

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
REGIONŲ PLĖTROS INSTITUTAS**

Rasa BUBLIAUSKIENĖ, Lina ŠTITILIENĖ
Viešojo valdymo studijų programos studentės

**GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO PREVENCIJOS
PROGRAMOS VALDYMAS LIETUVOS SVEIKATOS
APSAUGOS POLITIKOS KONTEKSTE**

Magistro darbas

Šiauliai, 2019

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
REGIONŲ PLĖTROS INSTITUTAS**

Rasa BUBLIAUSKIENĖ, Lina ŠTITILIENĖ

**GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO PREVENCIJOS PROGRAMOS
VALDYMAS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKOS
KONTEKSTE**

Magistro baigiamasis darbas

Mokslo sritis, kryptis: Socialiniai mokslai, Vadyba (S 003)

Studijų kryptis: Viešasis administravimas (L07)

**Darbo vadovė:
doc. dr. Vita Juknevičienė**

Teigiame, kad magistro darbas, kurį teikiame Viešojo administravimo studijų krypties magistro kvalifikaciniam laipsniui įgyti yra originalus autorinis darbas.

(Studento parašas)

(Studento parašas)

Bubliauskienė, Rasa, Štītilienė, Lina. (2019). Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymas Lietuvos sveikatos apsaugos politikos kontekste. Magistro darbas. Mokslinė vadovė – doc. dr. Vita Juknevičienė. Šiaulių universitetas, Regionų plėtros institutas. Šiauliai. 109 p. (125 p.).

SANTRAUKA

Magistro darbe nagrinėjamas gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymas Lietuvos sveikatos apsaugos politikos kontekste. Tyrimą sudaro trys dalys.

Pirmoje dalyje, mokslinės literatūros teorinėje analizėje išsiaiškinta, kad norint užtikrinti efektyvią sveikatos apsaugą turi būti įgyvendinamos įvairios programos susijusios su prevenciniais sveikatos tikrinimo tikslais, viena iš jų yra gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa. Ji remiasi sveikatos politikos svarbiausi bruožai: teisumu, prieinamumu, priimtimumu, tinkamumu, solidarumu, lygybe, visapusiškumu, laisvu pasirinkimu, tęstinumu, saugumu. Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo procesą sudaro planavimas, organizavimas, vadovavimas ir kontrolė. Išsivysčiusios šalys užsibrėžtų prevencijos programos tikslų pasiekia tik organizuotos atrankos pagalba, o besivystančių šalių vienas iš prevencijos trūkumų yra mažas nuo žmogaus papildomos viruso vakcinavimas.

Antroje dalyje atskleistos tyrimo metodologijos pasirinkimo priežastys, pagrįsti kiekybinio ir kokybinio tyrimo metodai, kurie leido aktualizuoti mažai tirtą ir analizuotą gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymą.

Trečioje dalyje pateikiami gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo Lietuvoje tyrimo rezultatai. Atskleisti tyrimo uždaviniams buvo pasirinktas kiekybinis ir kokybinis tyrimo metodai. Kiekybinio tyrimo metu buvo išsiaiškinta, kad jaunuolių informuotumas apie prevencinę programą yra mažas, nes dauguma respondentų nėra pasiskiepę nuo žmogaus papildomos viruso. Išanalizavus respondentų atsakymus identifikuotas esminis programos valdymo trūkumas – visuomenės informuotumo (apie priežastis, pasekmes ir prevencinę programą) stoka. Atliktas kokybinis tyrimas, kuriame analizuotas gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos veiksmingumas Lietuvoje, atskleista informantų nuomonė apie šios programos valdymo situaciją ir iššūkius. Tyrimo metu nustatyta, kad programą būtina tobulinti didinant pasitikrinusių moterų skaičių Lietuvoje, sukurti ir diegti vieningą sistemą (nuo moters pakvietimo iki jos informavimo apie gautus rezultatus). Tyrimo metu identifikuotos tobulinimo sritys, būtinos siekiant realizuoti tikslus: bendros duomenų bazės, organizuoto kvietimo ir atsakymo gavimo sistemos, kokybės kontrolės, institucijų bendradarbiavimo, finansavimo ir ES gairių diegimo.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos apsaugos politika, prevencinė programa, profilaktikos programa, gimdos kaklelio vėžys, onkologinės ligos.

Bubliauskiene, Rasa, Štitiene, Lina. (2019). Management of cervical cancer prevention programme in the context of Lithuanian health policy. Master's work. Dr. Vita Juknevičienė is the scientific leader. Šiauliai University, Institute of Regional Development. Šiauliai 109 p. (125 p.).

SUMMARY

The master's work examines the management of the cervical cancer prevention program in the context of the Lithuanian health care policy. The study consists of three parts.

In the first part, a theoretical analysis of scientific literature found that, in order to ensure effective health care, various programmes must be implemented for preventive health screening purposes, one of which is a cervical cancer prevention programme. It is based on the key features of health policy: righteousness, accessibility, acceptability, appropriateness, solidarity, equality, comprehensiveness, free choice, continuity, security. The management process of the cervical cancer prevention program consists of planning, organization, management and control. Developed countries only achieve the objectives of the prevention programme through organised selection, while developing countries have a low vaccination rate against human papillomavirus as one of the weaknesses in prevention.

The second part revealed the reasons for the choice of the study methodology, based on quantitative and qualitative research methods, which made it possible to actuate the little-studied and analyzed management of the cervical cancer prevention program.

The third part presents the results of the study on the management of cervical cancer prevention program in Lithuania. Quantitative and qualitative testing methods were chosen to demonstrate the objectives of the study. The quantitative study found that young people have low awareness of the prevention programme, as most respondents are not vaccinated against the human papillomavirus. The analysis of respondents' responses identified a fundamental weakness in the management of the programme: a lack of public awareness (of the causes, consequences and prevention programme). A qualitative study was carried out analysing the effectiveness of the cervical cancer prevention program in Lithuania, revealing the opinion of whistleblowers about the management situation and challenges of this program. The study found that it is necessary to improve the program by increasing the number of women who have checked in Lithuania, and to create and implement a unified system (from inviting a woman to inform her about the results obtained). The study identified the areas of improvement needed to realise the objectives: a common database, an organised call and response system, quality control, interinstitutional cooperation, funding and the implementation of EU guidelines.

Key words: health policy, prevention programme, prevention programme, cervical cancer, oncological diseases.

TURINYS

ĮVADAS	9
I. GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO PREVENCIJOS PROGRAMOS VALDYMO KONCEPCIJA SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO KONTEKSTE	14
1.1. Sveikatos apsaugos politikos profilaktikos programų samprata gerovės valstybėje	14
1.1.1. Sveikatos apsaugos politikos kaip viešosios politikos samprata	14
1.1.2. Profilaktikos programų apibrėžtis ir vieta sveikatos apsaugos politikoje	19
1.1.3. Profilaktikos programų valdymo proceso samprata ir bruožai	24
1.1.4. Profilaktikos programų vertinimo ypatumai	29
1.3. Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos įgyvendinimo praktikos užsienio valstybėse	33
II. GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO PREVENCIJOS PROGRAMOS VALDYMO TYRIMO METODOLOGIJA	42
2.1. Tyrimo metodologinis pagrindimas	42
2.2. Kiekybinio tyrimo metodai ir organizavimas	43
2.3. Kokybinio tyrimo metodai ir organizavimas	49
III. GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO PREVENCIJOS PROGRAMOS VALDYMO LIETUVOJE TYRIMO REZULTATAI	53
3.1. Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos situacijos Lietuvos sveikatos politikos kontekste analizė	53
3.1.1. Teisinės aplinkos analizė	53
3.1.2. Institucinės aplinkos analizė	56
3.1.3. Socialinės ir ekonominės aplinkos analizė	59
3.2. Jaunimo (mokinių) informuotumo apie apie žmogaus papildomos virusą tyrimo rezultatai	63
3.3. Informantų požiūrio į apie gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymą tyrimo rezultatai	75
3.4. Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo tobulinimo galimybės	88
IŠVADOS	92
REKOMENDACIJOS	94
LITERATŪRA	96
PRIEDAI	110
1 priedas	111
2 priedas	113
3 priedas	118
4 priedas	123
5 priedas	124
6 priedas	125

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1. lent. Valdymo procesas (P-O-L-C modelis).....	25
2 lent. Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos įgyvendinimo patirtys įvairiose šalyse.....	40
3 lent. Anketos, skirtos mokinių apklausai, pagrindimas.....	44
4 lent. Respondentų pasiskirstymas pagal demografines charakteristikas (N=1644).....	46
5 lent. Pusiau struktūrizuoto interviu klausimyno gairių struktūra.....	50
6 lent. Interviu eigos struktūra.....	51
7 lent. Informantų požiūris į gimdos kaklelio vėžio ligą Lietuvoje.....	75
8 lent. Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos poveikį Lietuvoje.....	76
9 lent. Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos planavimą Lietuvoje.....	78
10 lent. Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos organizavimą Lietuvoje.....	80
11 lent. Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos visuomenės parengimą ir informavimą Lietuvoje.....	82
12 lent. Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos vadovavimą Lietuvoje.....	83
13 lent. Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos kontrolę Lietuvoje.....	84
14 lent. Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos vertinimą Lietuvoje.....	86
15 lent. Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos tobulinimą Lietuvoje.....	87
16 lent. Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos SSGG analizė.....	89

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Programų ir projektų valdymo etapai.....	25
2 pav. Teorinis prevencijos programos kontrolės modelis.....	28
3 pav. Planavimo ir vertinimo ciklas.....	30
4 pav. Empirinio tyrimo metodų pagrindimas.....	42
5 pav. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimas.....	58
6 pav. Institucijų veikla prevencinėje programoje.....	59
7 pav. Asmenų sergamumo, mirtingumo ir programos įgyvendinimo pokytis 2010-2015 m. (proc.).....	60
8 pav. Prevencijos programos metu patikrintų asmenų skaičius (tūkst.).....	61
9 pav. Profilaktinėse programose patikrintų asmenų skaičius 2010-2015 m.....	62
10 pav. Profilaktinės programoms skirtų lėšų panaudojimas (proc.) 2010-2015 m.....	62
11 pav. Respondentų informuotumas apie ŽPV kaip ligą (procentais), N ₁ =1400, N ₂ =244.....	64
12 pav. Respondentų informuotumas apie ŽPV (priežastis, eigą, pasekmes) (procentais), N ₁ =1400, N ₂ =244.....	64
13 pav. Informacijos apie ŽPV šaltiniai (procentais), N=1644.....	65
14 pav. Respondentų nuomonė apie viruso pavojingumą (procentais), N ₁ =1400, N ₂ =244.....	65
15 pav. Respondentų žinios apie užsikrėtimą ŽPV (procentais), N=1644.....	66
16 pav. Respondentų žinios apie šio viruso platintojus (procentais), N=1644.....	67
17 pav. Respondentų žinios apie ŽPV poveikį (procentais), N=1644.....	67
18 pav. Respondentų žinojimas apie vakciną nuo ŽPV (procentais), N ₁ =1400, N ₂ =244.....	68
19 pav. Respondentų žinios apie šios vakcinos tikslą (procentais), N=1644.....	68
20 pav. Respondentų informacijos šaltiniai apie ŽPV vakciną (procentais), N=1644.....	69
21 pav. Respondentų pasiskiepijimas nuo ŽPV (procentais) N ₁ =1400, N ₂ =244.....	69
22 pav. Respondentų noras pasiskiepyti nuo ŽPV (procentais), N= 1611.....	70
23 pav. Respondentų nuomonė apie amžiaus tarpsnį, kada reikėtų pasiskiepyti vakcina yra veiksmingiausia (procentais), N=1644.....	70
24 pav. Respondentų noras gauti daugiau informacijos apie ŽPV (procentais),N=1644.....	71
25 pav. Respondentų nuomonė, iš ko norėtų gauti informacijos apie ŽPV (procentais), N=1644...	71
26 pav. Respondentų pirmųjų lytinių santykių amžius (procentais), N=543.....	72
27 pav. Respondentų informacijos šaltiniai apie lytinius santykius, apsisaugojimą (procentais) N=1644.....	73
28 pav. Respondentų inicijavimas pokalbių apie lytinius santykius ir prevenciją su tėvais (globėjais) (procentais) N=1644.....	74
29 pav. Tėvų (globėjų) inicijavimas pokalbių apie lytinius santykius ir prevenciją su respondentais (procentais) N=1644.....	74

PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNAS

Gimdos kaklelio vėžys – tai gimdos kaklelio piktybinis navikas (Arbyn ir kt., 2010).

Prevencija – tai priemonės, taikomos subjektų, kurie užsiima veikla, specialiai nukreipta prieš tam tikrą neigiamą veiklą (Kvedaras, 2008).

Prevencijos programa – tai galimybė nurodyto amžiaus asmenims, kurie jaučiasi sveiki, nemokamai profilaktiškai pasitikrinti, ar neserga tam tikromis ligomis (Valstybinio audito ataskaita, 2014).

Profilaktika – tai valstybiniu, visuomeniniu, privačių priemonių visuma, padedanti saugoti, stiprinti ir atkurti sveikatą, išvengti ligų (Juškelienė, 2007).

Profilaktikos programa – pacientams nemokamai atliekami tyrimai pagal Privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokamas programas (Juškelienė, 2007).

Programa – veikimo, darbo ir kt. planas. tai dokumentas, kuriame nustatyti tikslai, uždaviniai, priemonės, vertinimo kriterijai ir poveikis visuomenei (Javtokas, 2009).

Programos valdymas – bendras tarpusavyje susijusių programų, sudarančių programą, valdymas (Javtokas, 2009).

Sveikatinimo programa – visapusiška sveikatos programa, skirta išlaikyti aukštą gerovės lygį per tinkamą mankštą, šviesos pratimus, streso valdymą ir ligų prevenciją (Raphael, 2015).

Sveikatos apsaugos politika – „sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Sveikatos apsaugos politikos įgyvendinimas – kaip procesas apima sveikatos sistemos valdymą, planavimą, organizavimą, kontrolę bei įvertinimą (Klijin, 2012).

Sveikatos politika – sprendimai, planai ir veiksmai, kurų imamasi siekiant specifinių visuomenės sveikatos priežiūros tikslų (World Health Organization, 2011).

Valdymas – galios naudojimas, siekiant norima linkme pakreipti arba kontroliuoti žmonių veiklą (Fadlallah, 2015).

Žmogaus papilomos virusas – tai virusas, kuris perduodamas per odą arba gleivinę lytiniu būdu (WHO, Biologicals Human Papillomavirus. 2016).

SANTRUMPŲ ŽODYNAS

ES – Europos Sąjunga.

GVK – gimdos kaklelio vėžys.

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas.

ŽPV – žmogaus papilomos virusas.

ĮVADAS

Tyrimo aktualumas ir naujumas. Socialinė politika – priemonės ir politiniai veiksmai, kuriais siekiama socialinės gerovės. Joje sprendžiama, kaip valstybė ir visuomenė reaguoja į pasaulinius socialinius, demografinius ir ekonominius pokyčius, skurdą, migraciją ar globalizaciją. Ši politika ypač susijusi su socialinėmis paslaugomis ir valstybės gerove. Valstybė savo piliečiams turi užtikrinti tinkamą piliečių poreikių tenkinimą, viešųjų paslaugų prieinamumą, politikos, nukreiptos į visuomenės gerovės siekimą, įgyvendinimą. Socialinės politikos kaip vienos iš viešosios politikos sričių įgyvendinimas – viena iš prioritetinių valstybės veiklos sričių siekiant socialinės ir ekonominės gerovės. Socialinę politiką sudaro keletas komponentų – edukacinė (švietimo), būsto, migracinė, užimtumo, socialinės pagalbos ir sveikatos politika. Šiame magistro darbe analizuojama būtent sveikatos apsaugos politika.

Sveikatos apsaugos politika grindžiama šiuolaikinės visuomenės sveikatos samprata bei naujosios viešosios vadybos principais, leidžiančiais suformuoti visuomenės sveikatos politikos siekius, užtikrinti žmonių teises ir pareigas sveikatos sistemoje. Sveikatos apsaugos politikos įgyvendinimas neatsiejamas nuo sveikatos priežiūros valdymo procesų. Visa apimantis sveikatos sistemos veiklos planavimas, organizavimas ir kontrolė įgalina patenkinti asmens ir visuomenės sveikatos poreikius. Programos ir jų valdymas padeda pasiekti sveikatos politikos išsikeltų tikslų, kadangi jos pagrįstos sveikatos politikos principais ir siekiais.

Lietuvoje sveikatos apsaugos politikos dėmesys skiriamas „ne vien sveikatos priežiūros sistemos vystymui, tačiau ir sveikos gyvensenos bei sveikos aplinkos vystymui“ (Jankauskienė, 2012), kadangi šios politikos formuotojai ir įgyvendintojai susiduria su daugybe iššūkių. Sveikatos politikos esminiai uždaviniai Lietuvoje yra „esamomis sąlygomis pagerinti visuomenės sveikatą, valstybės teikiamų sveikatos paslaugų kokybę ir jų prieinamumą“ (Pukinaitė, 2015). Milstein, Blankant (2016) pažymi, kad ir EBPO šalys, siekdamos geresnės sveikatos paslaugų kokybės ir efektyvesnio tikslų pasiekimo, eksperimentuoja taikydamos skirtingus būdus, o vienu iš tų būdų įvardija ligų (valdymo) programas.

Kadangi sveikatos apsaugos politikos sritį sudaro ištisas kompleksas įvairių skirtingų problemų, jų sprendimui taip pat taikomi įvairūs instrumentai ir priemonės. Vienas iš svarbiausių būdų yra programos. Programą sudaro keli pasikartojantys ar cikliški procesai, ja yra laikoma projektų grupė ar visuma, koordinuojama siekiant sukurti papildomos vertės ir taikoma, kai tai sunku pasiekti atskirais projektais

Programos valdymas apima programos formavimo, įgyvendinimo, koordinavimo ir stebėsenos procesus (Vanderschueren, Wegelin, Wekwete, 1996, p. 8), kuriuos būtina užtikrinti siekiant, kad konkreti programa pasiektų politikos formuotojų numatytus tikslus, todėl dalis

Lietuvos sveikatos apsaugos politikos programų nukreiptos į konkrečių ligų valdymo tikslus per visuomenės sveikatinimą ir švietimą. Tai ypač svarbu visuomenės sveikatos gerinimui, kai tos programos skirtos prevencijai ar valdymui didelę riziką keliančių ligų, pavyzdžiui, onkologinių ligų. Pasak Česo (2015), remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, prognozuojama, jog dažniausia mirties priežastis pasaulyje 2040 metais bus onkologinės ligos. Todėl jų valdymui ir prevencijai kuriamos ir įgyvendinamos programos yra labai svarbios pasaulyje, Europoje ir Lietuvoje.

Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje – vienas didžiausių Europoje. 2008 m. Lietuvoje nuo gimdos kaklelio vėžio moterys mirė beveik septynis kartus dažniau nei Suomijoje ir tris kartus dažniau nei ES. Lietuvos Vėžio registro duomenimis, Lietuvoje gimdos kaklelio vėžys užima 3–4 vietą pagal sergamumą piktybiniais navikais (Žvirblienė, 2012). Moterų sergamumo onkologinėmis ligomis duomenimis, pagal piktybinių navikų dažnį gimdos kaklelio vėžys užima antrą vietą. Lietuvoje gimdos kaklelio vėžio mirtingumo rodikliai Vėžio kontrolės 2003–2010 m. programos vykdymo laikotarpiu išaugo 14 proc. (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistika, 2010). Diagnozuojamų I ir II stadijos navikų skaičius 2003–2010 metų laikotarpiu padidėjo nežymiai – 4 proc. (VU Onkologijos instituto statistika, 2010). Taigi, Gimdos kaklelio ikivėžinių ar vėžinių citologinių pakitimų kasmet vidutiniškai nustatoma daugiau nei 5 tūkst. moterų, apie 540 moterų kasmet išsivysto gimdos kaklelio vėžys, beveik 270 moterų nuo jo miršta (Žvirblienė, 2012). Dažniausiai (99,7%) gimdos kaklelio vėžį sukelia žmogaus papilomos virusas (Beaudenon, Huibregtse, 2008), todėl yra labai svarbu, kad moterys turėtų galimybę dalyvauti prevencijos (profilaktinės patikros ir skiepų) programose ir taip apsisaugotų nuo išplitusio gimdos kaklelio vėžio. Nepaisant pastangų, mirtingumas nuo šios ligos išlieka labai didelis. Gimdos kaklelio vėžys yra vienas iš nedaugelio piktybinių navikų, kurį nesunku diagnozuoti ankstyvoje ikivėžinių pokyčių stadijoje, o laiku suteiktas gydymas užtikrina visišką pasveikimą, todėl, kaip viena svarbiausių priežasčių, lėmusių gimdos kaklelio sergamumo augimą Lietuvoje, įvardijama ilgalaikė neefektyvi gimdos kaklelio profilaktinė patikra. Prevenciją ir profilaktiką (šiuose darbuose šios dvi sąvokos bus laikomos sinonimais ir naudojamos abi) jungia tokie patys aspektai ir tikslai (kad žmonės rečiau sirgtų, kad valstybėje nevyktų ligų epidemijos), nes jie siekia, kad žmonės rečiau sirgtų onkologinėmis ligomis ir jie galėtų profilaktiškai nemokamai pasitikrinti savo sveikatą.

Nuo 2005 m. Lietuvoje vykdoma valstybės finansuojama programa dėl gimdos kaklelio vėžio (Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. V-482), kurios uždavinys – ištirti visas 25–60 metų amžiaus moteris ir nustatyti, kurioms iš jų yra ikivėžinių gimdos kaklelio pokyčių, o tas, kurioms pokyčiai bus nustatyti, pasiūsti gydytis. Taip siekiama užkirsti kelią gimdos kaklelio vėžio susirgimų daugėjimui.

PSO nacionalinėse Vėžio kontrolės programų politikos ir strategijos gairėse (2014) nurodoma, jog kiekvienoje šalyje vėžio prevencija ir kontrolė turi būti vykdoma pagal šaliai prieinamus išteklius. Lietuva kaip vidutinius išteklius turinti šalis (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015) vėžio prevencijai, ankstyvai diagnostikai, gydymui ir paliatyviai pagalbai teikia nepakankamą dėmesį, neužtikrina tinkamos programų apimties, kokybės ir prieinamumo. Todėl turi būti randami tinkamiausi instrumentai programos valdymo ir finansavimo prasme, kad jos dėka pavyktų pasiekti nusibrėžtus tikslus.

Temos iširtumas. Pastebima, kad tik nedaugelis Lietuvos mokslininkų tiria konkrečios prevencijos ar profilaktikos programos priemonių prieinamumą, programos vykdymo intensyvumą, programos įtaką sergamumui (epidemiologinių rodiklių dinamikai), programos turinio tobulinimo galimybes. Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymo skirtingi aspektai Lietuvoje yra aptariami įvairių autorių darbuose:

- *Pacientų tikslinės grupės dalyvavimas vykdomoje programoje.* Moterų motyvacija dalyvauti gimdos kaklelio vėžio patikros programoje, jų nuomonė apie ją bei šeimos gydytojo institucijos vaidmuo, vykdam šią programą, nagrinėti Stankuvienės ir Liaugaudaitės (2010). Skirtingų miestų moterų žinios apie gimdos kaklelio vėžio rizikos veiksnius ir patikros programą tirtos Klaipėdos mieste Griškonio ir kt. (2009), Vilniaus mieste – Kurtinaitienės ir kt. (2008).
- *Ligos valdymo programos vykdymo procesas.* Lietuvos atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos valdymo programos eiga 2004–2005 m. Lietuvoje vertinta Michailovos ir Kurtinaičio (2009); programos įgyvendinimas 2005–2007 m. ir faktinė jo atitiktis Europos Sąjungos Tarybos rekomendacijoms dėl profilaktinių vėžio patikrų nagrinėta Vagoro ir Valucko (2011); Smailytė ir kt. (2010) analizavo gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo įtaką sergamumui gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje.
- *Prevenicinių programų valdymas ir jų efektyvumas.* Pečiūra, Gurevičius ir Jankauskienė (2015) vertino Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumą; Pečiūra (2011) vertino prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumą; Kerienė, Grabauskas ir Kurtinaitis (2009) atliko preliminarius Lietuvos prevencinės gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros programos ekonominius vertinimus.

Efektyvios atrankos ir gydymo programos stoka – pagrindinė priežastis, kodėl gimdos kaklelio vėžys yra didesnis besivystančiose šalyse. Kita dažniausiai pasitaikanti problema, kad moterys paprastai ieško priežiūros tik tada, kai atsiranda simptomų, iki to laiko vėžys progresuoja ir yra sunkiai gydomas (Nuranna ir kt., 2012). Aweke, Ayanto ir Ersado (2017) nurodo, kad ribota

informacija apie žinojimą, požiūrį ir praktiką susijusi su gimdos kaklelio vėžio prevencijos ir kontrolės sėkmės veiksniais bendruomenės lygiu.

Kadangi teigiama, kad efektyvių tikslinių sveikatinimo ir prevencijos programų valdymo (įgyvendinimo ir monitoringo) užtikrinimui reikalingas kuo didesnės moterų populiacijos tikrinimas, paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas (Pečiūra, 2011), programą rekomenduojama vykdyti pagal ES valstybėse Europos Komisijos ir PSO pagal sveikatos technologijų vertinimo ir mokslo įrodymais pagrįstus tyrimus, be to, rekomenduojama tęsti jau pradėtas programas, pavedant nacionalinio lygmens institucijoms atlikti jų vykdymo monitoringą, spręsti programos administravimo išlaidų ir atsakomybės už jos stebėseną klausimus (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015). Tačiau tyrimo, kuris būtų nukreiptas į gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymo specifikos atskleidimą, identifikuojant valdymo proceso tobulinimo galimybes, iki šiol pasigendama. Svarbu nustatyti, kaip valdomos tokios programos ir ką dar būtų galima padaryti, kad tinkamas programos valdymas garantuotų efektyvius rezultatus ir teigiamą poveikį visuomenei. Todėl šio **tyrimo problema** yra *sisteminio gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos (kaip onkologinių ligų profilaktikos programos) valdymo nacionalinės sveikatos apsaugos politikos kontekste suvokimo trūkumas*.

Tyrimo objektas – gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymas.

Tyrimo dalykas – gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymo proceso tobulinimas nacionalinės sveikatos apsaugos politikos kontekste.

Tyrimo tikslas – išanalizavus onkologinių ligų profilaktikos programų valdymo bruožus, identifiukuoti Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymo tobulinimo galimybes nacionalinės sveikatos apsaugos politikos kontekste.

Tyrimo uždaviniai:

1. Pateikti onkologinių ligų profilaktikos programų, kaip sveikatos politikos instrumento, sampratą gerovės valstybės kontekste.
2. Išanalizuoti gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymo proceso sampratą ir bruožus.
3. Atskleisti gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos ypatumus Europoje.
4. Atskleidus jaunimo (mokinių) informuotumo apie gimdos kaklelio vėžio prevenciją (žmogaus papilomo virusą, jo galimas pasekmes ir prevencijos paslaugas) situaciją, identifiukuoti programų valdymo trūkumus.
5. Išanalizavus ekspertų požiūrį į gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymą Lietuvoje, identifiukuoti programos valdymo tobulinimo galimybes.

Tyrimo metodai ir organizavimas.

1. **Mokslinės literatūros analizė.** Buvo analizuojami įvairūs užsienio ir lietuvių mokslinės literatūros šaltiniai: monografijos, mokomosios knygos, moksliniai straipsniai. Informacijos buvo ieškoma EBSCO host, PubMed, MedLine, Ercie, Willey ir kitose duomenų bazėse su raktiniais žodžiais (Europos Sąjunga, gimdos kaklelio vėžys, prevencijos programos, profilaktinės sveikatos programos, profilaktinių sveikatos programų efektyvumas, programų valdymas). Informacija buvo analizuojama pasitelkiant ir šiuos metodus: lyginimas, sisteminimas, apibendrinimas.
2. **Dokumentų turinio analizė.** Išanalizuoti Lietuvos Respublikos teisės aktai, įstatymai, įsakymai, nutarimai, rekomendacijos ir kiti dokumentai.
3. **Statistinių duomenų aprašomoji statistinė analizė:** statistinių duomenų analizė, grupavimas, sisteminimas, lyginimas, grafinis vaizdavimas.
4. **Kiekybinis tyrimas.** Apklausa raštu (anketavimas). Imtis – 1644. Apklaustos raštu rezultatai analizuoti, taikant statistinės analizės metodus, grafinį vaizdavimą.
5. **Kokybinis tyrimas.** Apklausa žodžiu (interviu su 7 informantais, kurie susiję su programos koordinavimu ir įgyvendinimu). Interviu rezultatai analizuoti atliekant kokybinę turinio analizę, kategorizuojant ir interpretuojant.

Tyrimo mokslinis naujumas ir praktinis reikšmingumas.

Pateikta sisteminė onkologinių ligų profilaktikos programų valdymo samprata, kuri leidžia identifikuoti veiksnius, leidžiančius užtikrinti konkrečios prevencijos programos, t.y. gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos įgyvendinamumą ir tęstinumą. Šis magistro darbas prisidės prie Lietuvos onkologinių ligų prevencinių programų valdymo tobulinimo, identifikavimo tokių priemonių, kurios labiau paskatintų moteris dalyvauti gimdos kaklelio vėžio prevencijos programoje bei sumažintų jų mirtingumą.

I. GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO PREVENCIJOS PROGRAMOS VALDYMO KONCEPCIJA SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO KONTEKSTE

Siekiant identifikuoti gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos (kaip vienos iš onkologinių ligų profilaktikos programų) valdymo sampratą ir atskleisti jai būdingus bruožus sveikatos apsaugos politikos kontekste, būtina atskleisti sveikatos apsaugos politikos sampratą ir prevencijos (profilaktikos) programų vietą joje, pateikti prevencijos programos valdymo proceso sampratą, bruožus, programos vertinimo galimybes. Kadangi konkrečios prevencijos programos priskiriamos onkologinių ligų profilaktinių programų tipui, pirmiausia, analizuojama profilaktinių programų samprata ir bruožai.

1.1. Sveikatos apsaugos politikos profilaktikos programų samprata gerovės valstybėje

1.1.1. Sveikatos apsaugos politikos kaip viešosios politikos samprata

Būtina atskleisti sveikatos apsaugos politikos sampratą viešosios politikos kontekste, kadangi viešojoje politikoje skiriamas didelis dėmesys sveikatos apsaugos problemoms.

Terminas „viešoji politika“ dažniausiai vartojamas apibūdinant įvairių institucijų elgseną ir tai yra tam tikras vyriausybės veiksmų planas spręsti tam tikras problemas ar siekti tikslų. Pasak Laurinavičiūtės (2010), viešoji politika šiandien užima svarbią vietą politikos formavimo procese. Raipa (2009) teigia, kad gerai parengta viešoji politika – tai tarsi atsakas į visuomenės grupių poreikius, reikalavimus, interesus, skundus, prašymus, susijusius su valdžios institucijų veikla. Viešosios politikos studijų plėtra rodo perėjimą nuo politikos kaip įstatymų leidimo sampratos, prie politikos kaip sprendimų priėmimo, darbotvarkės sudarymo ir visuomenės įtakos priimamiems sprendimams visumos. Viešoji politika – ilgalaikiai, strateginiai sprendimai ir veiksmai, tam tikros veiklos tąsa bei tikslų ir uždavinių įgyvendinimai. Svarbiausias viešosios politikos požymis – tikslinga elgsena, veiksmas, veiklos pasirinkimas ir įgyvendinimas, politinių problemų sprendimas. Tiesiogiai viešoji politika dažniau suprantama kaip valdžios institucijos veiksmai, o ne tai, ką ji yra numaciusi ar planuoja daryti, pavyzdžiui, įstatymo priėmimas ar pakeitimas savaime negarantuoja to įstatymo įgyvendinimo sėkmės ir greitų pasikeitimų.

Viešoji politika – tai viešojo valdymo institucijų veiklos kryptys, priežastys, motyvacija, pasekmės ir rezultatai, įgyvendinant viešąjį interesą. Viešosios politikos rezultatai gali daryti teigiamą arba neigiamą įtaką kiekvieno žmogaus gyvenimui. Neigiamos viešosios politikos pasekmės negali būti traktuojamos kaip nevykusios ar neefektyvios viešosios politikos darinys. Viešoji politika, atstovaudama valstybės ir visuomenės interesams, turi priimti geriausią abiem pusėms sprendimą. Viešosios politikos metu priimami sprendimai gali būti žalingi ne tik dėl viešojo

valdymo pareigūnų kompetencijos stokos, bet ir visuomenės narių mažo informuotumo. Emerson ir Gerlak (2014) teigimu, viešąją politiką rengia ir vykdo valdžios institucijos bei asmenys, dirbantys šiose institucijose; ne valdžios struktūros ir asmenys, atsakingi už tam tikrą veiklą, taip pat lemia viešosios politikos procesus. Viešosios politikos turinį, veiklos kryptis labiausiai atspindi valdžios ir viešųjų institucijų priimami sprendimai, kuriuos valdžia pateikia išleisdama įstatymus, nutarimus, potvarkius, administracines taisykles. Viešoji politika apima visas visuomenės viešojo gyvenimo sritis ir atlieka tris pagrindines funkcijas – reguliacinę, paskirstomąją ir perskirstomąją. Gerston (2010) išskiria šiuos viešosios politikos komponentus:

- Viešosios darbotvarkės klausimai;
- Veikėjai, kurie pristato, interpretuoja ir yra atsakingi už viešojoje darbotvarkėje kylančius klausimus;
- Ištekliai reikalingi svarstomam klausimui;
- Institucijos, atsakingos už viešojoje darbotvarkėje kilusius klausimus;
- Vyriausybės lygiuose diskutuojama apie viešojoje darbotvarkėje kilusius klausimus.

Raipa (2009) išskiria dvi viešosios politikos rūšis – pozityvi (remiasi teisėkūra, įstatymų autoritetu) arba negatyvi (pasireiškia, kai valdžios institucijos yra nepakankamai aktyvios ir būtiniems politiniams sprendimams neužtenka reguliavimo taisyklių, nutarimų ar aktų). Viešoji politika apima ne tik nutarimų, potvarkių, įsakymų ar programų vykdymą – tai viešojo administravimo sritis. Viešoji politika turi artikuliuoti visuomenės lūkesčius, perkelti juos į viešąją darbotvarkę, nustatyti, kurie iš jų yra viešoji problema, pasirinkti veiklos kryptis ir metodus, parinkti alternatyvas ir numatyti galimas sprendimų pasekmes. Raipa (2009) teigia, kad gerai parengta viešoji politika – tai tarsi atsakas į visuomenės grupių poreikius, reikalavimus, interesus, susijusius su valdžios institucijų veikla. Taigi, šiame darbe vadovaujamosi Raipa (2009) nurodytu apibrėžimu, kad viešoji politika – ilgalaikiai, strateginiai sprendimai ir veiksmai, tam tikros veiklos tąsa bei tikslų ir uždavinių įgyvendinimai.

Sveikatos apsaugos politika nurodo sprendimus, planus ir veiksmus, kurių imamasi, siekiant įgyvendinti konkrečius sveikatos priežiūros tikslus visuomenėje. Aiški sveikatos apsaugos politika gali nurodyti ateities vizijos apibrėžimą, kuris padeda nustatyti tikslus trumpam ir vidutinės trukmės laikotarpiui, išdėstyti prioritetai ir numatyti skirtingų grupių vaidmenis, taip pat suteikiama informacija žmonėms. Ši sveikatos apsaugos politika pasireiškia kaip įstatymas, reglamentas, planas ir veiksmas, kurių imamasi išsikeltiems tikslams pasiekti visuomenėje. Šie principai grindžiami autorių kolektyvine visuomenės sveikatos apsaugos politikos patirtimi (Porter ir kt., 2018).

XX a. pabaiga ir XXI a. pradžia yra siejamos su viešojo administravimo bei „gerovės valstybės“ (angl. *welfare state*) reformomis, siekiant užtikrinti administracinės ir socialinės piliečių

veiklos efektyvumą. Gerovės valstybės kontekste nagrinėjamos socialinės viešosios politikos kryptys, suvokiamos kaip socialinė politika plačiąja prasme, o ją sudaro šie posistemiai: darbo užimtumo ir socialinės rūpybos politika, pensijų politika ir šeimos politika. Sveikatos apsaugos politika priklauso nuo daugelio veiksnių, įskaitant biologinius, aplinkos veiksnius, mitybą ir gyvenimo kokybę. Kitaip tariant, sveikata gali atlikti gerovės funkciją. Žmonės gauna sveikatos priežiūros paslaugas kaip teisę, tačiau jų negalima reikalauti be svarbios priežasties. Leonavičius ir Žilys (2009) nurodo, kad gerovės valstybė – valstybė, kurioje visuomenė išipareigoja kiekvienam savo nariui, nepriklausomai nuo jo (jos) lyties, amžiaus, neįgalumo, rasinės, etninės, religinės ar kitokios priklausomybės, laiduoti orų pragyvenimą. Gerovės valstybė apima socialinę apsaugą, sveikatos draudimą, socialines paslaugas, darbo rinkos ir būsto politiką, švietimą. Socialinių garantijų gausa ir įvairovė atskleidžia valstybės požiūrį į socialinį teisingumą. Išskiriamos gerovės valstybės pagrindiniai bruožai (Guogis, 2017):

1. *Kaip idealus modelis.* Gerovės valstybė vertinama kaip idealus socialinės apsaugos modelis, kai valstybė prisiima atsakomybę už visapusišką ir universalų gerovės paslaugų suteikimą savo piliečiams.
2. *Kaip valstybės suteikiamos gerovės paslaugos.* Šia samprata vadovaujamasi JAV.
3. *Kaip socialinė apsauga.* Daugelyje Vakarų Europoje ir Skandinavijoje socialine apsauga rūpinasi ne tik valstybė, bet ir nepriklausomos, savanoriškos ir autonomiškos viešųjų paslaugų teikėjos.
4. *Pagal skirtingus požiūrius – sampratą, resursus (gyventojų amžių ir struktūrą), politikų prioritetus, gautų rezultatų palyginimą (kai pagal rezultatų pasiekimą yra įvertinamos ir palyginamos skirtingų šalių socialinės apsaugos sistemos) ir operacijų palyginimą (tai daroma detalai vertinant išmokų ir paslaugų operacijas – ką jos atlieka, kaip už jas yra apmokama ir kas jas organizuoja, kokios programos, kokia paslaugų kokybė).*

Šiame darbe remiamasi gerovės valstybės kaip socialinės apsaugos modelio samprata, nes sveikatos apsaugos politikoje svarbią vietą užima socialinių ir medicininių paslaugų teikimas visiems žmonėms, kai kiekvienas turi teisę į sveikatos priežiūros paslaugas. Šis modelis turi garantuoti teisę į socialinę apsaugą, sveikatos apsaugos politiką ir socialines paslaugas. Gerovės visuomenė – gerovę plėtoti išipareigojusioje valstybėje gyvenanti visuomenė, kurios piliečiai patys aktyviai įsitraukę į savo pačių gerovės kūrimą. Ši sąvoka labiau siejasi su individualistinės ir postmodernios gerovės samprata, pagal kurią, kurdami gerovę žmonės yra ne tik valstybės piliečiai, bet ir aktyvūs visuomenės nariai. Gerovės valstybės modelis Lietuvoje susijęs su sveikos visuomenės vystymuisi, nes jis skatina visuomenės fizinį aktyvumą ir sveiką gyvenseną, išmoko valdyti stresą bei ugdo socialinius ir emocinius įgūdžius. Sveika visuomenė – visuomenė, kurios dauguma narių patiria

fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne vien ligų ar negalios nebuvimą (Aidukaitė, Bogdanova, Guogis, 2012). Tokiai visuomenei būna užtikrinti tinkamą sveikatos apsaugą.

Sveikatos apsauga užtikrina kokybiškas prieinamas medicininės paslaugas visiems piliečiams, apima ligų prevenciją, piliečių švietimą asmens higienos ir sveikatinimo klausimais, ankstyvą ligų diagnostiką, infekcijų plitimo kontrolę, sveikatinimo programų įgyvendinimą bei viešinimą. Sveikatos apsaugos politika piliečiams ir vyriausybei suteikia informaciją apie sveikatos, gyvenamosios pagerinimą bei skatina visuomenės fizinį aktyvumą. **Sveikatos apsaugos politika** apibūdinama kaip „sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Sveikatos apsaugos politiką galima apibrėžti kaip suderintą ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos veiksmų planą. Magistro darbo tiriamojame dalyje remtasi Jankauskienės ir Pečiūros (2007) sveikatos apsaugos politikos apibrėžimu, nes onkologinių ligų profilaktikos programų (įskaitant ir gimdos kaklelio vėžio programą) valdymas Europos Sąjungoje (ir Lietuvoje) atskleidžiamas per sveikatos tvarkymo praktiką bei pripažįstamas kaip socialinė vertybė. Šalies sveikatos apsaugos politika daro įtaką demografijai, technologijoms, epidemiologijai, kompetencijai bei sveikatos reformai. Sveikatos apsaugos politikos svarbiausi **bruožai**:

- *Teisumas* – pagrindinis principas, leidžiantis siekti didžiausio sveikatos potencialo kiekvienam asmeniui, t.y. kiekvienas gali siekti geriausios sveikatos priežiūros paslaugų.
- *Prieinamumas* – sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos kiekvienam ir valstybė nustato prieinamumo tvarką, užtikrinančią sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį, organizacinį priimtinumą.
- *Priimtinumumas* – tai sveikatos priežiūros paslaugos turi būti kiekvienam asmeniui ir jam priimtinu būdu.
- *Tinkamumas* – sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo ir aptarnavimo kokybės užtikrinimas.
- *Solidarumas* – sveikatos draudimo įmokos turi būti surenkamos teisingai, jaunas asmuo turi mokėti už seną, darbuotojas už bedarbį.
- *Lygybė* – sveikatos priežiūros paslaugos turi būti visiems prieinamos, nepriklausomai nuo jų ekonominės, socialinės padėties ar rasės.
- *Visapusiškumo principas* – sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nuo profilaktikos iki ūmių ligų gydymo;

- *Laisvas pasirinkimas* suteikia galimybę piliečiams savarankiškai pasirinkti gydytoją ar gydymo įstaigą;
- *Tęstinumas* suteikia galimybę gydytojams nuolat prižiūrėti savo pacientą.
- *Saugumas* – sveikos aplinkos užtikrinimas tiek pacientams, tiek darbuotojams (Hall, Graffunder, Metzler, 2016).

Sveikatos apsaugos politika susideda iš jos formavimo ir įgyvendinimo. Formavimo procesas įtraukia aukščiausią sprendimų priėmimo teisę turinčias valstybines institucijas (kaip parlamentas, vyriausybė, ministerija ir pan.) bei suinteresuotąsias grupes, dalyvaujančias sprendimų priėmimo procesuose. Įgyvendinimo procesas įtraukia už priimtų sprendimų įgyvendinimą atsakingas, koordinuojančias ir kontroliuojančias institucijas bei (viešąsias) paslaugas teikiančias institucijas (viešajame ir verslo sektoriuose). Sveikatos apsaugos politikos įgyvendinimas kaip procesas apima sveikatos sistemos valdymą, planavimą, organizavimą, kontrolę bei įvertinimą. Sveikatos apsaugos politikai didelę įtaką daro naujoji viešoji vadyba.

Naujoji viešoji vadyba – tai viešojo valdymo revoliucijos kulminacija, kilusi devintajame dešimtmetyje. Užuot sutelkę dėmesį į biurokratijos kontrolę ir paslaugų teikimą, viešieji valdytojai ėmė reaguoti į paprastų piliečių ir politikų norus būti „naujos, lengvesnės ir vis labiau privatizuotos vyriausybės verslininkais“, todėl ši vadyba turi glaudų ryšį su ekonominiu racionalizmu. Naujoji viešoji vadyba sutelkia dėmesį į atskirų veiklų valdymą, taikomą viešajame sektoriuje ir taip pat taikoma privačiame sektoriuje (Klijn, 2012). Galima išskirti pagrindinius jos bruožus:

1. Privataus sektoriaus valdymo praktikos taikymas viešajame sektoriuje;
2. Pabrėžiamas efektyvumas;
3. Pirmenybė privačiai nuosavybei ir viešųjų paslaugų sutarčių sudarymui;
4. Valdymo kontrolės perdavimas geresniais ataskaitų teikimo ir stebėsenos mechanizmais (Dalingwater, 2014).

Naujoji viešoji vadyba turi glaudžias sąsajas su sveikatos apsaugos politikos įgyvendinimu, nes sveikatos būklės diagnostika ir gydymas reikalingas skirtingiems pacientams, todėl sunku numatyti vienodus matavimo vienetus ir veiklos rodiklius. Ji gali suteikti naudos, stiprinant visuomenės sveikatos valdymą ir daro įtaką visuomenės sveikatos viešojo ir privataus sektorių personalui, veiklos rezultatams, atlyginimo struktūrai ir verslo metodų taikymui.

Apibendrinant galima teigti, kad viešoji politika suprantama kaip valstybės valios išraiška, todėl sveikatos apsaugos politika – viena iš jos sričių. Tam, kad būtų tinkamai vykdoma sveikatos apsauga, būtina įgyvendinti sveikatos apsaugos politikos tikslus per įvairias priemones, pavyzdžiui, įvairias profilaktikos programas, nukreiptas į visuomenės prevencinius sveikatinimo tikslus. Toliau bus atskleista profilaktikos programos vaidmuo sveikatos apsaugos politikoje ir gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos įgyvendinimui.

1.1.2. Profilaktikos programų apibrėžtis ir vieta sveikatos apsaugos politikoje

Sveikatos apsaugos politikos viena iš užduočių – sveikatinimo programų kūrimas, siekiant pagerinti visuomenės sveikatą, paskatinti sveiką gyvenseną, suteikti informacijos apie asmeninę higieną.

Sveikatos apsauga ir sveikatinimo programos. Sveikatos apsaugą, anot Merson ir kt. (2006), galima apibūdinti kaip ligų prevencijos mokslą ir meną, ilginantį gyvenimo amžių, gerinantį fizinę sveikatą ir padarantį ją efektyvesne, taikant įvairias priemones, skirtas aplinkos saugojimui, infekcijų plitimo kontrolės atlikimui, piliečių švietimui sveikatos apsaugos bei asmeninės higienos klausimais, kokybiškų medicininių ir slaugos paslaugų ankstyvajai ligų diagnostikai organizavimui ir sveikatos apsaugos aparato darbo vystymui taip, kad visuomenės nariai gautų aukščiausios kokybės medicines paslaugas (Merson ir kt., 2006). Ghebrehewet ir kt. (2016) nurodo, kad sveikatos apsauga apima asmenų, grupių ir gyventojų apsaugą, užtikrinant veiksmingą ekspertų bendradarbiavimą nustatant, užkertant kelią ir mažinant infekcinių ligų bei aplinkos, cheminių ir radiologinių pavojų poveikį.

Rutgers (2015) nurodo, kad medicininiai standartai – šiuolaikinės sveikatos apsaugos pamatas, jie nustato, kokia pagalba turi būti teikiama pacientui, reglamentuoja šios pagalbos apimtį ir kokybę. Taip atsiranda poreikis tikslinti organizacinius ir kitus reikalavimus visai sveikatos apsaugos sistemai. Pasak Rutgers ir van der Meer (2010), pažangiausiose pasaulio šalyse (JAV, Didžiojoje Britanijoje, Vokietijoje) veikia vientisos sistemos, apimančios daugelį šimtų standartų, kurių vaidmuo užtikrinant ir kontroliuojant sveikatos apsaugos kokybę yra labai svarbus. Medicininiai standartai yra pamatiniai dokumentai (lyginant su kitais norminiais aktais), kurie reglamentuoja sveikatos apsaugos veiklą. Sveikatos apsaugos norminiai dokumentai reglamentuoja darbuotojų veiksmus susijusius su asmenų sveikata, jos išsaugojimo, prevencija ir t.t.. Visos kitos sveikatos apsaugos sistemos dalys, tokios kaip: sveikatos apsaugos valdymas, teisinis reguliavimas, ekonominis aprūpinimas padeda sveikatos įstaigos darbuotojams atlikti tai ko iš jų reikalauja pagal medicinos standartus. Justickis, Saladis, Pamerneckas (2015) teigimu, Lietuva yra medicininių standartų rengimo pradžioje, o parengti ir patvirtinti standartai savo forma ir turiniu skiriasi nuo pažangių šalių (JAV, Didžiosios Britanijos, Vokietijos ir kt.). Lietuva įgyvendindama sveikatos apsaugą, jos kokybę tik pradeda kurti nacionalinių standartų sistemą. Įgyvendinant sveikatos apsaugos politiką vykdoma valstybės įstatyminėje bazėje nurodyta viešosios politikos kryptis, kartu kuriama socialinė politika, kuri teisiškai reguliuoja visuomenės sveikatos poreikius, sprendžia sveikatos problemas (Tonkūnaitė-Thiemann, 2013).

Sveikatos apsaugos srityje svarbią vietą užima sveikatinimo programų kūrimas, nes tai padeda ugdyti visuomenės sveikos gyvensenos nuostatas, sustiprinti sveikatą, pagerinti psichinę sveikatą,

sumažinti kūno indeksą, keisti požiūrį į savo sveikatą. Sveikatinimo programos rengiamos, vadovaujantis šiais pagrindiniais principais:

- *veiklos suderinamumo*. Siekiama suderinti įvairių žinybų ir socialinių partnerių, nevyriausybinių organizacijų veiksmus sveikatinimo klausimais, sutelkti išteklius;
- *holistiškumo*. Siekiama visuminio požiūrio į sveikatą, jai įtakos turinčią elgseną bei aplinkos veiksnius, tiek fizinius, tiek psichosocialinius;
- *teisingumo*. Dėmesys skiriamas kokybiškam sveikatos ir kitų socialinių paslaugų suteikimui, ypač tiems, kurių labiausiai reikia; šiuo principu siekiama sumažinti socialinę atskirtį (Raphael, 2015).

Pažymėtina, kad sveikatinimo programos gali turėti ir savo tikslines grupes, remiantis amžiaus, lyties, užimtumo ar kitais kriterijais, lemiančiais galimų ligų profilį. Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programoje (2015) numatyta kurti sveikos mitybos aplinką, skatinti suaugusiųjų fizinį aktyvumą darbo vietose, gerinti darbingo amžiaus asmenų psichikos sveikatą. Teigiama, kad organizacija (darbovietė) – palanki vieta darbingo amžiaus žmonėms skleisti informaciją ir vykdyti įvairias sveikatinimo programas. Dažnai organizacijose galima sukurti informacijos sklaidos kanalus, rengti reguliarius susitikimus, galima su darbuotojais galima susitikti asmeniškai ir stebėti jų sveikatos rodiklius (Vičaitė, Šidagytė, 2017). Taigi, organizacijos galėtų būti pasitelkiamos profilaktinių programų viešinimui ir populiarinimui.

Gudžinskienė ir Česnavičienė (2015) nurodo, kad mokinių sveikatos ugdymas taip pat yra viena iš prioritetinių Lietuvos sveikatos politikos kryptių. Tai lėmė Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) programa „Sveikata-21: sveikata visiems XXI amžiuje“ (WHO, 1998), kurioje pabrėžiama, kad mažiausiai 95 proc. vaikų turi turėti galimybę mokytis sveikatą stiprinančiose mokyklose, įgyti geresnių gyvenimo įgūdžių ir galimybę reguliuoti savo sveikatą. Įgyvendinant šiuolaikinį bendrąjį ugdymą, sukuriama galimybė kiekvienam mokiniui įgyti sveikos gyvensenos žinių, lavintis įgūdžius ir įpročius, formuoti sveikatai palankaus elgesio nuostatas ir keisti požiūrį į sveikatą, kitaip tariant, ugdyti sveikatos kompetenciją. Mokyklose sveikatinimo programos turėtų būti integruotos į bendrąsias ugdymo programas, mokytojai turėtų jas vykdyti, bendrauti ir bendradarbiauti su visuomenės sveikatos biuru bei skirti didelį dėmesį į vaikų sveikatos ugdymo organizavimą. Visuomenės sveikatos biurai turėtų skatinti vykdyti sveikatinimo programas darbovietėse, kad būtų stiprinama darbuotojų sveikata, kuriama sveikos mitybos aplinka, skatinamas fizinis aktyvumas darbo vietose.

Daugelyje šalių sveikata ir gerovė yra vienas iš prioritetinių klausimų. Kiekviena šalis skirtingai sprendžia su sveikatinimu susijusias problemas. Nors skiriasi kultūra, skirtingos gamtinės, socialinės, ekonominės sąlygos, vyrauja kitokios tradicijos, tačiau visur egzistuoja panašios

problemos. Pavyzdžiui, Australijos švietimo dokumentuose pabrėžiama, kad sveikata tiesiogiai priklauso nuo gerovės, švietimo, darbo ir socialinių sąlygų (Baggott, Jones, 2011). Sveikatos problemoms spręsti kiekviena šalis pasirenka tai, kas jai šiuo metu atrodo svarbiausia. Vienos iš jų sprendžia ekonominių grupių sveikatos problemas; kitos remiasi akivaizdžia praktika, kuri rodo, kad bandymas šalinti rizikos faktorius ir jų sukeltas sveikatos problemas, t.y. profilaktika bei sveikatos stiprinimas – yra prioritetas (Yousuf, Bigelow, 2015). Todėl būtina išanalizuoti ir suvokti tokių programų esmę ir jų specifiką. Toliau analizuojama sveikatos stiprinimo, profilaktikos ir prevencijos programų svarba.

Sveikatos stiprinimo, profilaktikos ir prevencijos apibrėžtys. Sveikatos stiprinimo terminą galima aptikti jau XIX amžiuje, kai didesniuose miestuose buvo pradėta sanitarijos reforma ir gyventojų higieninių įgūdžių mokymas (Šumskas ir kt., 2010). Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaracija (1977) ir PSO strategija „Sveikata visiems“ (1984), tai pirmieji dokumentai, kuriais buvo remiamasi įgyvendinant sveikatos stiprinimo idėjas (Eičinaitė-Lingienė, Matevičiūtė, 2013). Sveikatos stiprinimo apibrėžimas ir pagrindiniai principai buvo suformuluoti Otavos chartijoje. 1986 m. Otavos chartijoje buvo suformuluotos ir patvirtintos pagrindinės sveikatos stiprinimo kryptys: formuoti visuomenės sveikatos politiką; kurti sveikatai palankią aplinką; stiprinti bendruomenės veiklą; ugdyti asmeninius įgūdžius bei perorientuoti sveikatos priežiūrą (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015). Modernioji visuomenės sveikatos priežiūra vis labiau orientuojama į sveikatos stiprinimą, nes sveikatos stiprinimas yra vienas iš efektyviausių būdų, įgalinančių pakeisti gyventojų elgseną, kurti socialinės aplinkos sąlygas sveikatai stiprinti, našiai ir kūrybingai dirbti. Sveikatos stiprinimas atveria naują visuomenės sveikatos veiklos erą klestinčiai ir lygiateisiai visuomenei kurti (Javtokas, 2009). Lietuvos standarte „Sveikata. Terminai ir apibrėžimai“ (LST 1452:1997) **sveikatos stiprinimas** apibrėžiamas kaip „*valstybinių valdžios ir valdymo organų, savivaldybių ir visuomenės įsipareigojimų, priemonių ir veiksmų visuma, padedanti gausinti bei racionaliau panaudoti sveikatos priežiūros išteklius ir labiau kontroliuoti žmonių sveikatą*“. Šiuo apibrėžimu ir vadovaujamosi magistro darbe.

Profilaktika mažina riziką užsikrėsti infekcinėmis ligomis, o prevencija suteikia galimybes sumažinti lėtinių ligų susirgimo tikimybę. **Profilaktika** – *tai valstybiniu, visuomeniniu, privačių priemonių visuma, padedanti saugoti, stiprinti ir atkurti sveikatą, išvengti ligų* (Juškelienė, 2007). Profilaktikos apibrėžimas gali būti toks: tai įvairūs būdai, kurie padeda užkirti kelią atsirasti problemai, ar padeda atsiradusią problemą stabdyti. Profilaktika turi vykti nuolat pagal atitinkamą prevencijos programą. Profilaktinės programos yra kuriamos atsižvelgiant į visuomenės charakteristiką (amžių, lytį, išsivystimą ir t.t.) (Šidlauskaitė-Stripeikienė, Stripeikis, 2016).

Profilaktikos tikslas – sumažinti rizikos faktorius, prisidedančius prie sveikatos problemų, ir didinti apsauginių veiksnių, susijusių su gera sveikata, įtaką. Profilaktika turi būti: kryptinga ir

koordinuota, sisteminga ir nuosekli, diferencijuota, ilgalaikė ir tęstina, prieinama ir veiksminga. Profilaktika grindžiama šiais pagrindiniais sveikatos priežiūros darbo principais: gerovės principas, nepakenkimo principas, teisingumo principas ir pagarbos žmogaus autonomijai principas. Profilaktikos pranašumai: užkertamas kelias nepageidaujam reiškiniui vystytis; taikomos priemonės įvairių problemų atsiradimui. Profilaktikos nauda ir galimybės: ankstyvos ligos pradžios diagnostika, sveikatos problemų atsiradimo mažinimas, laiko taupymas, gydymo ir stacionarizavimo išlaidų mažinimas (Šležienė, 2010).

Profilaktika skirstoma į pirminę, antrinę ir tretinę. Anot, Šidlauskaitės-Stripeikienės ir Stripeikio (2016), pirminė profilaktika – tai priemonių, kuriomis siekiama užkirsti kelią negatyviam reiškiniui, šalinant jo priežastis ir rizikos veiksnius, visuma. Antrinė profilaktika – tai priemonės, susijusios su ankstyva diagnostika ir motyvacija keistis bei reikiamos pagalbos teikimu ir ankstyvosios intervencijos vykdymu, visuma. Tretinė profilaktika – tai priemonių (gydomųjų ir atkuriamųjų), kuriomis siekiama sustabdyti negatyvių reiškinių progresavimą ir žalingas pasekmes, visuma. Ji apima medicininės, psichologinės ir socialinės pagalbos kompleksines ir ilgalaikes priemones bei socialinę integraciją. Gimdos kaklelio vėžio prevencijos atveju taikoma antrinė profilaktika (Šidlauskaitė-Stripeikienė, Stripeikis, 2016). Profilaktikos ir prevencijos apibrėžimai yra panašūs, tai užkirsti kelią neigiamam reiškiniui.

Prevencija (lot. praeventio) – išankstinis kelio užkirtimas, medicinos, technikos srityse prevencija gali būti vadinama ir profilaktika (CEN/TS 16850:2015 Standartas: „Visuomenės ir piliečių saugumas. Nurodymai dėl saugumo valdymo sveikatos priežiūros įstaigose“). Pats žodis „prevencija“ reiškia „užkirtimą, užkardymą, išvengimą“ (Snieškienė ir kt., 2014, p. 34). Tai taikoma tik nepageidaujamo reiškinio, įvykio išvengimui, veiksmais, atliekamais dar iki šio reiškinio, įvykio. Prevenciją galima traktuoti dvejomis prasmėmis. Prevencija plačiąja prasme – tai bet kokia veikla, kuri faktiškai daro teigiamą įtaką socialiniam gyvenimui, padeda palaikyti teisėtvarką, mažindama grėsmes, nusikalstamumą ar bent jo žalą. **Prevencija** siaurąja prasme – tai *priemonės, taikomos subjektų, kurie užsiima veikla, specialiai nukreipta prieš tam tikrą neigiamą veiklą* (Kvedaras, 2008). Šiame darbe vadovaujamosi siaurąją prasme, nes taikomos priemonės užkirsti kelią gimdos kaklelio vėžio atsiradimui.

Prevencijoje galima išskirti: 1) prevencijos subjektus – kurie vykdo šią veiklą, 2) prevencijos objektus – į ką nukreipta ši veikla. Pati veikla pasireiškia per poveikio objektams būdus, metodus, kas vadinama prevencijos priemonėmis (Kvedaras, 2008). Prevencines priemones pagal poveikio tipą galima suskirstyti į dvi grupes: 1) Tiesioginės prevencinės priemonės yra nukreiptos į individą, siekiant poveikio priemonėmis šalinti sveikatos sutrikimus bei mažinti rizikos faktorių įtaką; 2) Netiesioginės prevencinės priemonės yra nukreiptos į aplinką ir įgyvendinamos bendruomenėje, siekiant sveikatos stiprinimo, ugdymo, skurdo ir nedarbo mažinimo priemonėmis šalinti sutrikimus

bei mažinti rizikos faktorių įtaką (palankios socialinės aplinkos, sveikos gyvensenos nuostatų formavimas, laisvalaikio organizavimas ir asmeninės atsakomybės ugdymas) (Saslow, 2012).

Prevencijos programos apibrėžtis. Programa – tai dokumentas, kuriame nustatyti tikslai, uždaviniai, priemonės, vertinimo kriterijai ir poveikis visuomenei. **Projektas** – tai veiksmų ir užduočių seka konkrečiai problemai išspręsti. Projektų apimtys paprastai yra mažesnės už programų, turi apibrėžtą pradžią ir pabaigą bei jam įgyvendinti reikalingus išteklius. Projektai dažniausiai rengiami programų uždaviniams įgyvendinti (Javtokas, 2009).

Prevencijos programos gali būti skirstomos į tokius tipus:

1. *Universalios*: skirtos visai visuomenei, neišskiriant jokių grupių ar individų pagal jų problemas.
2. *Atrankinės*: skirtos individams arba grupėms, turinčioms sveikatos problemų (rizikos grupė).
3. *Simptominės*: skirtos asmenims, kurių sveikatos problemos labai ryškios, turintiems minimalių, bet jau pastebimų ligos simptomų (Kaunitz, 2012).

Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa – atrankinė, nes yra skirta moterims nuo 25 iki 60 metų, kurios kas trys metai gali pasitikrinti dėl šio vėžio. Šios programos metu moterys, kurioms nustatyti ikivėžiniai gimdos kaklelio pokyčiai, siunčiamos gydytis.

Preveninės programos pagal lygį skiriamos:

- *Pirminės (ankstyvosios) prevencijos programa*: priemonių, kuriomis siekiama išvengti, užkirsti kelią negatyviam reiškiniui, šalinti jo priežastis ir rizikos veiksnius sukūrimas. Ankstyvosios (pirminės) prevencijos programos finansiškai labai veiksmingos.
- *Antrinės prevencijos (tiesioginės) programa* – pagalbos prevencija; specializuotos programos ir strategijos, padedančios rizikos grupės asmenims.
- *Tretinės prevencijos programa* – pagalba, leidžianti greičiau įveikti esamus sunkumus, jų sukeltus padarinius, tų problemų pasikartojimo prevencija (Javtokas, 2009).

Tokios prevencijos (sveikatos priežiūros) programos, įskaitant įprastinius sveikatos patikrinimus, imunizavimą ir vėžio patikrinimą, viešai finansuojamos (iš nacionalinio ar kito biudžeto). Pastebima, kad dalyvavimas šiose programose paprastai mažesnis už rekomenduojamas normas. Įtraukimas į prevencijos programą gali būti vienas iš būdų susieti socialinį ryšį su mirtingumu (Stafford ir kt., 2018). Socialinis ryšys turi struktūrinius ir funkcinius aspektus. Struktūrinis aspektas apima asmens santykių kiekį ir formą, o funkcinis aspektas – šių santykių kokybę ir gautą paramą. Struktūriniai ir funkciniai socialinių ryšių aspektai gali paskatinti dalyvavimą prevencijos programoje keliais būdais, įskaitant informavimo, vertinimo ir praktinės paramos teikimą, kuris didina sąmoningumą ir palengvina prieigą prie šių paslaugų, mažina nerimą, susijusį su atrankos testų rezultatais, ir skatina asmeninės kontrolės jausmą. Socialinis ryšys gali

sustiprinti iš socialinių vaidmenų įgytą prasmės jausmą ir paskatinti priklausomybės jausmą, skatinantį savęs priežiūrą. Be to, asmeniniai socialiniai tinklai turi socialinį poveikį, įskaitant pagalbos ieškojimo ir prevencinės sveikatos elgesio normas. Dideli socialiniai tinklai ir padidėjęs socialinis kontaktas gali padidinti kitų žmonių, dalyvavusių prevencijos programoje arba turėjusių gydymą, skaičių.

Kiekviena šalis skirtingai sprendžia su sveikatinimu susijusias problemas. Nors skiriasi kultūra, skirtingos gamtinės, socialinės, ekonominės sąlygos, vyrauja kitokios tradicijos, tačiau visur egzistuoja panašios problemos. Sveikatos stiprinimo tikslas – subalansuotas teigiamų fizinių, dvasinių ir socialinių sveikatos veiksnių stiprinimas, vykdant neigiamų fizinių, dvasinių ir socialinių ligotumo veiksnių prevenciją, plėtojant sveikatos mokymą, ligų prevenciją ir sveikatos apsaugą. Pagrindinis prevencijos tikslas – stiprinti sveikatą ir šalinti jai nepalankius veiksnius. Trys prevencijos rūšys – pirminė prevencija (rizikos susirgti mažinimas), ankstyvas ligų nustatymas (antrinė prevencija), gydymas ir rehabilitacija (tretinė prevencija) yra sveikatos stiprinimo veiklos sritys, skirtos pasiekti vieno ir to pačio visuomenės sveikatinimo tikslo tik skirtingo intensyvumo priemonėmis. Gimdos kaklelio vėžio prevencijai, ruošiant sveikatinimo programą, svarbu remtis aukščiau išvardintais aspektais, nes tai padeda nustatyti sveikatos problemos situaciją bei ieškoti būdų šios problemos sprendimui. Tam būtina tikslingai sukurti ir įgyvendinti profilaktikos (prevencijos) programą.

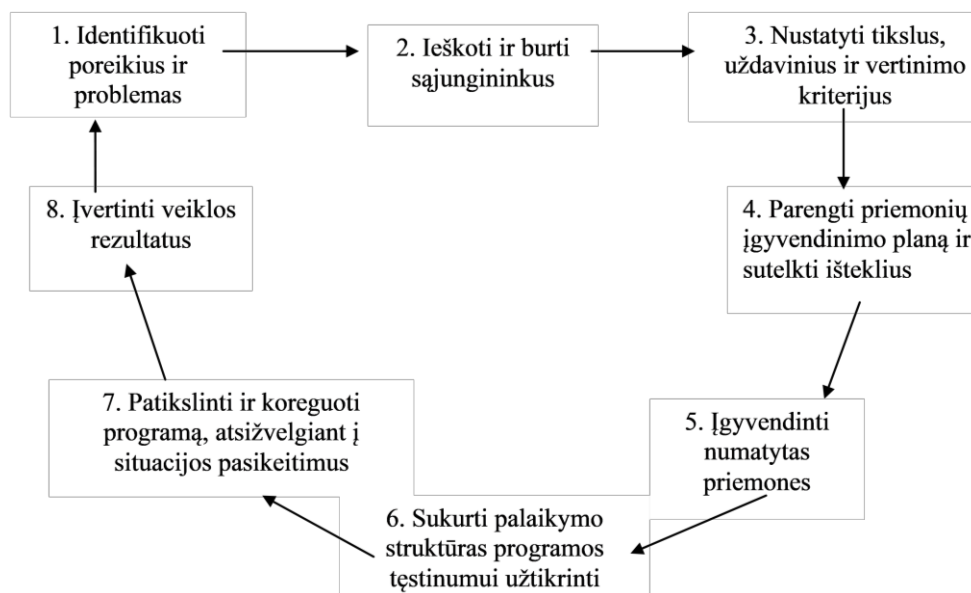
1.1.3. Profilaktikos programų valdymo proceso samprata ir bruožai

Profilaktika – tai geriausia investicija į sveikatą. Europos Taryba ir (PSO) rekomenduoja ir kartu tvirtina, kad patikra yra efektyvi priemonė, tačiau prioritetas – pirminė profilaktika (Starkuvienė, Liaugaudaitė, 2010), todėl svarbu ruošti profilaktines sveikatos programas įvairaus amžiaus asmenims. Skirtingos prevencijos strategijos turi būti taikomos sveikiesiems, rizikos grupėms (turintiems trumpalaikių sveikatos sutrikimų) ir sergantiesiems (Ely ir kt., 2014).

Profilaktinės programos taip pat gali būti valdomos pagal programų ir projektų valdymo etapus (SESAME modelį) (žr. 1 pav.).

Kuriant gimdos kaklelio vėžio prevencijos programą, pirmiausiai, identifikuojami merginų ir moterų poreikiai, jų problemos, atsirandantys dėl gimdos kaklelio vėžio. Toliau ieškomi ir buriami suinteresuotieji (profesionalai) iš įvairių Europos Sąjungos šalių, kad padėtų įgyvendinti gimdos kaklelio vėžio prevencijos programą Lietuvoje. Nustatomi tikslai, uždaviniai ir vertinimo kriterijai, kurių bus siekiama įgyvendinant gimdos kaklelio vėžio prevencijos programą. Vėliau parengiamas priemonių įgyvendinimo planas ir sutelkiami ištekliai. Po to įgyvendinamos numatytos priemonės. Paskui sukuriama palaikymo struktūros programos tęstinumo užtikrinimas. Vėliau atsižvelgiama į situacijos pasikeitimus ir tikslinami bei koreguojama programa. Galiausiai įvertinami veiklos

rezultatai. Įvertinus programos rezultatus, nustačius situacijos kaitą, galima vėl iš naujo identifikuoti poreikius ir problemas, lydinčias į programos tęstinumą.



1 pav. Programų ir projektų valdymo etapai.

Šaltinis: Javtokas, 2009.

Programų ir projektų valdymo koncepcijoje **valdymo procesą**, pasak Hissom (2009, p. 4), sudaro tokios keturios esminės veiklos: *planavimas, organizavimas, vadovavimas (koordinavimas) ir kontrolė* (angl. *P-O-L-C framework*). Šie keturi programos valdymo etapai turi būti atliekami ir profilaktikos (prevencijos) programų įgyvendinimo atveju. Šis modelis taikomas magistro darbe analizuojant gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymą (žr. 3 skyrių).

1 lentelė

Valdymo procesas (P-O-L-C modelis)

Planavimas	Organizavimas	Vadovavimas	Kontroliavimas
Vizija ir misija Strategija Tikslai ir uždaviniai	1. Organizavimo dizainas 2. Kultūra 3. Socialiniai tinklai	1. Vadovavimas 2. Sprendimų priėmimas 3. Bendravimas 4. Grupės/ komandos 5. Motyvavimas	1. Sistemos/ procesas 2. Strateginiai žmogiškieji ištekliai

Šaltinis: Fadlallah, 2015.

Planavimas. Profilaktinės programos rengimo metu reikia numatyti programos įgyvendinimo vietą, įvardinti tikslinę poveikio grupę, nuspręsti, kas bus programos naudos gavėjai arba kam bus įgyvendintos programos priemonės turės teigiamos įtakos (Raphael, 2015). Stampar (2006) išskiria du profilaktinių programų planavimo etapus: pradinį ir pagrindinį.

Pradinis (parengiamasis) planavimo etapas. Profilaktinės programos planavimas prasideda nuo esamos situacijos įvertinimo (pradinių duomenų rinkimo). Šio etapo tikslas – nustatyti prioritetinę sveikatos problemą, ją veikiančius veiksnius ir pasirinkti tinkamus problemas

sprendimo būdus. Išsami situacijos analizė leidžia įvertinti išorinės aplinkos veiksmus, t. y. nustatyti savo stipriąsias puses ir galimybes, leisiančias užtikrinti programos sėkmę bei iš anksto įžvelgti silpnąsias vietas, bei grėsmes, galinčias būti rimta kliūtimi siekiant sveikatinimo programos tikslų. Įvertinus išorės veiksmus, atliekama vidaus veiksmų analizė, kuri reikalinga nustatyti rengiančios sveikatinimo programą institucijos ar institucijų galimybes, siekiant įgyvendinti trumpalaikius tikslus (uždavinius) (Stampar, 2006).

Situacijos analizei ir problemų identifikacijai gali būti naudojami įvairūs metodai: stiprybių, silpnų, galimybių ir grėsmių (SSGG) (angl. SWOT) analizė, jėgų lauko analizė, problemų, tikslų ir uždavinių medis ir kt (Javtokas, 2009). Pastaruoju metu plačiai taikomas problemų analizės metodas, sutrumpintai vadinamas SSGG, kurio pagalba įvertinamos stipriosios pusės (S), silpnosios vietos (S), galimybės (G) ir grėsmės (G). Svarbu dar planavimo pradžioje aptarti grėsmes, kurios galėtų sutrukdyti pasiekti tikslą (Stampar, 2006). Taigi, programos SSGG analizę sudaro:

- Stiprybės – programos ar projekto ypatybės, suteikiančios pranašumą kitiems. Stiprybės – tai vidiniai teigiami veiksniai.
- Silpnybės – savybės, dėl kurių programa ar projektas yra nepalankioje padėtyje, lyginant su kitomis. Silpnybės – vidiniai neigiami veiksniai.
- Galimybės reikalingos, kad būtų išnaudoti programos pranašumai. Tai išoriniai teigiami veiksniai.
- Grėsmės – tai išoriniai elementai, keliantys grėsmę ir galintys sukelti problemų programai ar projektui. Grėsmės yra išoriniai neigiami veiksniai.

Pagrindinio planavimo etapo metu planuojama, kokios apimties programa, kokie naudojami išteklių ir ko tikimasi pasiekti per nusistatytą trumpalaikį arba ilgalaikį terminą.

Bet kurią profilaktinę programą (įskaitant ir prevencijos programas) sudaro tikslai, uždaviniai, priemonės, vertinimo kriterijai. Tikslas nustatomas pagrindinei (svarbiausiai) problemai, kuri buvo suformuluota atlikus situacijos analizę, išspręsti. Tai galutinė, trokštama būklė, nesuvaržyta laiko ir išteklių, apibrėžianti galutinį programos rezultatą (Snieškienė ir kt., 2014). Planavimo metu atliekama poreikių ir problemos analizė. Kodolitsch ir kt. (2015) teigia, kad paprasčiausia strategija naudojama tada, kai siekiama konkrečių tikslų. Programa gali turėti keletą tikslų (tolimesnį ar galutinį, ir artimesnius). Anot Javtoko (2009), kiekvienas programos tikslas turi turėti bent vieną uždavinį (tarpinį, tiksliai apibrėžtą laiku, konkretų ir pasiekiamą rezultatą), kuris skaidomas į priemones (kaip efektyviausią ir racionaliausią būdą (užduotys, darbai) norimam rezultatui pasiekti). Jeigu yra daugiau uždavinių, jie išdėstomi prioriteto tvarka. Programos rengimo metu įvertinami *ištekliai* – tai, ko reikia planuojamai veiklai (priemonėms) atlikti, tai gali būti žmogiškieji ir finansiniai išteklių. Kiekvienam uždaviniui įgyvendinti numatomos *veiklos* – priemonės, kurias reikia atlikti, siekiant įgyvendinti nustatytus programos tikslus ir pasiekti programos tikslą.

Priemonės turi būti susijusios su konkrečiu uždaviniu, priemonių skaičius priklauso nuo to, ką reikia atlikti uždaviniui įgyvendinti, kad įgyvendinus suplanuotas priemones, būtų pasiektas tikslas. Jei programoje numatyta veikla (priemonės) atlikta, tai gaunamas konkretus *rezultatas* – pokyčiai, kurių galima tikėtis sėkmingai įgyvendinus programą (Stampar, 2006).

Taigi, uždaviniams įgyvendinti rengiami konkrečių priemonių planai. Kiekviena priemonė turi atitikti šiuos kriterijus: nusakyti būdą uždaviniui pasiekti, būti apskaičiuojama, turi būti įgyvendinta per apibrėžtą laikotarpį. Programų uždaviniams įvertinti nustatomi vertinimo kriterijai. Jie turi būti realūs, tikslūs ir teisingi, susieti su programų tikslais, uždaviniais ir priemonėmis. Vertinimo kriterijai skirstomi į kiekybinius (nurodo paslaugų apimtį), kokybinius (nurodo vartotojų pasitenkinimą, atitiktį paslaugų standartams), išlaidų efektyvumo (Javtokas, 2009). Prevencijos programoms įvertinti gali būti naudojami keli vertinimo modeliai ir sistemos. Kiekvienas projektas ar programa naudoja skirtingus vertinimo, duomenų rinkimo metodus. Galima išskirti šiuos pagrindinius programų vertinimo tipus:

- *Formalusis vertinimas* vyksta programos kūrimo ir įgyvendinimo metu. Jame pateikiama informacija apie programos tikslų pasiekimą arba jos tobulinimą.
- *Procesų vertinimas* – įvertinantis programos veiklos ar paslaugų rūšį, kiekybę ir kokybę.
- *Rezultatų vertinimas* gali būti sutelktas į trumpalaikius ir ilgalaikius programos tikslus. Tinkamos priemonės rodo sveikatos sąlygų, gyvenimo kokybės ir elgesio pokyčius.
- *Poveikio vertinime* atskleidžiamas programos poveikis dalyviams. Tinkamos priemonės apima sąmoningumo, žinių, požiūrių, elgesio ir (arba) įgūdžių pokyčius.

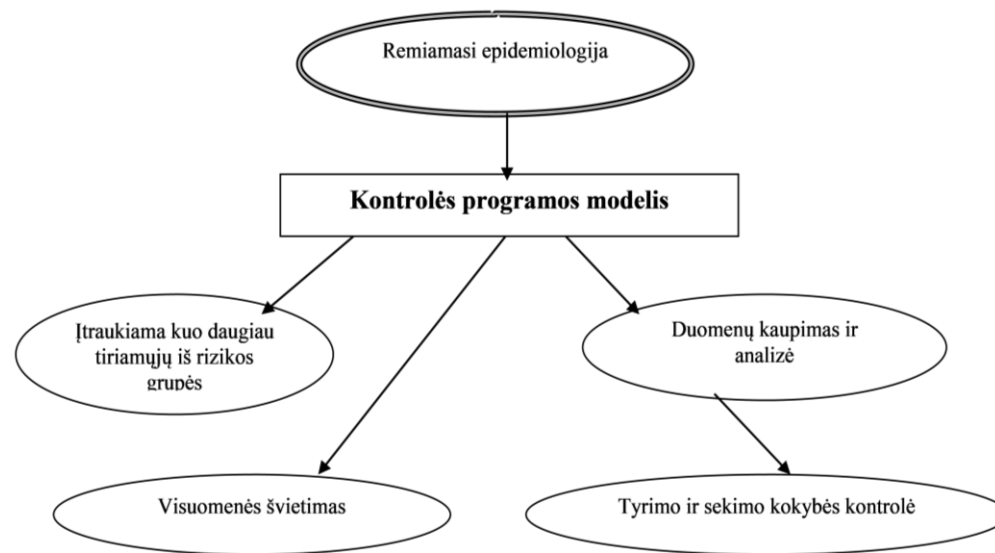
Taigi, planavimas kaip valdymo funkcija apima tikslų nustatymą ir veiksmų eigą, siekiant šių tikslų. Planuojant reikia, kad vadovai žinotų apie aplinkos sąlygas, su kuriomis susiduria programa, ir prognozuoti būsimas. Planavimas taip pat reikalauja, kad vadovai būtų geri sprendimus priimančios asmenys (Fadlallah, 2015).

Organizavimas. Tai valdymo funkcija, apimanti organizacinę struktūrą ir žmogiškųjų išteklių paskirstymą, siekiant užtikrinti tikslų įgyvendinimą (Miri ir kt., 2014). Leung, Kleiner, (2004) nurodo, kad organizavimo funkcija susideda iš daugybės veiklų, tiesiogiai ar netiesiogiai susijusių su išteklių paskirstymu, būdais, padedančiais įgyvendinti planavimo funkcijose numatytus tikslus ir planus. Pasak Schraeder ir kt. (2014) skaidrumas reikalingas, kad padėtų programos tikslinei grupei ir jos įgyvendintojams įgyti visapusiško supratimo apie tai, kaip programa yra įgyvendinama, kaip jos tikslai, veiklos ir rezultatai yra susiję. Tai būtina, kad visuomenė patiktų šios programos naudingumu.

Vadovavimas. Jis – būtina sąlyga koordinuojant ir užtikrinant programos nepertraukiamumą. Tinkamas vadovavimas programai pasižymi savalaikių ir situaciją atitinkančių sprendimų priėmimu (šiam kontekste šis vaidmuo tenka atitinkamų valstybės valdymo ir administravimo institucijų

vadovams), programos tikslų ir rezultatų tinkamu viešu pristatymu (institucijų, koordinuojančių ir įgyvendinančių programą bendravimu ir bendradarbiavimu su žiniasklaida), atitinkamų profesionalių žmogiškųjų išteklių, reikalingų programos įgyvendinimui, užtikrinimu ir motyvavimu (profesionalų rengimu ir išlaikymu sveikatos apsaugos sistemoje konkrečioje vietovėje, užtikrinant prevencijos programos paslaugų prieinamumą visiems piliečiams). Dažnai vadovavimas siejamas su lyderyste. Pastaroji apima socialinius ir neformalius įtakos šaltinius, kuriais įkvepiami kitų veiksmi; jei vadovai veiksmingi lyderiai, jie įkvepia darbuotojus entuziastingai siekti bendrų organizacinių (ir programos) tikslų (Anvari ir kt., 2014). Todėl čia svarbus vaidmuo tenka ne tik programą kuriančių ir koordinuojančių viešojo administravimo institucijų vadovams, bet ir programą įgyvendinančiųjų – viešojo sektoriaus įstaigų vadovams bei jų vadovavimo sprendimams, padedantiems/trukdantiems pasiekti programos tikslus.

Kontrolė. Kontrolė užtikrinama, kad rezultatai atitiktų tikslus, o našumas – standartus (Miri ir kt., 2014). Kontrolė – tai nuolatinė valdymo proceso veikla, kurią sudaro šie etapai: a) veiklos standartų nustatymas; b) faktinių rezultatų palyginimas su standartais; c) būtinų koreguojamųjų veiksmų taikymas siekiant efektyvumo ir veiksmingumo (Miri ir kt., 2014).. Programos atveju standartai gali būti nurodomi kaštų suma (pinigine išraiška), bet taip pat gali būti ir kitomis formomis, pavyzdžiui, suteiktų paslaugų kiekis, paslaugų trūkumas arba kokybė, pacientų aptarnavimo lygis (Fadlallah, 2015), pasiūstų gydytis pacientų skaičius, mirtingumo nuo ligos rodiklio pokyčiai ir kt. Programos kontrolės kryptys ir būtinios sąlygos įgyvendinimui nurodytos paveiksle (žr. 2 pav.).



2 pav. Teorinis prevencijos programos kontrolės modelis
Šaltinis: Vaitkienė ir kt., 2007.

Kontrolėi svarbu ne tik esamos situacijos nustatymas, bet ir nuolatinis tikslinės grupės paslaugų gavėjų įtraukimas per švietimą, per analizę, per kokybės kontrolę. Todėl programos

kontrolė glaudžiai siejama su jau minėtais uždavinių (priemonių plano) vertinimo tipais: formalioji, procesų, rezultato ir poveikio vertinimais. Programos vertinimą sudaro veiklos (proceso), pasiektų rezultatų (efektyvumo) ir poveikio (efekto) vertinimas. Vertinimas nustato, ar programos veikla buvo įgyvendinta taip, kaip buvo numatyta, ir tai leido pasiekti tam tikrus rezultatus. Proceso vertinimą galima atlikti periodiškai per visą programos laikotarpį, pradedant peržiūrėti loginio modelio veiklas ir apžvelgiant pasiektus rezultatus (Understanding Program Evaluation, 2013).

Taigi, pasaulyje taikomos profilaktinės programos (gimdos kaklelio, krūties, prostatos ir storosios žarnos vėžio prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos ir kt. programos) rodo, kad galima mažinti mirštamumą nuo šių onkologinių ligų. Nors profilaktikos programų įtaka onkologinių ligų prevencijai didelė, net ir išsivysčiusiose šalyse nuo šių ligų kasdien mirštama. Skirtingos prevencijos strategijos taikomos sveikiesiems, rizikos grupėms ir sergantiesiems. Todėl būtina nuolatos atlikti ne tik planavimo, organizavimo ir vadovavimo, bet ir kontrolės (per vertinimą) funkciją.

1.1.4. Profilaktikos programų vertinimo ypatumai

Sveikatos politikos ir programų efektyvumo vertinimas, naudojantis sveikatos stiprinimo sukurtomis technologijomis verčia politikus būti atsakingesnius. Amsterdamo sutarties 152 straipsnis įpareigoja ES valstybes nares vertinti visų žinybų veiklos (vykdomos politikos) įtaką žmonių sveikatai (Javtokas, 2009). Įvertinti programą nėra lengva – tai nemažai kainuojantis ir daug laiko užimantis darbas. Klystama, jeigu manoma, kad programos priemonės vertinamos tik pagal jos vykdymo rezultatus, neįvertinus atliktų darbų kokybės ir kitų aplinkybių.

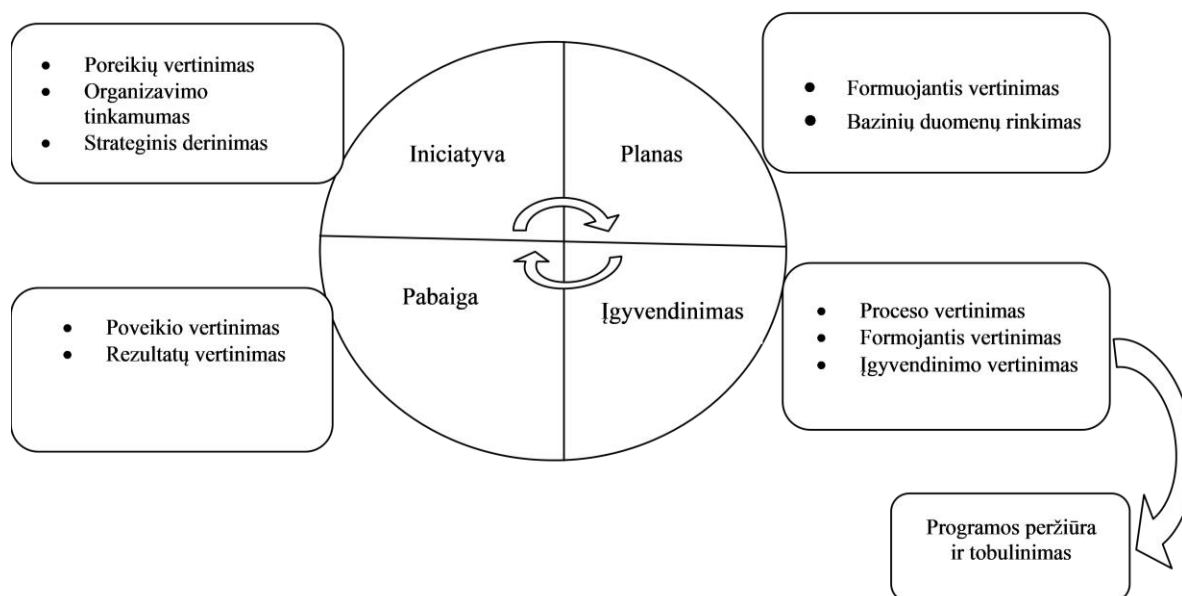
Programos vertinimas – tai ne atskiras mokslinis tyrimas, o sudėtingų programos priemonių įgyvendinimo dalis, kurios apimtis priklauso nuo konkrečios situacijos, programai skirtų lėšų kiekio. Programos vertinimas yra kaip sisteminga informacijos rinkimas apie programos, paslaugų, politikos ar procesų veiklą, charakteristikas ir rezultatus, kad būtų galima priimti sprendimus dėl programos/ proceso, pagerinti efektyvumą ir (arba) informuoti apie būsimą plėtrą. Pasaulio sveikatos apsaugos organizacija nustatė sveikatos stiprinimo veiklos vertinimo principus:

- Dalyvavimas (*Participation*);
- Įvairių metodų panaudojimas (*Multiple methods*);
- Gebėjimų stiprinimas (*Capacity building*);
- Tinkamumas (*Appropriateness*).

Dalyvavimas svarbiausias sveikatos skatinimo principas, nes tvarus sveikatos skatinimas gali pasikeisti tik tada, kai tikslinei grupei suteikta galimybė plėtoti nuosavybę, o atsakomybė labiau tikėtina, jei tikslinė grupė nuo pat pradžių aktyviai dalyvauja procesuose (Grabowski ir kt., 2017).

Įvairių metodų naudojimas padidina pasitikėjimą tyrimų rezultatais, mokslininkams padeda iširti paskirtą klausimą. Informacijos derinimas iš įvairių kiekybinių ir kokybinių šaltinių, gali įvertinti rezultatų nuoseklumą, o taip pat suteikti įrodymų apie procesų pokyčius. Gebėjimų stiprinimas – pagrindinė sveikatos skatinimo strategija. Ji apima sektorių tarpusavio ryšių palengvinimą ir bendruomenių, organizacijų bei asmenų įgūdžių lavinimą, siekiant gerinti sveikatą. Tinkamumas – sveikatos skatinimo programos vertinimas turėtų būti parengtas, kad atitiktų sudėtingą sveikatos skatinimo intervencijų pobūdį ir ilgalaikį poveikį. Sveikatos stiprinimo programų ir veiklos vertinimui neužtenka kiekybinių (epidemiologinių, medicinos, indukcinų) tyrimų. Žmonės gyvena veikiami daugelio veiksnių ir jų tarpusavio sąveikos, todėl daug dėmesio skiriama kokybiniams (socialinių mokslų, deduktiniams) tyrimo metodams, kurių tikslas yra konstatuoti bendrus duomenis apie reiškinį, remiantis pavieniais argumentais. Tuo tarpu, kiekybiniai arba indukciniai tyrimai konstatuoja bendruosius gamtos dėsnius ir teorijas, remdamiesi konkrečiau reiškinio stebėjimu (Javtokas, 2009).

Yra ciklinis ir nuolatinis ryšys tarp programos planavimo ir vertinimo. Įvairūs vertinimo (formavimo, proceso, poveikio, rezultatų) tipai reikalingi įvairiais programos planavimo ir įgyvendinimo etapais. Vertinimo veikla daug platesnė negu matavimas prieš ir po pokyčių dėl intervencijos. Jos apima konsultacijas su suinteresuotosiomis šalimis, poreikių vertinimą, prototipų kūrimą ir bandymus, rezultatų vertinimą, įgyvendinimo veiklos stebėseną ir programos veikimo vertinimą, jos privalumus ir trūkumus. Po įgyvendinimo suteikiama informacija apie būsimą programos planavimą ir tobulinimą (Lobo ir kt., 2014). Planavimo ir vertinimo ciklas pateikiamas paveiksle (žr. 3 pav.)



3 pav. Planavimo ir vertinimo ciklas.
Šaltinis: Project Management Institute, 2013.

Šis ciklinis požiūris į planavimą ir vertinimą ne visada akivaizdus praktikoje; atrodo, kad daugelis organizacijų laikosi linijinio požiūrio, dažnai vykdydamos planavimo ir vertinimo veiklą nepriklausomai ir proporcingai turimam finansavimui. Kiti mano, kad vertinimas – atitikties arba įrodymo priemonė, naudingesnė tiems, kurie prašo arba finansuoja programos vertinimą, negu programos vykdytojams (Project Management Institute, 2013).

Galima nustatyti keletą veiksnių, kurie daro įtaką ribotam programų vertinimui. Juos galima skirstyti į organizacinius, pajėgumų ir pritaikymo veiksnius:

Organizaciniai veiksniai – prarevencinių sveikatos programų finansavimas labai konkurencingas ir dažnai kenkia vertinimui ir jų kūrimui. Projektų finansavimas daro įtaką prevencinių sveikatos programų tvarumui, nes tai gali lemti jų įgyvendinimą (Hildebrand ir kt., 2012).

Pajėgumų veiksniai – sveikatos skatinimo programų vertinimas ypač svarbus, siekiant užkirsti kelią nenumatytam poveikiui, tačiau personalas, net ir asmenys, kuriantys sveikatos programas, negali gerai suprasti jų vertinimo. Vertinimas gali būti nepakankamas arba nėra planuojamas, nes duomenys ne visada atitinka įvertinti pageidaujamus vertinimo klausimus arba nėra gerai surinkti. Kai kurios aplinkybės gali prisidėti prie riboto vertinimo, pavyzdžiui, kai trūksta išteklių arba darbo jėgos nestabilumas, kai programa gauna nuolatinį finansavimą, nereikalaujant programos veiksmingumo įrodymų (Jolley, 2014).

Pritaikymo veiksniai – politinė įtaka taip pat turi svarbų vaidmenį, nes politikai gali reikalauti skubiai sukurti reikalingą programą, dėl visuomenei iškilusios sveikatos problemos, tačiau mažai galimybių įvertinti jos efektyvumą.

Programos vertinimą sudaro trys esminiai etapai: įgyvendinimo (proceso) vertinimas, veiksmingumo (rezultatų) vertinimas bei poveikio (efekto) vertinimas (Moscoso ir kt., 2012). Nustačius, kokia programos veikla turi būti vertinama pagal logikos modelį, galima pradėti nustatyti vertinimo tipus, kuriuos galima atlikti.

Programos įgyvendinimo (proceso) vertinimas. Planuojant programos veiklos (proceso) vertinimą, reikia nuspręsti, kokie rodikliai bus vertinami. Vertinant programos vykdymo eigą turi būti aprašytos visos vykdytos ir įgyvendintos programos priemonės, orientuojantis į jų kiekybinę išraišką, pavyzdžiui, renginių, dalyvių skaičių. Proceso vertinimui reikalinga informacija apie programos veiklos įgyvendinimą/ veikimą ir palyginima su anksčiau nustatytais veiklos kriterijais ir (arba) tikslais, kuriais siekiama nustatyti programų planavimo suderinamumo mastą. Parametrai gali apimti terminus, įdarbintus darbuotojus, programos apimtis, išlaidas ir personalo kompetencijas (Javtokas, 2009). Proceso vertinimas atliekamas, siekiant nustatyti kiek programa įgyvendinama pagal planą, apžvelgti įgyvendinimo kokybę (Understanding Program Evaluation, 2013). Kai vertinimo ištekliai riboti, galima įtraukti tik svarbiausius įgyvendinimo klausimus, pavyzdžiui,

- Atskaitomybės pervedimai: kai programos veikla negali pasiekti numatytų rezultatų, nebent kitas asmuo ar organizacija imtųsi tinkamų veiksmų.
- Numatomi programos veiklos rezultatai, mokymas, atvejų valdymas, konsultavimas, gali būti laikomi dalyvavimo ar įsikišimo ribiniu lygiu.
- Prieiga: kai numatomi rezultatai reikalauja ne tik didinti vartotojų paklausą, bet ir paslaugų pasiūlą. Proceso vertinimas gali apimti prieigos priemones.
- Darbuotojų kompetencija: numatomi rezultatai gerai suplanuotai programos veiklai, kurią vykdo techniškai kompetetingi darbuotojai, bet ir atitinkami tikslinei auditorijai (Cuffe ir kt., 2017).

Javtokas (2009) priduria, kad reikia pateikti informaciją apie dalyvių skaičių, amžių, lytį, išsilavinimą ir kitus sociodemografinius ir/ar būtinus rodiklius. Galima lyginti vertinimo procesą su renkama informacija apie programą, kuri mūsų dokumentuojama arba lyginama su grupe, dalyvaujančia programoje. Labai svarbus vertinimas programos vykdytojams arba dalyviams.

Veiksmingumo (rezultatų) vertinimas. Rezultatų vertinimai įvertina programos rezultatų seką. Galima išskirti trumpalaikius, tarpinius ir ilgalaikius rezultatus, arba proksimalius (arti intervencijos) arba distalinius (toli nuo intervencijos). Atsižvelgiant į programos raidos etapą ir įvertinimo tikslą, rezultatų vertinimai gali apimti kai kuriuos ar visus rezultatus sekoje, o taip pat:

- Žmogaus požiūrių ir įsitikinimų pokyčius;
- Rizikos ar apsauginio elgesio pokyčius;
- Aplinkos pokyčiai, įskaitant viešąją ir privačią politiką, formalus ir neformalus taisyklių vykdymas, socialinių normų ir kitų visuomeninių jėgų įtaką;
- Sergamumo ir mirtingumo tendencijų pokyčius (Tappero ir kt., 2017).

Rezultatų vertinimas parodo programos poveikį tikslinėje populiacijoje ir atskleidžia jos įgyvendinimo pažangą.

Programos poveikio (efekto) vertinimas. Understanding Program Evaluation (2013) nurodyta, kad šis vertinimas atskleidžia programos kokybę, pasiektus rezultatus ir poveikį. Šie vertinimai gali apimti: įgyvendintus ilgalaikius iniciatyvos/ programos tikslus; sveikatos ir ekonominių rezultatų pokyčius (veiksmingumą). Poveikio vertinime atskleidžiamas programos poveikis. Javtokas (2009) nurodo, kad efektyvumo vertinimui reikalinga informacija apie programos veiklą ir ją lygina su anksčiau nustatytais kriterijais/ tikslais, susijusiais su trumpalaikiu, vidutiniu ilgalaikiu veiklos poveikiu tikslinei grupei ar aplinkai, siekiant nustatyti suderinamumo mastą. Vertinant programos poveikį labai svarbu įvertinti taikytų programos priemonių kokybę ir tai galima pamatyti per poveikio grupių reakciją ir požiūrį, pavyzdžiui, priimtinumą, įsitraukimą, asmeninę naudą.

Apibendrinantys vertinimai – proceso efektyvumas ir efektyvumo vertinimas, atliktas po programos įgyvendinimo, siekiant nustatyti, ar ji turėtų būti tęsiama.

Nors profilaktikos (prevencijos) programos vertinimas iš esmės prisideda prie programos tęstinumo poreikio ir gairių nustatymo, tačiau kaip jau minėta, programos valdymui užtikrinti būtina visa sprendimų, priemonių ir išteklių visuma. Dažnai tai apspendžiama pagal konkrečios valstybės turimą potencialą įgyvendinti šias programas, todėl svarbu išanalizuoti, kokios yra gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos įgyvendinimo praktikos užsienio valstybėse.

1.3. Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos įgyvendinimo praktikos užsienio valstybėse

PSO nacionalinėje Vėžio kontrolės programų politikos ir strategijos gairėse (Pečiūra, Gurevičius, Jaunuskienė, 2015) nurodoma, jog kiekvienoje šalyje vėžio prevencija ir kontrolė turi būti vykdoma pagal šaliai prieinamus išteklius. Visos šalys yra klasifikuojamos į tris grupes: žemas, vidutines ir aukštas pajamas turinčios šalys (Anttila, Ronco, 2009). Lietuva, pagal ekonominį statusą yra priskiriama vidutinius išteklius turinčių šalių grupei. Pasaulyje taikomos gimdos kaklelio, krūties, prostatos ir storosios žarnos vėžio prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos rodo, kad galima mažinti mirštamumą nuo šių onkologinių ligų.

Gimdos kaklelio vėžio (toliau – GKV) prevencija – tai priemonių, padedančių išvengti vėžio ligos, visuma. Pirminė GKV profilaktika – šio vėžinio susirgimo priežasčių likvidavimas arba sumažinimas. Ne mažiau svarbus yra gimdos kaklelio organizuotas tyrimas (antrinė profilaktika), kurios užduotis – nustatyti invazinį vėžį ir užkirsti kelią jo vystymuisi. Periodiniai kliniškai sveikų moterų patikrinimai, atliekant citologinį gimdos kaklelio tepinėlio tyrimą, vakcinacija – efektyvus būdas mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo GKV, o tinkamo gydymo būdo parinkimas, optimali slauga, chemoprofilaktika – tai tretinė GKV profilaktika. Pasaulyje yra pripažintos trys ankstyvo gimdos kaklelio vėžio diagnostikos kompleksinio ištyrimo dalys: 1–2) kliniškinis gimdos kaklelio tyrimas per profilaktinius patikrinimus ar dalyvaujant skryningo (atrankos) programoje (atliekant onkocitologinį tyrimą); 3) moterų atranka tyrimams pagal rizikos faktorius susirgti gimdos kaklelio vėžiu. Europos vėžio kodekse ir įvairių šalių vėžio draugijų rekomendacijose nurodomos rizikos grupės, profilaktinių patikrinimų apimtis ir dažnumas (Anttila et al., 2009). Atrankinių patikrų nauda: sumažėja mirtingumas nuo vėžio; pailgėja paciento gyvenimo trukmė; anksti diagnozavus ligą galima skirti mažiau agresyvių gydymą; gyvenimo kokybė tampa geresnė – gydant ankstyvų stadijų naviką galima atlikti organą tausojančią operaciją; mažėja gydymo kaina. Atrankinių patikrų rizika: komplikacijos atliekant kai kuriuos tyrimus; bereikalingas išsamus sveikų pacientų, kurių tyrimų rezultatai klaidingai teigiami, tyrimas; pacientų, kurių tyrimo rezultatai klaidingai teigiami, stresas; nepagrįstas nusiramimas tais atvejais, kai buvo gauti klaidingi neigiami rezultatai;

berekalingas stresas asmenų, kurios diagnozuojamas mažai agresyvus ilgos eigos vėžys – tais atvejais gydymas neturi įtakos gyvenimo trukmei (Anttila ir kt., 2009).

Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programų orietavimas į valstybių gyventojų atitinkamo požiūrio formavimą ir kokybės užtikrinimą visais lygmenimis gali labai pagerinti atitinkamų paslaugų prieinamumą, veiksmingumą ir ekonominį efektyvumą. Tuo pačiu metu galima išvengti didelių nereikalingų atrankos patikrinimų skaičiaus, laikantis gimdos kaklelio vėžio patikros intervalo, rekomenduoto Europos gairėse. Dabartinės rekomendacijos ypač svarbios planuojant naujas gimdos kaklelio vėžio patikros programas Europoje. Skirtingose šalyse ir regionuose, turinčiuose įvairius išteklius ir bendrą sveikatos priežiūros infrastruktūrą, reikia įgyvendinti rekomenduojamus metodinius standartus atitinkančius sprendimus (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015).

Europoje gimdos kaklelio citologija – gimdos kaklelio vėžio prevencijos programų pagrindas, nors sparčiai vystosi naujos kitų atrankos technologijų perspektyvos. Kokybės užtikrinimas, veiklos stebėseną ir vertinimo principai metodologiniuose standartuose vienodai svarbūs gimdos kaklelio vėžio atrankai, remiantis kitais įmanomais metodais. Per trumpą ir vidutinį laikotarpį gimdos kaklelio vėžio pirmtakų tikrinimas ir aptinkamų pažeidimų valdymas išliks veiksmingiausia priemone gimdos kaklelio vėžio prevencijai Europoje (Arbyn ir kt., 2010). Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos kokybės užtikrinimo tikslas – užtikrinti, kad pastangos lemtų rezultatą, kuriam ji skirta. Tai ypač svarbu sudėtingoms sistemoms, pavyzdžiui, atrankos programoms, skirtoms sumažinti vėžio naštą gyventojams. Mergaitės ir galbūt berniukų skiepijimas ateityje prieš žmogaus papilomos viruso¹ (toliau – ŽPV) tipus, kurie sukelia apie 70% gimdos kaklelio vėžio, tapo papildoma gimdos kaklelio vėžio prevencijos galimybe, kurios pagrindinis poveikis atsiras per kelis dešimtmečius kai šiuo metu vakcinuotos mergaitės bus trisdešimties ir keturiasdešimties metų amžiaus. Be to, citologija nebėra vienintelis testas, tinkamas naudoti gimdos kaklelio vėžio atrankai ES (Bulten ir kt., 2011). Naujausia profilaktikos priemone, apsauganti moteris nuo ŽPV infekcijos poveikio, o kartu sumažina riziką susirgti gimdos kaklelio vėžiu, yra vakcina nuo ŽPV. Tarptautiniai klinikiniai tyrimai parodė, kad ir ŽPV vakcinoms moterims padeda išvengti priešvėžinių susirgimų (vakcinoms veiksmingumas 93–100 %) (Paavonen ir kt., 2009). ŽPV gali sukelti gimdos kaklelio premalignacinius ir piktybinius pakitimus, taip pat genitalijų karpas. Vakcinoms, nukreiptoms prieš svarbiausius ŽPV tipus, siekiant užkirsti kelią su virusais susijusioms ligoms. Jura ir kt. (2015) nurodo, kad sukurtos trys veiksmingos vakcinoms – dvivalentė vakcina (HPV2), apsauganti nuo 16 ir 18 ŽPV tipų; tetravalentinė vakcina (HPV4), apsauganti nuo 16, 18, 6 ir 11 tipų ir 9-

¹ *Žmogaus papilomos virusas* – lengvai lytiniu keliu plintanti liga, kuri dažniausiai (99,7 %) yra gimdos kaklelio vėžio priežastis, nors dauguma ŽPV infekuotų moterų šia liga ir nesuserga (Beaudenon, Huijbregtse, 2008; World Health Organization, 2019 a.).

valentinė vakcina (HPV9), apsauganti nuo 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ir 58 tipų. Forster ir Waller (2016) nurodo, kad buvo sukurta vakcina, apsauganti nuo devynių tipų ŽPV ir licencijuota vartoti Europos Sąjungoje. Ši vakcina apsaugo nuo penkių papildomų rizikos rūšių, kurios kartu su 16 ir 18 ŽPV sukelia apie 90% gimdos kaklelio vėžio (Herrero, González, Markowitz, 2015). Vakcina gali užkirsti kelią dar 4–18 proc. su ŽPV susijusių vėžio atvejų, palyginti su divalenciomis/kvadrivalentinėmis vakcinomis (Saraiya, Unger, Thompson, 2015). Vakcinuojant tiek divalentine vakcina (nuo 16/18 tipų ŽPV), tiek keturvalentine vakcina (nuo ŽPV 6/11/16/18 tipų) susidaro pakankamas imunitetas, kuris apsaugo nuo ŽPV infekcijos. Vakcina sušvirškčiama į raumenis – 3 injekcijos kas 6 mėnesius. Pastaruoju metu rekomenduojama rutininė 11–12 m. amžiaus mergaičių vakcinacija 3-mis keturvalentės ŽPV vakcinoms dozėmis. Kadangi ŽPV infekcija dažniausiai plinta tarp jaunų žmonių, ŽPV vakcinacija rekomenduojama vaikams prieš pradėdant lytinius santykius. Tėvai atlieka svarbų vaidmenį, įsisavinant ŽPV vakcinas (Newman ir kt., 2018). Čia svarbu pažymėti, kad ir šio magistro darbo autorės atliko empirinį mokinių informuotumo apie ŽPV tyrimą (žr. 3.2 poskyrį), kuris gali padėti nustatyti, kokios gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos jaunimo informuotumo trūkumai egzistuoja ir kur Lietuva galėtų dar pagerinti situaciją.

Manoma, kad apie 50 proc. visų piktybinių navikų būtų galima išvengti, jei būtų nuosekliai įgyvendinamos vėžio profilaktikos priemonės (Michailova, Kurtinaitis, 2009). Kai kuriose valstybėse įdiegus atrankinę patikrą dėl gimdos kaklelio vėžio ženkliai sumažėjo susirgimų šia liga skaičius. Gimdos kaklelio vėžys Kanadoje jau beveik neregistruojamas. Danijoje 1992 metais pradėjus vykdyti atrankinio tikrinimo programą, jau po trejų metų gimdos kaklelio vėžio atvejų diagnozuota 20 proc. mažiau. 1962 m. Suomija pirmoji įdiegė gimdos kaklelio vėžio patikros programą. Patirtis rodo, kad nacionalinės patikros programos gali būti labai veiksmingos. Po 14 metų, 1976-aisiais įrodyta, kad reguliariai tikrinamos moterys penkiskart rečiau sirgo gimdos kaklelio vėžiu negu netikrintos. Atrankinė patikra dėl gimdos kaklelio vėžio kai kuriose pasaulio šalyse (JAV, Suomijoje) vykdoma apie 40–30 metų. Ten sergamumas GKV ir mirtingumas nuo jo ženkliai sumažėjo 70–80 proc. (Kliučinskas ir kt., 2009).

2014 m. visose šiaurės Europos šalyse nuo 1960 m. profilaktinė gimdos kaklelio patikra buvo visuotinė arba įtraukė didesnę jos gyventojų dalį. Šalyse, kur buvo aktyvus organizuoti tyrimai sumažėjo sergamumas ir mirtingumas nuo šios ligos. Coleman ir kt. (2016) teigia, kad Islandijoje, kur buvo tirtos visų amžiaus grupių moterys (29–59 m.) ir organizuoto tyrimo apimtis siekė 100 %, mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio per 20 m. laikotarpį sumažėjo 80 %. Suomijoje ir Švedijoje, kur organizuotas tyrimas buvo mažesnės apimties – atitinkamai 50 % ir 34 %. Danijoje buvo patikrinta apie 40 % gyventojų, ir mirtingumas sumažėjo 25 %. Norvegijoje organizuoto tyrimo programa buvo inicijuota šios šalies sveikatos apsaugos ministerijos 1990 m. ir pradėta vykdyti tik

1995 m., todėl profilaktiškai tikrinta vos 5 % gyventojų, ir mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio sumažėjo tik 10 %.

Įvairūs veiksniai lemia atrankos programos įgyvendinimą, pavyzdžiui, kiekviename regione/ šalyje teikiamų sveikatos priežiūros lėšų suma, esama medicininė ir ekonominė infrastruktūra, visuomenės rizikos suvokimas ir tolerancija (Isidean ir kt., 2016). Basu ir kt. (2018), atlikę mokslinį tyrimą apie gimdos kaklelio vėžio atrankos įgyvendinimo būklę Europos Sąjungoje, atskleidė, kad nors per praėjusį dešimtmetį išryškėjo atrankos įgyvendinimo pažanga, o 2016 m. 22 valstybės narės įgyvendino, bandė ar planavo gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros programą arba parengė patikros programas, tik devynios iš 28 valstybių narių (t.y. Danija, Estija, Suomija, Latvija, Lenkija, Slovėnija, Švedija, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė) kartu su viena ES asocijuotąja šalimi (Norvegija) programą įgyvendino. Austrijoje, Bulgarijoje, Kipre, Vokietijoje, Graikijoje, Liuksemburge, Ispanijoje, Izraelyje ir Šveicarijoje gimdos kaklelio vėžio atrankos programa nėra organizuota, tačiau, nors šiems šalims trūksta minėtos atrankos programos, kai kurios iš jų turi programas su tam tikrais organizuotais elementais, daugiausia su šalies vyriausybės ir (arba) nacionalinių ginekologijos/ medicinos asociacijų rekomendacijomis. Anttila ir kt. (2015) teigia, kad visose Europos Sąjungos valstybėse narėse, išskyrus Bulgariją, Kiprą ir Liuksemburgą, egzistuoja įstatymų arba oficialios rekomendacijos nustatyta nacionalinė gimdos kaklelio vėžio patikros politika. Be šių trijų šalių, Austrijoje, Graikijoje ir Ispanijoje nėra jokios gyventojų patikrinimo programos.

Proma (2016) pateikia pavyzdį, kad Austrijoje 1970 m. buvo sukurta oportunistinė ², nacionalinė programa, skirta tirti gimdos kaklelio vėžio prevencijai. Programa išliko oportunistinė ir laisvai struktūrizuojama pagal Austrijos medicinos asociacijų rekomendacijas, o išlaidos padengiamos sveikatos draudimu. Kaip teigia Jelastopulu ir kt. (2013), Graikijoje taip pat buvo sukurta keletas regioninių gimdos kaklelio vėžio atrankos programų, taip pat stengtasi sukurti nacionalinę gimdos kaklelio vėžio atrankos programą, tačiau dėl finansinės krizės nebuvo įgyvendinta. Ispanijoje nacionalinė sveikatos sistema teikia visuotinę visuomenės sveikatos priežiūrą, kurią savarankiškai administruoja 17 autonominių regionų. Katalonijos autonominiame regione gimdos kaklelio vėžio atranka – oportunistinė. Dabartinės gairės rekomenduoja, kad 25–65 m. merginos būtų tiriamos dėl gimdos kaklelio vėžio. Manoma, kad Katalonijos visuomenės sveikatos sistema apima apie 40 % tikslinės grupės, o privačių paslaugų teikėjai – dar 30%. Katalonų sveikatos departamentas įsteigė darbo komitetą, kad parengtų naują ŽPV atrankos metodo protokolą. Nuo 2008 m. į vakcinacijos kalendorių įtraukta 11–12 metų amžiaus mergaičių skiepavimo mokykloje programa (Diaz ir kt., 2018).

² *Oportunistinė* – programa vykdoma pagal galimybes (moteris kreipiasi į gydytoją pagal galimybes). Oportunistinė atrankinė patikra yra ne sistemiškai taikomi patikros testai rutininės apžiūros laiku (World Health Organization, 2007).

Izraelyje rekomenduojama ir visiškai taikoma nacionalinio sveikatos draudimo įstatymo patikra, o šios valstybės ginekologijos draugija rekomenduoja praplėsti atrankos amžių nuo 35–54 iki 25–65 m. (Wymann ir kt., 2016). Panaši situacija pastebima Šveicarijoje, kur rekomendacijas siūlo Šveicarijos ginekologų draugija, o gimdos kaklelio vėžio testavimas apdraustas sveikatos draudimu (Wymann ir kt., 2018). 1962 m. Liuksemburge pradėta vykdyti nacionalinė gimdos kaklelio vėžio atrankos programa, o šiuo metu ji yra oportunistinė, kurią valdo viena nacionalinė citologijos laboratorija (Latsuzbaia ir kt., 2017). Ispanijoje gimdos kaklelio vėžio patikrinimas vyksta nacionaliniu lygmeniu ir yra oportunistinis, o skirtinguose regionuose pateiktos skirtingos patikros rekomendacijos. Be to, kai kurie regionai turi savo pačių gyventojų programas. Kelios mokslinės Ispanijos bendruomenės rekomenduoja įgyvendinti organizuotą atrankos programą su pirminiu gimdos kaklelio patikrinimu (Marzo-Castillejo ir kt., 2016). Lichtenšteinas turi oportunistinį gimdos kaklelio vėžio tyrimą; vyriausybė kviečia moteris, tačiau turi neišsamią statistiką apie jų dalyvavimą (Májek ir kt., 2018).

Pasak Anttila ir Ronco (2009), kai kurios Europos Sąjungos šalys, kuriose vis dar trūksta organizuotų nacionalinių atrankos programų, bandė įgyvendinti nacionalines ir (arba) regionines atrankos programas. 2009 m. Bulgarija inicijavo „Stop and Get Checked“ vėžio patikrinimo programą, kuri baigėsi 2014 m. Papapetrou ir kt. (2016) nurodo, kad Kipre sveikatos apsaugos ministerija, Medicinos ir visuomenės sveikatos departamentas 2008 m. paskyrė laikinąjį komitetą, siekiant 2009 m. įgyvendinti nacionalinę gimdos kaklelio vėžio tyrimo programą, tačiau programa nebuvo įgyvendinta, o patikrinimas šiuo metu oportunistinis. Nepaisant to, 2012 m. buvo pradėta regioninė piliečių atrankos programa, kurią organizavo privati moterų organizacija, bendradarbiaudama su vyriausybės sveikatos priežiūros tarnybomis, ir Sveikatos apsaugos ministerijos parama, ir ji vis dar vyksta. Slovakija inicijavo gimdos kaklelio vėžio atrankos planavimą, nors dar neįgyvendino (Karsa ir kt., 2015).

2013 m. Vokietijos vėžio atrankos ir registravimo įstatymas sukūrė teisinę sistemą, kad dabartinė oportunistinė gimdos kaklelio vėžio tyrimo programa būtų organizuota, populiacijai pagrįsta programa, ir planavo organizuoti organizuotą gyventojų gimdos kaklelio vėžio atrankos programą ir ją įgyvendinti iki 2018 metų (Hillemanns, 2016), tačiau tai iki šiol nėra įgyvendinta. Belgijos flamandų regione atrankos programa buvo sukurta 2013 m. ir pakviesta dalyvauti 25–64 m. amžiaus moterims. Prancūzijoje, nepaisant organizuotų gyventojų programų, pirmiausiai būdingas oportunistinis patikrinimas. 2010 m. paskelbtos nacionalinės gairės dėl gimdos kaklelio vėžio atrankos programos inicijavimo ir tikimasi, kad jos bus įgyvendintos iki 2018 m. (Hamers, Dupont, Beltzer, 2018). Turkijoje yra tiek organizuotos, tiek oportunistinės programos, tačiau oportunistinis požiūris taikomas aukštesniame lygmenyje. 2004 m. įgyvendinta organizuota atrankos programa pasižymėjo maža apimtimi ir 2014 m. buvo pertvarkyta taip, kad apimtų pirminius ŽPV tyrimus,

taip pat aptartas papildomas ŽPV skiepijimas (Karasu ir kt., 2019). Belgija, Kroatija, Čekija, Prancūzija, Vengrija, Airija, Italija, Lietuva, Portugalija ir Rumunija vis dar vykdo gimdos kaklelio vėžio tyrimo programą (Karsa ir kt., 2015).

Suomija ir Švedija gimdos kaklelio vėžio tyrimų programos įgyvendinamos ilgiausiai. Čekija ir Slovėnija nurodo programos taikymą ilgesniam amžiui – rekomenduojamas amžius nuo 25 arba 30 iki 64 metų arba 69 metų. Estijoje gyventojų atrankos programose priimtas trumpesnis tikslinis amžius. Kai kuriose Danijos, Suomijos, Italijos ir Švedijos programose siūlomas HPV testas, kaip pirminis atrankos testas. Rumunija, Malta ir Portugalija gimdos kaklelio vėžio programos vyksta ŽPV pagrindu ir paprastai prasideda vėlesniame amžiuje negu citologijos pagrindu atliekamos populiacijos atrankos programos (Karsa ir kt., 2015).

Daugelis šalių turi viešai finansuojamas gyventojų atrankos programas, kuriose atrankos testai teikiami nemokamai. Šalys, turinčios gyventojų registrą per jį siunčia rašytinį kvietimą atitinkančioms moterims, išskyrus Lietuvą, Portugaliją ir Rumuniją. Šiose šalyse patikrinimo kvietimai siunčiami per pirminę sveikatos priežiūros centrą arba per bendrosios praktikos gydytojus (Arbyn ir kt., 2010). Arbyn ir kt. (2012) priduria, kad Čekijos Respublikoje kvietimus siunčia sveikatos draudimo bendrovės, kurios tvarko asmenų atrankos istoriją. Atkreipiamas dėmesys, kad šalyse, kviečiančiose tik spontaniškai nedalyvaujančias moteris, atsakymų rodikliai mažesni negu šalyse, kviečiančiose visas moteris iš tikslinės amžiaus grupės, nes ankstesnėse programose daugiausia dėmesio skiriama sunkiau pasiekiamoms moterims. Pasak Elfström ir kt. (2015) Kroatijoje, Čekijos Respublikoje ir Lenkijoje trūksta ryšių su vėžio registru net tarp šalių, kuriose atrankos registras. Pasirašytas informuotas sutikimas gimdos kaklelio vėžio atranka reikalinga Airijoje, Lietuvoje, Nyderlanduose, Lenkijoje ir Portugalijoje. Likusios šalys gauna tik žodinį sutikimą prieš atliekant tyrimus.

Danijoje atrankos registras – nacionalinio patologijos registro dalis, registrų sąsaja įmanoma, tačiau gali reikėti sveikatos priežiūros institucijų leidimo, kai naudojami asmeniniai identifikatoriai arba pasiekiami paciento įrašai (Dugue ir kt., 2012). Anglijoje sveikatos ir socialinės apsaugos įstatymas leidžia susieti asmens duomenų be atitinkamo paciento sutikimo atitinkamiems tikslams, su sąlyga, kad bus patvirtinta oficiali paraiška nacionalinei konfidencialumo patariamajai grupei. Nacionalinių invazinių gimdos kaklelio vėžio auditų ataskaitos reguliariai skelbiamos (Sasieni, Castanon, 2014). Suomijoje leidžiama jungtis, tačiau visuomet reikalingas oficialus leidimas, ir tai galima atlikti tik mokslinių tyrimų tikslais, pvz. organizuoto atrankos efektyvumo vertinimui (Lonnberg ir kt., 2013). Italijoje prašoma sutikimo iš visų dalyvaujančių moterų ir kuriama nacionalinė duomenų saugykla. Siekiant įvertinti organizuotos atrankos programos poveikį, atlikti keli tyrimai. Latvijoje ligų prevencijos ir kontrolės centras kiekvienais metais analizuoja naujų gimdos kaklelio vėžio atvejų atrankos istoriją. Maltoje tikrinimo registras reguliariai atnaujinama vėžio

registra, kurį tvarko sveikatos informacijos ir tyrimų direktoratas. Norvegijoje stebėsenos ir kokybės užtikrinimo tikslais leidžiama naudoti atskirus įrašus. Škotijoje duomenys pateikiami per unikalų paciento identifikatorių, pavyzdžiui, tyrimui, susijusiam su gimdos kaklelio vėžio prevencine programa. Švedijoje mokslinių tyrimų tikslais duomenys gali būti susieti tarp registru, bet turi būti anonimiškai pristatomi mokslininkai. Duomenys naudojami, pavyzdžiui, atlikti nacionalinius gimdos kaklelio vėžio atvejų auditus (Sasieni, Castanon, Beer, 2013).

Keletas Europos šalių (Italija, Nyderlandai, Švedija) integravo integravo žmogaus papildomo viruso tyrimus į gimdos kaklelio vėžio prevencijos programas. Suomija, Vokietija, Jungtinė Karalystė, Norvegija ir Turkija pirminį patikrinimą dėl ŽPV regioniniu ar nacionaliniu lygmeniu. Reikėtų atkreipti dėmesį, kad Norvegijoje vyksta regioninė bandomoji ŽPV pirminių bandymų programa, o Suomijoje, kai kuriuose regionuose įgyvendinamas pirminis ŽPV patikrinimas (Malila ir kt. 2013). Prancūzijoje pirminiai ŽPV tyrimai atlikti regioninėse bandomosiose programose (Barré ir kt., 2017).

Nuo 2008 m. daugelyje Europos Sąjungos valstybėse įdiegta mergaičių ŽPV vakcinacijos programos. Austrija – pirmoji šalis Europoje, kuri 2006 m. įdiegė ŽPV vakcinacijos programą (Audisio ir kt., 2016). Europoje ŽPV vakcina įvesta nuo 2007 metų:

- 2007 m. – Belgijoje, Prancūzijoje, Prancūzijoje Vokietijoje;
- 2008 m. – Graikijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Italijoje, Rumunijoje, Ispanijoje Šveicarijoje;
- 2009 m. – Danijoje, Norvegijoje, Portugalijoje, San Marine, Makedonijoje ir Jungtinėje Karalystėje;
- 2010 m. Rytų Europa, Makedonija, Slovėnija ir Latvija nusprendė finansuoti ŽPV skiepijimo programas, o vėliausiai prisijungė Švedija ir Airija (Bonanni ir kt. 2011).

Škotijoje aprėptis siekė 92 %, o panašios normos – Jungtinėje Karalystėje ir Ispanijos regionuose. ŽPV vakcinacijos aprėptis didesnė tarp pagyvenusių žmonių grupių. Vyresnio amžiaus žmonėms yra rekomenduojama skiepytis mokama vakcina, jei nepatenkama į nemokamo vakcinavimo amžiaus ribas (kurios šalyse svyruoja nuo 9 iki 17 metų amžiaus, o kai kuriose šalyse iki 26 metų amžiaus). Italijoje skiepijimo programos išduodamos regioniniu lygmeniu per vietinius sveikatos centrus tiesioginiu kvietimu. Visuose Italijos regionuose 12 metų amžiaus mergaitėms vakcinacijos teikiamos nemokamai. Mergaičių vakcinavimas su neorentine vakcina labai sumažina gimdos kaklelio vėžio tikimybę. (Ang ir kt., 2010). Danijos, Prancūzijos, Vokietijos, Italijos, Ispanijos, Nyderlandų ir Jungtinės Karalystės, Austrijos vyriausybė įtraukė vakciną į viešai finansuojamas imunizacijos programas kaip prevencinę priemonę prieš gimdos kaklelio vėžį (Graham, Mishra, 2011). Italijoje nuo 2008 m. buvo įgyvendinta nacionalinė ŽPV vakcinacijos programa 12 metų amžiaus mergaitėms. Kai kurie regionai išplėtė laisvą vienos ar kelių vyresnių grupių (16 metų, 18

metų ar 25 metų amžiaus moterų) vakcinaciją, o beveik visi regionai jaunesnėms nei 26 metų moterims pasiūlė mažesnę kainą (Italian Ministry of Health, 2012). Daugelyje pietinių regionų, įskaitant Apuliją, jau seniai pagrįsta spontaniškas patikrinimas dėl gimdos kaklelio vėžio. 2007 m. liepos mėn. Bario provincijoje pradėta organizuota atrankos programa, kuri nuo 2008 m. iki 2010 m. palaipsniui išplėsta į likusį Apulijos regioną. Visuotinė ŽPV vakcinacija 12 metų amžiaus mergaitėms ir yra nemokama (Istituto Superiore di Sanità, 2016).

2 lentelė

Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos įgyvendinimo patirtys įvairiose šalyse

Šalis	Organizuota atranka	Atsakinga(-os) institucija (-os)	Finansavimo modelis	ŽPV vakcinacija	Gimdos kaklelio vėžio paplitimas 2018 metais ³	Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 2018 metais ⁴
Anglija	Organizuota	Nacionalinė sveikatos tarnyba	Taip	Viešai finansuojama	10,3-14,7	<2,2
Austrija	Oportunistinė	Sveikatos apsaugos ir šeimos ministerija	Taip	Viešai finansuojama	6,5-10,3	<2,2
Danija	Organizuota	Nacionalinė sveikatos taryba, Sveikatos apsaugos departamentas	Taip	Viešai finansuojama	14,7-20,2	2,2-4,4
Prancūzija	Oportunistinė	Sveikatos apsaugos įgaliotoji institucija	Taip	Viešai finansuojama	10,3-14,7	2,2-4,4
Ispanija	Oportunistinė	Sveikatos apsaugos ir vartotojų reikalų ministerija	Taip	Viešai finansuojama	6,5-10,3	<2,2
Italija	Organizuota	Sveikatos apsaugos ministerija	Taip	Viešai finansuojama	10,3-14,7	<2,2
Lietuva	Organizuota	LR Sveikatos apsaugos ministerija	Taip	Viešai finansuojama	20,2-28,4	7,1-11,0
Norvegija	Organizuota	Sveikatos ministerija	Taip	Viešai finansuojama	10,3-14,7	<2,2
Suomija	Organizuota	Sveikatos ir socialinių reikalų ministerija	Taip	Viešai finansuojama	<6,5	<2,2
Vokietija	Oportunistinė	Vokietijos pacientų saugos koalicija	Taip	Viešai finansuojama	10,3-14,7	<2,2

Šaltinis: sudaryta darbo autorių, remiantis poskyryje minėtų šaltinių analize; statistikos duomenys – WHO 2018.

³ Standartizuotas Europos Sąjungos rodiklis 100,000 per metus.

⁴ Standartizuotas Europos Sąjungos rodiklis 100,000 per metus.

Kitų šalių patirtis rodo, kad mirtingumą nuo gimdos kaklelio vėžio galima sumažinti, atliekant atrankinius moterų sveikatos būklės patikrinimus ir efektyviai koreguojant rastus pakitimus. Musa ir kt. (2017) nurodo, kad nors vis dar stengiamasi didinti ŽPV vakcinavimą pirminės gimdos kaklelio vėžio prevencijai, ankstyvas gimdos kaklelio pažeidimų nustatymas, atliekant atranką išlieka svarbia sveikatos priežiūros paslaugų intervencija, siekiant sumažinti gimdos kaklelio vėžio paplitimą ir mirtingumą, ypač tose valstybėse kur vakcinacijos aprėptis prasta. Lyginant su išsivysčiusiomis šalimis, turinčiomis gerai organizuotas gimdos kaklelio vėžio patikros programas, sumažinusiomis gimdos kaklelio vėžio paplitimą ir mirtingumą, besivystančiose šalyse skiepijama prastai ir yra organizuotų gimdos kaklelio vėžio tyrimų programų trūkumas (Allemani ir kt., 2015). Gimdos kaklelio vėžys išlieka didžiulė našta besivystančiose šalyse, kuriose gimdos kaklelio vėžio patikros rodikliai maži, svyruojantys nuo 6 iki 8% (Idowu ir kt., 2016).

Pasak Lynn ir kt. (2017), svarbu šeimos gydytojais, turėtų bendrą teigiamą požiūrį į vykstančią gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą, motyvuotų moteris aktyviai rūpintis savo sveikata ir dalyvauti vykdomoje programoje.

Išsivysčiusiose šalyse jau keturis dešimtmečius (Palència ir kt., 2010), o Lietuvoje 12 metų vykdomos specialios atrankinio gyventojų sveikatos tikrinimo programos, siekiant atrinkti, nustatyti asmenis, turinčius ikinavikinių pokyčių ar ankstyvąjį, dar nesukeliantį juntamų simptomų vėžį. Būtina užtikrinti, kad ši prevencijos programa vyktų sklandžiai ir pasiektų numatytų tikslų. Tačiau būtina akcentuoti, kad įvairių Europos šalių patirtis įgyvendinant gimdos kaklelio vėžio prevencijos programas skiriasi (žr. 2 lent.). Minėtos išsivysčiusios šalys yra apsisprendusios dėl atitinkamų programų vykdymo teisinio reglamentavimo, masto, periodiškumo, finansavimo schemų ir vykdančių struktūrų. Kaip rodo analizė tik šalys, kurios vykdo organizuotas atrankas (patikrinimus) pasiekia užsibrėžtą gimdos kaklelio vėžio prevencijos tikslų ir teigiamo poveikio visuomenei.

Okologinių ligų profilaktikos programų valdymas pasižymi sudėtingumu, kompleksiskumu, įvairių veikėjų įtraukimu ir nuolatinio monitoringu. Tokių programų valdymui būtina užtikrinti atitinkamus procesus kaip planavimas, organizavimas, aprūpinimas ištekliais, finansavimas, kontrolė. Todėl šio magistro darbo empirinio tyrimo metu siekiama nustatyti, kaip valdoma gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa Lietuvoje, kaip ji paveikia visuomenę ir kokie iššūkiai šios programos įgyvendinimui egzistuoja.

II. GIMDOS KAKLELIO VĒŽIO PREVENCIJOS PROGRAMOS VALDYMO TYRIMO METODOLOGIJA

2.1. Tyrimo metodologinis pagrindimas

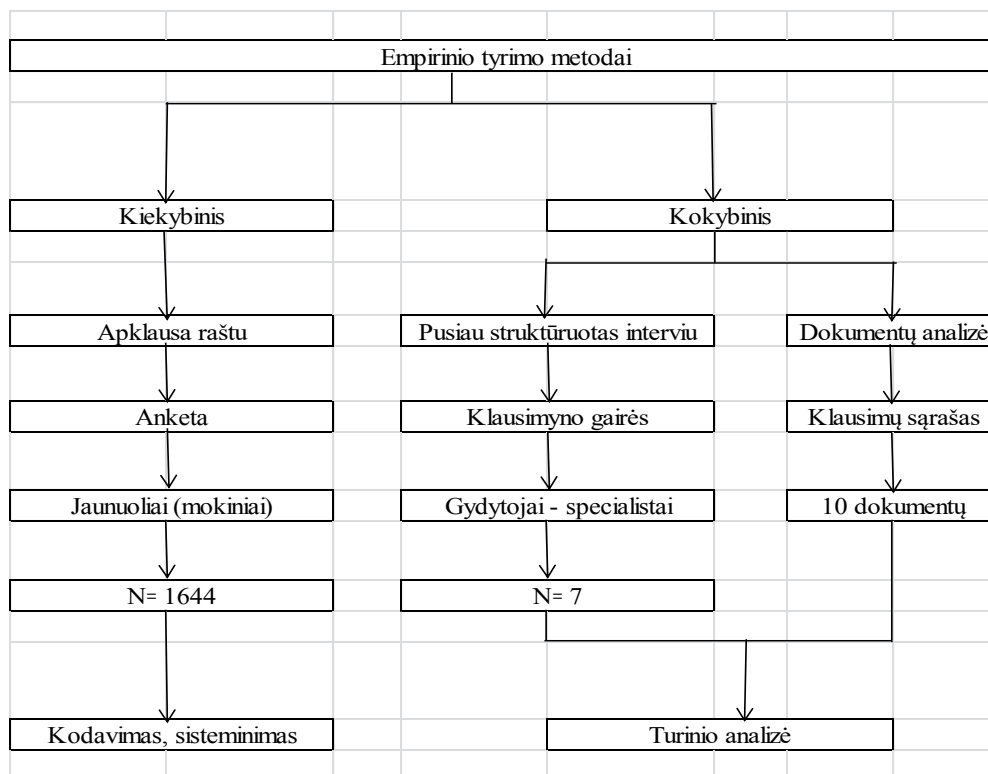
Moksliniais tyrimais nustatyta organizuotų gimdos kaklelio prevencijos programos nauda. Ši programa turi būti teikiama organizuotai, nes pagrindinis neorganizuotos patikros programos trūkumas yra mažas pasitikrinusių moterų skaičius (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015). Norint išsiaiškinti gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo problematiką Lietuvoje reikalinga ne tik gydytojų-specialistų nuomonė, tačiau ir jaunimo (tikslinės rizikos grupės) nuomonė apie jų informuotumą žmogaus papilomo viruso klausimu.

Empirinio tyrimo tikslas – atskleisti gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo ypatumus.

Empirinio tyrimo uždaviniai:

1. Atskleidus jaunimo (mokinių) informuotumo apie gimdos kaklelio vėžio prevenciją (žmogaus papilomo virusą, jo galimas pasekmes ir prevencijos paslaugas) situaciją, identifikuoti programų valdymo trūkumus.
2. Išanalizavus ekspertų požiūrį į gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymą Lietuvoje, identifikuoti programos valdymo tobulinimo galimybes.

Tyrimo loginė schema pateikta 4 paveiksle.



4 pav. Empirinio tyrimo metodų pagrindimas

Šaltinis: sudaryta darbo autorių.

Šiame darbe naudojama kokybinė ir kiekybinė prieiga. Tyrimui pasirinkti du pagrindiniai metodai – anklausa raštu (anketavimas) ir apklausa žodžiu (pusiau struktūruotas interviu). Kiekybinio tyrimo metu buvo apklausiami jaunuoliai apie ŽPV, kokybinio tyrimo metu informantai buvo klausiami apie gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą. Dar papildomai buvo analizuojami dokumentai susiję su šia prevencine programa.

2.2. Kiekybinio tyrimo metodai ir organizavimas

Kiekybinė prieiga. Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymo analizei taikytas apklausos raštu metodas. Kadangi žmogaus papilomos virusas labiausiai paveikia jaunus žmones (žr. 1.3 skyrių), apklausos metu siekta išsiaiškinti, kiek jaunimas turi žinių apie ŽPV, jo poveikį, prevencijos programą, paslaugas ir jų prieinamumą.

Baigiamojo darbo tyrimui atlikti buvo pasirinktas socialinių ir elgsenos mokslų metodas, kuris yra vienas iš populiariausių. ***Apklauskos raštu metodas (anketavimas)*** taikytinas, kuomet norima pasiekti didelę respondentų grupę. Atsižvelgiant į tiriamos imties dydį, sveikatos apsaugos paslaugų (prevencijos programos paslaugų) gavėjų informuotumo apie paslaugas ir jų prieinamumą vertinimui apklausos raštu metodas yra tinkamas. Apklausos metu buvo tiriamas mokinių informuotumas apie ŽPV. Šis metodas turi ir trūkumą – reaktyvumą. Apklausos metodas pasirinktas todėl, kad jį paprasta ir pigu atlikti, galima greitai surinkti daug duomenų, didelis anonimiškumo laipsnis, lengva analizuoti duomenis (Žydzžiūnaitė, 2006 ir kt.). Tyrimo metu anketoje atsakymai pildomi raštu, todėl vadinama anketavimu, o klausimų tekstas yra anketa.

Šiame magistro darbe pristatomas empirinis tyrimas yra didesnio mokslinio tyrimo, atliekamo visoje Lietuvoje, dalis. Mokslinis tyrimas „Lietuvos didžiųjų miestų bei rajonų 11–12 klasių moksleivių žinios apie žmogaus papilomos virusą bei minėtų moksleivių lytinė elgsena“, vadovaujamas dr. Kristinos Jarienės (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas) vykdomas 2017 – 02 iki 2017 - 06. Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio miestuose ir rajonuose. Tyrimo tikslas – įvertinti Lietuvos didžiųjų miestų bei rajonų 11–12 klasių moksleivių žinias apie žmogaus papilomos virusą bei minėtų moksleivių lytinę elgseną. Tyrimo imtis – 9393 moksleiviai. Daliniai tyrimo rezultatai jau publikuoti: Aišporaitė, E., Siratavičienė, A., Petrušaitė, A., Jarienė, K., Minkauskienė, M. (2015). Kauno miesto 11-12 klasių moksleivių žinios apie žmogaus papilomos virusą. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 18(2), 98-103. Šio magistro darbo autorės gavo tyrimo vadovo sutikimą (patvirtinantį leidimą) rinkti duomenis Šiaulių mieste ir rajone, naudoti tyrimo instrumentą ir naudoti surinktus duomenis rengiant magistro darbą (žr. 6 priedą).

Apklauskos raštu instrumentas – anketa. Apklausos anketa – tai duomenų surinkimo priemonė. Svarbu, kad ši priemonė būtų validi bei patikima (Wong ir kt., 2012). Magistro darbo autorės, kaip jau ir minėta, gavo Lietuvoje atliekamo mokslinio tyrimo vadovo sutikimą naudoti

tyrimo instrumentą (anketą) rengiant kiekybinius duomenis (žr. 6 priedą). Svarbu pažymėti, kad sudarant anketą jos autoriai vadovavosi bendraisiais anketos sudarymo principais (Tijūnėlienė, Virbalienė, 2006, p. 91):

- *Turinys* turi apimti tiek informacijos, kiek jos reikia problemai išspręsti, o jos klausimynas yra dėkinga ir patogi diagnostinės informacijos rinkimo priemonė, padedanti nustatyti socialinių reiškinių ypatumus.

- Apklausoje raštu lemiami veiksniai yra *klausimų formuluotės*. Kad būtų gauta kokybiška informacija, klausimai turi būti tinkamai suformuluoti. Anketos klausimai parengti vadovaujantis šiais kriterijais:

- Daugiausiai anketos klausimų sudaryti su galimais atsakymo variantais, kad tiriamieji norėtų atsakyti į visus anketos klausimus;
- Sudaryti klausimai ir galimi atsakymų variantai gerai visiems suprantami ir pateikti taisyklinga kalba;
- Anketoje suformuluoti klausimai be išankstinio nusistatymo;
- Buvo vengta sudaryti tokius klausimus, kurie yra abstraktūs, tiesmuki ar primityvūs;
- Anketoje klausimai ir galimi atsakymų variantai sudaryti neįžeidžiant respondentų;
- Aiškūs ir trumpi atsakymai;
- Anketa sudaryta iš 2 lapų, kad nebūtų respondentams per ilga ir monotoniškai nesikartotų panašūs klausimai.
- Klausimai pateikti nesiekiant, kad respondantai atsakytų pagal autorių norus ar viešos nuomonės standartus.

- Svarbus anketos komponentas – jos *patrauklumas*. Nuo anketos patrauklumo gali priklausyti respondentų atsakymų betarpiškumas, informuotumas ir kokybė.

Tyrimo instrumentą (anketą) sudarė keturios klausimų grupės: demografiniai duomenys, informuotumas apie ŽPV, apie vakcinas, lytinę elgseną (paskutinis klausimų blokas įtrauktas siekiant nustatyti rizikos lygį) (žr. 2 priedą). Detali anketos koncepcija pateikta lentelėje (žr. 3 lent.). Pirmasis tyrimo anketos blokas skirtas mokinių demografiniams duomenims identifikuoti. Visi šie duomenys yra būtini išsamiai analizei atlikti, kadangi reikalavimai paslaugų prieinamumui yra skirtingi tarp įvairių gyventojų grupių ir keičiasi priklausomai nuo demografinių duomenų (Kairys ir kt., 2004, p. 179). Antrasis tyrimo instrumento blokas skirtas bendrai informacijai apie respondentų informuotumą apie ŽPV, kiek domisi ir kaip supranta šią ligą moksleiviai. Trečiajame tyrimo bloke aiškinamasi respondentų informuotumas apie žmogaus papilomos viruso vakcinavimą.

Ketvirtas klausimų blokas suskirstytas į tris mažesnius blokus, siekiant išsiaiškinti mokinių lytinius santykius, kontraceptinių priemonių naudojimą ir bendrai informaciją apie lytinį gyvenimą, siekiant identifikuoti jų riziką susirgti gimdos kaklelio vėžiu.

3 lentelė

Anketos, skirtos mokinių apklausai, pagrindimas

Klausimų blokai		Klausimų kiekis	Klausimai
Demografiniai duomenys		1-7 klausimai.	Lytis, amžius, klasė, motinos ir tėvo išsilavinimas, šeimos sudėtis, brolių/seserų ar įbrolių/įseserių skaičius.
Respondentų žinios apie žmogaus papilomos virusą		8-14 ir 21-22 klausimai.	Ar esate girdėję apie žmogaus papilomos virusą, ar žinote kas yra ŽPV, iš kur gaunate informaciją apie ŽPV, ar manote kad šis virusas pavojingas, kaip užsikrečiama ir kas gali platinti, ką sukelia ŽPV, ar norėtumėte gauti daugiau informacijos apie ŽPV ir iš ko norėtumėte gauti.
Respondentų informuotumas apie žmogaus papilomos viruso vakcinavimą		15-20 klausimai.	Ar esate girdėję apie vakciną nuo ŽPV, šios vakcinos tikslas, iš kur sužinojote apie ŽPV vakciną, ar esate pasiskiepiję, ar norėtumėte pasiskiepyti, kokiame amžiuje reikėtų skiepytis.
Respondentų lytinė elgsena	Respondentų lytiniai santykiai	24-29 ir 32 klausimai.	Ar turėjote lytinių santykių; kokio amžiaus buvote, kai patyrėte pirmuosius lytinius santykius ir ar buvo planuoti iš anksto; kieno iniciatyva įvyko pirmieji lytiniai santykiai; kas juos paskatino, kiek partnerių turėjote.
	Kontraceptinių priemonių naudojimas	30-34 klausimai, išskyrus 32 klausimas.	Ar naudojote kontraceptines priemones per pirmuosius lytinius santykius; jei taip, kokias priemones; ar naudojate kontraceptines priemones per vėlesnius lytinius santykius ir kokias priemones.
	Informacija apie lytinį gyvenimą	35-37 klausimai.	Iš kur gaunate informacijos apie lytinį gyvenimą, apsisaugojimą nuo lytiškai plintančių ligų, nėštumo prevenciją; ar kalbatės su tėvais; ar patys tėvai pradeda pokalbį apie lytinį gyvenimą.

Šaltinis: sudaryta darbo autorių.

Mokslininkų teigimu (Kardelis, 2007; Denscombe, 2007; Bitinas ir kt. 2008 ir kt.), svarbiausios matavimo charakteristikos reikalingos empirinio kiekybinio tyrimo metodui yra šios:

- *Validumas* – aiškinamasi tai kas yra įvardinta ir matuojama. Tiriama mokinių informuotumo raiška.
- *Reliabilumas (patikimumas)* – reiškinio tikslumo laipsnis. Respondentai galėjo dalyvauti nepriklausomai nuo lyties, tačiau turėjo mokintis 11 ar 12 klasėje.
- *Objektyvumas* – rezultatai patikimi, nes darbo autorius nedarė jokios įtakos gautiems tyrimų rezultatams;
- *Reprezentatyvumas* – apskaičiavus tiriamųjų imties dydį, rezultatuose atsispindės 11 ir 12 klasių mokinių žinios apie ŽPV.

Magistro darbo autorės, atlikdamos empirinį apklausos raštu tyrimą (anketavimą) Šiaulių mieste ir rajone laikėsi šių kiekybinio tyrimo charakteristikų.

Apklausos raštu imtis. Siekiant tyrimo tikslo, apklausos raštu metodu numatyta apklausti mokinius. Tyrimo respondentai pasirinkti kriterinės atrankos metodu, kai tyrimo imties vienetai atrenkami pagal tam tikrą tyrėjo nustatytą kriterijų (Bitinas ir kt., 2008).

Kaip jau minėta, šis empirinis tyrimas yra didesnio tyrimo dalis. Visa tyrimo imtis – 9393 moksleiviai. Tuo tarpu, kokia turėtų būti imtis, reprezentuojanti Šiaulių miestą ir regioną, lėmė darbo autorių pasirinkta metodika.

Respondentai buvo pasirinkti neatsitiktinai, todėl tyrimų imtis yra netikimybinė. Tyrimo imties atrankai taikytas geografinis kriterijus. Dėl palankiai susiklosčiusių aplinkybių tyrimui atlikti pasirinktas Šiaulių miestas ir rajonas. Taigi, kiekybinio tyrimo populiacija – Šiaulių mieste ir rajone besimokantys vidurinių klasių mokiniai nuo 16 metų amžiaus, 11 ir 12 klasių mokiniai.

Reikalingų apklausti respondentų skaičiui nustatyti taikoma Panioto formulė (Bilevičienė, Jonušauskas, 2011):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}, \quad (1)$$

Čia: Δ – atrankos paklaida; N – tiriamos visumos dydis; n – imties dydis.

Empirinėje dalyje nustatytas tiriamųjų imties dydis yra labai svarbus, nes nuo to priklauso rezultatų patikimumas. Tiriamos visumos dydis – 2465 (Šiaulių miesto ir rajono 11-12 klasių mokinių skaičius), atrankos paklaida 5 proc., tai imties dydis 332. Tyrimo metu buvo išdalintos 1700 anketų, tačiau tinkamai užpildytos ir tinkamos tyrimui buvo 1644 anketos. Vadinasi, tyrime dalyvavo daugiau nei pusė visos tiriamos visumos. 56 anketos buvo netinkamai užpildytos, ne iki galo, sugadintos, todėl tokios anketos buvo atmestos ir į tyrimo rezultatus neįtrauktos. Šiame darbe tiriamųjų imtis 1644, tačiau kai kurie klausimai vertinami ir su mažiau respondentų. Respondentų charakteristikos pateiktos lentelėje (žr. 4 lent.).

4 lentelė

Respondentų pasiskirstymas pagal demografines charakteristikas (N=1644)

Demografinės charakteristikos	Respondentų sk.	Respondentų proc.
Lytis (Šiaulių miesto mokinių)	Moteris	46,5
	Vyras	53,5
Lytis (Šiaulių rajono mokinių)	Moteris	54,1
	Vyras	45,9
Amžius (Šiaulių miesto mokinių)	16 metų	0,9
	17 metų	35,9
	18 metų	51,0
	19 metų	12,3
Amžius (Šiaulių rajono mokinių)	16 metų	1,2
	17 metų	43,9
	18 metų	45,9
Klasė (Šiaulių miesto mokinių)	12 klasė	52,4
	11 klasė	47,6
	12 klasė	52,0
Klasė (Šiaulių rajono mokinių)	12 klasė	52,0
	11 klasė	48,0

Šaltinis: sudaryta darbo autorių.

Didesnė dalis respondentų buvo vyrai (52,3 %), sulaukę 18 metų (62,0 %) ir einantys į 12 (52,3 %) klasę.

Moksleivių apklausos raštu organizavimas ir eiga. Tyrimas buvo vykdomas Šiaulių mieste ir Šiaulių rajone. Tyrimo laikas – 2017 m. rugsėjo mėn. Visos anketos buvo atspausdintos, pristatytos į mokymosi įstaigas ir išdalintos mokiniams išdalintos gimnazijos mokiniams nuo 11 iki 12 klasių:

Tyrimo dalyvavo 11 (73,3 proc.) miesto mokyklų ir 4 (26,7 proc.) rajono mokyklos:

1. Šiaulių Juliaus Janonio gimnazija
2. Šiaulių Didždvario gimnazija
3. Šiaulių Stasio Šalkausko gimnazija
4. Šiaulių Lieporių gimnazija
5. Šiaulių Simono Daukanto gimnazija
6. Šiaulių Sauliaus Sondeckio menų gimnazija
7. Šiaulių sporto gimnazija
8. Viešoji įstaiga Šiaulių universiteto gimnazija
9. Šiaulių „Santarvės“ gimnazija
10. Šiaulių „Saulėtekio“ gimnazija
11. Šiaulių „Romuvos“ gimnazija
12. Šiaulių r. Kuršėnų Lauryno Ivinskio gimnazija
13. Šiaulių r. Gruzdžių gimnazija
14. Šiaulių r. Meškuičių gimnazija
15. Šiaulių r. Kužių gimnazija

Išdalintas anketas pildė patys mokiniai savarankiškai, nieko netrukdomi.

Gautų duomenų apdorojimas ir analizė. Pirmiausiai surinkti apklausos duomenys buvo koduojami, pagal bendrą mokslinio tyrimo „Lietuvos didžiųjų miestų bei rajonų 11–12 klasių moksleivių žinios apie žmogaus papilomos virusą bei minėtų moksleivių lytinę elgseną“ (vadovė – dr. Kristina Jarienė, LSMU) duomenų analizės schemą (žr. 3 priedą):

1. Kiekviena mokykla vedama į atskirą excel failą.
2. Kiekvienos mokyklos mokiniai numeruojami, pradedant Nr.1, baigiant Nr. 30.
3. Sugadintos anketos į numeraciją neįtraukiamos, tačiau jos neišmetamos, o ant anketos viršaus užrašoma „sugadinta“, rekomenduojama tokias anketas grupuoti, kad, esant reikalui, būtų galima peržiūrėti.
4. Kiekviena mokykla turi savo numerį,
5. Kiekvienas regionas (miestas ir rajonas) turi savo numerį,
6. Anketa laikoma sugadinta, jei:
 - a. Bent viena anketos dalis (klausimai apie ŽPV – I dalis, klausimai apie lyt. elgseną – II dalis) neužpildyta.

- b. Jei akivaizdžiai matoma, kad mokinys meluoja, naudoja įvairius pašiepimus, tyčiojasi iš anketoje pateiktų klausimų.
7. Jei tik keli klausimai neatsakyti, anketa laikoma gera.
8. Visi klausimai, kurie turėtų būti atsakyti, bet nėra atsakyti, žymimi „0“.
9. Tie klausimai, kurių respondentas neturi atsakyti, pvz. jei yra neturėjęs lyt. santykių, iškart pereina prie 35 klausimo, langeliai paliekami tušti, jų nuliukuoduoti nereikia.
10. Tie klausimai, kuriuose galimas daugiau nei vienas pasirinkimas, vedant į excel lentelę, išskirstyti į atskirus stulpelius. Jei respondentas pasirinko pirmąjį variantą, žymima kaip 1, jei to varianto nepasirinko, žymima kaip 2. Ir taip sužymimi visus tame klausime galimi pasirinkimai.
11. Kiekvieną anketą vedant, reikia ją skaityti, nes:
 - a. Kartais respondentai nepamato, kad yra galimas pasirinkimas ir žymi kita, komentaruose parašdami jau esanti pasirinkimą (pvz. „nežinau“), todėl žymima ne „kita“, o pateiktas variantas.
 - b. Respondentai neskiria, kad kontracepcija nėra vien kontraceptinės tabletės, todėl daug kas žymi, kad nenaudoja kontraceptinių priemonių, bet kitame klausime nurodo, kad naudoja prezervatyvus. Todėl jų atsakymą reikia pakeisti į „taip, naudoju“.
12. 23 klausimas į excel lentelę įvedimui netrauktas, respondentų komentarai susisteminti.

Sisteminimas. Po pirminio medžiagos apdorojimo buvo skaičiuojami, sumuojami ir klasifikuojami duomenys, sudaromos diagramos. Statistinė duomenų analizė atliekama kompiuteriu, Microsoft Excel programa. Vėliau naudojama aprašomoji statistika, kuri padeda patogiai aprašyti didelių kiekių duomenis. Aprašant gautus rezultatus pagrindiniai klausimai suskirstyti į 4 klausimų blokus.

Tyrimo etika. Tyrimas buvo atliktas vadovaujantis etikos principais. Gauti tiek mokslinio tyrimo „Lietuvos didžiųjų miestų bei rajonų 11–12 klasių moksleivių žinios apie žmogaus papilomos virusą bei minėtų moksleivių lytinė elgsena“ (vadovė – dr. Kristina Jarienė, LSMU) sutikimas (žr. 6 priedą) vadovo patvirtiną sutikimą naudoti tyrimo anketą bei rinkti, naudoti duomenis rengiant magistro darbą bei Šiaulių miesto savivaldybės administracijos švietimo skyriaus patvirtinimą (žr. 5 priedą) ir Šiaulių rajono savivaldybės administracijos švietimo ir sporto skyriaus patvirtinimą (žr. 4 priedą), kad darbo autorės gali apklausti moksleivius mokyklose. Tiriamiesiems buvo užtikrintas gautų rezultatų anonimiškumas. Patys duomenys naudojami apibendrintai. Respondentams užtikrinamas konfidencialumas. Kiekvienas mokinys dalyvavo laisva valia, nieko neįtakojamas ir nespaudžiamas. Tyrimo autoriai niekaip nepaveikė gautų rezultatų. Visa surinkta informacija buvo naudojama moksliniams tikslams laikantis sąžiningumo principų.

2.3. Kokybinio tyrimo metodai ir organizavimas

Kokybinė prieiga. Kokybinį tyrimą sudarė dokumentų analizė ir interviu.

Esamos gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos įgyvendinimo situacijos atskleidimui pasirinkta **dokumentų analizės metodas**. Šis metodas atskleidžia esamą vėžio sergamumo situaciją, prevencijos programos veiksmingumą, institucijų ir įstaigų darbą bei teisės aktų svarbą reglamentuojant pasitikrinti turinčias moteris.

Jo metu taikytas tyrimo **instrumentas** – **klausimų sąrašas**, kuriame įtraukti 3 esminiai klausimai:

- 1) Kaip teisiškai yra reglamentuojama gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa Lietuvoje?
- 2) Kokia šios programos institucinė infrastruktūra (kokios institucijos ir įstaigos yra įtrauktos į programos įgyvendinimą)?
- 3) Kokia yra programos įgyvendinimo socialinė-ekonominė aplinka (kokia yra Lietuvoje gimdos kaklelio vėžio sergamumo situacija, kaip keičiasi situacija įgyvendinant prevencijos programą, kiek kokių šaltinių tam naudojama)?

Tyrimo imtis – 10 dokumentų: įstatymų, strategijų, higienos instituto ar pan.

Tyrimas atliktas 2019 m. liepos mėn.

Anksčiau atliktų tyrimų (Stankuvienė, Liaugaudaitė, 2010; Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2011; Petronytė ir kt., 2013; Eigirdaiė ir kt., 2013) analizė parodė, kad gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo ypatumų nustatymui taikomi kiekybiniai ir kokybiniai tyrimo metodai. Tiriamojo darbo metu buvo svarbu atskleisti ne tik būsimų prevencinės programos dalyvių nuomonę (mokinių), bet ir informantų – srities specialistų nuomonę.

Kokybinis tyrimas laikomas svarbiu siekiant kokybiniu aspektu įvertinti aktualius socialinius reiškinius ir jų perspektyvas (Yin, 2011; McDaniel, Gates, 2015; Žydžiūnaitė, Sabaliauskas, 2017). Empiriniam tyrimui taip pat pasirinktas **pusiau struktūrizuotas interviu** su informantais. Šis interviu tipas sudaro prielaidas gauti išsamesnius, susistemintus duomenis, tačiau tuo pačiu turima galimybė su informantais bendrauti pokalbio forma bei klausti papildomų klausimų (Bitinas ir kt., 2008). Šis metodas dažnai taikomas vertinant ne vien socialinių, bet ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (Goštautaitė ir kt., 2011).

Naudotas pusiau struktūrizuoto interviu metodas, reiškiantis, kad prieš atliekant tyrimą buvo sudarytas preliminarus klausimynas, kuris tyrimo eigoje galėjo būti koreguojamas, atsižvelgiant į atsakymų kontekstą ir užduodant respondentams papildomus naujus klausimus, arba dalies ankstesnių klausimų atsisakant (Yin, 2011; McDaniel, Gates, 2015). Pusiau struktūruoto interviu

kaip metodo parinkimo motyvas buvo atskleisti informantų – gydytojų-specialistų nuomonę apie prevencinės programos valdymo situaciją ir perspektyvas Lietuvoje.

Apklauso žodžiu (pusiau-struktūrizuoto interviu) instrumentas – klausimyno gairės. Interviu klausimyno gairės buvo sudarytos remiantis atlikta mokslinės literatūros analize (žr. 1 priedą). Klausimyno gairės sudarė 7 klausimų grupės. Jomis siekta atskleisti informantų požiūrį į gimdos kaklelio prevencinės programos valdymo bruožus, jos realizavimą sveikatos apsaugos politikos kontekste. Pagal Fadlallh (2015) pasiūlytą valdymo proceso modelį (žr. 1 lent., 24 psl.) buvo sudarytas interviu klausimyno gairės (žr. 5 lent).

5 lentelė

Pusiau struktūrizuoto interviu klausimyno gairių struktūra

Klausimų blokas	Klausimų kiekis	Klausimų bloko paskirtis
Bendroji dalis	6 klausimai	Informantų gimdos kaklelio prevencinės programos samprata
Planavimas	2 klausimai	Informantų nuomonė, kaip ši programa veikia pagal tikslus
Organizavimas	8 klausimai	Informantų nuomonė, kiek prevencinė programa įgyvendinama, kaip visuomenė reaguoja ir darbuotojai vertina
Vadovavimas	5 klausimai	Informantų nuomonė apie asmenų atsakingumą už šią prevencinę programą
Kontrolė	4 klausimai	Informantų nuomonė apie išteklių ir atsakomybės svarbą
Vertinimas	4 klausimai	Informantų nuomonė apie šios programos vykdymo efektyvumą
Tobulinimas	3 klausimai	Informantų nuomonė apie prevencinės programos galimybes ateityje

Šaltinis: sudaryta darbo autorių.

Klausimyno gairės sudaro septyni pagrindiniai klausimų blokai: bendroji dalis, planavimas, organizavimas, vadovavimas, kontrolė, vertinimas, tobulinimas. Daugiausiai klausimų yra organizavimo bloke, nes svarbu išsiaiškinti institucijų svarbą, visuomenės ir respondentų požiūrį, kaip yra visuomenės gaunama informacija bei koks yra gydymo įstaigų darbuotojų (prevencijos programos įgyvendintojų) supratimas apie gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą. Visi kiti klausimų blokai sudaryti iš mažiau klausimų.

Interviu imtis. Kadangi kokybinio tyrimo atveju svarbi ne atsakymų kiekybė, o kokybė, buvo svarbu apklausti ne kuo daugiau respondentų, bet sulaukti iš jų kuo didesnės kokybinės reakcijos išsamių atsakymų pavidalu. Informantai buvo atrinkti remiantis *kriterinės atrankos metodu*:

- 1) Asmuo, kuris turi ne mažiau kaip 2 metus darbo patirties srityje;
- 2) Asmuo, kuris savo pareigomis yra tiesiogiai susijęs su gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymu ir įgyvendinimu;
- 3) Asmuo, kuris dirba įstaigoje, atsakingoje už programos valdymą ar įgyvendinimą.

Pusiau struktūrizuoto interviu imtis – 7 informantai, atitikę informantų atrankos kriterijus.

Būtų galima teigti, kad dalis informantų yra ekspertai (3 iš 7), nes jų patirtis srityje viršija 20 metų, jie užima vadovaujančias pareigas, o jų funkcijos yra susijusios su programos ne tik įgyvendinimu, bet ir jos stebėseną, koordinavimu. Buvo apklausta 5 moterys ir 2 vyrai. Jie

atstovavo šias institucijas: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų akušerijos ginekologijos klinika, Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinika (kadangi ir apklausa raštu buvo atliekama Šiaulių mieste ir rajone). Vienas iš informantų tyrimo metu pakeitė savo darbo vietą ir išvyko dirbti Norvegijoje konsultatu akušerijoje ginekologijoje. Visų informantų (išskyrus vieną) specialybė – akušeris-ginekologas, tačiau taip pat dalis jų turėjo ir administracines pareigas: onkoginekologijos sektoriaus vadovas, profilaktinių programų kordinavimo tarnybos vadovas, klinikos vadovas, konsultantas. Informantų amžius vyravo nuo 29 iki 56 m. (amžiaus vidurkis – 41 metai), o darbo patirtis srityje nuo 4 iki 30 metų (vidurkis – 14,5 metų), darbo stažas institucijoje nuo 2 iki 35 metų. Be to, trys iš septynių informantų – turintys mokslinį daktaro laipsnį, du – profesoriai.

Tyrimo organizavimas ir eiga. Apklausa žodžiu – pusiau struktūrizuotas interviu atliktas 2017 m. rugsėjo – spalio mėnesį. Su interviu dalyviais iš anksto buvo suderintas susitikimo laikas bei vieta. Visi susitikimai įvyko Kauno ir Šiaulių miestuose. Informantai buvo iš anksto informuojami, kad interviu įrašomi (audio įrašas). Interviu metu buvo užduodami 1 priede pateikti klausimai bei papildomi klausimai (jei atsakymai nebuvo išbaigti ar juose trūko detalumo). Interviu eigos struktūra pateikiama 6-oje lentelėje.

6 lentelė

Interviu eigos struktūra

Struktūrinės dalys	Turinys	Apytikslė trukmė
Įvadinė dalis	Prisistato moderatorius, pasakomas tyrimo tikslas, diskusijos ar interviu trukmė. Paprašoma respondentų prisistatyti ir trumpai papasakoti apie save. Tikslas – susipažinti su respondentais ir paruošti juos tolimesniam pokalbiui.	10 min.
Tiriamoji-pagrindinė dalis	Gaunama visa tyrimui reikalinga informacija bei pasiekiami iškelti tyrimo tikslai. Tiriamoji dalis susideda iš atskirų temų, potemių bei klausimų.	40 min.
Interviu užbaigimas	Respondentams padėkojama už pokalbį ir dalyvavimą tyrime, atsakoma į respondentų klausimus.	5 min.

Šaltinis: sudaryta darbo autorių.

Kiekvienas interviu užtrukdavo apie 60 minučių. Interviu metu buvo susidurta su laiko apribojimo iššūkiais, ypač siekiant suprasti gilesnį tiriamųjų motyvacinį klodą ir įsigilinti į tikruosius informantų argumentus.

Tyrimo etika. Tyrimo metu buvo laikomasi nustatytų tyrimo etikos reikalavimų. Tiriamieji galėjo nesutikti dalyvauti tyrime, jeigu to nenorėjo. Taip pat tyrimo dalyviai bet kada galėjo nutraukti interviu. Informantams nebuvo daromas joks šalutinis spaudimas ar kitoks negatyvus poveikis. Su informantais buvo elgiamasi pagarbiai, oriai ir mandagiai, buvo kalbama jiems suprantama kalba (interviu buvo atliekami lietuvių ir rusų kalbomis).

Tyrimo metu laikytasi šių etikos principų:

- 1) informantų sutikimo (sutikimai gauti su informantais susisiekus telefonu ar el. paštu);

- 2) laisvo apsisprendimo (potencialiems tiriamiesiems sudarytos galimybės atsisakyti dalyvauti tyrime);
- 3) informantų leidimo įrašyti interviu (visi informantai sutiko, jog pokalbiai su jais būtų įrašomi, o gauti rezultatai pristatomi baigiamajame magistro darbe);
- 4) teisingumo (tyrimo dalyviams sudarytos galimybės pasitikslinti ar pasiteirauti papildomos informacijos, susijusios su tyrimu ar tyrimo instrumento klausimais);
- 5) teisės nebūti išnaudojamam ir pažeistam (tyrėja surinktų duomenų nepanaudojo prieš tyrimo dalyvius);
- 6) sąžiningumo (analizuoti tik tie duomenys, kurie buvo gauti tyrimo metu);
- 7) privatumo bei konfidencialumo (atliekant tyrimą gerbtas informantų privatumas, jiems užtikrintas konfidencialumas);
- 8) tyrimo naudingumo (tiriamieji sutiko dalyvauti interviu, kadangi turėjo vilčių, jog tai prisidės prie situacijos koregavimo).

Siekiant užtikrinti *konfidencialumą*, dalyvių atsakymai užkoduoti (A1–A7). Gauti interviu duomenys buvo transkribuojami, koduojant atsakymus, t.y. priskiriant koduotę kiekvienam informantui. Atliekant tyrimo rezultatų analizę laikytasi *pagrįstumo* principo – analizuojant rezultatus stengtasi akcentuoti, kad žinios apie gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo ypatumus yra pateikiamos remiantis informantų nuomone. Tyrimo metu siekta užtikrinti ir gautos informacijos *patikimumą*: renkant duomenis siekta įsigilinti į situaciją, informacijos suteikimo aplinkybes, detales bei kitus patikimumo požymius.

Interviu rezultatų apdorojimas ir analizė. Tyrimo duomenų apdorojimui taikyti metodai. Interviu metu gauti duomenys apdoroti ir vertinti remiantis *turinio (content) analizės metodu* (Tashakkori, Teddlie, 2003), apimančiu:

1. Prasminių elementų identifikavimą.
2. Prasminių elementų suskirstymą į kategorijas ir/subkategorijas.
3. Turinio duomenų interpretavimą.

Empirinio tyrimo metu surinkti duomenys buvo apdoroti, taikant ir derinant sisteminimo, lyginimo, grupavimo, interpretacijos metodus.

III. GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO PREVENCIJOS PROGRAMOS VALDYMO LIETUVOJE TYRIMO REZULTATAI

Siekiant išsiaiškinti gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo įgyvendinimo situaciją Lietuvoje, svarbu atskleisti situaciją (teisinę ir institucinę, socialinę ir ekonominę aplinką), jaunimo (mokinių) informuotumo apie ŽPV aspektus ir ekspertų požiūrį į šios prevencinės programos valdymo situaciją ir perspektyvas. Išanalizavus gautus kiekybinius ir kokybinius tyrimo duomenis galima nustatyti gimdos kaklelio prevencinės programos tobulinimo galimybes.

3.1. Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos situacijos Lietuvos sveikatos politikos kontekste analizė

Siekiant identifikuoti gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo įgyvendinimo situaciją Lietuvoje, svarbu atskleisti teisinius, institucinius, socialinius ir ekonominius šios programos įgyvendinimo aplinkos veiksnius.

3.1.1. Teisinės aplinkos analizė

Nors ligų profilaktikos ir sveikatos stiprinimo klausimai buvo nubrėžti Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje kaip pirmaeilio svarbumo problema, rūpinimasis šia sritimi ilgą laiką buvo nepakankamas (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015). Nors ligų profilaktikos ir sveikatos stiprinimo klausimai buvo nubrėžti Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje 1991 m. kaip pirmaeilio svarbumo problema, rūpinimasis šia sritimi ilgą laiką buvo nepakankamas (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015). Labiausiai prastą sveikatą lemia skurdas, pasireiškiantis mažomis pajamomis, žemiausiu socialiniu – ekonominiu statusu, prastomis gyvenimo sąlygomis ar negalėjimu įsigyti pageidaujama išsilavinimą. Skurdus gyvenimas susijęs su plintančiu žalingų medžiagų vartojimu (tabako, alkoholio, narkotikų), depresijomis, savižudybėmis, asocialiu elgesiu, smurtu ir didesne rizika apsinuodyti netinkamu maistu ar galimais fiziniais negalavimais (Palència ir kt., 2010).

1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 Lietuvos Respublikos Seimo buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa. Įgyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, buvo aiškiai išskirti pagrindiniai programos tikslai:

- 1) gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas,
- 2) sveikatos santykių teisumas,
- 3) gyvenimo kokybės pagerinimas (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015).

Nuo 1998 metų iki 2010 metų laikotarpio Lietuvos sveikatos programoje buvo įgyvendintos profilaktikos priemonės šalies mastu, kurių efektyvumas buvo įvertintas ir parodė, kad masinės atrankos būdu vykdomos prevencinės priemonės neabejotinai yra vienas iš svarbiausių šios dienos ir artimiausios ateities sveikatos apsaugos prioritetų (Smailytė, Rimienė, Gudlevičienė ir kt., 2010).

Siekiant sumažinti Lietuvos moterų sergamumą ir mirtingumą nuo GKV, Lietuvoje 2004 m. startavo valstybinė gimdos kaklelio patikros programa. Vertinant Lietuvos vėžio registro gimdos kaklelio vėžio rodiklių dinamiką, galima teigti, kad nuo prevencinių priemonių įgyvendinimo pradžios sergamumo ikivėžinėmis gimdos kaklelio ligomis išaiškinimas smarkiai išaugo, ir tai yra tiesioginis gimdos kaklelio patikros programos įgyvendinimo rezultatas. Nors sveikatos profilaktikos programų įtaka GKV prevencijai didelė, net ir išsivysčiusiose šalyse nuo šios ligos kasdien miršta moterys (Griškonis, Strukčinskienė, Dorožkina, Jurgutis, 2009). Todėl būtina įvertinti prevencines programas. Programos įvertinimas reiškia sisteminės informacijos rinkimą ir jos analizę, taip pat numatomų programos priemonių įtakos efekto interpretacija. Įvertinimas ne tik padeda atskirti naudingas programos priemones nuo neveiksmingų ir teikia daugiau žinių apie prevenciją, bet yra pagrindas politikams ir finansuotojams priimti sprendimus dėl projektų rėmimo arba jų ignoravimo (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015). Kodėl neskiriama reikiamo dėmesio sveikatos stiprinimo programų įvertinimui? Todėl, kad dažnai nėra suinteresuotumo rimtai imtis šios veiklos (prevencijos priemonių dažnai griebiamasi skubiai, tad rūpinamasi ne rezultatais, o demonstruojama aktyvi veikla), bijomasi netekti finansavimo (jeigu vykdomos priemonės būtų įvertintos kaip *neefektyvios*), trūksta kvalifikuotų vertintojų ir lėšų (ypač, kai vertintojai samdomi, naudojamosi mokslo įstaigų ekspertų paslaugomis) (Javtokas, 2009).

Priimta Valstybinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 m. programa Lietuvoje, kurios pagrindinis tikslas – mažinti sergamumą piktybiniais navikais, mirtingumą nuo šių ligų. Lietuvoje 2004 m. birželio 30 d. LR sveikatos apsaugos ministras, įsakymu Nr. V-482, patvirtino gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programą kurios tikslas – sumažinti Lietuvos moterų sergamumą gimdos kaklelio piktybiniais navikais bei mirtingumą nuo šios ligos. Gimdos kaklelio vėžio programos uždaviniai yra šie:

- Išaiškinti moteris, kurios serga ikivėžinėmis gimdos kaklelio ligomis;
- Diagnozuoti gimdos kaklelio piktybinį naviką ankstyvos stadijos;
- Skatinti pirminės aambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklą gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos srityje;
- Stiprinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų institucinį bendradarbiavimą gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos srityje.

Išskiriami du teisės aktai, kurie reglamentuoja gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos vykdymą:

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“. Programos tikslas yra gimdos kaklelio piktybiniais navikų sergamumą ir mirtingumą nuo jų mažinimas Lietuvoje. Išskelti programos uždaviniai yra keturi:

1. Pirmiausia nustatyti moteris sergančias gimdos kaklelio vėžiu ir skirti gydymą;
2. Kuo anksčiau nustatyti gimdos kaklelio piktybinį naviką (ankstyvojoje stadijoje);
3. Skatinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklą gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencijos srityje;
4. Bendradarbiavimas tarp institucijų turi būti stiprinamas.

Taip pat šiame dokumente yra nurodyta, kad ne tik paimto tepinėlio ištyrimas yra svarbus, bet daugiau minimas pats informavimas, kuris turi būti nenutrūkstamas.

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-548 „Dėl Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programos atlikimo metodikos patvirtinimo“. Šiame dokumente pateikti Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) ekspertų duomenys, kad iki 2020 m. sergamumą piktybiniais navikais galima sumažinti 25%, o mirtingumą nuo jų 50%. Šie rodikliai gali būti pasiekiami tik jei efektyviai vykdoma bei kontroliuojama vėžio profilaktika, ankstyva diagnostika ir gydymas. Efektyvios atrankinės patikros programos prielaidos: didelis sergamumas ir mirtingumas, prieinamas ir neskausmingas tyrimo metodas, galimybė gydyti (ikinavikinius pokyčius), personalo bendradarbiavimas, darbo kokybės kontrolė, finansavimas (pakankamas, ilgalaikis). Šios programos yra vykdomos daugelyje išsivysčiusių šalių. Atrankinės gyventojų patikros programos skirtos diagnozuoti tam tikrų organų ikinavikinius pokyčius ir kliniškai dar nepasireiškiančius navikus. Radus juos pašalinti, kad neišsivystytų vėžys.

Tai, kad prevencinė programa kasmet įtraukia vis daugiau moterų ir suteikia joms galimybę nemokamai pasirūpinti savo sveikata, įrodo ir statistika (Rimienė, Gudlevičienė, Kurtinaitienė, 2011). Valstybinės ligonių kasos (VLK) duomenimis, citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultato įvertinimo pagal šią programą paslauga 2015 m. buvo suteikta daugiau kaip 118 tūkstančių moterų. Tuo tarpu prieš dvylika metų šia paslauga pasinaudojo daugiau nei 44 tūkstančiai moterų.

Pagal sveikatos apsaugos ministerijos vėžio kontrolės 2003–2010 m. gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos įgyvendinimo rezultatų vertinimo išvadas apie Programos įgyvendinimo problemas:

- 1) per mažai dėmesio skirta onkologinei ligai ir jos rizikos veiksnių prevencijai.

2) nepavyko pasiekti pakankamo gyventojų, dalyvaujančių atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programose, masto.

3) stokota koordinuoto darnaus tarpusavio bendradarbiavimo, veikta nepakankamai bendradarbiaujant.

4) išliko sveikatos sistemos išteklių (žmogiškųjų, finansinių, informacinių) stokos ir racionalaus paskirstymo problema (Eigirdaitė ir kt., 2013).

Valstybės lėšomis moterys gali nemokamai pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio ir taip užkirsti kelią šiai klastingai ligai arba bent sušvelninti jos pasekmes. Jankauskaitė, Krančiukaitė-Butylkinienė (2018) priduria, kad per 14 programos gyvavimo metų stebima, kad ji darė įtaką naujų ligos atvejų mažėjimui, tačiau mirtingumas išlieka stabiliai aukštas (2004 m. – 11,75, o 2016 m. – 12,09 atv. 100 000 moterų). Abejojančioms moterims gydytojo motyvavimas dažniausiai tampa paskutiniu teigiamu lemiančiuoju veiksniu prieš sutinkant pasitikrinti nuo GKV (Eigirdaitė ir kt., 2013).

Pagal pateiktus teisės aktus valstybės lėšomis moterys nemokamai gali pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio. Įstatyminė bazė yra nepakankama, nes išleika prevencinės programos trūkumų, kurie įtakoja pasitikrinusių asmenų skaičių, tai finansavimo ir įstaigų bendradarbiavimo stoka, darbo kokybės metodo. Institucijos reguliuojančios gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos veikimą turi imtis priemonių šiems trūkumams pašalinti. Kitame poskiryje pateikiama institucinė aplinkos analizė.

3.1.2. Institucinės aplinkos analizė

Įvairūs sektoriai (švietimas, socialinė ir aplinkos apsaugos ir kt.) turi imtis bendros veiklos norint suvaldyti vėžio rizikos veiksnius. Lietuvoje yra išplėtotas įvairių lygių visuomenės sveikatos priežiūros institucijų tinklas. Kiekviena institucija pagal savo kompetencijas prisideda prie rizikos veiksnių mažinimo bei sveikatos skatinimo. Galima išskirti tris institucijų lygius:

- Nacionalinis lygis – tai visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos (Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Higienos institutas, Užkrečiamų ligų ir AIDS centras, Radiacinės saugos centras).
- Apskričių lygiu – visuomenės sveikatos centrai.
- Savivaldos lygiu – savivaldybių visuomenės biurai (įsteigti 37 – biurai).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija formuoja sveikatos politiką, o siūlymus teikia onkologijos srities vyriausieji respublikos bei kraštų specialistai paskirti įsakymu, nevyriausybinų pacientų teisėms atstovaujančių organizacijų atstovai bei kitos institucijos. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija teikia siūlymus programų koordinavimo komitetui, dėl programos vykdymo, efektyvumo, suteiktų paslaugų skaičiaus, lėšų naudojimo.

Ministerija stebi ir analizuoja programą, kad ji vyktų kuo efektyviau (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-814 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 24 d. įsakymo Nr. V-1209 redakcija). Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programa). Profilaktinė programa finansuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų turi apibrėžtas tiksles paslaugas, kurios yra reglamentuojamos ministro įsakymais.

Nuo 2014 metų balandžio 17 d. Lietuvos Respublikos nacionalinio vėžio instituto įsakymu Onkologijos institutą reorganizavo į Nacionalinį vėžio institutą, kurio vienas tikslas yra teikti sveikatos priežiūros įstaigoms metodinę, metodologinę ir kitą pagalbą (profilaktiką, gydymas ir pan.), koordinuoti vėžio kontrolės veiklą, teikti pasiūlymus ministerijai (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-814 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 24 d. įsakymo Nr. V-1209 redakcija). Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programa).

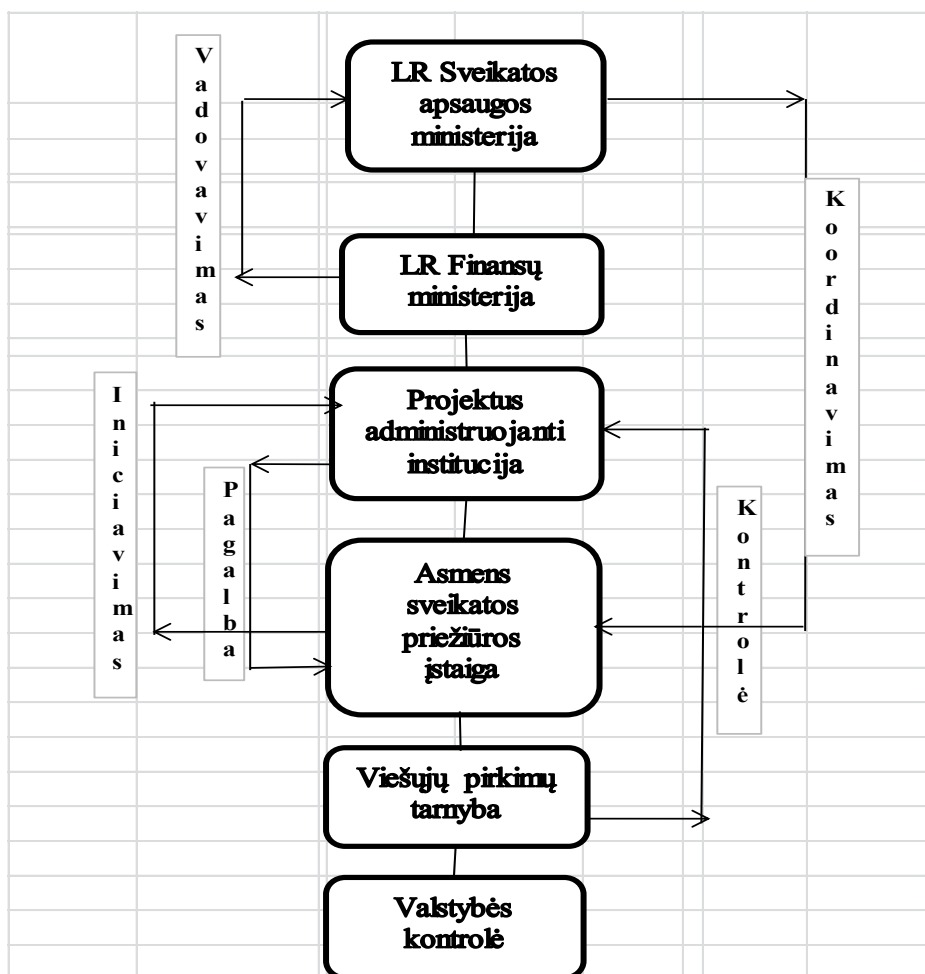
Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios dvi įstaigos teikia pagrindinius duomenis apie profilaktines programas, tai Valstybinė ligonių kasa ir Higienos institutas. Galima išskirti vieną iš Valstybinės ligonių kasos uždavinių, tai profilaktinės medicinos pagalbos užtikrinimas. Jei kalbant plačiau, tai Valstybinės ligonių kasos apmoka asmens išlaidas už prevencines programas ir kt. iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis per teritorines ligonių kasas. Valstybinės ligonių kasos suinteresuotos pateikti duomenis apie profilaktines programas, dėl lėšų panaudojimo programoms. Valstybinės ligonių kasos teigia, kad finansavimas profilaktinėms programoms didėja (lyginant 2010 metus su 2015 metais, tai didėjimo skirtumas 34,4 proc.) (Našlėnė, 2017).

Higienos instituto viena iš funkcijų – Lietuvos gyventojų sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklių stebėsenos vykdymas. Higienos instituto teikiami duomenys apie profilaktines programas yra parodyti tikslines populiacijos dalis Lietuvoje gyvenančių gyventojų dalyvaujančių profilaktinėse programose. Šio instituto pateikti duomenys atskleidžia, kiek per tam tikrą laikotarpį gimdos kaklelio profilaktinės programos atveju per 3 metus, tam tikro amžiaus asmenys dalyvavo profilaktinėje programoje (Našlėnė, 2017).

Šios dvi įstaigos leidžia įvertinti ar gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa veikia tinkamai ir ar pakankamai lėšų skiriama šios programos įgyvendinimui (Našlėnė, 2017).

Lietuvai skiriamos ir ES paramos lėšos, dėl prevencinių programų. Lietuvoje yra įgyvendinamas Europos Sąjungos struktūrinės paramos 2014-2020 m. programavimo laikotarpis. Lietuvai suteiktas 44 mlrd. Litų ES paramos lėšų, todėl sveikatos apsaugos sektoriui suteikiama finansinė parama didėja. Ši parama sveikatos sektoriui skiriama ne pirmus metus, tačiau ne visos institucijos, kurios administruoja ir kontroliuoja gautas fondų lėšas tinkamai atlieka visus veiksmus.

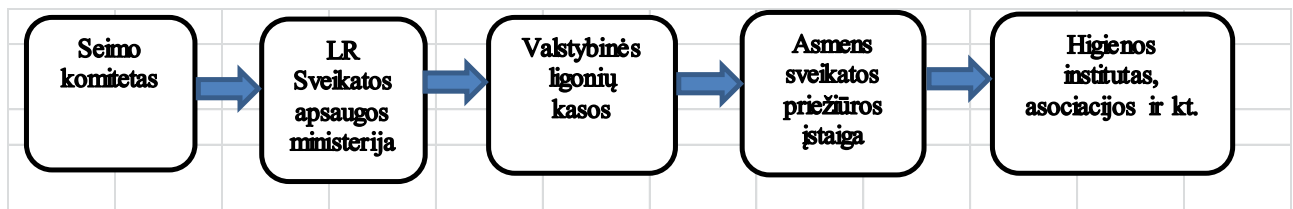
Galima išskirti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai priklausančias institucijas inicijuojant lėšų panaudojimą sveikatos apsaugai (žr. 5 pav.).



5 pav. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimas

Šaltinis: sudaryta darbo autorių, remiantis Almašova, 2014.

Pirmoji institucija yra koordinuojanti institucija, kuri išskiria ES paramos priemones sveikatos apsaugai (bei prevencinėms programoms). Antroji institucija yra vadovaujančioji, tvirtinančioji ir mokėjimus atliekančioji institucija, kuri bendradarbiauja su Sveikatos apsaugos ministerija bei nustato reikalavimus kiekvienai ES struktūrinių fondų priemonei. Projektus administruojančių institucijų yra daug. Jos funkcijos yra vykdyti projektų atranką, paraiškų vertinimą, atitinkamus reikalavimus, konsultuoja projekto iniciatorius. Ketvirtoji institucija yra projektų iniciatorius – teikianti paraiškas įstaiga. Asmens sveikatos priežiūros įstaiga numato kiek jiems reikės lėšų prevencinei gimdos kaklelio programai vygdyti (tai ir tepinėlių paėmimui skirtos priemonės, jų ištyrimas, konsultacija ir t.t.). Viešųjų pirkimų tarnyba atlieka kontrolės funkciją vykdant viešuosius pirkimus. ES struktūrinės paramos administravimo auditą atlieka Valstybės kontrolė (Almašova, 2014). Išanalizavus schemą kaip lėšos gaunamos sveikatos apsaugai (bei prevencinei programai), be jau turimų seimo patvirtintų biudžeto lėšų, galima pateikti institucijų schemą (žr. 6 pav.) prevencinėje programoje.



6 pav. Institucijų veikla prevencinėje programoje

Šaltinis: sudaryta darbo autorių.

Pirmoje vietoje yra LR Seimas, kuris tvirtina LR Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktus siūlymus ir tobulinimus. Jie pateiktus ministerijos pasiūlymus arba patvirtina arba atmeta. Politikos įgyvendinimas priklauso nuo LR Sveikatos apsaugos ministerijos, toliau seka jai pavaldžios institucijos ir įstaigos. Ministerija atlieka koordinavimo ir kontrolės funkcijas prevencinės programos vykdyme. Valstybinės ligonių kasos teikia lėšas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms už gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje pasitikrinusias moteris ir ŽPV vakciną mergaitėms. Paslaugų teikėjos yra gydymo įstaigos, kurios dalyvauja prevencinėje programoje. Gali būti ne tik viešojo sektoriaus bet ir privataus. Paskutinės įstaigos atlieka programos stebėseną, kuriai priklauso ne tik Higienos institutas, asociacijos, NVO ir pan., bet ir Valstybinės ligonių kasos, kurių veikla pateikta ankstesniame tekste.

Reikia nepamiršti, kad viešasis administravimas baigiasi ties viešojo administravimo institucijomis (ministerija ir jai pavaldžiomis institucijomis), o viešųjų paslaugų teikimas – jau viešojo sektoriaus funkcija.

Preveninės programos finansavimas priklauso nuo LR Sveikatos apsaugos ministerijos, tačiau jos pateiktus pasiūlymus dėl gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos tvirtina seimas. Valstybinės ligonių kasos paskirsto lėšas gydymo įstaigoms už pasitikrinusių moterų skaičių. Higienos institutas, NVO ir pan. stebi ir renka duomenis ar programa veikia efektyviai, todėl ministerija pagal gautus duomenis gali teikti pasiūlymus kaip gimdos kaklelio vėžio programą padaryti veiksmingesnę. Išsiaiškinus kokios institucijos ir įstaigos dalyvauja prevencinėje programoje svarbu išsiaiškinti ar moterys tikrinasi ir ar paskirtos lėšos šiai programai vykdyti pilnai įsisavinamos.

3.1.3. Socialinės ir ekonominės aplinkos analizė

Lietuvoje kas metai diagnozuojama apie 500 naujų vėžio atvejų. Dažniausiai serga moterys nuo 35 iki 55 metų amžiaus. Tačiau jaunesnės moterys, kurios turi lytinius santykius, ir vyresnės moterys taip pat serga GKV. Ankstyvoje stadijoje nustatytas GKV yra sėkmingai gydomas. Geriausias kelias apsaugoti save – tai reguliariai atlikti gimdos kaklelio PAP citologinį tyrimą (Vagoras, Valuckas, 2011).

Moterims atliekami gimdos kaklelio PAP testai, t.y. kas 3 metai moterims nuo 25 iki 60 m. yra atliekami citologiniai tepinėliai. Šio tyrimo tikslas – nustatyti ikivėžinius pakitimus gimdos kaklelyje (Smailytė, Rimienė, Gudlevičienė, Aleknavičienė, 2010). Kol kas efektyviausias gimdos kaklelio vėžio prevencijos būdas – anksti nustatyti ir gydyti ikivėžinius pakitimus. 30–60 m. amžiaus moterys Lietuvoje turi puikią progą nemokamai tai padaryti, dalyvaudamos gimdos kaklelio patikros atrankinėje programoje. Jaunesnės ar vyresnės moterys dėl to, ar reikia atlikti PAP testą, turėtų pasitarti su savo gydytoju. Gydytojas pataria, atsižvelgdamas į moters amžių, ligos istoriją ir rizikos veiksnius (Griškonis, Strukčinskienė, Dorožkina, Jurgutis, 2009). Testų ir tepinėlio ėmimo pagalba GKV mažiau sergama, nors mirtingumas nuo ligos išsivysčiusiose šalyse labai didelis. Jei tepinėlio testo rezultatai normalūs, tada jis rodo gimdos kaklelio intraepitelinės neoplazijos buvimą prieš vėžį. Šis rezultatas leidžia išnagrinėti ir galbūt skirti profilaktinį gydymą. Taip pat buvo pastebėta, kad daugiau kaip 99 proc. GKV atvejų visame pasaulyje yra ŽIV, todėl rekomenduojama, kad ŽIV testavimai būtų padaryti kartu su įprasta gimdos kaklelio vėžio profilaktika (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015).

Įgyvendinant atrankinę patikrą dėl gimdos kaklelio vėžio buvo pastebėta tiesioginė sąsaja tarp patikrinimų dažnumo ir mirtingumo mažėjimo (žr. 7 pav.).

	Sergamumo 100 000 gyv. pokytis (proc.) 2010–2015 m.	Mirtingumo 100 000 gyv. pokytis (proc.) 2010–2015 m.	Dalyvavimo profilaktinėse programose pokytis (proc.)
Priešinės liaukos vėžys	33,9 proc. ↑	0,7 proc. ↑	28,8 proc. ↑
Krūties vėžys	63,5 proc. ↑	5,5 proc. ↑	56,6 proc. ↑
Storosios žarnos vėžys	46 proc. ↑	10,7 proc. ↑	254,2 proc. ↑
Gimdos kaklelio vėžys	26,7 proc. ↑	- 9,6 proc. ↓	11,5 proc. ↑
Sumažėjimas ↓	Radidėjimas ↑		

7 pav. Asmenų sergamumo, mirtingumo ir programos įgyvendinimo pokytis 2010-2015 m. (proc.)

Šaltinis: Našlėnė, 2017

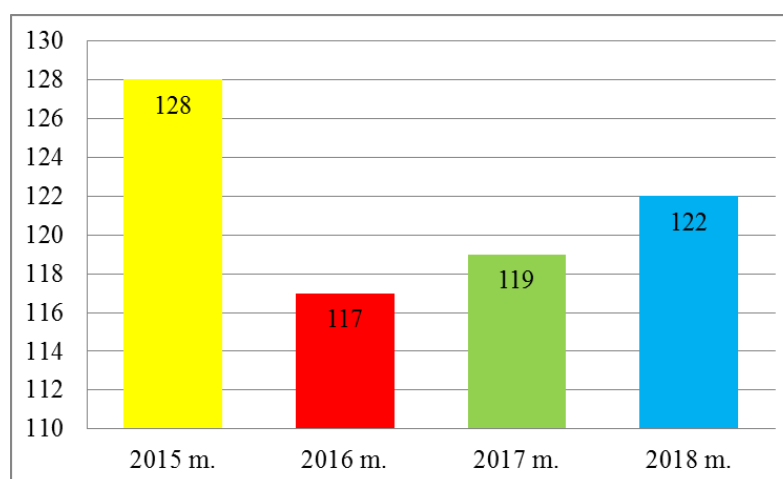
Pagal pateiktus duomenis nuo 2010 metų iki 2015 metų vėžio prevencinių programų sergamumo rodikliai didėjo, o mirtingumo rodiklis sumažėjo tik dėl gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos. Visose prevencinėse programose dalyvavusių asmenų skaičius didėjo.

2008 m. profesorius H. Zur Hausenas atskleidė žmogaus papildomos viruso vaidmenį, sukeltą gimdos kaklelio ikivėžinius pakitimus ir vėžį laikė kaip ligą, plintančią lytiniu keliu bei buvo sukurtas naujas ginklas kovoti su gimdos kaklelio vėžiu–vakcinos nuo žmogaus papildomos viruso, skirtos skiepyti 8–12 metų mergaites. Derinant šias dvi profilaktikos priemones – jaunų

mergaičių mergaičių vakcinaciją ir moterų patikrą atliekant citologinį gimdos kaklelio tyrimą – galima išvengti 90 proc. gimdos kaklelio vėžio atvejų.

Lietuvoje taip pat rengiama ŽPV vakcinacijos programa. Ji gali būti pradėtas nuo 9 metų amžiaus, o taip pat rekomenduojama 13–26 m. moterims, kurios prieš tai nebuvo skiepytos arba kurioms nepabaigtas visas kursas. Tikimasi, kad vakcinacija nuo ŽPV leis išvengti gimdos kaklelio vėžio ateityje (Gudlevičienė, Šepetienė ir kt., 2010). Vertinant Lietuvos vėžio registro gimdos kaklelio vėžio rodiklių dinamiką, galima teigti, kad nuo prevencinių priemonių įgyvendinimo pradžios sergamumo ikivėžinėmis gimdos kaklelio ligomis išaiškinimas smarkiai išaugo, ir tai yra tiesioginis gimdos kaklelio patikros programos įgyvendinimo rezultatas (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015).

Gimdos kaklelio vėžio priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programos metu pasitikrinusių asmenų skaičius pateiktas 8 paveiksle.

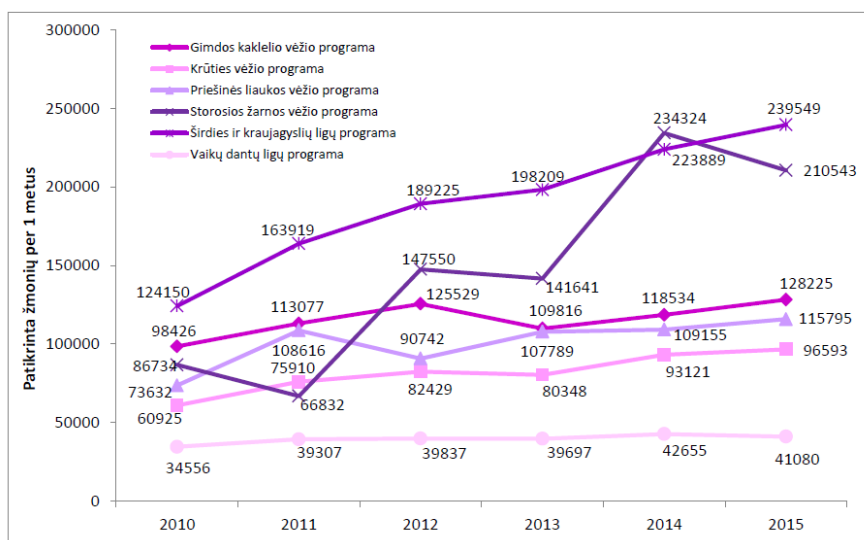


6 pav. Prevencijos programos metu patikrintų asmenų skaičius (tūkst.)

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa, 2019

Efektyviausia gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa buvo 2015 metais, nes pasitikrinusių moterų skaičius buvo didžiausias lyginant su sekančiais metais. Programos veiksmingumas priklauso nuo pasitikrinusių moterų skaičiaus, todėl galima sakyti, kad praitais metais prevencinė programa veikė geriau nei 2016 -2017 metais.

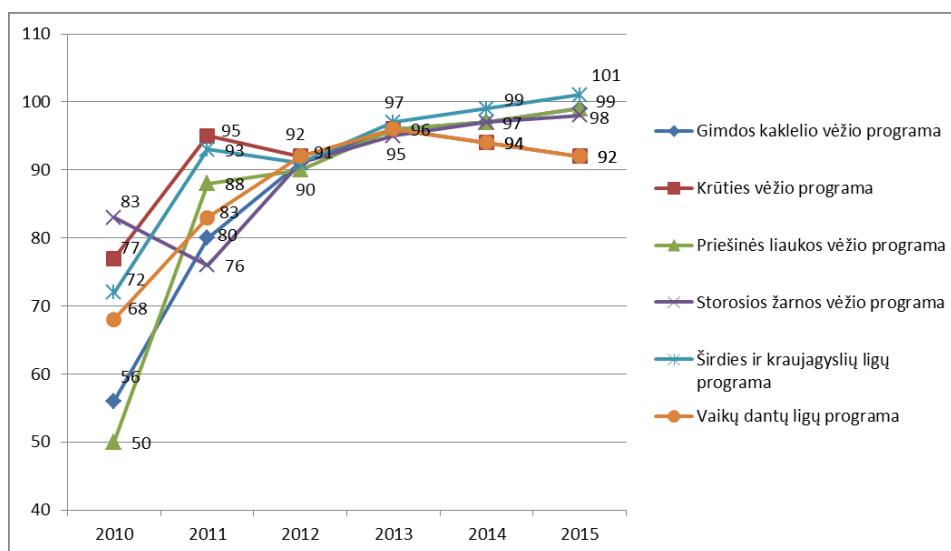
Galima pateikti ir senesnių metų gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje dalyvavusių moterų skaičių (žr. 9 pav.).



9 pav. Profilaktinėse programose patikrintų asmenų skaičius 2010-2015 m.

Šaltinis: Našlėnė, 2017

2015 metais Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa buvo efektyviausia lyginant su senesniais metais. Taip pat geri pasitikrinusių moterų rodikliai pateikti ir 2012 metais. Kitais metais prevencinės programos vykdymas nebuvo toks veiksmingas, nes pasitikrinusių moterų skaičius buvo mažesnis. Tokiems, prieš tai pateiktiems, duomenims įtakos gali turėti ir finansavimas, nes pagal paveikslą aišku, kad daugiausiai lėšų prevencinėms programoms buvo skirta 2015 metais lyginant su senesniais metais (žr. 10 pav.).



10 pav. Profilaktinėms programoms skirtų lėšų panaudojimas (proc.) 2010-2015 m.

Šaltinis: Našlėnė, 2017

Daugiausiai finansavimo gavo Širdies ir kraujagyslių ligų programa, o mažiausiai – vaikų dantų ligų programa. Kiekvienais metais prevencinėms programoms skirtų lėšų panaudojimas augo. Galima sakyti, kad buvo panaudotos beveik visos lėšos, kiek skyrė valstybė.

Klinikiniai tyrimai rodo, kad programa gali būti veiksminga ir padeda užkirsti kelią invaziniam gimdos kaklelio vėžiui ir programos nauda akivaizdi tik tada, jei 80 proc. moterų populiacijos dalyvautų programoje, tada daugiau nei 90 proc. atvejų gimdos kaklelio vėžio būtų galima išvengti. Kol kas šios programos vykdymo rezultatai Lietuvoje nėra patenkinami – didelė dalis Lietuvos moterų dar nė vieno karto nepasitikrino (Pečiūra, Gurevičius, Jankauskienė, 2015).

Pateikti teisiniai dokumentai leidžia moterims pasitikrinti nuo gimdos kaklelio vėžio nemokamai, taip užkertant kelią ligos atsiradimui ar sunkesnei stadijai. Valstybė finansuoja šias moterų patikras siekiant užkirsti kelią vėžio atsiradimui. LR Sveikatos apsaugos ministerija gali teikti pasiūlymus, pagal gautus duomenis, dėl programos veikimo. Remiantis statistikos duomenimis veiksmingiausiai buvo vykdoma programa 2015 metais, nes ir lėšų tais metais buvo skirta daugiausiai. Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu ne mažėja, tačiau mirtingumo rodiklis mažėja, tam įtakos turi prevencinė programa.

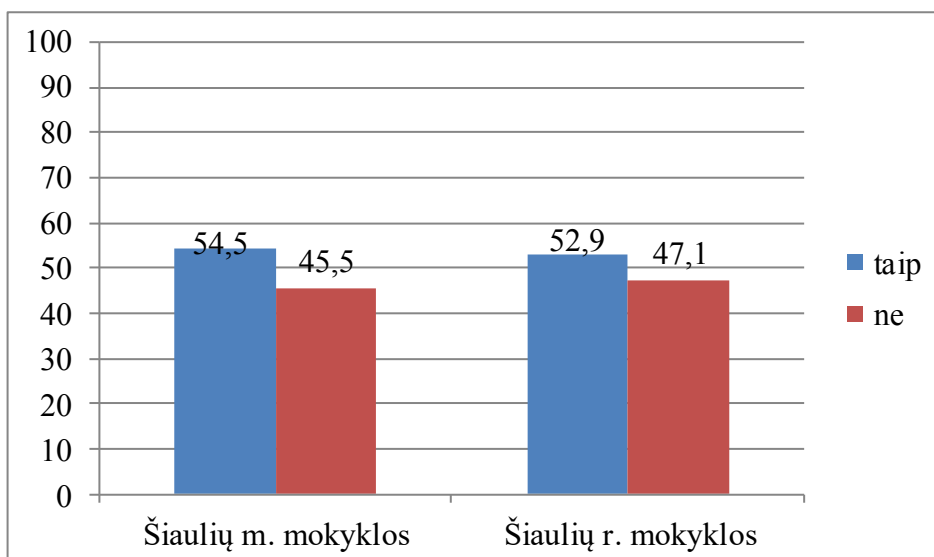
Kaip minėta, viena iš svarbiausių gimdos kaklelio vėžio rizikos grupių yra jaunimas, kuris gali užsikrėsti žmogaus papilomos virusu. Taigi, siekiant atskleisti gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos poreikio ateityje aspektus buvo atliktas empirinis tyrimas apie jaunimo informuotumą apie ŽPV, kurio rezultatai aptariami kitame šio magistro darbo poskyryje.

3.2. Jaunimo (mokinių) informuotumo apie žmogaus papilomos virusą tyrimo rezultatai

Gimdos kaklelio vėžys atsiranda, kai gimdos kaklelio ląstelės pakinta ir tampa ikivėžinėmis, o iš jų palaiptai išsivysto vėžys. Dažniausiai (99,7%) gimdos kaklelio vėžį sukelia lengvai lytiniu keliu plintantis žmogaus papilomos virusas (ŽPV), tačiau dauguma ŽPV infekuotų moterų nesuserga gimdos kaklelio vėžiu (Beaudenon, Huijbregtse, 2008; World Health Organization, 2019; Apie gimdos kaklelio vėžį, 2017). Kadangi mirtingumas ir sergamumas dar dideli, t. y. moterims (merginoms) šios ligos išvengti nepavyksta, labai svarbu, kad jos naudotųsi galimybėmis sudalyvauti prevencinėse programose (patikros, skiepų).

Tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti, kiek jaunimas – mokiniai, kurie mokosi 11 ir 12 klasėse, turi žinių apie ŽPV ir galimas apsisaugojimo galimybes. Apklausoje dalyvavo 1644 mokiniai (N=1644): 1400 Šiaulių miesto ir 244 Šiaulių rajono mokyklos mokiniai (N₁=1400, N₂=244).

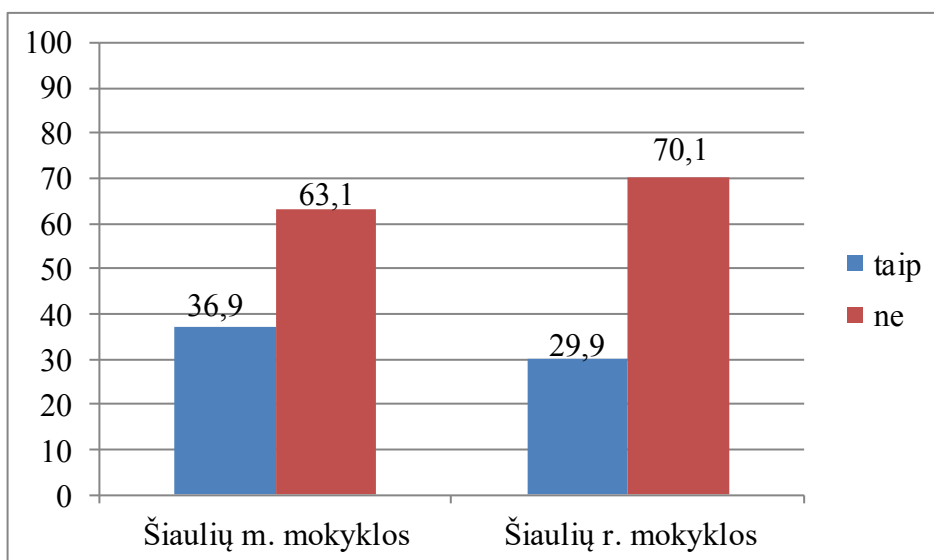
Pirmiausia buvo klausiama, kiek respondentų buvo girdėję apie žmogaus papilomos virusą (ŽPV) (žr. 11 pav.).



11 pav. Respondentų informuotumas apie ŽPV kaip ligą (procentais), $N_1=1400$, $N_2=244$

Pagal pateikto 4 paveikslo duomenis aišku, kad respondentų informuotumas apie patį ŽPV, nepriklausomai nuo to ar mokinys mokosi rajone ar mieste, yra beveik toks pats. Didesnė dalis (54,26 %) respondentų yra girdėję apie ŽPV. 45,5% ($N_1=637$) iš miesto ir 47,1 % ($N_2=115$) iš rajono mokiniai (45,74 %) visai nėra girdėję apie šį virusą. Pagal pateiktus duomenis aišku, kad beveik pusė respondentų nėra informuoti apie ŽVP kaip ligą.

Įdomu ta, kad dar blogesnę situaciją rodo apklausos rezultatai, parodantys, kiek žinių turi respondentai apie ŽPV (žr. 12 pav.).

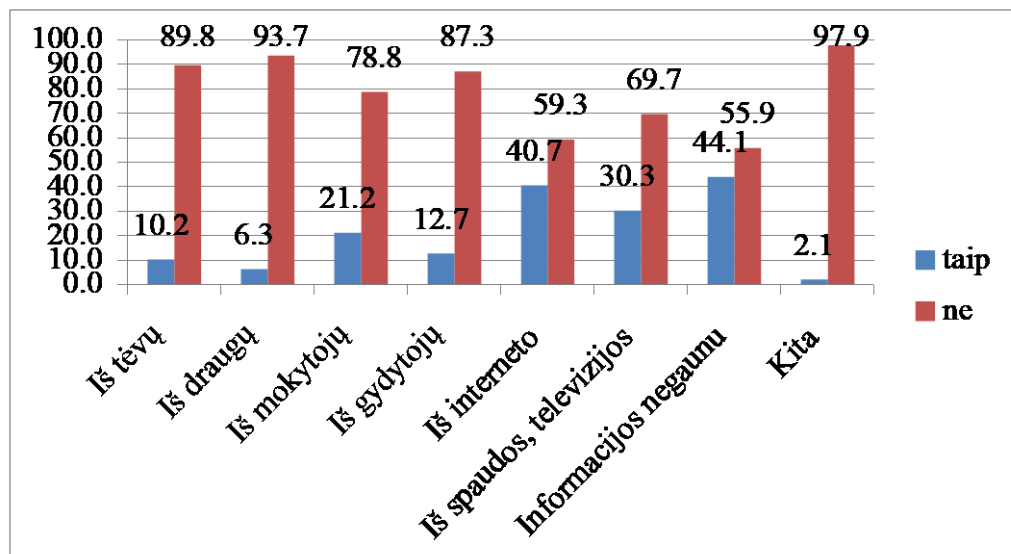


12 pav. Respondentų informuotumas apie ŽPV (priežastis, eiga, pasekmes) (procentais), $N_1=1400$, $N_2=244$

Pagal 9 paveiksle pateiktus duomenis, galima teigti, kad dauguma respondentų neturi jokių žinių apie ŽPV (priežastis, eiga ir pasekmes). Didesnis žinių stygius pastebimas tarp Šiaulių rajono

mokyklų respondentų. Tik 516 miesto ir 73 rajono respondentai (35,83 %) turi detalesnių žinių apie šį virusą.

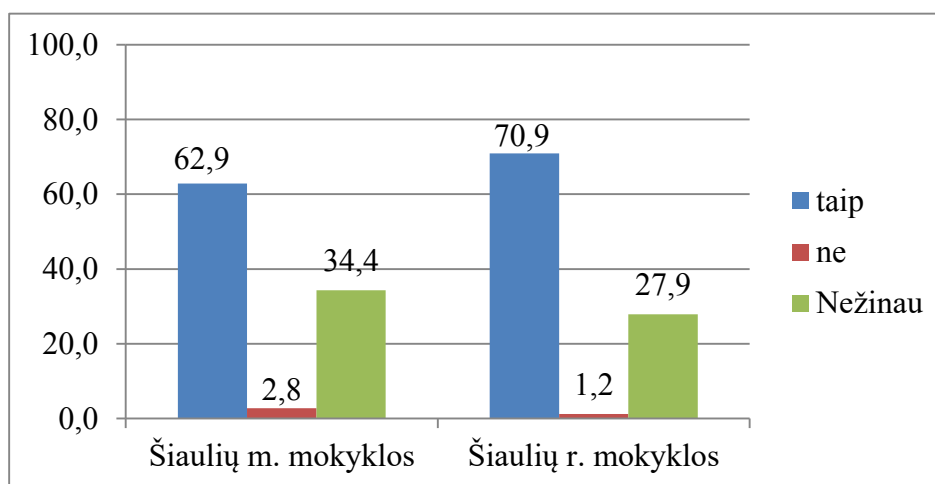
13 paveiksle pateikta informacija, iš kur mokiniai gauna informacijos apie ŽPV.



13 pav. Informacijos apie ŽPV šaltiniai (procentais), N=1644

Tyrimo metu nustatyta, kad didžiausi informacijos šaltiniai, mokinių tarpe, yra internetas (40,70 %) ir spauda, televizija (30,30 %). Nustatyta, kad respondentai (mokiniai) iš tėvų beveik visai negauna informacijos apie ŽPV, tik 166 mokiniams (10,20 %) žinių apie šį virusą suteikia tėvai. Draugai dar mažiau suteikia informacijos apie ŽPV (6,30 %). Mokytojai (21,20 %) daugiau prisideda prie mokinių švietimo nei gydytojai (12,70 %). Didžioji dalis mokinių informacijos iš vis negauna ar jos neieško. 34 asmenys (2,10 %) įvardino, kad jų informacijos šaltiniai yra kiti, tokie kaip: telefonas, nuogirdos iš aplinkinių, kaimynas pasakojo savo patirtį.

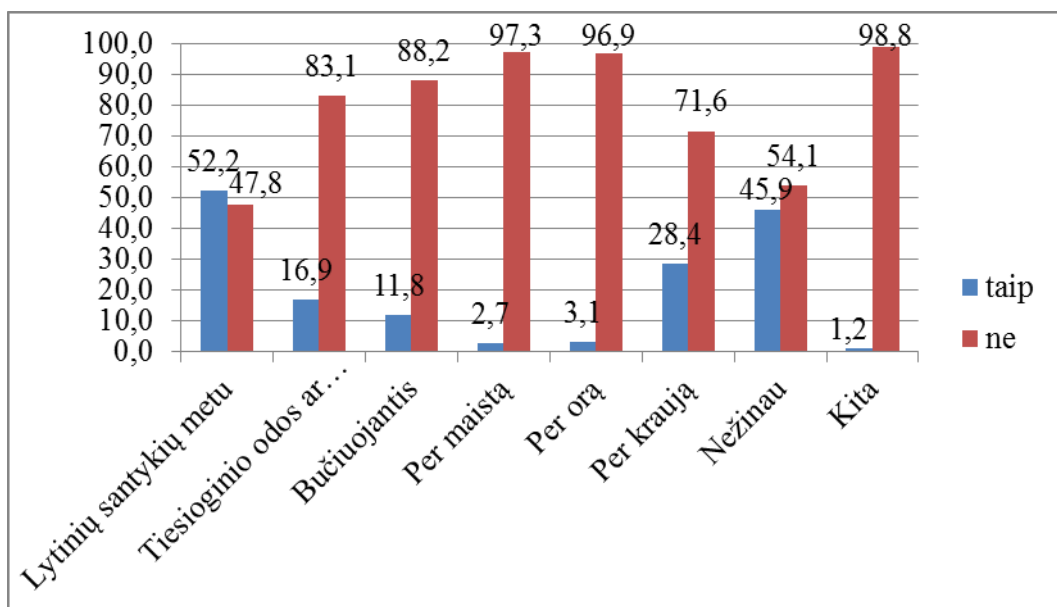
Tyrimo metu nustatyta, kad dauguma respondentų suvokia, kad šis virusas yra pavojingas (žr. 14 pav.).



14 pav. Respondentų nuomonė apie viruso pavojingumą (procentais), N₁=1400, N₂=244

Pagal 14 paveiksle pateiktus duomenis, tik 38 miesto ir 3 rajono (66,90 %) respondentai nemano, kad ŽPV yra pavojingas. 481 miesto ir 68 rajono (31,15 %) respondentai negalėjo pasakyti, ar šis virusas pavojingas, ar ne.

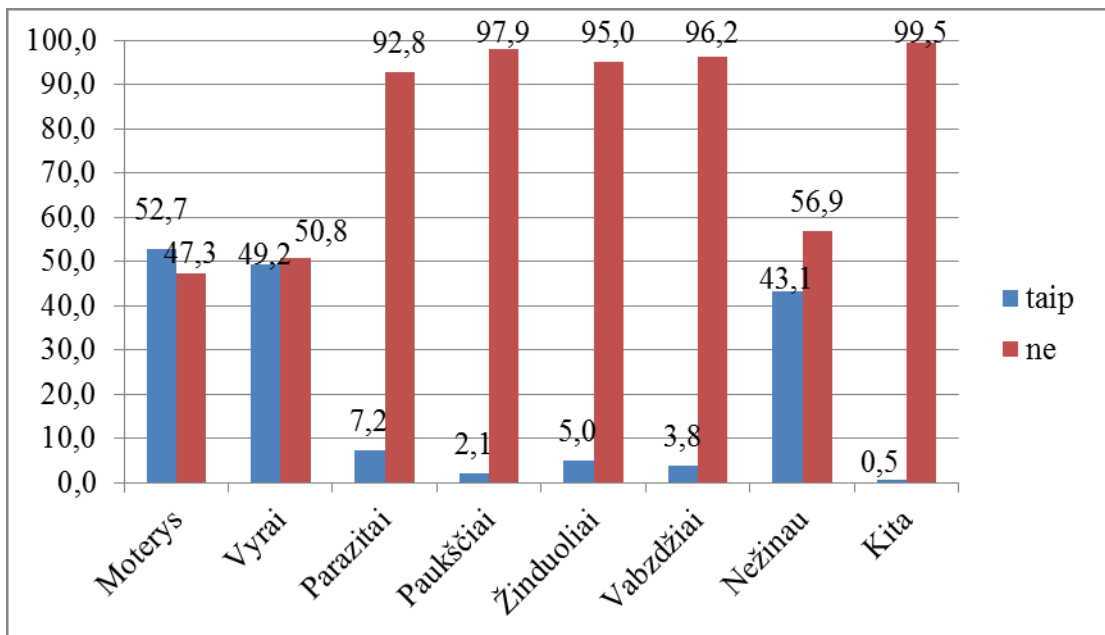
Tyrimo metu mokinių buvo klausiama, kaip galima užsikrėsti ŽPV (žr. 15 pav.).



15 pav. Respondentų žinios apie užsikrėtimą ŽPV (procentais), N=1644

Dauguma respondentų (52,20 %) žino, kad šiuo virusu galima užsikrėsti lytinių santykių metu. Dalis respondentų (2,90 %) mano, kad šiuo virusu galima užsikrėsti per maistą ar orą. 277 jaunuoliai (16,90 %) mano, kad galima užsikrėsti tiesioginio odos ar gleivinių sąlyčio metu, bučiuojantis – 194 (11,80 %), per kraują – 466 (28,40 %) (ši respondentų dalis yra labai maža). 754 respondentai (45,90 %) iš viso nežino, kaip galima užsikrėsti ŽPV. 19 (1,20 %) respondentų anketuose pažymėjo atsakymo variantą kita, tačiau neįvardino priežasčių kaip dar galima užsikrėsti ŽPV. ŽPV užsikrėsti galima lytinių santykių metu, kontaktuojant su užsikrėtusio asmens lyties organais bei per odą ir gleivinių mikrotraumas kontaktuojant su užsikrėtusiu žmogumi. Per maistą ir orą užsikrėsti šia liga negalima. Dar vienas šios ligos paplitimo būdas gali būti, jei yra užsikrėtusi nėščioji, ji virusą gimdymo metu gali perduoti savo vaikui. Daugiau ligos paplitimo būdų nėra.

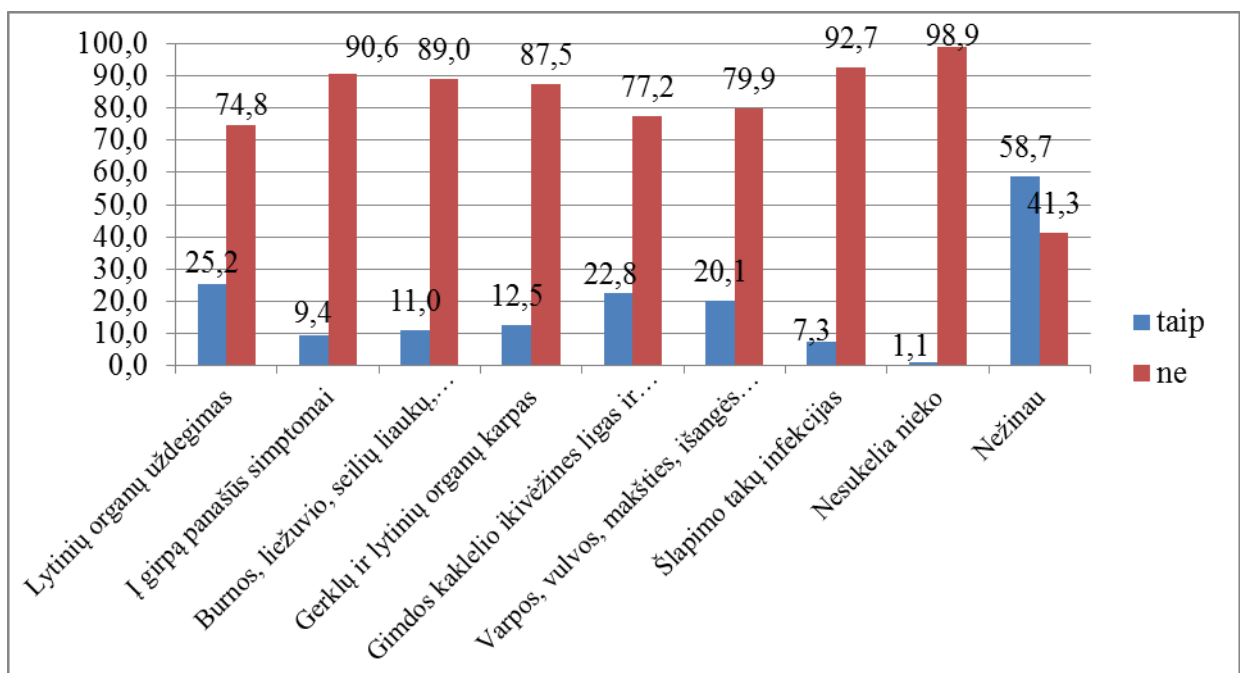
Respondentai buvo klausiami, kas jų nuomone gali platinti šį virusą (žr. 16 pav.).



16 pav. Respondentų žinios apie šio viruso platintojus (procentais), N=1644

Dauguma respondentų (95,475 %) žino, kad parazitai, paukščiai, žinduoliai, vabzdžiai yra nesusiję su šio viruso platinimu. Pusė respondentų (50,80 %) nežino, kad vyrai gali platinti ŽPV. Mažiau kaip pusė respondentų (47,30 %) nežino, kad moterys gali būti šio viruso platintojos. Galima teigti, kad mokiniams trūksta žinių, kas yra viruso platintojai, nes jie nežino, kad tiek moteris, tiek vyras gali platinti ŽPV. 9 respondentai (0,50 %) pasirinko kita atsakymo variantą, tačiau šio viruso platintojai yra tik užsikrėtę žmonės.

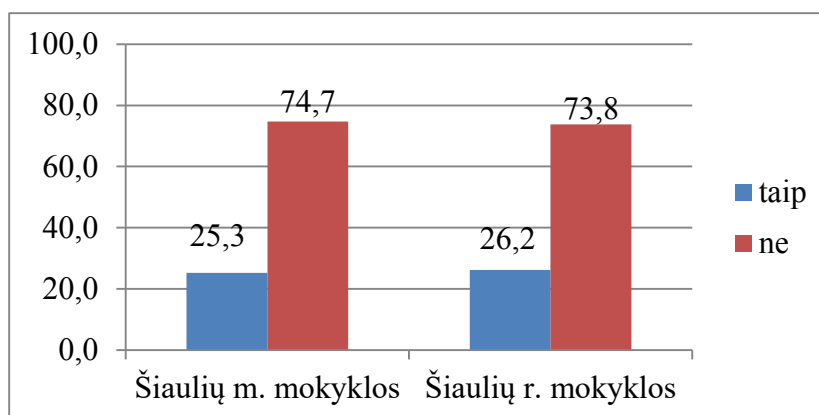
Tyrimo metu nustatyta, kad dauguma respondentų nežino, kokį poveikį asmenims turi ŽPV (žr. 17 pav.).



17 pav. Respondentų žinios apie ŽPV poveikį (procentais), N=1644

412 respondentų (25,20 %) žino, kad ŽPV gali sukelti lytinių organų uždegimą. 153 respondentai (9,40 %), teigia, kad šis virusas sukelia į gripą panašius simptomus. 180 respondentų (11,00 %) žino, kad tai gali sukelti burnos, liežuvio, seilių liaukų, gerklų ikivėžines ligas ir vėžį. 204 respondentai (12,50 %) teigia, kad ŽPV gali sukelti gerklų ir lytinių organų karpas. Panaši, respondentų dalis (21,45 %) žino, kad šis virusas gali sukelti gimdos kaklelio ikivėžines ligas ir vėžį arba varpos, vulvos, makšties, išangės ikivėžines ligas ir vėžį. 120 respondentų (7,3 %) teigia, kad ŽPV gali sukelti šlapimo takų infekcijas. 18 respondentų (1,10 %) teigia, kad šis virusas neturi jokio poveikio (žr. 17 pav.). ŽPV poveikis priklauso nuo ŽPV tipo. Užsikrėtęs asmuo gali nieko nejaušti, o gali atsirasti įvairių sveikatos problemų.

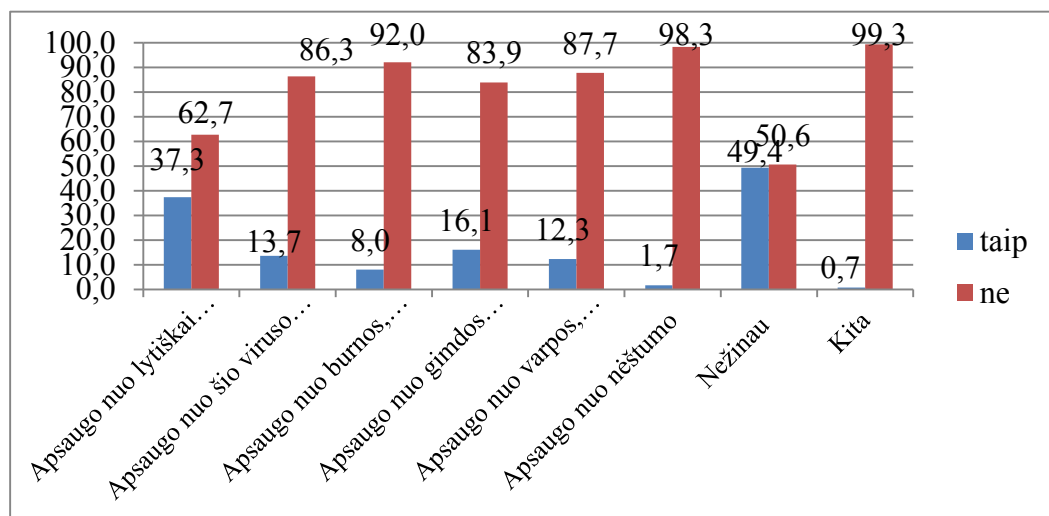
Dauguma respondentų nežino, kad galima pasiskiepyti nuo šio viruso (žr. 18 pav.).



18 pav. Respondentų žinojimas apie vakciną nuo ŽPV (procentais), $N_1=1400$, $N_2=244$

Tik 352 miesto ir 64 rajono respondentai (25,75 %) yra girdėję, kad nuo žmogaus papilomos viruso galima pasiskiepyti.

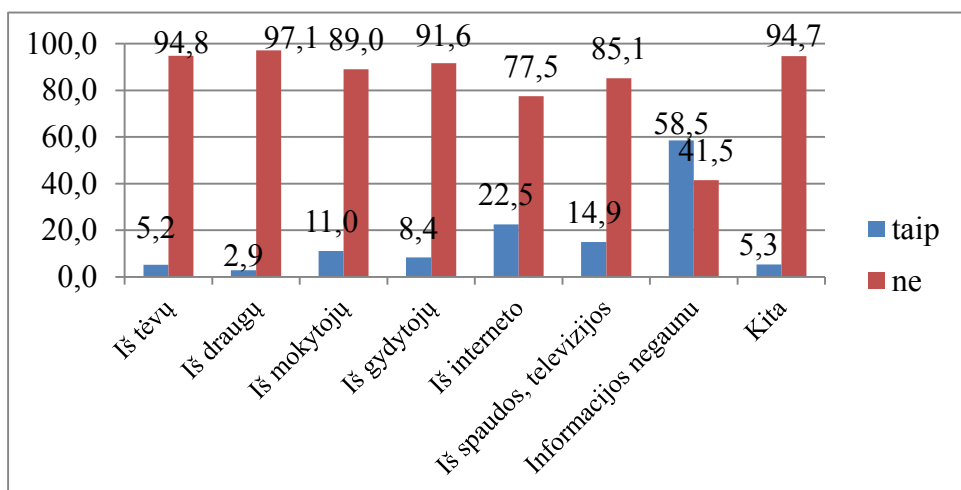
Tyrimo metu išsiaiškinta, kad dauguma respondentų nežino, nuo ko apsaugo ši vakcina (žr. 19 pav.).



19 pav. Respondentų žinios apie šios vakcinos tikslą (procentais), $N=1644$

609 respondentai (62,70 %) žino vakcinės tikslą, tai apsauga nuo lytiškai plintančių ligų. 27 respondentai (1,70 %) klaidingai galvoja, kad vakcina gali apsaugoti nuo nėštumo. Dauguma respondentų (87,475 %) nežino, kad vakcina skirta apsaugai nuo vėžio ir ikivėžinių ligų ar nuo šio viruso sukkelto gripo. 11 asmenų (0,70 %) pasirinko atsakymo variantą kita, tačiau jų įvardintos priežastys buvo klaidingos (vakcina apsaugo nuo gripo ir kitų infekcinių ligų).

Dauguma respondentų apie ŽPV vakciną informacijos negauna arba jos nieieško (žr. 20 pav.).



20 pav. Respondentų informacijos šaltiniai apie ŽPV vakciną (procentais), N=1644

Draugai, tėvai ir gydytojai (94,50 %) respondentams suteikia mažiausiai informacijos apie šią vakciną. 177 respondentai (11,00 %) informacijos apie vakciną gavo iš mokytojų. Respondentų didžiausiais informacijos šaltiniais – internetas (22,50 %). 239 respondentai (14,90 %) informacijos gavo iš įvairios medijos (spaudos, televizijos, radijo). 85 respondentai (5,30 %) įvardino kitus informacijos šaltinius, tai lankstinukai, garsių žmonių pasisakymai, youtube.

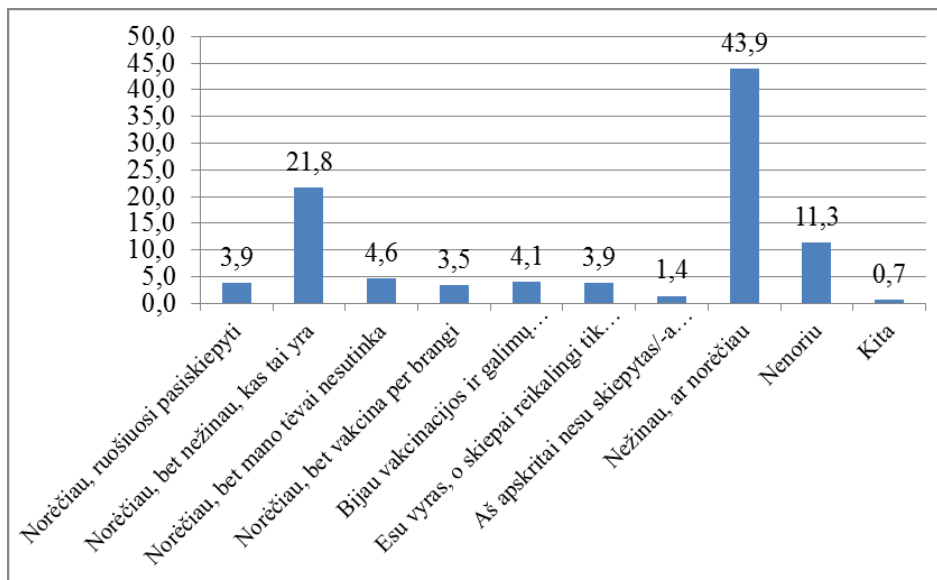
Tyrimo metu nustatyta, kad dauguma respondentų nėra pasiskiepyję nuo ŽPV (žr. 21 pav.).



21 pav. Respondentų pasiskiepijimas nuo ŽPV (procentais) N₁=1400, N₂=244

Tik 33 respondentai (2,60 %), kurie mokosi Šiaulių miesto mokyklose yra pasiskiepiję nuo žmogaus papilomos viruso. Nė vienas Šiaulių rajono respondentas nėra pasiskiepijęs nuo šio viruso. 619 miesto ir 89 rajono (40,65 %) respondentai neturi informacijos, ar jie yra paskiepyti nuo ŽPV.

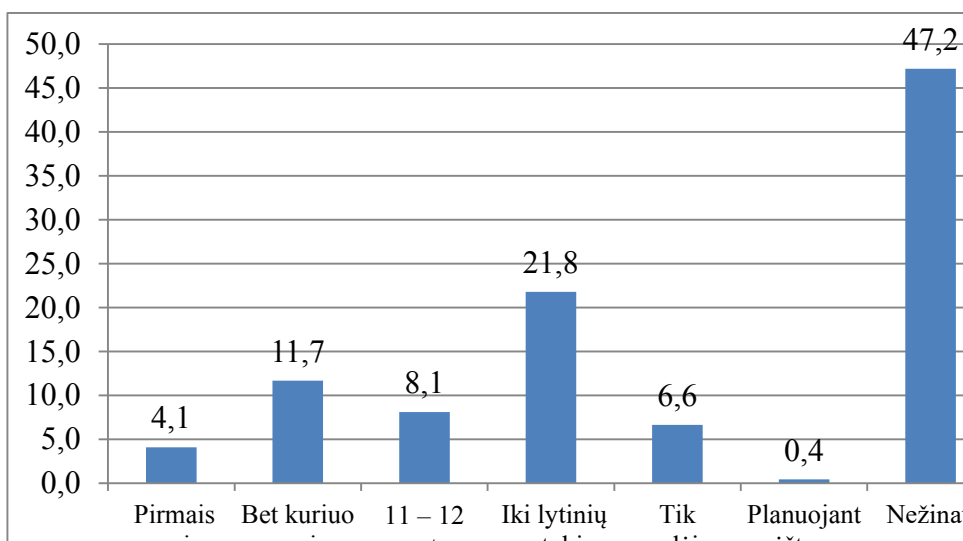
Kadangi, pasiskiepijusių respondentų yra mažuma, todėl toliau buvo klausiama, ar jie norėtų pasiskiepyti nuo šio viruso (žr. 22 pav.).



22 pav. Respondentų noras pasiskiepyti nuo ŽPV (procentais), N=1611

Dauguma pasisakiusių respondent šiuo klausimu (714 respondentų, 43,90 %) nežino, ar norėtų pasiskiepyti nuo žmogaus papilomos viruso. 354 respondentai (21,80 %) norėtų pasiskiepyti, tačiau neturi informacijos apie vakciną, jos poveikį. 184 respondentai (11,3 %) vakcinacijos nenori. Visi kiti teiginiai, susiję su respondentų noru skiepytis nuo ŽPV nebuvo reikšmingi, nes sudarė mažą procentinę dalį (3,45 %).

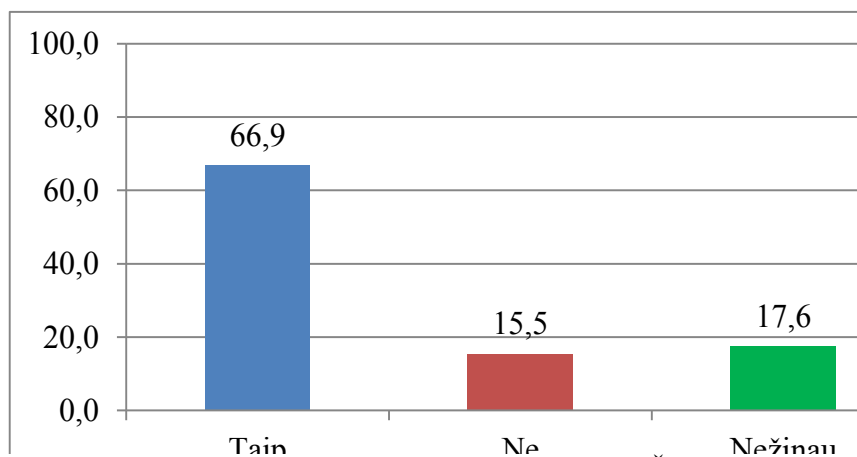
23 paveiksle pateikta respondentų nuomonė, kada geriausiai būtų pasiskiepyti šia vakcina.



23 pav. Respondentų nuomonė apie amžiaus tarpsnį, kada reikėtų pasiskiepyti vakcina yra veiksmingiausia (procentais), N=1644

Pagal pateiktą 16 paveikslą dauguma respondentų (47,20 %) nežino, nuo kokio amžiaus reikėtų pasiskiepyti nuo šio viruso. Valstybė savo lėšomis skiepija mergaites nuo 11 metų. 358 respondentai (21,80 %) teigia, kad reikėtų pasiskiepyti iki lytinių santykių pradžios. Pasiskiepyti šia vakcina 11–12 metų amžiaus mergaitėms bei iki lytinių santykių pradžios. Visi kiti pateikti atsakymų variantai yra neteisingi.

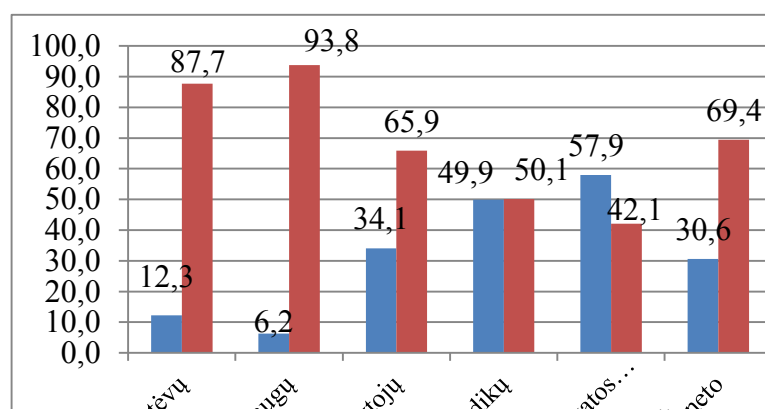
Tyrimo metu respondentų buvo klausama, ar jie norėtų gauti daugiau informacijos apie ŽPV (žr. 24 pav.).



24 pav. Respondentų noras gauti daugiau informacijos apie ŽPV (procentais), N=1644

Dauguma respondentų (66,90 %) norėtų sužinoti daugiau apie žmogau papilomos virusą. 254 respondentai (15,50 %) nenori gauti daugiau informacijos apie ŽPV, o 289 respondentai (17,60 %) neturi nuomonės šiuo klausimu.

Kito klausimo metu respondentai buvo klausiami, kokie informacijos šaltiniai yra geriausi teikiant informaciją apie šį virusą (žr. 25 pav.).

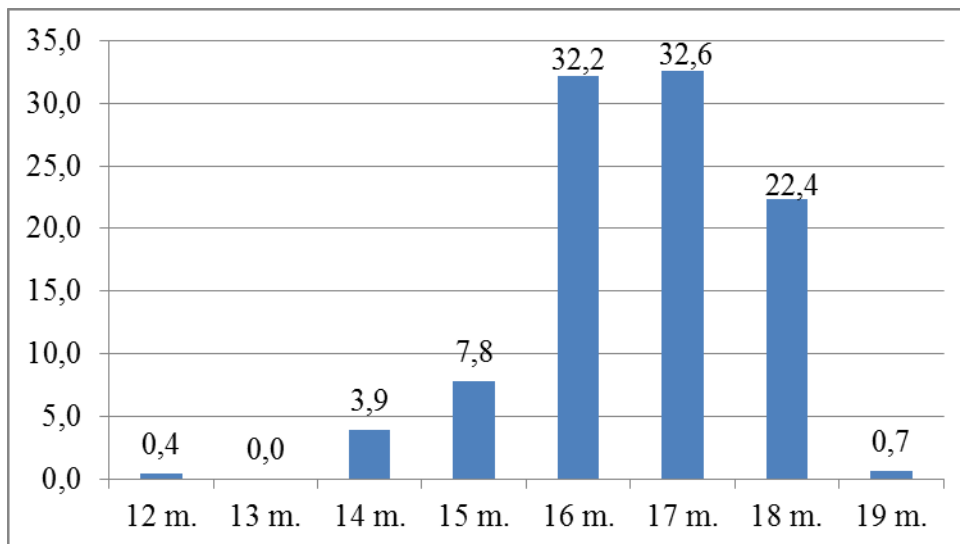


25 pav. Respondentų nuomonė, iš ko norėtų gauti informacijos apie ŽPV (procentais), N=1644

Dauguma respondentų (53,90 %) nurodė, kad informacijos apie šį virusą norėtų gauti iš visuomenės sveikatos specialistų ar iš medikų. Respondentų nuomone, kalbant šia tema, draugai ir

tėvai yra mažiausiai inponuojantys informacijos šaltiniai (90,75 %). Internetas ir įvairios medijos taip pat gali padėti šviečiant mokinius (26,50 %), tačiau geriausia būtų, jei tai darytų specialistai.

Dauguma respondentų lytinių santykių dar nėra turėję, tačiau 33,9 proc. (543 asmenys iš 1603 mokinių) pasisakė, kad jau yra turėję lytinių santykių. Dauguma respondentų lytinius santykius pradėjo 16–17 metų amžiaus tarpsnyje (žr. 26 pav.).



26 pav. Respondentų pirmųjų lytinių santykių amžius (procentais), N=543

2 mokiniai lytinius santykius pradėjo labai anksti – 12 metų amžiaus. 18 mokinių lytinius santykius pradėjo 14 metų, o 36 asmenys – 15 metų amžiaus. 103 respondentai lytinius santykius pradėjo 18 metų amžiaus. 3 mokiniai – 19 metų amžiaus.

Tyrimo metu išsiaiškinta, kad dauguma – 55,00 % (295 respondentai iš 536 atsakiusių) lytinius santykius planavo. 45,00 % respondentų (241 mokiniai, iš 536 pasisakiusių respondentų) lytinių santykių neplanavo.

Tyrimo metu nustatyta, kad dauguma respondentų (427 respondentai, 78,60 %) lytinių santykių metu nevartojo jokio alkoholio ar narkotinių medžiagų. 101 respondentas (23,65 % nuo atsakiusių) buvo išgėręs lytinių santykių metu, 14 respondentų (3,27 % nuo atsakiusių) nurodė, kad buvo apsvaigę nuo narkotinių medžiagų, 1 respondentas buvo apsvaigęs ir nuo alkoholio, ir nuo narkotinių medžiagų.

Dauguma respondentų (78,80 %) nurodė, kad lytinių santykių norėjo abu. 16,40 % respondentų santykių norėjo patys. 3,70 % respondentų teigia, kad lytinių santykių norėjo jų partneris. Santykių neplanavo ir jų nenorėjo 0,60 % respondentų.

64,90 % tiriamųjų savo lytinius santykius pradėjo, nes jautėsi abu tam pasiruošę. 5,80 % respondentų teigia, kad lytinius santykius pradėjo, nes draugai bandė ir jie norėjo pabandyti. 3,20 % asmenų pradėti lytinius santykius paskatino internetas ar televizija. 2,30 % respondentų mylėjosi, nes nenorėjo prarasti partnerio arba įvardino kitas priežastis. 21,50 % respondentų nežino, kas paskatino pradėti lytinius santykius.

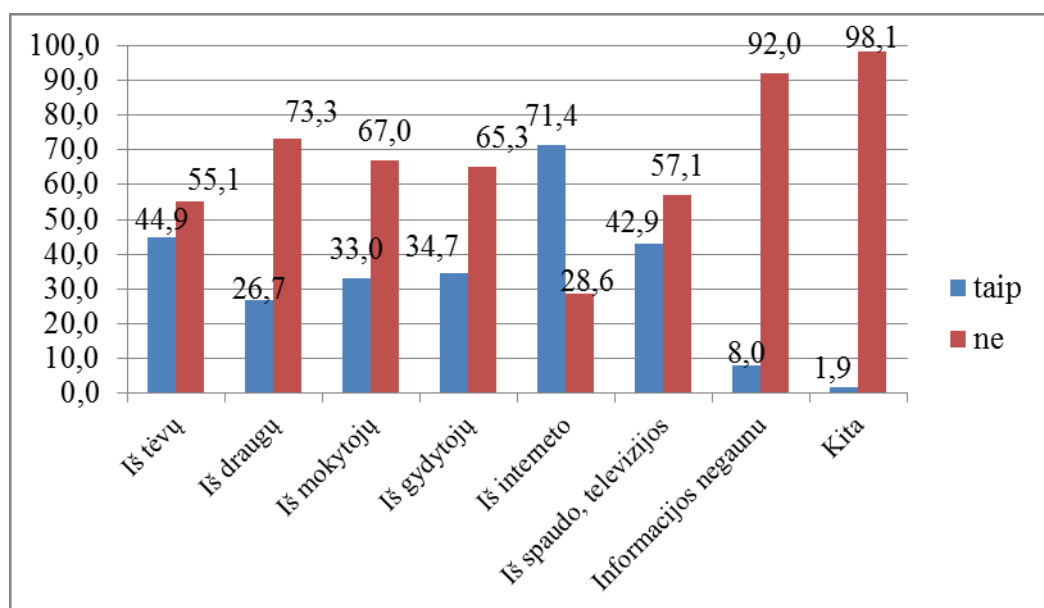
Nemažai mokinių turėjo lytinius santykius, todėl buvo klausiama, ar naudojo apsaugojimo priemones. Dauguma respondent (80,30 %) teigia, kad naudojo apsaugojimo priemones lytinių santykių metu. Jokių priemonių nenaudojo - 107 respondentai (19,70 %).

Pagrindinės apsaugojimo priemonės tarp respondentų (87,70 %) buvo prezervatyvai pirmųjų lytinių santykių metu. Kontraceptinės priemonės, nutrauktas lytinis aktas, kalendorinis metodas ar kita nėra populiarūs tarp respondentų (5,97 %).

Dauguma respondentų nurodė, kad yra turėję tik vieną lytinį partnerį (49,40 %). 81 asmuo (18,80 %) nurodė, kad turėjo 2 lytinius partnerius. 7,60 % – 3 lytinius partnerius, o 4 partnerius turėję respondentai buvo 109 iš 409 atsakiusių į šį klausimą (22,10 %).

Dauguma respondentų (73,50 %) kitų lytinių santykių metu naudojo kontraceptines priemones. 9,80 % mokiniai teigė, kad vėlesnių santykių neturėjo, todėl nereikėjo jokių kontraceptinių priemonių. 16,70 % respondentų (77 asmenys iš 445 atsakiusių) ne pirmų lytinių santykių metu nenaudojo kontraceptinių priemonių. Dauguma respondentų (87,00 %) naudojo prezervatyvus lytinių santykių metu, o kitos priemonės nėra tokios paklausios kaip prezervatyvai (9,92 %).

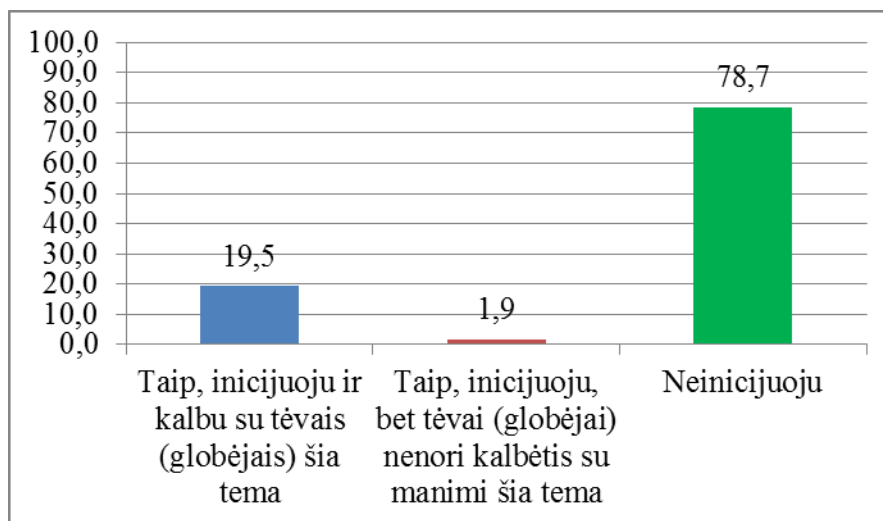
Daugiausiai informacijos apie lytinius santykius, jų metu plintančias ligas ir apsaugojimą nuo jų respondentai gavo iš interneto (71,40 %) (žr. 27 pav.).



27 pav. Respondentų informacijos šaltiniai apie lytinius santykius, apsaugojimą (procentais)
N=1644

Tėvai ir įvairios medijos taip pat prisideda prie respondent (43,90 %) lytinio švietimo. 92,00 % respondentų negauna jokios informacijos apie lytinius santykius ir apsaugojimo galimybes. Vadinasi, respondentams trūksta žinių apie lytinį švietimą.

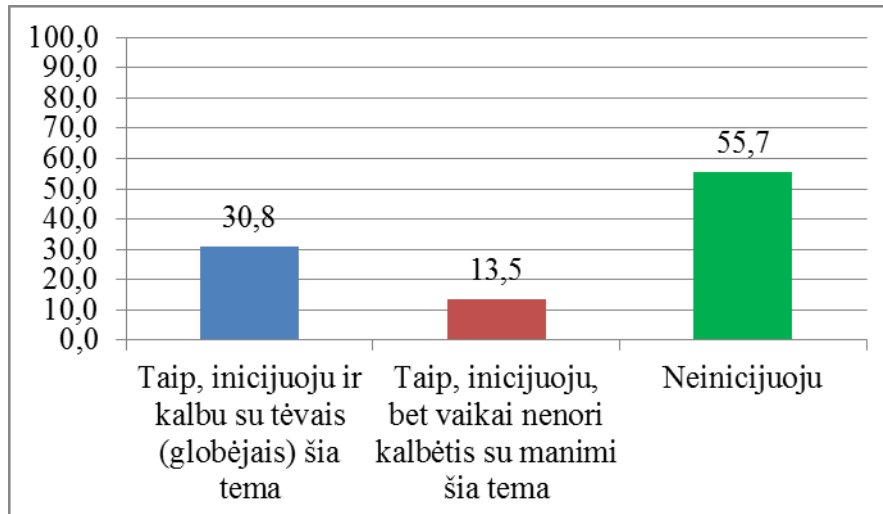
28 paveiksle pateikti duomenys apie mokinių inicijavimą kalbėti lytinio pobūdžio klausimais.



28 pav. Respondentų inicijavimas pokalbių apie lytinius santykius ir prevenciją su tėvais (globėjais) (procentais) N=1644

Dauguma respondentų (78,70 %) patys neinicijuoja pokalbių apie lytinius santykius ir prevenciją su tėvais ar globėjais. 30 respondentai (1,90 %) nori apie lytinius santykius pasikalbėti su tėvais ar globėjais, bet jie nenori kalbėti šia tema. 498 respondentai (21,40 %) šia tema kalbasi su tėvais.

Tyrimo metu buvo išsiaiškinta ar tėvai ir globėjai inicijuoja pokalbius su vaikais apie lytinius santykius ir jų prevenciją (žr. 29 pav.).



29 pav. Tėvų (globėjų) inicijavimas pokalbių apie lytinius santykius ir prevenciją su respondentais (procentais) N=1644

Dauguma respondentų (55,70 %) teigia, kad tėvai ar globėjai nesistengia kalbėtis su jais apie lytinius santykius ir susijusiais klausimais. 30,80 % respondentų anketoje nurodė, kad 498 tėvų ar globėjų kalbasi apie lytinius santykius su vaikais. 218 (13,50 %) respondentai teigia, kad patys nenori kalbėtis su tėvais ar globėjais šia tema.

Nustačius, jog jaunimas nėra pakankamai informuotas apie ŽPV ir jo galimas pasekmes, galima teigti, kad gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa ir toliau išliks aktualia priemone

užtikrinant visuomenės sveikatą. Todėl buvo atliktas kokybinis empirinis tyrimas apie programos valdymo ypatumus Lietuvoje ir jo rezultatai pateikiami kitame poskyryje.

3.3. Informantų požiūrio apie gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymą tyrimo rezultatai

Siekiant išsiaiškinti, kiek svarbi yra gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa, reikia išsiaiškinti, kaip dažnai informantai susiduria su šia liga, kokie yra ligos pavojai, kokią įtaką turi ši prevencinė programa valdant situaciją, taip pat svarbu išsiaiškinti, ar žmonės noriai dalyvauja programoje, kokios naudos gauna dalyviai, ar yra kokios nors rizikos dalyvėms.

Kokybinio tyrimo rezultatai leido plačiai išanalizuoti informantų nuomonę apie gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymą.

7 lentelėje pateikiami tyrimo rezultatai, kaip tyrime dalyvavę informantai vertino bendrą gimdos kaklelio vėžio ligą Lietuvoje.

7 lentelė

Informantų požiūris į gimdos kaklelio vėžio ligą Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Teiginys
Ligos masto vertinimas	Didelis mastas identifikuojamas tiesioginio kontakto gydant metu	<i>Susiduriu kiekvieną dieną su šia liga (A1). Ne rečiau kaip 1 kartą per savaitę (A2). 2–3 nauji ligos atvejai per mėnesį; iki 10 atvejų – gydymo eigoje/ po gydymo/ ligos recidyvas (A4). Su gimdos kaklelio vėžiu tenka susidurti apie 1-2 kartus per mėnesį (A6).</i>
	Pastebimas didelis mastas netiesiogiai per kitas veiklas	<i>Su pačiu vėžiu aš asmeniškai pati nedirbu, bet iki vėžinėm ligom tenka susidurti kiekvieną darbo diena (A5). Man asmeniškai su klinikinį gydymu netenka susidurti, nes mūsų darbas nėra gydomasis, bet kadangi vykdoma organizacinė veikla GKV patikros programos su moterimis, kurioms mūsų vykdomo to projekto pagalba yra nustatoma ši liga, tai susiduriame, nes moterys kontaktuoja ir skambina (A3).</i>
Ligos poveikis	Neigiamas poveikis valstybės gerovei (socialine ir ekonomine prasme)	<i>Lietuva viena iš pirmaujančių šalių Europoje pagal sergamumą šia liga, kuria serga jauno darbingo amžiaus moterys, todėl visuomenė praranda pilnaverčius visuomenės narius, kurie dažnai niekada negrįžta į pilnavertį gyvenimą (A2). <...> netenkama darbingų metų, kaip prastėja gyvenimo kokybė kiekvienai šaliai priklausoma nuo sergamumo ir mirtingumo ta žala atitinkama (A1). Manau, kad pavojai yra kaip ir visoms kitoms visuomenėms, kuriuose didelis yra ŽPV paplitimas ir to pasekoje GKV epidemiologinė situacija yra nepalanki Lietuvoje sergamumas ir mirtingumas yra vienas didžiausių Europoje (A3).</i>
	Neigiamas poveikis moters sveikatai	<i>Toks ir pavojus, kad jaunos moterys suserga ir numiršta <...> (A3). Pagrindinis pavojus yra problema, kad serga reprodukcinio amžiaus moterys, kurios gali gimdyti vaikus ir kurios paranda šitą galimybę (A5). <...> užima 3-4 vietas darbingo amžiaus moterų tarpe (tarp visų vėžių). Pagal mirtingumą nuo gimdos kaklelio vėžio, darbingo amžiaus moterų grupėje užima 2 vieta (A7).</i>
	Neigiamas poveikis moters socialinei-ekonominei gerovei	<i>Jaunų, darbingo amžiaus moterų liga, bloginanti jų gyvenimo kokybę, darbingumą, soc. gyvenimą (A4).</i>
	Neigiamas poveikis šeimai	<i><...> dažniausiai pažeidžia jaunas moteris, taip sugriaudamas ne tik moters bet ir visos šeimos gyvenimą (A6).</i>

Informantai dirbdami savo darbe susiduria su šia liga dažnai. Vieni tiesiogiai dalyvauja ligos gydyme, o kiti daugiau dirba kaip kontaktas savalaikės pagalbos teikimo srityje. Vienas informantas su gimdos kaklelio vėžį turinčiomis pacientėmis susiduria kiekvieną dieną.

Interviu metu informantai įvardino, kokie yra šios ligos pavojai Lietuvos visuomenei. Informantai teigia, kad sergamumas ir mirtingumas šia liga Lietuvoje yra vienas iš didžiausių Europoje. Galima išskirti šiuos, respondentų pateiktus, pavojus, tai: jauno amžiaus moterų sergamumas, paveikiantis visą šeimos gyvenimą, mirtys, moterys nebegali gimdyti vaikų, pilnaverčių visuomenės narių praradimas, prastėjanti gyvenimo kokybė, mažėjantis darbingumas, prastėjantis socialinis gyvenimas. Didžiausia problema, kad šia liga serga jaunos, darbingo amžiaus moterys. Šios problemos išvengti padėtų dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje. Informantai teigia, kad yra mokslinių tyrimų kurių metu yra paskaičiuota, kiek ši liga paveikia Lietuvos visuomenę lyginant su Europa (2 kartus didesnis nei vidurkis arba 100000 gyventojų).

Visi informantai vieningai sutinka, kad Lietuvoje šiai ligai sustabdyti prie situacijos suvaldymo prisideda gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa (žr. 7 lent.). Šios programos veikimo rezultatai pastebimi, nes tai – vienintelė prevencinė programa, prisidedanti prie sergamumo ir mirtingumo mažinimo. Norint, kad programa veiktų efektyviau reikia remtis gerąja kitų šalių patirtimi kovojant su šia liga. Informanto teigimu „<...> efektyvumas priklauso nuo visuomenės ten kur tradicijos yra senos ir programa vyksta 3-4 dešimtmečius, tai tiesiog yra susiformavęs įprotis iš kartos į kartą, kad tai yra normalu tikrintis reguliariai. Lietuvoje progresas vyksta, nes apie 40 % žmonių dalyvauja tikslinėse grupėse” (A3).

8 lentelėje pateiktos informant nuomonės apie gimdos kaklelio prevencinės programos poveikį, visuomenės nedalyvavimo ar dalyvavimo priežastis, dalyvavimo naudą bei riziką.

8 lentelė

Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos poveikį Lietuvoje

Kategoriija	Subkategorija	Teiginys
Prevencijos programos poveikis	Žymiai prisidėjo prie atvejų diagnozavimo	<i>Gimdos kaklelio prevencinė programa lemia daugiau kaip 90 proc. ikivėžinių gimdos kaklelio būklių diagnozavimą (A2). <...>prisideda (A6). Ši programa šiuo metu - vienintelis būdas sumažinti sergamumą ir mirtingumą (A7).</i>
	Nepasiekė norimų rezultatų	<i>Atsižvelgiant į naujausius statistikos rodiklius, prevencinė programa veikia, gal ne tokiu greičiu, kaip norėtusi, bet sergamumas gimdos kaklelio Ca po truputį mažėja (A4). <...> per porą metų viršijo invazinių ligų nustatomą dažnį.<...> Ir tai tikrai prisideda (A1). <...> vidutinis prisidėjimas, kad tai tikrai yra neišnaudotos visos galimybės (A5).</i>

	Potencialiai prisidės (gerins situaciją) ateityje	<i>Teoriškai galėtų prisidėti labai daug, nes yra kitų šalių puikių patirčių ir įrodymų, kad programa sumažina mirtingumą 85%, tai praktiškai liga eliminuojama, jei dar pridėtume vakcinaciją, tai australai prognozuoja, kad 2025 metais apskritai neturės tokios ligos tai indėlis didžiulis gali būti (A3). <...> daug karcinomų nustatoma, tai gali prognozuoti į ateitį: jei tu jas nustatei ir pagydei, tai turi sergamumą sumažinti (A1).</i>
(Ne)Dalyvavimo programoje priežastys	Asmeninis poreikio suvokimas ir iniciatyva	<i>Didelė dalis moterų, dalyvaujančių programoje, ateina savo iniciatyva, o ne raginamos medicinos darbuotojų (A2). Moterys šiuo metu gan aktyviai dalyvauja prevencinėje programoje ir jau turi supratimą, kodėl tai yra atliekama ir kodėl tai yra svarbu. Neretai pačios teiraujasi kada jau reikėtų atlikti tyrimą (A6). Manau, kad aktyvumas yra pakankamai didelis (A4).</i>
	Šeimos gydytojų kvietimas	<i>Į šitą klausimą atsakyti negaliu, nes pati programa iš idejos yra organizuota, tai kaip jie ir patys negalėtų dalyvauti, nes juos turi kviešti šeimos gydytojai, o jeigu jie ir ateina patys pas šeimos gydytoją nekviesti pasiprašo, tokių duomenų nėra, nes vistiek jie statistikoje užfiksuojami kaip kvieštieji (A1).</i>
	Visuomenės tradicijos	<i><...> priklauso nuo visuomenės ten kur tradicijos yra senos ir programa vyksta 3-4 dešimtmečius, tai tiesiog yra susiformavęs įprotis iš kartos į kartą, kad tai yra normalu tikrintis reguliariai. (A3).</i>
	Sąmoningumo trūkumas	<i>Patys sąmoningai dalyvauja ypatingai mažai, pagal programą dalyvauja nuo 30 iki 40% moterų tikslinės grupės (A5). Lietuvoje apie 30 proc. (A7). <...> progresas vyksta, tai apie 40% žmonių dalyvauja tikslinėse grupėse. <...> Tai nėra pakankamas rodiklis, kad pasiekti efekta, bet visgi procesas vyksta (A3).</i>
Dalyvavimo programoje galima nauda	Ankstyva diagnozė tolesniam gydymui	<i><...> jos tikslas yra nustatyti iki vėžinės būklės laiku ir jas pagydyti, kad užkirsti kelią gimdos kaklelio vėžio atsiradimui (A1). Leidžia diagnozuoti ikivėžines gimdos kaklelio ligas (A2). Galimybę diagnozuoti ikivėžinius gimdos kaklelio pakitimus, kuriuos laiku diagnozavus ir pagydzius, išvengiama invazinės ligos (A4). Dalyvavimas programoje yra itin svarbus ir jo dėka galima anksti diagnozuoti ikivėžinius pakitimus, arba dar tuo metu kai ligą galima pilnai išgydyti (A6). Ankstyvą ligos diagnostiką ir mirties atvejų išvengiamumą (A7).</i>
	Susirgimo išvengimas	<i>Duoda galimybę nesusirgti, jeigu nustatomos laiku ikivėžinės būklės ir aišku jeigu nesusirgtu, tai ir nenumirtu (A3).</i>
	Žinojimas, teikiantis psichologinį komfortą	<i>Duoda žinojimą, kad nesergi ir ramybę gyvenime (A5).</i>
Rizikos, atsirandančios dalyvaujant programoje	Netiksli diagnozė	<i>Vienintelė rizika- klaidingai įvertinti (dėl vertinimo netikslumo arba netinkamo tyrimų atlikimo) tyrimų rezultatai (A2). Klaidingai neigiamas tyrimo atsakymas nepamačius gali sąlygoti invazinio vėžio atsiradimą, juo labiau moterys nusiramina ir jos gali net ir nesidomėti (A1). <...> neteisingai nustatomu teisingu atsakymu arba su neteisingu. Arba joms redaguojanti diagnozė klaidingai neigiama arba jeigu gauna klaidingai teigiamą, tai jos nukreipiamos papildomoms konsultacijoms, kurios kaip ir nereikalingos, nes paaiškėja, kad nieko iš tikro nėra (A3). Hiperdiagnostika (gan didelis klaidingai teigiamų rezultatų skaičius)/ klaidingas normalių rezultatų vertinimas (A4). Netiksli diagnostika, hyperdiagnostika jauno amžiaus moterims gali padidinti nereikalingų gimdos conizato ir dėl to priešlaikinių gimdymų atvejų (A7).</i>
	Netikslios diagnozės sukeltas psichologinis diskomfortas	<i><...> kai pirminės sveikatos priežiūros specialistas, neteisingai vertindamas kai kuriuos normalius šio tyrimo rezultatus, išgąsdina pacientę (A4).</i>
	Susisiekimo su pacientu nebuvimo rizika	<i>Klaidingai neigiamas tyrimo <...> Nėra sistemos kaip informuoti pacientą, jis turi pats domėtis (A1).</i>
	Nėra jokių rizikų	<i>Jokios rizikos nėra, nes tai yra tyrimas, kuris atliekamas yra visiškai neskausmingai, greitai ir pakankamai tiksliai (A5). Rizikos dalyvauti programoje nėra jokios, priešingai – vienintelė rizika nedalyvauti (A6).</i>

Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos efektyvumas priklauso nuo asmenų dalyvavimo šioje srityje. Tam įtakos turi gydytojai, kurie kviečia moteris pasitikrinti savo sveikatą. Vieni informantai teigia, kad pačių moterų aktyvumas yra nedidelis, o kiti mano, kad didelė dalis moterų pačios dalyvauja programoje.

Šios programos tikslas yra nustatyti, ar moteris serga gimdos kaklelio vėžiu ir, jei nustatytas teigiamas rezultatas, gydytojas turi skirti gydymą, kad pagydytų moterį. Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa leidžia anksčiau diagnozuoti ikivėžines gimdos kaklelio ligas, kurios greičiau išgydomos ir sumažinamas mirtingumo rodiklis. Vienas informantas (A1) teigia, kad ši prevencinė programa turi ir trūkumų, jei nėra gerai organizuotos kokybės kontrolės. Pasitaiko atvejų, kai moteris dalyvauja šioje programoje, tačiau jai vis tiek nustatomas vėžys, tačiau tai reti atvejai. Visi informantai pritaria, kad dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje yra būtinas.

Informantai įvardino kokia rizika susijusi su dalyvavimu prevencinėje programoje. Pagrindinė rizika yra klaidingas tyrimo rezultatų įvertinimas bei tinkamos sistemos nebuvimas, kaip informuoti moteris. Informantai sutinka, kad ir yra rizika dėl rezultatų tinkamo pateikimo, tačiau dalyvavimas šioje programoje būtinas.

Interviu metu, informantų buvo klausama apie planavimą susijusį su gimdos kaklelio vėžio prevencine programa. Buvo aiškinamasi, kaip šios programos tikslai atitinka realią situaciją ir kaip tuos išsikeltus tikslus sekasi pasiekti. Informantų nuomonės apie šios programos tikslų įgyvendinimą (planavimą) pateiktos 9 lentelėje.

9 lentelė

Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos planavimą Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Teiginys
Programos tikslų įgyvendinimas	Programos tikslų įgyvendinimo trūkumai	<...> per beveik 15 metų programai, turbūt maksimaliai tikslai nėra pasiekti. Nei sergamumas nei mirtingumas nėra sumažėjęs kiek tiksluose apibrėžta <...> nepakankamas dalyvavimas ir nepakankama apskaita ir kokybės kontrolės nebuvimas ir visuose grandyse nuo paėmimo tyrimo iki informavimo moterų rezultatų (A1). Tikslai aiški ir geri, bet vykdymo planas nėra tobulas (A2). Pakvietimo ir dalyvavimo rodikliai per maži (A3). Manau, kad prevencine programa nevykdo savo išsikeltų tikslų ir reali situacija nuo to kokia yra skelbiama smarkiai skiriasi. Išsikelti tikslai neatitinka Europos rekomendacijų, todėl natūralu, kad mes ir neturim gerai suvaldytos situacijos (A5).
	Programos privalumai	Pirminis prevencinės programos tikslas - mažinti mirtingumą nuo šios ligos. Tai jeigu pasitikrini, nustatai savo laiku anksti ikivėžinę būklę, ją išgydai tai kaip ir kalbėjom (A3). <...>dabartinė karta, kurioms jau apie 25 metų tikrai turėtų turėti geresnius dalyvavimo rodiklius ir 80 % taps labiau realūs (A6). Gimdos kaklelio prevencinėje programoje kasmet dalyvauja vis daugiau moterų (A7).
	Programos tikslų įgyvendinimo efektyvumas	Šiuo metu programa Lietuvoje vykdoma apie 40%, taip kad galima sakyti kad jos efektyvumas dar nėra itin didelis, nes nustatyta, kad norint kad programa būtų aktyvi, reikalinga reguliariai tikrinti bent 80% moterų (A6). Tikslu įgyvendinimas gali būti skirtingas skirtingose situacijose (A7).

Šios programos tikslai yra sumažinti sergamumą ikivėžinėmis ir vėžinėmis ligomis. Informantai sutinka, kad gimdos kaklelio vėžinės prevencinės programos teoriniu ir praktiniu

lygmeniu skiriasi. Vykdomas planas turėtų būti tobulinamas, nes nepasiekiami nei pusės numatyto efektyvumo. Pats programos užsibrėžtas tikslas yra vykdomas sėkmingai, vadinasi tik trūksta šios programos koregavimo. Informantai mano, kad išsikeltus tikslus kiekvienais metais sekasi pasiekti vis geriau. Tačiau, kadangi planavimo mechanizmas stringa, nes nėra įgyvendinami maksimaliai tikslai. Nepakankama apskaita ir kokybės sistemos nebuvimas neigiamai veikia užsibrėžtų tikslų siekimą. Planavime labai svarbu kiek moterų pasitikrina, kaip jas pakviesti tikrintis, bei patikros tikslumas. A3 informanto nuomone, „Lietuvoje tie rodikliai nėra pakankami, lyginant su apibrėžtais Europoje siektiniais. Pakvietimo rodiklis - apie 60%, dalyvavimo - 38-40%, o siektini yra 90% - pakvietimo, o dalyvavimo apie - 70%, kad būtų efektas pasiektas“. Dar vienas ekspertas (A7) mano, kad „<...> programa Lietuvoje sąlyginai yra jauna, lyginant su kitomis Europos šalimis, todėl jai irgi reikia atkreipti dėmesį“. Galima teigti, kad išsikelti tikslai yra geri, tačiau trūksta tikslingo planavimo maksimalių tikslų įgyvendinimui.

Daugiausiai klausimų buvo pateikta apie programos organizavimą. Informantų nuomonės apie institucijų įsijungimą, jų poreikį, tarpinstitucinio veikimo ir koordinavimo svarbą, darbuotojų vertinimą ir supratimą, pateiktos 10 lentelėje.

Informantai įvardijo kokios institucijos įsijungia į programos įgyvendinimo procesą, tai: pirminės sveikatos priežiūros įstaigos (centrai) – šeimos gydytojas, kuris turėtų kviesti atlikti tyrimus, 2 ir 3 priežiūros įstaigos – atsakingos už diagnostiką ir gydymą, laboratorijos – atliekančios citologinius tyrimus, atliekančios patologinės laboratorijos biopsijos rezultatus, ligonių kasos – vykdo apmokėjimus, ginekologai – atlieka kolkoskopiją, biopsiją, visuomeninės sveikatos centrai.

Galima teigti, kad svarbiausios institucijos moteriai yra jos gydymo įstaiga, kurioje paimamas tepinėlis ir gaunamas atsakymas.

Informantai mano, kad tarpinstitucinis koordinavimas yra labai svarbus, tačiau koordinavimas nėra sklandus. Bendradarbiavimas tarp institucijų turėtų būti glaudus, nes programa nesibaigia vien tepinėlio paėmimu, reikia bendradarbiauti ir su užkrėčiamų ligų centrais, laboratorija ir t.t. Vieningo koordinavimo nėra, nes nėra vienos duomenų bazės, kurioje būtų registruojami programos dalyviai, todėl kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga skirtingai bendradarbiauja su kitomis įstaigomis. Jei koordinavimas užtikrinamas, tada ir programos tikslai pasiekiami greičiau.

Dauguma informantų mano, kad ligoninių darbuotojai teigiamai vertina onkologinių ligų profilaktikos programos įgyvendinimo gimdos kaklelio vežio atveju. Informantai mano, kad jei ši programa veikia ir yra naudos tai visuomenės ir daruotojai vertina teigiamai šios programos naudą, nors ir galėtų būti didesnis dalyvaujančių moterų skaičius.

Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos organizavimą Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Teiginys
Institucijų ir personalo svarba	Institucijų dalyvavimas programoje	<p><...> šeimos gydytojas, toliau laboratorijos <...> ginekologai <...> kitos laboratorijos atliekančios patologines laboratorijos biopsijos rezultatus, nes citologini tyrimą gali atlikti ne tik patologijos, bet ir klinikinės laboratorijos, o histologiją – patologijos (A1).</p> <p>Daug isntitucijų dalyvauja. Pagrindė, visos sveikatos priežiūros institucijos (A3).</p> <p>Į programos įgyvendinimą įsijungia vis daugiau institucijų – ne tik medikai (PSPC bei gydytojai specialistai), taip pat jau yra pasakojama ir švietimo įstaigose bei žiniasklaidoje (A6).</p> <p>Visuomeninės sveikatos centai, privačios ir valstybinės med. Įstaigos (A7).</p>
	Institucijų ryšio svarba	<p><...> Šiandien kol nėra vieno centro pirminės sveikatos priežiūros grandis, ligonių kasos, laboratorijos ir vėžio registras turėtų tarpusavyje koordinuotis (A1).</p> <p>Labai svarbus, nes daug dalyvių daug žaidėjų, tai kuo geriau žino kas ka daro ko siekia to ir tikslas greičiau pasiekiamas (A3).</p> <p>Ypatingai svarbus pradedant nuo bendravimo su užkrečiamų ligų ir aids centro <...> su specialistais, kurie galėtų toliau tirti ir tęsti gydymą jeigu jo reikia. Veikia vidutiniškai, nes registro nėra <...> (A5).</p> <p>Tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra be galo svarbus, nes programa nesibaigia vien tyrimų atlikimu, lygiai taip pat svarbus tyrimas, kai turime pakitimus, arba tyrimai kurie atliekami privačiai (A6).</p>
	Darbuotojai programą vertina teigiamai	<p>Kiekvieną programą, nukreiptą sveikatinimo link- vertina gerai (A2).</p> <p>Jeigu teoriškai, tai vertina pozityviai <...> (A3).</p> <p>Ligoninės darbuotojai programą vertina itin teigiamai, nes mato, kiek ikivėžinių būklių pavyksta sutvarkyti, anksti diagnozavus pakitimus. Patys dažnai skatina savo artimuosius atlikti tyrimą (A6).</p>
	Darbuotojų mažas informuotumas apie programą	<p>Niekas specialiai vien ligoninėse dirbančių žmonių nešviečia ir jų neruošia, <...> (A1).</p> <p>Informacijos teikimas apie programas- tik asmeninės darbuotojo iniciatyvos klausimas (A2).</p> <p>Labai priklauso nuo įstaigos, kurioje dirbama. Dažniausiai informacija prieinama bendro pobūdžio kvalifikacinėse konferencijose (A4).</p>
	Darbuotojų mokymų trūkumas	<p>Nėra specifinių mokymų ir netgi gydytojų studijų rengimo programose nėra skiriama išskirtinio laiko. Kiek žinau pas suomių, pas švedus yra atskiri ciklai tam skirti (A3).</p> <p>Pačiai neteko susidurti su kažkokiais PSPC darbuotojams skirtais mokymais susijusiais būtent su gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa, bet gal dėl to, kad darbo patirtis PSPC labai kukli (A4).</p> <p>Mokymų iš principo nėra. <...> Tai labai priklauso nuo pačio rezidento noro išmokti ir dalyvauti, specialiai kažkokių mokymų nėra (A5).</p> <p>Deja idealaus supratimo užtikrinti nepavyksta, kadangi nėra jokio personalo mokymo (A6).</p>

Pakankamas darbuotojų supratimas apie šią programą priklauso nuo pačio asmens. Informantai teigia, kad nėra jokių mokymų susijusių su onkologinių ligų profilaktikos programa, ypač gimdos kaklelio vėžio atveju. Žinios priklauso nuo kiekvieno darbuotojo suinteresuotumo, bei įstaigos, kuri gali pateikti informaciją bendro pobūdžio kvalifikacinėse konferencijose. Viskas priklauso nuo pačio asmens noro tobulėti ir gilinti savo žinias. Vadovybei reikėtų skatinti darbuotojų norą gilintis į savo sritį.

Norint realizuoti užsibrėžtus tikslus institucijoms reikia: bendros duomenų bazės, organizuotos kvietimo sistemos, kokybės kontrolės, vieningos elektroninės sistemos, kurioje būtų identifikuojamos nedalyvaujančios moterys, programos registro, programos stebėsenos, dokumento,

kuriame būtų tiksliai nusakyta kokias funkcijas ir kaip turi atlikti kiekvienas specialistas, paslaugos pasiekiamumo, pacientų informuotumo, logistikos. Informantai išvardino labai daug dalykų, kurių reikia norint pasiekti užsibrėžtą programos tikslą. Pirmas respondentas plačiau paaiškino ko reikėtų institucijoms: “*Kokybės kontrolė visuose grandyse būtų organizuota, tada galėtų matyti kas gerai kas negerai vyksta ir ką pataisyti. Dabar, programos registro kaip tokio išviso nėra. Šeimos gydytojai kaupia informaciją apie pacientus pas save, laboratorijos pas save. Ligonių kasos vykdydamos apmokėjimus pagal kodus apmokėjimų realiai kiek tu moterų pakviesta ir kiek tyrimų atlikta pagal apmokėjimą, bet pats duomenų gavimas ir analizė nėra labiau lengva ir jie neturi ryšio su vėžio registru, kuris irgi nefunkcionuoja kaip turėtų funkcionuoti. Duomenys pas juos seni. Teikiami kelių metų senumo*”. Svarbiausia, reikia bendros metodikos nuo moters pakvietimo iki rezultatų pateikimo bei registro, kuriame būtų registruojamos visos moterys. Norint, kad programa veiktų gerai reikalingas nuolatinis stebėjimas ir analizavimas atliktų darbų.

Informantai nemano, kad mentalitetas labai įtakoja visuomenės norą dalyvauti programoje. Svarbiausia pačios programos efektyvumui yra visuomenės informavimas. Visuomenė turi būti šviečiama jau mokyklinio amžiaus asmenys, kad žinotų apie šią programą ir formuotųsi nuo jaunų dienų aiški mąstysena apie programą. Jaunesnio amžiaus moterys žino apie šią prevencinę programą. Dauguma moterų pripažįsta šios programos svarbą.

11 lentelėje pateiktos informantų nuomonės apie visuomenės parengimą programą ir jos informavimo galimybes ir esamą situaciją Lietuvoje.

Informantai mano, kad geriausias būdas, kad prevencinė programa pasiektų tikslinę auditoriją yra individualus kvietimas: telefoniniu skambučiu ar žinute, vizito metu, laišku. Šiuo kvietimu turėtų užsiimti šeimos gydymo įstaigos, kur pacientas nuolat tikrinasi pas šeimos gydytoją. A6 informantas pateikė pavyzdį: „pvz. *Didžiosios Britanijos pavyzdys - pacientas gauna laišką, kad reikalinga atlikti tyrimą. Kitas pavyzdys – Skandinavijoje pacientas gauna ne tik laišką, kad reikia atlikti tyrimą, bet net ir konkretų laiką ir vietą kada ir kur reikia atvykti. Tokiu būtu pacientui jau nebereikia sukti galvos kur ir kada registruotis, o tik atvykti*“. Taip pat labai svarbu šviesti mokyklinio amžiaus asmenis, kad jie žinotų apie tokią programą ir nuo kokio amžiaus atliekamas tyrimas, ką jis duoda ir t.t..

Žiniasklaida, televizija, populiarioji spauda bei internetas yra svarbūs informaciniai šaltiniai. Informantai mano, kad informacijos šaltiniai galėtų labiau prisidėti prie visuomenės švietimo apie šią programą, o būna ir atvirkštinis variantas, kad pasirodo anti reklama. Šiuo metu geriausi informacijos šaltiniai yra socialiniai tinklai, todėl juose turėtų būti daugiau informacijos apie šią programą.

Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos visuomenės parengimą ir informavimą Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Teiginys
Visuomenės parengimas programai	Bendros elektroninės sistemos trūkumas	<...> bendros duomenų bazės <...> Labai padėtų organizuota kvietimų sistema, kad viena institucija kviestų ir vienoje duomenų bazėje būtų kaupiama citologinio tyrimo rezultatai, ginekologų konsultacijos, histologija (A1). Trūksta vieningos elektroninės sistemos su moterų nedalyvaujančių programoje identifikavimu (A2).
	Visuomenės mentaliteto stoka	Tinkama programos sistema turi leisti išvengti kultūrinių, mentalitetinių aspektų įtakos programos įgyvendinimui (A2). Kalbant apie GKV ir vertinant, kad dalyvauja maža dalis visuomenės <...> tai ne tik mentaliteto, bet reklamos ir švietimo stoka (A5). Vertinant mentaliteto klausimą galima matyti aiškų pastovią teigiamą tendenciją (A6).
	Žmonių informavimo stoka	Švietimas visuomenės vis dar yra nepakankamas. <...> o visuomenė, manau visada būtų pasirengusi dalyvauti programoje jei būtų pakankamai informuota. Visa ta informaciją reikėtų pradėti nuo mokyklos (A5).
Būdai pasiekti asmenis	Rašytinis būdas	<...> asmeniniu rašytiniu kvietimu, <...> kreipiantis vardu, kvietimą su informaciją kas tai per tyrimas, kam jis skirtas, ką reikia daryti, kokie toliau keliai laukia nieko geriau nėra (A1). Individualūs kvietimai patikrinti per trumpąsias žinutes iš PSPC, šeimos gydytojų raginimai, soc. Tinklai (A4).
	Asmeninis kontaktas	Kiekvienas žmogus priskirtas prie tam tikro šeimos gydytojo, todėl jo tikslas, kad kiekviena jo pacientė dalyvautų programoje, nedalyvaujant- turi būti atsakyta, kodėl nedalyvauja (A2). ES daugelio šalių patirtis rodo, kad didžiausias būdas pritraukti žmones asmeninis kontaktas su kiekvienu iš jų (A3). Tiesioginis kontaktas su tiriamų kontingentu (A7).
	Žiniasklaida	Vėl gi įrodyta, kad labai svarbų vaidmenį atlieka informavimas per žiniasklaidą, televiziją - pati svarbiausia, populiariūs laikraščiai, žurnalai, tai pat yra labai svarbus (A1). Galėtų atlikti ženkliai didesni, bet kadangi nėra nacionalinės vieningos kokios strategijos kas formuotų tą ir visą reklaminį tikslą <...>. Numatyta, kad bus GKV koordinacinis centras, tai viena iš to centro veiklų bus komunikacija ir reklama (A3). Žiniasklaidoje pasirodanti informacija itin svarbi (A6).
	Internetas	<...> soc. tinklai – šiuo metu – viena geriausių būdų informacijai skleisti (A4). Nuo mokyklos ir iš lytinės švietimo programos, tuomet labai svarbu yra media, media internetiniuose puslapiuose (A5). <...> socialiniai tinklai yra vadinamieji nuomonės formuotojai (A6).

Interviu metu, informantai buvo klausiami apie vadovavimą, jo būdingus bruožus, prisidėjimą, kas priima sprendimus programos įgyvendinime, institucijų bendradarbiavimą ir motyvaciją. Visos informantų nuomonės pateiktos 12 lentelėje.

Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos vadovavimą Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Teiginys
Programos veiksmingu mui reikalingi veiksniai	Nepriklausomos autonomiškos institucijos svarba	<i>Centralizacija. Tai ligonių kasos vykdančios finansavimą ir ministro įsakymas darytas GKV patikros programos koordinacinis komitetas <...> aišku prie to prisideda žinoma ir šeimos gydytojai, kurie patys ir vykdo-tiesiogiai kviečia ir laboratorijos, kurios daro tyrimus (A1). <...> svarbiausia yra atskira nepriklausoma autonomiška institucija, kuriai būtų patikėtos tam tikros valdymo funkcijos ir kuri galėtų priiminėti mokslu grįstus nuo intereso sietus sprendimus (A3). <...> reikalingas koordinavimo centras atsakingas už gimdos kaklelio vėžio prevenciją (A5). <...> optimizmas ir motyvacija, kurie leistų pasiekti kuo didesnę auditoriją. Institucijų bendradarbiavimas yra būtinas. (A6).</i>
	Sprendimų priėmimas pagal kompetencijas	<i>Kiekvienas pagal kompetencija sprendimą priima savo lygmenyje (A1). Svarbiausius sprendimus dėl programos šiuo metu priima komisija, sudaryta SAM. Šiuo metu kaip tik vyksta intensyvus darbas, kaip pagerinti programos vykdymą ir metodiką Lietuvoje (A6).</i>
	Atlyginimas motyvuoja darbuotojus	<i>Atlygintinas darbas, pakankamas sveikatos apsaugos valdytojų dėmesys į siūlomas priemones (A2). Finansinė atitinkama paskata (A5). Gydytojus ir slaugytojus dažniausiai motyvuoja papildomas uždarbis siekiant programos įgyvendinimo (vadinamosios skatinamosios paslaugos) (A6). Atlygis už darbą (A7).</i>

Informantai išskyrė šiuos vadovavimui svarbius bruožus, kurie reikalingi šios programos įgyvendinimui: centralizacija, organizuotumas, nepriklausomumas, optimizmas ir motyvacija. Paskutinis ekspertas teigia, kad vadovavimo bruožai nereikalingi. Jis nurodo, kad reikalinga logistika: sąrašai, iškvietimas, patikra ir pranešimas. Svarbiausiai turi veikti tinkamai sistema. Reikalingas koordinavimo centras, kuris viskam ir vadovautų, nes valdžia keičiasi ir nebelieka nuoseklumo. Pirmas informantas plačiau pakomentavo šį klausimą. Jis mano, kad *“Tas kas vadovauja programai turi užtikrinti elementoriką apskritus duomenų gavimas, jų reguliari analizė ir pagal trukdžius matomus arba kliūtis jų koregavimas vykdam, bet tam būtina kokybės kontrolė. Tai ligonių kasos vykdančios finansavimą ir ministro įsakymas darytas GKV patikros programos koordinacinis komitetas, kuris tikrai iki šiol į metus 3-4 kartus rinkdavosi ir analizuodavo tokius duomenis kokie yra ir tokius atskirus kokybės kontrolės patikrinimus vykdydavo laboratorijose pagal rezultatus citologinius ir aišku prie to prisideda žinoma ir šeimos gydytojai, kurie patys ir vykdo-tiesiogiai kviečia ir laboratorijos, kurios daro tyrimus”*. Prie programos įgyvendinimo daugiausiai prisideda darbuotojai (gydytojai, laborantai ir kiti), kurie bendrauja su pacientais.

Kiekviena suinteresuota šalis pagal savo kompetencijas priima sprendimus savo lygmenyje. Koordinacinis komitetas siūlo sprendimus, o ministras įsakymu patvirtina pritarantis arba ne. Svarbiausia valdžia yra sveikatos apsaugos ministerija, profesinės draugijos, komisija. Gydytojai ir kiti sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys darbuotojai turi vykdyti priimtus sprendimus.

Informantai mano, kad institucijų bendradarbiavimas yra labiau svarbus, siekiant programos tikslų. Jie nebūtų bendradarbiavimo nepavyktų įgyvendinti programos. Vieni informantai mano, kad

bendradarbiavimo tarp institucijų nėra, nors jis yra svarbus. A5 informantas mano, kad “laboratorijų atliekančių citologinius tyrimus yra 15 ar 14 ir tikrai 3 iš jų įgyvendino ES reglamentą, daugiau nei 15000 ir tai kai pagal kitas rekomendacijas rekomenduoja, kad būtų 25000 ir daugiau ir kad specialistas pradėtų dirbti savarankiškai tik tada kai jis apie 5000 tų tepinėlių peržiūri su supervaizeriu. Šiaip iš principo yra laboratorijų, kurios atlieka apie 50000 tepinėlių per metus, tai kokia kokybė gali būti. Tos pačios laboratorijos ir privačių struktūrų tepinėlius ir valstybinių struktūrų tepinėlius. Niekas jų neįgalina ir nereikalauja informuoti apie tuos tyrimus. Absoliučiai jokio bendradarbiavimo ir registro nėra”.

Informantai įvardino, kas motyvuotų atsakingus asmenis už šios programos įgyvendinimą, tai: atlygis už darbą, dėmesys siūlomomis priemonėmis, pačio asmens motyvacija turi būti. Dauguma informantų sutinka, kad geriausia motyvacija asmeniui yra finansine išraiška.

Interviu metu informantų buvo klausiama nuomonės apie šio programos kontrolę. Buvo aiškinamasi ko reikia institucijoms, kad maksimaliai būtų įgyvendinami programos tikslai, kaip panaudoti išteklius ir kokių išteklių dar trūksta, kad gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa veiktų efektyviai. 13 lentelėje pateikti informantų teiginiai, šiais klausimais.

13 lentelė

Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos kontrolę Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Teiginys
Institucijų poreikiai	Tinkamas resursų panaudojimo poreikis	<i>Nepilnai panaudojami tiek kiek skirta (A1). Daug ko reikia ir resursų, tiek žmogiškųjų, tiek finansinių. Galbūt kažkokių metodikų, kurias laikas tikrai pas mus atnaujinti. Ilgalaikio plano ir stebėsenos (A3). Resursai naudojami neefektyviai, tikrai turbūt panaudojami tik 70% bijau pameluoti tikslaus skaičiaus (A5).</i>
	Kokybės kontrolės poreikis	<i>Jeigu pereinama prie ES rekomenduojamų modernesnių metodikų arba kiek išteklių reikėtų, jeigu mes labai smarkiai mokytume visas grandis, kad kokybiškiau dirbų ir užtikrintų kokybės kontrolę (A1). Konkrečios programos tiksliai sudėliotos kas ir ką turi daryti, kiekviena institucija turėtų savo kokybės kontrolę, ko dabar galvoju išvis nėra (A5).</i>
	Veiksmingo asmenų kvietimo svarba	<i>Veiksmingumo tarpinis kriterijus, tai didesnė procentinė pasitikrinusių populiacijos dalis, tai reikia daryti tuos veiksmus kokius reikia, kad daugiau pasitikrintų. Reikia daugiau prikviešti, <...> (A3).</i>
	Bendradarbiavimo būtinumas	<i>Programą vertina, analizuoja duomenis ligonių kasos, rezultatus pateikia koordinaciniam komitetui, kuris matydamas problemas turi teikti siūlymus. Juridškai būtų taip, kad ministras atsakingas už visas programas, nes visos kitos grandys vykdo tam tikrus programos etapus (A1). Institucijų bendradarbiavimas yra būtinas. Be jo nebus nei programos įgyvendinimo nei jos tęstinumo (A6).</i>
	Atsakomybės tarp institucijų poreikis	<i>Pagal teisės aktus, koordinacinis komitetas, sveikatos apsaugos ministerija, asmens sveikatos priežiūros įstaigos visi turi savo funkcijas ir savo atsakomybes, kad gali būti geriau <...> (A3). Jokios niekas neprisiima, ir atsakomybes niekas visiškai neneša jokios (A5).</i>
	Mokymų poreikis	<i>Mokymu, programos mokymu. Tai viskas atsiremia į finansus (A5).</i>
	Svarbus darbuotojų uždarbis	<i>Gydytojus ir slaugytojus dažniausiai motyvuoja papildomas uždarbis siekiant programos įgyvendinimo (vadinamosios skatinamosios paslaugos) (A6).</i>

Informantai mano, kad institucijoms reikia resursų (žmogiškųjų ir finansinių), kad programos tikslai būtų sudėlioti, veiktų kokybės kontrolė. Informantai teigia, kad sėkmingam programos tikslų įgyvendinimui reikia: optimizmo, motyvacijos ir noro. Vienas informantas (A6) mano, kad daugiausiai prie programos prisideda paprasti pspc darbuotojai- slaugytojai, gydytojai.

Turimų išteklių efektyvus panaudojimas yra diskutuotinas klausimas. Vienas informantas (A1) galvoja, kad finansų skiriama daug, tačiau trūksta lėšų įsisavinimo. Kiti informantai taip pat sutinka, kad lėšų yra skiriama pakankamai, tačiau jų panaudojimas yra vidutiniškas ar neefektyvus. Vienas informantas (A5) plačiau pakomentavo, kad pinigai panaudojami nepilnai ir registras yra netinkamas. Informanto teigimu, "Skiriama pinigų daugiau negu jų yra panaudojama ir vertinant kiek yra padaroma tepinėlių registras yra netinkamas, nes mūsų puslapis kur yra parašyta kiek yra kviečiama moterų ir kiek yra padaroma tepinėlių, tai yra absoliučiai neteisingi skaičiai dėlto, kad pakvietimų skaičius per metus gal ir yra teisingas, bet padaroma tepinėlių jie sumuojami už visus metus, kurie buvo prieš tai, pirmus metus galėjo būti įskaičiuojami ir tie kurie buvo pakviesti praeitais metais, tai ten gaunasi, kad mes patikrinam atseit iš pakviestų 58% kurios atėjo su pakvietimų gautų per 3 metus". Galima sakyti, kad trūksta aiškios metodikos, kad būtų tinkamai įvertinti atlikti darbai ir išleistos lėšos.

Reikia tinkamos metodikos pagal, kurią būtų mokomi darbuotojai, norint pasiekti, kad programa būtų veiksmingesnė. Kiekviena institucija turi glaudžiai bendradarbiauti, dalintis savo patirtimi įgyvendinant programos tikslus. Svarbiausia yra: pakvietimo ir tyrimo atlikimo sklandumas, kuris turi būti aiškiai nurodytas dokumentuose, tuomet būtų galima kalbėti ir apie papildomus išteklius.

Dabar nėra pakankamai įsisavinamos dabartinės lėšos, tai reikėtų ne finansinės paramos, o tikslios metodikos, mokymų, bendradarbiavimo.

Informantai įvardijo, kas atsakingi už programos įgyvendinimo ir efektyvumo vertinimą: ligonių kasos, koordinacijų komitetas, sveikatos apsaugos ministerija, sveikatos priežiūros įstaigos. Trys ekspertai šiuo klausimu neturi nuomonės. Vienas informantas (A6) mano, kad gydytojus ir slaugytojus motyvuoja efektyviau dirbti papildomas uždarbis. A 5 informantas mano, kad niekas nėra atsakingas už šią programą. Galima teigti, kad ministerija nustato, kaip turi būti vykdoma programa, o visos kitos grandys (ligonių kasos, sveikatos priežiūros įstaigos ir kita) vykdo tam tikrus etapus. Visi darbuotojai turi tam tikras funkcijas ir atsakomybes siekiant, kad programa veiktų tinkamai.

Išsiaiškinus apie programos kontrolę, toliau informantai vertino prevencinę programą. Vertino programos vykdymą, efektyvumą ir ko galima tikėtis iš nacionalinių ir ES institucijų. Informantų nuomonės šia tema pateiktos 14 lentelėje.

Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos vertinimą Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Teiginys
Programos veikimo vertinimas	Nepakankamas programos veikimas	<i>Vidutiniškai, bet turim džiaugtis tuo kas vyksta (A1). Veikianti, tačiau nepakankamai efektyvi (A2). <...> gerai, nes programa yra, tyrimas standartizuotas priimtas visam pasaulyje, patikros intervalas priimtas visam pasaulyje tai kaip ir gerai, kad problemų vadybinių yra, tai viskas žinoma, bet procesas vyksta (A3). Mano nuomone programa lėtai, bet duoda teigiamus rezultatus, atsižvelgiant į naujausius statistikos duomenis, gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičius iš lėto bet mažėja (A4). <...> šiuo metu programa vyksta tik patenkinamai (A6).</i>
	Priemonės veikia nepakankamai efektyviai	<i>Priemonės skirtos, kad tų priemonių smarkiai ir neskiriama. Nei ta žiniasklaida smarkiai jungiama, <...>, bet kas pripažinta kas veikia tai centralizuotas kvietimas, kokybės kontrolė veikia (A1). Efektyviai veikia tada, kai moterys dalyvauja programoje, patekimas į ją- nėra efektyvus (A2). Nežinau nei vienos priemonės, kuri vyktų 100% efektyviai, pradedant nuo kvietimų, baigiant specialisto dalyvavime visame procese ir tyrimo pasirinkimu. Tai aš manau, kad visiškai neefektyviai (A5).</i>
	Programos veikimas vertinamas vidutiniškai	<i>Neįmanoma skaičiais įvertinti. Todėl, kad nėra pakankamai objektyvių duomenų pagal kuriuos galėtų vertinti, na aš sakyčiau iš 100% įvertinčiau 60%. 40% palikdama tobulėjimui. Iš 10- 6 balai (A1). 6, nes efektyvumas nėra pakankamas (A2). Žiūrint labai grubiai, kad daugelis komponentų yra programos, gal ne taip puikiai ir tobulai veikia, tai vertinčiau 7-8 balais (A3). 7 – nėra pakankamos statistikos, nepakankamai užtikrinamas kuo didesnis moterų dalyvavimas prof. patikros programoje (A4). 6 (kaip jau minėjau tik 30 – 40 proc. moterų jame dalyvauja) (A7).</i>
	Finansavimo svarba	<i>Metodiniai nurodymai yra pakankami, tai ko gali tikėtis tik pinigų. Jei yra atitinkamos programos Europinės, kurios gali finansuoti <...> (A1). Didesnio finansavimo (A6).</i>

Informantai dviprasmiškai vertina gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos vykdymą Lietuvoje. Vieni vertina blogai, o kiti vertina vidutiniškai. A3 informantas mano, kad reikia pasidžiaugti, kad tokia programa yra Lietuvoje. Jis teigia, kad „amžiaus grupes atitinka mokslinės rekomendacijos patikros tyrimus dabar jis jau yra šiek tiek pasenęs sakykim, nes paskutinės ataskaitos Europos komisijos duomenimis įprastines citologijas, man atrodo, dar tik dvi šalys naudoja. Bet mes jau turim planų keisti“. A6 informantas teigia, kad programa veikia tik 40 procentų, nes trūksta vieningos sistemos.

Informantai mano, kad priemonių veikimas priklauso nuo norimo pasiekti rezultato. Reikėtų labiau laikytis Europos rekomendacijų. Informantai teigia, kad reikia bendros sistemos visoms sveikatos priežiūros įstaigoms, kad programa veiktų efektyviai.

Prevencinės programos valdymo efektyvumas įvertintas nuo 5 iki 8 balų. Daugiausiai informantų įvertino programos efektyvumą 6 balais. Informantai mano, kad toks vertinimas priklauso nuo to, kad nėra apmokamas ŽPV tyrimas, vieningos duomenų sistemos nėra, statistikos trūkumas, nėra vienos metodikos, nevyksta tarpinstitucinis bendradarbiavimas.

Informantai mano, kad nacionalinės ir ES institucijos galėtų padėti finansavimo prasme, vieningos programos koordinavimo. Kiti informantai mano, kad nereikia pagalbos iš kitų šalių reikia tik sutvarkyti sistemą, kad galėtų ši programa visur veikti vienodai. Finansavimas taip pat svarbus norint, kad programa veiktų gerai.

Paskutiniai interviu klausimai buvo susiję su šios programos tobulinimu. Informantų nuomonės pateiktos 15 lentelėje.

15 lentelė

Informantų požiūris į gimdos kaklelio prevencinės programos tobulinimą Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Teiginys
Programos tobulinimo variantai	Finansiniai veiksniai	<i>Kokybės kontrolė (A1). Finansinis ir bendras sutarimas (A2). Įdiegti ES gaires GKV patikros, tai būtų didžiulis šuolis kokybės prasme. Koordinavimas asmens duomenų prieinamumas, tyrimo tikslumas ir stebėsena reguliari (A3). Moterų ir PSPC darbuotojų švietimas, Laboratorijų kuriuose atliekami tyrimai kokybės vertinimas (A4). Pasitvirtinti tyrima, sukurti gaires standartizuotas visai Lietuvai, įvykdyti mokymą specialistų. Sukurti registrą, <...> (A5). <...> paslaugos pasiekiamumas ir prieinamumas (A6). Tiesioginis kontaktas su pacientu ir tęstinumas (A7).</i>
	Žmogiškieji veiksniai	<i>Tai ieškoti būdų centralizuota programa, kvietimus ir duomenų kaupimą ir pagal galimybes tobulinta programos metodą arba mokyti tyrėjus<...> (A1). Naudotis ES parama ir įtakingų asmenų raginimu (A2). Įdiegti ES gaires GKV patikros, tai būtų didžiulis šuolis kokybės prasme. Koordinavimas asmens smulkių duomenų prieinamumas, tyrimo tikslumas ir stebėsena reguliari (A3). <...> pastovus mokymas ir didesnis finansavimas (A6).</i>
	Informacijos galimybės	<i>Kvietimų ir duomenų centralizacija ir metodo tobulinimas ir kokybės kontrolės pagrindiniai būdai (A1). Minėta programa ir sistema (A2) Jei kalbant apie mokymus, tai pradėti standartizuotą mokymą abiejuose universitetuose vienodą ir, kad ruošti specialistus vienodai. Kursus reikėtų kartoti <...> (A5). Bent Lietuvoje manau kad tikrai būtų galima įdiegti paciento informavimą laišku, pastovus bendradarbiavimas su žiniasklaida ir nuomonės formuotojais socialiniuose tinkluose. Vieningos duomenų kaupimo bazės sukūrimas, tik sertifikuotų terpių naudojimas (A6).</i>

Informantai mano, kad didžiausia iššūkiu programos įgyvendinimui yra: kokybės kontrolė, finansinis ir bendras sutarimas, ES gairių įdiegimas ir koordinavimas, mokymų vykdyme, paslaugos pasiekiamumas ir prieinamumas, tiesioginis kontaktas. Pirmas informantas mano, kad „*Visi metodai gali būti tinkami jei jie kokybiški, bet mūsų akyse nors ir 10 metų programa vyksta įprastine citologija. Jautrumas jos nuo 30-70%, tai metodas reikalaujantis labai didelio žmogiškojo indelio. Labai priklauso nuo žmogaus. Šepetėlis su kuriuo paimsi, fiksatorius su kuriuo fiksوسي, tyrimo užtepimo kokybė, kraujavo nekraujavo, kaip tu užtepsi, toliau laboratorijos irgi to tyrėjo patirtis didelė ar nedidelė. Taip, kad šitam tyrimui labai reikia mokyti visas grandis. Jis yra neblogas jeigu labai įvaldę visas situacija žmonės dirba. Citotechnikų visada trūksta, reikėtų arba automatizuoti arba centralizuoti, kad ta tyrimo kokybę užtikrinti. Negali, bet kas ir bet kokiose laboratorijose*

vykdyti. *Labai aukšti kokybės reikalavimai laboratorijoms*”. Pacientai turėtų gauti šią paslaugą ten kur gyvena, todėl turėtų būti daugiau specialistų, kurie teiktų šią paslaugą.

Informantai iššūkiams spręsti siūlo: centralizuoti programą, kvietimus ir duomenų kaupimą, programos metodikos tobulinimą, naudoti ES paramą, įdiegti ES gaires, atlikti pastovius mokymus ir didinti finansavimą, vykdyti tai kas nurodyta. A1 informantas mano, kad <...>“*reikėtų svarstyti apie galimybes pereiti prie tikslesnių patikros metodų, o absoliutūs įrodymai tiek skystos terpės citologija tiek žmogaus papilomos virusas yra geresni metodai duodantys geresnius rezultatus*“.

Informantai mano, kad prieš tai išsakytos sprendimo galimybės tinka programos tobulinimui. A6 informantas pasiūlė įdiegti sistemą, kad moterys informaciją gautų laišku, būtų pastoviai bendradarbiaujama su žiniasklaida, duomenys turėtų būti kaupiami vieningai. Vienas informantas išskyrė, kad labai svarbūs mokymai, siekiant tobulinti programos valdymą.

Galima teigti, kad gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa reikalinga, nes sergamumas šia liga ne mažėja. Moterys turi tikrintis savo sveikatą, nes nuo pasitikrinskių moterų skaičiaus priklauso programos nauda - moterų sveikata. Ši programa veikia nepakankamai efektyviai, nes nėra bendros duomenų bazės, nėra moterų bendros kvietimo ir informavimo sistemos, bendro registro apie pasitikrinskias ir nepasitikrinskias moteris, taip pat svarbūs darbuotojų mokymai, finansinė parama, tarpinstitucinis bendradarbiavimas. Likvidavus šiuos trūkumus programos valdymo vertinimas turėtų pakilti (informantų įvertinta programos valdymas 6 balams), todėl reikia nepamiršti ir tobulinti gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą. Šios programos valdymo tobulinimo galimybės pateiktos kitame poskiryje.

3.4. Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo tobulinimo galimybės

Gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymo tobulinimo galimybės buvo identifikuotos remiantis empirinio tyrimo rezultatais.

Kokybinio tyrimo metu buvo išsiaiškintos programos gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymo stiprybės, silpnybės, grėsmės ir galimybės (žr. 16 lent.).

Stiprybės. Apklausus informantus išsiaiškinta, kad programos užsibrėžtas tikslas yra vykdomas sėkmingai, vadinasi tik trūksta šios programos koregavimo. Tyrimo metu išsiaiškinta, kad išsikeltus tikslus kiekvienais metais sekasi pasiekti vis geriau. Šios programos privalumas yra tas, kad pasitikrinski moteris gali jaustis saugiai, nes yra pasitikrinski. Jei patikros metu yra nustatoma liga, tuomet ją galima kuo anksčiau gydyti. Jei moteris tikrinasi kas 2 metus, tai ir ligą nustatyti galima ankstyvoje stadijoje, tada ir gydymas lengvesnis ir greitesnis.

Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos SSGG analizė

Stiprybės	Silpnybės
<ul style="list-style-type: none"> Į prevencinę programą įsitraukia vis daugiau moterų. Moterys pasitikrinusios gali greičiau gauti gydymą ir išvengti ligos pablogėjimo ir komplikaciją. Moterys pasitikrinusios jaučiasi saugiau ir ramiau. 	<ul style="list-style-type: none"> Moterų kvietimo procedūra pasitikrinti nėra iki galo sutvarkyta. Nėra vieningos duomenų bazės, kur suvedamos pasitikrinusios moterys. Nėra gerai organizuotos kokybės kontrolės (trūksta statistikos apie pasiektus darbo rezultatus susijusius su programa). Stringantis planavimo mechanizmas. Trapinstitucinio bendradarbiavimo trūkumas.
Galimybės	Grėsmės
<ul style="list-style-type: none"> Daugiau šviesti visuomenę, o ypač jaunuolius, apie šios programos naudą. Pritraukti dar daugiau specialistų, kurie prisidėtų prie programos įgyvendinimo ir gerinimo. ES gairių įdiegimas ir koordinavimas. Rengti darbuotojams įvairius mokymus susijusius su šia programa. Tinkamai paskirsčius lėšas galima suplanuoti visą programos mechanizmą, kad jis sėkmingai veiktų ir paslauga būtų pasiekta ir prieinama kiekvienam. Moterys turėtų būti kviečiamos pasitikrinti individualiai (asmeniškai). 	<ul style="list-style-type: none"> Sergamumas šia liga yra didelis ir jei moterys neis tikrintis šis skaičius augs ir mirtingumas didės. Nėra tikslių metodinių reikalavimų kaip visa programa turi veikti, tai sąlygoja netinkamus tyrimo rezultatus, moterų neinformuotumą. jaunuoliai neturi pakankamai žinių apie ŽPV, o tai gali įtakoti onkologinių ligų atsiradimą.

Silpnybės. Apklausus informantus išsiaiškinta, kad gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos efektyvumas priklauso nuo asmenų dalyvavimo šioje srityje. Tam įtakos turi gydytojai, kurie kviečia moteris pasitikrinti savo sveikatą, nes pačių moterų aktyvumas nėra didelis.

Informantai teigia, kad dalyvavimas prevencinėje programoje nėra rizikingas, tik išskiriama viena rizika. Pagrindinė rizika yra klaidingas tyrimo rezultatų įvertinimas bei tinkamos sistemos nebuvimas, kaip informuoti moteris. Vertinant šią riziką reikėtų vis tiek dalyvauti programoje, nes bandoma šią riziką pašalinti. Taip pat reikia įvertinti, kad ši rizika pasitaiko ne dažnai.

Pasiekti gerus rezultatus trukdo stringantis planavimo mechanizmas, nes nėra įgyvendinami maksimaliai tikslai. Nepakankama apskaita ir kokybės sistemos nebuvimas neigiamai veikia užsibrėžtų tikslų siekimą. Efektyviam programos veikimui reikalingas tarpinstitucinis koordinavimas, kuris nėra sklandus. Bendradarbiavimas tarp institucijų turėtų būti glaudus, nes programa nesibaigia vien tepinėlio paėmimu, reikia bendradarbiauti ir su užkrečiamų ligų centrais, laboratorija ir t.t. Vieningo koordinavimo nėra, nes nėra vienos duomenų bazės, kurioje būtų registruojami programos dalyviai, todėl kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga skirtingai bendradarbiauja su kitomis įstaigomis. Jei koordinavimas užtikrinamas, tada ir programos tikslai pasiekiami greičiau. Kiekviena institucija turi glaudžiai bendradarbiauti, dalintis savo patirtimi

įgyvendinant programos tikslus. Norint, kad programa veiktų gerai institucijoms reikia resursų (žmogiškųjų ir finansinių), kad programos tikslai būtų sudėlioti, veiktų kokybės kontrolė.

Grėsmės. Kokybinio tyrimo metu ekspertai teigė, kad sergamumas ir mirtingumas šia liga Lietuvoje yra vienas iš didžiausių Europoje. Taip pat reikia nepamiršti, kad gimdos kaklelio vėžiu dažniausiai serga darbingo, jauno amžiaus moterys. Ligos atsiradimas paveikia ne tik moterį, bet ir visą šeimą, moterys nebegali gimdyti, prarandamas pilnavertis gyvenimas, prastėja gyvenimo kokybė, mažėja darbingumas, prastėja socialinis gyvenimas.

Šiai problemai išvengti padėtų dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje. Svarbiausia yra: pakvietimo ir tyrimo atlikimo sklandumas, kuris turi būti aiškiai nurodytas dokumentuose, tuomet būtų galima kalbėti ir apie papildomus išteklius.

Kiekybinio tyrimo metu išsiaiškinta, kad respondentai neturi pakankamai žinių apie ŽPV, o tai gali įtakoti onkologinių ligų atsiradimą. Grėsmių šalinimui reikėtų jaunuolius informuoti mokyklose apie ŽPV skiepus.

Galimybės. Kokybinio tyrimo metu išsiaiškinta, kad programa veikia ir duoda naudos visuomenei, todėl ir darbuotojai vertina teigiamai šios programos naudą, nors ir galėtų būti didesnis dalyvaujančių moterų skaičius. Tyrimo metu išsiaiškinta, kad trūksta darbuotojams mokymų susijusių su onkologinių ligų profilaktikos programa, ypač gimdos kaklelio vėžio atveju. Dabar, žinios priklauso nuo kiekvieno darbuotojo suinteresuotumo, bei įstaigos, kuri gali pateikti informaciją bendro pobūdžio kvalifikacinėse konferencijose. Viskas priklauso nuo pačio asmens noro tobulėti ir gilinti savo žinias. Reikia tinkamos metodikos pagal, kurią būtų mokomi darbuotojai, norint pasiekti, kad programa būtų veiksmingesnė.

Vadovybei reikėtų skatinti darbuotojų norą gilintis į savo sritį. Svarbu, kad visuomenė būtų informuota apie šią prevencinę programą, o tai geriausiai būtų galima padaryti žiniasklaidos, bei interneto pagalba. Informantai mano, kad informacijos šaltiniai galėtų labiau prisidėti prie visuomenės švietimo apie šią programą, o būna ir atvirkštinis variantas, kad pasirodo anti reklama. Šiuo metu geriausi informacijos šaltiniai yra socialiniai tinklai, todėl juose turėtų būti daugiau informacijos apie šią programą.

Kiekybinio tyrimo metu išsiaiškinta, kad dauguma mokinių neturi žinių apie ŽPV, todėl viena iš gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos valdymo tobulinimo galimybių turėtų būti ***mokinių švietimas 10 klasėje apie ŽPV***, lytinį gyvenimą, apsaugojimo priemones ir kita. Švietimas turėtų vykti mokykloje, o jame turėtų dalyvauti specialistai, kurie susiduria su žmogaus papildomos virusu, kad jie mokiniams paaiškintų, kas tai yra, kokios pasekmės atsiranda susirgus, kas sukelia šį virusą, kokia vakcinacijos nauda nuo šio viruso ir t.t. Be šių informacinių dalykų, merginos turėtų būti informuojamos ir apie gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą: nuo kada galima atlikti tyrimą, kokią naudą gauna pasitikrinusi moteris, kas kiek laiko reikia tikrintis. Taip pat mokinėms reikėtų

paiškinti, kad jos turėtų paskatinti ir savo mamas, močiutes pasitikrinti. Būtina jaunimui (mokiniam) formuoti teigiamą požiūrį į prevencines programas ir vakcinas.

Apibendrinant lentelės duomenis galima sakyti, kad programa veikia, tačiau ją reikėtų koreguoti, kad būtų priimta viena bendra metodika. Norint programos efektyvumo reikėtų šalinti silpnybes ir plėtoti galimybes. Tada sumažės ir šios programos silpnybės ir grėsmės. Galima teigti, kad programos valdymo tobulinimo galimybių yra nemažai. Juos įvykdyti reikia turėtų teisinę bazę ir metodine medžiaga, kuri priimta visiems vieningai. Visas programos valdymo mechanizmas turi būti reglamentuotas ir kiekvienoje įstaigoje vykdomas vienodai, nuo moters pakvietimo iki jos informavimo apie gautus rezultatus. Norint realizuoti užsibrėžtus tikslus institucijoms reikia: bendros duomenų bazės, organizuotos kvietimo sistemos, kokybės kontrolės, vieningos elektroninės sistemos, kurioje būtų identifikuojamos nedalyvaujančios moterys, programos registro, programos stebėsenos, dokumento, kuriame būtų tiksliai nusakyta kokias funkcijas ir kaip turi atlikti kiekvienas specialistas, paslaugos pasiekiamumo, pacientų informuotumo, logistikos.

Apibendrinant, galima teigti, kad šiai programai valdymo tobulinimo galimybės yra labai svarbios, nes ji veikia nepakankamai efektyviai, todėl yra išskiriama nemažai galimybių gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos tobulinimui. Kiekybinio tyrimo metu išsiaiškinta, kad reikia didinti jaunuolių informuotumą apie prevencines programas. Kokybinio tyrimo metu išsiaiškinta, kad reikia: centralizuoti programą, kvietimus ir duomenų kaupimą, tobulinti programos metodiką, naudotis ES parama, įdiegti ES gaires, atlikti pastovius mokymus ir didinti finansavimą, vykdyti tai kas nurodyta.

IŠVADOS

1. Sveikatos apsauga yra viena iš viešosios politikos sričių, kuri turi užtikrinti kokybiškas prieinamas medicininės paslaugas visiems piliečiams, ir kuri apima ligų prevenciją, piliečių švietimą asmens higienos ir sveikatinimo klausimais, ankstyvąją ligų diagnostiką, infekcijų plitimo kontrolę, sveikatinimo programų įgyvendinimą bei viešinimą. Norint užtikrinti efektyvią sveikatos apsaugą turi būti įgyvendinamos įvairios programos susijusios su prevenciniais sveikatos tikrinimo tikslais. Viena iš tokių yra gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa, kuri remiasi sveikatos politikos svarbiausi bruožai: teisingumu, prieinamumu, priimtumu, tinkamumu, solidarumu, lygybe, visapusiškumu, laisvu pasirinkimu, tęstinumu, saugumu.

2. Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo procesas pirmiausia yra susijęs su identifikuojamais merginų ir moterų poreikiais ir problemomis atsirandančiomis dėl gimdos kaklelio vėžio. Padėti įgyvendinti programą Lietuvoje yra ieškomi ir buriami profesionalai iš kitų šalių. Prevencinės programos valdymo procesą įtakoja nustatyti tikslai, uždaviniai, vertinimo kriterijai, priemonių įgyvendinimo planas ir turimi išteklių. Taip įgyvendinama programa ir sukurtos palaikymo struktūros užtikrina tęstinumą. Gimdos kaklelio valdymo procesą įtakoja veiklos rezultatai, pagal juos gali būti koreguojama programa. Galima sakyti, kad gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos valdymo procesą sudaro planavimas, organizavimas, vadovavimas ir kontrolė.

3. Europoje gimdos kaklelio vėžio prevencijos programos pagrindas sparčiai vystosi, nes kuriamos naujos atrankos technologijos. Europoje, kokybės užtikrinimas, veiklos stebėseną, vertinimo principai išlieka metodiniuose standartuose, nes tik tikrinimas ir pažeidimų valdymas yra veiksmingiausios priemonės. Besivystančiose šalyse, lyginant su išsivysčiusiomis šalimis, ŽPV vakcinavimas vyksta prastai, todėl tai yra prevencinės programos trūkumas. Išsivysčiusios šalys užsibrėžtų prevencinės programos tikslų pasiekia tik organizuotos atrankos pagalba.

4. Tyrimo metu nustatyta, kad jaunuolių informuotumas apie gimdos kaklelio vėžio prevenciją yra mažas, nes dauguma respondentų nėra pasiskiepyje nuo ŽPV. Respondentai suvokia, kad žmogaus papilomos virusas yra pavojingas, tačiau ne visi žino kas šį virusą platina, kaip juo galima užsikrėsti, koks ŽPV poveikis. Jie nežino, kad norinti išvengti šios ligos galima pasiskiepyti nuo ŽPV vakcina. Nepasiskiepyję asmenys norėtų pasiskiepyti ir žinoti daugiau informacijos apie šią ligą, kurios turėtų gauti iš specialistų, nes su tėvais, lytinio gyvenimo klausimais, kalbėtis yra sudėtinga. Išsiaiškinus respondentų situaciją galima identifikuoti programos valdymo trūkumą, tai informuotumo stoka.

5. Kokybinio tyrimo metu išsiaiškinta, kad programą reikia tobulinti, nes nepakankamas pasitikrinusių moterų skaičius Lietuvoje. Moterų dalyvavimo programoje priežastys yra šios: asmeninio poreikio suvokimas ir iniciatyva, šeimos gydytojo kvietimas, visuomenės tradicijos, tačiau trūksta sąmoningumo. Dalyvavimo programoje tikslas yra ankstyva diagnozė, susirgimo išvengimas ir žinojimas. Rizika – netiksli diagnozė ir informavimo nebuvimas, tačiau tai pasitaiko labai retai. Programa įgyvendinama 40 proc., nes dalyvavimo rodiklis yra nepakankamas, nes trūksta bendradarbiavimo, bendros elektroninės sistemos ir mokymų. Programos veiksmingumui reikalingi veiksniai nepriklausoma autonomiška institucija, sprendimų priėmimas pagal kompetencijas ir motyvuotas darbuotojų atlyginimas. Programos kontrolei reikia tinkamų resursų panaudojimu, kokybės kontrolės, veiksmingo asmenų kvietimo, bendradarbiavimo, atsakomybės tarp institucijų, mokymų ir motyvuoto atlyginimo. Pagal informantus programa veikia nepakankamai (vidutiniškai), nes priemonės veikia ne itin efektyviai ir reikia lėšų. Programos tobulinimui įtakos turi finansiniai, žmogiškieji veiksniai ir informacinės galimybės.

REKOMENDACIJOS

1. Rekomenduojama ir toliau plėtoti šią programą, tačiau LR Sveikatos apsaugos ministerija turi rūpintis jos monitoringu, finansinėmis galimybėmis, ES gairių įdiegimu ir koordinavimu, konkrečiau Asmens sveikatos departamentas. Norint, kad programa veiktų efektyviai reikia viską vykdyti organizuotai, nes tai lemia pasitikrinsiu moterų skaičių.

2. LR Sveikatos apsaugos ministerija bendradarbiaudama su LR Švietimo, mokslo ir sporto ministerija galėtų įtraukti mokinių švietimą apie šią programą. Visuomenės švietimas apie šios programos naudą turi prasidėti jau mokykloje, kurioje turėtų būti aiškinama mokiniams ne tik apie lytinį gyvenimą, plintančias ligas, bet ir galimas apsaugojimo galimybes vakcinas ir prevencines programas, kada merginos gali pasitikrinti nuo gimdos kaklelio vėžio ir t.t. Reikia, kad būtų formuojamas sąmoningas mąstymas jau mokykloje, tuomet mokiniai gali paskatinti ir savo mamas, močiutes nueiti pasitikrinti.

3. LR Sveikatos apsaugos ministerija su gydymo įstaigomis galėtų sukurti bendrą dokumentą, kuriame būtų nurodytos: moterų kvietimo procedūra (jos turėtų būti kviečiamos individualiai), moterų tikrinimo procedūra (rezultatai turi būti tinkamai išanalizuoti), moterų atsakymo pateikimo procedūra (kiekviena turi būti informuota, koks buvo tyrimo rezultatas, galima tai padaryti paštu ar paskambinus telefonu), susirgusios moters tolimesnio gydymo procedūra (turi būti tęstinumas, kad moteris ne tik pasitikrina, bet ir jei suserga gauna kuo greičiau užtikrintą pagalbą), bendra duomenų kaupimo sistema. Vien dokumento neužtenka – praktika yra dar svarbesnis dalykas, tačiau jei visos gydymo įstaigos sistemingai, vienodai organizuotų programos vykdymą pagal bendrą dokumentą, tai turėtų įvesti konkretumo kiekvienoje sistuacijoje.

4. LR Sveikatos apsaugos ministerija galėtų paskirti instituciją, kuri sukurtų vieningą duomenų bazę, kurioje būtų suvedamos pasitikrinsius moterys. Dabar kiekviena gydymo įstaiga sau suveda duomenis, kas pasitikrino, bet vieningos sistemos nėra, reikėtų, kad būtų bendra bazė, kur kiekviena gydymo įstaiga matytų kiek pasitikrino, o kiek dar ne.

5. LR Sveikatos apsaugos ministerijai organizuoti šios programos kokybės kontrolę. Reikėtų paskirti atitinkamas įstaigas (Higienos institutą, NVO ir t.t.), kad būtų viešai skelbiama surinkta statistika apie darbo rezultatus susijusius su programa.

6. LR Sveikatos apsaugos ministerija turėtų pritraukti dar daugiau specialistų, kurie prisidėtų prie programos įgyvendinimo ir gerinimo, naudojant finansinės naudos skatinimo priemones. Darbuotojams turėtų būti organizuojami kursai, mokymai, kad jie žinotų kaip įgyvendinti šios programos keliamus reikalavimus ir t.t.. Lėšos galėtų būti skirtos iš Europos Sąjungos skirtų pinigų.

7. Kiekviena gydymo įstaiga turėtų bendradarbiauti ne tik viena su kita, bet ir kitomis institucijomis (Higienos institutu, Valstybine ligonių kasa, NVO ir t.t.), kad būtų pasiekta kuo geresnių rezultatų, tai galėtų vykti internetu, virtualių seminarų metu dalinantis pastebėjimais ir trūkumais, perteikiant informaciją, kad ji kuo greičiau pasiektų reikiamą darbuotoją naudotis bendra duomenų perdavimo sistema, kuri galėtų būti sukurta būtent šiai programai, ten būtų ne tik suvedamos pasitikrinusios moterys, bet ir būtų vedama ir kita svarbi informacija, pasitikrinusiu moterų gauti rezultatai.

8. Gydymo įstaigų administracija turėtų skatinti darbuotojus premijomis už gerai atliktus darbus bei dedamas pastangas, kad pasitikrinusių moterų skaičius augtų. Pinigai galėtų būti naudojami iš Europos Sąjungos skiriamų lėšų.

9. Gydymo įstaigų administracija turėtų organizuoti kursus susijusius su šios programos įgyvendinimu ir plėtojimu.

10. Visuomenės sveikatos centrai turėtų rinkti duomenis apie gimdos kaklelio vėžį bei programos efektyvumą. Duomenys turėtų būti skelbiami viešai, kad kiekvienas galėtų pasižiūrėti kokia yra situacija. Surinkti duomenys svarbūs LR Sveikatos apsaugos ministerijai, kuri turi vertinti ar pakankamai vykdoma programa ar dar ko trūksta. Taip pat ir kitoms institucijoms, kurios gali teikti pasiūlymus ministerijai susijusius su programa.

LITERATŪRA

Moksliniai šaltiniai:

1. Aidukaitė, J., Bogdanova, N., Guogis, A. (2012). *Gerovės valstybės kūrimas Lietuvoje: mitas ar realybė?* Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras, Spaudmeta.
2. Allemani, C., Weir, H. K., Carreira, H., Harewood, R., Spika, D., Wang, X. S., Bannon, F., Ahn, J. V., Johnson, C. J., Bonaventure, A., Marcos-Gragera, R., Stiller, C., Azevedo e Silva, G., Chen, W. Q., Ogunbiyi, O. J., Rachet, B., Soeberg, M. J., You, H., Matsuda, T., Bielska-Lasota, M., Storm, H., Tucker, T. C., Coleman, M. P. (2015). CONCORD Working Group. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *The Lancet*, 385(9972), 977-1010.
3. Ang, K. K., Harris, J., Wheeler, R., Weber, R., Rosenthal, D. L., Nguyen-Tân, P. F., Westra, W. H., Chung, C. H., Jordan, R. C., Lu C., Kim, H., Axelrod, R., Silverman, C.C., Redmond, K. P., Gillison, L. M. et al. (2010). Human Papillomavirus and Survival of Patients with Oropharyngeal Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 363, 24-35.
4. Anttila, A., Lönnberg, S., Ponti, A., Suonio, E., Villain, P., Coebergh, J. W., von Karsa, L. (2015). Towards better implementation of cancer screening in Europe through improved monitoring and evaluation and greater engagement of cancer registries. *European Journal of Cancer*, 51 (2).
5. Anttila, A., Ronco, G. (2009). Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. *European Journal of Cancer*, 45(15), 2685-2708.
6. Anttila, A., von Karsa, L., Aasmaa, A., Fender, M., Patnick, J., Rebolj, M., Nicula, F., Vass, L., Valerianova, Z., Voti, L., Sauvaget, C., Ronco, G. (2009). Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *European Journal of Cancer*, 45(15), 2649-2658.
7. Anvari, R., JianFu, Z., Chermahini, H. (2014). Effective Strategy for Solving Voluntary Turnover Problem among Employees. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 129, 186-190.
8. Arbyn, M., Anttila, A., Jordan, J., Ronco, G., Schenck, U., Segnan, N. et al. (2010). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. *Annals of Oncology*, 21(3), 58-448.

9. Arbyn, M., Anttila, A., Jordan, J., Ronco, G., Schenck, U., Segnan, N., Wiener, H., Herbert, A., Karsa, L. (2010). European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document. *Annals of Oncology*, 21(3), 448-458.
10. Arbyn, M., Ronco, G., Anttila, A. (2012). Evidence regarding human papillomavirus testing in secondary prevention of cervical cancer. *Vaccine*, 30, F88-F99.
11. Audisio, R. A., Icardi, G., Isidori, A. M., Liverani, C. A., Lombardi, A., Mariani, L., Mennini, F. S., Mitchell, D. A., Peracino, A., Pecorelli, S., Rezza, G., Signorelli, C., Rosati, G. V., Zuccotti, G. V. (2016). Public health value of universal HPV vaccination. *Crit Rev Oncology/ Hematology*, 97, 157-167.
12. Aweke, Y. H., Ayanto, S. Y., Ersado, T. L. (2017). Knowledge, attitude and practice for cervical cancer prevention and control among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study. *PLOS ONE*, 12 (7).
13. Baggott, R., Jones, K.L. (2011). Prevention better than cure? Health consumer and patients' organisations and public health. *Social Science & Medicine*, 73 (4), 530-534.
14. Barré, S., Massetti, M., Leleu, H., De Bels, F. (2017). Organised screening for cervical cancer in France: a cost-effectiveness assessment. *BMJ Open*, 7:e014626.
15. Basu, P., Ponti, A., Anttila, A., Ronco, G., Senore, C., Vale, D. B., Segnan, N., Tomatis, M., Soerjomataram, I., Primic Žakelj, M. ir kt. (2018). Status of implementation and organization of cancer screening in The European Union Member States-Summary results from the second European screening report. *International Journal of Cancer*, 142 (1), 44-56
16. Beaudenon, S., Huibregtse, J. M. (2008). HPV E6, E6AP and cervical cancer. *BMC biochemistry*, 9(1), S4, 1-7.
17. Bilevičienė, T. Jonušauskas, S.(2011). *Statistinių metodų taikymas rinkos tyrimuose*. Vilnius: MRU leidykla.
18. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija*. I dalis. Klaipėda: S. Jokužio spaustuvė-leidykla.
19. Bonanni, P., Levi, M., Latham, N. B., Bechini, A., Tiscione, E., Lai, P., Panatto, D., Roberto Gasparini, R., Boccalini, S. (2011). An overview on the implementation of HPV vaccination in Europe. *Human Vaccines*, 7 (1), 128-135.
20. Bulten, J., Horvat, R., Jordan, J., Herbert, A., Wiener, H., Arbyn, M. (2011). European guidelines for quality assurance in cervical histopathology. *Acta Oncologica*, 50 (5), 611-620.

21. Coleman, A. M., Agyepong, I. A., Ziuthoff, N. P. A., Kayode, G. A. (2016). Client Factors Affect Provider Adherence to Clinical Guidelines during First Antenatal Care. *PLoS ONE*, *11*, 13.
22. Cuffe, K. M., Esie, P., Leichter, J. S., Gift, T. L. (2017). HIV Services Provided by STD Programs in State and Local Health Departments — United States, 2013–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, *66* (13), 355-358.
23. Dalingwater, L. (2014). Post-New Public Management (NPM) and the Reconfiguration of Health Services in England. *Observatoire de la société britannique*, *16*, 51-64.
24. Denscombe, M. (2007). *The good research guide*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
25. Diaz, M., Vanesa, D. M., Raquel, R. S., Josep, I., Sanjosé, A. E. S. (2018). Moving towards an organized cervical cancer screening: costs and impact. *European journal of public health*, *28*(6), 1132-1138.
26. Dugue, P. A., Lynge, E., Bjerregaard, B., Rebolj, M. (2012). Non-participation in screening: the case of cervical cancer in Denmark. *Preventive Medicine*, *54* (3-4), 266-269.
27. Eigirdaitė, A., Kanapeckienė, V., Petronytė, G., Jurkuvėnas, V. (2013). Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu. *Visuomenės sveikata*, *2* (61), 23-30.
28. Eleni Jelastopulu, E., Karnaki, P., Bartsokas, C., Plotas, P., Sissouras, A. (2013). Screening for Cervical Cancer - Uptake and Associated Factors in a Representative Sample in the City of Patras, West-Greece. *Universal Journal of Public Health*, *1* (1).
29. Elfström, K. M., Arnheim-Dahlström, L., von Karsa, L., Dillner, J. (2015). Cervical cancer screening in Europe: Quality assurance and organisation of programmes. *European Journal of Cancer*, *51* (8), 68-950.
30. Ely, G.E., White C., Jones K., Feltner F., Gomez, M. Shelton, B., Slone, S., van Meter E. et al. (2014). Cervical Cancer Screening: Exploring Appalachian Patients' Barriers to Follow-Up Care. *Social Work in Health Care*, *53* (2), 83-95.
31. Emerson, K., Gerlak, A. K. (2014). Adaptation in collaborative governance regimes. *Environmental Management*, *54* (4), 768-781.
32. Fadlallah, A. W. A. (2015). Impact of Job Satisfaction on Employees Performance an Application on Faculty of Science and Humanity Studies University of Salman Bin Abdul-Aziz-Al Aflaj. *International Journal of Innovation and Research in Educational Sciences*, *2* (1), 27-32.
33. Forster, A. S., Waller, J. (2016). Taking stock and looking ahead: Behavioural science lessons for implementing the nonavalent human papillomavirus vaccine. *European Journal of Cancer*, *62*, 96-102.

34. Gerston, L.N. (2010). *Public policy making: process and principles*. 3th ed. New York: Oxford University.
35. Ghebrehewet, S., Stewart, A. G., Baxter, D., Shears, P., Conrad, D., Kliner, M. (2016). *Health protection: Principles and practice*. Oxford: Oxford University Press.
36. Grabowsk, D., Aagaard-Hansen, J., Willaing, I., Jensen, B. B. (2017). Principled Promotion of Health: Implementing Five Guiding Health Promotion Principles for Research-Based Prevention and Management of Diabetes. *Societies*, 7 (2), 10.
37. Graham, J. E., Mishra, A. (2011). Global challenges of implementing human papillomavirus vaccines. *International Journal for Equity in Health*, June, 10 (27).
38. Griškoniš, S., Strukčinskienė, B. Dorožkina J., Jurgutis A. (2009). Moterų dalyvavimo gimdos kaklelio vėžio patikros programoje aspektai Klaipėdos mieste. *Sveikatos mokslai*, 4, 2461-2465.
39. Gudlevičienė, Ž., Šepetienė, A., Didžiapetrienė, J., Valuckas, K. P., Smailytė, G., Drąsutienė, G., & Nadišauskienė, R. J. (2010). Infekuotumas atskirų žmogaus papilomos tipų virusais esant intraepitelinių gimdos kaklelio pokyčių. *Medicina (Kaunas)*, 46(9), 616-23.
40. Gudžinskienė, V., Česnavičienė, J. (2015). Mokytojų požiūris į integruotą sveikatos ugdymą ir vaidmuo jį įgyvendinant. *Acta Paedagogica Vilnensia*, 34, 74-88.
41. Hall, M., Graffunder, C., Metzler, M. (2016). Policy Approaches to Advancing Health Equity. *Journal of Public Health Management and Practice*, 22, S50–S59.
42. Hamers, F. F., Duport, N., Beltzer, N. (2018). Population-based organized cervical cancer screening pilot program in France. *European Journal of Cancer Prevention*, 27(5), 486-492(7).
43. Herrero, R., González, P., Markowitz, L. E. (2015). Present status of human papillomavirus vaccine development and implementation. *THE LANCET Oncology*, 16 (5), e206-e216.
44. Hildebrand, J., Lobo, R., Hallett, J., Brown, G., Maycock, B. (2012). My-Peer Toolkit [1.0]: developing an online resource for planning and evaluating peer-based youth programs. *Youth Studies Australia*, 31 (2).
45. Hillemanns, P. (2016). The paradigm shift in cervical cancer screening in Germany. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 293 (1), 3–4.
46. Idowu, A., Olowookere, S. A., Fagbemi, A. T., Ogunlaja, O. A. (2016). Determinants of Cervical Cancer Screening Uptake among Women in Ilorin, North Central Nigeria: A Community-Based Study. *Journal of Cancer Epidemiology*, 2016.
47. Isidean, S. D., Mayrand, M. H., Ramanakumar, A. V., Gilbert, L., Reid, S. L., Rodrigues, I., Ferenczy, A., Ratnam, S., Coutlée, F., Franco, E. L., CCCaST Study Group. (2016). Human

- papillomavirus testing versus cytology in primary cervical cancer screening: End-of-study and extended follow-up results from the Canadian cervical cancer screening trial. *International Journal of Cancer*, 139 (11).
48. Yin R. K. (2011). *Applications of Case Study Research*. 3rd ed. Los Angeles: SAGE.
 49. Yousuf, B., Bigelow, P. L., Ng, M. K. (2015). Effectiveness of health promotion programmes for truck drivers: A systematic review. *Health Education Journal*, 74 (3).
 50. Jankauskaitė, J., Krančiukaitė-Butylkinienė, D. (2018). Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa: šeimos gydytojų nuomonė Kauno mieste. *Visuomenės sveikata*, 3(82), 26-32.
 51. Jankauskienė, D. (2012). Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(3), 7-26.
 52. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras.
 53. Jelastopulu, E., Gnardellis, C., Merakoulis, G., Alexopoulos, E. C. (2013). Work Ability Index: Validatio of the Greek Version and Descriptive Data in Heavy Industry Employees. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 3 (3), 608-621.
 54. Jolley, G. (2014). Evaluating complex community-based health promotion: addressing the challenges. *Evaluation and Program Planning*, 45, 71-81.
 55. Joura, E. A., Giuliano, A. R., Iversen, O. E., Bouchard, C., Mao, C., Mehlsen, J., Moreira, E. D., Jr, Ngan, Y., Petersen, L. K., Lazcano-Ponce, E., Pitisuttithum, P., Restrepo, J. A., Stuart, G., Woelber, L., Yang, Y. C., Cuzick, J., Garland, S. M., Huh, W., Kjaer, S. K., Bautista, O. M., Chan, I. S., Chen, J., Gesser, R., Moeller, E., Ritter, M., Vuocolo, S., Luxembourg, A. Broad Spectrum HPV Vaccine Study. (2015). A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. *The New England Journal of Medicine*, February, 372(8), 711-723. DOI: 10.1056/NEJMoa1405044.
 56. Kairys, J., Žėbienė, E., Rutkys, B. A., Zokas, I. (2004). Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina*, 40(2), 178–191.
 57. Karasu, A. F. G., Adanir, I., Aydin, S., Ilhan, G. K., Ofli, T. (2019). Nurses' Knowledge and Opinions on HPV Vaccination: a Cross-Sectional Study from Istanbul. *Journal of Cancer Education*, 34 (1), 98–104.
 58. Kardelis K. (2007). *Mokslinių tyrimų metodai ir metodologija*. Šiauliai: Liucijus.
 59. Karsa, L., Arbyn, M., De Vuyst, H., Dillner, J., Dillner, L., Franceschi, S., Patnick, J., Ronco, G., Segnan, N., Suonio, E., Törnberg, S., Anttilaj, A. (2015). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. *Papillomavirus Research*, 1, 22-31.

60. Klijn, E. H. (2012). Public Management and Governance: a comparison of two paradigms to deal with modern complex problems. In D. Levi Faur (Ed.), *The handbook of governance* (201-214). Oxford: Oxford University Press.
61. Kliučinskas, M., Rudaitis, V., Usonis, V., Vaitkienė, D., Bulotienė, G. (2009). *Krūties ir gimdos kaklelio onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir kokybiško gydymo modelis*. Vilnius: Akademinių bibliotekų tinklas.
62. Kodolitsch, Y., Backer, D. J., Schüler, H., Bannas, P., Behzadi, C., Bernhardt, A., Hillebrand, M., Fuisting, B., Sheikhzadeh, S., Rybczynski, M., Kölbel, T., Püschel, K., Blankenberg, S., Robinson, P. N. (2015). Perspectives on the revised Ghent criteria for the diagnosis of Marfan syndrome. *Appl Clin Genet*, 8, 137–155.
63. Kurtinaitienė, R., Drąsutienė, G., Labanauskaitė, I. ir kt. (2008). Vilniaus miesto moterų žinios apie gimdos kaklelio vėžio rizikos veiksnius ir patikros programą. *Medicinos teorija ir praktika*, 4, 325–330.
64. Latsuzbaia, A., Hebette, G., Fischer, M., Arbyn, M., Weyers, S., Vielh, P., Schmitt, F., Mossong, J. (2017). Introduction of liquid-based cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening in Luxembourg. *Diagnostic Cytopathology*, 45 (5), 384-390.
65. Leonavičius, V. A., Žilys, A. (2009). *Gerovės valstybė ir moderniosios Lietuvos urbanizacija*. Kaunas: Lietuvos mokslų akademijos leidykla.
66. Leung, J., Kleiner, B. (2004). Effective management in the food industry. *Management Research News*, 27 (4/5), 72-81.
67. Lynn, B., Hatry, A., Burnett, C., Kan, L., Olatunbosun, T., Bluman, B. (2017). Identifying primary care physicians continuing education needs by examining clinical practices, attitudes, and barriers to screening across multiple cancers. *Journal of Cancer Education*, 33 (6), 1255–1262.
68. Lobo, R., Petrich, M., Burns, S. K. (2014). Supporting health promotion practitioners to undertake evaluation for program development. *BMC Public Health*, 14, 3-8.
69. Lönnberg, S., Nieminen, P., Luostarinen, T., Anttila, A. (2013). Mortality audit of the Finnish cervical cancer screening program. *International Journal of Cancer*, 132 (9), 2134-2140.
70. Májek, O., Marc A. A., Veen A. E.-B., Engesæter, B., Lönnberg, S. (2018). The legal framework for European cervical cancer screening programmes. *European Journal of Public Health*, 29 (2), 345-350.
71. Malila, N., Leinonen, M., Kotaniemi-Talonen, L., Laurila, P., Tarkkanen, J., Hakama, M. (2013). The HPV test has similar sensitivity but more overdiagnosis than the Pap test--a

- randomised health services study on cervical cancer screening in Finland. *International Journal of Cancer*, 132 (9), 2141-2147.
72. Marzo-Castillejo, M., Bellas-Beceiro, B., Vela-Vallespín, C., Nuin-Villanueva, M., Bartolomé-Moreno, C., Melús-Palazón, E., Vilarrubí-Estrella, M. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2016. *Atencion Primaria*, 48 (1), 39-59.
 73. Merson, M.H., Black, R.E., Mills, A.J. (2006). *International public health: Diseases, programs, systems, and policies*. Sudbury, M.A.: Jones and Barlett Publishers.
 74. Milstein, R., Blankart, C. R. (2016). The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany. *Health Policy*, 120, 445-451.
 75. Miri, M., Jashni, K. H., Alipour, F. (2014). Effect of exercise intensity on weight changes and sexual hormones (androstenedione and free testosterone) in female rats with estradiol valerate-induced PCOS. *Journal of Ovarian Research*, 7 (1), 1-7.
 76. Moscoso, S. C., Chaves, S. S., Vidal, M. P., Argilaga, M. T. A. (2012). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13 (1), 58-66.
 77. Moscosoa, S. C., Chavesa, S. S., Vidalb, M. P., Argilagac, M. T. A. (2012). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 58–66.
 78. Musa, J., Achenbach, C. J., O'Dwyer, L. C., Charlesnika T. Evans, C. T., Megan McHugh, M., Hou, L., Simon, M. A., Murphy, R. L., Jordan, N. (2017). Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *The PLOS ONE Staff*, 12 (12).
 79. Našlènè, Ž. (2017). Ar pakankamai daug lietuvių dalyvauja profilaktinėse (prevenicinėse) programose? *Visuomenės sveikatos netolygumai*, Higienos institutas, Nr. 4(23), 23.
 80. Newman, P. A., Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Baiden, P., Tepjan, S., Rubincam, C., Doukas, N., Asey, F. (2018). Parents' uptake of human papillomavirus vaccines for their children: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open*, 20 (8), 1-14.
 81. Nuranna, L., Aziz, M. F., Cornain, S., Purwoto, G., Purbadi, S., Budiningsih, S., Siregar, B., Peters, A. A. W. (2012). Cervical cancer prevention program in Jakarta, Indonesia: See and Treat model in developing country. *Journal of Gynecologic Oncology*, 23 (3), 147-152.
 82. Paavonen, J., Naud, P., Salmerón, J., Wheeler, C. M., Chow, S. N., Apter, D., Kitchener, H., Castellsague, X., Teixeira, J. C., Skinner, S. R., Hedrick, J., Jaisamrarn, U., Limson, G., Garland, S., Szarewski, A., Romanowski, B., Aoki, F. Y., Schwarz, T. F., Poppe, W. A., Bosch, F. X., Jenkins, D., Hardt, K., Zahaf, T., Descamps, D., Struyf, F., Lehtinen, M.,

- Dubin, G., HPV PATRICIA Study Group. (2009). Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *The Lancet*, 374 (9686), 301-314.
83. Palència, L., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., Puigpinós, R., Pons-Vigués, M., Pasarín, M. I., Spadea, T., Kunst, A. E., Borrell, C. (2010). Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *International Journal of Epidemiology*, 39 (3), 757–765,
 84. Papapetrou, I. Charalambous, G., Sissouras, A., Jelastopulu E. (2016) Cervical Cancer Screening in the Municipality of Nicosia, Cyprus - Coverage and Association with Socioeconomic Determinants. *Austin Journal Public Health Epidemiology*, 3 (1) 2-6.
 85. Pečiūra, R., Gurevičius, R., Jankauskienė, D. (2011). Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(3), 50-63.
 86. Petronytė, G., Kanapeckienė V., Eigirdaitė, A., Jurkuvėnas V. (2013). Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai. *Visuomenės sveikata*, 2(61), 31-37.
 87. Porter, K. M. P., Rutkow, L., Emma E. McGinty, E. E. (2018). The Importance of Policy Change for Addressing Public Health Problems. *SAGE Journals*, 133 (1).
 88. Proma, P. (2016). Comprehensive cervical cancer prevention and control: Potential strategies at different stages of cervical cancer progression. Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh.
 89. Pukinaitė, V. (2015). Palankiausias dimensijos taikyti „sveikata visose politikose“ strategiją. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(8), 7-28.
 90. Raipa, A. (2009). Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos. *Public Policy and Administration Research Journal*, Viešoji politika ir valdymas, Vol 1, No 30, 22-32.
 91. Raphael, D. (2015). Beyond policy analysis: the raw politics behind opposition to healthy public policy. *Health Promotion International*, 30 (2), 380-396.
 92. Saraiya, M., Unger, E.R., Thompson, T.D. (2015). US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. *Journal of the National Cancer Institute*, 107 (6).
 93. Sasieni, P., Castanon, A., BeerLandy, R. (2013). How much could primary human papillomavirus testing reduce cervical cancer incidence and morbidity? *Journal of Medical Screening*, 20 (2), 99.

94. Schraeder, M., Self, D. R., Jordan, M. H., Portis, R. (2014). The Functions of Management as Mechanisms for Fostering Interpersonal Trust. *Advances in Business Research*, 5 (1), 50-62.
95. Smailytė, G, Rimienė, J, Gudlevičienė, Ž., Aleknavičienė, B. (2010). Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu patikros programos vykdymo laikotarpiu. *Medicinos teorija ir praktika*.
96. Stafford, W. C., Peng, X., Olofsson, M. H., Zhang, X., Luci, D. K., Lu, L., Cheng, Q., Tresaugues, L., Dexheimer, T. S., Coussens, N. P. et al. (2018). Irreversible inhibition of cytosolic thioredoxin reductase 1 as a mechanistic basis for anticancer therapy. *Science translational medicine*, 10 (428), 1-14.
97. Stampar, A. (2006). On Health Politics. *American Journal of Public Health*, 96 (8), 1382-1385.
98. Starkuvienė, S., Liaugaudaitė, V. (2010). Moterų nuomonė apie gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą ir dalyvavimą joje bei šeimos gydytojo vaidmenį vykdančią ją. *Moksliniai darbai*, 2, 93-97.
99. Šidlauskaitė-Stripeikienė, I., Stripeikis, O. (2016). „Kada žmogus keičiasi?“ Psichologinė, socialinė prevencijos perspektyva. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai*, 18 (2), 69-76.
100. Šumskas, L., Valius, L., Klumbienė, J., Raila, G. (2010). Ligų profilaktika, sveikatos stiprinimas ir Lietuvos šeimos gydytojų rengimo bei profesinės kompetencijos vertinimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, XIV (6), 417-425.
101. Tappero, J. W., Cassell, C. H., Rebecca E., Angulo, B. F. J., Craig, A., Pesik, N., Dahl, B. A., Ijaz, K., Jafari, H., Martin, R., Global Health Security Science Group. (2017). US Centers for Disease Control and Prevention and Its Partners' Contributions to Global Health Security. *Emerging Infectious Diseases*, 23 (1): S5-S14.
102. Tashakkori, A., Teddlie, C. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. London: Sage Publications, Inc.
103. Tijūnėlienė, O., Virbalienė, A. (2006). Anketos, pedagoginių reiškinių verifikavimo priemonės, psichologiniai konstravimo pamatai. *Pedagogika*, 82, 91–100.
104. Vagoras, A, Valuckas, K. P. (2011). Lietuvos atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos vykdymo rodikliai 2005–2007 metais ir faktinio įgyvendinimo atitikimas Europos Sąjungos tarybos rekomendacijoms dėl profilaktinių vėžio patikrų. *Medicinos teorija ir praktika*, 3, 276-286.
105. Vičaitė, S., Šidagytė, R. (2017). Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų vykdomos sveikatos stiprinimo veiklos įmonėse apžvalga. *Visuomenės sveikata*, 4(79), 99-106.
106. Wymann, M. N., Zographos, A. S., Altpeter, E., Spicher, V. M., Low, N., & Mäusezahl-Feuz, M. (2018). Human papillomavirus vaccine uptake in adolescence and adherence to

- cervical cancer screening in Switzerland: a national cross-sectional survey. *International journal of public health*, 63(1), 105-114.
107. Wymann, M. N., Zographos, A. S., Altpeter, E., Spicher, V. M., Low, N., Mäusezahl-Feuz, M. (2016). Human papillomavirus vaccine uptake in adolescence and adherence to cervical cancer screening in Switzerland-a national cross-sectional survey. *International Journal of Public Health*, 63 (1), 105-114.
108. Wong, K. L., Ong, S. F., Kuek, T. Y. (2012). Constructing a survey questionnaire to collect data on service quality of business academics. *European Journal of Social Sciences*, 29 (2), 209–221.
109. Žvirblienė, A. (2012). Sukurti nauji diagnostikos metodai, galintys padėti apsaugoti nuo gimdos kaklelio vėžio. *Mokslas, verslas, inovacijos*, 1., 1-2.
110. Žydžiūnaitė V. (2006). *Taikomųjų tyrimų metodologijos charakteristikos*. Vilnius: Ciklonas.
111. Žydžiūnaitė V., Sabaliauskas S. (2017). *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai*. Vilnius: Vaga.

Teisės aktai ir dokumentai:

112. CEN/TS 16850:2015 Standartas: „Visuomenės ir piliečių saugumas. Nurodymai dėl saugumo valdymo sveikatos priežiūros įstaigose“.
113. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“ Valstybės žinios, 2004-07-03, Nr. 104-3856, Galiojanti suvestinė redakcija 2018-05-01 - 2019-08-31.
114. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“. Galiojanti suvestinė redakcija: 2018-05-01.
115. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-548 „Dėl Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programos atlikimo metodikos patvirtinimo“ Valstybės žinios, 2004-07-29, Nr. 117-4390
116. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-814 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 24 d. įsakymo Nr. V-1209 redakcija). Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programa.
117. Lietuvos standartas „Sveikata. Terminai ir apibrėžimai“ (LST 1452:1997).

118. Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programoje (2015). Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=-35aay0196&documentId=35c41ab0a3c411e59010bea026bdb259&category=TAD>. (Žiūrėta 2019-03-01).

119. Vėžio kontrolės programų politikos ir strategijos gairės (2014).

Kiti šaltiniai:

120. Almašova V. (2014). *Europos Sąjungos struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimas*. Magistro darbas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, Vadybos institutas.

121. *Apie gimdos kaklelio vėžį*. (2017). Prieiga per internetą: <https://www.roche.lt/lt/terapines-sritys/onkologija/gimdos-kaklelio-vezys/apie-gimdos-kaklelio-vezi.html> (Žiūrėta 2019-03-01).

122. *Centers for Disease Control and Prevention, Program Performance and Evaluation Office*. (2012). Prieiga per internetą: <https://www.cdc.gov/eval/guide/step3/index.htm#ftn17>. (Žiūrėta 2017-04-12).

123. Česas, A. (2015). Onkologinės ligos ir jų pažangaus gydymo galimybės. *Lietuvos gydytojo žurnalas*, Nr. 2. Prieiga per internetą: http://www.emedicina.lt/lt/zurnalai/lietuvos_gydytojo_zurnalas/lietuvos_gydytojo_zurnalas_2015/2/onkologines_ligos_ir_ju_pazangaus_gydymo_galimybes.html (Žiūrėta 2016-06-15).

124. Eičnaitė-Lingienė, R., Matevičiūtė, T. (2013). *Darbuotojų sveikos gyvensenos mokymų ir sveikatos stiprinimo rekomendacijos*. Vilnius: Higienos institutas. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/Darbuotoju_sveikatos_stiprinimo_rekomendacijos_2013.pdf (Žiūrėta 2019-03-01).

125. Goštautaitė B., Jankauskienė D., Išganaitis V. (2011). *Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė* (Projekto analizė, I dalis). Prieiga per internete: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaugu_teikeju_pasitenkinimo_teikiamomis_paslaugomis_analize_1.pdf (Žiūrėta 2019-03-01).

126. Guogis, A. (2017). Gerovės valstybių samprata ir jų palyginimo galimybės. *Lietuvos aidas*, Visuomenė 01-23. Prieiga per internetą: <http://www.aidas.lt/lt/visuomene/article/7045-01-23-geroves-valstybiu-samprata-ir-ju-palyginimo-galimybes> (Žiūrėta 2017-05-01).

127. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistika. (2010). *Lietuvos sveikatos statistika 2010*. Prieiga per internetą:

- http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/la2010.pdf (Žiūrėta 2017-05-01).
128. Hissom, A. (2009). *Management. Introduction to management technology*. BMRT 11009 - Section 300. Kent: Kent State University.
129. Istituto Superiore di Sanità (ISS). (2016). *Le vaccinazioni in Italia. Copertura vaccinale anti Hpv*. Prieiga per internetą: http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_Ita.asp?tab-container-1=tab_113 (Žiūrėta 2019-03-01).
130. Italian Ministry of Health. (2012). Decree October 18, 2012. *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*. Prieiga per internetą: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/28/13A00528/sg> (Žiūrėta 2019-03-01).
131. Javtokas, Z. (2009). *Sveikatos stiprinimo konspektas*. Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras.
132. Kaunitz, A. (2012). *Updated Guidelines for Cervical Cancer Screening: less is more*. *Medscape*, p. 1-112.
133. Kerienė, V., Grabauskas, V., Kurtinaitis, J. (2009). Preliminarūs Lietuvos prevencinės gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros programos ekonominio vertinimo aspektai. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 13, 5.
134. Laurinavičiūtė, A. (2010). Savivaldybės ir biudžetinių įstaigų bendradarbiavimas: Anykščių rajono savivaldybės atvejo tyrimas (magistro baigiamasis darbas, Mykolo Romerio universitetas).
135. McDaniel C., Gates R. (2015). *Marketing Research*. 10th Edition eBook. Wiley.
136. Michailova, J., Kurtinaitis, J. (2009). Gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros programos eigos 2004-2005 metais Lietuvoje vertinimas (magistro darbas, Vilniaus universitetas).
137. Pečiūra, R. (2011). *Prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas*. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
138. Project Management Institute (PMI). (2013). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK Guide) 5*. Newtown Square, PA: Project Management Institute Inc. 589 psl.
139. Sasieni, P., Castanon, A. (2014). *NHSCSP Audit of Invasive Cervical Cancer: National Report 2009–2013*. Wolfson Institute of Preventive Medicine. Prieiga per internetą: <https://www.qmul.ac.uk/wolfson/centres/ccp/news/profiles/nhscsp-audit-of-invasive-cervical-cancer/nhscsp-audit-of-invasive-cervical-cancer.html> (Žiūrėta 2019-03-01).

140. Sasieni, P., Castanon, A., Beer, H. (2013). *Cervical Screening Wales Audit of Cervical Cancer (CSWACC) National Report: 1999-2009*. Prieiga per internetą: <http://www.screeningservices.org.uk/csw/prof/reports/index.asp#cswacc> (Žiūrėta 2019-03-01).
141. Saslow, D. (2012). *Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer*. USA: American Cancer Society, Atlanta, Ga.
142. Snieškienė, D., Gustaitytė, D., Jurkuvienė, R., Pilelienė, R., Klinovskytė, A., Kėželytė, L., Pleckevičienė, V. (2014). *Kompleksinių bendruomenių paslaugų modulis*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
143. Understanding Program Evaluation (2013). *Understanding Program Evaluation. An ACI Framework*. Chatswood: Agency for Clinical Innovation. Prieiga per internetą: https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/192437/Framework-Program-Evaluation.pdf (Žiūrėta 2019-03-01).
144. Vaitkienė, D., Jonaitienė, E. (2007). *Moters lytinių organų vėžio kontrolės strategija. Onkogenekologija*. Kaunas: Vitae Litera, 20-23.
145. Valstybinė ligonių kasa. (2019). *Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos apžvalga*. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/2019.02.12%20Daugiau%20apie%20prevencines%20programas.pdf> (Žiūrėta 2019-01-09).
146. Valstybinio audito ataskaita. (2014). *Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra*. 2014 m. kovo 14 d. VA-P-10-4-3. Prieiga per internetą: <https://www.vkontrolė.lt/failas.aspx?id=3112> (Žiūrėta 2019-01-09).
147. Vanderschueren, F., Wegelin E. A., Wekwete K. (1996). *Policy programme options for urban poverty reduction. A framework for action at the municipal level*. Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.
148. VASPVT. (2019.). *EUNETPAS PARTNERIAI*. Prieiga per internetą: <https://www.vaspvt.gov.lt/node/134> (Žiūrėta 2019-09-03).
149. VU Onkologijos instituto statistika (2010). *Vėžys Lietuvoje 2010*. Prieiga per internetą: https://www.nvi.lt/uploads/pdf/Vezio%20registras/Vezys_lietuvoje_2010.pdf (Žiūrėta 2017-05-01).
150. WHO. (1998). *Health 21 – health for all in the 21st century*. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All Series*, 5, 4-34.

151. World Health Organization. (2007). *Cancer control: Early detection*. WHO guide for effective programmes.
152. World Health Organization. (2011). *Health Policy*. Prieiga per internetą: https://www.who.int/topics/health_policy/en/ (Žiūrėta 2019-01-09).
153. WHO. (2016). *Biologicals Human Papillomavirus*. Prieiga per internetą: http://who.int/biologicals/vaccines/human_papillomavirus_HPV/en/ (Žiūrėta 2019-01-09).
154. World Health Organization. (2018). *Cervix uteri, Source: Globocan 2018*. International Agency for Research on Cancer. Page 2. Prieiga per internetą: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf> (Žiūrėta 2019-09-03).
155. World Health Organization. (2019a). *Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer*. Prieiga per internetą: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer) (Žiūrėta 2019-03-01).
156. World Health Organization. (2019b). *World Health Statistics overview 2019*. Monitoring health for the SDGs sustainable development globals. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf> (Žiūrėta 2019-03-01).

PRIEDAI



PUSIAU STRUKTŪRUOTAS INTERVIU SU-EKSPERTU
KLAUSIMYNO GAIRĖS

Šiaulių universiteto Viešojo valdymo magistrantūros studijų programos studentės Lina Gajauskė ir Rasa Bubliauskiėnė atlieka tyrimą, kurio tikslas – atskleisti onkologinių susirgimų profilaktikos programų valdymo ypatumus Europos Sąjungos politikos kontekste, nagrinėjant gimdos kaklelio vėžio prevencijos atvejį. Tyrimo metu gauta informacija bus analizuojama, apibendrinama ir viešinama tik moksliniais tikslais, interviu metu pastabos žymimos klausimyne ir įrašomos į diktofoną.

INFORMACIJA APIE EKSPERTĄ:

Vardas:		Pavardė:		Amžius:	
Institucija:			Pareigos:		
Darbo stažas institucijoje (metais):			Patirtis srityje (metais):		

INTERVIU INFORMACIJA:

Data:	2017 m.	mėn.	Vieta:			
	d.					
Pradžia:	val.	min.	Pabaiga:	val.	min.	Trukmė:
						min.

Klausimų grupė	Klausimai
Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos samprata	<ul style="list-style-type: none"> - Kaip dažnai tenka susidurti su gimdos kaklelio vėžio liga? - Kokie šios ligos pavojai Lietuvos visuomenei? - Kiek, Jūsų nuomone, prie situacijos suvaldymo prisideda gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa? - Kiek aktyviai patys žmonės dalyvauja gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje? - Ką duoda dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje? - Ar yra ir kokios rizikos gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos dalyvėms?
Planavimas	<ul style="list-style-type: none"> - Kaip, Jūsų nuomone, gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos tikslai atitinka realią situaciją? - Kaip, Jūsų nuomone, šiuo metu sekasi pasiekti išsikeltus tikslus?
Organizavimas	<ul style="list-style-type: none"> - Kokios institucijos įsijungia į programos įgyvendinimo procesą? - Kas labiausiai reikalinga institucijoms realizuoti užsibrėžtus programos tikslus? - Kiek svarbus tarpinstitucinis koordinavimas? Kaip jis veikia šios programos kontekste? - Kiek Lietuvos visuomenė pasirengusi šiai programai (mentaliteto, kultūros aspektai)?

	<ul style="list-style-type: none"> - Kokiais būdais, Jūsų nuomone, prevencinė programa geriausiai pasiekia tikslinę auditoriją? - Kokį vaidmenį atlieka socialiniai tinklai, žiniasklaida? - Kaip ligoninių darbuotojai, Jūsų nuomone, vertina onkologinių ligų profilaktikos programos įgyvendinimą gimdos kaklelio vėžio atveju? - Kaip užtikrinamas pakankamas darbuotojų supratimas apie onkologinių ligų profilaktikos programą, ypač gimdos kaklelio vėžio atveju?
Vadovavimas	<ul style="list-style-type: none"> - Kokie vadovavimo bruožai būdingi, reikalingi šios programos įgyvendinimui? Kokie asmenys daugiausiai prisideda prie programos įgyvendinimo užtikrinimo? - Kas priima svarbiausius sprendimus programos įgyvendinime? - Ar institucijų bendradarbiavimas padeda pasiekti programos tikslus? - Kas gali motyvuoti atsakingus asmenis už šios programos įgyvendinimą?
Kontrolė	<ul style="list-style-type: none"> - Ko labiausiai reikia institucijoms, kad jos sėkmingai įgyvendintų programos tikslus? - Kaip efektyviai panaudojami turimi išteklių? - Kokių išteklių dar reikėtų, kad programa būtų veiksmingesnė? - Kokias atsakomybes ir kas prisiims programai pasibaigus?
Vertinimas	<ul style="list-style-type: none"> - Kaip vertinate gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos vykdymą Lietuvoje? - Kokios priemonės veikia efektyviai, kurios – ne? Kodėl? - Įvertinkite 10 balų sistemoje Lietuvos onkologinių ligų profilaktikos programos valdymo efektyvumą? Kodėl toks vertinimas? - Ko tikėtumėtės iš nacionalinių ir ES institucijų, kad ši programa veiktų efektyviau?
Tobulinimas	<ul style="list-style-type: none"> - Kokius didžiausius iššūkius įvardintumėte programos įgyvendinimui? - Kaip siūlytumėte šiuos iššūkius spręsti? - Kokias dar programos valdymo tobulinimo galimybes išvelgiate?
Papildomos pastabos:	

Ačiū už atsakymus!

Anketos pavyzdys

„11 – 12 klasių moksleivių žinios apie žmogaus papilomos virusą bei jų lytinę elgseną“

TYRIMO TIKSLAS: įvertinti Lietuvos didžiųjų miestų bei rajonų 11 – 12 klasių moksleivių žinias apie žmogaus papilomos virusą bei minėtų moksleivių lytinę elgseną.

Tyrimui atlikti gautas bioetikos komisijos leidimas Nr. BEC – MF – 54. Gauti duomenys bus naudojami tik tyrimo tikslams. Tiriamojo asmens sutikimo formoje esantys Jūsų vardas ir pavardė bus koduojami. Anonimiškumas ir konfidencialumas yra garantuojami.

Jūsų dalyvavimas tyrime mums labai svarbus! Dėkojame už supratingumą, bendradarbiavimą bei skirtą laiką.

Data (įrašykite): _____

Mokykla, kurioje mokotės (įrašykite): _____

1. Lytis:

Moteris Vyras

2. Amžius (įrašyti metais): _____

3. Kelintoje klasėje mokotės (įrašykite)? _____

4. Jūsų šeimos sudėtis: (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

Motina

Tėvas

Patėvis

Pamotė

Globėjai

Kita (įrašykite): _____

5. Jūsų motinos (globėjos) išsilavinimas:

Aukštasis universitetinis

Aukštasis koleginius (aukštesnysis)

Specialusis vidurinis (profesinis)

Vidurinis

Pagrindinis

Pradinis

6. Jūsų tėvo (globėjo) išsilavinimas:

Aukštasis universitetinis

Aukštasis koleginius (aukštesnysis)

Specialusis vidurinis (profesinis)

Vidurinis

Pagrindinis

Pradinis

7. Kiek turite brolių/seserų ar įbrolių/įseserių (įrašykite)?

Brolių/įbrolių _____

Seserų/įseserių _____

Neturiu (pažymėkite, jei neturite)

8. Ar esate girdėjęs/-usi apie žmogaus papilomos virusą (toliau „ŽPV“)?

Taip

Ne

9. Ar manote, kad žinote, kas yra ŽPV?

- Taip
- Ne

10. Iš kur gaunate informacijos apie ŽPV? (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Iš tėvų (globėjų)
- Iš draugų
- Iš mokytojų
- Iš gydytojų
- Iš interneto
- Iš spaudos, televizijos, radijo
- Informacijos negaunu
- Kita (įrašykite): _____

11. Ar manote, kad šis virusas pavojingas?

- Taip
- Ne
- Nežinau

12. Kaip užsikrečiama ŽPV? (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Lytinių santykių metu
- Tiesioginio odos ar gleivinių sąlyčio metu
- Bučiuojantis
- Per maistą
- Per orą
- Per kraują
- Nežinau
- Kita (įrašykite): _____

13. Kaip manote, kas gali platinti šį virusą? (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Moterys
- Vyrų
- Parazitai
- Paukščiai
- Žinduoliai
- Vabzdžiai
- Nežinau
- Kita (įrašykite): _____

14. Ką sukelia žmogaus papilomos virusas? (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Lytinių organų uždegimus
- Į gripą panašius simptomus (karščiavimą, galvos skausmą, kaulų „laužimą“, slogą, kosulį);
- Burnos, liežuvio, seilių liaukų, gerklų ikivėžines ligas ir vėžį
- Gerklų ir lytinių organų karpas
- Gimdos kaklelio ikivėžines ligas ir vėžį
- Varpos, vulvos, makšties, išangės ikivėžines ligas ir vėžį
- Šlapimo takų infekcijas
- Nesukelia nieko
- Nežinau

15. Ar esate girdėjęs/-usi apie vakciną nuo ŽPV?

- Taip
- Ne

16. Kaip manote, koks šios vakcinės tikslas? (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Apsaugo nuo lytiškai plintančių ligų (pvz.: ŽIV, trichomonozės, gonorėjos, sifilio ir t.t.)
- Apsaugo nuo šio viruso sukeltą gripo
- Apsaugo nuo burnos, liežuvio, seilių liaukų, gerklų ikivėžinių ligų ir vėžio
- Apsaugo nuo gimdos kaklelio ikivėžinių ligų ir vėžio
- Apsaugo nuo varpos, vulvos, makšties, išangės ikivėžinių ligų ir vėžio
- Apsaugo nuo nėštumo
- Nežinau;
- Kita (įrašykite): _____

17. Iš kur sužinojote apie ŽPV vakciną? (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Iš tėvų (globėjų)
- Iš draugų
- Iš mokytojų
- Iš gydytojų
- Iš interneto
- Iš spaudos, televizijos, radijo
- Informacijos neieškau ir negaunu
- Kita (įrašykite): _____

18. Ar esate pasiskiepijęs/-usi nuo ŽPV?

- Taip
- Ne
- Nežinau

19. Ar norėtumėte pasiskiepyti nuo žmogaus papilomos viruso?

- Norėčiau, ruošiuosi pasiskiepyti
- Norėčiau, bet nežinau, kas tai yra
- Norėčiau, bet mano tėvai nesutinka
- Norėčiau, bet vakcina per brangi
- Bijau vakcinacijos ir galimų komplikacijų
- Esu vyras, o skiepai reikalingi tik moterims
- Aš apskritai nesu skiepytas/-a jokių skiepu
- Nežinau, ar norėčiau
- Nenoriu, nes (įrašykite) _____
- Kita (įrašykite): _____

20. Kaip manote, kokiame amžiaus tarpsnyje pasiskiepyti vakcina yra veiksmingiausia?

- Pirmais gyvenimo metais
- Bet kuriuo gyvenimo etapu
- 11 – 12 metų amžiuje
- Iki lytinių santykių pradžios
- Tik pradėjus lytinį gyvenimą
- Planuojant nėštumą
- Nežinau
- Kita (įrašykite): _____

21. Ar norėtumėte daugiau informacijos apie žmogaus papildomos virusą?

- Taip
- Ne
- Nežinau

22. Jei taip, iš ko norėtumėte šią informaciją gauti? (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Iš tėvų (globėjų)
- Iš draugų
- Iš mokytojų
- Iš medikų
- Iš visuomenės sveikatos specialistų
- Iš interneto
- Iš spaudos, televizijos, radijo
- Kita (įrašykite): _____

23. Jei ne, kodėl?(įrašykite): _____

24. Ar esate turėjęs/-usi lytinių santykių? (jei atsakymas “**ne**”, pereikite prie klausimo **Nr. 35**)

- Taip
- Ne

25. Kokio amžiaus buvote, kai turėjote pirmuosius lytinius santykius? (įrašyti metais): _____

26. Ar pirmieji lytiniai santykiai buvo planuoti?

- Taip, planavau
- Ne, tai įvyko neplanuotai

27. Ar pirmųjų lytinių santykių metu buvote apsvaigęs?

- Taip, buvau išgėręs/-usi alkoholio
- Taip, buvau vartojęs/-usi narkotinių medžiagų
- Ne, nevartojau nieko

28. Kieno iniciatyva įvyko pirmieji lytiniai santykiai?

- To norėjau pats/-i
- To norėjo mano partneris/-ė
- To norėjome abu
- Santykių neplanavau ir jų nenorėjau
- Kita (įrašykite) _____

29. Jei lytinių santykių norėjote pats/-i ar abu, kas jus paskatino?

- Draugai bandė, norėjau pabandyti ir aš
- Abu su partneriu/-e jautėmės tam pasiruošę
- Pažiūrėjau internete/ TV ir norėjau pabandyti pats/-i
- Norėjau neprarasti santykių su partneriu/-e
- Nežinau
- Kita (jei galite, paaiškinkite) _____

30. Ar naudojotės kontracepcijos priemonėmis pirmųjų lytinių santykių metu?

- Taip
- Ne

31. Jei taip, kokia priemone naudojotės? Jei **ne**, į šį klausimą neatsakykite. (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Prezervatyvai
- Kontraceptinės tabletės/ kontraceptinis žiedas/ kontraceptinis pleistras
- Nutrauktas lytinis aktas
- Kalendorinis metodas (skaičiuojate vaisingas dienas)
- Kita (įrašykite): _____

32. Kiek lytinių partnerių esate turėjęs/-usi?

- 1
- 2
- 3
- 4 ir daugiau

33. Ar naudojotės kontracepcijos priemonėmis vėlesnių (ne pirmųjų) lytinių santykių metu?

- Taip
- Ne
- Ne, nes esu turėjęs/usi tik vienintelius pirmuosius lytinius santykius

34. Jei taip, kokias priemones naudojote? Jei **ne**, į šį klausimą neatsakykite. (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Prezervatyvai
- Kontraceptinės tabletės/ kontraceptinis žiedas/ kontraceptinis pleistras
- Nutrauktas lytinis aktas
- Kalendorinis metodas (skaičiuojate vaisingas dienas)
- Kita (įrašykite): _____

35. Iš kur gaunate informacijos apie lytinį gyvenimą, apsisaugojimą nuo lytiškai plintančių ligų, nėštumo prevenciją? (galima žymėti **kelis** atsakymo variantus)

- Iš tėvų (globėjų)
- Iš draugų
- Iš mokytojų
- Iš gydytojų
- Iš interneto
- Iš spaudos, televizijos, radijo
- Informacijos neieškau ir negaunu
- Kita (įrašykite): _____

36. Ar Jūs pats inicijuojate pokalbius su tėvais (globėjais) apie lytinius santykius ir jų pasekmes?

- Taip, inicijuoju ir kalbu su tėvais (globėjais) šia tema
- Taip, inicijuoju, bet tėvai (globėjai) nenori kalbėtis su manimi šia tema
- Neinicijuoju

37. Ar tėvai (globėjai) patys inicijuoja pokalbius su Jumis apie lytinius santykius ir jų pasekmes?

- Taip, inicijuoja ir kalbu su tėvais (globėjais) šia tema
- Taip, inicijuoja, bet aš nenoriu kalbėtis su tėvais (globėjais) šia tema
- Neinicijuoja

Ačiū už Jūsų skirtą laiką!

Anketos kodavimas

„11–12 klasių moksleivių žinios apie žmogaus papilomos virusą bei jų lytinę elgseną“

A. Miestas/ Rajonas

1 – Miestas
0 – Rajonas

B. Mokyklos nr. zr. spec. lapą

1. Lytis:
1 – Moteris 0 – Vyras
2. Amžius (įrašyti metais): skaičius
3. Kelintoje klasėje mokotės (įrašykite)?
1 – 12 klasė 0 – 11 klasė
4. Jūsų motinos (globėjos) išsilavinimas:
0 – Nepažymėjo
1 - Aukštasis universitetinis
2 - Aukštasis koleginių (aukštesnysis)
3 - Specialusis vidurinis (profesinis)
4 - Vidurinis
5 - Pagrindinis
6 - Pradinis
5. Jūsų tėvo (globėjo) išsilavinimas:
0 - Nepažymėjo
1 - Aukštasis universitetinis
2 - Aukštasis koleginių (aukštesnysis)
3 - Specialusis vidurinis (profesinis)
4 - Vidurinis
5 - Pagrindinis
6 - Pradinis
6. Jūsų šeimos sudėtis: (galima žymėti kelis atsakymo variantus)
0 - Nepažymėjo
.1 – Motina 1 – taip 2 – ne
.2 – Tėvas 1 – taip 2 – ne
.3 - Patėvis 1 – taip 2 – ne
.4 - Pamotė 1 – taip 2 – ne
.5 - Globėjai 1 – taip 2 – ne
.6 - Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne (jei taip, išrašyti kiekvieną atvejį atskirai su mokinio numeriu, klausimo numeriu ir jo atsakymu)
7. Kiek turite brolių/seserų ar įbrolių/įseserių (įrašykite)?
Brolių/įbrolių skaičius
Seserų/įseserių skaičius
 Neturiu, jei pažymėjo, prie brolių ir sesių žymėti „0“. Jei nepažymėjo, žymėti „0“
8. Ar esate girdėjęs/-usi apie žmogaus papilomos virusą (toliau „ŽPV“)?
0 - Nepažymėjo
1 - Taip
2 - Ne
9. Ar manote, kad žinote, kas yra ŽPV?
0 - Nepažymėjo
1 - Taip
2 - Ne

10. Iš kur gaunate informacijos apie ŽPV? (galima žymėti kelis atsakymo variantus)

0 - Nepažymėjo

- .1 - Iš tėvų (globėjų) 1 – taip 2 – ne
- .2 - Iš draugų 1 – taip 2 – ne
- .3 - Iš mokytojų 1 – taip 2 – ne
- .4 - Iš gydytojų 1 – taip 2 – ne
- .5 - Iš interneto 1 – taip 2 – ne
- .6 - Iš spaudos, televizijos, radijo 1 – taip 2 – ne
- .7 - Informacijos negaunu 1 – taip 2 – ne
- .8 - Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne

11. Ar manote, kad šis virusas pavojingas?

0 -Nepažymėjo

1 - Taip

2 - Ne

3 - Nežinau

12. Kaip užsikrečiama ŽPV? (galima žymėti kelis atsakymo variantus)

0 - Nepažymėjo

- .1 - Lytinių santykių metu 1 – taip 2 – ne
- .2 - Tiesioginio odos ar gleivinių sąlyčio metu 1 – taip 2 – ne
- .3 - Bučiuojantis 1 – taip 2 – ne
- .4 - Per maistą 1 – taip 2 – ne
- .5 - Per orą 1 – taip 2 – ne
- .6 - Per kraują 1 – taip 2 – ne
- .7 - Nežinau 1 – taip 2 – ne
- .8 - Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne

13. Kaip manote, kas gali platinti šį virusą? (galima žymėti kelis atsakymo variantus)

0 - Nepažymėjo

- .1 - Moterys 1 – taip 2 – ne
- .2 - Vyrai 1 – taip 2 – ne
- .3 - Parazitai 1 – taip 2 – ne
- .4 - Paukščiai 1 – taip 2 – ne
- .5 - Žinduoliai 1 – taip 2 – ne
- .6 - Vabzdžiai 1 – taip 2 – ne
- .7 - Nežinau 1 – taip 2 – ne
- .8- Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne

14. Ką sukelia žmogaus papilomos virusas? (galima žymėti kelis atsakymo variantus)

0 - Nepažymėjo

- .1 - Lytinių organų uždegimus 1 – taip 2 – ne
- .2 - Į gripą panašius simptomus (karščiavimą, galvos skausmą, kaulų laužimą, slogą, kosulį); 1 –
taip 2 – ne
- .3 - Burnos, liežuvio, seilių liaukų, gerklų ikivėžines ligas ir vėžį 1 – taip 2 – ne
- .4 - Gerklų ir lytinių organų karpas 1 – taip 2 – ne
- .5 - Gimdos kaklelio ikivėžines ligas ir vėžį 1 – taip 2 – ne
- .6 - Varpos, vulvos, makšties, išangės ikivėžines ligas ir vėžį 1 – taip 2 – ne
- .7 - Šlapimo takų infekcijas 1 – taip 2 – ne
- .8 - Nesukelia nieko 1 – taip 2 – ne
- .9 - Nežinau 1 – taip 2 – ne

15. Ar esate girdėjęs/-usi apie vakciną nuo ŽPV?

0 - Nepažymėjo

1 - Taip

2 - Ne

16. Kaip manote, koks šios vakcinės tikslas? (galima žymėti kelis atsakymo variantus)
- 0 - Nepažymėjo
- .1 - Apsaugo nuo lytiškai plintančių ligų (pvz.: ŽIV, trichomonozės, gonorėjos, sifilio ir t.t.) 1 – taip 2 – ne
- .2 - Apsaugo nuo šio viruso sukkelto gripo 1 – taip 2 – ne
- .3 - Apsaugo nuo burnos, liežuvio, seilių liaukų, gerklų ikivėžinių ligų ir vėžio 1 – taip 2 – ne
- .4 - Apsaugo nuo gimdos kaklelio ikivėžinių ligų ir vėžio 1 – taip 2 – ne
- .5 - Apsaugo nuo varpos, vulvos, makšties, išangės ikivėžinių ligų ir vėžio 1 – taip 2 – ne
- .6 - Apsaugo nuo nėštumo 1 – taip 2 – ne
- .7 - Nežinau; 1 – taip 2 – ne
- .8 - Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne
-
17. Iš kur sužinojote apie ŽPV vakciną? (galima žymėti kelis atsakymo variantus)
- 0 - Nepažymėjo
- .1 - Iš tėvų (globėjų) 1 – taip 2 – ne
- .2 - Iš draugų 1 – taip 2 – ne
- .3 - Iš mokytojų 1 – taip 2 – ne
- .4 - Iš gydytojų 1 – taip 2 – ne
- .5 - Iš interneto 1 – taip 2 – ne
- .6 - Iš spaudos, televizijos, radijo 1 – taip 2 – ne
- .7 - Informacijos nieiškai ir negaunu 1 – taip 2 – ne
- .8 - Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne
-
18. Ar esate pasiskiepijęs/-usi nuo ŽPV?
- 0 - Nepažymėjo
- 1 - Taip
- 2 - Ne
- 3 - Nežinau
19. Ar norėtumėte pasiskiepyti nuo žmogaus papilomos viruso?
- 0 - Nepažymėjo
- 1 - Norėčiau, ruošiuosi pasiskiepyti
- 2 - Norėčiau, bet nežinau, kas tai yra
- 3 - Norėčiau, bet mano tėvai nesutinka
- 4 - Norėčiau, bet vakcina per brangi
- 5 - Bijau vakcinacijos ir galimų komplikacijų
- 6 - Esu vyras, o skiepai reikalingi tik moterims
- 7 - Aš apskritai nesu skiepytas/-a jokia skiepu
- 8 - Nežinau, ar norėčiau
- 9 - Nenoriu, nes (įrašykite) _____
- 10 - Kita (įrašykite): _____
-
20. Kaip manote, kokiame amžiaus tarpsnyje pasiskiepyti vakcina yra veiksmingiausia?
- 0 - Nepažymėjo
- 1 - Pirmais gyvenimo metais
- 2 - Bet kuriuo gyvenimo etapu
- 3 - 11 – 12 metų amžiuje
- 4 - Iki lytinių santykių pradžios
- 5 - Tik pradėjus lytinį gyvenimą
- 6 - Planuojant nėštumą
- 7 - Nežinau
- 8 - Kita (įrašykite): _____
-
21. Ar norėtumėte daugiau informacijos apie žmogaus papilomos virusą?
- 0 - Nepažymėjo
- 1 - Taip

- 2 - Ne
3 - Nežinau
22. Jei taip, iš ko norėtumėte šią informaciją gauti?
0 - Nepažymėjo
- .1 - Iš tėvų (globėjų) 1 – taip 2 – ne
.2 - Iš draugų 1 – taip 2 – ne
.3 - Iš mokytojų 1 – taip 2 – ne
.4 - Iš medikų 1 – taip 2 – ne
.5 - Iš visuomenės sveikatos specialistų 1 – taip 2 – ne
.6 - Iš interneto 1 – taip 2 – ne
.7 - Iš spaudos, televizijos, radijo 1 – taip 2 – ne
.8 - Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne
-
23. Šito klausimo nepildyti, jo suvedimo formoje nėra
24. Ar esate turėjęs/-usi lytinių santykių? (jei atsakymas “ne”, pereikite prie klausimo Nr. 35)
0 - Nepažymėjo
1 - Taip
2 - Ne
25. Kokio amžiaus buvote, kai turėjote pirmuosius lytinius santykius? (įrašyti metais): _skaičius_
26. Ar pirmieji lytiniai santykiai buvo planuoti?
0 - Nepažymėjo
1 - Taip, planavau
2 - Ne, tai įvyko neplanuotai
27. Ar pirmųjų lytinių santykių metu buvote apsvaigęs?
0 - Nepažymėjo
1 - Taip, buvau išgėręs/-usi alkoholio
2 - Taip, buvau vartojęs/-usi narkotinių medžiagų
3 - Ne, nevartojau nieko
4 – vartojo ir alkoholi, ir narkotines medž.
28. Kieno iniciatyva įvyko pirmieji lytiniai santykiai?
0 - Nepažymėjo
1 - To norėjau pats/-i
2 - To norėjo mano partneris/-ė
3 - To norėjome abu
4 - Santykių neplanavau ir jų nenorėjau
5 - Kita (įrašykite)
-
29. Jei lytinių santykių norėjote pats/-i ar abu, kas jus paskatino?
0 -Nepažymėjo
1 - Draugai bandė, norėjau pabandyti ir aš
2 - Abu su partneriu/-e jautėmės tam pasiruošę
3 - Pažiūrėjau internete/ TV ir norėjau pabandyti pats/-i
4 - Norėjau neprarasti santykių su partneriu/-e
5 - Nežinau
6 - Kita (jei galite, paaiškinkite)
-
30. Ar naudojotės kontracepcijos priemonėmis pirmųjų lytinių santykių metu?
0 - Nepažymėjo
1 - Taip
2 - Ne
31. Jei taip, kokia priemone naudojotės? Jei ne, į šį klausimą neatsakykite. (galima žymėti kelis atsakymo variantus)
0 - Nepažymėjo
- .1 - Prezervatyvai 1 – taip 2 – ne
.2 - Kontraceptinės tabletės/ kontraceptinis žiedas/ kontraceptinis pleistras 1 – taip 2 – ne

- .3 - Nutrauktas lytinis aktas 1 – taip 2 – ne
 .4 - Kalendorinis metodas (skaičiuojate vaisingas dienas) 1 – taip 2 – ne
 .5 - Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne
-
32. Kiek lytinių partnerių esate turėjęs/-usi?
 Suvesti skaičių, o jei 4 ir daugiau, rašyti „4“
33. Ar naudojotės kontracepcijos priemonėmis vėlesnių (ne pirmųjų) lytinių santykių metu?
 0 - Nepažymėjo
 1 - Taip
 2 - Ne
 3 - ne, nes vėlesnių santykių neturėjau
34. Jei taip, kokias priemones naudojote? Jei ne, į šį klausimą neatsakykite. (galima žymėti kelis atsakymo variantus)
 0 - Nepažymėjo
 .1 - Prezervatyvai 1 – taip 2 – ne
 .2 - Kontraceptinės tabletės/ kontraceptinis žiedas/ kontraceptinis pleistras 1 – taip 2 – ne
 .3 - Nutrauktas lytinis aktas 1 – taip 2 – ne
 .4 - Kalendorinis metodas (skaičiuojate vaisingas dienas) 1 – taip 2 – ne
 .5 - Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne
-
35. Iš kur gaunate informacijos apie lytinį gyvenimą, apsisaugojimą nuo lytiškai plintančių ligų, nėštumo prevenciją? (galima žymėti kelis atsakymo variantus)
 0 - Nepažymėjo
 .1 - Iš tėvų (globėjų) 1 – taip 2 – ne
 .2 - Iš draugų 1 – taip 2 – ne
 .3 - Iš mokytojų 1 – taip 2 – ne
 .4 - Iš gydytojų 1 – taip 2 – ne
 .5 - Iš interneto 1 – taip 2 – ne
 .6 - Iš spaudos, televizijos, radijo 1 – taip 2 – ne
 .7 - Informacijos neieškau ir negaunu 1 – taip 2 – ne
 .8 - Kita (įrašykite): 1 – taip 2 – ne
-
36. Ar Jūs pats inicijuojate pokalbius su tėvais (globėjais) apie lytinius santykius ir jų pasekmes?
 0 - Nepažymėjo
 1 - Taip, inicijuoju ir kalbu su tėvais (globėjais) šia tema
 2 - Taip, inicijuoju, bet tėvai (globėjai) nenori kalbėtis su manimi šia tema
 3 - Neinicijuoju
37. Ar tėvai (globėjai) patys inicijuoja pokalbius su Jumis apie lytinius santykius ir jų pasekmes?
 0 - Nepažymėjo
 1 - Taip, inicijuoja ir kalbu su tėvais (globėjais) šia tema
 2 - Taip, inicijuoja, bet aš nenoriu kalbėtis su tėvais (globėjais) šia tema
 3 - Neinicijuoja

Ačiū už Jūsų skirtą laiką!

Originalas nebus siunčiamas



**ŠIAULIŲ RAJONO SAVIVALDYBĖS ADMINISTRACIJOS
ŠVIETIMO IR SPORTO SKYRIUS**

Budžetinė įstaiga, Vilniaus g. 263, 76337 Šiauliai.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188726051.
Skyriaus duomenys: V. Montvilos g. 4, 76337 Šiauliai,
tel. (8 41) 43 05 24, faks. (8 41) 43 05 24, el. p. sek@siauliuraj.lt

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos
vyriausiajam Respublikos specialistui

2016-05-12
Į 2016-05-03 prašymą

DĖL TYRIMO APIE ŽMOGAUS PAPILOMOS VIRUSĄ IR VAKCINACIJĄ NUO JŲ

Sutinkame, kad būtų atlikta anoniminė 11–12 klasių moksleivių anketinė apklausa apie žmogaus papilomos virusą ir jo vakcinaciją bei lytinės elgsenos ypatumus, Šiaulių rajono vidurinį ugdymą teikiančiose mokymo įstaigose: Gruzdžių, Kuršėnų Lauryno Ivinskio, Kužių ir Meškuičių gimnazijose.

Skyriaus vedėja

Judita Šertvytienė



ŠIAULIŲ MIESTO SAVIVALDYBĖS ADMINISTRACIJOS
ŠVIETIMO SKYRIUS

Budžetinė įstaiga, Vasario 16-osios g. 62, 76295 Šiauliai.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188771865.
Skyriaus duomenys: Pakalnės g. 6A, 76293 Šiauliai, tel. (8 41) 52 60 68, faks. (8 41) 52 60 71, el. p. svetlinus@isiauliai.lt

Gimnazijos direktoriui

2016-05-05 Nr. SŠ-134

DĖL LIETUVOS MOKINIŲ ŽINIŲ APIE ŽMOGAUS PAPILOMOS VIRUSĄ IR
VAKCINACIJĄ NUO JŲ TYRIMO

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno akušerijos ir ginekologijos klinika, atsižvelgdama į Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijos pritarimą bei rekomendacijas, 2016–2017 m. m. pradžioje planuoja vykdyti Šiaulių miesto III–IV gimnazijos klasių mokinių žinių apie žmogaus papilomos virusą ir vakcinaciją nuo jų tyrimą.

Prašytume sudaryti galimybę atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje.

Skyriaus vedėja

Violeta Damskienė

Originalas nebus siunčiamas.
Gintarė Juškienė, 52 43 75



Dr. KRISTINA JARIENĖ
Akušerijos ir ginekologijos klinika
Lietuvos Sveikatos Mokslų Universitetas
Eivenių 2, LT-50161 Kaunas
Tel: +370 610 01833

Šiaulių universiteto Regionų plėtros institutui

PATVIRTINIMAS
2019 08 28

Patvirtinu, kad atliekant kiekybinį tyrimą įvertinti Lietuvos didžiųjų miestų bei rajonų 11 – 12 klasių moksleivių žinias apie žmogaus papilomos virusą bei minėtų moksleivių lytinę elgseną „**11 – 12 klasių moksleivių žinios apie žmogaus papilomos virusą bei jų lytinę elgseną**“ dalyvavo Šiaulių universiteto Regionų plėtros instituto Viešojo valdymo magistro studijų programos studentės Rasa Bubliauskienė ir Lina Štililienė. Joms buvo suteikta teisė naudoti tyrimo instrumentą – anketą ir vėliau naudoti gautus Šiaulių miesto ir rajono tyrimo duomenis moksliniais tikslais rengiant jų magistro darbą „GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO PREVENCIJOS PROGRAMOS VALDYMAS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKOS KONTEKSTE“.

Doc. Dr. Kristina Jarienė
Vardas, Pavardė, Parašas

