

Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministerijos

HIGIENOS INSTITUTAS



Lithuanian Republic
Ministry of Health

INSTITUTE OF HYGIENE

VISUOMENĖS SVEIKATA

Public Health

2012/2(57)

Redaktorių taryba

Tarybos pirmininkas:

dr. Remigijus Jankauskas, Higienos institutas;

nariai:

prof. habil. dr. Algirdas Baubinas, Vilniaus universitetas;
prof. Göran Bondjers, Nordic School of Public Health, Švedija;
dr. Jonas Bunikis, Europos Komisijos Mokslinių tyrimų generalinis direktoratas;
doc. dr. Saulius Čaplinskas, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras; Mykolo Romerio universitetas;
doc. dr. Marijona Černiauskienė, Lietuvos edukologijos universitetas;
prof. habil. dr. Rūta Dubakienė, Vilniaus universitetas;
doc. dr. Aldona Gaižauskienė, Mykolo Romerio universitetas;
doc. dr. Eugenijus Gefenas, Vilniaus universitetas;
prof. habil. dr. Vilius Grabauskas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;
prof. habil. dr. Elvyra Grininė, Lietuvos kūno kultūros akademija;
prof. Nikolaj Izmerov, Research Institute of Occupational Health, Rusija;
prof. habil. dr. Jonas Jankauskas, Vilniaus universitetas;
prof. dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universitetas;
prof. habil. dr. Algirdas Juozulynas, Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras;
prof. habil. dr. Ramunė Kalėdienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;
prof. habil. dr. Algimantas Kirkutis, Klaipėdos universitetas;
prof. habil. dr. Irena Misevičienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;
dr. Bronius Morkūnas, Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija;
prof. habil. dr. Vytautas Obelenis, Klaipėdos universitetas;
prof. habil. dr. Žilvinas Padaiga, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;
prof. habil. dr. Alvydas Povilonis, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;
doc. dr. Dainius Pūras, Vilniaus universitetas;
associate prof. Johan Struvve, Swedish Institute for Infectious Disease Control, Švedija;
prof. dr. Rimantas Stukas, Vilniaus universitetas;
prof. dr. Janina Tutkuvienė, Vilniaus universitetas;
prof. Harri Vainio, Finnish Institute of Occupational Health, Suomija;
associate prof. Anita Villerusa, Riga Stradins University, Latvija.

Redaktorių kolegija

Kolegijos pirmininkas:

dr. Vytautas Jurkuvėnas, Higienos institutas;

atsakingoji redaktorė:

dr. Virginija Kanapeckienė, Higienos institutas;

nariai:

doc. dr. Arūnas Germanavičius, Vilniaus universitetas;
doc. dr. Romualdas Gurevičius, Higienos institutas;
doc. dr. Vida Juškelienė, Lietuvos edukologijos universitetas;
dr. Birutė Pajarskienė, Higienos institutas;
dr. Rūta Petrauskaitė-Everatt, Vilniaus universiteto Onkologijos institutas;
prof. dr. Genovaitė Šurkienė, Vilniaus universitetas;
dr. Rolanda Valintėlienė, Higienos institutas;
prof. dr. Kęstutis Žagminas, Vilniaus universitetas.

TURINYS

REDAKCIJOS SKILTIS

Senstanti Lietuvos bendruomenė: faktai, galimybės ir iššūkiai visuomenės sveikatai	5
--	---

LITERATŪROS APŽVALGOS

Smurto prieš moteris paplitimas ir priežastys	8
<i>Loreta Stonienė, Vaida Aguonytė, Laura Narkauskaitė</i>	
Gydytojų profesinės autonomijos etinės problemos: Lietuvos atvejis	16
<i>Rytis Virbalis, Eugenijus Gefenas</i>	

ORIGINALŪS STRAIPSNIAI

Šeimos gydytojų požiūris į bendradarbiavimą su visuomenės sveikatos sektoriumi	25
<i>Romualdas Gurevičius, Jolanta Valentienė, Sandra Kutkaitė</i>	
Visuomenės sveikatos specialistų požiūris į bendradarbiavimą su pirminės sveikatos priežiūros sektoriumi	36
<i>Romualdas Gurevičius, Sandra Kutkaitė, Jolanta Valentienė.</i>	
Visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas vykdančių specialistų žinios ir įgūdžiai	45
<i>Vytenė Janauskienė, Virginija Kanapeckienė, Laura Narkauskaitė, Rolanda Valintėlienė</i>	
Ujimo / priekabiavimo dažnis Vilniaus ir Klaipėdos darbo vietose pagal ekonomines veiklas ir profesijas	57
<i>Birutė Pajarskienė, Ieva Vėbraitė, Jurgita Andruškienė, Arnoldas Jurgutis</i>	
Vilniaus ligoninių administracijos darbuotojų ir gydytojų sergamumas, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo	70
<i>Algimanstas Urbelis, Birutė Šimkūnienė</i>	
Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, Lietuvoje	78
<i>Laura Narkauskaitė, Rasa Varvuolienė, Aušra Beržanskytė</i>	
Vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojų neuropsichologinių ypatumų bei vairavimo sunkumų sąsajos ...	84
<i>Aistė Pranckevičienė, Auksė Endriulaitienė</i>	
Kauno ir Šiaulių miestų devintų klasių mokinių gyvenimo ypatumai	94
<i>Aušra Baltkojytė, Linas Šumskas, Skirmantė Sauliūnė, Zita Sakalauskaitė</i>	
Dvynių antropometrinių rodiklių ir mitybos įpročių sąsajos	103
<i>Asta Raskilienė, Janina Petkevičienė</i>	

VISUOMENĖS SVEIKATOS PRAKTIKAI

Visuomenės sveikatos specialistų ir slaugos darbuotojų kvalifikacijos tobulinimas	109
Visuomenės sveikatos priežiūros ir pilietinės visuomenės stiprinimas kovai prieš tuberkuliozės epidemiją tarp pažeidžiamųjų grupių (TUBIDU) projektas	111

METODINĖ MEDŽIAGA

Kaip pildyti medicininį mirties liudijimą?	112
Informacija straipsnių autoriams	117

CONTENTS

EDITORIAL

- Aging Lithuanian society: facts, opportunities and challenges for public health** 7
Dr. Romualdas Gurevičius

REVIEW

- Prevalence and reasons of violence against women** 15
Loreta Stonienė, Vaida Aguonytė, Laura Narkauskaitė
- Ethical problems of physicians professional autonomy in Lithuania and Europe** 24
Rytis Virbalis, Eugenijus Gefenas,

ORIGINAL ARTICLES

- The family doctors attitude on collaboration with public health sector** 35
Romualdas Gurevičius, Jolanta Valentienė, Sandra Kutkaitė
- The public health specialist's attitude to collaboration with primary health care sector** 44
Romualdas Gurevičius, Sandra Kutkaitė, Jolanta Valentienė
- Public health professionals' knowledge and skills** 56
Vytenė Jankauskienė, Virginija Kanapeckienė, Laura Narkauskaitė, Rolanda Valintėlienė
- Prevalence of bullying / harassment at workplaces of Vilnius and Klaipėda according to economic activities and occupations** 69
Birutė Pajarskienė, Ieva Vėbraitė, Jurgita Andruškienė, Arnoldas Jurgutis
- Sickness absence among administrative staff personell and physicians in Vilnius hospitals** 77
Algimanstas Urbelis, Birutė Šimkūnienė
- Primary mental health care accessibility to children with mental, behavioural and emotional disorders** .. 83
Laura Narkauskaitė, Rasa Varvuolienė, Aušra Beržanskytė
- Relationship between middle-aged and older drivers' neuropsychological characteristics and driving related problems** 93
Aistė Pranckevičienė, Auksė Endriulaitienė
- The features of life-style of 15-year old schoolchildren in Kaunas and Šiauliai** 102
Aušra Baltkojytė, Linas Šumskas, Skirmantė Sauliūnė, Zita Sakalauskaitė
- Association between anthropometric measurements and nutrition habits of twins** 108
Asta Raskilienė, Janina Petkevičienė

FOR PUBLIC HEALTH PRACTICE

- Postgraduate training of public health specialists and nurses** 109
- Project Empowering public health system and civil society to fight tuberculosis epidemic among vulnerable groups (TUBIDU)** 111

RECOMMENDATIONS

- How to fill in the medical death certificate?** 112
- Information to authors** 118

SENSTANTI LIETUVOS BENDRUOMENĖ: FAKTAI, GALIMYBĖS IR IŠŠŪKIAI VISUOMENĖS SVEIKATAI

*Žinių nepakanka, mes turime jas pritaikyti,
norėti nepakanka, mes turime veikti.*

J. W. von Goethe

Absoliučioje daugumoje pasaulio šalių žmonių, kurių amžius daugiau nei 60 metų, proporcija auga sparčiausiai už kitas amžiaus grupes. Taip daugiausia yra dėl dviejų priežasčių – ilgesnės vidutinės gyvenimo trukmės ir vis mažėjančio fertiliškumo rodiklių. Populiacija Europos regione sensta smarkiau nei kitose pasaulio šalyse: amžiaus mediana yra aukščiausia pasaulyje, o proporcija žmonių, kurių amžius – daugiau nei 65 metai, 2050-aisiais sudarys 25 proc. (2010 m. buvo 14 proc.). Taigi žmonės visuose Europos regionuose gyvena ilgiau, tačiau jų šansai gyventi šią gyvenimo atkarpą turint gerą sveikatą gana plačiai varijuoja ir šalių viduje, ir tarp šalių.

Šis ryškus senėjimas – tai aiškus visuomenės sveikatos politikos ir socioekonominio vystymosi laimėjimas, tačiau kartu tai yra ir tam tikras iššūkis bendruomenei prisitaikyti, kad taip būtų galima maksimizuoti vyresnių žmonių sveikatą ir jų funkcines galimybes bei užtikrinti jų saugumą ir socialinį dalyvavimą bendruomenės vystymosi procese.

Mūsų šalyje gyventojų skaičius kasmet mažėja. Jau eilę metų pagrindinėmis šio mažėjimo priežastimis įvardijama emigracija, žemas gimstamumas ir palyginti aukštas mirtingumas. 2011 m. pabaigoje šalyje gyveno 3 mln. 199 tūkst. gyventojų, t. y. 45,3 tūkst. mažiau negu 2011 m. pradžioje. 2011 m. gyventojų skaičiaus sumažėjimą lėmė neigiama neto migracija (beveik pusę (44 proc.) visų emigrantų sudarė 20–29 metų amžiaus gyventojai), sudariusi 85 proc. bendro sumažėjimo, ir neigiama natūralioji kaita, sudariusi 15 proc. Šiame Lietuvos populiacijos mažėjimo fone stebimas spartus gyventojų senėjimas, t. y. pagyvenusių žmonių skaičiaus, palyginti su bendru gyventojų skaičiumi, didėjimas. 2011 m. pradžioje 535,8 tūkst., arba 16,5 proc., gyventojų buvo 65 metų ir vyresnio amžiaus, o prieš 10 metų – 2001 m. pradžioje – 484,7 tūkst., arba 13,9 proc. Tokia nedidelė išsivysčiusi šalis kaip Taivanas 16,5 proc. prognozuoja

pasiekti tik 2031 m., t. y. po beveik 20 metų¹. 2011 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 180,4 tūkst. pagyvenusių vyrų ir 355,4 tūkst. pagyvenusių moterų, t. y. šio amžiaus moterų buvo beveik du kartus daugiau negu šio amžiaus vyrų.

2001–2011 m. laikotarpiu vis didėjo 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų skaičiaus santykis (arba ekonomiškai neaktyvių vyresnių nei 65 metų gyventojų skaičius 100 darbingų 15–64 metų amžiaus gyventojų) su 15–64 metų gyventojais – 2001 m. pradžioje sudarė 21,1 proc., 2010 m. – 23,7 proc., 2011 m. – jau 24,1 proc.

Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ilgėja ir 2010 m. siekė 73,5 metus (nuo 2001 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pailgėjo 1,8 metais), iš jų vyrų – 68, moterų – 78,8 metus. Nuo 2008 m. pradėjęs mažėti vyrų mirtingumas lėmė, kad jų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, palyginti su 2007 m., pailgėjo 3,1 metais, moterų – pailgėjo 1,6 metais.

65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojai 2010 m. sudarė 84,9 proc. visų mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų, arba šioje amžiaus grupėje 67,1 proc. gyventojų mirė nuo kraujotakos sistemos ligų (3749,9/100 000). Nuo šių ligų mirusios 65 metų ir vyresnio amžiaus moterys sudarė 93,4 proc. visų nuo minėtų ligų mirusių moterų, vyrai – 73,7 proc. mirusių vyrų. 2011 m. nuo kraujotakos sistemos ligų mirė 66,9 proc. 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų.

2010 m. mirtingumas nuo išeminės širdies ligos padidėjo ir siekė 459,8 mirties atvejų 100 000 gyventojų. 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų grupėje – 2454,8 mirusiųjų, t. y. daugiau nei penkis kartus daugiau. Tuo tarpu mirtingumo nuo insulto rodikliai, palyginti su 2009 m., sumažėjo iki 113,8 100 000 gyventojų, 65 metų ir vyresnio amžiaus – 592,8. Kaip

¹ Chu-Yin Yang J. Tha Aging: a great potential human resource of Taiwan. International Review of Education. 1992;38(4):427-431.

matome, šioje amžiaus kategorijoje mirtingumas nuo insulto išlieka 5 kartus didesnis.

65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojai 2010 m. sudarė 67,6 proc. visų mirusiųjų nuo piktybinių navikų, arba šioje amžiaus grupėje 18,3 proc. gyventojų mirė nuo piktybinių navikų (1024,3/100 000). Nuo piktybinių navikų mirusios 65 metų ir vyresnio amžiaus moterys sudarė 70,6 proc. visų nuo minėtų ligų mirusių moterų, vyrai – 65,2 proc. mirusių vyrų. 2011 m. nuo piktybinių navikų mirė 18,6 proc. 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų.

Mirtingumas nuo gerklų, trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų paskutiniaisiais metais išlieka gana stabilus. 2010 m. 100 000 gyventojų teko 43,6 mirusieji nuo minėtų navikų. Tuo tarpu 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų grupėje stebimas mirtingumo mažėjimas nuo 2008 m. – 2010 m. 100 000 šios amžiaus grupės gyventojų teko 170,6 mirusieji, tačiau vis viena šioje amžiaus grupėje, palyginti su bendru mirtingumu nuo plaučių vėžio, jis yra 4 kartus didesnis.

Mirtingumas nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų tolygiai svyruoja tiek tarp visų, tiek tarp pagyvenusiu moterų. Palyginti su 2009 m., 2010 m. mirtingumo rodikliai padidėjo ir sudarė 13,8 100 000 moterų ir 28,5 100 000 65 metų ir vyresnio amžiaus moterų. Taigi vyresnio amžiaus moterų mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio, palyginti su bendru mirtingumu, yra 2 kartus didesnis.

Nuo 2007 m. pastebimai auga mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų tarp 65 metų ir vyresnio amžiaus moterų. 2006 m. 100 000 moterų teko 83,4 mirusiosios, 2010 m. – jau 99,8. Bendras moterų mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų keleri metai išlieka gana stabilus – 2010 m. 100 000 moterų teko 32,7 mirusiųjų.

Mažėjęs vyrų mirtingumas nuo priešinės liaukos piktybinių navikų 2010 m. padidėjo ir sudarė 37,8 100 000 vyrų. Tuo tarpu tarp 65 metų ir vyresnio amžiaus vyrų 2009 m. registruotas žemiausias mirtingumas (236,9/100 000 vyrų), 2010 m. vėl išaugo iki 279,9 mirusiųjų 100 000 vyrų. Vyrų, turinčių daugiau nei 65 metus, mirtingumas nuo prostatos vėžio yra 7,5 karto didesnis už bendrą mirtingumo rodiklį nuo šios ligos.

65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojai 2010 m. sudarė 22,4 proc. visų mirusiųjų dėl išorinių priežasčių, arba šioje amžiaus grupėje 3 proc. gyventojų mirė dėl išorinių priežasčių (169,5/100 000). Dėl išorinių priežasčių mirusios 65 metų ir vyresnio amžiaus moterys sudarė 38 proc. visų nuo minėtų priežasčių

mirusių moterų, vyrai – 17,8 proc. mirusių vyrų. 2011 m. dėl išorinių priežasčių mirė 3,1 proc. 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų.

Nuo 2008 m. mirusiųjų skaičius nuo transporto traumų mažėja. 2007 m. 100 000 gyventojų teko 26 mirusieji transporto įvykiuose, 2010 m. – 11,3; 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų grupėje atitinkamai 27 ir 15,9 mirusieji.

Vis didėjančios senstančios populiacijos proporcijos pasekmės gali būti dramatiškos, jeigu tam nebus tinkamai pasiruošta. Šios srities tyrimai rodo, kad vis dar per didelei žmonių daliai senyvas amžius kelia aukštą socialinės izoliacijos ir skurdo riziką, sudaro dažnai ribotą aukšto lygio sveikatos ir socialinių tarnybų pasiekiamumą.

Senėjimo problema paveiks ne tik šalies ekonomiką, būsto klausimus, sveikatos priežiūros sektorių, bet ir sveikatos bei socialinio sektoriaus specialistų rengimo ir tobulinimo sritį. Šios srities svarbos neįmanoma perdėti, nuosekliai siekiant sveiko senėjimo. Pvz., akivaizdu, kad vis daugiau valstybinėms ir nevalstybinėms organizacijoms reikia specialistų, ne tik turinčių visuomenės sveikatos žinių ir įgūdžių, bet dar ir sugebančių mobilizuoti visuomenę, ją „uždegančių“ kurti įvairius sveikatinimo aljansus, pastarusius nukreipiant visos bendruomenės, taip pat ir „senjorų“, sveikatos labui. Kadangi žmonių, turinčių daugiau nei 65 metus, vis daugės, visuomenės sveikatos specialistai, kartu su kitų sektorių ir žinybų specialistais turės atrasti inovatyvius sprendimus, kaip patenkinti daugiapusius šios populiacijos poreikius. Pvz., visuomenės sveikatos stebėseną turi būti ženkliai detalčiau ir tikslingiau nukreipta į senstančios populiacijos sveikatos rodiklių stebėseną, jos gyvenimo kokybės ir lūkesčių analizę ir, reikalui esant, laiku ir tinkamą problemų koregavimą. Kas žinoma šioje srityje molekuliniam lygmenyje? Vienu naujesnių tyrimų C. Selmanas ir kt.² aptiko ribosomos proteino S6 kinazę 1 (S6K1) kaip vieną pagrindinių „žaidėjų“ senėjimo procese. Autoriai nustatė, jog „nutrynus“ šį geną žinduoliams galima prailginti gyvenimo trukmę ir padidinti rezistentiškumą nuo amžiaus priklausomoms ligoms. Paskutiniaisiais metais aptikti unikalūs sirtuinų klasės proteinais, kurie proteinų acetilinimą metabolizuoja, tuo paveikdami žinduolių fiziologiją ir

² Selman C, Tullet JM, Wieser D et al. Ribosomal protein S6 kinase 1 signaling regulates mammalian life span. *Science*. 2009;326:140-144.

mažinti ligas, sietinas su senėjimu³. Visa tai nuteikia optimistiškai.

Norint sveiko senėjimo srityje daugiau pasiekti, reikalinga kryptinga, ženkli ir tvirta visuomenės politika, siekianti palaikyti teigiamas sveikatos tendencijas: kad ilgesnio gyvenimo privalumai pasiektų kiekvieną, neatsižvelgiant į jo socioekonominę būklę ir socialinę grupę, kuriai jie priklauso.

Tinkamai pasiruošus ir šiam tikslui sujungus ne tik sveikatos, bet ir kitų sektorių pajėgas, bus galima siekti vieno iš progresyviausių tikslų – sveiko senėjimo.

*Dr. Romualdas Gurevičius
Higienos institutas
El. p. guro@hi.lt*

³ Guarente L. Sirtuins, Aging, and Medicine. *N Engl J Med.* 2011;364(23):2235-2244.

Aging Lithuanian society: facts, opportunities and challenges for public health

Dr. Romualdas Gurevičius

Institute of Hygiene, e-mail: guro@hi.lt

Summary

Apocalyptic views on the social, economic and health consequences of aging abound. Main information on current demographical situation in Lithuania presented. The population of the country decreased in the last few years, due to high migration, low birth rate and relatively high mortality. At the same time, population getting older. In 2011, 16,5 percent of population was 65 and over, compared to 13,9 percent in 2001. In the early of 2011, in Lithuania was 180,4 thousands of males and 355,4 thousands of females belonging to this age category.

General data from Lithuanian mortality figures presented and general crude mortality rates compared to the rates of population, older than 65. It was shown, that for main causes of death, mortality in the group 65 and older is 3–5 time higher than the crude rate. This directly shows that the chronic diseases in this age category have a

high impact to mortality, and several intersectorial actions, consolidation of the social, economic and health sectors, must take place.

Policy can make a difference in facilitating the realization of potential benefits of a healthy aging scenario, but this does, however, require a coordinated approach between social, economic and health policy. It is impossible to overemphasize the importance of reorienting the emerging graduate public health professionals in this process. Currently, more and more organizations need staff that not only skilled in public health, but who can recruit the societal alliances, necessary to confront chronic diseases and the complex barriers obstructing efforts to address them. Regardless of the pitfalls or successes that lie ahead, public health has the challenge it covets. It needs only to embrace that challenge.

SMURTO PRIEŠ MOTERIS PAPLITIMAS IR PRIEŽASTYS

Loreta Stonienė, Vaida Aguonytė, Laura Narkauskaitė

Higienos institutas

Santrauka

Smurtas prieš moteris nuo intymaus partnerio yra svarbi visuomenės sveikatos problema, kurios pasekmės lemia moters, šeimoje augančių vaikų fizinę ir psichinę sveikatą bei visos visuomenės gerovę. Be to, smurtas didina tiesioginę ir netiesioginę finansinę ir ekonominę naštą, kadangi sumažėja smurtą patiriančios moters galimybės darbo rinkoje, padidėja socialinių ir sveikatos paslaugų poreikis. Dėl skaudžių smurto prieš moteris pasekmių, problemą būtina spręsti nedelsiant ir smurto paplitimą siūloma mažinti, stengiantis suprasti šio smurto priežastis, panašiai kaip užkrečiamųjų ir kitų ligų atvejais.

Straipsnyje, remiantis užsienio ir Lietuvos moksliniais šaltiniais, apžvelgiamas smurto prieš moteris paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje, jo priežastys bei teoriniai priežasčių aiškinimai, trumpalaikės ir ilgalaikės pasekmės bei vykdomos smurto prieš moteris prevencijos priemonės.

Reikšminiai žodžiai: smurtas, moterys, smurto paplitimas, smurto priežastys, smurto pasekmės, smurto prevencija.

ĮVADAS

Visuomenės sveikatos dėmesio pasauliniu lygiu smurto problema susilaukė 1996 m. Pasaulio sveikatos asamblėjoje, kai priimtoje rezoliucijoje buvo paskelbta, kad smurtas lemia fizinę, socialinę ir dvasinę žmogaus sveikatą bei yra vienas iš žmogaus teisių ir laisvių pažeidimų [1, 2]. Šis dokumentas paragino Pasaulio sveikatos organizaciją (PSO), kaip svarbiausią tarptautinę instituciją, inicijuoti ir koordinuoti veiklas, skirtas spręsti smurto, kaip visuomenės sveikatos, problemą. PSO atsakas į šį raginimą buvo 160 ekspertų grupės iš daugiau nei 70 šalių 2002 m. paskelbta pirmoji „Pasaulinė ataskaita apie smurtą ir sveikatą“, kuria pradėta pasaulinė smurto prevencijos kampanija vietiniu, nacionaliniu ir tarptautiniu lygiais [1].

Smurtas prieš moteris pasaulinio dėmesio susilaukė 1993 m., kai Jungtinių Tautų generalinė asamblėja priėmė Deklaraciją dėl smurto prieš moteris panaikinimo, kurioje smurtas prieš moteris buvo apibrėžtas „kaip bet koks smurto aktas prieš moteris, galintis nulemti fizinę, seksualinę ar psichologinę žalą, įskaitant grasinimus, prievartą, laisvės atėmimą, neatsižvelgiant į tai, ar tai liečia asmeninį ar visuomeninį gyvenimą“, bei akcentuojama, kad moterys yra labiau pažeidžiamos nei vyrai [3].

Lietuvoje 2011 m. priimtame Apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje įstatyme lyčių komponentas neišskiriamas. Jame akcentuojama, kad smurtas artimoje aplinkoje gali būti patiriamas nuo bet kurio šeimos nario, susijusio santuokiniais, partnerystės, svainystės ar kitais artimais ryšiais, taip pat nuo asmens, kartu gyvenančio ir tvarkančio bendrą ūkį [4].

Vis dėlto dažniausiai smurtas suvokiamas kaip vyro smurtas prieš moterį. Nors vis dažniau kalbama apie lyčių lygybę, tačiau daugelyje pasaulio valstybių vis dar išlieka kultūriškai nusistovėjęs vyriškos lyties dominavimas, moteris suvokiama kaip turinti paklusti vyrui, todėl smurtas prieš moteris neretai toleruojamas. Dėl skaudžių pasekmių smurto aukai, jos artimųjų bei visuomenės gerovei smurto problemai skiriamas vis didesnis dėmesys.

Šio straipsnio tikslas – remiantis moksliniais šaltiniais apžvelgti smurto prieš moteris paplitimą, priežastis, pasekmes bei problemos sprendimo būdus (prevenciją ir pagalbą) pasaulyje ir Lietuvoje.

Metodologija: straipsnis parengtas remiantis mokslinės literatūros sisteminės analizės rezultatais, kurie leidžia sisteminti ir vertinti sukauptus faktinius duomenis. Anglų kalba publikuotos mokslinės literatūros šaltinių paieška buvo vykdoma „PubMed“, „EBSCO“, „ProQuest“, „BMJ Publishing Group“ mokslinės literatūros visatekstėse (angl. *full-text*) duomenų bazėse, paieškai pasitelkiant tokius reikšminius žodžius anglų kalba: „violence against women“ and/or „prevalence of violence“ and/or „outcomes of violence“ and/or „reasons of violence“ and/or „outcomes of violence“ and/or „prevention of violence“.

Adresas susirašinėti: Loreta Stonienė,
Higienos institutas
Visuomenės sveikatos technologijų centras,
Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius.
El. p. loretastonienė@gmail.com

SMURTO PAPLITIMAS

Siekiant suvokti smurto prieš moteris paplitimo apimtį, reikalingi tarpusavyje palyginami įvairių šalių tyrimų duomenys. Tačiau stebima tai, kad tyrimų rezultatus nėra paprasta palyginti dėl skirtingos metodologijos, vartojamų apibrėžimų, klausimų formuluočių, tyrimo aplinkos konfidencialumo lygio ir respondenčių pasitikėjimo tyrėjais, tiriamos populiacijos charakteristikų bei problemos „slaptumo“ lygio visuomenėje. Neatsižvelgiant į tai, tyrimų duomenys rodo, kad skirtingu lygiu smurto prieš moteris problema yra aktuali visose visuomenėse.

2002 m. paskelbtoje PSO ataskaitoje apie smurtą ir sveikatą pateikiami duomenys apie smurto prieš moteris paplitimo tyrimus, atliktus pasaulyje 1982–1999 m. laikotarpiu. Šie duomenys rodo, kad nuo 10 proc. iki 69 proc. moterų įvairiais gyvenimo tarpsniais patyrė fizinį intymaus partnerio smurtą. Per paskutinius metus partnerio smurtą patyrusių moterų procentas varijuoja nuo 3 proc. tarp Australijos, Kanados ir Jungtinių Amerikos Valstijų moterų iki 27 proc. tarp Nikaragvos, 38 proc. Korėjos Respublikos ir 52 proc. Palestinos, Vakarų kranto ir Gazos ruožo moterų [5]. Tokius skirtumus, manoma, nulemia kultūriniai bei religiniai aspektai. Smurto paplitimas yra didesnis, kai šalyje egzistuojančios kultūros normos pateisina smurtą kaip priemonę konfliktams spręsti, todėl kultūra bei įpročiai iš esmės lemia smurto atsiradimą ir, jų nepakeičiant, dauguma politinių ir teisinių reformų smurto prieš moteris nuo intymaus partnerio prevencijos srityje iš esmės neturės didelio efekto [1].

Pirmasis palyginamas tyrimas apie smurtą prieš moteris šeimoje PSO dešimtyje pasaulio valstybių atliktas 2000–2003 m. Tyrime apklausta apie 24 000 moterų nuo 15 iki 49 metų amžiaus. Šio tyrimo duomenimis, smurto prieš moteris paplitimas varijuoja nuo 15 proc. (Japonija) ir 24 proc. (Serbija ir Juodkalnija), iki 69 proc. (Peru) ir 71 proc. (Etiopija) [1]. Nuo 2003 iki 2008 m. studijų skaičius apie smurto nuo intymų partnerių paplitimą išaugo keturis kartus – nuo 80 iki daugiau nei 300, taip pat daugėja įrodymų apie neigiamą smurto poveikį moters sveikatai ir gerovei [6]. Išsamiai analizuotas smurtas Azijos šalyse. Naujausi atlikti tyrimai rodo, kad per gyvenimą ir per paskutinius metus fizinį smurtą patyrė atitinkamai 31 proc. ir 8 proc. Vietnamo moterų [7], Rytų Indijoje per gyvenimą fizinį smurtą patyrė 16 proc., seksualinį – 25 proc. ir psichologinį – 52 proc. ištėkėjusių moterų. Irane 15 proc. moterų per paskutinius

metus patyrė fizinį sutuoktinių smurtą, seksualinį – 42 proc. ir psichologinį – 82 proc. moterų [8, 9].

Pirmas reprezentatyvus tyrimas „Moteris Lietuvos visuomenėje“ apie smurtą Lietuvoje atliktas 1994 m. Tyrimo, kurio metu apklausta 1500 respondentų (nuo 15 metų amžiaus), rezultatai parodė, kad per visą gyvenimą 16 proc. moterų patyrė fizinį smurtą tėvų šeimoje, 18 proc. – savo sukurtoje šeimoje, pasikėsinią išprievartauti patyrė 20 proc. moterų [10].

Lietuvoje 1997 m., 2002 m., 2008 m. taip pat atlikti reprezentatyvūs tyrimai smurto prieš moteris tematika. 1997 m. tyrimo duomenimis (18–74 metų amžiaus grupė), 42,4 proc. ištėkėjusių arba gyvenančių neregistruotoje santuokoje moterų bent kartą gyvenime patyrė sutuoktinio / partnerio fizinį, seksualinį smurtą arba joms buvo grasinta, 53,5 proc. praityje santuokinius ryšius turėjusių moterų patyrė savo buvusio vyro / partnerio fizinį, seksualinį smurtą ar grasinimus [11].

2002 m. atliekant Lietuvos gyventojų (vyrų ir moterų) apklausą (15–74 metų amžiaus grupė), be smurto prieš moteris paplitimo, buvo analizuotas smurto suvokimo ir egzistavimo pripažinimo mastas. Tyrimo rezultatai parodė, kad absoliuti gyventojų dauguma (87 proc.) pripažįsta, jog šalyje egzistuoja prievarta prieš moterį šeimoje. Psichologinę prievartą kaip prievartą prieš asmenį pripažįsta 56 proc. respondentų. Vertinant smurto prieš moterį paplitimo duomenis, nustatyta, kad seksualinę prievartą patyrė 17 proc. apklaustų moterų, dažnai fizinę prievartą šeimoje patyrė 10 proc., retai – 25 proc. moterų. 80 proc. respondenčių nurodė patyrusios psichologinę, 20 proc. – ekonominę prievartą [12].

2008 m. tyrimo „Smurto prieš moteris šeimoje analizė ir smurto šeimoje aukų būklės įvertinimas“ duomenimis, smurtą šeimoje patyrė 15 proc. ištėkėjusių moterų, taip pat jį patyrė 56 proc. išsiskyrusių ir savo šeimos nesukūrusių moterų ir šis reiškinys vertinamas kaip neigiamas šeiminių gyvenimo patirties rezultatas [13].

2010 m. atlikto tyrimo apie smurto paplitimą tarp pagyvenusių moterų Lietuvoje duomenimis, 21,8 proc. moterų (60–97 metų), gyvenančių privačiame namų ūkyje, yra patyrusios smurtą. Dažniausiai yra patiriamas psichologinis smurtas (17,8 proc.), ekonominį smurtą patiria 9,5 proc., fizinį – 4,5 proc. respondenčių. Pagrindinis smurtautojas yra vyras arba partneris. Nepriežiūros dažniausi kaltininkai yra dukra ir / ar sūnus [14].

SMURTO PRIEŠ MOTERIS PRIEŽASTYS

Smurtas negali būti nulemtas vieno veiksnio – jo priežastys yra kompleksinės ir, remiantis ekologiniu modeliu, skirstomos į skirtingus lygius [15]. Pirmam lygiui priskiriamos biologinės ir asmeninės žmogaus savybės, tokios kaip elgsena bei bruožai, susiję su padidėjusia rizika tapti smurto auka ar smurtautoju: demografinė charakteristika (amžius, išsilavinimas, pajamos), asmenybės sutrikimai, narkotinių medžiagų vartojimas, smurto patyrimas, smurto stebėjimas ar žavėjimasis smurtu. Antram lygiui smurto prieš moteris atveju priskiriami artimi santykiai su šeima – tai apima šeiminius konfliktus ir / ar tarpusavio nesutarimus. Trečiam – bendruomenės – lygiui priskiriama darbovietės, kaimynystės įtaka asmenybės formavimuisi ir poelgiams. Ketvirtasis – visuomenės – lygis sukuria ir / ar palaiko aplinką, kurioje smurtas yra skatinamas ar slopinamas. Tai baudžiamojo teisingumo sistema, socialinės ir kultūrinės normos, susijusios su lyčių vaidmenimis ar tėvų ir vaikų santykiais, pajamų nelygybė, socialinių paslaugų sistema ir jos stiprumas, visuomenės požiūris į smurtą, smurto paaukojimas žiniasklaidoje ir politinis nestabilumas [16].

PSO inicijuoto tyrimo rezultatai parodė, kad tiek moters, tiek jos partnerio aukštesnis (pvz., vidurinis) išsilavinimas veikia kaip apsauginis smurto prieš moteris veiksnys, kai tuo tarpu moterys, kurios pačios arba jų partneriai nėra įgiję vidurinio išsilavinimo, susiduria su didesne smurto nuo partnerio rizika [17].

Kitas veiksnys, turintis didelę įtaką smurtui atsirasti, yra smurto istorija – jeigu moters ar jos partnerio motina patyrė smurtą nuo partnerio, tokiu atveju pati moteris turi didesnę riziką susidurti su smurtu savo pačios sukurtoje šeimoje [18].

Didesnę riziką patirti fizinį ir ypač seksualinį smurtą turi tos moterys, kurios pačios arba jų partneriai vaikystėje patyrė tokią prievartą. Analizuojant smurto priežastis, nurodoma, kad didesnę tikimybę patirti smurtą nuo savo partnerių turi jaunesnės moterys. Naujausių smurto prieš moteris tyrimų duomenimis, žemesnė socialinė ir ekonominė padėtis, teigiamas moters požiūris į partnerio smurtą bei vieno ar abiejų partnerių probleminis alkoholio vartojimas taip pat buvo nustatyti kaip smurto prieš moteris rizikos veiksniai [19–23].

Šeimos dydis identifikuojamas kaip smurto prieš moteris rizikos veiksnys. Didesnis smurto prieš moteris paplitimas šeimose, gyvenančiose kartu su kitais šeimos nariais ar artimaisiais, auginančiose daugiau kaip penkis vaikus, tyrėjų aiškinamas tuo, kad, didėjant žmonių skaičiui namų ūkyje, didėja finansinės

išlaidos, todėl auga įtampa šeimoje ir atsiranda vis daugiau nesusipratimų. Nustatyta, kad tarp moterų, gyvenančių kaimo vietovėse, smurto paplitimas yra didesnis, palyginti su smurto paplitimu miesto vietovėse, kas gali būti susiję su didesniu miesto moterų informuotumu ir suvokimu, jog smurtas nėra norma. Miesto moterims mažiau priimtinas patriarchalinis šeimos modelis, joms daugiau prieinama pagalba smurto atveju. Šeiminė padėtis – svarbus veiksnys smurtui prieš moteris atsirasti, kadangi partnerių požiūrį vienas į kitą dažnai lemia santykių statusas. Kai kuriuose smurto tyrimuose kaip smurto prieš moteris rizikos veiksnys išskiriamas neįteisinti moters ir jos partnerio santykiai jiems gyvenant kartu [24].

Didele dalimi moters smurto patirtį lemia kultūrinė gyvenimo aplinka. R. B. Whaley ir S. F. Messner teigia, kad smurtas kyla dėl nelygių vyrų ir moterų galimybių bei teisių [23]. Tą įrodo ir JAV mokslininkų, analizavusių moters padėties visuomenėje ir smurto prieš moteris kaitą 1980–2004 m. Niujorke (JAV), atliktas tyrimas, kuris atskleidė, kad per pastaruosius dešimtmečius padidėjo dirbančių moterų skaičius, sumažėjo atotrūkis tarp vyrų ir moterų darbo užmokesčio, moterys pasiekė daugiau laimėjimų politikos srityje ir šis moters statuso visuomenėje gerėjimas lėmė smurto prieš moteris mažėjimą. Tačiau, mokslininkų teigimu, būtina atsižvelgti, kad, gerėjant moterų statusui visuomenėje, vyrų statusas neturėtų blogėti, nes tokia situacija gali sukelti įtampą tarp lyčių ir padidinti smurto prieš moteris paplitimą [25].

Smurto tyrinėtojo J. Giligan teigimu, smurto prieš moteris priežastis yra vyrų gėdos ir pažeminimo jausmai. Būtent gėda dėl žemo socialinio statuso, prastos ekonominės padėties, o ne pats socialinis statusas ar ekonominė padėtis verčia vyrą jaustis nepilnaverčiu. Nepilnavertiškumą vyras bando paslėpti smurtaudamas – tarsi tokiu būdu mėgindamas įrodyti vyriškumą, taigi smurto tikslas – išgauti kitų pagarbą [26].

Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, svarbiausios ir dažniausios smurto prieš moteris priežastys yra nesutarimai šeimoje ir šeiminiai konfliktai, vyro alkoholizmas, depresija, žiaurus partnerio charakteris, moters žeminimas, nemokėjimas konstruktyviai spręsti šeimos konfliktų, vaikų auklėjimo problemos, nuolatiniai moterų priekaištai, nedarbas bei skurdas ir nepritekliai. Tokios priežastys kaip išsilavinimas, socialinė padėtis, kurie kitų šalių tyrėjų nurodomi kaip smurto prieš moteris rizikos veiksniai, šalies tyrimuose kaip rizikos veiksniai nenustatyti [27].

2008 m. Lietuvoje smurto tema atliktame tyrimo pastebėtos pagrindinės smurto prieš moteris

priežastys yra vaikystėje matytas smurtas prieš motiną, t. y. vyrai, matę smurtą prieš motiną, prieš savo partnerę smurtavo keturis kartus dažniau, bei alkoholio vartojimas – daugiau nei pusė respondentų teigė, kad dažniausiai partneris smurtinius veiksmus naudoja paveiktas alkoholio, ką patvirtina ir kiti tyrimai [13].

Penkiose Europos valstybėse, taip pat ir Lietuvoje, atlikto tyrimo tarp pagyvenusių moterų duomenimis, individualūs smurto per paskutinius vienus metus rizikos veiksniai yra jaunesnis amžius (60–69 metų amžiaus moterys smurto patyrė daugiau nei vyresnės – 70 metų), blogesnė fizinė ir psichinė sveikata, emocinio palaikymo stoka, gyvenimas santuokoje, lyginant su neištekėjusiomis moterimis, pensinis amžius (tarp išėjusiųjų į pensiją smurto paplitimas buvo didesnis nei tarp bedarbių arba dirbančiųjų visu / ne visu darbo krūviu). Nustatyti su tarpusavio santykiais susiję smurto prieš vyresnio amžiaus moteris rizikos veiksniai buvo žemos namų ūkio pajamos, lyginant su vidutiniškomis / geromis, nedalyvavimas socialinėje veikloje, lyginant su turinčiomis įdomios veiklos, didesnis namų ūkis bei vienišumas – smurtą patyrusios moterys jaučiasi vienišesnės negu smurto nepatyrusios [14].

Siekiant sumažinti smurto prieš moteris paplitimą, svarbu tiksliai įvertinti dominuojančias smurto prieš moteris priežastis bei rizikos veiksnius ir siekti pokyčių visuose keturiuose lygmenyse – individualiame, tarpasmeniniame, bendruomenės ir visuomenės.

SMURTO PASEKMĖS

Smurto prieš moteris pasekmės turi įtakos ne tik moters ir šeimoje augančių vaikų fizinei ir psichinei sveikatai, tačiau ir visai visuomenei. Be pasekmių individuali, smurtas brangiai kainuoja, įskaitant tiesiogines išlaidas dėl sveikatos priežiūros, teisėsaugos, policijos darbo ir kitų reikalingų paslaugų. Pavyzdžiui, Kanada paskaičiavo, kad 2002 m. visų smurto prieš moteris formų tiesioginių išlaidų suma už medicininės paslaugas buvo 1,1 mlrd. Kanados dolerių. Ugandai 2007 m. smurtas prieš moteris kainavo 2,5 mln. JAV dolerių [6, 29]. Tai tik tiesioginės išlaidos, skirtos padėti smurto aukai, neįskaitant kitų netiesioginių išlaidų, su kuriomis susiduria smurto paliesta šeima ir bendruomenė.

Tyrimai rodo, kad moterys, patyrusios smurtą vaikystėje arba būdamos jau suaugusios, daug dažniau skundžiasi bloga sveikata, atsižvelgiant į jų fizinę ir psichologinę būklę, rizikingą elgesį (fizinio aktyvumo sumažėjimą, rūkymą, alkoholio ir narkotikų

vartojimą), palyginti su smurto nepatyrusiomis moterimis [1].

Pažymėtina, kad moterys, gyvenančios su smurtaujančiu partneriu, turi didesnę nepageidaujamo nėštumo ar lytiškai plintančių ligų, įskaitant ŽIV, riziką, o smurtas nėštumo laikotarpiu gali turėti neigiamas pasekmes ne tik pačiai moteriai, tačiau taip pat ir besivystančiam vaisiui. Nėštumo laikotarpiu patirtas psichologinis smurtas susijęs su pogimdyvinės depresijos pasireiškimu [30].

Smurtas gali sukelti įvairius fizinės sveikatos pakenkimus, nuo įpjovimų bei kraujosruvų iki negalios ar net mirties [5]. 15–49 metų amžiaus smurtą patyrusios moterys dažniausiai (26 proc.) fizinės sveikatos pakenkimą įvardija kraujosruvas [31]. Tyrimų duomenimis, apie 50 proc. smurtą patyrusių moterų patiria sužalojimus ir tik 58 proc. iš jų dėl įvairių sveikatos pažeidimų kreipiasi pagalbos į sveikatos priežiūros įstaigą [32]. Teigiama, kad moterys, patyrusios partnerio smurtą, turi didesnę tikimybę susirgti koronarine širdies liga, jausti lėtinius kaklo ir nugaros skausmus, palyginti su moterimis, kurios smurto nepatyrė [33].

Įvairių formų smurtas sukelia sunkias ilgalaikes pasekmes moterų psichinei sveikatai. Dažni smurto nuo partnerių padariniai yra potrauminio streso sindromas, depresija, psichozės, nerimas. Tyrimais įrodyta, kad šių psichinės sveikatos sutrikimų pasireiškimas moterims tiesiogiai priklauso ir nuo patiriamo smurto dažnumo [34]. Šeimoje, kurioje smurtaujama, užaugę vaikai turi ne tik didesnę tikimybę užaugę smurtą laikyti kaip normą, tačiau taip pat dažniau susiduria su emociniais ir elgesio sutrikimais: nerimu, depresija, žemu savęs vertinimu [35–37].

Išsamiai analizuojant smurto prieš pagyvenusias moteris pasekmes Lietuvoje, patvirtinta smurto įtaka moters psichologinei savijautai bei gyvenimo kokybei – smurtą patyrusių moterų gyvenimo kokybė buvo žemesnė, palyginti su smurto nepatyrusių moterų. Kaip dažniausia smurto prieš pagyvenusias moteris pasekmė įvardijama moterų jaučiama įtampa, taip pat pyktis, bejėgiškumo jausmas, miego sutrikimai, depresija, baimė ir kt. [14].

SMURTO PREVENCIJA

Smurto prieš moteris nuo intymaus partnerio mastas pasaulyje ir sukliamos neigiamos pasekmės yra akivaizdžios. Daugelis valstybių vykdo įvairias priemones – nuo įstatymų, kuriais remiantis persekiojami ir baudžiami smurtautojai, iki teisinės, medicininės ir psichologinės pagalbos smurto aukoms. Tyrimai rodo, kad visuomenėse, kuriose smurtas netoleruojamas,

smerkiamas ir / ar už jį baudžiama bei kur teikiamos prieinamos paslaugos smurtą patyrusioms moterims, smurto paplitimas yra mažesnis. Vis dėlto reikia pažymėti, kad labai nedaug vykdoma priemonių ir dėdama pastangų, siekiant apskritai išvengti smurto ir sumažinti smurto problemai išleidžiamus finansinius išteklius bei žalą visuomenės sveikatai. Specialistai trūkumu laiko tai, kad sprendžiant šią tarpdalykinę problemą mažai koordinuojami moksliniai tyrimai ir advokacija, o papildomų sunkumų sukelia problemos priežasčių įvairovė nuo lyčių nelygybės, kultūrinių normų ir skurdo iki individo žalingų įpročių [38].

Nors pasauliniu lygiu susitarta, kad tokios intervencijos, kaip pagalba smurtą patyrusiai moteriai, yra gyvybiškai būtinos, o kultūrinės normos ir stereotipai turi didelės reikšmės smurto paplitimui, reikia pažymėti, kad tyrimų, nustatant, kurios intervencijos yra efektyvios, vis dar stokojama. Remiantis PSO, 1 lentelėje pateikiamas tik labai efektyvių ir efektyvių intervencijų, kurios veiksmingos įvairiuose ekonominiuose ir istoriniuose regionuose bei kultūrose, sąrašas [38–39].

PSO akcentuoja būtinybę įgyvendinti smurto prevencijos rekomendacijas: sukurti, įgyvendinti, stebėti ir vertinti nacionalinį veiksmų planą, skirtą smurto prevencijai; tobulinti ir stiprinti informacijos ir duomenų apie smurtą rinkimą; nustatyti prioritetus ir remti smurto priežasčių, pasekmių, kaštų ir prevencijos vertinimo mokslinius tyrimus; propaguoti

ir vykdyti pirminės prevencijos priemones; stiprinti pagalbą smurto aukoms; integruoti smurto prevenciją į socialinę ir švietimo politiką, taip skatinti lyčių ir socialinę lygybę; gerinti bendradarbiavimą ir keitimąsi informacija apie smurto prevenciją; stebėti, kaip laikomasi tarptautinių sutarčių, įstatymų ir kitų mechanizmų, ginančių žmogaus teises; reikalauti tarptautiniu mastu priimtų sprendimų, susijusių su narkotikų ir ginklų prekyba [40], bei tęsti smurto prieš moteris prevencijos programų efektyvumo tyrimus. Dėl pirmų šešių priemonių įgyvendinimo parengtos išsamios metodinės rekomendacijos [41], apimančios bendruosius principus, politinės aplinkos įvertinimą / tobulinimą bei konkrečius veiksmus.

2011 m. JAV kongresas patvirtino naują Smurto prieš moteris aktą, kuriame reiškia susirūpinimą, kad maždaug trečdalis moterų JAV patiria savo vyro ar vaikinio fizinį ar seksualinį smurtą. Pagrindinės numatytos veiksmų kryptys yra: stiprinti sveikatos priežiūros sistemos atsaką į smurtą šeimoje, pasimatymų metu; pagerinti smurto atvejų atpažinimą ir duomenų rinkimą; vykdyti tyrimus, siekiant vertinti smurto prieš moteris prevencijos priemonių efektyvumą [42].

Lietuvoje „Valstybinę smurto prieš moteris mažinimo strategiją“ (Žin., 2006, Nr. 144-5474), Respublikos Vyriausybė patvirtino 2006 m. gruodžio 22 d., siekdama valstybiniu lygiu nuosekliai, kompleksiskai, sistemingai mažinti smurtą prieš moteris šeimoje. Strategijos įgyvendinimas detalizuojamas

1 lentelė. Smurto prevencijos intervencijų nuo intymaus partnerio efektyvumo apžvalga [39]

Strategija	Efektyvumas
1. Sumažinti alkoholio prieinamumą ir žalingą vartojimą	
Reglamentuoti alkoholio pardavimą (sumažinti pardavimo valandas, vietas ir pan.), riboti reklamą, didinti alkoholio kainą	Efektyvu*
Ilgalaikės intervencijos (pvz., kognityvinė elgesio terapija) probleminiams alkoholio vartotojams	Labai efektyvu**
2. Propaguoti lyčių lygybę, siekiant sustabdyti smurtą prieš moteris	
Mokyklinės programos, orientuotos į su lytimi susijusius stereotipus ir požiūrį	Efektyvu
Mikroekonomikos mokymai, juos susiejant su lyčių nuosavybe	Efektyvu
Gyvenimo įgūdžių ugdymo programos	Labai efektyvu
3. Kultūrinių ir socialinių normų, remiančių smurtą, keitimas	
Socialinės rinkodaros naudojimas siekiant keisti socialines normas	Efektyvu
Žiniasklaidos informavimo kampanijos	Efektyvu
4. Smurto aukų identifikavimo, paramos ir priežiūros programos	
Nustatyti smurto aukas ir nukreipti į reikalingas paslaugas	Efektyvu
Advokaciją remiančios programos (keičia smurto aukų elgesį ir sumažina galimą žalą)	Labai efektyvu
Psichosocialinės intervencijos (pvz., kognityvinė elgesio terapija)	Efektyvu
Smurto aukos apsaugos orderiai (neleidžia smurtautojui bendrauti su smurto auka, užkerta kelią pakartotiniam smurtui ir pan.)	Efektyvu

*Daugėja įrodymų apie intervencijos efektyvumą.

** Intervencijos efektyvumas patvirtintas keletu atsitiktinių imčių.

2007–2009 m. ir 2010–2012 m. (Žin., 2009, Nr. 101-4216) priemonių planuose [43–44], kurie atspindi minėtas PSO rekomendacijas.

Vienas svarbesnių šiandienos laimėjimų šalyje yra 2011 m. gruodžio 11 d. priimtas Lietuvos Respublikos apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje įstatymas, kuriuo siekiama užtikrinti smurtą patyrusio asmens apsaugą artimoje aplinkoje [4]. Juo siekiama apsaugoti smurto aukas, smurtautoją atribojant nuo aukos.

Smurtas nėra vienkartinis aktas. Daugelis moterų palieka smurtaujančią partnerį ir vėl grįžta, kol nusprendžia galutinai jį palikti. Šis procesas susideda iš daugelio sudedamųjų dalių – neigimo, savęs kaltinimo ir kančios periodų, kol galiausiai suvokiamas situacijos beviltiškumas ir nusprendžiama kreiptis pagalbos [45]. Problemos neigimas, baimė būti šeimos ir bendruomenės atstumtai dažnai sustabdo moteris nuo pagalbos paieškų.

Lietuvoje 2008 m. tyrimas parodė, kad daugiau kaip trečdalis smurtą patyrusių moterų apskritai niekada nesikreipė pagalbos, apie pusė kreipėsi į artimuosius ar draugus. 60 proc. moterų, kurios, patyrusios smurtą šeimoje, niekuomet nesikreipė pagalbos, negalėjo pasakyti, kodėl jos taip elgiasi. 30 proc., kurios kreipėsi pagalbos, nurodė, kad kitą kartą niekur nebesikreipis [13].

Kalbant apie smurto prevenciją, susiduriama su dviem problemomis: kaip sustabdyti smurtą šeimoje, kuris jau vyksta, ir kaip sustabdyti smurtą, kuris gali įvykti. PSO, kaip smurto nuo intymaus partnerio prevencijos tarptautinis lyderis, siekia suteikti

įvairiapusę pagalbą šalims, įskaitant palyginamą situacijos analizę, smurto priežasčių įvertinimą ir įrodytais pagrįstas intervencijas.

APIBENDRINIMAS

Smurtas nuo intymaus partnerio yra labiausiai paplitusi smurto rūšis, su kuria susiduria ir pasiturinčiose, ir skurdžiose valstybėse gyvenančios moterys. Dėl sukeliama neigiamų pasekmių tai pripažįstama svarbia visuomenės sveikatos problema. Smurtas prieš moteris neigiamai veikia moterų fizinę sveikatą ir gerovę, didina tiesioginę ir netiesioginę finansinę ir ekonominę našta, nes sumažėja smurtą patiriančios moters galimybės darbo rinkoje, padidėja socialinių ir sveikatos paslaugų poreikis.

Suprantama, kad smurtas nėra nulemtas vieno veiksnio, jo priežastys yra kompleksinės, apimančios individualias, tarpasmenines santykių, bendruomenės ir visuomenės kategorijas. Nepanaikinant smurtą propaguojančios kultūros ir tradicijų, neįmanoma pasiekti norimo rezultato smurto prevencijos srityje.

Kiekvienoje šalyje, atsižvelgiant į situaciją, gali būti skirtingas požiūris į konkretų smurto prieš moteris pasireiškimą, tačiau visais atvejais reikalingas įvairiapusis atsakas. Todėl reikia atkreipti dėmesį į smurto priežastis ir pasekmes, iškelti egzistuojančių požiūrių ir elgesio problemą bei imtis atitinkamų teisinių, politinių ir praktinių priemonių.

Straipsnis gautas 2012-05-11, priimtas 2012-06-15

Literatūra

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
- World Health Assembly. Prevention of violence: public health priority (WHA 49, 25). Geneva: World Health Organization, 1996.
- United Nations General Assembly 85th plenary meeting. Declaration on the Elimination of Violence against Women. 20 December 1993. [Internet] Available from: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm> [cited 2012 May 8].
- Lietuvos Respublikos apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje įstatymas, patvirtintas LR Seimo 2011 m. gegužės 26 d. Nr. XI-1425. Valstybės žinios. 2011;72-3475.
- Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002:87-121.
- Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. Bull World Health Organ. 2011 Jan 1;89(1):2. [Internet]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-085217/en/index.html> [cited 2012 Apr 23].
- Vung ND, Ostergren PO, Krantz G. Intimate partner violence against women in rural Vietnam – different socio-demographic factors are associated with different forms of violence: Need for new intervention guidelines? BMC Public Health. 2008 Feb 11;8:55; doi:10.1186/1471-2458-8-55. PubMed PMID: 18267016; PubMed Central PMCID: PMC2275257.
- Babu BV, Kar KS. Domestic violence against women in eastern India: A population-based study on prevalence and related issues. BMC Public Health. 2009 May 9;9:129; doi:10.1186/1471-2458-9-129. PubMed PMID: 19426515; PubMed Central PMCID: PMC2685379.
- Faramarzi MES, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2005;11(5-6):870-9. PubMed PMID: 16761656.
- Purvanekienė G. Moteris Lietuvos visuomenėje: tyrimo atskaita. Vilnius: JTVP, 1995.

11. Purvaneckienė G. Smurtas prieš moteris Lietuvoje. Moterų informacijos centras. Vilnius: Danielius, 1999.
12. Dirsienė N. Prievara prieš moteris. Moterų informacijos centras, 2002.
13. BGI Consulting. Smurto prieš moteris šeimoje analizė ir smurto šeimoje aukų būklės įvertinimas: tyrimo ataskaita, 2008. [Internet] Available from: http://www.bukstipri.lt/uploads/Tyrimas_Smurto_pries_moteris2008%282%29.pdf [cited 2012 May 9].
14. Reingarde J, Tamutiene I et al. Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Women. Results of the Lithuanian Survey (AVOW Project). Lithuania: Vytautas Magnus University, 2010.
15. Butchart A, Phinney A, Check P, Villaveces A. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Department of Injuries and Violence Prevention. Geneva: World Health Organization, 2004.
16. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. World report on violence and health. *Lancet*. 2002;360:1083-1088.
17. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.
18. Gentile DA. Media violence and children: A complete guide for parents and professionals. Westport, CT: Praeger, 2003.
19. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011 Feb 16;11:109. doi:10.1186/1471-2458-11-109. PubMed PMID: 21324186; PubMed Central PMCID: PMC3049145.
20. Wathen N, Jamieson E, Wilson M, Daly M, Worster A, MacMillan H, McMaster University Violence Against Women Research Group. Risk indicators to identify intimate partner violence in the emergency department. *Open Med*. 2007;1(2) [Internet]. Available from: <http://www.openmedicine.ca/article/view/63/61> [cited 2012 May 7]. PubMed PMID: 20101295; PubMed Central PMCID: PMC2802016.
21. Djikanovic B, Jansen HA, Otasevic S. Factors associate with intimate partner violence against women in Serbia: a cross-sectional study. *J Epidemiology Community Health*. 2010;64(8):728-35.
22. Vieira EM, Persona Gda S, Santos MA. Factors associate with intimate partner physical violence against health service user. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):730-7.
23. Whaley RB, Messner SF. Gender equality and gendered homicides. *Homicide studies*. 2002;6(3):188-210.
24. Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. *Int J Womens Health*. 2011 March 16; 3: 105-15. doi: 10.2147/IJWH.S17016. PubMed PMID: 21573146; PubMed Central PMCID: PMC3089428.
25. Xie M, Heimer K, Lauritsen JL. Violence against women in U.S. Metropolitan Area: Changes in Women's Status and Risk, 1980-2004. *Criminology*, 2012;50(1):105-143.
26. Gilligan J. Smurtas: apmąstymai apie nacionalinę epidemiją. Vilnius: Vaga, 2007.
27. Gustaitienė M. Smurto prieš moteris priežastys ir prevencija. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*. 2005;1:110-21.
28. Abeya SG, Aferwork MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns and associated factors. *BMC Public Health*. 2011 Dec 9; 11: 913. doi: 10.1186/1471-2458-11-913. PubMed PMID: 22151213; PubMed Central PMCID: PMC3252295.
29. Economic Policy Research Centre. Kampala Intimate Partner Violence Estimating its cost and effect in Uganda. In: *Intimate partner violence: high costs to households and communities*. New York: International Center for Research on Women (ICRW) and United Nations Population Fund (UNFPA), 2009.
30. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, Araujo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2010;376(9744):903-10.
31. Antai D. Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role community-level factors? *BMC Women's Health*. 2011 Dec 20;11:56. doi:10.1186/1472-6874-11-56. PubMed PMID:22185323; PubMed Central PMCID: PMC3260128.
32. Vung ND, Ostergren PO, Krantz G. Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. *Eur J Public health*. 2009;19(2):178-82.
33. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public health (Oxf)*. 2011;33(1):15-21.
34. Avdibegović E, Sinanović O. Consequence of domestic violence on women's mental health in Bosni and Herzegovina. *Croat Med J*. 2006;47(5):730-41.
35. Usta J, Farver JAM. Is there violence in the neighbourhood? Ask the children. *Journal of Public Health*. 2006;1: 3-11.
36. Greenfield EA, Marks NF. Profiles of Physical and Psychological Violence in Childhood as a Risk Factor for Poorer Adult Health: Evidence from the 1995-2005 National Survey of Midlife in the U.S. *J Aging Health*. 2009;21(7):943-66.
37. Vareikienė I, Malinauskienė V. Moksleivių mokykloje patiriamo priekabiavimo, konfliktų, smurto šeimoje ir psichologinės būsenos sąsajos. *Visuomenės sveikata*. 2007;1(36):10-15.
38. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.
39. WHO, Liverpool John Moores University. Violence prevention the evidence: Series of briefings on violence prevention. 2010. [Internet] Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf [cited 2012 May 8].
40. Krug, EG et al. The Way Forward: Recommendations for Action. In: Krug E, Dahlberg L, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report of Violence and Health*. Geneva, Switzerland: The World Health Organization. 2002:241-254.
41. Butchart A, Phinney A, Check P, Villaveces A. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Department of Injuries and Violence Prevention. Geneva: World Health Organization, 2004.
42. Violence against women health initiative act of 2011 (S. 1765/HR 1578). [Internet] Available from: <http://www.govtrack.us/congress/bills/112/hr1578/text> [cited 2012-05-12].
43. LR Vyriausybės nutarimas 2006 m. gruodžio 22 d. Nr. 1330 „Dėl valstybinės smurto prieš moteris mažinimo strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2007–2009 metų plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006;112-4273.
44. LR Vyriausybės nutarimas 2009 m. rugpjūčio 19 d. Nr. 853 „Dėl valstybinės smurto prieš moteris mažinimo strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2010–2012 metų plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009;101-4216.
45. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998;27(6):700-6.

Prevalence and reasons of violence against women

Loreta Stonienė, Vaida Aguonytė, Laura Narkauskaitė

Institute of Hygiene

Summary

Intimate partner violence against women is a substantial problem of the public health and consequences of this problem determine mental and physical health of women, children, and all public welfare. Increasing of violence indicate and indirect financial and economic load, because it decrease of women potential in the work market, grow demand of social and health service. This problem should be solving immediately regarding severe consequences of violence against women. Reducing the prevalence of violence is important to understand the reasons, much like communicable and other diseases.

The aim of this article is to review Lithuanian and foreign scientific sources about prevalence of violence against women, causes of violence and theoretical interpretation of

causes, short- and long-term consequences and prevention programs.

Keywords: violence against women, prevalence of violence, reasons of violence, prevention, outcomes of violence.

Correspondence to Loreta Stonienė,
Institute of Hygiene,
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania.
E-mail: loretastoniene@gmail.com

Received 11 May 2012, accepted 15 June 2012

GYDYTOJŲ PROFESINĖS AUTONOMIJOS ETINĖS PROBLEMOS: LIETUVOS ATVEJIS

Rytis Virbalis, Eugenijus Gefenas

Vilniaus universitetas

Santrauka

Tyrimo tikslas – išanalizuoti ir aptarti įvairius gydytojų profesinės klinikinės autonomijos aspektus ir problemas Lietuvoje bei Europos mastu. Daroma prielaida, kad Lietuvos gydytojų profesinė autonomija pirmiausia veikiama ar ribojama tam tikrų tarptautinių tendencijų, tačiau esama ir nacionalinių jos plėtros ypatumų.

Medžiaga ir metodai. Lietuvos ir tarptautinių Europos norminių dokumentų – teisės aktų, etikos kodeksų, deklaracijų, pareiškimų analizė.

Rezultatai. Gydytojų profesinė autonomija nėra absoliuti, o jos mastas įvairiose šalyse skiriasi. Tačiau stebimos bendros tarptautinės jos raidos tendencijos, susijusios su gydytojų profesinės autonomijos ribojimais, o Lietuva šiuo požiūriu nėra išimtis. Šios tendencijos – tai pacientų autonomija ir Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) *Sveikatos visiems* strategija grindžiama sveikatos politika. Tarptautiniu mastu matomi du skirtingi procesai. Visuomenė iš gydytojų reikalauja didesnio skaidrumo ir atsiskaitomybės profesinės veiklos klausimais ir svarsto, kokio laipsnio profesinė autonomija yra tinkama savireguliacijos požiūriu, arba gydytojai daugiausia Centrinės ir Rytų Europos šalyse siekia gauti tam tikro laipsnio profesinę autonomiją iš valdžios institucijų. Kiekvienos šalies skirtinga socialinė ir ekonominė raida daro didelę įtaką gydytojų profesinei veiklai. Lietuvoje tam tikri istoriniai ir dabartiniai vidiniai ypatumai lėmė, kad autonomija nebuvo pakankamai išplėtotą.

Išvados. Gydytojų profesinė autonomija Lietuvoje ir tarptautiniu mastu vis labiau ribojama pacientų autonomijos ir vykdomos Sveikatos visiems politikos. Kai kuriose Europos šalyse siekiama vis didesnio autonomijos masto, o Lietuvoje ji nebuvo pakankamai išplėtotą ir dėl tam tikrų nurodytų vidinių priežasčių.

Reikšminiai žodžiai: profesinė autonomija, gydytojai, klinikinė autonomija, etiniai aspektai.

ĮVADAS

Gydytojų profesinė autonomija ir jų vieta sveikatos priežiūros sistemoje yra svarbi Lietuvos ir kitų Europos šalių problema.

Gydytojai yra vieni svarbiausių sveikatos priežiūros sistemos dalyvių, kadangi jų profesinė grupė gali daryti didelę įtaką sveikatos priežiūros sistemos raidai ir sveikatos apsaugos reformos procesui. Gydytojų profesinės autonomijos ir jos reikšmės sveikatos sistemai analizė yra svarbūs klausimai tiek Lietuvai, tiek ir Europai bei kitoms pasaulio šalims. Kiekvienoje šalyje gydytojų profesinė veikla grindžiama visuomenės pasitikėjimu ir tam tikromis teisinėmis

ir etinėmis normomis, kai nustatomos jų profesinio nepriklausomumo ribos.

Profesinė autonomija nėra absoliuti, o jos išraiška ir mastas įvairiose šalyse skiriasi. Tačiau stebimos bendros tarptautinės jos raidos tendencijos, susijusios su gydytojų profesinės autonomijos ribojimais, o Lietuva šiuo požiūriu nėra išimtis. Šios tendencijos yra tokios:

- pacientų autonomija, grindžiama informuotu sutikimu ir nauja gydytojo bei paciento santykių paradigma, t. y. gydytojai nebėra vieninteliai klinikinių klausimų sprendėjai, o turėtų tapti pacientų partneriais juos sprendžiant;
- PSO *Sveikatos visiems* strategija ir šia strategija grindžiama daugelio šalių (tarp jų ir Lietuvos) visuomenės sveikatos politika, t. y. gydytojai yra valstybės sveikatos sistemos dalis ir turėtų rūpintis visuomenės sveikatos klausimais, o ne vien atskirų pacientų reikalais.

Kiekvienos šalies skirtinga socialinė ir ekonominė raida daro didelę įtaką gydytojų profesinei veiklai. Tokios įtakos pavyzdys yra Centrinės ir Rytų Europos šalių socialinė ir ekonominė transformacija

Adresas susirašinti: Rytis Virbalis,
Europos Komisija,
Vertimo raštu generalinis direktoratas,
LT-03 skyrius, JMO pastatas,
Albert Wehrer g., L-2920 Liuksemburgas.
El. p. rytis.virbalis@ec.europa.eu

praėjo amžiaus paskutiniame dešimtmetyje. Lietuva yra viena iš šio regiono šalių, todėl ji pasirinkta kaip praktinis tokios įtakos gydytojų profesinei autonomijai tyrimo pavyzdys. Daroma prielaida, kad Lietuvos gydytojų profesinė autonomija pirmiausia veikiama ar ribojama minėtų tarptautinių tendencijų, tačiau esama ir tam tikrų nacionalinių ypatumų.

Jeigu profesinė autonomija reiškia profesinę laisvę spręsti klinikiškus klausimus, ji turi būti grindžiama medicinos etikos principais ir pagarba pacientų teisėms.

Išskiriami keli gydytojų profesinės klinikinės autonomijos aspektai, kurie aptariami straipsnyje: besikeičiantis medikų vaidmuo visuomenėje, profesinės autonomijos ir klinikinės autonomijos samprata, šios autonomijos raidos ypatumai Lietuvoje ir tarptautiniu mastu.

Tyrimo metodas – Lietuvos ir Europos kodifikuotų dokumentų (teisės aktų, etikos kodeksų, deklaracijų, pareiškimų) analizė.

BESIKEIČIANTIS GYDYTOJŲ PROFESIJOS VAIDMUO IR JŲ PROFESINĖS AUTONOMIJOS POKYČIAI TARPTAUTINIŲ MASTŲ

Profesinės autonomijos sąvoka ir atsiradimo prielaidos

Gydytojų profesinę autonomiją galima apibrėžti kaip tam tikrą profesinę laisvę priimant sprendimus, kurią jiems suteikia visuomenė, kad jie galėtų savo profesines pareigas pacientų atžvilgiu atlikti geriausiu įmanomu būdu. Profesinė autonomija yra nepriklausomumas pirmiausia priimant klinikiškus sprendimus ir šių sprendimų atitiktis medicininės etikos normoms. Dėl profesinės veiklos sudėtingumo jos reguliavimas tam tikru mastu visuomenės patikimas pačios profesijos atstovams – tokia savitvarka ir yra profesinės autonomijos pagrindas.

Paprastai išskiriami keli profesinės autonomijos tipai [3]:

1. Klinikinė autonomija – teisė savarankiškai diagnozuoti ar gydyti susirgimus, kai to neperžiūri ir nekeičia aukštesnis vadovas, išskyrus įtariamus aplaidumo ar kompetencijos ribų peržengimo atvejus.
2. Organizacinė arba veiklos autonomija – savarankiška praktika, specialybinė veikla ar savarankiškas vadovavimas padaliniui, kai nesikiša ar sprendimų nekeičia aukštesnis vadovas, išskyrus

biudžeto ar kitų apribojimų ar tvarkos nesilaikymo atvejus. Tai apima, pavyzdžiui, sprendimus dėl praktikos tipo, darbo organizavimo ir pan.

Toliau straipsnyje kalbama apie klinikinę autonomiją, todėl terminas „profesinė autonomija“ vartojamas šia prasme.

Remiantis vieno iš profesinės autonomijos koncepcijos pradininkų Freidson'o teorija [1], teisės aktuose įtvirtintos privilegijos yra autonomijos ir savivaldos pagrindas, o autonomija galima tik tada, kai profesinė grupė gali kontroliuoti profesinei veiklai reikalingų žinių ir įgūdžių perteikimą rengiant specialistus ir žinių bei įgūdžių taikymą praktikoje. Autonomija nėra įmanoma, jeigu kiti asmenys – ne profesijos atstovai yra pakankamai pajėgūs suprasti, kritikuoti ir vertinti profesijos atstovų darbą. Medicina kaip tik yra tokia sritis, kurią ne medikams dėl jos ypatumų suprasti ir vertinti yra sudėtinga.

J. Ovretveit teigimu, galimos tokios prielaidos profesijos atstovams įgyti profesinę autonomiją [3, p. 144]:

1. Sprendžiant dėl tam tikros funkcijos suteikimo profesijai ar jos atstovams, atsižvelgiama į deklaruojamą profesijos atstovų kompetenciją toje srityje. Nagrinėjama, kaip deklaruota kompetencija yra įgyjama ir vertinama, analizuojamas kuriamų atitinkamų struktūrų pobūdis ir galimos pasekmės.
2. Valstybė ir visuomenė nedalyvauja profesinės autonomijos institucionalizavimo procese. Valstybė profesijos atstovams suteikia įgaliojimus atlikti tam tikras funkcijas jos vardu – vertinti kompetenciją, kontroliuoti praktikuojančius specialistus, kurie teikia viešas paslaugas įgyvendindami viešąją politiką. Ji leidžia profesijos atstovams vykdyti tas funkcijas, o tai lemia tam tikrą profesinės veiklos laisvę.

Toliau nagrinėjamos profesinės autonomijos pastarojo meto raidos tendencijos.

Profesinės autonomijos raidos tendencijos

Dėl tradicinių profesinių vertybių, grindžiamų individualia atsakomybe už pacientą, ir naujai atsirandančios socialinės ir ekonominės atsakomybės už sveikatos sistemos tobulinimą konflikto gydytojų profesijos padėtis dabartinėje visuomenėje keičiasi. Probleminis klausimas, ar gydytojai turėtų laikytis tradicinių etikos vertybių ir rūpintis tik savo pacientais, ar jie, būdami įtakingiausia sveikatos priežiūros specialistų profesine grupe, turėtų daryti įtaką sveikatos apsaugos reformos procesui, lieka atviras [25].

Kita reikšmingų tradicinės profesinės gydytojų etikos pokyčių priežastis – nauji pacientų ir gydytojų santykiai, grindžiami pacientų autonomija ir gydytojo bei paciento bendradarbiavimu.

K. Barnard nuomone, gydytojų profesijos vaidmenį šių dienų visuomenėje ir dabartinėje sveikatos priežiūros sistemoje galima būtų apibūdinti taip: tai – gydytojas, kuris parodo bendruomenės siektiną viziją, išgilina ir atsiliepia į bendruomenės poreikius, žino, kaip prisidėti prie politikos formavimo, įvairiais būdais gali skatinti bendruomenės aktyvumą, dirbdamas su atskirais asmenimis, grupėmis ir organizacijomis [10]. Šiuos naujus bruožus, ypač gydytojų bendradarbiavimo su kitomis profesijomis ir darbo komandoje svarbą, pabrėžia ir kiti autoriai [23].

Besikeičiantis gydytojų vaidmuo turi neabejotiną poveikį jų profesinės etikos vertybių raidai. Pavyzdžiui, pagal Pasaulio gydytojų asociacijos Ženevos deklaraciją gydytojo veiklos prioritetas yra paciento interesai [6], tačiau pagal vėlesnius šios organizacijos dokumentus gydytojo pareiga yra ugdyti ir saugoti žmonių sveikatą [8].

Galima išskirti jau minėtas dvi prieštaringas būsimos gydytojo vaidmens visuomenėje raidos tendencijas – pagalba atskiram pacientui kaip prioritetas ir socialinė gydytojo profesijos atsakomybė už visuomenės sveikatą. E. B. Larsono teigimu, gydytojas, sprenddamas dėl savo atsakomybės ribų, turi vieną esminę problemą – būti vieno ar visų pacientų advokatu ar patarėju [14]. Šią problemą akcentuoja ir kiti autoriai [22]. D. S. Brody nurodo, kad praktikuojantys gydytojai turėtų skatinti pacientus dalyvauti priimant klinikinius sprendimus ir apsvarstyti, kaip reaguoti į racionalius pacientų poreikius, kurie nesutampa su jų pačių sprendimais [13].

Šiuo metu aktyviai diskutuojama, koku mastu valstybė ar kitos institucijos turėtų kištis į gydytojų profesinę veiklą, o kas turėtų būti palikta profesinei savivaldai, kuri yra glaudžiai susijusi su moderniosios sveikatos priežiūros specialistų profesionalumu. Keliamas klausimas, ar profesinė autonomija yra tinkama priemonė teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir tinkamai reaguoti į pacientų poreikius. Vienas kraštutinumas yra nuomonė, kad tik patys gydytojai turėtų kontroliuoti savo kolegas ir jie vieni turėtų teisę spręsti apie profesinės veiklos priimtinumą. Priešingas požiūris yra toks, kad nėra jokių motyvų gydytojams suteikti teisę vieniems spręsti jų santykių su pacientais klausimus [2, 24].

Galimi tolimesnės gydytojų profesinės autonomijos raidos keliai nagrinėjami toliau.

Profesinės autonomijos perspektyvos

Toliau analizuojami iš esmės galimi du tolesnės gydytojo profesijos raidos keliai – griežtas gydytojų profesinės veiklos reguliavimas, kai autonomija yra labai suvaržyta arba apribota, ir jų profesinės autonomijos išsaugojimas, kai valstybė į profesinę veiklą kišasi pa-lyginti nedaug, o visus pagrindinius klausimus sprendžia gydytojų profesinė savivalda. Galimi ir įvairūs tarpiniai variantai.

Griežtas profesinės veiklos reguliavimas ir panašūs modeliai. Griežto reguliavimo pranašumai yra šie:

- geresnis gydytojų darbo rinkos reguliavimas, įskaitant atlyginimus;
- unifikuota gydytojų profesinės veiklos reikalavimų sistema, taip pat geresnės galimybės standartizuoti sveikatos priežiūros paslaugas bei užtikrinti jų kokybę;
- geresnė gydytojų profesinės atsakomybės kontrolė ir, manytina, geresnis pacientų teisių užtikrinimas šiuo požiūriu.

Galimi pavojai:

- nepakankama gydytojų veiklos motyvacija, kūrybiškumo stoka ir nepakankamas dalyvavimas sveikatos apsaugos reformos procese;
- galimi klinikinių sprendimų laisvės suvaržymai, kurie gali pabloginti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę arba riboti pacientų teises, todėl galima nereikalinga kolizija su medicinos etikos normomis;
- pernelyg dideli gydytojų darbo sąlygų ir galimybių realizuoti save profesinėje veikloje skirtumai arba pernelyg didelė valstybės institucijų įtaka jų profesinei veiklai;
- galimas skirtingas viešajame ir privačiame sektoriuje dirbančių gydytojų profesinis statusas, o tai nėra pagrįsta profesiniu požiūriu.

Tokio gydytojų profesinės veiklos reguliavimo modelio, kurio trūkumai, matyt, didesni nei teikiamos galimybės, įgyvendinimas būtų įmanomas tik labai išsamiai teisės aktais reglamentuojant gydytojų profesinę veiklą. Vienas galimų variantų būtų J. Hogland ir H. Jochemsen siūlymas – gydytojų profesinę autonomiją galima būtų apibrėžti nustatant jos normas ir ji galėtų būti profesinės veiklos idealas, kuris būtų specialisto standartas. Tačiau pačių autorių teigimu, net ir toks išsamus reglamentavimas keltų problemų: vidinis profesinės autonomijos silpnėjimas dėl gydytojų vidinės kokybės kontrolės, sparčiai didėjančios sveikatos priežiūros išlaidos, kurioms kontroliuoti reikalinga sveikatos politika, gali paveikti ir gydytojų profesinę autonomiją, iškreipta profesinės

veiklos samprata remiantis tik formaliomis žiniomis ir susijusiomis technologijomis, nekreipiant dėmesio į kitus medicinos aspektus ir pan. [10].

J. J. Polder ir H. Jochemsen nuomone, profesinė autonomija galėtų būti suderinta su kitais modernios sveikatos priežiūros elementais. Tokia ribota autonomija, kai garantuojamas pasitikėjimu tarp paciento ir gydytojo grindžiamas būtinas profesinės autonomijos laipsnis, būtų suderinta su veiksmingu ir tolygesniu išteklių paskirstymu [11].

Gydytojų profesinės autonomijos išsaugojimas stiprinant jų savivaldą. Gydytojų profesinės veiklos suvaržymų ar ribojimų būtų galima bent iš dalies išvengti, jei gydytojai patys būtų pajėgūs spręsti savo profesinės veiklos problemas atsižvelgdami į naujus minėtus iššūkius bei tendencijas.

Jie turėtų suprasti naują savo kaip pacientų patarėjų ir partnerių priimant klinikinius sprendimus vaidmenį. Jie taip pat turėtų atrasti save kaip aktyvius sveikatos sistemos dalyvius ir naujo tipo sveikatos priežiūros specialistus [22, 23].

D. T. Ozar teigimu, specialistų gebėjimai tarnauti klientams priimant nuo jų priklausomus sprendimus yra kvestionuojami dėl kitų parametrų, kurių specialistai turi siekti, o visuomenė jiems turi suteikti tam tikras kontrolės priemones. Tokio pobūdžio autonomija paprastai suteikiama profesinei grupei, o ne atskiriems profesijoms atstovams [15].

Gydytojų autonomija reglamentuojama ir tarptautiniuose medicinos etikos kodeksuose. Pagal tarptautinį medicinos etikos kodeksą [6] pelno siekimas neturi gydytojui trukdyti priimant laisvus ir bešališkus profesinius sprendimus, o gydytojas, užsiimdamas bet kokia medicinos praktika, medicinos paslaugas turi teikti kompetentingai, techniniu ir moraliniu požiūriu nepriklausomai, gerbdamas žmogaus orumą.

Pažymėtina, kad pagal tarptautines ir daugelio šalių nacionalines normas gydytojas turi teisę atsisakyti teikti bent kai kurias sveikatos priežiūros paslaugas, todėl paciento autonomija taip pat nėra absoliuti.

Varšuvos deklaracijoje „Dėl gydytojų autonomijos“ pabrėžiamas būtinumas išsaugoti profesinę autonomiją motyvuojant šiais argumentais [6]:

1. Reikšminga profesinė autonomija yra svarbi, kad gydytojai galėtų atlikti savo profesines pareigas pacientams.
2. Profesinę autonomiją gydytojams suteikia visuomenė, kuri savo ruožtu reikalauja atitinkamos gydytojų profesinės atsakomybės – tai yra visuomenės pasitikėjimo gydytojais pagrindas.

3. *Gydytojams reikalinga profesinė autonomija priimant klinikinius sprendimus dėl pacientų sveikatos priežiūros – prevencijos, diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos.*

Europos gydytojų nuolatinio komiteto pareiškime dėl gydytojų autonomijos teigiama [5], kad tinkamai apibrėžta ir taikoma profesinė autonomija gali padėti išlaikyti suinteresuotųjų šalių poreikių, paklausos ir atsakomybės pusiausvyrą, prioritetą teikiant paciento interesams. Tačiau profesinė autonomija nėra absoliuti – ją riboja profesinė ir socialinė gydytojų atsakomybė bei pacientų autonomija. Tai reiškia, kad gydytojais gali deklaruoti profesinę autonomiją tik tada, kai jie yra pasirengę atsiskaityti už savo profesinę veiklą savo pacientams ir jų artimiesiems bei visuomenei. Gydytojas gali nukrypti nuo rekomenduojamų gairių, jeigu, jo nuomone, taip yra geriau jo gydomam pacientui, tačiau jis turi būti pasirengęs pateikti kitus nei profesinė autonomija tokio sprendimo argumentus. Bet koks gydytojas, neatsižvelgiant į jo darbo vietą, turi būti pasirengęs suteikti reikalingą medicinos pagalbą bet kokiomis aplinkybėmis, o pacientai turi juo pasitikėti. Toks pasitikėjimas yra gydytojų ir pacientų santykių pagrindas, t. y. profesinė autonomija yra pacientų teisė.

Tarptautiniu mastu matomi du skirtingi procesai: arba visuomenė iš gydytojų reikalauja didesnio skaidrumo ir atsiskaitomybės profesinės veiklos klausimais ir svarsto, kokio laipsnio profesinė autonomija yra tinkama savireguliacijos požiūriu, arba gydytojai daugiausia Centrinės ir Rytų Europos šalyse siekia gauti tam tikro laipsnio profesinę autonomiją iš valdžios institucijų. Tokios autonomijos pavyzdžiai stebimi įvairiose Europos šalyse – daugelyje Vakarų Europos šalių gydytojų profesinės organizacijos ar draugijos nustato ligų diagnostikos ir gydymo algoritmus ar profesinės veiklos standartus, Lenkijoje gydytojų profesinės veiklos pažeidimus nagrinėja ir nuobaudas skiria gydytojų garbės teismas ir pan.

Autonomijos raida taip pat priklauso nuo minėtų bendrų tendencijų – naujos gydytojo ir paciento santykių paradigmos, grindžiamos pacientų autonomija, ir naujos sveikatos politikos doktrinos, grindžiamos PSO *Sveikatos visiems* strategija, kai gydytojai traktuojami kaip valstybinės sveikatos sistemos dalis.

Lietuva neabejotinai yra veikiama šių tarptautinių tendencijų, tačiau esama ir tam tikrų nacionalinių gydytojų profesinės autonomijos raidos ypatumų, kurie nagrinėjami toliau.

GYDYTOJŲ PROFESINĖ AUTONOMIJA LIETUVOJE: ISTORINĖ RAIDA IR DABARTINĖ PADĖTIS

Gydytojų profesinės autonomijos raida Lietuvoje

Istoriškai Lietuvos gydytojų profesinės veiklos autonomija buvo pasiekta panašiais keliais, kaip ir kitose Europos šalyse. Tam tikri korporatyviniai profesiniai ryšiai palaipsniui virto aukštesnio lygio autonomija, kuri buvo varžoma tik medicinos etikos reikalavimų. Gydytojai buvo įtakinga visuomenės profesinė grupė ir praktikavo daugiausiai privačiai, išskyrus karitatyvines ar panašaus pobūdžio ligonines.

1924 m. Lietuvos gydytojai įsteigė savo profesinę organizaciją – Lietuvos gydytojų sąjungą. Ši organizacija, kaip gydytojų profesinė savivalda, pagal įstatymus buvo atsakinga už profesinius gydytojų reikalus, išskyrus Vidaus reikalų ministerijos tvarkomą praktikos registravimą ir licencijavimą. Lietuvos gydytojų sąjunga atliko svarbų vaidmenį, nustatydamą tam tikrus etikos ir kitus profesinės veiklos reikalavimus, kurių gydytojai turėjo laikytis. Gydytojai daugiausia vertėsi privačia praktika, tačiau ne visi jų buvo gydytojų sąjungos nariai. Būta bandymų įkurti Gydytojų rūmus, kurių nariais būtų privalėję tapti visi gydytojai. Gydytojų sąjunga parengė Gydytojų rūmų įstatymo projektą, kuris buvo svarstomas Vyriausybėje ir Seime. Deja, gydytojai nebuvo vieningi dėl šio projekto, o Seimas jį atmetė. Būta tam tikrų ligonių kasų nustatytų veiklos apribojimų – dėl receptų išrašymo, medicinos dokumentų ir pan., tačiau klinikinius ir vadybinius sprendimus gydytojai priimdavo gana savarankiškai [16]. Galima teigti, kad tuo istoriniu laikotarpiu Lietuvoje vyravo Europos tradicijas atitinkantis gydytojų profesinės autonomijos modelis.

Sovietinės okupacijos laikotarpiu 1940–1941 m. ir 1944–1990 m. Lietuvos gydytojai tapo vadinamaisiais biurokratiniais specialistais [12]. Jų profesinės veiklos laisvė buvo ribojama įvairių, dažnai nebūtinų biurokratinių reikalavimų, instrukcijų ir pan., kurių jie privalėjo laikytis beveik neturėdami galimybės jų pakeisti, nes sveikatos apsaugos valdymas buvo labai centralizuotas. Lietuvos gydytojų sąjungos veikla buvo sustabdyta. Tam tikrus papildomus reikalavimus, įskaitant etikos ir kitus apribojimus, lėmė komunistų partijos ideologija. Be to, kai kuriose srityse, pavyzdžiui, psichiatrijoje, buvo grubiai varžomos ne tik pacientų, bet ir gydytojų teisės – pasitaikydavo piktnaudžiavimų ideologiniais ar politiniais sumetimais. Tiesa, klinikiniai sprendimai dėl atskirų pacientų kitose medicinos srityse nebuvo

taip suvaržyti, todėl tam tikra riboto pobūdžio autonomija išliko.

Atgavus nepriklausomybę matomi bandymai atkurti iki Antrojo pasaulinio karo turėtą profesinę autonomiją. Lietuvos gydytojų sąjungos veikla buvo atkurta 1989 m., o 1990 m. atkūrus nepriklausomybę šios organizacijos iniciatyva buvo parengta Nacionalinė sveikatos koncepcija – būsimos sveikatos politikos pagrindas. Šią koncepciją 1991 m. savo nutarimu patvirtino Lietuvos Respublikos Seimas. Taigi, Lietuvos gydytojai, kaip organizuota profesinė grupė, turėjo reikšmingą įtaką sveikatos apsaugos reformos proceso pradžiai Lietuvoje. Tuo pat metu pradėtos aktyvios diskusijos dėl gydytojų profesijos statuso ir galimos profesinės autonomijos. Pavyzdžiui, Lietuvos gydytojų sąjungos, kuri tuo metu siekė suvienyti visus ar bent jau daugumą Lietuvos gydytojų, suvažiavimuose daug diskutuota dėl jos veiklos kryptių – ar tai turėtų būti gydytojų profsąjunga ar aukštesnio pobūdžio gydytojų savivalda kaip skėtinė organizacija, kurios veikla apimtų etines, mokslines ir kitas profesinės veiklos sritis. Tam tikru mastu šios dvi veiklos kryptys derinamos iki šiol, nors nuo 1992 m. gydytojų sąjunga yra registruota kaip profsąjunga [16]. Buvo plėtojamas bendradarbiavimas su specialybinėmis gydytojų draugijomis, sprendžiami profesinio tobulinimosi ir kiti klausimai, tačiau visavertės visų gydytojų profesinės autonomijos pasiekti nepavyko. 2005–2006 m. vyko diskusijos dėl Gydytojų rūmų, kaip tam tikros aukštesnės pakopos profesinės savivaldos, kuriuose narystė būtų privaloma, įkūrimo. Buvo sudaryta netgi darbo grupė įstatymo projektui parengti, tačiau ši idėja nesusilaukė reikiamo palaikymo ir nebuvo įgyvendinta. Minėtinas 1996 m. Seimo priimtas ir vėliau kelis kartus tobulintas Gydytojo medicinos praktikos įstatymas (dabar – Medicinos praktikos įstatymas), kuris reglamentuoja gydytojų profesinę veiklą, įteisina jų teises ir pareigas ir per teisių reglamentavimą įtvirtina tam tikrą profesinės veiklos autonomiją [19]. Pažymėtinas 2003 m. priimtas Gydytojų odontologų rūmų įstatymas, įteisinantis atskiros profesijos – gydytojų odontologų profesinę autonomiją ir Rūmus kaip šią autonomiją užtikrinančią profesinę savivaldą. Gydytojų odontologų rūmų įstatymas ir Rūmų veikla nėra aptariami šiame straipsnyje, tai turėtų būti atskiros tyrimo objektas.

Kita vertus, nebuvo išvengta ir tam tikrų profesinės autonomijos apribojimų. Jų pavyzdžiai pateikiami ir kiti gydytojų profesinės autonomijos reglamentavimo Lietuvoje aspektai analizuojami toliau.

Gydytojų profesinės autonomijos ypatumai Lietuvoje

Lietuvos sveikatos politika grindžiama PSO *Sveikatos visiems* strategija, o sveikatos sistema iš esmės yra valstybinė. Gydytojų profesinę autonomiją riboja teisės aktais nustatytos gydytojų pareigos dalyvauti tam tikrose valstybinėse ligų prevencijos ir sveikatos ugdymo programose, laikytis tam tikrų Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytų veiklos standartų, pavyzdžiui, su kompensuojamųjų vaistų išrašymu susijusių gydymo algoritmų, laikytis ministerijos nustatytų sveikatos priežiūros kokybės reikalavimų, reikalavimai laikytis Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos nustatytų tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kvotų ir kt. Pažymėtinas nelabai sėkmingas profesinės autonomijos ribojimo pavyzdys – sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatyti gydytojų išrašomų kompensuojamųjų vaistų išlaidų limitai sveikatos priežiūros įstaigoms, kurie 2002 m. Lietuvos Respublikos Vyriausiojo administracinio teismo faktiškai buvo atšaukti kaip prieštaraujantys Sveikatos draudimo ir kitiems įstatymams [26].

Daugumą sveikatos priežiūros paslaugų standartų sveikatos priežiūros įstaigos nustato pačios, o gydytojais turi nemažą įtaką šiam procesui. Kita vertus, dalis standartų nustatoma gydytojų specialybinių draugijų ir kitų organizacijų susitarimu. Jeigu nėra nustatytų standartų, kas nėra retas atvejis Lietuvoje, gydytojai turi pakankamą profesinės veiklos laisvę. Nereikia pamiršti ir to, kad Medicinos praktikos įstatymu nustatytos ir tam tikrą gydytojų autonomiją nulemiančios profesinės teisės, tarp kurių yra ir teisė išrašyti vaistus. Pažymėtina tai, kad specialybės gydytojų draugijos ir Lietuvos gydytojų sąjunga gali organizuoti gydytojų profesinio tobulinimosi kursus ar kitus mokymus ir tai daro, nors gydytojų profesinio tobulinimosi tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija ir pats tobulinimasis minėtame Medicinos praktikos įstatyme apibrėžtas kaip gydytojų pareiga, o ne teisė. Svarbus vaidmuo šiame procese tenka ir universitetams. Pagal tą įstatymą ir Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytas licencijavimo taisyklės ministerijai pavaldi Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba išduoda licencijas gydytojų profesinei veiklai, išskyrus gydytojus odontologus, kuriems licencijas išduoda Odontologų rūmai. Tiesa, Lietuvos gydytojų sąjungos atstovas yra komisijos, kuri teikia išvadą dėl licencijos išdavimo, narys. Taigi Lietuvos gydytojų sąjunga ir gydytojų specialybės draugijos tam tikru mastu dalyvauja licencijavimo ir profesinio

tobulinimo procesuose, tačiau tai nėra išskirtinė jų prerogatyva.

1998–2000 m. būta bandymų padaryti gydytojus valstybės tarnautojais reglamentuojant jų veiklą Valsybės tarnybos įstatymu. Tokiu atveju gydytojų profesinė autonomija būtų buvusi gerokai suvaržyta, kadangi jie būtų turėję laikytis valstybės tarnautojams taikomų reikalavimų.

Po ilgų diskusijų Lietuvos Respublikos Seime idėjos paversti gydytojus ir kitus viešųjų įstaigų darbuotojus valstybės tarnautojais buvo atsisakyta.

Lietuvos gydytojų profesinę autonomiją taip pat riboja ir pacientų autonomija, kurią reglamentuoja Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas [20]. Šiame įstatyme reglamentuojama pacientų teisė į informaciją ir informuoto sutikimo reikalavimai, teisė į paciento duomenų konfidencialumą, teisė į privatumą, teisė atsisakyti gydymo ir kitos teisės.

Lietuvoje nėra bendro gydytojų ar sveikatos priežiūros specialistų medicinos etikos kodekso, nors Medicinos praktikos įstatyme nustatyta gydytojų pareiga laikytis profesinės etikos principų. Išimtis yra jau minėtas Odontologų rūmų atvejis. Rūmai yra priėmę gydytojams odontologams taikomą etikos kodeksą, kuris nėra šio straipsnio objektas. Tiesa, Lietuvos gydytojų sąjunga yra priėmusi jos nariams taikomą etikos kodeksą [18]. Tačiau Lietuvos gydytojų sąjunga vienija tik dalį gydytojų, o kiti gydytojai šiuo kodeksu nesivadovauja.

Šiame Lietuvos gydytojų sąjungos etikos kodekse pabrėžiama, kad laikomasi pagrindinių profesinės etikos vertybių, o kodekso tikslas yra nustatyti kriterijus, pagal kuriuos būtų vertinamas konkrečios gydytojų profesinės veiklos atitiktis tam tikram profesinės gydytojų elgsenos standartui. Tinkamas profesinis elgesys – tai gera profesinė kvalifikacija, rūpestingas, pagarbus, atidus elgesys su ligoniu ir kolegomis ir kt. Tai atitinka Europos ir tarptautinių kodeksų etikos normas turinio požiūriu, tačiau pati elgesio standarto forma, kuri yra daugiau teisinė nei etinė, minėtuose kodeksuose nėra naudojama.

Pagal minėtą elgsenos standartą gydytojas, atlikdamas savo profesines pareigas, turi laikytis teisės aktų, Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytų profesinės praktikos standartų, patvirtintų gydymo ir diagnostikos metodų. Šis reikalavimas nevisiškai atitinka minėtas Europos nuolatinio gydytojų komiteto pareiškimo, etikos kodeksų ir kitų dokumentų nuostatas, t. y. gydytojas turėtų turėti teisę nukrypti nuo rekomenduojamų gairių, jei to reikia paciento labui. Gydytojas taip pat turėtų

vadovautis geros medicinos praktikos įrodymais ir neviršyti savo kompetencijos. Gydytojas turi būti kiek galima rūpestingas, teikdamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Pagal kodeksą gydytojo ir paciento santykiai grindžiami pagarba paciento autonomijai, prioritetą teikiant paciento interesams ir laikantis informuoto sutikimo principo. Šie santykiai remiasi savitarpio pagarba ir pasitikėjimu. Gydytojas turėtų gerbti kitas įstatymų nustatytas pacientų teises, įskaitant konfidencialumą ir sveikatos priežiūros tęstinumo užtikrinimą. Tačiau gydytojas turi teisę atsisakyti gydyti konkretų pacientą, išskyrus neatidėliotinos pagalbos atvejus, ir nėra atsakingas, jeigu pacientas nesilaiko paskirto gydymo režimo. Kita vertus, asmeninės gydytojo pažiūros neturi trukdyti paciento sveikatos priežiūrai. Pastarasis principas atitinka minėtų tarptautinių dokumentų nuostatas.

Kodekse nustatyta, kad gydytojas, atlikdamas savo profesines pareigas, yra nepriklausomas ir privalo tik teikti geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Jeigu gydytojo profesinės veiklos laisvė būtų varžoma, jis apie tai turėtų informuoti pacientą, o Lietuvos gydytojų sąjunga praneštų visuomenei apie tokius atvejus. Ši norma tam tikra prasme prieštarauja gydytojo pareigai laikytis anksčiau minėtų teisės aktų ir Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintų profesinės praktikos standartų, tačiau atitinka Europos etikos kodeksų nuostatas. Gydytojas turi laikytis įstatymų, bet turi teisę reikalauti pakeisti teisės aktus, jeigu jie prieštarauja paciento interesams. Gydytojai turi teisę nuolat tobulinti savo profesinę kompetenciją. Tai yra taip pat ir pareiga, nurodyta Medicinos praktikos įstatyme.

Šio etikos kodekso pažeidimus tiria Lietuvos gydytojų sąjungos medicinos etikos komisija, už juos gali būti taikomos atitinkamos sankcijos iki pašalinimo iš gydytojų sąjungos. Gydytojai turi informuoti medicinos etikos komisiją apie jų kolegų daromus kodekso pažeidimus.

Nors ir nėra patvirtinto visiems Lietuvos gydytojams taikomo bendro etikos kodekso, tačiau Lietuvos gydytojų sąjungos etikos kodekso ir šios organizacijos nariams taikomos etikos normos iš esmės atitinka Europos ir kitų tarptautinių profesinės etikos kodeksų normas. Tačiau neabejotinai būtų naudinga turėti vieną visiems Lietuvos gydytojams taikomą etikos kodeksą.

Galima daryti išvadą, kad gydytojų profesinės veiklos ribojimai labai nesiskiria nuo tarptautinės praktikos, tačiau dėl vidinių priežasčių Lietuvoje

nebuvo pasiektas pakankamas gydytojų profesinės autonomijos lygis ir nebuvo pasinaudota tam tikromis galimybėmis turėti liberalesnę ir galbūt geresnę klinikinę praktikos sistemą.

Šias vidines priežastis pastaruoju istoriniu laikotarpiu galima būtų apibūdinti taip:

- nepakankama gydytojų profesijos savireguliacija dėl nepakankamo Lietuvos gydytojų sąjungos kaip profesinės sąjungos ir kitų gydytojų profesinių organizacijų, pavyzdžiui, specialybiųjų draugijų, bendradarbiavimo ir nepakankamos valstybės institucijų paramos;
- atsisakymas deleguoti tam tikras profesinio reguliavimo funkcijas, kaip antai: licencijavimą, profesinį tobulinimąsi ir kt., gydytojų profesinei savivaldai;
- tam tikri politiniai, finansiniai, administraciniai ir kiti gydytojų profesinės veiklos ribojimai (kartais nulemti kultūrinių ir kitų Lietuvos gyvenimo ypatumų), kurie slopina gydytojų kūrybiškumą ir galimybes gydyti individualius pacientus geriausiu įmanomu būdu;
- nepakankama visuomenės parama gydytojų profesinei autonomijai dėl mažėjančio gydytojų profesijos prestižo ir kitokio įvairaus pobūdžio, pavyzdžiui, žiniasklaidos, daromo spaudimo gydytojams.

IŠVADOS

1. Gydytojų profesinė autonomija vis labiau ribojama pacientų autonomijos, kadangi moderniosios medicinos etikos normos grindžiamos informuoto sutikimo koncepcija, konfidencialumo reikalavimais, teise į privatumą ir pan. Pagal šią koncepciją gydytojas yra paciento patarėjas ir partneris, bet ne vienintelis klinikinį sprendimą priimančias asmuo, nors paciento autonomija irgi nėra absoliuti. Šios nuostatos yra įtvirtintos Lietuvos įstatimuose, Lietuvos ir Europos medicinos etikos kodeksuose, tarptautiniuose dokumentuose.
2. Vadovaujantis PSO *Sveikatos visiems* strategija, kiekvienas turi teisę į sveikatos priežiūrą, o gydytojai yra pagrindinė grandis įgyvendinant šią teisę praktikoje. Šio principo laikomasi ir Lietuvos sveikatos politiką reglamentuojančiuose teisės aktuose. Tai reiškia, kad gydytojai, kurių absoliuti dauguma dirba valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose, turėtų užtikrinti sveikatos priežiūros visiems prieinamumą ir laikytis kitų nustatytų sveikatos priežiūros reikalavimų, kai kuriais atvejais – ir tam tikrų teisės aktais nustatytų prieinamumo ar kitų apribojimų, todėl jie

ne visada turi galimybę vadovautis vien tik atskiro konkretaus paciento interesais.

3. Gydytojų profesinės autonomijos laipsnis įvairiose šalyse skiriasi ir priklauso nuo jų socialinės, ekonominės bei kultūrinės raidos ir istorinių tradicijų, nors šiuolaikinės jos ribojimo tendencijos yra panašios visose šalyse. Lietuvos gydytojų profesinės autonomijos raida skiriasi nuo Vakarų Europos šalių, o dėl ankstesniame skirsnyje minėtų vidi- nių priežasčių ši autonomija nebuvo pakankamai

išplėtota, palyginti su kai kuriomis kitomis panašią politinę, socialinę ir ekonominę transformaciją patyrusiomis Rytų ir Centrinės Europos valstybėmis. Kaip išimtį galima paminėti gydytojų odontologų profesinę autonomiją ir jų profesinę savivaldą – Odontologų rūmus, kurie turėtų būti atskiro tyrimo objektas ir šiame straipsnyje nėra aptariami.

Straipsnis gautas 2012-03-07, priimtas 2012-05-10

Literatūra

1. Freidson. The medicine as profession, Chicago, 1970.
2. Mason JK, McCall Smith R, Laurie GT. Law and medical ethics. Fifth edition. London, Edinburgh, 1999.
3. Ovreteit J. Therapy services organisation, management and autonomy. Brunel university, UK, 1992.
4. Statement of Standing Committee of European doctors on Professional responsibility and autonomy. 1999.
5. Warsaw Declaration of European Forum of Medical associations and WHO On physicians autonomy, 2000.
6. Geneva Declaration of World Medical Association, 1949. Amended in Stockholm, 1994.
7. International code of medical ethics, adopted by World Medical Association on 1949. Amended in Venine, 1983.
8. Revised Declaration of Helsinki of World Medical Association. Edinburgh, 2000.
9. Barnard K. Medical education: the new imperatives, presentation in European Forum of Medical Associations and WHO. Liubliana, 2001.
10. Hoogland J, Jochemsen H, Professional autonomy and the normative structure of medicine. Theor Med Bioeth. 2000;21:457-75.
11. Polder JJ, Jochemsen H, Professional autonomy in the health care system. Theor Med Bioeth. 2000;21:477-91.
12. Field MG. The position of the Soviet physician: the bureaucratic professional, Milbank Q. Boston university. 1988;66 Suppl 2:182-201.
13. Brody DS. The patient role in clinical decision- making. Ann Intern Med. 1980 Nov;93:718-22.
14. Larson B. Evidence-based medicine: is translating the evidence into practice to the cost-quality challenges facing medicine? Jt Comm J Qual Improv. 1999; Sep 25:480-5.
15. David T. Ozar, Profession and professional ethics. The encyclopedium of bioethics, 1994.
16. Lietuvos gydytojų sąjungos dokumentai. Kaunas, 1998.
17. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija. Vilnius, 1991.
18. Lietuvos gydytojų sąjungos etikos kodeksas. Vilnius, 2004.
19. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas. Vilnius, 1996, 2004.
20. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Vilnius, 1996, 2004, 2009.
21. Blackmer J. Professionalism and the Medical Association. World Medical Journal. 2007;53(3).
22. David BN, Glen D. Quigley, Looking forward: The end of autonomy, Headache. 2008;May 48:719-724.
23. James W. Holsinger, Benjamin Beaton, Physician professionalism in the Nwe Century. Clinical Anatomy. 2006;19:473-479.
24. Gampel E. Does professional autonomy protect medical futlity judgments. Bioethics. 2006;20(2):92-104.
25. Harrison S, Waqar IU. Ahmad, Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025. Sociology. 2000;34(1):129-146.
26. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2002 m. spalio 15 d. sprendimas administracinėje byloje I (11)-18/2002. Valstybės žinios. 2002;101-4517.

Ethical problems of physicians professional autonomy in Lithuania and Europe

Rytis Virbalis, Eugenijus Gefenas,

Vilnius university

Summary

The aim of the study is to discuss and analyse different aspects of physicians' professional clinical autonomy and problematic issues of its implementation in Lithuania and Europe.

Material and methods. The analysis of normative Lithuanian and international documents including legal acts, ethical codes, declarations, statements etc.

Results. Professional autonomy is not an absolute and degree of such an autonomy is different in various countries. However, there are some common international trends related to limitations of the physicians' professional autonomy. Lithuania is not an exception from this point of view. These trends are the patients' autonomy and WHO Health for all policy. One could observe two different processes are going on. First, in Western countries the accountability and transparency of self-regulation of medical profession is being questioned as society is increasingly questioning the degree to which the profession is fulfilling its regulatory role. Second, in Eastern Europe regulation the profession is seeking to restore its professional autonomy and reduce the role of governmental regulations. The degree of physician professional autonomy is different in various countries and depends on the country's social and cultural development as well as historical traditions. The physician

professional autonomy in Lithuania was not sufficiently developed because of certain historical and some other internal reasons.

Conclusions. The physicians' professional autonomy in Lithuania and at the international level becomes more and more limited because of the patients' autonomy and WHO Health for all policies. Nevertheless, there are efforts in certain European countries to achieve higher degree of professional autonomy, however, in Lithuania these efforts have not been sufficiently developed due to certain internal reasons.

Keywords: professional autonomy, physicians, clinical autonomy, ethical aspects.

Correspondence to Rytis Virbalis
European Commission,
Directorate general for Translation, JMO building,
Rue Albert Werher, L-2920, Luxembourg.
E-mail: rytis.virbalis@ec.europa.eu

Received 7 March 2012, accepted 10 May 2012

ŠEIMOS GYDYTOJŲ POŽIŪRIS Į BENDRADARBIAVIMĄ SU VISUOMENĖS SVEIKATOS SEKTORIUMI

Romualdas Gurevičius, Jolanta Valentienė, Sandra Kutkaitė

Higienos institutas

Santrauka

Daugelyje pasaulio šalių sveikatos politikai daug dirba, norėdami pasiekti glaudesnę pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektoriaus bendradarbiavimą bendruomenės sveikatos labui. Lietuvoje ši tema nebuvo analizuota.

Tyrimo tikslas – įvertinti šeimos gydytojų nuostatas bei požiūrį į esamą situaciją bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos sektoriumi, nustatyti, kas trukdo šiam bendradarbiavimui tarpasmeniniame, organizaciniame ir sisteminiame lygmenyse.

Medžiaga ir metodai. Tyrime panaudota anoniminė anketinė apklausa, kuri buvo vykdoma tiesioginio interviu metodu (*face to face*) pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Iš viso buvo apklausta 61 atsitiktinai atrinktas gydytojas iš 32 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Apklausą atliko 7 tyrėjai. Anoniminė anketa parengta remiantis kokybinio tyrimo, skirto atskleisti, koks poreikis ir kokios galimybės yra Lietuvoje bendradarbiauti tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių, rezultatais ir kitais mokslinės literatūros šaltiniuose aprašytais tyrimais apie bendradarbiavimą bei tiesiai kontaktuojant su tyrimo autoriais *McMaster* universitete, Kanadoje.

Rezultatai. Tyrimas patvirtino, kad šeimos gydytojas atsakingas ne vien tik už gydomąją, bet ir profilaktinę veiklą, kuri yra glaudžiai susijusi su visuomenės sveikatos specialisto funkcijomis. Šeimos gydytojų profilaktinės darbo sritys yra galimos bendradarbiavimo sritys su visuomenės sveikatos specialistais. Tačiau remiantis šeimos gydytojų nuostata, bendradarbiavimas tarp šių sektorių būtų sėkmingesnis ir glaudesnis, jei būtų politikų ir valdžios institucijų tiek finansinis, tiek teisinis palaikymas. Teisinės bazės realiam bendradarbiavimui nėra. Šeimos gydytojų nuomone, bendradarbiauti organizaciniame lygmenyje svarbų vaidmenį atlieka sveikatos priežiūros institucijų vadovai, techniniai ir kiti išteklių bei profilaktikos programų efektyvumo vertinimas. Kalbėdami apie tarpasmeninį lygmenį, tyrimo dalyviai labiausiai pritarė, kad bendradarbiavimui trūksta lyderių ir profesionalios projektų koordinavimo. Taip pat pripažino, kad trūksta bendradarbiavimo žinių bei įgūdžių.

Išvada. Neatsižvelgiant į minėtas kliūtis, trukdančias bendradarbiauti, šeimos gydytojai mato jo naudą. Jų nuomone, bendradarbiavimas leistų daryti didesnę įtaką priimant svarbius visuomenės sveikatai sprendimus, sudarytų sąlygas labiau tenkinti pacientų poreikius ar teikti aukštesnės kokybės gydymo paslaugas.

Reikšminiai žodžiai: pirminė asmens sveikatos priežiūra, šeimos gydytojai, visuomenės sveikata, bendradarbiavimas.

ĮVADAS

Daugelyje pasaulio šalių, taip pat ir Lietuvoje, yra įprasta, kad nuo pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje dirbančio šeimos gydytojo prasideda piliečio kontaktai su gana sudėtinga sveikatos apsaugos sistema. Nuo gydytojo stipriai priklausys ir paciento požiūris į savo sveikatą bei į visą šalies sveikatos apsaugos sistemą [1]. Norint užtikrinti tinkamą gyventojų sveikatą visuotiniu mastu, reikia ne tik gydyti sergančiuosius, bet ir veiksmingai vykdyti pirminę profilaktiką. Lietuvos medicinos normoje MN 14:2005

„Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ yra nurodyta, kad šeimos gydytojas turi propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos priemones, turi kompetencijos atlikti ir mokyti pacientus profilaktikos įgūdžių, atlikti ligų profilaktiką, mažinti bendruosius rizikos veiksnius, mokėti sveikos gyvensenos principus ir sveikatos mokymo metodikas [2]. Taigi, šeimos gydytojai greta paciento konsultacijos, skirto gydymo, vaistų išrašymo, siuntimo specialisto konsultacijai, *de jure* turi atlikti labai svarbų ir darbu labai imlų bei sudėtingą visuomenės sveikatos uždavinį – padėti formuoti aktyvią ir už savo sveikatą atsakingą bendruomenę tarp prie jo „prisirašiusių“ gyventojų.

Tačiau žinant, kad šiais laikais šeimos gydytojai yra užimti gydomąja veikla, be to, nemažą dalį laiko skiria ne su medicina susietiems darbams (nedarbingumo lapelių pildymas ir pan.), pristinga laiko

Adresas susirašinti: Romualdas Gurevičius,
Higienos institutas,
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius.
El. p. guro@hi.lt

pirminei profilaktikai, sveikatos stiprinimo veiklai. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigose kiekvienas gyventojas lankosi vidutiniškai kelis kartus per metus [1]. Valstybinės ligonių kasos informacijos sistemos SVEIDROS duomenimis, per 2010 m. pas šeimos gydytojus buvo 273,28 apsilankymų 100 gyventojų. Tais pačiais metais buvo 1849 aktyvūs šeimos gydytojai, t. y. 5,7 šeimos gydytojų teko 10 000 gyventojų [3]. Jei kiekvieno apsilankymo metu būtų skiriama laiko profilaktikai, pokalbiams apie rūkymą, alkoholio vartojimą, mitybos įpročius, fizinį aktyvumą ir kelios frazės būtų skirtos šiems įpročiams koreguoti – tai padėtų suformuoti neigiamą požiūrį į žalingus įpročius, paskatintų pacientus susimąstyti ir gal net pakeisti savo elgseną, padėtų suformuoti pozityvią sveikatos nuostatą.

Šiuo metu šeimos medicina yra gerokai medikalizuota. Todėl trūksta laiko, kuris būtų skirtas pirminei profilaktikai, stebėsenai, sveikatos stiprinimo priemonėms [1]. Šioje vietoje yra svarbus pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimas. Nors nėra sukurta efektyviausių ir geriausių būdų, kaip šiems sektoriams bendradarbiauti, tačiau yra bandoma juos sujungti bendram tikslui – geresnei gyventojų sveikatai [4]. Tokie bendradarbiavimo modeliai kaip „Šeimos sveikatos komandos“ Ontario mieste arba „Pirminės priežiūros tinklai“ Albertoje yra verti dėmesio, nes juos taikant įgyvendinama daugiadalykiniu ir tarpsektoriniu principu sudarytų komandų praktika, įskaitant visuomenės sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros specialistus. Racionalioje sveikatos priežiūros sistemoje visuomenės sveikatos įstaigos turėtų veikti išvien su pirminės priežiūros paslaugų tiekėjais sprendžiant visų gyventojų sveikatos priežiūros poreikius, o integruotų paslaugų teikimas turėtų būti įprasta kasdieninė veikla [5]. Visuomenės sveikatos specialistai galėtų ateiti į pagalbą šeimos gydytojams. Siekiant išsiaiškinti šeimos gydytojų poreikį šiam bendradarbiavimui ir jų nuomonę apie esamą bendradarbiavimą, buvo atliktas tyrimas.

Tyrimo tikslas – įvertinti šeimos gydytojų (ŠG) nuostatas bei požiūrį į esamą situaciją bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos sektoriumi, kas trukdo bendradarbiauti tarpasmeniniame, organizaciniame ir sisteminame lygmenyse.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo objektas – ŠG požiūris į bendradarbiavimą. Tyrimo populiacija – tai šeimos gydytojai, kurie buvo atrinkti iš 10 Lietuvos apskričių centrų pirminės

asmens sveikatos priežiūros įstaigų atsitiktinės atrankos būdu, naudojantis *SoftDent (Software development)* gydytojų duomenų bazėmis. Kiekviename mieste buvo apklausti ne mažiau kaip 5 atsitiktinai atrinkti šeimos gydytojai. Iš viso buvo apklausta 61 gydytojas iš 32 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

Tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa, kuri buvo vykdoma tiesioginio interviu metodu (*face to face*) pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Apklausa atliko 7 tyrėjai. Anoniminė anketa parengta remiantis kokybinio tyrimo, skirto atskleisti, koks poreikis ir kokios galimybės yra Lietuvoje bendradarbiauti tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių, rezultatais bei kitais mokslinės literatūros šaltiniuose aprašytais tyrimais apie bendradarbiavimą [4] bei tiesiai kontaktuojant su tyrimo autoriais *McMaster* universitete, Kanadoje. Sukurto klausimyno pradžioje buvo pateikiamas klausimas kaip bendrai ŠG vertina dabartinį bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių pirminės sveikatos priežiūros grandyje (pateikti atsakymai: „labai gerai“, „gerai“, „vidutiniškai“, „blogai“, „labai blogai“, „neturiu nuomonės“). Anketoje buvo pateikiamas ir atviras klausimas, skirtas ŠG išsakyti, jų nuomone, esančias pagrindines priežastis, dėl ko bendradarbiavimas nėra idealus. Kitoje anketos dalyje buvo pateikiamos 8 galimos bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių sritys, kur ŠG galėjo pasirinkti vieną iš atsakymo variantų: „tenka nuolat dalyvauti / susidurti“, „yra tekę dalyvauti / susidurti“, „neteko“ ir „neturiu nuomonės“. Likusioje anketos dalyje respondentams buvo pateikti 28 teiginiai apie dabartinį bendradarbiavimą. Prie kiekvieno teiginio respondentai galėjo išsakyti savo nuomonę: „visiškai sutinku“, „sutinku iš dalies“, „nesutinku“ arba „neturiu nuomonės“. Visi anketos teiginiai buvo suskirstyti į 4 grupes:

- 1) požiūris į bendradarbiavimą tarp šių sektorių;
- 2) bendradarbiavimo **sisteminame** lygmenyje įvertinimas;
- 3) bendradarbiavimo **organizaciniame** lygmenyje įvertinimas;
- 4) bendradarbiavimo **asmeniniame** lygmenyje įvertinimas.

Anketoje taip pat buvo prašoma nurodyti darbo stažą ir miestą, kuriame dirba. Pasiskirstymas ŠG, atsižvelgiant į pastaruosius aspektus, pateiktas 1 lentelėje. Šiame tyrime didžiausias ŠG darbo stažas buvo 43 metai.

1 lentelė. ŠG pasiskirstymas pagal darbo stažą ir miestus (n = 61)

Respondentų proc. (abs. skč.)	
Miestai	
Alytus	9,8 (6)
Marijampolė	11,5 (7)
Klaipėda	9,8 (6)
Vilnius	9,8 (6)
Kaunas	9,8 (6)
Utena	11,5 (7)
Panevėžys	8,2 (5)
Šiauliai	9,8 (6)
Tauragė	9,8 (6)
Telšiai	9,8 (6)
Darbo stažo grupės	
≥ 25 metai	50,8 (31)
< 25 metai	49,2 (30)

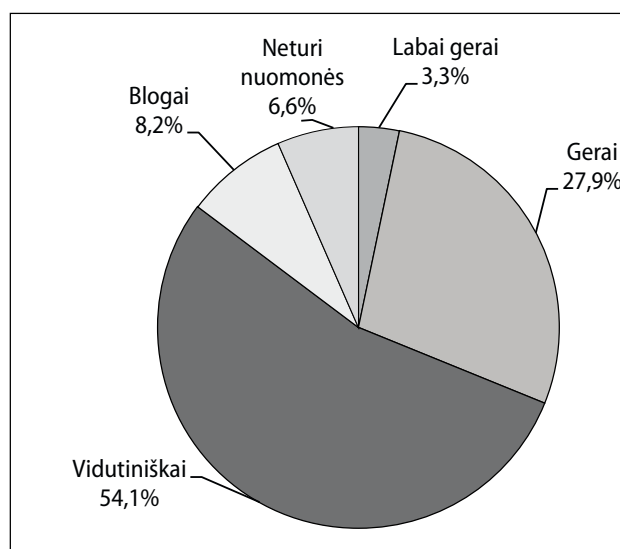
Statistinė duomenų analizė. Atsakymai į klausimus analizuoti apskaičiuojant atsakymų į klausimus dažnius, skirtumai tarp grupių vertinti χ^2 testu. Skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$. Vertinant teiginius apie bendradarbiavimą sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse, buvo sukurtas imitacinis kintamasis, kurio išraiška buvo balas, turintis tolydų pasiskirstymą. Šie balai pasiskirstė pagal normalųjį skirstinį, todėl atsižvelgiant į vidurkį buvo padalyti į dvi grupes ($\leq 0,56$ – labiau nepritariantys teiginiui; $> 0,56$ – labiau pritariantys teiginiui). Siekiant nustatyti, kaip priklausomąjį kintamąjį – pritarimą teiginiui ar nepritarimą veikia respondento stažas bei teiginių grupės sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse, buvo pritaikyta binarinė logistinė regresija. Modeliavimo kokybė buvo įvertinta remiantis Nagelkerkės determinacijos koeficientu (R^2). Respondentų tyrimo duomenys buvo tvarkomi naudojant *Microsoft Excell*, o statistinė analizė atlikta pasitelkiant statistinę programą *SPSS for Windows 19,0*.

REZULTATAI

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad daugiau nei pusė (54,1 proc.) ŠG dabartinį bendradarbiavimą tarp asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos sektorių vertina vidutiniškai, o labai gerai ir blogai atitinkamai tik 3,3 proc. ir 8,2 proc. (1 pav.). ŠG nuomone, vis susiduriama su bendradarbiavimo sunkumais arba esamą bendradarbiavimą tarp sektorių vertino kaip teorinį.

Norint išsiaiškinti bendradarbiavimo sąlyčio taškus tarp asmens ir visuomenės sveikatos sektorių, ŠG buvo pateikiamos galimos bendradarbiavimo sritys

su visuomenės sveikatos specialistais (2 pav.). Daugiausiai ŠG atsakė, kad nuolat tenka dalyvauti: sveikatos stiprinimo programose (62,3 proc.), skirtose tikslinėms gyventojų, priklausančių padidėjusios rizikos susirgti tam tikromis ligomis, grupėms (pvz.: gimdos kaklelio, prostatos, krūties vėžio ir kt.); pirminės profilaktikos programose (50,8 proc.), įgyvendinamoje pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (PASPI); ir kampanijose (34,4 proc.) apie sveiką gyvenseną bei sveikatos priežiūrą.



1 pav. Dabartinio bendradarbiavimo tarp asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių pirminės sveikatos priežiūros grandyje vertinimas

Didžiajai daliai ŠG neteko dalyvauti sveikatos ugdymo programose, skirtose tikslinėms gyventojų grupėms, vaikų ir jaunimo švietimo apie sveiką gyvenseną programose ir antrinės profilaktikos programų, įgyvendinamų PASPI, veiksmingumo analizėje. Tai atitinkamai sudarė 44,3 proc., 41,0 proc. ir 32,8 proc. Tačiau iš 2 pav. pateiktų duomenų matyti, kad ŠG yra tekę dalyvauti vaikų ir jaunimo švietimo apie sveiką gyvenseną programose (47,5 proc.), gyventojų sveikatos rodiklių analizėje (44,3 proc.), antrinės profilaktikos programų, įgyvendinamų PASPI, veiksmingumo analizėje (41,0 proc.) bei yra tekę rinkti ir sisteminti informaciją apie tam tikras gyventojų ligas ir simptomus (41,0 proc.).

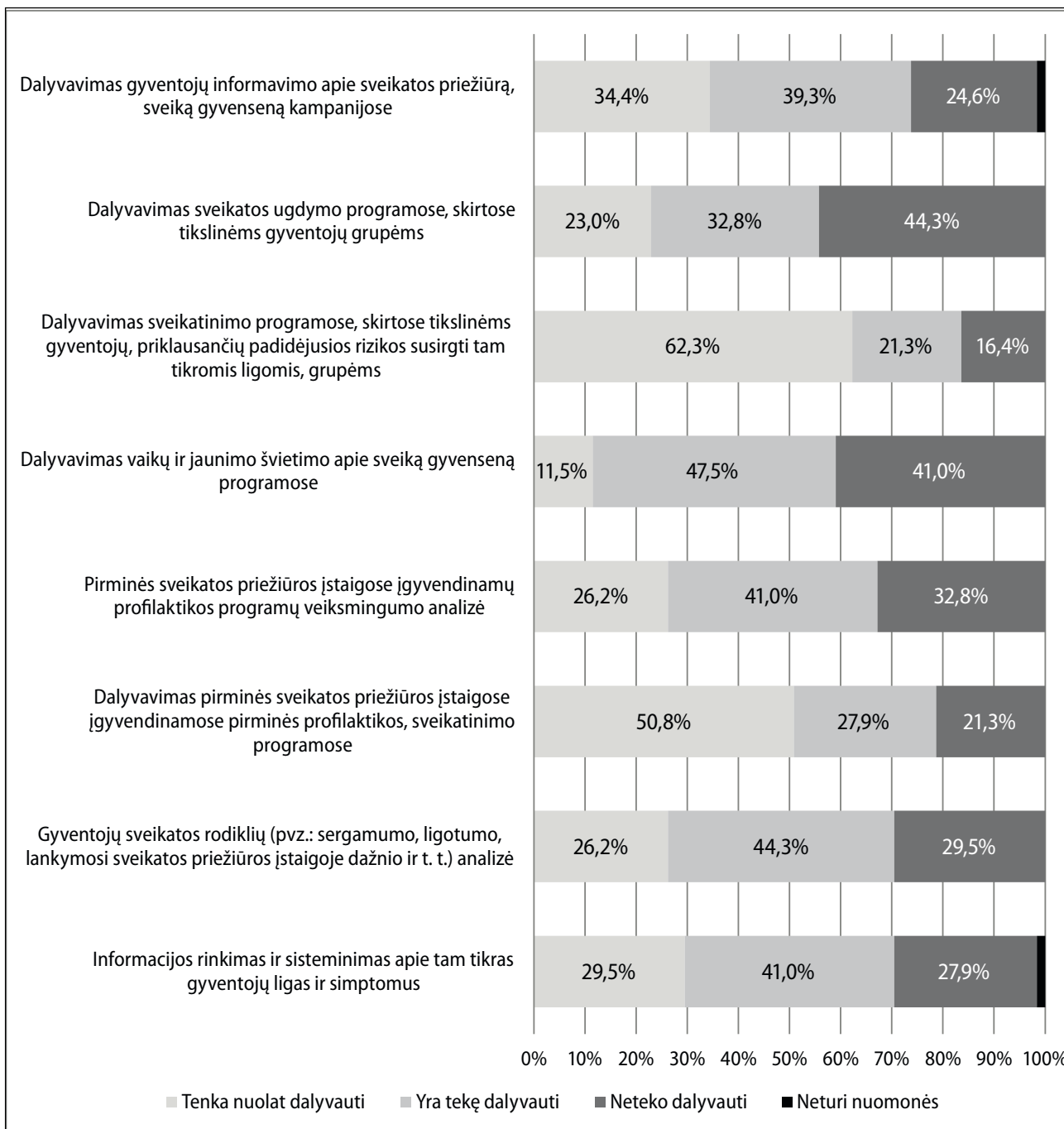
Šiuo tyrimu buvo norima išsiaiškinti vyraujančias ŠG nuostatas apie bendradarbiavimą su visuomenės sveikatos sektoriumi. Rezultatai parodė, kad dauguma visiškai pritaria, jog bendradarbiavimas tarp šių sektorių turėtų būti geresnis (65,6 proc.), o jis taptų sėkmingesnis ir glaudesnis, jei būtų palaikymas iš

politikų ir valdžios institucijų (67,2 proc.). ŠG nuomone, glaudesnis bendradarbiavimas leistų daryti didesnę įtaką priimant visuomenės sveikatai svarbius sprendimus (39,3 proc.) ir sudarytų sąlygas labiau tenkinti klientų poreikius, suteikti aukštesnės kokybės gydymo paslaugas (50,8 proc.).

Daugiau nei pusė ŠG (52,5 proc.) teigia, kad jie yra suinteresuoti bendradarbiauti. Lygiai tokia pati dalis ŠG tik iš dalies sutinka, kad bendradarbiavimas Lietuvoje tampa vis glaudesnis tarp visuomenės

sveikatos ir PASPI sektorių, o 29,5 proc. nesutinka su šiuo teiginiu (3 pav.). Tad akivaizdu, kad bendradarbiauti poreikis yra.

Šio tyrimo respondentų buvo klausama, kas trukdo bendradarbiauti asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos specialistams (VSS), atsižvelgiant į veiksnius sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse. Išvardytus galimus sisteminio lygmens veiksnius, turinčius įtakos bendradarbiavimui, didžioji dalis ŠG visiškai sutiko, kad sėkmingam



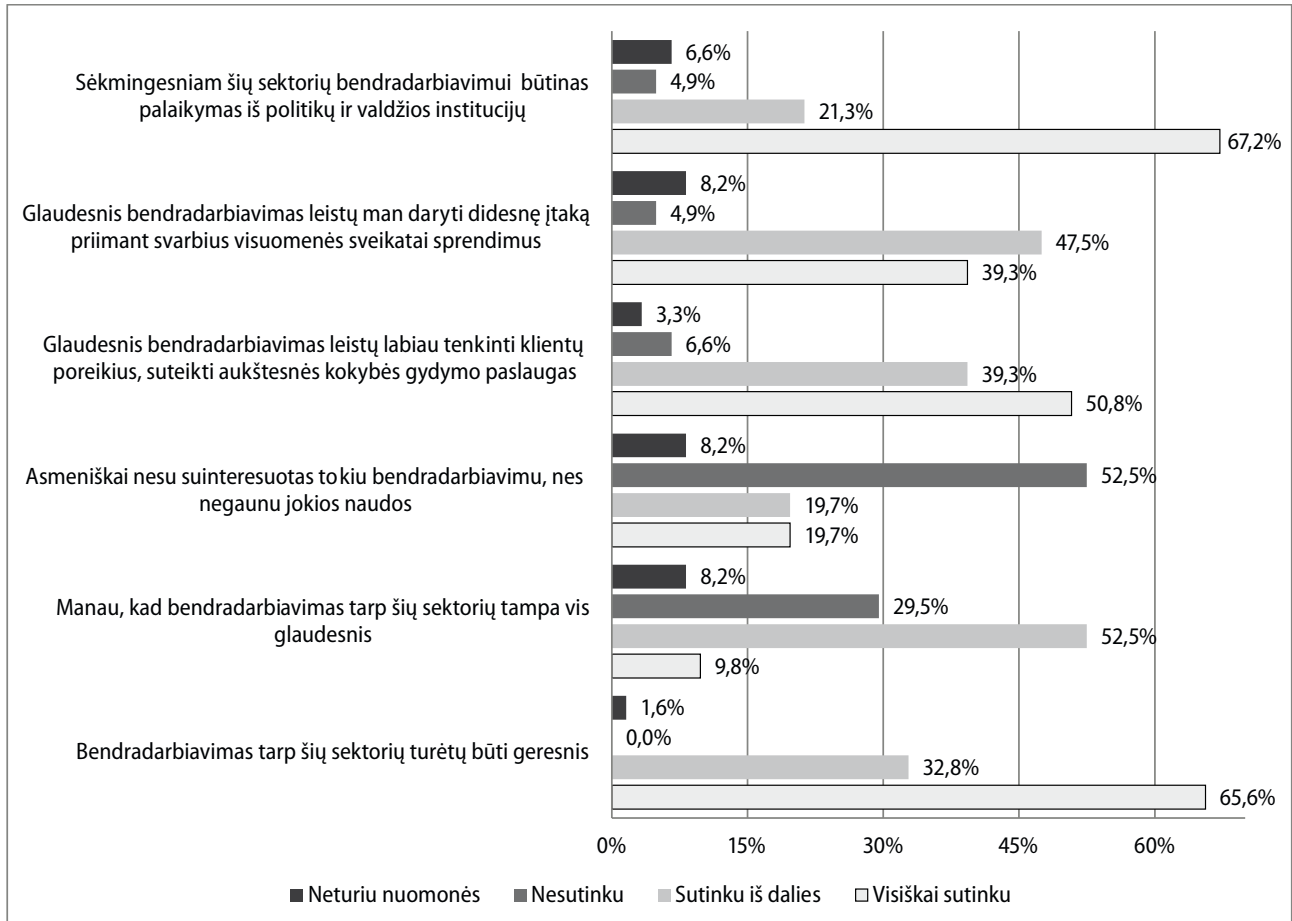
2 pav. ŠG dalyvavimo pasiskirstymas srityse, kuriose bendradarbiavimas tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių yra galimas

bendradarbiavimui trukdo nepakankamas finansavimas (59,0 proc.; iš dalies su tuo sutiko 29,5 proc.) ir neaiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės (57,4 proc.; iš dalies su tuo sutiko 31,1 proc.). Daugiau nei 80 proc. visų ŠG sutinka, kad bendradarbiavimas stringa dėl neaiškiai apibrėžtų visuomenės sveikatos specialistų funkcijų, atsakomybių (85,2 proc.), kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų sėkmingai bendradarbiauti (91,8 proc.) ir yra neaiškus tokio bendradarbiavimo teisinis pagrindas (83,6 proc.). Įdomu tai, kad į pateiktus teiginius apie trukdančius veiksnius sisteminiame lygmenyje respondentai atsakė labai panašiai, nes tarp lentelės eilutėse ir stulpeliuose esančių atsakymų nėra statistiškai reikšmingo skirtumo (2 lentelė, $p = 0,49$). Taigi, sisteminiame lygmenyje yra nemažai kliūčių bendradarbiauti asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektoriams. Tai pažymi visi respondentai, o tai yra nepaprastai svarbu, siekiant šio tikslo.

Organizaciniame lygmenyje ŠG išskiria šiuos svarbiausius sėkmingesniai, efektyvesniai bendradarbiavimui pasiekti trukdančius aspektus:

- Nenumatyta laiko ir kitų resursų bendroms sveikatos stiprinimo programoms vykdyti (visiškai sutinka 67,2 proc. ŠG).
- Efektyvesniai bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas (su šiuo teiginiu visiškai sutinka 65,6 proc.).
- Bendradarbiavimas būtų efektyvesnis, jei būtų vertinamas profilaktikos programų efektyvumas (visiškai sutinka 57,4 proc.).
- Abiejų institucijų vadovai turėtų labiau įsitraukti į bendradarbiavimą tarp asmens ir visuomenės sveikatos sektorių, siekdami glaudesnio bendradarbiavimo (visiškai sutinka 55,7 proc.).

Daugiausiai nesutikusių ŠG su teiginiu, kad bendradarbiauti trukdo nesutvarkyti techniniai, organizaciniai dalykai, buvo 34,4 proc. Daugiau nei



3 pav. ŠG požiūris į bendradarbiavimą tarp pirminio asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos sektorių

2 lentelė. ŠG nuomonė apie trukdančius veiksnius bendradarbiauti sisteminiame lygmenyje

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)
Bendradarbiavimas stringa, nes neaiškiai apibrėžtos visuomenės sveikatos specialistų funkcijos ir atsakomybės	47,5 (29)	37,7 (23)	6,6 (4)	8,2 (5)
Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų šioms sritims sėkmingai bendradarbiauti	42,6 (26)	49,2 (30)	1,6 (1)	6,6 (4)
Bendradarbiavimas yra nepakankamas, nes nėra aiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės	57,4 (35)	31,1 (19)	6,6 (4)	4,9 (3)
Nėra aiškaus teisinio pagrindo tokiam bendradarbiavimui	41,0 (25)	42,6 (26)	6,6 (4)	9,8 (6)
Sėkmingai bendradarbiauti trukdo tai, kad nėra pakankamo finansavimo	59,0 (36)	29,5 (18)	3,3 (2)	8,2 (5)

$\chi^2 = 11,46$; $df = 12$; $p = 0,49$.

3 lentelė. ŠG nuomonė apie bendradarbiauti organizaciniame lygmenyje trukdančius veiksnius

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)
Tam, kad bendradarbiavimas būtų glaudesnis, abiejų institucijų vadovai turėtų labiau įsitraukti į šį bendradarbiavimą	55,7 (34)	36,1 (22)	1,6 (1)	6,6 (4)
Bendradarbiauti trukdo nesutvarkyti techniniai, organizaciniai dalykai (nėra patalpų, įrangos, darbui būtinų priemonių ir pan.)	27,9 (17)	24,6 (15)	34,4 (21)	13,1 (8)
Nėra aišku, kodėl ir kaip pasirenkamos tam tikros profilaktinės programos	26,2 (16)	37,7 (23)	26,2 (16)	9,8 (6)
Komunikacija ir grįžtamasis ryšys tarp partnerių yra nepakankami	32,8 (20)	52,5 (32)	9,8 (6)	4,9 (3)
Sėkmingam bendradarbiavimui stinga aktyvesnio naujų socialinių partnerių ir bendruomenės narių įtraukimo	21,3 (13)	54,1 (33)	19,7 (12)	4,9 (3)
Bendradarbiavimas būtų veiksmingesnis, jei vyktų profilaktikos programų efektyvumo įvertinimas	57,4 (35)	36,1 (22)	3,3 (2)	3,3 (2)
Bendradarbiavimas būtų veiksmingesnis, jei turėtume daugiau informacijos apie visuomenės vertybes, mąstymo ir elgesio stereotipus	37,7 (23)	42,6 (26)	14,8 (9)	4,9 (3)
Bendradarbiavimą tarp šių dviejų sektorių labiau skatintų glaudesni ryšiai su tikslinių grupių atstovais, pacientų organizacijomis	34,4 (21)	44,3 (27)	16,4 (10)	4,9 (3)
Bendradarbiavimas yra nepakankamas, nes nenumatyta laiko ir kitų resursų bendroms sveikatos stiprinimo programoms vykdyti	67,2 (41)	26,2 (16)	3,3 (2)	3,3 (2)
Glaudesniam bendradarbiavimui tiesiog stinga didesnio asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos atstovų aktyvumo	29,5 (18)	47,5 (29)	16,4 (10)	6,6 (4)
Veiksmingesniam bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas	65,6 (40)	27,9 (17)	3,3 (2)	3,3 (2)

$\chi^2 = 117,55$; $df = 30$; $p = 0,001$.

ketvirtadalis ŠG (26,2 proc.) nesutiko, kad jiems nėra aišku, kodėl ir kaip pasirenkamos tam tikros profilaktinės programos, tačiau lygiai tokia pati dalis teigė, kad jiems yra visiškai aišku, o 37,7 proc. respondentų tai aišku tik iš dalies. Rezultatai rodo, kad ŠG ši sritis, kaip yra rengiamos programos, kokiais principais remiantis yra sukuriami gyventojų atrankos kriterijai, lieka neaiški ir nesuprantama. Teiginių apie

trukdančius veiksnius bendradarbiauti organizaciniame lygmenyje vertinimas buvo gana skirtingas, nes tarp atsakymų buvo aptiktas statistiškai reikšmingas skirtumas (3 lentelė, $p < 0,001$).

Iš tarpasmeniniame lygmenyje esančių veiksmų daugiausiai ŠG visiškai pritarė (32,8 proc.), kad bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas, o 23,0 proc. visiškai sutiko, kad glaudesniam

4 lentelė. ŠG nuomonė apie veiksnius, trukdančius bendradarbiauti tarpasmeniniame lygmenyje

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs.skč.)
Bendradarbiavimui trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas (asmeniškai nepažįstami su partneriais)	32,8 (20)	31,1 (19)	34,4 (21)	1,6 (1)
Asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams trūksta abipusio pasitikėjimo	18,0 (11)	32,8 (20)	41,0 (25)	8,2 (5)
Asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių	8,2 (5)	23,0 (14)	49,2 (30)	19,7 (12)
Bendradarbiavimas stringa dėl patirties ir įgūdžių šioje srityje trūkumo	11,5 (7)	44,3 (27)	39,3 (24)	4,9 (3)
Glaudesniam bendradarbiavimui stinga lyderių ir profesionalnesnio vykdomų projektų koordinavimo	23,0 (14)	52,5 (32)	18,0 (11)	6,6 (4)
Asmeniškai nesu suinteresuotas tokiu bendradarbiavimu, nes iš jo negaunu jokių naujų įgūdžių, žinių ar informacijos, kurią panaudočiau kasdieniniame darbe	18,0 (11)	24,6 (15)	52,5 (32)	4,9 (3)

$\chi^2 = 51,55$; $df = 15$; $p = 0,001$.

bendradarbiavimui stinga lyderių ir profesionalnesnio vykdomų projektų koordinavimo. Daugiau nei pusė ŠG (52,5 proc.) nesutiko su teiginiu, kad jie asmeniškai nėra suinteresuoti bendradarbiavimu, nes negautų iš jo jokių naujų įgūdžių, žinių ar informacijos, reikalingų kasdieniniame darbe, ir beveik pusė apklaustųjų (49,2 proc.) nesutiko, kad asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams bendradarbiauti trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių. Tai patvirtina, kad ŠG nori bendradarbiauti su visuomenės sveikatos sektoriumi, tačiau tam trūksta bendradarbiavimui reikalingų įgūdžių, žinių, sąlygų ir pan. Teiginių apie veiksnius, trukdančius bendradarbiauti tarpasmeniniame lygmenyje, vertinimas buvo gana skirtingas, nes tarp atsakymų taip pat buvo aptiktas statistiškai reikšmingas skirtumas (4 lentelė, $p < 0,001$).

Panaudojant logistinės regresijos modelį nustatyta, jog nepriklausomieji kintamieji – stažas ir atsakymai į skirtingus bendradarbiavimo lygmenis paaiškino tik 14,9 proc. priklausomojo kintamojo variacijos ($R^2 = 0,149$), kai atsižvelgiame į jų stratų reikšmes, kas rodo, jog turime 85 proc. veiksnų, kurie yra nežinomi. Daugiausiai pritariančių teiginių bendradarbiavimo problemoms buvo pateikta vertinant tarpasmeninį bendradarbiavimo lygmenį. Tam pritari ti buvo daugiau linkę mažesnį stažą turintys pirminės sveikatos priežiūros specialistai.

REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų šalies mokslinėje literatūroje neteko aptikti tyrimų apie pirminės asmens sveikatos priežiūros

ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimo ypatumus, poreikius, galimybes. Dėl šios priežasties buvo neaišku, ar apskritai šie sektoriai bendradarbiauja. Panašu, jog šalyje trūkstant sveikatos sistemos efektyvumo vertinimų, sveikatos politikai apie tai dar negalvoja. Tačiau, kad šiems sektoriams bendradarbiauti yra būtina, pasaulyje rašoma ne viename moksliniame literatūros šaltinyje [7–11]. Visame pasaulyje yra ieškoma optimalių būdų, kaip geriau galėtų bendradarbiauti pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektoriai, nes daugelyje šalių jie veikia atskirai vienas nuo kito [4]. Ne išimtis ir mūsų šalis, kurioje šie sektoriai ne tik veikia atskirai, bet ir atskirti įstatymu.

Šis šeimos gydytojų nuomonių tyrimas parodė, kad tik 31,2 proc. šeimos gydytojų dabartinį bendradarbiavimą vertina gerai ir labai gerai, o 54,1 proc. vertina tik vidutiniškai. Likusi dalis arba vertino blogai, arba neturėjo nuomonės šiuo klausimu. Tad aki vaizdu, kad bendradarbiavimo srityje yra spragų ir jį vertina nepakankamai gerai. Tačiau tolimesni tyrimai parodė, kad šeimos gydytojų darbas, jų pačių nuomone, kai kuriose srityse yra glaudžiai susijęs su visuomenės sveikatos sektoriaus veikla [2, 6, 12].

Yra žinoma, kad visuomenės sveikatos priežiūros sektoriaus pagrindinės veiklos susijusios su pirmąprade ir pirmine profilaktika, sveikos gyvensenos ugdymu, epidemiologiniais tyrimais, stebėsena ir pan. [6, 12]. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė šeimos gydytojų teigia, kad jiems nuolat tenka dalyvauti sveikatos stiprinimo programose, skirtose tikslinėms gyventojų grupėms (pvz.: turintiems

gimdos kaklelio, prostatos, krūties vėžį ir pan.) ir pirminės profilaktikos programose, įgyvendinamoje PAsPĮ. Beveik trečdaliui apklausos dalyvių nuolat tenka dalyvauti kampanijose apie sveiką gyvenimą ir sveikatos priežiūrą, rinkti informaciją apie tam tikras gyventojų ligas ir simptomus ir ją sisteminti bei tenka atlikti gyventojų sveikatos rodiklių analizę. Gauti rezultatai tik patvirtina, kad yra sričių, kur VSS ir ŠG veiklos yra labai artimos viena kitai. Siekiant, kad abiejų sektorių atsakomybė už šias veiklas [2, 6, 12] būtų išsaugota ir būtų išvengtas veiklų dubliavimas, svarbu sustiprinti esamą bendradarbiavimą arba sukurti naujus, patvaresnius bendradarbiavimo ryšius. Bendradarbiavimo santykius tarp šių sektorių reikia tobulinti. Tai būtų labai tikslinga ir naudinga abiem sektoriams. Pastariesiems teiginiais pritaria tyrimo dalyviai.

ŠG neneigia, kad esamą bendradarbiavimą reikėtų stiprinti. Net 65,6 proc. jų visiškai pritaria, kad bendradarbiavimas tarp šių sektorių turėtų būti geresnis. Jų nuomone, glaudesnis bendradarbiavimas sudarytų sąlygas daryti didesnę įtaką priimant svarbius visuomenės sveikatai sprendimus, labiau tenkinti klientų poreikius bei teikti aukštesnės kokybės gydymo paslaugas. Tai rodo, kad ŠG mato galimo geresnio bendradarbiavimo naudą.

Tačiau tyrimo dalyviai išskiria keletą bendradarbiavimą trikdančių veiksnių sisteminiame, organizaciniame bei tarpasmeniniame lygmenyse. Vertindami sisteminių lygmenį daugiau kaip pusė (67,2 proc.) ŠG laikosi nuostatos, kad bendradarbiavimas būtų sėkmingesnis ir glaudesnis, jei būtų politikų ir valdžios institucijų palaikymas. Vyriausybės palaikymas yra vienas reikšmingiausių bendradarbiavimo skatinimo veiksnių [13–15]. Beveik 60 proc. ŠG visiškai pritarė, kad sėkmingai bendradarbiauti trukdo nepakankamas finansavimas ir neaiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės. R. Valaitis pateikia literatūros apžvalgą, kurioje šie veiksniai priskiriami prie didžiausių trikdančių veiksnių sisteminiame lygmenyje ir pabrėžiama veiksmingų strategijų rengimo svarba šių sektorių komunikacijai, tarpusavio supratimui, pasitikėjimui, tolerancijai ir pagarbai skatinti [4]. Kiti tyrėjai pabrėžia ilgalaikio finansavimo reikšmę bendradarbiavimui užtikrinti [16–19]. Daugiau kaip 80 proc. tyrimo dalyvių sutinka, kad bendradarbiavimas striniga dėl neaiškiai apibrėžtų VSS funkcijų, atsakomybių. Kad tai trukdo bendradarbiauti, patvirtina ir kitų šalių tyrimai [24, 25]. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų sėkmingai bendradarbiau-

ti ir yra neaiškus tokio bendradarbiavimo teisinis pagrindas.

Daugiau kaip 65 proc. ŠG nuomone, organizaciniame (įstaigos) lygmenyje sėkmingesniai ir efektyvesniai bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas ir nėra numatyta laiko bei kitų resursų bendroms sveikatos stiprinimo programoms vykdyti. Daugiau nei 55 proc. teigia, kad bendradarbiavimas būtų veiksmingesnis, jei būtų vertinamas profilaktikos programų efektyvumas ir į bendradarbiavimą įsitrauktų abiejų institucijų vadovai. Lyderystė ir tinkama vadyba gali skatinti bendradarbiavimą [20, 22], todėl svarbu ir vadovų institucijų įsitraukimas į bendradarbiavimą. Beveik 40 proc. mano, kad bendradarbiavimas būtų veiksmingesnis, jei turėtų daugiau informacijos apie visuomenės vertybes, mąstymo ir elgesio stereotipus. Svarbu suprasti bendruomenės poreikius ir remtis populiacijos grindžiamais duomenimis, įgyvendinant pirminę profilaktiką [21, 23].

Tarpasmeniniame bendradarbiavimo lygmenyje 32,8 proc. ŠG labiausiai išskyrė, t. y. daugiausiai visiškai pritarusių buvo, kad bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas, 23,0 proc. respondentų visiškai sutiko, kad stinga lyderių ir profesionalnio vykdomų projektų koordinavimo, o 55,8 proc. apklaustųjų visiškai ir iš dalies sutiko, kad trūksta patirties ir įgūdžių bendradarbiavimo srityje. Apie pusę dalyvavusių ŠG nesutiko, kad jie asmeniškai nėra suinteresuoti bendradarbiavimu, nes negautų iš jo jokios naudos savo kasdieniniame darbe ir kad asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams bendradarbiauti trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių. Tokia gydytojų nuomonė patvirtina, kad naudos iš bendradarbiavimo yra, tačiau nežinant vienas kito kasdieninės veiklos ir vienas kito poreikių bendradarbiavimas nevyksta arba vyksta labai silpnai, nors tarpžinybinio bendradarbiavimo žinių pakanka.

Pasak H. Busby ir kt., bendradarbiauti šiems sektoriams trukdo ilgalaikės problemos tarp sektorių, mokslinių tyrimų kompetencijos trūkumas šeimos gydytojams, sąmoningumo ir užsispyrimo dirbti bei praplėsti savo darbotvarkę bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos sektoriumi. Esminiu bendradarbiavimo trikdžiu įvardijami prastai sukurti pacientų ir visuomenės įtraukimo į pirminės asmens sveikatos priežiūros sektorių mechanizmai. Kaip mažiau reikšmingi veiksniai nurodomi organizaciniai ir tarpasmeniniai [7].

Įvertinus buvusios Lietuvos sveikatos programos tikslus ir uždavinius bei tai, kas trukdė juos pasiekti, galima aiškiai suprasti, kad būtinas visiškai kitoks požiūris į pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimą. Vienas iš galimų modelių – į bendruomenę orientuota pirminė pagalba (BOPP). Kadangi jau kuris laikas esame dvidešimt pirmame amžiuje, integruotos visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros pastangos turėtų būti ne tik didesnė viltis pagerinti visų piliečių sveikatą, bet taip pat ir sumažinti sveikatos netolygumus tarp socioekonomiškai „nuskriaustų“ grupių ir kitos populiacijos. Absoliučios daugumos šių sritį tiriančių ekspertų nuomone, nauda gyventojų sveikatai iš šio bendradarbiavimo būtų milžiniška.

IŠVADOS

1. Pusė apklaustų ŠG visiškai pritaria, kad bendradarbiavimas tarp šių sektorių turėtų būti geresnis, o jis taptų sėkmingesnis ir glaudesnis, jei būtų palaikymas iš politikų ir valdžios institucijų.
2. Didžioji dalis ŠG visiškai sutiko su teiginiais, kad sėkmingai bendradarbiauti trukdo atskirtas ir nepakankamas finansavimas bei neaiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės. Daugiau nei du trečdaliai visų ŠG sutinka, kad bendradarbiavimas stringa dėl šioje srityje neaiškiai apibrėžtų VSS funkcijų, kad dabartinė Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų sėkmingai bendradarbiauti ir yra neaiškus tokio bendradarbiavimo teisinis pagrindas.
3. Organizaciniame bendradarbiavimo lygmenyje išskiriama tai, kad nenumatyta laiko ir kitų resursų vykdyti bendras sveikatos stiprinimo programas,

bei akcentuojama, jog veiksmingesniam bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas. Abiejų institucijų vadovai turėtų labiau įsitraukti į bendradarbiavimą tarp sektorių.

4. Iš tarpasmeniniame bendradarbiavimo lygmenyje esančių veiksnių trečdalis respondentų pritarė, kad bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas, o ketvirtadalis visiškai sutiko, kad glaudesniam bendradarbiavimui stinga lyderių ir profesionalios vykdomų projektų koordinavimo. Pusė respondentų nesutiko su teiginiu, kad jie asmeniškai nėra suinteresuoti bendradarbiavimu, nes negautų iš jo jokios naudos savo kasdieniniame darbe. Taip pat pusė tyrimo dalyvių nesutiko, kad asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams bendradarbiauti trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių.

PADĖKA

Tyrimas atliktas įgyvendinant Baltijos jūros regiono programos „ImPrim“ projekto „Visuomenės sveikatos gerinimas skatinant tolygų aukštos kokybės pirminės sveikatos priežiūros išdėstymą“. Straipsnio autoriai nuoširdžiai dėkoja projekto dalyviams: Klaipėdos m. savivaldybės administracijos Socialinių reikalų departamento Sveikatos apsaugos skyriaus vedėjai Janinai Asadauskienei, Klaipėdos r. savivaldybės Sveikatos apsaugos skyriaus vedėjai Laimai Kaveckienei.

Straipsnis gautas 2012-05-04, priimtas 2012-06-11

Literatūra

1. Razgauskas E, Kalibatas J. Visuomenės sveikata ir šeimos gydytojas. *Visuomenės sveikata*. 2002;2 (17):50-51.
2. Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. *Valstybės žinios*. 2006;3-62.
3. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2010 m.
4. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, Macdonald M, Meagher-Stewart D, Kaczorowski J et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Prim Health Care Res Dev* 2012 Feb 21;1:1-20.
5. Poliakovienė R, Gurevičius R. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje. *Visuomenės sveikata*. 2011;1(52):30-41.
6. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-918 2007-11-15 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biure privalomų pareigybių sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“.
7. Guest editorial: Public health and primary care: a necessary relationship. Helen Busby BSc, MSc, Heather Elliott BA, MA, Jennie Popay BA, MA and Gareth Williams BSc, PhD. National Primary Care R and D Centre team, Public Health, Research & Resource Centre, University of Salford, UK. *Health and Social Care in the Community* 7(4), 239–241, 1999 Blackwell Science Ltd.
8. Integrating Public Health and Primary Care. [e160] healthcare policy Vol. 3 No. 1, 2007. Margo Stevenson Rowan, William Hogg, Patricia Huston.
9. Public Health and Primary Care: A Framework for Proposed Linkages. Barbara Starfield, Johns Hopkins. *American Journal of Public Health* 1365 p. October 1996;86(10).
10. The future shape of primary health care, a discussion document. Hon Annette King, March 2000. The ministry of health, PO Box 5013, Wellington, New Zealand. HP 3349.
11. Promoting Collaborations that Improve Health. Roz D. Lasker, Elisa S. Weiss & R. Miller. *Education for Health*. 2001;2(14):163-172.
12. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. *Valstybės žinios*. 2002;56-2225.
13. Harrison S, Keen S. Public health practitioners in NHS hospital trusts: The impact of ‘medical care epidemiologists’. *Journal of Public Health Medicine*. 2002;24:16-20.
14. Roff M. Levelling the playing fields of England: promoting health in deprived communities. *Journal of the Royal Society of Health*. 2003;123:20-2.
15. Shandro, G. Primary Care Partnerships Project: the Crowfoot Project. Health Innovation Fund Project #81. Final Project Team Report. 2003. 8-29-2008.
16. Kaufman A, Derksen D, Alfero C, DeFelice R, Sava S, Tomedi A et al. The Health Commons and care of New Mexico’s uninsured. *Ann Fam Med*. 2006;4:S22-S27.
17. Lambrew JM, Ricketts TC, III, Morrissey JP. Case study of the integration of a local health department and a community health center. *Public Health Reports*. 1993;108:19-29.
18. Oros M, Johantgen M, Antol S, Heller BR, Ravella P. Community-based nursing centers: a model for health care delivery in the 21st century. Community-based nursing centers: challenges and opportunities in implementation and sustainability. *Policy, Politics, and Nursing Practice*. 2001 Nov;2(4):277-87.
19. Wedel R. KRPEBS. Turning vision into reality: Successful integration of primary healthcare in Taber, Canada. *Healthcare Policy / Politiques de Santé*. 2007;3:80-95.
20. Cornell S. Public health and primary care collaboration – a case study. *J Public Health*. 1999;21:199-204.
21. Meyrick J. View from the front: Three key challenges facing Public Health in one London Primary Care Trust. *Public Health Medicine*. Sep 2004. 2004;5(2):67-71.
22. Shirin E, Scotten ES, Absher AC. Creating community-based access to primary healthcare for the uninsured through strategic alliances and restructuring local health department programs. *Journal of Public Health Management and Practice* 2006;12:446-51.
23. Hopayian K, Harvey I, Howe A, Horrocks G. Perceived aids and barriers to clinical effectiveness in the work of primary care organizations in England: a qualitative study. *Quality in Primary Care*. 2005;13:17-24.
24. Dion X. A multidisciplinary team approach to public health working. [Review] [33 refs]. *British Journal of Community Nursing*. 2004;9:149-54.
25. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45:140-53.

The family doctors attitude on collaboration with public health sector

Romualdas Gurevičius, Jolanta Valentienė, Sandra Kutkaitė

Institute of Hygiene

Summary

Worldwide, health systems are struggling to determine the best ways for primary care (PC) and public health (PH) to collaborate. In Lithuania this is the first study in this field.

Aim of the study – evaluate attitudes and opinions of family doctors on the current situation in collaboration with public health sector, assess the main barrier for collaboration on systemic, organizational and personal level.

Material and methods. Anonymous face to face interview by 7 trained interviewers was carried out. 61 randomly selected family doctors from 32 primary health care institutions were interviewed. The main instrument (questionnaire) was constructed on the basis of information received during the qualitative study of this project, information received from similar published projects and during discussions with the experts in this area at McMaster University, Canada.

Results. Investigation confirmed, that family doctor is responsible not only for the curative but also for the preventional activity, which is very closely related to the duties of public health specialist. However, the collaboration between public health sectors would be much better and much closer if would be much stronger support from health policy makers in the form of financial support and creation of adequate legal basis. Unfortunately, there is no legal basis for such collaboration.

On the organizational level, according the respondents, there are very important that the top management staff,

technical and other resources and need for evaluation of the screening programs must play the main role. Also it was recognized, that still is a lack of knowledge and skills for successive collaboration.

On the interpersonal level it was mentioned the lack of successive leaders in the field of interest and also the need of more professional coordination of the common projects.

Conclusion. However, despite of those limiting attributes for collaboration, family doctors see the clear benefit. According them, collaboration would lead much more better impact on important health policy decisions, on fulfilling the patient's needs and supply health services of much better quality.

Keywords: primary health care, family doctor, public health, collaboration

Correspondence to Romualdas Gurevičius,
Institute of Hygiene,
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania.
E-mail: guro@hi.lt

Received 4 May 2012, accepted 11 June 2012

VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ POŽIŪRIS Į BENDRADARBIAVIMĄ SU PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIUMI

Romualdas Gurevičius, Sandra Kutkaitė, Jolanta Valentienė.

Higienos institutas

Santrauka

Paskutiniiais metais praeities visuomenės sveikata vis dažniau lemia ateities gyventojų sveikatą, o praeities pirminė sveikatos priežiūra vis dažniau tampa klinikinė ir profilaktinė pirminė pagalba ir į bendruomenę orientuota ateities medicina. Lietuvoje visuomenės sveikatos specialistų požiūris į šį bendradarbiavimą tyrinėtus nebuvo.

Tyrimo tikslas – nustatyti visuomenės sveikatos specialistų nuomonę apie bendradarbiavimą su pirminė sveikatos priežiūros grandimi ir šio bendradarbiavimo trikdžius.

Medžiaga ir metodai. Buvo pritaikytas tiesioginis telefoninis interviu, naudojantis parengta anketa. Apklausas telefonu atliko 3 specialiai paruošti tyrėjai. Buvo apklausti 54 atsitiktinai atrinkti visuomenės sveikatos specialistai iš 610 dirbančių savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose ir mokyklose.

Rezultatai. Tyrimas leido išsiaiškinti, kokie veiksniai turi įtakos bendradarbiauti sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad sisteminiame lygmenyje, visuomenės sveikatos specialistų nuomone, yra neaiškumų / trikdžių. Ketvirtadalis (25,9 proc.) visuomenės sveikatos specialistų visiškai sutinka, o daugiau nei pusė (57,4 proc.) iš dalies sutinka, kad nėra aiškiai apibrėžtų bendradarbiavimo taisyklių. Panaši dalis respondentų teigia, kad bendradarbiauti nėra aiškaus teisinio pagrindo. 31,5 proc. visuomenės sveikatos specialistų visiškai pritaria, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro sąlygų šiems sektoriams sėkmingai bendradarbiauti. Su teiginiais, kad neaiškiai apibrėžtos visuomenės sveikatos specialistų funkcijos, atsakomybės ir sėkmingai bendradarbiauti trukdo nepakankamas finansavimas, visiškai sutiko 44,4 proc. visuomenės sveikatos specialistų.

Išvada. Respondentų nuomone, sėkmingai bendradarbiauti su pirminės sveikatos grandies sektoriumi yra rimtų kliūčių sisteminiame ir organizaciniame lygmenyse, pradedant nesutvarkyta įstatymine baze, baigiant nepakankamai išspręstu finansavimu.

Reikšminiai žodžiai: pirminė asmens sveikatos priežiūra, šeimos gydytojai, visuomenės sveikata, bendradarbiavimas.

ĮVADAS

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme yra reglamentuota įvairių visuomenės sveikatos specialistų (toliau – VSS) veiklos metodų ir priemonių, skirtų visuomenės sveikatai gerinti: sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos, sveikatos saugos užtikrinimo, poveikio visuomenės sveikatai vertinimas, kontrolė ir kt. [1]. VSS dirba su tikslinėmis žmonių grupėmis, su populiacija, tačiau individualaus darbo su pacientais šie specialistai pakeisti negali. Tokiam darbui yra paruošti tik šeimos gydytojai.

Įstatymiškai yra reglamentuota, kad asmens sveikatos priežiūros tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą, o visuomenės sveikatos priežiūros – organizacinėmis, teisinėmis, ekonominėmis, techninėmis, socialinėmis bei medicinos priemonėmis įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti [2].

Akivaizdu, kad asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos sektoriai turi bendrą tikslą – užtikrinti gyventojų visapusę dvasinę, fizinę ir socialinę gerovę. Tačiau svarbu, kad šių sektorių veikla būtų tinkamai sukoordinuota, nepersiklotų ir leistų pasiekti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų.

Tačiau Lietuvoje kol kas šių sektorių veikla nėra sukoordinuota bendradarbiauti. Medicinos normoje „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ yra reglamentuota šeimos gydytojams priskirtų, bet VSS būdingų, funkcijų, pvz.: prevencija,

Adresas susirašinėti: Romualdas Gurevičius,
Higienos institutas,
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius.
El. p. guro@hi.lt

gyventojų informavimas, veiklų organizavimas, bendruomenės sveikatos priežiūros vykdymas, sveikos gyvensenos propagavimas, sveikatos ugdymas, ligų profilaktika ir pan. [3].

Savaime suprantama, kad asmens ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimo nebuvimas ir sistemingas veiklų nepasidalijimas apsunkina siekti bendrą tikslą – kad gyventojai būtų sveikesni, nes viena kitą perdengiančios veiklos neduoda efektyvių rezultatų ir iššvaisto šeimos gydytojams brangų laiką.

Todėl yra tikslinga šiems sektoriams bendradarbiauti, nes tai leistų teikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas ir taip užtikrinti geresnę gyventojų sveikatą. Juk gyvename globalioje visuomenėje, kur veikti kiekvienai organizacijai atskirai nėra efektyvu [4, 5]. Partnerystė turi būti užtikrinama visuose sveikatos priežiūros lygiuose: tarpasmeniniame, organizaciniame ir sisteminiame. Tarpasmeniniame lygmenyje yra labai svarbu dėmesį kreipti į kokybę, bendradarbiavimą daryti prieinamesnį formuojant atitinkamus įgūdžius ir organizuoti susitikimus [6]. Vienodai svarbi yra tarporganizacinė partnerystė, kuri padėtų pasiekti bendrų išteklių, būtų dalijamasi patirtimi, o visa tai leistų užtikrinti gyventojų sveikatą [7]. Pasak C. Sindall, visas vyriausybės požiūris turi būti bendras, ypač sveikatos klausimais, ir paremtas integruoto planavimo ir pirkimo modeliais [6]. Pagrindiniai Pasaulio sveikatos organizacijos visuomenės sveikatos priežiūros principai, pateikti „Sveikata visiems XXI amžiuje“, taip pat iškelia partnerystės svarbą ir būtinybę sveikatos tikslams pasiekti [8].

Norėdami užtikrinti sveikatos priežiūros kokybę, teisingumą ir prieinamumą, turėtume taikyti vieną iš efektyviausių strategijų – siekti visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros sektorių bendradarbiavimo [9, 10]. Tačiau labai svarbu suprasti, kad partnerystei sukurti reikia laiko, partnerystė privalo būti reali ir jos bendras tikslas turi būti pasiekiamas. Partnerystė gali sudaryti sąlygas pasiekti daugiau nei atskirų organizacijų darbas, tačiau norint ją sukurti reikia pripažinti poreikį bendrai vizijai [4]. Suprasdami šiuos partnerystės aspektus, norime išsiaiškinti, ar visuomenės sveikatos specialistai mato bendrą tikslą, viziją dirbdami su šeimos gydytojais.

Tyrimo tikslas – įvertinti VSS nuostatas bei požiūrį į tai, kokios struktūros ir procesai būtini sukurti sėkmingą asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros sektorių bendradarbiavimą asmeniniame, organizaciniame ir sisteminiame lygmenyse ir kokie galimi bendradarbiavimo rodikliai bei išeitys.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo objektas – VSS požiūris į bendradarbiavimą su pirminės sveikatos priežiūros specialistais.

Tyrimo populiacija – VSS, kurie, bendradarbiaujant su savivaldybių visuomenės sveikatos biurais, buvo atrinkti atsitiktinės atrankos būdu iš specialiai tam tikslui sudaryto Lietuvos visuomenės sveikatos specialistų sąrašo. Duomenys apie VSS buvo renkami, remiantis 2011 m. rugpjūčio mėn. visuomenės sveikatos biurų sąrašais, pateiktais Sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje. Iš viso buvo apklausta 54 VSS iš 610 VSS, dirbančių biuruose ir mokyklose.

Tyrimo metodas – tiesioginis interviu telefonu, naudojantis parengta anketa. Apklausas telefonu atliko 3 tyrėjai. Anketa parengta remiantis kokybinio tyrimo, skirto atskleisti, koks poreikis ir kokios galimybės yra Lietuvoje bendradarbiauti tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių, rezultatais bei kitais mokslinės literatūros šaltiniuose aprašytais tyrimais apie bendradarbiavimą [11]. Klausimyno pradžioje buvo pateikiamas klausimas, kaip bendrai VSS vertina dabartinį bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių pirminės sveikatos priežiūros grandyje (pateikti atsakymai: „labai gerai“, „gerai“, „vidutiniškai“, „blogai“, „labai blogai“, „neturiu nuomonės“). Specialistų nuomonei apie esančias pagrindines priežastis, dėl ko bendradarbiavimas nėra idealus, anketoje buvo skirta vieta atviram klausimui. Kitoje anketos dalyje buvo pateikiamos 8 galimos bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių sritys, kur VSS galėjo pasirinkti vieną iš atsakymo variantų: „tenka nuolat dalyvauti / susidurti“, „yra tekę dalyvauti / susidurti“, „neteko“ ir „neturiu nuomonės“. Likusioje anketos dalyje respondentams buvo pateikti 28 teiginiai apie dabartinį bendradarbiavimą. Prie kiekvieno teiginio respondentai galėjo išsakyti savo nuomonę: „visiškai sutinku“, „sutinku iš dalies“, „nesutinku“ arba „neturiu nuomonės“. Visi antroje anketos dalyje esantys teiginiai buvo suskirstyti į grupes:

- 1) požiūris į bendradarbiavimą tarp šių sektorių;
- 2) bendradarbiavimo **sisteminiame** lygmenyje įvertinimas;
- 3) bendradarbiavimo **organizaciniame** lygmenyje įvertinimas;
- 4) bendradarbiavimo **tarpasmeniniame** lygmenyje įvertinimas.

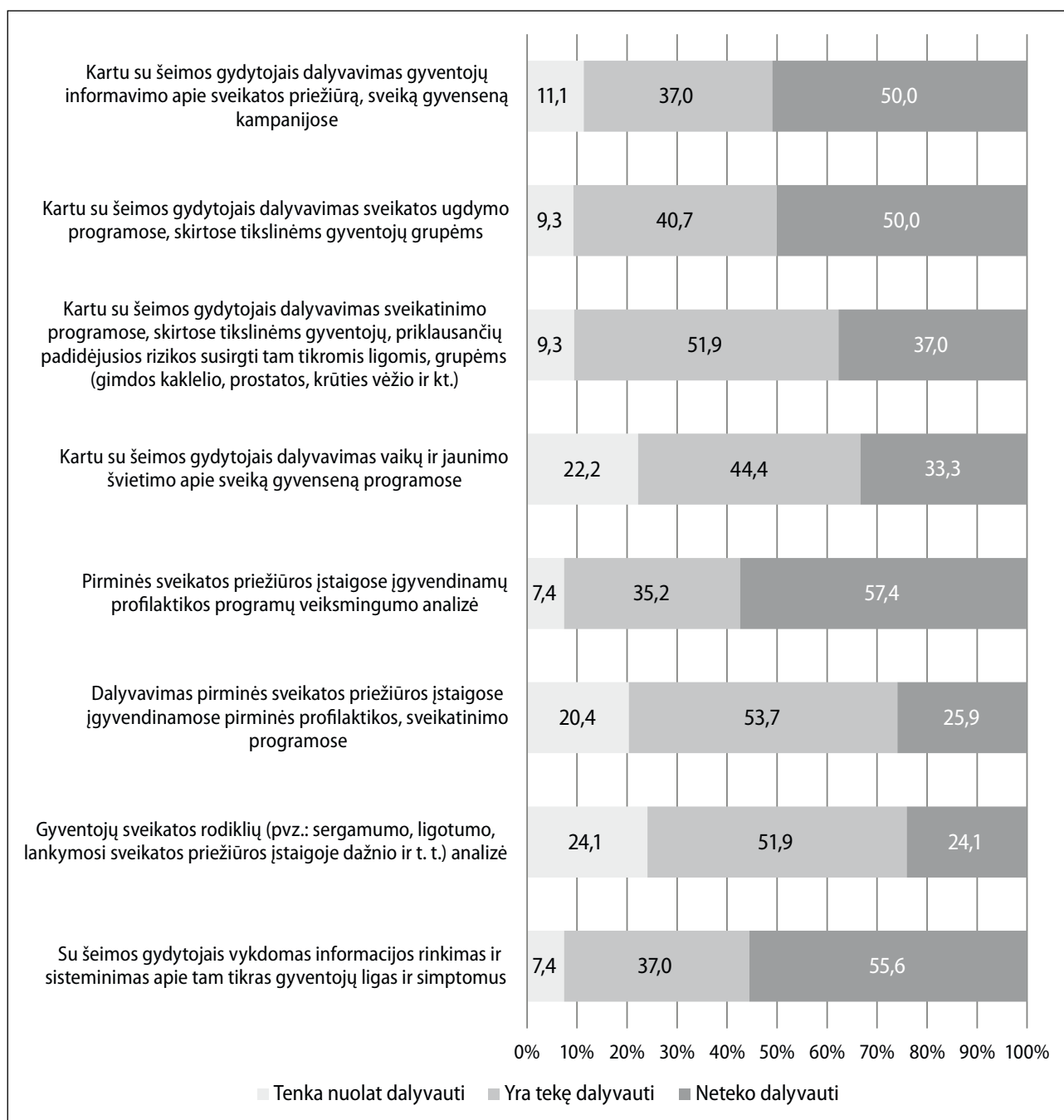
Anketoje taip pat buvo prašoma nurodyti darbo stažą ir miestą, kuriame dirba. Apklausoje dalyvavo VSS iš 23 miestų: Kauno (n = 11), Vilniaus (n = 6),

Šilutės (n = 6), po 3 respondentus iš Garliavos ir Panevėžio, po 2 – iš Jonavos, Kaišiadorių, Kelmės, Pakruojo, Plungės, Radviliškio, Utenos ir po 1 respondentą iš Alytaus, Biržų, Ignalinos, Joniškio, Lazdijų, Marijampolės, Matuizų, Pagėgių, Šiaulių, Šilalės, Varėnos. Atsižvelgiant į stažą, daugiausiai tyrime dalyvavo respondentai, turintys 3–5 metų darbo stažą. Mažiausias darbo stažas buvo 1 metai, o didžiausias – 48 metai. Statistinei analizei darbo stažas buvo suskirstytas į 4 grupes (1 lentelė).

1 lentelė. VSS pasiskirstymas pagal darbo stažą (n = 54)

Darbo stažas	Abs. skč.	Proc.
iki 2 metų	15	27,8
nuo 3 iki 4 metų	16	29,6
nuo 5 iki 15 metų	12	22,2
16 ir daugiau metų	11	20,4

Statistinė duomenų analizė. Pateikiamos nuomonių pasiskirstymo lentelės. Siekiant nustatyti



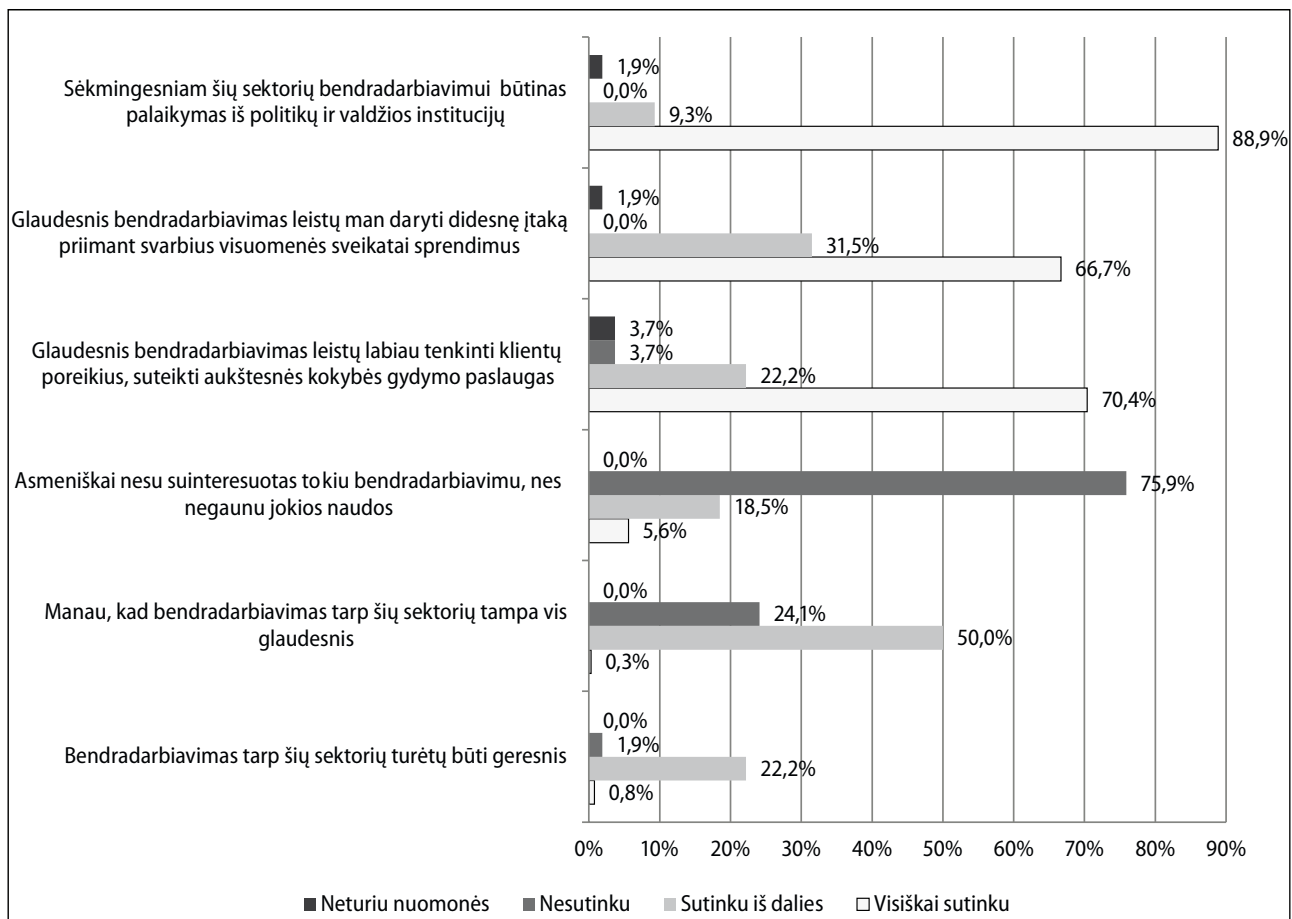
1 pav. VSS dalyvavimo pasiskirstymas srityse, kuriose bendradarbiavimas kartu su šeimos gydytoju yra galimas

tikėtinus skirtumus tarp teiginių ir atsakymų, taikytas χ^2 testas. Vertinant tiriamųjų atsakymus apie bendradarbiavimą sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse, buvo sukurti balai (imitaciniai kintamieji), kurie priskirti tolydžių kintamųjų kategorijai. Pastarieji atitiko normalųjį skirstinį, todėl atsižvelgiant į vidurkį buvo padalyti į dvi grupes ($\leq 0,67$ – labiau nepritariantys teiginiui; $> 0,67$ – labiau pritariantys teiginiui). Siekiant nustatyti, kurie iš kitų žinomų klausimyno parametrų gali daryti įtaką teigiamiems teiginiams, buvo taikyta binarinė logistinė regresija, kur priklausomas kintamasis buvo anksčiau minėtas binarinis atsakas – pritariantys ar nepritariantys, o nepriklausomais kintamaisiais buvo pasirinktas respondentų darbo stažas (1 lentelė) ir vertinami bendradarbiavimo lygmenys (sistemini, organizacinis ir tarpasmeninis). Modelio „išlyginimo“ kokybė buvo vertinta Nagelkerkės determinacijos koeficientu (R^2). Skirtumas tarp lyginamų grupių buvo laikytas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$. Respondentų tyrimo duomenų bazė buvo sudaryta naudojantis statistine programa SPSS for Windows 19.0.

REZULTATAI

Apklausus VSS, išaiškėjo, kad beveik pusė jų dabartinį bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos sektorių vertina labai gerai ir gerai (atitinkamai 4 proc. ir 43 proc.). Kita didžioji respondentų dalis (46 proc.) bendradarbiavimą vertino vidutiniškai, o likusieji – blogai (5 proc.) ir labai blogai (2 proc.). Tokie rezultatai patvirtina, jog, respondentų nuomone, bendradarbiavimas Lietuvoje nėra pakankamas.

Tyrimas atskleidė, kad VSS kartu su šeimos gydytojais retai dalyvauja bendroje veiklose (1 pav.). 55,6 proc. VSS nėra tekę kartu su šeimos gydytojais rinkti ir sisteminti informaciją apie tam tikras gyventojų ligas ir simptomus, pusė respondentų kartu su šeimos gydytojais nedalyvauja sveikatos ugdymo programose, skirtose tikslinėms gyventojų grupėms, taip pat pusė apklaustųjų teigė, kad nedalyvauja gyventojų informavimo apie sveikatos priežiūrą, sveiką gyvenimą kampanijose kartu su šeimos gydytojais.



2 pav. VSS požiūris į bendradarbiavimą tarp pirminio asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos sektorių

Dauguma (57,4 proc.) VSS nedalyvauja atliekant pirminės sveikatos priežiūros įstaigose įgyvendinamų antrinės profilaktikos programų veiksmingumo analizę. Tik 24,1 proc. VSS atlieka gyventojų sveikatos rodiklių (pvz.: sergamumo, ligotumo, lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje dažnio ir t. t.) analizę (1 pav.).

Dalis tyrimo buvo skirta nustatyti esamas VSS nuostatas, kurios, be abejonės, yra nepaprastai svarbus aspektas bendradarbiaujant. 75,9 proc. VSS visiškai sutinka, kad bendradarbiavimas tarp šių sektorių turėtų būti geresnis. Didžioji dauguma visiškai pritarė, kad tam būtinas palaikymas iš politikų ir valdžios institucijų, o glaudesnis bendradarbiavimas leistų labiau tenkinti pacientų poreikius, suteikti aukštesnės kokybės gydymo paslaugas ir daryti didesnę įtaką priimant visuomenės sveikatai svarbius sprendimus (atitinkamai 88,9 proc., 70,4 proc. ir 66,7 proc.). Tačiau pusė tyrimo dalyvių sutinka tik iš dalies ir 24,1 proc. nesutinka, kad bendradarbiavimas tarp šių sektorių tampa vis glaudesnis. 75,9 proc. VSS pritaria, kad asmeniškai jie yra suinteresuoti tokiu bendradarbiavimu, nes, jų nuomone, jie gautų iš to naudos (2 pav.). Tad akivaizdu, kad esamo bendradarbiavimo nepakanka ir VSS yra suinteresuoti bendradarbiauti.

Tyrimas leido išsiaiškinti, kokie veiksniai turi įtakos bendradarbiaujant sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse. Lietuvoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad sisteminiame lygmenyje, VSS nuomone, yra neaiškumų / trikdžių. Ketvirtadalis (25,9 proc.) VSS visiškai sutinka, o daugiau nei pusė (57,4 proc.) iš dalies sutinka, kad nėra aiškiai apibrėžtų bendradarbiavimo taisyklių. Panaši dalis respondentų teigia, kad bendradarbiauti nėra aiškaus teisinio pagrindo. 31,5 proc. VSS visiškai pritaria, kad

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro sąlygų šiems sektoriams sėkmingai bendradarbiauti. Su teiginiais, kad neaiškiai apibrėžtos VSS funkcijos, atsakomybės ir kad sėkmingam bendradarbiavimui trukdo nepakankamas finansavimas, visiškai sutiko 44,4 proc. VSS. Atsakymai į sisteminio lygmens trukdžius statistiškai reikšmingai skyrėsi (2 lentelė, $p = 0,012$)

Vertinant organizacinį lygmenį, daugiausiai buvo visiškai pritarė (57,4 proc.) teiginiui, kad glaudesnis bendradarbiavimui reikalingas abiejų institucijų vadovų įsitraukimas į šį bendradarbiavimą. Daugiau nei pusė respondentų visiškai sutiko, kad bendradarbiavimą skatintų glaudesni ryšiai su tikslinių grupių atstovais, pacientų organizacijomis ir, jų nuomone, yra nenumatyta laiko ir kitų resursų vykdyti bendras sveikatos stiprinimo programas (atitinkamai 55,6 proc. ir 53,7 proc.). Kad profilaktikos programų efektyvumo vertinimas bendradarbiavimą padarytų veiksmingesnį visiškai sutiko 38,9 proc. VSS, o iš dalies sutiko – 57,4 proc. tyrimo dalyvių. Į daugelį teiginių VSS atsakė iš dalies sutikdami: 46,3 proc. VSS iš dalies sutiko, kad bendradarbiauti trukdo nesutvarkyti techniniai, organizaciniai dalykai, 55,6 proc. – nepakankama komunikacija ir grįžtamasis ryšys tarp partnerių, 55,6 proc. – sėkmingam bendradarbiavimui stinga aktyvesnio naujų socialinių partnerių ir bendruomenės narių įtraukimo, 59,3 proc. – nėra aišku, kodėl ir kaip pasirenkamos tam tikros profilaktinės programos (3 lentelė). Tokie rezultatai parodė, kad VSS neturi tvirtos nuomonės, kas organizaciniame lygmenyje labiausiai trukdo bendradarbiauti, nes atsakymai į pateiktus teiginius, charakterizuojančius organizacinio lygmens trukdžius, statistiškai reikšmingai skyrėsi (3 lentelė, $p < 0,001$).

2 lentelė. VSS nuomonė apie bendradarbiauti trukdančius veiksnius sisteminiame lygmenyje

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)
Bendradarbiavimas stringa, nes neaiškiai apibrėžtos visuomenės sveikatos specialistų funkcijos ir atsakomybės	44,4 (24)	40,7 (22)	14,8 (8)	–
Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų šiems sektoriams sėkmingai bendradarbiauti	31,5 (17)	48,1 (26)	16,7 (9)	3,7 (2)
Bendradarbiavimas yra nepakankamas, nes nėra aiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės	25,9 (14)	57,4 (31)	14,8 (8)	1,9 (1)
Tokiam bendradarbiavimui nėra aiškaus teisinio pagrindo	25,9 (14)	46,3 (25)	14,8 (8)	13,0 (7)
Sėkmingai bendradarbiauti trukdo tai, kad nėra pakankamo finansavimo	44,4 (24)	50,0 (27)	3,7 (2)	1,9 (1)

$\chi^2 = 25,753$; $df = 12$; $p = 0,012$.

3 lentelė. VSS nuomonė apie bendradarbiauti organizaciniame lygmenyje trukdančius veiksnius

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)
Tam, kad bendradarbiavimas būtų glaudesnis, abiejų institucijų vadovai turėtų labiau įsitraukti į šį bendradarbiavimą	57,4 (31)	40,7 (22)	1,9 (1)	–
Bendradarbiauti trukdo nesutvarkyti techniniai, organizaciniai dalykai (nėra patalpų, įrangos, darbui būtinų priemonių ir pan.)	20,4 (11)	46,3 (25)	33,3 (18)	–
Nėra aišku, kodėl ir kaip pasirenkamos tam tikros profilaktinės programos	13,0 (7)	59,3 (32)	24,1 (13)	3,7 (2)
Komunikacija ir grįžtamasis ryšys tarp partnerių yra nepakankami	24,1 (13)	55,6 (30)	20,4 (11)	–
Sėkmingai bendradarbiauti stinga aktyvesnio naujų socialinių partnerių ir bendruomenės narių įtraukimo	38,9 (21)	55,6 (30)	3,7 (2)	1,9 (1)
Bendradarbiavimas būtų efektyvesnis, jei būtų įvertinamas profilaktikos programų efektyvumas	38,9 (21)	57,4 (31)	1,9 (1)	1,9 (1)
Bendradarbiavimas būtų efektyvesnis, jei turėtume daugiau informacijos apie visuomenės vertybes, mąstymo ir elgesio stereotipus	44,4 (24)	48,1 (26)	7,4 (4)	–
Bendradarbiavimą tarp šių dviejų sektorių labiau skatintų glaudesni ryšiai su tikslinių grupių atstovais, pacientų organizacijomis	55,6 (30)	40,7 (22)	–	3,7 (2)
Bendradarbiavimas yra nepakankamas, nes nenumatyta laiko ir kitų resursų vykdyti bendras sveikatos stiprinimo programas	53,7 (29)	38,9 (21)	7,4 (4)	–
Glaudesniam bendradarbiavimui tiesiog stinga didesnio asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos atstovų aktyvumo	37,0 (20)	50,0 (27)	13,0 (7)	–
Efektyvesniam bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas	46,3 (25)	38,9 (21)	13,0 (7)	1,9 (1)

$\chi^2 = 100,304$; $df = 30$; $p = 0,001$.

4 lentelė. VSS nuomonė apie tarpasmeniniame lygmenyje bendradarbiauti trukdančius veiksnius

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)
Bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas (asmeniškai nepažįstami su partneriais)	14,8 (8)	42,6 (23)	42,6 (23)	–
Asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams trūksta abipusio pasitikėjimo	14,8 (8)	48,1 (26)	35,2 (19)	1,9 (1)
Asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių	1,9 (1)	50,0 (27)	48,1 (26)	–
Bendradarbiavimas stringa dėl patirties ir įgūdžių šioje srityje trūkumo	9,3 (5)	63,0 (34)	27,8 (15)	–
Glaudesniam bendradarbiavimui stinga lyderių ir profesionaliosios vykdomų projektų koordinavimo	24,1 (113)	55,6 (30)	16,7 (9)	3,7 (2)
Asmeniškai nesu suinteresuotas tokiu bendradarbiavimu, nes iš jo negaunu jokių naujų įgūdžių, žinių ar informacijos, kurią panaudočiau kasdieniniame darbe	–	22,2 (12)	77,8 (42)	–

$\chi^2 = 67,362$; $df = 15$; $p = 0,001$.

Vertindami tarpasmeninį bendradarbiavimo lygmenį galime teigti, kad iš visų pateiktų teiginių daugiausiai buvo respondentų (24,1 proc.), visiškai pritarusių teiginiui, jog glaudesniam bendradarbiavimui

stinga lyderių ir profesionaliosios vykdomų projektų koordinavimo. Kad VSS trūksta patirties ir įgūdžių bendradarbiauti tarp šių sektorių, iš dalies sutiko 63,0 proc. VSS, o visiškai tam pritarė tik

9,3 proc. tyrimo dalyvių. VSS vienodai visiškai sutiko (14,8 proc.), kad bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas ir specialistų abipusio pasitikėjimo trūkumas, o iš dalies su šiais teiginiais sutiko atitinkamai 42,6 proc. ir 48,1 proc. respondentų. Tačiau beveik vienareikšmiškai nesutiko (77,8 proc.), kad asmeniškai jie nėra suinteresuoti tokiu bendradarbiavimu, nes iš jo negautų jokių naujų įgūdžių, žinių ar informacijos, tinkamos panaudoti kasdieniniame darbe. Atsakymai į tarpasmeninio lygmens trukdžius taip pat labai plačiai variavo (4 lentelė, $p < 0,001$).

Modeliavimas, panaudojant logistinės regresijos modelį, parodė, jog darbo nepriklausomi kintamieji – stažas ir atsakymai į skirtingus bendradarbiavimo lygmenis paaiškino 30,8 proc. priklausomo kintamojo variacijos ($R^2 = 0,308$), kai atsižvelgiame į jų struktūrą reikšmes. Daugiausiai pritariančių teiginių bendradarbiavimo problemoms buvo pateikta vertinant sisteminį ir organizacinį bendradarbiavimo lygmenis. Jiems pritariama buvo daugiau linkę mažesni stažą turintys VSS.

REZULTATŲ APTARIMAS

Kad trūkumų bendradarbiaujant yra visuose šiuose lygiuose, patvirtina ir kitų šalių atlikti tyrimai [12]. Įvertinus publikuotus tyrimus galima daryti išvadą, kad žinoma nelabai daug aiškiai dokumentuotų pavyzdžių apie integruotą ir efektyvų bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros specialistų vietinės bendruomenės lygmenyje. Manome, jog tai ir nestebina, kadangi a) istorinė patirtis rodo, jog šio bendradarbiavimo vertybės nebuvo kuriamos ir b) istorinė paradigma besąlygiškai ir dramatiškai judėjo prie sektoriaus, kuris valdo finansus už „prisirašiusių skaičių“, ir niekada neieškojo šioje populiacijoje išeičių, kas lėmė, jog pastarosios ne tik nematuojamos, bet ir nežinomos. Dar daugiau, tai paskatino atsirasti vieną sunkiausių sveikatos sistemos problemų, kai besikreipiančiam suteikiama paslauga nebesiorientuojant į baigtinę paslaugą – siekti, kad būtų kiek įmanoma daugiau sveikų asmenų arba kad jie mažiau sirgtų.

Tyrimai, atlikti daugelyje šalių apie visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros grandies bendradarbiavimą, atskleidžia tam tikrų paradoksų [5]. Viena vertus, šių dviejų sektorių atstovai kalbėjo apie šiuos du sveikatos sektorius taip, lyg jie būtų glaudžiai susiję. Medicinos specialistai paprastai apibūdindavo visuomenės sveikatos priežiūrą, pavyzdžiui, kaip pagalbinę medicinos specialybę, o VSS kalbėdavo apie mediciną kaip apie visuomenės sveikatos

priežiūros atšaką. Vis dėlto abiejų sveikatos priežiūros sektorių atstovams buvo gana sunku aiškiai išreikšti šį santykį praktikoje [11]. Dauguma jų turėjo mažai arba neturėjo jokios darbo patirties su kito sektoriaus specialistais ar organizacijomis mokymų metu arba praktikoje. Jiems neatrodė, kad kito sektoriaus atstovams būtų įdomi jų perspektyva. Jie demonstravo didelį skepticizmą kito sektoriaus motyvacijos atžvilgiu. Ir tik labai nedaugelis galėjo apibūdinti, kaip kito sektoriaus veikla yra susijusi su jiems rūpimais dalykais arba jų darbu [1].

Šiame tyrime dėmesį sutelkėme į būdus, kuriais visuomenės sveikatos priežiūros specialistai bei organizacijos, o dažnai taip pat ir kiti partneriai bendruomenėje sujungia savo išteklius, įgūdžius ir naudą, kurios galima pasiekti tokiu būdu. Šiuos sustiprintus susijungimus mes vadinome „sinergijomis“. Šiais atvejais stebimos šešių tipų sinergijos apima platų spektrą [9] – beveik visus specialistų ir organizacijų tipus abiejuose sveikatos priežiūros sektoriuose, visas medicinos ir visuomenės sveikatos priežiūros sferas: praktiką, politiką, švietimą ir mokslinius tyrimus.

Į analizuojamą problemą galime žiūrėti remdamiesi trimis pagrindinėmis kategorijomis: kokia yra (1) visuomenės sveikatos funkcija, (2) abiejų sektorių bendra atsakomybė, (3) pirminės sveikatos priežiūros atsakomybė. Svarbu pažymėti, kad antrajai kategorijai priskirtina sveikatos stebėseną, sveikatos stiprinimą, ligų ir traumų profilaktiką – sritys, kur visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros grandis glaudžiai susijusios ir turi patį didžiausią potencialą integracijai.

Atsakomybė už stebėseną yra viena svarbiausių visuomenės sveikatos funkcijų [1] ir sritis, kuri kartu yra pagrindinė priežastis, dėl kurios visuomenės sveikatos praktiką reikėtų jungti su pirmine pagalba.

Mūsų ateities sveikatos sistemos galimybes pagerinti savo piliečių sveikatą labai priklausys nuo išmincingos reformos ir efektyvios visuomenės sveikatos bei asmens sveikatos priežiūros elementų integracijos, kur „efektyvia“ suprantame sėkmingą sistemos funkcijų, kurioms siekti ir sukurta ši sistema, įgyvendinimą, taip pat ir nuo funkcinės integracijos – vienybė ir harmonija bendroje sistemoje, kurioje jos veikia kaip tarpusavyje priklausomos sudedamosios dalys.

IŠVADOS

1. VSS dabartinį bendradarbiavimą su pirminės sveikatos priežiūros sektoriumi vertina kaip nepakankamą, nes, respondentų nuomone, dabartiniu

metu jie kartu nedalyvauja beveik jokiose bendro-
se veiklose.

2. Pusė tyrimo dalyvių sutinka tik iš dalies ir ketvir-
tadalis nesutinka, kad bendradarbiavimas tarp šių
sektorių tampa vis glaudesnis.
3. Į daugelį pateiktų teiginių respondentai atsakė, jog
tik iš dalies sutinka, kas rodo, jog jie neturi tvir-
tos nuomonės, kas organizaciniame lygmenyje la-
biausiai trukdo bendradarbiauti.
4. Neatsižvelgiant į tai, respondentai pažymėjo, kad
jie yra suinteresuoti šiuo bendradarbiavimu, tik
tam trukdo nesutvarkyta teisinė bazė, netobula fi-
nansavimo sistema, tinkamų asmeninių kontaktų
nebuvimas ir abiejų specialistų abipusio pasitikėji-
mo trūkumas.

PADEKA

Tyrimas atliktas įgyvendinant Baltijos jūros regio-
no programos „ImPrim“ projekto „Visuomenės svei-
katos gerinimas skatinant tolygų aukštos kokybės
pirminės sveikatos priežiūros išdėstymą“ priemonę
„Sveikatos sinergija“. Straipsnio autoriai nuoširdžiai
dėkoja projekto dalyviams – Lietuvos visuomenės
sveikatos biurams.

Straipsnis gautas 2012-05-04, priimtas 2012-06-15

Literatūra

1. LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. Valstybės žinios. 2002;56-2225.
2. LR sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios. 1994;63-1231.
3. Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Valstybės žinios. 2006;3-62.
4. Wildridge V, Childs S, Cawthra L, Madge B. How to create successful partnerships – a review of the literature. Health Information and Libraries Journal. 2004;21:3-19.
5. Wedel R, Kalischuk RG, Patterson E, Brown S. Turning vision into reality: Successful integration of primary healthcare in Taber, Canada. Healthcare Policy. 2007;3(1):80-95.
6. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. Health Promotion International. 1997;12(1):5-6.
7. Valente TW, Chou CP, Pentz MA. Community coalition networks as systems: effects of network change on adoption of evidence-based prevention. Am J Public Health. 2007;97(5):880-886.
8. Sveikata 21. 104:141-150.
9. Poliakovienė R, Gurevičius R. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje. Visuomenės sveikata. 2011;1(52):30-41.
10. Adeleye OA, Ofili AN. Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles? Journal of Environmental and Public Health. 2010:1-6.
11. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, Macdonald M, Meagher-Stewart D, Kaczorowski J et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. Prim Health Care Res Dev. 2012 Feb;21;1-20.
12. van Avendonk MJ, Mensink PA, Drenthen AJ, van Binsbergen JJ. Primary care and public health a natural alliance? The introduction of the guidelines for obesity and undernutrition of the Dutch College of General Practitioners. Fam Pract. 2012 Apr;29 Suppl 1:i31-i35.

The public health specialist's attitude to collaboration with primary health care sector

Romualdas Gurevičius, Sandra Kutkaitė, Jolanta Valentienė

Institute of Hygiene

Summary

Currently the public health of the past will increasingly become the population health of the future and the primary care of the past will increasingly become the clinical and preventive primary care and community-based medicine of the future. In Lithuania, public health specialist's opinion on this collaboration was not investigated.

Aim. To evaluate opinion and attitude of public health specialist in relation of collaboration with primary health care sector.

Material and methods. The direct telephone interview method was applied. 3 specially prepared interviewers interviewed 54 randomly selected public health specialists from the municipality Public health departments.

Results. The investigation allowed clarifying which factors on systemic, organizational and personal level impact collaboration between with primary health care sector. The results showing, that on systemic level, the serious uncertainties and disturbances exist. One fourth of respondents fully agree, and more than half partly agree, that there are no clear rules for collaboration. Similar proportion of respondents maintained, that there is no legal basis for

it. One third of respondents agree, that countries health system not creating conditions for successful such collaboration. With the statement, that public health sectors functions, responsibilities in this collaboration not clearly defines, and also there is lack in financial support agreed 45 percent of the respondents.

Conclusion. According the respondents, serious barriers exist to collaboration with the primary health sectors on systemic and organizational level.

Keywords: public health, primary health care, collaboration.

Correspondence to Romualdas Gurevičius,
Institute of Hygiene,
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania.
E-mail: guro@hi.lt

Received 4 May 2012, accepted 15 June 2012

VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FUNKCIJAS VYKDanČIŲ SPECIALISTŲ ŽINIOS IR ĮGŪDŽIAI

Vytėnė Jankauskienė, Virginija Kanapeckienė, Laura Narkauskaitė, Rolanda Valintėlienė

Higienos institutas

Santrauka

Tyrimo tikslas – nustatyti, kaip specialistai, vykdančys visuomenės sveikatos (toliau – VS) funkcijas, vertina savo turimas žinias bei įgūdžius, ir palyginti su ekspertų keliamais reikalavimais.

Medžiaga ir metodai. Tyrimo metodas – specialistų ir ekspertų anketinė apklausa. Specialistai (N = 308) vertino savo žinias ir įgūdžius bendrosioms ir specialiosioms funkcijoms vykdyti. Ekspertai vertino, kokios žinios ir įgūdžiai būtini specialistams funkcinėms užduotims atlikti. Specialistų kompetencijos, pačių specialistų ir ekspertų požiūriu, vertintos balais (skalė nuo 1 – neturi iki 5 – puikios) skaičiuojant kiekvienai kompetencijai surinktų balų vidurkį.

Rezultatai. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys specialistai bendrosioms funkcinėms užduotims vykdyti turi pagrindines žinias ir įgūdžius (3 balai), o specialiosioms – geras žinias bei įgūdžius (3,7–4,0 balai). Ekspertų nuomone, visoms funkcinėms užduotims vykdyti reikalingos puikios žinios bei įgūdžiai (5 balai). VS biurų specialistai nurodė turintys pagrindines žinias (~3 balai) ir pakankamai įgūdžių (3 balai), vykdančios visuomenės sveikatos stebėsenos ir sveikatos stiprinimo funkcijas, o, ekspertų nuomone, savivaldybių VS biurų specialistams būtini labai geri įgūdžiai ir žinios (5 balai). Savivaldybių VS biurų specialistai, dirbantys mokyklose, bei mokyklų VS specialistai, nepriklausantys biurams, teigė turintys pakankamai žinių ir įgūdžių vykdyti funkcinės užduotis. Ekspertai mokyklose dirbantiems nepriklausantiems VS biurams specialistams kėlė mažesnius reikalavimus, palyginti su biurų specialistais, dirbančiais mokyklose. Viešojo administravimo įstaigose dirbantys VS priežiūros specialistai nurodė turintys pagrindinių žinių bei įgūdžių (3 balai) atlikti bendrąsias ir specialiąsias funkcinės užduotis. Ekspertų nuomone, specialistai šioms funkcinėms užduotims atlikti privalėtų turėti pakankamai geras žinias ir gerus įgūdžius (5 balai).

Apibendrinimas. Ekspertai visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantiems specialistams funkcinėms užduotims vykdyti kėlė aukštesnius reikalavimus žinioms ir įgūdžiams už nurodytuosius pačių specialistų.

Reikšminiai žodžiai: specialistai, žinios ir įgūdžiai, ekspertų vertinimas, bendrosios ir specialiosios funkcinės užduotys.

ĮVADAS

Efektyviai ir veiksmingai visuomenės sveikatos priežiūros veiklai šalyje užtikrinti būtina turėti pakankamai aukštos kvalifikacijos dirbančių VS priežiūros specialistų [1, 2]. Dvidešimt pirmas amžius pasižymi socialinėmis transformacijomis, ūkio plėtros ištekliais tampa nebe darbo jėga, gamtiniai ištekliai ar kapitalas, bet žinios, arba intelektinis kapitalas. Todėl šis amžius vadinamas žinių, arba informacijos, amžiumi [3]. Šiame amžiuje bendrosios kompetencijos – sprendimų priėmimas, konfliktų sprendimas, komandinis darbas, veiksminga komunikacija, derybiniai įgūdžiai, strateginis mąstymas – ypač svarbios visiems specialistams, o VS specialistams būtinos teigiamiems rezultatams visuomenės sveikatos srityje

pasiekti. Kompetencijos sąvoka turi ne vieną apibrėžimą. Šiame straipsnyje kompetencija – tai asmens gebėjimas naudotis turimomis žiniomis, įgūdžiais, savybėmis ir patyrimu atlikti tam tikrą darbą. Kompetenciją lemia mokymosi ar studijų metu įgytos žinios, gebėjimai, susidarytas požiūris. Kompetencijos lygį veikia darbuotojo sukaupta veiklos patirtis. Profesinio rengimo metu įgyta kompetencija patvirtinama pažymėjimu, atestatu arba sertifikatu. Apibrėžtai platesnei veiklai arba profesijai reikalingos kompetencijos sudaro kvalifikaciją [4].

Jau daugiau nei 30 metų pasaulyje įmonės taiko kompetencijomis pagrįstas metodikas, atrenkant darbuotojus. Pastaraisiais dešimtmečiais tokias metodikas bandoma taikyti ir visuomenės sveikatos srityje tiek rengiant specialistus, tiek ir juos atrenkant darbui. Nuo 2006 m. Europos regiono visuomenės sveikatos mokyklų asociacija (angl. *The Association of Schools of Public Health in the European Region* – ASPHER) rengia VS specialistų kompetencijų sistemą, kuri atitiktų šiuolaikinius reikalavimus tiek rengiant specialistus, tiek priimant į darbą praktikus. 2008 m.

Adresas susirašinti: Vytėnė Jankauskienė,
Higienos institutas,
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius.
El. p. vytene@hi.lt

buvo išleistas laikinas Visuomenės sveikatos pagrindinių kompetencijų sąrašas [5], kuriame pateiktos pagrindinės būtinos VS specialistams kompetencijos, tačiau šis sąrašas dar galutinis nėra ir jį būtina aptarti su praktikais [6].

Europos Sąjungos (ES) dokumentuose pažymima, kad piliečių žinių, gebėjimų ir kompetencijų tobulinimas bei pripažinimas yra itin svarbūs asmeniniam tobulėjimui, konkurencingumui, užimtumui ir socialinei sanglaudai Europos Bendrijoje [7].

Lietuvoje platesnių VS specialistų kompetencijų tyrimų nėra daug. Atliekant tyrimus buvo nagrinėjamas VS specialistų profesinių žinių poreikis, VS biurų specialistų žinios ir gebėjimai įvertinti poreikius, susijusius su sveikata, aukštųjų mokyklų visuomenės sveikatos absolventų kompetencijos darbavimų ir darbo vietos ekspertų požiūriu ir pan. [8, 9, 12, 13]. Visuomenės sveikatos studijų krypties profesinės veiklos lauko tyrimu, vykdytu 2009 m., buvo siekiama apibrėžti dalykines ir bendrąsias kompetencijas kaip žinių, įgūdžių, gebėjimų, vertybių ir požiūrių, kurių reikia tam tikros srities specialistams tinkamai vykdyti veiklą, derinius. Toks dalykinių ir bendrųjų kompetencijų sąrašas, paremtas ne studijų programų rengėjų vienašališku profesinės veiklos lauko poreikių vertinimu, bet sukurtas integruojant profesinės veiklos lauko patirtį, yra pagrindas studijų siekiniams apibrėžti (angl. *learning outcomes*) ir suteikė svarių argumentų visuomenės sveikatos studijoms atnaujinti [8, 9].

Tyrimo tikslas – nustatyti, kaip specialistai, vykdydami VS funkcijas, vertina turimas žinias bei įgūdžius, ir palyginti su ekspertų keliamais reikalavimais. Tyrimas atliktas įgyvendinant ES Socialinio fondo finansuojamą projektą „Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų rengimo, kvalifikacijos kėlimo ir tobulinimo, poreikio planavimo sistemos sukūrimas“.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo objektas – specialistų, vykdančių VS priežiūros funkcijas, bendrosios ir specialiosios žinios bei įgūdžiai. Šiame tyrime bendrosios žinios ir įgūdžiai – tai žinios ir įgūdžiai, reikalingi bendrosioms darbo užduotims atlikti: teisės aktų projektų rengimas, veiklos planų ir ataskaitų rengimas, informavimas, bendradarbiavimas su kitomis įstaigomis, konsultavimas, metodinių rekomendacijų rengimas ir kt. Specialiosios žinios – tai žinios ir įgūdžiai, reikalingi specifinėms darbo užduotims atlikti ir būdingi tik tam tikroms įstaigoms.

Tyrimo metodas – anketinė apklausa. Remiantis Didžiojoje Britanijoje ir Kanadoje taikomais standartizuotais tyrimo modeliais ir Lietuvos visuomenės sveikatos įstaigų bei pareiginiams nuostatais, reglamentuojančiais vykdomas funkcijas, parengta anketa, skirta VS specialistų, vykdančių VS priežiūros funkcijas, žinioms ir įgūdžiams įvertinti [10, 11]. Anketa skirta specialistams ir ekspertams. Specialistų teirautasi, kaip jie vertina savo žinias ir įgūdžius atliekant darbo užduotis; ekspertų klausta, kokios žinios ir įgūdžiai privalomi VS specialistams savo funkcinėms užduotims atlikti. Atsakymai anketose suskirstyti į dvi skales: **pirmoji** (žinių vertinimo) skalė yra skirta įvertinti, kaip respondentai išmano konkrečią sritį (1 – neturi žinių; 2 – turi tik pradines žinias; 3 – turi pagrindines žinias; 4 – žinios pakankamai geros; 5 – puikiai išmano); **antroji** (įgūdžių) skalė naudojama įvertinti pasirengimą praktiškai atlikti šią darbo užduotį (1 – neturi praktinių įgūdžių ir gebėjimų; 2 – pradiniai įgūdžiai ir gebėjimai; 3 – pagrindiniai; 4 – geri; 5 – puikūs). Anketos išbandytos, atliekant pilotinį tyrimą (apklausiant 20 VS specialistų), ir koreguotos, atsižvelgiant į pastabas ir pasiūlymus.

Ekspertai parinkti pagal atitinkamas tyrimo nagrinėjamas visuomenės sveikatos sritis (viešojo administravimo – 4, vaikų sveikatos – 2, sveikatos stiprinimo – 2, visuomenės sveikatos stebėsenos – 2), turintys ne mažesnę nei 15 metų darbo patirtį tam tikroje srityje ir gilią tam tikros srities žinias, pripažinti atitinkamos srities specialistai.

VS priežiūros funkcijas atliekančių specialistų kompetencijų tyrimas buvo atliktas 2011 m. pavasarį. Buvo paskaičiuota, kad reikia ištirti šiek tiek daugiau nei pusę VS priežiūros funkcijas atliekančių specialistų, dirbančių kiekvienoje įstaigų grupėje. Tyrimo imtis buvo sudaryta kiekvienai įstaigų grupei atskirai pagal V. I. Paniotto formulę [12]. Atsako dažnis pagal įstaigas svyravo nuo 30 iki 70 proc. Iš 308 tyrimo dalyvavusių specialistų 90 dirbo savivaldybių VS biuruose (atsako dažnis – 68,2 proc.), 61 – mokyklose (atsako dažnis – 30 proc.), 157 – viešojo administravimo įstaigose (atsako dažnis – 35 proc.). Tyrimo dalyvavo 91,9 proc. moterų ir 8,1 proc. vyrų. Respondentų amžiaus vidurkis $43,59 \pm 11,11$ metų. 59,1 proc. tiriamųjų turėjo aukštąjį universitetinį arba jam prilygintą išsilavinimą (1 lentelė). VS specialistų bendrosios ir specialiosios žinios bei įgūdžiai nagrinėti bendrai ir pagal įstaigas.

Siekiant nuodugniau išanalizuoti, kokių kompetencijų reikia viešojo administravimo įstaigose ir VS biuruose dirbantiems specialistams, buvo

1 lentelė. Respondentų demografinės charakteristikos

	VS biurai	Mokyklų VS specialistai (nepriklausantys biurams)	Viešojo administravimo įstaigos			Iš viso
			Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės specialistai	Saugos kontrolės specialistai	VS saugos specialistai	
			Abs. skč. (proc.)			
Respondentai:	90 (29,2)	61 (19,8)	56 (18,2)	50 (16,2)	51 (16,6)	308 (100)
vyrų	9 (10)	1 (1,6)	3 (5)	4 (8)	8 (16)	25 (8,1)
moterys	81 (90)	60 (98,4)	53 (95)	46 (92)	43 (84)	283 (91,9)
Išsilavinimas:						
aukštasis universitetinis	59 (65,6)	16 (26,2)	31 (55)	38 (76)	41 (80)	185 (59,1)
aukštasis neuniversitetinis	31 (34,4)	45 (73,8)	25 (45)	12 (24)	10 (20)	123 (40,9)
	Metai					
Amžiaus vidurkis	38,62	46,1	47,6	44,5	44,4	43,6

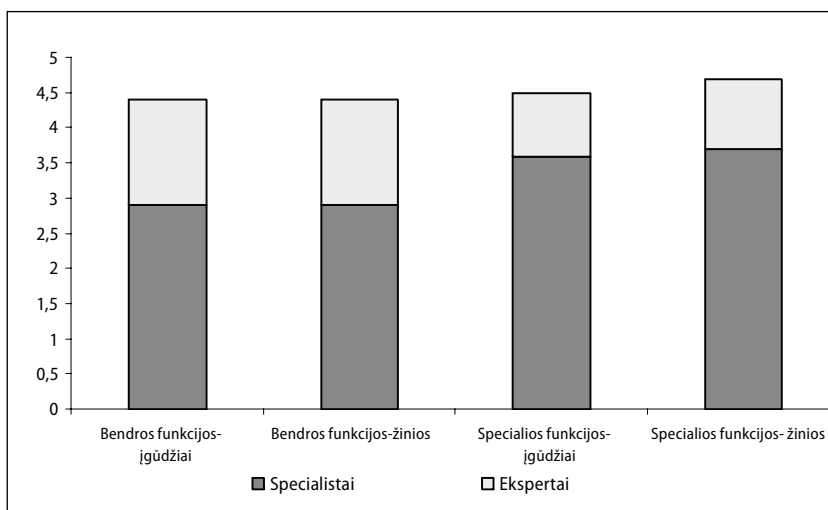
atliktas papildomas kokybinis tyrimas – dviejų tikslinių grupių diskusijos, kuriose dalyvavo 8 ir 6 darbdaviai (visuomenės sveikatos įstaigų vadovai, Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai). Jose buvo aptarta specialistų, atliekančių VS funkcijas, kompetencijų atitiktis dabartinės darbo rinkos poreikiams.

Tyrimo duomenys analizuoti naudojant programinių statistinį paketą SPSS. Analizė atlikta taikant aprašomosios statistikos metodus. Specialistų žinios ir įgūdžiai, atliekant funkcinę užduotį, pačių specialistų ir ekspertų požiūriu vertintos balais (penkiabalė skalė), skaičiuojant balų vidurkį, modą (Mo) ir medianą (Md). Kokybinio tyrimo (tikslinių grupių) duomenys analizuoti turinio (content) analizės būdu.

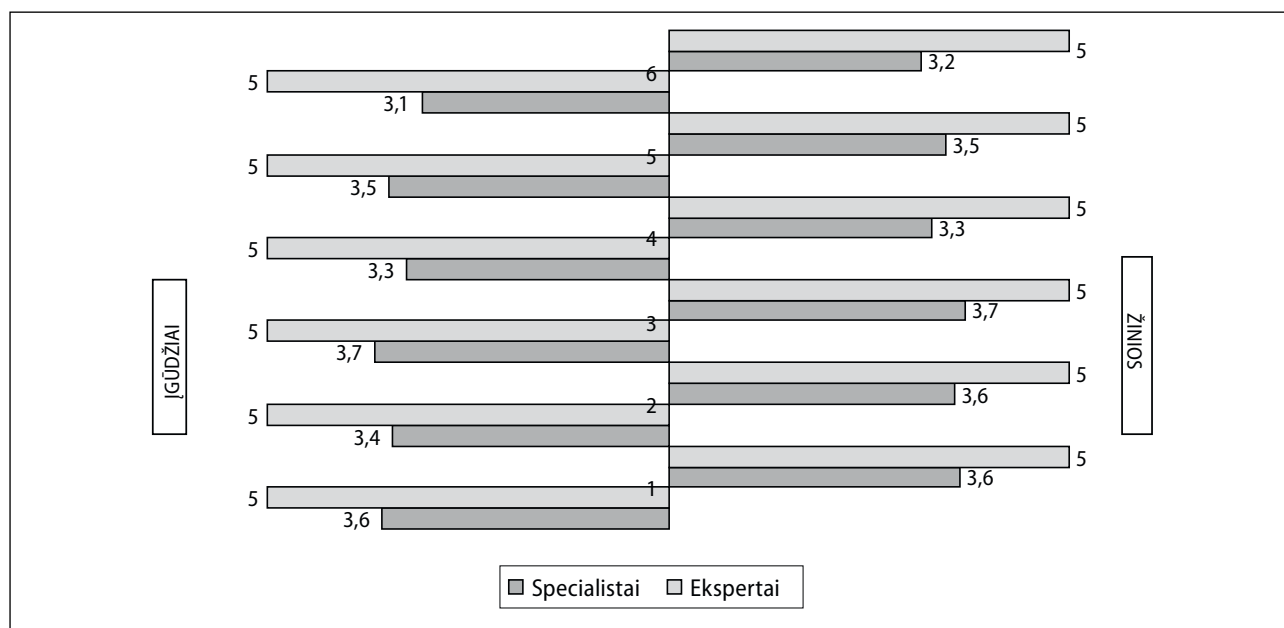
TYRIMO REZULTATAI

VS priežiūros specialistų, dirbančių visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose, žinios ir įgūdžiai

Tyrimas parodė, kad visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantiems specialistams daugiau žinių ir įgūdžių trūksta vykdant bendrąsias funkcines užduotis, kurias jie patys įvertino balais – atitinkamai 2,8, Mo 3 ir 2,8, Mo 3. Specialiąsias žinias ir įgūdžius šie specialistai vertino kaip pakankamai gerus (įgūdžiai: 3,8, Mo 4; žinios: 3,7, Mo 4) (2 pav.). Ekspertų nuomone, tiek bendrosioms, tiek specialiosioms funkcinėms užduotims vykdyti VS specialistams reikalingos geresnės žinios bei įgūdžiai (4,5 ir 4,6) (1 pav.).



1 pav. Specialistų, dirbančių visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose, įgūdžiai ir žinios, atliekant funkcinę užduotį (balais)



2 pav. VS biuruose dirbančių specialistų turimi įgūdžiai ir žinios specialiosioms užduotims atlikti (balais)

1. Visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringas). 2. Užkrečiamųjų ligų, neinfekcinių ligų ir traumų profilaktikos bei kontrolės vykdymas. 3. Sveikos gyvensenos skatinimas, vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimas. 4. Ūkio subjektų visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų analizė. 5. Gyventojų, aplinkos sveikatos ar sveikatos sistemos tyrimų planavimas ir atlikimas. 6. Aplinkos, socialinių ir ekonominių veiksnių, veikiančių gyventojų sveikatą, stebėjimas bei analizė.

Nagrinėjant atskirose visuomenės sveikatos įstai-gose dirbančių specialistų žinias ir įgūdžius, vykdant bendrąsias ir specialiąsias užduotis, stebėta ta pati tendencija: specialistai blogiau įvertino žinias ir įgūdžius, vykdant bendrąsias užduotis negu specialiąsias.

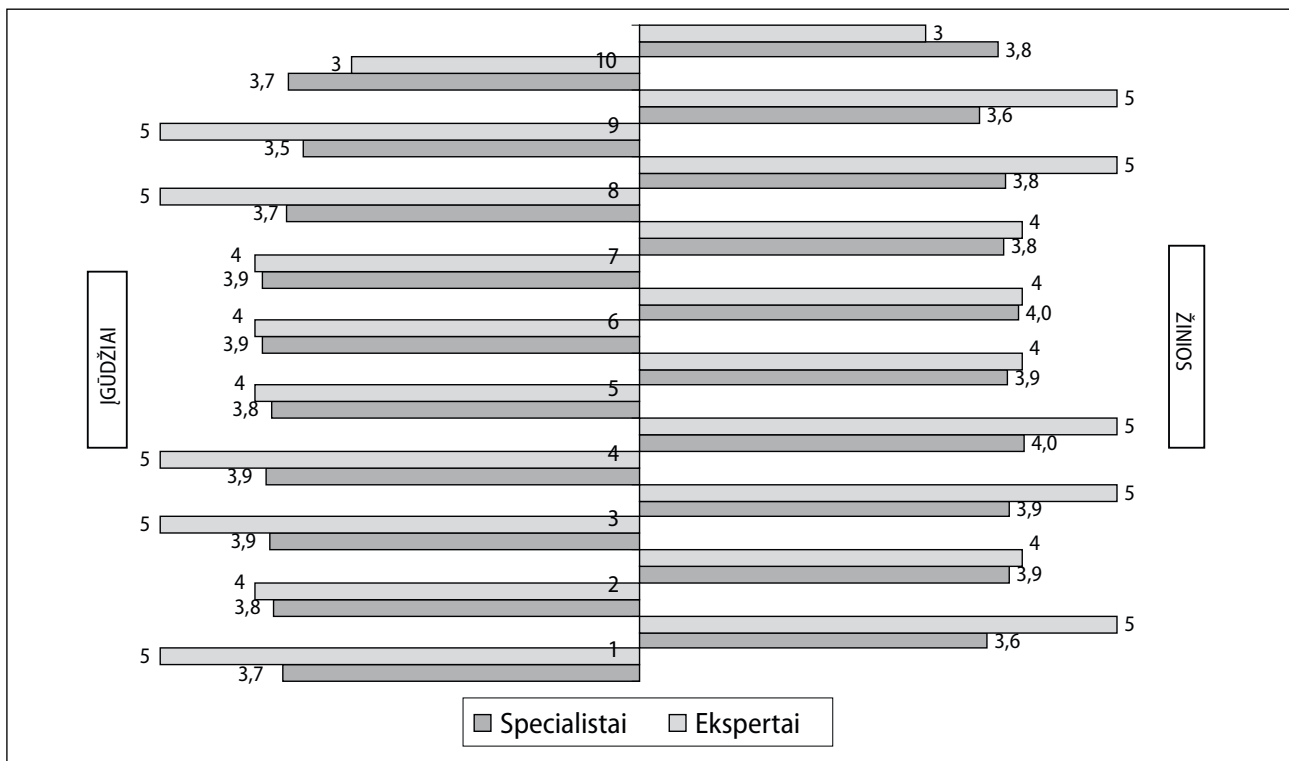
Savivaldybių VS biuruose dirbančių specialistų žinios ir įgūdžiai. Tyrimo respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą: baigę visuomenės sveikatos arba joms prilygintas universitetines studijas – 37,8 proc., turintys medicininį neuniversitetinį išsilavinimą – 40,0 proc., socialinius ir kitus mokslus – 22,2 proc. Biurų specialistų atliekamų specialiųjų funkcinių užduočių analizė atskleidė, kad atlikdami stebėseną (visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų analizė, gyventojų sveikatos rodiklių, aplinkos sveikatos duomenų analizė, sveikatos sistemos tyrimų planavimas) jie turi šiek tiek daugiau nei pagrindines žinias bei įgūdžius (įgūdžiai: 3,6, *Mo* bei *Md* 4; žinios: 3,7, *Mo* bei *Md* 4). Pakankamai geras žinias ir gerus įgūdžius (įgūdžiai: 3,7, *Md* bei *Mo* 4; žinios: 3,7, *Md* bei *Mo* 4) biure dirbantys specialistai turi sveikos gyvensenos skatinimo, vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimo srityse (3 pav.).

Aplinkos, socialinių ir ekonominių veiksnių, veikiančių gyventojų sveikatą, stebėjimo bei analizavimo srityse specialistai turi pagrindines žinias bei įgūdžius (įgūdžiai: 3,1, *Md* bei *Mo* 3; žinios: 3,2, *Md* 3 bei *Mo* 4), nors, ekspertų nuomone, biuro specialistai,

atlikdami visas šias išvardytas funkcines užduotis, privalo turėti puikius gebėjimus ir puikiai išmanyti šiuos klausimus (2 pav.). Žinant ekspertų keliamus reikalavimus, galima teigti, kad VS specialistams trūksta žinių bei įgūdžių vykdant sveikatos stiprinimo bei stebėsenos funkcijas.

Ekspertai taip pat nurodė, kad specialistams būtini labai geri įgūdžiai ir puikios žinios stebėsenai, užkrečiamųjų, neinfekcinių ligų bei traumų profilaktikai vykdyti, sveikai gyvensenai skatinti, vaikų ir jaunimo sveikatai stiprinti, analizuoti ūkio subjektų visuomenės sveikatos stebėsenos duomenis, planuoti ir atlikti gyventojų, aplinkos sveikatos ar sveikatos sistemos tyrimus, stebėti ir analizuoti gyventojų sveikatą veikiančius aplinkos, socialinius bei ekonominius veiksnius (3 pav.).

Darbdavių nuomone, išsakyta tikslinės grupės diskusijų metu, VS biurų visuomenės sveikatos stebėsenos specialistai neanalizuoja teritorijoje esančių ūkio subjektų visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų, nes jų negauna. Tačiau ekspertai nurodė, kad tokių duomenų analizei VS biurų specialistams būtinos puikios žinios bei įgūdžiai. VS stebėsenos specialistams biuruose ne visuomet aišku, ką jie turi stebėti, kaip pasirinkti charakteringiausias rodiklius, kur juos susirinkti, kaip išsamiai analizuoti duomenis. Šiems specialistams, darbdavių nuomone, trūksta gebėjimo analizuoti, vertinti ir apibendrinti duomenis,



3 pav. VS biurų specialistų, dirbančių mokyklose, žinios ir įgūdžiai, atliekant specialiąsias funkcines užduotis (balais)
 1. Duomenų, apibūdinančių vaikų sveikatą, paieška; vaikų sergamumo, neįgalumo, traumatizmo duomenų rinkimas interpretavimas; su mokymosi, poilsio režimu, amžiaus raida susijusių ligų įvertinimas ir sveikatos būklės įtaka. 2. Ugdymo aplinkos, mokinių mitybos, ugdymo proceso pagal teisės aktus įvertinimas. 3. Žinoti sveikatos stiprinimo modelius bei principus atskiroms vaikų amžiaus grupėms ir jų taikymas. 4. Informacijos sveikatos išsaugojimo bei stiprinimo klausimais teikimas ir šios informacijos sklaida (mokyklos stenduose, renginiuose, viktorinose ir pan.). 5. Informacijos apie profilaktinių skiepimų svarbą teikimas. 6. Mokinių maitinimo organizavimo priežiūros vykdymas, skatinant sveiką mitybą bei sveikos mitybos įgūdžių formavimą. 7. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistų rekomendacijų dėl mokinių sveikatos klasės auklėtojai (mokytojams) teikimas. 8. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių (alkoholio, tabako, narkotikų vartojimas ir kt.) paplitimo vertinimas. 9. Dalyvavimas mokyklos prevencinio darbo grupėse, sprendžiančiose mokinių psichologines, adaptacijos ir socialines problemas. 10. Visuomenės sveikatos centrų nurodytų užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ir profilaktikos priemonių įgyvendinimas.

formuluoti ir pateikti išvadas, panaudoti rezultatus, pateikti informaciją tikslinėms grupėms, formuluoti pasiūlymus ir rekomendacijas savivaldybėms. Darbdaviai akcentuoja, kad pradedančiųjų specialistų (absolventų) žinios yra pakankamai geros, tačiau jiems trūksta praktinių įgūdžių. Įgūdžiai paprastai susiformuoja per dvejus darbo metus. Darbdavių nuomone, VS biurų VS stiprinimo specialistų žinios geresnės nei įgūdžiai, jiems trūksta žinių ir įgūdžių darbui su tikslinėmis grupėmis.

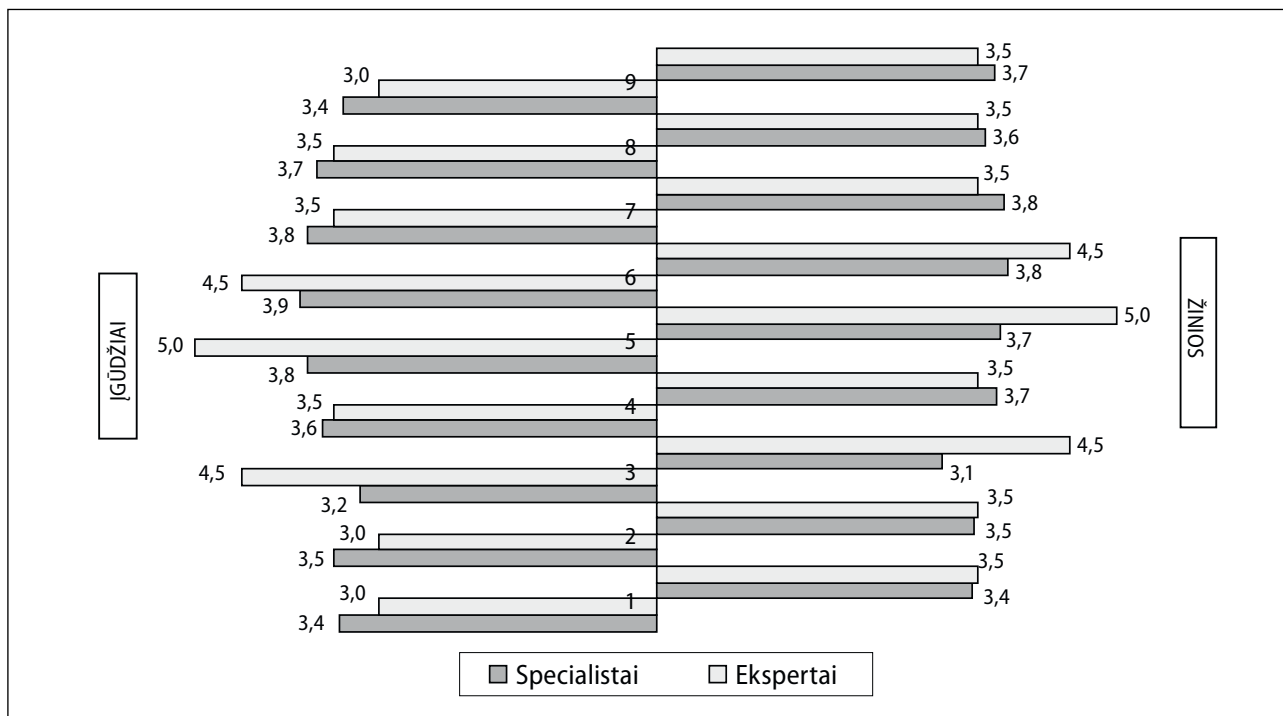
Savivaldybių VS biurų specialistų, dirbančių mokyklose, atliekamų specialiųjų funkcinių užduočių analizė atskleidė, kad šie specialistai, ekspertų vertinimu, privalo turėti pakankamai žinių arba puikiai išmanyti savo sritį, o jų įgūdžiai turi būti geri arba puikūs, išskyrus vieną funkcinę užduotį – visuomenės sveikatos centrų nurodytų užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ir profilaktikos priemonių įgyvendinimas, kuri, ekspertų nuomone, nėra svarbi.

Tyrimu nustatyta, kad šiems specialistams trūksta žinių bei įgūdžių atliekant duomenų, apibūdinančių vaikų sveikatą, paiešką; skaičiuojant vaikų sergamumą, neįgalumą, traumatizmą, interpretuojant duomenis, vertinant su mokymosi, poilsio režimu, amžiaus raida susijusias ligas ir sveikatos būklę. Ekspertai mano, kad šie specialistai turi puikiai išmanyti ir taikyti sveikatos stiprinimo modelius bei principus atskiroms vaikų amžiaus grupėms, mokėti vertinti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių (alkoholio, tabako, narkotikų vartojimas ir kt.) paplitimą ir turėti puikius prevencinio darbo įgūdžius, sprendžiant mokinių psichologines, adaptacijos ir socialines problemas (3 pav.).

Dalis mokyklose dirbančių VS specialistų nepriklauso biurams, nors atlieka tokias pat funkcijas. Tyrimu nustatyta, kad mokyklose dirbantiems VS specialistams, tiek priklausantiems, tiek ir nepriklausantiems biurams, trūksta žinių ir įgūdžių (įgūdžiai:

3,6, *Md* bei *Mo* 4; žinios: 3,7, *Md* bei *Mo* 4), teikiant informaciją sveikatos išsaugojimo bei stiprinimo klausimais ir vykdant šios informacijos sklaidą. Ekspertų nuomone, jie turėtų turėti puikias žinias ir įgūdžius šioms funkcijoms atlikti (4 pav.)

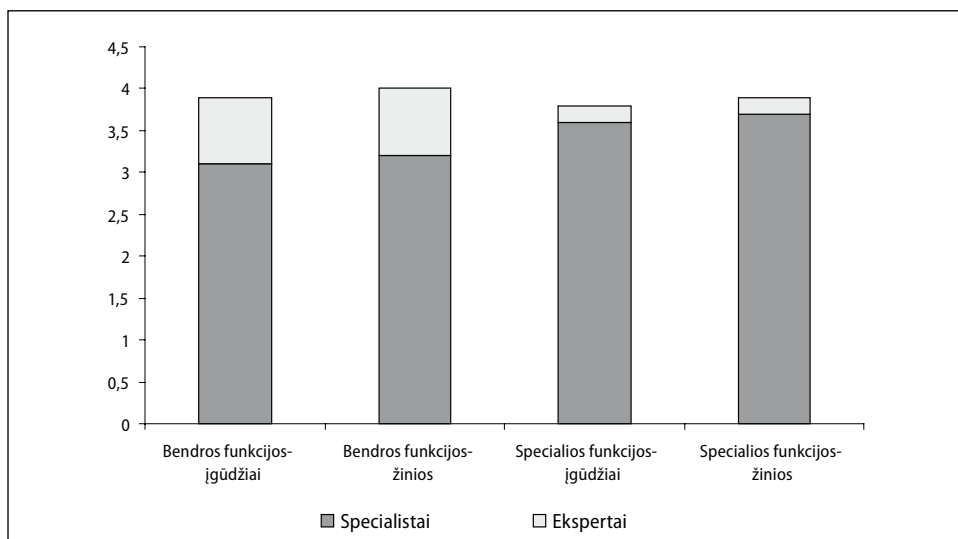
Biurams nepriklausantys mokyklų VS specialistai teigė turintys pakankamai žinių ir įgūdžių vykdyti jiems priskirtas funkcines užduotis. Toks jų pačių vertinimas buvo panašus į ekspertų vertinimą, išskyrus tris kompetencijas, kurioms



4 pav. Specialistų, dirbančių mokyklose, žinios ir įgūdžiai, atliekant specialiąsias funkcines užduotis (balais)

1. Duomenų, apibūdinančių vaikų sveikatą, paieška; vaikų sergamumo, neįgalumo, traumatizmo duomenų rinkimas interpretavimas; su mokymosi, poilsio režimu, amžiaus raida susijusių ligų įvertinimas ir sveikatos būklių įtaką. 2. Ugdymo aplinkos, mokinių mitybos, ugdymo proceso pagal teisės aktus įvertinimas. 3. Informacijos sveikatos išsaugojimo bei stiprinimo klausimais teikimas ir šios informacijos sklaida (mokyklos stenduose, renginiuose, viktorinose ir pan.). 4. Informacijos apie profilaktinių skiepimų svarbą teikimas. 5. Mokinių maitinimo organizavimo priežiūros vykdymas, skatinant sveiką mitybą bei sveikos mitybos įgūdžių formavimą. 6. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistų rekomendacijų dėl mokinių sveikatos klasės auklėtojui (mokytojams) teikimas. 7. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių (alkoholio, tabako, narkotikų vartojimas ir kt.) paplitimo vertinimas. 8. Dalyvavimas mokyklos prevencinio darbo grupėse, sprendžiančiose mokinių psichologines, adaptacijos ir socialines problemas. 9. Visuomenės sveikatos centrų nurodytų užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ir profilaktikos priemonių įgyvendinimas.

5 pav. Specialistų, dirbančių viešojo administravimo įstaigose, įgūdžiai ir žinios, atliekant bendrąsias ir specialiąsias funkcijas (balais)

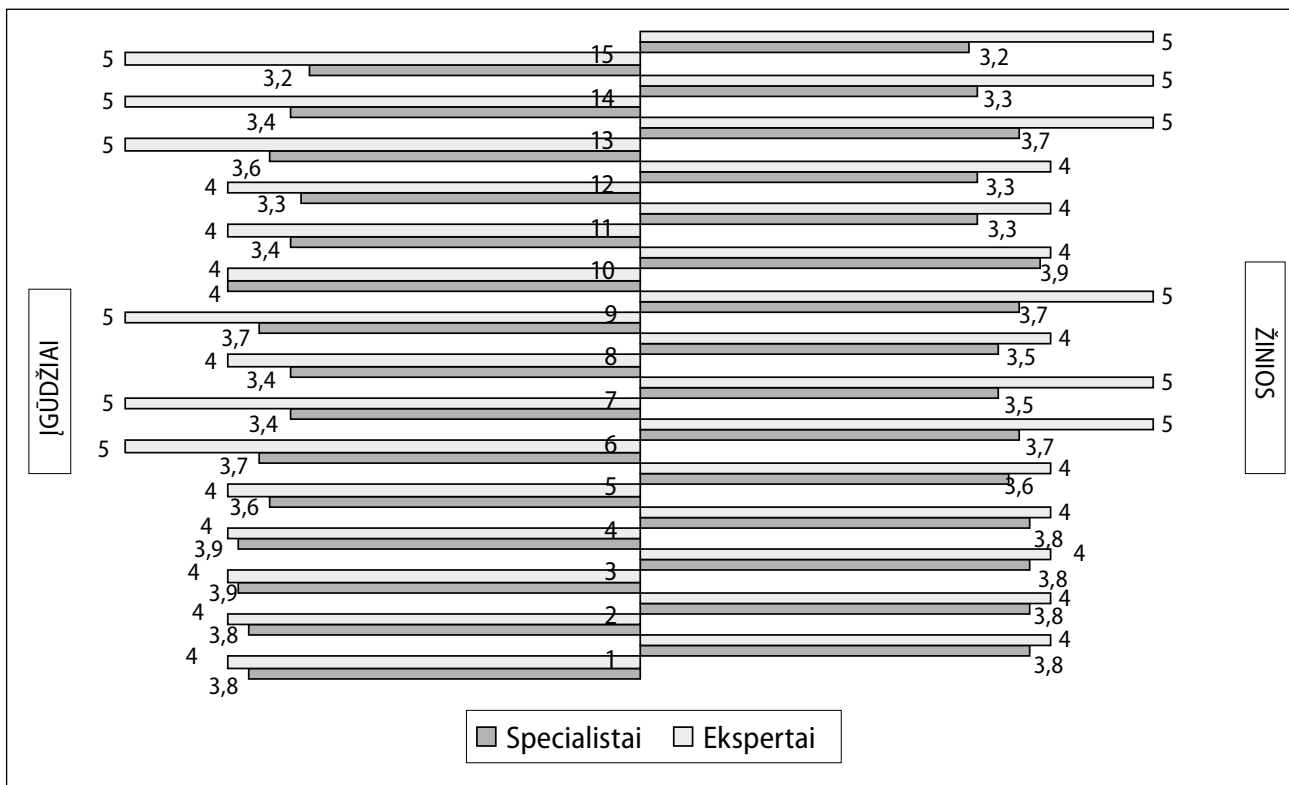


ekspertai kėlė aukštesnius reikalavimus. Ekspertų vertinimu, šiems VS specialistams kai kurioms funkcinėms užduotims vykdyti užtektų mažiau žinių ir įgūdžių, nei patys specialistai nurodė jų turį.

Biurams nepriklausantiems mokyklų VS specialistams trūksta žinių ir įgūdžių (įgūdžiai: 3,7, *Md* bei *Mo* 4; žinios: 3,8, *Md* bei *Mo* 4) vykdant mokinių maitinimo organizavimo priežiūrą, skatinant sveiką mitybą bei sveikos mitybos įgūdžių formavimą. Šiai funkcinei užduočiai atlikti ekspertai kėlė maksimalius reikalavimus.

Apibendrinant galima teigti, kad ekspertai savi-valdybių VS biurų specialistų, dirbančių mokyklose, kompetencijoms kėlė aukštesnius reikalavimus negu mokyklose dirbantiems, bet biurams nepriklausantiems specialistams.

Specialistų, dirbančių viešojo administravimo įstaigose, žinios ir įgūdžiai. Viešojo administravimo įstaigose dirbantys VS priežiūros specialistai nurodė turintys pagrindinių žinių bei įgūdžių vykdyti bendrąsias (įgūdžiai: 3,2, *Md* bei *Mo* 4; žinios: 3,1, *Md* bei *Mo* 4) ir specialiąsias funkcines užduotis (įgūdžiai: 3,6, *Md* bei *Mo* 4; žinios: 3,7, *Md* bei *Mo* 4) (5 pav.).



6 pav. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės specialistų žinios ir įgūdžiai, atliekant specialiąsias funkcines užduotis (balais)

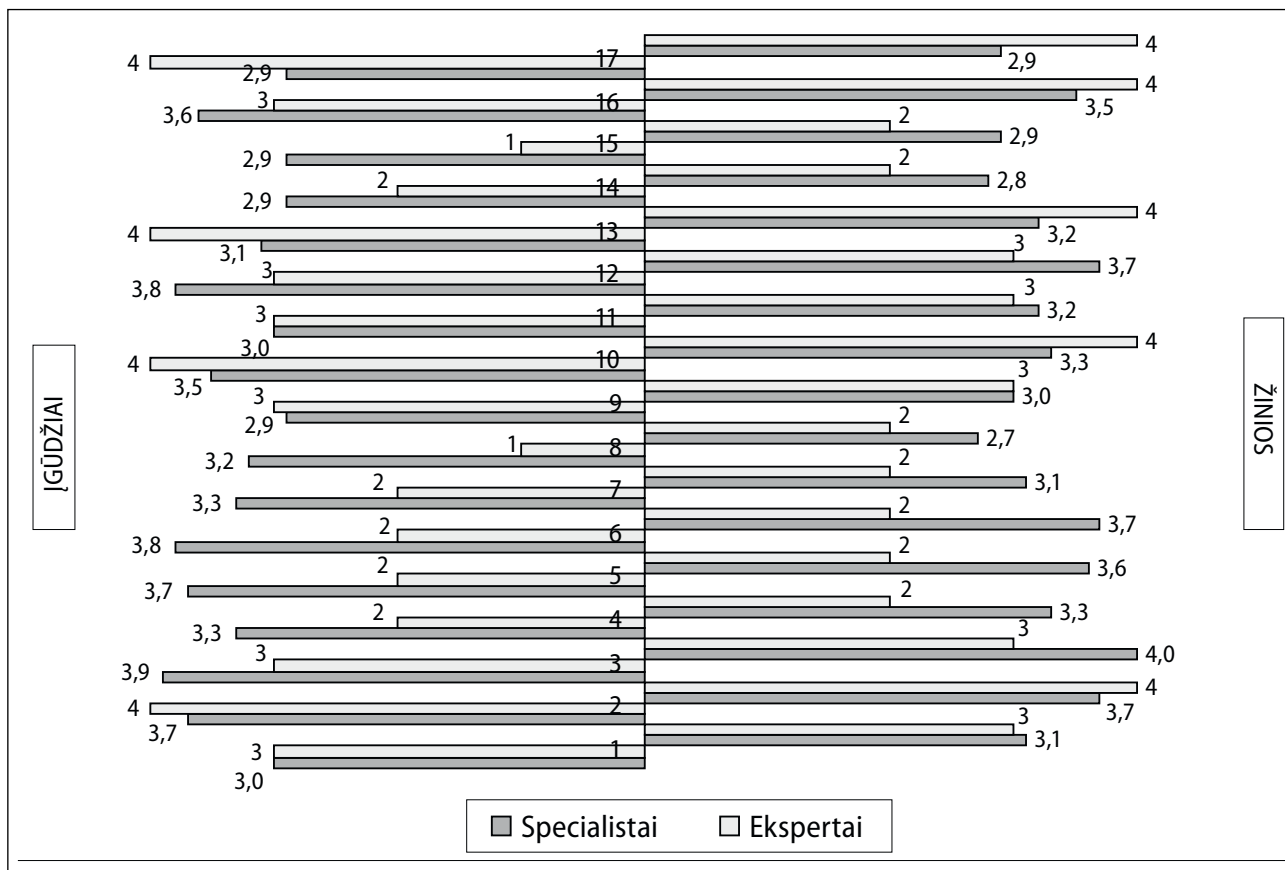
- Atlikti užkrečiamųjų ligų stebėseną, epidemiologinę priežiūrą, diagnostiką, analizę ir prognozę bei teikti išvadas ir siūlymus fiziniams ir juridiniams asmenims.
- Vykdyti užkrečiamųjų ligų židinių ir protrūkių epidemiologinį ištyrimą bei dalyvauti lokalizuojant, likviduojant židinius ir protrūkius.
- Organizuoti, koordinuoti ir kontroliuoti laboratorinius tyrimus, reikalingus epidemiologinei diagnostikai ir kontrolei.
- Informuoti, mokyti ir šviesti visuomenę užkrečiamųjų ligų profilaktikos klausimais.
- Organizuoti, kontroliuoti ir vertinti imunoprofilaktikos efektyvumą ir apimtis bei imunobiologinių preparatų tvarkymas ir apskaita.
- Rengti bei teikti informaciją suinteresuotoms institucijoms, žiniasklaidai ir visuomenei apie epidemiologinę situaciją, profilaktiką ir kontrolę.
- Dalyvauti valdant ekstremalias sveikatai situacijas, įvertinti riziką ligų, galinčių plisti tarptautiniu mastu, teikti priemones jų valdymui bei kontrolei.
- Organizuoti ir vertinti priemones privalomojo profilaktinio ar privalomo aplinkos kenksmingumo pašalinimo.
- Teikti informaciją ir metodinę pagalbą užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės klausimais suinteresuotiems juridiniams asmenims.
- Rinkti, registruoti duomenis apie užkrečiamąsias ligas, jų sukėlėjus ir teikti juos valstybės informacinės sistemos tvarkytojui.
- Atlikti duomenų, apibūdinančių gyventojų sveikatą, paiešką, skaičiuoti gimstamumo, sergamumo, neįgalumo, traumatizmo, mirtingumo rodiklius, juos interpretuoti.
- Taikyti statistinius metodus, įvertinant ir apibūdinant populiacijos sveikatą ir sveikatos priežiūros netolygumus.
- Išmanyti šiuolaikinius derybų metodus, tarpininkauti derantis su valstybinėmis bei verslo institucijomis, politikais ir gebėti pasiekti teigiamų pokyčių populiacijos sveikatos ir ligų prevencijos klausimais.
- Kelti savo kvalifikaciją, dalyvauti rengiant specialistus bei tobulinant jų kvalifikaciją.
- Organizuoti VS specialistų mokymus.
- Rengti mokymo programas, siekiant pateikti naujus tyrimo metodus, pagerinti duomenų rinkimo, analizės, informacijos kaupimo ir sklaidos būdus.

Specialistai turi pagrindines žinias ir įgūdžius vykdyti bendrąsias funkcines užduotis, nors, ekspertų nuomone, specialistai privalėtų turėti pakankamai geras žinias bei gerus įgūdžius bendrosioms funkcijoms (atitinkamai 4 balai, *Mo* bei *Md* 4 ir 3,9 balai, *Mo* bei *Md* 4) ir specialiosioms funkcijoms vykdyti (atitinkamai 3,9 balai, *Mo* bei *Md* 4 ir 3,8 balai, *Mo* bei *Md* 4). Tikslinės grupės diskusija atskleidė, kad specialistams, pradėjusiems dirbti viešojo administravimo įstaigose, trūksta žinių ir įgūdžių bendrosioms funkcijoms atlikti: analizuoti teisės aktus, vertinti projektus dėl galimo

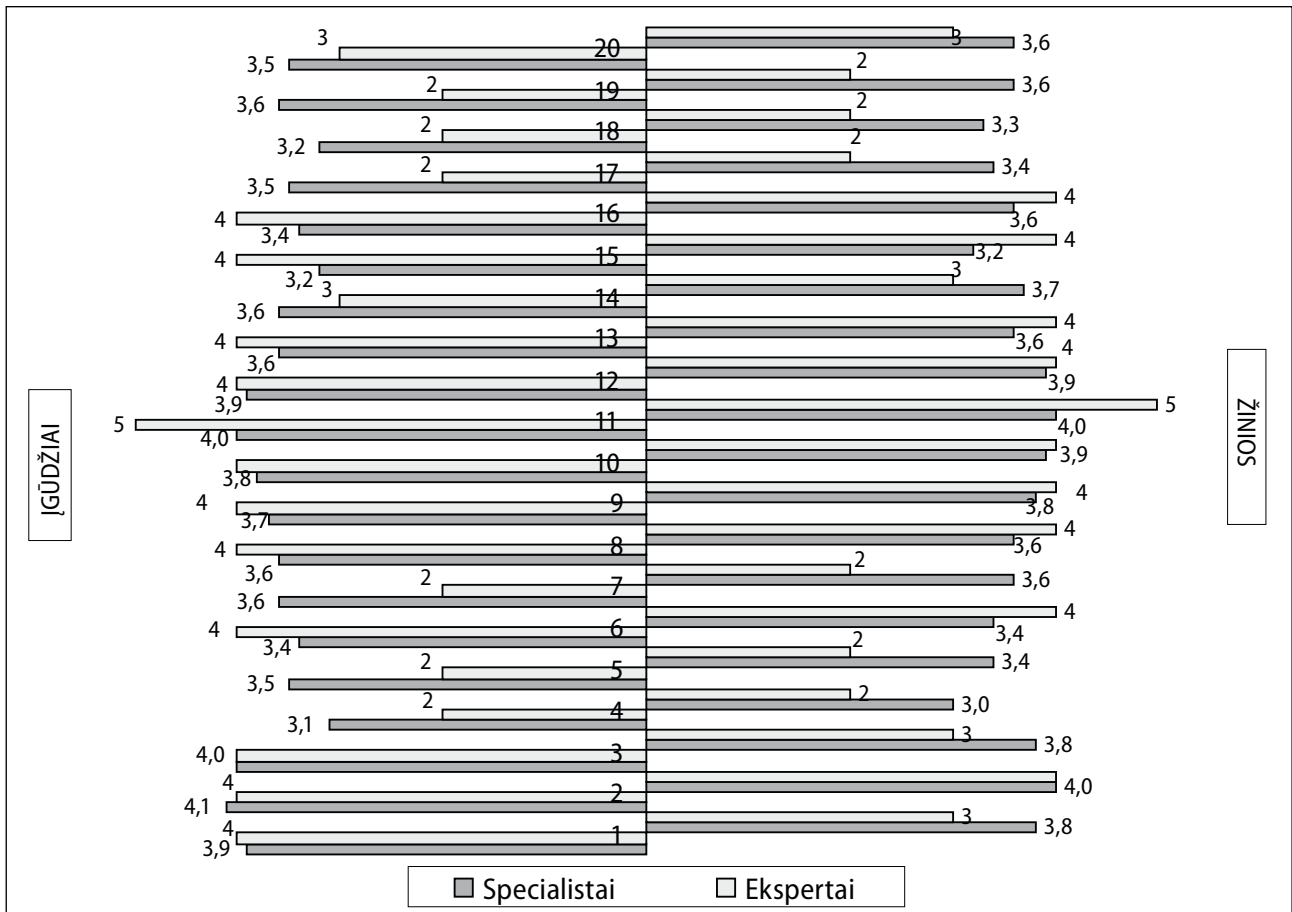
poveikio aplinkai ir visuomenės sveikatai, rengti metodinę medžiagą, konsultuoti suinteresuotus asmenis.

Viešojo administravimo įstaigose dirba užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės, saugos kontrolės specialistai, VS saugos specialistai, kurių vykdomas specialiąsias funkcines užduotis panagrinėjome detaliau.

Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės specialistų, dalyvavusių tyrime, turinčių universitetinę visuomenės sveikatos srities ar jam prilygintą išsilavinimą, buvo 37,3 proc., aukštąjį neuniversitetinį



7 pav. Saugos kontrolės specialistų žinios ir įgūdžiai, atliekant specialiąsias funkcines užduotis (balais)
 1. Dalyvauti valdant ekstremalias sveikatai situacijas. 2. Nagrinėti administracinių teisės pažeidimų bylas. 3. Rinkti informaciją apie visuomenės sveikatos saugos teisės aktų pažeidimus, jų priežastis. 4. Vykdyti stebėseną (monitoringą) visuomenės sveikatos priežiūros srityje. 5. Užtikrinti, kad užsakovas nustatytų, apibūdintų ir įvertintų galimą tiesioginį ir netiesioginį planuojamos ūkinės veiklos poveikį sveikatai. 6. Kontroliuoti VS priežiūros kontrolės paslaugų prieinamumą, tinkamumą ir efektyvumą. 7. Atlikti duomenų, apibūdinančių gyventojų sveikatą, paiešką, skaičiuoti gimstamumo, sergamumo, neįgalumo, traumatizmo, mirtingumo rodiklius, juos interpretuoti. 8. Taikyti statistinius metodus, įvertinant ir apibūdinant populiacijos sveikatą ir sveikatos priežiūros netolygumus. 9. Dalyvauti, rengiant priemonių planus ir įgyvendinant prevencines priemones, įvykus ypatingai situacijai, nustatant pasekmių likvidavimo dalyvių funkcijas ir pareigas. 10. Būti susipažinus su naujomis informacinėmis technologijomis, kaupiti duomenis kompiuterinėje laikmenoje ir analizuoti populiacijos sveikatos rodiklius; 11. Išmanyti šiuolaikinius derybų metodus, tarpininkauti derantis su valstybinėmis bei verslo institucijomis, politikais ir gebėti pasiekti teigiamų pokyčių populiacijos sveikatos priežiūros ir sveikatos stiprinimo klausimais. 12. Mokėti įvertinti problemą iš fizinio ar juridinio asmens perspektyvos, mokyti ir pritari asmeniui jo supratimo lygmenyje. Mokėti parodyti prevencijos rezultatus ir naudą, siekiant atsakomybės priėmimo už savo sveikatą. 13. Gebėti dirbti su žiniasklaida, didinant bendruomenės žinias apie sveikatą. Mokėti kritiškai vertinti visuomenės formavimo priemonių skleidžiamą informaciją. 14. Parinkti ir taikyti įvairius mokslinių tyrimų metodus populiacijos sveikatos problemoms nustatyti ir joms analizuoti. 15. Taikyti įvairius metodus vertinant naujas technologijas bei įrangą, darančias įtaką gyventojų sveikatai. 16. Bendrauti ir bendradarbiauti su sveikatos priežiūros bei kitų įstaigų, įmonių ar organizacijų atstovais asmens ir visuomenės sveikatinimo klausimais. 17. Tobulinti kvalifikaciją, organizuoti specialistų mokymus ir rengti mokymo programas, pateikiant naujus tyrimo metodus, gerinant duomenų rinkimo, analizės, informacijos kaupimo ir sklaidos būdus.



8 pav. VS saugos specialistų žinios bei įgūdžiai, vykdant specialiąsias funkcines užduotis (balais)
 1. Dalyvauti teritorijų planavimo ir statinių projektavimo valstybinės priežiūros procese. 2. Organizuoti šachtinių šulinių vandens paėmimą bei informacijos apie ištirtų mėginių rezultatus pateikimą. 3. Registruoti ir nustatyti planavimo sąlygas, rengti ataskaitas apie išduotas planavimo, projektavimo sąlygas. 4. Dalyvauti rengiant priemonių planus bei organizuojant priemones, įvykus ypatingai situacijai, nustatant pasekmių likvidavimo dalyvių funkcijas ir pareigas. 5. Dalyvauti taršos integruotos prevencijos ir kontrolės leidimų išdavimo procese, vertinti ir derinti leidimus „Dėl triukšmo sklidimo ir kvapų kontrolės“. 6. Analizuoti ir spręsti problemas, susijusias su elektromagnetine spinduliuote, derinti radiotechninių objektų techninius projektus. 7. Dalyvauti planuojamos ūkinės veiklos pasekmių aplinkai, poveikio aplinkai bei visuomenės sveikatai vertinimo procesuose. 8. Dalyvauti profesinių ligų priežasčių tyrimo ir patvirtinimo komisijų darbe. 9. Nustatyti ir įvertinti profesinės rizikos veiksnius darbo aplinkoje, dalyvauti tiriant, nustatant profesinių ligų priežastis. 10. Derinti ugdymo įstaigų valgiaraščių ir moksleivių maitinimui tiekiamų maisto produktų asortimentų atitiktį sveikos mitybos principams. 11. Vertinti pateiktus dokumentus ekshumuoti ar perlaidoti žmonių palaikus leidimui gauti. 12. Dalyvauti komisijų darbe. 13. Dalyvauti komisijoje dėl gyvenamųjų patalpų eksploatacijos tinkamumo. 14. Vertinti planuojamos ūkinės veiklos poveikio visuomenės sveikatai, aplinkai ir strateginio poveikio aplinkai dokumentų atitiktį visuomenės sveikatos saugos reikalavimams. 15. Rengti planuojamo nuodingųjų medžiagų poveikio sveikatai išankstinio vertinimo išvadas. 16. Vertinti avarijų likvidavimo planus (subjektams, tvarkantiems pavojingas medžiagas bei atliekas). 17. Išmanyti šiuolaikinius derybų metodus, tarpininkauti derantis su valstybinėmis bei verslo institucijomis, politikais ir gebėti pasiekti teigiamų pokyčių populiacijos sveikatos priežiūros ir sveikatos stiprinimo klausimais. 18. Gebėti dirbti su žiniasklaida, didinant bendruomenės žinias apie sveikatą. Mokėti kritiškai vertinti visuomenės formavimo priemonių skleidžiamą informaciją. 19. Parinkti ir taikyti įvairių mokslinių tyrimų metodus populiacijos sveikatos problemų suvokimui ir analizei. 20. Bendrauti ir bendradarbiauti su sveikatos priežiūros bei kitų įstaigų, įmonių ar organizacijų atstovais asmens ir visuomenės sveikatinimo klausimais.

medicininį išsilavinimą – 50,9 proc. Jų atliekamų specialiųjų funkcijų analizė atskleidė, kad ekspertų reikalavimai daugeliu atvejų žinioms ir įgūdžiams buvo aukštesni, negu specialistai patys juos vertino (6 pav).
 Ekspertai nurodė, kad būtinos puikios žinios bei įgūdžiai (5 balai) šioms funkcijoms atlikti: rengiant bei teikiant informaciją sveikatos priežiūros įstaigoms,

kitoms suinteresuotoms institucijoms, žiniasklaidai ir visuomenei apie žmonių užkrečiamųjų ligų epidemiologinę situaciją, profilaktiką ir kontrolę (įgūdžiai: 3,7, *Md* bei *Mo* 4; žinios: 3,7, *Md* bei *Mo* 4); valdant ekstremalias sveikatai situacijas, teisės aktų nustatyta tvarka įvertinant užkrečiamųjų ligų riziką, galinčią plisti tarptautiniu mastu, pateikti priemones jai suvaldyti

bei jas kontroliuoti (įgūdžiai: 3,4, *Md* 3 bei *Mo* 4; žinios: 3,4, *Md* bei *Mo* 4); teikiant informaciją ir metodinę pagalbą užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės klausimais valstybės valdymo, savivaldybių, mokslo ir mokymo institucijoms, sveikatos priežiūros įstaigoms, įstaigos darbuotojams ir kitiems suinteresuotiems asmenims (įgūdžiai: 3,7, *Md* 4 bei *Mo* 3; žinios: 3,7, *Md* bei *Mo* 4); įvaldyti šiuolaikinius derybų metodus, tarpininkauti derantis su valstybinėmis bei verslo institucijomis, politikais ir gebėti pasiekti teigiamų pokyčių populiacijos sveikatos priežiūros ir užkrečiamųjų ligų prevencijos klausimais; rengiant specialistus ir tobulinant jų kvalifikaciją, pagal kompetenciją organizuojant VS specialistų mokymus (įgūdžiai: 3,4, *Md* bei *Mo* 4; žinios: 3,3, *Md* bei *Mo* 4); rengiant moksliškai pagrįstas mokymo programas, siekiant perprasti naujus tyrimo metodus, pagerinti duomenų rinkimo, analizės, informacijos kaupimo ir sklaidos būdus (įgūdžiai: 3,2, *Md* 3 bei *Mo* 2; žinios: 3,2, *Md* 3 bei *Mo* 2) (6 pav.).

Iš tyrimo dalyvavusių saugos kontrolės specialistų aukštąjį universitetinį visuomenės sveikatos srities ar jam prilygintą išsilavinimą turėjo 41,8 proc. respondentų. Specialistai teigė daugeliui funkcijų vykdyti turintys aukštesnes kompetencijas, nei kad reikalavo ekspertai, išskyrus kelias funkcines užduotis, kurioms vykdyti ekspertai reikalavo gerų žinių ir įgūdžių (8 pav.). Ekspertai nurodė, kad saugos kontrolės specialistams daugumai užduočių vykdyti pakanka pagrindinių žinių bei įgūdžių (3 balai).

VS saugos specialistai, vertindami savo žinias ir įgūdžius, nurodė turintys kiek daugiau nei pagrindines žinias ir įgūdžius (≥ 3 balai), atliekant specialiąsias funkcines užduotis. Ekspertai kėlė mažesnius reikalavimus VS saugos specialistų žinioms ir įgūdžiams, daugeliui funkcinių užduočių vykdyti (8 pav.).

REZULTATŲ APTARIMAS

VS priežiūros funkcijas vykdančių specialistų kompetencijų tyrimas buvo paremtas specialistų, 2011 m. buvusių visuomenės sveikatos priežiūros darbo rinkoje, žinių ir įgūdžių įsivertinimu, neatsižvelgiant į jų turimą išsilavinimą, kvalifikacijos tobulinimą bei darbo stažą. Tyrimo rezultatams įtakos turėjo, kad VS priežiūros funkcijas atlieka asmenys, turintys ne tik visuomenės sveikatos išsilavinimą. VS priežiūros funkcijas vykdančių specialistų kompetencijų analizė atskleidė, kad visuomenės sveikatos įstaigose dirbantys specialistai žemesniais balais įsivertino žinias ir įgūdžius, reikalingus vykdyti bendrąsias užduotis, lyginant su specialiosiomis.

Panaši tendencija buvo stebėta dar 2004 m. atliktame tyrimo, kuris parodė, kad VS specialistams, dirbantiems visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose, nepakanka žinių bendrosioms funkcijoms vykdyti, t. y. sveikatos vadybos, sveikatos psichologijos, teisės, sveikatos ekonomikos bei komunikacijos srityse [13].

2009 m. visuomenės sveikatos studijų krypties profesinio lauko tyrimu nustatyta, kad dalykinės kompetencijos (tokios kaip identifikuoti, išskirti ir analizuoti visuomenės ir individų sveikatos poreikius, problemas bei jas lemiančius veiksnius, vykdyti visuomenės sveikatos saugą; planuoti, atlikti ir įvertinti gyventojų, aplinkos sveikatos ar sveikatos sistemos tyrimus; vertinti visuomenės sveikatos rodiklius) yra laikomos svarbiomis arba labai svarbiomis VS specialistams [8]. Mūsų tyrimo specialistų žinių ir įgūdžių savęs įvertinimas atskleidė, kad specialistai specialiosioms funkcinėms užduotims atlikti turi aukštesnes nei pagrindines žinias ir įgūdžius (~3,5 balai). Profesinio lauko tyrimo darbo vietos ekspertas aukštojoje mokykloje įgyto pasirengimo darbui bendrą pasirengimą penkiabalėje sistemoje vertino 3,95 balais, o darbdavys – 4 balais. Taigi profesinio lauko tyrimo [8] aukštųjų mokyklų visuomenės sveikatos absolventų bendro pasirengimo vertinimas, ekspertų ir darbdavių požiūriu, buvo aukštesnis nei mūsų tyrimo metu atliktas VS priežiūros funkcijas vykdančių specialistų pačių savęs vertinimas, kadangi mūsų tyrimo kompetencijos buvo nagrinėtos nepriklausomai nuo VS priežiūros funkcijas atliekančių specialistų išsilavinimo. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad daugeliu atvejų ekspertai visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantiems specialistams kėlė aukštesnius reikalavimus funkcinėms užduotims vykdyti, negu kad patys specialistai nurodė turį.

VS biurų specialistų specialiųjų funkcinių užduočių analizė atskleidė, kad stebėsenai, sveikos gyvensenos skatinimui, vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimui vykdyti jie turi šiek tiek daugiau nei pagrindines žinias ir įgūdžius. Šis vertinimas panašus kaip ir 2010 m. atliktame VS specialistų žinių ir įgūdžių tyrimo, kurio duomenimis, VS biurų specialistai savo žinias sveikatos stiprinimo veiklos organizavimo klausimais vertino kaip pakankamas, o įgūdžius – kaip nepakankamus [14].

Įdomu tai, kad ekspertai mokyklose dirbantiems, bet nepriklausantiems biurams VS specialistams kėlė mažesnius reikalavimus nei VS biurų specialistams, dirbantiems mokyklose, nors jų atliekamos funkcijos yra vienodos. Tokiam ekspertų požiūriui įtakos galėjo turėti šalyje susiklosčiusi situacija: VS specialistai,

dirbantys mokyklose, paprastai neturi visuomenės sveikatos išsilavinimo. Jie dažniausiai turi bendrosios praktikos slaugytojo (medicinos sesers, medicinos felčerio, felčerio-laboranto, sanitarijos felčerio, higienos felčerio ir kt.) kvalifikaciją ir teisinių dokumentų numatyta tvarka yra įgiję teisę eiti visuomenės sveikatos pareigas [15].

Viešojo administravimo įstaigose dirbantys specialistai, ekspertų nuomone, funkcinėms užduotims atlikti privalo turėti geresnes žinias ir įgūdžius, negu patys specialistai nurodė turį. Tačiau kai kurių viešojo administravimo įstaigose dirbančių specialistų (saugos kontrolės ir visuomenės sveikatos saugos) kompetencijoms, atliekant tam tikras funkcines užduotis, ekspertai kėlė žemesnius reikalavimus, nei patys specialistai nurodė turintys. Toks vertinimas leidžia daryti prielaidą, jog tam tikroms funkcinėms užduotims atlikti užtektų žemesnės VS specialistų kvalifikacijos.

Remiantis visuomenės sveikatos studijų krypties profesinio lauko tyrimo rezultatais darbo vietų ekspertų bei darbdavių požiūriu aukštųjų mokyklų absolventai darbui pasirengę gerai [8]. Mūsų tyrime ekspertai nurodė, kad specialistai funkcinėms užduotims vykdyti privalo turėti puikias žinias ir įgūdžius. Taigi tyrimai rodo, kad nors aukštųjų mokyklų absolventai yra gerai pasirengę darbui, tačiau konkrečiai darbo vietai reikalingų žinių ir įgūdžių specialistai turėtų ir galėtų įgyti darbo vietose.

IŠVADOS

1. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys specialistai nurodė turintys mažiau žinių ir

įgūdžių bendrosioms funkcinėms užduotims vykdyti (pagrindinės žinios ir įgūdžiai) negu specialiosioms (geros žinios ir įgūdžiai). Ekspertų nuomone, visoms funkcinėms užduotims vykdyti privalomos puikios žinios bei įgūdžiai.

2. Savivaldybių VS sveikatos biurų specialistai turi pagrindines žinias ir pakankamai įgūdžių VS stebėsenos ir sveikatos stiprinimo funkcijoms vykdyti. Ekspertų nuomone, šioms funkcijoms vykdyti biurų specialistai privalo turėti labai gerus įgūdžius ir žinias
3. Savivaldybių VS biurų specialistai, dirbantys mokyklose, bei mokyklų VS sveikatos specialistai, nepriklausantys biurams, teigė turintys pakankamai žinių ir įgūdžių vykdyti funkcines užduotis. Ekspertai mokyklose dirbantiems specialistams kėlė žemesnius reikalavimus negu biurų specialistams, dirbantiems mokyklose, nors jų atliekamos funkcijos vienodos.
4. Viešojo administravimo įstaigose dirbantys VS priežiūros specialistai nurodė turintys pagrindinių žinių bei įgūdžių vykdyti bendrąsias ir specialiąsias funkcines užduotis. Ekspertų nuomone, šioms funkcinėms užduotims atlikti būtinos geros žinios bei geri įgūdžiai. Kai kurioms funkcijoms vykdyti reikalingoms žinioms ir įgūdžiams ekspertai kėlė žemesnius reikalavimus, nei kad specialistai nurodė turį.

Straipsnis gautas 2012-04-08, priimtas 2012-06-08

Literatūra

1. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990–2015 metais: Atviros Lietuvos fondo projekto „Sveikatos žmogiškųjų išteklių raida ir planavimas Lietuvoje“ ataskaita. 2002 Prieiga per internetą: http://politika.osf.lt/visuomenes_sveikata/dokumentai/GSP_leidiny.pdf.
2. Starkienė L, Padaiga Ž, Reamy J, Dičkutė J. Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius: Versus aureus. 2007:95.
3. Drucker PF. Post-capitalist Society. NY :Harper Business, 1993.
4. Aiškinamasis kvalifikacijų sistemos terminų žodynas. Lietuvos darbo rinkos mokymo tarnyba. 2008:31.
5. Foldspang A (Ed.). Provisional lists of public health core competencies. European Public Health Core Competencies Programme (EPHCC) for Public Health Education. Phase 2. ASPHER Series No. 4. Brussels: ASPHER, 2008.
6. Birt CA, Foldspang A. Public Health Reviews. 2011;33:134-47.
7. Europos kvalifikacijų sąranga. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_lt.pdf.
8. Poviliūnas A, Beresnevičiūtė V, Žiliukaitė R ir kt. Visuomenės sveikatos studijų krypties profesinio lauko tyrimo rezultatai: gairės studijų programoms atnaujinti. Prieiga per internetą: <http://www4066.vu.lt/>

- Files/File/Visuomenes_sveikata_Tyrimu_techine_ataskaita_RED.pdf.
9. TUNING, Europos švietimo struktūrų suderinimas. Universitetų indėlis į Bolonijos procesą. 2009. TUNING projektas, Vilniaus universitetas, p. 2.
 10. Public Health Competence Assessment Tool (UK), 2005. Prieiga per internetą: http://www.phorcast.org.uk/page.php?page_id=45.
 11. Competency Based Performance Management Toolkit for Public Health (Canada) Prieiga per internetą: <http://www.opha.on.ca/programs/phcc/toolkit.shtml>.
 12. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Juredex, 2002.
 13. Šurkienė G, Žagminas K, Veniūtė M ir kt. Visuomenės sveikatos specialistų profesinių žinių poreikiai. *Visuomenės sveikata*. 2005;1:45-51.
 14. Šveikauskas V, Milašauskienė Ž, Paliukėnaitė V, Andziukevičius G. Visuomenės sveikatos specialistų žinios ir gebėjimai įvertinti poreikius, susijusius su sveikata. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2011;15(7):509-513.
 15. LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymas Nr. V- 630 „Dėl Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007;88-3492; 2009;89-3816; 2011;29-1371.

Public health professionals' knowledge and skills

Vytenė Jankauskienė, Virginija Kanapeckienė, Laura Narkauskaitė, Rolanda Valintėlienė

Institute of Hygiene

Summary

Objective. The purpose of this study was to find out the level of knowledge and skills of the professionals who worked in Lithuanian Public Health (hereinafter - PH) sector based on the results of their self-assessment and the requirements for the level for knowledge and skills indicated by the experts.

Methods. The anonymous specialist questionnaire and expert questionnaire assessed the general and special competencies in spring of 2011. Study included 308 PH professionals. Analysis was performed using descriptive statistical methods. The knowledge and skills were assessed in terms of marks (on a scale of 1 to 5 (where 1 equates to “no”, 5 – “excellent”), calculating the average.

Results. PH professionals working at the PH institutions for the general functional tasks have basic knowledge and skills (3 out of 5 marks), for special – good knowledge and skills (3,7–4 out of five marks). According to the experts in undertaking general and special functional duties specialists required excellent knowledge and skills (5 out of five mark). According to experts, MPH professionals need to have very good skills and knowledge (5 out of five marks) in the PH monitoring and health promotion functions, and the specialists had identified that they had the essential knowledge and skills. MPH professionals who worked in

schools, and non bureaus schools PH professionals, had marked that they had sufficient knowledge and skills (3 out of 5 marks) to perform functional tasks. Experts indicated that MPH specialists at schools ought to have higher competencies compared with the schools specialists. PH professionals at public administration institutions had identified that they had the basic knowledge and skills to carry out general and specific functional tasks. According to experts, specialists in the fulfilling functional tasks should have a fairly good knowledge and good skills (4 out of five marks). **Conclusions.** PH professionals indicated that they have fairly good skills and knowledge, but the experts raised higher requirements than the most professionals have pointed out.

Correspondence to Vytenė Jankauskienė,
Institute of Hygiene,
Didžioji 22, LT-01 128 Vilnius, Lithuania.
E-mail: vytenė@hi.lt

Received 8 April 2012, accepted 8 June 2012

UJIMO / PRIEKABIAVIMO DAŽNIS VILNIAUS IR KLAIPĖDOS DARBO VIETOSE PAGAL EKONOMINES VEIKLAS IR PROFESIJAS

Birutė Pajarskienė¹, Ieva Vėbraitė¹, Jurgita Andruškienė², Arnoldas Jurgutis²

¹Higienos instituto Profesinės sveikatos centras, ²Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakultetas

Santrauka

Tyrimo tikslas – nustatyti ujimo / priekabiavimo paplitimą Vilniaus ir Klaipėdos darbo vietose pagal ekonomines veiklas ir profesijas.

Medžiaga ir metodai. Analizuoti tyrimo, kuris atliktas 2008–2010 m., atsitiktinai atrinktų 314 vilniečių ir 277 klaipėdiečių patirto ujimo / priekabiavimo duomenys pagal ekonomines veiklas ir profesijas. Duomenims rinkti naudota anoniminė anketa, parengta pagal tarptautinių organizacijų rekomenduojamą prievartos darbe klausimyną. Apskaičiuotas ujimo / priekabiavimo paplitimas pagal ekonominės veiklos rūšis ir profesines grupes remiantis ekonominės veiklos rūšių (EVRK 1.1) ir Lietuvos profesijų klasifikatoriais. Atlikta tiesioginė standartizacija pagal amžių, išsilavinimą, ekonominės veiklos rūšis ir profesines grupes.

Rezultatai ir išvados. Nustatėme, kad per 12 mėnesių laikotarpį 25,4 proc. tyrime dalyvavusių vilniečių ir klaipėdiečių darbe patiria ujmą / priekabiavimą. Palyginus Vilniaus ir Klaipėdos grubius ujimo / priekabiavimo darbe dažnio pagal lytį ir standartizuotus pagal amžių, išsilavinimą, ekonominę veiklą ir profesiją rodiklius statistiškai reikšmingi ujimo / priekabiavimo paplitimo darbe skirtumai nenustatyti. Išsiaiškinta, kad sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriaus darbuotojai ujmą / priekabiavimą darbe patiria statistiškai reikšmingai dažniau, palyginti su švietimo, prekybos, transporto priemonių remonto, asmeninių ir namų ūkio reikmenų taisymo, kitos komunalinės, socialinės ir asmeninės aptarnavimo veiklos ir privačių namų ūkių sektorių darbuotojais. Kvalifikuoti ir nekvalifikuoti darbininkai bei jaunesnieji tarnautojai ujmą / priekabiavimą darbe patiria patikimai dažniau, palyginti su teisės aktų leidėjais, vyresniaisiais valstybės pareigūnais, įmonių, įstaigų ir organizacijų vadovais. Jaunesnieji tarnautojai reikšmingai dažniau patiria ujmą / priekabiavimą, palyginti su paslaugų sektoriaus, parduotuvių ir turgaviečių darbuotojais.

Reikšminiai žodžiai: ujimas / priekabiavimas darbe, Vilnius, Klaipėda, ekonominė veikla, profesija.

ĮVADAS

Smurtui darbe priskiriami įvykiai, kurių metu darbuotojai dėl su jų darbu susijusių aplinkybių patiria prievartą, grasinimus ar įžeidinėjimus ir tai kelia grėsmę jų saugumui, gerovei ir sveikatai. Skirtingose kultūrose smurtas, ypač psichologinis, darbe suvokiamas nevienodai. Lietuvoje, kaip ir tarptautiniu mastu, nėra bendrai vartojamų psichologinio smurto darbe apraiškų sąvokų apibrėžimų. Mokslinėje literatūroje šiam reiškiniui apibrėžti vartojama daugiau negu 10 terminų. Daugiausia iki šiol tyrinėjamas pasikartojantis ir ilgai trunkantis negatyvus elgesys darbe – ujimas (angl. *bullying / mobbing*) [1–5]. Nors Jungtinėje Karalystėje, Skandinavijoje ir Vokietijoje

šis negatyvus darbe reiškinys traktuojamas skirtingai, tačiau yra nuomonė, kad nepaisant kultūrinės įvairovės ir šalyse vartojamų skirtingų terminų, Europoje išlaikytas bendras conceptualus požiūris – agresyvus elgesys darbo vietose tęsiasi ilgą laiką, o smurto auka negali apsiginti [6]. Ujimui darbe priskiriamas ne trumpiau kaip 6 mėnesius besitęsiantis ir ne rečiau kaip kartą per savaitę pasikartojantis piktnaudžiavimas valdžia, socialinė izoliacija, nepagrįsta atlikto darbo ar asmens kritika, darbui būtinos informacijos slėpimas, šmeižtas ar žeminimas [1, 2, 4–6], perdėtas darbuotojų darbo kontroliavimas, pernelyg didelio darbo krūvio ar nerealių darbo atlikimo terminų skyrimas [1, 2, 4–9]. Kai kurie autoriai ujimui priskiria rečiau kaip kartą per savaitę pasikartojantį, bet ilgą laiką trunkantį negatyvų elgesį [10]. Akcentuojamos sąsajos su diskriminuojančiais veiksmais – konfliktų eskalavimu, priešišku elgesiu, fiziniu ir psichologiniu smurtu [11].

Nors yra didelė įvairovė negatyvaus elgesio darbe apibrėžimų ir tokio elgesio pasireiškimo būdų,

Adresas susirašinti: Birutė Pajarskienė,
Higienos instituto Profesinės sveikatos centras,
Etmonų g. 3/6, 01129 Vilnius.
El. p. birute@dmc.lt

išskiriami penki uжимui darbe būdingi požymiai. Tai smurto pasireiškimas tarpasmeniniu konfliktu, pastovus nepageidautinų veiksmų kartotinumai, konfliktuojančių pusių nelygiavertiškumas, tyčinis, piktybiškai agresyvus elgesys ir įvairiausių negatyvių veiksmų naudojimas [1]. Esminis psichologinio smurto ir konflikto darbe skiriamasis požymis yra prievartą taikančio asmens siekimas psichologiškai dominuoti prieš smurto auką, kai darbinio konflikto metu darbuotojai šiuo požūriui yra lygūs ir prievartą patiriantis asmuo gali apsiginti [1, 4–6].

Pasikartojantį ir ilgą laiką trunkantį užgaulų elgesį darbe tyrinėjantys mokslininkai, kaip ir jį patyrusieji darbuotojai, dėl galimų tokio elgesio pasekmių šį reiškinį priskiria traumuojančiam įvykiui ar stipriausiam socialiniam darbo stresoriui, nes netinkamas vadovo, kolegos ar pavaldinio elgesys smurto aukai gali sukelti labai rimtas socialines, psichologines ir psichosomatines pasekmes. Darbe patirtas uжимas ar priekabiavimas darbuotojus veikia ir sukrečia stipriau, palyginti su tuo, kaip veikia visos kitos stresų darbe keliančios priežastys kartu sudėjus [6]. Smurto darbe auka pažeidžiama per profesinę sritį (viešą pažeminimą, nuomonės menkinimą, kaltinimus dėl pastangų stygiaus, skiriant beprasmes, kompetencijos neatitinkančias užduotis arba atimant dalį sričių, už kurias darbuotojas buvo atsakingas), asmeninę reputaciją (užgaulias pastabas, plūdimąsi, užgauliojimą, grasinimą, menkinimą, užuominas dėl amžiaus, apkalbas) bei izoliaciją (psichosocialinį išskyrimą, galimybių apribojimą, nuomonės ignoravimą, priešiškus atsakymus į klausimus, reikalingos darbu informacijos nuslėpimą) [1, 2, 4–9]. Mokslinių tyrimų duomenimis, uжимas yra susijęs su stresu, nuovargiu, dirglumu, potrauminio streso sindromu, nerimu, depresija, širdies ir kraujagyslių ligomis, psichosomatiniais simptomais, miego sutrikimais, galvos, skrandžio, nugaros skausmais, savižudybėmis [2, 6, 12–14]. Tarp patiriančiųjų smurtą nustatyti dažnesni nemigą koreguojančių, raminamųjų vaistų, alkoholinių gėrimų ir tabako gaminių vartojimo bei agresijos atvejai [2, 6, 8, 15]. Organizacija negatyvaus elgesio pasekmes patiria per darbuotojų pasitenkinimo darbu ir produktyvumo mažėjimą, daugėjančias nedarbo dienas ir darbuotojų kaitą [2, 6, 13, 16].

Lietuvos saugos ir sveikatos darbe teisės aktai įpareigoja darbdavius sudaryti darbuotojams saugias ir sveikatai nekenksmingas darbo sąlygas visais su darbu susijusiais aspektais [17], taip pat ir dėl psichosocialinės darbo aplinkos [18]. Tačiau Europos įmonių (ESENER) apklausos rezultatai rodo, kad net apie

93 proc. apklausoje dalyvavusių Lietuvos įmonių vadovų uжimo ar priekabiavimo darbe nelaiko susirūpinimą keliančia problema [19]. Ketvirtuoju Europos darbo sąlygų tyrimu nustatyta, kad 2005 m. Lietuva pagal darbe patirtą uжимą / priekabiavimą (angl. *bullying / harassment*) pretendavo į pirmąjį ketvertuką po Suomijos, Olandijos ir Liuksemburgo. Lietuvos dirbantieji uжimo / priekabiavimo darbe aukomis per 12 mėnesių darbo laikotarpį tapo 1,5 karto dažniau, palyginti su Estija, ir 2 kartus dažniau, palyginti su Latvija. Lietuvos darbo vietose jauni iki 30 metų darbuotojai per 12 mėnesių laikotarpį beveik du kartus dažniau darbe patyrė uжимą / priekabiavimą, palyginti su šio amžiaus bendrijos šalyse dirbančiais, ir 2,4 karto dažniau, palyginti su Latvijos darbuotojais [20]. 2010 m. Europos darbo sąlygų tyrimo duomenimis, Lietuvos paslaugų sektoriuje dirbančių darbuotojų ir dirbančių moterų darbe patirto uжimo / priekabiavimo dažnis išliko didesnis, palyginti su ES paslaugų sektoriumi ir darbuotojomis moterimis [21]. Akivaizdu, kad siekiant paskatinti prieš smurtą nukreiptos politikos Lietuvos darbo vietose formavimą svarbu ištirti darbe patiriamo uжimo / priekabiavimo mastą ir viešinti moksliniais tyrimais pagrįstas žinias.

Tyrimo tikslas – nustatyti uжimo / priekabiavimo paplitimą Vilniaus ir Klaipėdos darbo vietose pagal ekonomines veiklas ir profesijas.

TYRIMO OBJKTAS IR METODAI

Šiame straipsnyje pateikiama dalis 2008–2010 m. Vilniuje ir Klaipėdoje atlikto tyrimo „Psichologinio smurto darbo vietose paplitimas, pasireiškimo formos ir rizikos veiksniai“ duomenų.

Duomenims rinkti naudota anoniminė anketa, parengta pagal tarptautinių organizacijų rekomenduojamą prievartos darbe klausimyną [22]. Naudota atsitiktinė tiriamųjų atranka. Vilniaus ir Klaipėdos mikrorajonuose pasirinkta po 2 gatves. Daugiabučių gatvėse atrinktas kas 2 namas ir jame kas 3-ias butas. Vienbučių namų rajonuose atrinktas kas 2 namas. Kiekviename bute pildyta tik viena anketa. Priėmimo į tyrimą kriterijus – apklausos metu ne mažiau nei metus toje pačioje darbovietėje dirbantis asmuo.

Anketoje pateikti Pasaulio sveikatos organizacijos ir Tarptautinės darbo organizacijos uжimo ir priekabiavimo darbe apibrėžimai. Uжimas apibrėžtas kaip pasikartojantis užgaulus elgesys, siekiant kerštingai, piktybiškai pažeminti, pakenkti darbuotojui ar darbuotojų grupei. Priekabiavimas – bet koks nepageidautinas elgesys darbe, žeidžiantis žmogaus orumą dėl amžiaus, negalios, ŽIV būklės, šeimyninės padėties,

lyties, seksualinės orientacijos, rasės, kalbos, religijos, politikos, profesinių sąjungų, kitos nuomonės ar įsitikinimų, nacionalinės ar socialinės kilmės, dėl sąsajų su mažuma, turtu, kilme ar kita padėtimi [22]. Atveju laikytas dirbantysis, kuris anketoje nurodė, kad per pastaruosius 12 mėnesių darbe buvo ujamas ir / arba patyrė priekabiavimą (toliau – ujimas / priekabiavimas). Pateikti klausimai apie tiriamojo darbo vietą, lytį, amžių, išsilavinimą, šeiminių padėtį, darbo trukmę ir darbo krūvį. Vilniuje nuo 2008 m. gegužės mėn. iki 2009 m. gegužės mėn. atrinkti ir apklausti 357 darbuotojai, o Klaipėdoje nuo 2009 m. gruodžio mėn. iki 2010 m. lapkričio pradžios – 344. Analizei panaudoti 314 vilniečių ir 277 klaipėdiečių kokybiškai užpildytų anketų duomenys.

Duomenys analizuoti statistinėmis programomis SPSS 13.0 ir WinPepi 9.7. Nustatytas tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių, lytį, išsilavinimą, šeiminių padėtį, darbo trukmę ir darbo krūvį (etata). Ujimo / priekabiavimo darbe paplitimas apskaičiuotas absoliučiais skaičiais ir procentais, nurodant 95 proc. pasikliautinius intervalus (95 proc. PI). Rezultatų skirtumo patikimumui įvertinti taikytas χ^2 arba Fišerio (kai nors vienas tikėtinas stebėjimų skaičius mažesnis už penkis) testas. Apskaičiuojant ujimo / priekabiavimo paplitimą pagal ekonominės veiklos rūšis ir profesines grupes naudotas ekonominės veiklos rūšių (EVRK 1.1) [23] ir Lietuvos profesijų [24] klasifikatorius. Dėl nepakankamo tiriamųjų skaičiaus sujungtos žemės ūkio, medžioklės, miškininkystės; žuvininkystės; kasybos, karjerų eksploatavimo; apdirbamosios gamybos; elektros, dujų ir vandens tiekimo bei statybos ekonominės veiklos; taip pat transporto, sandėliavimo ir ryšių; finansinio tarpininkavimo; nekilnojamojo turto, nuomos ir kitos verslo veiklos; kita komunalinė, socialinė ir asmeninė aptarnavimo; privačių namų ūkių veikla. Į vieną profesinę grupę sujungti kvalifikuoti prekinio žemės ūkio ir žuvininkystės darbininkai; kvalifikuoti darbininkai ir amatininkai; nekvalifikuoti darbininkai ir ši grupė pavadinta „kvalifikuoti ir nekvalifikuoti darbininkai“. Siekiant kontroliuoti iškraipiančius veiksnius, atlikta Vilniaus ir Klaipėdos darbo vietų ujimo / priekabiavimo rodiklių tiesioginė standartizacija pagal išsilavinimą ir amžių. Kaip geriausiai atspindintį mūsų tyrimo laikotarpį standartu pasirinkome 2009 m. Lietuvos dirbančiuosius pagal Lietuvos statistikos departamento pateiktus duomenis. Atsižvelgiant į tai, kad 2009 m. Lietuvos statistikos departamento naudojamas ekonominės veiklos klasifikatorius yra pakeistas, atlikta tiesioginė standartizacija pagal ekonominę

veiklą ir profesines grupes standartine populiacija laikant Lietuvos statistikos departamento pateiktus 2008 m. Lietuvos dirbančiųjų duomenis [25].

REZULTATAI

Analizavome 591 darbuotojo (314 vilniečių ir 277 klaipėdiečių) anketoje užpildytus duomenis. Pagal 1 lentelėje pateiktus demografinius ir darbo vietos rodiklius matyti, kad didžioji dalis tyrime dalyvavusių darbuotojų yra iki 45 metų amžiaus ir įgiję aukštąjį išsilavinimą. Apie pusę vilniečių moterų bei klaipėdiečių vyrų ir moterų yra vedę / ištekęjusios. 44,2 proc. vilniečių vyrų nėra vedę, 43,4 proc. jų – vedę. Apie pusės tiriamųjų darbo patirtis paskutinėje darbovietėje yra 1–3 metai. Didžioji dauguma paskutinėje darbovietėje dirba visu etatu.

Šiuo tyrimu nustatėme, kad per 12 mėnesių darbo laikotarpį 25,4 proc. tyrime dalyvavusių vilniečių ir klaipėdiečių darbe patiria ujimą / priekabiavimą (95 proc. PI 21,9–29,1). Standartizuotas ujimo / priekabiavimo rodiklis pagal ekonominę veiklą siekė 26,0 proc. (95 proc. PI 21,4–30,6). Išsiaiškinome, kad sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriaus darbuotojai darbe patiria ujimą / priekabiavimą (39,7 proc., 95 proc. PI 28,8–51,5) statistiškai reikšmingai dažniau ($\chi^2 = 8,53$, $p = 0,003$), palyginti su švietimo (17,5 proc., 95 proc. PI 9,9–27,6), reikšmingai dažniau ($\chi^2 = 6,57$, $p = 0,010$), palyginti su prekybos, transporto priemonių remonto, asmeninių ir namų ūkio reikmenų taisymo (21,0 proc., 95 proc. PI 13,5–30,3), ir reikšmingai dažniau ($\chi^2 = 5,37$, $p = 0,020$), palyginti su kita komunaline, socialine ir asmenine aptarnavimo ir privačių namų ūkių veikla (21,7 proc., 95 proc. PI 13,4–32,1). Taip pat sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriuje nustatytas 2 kartus didesnis ujimo / priekabiavimo dažnis, palyginti su viešbučių ir restoranų (20,9 proc., 95 proc. PI 10,0–36,0), ir 1,5 karto didesnis, palyginti su viešo valdymo ir gynybos, socialinio draudimo ekonomine veikla (25,9 proc., 95 proc. PI 15,0–39,7).

Statistiškai reikšmingi skirtumai nenustatyti palyginus Vilniaus ir Klaipėdos bei kiekvieno miesto atskirai darbo vietų grubius ujimo / priekabiavimo paplitimo pagal lytį ir standartizuotus pagal amžių, išsilavinimą, ekonominę veiklą ir profesiją ujimo / priekabiavimo rodiklius. Tačiau pagal 2 lentelėje pateiktus grubius ir standartizuotus pagal amžių, išsilavinimą, ekonomines veiklos rūšis ir profesines grupes ujimo / priekabiavimo darbe paplitimo rodiklius matyti, kad moterų, neatsižvelgiant į tai, kuriame

1 lentelė. Tiriamųjų charakteristika

Rodikliai	Vilnius Abs. skč. (proc.)			Klaipėda Abs. skč. (proc.)		
	Visi (n = 314)	Vyrai (n = 113)	Moterys (n = 201)	Visi (n = 277)	Vyrai (n = 84)	Moterys (n = 193)
Amžius, vidurkis ± SN	37,17 ± 12,89	33,53 ± 13,27	39,22 ± 12,24	34,45 ± 10,87	34,59 ± 10,76	34,39 ± 10,95
Amžius:						
18–24	67 (21,4)	36 (31,9)	31 (15,5)	64 (23,5)	16 (19,3)	48 (25,4)
25–34	90 (28,8)	40 (35,4)	50 (25,0)	82 (30,1)	28 (33,7)	54 (28,6)
35–44	62 (19,8)	14 (12,4)	48 (24,0)	62 (22,8)	21 (25,3)	41 (21,7)
45–54	55 (17,6)	11 (9,7)	44 (22,0)	53 (19,5)	14 (16,9)	39 (20,6)
55–75	37 (12,5)	12 (10,6)	27 (13,5)	11 (4,0)	4 (4,8)	7 (3,7)
Išsilavinimas:						
Nebaigtas vidurinis	8 (2,5)	7 (6,2)	1 (0,5)	4 (1,4)	2 (2,4)	2 (1,0)
Vidurinis	61 (19,4)	31 (27,4)	30 (14,9)	75 (27,1)	24 (28,6)	51 (26,4)
Aukštesnysis	60 (19,1)	18 (15,9)	42 (20,9)	66 (23,8)	20 (23,8)	46 (23,8)
Aukštasis	185 (58,9)	57 (50,4)	128 (63,7)	132 (47,7)	38 (45,2)	94 (48,7)
Šeimyninė padėtis:						
Nevedęs / netekėjusi	95 (30,3)	50 (44,2)	45 (22,4)	72 (26,1)	21 (25,0)	51 (26,6)
Vedęs / ištekėjusi	157 (50,0)	49 (43,4)	108 (53,7)	143 (51,8)	39 (46,4)	104 (54,2)
Išsiskyręs / išsiskyrusi	27 (8,6)	3 (2,7)	24 (11,9)	18 (6,5)	6 (7,1)	12 (6,3)
Našlys / našlė	15 (4,8)	2 (1,8)	13 (6,5)	4 (1,4)	0	4 (2,1)
Gyvenu partnerystėje	20 (6,4)	9 (8,0)	11 (5,5)	39 (14,1)	18 (21,4)	21 (10,9)
Darbo patirtis metais, vidurkis ± SN	7,60 ± 8,94	7,02 ± 9,74	7,93 ± 8,46	7,08 ± 7,53	6,73 ± 6,17	7,23 ± 8,06
Darbo patirtis (metais)						
1–3	151 (48,1)	62 (54,9)	89 (44,3)	131 (47,3)	39 (46,4)	92 (47,7)
4–6	52 (16,6)	21 (18,6)	31 (15,4)	46 (16,6)	12 (14,3)	34 (17,6)
7–9	21 (6,7)	3 (2,7)	18 (9,0)	25 (9,0)	9 (10,7)	16 (8,3)
10 ar daugiau	90 (28,7)	27 (23,9)	63 (31,3)	75 (27,1)	24 (28,6)	51 (26,4)
Etatas:						
Ne visas	20 (6,4)	8 (7,2)	12 (6,0)	43 (16,0)	8 (9,8)	35 (18,7)
Visas	291 (93,6)	103 (92,8)	188 (94,0)	226 (84,0)	74 (90,2)	152 (81,3)

mieste jos dirba, darbe patirto psichologinio smurto dažnis didesnis už vyrų.

Statistiškai reikšmingi skirtumai, palyginus Vilniuje ir Klaipėdoje dirbančių vyrų ir moterų darbe patirto ujimo / priekabiavimo dažnius pagal ekonomines veiklas, nenustatyti (3 lentelė). Tačiau išsiaiškinta, kad švietimo sektoriuje dirbančios vilnietės darbe ujamoms / prie jų priekabiuojama 1,8 karto dažniau, palyginti su švietimo srityje dirbančiomis klaipėdietėmis. Sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriuje dirbančios klaipėdietės moterys 1,6 karto dažniau patiria tokio pobūdžio psichologinį smurtą, palyginti su vilnietėmis, taip pat dirbančiomis šiame sektoriuje. Vilniaus transporto, sandėliavimo ir ryšių, finansinio tarpininkavimo, nekilnojamojo turto, nuomos ir kitoje verslo veikloje dirbančių vyrų ujimo / priekabiavimo darbe paplitimas 1,7 karto didesnis, palyginti su Klaipėdoje šiame sektoriuje dirbančiais vyrais.

Pagal ekonominę veiklą dažniausiai ujimą / priekabiavimą darbe patiria sveikatos priežiūros ir

socialinio darbo sektoriuje dirbančios klaipėdietės (44,4 proc.). Šiame sektoriuje dirbančios klaipėdietės statistiškai reikšmingai dažniau tapo ujimo / priekabiavimo aukomis, palyginti su švietimo ($\chi^2 = 6,990$, $p = 0,008$), viešbučių ir restoranų ($\chi^2 = 3,93$, $p = 0,048$) dirbančiosiomis. Sveikatos priežiūros ir socialinio darbo darbuotojų moterų grubus ujimo / priekabiavimo darbe paplitimo rodiklis 3,6 karto didesnis, palyginti su tomis, kurios dirba transporto, sandėliavimo ir ryšių, finansinio tarpininkavimo, nekilnojamojo turto, nuomos ir kitoje verslo veikloje; 1,8 karto didesnis, palyginti su dirbančiosiomis prekybos, transporto priemonių remonto, asmeninių ir namų ūkio reikmenų taisymo srityje; 1,7 karto didesnis, palyginti su standartizuotu pagal ekonomines veiklas Klaipėdos moterų ujimo / priekabiavimo darbe paplitimo rodikliu. Prekybos, transporto priemonių remonto, asmeninių ir namų ūkio reikmenų taisymo ekonominėse veiklose dirbančios klaipėdietės ujimą / priekabiavimą darbe patiria 1,7 karto dažniau už švietimo

sektorius darbuotojas. Pastarųjų darbuotojų moterų uji- mo / priekabiavimo darbe grubus dažnio rodiklis 1,8 karto mažesnis už Klaipėdoje dirbančių moterų standartizuotą pa- gal ekonomines veiklas rodiklį. Vyrai klaipėdiečiai, dirbantys žemės ūkio, medžioklės, miškininkystės, žuvininkystės, kasy- bos, karjerų eksploatavimo, apdirbamosios gamybos, elektros, dujų ir vandens tiekimo, statybos veiklose, 1,8 karto dažniau darbe patiria ujmą / priekabiavimą, palyginti su tais klaipė- diečiais vyrais, kurie dirba transporto, sandėliavimo ir ryšių, finansinio tarpininkavimo, nekilnojamojo turto, nuomos ir kitoje verslo veikloje.

Vilniuje transporto, sandėliavimo ir ryšių, finansinio tar- pininkavimo, nekilnojamojo turto, nuomos ir kitoje verslo veikloje dirbančios moterys ujmą / priekabiavimą darbe pa- tiria 1,8 karto dažniau, palyginti su vilnietėmis, kurios dirba prekybos, transporto priemonių remonto, asmeninių ir namų ūkio reikmenų taisymo ekonominėse veiklose; 1,7 karto daž- niau, palyginti su viešojo valdymo ir gynybos, socialinio drau- dimo sektorius dirbančiosiomis; 1,6 karto dažniau, palygin- ti su kitos komunalinės, socialinės ir asmeninės aptarnavimo, privačių namų ūkių veiklos dirbančiosiomis. Nustatėme, kad moterys, kurios dirba kitoje komunalinės, socialinės ir asme- ninės aptarnavimo, privačių namų ūkių veikloje, ujmą / prie- kabiavimą patiria 1,6 karto dažniau, palyginti su vyrais. Šio sektorius vilniečių vyrų grubus uji- mo / priekabiavimo darbe paplitimo rodiklis 1,7 karto mažesnis, palyginti su standarti- zuotu vilniečių vyrų pagal ekonominės veiklos rūšis paplitimo rodikliu; 1,9 karto mažesnis, palyginti su dirbančiųjų trans- porto; finansinio tarpininkavimo; verslo veiklose; 1,7 karto mažesnis, palyginti su dirbančiųjų žemės ūkio, medžioklės, miškininkystės, žuvininkystės, kasybos, karjerų eksploatavi- mo, apdirbamosios gamybos, elektros, dujų ir vandens tieki- mo veiklose; 1,6 karto mažesnis, palyginti su prekybos, trans- porto priemonių remonto, asmeninių ir namų ūkio reikmenų taisymo sektoriuje dirbančiais vilniečiais vyrais.

Išanalizavę uji- mo / priekabiavimo dažnį pagal profesines grupes, nustatėme, kad teisės aktų leidėjai, vyresnieji valstybės pareigūnai, įmonių, įstaigų, organizacijų ir kt. vadovai statis- tiškai reikšmingai rečiau ($\chi^2 = 5,02, p = 0,025$) patiria smurtą darbe (13,5 proc., 95 proc. PI 5,6–25,8) už kvalifikuotus ir ne- kvalifikuotus darbininkus (32,1 proc., 95 proc. PI 22,4–43,2) ir reikšmingai rečiau ($\chi^2 = 7,14, p = 0,008$) už jaunesniusius tarnautojus (40,0 proc., 95 proc. PI 24,9–56,7). Pastarieji uji- mą / priekabiavimą darbe patiria patikimai dažniau ($\chi^2 = 5,10, p = 0,024$), palyginti su paslaugų sektorius ir parduotuvių bei turgaviečių darbuotojais (17,7 proc., 95 proc. PI 9,2–29,5); 1,7 karto dažniau; palyginti su įrenginių ir mašinų operato- riais bei surinkėjais (23,1 proc., 95 proc. PI 9,0–43,6); 1,6 karto dažniau, palyginti su specialistais (25,0 proc., 95 proc. PI 19,5– 31,1); 1,5 karto dažniau, palyginti su jaunesniaisiais specialis- tais ir technikais (26,8 proc., 95 proc. PI 18,3–36,8).

2 lentelė. Ujimo / priekabiavimo paplitimo Vilniaus ir Klaipėdos darbo vietose rodikliai

Ujimas / priekabiavimas	Vilnius						Klaipėda					
	Vyrai (n = 113)			Moterys (n = 201)			Vyrai (n = 84)			Moterys (n = 193)		
	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI
Ujimas / priekabiavimas	113	28	24,8	17,1–33,8	201	54	26,9	20,9–33,6	84	17	20,2	12,3–30,4
Standartizuotas pagal amžių	113	28	25,6	16,8–34,4	200*	54	26,6	20,4–32,8	83*	17	19,3	11,2–27,5
Standartizuotas pagal išsilavinimą	113	28	24,7	15,1–34,3	201	54	28,4	19,2–37,6	84	17	19,4	8,0–30,9
Standartizuotas pagal ekonomi- nės veiklos rūšis	113	28	25,0	16,0–33,9	201	54	28,6	19,4–37,8	84	17	22,7	12,8–32,6
Standartizuotas pagal profesines grupes	113	28	26,1	16,9–35,3	201	54	30,5	22,8–38,2	84	17	19,4	9,8–29,0

*1 respondentas nenurodė savo amžiaus; **4 respondantai nenurodė savo amžiaus.

3 lentelė. Ujimo / priekabiavimo paplitimas pagal ekonominę veiklą Vilniaus ir Klaipėdos darbo vietose

Ekonominės veiklos rūšis	Vilnius						Klaipėda									
	Vyrai (n = 113)			Moterys (n = 201)			Vyrai (n = 84)			Moterys (n = 193)						
	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI				
Žemės ūkis, medžioklė, miškininkystė, žuvininkystė.	35	9	25,7	12,5–43,3	9	3	33,3	7,5–70,1	27	8	29,6	13,8–50,2	6	2	33,3	4,3–77,7
Kasyba, karjerų eksploatavimas, apdirbamoji gamyba, elektros, dujų ir vandens tiekimas. Statyba	17	4	23,5	6,8–49,9	37	8	21,6	9,8–38,2	14	1	7,1	0,2–33,9	32	8	25,0	11,5–43,4
Prekyba, transporto priemonių remontas, asmeninių ir namų ūkio reikmenų taisymas.	2	1	50,0	1,3–98,7	10	3	30,0	6,7–65,3	4	0	0	0	0	5	18,5	6,3–38,1
Viešbučiai ir restoranai	24	7	29,2	12,6–51,1	26	10	38,5	20,2–59,4	18	3	16,7	3,6–41,4	8	1	12,5	0,3–52,7
Transportas, sandėliavimas ir ryšiai. Finansinis tarpininkavimas. Neklinojamas turtas, nuoma ir kita verslo veikla	5	1	20,0	0,5–71,6	30	7	23,3	9,9–42,3	7	3	42,9	9,9–81,6	12	3	25,0	5,5–57,2
Viešasis valdymas ir gynyba, socialinis draudimas	5	0	0	0	35	9	25,7	12,5–43,3	5	0	0	0	35	5	14,3	4,8–30,3
Švietimas	5	3	60,0	14,7–94,7	25	7	28,0	12,1–49,4	3	1	33,3	0,8–90,6	45	20	44,4	29,6–60,0
Sveikatos priežiūra ir socialinis darbas	20	3	15,0	3,2–37,9	29	7	24,1	10,3–43,5	6	1	16,7	0,4–64,1	28	7	25,0	10,7–44,9
Kita komunalinė, socialinė ir asmeninė aptarnavimo veikla.	113	28	24,8	17,1–33,8	201	54	26,9	20,9–33,6	84	17	20,2	12,3–30,4	193	51	26,4	20,4–33,2
Privačių namų ūkių veikla	113	28	25,0	16,0–33,9	201	54	28,6	19,4–37,8	84	17	22,7	12,8–32,6	193	51	25,8	15,0–36,5
Standartizuotas rodiklis pagal ekonominės veiklos rūšis																

4 lentelė. Ujimo / priekabiavimo paplitimas pagal profesines grupes Vilniaus ir Klaipėdos darbo vietose

Profesinė grupė	Vilnius												Klaipėda					
	Vyrai (n = 113)				Moterys (n = 201)				Vyrai (n = 84)				Moterys (n = 193)					
	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI	Tiriamųjų skč.	Abs. skč.	Proc.	95 proc. PI		
Teisės aktų leidėjai, vyresnieji valstybės pareigūnai, įmonių, įstaigų, organizacijų ir kt. vadovai	15	2	13,3	1,7–40,5	16	2	12,5	1,6–38,4	10	2	20,0	2,5–55,6	11	1	9,1	0,2–41,3		
Specialistai	39	7	17,9	7,5–33,5	105	28	26,7	18,5–36,2	26	7	26,9	11,6–47,8	58	15	25,9	15,3–39,0		
Jaunesnieji specialistai ir technikai	10	3	30,0	6,7–65,3	29	4	13,8	3,9–31,7	9	1	11,1	0,3–48,3	49	18	36,7	23,4–51,7		
Jaunesnieji tarnautojai	5	3	60,0	14,7–94,7	17	5	29,4	10,3–56,0	2	1	50,0	1,3–98,7	16	7	43,8	19,8–70,1		
Paslaugų sektoriaus ir parduotuvių bei turgaviečių darbuotojai	1	0	0	0	13	4	30,8	9,1–61,4	7	0	0	0	41	7	17,1	7,2–32,1		
Kvalifikuoti ir nekvalifikuoti darbininkai	28	9	32,1	15,9–52,4	20	11	55,0	31,5–76,9	20	4	20,0	5,7–43,7	16	3	18,8	4,1–45,7		
Įrenginių ir mašinų operatoriai ir surinkėjai	13	4	30,8	9,1–61,4	1	0	0	0	10	2	20,0	2,5–5,6	2	0	0	0		
Kita	2	0	0	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Visi	113	28	24,8	17,1–33,8	201	54	26,9	20,8–33,6	84	17	20,2	12,3–30,4	193	51	26,4	20,4–33,2		
Standartizuotas rodiklis pagal profesines grupes	113	28	26,1	16,9–35,3	201	54	30,5	22,8–38,2	84	17	19,4	9,8–29,0	193	51	23,4	16,9–29,9		

Palyginę vyrų ir moterų profesinių grupių ujimo / priekabiavimo dažnį Vilniaus ir Klaipėdos darbo vietose, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatėme (4 lentelė). Tačiau išsiaiškinome, kad Vilniaus darbo vietose dirbančios kvalifikuotos ir nekvalifikuotos darbininkės smurto darbe aukomis tampa 2,9 karto dažniau, palyginti su šių profesijų klaipėdietėmis. O vilniečiai kvalifikuoti ir nekvalifikuoti darbininkai 1,6 karto dažniau darbe patiria ujimą / priekabiavimą, palyginti su Klaipėdoje dirbančiais kvalifikuotais ir nekvalifikuotais darbininkais. Jaunesniosios specialistės ir technikės Klaipėdos darbo vietose ujimą / priekabiavimą patiria 2,7 karto dažniau už jaunesniąsias specialistes ir technikas, kurios dirba Vilniuje.

Vilniečių darbo vietose kvalifikuotos ir nekvalifikuotos darbininkės ujimą / priekabiavimą patiria 1,7 karto dažniau, palyginti su kvalifikuotais ir nekvalifikuotais darbininkais vyrais, ir statistiškai reikšmingai dažniau, palyginti su teisės aktų leidėjomis, vyresniosiomis valstybės pareigūnėmis, įmonių, įstaigų, organizacijų vadovėmis ($\chi^2 = 5,24$, $p = 0,022$), palyginti su jaunesniosiomis specialistėmis ir technikėmis ($\chi^2 = 7,62$, $p = 0,006$) ir palyginti su specialistėmis ($\chi^2 = 5,03$, $p = 0,025$). Kvalifikuotų ir nekvalifikuotų darbininkių ujimo / priekabiavimo grubus paplitimo rodiklis 1,8 karto viršija standartizuotą pagal profesines grupes moterų ujimo / priekabiavimo paplitimo rodiklį. Kvalifikuoti ir nekvalifikuoti darbininkai ujimą / priekabiavimą darbe patiria 2,4 karto dažniau, palyginti su teisės aktų leidėjais, vyresniaisiais valstybės pareigūnais, įmonių, įstaigų, organizacijų ir kt. vadovais, ir 1,8 karto dažniau, palyginti su specialistais vyrais. Jaunesniosios tarnautojos 2,4 karto dažniau darbe tampa psichologinio smurto aukomis už teisės aktų leidėjas, vyresniąsias valstybės pareigūnes, įmonių, įstaigų, organizacijų ir kt. vadoves, ir 2,1 karto dažniau už jaunesniąsias specialistes ir technikas. Specialistės 2,1 karto dažniau darbe patiria ujimą / priekabiavimą, palyginti su teisės aktų leidėjomis, vyresniosiomis valstybės pareigūnėmis, įmonių, įstaigų, organizacijų ir kt. vadovėmis. Jaunesniųjų specialisčių ir technikių darbo vietose ujimo / priekabiavimo dažnis 1,9 karto mažesnis, palyginti su specialisčių, ir 2,2 karto mažesnis už standartizuotą pagal profesines grupes ujimo / priekabiavimo darbe paplitimo rodiklį.

Klaipėdos darbo vietose nustatytas dažnesnis ($p = 0,047$) jaunesniųjų tarnautojų darbe patiriamas ujimas / priekabiavimas, palyginti su paslaugų

sektoriaus ir parduotuvių bei turgaviečių darbuotojomis. Jaunesniųjų tarnautojų moterų ujimo / priekabiavimo grubus paplitimo rodiklis 2,3 karto didesnis, palyginti su kvalifikuotomis ir nekvalifikuotomis darbininkėmis; 1,7 karto didesnis, palyginti su specialistėmis; 1,9 karto didesnis, palyginti su standartizuotu pagal profesines grupes klaipėdiečių moterų ujimo / priekabiavimo darbe dažniu. Jaunesniųjų specialisčių ir technikių darbe patirto ujimo / priekabiavimo dažnis 2,1 karto viršija paslaugų sektoriaus ir parduotuvių bei turgaviečių darbuotojų; 2 kartus – kvalifikuotų ir nekvalifikuotų darbininkių ir 1,6 karto – standartizuotą pagal profesines grupes darbuotojų moterų ujimo / priekabiavimo dažnį.

REZULTATŲ APTARIMAS

Šiuo tyrimu nustatyta, kad kas ketvirtas tyrime dalyvavęs Vilniaus ir Klaipėdos darbuotojas per 12 mėnesių laikotarpį darbe patiria užgaulų pasikartojantį elgesį ir / arba priekabiavimą dėl amžiaus, negalios, ŽIV būklės, šeimyninės padėties, lyties, seksualinės orientacijos, rasės, kalbos, religijos, politikos, profesinių sąjungų, kitos nuomonės ar įsitikinimų, nacionalinės ar socialinės kilmės, dėl sąsajų su mažuma, turtu, kilme ar kita padėtimi. Jaunesnieji tarnautojai, sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriaus darbuotojai šio pobūdžio smurtą darbe per 12 mėn. laikotarpį patiria dar dažniau – beveik kas antras. Naudodami atsitiktinę gyventojų atranką planavome darbuotojus apklausti dešimtyje miestų, tačiau sunkmetis dėl sumažėjusių finansinių galimybių stipriai pakoregavo tyrimo planą ir tyrimas buvo atliktas tik Vilniuje ir Klaipėdoje. Literatūros šaltiniuose yra duomenų, kad pasikartojančio užgaulaus elgesio dažnis šalies regionuose gali ženkliai skirtis. Pvz., Ispanijoje vienuose regionuose jis tesiekia 1 proc., kituose – 11 proc. [16]. Remdamiesi mūsų tyrimo rezultatais galime teigti, kad vilniečių ir klaipėdiečių darbo vietose per 12 mėn. darbo laikotarpį pasikartojantis užgaulus ir žmogaus orumą žeidžiantis elgesys, siekiant kerštingai, piktybiškai pažeminti, pakenkti darbuotojui ar darbuotojų grupei, reikšmingai nesiskiria, atsižvelgiant į lytį, amžių, išsilavinimą, ekonominę veiklą ir profesiją.

Duomenų interpretaciją pagal ekonomines veiklas ir profesines grupes riboja nepakankamas tyrime dalyvavusių darbuotojų, ypač vyrų, skaičius. Tačiau mums pavyko išskirti profesijas ir ekonominės veiklos sektorius, kuriuose ujimas / priekabiavimas reikšmingai dažnesnis. Nustatėme, kad sveikatos ir socialinio darbo sektoriaus darbuotojai dažniau darbe patiria ujimą / priekabiavimą, palyginti su švietimo,

prekybos, transporto priemonių remonto, asmeninių ir namų ūkio reikmenų taisymo bei kita komunaline, socialine ir asmenine aptarnavimo ir privačių namų ūkių veiklomis. Taip pat išsiaiškinome, kad švietimo, viešbučių ir restoranų sektoriuose dirbančios klaipėdietės patikimai rečiau tampa ujjimo / priekabiavimo aukomis, palyginti su sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriuje dirbančiomis klaipėdietėmis. Tai neprieštaruoja kitų tyrėjų išvadoms. Per 20 pastarųjų metų įvairiose šalyse atlikti ujjimo darbe moksliniai tyrimai rodo, kad didesnė rizika tapti smurto auka yra sveikatos ir socialinio darbo, viešo valdymo ir švietimo sektorių darbuotojams. Literatūros šaltiniai įvairiai aiškina ujjimo dažnio skirtumus sektoriuose. Viena iš prielaidų, kad privačiame restoranų ir viešbučių versle mažesnė ujjimo darbe rizika sietina su didesnėmis galimybėmis derinti darbdavio ir darbuotojų santykius. Šiose veiklose dominuoja trumpalaikės sutartys, tad kelis metus besitęsiantys konfliktai dažniausiai yra neįmanomi, nes darbuotojai pasitraukia iš šeimos verslo, jei tarpusavyje nesutariama. Didesnė sveikatos ir socialinio darbo sektoriuje smurto darbe rizika aiškinama subjektyvesniu darbo pobūdžiu, kuris pareikalauja didesnio emocinio įsitraukimo, asmeninės informacijos žinojimo, emocijų reiškimo ir tarpusavio santykių derinimo, palyginti su kitomis aptarnavimo veiklomis. Teigiama, kad kuo daugiau darbe subjektyvumo, tuo didesnė tikimybė, kad kas nors gali būti apkaltintas dėl nekokybiškai atlikto darbo ir kad bus susidurta su didesniais sunkumais įrodyti, jog darbas vis dėlto buvo atliktas tinkamai [6]. 2005 m. Europos darbo sąlygų tyrimu taip pat nustatytas didžiausias ujjimo / priekabiavimo dažnis paslaugų, ypač sveikatos apsaugos, sektoriuje [20]. Statistikos departamento prie LRV 2007 m. antrojo ketvirčio tyrimo duomenimis, daugiau kaip 5 tūkstančiai sveikatos ir socialinio darbo sektoriaus darbuotojų (5 proc.) per 12 darbo mėnesių patiria smurtą ar smurto grėsmę iš asmenų, kuriems pagal darbo turinį teikia paslaugas [26]. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad sveikatos priežiūros sistemoje papildomu streso darbe šaltiniu gali tapti gydymo įstaigų restruktūrizavimo procesas. Restruktūrizacija neišvengiamai keičia įprastą psichosocialinę darbo aplinką. Keičiasi darbo reikalavimai ir atsakomybės pobūdis, didėja nesaugumo jausmas dėl darbo. Padidėjęs darbo krūvis kartu su galimybių priimti sprendimus apribojimu stipriai padidina streso darbe išgyvenimą ir gali nulemti dažnesnes medikų klaidas. Todėl medicinos darbuotojų smurto darbe rizika sietina ir su didesniu pažeidžiamumu dėl streso [6, 27, 28].

Klaipėdos sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriuje dirbančios moterys sudarė gausiausią pagal ekonomines veiklas grupę ir jų grubus ujjimo / priekabiavimo paplitimo darbe rodiklis 1,7 karto didesnis, palyginti su standartizuotu pagal ekonomines veiklas Klaipėdos moterų ujjimo / priekabiavimo darbe paplitimo rodikliu, kai Vilniuje šiame sektoriuje dirbančių moterų grubus rodiklis nesiekė standartizuoto pagal ekonomines veiklas Vilniaus moterų ujjimo / priekabiavimo darbe paplitimo rodiklio. Pastaraisiais metais Lietuvos tyrėjų atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad slaugytojos itin dažnai darbe patiria psichologinį smurtą [29]. Todėl negalime atmesti prielaidos, kad didesnė tyrime dalyvavusių Klaipėdos slaugytojų dalis ar mažesnė Vilniuje dalyvavusių slaugytojų dalis lėmė sveikatos priežiūros ir socialinio darbo darbuotojų darbe patirto ujjimo / priekabiavimo dažnio skirtumus. Kauno apskrities gydymo įstaigose atlikta bendrosios praktikos slaugytojų apklausa nustatyta, kad per 6 mėnesių laikotarpį 12 proc. slaugytojų bent kartą per savaitę darbe patiria vieną iš 22 tirtų negatyvaus elgesio darbe formų. Dvi ir daugiau negatyvaus elgesio formas darbe patiria 17 proc. slaugytojų. Taip pat nustatyta, kad negatyvų elgesį darbe patiriančios slaugytojos 1,8 karto reikšmingai dažniau skundžiasi blogesne sveikata [30]. Slaugytojų, kurios dirba pamainomis, rizika patirti ujjimą darbe per 12 darbo mėnesių 1,6 karto didesnė. O dirbančiųjų operaciniame skyriuje slaugytojų rizika patirti kitų ligoninės skyrių darbuotojų ujjimą 3 kartus didesnė, dirbančiųjų pediatrijos, ortopedijos, radiologijos skyriuose rizika patirti skyriaus vadovo ar kitų skyriaus darbuotojų ujjimą yra 3 kartus didesnė, palyginti su kituose skyriuose dirbančiomis slaugytojomis [31].

Vilniečių ir klaipėdiečių moterų grubūs ir standartizuoti pagal ekonominės veiklos rūšis, profesines grupes, amžių ir išsilavinimą ujjimo / priekabiavimo darbe dažnio rodikliai reikšmingai nesiskiria, tačiau didesni už vyrų. Tai patvirtina ES darbo sąlygų tyrimų rezultatus [20, 21]. Yra nuomonė, kad moterys turi mažiau galimybių save apginti dėl menkesnio socialinio statuso, mažesnio agresyvumo ar dėl žemesnės užimamos darbinės pozicijos. Apskaičiuota, kad iš 8169 darbe patyrusiųjų ujjimą didžiąją smurtą patyrusiųjų dalį (62,5 proc.) sudarė moterys. Pastebėta, kad moterys dažniau patiria smurtą ne tik tuose sektoriuose, kur jos sudaro daugumą darbuotojų, pvz., sveikatos priežiūros sektoriuje, bet ir tuomet, kai jų darbo vietose yra mažuma, – versle ar policijoje [6]. Atlikus tyrimus Lietuvoje vienu tyrimu nustatyta, kad darbuotojų darbe patirto ujjimo dažnis

nepriklauso nuo jų lyties [32], o kitu – kad abiejų lyčių atstovams kyla vienoda grėsmė tapti diskriminuojančio užpuolimo auka [11]. JAV ir Jungtinėje Karalystėje dažnesnis uжимas darbe, palyginti su Skandinavijos šalimis, aiškina didesniu egalitarizmu ir feminizmu skandinavų darbo vietose [5].

Nesiekėme išsiaiškinti, kaip użimo / priekabiavimo dažnis susijęs su įmonės dydžiu, viešu ar privačiu sektoriumi. Literatūros šaltiniuose bendros nuomonės, kokio dydžio įmonėse, viešame ar privačiame sektoriuje darbuotojai dažniau tampa neetiško elgesio aukomis, nėra. 2005 m. Europos tyrimas parodė, kad użimo / priekabiavimo darbe atvejai dažnesni didelėse įmonėse, kuriose dirba daugiau nei 250 darbuotojų, valstybiniame sektoriuje dažniau negu privačiame [20]. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo priešingą tendenciją – apie darbe patirtus diskriminuojančius veiksmus daugiau darbuotojų praneša privačiame sektoriuje [11], dauguma użimo atvejų vyksta mažose ir vidutinio dydžio įmonėse, kurių savininkai ar vadovai, palyginti su didelėmis kompanijomis, neturi pakankamai valdymo etikos žinių [32]. Apibendrinus 20 metų użimo ir priekabiavimo įvairiose šalyse studijas pastebėta, kad ši problema yra dažnesnė tarp dirbančiųjų protinį darbą, paslaugų sektoriaus darbuotojų, o smurtą prieš juos naudoja aukštesnes pareigas užimančios darbuotojai [6]. Tai patvirtina ir mūsų tyrimo rezultatai. Nustatėme, kad pagal profesijas rečiausiai użimą / priekabiavimą darbe patiria teisės aktų leidėjai, vyresnieji valstybės pareigūnai, įmonių, įstaigų ir organizacijų vadovai. Šias pareigas einantys darbuotojai statistiškai patikimai rečiau darbe patiria użimą / priekabiavimą, palyginti su jaunesniaisiais tarnautojais ir darbininkais. Taip pat nustatėme, kad jaunesnieji tarnautojai ir Klaipėdoje dirbančios jaunosios tarnautojos użimą / priekabiavimą darbe patiria patikimai dažniau už paslaugų sektoriaus ir parduotuvių bei turgaviečių darbuotojus.

ES darbo sąlygų tyrimų duomenimis, 2005 m. Lietuvoje użimą / priekabiavimą darbe dažniau patyrė 30–49 metų amžiaus, 2010 m. – iki 30 metų amžiaus darbuotojai. 2005 m. Lietuvos darbuotojai dėl amžiaus buvo diskriminuojami 2 kartus dažniau, palyginti su Estijos, ir 4 kartus dažniau, palyginti su Latvijos darbuotojais [20, 21]. Išsiaiškino, kad 2008–2010 m. Vilniuje ir Klaipėdoje atliktame tyrime dalyvavusiųjų daugumą sudarė jaunesni nei 45 metų ir įgiję aukštąjį išsilavinimą, tačiau grubūs ir standartizuoti pagal amžių ir išsilavinimą użimo / priekabiavimo rodikliai šiuose miestuose reikšmingai nesiskiria. Žinia, aukštąjį išsilavinimą turintiems darbuotojams lengviau

suvokti smurto apraiškų darbe tyrimo svarbą ir apsispręsti dalyvauti tyrime. Kviečiant vilniečius dalyvauti tyrime, teko kalbėti su 1967 butų gyventojais, 718 jų neatitiko tiriamojo atrankos kriterijų, nes niekur nedirbo ar paskutinėje darbovietėje dirbo mažiau nei 12 mėnesių. 892 asmenys atsisakė dalyvauti tyrime, daugumos atsisakiusiųjų motyvas – tai nėra svarbu, negalėjimas ar nenoras anketai užpildyti skirti savo laiko. Tik 3 atsisakiusieji nurodė, kad tyrime nedalyvaus todėl, kad smurto darbe nėra patyrę.

Terminą „użimas“ pasirinkome, manydami, kad jis geriausiai atspindi tiriamą reiškinį – pasikartojantį ir ilgai trunkantį užgaulų elgesį darbe. Tiriamiesiems anketoje pateikėme tarptautiniame tyrime naudotus użimo ir priekabiavimo darbe apibrėžimus [22]. Nors użimui apibrėžti nebuvo taikomas griežto kartotinum, pvz., kartą per savaitę, kriterijus, tačiau 76,4 proc. użimą darbe patyrusiųjų darbuotojų nurodė, kad per 12 mėnesių laikotarpį użimą patyrė nuolat arba kartais. Apibendrinus įvairiose šalyse skirtingomis metodikomis atliktus użimo ir priekabiavimo darbe tyrimus nustatyta, kad 10–20 proc. ar net šiek tiek daugiau darbuotojų gali kartais susidurti su neigiamu socialiniu elgesiu darbe, kuris, nors ir neatitinka griežto użimo apibrėžimo, tačiau vis vien sukelia labai stiprų stresą [6].

Galime teigti, kad tyrimo Vilniuje ir Klaipėdoje rezultatai rodo, jog yra tokių darbo vietų, kuriose psichosocialinė darbo aplinka neatitinka sveikos ir saugios darbo aplinkos reikalavimų, o darbuotojų teises ir orumą pažeidžiantys veiksmai nevertinami kaip darbuotojų sveikatos problema. Deja, mažai tikėtina, kad kituose miestuose padėtis yra geresnė. Akivaizdu, kad moksliniais tyrimais pagrįstų žinių apie galimas użimo ir priekabiavimo darbe pasekmes darbuotojams ir pačiai organizacijai nepakanka. Kitos ES šalys, spręsdamos konkrečius smurto darbe klausimus, taip pat susiduria su sunkumais ir reikiamos informacijos stygiu [19], nors moksliniais tyrimais įrodyta, kad darbe patirtas użimas ar priekabiavimas susijęs ne tik su darbuotojų psichikos sveikatos [13, 33, 34], bet ir pačios organizacijos, kurioje tai vyksta, problemomis [2]. Pvz., 2003 m. apskaičiuota, kad tipinio użimo atvejo darbe kaina siekia apie 28 109 svarų sterlingų, net ir neįvertinus sumažėjusio produktyvumo, galimų pasekmių tiesiogiai nepatyrusiesiems smurto, visuomeniniams ryšiams ir pan. kaštų. Bet kokia paviešinta neigiama informacija apie įmonę, ypač dabartinėje sudėtingoje ekonominėje situacijoje, kenkia įstaigos ar įmonės reputacijai ir turi savo kainą [6]. Smurto darbe pasekmes patiria visi be išimties – darbuotojai,

darbdaviai ir organizacijos, tad tik veikiant nuosekliai ir sutelkus vadovų ir darbuotojų pastangas galima pakeisti situaciją Lietuvos darbo vietose. Būtina ugdyti vadovų kompetenciją konfliktų ir smurto darbe valdymo klausimais, nes visų lygių vadovų indėlis, sprendžiant psichosocialinės darbo aplinkos problemas, yra vienodai svarbus. Tik nusprendus, kokie darbuotojo teises ir orumą pažeidžiantys veiksmai nebus toleruojami ir kokios vertybės darbo vietose bus puoselėjamos, įmanoma sukurti prieš smurtą nukreiptą įstaigos strategiją bei ją sėkmingai taikyti kasdienėje smurto darbe kontrolės praktikoje [35].

IŠVADOS

1. Vilniaus ir Klaipėdos darbo vietose per 12 darbo mėnesių uжимą / priekabiavimą darbe patiria 25,4 proc. darbuotojų. Atsižvelgiant į ekonominę veiklą ir profesiją, vilniečių darbo vietose uжимo / priekabiavimo dažnis statistiškai reikšmingai nesiskiria nuo klaipėdiečių.
2. Sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriaus darbuotojai uжимą / priekabiavimą darbe patiria statistiškai reikšmingai dažniau, palyginti su švietimo, prekybos, transporto priemonių remonto, asmeninių ir namų ūkio reikmenų taisymo, kitos komunalinės, socialinės ir asmeninės aptarnavimo ir privačių namų ūkių veiklos darbuotojais.
3. Kvalifikuoti ir nekvalifikuoti darbininkai bei jaunesnieji tarnautojai uжимą / priekabiavimą darbe patiria patikimai dažniau, palyginti su teisės aktų leidėjais, vyresniaisiais valstybės pareigūnais, įmonių, įstaigų ir organizacijų vadovais. Jaunesnieji tarnautojai reikšmingai dažniau patiria uжимą / priekabiavimą, palyginti su paslaugų sektoriaus, parduotuvių ir turgaviečių darbuotojais.

Straipsnis gautas 2012-03-22, priimtas 2012-05-24

Literatūra

1. Vartia-Vaananen M. Workplace bullying – a study on the work environment, well-being and health. Academic dissertation. University of Helsinki, Department of Psychology. 2002:8.
2. Workplace Violence and Harassment: a European Picture. European risk observatory report. European Agency for Safety and Health at Work. 2010. Prieiga per internetą: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>.
3. Salin D. Ways explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating, and triggering factors in the work environment. *Human Relations*. 2003;56:1213-1232.
4. Leymann H. The mobbing Encyclopaedia. Prieiga per internetą: <http://www.leymann.se/English/frame.html>.
5. Johnson SL. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review*. 2009;56(1):34-40.
6. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper C. L. *Bullying and Harassment in the Workplace. Developments in Theory, Research, and Practice*. Second Edition. 2011.
7. Rayner Ch, Hoel H. A summary review of literature relating to workplace bullying. *Journal of community & applied social psychology*. 1997;7:181-191.
8. Beswick J, Gore J, Palerman D. Bullying at work: a review of the literature WPS/06/04. *Health and safety laboratory*. 2006:29.
9. Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Salin D, Morante Benadero ME. Workplace bullying in southern europe: prevalence, forms and risk groups in a spanish sample. *International Journal of Organisational Behaviour*. 2008;13(2):95-109.
10. Notelaers G, Vermunt JK, Baillien E, Einarsen S, De Witte H. Exploring Risk Groups Workplace Bullying with Categorical Data. *Industrial health*. 2011;49:73-88.
11. Žukauskas P, Vveinhardt J. Diagnosis of Mobbing as Discrimination in Employee Relations. *Engineering Economics*. 2009;4(64):103-113.
12. Soares A. Bullying: when work becomes indecent. Department of Organisation and Human Resources, Montreal. 2002:29.
13. Matthiesen SB. Bullying at work Antecedents and outcomes. Department of Psychosocial Science Faculty of Psychology University of Bergen, Norway. 2006:60.
14. Niedhammer I, Chastang JF, David S. Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French Summer survey. *Occupational Medicine*. 2008;58:15-24.
15. Rospenda KM, Richman JA, Shannon CA. Prevalence and Mental Health Correlates of Harassment and Discrimination in the Workplace. Results From a National Study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2009;24(5):819-843.
16. Carnero MA, Martinez B. Economic and health consequences of the initial stage of Mobbing: the Spanish case. 2005:23.
17. Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas. Valstybės žinios. 2003;70-3170.
18. Profesinės rizikos vertinimo nuostatai. Valstybės žinios. 2003;100-4504.
19. European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks. Managing safety and health at work. European Risk Observatory Report. European Agency for Safety and Health at Work. 2010.
20. Fourth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of living and working conditions. Prieiga per internetą: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>.
21. Fifth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of living and working conditions. Prieiga per internetą: <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index.htm>.
22. Workplace violence in the health sector. Country case studies research instruments. Survey questionnaire. Geneva. 2003.
23. Lietuvos statistikos departamentas. Ekonominės veiklos rūšių klasifikatorius (EVRK 1.1). Prieiga per internetą: http://db.stat.gov.lt/statclass/classifications.aspx?CLASS_ID=100000003&CLASS_NAME=EVRK&owner=class.
24. Statistikos departamentas prie LRV. Lietuvos profesijų klasifikatorius. Prieiga per internetą: http://db.stat.gov.lt/statclass/classifications.aspx?CLASS_ID=100000060&CLASS_NAME=LPK&owner=class.
25. Statistikos departamentas prie LRV. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1280>.
26. Statistikos departamentas prie LRV. Nelaimingi atsitikimai darbe. Informacinis pranešimas, 2008 03 31. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=6510>.
27. Jankauskas R, Jasiukevičiūtė T, Pajarskienė B, Stanislavovienė J. Restruktūrizavimo poveikis sveikatai. *Visuomenės sveikata*. 2009;2(45):7-14.
28. Kaliatkaitė J, Jasiukevičiūtė T, Bulotaitė L, Pajarskienė B, Jankauskas R. Slaugytojų psichosocialinė darbo aplinka ir sveikata restruktūrizuojamose ligoninėse. *Visuomenės sveikata*. 2011;2(53):11-20.
29. Pajarskienė B. Smurtas darbe. Smurto paplitimas ir jo prevencija Lietuvoje. 2011:56-69.
30. Vasilavičius P, Januškevičius V, Ustinavičienė R, Vainauskas S, Šidagytė R. Kauno apskrities gydymo įstaigų slaugytojų patiriamo neigtyvaus elgesio darbe sąsajos su sveikatos sutrikimais. *Visuomenės sveikata*. 2010;1(48):59-66.
31. Pajarskienė B, Mikutyte I. Vienos Lietuvos ligoninės slaugytojų rizika darbe patirti įžeidinėjimą / žeminimą ir ujimą. *Visuomenės sveikata*. 2009;3(46):64-70.
32. Bullying in the workplace – Lithuania-working conditions. Prieiga per internetą: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2006/07/LT06070591.htm>.
33. Finne LB, Knardahl S, Lau B. Workplace bullying and mental distress – a prospective study of Norwegian employees. *Scand J Work Environ Health*. 2011;37(4):276-287.
34. Lallukka T, Rahkonen O, Lahelma E. Workplace bullying and subsequent sleep problems – the Helsinki Health Study. *Scand J Work Environ Health*. 2011;37(3):204-212.
35. Pajarskienė B, Vėbraitė I, Jasiukevičiūtė T. Rekomendacijos, kaip valdyti psichologinį smurtą darbo vietose. *Visuomenės sveikata*. 2011;1(52):128-134.

Prevalence of bullying / harassment at workplaces of Vilnius and Klaipeda according to economic activities and occupations

Birutė Pajarskienė¹, Ieva Vėbraitė¹, Jurgita Andruškienė², Arnoldas Jurgutis²

¹Occupational Health Centre of Institute of Hygiene, ²Faculty of Health Sciences of Klaipeda University

Summary

Aim of study – to estimate the prevalence of bullying/harassment at workplaces of Vilnius and Klaipeda according to economic activities and occupations.

Study methods. Bullying / harassment data of research which was carried out in 2008–2010 of randomly selected 314 residents in Vilnius and 277 residents in Klaipeda were analysed by economic activities and occupations. The anonymous questionnaire prepared according to recommendable by international organizations workplace violence questionnaire was used to select data. The prevalence of bullying/harassment by economic activities and occupations was calculated according to classifiers of economic activities (EVRK 1.1) and Lithuanian occupations. Direct standardization by age, education, economic activities and occupational groups was conducted.

Results and conclusions. We found out that 25,4 percent of Vilnius and Klaipeda residents which participated in research experience bullying/harassment at work during 12 months period. When compared crude bullying / harassment at work rates of Vilnius and Klaipeda by sex and standardized rates by age, education, economic activity and occupation no statistically significant differences of bullying / harassment prevalence at work were found. It

was assessed that workers of health and social work sector experience bullying/harassment at work statistically significantly more often compared to workers of education, trade, repair of motor vehicles, personal and household goods, other community, social and personal service activities and activities of households sectors. Skilled and elementary workers and clerks suffer from bullying / harassment at work significantly more often than legislators, senior officials and managers. Clerks experience bullying / harassment significantly more often compared to service workers and shop and market sales workers.

Keywords: bullying/harassment at work, Vilnius, Klaipeda, economic activity, occupation.

Correspondence to Birutė Pajarskienė,
Institute of Hygiene,
Occupational Health Centre,
Etmonų 3/6, LT-01129 Vilnius, Lithuania.
E-mail: birute@dmc.lt

Received 22 March 2012, accepted 24 May 2012

VILNIAUS LIGONINIŲ ADMINISTRACIJOS DARBUOTOJŲ IR GYDYTOJŲ SERGAMUMAS, DĖL KURIO LAIKINAI NETENKAMA DARBINGUMO

Algimantas Urbelis, Birutė Šimkūnienė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas

Santrauka

Tyrimo tikslas – įvertinti Vilniaus ligoninių administracijos darbuotojų sergamumą, dėl kurio laikinai netenkama darbiningumo, ir jį palyginti su ligoninių gydytojų sergamumu.

Medžiaga ir metodai. Tyrime panaudoti 1142 ligoninių darbuotojų (817 gydytojų, 325 administracijos darbuotojų), išdirbusių visus kalendorinius metus, 2001–2003 m. sergamumo duomenys. Standartizavimas pagal amžių buvo atliekamas tiesioginio standartizavimo būdu.

Rezultatai. Vilniaus m. ligoninių administracijos darbuotojų bendro sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbiningumo, rodikliai 100 darbuotojų yra lygūs 25,76 atvejo ir 347,66 nedarbo dienų ir yra didesni už analogiškus gydytojų rodiklius tiek pagal ligos atvejų (14,65), tiek pagal nedarbo dienų (190,8) skaičių, tačiau mažesni už vidutinius visos Lietuvos dirbančiųjų rodiklius (atitinkamai 40,17 nedarbingumo atvejų ir 407,93 nedarbo dienos). Administracijos darbuotojų moterų ir administracijos darbuotojų vyrų bendras nedarbingumo atvejų skaičius ir trukmė 100 dirbančiųjų buvo panašūs, tačiau dalyje ligų grupių nedarbingumo trukmė skyrėsi.

Išvados. Vilniaus m. ligoninių administracijos darbuotojai sirgo dažniau ir ilgiau už gydytojus, tačiau rečiau ir trumpiau nei visos Lietuvos dirbantieji. Administracijos darbuotojų (moterų ir vyrų) bendras nedarbingumo atvejų skaičius ir trukmė 100 dirbančiųjų buvo panašūs.

Reikšminiai žodžiai: ligoninės, administracijos darbuotojai, gydytojai, sergamumas, dėl kurio laikinai netenkama darbiningumo.

ĮVADAS

Lietuvoje, kitaip nei dalyje Europos šalių, nedarbingumo pažymėjimai išduodami tik ligų, nelaimingų atsitikimų, nėštumo ir gimdymo atostogų, ligonių slaugymo, epideminių situacijų atvejais, gydytojui būtina apžiūrėjus ligonį [1]. Todėl sergamumo tyrimai, kai darbiningumo laikinai netenkama dėl ligų ar nelaimingų atsitikimų darbe, yra vienas objektyvių metodų, padedančių išryškinti kenksmingų darbo sąlygų poveikį dirbančiųjų sveikatai, įvertinti darbo laiko ir ekonominius nuostolius [2–3].

Administracijos darbuotojų, kaip protinio darbo asmenų (*white-collar workers*), veikla yra susijusi su būtinumu spręsti įvairaus sudėtingumo uždavinius, analizuoti gaunamą informaciją, duoti galutinį

įvertinimą, sekti nurodymų vykdymą [4–6]. Visa tai lydima nervinės įtampos, neretai nejudrios darbo padėties, ilgo sėdėjimo prie kompiuterio, hipodinamijos [4, 7–9]. Protinio darbo asmenų sergamumas ir sveikatos būklė dažniausiai lyginami su atitinkamais fizinio darbo asmenų arba visos šalies rodikliais [5, 8, 9].

Medicinos darbuotojai, vykdydami savo funkcijas, darbo vietoje susiduria su įvairiais kenksmingais veiksniais. Daugelis autorių išskiria biologinio veiksnio prioritetą, ypač chirurgams, akušeriams ginekologams, chirurginio profilio slaugytojoms, odontologams, asmenims, atliekantiems laboratorinius tyrimus [10–13]. Pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai patiria didelį stresą [10–12, 14–16 ir kt.], turi didelę riziką sirgti skeleto ir raumenų sistemos ligomis [10–12, 16].

Kaip visi šie kenksmingi veiksniai veikia medicinos darbuotojų sergamumą, laikinai netekus darbiningumo, bendros nuomonės nėra. Buvusios TSRS mokslininkų nuomone, medicinos darbuotojų darbo sąlygos yra kenksmingos, todėl jų sergamumas, laikinai netekus darbiningumo, viršija vidutinius šalies rodiklius [11, 17, 18]. Vakarų šalyse padėtis

Adresas susirašinėti: Algimantas Urbelis,
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Visuomenės sveikatos institutas,
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius.
El. p. algimantas.urbelis@mf.vu.lt

dramatizuojama mažiau, medicinos darbuotojų sergamumas, laikinai netekus darbingumo, vertinamas kaip palyginti žemas [19–24], ne visi autoriai pripažįsta, kad darbo sąlygos lemia sergamumą, laikinai netekus darbingumo, reiškiamą mintis, kad didžioji šio sergamumo dalis yra įprastinės, su darbu nesusijusios ligos [23].

Darbų, kuriuose būtų įvertinami ligoninių administracijos darbuotojų sergamumo duomenys ir lyginami su kitų ligoninių darbuotojų grupių, tarp jų ir gydytojų, rodikliais yra palyginti nedaug [25–28].

Tyrimo tikslas – įvertinti Vilniaus ligoninių administracijos darbuotojų sergamumą, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, ir jį palyginti su ligoninių gydytojų sergamumu.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Darbe analizuojamas Vilniaus Santariškių klinikų, VŠĮ Vilniaus universitetinės Antakalnio ligoninės, VŠĮ Vilniaus m. universitetinės ligoninės darbuotojų 2002–2003 m. sergamumas, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo.

Ligoninių medicinos darbuotojų sergamumo duomenys buvo išrašomi iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų išduodamų nedarbingumo lapelių, neįskaitant nedarbingumo atvejų dėl nėštumo ir gimdymo atostogų, nelaimingų atsitikimų buityje ir slaugos.

Tyrimo panaudoti 1142 ligoninių darbuotojų: 325 administracijos darbuotojų (130 vyrų ir 845 moterų) ir 817 gydytojų (286 vyrai, 531 moteris), išdirbusių visus kalendorinius metus, 2001–2003 m. sergamumo duomenys. Tai apima 46,71 proc. gydytojų, dirbusių 2003 m. pabaigoje, visų žinybų Vilniaus stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, arba 48,31 proc. gydytojų, dirbusių Sveikatos apsaugos ministerijos stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Administracijos darbuotojų apimties procento negalėjome įvertinti, tačiau jis turėtų būti panašus.

Standartizavimas pagal amžių buvo atliekamas tiesioginio standartizavimo būdu, panaudojant *Winpepi* programinį paketą. Standartu buvo laikomi

2003 m. Lietuvos dirbančiųjų pasiskirstymo pagal amžių ir lytį duomenys [29]. Tiriamosios ir kontrolinės grupės asmenys buvo suskirstyti į penkias amžiaus grupes (iki 29 metų, 30–39 metų, 40–49 metų, 50–59 metų, 60 ir daugiau metų).

Ligų kodavimas atliktas pagal X Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją. Statistinei duomenų analizei panaudotas *Excell 2000 ir Winpepi* programiniai paketai. Rodiklių skirtumo patikimumas laikytas reikšmingu, kai $p \leq 0,05$.

REZULTATAI

Ligoninių darbuotojų (gydytojų ir administracijos) bendro sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, rodikliai pateikti 1 lentelėje.

Kaip atskleidžia 1 lentelėje pateikti duomenys, gydytojai (14,65 nedarbingumo atvejų ir 190,80 kalendorinių dienų) rečiau ir trumpiau sirgo nei administracijos darbuotojai (atitinkamai 25,76 nedarbingumo atvejų ir 347,66 kalendorinių dienų). Tačiau administracijos darbuotojų tiek nedarbingumo atvejų, tiek dėl ligų ir traumų praleistų kalendorinių dienų skaičius buvo mažesni nei visos Lietuvos dirbančiųjų (atitinkamai 40,17 nedarbingumo atvejų ir 407,93 kalendorinių dienų).

Statistinis reikšmingumas visais atvejais buvo aukštas ($p < 0,0001$).

2–3 lentelėse pateiktas administracijos darbuotojų vyrų ir moterų sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, atvejų ir nedarbo dienų pasiskirstymas pagal ligų grupes.

2 lentelės duomenys rodo, kad pagal nedarbingumo atvejų skaičių administracijos darbuotojų vyrų ir moterų grupės statistiškai reikšmingai nesiskyrė (atitinkamai 25,76 ir 25,6 nedarbingumo atvejų). Tai stebima visose ligų grupėse.

Kaip matyti iš 3 lentelėje pateiktų duomenų, administracijos darbuotojų moterų nedarbo dienų skaičius dėl ligų ir traumų 100 dirbančiųjų prilygo 355,50, ir statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo vyrų (344,0 nedarbo dienų). Tačiau atskirose ligų grupėse nedarbo dienų trukmės skirtumai tarp lyčių buvo statistiškai

1 lentelė. Vilniaus miesto ligoninių gydytojų ir administracijos bendro sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, rodikliai

Rodikliai (100 darbuotojų)	Ligoninių darbuotojai		
	Visi Lietuvos dirbantieji	Gydytojai	Administracija
		M (95 proc. PI)	M (95 proc. PI)
Nedarbingumo atvejų skaičius (dėl ligų ir traumų)	40,17 (40,07 ÷ 40,27)	14,65 (12,83 ÷ 16,46)	25,76 (20,14 ÷ 31,38)
Kalendorinių dienų skaičius (dėl ligų ir traumų)	407,93 (407,28 ÷ 408,58)	190,80 (183,80 ÷ 197,80)	347,66 (327,81 ÷ 367,51)

2 lentelė. Standartizuoto pagal amžių Vilniaus miesto ligoninių administracijos darbuotojų sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, atskirų ligų atvejų pasiskirstymas pagal lytį

Ligų grupė	Atvejų skaičius 100 dirbančiųjų		
	Vyrai	Moterys	p
	M (95 proc. PI)	M (95 proc. PI)	
Infekcinės ir parazitinės ligos	1,98 (0 ÷ 4,71)	0,71 (0,25 ÷ 1,20)	0,214
Piktybiniai augliai	0	0,78 (0,28 ÷ 1,29)	0,735
Gerybiniai augliai	0	1,61(0,63 ÷ 2,59)	0,270
Psichikos ir elgesio sutrikimai	0,58 (0 ÷ 1,73)	0,58 (0,08 ÷ 0,96)	1,0
Periferinės nervų sistemos ligos	1,98 (0 ÷ 4,71)	0,77 (0,18 ÷ 1,35)	0,214
Akies ir jos priedinių organų ligos	0,20 (0 ÷ 0,58)	0,75 (0,10 ÷ 1,41)	0,87
Ausų ir speninės ataugos ligos	0	0,64 (0 ÷ 1,43)	0,761
Kraujotakos sistemos ligos	0	1,94 (1,13 ÷ 2,76)	0,203
Kvėpavimo sistemos ligos	12,16 (4,49 ÷ 19,83)	12,1 (8,5 ÷ 15,66)	0,974
Virškinimo sistemos ligos	4,54 (0,50 ÷ 8,57)	1,48 (0,42 ÷ 2,33)	0,053
Odos ir poodžio ligos	0,99 (0 ÷ 2,92)	0,26 (0 ÷ 0,56)	0,698
Jungiamojo audinio bei skeleto ir raumenų sistemos ligos	3,33(0,14 ÷ 6,54)	2,20 (1,14 ÷ 3,27)	0,737
Urologinės ligos	0	0,89 (0,06 ÷ 1,73)	0,735
Traumos, apsinuodijimai ir kiti išorinių priežasčių padariniai	0	0,61 (0,17 ÷ 1,05)	0,978
Iš viso dėl ligų ir traumų	25,76 (15,48 ÷ 36,03)	25,6 (21,43 ÷ 30,08)	1,0

3 lentelė. Standartizuoto pagal amžių Vilniaus miesto ligoninių administracijos darbuotojų sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, atskirų ligų trukmės dienomis pasiskirstymas pagal lytį

Ligų grupė	Laikino nedarbingumo dienų skaičius 100 dirbančiųjų		
	Vyrai	Moterys	p
	M (95 proc. PI)	M (95 proc. PI)	
Infekcinės ir parazitinės ligos	31,62 (20,66 ÷ 42,58)	20,44 (17,80 ÷ 23,08)	0,021
Piktybiniai augliai	0	21,83 (19,12 ÷ 25,53)	< 0,0001
Gerybiniai augliai	0	39,64 (34,85 ÷ 44,42)	< 0,0001
Psichikos ir elgesio sutrikimai	5,83 (2,22 ÷ 9,44)	14,03 (11,31 ÷ 16,74)	0,018
Periferinės nervų sistemos ligos	18,77 (10,33 ÷ 27,22)	16,35 (13,47 ÷ 19,22)	0,644
Akies ir jos priedinių organų ligos	1,78 (0,62 ÷ 2,94)	9,14 (7,29 ÷ 10,98)	0,002
Ausų ir speninės ataugos ligos	0	6,51 (4,51 ÷ 8,52)	0,001
Kraujotakos sistemos ligos	0	34,37 (31,06 ÷ 37,69)	< 0,0001
Kvėpavimo sistemos ligos	102,2 (79,97 ÷ 124,76)	94,65 (86,13 ÷ 103,17)	0,433
Virškinimo sistemos ligos	84,78 (66,85 ÷ 102,10)	15,32 (12,29 ÷ 18,35)	< 0,0001
Odos ir poodžio ligos	9,70 (3,76 ÷ 16,01)	4,21 (3,02 ÷ 5,40)	0,021
Jungiamojo audinio bei skeleto ir raumenų sistemos ligos	85,31 (68,21 ÷ 102,40)	46,22 (41,34 ÷ 51,09)	< 0,0001
Urologinės ligos	0	11,62 (8,44 ÷ 14,81)	< 0,0001
Traumos, apsinuodijimai ir kiti išorinių priežasčių padariniai	0	9,51 (7,80 ÷ 11,21)	< 0,0001
Iš viso dėl ligų ir traumų	340,0 (303,32 ÷ 376,74)	355,50 (341,29 ÷ 369,66)	0,396

reikšmingi. Vyrai ilgiau sirgo infekcinėmis ir parazitinėmis, odos ir poodžio, virškinimo, jungiamojo audinio bei skeleto ir raumenų sistemos ligomis, moterys – piktybiniais ir gerybiniais augliais, psichikos ir elgesio sutrikimais, akies ir jos priedinių organų, ausų ir speninės ataugos, kvėpavimo sistemos, urologinėmis ligomis, traumomis, apsinuodijimais ir kitais išorinių priežasčių padariniais.

Tolesniame darbo etape buvo palyginti administracijos darbuotojų ir gydytojų laikino nedarbingumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, rodikliai (4–7 lentelės).

Iš 4 lentelės matyti, kad moterų (administracijos darbuotojų ir gydytojų) sergamumo pagal nedarbingumo atvejų skaičių 100 dirbančiųjų rodikliai yra panašūs (atitinkamai 25,6 ir 21,31 atvejo). Statistiškai reikšmingi skirtumai stebimi tik akies ir jos priedinių organų bei kraujotakos sistemos ligų grupėse – dažniau sirgo administracijos darbuotojos.

5 lentelė atskleidžia, kad administracijos darbuotojos sirgo 1,4 karto ilgiau nei gydytojos (laikino nedarbingumo dienų skaičius 100 dirbančiųjų atitinkamai yra 355,50 ir 252,33 dienos). Ilgiau trunkantis administracijos darbuotojų sergamumas stebimas

4 lentelė. Standartizuoto pagal amžių Vilniaus miesto ligoninių gydytojų ir administracijos darbuotojų (moterų) sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, susirgimų atvejų pasiskirstymas pagal ligų grupes

Ligų grupė	Atvejų skaičius 100 dirbančiųjų		
	Gydytojos	Administracijos darbuotojos	p
	M (95 proc. PI)	M (95 proc. PI)	
Infekcinės ir parazitinės ligos	0,92 (0,47 ÷ 1,38)	0,71 (0,22 ÷ 1,02)	0,579
Piktybiniai augliai	0,55 (0,24 ÷ 0,86)	0,78 (0,28 ÷ 1,29)	0,798
Gerybiniai augliai	1,17 (0,50 ÷ 1,85)	1,61 (0,63 ÷ 2,59)	0,355
Psichikos ir elgesio sutrikimai	0,78 (0,37 ÷ 1,18)	0,58 (0,08 ÷ 0,96)	0,245
Periferinės nervų sistemos ligos	0,96 (0,48 ÷ 1,44)	0,77 (0,18 ÷ 1,35)	0,579
Akies ir jos priedinių organų ligos	0,07 (0,01 ÷ 0,13)	0,75 (0,10 ÷ 1,41)	0,009
Ausų ir speninės ataugos ligos	0,25 (0,004 ÷ 0,49)	0,64 (0 ÷ 1,43)	0,217
Kraujotakos sistemos ligos	0,78 (0,37 ÷ 1,19)	1,94 (1,13 ÷ 2,76)	0,017
Kvėpavimo sistemos ligos	12,16 (9,98 ÷ 14,54)	12,1 (8,95 ÷ 15,66)	0,959
Virškinimo sistemos ligos	1,29 (0,73 ÷ 1,85)	1,48 (0,42 ÷ 2,33)	0,700
Odos ir poodžio ligos	0,21 (0 ÷ 0,43)	0,26 (0 ÷ 0,56)	0,795
Jungiamojo audinio bei skeleto ir raumenų sistemos ligos	1,24 (0,69 ÷ 1,78)	2,20 (1,14 ÷ 3,27)	0,073
Urologinės ligos	0,37 (0,07 ÷ 0,66)	0,89 (0,06 ÷ 1,73)	0,168
Ginekologinės ligos	0,26 (0,005 ÷ 0,505)	0,28 (0,05 ÷ 0,72)	0,954
Traumos, apsinuodijimai ir kiti išorinių priežasčių padariniai	0,32 (0,05 ÷ 0,58)	0,61 (0,17 ÷ 1,05)	0,332
Iš viso dėl ligų ir traumų	21,31 (18,58 ÷ 24,04)	25,60 (21,43 ÷ 30,08)	0,119

5 lentelė. Standartizuoto pagal amžių Vilniaus miesto ligoninių gydytojų ir administracijos darbuotojų (moterų) sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, susirgimų trukmės pasiskirstymas pagal ligų grupes

Ligų grupė	Laikino nedarbingumo dienų skaičius 100 dirbančiųjų		
	Gydytojos	Administracijos darbuotojos	p
	M (95 proc. PI)	M (95 proc. PI)	
Infekcinės ir parazitinės ligos	13,69 (11,95 ÷ 15,42)	20,44 (17,80 ÷ 23,08)	< 0,0001
Piktybiniai augliai	15,91 (14,30 ÷ 17,53)	21,83 (19,12 ÷ 25,53)	< 0,0001
Gerybiniai augliai	20,06 (17,92 ÷ 22,20)	39,64 (34,85 ÷ 44,42)	< 0,0001
Psichikos ir elgesio sutrikimai	21,19 (19,19 ÷ 23,28)	14,03 (11,31 ÷ 16,74)	< 0,0001
Periferinės nervų sistemos ligos	17,53 (15,47 ÷ 19,59)	16,35 (13,47 ÷ 19,22)	0,504
Akies ir jos priedinių organų ligos	0,99 (0,76 ÷ 1,22)	9,14 (7,29 ÷ 10,98)	< 0,0001
Ausų ir speninės ataugos ligos	3,01 (2,13 ÷ 3,88)	6,51 (4,51 ÷ 8,52)	< 0,0001
Kraujotakos sistemos ligos	29,63 (27,02 ÷ 32,23)	34,37 (31,06 ÷ 37,69)	0,05
Kvėpavimo sistemos ligos	75,25 (69,94 ÷ 80,56)	94,65 (86,13 ÷ 103,17)	< 0,0001
Virškinimo sistemos ligos	17,91 (15,65 ÷ 19,69)	15,32 (12,29 ÷ 18,35)	0,133
Odos ir poodžio ligos	3,17 (2,30 ÷ 4,03)	4,21 (3,02 ÷ 5,40)	0,166
Jungiamojo audinio bei skeleto ir raumenų sistemos ligos	17,34 (15,32 ÷ 19,36)	46,22 (41,34 ÷ 51,09)	< 0,0001
Urologinės ligos	5,45 (4,29 ÷ 6,61)	11,62 (8,44 ÷ 14,81)	< 0,0001
Ginekologinės ligos	4,21 (3,19 ÷ 5,23)	11,64 (8,45 ÷ 14,83)	< 0,0001
Traumos, apsinuodijimai ir kiti išorinių priežasčių padariniai	6,88 (5,62 ÷ 8,15)	9,51 (7,80 ÷ 11,21)	0,033
Iš viso dėl ligų ir traumų	252,33 (244,10 ÷ 260,56)	355,50 (341,29 ÷ 369,66)	< 0,0001

beveik visose ligų grupėse. Statistiškai reikšmingo skirtumo nėra tik periferinės nervų sistemos, odos ir poodžio bei virškinimo sistemos ligų grupėse, o psichikos ir elgesio sutrikimais, atvirkščiai, gydytojos sirgo ilgiau nei administracijos darbuotojos.

Iš 6 lentelės matyti, kad 100 administracijos darbuotojų vyrų per metus dėl ligų ir traumų vidutiniškai buvo nedarbingi 25,76 karto. Gydytojai vyrai sirgo

net 3,16 karto rečiau – 8,14 atvejų 100 dirbančiųjų. Net 67,54 proc. šio skirtumo sudarė sergamumas kvėpavimo ir virškinimo sistemų ligų grupėse. Beje, statistiškai reikšmingas skirtumas užfiksuotas tik šiose dviejose ir periferinės nervų sistemų ligų grupėse.

Administracijos darbuotojų vyrų vidutinė nedarbingumo trukmė buvo 340,0 dienų 100 darbuotojų. Tarp gydytojų vyrų šis dydis buvo 2,6 karto

6 lentelė. Standartizuoto pagal amžių Vilniaus miesto ligoninių vyrų (gydytojų ir administracijos darbuotojų) sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, susirgimų atvejų pasiskirstymas pagal ligų grupes

Ligų grupė	Atvejų skaičius 100 dirbančiųjų		
	Gydytojai	Administracijos darbuotojai	P
	M (95 proc. PI)	M (95 proc. PI)	
Infekcinės ir parazitinės ligos	0,32 (0 ÷ 0,68)	1,98 (0 ÷ 4,71)	0,037
Piktybiniai augliai	0,27 (0 ÷ 0,59)	0	0,655
Psichikos ir elgesio sutrikimai	0	0,58 (0 ÷ 1,73)	0,132
Periferinės nervų sistemos ligos	0,26 (0 ÷ 0,58)	1,98 (0 ÷ 4,71)	0,020
Akies ir jos priedinių organų ligos	0,24 (0 ÷ 0,52)	0,20 (0 ÷ 0,58)	0,196
Kraujotakos sistemos ligos	0,92 (0,49 ÷ 1,36)	0	0,162
Kvėpavimo sistemos ligos:	3,88 (2,19 ÷ 5,58)	12,16 (4,49 ÷ 19,83)	< 0,0001
Virškinimo sistemos ligos	0,92 (0,33 ÷ 1,51)	4,54 (0,50 ÷ 8,57)	0,007
Odos ir poodžio ligos	0,10 (0 ÷ 0,29)	0,99 (0 ÷ 2,92)	0,263
Jungiamojo audinio bei skeleto ir raumenų sistemos ligos	1,14 (0 ÷ 2,48)	3,33 (0,14 ÷ 6,54)	0,13
Traumos, apsinuodijimai ir kiti išorinių priežasčių padariniai	0,05 (0 ÷ 0,13)	0	0,868
Iš viso dėl ligų ir traumų	8,14 (5,74 ÷ 10,53)	25,76 (15,48 ÷ 36,03)	< 0,0001

Pastaba: lentelėje praleistos grupės ligų, kuriomis nesirgo nei gydytojai, nei administracijos darbuotojai.

7 lentelė. Standartizuoto pagal amžių Vilniaus miesto ligoninių vyrų (gydytojų ir administracijos darbuotojų) sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, susirgimų trukmės pasiskirstymas pagal ligų grupes

Ligų grupė	Laikino nedarbingumo dienų skaičius 100 dirbančiųjų		
	Gydytojai	Administracijos darbuotojai	P
	M (95 proc. PI)	M (95 proc. PI)	
Infekcinės ir parazitinės ligos	1,78 (0,90 ÷ 2,65)	31,62 (20,66 ÷ 42,58)	< 0,0001
Piktybiniai augliai	12,54 (10,12 ÷ 14,96)	0	< 0,0001
Psichikos ir elgesio sutrikimai	0	5,83 (2,22 ÷ 9,44)	< 0,0001
Periferinės nervų sistemos ligos	2,09 (1,28 ÷ 2,90)	18,77 (10,33 ÷ 27,22)	< 0,0001
Akies ir jos priedinių organų ligos	3,20 (2,18 ÷ 4,23)	1,78 (0,62 ÷ 2,94)	0,336
Kraujotakos sistemos ligos	16,70 (14,80 ÷ 18,61)	0	< 0,0001
Kvėpavimo sistemos ligos	34,26 (29,33 ÷ 39,18)	102,4 (79,97 ÷ 124,80)	< 0,0001
Virškinimo sistemos ligos	16,50 (13,97 ÷ 19,03)	84,78 (66,85 ÷ 102,10)	< 0,0001
Odos ir poodžio ligos	1,46 (0,72 ÷ 2,19)	9,70 (3,76 ÷ 16,01)	< 0,0001
Jungiamojo audinio bei skeleto ir raumenų sistemos ligos	40,47 (31,40 ÷ 49,54)	85,31 (68,21 ÷ 102,4)	< 0,0001
Traumos, apsinuodijimai ir kiti išorinių priežasčių padariniai	1,54 (1,02 ÷ 2,06)	0	0,160
Iš viso dėl ligų ir traumų	130,80 (119,53 ÷ 141,99)	340,00 (303,32 ÷ 376,74)	< 0,0001

Pastaba: lentelėje praleistos grupės ligų, kuriomis nesirgo nei gydytojai, nei administracijos darbuotojai.

mažesnis – 130,8 dienos (7 lentelė). Ilgesnė sergamumo trukmė užfiksuota beveik visose ligų grupėse, išskyrus akies ir jos priedinių organų bei traumų, apsinuodijimų ir kitų išorinių priežasčių padarinių ligas.

REZULTATŲ APTARIMAS

Ankstesniame darbe [30] buvo parodyta, kad Vilniaus m. ligoninių darbuotojų bendras sergamumas, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, yra žemesnis už vidutinius šalies rodiklius tiek pagal ligos atvejų skaičių, tiek pagal nedarbo trukmės laiką. Šio tyrimo duomenys minėtą teiginį išplėtoja – ir administracijos darbuotojų, ir gydytojų laikino nedarbingumo duomenys rodo, kad abiejų grupių sergamumo,

laikinai netekus darbingumo, rodikliai žemesni nei visos Lietuvos dirbančiųjų. Be to, matyti, kad gydytojai sirgo rečiau ir trumpiau nei administracijos darbuotojai.

Visi šie ligoninių darbuotojų sergamumo, laikinai netekus darbingumo, rodikliai yra kur kas mažesni (2,4–2,8 karto) nei Rusijoje [18], kur nedarbingumo lapeliai išduodami kaip ir Lietuvoje, tik gydytojui būtina apžiūrėjus ligonį. Vertinant pagal Rusijoje galiojančius vertinimus [31], mūsų ligoninių laikino nedarbingumo rodikliai turėtų būti prilyginti labai žemiems.

Darbų, kuriuose būtų pristatomi administracijos darbuotojų ir gydytojų sergamumo duomenys, mes

radome palyginti nedaug [25–28]. Iš jų matyti, kad gydytojai sirgo rečiau ir trumpiau nei administracijos darbuotojai, kas sutampa su šio darbo duomenimis. Tik Mančesterio universiteto atlikto tyrimo duomenimis [25], nors administracijos darbuotojų laikino nedarbingumo rodikliai ir yra didesni nei gydytojų, bet šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas.

Didelį poveikį medicinos darbuotojų laikino nedarbingumo ir sergamumo rodikliams turi tai, kad medicinos darbuotojai patys gydos, nugalėdami silpnumą vyksta į darbą ir taip stengiasi įveikti ligą. Tai pažymi daugelis autorių, nurodydami, kad toks laikino nedarbingumo sumažėjimas šiandien nulems ilgalaikius nedarbingumo atvejus ateityje [20–21, 32–33].

Šiame tyrime administracijos darbuotojų vyrų bendro sergamumo rodikliai pagal atvejų ir nedarbo dienų skaičių nesiskiria nuo moterų. Šis dėsningumas taip pat stebimas analizuojant sergamumą pagal atvejų skaičių visose ligų grupėse. Tačiau atskirose ligų grupėse nedarbo dienų trukmės skirtumai tarp lyčių buvo statistiškai reikšmingi.

Tai, kad vyrų sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, rodikliai yra žemesni negu moterų, žinoma jau senai [2–3, 10, 34, 35]. Tačiau mūsų gauti rezultatai nėra išskirtiniai, nes ne vienas autorius gavo ir nesiskiriančius vienas nuo kito sergamumo rezultatus, kai vyrų ir moterų atliekamas darbas buvo vienodas [22, 35]. Vertinant Suomijos gydytojų vyrų ir gydytojų moterų sergamumą, atlikus standartizavimą pagal amžių, negauta statistiškai reikšmingų skirtumų nei pagal nedarbingumo atvejų dažnį, nei pagal nedarbingumo trukmę [22].

Aukštesni moterų, palyginti su vyrais, sergamumo, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo, rodikliai paaiškinami moterų organizmo fiziologiniais ypatumais, papildomais įvairiais namų ruošos darbais, kurių nedaro vyrai, vyrų ir moterų atliekamo darbo skirtumais ir kt. [2–3, 35]. Šiuos aiškinimus papildo „skirtingo pažeidžiamumo“ hipotezė, priskirianti moterims didesnę jautrumą įvairiose stresinėse situacijose [35].

IŠVADOS

1. Vilniaus m. ligoninių administracijos darbuotojai sirgo dažniau ir ilgiau už ligoninių gydytojus, tačiau rečiau ir trumpiau nei visos Lietuvos dirbantieji, lyginant bendrą darbuotojų sergamumą, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo.
2. Administracijos darbuotojų (moterų ir vyrų) bendras nedarbingumo atvejų skaičius ir trukmė 100 dirbančiųjų buvo panašūs, tačiau dalyje ligų grupių nedarbingumo trukmė skyrėsi.
3. Moterų (administracijos darbuotojų ir gydytojų) sergamumo pagal nedarbingumo atvejų skaičių 100 dirbančiųjų rodikliai yra panašūs, tačiau administracijos darbuotojos sirgo 1,4 karto ilgiau nei gydytojos, kas buvo stebima beveik visose ligų grupėse.
4. Administracijos darbuotojai vyrai sirgo dažniau ir ilgiau nei gydytojai vyrai, vertinant bendro ir sergamumo kvėpavimo bei virškinimo sistemų ligomis rodiklius 100 darbuotojų.

Straipsnis gautas 2012-02-10, priimtas 2012-03-30

Literatūra

- Nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo taisyklės, šių pažymėjimų blankų, taip pat Sunkių ligų, kuriomis sergantiems vaikams iki 18 metų stacionare ar medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigoje slaugyti išduodamas pažymėjimas ne ilgiau kaip 120 kalendorinių dienų per kalendorinius metus, sąrašas bei Ligų ir būklių, dėl kurių suteikiamos papildomos 14 kalendorinių dienų nėštumo ir gimdymo atostogos, sąrašas. Valstybės žinios. 2005;83-3078; 2006;93-3668; 2008;50-1872; 2008;139-5518; 2010;22-1031; 2010;89-4740.
- Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scand J Soc Med.* 1998;26(2):133-44.
- Searle SJ. Sickness absence. Waldron A., Edling C. *Occupational health practice*, Butterworth Heinemann. 1998;112-25.
- Гигиена труда. Под ред. Измерова НФ, Кириллова ВФ. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008:592.
- Westerlund H, Nyberg A, Bernin P, Hyde M, Oxenstierna G, Jäppinen P, Väänänen A. Managerial leadership is associated with employee stress, health and sickness absence independently of the demand-control-support model. *Work.* 2010;37(1):71-9.
- Sandmark H. Job mismatching unequal opportunities and long-term sickness absence in female white-collar workers in Sweden. *Scand J Public Health.* 2009;37(1):43-9.
- Bernaards CM, Proper KI, Hildebrandt VH. Physical activity, cardiorespiratory fitness and body mass index in relationship to work productivity and sickness absence in computer workers with pre-existing neck and upper limbs symptoms. *J Occup Environ Med.* 2007;49(6):633-40.
- Hanebuth D, Meinel M, Fisher JE. Health-related quality of life, psychosocial work conditions and absenteeism in an industrial sample of blue- and white-collar employees: a comparison of potential predictors. *J Occup Environ Med.* 2006;48(1):28-37.
- Väänänen A, Kalimo R, Toppinen-Tanner S, Mutanen P, Peiro JM, Kivimäki M, Vahtera J. Role clarity, fairness and organizational climate as predictors of sickness absence: a prospective study in the private sector. *Scand J Public Health.* 2004;32(6):426-34.
- Brune DK, Edling C. *Occupational hazards in the health professions*, CRC Press, 1989:376.
- Потапенко АА. Проблема профессионального риска и охраны репродуктивного здоровья медицинских работников. Автореферат диссертации на соискание степени доктора медицинских наук. М., 2008.
- Januškevičius V. Medicinos darbuotojų profesinė sveikata. *Urbelis A ir bendraut. Profesinė sveikata. Vaistų žinios.* 2008;274-8.
- Gailienė G, Cenenkienė R. Medicinos darbuotojų profesiniai biologiniai rizikos veiksniai. *Medicina (Kaunas).* 2009;45(7):530-6.
- Raškevičienė R, Buteikienė L, Vasilavičius P. Nuovargis ir nervinė įtampa greitosios medicinos pagalbos darbuotojų darbe ir jų ryšys su sveikatos sutrikimais. *Visuomenės sveikata.* 2005;2(29):58-64.
- Glumbakaitė E, Kalibatas J. Profesinių stresorių analizė bendrosios praktikos (šeimos) gydytojų darbe ir stresinės savijautos vertinimas. *Visuomenės sveikata.* 2005;1(28):40-4.
- Raškevičienė R, Marozienė S. Darbo sąlygų įvertinimas ir jų poveikis sveikatai Kauno miesto gydymo įstaigų klinikinėse ir biocheminėse laboratorijose. *Medicina (Kaunas).* 2005;41(6):512-20.
- Кручинский НГ, Тепляков АИ, Галиновский СП, Бездникова СВ. Изучение состояния здоровья медицинских работников Могилевской области. Достижения медицинской науки Беларуси. 2002. http://www.med.by/book.php?book=02-12_2.
- Вялкова ГМ. Социально – гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и потребность в оздоровительном лечении. Автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук. М., 2002.
- Chambers R. Health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Occup Med. (Lond).* 1992;42(2):69-78.
- Waldron HA. Sickness in the medical profession. *Ann Occup Hyg.* 1996;40(4):391-6.
- McKevitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Pub Health Med.* 1997;19(3):295-300.
- Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Äärimaa M, Juntunen J, Kalimo R, Luhtala R, Mäkelä P, Myllymäki K, Seuri M, Husman K. Self – reported health, illness and self – care among Finnish physicians. *Arch Fam Med.* 2000;9(10):1079-85.
- Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, Ferrie JE, Firth – Cosens J. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup. Environ. Med.* 2001;58(6):361-6.
- Kivimäki M. Author's reply. *Occup Environ Med.* 2002;59(3):201.
- Pines A, Skulkeo K, Pollak E, Peritz E, Steif J. Rates of sickness absenteeism among employees of a modern hospital: the role of demographic and occupational factors. *Brit J Ind Med.* 1985;42:326-35.
- Rees DW, Cooper CL. Occupational stress in health service employees. *Health Serv Manage Res.* 1990;3(3):163-72.
- Al-Shammari SA, Bambgoye EA, Olubuyide IO. Sickness absenteeism among employees of a teaching hospital in Saudi Arabia. *J R Soc Health.* 1994;114(1):6-10.
- Lim A, Chongsuvivatwong V, Gleater A, Chayaphum N, Thammasuwan U. Influence of work type on sickness absence among personell in a teaching hospital. *J Occup Health.* 2002;44:254-63.
- Lietuvos statistikos metraštis. 2008. Vilnius, 2008:600.
- Urbelis A, Šimkūnienė B. Vilniaus ligoninių darbuotojų sergamumas, dėl kurio laikinai netenkama darbingumo. *Bendrieji rodikliai. Visuomenės sveikata.* 2010;2(49):60-5.
- Ноткин ЕЛ. Об углубленном анализе данных заболеваемости с временной нетрудоспособностью. *Гигиена и санитария.* 1979;5:40-6.
- Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Occup. Environ. Med.* 2009;51(6):629-38.
- Hansen CD, Andersen JH. Sick at work – a risk factor for long term sickness absence at a later date? *J. Epidemiol. Community Health.* 2009;63(5):397-402.
- Oxford handbook of occupational health. Ed. by J Smedley, F Dick, S Sadhra. Oxford university press, 2007;438-43.
- Bekker MH, Rutte CG, Van Rijswijk K. Sickness absence: a gender – focused review. *Psychol Health Med.* 2009;14(4):405-18.

Sickness absence among administrative staff personell and physicians in Vilnius hospitals

Algimantas Urbelis, Birutė Šimkūnienė

Vilnius University Faculty of Medicine Institute of Public Health

Summary

The aim of the study – to assess the sickness absence of Vilnius hospital administrative staff personnel and compare it with the sickness absence rates of hospital physicians.

Methods. The data were recorded from medical certificates which in Lithuania are obligatorily documents every instance of a sick – leave from work, irrespective of the length of sickness. There were collected data from 1142 persons (817 physicians, 325 administrative staff) who had worked full calendar year in 2001–2003. It was used the method of direct standartisation by age and gender.

Results. Sickness absence in administrative staff personell working at Vilnius hospitals came up to 25,76 spells and 347,66 lost days per 100 workers. These were higher than analogical physician rates as spells (14,65) and lost days (190,8) but lower analogical all Lithuania rates (40,17 as spells and 407,93 as lost days). Administrative staff males were ill similarly frequent and long as administrative staff females but females were ill more shortly by certain infectious and parasitic diseases, diseases of the digestive system, diseases of the musculoskeletal system and connective

tissue than males. Administrative staff males were ill similarly frequent and long as administrative staff females.

Conclusions. Vilnius hospital administrative staff personell were ill more frequently and longer than physicians but less frequently and shorter than average Lithuanian worker.

Keywords: sickness absence, physicians, administrative staff, hospitals.

Correspondence to Algimantas Urbelis,
Vilnius University Faculty of Medicine
Institute of Public Health,
Čiurlionio 21/27, LT-03101 Vilnius, Lithuania.
E-mail: algimantas.urbelis@mf.vu.lt

Received 10 February 2012, accepted 30 March 2012

PSIHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS VAIKAMS, TURINTIEMS PSIHIKOS, ELGESIO IR EMOCIJŲ SUTRIKIMŲ, LIETUVOJE

Laura Narkauskaitė¹, Rasa Varvuolienė¹, Aušra Beržanskytė^{1,2}

¹Higienos institutas, ²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas

Santrauka

Lietuvoje atliekama nemažai tyrimų, nagrinėjant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų poreikius, pasitenkinimą šiomis paslaugomis. Vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų analizei Lietuvoje nėra skiriamas pakankamas dėmesys.

Tyrimo tikslas – įvertinti teikiamų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą vaikams (0–17 metų), turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, Lietuvoje 2008–2010 m.

Medžiaga ir metodai. Paslaugų prieinamumas psichikos sveikatos centruose (toliau – PSC) vertintas pagal subjektyvią gyventojų (tėvų / globėjų, turinčių vaikų su psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimais) nuomonę, atliekant anketinę apklausą. Imties dydis – 381. Atrinkta 10 rajonų, atsitiktinai pasirenkant po du PSC – vieną mieste (buvusiame apskrities centre) ir kitą rajone. Kiekviename iš 20 PSC prašyta apklausti po 25 pacientų tėvų / globėjų. Iš viso apklausta 369 tėvų / globėjų iš 19 įstaigų.

Rezultatai ir išvados. Daugiau kaip 40 proc. respondentų į PSC kreipiasi savo iniciatyva be rekomendacijos, 28,7 proc. prašo šeimos gydytojo siuntimo. 38,4 proc. respondentų nurodė, kad visai nereikėjo laukti, kai užsiregistravo PSC. 45 proc. tiriamųjų nurodė, kad prie gydytojo kabineto laukia iki 15 minučių. 47,2 proc. respondentų gydytojas skiria iki 40 min., apie 31 proc. – vizitą baigė per trumpesnę nei 20 min. laiką. Bendrai PSC ir jų darbuotojų darbas bei dėmesys pacientui didžiosios dalies tyrimo dalyvių vertintas gerai ir labai gerai. Privačiai dirbančio psichologo paslaugomis naudojosi 11,1 proc., privačiai dirbančio psichiatro paslaugomis – 6,4 proc. respondentų. Bent kartą oficialiai už paslaugas PSC mokėjo 5,8 proc. apklaustųjų. Organizacinis ir komunikacinis prieinamumas PSC vertinamas gerai ir, nepriklausomai nuo gyvenamos vietos (miestas ar rajonas), atstumas nėra kliūtis gauti paslaugas gydymo įstaigoje.

Reikšminiai žodžiai: psichikos sveikatos centras, paslaugų prieinamumas, psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimai.

ĮVADAS

Psichikos sveikata yra taip pat svarbi kaip ir fizinė sveikata, siekiant užtikrinti visų žmonių, visuomenės gerovę [1]. Visame pasaulyje nuolat daugėja mokslo duomenų, kad tiek suaugusiųjų, tiek vaikų psichikos ir elgesio sutrikimai tampa didžiausiu visuomenės sveikatos rūpesčiu. Dėl psichikos ir elgesio sutrikimų prastėja bendruomenės ir individų bei jų šeimų narių gyvenimo kokybė. Kas ketvirtoje pasaulio šeimoje vienas iš narių turi rimtų dvasinių problemų. Psichikos sutrikimai sudaro apie 12 proc. visų pasaulio ligų, o iki 2020 m. šis skaičius gali išaugti iki 15 proc. [2].

Psichikos sveikata yra geros gyvenimo kokybės pagrindas. Vaikų emocinė sveikata ir gera savijauta lemia jų savigarbą, įpročius, mokslo pasiekimus,

socialinius ryšius ir gerą būsimą sveikatą. Manoma, kad tik 10–15 proc. vaikų, turinčių psichikos sveikatos problemų, gauna tinkamą pagalbą. Pripažįstama, kad, gydant psichikos sveikatos sutrikimus, labai svarbi psichikos sveikatos prevencija, ši veikla labiausiai turi būti orientuota į vaikus ir paauglius [3, 4].

Psichikos sveikatos priežiūra – tai specializuota sveikatos priežiūra, teikianti psichiatrinę pagalbą (diagnozuoja, gydo sutrikusias žmogaus psichikos funkcijas) bei padedanti ligoniams prisitaikyti ir reintegruoti į visuomenės gyvenimą. Pagrindinės įstaigos, teikiančios pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, yra psichikos sveikatos centrai (toliau – PSC), kurių Lietuvoje yra 89. Centruose dirba psichiatrai, vaikų psichiatrai, psichologai, slaugos specialistai ir socialiniai darbuotojai. Šie specialistai konsultuoja, diagnozuoja, skiria ir kontroliuoja medikamentinį gydymą, stebi jo efektyvumą suaugusiems ir vaikams, taip pat sergantiesiems priklausomybių ligomis, teikia pagalbą krizių atvejais, atlieka profilaktinius sveikatos tikrinimus, konsultuoja dėl socialinių problemų, dirba su pacientų savipagalbos

Adresas susirašinėti: Rasa Varvuolienė,
Higienos institutas,
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius.
El. p. rasa.varvuoliene@hi.lt

grupėmis, organizuoja psichikos ligoniams užimtumo terapiją [5].

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei. Pacientų sveikatos priežiūros kokybė priklauso nuo jos prieinamumo ir efektyvumo, t. y. nuo to, ar paslauga pacientui yra suteikiama, o kai suteikiama – ar pakankamai gera [6].

Manoma, kad analizuoti sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, remiantis tik medicinos personalo profesinės kvalifikacijos vertinimu, statistiniais gyventojų sveikatos rodikliais (mirtingumo, sergamumo, komplikacijų, invalidumo, nedarbingumo dažniu), yra nepakankama. Atsižvelgiant į tai, pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę tampa neatsiejama kokybės vertinimo dalimi. Pacientų vertinimai gali būti panaudojami nustatant silpnąsias sveikatos priežiūros grandis, kurioms sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, šalies politikai turėtų skirti didesnę dėmesį [7]. Paciento nuomonė apie jam teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas vertinama ne tik sveikatos priežiūros organizatorių, bet ir mokslininkų, siekiant pateikti moksliniais tyrimais pagrįstas rekomendacijas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti [8].

Mokslinių straipsnių apžvalga [9–13] sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tema Lietuvoje parodė, kad šių tyrimų yra nemažai, daugiausiai tyrinėta sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, paslaugų vartotojų poreikiai, pasitenkinimas paslaugomis. Tačiau nedaug dėmesio skiriama vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui Lietuvoje analizuoti.

Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, vaikų sergamumas ir ligotumas psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimais nemažėja. Pirmą kartą užregistruotų susirgimų psichikos ligomis 2008 m. buvo 661, 2009 m. – 908 [5].

Akivaizdu, kad reikia siekti gerinti vaikų sveikatos priežiūrą, mažinti psichikos ir elgesio sutrikimų našumą. Daug ką galima pasiekti tinkamai organizuojant veiksmingą ir prieinamą kompleksinę medicinos pagalbą bei plėtojant mokslinius tyrimus.

Šio tyrimo tikslas – įvertinti Lietuvoje teikiamų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Vertinant Lietuvoje teikiamų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą vaikams (iki 18 metų), turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, 2011 m. gegužės–rugsėjo mėn. atlikta anketinė apklausa. Paslaugų prieinamumas (organizacinis, komunikacinis ir ekonominis) PSC vertintas pagal subjektyvią gyventojų (tėvų / globėjų, turinčių vaikų su psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimais) nuomonę.

Gyventojų nuomonei išsiaiškinti nustatytas reikiamas imties dydis pagal 2009 m. SIC nurodytą Lietuvoje vaikų (iki 18 metų), turinčių psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, skaičių – 36 651. Reikalingas imties dydis – 381. Atrinkta 10 rajonų, atsitiktinai pasirenkant po du PSC – vieną mieste (buvusiame apskrities centre), kitą – rajone. Kiekviename iš 20 PSC prašyta apklausti po 25 pacientų tėvų / globėjų. Iš viso apklausta 369 tėvai / globėjai iš 19 įstaigų. Tyrimas atliktas apklausiant palydėjusius vaiką į PSC tėvus / globėjus, kurie anoniminę anketą pildė patys. Klausimynus kiekvienam apsilankiusiam iš eilės (jei vaikas turi psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų) įteikdavo slaugytoja po vizito pas gydytoją. Siekiant visiško konfidencialumo, užpildytą klausimyną respondentas dėjo į voką, kurį užklįjavęs grąžindavo slaugytojai.

Statistinei duomenų analizei naudotas programinis statistinių duomenų paketas SPSS 15.0 for Windows. Subjektyviai nuomonei išsiaiškinti atlikta anketų duomenų analizė, pateikiant statistiškai reikšmingus skirtumus. Tai nustatyta pagal χ^2 kriterijų, o esant mažiems tikėtiniems dažniams (< 5) – tikslųjį Fišerio testą. Statistinio reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

REZULTATAI

Aiškinantis gyventojų nuomonę apie PSC teikiamas paslaugas, apklausti tėvai / globėjai, kurių amžiaus vidurkis $39,45 \pm 8,44$ metai. Didžiausias nurodytas respondento amžius – 70 metų, mažiausias – 23 metai. Daugiausia (88,3 proc.) tyrime dalyvavo moterų, iš jų 81,3 proc. motinos. Daugiau nei trečdalis (33,9 proc.) respondentų turėjo spec. vidurinį išsilavinimą, daugiau nei du trečdaliai (73,6 proc.) apklaustųjų nurodė, kad gyvena mieste (1 lentelė). Trečdalis (32,7 proc.) tyrimo dalyvių pažymėjo, kad PSC lankėsi dažnai, todėl galėjo susidaryti realų įspūdį apie PSC ir išsakyti savo nuomonę.

Daugiausia pacientų (daugiau kaip 40 proc.) į PSC kreipiasi savo iniciatyva be rekomendacijos (statistiškai reikšmingai dažniau turintieji aukštesnį

išsilavinimą; $p = 0,002$) arba prašo šeimos gydytojo siuntimo (28,7 proc.). Kartais šia galimybe pataria pasinaudoti pedagogai, socialiniai darbuotojai, artimieji ir pan. (9,8 proc.).

1 lentelė. Respondentų socialiniai-demografiniai rodikliai

	Abs. skč.	Proc.
Ryšys su vaiku (n = 353)		
Tėvas	38	10,8
Motina	287	81,3
Senelis / senelė	9	2,5
Globėjas(-a)	18	5,1
Sesuo	1	0,3
Lytis (n = 359)		
Vyras	42	11,7
Moteris	317	88,3
Išsilavinimas (n = 357)		
Nebaigtas vidurinis	39	10,9
Vidurinis	61	17,1
Spec. vidurinis	122	34,2
Aukštasis neuniversitetinis	48	13,4
Aukštasis universitetinis	84	23,5
Kita	3	0,8
Gyvenamoji vieta (n = 369)		
Miestas	248	73,6
Rajonas	89	26,4
PSC lankymosi dažnumas (n = 367)		
Retai (iš viso vieną kartą, vieną kartą per 2 m., esant reikalui ir pan.)	67	18,3
1 k. per 12 mėn.	110	30,0
1 k. per 6 mėn.	63	17,2
Dažniau nei 1 k. per 6 mėn.	7	1,9
Dažnai (kiekvieną mėn. ir dažniau)	120	32,7

Pacientai pas gydytoją dažniausiai patenka, ilgai nelaukdami po užsiregistravimo – 38,4 proc. nurodė, kad laukti nereikėjo ir pas gydytoją pateko iš karto. Gyvenantieji mieste teigė greičiau patenkantys pas gydytoją nei rajone gyvenantys respondentai. Pastarųjų daugiausia (45,3 proc.) nurodė vizito pas gydytoją laukiantys iki 1 savaitės, o didžiausia miesto gyventojų dalis teigė, jog visai nereikia laukti (39,7 proc.). Daugiau nei trečdalis tiriamųjų nurodė, kad visai nereikia laukti prie gydytojo kabineto, beveik pusė (45 proc.) tyrimo dalyvių pažymėjo, kad prie gydytojo kabineto laukia iki 15 minučių. Statistiškai reikšmingai ($p = 0,029$) daugiau miesto nei rajono gyventojų teigė, kad prie gydytojo kabineto visai nereikia laukti (2 lentelė).

Vienas iš organizacinio prieinamumo rodiklių – įstaigos aplinkos ir jos pritaikomumo įvertinimas. Aplinką PSC didesnė dalis respondentų įvertino teigiamai: kad patogus ir jaukus laukiamasis, nurodė 85,5 proc. tiriamųjų; kad patogus ir jaukus kabinetas, – 94,7 proc. respondentų. Nepatenkinti tyrimo dalyviai laukiamajame pasigedo izoliuotumo nuo suaugusiųjų, o pačiame gydytojo kabinete vardijo privatumo, jaukumo, erdvės, pritaikymo prie vaikų trūkumus. Kai kurie respondentai nurodė konfidencialumo stoką, t. y. kad kiti personalo darbuotojai, o kartais netgi ir lankytojai girdi pokalbį.

Vertinant organizacinį prieinamumą labai svarbi yra gydytojo laiko, skirto vienam pacientui, trukmė bei PSC galimybės suteikti pagalbą. Šiuo tyrimu nustatėme, kad beveik pusei respondentų (47,2 proc.) vaikų gydytojas skiria iki 40 min., daugiau nei 40 min.

2 lentelė. Laikotarpis nuo registracijos iki patekimo pas gydytoją ir laukimo laikas pagal gyvenamąją vietą

Laukimo laikas	Iš viso		Miesto gyventojai		Rajono gyventojai	
	n = 359	Proc.	n = 242	Proc.	n = 86	Proc.
Nereikia laukti	138	38,4	96	39,7	28	32,6
Iki 1 savaitės	141	39,3	92	38,0	39	45,3
Daugiau nei 1 savaitę	64	17,8	47	19,4	11	12,8
Daugiau nei 1 mėn.	5	1,4	1	0,4	3	3,5
Kita	11	3,1	6	2,5	5	5,8
$p = 0,036$						
Laukimo laikas	Iš viso		Miesto gyventojai		Rajono gyventojai	
	n = 358	Proc.	n = 240	Proc.	n = 86	Proc.
Nereikia laukti	122	34,1	84	35,0	28	29,1
Iki 15 min.	161	45,0	114	47,5	39	39,5
Iki 30 min.	53	14,8	32	13,3	11	19,8
Daugiau nei 30 min.	22	6,1	10	4,2	3	11,6
$p = 0,029$						

3 lentelė. Pagalbos teikimo PSC vertinimas

	Abs. skč.	Proc.
Vaikas gauna pakankamai pagalbos PSC (n = 358)	342	95,5
PSC specialistai suteikia pakankamai pagalbos, ištikus krizinei situacijai (n = 247, kuriems reikėjo):		
tiek centre, tiek namuose	95	38,5
tik atvykus į centrą	140	56,7
Tėvai, šeimos nariai, globėjai gauna pakankamai psichoterapinės pagalbos, esant reikalui (n = 227, kuriems reikėjo)	205	83,0

4 lentelė. Pagalbos teikimo PSC vertinimas

	Labai gerai (proc.)	Gerai (proc.)	Patenkinamai (proc.)	Blogai (proc.)	Labai blogai (proc.)
Gydytojo (vaikų ir paauglių psichiatro) darbas (n = 331)	56,5	34,7	4,5	0,3	0
Gydytojo (vaikų ir paauglių psichiatro) dėmesys pacientui (n = 327)	59,6	34,6	4,9	0,9	0
Medicinos psichologo darbas (n = 310)	55,2	37,1	6,5	1,0	0,3
Medicinos psichologo dėmesys pacientui (n = 309)	57,6	36,6	5,2	0,6	0
Psichikos sveikatos slaugytojo darbas (n = 286)	54,5	40,2	4,2	1,0	0
Psichikos sveikatos slaugytojo dėmesys pacientui (n = 285)	55,8	38,6	4,6	0,7	0,4
Socialinio darbuotojo darbas (n = 217)	47,9	44,2	7,4	0,5	0
Socialinio darbuotojo dėmesys pacientui (n = 215)	50,2	40,9	8,4	0,5	0
Darbo organizavimas įstaigoje (n = 336)	43,5	48,5	6,8	1,2	0

laiko buvo skiriama penktadaliui (21,9 proc.) apklaustųjų vaikų, o apie trečdalį respondentų (31 proc.) vizitą pas gydytoją baigė per trumpesnę nei 20 min. laiką. Dauguma tyrimo dalyvių nurodė, kad jie ir jų artimieji gauna pakankamai pagalbos iš PSC (3 lentelė). Kita vertus, ištikus krizinei situacijai, tuo patenkinti apie 39 proc. respondentų, o daugiau nei pusė (56,7 proc.) tos pagalbos sulaukia tik atvykę į PSC.

Sulaukiantieji nepakankamai pagalbos iš PSC teigė, jog stinga:

- intensyvesnio ir ilgalaikio bendravimo su vaiku;
- savitarpio pagalbos grupių paaugliams;
- kvalifikuoto psichologo;
- specialistų, dirbančių su didelę negalią turinčiais vaikais;
- motyvacinio pokalbio ir problemos sprendimo;
- tarpininkavimo, sprendžiant įvairias problemas kitose institucijose;
- operatyvesnio patekimo pas gydytoją.

Krizių atvejais trūko:

- informacijos ir pagalbos;
- greito reagavimo;
- psichologo;
- supratimo, pagalbos.

Artimieji, kuriems reikėtų psichoterapinės pagalbos, kartais stokoja:

- informacijos;

- specialistų;
- ilgesnio specialistų darbo laiko;
- gydytojo lankstumo, ieškant pagalbos būdų;
- informacijos apie specialistų paslaugas.

Bendrai PSC ir jų darbuotojų darbas bei dėmesys pacientui didžiosios dalies respondentų vertintas gerai ir labai gerai (4 lentelė). Tačiau kai kurie teigė, kad centre iš viso nėra vieno ar kito specialisto arba jo paslaugos nebuvo pasiūlytos. 3,5 proc. apklaustųjų nurodė, kad PSC nėra vaikų gydytojo psichiatro, 0,3 proc. – psichologo, 1,9 proc. – psichikos sveikatos slaugytojo, 1,6 proc. – socialinio darbuotojo.

Vertinant PSC komunikacinę prieinamumą, buvo analizuotas respondentų atvykimo patogumas. Iš atsakiusių į klausimą, ar patogumai pasiekti PSC, didžioji dalis (92,6 proc.) tai patvirtino, tačiau suprantama, jog išreiškusiųjų tokią nuomonę daugiau buvo tarp gyvenančiųjų mieste nei rajone – atitinkamai 96,8 proc. ir 79,8 proc. ($p < 0,001$). Analizuojant, ar patogumai pasiekti PSC, nustatyta, kad komunikacinis prieinamumas šiuo atveju nepriklauso nuo tiriamųjų pajamų bei išsilavinimo.

Vertinant PSC ekonominę prieinamumą, buvo analizuota, ar respondentai papildomai mokėjo už jiems suteiktas paslaugas ir ar kreipėsi į privačius specialistus. Bent kartą oficialiai už paslaugas PSC mokėjo 5,8 proc. apklaustųjų, pvz., už: psichiatro

konsultacijas kitoje poliklinikoje (kur neregistruotas, apsilankymą kitame mieste); registraciją; šviesos terapiją; dokumentų išsiuntimą; pažymą. Privaciai dirbančio psichologo paslaugomis naudojosi 11,1 proc., o privaciai dirbančio psichiatro paslaugomis – 6,4 proc. tiriamųjų. Buvo kreipiamasi privaciai, nes reikėjo skubios pagalbos ar tiesiog individualios, malonios konsultacijos, norėjo išgirsti kitą nuomonę, patogesnis darbo laikas bei vieta ir pan. Kita vertus, kreiptis privaciai stabdė paslaugų kaina. Tačiau analizuojant kreipimąsi pagal gaunamas pajamas, taip pat ir kitus kriterijus statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

REZULTATŲ APTARIMAS

Atliekant tyrimą atrinktuose PSC siekta išsiaiškinti paslaugų prieinamumą. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studijoje, atliktoje 2007 m., pažymima apie nepakankamą paslaugų prieinamumą, teigiama, kad sunkiausia paslaugas gauti ligos pradžioje. Tai lemia šie veiksniai: informacijos stoka apie įstaigas ir paslaugas (dažnai per pažįstamus asmenis), nesėkmingos reikalingo psichiatro paieškos ir psichiatrinės diagnozės baimė bei nenoras atsidurti psichikos sveikatos priežiūros tarnybos įskaitoje. Be to, paslaugos sunkiau prieinamos rajonuose gyvenantiems ir nuolatinio darbo neturintiems paslaugų vartotojams. Tinkamai organizuojant nestacionarias paslaugas teikiančių įstaigų veiklą, įmanoma padidinti gydytojo paslaugų prieinamumą, mažinant eiles, didinant darbo efektyvumą [4]. Mūsų tyrime buvo apklausti tik tie respondentai, kurie kreipėsi į gydymo įstaigą savo noru, tai galima būtų įvardyti kaip tam tikrą tyrimo ribotumą. Tyrime dalyvavę respondentai nurodė, kad dažnai kreipėsi į PSC savo iniciatyva, kas rodo, jog informacijos šiuo klausimu, ypač vaikams, gaunama ar ieškoma vis daugiau. Blogesnis paslaugų prieinamumas dėl atstumo iki įstaigos nebuvo akcentuotas net ir rajonų gyventojų. Nors jie sudarė mažesnę visų respondentų dalį (apie ketvirtadalį), vis dėlto keletas jų minėjo šią problemą. Tokių pasitaikė ir tarp gyvenančiųjų mieste, kas leistų manyti, jog į vaikų problemas kreipiamas kur kas didesnis dėmesys.

2008 m. konferencijoje „Psichikos sveikatos paslaugos vaikui ir šeimai Vilniaus mieste: pasiekimai ir plėtros galimybės“ įvertintas Vilniaus miesto prevencinių psichikos sveikatos paslaugų tinklas ir šių

paslaugų prieinamumas bei kokybė elgesio, emocijų ir raidos sutrikimų turintiems vaikams [14]. Konferencijoje pabrėžta, kad Vilniaus miesto vaikai psichikos sveikatos paslaugas gauna nesunkiai – norint patekti pas specialistus nereikia laukti ilgiau nei mėnesį. Psichikos sveikatos centruose dirbama komandiniu principu, paslaugas teikia vaikų ir paauglių psichiatras, klinikinis psichologas, socialinis darbuotojas, slaugytoja. Tačiau kai kuriuose centruose nėra tinkamai sukomplektuotų komandų, ne visur yra atskirtos vaikų ir suaugusiųjų patalpos, nors tai reglamentuoja teisės aktai. Tėvai pasigenda logopedinės pagalbos, grupinės terapijos užsiėmimų, lankymų namuose. Kad psichikos sutrikimų turintiems vaikams pagalbos sistema būtų efektyvi, reikia gero prevencijos mechanizmo, pirminės priežiūros, mažiausiai dviejų ambulatorinių lygių ir dienos stacionaro, taip pat glaudaus sveikatos, švietimo ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimo [14]. Mūsų tyrime gauti gana teigiami rezultatai apie PSC darbą. Paslauga nepatenkintųjų nusiskundimai sutapo su kai kuriomis prieš tai minėtos konferencijos išvadomis (dėl aplinkos, patalpų pritaikymo vaikams ir pan.). PSC darbo ir darbuotojų vertinimas atskleidė, kad vis dar nėra tinkamai sudarytų, sklandžiai dirbančių komandų, kas rodo, kad atliktų įvairių tyrimų rekomendacijos nėra tinkamai įgyvendinamos.

PSC paslaugų prieinamumas respondentų vertinamas gana gerai, nors gauti duomenys parodė, jog reikia koreguoti paslaugų organizacinius aspektus siekiant gerinti prieinamumą.

APIBENDRINIMAS

Organizacinis ir komunikacinis prieinamumas PSC vertinamas gerai ir, atsižvelgiant į gyvenamą vietą (miestas ar rajonas), atstumas nėra kliūtis gauti paslaugas gydymo įstaigoje. Respondentai gydytojų psichiatrų bei kitų PSC specialistų darbo kokybe yra patenkinti. 5,8 proc. apklaustųjų už paslaugas PSC mokėjo oficialiai, 6,4 proc. kreipėsi į gydytojus psichiatrus privaciai. Atsižvelgiant į šiuo tyrimu įvertintą prieinamumą PSC galima rekomenduoti skatinti PSC stebėti ir vertinti pacientų pasitenkinimą paslaugų prieinamumu, kokybe, pacientų lūkesčių kaitą ir išsipildymą.

Straipsnis gautas 2012-04-02, priimtas 2012-05-30

Literatūra

1. Pasaulio sveikatos pranešimas 2001. Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. Valstybinis psichikos sveikatos centras. 2002.
2. WHO/Europe/Mental Health. Prieiga per internetą: http://www.who.int/mental_health/en/.
3. WHO/HBSC FORUM 2007. Social cohesion for mental well-being among adolescents. World Health Organization, 2008.
4. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija, 2007 m. Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymų vykdytojas UAB „Eurointegracijos projektai“.
5. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Prieiga per internetą: http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=category&id=12&Itemid=23.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Valstybės žinios. 1996;55-1287.
7. Kalėdienė R, Petrauskienė J, Bankauskaitė V. Lyginamoji dviejų Lietuvos rajonų gyventojų sveikatos ir demografinių socialinių charakteristikų analizė. Visuomenės sveikata. 1998;2-3:3-10.
8. Kairys J. Pacientų ir medikų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. 2009:62.
9. Vanagienė V ir kt. Ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas Kauno miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose atitinka nėščiąjų lūkesčius. Medicina (Kaunas). 2009;45(8):652-659.
10. Milašauskienė Ž, Juodrytė I ir kt. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. Medicina. 2006;42(3).
11. Tylienė V, Kairys J ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros pagal užsiėmimą ir amžių. Sveikatos mokslai. 2008;6:2120-2126.
12. Lesinskienė S, Gintilienė G ir kt. Lietuviškas SDQ – standartizuotas mokyklinio amžiaus vaikų galių ir sunkumų klausimynas. Psichologija. 2004;29:88-105.
13. Matulionienė V. Vaikų kreipimosi į psichikos sveikatos centrą ir jiems teikiamų paslaugų analizė. Magistro darbas. Kaunas, 2005.
14. Sveikatos ir medicinos naujienos. Prieiga per internetą: <http://www.pasveik.lt/sveikatos-ir-medicinos-naujienos/aparti-psichikos-sveikatos-paslaugu-prieinamumas-ir-kokybe-vilniaus-miesto-vaikams/26748>.

Primary mental health care accessibility to children with mental, behavioural and emotional disorders

Laura Narkauskaitė¹, Rasa Varvuolienė¹, Aušra Beržanskytė^{1,2}

¹Institute of Hygiene, ²Vilnius University, Institute of Public Health

Summary

Quality of health care services, satisfaction of patients, etc. are analyzed in different studies. However, there is lack of assessment of services for children mental health in Lithuania.

The aim – to evaluate accessibility of primary mental health care to children (age 0–17) with mental, behavioural and emotional disorders in Lithuania in 2008–2010.

Methods. Access to Primary Mental Health Centre (PMHC) was evaluated by subjective opinion of respondents (parents/caregivers having children with mental, behavioural and emotional disorders). Two PMHC (one from the city, another from the rural area) were selected randomly in each of ten regions. The sample was formed enrolling consecutively approximately 25 parents / caregivers having children with mental, behavioural and emotional disorders in each PMHC. In total the sample consists of 369 respondents.

Results and conclusions. More than 40 % of respondents admitted that usually they applied to PMHC by themselves, without any recommendation, while 28.7 % asked their general practitioner for referral to PMHC. Waiting time was not the problem for the most, as 38.4 % mentioned

not waiting at all, 45 % respondents needed to wait up to 15 min until they got to the doctor's room. The consultation usually takes up to 40 min for 47.2 % respondents, and about 31 % finished their visit in less than 20 min.

In general the services given by PMHC and the attention to the patient were evaluated as good and excellent by the most of respondents. Visit to private psychologist was done by 11.1 % and to private psychiatrist – by 6.4 %. The legal payment in PMHC was done at least once by 5.8 %. Organizational and communicational accessibility in PMHC is assessed as good despite the residence (urban or rural), distance is not a problem to get services.

Keywords: Primary mental centre, care accessibility, mental, behavioural and emotional disorders.

Correspondence to Rasa Varvuolienė,
Institute of Hygiene,
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania.
E-mail: rasa.varvuoliene@hi.lt

Received 2 April 2012, accepted 30 May 2012

VIDUTINIO IR VYRESNIO AMŽIAUS VAIRUOTOJŲ NEUROPSICHOLOGINIŲ YPATUMŲ BEI VAIRAVIMO SUNKUMŲ SĄSAJOS

Aistė Pranckevičienė, Auksė Endriulaitienė

Vytauto Didžiojo universiteto Bendrosios psichologijos katedra

Santrauka

Kartu su senėjančia populiacija didėja ir vyresnio amžiaus vairuotojų skaičius. Senėjimo procesai nulemia blogesnes kognityvines ir motorines funkcijas, kurios yra labai svarbios vairuojant, dėl to vyresniame amžiuje gali didėti eismo nelaimių rizika.

Tyrimo tikslas – nustatyti, ar specifinės neuropsichologinės charakteristikos (vizualinės paieškos greitis ir kokybė, valdomosios kognityvinės funkcijos, motorinė koordinacija) yra susijusios su nesergančių neurologinėmis ligomis vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojų vairavimo sunkumais, bei patikrinti, ar užsienyje naudojami neuropsichologiniai testai, taikomi vairuotojams vertinti, yra tinkami Lietuvos sąlygomis numatant vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojų vairavimo sunkumus.

Medžiaga ir metodai. Tyrime dalyvavo 85 tiriamieji nuo 50 iki 76 metų. Pagal amžių tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes: nuo 50 iki 60 metų ($n = 58$) ir vyresnius nei 60 metų ($n = 27$). Respondentai atliko vizualinės paieškos, valdomųjų kognityvinių funkcijų, motorinės koordinacijos užduotis ir atsakė į klausimus apie subjektyviai patiriamus vairavimo sunkumus.

Rezultatai. Tyrimas atskleidė reikšmingas amžiaus ir neuropsichologinių rodiklių sąsajas. Vyresnio amžiaus vairuotojai, palyginti su vidutinio amžiaus vairuotojais, pasižymėjo lėtesne ir mažiau efektyvia vizualine paieška, blogesnėmis valdomosiomis funkcijomis ir dažnesniais motoriniais sunkumais. Vyresni vairuotojai dažniau nurodė patiriantys ir vairavimo sunkumų. Klaidos vykdant vizualinę paiešką ir nepakankama motorinė koordinacija prognozavo vairavimo sunkumus, neatsižvelgiant į vairuotojų amžių.

Reikšminiai žodžiai: vyresnio amžiaus vairuotojai, neuropsichologinės charakteristikos, vairavimo sunkumai.

ĮVADAS

Mokslininkai atkreipia dėmesį, kad senyvo amžiaus gyventojai yra greičiausiai auganti populiacijos dalis įvairiose šalyse [1, 2, 3]. G. Yannis ir kt. nurodo, kad senyvo amžiaus žmonių populiacija Europos Sąjungoje išaugs iki 30 proc. 2050 m., o labai senų žmonių bus trigubai daugiau nei šiuo metu [4]. Ne išimtis yra ir Lietuva. 2010 m. pradžioje Lietuvoje kas penktas (20,9 proc.) gyventojas buvo 60 metų ir vyresnio amžiaus, per pastaruosius dešimt metų vyresnių nei 60 metų amžiaus žmonių skaičius padidėjo 28,8 tūkst. (4,3 proc.). Prognozuojama, kad 2030 m. pradžioje beveik trečdalis (28,9 proc.) Lietuvos gyventojų sudarys senyvi žmonės, o 2060 m. – beveik pusę [5].

Kartu su senėjančia populiacija didėja ir vyresnio amžiaus vairuotojų skaičius [6]. Kai kurie visuomenės sveikatos specialistai atkreipia dėmesį, kad didėjantis vyresnio amžiaus vairuotojų skaičius gali didinti transporto riziką, kadangi šios amžiaus grupės vairuotojų patiriamos bei sukeltos eismo nelaimės yra antros pagal dažnumą po jaunų vairuotojų įvairiose šalyse [7]. Tradiciškai manoma, kad vyresnio amžiaus vairuotojai dažniau sukelia smulkius ir palyginti nepavojingus eismo įvykius, tačiau moksliniai tyrimai pateikia tam prieštaraujančius duomenis. Pavyzdžiui, D. Eustace ir H. Wei, tyrinėję amžiaus ir lyties reikšmę patekti į mirtimi pasibaigiančias avarijas, nurodo, kad paaugliai (16–19 metų) ir vyresni nei 80 metų vairuotojai pasižymi didžiausia rizika sukelti mirtinus eismo įvykius, rizika ima ženkliai didėti nuo 70 metų amžiaus [8]. Tik priežastys, dėl kurių šios amžiaus grupės yra itin pažeidžiamos transporto požiūriu, yra skirtingos [4]. Pavyzdžiui, jau minėti D. Eustace ir H. Wei nurodo, kad jaunesniame amžiuje pagrindinė avarijų priežastis yra per didelis greitis, o vyresniame amžiuje pagrindine avarijų priežastimi

Adresas susirašinti: Aistė Pranckevičienė,
Vytauto Didžiojo universiteto
Bendrosios psichologijos katedra,
K. Donelaičio g. 52-315, 44244 Kaunas.
El. p. a.pranckeviciene@smf.vdu.lt

tampa klaidos persirikiuojant, nepastebėti kelio ženklai [8]. Vyresni vairuotojai maždaug tris kartus dažniau nei jauni vairuotojai žūva to paties sudėtingumo avarijose [7].

Kiti mokslininkai su šiuo požiūriu nesutinka ir teigia, kad vyresnis amžius nėra susijęs su avarių rizika. Pavyzdžiui, Europos psichologų asociacijų federacijos (EFPA) 2010 m. paskelbtame pareiškime nurodoma, kad vyresnio amžiaus vairuotojai yra kaip tik saugiausia vairuotojų grupė [9]. Visgi Lietuvoje vyresnio amžiaus vairuotojai į avarijas patenka ir jose nukenčia gana dažnai. Per 2010 m. Lietuvoje buvo užregistruota 3530 eismo įvykių, kurių metu žuvo 299 asmenys, 35,5 proc. iš jų buvo vyresni nei 55 metų amžiaus. Tai skatina plačiau domėtis vyresnio amžiaus lietuvių vairuotojų vairavimo ypatumais.

Vairavimas yra svarbi veikla vyresniame amžiuje, kadangi ji asmeniui suteikia nepriklausomybės ir savarankiškumo jausmą, kuris nulemia gyvenimo kokybę bei psichologinę gerovę [10]. Tyrimai atskleidžia, jog negalėdami vairuoti vyresnio amžiaus žmonės patiria didesnę riziką susirgti depresija, prasčiau vertina savo sveikatą, jaučiasi vieniši, nes apriboja savo socialinį gyvenimą, padidėja mirtingumo rizika [11, 12, 13]. Mokslinių tyrimų rezultatai atskleidžia, kad didžioji dalis vyresnio amžiaus vairuotojų vairuoja vis dar kokybiškai ir saugiai, ir tik tam tikra dalis tokių vairuotojų pažeidžia eismo taisykles dėl silpnėjančios sveikatos, vairuodami daro klaidas dėl vartojamų medikamentų poveikio, taip pat jiems gali būti būdingas ir atsainus požiūris į saugų vairavimą. Pavyzdžiui, 8,6 proc. vyresnio amžiaus vairuotojų nurodo, kad jie vairavo apsvaigę nuo alkoholio per pastutinius metus [14].

Kita vertus, dalis vyresnio amžiaus vairuotojų patys sąmoningai riboja savo vairavimą, pasirinkdami mažesnę greitį, ramesnius, mažiaus sudėtingus maršrutus, atsakydami vairavimo tamsoje ir pan. Pavyzdžiui, M. E. Betz ir S. R. Lowenstein tyrime buvo nustatyta, kad savo vairavimą riboja 34–59 proc. vyresnių nei 75 metų vairuotojų. Tačiau to paties tyrimo rezultatai rodo, kad pagrindinė vairavimo ribojimo priežastis dažniausiai buvo išorinės sąlygos, tokios kaip didelis ir sudėtingas eismas, tamsa, nepalankios oro sąlygos, tačiau nei vienas vairuotojas nenurodė, kad vairavimą mažina dėl susirūpinimo savo sveikata, vartojamų vaistų poveikio ar blogėjančių kognityvinių gebėjimų [12]. Šie duomenys rodo, kad vyresnio amžiaus vairuotojai gali būti nepakankamai kritiškai savo sveikatos būklei ir tam, kad ji gali paveikti vairavimo gebėjimus. Todėl itin ryškėja poreikis ieškoti

būdų bei metodų, kurie padėtų vairuotojų sveikatos patikras vykdančioms institucijoms objektyviau vertinti, kurie vairuotojai gali saugiai vairuoti. Tai padėtų laiku atpažinti didesnės rizikos vairuotojus bei parinkti tinkamas korekcijos priemones ar gydymo metodus, padedančius kaip galima ilgiau išsaugoti saugią vairavimo funkciją. Žinios apie vyresnio amžiaus vairuotojų variavimo kokybę lemiančius veiksnius yra svarbios ieškant intervencijų, kurios leistų sumažinti eismo nelaimių dažnumą vyresnio amžiaus vairuotojų grupėje [15]. Tokios žinios leistų ne tik pagerinti visuomenės sveikatą bei eismo saugumą, tačiau kartu paskatintų įvairių sričių (technologų, inžinierių, medikų, psichologų, visuomenės sveikatos specialistų ir kt.) mokslininkų bei praktikų bendradarbiavimą, ieškant alternatyvų eismo saugumui didinti, pavyzdžiui, optimizuoti vairavimo aplinką ir transporto priemonę kompensuojant su amžiumi atsirandančius sunkumus, neleisti vairuoti tik itin nesaugiems, sutrikusiems vairuotojams ir pan. [6, 15].

Yra atlikta nemažai užsienio mokslininkų tyrimų, siekiant nustatyti, kaip amžius yra susijęs su vairavimo kokybe, kokios psichoneurologinės priežastys gali būti eismo nelaimių prielaidos vyresniame amžiuje [4, 6, 8, 10]. Deja, Lietuvoje tyrimų, kuriuos atliekant būtų analizuojami vyresnio amžiaus vairuotojų patiriami vairavimo sunkumai bei galimos jų psichoneurologinės priežastys, trūksta. Vairavimas yra sudėtinga veikla, reikalaujanti vizualinių, kognityvinių bei psichomotorinių įgūdžių integracijos. Šie įgūdžiai neretai su amžiumi silpnėja, todėl gali prisidėti prie eismo nelaimių rizikos [2]. Dažniausiai autoriai išskiria tris su vairavimo kokybe susijusių svarbiausių įgūdžių rūšis – regos kokybę, kompleksinės kognityvinės bei valdomosios funkcijos ir motoriniai gebėjimai.

Vairavimas yra vizualinė užduotis, todėl tradiciškai manoma, kad regos sunkumai pirmiausiai skatina patiriamus vairavimo sunkumus [10]. Regos gebėjimai sudaro 95 proc. visų vairuoti reikalingų sąnaudų. Vairuojant ypač svarbios dvi regos charakteristikos – regos aštrumas ir regėjimo laukas. Tiek regos aštrumas, tiek regėjimo laukas natūraliai keičiasi dėl amžiaus, tačiau regos laukas gali ypač susiaurėti dėl tam tikrų ligų, pavyzdžiui, glaukomos, retinito ar insulto. Susiaurėjęs periferinis regėjimo laukas gali trukdyti pastebėti kelio ženklus, pėsčiuosius ar kitus automobilius. Be to, vyresniems vairuotojams kartais reikia net du kartus ryškesnių ženklų, kad jie būtų pastebėti; ilgesnio laiko prisitaikyti prie apšvietimo pokyčių, todėl juos žymiai labiau akina priešpriešiais važiuojančių automobilių šviesos [2]. Tačiau vien tik

iš regos kokybės neįmanoma prognozuoti vairavimo sunkumų [10]. Vairavimas taip pat yra ir motorinė veikla, kuri reikalauja raumenų jėgos ir ištvermės, galūnių, kaklo ir liemens lankstumo. Vyresnis amžius yra susijęs su dažnesniu antsvoriu, raumenų ir sąnarių aparato ligomis, kurios gali turėti įtakos judesių kokybei [16]. Nepakankamos judėjimo galimybės gali lemti nepakankamą reaktyvumą kritinėse situacijose ir taip didinti nelaimingų atsitikimų riziką [17].

Be to, vairuojant reikalinga tiek aktyvi darbinė atmintis (kur važiuoju, kokius ženklus mačiau), tiek ilgalaikė atmintis (ką ženklas reiškia), reikalaujama tuo pat metu atlikti keletą funkcijų, paskirstyti dėmesį keletui veiklų. Vaizdinis suvokimas reikalingas tam, kad būtų galima sėkmingai integruoti visą vairavimo metu gaunamą vaizdinę informaciją, įvertinti atstumą iki kitų automobilių ar kliūčių. Tokią veiklą reguliuoja valdomosios funkcijos, kurios apibendrina iš aplinkos gaunamą informaciją ir lemia konkrečius vairavimo veiksmus [2].

Užsienio mokslininkai yra pasiūlę įvairių standartizuotų neuropsichologinių metodų, kurie padėtų sveikatos specialistams nustatyti regos, kognityvinius ar motorinius sutrikimus, nulemiančius prastęjančią vairavimo kokybę bei sveikatą. Deja, vienareikšmių tyrimų bei rekomendacijų kol kas nėra. Autoriai nurodo, kad metodikų naudingumas vis dar neįrodytas, todėl reikia toliau ieškoti kiekybinių vertinimo metodų, kurie leistų numatyti vairuotojų vairavimo ypatumus, sukurtas metodikas adaptuoti prie konkrečios kultūros [2]. Be to, dauguma tyrimų yra atlikti su tiriamaisiais, kurie kenčia nuo sunkių senatvės ligų, pavyzdžiui, įvairių demencijų [2], sveika populiacijos dalis šiame amžiuje mažai tyrinėjama.

Šio tyrimo tikslas – nustatyti, ar specifinės psichoneurologinės charakteristikos yra susijusios su patiriamais vairavimo sunkumais tarp jokių neurologinių ligų nenurodančių vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojų Lietuvoje, bei patikrinti, ar užsienyje naudojami neuropsichologiniai testai yra tinkami Lietuvos sąlygomis numatant vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojų vairavimo sunkumus.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tiriamieji. Tyrime dalyvavo 85 tiriamieji nuo 50 iki 76 metų (vid. 57,9 (7,1), iš jų 61 (71,8 proc.) vyras ir 24 (28,2 proc.) moterys. Respondentai buvo kviečiami dalyvauti tyrime patogiosios atrankos metodu, vadovaujantis trimis kriterijais – tiriamieji turėjo būti ne jaunesni nei 50 metų amžiaus, šiuo metu aktyviai vairuojantys bei neturintys rimtų nusiskundimų

sveikata ir diagnozuotų neurologinių ligų. Duomenys apie vairavimo patirtį ir sveikatos būklę buvo surinkti iš pačių tyrimo dalyvių pusiau struktūruoto interviu būdu.

Pagal amžių tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes: nuo 50 iki 60 metų ($n = 58$ (68,2 proc.), amžiaus vidurkis 53,6 (2,7) ir 60–76 metų ($n = 27$ (31,8 proc.), amžiaus vidurkis 67,1 (4,4). Vairavimo stažas svyravo nuo 3 iki 50 metų (vid. 28,1 (7,3) ir statistiškai reikšmingai skyrėsi amžiaus grupėse: vyresni tiriamieji turėjo didesnę vairavimo stažą ($z = -4,0$, $p < 0,01$). Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes atskleidžiamas 1 lentelėje.

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių

		Amžius (metais)		Suma	
		50–60	61 ir daugiau		
Lytis	Vyras	N	38	23	61
		Proc.	62,3	37,7	100,0
	Moteris	N	20	4	24
		Proc.	83,3	16,7	100,0

Vertinimo metodai. Šiame tyrime lyginant vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojus buvo sudaryta testų baterija, apimanti svarbiausius su vairavimu susijusius vizualinius, kognityvinius ir motorinius tiriamųjų gebėjimus.

Kelio paieškos testas, B dalis (The Trail Making Test, Part B, TMT-B) [17]. Šis testas laikomas geru valdomųjų kognityvinių funkcijų rodikliu, nes reikalauja kompleksinės veiklos: vizualinės paieškos ir sekimo, greito informacijos apdorojimo ir dėmesio perkėlimo. Norint sėkmingai atlikti užduotį reikalinga gera psichomotorinė koordinacija. Tiriamajam pateikiamas lapas, kuriame yra išdėstyti 25 apskritimai. Apskritimuose yra pavaizduoti skaičiai (1–13) ir raidės (A–L). Respondentas turi sujungti apskritimus, pakaitomis jungdamas skaičius ir raides (1–A, 2–B, 3–C). Vertinamas rodiklis – laikas, per kurį tiriamasis nupiešia visą „kelį“. Jei daromos klaidos, jos iš karto tiriamajam parodomos ir taisomos. Klaidos pailgina užduoties atlikimo laiką. Testas nutraukiamas, jei tiriamasis nesugeba jo atlikti per 5 minutes.

Kelio paieškos testas yra vienas populiariausių neuropsichologinių testų, įeinantis į daugelį testų baterijų [19]. Jis yra jautrus subtiliems kognityvinių gebėjimų pokyčiams, atsirandantiems dėl galvos smegenų pažeidimų, neurologinių ligų, psichikos sutrikimų ar demencijos [20]. Kelio paieškos testo B dalis yra ypač jautri atpažįstant su amžiumi susijusius

smegenų funkcionavimo ir kognityvinių funkcijų pokyčius [21]. Tyrimai rodo, kad Kelio paieškos testo rezultatai vyresniame amžiuje yra stiprus prognozinis veiksnys, numatant ir fizinę sveikatą bei fizinį mobilumą per ateinančius 9 metus, taip pat mirtinumą bendrojoje populiacijoje [22]. Kelio paieškos testas plačiai taikomas vairuotojų tyrimams [17], Kelio paieškos testo B dalis yra rekomenduojama kaip vienas iš standartinių metodų atpažinti didesnės rizikos vairuotojus [16].

Vizualinės paieškos užduotis. Sėkmingam vairavimui ypač svarbios įvairios regimojo dėmesio charakteristikos, tokios, kaip selektyvus dėmesys, dėmesio paskirstymas, perkėlimas ir išlaikymas. Vairuojant reikia pastebėti tinkamą informaciją ir ignoruoti daugybę nereikalingų vaizdinių dirgiklių, atsirandančių įvairiose regėjimo lauko vietose [17]. Ne mažiau yra svarbus laikas, per kurį ši informacija apdorojama, nes nuo to priklauso gebėjimas greitai ir tinkamai reaguoti sudėtingose ar pavojingose eismo situacijose [17].

Tokioms charakteristikoms įvertinti ir buvo naudojama vizualinės paieškos užduotis, kurią sudarė keturios paieškos lentelės, sudarytos iš verbalizuojamų ir neverbalizuojamų stimulų. Kiekvienoje lentelėje buvo pateikiama 60 stimulų ir daugiau nei 300 distraktorių – ženklų, kurie yra skirti trukdyti paiešką. Kiekvienas iš paieškos stimulų struktūruotoje ir nestrukūruotoje lentelėje buvo toje pačioje vietoje. Stimulai taip pat simetriškai išdėstyti kiekviename kvadrante ir kartojosi veidrodiniu principu. Tiriamojo buvo prašoma surasti ir apibraukti lape visas raišles A (raidžių lentelėse) arba apskritimą su atsikišimais, perbrauktą vieną įstrižą liniją (ženklų lentelėse). Tai daryti prašoma kaip galima greičiau. Kas 20 sek. tiriamasis turėjo keisti rašiklio spalvą. Fiksuojamas bendras laikas sekundėmis, per kurį tiriamasis surado stimulus lentelėse, ir klaidų, t. y. praleistų ar neteisingai išbrauktų stimulų, skaičius. Šio testo rezultatai rodo, kaip sėkmingai vyksta vizualinė paieška, sėkmė daugiausia priklauso nuo regėjimo lauko dydžio ir tolygumo, gebėjimo atsiriboti nuo blaškančių stimulų ir vaizdinės informacijos apdorojimo greičio.

Motorikos testai. Motoriniams gebėjimams įvertinti buvo naudojami du testai: greito ėjimo užduotis ir judesių amplitudės tyrimas. Ėjimas yra kompleksinė motorinė veikla, kuri reikalauja smegenų veiklos ir kūno sistemų integracijos, greito prisitaikymo prie vykstančių pokyčių ar judėjimo tikslo. Subtilūs ėjimo įgūdžių pokyčiai, tokie kaip sulėtėjimas ar padidėjęs nestabilumas, yra susiję su didesne kritimų rizika, prognozuojama mažėjantį mobilumą, blogesnę sveikatą

ir mirtingumą [23, 24]. Vairavimo veikla taip pat reikalauja tiek kūno koordinacijos, tiek lankstumo, tiek tam tikros raumenų jėgos, todėl nepakankamas sąnarių lankstumas ar raumenų jėga gal būti reikšmingas rizikos veiksnys vairuojant [16]. Dėl šios priežasties motorinės užduotys gana dažnai naudojamos vertinant vyresnio amžiaus vairuotojus [17]. Standartiniuose testų rinkiniuose dažniausiai sutinkamos greito ėjimo, sąnarių lankstumo ir raumenų jėgos užduotys [16].

Greito ėjimo užduotimi vertinama žemutinės kūno dalies jėga, judėjimo galimybės ir balansas. Ant grindų plačia lipnia juosta pažymimas 3 metrų takelis. Tiriamasis prašomas pereiti šalia juostos pirmyn, apsisukti ir grįžti atgal kaip galima greičiau. Jei asmuo gyvenime naudojasi lazda ar ramentais, jam jais taip pat leidžiama naudotis ir tyrimo metu. Matuojamas laikas, per kurį respondentas atlieka šią užduotį. Laikas pradedamas fiksuoti, kai tiriamasis nuo žemės atkelia koją.

Judesių amplitudės tyrimas skirtas įvertinti sąnarių lankstumą ir judesių amplitudę. Tiriamojo prašoma atlikti tam tikrus veiksmus: kaklo pasukimą („Pažiūrėkite per savo petį taip, lyg važiuotumėte atbulas. Dabar padarykite tą patį į kitą pusę“); pirštų sugniaužimą („Sugniaužkite abiejų rankų pirštus į kumščius“); pademonstruoti peties ir alkūnės sąnarių lankstumą („Įsivaizduokite, kad jūs rankose laikote vairą. Dabar darykite staigų posūkį į dešinę. Dabar darykite staigų posūkį į kairę“); pademonstruoti čiurnos sąnario lankstumą („Įsivaizduokite, kad jūs spaudžiate greičio pedalą. Dabar tą patį padarykite kita koja. Dabar pakelkite kojų pirštus į save“). Bet koks sunkumas atlikti šiuos judesius ar skausmas jų metu tyrime buvo vertinamas kaip rizikos veiksnys vairuojant.

Vairavimo sunkumų klausimynas. Šio tyrimo metu tiriamiesiems buvo pateiktas 20 teiginių klausimynas, kuriame teirujamasi apie dažnai vyresnio amžiaus vairuotojams būdingus vairavimo sunkumus ir vairuotojų klausiami, ar jie tokius sunkumus patiria. Klausimyne buvo teirujamasi apie tokias sritis kaip emocinė įtampa vairuojant (pvz.: „Vairavimas man kelia stresą“), dėmesio problemas (pvz.: „Man sunku pastebėti kelio ženklus“), motorikos sunkumus (pvz.: „Aš turiu sunkumų nuspausti pedalus“), vairavimo sunkumus dėl vaistų įtakos ar fizinių pokyčių (pvz.: „Mano vartojami vaistai sukelia mieguistumą“; „Priešpriešiais atvažiuojančių automobilių šviesos mane akina“), objektyviai patiriamas vairavimo nesėkmės (pvz.: „Dėl mano vairavimo mane neseniai

buvo sustabdžiusi policija“) ir aplinkinių žmonių reakcijas į respondentų vairavimą (pvz.: „Mano šeimos nariai sako, kad jiems neramu, kaip aš vairuoju“). Teiginių vertinimas dichotominis. Klausimynas parengtas pagal C. C. Wang ir kt. [16] bei D. B. Hogan [25] rekomendacijas. Klausimynas pasižymėjo pakankamu vidiniu suderinamumu, *Cronbacho alpha* – 0.75.

REZULTATAI

Vizualinė paieška. Kadangi visų vizualinės paieškos rodiklių skirstiniai statistiškai reikšmingai skiriasi nuo normaliojo, analizei naudojamas neparametrinis Mano ir Vitnio (*Mann-Whitney*) kriterijus.

2 lentelėje pateikti duomenys atskleidžia, kad vyresni ir jaunesni vairuotojai statistiškai reikšmingai skiriasi tiek struktūruotos, tiek nestruktūruotos raidžių ir ženklų paieškos rezultatais. Vyresni vairuotojai taip pat dažniau nepastebėdavo ženklų, t. y. atlikdami paieškos užduotį jie darė statistiškai reikšmingai daugiau klaidų. Šis rezultatas rodo, kad vyresnio amžiaus vairuotojams reikia daugiau laiko stimulų lauke pastebėti ieškomą ženklą, vizualinė paieška vyksta lėčiau ir yra mažiau efektyvi.

Valdomosios kognityvinės funkcijos. Kadangi kelio paieškos rodiklių skirstiniai statistiškai reikšmingai skiriasi nuo normaliojo, analizei taikomas neparametrinis Mano ir Vitnio kriterijus.

3 lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad vyresniems vairuotojams kelio paieškai reikėjo ilgesnio laiko, todėl galima teigti, kad vyresnių vairuotojų dėmesio perkėlimas ir gebėjimas greitai atlikti sudėtingas, kelių kognityvinių funkcijų bendros veiklos

reikalaujančias užduotis yra blogesnis nei vidutinio amžiaus vairuotojų. Tačiau klaidų skaičius atliekant šią užduotį nesiskyrė, kas rodo, jog esminis veiksnys, lemiantis blogesnę užduočių atlikimą, yra lėtesnis reakcijos greitis.

Motorikos vertinimas. Vyresni ir vidutinio amžiaus vairuotojai statistiškai reikšmingai skyrėsi ir motorikos testų rezultatais. Greito ėjimo užduotį vyresni vairuotojai atliko statistiškai reikšmingai lėčiau: vidutinio amžiaus vairuotojai, atlikdami užduotį, vidutiniškai sugaišo 6 sek., o vyresni vairuotojai apie 8 sek. (vid. rangai: 37,25 ir 55,35; $z = -3,17$; $p = 0,002$). Vyresni vairuotojai dažniau nei vidutinio amžiaus tiriamieji turėjo sunkumų atlikti su vairavimu susijusius judesius. Sunkumų atlikti judesius tyrimo metu turėjo 10 (17,2 proc.) vidutinio amžiaus apklaustųjų ir 15 (55,6 proc.) vyresnio amžiaus tiriamųjų ($\chi^2 = 13,03$; l. l. = 1; $p < 0,001$).

Subjektyvus vairavimo sunkumų vertinimas. Vyresni vairuotojai subjektyviai nurodė patiriantys daugiau sunkumų vairuodami. Vidutinio amžiaus vairuotojai vidutiniškai pažymėdavo $2,82 \pm 2,75$, vyresnio amžiaus vairuotojai $4,15 \pm 2,71$ su vairavimu susijusius sunkumus (vid. rangai: 38,62 ir 52,41; $z = -2,42$; $p = 0,016$).

Lyginant, ar vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojai skiriasi pagal atskirus vairavimo sunkumus (4 lentelė), nustatyta, kad vyresni vairuotojai dažniau nurodydavo, jog kiti vairuotojai važiuoja per greitai (36,2 proc. ir 63,0 proc.; $\chi^2 = 5,34$; l. l. = 1; $p = 0,021$). Stebima statistinė tendencija, kad vyresni vairuotojai dažniau sulaukia kitų vairuotojų reakcijų

2 lentelė. Laiko ir klaidų skirtumai pagal amžių vertinant Vizualinės paieškos testo rezultatus

Vizualinės paieškos rodikliai	Amžiaus grupės				z	p
	50–60 metų		61 metų ir daugiau			
	Vid. rangas	Vidurkis (SN)	Vid. rangas	Vidurkis (SN)		
Raidžių paieška, struktūruota užduotis (laikas sekundėmis)	37,59	102,61 (29,75)	54,63	120,20 (35,32)	-2,97	0,003
Raidžių paieška, nestruktūruota užduotis (laikas sekundėmis)	37,71	108,32 (28,62)	54,37	125,98 (31,97)	-2,90	0,004
Ženklų paieška, struktūruota užduotis (laikas sekundėmis)	37,03	86,08 (31,87)	55,81	99,01 (26,35)	-3,27	0,001
Ženklų paieška, nestruktūruota užduotis (laikas sekundėmis)	36,65	78,34 (28,10)	56,65	100,53 (32,96)	-3,48	0,001
Klaidų skaičius atliekant visas užduotis	39,10	11,20 (19,77)	51,37	12,27 (9,00)	-2,14	0,033

3 lentelė. Valdomųjų funkcijų rodiklių skirtumai pagal amžių

Valdomųjų funkcijų rodikliai	Amžius (metais)				z	p
	50–60 metų		61 metų ir daugiau			
	Vid. rangas	Vidurkis (SN)	Vid. rangas	Vidurkis (SN)		
Kelio paieškos užduotis, B dalis, užduoties atlikimo laikas	37,5	109,74 (50,52)	54,89	146,89 (55,24)	-3,03	0,002
Kelio paieškos užduoties klaidų skaičius	42,72	0,44 (0,92)	43,61	0,37 (0,56)	-0,19	0,845

4 lentelė. Vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojų, patiriančių įvairius vairavimo sunkumus, dažniai ir procentinis pasiskirstymas

Vairavimo sunkumai	Amžius (metais)	
	50–60	61 ir vyresni
Vairuodamas aš kartais pasimetu	17 (29,3 proc.)	6 (22,2 proc.)
Mano šeimos nariai sako, kad jiems neramu, kaip aš vairuoju	11 (19,0 proc.)	8 (29,6 proc.)
Kartais man atrodo, kad automobiliai atsiranda tiesiog iš niekur	11 (19,0 proc.)	10 (37,0 proc.)*
Man sunku laiku pastebėti ženklus	6 (10,3 proc.)	2 (7,4 proc.)
Kiti vairuotojai važiuoja per greitai	21 (36,2 proc.)	17 (63,0 proc.)**
Kiti vairuotojai man signalizuoja	1 (1,7 proc.)	3 (11,1 proc.)*
Vairavimas man kelia stresą	5 (8,6 proc.)	2 (9,1 proc.)
Po vairavimo aš jaučiuosi pavargęs	9 (15,5 proc.)	6 (22,2 proc.)
Pastaruoju metu aš dažniau patiriu vairavimo nesėkmių	2 (3,4 proc.)	2 (7,4 proc.)
Judrios sankryžos man kelia įtampą	15 (22,9 proc.)	9 (33,3 proc.)
Kairieji posūkiai mane nervina	3 (5,2 proc.)	2 (7,4 proc.)
Priešpriešiais atvažiuojančių automobilių šviesos mane akina	19 (32,8 proc.)	12 (44,4 proc.)
Mano vartojami vaistai sukelia mieguistumą	2 (3,4 proc.)	1 (3,7 proc.)
Aš turiu sunkumų pasukti vairą	0	0
Aš turiu sunkumų nuspausti pedalus	0	0
Man sunku pasižiūrėti per petį	7 (12,1 proc.)	6 (22,2 proc.)
Dėl mano vairavimo mane neseniai buvo sustabdžiusi policija	2 (3,4 proc.)	4 (14,8 proc.)*
Žmonės nebenori su manimi važiuoti	2 (3,4 proc.)	3 (11,1 proc.)
Aš nemėgstu vairuoti tamsoje	32 (55,2 proc.)	18 (66,7 proc.)
Pastaruoju metu man sunkiau statyti automobilį	8 (13,8 proc.)	7 (25,9 proc.)

*p < 0,1; **p < 0,05.

5 lentelė. Vairavimo sunkumų, amžiaus, kognityvinių ir motorinių rodiklių sąsajos

	Vairavimo problemos	
	Spearmano rho	p
Klaidų skaičius vizualinės paieškos užduotyje	0,35	0,001
Bendras vizualinės paieškos užduoties atlikimo laikas sekundėmis	0,18	0,097
Kelio paieškos testo B dalies atlikimo laikas sekundėmis	0,35	0,001
Klaidų skaičius Kelio paieškos testo B dalyje	0,06	0,563
Greito ėjimo užduoties atlikimo laikas sekundėmis	0,45	0,000
Judesių atlikimo sunkumai	0,32	0,003
Amžius metais	0,25	0,022

į savo vairavimą, kiti vairuotojai jiems dažniau signalizuoja (1,7 proc. ir 11,1 proc.; $\chi^2 = 3,62$; l. l. = 1; p = 0,057), buvo dažniau stabdomi policijos (3,4 proc. ir 14,8 proc.; $\chi^2 = 3,63$; l. l. = 1; p = 0,057) ar nepastebėdavo atvažiuojančių kitų automobilių (19,0 proc. ir 37,0 proc.; $\chi^2 = 3,23$; l. l. = 1; p = 0,072).

Tačiau reikia pažymėti, kad tiek vidutinio, tiek vyresnio amžiaus vairuotojai bendrai buvo linkę nurodyti gana mažai vairavimo sunkumų, kas riboja galimybes detaliau analizuoti atskirus vairavimo sunkumus.

Vairavimo sunkumų, kognityvinių ir motorinių rodiklių sąsajos. Siekiant įvertinti, ar kognityviniai ir motoriniai rodikliai yra susiję su vairuotojų subjektyviai nurodomais sunkumais vairuojant, buvo atlikta koreliacinė analizė.

Kaip atskleidžia 5 lentelės duomenys, didžioji dalis analizuotų kintamųjų statistiškai reikšmingai, nors ir nestipriai, buvo susiję su vairavimo sunkumais. Statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta tik tarp klaidų skaičiaus Kelio paieškos testo B dalyje ir vizualinės paieškos atlikimo greičio.

Siekiant įvertinti, kurie iš kintamųjų geriausiai nepriklausomai vienas nuo kito prognozuoja vairavimo sunkumus, buvo atlikta regresinė analizė. Priklausomu kintamuoju buvo pasirinkta vairuotojų nurodytų vairavimo sunkumų suma. Kaip nepriklausomi kintamieji į analizę buvo įtraukta amžiaus grupė (1 – 50–60 metų, 2 – daugiau nei 60 metų), vizualinės paieškos testų visų keturių bandymų suma (sekundėmis), vizualinės paieškos testuose padarytų klaidų skaičius (bendras klaidų skaičius), Kelio paieškos

6 lentelė. Vairavimo sunkumų regresijos modelis

	Nestandardizuoti koef.		Standartizuoti koef.	t	p
	B	Std. klaida	Beta		
Konstanta	-0,55	1,29		-0,43	0,670
Bendras vizualinės paieškos užduoties laikas	0,00	0,00	0,03	0,28	0,781
Bendras vizualinės paieškos užduoties klaidų skaičius	0,05	0,02	0,28	2,47	0,016
Kelio paieškos testo B dalies atlikimo laikas	0,00	0,01	0,07	0,62	0,538
Greito ėjimo užduoties atlikimo laikas	0,29	0,15	0,25	1,98	0,051
Judesių amplitudės užduoties atlikimo sunkumai	0,22	0,71	0,04	0,31	0,759
Amžiaus grupė	0,41	0,71	0,07	0,58	0,563

Priklausomas kintamasis – patiriamų vairavimo sunkumų kiekis.

testo B dalies atlikimo laikas (sekundėmis), greito ėjimo užduoties atlikimo laikas (sekundėmis), judesių amplitudės testo duomenys (1 – stebimi sunkumai; 0 – sunkumų nėra). Analizei taikyta daugialypė tiesinė regresija, *Enter* metodas.

Tyrimo rezultatai (6 lentelė) atskleidė, kad pasirinkti nepriklausomi kintamieji paaiškino gana nedidelę subjektyviai nurodomų vairavimo sunkumų duomenų sklaidos dalį, tačiau regresijos modelis buvo statistiškai reikšmingas ($R^2 = 0,25$; $F = 4,25$; $p < 0,001$). Su vairavimo sunkumais stipriausiai buvo susijęs didesnis klaidų skaičius atliekant vizualinės paieškos užduotį ir greito ėjimo užduoties atlikimas (statistinė tendencija). Kai analizėje buvo atsižvelgta į kognityvinius ir motorinius rodiklius, amžius su vairavimo sunkumais nebebuvo susijęs, kas rodo, kad ne pats amžius, o būtent blogėjančios kognityvinės ir motorinės funkcijos prognozuoja didesnius vairavimo sunkumus.

REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti, ar specifinės psichoneurologinės charakteristikos yra susijusios su vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojų, nenurodančių diagnozuotų neurologinių ligų, patiriamais vairavimo sunkumais, bei patikrinti, ar užsienyje vairuotojams vertinti naudojami neuropsichologiniai testai yra tinkami Lietuvos sąlygomis numatant vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojų vairavimo sunkumus. Remiantis kitų tyrėjų mokslinių tyrimų rezultatais bei teorine sensomotorinių bei kognityvinių veiksmų samprata, tyrimui buvo pasirinkti testai iš vizualinės, kognityvinės bei motorinės srities, kadangi šios sritys yra labiausiai jautrios senėjimui bei itin reikšmingos automobilio vairavimo veiklos sėkmei.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad vyresni vairuotojai pasižymi prastesniais vizualiniais bei kognityviniais gebėjimais nei vidutinio amžiaus vairuotojai, taip pat jie patiria daugiau sunkumų, susijusių su motorinėmis

funkcijomis. Tai patvirtina kitų mokslininkų [2, 26] gautas išvadas, kad amžius yra svarbus atsirasti neuropsichologiniams sunkumams ir kartu jie gali prognozuoti saugų arba nesaugų vairavimo elgesį. Taip pat šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad vyresnio amžiaus vairuotojai patiria daugiau vairavimo sunkumų nei vidutinio amžiaus vairuotojai, todėl galima manyti, jog jie turi didesnę riziką patekti į nelaimingus eismo įvykius. Gauti rezultatai patvirtino J. D. Dawson ir kt. [6], M. G. O'Connor ir kt. [7] prielaidas, kad neuropsichologinių testų rodikliai suteikia pridėtinės vertės, vertinant vyresnio amžiaus vairuotojų galimybes saugiai vairuoti, bei numato patiriamus vairavimo sunkumus. Žinoma, siekiant numatyti vairavimo sunkumus, labai svarbu atsižvelgti į konkrečius kognityvinius bei motorinius asmens gebėjimus.

Šiame tyrime, kaip ir buvo tikėtasi, vizualinės paieškos bei greito ėjimo (motorinės) užduočių atlikimo kokybė buvo reikšminga numatant vairavimo sunkumus, tačiau valdomųjų funkcijų kokybė neturėjo savarankiškos prognostinės reikšmės patiriamiems vairavimo sunkumams. Nors kai kurie autoriai taip pat nenustatė sąsajų tarp kelio paieškos atliekant testą ir vairavimo klaidų [7], labiau tikėtina, jog specifinė tyrimo imtis arba konkrečios metodikos charakteristikos nulėmė tokius rezultatus. Tikėtina, kad atliekant vizualinės paieškos užduotį taip pat aktyviai dalyvauja valdomosios funkcijos, todėl vizualinės paieškos užduotimi ir Kelio paieškos testu vertinamos charakteristikos iš dalies persidengia. Regresijos modelyje Kelio paieškos testas nebetenka unikalios aiškinamosios vertės, nors vizualinės paieškos atlikimas sėkmingai prognozuoja vairavimo sunkumus. Galbūt šio amžiaus vairuotojams Lietuvoje reikėtų kitokių, labiau informatyvių, metodikų nei Kelio paieškos testas [26] arba ateities tyrimuose reikėtų didesnės tiriamųjų imties.

Taip pat šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad amžius neturi tiesioginės įtakos patiriamiems vairavimo

sunkumams. Amžiaus įtaka vairavimo saugumui pasireiškia per tarpinį kintamąjį – neuropsichologinius sunkumus. Tai patvirtina L. Hoffman su bendraautoriais [26] bei J. M. Wood su bendraautoriais [2] gautas išvadas, jog ne pats amžius, o būtent blogėjančios kognityvinės ir motorinės funkcijos prognozuoja didesnius vairavimo sunkumus ir nesaugų vairavimą, objektyvūs testai yra labiau informatyvūs rodiklis nei amžius. Todėl būtent šioms funkcijoms įvertinti turi būti skiriamas mokslininkų bei praktikų dėmesys. J. D. Dawson ir kt. [6] teigia, kad trumpa testų baterija turėtų būti efektyvesnė nei vienas atskiras testas, nes sudėtinis kognityvinių gebėjimų matas geriausiai prognozavo vairavimo elgesį jų tyrime. Šią prielaidą patvirtino ir mūsų tyrimo rezultatai, atskleidžiantys dviejų skirtingų – vizualinių ir motorinių – gebėjimų svarbą. Vadinasi, remiantis šio tyrimo rezultatais, būtų galima rekomenduoti vizualinės paieškos bei motorinius testus, kaip papildomą prevencinę priemonę, siekiant numatyti įvairaus amžiaus vairuotojų vairavimo saugumą.

Gauti rezultatai leidžia manyti, kad užsienyje sukurtos vertinimo priemonės gali būti tinkamos ir Lietuvos sąlygomis. Šiame tyrime nustatytos tendencijos panašios į kitų tyrėjų, pavyzdžiui, J. M. Wood ir kt. [2], kurie teigia, kad motorinių sunkumų testų rodikliai gana jautriai prognozuoja nelaimingų atsitikimų kelyje riziką. Žinoma, prieš rekomenduojant tokius testus praktikams reikėtų juos išbandyti su didesne tiriamųjų imtimi bei patikrinti papildomais tyrimais, kadangi šio tyrimo rezultatai atskleidžia tik preliminarias išvadas bei turi tam tikrų ribotumą.

Nors tyrime dalyvavo aktyviai vairuojantys ir nenurodantys neurologinių ligų vidutinio ir vyresnio amžiaus vairuotojai ir yra tikėtina, kad tyrimo rezultatus galima apibendrinti didesnei vairuotojų populiacijai, vis dėlto neatsitiktinė ir nedidelė tiriamųjų

imtis gali sumažinti šio tyrimo rezultatų patikimumą bei apibendrinimo kitoms tiriamųjų grupėms galimybes. Taip pat gali kilti klausimas, ar vairavimo sunkumų klausimynas atspindi realų elgesį ir gali būti apibendrintas kaip vairavimo saugumo matas, nes jis yra pagrįstas tiriamųjų savižina. Galbūt siekiant didesnio tyrimo rezultatų objektyvumo reikėtų rinkti informaciją ir apie tiriamųjų vairavimo patirtį, susijusią su patirtais nelaimingais atsitikimais, gautomis nuobaudomis už kelių eismo taisyklių pažeidimus ir pan. Be to, yra prasmingi papildomi tyrimai, kuriuos atliekant dalyvautų vairuotojai, turintys įvairesnius dėmesio bei vizualinius gebėjimus. Dar vienas šio tyrimo ribotumas – skersinių pjūvių metodas, neleidžiantis daryti priežasties ir pasekmės išvadų ir atkreipti dėmesį į situacinius kintamuosius. Žmogaus elgesys priklauso nuo konteksto [6], todėl situaciniai kintamieji gali būti svarbūs vertinant vyresnių vairuotojų vairavimo ypatumus. Atsižvelgiant į tyrimo ribotumus, reikėtų atkreipti dėmesį, jog šio tyrimo rezultatai turėtų būti interpretuojami su tam tikru atsargumu.

IŠVADOS

1. Vyresnio amžiaus vairuotojai, palyginti su vidutinio amžiaus vairuotojais, pasižymi lėtesne ir mažiau efektyvia vizualine paieška, blogesnėmis valdomosiomis kognityvinėmis funkcijomis ir dažnesniais motoriniais sunkumais.
2. Vyresnio amžiaus vairuotojai subjektyviai nurodo dažniau patiriantys vairavimo sunkumų nei vidutinio amžiaus vairuotojai.
3. Klaidos vykdant vizualinę paiešką ir sunkumai atliekant greito ėjimo užduotį prognozuoja vairavimo sunkumus neatsižvelgiant į amžių.

Straipsnis gautas 2012-01-26, priimtas 2012-04-30

Literatūra

1. Okonkwo OC, Wadley VG, Crowe M, Roenker DL, Ball K. Self-regulation of driving in the context of impaired visual attention: are there gender differences? *Rehabilitation Psychology*. 2007;52(4):421-428.
2. Wood JM, Anstey KJ, Kerr GK, Lacherez PF, Lord S. A multidomain approach for predicting older driver safety under in-traffic road conditions. *JAGS*. 2008;56:986-993.
3. Ingleby S, Chinnaswamy S, Devakumar M, Bell D, Tranter R. A community based survey of cognitive functioning, highway-code performance and traffic accidents in a cohort of older drivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24:247-253.
4. Yanniss G, Antoniou C, Vardaki S, Kanellaidis G. Older drivers' perception and acceptance of in-vehicle devices for traffic safety and traffic efficiency. *Journal of Transportation Engineering, ASCE*. 2010 May;472-479.
5. Nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo 2005–2013 metų strategijos įgyvendinimo priemonių įgyvendinimo 2009–2010 metais ataskaita: <http://www.lrv.lt> [žiūrėta 2012 01 18].
6. Dawson JD, Uc EY, Anderson SW, Johnson AM, Rizzo M. Neuropsychological predictors of driving errors in older adults. *JAGS*. 2010;28:1090-1096.
7. O'Connor MG, Kapust LR, Lin B, Hollis AM, Jones RN. The 4Cs (crash history, family concerns, clinical condition and cognitive functions): a screening tool for the evaluation of at-risk driver. *JAGS*. 2010;28:1104-1108.
8. Eustace D, Wei H. The role of driver age and gender in motor vehicle fatal crashes. *Journal of Transportation Safety and Security*. 2010;2:28-44.
9. EFPA Position Statement on Age-Based Population Screening for Fitness to Drive December 21, 2010: www.efpa.eu/download/924f5445d3cd90d9e5726e1a1170942b [žiūrėta 2012 03 07].
10. Ball KK, Roenker DL, Wadley VG, Edwards JD, Roth DL, McGwin G, Raleigh R, Joyce JJ, Cissell GM, Dube T. Can high-risk older drivers be identified through performance-based measures in a department of motor vehicles setting? *JAGS*. 2006;54:77-84.
11. Ross LA, Anstey KJ, Kiely KM, Windsor TD, Byles JE, Luszcz MA, Mitchell P. Older drivers in Australia: trends in driving status and cognitive and visual impairment. *JAGS*. 2009;57:1868-1873.
12. Betz ME, Lowenstein SR. Driving patterns of older adults: results from the second injury control and risk survey. *JAGS*. 2010;58:1931-1935.
13. Marottoli RA, de Leon CFM, Glass TA, Williams CS, Cooney LM Jr, Berkman LF. Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2000;55(6):S334-40.
14. Astrauskienė A., Bulotaitė L. Lietuvos gyventojų, vairavusių apsvaigus nuo alkoholio, alkoholio vartojimo įpročiai. *Visuomenės sveikata*. 2011;1(52):82-90.
15. Wang CC, Carr DB. Older driver safety: a report from older drivers' project. *JAGS*. 2004;52:143-149.
16. Wang CC, Kosinski CJ, Schwartzberg JG, Shankin AV. Physician's guide to assessing and counseling the older driver. 2003), Washington, D.C.: National Highway and Traffic Safety Administration.
17. Anstey KJ, Wood J, Lord S, Walker JG. Cognitive, sensory and physical factors enabling driving safety in older adults. *Clinical Psychology Review*. 2005;25:45-65.
18. Reitan RM. Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Perception and Motor Skills*. 1958;8:271-276.
19. Tomboagh TM. Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2004;19:203-214.
20. Smith SR, Servesco AM, Edwards JW, Rahban R, Barazani S, Nowinski LA, Little JA, Blazer AL, Greif Green J. Exploring the validity of the Comprehensive Trail Making Test. *The Clinical Neuropsychologist*. 2008;22:507-518.
21. Oosterman JM, Vogels RLC, van Harten B, Gouw AA, Poggesi A, Scheltens P, Kessels RPC, Scherder EJA. Assessing mental flexibility: neuroanatomical and neuropsychological correlates of the Trail Making Test in elderly people. *The Clinical Neuropsychologist*. 2010;24:203-219.
22. Vazzana R, Bandinelli S, Lauretani F, Volpato S, Lauretani F, Di Iorio A, Abate M, Corsi AM, Milanesechi Y, Guralnik JM, Ferrucci L. Trail Making Test predicts physical impairment and mortality in older persons. *JAGS*. 2010;58:719-723.
23. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, Scherr PA, Wallace RB. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *The Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 1994;49:M85-M94.
24. Hess RJ, Brach JS, Piva SR, Van Swearingen JM. Walking skill can be assessed in older adults: validity of the figure-of-8 walk test. *Physical Therapy*. 2010;90:89-99.
25. Hogan DB. Which older patients are competent to drive? Approaches to office-based assessment. *Canadian Family Physician*. 2005;51:362-36
26. Hoffman L, Atchley P, McDowd JM, Dubinsky R. The role of visual attention in predicting driving impairment in older adults. *Psychology and Aging*. 2005;20(4):610-622.

Relationship between middle-aged and older drivers' neuropsychological characteristics and driving related problems

Aistė Pranckevičienė, Auksė Endriulaitienė

Department of General Psychology, Vytautas Magnus University

Rates of older drivers are increasing in many countries due to rapid expansion of older population all over the world. However aging is known to be associated with changes in cognitive and motor abilities that may affect driving safety and increase accidents' risk.

The aim of this study was to evaluate a relationship between specific neuropsychological characteristics that are crucial for successful driving performance (efficacy and speed of visual search, executive functions, and motor coordination) and self-reported driving related problems in healthy middle-aged and older drivers groups.

Methods. Use of neuropsychological assessment methods for evaluation of older drivers' driving abilities has long traditions in foreign countries. This study seeks to evaluate the validity of neuropsychological measures for prediction of middle-aged and older drivers' driving problems in Lithuanian context. The study sample consisted of 85 drivers who were grouped into two age groups: from 50 to 60 ($n = 58$) and older than 60 ($n = 27$). Participants completed tests of visual search, executive functions and motor coordination and answered to questions about driving related problems.

Results of the study confirmed significant relationship between age and neuropsychological performance. The

visual search of older drivers was slower and less effective, when compared to middle-aged drivers. Poorer executive functions and more frequent problems with motor coordination of older drivers were observed. Older drivers also reported significantly more driving related problems than middle-aged drivers. However number of mistakes performing visual search and insufficient motor coordination forecasted subjectively reported driving related problems independently of age.

Keywords: older drivers, neuropsychological characteristics, driving problems.

Correspondence to Aistė Pranckevičienė,
Vytautas Magnus University,
Department of General Psychology,
K. Donelaičio 52-315, LT-44244 Kaunas, Lithuania.
E-mail: a.pranckeviciene@smf.vdu.lt

Received 26 January 2012, accepted 30 April 2012

KAUNO IR ŠIAULIŲ MIESTŲ DEVINTŲ KLASIŲ MOKINIŲ GYVENSENOS YPATUMAI

Aušra Baltkojytė¹, Linas Šumskas², Skirmantė Sauliūnė³, Zita Sakalauskaitė⁴

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakultetas,

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Profilaktinės medicinos katedra ir Sveikatos tyrimų institutas, ³Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos vadybos katedra,

⁴Šiaulių visuomenės sveikatos biuras

Santrauka

Tyrimo tikslas – įvertinti Kauno ir Šiaulių miestų devintų klasių mokinių gyvenamosios ypatumus.

Medžiaga ir metodai. Tiriamąjį kontingentą sudarė Kauno ir Šiaulių miestų devintų klasių mokiniai, tirti vykdant tarptautinį „EURO URHIS 2“ projektą. 2010 m. atsitiktinės atrankos būdu buvo atrinktos 25 Kauno ir Šiaulių miestų mokyklos, kuriose mokėsi 1195 mokiniai. Užpildytas anketas grąžino 1059 mokiniai (atsako dažnis – 88,6 proc.). Šiame straipsnyje analizuojami respondentų atsakymai į klausimus apie rūkymo, alkoholinių gėrimų vartojimo, mitybos bei fizinio aktyvumo įpročius.

Rezultatai. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp Kauno ir Šiaulių miestų 15-mečių mokinių gyvenamosios (nepakankamas fizinis aktyvumas, mityba, rūkymas, alkoholio vartojimas) nenustatyta. Daugiau nei trečdalis mokinių (36,7 proc.) vertinant fizinio aktyvumo dažnį bei 39 proc. pagal fizinio aktyvumo trukmę) buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs. Berniukai, palyginti su mergaitėmis, buvo fiziškai aktyvesni ($p < 0,05$). Nustatyta, jog mokiniai per mažai vartojo šviežių vaisių, daržovių, salotų, pieno produktų, žuvies, rupaus malimo duonos. Palyginti su berniukais, mergaitės dažniau valgė sveiką maistą (vaisius, žalias daržoves bei salotas), tačiau jos dažniau nei berniukai valgė saldumynus – saldinius bei šokoladą ($p < 0,05$). Daugiau negu du trečdaliai (67,8 proc.) mokinių buvo bent kartą gyvenime bandę rūkyti, o kas septintas (13,8 proc.) apklaustasis nurodė, jog rūko kiekvieną dieną. Per paskutines 30 dienų alkoholį vartojo bent 1–2 kartus 60,5 proc. respondentų. Du trečdaliai (65,7 proc.) apklaustųjų nurodė, jog per gyvenimą buvo apsvaigę nuo alkoholinių gėrimų bent 1–2 kartus.

Išvados. Nemaža dalis Kauno ir Šiaulių miestų devintųjų klasių mokinių rūkė, vartojo alkoholinius gėrimus, neracionaliai maitinosi arba mažai sportavo. Į šias moksleivių gyvenamosios problemas daugiau dėmesio turėtų kreipti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai bei už miesto gyventojų sveikatą atsakingi savivaldybių atstovai.

Reikšminiai žodžiai: mokiniai, gyvenamosios, fizinis aktyvumas, mityba, rūkymas, alkoholio vartojimas.

ĮVADAS

Gera sveikata – tai ne tik ilgesnis, produktyvesnis žmonių gyvenimas, aukšta gyvenimo kokybė, bet ir kryptingo ekonomikos augimo ir plėtros pagrindas [1]. Perėjimas prie rinkos ekonomikos, agresyvi reklama, vakarietiškos masinės kultūros skverbimasis, naujų produktų atsiradimas paveikė žmonių sveikatą ir gyvenimą. Skirtingos socialinės žmonių grupės nevienodai reaguoja į vykstančias permainas, o jauni

žmonės ypač imlūs naujovėms, kurios gali tiek teigiamai, tiek neigiamai paveikti jų sveikatą bei gyvenamosios įpročius [2].

Populiariai tyrimai įrodė, kad gyvenamosios turi įtakos paauglių sveikatai. Šiandien dominuojanti vaikų sveikatą žalojanti elgsena susijusi su tradiciniais ligų rizikos veiksniais: rūkymu, alkoholinių gėrimų ir narkotikų vartojimu, neracionalia mityba, nepakankamu fiziniu aktyvumu (NFA) arba polinkiu rizikuoti (neatsargus vairavimas, atsitiktiniai lytiniai santykiai ir pan.). Šie neigiami elgsenos veiksniai žaloja jauno žmogaus sveikatą, ilgainiui sukeldami nepageidaujamų pasekmių – lėtines neinfekcines ligas. Susirūpinimą kelia tai, kad šiomis ligomis suserga vis jaunesni žmonės [3, 4]. Vertinant Lietuvos paauglių gyvenimą, pastebima, kad neigiamos gyvenamosios kintimo tendencijos nėra palankios jų sveikatai [5–10].

Lietuvoje, palyginti su kitomis šalimis, paauglių rūkymo paplitimas išlieka didelis. Iš 38 šalių, 2006 m.

Adresas susirašinti: Linas Šumskas,
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto
Medicinos akademijos
Visuomenės sveikatos fakulteto
Profilaktinės medicinos katedra,
Eivenių g. 4, 50009 Kaunas.
El. p. linas.sumskas@lsmuni.lt

dalyvavusių mokinių sveikatos ir gyvenamosios tyrimo (HBSC – *Health Behaviour in School-Aged Children*), Lietuvos berniukai pateko į 32-ą vietą, o mergaitės – į 21-ą vietą, t. y. pateko tarp tų šalių, kuriose mokinių rūkymas yra dažnas. Lyginant su kitų šalių bendramžiais, Lietuvos mokiniai yra tarp dažniausiai piktnaudžiaujančių alkoholiniais gėrimais, daugėja mokinių, vartojančių narkotikus, taip pat jaunėja ir šias medžiagas vartojančių asmenų amžius [6, 10, 11]. Tautodarydami laiką ir pasiduodami reklamos įtakai, paaugliai vis dažniau renkasi greitai pagaminamą maistą, daug riebalų turinčius užkandžius, geria tarp jaunimo madingus saldžius ar tonizuojančius gėrimus [11]. 2010 m. atliktas „IV, VII ir XI klasių mokinių mitybos įpročių“ tyrimas rodo, kad Lietuvos mokinių mityba yra nepakankamai racionali: tik 41,5 proc. mokinių kasdien valgė vaisius ir šviežias daržoves, saldumynus dažnai vartojo 49 proc. mokinių [12]. Pastebimas ir nepakankamas mokinių fizinis aktyvumas. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, vaikų ir paauglių kasdienė fizinė veikla turėtų trukti ne mažiau kaip 60 minučių. Tokios trukmės fizinis aktyvumas turi teigiamą įtaką paauglio fizinei, protinei bei socialinei raidai [13]. Tačiau daugelyje šalių tik penktadalis (20,6 proc.) 11–15 metų paauglių yra fiziškai aktyvūs ir atitinka PSO rekomenduojamas normas [11]. 2010 m. HBSC tyrimas parodė, kad NFA būdingas daugiau nei 60 proc. Lietuvos mokinių ir yra didžiausias per visą HBSC tyrimų laikotarpį [14].

Tarptautiniai HBSC, tabako, alkoholio ir narkotikų vartojimo tyrimai (ESPAD – *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) parodė, kaip svarbu nuolat stebėti rizikos veiksnių paplitimą tarp mokinių. Remdamiesi minėtų tyrimų patirtimi, galime daryti išvadą, kad integruotos įvairių institucijų pastangos, savivaldybių ar nacionalinio lygio politiniai sprendimai gali skatinti sveikos gyvenamosios formavimąsi jauname amžiuje, o tai užtikrintų ir geresnę sveikatos būklę vėlesniais gyvenimo laikotarpiais.

Šio tyrimo tikslas – įvertinti Kauno ir Šiaulių miestų devintų klasių mokinių gyvenamosios ypatumus.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tirtieji asmenys ir tyrimo procedūros. Tyrimas buvo vykdomas dalyvaujant tarptautiniame Europos Sąjungos 7-osios bendrosios programos projekte „EURO URHIS 2“ „Europos miestų sveikatos rodiklių sistema – 2 dalis: miesto sveikatos stebėseną ir analizę sveikatos politikai“. Vykdamas šį projektą dalyvauja 11 Europos šalių (26 miestai). Todėl atrenkant kontingentą ir apklausiant respondentus buvo laikomasi

šios tarptautinės studijos protokolo. Siekiant įvertinti mokinių gyvenamąją buvo apklausti Kauno ir Šiaulių miestų devintų klasių mokiniai. Taikyta klasterinė dviejų etapų atranka, imant mokyklą (pirmame atrankos etape) ir mokinių klasę (antrame etape) kaip atrinkimo vienetą.

Kaune atsitiktinės atrankos būdu buvo atrinkta 12 mokyklų: 8 vidurinės, 3 gimnazijos, 1 pagrindinė (jose atrinkta po 1–3 klases). Iš viso buvo ištirtos 25 devintos klasės. Mokinių pagal sudarytą sąrašą skaičius atrinktose klasėse buvo 543, tačiau daliai mokinių nedalyvaujant pamokose dėl ligos bei kitų priežasčių, apklausoje dalyvavo 502 mokiniai (atsako dažnis – 92,4 proc.). Šiaulių mieste atitinkamai buvo atrinkta 13 mokyklų: 7 gimnazijos, 2 vidurinės ir 4 pagrindinės mokyklos (jose atrinkta po 1–3 klases). Iš viso buvo ištirtos 24 devintos klasės. Mokinių skaičius pagal sudarytą sąrašą atrinktose klasėse buvo 652, tačiau dėl tų pačių priežasčių, kaip ir Kauno mokyklose, apklausoje dalyvavo 557 mokiniai (atsako dažnis – 85,4 proc.). Apklausoje dalyvavusių berniukų amžiaus vidurkis buvo $15,0 \pm 0,47$, o mergaičių – $14,9 \pm 0,43$ metų.

Apklausa vykdyta 2010 m. rugsėjo–lapkričio mėnesiais. Pamokos pradžioje mokiniams buvo išdalytos anoniminės anketos ir prašoma atsakyti į jose pateiktus klausimus. Užpildytas anketas respondentai grąžindavo užklijuotame voke.

Anketa ir analizuojami kintamieji. Mokinių gyvenamosios buvo vertinama pagal tarptautinių ekspertų sudarytą metodiką. Apklausiai naudota anoniminė anketa, kuri buvo parengta „EURO URHIS 2“ projekto ekspertų. Originalus anglišką anketos variantas buvo išverstas į lietuvių kalbą bei patikrintas bandomajame tyrime. Vertinant mokinių gyvenamąją buvo analizuojami klausimai, susiję su tabako, alkoholinių gėrimų vartojimu, fiziniu aktyvumu ir mitybos įpročiais. Klausiant apie rūkymą, alkoholinių gėrimų vartojimą, fizinį aktyvumą buvo siekiama nustatyti atitinkamo elgesio kiekybines charakteristikas (dažnumą, valandas ir kt.) per dieną, savaitę, mėnesį, metus bei per gyvenimą.

Vertinant mokinių fizinį aktyvumą, analizuoti du klausimai. Pirmuoju buvo aiškinamasi, fizinio aktyvumo dažnumas – buvo klausama: „Ar dažnai ne pamokų metu laisvalaikiu mankštiniesi ir sportuoji taip, kad suprakaituotum, padažnėtų kvėpavimas?“ NFA buvo laikomi mokiniai, kurie nurodė, jog sportuoja „vieną kartą per savaitę ir rečiau“ bei „niekada“. Antruoju klausimu buvo norima išsiaiškinti fizinio aktyvumo trukmę: „Kiek valandų per savaitę ne

pamokų metu mankštini ir sportuoji taip, kad suprakaituotum, padažnėtų kvėpavimas?“ Respondentų atsakymai buvo sugrupuoti į dvi grupes: sportuojantys 1 val. ir mažiau bei sportuojantys daugiau nei 1 val. NFA buvo laikomi tie mokiniai, kurie buvo fiziškai aktyvūs per savaitę 1 val. ir mažiau.

Siekiant įvertinti mokinių mitybos įpročius, buvo atsižvelgiama į tai, kaip dažnai jie valgė ar gėrė maisto produktus iš pateikto sąrašo. Respondentai buvo suskirstyti į dvi grupes: „retai“ vartojantys šiuos produktus ir „dažnai“ vartojantys. Pirmajai grupei buvo priskirti tie mokiniai, kurie atsakė, kad maisto produktą valgo ar geria „retai“ arba „niekada“, „kartą per savaitę“ arba „2–3 kartus per savaitę“. Antrajai grupei buvo priskirti tie mokiniai, kurie į pateiktą klausimą atsakė „beveik kasdien“.

Apie paauglių rūkymą buvo sprendžiama iš atsakymų į du klausimus: 1) „Ar esi kada nors rūkęs?“ (galimi atsakymai: „taip“ arba „ne“); 2) „Ar dabar dažnai rūkai?“ (galimi atsakymai: „kiekvieną dieną“, „mažiausiai kartą per savaitę, bet ne kiekvieną dieną“, „rečiau nei kartą per savaitę“, „visai nerūkau“).

Mokinių alkoholinių gėrimų vartojimo įpročiai buvo vertinami analizuojant atsakymus į tris klausimus: 1) „Kiek kartų (per pastarąsias 30 dienų) tu gėrei alų, sidrą, alkoholinius gėrimus, vyną ar degtinę alinėje, bare, restorane ar diskotekos patalpose?“ (galimi atsakymai: „niekada“, „1–2 kartus“, „3–5 kartus“, „6–9 kartus“, „10–19 kartų“, „20 kartų ir daugiau“). Remiantis atsakymais į šį klausimą, sudaryta tiriamųjų grupė, pažymėjusi, kad teko vartoti alkoholinius gėrimus „1–2 kartus“ arba „daugiau kartų“ per pastarąsias 30 dienų. Šios grupės imtis atspindėjo vartojusių alkoholinius gėrimus (per pastarąsias 30 dienų iki apklausos) paplitimą; 2) „Kiek kartų (per gyvenimą)

buvai apsvaigęs nuo alkoholio, pavyzdžiui, svirduliai vai vaikščiodamas, negalėjai deramai kalbėti, vėmei ar negalėjai prisiminti kas nutiko?“ (galimi atsakymai: „niekada“, „1–2 kartus“, „3–5 kartus“, „6–9 kartus“, „10–19 kartų“, „20–39 kartus“, „40 ar daugiau kartų“); 3) „Kokio amžiaus buvai, kai pirmą kartą pasijutai apsvaigęs nuo alkoholio?“ (galimi atsakymai: „niekada“, „11 metų ar mažiau“, „12 metų“, „13 metų“, „14 metų“, „15 metų“, „16 metų ar daugiau“). Dvi amžiaus grupės: „12 metų“ ir „13 metų“ bei „14 metų“ ir „15 metų“ buvo sujungtos tarpusavyje.

Statistinė analizė. Duomenų analizė atlikta naudojant SPSS statistinio paketo 17.0 versiją. Statistinis duomenų reikšmingumas buvo vertinamas pagal chi kvadrato kriterijų (χ^2). Rodiklių skirtumai, lyginant su referentine grupe, laikyti statistiškai reikšmingais, kai paklaidos tikimybė $p < 0,05$, ypač reikšmingais, kai $p < 0,01$.

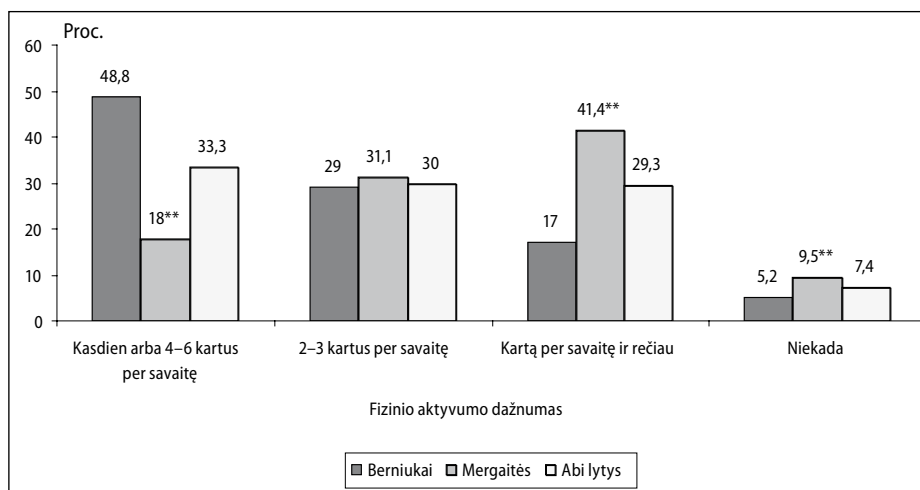
REZULTATAI

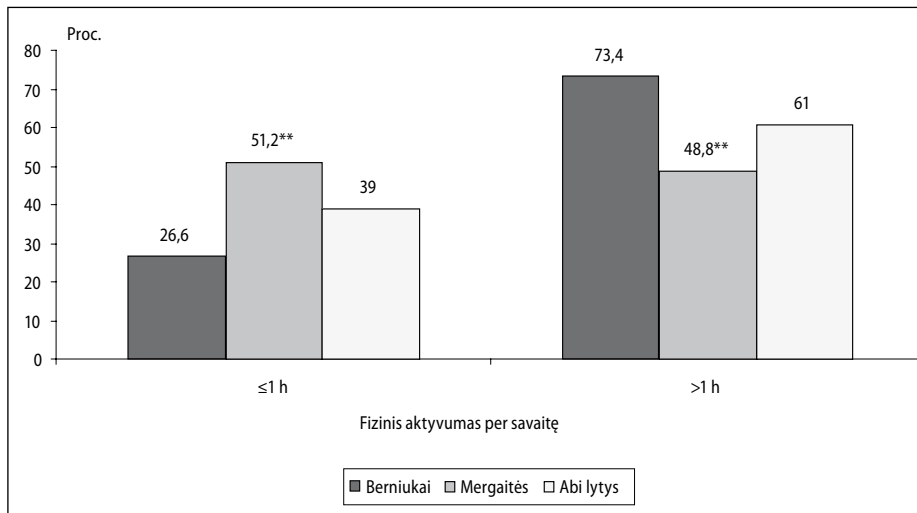
Tyrimo metu nustatėme, kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp Kauno ir Šiaulių miestų mokinių gyvenimo įpročių nebuvo. Dėl šios priežasties Kauno ir Šiaulių miestų mokinių gyvenimo ypatumai šiame straipsnyje atskirai neaprašomi.

Kauno ir Šiaulių miestų mokinių fizinis aktyvumas buvo vertinamas atsižvelgiant į mokinių fizinio aktyvumo dažnį bei trukmę.

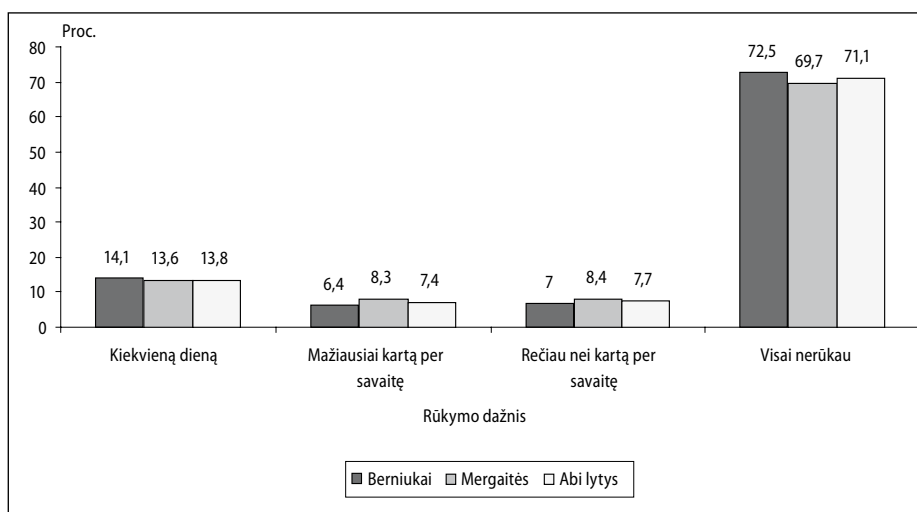
Analizuojant respondentų atsakymus, atsižvelgiant į tai, kaip dažnai ne pamokų metu mokiniai mankštinosi ir sportavo taip, kad suprakaituotų, padažnėtų kvėpavimas, nustatyta, jog sportuojančių kasdien arba 4–6 kartus per savaitę buvo šiek tiek daugiau nei trečdalis (33,3 proc.) paauglių. Vertinant fizinio aktyvumo dažnumo duomenis nustatyta, kad

1 pav. Mokinių atsakymų apie fizinio aktyvumo dažnumą per savaitę skirstinys (proc.).
** $p < 0,01$ – z testas, lyginant mergaičių ir berniukų duomenis; $\chi^2 = 134,391$; $lfs = 3$; $p < 0,01$.

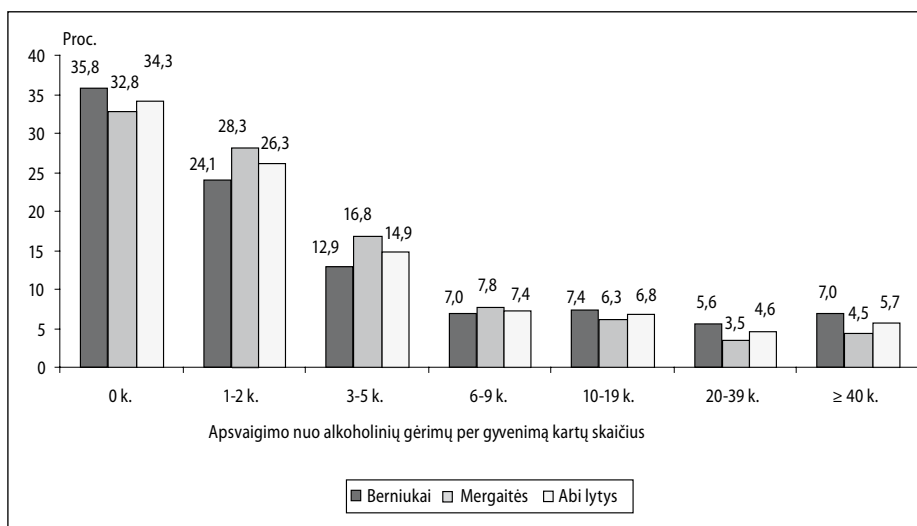




2 pav. Mokinių atsakymų apie fizinio aktyvumo trukmę per savaitę skirstinys (proc.). **p < 0,01 – z testas, lyginant mergaičių ir berniukų duomenis; $\chi^2 = 66,297$; lls = 1; p < 0,05.



3 pav. Mokinių atsakymų apie rūkymo dažnį skirstinys (proc.). $\chi^2 = 2,132$; lls = 3; p > 0,05.



4 pav. Mokinių atsakymų apie tai, kiek kartų per gyvenimą jie buvo apsvaigę nuo alkoholinių gėrimų, skirstinys (proc.). $\chi^2 = 11,006$; lls = 6; p > 0,05.

NFA buvo 36,7 proc. paauglių. Atsižvelgiant į lytį, berniukai buvo fiziškai aktyvesni, palyginti su mergaitėmis (p < 0,01) (1 pav.).

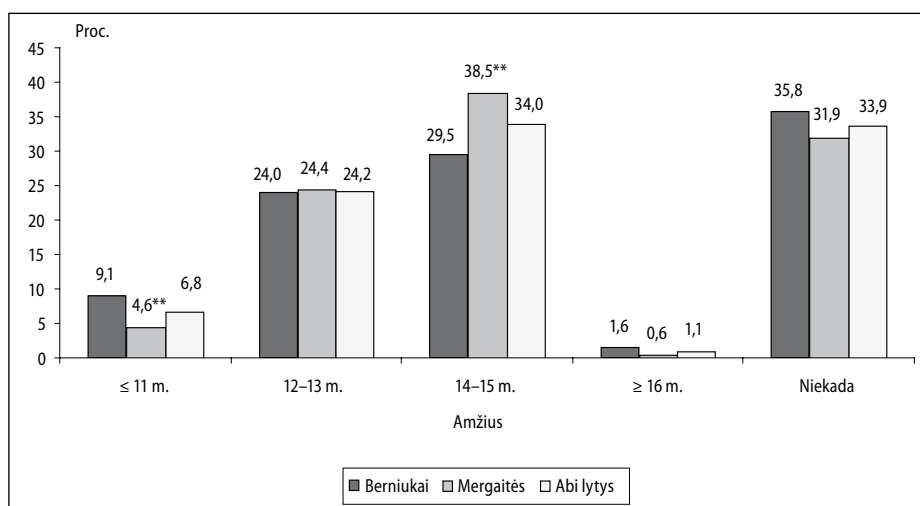
Vertinant fizinio aktyvumo trukmės duomenis, NFA buvo 39 proc. apklaustųjų: 26,6 proc. berniukų ir 51,2 proc. mergaičių. Nustatyta, kad mergaitės statistiškai reikšmingai mažiau laiko praleido būdamos

fiziškai aktyvios, palyginti su berniukais (p < 0,01) (2 pav.).

Mus dominusių maisto produktų vartojimo dažnis tarp apklaustųjų mokinių pateiktas 1 ir 2 lentelėse. Analizuojant duomenis, maisto produktai buvo suskirstyti į rekomenduojamus, arba „sveiko“ maisto grupę (vaisiai, daržovės, pieno produktai ir kt.),

5 pav. Mokinių atsakymų apie tai, kada jie pirmą kartą buvo apsvaigę nuo alkoholio, skirstinys (proc.).

** $p < 0,01$ – z testas, lyginant mergaičių ir berniukų duomenis; $\chi^2 = 16,911$; lls = 4; $p < 0,01$.



1 lentelė. Rekomenduojamo maisto vartojimo dažnio skirstinys pagal lytį

Maisto produktai		Berniukai		Mergaitės		Abi lytys		χ^2 , lls, p
		Retai	Dažnai	Retai	Dažnai	Retai	Dažnai	
Mėsa	Abs. skč.	276	240	285	237	561	477	$\chi^2 = 0,129$, lls = 1 $p > 0,05$
	Proc.	53,5	46,5	54,6	45,4	54	46	
Žuvis	Abs. skč.	496	23	513	12	1009	35	$\chi^2 = 3,709$, lls = 1 $p > 0,05$
	Proc.	96,6	4,4	97,7	2,3	96,6	3,4	
Pieno produktai	Abs. skč.	200	302	206	316	406	618	$\chi^2 = 0,015$, lls = 1 $p > 0,05$
	Proc.	39,8	60,2	39,5	60,5	39,6	60,4	
Daržovės, gausios baltymų	Abs. skč.	345	166	354	170	699	336	$\chi^2 = 0,00$, lls = 1 $p > 0,05$
	Proc.	67,5	32,5	67,6	32,4	67,5	32,5	
Rupaus malimo duona	Abs. skč.	422	89	428	92	850	181	$\chi^2 = 0,014$, lls = 1 $p > 0,05$
	Proc.	82,6	17,4	82,3	17,7	82,4	17,6	
Grūdų, kruopų dribsniai su vaisiais	Abs. skč.	434	76	454	69	888	145	$\chi^2 = 0,625$, lls = 1 $p > 0,05$
	Proc.	85,1	14,9	86,8	13,2	86	14	
Švieži vaisiai	Abs. skč.	336	177	269	257	605	434	$\chi^2 = 22,007$, lls = 1 $p < 0,01$
	Proc.	65,5	34,5	51,1	48,9**	58,2	41,8	
Salotos	Abs. skč.	379	135	348	177	727	312	$\chi^2 = 6,860$, lls = 1 $p < 0,01$
	Proc.	73,7	26,3	66,3	33,7*	70	30	
Daržovės	Abs. skč.	350	158	277	241	627	399	$\chi^2 = 25,670$, lls = 1 $p < 0,01$
	Proc.	68,9	31,1	53,5	46,5**	61,1	38,9	
Traškučiai, spragėsiai (iš grūdų, ryžių)	Abs. skč.	483	33	500	26	983	59	$\chi^2 = 1,029$, lls = 1 $p > 0,05$
	Proc.	93,6	6,4	95,1	4,9	94,3	5,7	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ – z testas, lyginant mergaičių ir berniukų duomenis.

ir nerekomenduojamus, arba „nesveiko“ maisto grupę (saldumynai, šokoladas, gazuoti gėrimai ir kt.).

Analizuojant respondentų atsakymus nustatyta, jog rekomenduojamų maisto produktų mokiniai valgė nepakankamai dažnai. Vaisiai ir daržovės sudaro svarbią rekomenduojamų didesnės biologinės vertės maisto produktų dalį, tačiau, tyrimo duomenimis, šviežius vaisius dažnai valgė tik 41,8 proc. mokinių, salotas – trečdalis apklaustųjų, o daržoves – 38,9 proc. respondentų. Mergaitės statistiškai reikšmingai dažniau negu berniukai valgė šviežius vaisius, daržoves ($p < 0,01$) bei salotas ($p < 0,05$). Nepakankamai

mokiniai valgė ir pieno bei grūdinių produktų. Pieno produktus dažnai vartojo daugiau nei pusė (60,4 proc.) respondentų, o rupaus malimo duoną dažnai valgė tik kas šeštas mokinys (17,6 proc.). Vertinant tyrimo duomenis atsižvelgiant į lytį, statistiškai reikšmingo skirtumo neaptikta (1 lentelė).

Tyrimo duomenimis, nerekomenduojamus maisto produktus (bulvių traškučius, skrudintas bulves, saldžius gazuotus gėrimus bei saldumynus) mokiniai vartojo gana saikingai. Mažai kaloringus gazuotus gėrimus su saldikliais bei įprastus saldžius gazuotus gėrimus dažnai gėrė kas dešimtas apklaustasis. Bulvių

2 lentelė. Nerekomenduojamo maisto vartojimo dažnio pagal lytį skirstinys

Maisto produktai		Berniukai		Mergaitės		Abi lytys		χ^2 , lls, p
		Retai	Dažnai	Retai	Dažnai	Retai	Dažnai	
Bulvių traškučiai, skrudintos bulvės	Abs. skč.	465	49	493	32	958	81	$\chi^2 = 4,270$, lls = 1 p < 0,05
	Proc.	90,5	9,5*	93,9	6,1	92,2	7,8	
Cukruoti grūdiniai užkandžiai	Abs. skč.	469	45	477	47	946	42	$\chi^2 = 0,015$, lls = 1 p > 0,05
	Proc.	91,2	8,8	91	9	91,1	8,9	
Mažai kaloringi gazuoti gėrimai su saldikliais	Abs. skč.	454	55	486	40	940	95	$\chi^2 = 3,179$, lls = 1 p > 0,05
	Proc.	89,2	10,8	92,4	7,6	90,8	9,2	
Įprasti saldūs gazuoti gėrimai	Abs. skč.	451	63	474	49	925	112	$\chi^2 = 2,244$, lls = 1 p > 0,05
	Proc.	87,7	12,3	90,6	9,4	89,2	10,8	
Saldumynai, šokoladas, šokoladiniai batonėliai	Abs. skč.	419	94	361	163	780	257	$\chi^2 = 22,724$, lls = 1 p < 0,01
	Proc.	81,7	18,3	68,9	31,1**	75,2	24,8	

*p < 0,05; **p < 0,01 – z testas, lyginant mergaičių ir berniukų duomenis.

traškučius bei skrudintas bulves dažnai valgė beveik dešimtadalis (7,8 proc.) visų apklaustųjų, o reikšmingai dažniau šiuos produktus vartojo berniukai negu mergaitės (p < 0,05). Vertinant saldumynų bei šokolado vartojimą, nustatyta, kad dažnai šiuos produktus valgė ketvirtadalis (24,8 proc.) mokinių, o mergaitės šiuos maisto produktus rinkosi reikšmingai dažniau negu berniukai (p < 0,01) (2 lentelė).

Tyrimo rezultatų analizė parodė, kad bent kartą gyvenime bandžiusių rūkyti buvo daugiau negu du trečdaliai mokinių (67,8 proc.). Palyginus devintų klasių berniukų ir mergaičių apklausos duomenis, nustatyta, jog bandžiusių kada nors gyvenime rūkyti mokinių dalis, atsižvelgiant į lytį, nesiskyrė. Tačiau pabrėžtina, jog į šį klausimą daugiau „taip“ atsakė mergaitės (68,3 proc.) negu berniukai (67,4 proc.). Pradėjusiems rūkyti mokiniams dažniausiai tai tapo kasdieniu įpročiu – 13,8 proc. rūkančiųjų nurodė, kad rūkė kiekvieną dieną, o beveik dešimtadalis apklaustųjų nurodė, kad rūkė mažiausiai kartą per savaitę (7,4 proc.) ar rečiau negu kartą per savaitę (7,7 proc.) (3 pav.).

Domėjomės, ar dažnai paaugliai geria įvairius alkoholinius gėrimus. Mūsų tyrimo duomenys parodė, kad alkoholio vartojimas tarp mokinių tebėra labai paplitęs. Per paskutines 30 dienų iki apklausos alkoholinių gėrimų visiškai nevartojo tik 39,5 proc. mokinių, o per tą patį laikotarpį daugiau negu pusė (60,5 proc.) apklaustųjų alkoholį vartojo bent 1–2 kartus. Vertinant šiuos duomenis atsižvelgiant į lytį, statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo.

Tyrimo metu buvo siekiama nustatyti, kiek kartų mokiniai buvo apsvaigę nuo alkoholio per gyvenimą, per pastaruosius 12 mėnesių bei per pastarąsias 30 dienų. Analizuojant respondentų atsakymus, atsižvelgiant į tai, kaip dažnai jie buvo apsvaigę nuo

alkoholio per gyvenimą, nustatyta, jog bent 1–2 kartus nuo alkoholio buvo apsvaigę du trečdaliai (65,7 proc.) paauglių (4 pav.).

Analizuodami rezultatus taip pat siekėme nustatyti, kokio amžiaus būdami mokiniai pirmą kartą buvo apsvaigę nuo alkoholio. Iš mūsų tirtų mokinių 9,1 proc. berniukų ir 4,6 proc. mergaičių prisipažino, kad nors kartą buvo apsvaigę nuo alkoholio (berniukai reikšmingai dažniau nei mergaitės; p < 0,01) būdami 11 metų amžiaus ar jaunesni. Trečdalis (34 proc.) apklaustųjų pirmą kartą pasijuto apsvaigę nuo alkoholio būdami 14–15 metų amžiaus (5 pav.).

REZULTATŲ APTARIMAS

Mokslinėje literatūroje nurodoma, jog NFA problema aktuali visais amžiaus tarpsniais, tačiau aktualiausia, kai kalbama apie vaikų ir paauglių sveikatą, nes fizinis aktyvumas yra vienas reikšmingiausių harmoningo paauglių vystymosi ir sveikatos veiksnių [15]. Daugelyje šalių, tarp jų ir Lietuvoje, pastebima stabili tendencija – paauglių fizinis aktyvumas su amžiumi mažėja, o visose amžiaus grupėse berniukai yra fiziškai aktyvesni, palyginti su mergaitėmis [11]. Remiantis Lietuvos mokslininkų atliktų tyrimų rezultatais ir analizuojant mūsų darbo duomenis, pasitvirtino panaši situacija: daugumai paauglių buvo būdingas NFA, o berniukai, palyginti su mergaitėmis, buvo fiziškai aktyvesni [9, 16, 17].

Tam, kad vaikai augtų sveiki, ypač svarbi racionali mityba, kuri apibrėžiama kaip sveikatos pagrindas. Ji lemia harmoningą vaiko augimą, sugebėjimą mokytis, darbingumą, turi įtakos fizinei ir protinei vaiko raidai [18]. Mokiniais svarbu teisingai maitintis ir suvokti sveikos mitybos naudą, tačiau, remiantis šio tyrimo duomenimis, mokiniai nesilaiko sveikos mitybos principų; priešingai, nemaža dalis respondentų

renkasi mažos maistinės vertės – nerekomenduojamus maisto produktus. Šio tyrimo metu nustatyta, kad mergaičių mityba yra racionali nei berniukų, tačiau jos dažniau vartoja saldumynus. Panašūs tyrimo rezultatai nustatyti ir kitų Lietuvoje atliktų tyrimų metu. 2010 m. atlikto HBSC tyrimo duomenimis, mergaitės, palyginti su berniukais, vaisių ir daržovių valgė dažniau ir reguliariau: vaisių kasdien valgė 22 proc. berniukų ir 31 proc. mergaičių, daržovių – 23,1 proc. berniukų ir 31 proc. mergaičių [19]. A. Zaborskio ir bendraautorijų atlikto tyrimo duomenimis, palyginti su berniukais, mergaičių mityba taip pat buvo racionali: jos dažniau valgė vaisius, žalias daržoves, mažiau – traškučių, keptų bulvių, gėrė kokakolą ar kitų saldžiųjų gėrimų, tačiau jos dažniau valgė saldainius ir šokoladą [5]. J. V. Vaitkevičiaus su bendraautorijais atliktas tyrimas patvirtino, kad bulvių traškučiai buvo populiariausi tarp berniukų nei mergaičių, o saldumynus labiau valgė mergaitės nei berniukai [20].

Neabejojama, kad tabakas ir jo gaminiai ypač neigiamai veikia bręstančio žmogaus organizmą. Nors tabako vartojimo mažinimas yra vienas svarbiausių visuomenės sveikatos gerinimo tikslų, tačiau prognozuojama, kad šiame šimtmetėje rūkymas taps svarbiausiu rizikos veiksniu, lemsiančiu ankstyvą žmonių mirtį. Susirūpinimą kelia tai, kad rūkymas tampa įprastu reiškiniu tarp paauglių, o dauguma iš jų tampa priklausomai nuo nikotino, nesulaukę 18 metų amžiaus [21]. Rūkymas tarp Lietuvos mokinių sparčiai plito 1994–2002 m. laikotarpiu. Atsižvelgiant į 1994, 1998 ir 2002 m. HBSC tyrimų duomenis, rūkančių berniukų dalis buvo atitinkamai 11,3, 19,8 ir 23,6 proc., mergaičių – 3,6, 8,5 ir 14,6 proc. Tačiau 2006 m. užfiksuotas rūkymo paplitimo sumažėjimas: tarp berniukų jis siekė 17,4 proc., tarp mergaičių – 12,4 proc. [7]. Panašūs rezultatai gauti ir šiame tyrime: kad kiekvieną dieną rūkė, nurodė 14,1 proc. berniukų ir 13,6 proc. mergaičių.

Europos alkoholio chartijoje teigiama, kad visi vaikai ir paaugliai turi teisę augti aplinkoje, kurioje nebūtų vartojami alkoholiniai gėrimai ir nebūtų skatinama juos vartoti, taip apsaugant paauglius nuo neigiamų alkoholio vartojimo pasekmių [22]. Remiantis atliktais tyrimais [6, 10, 11], Lietuva mažai atsilieka nuo šalių, turinčių didžiausius mokinių alkoholinių gėrimų vartojimo rodiklius. Keturioliktieji–penkioliktieji paauglio gyvenimo metai yra tas amžiaus slenkstis, kai dauguma paauglių būna pabandę vartoti alkoholį, o smalsumas ir nenoras išsiskirti iš draugų ypač padidina alkoholį vartojančiųjų skaičių [10].

Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, per paskutinį mėnesį iki vykdytos apklausos daugiau nei pusė mokinių (60,5 proc.) alkoholinius gėrimus vartojo bent 1–2 kartus, o du trečdaliai (65,7 proc.) bent 1–2 kartus buvo apsvaigę nuo alkoholio per gyvenimą. Panašūs rezultatai gauti ir ESPAD tyrėjų, kurie nustatė, kad per gyvenimą bent 1–2 kartus apsvaigusiu nuo alkoholio buvo 62,4 proc. mokinių [10]. Nors daugelis jaunuolių žino apie alkoholio vartojimo sukeliamas pasekmes, tačiau turimos žinios nemažina alkoholi vartojančių skaičiaus. Priešingai – alkoholį vartoja vis jaunesni vaikai, kartu jaunėja ir nuo alkoholio apsvaigusiu amžius. Šio tyrimo duomenimis, net 6,8 proc. nuo alkoholio buvo apsvaigę būdami 11 metų amžiaus ar jaunesni. Lyginant su ESPAD tyrimo rezultatais, pastebima panaši situacija – 5,5 proc. mokinių pirmą kartą nuo alkoholio buvo apsvaigę būdami 11 metų ar jaunesni, 35,9 proc. – 14–15 metų amžiaus [10].

Apibendrinę atlikto tyrimo duomenis, galime teigti, kad mokinių gyvenama nėra palanki jų sveikatai. Todėl siekiant pagerinti jaunų žmonių sveikatą bei išvengti nepageidaujamo pasekmių ateityje, svarbu nuolat stebėti ir vertinti rizikos veiksnių paplitimą tarp mokinių ir siekti, kad būtų rengiamos efektyvesnės sveikatos ugdymo programos, adaptuojamos ir įgyvendinamos atitinkamos strategijos vietiniu, bendruomenės, nacionaliniu ir tarptautiniu lygmeniu. Lietuvos savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, vykdančys sveikatos priežiūrą mokyklose, padedantys mokiniams saugoti ir stiprinti sveikatą bei įgyvendinantys priemones, susijusias su ligų ir traumų profilaktika, turėtų kreipti ypatingą dėmesį formuojant teisingą mokinių požiūrį į savo sveikatą ir ugdant sveikos gyvensenos įgūdžius.

IŠVADOS

1. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp Kauno ir Šiaulių miestų 15-mečių mokinių gyvensenos (nepakankamas fizinis aktyvumas, mityba, rūkymas, alkoholio vartojimas) nenustatyta.
2. Daugiau nei trečdalis mokinių (36,7 proc. pagal fizinio aktyvumo dažnį bei 39 proc. mokinių, vertinant fizinio aktyvumo trukmę), buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs. Berniukai, palyginti su mergaitėmis, buvo fiziškai aktyvesni ($p < 0,05$).
3. Mokiniai per mažai vartojo šviežių vaisių, daržovių, salotų, pieno produktų, žuvies, rupaus malimo duonos. Palyginti su berniukais, mergaičių mityba buvo racionali: jos dažniau valgė vaisių (atitinkamai 48,9 proc. mergaičių ir 34,5 proc. berniukų), daržovių (46,5 proc. mergaičių ir

- 31,1 proc. berniukų) bei salotų (33,7 proc. mergaičių ir 26,3 proc. berniukų). Tačiau mergaitės dažniau nei berniukai valgė saldumynus – saldinius bei šokoladą ($p < 0,05$).
4. Daugiau negu du trečdaliai (67,8 proc.) mokinių bent kartą gyvenime buvo bandę rūkyti, o kas septintas (13,8 proc.) apklaustasis rūkė kiekvieną dieną.
5. Daugiau negu pusė (60,5 proc.) mokinių alkoholi vartojo bent 1–2 kartus per paskutines 30 dienų, o 6,8 proc. pirmą kartą buvo apsvaigę nuo alkoholio, būdami 11 metų amžiaus ar jaunesni.

Straipsnis gautas 2012-01-10, priimtas 2012-04-30

Literatūra

- Byrne D. Enabling good health for all: a reflection process for a new European Union health strategy. European Union Communities, 2004.
- Bobak M, Hertzman C, Marmot M, Pikhart H, Rose R. Socioeconomic factors, material inequalities and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med.* 2000; 51(9):1343-50.
- Blum RW, Nelson-Mmari K. The health of young people in a Global context. *J Adolesc Health.* 2004;35(5):402-18.
- Pickett W, Schmid H, Boyce WF, Simpson K, Scheidt PC, Mazur J et al. Multiple risk behavior and injury: an international analysis of young people. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(8):786-93.
- Zaborskis A, Petronytė G, Buitvydaitė R, Lubienė J, Monkauskaitė A, Ambrazevičienė I, Kuzmarskienė G. Lietuvos vyresniųjų klasių moksleivių mitybos įpročių netolygumai. *Visuomenės sveikata.* 2006;1(32):40-5.
- Zaborskis A, Žemaitienė N, Šumskas L, Grabauskas V, Vėryga A, Petkevičius R. Lietuvos moksleivių alkoholinių gėrimų vartojimo kaita 1994–2006 m. ir nauji iššūkiai. *Medicina.* 2008;44(8):623-31.
- Zaborskis A, Šumskas L, Žemaitienė N, Grabauskas V, Vėryga A, Petkevičius R Lietuvos moksleivių rūkymas ir jo paplitimo pokyčiai 1994–2006 m. *Medicina* 2009;45(10):798-806.
- Jurgaitienė D, Targamadžė V. Marihuanos ir kitų narkotikų vartojimo sąsajos tarp paauglių. *Medicina (Kaunas).* 2006;42(10):843-51.
- Petronytė G. Lietuvos paauglių fizinis aktyvumas ir su juo susiję veiksniai: daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2009.
- Tamošiūnas T, Šutinienė I, Šimaitis A. Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimas ESPAD 2007. Vilnius, 2008. Prieiga per internetą: http://www.nkd.lt/files/Apklausos_ir_tyrimai/ESPAD_2007_leidiny.pdf [žiūrėta 2010 11 13].
- Currie C, Roberts C, Morgan A et al. Young Peoples Health Behaviour in School – aged Children (HBSC) study: international report from the 2005/ 2006 survey. Copenhagen: World Health Organization, 2008.
- Umbrasienė N, Varvuolienė R, Krupskienė A, Narkauskaitė L, Beržanskytė A, Kranauskas A. Mokinių mitybos įpročiai. *Visuomenės sveikata.* 2011;2(53):76-82.
- Nader PR, Bradley RH, Houts RM, McRitchie SL, O'Brien M. Moderate-to-vigorous physical activity from ages 9 to 15 years. *The Journal of the American Medical Association.* 2008;300(3):295-305.
- Zaborskis A, Raskilas A. Lietuvos mokinių fizinio aktyvumo pokyčiai 1994–2010 m. *Visuomenės sveikata.* 2011;3(54):78-86.
- Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Prevention. At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer, 2004.
- Juškelienė V, Ustilaitė S, Proškusienė R, Kalibatas J, Naudžiūtė S. 11–12 klasių mokinių sveikata ir jos pokyčiai per 5 metus. Vilnius, 2006.
- Volbekienė V, Gričiūtė A, Gaižauskienė A. Lietuvos didžiųjų miestų 5–11 klasių moksleivių su sveikata susijęs fizinis aktyvumas. *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas.* 2007;2(65):71-7.
- Food and nutrition policy for schools: Programme for Nutrition and Food Security, World Health Organization Regional office for Europe. Copenhagen, 2006.
- Zaborskis A, Lagūnaitė R. Vaisiai ir daržovės mokinio valgiaraštyje: mityba ir socialiniai netolygumai 2002–2010 metais. *Visuomenės sveikata.* 2011;2(53):65-75.
- Vaitkevičius JV, Miliūnienė L, Vaitkevičienė A. Šiaulių apskrities moksleivių mitybos įpročiai ir savijauta. *Visuomenės sveikata.* 2008;1(40):37-42.
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 the empower package. Geneva: World Health Organization, 2008.
- European Charter on Alcohol. European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, France, 12–14 December 1995. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.

The features of life-style of 15-year old schoolchildren in Kaunas and Šiauliai

Aušra Baltkojytė¹, Linas Šumskas², Skirmantė Sauliūnė³, Zita Sakalauskaitė⁴

¹Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Public Health, ²Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Public Health, Department of Preventive Medicine and Institute of Health Research, ³Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Public Health, Department of Health Management, ⁴Public Health Bureau of Šiauliai City

Summary

Aim. To evaluate the features of life-style of 15-year old schoolchildren in Kaunas and Šiauliai.

Material and methods. Survey was carried out in the framework of European EURO URHIS 2 project. Research sample was composed from 9-th grade students of schools in Kaunas and Šiauliai. 25 schools were randomly selected in two middle size cities of Lithuania according to the international research protocol. In total 1195 students were included into the primary list of respondents. 1059 students filled in anonymous questionnaire forms in the classroom (response rate – 88.6 %). Our research analysis has covered such lifestyle areas as physical activity, nutrition, smoking, and alcohol consumption.

Results. Lifestyle of 15 years old schoolchildren did not differ significantly between Kaunas and Šiauliai cities. Low physical activity was reported by more than one third of the respondents (in 36.7 % – by times of physical activity per week; in 39.0 % – by the hours of physical activity per week). In addition, girls were more likely to be physically inactive than boys ($p < 0.05$). Nutrition of the students was not balanced – significant proportion of respondents reported low consumption of fruits, vegetables, salads, dairy products, fish and whole grain bread. Therefore, nutrition of girls was more balanced than that of boys. More than two thirds of the respondents (67.8 %) reported that already tried to smoke cigarettes during their lifespan; every

seventh (13.8 %) has reported being the every day smoker. 60.5 % of respondents consumed alcohol at least 1–2 times during the last 30 days. Two thirds (65.7 %) of students have reported alcoholic drunkenness at least 1–2 times during their lifespan.

Conclusions. Survey showed quite high prevalence of unhealthy life-style among ninth grade schoolchildren in Kaunas and Šiauliai cities. Low physical activity, unbalanced nutrition, involvement in smoking and alcohol drinking constitute the potentially important health related issues, which should be in focus of public health policy makers at the municipality level.

Keywords: schoolchildren, life-style, physical activity, nutrition, smoking, alcohol.

Correspondence to Linas Šumskas,
Department of Preventive Medicine,
Faculty of Public Health, Medical Academy,
Lithuanian University of Health Sciences,
Eivenių 4, LT-50009 Kaunas, Lithuania.
El. p. linas.sumskas@lsmuni.lt

Received 10 January 2012, accepted 30 April 2012

DVYNIŲ ANTROPOMETRINIŲ RODIKLIŲ IR MITYBOS ĮPROČIŲ SĄSAJOS

Asta Raskilienė¹, Janina Petkevičienė²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Veterinarijos akademijos Biologinių sistemų ir genetinių tyrimų institutas, ²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Profilaktinės medicinos katedra

Santrauka

Tyrimo tikslas – įvertinti dvynių mitybos įpročių ir antropometrinių rodiklių ryšius.

Medžiaga ir metodai. Tirti Lietuvoje gyvenantys 18–54 metų dvyniai, įtraukti į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Dvynių centro registrą. Elektroniniu paštu išsiųstas klausimynas 146 dvynių poroms. Klausimyną užpildė 54,5 proc. dvynių. Analizuoti 70 (40 monozygotinių ir 30 dizygotinių) dvynių porų duomenys. Atsavorio paplitimas skaičiuotas pagal kūno masės indeksą ($KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Vertinant mitybą, klausta apie tam tikrų maisto produktų vartojimo dažnį ir valgymo įpročius.

Rezultatai. Atsavoris nustatytas 31,3 proc. vyrų ir 19,4 proc. moterų. Monozygotinių dvynių porų antropometriniai rodikliai buvo labiau susiję nei dizygotinių porų. Tarp monozygotinių dvynių nustatyti stipresni mitybos įpročių ryšiai nei tarp dizygotinių dvynių. Skirtingus mitybos įpročius turinčių monozygotinių dvynių kūno masės indekso skirtumai buvo didesni nei turinčių vienodus įpročius.

Išvados. Antropometrinių rodiklių ir mitybos įpročių sąsajos buvo stipresnės tarp monozygotinių nei dizygotinių dvynių. Didesni kūno masės indekso skirtumai tarp skirtingus mitybos įpročius turinčių monozygotinių dvynių patvirtina, kad mityba turi poveikio antropometriniais rodikliams.

Reikšminiai žodžiai: dvyniai, antropometriniai rodikliai, mitybos įpročiai, sąsajos.

ĮVADAS

Daugelyje šalių pasiekęs epidemijos lygį ir vis dar augantis atsavorio ir nutukimo paplitimas skatina valstybes imtis efektyvesnių kontrolės priemonių [1, 2]. Atsavoris ir nutukimas didina cukrinio diabeto, širdies ir kraujagyslių ligų, piktybinių navikų ir kitų lėtinių ligų riziką, yra susijęs su didėjančiomis valstybės išlaidomis sveikatos priežiūrai, žmonių socialine atskirtimi [3, 4].

Lietuvoje atsavorio turi daugiau negu trečdalis (34,8 proc.), o nutukę yra 21,5 proc. suaugusių gyventojų [5]. Kūno svoris didėja, jeigu su maistu gaunamas energijos kiekis yra didesnis negu išiekuojamas fizinei veiklai. Energijos balansą reguliuoja genetiniai, gyvenamos ir aplinkos veiksniai.

Mityba turi svarbią reikšmę kūno svoriui ir kitiems antropometriniais rodikliams. Tyrimų duomenimis, daug vaisių ir daržovių vartojantys asmenys dažniau būna normalaus svorio. Tuo tarpu asmenys, kurie dažnai užkandžiauja, vartoja daug greito maisto, saldžių gėrimų, dažniau būna nutukę [6, 7].

Genai taip pat veikia antropometrinius rodiklius [8, 9]. Patvirtinta, kad nutukimą skatinančioje aplinkoje kūno svoris padidėja greičiau ir labiau tiems asmenims, kurie turi genetinį polinkį nutukti. Tačiau aplinkos veiksniai šį polinkį nutukti gali modifikuoti [10, 11].

Norint sumažinti atsavorio ir nutukimo paplitimą, svarbu įvertinti genetinių ir aplinkos veiksnių ryšius. Dvynių tyrimai gali padėti nustatyti nepriklausomą aplinkos įtaką antropometriniais rodikliams, nes monozygotinių dvynių genai yra vienodi. Užsienio mokslinėje spaudoje publikuota nemažai straipsnių apie dvynių mitybos ir kūno svorio sąsajas, tačiau mes neradome literatūros šaltinių apie Lietuvoje atliktus panašius dvynių tyrimus.

Šio tyrimo tikslas – įvertinti dvynių mitybos ir antropometrinių rodiklių ryšius.

Adresas susirašinti: Asta Raskilienė,
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto
Medicinos akademija,
Eivenių g. 4, 50009 Kaunas.
El. p. asta.petrauskaite@vision.kmu.lt

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

2010 m. 146 dvynių poroms, užregistruotoms Lietuvos sveikatos mokslų universiteto moksliniame „Dvynių centre“, elektroniniu paštu buvo išsiųstas klausimynas, kurį užpildė 159 asmenys (54,5 proc.). Straipsnyje analizuojami 70 dvynių porų duomenys. Keturiasdešimt porų buvo monozigotinės (MZ), 30 porų – dizigotinės (DZ). Tyrime dalyvavo 108 moterys ir 32 vyrai. Tiriamieji buvo 18–54 metų amžiaus.

Dvynių apklausai taikytas originalus klausimynas, kurio patikimumas įvertintas bandomojo tyrimo metu. Klausimyną sudarė 51 klausimas apie dvynių demografinius duomenis (lytį, amžių, gyvenamąją vietą, išsilavinimą, šeiminių padėčių), sveikatos būklę, gyvensenos įpročius (mitybą, fizinį aktyvumą, žalingus įpročius), ūgį ir svorį. Ūgio ir svorio duomenys taikyti skaičiuojant kūno masės indeksą: $KMI = \text{svoris (kg)} / \text{ūgis (m)}^2$. Atsvertis nustatytas tiriamiesiems, kurių $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

Vertinant mitybą, buvo klausama apie tam tikrų maisto produktų (daržovių, vaisių, saldumynų, greito maisto, užkandžių, pvz., bulvių traškučių) vartojimo dažnį. Galimi atsakymų variantai: „keletą kartų per dieną“, „kasdien“, „keletą kartų per savaitę“, „1–4 kartus per mėnesį“, „rečiau ar niekada“. Be to, buvo klausama, ar tiriamieji valgo esant įtampai; ar žiūri televizorių / skaito valgio metu; ar domisi informacija apie maisto produktų sudėtį; kada paskutinį kartą valgo prieš miegą; ar kasdien pusryčiauja; kokius riebalus tepa ant duonos. Analizuojant dvynių svorio

skirtumus, MZ dvyniai buvo suskirstyti į turinčius vienodus ir skirtingus mitybos įpročius.

Duomenys analizuoti naudojant statistinę programą SPSS 13.0 for Windows. Ryšiai tarp kokybinių požymių vertinti buvo taikomas chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Ryšiams tarp kiekybinių požymių skirstinių nustatyti buvo naudojamas neparametrinis Mano ir Vitnio (*Mann-Whitney*) testas, kadangi skirstiniai neatitiko normalumo kriterijų. Analizuojant ryšius tarp požymių buvo skaičiuoti Spirmeno (*Spearman*) koreliacijos koeficientai. Statistinių hipotezių reikšmingumui vertinti buvo pasirinktas $p < 0,05$ reikšmingumo lygmuo.

REZULTATAI

Tiriamųjų antropometrinių matavimų skirstinių parametrai pateikti 1 lentelėje. Reikšmingų skirtumų tarp MZ ir DZ dvynių porų antropometrinių matavimų nenustatyta. Vyrai buvo aukštesni ir sunkesni nei moterys, tačiau jų KMI nesiskyrė. Atsvario paplitimas buvo 31,3 proc. tarp vyrų ir 19,4 proc. tarp moterų ($p < 0,05$).

Nustatyti stiprūs koreliaciniai ryšiai tarp MZ dvynių porų antropometrinių rodiklių (2 lentelė). Labiausiai buvo susijęs moterų ūgis ($r = 0,809$), o vyrų – KMI ($r = 0,933$). Reikšmingų ryšių tarp DZ vyrų ūgio ir svorio nenustatyta. Koreliacijos koeficientai tarp visų analizuotų MZ dvynių antropometrinių rodiklių buvo didesni negu tarp DZ dvynių antropometrinių rodiklių.

1 lentelė. Antropometrinių rodiklių mediana, 25-tas ir 75-tas procentilis, atsižvelgiant į zigotiškumą ir lytį

Antropometriniai rodikliai	MZ* dvyniai							DZ dvyniai							
	Vyrai			Moterys				p	Vyrai			Moterys			
	Mediana	25-tas procentilis	75-tas procentilis	Mediana	25-tas procentilis	75-tas procentilis	Mediana		25-tas procentilis	75-tas procentilis	Mediana	25-tas procentilis	75-tas procentilis	p	
Ūgis (cm)	183,0	178,0	185,0	167,0	163,0	170,0	< 0,001	183,0	180,0	184,8	168,0	164,0	172,0	< 0,001	
Svoris (kg)	77,5	70,0	85,3	60,0	54,0	67,8	< 0,001	71,5	66,3	74,0	58,5	54,0	69,3	0,038	
KMI (kg/m ²)	24,2	20,8	25,9	21,3	19,9	24,3	0,078	21,2	20,3	21,9	20,8	19,5	23,6	0,640	

*Reikšmingų skirtumų tarp MZ ir DZ dvynių antropometrinių rodiklių nenustatyta.

2 lentelė. Spirmeno koreliacijos koeficientai tarp MZ ir DZ dvynių porų atitinkamų antropometrinių rodiklių

Antropometriniai rodikliai	MZ dvyniai		DZ dvyniai	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
Ūgis	0,530*	0,809**	0,500	0,769**
Svoris	0,820**	0,724**	0,500	0,653**
KMI	0,933**	0,706**	0,920**	0,592**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Dvynių mitybos įpročiai taip pat buvo susiję (3 lentelė). Ryšiai tarp visų MZ dvynių porų mitybos įpročių buvo stipresni negu tarp DZ dvynių porų. Labiausiai buvo susijęs MZ dvynių porų greito maisto vartojimo dažnis ($r = 0,701$) ir televizijos programų žiūrėjimas bei skaitymas valgio metu ($r = 0,680$). Tarp DZ dvynių porų mitybos įpročių nustatyta daug mažiau statistiškai reikšmingų ryšių. Buvo susijęs DZ dvynių greito maisto vartojimo dažnis, ant duonos tepamų riebalų rūšis, televizijos programų žiūrėjimas valgio metu ir domėjimasis informacija, pateikta ant maisto produktų pakuočių.

Normalaus svorio ir turinčių antsvorį dvynių tam tikri mitybos įpročiai skyrėsi. Daugiau turinčių antsvorį nei normalaus svorio dvynių atsakė, kad valgo esant įtampai ir valgydami žiūri televizijos programas ar skaito (4 lentelė). Kita

vertus, dvyniai, kurių kūno svoris buvo per didelis, dažniau domėjosi maisto produktų energine verte, mažesnė jų dalis atsakė, kad kasdien valgo saldumynus, didesnė dalis teigė, kad nevalgo greito maisto.

Buvo vertinti KMI skirtumai tarp vienodus ir skirtingus mitybos įpročius turinčių MZ dvynių (5 lentelė). Didesni skirtumai nustatyti tarp tų dvynių, kurių mitybos įpročiai skyrėsi. Pavyzdžiui, dvynių, skirtingai atsakusių į klausimą apie domėjimąsi ant maisto produktų pakuočių pateikta informacija, KMI skirtumo mediana buvo 1,6 karto didesnė nei vienodus atsakymus pasirinkusių dvynių (1,47 ir 0,91 atitinkamai). Skirtingi pusryčiavimo įpročiai taip pat lėmė didesnius KMI skirtumus, palyginti su vienodus įpročius turinčiais dvyniais (KMI skirtumo mediana 1,75 ir 0,87).

3 lentelė. Spirmeno koreliacijos koeficientai tarp MZ ir DZ dvynių porų atitinkamų mitybos įpročių

Mitybos įpročiai	MZ	p	DZ	p
Valgymas esant įtampai	0,388	0,013	0,035	0,854
Televizijos programų žiūrėjimas / skaitymas valgio metu	0,680	< 0,001	0,446	0,014
Domėjimasis informacija apie maisto produktų sudėtį	0,586	< 0,001	0,432	0,017
Riebalų tepimas ant duonos	0,658	< 0,001	0,485	0,007
Saldumynų vartojimo dažnis	0,368	0,019	0,304	0,103
Greito maisto vartojimo dažnis	0,701	< 0,001	0,539	0,002
Traškučių vartojimo dažnis	0,511	< 0,001	0,215	0,254
Vaisių vartojimo dažnis	0,613	< 0,001	0,334	0,071
Daržovių vartojimo dažnis	0,608	< 0,001	0,305	0,101

4 lentelė. Dvynių, turinčių tam tikrus mitybos įpročius, dalis, atsižvelgiant į kūno svorį

Mitybos įpročiai	Normalus svoris	Antsvoris
Valgydami dažnai žiūri televizijos programas ar skaito	29,4*	45,2
Valgo esant įtampai	53,2*	77,4
Dažnai skaito informaciją apie maisto produktų energinę vertę	11,9*	29,0
Kasdien vartoja saldumynus	22,9*	12,9
Niekada nevalgo greito maisto	18,3*	48,4

* $p < 0,05$, lyginant su antsvorį turinčiais dvyniais.

5 lentelė. Vienodus ir skirtingus mitybos įpročius turinčių MZ dvynių KMI skirtumų mediana, 25-as ir 75-as procentilis

Mitybos įprotis	KMI skirtumas (kg/m^2)					
	Vienodus įprotis			Skirtingas įprotis		
	Mediana	25-tas procentilis	75-tas procentilis	Mediana	25-tas procentilis	75-tas procentilis
Valgymas esant įtampai	1,10	0,19	1,86	0,74	0,45	1,62
Televizoriaus žiūrėjimas / skaitymas valgio metu	0,94	0,28	1,83	1,21	0,22	7,23
Domėjimasis informacija apie maisto produktų sudėtį	0,91*	0,13	1,77	1,47	0,61	7,39
Valgymo per dieną dažnis	0,74	0,04	2,7	1,10	0,56	1,83
Pusryčiavimo dažnis	0,87*	0,19	1,52	1,75	0,45	6,26

$p < 0,05$, lyginant su skirtingus įpročius turinčiais dvyniais (Mano ir Vitnio testas)

REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų tyrimo duomenimis, dvynių, ypač MZ, antropometriniai matavimai buvo susiję. Panašius ryšius nustatė ir kiti tyrėjai. M. C. Nelson su bendraautoriais nustatė, kad koreliacijos koeficientas tarp vienodų lyčių MZ dvynių KMI buvo 0,74, tarp DZ dvynių – 0,44 [12]. N. Y. Souren su bendraautoriais tyrimo duomenimis, koreliacijos koeficientas tarp MZ moterų KMI buvo 0,77, tarp vyrų – 0,86, o tarp DZ dvynių – atitinkamai 0,53 ir 0,46 [13]. Šių tyrimų rezultatai patvirtina paveldimų veiksnių įtaką antropometriniais rodikliais. Skirtingų autorių duomenimis, paveldimumas lemia nuo 6 proc. iki 85 proc. žmonių KMI variacijų [14]. Genai reguliuoja baltymų, lemiančių žmogaus apetitą, energijos išsekvojimą, metabolizmą ir adipogenezę, sintezę [15].

Pastarųjų metų epidemiologiniuose tyrimuose ypač daug dėmesio skiriama genetinių veiksnių sąsajoms su gyvenamosios veiksniais vertinti. Analizuojama, kaip genų raiška priklauso nuo individo mitybos, fizinio aktyvumo ir kitų gyvenamosios įpročių [15]. Keliami hipotezė, kad kūno svorio padidėjimas gali būti susijęs su skirtingu mitybos ir fizinio aktyvumo poveikiu turintiems ir neturintiems genetinio polinkio nutukti žmonėms [10, 11].

Mitybos įpročiai taip pat priklauso nuo genetinių ir aplinkos veiksnių. Mes nustatėme stipresnius ryšius tarp MZ dvynių mitybos įpročių, palyginti su DZ. JAV atlikto dvynių tyrimo duomenimis, paveldimumas paaiškino daugiau nei 48 proc. mitybos įpročių skirtumų [16]. Dažnas užkandžiavimas, naktinis valgymas, potraukis saldumynams ir kiti mitybos įpročiai buvo susiję su genetiniais veiksniais. M. C. Nelson su bendraautoriais nustatė, jog koreliacijos koeficientas tarp MZ dvynių greito maisto vartojimo dažnio buvo reikšmingai didesnis nei tarp DZ dvynių (atitinkamai 0,52 ir 0,39) [12]. Tiriant genetikos ir aplinkos įtaką Švedijos dvynių valgymo įpročiams, nustatyta, kad MZ dvyniai dažniau nei DZ vienodai atsakė į klausimą, jog valgydami jie bando nusiraminti (koreliacijos koeficientai – atitinkamai 0,27 ir 0,08) [17]. Daugiau MZ dvynių porų nei DZ teigė, kad valgo, kai

yra susirūpinę ar liūdni (koreliacijos koeficientas tarp MZ dvynių porų buvo 0,22, tarp DZ – 0,01). Suomijos tyrėjų duomenimis, dvynių maisto daavinio energinė vertė, energinis tankis, glikeminis indeksas net 25–50 proc. priklausė nuo paveldimų veiksnių [18]. Šeimos aplinka taip pat buvo svarbi formuojantis mitybos įpročiams.

Mūsų tyrimo duomenimis, MZ dvynių porų, turinčių vienodus mitybos įpročius, KMI skirtumai buvo mažesni nei tų porų, kurių mitybos įpročiai buvo nevienodi. Dėl palyginti nedidelio tiriamųjų skaičiaus rasta nedaug reikšmingų skirtumų, todėl siekiant nustatyti, kokie mitybos įpročiai yra labiausiai susiję su kūno svorio augimu, būtina atlikti didesnio dvynių kontingento tyrimus. Kiti autoriai taip pat nurodo, kad skirtinga gyvenama turi reikšmės dvynių antropometrinių rodiklių skirtumams. JAV atlikto tyrimo duomenimis, dvynių, kurie gyveno kartu 10 ir daugiau metų, KMI pokyčiai buvo labiau susiję nei dvynių, gyvenančių atskirai (koreliacijos koeficientai tarp kartu gyvenusių MZ dvynių KMI pokyčių buvo 0,63, tarp gyvenusių atskirai – 0,40, tarp DZ porų – atitinkamai 0,36 ir 0,21) [12]. Danijoje atlikto tyrimu nustatyti silpni ryšiai tarp daugumos dvynių mitybos įpročių ir kūno svorio skirtumų, tačiau saldžių gaivinamųjų gėrimų vartojimas turėjo reikšmingo poveikio dvynių kūno svorio skirtumams [19].

Taigi moksliniai tyrimai patvirtina, kad tiek genetiniai, tiek aplinkos veiksniai turi reikšmės nutukimui atsirasti. Sveikos mitybos įpročių ugdymas ir fizinio aktyvumo skatinimas gali sumažinti nutukimo riziką net ir esant nepalankiems genetiniams veiksniais.

IŠVADOS

1. MZ dvynių antropometriniai rodikliai ir mitybos įpročiai buvo susiję labiau nei DZ dvynių.
2. Didesni KMI skirtumai tarp skirtingus mitybos įpročius turinčių MZ dvynių patvirtina, kad mityba turi poveikio antropometriniais rodikliais.

Straipsnis gautas 2012-01-19, priimtas 2012-05-08

Literatūra

1. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Current prevalence and trends of overweight and obesity. Prevalence and trends. Copenhagen: World Health Organization, 2007.
2. Ruesten A, Steffen A, Floegel A, A DL, Masala G, Tjønneland A, Hal-kjaer J, Palli D, Wareham NJ, Loos RJ, Sørensen TI, Boeing H. Trend in obesity prevalence in European adult cohort populations during follow-up since 1996 and their predictions to 2015. *PLoS One*. 2011;6(11):e27455.
3. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis HA. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BioMed Central*. 2009;9:88.
4. Knai C, Suhrcke M, Lobstein T. Obesity in Eastern Europe: an overview of its health and economic implications. *Econ Hum Biol*. 2007;5:392-408.
5. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Šakytė E, Kriaučionienė V, Veryga A. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2010. Kaunas: LSMU Spaudos namai, 2011.
6. Lee SA, Wen W, Xu WH, Zheng W, Li H, Yang G. Prevalence of obesity and correlation with lifestyle and dietary factors in Chinese men. *Obesity*. 2008;16:1440-1447.
7. Vadera BN, Yadav SB, Yadav BS, Pasrmar DV and Unadkat SV. Study on obesity and influence of dietary factors on the weight status of an adult population in Jamnagar City of Gujarat: A Cross-Sectional Analytical Study. *Indian J Community Med*. 2010;35:482-486.
8. Frayling TM, Timpson NJ, Weedon MN, Zeggini E, Freathy RM, Lindgren CM et al. A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. *Science*. 2007;11(316):889-894.
9. Dina C, Meyre D, Gallina S, Durand E, Korner A, Jacobson P, Carlsson LM, Kiess W, Vatin V, Lecoœur C et al. Variation in FTO contributes to childhood obesity and severe adult obesity. *Nat Genet*. 2007;39:724-726.
10. Cleland VJ, Schmidt MD, Dwyer T, Venn AJ. Television viewing and abdominal obesity in young adults: is the association mediated by food and beverage consumption during viewing time or reduced leisure-time physical activity? *Am J Clin Nutr*. 2008;87:1148-1155.
11. Gillis LJ, Kennedy LC, Gillis AM, Bar-Or O: Relationship between juvenile obesity, dietary energy and fat intake and physical activity. *Int J ObesRelat Metab Disord*. 2002;6:458-463.
12. Nelson MC, Larsen PG, North KE, Adair LS. Body mass index gain, fast food, and physical activity: effects of shared environments over time. *Obesity*. 2006;14:701-709.
13. Souren NY, Paulussen AD, Loos RJ, Gielen M, Beunen G, Fagard R et al. Anthropometry, carbohydrate and lipid metabolism in the East Flanders Prospective Twin Survey: heritability. *Diabetologia*. 2007;50:2107-2116.
14. Yang W, Kelly T, He J. Genetic epidemiology of Obesity. *Epidemiol Rev*. 2007;29:49-61.
15. Marti A, Moreno-Aliaga MJ, Hebebrand J, Martinez JA. Genes, lifestyles and obesity. *Int J Obes*. 2004;28:529-536.
16. van den Bree MB, Eaves LJ, Dwyer JT. Genetic and environmental influences on eating patterns of twins aged >50 years. *Am J Clin Nutr*. 1999;70:456-65.
17. Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P, Karlsson J. Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish young male twins study. *Am J Clin Nutr*. 2005;81:564-569.
18. Keskkitalo K, Silventoinen K, Tuorila H, Perola M, Pietiläinen KH, Rissanen A, Kaprio J. Genetic and environmental contributions to food use patterns of young adult twins. *Physiol Behav*. 2008;93:235-242.
19. Hasselbalch AL. Genetics of dietary habits and obesity - a twin study. *Dan Med Bull*. 2010;57:B4182.

Association between anthropometric measurements and nutrition habits of twins

Asta Raskilienė¹, Janina Petkevičienė²

¹Institute of Biological Systems and Genetic Research, Veterinary Academy, Lithuanian University of Health Sciences, ²Department of Preventive Medicine, Public Health Faculty, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences

Summary

Objective. To evaluate the association between nutrition habits and anthropometric measurements of twins.

Methods. Study population was 18–54 years old twins registered at the Twin Centre of Lithuanian University of Health Sciences. The questionnaire was sent by e-mail to 146 pairs of twins. The questionnaire was filled in by 54.5 % of twins. The data of 70 pairs of twins (40 monozygotic and 30 dizygotic) were analyzed. Obesity was defined as body mass index ≥ 25 kg/m². Nutrition was assessed by food frequency questionnaire and a number of questions about eating habits.

Results. The prevalence of overweight was 31.3 % among men and 19.4 % among women. Correlations between anthropometric measurements of monozygotic twin pairs were stronger compared to dizygotic. The monozygotic twin pairs had more similar nutrition habits than the dizygotic twins. The differences in body mass index were

greater in monozygotic twins with different nutrition habits compared to twins with same nutrition habits.

Conclusions. The results from twin research indicate that the genetic influence on body mass index can be modified by the influence of nutrition habits.

Keywords: twins, anthropometric measurements, nutrition habits, association.

Correspondence to Asta Raskilienė,
Medical Academy of Lithuanian
University of Health Sciences,
Eivenių 4, LT-50009 Kaunas, Lithuania.
E-mail: asta.petrauskaite@vision.kmu.lt

Received 19 January 2012, accepted 8 May 2012

VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ IR SLAUGOS DARBUOTOJŲ KVALIFIKACIJOS TOBULINIMAS



2009 m. gegužės 22 d. Higienos institutas, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija bei Paramos fondo Europos socialinio fondo agentūra pasirašė projekto finansavimo ir administravimo sutartį Nr. VP1-1.1-SADM-10-V-01-007/D4-119. Projektas „Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų ir slaugos darbuotojų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimas“ finansuojamas pagal Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 1 prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis“ VP1-1.1-SADM-10-V priemonę „Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimas“ (2009–2014 m.). Projektas įgyvendinamas kartu su partneriais – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centru bei Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centru.

Atsižvelgiant į nuolatinę mokslo ir praktikos pažangą, šiuo projektu siekiama suteikti visų lygių visuomenės sveikatos priežiūros specialistams (VSPS) ir slaugos darbuotojams naujų profesinės kvalifikacijos žinių ir praktinių įgūdžių, reikalingų efektyviai pagrindinių neinfekcinių ligų, įskaitant širdies ir kraujagyslių ligas, onkologinių ligų, taip pat traumų ir psichikos sveikatos sutrikimų prevencijai. Numatyta, kad projekto metu profesinę kvalifikaciją kels ir specialiąsias kompetencijas tobulins 1255 specialistai (skaičiuojant unikalius asmenis).

Projekto tikslas – išplėsti visuomenės sveikatos priežiūros specialistų ir slaugos darbuotojų bendrąsias ir specialiąsias kompetencijas, tobulinant jų kvalifikaciją ir gerinant kvalifikacijos kėlimo bei tęstinio mokymo galimybes ir taip prisidėti prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo.

Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, vykdydami savo funkcijas, užtikrina visuomenės sveikatos stiprinimą Lietuvos savivaldybių bendruomenėse, t. y. vykdo visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringą), neinfekcinių ligų ir traumų profilaktiką bei kontrolę, savivaldybėse įgyvendina visuomenės sveikatos programas, stiprina vaikų ir jaunimo sveikatą, organizuoja sveikatos mokymą, skleidžia informaciją

apie sveiką gyvenseną, propaguoja sveiką gyvenseną, mažina nuo elgsenos priklausomus visuomenės sveikatos rizikos veiksnius, tikslingai organizuoja ir sistemingai atlieka visuomenės sveikatos būklės, ją veikiančių visuomenės sveikatos rizikos veiksnių duomenų rinkimą, kaupimą, apdorojimą, saugojimą, analizę ir vertinimą. Kadangi projektu siekiama sudaryti sąlygas VSPS kelti profesinę kvalifikaciją, įgyti praktinių įgūdžių, gaunant naujausią informaciją, keičiantis patyrimu ir gera praktika projekto pagrindu organizuojamuose konferencijose, seminaruose, kursuose ir Europos Sąjungos stažuotėse, taip pat tobulinti VSPS anglų kalbos žinias, tad įgyvendinus projektą galutinės naudos gavėjai bus visa Lietuvos visuomenė.

Projektas suteikia galimybę VSPS pagilinti žinias ir sutvirtinti gebėjimus keturiose srityse:

- sveikatos stiprinimo, sveikos gyvensenos, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos;
- onkologinių ligų prevencijos;
- traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių sąlygotų būklių prevencijos;
- psichikos sveikatos stiprinimo, psichikos sutrikimų, įskaitant priklausomybės ligų prevencijos.

Per visą projekto įgyvendinimo laikotarpį tobulinant VSPS specialiąsias kompetencijas numatyta organizuoti 40 mokslinių-praktinių konferencijų, 23 mokymo kursai, 100 asmenų stažuotes Europos Sąjungos šalyse, Šveicarijoje ar valstybėse, pasirašiusiose Europos ekonominės erdvės susitarimą, o tobulinant VSPS bendrąsias kompetencijas organizuoti 120 val. trukmės anglų kalbos kursus, kuriuos turės galimybę baigti 200 VSPS.

Vykdamas projektą savo kvalifikaciją kelia ir slaugos darbuotojai, t. y. sudarytos sąlygos respublikos slaugos specialistams, atliekantiems asmens sveikatos priežiūros funkcijas, įgyti ir tobulinti darbo rinkoje konkurencingą kvalifikaciją. Vykdoma tobulinimosi programa sudaryta atsižvelgiant į šių dienų aktualijas ir besivadovaujant Lietuvos ir Europos Sąjungos šalių profesinio rengimo rekomendacijomis bei standartais. Įgyvendinus šią projekto dalį, galutinis projekto naudos gavėjas bus pacientai, su kuriais dirbs slaugos specialistai.

BENDRA INFORMACIJA APIE ĮVYKDYTAS VEIKLAS

2009 m. vyko projekto veiklų parengiamieji darbai, 2010 m. veiklos išibėgėjo ir, įpusėjus projektui, per 2010–2011 m. organizuojamuose renginiuose iš viso jau sudalyvavo daugiau nei 1305 asmenys. Projektas vykdomas glaudžiai bendradarbiaujant su Sveikatos apsaugos ministerija, kursų ir konferencijų dalyviams išduodami Sveikatos apsaugos ministerijos pripažįstami kvalifikacijos kėlimo pažymėjimai.

2010–2011 m. suorganizuota 20 konferencijų Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje temomis: „Psichikos sveikatos stiprinimas, psichikos sutrikimų ir priklausomybės ligų prevencija: užsienio šalių patirties įgyvendinimo galimybės Lietuvoje“, „Psichikos sveikata. Rizikos veiksniai ir prevencija“, „Traumų bei kitų išorinių mirties priežasčių prevencijos aktualijos Lietuvoje ir pasaulyje“, „Žalingų įpročių įtaka onkologiniams susirgimams, onkologinių ligų prevencija“, „Sveikatos stiprinimo bei vyraujančių sveikatos problemų prevencijos aktualijos“, „Kaip apsaugoti save ir kitus: išorinių mirties priežasčių prevencijos galimybės. Priklausomybė, smurtas, avarijos, netyčinės traumos“. Konferencijų dalyviai supažindinami su naujaisiais prevencijos metodais, strategijomis, įgyvendintomis arba įgyvendinamomis sveikatos programomis, projektais, su naujaisiais aktualiais mokslo ir praktikos pasiekimais, užsienio ir Lietuvos geros darbo patirties pavyzdžiais.

Suorganizuota 13 mokymo kursų Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Trakuose, Panevėžyje ir Utenoje. Kursuose dalyvavo 315 specialistų. 2010 m. kursai buvo organizuojami temomis: „Onkologinių ligų prevencijos moksliniai pagrindai ir jų praktinis taikymas“, „Psichikos sveikatos darbo vietoje stiprinimas“, „Psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos moksliniai pagrindai ir praktinis taikymas“, „Sveikatos stiprinimas, sveikos gyvensenos skatinimas, širdies ir kraujagyslių ligų prevencija“, „Traumų bei kitų išorinių mirties priežasčių prevencija“. 2011 m. Sveikatos apsaugos ministerijos pavedimu kursų programos buvo tikslingai parengtos visuomenės sveikatos priežiūros specialistams, vykdančioms sveikatos priežiūros funkcijas ikimokyklinėse ugdymo įstaigose. Šiuose kursuose jau sudalyvavo 150 ikimokyklinio ugdymo įstaigų VSPS.

VSPS sėkmingai naudojami projekto teikiama galimybe kelti profesinę kvalifikaciją dalyvaujantiems

tarptautiniuose renginiuose užsienio šalyse. Lietuvos VSPS dalyvavo 10-ojoje Pasaulinėje traumų prevencijos ir saugos stiprinimo konferencijoje Londone, Europos traumų ir sužalojimų prevencijos bei saugumo stiprinimo konferencijoje Budapešte, EUPHA organizuojamose Europos visuomenės sveikatos konferencijose Olandijoje ir Danijoje, Tarptautiniame krūtų vėžio ir mitybos simpoziume Prancūzijoje ir kituose tarptautiniuose renginiuose.

2010–2011 m. Vilniuje ir Kaune buvo suorganizuoti 120 val. trukmės anglų kalbos kursai, kuriuos baigė 139 VSPS.

Slaugos darbuotojams Šiauliuose ir Druskininkuose buvo suorganizuoti 7 penkių dienų trukmės praktiniai mokymai pagal programą „Psichosocialinė reabilitacija asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų“, kuriuose dalyvavo 105 slaugos darbuotojai.

Šiuo projektu yra suteikiamos lygios galimybės abiejų lyčių, visų amžiaus grupių ir tautybių specialistams kelti savo kvalifikaciją visų numatomų mokymų metu. Kaip žinia, Lietuvos medicinoje, taip pat ir visuomenės sveikatos srityje, absoliučią daugumą dirbančiųjų sudaro moterys.

Įvertinus projekto tarpinius rezultatus ir dalyvių pildytas Bendrai finansuojamo iš Europos socialinio fondo lėšų projekto dalyvių apklausos anketas, 2009–2011 m. mokymų dalyvių struktūra pagal lytį atspindėjo situaciją Lietuvos visuomenės sveikatos srityje: 1245 (95,4 proc.) buvo moterys ir 60 vyrų (4,6 proc.). 22 asmenys priklausė pažeidžiamoms grupėms. Vykdam mokymus dalyvavo 633 asmenys (48,5 proc.) iki 45 metų amžiaus ir 672 asmenys – daugiau kaip 45 metų (51,5 proc.). Projekte suplanuota apmokėti 1204 moteris ir 51 vyrą, 519 asmenų iki 45 metų amžiaus ir 636 asmenis, turinčius daugiau kaip 45 metus. Taigi projekte užsibrėžti rodikliai jau pasiekti, nors projektas tęsis iki 2014 m.

Ateityje planuojama dar išplėsti Lietuvoje organizuojamų renginių geografiją, kad juose galėtų dalyvauti kuo daugiau VSPS iš įvairių Lietuvos regionų. Visą informaciją apie įvykdytus ir planuojamus projekto renginius galima rasti projekto vykdytojo Higienos instituto svetainės www.hi.lt naujienų rubrikoje ir skyriuje „ES paramos programa“.

*Aušra Grigošaitienė
Virginija Kanapeckienė
Higienos institutas*



VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR PILIETINĖS VISUOMENĖS STIPRINIMAS KOVAI PRIEŠ TUBERKULIOZĖS EPIDEMIJĄ TARP PAŽEIDŽIAMŪJŲ GRUPIŲ (TUBIDU) PROJEKTAS

2011 m. gruodžio mėn. 21 d. Higienos institutas ir Estijos nacionalinis sveikatos plėtros institutas pasirašė projekto finansavimo ir administravimo sutartį Nr. 11-7.2-4/593. Projektas yra finansuojamas Europos Komisijos, Europos sveikatos ir vartotojų vykdančiosios agentūros (angl. *Executive Agency for Health and Consumers* (EAHC)) ir įgyvendinamas kartu su kitų Europos Sąjungos šalių partneriais – Latvijos tuberkuliozės fondu, Suomijos nacionaliniu sveikatos ir gerovės institutu, Rumunijos nevyriausybine organizacija „Angel Appeal“, Estijos nevyriausybine organizacija „Žmonių, gyvenančių su ŽIV, tinklas“, Bulgarijos nevyriausybine organizacija „Dose of Love“. Projekto trukmė – 36 mėnesiai.

Projekto tikslas – prisidėti prie tuberkuliozės epidemijos prevencijos tarp pažeidžiamųjų grupių. Projekto pagrindiniai uždaviniai: stiprinti bendradarbiavimą tuberkuliozės, švirkščiamųjų narkotikų vartojimo ir ŽIV prevencijos srityje; nustatyti ir aprašyti pagrindines kliūtis, su kuriomis susiduria švirkščiamųjų narkotikų vartotojai ir užsikrėtusieji ŽIV / sergantieji AIDS, gaudami su tuberkuliozės infekcija susijusias sveikatos priežiūros paslaugas; didinti švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir žmonių, užsikrėtusių ŽIV / sergančių AIDS sąmoningumą tuberkuliozės ir ŽIV prevencijos, gydymo bei priežiūros klausimais; didinti bendruomeninių organizacijų ir sveikatos priežiūros įstaigų specialistų supratimą apie tuberkuliozę ir ŽIV; parengti tuberkuliozės prevencijos, stebėsenos ir vertinimo rekomendacijas, skirtas bendruomeninėms organizacijoms, dirbančioms su švirkščiamųjų narkotikų vartotojais ir žmonėmis, užsikrėtusiais ŽIV / sergančiais AIDS.

2012 m. birželio–rugsėjo mėn. bus atlikti projekte numatyti du tyrimai (kokybinis ir kiekybinis), kuriais

siekiama išsiaiškinti su tuberkulioze ir ŽIV susijusias žinias, rizikos veiksnius ir kliūtis, trukdančias gauti sveikatos priežiūros paslaugas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams ir ŽIV/AIDS pacientams. Taip pat viename projekto darbų pakete yra numatyti tarptautiniai ir nacionaliniai mokymai sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjams ir institucijoms, dirbančioms su ŠNV ir ŽIV/AIDS. Prieš skelbiant mokymų tematikas bus atlikta žinių ir mokymų poreikio analizė (vykdoma specialistų, dirbančių su rizikos grupėmis, apklausa). Remiantis ankstesne projekto partnerių patirtimi ir šiame projekte atliktais tyrimais bei apklausomis, bus parengta informacinio pobūdžio literatūra (informaciniai lankstinukai, brošiūros ir kt.). Projekto paskutiniame darbų pakete yra numatyta parengti rekomendacijas dėl tuberkuliozės infekcijos prevencinės veiklos vykdymo, jos kontrolės ir vertinimo. Šios rekomendacijos bus skirtos specialistams, dirbantiems su švirkščiamųjų narkotikų vartotojais ir ŽIV infekuotais žmonėmis.

Įgyvendinus projektą, bus apibūdinta tuberkuliozės situacija šalyje, turimos žinios tuberkuliozės ir ŽIV tematika, išskirtos esminės problemos, gaunant sveikatos priežiūros paslaugas tuberkuliozės ir ŽIV/AIDS srityse. Išplatinus mokomąją ir informacinę medžiagą tuberkuliozės tema bei įvykdžius tarptautinius mokymus ir mokymus šalies viduje, bus padidinta visuomenės sveikatos specialistų, sveikatos priežiūros specialistų ir visuomeninių organizacijų, dirbančių tuberkuliozės ir ŽIV/AIDS srityje, darbuotojų kompetencija.

*Laura Narkauskaitė
Higienos instituto*

*Visuomenės sveikatos technologijų centras
Visuomenės sveikatos tyrimų skyrius*

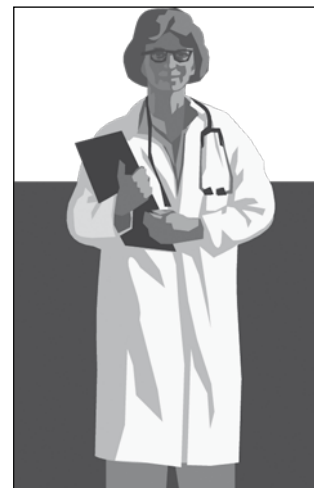
KAIP PILDYTI MEDICININĮ MIRTIES LIUDIJIMĄ?

Mirties priežasčių statistikos kokybė stipriai priklauso nuo medicininių mirties liudijimą išduodančių ir jį pildančių gydytojų kvalifikacijos bei geranoriškumo.

Kokybiškai mirties priežasčių statistikai būtina tiksli, išsami, profesionaliai nurodyta ligos diagnozė ir mirties priežasties išorinės aplinkybės.

Primename pagrindines medicininio mirties liudijimo pildymo taisykles.

Medicininis mirties liudijimas susideda iš 2 dalių: šaknelės ir liudijimo. Abi šios dalys numeruojamos tuo pačiu eilės numeriu. Šaknelėje ir mirties liudijime įrašyta informacija turi būti vienoda.



MEDICININIO MIRTIES LIUDIJIMO (FORMA Nr. 106/A) PILDYMAS

Medicininis mirties liudijimas (forma Nr. 106/a) pildomas mirusiesiems, kurių amžius 7 ir daugiau parų. Medicininis mirties liudijimas Lietuvos Respublikoje išrašomas valstybine kalba. Pradžioje įrašomas *medicininį mirties liudijimą išdavusios įstaigos pavadinimas* (gali būti dedamas įstaigos spaudas su rekvizitais), *medicininio mirties liudijimo numeris*, nurodomas medicininio mirties liudijimo pobūdis (*galutinis, laikinas, vietoje galutinio, vietoje laikino*), pabraukiant atitinkamus žodžius. Jeigu išdavus galutinį mirties liudijimą paaiškėja, kad jame nurodyti netikslūs duomenys, išrašomas kitas galutinis medicininis mirties liudijimas su nauju eilės numeriu, nurodant anksčiau išduoto galutinio medicininio mirties liudijimo numerį. Laikinas medicininis mirties liudijimas išduodamas, jei medicininio mirties liudijimo išrašymo metu nėra pakankamai aiški mirties priežastis ir jai nustatyti reikia atlikti papildomus tyrimus. Laikinas medicininis mirties liudijimas ne vėliau kaip per mėnesį turi būti pakeistas galutiniu. Įrašoma medicininio mirties liudijimo išrašymo data (*metai, mėnuo, diena*).

1 punkte aiškiai, didžiosiomis raidėmis, įrašomas mirusiojo *vardas ir pavardė, asmens kodas*.

2 punkte mirusiojo lytį atitinkanti reikšmė (*vyr.; mot.*) apvedama rutuliuku (arba pabraukiama). **Šios pildymo taisyklės reikia laikytis ir atsakant į kitus klausimus, šifruotus skaitmenimis.** Jei lytis nenustatyta, žodžiais įrašoma „*nenustatyta*“.

3 punkte įrašoma mirusiojo gimimo data (*metai, mėnuo, diena*).

4 punkte įrašoma mirusiojo mirties data (*metai, mėnuo, diena*).

5 punktas pildomas tik naujagimio, po gimimo išgyvenusio nuo 7 iki 28 parų, mirties atveju:

5.1 punkte pažymima, ar naujagimis *išnešiotas*, ar *neišnešiotas*;

5.2 punkte įrašoma mirusiojo naujagimio kūno *masė* (gramais).

6 punkte nurodoma mirusiojo nuolatinė gyvenamoji vieta:

6.1 punkte – *adresas*;

6.2 punkte – *miestas* ar *kaimas*.

7 punkte nurodomi duomenys apie mirties vietą:

7.1 punkte pažymima mirusiojo mirties vieta (*ligoninė, namai, kita*);

7.2 punkte įrašomas mirties vietos *adresas* (visais atvejais).

8 punkte nurodoma viena iš mirties priežasčių (*liga, nelaimingas atsitikimas, savižudybė, nužudymas, nenustatyta priežastis, profesinė liga*).

Jeigu mirties priežastis yra nelaimingas atsitikimas (8 punkte turi būti pažymėta reikšmė nelaimingas atsitikimas, tada papildomai 9 punkte reikia nurodyti:

9.1 punkte – nelaimingo atsitikimo pobūdį (*susijęs su gamyba, nesusijęs, nenustatyta*);

9.2 punkte – vieną iš nelaimingo atsitikimo rūšių (*transporto trauma, paskendo, sudegė, apsinuodijo alkoholiu arba surogatais*).

10 punkte nurodomas įvykio laikas, vieta ir aplinkybės (pvz.: 2011-07-20 d. 12 val. dažydamas savo namo sieną nukrito nuo kopėčių; 2011-05-13 d. 2 val. 15 min. lengvojo automobilio vairuotojas žuvo susidūrimo su sunkvežimiu greitkelyje metu ir t. t.). Kritimo atvejais apibūdinamas kritimo aukštis (pvz.: atsitiktinai namuose nukrito nuo laiptų; darbe nukrito nuo pastolių ir kt.).

Mirties priežastys nurodomos medicininio mirties liudijimo 11 ir 12 punktuose.

Mirties priežastis reikia rašyti valstybine kalba, aiškiai ir įskaitomai, nevartoti medicininių terminų sutrumpinimų. Nepakanka vietoje diagnozės įrašyti tik ligos kodą (pagal TLK-10-AM).

Tais atvejais, kai mirtį sukėlė ne ankstyvoji ligos forma, o jos pasekmės (pvz., „smegenų infarkto pasekmės“ arba „šlaunikaulio lūžio padariniai“ ir kt.), esant galimybei, nurodyti ūmios ligos, kurios pasekmė įrašyta diagnozėje, ar nelaimingo atsitikimo, kurio padariniai yra pagrindinė mirties priežastis, datą.

11 punkte įrašomos **visos ligos ar būklės, tiesiogiai susijusios su pagrindine mirties priežastimi.**

11 punkto (a) eilutėje įrašoma **tiesioginė mirties priežastis**, t. y. liga, trauma ar komplikacija, tiesiogiai sukėlusios mirtį. Nerašyti tokios mirties priežasties kaip širdies sustojimas, kvėpavimo sustojimas ar

biologinė mirtis. Jeigu (a) eilutėje yra įrašoma tam tikro organo nepakankamumo diagnozė (pvz.: stazinis širdies nepakankamumas, kepenų nepakankamumas, inkstų nepakankamumas ar kvėpavimo nepakankamumas), **būtina** tolesnėje eilutėje nurodyti nepakankamumą sukėlusią priežastį (pvz., inkstų nepakankamumas, kaip nuo insulino priklausomo cukrinio diabeto pasekmė ir kt.).

Jeigu tiesioginė mirties priežastis (a) eilutėje yra kitos ligos ar būklės pasekmė, tai ši liga turėtų būti įrašyta **11 punkto (b) eilutėje**. Jeigu būklė, įrašyta (b) eilutėje, yra pasekmė kitos ligos ar būklės, tai ši būklė turi būti įrašyta **11 punkto (c) eilutėje**.

11 punkto (d) eilutėje įrašoma **pagrindinė liga ar trauma (pagrindinė mirties priežastis)**, kai ji yra anksčiau įrašytų būklių, vėliau tapusių tiesiogine mirties priežastimi, pradžia.

Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos apibrėžimą „*pagrindinė mirties priežastis – liga arba sužalojimas, sukėlęs patologinių būklių grandinę, tiesiogiai lėmusią mirtį, arba nelaimingo atsitikimo ar smurto aplinkybės, sukėlusios mirtiną sužalojimą*“.

12 punkte įrašomos **kitos svarbios pataloginės būklės, sąlygojusios mirtį, bet nesusijusios su pagrindine mirties priežastimi** ar jos komplikacijos.

Medicininio mirties liudijimo 11 ir 12 punktų užpildymo pavyzdys:

11. Mirties priežastys:

- (a) Tiesioginė mirties priežastis *Kraujavimas iš stemplės išsiplėtusių mazgų*
- (b) Tarpinė mirties priežastis *Portinė hipertenzija*
- (c) Tarpinė mirties priežastis *Kepenų cirozė*
- (d) Pagrindinė liga (trauma), sukėlusios mirtį *Lėtinis virusinis hepatitas C*

12. Kitos svarbios pataloginės būklės, sąlygojusios mirtį, bet nesusijusios su pagrindine mirties priežastimi *Nuo insulino nepriklausomas cukrinis diabetas*

..... *Lėtinė išeminė širdies liga*

Pateiktame pavyzdyje pagrindinė mirties priežastis (pagrindinė liga) yra lėtinis virusinis hepatitas C, dėl kurio išsivystė pataloginių būklių grandinė (tarpinės mirties priežastys – kepenų cirozė ir portinė hipertenzija), kurių pasekmė – kraujavimas iš stemplės išsiplėtusių mazgų (tiesioginė mirties priežastis). Tai yra susijusios su pagrindine mirties priežastimi ligos ir būklės ir jos visos įrašytos medicininio mirties liudijimo 11 punkte.

Pateiktame pavyzdyje nuo insulino nepriklausomas cukrinis diabetas ir lėtinė išeminė širdies liga yra sąlygojusios priežastys. Jos nėra tiesiogiai susijusios su pagrindine mirties priežastimi, todėl įrašytos medicininio mirties liudijimo 12 punkte.

Jeigu tiesioginė mirties priežastis, įrašyta (a) eilutėje, yra nelaimingo atsitikimo, savižudybės ar nužudymo pasekmė, išorinė priežastis įrašoma (d) eilutėje.

Nerašyti pagrindinės mirties priežasties medicininio mirties liudijimo 12 punkte.

13 punkte nurodoma, kas užpildė medicininį mirties liudijimą (*gydęs gydytojas, apžiūrėjęs mirusįjį ir konstatavęs mirtį; kitas gydytojas, apžiūrėjęs mirusįjį ir konstatavęs mirtį; gydęs gydytojas, remdamasis medicinine dokumentacija ir mirusįjį apžiūrėjusio kito gydytojo išvada; patologoanatomas, atlikęs autopsiją; teismo medicinos ekspertas: atlikęs autopsiją, remdamasis išorine mirusiojo apžiūra; kitokiomis aplinkybėmis (jas paaiškinant).*

14 punkte gydytojas, apžiūrėjęs mirusįjį, bet neišdavęs medicininio mirties liudijimo, nurodo savo pareigas, vardą ir pavardę. **Jei mirusįjį apžiūri ir mirties liudijimą išduoda tas pats gydytojas, 14 punktas nepildomas.**

15 punkte gydytojo, išdavusio medicininį mirties liudijimą, vardas ir pavardė rašomi įskaitomai. Gydytojas turi naudoti asmeninį spaudą ir gydymo įstaigos spaudą. Parašas turi būti originalus.

MEDICININIO PERINATALINĖS MIRTIES LIUDIJIMO (FORMA Nr. 106-2-1/A) PILDYMAS

Perinatalinės mirties atveju, t. y. **gimusiam negyvam kūdikiui (negyvagimiui) bei naujagimiui, mirusiam pirmąją gyvenimo savaitę (0–6 paros)**, išrašomas medicininis perinatalinės mirties liudijimas (forma Nr. 106-2-1/a).

Medicininis perinatalinės mirties liudijimas Lietuvos Respublikoje išrašomas valstybine kalba. Pradžioje įrašomas *medicininį mirties liudijimą išdavusios įstaigos pavadinimas* (gali būti dedamas įstaigos spaudas su rekvizitais), *medicininio mirties liudijimo numeris*, nurodomas medicininio liudijimo pobūdis (*galutinis, laikinas, vietoje galutinio, vietoje laikino*), pabraukiant atitinkamus žodžius. Galutinio ir laikino medicininio perinatalinio mirties liudijimo išdavimo / keitimo tvarka tokia pat kaip ir medicininio mirties liudijimo (aprašyta 1 dalyje). Įrašoma medicininio perinatalinės mirties liudijimo išdavimo data (*metai, mėnuo, diena*). Pažymima, ar medicininis perinatalinės mirties liudijimas išrašomas *negyvagimiui*, ar *mirusiam pirmąją gyvenimo savaitę* (reikiamo reikšmė apvedama rutuliuku arba pabraukiama).

1 punkte aiškiai, didžiosiomis raidėmis, įrašomas *mirusiojo vardas ir pavardė*.

2 punkte nurodoma mirusiojo lytis (vyriška, moteriška). Jei lytis nenustatyta, žodžiais įrašoma „*nenustatyta*“.

3 punkte įrašoma mirusiojo gimimo data (*metai, mėnuo, diena, valanda*).

4 punkte nurodoma gimimo vieta (*stacionare, namuose, kitur*). Jei kūdikis gimė stacionare, įrašyti jo pavadinimą.

5 punkte įrašoma naujagimio mirties data (*metai, mėnuo, diena, valanda*). Negyvagimiui šis punktas nepildomas.

6 punkte nurodoma naujagimio mirties (vaisiaus žūties) vieta (*stacionare, namuose, kitur*). Jei mirtis įvyko stacionare, įrašyti jo pavadinimą.

7 punkte aiškiai įrašomas *motinos vardas ir pavardė*.

7.1 punkte įrašomas *motinos asmens kodas*.

7.2 punkte nurodoma šeiminė padėtis (*išteikėjusi, santuoka neįregistruota, neišteikėjusi, išsituokusi, našlė*).

7.3 punkte pažymimas motinos išsilavinimas (*pradinis, pagrindinis, vidurinis, aukštesnysis, aukštasis*).

8 punkte nurodoma motinos nuolatinė gyvenamoji vieta.

8.1 punkte nurodoma, gyveno *mieste*, ar *kaimė*.

9 punkte įrašomas *kelintas gimdymas*.

10 punkte įrašoma *nėštumo trukmė* (savaitėmis).

11 punkte įrašomi duomenys apie naujagimį (negyvagimį):

11.1 punkte nurodomas gimimo eiliškumas (*vienas, pirmas iš dvynių, antras iš dvynių, esant daugiavaisiam nėštumui*);

11.2 punkte nurodomas *svoris* (gramais);

11.3 punkte nurodomas *ūgis* (centimetrais).

11.4 punkte pažymima, ar naujagimis (negyvagimis) buvo: *išnešiotas, neišnešiotas, pernešiotas*.

Mirties priežasčių dalyje būtina būti įrašomos ne tik negyvagimio ar naujagimio ligos ar būklės, sukėlusios mirtį, bet ir motinos ligos ar būklės, lėmusios naujagimio mirtį ar negyvo kūdikio gimimą.

12 punkte įrašomos **perinatalinės mirties priežastys** (nurodyti vieną ligą):

12 punkto (a) eilutė – **pagrindinė liga ar būklė, lėmusi naujagimio mirtį;**

12 punkto (b) eilutė – **kita naujagimio liga ar būklė, sąlygojusi mirtį;**

12 punkto (c) eilutė – **pagrindinė motinos liga ar būklė (placentos būklė), lėmusi naujagimio mirtį;**

12 punkto (d) eilutė – **kita motinos liga ar būklė (placentos būklė), sąlygojusi naujagimio mirtį;**

12 punkto (e) eilutė – kitos būklės.

13 punkte nurodoma perinatalinės mirties priežastis (*liga, nelaimingas atsitikimas, žmogžudystė, nenustatyta*).

14 punkte nurodoma, kas užpildė medicininį perinatalinės mirties liudijimą (*gydęs gydytojas, apžiūrėjęs mirusį ir konstatavęs mirtį; kitas gydytojas, apžiūrėjęs mirusį ir konstatavęs mirtį; gydęs gydytojas, remdamasis medicinine dokumentacija ir mirusį apžiūrėjusio kito gydytojo išvada; patologas, atlikęs autopsiją; teismo medicinos ekspertas: atlikęs autopsiją, remdamasis išorine mirusiojo apžiūra; kitomis aplinkybėmis (jas paaiškinant)*).

15 punkte gydytojas, konstatavęs mirtį, bet neišdavęs medicininio mirties liudijimo, nurodo savo pareigas, vardą ir pavardę bei pasirašo.

16 punkte gydytojo, užpildančio medicininį perinatalinės mirties liudijimą, vardas ir pavardė rašomi įskaitomai. Gydytojas turi naudoti asmeninį spaudą ir gydymo įstaigos spaudą. Parašas turi būti originalus.

Daugiau informacijos su medicininio mirties liudijimo pildymo pavyzdžiais galima rasti leidinyje „Medicininio mirties liudijimo pildymo metodiniai nurodymai“ (http://sic.hi.lt/data/mirt_vad.pdf). Kilus neaiškumams, teirautis tel. (8 5) 277 3305 arba el. paštu vile@lsic.lt.

*Vilė Cicėnienė,
Kotryna Paulauskienė, Aurelija Trakienė
Higienos instituto
Sveikatos informacijos centro
Mirties priežasčių registras*

INFORMACIJA STRAIPSNŲ AUTORIAMS

„Visuomenės sveikata“ yra periodinis mokslinis žurnalas, leidžiamas keturis kartus per metus nuo 1996 m. Žurnalo steigėjas ir leidėjas – Higienos institutas.

1997-11-10 Lietuvos mokslo tarybos nutarimu žurnalas įtrauktas į Lietuvos mokslo tarybos patvirtintą recenzuojamų mokslo žurnalų sąrašą.

Nuo 2005 m. žurnalas indeksuojamas tarptautinėje *Index Copernicus* duomenų bazėje (<http://www.indexcopernicus.com/>).

Žurnalas skirtas mokslininkams, studentams, sveikatos apsaugos organizatoriams ir administratoriams, visuomenės sveikatos specialistams, edukologams, gydytojams ir kitiems skaitytojams, besidomintiems visų šalies gyventojų ar atskirų jos grupių sveikatos ir ją veikiančių veiksnių problemomis.

Žurnale lietuvių ir anglų kalbomis spausdinami recenzuojami originalūs biomedicinos mokslų srities visuomenės sveikatos krypties ir artimų jai kryptų straipsniai. Taip pat spausdinami nerecenzuojami trumpi pranešimai (tezės), atvejų aprašymai, mokslinės diskusijos. Ne mokslinėse žurnalo rubrikose („Aktualijos“, „Visuomenės sveikatos praktikai“, „Metodinė medžiaga“) pristatoma informacija apie svarbiausius politinius įvykius visuomenės sveikatos srityje, geros praktikos pavyzdžius, išleistas metodines ir praktines rekomendacijas.

Už straipsnių spausdinimą iš kiekvieno autoriaus imamas 50 Lt mokestis.

REIKALAVIMAI RANKRAŠČIUI

Redakcijai pristatomi 2 straipsnio egzemplioriai, vienas jų – pasirašytas visų autorių, arba turi būti atskiras raštiškas visų autorių leidimas jį spausdinti. Pasirašydami autoriai garantuoja, kad straipsnis yra originalus, nepažeidžia kitų asmenų autorinių teisių ir nėra anksčiau skelbtas spaudoje, o autoriai perduoda visas straipsnio autorines teises leidėjui, jeigu straipsnis bus spausdinamas. Straipsnio elektroninė versija pateikiama kompaktiniame diske arba atsiunčiama elektroniniu paštu.

Tituliniame lape turi būti nurodyti visi straipsnio autoriai. Atskirai lietuvių ir anglų kalbomis nurodomas atsakingas autorius (kontaktinis asmuo), jo įstaiga, įstaigos adresas, miestas, pašto kodas, el. paštas ir telefonas.

Straipsnio tekstas turi būti išspausdintas vienoje A4 formato popieriaus lapo pusėje 12 raidžių dydžiu, plačiomis paraštėmis (3 cm), tarp eilučių paliekami dvigubi tarpai. Bendroji (su visais priedais) straipsnio apimtis – ne daugiau kaip 30 puslapių. Puslapiai turi būti numeruoti.

STRAIPSNIO STRUKTŪRA:

- straipsnio pavadinimas (iki 150 ženklų, įskaitant tarpus ir skyrybos ženklus),
- autorių vardai ir pavardės,
- įstaigų, kuriose atliktas darbas, pavadinimai.

STRAIPSNIO TEKSTO SKYRIAI:

- struktūruota santrauka lietuvių kalba (straipsnio pavadinimas, autoriai, jų įstaigos, tikslas, tyrimo medžiaga ir metodai, tyrimo rezultatai, išvados, raktažodžiai, iš viso 300 žodžių),
- 1–6 raktažodžiai (paminėti santraukoje),
- įvadas, kuris baigiasi darbo tikslo suformulavimu,
- tyrimo medžiaga ir metodai,
- rezultatai,
- rezultatų aptarimas,
- išvados arba apibendrinimas,
- literatūra,
- struktūruota santrauka anglų kalba (straipsnio pavadinimas, autoriai, jų įstaigos, tikslas, tyrimo medžiaga ir metodai, rezultatai, išvados, raktažodžiai, iš viso iki 300 žodžių).

INFORMUOJAME

Lentelės, schemas, brėžiniai ir pan., pateikiami tekste, turi turėti atskirą numeraciją. Iliustracijos ir paveikslai turi būti nespaltuoti, kompaktiški, ryškūs, tekstas juose aiškiai įskaitomas; grafikus ir paveikslus pageidautina pateikti *Excel* formatu.

Pirmą kartą tekste minimi sutrumpinimai turi būti paaiškinti.

Skaičių trupmeninė dalis skiriama kableliu (pavyzdžiui, 2,15, ne 2.15).

Literatūros šaltiniai sąrašė pateikiami ta kalba, kuria buvo išspausdinti, straipsnyje jie nurodomi laužtiniuose skliaustuose, pradedant citavimą nuo [1]. Literatūros sąrašas sudaromas remiantis Vankuverio sistema ir vienodais reikalavimais biomedicinos mokslo žurnalų rankraščiams („Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals“ JAMA. 1997;277:927-34).

Straipsniai, parengti neatsižvelgus į minėtus reikalavimus, nepriimami.

Rankraščiai siunčiami adresu: Higienos institutas, Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius.

Rankraščiai negražinami.

Informacija teikiama:

tel. (8 ~ 5) 262 5479, faks. (8 ~ 5) 262 4663,

el. paštas visuomenes.sveikata@hi.lt

Žurnalo svetainė internete www.hi.lt

Žurnalą „Visuomenės sveikata“ įsigyti arba užsiprenumeruoti galima žurnalo redakcijoje. Vieno numerio kaina – 20 Lt. Metinės prenumeratos kaina – 80 Lt. Kaina su pristatymu – 100 Lt. Apmokėti už prenumeratą galima internetu arba siunčiant čekį į redakciją (smulkesnė informacija apie prenumeratą interneto svetainėje www.hi.lt).

INFORMATION TO AUTHORS

The journal "Public Health" was established by the Institute of Hygiene, Lithuania in 1996. It is a unique scientific journal in the country, specialized purely in the public health. It is intended for researchers, public health managers and administrators, experts working in the field of epidemiology, biostatistics, occupational health, health promotion, environmental health as well as other readers interested in health status of population and factors effecting. The journal is published quarterly. Electronic version of each issue is placed on the website <http://www.hi.lt/>

Each issue includes peer-reviewed section with original papers, including topic related reviews, and non-peer-reviewed sections: editorial and information for public health practice, presenting important health policy news, good practice examples, guidelines and recommendations.

Since 1996 the journal is on the official list of scientific journals recognized by the Academy of Science of Lithuania and it is in *Index Copernicus* database since 2005 (<http://journals.indexcopernicus.com>).

A fee of 50 Lt (14,5 Eur) is taken from each author of the accepted article since 2002.

MANUSCRIPT PREPARATION

The text must be typed with doubled line spacing and wide margins on the one side numbered sheets. The size of the original papers must be restricted to 22 pages (including all the supplements), review articles – up to 24 pages, guidelines and recommendations - 4 pages, other - no more than 2 pages,

Manuscript and one copy should be sent to the editorial office (address is given below). Electronic copy of manuscript on CD should be attached or sent by e-mail. The original article must be signed by all the authors or the separate permission signed by all authors must be attached. Authors' signatures should guarantee that their article is original, does not interfere with copyright regulations and is not previously published, handed or planned for handing to other journals, except in form of thesis or presentation.

Postal and e-mail addresses, telephone and fax numbers of the corresponding author must be enclosed.

STRUCTURE OF THE ARTICLE

Title (up to 150 marks, including interval and punctuation);

Authors;

Institution(s) to which the work should be attributed.

THE TEXT MUST BE DIVIDED INTO THE FOLLOWING SECTIONS:

- Summary in the same language as the article should not exceed 300 words),
- Keywords (mentioned in the summary),

- Introduction, where the purpose of the work is stated,
- Objectives and methods of the study,
- Results,
- Discussion,
- Conclusions
- References,
- Summary in the other language up to 300 words (Lithuanian, if the article is in English) including the title, authors, institutions, objective, methods, short presentation of the findings, main conclusions, keywords.

ADDITIONAL INFORMATION

- tables, figures, diagrams, etc, presented in the text must have a separate enumeration. Illustrations must be of good quality, text of the illustrations should be clear;
- abbreviations mentioned in the text for the first time must be explained;
- the fractional part of the number in Lithuanian is separated by a comma (i. e. 2,16 instead of 2.16);
- references to other works should be consecutively numbered in the text using square brackets and listed in the original language by number in the reference list. List of references should be based on Vancouver system and on "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals" (*JAMA* 1997; 277:927-34).

Papers not meeting these requirements are not accepted.

All the manuscripts (accepted or rejected) are not returned.

The manuscripts should be sent to the following address: Institute of Hygiene, Didzioji str. 22, LT-11028 Vilnius, Lithuania; e-mail: visuomenes.sveikata@hi.lt.

For more information:

Phone +370 5 262 4583; Fax +370 5 262 4663.

Subscription rate for subscribers in Europe (postage included): 1 year – 60 Eur.

Payments should be made by transfer to bank account:

AB SWEDBANK

SWIFT code HABALT22

for Institute of Hygiene,

Didzioji str. 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania

Account number: LT427300010002458929

IBAN LT427300010002458929