whitney U=76,5, z=-2,604, p=0,009*) stebi PGV nesilaikymą tikrinant pacientams išrašytus receptus. Tačiau toks PGV

laikymosi stebėjimo metodu kaip pacientų sveikatos būklės įvertinimas buvo statistiškai reikšmingai rečiau nustatytas farmacijos specialistų grupėje lyginant su gydytojų (*Mann – Whitney* $U=189$, $z=-4,457$, $p<0,001$) ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų grupe (*Mann – Whitney* $U=52,5$, $z=-3,312$, $p<0,001$). Kitas objektyvus laboratorinių tyrimų rezultatų įvertinimo metodas taip pat buvo statistiškai reikšmingai rečiau nustatytas vaistininkų ir vaistininko padėjėjų grupėje, palyginus su gydytojų grupe (*Mann – Whitney* $U=247$, $z=-3,730$, $p<0,001$). 43,8 proc. respondentų nurodė, kad įvertina sergančiųjų PGV laikymąsi klausiant pacientų artimųjų. Nustatyta, kad tiriamieji iš kitų sveikatinimo veiklos specialistų grupės statistiškai reikšmingai dažniau nei respondentai iš gydytojų (*Mann – Whitney* $U=157,5$, $z=-2,602$, $p=0,009$) ir farmacijos specialistų grupės (*Mann – Whitney* $U=96$, $z=-2,637$, $p=0,008$) stebi pacientų PGV laikymąsi taikant kitus, klausimyne nenurodytus, būdus. Rečiausiai nustatytas stebėjimo metodas tarp respondentų buvo validuotų klausimynų pacientams pateikimas (4,1 proc.).

Taikant *Kruskal – Wallis H* testą, respondentų nurodytų PGV laikymosi stebėjimo metodų pasiskirstymui pagal darbo patirtį įvertinti, statistiškai reikšmingų skirtumų duomenų pasiskirstyme nenustatyta.

3.2.2 lentelė. PGV laikymosi stebėjimo metodų pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės Stebėjimo metodai	Gydytojai (n=38)	Farmacijos specialistai (n=24)	Kiti SV specialistai (n=11)	<i>Kruskal– Wallis H</i>	p	Visi tiriamieji (n=73)
	n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)			n (proc.)
Vaistinių preparatų išdavimo istorijos tikrinimas	28 (73,7)	19 (79,2)	4 (36,4)	7,016	0,030	51 (69,9)
Pacientams išrašytų receptų tikrinimas	23 (60,5)	21 (87,5)	5 (45,5)	7,501	0,024	49 (67,1)
Laboratorinių tyrimų rezultatų įvertinimas	19 (50,0)	1 (4,2)	3 (27,3)	14,229	<0,001	23 (31,5)
Pacientų sveikatos būklės įvertinimas	27 (71,1)	3 (12,5)	8 (72,7)	22,117	<0,001	38 (52,1)
Įvertinimas klausiant pačių pacientų	35 (92,1)	21 (87,5)	9 (81,8)	0,998	0,607	65 (89,0)
Pacientų užpildyto validuoto klausimyno įvertinimas	2 (5,3)	0 (0)	1 (9,1)	1,824	0,402	3 (4,1)

Pastaba: SV – sveikatinimo veikla. Respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu. $df=2$

3.2.2 lentelės tęsinys. PGV laikymosi stebėjimo metodų pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės	Gydytojai (n=38)	Farmacijos specialistai (n=24)	Kiti SV specialistai (n=11)	<i>Kruskal– Wallis H</i>	p	Visi tiriamieji (n=73)
	n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)			n (proc.)
Stebėjimo metodai						
Klausiant pacientų globėjų ar šeimos narių	21 (55,3)	7 (29,2)	4 (36,4)	4,303	0,116	32 (43,8)
Kiti būdai	1 (2,6)	0 (0)	3 (27,3)	11,908	0,003	4 (5,5)

Pastaba: SV – sveikatinimo veikla. Respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu. df=2

Toliau analizuojamos priežastys, dėl kurių 11 sveikatinimo veiklos specialistų nestebi PGV režimo laikymosi (3.2.3 lentelė). Palyginamajai analizei su farmacijos specialistų grupe atlikti buvo suformuota nauja asmens sveikatos priežiūros specialistų grupė, kurią sudarė gydytojai (n=3) bei kiti sveikatinimo veiklos specialistai (n=3), neprižiūrintys PGV laikymosi. Dauguma (n=8, 72,7 proc.) tiriamųjų atsakė, kad prižiūrėti pacientų PGV laikymąsi jiems nėra įprasta praktika. Šią priežastį nurodė visi apklaustieji PGV laikymąsi nestebintys farmacijos specialistai. Beveik pusė respondentų nurodė, kad nestebi pacientų vaistų vartojimo režimo laikymosi dėl finansinių priežasčių, laiko trūkumo ar įsitikinimo, kad tai nėra jų užduotis klinikinėje praktikoje. Toks įsitikinimas buvo statistiškai reikšmingai dažniau nustatytas asmens sveikatos priežiūros specialistų grupėje nei farmacijos specialistų grupėje (*Fisher*, p=0,015). 36,4 proc. asmens sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų atsakė, kad neprižiūri sergančiųjų PGV laikymosi dėl gairių bei prieigos prie vaistinių preparatų vartojimo režimo stebėjimui reikalingų duomenų trūkumo. Apie ketvirtadalis apklaustųjų akcentavo PGV laikymosi stebėjimo metodų nebuvimą, ir toks pat tiriamųjų skaičius nurodė, kad stebėti PGV laikymąsi yra kitų sveikatos priežiūros specialistų atsakomybė. Dar mažesnis respondentų skaičius nurodė, kad neprižiūri PGV laikymosi, nes nei vienas iš specialistų kolegų sveikatos priežiūros ar farmacijos srityje to nedaro (18,2 proc.) bei toks pat tyrimo dalyvių skaičius nurodė, kad nežino, kaip prižiūrėti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi. Mažiausias tiriamųjų skaičius akcentavo duomenų, kurie galėtų būti naudojami prižiūrint PGV laikymąsi, nebuvimą, kitas priežastis arba niekada apie pacientų vaistų vartojimo režimo laikymosi stebėjimą nepagalvodavo.

Taikant *Kruskal – Wallis H* testą, respondentų nurodytų priežasčių pasiskirstymui pagal darbo patirtį įvertinti, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

3.2.3 lentelė. Priežasčių dėl kurių nėra stebimas PGV laikymasis pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės	ASP specialistai (n=6)	Farmacijos specialistai (n=5)	Fisher (p)	Visi tiriamieji (n=11)
	n (proc.)	n (proc.)		n proc.
Nestebėjimo priežastys				
Nėra metodų kaip prižiūrėti PGV laikymąsi	0 (0)	3 (60,0)	0,061	3 (27,3)
Nėra duomenų, kurie galėtų būti naudojami prižiūrint PGV laikymąsi	0 (0)	1 (20,0)	0,455	1 (9,1)
Nėra gairių, kaip prižiūrėti PGV laikymąsi	2 (33,3)	2 (40,0)	1,000	4 (36,4)
Neturiu prieigos prie PGV laikymosi stebėjimui reikalingų duomenų	1 (16,7)	3 (60,0)	0,242	4 (36,4)
Aš nežinau, kaip prižiūrėti pacientų PGV laikymąsi	1 (16,7)	1 (20,0)	1,000	2 (18,2)
Aš neturiu laiko prižiūrėti PGV laikymąsi	2 (33,3)	3 (60,0)	0,567	5 (45,5)
Nėra priežasčių įtarti, jog nėra laikomasi PGV	0 (0)	1 (20,0)	0,455	1 (9,1)
Prižiūrėti pacientų PGV laikymąsi nėra mano užduotis	5 (83,3)	0 (0)	0,015	5 (45,5)
Man nemoka už PGV laikymosi priežiūrą	2 (33,3)	3 (60,0)	0,567	5 (45,5)
Nei vienas iš mano kolegų to nedaro, kodėl tai turėčiau daryti aš	1 (16,7)	1 (20,0)	1,000	2 (18,2)
Tai nėra įprasta praktika	3 (50,0)	5 (100)	0,182	8 (72,7)
Tai yra kitų sveikatos priežiūros specialistų atsakomybė	1 (16,7)	2 (40,0)	0,545	3 (27,3)

Pastaba: ASP – asmens sveikatos priežiūra. Respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

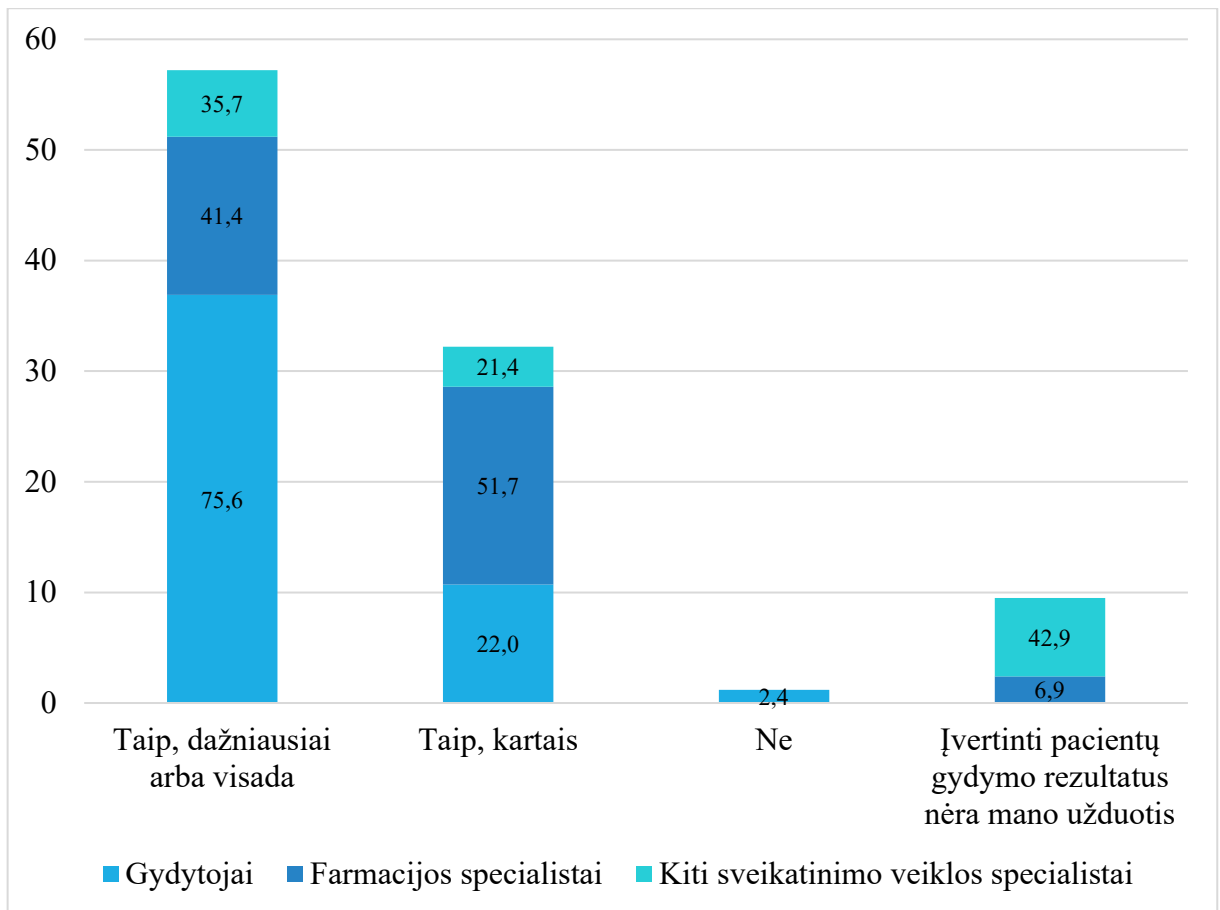
3.2.3 lentelės tęsinys. Priežasčių dėl kurių nėra stebimas PGV laikymasis pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės	ASP specialistai (n=6)	Farmacijos specialistai (n=5)	Fisher (p)	Visi tiriamieji (n=11)
	n (proc.)	n (proc.)		n proc.
Nestebėjimo priežastys				
Niekada apie tai nepagalvojau	1 (16,7)	0 (0)	1,000	1 (9,1)
Kitos priežastys	1 (16,7)	0 (0)	1,000	1 (9,1)

Pastaba: ASP – asmens sveikatos priežiūra. Respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Visų tiriamųjų (n=84) buvo klausiama ar jie tikrina, kaip pacientai laikosi paskirto vaistų vartojimo režimo, kai pastebi, jog sergantiesiems nepavyksta pasiekti numatytų gydymo tikslų (3.2.1 pav.). Analizuojant gautus atsakymų duomenis išsiaiškino, kad daugelis respondentų dažniausiai arba bent kartais tikrina pacientų PGV laikymąsi (n=75, 89,3 proc.). Tik 9,5 proc. respondentų atsakė, kad gydymo rezultatų įvertinimas nėra jų užduotis kasdienėje praktikoje, ir tik vienas respondentas nurodė, kad nebetikrina pacientų PGV laikymosi (1,2 proc.). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas atsakymų pasiskirstyme tarp specialistų profesijų grupių (*Kruskal – Wallis*, MR=33,99 (gydytojai), MR=47,76 (farmacijos specialistai), MR=56,54 (kiti sveikatinimo veiklos specialistai), $H(df=2, n=84)=14,082, p<0,001$). Gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai (*Mann – Whitney U*=388,5, $z=-2,878, p=0,004$) bei nei kiti sveikatinimo veiklos specialistai teigė, kad tikrina, kaip pacientai laikosi PGV režimo (*Mann – Whitney U*=144, $z=-3,283, p=0,001$).

Išanalizavus PGV laikymosi tikrinimo dažnumo pasiskirstymą pagal darbo patirtį, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (*Kruskal – Wallis*, MR=44,38 (mažiau nei 5 metai), MR=45,95 (5 – 9 metai), MR=40,55 (10 ir daugiau metų), $H(df=2, n=84)=1,010, p=0,604$).

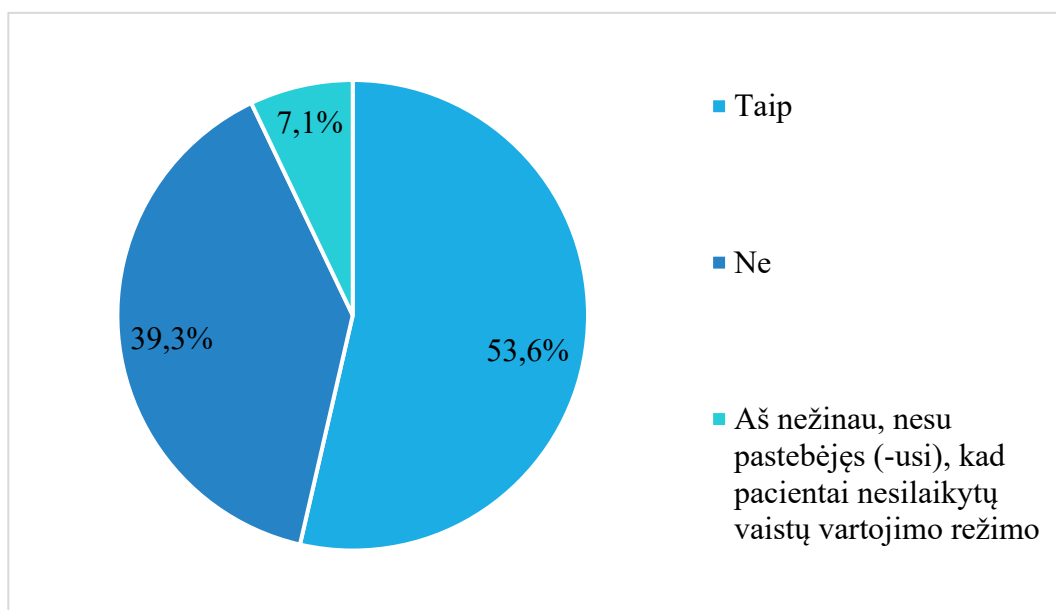


3.2.1 pav. Procentinis profesijų grupių pasiskirstymas pagal PGV laikymosi tikrinimo dažnumą, nustatant, kad pacientui nepavyksta pasiekti numatytų gydymo tikslų

3.3. Paskirto gydymo vaistais nesilaikymo fiksavimas

Toliau analizuojama ar sveikatinimo veiklos specialistai kur nors užfiksuoja arba praneša apie pacientų PGV režimo nesilaikymą (3.3.1 pav.). Daugiau nei pusė respondentų ($n=45$) nurodė, kad fiksuoja sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo režimo nesilaikymą, o apie 40 proc. ($n=33$) tiriamųjų atsakė, kad niekur nepraneša bei neužfiksuoja gydytojo rekomendacijų nevykdymo. Likusieji 7,1 proc. respondentų, kuriuos sudarė 1 gydytojas ir 5 kiti sveikatinimo veiklos specialistai, nėra pastebėję PGV nesilaikymo tendencijų tarp pacientų. Farmacijos specialistų atsakymai statistiškai reikšmingai skyrėsi palyginus su kitų profesijų grupių atsakymais (*Kruskal – Wallis*, $MR=32,04$ (gydytojai), $MR=56,62$ (farmacijos specialistai), $MR=43,89$ (kiti sveikatinimo veiklos specialistai), $H(df=2, n=84)=22,038$, $p<0,001$). Farmacijos specialistai statistiškai reikšmingai dažniau nei gydytojai nurodė, kad niekur nepraneša apie pacientų PGV nesilaikymą (*Mann – Whitney U*=225, $z=-5,055$, $p<0,001$).

Analizuojant respondentų atsakymų pasiskirstymą pagal darbo patirtį, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (*Kruskal – Wallis*, MR=49,81 (mažiau nei 5 metai), MR=42,5 (5 – 9 metai), MR=40,11 (10 ir daugiau metų), $H(df=2, n=84)=2,429, p=0,297$).



3.3.1 pav. Procentinis respondentų pasiskirstymas pagal PGV nesilaikymo fiksavimą

Tiriant, kokiais būdais respondentai fiksuoja PGV nesilaikymą ($n=45$) (3.3.1 lentelė) nustatyta, kad gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei vaistininkai (*Mann – Whitney* $U=0, z=-5,916, p<0,001$) ir kiti sveikatinimo veiklos specialistai (*Mann – Whitney* $U=80, z=-3,921, p<0,001$) fiksuoja gydymo vaistais nesilaikymą pacientų medicininiuose arba elektroniniuose dokumentuose. Absoliučiai visi vaistų vartojimo režimo nesilaikymą fiksuojuantys gydytojai ($n=32$) nurodė naudoję šį fiksavimo būdą. 42,2 proc. respondentų teigė, kad praneša apie PGV nesilaikymą paciento globėjams ar šeimos nariams, o apie trečdalis respondentų informuoja pacientų gydytojus. Visi PGV nesilaikymą fiksuojuantys slaugytojai, slaugytojo padėjėjai, medicinos technologai iš kitų sveikatinimo veiklos specialistų grupės ($n=9$) nurodė, kad apie vaistų vartojimo režimo nesilaikymą praneša pacientų gydytojams. Nustatyta, kad respondentai iš kitų sveikatinimo veiklos specialistų grupės statistiškai reikšmingai dažniau nei respondentai iš gydytojų grupės (*Mann – Whitney* $U=9, z=-5,539, p<0,001$) nurodė, kad praneša apie PGV nesilaikymą paciento sveikatos priežiūros specialistui.

Taikant *Kruskal – Wallis H* testą, statistiškai reikšmingų skirtumų respondentų nurodytų PGV nesilaikymo fiksavimo būdų pasiskirstyme pagal darbo patirtį nenustatyta.

3.3.1 lentelė. PGV nesilaikymo fiksavimo būdų pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės Fiksavimo būdai	Gydytojai (n=32)	Farmacijos specialistai (n=4)	Kiti SV specialistai (n=9)	<i>Kruskal–Wallis H</i>	p	Visi tiriamieji (n=45)
	n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)			n (proc.)
Pacientų medicininiuose / e. sveikatos dokumentuose	32 (100)	0 (0)	5 (55,6)	29,135	<0,001	37 (82,2)
Pranešu pacientų gydytojams	2 (6,3)	2 (50,0)	9 (100)	30,316	<0,001	13 (28,9)
Pranešu pacientų globėjams ar šeimos nariams	13 (40,6)	3 (75,0)	3 (33,3)	2,040	0,361	19 (42,2)
Kita	1 (3,1)	0 (0)	0 (0)	0,406	0,816	1 (2,2)

Pastaba: SV – sveikatinimo veikla. Respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu. df=2

Toliau analizuojama dėl kokių priežasčių 33 sveikatinimo veiklos specialistai, kuriuos sudarė tik gydytojai ir farmacijos specialistai, nefiksuoja pacientų vaistų vartojimo režimo nesilaikymo (3.3.2 lentelė). Didžioji dalis tiriamųjų nurodė, kad PGV laikymosi fiksavimas nėra įprasta praktika (63,6 proc.) ir panašus respondentų skaičius akcentavo gairių trūkumą ar nežinojimą, kur fiksuoti ar pranešti apie vaistų vartojimo režimo nesilaikymą. Beveik 30 proc. respondentų atsakė, kad neturi galimybės niekur fiksuoti ar pranešti apie paciento PGV nesilaikymą. Apie 20 proc. tyrimo dalyvių kaip priežastį nurodė laiko trūkumą bei panašus tiriamųjų skaičius teigė, kad tai nėra jų užduotis kasdienėje praktikoje. Dar mažesnis respondentų skaičius akcentavo finansines priežastis, o mažiausiai tyrimo dalyvių nurodė tokias priežastis, kaip įsitikinimas, jog fiksuoti PGV nesilaikymą yra nereikalinga, nesupratimas kaip PGV nesilaikymo duomenų fiksavimas gali padėti pacientams ar kitas priežastis, nenurodytas klausimyne. Statistiškai reikšmingų skirtumų nurodytų priežasčių pasiskirstyme tarp dviejų profesijų grupių nenustatyta.

Taip pat statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta taikant *Kruskal – Wallis H* testą, respondentų nurodytų priežasčių dėl kurių nėra fiksuojamas PGV laikymasis pasiskirstymui pagal darbo patirtį įvertinti.

3.3.2 lentelė. Priežasčių dėl kurių nėra fiksuojamas PGV laikymasis pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės	Gydytojai (n=8)	Farmacijos specialistai (n=25)	Fisher (p)	Visi tiriamieji (n=33)
	n (proc.)	n (proc.)		n (proc.)
Nefiksavimo priežastys				
Aš nežinau, kur turėčiau tai fiksuoti ar kam pranešti	5 (62,5)	15 (60,0)	1,000	20 (60,6)
Aš negaliu niekur fiksuoti ar pranešti	2 (25,0)	7 (28,0)	1,000	9 (27,3)
Tai nėra įprasta praktika	4 (50,0)	17 (68,0)	0,420	21 (63,6)
Trūksta gairių, kaip tai fiksuoti	3 (37,5)	17 (68,0)	0,213	20 (60,6)
Aš neturiu tam laiko	0 (0)	7 (28,0)	0,154	7 (21,2)
Tai nėra mano užduotis	2 (25,0)	4 (16,0)	0,616	6 (18,2)
Aš manau, jog tai nereikalinga	1 (12,5)	0 (0)	0,242	1 (3,0)
Man už tai nemoka	1 (12,5)	2 (8,0)	1,000	3 (9,1)
Aš nesuprantu, kaip tai gali padėti pacientams	1 (12,5)	0 (0)	0,242	1 (3,0)
Kitos priežastys	1 (12,5)	0 (0)	0,242	1 (3,0)

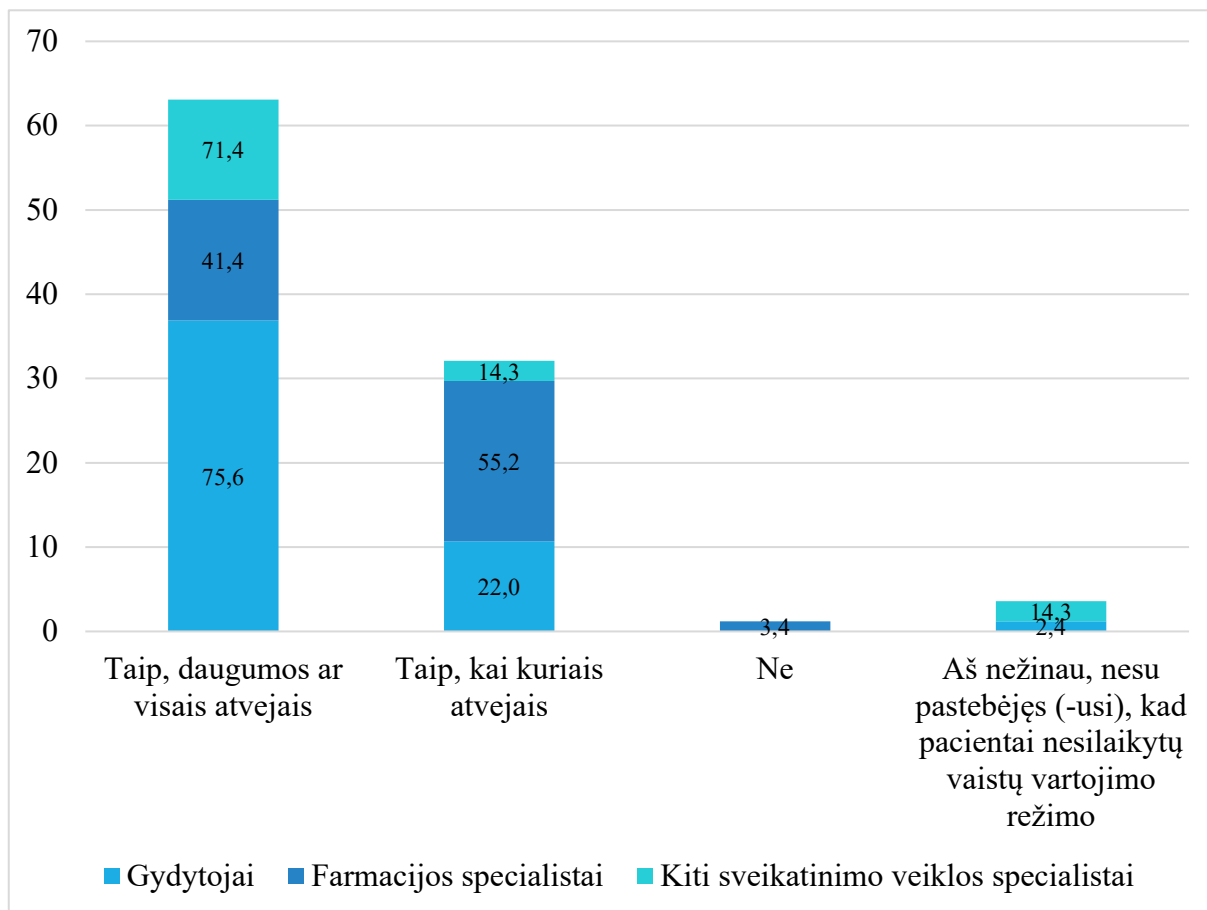
Pastaba: respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą.

3.4. Paskirto gydymo vaistais laikymosi gerinimas

Darbe analizuojama ar sveikatinimo veiklos specialistai kokiais nors būdais bando pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi, jeigu nustato, jog lėtinėmis ligomis sergantieji nesilaiko PGV (3.4.1 pav.). Nustatyta, kad absoliuti dauguma respondentų (n=80, 95,2 proc.) bando pagerinti sergančiųjų vaistų vartojimo režimo laikymąsi. 3,6 proc. tiriamųjų nurodė, kad nėra pastebėję, kad pacientai nesilaikytų gydytojo nurodymų ir tik vienas respondentas (1,2 proc.) nurodė, kad nebando pagerinti sergančiųjų vaistinių preparatų vartojimo laikymosi. Taip

pat nustatyta, kad gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai bando pagerinti daugumos pacientų PGV laikymąsi (*Mann – Whitney* $U=395$, $z=-2,798$, $p=0,005$).

Analizuojant PGV laikymosi gerinimo dažnumo pasiskirstymą pagal darbo patirtį, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (*Kruskal – Wallis*, $MR=44$ (mažiau nei 5 metai), $MR=41,74$ (5 – 9 metai), $MR=42,31$ (10 ir daugiau metų), $H(df=2, n=84)=0,115$, $p=0,944$).



3.4.1 pav. Procentinis profesijų grupių pasiskirstymas pagal PGV laikymosi gerinimo dažnumą nustatant, kad lėtinėmis ligomis sergantieji nesilaiko PGV

Tyrimo dalyvių atsakymai į 12 klausimą (1 priedas) “taip, daugumos ar visais atvejais” ir “taip, kai kuriais atvejais” analizėje buvo interpretuojami kaip teigiamas atsakymas, o atsakymas „ne“ – kaip neigiamas. Toliau darbe analizuojama kokias būdais teigiamai atsakiusieji sveikatinimo veiklos specialistai bando pagerinti sergančiųjų lėtinėmis ligomis PGV režimo laikymąsi ($n=80$) (3.4.1 lentelė). Absoliuti dauguma respondentų nurodė, kad bando pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi juos motyvuojant ir konsultuojant, kalbant apie vaistų vartojimo svarbą. Taip pat nustatyta, kad ši elgesio intervencija buvo labiausiai paplitusi tarp specialistų visose trijose profesijų grupėse. Daugiau nei pusė tiriamųjų atsakė, kad bando pagerinti paciento PGV laikymąsi įtraukiant sergančiojo artimuosius bei nustatyta, kad gydytojai (*Mann –*

Whitney U=252, z=-4,480, p<0,001) ir kiti sveikatinimo veiklos specialistai (*Mann – Whitney U=112, z=-2, p=0,046*) statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai nurodė naudoję šį būdą. Apie 40 proc. respondentų teigė, kad taiko vaistinių preparatų dozavimo režimo paprastinimo intervenciją bei panašus respondentų skaičius nurodė, kad vykdo paskirtų vaistų peržiūrą. Taikant *Mann–Whitney U* testą nustatyta, kad gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai bei nei kiti sveikatinimo veiklos specialistai taiko šias technines intervencijas. Apie 30 proc. respondentų bando pagerinti pacientų PGV laikymąsi naudojant vaistinių preparatų dozatorius (pavyzdžiui, dienos ar savaitės dėžutes, automatinius dozatorius). Nustatyta, kad farmacijos specialistai statistiškai reikšmingai dažniau nei gydytojai (*Mann – Whitney U=364, z=-3,094, p=0,002*) taiko šią elgesio intervenciją, tačiau statistiškai reikšmingai rečiau nei gydytojai (*Mann – Whitney U=378, z=-3,329, p<0,001*) ar kiti sveikatinimo veiklos specialistai (*Mann – Whitney U=98, z=-3,606, p<0,001*) organizuoja išsamesnę paciento stebėseną. Mažiau nei 20 proc. tiriamųjų nurodė, kad bando pagerinti sergančiųjų vaistų vartojimo režimo laikymąsi išduodant tam tikrą vaistinių preparatų dozių skaičių ar rekomenduojant pacientams edukacines programas vaistų vartojimo klausimais, tik 10 proc. respondentų pasinaudoja technologijų pagalba, o mažiau nei 10 proc. respondentų nurodė naudoję tokias intervencijas kaip nukreipimas pas kitą sveikatos priežiūros specialistą, pacientų tarpusavio paramos skatinimas, slaugytojo vykdoma vaistų vartojimo režimo laikymosi gerinimo paslauga. Analizuojant respondentų atsakymus, rečiausiai nustatytos PGV laikymosi gerinimo intervencijos buvo vaistininko vykdomą PGV laikymosi gerinimo paslaugą, bendradarbiavimas su pacientų asociacijomis bei kiti būdai, nenurodyti klausimyne.

Taikant *Kruskal – Wallis H* testą, respondentų atsakymų pasiskirstymui pagal darbo patirtį įvertinti, nustatytas vienas statistiškai reikšmingas skirtumas. Respondentai turintys 5 – 9 metų darbo sveikatos priežiūros srityje patirtį statistiškai reikšmingai rečiau nei respondentai turintys 10 ir daugiau metų darbo patirtį (*Mann – Whitney U=362, z=-2,611, p=0,009*) nurodė, kad bando pagerinti sergančiųjų PGV laikymąsi juos motyvuojant ir konsultuojant.

3.4.1 lentelė. PGV laikymosi gerinimo intervencijų pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės	Gydytojai (n=40)	Farmacijos specialistai (n=28)	Kiti SV specialistai (n=12)	<i>Kruskal– Wallis H</i>	p	Visi tiriamieji (n=80)
	n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)			n (proc.)
Gerinimo intervencijos						
Organizuojant išsamesnę paciento stebėseną	13 (32,5)	0 (0)	5 (41,7)	12,789	0,002	18 (22,5)
Motyvuojant ir konsultuojant pacientus	39 (97,5)	26 (92,9)	10 (83,3)	3,180	0,204	75 (93,8)
Rekomenduojant pacientams edukacines programas vaistų vartojimo klausimais	7 (17,5)	2 (7,1)	3 (25,0)	2,462	0,292	12 (15,0)
Įtraukiant šeimos narius ar globėjus	32 (80,0)	7 (25,0)	7 (58,3)	20,137	<0,001	46 (57,5)
Paprastinant vaistų vartojimo grafiką, keičiant vaistų formas	26 (65,0)	2 (7,1)	3 (25,0)	24,050	<0,001	31 (38,8)
Vykdamas paskirtų vaistų peržiūrą	20 (50,0)	6 (21,4)	2 (16,7)	7,896	0,019	28 (35,0)
Išduodant tam tikrą dozių skaičių	4 (10,0)	7 (25,0)	2 (16,7)	2,691	0,260	13 (16,3)
Naudojant vaistinių preparatų dozatorius	6 (15,0)	14 (50,0)	3 (25,0)	9,822	0,007	23 (28,7)
Technologijų pagalba	5 (12,5)	3 (10,7)	0 (0)	1,607	0,448	8 (10,0)
Nukreipiant pas kitą sveikatos priežiūros specialistą	4 (10,0)	2 (7,1)	1 (8,3)	0,169	0,919	7 (8,8)
Slaugytojo vykdoma PGV laikymosi gerinimo paslauga	2 (5,0)	0 (0)	2 (16,7)	4,851	0,088	4 (5,0)

Pastaba: SV – sveikatinimo veikla. Respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu. df=2

3.4.1 lentelės tęsinys. PGV laikymosi gerinimo intervencijų pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės	Gydytojai (n=40)	Farmacijos specialistai (n=28)	Kiti SV specialistai (n=12)	<i>Kruskal–Wallis H</i>	p	Visi tiriamieji (n=80)
	n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)			n (proc.)
Gerinimo intervencijos						
Vaistinininko vykdoma PGV laikymosi gerinimo paslauga	0 (0)	3 (10,7)	0 (0)	5,716	0,057	3 (3,8)
Skatinant pacientų tarpusavio paramą	3 (7,5)	0 (0)	1 (8,3)	2,252	0,324	4 (5,0)
Bendradarbiaujant su pacientų asociacijomis	3 (7,5)	0 (0)	0 (0)	3,078	0,215	3 (3,8)
Kitais būdais	2 (5,0)	1 (3,6)	0 (0)	0,635	0,728	3 (3,8)

Pastaba: SV – sveikatinimo veikla. Respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu. $df=2$

Nustatyta, kad vienintelis respondentas, kuris nurodė, kad nebando pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymosi, nenaudoja PGV laikymąsi gerinančių intervencijų dėl įsitikinimo, kad paciento vaistų vartojimo režimo gerinimas yra kitų sveikatos priežiūros specialistų atsakomybė.

3.5. Kompetencijų ugdymo poreikis paskirto gydymo vaistais laikymosi valdyme

Šioje klausimyno dalyje visų respondentų (n=84) pirmiausia buvo klausiama apie jų nepatenkintus poreikius kasdieniame darbe, susijusius su vaistų vartojimo režimo laikymosi gerinimu (apie kliūtis, su kuriomis susiduria PGV laikymosi valdyme). Analizuojant tyrimo dalyvių atsakymų duomenis (3.5.1 lentelė), nustatyta, kad dažniausiai įvardyta kliūtis PGV laikymosi valdyme buvo menkas vaistų vartojimo režimo laikymosi svarbos suvokimas tarp pacientų (n=54, 64,3 proc.). Farmacijos specialistai statistiškai reikšmingai dažniau nei kiti sveikatinimo veiklos specialistai įvardijo šį aspektą kaip nepatenkintą poreikį kasdienėje praktikoje (*Mann – Whitney* $U=121,5$, $z=-2,522$, $p=0,012$). Beveik 50 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad nėra kaip vertinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi, ir toks pat respondentų skaičius akcentavo mokymų apie PGV laikymąsi pacientams poreikį. Apie 45 proc. tiriamųjų kaip kliūtis įvardijo Nacionalinės vaistų vartojimo režimo laikymosi politikos trūkumą, nepakankamą

komunikaciją bei bendradarbiavimą tarp pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų. Nedaug mažesnis respondentų skaičius akcentavo laiko stoką, apie 40 proc. gairių trūkumą ir panašus respondentų skaičius teigė, kad vaistų vartojimo režimo laikymasis nėra stebimas. Apie 35 proc. tyrimo dalyvių kaip nepatenkintus poreikius įvardijo duomenų apie pacientų PGV laikymąsi trūkumą bei bendradarbiavimo ir komunikacijos tarp sveikatos priežiūros specialistų trūkumą, o trečdalis respondentų nurodė geresnių elektroninių priemonių stoką. Beveik 30 proc. respondentų akcentavo resursų sveikatos priežiūros sistemoje trūkumą, o nedaug mažesnis tiriamųjų skaičius nurodė menką vaistų vartojimo režimo laikymosi svarbos suvokimą tarp sveikatos priežiūros specialistų bei toks pat tyrimo dalyvių skaičius nurodė, kad vaistų vartojimo režimo laikymasis nėra laikomas svarbiu. Tik apie ketvirtadalis visų sveikatinimo veiklos specialistų akcentavo mokymų apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi sveikatos srities specialistams poreikį ir toks pat tiriamųjų procentas nurodė, jog nėra galimybės informuoti gydytoją, kad jo pacientas nesilaiko vaistų vartojimo režimo. Respondentai iš kitų sveikatinimo veiklos specialistų grupės statistiškai reikšmingai rečiau nei gydytojai (*Mann – Whitney* $U=203$, $z=-2,268$, $p=0,023$) bei statistiškai reikšmingai rečiau nei farmacijos specialistai (*Mann – Whitney* $U=133$, $z=-2,479$, $p=0,013$) nurodė galimybės informuoti sveikatos priežiūros specialistą nebuvimą. 23,8 proc. respondentų akcentavo Nacionalinių standartų trūkumą, o mažiau nei 20 proc. įvardijo tyrimų apie PGV laikymąsi poreikį, intervencijų arba metodų, galinčių pagerinti PGV laikymąsi, nebuvimą ar kitus aspektus, nenurodytus klausimyne. Tik 3,6 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad jų kasdieniniame darbe nėra nepatenkintų poreikių, susijusių su PGV laikymosi valdymu.

Taikant *Kruskal – Wallis H* testą, siekiant įvertinti tiriamųjų atsakymų pasiskirstymą pagal darbo patirtį, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai duomenų pasiskirstyme trijuose atsakymų variantuose: „geresnių elektroninių priemonių trūkumas“, „resursų trūkumas sveikatos priežiūros sistemoje“ bei „mokymų apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi pacientams poreikis“. Nustatyta, kad respondentai turintys 10 ir daugiau metų darbo sveikatos priežiūros srityje patirtį statistiškai reikšmingai rečiau nei respondentai turintys mažiau nei 5 metų darbo patirtį (*Mann – Whitney* $U=284$, $z=-2,088$, $p=0,037$) bei nei tyrimo dalyviai turintys 5 – 9 metų darbo patirtį (*Mann – Whitney* $U=349$, $z=-2,009$, $p=0,045$) kaip kliūtį PGV laikymosi valdyme įvardijo geresnių elektroninių priemonių stoką. Taip pat nustatyta, kad tiriamieji turintys 5 – 9 metų darbo patirtį statistiškai reikšmingai dažniau nei 10 ir daugiau metų darbo patirtį turintys respondentai (*Mann – Whitney* $U=325$, $z=-2,399$, $p=0,016$) akcentavo resursų sveikatos priežiūros sistemoje trūkumą, o mažiau nei 5 metų darbo patirtį turintys tyrimo dalyviai statistiškai reikšmingai dažniau nei 10 ir daugiau metų darbo patirtį turintys specialistai (*Mann – Whitney* $U=242$, $z=-2,645$, $p=0,008$) įvardijo mokymų apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi pacientams poreikį.

3.5.1 lentelė. Su PGV laikymusi susijusių aspektų, įvardytų kaip nepatenkinti poreikiai respondentų kasdieniniame darbe, pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės	Gydytojai (n=41)	Farmacijos specialistai (n=29)	Kiti SV specialistai (n=14)	<i>Kruskal– Wallis H</i>	p	Visi tiriamieji (n=84)
	n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)			n (proc.)
Nepatenkinti poreikiai						
Nėra Nacionalinės PGV laikymosi politikos	15 (36,6)	16 (55,2)	7 (50,0)	2,493	0,288	38 (45,2)
Menkas PGV laikymosi svarbos suvokimas tarp sveikatos priežiūros specialistų	10 (24,4)	9 (31,0)	4 (28,6)	0,384	0,825	23 (27,4)
Menkas PGV laikymosi svarbos suvokimas tarp pacientų	27 (65,9)	22 (75,9)	5 (35,7)	6,634	0,036	54 (64,3)
PGV laikymasis nėra laikomas svarbiu	11 (26,8)	10 (34,5)	2 (14,3)	1,926	0,382	23 (27,4)
Nacionalinių standartų trūkumas	10 (24,4)	8 (27,6)	2 (14,3)	0,925	0,630	20 (23,8)
Gairių trūkumas	16 (39,0)	15 (51,7)	3 (21,4)	3,623	0,163	34 (40,5)
Duomenų apie pacientų PGV laikymąsi trūkumas	14 (34,1)	14 (48,3)	2 (14,3)	4,779	0,092	30 (35,7)
Nėra kaip vertinti pacientų PGV laikymąsi	16 (39,0)	17 (58,6)	6 (42,9)	2,676	0,262	39 (46,4)
PGV laikymasis nėra stebimas	12 (29,3)	15 (51,7)	6 (42,9)	3,637	0,162	33 (39,3)
Nėra galimybės informuoti gydytoją, kad jo pacientas nesilaiko PGV	12 (29,3)	10 (34,5)	0 (0)	6,126	0,047	22 (26,2)
Geresnių elektroninių priemonių trūkumas	12 (29,3)	12 (41,4)	4 (28,6)	1,277	0,528	28 (33,3)

Pastaba: SV – sveikatinimo veikla. Respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu. df=2

3.5.1 lentelės tęsinys. Su PGV laikymusi susijusių aspektų, įvardytų kaip nepatenkinti poreikiai respondentų kasdieniniame darbe, pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės	Gydytojai (n=41)	Farmacijos specialistai (n=29)	Kiti SV specialistai (n=14)	<i>Kruskal– Wallis H</i>	p	Visi tiriamieji (n=84)
	n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)			n (proc.)
Nepatenkinti poreikiai						
Nepakankama komunikacija ir bendradarbiavimas tarp pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų	18 (43,9)	16 (55,2)	4 (28,6)	2,722	0,256	38 (45,2)
Bendradarbiavimo ir komunikacijos tarp sveikatos priežiūros specialistų trūkumas	11 (26,8)	15 (51,7)	3 (21,4)	5,861	0,053	29 (34,5)
Laiko trūkumas	20 (48,8)	14 (48,3)	2 (14,3)	5,535	0,063	36 (42,9)
Resursų trūkumas sveikatos priežiūros sistemoje	10 (24,4)	11 (37,9)	4 (28,6)	1,483	0,476	25 (29,8)
Mokymų apie PGV laikymąsi sveikatos srities specialistams poreikis	9 (22,0)	10 (34,5)	3 (21,4)	1,558	0,459	22 (26,2)
Mokymų apie PGV laikymąsi pacientams poreikis	19 (46,3)	15 (51,7)	5 (35,7)	0,962	0,618	39 (46,4)
Tyrimų apie PGV laikymąsi poreikis	9 (22,0)	4 (13,8)	2 (14,3)	0,906	0,636	15 (17,9)
Nėra intervencijų ir (arba) metodų, galinčių pagerinti PGV laikymąsi	8 (19,5)	6 (20,7)	0 (0)	3,337	0,189	14 (16,7)
Kita	2 (4,9)	0 (0)	0 (0)	2,123	0,346	2 (2,4)
Nėra nepatenkintų poreikių	2 (4,9)	0 (0)	1 (7,1)	1,774	0,412	3 (3,6)

Pastaba: SV – sveikatinimo veikla. Respondentai galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu. df=2

Toliau darbe analizuojami respondentų kompetencijų ugdymo poreikiai vaistų vartojimo režimo laikymosi srityje (3.5.2 lentelė). Dažniausiai tyrimo dalyvių nurodyti kompetencijų

ugdymo poreikiai buvo susiję su pacientų motyvavimu laikytis tinkamo vaistų vartojimo režimo (40,5 proc.), PGV laikymosi priežiūra ir įvertinimu (28,6 proc.) bei galimomis intervencijomis ir priemonėmis, padedančiomis pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi (26,2 proc.). Taip pat nustatyta, kad poreikis mokymuose apie tai kaip motyvuoti pacientus laikytis tinkamo vaistų vartojimo režimo buvo labiausiai paplitęs tarp specialistų visose trijose profesijų grupėse. Beveik ketvirtadalis respondentų įvardijo mokymų kaip kalbėti su pacientais apie PGV laikymąsi bei kaip įtraukti pacientus į aktyvų PGV laikymosi valdymą poreikį, o kiek mažesnis respondentų skaičius akcentavo mokymų apie galimus technologinius sprendimus, gerinančius pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi, poreikį. Gydytojai statistiškai reikšmingai rečiau akcentavo ugdymo poreikį bendradarbiavime tarp sveikatos priežiūros specialistų PGV laikymosi klausimais nei farmacijos specialistai (*Mann – Whitney* $U=418,5$, $z=-3,214$, $p=0,001$). Taip pat gydytojai statistiškai reikšmingai rečiau nurodė mokymų apie tai ką jie gali padaryti, kad pagerintų pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi, poreikį nei farmacijos specialistai (*Mann – Whitney* $U=480$, $z=-2,354$, $p=0,019$) bei nei kiti sveikatinimo veiklos specialistai (*Mann – Whitney* $U=219$, $z=-2,433$, $p=0,015$). Mažiausiai tyrimo dalyvių nurodė, kad neturi jokio poreikio mokymams apie PGV laikymosi valdymą.

Taikant *Kruskal – Wallis H* testą, respondentų atsakymų pasiskirstymui pagal darbo patirtį įvertinti, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas duomenų pasiskirstyme atsakymo variante „sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo ir atsakomybė valdant pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi“. Nustatyta, kad respondentai turintys 5 – 9 metų darbo patirtį sveikatinimo veiklos srityje statistiškai reikšmingai dažniau nei specialistai turintys mažesnę nei 5 metų darbo patirtį (*Mann – Whitney* $U=96$, $z=-2,675$, $p=0,007$) bei nei specialistai turintys 10 ir daugiau metų darbo patirtį (*Mann – Whitney* $U=360,5$, $z=-2,049$, $p=0,040$) įvardijo ugdymo apie sveikatos priežiūros specialistų vaidmenį ir atsakomybę valdant pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi poreikį.

3.5.2 lentelė. Mokymų poreikių PGV laikymosi srityje pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

Analizuojamos grupės	Gydytojai (n=41)	Farmacijos specialistai (n=29)	Kiti SV specialistai (n=14)	<i>Kruskal– Wallis H</i>	p	Visi tiriamieji (n=84)
	n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)			n (proc.)
Mokymų poreikiai						
Kas yra PGV laikymasis ir kokie veiksniai daro jam įtaką	4 (9,8)	5 (17,2)	1 (7,1)	1,256	0,534	10 (11,9)
Kaip pacientai laikosi PGV mano šalyje	7 (17,1)	3 (10,3)	1 (7,1)	1,184	0,553	11 (13,1)
Sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo ir atsakomybė valdant pacientų PGV laikymąsi	6 (14,6)	3 (10,3)	5 (35,7)	4,559	0,102	14 (16,7)
Kaip prižiūrėti ir įvertinti pacientų PGV laikymąsi	13 (31,7)	9 (31,0)	2 (14,3)	1,664	0,435	24 (28,6)
Kaip kalbėti su pacientais apie PGV laikymąsi	12 (29,3)	7 (24,1)	1 (7,1)	2,785	0,248	20 (23,8)
Kaip motyvuoti pacientus laikytis PGV	16 (39,0)	11 (37,9)	7 (50,0)	0,633	0,729	34 (40,5)
Kaip pacientus įtraukti į aktyvų savo PGV laikymosi valdymą	12 (29,3)	6 (20,7)	2 (14,3)	1,511	0,470	20 (23,8)
Kaip įtraukti šeimos narius ir globėjus į PGV laikymosi valdymą	2 (4,9)	2 (6,9)	0 (0)	0,981	0,612	4 (4,8)
Ką aš galiu padaryti, kad pagerinčiau pacientų PGV laikymąsi	2 (4,9)	7 (24,1)	4 (28,6)	6,936	0,031	13 (15,5)
Kokios yra galimos intervencijos ir priemonės, padedančios pagerinti pacientų PGV laikymąsi	10 (24,4)	7 (24,1)	5 (35,7)	0,779	0,677	22 (26,2)

Pastaba: SV – sveikatinimo veikla. Respondentai galėjo pasirinkti ne daugiau 3 svarbiausių atsakymo variantų. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu. df=2

3.5.2 lentelė. Mokymų poreikių PGV laikymosi srityje pasiskirstymas pagal profesijų grupes, proc.

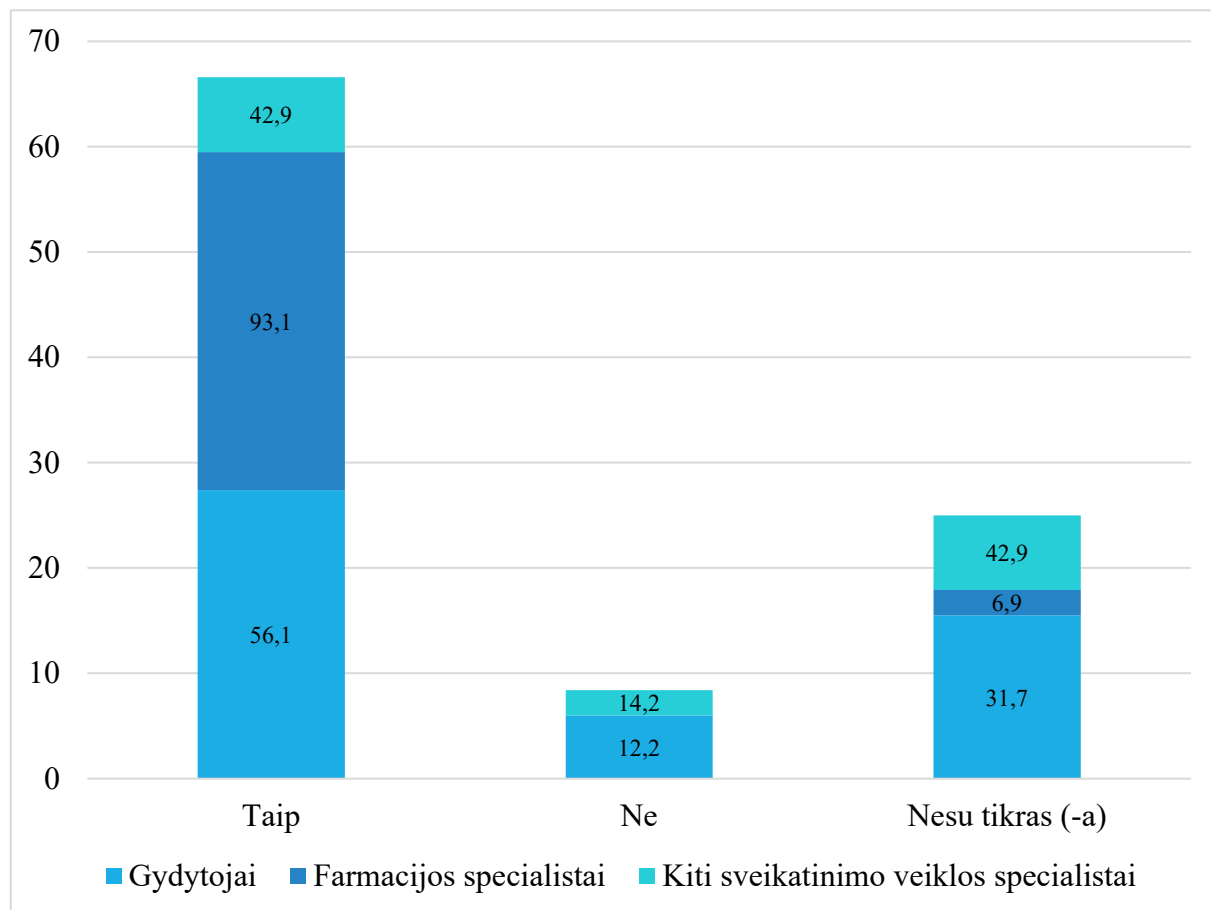
Analizuojamos grupės	Gydytojai (n=41)	Farmacijos specialistai (n=29)	Kiti SV specialistai (n=14)	<i>Kruskal– Wallis H</i>	p	Visi tiriamieji (n=84)
	n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)			n (proc.)
Mokymų poreikiai						
Kaip įvertinti intervencijų, gerinančių PGV laikymąsi, efektyvumą	3 (7,3)	0 (0)	0 (0)	3,224	0,199	3 (3,6)
Technologiniai sprendimai, gerinantys pacientų PGV laikymąsi	11 (26,8)	6 (20,7)	2 (14,3)	1,020	0,600	19 (22,6)
Bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros specialistų PGV laikymosi klausimu	2 (4,9)	10 (34,5)	3 (21,4)	10,173	0,006	15 (17,9)
Pacientų požiūris į ligas ir PGV laikymąsi	6 (14,6)	4 (13,8)	1 (7,1)	0,527	0,768	11 (13,1)
Kitų šalių patirtis ir jos pritaikomumas mano šalyje siekiant pagerinti PGV laikymąsi	1 (2,4)	5 (17,2)	1 (7,1)	4,845	0,089	7 (8,3)
Kita	1 (2,4)	0 (0)	1 (7,1)	2,049	0,359	2 (2,4)
Neturiu jokie poreikio mokymams	2 (4,9)	0 (0)	0 (0)	2,123	0,346	2 (2,4)

Pastaba: SV – sveikatinimo veikla. Respondentai galėjo pasirinkti ne daugiau 3 svarbiausių atsakymo variantų. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu. df=2

Galiausiai analizuojama, ar respondentai norėtų dalyvauti mokymuose apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi (3.5.1 pav.). Dauguma tiriamųjų atsakė, kad norėtų (n=56, 66,7 proc.), ketvirtadalis respondentų nurodė, kad nėra tikri ir tik mažoji dalis respondentų atsakė, kad nebenori dalyvauti mokymuose apie PGV laikymąsi (n=7, 8,3 proc.). Farmacijos specialistų grupės atsakymai statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo gydytojų ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų grupių atsakymų (*Kruskal – Wallis*, MR=46,77 (gydytojai), MR=31,64 (farmacijos specialistai), MR=52,50 (kiti sveikatinimo veiklos specialistai), H(df=2, n=84)=13,611, p=0,001). Nustatyta, kad vaistininkai statistiškai reikšmingai dažniau norėtų dalyvauti mokymuose apie

PGV laikymąsi nei gydytojai (*Mann – Whitney* $U=379,5$ $z=-3,241$, $p=0,001$) bei nei kiti sveikatinimo veiklos specialistai (*Mann – Whitney* $U=103$, $z=-3,521$, $p<0,001$).

Analizuojant respondentų atsakymų pasiskirstymą pagal darbo patirtį statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (*Kruskal – Wallis*, $MR=44,69$ (mažiau nei 5 metai), $MR=34,95$ (5 – 9 metai), $MR=44,71$ (10 ir daugiau metų), $H(df=2, n=84)=3,423$, $p=0,181$).



3.5.1 pav. Procentinis profesijų grupių pasiskirstymas pagal norą dalyvauti mokymuose apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo metu išsiaiškino, kad iš 84 apklaustųjų sveikatinimo veiklos specialistų, kur daugiau nei pusė tiriamųjų turėjo 10 ar daugiau metų darbo sveikatos priežiūros srityje patirtį, 86,9 proc. prižiūri lėtinėmis ligoms sergančių pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi, o tiriant PGV laikymosi stebėjimo dažnio pasiskirstymą tarp specialistų, nustatyta, kad gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai nurodė, kad stebi daugumos pacientų PGV laikymąsi. Tai sutampa su 2016 m. Clyne ir kolegų tarptautinio tyrimo rezultatais, kurie parodė, kad gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai stebi ir įvertina tiriamųjų PGV laikymąsi. Užsienio mokslininkai nustatė, kad slaugytojos statistiškai reikšmingai dažniau nei gydytojai ar vaistininkai prižiūri sergančiųjų PGV laikymąsi, tačiau šio tyrimo metu statistiškai reikšmingų skirtumų stebėjimo dažnyje tarp gydytojų ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų bei tarp farmacijos ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų nenustatyta. Rezultatų skirtumus galėjo lemti tai, kad Clyne ir bendraautorių tyrime dalyvavo daugiau respondentų (n=3196) bei buvo kitoks respondentų pasiskirstymas pagal profesijų grupes (40,5 proc. – farmacijos specialistai, 32,75 proc. – slaugytojai, 26,75 proc. – gydytojai) nei šiame tyrime (34,5 proc. – farmacijos specialistai, 16,7 proc. - kiti sveikatinimo specialistai., 48,8 proc. – gydytojai). Taip pat, šiame tyrime ne vien tik slaugytojai sudarė kitų sveikatinimo veiklos specialistų grupę, bet ir kitų profesijų atstovai [73].

Analizuojant dažniausiai taikomus PGV laikymosi stebėjimo metodus kasdienėje praktikoje ir jų pasiskirstymą pagal sveikatinimo veiklos specialistų profesijų grupes, nustatyta, kad gydytojai, farmacijos specialistai ir kiti sveikatinimo veiklos specialistai dažniausiai nurodydavo, kad įvertina, kaip lėtinėmis ligomis sergantieji laikosi PGV režimo, paklausiant pačių pacientų. Remiantis literatūros šaltiniais, šio subjektyvaus metodo naudojimo paplitimas tarp asmens sveikatos priežiūros bei farmacijos specialistų galėtų būti paaiškinamas tuo, kad paciento savarankiškas pranešimas apie gydymo eigą yra lengviausiai pritaikomas kasdienėje praktikoje metodas, siekiant identifikuoti su vaistų vartojimu susijusias problemas [15, 39]. Beveik 70 proc. respondentų, siekiant įvertinti sergančiųjų PGV laikymąsi, tikrina vaistinių preparatų išdavimo istoriją, o 67,1 proc. tiriamųjų tikrina pacientams išrašytus receptus. Gydytojai ir farmacijos specialistai statistiškai reikšmingai dažniau nei kiti sveikatinimo veiklos specialistai nurodydavo, kad tikrina vaistinių preparatų išdavimo istoriją, o vaistininkai statistiškai reikšmingai dažniau nei gydytojai ar kiti sveikatinimo veiklos specialistai nurodydavo, kad tikrina pacientams išrašytus receptus. Dažnas šių metodų taikymas iš dalies galėtų būti paaiškinamas tuo, kad vaistinės įrašai

yra lengvai prieinami sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistams kasdieniniame darbe, o darbas su receptais yra neatsiejama gydytojų ir vaistininkų praktikos dalis [55].

Siekiant pagerinti pacientų PGV laikymąsi, 97,5 proc. gydytojų, 92,9 proc. farmacijos specialistų bei 83,3 proc. kitų sveikatinimo veiklos specialistų dažniausiai taiko elgesio intervenciją: motyvuoja ir konsultuoja pacientus. Remiantis Moral ir bendraautorių tyrimo rezultatais, pacientų motyvavimas yra veiksminga strategija, kurios naudojimas gali reikšmingai pagerinti sergančiųjų PGV laikymąsi [62]. Clyne ir bendraautoriai taip pat tyrė intervencinių priemonių pasiskirstymą tarp sveikatinimo veiklos specialistų. Mokslininkų tyrimo metu išsiaiškino, kad gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau konsultuoja pacientus ar jų globėjus vaistų vartojimo klausimais nei slaugytojai ar vaistininkai, o slaugytojai pateikia informaciją, susijusią su gydymu, gerokai dažniau nei vaistininkai ($p < 0,05$), tačiau šio tyrimo metu statistiškai reikšmingų skirtumų respondentų atsakymų pasiskirstyme nenustatyta [73].

Šio tyrimo metu nustatyta, kad daugiau nei 50 proc. tiriamųjų įtraukia paciento šeimos narius ar globėjus į vaistų vartojimo režimo laikymosi valdymą. Remiantis kito Lietuvoje atlikto tyrimo rezultatais, artimųjų tiekiamą socialinę paramą gali reikšmingai prisidėti prie vaistų vartojimo režimo laikymosi gerinimo, kadangi yra susijusi su reguliariesniu sveikatos būklės stebėjimu ir retesniu vaistinių preparatų nevartojimu dėl užmiršimo [14]. Taip pat šio tyrimo metu buvo nustatyta, kad gydytojai ir kiti sveikatinimo veiklos specialistai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai taiko tokią socialinio palaikymo intervenciją. Šie rezultatai sutampa su Clyne ir kolegų darbo rezultatais, kur pacientų šeimos narių įtraukimas į PGV laikymosi valdymą buvo statistiškai reikšmingai rečiau nustatytas tarp vaistininkų, palyginus su gydytojais ar slaugytojais [73].

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad gydytojams atitenka svarbus vaidmuo taikant tokias technines intervencijas, kaip vaistų vartojimo grafiko ar dozavimo paprastinimas bei paskirtų vaistų peržiūra, kadangi gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos bei kiti sveikatinimo veiklos specialistai nurodė naudoję šias PGV laikymosi gerinimo priemones. Analogiški rezultatai buvo gauti Clyne ir bendraautorių tyrimo metu, lyginant vaistų vartojimo režimo paprastinimo intervencijos naudojimo dažnumo pasiskirstymą tarp gydytojų, slaugytojų bei vaistininkų [73].

Remiantis šio tyrimo rezultatais, prie gydytojo taikomų techninių intervencijų įgyvendinimo galėtų sėkmingai prisidėti farmacijos specialistai, kurie statistiškai reikšmingai dažniau nei gydytojai bando pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi naudojant vaistinių preparatų dozatorius.

2021 m. Graikijoje taip pat buvo tiriama, kaip gydytojai valdo PGV laikymąsi kasdienėje praktikoje. Atlikto darbo, kur didžioji dalis respondentų, panašiai kaip ir šiame tyrime, turėjo darbo sveikatos priežiūros srityje patirtį daugiau nei 15 metų, rezultatai parodė, kad plačiausiai gydytojų taikomos PGV laikymosi gerinimo intervencijos yra informacijos apie ligą, gydymo režimą ir vaistų šalutinius poveikius pateikimas pacientui konsultacijos metu, pacientų skatinimas dalyvauti su gydymu susijusių sprendimų priėmimo, paprastesnių gydymo schemų sudarymas ir vaistų dozavimo priemonių naudojimas [34]. Taigi, šio tyrimo rezultatai apie dažniausiai taikomus PGV laikymosi gerinimo būdus sutampa su Graikijos mokslininkų tyrimo rezultatais.

Taip pat, Yfantopoulos su kolegomis tyrė kliūtis, su kuriomis gydytojai PGV laikymosi valdyme susiduria dažniausiai. Anot tyrėju, dažniausios kliūtys buvo integruotos sveikatos priežiūros sistemos nebuvimas bei riboti valstybės remiami ištekčiai, o didelis sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvis bei finansinės priežastys buvo rečiau įvardytos kaip nepatenkinti poreikiai kasdieniniame darbe, trukdantys sveikatos priežiūros specialistams sėkmingai valdyti sergančiojo PGV laikymąsi [34]. Šio tyrimo metu buvo gauti panašūs rezultatai: neįprasta tyrimo dalyviams vaistų vartojimo laikymosi stebėjimo ir fiksavimo praktika, gairių ir Nacionalinės politikos trūkumas, menkas gydytojo nurodymų laikymosi svarbos suvokimas tarp pacientų ir komunikacijos tarp pacientų ir sveikatinimo veiklos specialistų trūkumas – dažniausiai nustatytos kliūtys ar nepatenkinti poreikiai, susiję su PGV laikymosi valdymu kasdienėje sveikatinimo veiklos specialistų praktikoje.

Tyrimo trūkumai. Vienas reikšmingiausių šio tyrimo ribotumų yra imties atrankos būdas. Kadangi respondentų atranka buvo atliekama netikimybinio patogiosios atrankos būdu, tyrimo imtis negali užtikrinti reprezentatyvumo. Taigi, tyrimo rezultatai ir išvados negali būti priskiriamos visai sveikatinimo veiklos specialistų populiacijai Lietuvoje, o tik konkretaus tyrimo atrankinei visumai. Dar vienas šio tyrimo trūkumas yra tyrimo imties dydis. Galimai, didesnė tiriamųjų imtis analizuojant duomenis leistų aptikti daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų duomenų pasiskirstyme tarp trijų sveikatinimo veiklos specialistų grupių. Kalbant apie tyrimo organizavimą, nors buvo akcentuojama dirbančių su pacientais sveikatinimo veiklos specialistų dalyvavimo svarba, iki galo negali būti užtikrinama, kad visi apklausoje dalyvavusieji respondentai atitiko šį iškeltą kriterijų. Taigi, dėl parinkto patogiosios atrankos būdo, tyrimo imties tikslumas negali būti įvertinamas objektyviai. Taip pat, tikslinga būtų patobulinti tyrimo instrumentą, į klausimyną įtraukiant įvairius kriterijus, kurie būtų naudingi atliekant išsamesnę PGV laikymosi valdymo analizę ir vertinimą.

Tyrimo privalumai ir praktinė reikšmė. Pagrindinis šio tyrimo privalumas yra temos naujumas. Autorės žiniomis, Lietuvoje dar nebuvo iširtas, o užsienio šalyse menkai iširtas PGV

laikymosi valdymas kasdienėje sveikatinimo veiklos specialistų praktikoje. Atliktas tyrimas galėtų būti naudingas įvertinti jau įgyvendintas Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros bei farmacijos specialistų naudojamas PGV laikymosi stebėjimo priemonės ir gerinimo būdus bei sėkmingai planuoti tolimesnes intervencijas, skirtas sergančiųjų lėtinėmis ligomis PGV laikymuisi valdyti, kurios galėtų būti plačiai taikomos sveikatos priežiūros sistemos lygmenyse. Taip pat šis tyrimas galėtų būti naudingas plėtojant sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijas, organizuojant įvairius mokymus bei ugdymo programas PGV laikymosi klausimais.

Autorės indelis. Magistro darbo autorė aktyviai dalyvavo Lietuvos duomenų rinkime, atsižvelgiant į magistro darbo temą suformavo tyrimo tikslą ir uždavinius, atliko gautų duomenų statistinę analizę bei interpretavo gautus tyrimo rezultatus.

IŠVADOS

1. Didžioji dalis gydytojų (92,1 proc.), vaistininkų (87,5 proc.) ir kitų sveikatinimo veiklos specialistų (81,8 proc.), tokių kaip slaugytojai, akušeriai, psichologai, įvertina kaip lėtinėmis ligomis sergantieji laikosi PGV režimo paklausiant pačių pacientų. Taip pat gydytojai dažnai tikrina vaistinių preparatų pirkimą iš visuomenės vaistinių (73,7 proc.), įvertina pacientų sveikatos būklę (71,1 proc.), tikrina pacientams išrašytus receptus (60,5 proc.), pasidomi apie sergančiojo PGV laikymąsi klausiant paciento artimųjų (55,3 proc.), o 50 proc. gydytojų įvertina laboratorinių tyrimų rezultatus. Vaistininkai su tokiu pat dažnumu, kaip ir klausiant pačių pacientų, įvertina sergančiųjų PGV laikymąsi tikrinant jiems išrašytus receptus, 79,2 proc. vaistininkų tikrina vaistų išdavimo istoriją, o dauguma kitų sveikatinimo veiklos specialistų atlieka sergančiojo būklės įvertinimą (72,7 proc.). Gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos specialistai užfiksuoja pacientų PGV nesilaikymą, o atitinkamus įrašus dažniausiai padaro paciento medicininiuose dokumentuose. Sveikatinimo veiklos specialistai apie PGV nesilaikymą dažniausiai praneša pacientų gydytojams, o vaistininkai – pacientų artimiesiems.

2. Siekiant pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi gydytojai, farmacijos specialistai bei kiti sveikatinimo veiklos specialistai dažniausiai taiko elgesio intervenciją: motyvuoja ir konsultuoja pacientus. Daugiau nei pusė tiriamųjų įtraukia sergančiojo artimuosius į PGV laikymosi valdymą. Tačiau buvo nustatyta, kad farmacijos specialistai statistiškai reikšmingai rečiau nei asmens sveikatos priežiūros specialistai taiko šią socialinio palaikymo intervenciją. Taip pat buvo nustatyta, kad gydytojams atitenka svarbus vaidmuo taikant tokias technines intervencijas, kaip vaistinių preparatų dozavimo režimo paprastinimas bei paskirtų vaistų peržiūra, kadangi gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei farmacijos bei kiti sveikatinimo veiklos specialistai nurodė naudoję šiuos PGV laikymosi gerinimo būdus. Prie šių gydytojo taikomų intervencijų įgyvendinimo galėtų sėkmingai prisidėti farmacijos specialistai, kurie statistiškai reikšmingai dažniau nei gydytojai bando pagerinti pacientų PGV laikymąsi naudojant vaistinių preparatų dozatorius.

3. Dažniausiai tyrimo dalyvių nurodytos priežastys, dėl kurių jie neprižiūri PGV laikymosi, buvo neįprasta sveikatinimo veiklos specialistams PGV laikymosi stebėjimo praktika (72,7 proc.), o beveik 50 proc. tiriamųjų akcentavo finansines priežastis, laiko trūkumą ar įsitikinimą, kad tai nėra jų užduotis klinikinėje praktikoje. Dažniausiai nurodytos priežastys, dėl kurių sveikatinimo veiklos specialistai nefiksuoja pacientų vaistų vartojimo režimo nesilaikymo, buvo neįprasta PGV nesilaikymo fiksavimo praktika (63,6 proc.), nežinojimas, kur fiksuoti ar kam pranešti apie pacientų PGV nesilaikymą bei gairių trūkumas (60,6 proc.). Menkas PGV laikymosi svarbos

suvokimas tarp pacientų (64,3 proc.), mokymų pacientams poreikis (46,4 proc.), metodų kaip vertinti pacientų PGV laikymąsi nebuvimas (46,4 proc.), Nacionalinės politikos trūkumas (45,2 proc.) bei komunikacijos tarp pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų trūkumas (45,2 proc.) – buvo dažniausiai įvardyti kaip nepatenkinti poreikiai asmens sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų praktikoje. Dauguma tiriamųjų norėtų dalyvauti mokymuose apie PGV laikymosi valdymą, o dažniausiai nurodytas kompetencijų ugdymo poreikis buvo susijęs su pacientų motyvavimu laikytis tinkamo vaistų vartojimo režimo. Nustatyta, kad farmacijos specialistai statistiškai reikšmingai dažniau norėtų dalyvauti mokymuose apie PGV laikymąsi nei gydytojai bei nei kiti sveikatinimo veiklos specialistai.

REKOMENDACIJOS

1. Rekomenduojama kurti kompetencijų ugdymo programas ir organizuoti asmens sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistams mokymus, kurių metu jie galėtų įgyti ar praplėsti žinias apie vaistų vartojimo laikymosi įvertinimo ir gerinimo metodus, sužinoti apie efektyvias pacientų motyvavimo priemones bei atrasti tinkamus būdus, kaip įtraukti sergančiuosius į aktyvų vaistų vartojimo režimo laikymąsi.
2. Tikslinga kurti Nacionalines gaires bei politikas, vykdyti sveikatos priežiūros sistemos reformas, kurios padėtų sveikatinimo veiklos specialistams dirbti sistemingai ir organizuotai PGV laikymosi valdymo srityje bei gerinti sveikatos priežiūros sistemos rodiklius.
3. Rekomenduojama tobulinti elektroninę sveikatos sistemą, kad būtų galima patogiai, efektyviai ir sistemingai kaupti, analizuoti ir naudoti elektroninius sveikatos įrašus, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų informuotumą apie pacientų PGV laikymąsi, diegti priminimo funkcijas ir priemones, kurios galėtų laiku pranešti gydytojui apie naujo recepto išrašymo būtinumą, o vaistininkui apie galimybę išduoti paskirtą vaistinį preparatą. Laiku teikiamas pranešimas pacientui apie galimybę įsigyti vaistinį preparatą galėtų padėti sergantiesiems išvengti situacijų, kai tolimesniam gydymui pritrūksta vaistų.
4. Rekomenduojama atlikti tolimesnius tyrimus, kurie padėtų išsiaiškinti, kaip pacientai vertina gydytojų, vaistininkų bei kitų sveikatinimo veiklos specialistų taikomas PGV režimo laikymosi gerinimo intervencijas ir stebėjimo būdus Lietuvoje. Tikėtina, kad tokie tyrimai galėtų būti naudingi sveikatinimo veiklos specialistams gaunant atitinkamą grįžtamąjį ryšį apie konkrečių PGV laikymosi valdymo priemonių naudingumą, apsvarstant geresnių bei tinkamesnių PGV laikymosi gerinimo priemonių naudojimą bei padėtų tobulinti specialistų teikiamas sveikatos priežiūros bei farmacines paslaugas.

LITERATŪRA

1. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231.
2. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas. Valstybės žinios, 2006-07-18, Nr. 78-3056.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Įsakymas dėl sveikatinimo veiklos specialistų profesinių kvalifikacijų klasifikatoriaus patvirtinimo. TAR, 2020-09-23, Nr. 19673.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action, (2003).
5. Walsh C. A., Cahir C., Tecklenborg S., Byrne C., Culbertson M. A., Bennett K. E. The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 85(11), 2464–2478 (2019).
6. European Commission. Final report summary – MEDI-VOICE (A low cost, environmentally friendly, smart packaging technology to differentiate European SME suppliers to service the needs of Europe’s aging population). (2008) [Prieiga per internetą]: https://cordis.europa.eu/docs/results/17/17893/121407021-6_en.Pdf
7. Eurostat. Deaths due to coronary heart diseases in the EU. (2020) [Prieiga per internetą]: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20200928-1>
8. Martin L. R., Williams S. L., Haskard K. B., Dimatteo M. R. The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189–99 (2005).
9. Gadkari A. S, McHorney C. A. Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really? *BMC Health Services Research*, 12(1) (2012).
10. Haynes R. B., McDonald H. P., Garg A. X. Helping Patients Follow Prescribed Treatment. *JAMA*, 288(22), 2880-2883 (2002).
11. Jimmy B., Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice, *Oman Medical Journal*, 26(3), 155–159 (2011).
12. Kardas P., Bago M., Barnestein-Fonseca P., Garuolienė K., Granas A. G., Gregório J., et al. Reimbursed medication adherence enhancing interventions in 12 European countries: Current state of the art and future challenges. *Frontiers in Pharmacology*, (2022).

13. Kubilius R., Česnavičiūtė I., Pereckaitė L., Rudys A. Pacientų, sergančių lėtiniu sistoliniu širdies nepakankamumu, vaistų vartojimo problemos ir jų įtaka gyvenimo kokybei. *Sveikatos mokslai*, 26(2), 41–46 (2016).
14. Zamalijeva O., Jusienė R. Gydomo nurodymų laikymasis: socialinės paramos vaidmuo sergant hipertenzija. *Sveikatos Mokslai*. 23(6), 10-14 (2013).
15. Ho P. M., Bryson C. L., Rumsfeld J. S. Medication Adherence. *Circulation*, 119(23), 3028–3035 (2009).
16. Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World Journal of Psychiatry*, 4(2) (2014).
17. Medication Adherence: Landscape, Strategies, and Evaluation Methods -12/10/2019. FDA. (2019) [Prieiga per internetą]: <https://www.fda.gov/drugs/news-events-human-drugs/medication-adherence-landscape-strategies-and-evaluation-methods-12102019>
18. Kleinsinger F. The Unmet Challenge of Medication Nonadherence. *The Permanente Journal*, 22(18-033) (2018).
19. Perreault S., Dragomir A., Blais L., Bérard A., Lalonde L., White M., et al. Impact of better adherence to statin agents in the primary prevention of coronary artery disease. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65(10), 1013–1024 (2009).
20. Paterson D. L., Swindells S., Mohr J., Brester M., Vergis E. N., Squier C., et al. Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1) (2000).
21. Vrijens B., Urquhart J. Patient adherence to prescribed antimicrobial drug dosing regimens. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 616–627 (2005).
22. Vrijens B., De Geest S., Hughes D. A., Przemyslaw K., Demonceau J., Ruppert T., et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 73(5), 691–705 (2012).
23. Flack J., Novikov S. V., Ferrario C. M. Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. *Eur Heart J*, 17, 16-20 (1996).
24. Mann D. M., Woodward M., Muntner P., Falzon L., Kronish I. Predictors of nonadherence to statins: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*, 44(9), 1410–1421 (2010).
25. Lee H. J., Jang S. I., Park E. C. Effect of adherence to antihypertensive medication on stroke incidence in patients with hypertension: a population-based retrospective cohort study. *BMJ Open*, 7(6) (2017).

26. Trečiokiene I., Bratcikovienė N., Gulbinovič J., Wettermark B., Taxis K. Non-persistence to antihypertensive drug therapy in Lithuania. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 78(10), 1687–1696 (2022).
27. Gallagher E. J., Viscoli C. M., Horwitz R. I. The relationship of treatment adherence to the risk of death after myocardial infarction in women. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 270(6), 742 (1993).
28. Gardner E. M., Maravi M. E., Rietmeijer C., Davidson A. J., Burman W. J. The association of adherence to antiretroviral therapy with health care utilization and costs for medical care. *Appl Health Econ Health Policy*, 6(2–3), 145–155 (2008).
29. GINA Project (Global Initiative for Asthma). (2002) [Prieiga per internetą]: <http://www.ginasthma.com>
30. Mennini F. S., Marcellusi A., von der Schulenburg J., Gray A., Levy P., Sciattella P., et al. Cost of poor adherence to anti-hypertensive therapy in five European countries. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 16(1), 65–72 (2015).
31. Chan A. H. Y., Cooper V., Lycett H., Horne R. Practical Barriers to Medication Adherence: What Do Current Self- or Observer-Reported Instruments Assess? *Frontiers in Pharmacology*, 11, 572 (2020).
32. Wroe A. L. Intentional and Unintentional Nonadherence: A Study of Decision Making. *Journal of Behavioral Medicine*. 25(4), 355-372 (2002).
33. Hugtenburg J., Vervloet M., van Dijk L., Timmers L., Elders P. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Preference and Adherence*, 675-682 (2013).
34. Yfantopoulos J., Protopapa M., Chantzaras A., Yfantopoulos P. Doctors' views and strategies to improve patients' adherence to medication. *Hormones*, 20(3), 603-611 (2021).
35. Kim S. J., Kwon O. D., Han E. B., Lee C. M., Oh S. W., Joh H. K., et al. Impact of number of medications and age on adherence to antihypertensive medications. *Medicine*, 98(49) (2019)
36. Kardas P., Lewek P., Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, (2013).
37. Kvarnström K., Westerholm A., Airaksinen M., Liira H. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics*, 13(7), 1100 (2021)

38. DiMatteo M. R., Lepper H. S., Croghan T. W. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101 (2000).
39. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.*, 353, 487–497 (2005).
40. Daltroy L. H., Katz J. N., Morlino C. I., Liang M. H. Improving doctor patient communication. *Psychiatr Med.*, 2, 31-35 (1991).
41. Vogel L. Why do patients often lie to their doctors? *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 191(4), E115 (2019).
42. Grabauskas V., Peicius E., Kaminskas R. The patient role in decision-making in Lithuanian health care. *Medicina (Kaunas)*, 40(11), 1109-1116 (2004)
43. Servetkienė V., Mockevičienė B., Černovas A., Jankauskienė D. Lietuvos gyventojų patirtis, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. *Visuomenės sveikata*, 1(96), 40-53, (2022)
44. Miller N. H., Hill M., Kottke T., Ockene I. S. The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action. *Circulation*. 95(4), 1085–90 (1997).
45. Milgrom H., Bender B., Ackerson L., Bowry P., Smith B., Rand C. Noncompliance and treatment failure in children with asthma. *J Allerg Clin Immunol*, 98, 1051-1057 (1996).
46. Brown M. T., Bussell J. K. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304–314 (2011).
47. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24, 67–74 (1986).
48. De las Cuevas C., Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 15(2), 121–129 (2015).
49. Garfield S., Eliasson L., Clifford S., Willson A., Barber N. Developing the Diagnostic Adherence to Medication Scale (the DAMS) for use in clinical practice. *BMC Health Services Research*, 12(1) (2012).
50. Phillips A. L., Kozma C. M., Locklear J. C. Using a Panel Survey to Identify Predictors of Disease-Modifying Drug Adherence in Patients with Multiple Sclerosis. *Value in Health*, 17(7), 400 (2014).
51. Pandey A., Raza F., Velasco A., Brinker S., Ayers C., Das S. R., et al. Comparison of Morisky Medication Adherence Scale with therapeutic drug monitoring in apparent

- treatment-resistant hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension*, 9(6), 420-426 (2015).
52. Morawski K., Ghazinouri R., Krumme A., Lauffenburger J. C., Lu Z., Durfee E., et al. Association of a Smartphone Application With Medication Adherence and Blood Pressure Control. *JAMA Internal Medicine*, 178(6), 802 (2018).
 53. Avataneo V., De Nicolò A., Rabbia F., Perlo E., Burrello J., Berra E., et al. Therapeutic drug monitoring-guided definition of adherence profiles in resistant hypertension and identification of predictors of poor adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84(11), 2535–2543 (2018).
 54. Al-Hassany L., Kloosterboer S. M., Dierckx B., Koch B. Assessing methods of measuring medication adherence in chronically ill children—a narrative review. *Patient Preference and Adherence*, Volume 13:1175–89 (2019).
 55. Anghel L. A., Farcas A. M., Oprean R. N. An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Medicine and Pharmacy Reports*, 92(2), 117–122 (2019).
 56. Aronson J. K. Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63(4), 383–384 (2007).
 57. Laven A. How pharmacists can encourage patient adherence to medicines. *The Pharmaceutical Journal*. (2018) [Prieiga per internetą]: <https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/how-pharmacists-can-encourage-patient-adherence-to-medicines>
 58. Hall M., Zheng B., Dugan E. et al. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev.*, 59(3), 293–318 (2002).
 59. Du L., Wu R., Chen X., Xu J., Ji H., Zhou L. Role of Treatment Adherence, Doctor–Patient Trust, and Communication in Predicting Treatment Effects Among Tuberculosis Patients: Difference Between Urban and Rural Areas. *Patient Preference and Adherence*, Volume 14, 2327–2336 (2020).
 60. Van Dulmen S., Sluijs E., van Dijk L., de Ridder D., Heerdink R., Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*, 7(1), (2007).
 61. Katz J. R. Back to basics: providing effective patient teaching. *Am J Nurs.*, 97, 33–36 (1997).
 62. Moral R., Torres L., De Ortega L. P., Larumbe M. C., Villalobos A. R., García J., et al. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 977–983 (2015).

63. Cutrona S. L., Choudhry N. K., Fischer M. A., Servi A., Liberman J. N., Brennan T., et al. Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence: Review. *The American journal of managed care*, 16(12), 929–942 (2010).
64. Khan R., Socha-Dietrich K. Investing in Medication Adherence Improves Health Outcomes and Health System Efficiency. *OECD Health Work. Pap.*, 105 (2018)
65. Davis E. M., Packard K. A., Jackevicius C. A. The Pharmacist Role in Predicting and Improving Medication Adherence in Heart Failure Patients. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(7), 741–755 (2014).
66. Kubilienė L., Liukenskytė S., Savickas A., Jurėnienė K. Vaistų vartojimo problemų tyrimas Lietuvos vaistinėse. *Medicina*, 42(5), 424-428 (2006).
67. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Įsakymas dėl farmacinės rūpybos paslaugos įkvepiamuosius vaistinius preparatus vartojantiems pacientams teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo. *TAR*, 2016-06-20, Nr. 17250.
68. Shayo G. A., Omary A., Mugusi F. Inhaler Non-Adherence, Associated Factors and Asthma Control among Asthma Patients in a Tertiary Level Hospital in Tanzania. *EA Health Research Journal*, 6(1), 78–85 (2022).
69. Choudhry N. K., Krumme A. A., Ercole P. M., Girdish C., Tong A. Y., Khan N. F., et al. Effect of Reminder Devices on Medication Adherence. *JAMA Internal Medicine*, 177(5), 624 (2017).
70. Zorina O., Fatkulina N., Saduyeva F., Omarkulov B., Serikova S. Patient Adherence to Therapy After Myocardial Infarction: A Scoping Review. *Patient Preference and Adherence*, Volume 16, 1613–1622 (2022).
71. Clyne W., McLachlan S., A mixed-methods study of the implementation of medication adherence policy solutions: how do European countries compare? *Patient Preference and Adherence*, 9, 1505–1515 (2015).
72. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Vaistų politikos gairių patvirtinimo. *TAR*, 2017-08-29, Nr. 13766
73. Clyne W., Mshelia C., McLachlan S., Jones P., de Geest S., Ruppert T., Siebens K., Dobbels F., Kardas P. A multinational cross-sectional survey of the management of patient medication adherence by European healthcare professionals. *BMJ Open*, 6(2) (2016).

PRIEDAI

1 priedas

COST ENABLE anketa „Kaip sveikatinimo veiklos specialistai prižiūri ir valdo pacientų PGV laikymąsi savo kasdienėje praktikoje“

Informuotas sutikimas

- Aš sutinku dalyvauti šiame tyrime ir sutinku, kad apklausoje pateikti mano anoniminiai duomenys būtų naudojami „Vaistų vartojimo režimo laikymosi gerinimą skatinančių praktikų ir technologijų naudojimui trukdantys ir padedantys veiksniai ENABLE COST šalyse“ tyrime iškeltiems tikslams ir rezultatams pasiekti

- Aš nesutinku dalyvauti šiame tyrime

1. Kurią šalį atstovaujate?

- Lietuvą

2. Kokia yra Jūsų profesija?

- Gydytojas (-a)
- Vaistininkas (-ė)
- Slaugytojas (-a)
- Akušeris (-ė)
- Psichologas (-ė)
- Odontologas (-ė)
- Kineziterapeutas (-ė)
- Ergoterapeutas (-ė)
- Medicinos technologas (-ė)
- Slaugytojo padėjėjas (-a)
- Socialinis darbuotojas (-a)
- Kita

3. Kur bendraujate su pacientais? Jeigu turite daugiau nei vieną darbo vietą, prašome pažymėti tą vietą, kurioje susiduriate su vaistų vartojimo režimo laikymosi problemomis dažniausiai

- Pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje
- Ligoninėje
- Visuomeninės vaistinėje
- Ligoninės vaistinėje
- Slaugos / globos namuose

- Ambulatorinėje slaugoje
- Hospise
- Kita

4. Kur yra Jūsų darbo vieta?

- Mieste
- Kaime
- Aš dirbu tiek mieste, tiek kaime

5. Kuriam sektoriui priklauso Jūsų darbo vieta?

- Viešajam sektoriui
- Privačiajam sektoriui
- Trečiajam sektoriui (pavyzdžiui, ne pelno siekiančios nevyriausybinės organizacijos)

6. Kokia yra Jūsų darbo sveikatos priežiūros srityje patirtis?

- Mažiau nei 5 metai
- 5 – 9 metai
- 10 – 20 metų
- Daugiau nei 20 metų

7. Ar prižiūrite kaip lėtinėmis ligoms sergantys pacientai laikosi vaistų vartojimo režimo?

- Taip, daugumos ar visų pacientų
- Taip, kai kurių pacientų
- Ne

8. (Jeigu į 7 klausimą atsakytą: „Taip, daugumos ar visų pacientų“, „Taip, kai kurių pacientų“):

Kaip prižiūrite pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi? (Pasirinkite visus tinkamus variantus)

- Tikrinant vaistinių preparatų išdavimo istoriją (pavyzdžiui, jų pirkimą iš visuomenės vaistinių)
- Tikrinant pacientams išrašytus receptus
- Įvertinant laboratorinių tyrimų rezultatus
- Įvertinant pacientų būklę
- Klausiant pačių pacientų
- Pateikiant pacientams užpildyti validuotą klausimyną
- Klausiant pacientų globėjų ar šeimos narių
- Kitais būdais

(Jeigu į 7 klausimą atsakytą: „Ne“):

Dėl kokių priežasčių neprižiūrite pacientų vaistų vartojimo režimo laikymosi? (*Pasirinkite visus tinkamus variantus*)

- Nėra metodų kaip prižiūrėti vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Nėra duomenų, kurie galėtų būti naudojami prižiūrint vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Nėra gairių, kaip prižiūrėti vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Neturiu prieigos prie vaistų vartojimo režimo prižiūrėjimui reikalingų duomenų
- Aš nežinau, kaip prižiūrėti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Aš neturiu laiko prižiūrėti vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Nėra priežasčių įtarti, jog nėra laikomasi vaistų vartojimo režimo
- Prižiūrėti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi nėra mano užduotis
- Man nemoka už vaistų vartojimo režimo laikymosi priežiūrą
- Nei vienas iš mano kolegų to nedaro, todėl tai turėčiau daryti aš
- Tai nėra įprasta praktika
- Tai yra kitų sveikatos priežiūros specialistų atsakomybė
- Niekada apie tai nepagalvojau
- Kitos priežastys

9. Jeigu pastebite, jog pacientams nepavyksta pasiekti numatytų gydymo tikslų, ar tikrinate, kaip jie laikosi paskirto vaistų vartojimo režimo?

- Taip, dažniausiai arba visada
- Taip, kartais
- Ne
- Įvertinti pacientų gydymo rezultatus nėra mano užduotis

10. Jei nustatote, kad pacientas nesilaiko gydymo režimo, ar tai kur nors užfiksuojate arba pranešate?

- Taip
- Ne
- Aš nežinau, nesu pastebėjęs (-usi), kad pacientai nesilaikytų vaistų vartojimo režimo

11. (Jeigu į 10 klausimą atsakytą: „Taip“):

Kur Jūs fiksuojate pacientų vaistų vartojimo režimo nesilaikymą? (*Pasirinkite visus tinkamus variantus*)

- Pacientų medicininiuose dokumentuose / elektroniniuose sveikatos dokumentuose
- Pranešu pacientų gydytojams
- Pranešu pacientų globėjams ar šeimos nariams

- Kita

(Jeigu į 10 klausimą atsakytą: „Ne“):

Dėl kokių priežasčių nefiksuojate pacientų vaistų vartojimo režimo nesilaikymo?

(Pasirinkite visus tinkamus variantus)

- Aš nežinau, kur turėčiau tai fiksuoti ar kam pranešti
- Aš negaliu niekur fiksuoti ar pranešti
- Tai nėra įprasta praktika
- Trūksta gairių, kaip tai fiksuoti
- Aš neturiu tam laiko
- Tai nėra mano užduotis
- Aš manau, jog tai nereikalinga
- Man už tai nemoka
- Aš nesuprantu, kaip tai gali padėti pacientams
- Kitos priežastys

12. Jeigu Jūs nustatote, jog pacientai nesilaiko vaistų vartojimo režimo, ar bandote pagerinti jų vaistų vartojimo režimo laikymąsi?

- Taip, daugumos ar visais atvejais
- Taip, kai kuriais atvejais
- Ne
- Aš nežinau, nesu pastebėjęs (-usi), kad pacientai nesilaikytų vaistų vartojimo režimo

13. (Jeigu į 12 klausimą atsakytą: „Taip, daugumos ar visais atvejais“, „Taip, kai kuriais atvejais“):

Kokiais būdais bandote pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi? Pasirinkite visus tinkamus variantus

- Organizuojant išsamesnę paciento stebėseną
- Motyvuojant ir konsultuojant pacientus (pavyzdžiui, kalbant apie vaistų vartojimo svarbą)
- Rekomenduojant pacientams edukacines programas vaistų vartojimo klausimais
- Įtraukiant šeimos narius ar globėjus
- Keičiant gydymą vaistais (pavyzdžiui, paprastinant vaistų vartojimo grafiką, keičiant vaistų formas)
- Vykdamas paskirtų vaistų peržiūrą (struktūriškai ir kritiškai įvertinant paciento vartojamus preparatus, nustatant galimas vaistų vartojimo problemas)
- Išduodant tam tikrą dozių skaičių (pavyzdžiui, visuomenės vaistinėje)

- Naudojant vaistinių preparatų dozatorius (pavyzdžiui, dienos / savaitės dėžutes, automatinius dozatorius)
- Technologijų pagalba (pavyzdžiui, programėlės telefone, SMS priminimai)
- Nukreipiant pas kitą sveikatos priežiūros specialistą
- Slaugytojo vykdoma vaistų vartojimo režimo laikymosi gerinimo paslauga
- Vaistininko vykdoma vaistų vartojimo režimo laikymosi gerinimo paslauga
- Skatinant pacientų tarpusavio paramą (pavyzdžiui, kitų pacientų, vartojančių tuos pačius vaistinius preparatus ar turinčius tą pačią ligą)
- Bendradarbiaujant su pacientų asociacijomis
- Kitais būdais

(Jeigu į 12 klausimą atsakytą: „Ne“):

Dėl kokių priežasčių nebandote pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymosi?

(Pasirinkite visus tinkamus variantus)

- Aš nežinau, ką galiu padaryti, kad pagerinčiau pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Aš nežinau metodų ar galimų intervencijų, kurios padėtų pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Aš netikiu, kad esami metodai ir (arba) intervencijos yra efektyvios
- Trūksta gairių, kaip pagerinti pacientų gydymo režimo laikymąsi
- Aš neturiu tam laiko
- Aš neturiu pakankamai žinių, kaip pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Pacientai atsisako bandyti pagerinti savo vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Pacientai neturi reikalingų finansinių resursų, kad galėtų pasinaudoti priemonėmis ir (arba) paslaugomis
- Aš netikiu, kad pacientų vaistų vartojimo režimo laikymasis gali būti pagerintas
- Tai nėra mano užduotis
- Tai nėra įprasta praktika
- Nei vienas iš mano kolegų to nedaro, todėl tai turėčiau daryti aš
- Mano patirtis rodo, kad daugumai pacientų neįmanoma pagerinti vaistų vartojimo režimo laikymosi
- Man nemoka už gydymo režimo laikymosi gerinimą
- Tai yra kitų sveikatos priežiūros specialistų atsakomybė
- Kitos priežastys

14. Kuriuos iš šių su vaistų vartojimo režimo laikymusi susijusius aspektus įvardintumėte kaip nepatenkintus poreikius savo kasdieniniame darbe? (Pasirinkite visus tinkamus variantus)

- Nėra Nacionalinės vaistų vartojimo režimo laikymosi politikos
- Menkas vaistų vartojimo režimo laikymosi svarbos suvokimas tarp sveikatos priežiūros specialistų
- Menkas vaistų vartojimo režimo laikymosi svarbos suvokimas tarp pacientų
- Vaistų vartojimo režimo laikymasis nėra laikomas svarbiu
- Nacionalinių standartų trūkumas
- Gairių trūkumas
- Duomenų apie pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi trūkumas
- Nėra kaip vertinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Vaistų vartojimo režimo laikymasis nėra stebimas
- Nėra galimybės informuoti gydytoją, kad jo pacientas nesilaiko vaistų vartojimo režimo
- Geresnių elektroninių priemonių trūkumas (pavyzdžiui, visų sveikatos priežiūros specialistų prieiga prie bendros duomenų bazės, geresnio ryšio tarp skirtingų duomenų bazių)
- Nepakankama komunikacija ir bendradarbiavimas tarp pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų
- Bendradarbiavimo ir komunikacijos tarp sveikatos priežiūros specialistų trūkumas
- Laiko trūkumas
- Resursų trūkumas sveikatos priežiūros sistemoje (pavyzdžiui, personalo, finansinio skatinimo trūkumas)
- Mokymų apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi sveikatos srities specialistams poreikis
- Mokymų apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi pacientams poreikis
- Tyrimų apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi poreikis
- Nėra intervencijų ir (arba) metodų, galinčių pagerinti vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Kita
- Nėra nepatenkintų poreikių

15. Prašome pažymėkite savo kompetencijų ugdymo poreikį vaistų vartojimo režimo laikymosi srityje. (Pasirinkite ne daugiau kaip 3 svarbiausius atsakymų variantus)

- Kas yra vaistų vartojimo režimo laikymasis ir kokie veiksniai daro jam įtaką
- Kaip pacientai laikosi vaistų vartojimo režimo mano šalyje
- Sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo ir atsakomybė valdant pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi

- Kaip prižiūrėti ir įvertinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Kaip kalbėti su pacientais apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Kaip motyvuoti pacientus laikytis tinkamo vaistų vartojimo režimo
- Kaip pacientus įtraukti į aktyvų savo vaistų vartojimo režimo laikymosi valdymą
- Kaip įtraukti šeimos narius ir globėjus į vaistų vartojimo režimo laikymosi valdymą
- Ką aš galiu padaryti, kad pagerinčiau pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Kokios yra galimos intervencijos ir priemonės, padedančios pagerinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Kaip įvertinti intervencijų, gerinančių vaistų vartojimo režimo laikymąsi, efektyvumą
- Technologiniai sprendimai, gerinantys pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros specialistų vaistų vartojimo režimo laikymosi klausimu
- Pacientų požiūris į ligas ir vaistų vartojimo režimo laikymąsi
- Kitų šalių patirtis ir jos pritaikomumas mano šalyje siekiant pagerinti vaistų vartojimo laikymąsi
- Kita
- Neturiu jokio poreikio mokymams

16. Ar norėtumėte dalyvauti mokymuose apie vaistų vartojimo režimo laikymąsi?

- Taip
- Ne
- Nesu tikras (-a)

Lietuvoje veikiančių sveikatinimo veiklos specialistų organizacijų, kurioms buvo išsiųsta
nuoroda į apklausą, sąrašas

1. Jaunųjų gydytojų asociacija
2. Jaunųjų psichiatrų asociacija
3. Lietuvos gydytojų sąjunga
4. Lietuvos medikų sąjūdis
5. Lietuvos slaugos specialistų organizacija
6. Lietuvos išplėstinės slaugos praktikos asociacija
7. Lietuvos universitetinio išsilavinimo slaugytojų draugija
8. Lietuvos kardiologijos slaugytojų draugija
9. Lietuvos akių gydytojų draugija
10. Lietuvos akušerių ginekologų draugija
11. Lietuvos alergologų ir klinikinių imunologų draugija
12. Lietuvos anesteziologų-reanimatologų draugija
13. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugija
14. Lietuvos dermatovenerologų draugija
15. Vakarų Lietuvos neurologų draugija
16. Lietuvos gastroenterologų draugija
17. Lietuvos gerontologų ir geriatrų draugija
18. Lietuvos hematologų draugija
19. Lietuvos infektologų draugija
20. Lietuvos intensyvios terapijos draugija
21. Lietuvos intensyviosios kardiologijos ir skubiosios medicinos asociacija
22. Lietuvos kardiologų draugija
23. Lietuvos klinikinės toksikologijos draugija
24. Lietuvos nefrologijos, dializės ir transplantacijos asociacija
25. Lietuvos neurologų asociacija
26. Lietuvos onkologų chemoterapeutų draugija
27. Lietuvos otorinolaringologų draugija
28. Lietuvos pediatrių draugija
29. Lietuvos psichiatrų asociacija
30. Lietuvos pulmonologų draugija
31. Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugija
32. Lietuvos skubiosios medicinos draugija
33. Lietuvos urologų draugija
34. Lietuvos vaikų gastroenterologų ir mitybos draugija
35. Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija
36. Lietuvos vaikų kardiologų draugija
37. Lietuvos vaikų nefrologų draugija
38. Lietuvos vaikų neurologų asociacija
39. Lietuvos vaikų pulmonologų draugija
40. Lietuvos vaikų reanimacijos ir intensyvios terapijos gydytojų draugija
41. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija
42. Lietuvos akušerių asociacija
43. Lietuvos akušerių sąjunga
44. Lietuvos chemoterapeutų draugija
45. Lietuvos epileptologijos draugija

46. Lietuvos hipertenzijos draugija
47. Lietuvos hipertenzijos specialistų lyga
48. Lietuvos insulto asociacija
49. Lietuvos onkologų draugija
50. Lietuvos paliatyviosios medicinos draugija
51. Lietuvos priklausomybių psichiatrijos asociacija
52. Lietuvos reumatologų asociacija
53. Lietuvos reumatologų draugija
54. Lietuvos skausmo draugija
55. Lietuvos slaugytojų diabetologų draugija
56. Lietuvos šeimos gydytojų kolegija
57. Lietuvos širdies asociacija
58. Lietuvos transplantologų asociacija
59. Lietuvos trombozės ir hemostazės draugija
60. Lietuvos šeimos gydytojų profesinė sąjunga
61. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugija
62. Lietuvos alergologų ir klinikinių imunologų draugija
63. Lietuvos endokrinologų draugija
64. Vaikų endokrinologų asociacija
65. Lietuvos vaistininkų sąjunga
66. Lietuvos farmacijos sąjunga
67. Lietuvos klinikinės farmakologijos draugija