

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS  
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS  
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

**Violeta NAZARVIENĖ**

Viešojo valdymo studijų programos studentė

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS STRATEGINIŲ PROBLEMŲ  
VALDYMAS: JONIŠKIO RAJONO ATVEJIS**

Magistro baigiamasis darbas

Šiauliai, 2017

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS  
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS  
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

**Violeta NAZAROVIENĖ**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS STRATEGINIŲ PROBLEMŲ  
VALDYMAS: JONIŠKIO RAJONO ATVEJIS**

Magistro darbas  
Socialiniai mokslai, Viešasis administravimas (N700)

**Darbo vadovas:  
Prof. dr. Jonas JASAITIS**

Teigiu, kad baigiamasis darbas, kurį teikiu Viešojo administravimo magistro laipsniui įgyti, yra originalus autorinis darbas.

---

(Studento parašas)

Violeta Nazarovienė. (2017). *Sveikatos priežiūros strateginių problemų valdymas: joniškio rajono atvejis*. Magistro darbas. Mokslinis vadovas – prof. Jonas Jasaitis. Šiaulių Universitetas, Viešojo administravimo katedra, Šiauliai. 116 p. (122 p.).

## SANTRAUKA

Magistro darbe suformuluota sveikatos priežiūros strateginių problemų valdymo problema – sveikos gyvensenos modelis neveikia daugelyje šeimų ir reikia išsiaiškinti, ko reikia, kad šis modelis taptų norma, kad žmogus padėtų pats sau, o nedarytų taip, kaip neretai daro dabar: pats žaloja savo sveikatą, o paskui tikisi, kad medikai ją atstatys. Šiuo metu sveika gyvensena priklauso nuo materialinės šeimos padėties, išsilavinimo, gebėjimo racionaliai išnaudoti laisvalaikį, perspektyvų suvokimo. Analizuojant rajonų savivaldybių ilgalaikės strateginės plėtros planus pastebime, kad sveikai gyvensenai nėra skiriama tiek dėmesio, kiek reiktų.

Darbo teorinėje dalyje išanalizuota sveikos gyvensenos samprata ir perspektyvos, sveikatos priežiūros strateginės problemos, sveikatos priežiūros problemų valdymas, politinių partijų požiūris į sveikatos apsaugą, apžvelgti neurbanizuotų ir žemo urbanizacijos lygio vietovių situacijos pokyčiai pastarajame dešimtmetyje bei sveikatos sistemos pokyčiai neurbanizuotose ir žemo urbanizacijos lygio vietovėse. Išanalizuota ir susisteminta Lietuvos ir užsienio autorių mokslinių straipsnių, tyrimų rezultatų, Lietuvos Respublikos teisės aktų, ataskaitų, strateginių planų, interneto šaltinių analizė.

Empirinėje dalyje identifikuotos pagrindinės sveikatos priežiūros problemos Joniškio rajone. Tyrimo metu buvo nagrinėtas jaunimo požiūris į sveiką gyvenseną, buvo domėtasi apie jų sveikos gyvensenos įpročius, aplinką, kurioje jie gyvena, bei kaip tai įtakoja jų savijautą. Taip pat buvo atliktas seniūnų interviu tyrimas, kurio metu buvo domėtasi apie sveikatos priežiūros strategines problemas kaimiškose Joniškio rajono seniūnijose. Moksleivių bei seniūnų apklausos metu surinkta informacija susisteminta ir apibendrinta. Nustatyta, kad atokesnėse vietovėse gyventojų sveikatos pokyčiams turi įtakos didėjanti gyventojų migracija ir nepalanki aplinka: sunkiau prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, didėjantis psichotropinių medžiagų vartojimas, ypač jaunimo tarpe, nedarbas, nepalanki gyvenamoji aplinka, emocinė įtampa, socialinės problemos. Vietinė valdžia galėtų tobulinti sveikatos priežiūros strategiją, skatinti įvairius sveikatinimo projektus, pasitelkiant seniūnijas, ugdymo įstaigas, vietos bendruomenes, žiniasklaidą, sveikatos priežiūros įstaigas

**Raktiniai žodžiai:** sveikatos priežiūra, strategija, valdymas, sveika gyvensena.

Violeta Nazarovienė. (2017). *The Management of Health Care Strategic Problems: a case study of Joniškis district*. Master Thesis. Scientific supervisor Prof. Dr. Jonas Jasaitis. Šiauliai University, Department of Public Administration, Šiauliai . 116 p. (122 p.).

## SUMMARY

In Master's work there is formulated the management problem of healthcare strategic issues – the healthy lifestyle model does not work in many families and it is important to find out what we need in order this model to become the norm, that person could help himself, and does not do the things, as he often does: harms himself, and then hopes that the medical profession will rebuild him. At present, a healthy lifestyle depends on the financial situation of families, education, the ability to make rational use of free time, the understanding of perspective. Analyzing long-term strategic development plans of the municipalities we noticed that there is not given as much attention for a healthy lifestyle as it should.

The theoretical part analyzes a healthy lifestyle conception and perspective, the healthcare strategic issues, the management of healthcare issues, the political parties approach to the healthcare, and reviews the situation changes in the non-urban and low urbanization level areas during the last decade and the health system changes in the non-urbanized areas with the low level of urbanization. There are analyzed and systematized Lithuanian and foreign authors' scientific articles, research results, there is given an analysis of Lithuanian legislation, reports, strategic plans, the Internet sources.

The empirical part identifies the main healthcare issues in Joniškis district. The study was examined young people attitudes towards a healthy lifestyle, it was interested in healthy lifestyle habits, the environment they live and how that affect their good health. It was also interviewed aldermen they were asked about the healthcare strategic issues in the rural Joniškis sub-district. Students and aldermen survey information was systemised and generalized. It was found that an impact to living in more remote areas on health changes have the growing migration and an unfavourable environment: difficult access to healthcare services, increasing consumption of psychotropic substances, particularly among young people, unemployment, unfavourable living environment, emotional stress, social problems. The local government could improve health care strategy, to promote various health projects, through sub-districts, educational institutions, local communities, media and healthcare institutions.

**Keywords:** health care, strategy, management, healthy style of living.

# TURINYS

ĮVADAS.....	13
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS STRATEGINIO VALDYMO TEORINIAI ASPEKTAI .....	18
1.1 Sveikos gyvensenos samprata ir perspektyvos.....	18
1.2 Sveikatos priežiūros strateginės problemos.....	21
1.3 Sveikatos priežiūros problemų valdymas.....	28
1.4 Politinių partijų požiūris į sveikatos apsaugą.....	33
1.5 Sveikatos apsaugos sistema neurbanizuotose ir žemo urbanizacijos lygio vietovėse.....	37
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PROBLEMŲ SPRENDIMŲ METODOLOGIJA.....	47
2.1. Teoriniai tyrimo pagrindai.....	47
2.2. Tyrimo metodai.....	56
2.3. Tyrimo strategija ir tyrimo loginė schema.....	57
2.4. Tyrimo organizavimas.....	61
3. TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ.....	64
3.1. Bendroji sveikatos priežiūros charakteristika Joniškio rajone.....	64
3.2. Joniškio rajono kaimiškųjų vietovių seniūnijų seniūnų apklausa.....	71
3.3. Moksleivių apklausos rezultatų analizė.....	78
3.4. Sveikatos priežiūros problemų strateginiai sprendimai.....	109
IŠVADOS.....	111
REKOMENDACIJOS.....	112
LITERATŪRA.....	113
PRIEDAI.....	118

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Sveikatą nulemiantys išoriniai ir vidiniai veiksniai.....	18
2 lentelė .Tyrimo strategijos struktūra.....	58
3 lentelė. Bendrieji informantų duomenys.....	61
4 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros ir sveikos gyvensenos svarba.....	73
5 lentelė. Galimybės laiku pasitikrinti sveikatą aspektas.....	75
6 lentelė. Susirgus laiku gaunamo gydymo svarba.....	75
7 lentelė. Gydymo ir vaistų prieinamumo svarba.....	76
8 lentelė. Medicinos darbuotojų mažėjimo aspektas.....	77
9 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamąją vietą, klasę, kurioje mokosi.....	78
10 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigos Joniškio rajone.....	79
11 lentelė. Pagrindinės lankymosi gydymo įstaigoje priežastys priklausomai nuo respondentų sveikatos būklės.....	84
12 lentelė. Respondentų nuomonės pasiskirstymas į klausimą kada paskutinį kartą profilaktiškai tikrintos sveikatą priklausomai nuo savo sveikatos būklės vertinimo ( procentai).....	86
13 lentelė. Respondentų nuomonė apie mokinių rūkymo priežastis priklausomai nuo pačių respondentų pasirinkimo rūkymui.....	89
14 lentelė. Pasiskirstymas į klausimą Ar esate vartoję alkoholinius gėrimus priklausomai nuo pačių respondentų rūkymo.....	91
15 lentelė. Respondentų patirties rūkant pasiskirstymas priklausomai nuo bandžusių vartoti narkotikus ( procentai).....	92
16 lentelė. Respondentų patirties vartojant alkoholinius gėrimus pasiskirstymas priklausomai nuo bandžusių vartoti narkotikus (procentai).....	93
17 lentelė. Respondentų požiūris į mankštą priklausomai nuo to, ar apklaustieji maitinasi sveikai.....	94

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Jonišchio rajono seniūnijos.....	64
2 pav. Gydomo įstaigų pasirinkimo priežastys ( procentai).....	79
3 pav. Gydomo įstaigų pasirinkimo priežastys priklausomai nuo lyties ir klasės, kurioje mokosi (procentai).....	80
4 pav. Atstumo nuo respondentų gyvenamosios vietos iki gydymo įstaigos pasiskirstymas (proc.).....	81
5 pav. Respondentų lankymosi gydymo įstaigose dažnumas ( procentai).....	81
6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų lankymosi gydymo įstaigose dažnumą priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (procentai).....	82
7 pav. Pagrindinės lankymosi gydymo įstaigose priežastys (procentai).....	82
8 pav. Pagrindinės lankymosi gydymo įstaigose priežastys priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės kurioje mokosi (procentai).....	83
9 pav. Respondentų nuomonė vertinant savo sveikatos būklę ( procentai).....	84
10 pav. Respondentų savo sveikatos būklės vertinimas priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi ( procentai).....	85
11 pav. Resondentų nuomonės pasiskirstymas į klausimą kada paskutinį kartą profilaktiškai tikrintotės sveikata? (procentai).....	85
12 pav. Respondentų pasiskirstymas ar skiepijātės nuo gripo priklausomai nuo lyties ir klasės kurioje mokosi (procentai).....	86
13 pav. Respondentų pasiskirstymas ar skiepijātės nuo erkinio encefalito priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės kurioje mokosi (procentai).....	87
14pav. Respondentų pasiskirstymas atsakant į klausimą Ar rūkote? (procentai).....	88
15 pav. Respondentų pasiskirstymas atsakant į klausimą Ar rūkote priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės kurioje mokosi (procentai).....	88
16 pav. Respondentų nuomonė kodėl dalis mokinių rūko (procentai).....	89
17 pav. Respondentų pasiskirstymas į klausimą Ar esate vartoję alkoholinius gėrimus (procentai).....	90
18 pav. Respondentų pasiskirstymas į klausimą ar esate vartoję alkoholinius gėrimus priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (procentai).....	91
19 pav. Bandžusių vartoti narkotikus pasiskirstymas priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (procentai).....	92
20 pav. Sveikai besimaitinančių respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenamąją vietą (procentai).....	93
21pav. Respondentų pasiskirstymas pagal klausimą ar dažnai mankštinatės (bėgiojate, atliekate pratimus) (procentai).....	94
22 pav. Sportuojančių respondentų, kurie siekia kuo geresnių rezultatų kurioje nors sporto šakoje pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamąją vietą ir klasę, kurioje mokosi (procentai).....	95
23 pav. Sportuojančių ir besimankštinančių respondentų priklausomybė (procentai).....	95
24 pav. Respondentų, siekiančių, kad sveika gyvensena taptų Jūsų gyvenimo būdu pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamąją vietą ir klasę, kurioje mokosi (procentai).....	96
25 pav. Respondentų, siekiančių sveikai gyventi, pasiskirstymas pagal jų mankštinimosi dažnumą (procentai).....	97
26 pav. Respondentų nuomonė apie savo kūno svorį (procentai).....	97

27 pav. Respondentų siekiančių sveikai gyventi pasiskirstymas pagal savo kūno svorio vertinimą (procentai).....	98
28 pav. Respondentų nuomonė į klausimą Ar dauguma bendraklasių siekia išsiugdyti sveikos gyvensenos įpročius? (procentai).....	98
29 pav. Respondentų nuomonė į klausimą Kaip manote, ar dauguma jūsų pažįstamų suaugusiųjų (šeimoms narių, kaimynų ir kt.) laikosi sveikos gyvensenos įpročių (procentai).....	99
30 pav. Respondentų nuomonė į klausimą Ar didžioji Lietuvos visuomenės dalis siekia gyventi sveikai? (procentai).....	100
31 pav. Respondentų nuomonė į klausimą Ar didžioji Lietuvos visuomenės dalis siekia gyventi sveikai? Priklausomai nuo lyties ir gyvenamosios vietos (procentai).....	100
32 pav. Respondentų nuomonė Kuri visuomenės dalis labiausiai siekia laikytis sveikos gyvensenos įpročių? (procentai).....	101
33 pav. Respondentų nuomonė Kuri visuomenės dalis labiausiai siekia laikytis sveikos gyvensenos įpročių priklausomai nuo lyties ir gyvenamosios vietos (procentai).....	102
34 pav. Aplinkybės, turinčios neigiamos įtakos jūsų sveikatai (pritarimo procentas).....	102
35 pav. Respondentų pritarimas, kad netvarka, nešvara namuose turi neigiamos įtakos sveikatai priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (proc.).....	103
36 pav. Respondentų pritarimas, kad nesutarimai tarp šeimos narių turi neigiamos įtakos sveikatai priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (pritarimo procentas).....	104
37 pav. Respondentų pritarimas, kad materialiniai nepritekliai, lėšų trūkumas turi neigiamos įtakos sveikatai priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (pritarimo procentas).....	104
38 pav. Respondentų patirtis apie smurtą mokykloje (procentai).....	105
39 pav. Respondentų patirties apie smurtą mokykloje vertinimas priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (procentai).....	106
40 pav. Respondentų patirties apie smurtą mokykloje vertinimas priklausomai nuo respondentų kūno svorio įvertinimo (procentai).....	107
41 pav. Respondentų požiūris į klausimą Ar mokykla ugdo mokinių sveikos gyvensenos įpročius? (procentai).....	107



## TERMINŲ ŽODYNĖLIS

**Strategija** – tai valdymo sprendimas (kompleksinis valdymo sprendimas, valdymo sprendimų visuma arba šių sprendimų kompleksas) tam tikros sistemos problemoms spręsti, kokybiniais pačios sistemos pokyčiams skatinti ar padėti jai prisitaikyti prie kokybiškai naujų aplinkos ar kitų sąlygų, numatant dabartinės problemiškos būsenos pokytį – perėjimą į kokybiškai naują būseną, kad nekiltų problemų, būdingų šiai sistemai dabartiniu metu (Melnikas, 2007).

**Strateginis valdymas** - tai tam tikrų socialinių ekonominių sistemų valdymo subjektų, kryptingai veikiančių savo valdomas sistemas, objektus ir situacijas, veikla (Melnikas, 2007).

**Sveikatos politika** – tai sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, sveikatą pripažįstant socialine ir ekonomine vertybe (Jankauskienė, 2007).

**Sveika gyvensena** – individo ar socialinės grupės gyvenimo forma, padedanti išsaugoti ir stiprinti sveikatą (Dadelo, 2015).

**Sveikata** – tai normalus organizmo būvis esant optimaliai suderintai organų veiklai ir pusiausvyrai tarp jų funkcijų ir išorinės aplinkos (Vaitkaitienė, 2007).

**Kaimo vietovė** (angl. – Rural Area) – kaimas, miestelis ar miestas, kurio gyventojų skaičius rneviršija šešių tūkstančių (Lietuvos Respublikos žemės ūkio ir kaimo plėtros įstatymas, 2008).

**Vietos veiklos grupė** (VVG) (angl. - Local Action Group) – tai pagal partnerystės principą sukurta savanoriška organizacija aktyviai dalyvaujanti valdant teritorinius pokyčius; tai ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, kurio valdymo organas, turintis sprendimų priėmimo teisę, atstovauja įvairių VVG teritorijos gyventojų interesams, t. y. ne mažiau kaip 50 proc. valdymo organų narių sudaro kaimo bendruomenių, socialinių ir kitų partnerių, taip pat jų asociacijų atstovai, iki 25 proc. – verslo atstovai ir iki 25 proc. – vietos valdžios atstovai (Atkočiūnienė, 2014).

**Poliklinika** – įstaiga, akredituota teikti nustatytas atstatomosios, prevencinės medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos bei sveikatos ugdymo paslaugas pacientams (ateinantiems ir esantiems namuose), taip pat atliekanti medicininę pacientų darbingumo ekspertizę (Žin., 1996, Nr. I-1367)

**Ambulatorija** – įstaiga, akredituota teikti nustatytas atstatomosios, prevencinės medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos bei sveikatos ugdymo paslaugas pacientams (ateinantiems ir esantiems namuose), taip pat atliekanti medicininę pacientų darbingumo ekspertizę (Žin., 1996, Nr. I-1367)

**Medicinos punktas** – įstaiga, akredituota teikti nustatytas atstatomosios, prevencinės medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos bei sveikatos ugdymo paslaugas pacientams (ateinantiems ir esantiems namuose) (Žin., 1996, Nr. I-1367)

**Visuomenės sveikatos priežiūros biuras** – įstaiga, akredituota atlikti visuomenės sveikatos monitoringo (bendruomenės sveikatingumo būklės, jai įtaką darančių socialinių, ekonominių ir politinių veiksnių, savivaldybės įgyvendinamų sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo priemonių, pirminės sveikatos priežiūros išteklių, savivaldybių sveikatos programų), visuomenės sveikatos ekspertizę (visuomenės sveikatos monitoringo duomenų analizę), rengti ir pagal savo kompetenciją įgyvendinti sveikatos stiprinimo strategijas savivaldybės teritorijoje (Žin., 1996, Nr. I-1367).

## SANTRUMPOS

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

BPD – Bendrasis programavimo dokumentas

LR – Lietuvos Respublika

LNSS - Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LGVS – Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

VVG – Vietos veiklos grupė

RET – Retai apgyvendintos teritorijos

KTU – Kauno technologijos universitetas

ASU - Aleksandro Stulginskio universitetas

SpĮ – sveikatos priežiūros įstaigos

## IVADAS

**Tyrimo naujumas ir aktualumas.** Europos šalys, Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) narės, planuoja įgyvendinti pagrindines Europos naujosios sveikatos politikos „Sveikata visiems XXI amžiuje“ nuostatas. Viena iš keturių šios politikos parengtų strategijų – sveikatai gerinti skirtos programos ir investicijos, orientuotos į sveikatos stiprinimą ir ligų profilaktiką. 1998 m. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos programą, o 2014 m. birželio 25 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybė nutarimu Nr. 878 patvirtino Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programą, kurioje keliamas strateginis tikslas – „pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai“.

Sukaupta daug mokslinių duomenų, įrodančių gyvenimo įtaką žmogaus sveikatai. Nesveika gyvenimo būdas, pavyzdžiui, rūkymas, nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas, netinkama mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas didina lėtinių neinfekcinių ligų riziką. Žmonių gyvenimo būdas priklauso nuo daugelio socialinių, ekonominių bei kultūrinių veiksnių. Pasak Grabausko (2004), „pirmajam Lietuvos nepriklausomybės dešimtmečiui būdingi spartūs politiniai ir ekonominiai pokyčiai. Perėjimas prie rinkos ekonomikos, agresyvi reklama, naujų produktų atsiradimas veikė žmonių gyvenimo būdą ir sveikatą. Kitų šalių patirtis rodo, kad skirtingos socialinės žmonių grupės nevienodai reaguoja į vykstančias permainas. Jauni žmonės ypač imlūs naujovėms, kurios gali tiek teigiamai, tiek ir neigiamai paveikti jų sveikatą. Todėl svarbu nustatyti Lietuvos gyventojų skirtingų grupių gyvenimo būdo pokyčių dėsninumus, į kuriuos turėtų būti atsižvelgta planuojant sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos programas“.

Jankauskienė (2007) teigia, kad „ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse atlikti tyrimai akivaizdžiai rodo, kad sveikata – didžiausia žmogaus vertybė. Tačiau sprendžiant klausimą dėl išteklių paskirstymo sektoriams, sveikatos sektoriui niekuomet neskiriama tiek, kiek reikėtų sveikatos sistemai pertvarkyti ir plėtoti. Savo ruožtu ypač aktualus sveikatos apsaugos lėšų paskirstymas ligų prevencijai ir gydymui, stacionariam ir ambulatoriniam gydymui, valstybiniam ir privačiam sektoriams“. „Sveikata XXI amžiuje“ teigiama, kad labai svarbu sugrupuoti sveikatos problemas ir jų priežastis. Ypatingas pastangas reikėtų skirti itin blogos sveikatos ir priešlaikinių mirčių rizikos grupių nustatymui ir socialinių priežasčių analizei. Turi būti geriau panaudoti informacijos šaltiniai, o pasak Janušonio (2000), „informacijos kokybė, charakteris, apimtis, pilnumas tiesiogiai arba netiesiogiai veikia valdymo procesą ir jo rezultatus“.

Pasak Jurgelėno (2004), „globalizacijos ir integracijos procesai iš esmės keičia sveikatos sampratą ir vietą visuomenės raidoje. Visuomenės sveikatą dabar suprantame kaip subjekto (individo,

visuomenės, populiacijos) atsako į savo ar aplinkos fizines, socialines ir dvasines paskatas galimybę. Jos problemos negali būti išspręstos vien medicinos sektoriuje, nes visuomenės sveikata nėra atskirą ją sudarančių sergamumo, ligotumo, mirtingumo komponentų, kuriuos galima identifikuoti tradiciniais tyrimo modeliais, suma. Ji yra tam tikra sinergetinė visuma, nuolat besikeičiantis procesas“.

Nors gyventojų skaičius mažėja visoje Lietuvoje, tačiau demografinė situacija ypač sparčiai blogėja kaime. Gyventojų mažėjimą kaime lemia mažesnis gimstamumas ir didesnis mirtingumas nei mieste, jaunų 25-29 metų kaimo gyventojų migracija iš kaimo. Šiuo metu migracija vyksta ne tiek į didžiuosius miestus, kiek į užsienį. Dažni atvejai, kai užsienyje įsitvirtinus vienam kaimo gyventojui, vėliau paskui jį išvyksta visi darbingi to kaimo gyventojai. Pastebimas ir toks migravimo kelias: iš kaimo vykstama studijuoti į miestuose esančias aukštąsias mokyklas, jas pabaigus - į užsienį.

Pasak Jasaičio (2014), „vis labiau globalizacijos procesų veikiamoje šiuolaikinėje visuomenėje kaimo plėtros procesai pateko tarp pačių svarbiausių sričių, kuriomis tenka domėtis ne tik žemdirbiams ir gamtosaugininkams, bet ir politikams bei ūkinės veiklos organizatoriams, kultūros ir švietimo specialistams, sveikatos ir socialinės apsaugos darbuotojams. Kaimo nepatrauklumą didina tai, kad darosi vis sunkiau prieinamos švietimo, kultūros ir sveikatos apsaugos įstaigų paslaugos. Tęsiasi šių įstaigų uždarymo kampanija, grindžiama jų tinklo optimizavimo ir paslaugų kokybės gerinimo motyvais. Įrodinėjama, kad smulkesnės įstaigos nebeturi pakankamo skaičiaus klientų, todėl jų teikiamų paslaugų savikaina esanti per didelė, o specialistų kvalifikacija – nepakankama. Šias įstaigas uždarius, kaimiškųjų vietovių socialinės paslaugos labai pablogėjo: važinėjant į mieste įsikūrusias centralizuotas medicinos įstaigas tenka sugaišti labai daug laiko, laukti ilgose eilėse ir neretai grįžti nepatekus pas specialistą. Kaimuose dirbantys medikai geriau susipažinę su savo pacientų ligos istorijomis, gali efektyviau taikyti profilaktikos priemones, kurios ypač svarbios todėl, kad dalis kaimo gyventojų nepakankamai rūpinasi savo sveikata“.

Kaimiškose vietovėse dirbantys bendrosios praktikos slaugytojai, kurie bendradarbiauja su šeimos gydytojais, esant indikacijoms, suteikę ambulatorinę pagalbą, nukreipia pas šeimos gydytoją, aprūpina kaimo gyventojus vaistais, prireikus kviečia kitas specialiąsias tarnybas. Be to, jie moko vaikus ir suaugusius sveikos gyvensenos, pataria šeimos planavimo klausimais, prižiūri mamas pogimdyviniu laikotarpiu, bendradarbiauja su kitais sveikatos priežiūros specialistais, socialiniais darbuotojais. Uždarius ambulatorijas kaimiškose vietovėse nebelieka specialisto, kuriam rūpi kaimo žmonių sveikata.

2014 m. birželio 26 d. patvirtinta Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa, kurios strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Programoje įtvirtinti 4 tikslai:

1. sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį;
2. sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką;
3. formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą;
4. užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

Pasak Jasaičio (2014), naudojantis antropologine strateginio valdymo metodologija galima sudaryti konkretesnius, efektyvesnius ir glaustesnius bei patogesnius praktiniam naudojimui savivaldybių ilgalaikės strateginės plėtros planus, numatyti, kaip galima žymiai geriau ir sparčiau tenkinti svarbiausius rajono bendruomenės poreikius, optimaliai išnaudojant vietos išteklius. Naujoji strategija apimtų konkrečiai išdėstytą rajono viziją, numatančią visų gyvenviečių pažangą, išreikštą keturiuose pagrindinėse programose. Viena iš jų: sveikatos apsaugos ir socialinio aprūpinimo, numatančią visuotinę sveikos gyvensenos įgūdžių formavimą, sukuriant susirgimų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos sistemas, užtikrinant kokybišką visų sveikatos priežiūros, slaugos ir globos paslaugų prieinamumą, ypatingą dėmesį skiriant šeimos gydytojų institutui ir įtraukiant į šią veiklą vietos bendruomenes“.

„Žaliojoje knygoje“ akcentuojama, kad siekiant kokybiško gyvenimo kaime, turi būti rūpinamasi darbo vietų kūrimu plėtojant verslą, kiek ūkinė veikla suderinama su tvariu gamtos išteklių naudojimu ir gyventojų sveikata. Taip pat svarbi sritis, į kurią būtina atkreipti dėmesį - tai kaimo gyventojų gyvenimo kokybės gerinimas, siekiant sanglaudos tarp kaimiškųjų ir miesto regionų. „Žaliojoje knygoje“ (2010) rašoma, kad „siekdama parengti kuo labiau Lietuvos savitumą atitinkančią Lietuvos kaimo raidos strategiją, Vyriausybė kviečia Lietuvos visuomenę padėti išryškinti Lietuvos kaimo stiprybes, kurios iki šiol nepanaudojamos, nes trūksta menko postūmio, ir silpnybes, kurioms nacionalinės kaimo politikos kryptį po 2013 m. formuotojai turėtų suteikti prioritetą. Proveržis gali būti pasiektas, tik pasitelkus vietos iniciatyvą, padedančią atskleisti visas iki šiol nepanaudotas nišas, kuriant svajonių kaimą, kuris ne tik puoselėtų nacionalinę kultūrą ir gamtą, bet ir būtų gyvybingas naujame visuomenės išsivystymo etape – žinių visuomenėje, kur kaimo ekonomikoje vyrauja paslaugų sektorius“.

Vietos bendruomenės turi būti aktyvios siekiant bendruomenės narių geresnės sveikatos. Tai galima pasiekti rašant įvairius projektus, jų parengimui ir įgyvendinimui įtraukti ne tik vyresnio amžiaus žmones, bet ir jaunimą, bendradarbiauti su įvairiomis organizacijomis, visuomenės sveikatos biurais, vietos gydytojais.

### **Tyrimo problematika.**

Tyrimo problematiką galima apibrėžti keliais aspektais. Sveikos gyvensenos modelis neveikia daugelyje šeimų ir reikia išsiaiškinti, ko reikia, kad šis modelis taptų norma, kad žmogus padėtų pats sau, o nedarytų taip, kaip neretai daro dabar: pats žaloja savo sveikatą, o paskui tikisi, kad medikai ją

atstatys. Šiuo metu sveika gyvensena priklauso nuo materialinės šeimos padėties, išsilavinimo, gebėjimo racionaliai išnaudoti laisvalaikį, perspektyvų suvokimo. Analizuojant rajonų savivaldybių ilgalaikės strateginės plėtros planus pastebime, kad sveikai gyvensenai nėra skiriama tiek dėmesio, kiek reikėtų. Užmiesčio vietovėse vis dar stokojama darbo vietų, kurios atitiktų gyventojų pasirengimą, jų profesinius interesus ir polinkius, uždaromos ambulatorijos, ugdymo įstaigos, kultūros centrai, prastėja susisiekimas su miestu. Visa tai įtakoja gyventojų sveikatą.

Iškelti probleminiai klausimai:

1. Kokios yra pagrindinės sveikatos priežiūros strateginės problemos?
2. Kaip sveikatos priežiūros ir sveikos gyvensenos problemas bandoma spręsti dabartinėse viešojo sektoriaus institucijų strategijose, politinių partijų programose?
3. Kokias tobulinimo kryptis galima parengti viešojo valdymo institucijoms, politinėms partijoms, nevyriausybinėms organizacijoms ir vietos bendruomenėms bei šeimoms, siekiant sumažinti sveikatos priežiūros sistemos strategines problemas?

**Tyrimo objektas:** Sveikatos priežiūros strateginės problemos atokesnėse vietovėse.

**Tyrimo dalykas:** veiksniai, įtakoiantys sveikatos priežiūros strategines problemas Joniškio rajone bei galintys įtakoti pozityvius sveikatos priežiūros pokyčius.

**Tyrimo tikslas:** ištirti sveikatos priežiūros sistemos strateginių problemų valdymo galimybes.

Siekiant šio tikslo, iškelti tokie **uždaviniai**:

1. Išanalizuoti mokslinę Lietuvos ir užsienio autorių literatūrą bei kitus informacijos šaltinius sveikatos priežiūros strateginių problemų klausimais.
2. Išsiaiškinti sveikatos priežiūros ir sveikos gyvensenos strateginių problemų ypatumus.
3. Atlikti Joniškio rajono gyventojų nuomonės tyrimą, išskiriant sveikatos priežiūros paslaugų valdymo elementus.
4. Parengti atlikto tyrimo išvadas ir pateikti rekomendacijas viešojo valdymo institucijoms.

**Pagrindinis ginamasis teiginys.** Atokesnėse vietovėse gyventojų sveikatos pokyčiams turi įtakos didėjanti gyventojų migracija ir nepalanki aplinka: sunkiau prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, didėjantis psichotropinių medžiagų vartojimas, ypač jaunimo tarpe, nedarbas, nepalanki gyvenamoji aplinka, emocinė įtampa, socialinės problemos. Vietinė valdžia galėtų tobulinti sveikatos priežiūros strategiją, skatinti įvairius sveikatinimo projektus, pasitelkiant vietos bendruomenes, žiniasklaidą, sveikatos priežiūros įstaigas.

**Tyrimo metodai ir organizavimas:**

**1. Literatūros analizė.** Siekiant atskleisti sveikatos priežiūros strateginių problemų valdymo teorinius aspektus, buvo naudojamos įvairiais užsienio bei lietuvių mokslinės literatūros šaltiniais: monografijomis, knygomis, moksliniais straipsniais.

**2. Dokumentų analizė.** Siekiant atskleisti sveikatos priežiūros strategines problemas ir jų valdymą Lietuvoje, buvo nagrinėjami Lietuvos Respublikos teisės aktai, dokumentai. Taip pat naudoti situaciją rajone aprašantys dokumentai: strateginiai veiklos planai, ataskaitos.

**3. Statistinių duomenų analizė.** Siekiant atskleisti esamą rajono gyventojų sveikatos priežiūros strateginių problemų situaciją, analizuoti Joniškio rajono savivaldybės statistiniai duomenys, naudojant tokius aprašomosios statistikos metodus: analizė, grupavimas, sisteminimas, lyginimas, grafinis vaizdavimas.

**4. Kiekybinis ir kokybinis tyrimai,** duomenų apdorojimo statistiniai metodai (SPSS), duomenų loginiai analizės būdai (lyginimas, grupavimas, svarbiausių veiksnių išskyrimas, detalizavimas ir apibendrinimas), duomenų grafiniai analizės būdai. Siekiant identifikuoti sveikatos priežiūros strategines problemas Joniškio rajone bei numatyti jų tobulinimo kryptis, buvo atliktas kokybinis (pusiau struktūruotas interviu) tyrimas su Joniškio rajono seniūnais. Siekiant išsiaiškinti jaunimo požiūrį į sveikos gyvensenos reikšmę, buvo atliktas kiekybinis (klausimynas) tyrimas, apklausiant Joniškio „Aušros“ bei ŽŪM 11-12 klasių moksleivius.

**Darbo struktūra.** Magistro darbą sudaro įvadas, trys dalys (teorinė, metodologinė ir empirinė), išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas bei priedai. Pirmoji darbo dalis skirta sveikatos priežiūros strateginių problemų valdymo teoriniam pagrindimui. Šioje darbo dalyje atskleista sveikos gyvensenos samprata ir perspektyvos, sveikatos strateginių problemų samprata ir reikšmė jų valdymo kontekste, politinių partijų požiūris į sveikatos apsaugą, apžvelgiama sveikatos sistema neurbanizuotose ir žemo urbanizacijos lygio vietovėse. Antroje darbo dalyje pristatyta Joniškio rajono savivaldybės sveikatos priežiūros strateginių problemų tyrimo metodologija – pateiktas tyrimo metodologinis pagrindimas, pristatyti dokumentų analizės ir kiekybinio ir kokybinio tyrimų metodų taikymo ypatumai. Trečioje daro dalyje išanalizuoti Joniškio rajono savivaldybės sveikatos priežiūros strateginių problemų tyrimo rezultatai. Šioje darbo dalyje pristatyta Joniškio rajono savivaldybės seniūnų, 11-12 klasių jaunimo, požiūris į Joniškio rajono savivaldybės sveikatos priežiūros strateginių problemas, jų sprendimų būdus, analizė.



# 1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS STRATEGINIO VALDYMO TEORINIAI ASPEKTAI

## 1.1. Sveikos gyvensenos samprata ir perspektyvos

Žmogus pats yra atsakingas už savo sveikatą, turi ja rūpintis, stiprinti ir tausoti. Žmonės turėtų suprasti tai ir norėti būti sveiki. Norint išsaugoti sveikatą ir nepabloginti gyvenimo kokybės, būtina laikytis tam tikrų sveikos gyvensenos principų: racionaliai maitintis, stiprinti fizines ir psichikos galias, būti fiziškai aktyviems, atsisakyti žalingų įpročių. 1 lentelėje aprašoma sveikatą nulemiančių išorinių ir vidinių veiksnių sąveika.

1 lentelė

**Sveikatą nulemiantys išoriniai ir vidiniai veiksniai**

Makroveiksniai	Veiksniai	
	Stiprinantys sveikatą	Silpninantys sveikatą
Paveldimumas 10-15 proc.	Nėra įgimtų ligų	Įgimtos ligos ir sutrikimai, genetinis polinkis ligai
Aplinka 30-40 proc.	Tinkamos ir palankios darbo, gyvenimo, klimato, ir aplinkos sąlygos, ekologiška aplinka	Nepalankios gyvenimo ir gamybos sąlygos, ekstremalios klimato ir aplinkos sąlygos, bloga ekologinė aplinka
Sveikatos apsauga 8-10 proc.	Sveikatos kontrolės sistema, prevencijos priemonių programos, operatyvi ir visapusiška medicinos pagalba	Neveikianti nuolatinės medicininės kontrolės sistema, žemo lygio pirminė ligų profilaktika, nekokybiškas medicininis aptarnavimas.
Gyvenimo būdas ir sąlygos 40-60 proc.	Racionalus kasdieninės veiklos organizavimas, nuolatinė gyvenamoji vieta, pakankamas fizinis aktyvumas, socialinis ir psichologinis komfortas, racionali ir subalansuota mityba, žalingų įpročių vengimas, ugdymas ir švietimas	Neracionalus gyvenimo būdas, migracija, socialinis ar psichologinis diskomfortas, nesubalansuota mityba, žalingi įpročiai, žinių sveikatinimo klausimais neturėjimas

Sudaryta: autorės pagal Dadelo (2015)

Žmogaus savijauta priklauso nuo to, kokiomis vertybėmis jis vadovaujasi ir nuo to, kaip žmogus reaguoja į įvairias gyvenimo situacijas. Gyvenimo vertybės ir tikslai yra pakankamai svarbūs siekiant išvengti įvairių negalavimų. Būtina žinoti, kad asmenybės elgesys yra formuojamas visuomenės, švietimo sistemos, o svarbiausia – šeimos. Pasak Dadelo (2015), „tinkamas ir netinkamas asmenybės elgesys perkeliamas į šeimą. Susiduriant su sveikatos problemomis tenka pripažinti, kad dažniausiai tai yra elgsenos pasekmė. Mūsų elgesį formuoja aplinka, kurioje gyvename. Savarankiškai pozityviai keisdami savo gyvenseną, geru pavyzdžiu skatiname aplinkinių gyvensenos kaitą ir sveikatos gerinimą. Šis procesas sėkmingesnis, jei žmogų morališkai palaiko šeima, artimi jam žmonės, bendruomenė, darbo kolektyvas, jei įsitraukia savivaldybės ir kitos valstybinės, o svarbiausia – švietimo įstaigos. Juk sveikatą tausojantis elgesys savaime

nesusiformuoja – jis yra ugdomas. Geriausių ugdymo rezultatų galima tikėtis vaikystėje ir jaunystėje. Kyla būtinybė turėti sveikos gyvensenos žinių“.

Sunki Lietuvos, kaip šalies, ir šeimos ekonominė padėtis sudaro sąlygas vaikams ir jaunimui degraduoti kaip asmenybėms, dalis jų pamažu tolsta nuo ugdymo įstaigų. Didelę įtaką vaiko sveikai gyvensenai turi aplinka, kurioje jis auga, tėvų statusas visuomenėje. Šveikauskas (2008) teigia, „dalis tėvų, nepajėgdami rasti vietos rinkos pasaulyje, laiko save nereikalingais, nesugeba keisti profesijos, kad galėtų išlaikyti savo šeimą. Bedarbiai vyrai dažniausiai patiria psichines traumas, todėl tampa blogais savo vaikų auklėtojais, tėvais ir vyrais“. Tėvai turi suvokti rizikos savo vaikų sveikatai grėsmę, tai turi būti motyvacija keisti savo gyvenimo būdą nuo pat nėštumo pradžios ir atsakingos tėvystės metu. Edvardsson (2011), teigia, kad „tėvų motyvacija ir prioritetai savo sveikatai šiuo laikotarpiu yra per maži, reikėtų atsižvelgti į tai kuriant sveikatos skatinimo programas“. Šiuolaikiniame gyvenimo reikia atsižvelgti ir į lyčių lygybę sveikatinimo programose. Į šias veiklas reikia įtraukti ir vyrus, suteikti jiems galimybę dalyvauti gyvenimo būdo pokyčiuose, taip būtų skaitinamas geresnis sveikatos žinių įsisavinimas. Tai būtų naudinga visai šeimai. Be to, didžiausios visuomenės problemos tėvams neatrodo kaip didžiausi gyvenimo pavojai jų vaikams.

Jaunų žmonių sveikatai ir jos kokybei didelę reikšmę turi švietimas. Šio laikotarpio pagrindinė problema yra socialinis pažeidžiamumas dėl didėjančio nedarbo jaunimo tarpe, todėl žmogus nesugeba rasti savo vietos, opi savirealizacijos problema. Pasak Juškelienės (2012), „šių dienų vaikų, paauglių ir jaunuolių modernių socialinių ekonominių bei technologinių pokyčių fone sveikatai išskylančius iššūkius apibūdina PSO Ekonomikos ir socialinių ryšių departamento ataskaita „Pasaulio jaunimo ataskaita. Jaunų žmonių situacijos analizė pasaulyje“, kuriame teigiama, kad „kokybiško švietimo prieinamumas, geresnė socialinė integracija ,aktyvus paties jaunimo įtraukimas į sveikatinimo veiklą, „draugiškų“ jaunimui sveikatos paslaugų teikimo galimybių kūrimas – tai būdai šioms problemoms spręsti“.

Rūkymas yra vienas iš labiausiai paplitusių nesveikos gyvensenos įpročių ir yra vienas iš svarbiausių lėtinių ligų rizikos veiksnių. Anot Jankausko (2015), „Remiantis 2005 m. Statistikos Departamento atlikto Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo duomenimis, kasdien rūko ketvirtadalis 15 metų ir vyresnių gyventojų (42 proc. vyrų ir 10 proc. moterų). Ypač pavojinga rūkyti nėščiosioms – padidėja tikimybė, kad kūdikis gims negyvas arba neišnešiotas. Rūkančiųjų moterų kūdikiai dažniau serga, blogiau vystosi“. Vaikai, kurie auga rūkančių tėvų šeimose, ir tie, kurie nuolat kvėpuoja cigarečių dūmais, užauga agresyvesni negu bendraamžiai. Pasyviai rūkantys vaikai dažnai turi polinkį į asocialų elgesį, linkę smurtauti, vartoti psichotropines medžiagas.

Beveik pusė Lietuvos vyrų ir viena iš šešių moterų turi sunkumų dėl alkoholinių gėrimų vartojimo. PSO duomenimis, Lietuva patenka tarp daugiausia alkoholio suvartojančių Europos

valstybių. Šalyje aukštas alkoholizmo lygis (8 litrai ir daugiau vienam gyventojui). Siekiant sustabdyti alkoholio perdavimą iš kartos į kartą, rekomenduojama prioritetą teikti alkoholizmo prevencijos programoms, visuomenės informavimo kompanijoms, bendrosios praktikos bei akušerių mokymams, kad specialistai galėtų laiku pastebėti per daug alkoholio vartojančius tėvus ir imtis reikiamų veiksmų. Naujausiais (2017 metų) PSO duomenimis Lietuvos gyventojai tapo „pasaulio rekordininkais“ – 16 litrų „grynojo alkoholio“ per metus vienam gyventojui. Nors Lietuvos statistikos institucijos pateikia kiek mažesnius duomenis, tačiau nėra abejonės, kad ši problema yra daug didesnė, negu buvo manoma viešojoje erdvėje.

Priklausomybė psichotropinėms medžiagoms labai priklauso nuo to, kokį socialinį gyvenimą žmogus gyvena. Pasak Bulotaitės (2009), „jei jis neturi paramos, pagalbos, supratimo šeimoje, bendraudamas su draugais, aplinkiniais, jei šis bendravimas, santykiai jam teikia malonumo, yra didelė tikimybė, kad formuosis patologiniai priklausomybės santykiai su įvykiais ar objektais. Natūralūs santykiai paremti ir davimu, ir gavimu“. Ši autorė pabrėžia, kad „galima išskirti 5 pagrindines pirminės prevencijos strategijas:

1. Informacijos skleidimas. Šios strategijos tikslas – suteikti žinių apie narkotikus, jų poveikį ir vartojimo pasekmes.
2. Atsakingo elgesio ugdymas. Tikslas – padidinti savivertę, mokyti priimti atsakingus sprendimus, skatinti bendravimą.
3. Alternatyvos. Tikslas – padidinti savivertę, teikti narkotikų vartojimo alternatyvas.
4. Pasipriešinimo įgūdžiai. Tikslas – susipažinti su galimu socialiniu spaudimu rūkyti, gerti ir vartoti narkotikus, formuoti pasipriešinimo tam įgūdžius ir atsparumą.
5. Asmeninių ir socialinių įgūdžių ugdymas. Tikslas – ugdyti sprendimo priėmimo, bendravimo, kritinio mąstymo ir kt. įgūdžius“.

Psichotropinių medžiagų vartojimo prevencijos priemonės turi remtis teoriniu modeliu, kuris ne tik paaiškina vartotojo elgesį, bet ir pagrindžia prevencijos priemonių tikslingumą.

Norint išsaugoti ir stiprinti sveikatą, reikia laikytis sveikos mitybos režimo, mityba turi atitikti organizmo fiziologinius poreikius, remtis sveikos mitybos piramidės rekomendacijomis. Anot Dadelo (2015), „mityba – tai organizmo sąlytis su aplinka, sudėtingas socialinis ir biocheminis procesas, lemiantis kiekvieno individo ir visos visuomenės elgseną ir kartu darantis jiems didelę įtaką“. Jankauskas (2015) akcentuoja, kad „Lietuvos gyventojų mitybos tyrimas parodė, kad tik 21,3 proc. lietuvių, rinkdamiesi maistą, galvoja apie jo naudą sveikatai. Labiausiai maisto produktų pasirinkimą lemia jų kaina – 36,8 proc., kiek mažiau produkto skonis – 27,9 proc. Maisto pasirinkimą 9,9 proc. atvejų lemia šeimos įtaka.“. Ypač neramu dėl vaikų sveikos mitybos įpročių, vartojama per daug cukraus, gazuotų gėrimų, per mažai daržovių, žuvies.

Mityba ir fizinis aktyvumas turi didelę reikšmę žmogaus gyvenimo trukmei, sveikatai bei darbingumui. Dadelo (2015) taip pat mini, kad „nepakankamas fizinis aktyvumas – modernios visuomenės požymis ir problema. Nepakankama fizinė veikla daro neigiamą įtaką visuomenės darbingumui, sergamumui ir gyvenimo trukmei didina visuomenės atskirtį ir išlaidas sveikatos apsaugai. Fizinio aktyvumo ir sveikatos veiksniai tiesiogiai priklauso vienas nuo kito. Sveikesni žmonės daugiau juda, įgyvendina sudėtingus projektus, kuria daugiau pridėtinės vertės, reikalauja mažesnių išlaidų brangiai sveikatos priežiūrai, siekia daug geresnės sveikatos, ilgiau išlieka gyvybingi“. Žmogaus fizinei ir psichinei būklei fizinis aktyvumas be galo svarbus, jo stoka yra viena iš pagrindinių daugumos lėtinių ligų priežastis. Nejudrus gyvenimo būdas, sėdimas darbas mažina raumenų tonusą, trikdo koordinaciją, centrinės nervų sistemos veiklą. Visa tai turi įtakos atramos aparatui, skatina greitesnį jo susidėvėjimą, paankstina sąnarių ligas. Fizinis aktyvumas tai ugdomas įgūdis, kuris efektyviausiai formuojamas vaikystėje, paauglystėje ir jaunystėje. Privalomos fizinio aktyvumo pratybos darželiuose, mokyklose ir universitetuose turėtų būti pagrindine visuomenės sveikatinimo ir darbingumo ugdymo priemone“.

## 1.2. Sveikatos priežiūros strateginės problemos

Sveikatos stiprinimas tai veikla, turinti aiškų tikslą – išvengti ligų, mokyti žmones sveikos gyvensenos ar nukreipti veiklą į socialinius bei aplinkos veiksnius, turinčius įtakos žmonių sveikatai. Sveikatos stiprinimą galima apibūdinti kaip kompleksą, kuris padeda orientuoti sveikatos veiklą veikiant netolygumus sveikatos priežiūros srityje, taip pat bendradarbiavimo ir dalyvavimo skatinimas. Kitos sveikatos stiprinimo priemonės yra įstatymai, nutarimai, taisyklės, kurias efektyvios tik tuomet, kai savanoriški pokyčiai taikomi kartu su kontrole ir nuobaudomis.

**Strateginės problemos**, kurias būtina spręsti kompleksiskai: visuotinis sveikos gyvensenos formavimas, galimybė laiku pasitikrinti sveikatos būklę, susirgus laiku gauti pagalbą (šeimoms gydytojų instituto stiprinimas, galimybė operatyviai patekti pas specialistą, tolygus regionų aprūpinimas medikais);

**Strateginis tikslas** – pasiekti, kad šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Anot Stoner (2005), strategija tai „tam tikras veiklos modelis. Šiuo požiūriu strategija gali būti norima ir reali. Sumanymas gali skirtis nuo realios strategijos. Strategija kaip planas, gudrybė ar modelis įvertina vidinę organizacijos aplinką“. Anot Makštučio (2016), „strateginis valdymas apibūdina darnios valstybės ir visuomenės raidos veiksmų vienovės problemas, kurias XXI amžiuje valstybės lygmeniu yra sudėtinga spręsti“. Lietuvos

sveikatos mokslų universiteto (LSMU) psichologijos srities profesorė Žemaitienė (2011), teigia, kad „sveikatos stiprinimo strategija pagrįsta atsakymu į klausimą, kur sukuriama sveikata. Sveikatą sukuria ir ją palaiko žmonės savo kasdieninio gyvenimo aplinkoje. Sveikata puoselėjama rūpinantis savimi ir kitais, sugebant priimti sprendimus, kontroliuojant savo gyvenimo aplinkybes ir garantuojant, kad visuomenė, kurioje žmogus gyvena, suteiktų sąlygas, užtikrinančias visų savo narių sveikatą“. Nors daugelis europiečių gyvena ilgiau ir sveikiau nei ankstesnių kartų gyventojai, vis dar yra daug sveikatos netolygumų ir skirtumų tarp valstybių narių ir regionų.

Per pastaruosius dešimtį metų pastebima, kad žmogus nepakankamai dėmesio skiria savo sveikatos apsaugai, trūksta sveikos gyvensenos įgūdžių. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) sveikatą apibrėžia kaip visiškos fizinės, protinės ir socialinės gerovės būseną. Todėl pagrindinė sveikos gyvensenos kryptis turi būti žmogaus fizinės prigimties, o ne atskirų fizinio pajėgumo požymių ugdymas, atsižvelgiant į amžių, psichinę ir dvasinę būklę, gyvenseną ir laisvo pasirinkimo teisę. Sveikatos ugdymas yra jos stiprinimo pagrindas, kuris skatina naudingų įpročių, vertybių ir elgesio formavimąsi.

Sveiko gyvenimo įpročių ugdymas nuo pat vaikystės yra pats svarbiausias sveikatos stiprinimo veiksnys, nes žinios, geri įgūdžiai ir pavyzdžiai yra reikalingi tam, kad galėtume įvertinti ir išsiugdyti teigiamas nuostatas bei pajusti atsakomybę už savo sveikatą. Rūpintis sveikata žmogui reikia visą gyvenimą. Šiais laikais vis labiau pabrėžiamas sveikos gyvensenos ir sveikatos ryšys ir tikima, kad individų atsakomybė už savo pačių sveikatą ir gerą savijautą didėja. Anot Proškuvienės (2014), „žmogaus sveikatą lemia šie pagrindiniai veiksniai:

1. Paveldimumas (genetika), t. y. biologiniai organizmo ypatumai.
2. Aplinka – fizinė ir socialinė.
3. Žmogaus gyvenimo būdas.
4. Medicinos pagalbos lygis ir prieinamumas.

Sveikata nuo paveldimumo priklauso apie 20 proc. Paveldimų ligų yra daug, jos išgydomos retai, todėl vaikų sveikatai gerinti daugiau galimybių yra veikiant kitas tris veiksnių grupes. Aplinkos įtaka sveikatai taip pat sudaro apie 20 proc. Blogos fizinės aplinkos sąlygos (užterštas oras, vanduo, dirvožemis, maisto produktai), prastos šeimos gyvenimo sąlygos, žemas išsilavinimas, menkos pajamos, nepalanki fizinė ir psichologinė aplinka mokykloje ir pan. daro neigiamą įtaką sveikatai. Didžiausią poveikį (apie 50 proc.) sveikatai turi žmogaus gyvenimo būdas, jo pastangos gyventi sveikai“. Taigi, pusę savo sveikatos potencialo susikuriame patys. Sveikas gyvenimo būdas yra pagrindinė sąlyga gerai jaustis, išvengti ligų ir sveikatos sutrikimų, atitolinti senatvę ir ilgai išlikti darbo rinkoje.

Žmogaus gyvenimo būdas priklauso nuo aplinkos, kurioje jis gyvena. Proškuvienė (2014) teigia, kad „žmogaus gyvensena priklauso nuo biologinių, socialinių bei kultūrinių veiksnių ir formuojasi veikiamą socialinės aplinkos, bendraujant su tėvais ir kitais šeimos nariais, aplinkiniais žmonėmis“. Vaiko, pradėjusio lankyti ikimokyklinę ugdymo įstaigą, jo gyvenimo būdą jau veikia ugdymas toje įstaigoje. Tiek vaikų, tiek suaugusiųjų gyvenimo būdą labai veikia šiuolaikinės žiniasklaidos priemonės, o ypač reklama.

Apie šeimos įtaką vaiko sveikatai kalba ir V. Pilipavičius (2014), teigdamas, jog „jaunas žmogus – sumanymų tęstinumo garantas, o kartų kaita – tai amžinas klausimas reikalaujantis nuolatinių atsakymų: ką būtina ir privalu perduoti bei kokius savarankiškumo, kūrybiškumo ir inovatyvumo gebėjimus ir įgūdžius reikia formuoti jaunajai kartai, kad būtų užtikrinta kultūros transliacija, o tuo pačiu atvertos galimybės ateities kartoms“. Vaiko ateitis bus tokia, kokios bus jo vertybinės nuostatos kaip besiformuojančios asmenybės, tam didelė šeimos bei visuomenės įtaka.

Sveika gyvensena – tai kasdieninis gyvenimo būdas, kuris padeda žmogui išlikti sveikam, gerinti bei saugoti savo sveikatą. Pagrindiniai sveikos gyvensenos principai yra mityba, fizinis aktyvumas, grūdinimasis, darbo ir poilsio režimas, kūno priežiūra ir asmens higiena, psichinė sveikata, saugi ir sveika aplinka, gyvenimas be žalingų įpročių. Proškuvienė (2014) pažymi, kad „medikų pastangos, jų veikla lemia tik apie 10 proc. sveikatos. Tradicinė medicina nustato ligas ir gydo. Tačiau dabar vis daugiau dėmesio skiriama ligų profilaktikai ir sveikatos stiprinimui, į pirmą vietą iškeliant sveikos gyvensenos ugdymą. Išvengti ligos yra daug naudingiau tiek žmogui, tiek visai visuomenei“.

Darbo ir poilsio režimas turi didelę reikšmę žmogaus sveikatai ir gyvenimo kokybei. Svarbu mokytis planuoti dienos režimą, atsižvelgiant į sveikatos specialistų rekomendacijas bei į individualias sveikatos bei socialines ypatybes. Taip pat svarbu ugdyti nuostatas kūrybiškai taikyti įvairias poilsio ir rekreacijos formas savo gyvenime. Racionalus dienos režimas padės išvengti pervargimo, išlaikyti darbingumą, sustiprinti sveikatą. Žmonės, sugebantys suderinti poilsio ir darbo režimą, geriau išlaiko emocinę pusiausvyrą kasdienėse stresinėse situacijose, lengviau išsprendžia išskylančias problemas.

Gerai žmogaus psichinei būklei įtakos turi geros savijautos pojūtis, geras savęs vertinimas, optimizmas, gebėjimas užmegzti asmeninius santykius, gebėjimas susitvarkyti su sunkumais, problemomis, gebėjimas ramiai reaguoti į stresines situacijas, valdyti savo emocijas. Stresą visi patiriame kasdien – mašinų spūstys, konfliktai darbe ar namuose, augančios kainos, triukšmas, netektys, darbo praradimas ir pan. Anot Klaipėdos universiteto mokslininkės Rapolienės (2012), „stresas apibūdinamas kaip nespecifinis adaptacijos komponentas, atliekantis mobilizuojantį vaidmenį ir lemiantis energetinių ir plastinių resursų įtraukimą adaptaciniam organizmo

persitvarkymui. Jis lemia, kaip žmogus jaučiasi, galvoja ir elgiasi. Stresas, būdamas psichofiziologiniu fenomenu, neatskiriama susijęs su žmogaus profesine veikla ir stipriai veikia jos efektyvumą, dažnai jį sumažindamas, o ūmių ilgų ir nepertraukiamų konfliktinių situacijų sąlygomis, emocinis stresas sąlygoja kitų įvairių psichosomatinių ligų ir neurozinių procesų atsiradimą. Neuroziniai sutrikimai amžiaus ir darbo trukmės įtakoje didėja“. Aplinkos grėsmė, reikalavimų ir galimybių disbalansas nulemia tai, kad žmogus pradeda prasčiau atlikti tam tikras užduotis, blogėja sveikata ir gyvenimo kokybė. Dėl patiriamo streso žmogus tampa agresyvus, gali susirgti depresija, gresia elgesio sutrikimai, dvasinė degradacija, mažėja kūrybinis potencialas, iškreipiamas žmogaus socialinis gyvenimas.

Dokumente „Sveikata XXI amžiuje“ teigiama, kad psichinių sveikatos problemų rizikos faktorių skaičius didėja. Juos sudaro nedarbas ir skurdas, migracija, politinis nestabilumas, didėjanti įtampa tarp etninių ir kitokių grupuočių, didėjantis benamių skaičius, įvairių formų narkomanijos plitimas, vienatvė ir socialinių ryšių praradimas socialinis – ekonominis nestabilumas ir neužtikrintumas.

**Galimybė laiku pasitikrinti sveikatą.** Kiekvienam žmogui rekomenduojama pasitikrinti savo sveikatą bent kartą per metus. Profilaktinių patikrinimų tikslas – įvertinti paciento sveikatos būklę, nustatyti profesines ligas. Ankstyva ligų diagnostika leidžia užkirsti kelią progresuoti daugeliui ligų, jas galima veiksmingai gydyti. Deja, į šeimos gydytojus žmonės kreipiasi tuomet, kai jau kamuoja įvairūs negalavimai, vargina skausmai. Skausmui malšinti vartojamos tabletės nuo skausmo, peršalimui gydyti – antibiotikai. Tai ypač aktuali problema, nes neracionalus antimikrobinių vaistų vartojimas visame pasaulyje kelia svarbią visuomenės sveikatos problemą – mikrobu atsparumą šiems vaistams. Mikrobai kinta ir prisitaiko prie antibiotikų.

Profilaktiniams patikrinimams kaimiškų vietovių gyventojai pas šeimos gydytojus neatvyksta ir dėl susisiekiimo problemų. Pastaruoju metu kaimuose uždaromos švietimo, kultūros bei sveikatos priežiūros įstaigos. Pasak Jasaičio (2014), „įrodinėjama, kad smulkesnės įstaigos nebeturi pakankamo skaičiaus klientų, todėl jų teikiamų paslaugų savikaina esanti per didelė, o specialistų kvalifikacija – nepakankama. Tačiau gyventojai teigia, kad valdymo institucijos tokiu būdu siekia tik vieno tikslo – bet kuriomis priemonėmis mažinti biudžeto išlaidas, skiriamas socialinėms programoms. Šias įstaigas uždarius, kaimiškųjų vietovių socialinės paslaugos labai pablogėjo: važinėjant į mieste įsikūrusias centralizuotas medicinos įstaigas tenka sugaišti labai daug laiko, laukti ilgose eilėse ir neretai grįžti nepatekus pas specialistą“. Kaimuose dirbantys medikai geriau susipažinę su savo pacientų ligos istorijomis, gali efektyviau taikyti profilaktikos priemones, kurios ypač svarbios todėl, kad dalis kaimo gyventojų nepakankamai rūpinasi savo sveikata“. Kaimų ambulatorijose ar medicinos punktuose dirbantys medikai yra geriau susipažinę su pacientų ligų istorijomis, todėl gali efektyviau

taikyti profilaktikos priemones, nes daugelis kaime gyvenančių žmonių patys nesugeba pasirūpinti savo sveikata.

Beje, paciento – gydytojo santykių kokybė turi įtakos galutiniam sveikatos priežiūros rezultatui, t. y. jei santykiai geri, tai pacientas bus labiau linkęs vykdyti gydytojo nurodymus. Žemaitienė (2011) nurodo, kad „pacientai geriausiai laikosi rekomendacijų tais atvejais, kai jaučiasi iš gydytojo gavę pakankamai informacijos apie patiriamų simptomų priežastis ir tikėtiną ligos trukmę, kai po konsultacijos nelieka neatsakytų klausimų ir nepatenkintų lūkesčių. Iki šiol atliktų gydymo nurodymų laikymosi ir gydytojo komunikavimo stiliaus sąsajų tyrimų apžvalgos rodo, kad į pacientą nukreiptas bendravimas susijęs su geresniais gydymo rekomendacijų laikymosi rodikliais“.

Mieste gyvenantiems žmonėms yra geresnės galimybės patekti pas gydytoją nei kaimiškųjų vietovių gyventojams. Anot Leonavičiaus (2007), „kol galime nustatyti reikšmingus visuomenės grupių galimybių naudotis sveikatos priežiūra ir pačios sveikatos skirtumų ryšius su gyvenamąja teritorija, išsilavinimo, pajamomis, lytimi ir t.t. , tol mirtingumo ar sveikatos skirtumai pirmiausia turi būti mažinami, suvienodinant sveikatos paslaugų vartotojų galimybes. Tai iš esmės yra makrostruktūrinių reformų uždavinys. Tik santykinai aukštas pragyvenimo lygis gerovės valstybėse, leidžiantis sukurti panašias sveikatos priežiūros sąlygas skirtingoms socialinėms grupėms, sudaro prielaidas platesniems ir gilesniems sveikatos rizikos tyrimams bei tų rizikų mažinimui. Apie sveiką mitybą, rūkymo ir alkoholio vartojimo įpročius, sociopsichologinį stresą, aktyvų gyvenimo būdą efektyviausia kalbėti tuomet, kai dauguma gyventojų turi realias materialines galimybes pasinaudoti šiomis sveikos gyvensenos galimybėmis“.

**Susirgus laiku gauti pagalbą.** 2002 m. Sveikatos apsaugos ministras sudarė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisiją, kuri parengė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos tikslus, uždavinius ir prioritetus. Buvo suformuoti trys restruktūrizavimo etapai – pirmas (2003 – 2005 metams), antrasis ( 2006 – 2008 metams), trečiasis ( 2009 – 2011 metams). LR Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarime Nr. 335, sveikatos priežiūros restruktūrizavimą numatyta vykdyti laikantis trijų pagrindinių krypčių – ambulatorinių paslaugų (ypač pirminės sveikatos priežiūros) plėtojimo, stacionarinių paslaugų teikimo optimizavimo ir alternatyvių veiklos formų plėtros, medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sferos stiprinimo.

Pasak Virkečio (2016), „dėl Lietuvoje vykdomo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo ir vis labiau centralizuojamų stacionarinių paslaugų, keičiasi transportuojamų ir savarankiškai į Priėmimo skubios pagalbos skyrius atvykstančių pacientų srautai. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų priėmimo skyriuose neplanuotai ir nevaldomai išaugę pacientų srautai gali iš esmės pabloginti tose ligoninėse teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, nors deklaruojami



restruktūrizavimo tikslai – paslaugų prieinamumas ir kokybės gerinimas. Daugelyje ligoninių, uždarius skubią medicinos pagalbą teikiančius skyrius (priėmimo, reanimacijos, chirurginio profilio), skubi medicinos pagalba pacientams gali tapti sunkiau prieinama arba suteikta nekokybiškai ir ne laiku (10-ies rajonų ligoninių chirurgijos skyriai uždaryti po trečio restruktūrizacijos etapo). Nors pacientų srautai iš tokių ligoninių, siekiant suteikti skubią medicinos pagalbą, bus nukreipti į universitetų ar didžiųjų miestų ligonines, apie kokybišką pacientų transportavimą į šias įstaigas ir atgal dar diskutuojama“.

LR sveikatos apsaugos ministerija Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaitoje (2013) pažymi, kad prastas medicinos pagalbos prieinamumas yra dėl sudėtingos ir neefektyvios LNSS (Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema) veiklos dėl organizacinių priemonių stokos ir blogo valdymo, per mažo finansavimo, netinkamo ir nepakankamo reguliavimo valstybės ir savivaldybės lygmeniu. Be to, didelės įtakos turi netolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas: didelis sveikatos priežiūros specialistų skaičius didžiuosiuose miestuose, jų stoka rajonuose. Žmogiškųjų išteklių, ypač slaugytojų, trūkumas, kvalifikuotų sveikatos specialistų emigracija bei dideli skirtumai tarp sveikatos sektoriaus darbuotojų atlyginimų.

Kiekvieno žmogaus teisė – prieinama sveikatos priežiūra nepaisant to, kur žmogus gyvena, kiek jam metų, koks jo statusas ir pan. Anot Misiūnienės (2013), „tai ypač svarbu kaimo vietovėse: „vyresnio amžiaus asmenų sveikatos priežiūros paslaugų problematika kaime yra ypatinga, nes šios socialinės grupės sveikatos priežiūros paslaugas riboja prasta asmenų sveikatos būklė, t. y. jiems sunku laukti eilėse ir fiziškai pasiekti instituciją“; „menkai išplėtotą medicinines paslaugas ir socialinių paslaugų vaikams ir suaugusiems infrastruktūra kaimiškose vietovėse“, „ribotas medicinos paslaugų tinklas.“

Be to, kaimo vietovėse sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas susijęs su susisiekiimo galimybėmis. Tai yra atstumas iki gydymo įstaigos, viešojo transporto prieinamumas ir laikas, per kurį pacientas pasiekia sveikatos paslaugas teikiančią įstaigą. Didelė problema ir tam tikrų specialistų trūkumas, todėl žmonėms tenka važiuoti toli nuo savo gyvenamosios vietos tam, kad atliktų reikiamus tyrimus. Lietuvoje pastaraisiais metais vis labiau ėmė didėti gyvenimo lygio skirtumai tarp miesto ir kaimo. Atlikti kaimo socialinės raidos tyrimai rodo, kad kaimo gyventojų lygis yra žemesnis nei miesto. Kaimo gyventojų demografinė sudėtis, didelis nedarbas, smulkūs ūkiai daro ypač didelę įtaką gyvenimo lygiui kaime.

Statistikos departamento duomenimis (2012), kaimo gyventojų piniginių pajamų didelę dalį sudaro pensijos ir pašalpos. Kaime išryškėjęs paslaugų nepakankamumas arba labai ribotos galimybės teikti kultūros, sveikatos priežiūros, socialines paslaugas vaikams ir kitiems bendruomenės gyventojams. Todėl ypač svarbu priartinti prie vietos bendruomenių gyventojų svarbiausias jiems

reikalingas paslaugas: kultūros, socialines, sporto, jaunimo veiklos ir pan., kitos paslaugas, kurios reikalingos vietos bendruomenei. Esminė sąlyga įgyvendinti kiekvieno žmogus teisę į sveikatą – kiekvienam prieinama sveikatos priežiūra, nepaisant amžiaus, gyvenamosios vietos, statuso ir kitų veiksnių.

Zalobienės (2014) atlikto tyrimo metu nustatyta, kad „dėl sumažėjusio vyresnio amžiaus asmenų mobilumo jų populiacijai aktuali komunikacinio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problema. Geografiniai sveikatos paslaugų prieinamumo skirtumai susiję su paslaugų išsidėstymu, populiacijos pasiskirstymu ir transporto infrastruktūra. Daliai šio tyrimo dalyvių vykstant į sveikatos priežiūros įstaigas sunkumų kyla dėl didelio atstumo iki gydymo įstaigos, kelionę taip pat apsunkina sveikatos problemos ir didelės išlaidos jai. Nustatyta, jog šios problemos aktualesnės kaimo gyventojams. Miesto ir kaimo gyventojų socialiniai ir sveikatos netolygumai bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (infrastruktūra, žmogiškieji ištekliai, asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasiekiamumas) vis dar yra aktualūs Lietuvos valstybinės sveikatos priežiūros klausimai. Ekonominius paslaugų prieinamumo barjerus taip pat iliustruoja respondentų atsakymų pasiskirstymas, rodantis, kad kas antras tyrimo dalyvis neišvengia finansinių problemų ir įsigydamas gydytojo paskirtus vaistus. Finansinių problemų aktualumą taip pat pastebi ir kiti Lietuvos mokslininkai. Tamutienė su bendraautoriais teigia, kad „brangūs nekompensuojami ar iš dalies kompensuojami vaistai, brangios mokamos paslaugos, ypač odontologų ir medicininių tyrimų, – praktiškai neįveikiamos finansinės kliūtys mažas pajamas turintiems asmenims”.

**Regionų aprūpinimas medikais.** Gydytojai mažesniuose miesteliuose sensta, o jų vietų jaunimas neužima. Į mažesnius miestus jaunimo netraukia nei gyvenimo, nei darbo sąlygos, nei tobulėjimo bei karjeros galimybės, nei atlyginimas. Nuolatinės reformos rajonų ligoninėse neteikia jaunam specialistui stabilumo, juos kankina netikrumo jausmas dėl savo ateities. Žemaitaičio (2017) pranešime spaudai rašoma, kad „Lietuvos savivaldybių asociacija atkreipia dėmesį į šeimos gydytojų trūkumą. Teigiama, kad vidutinis gydytojų amžius yra apie 60, o slaugytojų – apie 50 metų. Pensinio amžiaus slaugytojams išėjus į pensiją, didėjant jaunų gydytojų emigracijai, bus neįmanoma užtikrinti paslaugų prieinamumo. Dėl šeimos gydytojų trūkumo kyla dar viena problema – esami gydytojai negali skirti pakankamai laiko pacientui. Dėl to ilgėja pacientų eilės laukiamajame. Rajoninės savivaldybės teigia, kad rajono gyventojai sensta, didėja sergamumas lėtinėmis ligomis ir apsilankymų bei atliekamų tyrimų skaičius auga. Mažėjant prisirašiusių gyventojų skaičiui mažėja ir įstaigų finansavimas“.

Pasak Taljūnaitės (2012), „galima galvoti apie specialisto regioninę sutartį. Specialistas universiteto ar respublikinėje ligoninėje dirbtų tik tam tikrą laiką, o kitą laiko dalį jis važiuotų dirbti į regiono ligoninę ar polikliniką. Regioninės sutarties idėja būtų ypač tinkama Vilniaus ir Kauno

universitetų ligoninėms bei respublikinėms šalies gydymo įstaigoms. Šis žingsnis padėtų išvengti specialistų trūkumo rajonuose, be to, būtų naudinga patirtis vietiniams gydytojams, galimybė atlikti sudėtingesnes procedūras, nes dažnai rajonuose trūksta asistentų. Specialistai dėl jų pertekliaus Lietuvos universiteto ligoninėse atlieka rezidentų darbus, o 2012 m. sausio 19 d. Jaunieji gydytojai tapo dešimtmečių neveiklumo įkaitais. Daliai rezidentų darbo neužtenka, todėl jų parengimas yra prastesnis, negu galėtų būti. Rezidentūros metu jie negauna pakankamai neįkainojamos patirties. Šis žingsnis padėtų spręsti rezidentų mokymo kokybės problemą“.

Rajonų specialistams reikėtų suteikti galimybę dalį laiko dirbti didmiesčių ligoninėse – tai užtikrintų gydytojų rajonuose kvalifikacijos išsaugojimą ir tobulinimą. Tai turėtų paskatinti jaunos gydytojus vykti dirbti į rajonus. Šiai sistemai sukurti reikėtų daug laiko ir resursų. Būtų galima galvoti ir apie ligoninių ir gydymo centrų, esančių atokesnėse vietovėse, aktyvesnį bendradarbiavimą su universitetais dėl „užsakomojo“ specialistų rengimo. Tai pagerintų jaunų gydytojų regionuose pagal amžių padėtį, mažėtų konkurencija dėl darbo vietų didžiųjų miestų sveikatos priežiūros įstaigose.

### **1.3. Sveikatos priežiūros problemų valdymas**

Per pastaruosius dešimtį metų pastebima, kad žmogus nepakankamai dėmesio skiria savo sveikatos apsaugai, trūksta sveikos gyvensenos įgūdžių. Pasak Javtoko (2009), „Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, prevencijos priemonės, skirtos formuoti gyventojų požiūrį į sveikatos veiksnį, gali 5 metais pailginti jų sveiko gyvenimo trukmę. Daugelyje pasaulio šalių sveikatos priežiūros įstaigų yra patvirtintos pacientų mokymo rekomendacijos: pacientams ne tik suteikiama informacija apie konkrečią ligą, pasakoma diagnozė, bet ir aiškinama, kaip stiprinti ir saugoti sveikatą“. Sveikatos stiprinimas ir pacientų mokymas Lietuvoje dar tik formuojasi. Sparčiai kuriasi sveikos gyvensenos klubai, draugijos, žmonės, sergantys įvairiomis lėtinėmis ligomis, taip pat kuriasi į klubus (pvz. cukrinio diabeto klubas), nevyriausybinės organizacijos. Lietuvoje jau veikia daugiau nei šimtas organizacijų, kurios užsiima sveikatos mokymo veikla, didelis dėmesys skiriamas ligų prevencijai.

Lietuvoje savo veiklą 1996 metais pradėjo Sveikatą stiprinančių ligoninių tinklas, jungiantis 11 ligoninių. Sveikatą stiprinančiose ligoninėse pacientai mokomi sveikatos, savikontrolės metodų, vykdomi projektai, skatinantys nevartoti ar atsisakyti žalingų įpročių. Organizuojami įvairūs seminarai konferencijos, kuriose pristatomi efektyvūs projektai, dalijamasi gerąja patirtimi. Lietuvoje

taip pat platus sveikatą stiprinančių mokyklų bei darželių tinklas. Pagrindinis sveikatą stiprinančių ugdymo įstaigų tikslas – stiprinti vaikų ir moksleivių sveikatą, gilinti sveikatos žinias bei įgūdžius.

**Sveika gyvensena.** Sveikatos ugdymas apima šias sritis: sveika mityba, fizinis aktyvumas, psichotropinių medžiagų vartojimo prevencija, nelaimingų atsitikimų, traumų, streso prevencija, prievartos, patyčių prevencija, rengimosi šeimai ir lytiškumo ugdymas, užkrečiamų ligų prevencija, vartojimo kultūros ugdymas. Sveikatą stiprinančių ugdymo įstaigų bendruomenės nariai dalyvauja įvairiose konferencijose, projektuose, konkursuose, dalijasi gerąja patirtimi.

Nuo 2007 metų savo veiklą pradėjo visuomenės sveikatos biurai, kuriuose dirba sveikatos stiprinimo specialistai, vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialistai bei stebėsenos specialistai. Vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialistai atsakingi už vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūrą darželiuose, mokyklose, koordinuoja visuomenės sveikatos priežiūros specialistų veiklą ugdymo įstaigose. Sveikatos stiprinimo specialistai atsakingi už suaugusių žmonių sveikos gyvensenos ugdymą, organizuoja įvairius renginius miesto ir kaimiškųjų vietovių gyventojams, stebėsenos specialistas atsakingas už statistinių duomenų rinkimą ir apdorojimą bei pateikimą rajono gyventojams.

Darnios Lietuvos Vyriausybės programoje (2016) numatoma: „didelį dėmesį skirsime visuomenės sveikatos biurų veiklai, kaip ligų prevencijos priemonei. Sieksime maksimaliai išnaudoti turimą visuomenės sveikatos biurų potencialą, geriau integruojant šią grandį į sveikatos priežiūros sistemą. Šių institucijų vietą matome ne paslaugų teikėjo, bet savivaldybės sveikatos skyriaus sudėtyje kaip visuomenės sveikatos specialistų konsultantų ir vadybininkų, dirbančių su kitų sektorių specialistais – pedagogais, ikimokyklinių įstaigų specialistais, slaugytojais, socialiniais darbuotojais, bendruomenių ir NVO aktyvistais, „pasiekiančiais“ visus bendruomenės lygmenis. Jie turi būti aprūpinami pakankamais žmogiškaisiais ištekliais, finansavimu, turi turėti konkrečius reguliariai peržiūrimus veiklos tikslus, kuriuos gali nustatyti tik strateginiu lygmeniu mąstanti Sveikatos apsaugos ministerija. Diegsime nuolatinį visuomenės sveikatos biurų veiklos vertinimą pagal konkrečius pasiekimus visuomenės sveikatos srityje“.

**Gyventojų galimybė laiku patikrinti sveikatą.** Nuo 2005 m. birželio mėn. 9 d. įsigaliojo Sveikatos Apsaugos Ministro įsakymas, pagal kurį visi tėvai ar vaiko globėjai, auginantys mokyklinio amžiaus vaikus, privalo kartą metuose atvesti vaikus pas gydytoją profilaktiniam patikrinimui. Tačiau kiekvienais metais susiduriama su tėvelių neigiamu požiūriu į šiuos patikrinimus. Dažnai laukiama paskutinės dienos, į patikrinimus žiūrima formaliai. Šie patikrinimai atliekami visus metus, tačiau vis dar sulaukiama priekaištų dėl galimybės atvykti pas šeimos gydytoją, ypač gyventojams, gyvenantiems kaimiškose vietovėse. Kaimo ambulatorijose dirba tik bendrosios praktikos slaugytojas, kuris negali profilaktiškai patikrinti vaiko, nes tam reikalinga šeimos gydytojo bei

odontologo apžiūra. Panaši situacija ir su suaugusiais žmonėmis, kurie kreipiasi į šeimos gydytoją tik susirgus, tačiau nėra informuoti apie nemokamą profilaktinį patikrinimą kartą per metus, kurio metu atliekama nemažai reikalingų tyrimų, atsižvelgiant į paveldimas ligas. Gyventojų informavimu apie profilaktinius patikrinimus sveikatos priežiūros įstaigose atsakingos savivaldybės, kurios šios funkcijos neatlieka.

Pasak Bieliūnienės (2013), „žmogaus teisė į medicinos pagalbą bei paslaugų jam susirgus užtikrinimą numatoma Konstitucijos 53 str. 1 d. Teisė į sveikatos apsaugą ir teisė į sveiką aplinką kaip individualios teisės traktuojamos konstitucinėje jurisprudencijoje, pavyzdžiui, 2005 m. gegužės 13 d. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarime (jame, beje, asmens teisė į švarią, kokybišką aplinką susiejama su asmens teise į sveikatos apsaugą)“. Lietuvos Sveikatos programoje 1014 - 2025 metų programos viena iš tikslų yra užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius. Šio tikslo vienas iš uždavinių – plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą.

**Galimybė gauti gydymą ir vaistus.** Teisė į sveikatą ir jos priežiūrą yra žmogaus teisė, įtvirtinta Lietuvos Respublikos Konstitucijoje, Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje ir Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijoje. Tai yra pareiga, kurią valstybė privalo įgyvendinti. Tačiau susirgus yra svarbu gauti efektyvų gydymą, kuriam dėmesį skiria kiekviena valstybė, užtikrindama gydymo paslaugas, prieinamas kiekvienam gyventojui, nepaisant jo socialinės padėties ir gyvenamosios vietos. Darnios Lietuvos Vyriausybės programoje (2016) rašoma, kad sveikatos apsaugos srityje, siekiant pakankamo gyventojų prieinamumo gauti gydymo paslaugas, ketinama veikti šiomis kryptimis:

1. „Siekdami efektyvaus išteklių naudojimo bei atsižvelgdami į pasaulinę praktiką, pirmenybę teiksime ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai ir didinsime jų prieinamumą. Plėtojant sveikatos priežiūros paslaugas rajonuose didelį dėmesį skirsime dienos stacionaro paslaugoms. Kartu keliamo tikslą pasiekti, kad socialinės rizikos grupėms ir pagyvenusiems asmenims būtų deramai užtikrinamos pavežimo iki sveikatos priežiūros įstaigų paslaugos.

2. Stiprinsime antrinio ir tretinio gydymo įstaigų pasiekiamumą, remdami vietos savivaldos pastangas užtikrinti atitinkamas pavežėjimo paslaugas rajonų, miestelių ir kaimų gyventojams, kuriems sudėtinga pasiekti šias įstaigas;

3. Sieksime, kad kiekvienam gyventojui būtų prieinamos ne tik asmens sveikatos, bet ir visuomenės sveikatos bei ligų prevencijos paslaugos. Tuo tikslu skatinsime gyvenamosios medicinos specialistų įtraukimą į šeimos gydytojų komandas. Užtikrinsime, kad specializuota ir sudėtinga pagalba suteiktų kvalifikuoti specialistai centruose, į kuriuos gyventojai būtų nugabenami per

trumpiausią įmanomą laiką“. Sveikatos apsaugos sistemos vieną iš tobulinimo tikslų įvardija: „atsižvelgdami į medicinos paslaugų prieinamumo svarbą bei teigiamą poveikį gyvenimo labiau nuo didžiųjų miestų nutolusiose vietovėse kokybei, sieksime kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, šeimos gydytojų kabinetai būtų fiziškai nesunkiai pasiekiami kuo didesniai gyventojų skaičiui“.

Ne mažiau aktuali problema yra vaistų kompensavimo problema. Dėl netinkamai panaudojamų lėšų šiai sričiai Lietuva atsilieka šiuolaikinių vaistų registravimo procese. Be to, užkertamas kelias moderniems vaistams, kurie kitose ES šalyse jau seniai taikomi. Nepakankamai įvertinamas gyvenimo kokybės pagerinimo rodiklis, gyvenimo trukmės prailginimas. Šiuolaikinė E. sveikatos sistema, jos diegimas padėtų išspręsti skaidrumo vaistų išrašymo srityje, nes išrašant vaistus gali būti teikiamas prioritetas kuriai nors farmacinei kompanijai.

Darnios Lietuvos Vyriausybės programoje (2016) akcentuojama: „iš pagrindų peržiūrėsime vaistų politiką. Stiprinsime sprendimus dėl vaistų įtraukimo į kompensuojamųjų sąrašą priimančios Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narių nepriklausomumą nuo išorinio poveikio. Siekdami sumažinti vaistų ir medikamentų kainą, ieškosime galimybių bendradarbiauti su kaimyninėmis valstybėmis tiek vaistų registravimo, tiek jų pirkimo srityse, elektroninės sveikatos sistemos pagalba sieksime skaidrumo išrašant vaistus, vertindami, ar išrašant medikamentus nėra teikiamas prioritetas kurios nors vienos farmacinės kompanijos vaistams“.

**Aprūpinimas medikais.** Vykti į mažesnius rajonų centrus vengia jauni gydytojai specialistai, ypač išgirdę apie neaiškia vienos ar kitos gydymo įstaigos ateitį. Juk niekas nenori dirbti ten, kur nėra jokių karjeros perspektyvų, kur darbas galbūt bus tik laikino pobūdžio. Nežinoma, ar prasidėjus ketvirtajam restruktūrizacijos etapui jos bus uždarytos, ar ir toliau gyvuos, o gal bus paverstos slaugos ligoninėmis. Efektyvi sveikatos apsaugos sistema neįmanoma be gerų darbo sąlygų gydytojams. Tai apima darbo užmokestį, techninę įrangą bei jos efektyvų išnaudojimą. Darnios Lietuvos Vyriausybės programoje (2016) akcentuojama, kad bus siekiama humaniškumo, etikos ir holistinio požiūrio grąžinimo į sveikatos apsaugos sistemą bei deramų sąlygų darbui ir tobulėjimui užtikrinimo šiomis priemonėmis:

„1. Kartu, atsižvelgdami į medicinos paslaugų prieinamumo svarbą bei teigiamą poveikį gyvenimo labiau nuo didžiųjų miestų nutolusiose vietovėse kokybei, sieksime kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, šeimos gydytojų kabinetai būtų fiziškai nesunkiai pasiekiami kuo didesniai gyventojų skaičiui;

2. Kartu su praktiniu į regionų atgaivinimą orientuotos regioninės politikos įgyvendinimu diegsime priemones, skatinančias šeimos gydytojų ir jų komandų įsikūrimą regionuose. Tuo tikslu konkrečiose vietovėse siūlysiu apgyvendinimo ir kabineto įsteigimo pagalbos paketą šeimos gydytojams, norintiems įsikurti regionuose. Tokiu būdu bus užtikrintas fizinis pagalbos

prieinamumas ir kartu sukuriamos patrauklios sąlygos šeimos gydytojams derinti darbą bei kokybiškesnę šeimos gyvenimą regionuose;

3. Atsižvelgdami į konkretų poreikį, lanksčiai spręsimė specifines konkrečioms regionams būdingas sveikatos apsaugos problemas, pavyzdžiui, papildomų išteklių rengimo ir mobilizavimo srityse, kur gydytojų itin trūksta. Tam pavyzdžiu pasitarnaus geresnis gydytojų skaičiaus planavimas ar geroji tarptautinė praktika, tokia kaip priklausomybės konsultantų rengimas ir integravimas savivaldybių ar net seniūnijų lygmeniu“.

Atsižvelgdama į tai, kad daugiausia trūksta šeimos gydytojų, kardiologų ir neurologų, SAM rengia ES lėšomis finansuojamą projektą, kuriuo numato finansuoti atitinkamų sričių rezidentūros studijų kainą sudarančias išlaidas jauniems gydytojams, kurie, sėkmingai užbaigę rezidentūros studijas, galėtų vykti dirbti į tikslines teritorijas. Viena iš numatomų finansuoti veiklų – šeimos gydytojų pritraukimas darbui tikslinėse teritorijose, apmokant naujai į valstybės nefinansuojamas šeimos gydytojo rezidentūros vietas įstojusių rezidentų studijų išlaidas arba kompensuojant nuo 2014 m. sausio 1 d. valstybės nefinansuojamose šeimos gydytojo rezidentūros vietose studijavusių ir už studijas mokėjusių rezidentų patirtas išlaidas. Planuojama ES lėšomis finansuoti iki 80 proc. konkretaus rezidento patirtų išlaidų, likusią dalį – 20 proc. turėtų prisidėti savivaldybės administracija arba sveikatos priežiūros įstaiga, į kurią pagal sutartį pabaigęs studijas vyktų dirbti specialistas.

2008 metais Lehmann ir kt. atliko dokumentų apžvalgą, orientuotą į 1997 - 2007 metų medicinos darbuotojų pritraukimą dirbti atokesniuose rajonuose šalyse, kuriose medicinos darbuotojų pajamos yra vidutinės arba mažos. Buvo peržiūrėta apie 600 dokumentų, iš kurių 55 buvo analizuojami. Lehmann (2008), tiegia, kad „viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros įstaigų personalo problema atokiose kaimo vietovėse yra rimtas iššūkis daugeliui Sveikatos ministerijų.

Sveikatos ministerijos yra parengusios strategijas, kuriomis bandoma spręsti sunkumus pritraukiant ir išlaikant darbuotojus, nors jų efektyvumas priklauso nuo daugelio priežasčių. Pirma, iš veiksnių, lemiančių pritraukimą ir jų išlaikymą, yra **analizė**. Antra - tinkamai **reaguoti į problemas**, nes mažai žinoma, kaip tai padaryti. Tai galima laikyti „techniniais“ veiksmais. Politiniai veiksmai, kuriuos paprastai iki šiol sunkiausia spręsti įtraukiant pagrindinius sprendimų priėmėjus. kartu sudaro nuoseklią strategiją. Svarbu pirmiausia nustatyti, kas yra pagrindiniai veikėjai“. Apžvalgos autoriai pateikia dokumentą, kuriame pateikiama paprasta sistema, kaip pradėti šį procesą. Tam reikia daugiau mokslinių tyrimų ir papildomų įrodymų apie procesų identifikavimo ir įgyvendinimo Sveikatos ministerijos strategijas, siekiant pagerinti medicinos darbuotojų pritraukimą ir jų išlaikymą, ilgalaikį tvarumą tokių strategijų ir poveikį atokiose vietovėse, tačiau tai nėra atsakymai į traukos ir saugojimo problemą. Tik per tai galima sužinoti, kaip veikia požiūris tarp problemų analizės ir strategijos ir kaip veiksmingai nukreipti įgyvendinimo politiką, kad bet kokia

pažanga būtų padaryta prieš beveik visuotiniu iššūkiu tapusiai personalo sveikatos tarnybai atokiose kaimo vietovėse.

#### **1.4. Politinių partijų požiūris į sveikatos apsaugą**

„Lietuva 2030“ – Lietuvos pažangos strategija. Tai valstybės vizija, numatomi prioritetai ir jų įgyvendinimo kryptys iki 2030 metų. Su šiuo planavimo dokumentu turi būti derinami valstybės planai, programos bei kitos iniciatyvos. Lietuvos pažangos strategija nustato šalies raidos kryptis, kurios turi būti suprantamos Lietuvos žmonėms, bendruomenėms, organizacijoms, valdžios institucijoms. Ši strategija pabrėžia pokyčių poreikį. Kiekvienas Lietuvos gyventojas gali būti šių pokyčių dalyvis.

*Su sumania visuomene* susiję pagrindiniai tikslai bei iniciatyvos, aktualūs sveikatos sričiai:

- ugdymo įstaigose kurti turiningą, saugią aplinką, pvz. sveikatingumo erdvės ir pan. ugdyti blaivią visuomenę. Jau dabar mokyklų pedagogai imasi priemonių, mažinančių mokinių žalingų įpročių: prevencinės programos, draudimai rūkyti mokyklos teritorijoje ir pan.;
- sutelkti visuomenės ir valdžios institucijų pastangas psichotropinių medžiagų vartojimo prevencijai ir kontrolei vykdyti, informuoti visuomenę apie alkoholizmo problemą ir jos sprendimo būdus;
- remti pilietines iniciatyvas, stiprinti bendruomenes ir NVO;
- kurti paslaugų šeimai sistemą taip stiprinant šeimos instituciją;
- kurti naujas darbo vietas;
- reikalinga veiksminga mokymosi visą gyvenimą sistema. Kuri užtikrintų visuomenei būtinų žinių ir įgūdžių įgijimą;
- atkreipti dėmesį į ekologiją bei atsakingą požiūrį į plėtrą.

Su *sumania visuomene* susiję galimi sveikatos sektoriaus prioritetai: sveikatinimo veiklos, kurias vykdytų NVO, įvairios bendruomenės. Tai gali būti švietėjiška veikla, susijusi su sveikos gyvensenos propagavimu, savanorystė, sveikatinimo veiklų įgyvendinimas. Prioritetams teikiamas ir pirminės sveikatos priežiūros stiprinimas, paliatyvi pagalba, ambulatorinės slaugos plėtra. Būtina atkreipti dėmesį ir į sveikatos raštingumą visą gyvenimą, t. y. nuolatinis sveikatos specialistų žinių atnaujinimas, pacientų mokymai, skatinimas tausoti aplinką, nuolat suteikti informaciją apie aplinkos veiksnių įtaką sveikatai. Reikia sukurti sveikos ir subalansuotos mitybos ir fizinio aktyvumo ugdymo sistemą vykdant akcijas, platinant informacinę medžiagą, rengiant lektorius. Visomis priemonėmis



skatinti atsakingą elgesį su aplinka ir sveikatos ištekliais, suteikti informaciją apie aplinkos poveikį sveikatai, užkrečiamų ligų poveikį ir riziką sveikatai vykdant gyventojų saugos kontrolę.

*Su sumania ekonomika* susiję pagrindiniai tikslai bei iniciatyvos, aktualūs sveikatos sričiai:

- ugdyti verslo socialinę atsakomybę ir bendruomeniškumą, tai suvokiant kaip šiuolaikinę verslo praktiką;
- rinkai aktualus inovacijų kūrimas, kuriam būtinas finansavimas;
- skatinti įmones ir organizacijas naudotis pasauliniais žinių tinklais.

Su sumania ekonomika sveikatos sektoriaus galimi prioritetai: priemonės, susijusios su aplinkos kokybės gerinimu: palanki fizinė aplinka, sveika darbo aplinka ir pan., kurios būtų įtrauktos ir į kitus ūkio sektorius. Lietuvai labai reikalingos inovacijos ir pažangios technologijos, padedančios skatinti sveiką gyvenseną, kurios būtų skirtos lėtinių ligų prevencijai ir gydymui, kūrimui ir taikymui, sveikatos saugos žinių sklaidai, gerosios patirties tarp šalių pasidalijimui. Būtina skatinti verslą diegiant sveiką gyvenamąją ir darbo aplinką užtikrinančias priemones, tokias kaip sanitarinės apsaugos zonos ir pan.

*Su sumaniu valdymu* susiję pagrindiniai tikslai bei iniciatyvos, aktualūs sveikatos sričiai:

būtinas viešųjų veiklų optimizavimas ir kad viešosios paslaugos būtų teikiamos pasirinktomis kryptimis, organizuoti jų teikimą tokiu būdu, kad būtų sudarytos vienodos galimybės teikti pasirinktas paslaugas tiek valstybinėms institucijoms, tiek bendruomenėms, NVO bei privačiam sektoriui, užtikrinti efektyvų paslaugų teikimą naudojant naujausias technologijas.

Sveikatos sektoriaus galimi prioritetai, susiję su sumaniu valdymu:

- organizacinių gebėjimų stiprinimas, reikalingos dokumentacijos parengimas, įteisinimas ir pan.;
- bendradarbiavimas tarp viešojo ir privataus sektorių, pastarajam deleguojant sveikatinimo paslaugų teikimą
- vertinimai sveikatos srityje;
- Informacinių sistemų diegimas ir plėtra;
  - priemonių, skirtų ligų prevencijai, plėtra;
  - išmanios įrangos įsigijimas bei integravimas į informacines sistemas;
- E. sveikatos priemonių plėtra visuomenės sveikatos priežiūros srityje:
  - priemonių visuomenės sveikatos saugai užtikrinti plėtra;
  - priemonių visuomenės sveikatos kontrolei užtikrinti plėtra.

Anot Žemaitienės (2011), „nepaisant mokslu pagrįstų sveikatos politikos strateginių dokumentų bei nuolatinių tarptautinių ir nacionalinių sveikatos politikos formavimo institucijų

pastangų, siekti bendros įvairių sektorių veiklos gerinant gyventojų sveikatą ir mažinant rizikos veiksnius nėra lengva. Būdamas Pasaulio sveikatos organizacijos narys, Lietuva, formuodama sveikatos politiką, daugeliu atveju vadovaujasi šios organizacijos rekomendacijomis. Tačiau ne visada tokia praktika iš tiesų veikia?“. Lietuva gali didžiuotis labai pažangiais strateginiais sveikatos politikos dokumentais, gerai parengtais įstatymais ir valstybinėmis programomis valstybinėmis. Tačiau vienu pagrindinių iššūkių tampa tuose strateginiuose dokumentuose, programose ar įstatymo siekiniuose įvardytų priemonių įgyvendinimas. Formuojant sveikatos, kaip ir kitų sričių, politiką dalyvauja visų lygių įstatymų leidžiamoji ir vykdomoji valdžia, akademinės institucijos, kurios yra tiesiogiai susijusios su sveikatos politikos įgyvendinimu. Labai svarbus vaidmuo formuojant sveikatos politiką tenka mokslo institucijoms, kurių atliekami tyrimai naudojami vertinant sveikatos politikos efektyvumą, teikiant naujų priemonių siūlymus. Mokslo institucijos atlieka lemiamą vaidmenį ir vertinant rizikos veiksnius bei rengiant metodines rekomendacijas.

Sveikatos apsaugos sritis, turinti daug problemų. Visų pirma, nepakankamas finansavimas, kompensuojamų vaistų problemos, maži medikų atlyginimai. 2004 metais Darbo partija (toliau DP) akcentavo didesnę finansavimą iš valstybės biudžeto, taip pat žadėjo padidinti medikų atlyginimus. Pagrindinis uždavinys uždavinius sveikatos apsaugos srityje buvo ligų profilaktika, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtimas, efektyvus vaistų naudojimas, tai pat siūlė didelį dėmesį skirti ikimokyklinio ir mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos profilaktikai. Tai buvo teisingas požiūris, nes rūpinantis vaikų sveikata ir skiriant profilaktikai daugiau lėšų, galima išvengti didelių išlaidų sunkioms ligoms gydyti. Ši DP parengta programa niekada nebuvo vykdoma.

2004 m. A. Brazausko ir A. Paulausko sudaryta koalicija „Už darbą Lietuvai“ taip pat siūlė stiprinti ligų profilaktiką, mokyti vaikus sveikos gyvensenos, akcentavo būtinybę pasirūpinti pensininkų sveikata. Koalicijos programoje buvo pabrėžiamas investicijų į greitosios medicinos pagalbos automobilių parką būtinumas, nes pastaraisiais metais buvo užfiksuota įvykių, kai greitoji medicinos pagalba atvykdavo pas ligonį tik po valandos ar daugiau nuo iškviatimo.

Tais pačiais metais, buvusi liberalų ir centro sąjunga (Toliau LiCS) pirmiausia pasisakė už sveikatos apsaugos sistemos skaidrumą, nes tarp medikų ypač yra paplitusi korupcija ir smulkūs kyšiai už gydymą yra tapę bloga tradicija. LiCS taip siūlė atsisakyti kompensuojamų vaisto sąrašo ir „pereiti prie tų vaistų, kurie užregistruoti kompensuojamoms ligoms gydyti, kompensavimo. LiCS, savo programoje akcentuojanti naujausių technologijų valstybės gyvenime pritaikymą, ir sveikatos apsaugoje siūlė diegti informacines technologijas (darbo kompiuterizavimas, elektroninių paslaugų teikimas), skatinti mokslinius tyrimus medicinos srityje, kelti medikų kvalifikaciją, didesnę dėmesį skirti ligų profilaktikai.

2004 m. Tėvynės sąjunga, kuri dabar vadinasi Tėvynės sąjunga – Lietuvos krikščionys demokratai taip pat siūlė didesnę dėmesį skirti ligų profilaktikai, atsisakyti kompensuojamų vaistų sąrašo ir pereiti prie kompensuojamų ligų sąrašo. TS akcentavo farmacijos rinkos liberalizavimą, kuris skatintų konkurenciją tarp farmacinių ir mažintų vaistų kainas. TS programoje buvo numatytas vienodų teisių ir sąlygų privačioms ir valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms sudarymas, kuris leistų žmonėms gauti kvalifikuotas ir nebrangias gydymo paslaugas.

Daug didesnę reikšmę gyventojų sveikatai turi sveikatai žalingų verslo sektorių reguliavimas, fiskalinė politika, švietimas ir ugdymas, aplinkos apsauga ir pan. Daugelio ligų ir mirčių galima išvengti, nes jos priklauso nuo pačių žmonių elgsenos ar aplinkos veiksnių. 2013 metų rudenį Izmirė (Turkija) PSO Europos regiono komiteto sesijoje pristatyta Michael'o Marmot'o socialinių determinantų studija atskleidė dramatišką sveikatos situaciją mūsų šalyje: „Neregėta Lietuva“. Apie sveikatos būklę išskirtos trys pagrindinės didelių sveikatos netolygumų priežastys:

- 1) visuomenės socialiniai-ekonominiai netolygumai;
- 2) labai gausus alkoholio vartojimas;
- 3) su išsimokslinimu susiję blogi sveikatos rodikliai.

Kaip matyti, visos šios priežasčių grupės rodo, kad visuomenės sveikata visų pirma priklauso nuo švietimo apie sveikatą, kitaip tariant – „nuo sveikatos visose politikose“.

Lietuvos valstiečių ir žaliųjų sąjunga (LVŽS) sukūrė politinę jėgą, kuri nebuvo orientuota į atskiras visuomenės grupes. Ji buvo orientuota į visus Lietuvos žmones, turint labai aišką tikslą – visus telkti ir vienyti, kalbėti apie ateitį, o ne apie praeitį. Šie pamatiniai gėriai neatsiranda savaime: jų nekuria nematoma rinkos ranka nei viską kontroliuojanti valstybė. Juos kuria asmenų ir bendruomenių sąmoningi veiksmai, kylantys iš bendrų vertybių bei valios pastangų. Valstybės vaidmuo – įgalinti asmenis ir bendruomenes spręsti savo ir aplinkos problemas, įstatymais skatinti rinktis tokį elgesį, kuris kurtų pamatinius gėrius ir vengtų destruktijos.

Pagrindiniu sveikatos politikos tikslu ši partija įvardija tiek siekį prailginti gyvenimo trukmę, tiek ir gerinti gyvenimo kokybę bei didinti sveikų gyvenimo metų skaičių. Sveikata tik nedidele dalimi priklauso nuo sveikatos priežiūros sistemos. LVŽS pagrindiniai prioritetai sveikatos srityje: padidinti sveikatos apsaugos sistemos skaidrumą ir efektyvumą, sumažinti sveikatos netolygumus, plėtoti ligų prevenciją, ankstyvąją diagnostiką ir šeimos mediciną, įgyvendinti mokslu grįstas alkoholio, narkotikų, tabako bei azartinių lošimų kontrolės priemones, užtikrinti pagalbą nukentėjusiems bei vykdyti efektyvią savižudybių prevenciją ir didinti psichologinių paslaugų prieinamumą.

Galima daryti išvadą, kad ir sveikatos apsaugos srityje partijos kelia panašius uždavinius – ligų profilaktika, dėmesys vaikų sveikatai, didesnis sveikatos apsaugos finansavimas. Partijų programų

šioje srityje turi dar mažiaus skirtumų nei valstybės valdymo srityje. TS sąjunga siūlė farmacijos rinko liberalizavimą, kurio nėra kitų partijų programose, LiCS – informacinių technologijų diegimą sveikatos apsaugos srityje. Tačiau būtina pastebėti, kad šie, iš pirmo žvilgsnio nedideli skirtumai, gali turėti didelę įtaką sveikatos apsaugos plėtrai.

## **1.5 Sveikatos apsaugos sistema neurbanizuotose ir žemo urbanizacijos lygio vietovėse**

### **Neurbanizuotų ir žemo urbanizacijos lygio vietovių situacijos pokyčiai**

Ratkevičienė ir Kocaj (2013) teigia, kad „Lietuvos kaimas – tai istoriškai susiklostęs teritorinis, o iki 1945 m. ir administracinis bendruomeninis vienetas, kurį sudarė vienkiemiai (daugiausiai ūkininkų sodybos) ir išlikusios gyvenvietės (bažnytkaimiai, mažieji tradiciniai miesteliai ir pan.).

Apibūdinant kaimą, tiek kasdieniame gyvenime, tiek žiniasklaidoje kalbama bei rašoma gana prieštaringai. Paprastai turima omenyje, kad kaimas yra visa tai, kas nėra miestas (vadinamasis „likutinis“ požiūris) ir apibrėžiamas kaip vietovė, esanti už miesto ribų. Regiono „kaimiškumas“ iš esmės yra suvokiamas kaip kontrastas urbanizuotam gyvenimui“. Pasak Jasaičio (2014), „Lietuvos urbanizacija buvo ypač intensyvi XX amžiaus 6–8 dešimtmečiais, kai dėl spartaus pramonės augimo kaimuose atsilaisvinusi darbo jėga ėmė keltis į miestus. Miestų plėtra lėmė esmines visuomenės švietimo, profesinės struktūros, būsto ir net kasdienės buitinės elgsenos permainas. Didžioji dalis dabartinių miestiečių – vos prieš kelis dešimtmečius iš kaimų atvykę asmenys ir jų dabartiniai palikuonys. Išryškėjo būtinybė kur kas tiksliau apibrėžti, kurias vietoves tikslinga vadinti kaimiškosiomis“. Lietuvoje daugėja regionų, kuriuose gyventojų tankumas vis mažėja, todėl Lietuvos statistikos departamentas šias teritorijas pavadino retai apgyvendintomis teritorijomis (RAT) ir šių teritorijų plitimas tampa tikru iššūkiu Lietuvos valstybei. Gyventojų skaičius Lietuvoje mažėja jau nuo Nepriklausomybės atgavimo. Tam įtakos turi gausi emigracija, mažas gimstamumas bei gyventojų senėjimas.

Pagal šiuolaikinę teisinę reglamentaciją Europos Sąjungoje miestams priskiriamos tik kompaktiškai apgyventos teritorijos, turinčios ne mažiau kaip 6 tūkst. gyventojų, kurių dauguma yra užimta pramonėje, statyboje, transporte ir pan., bet ne agrariniame sektoriuje. Užmiesčio teritorijoms priskiriamos nuo pagrindinių pramonės centrų nutolusios žemo urbanizacijos lygio arba neurbanizuotos vietovės. Lietuvoje jos užima per 97 proc. valstybės teritorijos. Net labiausiai išsivysčiusiose ES valstybėse tik miestams administraciniu požiūriu priskiriamos vietovės neužima daugiau kaip 10 proc. jų teritorijos. Naujausių teorinių šaltinių analizė rodo, kad užmiesčio vietovėms

priskirtini ne tik viensėdžiai ir kaimai, bet ir visi miesteliai, beveik visi rajono centro statuso neturintys miestai ir atokesnių rajonų savivaldybių centrai. Pagal gyventojų skaičių viename kvadratiname kilometre visa Lietuva, išskyrus tik Vilniaus apylinkes, priskiriama retai apgyventoms, t. y. kaimiškosioms teritorijoms“. Todėl šį depopuliacijos reiškinį Lietuvoje reikia mažinti siekiant užkirsti kelią pavojingai teritorijų socialinei ir ekonominei degradacijai. Dėl šios degradacijos gali kilti didelė grėsmė – šalies teritorinės plėtros tolygumo praradimas.

Šiaulių universiteto Kaimo plėtros tyrimo centro tyrimai, kurie buvo atlikti 2005-2014 metais, išryškino šias neurbanizuotų vietovių funkcijas: rezidencinę, diversifikuotos daugiasektorinės ekonominės veiklos, relaksacijos ir rehabilitacijos (relaksacinių išteklių panaudojimo), edukacinę, etnografinio ir dorovinio paveldo išsaugojimo, kraštovaizdžio puoselėjimo ir bendruomenės apsaugos. J. Jasaitis (2014) akcentuoja, kad „minėtų funkcijų sistema atskleidžia naujas neurbanizuotų vietovių plėtros galimybes ir leidžia jas traktuoti kaip valstybės vieningos gyvybinės erdvės dalį. Atsiranda naujos galimybės plėtoti smulkųjį verslą, populiarinti tautos materialinę ir dvasinę kūrybą. Didėja kaime kuriamų prekių bei paslaugų vertė“. Jis pažymi, kad „sisteminis požiūris leidžia numatyti perspektyvias plėtros kryptis, naujų gamybinės ir negamybinės paskirties objektų kūrimą, privačių ir viešųjų erdvių projektavimą, fizinės infrastruktūros pertvarkymą, gyventojų profesinės kompetencijos tobulinimą bei savivaldos efektyvinimą“.

Kaip teigia V. Atkočiūnienė ir K. Vabolytė (2011), „išvystyta kaimo socialinė infrastruktūra sudaro sąlygas kaimo gyventojų poreikių tenkinimui ir gyvenimo kokybei gerinti, didina vietovės patrauklumą, finansinių investicijų trauką“. Autorės akcentuoja, kad nepakankamai išvystyta infrastruktūra neigiamai veikia gyventojų gyvenimo kokybę: tokiose vietovėse pastebimas didesnis nedarbas, mažesnės namų ūkių pajamos ir mažesnis patrauklumas investuotojams bei jaunoms šeimoms, kurios nenori kurtis atsilikusiam užmiestyje, kuriame nėra darbo, atitinkančio jų narių turimą išsilavinimą ir profesinį pasirengimą, kuriame neveikia socialinių paslaugų sistema, nėra aktyvios kultūrinės veiklos. Lietuvoje politiniai sprendimai dažniausiai remiasi ekonominiu kriterijumi: vyksta užmiėsčio paslaugų sektoriaus centralizacija, blogėja socialinės infrastruktūros paslaugų pasiekiamumas ir prieinamumas kaimo gyventojams. Siekiant, kad užmiėsčio socialinės infrastruktūros vystymasis būtų efektyvus, duotų naudą, reikalinga nuolat jį analizuoti, vertinti ir priimti tinkamus sprendimus.

A. Vosyliūtė (2008) įžvelgia ir teigiamus pokyčius ir teigia, „kad po nepriklausomybės atkūrimo, veikiant administracinėms reformoms, kinta savivaldybių tvarkomų vietovių gyventojų būklė, atsisakoma centrinės ir vietinės valdžios komandinio pobūdžio santykių. Tiek didesniuose centruose, tiek mažesnėse gyvenvietėse atsiranda naudingi mainai tarp darbdavių ir samdomųjų, tarp žmonių kuriasi rinkos santykiai. Ji pažymi, kad vietovė vertinama gerai, jei jame įsikūrusios

reikalingos bendruomenei organizacijos, vietų sutvarkymas patenkina pagrindinius žmonių poreikius, atitinka šiuolaikinius reikalavimus“.

Autorės užkalbinta moteris apžvelgia bendrą vietovės vaizdą ir jos pokyčius: „Miestelyje yra labai geras seniūnas, labai pradėjo gražiai tvarkytis. Daug atsirado prekybos vietų, parduotuvių, o čia šitie pastatai - mokykla, ambulatorija, seniūnija, bendrovė, kultūros namai anksčiau pastatyti, dabar čia mes naujo nieko neturim. Rūpinamasi tvarka, švara, kapinės aptvertos, bažnyčia prieš kelis metus atšventė jubiliejų - buvo iš pagrindų suremontuota, tai didelės išskilmės buvo“.

Teigiamos permainos matomos ne tik geriau išsivysčiusiose ES valstybėse, bet ir Lietuvoje: daugėja gyventojų, kurie noriai keliasi į kaimiškas vietas, ten įsigyja sodybas arba jas paveldi iš vyresnio amžiaus giminaičių. Pagerėjus susisiekimui su užmiesčiais, daugelis žmonių važiuoja dirbti į miestus, veža vaikus į mokyklas, kultūros centrus, poliklinikas. Pastarieji savęs nelaiko “kaimiečiais”. Be to, šiuo laikotarpiu atsirado “antrųjų namų” sąvoka, kuri reiškia tai, kad “miestiečiai” mielai leidžia laisvalaikį kaimo sodybose, populiarius poilsis kaimo turizmo sodybose, kurios nestokoja užsakymų, ypatingai vasaros periodu.

Užmiesčio kaita vyksta ne tik Lietuvoje, bet ir visoje Europoje, nes keičiasi užmiesčio gyventojų skaičius ir sudėtis, užimtumas ir gyvenimo būdas. Gyvenamosios užmiesčio vietovės svarbios dėl savo naudingumo, t. y. jų indėlio į šalies ūkį, todėl kiekvienai valstybei svarbu remti kaimo ekonomiką ir bendruomenes, kad šios vietovės taptų patrauklios gyventojams ir perspektyvios verslui. Anot Jasaičio (2016) „valstybės, besivadovaujančios europiniu kaimo plėtros modeliu, strateginiuose planuose akcentuoja socialinius, etnokultūrinius ir dorovinio ugdymo aspektus. Akcentuojama, kad sparčiųjų informacinių technologijų dėka didėja verslo skaidrumas ir moralumas. Vis didesnę įtaką įgyja vartotojas.“

Visi išvardinti tiek teigiami, tiek neigiami užmiesčio vietovių pokyčiai šiuolaikinėje visuomenėje sudaro šiuolaikinį užmiesčio teritorijos vaizdą, kuris sąlygoja visuomenės požiūrį į užmiestį.

### **Sveikatos apsaugos sistemos pokyčiai neurbanizuotose ir žemo urbanizacijos lygio vietovėse**

J. Jasaitis (2014) akcentuoja, kad „praėjusio šimtmečio vaizdiniais pagrįsti sprendimai kliudo formuoti subalansuotą regioninę politiką ir pažeidžia gyventojų teises. Darnaus vystymosi reikalavimams prieštaraujantys sprendimai menkina galimybes geriau išnaudoti užmiesčio teritorijų ekonominį potencialą, trukdo racionaliai paskirstyti tiek biudžetines, tiek ir privataus verslo lėšas, didina socialinę įtampą. Ryškiausia racionalios regioninės politikos nebuvimo pasekmė –

nacionalinės nelaimės mastą pasiekusi emigracija ir jos sąlygotas kaimo gyvenviečių ištuštėjimas, sukėlęs švietimo, sveikatos apsaugos ir kitų gyvybiškai svarbių socialinių sistemų griūtį.“

Pagal Lietuvos bendrąjį programavimo dokumentą 2004 - 2006 m. (BPD), „siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, didinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą bei mažinti sergamumą ir mirštamumą, būtinos savalaikės investicijos tinkamos infrastruktūros sukūrimui ir jos palaikymui. Atsižvelgiant į sektoriaus analizės metu išryškėjusias sveikatos sektoriaus stipriąsias puses ir būtinas plėtoti sritis, savalaikės investicijos į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros optimizavimą ir sveikatos sistemos efektyvumo didinimą leis efektyviai tenkinti sveikatos priežiūros paslaugų poreikius bei užtikrins tolygų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visoje šalyje“.

Anot Jurgelėno (2007), „visos sveikatos priežiūros reformos privalo turėti aiškų tikslą ir strategiją – nuolatos gerinti sveikatos priežiūrą, atsižvelgiant į tikimąsi kaštų efektyvumą. Būtina remtis patikima finansavimo sistema, orientuotis į pirminę sveikatos priežiūrą. 2011 metais ES priimtoje darnios plėtros strategijoje ypatingas dėmesys skiriamas klimato kaitos, sveikatos ir sveikatos paslaugų skurdo, visuomenės senėjimo, išteklių taupymo problemoms. Trys tarpusavyje susijusios sritys sudaro darnios plėtros koncepcijos pagrindą. Tai aplinka, ekonomika ir socialinė organizacija. Kiekviena sritis turi savo tikslus. Ekonominė – tenkinti materialinius poreikius, socialinė – stiprinti socialinį teisingumą ir solidarumą, ekologinė – užtikrinti aplinkos saugumą, institucinė – užtikrinti teisingus ir tikslingus sprendimus“.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama valstybinę sveikatos politiką, įgyvendino 3 sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapus. Pagrindiniai restruktūrizavimo tikslai yra: gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą bei optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius. Vadovaujantis šia strategija yra rengiama sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programa, kurioje bus išdėstytos konkrečios įgyvendinimo priemonės, dalyvaujančios institucijos ir programos įgyvendinimo terminai. Kiekvienas iš šių etapų reglamentuotas atitinkamais Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais:

1. Pirmasis etapas, patvirtintas 2003 m. kovo 18 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“, įgyvendintas 2003–2005 m.

2. Antrasis etapas, patvirtintas 2006 m. birželio 29 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“, įgyvendintas 2006–2008 m.

3. Trečiasis etapas, patvirtintas 2009 m. gruodžio 7 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 1654 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“, įgyvendintas 2009–2012 m.

Jasiukaitienė 2012 metais atliko tyrimą, kurio metu anonimiškai apklausti Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos nariai, jiems užduodant du atvirus klausimus apie teigiamus ir neigiamus struktūrinės reformos pokyčius 2003–2011 metais. Išdalytos 85 anketos, grąžinta 77 (atsakymų dažnis 90,6 proc.). Atviro tipo klausimynuose surinktų duomenų analizei taikytas kokybinės turinio analizės metodas. Anot Jasiukaitienės (2014), „nustatyta, kad nepavyko įgyvendinti vieno iš pagrindinių Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos strategijos tikslų, t. y. teikti prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, nes respondentai neigiamus prieinamumo pokyčius paminėjo daugiausiai kartų.

Galbūt tokiems atsakymų rezultatams įtakos turėjo tai, kad tyrime dalyvavo ir tie LGVS nariai, kurių vadovaujamas įstaigas palietė restruktūrizacija, buvo uždaryti akušerijos, chirurgijos, intensyvios terapijos, reanimacijos ar reabilitacijos skyriai, pakito įstaigos pavaldumas ar buvo prijungtos prie kitų įstaigų, ir jie prieinamumą suvokia plačiau, vertindami komunikacinį, organizacinį ir ekonominį prieinamumą. Bendriausia prasme paslaugų prieinamumas gali būti apibrėžiamas kaip „galimybė susirgus arba sutrikus sveikatai pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis“. 2009 m. atlikto tyrimo duomenys rodo, kad sveikatos priežiūros prieinamumo pokyčiai po restruktūrizacijos laikotarpio buvo vertinami neigiamai. Didesnė dalis ligoninių vadovų teigė, kad paslaugų struktūros ir išdėstymo pokyčiai neatitinka pacientų poreikių“.

Šiuo metu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija įgyvendina ketvirtąjį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapą.

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimo Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“ 185 priemonę „Siekiant efektyvaus nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų sistemos funkcionavimo, parengti ir įgyvendinti ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą“, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. 1290 „Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“ patvirtintas Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planas (toliau – Planas), kuris bus įgyvendinamas iki 2017 m. gruodžio 31 d. Šiuo Planu siekiama pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą, racionalizuoti sveikatos sistemos finansinių bei infrastruktūros išteklių panaudojimą, stabilizuoti sveikatos priežiūros įstaigų finansinę padėtį ir sudaryti galimybes didinti sveikatos apsaugos sistemoje dirbančių darbuotojų atlyginimus.



Numatytos trys pagrindinės plano įgyvendinimo kryptys:

1. pirmoji kryptis – ambulatorinių paslaugų plėtra, ypač pirminės sveikatos priežiūros ir ligų profilaktikos stiprinimas;

2. antroji kryptis – slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyviosios pagalbos ir geriatrijos paslaugų plėtra, intensyvesnė dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo paslaugų plėtra;

3. trečioji kryptis – stacionarinių paslaugų optimizavimas, nesudėtingų paslaugų perkėlimas į dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir ambulatorinį lygmenį, nebloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo.

Įgyvendinant šias priemones numatoma modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą. Tai apima šiuos darbus: patalpų renovavimas, pritaikant jas pakitusiai paslaugų struktūrai, higienos reikalavimams, informacinių technologijų bei sistemų diegimas ir plėtra, būtinos medicinos įrangos įsigijimas ir kt.. Prioritetą numatoma teikti sveikatos priežiūros įstaigoms šalies kaimo vietovėse bei regionuose, pasižyminčiuose blogesniais gyventojų sergamumo rodikliais, socialinėmis - ekonominėmis problemomis bei žemesniu ekonominiu išsivystymo lygiu lyginant su šalies vidurkiu. Žukovskis (2010) teigia, „kad Lietuvos kaime vyrauja smulkus ūkis, žemas darbo našumas, dideli valstybės įsiskolinimai žemdirbiams, užsitęsusi agrarinė reforma, nepakankamai išvystyta kaimo socialinė infrastruktūra, neaiški kaimo ateities perspektyva. Dėl šių veiksnių sumažėjo gyventojų užimtumas, išaugo nedarbas, smuko gyvenimo lygis, pablogėjo demografiniai rodikliai, prastėjo sąlygos švietimo, sveikatos apsaugos, laisvalaikio, kultūros srityse, išaugo nusikalstamumas“.

Anot Atkočiūnienės (2014), „kaimas per šimtmečius turėjo išskirtines ekonomines ir socialines sąlygas, kurios nulėmė atitinkamą gyvenimo būdą. Žmogaus sąlytis su gyvąja gamta teikė jam pasitenkinimą, o veiklos rezultatai lėmė jo pragyvenimo lygį. Kaimo žmogus pats kūrė darbo vietas ir užsitikrino namų ūkio pajamas. Pasikeitus ekonominėms sąlygoms ir šalyje vykstant ūkio transformacijai, ypač kaimo vietovėse, sumenko kaimo žmogaus verslumas ir kompetencija, jis tapo priklausomu nuo išorės darbo rinkos veiksnių. Opiausia problema tiek mieste, tiek ir kaime tapo įsidarbinimo galimybių stoka ir didėjanti bedarbystė. Minėti veiksniai didina socialinės paramos gavėjų skaičių, lemia poreikį kurti naujas užimtumo skatinimo politines ir vadybines priemones. Viena iš politinių priemonių, valdant kaimiškųjų regionų vystymą, yra integruotas darnios plėtros koncepcijos diegimas.

Darbo vietų plėtojimas kaimiškiosiose vietovėse priklauso nuo darbo vietos bei pačio žmogaus lygmens veiksnių, užimtumo didinimo, teritorinės plėtros strategijų, kurios apima ekonominius, socialinius, aplinkosauginius ir kultūrinius pokyčius bei jėgas, nukreiptas į savivaldumo organizavimą kaimiškojoje vietovėje.

Atkočiūnienė teigia (2014), kad „darbo vietų kaimiškuosiuose regionuose darnų vystymą užtikrinantys veiksniai yra: žinių sklaidos tarp suinteresuotųjų ūkio subjektų skatinimas, kaimo vietovių silpnųjų ir atokumo mažinimas, parama integruotų veiklų kūrimui ir tęstinumui, teritorinių ypatumų ir specifiškumo vertinimas bei rinkodara, darbo vietų plėtojimo politikos ir strategijos pritaikymas teritoriniam kontekstui, keičiant specialistų ir gyventojų požiūrį, griežtai laikantis principų iš „apačios į viršų“ ir iš „viršaus į apačią“ integruotumo“.

Kauno technologijos universiteto mokslininkė Bajoriūnienė (2011) atliko tyrimą, kuriame nagrinėjamos kaimo jaunimo bedarbystės, žalingų įpročių paplitimo priežastys ir analizuojamos jaunimo ilgalaikio nedarbo socialinės pasekmės. Ji teigia: „gerai žinoma, kad darbdaviai pageidauja darbuotojų, neturinčių žalingų įpročių. Deja, alkoholiu ir rūkymu susigundo vis jaunesni žmonės. Todėl būtina jaunas žmones sudominti tokia veikla, kuri skatintų verslumą, konkurencingumą, sveiką gyvenseną ir pan. Viena iš tokių priemonių galėtų būti kaimo jaunimo įtraukimas į edukacines verslumo ugdymo programas naudojant informacines technologijas, inovatyvų mąstymą skatinančias programas“.

Anot LSU Sporto vadybos, ekonomikos ir sociologijos katedros lektoriaus, mokslininkų grupės „Laisvalaikio paslaugos kaip sveiko gyvenimo ir žmonių sveikatos stiprinimo priemonė“ nario Šimkaus (2012), „kaimo visuomenė sparčiai sensta – tiek kaimo, tiek miesto senėjimą reikšmingai paveikė jauniausiojo amžiaus gyventojų grupės mažėjimas. Kaimo gyventojų senėjimą lemia ne tik mažėjantis gimstamumas, bet ir jaunimo nenoras gyventi kaime. Norint ateityje Lietuvos kaimą išlaikyti gyvybingą, būtina kaimo politikos ir vadybos priemonės daugiau orientuoti į jaunimo poreikius“.

Pastarąjį dešimtmetį jaunimas masiškai išvyksta iš kaimiškųjų savivaldybių į miestus ir kitas valstybes. Sparčiai formuojasi naujos liberali elgsena. Stiprėjantis individualizmas skatina atsisakyti nusistovėjusių elgesio modelių bei rinktis gyvenseną, praplečiančią individo laisvę, autonomiją ir erdvę saviraiškai. Jaunimas, jaunos šeimos daugiau dėmesio skiria savo gerovės kūrimui ir tarpusavio santykių kokybei, o šeimai, vaikams teikiama reikšmė mažėja. Lietuvoje, kaip ir kitose ES šalyse, vyksta fundamentalios poindustrinės visuomenės vertybių, normų ir požiūrių permainos. Pastarasis pokyčių procesas gana sudėtingas, suformuoja naujus iššūkius ir neapibrėžtumą kaimiškųjų vietovių vystymo sprendimų priėmėjams ir įgyvendintojams.

KTU ir ASU dėstytojas Dapkus (2012), turintis patirties verslo inicijavimo ir strateginio planavimo bei valdymo procesuose, vykdant mokslinius tyrimus ir dirbant su įvairiomis žmonių grupėmis akcentuoja, kad „emigracija iš Lietuvos neigiamai veikia ne tik šalies socialinę ir ūkio raidą, švietimo, darbo, sveikatos apsaugos ir kitų sričių padėtį, bet ir daro ypatingą žalą šeimoms ir vaikams, kurie dėl šių priežasčių gyvena atskirai nuo savo tėvų. Netekęs vieno iš tėvų, vaikas praranda ir dalį savo identifikacijos“. Vaikai išgyvena psichologinę krizę, nes ilgalaikis tėvų išvykimas yra trauma,

kuri atsiliepia vaikų psichikos sveikatai, sukelia adaptacijos sunkumų emocijų ir elgesio problemų: jie nelanko mokyklos, lengviau išitraukia į žalingų įpročių liūną, pradeda piktnaudžiauti psichoaktyviomis medžiagomis.

Pasak Jasaičio (2014), „kaimo gyvenviečių ištuštėjimas jas labai nuskurdino. Mažieji Lietuvos miesteliai, bankrutavus juose veikusioms įmonėms, uždarius švietimo, sveikatos apsaugos ir kultūros įstaigas, liko apleisti ir tarsi pasmerkti išnykti. Tik per pastaruosius porą metų jau pradėti skaičiuoti skubotų, nevykusių reformų nuostoliai ir aiškinamasi, ką dar galima išsaugoti arba atkurti. Ne vienoje mokykloje dėl atsainaus požiūrio, nepakankamo finansavimo ir kitų priežasčių nutrūko jaunųjų gamtininkų ir kraštotyrininkų būrelių veikla. Nebepuošiama mokyklų aplinka, dar neseniai buvusi pavyzdžiu apylinkių sodyboms. Biologijos praktinės užduotys pakeičiamos imitacine verbaline arba kompiuterine veikla, kuri net kaimo mokyklų auklėtinius atitolina nuo gamtos“. Šiuolaikiniai kaimo vaikai stokoja žinių apie gyvąją ir negyvąją gamtą, nes mažai būna gamtoje, daugiausia laiko praleidžia prie kompiuterių, o dauguma vyresniųjų vaikų ir paauglių laisvalaikį praleidžia su draugų kompanijomis, kuriose neretai užsiimama nusikalstama veika, vartojamos psichotropinės medžiagos.

Vilniaus universiteto dėstytojas mokslininkas Javtokas (2014) teigia, kad „šiuolaikinę sveikatos stiprinimo veiklą galima apibrėžti kaip keturias tarpusavyje susijusias sveikatos stiprinimo technologijas, skirtas:

1. Įvertinti sveikatos politiką ir programas, pradedant nuo visos šalies ir baigiant savivaldos lygio sveikatos politika ir programomis turi būti sistemingai ir griežtai vertinamas jų poveikis sveikatai. Vertinama užimtumo, apsirūpinimo būstu, poilsio galimybių, mokslo ir technologijų diegimo būklės, žmonių pajamų, saugumo, transporto, švietimo infrastruktūros, turizmo ir ekonomikos plėtotės įtaka šalies gyventojams, bendruomenės narių sveikatai. Sveikatos politikos ir programų efektyvumo vertinimas naudojant sveikatos stiprinimo technologijas verčia politikus atsakingiau atsiskaityti rinkėjams.

2. Stiprinti bendruomenių galimybes ir pajėgumus kurti sveikatai palankią aplinką. Yra sukurta sveikatos stiprinimo technologijų ir metodų, kaip mobilizuoti vietos išteklius, įtraukti piliečius, vyriausybes ir organizacijas į sveikatai palankios aplinkos kūrimo procesą, siekiant teigiamų gyventojų sveikatos būklės, gyvenamosios, mokymosi ir darbo aplinkos pokyčių. Sukaupta tarptautinė patirtis įrodo, kad net ir labai neturtingos bendruomenės gali pasinaudoti šiomis technologijomis ir turėti iš to akivaizdžios naudos.

3. Plėtoti pirminę ligų prevenciją ir sveikatos mokymą sveikatos priežiūros įstaigose. Dabartinė sveikatos priežiūros sistema neužtikrina, kad visi asmens sveikatos priežiūros įstaigų (pirminės sveikatos priežiūros centrų, šeimos gydytojų kabinetų, ambulatorijų, medicinos punktų ir kt.) pacientai, visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų klientai turėtų galimybę įgyti sveikatos žinių ir

įgūdžių, reikalingų jų sveikatos stiprinimo potencialui realizuoti, todėl daugelyje pasaulio sveikatos priežiūros įstaigų yra patvirtintos pacientų mokymo rekomendacijos, plėtojamas aktyvaus paciento dalyvavimo sveikatinimo procese modelis. Lietuvoje taip pat kuriasi sergančiųjų įvairiomis ligomis klubai, draugijos ir kitos nevyriausybinės organizacijos, veikia Lietuvos sveikatą stiprinančių ligoninių tinklas, kuriam priklausančių ligoninių pacientai jau mokomi sveikatos, savikontrolės metodų, vykdomi žalingų įpročių prevencijos projektai, organizuojami seminarai, konferencijos, kiti renginiai, kuriuose pristatomi ir aptariami efektyviausi projektai, dalijamasi darbo patirtimi.

4. Padėti gyventojams rūpintis savo sveikata ir ją gerinti keičiant gyvenimą ir elgseną, mokyti juos tinkamai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Yra sukurta sveikatos stiprinimo technologijų ir jų diegimo metodų, skirtų padėti žmonėms geriau rūpintis savo sveikata, motyvuoti juos keisti elgseną ir siekti sveikesnės gyvenimo.

Siekiant gyventojų geresnės sveikatos būklės, savivaldybėms būtina:

1. Numatyti savivaldybėje strateginius, planus, programų prioritetus, atsižvelgiant į gyventojų sveikatos būklės rodiklius ir jų rizikos veiksnius, aplinkos stebėsenos rodiklius, sveikatinimo veiklas integruoti į kitų sektorių veiklos sritis, pvz. finansuoti profilaktinius patikrinimus, finansuoti apsilankymus sporto klubuose, organizuoti neformalias išvykas ir pan.

2. Tobulinti sveikatos priežiūros vadybos procesus, atsižvelgiant į asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų veiklas, atkreipti dėmesį į kokybę ir efektyvumą, gerosios praktikos sklaidą, pvz. asmens sveikatos gydymo įstaigose atkreipti dėmesį ne tik į ligų gydymą, bet ir į profilaktiką, sveikatinimo programas, taip pat didinti visuomenės sveikatos biuro veiklas, sveikatos projektus.

3. Savivaldybės lygmenyje steigti padalinį, kuris būtų atsakingas tik už sveikatinimo veiklas, taip pat atsakingas už valstybės sveikatos politikos įgyvendinimą savivaldybėje.

4. Stiprinti savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybų vaidmenį formuojant savivaldybių visuomenės sveikatos politiką, pvz. įtraukti bendruomenes į sveikatinimo programas, rašyti projektus ir pan.

### **Verta pasimokyti iš kitų šalių gerosios patirties**

Viena iš tokių šalių yra Brazilija, kurioje veikia Šeimos sveikatos strategija. Ši strategija buvo priimta po bandomųjų testavimų ir įrodymų, kad ji bus veiksminga. Ši programa turi ilgalaikę viziją, nuolatinį finansavimą ir politinius įsipareigojimus. Brazilija šiuo metu išleidžia 50 dolerių per metus vienam programos dalyviui. Kaip teigia Macinko (2015), „turbūt svarbiausias šios strategijos komponentas yra plačiai ir veiksmingai naudojami sveikatos agentai. Kiekvienas agentas apdaro 150

šeimų atokesnėse vietovėse, dažniausiai toje teritorijoje, kurioje yra agento gyvenamoji vieta. Agentai privalo aplankyti kiekvieną šeimą bent kartą per mėnesį, nepriklausomai nuo to, ar yra poreikis aplankyti ar nėra, bei rinkti duomenis apie šeimą. Kiekvieno apsilankymo metu jie renka informaciją apie šeimos sveikos gyvensenos propagavimą ir, jei reikia, apie ligų gydymąsi. Agentai gali paklausti šeimos narių, dėl kokių priežasčių jie praleido vizitą pas gydytoją, padėti suplanuoti naują, pažiūrėti, ar buvo paimti vaistai pagal receptą, ar vaistai buvo vartoti reguliariai, paklausti apie pasikeitimus šeimos ūkyje, nustatyti galimus smurto artimoje aplinkoje atvejus, ar yra vaikų nepriežiūra, gal kuris nors šeimos narys vartoja narkotikus, alkoholį, rūko, ar sergama lėtinėmis ligomis, pvz., hipertenzija, cukrinis diabetas“.

Tai geras pavyzdys, kokiais būdais ir priemonėmis šalis bando gerinti savo šalies gyventojų sveikatą, ypač socialiai pažeidžiamų ir gyvenančių atokesnėse vietovėse gyventojų.

Sveikatos priežiūra Švedijoje Pasak Anell (2012), „sveikatos priežiūros ir kitų socialinių paslaugų teikimas - vieša atsakomybė Švedijoje. Švedijos sveikatos apsaugos sistema yra suskirstyta į tris lygius: nacionalinį, regioninį ir vietos. Atsakomybė už sveikatos priežiūros paslaugas tenka apskričių Taryboms ir regionams, ir tam tikru mastu - savivaldybėms. Sveikatos priežiūros paslaugos sudaro beveik 90% apskrities tarybų veiklos. Savivaldybės yra atsakingos už klausimus, susijusius su jų gyventojais ir jų artimiausia aplinka, pavyzdžiui, pradinis ir vidurinis ugdymas, vaikų ir vyresnio amžiaus ir neįgaliųjų žmonių priežiūra. Apskričių tarybos regionuose yra atsakingos už lėšų ir sveikatos priežiūros paslaugas savo gyventojams. Savivaldybės yra teisiškai įpareigos suteikti priežiūrą ir būstą pagal poreikius vyresnio amžiaus žmonėms ir žmonėms su negalia“.

## 2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PROBLEMŲ SPRENDIMŲ METODOLOGIJA

### 2.1. Teoriniai tyrimo pagrindai

#### Strateginio valdymo nustatytinė ir plėtotinė metodologija

*Nustatytinė metodologija.* Nustatytiniu metodologiniu požiūriu ateitį galima prognozuoti pakankamai tiksliai. Vasiliauskas (2004) mini, kad „finansų krizės, ekonominiai ciklai ir kiti reiškiniai yra neprognozuojami, todėl tokios prielaidos negalima pripažinti besąlygiškai. Nustatytinis požiūris pripažįsta strateginių sprendimų pasekmių numatymo ir vertinimo galimybę net ir gana tolimai strateginei perspektyvai. Tačiau tokios prielaidos irgi negalima pripažinti besąlygiškai, nes kyla didelių sunkumų analizuojant ir lyginant įvairias strategines alternatyvas“. Pagal šį požiūrį, yra galimybė prognozuoti ateitį ir vertinti strateginių sprendimų pasekmes, tačiau tam reikalingi išsamūs strateginiai tikslai. Suformulavus tikslus, sudarius hierarchinę struktūrą parenkamos strateginės alternatyvos, atliekama jų lyginamoji analizė. Pasak Aleksos (2013), „svarbiausias uždavinys, išskylantis ilgalaikių strategijų rengėjams, yra būtinybė optimaliai patenkinti gyventojų poreikius, efektyviau panaudojant šių vietovių išteklius ir geriau atsižvelgiant į globalizacijos sąlygojamas verslo plėtros tendencijas“. Strategija „Sveikata 2020“ pagrįsta keturiomis prioritetinėmis politinės veiklos sritimis, kurios tarpusavyje susijusios, viena nuo kitos priklausomos ir viena kitą papildančios:

1. Investuoti į žmonių sveikatą, taikant gyvenimo ciklo modelį ir suteikiant žmonėms daugiau galimybių;
2. Spręsti pagrindines regiono žmonių sveikatos problemas, susijusias su neužkrečiamosiomis ir už- krečiamosiomis ligomis;
3. Stiprinti į žmones orientuotas sveikatos priežiūros sistemas, visuomenės sveikatos gebėjimus ir pasirengimą nenumatytiems atvejams;
4. Kurti atsparias bendruomenes ir palankią aplinką.

Būtinai naujas sveikatos srities valdymas turi būti pagrįstas socialiniais sveikatą lemiančiais veiksniais, teisumu ir tvarumu, siekiantis pasaulinių ir visuomenės tikslų. Tam pasitelkiami nauji formalus ir neformalus valdymo būdai ir nauji strateginiai ryšiai, paremti aktyviu visuomenės dalyvavimu.

*Plėtotinė metodologija.* Pasak Vasiliausko (2004), „plėtotiniu požiūriu pagrįstos strategijos galutinė tikslinė orientacija nėra žinoma iš anksto, tam tikri strateginiai sprendimai priimami

nuolatos, visu strategijos įgyvendinimo laikotarpiu. Strateginė analizė, strategijos kūrimas ir jos įgyvendinimas yra glaudžiai susiję ir susipynę, nauji sprendimai priklauso nuo ankstesnių sprendimų įgyvendinimo rezultatų ir susiklosčiusių aplinkybių”.

Anot Duobaitės (2010), “derinant strateginio valdymo metodologijas su sveikatos priežiūros strateginių problemų valdymo kaimiškos vietovės sistema, galima nustatyti metodologiją priskirti centrinei – administracinei sveikatos priežiūros sistemai. Sveikatos priežiūros institucijų strateginiuose dokumentuose pirmiausia apibrėžiama misija ir plėtros kryptys, kurios grįstos turimais ištekliais. Strateginė analizė ir vertinimas yra baigtiniai, o rezultatai traktuojami kaip galutiniai”. Ši strateginio valdymo metodologija tinkama vietos sveikatos priežiūros sistemai. Dabartiniu laikotarpiu vietos veiklos grupės, bendruomenės ugdo gebėjimus esamoms galimybės panaudoti. Visos veiklos nukreiptos siekiant vizijos, o svarbiausia, kad į vietovės strateginį valdymą galima įtraukti visus norinčius kaimo bendruomenės narius. Duobaitė (2010) pabrėžia, “kad šios kaimo plėtros sistemos sąveikauja tarpusavyje, tuo pačiu integruojant abu skirtingus strateginius požiūrius (nustatytinį ir plėtotinį). Skirtingi valdymo lygiai ir principai turi sudaryti sąlygas kompleksiniam, integruotam, darniam strateginiam kaimo vietovės valdymui, į procesą įtraukiant skirtingo lygio kaimo plėtros veikėjus”. Anot Vasiliausko (2004), “nustatytinį ir plėtotinį metodologinius požiūrius pirmiausia skiria galimybė prognozuoti ateitį, strateginių sprendimų pasekmių numatymas ir vertinimas”.

Strategija „Sveikata 2020“ yra praktinio įgyvendinimo vadovas. Poveikio sveikatai vertinimas ir ekonominis vertinimas taip pat yra naudinga priemonė norint pasverti galimą politikos poveikį. Jos gali būti naudojamos politikos poveikiui teisumui įvertinti, o norint apžvelgti politikos poveikį sveikatai gali būti naudojami kokybiniai ir kiekybiniai sveikatos duomenys. Trečiojoje ES sveikatos programoje akcentuojama, kad inovacijas sveikatos srityje reikėtų suprasti kaip visuomenės sveikatos strategiją, kurioje neapsiribojama technologine pažanga tik produktų ir paslaugų srityje. Skatinant inovacijas visuomenės sveikatos intervencinių priemonių, prevencijos strategijų, sveikatos priežiūros sistemų valdymo srityje ir sveikatos paslaugų bei sveikatos priežiūros organizavimo bei teikimo srityje, įskaitant sveikatingumo skatinimo ir ligų prevencijos intervencines priemones, gali būti padedama gerinti visuomenės sveikatos rezultatus, pacientų sveikatos priežiūros kokybę ir patenkinti nepatenkintus poreikius, taip pat skatinti suinteresuotųjų subjektų konkurencingumą ir gerinti sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros išlaidų veiksmingumą ir tvarumą.

Pasak Staškutės (2014), “su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra svarbi ne tik klinikinėje praktikoje, bet ir gyventojų sveikatos stebėsenai, kadangi leidžia įvertinti ir palyginti objektyvius sveikatos priežiūros ir gyventojų sveikatos rezultatus su gyventojų subjektyviu sveikatos priežiūros ir savo sveikatos būklės vertinimu”. Ši informacija yra svarbi vertinant sveikatos rizikos veiksnius,

sveikatos socialinius veiksmus, sveikatos sistemos efektyvumą, sveikatos gerinimą, prevencijos programas, nustatant prioritetinius sveikatos politikos tikslus.

Pagal Darnios Lietuvos Vyriausybės programą (2016), daug metų nebuvo aiškios politinės valios siekiant asmens sveikatos priežiūros sistemą padaryti efektyvesnę. Vykdyta daug reformų, kurios niekada nebuvo pabaigtos iki galo dėl ryžto priimti tinkamus sprendimus stokos. Reformos buvo tik „kosmetinės“, o ne siekiant visą sistemą padaryti efektyvią. Todėl Lietuvos valstiečių ir žaliųjų sąjunga (toliau – LVŽS) Lietuvos sveikatos apsaugos politikos įvardija siekį užtikrinti veiksmingą pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų tinklas turi apimti šeimos gydytojus, sustiprintą ligonių bei silpnos sveikatos asmenų priežiūrą namuose, išplėstą paslaugų spektrą teikiančias ambulatorinio gydymo įstaigas, kiekvienam gyventojui prieinamas visuomenės sveikatos bei ligų prevencijos paslaugas. Siekia, kad jas darniai papildytų sveikatos apsaugos srityje veikiančių nevyriausybinių organizacijų indėlis.

### **Išorinių veiksnių (PEST) analizė**

**Politiniai veiksniai.** Pagrindiniai strateginiai dokumentai, kuriuose atkreipiamas dėmesys į gyventojų sveikatos problemas ir jų sprendimo būdus :

- Strategija „Europa 2020“;
- Penktoji ekonominės, socialinės ir teritorinės sanglaudos ataskaita;
- Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“;
- 2020 m. Europos strategijos integruotosios gairės ;
- Komisijos Baltoji knyga;
- Pasaulio sveikatos organizacijos strategija „Sveikata visiems“.

Pasak Pukinaitės (2014), „Sveikatos visose politikose“ įgyvendinimas ypač aktualus Lietuvoje, kur nacionalinėse strategijose ilgą laiką vyravo daugiau sektorinis, o ne integralus požiūris į sveikatos problemų sprendimą. Todėl buvo sukurtos gana nepalankios sąlygos veiksmingai, tarpdisciplininei ir integruotai sveikatos politikai ir valdymui . Sveikatos politikos pokyčiai pastebimi tik neseniai patvirtintuose strateginiuose dokumentuose – Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011– 2020 m. metmenyse ir parengtame Lietuvos sveikatos programos 2020 m. projekte. Šiame projekte teigiama, kad „šalies sveikatos problemų sprendimų priėmimas ir atsakomybė už šiuos sprendimus negali būti priskiriami vien tik sveikatos sistemai. Kiti valstybės sektoriai turi pradėti aktyviau ir didesne apimtimi taikyti visuomenės sveikatos gerinimo priemones. Efektyvus visų sektorių bendradarbiavimas yra esminė programoje numatytų uždavinių sėkmingo sprendimo sąlyga“. Taigi „sveikatos visose politikose“ požiūrio pripažinimas esminiu formuojant ir įgyvendinant Lietuvoje



sveikatos politiką skatina atsižvelgti, kaip gali būti užtikrinamas sveikatos integralumas, kokie veiksniai gali lemti sėkmingą „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimą.

Nacionalinės sveikatos tarybos nutarime rašoma, kad yra nepakankamas savivaldybių indėlis įgyvendinant pagrindinius Lietuvos sveikatos 2014- 2025 metų programos tikslus ir uždavinius; trūksta efektyvaus, koordinuoto tarpsektorinio bendradarbiavimo; nepakankama piliečių atsakomybė už savo sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, neformuojama nuostata, kad sveikata yra vertybė; sacivaldybių lygmeniu veikiančios sveikatos priežiūros įstaigos bei kitos institucijos, visuomeninės organizacijos, bendruomenės nepakankamai aktyviai dalyvauja planuojant ir įgyvendinant savivaldybės nustatytas sveikatinimo strategijas.

**Ekonominiai veiksniai.** Remiantis nuostata, kad sveikatinimo procesas yra teikiamų gyventojams medicininių paslaugų ir prekių kokybės ir apimties, gyvensenos bei fizinės ir socialinės aplinkos sąveikos rezultatas, nacionalinėje sąskaityboje turėtų atsispindėti visi su šiais sveikatinimo veiksniais susieti kaštai. Statistikos mokslas pastaraisiais dešimtmečiais sukūrė nacionalinių sveikatos sąskaitų metodiką, įgalinančią sveikatos vadybos poreikius atitinkančiais pjūviais nagrinėti sveikatinimo kaštus, susijusius su gyventojų vartojamomis medicininėmis prekėmis bei asmens ir visuomenės sveikatos specialistų teikiamomis paslaugomis. Šiuos pasiekimus yra įdiegęs ir Lietuvos statistikos departamentas, kuris nuo 2004 metų periodiškai skelbia Lietuvos sveikatos nacionalines sąskaitas (Černiauskas, 2015).

Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2015–2023 metų programoje rašoma, kad sveikata yra vertybė, gyvybiškai svarbi kiekvieno asmens, visos šeimos ir bendruomenės gyvenime ir būtina ekonominiam ir socialiniam vystymuisi. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme visuomenės sveikata apibrėžiama kaip gyventojų visapusė dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė. Prasta visuomenės sveikata neigiamai įtakoja bendrą šalies produktyvumą, darbo jėgą, žmogiškąjį kapitalą ir viešąsias išlaidas. Visuomenės sveikatai poveikį turi biologiniai, cheminiai, ekonominiai, ergonominiai, fizikiniai, socialiniai, psichologiniai veiksniai, kurių prevencijoje ir valdyme dalyvauja ne tik sveikatos priežiūros, bet ir kiti sektoriai. Todėl viena pagrindinių šios Programos įgyvendinimo prielaidų – sveikatos priežiūros sektoriaus lyderystė ir kitų sektorių įsitraukimas.

**Socialiniai veiksniai.** Sumažinti Lietuvos gyventojų sveikatos būklės netolygumus apsiribojant vien tik kokybiškais bei inovatyviomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra sudėtingas uždavinys. Tam turi būti panaudojamos intervencijos, nukreiptos į daugelį kitų įtaką gyvenimo kokybei darančių veiksnių valdymą. Daugelyje ekonomiškai išsivysčiusių pasaulio šalių, kuriose gyventojų socialinė - ekonominė padėtis yra ženkliai pagerėjusi ir yra gerėjanti gyventojų sveikata, tačiau yra stebimi sveikatos netolygumai, kuriuos sąlygoja nevienodi socialinės-ekonominės situacijos gerėjimo tempai.

2010 m. Europoje pradėta įgyvendinti strategija Europos Sąjungos ekonomikos augimo strategija – Europa 2020, kuri, stiprindama ES ir jos valstybių narių partnerystę, siekia gerinti Europos Sąjungos šalių ekonomiką, šalinti Europos Sąjungos augimo modelio trūkumus bei 12 sudaryti sąlygas pažangiam, tvariam ir integraciniam augimui. Visi šio dokumento siekiami tikslai, neabejotinai turi įtakos visuomenės sveikatai: užimtumas, švietimas, mokslas ir inovacijos, socialinė aprėptis, skurdo mažinimas ir su klimatu bei energija susijusių problemų sprendimas (Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2015–2023 metų programa). Medicinos statistikos duomenys parodo visuomenės ar tam tikrų jos grupių sergamumą, ligotumą. Tačiau sveikata apibrėžiama ne tik fizinių ligų nebuvimu, bet ir socialine bei dvasine būseną. Medicina sveikatai turi įtakos tik 8–10%. Visa kita priklauso nuo paveldimumo, gyvenimo sąlygų, aplinkos. Todėl vien medicinos priemonėmis neįmanoma išspręsti visų sveikatos problemų, o medicinos statistika parodo tik dalį sveikatos žinių. Pasak Kudukytės – Gasperės (2014) į žmogaus poreikius orientuota sveikatos priežiūra apima platesnį požiūrį į priežiūrą nei į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepcija, kadangi tenkina ne tik individualius poreikius, bet apima ir žmonių sveikatą jų bendruomenėje, bendruomenės lūkesčius, įtraukia bendruomenės narius į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir sveikatos politikos formavimą. Į žmones orientuotas požiūris padeda ugdyti atsakomybę už savo sveikatą prieš tampant pacientais, kartu užtikrina atsakingą požiūrį į sveikatos išsaugojimą.

**Technologiniai veiksniai.** Naujos technologijos turi dideles galimybes iš esmės pakeisti sveikatos priežiūrą ir sveikatos sistemas bei prisidėti išlaikant jų tvarumą ateityje. Pasak Jankauskienės (2015), „e. sveikata, genomika ir biotechnologijos gali pagerinti ligų prevenciją, gydymo paslaugų teikimą, remti galimybes siekti, kad sveikatos priežiūros sistema būtų labiau orientuota į prevenciją ir pirminę sveikatos priežiūrą, o ne į ligoninių sektorių. E. sveikata gali padėti teikti labiau į piliečius orientuotos sveikatos priežiūros paslaugas, mažinti išlaidas ir remti sąveiką už nacionalinių valstybių ribų, taip sudarant geresnes galimybes pacientams judėti ir gerinti jų saugą. Vis dėlto naujos technologijos turi būti tinkamai įvertintos, įskaitant ekonominį efektyvumą ir teisingumą, taip pat turi būti apsvarstyti sveikatos profesionalų mokymo ir gebėjimų aspektai. Naujos ir nežinomos technologijos gali kelti ir etikos problemų, turi būti įvertinti ir piliečių pasitikėjimo bei konfidencialumo aspektai“. Informacinių technologijų sveikatos priežiūroje pritaikymas yra vienas iš būdų mažinti sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumus tarp gyventojų, skatinti sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą. Lietuvoje elektroninė sveikatos sistema diegiama nuo 2005 metų: įgyvendinus NESS (Nacionalinės elektroninės sveikatos sistemos) kūrimo 1 ir 2 etapus buvo sukurtos didžiųjų šalies gydymo įstaigų – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto VšĮ Kauno klinikų, VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės ir Vilniaus Universiteto VšĮ Santariškių klinikų informacinės sistemos, aprūpintos medicinos personalo darbo vietos. Nuo 2009 metų pradėtas trečiasis e. sveikatos

sistemos kūrimo etapas, kurio metu patvirtinta nacionalinės informacinės sistemos kūrimui reikalinga teisinė bazė, sistemos veikimo architektūra, sėkmingai įgyvendinami nacionaliniai ir regioniniai informacinių sistemų kūrimo ir sąveikumo užtikrinimo projektai. 2011–2012 m. atlikta analizė patvirtino e. sveikatos sistemos diegimo Lietuvoje svarbą ir naudą, nes perkėlus didelių darbo sąnaudų reikalaujantį dokumentų pildymą į elektroninę erdvę, bus efektyviau naudojami ir žmogiškieji resursai ir sveikatos paslaugų apmokėjimui skiriamos lėšos, gydytojai daugiau dėmesio galės skirti pagrindinei savo veiklai – paciento gydymui (Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2015–2023 metų programa).

### **Sveikatos apsaugos teisinės bazės analizė**

Formuojant Lietuvos sveikatos sistemos teisinius pagrindus, didelės reikšmės turėjo 1994 m. liepos 19 d. priimtas Sveikatos sistemos įstatymas (1994, 1998), kuris reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, sveikatingumo veiklos tūrinį ir būtinąsias sąlygas, teise verstis sveikatos priežiūros veikla, sveikatos priežiūros veiklos valstybinio valdymo pagrindus, valstybės laiduojamos (nemokamos) ir savivaldybės remiamos sveikatos priežiūros teikimo tvarką. Be to, Sveikatos sistemos įstatymas vertinamas ir kaip programinis dokumentas, nes numatė daugiau kaip trisdešimties sveikatos sistemą reglamentuojančių įstatymų parengimo planą ir apimtį. Įgyvendinant Sveikatos reformą, 1998–2010 metų laikotarpiu buvo parengti ir priimti 7 nauji įstatymai bei daugiau, nei 130 su sveikatos apsaugos sfera susijusių įstatymų bei naujų įstatymų pakeitimo, papildymo, panaikinimo įstatymai, daug Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų, sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių įvairias sveikatos priežiūros sistemos sritis.

Pasak Janušonienės (2009), “sveikatos apsaugos sistemos lygmenyje viena iš strateginių problemų yra sveikatos priežiūros organizacinė struktūra. Remiantis SAM 2008–2010 metų strateginiu veiklos planu, nepakankamai rezultatyvų sveikatos priežiūros organizavimą sąlygoja:

- skirtingas viešųjų organizacijų pavaldumas (SAM, apskričių viršininkams, savivaldybių taryboms) trukdo kurti vientisą sveikatos priežiūros organizavimo sistemą, planuoti išteklius, diegti naujas sudėtingas paslaugas;

- nepakankama informacijos sklaida;
- nepakankama konkurencija sveikatos sektoriuje (dėl kriterijų stokos sveikatos priežiūros organizacijos konkuruoja dėl paslaugų kiekio);

- nevienodos valstybinių ir privačių organizacijų veiklos sąlygos (nekilnojamojo turto mokestis, valstybinių įstaigų finansavimas per investicijų programas ir pan. riboja privačių organizacijų steigimąsi ir plėtrą);

- dominuoja stacionarinės paslaugos (paskatų stoka plėtoti alternatyvias ambulatorines paslaugas, pvz., ambulatorinė slauga, slauga namuose). Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas. Jis vertinamas:

- Organizacine prasme (sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros teritorijoje užtikrinimas; bazinio paslaugų krepšelio paslaugų prieinamumas; specialistų, išteklių pakankamumas; tinkamų technologijų naudojimas ir pan.).

- Komunikacine prasme (atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigos, tinkamas ir prieinamas viešasis transportas ir pan.).

- Ekonominė prasme (mokėjimai ir priemokos už sveikatos priežiūros paslaugas, solidarumo principo įgyvendinimas).

Vertinant ekonominį prieinumą, reikia pažymėti, kad, nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenimis, privačios gyventojų išlaidos tiek mieste, tiek kaime didėja ir 2004 m. sudarė 29 proc. nuo visų sveikatos išlaidų. Pastaruosius kelis metus Lietuvoje vyko aktyvus ligoninių teikiamų paslaugų pertvarkymas, 74 siekiant sumažinti gyventojų gydymą stacionare ir plėtoti ambulatorines, diagnostines ir profilaktines paslaugas, dienos chirurgiją bei dienos stacionarą". Deja, šis pertvarkymas vykdomas priemonėmis, pagrįstomis ne gyventojų sveikatos poreikiais, bet ekonominiais administraciniais metodais. Todėl stacionarinės pagalbos apimtys šalies gyventojams nuo 2003 iki 2006 metų sumažėjo daugiau kaip 8 proc. (VLK, 2007), tuo pačiu diagnostinių bei dienos paslaugų taip pat padaugėjo. Tačiau mažėjant stacionarinei pagalbai, ambulatorinės pagalbos prieinamumas gyventojams minėtu laikotarpiu tinkamai nepagerėjo: apsilankymų skaičius tiek pas bendrosios praktikos gydytojus, tiek ir pas gydytojus specialistus padidėjo tik 0,1 apsilankymo vienam gyventojui per metus. Kartu su išaugusiu sergamumu tai liudija apie nepakankamą ambulatorinės grandies pajėgumą perimti dalį pacientų srauto. SAM tyrimų duomenimis, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nėra pakankamas, nes pacientams tenka laukti eilėse, žemas kompiuterinio raštingumo ir informacinių technologijų vartojimo lygis bei nepakankama interneto prieiga įstaigose, paklausos neatitinkantis sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas, neįgyvendinamas pirminės sveikatos priežiūros prioritetas, pacientas negali rinktis paslaugų pagal kainos ir kokybės santykį. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas objektyviai yra įvertintas toliau nagrinėjamame Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indekso tyrimuose, kuriuose 2006-2007 m. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai tenka paskutinė ir priešpaskutinė vietos.

Teisinė bazė nuolat tobulinama, kasmet parengiama apie 300 naujų teisės aktų. Sveikatos politiką ir valdymą įtakančius veiksnius galima suskirstyti į tokias dvi grupes:

1. Sveikatos priežiūros organizacijos ir jų aplinka. Ši veiksmų grupė apima: socialinių normų ir lūkesčių kitimą, demografinę ir epidemiologinę situaciją, medicinos technologijų plėtrą, jų vertinimą ir rezultatus, aplinkos faktorių įtaką organizacijų veiklai, finansavimą, paslaugų vertinimą ir kvalifikacijos tobulinimą bei pokyčių įtaką.

2. Sveikatos priežiūros darbuotojai. Ši veiksmų grupė apima: besikeičiantį slaugytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų vaidmenį, kintančią personalo veiklą, sveikatos politikos mokslinius tyrimus, informacijos valdymą, vadovo vaidmenį bei naujosios viešosios vadybos sveikatos priežiūroje problemas.

Pastaruoju laikotarpiu sveikatos priežiūros įstaigoms suteikta daugiau savarankiškumo - tai sudaro galimybes operatyviau ir lanksčiau spręsti kylančias problemas. Siekiant efektyviau panaudoti žmogiuosius išteklius, sumažinti valdymui skirtus valstybės biudžeto finansinius išteklius, optimizuojamas SAM pavaldžių institucijų tinklas.

## **SSGG analizė:**

### **Silpnybės**

1. Realizuojant Lietuvoje visuomenės sveikatinimo politiką, susiduriama su tarpsektorinio bendradarbiavimo stoka, pasireiškiančia tinkamos infrastruktūros, būtinų finansinių ir žmogiškųjų išteklių nepakankamumu.

2. Nepakanka informacijos apie Lietuvoje vykdomas visuomenės sveikatinimo programas, todėl šalyje priimami visuomenės sveikatinimo veiklos dokumentai nėra tinkamai realizuojami.

3. Didžiausias visuomenės sveikatinimo programų vykdymo trūkumas – tai pasyvus jų vykdymas, galimai atsiradęs dėl valstybinių institucijų pasyvumo, atsiradusio tiek dėl finansinių išteklių stokos, tiek dėl susiformavusio netinkamo valdžios institucijų požiūrio į visuomenės sveikatinimo būtinybę, galimybes ir perspektyvas (Čingienė, 2014).

4. Mažas gydytojų skaičius savivaldybėje yra rimta savivaldybės sveikatos apsaugos sektoriaus problema, mažinanti gyventojų sveikatos priežiūros efektyvumą bei kokybę. Nedidelį gydytojų skaičių lemia socialinė-ekonominė regioninė padėtis, kvalifikacijos kėlimo galimybių trūkumas, nedideli atlyginimai.

5. Rajono asmens sveikatos priežiūros įstaigos mažai aprūpinamos šiuolaikine medicinine įranga bei priemonėmis.

6. Rajono darbo rinką neigiamai veikia gyventojų skaičiaus mažėjimas, darbo jėgos senėjimas, žemas rajono gyventojų išsilavinimas.

7. Trūksta lyderių ir autoritetų jaunų žmonių tarpe.

### **Stiprybės**

1. Vidutinės gyvenimo trukmės rodiklis Lietuvoje per pastaruosius tris metus gerėjo.

2. Valstybinė Ligonių Kasa Lietuvoje įgyvendina 6 ligų prevencines programas, pagal kurias atitinkamo amžiaus ir lyties asmenys gali pasitikrinti sveikatą nemokamai.

3. LR Sveikatos apsaugos ministerijos 2012-2014 m. strateginiame veiklos plane numatyta Visuomenės sveikatos stiprinimo programa, kurios viena iš įgyvendinimo priemonių - socialinių reklamų apie sveikatinimo programų įgyvendinimą kūrimas.

4. NTAKD ir kitų organizacijų kuriami socialiniai bukletai moksleiviams ir jų tėvams apie narkotikų ir kitų psichotropinių medžiagų vartojimo žalą yra labai tinkamai ir paprastai parašyti.

5. Rašoma nemažai sveikatinimo projektų, steigiami visuomenės sveikatos biurai, kurie užsiima sveikatinimo paslaugomis tiek vaikams, tiek suaugusiems.

6. ES pagalba gerinama infrastruktūra kaimiškose vietovėse, renovuojami bendruomenių namai, ambulatorijos, kultūros centrai.

### **Galimybės**

1. Objektvūs sveikatos sistemos įvertinimas, skaidrumas, atvirumas ir viešumas užtikrins didesnę visuomenės pasitikėjimą valstybe pasitikėjimas;

2. ES struktūrinių fondų parama, projektų finansavimo galimybių panaudojimas, gerinant sveikatos politiką;

3. užsienio investicijų kokybės gerinimui pritraukimas;

4. plėtoti tarptautinį bendradarbiavimą, kurti visuomenės sveikatos biurus, taip sudaryti galimybes plėtoti sveikatos stiprinimo veiklą bendruomenėje;

5. atsakomybės už savo sveikatą propagavimas, sveikatingumo skatinimas.

6. Vietinių jaunimo iniciatyvų skatinimas.

### **Grėsmės**

1. Politinės-teisinės aplinkos nestabilumas, įstatymų spragos, trukdančios sveikatos paslaugų prieinamumui užtikrinti;

2. didėjantis Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtros socialiniai ir ekonominiai netolygumai gresia visuomenės nepasitikėjimu vykdoma sveikatos politika;

3. sveikatos politikos tikslų nepasiekiamumas, nesuderinti valstybės institucijų veiksmai ir mažas kitų sektorių indėlis į visuomenės sveikatos priežiūrą.

4. dėl nepakankamo valstybės dėmesio ir nepakankamo kultūros, sporto, švietimo, sveikatos apsaugos ir socialinių paslaugų sektorių finansavimo, lėšų stygiaus infrastruktūros atnaujinimui

blogėja viešųjų paslaugų kokybė ir mažėja prieinamumas, sąlygojantis socialinių, ekonominių problemų įsisenėjimą;

5. Jaunimui, gyvenančiam kaime, kyla iš kartos į kartą besitęsianti grėsmė atsidurti socialinėje atskirtyje.

## 2.2. Tyrimo metodai

Tyrimui naudoti šie duomenų rinkimo metodai:

**Kokybinė turinio analizė** (*angl. qualitative content analysis*). Teisės aktų/dokumentų turinys analizuotas, taikant kokybinės turinio (Content) analizės metodą. Content analizė yra kokybinės diagnostikos instrumentas. Turinio analizės metodas sudaro galimybę tirti teksto sistemingumo ir objektyvumo parametrus, analizuoti jo kiekybinius ir kokybinius aspektus. Tai leidžia nustatyti pastebimas tendencijas, kalbos stilių, naudojamas įtikinimo technikas, susidaryti vaizdą apie dokumento kūrėjus ir kartu atspindi jų nuostatas orientuojantis į teksto skaitytojus (Bailey, 1987). Atliekant Content turinio analizę, jos metu tekstas išdalinamas į kategorijas, kurios interpretuojamos. R. Tidikio (2003) nuomone, šio metodo privalumas – galimybė dirbti su didele teksto apimtimi, kurią galima apdoroti. Magistro darbo tiriamojoje dalyje naudoti ES ir Lietuvos teisės aktai atliekant turinio analizę.

Dokumentų analizei panaudoti šie strateginiame valdyme įprasti tyrimo metodai:

**PEST analizės metodas** - PEST analizė (*angl. PEST analysis*) – strateginė analizė, apimanti keturis makroaplinkos aspektus: politinį ir teisinį, ekonominį, socialinį ir kultūrinį bei technologinį (Vasiliauskas, 2002). Šis procesas apima aplinkos pokyčių dinamikos analizę, politinių, teisinių, ekonominių ir socialinių veiksnių tyrinėjimą, svarbiausių sėkmės veiksnių ir konkurencinių jėgų išryškinimą, rinkos sąlygas, konkurentų ir klientų analizę. Aplinkos analizės rezultatai leidžia nustatyti *naujas galimybes ir galimas grėsmes organizacijai*. Apibendrinant aplinkos tyrimas padeda gauti reikalingą informaciją. Nors yra neišvengiama klaidų, tačiau aplinkos analizė yra naudinga, nes šitaip yra randama naujų tikslų siekimo būdų (Bosas, 2004).

**SSGG analizės metodas** - organizacijos stiprių (S+) ir silpnų (S-) pusių, galimybių (G+) ir grėsmių (G-) analizė (SSGG metodas). Pasak L. Wheelen (2011) (*angl. SWOT*) analizė yra vienas iš populiariausių metodų nagrinėjant vidaus ir išorės aplinką.

Pagal Tunčikienę (2011), „strateginių sprendimų, jų įgyvendinimo planavimo bazė yra stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) bei strateginių ryšių analizė. Situacijos analizė ir vertinimas SSGG aspektais yra vyraujantis institucijos strateginės analizės akcentas. Čia institucijos potencialas nagrinėjamas jos aplinkos fone. Taigi strateginės analizės objektai agreguotu lygmeniu

yra institucijos potencialas ir jos aplinka. SSGG analizės rezultatas – institucijos stiprybių ir silpnybių, galimybių ir grėsmių dėsningumą suvestinė, kuri yra orientyras sutelkti pastangas spręsti aktualiausias problemas. Tai leidžia pagrįsčiau skirstyti institucijos finansinius ir kitus išteklius svarbiausiems aplinkos požiūriu pokyčiams įgyvendinti. Nagrinėjant strateginius ryšius dėmesys teikiamas problemoms, kurios trukdo susieti institucijos vidaus ir aplinkos veiksnius. Problemoms nagrinėti pasitelkiami tiek universalūs metodai, kurių taikymas leidžia specifikuoti problemas, atskirti esmines nuo neesminių ir pan., tiek specifiniai. Čia pripažintas problemų medžio taikymas”.

**Anketinė apklausa.** Anot Tidikio (2003), išskiriami tokie anketinės apklausos privalumai: didelis anketų grįžtamumas, galimybė instruktuoti respondentus (iškilus būtinumui, pvz.: nesuvokiant klausimo esmės), respondentų galimybė konsultotis su apklausos organizatoriumi (minimaliai), apklausos organizatoriaus galimybė kontroliuoti situaciją: sekti atsakymo į klausimus eigą, gauti papildomos informacijos stebint, iš respondentų reakcijos preliminarai spręsti apie problemos reikšmę, anketos klausimų sudarymo ir išdėstymo techniką, nereikia daug laiko.

**Interviu metodas.** *Pusiau struktūruotas interviu* remiasi planu, kuriame numatyti konkretūs klausimai, jų pateikimo seka, tačiau numatyta, kad tyrimo eigoje tyrėjas gali papildomai užduoti plane neįrašytų klausimų. Papildomus klausimus tyrėjas užduoda esant skirtingoms situacijoms:

- kai interviu metu pastebi, jog numatytieji klausimai nepadengia visų tyrimui svarbių temų;
- siekiant surinkti daugiau ar gilesnės informacijos tuomet, kai tiriamasis nepilnai atsako į pateiktuosius klausimus;
- kai pastebi, jog tiriamajam nepatogu (jis nenori) atsakinėti į pateiktąjį klausimą – tuomet tyrėjas stengiasi tą pačią informaciją gauti paklausdamas kitaip ar trumpam nukreipdamas tiriamojo dėmesį į kitus, mažiau jautrius klausimus, ir sugrįždamas prie jautraus klausimo kita formuluote.

Pusiau struktūruotų interviu klausimynuose taip pat beveik nenaudojami uždari klausimai su atsakymų formuluotėmis.

### 2.3. Tyrimo strategija ir loginė schema

Pasak Melniko (2007), „strategija – tai valdymo sprendimas (kompleksinis valdymo sprendimas, valdymo sprendimų visuma arba šių sprendimų kompleksas) tam tikros sistemos problemoms spręsti, kokybiniais pačios sistemos pokyčiams skatinti ar padėti jai prisitaikyti prie kokybiškai naujų aplinkos ar kitų sąlygų, numatant dabartinės problemiškos būsenos pokytį – perėjimą į kokybiškai naują būseną, kad nekiltų problemų, būdingų šiai sistemai dabartiniu metu (tokia strategijos samprata



reiškia jos, kaip valdymo sprendimo ar sprendimų, orientavimą į dabartinės būsenos kokybinius pokyčius bei į neproblemišką, palyginti su ankstesne, būseną“.

Siekiant tyrimo užsibrėžtų tikslų parengta tyrimo strategijos struktūra, nustatius uždavinius ir jų dalis tikslams įgyvendinti. Tyrimo strategiją apibūdina 2 lentelė:

2 lentelė

### Tyrimo strategijos struktūra

Tyrimo tikslas: ištirti sveikatos priežiūros sistemos strateginių problemų valdymo galimybes.		
Uždaviniai	Uždavinių dalis atitinkantys skyriai	Rezultatai
1. Išanalizuoti sveikatos priežiūros strategines problemas teoriniu aspektu.	Sveikatos priežiūros sistemos strateginis valdymas	Parengtas teorinės dalies skyrius ir šeši jo poskyriai.
	Sveikos gyvensenos samprata ir perspektyvos.	
	Sveikatos priežiūros strateginės problemos	
	Sveikatos priežiūros problemų strateginis valdymas	
	Politinių partijų požiūris į sveikatos apsaugą	
	Sveikatos sistema neurbanizuotose ir žemo urbanizacijos lygio vietovėse	
	Neurbanizuotų ir žemo urbanizacijos lygio vietovių situacijos pokyčiai pastarajame dešimtmetyje.	
2. Išnagrinėti ir suformuoti tyrimo metodologiją	Teoriniai tyrimo pagrindai	Parengta metodologinė dalis ir šeši jos poskyriai
	Nustatytinės ir plėtotinės metodologijų, strateginio valdymo mokyklų taikymai tyrime	
	Tyrimo metodai	
	Tyrimo strategija	
	Tyrimo loginė schema	
	Tyrimo organizavimas	
3. Pateikti tyrimo rezultatų analizę		
Išoriniai ir vidiniai veiksniai	Išorinių veiksnių analizė	
	Vidinių veiksnių analizė	
Atlikti 10-12 klasių moksleivių sveikatos būklės vertinimo situacijos analizę.	SSGG analizė	
	Moksleivių 10-12 klasių sveikatos būklės vertinimo situacijos analizė	
	Išorinių veiksnių analizė	
	SSGG analizė	
Atlikti ekspertų apklausos analizę	Ekspertų apklausos rezultatų analizė	
Suformuoti ir pagrįsti sveikatos strateginių problemų tobulinimo	Sudaryti sveikatos strateginių problemų tobulinimo kryptis	Tyrimo rezultatų analizė

kryptis.	Vadovaujantis teorinių šaltinių , dokumentų, ekspertų ir informant apklausos rezultatų analize pagrįsti sveikatos priežiūros strategines problemas.	
----------	---	--

Šaltinis: sudaryta darbo autorė

Tyrimo loginėje schemoje pavaizduoti etapai, pagal kuriuos buvo atliekamas šis darbas. Pirmiausia išsikeltas tyrimo tikslas. Pirmame etape atlikta literatūros šaltinių teorinė analizė, tyrimo objekto teorinis pagrindimas, darbo turinio sudarymas. Antrame etape atlikta tyrimo metodologinė analizė, aprašyti ir išanalizuoti tyrimo metodai, o tračiame etape – tyrimo rezultatų analizė: išoriniai ir vidiniai veiksniai. Ketvirtame etape pateikiamos rekomendacijos.

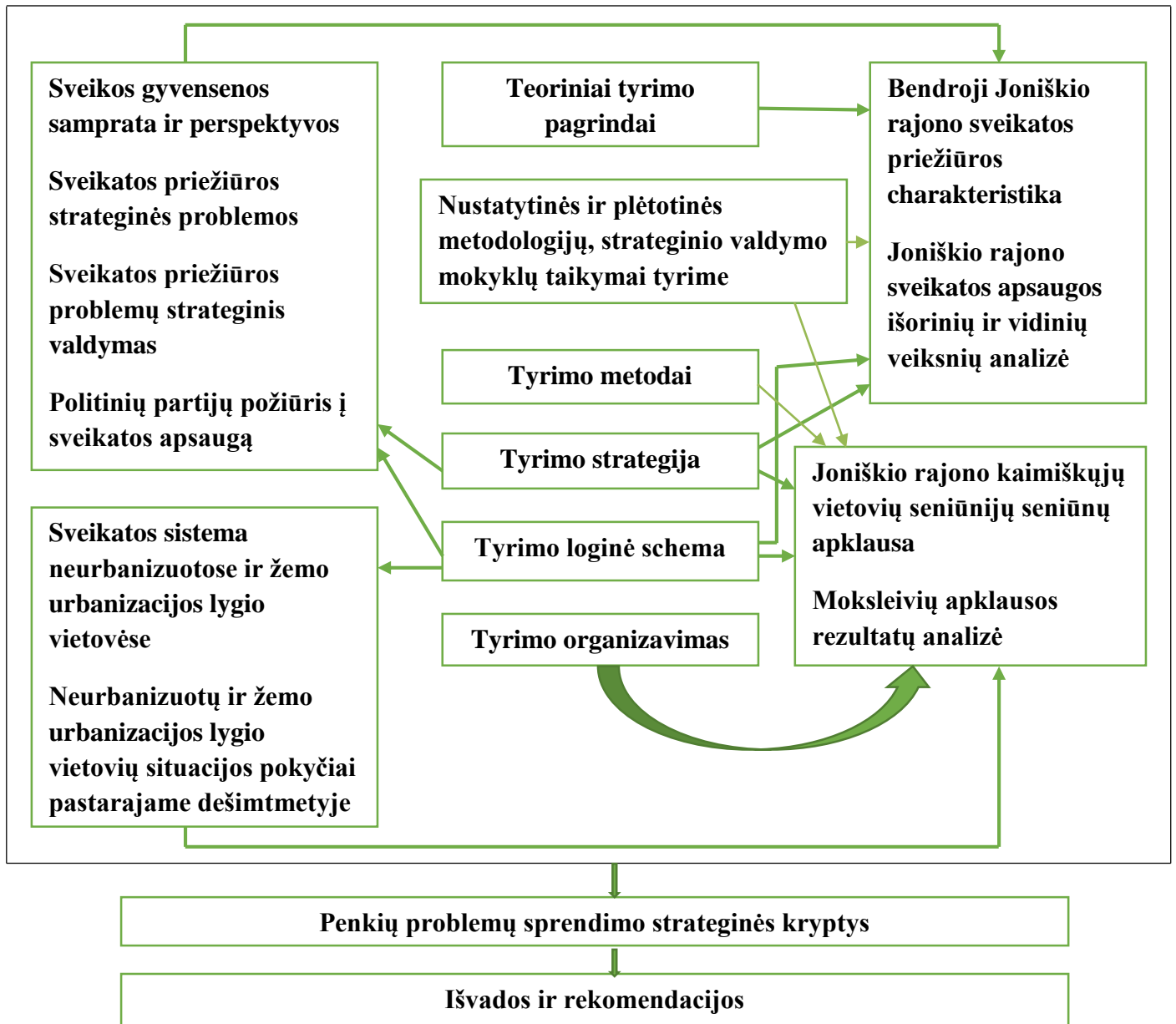
# SVEIKATOS PRIEŽIŪROS STRATEGINIŲ PROBLEMŲ VALDYMAS: JONIŠKIO RAJONO

Tyrimo tikslas: ištirti sveikatos priežiūros sistemos strateginių problemų valdymo galimybes

Sveikatos priežiūros sistemos strateginio valdymo teoriniai aspektai

Sveikatos priežiūros problemų sprendimų metodologija

Tyrimo rezultatų analizė



Šaltinis: sudaryta darbo autorės

## 2.4. Tyrimo organizavimas

Tyrimas buvo atliktas 2017 m. sausio – gegužės mėnesiais Joniškio rajone. Atliekant empirinį tyrimą, buvo taikomi kokybinio ir kiekybinio tyrimo metodai. Siekiant identifikuoti Joniškio rajono sveikatos priežiūros strateginio valdymo problemas, Joniškio rajono seniūnai buvo apklausti pusiau struktūruotu interviu metodu, o Joniškio rajono „Aušros gimnazijos“ ir Žemės ūkio mokyklos 11 - 12 klasių mokiniams buvo atlikta anketinė apklausa.

### Interviu metodo taikymas

Tyrimui panaudotas kokybinis tyrimo metodas – interviu. Interviu galima apibūdinti kaip apklausą žodžiu. Interviu metodo pasirinkimą sąlygojo šie kriterijai:

1. Interviu tyrėjas turi galimybę aiškinti vieno ar kito klausimo ar atsakymo varianto prasmę.
2. Interviu tyrėjas turi galimybę fiksuoti ne tik atsakymus į klausimus, bet ir sekti apklausiamąjį emocijas, atsakymų intonacijas ir pan.
3. Galima pateikti papildomus klausimus.

Taikytas pusiau struktūruoto interviu metodas, buvo apklausti 5 Joniškio rajono seniūnai, pateikiama kiekvieno charakteristika (3 lentelė). Buvo tiriamas požiūris į kaimiškųjų vietovių sveikatos strategines problemas, jų valdymo galimybes.

*Interviu imties charakteristika.* Organizuojant interviu, ypač svarbu tinkamai pasirinkti asmenis, kurie turi pakankamai patirties savo srityje, turi pakankamai kompetencijos, patikimos informacijos. Joniškio rajone yra 10 seniūnijų (1 pav.). Tikslinei grupei suformuoti atrinkti šie kriterijai:

1. Ekspertų veiklos sąsajos su magistro darbo tema;
2. Darbo stažas seniūnijoje (5 metai ir daugiau).

3 lentelė

### Bendrieji seniūnų duomenys

Seniūnija	Seniūno charakteristika	Darbo stažas seniūnijoje
Satkūnų seniūnija	Regina Butkienė yra veikli, kūrybinga, kompetetinga seniūnė, kuri turi 28 metų darbo stažą. Ji yra ilgiausiai dirbanti seniūnė Joniškio rajone. 2009 m. spalio 21 d. Joniškio rajono savivaldybės mero potvarkiu Nr. M-41 Lietuvos savivaldos 90 metų jubiliejaus proga apdovanota už aktyvų dalyvavimą visuomeniniame gyvenime, nuoširdų rūpestį ir iniciatyvą sprendžiant kaimo žmonių problemas.	28 metai

	2012 m. Šiaulių apskrities vyriausiojo policijos komisariato viršininko pavaduotojas Vincas Urbonavičius kalbėjo apie glaudų teisėsaugos atstovų bendradarbiavimą su seniūnijomis ir keletui seniūnų įteikė padėkos raštus „Už saugią kaimynystę“, vieną kurių gavo ir Satkūnų seniūnė Regina Butkienė.	
Rudiškių seniūnija	Labai aktyvi, komunikabili seniūnė, dalyvauti bendruomenės veikloje, įteikta daug padėkų už aktyvų dalyvavimą bendruomenės renginiuose, domisi naujovėmis.	5 metai
Gaižaičių seniūnija	Prieš pradėdant dirbti seniūne, dirbo apylinkės sekretore, pirmininke, viršaitė. Veikli, energinga, komunikabili seniūnė. Gavusi nemažai padėkų už aktyvų dalyvavimą bendruomenių renginiuose. Seniūnų asociacijos narė, aktyviai dalyvaujanti įvairiose veiklose.	23 metai
Kriukų seniūnija	Veikli, energinga, kompetetinga seniūnė, aktyviai dalyvaujanti įvairiuose renginiuose, įteikta padėkų už aktyvią veiklą savivaldoje, taip pat nemažai padėkų Joniškio policijos už aktyvų dalyvavimą policijos rėmėjų gretose, kuriant saugią aplinką, Žemės ūkio mokyklos padėkos. Mero apdovanota už etninės kultūros puoselėjimą ir perdavimą jaunajai kartai.	18 metai
Saugėlaukio seniūnija	Seniūnė pasižymi santūrumu, pareiškumu, atvira naujovėms. Apdovanota mero už atsakingą Saugėlaukio savitvarkos organizavimą, bendruomenės ryšių stiprinimą. Taip pat įteikta Prezidentės padėka už paramą, moralinį palaikymą per jos rinkimų kompaniją. Įteikta padėka Pakrančių apsaugos tarnybos už geranorišką bendradarbiavimą padedant prižiūrėti pasienio ruožą. Susisiekimo ministras įteikė padėką už asmeninį indėlį plėtojant modernias informacines technologijas.	9 metai

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Taigi, pasirinkti apklausti interviu penki Joniškio rajono seniūnai. Ekspertai dabartinėse pareigose dirba nuo 5 iki 28 metų.

*Tyrimo organizavimo eiga.* Interviu tyrimas gali būti vykdomas įvairiais būdais: tiesioginio susitikimo metu, elektroniniu būdu, telefonu. Tyrimui pasirinktas tiesioginio susitikimo būdas, prieš tai suderinus susitikimo laiką. Visos seniūnės pageidavo, kad klausimynas būtų atsiųstas elektroniniu paštu iš anksto, kad spėtų susipažinti su interviu tema, ir, jei reiktų, paieškoti reikiamos informacijos. Ne visi ekspertai sutiko susitikti pokalbiui, viena seniūnė, teigdama, kad seniūnija yra pakankamai toli nuo Joniškio, atsiuntė atsakymus į klausimus elektroniniu paštu. Interviu buvo atliekami 2017 metų kovo – balandžio mėnesiais. Pokalbių su informantais trukmė – nuo 30 min. iki 1 val.

*Tyrimo etikos reikalavimai:* būtina gerai pasiruošti apklausai, nerinkti duomenų ar neužduoti klausimų, kurie nebus panaudoti tyrimui atlikti. Supažindinti žmones su tyrimo turiniu, gauti jų sutikimą dalyvauti tyrime, jei bus įrašomas pokalbis, taip pat gauti eksperto sutikimą, nepateikti klausimų, kurie žemintų žmogaus orumą bei privatumą. Siekiant užtikrinti ekspertų konfidencialumą, jie buvo koduojami (1,2,3,4,5). Kodavimo eiliškumas žinomas tik tyrimo autorei.

### **Kiekybinių metodų taikymas**

Joniškio rajono sveikatos priežiūros strateginių problemų analizei buvo naudojami Šiaulių universiteto Kaimo plėtros tyrimų centro parengti klausimynai, adaptuoti šiam tyrimui. Klausimyną „Sveika gyvensena (besimokančio jaunimo požiūris, 11-12 klasių mokiniai) sudaro trys struktūrinės dalys: įvadinė, socialinė – demografinė ir diagnostinė dalys. Klausimyną sudaro 33 klausimai. Įvadinėje dalyje paaiškinama, kas atlieka anketavimą, ir ką siekiama išsiaiškinti apklausos metu, taip pat pateikiama trumpa anketos užpildymo instrukcija. Socialinių – demografinių klausimų dalyje pateikiama informacija apie respondentų lytį, amžių, kurioje klasėje mokosi, gyvenamą vietą, diagnostinę dalį sudaro klausimai, susiję su gydymo įstaigų situacija gyvenamojoje vietovėje, apsilankymų pas gydytoją priežastis, dabartinę sveikatos būklę, profilaktinius patikrinimus ir sveikos gyvensenos analizė: kaip dažnai sportuoja, ar vartoja psichotropines medžiagas, klausiama nuomonė apie bendraklasių, šeimos narių, visuomenės narių sveikos gyvensenos propagavimą. Pateikti uždaro tipo klausimai, todėl anketos užpildymas užima mažai laiko. Respondentams reikia pažymėti jų situaciją arba požiūrį atitinkantį atsakymo variantą.

Anketinės apklauso metodu buvo tiriamas Joniškio „Aušros“ gimnazijos, Žemės ūkio mokyklos 11 – 12 klasių moksleivių požiūris į sveikatos strategines problemas, siekiama sveikatos aspektu pažvelgti į gyvenimo kaimiškose vietovėse sąlygas ir įvertinti sveikatos priežiūros problemų valdymo galimybes kaimiškose vietovėse. Iš viso Joniškio žemės ūkio mokykloje mokosi 169, o Joniškio „Aušros“ gimnazijoje - 244 moksleiviai (viso 413). Buvo paruošta 250 anketų, grįžo 203 anketos.

### 3. TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ

#### 3.1. Bendroji sveikatos priežiūros charakteristika Joniškio rajone

Joniškis – miestas šiaurės Lietuvoje, Šiaulių apskrityje, 39 km į šiaurę nuo Šiaulių, netoli Latvijos sienos (14 km). Rajono ir seniūnijos centras, 4 seniūnaitijos. Administracinis centras – Joniškis, plotas – 1152 km<sup>2</sup> (13,5 proc. apskrities ploto), gyventojų – 28.266 (8,6 proc. apskrities gyventojų). Rajone yra 2 miestai – Joniškis ir Žagarė, ir 2 miesteliai – Kriukai ir Skaistgirys, 10 seniūnijų (1 pav.)



1 pav. Joniškio rajono seniūnijos

Šaltinis: Joniškio rajono savivaldybė. Internetinė prieiga : <http://www.joniskis.lt/lit/Seniunijos>

Strateginis plėtros planas – planavimo dokumentas, būtinas tolygiam rajono vystymuisi, turintis tapti tiek savivaldybės, tiek bendruomenės plėtros pagrindu. Strateginis plėtros planas turi būti parengtas remiantis aplinkos ir situacijos išsamios analizės rezultatais. Nustatyti prioritetiniai rajono plėtros tikslai ir uždaviniai orientuoti į kryptingą ir darnią rajono plėtrą, jos suderinamumą su Šiaurės Lietuvos regiono ir visos šalies vystymusi. Joniškio rajono savivaldybės 2014–2020 metų strateginiame plėtros plane atkreipiamas dėmesys į jaukų ir saugų kiekvieno Joniškio rajono gyventojų gyvenimą. Išskiriami trys pagrindiniai Joniškio rajono savivaldybės strateginio plėtros plano prioritetai:

1. Išsilavinusi, sveika ir pilietiška bendruomenė;
2. Rajono konkurencingumo didinimas;
3. Darni gyvenamosios aplinkos plėtra.

Gyventojų skaičius per pastaruosius dešimt metų mažėja visoje Lietuvoje, ne išimtis ir Joniškio rajonas. Gyventojų skaičius Joniškio rajone per 2009–2013 m. sumažėjo 11,4 proc. (Joniškio mieste – 10,6 proc.). Nuo 2009 m., per 5 metus, Joniškio rajone gyventojų sumažėjo beveik dvigubai daugiau nei Lietuvoje (Lietuvoje – 6,7 proc.). Gyventojų mažėjimo priežastys: auga mirštamumas, mažėja gimstamumas, didėja emigracija.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2013 m. pabaigoje Joniškio rajone gyveno 4 625 vaikai iki 18 metų amžiaus, t.y. maždaug kas penktas (18,6 proc.) rajono gyventojas buvo vaikas (Lietuvoje gyveno 543,8 tūkst. vaikų, 18,3 proc.). Lyginant su 2012 m., vaikų skaičius sumažėjo 297, t.y. 6,4 proc. (Lietuvoje – 2,2 proc.).

Joniškio rajone 2014 m. gyveno vidutiniškai 24 057 gyventojų. 46,68 proc. Joniškio rajono gyventojų sudarė vyrai, 53,32 proc. – moterys. Palyginus su ankstesniais metais gyventojų skaičius sumažėjo 541 asmenimis. Vaikai iki 17 m. sudarė 17,97 proc. visų Joniškio rajono gyventojų, vaisingo amžiaus (15-49 m.) moterys – 21,69 proc. visų moterų. 18-44 m. amžiaus asmenys sudarė 28,33 proc. gyventojų, 45-64 m. – 30,21 proc., 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenys – 20,26 proc. Joniškio rajono gyventojų.

Joniškio rajone 2015 m. gyveno vidutiniškai 23477 gyventojai. 46,74 proc. Joniškio rajono gyventojų sudarė vyrai, 53,26 proc. – moterys. Palyginus su ankstesniais metais gyventojų skaičius sumažėjo 580 asmenų. Vaikai iki 17 m. sudarė 17,59 proc. visų Joniškio rajono gyventojų, vaisingo amžiaus (15-49 m.) moterys – 21,05 proc. visų moterų. 18-44 m. amžiaus asmenys sudarė 27,93 proc. gyventojų, 45-64 m. – 30,74 proc., 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenys – 19,88 proc. Joniškio rajono gyventojų. Joniškio rajono gyventojų. Joniškio rajono savivaldybėje 2015 metais kaimo gyventojai sudarė 44,99 proc., miesto – 55,02 proc.

Mažėjantis jaunimo skaičius Lietuvoje neigiamai atsiliepia demografinėi šaliai, darbo rinkos situacijai, stiprina Lietuvos senėjimo tendencijas. Be to, dabartinės jaunų žmonių nuostatos, kuomet vėliau gimdyti ir kuomet mažiau vaikų turėti, arba visai jų neturėti yra nenaudingos visuomenei, nes proporcijos išsikreipia, visuomenė neatsinaujina: mažiau darbingo amžiaus žmonių, mažiau sukuriama, mažiau suvartojama, mažiau mokesčių sumokama, todėl mažiau lėšų skiriama švietimo sistemai, sveikatos apsaugai. Joniškio rajone 2015 m. gimė 195 kūdikių, 7 kūdikiais mažiau nei 2014 m. (2014 m. – 202 kūdikiai), tai mažiausias gimusiųjų skaičius per pastaruosius penkiolika metų. Gimusiųjų skaičius tūkstančiui gyventojų sumažėjo nuo 9,18 (2001 m.) iki 8,3 (2015 m.). Tuo tarpu Lietuvoje šis rodiklis pakilo nuo 8,98 (2001 m.) iki 10,8 (2015 m.). Lietuvos Respublikos statistikos departamento duomenimis, 2013 m. pradžioje Joniškio rajone iš viso buvo 4 786 jauni žmonės (15–29 metų), sudarantys 19,22 proc. visų rajono gyventojų (Lietuvoje – 20,1 proc.). Jaunimo mažėjimą lemia keletas priežasčių: gyventojų gimstamumo mažėjimas, migracija į didesnius miestus (studijuoti



ir gyventi) bei emigracija į užsienio šalis. Remiantis Jaunimo reikalų departamento parengta jaunimo problematikos tyrimų rezultatų palyginamąja analize, labiausiai emigracijai į užsienį yra nusiteikę 19–23 metų jaunuoliai. Vyraujantis emigracijos į užsienį motyvas yra ekonominis, t. y. galimybė užsidirbti daugiau pinigų. Darbo sąlygos ir karjeros galimybės yra mažiau svarbios daugiau nei 3 kartus, o socialinės garantijos – 6 kartus mažiau svarbios nei galimybė daugiau užsidirbti. Siekiant spręsti jaunimo problemas, Joniškio rajono savivaldybėje įsteigta Joniškio rajono savivaldybės Jaunimo reikalų taryba (JRT) – pagrindinė jungiamoji grandis tarp savivaldybės administracijos ir jaunimo, kuri sudaroma iš savivaldybės institucijų ar įstaigų ir jaunimo organizacijų atstovų.

Visuomenė demografiniu požiūriu vis labiau sensta, o per pastaruosius 10 metų vyresnio amžiaus žmonių skaičius sparčiai išaugo. Joniškio rajono savivaldybės gyventojų amžiaus struktūra taip pat sparčiai keičiasi. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2013 m. pradžioje Joniškio rajono savivaldybėje gyveno 6 421 žmogus 60–ties metų ir vyresnio amžiaus, tai sudarė 25,8 proc. visų gyventojų (Lietuvoje gyveno 713,8 tūkst. 60–ties metų ir vyresnio amžiaus žmonių, tai sudarė 24 proc. visų gyventojų). Nuo 2009 m. šios amžiaus grupės žmonių realiai nepadaugėjo, tačiau mažėjant gimstamumui ir žmonių skaičiui iki 60–ties metų amžiaus, vyresnio amžiaus žmonių skaičius bendrame gyventojų skaičiuje išaugo beveik 3 proc. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2015 m. pradžioje Joniškio rajono savivaldybėje gyveno 6401 žmogus 60-ties metų ir vyresnio amžiaus, tai sudarė 26,88 proc. visų gyventojų. Per 2010–2013 m. šiek tiek pailgėjo pagyvenusių vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Per 2009–2012 m. Joniškio rajono savivaldybėje mirė 1 690 gyventojų, tai yra 802 gyventojų daugiau nei gimė. 2013 m. gyventojų mirtingumas išaugo 10,3 proc. (mirė 201 vyras ir 41 moteris). Kaimo gyventojų mirtingumas vienam tūkst. gyventojų sudarė 1 769,03 (72 proc.), miesto gyventojų mirtingumas – 1 640,07 (86 proc.). 2014 metais Joniškio rajono gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sudarė 74,21 metus (Lietuvoje - 74,69 m.), 2015 metais – 72,56 m. (Lietuvoje – 74,51 m.).

Visoje Lietuvoje gyventojų mirties priežasčių struktūra per 2009–2012 metus išliko nepakitusi, vyrauja trys pagrindinės mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys. Joniškio rajono savivaldybėje 2012 m. šios priežastys sudarė apie 82–86 proc. visų mirties priežasčių. Nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė, t. y. 56,6 proc., nuo piktybinių navikų – 19,5 proc., o nuo išorinių mirties priežasčių – 8,9 proc. visų mirusiųjų. Daugiausia vyrų mirė (47,8 proc.) nuo kraujotakos sistemos ligų, o moterų mirtingumas dėl šių ligų dar didesnis – 65,6 proc. visų mirusiųjų. Tos pačios pagrindinės mirties priežastys 2015 metais sudarė 88,7 proc. visų mirties priežasčių. Joniškio rajone nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau kaip pusė, t. y. 62,7 proc. (Lietuvoje – 56,5 proc.), nuo piktybinių navikų – 18,8 proc. (Lietuvoje – 20,0 proc.), nuo

išorinių mirties priežasčių 2015 metais iš 100 000 gyventojų mirė 1699,5 (2014 m. – 1479,8/100 000 gyventojų).

Sveikatos priežiūros įstaigų, gydytojų Joniškio rajone mažėja kasmet. 2013 m. pabaigoje Joniškio rajone veikė viena valstybinė ligoninė, septynios ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, palyginus su 2012 m. viena įstaiga mažiau. 2015 metais – viena valstybinė ligoninė, keturios ambulatorijos. Iš viso rajone veikė šešios privačios asmens sveikatos priežiūros, iš jų keturios privačios odontologinės priežiūros įstaigos, 2015 jų skaičius nekito. Joniškio rajone 2013 m. veikė 14 medicinos punktų, 2015 metais jų skaičius išliko nepakitęs. 2013 m. pabaigoje iš viso Joniškio rajono sveikatos sistemoje dirbo 46 gydytojai ir 9 odontologai. 2015 metais dirbo 36 gydytojai, 9 odontologai. Joniškio rajone 2013 m. pagal stacionaro ligonius tarp suaugusiųjų išsiskiria kraujotakos sistemos ligos: virškinimo sistemos ligos, piktybiniai navikai bei jungiamojo audinio ir skeleto raumenų sistemos ligos. Vaikai (0-17 m.) dažniausia buvo gydomi stacionare dėl kvėpavimo sistemos ligų, virškinimo sistemos ligų bei trauma, 2015 metais šie duomenys išliko tie patys.

Visuomenės sveikatos stebėsenos savivaldybėje tikslas – nuolat rinkti, analizuoti, interpretuoti visuomenės sveikatą atspindinčius rodiklius bei tinkamai informuoti savivaldybės politikus, kad savivaldybės teritorijoje valstybinės (valstybės perduotų savivaldybėms) savarankiškosios visuomenės sveikatos priežiūros funkcijos būtų įgyvendintos efektyviai. Visuomenės sveikatos stebėseną savivaldybėje vykdoma remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 19 d. Nr. V-1387 įsakymu „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymo Nr. V-488 „Dėl Bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“. Pagrindinio rodiklių sąrašo analizės ir interpretavimo tikslas yra įvertinti, kokia esama gyventojų sveikatos ir sveikatą lemiančių veiksnių situacija savivaldybėje, įvertinant Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo kontekste, ir kokių intervencijų/priemonių reikia imtis, siekiant stiprinti savivaldybės gyventojų sveikatą ir mažinti sveikatos netolygumus.

Remiantis Visuomenės sveikatos biuro parengtos Joniškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos stebėsenos 2014 m. ataskaita, aprašomi šie rodikliai:

- vidutinė gyvenimo trukmė;
- mokyklinio mažiaus vaikų, nesimokančių mokyklose skaičius;
- gyventojų skaičiaus pokytis,
- asmenų, žuvusių ar sunkiai sužalotų dėl nelaimingų atsitikimų darbe skaičius;
- mirtingumas/standartizuotas dėl transporto įvykių, pėsčiųjų mirtingumas dėl transporto įvykių;
- mirtingumas/standartizuotas dėl priežasčių, susijusių su alkoholio vartojimu;

- slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui skaičius;
- vaikų, kuriems nustatytas dantų ėduonis skaičius;
- sergamumas II tipo cukrinių diabetu.

Trijų rodiklių reikšmės patenka į prasčiausių savivaldybių kvintilių grupę (raudonoji zona).

Palyginama su Lietuvos vidurkiu:

- sergamumas vaistams atsparia tuberkulioze (2,83 karto didesnis nei Lietuvos vidurkis);
- ilgalaikio nedarbo lygis (1,9 karto didesnis nei Lietuvos vidurkis);
- mirtingumas/standartizuotas mirtingumas dėl nukritimo (atitinkamai 1,73 ir 1,83 karto didesni nei Lietuvos vidurkis);

Derėtų atkreipti dėmesį ir į kelis kitus probleminius rodiklius Joniškio rajone:

- mirtingumas dėl savižudybių (1,7 karto didesnis nei Lietuvos vidurkis);
- mirtingumas dėl priežasčių, susijusių su narkotikų vartojimu (1,14 karto didesnis nei Lietuvos reikšmė);
- kūdikių, išimtinai žindytų iki 6 mėn. amžiaus, dalis (0,58 karto didesnis nei Lietuvos vidurkis);
- apsilankymų pas gydytojus skaičius (0,84 karto didesnis nei Lietuvos vidurkis);
- tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi atrankinės mamografinės patikros dėl krūties finansavimo programoje (0,38 karto mažesnis nei Lietuvos vidurkis);
- tikslinės populiacijos dalis (proc.), 9 dalyvausi storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje (0,87 karto mažesnis, nei Lietuvos vidurkis).

Joniškio rajono 2015 m. rodiklių reikšmės patenkančios į prasčiausių savivaldybių kvintilių grupę (raudonoji zona):

- išvengiamas mirtingumas (1,19 karto didesnis nei Lietuvos vidurkis);
- ilgalaikio nedarbo lygis (1,95 karto didesnis nei Lietuvos vidurkis);
- gyventojų skaičiaus pokytis 1000 gyventojų (1,88 karto didesnis nei Lietuvos vidurkis);
- apsilankymų pas gydytojus skaičius, tenkantis vienam gyventojui (0,83 karto mažesnis nei Lietuvos vidurkis);
- standartizuotas mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų (1,23 karto didesnis nei Lietuvos vidurkis);
- tikslinės populiacijos dalis, dalyvavusi atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje (0,49 karto mažesnis nei Lietuvos vidurkis);
- tikslinės populiacijos dalis, dalyvavusi gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programoje (0,8 karto mažesnis nei Lietuvos vidurkis);

- tikslinės populiacijos dalis, dalyvavusi storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje (0,65 karto mažesnis nei Lietuvos vidurkis).

Ankstyvas psichoaktyvių medžiagų vartojimas yra paauglių problemų, tame tarpe ir piktnaudžiavimo jomis, priežastis vyresniame amžiuje. Labai svarbu yra kuo anksčiau nustatyti, jog vaikas vartoja psichoaktyvias medžiagas ir taikyti ankstyvąją intervenciją – psichologinės, socialinės ir pedagoginės pagalbos priemonės. Vykdydama Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos įgyvendinimą tarp instituciniu veiklos planu, patvirtintu Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. spalio 27 d. nutarimu Nr. 1278 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos įgyvendinimo 2011–2013 metų tarp institucinio veiklos plano patvirtinimo“ (Žin., 2011, Nr. 134-6359; 2012, Nr. 110-5596), Joniškio rajono savivaldybės taryba nusprendžia patvirtinti Joniškio rajono savivaldybės narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo prevencijos bei tabako ir alkoholio kontrolės 2013–2016 metų priemonių planas 2012 metais. Vienas iš šio plano tikslų - Neteisėto narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo ir jų paklausos stabdymas ir mažinimas ugdant neigiamą požiūrį į narkotines ir psichotropines medžiagas tarp vaikų ir jaunimo, šeimose, visuomenėje, diegiant žmogaus vertybinių nuostatų bei sveikos gyvensenos sampratą. Šiam tikslui įgyvendinti pasitelkiamos šios priemonės:

1. Vykdyti bendrąją, atrankinę ir tikslinę prevenciją skatinant savivaldybių institucijų, asociacijų ir bendruomenių iniciatyvas. Ypač daug dėmesio skirti vaikų ir jaunimo asmenybės formavimui, prasmingo gyvenimo sampratos ugdymui, formuojant neigiamą požiūrį į psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, atsižvelgiant į tikslinių grupių asmenų amžių, kultūrą, tradicijas, kitus ypatumus.

2. Įgyvendinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programas, skirtas mokinių tėvams ar teisėtiems atstovams.

3. Užtikrinti ankstyvosios intervencijos paslaugų kokybę ir prieinamumą vaikams ir jaunimui.

4. Užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę asmenims, neteisėtai vartojantiems narkotines ir psichotropines medžiagas.

5. Vykdyti psichoaktyvių medžiagų vartojimo prevenciją.

6. Informacijos bendruomenei apie žalingų psichotropinių medžiagų vartojimo pasekmes pateikimas.

Šioms priemonėms įgyvendinti pasitelktos šios įstaigos: Joniškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras, Joniškio rajono savivaldybės narkotikų kontrolės komisija, Joniškio rajono savivaldybės ugdymo įstaigos, Joniškio rajono švietimo centras, Joniškio sporto centras,

viešoji įstaiga Jonišio pirminės sveikatos priežiūros centras, viešoji įstaiga Jonišio psichikos sveikatos centras, Jonišio rajono savivaldybės administracijos seniūnai.

Joniškio visuomenės sveikatos biuras 2016 metais atliko 5,7,9 klasių moksleivių sveikos gyvensenos tyrimą, kurio metu nustatyta, kad bent kartą per savo gyvenimą 35,0 proc. Jonišio rajono mokinių rūkė tabako gaminius (mergaitės – 28,5 proc., berniukai – 41,7 proc.), o elektronines cigaretes – 25,9 proc. Kuo vyresnė klasė, tuo bent kartą per savo gyvenimą rūkusių tabako gaminius yra daugiau: kas devintas penktokas (11,5 proc.), kas trečias septintokas (35,3 proc.) bei kas antras devintokas (57,7 proc.). Paklausus mokinių apie alkoholio vartojimą, pusė Jonišio rajono mokinių (46,4 proc.) atsakė, kad per visą savo gyvenimą bent kartą vartojo kokį nors alkoholinį gėrimą, per paskutinius 12 mėn. – penktadalis (22,1 proc.), per paskutinį mėnesį – devintadalis (12,7 proc.) mokinių. Tyrimo metu paklausus Jonišio rajono mokinių apie marihuanos ar hašišo vartojimą, kad bent kartą per visą savo gyvenimą vartojo, atsakė 5,4 proc. mokinių (6,9 proc. berniukų ir 3,7 proc. mergaičių). Pagal klases šie vaikai pasiskirstė taip: 0,5 proc. penktokų, 4,5 proc. septintokų, 12,3 proc. devintokų.

Asociacija „Joniškio rajono partnerystės vietos veiklos grupė“ buvo įkurta tam, kad rajono kaimai bei miesteliai gražėtų ir gyvuotų. Steigimo sutartis pasirašyta 2004 m. rugpjūčio 16 d. Pagrindinis VVG tikslas – suteikti čia gyvenantiems iniciatyviems žmonėms galimybę įgyvendinti savo svajones.

Joniškio VVG sugebėjo apjungti nevyriausybines organizacijas, vietos valdžios ir verslo atstovus integruotam kaimo problemų sprendimui. Asociacija aktyvina kaimo bendruomenes, skatina jos narių gebėjimus aktyviau dalyvauti ekonominėje, socialinėje, aplinkosaugos ir kultūros paveldo priežiūros ir išsaugojimo veikloje, rengti ir įgyvendinti kaimo plėtros planus.

Joniškio VVG apima Jonišio rajono savivaldybės kaimiškąją teritoriją ir Žagarės miesto vietovę, į šią teritoriją neįeina tik pati Jonišio miesto teritorija. Minima teritorija užima 99,2 proc. bendro rajono savivaldybės teritorijos ploto, o kaimo vietovių ir Žagarės miesto gyventojai sudaro 63,9 proc. viso rajono savivaldybės gyventojų skaičiaus ir tai yra ženkliai daugiau nei vidutiniškai šalyje. Taigi Jonišio rajono savivaldybės plėtros potencialas sutelktas kaimiškoje teritorijoje, todėl darnus kaimo vystymasis stipriai įtakoja ir Jonišio rajono savivaldybės vystymąsi. VVG plėtra ir jos veiklos administravimas pagrįstas partnerystės ryšių ir jos narių gebėjimų stiprinimu.

VVG pagrindiniai tikslai: aktyviai dalyvauti rengiant ir įgyvendinant kaimo plėtros planus bei programas Jonišio rajono vietovėje, telkti suinteresuotų vietos valdžios, verslo, nevyriausybinių ir kitų įstaigų ir organizacijų pastangas ieškant tinkamiausių sprendimų kaimo vietovių socialinei ir ekonominei gerovei kelti, skatinti ir palaikyti vietines kaimo žmonių iniciatyvas verslo, gamtos

apsaugos, švietimo, kultūros, socialinės paramos ir kitose srityse, parengti ir įgyvendinti Joniškio rajono kaimo plėtros strategiją.

### 3.2 Joniškio rajono kaimiškųjų vietovių seniūnijų seniūnų apklausa

Pagal penkias teorinėje dalyje aprašytas strategines problemas, sudarytas klausimynas seniūnams. Analizuojant sveikatos priežiūros problemas, labai svarbu išsiaiškinti demografinę situaciją Joniškio rajono savivaldybėse. Seniūnijų buvo klausiama, kurio amžiaus gyventojai sudaro daugumą jūsų gyvenvietėje. Trejose seniūnijose daugiausia gyvena 45 - 65 metų amžiaus gyventojai (1,2,3,5), vienoje – 25 - 45 metų amžiaus gyventojai (4). Į klausimą, kaip pasikeitė seniūnijos gyventojų skaičius per pastaruosius penkerius metus ar dešimt metų (priklausomai nuo darbo stažo), visos seniūnės atsakė, kad seniūnijose gyventojų skaičius kito, pastebimas mažėjimas, ypač per pastaruosius penkis metus. Viena seniūnė pastebėjo, kad „*gyventojų mažėjimas jaučiamas jau nuo 1998 metų (2).*“ Visos seniūnės minėjo, kad jaunimas išvyksta gyventi į didesnius miestus, nes jų netenkina gyvenimo kokybė kaime: tai ir darbo problema, neveikia socialinių paslaugų sistema, nėra aktyvios kultūrinės veiklos (1,2,3,4,5). Kadangi šiuo metu yra labai aktuali gyventojų emigracija, ypač jaunimo tarpe, buvo klausiama, kuri dalis seniūnijos gyventojų (apytiksliai) yra išvykusi uždarbiauti į užsienį? Ar yra grįžusių iš užsienio ir čia pradėjusių kurti savo verslą (ūkininkauti, steigti neagrarinio verslo įmonę)? Visos seniūnės atsakė, kad į užsienį išvyksta nedidelė dalis gyventojų, tačiau išvyksta kasmet, todėl gyventojų skaičius seniūnijose mažėja nuolat. Paklausus, kokio amžiaus žmonės išvyksta, visos seniūnės įvardijo darbingo amžiaus žmones – 40 - 60 metų amžiaus. Per pastaruosius penketą metų pastebima, kad į užsienį išvyksta vis jaunesni žmonės, ne tik dirbti, bet ir mokytis. Dar pastebima tendencija vykti gyventi į didesnius miestus, kur didesnės galimybės rasti darbą bei įdomios veiklos. Viena seniūnė pastebėjo „*jaunimui kaime nėra ką veikti. Negana to, kad sunku rasti darbą, bet ir nedžiugina socialinė aplinka: mažėja ugdymo įstaigų, neorganizuojami užsiėmimai vaikams, paaugliams, prasta kultūrinė veikla, renginiai jaunimui neįdomūs, nes juose daugiausia dalyvauja pagyvenusio amžiaus žmonės, neorganizuojami koncertai, vakaronės. Be to, didesniuose miestuose yra galimybės dalyvauti masiniuose sporto renginiuose, sporto klubuose, galima uždirbti daugiau, tuo pačiu atsiranda galimybės išvykti pailsėti į užsienį, pakeliauti, užsiimti mėgstama veikla (4)*“. Per pastaruosius dešimt metų kaimiškose vietovėse sparčiai mažėja socialinių paslaugų institucijų (darželių, mokyklų, kultūros įstaigų ir pan.). Tai lemia jaunimo pasirinkimą gyventi didesniuose miestuose ar apsisprendimą bandyti kurti savo gyvenimą svetur. Visos seniūnės pastebėjo, jog kaimiškose vietovėse nebeatsiranda naujų sodybų, pastebimas jų tuštėjimas. Aišku, atsiranda žmonių, kuriems patinka gyventi kaimuose, todėl jie renkasi tuščias sodybas, kurias

renovuoja. Seniūnė (3) akcentavo, kad „1985 metais buvo pastatyta paskutinė sodyba seniūnijos teritorijoje“. Ugdymo įstaigų uždarymo problema palietė taip pat visas seniūnijas. Toliausia nuo Joniškio miesto nutolusioje seniūnijoje veikė dvi pagrindinės ir viena pradinė mokyklos, kurias 2002 m. sujungė į vieną mokyklą, kurioje mokėsi 120 mokinių. 2016 metais, joje likus tik 6 mokiniams, ji buvo uždaryta. Vienoje seniūnijoje veikia tik viena pagrindinė mokykla ir darželis (4), kitoje buvo pagrindinė mokykla ir darželis, kuriuos uždarė 2012 m. dėl mokyklos direktorės neūkiškumo bei kvalifikacijos trūkumo. Trečioje seniūnijoje buvo pagrindinė mokykla bei 2 vaikų darželiai, kurie buvo uždaryti prieš 10 metų (2). Dabar toje seniūnijoje veikia mokykla – daugiafunkcinis centras, kuris teikia ikimokyklinį, priešmokyklinį ir pradinį ugdymą, neformalųjį vaikų bei suaugusiųjų švietimą. Čia įsikūrė Joniškio J. Avyžiaus viešosios bibliotekos filialas bei veikia Joniškio kultūros centro filialas. Vienoje iš penkių seniūnijų nėra ugdymo įstaigos, veikia tik darželis, kurį lanko 20 vaikų. Visos seniūnijos turi bibliotekas bei knygų išdavimo taškus. Prieš 10 metų jų buvo daugiau, ateityje numatoma keletą knygų išdavimo punktų uždaryti. Visose seniūnijose yra Joniškio kultūros centro filialai, dirba po vieną kultūros darbuotoją. Visose seniūnijose naujų socialinių paslaugų institucijų nebesteigiama. Taip pat buvo teiraujamasi apie gyventojus, kurie liko gyventi ir gyvena kaime: kurios gyventojų grupės kelia daugiausia rūpesčių: iš laisvės atėmimo vietų grįžę asmenys, ilgalaikiai bedarbiai, gyvenantys iš socialinių pašalpų, neprižiūrimi paaugliai, su žmonėmis nesiskaitantys, arogantiškai besielgiantys darbdaviai ir pan. Dvi seniūnės (1,2), kaip daugiausia rūpesčių keliančius žmones, įvardino iš įkalinimo grįžusius asmenis bei neprižiūrimus paauglius, o kitos seniūnės (3,4,5) pastebi, kad daugiausia rūpesčių kelia bedarbiai bei asocialų gyvenimo būdą gyvenantys asmenys. Dėl arogantiškai besielgiančių darbdavių pastabų iš seniūnių nebuvo. Seniūnė (2) pastebėjo, kad agresyvūs ir nederamai besielgiantys paaugliai kelia daugiausia susirūpinimo: „*pastebiu, kad vaikai perima tėvų elgesio pavyzdį, paaugliai elgiasi taip, kaip elgiasi jų tėvai, o blogų pavyzdžių kasmet daugėja. Jaunimas elgiasi agresyviai, vartoja alkoholį, daugėja narkotinių medžiagų vartojimo atvejų. Daug jaunimo nesirūpina savo sveikata, nesportuoja, nesidomi sveiku gyvenimo būdu, nes taip gyvena jų tėvai, artimieji, draugai*“. Sveikas gyvenimo būdas yra pagrindinė sąlyga gerai jaustis, išvengti ligų ir sveikatos sutrikimų, atitolina senatvę ir ilgai išlikti darbo rinkoje.

Kadangi daugėja agresyvių, neadekvačiai besielgiančių žmonių, buvo klausinama, ar seniūnijoje yra aktuali smurto artimoje aplinkoje (prieš vaikus, moteris ir pan.) problema? Visos seniūnės pastebi, kad smurto artimoje aplinkoje atvejų visuomet buvo, jų yra ir bus, tačiau ne visuomet smurtas yra viešinamas, todėl tikslios statistikos registruoti neįmanoma. Daugėja psichologinio smurto atvejų, kurio beveik neįmanoma įrodyti. Visose seniūnijose daugėja smurto atvejų prieš vaikus. Smurto atvejų būdavo ir ankščiau, tačiau tai buvo laikoma šeimos problema. Po kelių skaudžių atvejų Lietuvoje kaimynai pasidarė atsakingesni ir pilietiškesni, neabejingi skriaudžiamo vaiko ateičiai.

Psichologinė būseną turi didelę įtaką žmogaus sveikatai. Stresas, smurtas (tiek fizinis, tiek psichologinis) nualina organizmą, silpsta imunitetas, atsiranda galimybė susirgti depresija, įvairiomis ligomis. Kadangi žmogaus gerai savijautai, savirealizacijai, poreikių tenkinimui reikalingas užimtumas. Per pastaruosius dešimt metų užsidarė labai daug įmonių, ypač kaimiškose vietovėse, todėl nemažai darbuotojų turėjo atleisti iš darbo. Buvo klausama: įvardinkite, kurios įmonės, veikusios šioje seniūnijoje arba netoli jos, teikusios galimybių įsidarbinti, per pastaruosius penkerius metus (arba dešimt metų) nutraukė veiklą. Visos seniūnės į šį klausimą atsakė skirtingai, viena minėjo, kad per pastaruosius 10 metų užsidarė 4 įmonės (2), kitos – kad nė viena įmonė savo vykdomos veiklos nenutraukė, nes tų įmonių ir taip mažai. Tik visos išsakė vieningą nuomonę apie išardytas bendroves atkūrus Lietuvos Nepriklausomybę. Visos buvo nuomonės, kad to daryti nereikėjo, žmonės būtų turėję darbo, pajamų šaltinį. Jas uždarius atsirado bedarbystės, alkoholizmo problemos, kurios tęsiasi iki šiol. Galimybės įsidarbinti visose seniūnijose panašios. Viena seniūnė pastebi, kad „seniūnijoje veikia trys stambios įmonės, kurios plečia savo veiklą, ir tie gyventojai, kurie yra motyvuoti ir nori dirbti, tikrai randa darbo (1)“. Visos seniūnės mini, kad nemaža dalis gyventojai važiuoja dirbti į didesnius miestus (Šiauliai, Joniškis, N. Akmenė). Yra dalis žmonių, kurie augina gyvulius, karves, iš to ir pragyvena parduodami prieauglius, mėsą, sūrius ir pan. Yra auginančių daržoves, gėles, grybauja, uogauja, tokiu būdu prisideda prie šeimos biudžeto. Tačiau yra ir tokių gyventojų, kurie dirbti nenori. Tai daugiausia asocialūs asmenys, socialinės rizikos šeimos. Toks gyvenimo būdas, kaip pastebi visos seniūnės, yra paveldimas iš kartos į kartą.

*1 problema:* žmogus nepakankamai dėmesio skiria savo sveikatos apsaugai, trūksta sveikos gyvenamos įgūdžių.

4 lentelė

#### Asmens sveikatos priežiūros ir sveikos gyvenamos svarba

Kategorijos	Teiginių pavyzdžiai
<b>Labiausiai nesilaikantys sveikos gyvenamos reikalavimų: vaikai, paaugliai, 30-55 metų amžiaus asmenys, priešpensinio amžiaus asmenys, pensinio amžiaus asmenys.</b>	<p>„Labiausia sveikos gyvenamos reikalavimų nesilaiko paaugliai, daugėja rūkančio jaunimo, nevengia vartoti alkoholinius gėrimus, yra narkotinių medžiagų vartojimo atvejų paauglių tarpe“ (3).</p> <p>„Sveikos gyvenamos principų, manau, nesilaiko 30 -55 metų amžiaus žmonės. Vieni daug dirba, ūkininkauja, tvarko namus, todėl neturi laiko sportuoti, lankyti sveikatinimo užsiėmimų“ (2).</p> <p>„Pastebėjau, kad sveikata ėmė labiau rūpintis senjorai, kurie noriai dalyvauja renginiuose sveikos gyvenamos temomis, važiuoja į sanatorijas, sporto klubus, nemažai pensinio amžiaus žmonių vaikšto su šiaurietiško ėjimo lazdomis. Taip pat kaimo senjorai šalia namų turi daržus, užsiaugina daržovių, augina vištas ir pan.“ (4).</p>
<b>Padidėjęs arba sumažėjęs</b>	„Seniūnijoje piktnaudžiaujančių alkoholiu asmenų skaičius nekito, kiek buvo vartojančių alkoholių asmenų anksčiau, panašus skaičius



<p><b>piktnaudžiaujančių alkoholiu žmonių skaičius</b> (kontekstas)</p>	<p><i>išlieka ir dabar. Vartojantys alkoh. olį asmenys perima šį gyvenimo būdą iš savo artimos aplinkos“ (1).</i>  <i>„ Mano seniūnijoje alkoholi vartojančių asmenų išlieka panašus, jų nei daugėja, nei mažėja“ (2,4,5).</i>  <i>„ Padidėjo alkoholio vartojimas. Piktnaudžiaujančių alkoholiu žmonių daugėja, nes didėja nedarbas, sudėtingas susisiekimasis su miestais“ (3).</i></p>
<p><b>Ar buvo besidominčių galimybe gydytis nuo alkoholizmo?</b> ( kontekstas)</p>	<p><i>„Besidominčių galimybe gydytis nuo alkoholio nebuvo nė vienoje seniūnijoje. Tačiau paklausus Ar padėjote nors vienam gyventojui, sergančiam šia liga, gydytis, ne visos seniūnės atsakė teigiamai. (1,2,3,4,). „Norėjome padėti nemažai žmonių gydyti nuo alkoholizmo, tačiau tie, kurie buvo gydyti, greitai vėl pradėjo vartoti alkoholi“ (5).</i>  <i>„Tam, kad žmogus būtų motyvuotas gydymuisi, reikėjo nemažai pastangų: kalbinti šeimos narius, kad pastūmėtų pokyčiams, padrasintų, palaikytų morališkai, reikėjo motyvuoti patį žmogų. Labai padėjo tai, kad prižadėjome nuolatinį darbą, bet tik tuomet, kai jis sutiks gydytis ir nuvyks į gydymo įstaigą. Žmogui tai buvo labai svarbu, tai buvo labai geras paskatinimas keisti savo gyvenimo būdą. Dabar džiaugiamės, kad žmogus po gydymo nebevartoja alkoholio ir gerai dirba naudingą darbą mokykloje“ (4).</i>  <i>„ Gydytis nuo alkoholio siūlėme šešioms seniūnijos gyventojams. Socialinės darbuotojos dėjo labai daug pastangų, sudarė visas sąlygas nuvykti į gydymo įstaigą, tačiau iš šio liūno išsikapstė tik vienas gyventojas, kuris jau ilgą laiką nevartoja alkoholio“ (2).</i></p>
<p><b>Padaugėjęs arba sumažėjęs bedarbių skaičius</b> (kontekstas)</p>	<p><i>Bedarbių žmonių skaičiaus didėjimą įvardijo viso seniūnės (1,2,3,4,5). Po Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimo pradėjo didėti bedarbių skaičius, daug šeimų gyvena iš pašalpų ir kitaip gyventi nemoka, nieiško darbo.</i>  <i>„ Dabar jau užaugo karta, kuriai į darbą išeiti sudėtinga. Pvz. jei reikia talkinti už pašalpas, tai negali ateiti sutartu laiku, nes labai sunku išsiruošti arba jei abu sutuoktiniai turi pasidarbuoti, tai gali ateiti tik vienas, nes kitam reikia būti namuose.“ (3)</i></p>
<p><b>Nusikalstamumo, smurto ir kitokio asocialaus elgesio atvejai</b> (kontekstas)</p>	<p><i>Smurto ir kitokio asocialaus elgesio atvejų pastebimas nežymus didėjimas (1,2,3,4,5). Seniūnės pastebėjo, kad padaugėjo smulkių vagysčių atvejų (3,4).</i></p>
<p><b>Kokia situacija Jūsų seniūnijoje gyventojų užimtumo klausimu? Kuri dalis gyventojų neturi pastovaus darbo – pragyvenimo šaltinio?</b> (kontekstas)</p>	<p><i>Visos seniūnės akcentavo, kad tie žmonės, kurie nori dirbti, jie dirba. Yra veikiančių bendrovių, ūkininkų, pas kuriuos visuomet galima rasti darbo, jeigu ne pastovaus, tai sezono metu tikrai galimybės dirbti yra. Pastovaus darbo neturi priešpensinio amžiaus žmonės bei tie gyventojai, kurie ilgą laiką nedirba. Visos seniūnės minėjo, kad apie 20 proc. darbingo amžiaus seniūnijos gyventojų neturi pastovaus darbo.</i></p>

Nagrinėjant asmens sveikatos priežiūros ir sveikos gyvensenos aspektus pastebima, kad nedidelė dalis kaimiškųjų vietovių gyventojų laikosi sveikos gyvensenos principų, nemažėja asmenų, vartojančių psichotropines medžiagas, daugėja smurto artimoje aplinkoje atvejų, kuris apima tiek fizinį, tiek psichologinį smurtą. Pastebimas didelis seniūnių bei socialinių darbuotojų darbas bandant spręsti šias problemas.

2 problema: gyventojų galimybė laiku pasitikrinti sveikatą.

5 lentelė

### Galimybės laiku pasitikrinti sveikatą aspektas

Kategorijos	Teiginių pavyzdžiai
<b>Sveikatos priežiūros įstaigų uždarymas</b>	<i>Ankščiau seniūnijose buvo daugiau ambulatorijų ir medicinos punktų. Mažėjant gyventojų skaičiui bei optimizuojant gydymo paslaugas, buvo uždaryta nemažai šių įstaigų. Seniūnija turi ambulatoriją (4) ir medicinos punktus (1,2,3,5). „Seniūnijoje yra medicinos punktas, dirba bendrosios praktikos slaugytoja, kuri dirba tik pusę darbo dienos. Du kartus per mėnesį apsilanko šeimos gydytojas“ (1). „ Seniūnija turi vieną ambulatoriją, kurioje dirba bendrosios praktikos slaugytoja, o šeimos gydytoja atvyksta tik vieną kartą per mėnesį (4)“ Yra seniūnijų, į kurias šeimos gydytojas neatvyksta (2,3,5).</i>
<b>Kokias galimybes turi seniūnijos gyventojai profilaktiškai pasitikrinti sveikatą, pasiskiepyti?</b>	<i>Visų seniūnijų gyventojai turi galimybę pasitikrinti sveikatą, pasiskiepyti (1,2,3,4,5), tačiau tik maža dalis pasinaudoja šia galimybe. „ Problemos atvykti pasitikrinti sveikatą turi žmonės, gyvenantys vienišiuose, atokesnėse gyvenvietėse bei asmenys, kurie neturi vaikų, yra vieniši“ (4). „ Pasiskiepyti gali bet kas „felčeriniame“ punkte, felčerė net ragina. Profilaktiškai tikrinasi ne visi (3)“.</i>

Nagrinėjant galimybes profilaktiškai pasitikrinti sveikatą pastebima, kad gyventojai turi galimybę profilaktiškai pasitikrinti sveikatą, tačiau tai atliks ne gydytojas, o bendrosios praktikos slaugytoja. Jei žmogus turi rimtesnių sveikatos problemų, jis turi vykti į artimiausią gydymo įstaigą. Tačiau pastebima tendencija, kad ne visi žmonės nori tikrinti profilaktiškai, nesiskiepija.

3 problema: susirgus laiku gauti gydymą.

6 lentelė

### Susirgus laiku gaunamo gydymo svarba

Kategorijos	Teiginių pavyzdžiai
<b>Koks atstumas iki poliklinikos ar kitos</b>	<i>Visos seniūnės atsakė skirtingai, atstumai iki Joniškio miesto taip pat skirtingi. Iki šeimos gydytojo atstumai nuo 10 iki 20 km., iki gydytojų specialistų – 20-50 km.</i>

<b>artimiausios sveikatos priežiūros įstaigos?</b>	
<b>Ar yra keleivinis transportas, kuriuo gyventojai galėtų patogiai patekti pas gydytoją?</b>	<i>Tik viena seniūnė sakė, kad iki Joniškio miesto susisiekimas yra patogus, nes seniūnija arčiausiai Joniškio. Be to, daugelis gyventojų turi automobilius, kooperuojasi, tėvus nuveža vaikai ir pan. (2). Kitos seniūnės minėjo, kad susisiekimas labai nepatogus, autobusas iki miesto važiuoja ryte ir vakare, mieste žmogui tenka ilgai laukti autobuso, nebevyksta susisiekimas kai kuriuose atokesniuose kaimuose (1,3,4,5).</i>

Analizuojant pateiktą laiku pas gydytoją pastebima, kad tai padaryti laiku darosi vis sudėtingiau, ypač žmonėms, gyvenantiems toli nuo Joniškio miesto. Nebevyksta tam tikri maršrutai, jungiantys atokias vietas nuo Joniškio, nes mažėja žmonių, besinaudojančių viešu transportu.

*4 problema: galimybė gauti gydymą ir vaistus.*

7 lentelė

### Gydymo ir vaistų prieinamumo svarba

Kategorijos	Teiginių pavyzdžiai
<b>Įvardinkite svarbiausias sveikatos priežiūros problemas, su kuriomis susiduria seniūnijos gyventojai. Pavyzdžiui, uždarius vietinį sveikatos priežiūros centrą, pablogėjo galimybė patekti ne tik pas specialistą (kardiologą, urologą ir pan.), bet ir pas šeimos gydytoją.</b>	<i>Nė viena seniūnė neįvardino nė vienos sveikatos priežiūros problemos, dėl kurios žmonės skųstųsi. Nors kaimuose užsidarė nemažai ambulatorijų, medicinos punktų, tačiau kiekviena seniūnija turi punktus, kuriuose dirba bendrosios praktikos slaugytojos. Seniūnės džiaugiasi, kad nors slaugytojos dirba ir ne visą darbo dieną, tačiau visada randa galimybių padėti pagalbos prašančiam žmogui. Šeimos gydytojai į kai kurias seniūnijas atvyksta retai, tačiau į kai kurias neatvyksta visai. Tačiau seniūnės nebuvo sulaukusios skundų dėl gydymo paslaugų prieinamumo ar pan. Seniūnė akcentavo, kad jau seniai ambulatorijose nebėra gydytojų specialistų, todėl žmonės supranta ir nepyksta, kad reikia vykti į didžiuosius miestus, kur jų laukia kvalifikuota pagalba (1)“.</i>
<b>Ar tenka išgirsti gyventojų skundus dėl sveikatos priežiūros ir gydymosi galimybių, galimybių gauti reabilitacinį kelialapį?</b>	<i>„Gyventojų skundų dėl sveikatos priežiūros ar dėl reabilitacijos išgirsti netenka, nes gyventojai žino, kad aš niekuo negaliu padėti. Tokia tvarka.(1)“.</i> <i>„ Iš pavienių gyventojų išgirtu, kad sudėtinga gauti kelialapį į sanatoriją, o ypač pensinio amžiaus žmonėms (4)“.</i> <i>„Žmonėms nepatogu dėl vaistų išrašymo, kuriuos gali išrašyti tik gydytojas. Pas mus šeimos gydytojas neatvyksta, žmogus priverstas vykti pas savo šeimos gydytoją į Joniškį (4)“.</i>

Gydymo ir vaistų prieinamumo problema dar kontroliuojama. Seniūnija turi transportą, jei reikia nuvykti į miestą pas šeimos gydytoją, specialistą, nusipirkti vaistus. Sunkiai prieinamos reabilitacijos paslaugos, kurios Joniškio mieste vyksta tik ambulatoriškai. Žmonės, gyvenantys atokiau nuo miesto, neturi galimybių lankyti procedūras kasdien. Be to, Joniškio ligoninėje nuo š. m.

balandžio 1 d. uždarytas vaikų ligų skyrius, kuris veikė visą parą. Tai buvo patogiu mažus vaikus auginančioms šeimoms, ypač gyvenančioms kaimiškose vietovėse. Šiuo metu teikiamos tik dienos stacionaro paslaugos.

5 problema: aprūpinimas medikais.

8 lentelė

### Medicinos darbuotojų mažėjimo aspektas

Kategorijos	Teiginių pavyzdžiai
Šeimos gydytojo prieinamumas	<p>„ Gydytojas į seniūniją atvyksta du kartus per mėnesį (1)“.</p> <p>„ Šeimos gydytojas atvyksta kartą per savaitę, turime odontologo paslaugas (4)“.</p> <p>„ Šeimos gydytojas į seniūniją neatvyksta, tačiau žmonės skundžiasi, kad Jonišchio ligoninėje trūksta kompetetingų gydytojų (3)“.</p>

Iš seniūnių atsakymų pastebima, kad gydytojų problema jaučiama ne tik kaimo ambulatorijose, bet ir mažesniuose miestuose. Jonišchio ligoninėje jau jaučiamas šeimos gydytojų bei gydytojų specialistų trūkumas. Per pastaruosius penketą metų pastebima, kad bendrosios praktikos slaugytojų trūkumas taip pat tampa aktualia problema.

Tyrimo metu ekspertų buvo klausama jų nuomonės dėl gyventojų užimtumo situacijos gerėjimo. Visos seniūnės neturi vilčių, kad užimtumo situacija seniūnijose pagerės. Paklausus kodėl, įvardijo keletą priežasčių: gyventojų mažėjimas, didelė emigracija, mažas gimstamumas, o gyventi į kaimą atvyksta nedaug žmonių. Naujų įmonių nebeatsiranda, o ateityje, jų žiniomis, taip pat niekas neplanuoja kurti darbo vietų (1,2,3,4,5)“. Akcentuojant gyventojų užimtumą kaimiškose vietovėse, seniūnių buvo klausama apie masinius renginius seniūnijų gyventojams bei alkoholio vartojimo švenčių metu? Visose seniūnijose organizuojami masiniai renginiai, kurių metu vartojamas alkoholis (1,2,3,4,5). Viena seniūnė pastebėjo, kad „tie renginiai, kuriuose yra alkoholio, būna žymiai gausesni (3)“. Renginių metu ar po jų nebuvo kviesta policija. Tai išsakė visos seniūnės. Jei būna kokių nors konfliktų, juos išsprendžia patys ir, jei reikia, padeda seniūnė. Visos seniūnės dalyvauja masiniuose renginiuose, todėl nekyla didelių problemų. Taip pat tyrimui aktuali ir kaimo gyventojų vietovės infrastruktūra. Visos seniūnės džiaugėsi sutvarkytomis kaimo vietovėmis. ES lėšomis įrengtos vaikų žaidimo aikštelės, lauko treniruoklių aikštelės, stadionai, parkai, kuriuose sutvarkyti gėlynai, pakeisti suoliukai (1,2,3,4,5). Viena iš keturių seniūnijų turi ir lankytinų vietų: „Mūšos slėnis“, kuriuo domisi vis daugiau gyventojų, ir ne tik iš Jonišchio rajono (1). Visos seniūnės nuogaustauja, kad sutvarkytame ir gražiame kaime nebeliks kam gyventi.

### 3.3. Moksleivių apklausos rezultatų analizė

Anketinėje apklausoje dalyvavo Joniškio miesto „Aušros“ gimnazijos ir Joniškio žemės ūkio mokyklos 11-12 klasių moksleiviai. Buvo išdalintos 250 anketų, iš kurių 203 anketos buvo užpildytos. Klausimynas buvo parengtas Šiaulių universiteto Kaimo plėtros tyrimų centro, kuris analizuoja kaimo vietovių gyventojų sveikatos apsaugos sistemos tobulinimo galimybes.

9 lentelė

#### Respondentų pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamąją vietą, klasę, kurioje mokosi

Demografiniai rodikliai		Respondentų skaičius	Pasiskirstymas procentais
Lytis	Mergina	97	48,3
	Vaikinas	104	51,7
Gyvenamoji vieta	Miestas	90	45,7
	Kaimo gyvenvietė	61	31,0
	Miestelis	46	23,4
Kokioje mokykloje	Kaimo	4	2,0
	Miesto	198	98,0
Kurioje klasėje	Vienuliktoje	99	54,4
	Dvyliktoje	83	45,6

#### 4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamąją vietą, klasę, kurioje mokosi.

Tyrimė didžiąją dalį sudarė merginos (51,7 proc.), vaikinai sudarė 48,3 proc. Dauguma respondentų gyvena Joniškio mieste (45,7 proc.), kaimo gyvenvietėje – 31 proc., o miestelyje – 23,4 proc. Miestelio statusą Joniškio rajone turi du miesteliai – Kriukai ir Skaistgirys. Vienuliktoje klasėje mokosi 54,4 proc. respondentų, dvyliktoje – 45,6 proc.

Abejose mokyklose dirba visuomenės sveikatos priežiūros specialistas bei socialinis darbuotojas.

Didžioji dalis apklaustųjų nurodo, kad jų ugdymo įstaigoje dirba socialinis pedagogas (99 proc.), tai rodo, kad dauguma žino arba teko turėti pokalbį su šiuo specialistu. 95 proc. apklaustųjų nurodė, kad visuomenės sveikatos specialistas dirba jų ugdymo įstaigoje. Pagal šiuos atsakymus galima teigti, kad visuomenės sveikatos priežiūros specialisto veikla nepakankama ugdymo įstaigoje.

10 lentelėje nurodytos sveikatos priežiūros įstaigos, kurios yra respondentų gyvenamoje vietovėje.

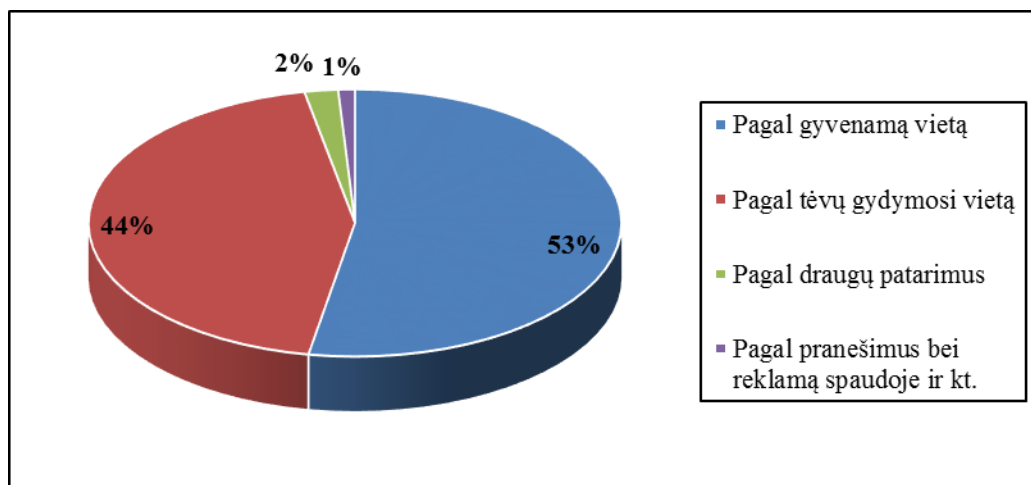
## Sveikatos priežiūros įstaigos Joniškio rajone

Joniškio mieste	Joniškio rajono kaimiškose vietovėse	
VšĮ Joniškio pirminės priežiūros centras	<b>Ambulatorijos</b>	<b>Kaimo bendruomenės medicinos punktai</b>
UAB „Saulenė“	Žagarės ambulatorija	Ažuolynė
V. Neverauskienės Šeimos sveikatos centras, II.	Kriukų ambulatorija	Bariūnai
	Skaistgirio ambulatorija	Bučiūnai
		Daunorava
		Gaižaičiai
		Gaščiūnai
		Kalnelis
		Kepaliai
		Pavirčiuvė
		Linkaičiai
		Plikiškiai
		Rudiškiai
		Stungiai
		Stupurai

Sudaryta: autorės pagal [www.joniskis.lt](http://www.joniskis.lt) duomenis

## Gydymo įstaigų prieinamumas moksleiviams

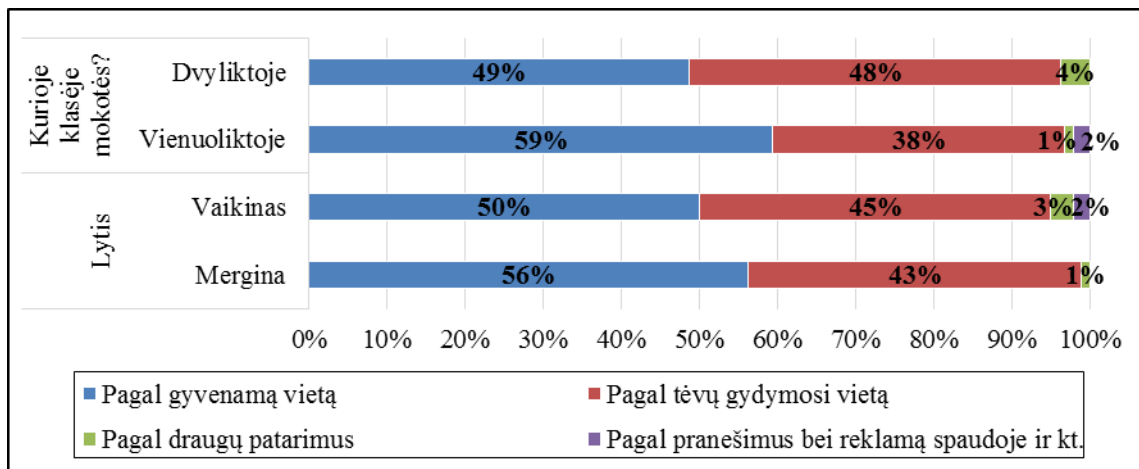
Respondentų buvo prašoma nurodyti priežastis, kaip jie pasirenka tam tikrą gydymo įstaigą (2 pav.).



2 pav. Gydymo įstaigų pasirinkimo priežastys ( procentai)

Kaip matoma diagramoje, didžioji dalis respondentų (53 proc.) gydymo įstaigą renkasi pagal gyvenamąją vietą. Kita, taip pat didelė dalis respondentų (44 proc. ) gydymo įstaigą renkasi pagal tėvų gydymosi vietą. Pagal moksleivių pasirinkimą matyti, kad jie renkasi gydymo įstaigą, kuri yra arčiausiai gyvenamosios vietos bei tėvų gydymosi vietą. Tai gerina šeimos gydytojo bei paciento santykį, nes gydytojas geriau pažįsta pacientus, jų gyvenimo būdą bei aplinką, kurioje pacientai gyvena.

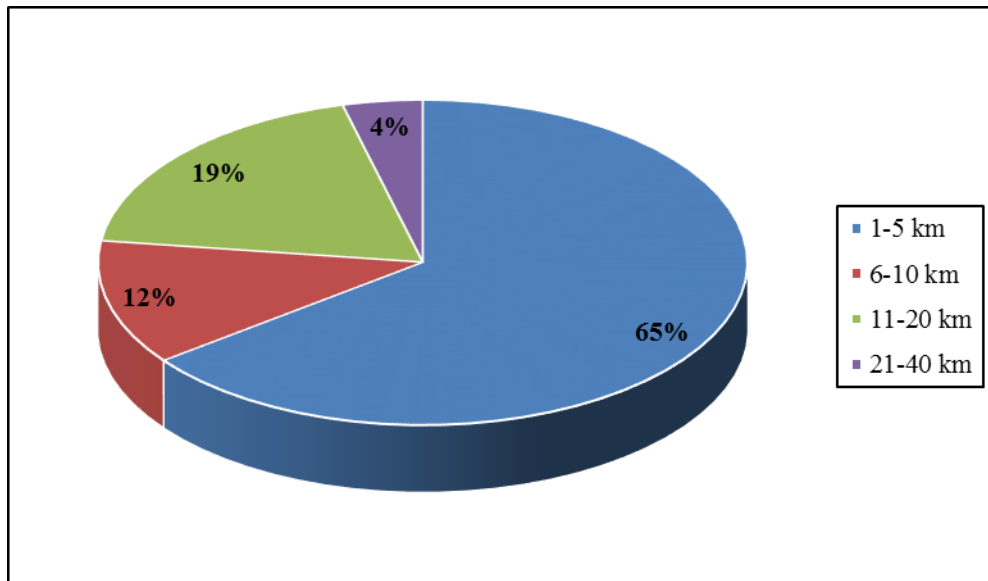
3 paveiksle matyti gydymo įstaigų pasirinkimas priklausomai pagal lytį ir klasę, kurioje mokosi respondentas.



**3 pav. Gydymo įstaigų pasirinkimo priežastys priklausomai nuo lyties ir klasės, kurioje mokosi (procentai)**

Diagramoje matyti, kad respondentai, nepriklausomai nuo klasės ar lyties, gydymo įstaigas renkasi pagal gyvenamąją vietą ar pagal tėvų gydymosi vietą. Draugų patarimai ar pranešimai apie gydymo įstaigą spaudoje, pasirinkimui įtakos neturi.

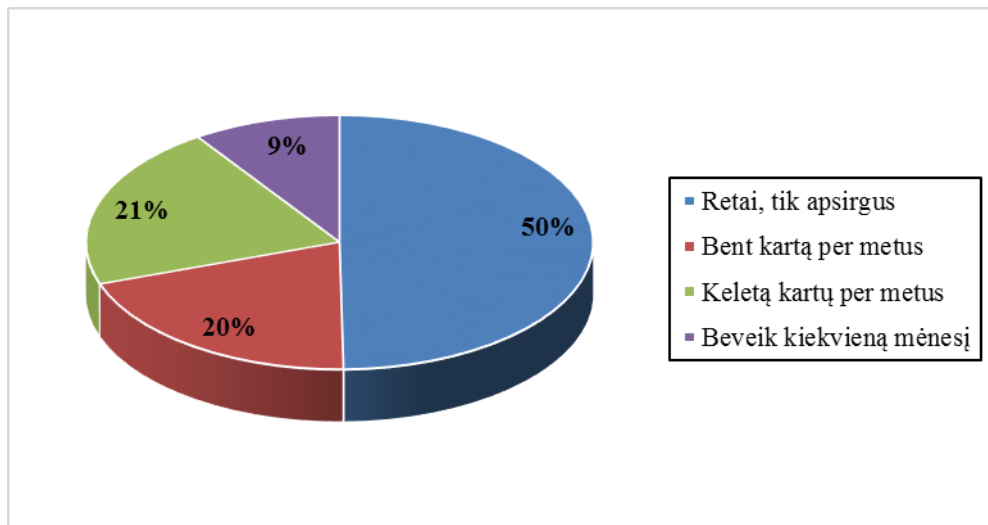
4 paveikslėlyje nurodomas atstumas nuo respondentų gyvenamosios vietos iki gydymo įstaigos.



**4 pav. Atstumo nuo respondentų gyvenamosios vietos iki gydymo įstaigos pasiskirstymas (proc.)**

Labai svarbu, kad gydymo įstaiga būtų kuo arčiau žmogaus gyvenamosios vietos: kad galėtų kuo greičiau gauti pagalbą susirgus, kad būtų patogų atlikti profilaktinius tyrimus, pasiskiepyti ir pan. Diagramoje matyti, kad didelei daliai respondentų (65 proc.), atstumas iki artimiausios gydymo įstaigos yra 1-5 km., tik nedidelei daliai apklaustųjų (4 proc.) artimiausia gydymo įstaiga nutolusi 21-40 km. nuo gyvenamosios vietos. Daugumai respondentų gydymo įstaigos yra netoli gyvenamosios vietos, todėl gydymą gauna laiku.

Tyrimo metu domėtasi, kaip dažnai respondentai lankosi gydymo įstaigose (5 pav. ).

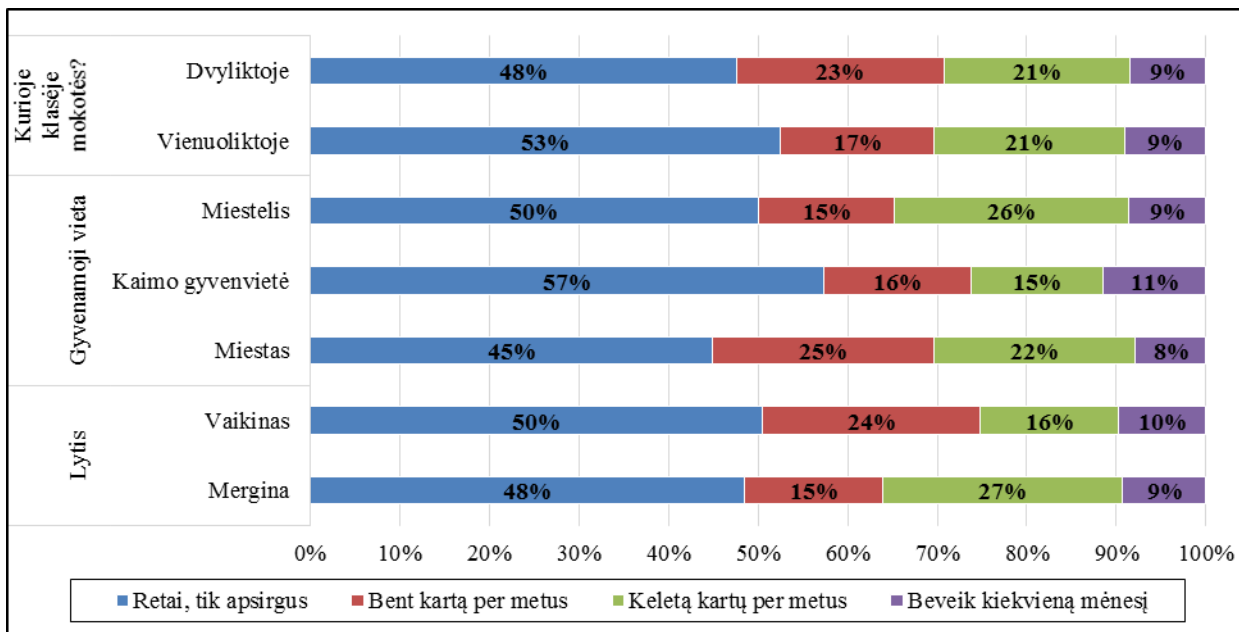


**5 pav. Respondentų lankymosi gydymo įstaigose dažnumas ( procentai)**

Puse respondentų (50 proc.) gydymo įstaigoje lankosi retai, tik apsirus, keletą kartų per metus nurodė 21 proc. moksleivių, 20 proc. apklaustųjų nurodė, kad gydymo įstaigoje lankosi bent kartą per metus. Tai rodo, kad moksleiviai serga retai, jų sveikatos būklė pakankamai gera.



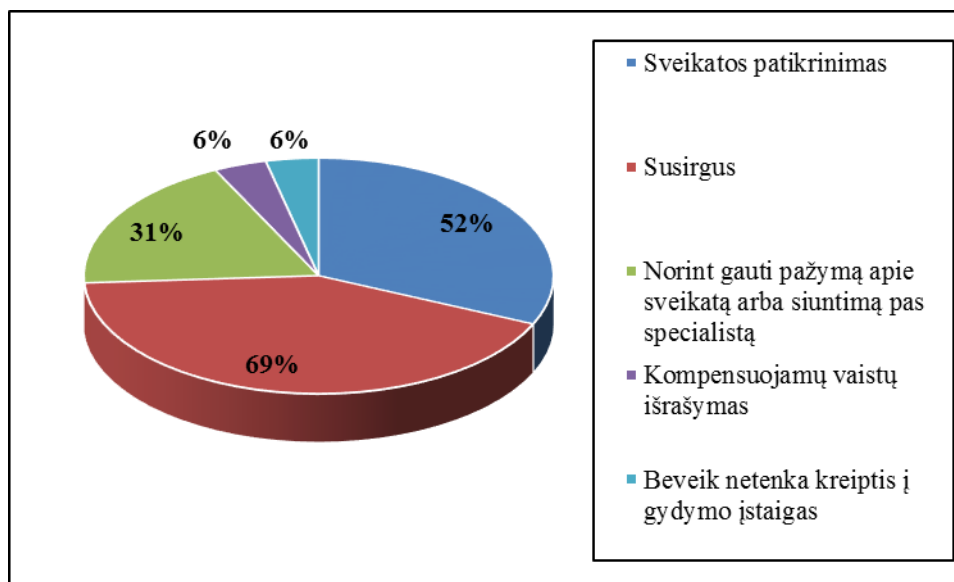
6 paveikslėlyje nurodomas respondentų pasiskirstymas pagal jų lankymosi gydymo įstaigose dažnumą priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (procentai)



**6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų lankymosi gydymo įstaigose dažnumą priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (procentai)**

Diagramoje matyti, kad moksleiviai, gyvenantys kaime (57 proc.) gydymo įstaigose lankosi rečiau nei gyvenantys mieste, o vaikinai gydymo įstaigose apsilanko kartą per metus (24 proc.) šiek tiek dažniau nei merginos (15 proc.)

Respondentų prašėme nurodyti pagrindines lankymosi gydymo įstaigoje priežastis (7 pav.)

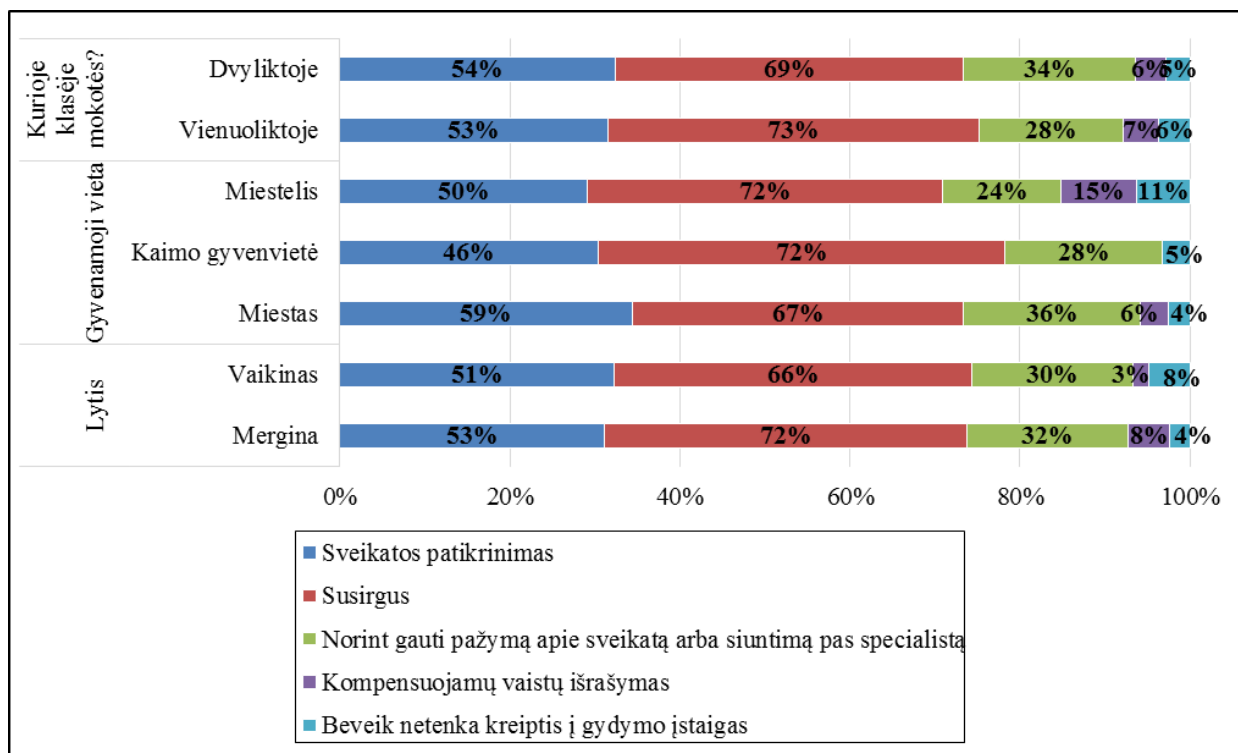


**7 pav. Pagrindinės lankymosi gydymo įstaigose priežastys (procentai)**

Gydymo įstaigoje moksleiviai turi apsilankyti kartą per metus atlikti profilaktinį patikrinimą. Šioje diagramoje 69 proc. respondentų pažymi, kas pagrindinė lankymosi gydymo įstaigoje priežastis

yra susirgus, mažesnė dalis (52 proc.) nurodo, kad lankosi gydymo įstaigoje dėl sveikatos patikrinimo. Norint gauti pažymą apie sveikatą pažymi tik 31 proc. apklaustųjų, nors sveikatos patikrinimas yra privalomas visose pagrindinėse ugdymo įstaigose besimokantiems moksleiviams. Galia daryti išvadą, kad į privalomą sveikatos patikrinimą kartą per metus žiūrima nerimtai.

8 paveiksle pateikiamos pagrindinės lankymosi gydymo įstaigose priežastys priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės kurioje mokosi.

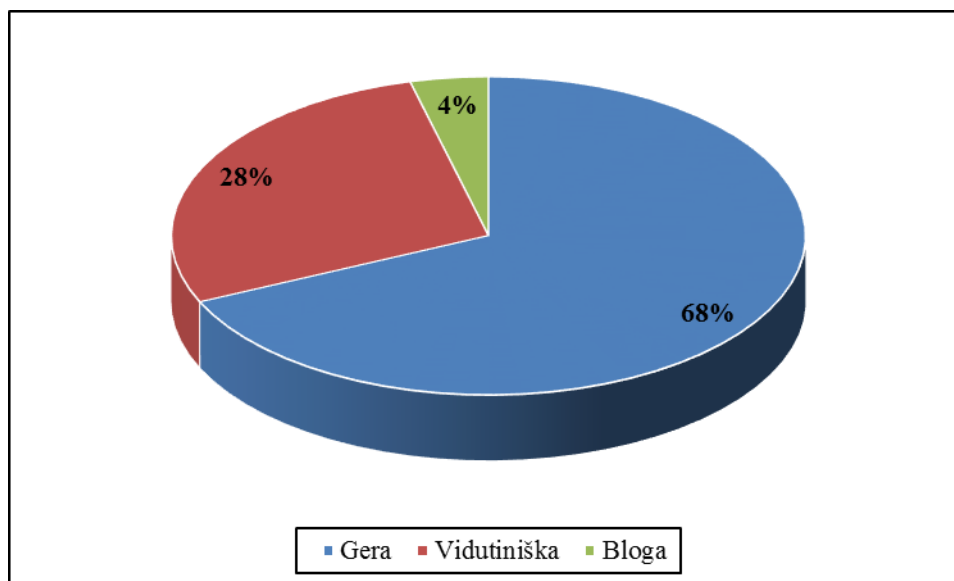


**8 pav. Pagrindinės lankymosi gydymo įstaigose priežastys priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės kurioje mokosi (procentai)**

Didžioji dalis respondentų, nepriklausomai nuo lyties, klasės, kurioje mokosi, gyvenamosios vietos, kaip pagrindines lankymosi gydymo įstaigoj, įvardija sveikatos patikrinimą bei susirgus.

### Moksleivių sveikatos būklės analizė

Tyrimo metu prašėme respondentų pateikti nuomonę vertinant savo sveikatos būklę (9 pav. )



**9 pav. Respondentų nuomonė vertinant savo sveikatos būklę ( procentai)**

Pasak visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių mokyklose, moksleivių sveikata kasmet prastėja. Diagramoje matyti, kad respondentai savo sveikatos būklę vertina gerai (68 proc.), vidutiniškai savo sveikatą vertina 28 proc. apklaustųjų, blogai savo sveikatą vertina 4 proc. jaunuolių. Gerai savo sveikatos būklę vertina mažai moksleivių, tai rodo, kad kita dalis nesijaučia gerai.

11 lentelėje atsispindi pagrindinės lankymosi gydymo įstaigoje priežastys priklausomai nuo respondentų sveikatos būklės.

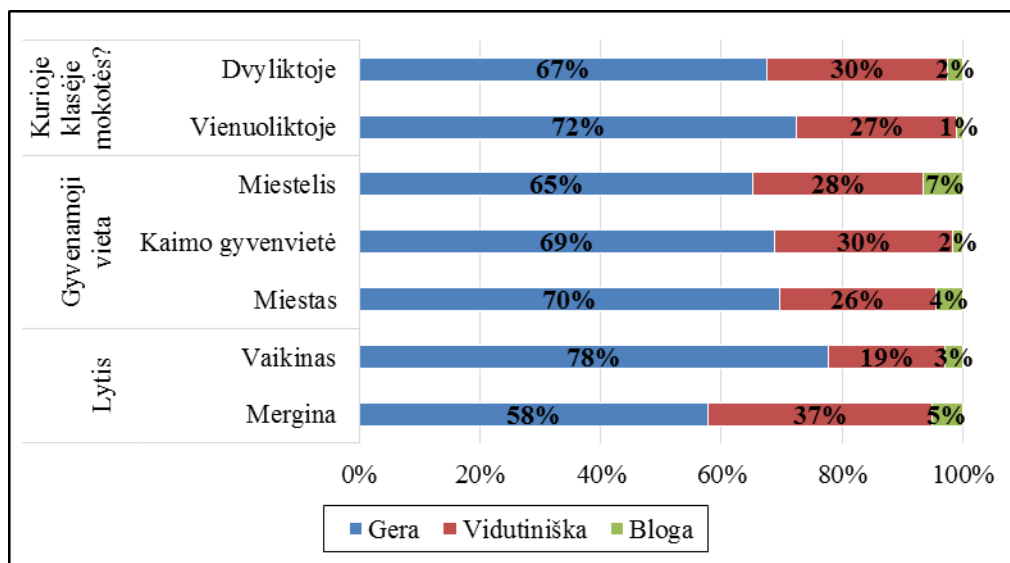
11 lentelė

**Pagrindinės lankymosi gydymo įstaigoje priežastys priklausomai nuo respondentų sveikatos būklės**

	Jūsų sveikatos būklė					
	Gera		Vidutiniška		Bloga	
	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas
Sveikatos patikrinimas	75	55%	28	50%	1	13%
Susirgus	89	65%	45	80%	5	63%
Norint gauti pažymą apie sveikatą arba siuntimą pas specialistą	39	28%	21	38%	2	25%
Kompensuojamų vaistų išrašymas	4	3%	6	11%	2	25%
Beveik netenka kreiptis į gydymo įstaigas	8	6%	2	4%	2	25%

Jei žmogus jaučiasi gerai, jam užtenka gydymo įstaigoje apsilankyti kartą metuose profilaktiniam patikrinimui. Lentelėje matyti, kad tie moksleiviai, kurie savo sveikatos būklę vertina gerai, dažniausiai gydymo įstaigoje apsilanko tik profilaktiniams patikrinimams, o tie, kurie savo sveikatos būklę vertina vidutiniškai, dažnai gydymo įstaigoje apsilanko susirgus.

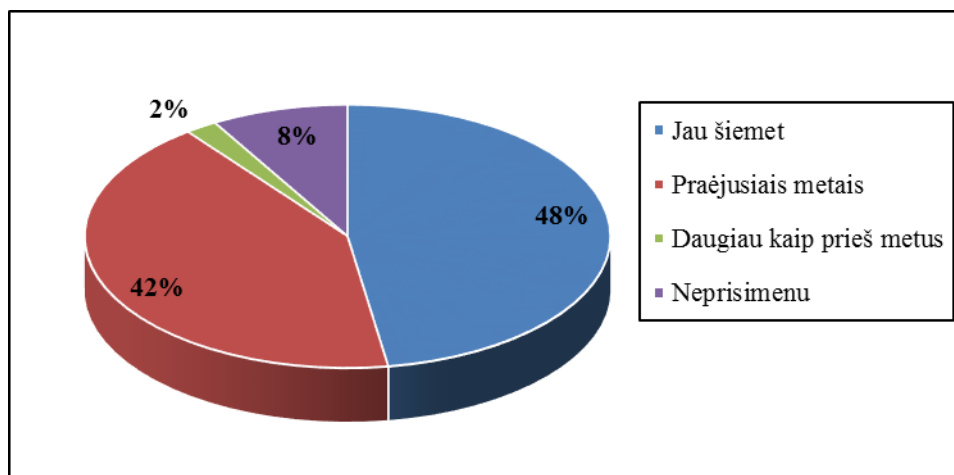
Sekančioje diagramoje matyti, kaip respondentai vertina savo sveikatos būklę priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (10 pav.)



**10 pav. Respondentų savo sveikatos būklės vertinimas priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi ( procentai).**

Geriausiai savo sveikatos būklę vertina vaikinai (78 proc. ), gyvenantys mieste (70 proc.), taip pat gerai savo sveikatą vertina vaikinai, gyvenantys kaimo gyvenvietėje (69 proc.). Vaikinai dažniau negu merginos sportuoja, laikosi sveikos mitybos principų, daugiau juda, todėl savo sveikatos būklę vertina geriau.

11 paveiksle pateikiamas respondentų nuomonės pasiskirstymas į klausimą Kada paskutinį kartą profilaktiškai tikrinotės sveikatą.



**11 pav. Respondentų nuomonės pasiskirstymas į klausimą kada paskutinį kartą profilaktiškai tikrinotės sveikatą? (procentai)**

Profilaktiniai patikrinimai atliekami kartą per metus. Didžioji dalis respondentų (48 proc.) profilaktiškai sveikatą tikrinosi jau šiais metais, 42 proc. apklaustųjų sveikatą tikrinosi pernai. Didžioji dalis apklaustųjų tikrinasi profilaktiškai kasmet.

12 lentelė

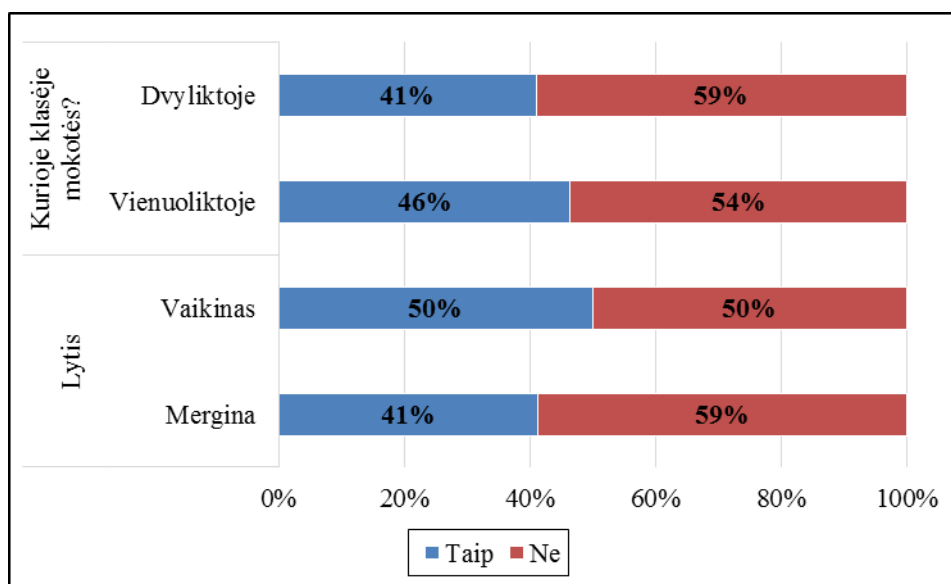
**Respondentų nuomonės pasiskirstymas į klausimą kada paskutinį kartą profilaktiškai tikrintos sveikatą priklausomai nuo savo sveikatos būklės vertinimo ( procentai)**

	Jūsų sveikatos būklė					
	Gera		Vidutiniška		Bloga	
	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas
Jau šiemet	62	45%	29	52%	4	50%
Praėjusiais metais	65	47%	18	32%	2	25%
Daugiau kaip prieš metus	3	2%	1	2%	0	%
Neprisimenu	7	5%	8	14%	2	25%

**Infekcinių ligų profilaktika jaunimo tarpe**

Skiepai yra laikomi saugiausia ir patikimiausia priemone infekcinių ligų profilaktikai. Taip apsaugomas ne tik kiekvienas žmogus, bet ir sukuriama saugi aplinka visuomenei. Į klausimą Ar skiepijate nuo gripo, 54 proc. apklaustųjų atsakė, kad nesiskiepija, o skiepijasi 46 proc. moksleivių. Vadinasi, tik puse apklaustųjų turi žinių apie užkrečiamas ligas, jų profilaktikos būdus.

Sekančioje diagramoje pateikiamas respondentų pasiskirstymas ar skiepijate nuo gripo priklausomai nuo lyties ir klasės kurioje mokosi.

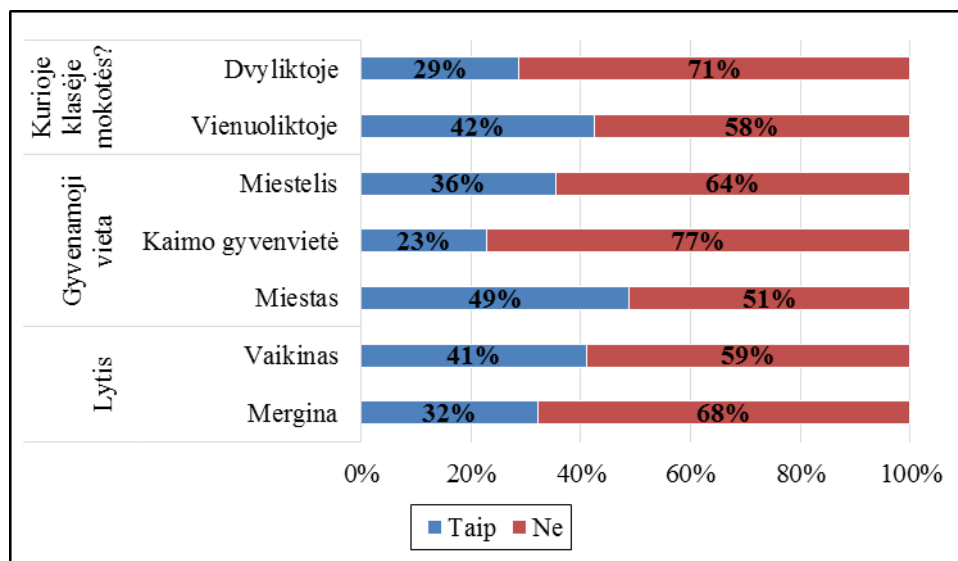


**12 pav. Respondentų pasiskirstymas ar skiepijate nuo gripo priklausomai nuo lyties ir klasės kurioje mokosi (procentai)**

Nuo gripo skiepijasi merginos (59 proc.), kurios mokosi dvyliktoje klasėje (59 proc.). Mergaitės turi daugiau žinių nei berniukai apie infekcines ligas bei kaip jas suvaldyti.

Į klausimą Ar skiepijate nuo erkinio encefalito, 63 proc. apklaustųjų atsakė, kad nesiskiepija, 37 proc. yra pasiskiepiję.

13 paveiksle matyti respondentų pasiskirstymas ar skiepijate nuo erkinio encefalito priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės kurioje mokosi.

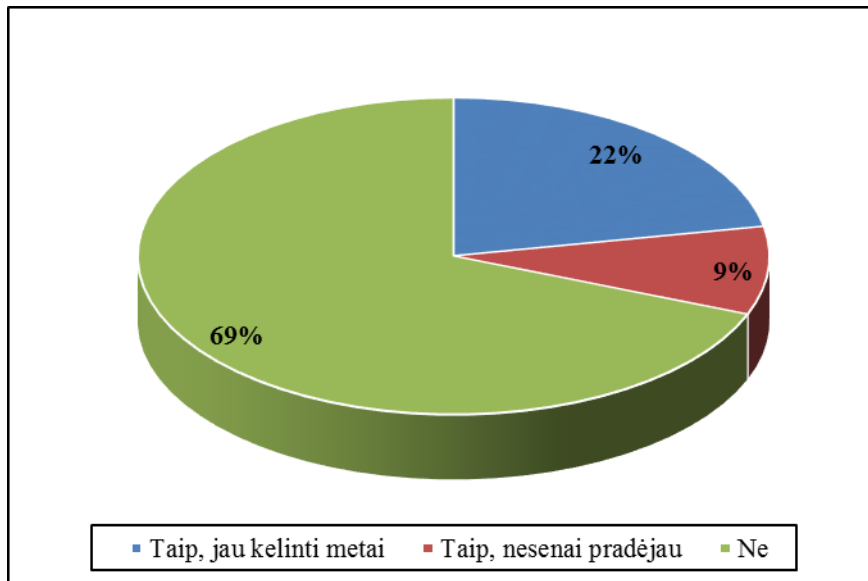


**13 pav. Respondentų pasiskirstymas ar skiepijate nuo erkinio encefalito priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės kurioje mokosi (procentai)**

Didesnį pavojų susirgti erkiniu encefalitu gali gamtos mėgėjai (žuvautojai, grybautojai, uogų rinkėjai), keliautojai, sportininkai, Paveiksle galima pastebėti, kad nuo erkinio encefalito skiepijasi daugiau vaikinai (41 proc.) nei merginos (32 proc.). Tai rodo, kad vaikinai daugiau laiko praleidžia gamtoje, miške, prie vandens telkinių ir pan. Nesiskiepija net 77 proc. apklaustųjų, gyvenančių kaimo gyvenvietėje. Tai vyksta todėl, kad kaimo žmonėms trūksta žinių užkrečiamomis ligomis, jų pasekmėmis, turi įtakos ir pinigų trūkumas, nes skiepai yra mokami ir kainuoja pakankamai brangiai.

### **Psichotropinių medžiagų vartojimo paplitimas jaunimo tarpe**

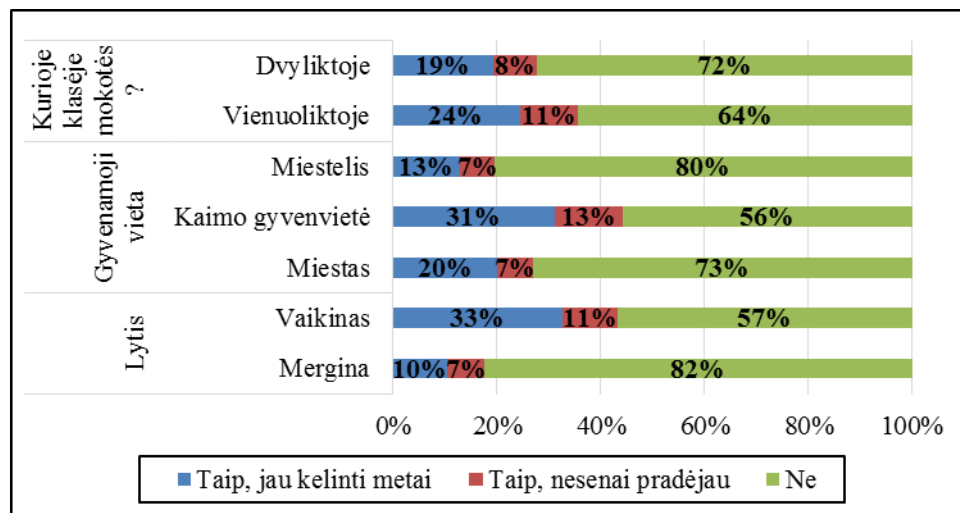
14 paveiksle pateikiamas respondentų pasiskirstymas atsakant į klausimą Ar rūkote?



**14 pav. Respondentų pasiskirstymas atsakant į klausimą Ar rūkote? (procentai)**

Statistika skelbia, jog rūkančiųjų skaičius pasaulyje nuolat didėja, o pradedančiųjų rūkyti amžius pavojingai jaunėja. Nerūko tik 69 proc. apklaustųjų, kelintus metus rūko 22 proc. respondentų, tai pakankamai didelė dalis apklaustųjų.

Sekančiame paveiksle pateikiamas pasiskirstymas atsakant į klausimą Ar rūkote priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės kurioje mokosi (15 pav.).

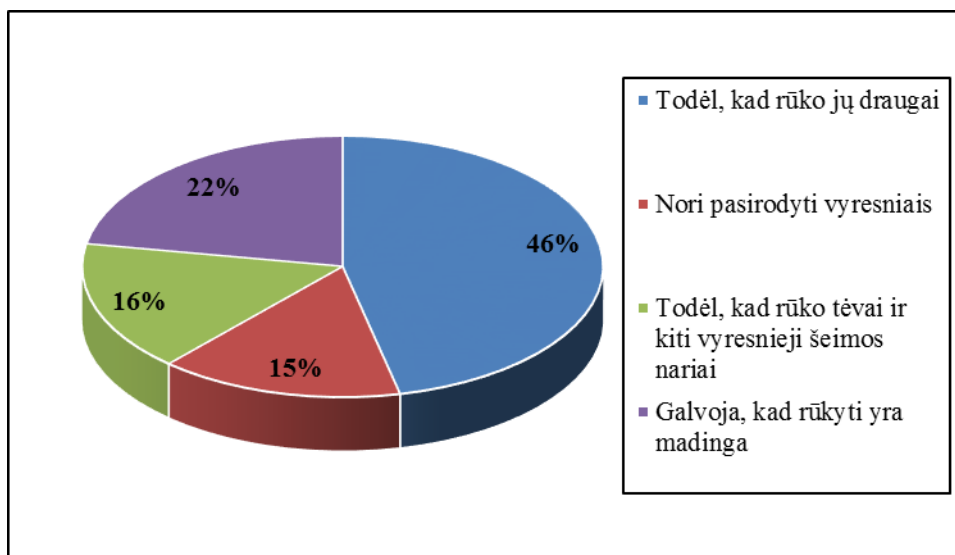


**15 pav. Respondentų pasiskirstymas atsakant į klausimą Ar rūkote priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės kurioje mokosi (procentai)**

Paveiksle matyti, kad daugiau nerūko merginos (82 proc.), nerūkančių vaikinių procentas mažesnis (57 proc.). Pagal gyvenamąją vietą daugiausia rūkančiųjų gyvena kaime (44 proc.). Mažesnis procentas (27 proc.) rūkančiųjų mokosi dvyliktoje klasėje nei vienuoliktėje (35 proc.). Dvyliktoje

klasėje besimokantys jaunuoliai sąmoningesni, daugiau dėmesio skiria pasiruošimui brandos egzaminams.

16 paveiksle pateikiama nuomonė, kodėl dalis mokinių rūko.



**16 pav. Respondentų nuomonė kodėl dalis mokinių rūko (procentai)**

Svarbiausios paauglių rūkymo priežastys: nepasitikėjimas savimi, menka savivertė, noras pritapti, nesusiformavusi vertybių sistema ir kt. Nors vaikams rūkyti nepatinka, tačiau dažniausiai jie pradeda rūkyti dėl draugų, norėdami prie jų pritapti. Cigarečių rūkymas siejasi su lengvesne galimybe užmegzti naujas pažintis, lengviau pritapti bendraamžių grupėje. Diagramoje matyti, kad net 46 procentai apklaustųjų mano, kad dalis mokinių rūko todėl, kad rūko jų draugai. Mažesnę dalį (22 proc.) nurodo, kas rūkantys moksleiviai mano, kad rūkyti yra madinga. Jauniems žmonėms rūkyti dažniausiai pasiūlo draugai, taip pat daro įtaką rūkantys tėvai, broliai ir seserys, suvokimo apie rūkymo žalą stoka. Mokyklos vaidmuo taip pat labai svarbus, nes mokykla gali padėti formuoti socialinius įgūdžius, leidžiančius atsispirti visuomenės spaudimui rūkyti, suteikti žinių apie rūkymo žalą sveikatai. Dažnai rūkymas yra simbolinis maištavimas. Paaugliams šis veiksmas yra tarsi tapimas suaugusiais, noras panašėti į „kietus“ draugus ar kitus „autoritetus“.

13 lentelė

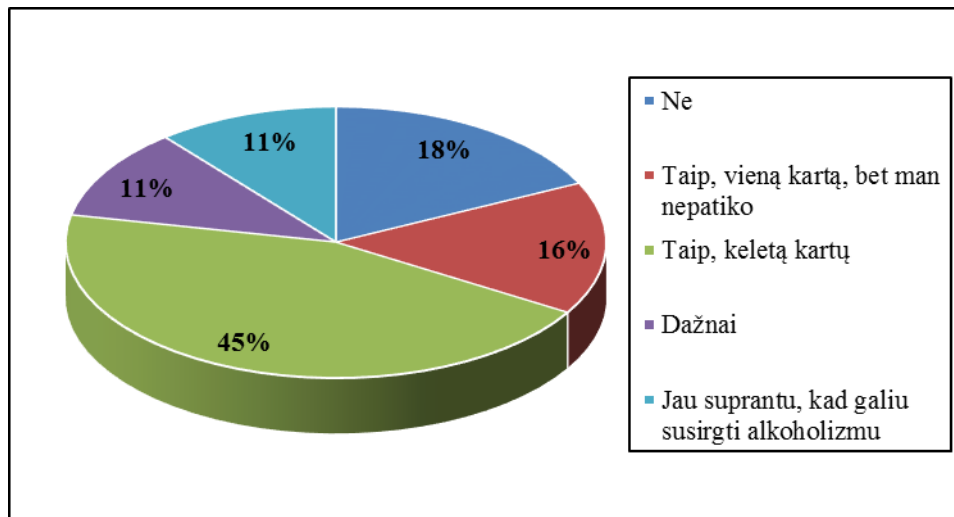
**Respondentų nuomonė apie mokinių rūkymo priežastis priklausomai nuo pačių respondentų pasirinkimo rūkymui**

Ar rūkote ?	Kodėl dalis mokinių rūko?							
	Todėl, kad rūko jų draugai		Nori pasirodyti vyresniais		Todėl, kad rūko tėvai ir kiti vyresnieji šeimos nariai		Galvoja, kad rūkyti yra madinga	
	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas
Taip, jau kelinti metai	13	15%	9	33%	6	20%	7	17%
Taip, neseniai pradėjau	11	13%	0	0%	4	13%	1	2%
Ne	61	72%	18	67%	20	67%	33	80%



Respondentai, kurie nerūko, mano, kad rūkymui turi įtakos galvojimas, kad rūkyti yra madinga, o tie moksleiviai, kurie rūko, mano, kad tam įtakos turi noras pasirodyti vyresniais. Dažniau pradeda rūkyti tie vaikai, kurie prasčiau save vertina, sunkiau mokosi, turi asmeninių problemų ar kas nors iš šeimos narių rūko. Paauglių sprendimą pradėti rūkyti labiau nulemia tie veiksniai (priklausymas tam tikrai bendraamžių grupei, nepriklausomybės nuo autoritetų siekimas), kurie nulemia ir kitas probleminio elgesio formas, nei tie veiksniai, kurie susiję su sveikata ir gera savijauta.

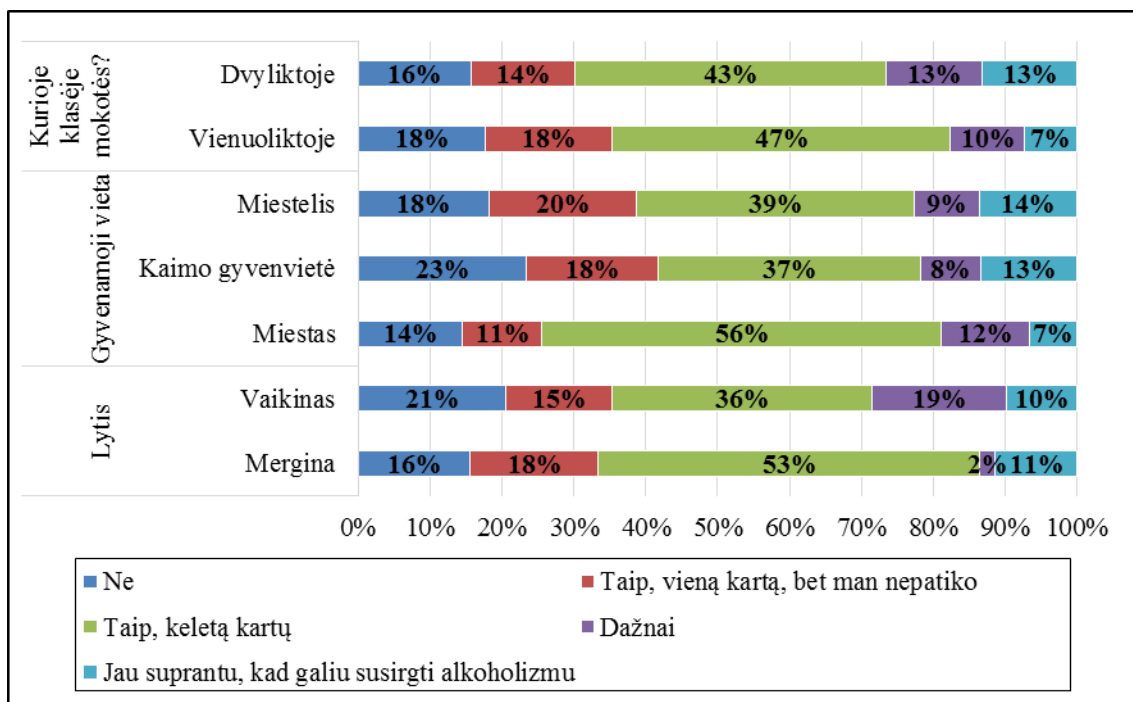
17 diagramoje matomas respondentų pasiskirstymas į klausimą Ar esate vartoję alkoholinius gėrimus.



**17 pav. Respondentų pasiskirstymas į klausimą Ar esate vartoję alkoholinius gėrimus (procentai)**

Didelį susirūpinimą kelia tai, kad vaikai alkoholio pirmą kartą paragauja itin ankstyvame amžiuje. 45 proc. apklaustųjų (45 proc.) teigia, kad alkoholinius gėrimus vartojo jau keletą kartų, 18 proc. apklaustųjų teigia, kad nėra vartoję alkoholio. Net 11 proc. supranta, kad gali susirgti alkoholizmu. Per pastaruosius dešimt metų pastebėta, kad alkoholio vartojimas tampa vis populiaresnis, tai tampa savotiška bendravimo forma, tačiau jaunimas net nesusimąsto, kokią didelę žalą alkoholis daro jaunam organizmui ir socialinei sveikatai.

Sekančiame paveiksle pateikiamas pasiskirstymas į klausimą Ar esate vartoję alkoholinius gėrimus, priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi.



**18 pav. Respondentų pasiskirstymas į klausimą ar esate vartoję alkoholinius gėrimus priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (procentai)**

Diagramoje matyti, kad dažnai alkoholį vartoja vaikinai (19 proc.), moksleiviai, gyvenantys mieste (12 proc.), 23 proc. moksleivių, gyvenančių kaime, nevartoja alkoholio. Mieste gyvenantys paaugliai turi daugiau galimybių įsigyti ir vartoti alkoholį nei gyvenantys kaime.

14 lentelė

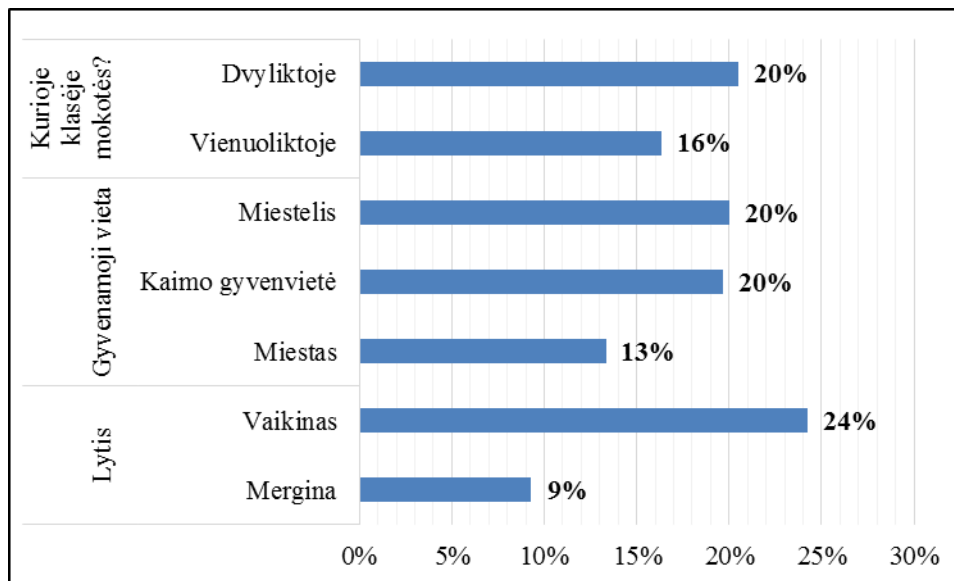
**Pasiskirstymas į klausimą Ar esate vartoję alkoholinius gėrimus priklausomai nuo pačių respondentų rūkymo**

Ar rūkote ?	Ar esate vartoję alkoholinius gėrimus?									
	Ne		Taip, vieną kartą, bet man nepatiko		Taip, keletą kartų		Dažnai		Jau suprantu, kad galiu susirgti alkoholizmu	
	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas
Taip, jau kelinti metai	7	19%	2	6%	14	16%	9	43%	11	52%
Taip, neseniai pradėjau	0	0%	2	6%	7	8%	5	24%	4	19%
Ne	29	81%	28	88%	67	76%	7	33%	6	29%

Yra nustatytas ryšys tarp psichotropinių medžiagų. Rūkantys žmonės vartoja alkoholį, narkotines medžiagas, narkotikus vartojantys dažniausia rūko. Lentelėje matyti, kad moksleiviai, kurie nevartoja alkoholio - nerūko (81 proc.), o moksleiviai, vartojantys, alkoholį, rūko jau kelinti metai (43 proc.).

Į klausimą Ar esate bandę vartoti narkotikus 83 proc. respondentų atsakė neigiamai, tačiau kita dalis (17 proc.) jau yra vartoję narkotinių medžiagų.

19 pav. atspindi bandžiusių vartoti narkotikus pasiskirstymas priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi.



**19 pav. Bandžiusių vartoti narkotikus pasiskirstymas priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (procentai)**

Pastaraisiais metais daugėja jaunų žmonių, turinčių šią priklausomybę. 24 proc. vaikinių įvardija jau bandę vartoti narkotikus, pagal gyvenamąją vietą – 20 proc. gyvenantys kaimo gyvenvietėje ir miestelyje respondentai. Didesnė dalis bandžiusių vartoti narkotikus (20 proc.) mokosi 12 klasėje.

15 lentelė

**Respondentų patirties rūkant pasiskirstymas priklausomai nuo bandžiusių vartoti narkotikus (procentai)**

Ar esate bandę vartoti narkotikus?	Ar rūkote ?					
	Taip, jau kelinti metai		Taip, neseniai pradėjau		Ne	
	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas
Ne	23	53%	11	61%	132	95%
Taip	20	47%	7	39%	7	5%

Rezultatai rodo, kad tie, kurie nerūko, nebandė vartoti narkotikus (95 proc.), o tie, kurie rūko jau kelinti metai, jau yra bandę vartoti narkotines medžiagas (47 proc.). Tai rodo, kad jaunimas, kuris vartoja psichotropines medžiagas, eksperimentuoja su jomis. Panaši situacija ir tarp vartojančių alkoholi (16 lentelė).

### Respondentų patirties vartojant alkoholinius gėrimus pasiskirstymas priklausomai nuo bandžiusių vartoti narkotikus (procentai)

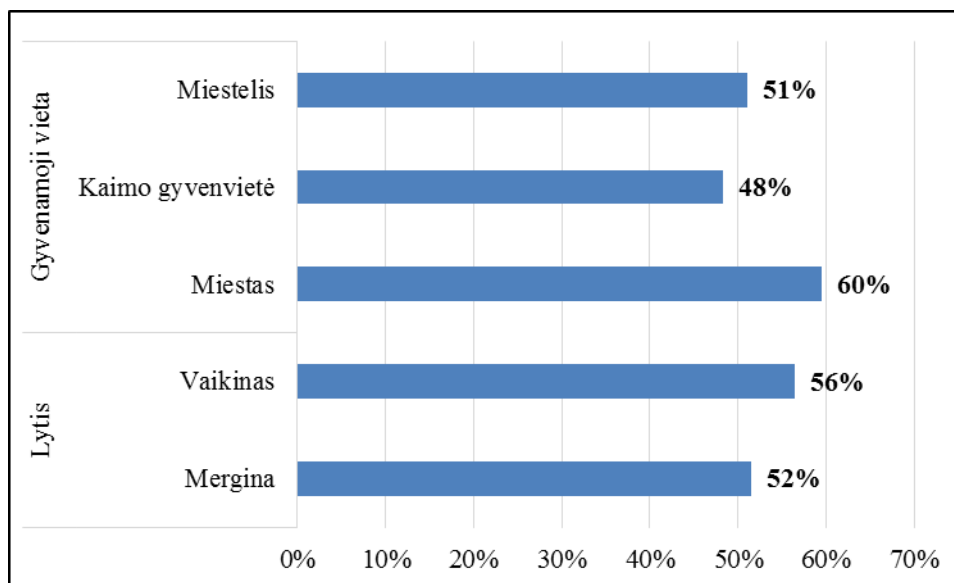
Ar esate bandę vartoti narkotikus?	Ar esate vartoję alkoholinius gėrimus?									
	Ne		Taip, vieną kartą, bet man nepatiko		Taip, keletą kartų		Dažnai		Jau suprantu, kad galiu susirgti alkoholizmu	
	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas
Ne	32	89%	31	97%	82	92%	12	57%	9	43%
Taip	4	11%	1	3%	7	8%	9	43%	12	57%

Moksleiviai, kurie nevartoja alkoholio, nebandė narkotinių medžiagų (89 proc.), o tie, kurie vartoja alkoholį, yra bandę vartoti narkotikus (57 proc.).

### Moksleivių sveikos gyvensenos analizė

Sveika mityba gali suteikti gerą sveikatą ir gerą savijautą. Apklausos metu klausėme moksleivių Ar sveikai maitinatės. Sveikai maitinasi 54 proc. respondentų, neigiamai atsakė 46 proc. Nemaža dalis moksleivių nesilaiko sveikos mitybos įpročių.

20 paveiksle atsispindi sveikai besimaitinančių respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenamąją vietą.



20 pav. Sveikai besimaitinančių respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenamąją vietą (procentai)

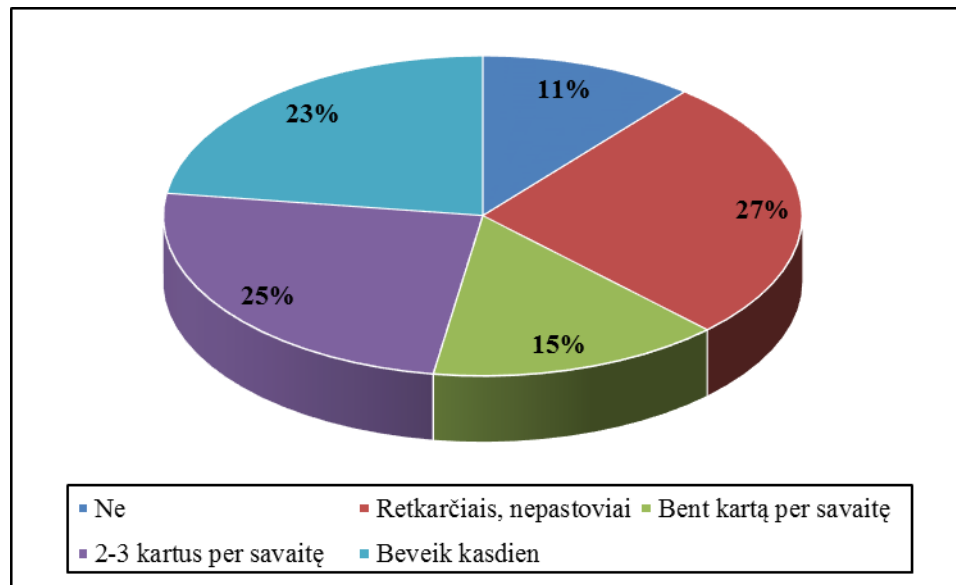
Didžioji dalis sveikai besimaitinančių moksleivių gyvena mieste (60 proc.), sveika mityba labiau rūpinasi vaikinai (56 proc.) nei merginos (52 proc.). Kadangi vaikinai labiau domisi sportu, tai jie domisi ir sveikos mitybos principais.

### Respondentų požiūris į minkštą priklausomai nuo to ar apklaustieji maitinasi sveikai

Kaip manote, ar maitinatės sveikai?	Ar dažnai minkštinatės (bėgijate, atliekate minkštos pratimus)?									
	Ne		Retkarčiais, nepastoviai		Bent kartą per savaitę		2-3 kartus per savaitę		Beveik kasdien	
	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas	Respondentų skaičius	Procentinis pasiskirstymas
Taip	5	24%	30	57%	10	33%	29	60%	33	72%
Ne	16	76%	23	43%	20	67%	19	40%	13	28%

Lentelėje matyti, kad tie moksleiviai, kurie nesimaitina sveikai, nesimankština (76 proc.), o respondentai, kurie maitinasi sveikai, beveik kasdiena minkštinasi (bėgija, atlieka minkštos pratimus) (72 proc.). Tai rodo, kad tie mokiniai, kurie laikosi sveikos gyvensenos taisyklių, minkštinasi ir valgo sveiką maistą.

Kitoje diagramoje matyti respondentų pasiskirstymas pagal klausimą Ar dažnai minkštinatės (bėgijate, atliekate pratimus) (21 pav.).

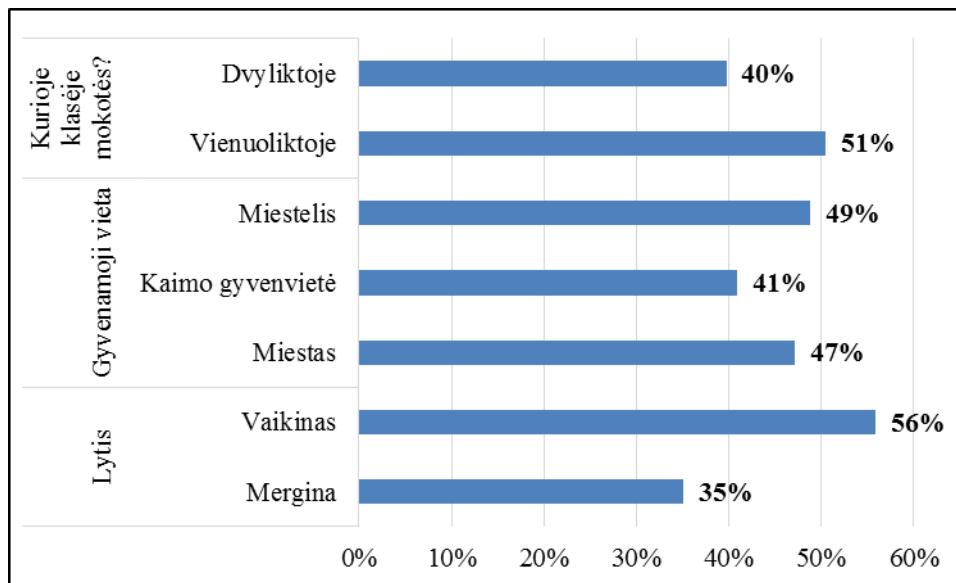


21 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal klausimą ar dažnai minkštinatės (bėgijate, atliekate pratimus) (procentai)

Fizinis aktyvumas gali pagerinti sveikatą ir gyvenimo kokybę, minkšta padeda atsipalaiduoti, lavinamos visos raumenų grupės. Į klausimą Ar dažnai minkštinatės, respondentų atsakymai pasiskirstė beveik vienodai. Beveik kasdiena minkštinasi 23 proc. respondentų, nesimankština 11 proc. moksleivių.

Tyrimo metu klausėme, Ar sportuojate, siekdami kuo geresnių rezultatų kurioje nors sporto šakoje? Atsakymai pasiskirstė šitaip: taip atsakė 46 proc. moksleivių, ne – 54 proc.

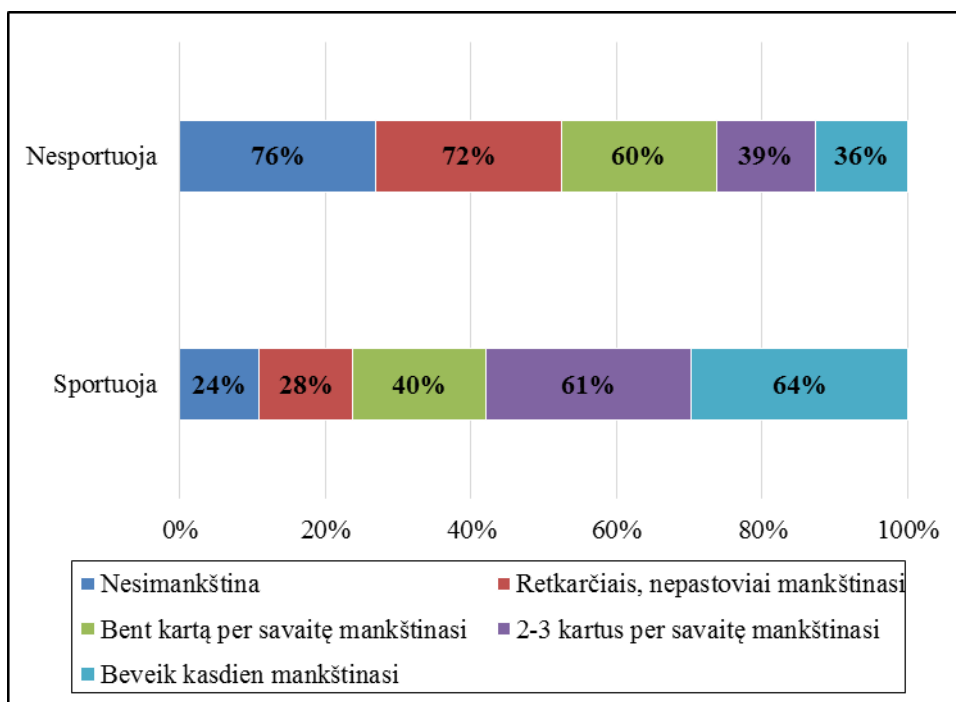
22 paveiksle matyti sportuojančių respondentų, kurie siekia kuo geresnių rezultatų kurioje nors sporto šakoje pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamąją vietą ir klasę, kurioje mokosi.



**22 pav. Sportuojančių respondentų, kurie siekia kuo geresnių rezultatų kurioje nors sporto šakoje pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamąją vietą ir klasę, kurioje mokosi (procentai)**

Diagramoje matyti, kad siekia kuo geresnių rezultatų kurioje nors sporto šakoje vaikinai (56 proc.), gyvenantys miestelyje (49 proc.), bei vienuoliktokai (51 proc.).

23 paveiksle atsispindi sportuojančių ir besimankštinančių respondentų priklausomybė.

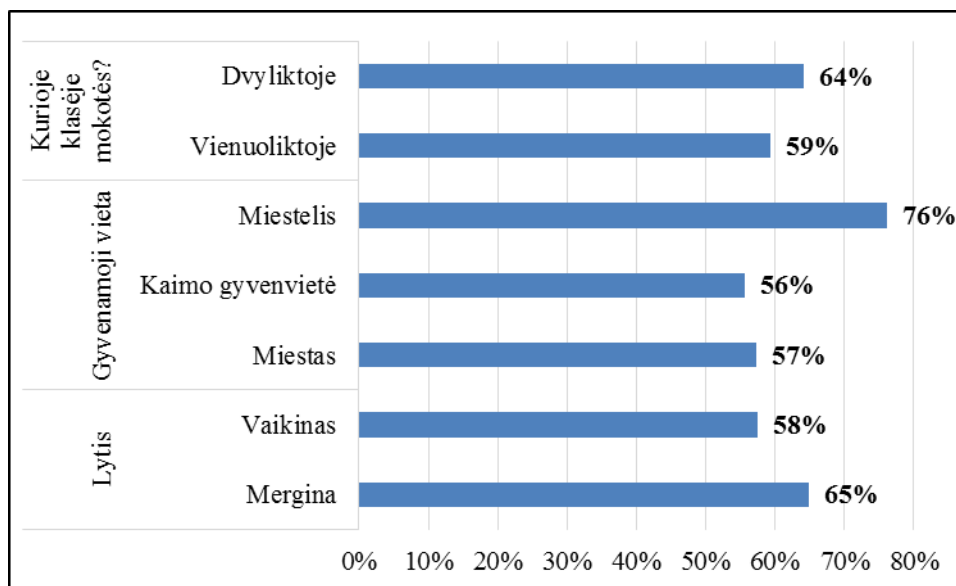


**23 pav. Sportuojančių ir besimankštinančių respondentų priklausomybė (procentai)**

Moksleiviai, kurie nesportuoja, jie ir nesimankština (76 proc.), o sportuojantys moksleiviai mankštinasi beveik kasdien.

Apklausoje metu moksleivių klausėme, Ar siekiate, kad sveika gyvensena taptų Jūsų gyvenimo būdu? Teigiamai atsakė 61 proc. apklaustųjų, neigiamai – 39 proc.

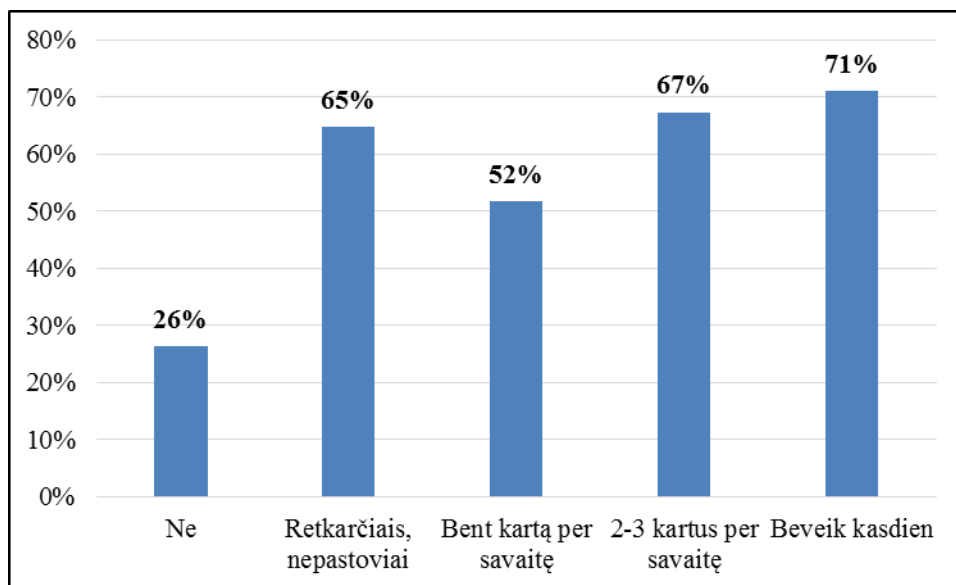
24 paveiksle matomas respondentų, siekiančių, kad sveika gyvensena taptų Jūsų gyvenimo būdu pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamąją vietą ir klasę, kurioje mokosi.



**24 pav. Respondentų, siekiančių, kad sveika gyvensena taptų Jūsų gyvenimo būdu pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamąją vietą ir klasę, kurioje mokosi (procentai)**

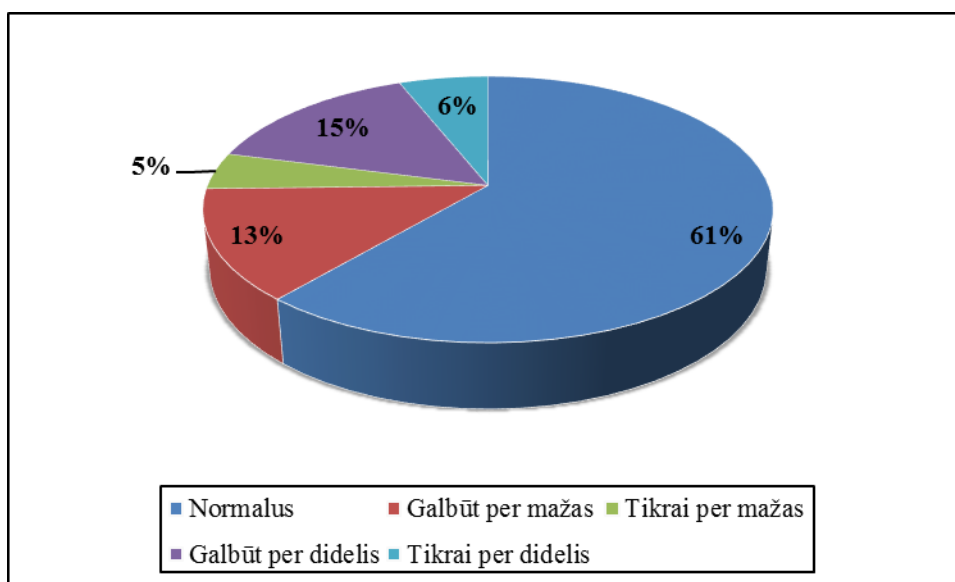
Didesnė dalis merginų (65 proc.) siekia, kad sveika gyvensena taptų jų gyvenimo būdu, pagal gyvenamąją vietą, šio tikslo siekia miestelio gyventojai (76 proc.) bei dvyliktos klasės moksleiviai (64 proc.).

Sekančioje diagramoje atsispindi respondentų, siekiančių sveikai gyventi, pasiskirstymas pagal jų mankštinimosi dažnumą (25 pav.)



**25 pav. Respondentų, siekiančių sveikai gyventi, pasiskirstymas pagal jų mankštinimosi dažnumą (procentai)**

Moksleiviai, siekiantys sveikai gyventi, mankštinasi beveik kasdien (71 proc. ) ar bent jau 2-3 kartus per savaitę (67 proc.). Tyrime klausėme respondentų nuomonės apie jų kūno svorį (26 pav.).

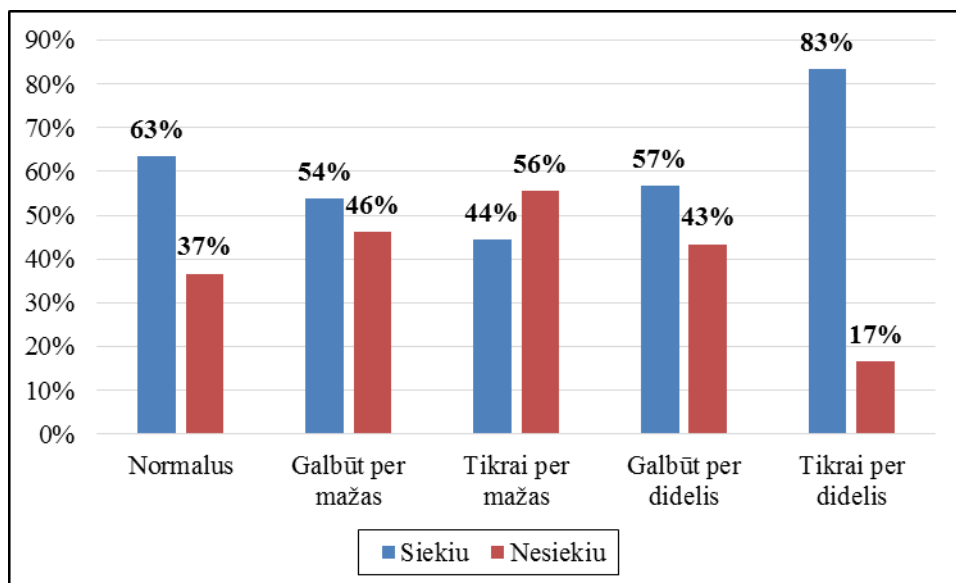


**26 pav. Respondentų nuomonė apie savo kūno svorį (procentai)**

Gerai moksleivio savijautai būtinas normalus svoris. Diagramoje matyti, kad dauguma respondentų mano, kad jų svoris yra normalus (61 proc.), 15 proc. atsakiusiųjų mano, kad jų svoris yra per didelis.

27 paveiksle parodomas respondentų, siekiančių sveikai gyventi, pasiskirstymas pagal savo kūno svorio vertinimą.

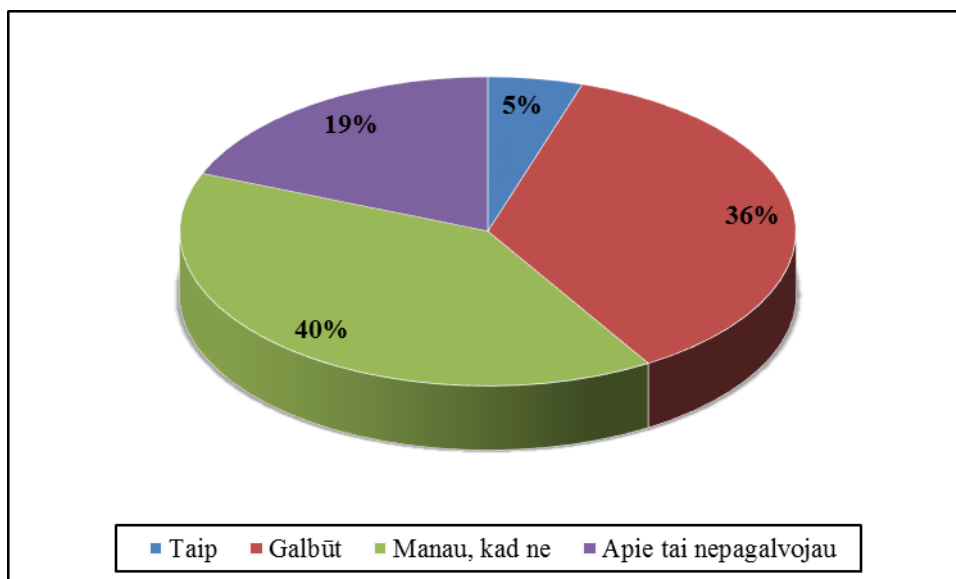




**27 pav. Respondentų siekiančių sveikai gyventi pasiskirstymas pagal savo kūno svorio vertinimą (procentai)**

Respondentų, kurių svoris normalus, siekia gyventi sveikai (63 proc.) bei moksleivių, kurių svoris yra per didelis taip pat siekia gyventi sveikai (83 proc. ) Tai rodo, kad moksleiviai jau dabar yra susirūpinę savo sveikata, galbūt dėl per didelio svorio patiria patyčias ir dėl to jaučiasi atstumti, nesuprasti.

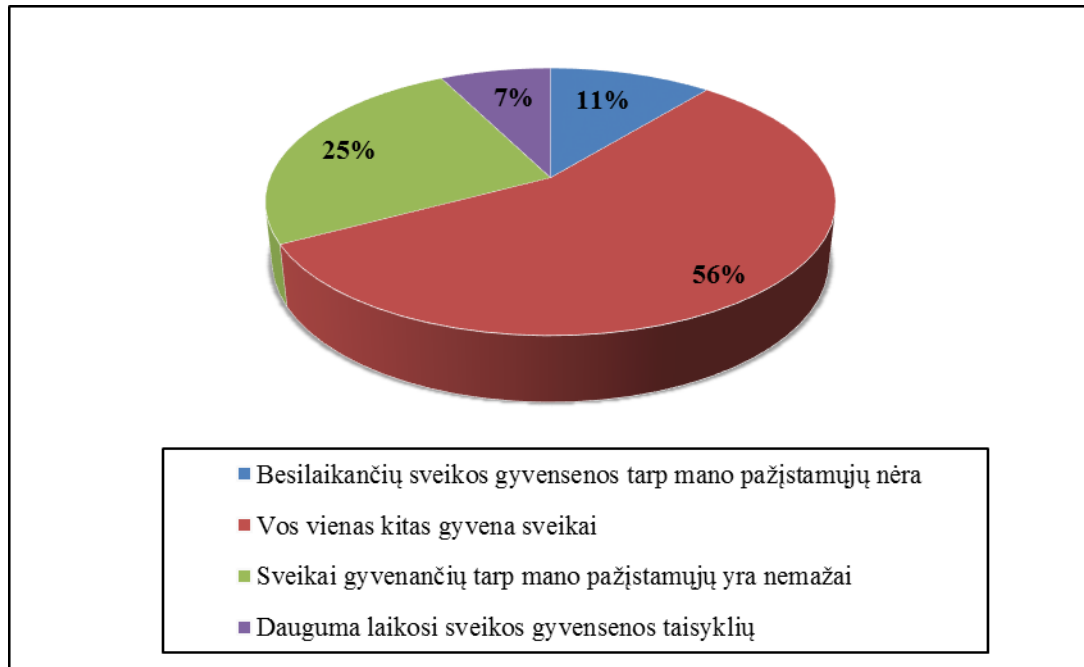
Respondentų prašėme atsakyti į klausimą Ar dauguma bendraklasių siekia išsiugdyti sveikos gyvensenos įpročius (28 pav.).



**28 pav. Respondentų nuomonė į klausimą Ar dauguma bendraklasių siekia išsiugdyti sveikos gyvensenos įpročius? (procentai)**

40 proc. respondentų nemano, o 36 proc. mano, kad galbūt jų bendraklasiai bando išsiugdyti sveikos gyvensenos įpročius.

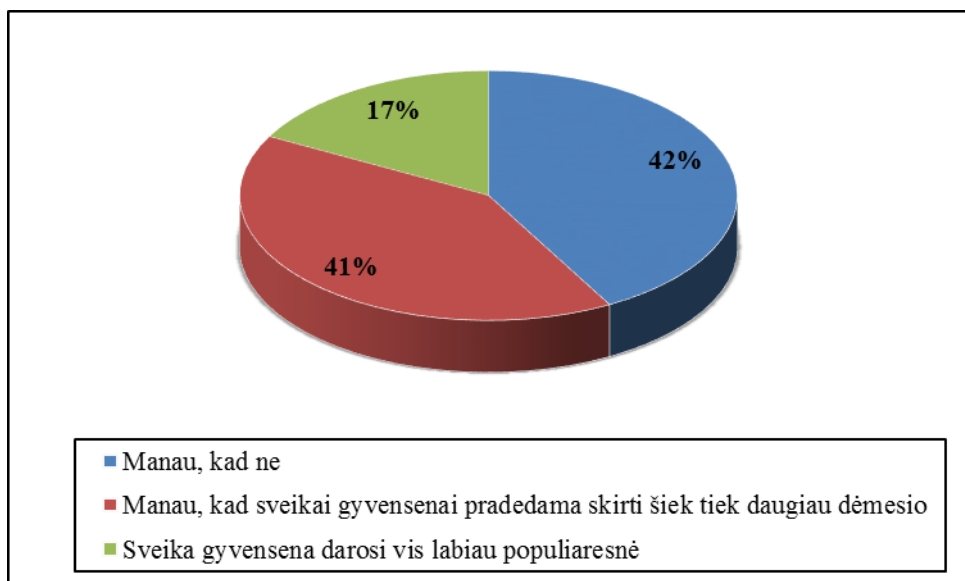
29 paveiksle respondentai išreiškė nuomonę į klausimą Kaip manote, ar dauguma jūsų pažįstamų suaugusiųjų (šeimos narių, kaimynų ir kt.) laikosi sveikos gyvensenos įpročių.



**29 pav. Respondentų nuomonė į klausimą Kaip manote, ar dauguma jūsų pažįstamų suaugusiųjų (šeimos narių, kaimynų ir kt.) laikosi sveikos gyvensenos įpročių (procentai)**

Mokyklinio amžiaus vaikui svarbi aplinka, kurioje jis auga, tai turi įtakos jo asmenybės formavimuisi: tai šeima, draugai, pažįstami, giminės. Jis perima tokį elgesį, kokį mato aplink save. 56 proc. respondentų mano, kad vos vienas kitas pažįstamas suaugęs laikosi sveikos gyvensenos įpročių. Tik 25 proc. apklaustųjų mano, kad sveikos gyvensenos įpročių laikosi nemažai pažįstamų suaugusiųjų. Didelė dalis mokinių mato, kad mažai jų supančių žmonių laikosi sveikos gyvensenos taisyklių.

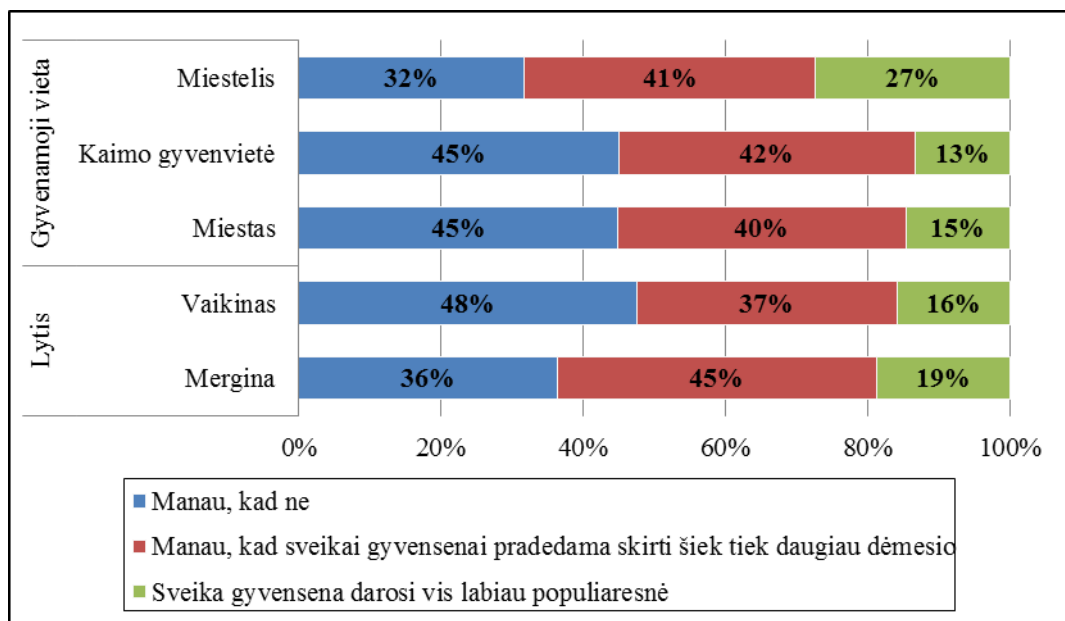
Tyrimo moksleivių buvo klausiama nuomonės Ar didžioji Lietuvos visuomenės dalis siekia gyventi sveikai? (30 pav.).



**30 pav. Respondentų nuomonė į klausimą Ar didžioji Lietuvos visuomenės dalis siekia gyventi sveikai? (procentai)**

Lietuvoje dar nemaža dalis gyventojų nesiekia gyventi sveikai dėl įvairių priežasčių: didelis užimtumas, lėšų stoka. 41 proc. respondentų mano, kad didžioji Lietuvos dalis nesiekia gyventi sveikai, 42 proc. mano, kad sveikai gyvensenai pradama skirti vis daugiau dėmesio.

31 diagramoje matyti nuomonės į klausimą Ar didžioji Lietuvos visuomenės dalis siekia gyventi sveikai? Respondentų pasiskirstymas priklausomai nuo lyties ir gyvenamosios vietos.

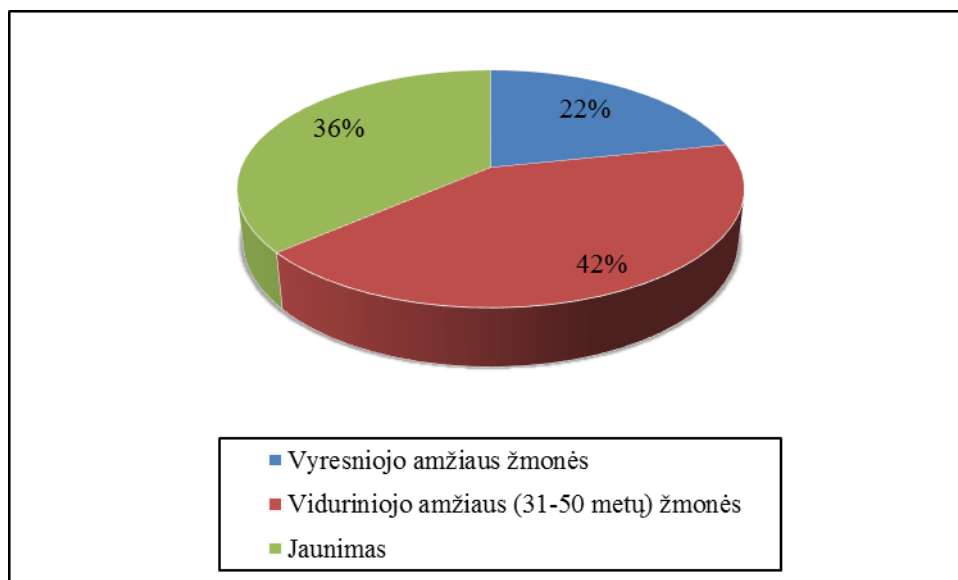


**31 pav. Respondentų nuomonė į klausimą Ar didžioji Lietuvos visuomenės dalis siekia gyventi sveikai? Priklausomai nuo lyties ir gyvenamosios vietos (procentai)**

Spaudoje, televizijoje, radijuje vis dažniau kalbama, diskutuojama, propaguojama sveika gyvensena. Diagramoje matyti, kad respondentai, gyvenantys miestelyje ar mieste mano, kad sveika

gyvensena tampa vis populiarsnė, 45 proc. merginų mano, kad didžioji Lietuvos visuomenės dalis siekia gyventi sveikai.

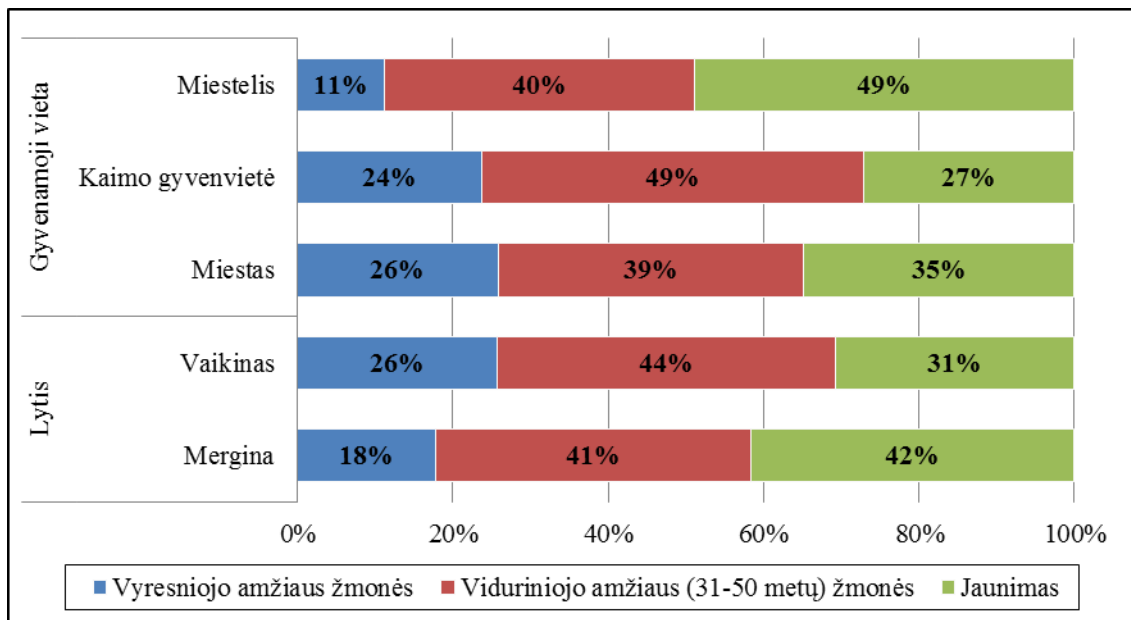
Respondentų klausėme nuomonės Kuri visuomenės dalis labiausiai siekia laikytis sveikos gyvensenos įpročių? (32 pav.)



**32pav. Respondentų nuomonė Kuri visuomenės dalis labiausiai siekia laikytis sveikos gyvensenos įpročių? (procentai)**

42 proc. apklaustųjų mano, kad labiausiai siekia laikytis sveikos gyvensenos įpročių 31 – 50 metų amžiaus žmonės, vyresnio – tik 22 proc.

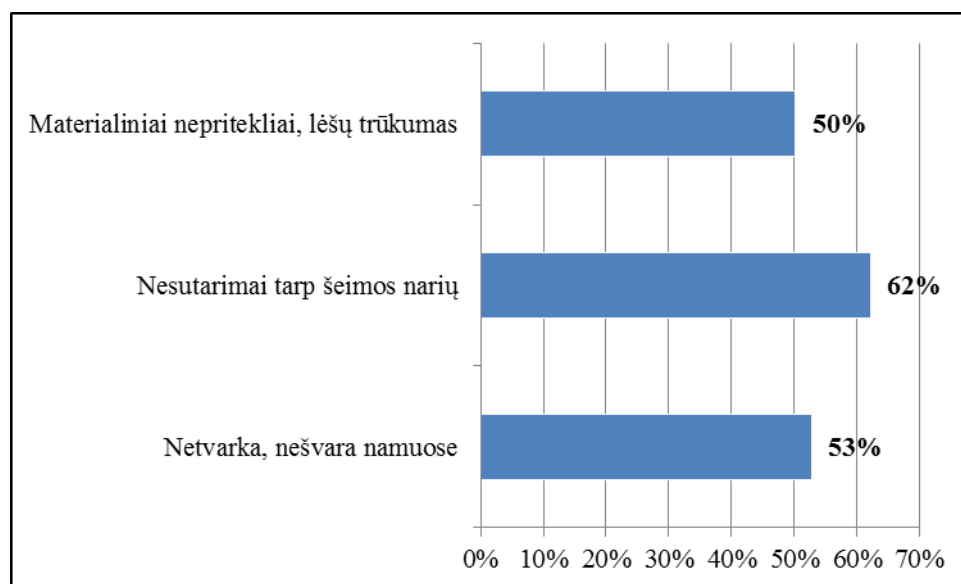
33 paveiksle pateikiama nuomonė Kuri visuomenės dalis labiausiai siekia laikytis sveikos gyvensenos įpročių?, priklausomai nuo lyties ir gyvenamosios vietos.



**33 pav. Respondentų nuomonė Kuri visuomenės dalis labiausiai siekia laikytis sveikos gyvensenos įpročių priklausomai nuo lyties ir gyvenamosios vietos (procentai)**

Sveikos gyvensenos taisyklių privalo laikytis visi: nuo mažiausio iki vyriausio. Diagramoje matyti, kad respondentai, gyvenantys kaime ir mieste mano, kad sveikos gyvensenos įpročių laikosi 31 -50 amžiaus žmonės, o gyvenantys miestelyje – kad jaunimas laikosi sveikos gyvensenos įpročių (49 proc.).

Moksleivių prašėme įvardyti aplinkybes, turinčias neigiamos įtakos sveikatai (34 pav. )

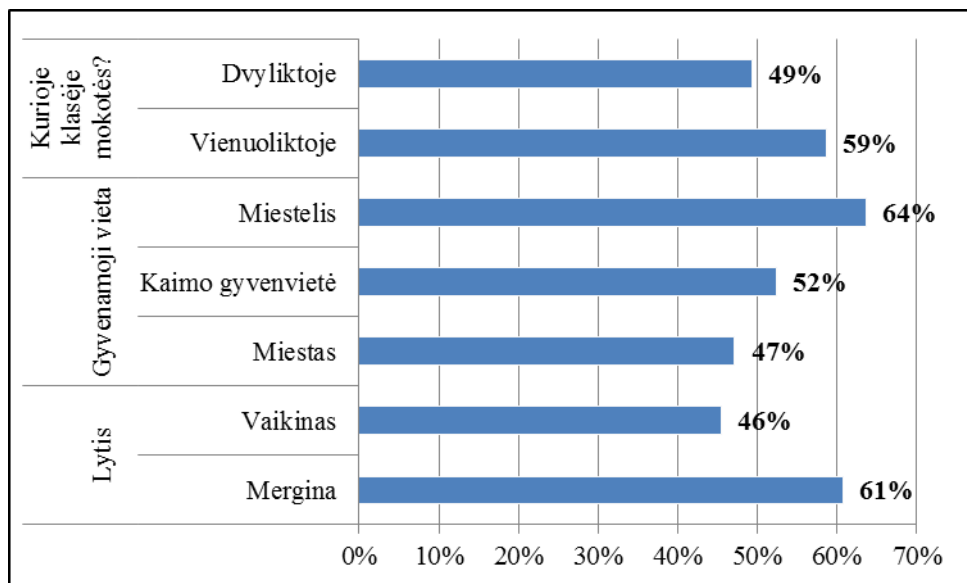


**34 pav. Aplinkybės, turinčios neigiamos įtakos jūsų sveikatai (pritarimo procentas)**

Gerai savijautai būtini geri santykiai tarp šeimos narių, tvarka ir švara namuose bei pakankamai gera finansinė padėtis. Net 62 proc. respondentų nurodė, kad neigiamos įtakos jų sveikatai turi

nesutarimai tarp šeimos narių, 53 proc. – netvarka, nešvara namuose, 50 proc. neigiamos įtakos jų sveikatai turi materialiniai nepritekliai, lėšų trūkumas.

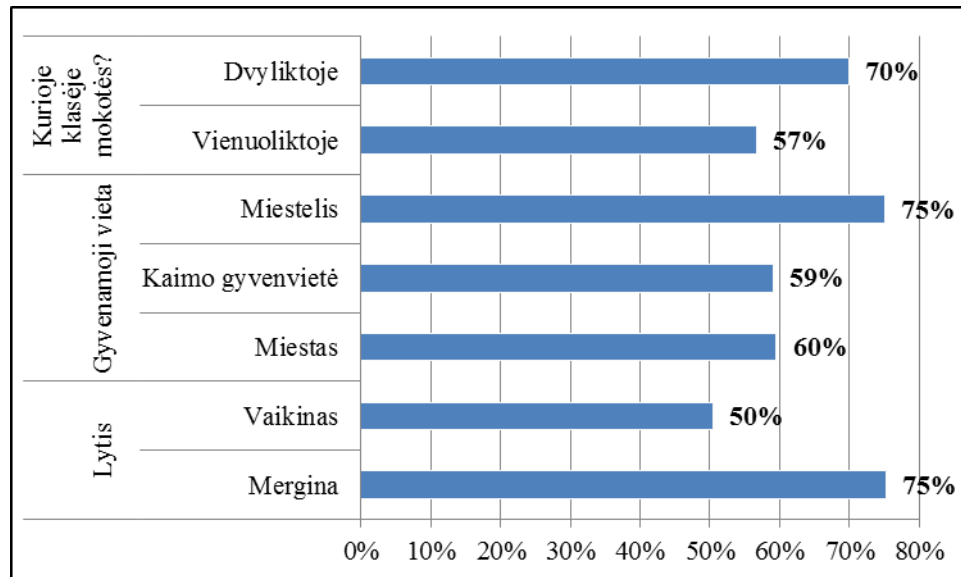
35 paveiksle pateikiamas respondentų pritarimas, kad netvarka, nešvara namuose turi neigiamos įtakos sveikatai priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi.



**35 pav. Respondentų pritarimas, kad netvarka, nešvara namuose turi neigiamos įtakos sveikatai priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (proc.)**

Netvarka namuose gali įtakoti ne tik suaugusių, bet ir moksleivių savijautą. Netvarkingi namai pasako apie sumaištį šeimnininko galvoje. Vienuoliktoje klasėje besimokantys jaunuoliai ( 59 proc. ), miestelio gyventojai (64 proc.) bei merginos (61proc.) pritaria, kad netvarka namuose turi įtakos jų sveikatai. Vadinasi, netvarka erzina, blogina savijautą.

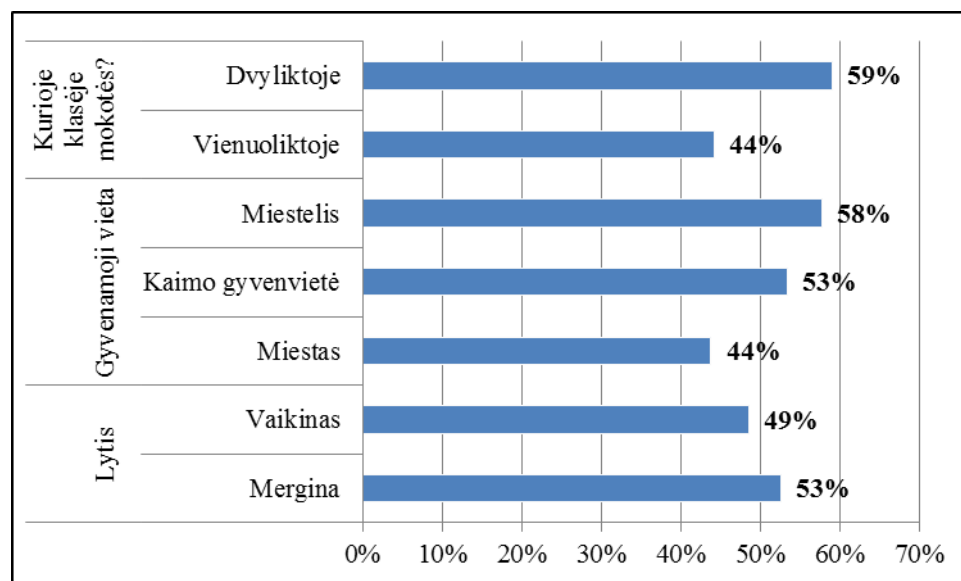
36 paveiksle matyti respondentų pritarimas, kad nesutarimai tarp šeimos narių turi neigiamos įtakos sveikatai, priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi.



**36 pav. Respondentų pritarimas, kad nesutarimai tarp šeimos narių turi neigiamos įtakos sveikatai priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (pritarimo procentas)**

Gerai santykiai šeimoje turi įtakos gerai moksleivio savijautai. Nesutarimai, pykčiai šeimoje blogina savijautą, dėl namuose patiriamo streso ir įtampos moksleivis gali turėti mokymosi problemų, gali ryškėti agresija, pyktis. 70 proc. dvyliktokų, 75 proc. miestelio gyventojų bei 75 proc. merginų mano, kad nesutarimai tarp šeimos narių turi neigiamos įtakos jų sveikatai.

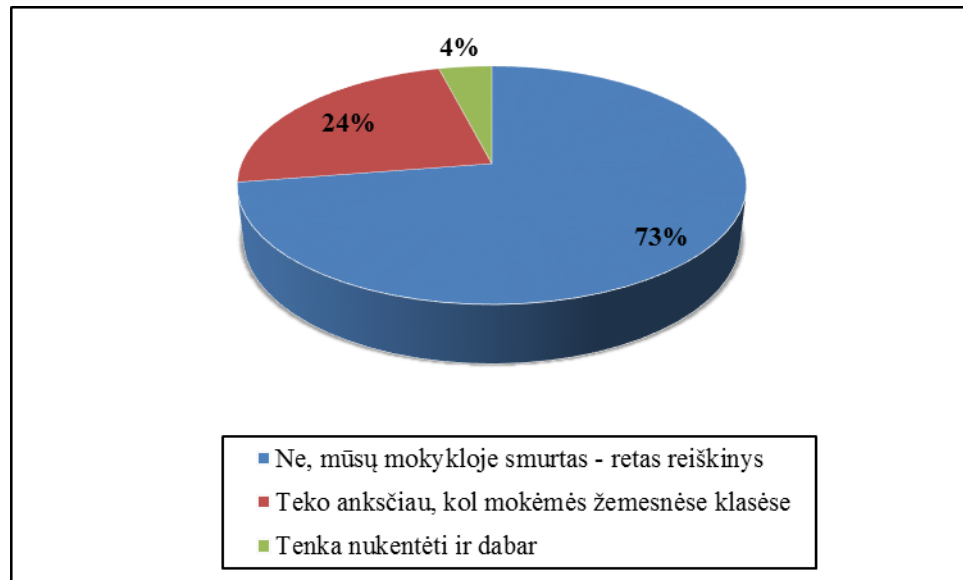
Diagramoje pateikiamas respondentų pritarimas, kad materialiniai nepritekliai, lėšų trūkumas turi neigiamos įtakos sveikatai priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (37 pav. ).



**37 pav. Respondentų pritarimas, kad materialiniai nepritekliai, lėšų trūkumas turi neigiamos įtakos sveikatai priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (pritarimo procentas)**

Lėšų trūkumas turi įtakos sveikatai. Turėdamas pakankamai lėšų žmogus jaučiasi pilnavertis, gali nusipirkti įvairesnių maisto produktų, lankyti sporto klubus, keliauti, užsiimti mėgstama veikla. Paveiksle matyti, kad lėšų trūkumas ir materialiniai nepritekliai turi neigiamos įtakos dvyliktokams (59 proc. ), miestelio gyventojams (58 proc.), ši problema aktuali merginoms (53 proc.).

38 paveiksle atskleidžiama respondentų patirtis apie smurtą mokykloje.

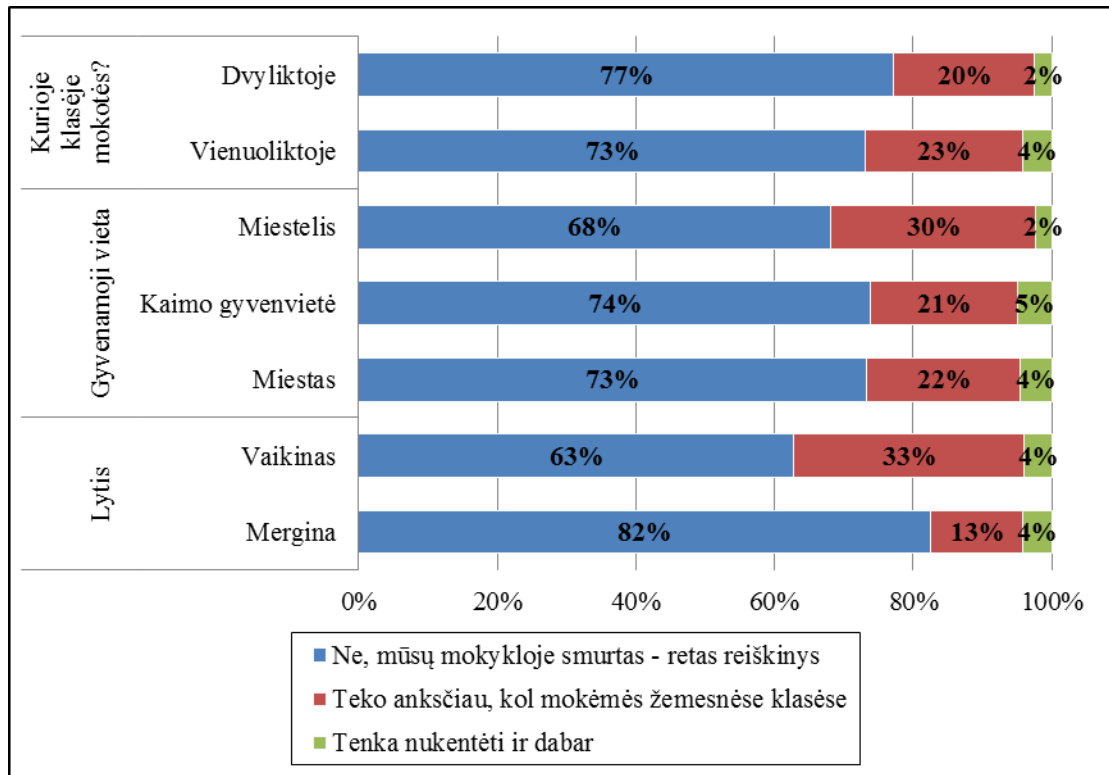


**38 pav. Respondentų patirtis apie smurtą mokykloje (procentai)**

73 proc. apklaustųjų nurodė, kad jų mokykloje smurtas – retas reiškinys, tačiau 4 proc. apklaustųjų dar ir dabar patiria smurtą.

39 paveiksle pateikiama respondentų patirties apie smurtą mokykloje vertinimas priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi.

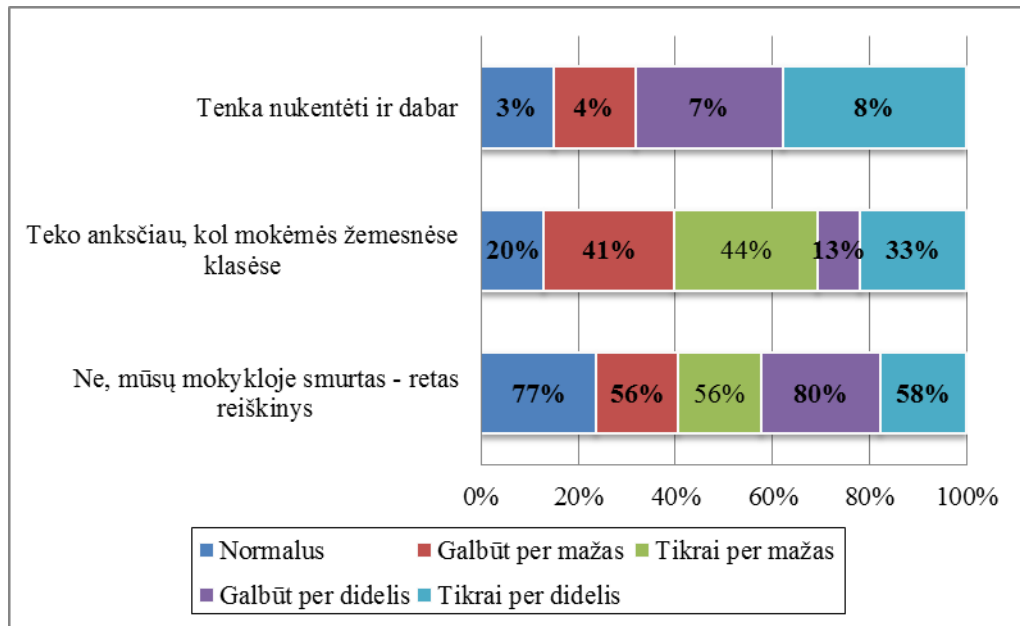




**39 pav. Respondentų patirties apie smurtą mokykloje vertinimas priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos ir klasės, kurioje mokosi (procentai)**

77 proc. dvyliktokų ir 73 proc. vienuoliktokų nurodo, kad jų mokykloje smurtas – retas reiškinys, pagal gyvenamą vietovę – 5 proc. apklaustųjų, gyvenančių kaime patiria smurtą iki šiol, 82 proc. merginų mano, kad jų mokykloje smurtas naudojamas retai, o 33 proc. vaikinių patyrė smurtą ankstesnėse klasėse. Tai rodo, kad smurto problema aktualesnė vaikinams, o ypač gyvenantiems kaime ir mieste.

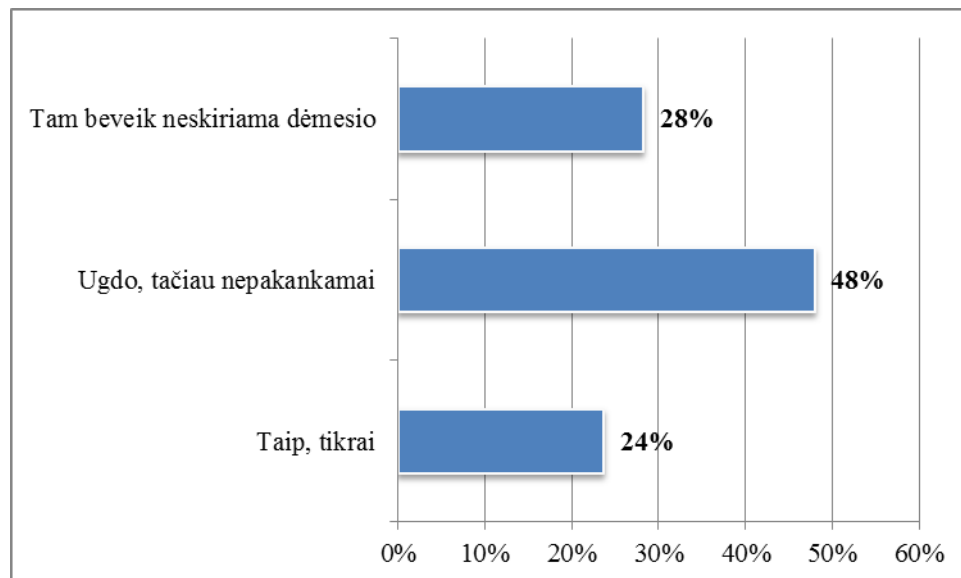
40 paveiksle pateikiama respondentų patirtis apie smurtą mokykloje, priklausomai nuo respondentų kūno svorio įvertinimo.



**40 pav. Respondentų patirties apie smurtą mokykloje vertinimas priklausomai nuo respondentų kūno svorio įvertinimo (procentai)**

Smurtaujantys paaugliai visuomet atkreipia dėmesį į kitokius bendraamžius: kitaip besirengiančius, kitaip mąstančius, kitaip atrodančius. 8 proc. respondentų, turinčių tikrai per didelį svorį, teigia, kad smurtą tenka patirti ir dabar, 33 proc. jaunuolių, turinčių per didelį kūno svorį nurodė, kad smurtą teko patirti žemesnėse klasėse, taip pat nuo smurto kentėjo ir per mažą kūno svorį turintys jaunuoliai (44 proc.). Paaugliai, turintys per didelį ar per mažą svorį, kenčia nuo smurto.

41 paveiksle pateikiamas moksleivių požiūris į klausimą Ar mokykla ugdo mokinių sveikos gyvensenos įpročius?



**41 pav. Respondentų požiūris į klausimą Ar mokykla ugdo mokinių sveikos gyvensenos įpročius? (procentai)**

Šiuolaikinė mokykla turi užauginti jaunuolius, gebančius įveikti įvairius gyvenimo sunkumus. Ypač svarbus tampa sveikatos ugdymas, suteikiantis motyvaciją, ugdantis vertybines nuostatas ir gyvenimo įgūdžius, tokius kaip problemų sprendimas, sprendimų priėmimas, kūrybinis mąstymas, kritinis mąstymas, bendravimo įgūdžiai, savęs pažinimas, streso įveikimas, atsisakymo įgūdžiai. 48 proc. respondentų mano, kas jų mokykla ugdo sveikos gyvensenos įpročius, tačiau nepakankamai. Tai rodo, kad mokykloje nepakankama visuomenės sveikatos priežiūros specialisto veikla, mokytojams trūksta žinių apie sveikos gyvensenos skatinimą jų dėstomo dalyko kontekste, vyksta nepakankamai renginių sveikos gyvensenos temomis. Beje, mokiniai įvardijo dar vieną opią problemą dėl visuomenės sveikatos specialisto darbo laiko. Ji savo darbo vietoje būna tik tris kartus per savaitę. Paklausus apie tai specialistės paaiškėjo, kad dirbti ji turi dar dvejose mokyklose tam, kad susidarytų tam tikras mokinių skaičius mokyklose dirbant už etatą.

Apibendrinant moksleivių anketinės apklausos duomenų analizę galima daryti prielaidą, kad yra nemažai problemų sveikatos priežiūros srityje. Didžioji dalis apklaustųjų gyvena netoli iki sveikatos priežiūros įstaigos jų vietovėje, tačiau 4 proc. respondentų nurodė, kad iki artimiausios gydymo įstaigos yra 21- 40 km. Sveikatos priežiūros įstaigose jaunimas lankosi tik tuomet, kai suserga, antroji pagal apsilankymus priežastis – profilaktiniai patikrinimai. Tai rodo, kad ne visuomet pats moksleivis dalyvauja profilaktinėje patikroje, gydytojas išrašo pažymą net neapžiūrėjęs vaiko. Didžioji dalis respondentų savo sveikatos būklę vertina gerai (68 proc.), vidutiniškai savo sveikatą vertina 28 proc. apklaustųjų, blogai savo sveikatą vertina 4 proc. jaunuolių. Pagal šiuos rodiklius galima spręsti, kad paauglių sveikata nėra gera, tam įtakos turi rūkymas, alkoholio vartojimas, nesveika mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas. Beje, psichotropinių medžiagų nevartojo ar nevartoja nedidelė dalis moksleivių. Buvo pastebėta, kad tie moksleiviai, kurie nesimaitina sveikai, tai ir nesimankština (76 proc.), o respondentai, kurie maitinasi sveikai, beveik kasdiena mankština (bėgioja, atlieka mankštos pratimus) (72 proc.). Sveikos mitybos įpročių labiau laikosi vaikinai bei respondentai, gyvenantys mieste. Tyrimo metu pastebėta, kad moksleiviai, kurie nesportuoja, jie ir nesimankština (76 proc.), o sportuojantys moksleiviai mankština beveik kasdien. Tik 61 proc. apklaustųjų mano, kad jų svoris yra normalus, kiti savo svorį apibūdina kaip per mažą arba per didelį. Pagal tai galima spręsti, kad dauguma moksleivių nesilaiko sveikos gyvensenos įpročių. Daugiau nei puse respondentų mano, kad vos vienas kitas pažįstamas suaugęs laikosi sveikos gyvensenos įpročių. Tik 25 proc. apklaustųjų mano, kad sveikos gyvensenos įpročių laikosi nemažai pažįstamų suaugusiųjų. Tai rodo, kad moksleivių aplinkoje taip pat nėra daug gerų pavyzdžių, kurie paskatintų gyventi sveikai.

### 3.4. Sveikatos priežiūros problemų sprendimai Joniškio rajone

1. Joniškio rajono savivaldybės administracijai siūloma skirti daugiau dėmesio gyventojų sveikos gyvensenos skatinimui. Reikia pradėti nuo to, kad pirmiausia reikia atkreipti dėmesį į vaikų sveikatos ugdymą pradedant nuo Joniškio lopšelių - darželių baigiant Žemės ūkio mokykla. Visuomenės sveikatos biurams priklauso visuomenės sveikatos priežiūros specialistės, kurios dirba ugdymo įstaigose. Tačiau dėl tam tikrų ribojimų bei lėšų trūkumo specialistės dirba ugdymo įstaigose tik tam tikromis dienomis, ne visą darbo dieną, todėl neužtikrinama efektyvi sveikatinimo veikla mokykloje pamokų metu ir popamokinėje veikloje.

Jaunimui, jaunoms šeimoms su vaikais trūksta vietų, kur jie galėtų užsiimti sveikatinimo veikla. Siūloma prisiminti sveikatingumo ir sporto komplekso projektą Joniškio rajone. Jame galėtų vykti užsiėmimai tiek jaunimui, nėščiosioms, šeimoms su vaikais, vaikams bei senjorams. Ten galėtų būti įrengta konferencijų salė, kurioje atvyktų lektoriai skaityti paskaitas, vyktų šventės ir pan. Jaunimo renginyje „Idėja +“, kuris vyko gegužės mėn., jaunimas siūlė, kaip skatinti jaunimą neišvykti iš miesto, kaip didinti jaunimo užimtumą, mažinti nedarbą. Buvo pristatyti tik keli pasiūlymai, Joniškio rajono savivaldybės atstovo buvo pateikti pastebėjimai, kad Joniškio jaunimas neaktyviai dalyvauja mokymuose, mažai iniciatyvos, per mažai savanorių organizuojant viešus renginius. Reiktų daugiau veiklos, kuri sudomintų jaunimą, finansuoti jaunimo projektus, sukurti internetinę svetainę, kurioje būtų informacija dėl darbo, būtų renginių kalendorius, vyktų forumai. Pensinio amžiaus žmonėms reikia daugiau aktyvių renginių, kaimo bendruomenės galėtų aktyviau rašyti projektus, aktyviau turėtų dirbti visuomenės sveikatos biuras, kuris paskutiniu metu organizuoja tik paskaitas sveikatinimo klausimais, o ne išvykas, aktyvius renginius. Joniškio rajono administracijai reiktų mažinti mokesčius toms įmonėms, kurios būtų suinteresuotos savo darbuotojų sveikata: organizuotų sveikatinimo renginius, išvykas, finansuotų mokesčių sporto klubuose, baseinuose, taip pat sumokėtų už darbuotojams atliktus profilaktinius patikrinimus.

2. Gyventojų galimybė laiku pasitikrinti sveikatą. Profilaktiniams patikrinimams Joniškio rajono žmonės neskiria pakankamai dėmesio, todėl sergamumas pakankamai didelis. Pas gydytoją atvykstama tik tuomet, kai susergama. Joniškio rajono spaudai reiktų dažniau informuoti Joniškio rajono gyventojus apie vykdomus profilaktinius patikrinimus. Siūloma du kartus per mėnesį pateikti informaciją apie profilaktinius patikrinimus bei suprantamai paaiškinti, kodėl tai daryti svarbu. Reiktų dažniau kalbinti sveikatos priežiūros specialistus, gydytojus apie sveiką gyvenseną ir pan., žmonėms reikia specialistų patarimų vietinėje spaudoje. Kaimo žmonių gyventojai pas gydytoją retai

atvyksta dėl susisiekimo problemų. Siūloma seniūnijoms organizuoti keletą kartų per metus gydytojo atvykimą ir sukviesti aplinkinių kaimų gyventojus pasitikrinti sveikatą. Kita problemos sprendimo alternatyva gali būti organizuojamas transportas nuvykti pas šeimos gydytoją. Visuomenės sveikatos biuras turėtų prieš kiekvieną didesnę renginį priminti apie profilaktinių patikrinimų svarbą, kartais pakviesti ir pačius gydytojus.

3. Susirgus laiku gauti gydymą. Lietuvoje vykdant ligoninių restruktūrizavimo etapus pastebima, kad mažesnėse ligoninėse situacija darosi vis sudėtingesnė. Gyventojai nepatenkinti eilėmis pas šeimos gydytoją, gydytojus specialistus, net priėmimo skyriuje. Optimizuojant paslaugas Jonišio ligoninėje jau planuojama uždaryti chirurgijos, traumatologijos skyrius, vaikų ligų skyrius dirba tik dienos metu. Kadangi neliks šių skyrių, nebereiks ir reanimacijos skyriaus paslaugų. Jonišio savivaldybės administracijai reikėtų įrodyti atsakingoms institucijoms, kad išsaugoti gydymo paslaugas regionuose be galo svarbu, nes daugumai kaimuose gyvenančių žmonių sunku atvykti net iki Jonišio miesto, o pasiekti kitus miestus bus dar sudėtingiau.

4. Galimybė gauti gydymą ir vaistus kaimo gyventojams darosi vis sudėtingiau. Ypač aktuali susisiekimo problema. Dėl sumažėjusio gyventojų skaičiaus, autobusais naudojasi labai nedaug žmonių, todėl daugelis maršrutų buvo atšaukti. Jonišio rajono savivaldybės administracijai reikia rasti būdus, kaip galėtų žmonės pasiekti Jonišio miesto gydymo įstaigas, galbūt sudaryti grafiką, kokiomis dienomis vyktų maršrutai iki miesto ir atgal kartą per mėnesį ar panašiai. Pasiiekti miestą svarbu ne tik apsilankymui pas gydytoją, bet ir nusipirkti vaistų, kurie dažniausiai būtini vyresnio amžiaus žmonėms. Vaistus įsigyti gali taip pat ne visi gyventojai, nes vaistai yra pakankamai brangūs. Dažnai vyresnio amžiaus žmonės gyvena iš pensijų ar pašalpų, todėl negali įsigyti vaistų, kurių jiems labai reikia. Jonišio rajono savivaldybei reiktų rasti lėšų kompensuoti bent dalį lėšų vaistams įsigyti.

5. Labai opi problema regionuose yra aprūpinimas gydytojais bei medicinos darbuotojais. Dauguma dirbančių gydytojų yra pensinio amžiaus, todėl po keleto metų tai bus didelė problema. Dėl pokyčių ligoninėje neatsiranda norinčių dirbti jaunų gydytojų, nes per maži atlyginimai, baimė ateityje prarasti darbą, prarasti kvalifikaciją. Be to, mieste per mažai veiklos jaunimui, šeimoms su vaikais. Jonišio rajono savivaldybė turėtų suteikti palankias sąlygas ne tik dėl gyvenamo būsto, bet sugalvoti planą, kaip išlaikyti jaunimą Jonišio mieste.

## IŠVADOS

1. Sveikatos priežiūros strateginių problemų valdymo analizė parodė, kad sveikatą kuria ir ją palaiko patys žmonės savo kasdieninio gyvenimo aplinkoje. Sveikata puoselėjama rūpinantis savimi ir kitais, sugebant priimti sprendimus, kontroliuojant savo gyvenimo aplinkybes ir garantuojant, kad visuomenė, kurioje žmogus gyvena, suteiktų sąlygas, užtikrinančias visų savo narių sveikatą. Šiuo teiginiu pagrįsta sveikatos stiprinimo strategija. Strateginių problemų valdymas padeda spręsti kylančias problemas ir kurti vieningą sveikatos apsaugos kryptingumą.

2. Bendrosios sveikatos priežiūros Joniškio rajone analizė sudarė prielaidas išskirti pagrindinės sveikatos priežiūros strategines problemas: bendras gyventojų mažėjimas Joniškio rajone, mažas gimstamumas, kas lemia gyventojų senėjimą, emigracijos problema, ypač iš miesto išvyksta jaunimas. Jis ne tik emigruoja iš Lietuvos, bet ir išvyksta gyventi į didesnius miestus, kur didesnės galimybės rasti darbą, gyventi pilnavertį socialinį gyvenimą. Be to, pastebima tendencija vykti į užsienį mokytis, nes Lietuvoje studijos pakankamai brangios. Pastebimas gydytojų trūkumas, daug pensinio amžiaus gydytojų, naujus gydytojus prisivilioti darosi vis sunkiau. Prastas kaimo žmonių susisiekimas su miestu, todėl prastėja sveikatos priežiūros prieinamumas.

3. Interviu su kaimiškųjų vietovių seniūnais rezultatai parodė, kad kaimiškųjų seniūnijų gyventojų kiekvienais metais vis mažėja, ypač emigruoja jaunimas, išvyksta šeimos. Naujų sodybų kaimiškose vietovėse žmonės nestato, naujų įmonių nekuriama, per pastaruosius dešimt metų užsidarė nemažai įmonių, ugdymo įstaigų, kultūros centrų, bibliotekų. Sveikos gyvensenos principų laikosi ne jaunimas ar darbingo amžiaus žmonės, o pensinio amžiaus žmonės. Profilaktiniams patikrinimams gyventojai skiria nepakankamai dėmesio, prastas susisiekimas su miestu. Nors kiekviena seniūnija turi sutvarkytų rekreacinių vietų, kur žmonės galėtų sportuoti, praleisti laisvalaikį, tačiau seniūnei teigia, kad netolimoje ateityje nebus gyventojų, kurie galėtų tuo naudotis.

4. Moksleivių apklausos rezultatai parodė, kad jaunimui trūksta žinių sveikos gyvensenos temomis, nemažai moksleivių rūko, vartoja alkoholį, jau yra bandę ir psichotropinių medžiagų.

5. Sveikatos priežiūros strateginių problemų valdymą reiktų pradėti nuo darbo grupės sukūrimo Joniškio rajono savivaldybėje, problemų identifikavimo bei numatyti kryptingus sprendimo būdus.

## REKOMENDACIJOS

Tyrimo metu gauta informacija atskleidė pagrindines Joniškio rajono sveikatos priežiūros strateginių problemų valdymo problemas, su kuriomis susipažinusi Joniškio rajono savivaldybė gali keisti esamą situaciją koreguojant esamas ar kuriant būsimas strategijas. Tyrimo išvados ir rekomendacijos gali suteikti naudingos informacijos Joniškio rajono savivaldybės administracijai, valdžios atstovams, gyventojams apie sveikatos priežiūros strategines problemas Joniškio rajone, jos galėtų būti naudingos sudarant priemonių rinkinį bei didinant konkurencinį pranašumą Joniškio rajone.

Interviu su kaimiškųjų vietovių seniūnais rezultatai parodė, kad kaimiškųjų seniūnijų gyventojų kiekvienais metais vis mažėja, ypač emigruoja jaunimas, išvyksta šeimos. Šių problemų valdymui būtinas Joniškio rajono savivaldybės bendradarbiavimas su seniūnijomis, vietos bendruomenėmis, ugdymo įstaigomis, žiniasklaida, sveikatos priežiūros įstaigomis ir pan. Tam reikalingas bendradarbiavimas, reguliari tarpusavio komunikacija, tam tinkami gebėjimai bei tinkamas vadovavimas. Būtina sukurti kompetentingą darbo grupę tam, kad identifikuotų pagrindines sveikatos priežiūros strategines problemas bei numatytų efektyvius jų sprendimo būdus.

Moksleivių apklausos rezultatai parodė, kad jaunimui trūksta žinių sveikos gyvensenos temomis. Moksleiviams trūksta aktyvios sveikatinimo veiklos jų ugdymo įstaigose, jie nurodo, kad mokykla nepakankami ugdo jų sveikos gyvensenos įpročius. Ugdymo įstaigoms reikia skirti daugiau dėmesio vaikų sveikos gyvensenos ugdymui integruojant sveikos gyvensenos ugdymą į dalyko pamoką, kuriant sveiką ir saugią aplinką mokykloje, siekti sveikatą stiprinančios mokyklos statuso.

Visuomenės sveikatos biuras turi daugiau dėmesio skirti įvairiems projektams, aktyviems renginiams, kurie būtų skirti įvairaus amžiaus vaikams. Taip pat reikia atkreipti dėmesį į visuomenės sveikatos priežiūros specialistų darbo efektyvinimą ugdymo įstaigose. Taip pat visuomenės sveikatos biuras turėtų rengti daugiau aktyvių užsiėmimų senjorams tiek Joniškio mieste, tiek kaimiškose vietovėse, glaudžiau bendradarbiauti su seniūnijomis.

Šeimos gydytojams reikia labiau išklaudyti pacientą, skirti jam daugiau laiko, paaiškinti profilaktinių patikrinimų būtinumą, skirti dėmesio sveikos gyvensenos skatinimui. Jie turi patarti, kaip sveikai maitintis, sportuoti, kaip derinti darbą ir poilsį, stengtis kuo greičiau ir tiksliau nustatyti priežastį, sutrikdžiusią paciento sveikatą ir jam pagelbėti. Dėl šių priežasčių kiekviena šeima turi „susidraugauti“ su savo šeimos gydytoju.

## Literatūra

### Mokslo šaltiniai

1. Aleksa, V., Jasaitis, J. (2012). *Profesorius Jonas Pranas Aleksa ir jo idėjos ateities lietuviui*. Vilnius: BMK leidykla.
2. Anell, A., Glenngard, A., Merkur, S. (2012). Sweden: health system review. *Health systems in transition*, 14 (5).
3. Atkočiūnienė V. (2008). *Kaimo vietovės pokyčių valdymas pagal principą „iš apačios į viršų“*. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla
4. Atkočiūnienė, V. (2014). Darbo vietų plėtojimo darnumą Lietuvos kaimiškuosiuose regionuose lemiantys veiksniai. *Regional Formation and Development Studies*, 1 (11) 19.
5. Atkočiūnienė, V., Aleksandravičius, A., Kiaušienė, I., Vazonienė, G., Pakeltienė, R., Lukė, R. (2014). *Kaimo socialinės infrastruktūros vystymas siekiant užtikrinti teritorinę ir socialinę sanglaudą*: Akademija.
6. Atkočiūnienė, V., Vabolytė, K., (2011) *Alytaus rajono socialinės infrastruktūros paslaugų prieinamumas kaimo gyventojams*. Lietuvos žemės ūkio universitetas.
7. Bajoriūnienė, S., Patašienė, I., Bieliūnaitė, E., Stanionytė, S., Zaburaitė, D., Žitkienė, R. (2011). Kaimo jaunimo nedarbas ir jo pasekmės. *Kaimo raidos kryptys žinių visuomenėje*, 2, 46–60.
8. Beliūnienė, L., Kavoliūnaitė – Ragauskienė, E. (2013). *Teisė į sveikatos apsaugą: probleminiai sveikatos priežiūros ir sveikos aplinkos užtikrinimo aspektai*: Vilnius.
9. Bulotaitė, L. (2009). *Priklausomybių anatomija*. Vilnius: Tyto Alba.
10. Buivydas, R., Černiauskas, G. ir kt. (2010). *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: „Efrata“.
11. Bosas, A. (2004). *Strateginis valdymas: nuo korporacijos iki valstybės*. Klaipėda
12. Čingienė, V. (2014). Lietuvos visuomenės sveikatinimo per sportą politikos įgyvendinimo aktualijos „Europos sąjungos fizinio aktyvumo gairių“ kontekste. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6) p. 116–124.
13. Dadelo, S. (2015). *Sveika gyvensena*. Vadovėlis. Vilnius: VGTU leidykla TECHNIKA.
14. Dapkus, R., Lisinskienė, A., Šukys, S. (2011). Emigracijos poveikis jauno žmogaus raidai darnaus kaimo vystymosi kontekste. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, 2 (26).
15. Duobaitė, M. (2010). Kaimo vietovių socialinių – ekonominių pokyčių valdymas: teorija ir praktika. Akademinio jaunimo siekiai: ekonomikos, vadybos ir technologijų išvalgos. *Studentų mokslinė-praktinė konferencija pranešimų medžiaga*.



16. Edvardsson, K., Ivarsson, A., Eurenus, E., Garvare, R., Nystrom, M., Small, R., Mogren, I. (2011). Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood. *BMC Public Health*, 11:936.
17. Grabauskas, V., Zaborskis, A., Klumbienė, J. (2004). Lietuvos paauglių ir suaugusių žmonių gyvenamosios pokyčiai 1994 -2002 metais. *Medicina*, 40 (9): 884 – 890.
18. Jankauskas, J.P. (2015). *Sveikos gyvenamosios pagrindai*. Monografija. Vilnius: Vilniaus Universiteto leidykla.
19. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Mykolo Romerio Universitetas.
20. Javtokas, 2009. *Sveikatos stiprinimo konspektas*. Vilnius.
21. Jurgelėnas, A., Juozulynas, A., Norvaišas, S., Šurkienė, G. (2004). Visuomenės sveikatos plėtros integruotas tyrimas. *Sveikatos mokslai*, Nr. 3, p. 21-24.
22. Jurgelėnas, A., Mačiūnas, E., Juozulynas, A., Venalis, A., Norvaišas, S. (2007). *Sveikatos socialinė plėtra*. Monografija, Vilnius.
23. Juškelienė, V. (2012). *Visuomenės sveikatos įvadas: sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai*. Mokymo metodinė priemonė. Vilnius: „Edukologija“.
24. Jankauskienė, D. (2015). Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiam dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas*.
25. Janušonienė, K., (2009). Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginis valdymas: procesai ir modeliai (Daktaro disertacija, Vilniaus Universitetas).
26. Jasaitis, J. (2014). *Užmiščių raidos klausimai*. BMK: Vilnius
27. Jasaitis, J. Kaip stabdyti tautos išsivaikščiavimą? Mokslo Lietuva. Prieiga per internetą: <http://mokslolietuva.lt/2016/02/kaip-stabdyti-tautos-issivaiksciojima-1/>. Žiūrėta 2016 -11-08.
28. Jasaitis, J., Kriaučiūnienė, V. (2010). Alternatyviosios veiklos plėtra kaimiškose vietovėse. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 3 (19), 75–84.
29. Jasaitis, J. (2014). *Kaimiškųjų vietovių strateginis valdymas*. Metodinis leidinys savivaldybių darbuotojams. Vilnius: BMK leidykla.
30. Jasiukaitienė, V., Sauliūnė, S. (2014). Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos narių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo politiką. *Visuomenės sveikata*, 4, (67).
31. Javtokas, Z., Karlienė, V., Kriaučiūnaitė, A., Andriūnaitė, M., Zabelienė, I., Poliakovienė, R. (2014). *Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras*: Vilnius.
32. Kudukytė – Gasperė, R. (2014). Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione *Sveikatos politika ir valdymas*, 2(7) p. 113–133.

33. Lehmann, U., Dieleman, N., Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle - and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, 8(19).
34. Macinko, J. Harris, M. J. (2015). Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *The New England Journal of Medicine*, 372, 2177- 2181.
35. Makštutis, A. (2016). *Strateginis valdymas*: Vilnius.
36. Melnikas, B., Smaliukienė, R. (2007). *Strateginis valdymas*. Mokomoji knyga: Vilnius.
37. Misiūnaitė, G., Tumosaitė, G. (2013). Daugiafunkcių centrų veiklos prielaidos ir galimybės. *Socialinis ugdymas*, 2 (34).
38. Pilipavičius, V. (2014). *Jaunimas Lietuvos kaimo ateičiai*. 6-oji tarptautinė mokslinė – praktinė konferencija „Lietuvos kaimo vietovių konkurencingumo stiprinimas: geroji patirtis“: Akademija.
39. Proškuviene, R. (2004). *Sveikatos ugdymo įvadas*. Vilnius: Leidykla.
40. Raipa, A. (2009). Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr. 30, p. 22–32.
41. Ratkevičienė V, Kocai E. (2013). *Socioekonominė Lietuvos kaimo būklė: ūkininkavimo aspektai“*. *Kaimo raidos kryptys žinių visuomenėje*, 1(3). Šiaulių universitetas. Vilnius: BMK leidykla
42. Rakauskienė, B., Žukovskis, J.(2010). *Jaunimo įsidarbinimą kaimiškoje vietovėje įtakojantys veiksniai*. *Akademinio jaunimo siekiai: ekonomikos, vadybos ir technologijų išvalgos*. Studentų mokslinė-praktinė konferencija pranešimų medžiaga.
43. Rapolienė, L., Sąlyga J. (2012). Psichoemocinis stresas jūrininko darbe ir jo mažinimo galimybės. *Sveikatos mokslai*, 22 (3), 83-87.
44. Staškutė, I. (2014). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), 7–19.
45. Sveikata XXI amžiuje (1999). Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija.
46. Smilga, E., Janušonienė, K. Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje (2005). *Tiltai*, 1, p. 45- 52.
47. Smilga, E., Janušonienė, K.(2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 44.
48. Stoner J. A. F., Freeman R. E., Gilbert D. R. Jr. (2005). *Vadyba*. Kaunas: Poligrafija ir informatika.
49. Šveikauskas, V. (2008). Sveikatos edukologija. Kaunas: KMU leidykla.
50. Šimkus, A., Pilelienė, L. (2012). SPA paslaugų kokybės sanatorijos vertinimas: Birštono atvejis. *Management theory and studies for rural business and infrastructure*, 3 (32).
51. Taljūnaitė, M. (2012). Gydytojų karjerą Lietuvoje stabilizuojantys veiksniai. *Sociologija*, t. 23, 2, 154 – 163.

52. Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas
53. Tunčikienė, Ž., Skačkauskienė, I. (2012). Viešojo sektoriaus institucijų strateginio planavimo būklė ir jos planavimo prielaidos. *Socialinių mokslų studijos*, 4(1), p. 97–110.
54. Vaitkaitienė, E., Makari, J., Zaborskis, A. (2007). Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai. *Medicina*, 43(7).
55. Vasiliauskas, A. (2004). Nacionalinės ekonomikos plėtros strateginis valdymas: nustatytinis ir plėtotinis metodologiniai požiūriai. *Ekonomikos teorija ir praktika*.
56. Vasiliauskas, A. (2002). *Strateginis valdymas*. Vilnius: VU leidykla.
57. Virketis, G., Janušonis, V., Kvekšaitė, V. (2016). Skubi medicinos pagalba: tarphospitaliniai pervežimai. *Tiltai*, 1, 15-37.
58. Vosyliūtė, A. (2008). Kaimo žmonės: problemos ir lūkesčiai. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 2(11), 258-265.
59. Wheelen, L. T., Hunger, D. (2011). *Strategic management and business policy: toward global sustainability (thirteenth edition)*. Pearson.
60. Zolubienė, E., Beržanskytė, A., Aguonytė, V., Nedzinskienė, L. (2014). 65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. *Visuomenės sveikata*, 3 (66).
61. Žemaitaitis, R. (2017). Regioninės gydymo įstaigos – podukros vietoje. (pranešimas spaudai).
62. Žemaitienė, N., Bulotaitė, L., Jusienė, R., Veryga, A. (2011). *Sveikatos psichologija*. Vilnius: Tyto alba.

### **Teisės aktai ir kiti norminiai dokumentai**

1. Darnios Lietuvos Vyriausybės programa 2016.
2. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo. LR Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 28-1147
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Prieiga per internetą: <http://esparama.sam.lt/go.php/Parama-20042006-m97212>
4. Lietuvos Respublikos žemės ūkio ir kaimo plėtros įstatymas, 2008.
5. Lietuvos Respublikos Konstitucija.
6. Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“.
7. Lietuvos sveikatos programa. 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964.
8. [www.joniskis.lt](http://www.joniskis.lt)
9. [www.joniskiovg.lt](http://www.joniskiovg.lt)
10. Europos Komisijos Visuomenės sveikatos ir rizikos vertinimo direktoratas. Prieiga per internetą: [https://ec.europa.eu/health/programme/policy\\_lt](https://ec.europa.eu/health/programme/policy_lt)

11. Sveikatos apsaugos ministerija (2011). Galimi sveikatos sektoriaus prioritetai 2014 - 2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu. Vilnius.
12. Žalioji knyga „Lietuvos kaimo ateitis“ (2010). Vilnius: Lietuvos agrarinės ekonomikos institutas.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. I-1367.