

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Kristupas Žegunis

**LĒTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ
PREVENCIJOS PROGRAMŲ NAUDOJIMO SKATINIMO
STRATEGINĖS KRYPTYS**

Daktaro disertacija

Socialiniai mokslai, Vadyba (S 003)

Klaipėda, 2025

Mokslo daktaro disertacija rengta 2015–2025 m. Klaipėdos universitete pagal Vytauto Didžiojo universitetui su Klaipėdos universitetu, Mykolo Romerio universitetu ir Vilniaus universitetu Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro 2020 m. gruodžio 28 d. įsakymu Nr. V-2005 suteiktą doktorantūros teisę.

Mokslinis vadovas

prof. dr. Rimantas Stašys (Klaipėdos universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Mokslinis konsultantas

prof. dr. Arnoldas Jurgutis (Klaipėdos universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata, M 004).

Mokslo daktaro disertacija ginama Vytauto Didžiojo universiteto, Klaipėdos universiteto, Mykolo Romerio universiteto, Vilniaus universiteto Vadybos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkas

prof. dr. Tadas Sudnickas (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Nariai:

doc. dr. Raquel Filipa do Amaral Chambre de Meneses Soares Bastos Moutinho (Porto universitetas, Portugalija, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Rimantas Stukas (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata, M 004);

prof. dr. Jolita Vveinhardt (Vytauto Didžiojo universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Erika Župerkienė (Klaipėdos universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Mokslo daktaro disertacija bus ginama viešame Vadybos mokslo krypties tarybos posėdyje 2025 m. gruodžio 5 d. 11 val. Klaipėdos universiteto *Aula Magna* korpuso konferencijų salėje.

Adresas: Herkaus Manto g. 90-2, LT-92295, Klaipėda, Lietuva.

KLAIPĖDA UNIVERSITY

Kristupas Žegunis

**STRATEGIC GUIDELINES FOR PROMOTING
THE USE OF NON-COMMUNICABLE DISEASES
PREVENTION PROGRAMS**

Doctoral dissertation

Social sciences, Management (S 003)

Klaipėda, 2025

The doctoral dissertation has been prepared from 2015 to 2025 at Klaipėda University under the doctoral program right conferred to Vytautas Magnus University, Klaipėda University, Mykolas Romeris University and Vilnius University on 28th of December 2020 by the Order No. V-2005 of the Minister of Education, Science and Sport of Republic of Lithuania.

Scientific Supervisor

Prof. Dr. Rimantas Stašys (Klaipėda University, Social Sciences, Management, S 003).

Scientific Advisor

Prof. Dr. Arnoldas Jurgutis (Klaipėda University, Medicine and Health Sciences, Public Health, M 004).

The Doctoral dissertation will be defended at the Defence Board of Management of Vytautas Magnus University, Klaipėda University, Mykolas Romeris University, Vilnius University:

Chairman

Prof. dr. Tadas Sudnickas (Mykolas Romeris university, Social sciences, Management, S 003).

Members:

Assoc. Prof. Dr. Raquel Filipa do Amaral Chambre de Meneses Soares Bastos Moutinho (Porto University, Portugal, Social sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Rimantas Stukas (Vilnius University, Medicine and Health Sciences, Public Health, M 004);

Prof. Dr. Jolita Vveinhardt (Vytautas Magnus University, Social sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Erika Župerkienė (Klaipėda University, Social Sciences, Management, S 003).

The doctoral dissertation will be defended in the public meeting at the Defence Board of Management in *Aula Magna* Conference Hall of Klaipėda University at 11 a. m., on the December 5th, 2025.

Address: Herkaus Manto str. 90-2, LT-92295, Klaipėda, Lithuania.

Dėkoju:

mokslinio darbo vadovui už paskatinimą pradėti,
universiteto bendruomenei ir recenzentams už palaikymą ir galimybę mokytis ir
tobulėti,
tėvams už išugdytą savybę nenuleisti rankų ir užbaigti svarbius darbus,
šeimai už begalinį palaikymą, tikėjimą ir meilę.

Kristupas Žegunis

Turinys

SĄVOKŲ SĄVADAS	9
SANTRUMPOS	11
LENTELIŲ SĄVADAS	13
PAVEIKSLŲ SĄVADAS	15
PRIEDŲ SĄVADAS	17
ĮVADAS	19
1. PREVENCIJOS PROGRAMŲ NAUDOJIMO SKATINIMO IR ŽMOGAUS ELGSENOS TEORINĖ ANALIZĖ	33
1.1. Skatinimo teorijų taikymo prevencijai vertinimas	34
1.1.1. Prevencijos programų naudotojų skatinimas	42
1.1.2. Asmens sveikatos priežiūros specialistų skatinimas	45
1.1.3. Sveikatos priežiūros įstaigų skatinimas	53
1.1.4. Prevencijos programų naudojimą skatinantys veiksniai	56
1.2. Žmogaus elgsenos teorijų tinkamumas prevencijos skatinimui	58
1.2.1. Sveikatos įsitikinimų teorija	59
1.2.2. Planuotos elgsenos teorija	61
1.2.3. Socialinė kognityvinė teorija	63
1.2.4. Transteorinis elgsenos pokyčių modelis	65
1.2.5. Elgsenos ekonomikos teorijos	67
1.2.6. Inovacijų sklaidos teorija	69
1.3. Žmogaus elgsenos modelių taikymas prevencijos praktikoje	70
1.3.1. Dalyvavimo sveikatos prevencijos programose skatinimas	72
1.3.2. Psichologinių kliūčių mažinimas	73
1.3.3. Veiksmingų sveikatos srities intervencinių priemonių skatinimas	75
1.3.4. Politinės iniciatyvos ir pokyčių skatinimas	76
1.4. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos strategijų teorinė analizė	78
2. LĒTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS SKATINIMO TYRIMO METODOLOGIJA	89
2.1. Filosofiniai ir teoriniai empirinių tyrimų sudarymo pagrindai	90
2.2. Mišraus empirinio tyrimo eiga ir etika	94
2.3. Antrinių statistinių duomenų vertinimo organizavimas	97
2.4. Kokybinio tyrimo organizavimas	99
2.4.1. Kokybinio tyrimo klausimyno sudarymas	101
2.4.2. Kokybinio tyrimo duomenų analizės metodika	102
2.5. Kiekybinio tyrimo organizavimas	103
2.5.1. Kiekybinio tyrimo klausimyno sudarymas ir metodika	106

3. LĒTINIŲ NEINFĒKCINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS SKATINIMO EMPIRINIŲ TYRIMŲ VERTINIMO REZULTATAI	109
3.1. Antrinių statistinių duomenų analizė	109
3.1.1. Lėtinių neinfekcinių ligų epidemiologiniai rodikliai	110
3.1.2. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų naudojimo vertinimas	115
3.1.3. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų viešinimas	123
3.1.4. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų finansavimas	126
3.2. Kokybinio tyrimo rezultatų analizė	130
3.3. Empirinio kiekybinio tyrimo rezultatai	137
3.3.1. Respondentų pasiskirstymas pagal demografinius rodiklius	137
3.3.2. Klausimyno patikimumas	139
3.3.3. Kintamųjų sudarymas	139
3.3.4. Aprašomoji statistika	140
3.3.5. Normalumo testai	141
3.3.6. Prevencijos programų naudojimo sąsajos	141
3.3.7. Prevencijos programų paskatos ir jų naudojimas pagal demografinius rodiklius	143
4. LĒTINIŲ NEINFĒKCINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS SKATINIMO STRATEGINĖS KRYPTYS	151
IŠVADOS	167
LITERATŪROS SĄRAŠAS	171
MOKSLINĖS PUBLIKACIJOS IR KONFERENCIJŲ PRANEŠIMAI	191
AUTORIAUS CURRICULUM VITAE	195
DISSERTATION SUMMARY	199
APPROBATION OF THE RESEARCH RESULTS	219
AUTHOR'S CURRICULUM VITAE	223
PRIEDAI	227
BAIGIAMASIS ŽODIS	234

Sąvokų sąvadas

1. **Prevencijos programos** – veiklos, skirtos mažinti lėtinių neinfekcinių ligų (LNL) skaičių ir didinti sveikatos priežiūros veiksmingumą (Kliche ir kt., 2011).
2. **Lėtinės neinfekcinės ligos** – ligos, sukeltos gyvenimo būdo veiksnių, dažnai sunkiai gydomos ir sukeliančios ilgalaikių sveikatos problemų (Piovani ir kt., 2022).
3. **Sveikatos apsaugos sistema** – institucijos, teikiančios medicininės ir prevencinės paslaugas gyventojams (<https://sam.lrv.lt/lt/apie-ministerija/misija/>).
4. **Antrinė prevencija** – intervencijos, skirtos anksti diagnozuoti ligas ir užkirsti joms kelią progresuoti, pavyzdžiui, sveikatos patikros programos (Kisling ir kt., 2023).
5. **Sveikatos politika** – strategijų ir taisyklių rinkinys, skirtas sveikatos sistemos organizavimui ir valdymui, siekiant pagerinti gyventojų sveikatos rezultatus (Danis ir kt., 2016).
6. **Visuomenės įsitraukimas** – proceso etapas, kuomet visuomenė aktyviai dalyvauja sprendimų priėmime, susijusiame su jų sveikatos priežiūra ir gydymo planais (Tomoh ir kt., 2024).
7. **Skatinimas** – išorinių veiksnių visuma, daranti poveikį asmens elgsenai ir jo pasirinkimams (Bandhu ir kt., 2024).

Santrumpos

ASPI	– asmens sveikatos priežiūros įstaiga
HI	– Higienos institutas
LNL	– lėtinės neinfekcinės ligos
PSPC	– pirminės sveikatos priežiūros centras
PSO	– Pasaulio sveikatos organizacija
SAM	– Sveikatos apsaugos ministerija
VLK	– Valstybinė ligonių kasa
TLK	– teritorinė ligonių kasa

Lentelių sąvadas

1 lentelė. Palyginamoji žmogaus elgsenos teorijų analizė	71
2 lentelė. Statistinių rodiklių vertinimo planas	98
3 lentelė. Respondentų profiliai	100
4 lentelė. Tyrimo reprezentatyvumo ir patikimumo kriterijai	104
5 lentelė. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas, skaičius Lietuvos apskrityse	124
6 lentelė. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas, skaičius penkiuose didžiausiuose PSPC	125
7 lentelė. Kokybinio tyrimo rezultatų skirstymas į kategorijas ir subkategorijas	132
8 lentelė. Plėtojamos temos ir potemės	134
9 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal demografinius rodiklius	138
10 lentelė. Klausimų patikimumai	139
11 lentelė. Kintamųjų sudarymas	140
12 lentelė. Kintamųjų aprašomoji statistika	140
13 lentelė. Normalumo testai	141
14 lentelė. Koreliacijos rezultatai	142
15 lentelė. Vidutiniai rangai pagal lytį	143

16 lentelė. Mann–Whitney U testo rezultatai	144
17 lentelė. Vidutiniai amžiaus rangai	145
18 lentelė. Mann–Whitney U testo rezultatai	145
19 lentelė. Vidutiniai rangai pagal šeiminę padėtį	146
20 lentelė. Mann–Whitney U testo rezultatai	147
21 lentelė. Vidutiniai rangai pagal gyvenamąją vietą	147
22 lentelė. Mann–Whitney U testo rezultatai	148
23 lentelė. Kruskal–Wallis testo rezultatai	149
24 lentelė. Paskatų vidutinių rangų ir grupių palyginimas su <i>post-hoc</i> testu	149
25 lentelė. Paskatų vidutinių rangų ir grupių palyginimo p reikšmė	150
26 lentelė. Nuomonės apie prevencijos programas vidutinių rangų ir grupių palyginimus su <i>post-hoc</i> testu	150
27 lentelė. Nuomonės apie prevencijos programas vidutinių rangų ir grupių palyginimo p reikšmė	150
28 lentelė. Visuomenės LNL prevencijos naudojimo skatinimo strateginės kryptys	152
29 lentelė. Visuomenės LNL prevencijos naudojimo skatinimo taktinės kryptys	152
30 lentelė. Visuomenės LNL prevencijos naudojimo skatinimo operatyvinės kryptys	153
31 lentelė. ASPĮ LNL prevencijos skatinimo strateginės kryptys	154
32 lentelė. ASPĮ LNL prevencijos skatinimo taktinės kryptys	155
33 lentelė. ASPĮ LNL prevencijos skatinimo operatyvinės kryptys	156
34 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų LNL prevencijos skatinimo strateginės kryptys	157
35 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų LNL prevencijos skatinimo taktinės kryptys	158
36 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų LNL prevencijos skatinimo operatyvinės kryptys	158
37 lentelė. Sveikatos politikos formuotojų LNL prevencijos skatinimo strateginės kryptys	160
38 lentelė. Sveikatos politikos formuotojų LNL prevencijos skatinimo taktinės kryptys	160
39 lentelė. Sveikatos politikos formuotojų LNL prevencijos skatinimo operatyvinės kryptys	161
40 lentelė. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo strategijos įgyvendinimo planas	163

Paveikslų sąvadas

1 pav. Disertacinio darbo rengimo loginė schema	31
2 pav. Paskatų, motyvacijos ir žmogaus elgsenos tarpusavio sąveika	36
3 pav. Paskatų teorinės analizės schema	38
4 pav. Skatinimo veiksniai	39
5 pav. Skatinimo tipai	40
6 pav. Skatinimo objektai	41
7 pav. Ligų prevencijos programų naudotojų skatinimo veiksniai	44
8 pav. ASPĮ specialistų skatinimo kriterijai	52
9 pav. ASPĮ skatinimo kriterijai	53
10 pav. Prevencijos programų naudojimą skatinantys veiksniai	57
11 pav. Žmogaus elgsenos teorijos	59
12 pav. Savirūpos asmenine sveikata svarbos suvokimo komponentai pagal sveikatos įsitikinimo modelį	60
13 pav. Pagrindiniai individo pokyčių lemiantys komponentai pagal planuotos elgsenos teorijos modelį	62
14 pav. Individo elgsenos pokyčio veiksniai pagal socialinės kognityvinės teorijos modelio struktūrą	64
15 pav. Individo pokyčių eiga pagal transteorinės elgsenos modelio struktūrą	66

16 pav. Ekonomikos veiksnių įtaka sveikatos savirūpos sampratai	68
17 pav. Pokyčių visuomenėje eiga pagal inovacijų sklaidos teorijos modelį	70
18 pav. PSO strateginiai LNL prevencijos principai	78
19 pav. LNL prevencijos skatinimo etapai	85
20 pav. LNL skatinimo strategijos teorinis modelis	86
21 pav. Empirinių tyrimų atlikimo loginė schema	90
22 pav. Daugi metodinio tyrimo struktūra	95
23 pav. Išsami empirinių tyrimų eiga	96
24 pav. Kiekybinio klausimyno struktūra	107
25 pav. Antrinių statistinių duomenų vertinimo algoritmas	109
26 pav. Sergančių asmenų skaičiaus 1 000 gyventojų dinamika	110
27 pav. Mirusių asmenų skaičiaus 1 000 gyventojų dinamika	111
28 pav. Sergančių onkologinėmis ligomis ir hospitalizuotų dėl onkologinių susirgimų asmenų skaičius	112
29 pav. Neigiamai savo sveikatą vertinančių asmenų pasiskirstymas pagal amžių ir lytį	114
30 pav. Ligų prevencijos klasifikacija	115
31 pav. Naudojimasis krūties vėžio prevencijos programa ES šalyse 2019 m. (%)	117
32 pav. Lietuvoje vykdomos prevencijos programos	118
33 pav. Dalyvavimas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje 2013–2021 m.	118
34 pav. Dalyvavimas storosios žarnos vėžio prevencijos programoje 2013–2021 m.	119
35 pav. Dalyvavimas krūties vėžio prevencijos programoje 2013–2021 m.	120
36 pav. Dalyvavimas priešinės liaukos vėžio prevencijos programoje 2013–2021 m.	120
37 pav. Dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio prevencijos programoje 2013–2021 m.	121
38 pav. Dalyvavimo prevencijos programose tikslai	122
39 pav. Mažo LNL prevencijos programų naudojimo pasekmės	122
40 pav. LNL prevencijos programoms skirtų lėšų paskirstymas (%)	126
41 pav. ES šalių BVP dalis (%), skirta sveikatos apsaugai 2020 m.	128
42 pav. ES šalių BVP dalis (%), skirta LNL prevencijai 2020 m.	129
43 pav. Kokybinio tyrimo duomenų vertinimo algoritmas	131
44 pav. Skatinimą veikiančių veiksnių kategorinė klasifikacija	132
45 pav. LNL prevencijos programų naudojimą skatinantys veiksniai	136

Priedų sąvadas

1 priedas. Kiekybinio tyrimo apklausos ataskaita	228
2 priedas. Kiekybinio tyrimo anketa	229
3 priedas. Kokybinio tyrimo anketa	233
4 priedas. Autoriaus <i>curriculum vitae</i>	

Įvadas

Žmogaus sveikata yra pagrindinis gerovės veiksnys. Geros savijautos siekimas pranoksta tik fizinį pasirengimą – jis apima emocinę, psichinę ir socialinę dimensiją, formuoja holistinę būseną, leidžiančią individams ne tik klestėti, bet ir prasmingai prisidėti prie visuotinės gerovės (Ryff, 1998). Sveikata – tai ne tik ligos nebuvimas, bet ir dinamiška pusiausvyra, skatinanti žmogaus potencialo išreiškimą, dažnai siejama su šiuolaikiniais holistinės medicinos principais. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) požiūriu, sveikata apibūdinama ne tik kaip ligos ar negalios nebuvimas, bet kaip visapusė fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, pabrėžiant pusiausvyrą ir visapusį žmogaus potencialo realizavimą (Schramme, 2023).

Šis požiūris leidžia geriau suprasti sveikatos svarbą ir, pasitelkiant įvairias edukacines priemones, perteikti tai visuomenei, siekiant pagilinti ir sustiprinti sveikatos išsaugojimo žinias. Platesnis matymas leidžia geriau įvertinti žmonių pasirinkimus lemiančius veiksnius, kurti veiksmingesnes ir įsitraukimą į ligų prevencijos programas skatinančias priemones. Deja, gyvenimo tempas ir kasdieniai rūpesčiai, kurie paliečia daugumą visuomenės, dažnai užgožia poreikį rūpintis savimi ir tai yra viena pagrindinių priežasčių, atvedusių iki problematikos, nagrinėjamos šiame moksliniame darbe.

Temos aktualumas. Augantis susirgimų lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (toliau – LNL) skaičius kelia didžiulį susirūpinimą ir skatina ieškoti sprendimų, padedančių kovoti su šia problema (NCD Alliance, 2024). Pasaulio sveikatos organizacija

(toliau – PSO) nustatė, kad tokios LNL kaip vėžiniai susirgimai, diabetas ar širdies ir kraujagyslių ligos kiekvienais metais lemia apie 74 % visų mirčių pasaulyje (PSO, 2024). Šis skaičius labai akivaizdžiai rodo problemos mastą ir skatina valstybes ieškoti veiksmingų sprendimų, padedančių kovoti su šia sveikatos problema. Kaip teigiama PSO ataskaitoje (PSO, 2018), mirtingumas nuo LNL yra pagrindinė, bet ne vienintelė problema, su kuria susiduria valstybės. Šių ligų gydymas reikalauja didelių finansinių išteklių, būtinų padengti gydymo sąnaudas ir dažnai, asmeniui tapus nedarbingu, jo išlaikymo išlaidas. Taigi ekonominis poveikis šalių ekonomikoms yra taip pat labai svarbus veiksnys, atkreipiantis dėmesį į nagrinėjamos temos aktualumą.

Širdies ir kraujagyslių ligos, vėžiniai susirgimai yra pagrindinės ir dažniausiai diagnozuojamos lėtinės ligos Lietuvoje. Kaip teigiama Higienos instituto ataskaitoje (OECD, 2021), minėtų susirgimų rodikliai yra didesni nei daugelyje kitų Europos Sąjungos šalių. Dėl to būtina ieškoti sprendimų, padedančių ne tik veiksmingiau diagnozuoti ankstyvos stadijos LNL, bet ir mažinti bendrą sergančiųjų šiomis ligomis skaičių.

Antrinė ligų prevencija yra viena veiksmingiausių priemonių, padedančių suvaldyti mirtingumą nuo LNL (Valle ir kt., 2018). Nustaćius ankstyvos stadijos ligas, gydymas yra veiksmingesnis ir trumpesnis. Antrinė prevencija suteikia galimybę mažinti ligų progresavimą, gerina pacientų gyvenimo kokybę, mažina mirtingumą ir taupo finansinius išteklius (Woolf ir kt., 2009). Ankstyvas vėžio nustatymas ir gydymas itin padidina išgyvenamumą ir sumažina išlaidas, palyginti su vėlyvos stadijos vėžio gydymu (Smith ir kt., 2019). Alwan (1997) teigimu, prevencija gali padėti išvengti vienos trečiosios visų vėžinių susirgimų. Panaši vėžiu susirgusiųjų dalis gali būti visiškai pagydyta, jei liga būtų diagnozuota ankstyvoje stadijoje. Širdies ir kraujagyslių ligos taip pat gali būti diagnozuotos ankstyvoje stadijoje. Antrinė prevencija gali reikšmingai prisidėti mažinant širdies priepuolių ir insultų dažnį, sumažinti invazinio gydymo poreikį (Piepoli ir kt., 2016).

Tačiau nepaisant šių labai akivaizdžių naudų, antrinės prevencijos naudojimas, kaip rodo atlikta ir darbe pristatoma statistinė duomenų analizė, išlieka labai pasyvus. Mokslininkai (Allen ir kt., 2017) išskiria keletą šių situaciją lemiančių veiksnių. Svarbiausias iš jų – sąmoningumo ir supratimo apie ankstyvojo LNL nustatymo svarbą trūkumas. Daugelis asmenų nepakankamai įvertina savo riziką susirgti šiomis ligomis arba nežino apie naudas, susijusias su ankstyva diagnostika. Dėl to labai svarbu šviesti visuomenę ir skatinti aktyviau naudotis prevencijos programomis.

Pastebima, kad socialiniai ir ekonominiai netolygumai lemia mažą prevencijos programų naudojimą (Urbonas ir kt., 2020). Teigiama, kad mažesnes pajamas gaunančios asmenų grupės dažnai susiduria su kliūtimis norėdamos gauti sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant prevencijos priemones, tokias kaip sveikatos patikra ir ankstyvasis gydymas. Be to, kultūriniai įsitikinimai ir žemas sveikatos raštingumo lygis daro didelę įtaką sveikatos ir ligų prevencijos suvokimui. Dėl šių priežasčių dažnai vėluojama kreiptis į gydytoją, nepakankamai naudojamos prevencijos programos.

Sisteminiai sveikatos priežiūros organizavimo iššūkiai, įskaitant išteklių apribojimus, nepakankamą sveikatos priežiūros infrastruktūrą ir ribotą prevencijos paslaugų integravimą į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, trukdo veiksmingai įgyvendinti ir taikyti antrinę ligų prevenciją (Jakovljevic ir kt., 2019).

Visuomenės skatinimas yra itin svarbus siekiant suaktyvinti naudojimąsi LNL prevencijos programomis (Volpp ir kt., 2008). Įvairios skatinimo priemonės gali būti ypač veiksmingos didinant dalyvavimo prevencijos programose rodiklius ir taip veiksmingai prisidėti prie sveikatos rezultatų gerinimo, sumažinti socialinę ir ekonominę LNL našą sveikatos sistemoms (Yom-Tov ir kt., 2017). Šiame moksliniame darbe toliau nagrinėjama paskatų visuma ir jų svarba LNL prevencijos programų vykdymui. Remiantis literatūros šaltiniais, statistine informacija ir atliktų tyrimų rezultatais bus ieškoma veiksmingiausių skatinimo formų, padedančių suaktyvinti visuomenės įsitraukimą į LNL prevencijos programas.

Temos iširtumas. Skatinimas, prevencijos valdymas ir prevencijos programų skatinimas yra labai plačios temos. Kiekviena jų atskirai nagrinėjama labai išsamiai ir įvairiais požiūrio kampais. Šio mokslinio darbo problematika apjungia abi minėtas temas. Moksliniame darbe taip pat paliečiama daug tiesiogiai ir netiesiogiai susijusių klausimų: skatinimo poveikis žmogaus elgsenai, LNL poveikis šalių ekonomikoms, asmens sveikatai ir jo gerovei. Dažniausiai diagnozuojamos LNL yra opi problema, jos ir jų prevencija yra prioritetas PSO ir kiekvienos šalies institucijų, atsakingų už visuomenės sveikatą, klausimas. Dėl to gilinantis į pasirinktą problematiką, siekiant ją geriau suprasti, svarbu apžvelgti mokslininkų atliktus tyrimus, suprasti esminius skatinimo principus.

Skatinimas ir jo poveikis asmens elgsenai. Mokslininkų, tyrusių skatinimą ir jo poveikį žmogaus elgsenai, darbų analizė yra svarbi, siekiant tinkamai išnagrinėti šiame moksliniame darbe keliamus klausimus. Literatūros analizė atskleidė, kad skatinimas, dažnai tapatinamas su išorinių veiksnių visuma, yra veiksminga priemonė, siekiant paveikti asmens elgseną ir pasirinkimus (Silverman ir kt., 2016). Natūraliai kylantis klausimas – kaip skatinti? Ar nuobaudų ir paskatų poveikis yra vienodas? Dong Y. ir kt. (2016) atskleidė, kad bausmės poveikis yra stipresnis už apdovanojimą. Galbūt tai šiuolaikinei visuomenei nėra priimtinas požiūris, bet kuriant skatinimo strategijas reikia atsižvelgti į šias mokslininkų išvadas. Nemažai dėmesio moksliniuose darbuose skiriama skatinimo formoms. Gana aktyviai diskutuojama, kuri forma – finansinė ar nefinansinė – yra veiksmingiausia.

Vlaev I. ir kt. (2019) nuomone, paveikiausia paskatų forma yra finansinė. Jam iš esmės pritaria Higgins S. T. ir kt. (2012), Scott A. ir kt. (2008), Faghri P. D. ir kt. (2014). Tačiau šiai nuomonei oponuojantys mokslininkai teigia, kad finansinės paskatos gali turėti priešingą efektą ir atgrasyti visuomenės narius nuo elgsenos, kurios yra tikimasi (Kamenica, 2012). Jam antrinantys mokslininkai (Fehr ir kt., 2002) teigia, kad ekonominės paskatos turi būti derinamos su socialinėmis. Idėjai, kad paskatos

turi būti siejamos su teigiama emocija, pritaria Bowles S. ir kt. (2001). Mokslininkų nuomone, tokio pobūdžio paskatos visuomenei yra priimtinesnės ir veiksmingesnės.

Paskatų taikymo etiškumas yra kitas svarbus mokslininkų aptariamas klausimas. Diskutuojama, kiek ir ar priverstinės paskatos, ypač ekonominės, yra etiškos. Grant R. W. (2002) pripažįsta, kad paskatos, veikiančios per savanorystę, yra etiškesnės ir ilgainiui veiksmingesnės. Buvo atliktas ne vienas tyrimas siekiant išsiaiškinti, ar finansinės paskatos daro poveikį asmens pasirinkimams. Gingerich S. B. ir kt. (2012) tyrimas atskleidė, kad prevencijos programų įvykdymo rodiklis buvo veiksmingesnis taikant finansines paskatas. Pasak Tambor M. ir kt. (2016), finansinės paskatos yra veiksmingos vyresnės amžiaus grupės asmenis, nes jų sveikatos suvokimas yra skirtingas, palyginti su jaunesne visuomenės dalimi. Vyraujant nuomonei, kad paskatos turi teigiamą poveikį asmens elgsenai, galima rasti mokslinių darbų, kurių išvados rodo, kad paskatų poveikis dar nėra iki galo iširtas. Štai Finkelstein A. E. ir kt. (2019), išnagrinęję 48 publikacijas, teigia, kad įrodymų, kurio tipo paskatos – finansinės ar nefinansinės – yra veiksmingesnės, dar trūksta ir reikia papildomų šios srities tyrimų ir analizės.

Asmens požiūris į sveikatos prevenciją ir skatinimo priemones priklauso nuo daugelio asmeninių savybių, išsilavinimo ir supratimo. Galbūt todėl skatinimo priemonės yra ne visada aktyvios. Šį aspektą savo moksliniuose darbuose nagrinėja Moorman C. ir kt. (1993), Werle C. (2011). Ši nuomonė koreliuoja su tuo, kiek asmuo vertina savo pasirinkimą, ypač kuomet jis susijęs su ligų prevencija ir jos nauda. Šią temą išsamiai nagrinėjo Kristiansen C. M. (1985). Toks požiūris į nagrinėjamą problemą kampas labai susijęs su žmogaus psichologija, tačiau šios temos neliesime, nors tai ir galėtų atskleisti svarbių ir praktiškai pritaikomų vadybinių elementų.

Vis dėlto žmogaus elgsena, galimybė ją paveikti ir priemonės, kuriomis poveikis daromas, yra svarbūs vadybinių požiūriu, todėl šiame moksliniame darbe buvo svarbu giliau pažvelgti į žmogaus elgsenos teorijas iš vadybos mokslo pozicijų, siekiant suprasti, kaip priimami sprendimai ir kokios skatinimo priemonės ar poveikio būdai yra veiksmingiausi. Dėl to, siekiant geriau suprasti temą, buvo išsamiau analizuoti mokslininkų, tiriančių žmogaus elgsenos teorijas, darbai. Išskirčiau mokslininkus Schwarzer R. (2008), Riekert K. A. ir kt. (2013), Conner M. ir kt. (2002), Prochaska J. J. ir kt. (2008), Strecher V. J. ir kt. (1986), Emmons K. M. (2000), Fishbein M. (2007), Ory M. G. ir kt. (2002). Jų darbų analizė padėjo geriau suvokti skatinimo ir žmogaus pasirinkimų santykį ir apžvelgti galimas teorijų pritaikymo praktikoje galimybes.

LNL poveikis visuomenės sveikatai. LNL poveikio tyrimas, kurį reguliariai atnaujina Sveikatos metrikos ir vertinimo institutas, pateikia išsamius mirtingumo nuo pagrindinių LNL duomenis. Murray C. J. ir kt. (1996) pabrėžė, kad per pastaruosius dešimtmečius infekcinės ligos, kažkada buvusios dažniausia mirtingumo priežastimi, užleido vietą LNL. Minėti mokslininkai pabrėžia vis didėjančią LNL ankstyvosios diagnostikos svarbą visame pasaulyje.

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos skatinimas. Savo straipsniuose Yusuf ir kt. (2004) nustatė keletą modifikuojamų miokardo infarkto rizikos veiksnių, pabrėždami gyvenimo būdo ir aplinkos veiksnių įtaką širdies ir kraujagyslių ligų epidemiologijai. Širdies ir kraujagyslių ligų valdymo kontekste antrinė prevencija, apimanti reguliarią stebėjimą ir ankstyvą diagnostiką, yra viena veiksmingiausių priemonių, padedančių išvengta širdies priepuolių ar insultų. Mokslininkai ištyrė aspirino, statinų ir beta adrenoblokatorių poveikį ligų prevencijai, įrodydami jų veiksmingumą mažinant mirtingumą ir užkertant kelią pasikartojantiems ligos epizodams (Yusuf ir kt., 2001).

Vėžinių susirgimų prevencijos skatinimas. Vieni iš pasaulio vėžio ataskaitos redaktorių, mokslininkai Stewart ir Kleihues, parengė išsamius pasaulinius vėžio poveikio tyrimus, pabrėždami aplinkos ir genetinių veiksnių reikšmę ir pasisakydami už prevencijos priemones ir ankstyvą diagnostiką (Stewart ir kt., 2003). Bruce E. Johnson ir jo kolegės ištyrė tikslinės terapijos ir prevencijos svarbą antrinei vėžio (ypač plaučių) prevencijai. Jų darbe pabrėžiama ankstyvo pasikartojimo nustatymo ir specifinių terapinių medžiagų naudojimo įtakos, siekiant pagerinti išgyvenamumą, svarba (Johnson ir kt., 2004).

Lėtinųjų kvėpavimo takų ligų susirgimų prevencijos skatinimas. Inicijatyva BOLD (angl. „Burden of Obstructive Lung Disease“), kuriai vadovavo Buist, Abdelhalim ir kolegės, tyrė lėtinės obstrukcinės plaučių ligos paplitimą ir poveikį. Atliktas tyrimas pabrėžė ankstyvos diagnostikos ir prevencijos reikšmę (Buist ir kt., 2007). Sergant tokiomis lėtinėmis kvėpavimo takų ligomis kaip lėtinė obstrukcinė plaučių liga (toliau – LOPL), antrinė prevencija yra svarbi priemonė, siekiant išvengti ligos paūmėjimų. Peter M. A. Calverley ir jo kolegės daugiausia dėmesio skyrė LOPL valdymo strategijoms, pabrėždami šių intervencijų svarbą gerinant gyvenimo kokybę ir mažinant pakartotinę hospitalizaciją (Calverley ir kt., 2023).

Diabeto epidemiologija ir prevencijos skatinimas. Hu su kolegomis antrojo tipo diabeto prevencijos ir kontrolės tyrimai pabrėžia gyvenimo būdo pokyčių svarbą valdant šią lėtinę ligą (Hu ir kt., 2001). Jų darbas rodo dietos, fizinio aktyvumo ir svorio kontrolės būtinybę mažinant diabeto riziką. Sergant cukriniu diabetu, antrinė prevencija skirta kontroliuoti cukraus kiekį kraujyje, kad būtų išvengta komplikacijų, tokių kaip neuropatija, retinopatija ir inkstų ligos. Hertz C. Gerstein ir kolegės prisidėjo prie šios srities tyrinėjami intensyvios gliukozės kontrolės veiksmingumą užkertant kelią ilgalaikėms antrojo tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų komplikacijoms (Gerstein ir kt., 2008).

Prevencijos programų skatinimas. Volpp G. Kevin tyrė, kokią įtaką su sveikata susijusiai elgsenai daro finansiniai ir nefinansiniai skatinimo mechanizmai, kaip jie gali paskatinti aktyvesnę visuomenės įsitraukimą į prevencijos programas. Jo tyrimai, pavyzdžiui, finansinėmis paskatomis pagrįsti svorio metimo metodai (Volpp ir kt., 2008), teikia išvalgų, kaip paskatos gali būti pritaikytos LNL prevencijai. Finansinių paskatų poveikį taip pat nagrinėjo Patel MS ir kt. (2016). Glaudžiai bendradarbiaudama su Volpp G. Kevin ir jo kolegomis, John Leslie K. (2008) padėjo suprasti, kaip

įvairios paskatos ir elgesio pokyčiai gali turėti įtakos naudojimuisi LNL prevencijos programomis. Finkelstein E. A. ir kt. (2016) tyrė ekonominius sveikatos elgesio paskatų aspektus, pavyzdžiui, kaip finansinės ir nefinansinės paskatos gali paskatinti fizinį aktyvumą, kaip paveikti sveikatą stiprinantį elgesį, siekiant sumažinti LNL riziką.

Nors Deci E. ir kt. (2000) tiesiogiai netyrinėjo LNL prevencijos, apsisprendimo teorijos, jie analizavo elgesį, susijusį su sveikatinimu, įskaitant LNL prevenciją. Minėta teorija grindžiama vidinių ir išorinių motyvų įtaka sveikatinimo procesui ir yra labai svarbi kuriant veiksmingas prevencijos programas. Gneezy U. (2011) prisidėjo prie elgsenos ekonomikos srities tyrinėdamas, kaip įvairios paskatų formos veikia asmens pasirinkimus ir elgesį. Jo išvalgos vertingos kuriant LNL prevencijos skatinimo strategijas.

Vienoje paskutinių PSO publikuotų ataskaitų, kurioje, beje, pristatoma LNL prevencijos strategija iki 2030 m., pabrėžiama ankstyvos ligų diagnostikos svarba, akcentuojama, jog pirmiau kelti tikslai nėra pasiekti, sergamumas LNL didėja, todėl strategijos, skirtos LNL prevencijai, išlieka labai svarbios šiandien (World Health Organization, 2023). Valstybės raginamos peržiūrėti ligų prevencijos skatinimo taktikas ir strategijas. Naujausi moksliniai tyrimai atskleidžia technologijų galimybes ir jų svarbą atliekant prevencinius tyrimus ar informuojant visuomenę. Idėjai pritaria ir jos taikymo galimybės nagrinėja Thomason J. (2022). Tampa akivaizdu, kad technologijų raida ir jos atnešamos galimybės gali tapti ypatingu veiksmiu, padedančiu veiksmingiau paskatinti visuomenę naudotis prevencijos programomis. Mokslininkai tiria nano- ir biotechnologijų galimybes, kurios leistų tam tikrą dalį tyrimų padaryti greičiau, su mažesne intervencija, o galbūt ir nuotoliu. Tai spręstų paslaugų nepakankamo prieinamumo problemas, intervencinių tyrimų baimes, leistų tyrimus padaryti didesnei daliai pacientų per trumpesnę ar tą patį laiką (Kerry R. G. ir kt., 2021). Dirbtinis intelektas skverbiasi į beveik visas gyvenimo sritis. Šio įrankio panaudojimo galimybės yra tiriamos ir ligų prevencijos srityje. Manoma, kad jis padės užtikrinti veiksmingesnę komunikaciją, švietimą ir edukaciją, taip pat, tikėtina, bus panaudotas ir konkrečių tyrimo atlikimo procesuose. Pasak mokslininkų, ši priemonė padės paskatinti visuomenę aktyviau naudotis LNL prevencijos programomis (Al-Dekah A. M. ir kt., 2025).

Vertindami ankstesnio laikotarpio mokslininkų darbus, jau aptartus šiame skyriuje, matome, kad tikslai ir pagrindiniai metodai, skatinantys visuomenę aktyviau naudotis LNL prevencijos programomis, išlieka tie patys, tačiau formos, kaip veiksmingai paskatinti visuomenę aktyviau rinktis prevencijos programas, keičiasi. Be jau aptartos technologinės raidos ir jos indėlio, akcentuojama aktyvesnė ir veiksmingesnė politinių iniciatyvų, skatinančių aktyvesnę visuomenės įsitraukimą į prevencijos programas, svarba (Xiong S. ir kt., 2023). Sutinkama, kad veiksmingos LNL prevencijos negali užtikrinti viena institucija, pavyzdžiui, Sveikatos apsaugos ministerija (Hazazi A. ir kt., 2022). Yra labai aiškiai išsakomas raginimas stiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą, įtraukiant daugiau institucijų ir organizacijų (Anderson B. O. ir kt., 2021). Bendradarbiavimo skatinimas yra vienas labai stiprus šiuolaikinių laikų strategijos

elementas, kurį būtina įtraukti, siekiant aktyvesnio LNL prevencijos programų naudojimo, nes pavienės organizacijos yra nepajėgios to daryti veiksmingai (Coles C. E. ir kt., 2024).

Analizuojant naujausias LNL prevencijos strategijas, be abejo, prioretizuojama ankstyvos diagnostikos svarba, kaip pagrindinis tikslas (Setyawati R. ir kt., 2024). Be jau aptartos technologijų įtakos, daug dėmesio skiriama skatinimo taktikoms, orientuotoms į visuomenės dalį, kuriai priklauso atlikti prevencinius tyrimus. Labai svarbu suprasti skirtingų amžiaus grupių ir lyčių poreikius ir galimybes (Maharani, 2022). Mokslininkai akcentuoja švietimo ir aiškesnės komunikacijos svarbą, išskiria šiuos veiksnius kaip labai svarbius LNL prevencijos programų naudojimo skatinimo elementus (Donohue J. F. ir kt., 2023). Paslaugų prieinamumas yra tiesiogiai susijęs su sveikatos prevencijos programų naudojimu. Dėl to valstybės raginamos aktyviau peržiūrėti paslaugų teikimo modelius ir tvarkas, siekiant paskatinti visuomenę aktyviau naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis (Chai P. ir kt., 2021). Naudojimo skatinimas pasitelkiant įvairias technologijas, gerinant paslaugų prieinamumą yra neginčijamai svarbus dabar, o šių priemonių reikšmė ateityje tik stiprės, tai įrodo jau pristatytų mokslininkų darbai. Vis dėlto kuriant veiksmingas skatinimo strategijas svarbu nepamiršti tiesioginio ryšio su visuomene, mažesnėmis bendruomenės dalimis ir kiekvienu tos bendruomenės individu atskirai (Maharani, 2022). Mair J. (2023) tyrimai atskleidžia, kad socialinė parama, raginimai, visuomenė konsultavimas ir grįžtamojo ryšio užtikrinimas yra labai svarbūs LNL prevencijos skatinimo elementai. Didesnį asmeninį dėmesį, pavyzdžiui, kvietimą telefonu, informacijos išsiuntimą elektroniniu laišku, akcentuoja Evans J. T. (2025). Mokslininko teigimu, svarbu neprarasti tiesioginio ryšio su pacientu, nes sprendimai su sveikatos klausimais dažnai yra atidedami arba neatliekami dėl informacijos stokos ar kitų prioritetų. Reikia priminti jau aptartą tarpinstitucinio bendradarbiavimo klausimą, visų organizacijų ir įstaigų įsitraukimo būtinybę, koordinuojant veiksmus tarpusavyje.

Svarbu paminėti LNL prevencijos temą tyrusius Lietuvos mokslininkus. Šioje darbo dalyje norėčiau paminėti du mokslininkus, tyrusius prevencijos programų vykdymo ir vėžio epidemiologinės situacijos eigą ir koreliacijas. Steponavičienė L. (2019) savo disertacijoje, kuriai vadovavo dr. G. Smailytė, nagrinėjo mamogramų patikros ir krūties vėžio epidemiologinės situacijos pokyčius 2015–2019 m. laikotarpiu. Patašius A. (2021) disertacijoje analizavo prostatos vėžio prevencijos programų vykdymo eigą ir jų veiksmingumą. Darbe buvo vertinama ankstyvos diagnostikos įtaka vėžio epidemiologinės situacijos pokyčiams Lietuvoje. Be abejo, svarbus ir E. Kondrotienės tyrimas „Nuostatų determinantų poveikio vartotojo sveikatos elgsenai vertinimas“ (2024).

Apibendrinant svarbu pasakyti, kad minėtų mokslininkų darbai yra labai vertingi tiriant antrinės LNL prevencijos naudą ir svarbą, gilinant supratimą apie žmogaus elgesį ir paskatų poveikį elgsenai. Mokslinė informacija naudinga vadybininkams, strategijas kuriantiems politikos formuotojams, sveikatos apsaugos specialistams ir

ASPI vadovams, tiesiogiai dalyvaujantiems prevencijos programų vykdymo procese. LNL prevencija yra svarbi siekiant PSO ir Lietuvos institucijų, atsakingų už prevencijos programas, tikslų. Apžvelgti mokslininkų darbai suteikė galimybę geriau suprasti sudėtingą genetinių, aplinkos ir gyvenimo būdo veiksnių įtaką LNL etiologijai ir susipažinti su skatinimo taikymo teoriniais aspektais, kurie išsamiau bus nagrinėjami kitose mokslinio darbo dalyse.

Nepaisant to, kad lėtinės neinfekcinės ligos yra pagrindinė sergamumo ir mirtingumo priežastis Lietuvoje ir pasaulyje, ir ankstyva šių ligų diagnostika ir prevencija gali reikšmingai sumažinti jų paplitimą ir sveikatos apsaugos sistemai tenkančią našta, visuomenės įsitraukimas į valstybės siūlomas lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas išlieka pasyvus. Moksliniame darbe aptariama literatūra rodo, kad asmens elgseną sveikatos priežiūros kontekste lemia įvairūs socialiniai, psichologiniai ir instituciniai veiksniai, tačiau vis dar trūksta praktiškai paveikių skatinimo strategijų, pagrįstų šiais aspektais. Dėl to kyla būtinybė identifikuoti ir įvertinti skatinimo priemones, kurios galėtų veiksmingai paskatinti gyventojų dalyvavimą lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programose.

Mokslinė problema. Kokios strateginės kryptys paskatintų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų naudojimą?

Tyrimo objektas – lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų skatinimas.

Tyrimo tikslas – nustatyti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų naudojimo skatinimo Lietuvoje strategines kryptis.

Uždaviniai:

1. Apžvelgus skatinimo teorijas ir žmogaus elgesio modelius, įvertinti skatinimo veiksnių įtaką sprendimų priėmimui.
2. Atlikti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų skatinimo strategijų teorinę analizę.
3. Sudaryti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo kokybinio ir kiekybinio tyrimų metodikas.
4. Atlikti antrinių duomenų apžvalgą, kokybinio ir kiekybinio tyrimo metu surinktų duomenų analizę ir apibendrinimą.
5. Pasiūlyti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų naudojimo skatinimo Lietuvoje pagrindines strategines kryptis.

Ginamieji tyrimo teiginiai:

1. Informacijos trūkumas apie prevencijos programų naudas lemia visuomenės nepakankamą įsitraukimą į lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas.
2. Skirtingiems gyventojų segmentams tikslingai pritaikytos skatinimo priemonės padidina gyventojų įsitraukimą į lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas.

3. Didesnė skatinimo priemonių įvairovė leidžia užtikrinti veiksmingesnį visuomenės įsitraukimą į prevencijos programas.

Disertacijoje taikyti šie **mokslinio tyrimo metodai**:

1. Literatūros apžvalga, apibendrinimas, sintezė ir analizė naudota siekiant suprasti teorinius prevencijos skatinimo aspektus: veiksnius, tipus, objektus. Apžvalgos metodas buvo naudotas **apžvelgiant skatinimo teorinių aspektų ir žmogaus elgesio modelių ir lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų skatinimo strategijas**. Literatūros analizė leido geriau suprasti žmonių elgsenos teorijų svarbą tyrinėjant prevencijos skatinimo problemą ir nustatant prevencijos programų naudojimo skatinimo strategines kryptis.
2. Antrinių statistinė duomenų analizė atskleidė LNL dinamiką Europoje ir Lietuvoje, naudojimosi prevencijos programomis lygį, leido įsigilinti į naudojimosi prevencijos programomis Lietuvos apskrityse ir didžiausiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose apimtis.
3. Vertinant skatinimo veiksnių svarbą atliktas kokybinis pusiau struktūrizuotas interviu pagal iš anksto parengtą kokybinio tyrimo klausimyną. Duomenų analizei naudotas aktyvaus kodavimo metodas, kuris apima duomenų, stebimų reiškinių identifikavimą, suskirstymą į kategorijas ir jų konceptualizavimą. Kokybinis tyrimas leido tiksliau įvertinti priežastis, lemiančias nepakankamą prevencijos programų naudojimą.
4. Kiekybiniam tyrimui naudotas apklausos metodas, iškeltos ir tikrintos keturios hipotezės. Tyrimo duomenų analizei naudotos dažnių lentelės, duomenų normalumo patikrinti naudoti du testai (Kolmogorovo–Smirnov ir Šapiro–Vilk), tikrinant klausimynų patikimumą skaičiuotas Cronbacho alfa įvertis, ieškant sąryšių tarp kintamųjų naudota Spirmeno koreliacija, lyginant vidutinius rangus naudoti Mann–Whitney U ir Kruskal–Wallis testai. Kiekybinis tyrimas leido nustatyti dažnumus, priklausomybes ir suformuluoti strategines prevencijos programų naudojimo skatinimo kryptis.

Mokslinis naujumas. Pagrindinis vadybos tikslas – skatinti pokyčius, padedančius pasiekti svarbiausius tikslus (Oaikhena ir kt., 2023). Iš vadybos mokslo perspektyvos skatinimo priemonių svarba siekiant pakeisti ar lemti visuomenės elgesį, yra itin reikšminga (Burgess ir kt., 2003). Šiuolaikinis vadybos mokslas yra tarpriai susijęs su įtaka žmonių elgsenai (Gorbanev ir kt., 2009). Šis procesas apima elgesio supratimą ir tų žinių veiksmingą panaudojimą bendradarbiavimui skatinti, produktyvumui didinti ir prasmingiems pokyčiams įgyvendinti. Vadyba yra neatsiejamai susijusi su žmonių elgesio formavimo siekiu. Suprasdami, kas skatina asmenis, ir taikydami strategijas, kurios aktyviai įtraukia ir įgalina visuomenę, pokyčio iniciatoriai gali nukreipti elgesį linkme, kurios yra siekiama (Isomura ir kt., 2021).

Šioje disertacijoje nagrinėjama opi visuomenės sveikatos problema, kuriai spręsti būtina pasitelkti veiksmingiausias vadybos teorijas ir praktikas. Nors įrodyta, kad prevencinės priemonės, tokios kaip ankstyva ligų diagnostika, labai sumažina LNL komplikacijas ir mirtingumą, jos naudojamos nepakankamai (Bauer ir kt., 2014). Šiame darbe nagrinėjamos skatinimo teorijos, kurios galėtų paveikti didesnę visuomenės įsitraukimą į šias programas. Diskusija apie paskatas arba išorinius veiksnius, darančius įtaką žmogaus elgesiui, yra svarbi vadybos mokslo tema, skatinimo veiksmų supratimas yra būtinas norint sukurti veiksmingas strategijas (Tang ir kt., 2005). Paskatos formuoja visuomenės elgseną ir daro įtaką jų sprendimų priėmimui (Carey ir kt., 2020). Tokios teorijos kaip, pavyzdžiui, Herzbergo dviejų veiksmų teorija, pabrėžia išorinių veiksmų svarbą, darančią įtaką žmonių pasirinkimams ir poelgiams (Li ir kt., 2018). Skatinimo teorijos leidžia suprasti, kaip paskatos gali būti struktūrizuojamos, siekiant optimizuoti veiklos rezultatus ne tik organizacijų aplinkoje, bet ir visuomenės sveikatos srityse (Spicker, 2006). Taikydami šias išvalgas, strategai gali sukurti paskatų sistemas, kurios suderintų individualius tikslus su kolektyviniais sveikatos tikslais.

Disertacijoje paskatų aptarimas pateikiamas platesniame visuomenės sveikatos ir žmonių elgesio analizės kontekste. Visuomenės sveikatos strategijose dažnai įtraukiamos elgesio išvalgos, siekiant padidinti programos veiksmingumą (DiClemente ir kt., 2013). Individualaus elgesio ir visuomenės sveikatos rezultatų sąveika reikalauja išsamaus psichologinių žmogaus elgseną lemiančių veiksmų supratimo. Elgesio valdymo metodai, tokie kaip postūmis (Taylor, 2006), buvo naudojami siekiant subtiliai nukreipti sveikesnius pasirinkimus, neapribojant laisvės – ši koncepcija yra nuodugnai ištirta šiuolaikinėje vadybos praktikoje (Leventhal ir kt., 2008).

Svarbu pabrėžti, kad mokslinis darbas parengtas problemą nagrinėjant vadybiniu požiūriu, siekiant sukurti LNL prevencijos programų naudojimo skatinimo strategijų kryptis, pripažįstant psichologinio išvalgumo ir supratimo apie žmogaus elgesį būtinybę. Šios sąveikos supratimas yra labai svarbus kuriant strategijas, kurios skatintų platesnę sveikatą tausojančią elgesį visuomenėje. Šioje disertacijoje pabrėžiama integruoto vadybos mokslo požiūrio į visuomenės sveikatos problemas svarba, akcentuojant paskatų vaidmenį sveikatos elgsenos formavimui. Nagrinėjant skatinimo veiksmus šiame kontekste, tyrimas prisideda prie teorinio ir praktinio siekio veiksmingiau valdyti visuomenės sveikatos iniciatyvas. Apibendrinant pasakytina, kad LNL prevencijos programų paskatų analizė jungia vadybos, visuomenės sveikatos ir psichologijos sritis, ir tai suteikia šiam moksliniam darbui tarpdiscipliniškumo ir konceptualesnio požiūrio į nagrinėjamą problematiką.

Tyrimo teorinis reikšmingumas:

1. Apžvelgus prevencijos programų naudotojų, sveikatos priežiūros įstaigų bei specialistų skatinimo teorines nuostatas buvo identifikuoti pagrindiniai prevencijos programų naudojimą skatinantys veiksniai.

2. Apibendrinus žmogaus elgsenos teorijas ir modelius, nustatčius jų tinkamumą prevencijos skatinimui išskirti šeši LNL prevencijos skatinimo etapai.
3. Atlikus lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos strateginių teorinę analizę sudarytas LNL prevencijos skatinimo strategijos teorinis modelis.
4. Kokybinio tyrimo metu buvo nustatyti keturi svarbiausi LNL prevencijos programų naudojimą stabdantys veiksniai ir keturi svarbiausi LNL prevencijos programų naudojimą skatinantys veiksniai.
5. Kiekybinio tyrimo metu pavyko nustatyti LNL prevencijos programų naudotojų segmentų nevienodą reakciją į skirtingus naudojimo ir skatinimo veiksnius pagal lytį, amžių, išsilavinimą, šeiminių padėtį ir jų gyvenamąją vietą.
6. Dėmesys LNL prevencijai taip pat paskatins tarpdisciplininius tyrimus, sutelkiant ekonomikos, psichologijos, visuomenės sveikatos ir medicinos ekspertus.
7. Atliktas mokslinis tyrimas atskleidė naudingas išvagas, kurios paskatins naujus LNL prevencijos programų skatinimo mokslinius tyrimus.

Praktinė tyrimo reikšmė:

1. LNL prevencijos skatinimo strategijos įgyvendinimas sumažins su komplikacijų gydymu susijusias sveikatos priežiūros išlaidas. Prevencijos skatinimas sumažins medicininių paslaugų poreikį (LNL sergamumą), hospitalizuotų asmenų ir chirurginių operacijų skaičių. Be to, paskatomis grįstų prevencijos programų integravimas į sveikatos priežiūros sistemą paskatins į prevenciją orientuotos sveikatos priežiūros politikos kūrimą.
2. LNL prevencijos programų organizavimo procese yra labai reikšmingas politikos formuotojų vaidmuo, todėl LNL prevencijos skatinimo strategija padidins politikų dėmesį šiai problemai. Nepakankamą visuomenės įsitraukimą į prevencijos programas lemia daugelis veiksnių, susijusių su švietimo stoka, nepakankamu paslaugų prieinamumu, paslaugos organizavimo trūkumais, finansavimo stoka ir pan.
3. LNL prevencijos skatinimo strategija padės pirminės sveikatos priežiūros centrams pasirinkti veiksmingas komunikacijos strategijas, kurios motyvuos tiek sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, tiek pacientų dalyvavimą prevencijos programose, integruos LNL prevenciją į jų kasdienę veiklą.
4. LNL prevencijos skatinimas užtikrins, kad skatinamosios programos atitiktų visuomenės (*pacientų*) poreikius ir pageidavimus. Įvertintas pacientų požiūris į LNL prevencijos kliūtis ir skatinimo priemones leis sukurti į pacientą orientuotas intervencijas. Pacientų įtraukimas į skatinimo strategijos kūrimą didins šių programų patrauklumą ir veiksmingumą.
5. Parengta empirinio tyrimo metodologija gali būti naudojama pakartotiniuose tyrimuose arba kitose šalyse, atsižvelgiant į tos šalies nacionalinius ypatumus.

Tyrimo apribojimai. Tyrimo metu buvo surinkta, susisteminta ir apibendrinta aktuali statistinė informacija, atliktas empirinis kokybinis tyrimas. Apklausoje dalyvavo su LNL prevencijos strateginiu planavimu, organizavimu ir vykdymu susijusios organizacijos, pacientams atstovavo juos vienijančios organizacijos ir draugijos. Kokybinio tyrimo metu gauti duomenys buvo panaudoti sudarant kiekybinio tyrimo klausimus, skirtus prevencijos programų naudotojams. Gauti duomenys yra argumentuoti ir pagrįsti, tačiau svarbu pabrėžti, kad šiame darbe identifikuojami keli svarbūs apribojimai, turintys įtakos rezultatų interpretacijai.

Pirmas – finansinis aspektas, aptariamas tiek teorinėje dalyje, tiek respondentų kokybinio tyrimo atsakymuose. Tai rodo šio veiksnio svarbą analizuojant nagrinėjamą temą. Vis dėlto darbe nėra išsamiai nagrinėjamos konkrečios nepakankamo finansavimo priežastys. Tokie veiksniai kaip riboti finansiniai ištekliai, neracionalus lėšų panaudojimas ar kiti sisteminiai su finansavimu susiję aspektai gali turėti reikšmingos įtakos mokslinėms išvadoms, tačiau šie klausimai nebuvo šios tyrimo analizės objektas. Dėl to finansinio aspekto vertinimas darbo išvadose yra preliminarus, jis turėtų būti tikslinamas ir nagrinėjamas atskirai. Šis klausimas galėtų tapti tolesnių mokslinių tyrimų tema.

Antras svarbus apribojimas yra susijęs su lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų naudojimo analizavimu. Skaičiavimų metodika buvo pagrįsta Valstybinės ligonių kasos pateikiamų metinių duomenų vertinimu, nors pačios programos asmeniui dažniausiai skiriamos periodiškai – kas kelerius metus. Dėl to metiniai statistiniai rodikliai gali neatspindėti realios programų apimtys ar paslaugų suteikimo masto. Neatsižvelgus į šią aplinkybę, pateikiami duomenys gali būti klaidinantys ir sudaryti įspūdį, kad atliktų prevencijos programų apimtis yra neproporcingai maža. Šiame moksliniame darbe minėta aplinkybė yra įvertinta, duomenys vertinami atsižvelgiant į prevencijos programų periodiškumą.

Trečias apribojimas yra susijęs su respondentų nuoširdumu ir nešališkumu atsakant į kiekybinio ir kokybinio tyrimo klausimus. Tyrimo rezultatai grindžiami respondentų pateikta informacija, todėl egzistuoja rizika, kad kai kurie atsakymai gali būti subjektyvūs, paveikti asmeninių nuostatų ar socialiai pageidaujamo atsakymo efekto. Šis veiksnys gali turėti įtakos duomenų patikimumui ir objektyvumui, todėl tai būtina vertinti analizuojant gautus rezultatus.

Darbo struktūra ir apimtis. Disertacijos darbą sudaro santrumpų ir pagrindinių sąvokų sąvadas, įvadas, teorijos skyrius, kuriuose analizuojami teoriniai skatinimo ir naudojimosi LNL epidemiologijos ir prevencijos programomis aspektai, empirinio tyrimo ir duomenų analizės dalis, taip pat dalys, skirtos rezultatams, diskusijai, išvadam, rekomendacijoms ir tyrimo ribotumui aptarti. Pateikiamas literatūros sąrašas ir priedai, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis. Disertacinio darbo loginė schema pateikiama 1 pav.

Disertaciją sudaro 149 puslapiai (be literatūros sąrašo ir priedų), 45 paveikslai, 40 lentelių ir 4 priedai. Literatūros sąrašą sudaro 295 šaltiniai.

Įvadas

ĮVADAS		
1. PREVENCIJOS PROGRAMŲ SKATINIMO IR ŽMOGAUS ELGSENOS TEORINĖ ANALIZĖ	1.1. Skatinimo teorijų taikymo prevencijai vertinimas	Prevencijos programų naudotojų skatinimas Asmens sveikatos priežiūros specialistų skatinimas Sveikatos priežiūros įstaigų skatinimas
	1.2. Žmogaus elgsenos teorijų tinkamumas prevencijos skatinimui	Sveikatos įsitikinimų teorija Planuotos elgsenos teorija Socialinė kognityvinė teorija Transteorinis elgsenos pokyčių modelis Elgsenos ekonomikos teorijos Inovacijų sklaidos teorija
	1.3. Žmogaus elgsenos modelių taikymas prevencijos praktikoje	Dalyvavimo sveikatos programose skatinimas Psichologinių kliūčių mažinimas Veiksmingų sveikatos srities intervencinių priemonių skatinimas Politinės iniciatyvos ir pokyčių skatinimas
	1.4. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos strategijų teorinė analizė	
2. LĒTINIŲ NEINFĒKCINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS SKATINIMO TYRIMO METODOLOGIJA	2.1. Filosofiniai ir teoriniai empirinių tyrimų sudarymo pagrindai	
	2.2. Antrinių statistinių duomenų vertinimo organizavimas	
	2.3. Kokybinio tyrimo organizavimas	
	2.4. Kiekybinio tyrimo organizavimas	
3. LĒTINIŲ NEINFĒKCINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS SKATINIMO EMPIRINIŲ TYRIMŲ VERTINIMO REZULTATAI	3.1. Antrinių statistinių duomenų analizė	Lėtinių neinfekcinių ligų epidemiologiniai rodikliai Naudojimosi lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programomis vertinimas Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų viešinimas Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų finansavimas
	3.2. Kokybinio tyrimo rezultatų analizė	
	3.3. Empirinio kiekybinio tyrimo rezultatai	Respondentų pasiskirstymas pagal demografinius rodiklius Klausimyno patikimumas Kintamųjų sudarymas Aprašomoji statistika Normalumo testai Prevencijos programų naudojimo sąsajos Prevencijos programų paskatos ir naudojimas pagal demografinius rodiklius
4. LĒTINIŲ NEINFĒKCINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMŲ NAUDOJIMO SKATINIMO STRATEGINĖS KRYPTYS		
IŠVADOS		

1 pav. Disertacijos loginė schema

I.

Prevencijos programų naudojimo skatinimo ir žmogaus elgsenos teorinė analizė

Pasaulio sveikatos organizacija skatinimą apibūdina kaip apdovanojimų ir bausmių sistemą, orientuotą į sveikatos priežiūros srityje veikiančių asmenų, specialistų ir institucijų veiksmus, siekiant veiksmingesnio sveikatos priežiūros valdymo (World Health Professions Alliance, 2008). Oksfordo žodyne skatinimas aiškinamas kaip priemonių visuma, raginanti tam tikrą elgseną ar veiksmą. Skatinimo sąvoka yra glaudžiai susijusi su motyvacijos ir kitomis anglų kalboje naudojamomis sąvokomis, todėl šiame moksliniame darbe jos bus taip pat aptartos. Vis dėlto svarbu pabrėžti, kad šiame tyrime bus gilinamasi į skatinimo procesą, kuris yra siejamas su išorinių priemonių visuma ir jos poveikiu žmogaus elgsenai. Motyvacija, nors ir glaudžiai susijusi su nagrinėjama tematika, bus nagrinėjama tik kaip atskira skatinimo teoriją papildanti tema.

Skatinimas – esminė šio mokslinio darbo sąvoka. Tekste bus sutinkama daiktavardinė šio termino atmaina – paskata. Minėti terminai naudojami ekonomikoje, vadyboje, versle ir psichologijoje. Oksfordo žodyne skatinimas apibrėžiamas kaip veiksmų visuma, skirta motyvuoti žmones arba organizacijas siekiant tam tikrų tikslų. Skatinimui pasitelkiamos įvairios priemonės: finansiniai apdovanojimai, pripažinimas, mokymai ar kiti ištekliai, skatinantys geresnę veiklą. Konkretios priemonės vadinamos paskata, kuri apibrėžiama kaip konkreti nauda ar atlygis, siūlomas asmeniui ar grupei už tam tikrą elgesį arba rezultatus. Paskatos gali būti materialinės (pinigai, premijos) arba nematerialinės (pripažinimas, karjeros galimybės) (Lietuvių kalbos žodynas).

Šiuolaikinei sveikatos priežiūros sistemai, kurioje palaikomas prevencinis požiūris, paskatos yra svarbiausios, siekiant padaryti įtaką visuomenės elgesiui, paskatinant naudojimąsi antrinės prevencijos priemonėmis (Volpp ir kt., 2008). Paskatų teorija teigia, kad žmogaus veiksmams didelę įtaką daro laukiamas atlygis, kuris gali būti vidinis, pavyzdžiui, asmeninis pasitenkinimas, arba išorinis, pasireiškiantis piniginiu atlygiu ar socialiniu pripažinimu (Yom-Tov, 2017). Šis principas naudingas skatinant LNL antrinę prevenciją ir ankstyvos stadijos ligų nustatymą (Finkelstein ir kt., 2016). Pagrindinis LNL valdymo iššūkis – užtikrinti nuoseklų pacientų įsitraukimą į šias prevencijos programas.

Tyrimai patvirtino paskatų veiksmingumą, siekiant paskatinti aktyvesnę visuomenės dalyvavimą prevencijos programose. Nustatyta, kad įvairios paskatos yra veiksmingos skatinant antrinę prevenciją (Michaud ir kt., 2022). Iš jų išsiskiria finansinės paskatos, tiesiogiai veikiančios pacientų elgesį (Giles ir kt., 2014). Tokie apdovanojimai kaip piniginių paskatos, draudimo įmokų nuolaidos ar kuponai yra taip pat didelė motyvacija pacientams aktyviau dalyvauti sveikatinimo procese (Mitchell ir kt., 2019, Gneezy ir kt., 2011). Iššūkiai ir viešas sveikatos pasiekimų pripažinimas išryškina aplinką, kurioje asmenys yra motyvuoti naudoti LNL prevencijos programas (Patel ir kt., 2017). Tai – lyg žaidimas, kuris į sveikatos elgesio pokyčių procesą įveda žaislingumo ir konkurencijos elementų, skatinant visuomenės įtraukimą į sveikatos stiprinimo veiklą.

Vis dėlto universalus požiūris turi apribojimų, susijusių su sveikatingumo elgesio pokyčių paskatomis. Individualizuotos paskatos gali būti veiksmingesnės ir taip padidinti įsitraukimą ir prevencijos programų veiksmingumą (Wareham ir kt., 2022). Tokios individualiai pritaikytos intervencijos kaip asmeninis instruktavimas ar grįžtamojo ryšio teikimas, pagrįstas individualia veikla, gali labiau sudominti visuomenę, taip padidindamos jos dalyvavimo antrinėse prevencijos programose tikimybę (Loewenstein ir kt., 2013).

1.1. Skatinimo teorijų taikymo prevencijai vertinimas

Skatinimo (angl. „incentive“) teorijos supratimas yra svarbus norint suvokti LNL prevenciją skatinančius veiksnius. Skatinimo teorija rodo, kad sprendimų priėmimus didina noras gauti kuo didesnę atlygį ir sumažinti bausmes. Kalbant apie LNL prevenciją, tokie veiksniai kaip finansinės paskatos, socialinis pripažinimas ir asmeninė nauda sveikatai gali paveikti asmenų norą aktyviau naudotis prevencijos programomis. Empiriniai tyrimai atskleidė paskatomis pagrįstų programų veiksmingumą, skatinant su LNL prevencija susijusį elgesį. Tambor ir kt. (2016) parodė, kad finansinės paskatos už sveikos gyvensenos principų laikymąsi, pavyzdžiui, reguliarią mankštą ir subalansuotą mitybą, gali labai sumažinti LNL paplitimą. Tyrimas patvirtina, kaip svarbu suprasti paskatų svarbą motyvuojant asmenis imtis LNL prevencijos priemonių.

Skatinimo priemonių, pavyzdžiui, finansinės paskatos, integravimas į LNL prevencijai skirtas visuomenės sveikatos strategijas gali padidinti prevencijos programų veiksmingumą (Vlaev ir kt., 2019). Atsižvelgdami į pagrindines paskatas, kurios skatina elgesį, politikos formuotojai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali koreguoti programų modelius, skatinančius aktyviau naudotis LNL prevencijos programomis.

Pasak Bandhu D. ir kt. (2024), paskatų teorija teigia, kad asmens elgesį motyvuoja išorinis pastiprinimas ar paskatos. Psichologai mano, kad žmogų motyvuoja jo vadiniai norai ir troškimai. Taip pat paskatų teorija teigia, kad žmogaus veiksmus skatina išoriniai apdovanojimai. Paskatų teorija padeda geriau suvokti skatinimo priemones ir veiksmus. Tai taip pat leidžia sukurti paskatas, kurios gali padėti lengviau pasiekti norimus tikslus.

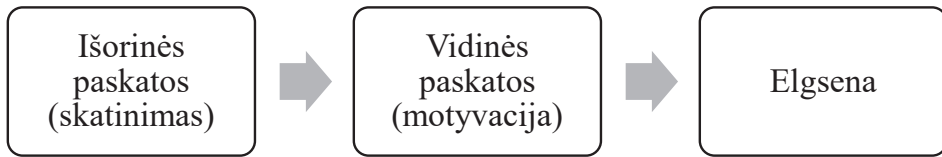
Motyvacijos paskatų teorija teigia, kad žmogus elgiasi tam tikru būdu dėl išorinių veiksnių, o dėl vidinių jėgų jis skatinamas veikti. Idėją, kad elgesį lemia arba sustiprina išoriniai veiksniai, iškėlė psichologas B. F. Skinner. Jis (1938) knygoje „Organizmų elgesys“ tvirtino, kad žmonių veikti neverčia vidinės būsenos. Vietoj to žmogus skatinamas arba inicijuojamas veikti pagal tris aplinkos reiškinius: nepriteklių, sotumą ir nemalonų stimuliavimą (Porecca ir kt., 2017).

Paskatų teorija toliau buvo plėtojama ir penktąjį bei šeštąjį dešimtmečius. Per tą laiką jos raidai įtakos turėjo kelios paskatų teorijos, pavyzdžiui, sukurta psichologo Clark Hull. Mokslininkas tvirtino, kad elgesį lemia biologinis nepriteklus, kuris sukuria motyvaciją veikti (Heckhausen ir kt., 2018).

Šeštojo dešimtmečio pabaigoje mokslininkas Frederick Herzberg dar labiau išplėtė šią ideologiją, sukurdamas vadinamąją dviejų veiksnių teoriją. Ši teorija grindžiama tyrimu, kurį Herzberg atliko su darbuotojais, siekdamas sužinoti, kas prisidėjo prie jų pasitenkinimo darbu jausmo arba jį sumažino. Šio tyrimo metu darbuotojų buvo klausama, kas privertė juos jaustis gerai savo darbe, o kas – blogai. Remdamasis jų atsakymais, Herzberg teigė, kad pasitenkinimas darbu yra pagrįstas dviem toliau nurodytais veiksniais (Syptak, 1999):

1. **Motyvacijos veiksniai**, pavyzdžiui, noras būti pripažintam, laimėti ar būti paaugštinam.
2. **Higienos veiksniai**, kuriuos sudaro įmonės politika, atlyginimas, darbo sąlygos ir kt.

Priešingai nei kitos teorijos, teigiančios, kad žmogų veikti verčia vidinės motyvacijos jėgos, paskatų teorija teigia, kad jį veikti verčia išorinės paskatos (žr. 2 pav.). Tiksliau, žmonės yra įtraukiami į elgesį, kuris veda į išorinius apdovanojimus, ir atstumiami nuo veiksmų, kurie sukelia neigiamas pasekmes.



2 pav. Paskatų, motyvacijos ir žmogaus elgsenos tarpusavio sąveika

Šaltinis: parengta autoriaus

Paskatų teoriją galima palyginti su operantiniu sąlygojimu, kai elgiamasi siekiant sustiprinimo arba išvengti bausmės. Sveikatos sutrikimas yra paskata, galinti nukreipti žmogų saugoti ir stiprinti savo sveikatą. Medikų pagalba ir patarimai – tai jau išorinės paskatos, raginančios žmogų keisti savo elgesį. Pinigai taip pat yra puikus išorinio apdovanojimo, skatinančio tam tikrą elgesį, pavyzdys. Tam, kad skatinimo priemonė būtų veiksminga, apdovanojimas turi būti realus. Pavyzdžiui, ligonis nesigydydys, jei susirgimas bus sunkus, o žmogus netikės galimybe pasveikti. Apdovanojimai turi būti ne tik realūs, bet ir svarbūs, kitaip jie nebus pakankamai stiprūs, kad paskatintų žmogų veikti. Daugeliu atvejų išoriniai apdovanojimai gali skatinti daryti dalykus, kurių kitaip vengtumėte, pavyzdžiui, sportuoti, gultis į ligoninę ir daryti kitas žmogui nemalonias užduotis (Laffont ir kt., 1983). Jie taip pat gali būti naudojami norint nustoti atlikti tam tikrus veiksmus, pavyzdžiui, mesti rūkyti, kad nesusirgtumėte plaučių vėžiu. Paskatų teorija išskiria dvių tipų paskatas (Wicker ir kt., 1991):

1. **Teigiamos paskatos.** Tai yra apdovanojimai už teigiamus pasiekimus, pavyzdžiui, darbo užmokesčio priedas kaip atlygis už gerus metinius pardavimų rezultatus.
2. **Neigiamos paskatos.** Tai yra bausmės, gaunamos atlikus tam tikrus veiksmus, pavyzdžiui, gavus baudą už greičio viršijimą, jei važiuojama greičiau nei leidžia įstatymai.

Galime įsivaizduoti daugybę skirtingų situacijų, kuomet žmogaus elgesį tiesiogiai paveikė pažadėtas apdovanojimas, pavyzdžiui, gydymasis, kad pasveiktų, bėgimas maratone, kad gautų apdovanojimą, arba naujos pareigos, kad gautų didesnę atlyginimą. Visi šie veiksmai yra susiję su paskata gauti ką nors mainais už savo pastangas. Kartais žmogaus elgesį motyvuoja ir bausmės vengimas. Pavyzdžiui, žmogus reguliariai tikrinasi sveikatą, siekdamas išvengti ligų, vietoj mėsinio valgo salotas, kad nepriaugtų svorio, arba ginčo metu „prikanda liežuvį“, kad neįsiveltų į muštynes (Wichers ir kt., 2015).

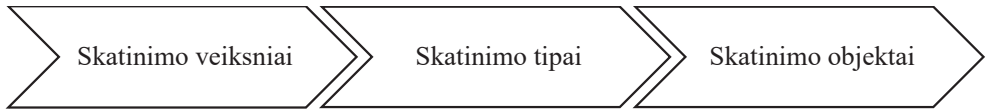
Ne visos paskatos yra vienodos, o apdovanojimo, kuris atrodo skatinantis, gali nepakakti, kad įkvėptų kitą žmogų imtis veiksmų. Fiziologiniai, socialiniai ir kognityviniai veiksniai gali turėti įtakos tam, kokios paskatos žmogų skatina (Dale ir kt., 2020). Pavyzdžiui, labiau tikėtina, kad asmenį paskatins maistas, kuomet jis yra alkanas, o ne tada, kuomet jis yra sotus. Pasak Franzoi (1994), paskatos gali keistis pagal situaciją. Du žmonės toje pačioje situacijoje gali elgtis skirtingai, atsižvelgdami į tuo metu jiems patrauklias paskatas. Paskatų nustatymas gali padidinti norą siekti norimų tikslų.

Išorinių veiksnių visuma daro tiesioginį poveikį asmens pasirinkimams ir jo elgsenai. Graham ir kt. (1996) savo straipsnyje pateikė keletą patarimų paskatų kūrimui:

- **Sukurti svarbų apdovanojimą.** Jei apdovanojimas nebus pakankamai stiprus, laikui bėgant greičiausiai tai neprivers imtis nuoseklių veiksmų.
- **Sukurti apdovanojimų variantų sąrašą.** Kadangi paskatos gali keistis pagal situaciją ar laiką, gali būti naudinga turėti apdovanojimų, iš kurių galima rinktis, sąrašą. Tai padės motyvuoti imtis norimų veiksmų, atsižvelgiant į tai, kas tuo metu svarbu.
- **Vizualizacija.** Siūloma skirti keletą akimirų, atsisėsti užmerktomis akimis ir įsivaizduoti tą gerą jausmą gavus apdovanojimą. Išnaudoti visus savo pojūčius. Kuo geriau pajauti, ką reikėtų gauti apdovanojimą.
- **Nustatyti realias gaires, kaip gauti apdovanojimą.** Jei apdovanojimui gauti keliamas tikslas yra nerealus, sutrikimo jausmas greičiausiai bus toks stiprus, kad galės sumažinti motyvaciją jo siekti. Būtina nusistatyti realias gaires, kad jos netrukdytų pradėti.

Paskatų teorija leidžia suprasti, kaip veikia skatinimo sistema. Paskatos yra svarbios siekiant suaktyvinti naudojimąsi prevencijos programomis. Gilinant į paskatų teorinius aspektus, labai svarbu suprasti skatinimo tipus ir poveikio organizacijoms ar visuomenei niuansus. Siekiant giliau suprasti skatinimo veikimo principus, toliau moksliniame darbe bus išsamiau nagrinėjami skatinimo teoriniai ir praktiniai aspektai. Skatinimo teoriniai elementai bus analizuojami pagal 3 paveiksle pateiktą schemą.

Literatūroje pateikiama didelė skatinimo veiksnių įvairovė. Kaip pavyzdį galima nurodyti finansines paskatas, pavyzdžiui, subsidijas už sveiką maistą ar abonementus į sporto salę, kurios gali paskatinti asmenis pasirinkti sveikesnį gyvenimo būdą. Taip pat socialinės paskatos, tokios kaip bendraamžių parama ar visuomenės pripažinimas už sveiką pasirinkimą, gali turėti reikšmingos įtakos naudojimosi prevencijos programomis statistikai. Nauda asmeninei sveikatai, pavyzdžiui, geresnė savijauta ir ilgaamžiškumas, taip pat yra stipri paskata asmenims naudotis LNL prevencijos paslaugomis (Dobe, 2012). Šių paskatų pripažinimas ir supratimas yra esminis dalykas kuriant programas, kurios veiksmingai skatina LNL prevenciją. Atsižvelgdami į paskatų poreikius, politikos formuotojai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali



3 pav. Paskatų teorinės analizės schema

Šaltinis: parengta autoriaus

sukurti tikslines programas, kurios atitiktų paskatas, skatinančias keisti elgesį, siekiant aktyvesnio naudojimosi sveikatos prevencijos programomis.

Skatinimas gali būti orientuotas į atskirus asmenis ar jų grupes, taip pat į organizacijas. Skatinimo veiksmai turi būti pritaikyti konkrečiai žmonių grupei ar organizacijai. Mokslininkai nagrinėja skatinimą įvairiais aspektais. Remiantis Haddad L. (2002), Clark P. B. ir kt. (1961), Fehr E. ir kt. (2002) autoriais, skatinimo veiksmus pagal jų poveikį galima klasifikuoti į penkias pagrindines grupes (žr. 4 pav.).

Skatinimas naudojant *finansines ir ekonomines priemones* apima įvairius metodus, kuriais siekiama paskatinti ekonominį augimą, investicijas ir naudojimą. Skatinimas naudojant *pagyrimo ir pripažinimo priemones*. Ši strategija yra skirta motyvuoti žmones siekti geresnių rezultatų ar elgtis tam tikru būdu, naudojant teigiamus atsiliepiamus ir pripažinimą. Ši skatinimo forma dar vadinama *nefinansine*. Skatinimas darant poveikį kitam *asmeniui ar asmenų grupei* apibūdinamas kaip *tiesioginis* poveikis, kurį vieni asmenys daro kitiems asmenims arba asmeniui, skatindami jį keisti savo pažiūras, vertybes ar elgesį taip, kad šie atitiktų poveikį darančios grupės ar individo pažiūras, vertybes ar elgesį.

Poveikis asmeniui gali būti *teigiamas arba neigiamas* ar ir teigiamas, ir neigiamas. Prie poveikį darančių socialinių grupių priskiriamos tiek naryste grindžiamos grupės, kurioms asmenys priklauso „formaliai“ (pavyzdžiui, politinės partijos, profesinės sąjungos ar mokyklos), tiek kitos, kuriose nėra aiškiai apibrėžto nario statuso. Vis dėlto asmuo neprivalo būti grupės nariu arba siekti jos nario statuso, kad patirtų grupės spaudimą. Tyrimai rodo, kad spaudimą gali patirti ne tik pavieniai asmenys bet ir organizacijos. Organizacijos, pavyzdžiui, gali patirti kitų tos pačios pramonės šakos įmonių arba bendrovės būstinės spaudimą.

Skatinimas taikant *pasekmių ir nuobaudų* sistemas yra strategija, kuria siekiama reguliuoti elgesį ir užtikrinti pageidaujamų rezultatų pasiekimą, taikant neigiamas ir teigiamas pasekmes už tam tikrus veiksmus. Skatinimas, grįstas apsisprendimo teorija, teigia, kad *išorinių motyvų naudojimas*, kai žmonės turi vidinių motyvų daryti tą patį, gali sukelti nusivylimą. Kitaip tariant, apdovanoti už tai, ką asmuo šiaip ar taip



4 pav. Skatinimo veiksniai

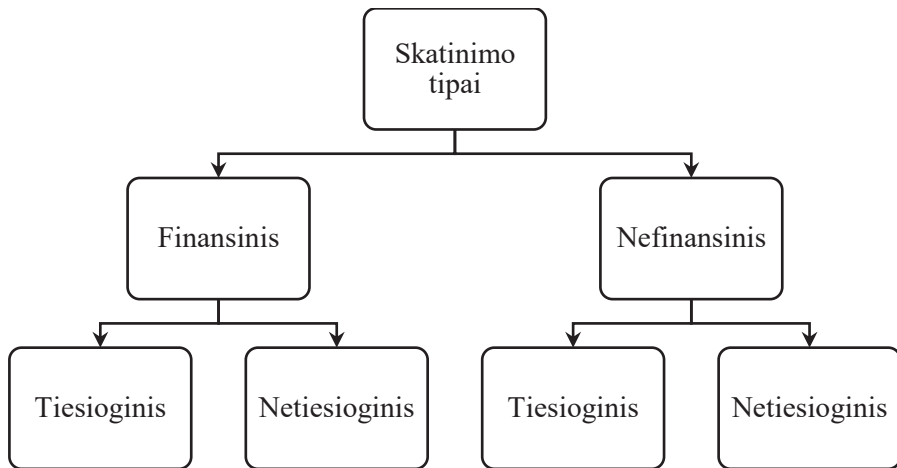
Šaltinis: parengta autoriaus

norėjo padaryti, arba nubausti anksčiau, nei atsiras proga tai padaryti – pakirsti pirminę asmens motyvaciją.

Kafka ir kt. (2021) siūlo skatinimą klasifikuoti pagal du tipus į finansines ir nefinansines paskatas, kurios gali būti tiesioginės ir netiesioginės (žr. 5 pav.).

Finansinis skatinimas dažnai vadinamas atlygiu už rezultatą (Safavi, 2006). Tyrimai rodo, kad finansinė paskata yra reikšmingas veiksnys, skatinantis nedideles pajamas gaunančių asmenų sveikatos prevenciją. Svarbu pabrėžti, kad finansinė paskata gali būti išreikšta tiesiogiai ir netiesiogiai (Fainman, 2020). Galima teigti, kad finansinė paskata yra viena iš priemonių, skatinančių visuomenę aktyviau naudotis priminės sveikatos priežiūros paslaugomis, o vizitų pas šeimos gydytoją skatinimas gali padidinti visuomenės ištraukimą į ligų prevencijos programas ir yra viena pagrindinių priemonių, leidžiančių sumažinti sveikatos apsaugos išlaidas.

Netiesioginei finansinei paskaitai priskiriami sprendimai, kurių pagrindu finansuojamos sveikatinimo programos, paslaugos ar procedūros. Kaip minėta, tai aktualu nedideles pajamas gaunantiems asmenims, taip pat šalyse, kuriose procedūrų įkainiai priklauso nuo sveikatos draudimo tipo. Tais atvejais pigesnės arba nemokamos



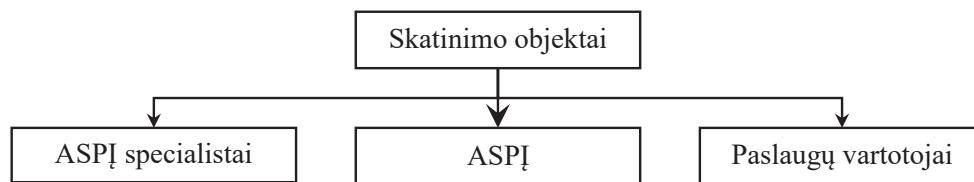
5 pav. Skatinimo tipai

Šaltinis: parengta autoriaus

sveikatos priežiūros paslaugos gali būti paskata jomis pasinaudoti (Mehrotra ir kt., 2014). Šiai mokslininko nuomonei pritaria E. G. Stone, kuris teigia, kad finansinė parama yra labai svarbi ligų prevencijos skatinimui (Stone ir kt., 2002). Pakankamas finansavimas yra veiksmingų LNL prevencijos ir kontrolės strategijų pagrindas. Nepakankamas finansavimas gali sužlugdyti net geriausiai suplanuotas prevencijos programas, apriboti galimybes pasiekti tikslinę populiaciją ir numatytus sveikatos rezultatus. Finansai lemia įvairius šių programų aspektus, įskaitant intervencijų tyrimų kokybę ir apimtį, plėtrą, visuomenės sveikatos kampanijas, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir programos poveikio stebėjimą ir vertinimą.

Kaip pabrėžė Bloom ir kt. (2012), ekonominė LNL našta išryškina būtinybę investuoti į prevencijos ir gydymo tinkamu laiku užtikrinimo paslaugas. Tokios investicijos ne tik gali išgelbėti milijonus gyvybių, bet ir pasiūlyti didelę ekonominę grąžą. Be to, finansinės paramos reikšmė tiesiogiai susijusi ir su sveikatos priežiūros infrastruktūros priežiūra ir tobulinimu. Šios struktūros yra svarbios įgyvendinant prevencijos programas, ypač mažas ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse, kuriose LNL našta tampa vis didesnė (Allen ir kt., 2017). Skiriant finansinių išteklių sveikatos priežiūros pajėgumams kurti ir stiprinti užtikrinama, kad prevencijos programos būtų veiksmingai vykdomos ir laikui bėgant tęsiamos.

Pakankamas finansavimas palengvina sveikatos priežiūros naujovių, leidžiančių ieškoti naujų ir veiksmingesnių ligų prevencijos metodų, diegimą. Pavyzdžiui, Volpp



6 pav. Skatinimo objektai

Šaltinis: parengta autoriaus

ir kt. (2008) nustatė, kad finansinės paskatos skatina sveikesnį žmonių elgesį, parodydamos, kaip novatoriškos finansavimo strategijos galėtų reikšmingai prisidėti prie LNL prevencijos skatinimo. Investicijos į LNL prevenciją taip pat gali padėti užtikrinti, kad paslaugas gautų visi visuomenės atstovai. Lėšų paskirstymas prevencijos programoms užtikrina, kad visi asmenys, nepaisant jų socialinės ir ekonominės padėties, galėtų gauti esmines sveikatos paslaugas, įskaitant ir prevencijos priemones. Pakankamas finansavimas leidžia veiksmingiau spręsti pagrindinius sveikatą lemiančius veiksnius, užtikrinant, kad paslaugų prieinamumas visiems bus vienodai kokybiškas ir operatyvus (Finkelstein ir kt., 2009).

Viena pagrindinių ir svarbiausių sveikatos priežiūros politikos formuotojų užduotis – užtikrinti reikiamą sveikatos priežiūros darbuotojų paruošimą, diegti modernesnes technologijas, padedančias veiksmingiau diagnozuoti ligas, paskirti gydymą, skatinti racionalų vaistų vartojimą, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, tobulinti e. sveikatos sistemą, skatinti atsakingumą ir iniciatyvumą (Siverbo ir kt., 2014). Pakankamas finansavimas yra labai svarbus veiksnys, leidžiantis užtikrinti šių minėtų tikslų, keliamų politikos formuotojams, pasiekimą.

Išanalizavus skatinimo teorinius aspektus ir suklasifikavus skatinimo priemones pagal jų tipus, svarbu paanalizuoti skatinimo objektus, vertinant jo poveikį atskiroms visuomenės grupėms ar organizacijoms (žr. 6 pav.).

Skatinimas gali būti nukreiptas į bet kurį prevencijos proceso dalyvį: asmenį ar asmenų grupę, organizaciją ir pan. LNL prevencijos procesuose dalyvaujantys objektai yra sveikatos priežiūros paslaugų naudotojui (pacientui), paslaugų teikėjui (sveikatos priežiūros specialistui) ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiai organizacijai (Scott ir kt., 2002).

1.1.1. Prevencijos programų naudotojų skatinimas

R. L. Kane (2004) nuomone, pigesnės sveikatos priežiūros paslaugos yra vienas pagrindinių kriterijų, leidžiančių pasiekti didesnę naudojimąsi paslaugomis, orientuotomis į sveikatinimą ir prevenciją, tačiau, mokslininko nuomone, tokio tipo paskata turi poveikį trumpuoju laikotarpiu, o norint, kad visuomenė nuolat rūpintųsi savo sveikata, laiku pasinaudotų prevencijos priemonėmis ir vengtų rizikos veiksnių, būtina ilgalaikė strategija, kuri pagrįsta ne tik finansinėmis, bet ir nefinansinėmis paskatomis (Kane ir kt., 2004). Mokslininkų teigimu, finansinė paskata gali būti veiksminga priemonė, skatinanti vakcinacijos programas, prevencinius vėžio tyrimus ir kitas priemones, kurios yra labai svarbios LNL prevencijai. E. G. Stone (2002) teigimu, pacientų imunizacijai ir ankstyvai vėžinių susirgimų diagnostikai svarbūs šie veiksniai:

1. Veiksmingas asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimas.
2. Kompetentingas personalas.
3. Tikslus sveikatinimo programų informacijos pateikimas laiku.

Dambisya ir kt. (2007) pažymi, kad skatinimo programos kai kuriose Afrikos šalyse nebuvo sistemingai dokumentuojamos ir kad stebėseną ir vertinimą vykdomi labai skirtingai, pradedant tuo, kad nėra jokių formalijų priemonių arba atliekamos periodinės peržiūros, ir baigiant veiklos kokybės vertinimu rajono ir provincijos lygmeniu ir labiau išplėtotą stebėseną ir vertinimą strateginiuose planuose.

Skatinimo priemonės dažnai taikomos kaip platesnio organizacinių, finansinių, sutartinių ir žmogiškųjų išteklių valdymo reformų paketo dalis. Tokiais atvejais gali būti sudėtinga priskirti rezultatus vienam konkrečiam paketo elementui. Lyginamąją peržiūrą irgi sudėtinga atlikti dėl skirtingų taikomų metodų ir nacionalinių, vietos ir organizacinių kontekstų, kuriuose šios iniciatyvos kuriamos ir įgyvendinamos, įvairovės.

Pasak E. G. Stone (2002), pacientų įtraukimas pasinaudojant finansinėmis skatinimo priemonėmis veiksmingiau vykdyti prevencijos programas ir turėti jų daugiau. Šiam teiginiui pritaria ir Krist ir kt. (2017), kuris teigia, kad aktyvus paciento įtraukimas į prevencijos programų modelį yra labai svarbus. Skatinimas taip pat gali būti nukreiptas ir į asmenis, kaip sveikatos paslaugos naudotojus. Šiuo atveju reikia nustatyti sveikatos poreikius, rasti priemonių, veiksmingiau įtraukti (angl. „engage“) pacientus ir juos įgalinti (angl. „empower“) tinkamai rūpintis savo sveikata.

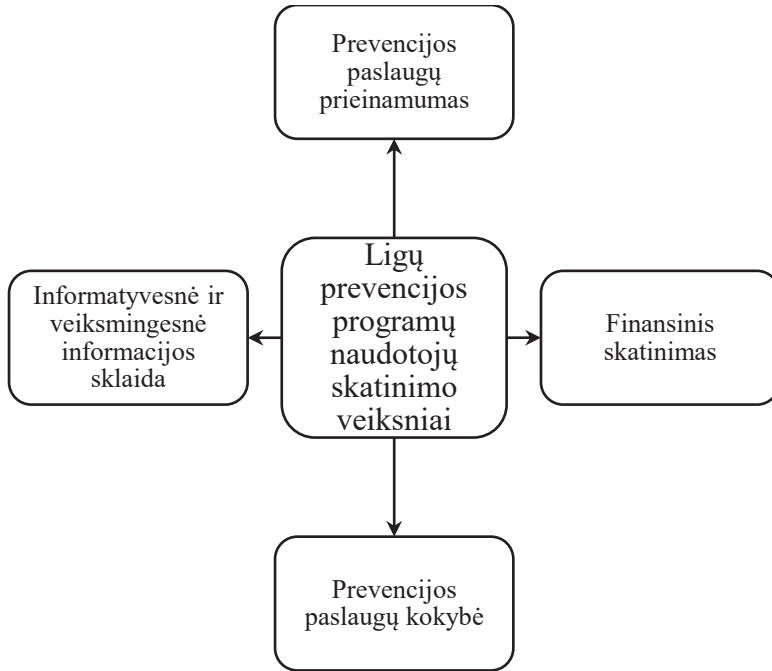
Briss ir kt. (2000) teigia, kad prevencijos programų vykdymas šalims yra ekonomiškai naudingas. Galimybė numatyti polinkį sirgti tam tikromis ligomis, taip pat gyvenimas maksimaliai eliminuojant galimus rizikos veiksnius sumažina tikimybę susirgti LNL. Tai patvirtina ir PSO. Ankstyvoje stadijoje diagnozuotos LNL išgydomos lengviau, be to, yra didelė tikimybė išvengti komplikacijų, kurių gydymui dažnai reikalinga hospitalizacija, brangūs intervenciniai diagnostiniai tyrimai ir gydymas. Galima teigti, kad mažėjantis LNL skaičius leistų išvengti brangaus gydymo

II ir III lygio sveikatos priežiūros įstaigose ir leistų sutaupyti sveikatos apsaugai skiriamas lėšas.

Pasak Seal (2003), finansinis skatinimo modelis gali būti sėkmingai taikomas diagnozuojant ŽIV ir kitas žmogui pavojingas infekcines ligas (Seal ir kt., 2003). Sutinama, kad tokios skatinimo priemonės gali būti veiksmingos, tačiau vertinant atskirų šalių patirtį, pavyzdžiui, Jungtinių Amerikos Valstijų (toliau – JAV) ir Jungtinės Karalystės (toliau – JK), pastebima, kad poveikis sveikatos sistemoms yra nevienodas (Abduljawad ir kt., 2011). Nors finansinės skatinimo priemonės vertinamos palankiai, mokslininkų tyrimai rodo, kad šis skatinimo metodas yra nerentabilus ir turi būti tobulinamas (Lorincz ir kt., 2013). Atskirų šalių finansinių paskatų modeliai gali skirtis, tačiau iš esmės jie panašūs tuo, kad pacientas, pasiekęs tam tikrą rezultatą, kuris vertinamas pagal iš anksto numatytus ir suderintus kriterijus, gauna tam tikrą sutartą atlygį.

Pavyzdžiui, JAV buvo vykdomos kelios skatinimo programos, skirtos diabetu sergantiems asmenims. Suderintas atlygis buvo mokamas programoje dalyvaujantiems asmenims už tam tikrus pasiekimus: teigiamus kūno masės indekso (KMI) pokyčius, tam tikrų kraujo rodiklių, pavyzdžiui, cholesterolio, kuris didina diabeto riziką, sumažinimą ir kt. Buvo pastebėta, kad paskatos trūkumas tas, kad ji veikia tol, kol gaunamas finansinis atlygis. Tyrimo duomenys rodo, kad nutraukus skatinimo programas pacientai dažnai grįždavo prie savo neigiamų įpročių, ir tai lemdavo neigiamus jų KMI ir kraujo rodiklių pokyčius (Lorincz ir kt., 2013). Finansinės paskatos pacientams kelia dar daugiau diskusijų. Nerimaujama dėl netinkamo priemonių taikymo mažai uždirbantiems gyventojams, o pacientai kaltinami ar vertinami kaip silpni dėl susidariusios sveikatos būklės, kuri turėtų būti kontroliuojama, pavyzdžiui, dėl tabako vartojimo ar nutukimo (Bishop ir kt., 2006; Shaw, 2007).

Kita vertus, finansinės priemonės skatina pacientus aktyviau rūpintis savo sveikata (Loewenstein ir kt., 2013; Sunstein ir kt., 2003). Apklausus pacientus laukiamuosiuose, išryškėjo dvi nuomonės dėl pacientams skirtų finansinių paskatų taikymo (Long ir kt., 2008). Įdomu tai, kad rūkantieji labiau nei nerūkantieji linkę pritarti finansinių paskatų taikymui metant rūkyti, o nutukę žmonės labiau nei neturintys antsvorio – paskatoms mesti svorį. Kai kuriems didžiausią rūpestį kelia programos, kurių dalyviai baudžiami už netinkamą elgesį, pavyzdžiui, rūkymą (Halpern ir kt., 2009; Bishop ir kt., 2006; Pearson ir kt., 2009). Akivaizdu, kad programos turime parengti ir vykdyti taip, kad labiausiai pažeidžiami asmenys nesijaustų kalti ir nesugebantys gauti iš jų naudos. Minėti mokslininkai pritaria Amerikos gydytojų kolegijos nuomonei, kad skatinamosios programos tinka tik tada, kai jos pagrįstos įrodymais, kai atsižvelgiama į kultūrų skirtumus ir skatinamas savarankiškumas. Tiesa, bioetikos klausimus nagrinėjančių mokslininkų teigimu, finansinis skatinimas yra morališkai netinkamas ir nesąžiningas, todėl negali būti taikomas siekiant paskatinti naudojamą medicinines paslaugomis (Szmukler, 2009).



7 pav. Ligų prevencijos programų naudotojų skatinimo veiksniai

Šaltinis: parengta autoriaus

Vertinant etiniu aspektu, svarbus yra nefinansinis skatinimas, kuris yra kompleksiškesnis, galbūt ne toks veiksmingas ir lengvai pritaikomas. Vis dėlto, mokslininkų nuomone, nefinansinės paskatos ilgainiui gali būti labai naudingos. Taip pat pabrėžiama, kad nefinansinės paskatos susijusios su investicijomis į technologines priemones ir švietimą (Casalino ir kt., 2003). Šio tipo paskatomis siekiama padaryti sveikatos priežiūrą geriau prieinamą kuo didesnei daliai visuomenės, tam didelę įtaką gali padaryti tokios informacinių technologijų priemonės kaip telemedicina, e. sveikatos ir kitos apsilankymą pas gydytoją palengvinančios priemonės. Svarbi yra ir komunikacija, pacientų švietimas ir kita informacijos sklaida, kurios tikslas – supažindinti su prevencijos svarba ir nauda, taikomomis programomis ir galimomis rizikomis. Apibendrinta visuomenės skatinimą lemiančių veiksnių schema pateikiama 7 paveiksle.

Vadovaujantis numatytu planu, toliau disertacijos darbe bus analizuojamas ASPĮ specialistų skatinimo procesas.

1.1.2. Asmens sveikatos priežiūros specialistų skatinimas

Skatinimas apibūdina aplinkybes, kurios sukuria darbuotojui priimtinas darbo sąlygas ir skatina lojalumą savo darbo vietai. Skatinimas apibrėžiamas kaip sistema, apimanti gebėjimą motyvuoti, nuolat tobulinti darbo sąlygas ir tenkinti specialistų profesinius poreikius (Altman ir kt., 2017). Šių procesų įgyvendinimas gali padėti išsaugoti darbo vietas ir tinkamai motyvuoti sveikatos priežiūros specialistus. Su mažesne darbuotojų kaita ir didesniu sveikatos priežiūros specialistų pasitenkinimu darbu susiję ir kiti veiksniai. Tai decentralizuota organizacinė struktūra, lankstaus darbo laiko užtikrinimas, profesinio savarankiškumo ir tobulinimosi akcentavimas, sistemingas vadovų ir darbuotojų bendravimas (Manjenje ir kt., 2021).

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi būti skatinamos keisti paslaugų teikimo modelius pagal paciento poreikius, taip pat gerinti teikiamų paslaugų kokybę (Abduljawad ir kt., 2011). Didėjantis atotrūkis tarp sveikatos priežiūros specialistų pasiūlos ir jų paslaugų paklausos yra itin svarbus klausimas, su kuriuo susiduria vyriausybė, organizacijos, vadovai ir specialistai. Prie nuolatinio darbuotojų trūkumo prisideda įvairūs sudėtingi tarpusavyje susiję veiksniai, įskaitant prastai finansuojamas sveikatos priežiūros sistemas, nepatenkinamas darbo sąlygas ir netinkamą žmogiškųjų išteklių valdymą.

Asmens sveikatos priežiūros specialistų finansinis skatinimas susijęs su atlygiu už darbą: darbo užmokestį, priedus už gerus darbo rezultatus, kitas finansines skatinimo priemones. Finansinės skatinimo priemonės yra sudėtinė darbo sutarties dalis. Hongoro C. ir kt. (2006) atliko tyrimą, kuriame pastebėta, kad apie pusę darbuotojų kaitos priežasčių galima priskirti finansinėms skatinimo priemonėms. Jos susijusios su tiesioginėmis darbdavio piniginėmis išmokomis darbuotojui (Kingma, 2003). Darbuotojų užmokesčio lygis yra vienas iš lemtingų elementų, kurie paskatina žmones pagalvoti apie karjerą teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Jis taip pat yra viena pagrindinių konkuravimo su kitais galimais darbdaviais vidaus ir tarptautinėje darbo rinkoje priemonių.

Finansinės priemonės skirstomos į tris pagrindines kategorijas. Pirmajai priskiriamas bazinis darbo užmokestis ir sąlygos, kurios siūlomos darbuotojams ir kurios susijusios su jų pareigybės aprašu ir darbo klasifikacija. Antroje yra papildomos išmokos arba premijos, kurios susijusios su darbo rezultatų pasiekimu, kai išmoka arba būna nurodyta iš anksto, arba retrospektyviai įvertinama per darbuotojo vertinamąjį pokalbį ar darbuotojus prižiūrint vadovams. Trečiajai kategorijai gali būti priskiriamos papildomos finansinės skatinimo priemonės, kurios nėra tiesiogiai susijusios su pareigų vykdymu, pavyzdžiui, galimybė naudotis tam tikromis finansinėmis paslaugomis arba stipendijomis rašant mokslinius darbus.

Skatinimo priemonės yra svarbūs svertai, kuriais naudojamosi įstaigos gali pritraukti, išlaikyti, motyvuoti darbuotojus, tenkinti jų poreikius ir gerinti jų darbo

kokybę. Jos naudojamos įvairioje tiek viešojo, tiek privačiojo sektoriaus darbo aplinkoje ir gali būti taikomos pavieniams asmenims, jų grupėms, komandoms arba organizacijoms, gali skirtis pagal darbdavio tipą (pavyzdžiui, nevyriausybinė, vieša arba privati organizacija). Finansinės paskatos mažesnį atlygį gaunantiems specialistams yra veiksmingesnės nei didesnį atlygį gaunantiems sveikatos priežiūros specialistams (Rodriguez ir kt., 2009). Tai galima aiškinti tuo, kad finansinis stabilumas ir galimybė patenkinti svarbiausius poreikius yra vienas svarbiausių veiksnių, užtikrinančių asmens gerovę. Esant pakankamiems finansiniams ištekliams didesnis dėmesys gali būti skiriamas darbo kokybei, geresnės infrastruktūros ar techninio aprūpinimo lygiui.

Pasaulio banko sveikatos priežiūros sektoriaus palaikymo projekto vertinimo dokumente pažymima, kad „masinį sveikatos priežiūros darbuotojų traukimąsi iš [Malavio] valstybinės tarnybos... daugiausia lėmė atlyginimų mažėjimas“ (Record ir kt., 2006). Lygių galimybių ir „vienodo atlygio už vienodą darbą“ principai nacionaliniu lygiu pasirodė esą reikšmingi pritraukiant ir išlaikant sveikatos priežiūros specialistus (Kingma, 2003). Patenkinamas atlyginimas, priemokos ir suvokimas, kad, palyginti su kitais kolegomis ir bendradarbiais, vietos lygmeniu atlyginimai yra sąžiningi, padeda išlaikyti sveikatos priežiūros darbuotojus ir mažina tarptautinių įsidarbinimo galimybių patrauklumą.

Skatinimo sistemų kūrimas ir įgyvendinimas sveikatos priežiūros srityje – besiformuojanti sritis. Naudojant finansinio ir nefinansinio skatinimo metodikas, susietas su įvairiais darbo rezultatais, ir taikant jas įvairių specialybių sveikatos priežiūros darbuotojams, įgyvendinamos įvairiausios priemonės. Sėkmingiausi skatinimo priemonių paketai būna pritaikyti konkrečiai situacijai, kuriai esant jie bus įgyvendinami. Kuriant skatinimo priemonių paketą, kuris tenkins konkrečios organizacijos arba sveikatos priežiūros specialistų poreikius, negalima vadovautis požiūriu „vienas dydis tinka visiems“, reikia pasiūlyti ir vietos poreikiams pritaikytą sisteminių požiūrį (Chaix-Couturier ir kt., 2000).

Didžiausias sveikatos priežiūros tarnybos turtas yra jos darbuotojai. Veiksmingų skatinimo priemonių paketų įgyvendinimas yra investicija, kuria galima apsaugoti, puoselėti ir ugdyti šį brangų turtą. Tiek finansinės, tiek nefinansinės skatinimo priemonės tampa įrankiu, kurį organizacijos gali susikurti siekdamos išlaikyti darbuotojus, turinčius įgūdžių ir patirties užtikrinti reikiamą priežiūrą (Callakoppen, 2016). Tam reikia ne tik politinės valios ir nuolatinių pastangų, bet ir visų suinteresuotų šalių pripažinimo, sveikatos priežiūros specialistų įsipareigojimo, kvalifikacijos ir teikiamos naudos sveikatai.

Langenbrunner J. C. ir kt. (2004) aprašo išteklių paskirstymo ir finansavimo priemones, kuriais grindžiami šie metodai:

- kompensavimo metodą, pagal kurį paslaugų teikėjams finansavimas skiriamas už paslaugas atgaline tvarka;
- sutarties metodą, kuris susijęs su koku nors būsimu susitarimu;
- integruotą metodą, kuriame vienoje įstaigoje suderinamas pirkejo ir teikėjo vaidmuo.

Kai kuriais atvejais premijos mokamos kaip priedas už papildomą tarnybą arba tarnybą konkrečiame darbe ar vietovėje. Tokios priemonės plačiai taikomos tada, kai „rinkai nepavyksta“ paskirstyti sveikatos priežiūros darbuotojų. Dažniausiai premijos yra priemonė darbuotojams pritraukti į kaimo vietoves, į kurias specialistai nenori vykti dėl organizacinės ir bendruomeninės infrastruktūros, paslaugų poreikio ir profesinių galimybių, palaikymo stokos. Pavyzdžiui, atlikus burnos sveikatos priežiūros specialistų tyrimą kaimiškose ir atokiose vakarų Australijos vietovėse pastebėta, kad dažniausia priežastis, kodėl specialistai meta darbą kaime, yra galimybė vaikams lankyti ugdymo įstaigas (Kruger ir kt., 2005).

Skatinimo priemonės taip pat taikomos sprendžiant darbuotojų išlaikymo problemas, kai darbuotojai yra vyresnio amžiaus. Organizacijos skiria papildomą išmoką arba atitinkamai didina užmokestį, kai darbuotojas sukaukia tam tikrą darbo įstaigoje stažą. Šia priemone siekiama skatinti priežiūros tęstinumą, mažinti naujai priimamų darbuotojų skaičių ir išsaugoti labiau patyrusius darbuotojus. Vis dėlto vis dažniau galimybė gauti finansinę premiją siejama su konkrečių individualių arba visos įstaigos tikslų pasiekimu. Kai kuriais atvejais, ypač sveikatos priežiūros sistemose, darbo rezultatų reikalavimai įtraukiami į pačią finansavimo priemonę. Nepasiekus nustatytų tikslų, finansavimas gali būti pakoreguotas arba perskirstytas kitoms geriau dirbančioms organizacijoms, grupinėms komandoms arba asmenims. Kitais atvejais paslaugų finansavimas skiriamas konkurso būdu. Šiais atvejais nustatoma priežiūros struktūra ir kiti kokybės valdymo mechanizmai, siekiant užtikrinti, kad skatinimo priemonės, kuriomis didinamas našumas, neturėtų neigiamo poveikio teikiamos paslaugos kokybei (Ferreira ir kt., 2016). Kaip rodo atlikti moksliniai tyrimai, finansinė paskata yra reikšmingas veiksnys teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti.

Pavieniams sveikatos priežiūros specialistams mokamos premijos smarkiai skiriasi, atsižvelgiant į darbo pobūdį ir einamas pareigas. Darbo kokybės gerinimo priemonės dažnai įtraukiamos į vyresniųjų konsultantų ir vadovų darbo sutartis. Šios priemonės atspindi bendrus įstaigos rezultatus ir didesnes konsultantų ir vadovų galimybes daryti įtaką aukšto lygmens rezultatams ir asmeninę atsakomybę už juos. Kai darbo kokybės reikalavimai nustatomi darbuotojams, kurių pagrindinė pareiga yra tiesioginė pacientų priežiūra arba antrinė pagalba, labiau tikėtina, kad darbo kokybės reikalavimai bus susieti su individualiais darbo rezultatais ir profesiniu tobulėjimu, kaip juos įvertina vadovas (Hongoro ir kt., 2006).

Nors skatinimo sistemos paprastai būna skirtos įstaigai arba asmenims, jos gali būti taikomos ir komandos lygmeniu. Čia nariai pasidalija atlygį, jeigu pasiekiami rezultatai, už kuriuos jie atsako bendrai visi kartu. Kadangi visos šalys suinteresuotos gerinti bendrą darbo kokybę, šis metodas turi keletą galimų pranašumų. Jis skatina komandas sistemingai gerinti darbą, sukurdamas teigiamus abipusio palaikymo ryšius. Dėl šios priežasties kai kurie sveikatos priežiūros specialistai išreiškia mažesnę nepasitikėjimą komandinėmis skatinimo metodikomis (Kingma, 2003). Kai kurios

sveikatos priežiūros darbuotojų grupės teigia, kad individualios pastangos yra bevaisės ir, norint pasiekti daugiau, būtinos komandinės pastangos. Tai paskatino tyrimo autorius padaryti išvadą, kad gali tekti grįsti darbo kokybės valdymo programas grupine tapatybe (Mathauer ir kt., 2006). Šios metodikos veikiausiai bus parankios tokiose srityse kaip lėtinių ligų valdymas, kuriose veiksmingai taikomi daugiadalykiai priežiūros teikimo modeliai (Chaix-Couturier ir kt., 2000).

Finansinės skatinimo priemonės taip pat gali būti teikiamos transporto, būsto ir kitų gyvenimo išlaidų dotavimo forma. Tokia forma gali būti ypač veiksminga tose srityse, kuriose šių dalykų trūksta arba kuriose jie nurodomi kaip konkrečios problemos ieškant darbuotojų ir juos išlaikant.

Skatinimo sistemų taikymo sveikatos priežiūrai literatūroje pripažįstama, kad tik finansinių priemonių nepakanka darbuotojams išlaikyti ir motyvuoti. Tyrimais patvirtinta, kad nefinansinės skatinimo priemonės yra lygiavertės. Tai taikytina ir gerai finansuojamose šalyse, kuriose aukštas gyvenimo lygis, ir palyginti prastai finansuojamose valstybėse (Lee, 2015). Nefinansinis skatinimas susijęs su darbo sąlygų optimizavimu, darbo grafiko lankstumu ir galimybių pritaikymu pagal asmens poreikius, asmeninių ir profesinių savybių tobulinimo galimybėmis, karjeros vystymo ir augimo perspektyvomis, stabilumu ir geru emociniu klimatu darbo vietoje.

Nefinansinėms skatinimo priemonėms priskiriamas savarankiškumo darbe suteikimas, lankstus darbo laikas ir rezultatų pripažinimas. Nefinansinis atlygis ypač svarbus tose šalyse ir organizacijose, kuriose ribotas finansavimas varžo galimybes skirti darbuotojo pageidaujama finansinį atlygį. Nefinansiniam skatinimui reikia daug laiko ir jėgų, taip pat visos organizacijos įsipareigojimo. Jie turėtų būti kuriami konsultuojantis su patarėjais ir derinami su strateginiais tikslais, vietos ir asmeninėmis normomis ir vertybėmis, taip pat atsižvelgiant į aplinkybes. Nors nefinansinių skatinimo priemonių svarba ir galimybės plačiai pripažįstamos, pažymėtina, kad pasiekimai, kurie galimi taikant tik nefinansines skatinimo priemones, nėra beribiai (Singh ir kt., 2017).

Nefinansinės skatinimo priemonės vertinamos ne tik dėl tiesioginės naudos paviniams sveikatos priežiūros specialistams, bet ir kaip priemonė, kurią naudodamos įstaigos gali įvertinti ir išreikšti pripažinimą darbuotojams už jų indėlį į rezultatus ir taip pat iššūkius, su kuriais jie susiduria kasdieniame gyvenime (Manjenje ir kt., 2021). Dambisya Y. ir kt. (2007) nefinansinių skatinimo priemonių Afrikos sveikatos priežiūros sektoriuje išsamioje apžvalgoje pateikė įrodymų, kad sėkmingas nefinansinių skatinimo priemonių taikymas susijęs su:

- paskatų įvedimu per konsultacinį planavimo procesą;
- jų siejimu su ilgalaikiu strateginiu planavimu;
- jų finansavimu iš nacionalinio biudžeto, o ne iš tiesioginio konkrečiam projektui skirtu biudžeto;
- tinkamu paskatų taikymu ir grįžtamojo ryšio teikimu laiku, stebint ir vertinant procesus.

Veiksmingo nefinansinio atlygio kūrimas turi būti glaudžiai derinamas su strateginiais tikslais, vietos ir asmeninėmis normomis, vertybėmis ir aplinkybėmis. Nors nefinansinių skatinimo priemonių svarba ir galimybės plačiai pripažįstamos, pažymėtina, kad tik nefinansinėmis priemonėmis galima pasiekti ribotų rezultatų. Mathauer ir kt. (2006) straipsnyje rašoma, kad nefinansinės skatinimo priemonės ir žmogiškųjų išteklių kokybės valdymo priemonės nėra tas receptas, kurį naudojant galima išspręsti aktualiausią žmogiškųjų išteklių problemą ir kompensuoti investicijų trūkumą, struktūrinius deficitus.

Nefinansinės skatinimo priemonės (Yousaf ir kt., 2014; Manjenje ir kt., 2021; Hicks ir kt., 2003):

1. Teigiama darbo aplinka: savarankiškumas darbe ir funkcijų, atsakomybės aiškumas; pakankami ištekliai; darbo ir pasiekimų pripažinimas; vadovų ir kolegų palaikymas; įveikiamas darbo krūvis ir veiksmingas darbo krūvio valdymas; veiksmingas darbo saugos ir sveikatos rizikos valdymas, įskaitant saugią ir sveiką darbo vietą; veiksmingas atstovavimas darbuotojams ir komunikavimas; įgyvendinama lygių galimybių politika; motinystės arba tėvystės atostogos; tvarus užimtumas.
2. Lanksčios darbo sąlygos: lankstus darbo laikas; planinės karjeros pertraukos.
3. Parama karjerai ir profesiniam tobulėjimui: veiksminga priežiūra; ugdomojo vadovavimo ir mentorystės struktūros; galimybė arba parama dalyvauti mokymuose ir švietimo programose; atostogos moksliniam darbui ir studijoms.
4. Galimybė naudotis paslaugomis: sveikatos priežiūros, vaikų priežiūros ir mokyklos, poilsui skirtomis priemonėmis, būstu, transportu.
5. Vidinis atpildas: pasitenkinimas darbu; asmeninis pasiekimas; atsidavimas bendroms vertybėms; kolegų ir bendruomenės pagarba; narystė komandoje.

Skatinimo priemonių literatūroje kone vieningai sutariama, kad sveikatos priežiūros specialistai itin vertina galimybę dalyvauti formaliojo ir neformaliojo švietimo ir mokymo veiklose, veiksmingą klinikinę ir asmeninę priežiūrą ir mentorystę, apgalvotą ir palaikantį požiūrį į mokymąsi visą gyvenimą ir asmeninį tobulėjimą. Profesinis tobulėjimas, švietimas ir mokymas motyvuoja, suteikia sveikatos priežiūros specialistams daugiau pasitikėjimo einant pareigas. Veiksmingas mokymasis visą gyvenimą padeda siekti asmeninių ir organizacijos tikslų, nes puoselėja įgūdžių, kurie būtini teikiant geresnę pacientų priežiūrą, ugdymą. Jis taip pat nuolat teikia asmeninę naudą sveikatos priežiūros specialistams, nes jų vertė darbo rinkoje didėja (Knebel ir kt., 2003).

Mokymosi ir tobulinimosi galimybės geriausiai veikia tada, kai jomis suteikiama geresnės karjeros galimybių, kai jos susietos su kvalifikacijos tobulinimui skirtomis išmokomis ar kita finansine nauda, kai jos orientuotos į konkrečių įstaigos ir asmenų tobulinimosi poreikių tenkinimą. Mokymo kursai taip pat turi būti pritaikyti pagal vietos aplinkybes (Mathauer ir kt., 2006). Jeigu per mokymo kursus darbuotojas įgyja tokių gebėjimų, kurių negali realizuoti įstaigoje, tai kelia nepasitenkinimą ir silpnina motyvaciją.

Sveikatos priežiūros specialistai jaučiasi nepatenkinti, kai išmokomi naudotis įranga, kurios nėra jų darbovietėje. Be to, tai rodo ir prastą mokymui skirtų lėšų panaudojimą.

Mokymai, kurie parengti taip, kad būtų pasiekti ir asmeniniai, ir įstaigos tikslai, turi būti praktiški ir realūs. Sveikatos priežiūros specialistai, dirbę Afrikos regionuose, kuriuose itin paplitęs ŽIV arba AIDS, nerimavo dėl susijusios rizikos, ir tai veikė kaip motyvaciją silpninanti priemonė. Tos pačios darbuotojų grupės nariai teigė, kad šis neišvengiamas poveikis itin sumažėjo surengus veiksmingus mokymus (Mathauer ir kt., 2006).

Sunkus ir nepakeliamas darbo krūvis yra svarbus sveikatos priežiūros specialistams susirūpinimą keliantis klausimas. Ši priežastis dažnai lemia savanorišką darbuotojo pasitraukimą ir skatina jį ieškoti jam tinkamesnių darbo sąlygų. Prie nenuosaikaus darbo krūvio prisideda daugelis veiksnių. Darbuotojų trūkumas dėl mokamų pareigybių stokos arba negalėjimo rasti norinčiųjų užimti laisvas finansuojamas darbo vietas gali lemti tai, kad likę darbuotojai prisiima papildomų pareigų, todėl bendravimas su pacientais gali tapti labiau įtemptas (Volosovets ir kt., 2022; Winter ir kt., 2020). Susiduriama su situacija, kuomet darbuotojų trūkumas pakenkia darbo atmosferai, kenčia paslaugų kokybė. Dažnai darbo kokybei įtaką daro netinkami administracijos reikalavimai, sunkiai įgyvendinami pacientų ir bendruomenės lūkesčiai. Reformų įgyvendinimas, įskaitant darbo funkcijų keitimą ir plėtrą, gali padidinti esamų darbuotojų darbo krūvį, ypač dažnai su tuo susiduriama pereinamuoju laikotarpiu.

Jeigu padidėjusio darbo krūvio problema nesprenžžiama, ilgainiui darbuotojai gali jaustis išnaudojami, taip silpninama jų motyvacija. Be to, labiau tikėtina, kad jie ieškosis kitos darbovietės. Sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvis išlieka rūpestį keliančia problema viso pasaulio organizacijoms. Dėl to ji dažnai minima darbuotojų ir darbdavių derybose ir sutartyse. Darbo krūvio problemai spręsti naudojami šie metodai (West ir kt., 2018; Fisher ir kt., 2017):

- užmokesčio už viršvalandžius nustatymas, taip užtikrinant, kad darbuotojams bus kompensuota už dirbtas papildomas valandas, ir skatinimo priemonės darbdaviams aktyviai valdyti darbo krūvį, siekiant išvengti atsakomybės;
- papildomų atostogų arba poilsio dienų suteikimo sąlygų arba teisės pasiimti ilgas atostogas moksliniam darbui įtraukimas, siekiant padėti išvengti perdegimo ir užtikrinant, kad darbuotojai pasinaudotų atostogomis, net jeigu trumpalaikiai darbo reikalavimai sudaro sunkumų planuojant laisvadienius;
- darbo funkcijų ir atsakomybės peržiūra ir koregavimas siekiant užtikrinti geriausią įmanomą jų paskirstymą sveikatos priežiūros specialistams ir kitiems darbuotojams;
- formalus arba neformalus bet kurio konkretaus darbuotojo be pertraukos išdirbtų valandų skaičiaus reguliavimas;
- vengimas kelti nepagrįstus lūkesčius darbdaviams arba darbuotojams;
- rizikos mažinimas, kad nuovargis lems netinkamus sprendimus, daugiau nepalankių reiškinių ir mažesnių pacientų saugumą.

Lanksčios darbo sąlygos yra svarbios išlaikant sveikatos priežiūros specialistus. Tai gali būti lankstus darbo laikas, ilgesnės arba pakeistos atostogos (pavyzdžiui, suplanuotos atostogos mokinių atostogų laikotarpiams) ir priemonės, kuriomis sveikatos priežiūros specialistai skatinami grįžti į darbą po karjeros pertraukų. Tokios sąlygos itin svarbios sveikatos priežiūros specialistams, derinantiems darbą su artimųjų priežiūra, kurie išėjo iš darbo dėl šeimos ar kitų priežasčių, ir vyresniems darbuotojams, kurie norėtų toliau dirbti, tačiau galbūt nenori arba nebepajėgia atlikti tų pačių užduočių ar dirbti tiek pat laiko.

Kai kuriose šalyse viešosios ir privačios praktikos derinimas vertinamas kaip būdas sveikatos priežiūros specialistams, pavyzdžiui, gydytojams ir odontologams, užsidirbti papildomai. Šalyse, kuriose sveikatos priežiūros paslaugos yra palyginti mažai finansuojamos, darbuotojams gali tekti imtis papildomo darbo, kad padidintų savo pajamas. Šių priemonių formalizavimas gali tapti vienu iš būdų išlaikyti paklausius specialistus ir gerinti vadovų galimybes planuoti budėjimus ir darbuotojų darbo laiką (Hegewisch, 2009; Erhel ir kt., 2024).

Tyrimai rodo, kad teigiama darbo aplinka yra svarbus elementas siekiant pritraukti ir išlaikyti darbuotojus (Zadeh ir kt., 2018; Wagner ir kt., 2019). Jai priskiriamas saugios darbo aplinkos darbuotojams sukūrimas ir iniciatyvus reagavimas į išskylančius pavojus, taip pat teigiamos organizacinės kultūros formavimas. Taip kiekvienas organizacijos narys gali prisidėti prie teigiamos aplinkos, kurioje žmonės nori dirbti, kūrimo savo bendravimu su kolegomis ir pacientais, reikalavimų, su kuriais susiduria darbe, įgyvendinimu.

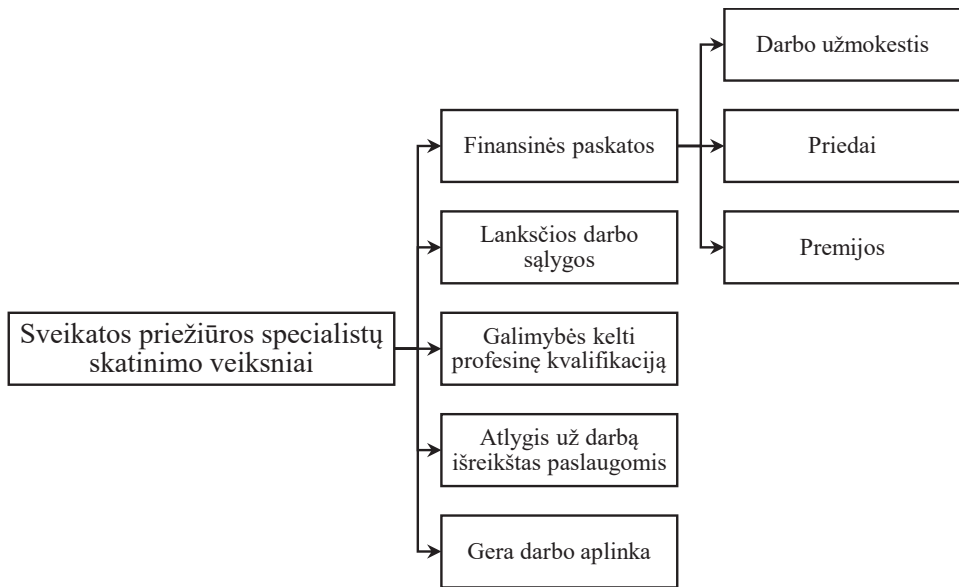
Prasta organizacinė ir vadybinė aplinka gali veikti kaip motyvacinį silpninanti jėga. Gilson L. ir kt. (2005) atliko pasitikėjimo darbovietėje įtakos sveikatos priežiūros darbuotojų sveikatai tyrimą ir padarė išvadą, kad pagrindinė kliūtis geriau elgtis su sveikatos priežiūros darbuotojais išlieka biurokratinio, taisyklėmis grįsto ir autoritarinio valdymo tradicija viešajame sektoriuje. Dėl to būtina pripažinti, kad visi organizacijos ir sektoriaus valdymo aspektai daro poveikį darbuotojams. Svarbu tai, ar vadovybė kreipia dėmesį į žmogiškuosius išteklius, ar į tokius veiklos aspektus kaip, pavyzdžiui, aptarnavimo modeliai, finansinis tvarumas, prieiga prie išteklių, korporacinis ir organizacinis planavimas. Skatinimo programos negali būti vertinamos atskirai nuo kitų vadybos praktikos sričių. Kaip pastebėjo Mathauer I. ir kt. (2006), žmogiškųjų išteklių vadybos ir kokybės vadybos priemonės turi būti įtvirtintos geroje valdymo darbotvarkėje.

Nepaisant to, tyrimai aiškiai atskleidžia kai kurias veiksmingos skatinimo sistemos savybes. Franco L. M. ir kt. (2002) sudarytame koncepciniame modelyje pripažįstami šie veiksniai, kurie turi įtakos sveikatos priežiūros darbuotojų asmeninei motyvacijai:

- individualaus lygmens veiksniai: individualūs poreikiai, savęs suvokimas, darbo veiklos rezultatams arba padariniams keliami lūkesčiai;

- organizacinis kontekstas: atlyginimas, socialinės garantijos, aiškios, veiksmingos sistemos, žmoniškųjų išteklių valdymo sistemos, atsiliepiami apie darbo kokybę, organizacinė kultūra;
- socialinis ir kultūrinis kontekstas: bendruomenės lūkesčiai ir grįžtamasis ryšys;
- sveikatos sektoriaus reforma: komunikacija ir lyderystė, atitiktis darbuotojų asmeninėms vertybėms.

Apibendrinti ir susisteminti ASPĮ specialistų skatinimo veiksniai pateikiami 8 paveiksle. Kaip rodo paskatų teorinė analizė, visuomenės ir ASPĮ specialistų poreikiai skiriasi. Tačiau, nepaisant to, visi jie yra labai svarbūs, o siekiant veiksmingo LNL prevencijos programų valdymo būtina atsižvelgti tiek į paslaugos teikėjus, tiek į naudotojus.



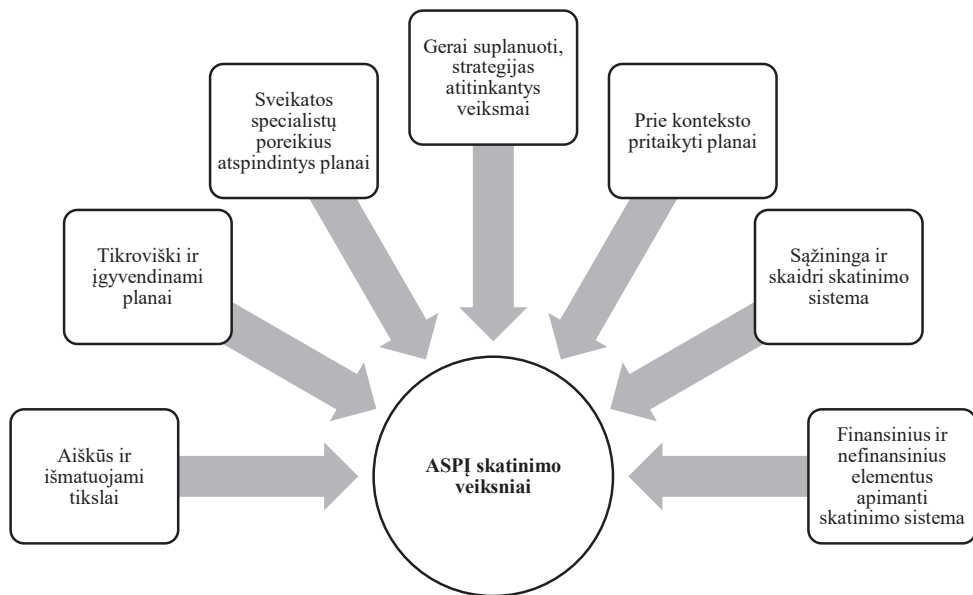
8 pav. ASPĮ specialistų skatinimo veiksniai

Šaltinis: parengta autoriaus

Trečioji šalis, dalyvaujanti prevencijos programų valdymo procese, yra gydymo įstaigos. Kitoje mokslinio darbo dalyje aptarsime šiai šaliai būdingus skatinimo proceso elementus.

1.1.3. Sveikatos priežiūros įstaigų skatinimas

Remiantis mokslininkų tyrimais, galima išskirti esminius įstaigų skatinimo veiksnius (žr. 9 pav.), kurie ir bus išsamiau aptarti.



9 pav. ASPI skatinimo kriterijai

Šaltinis: parengta autoriaus

Skatinimo sistemos turi turėti *aiškius tikslus*. Tai turi įtakos sistemos struktūrai, taip pat jos tikslinei sričiai. Panašiai skatinimo sistemos gali būti orientuotos į konkretaus paslaugų rezultato, pavyzdžiui, didesnės paskiepytų žmonių dalies, arba konkretaus darbuotojų elgsenos, pavyzdžiui, geresnio dokumentų tvarkymo, mažesnio pravaikštų ir kaitos skaičiaus, pasiekimą. Visos šios sritys pagrįstai gali būti įtrauktos į skatinimo programas. Kad ir kokių požiūriu būtų vadovaujama, skatinimo sistema turėtų būti siekiama rasti būdų suderinti asmeninius, profesinius ir organizacijos interesus ir jų siekti (Scott ir kt., 2002).

Skatinimo priemonių paketo struktūra turi būti *tikroviška ir įgyvendinama*, priemonės turi būti pasiekiamos. Skatinimo priemonių paketas, kuris nėra taikomas, netaikytinas skatinimu. Jei žmonės negauna žadėto darbo užmokesčio (Gilson ir kt., 2005), jei santykinis atlyginimo pakėlimu arba išmokomis diskriminuojami tam tikrų kategorijų darbuotojai arba jei didesnę atlyginimą neveiksmingu daro kiti aplinkos pokyčiai,

sveikatos priežiūros specialistai greitai pasijunta nuvilti, susilpnėja jų motyvacija. Panašiai yra ir tuo atveju, kai suteikiama galimybė dalyvauti formaliuose mokymo kursuose – gali tekti prie jų pridėti transporto ir apgyvendinimo pagalbą, o kaimiškose vietovėse dirbantiems žmonėms parūpinti pavaduojančius asmenis, kad jie patys galėtų dalyvauti. Privalu taip pat atsižvelgti į finansų prieinamumą ir šaltinį (Dambisya, 2007). Nors ilginiui keičiantis gyventojų sveikatos būklei tam tikra prioritetų pertvarka neišvengiama, skatinimo sistema turi būti vertinama biudžetui kontekste, atsižvelgiant į tai, ką ji reiškia šiame sektoriuje jau dirbantiems sveikatos priežiūros specialistams.

Skatinimas turi atspindėti sveikatos priežiūros specialistų poreikius ir prioritetus. Skatinimo sistema, kurią sveikatos priežiūros specialistai vertina kaip jiems nesvarbią, prieštaraujančią jų asmeninėms arba profesinėms vertybėms arba kenkiančią jų pačių arba jų pacientų gerovei, savo tikslo nepasieks. Blogiausiu atveju ji taps aktyviai veikiančia priemone, kuri trukdo nuolat našiai dirbti. Dėl to kuriant veiksmingą skatinimo sistemą pirmiausia turi būti atsižvelgiama į atitinkamų sveikatos priežiūros specialistų vertybes, prioritetus ir siekius; būtina tartis su jais pačiais. Be to, svarbus istorinis ir kultūrinis kontekstas, atskiri specialistai gali skirtingai suprasti skatinimo priemones (Mathauer ir kt., 2006) ir turėti skirtingą (teigiamą ir neigiamą) jų taikymo patirtį. Karaferis D. ir kt. (2022) pastebėjo, kad jaunesni slaugos specialistai labiau vertino kilimo karjeros laiptais galimybes nei vyresni ir labiau patyrę. Pastaroji grupė labiau vertino garantuotą darbo vietą ir liginės, kurioje dirbo, reputaciją.

Sistema turi būti gerai suplanuota, strateginio pobūdžio ir atitikti paskirtį. Vienas iš klausimų, į kuriuos reikia atsižvelgti renkantis skatinimo priemonės pobūdį, ar priemonė padės siekti ilgalaikių strateginių ir trumpalaikių tikslų. Rigoli F. ir kt. (2003) sveikatos priežiūros sektoriaus reformų, įskaitant skatinimo sistemų įvedimą, tyrime iliustruoja pavojais, kurie susiję su prastu planavimu. Autoriai užfiksavo nesugebėjimą pasiekti laukiamų rezultatų ir gana dažnai visiškai priešingą skatinimo sistemos planuotojų numatytajam poveikį.

Tarp kitų svarbių aspektų, kurie turi būti įvertinti planuojant sistemą, yra tas, ar skatinimo sistemoje įmanoma žaisti ir manipuliuoti ir ar į ją galima įtraukti stebėsenos ir vertinimo priemones. Chaix-Couturier C. ir kt. (2000) atliktoje finansinių skatinimo priemonių medicinos praktikoje apžvalgoje teigia, kad sistemos turi būti pritaikytos prie atitinkamos sveikatos priežiūros sistemos struktūros ir finansavimo priemonių. Sistemos turi būti koreguojamos pagal kokybę, produktyvumą, gydomų pacientų sunkumą ir, svarbiausia, pagal įgyvendinimą ir administravimą, jos turi būti „paprastos, skaidrios ir aiškios“.

Nesvarbu, ar skatinimo sistema yra finansinė, ar nefinansinė, ji turi būti *kuo tinkamesnė vietos kontekstui*. Čia vertinama sveikatos priežiūros tarnybos svarba, funkcija ir infrastruktūra, vietos gyventojų sveikatos priežiūros poreikiai ir paslaugų teikimo prioritetai. Tai ypač aktualu mokymo ir tobulinimo veiklai, kuri turi būti pritaikyta prie vietos realijų, tokių kaip vyraujančios finansavimo priemonės, faktinės sąlygos ir infrastruktūra, su kuria dirba darbuotojai (Chaix-Couturier ir kt., 2000; Mathauer ir kt., 2006).

Galimi akivaizdūs kultūriniai skirtumai. Afolabi A. ir kt. (2018) pažymi, kad bet kokio reformų pasiūlymo įgyvendinamumas padidės pakoregavus jį taip, kaip priimtina plačiajai visuomenei. Kultūriniame kontekste, kuriame svarbūs šeimos ryšiai, gyventojai, pavyzdžiui, gali būti labiau linkę priimti priemonę įvedimą negu viešąją paslaugą, kuri grindžiama stipresniu tapatinimusi su platesne bendruomene.

Sistema turi veikti sąžiningai, nešališkai ir skaidriai. Neteisybė arba suvokiama neteisybė planuojant ir įgyvendinant skatinimo sistemas dažnai nurodoma kaip motyvacijos silpninimo priežastis. Kaip pastebėjo Kingma M. (2003), „nors atlyginimas buvo nurodytas kaip esąs nesvarbus (patenkinus bazinius finansinius poreikius),... santykinis atlyginimas sukelia daug emocingesnę reakciją“. Neteisybė gali atsirasti selektyviai dalijant premijas, naujas programas arba skatinančio atlyginimo priemonės siūlant tik naujiems darbuotojams, o jau dirbantiesiems nesuteikiant galimybės naudotis tokiais pat socialinėmis garantijomis, arba tiesiog dėl skaidrumo ir atskaitomybės skirstant galimybes ir atlygį stokes.

Kai skatinimo priemonė susijusi su konkrečiu darbo kokybės reikalavimu, jos įgyvendinimas neatsiejamas nuo darbo kokybės matavimo ir vertinimo modelio. Kitaip tariant, tikslai ir rezultatai turi būti *išmatuojami*. Esama įvairių variantų, padedant kiekybiškai išreikštų darbo kokybės tikslų nustatymu, pavyzdžiui, klinikoje atliktų skiepų skaičius, ir baigiant asmens bendru darbo kokybės vertinimu, kurį atlieka vadovas arba kuris atliekamas kitomis grįžtamojo ryšio priemonėmis, pavyzdžiui, kolegų vertinimas. Nesvarbu, ar darbo kokybė subjektyvi, ar empirinė, reikiamas kokybės lygis gali būti nustatomas organizacijos, komandos arba individo lygmeniu.

Veiksmingai matuojant skatinimo priemonės veiksmingumą, turi būti atsižvelgta į įvairius aspektus, pavyzdžiui:

- ar sistema matuojamas procesas, ar rezultatas;
- ar sistema siekiama skatinti siekti minimalaus darbo kokybės standarto, ar nuolat ją tobulinti;
- ar ją reikia koreguoti pagal infrastruktūros, galimybės gauti vaistų ir gydymo būdų ir tikslinės populiacijos sergamumo skirtumus, ir jeigu taip, tai kaip;
- ar nustatyti jos rodikliai, kuriais tinkamai užfiksuojami pagrindiniai aptarnavimo elementai, įskaitant veiksmingumą, produktyvumą ir našumą, kokybę ir saugumą, lygybę ir prieigos galimybes.

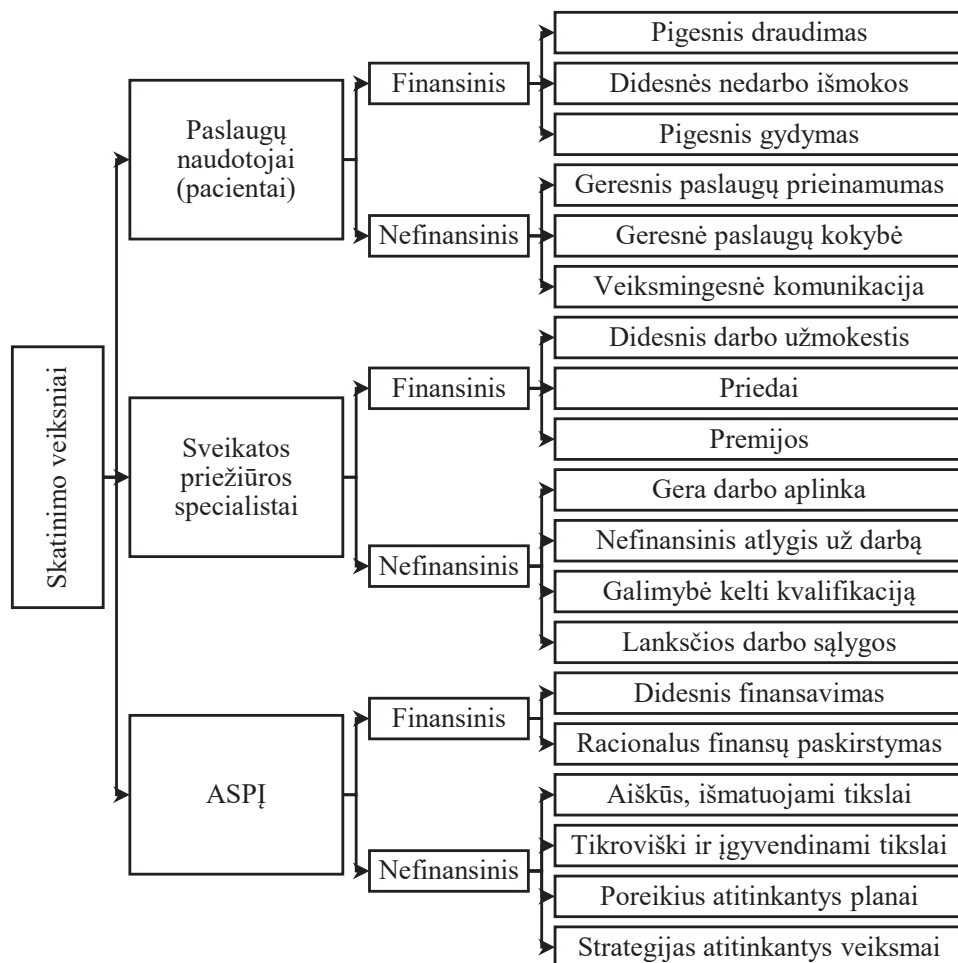
Veiksmingas darbo kokybės matavimas yra sudėtinga tema. Nustatyta, kad darbo kokybės matavimas gali turėti įtakos klinikinių sprendimų priėmimui ir elgsenai. Vis dėlto jeigu darbo kokybė vertinama neaiškiai ir neskaidriai, o darbuotojų pasitikėjimas, kad matuojama sąžiningai ir pagrįstai, nėra didelis, matavimo priemonių įvedimas gali daryti neskatinantį arba, dar blogiau, iškreiptos paskatos poveikį (Kingma, 2003; Mathauer ir kt., 2006).

1.1.4. Prevencijos programų naudojimą skatinantys veiksniai

Apibendrinus kitų mokslininkų nuomonę nustatyta, kad skatinimo veiksniai gali būti analizuojami pagal finansinį pobūdį (finansinius ir nefinansinius), poveikio pobūdį (tiesioginiai ir netiesioginiai), poveikio trukmę (ilgalaikė ir trumpalaikė), poveikio objektą (naudotojas, paslaugos teikėjas ar organizacija), poveikio kryptį (teigiami (skatinantys) ar neigiami (ribojantys) ir kitus požymius. Tarp viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros darbuotojų egzistuoja atsidavimo savo darbui tradicija dėl būdingos paslaugos vertės ir asmeninio pasitenkinimo ir pagarbos, patiriamos teikiant priežiūrą ir pagalbą pacientams. Nepaisant to, negalima paneigti finansinio saugumo ir galimybės už darbą gauti sąžiningą ir pakankamą atlygį svarbos. Dėl to kuriant skatinimo priemonių paketus į finansines skatinimo priemones reikia atsižvelgti ypač į tuos regionus, kuriuose sveikatos priežiūros darbuotojai negauna pakankamo atlygio ir kuriuose įdarbinimo agentūros konkuruoja stengdamosi pritraukti darbuotojų į tarptautinę darbo rinką.

Vis dėlto didžioji dalis įrodymų iš literatūros, kurioje nagrinėjamos skatinimo sistemos šalyse, rodo, kad tik finansinių priemonių nepakanka norinti visiškai motyvuoti darbuotojus arba užtikrinti, kad jie jaustųsi vertinami ir pripažinti už savo indėlį. Kaip pastebėjo Hicks V. ir kt. (2003), kurdami tinkamiausią ir rentabiliausią atlygio strategiją vadovai turėtų nesikliauti ribotu formalizuotų finansinio atlygio galimybių skaičiumi, bet pripažinti ir nefinansinio ir psichologinio atlygio vertę. Įrodymais patvirtinama, kad į veiksmingas skatinimo sistemas turi būti įtraukiami abu, t. y. finansiniai ir nefinansiniai, elementai.

Apibendrinant skatinimui skirtą skyrių, struktūrizuotai pristatomą 10 paveiksle, svarbu akcentuoti, kad, siekiant veiksmingos sveikatos apsaugos sistemos (ir subalansuotos, veiksmingos LNL prevencijos sistemos), būtina atskirai įvertinti visas susijusias šalis, nes kiekviena jų yra svarbus elementas, siekiant sukurti veiksmingą prevencijos programų sistemą. Taip pat svarbu suprasti, kad kiekviena šalis turi skirtingų poreikių, ir tai reiškia, kad taikomos paskatos gali turėti nevienodą poveikį.



10 pav. Prevencijos programų naudojimą skatinantys veiksniai

Šaltinis: parengta autoriaus

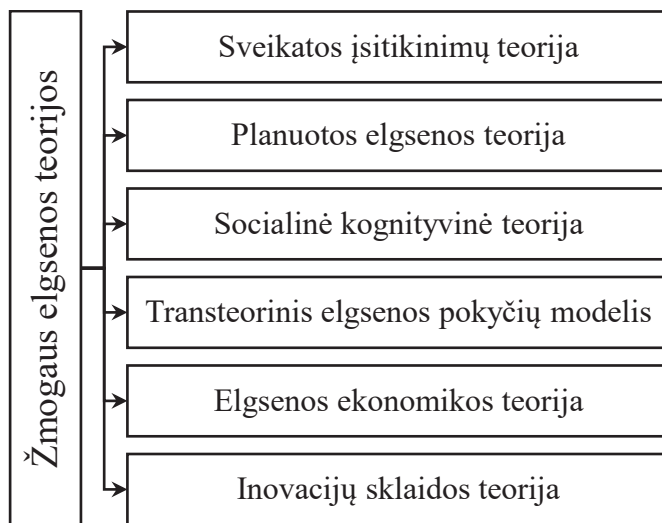
Skatinimo teorijos supratimas turi didelę reikšmę tolesnei mokslinio darbo eigai, nes padeda geriau suprasti praktinius skatinimo programų intervencijų ir tobulinimo aspektus, numatyti galimus potencialius priežastinius nepakankamo įsitraukimo į prevencijos programas ryšius. Siekiant geriau suprasti teorinių skatinimo elementų vietą žmogaus elgseną lemiančiuose procesuose, toliau moksliniame darbe bus nagrinėjami teoriniai žmogaus elgsenos modeliai ir aptariamai jų praktinio pritaikymo scenarijai.

1.2. Žmogaus elgsenos teorijų tinkamumas prevencijos skatinimui

Kuriant veiksmingas intervencines ir politikos priemones labai svarbu suvokti žmogaus elgseną, ypač sveikatos srityje, nes tai padeda suprasti, kaip ir kokios paskatos veikia geriausiai (Holdershaw ir kt., 2008). Žinodami, kokie veiksniai daro įtaką sprendimų priėmimui, sveikatos priežiūros specialistai ir politikos formuotojai gali geriau atliepti žmonių motyvaciją ir poreikius. Tai leidžia veiksmingiau parinkti paskatas (finansines, socialines ar vidines), skatinančias rūpintis savo sveikata. Elgsenos ekonomikos išvalgos rodo naudos ir nuostolių reikšmę, todėl šia kryptimi orientuotos paskatos gali būti ypač veiksmingos ir naudingos. Ištyrę, kas skatina asmenis priimti su sveikata susijusius sprendimus, specialistai gali įgyvendinti tikslines skatinimo programas, pavyzdžiui, atlygio sistemas už reguliarius tyrimus arba bendruomenės pripažinimą prevencija besirūpinantiems asmenims.

Žmogaus elgsenos supratimas taip pat padeda numatyti su paskatomis susijusias galimas kliūtis ir sunkumus. Suprantant, kad atskiros gyventojų grupės gali skirtingai reaguoti į paskatas, galima taikyti labiau diferencijuotą požiūrį, atsižvelgiant į skirtingus įsitikinimus, kultūrinę aplinką, socialines ir ekonomines sąlygas. Toks tikslingas taikymas gali padėti sėkmingiau įgyvendinti sveikatos iniciatyvas, ir tai ilgainiui pagerins sveikatos rezultatus ir paskatins aktyvaus sveikatos valdymo kultūrą bendruomenėse. Iš esmės žmogaus elgsenos, veiksmingų paskatų ir sveikatos srities intervencinių strategijų sąveika yra pagrindas įgyvendinant visuomenės sveikatos iniciatyvas ir politikos priemones, kurios yra ne tik veiksmingos, bet ir tvarios siekiant ilgalaikės pažangos sveikatos srityje (Fehr ir kt., 2002).

Žmogaus elgsena, ypač su sveikata susijusių veiksmų kontekste, yra sudėtinga psichologinių, socialinių ir ekonominių veiksnių sąveika. Įvairios teorijos gali padėti nagrinėti veiksnius, darančius įtaką elgsenai, labiausiai susijusiai su sveikata. Geriau supratęs šiuos veiksnius galima sukurti veiksmingesnes prevencijos sveikatos programas. Teorinėje mokslinio darbo dalyje aptariami pagrindiniai teoriniai modeliai, kuriuos pateikė tokie ekspertai kaip Icek Ajzen, Albert Bandura, James O. Prochaska, Carlo DiClemente ir kiti, integruojant naujausių sveikatos suvokimo ir elgsenos modifikavimo tyrimų išvalgas. Sveikatos įsitikinimų modelis ir elgsenos ekonomikos principai yra svarbiausi veiksniai, padedantys suprasti ir paveikti sveikatos elgseną. Autorius nagrinėja šiuos teorinius pagrindus ir jų praktinį taikymą remdamasis atitinkama literatūra, kad pagrįstų diskusiją apie mažą sveikatos prevencijos populiarumą. Toliau moksliniame darbe bus išnagrinėtos ir pristatytos pagrindinės žmogaus elgsenos teorijos, pateikiamos 11 paveiksle.



11 pav. Žmogaus elgsenos teorijos

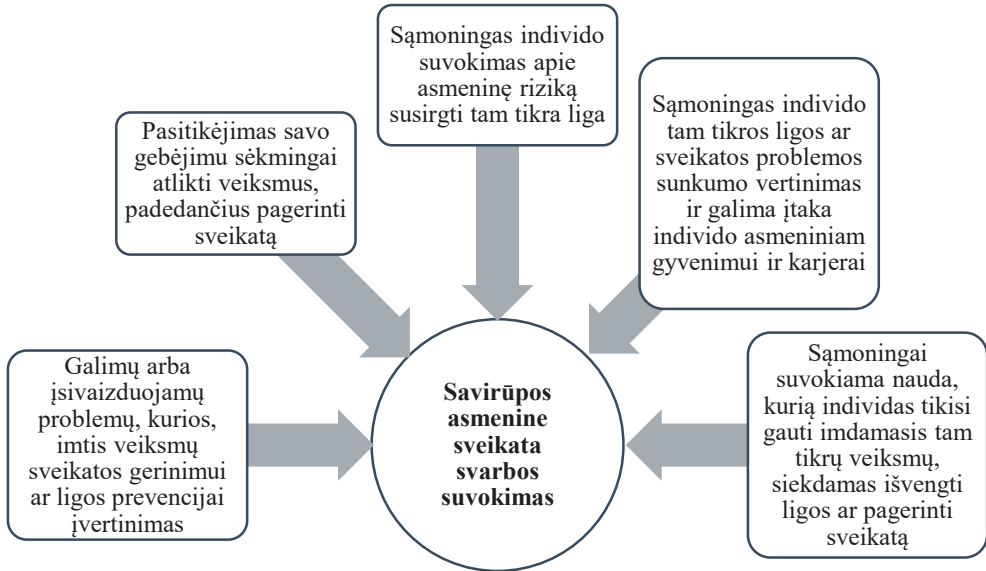
Šaltinis: parengta autoriaus

Žmogaus elgsenos teorijų pritaikymas gali padėti veiksmingiau paskatinti ligų prevenciją. Jos padeda geriau suprasti priežastinius žmogaus elgsenos ryšius. Jų žinojimas leidžia kurti veiksmingesnes įsitraukimo į prevencines skatinimo strategijas, keisti visuomenės elgseną sveikatos programų pasirinkimo kontekste ir mažinti kliūtis naudotis sveikatos paslaugomis.

1.2.1. Sveikatos įsitikinimų teorija

Sveikatos įsitikinimų modelis (angl. „Health Belief Model“) grindžiamas supratimu, kad priimant sveikatos elgsenos sprendimus svarbūs yra asmeniniai įsitikinimai apie sveikatos būklę (Rosenstock, 1974). Pagrindiniai veiksniai yra suvokiamas pažeidžiamumas, suvokiamas problemos (ligos) rimtumas, suvokiama nauda ir suvokiama kliūtys. Veiksmingomis intervencinėmis priemonėmis dažnai siekiama koreguoti šį suvokimą, kad būtų skatinamas sveikatą stiprinantis elgesys. Didinant suvokiama naudą ir mažinant psichologines kliūtis, pavyzdžiui, su diagnoze susijusią baimę ar stigmą, galima pagerinti dalyvavimo sveikatos programose rodiklius.

Žmonės labiau linkę reguliariai tikrintis sveikatą, jei tiki, kad tai padės anksti diagnozuoti ligą ir veiksmingai ją gydyti (Rosenstock, 1974). Švietimo ir komunikacijos strategijomis keičiant šį suvokimą, sveikatos programos gali skatinti aktyvią žmonių sveikatos valdymo kultūrą. Programos, kuriose daugiausia dėmesio skiriama



12 pav. Savirūpos asmeninė sveikata svarbos suvokimo komponentai pagal sveikatos įsitikinimo modelį

Šaltinis: parengta autoriaus

pažeidžiamumo suvokimo didinimui (pavyzdžiui, atliekant rizikos vertinimą) ir suvokiamų kliūčių mažinimui (pavyzdžiui, teikiant aiškią informaciją), sėkmingai padėjo padidinti dalyvaujančiųjų tokiose sveikatos programose kaip skiepų ir vėžio atrankinės patikros skaičių (Vrinten ir kt., 2017). Be to, sveikatos įsitikinimų modelyje pabrėžiama saviveiksmingumo – individo pasitikėjimo savo gebėjimu imtis veiksmų ir tinkamai elgtis, kad būtų pasiekti norimi rezultatai – svarba. Intervencinės priemonės, kuriomis stiprinamas saviveiksmingumas, gali būti ypač veiksmingos, nes žmonės, kurie tiki, kad gali laikytis sveikos gyvensenos principų, yra labiau linkę juos priimti ir palaikyti.

Siekiant dar labiau paskatinti sveikatai palankią elgseną, intervencinės priemonės taip pat gali būti orientuotos į raginimus imtis veiksmų, pavyzdžiui, priminimus ar nurodymus, kurie gali tapti katalizatoriumi, skatinančiu imtis su sveikata susijusių veiksmų. Šie raginimai gali būti įvairių formų, pavyzdžiui, žiniasklaidos kampanijos, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų patarimai ar šeimos narių ir draugų priminimai. Be to, žinutes ir intervencines priemones pritaikius prie kultūrinių vertybių ir įsitikinimų, galima padidinti jų veiksmingumą. Suprantant tikslinės populiacijos kultūrinį kontekstą, galima lengviau parengti intervencines priemones, kurios būtų tinkamesnės ir labiau paveiktų asmenis, taip padidinant elgsenos pokyčių tikimybę.

Pavyzdžiui, bendruomenės programos, į kurias įtraukiami vietos lyderiai ir savitarpio paramos grupės, dažnai pasižymi didesniu įsitraukimo ir sėkmės rodikliu. Taikant šiuos metodus pasinaudojama socialine įtaka ir bendruomenės pasitikėjimu vietiniais gyventojais, taip sustiprinant sveikatingumo idėjas ir skatinant dalyvauti. Atsižvelgiant į kiekvieną sveikatos įsitikinimų modelio komponentą, sveikatos programomis galima sistemingai reaguoti į veiksnius, darančius įtaką sveikatos elgsenai, ir sukurti išsamesnes, veiksmingesnes elgsenos keitimo strategijas. Toks kompleksinis požiūris yra labai svarbus skatinant prevencinės priežiūros priemones ir ugdant ilgalaikius ir tvarius įvairių gyventojų grupių sveikatos įpročius.

Sveikatos įsitikinimų modelis (12 pav.) formuoja teigiamus asmens sveikatos elgesio pokyčius, ir tai leidžia naudingiau pritaikyti sveikatos apsaugos sistemoje, kuriant ir pritaikant naujas ir veiksmingas intervencijas. Modelis veiksmingai skatina LNL prevenciją, akcentuodamas asmeninių įsitikinimų svarbą sprendimams sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimo kontekste.

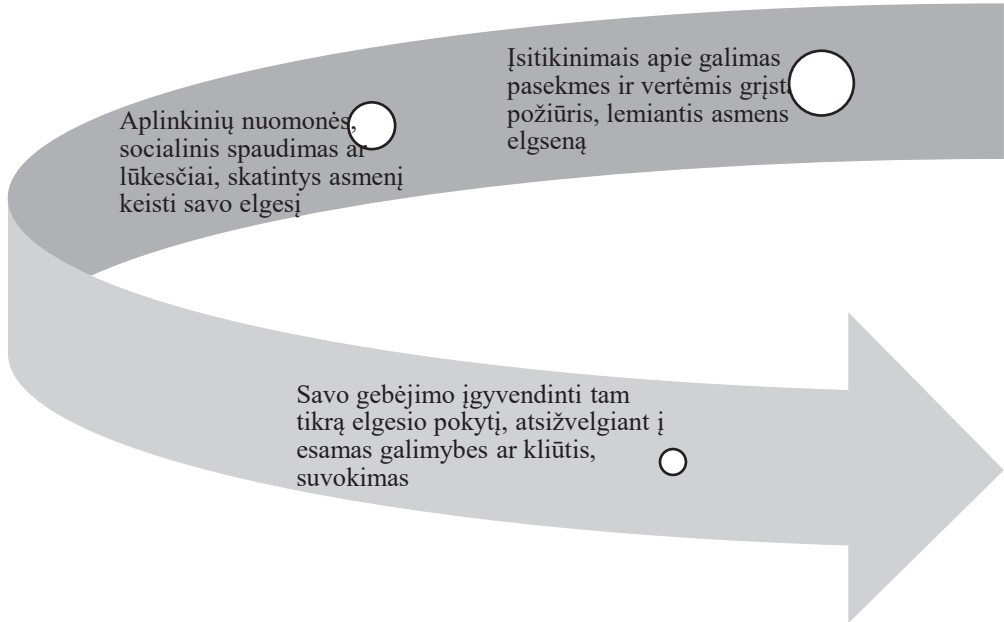
1.2.2. Planuotos elgsenos teorija

Ajzen I. (1985) sukurtoje planuotos elgsenos teorijoje (angl. „Theory of Planned Behavior“) teigiama, kad individo ketinimas elgtis tam tikru būdu yra pagrindinis tos elgsenos prognozės veiksnys. Šiam ketinimui įtakos turi trys komponentai: požiūris į elgseną, subjektyvios normos ir suvokiama elgsenos kontrolė. Planuotos elgsenos teorija suteikia struktūrizuotą požiūrį, leidžiantį suprasti, kaip šie elementai sąveikauja tarpusavyje ir kaip jais vadovaujamasi priimant sprendimus.

Žvelgiant į sveikatos sritį, planuotos elgsenos teorijoje pabrėžiama įsitikinimų sistemų, susijusių su sveikatos elgsena, svarba. Pavyzdžiui, ketinimą pasidaryti prevencinius tyrimus dažnai lemia įsitikinimai dėl ankstyvo ligos nustatymo veiksmingumo (Durazo ir kt., 2019). Tai naudinga rengiant intervencines priemones, kuriomis siekiama pakeisti požiūrį ir suvokimą, kad būtų labiau laikomasi sveikos gyvensenos principų. Remiantis šiuo pagrindu, planuotos elgsenos teorijoje pabrėžiama, kad:

1. *Požiūris į elgseną* yra teigiamas arba neigiamas individo elgsenos vertinimas. Šias nuostatas formuoja įsitikinimai apie tikėtinus elgsenos rezultatus ir šių rezultatų vertę. Pavyzdžiui, jei asmuo tiki, kad reguliari mankšta gerina sveikatą, ir vertina savo sveikatą, tikėtina, kad jo požiūris į fizinį aktyvumą bus teigiamas.
2. *Subjektyvios normos* yra suvokiamas socialinis spaudimas, verčiantis elgtis arba nesielti tam tikru būdu. Tai apima šeimos, draugų ir visuomenės lūkesčių įtaką. Jei asmuo pastebi, kad jo artimieji mano, jog jis turėtų mesti rūkyti, ir jam rūpi ši nuomonė, subjektyvi norma turės įtakos jo ketinimui mesti rūkyti.
3. *Suvokiama elgsenos kontrolė* yra susijusi su asmens suvokimu, kad jo elgsena priklauso nuo asmeninių pasirinkimų. Ji yra tampriai susijusi su lengvinančių

veiksnių ar kliūčių buvimu, numatomu būsimo poelgio lengvumu ar sunkumu. Didesnė suvokiama kontrolė gali sustiprinti ketinimą imtis veiksmų, nes individas jaučiasi pajėgesnis.



13 pav. Pagrindiniai individo pokytį lemiantys komponentai pagal planuotos elgsenos teorijos modelį

Šaltinis: parengta autoriaus

Planuotos elgsenos teorija (13 pav.) teigia, kad intervencinės priemonės yra veiksmingos tada, kai siekiama stiprinti teigiamas nuostatas, palaikomasias socialines normas ir suvokiama elgsenos kontrolė. To galima pasiekti vykdant švietimo kampanijas, kuriose pateikiama aiški informacija apie sveikos elgsenos naudą ir socialinės rinkodaros strategijas, kuriomis keičiamos visuomenės normos, arba aprūpinant ištekliais ir ugdant įgūdžius, kad sumažėtų kliūčių. Pavyzdžiui, įgyvendinant sveikatos programą, kuria siekiama paskatinti skiepytis kuo daugiau žmonių, galima remtis planuotos elgsenos teorija ir parengti pranešimus, kuriuose pabrėžiama nauda bendruomenei (socialinės normos), išryškinama nauda individo ir visuomenės sveikatai (požiūris) ir siūlomoms lengvai pasiekiamoms klinikoms (suvokiama kontrolė). Įvertinus šiuos komponentus, programa gali veiksmingai padidinti ketinimą skiepytis ir taip pagerinti visuomenės sveikatos rezultatus.

Apibendrinant galima teigti, kad planuotos elgsenos teorija yra patikima sveikatos elgsenos supratimo ir poveikio jai sistema, leidžianti specialistams rengti išsamias intervencines priemones, skirtas psichologiniams ir socialiniams veiksniams, kurie lemia su sveikata susijusių sprendimų priėmimą.

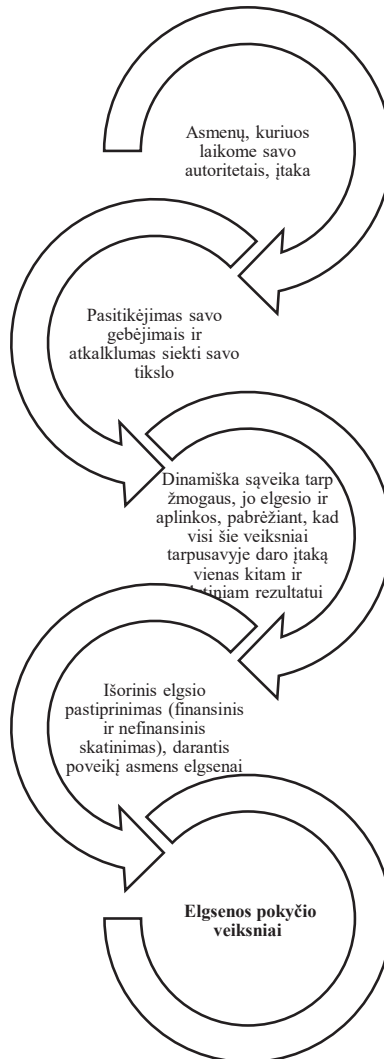
1.2.3. Socialinė kognityvinė teorija

Albert Bandura socialinėje kognityvinėje teorijoje (angl. „Social Cognitive Theory“) pabrėžiama mokymosi stebint, socialinės patirties ir abipusio determinizmo įtaka elgsenos raidai (Bandura, 1986; Bandura, 1977). Pagal šią teoriją individai mokosi ir perima naują elgesį stebėdami kitus, o šis elgsenys sustiprinamas tikintis teigiamų rezultatų. Mokslininko pateikiamame modelyje teigiama, kad norint veiksmingai keisti sveikatos elgseną sveikatos srities intervencinės priemonės turėtų apimti vaidmenų modeliavimą ir teigiamą elgsenos pastiprinimą. Programos, kuriose bendruomenės nariai įtraukiami į sveikatos stiprinimo veiklą, gali būti pavyzdžiu, skatinančiu elgsenos perėmimą per mokymąsi stebint ir suvokiamą socialinę paramą.

Mokslininkas socialinėje kognityvinėje teorijoje išryškina keletas pagrindinių konstruktyvų, kurie yra labai svarbūs norint suprasti elgsenos pokyčius:

1. *Mokymasis stebint (modeliavimas)*. Šis aspektas paremtas mintimi, kad individai gali išmokyti naujo elgsenio stebėdami kitus, ypač kai stebimi asmenys laikomi pavyzdžiais, su kuriais jie gali būti susiję, arba kai tas pavyzdys suvokiamas kaip panašus į juos pačius. Stebėdami kitų elgsenio rezultatus, individai susidaro nuomonę apie naują elgesį ir vėliau gali pasinaudoti šia informacija kaip pavyzdžiu.
2. *Saviveiksmingumas*. Vienas iš pagrindinių socialinės kognityvinės teorijos komponentų yra tikėjimas savo gebėjimu sėkmingai veikti konkrečiose situacijose. Saviveiksmingumas daro įtaką tam, kaip žmonės mąsto, jaučiasi, motyvuoja save ir elgiasi. Didesnis saviveiksmingumas yra susijęs su didesniu noru bandyti ir atkakliau laikytis sveikatai palankaus elgsenio, pavyzdžiui, mesti rūkyti arba nuolat sportuoti.
3. *Abipusis determinizmas*. Ši koncepcija pabrėžia dinamišką asmens veikimo ir aplinkos sąveiką. Elgsenos pokyčiui yra svarbus veiksnių poveikio galimam rezultatui supratimas. Pavyzdžiui, aplinkos pakeitimas, siekiant, kad ji palaikytų sveiką elgseną, gali padidinti ir saviveiksmingumą, ir tikimybę stebėti teigiamus pavyzdžius.
4. *Pastiprinimas*. Teigiamas ir neigiamas elgsenio pastiprinimas gali turėti įtakos elgsenio priimtinumui ir išlaikymui. Pastiprinimas gali būti tiesioginis, t. y. materialus atlygis, arba netiesioginis, pavyzdžiui, pasitenkinimas, kurį jaučiame pasirinkę sveikesnį gyvenimo būdą.

Kuriant sveikatos srities intervencines priemones, šiuos elementus galima panaudoti keliais būdais. Programose gali būti naudojamos žiniasklaidos kampanijos, kuriose rodomi patrauklūs modeliai, sėkmingai besirūpinantys sveikata, taip parodant pageidaujamą elgesį ir patvirtinant jo veiksmingumą. Bendruomenės iniciatyvos, kai bendruomenės nariams suteikiama galimybė tapti sveikatos stiprintojais, padeda dalyviams matyti, kaip šie elgiai realiuoju laiku. Taip į procesą įtraukiamas mokymasis stebint ir tarpusavio parama.



14 pav. Individo elgsenos pokyčio eiga pagal socialinės kognityvinės teorijos modelio struktūrą

Šaltinis: parengta autoriaus

Praktiškai socialinis kognityvinis modelis (14 pav.) gali būti pritaikytas įvairiose medicinos srityse. Pavyzdžiui, onkologiniai ligoniai gali dalyvauti mokymuose, kuriuos veda asmenys, galintys pasidalinti įvairiomis strategijomis ir sėkmingomis patirtimis. Šie pavyzdžiai rodo veiksmingą elgesį ir padąsina dalyvius, taip sustiprindami jų tikėjimą, kad jie patys gali imtis panašių pokyčių. Be to, intervencinėmis priemonėmis turėtų būti siekiama sukurti palankią aplinką, kuri skatintų teigiamą elgsenos pastiprinimą ir mažintų kliūtis, trukdančias keisti elgseną. Integravus strategijas, kurios stiprina saviveiksmingumą ir teikia nuolatinę socialinę paramą, programos gali būti sėkmingesnės ir paskatinti individus ilgai priimti ir išlaikyti sveikesnės elgsenos įpročius.

1.2.4. Transteorinis elgsenos pokyčių modelis

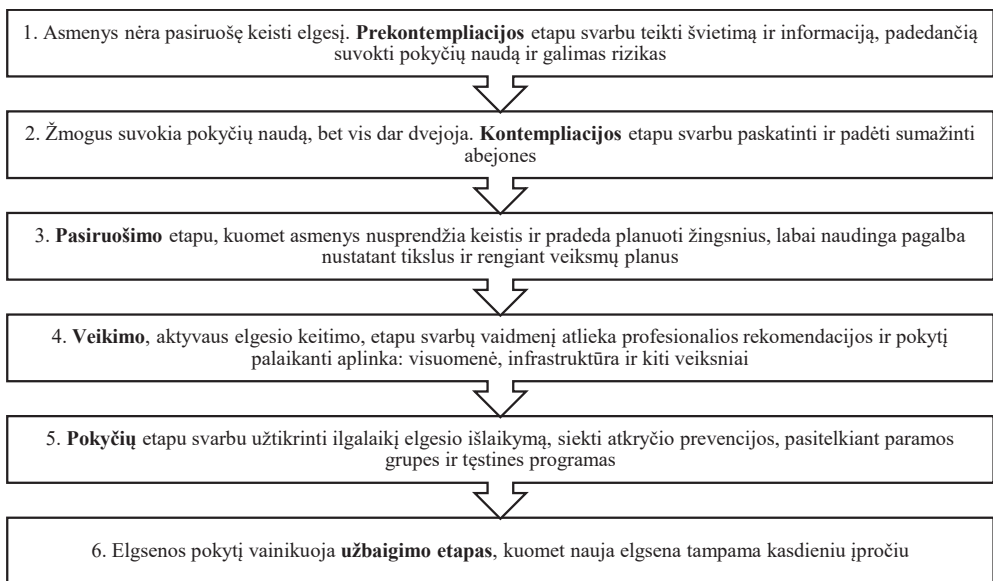
James O. Prochaska ir kt. (1983) pristatytame transteoriniame modelyje (angl. „Transtheoretical Model“) apibūdinami pokyčių etapai, kuriuos individai pereina keisdami savo elgseną. Šie etapai yra prekontempliacija (iki svarstymo), kontempliacija (svarstymas), pasiruošimas, veikimas ir pokyčio palaikymas. Šis modelis gali būti labai veiksmingas gydant priklausomybes ir valdant lėtines ligas.

Suprasdami, kuriame etape yra individas, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali pritaikyti atitinkamas intervencines priemones. Pavyzdžiui, individams, esantiems kontempliacijos etape, kuriamos individualizuotos strategijos, orientuotos į motyvacijos stiprinimą ir ambivalentiškumo mažinimą (Li ir kt., 2019). Transteoriniame modelyje pateikiamas dinamiškas požiūris į elgsenos keitimą ir pabrėžiama, kad keitimas yra procesas, kuris vyksta laikui bėgant, pereinant tam tikrus etapus:

1. *Prekontempliacija*. Šiame asmenys yra neutralūs, aktyvių veiksmų imtis neketina, todėl tokiu atveju labai svarbus švietimas ir tinkamos informacijos pateikimas, sąmoningumo didinimas, siekiant padėti suvokti pokyčių naudą ir tolesnio elgesio riziką.
2. *Kontempliacija*. Kontempliacijos etape esantys individai suvokia pokyčių naudą, tačiau vis dar dvejoja ir svarsto visus „už“ ir „prieš“. Intervencinės priemonės šiuo etapu dažnai skirtos motyvacijai stiprinti, padedant spręsti ambivalentiškumo problemą, pabrėžiant asmeninę pokyčių svarbą ir stiprinant pasitikėjimą savo gebėjimu keistis.
3. *Pasiruošimas*. Šiuo etapu individai ketina greitai imtis veiksmų ir gali pradėti daryti nedidelius pokyčius. Jiems labiausiai padeda konkrečios strategijos ir pagalba kuriant įgyvendinamus planus. Nustatant tikslus, identifikuojant dirgiklius ir ieškant išteklių, galima lengviau pereiti į veikimo etapą.
4. *Veikimas*. Veikimo etapas apima aktyvų elgesį, siekiant įveikti problemą. Čia labai svarbi profesionaliai pateikta informacija ir rekomendacijos. Svarbią reikšmę turi aplinkos palaikymas ir grįžtamojo ryšio skatinimas.

5. *Pokytis*. Individai stengiasi išlaikyti elgsenos pokyčius ilgą laiką ir užkirsti kelią atkryčiui. Išlaikyti pokyčius ir spręsti problemas, galinčias sukelti atkrytį, padeda tokios strategijos kaip paramos grupės, tolesnės programos ir nuolatinis padaršinimas.
6. *Užbaigimas*. Kai kuriuose modeliuose šis etapas laikomas galutiniu tikslu, kai individai visiškai integruoja naują elgseną į savo gyvenimą ir jiems nebereikia dėti pastangų, kad išvengtų atkryčio. Tačiau ne visi pasiekia šį etapą.

Nustatę, kuriame etape yra individas, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali veiksmingai pritaikyti intervencines priemones, kad jos atitiktų jo pasirengimą keistis. Toks individualizavimas gali apimti motyvacinių pokalbių metodus, kurie padeda neapsisprendusiems, planavimo sesijas, skirtas pasiruošimo etape esantiems individams, ir įgūdžių ugdymo seminarus tiems, kurie yra veikimo etape. Be to, transteoriniame modelyje (15 pav.) atkrytis laikomas normalia elgsenos keitimo proceso dalimi, o intervencinės priemonės turi padėti pasimokyti iš atkryčio ir toliau eiti per etapus.



15 pav. Individo pokyčių eiga pagal transteorinės elgsenos modelio struktūrą

Šaltinis: parengta autoriaus

Žinant, kad komunikacija ir švietimas yra svarbūs LNL prevencijos skatinimo elementai, šį modelį galima pristatyti kaip vieną svarbiausių. Kalbama apie žmonių savybę perimti geruosius pavyzdžius, pavyzdžiui, sveiką gyvenimo būdą. Dėl to šio teorinio modelio pritaikymas yra labai svarbus, jis gali būti įgyvendintas pasitelkiant žiniasklaidos priemones, įtakingų asmenų pasisakymus viešojoje erdvėje, kitą gerų pavyzdžių ir sėkmės istorijų komunikaciją.

1.2.5. Elgsenos ekonomikos teorijos

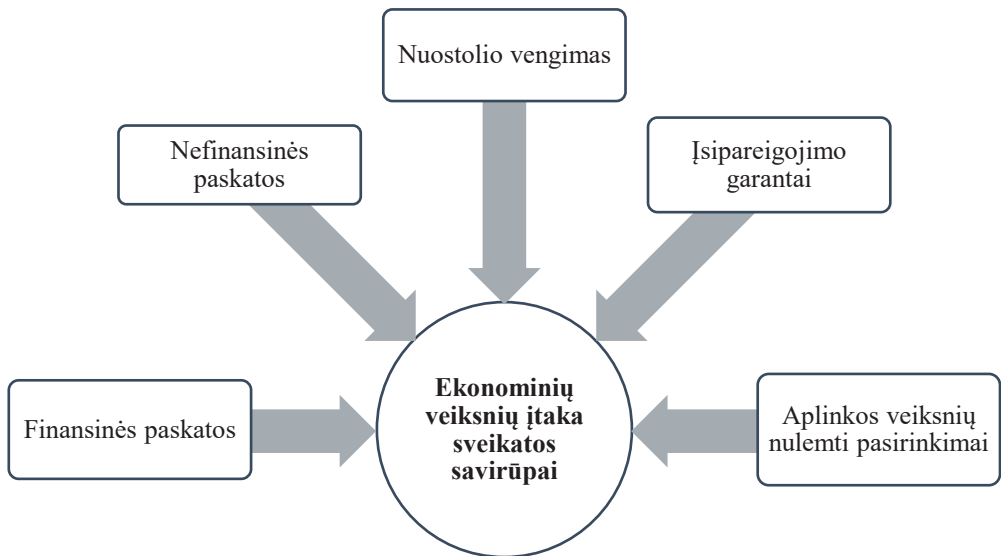
Elgsenos ekonomikoje paskatos vertinamos kaip galingos sveikatos elgsenos keitimo priemonės. Skatinimo priemonės veikia psichologinius veiksnius, skatinančius elgtis tam tikru būdu, todėl kai finansinis ar socialinis atlygis suvokiamas kaip reikšmingas, individai labiau linkę rinktis sveikesnį gyvenimo būdą (Gneezy ir kt., 2011; Rouse, 2009). Įdomu tai, kad vis labiau pripažįstamas nefinansinių paskatų, tokių kaip socialinė parama, bendruomenės pripažinimas ir geresnės asmeninės žinios sveikatos srityje, vaidmuo. Tyrimai parodė, kad šie elementai yra pagrindiniai motyvai renkan-tis savanoriškai dalyvauti sveikatos programose (Deci ir kt., 2000; Frey ir kt., 2001; Grant, 2008). Tokie vidiniai veiksniai skatina ilgalaikius įpročių pokyčius, nors ir negaunama tiesioginės finansinės naudos.

Elgsenos ekonomikoje nagrinėjama, kaip individai kartais nukrypsta nuo racio-nalaus sprendimų priėmimo, kaip organizuoti paskatas, kad būtų galima veiksmingai daryti įtaką pasirinkimams. Šioje srityje nustatomi įvairūs šališkumai ir euristicos, pavyzdžiui, nenoras patirti nuostolių, kuriuos galima panaudoti kuriant intervencines priemones, skatinančias sveikesnius įpročius:

1. *Finansinės paskatos*. Tiesioginis finansinis atlygis, pavyzdžiui, piniginės iš-mokos, nuolaidos ar kuponai, gali motyvuoti individus labiau rūpintis savo sveikata, pavyzdžiui, mesti rūkyti, tikrintis sveikatą ar didinti fizinį aktyvu-mą. Tačiau vis dar atliekami moksliniai tyrimai, susiję su elgsenos pokyčių tvarumu pasibaigus skatinimo laikotarpiui, todėl galima daryti prielaidą, kad geresnių ilgalaikių rezultatų būtų pasiekta derinant finansines ir nefinansines paskatas.
2. *Nefinansinės paskatos*. Tai socialinis ir psichologinis atlygis, pavyzdžiui, vie-šas pripažinimas, emocinis įvertinimas ir bendruomenės, šeimos ar bendradar-bių parama.
3. *Nuostolio vengimas*. Pasinaudojant žmonių polinkiu vengti nuostolio, o ne gauti lygiavertę naudą, intervencinės priemonės gali būti susijusios su iš anks-to numanomu nuostoliu, kurio žmonės stengiasi išvengti. Pavyzdžiui, reika-lavimas sumokėti užstatą, kuris prarandamas, jei neatvykstama į prevencijos programą, gali labiau motyvuoti nei lygiavertis atlygis už atvykimą.

4. *Įsipareigojimo garantai.* Tai strategijos, padedančios individams užsitikrinti, kad ateityje jie elgsis taip, kad nuosekliai siektų savo sveikatos tikslų. Įsipareigojimo sutartys, pagal kurias individai įsipareigoja pakeisti tam tikrą elgseną ir numato nuobaudas už įsipareigojimų nevykdymą, gali apriboti jų būsimus pasirinkimus taip, kad jie būtų palankesni sveikatai.
5. *Numatytosios parinktys.* Didelės įtakos elgsenai gali turėti sprendimai, kuriais pagal nutylėjimą pasirenkamas sveikatai palankus kelias. Pavyzdžiui, darbuotojų įtraukimas į sveikatingumo programas, kuomet norint jų atsakyti reikia imtis papildomų veiksmų.

Struktūrizuotas elgsenos ekonomikos teorijos modelis pateikiamas 16 paveiksle.



16 pav. Ekonomikos veiksmų įtaka sveikatos savirūpos sampratai

Šaltinis: parengta autoriaus

Derinant elgsenos ekonomikos įžvalgas su tradicinėmis sveikatos stiprinimo strategijomis, intervencinės priemonės gali veiksmingiau atliepti tiek išorinius, tiek vidinius veiksnius. Aiškiai suvokiant tai, kaip veikia paskatos, galima pritaikyti metodus, kurie ne tik inicijuotų pokyčius, bet ir juos palaikytų ilgą laiką, galiausiai padėdami kurti sveikesnes bendruomenes. Šios strategijos rodo, kaip svarbu apgalvotai derinti paskatas, kurios skatina trumpalaikę motyvaciją ir ilgalaikius elgsenos pokyčius, taip skatinant tvarų sveikatos rodiklių gerinimą.

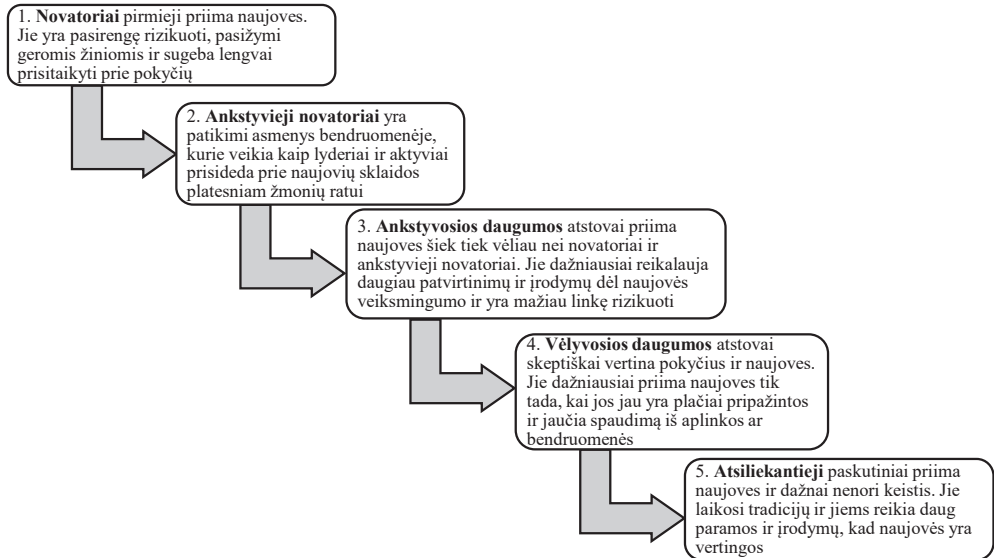
1.2.6. Inovacijų sklaidos teorija

Rogers E. M. (2003) inovacijų sklaidos teorija (angl. „Diffusion of Innovations Theory“) paaiškina, kaip, kodėl ir koku greičiu naujos idėjos ir technologijos plinta kultūroje. Modelyje išskiriamos kelios įsisavintųjų kategorijos ir teigiama, kad naujovių plitimas tarp socialinės sistemos narių yra nuspėjamas.

Pasak mokslininko, naujovės plinta populiacijoje pagal nuspėjamą dėsnį. Jis įsisavintojus skirsto į penkias grupes pagal jų norą ir gebėjimą įsisavinti naujas idėjas ar technologijas:

1. *Novatoriai* yra pirmieji, kurie priima naujoves. Jie yra linkę rizikuoti, turi daugiau žinių ir geba lengvai adaptuotis prie pakitusios aplinkos.
2. *Ankstyvieji novatoriai*. Dažnai jie yra gerbiami savo bendruomenių nuomonės lyderiai, padedantys skleisti naujas idėjas platesnei auditorijai. Tai yra novatorių sekėjai.
3. *Ankstyvoji dauguma* priima naujovę po tam tikro laiko. Jai priklausantiems individams paprastai reikia daugiau įrodymų apie naujovių naudą ir jie mažiau linkę rizikuoti nei novatoriai ir ankstyvieji įsisavintojai.
4. *Vėlyvoji dauguma* skeptiškai vertina pokyčius ir priima naujoves tik tada, kai joms pritaria dauguma. Dažnai naujovėms priimti reikia kitų spaudimo arba išorės veiksnių.
5. *Atsiliekantieji* – tai tie, kurie paskutiniai priima naujoves, paprastai dėl nenoro keistis arba skepticizmo. Dažnai jie griežtai laikosi tradicijų, o naujoms idėjoms priimti gali prireikti nemažai paramos ir įrodymų.

Sveikatos priežiūros kontekste suprasti šias kategorijas ir veiksnius gali būti nepaprastai svarbu, nes jie daro įtaką sveikatos inovacijų diegimui. Tai padeda sveikatos priežiūros specialistams ir politikos formuotojams nustatyti, kokias strategijas ir kanalus naudoti siekiant veiksmingai propaguoti naujas sveikatos priežiūros praktikas, technologijas ar priežiūros modelius. Tokie veiksniai kaip suvokiama naujovės nauda, suderinamumas su esama praktika, sudėtingumas, galimybė išbandyti ir stebėjimas gali turėti įtakos tam, kaip greitai ir plačiai naujovė pritaikoma sveikatos priežiūros sektoriuje. Struktūrizuota inovacijų sklaidos teorinio modelio schema pateikiama 17 paveiksle.



17 pav. Pokyčių visuomenėje eiga pagal inovacijų sklaidos teorijos modelį

Šaltinis: parengta autoriaus

Pasinaudodamos inovacijų sklaidos sistema, suinteresuotosios šalys galėtų pagerinti naujų sveikatos srities intervencinių priemonių įgyvendinimą, gydymo rezultatus ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo veiksmingumą.

1.3. Žmogaus elgsenos modelių taikymas prevencijos praktikoje

Aptarti teoriniai modeliai suteikia vertingų įžvalgų apie sveikatos elgsenos keitimą. Jie padeda nustatyti pagrindinius veiksnius, darančius įtaką asmenų sprendimams dėl sveikatos prevencijos pasirinkimų, įskaitant suvokiamą riziką ir naudas. Remdamiesi šiais modeliais, kurių palyginamoji analizė ir pateikiama 1 lentelėje, sveikatos priežiūros specialistai, politikos formuotojai gali parengti tikslines intervencijas, mažinančias kliūtis ir skatinančias įsitraukimą į prevencijos programas.

1 lentelė. Palyginamoji žmogaus elgsenos teorijų analizė

Kriterijus	Sveikatos įsitikinimų modelis	Planuotos elgsenos teorija	Socialinė kognityvinė teorija	Transteorinis modelis	Inovacijų sklaidos teorija
Pagrindinė idėja	Asmeninių įsitikinimų ir nuostatų įtaka elgsenai	Ketinimų įtaka elgsenai, veikiama požiūrio, normų ir kontrolės	Stebėjimo, savi-veiksmingumo ir socialinės sąveikos vaidmuo	Etapai, kuriais pereinama keisti elgesį	Kaip naujovės plinta ir priimamos socialinėje grupėje
Pagrindiniai komponentai	Susirūpinimas, nauda, kliūtys, saviveiksmingumas	Požiūris, subjektyvios normos, kontrolė	Mokymasis stebint, savi-veiksmingumas, abipusis determinizmas, pastiprinimas	Prekontempliacija, kontempliacija, pasiruošimas, veiksmas, pokytis, užbaigimas	Novatoriai, ankstyvieji, ankstyvoji dauguma, vėlyvoji dauguma, atsiliekantieji
Pagrindinis taikymo sritis	Sveikatos elgsena, prevencija, gydymas	Sveikatos elgsena, elgsenos keitimas, prevencija	Psichologija, mokymasis, socialinė sąveika, elgesio pokyčiai	Elgsenos keitimo proceso valdymas, priklausomybės, lėtinių ligų gydymas	Naujos idėjos, technologijos, praktikų sklaida
Poveikio mechanizmas	Kognityviniai įsitikinimai keičia elgseną	Ketinimai kaip veiksmas per apsisprendimą	Stebėsena ir vaidmenų modeliai, savi-veiksmingumas	Laiko ir etapas pagrįstas elgsenos keitimas	Veikėjų noras ir gebėjimas priimti inovacijas, socialinė įtaka
Svarbiausios priemonės (intervencijos)	Švietimas, informacija, motyvacija, įsitikinimų keitimas	Tikslų nustatymas, planavimas, kišimasis pagal etapą	Rolės modeliai, socialinė parama, įgūdžių ugdymas	Asmeninės konsultacijos, motyvacijos stiprinimas, stebėjimas	Kampanijos, socialinė įtaka, įtakingų asmenų vaidmuo
Pagrindiniai veiksniai	Rizika, nauda, kliūtys, savi-veiksmingumas	Požiūris, socialinis spaudimas, kontrolė	Mokymasis, savi-veiksmingumas, socialinis palaikymas	Laiko ciklai, etapas, psichologiniai veiksniai	Priėmimo didelės grupės dalyvavimas, socialinė norma, įtaka
Pagrindinė žinutė	Vieninga informacija keičia įsitikinimus ir elgseną	Ketinimai lemia elgseną, o juos formuoja požiūris, normos ir kontrolė	Mokymasis ir socialinės sąveikos svarba elgsenos pokyčiams	Pokyčiai vyksta etapais, sėkmė priklauso nuo laiko ir pasiruošimo	Naujos idėjos plinta prognozuojamai, pagal adaptacijos greitį

Šaltinis: parengta autoriaus

Sujungus teorinius žmogaus elgsenos supratimo pasiekimus su praktika ir politikos strategija, galima sukurti veiksmingų priemonių visumą, skatinančią visuomenės įsitraukimą į prevencijos programas. Tokia integracija ne tik padeda spręsti neatidėliotinas sveikatos problemas, bet ir sukuria pagrindą tvariam sveikatos gerinimui, kuris naudingas visai visuomenei. Toliau moksliniame darbe bus pristatyti galimi žmogaus elgsenos skatinimo teorinių modelių pritaikymo scenarijai.

1.3.1. Dalyvavimo sveikatos prevencijos programose skatinimas

Norint padidinti dalyvavimą sveikatos prevencijos programose, būtina strategiškai taikyti sveikatos įsitikinimų modelį ir elgsenos ekonomikos įžvalgas. Sveikatos kampanijos turėtų būti sutelktos į suvokiamos naudos didinimą. Tam galima pasitelkti sėkmės istorijas ir individų, kuriems buvo naudingos prevencinės priemonės, liudijimus (Quinn ir kt., 2021).

Paskatos gali dar labiau paskatinti elgsenos pokyčius. Sėkmės sulaukia programos, kuriose siūlomas nedidelis finansinis atlygis arba papildomos sveikatos priežiūros paslaugos už dalyvavimą atrankiniuose tyrimuose arba reguliarią sveikatos patikrą. Bendruomenės programos, kuriose dalyviai viešai įvertinami už aktyvią sveikatos priežiūrą, taip pat gali naudoti socialines paskatas, kurios padėtų gerinti visos bendruomenės sveikatą. Norint sukurti visapusį metodą, kuris leistų maksimaliai padidinti dalyvavimą sveikatos prevencijos programose, labai svarbu veiksmingai integruoti sveikatos įsitikinimų modelio ir elgsenos ekonomikos elementus. Dėmesį sutelkus į psichologinius ir motyvacinius sveikatos elgsenos veiksnius, šias strategijas galima pritaikyti prie įvairių gyventojų grupių poreikių (Khomkham ir kt., 2024).

1. *Suvokiamos naudos didinimas.* Asmenų, kuriems prevencinės priemonės davė teigiamų rezultatų, pasakojimai gali paskatinti kitų visuomenės narių aktyvesnį įsitraukimą į prevencijos programas. Teigiamas patirtis ir istorijas galima viešinti įvairiais kanalais, įskaitant žiniasklaidą, socialinius tinklus, bendruomenės renginius ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tinklus siekiant, kad jos pasiektų kuo platesnę auditoriją ir suasmenintų dalyvavimo sveikatos programose naudą.
2. *Suvokiamų kliūčių šalinimas.* Suvokiamas kliūtis galima sumažinti aiškiai informuojant apie dalyvavimo prevencijos programose logistiką, pavyzdžiui, supaprastinant vizito procesą ir užtikrinant lankstų grafiką. Susisiekimo sprendimai arba mobiliosios klinikos gali dar labiau sumažinti atvykimo į gydymo įstaigą problemas – jie padėtų žmonėms, kurie turi mobilumo problemų ar kuriems sunku planuoti vizitus.
3. *Finansinių paskatų naudojimas.* Dalyvauti prevencijos programose, pavyzdžiui, skiepytis, atvykti į atrankinius tyrimus ar sveikatos patikras, gali motyvuoti finansinės paskatos, tokios kaip nuolaidos sveikatos priežiūros pas-

laugoms arba su sveikata susijusių produktų kuponai. Šios paskatos padeda spręsti tiesiogines su išlaidomis susijusias problemas ir padidina dalyvavimo patrauklumą.

4. *Socialinės paskatos ir įvertinimas.* Viešoje erdvėje matomi ir skaitomi teigiami atsiliepimai ir gerosios patirtys yra veiksmingos priemonės, galinčios paveikti visuomenės įsitraukimą į prevencijos programas. Ypač teigiamai vertinama visuomenės padėka ar viešas paminėjimas. Toks įvertinimas skatina kitus bendruomenės narius imtis panašių veiksmų, taip pamažu kuriant sveikatinimui ir prevencijai palankią nuomonę.
5. *Nuostolio vengimas.* Galimo nuostolio baimė gali būti veiksmingas įrankis siekiant paskatinti visuomenės atsakingesnį požiūrį į prevenciją. Pavyzdžiui, didesnės sveikatos draudimų įmokos, asmenims vengiantiems naudotis prevencijos programomis, gali būti labai veiksmingas įrankis, skatinantis didesnę programų naudojimą.
6. *Elgsenos normų keitimas.* Nuoseklus prevencijos programų vykdymas, dalinimasis sėkmės istorijomis ir kitų finansinių, nefinansinių paskatų taikymas ilgainiui turi paveikti visuomenės nuomonę apie prevencijos programų naudą ir paskatinti didesnę jų naudojimą. Jeigu dauguma visuomenės dalyvaus prevencijos programose, to nedarantieji gali jaustis priversti laikytis šių naujų socialinių normų.
7. *Grįžtamasis ryšys ir tolesni veiksmai.* Informacija sveikatos pagerėjimą ar galimai išvengtą ligą gali sustiprinti elgsenos pokyčius ir paskatinti nuolatinį dalyvavimą prevencijos programose. Įsitraukimą ir motyvaciją gali palaikyti reguliarus ryšys su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais arba kitais programose aktyviai dalyvaujanciais visuomenės nariais.

Siekiant skatinti ilgalaikius sveikatos elgsenos pokyčius ir gerinti bendrus bendruomenės sveikatos rezultatus, kompleksinis požiūris apima įvairius skatinimo aspektus, tokius kaip paskatos ir socialinis pripažinimas, saviveiksmingumo didinimas ir suvokiama nauda.

1.3.2. Psichologinių kliūčių mažinimas

Didelė kliūtis, trukdanti dalyvauti sveikatos prevencijos programose, yra diagnozės ir gydymo baimė. Norint tam pasipriešinti, labai svarbios švietimo priemonės, kurios demistifikuoja medicinines procedūras ir suteikia aiškią informaciją apie anksstyvosios diagnostikos naudą ir minimalią riziką. Socialinės rinkodaros strategijos taip pat gali sustiprinti teigiamą sveikatos priežiūros elgsenos įvaizdį ir taip sumažinti stigmą (Alfaifi ir kt., 2018).

Kovai su baime ir stigma, susijusia su ligos diagnozavimu ir gydymu, reikalingas įvairiapusis požiūris, apimantis švietimą, empatišką bendravimą ir bendruomenės įtraukimą (Knapp ir kt., 2014).

1. *Edukacinės intervencijos*. Labai svarbu suteikti išsamią ir prieinamą informaciją apie prevencijos programas, jų paskirtį ir galimus ankstyvosios diagnostikos rezultatus. Viešai prieinama informacija (informaciniai lankstinukai, informacija žiniasklaidoje) gali paneigti mitus ir išsklaidyti abejones. Ši medžiaga turėtų būti parengta atsižvelgiant į demografinius, amžiaus ir lyties skirtingumus, prieinama keliomis kalbomis, kad pasiektų įvairias gyventojų grupes.
2. *Sėkmės istorijų reikšmė*. Dalijimasis istorijomis apie asmenis, kurie sėkmingai pasinaudojo sveikatos prevencijos priemonėmis, gali sumažinti baimę ir atskleisti kitas praktines šio pasirinkimo naudas. Artimos aplinkos ar bendruomenės grupės, kuriose žmonės gali aptarti savo problemas ir patirtį, taip pat gali suteikti pasitikėjimo ir praktinių patarimų.
3. *Vaizdinės priemonės ir demonstracijos*. Baimės galima sumažinti naudojant vaizdines priemones, parodančias, ko galima tikėtis medicininės procedūros metu. Tokiu būdu tai, kas nepažįstama ir gąsdina, tampa labiau pažįstama ir suprantama. Vaizdo įrašai, kuriuose paaiškinamos procedūros, gali padėti pacientams suprasti, kas jų laukia, ir taip sumažinti nerimą.
4. *Empatiški sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai*. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų mokymas empatiškai ir veiksmingai bendrauti su pacientais apie jų baimes ir rūpesčius gali sukurti palankią aplinką, skatinančią atvirumą ir pasitikėjimą. Paslaugų teikėjai turėtų būti pasirengę atsakyti į klausimus ir suteikti raminančią, faktais pagrįstą informaciją apie riziką ir naudą.
5. *Socialinės rinkodaros strategijos*. Socialinėje erdvėje pateikiamose žinutėse dalyvavimas sveikatos prevencijos programose turi būti vaizduojamas kaip norma, pagiriami tie, kurie jose dalyvauja. Tai gali padėti pakeisti visuomenės požiūrį ir paskatinti įsitraukimą ir aktyvesnį programų naudojimą.
6. *Bendruomenės įsitraukimas*. Šeimos, bendruomenės lyderių ir įtakingų asmenų įtraukimas į prevencijos programų kampanijas gali sustiprinti pasitikėjimą ir žinomumą. Visuomenės lyderiai gali padėti perteikti žinią, kad ji geriau atitiktų bendruomenės vertybes ir pabrėžtų dalyvavimo prevencijos programose naudą.
7. *Sisteminių kliūčių mažinimas*. Užtikrinta lengva prieiga prie sveikatos priežiūros paslaugų gali padėti pasiekti didesnio programų naudojimo. Tai gali būti patogesnė registracija, platesnis konsultacijų laikų pasirinkimas, išplėstas ASPĮ tinklas ir pan. Svarbus yra gero santykio su savo šeimos gydytoju palaikymas. Paslaugų teikimas pažįstamoje ir įprastoje aplinkoje taip pat gali padėti sumažinti baimes.

Įgyvendinę šias strategijas, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali veiksmingai kovoti su baimėmis išgirsti diagnozę, taip paskatinti daugiau žmonių dalyvauti

sveikatos prevencijos programose. Šie veiksmai gali padėti anksti diagnozuoti ligą, veiksmingiau valdyti sveikatos sistemą ir pagerinti visuomenės sveikatos rezultatus (Weiss ir kt., 2006).

1.3.3. Veiksmingų sveikatos srities intervencinių priemonių skatinimas

Siekiant, kad sveikatos srities intervencinės priemonės būtų veiksmingos, būtina atsižvelgti į daugialypę žmogaus elgsenos prigimtį. Integravus sveikatos įsitikinimų modelį ir elgsenos ekonomikos įžvalgas galima rengti tikslingesnes ir veiksmingesnes sveikatos kampanijas. Programomis turėtų būti siekiama informuoti žmones apie riziką sveikatai ir naudą, kartu siūlant apčiuopiamas paskatas, atitinkančias jų vertybes ir poreikius (O’Cathain ir kt., 2019).

Taip pat, būtina suvokti sudėtingą psichologinių, socialinių ir ekonominių veiksnių, darančių įtaką žmogaus elgsenai, sąveiką. Reikalingas kompleksinis požiūris, kuris neapsiribotų vien informacijos ar finansinių paskatų teikimu, bet aktyviai ir prasmingai įtrauktų individus (Turner ir kt., 2019).

1. *Žinučių suasmeninimas*. Komunikacijos priemonės turėtų būti pritaikytos atsižvelgiant į demografinius, lyties, amžiaus, išsilavinimo ir kitus aspektus. Informacijos gavėjų segmentavimo strategijos padeda geriau parengti tikslines žinutes, kurios susilauktų atgalinio ryšio. Pavyzdžiui, suaugusiesiems skirtose kampanijose gali būti akcentuojama ilgalaikė prevencijos nauda, o vyresnio amžiaus žmonėms skirtose žinutėse gali būti pabrėžiama savarankiškumo ir gyvenimo kokybės išsaugojimo svarba.
2. *Elgsenos pastiprinimas*. Teigiamas pastiprinimas ir operatyvūs priminimai gali gerokai padidinti elgsenos pokyčių tikimybę. Pavyzdžiui, iš karto pateikus grįžtamąjį ryšį programėlėje arba paskambinus po suplanuoto sveikatos patikros vizito, galima sustiprinti pacientų veiksmus ir padidinti tikimybę, kad jie ir toliau dalyvaus panašiose programose.
3. *Socialinės įtakos panaudojimas*. Socialinės įtakos elementai gali padidinti dalyvavimo prevencijos programose rodiklius. Palaikant tarpusavio iniciatyvas, kuriose žmonės gali paremti vieni kitus ir dalytis gerosiomis patirtimis, ugdomas bendruomeniškumo ir atsakomybės jausmas. Šeimos ar bendruomenės narių atsiliepimai ir rekomendacijos gali dar labiau paskatinti dalyvavimą prevencijos programose.
4. *Švietimo reikšmė skatinant prevencijos programas*. Labai svarbu ne tik informuoti apie riziką ir naudą sveikatai, bet ir panaikinti klaidingus įsitikinimus, baimes ir logistines kliūtis, kurios gali trukdyti dalyvauti programose. Intervencinės priemonės gali apimti seminarus apie sveikatos priežiūros sistemą, informavimą apie tai, kaip veikia draudimas, arba pagalbą atvykti į sveikatos priežiūros įstaigą. Suteikus žinių ir išteklių, galima sumažinti kliūtis kreiptis medicininės pagalbos ir su sveikatos priežiūra susijusias baimes.

5. *Įsipareigojimo garantų naudojimas.* Paskatinus individus viešai įsipareigoti siekti su sveikata susijusių tikslų, gali sustiprėti jų motyvacija. Dalydamiesi savo sveikatos tikslais su draugais, šeimos nariais ar bendruomenės grupėmis, jie gali jaustis labiau įsipareigoję vykdyti savo įsipareigojimus. Intervencinės priemonės taip pat gali apimti socialines sutartis, pagal kurias individai įsipareigoja laikytis tam tikros sveikatos elgsenos mainais į tarpusavio paramą ir atskaitomybę.
6. *Nuolatinė stebėseną ir grįžtamasis ryšys.* Siekiant didesnio prevencijos programų naudojimo yra svarbi komunikacija apie pokyčius nulėmusią sveikatos prevenciją. Visuomenės nariai, dalyvaujantys programose, turi jausti grįžtamąjį ryšį, kurį turi užtikrinti ASPĮ ir sveikatos priežiūros specialistai. Čia galima pasitelkti ir pažangai stebėti skirtas technologijas, pavyzdžiui, sveikatos programėles, kurios stebi fizinį aktyvumą ar mitybą, kurias naudodami žmonės gali matyti, kaip jų pastangos padeda pasiekti užsibrėžtus tikslus.
7. *Palankios aplinkos kūrimas.* Intervencinėmis priemonėmis turėtų būti siekiama sukurti aplinką, kuri palengvintų ir skatintų prevencijos programas. Fizinė ir socialinė aplinka, kurioje žmonės gyvena ir dirba, gali daryti didelę įtaką jų elgsenai ir pasirinkimams.

Įtraukus šiuos aspektus į sveikatos srities intervencines priemones, programos galėtų labiau atliepti žmonių poreikius ir taptų veiksmingesnės, tai padėtų padidinti dalyvavimą ir pagerinti sveikatos rezultatus. Visapusiškas požiūris, kai derinamas švietimas, paskatos, socialinė įtaka ir palanki aplinka, gali padėti individams priimti informacija pagrįstus sprendimus ir imtis aktyvių veiksmų savo sveikatos labui (Fischer ir kt., 2021).

1.3.4. Politinės iniciatyvos ir pokyčių skatinimas

Politikos formuotojai gali atlikti svarbų vaidmenį remdami iniciatyvas, kuriomis teikiamos tiek finansinės, tiek nefinansinės paskatos sveikatai palankiam elgesiui. Politika, pagal kurią subsidijuojamos sveikatos srities prevencinės priemonės arba suteikiamos mokesčių lengvatos už dalyvavimą sveikatos programose, gali padidinti valstybės investicijas į sveikatą (Scott ir kt., 2002). Politikos formuotojai turi puikią galimybę daryti įtaką visuomenės sveikatos rezultatams, įgyvendindami įvairias strategijas, kurioms įgyvendinti pasitelkiamos finansinės ir nefinansinės sveikos elgsenos paskatos. Šiomis iniciatyvomis galima sukurti palankią sistemą, skatinančią individus ir bendruomenes teikti pirmenybę savo sveikatai (Abduljawad ir kt., 2011).

1. *Prevencijos paslaugų subsidijavimas.* Subsidijuodami sveikatos prevencijos paslaugas, tokias kaip skiepai, tyrimai ir sveikatos patikros, politikos formuotojai gali sumažinti finansines kliūtis, kurios dažnai atgraso nuo sveikatos priežiūros paslaugų. Tokios subsidijos gali būti pritaikytos mažas pajamas gaunantiems gyventojams, taip užtikrinant teisingą pagrindinių sveikatos priežiūros

paslaugų prieinamumą. Taip ne tik padidinamas dalyvavimo prevencijos programose lygis, bet ir skatinama ilgalaikė nauda sveikatai, kuri ilgainiui gali sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas.

2. *Mokesčių lengvatos ir kreditai.* Mokesčių lengvatos, skirtos tiems, kas dalyvauja LNL prevencijos programose arba, pavyzdžiui, lanko sporto klubą, fizinio aktyvumo užsiėmimus ar sveikatingumo mokymus, gali tapti svaria finansine paskata.
3. *Sveikatingumo skatinimas darbovietėje.* Politikos formuotojai gali paskatinti darbdavius įgyvendinti sveikatingumo programas darbuotojams, skirdami dotacijas arba taikydami mokesčių lengvatas. Tarp tokių darbdavio finansuojamų iniciatyvų gali būti sporto klubo mokesčio kompensavimas, streso valdymo seminarai ar sveikos mitybos mokymai. Skatinant organizacijas investuoti į darbuotojų sveikatą, sukuriama sveikatingumo kultūra.
4. *Bendruomenės sveikatos iniciatyvos.* Finansuojant bendruomenių sveikatos iniciatyvas galima palengvinti visuomeninių organizacijų pastangas gerinti gyventojų sveikatą. Tai gali būti programos, skirtos finansuoti saugius pėsčiųjų ir dviračių takus, veiklas, kuriose, bendradarbiaujant su ASPĮ nemokamai atliekami tyrimai, visuomenei organizuojami šviečiamieji renginiai apie sveikatą. Remiant vietos sveikatinimo iniciatyvas, pripažįstama bendruomenės įsitraukimo ir atsakomybės svarba, skatinama sveikatos elgsena.
5. *Paskatos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams.* Politikos formuotojai gali įgyvendinti kompensavimo modelius, pagal kuriuos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams būtų atlyginama už prevencinių priežiūros paslaugų teikimą ir sėkmingą pacientų įtraukimą į sveiką gyvenimą. Tokiuose modeliuose gali būti taikomos apmokėjimo už rezultatus programos, pagal kurias paslaugų teikėjai būtų skatinami atsižvelgiant į jų pacientų sveikatos rezultatus, taip veiksmingai suderinant finansines paskatas su pacientų sveikatos gerinimu.
6. *Visuomenės informavimo kampanijos.* Veiksmingos visuomenės informavimo ir švietimo kampanijos gali pagerinti supratimą apie sveikatos prevencijos programų naudą, informuoti apie esamas paskatas jomis naudotis. Taikydami veiksmingas komunikacijos strategijas, politikos formuotojai gali šviesti visuomenę apie tai, kaip gauti finansines ir nefinansines naudas, naudotis turimais ištekliais ir rūpintis savo sveikata.
7. *Bendradarbiavimas su nepelno organizacijomis ir privačiu sektoriumi.* Politikos formuotojai gali skatinti viešojo ir privačiojo sektorių partnerystę su nepelno organizacijomis, įmonėmis ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, kad būtų sukurtas vieningas požiūris į LNL prevenciją. Bendradarbiavimas įgyvendinant paskatų programas, kuriose sujungiami ištekliai ir patirtis, gali padidinti sveikatos paslaugų pasiekiamumą ir veiksmingumą.

Ši visapusė parama gali padėti ilgam pagerinti visuomenės sveikatos rezultatus ir sumažinti bendrą lėtinių ligų naštą, tenkančią sveikatos sektoriui, taip prisidedant prie sveikesnės visuomenės kūrimo (Wait ir kt., 2006).

1.4. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos strategijų teorinė analizė

Reaguodama į augančią neužkrečiamųjų ligų (LNL) statistiką, PSO sukūrė daugiaplanį strateginį požiūrį, kuriuo siekiama įgyvendinti veiksmingas prevencijos programas, siekiant sumažinti LNL poveikį visuomenės sveikatai (World Health Organization, 2022). Šiame skyriuje gilinamasi į pagrindinius PSO ir mokslininkų nagrinėjančių prevencijos strategijų modelius ir jų pritaikymo galimybes, darbus.

PSO strategijų metodologija pagrįsta esminiu supratimu, kad daugelio neužkrečiamųjų ligų galima išvengti koordinuotomis daugiapakopėmis pastangomis, orientuotomis į tarptautines, nacionalines ir bendruomenines sritis (Lee, 2008). Šio požiūrio pagrindas yra penki tarpusavyje susiję principai (žr. 18 pav.), skirti skatinti tvarius pokyčius ir mažinti LNL poveikį visame pasaulyje (World Health Organization, 2024).



18 pav. PSO strateginiai LNL prevencijos principai

Šaltinis: parengta autoriaus

Prevencija keičiant rizikos veiksnius. PSO strategijos pagrindas – nukreipti ir mažinti keičiamus rizikos veiksnius, kurie reikšmingai prisideda prie LNL paplitimo. Šių elgsio ir aplinkos veiksnių šalinimas yra svarbus siekiant sumažinti ligų paplitimą:

- tabako vartojimas: pripažintas pagrindiniu daugelio neužkrečiamųjų ligų, įskaitant koronarinę širdies ligą, insultą ir įvairius vėžio atvejus, rizikos veiksniumi. PSO pasisako už visapuses tabako kontrolės strategijas, apimančias didelius mokesčius, reklamos draudimus, aplinką be dūmų ir visuomenės švietimo kampanijas, skirtas atgrasyti nuo tabako vartojimo;
- nesveika mityba: labai svarbu skatinti subalansuotą mitybą. Būtina politika, skatinanti didesnę vaisių, daržovių ir neskaldytų grūdų vartojimą, kartu mažinant druskos, cukraus ir nesveikų riebalų kiekį. Reguliavimo priemonės, tokios kaip privalomas maisto produktų ženklavimas, nesveiko maisto, ypač vaikams, rinkodaros apribojimai ir finansinės paskatos, tokios kaip subsidijos už sveikesnes alternatyvas, skatina sveikesnius mitybos įpročius;
- fizinis neaktyvumas: sėslus gyvenimo būdas yra svarbus nutukimo, hipertenzijos ir 2 tipo diabeto veiksnys. Reguliarios fizinės veiklos skatinimas, įskaitant vaikščiojimą pėsčiomis, aktyvų transportą, mokyklose vykdomas programas ir darbo vietoje vykdomas sveikatingumo iniciatyvas, yra neatsiejama rizikos mažinimo dalis;
- alkoholio vartojimas: per didelis alkoholio vartojimas koreliuoja su kepenų ligomis, vėžiu ir širdies bei kraujagyslių ligomis. Strategijos apima alkoholinių produktų apmokestinimą, reklamos apribojimus, pardavimo valandų ribojimą ir bendruomenės švietimą, siekiant sumažinti su alkoholiu susijusią žalą.

Visuomenės informavimo kampanijos apima daugiau nei vyriausybės iniciatyvas, kuriomis siekiama gilinti supratimą apie gyvenimo būdo pokyčius, kurie gali gerokai sumažinti neužkrečiamųjų ligų paplitimą.

Sveikatos sistemų stiprinimas, siekiant pagerinti ankstyvąją ligų diagnostiką ir gydymą.

Veiksminga LNL kontrolė priklauso nuo veiksmingai veikiančių sveikatos sistemų, gebančių laiku diagnozuoti ligas, jas gydyti ir teikti reabilitacijos paslaugas. Būtina atkreipti dėmesį į šiuos sveikatos sistemų elementus:

- integracija į pirminę sveikatos priežiūrą: LNL prevencijos ir valdymo integravimas į pirminę sveikatos priežiūrą užtikrina platesnę prieigą, skatina priežiūros tęstinumą ir sudaro sąlygas visapusiškai sveikatos stiprinimui;
- visuomenės sveikatos tikrinimas: reguliarius tokių ligų kaip hipertenzija ir diabetas patikrinimas leidžia anksti nustatyti ligas, ir tai labai svarbu siekiant išvengti komplikacijų ir pagerinti sveikatos rezultatus;

- standartizuotos gydymo kryptys: įrodymais pagrįstų protokolų kūrimas ir platinimas užtikrina pacientų priežiūros nuoseklumą ir kokybę, o nepertraukiamas būtinausių vaistų prieinamumas yra itin svarbus;
- pacientų švietimas ir įgalinimas: pacientų įtraukimas į švietimą gerina gydymo režimų laikymąsi ir skatina gyvenimo būdo pokyčius, būtinus norint veiksmingai valdyti lėtines ligas.

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas. Pripažindama, kad sveikatai įtakos turi daugybė visuomeninių veiksnių, PSO pabrėžia bendradarbiavimo, apimančio ne tik sveikatos sektorių, svarbą:

- švietimo sektorius: sveikatos raštingumo įtraukimas į mokyklų programas skatina ankstyvą sveikų įpročių formavimąsi;
- žemės ūkis ir maisto pramonė: skatinama maistingų maisto produktų gamyba ir prekyba, kartu taikant reglamentus, ribojančius nesveikų pasirinkimų propagavimą;
- miesto planavimas ir transportas: projektuojama aktyvų gyvenimo būdą skatinanti pastatų aplinka, įskaitant parkus, pėsčiųjų zonas ir dviračių infrastruktūrą;
- darbo vietos: įgyvendinamos sveikatingumo programos, skatinančios sveiką darbuotojų elgesį.

Šios bendros pastangos puoselėja sveikatai palankią aplinką, integruojant sveikatos stiprinimą į kasdienio gyvenimo ir politikos struktūrą.

Tyrimais, stebėjimais ir duomenimis pagrįsta politika. Veiksmingos strategijos sukurtos vadovaujantis pagrįstais duomenimis, kontrolė ir korekcijos laiku:

- stebėjimo sistemos: ligų modelius, rizikos veiksnius ir intervencijos rezultatus stebinčių duomenų bazių kūrimas ir tvarkymas padeda koreguoti politiką;
- tyrimų iniciatyvos: remiant tyrimus, kuriais vertinamas prevencijos ir gydymo strategijų veiksmingumas, užtikrinama, kad politika būtų pagrįsta geriausiais turimais įrodymais;
- gerosios praktikos dalijimasis: tarptautinio bendradarbiavimo skatinimas palengvina sėkmingų metodų sklaidą, skatindamas nuolatinį tobulėjimą visose strategijų vykdymo plane numatytose grandyse;
- patikimi duomenys: jie leidžia politikos formuotojams naudingai paskirstyti išteklius ir tinkamai pritaikyti intervencijas konkrečioms gyventojų grupėms, maksimaliai padidinant jų veiksmingumą ir tvarumą.

Politikos kūrimas, pasaulinis bendradarbiavimas ir išteklių mobilizavimas. Neinfekcinių ligų sudėtingumas ir mastas reikalauja vieningo tarptautinio atsako, pagrįsto tvirta politika ir skirtais ištekliais pasaulyje (World Health Organization, 2024):

- visuotiniai veiksmų planai: PSO 2013–2020 m. pasauliniame veiksmų plane nustatyti aiškūs tikslai, pavyzdžiui, 25 % sumažinti tabako vartojimą, 10 % sumažinti žalingą alkoholio vartojimą ir 30 % sumažinti druskos suvartojimą. Šie tikslai suteikia išmatuojamus kriterijus ir skatina atskaitomybę;
- nacionalinė politika ir reglamentai: šalys raginamos kurti ir įgyvendinti nacionalines strategijas, suderintas su PSO rekomendacijomis ir strateginėmis kryptimis, sukuriant nuoseklią ir veiksmingą LNL prevencijos ir kontrolės sistemą;
- partnerystė ir finansavimas: tarptautinis bendradarbiavimas prisideda prie išteklių sutelkimo, techninių išteklių planavimo ir programų tobulinimo. Šios partnerystės padeda spręsti finansinius trūkumus ir skatina bendrus įsipareigojimus mažinant LNL visame pasaulyje.

Sėkmingas PSO strateginės programos pavertimas apčiuopiamais rezultatais priklauso nuo politinės valios, tinkamo finansavimo ir aktyvaus bendruomenių įsitraukimo. Šalys, kurios palaiko PSO strategiją, pastebėjo didelį rizikos veiksnių paplitimo sumažėjimą ir sveikatos rezultatų pagerėjimą.

Pavyzdžiui, šalys, kurios padidino tabako apmokestinimą ir reklamos apribojimus, dažnai praneša apie rūkymo rodiklių sumažėjimą; panašiai švietimo kampanijos ir aplinkos pakeitimai skatina sveikesnį gyvenimo būdą. Neinfekcinių ligų prevencijos integravimas į visuotinį sveikatos draudimą užtikrina, kad geras prieinamumas prie pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų taptų standartu, mažinant skirtumus ir skatinant atsparumą.

Pagrindinis šios daugiasluoksnės strategijos tikslas – reikšmingai sumažinti priešlaikinį mirtingumą, susijusį su LNL, kartu pagerinant visų gyventojų gyvenimo kokybę. Šie tikslai pabrėžia išmatuojamą rizikos veiksnių sumažinimą, ankstyvos diagnostikos gerinimą ir geresnį lėtinių ligų valdymą.

Ilgalaikėje perspektyvoje PSO strategija remiasi vizija, kur sveikatą stiprinanti aplinka ir prevencijos rekomendacijomis besivadovaujantys gyventojai padės pasiekti mažesnius LNL rodiklius (World Health Organization, 2024). Ši vizija apima paradigmos pokytį – nuo ligų gydymo prie jų prevencijos, kurį palaikytų politika, siekianti sveikatos aspektus įtraukti į visus visuomenės sektorius. Aptartų strategijų vystymas susiduria su daugybe kliūčių, tokių kaip (World Health Organization, 2024):

- ribotos lėšos: daugelis mažas pajamas gaunančių šalių susiduria su sunkumais finansuojamos sveikatos sistemas, galinčias finansuoti veiksmingas prevencijos ir gydymo programas;
- pramonės pasipriešinimas: galingi tokių sektorių kaip tabakas, alkoholis ir perdirbti maisto produktai komerciniai interesai dažnai lemia pasipriešinimą politikai, kuria siekiama sumažinti tokių produktų vartojimą;
- socialinė nelygybė: socialinė ir ekonominė nelygybė didina neužkrečiamųjų ligų našta pažeidžiamoms gyventojų grupėms;

- kultūrinės kliūtys: giliai įsišaknijusios kultūrinės normos ir asmeniniai įpročiai gali trukdyti elgesio keitimo iniciatyvoms.

Nepaisant to, šios kliūtys taip pat atveria galimybes inovacijoms (Lee, 2008):

- skaitmeninių sveikatos priemonių, tokių kaip mobiliosios programėlės, telemedicina ir nešiojamieji įrenginiai, panaudojimas gali išplėsti pasiekiamumą ir suasmeninti intervencijas;
- valstybinių, politinių ir visuomeninių organizacijų susivienijimas gali spręsti socialinius veiksnius, skatinant aplinką, kuri palaiko sveikesnį pasirinkimą;
- diplomatija, įtakingų visuomenės narių vieši pasisakymai ir nuomonės formavimas gali neutralizuoti pramonės lobizmą, teikiant pirmenybę visuomenės sveikatos interesams.

Žvelgdama į ateitį, PSO siekia patobulinti ir išplėsti savo strateginį požiūrį, įtraukdama technologinę pažangą ir atsižvelgdama į gautas pamokas (World Health Organization, 2024):

- skaitmeninės sveikatos integracija: naudojant realiuoju laiku renkamus duomenis, dirbtiniu intelektu pagrįstą analizę ir suasmenintas sveikatos stiprinimo priemones, didinamas reagavimo ir prisitaikymo gebėjimas;
- bendruomenės įtraukimas: bendruomenių įsitraukimas į politikos kūrimą ir įgyvendinimą gali sustiprinti strategijas ir padėti jas veiksmingiau įgyvendinti;
- inovatyvus finansavimas: naujų finansavimo mechanizmų, tokių kaip sveikatos obligacijos ar draudimo schemas, kūrimas ilgalaikėms iniciatyvoms remti.

PSO strategija, skirta kovai su neužkrečiamosiomis ligomis, yra holistinio, daugialypio požiūrio, būtino sprendžiant šiuos sudėtingus sveikatos iššūkius, pavyzdys. Akcentuojant prevenciją, stiprią sveikatos sistemų infrastruktūrą, skatinant tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir pasitelkiant mokslinius duomenis, ši strategija gali padėti reikšmingai sumažinti LNL našta sveikatos sistemoms. Nors kliūčių vis dar yra, nuolatiniškas įsipareigojimas kurti veiksmingas strategijas, novatoriški sprendimai ir aktyvus bendruomenės dalyvavimas yra svarbiausi komponentai keičiant sveikatos politiką Lietuvoje ir pasaulyje. Šių tikslų pasiekimas ne tik padeda išgelbėti gyvybes, bet ir sukurti sveikesnę visuomenę, prisidedančią prie valstybės gerovės kūrimo.

Mokslininkai, tiriantys sveikatos prevencijos strategijas, pritaria PSO pozicijai ir taip labai prisideda pateikdami savo išvalgas ir ekspertines rekomendacijas, grįžtas moksliniais tyrimais. Mokslininkų teigimu, veiksminga ligų prevencija apima visapusišką požiūrį, atitinkantį natūralią ligos progresavimo eigą, apimančią penkis pagrindinius etapus: pradinį, jautrumo, iki klinikinį, klinikinį ir pasveikimo arba negalios ir mirties (Kisling ir kt., 2023). Siekiant įveikti šiuos etapus, prevencijos strategijos skirstomos į penkis lygius: pirmąjį, pirminį, antrinį, tretinį ir ketvirtinį. Kiekvienas iš jų skir-

tas konkrečioms ligos vystymosi ir progresavimo momentams. Svarbu pastebėti, kad šioje mokslinio darbo dalyje analizuojamų mokslininkų darbai parodė, platesnę nei standartiškai priimtina ligų prevencijos klasifikaciją į penkias kategorijas. Šis platesnis požiūris suteikia galimybę išsamiau paanalizuoti prevencijos teorinius aspektus, tačiau tolesnėje dalyje bus laikomasi standartinės Lietuvos ir kitų Europos sąjungos šalių sveikatos apsaugos sistemoms įprastos klasifikacijos, apimančios tris lygius.

Pirmapradės prevencijos tikslas – sušvelninti socialinius ir aplinkos veiksnius, kurie nulemia ligas. Šis proaktyvus požiūris apima plačias politikos iniciatyvas ir visuomeninius pokyčius, siekiant pakeisti rizikos veiksnius nuo ankstyvo gyvenimo. Pavyzdžiui, saugios miesto aplinkos su tokiais patogumais kaip šaligatviai kūrimo skatinimas didina fizinį aktyvumą, taip sumažinama su nutukimu ir širdies ir kraujagyslių ligomis susijusi rizika (D'Alessandro ir kt., 2017). Tokios strategijos yra esminės formuojant sveikatą stiprinantį aplinką populiacijos lygmeniu (Rose, 1981).

Pirminė prevencija yra skirta užkirsti kelią ligų atsiradimui, darant įtaką asmenų sveikatą. Vakcinacijos programos yra puikūs pavyzdžiai, veiksmingai užkertantys kelią infekcinėms ligoms, o sveikatos stiprinimo kampanijos skatina gyvenimo būdo pokyčius, tokius kaip sveika mityba, reguliarus mankštiniavimas ir rūkymo metimas, kurie yra labai svarbūs mažinant lėtinių ligų riziką (Kisling ir kt., 2023). Šis lygis labai priklauso nuo sveikatos švietimo ir elgsenos pokyčio, pritaikyto individualiems rizikos profiliams.

Antrinė prevencija apima ankstyvą iki klinikinių ar besimptomų ligų nustatymą, taikant prevencijos programas, leidžiančias laiku imtis intervencijų, siekiant sustabdyti arba sulėtinti ligos progresavimą. Pavyzdžiui, PAP tepinėlio patikra nustato gimdos kaklelio ligas, kol jos netampa vėžiniais susirgimais (Burke ir kt., 1997). Reguliari patikra ir ankstyvas gydymas yra gyvybiškai svarbūs komponentai mažinant su įvairiomis ligomis susijusį sergamumą ir mirtingumą.

Tretinė prevencija skirta asmenims, sergantiems jau nustatyta liga, siekiant sumažinti negalią ir užkirsti kelią tolesniam būklės blogėjimui. Reabilitacijos programos, tokios kaip širdies reabilitacija ir diabetinės pėdos gydymas, yra tretinių priemonių, gerinančių gyvenimo kokybę ir užkertančių kelią komplikacijoms, pavyzdžiai (Kisling ir kt., 2023). Veiksmingai tretinei prevencijai reikalinga tarpdisciplininė priežiūra ir paciento įtraukimas.

Ketvirtinė prevencija orientuota į pacientų apsaugą nuo nereikalingų ar žalingų medicininių intervencijų, pabrėžiant etišką sveikatos priežiūros praktiką ir į pacientą orientuotą sprendimų priėmimą (Kisling ir kt., 2023). Šis požiūris padeda išvengti per dažnos diagnostikos ir per dažno gydymo, užtikrinant, kad intervencijos būtų tikrai naudingos.

Įgyvendinant šias prevencijos strategijas susiduriama su tam tikrai sunkumais: PSO rekomendacijų sudėtingumu, išteklių ribotumu ir dinamiška visuomenės sveikatos būklės kaita. Veiksmingas tarpinstitucinis bendravimas ir nuolatinis sveikatos

priežiūros sistemos dalyvių švietimas yra būtini, siekiant užtikrinti savalaikį ir tinkamą prevencijos programų taikymą (Watt, 2005).

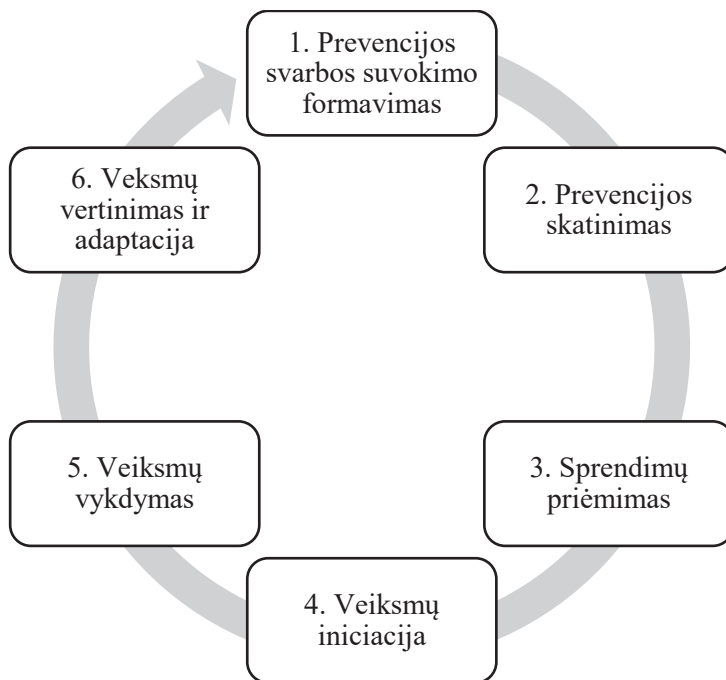
Tyrimai rodo, kad prevencijos programų laikymasis daro didelę įtaką jų sėkmei, ypač širdies ir kraujagyslių sveikatos srityje (Burke ir kt., 1997). Elgesio strategijos, tokios kaip savikontrolė ir pasitikėjimo stiprinimas, yra veiksmingos gerinant atitiktį reikalavimams, ir tai yra labai svarbu ilgalaikiams sveikatos rezultatams. Be to, visuomenėms pritaikyti metodai yra labai svarbūs tvariam sveikatos gerinimui. Rose (1981) pabrėžė, kad bendruomeninių rizikos veiksnių taikymas ir socialinių veiksnių modifikavimas gali lemti veiksmingesnį ligų mažinimą nei dėmesys vien tik didelės rizikos asmenims. Dėl to visuomenės sveikatos iniciatyvos turėtų teikti pirmenybę programoms, paremtoms individualiomis strategijomis ir nukreiptomis į atskiras bendruomenes.

Sveikatos sistemoms, susiduriant su didėjančia neinfekcinių ligų našta, pabrėžiama gyvenimo būdo ir aplinkos pokyčių svarba prevencijai. Strategijų modeliavimas, siekiant skatinti sveikesnį elgesį, remiasi tarpinstituciniu bendradarbiavimu, politikos reformomis ir bendruomenės įtraukimu (Budrevičiūtė ir kt., 2020). Svarbi reikšmė teikiama mitybai, fiziniam aktyvumui, rūkymo metimui ir svorio valdymui.

Įvertinus išanalizuotą informaciją, galima teigti, kad integruotas, daugiapakopis požiūris į prevenciją, apimantis visas keturis prevencijos lygius, yra būtinas kovojant su neinfekcinėmis ligomis. Suderinus veiksmus skirtinguose politikos formavimo ir vykdymo lygmenyse ir sektoriuose, sveikatos priežiūros sistemos gali veiksmingiau sumažinti ligų paplitimą ir rizikas, pagerinti visuomenės sveikatą ir sustiprinti sveikatos sistemas.

Susisteminant teorinę dalį ir atsižvelgiant į analizuotą medžiagą apie žmogaus elgseną, elgsenos teorijas ir skatinimo formas, galima sukurti modelį, paremtą žmogaus elgsenos, priimant sprendimus dėl ligų prevencijos programų pasirinkimo, analize. Modelis parodo, kad žmogaus elgsena ir iš įvairių motyvų susidedančios paskatos gali veiksmingai skatinti asmenų sprendimus dėl dalyvavimo sveikatos prevencijos programose. Tai leidžia sistemingai ir nuosekliai spręsti problemas, susijusias su visuomenės sveikata.

Prevencijos programų skatinimo teorinis modelis apima šešis pagrindinius etapus (19 pav.). Jis orientuotas į žmonių elgseną ir sprendimų dėl prevencijos programų naudojimo priėmimą, pabrėžia svarbias elgsenos teorijas ir skatinimo formas, galinčias paveikti sveikatos rezultatų gerinimą. Atkreipus dėmesį į kiekvieną etapą, galima sukurti veiksmingą sistemą, kuri skatintų asmenis dalyvauti prevencijos programose.



19 pav. LNL prevencijos skatinimo etapai

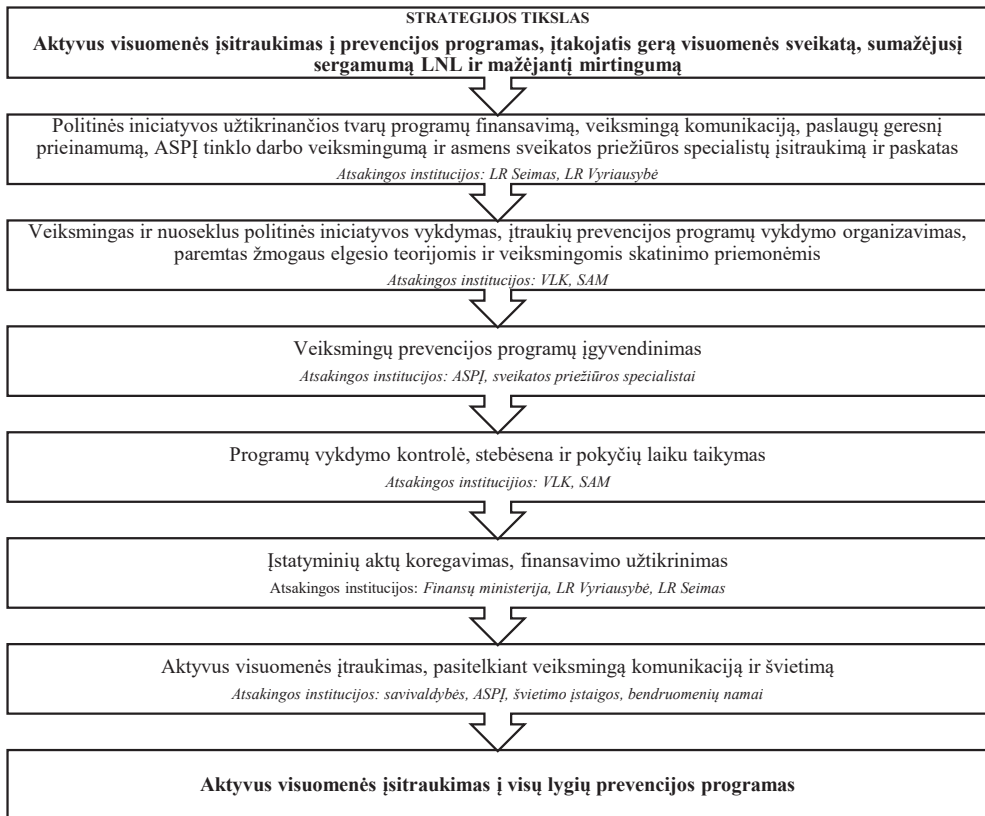
Šaltinis: parengta autoriaus

LNL prevencijos skatinimo etapų detalizacija:

1. Suvokimo formavimas: naudoti elgsenos modelius, kad būtų nustatyta, kaip informacija gali paveikti žmonių suvokimą apie sveikatą; naudoti švietimo programas, skirtas informuoti gyventojus apie ligų prevencijos naudą.
2. Prevencijos skatinimas: pasiūlyti finansines (pavyzdžiui, nuolaidos, premijos) ir nefinansines (pavyzdžiui, pagyrimas) paskatas; didinti žmonių saviveiksmingumą per teigiamą informaciją.
3. Sprendimų priėmimas: stiprinti komunikaciją ir šviečiant visuomenę skatinti dalyvavimą prevencijos programose; individualizuoti sprendimus, kad jie atitiktų skirtingų grupių poreikius; didinti programų finansavimą.
4. Veiksmų iniciacija: raginti veikti, pabrėžiant svarbą ir laiką pasinaudoti paslaugomis; užtikrinti lengvą prieigą prie prevencinių paslaugų; siekti racionalaus ir veiksmingo lėšų panaudojimo; užtikrinti bendruomenės paramą.
5. Veiksmų vykdymas: įdiegti grįžtamojo ryšio sistemas, kad būtų galima stebėti programų eigą; skatinti bendruomeninę paramą dalyviams.

6. Įvertinimas ir pritaikymas: nuolat vertinti programų naudingumą ir adaptuoti strategijas; įtraukti politikos formuotojus, kad užtikrintų šių programų tęstinumą ir finansavimą.

Remiantis skyriuje aptartomis teorinėmis skatinimo, žmogaus elgsenos ir strategijų kūrimo išvalgomis, pateikiamas teorinis LNL prevencijos skatinimo strategijos modelis (20 pav.), kurio tikslas – didesnis visuomenės įsitraukimas į prevencijos programas.



20 pav. LNL prevencijos skatinimo strategijos teorinis modelis

Šaltinis: parengta autoriaus

Modelio įgyvendinimo planas paremtas aktyviu paslaugos teikėjų ir visuomenės (programų naudotojų) įtraukimu. Čia labai svarbi komunikacija ir programų viešinimas. Atlikta statistinių duomenų analizė, kuri bus pristatyta kitose mokslinio darbo

dalyse, atskleidė programų viešinimo spragas. Kaip rodo mokslinė literatūra (Redmond N. ir kt. 2010), informacijos sklaida ir jos pateikimo formos yra labai svarbios. Netinkami komunikacijos akcentai iš esmės lemia ribotą sklaidą ir pasiekiamos auditorijos dydį.

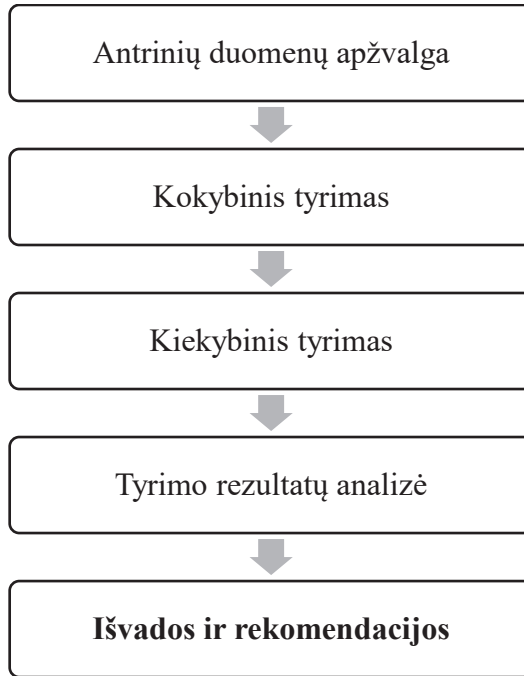
Visuomenė ir jos įsitraukimas, dalinimasis gerais pavyzdžiais yra kitas labai svarbus aspektas, siekiant suaktyvinti įsitraukimą į prevencijos programas, paskatinti jomis naudotis. Dėl to bendruomenės lyderių įsitraukimas yra itin svarbus ir svariai komunikaciją papildantis elementas. Kiti aspektai, į kuriuos svarbu atsižvelgti, yra amžius, gyvenamoji vieta ir lytis. Programų prieinamumo užtikrinimas yra kompleksinis tikslas, susijęs su politiniais sprendimais, ASPĮ darbo organizavimu. Čia labai svarbus tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir reakcija laiku, gebėjimas daryti pokyčius. Apibendrinant teorinėje dalyje pateiktą prevencijos programų skatinimo modelį svarbu pabrėžti, kad viešinimas ir komunikacija, ASPĮ darbo organizavimas, bendruomenės įsitraukimas, politiniai sprendimai ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra esminiai LNL prevencijos skatinimo teorinio modelio įgyvendinimo elementai. Toliau darbe jie bus nagrinėjami išsamiau, siekiant įvertinti praktines jų pritaikymo galimybes ir poveikį prevencijos programų naudojimo skatinimui.

II.

Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo tyrimo metodologija

Mokslinės literatūros analizė, jos vertinimas leidžia geriau suprasti nagrinėjamos temos objektą, išanalizuoti paskatų klasifikaciją, teorines apibrėžtis, skirtingų autorių nuomones ir temos interpretacijas. Surinkta informacija leidžia geriau suprasti nagrinėjamos temos objektą. Norint pagrįsti darbe pristatytus teorinius aspektus, atsiranda poreikis atlikti empirinius tyrimus, išsiaiškinti į visuomenę nukreiptų paskatų poveikį naudojimosi prevencijos programomis skatinimui ir taip geriau suprasti, kokie skatinimo veiksniai lemia visuomenės pasirinkimų aktyviau dalyvauti prevencijos programose priežastis. Tyrimo loginė schema pateikiama 21 paveiksle.

Šioje disertacinio darbo dalyje pagrindžiama empirinių (kokybinio, kiekybinio ir statistinio) tyrimų metodologija, pristatoma empirinio tyrimo vykdymo eiga, aptariamų duomenų rinkimo metodai, pristatoma gautų duomenų vertinimo metodika, duomenų šaltiniai.



21 pav. Empirinių tyrimų atlikimo loginė schema

Šaltinis: parengta autoriaus

2.1. Filosofiniai ir teoriniai empirinių tyrimų sudarymo pagrindai

Antrinių statistinių duomenų naudojimas yra vertingas analizės įrankis, nes šiuo būdu panaudojami esami ištekliai naujiems klausimams tirti arba ankstesniems tyrimams pakartoti, taip sumažinant su duomenų rinkimu susijusias išlaidas ir laiką. Antrinių duomenų analizė atlikta remiantis jau surinktais statistiniais duomenimis, juos pritaikant, t. y. apibendrinant ir susisteminant pagal konkretaus mokslinio darbo poreikius. Tai yra ekonomiškai naudinga tyrimo priemonė, leidžianti geriau suprasti tiriamą reiškinį be išsamaus naujų duomenų rinkimo proceso (Smith, 2008).

Antriniai duomenys – tai duomenys, iš pradžių surinkti kito tyrėjo arba kitu tikslu, bet vėliau analizuojami siekiant atsakyti į naujus tyrimo klausimus (Vartanian, 2010). Duomenys apima platų informacijos spektrą, įskaitant apklausų duomenis, administracinius įrašus ir kitą statistinę informaciją, saugomą duomenų bazėse. Antrinių duomenų analizė teoriškai modeliuojama remiantis pirminių duomenų rinkimo sąvokomis, tačiau reikalauja papildomų svarstymų, susijusių su duomenų tinkamu-

mu ir pradiniu duomenų rinkimo kontekstu, tiksliau su komponentais, kurie yra labai svarbūs siekiant užtikrinti naujų tyrimų rezultatų pagrįstumą (Heaton, 2004).

Išvadų, padarytų remiantis antriniais duomenimis, pagrįstumas labai priklauso nuo duomenų tinkamumo naujam tyrimui, duomenų rinkimo proceso patikimumo ir nuo to, kiek duomenys tiksliai atspindi tiriamą populiaciją (Kiecolt ir kt., 1985). Hipotezių tikrinimas antrinėje duomenų analizėje apima tuos pačius statistinius testus kaip ir pirminių duomenų analizėje, pavyzdžiui, t testus, ANOVA arba chi kvadrato testus, kuriuose ypatingas dėmesys skiriamas pirminiems duomenų rinkimo motyvams (Dale ir kt., 1988). Antrinius duomenis dažnai reikia atidžiai apsvarstyti taikant regresijos modelius, kad būtų atsižvelgta į galimas paklaidas arba nesutampančias duomenų, surinktų pagal skirtingas prielaidas, vertes (Awang, 2012).

Prieš atliekant analizę antriniai duomenys turi būti kruopščiai patikrinti, turi būti įsitikinta, ar jie yra tikslūs, nuoseklūs ir išsamūs, ar patikimas duomenų šaltinis. Metodai, įskaitant duomenų surinkimą, patvirtinimą ir priskyrimą, neatsiejami nuo antrinių duomenų paruošimo analizei (Horton ir kt., 2007).

Kokybinis tyrimas remiasi tuo, kad tikrovė socialiai konstruojama per žmonių sąveiką ir patirtį. Kokybinis tyrimas paremtas empiriniais stebėjimais ir matavimais, kuriais siekiama nustatyti universalius žmogaus elgesį veikiančius dėsnius. Konstruktyvistinis požiūris pabrėžia subjektyvią tikrovės interpretaciją, pabrėžiant, kad mūsų pasaulio supratimui įtakos turi mūsų istorinės, kultūrinės ir individualios perspektyvos ir patirtys. Šiame kontekste veikia tyrėjas, siekdamas suprasti ir įvertinti tiriamąjį objektą. Tyrėjas tai atlieka betarpiškai komunikuodamas su tiriamojo objekto dalyviais ir jų aplinka (Denzin ir kt. 2005).

Kokybinis tyrimas pagrįstas interpretavimo filosofija ir yra neatsiejamas nuo subjektyvaus tyrėjo požiūrio. Kaip teigia Saunders M. (2007), tyrimo rezultatų išsamumui labai svarbi aplinka tyrimo metu ir tarpusavio pasitikėjimo jausmas, skatinantis tyrėjo ir apklausoje dalyvaujančio asmens bendradarbiavimą, leidžiantį tyrėjui geriau suprasti ir įvertinti gautą informaciją. Kokybinis tyrimas dažniau pasirenkamas tuomet, kai atsiranda poreikis patikslinti ir išplėtoti esamus tyrimų rezultatus, atliktus kitų tyrėjų. Kokybinio duomenų rinkimui nenaudojama standartizuota forma, todėl tyrimo metu klausimynas gali būti keičiamas. Šio tyrimo tikslas – surinkti tikslių ir analizuojamą problemą patikslinančią informaciją. Kokybinis tyrimas leidžia geriau suprasti priežastinius ryšius, atskleisti pasekmių priežastis (Saunders, 2007).

Skirtingai nuo kiekybinio tyrimo, kuriame akcentuojami skaitiniai duomenys, kokybinis tyrimas orientuotas į niuansų, prasmių ir kontekstų, formuojančių šias patirtis, supratimą. Kokybinis tyrimas grindžiamas keliais pagrindiniais principais:

1. Subjektyvumu ir kontekstualizavimu: kokybiniai tyrimai pripažįsta subjektyvumą, būdingą žmogaus patirčiai. Tyrimas padeda suprasti šias patirtis ir pripažįsta, kad prasmė yra socialiai sukonstruota (Denzin ir kt., 2005).

2. Holistiniu požiūriu: kokybinis tyrimas pabrėžia holistinį reiškinių tyrinėjimą. Tyrimas vertina visapusišką supratimą, kuris peržengia paprastus priežasties ir pasekmės ryšius (Merriam, 2009).

Mokslininkai išskiria tris pagrindinius kokybinio tyrimo komponentus:

- tyrimo planą: kokybiniams tyrimams būdingas lankstus ir besikeičiantis tyrimų planas. Tyrimas atliekamas pasitelkiant interviu, stebėjimus ir turinio analizę. Tyrėjai dažnai įsitraukia į kartotinius procesus, tobulindami tyrimo klausimus ir metodus (Creswell ir kt., 2018);
- duomenų rinkimą: tyrėjai dažnai naudoja atvirus klausimus ir taiko tokius metodus kaip dalyvių stebėjimas arba dokumentų analizė, kad užfiksuotų įvairias tiriamojo klausimo perspektyvas (Merriam, 2015);
- duomenų analizę: kokybinė duomenų analizė turi aiškinamosios ir indukcinės analizės bruožų. Tyrėjai naudoja įvairius duomenų analizės metodus, siekiant nustatyti duomenų temas, potemes, jų reikšmes ir priežastinius ryšius (Saldaña, 2016).

Kokybinis tyrimas turi keletą unikalių pranašumų:

- kompleksiskumą ir gylį: leidžia tyrėjams nuodugniai ištirti sudėtingus, daugialypius reiškinius, suteikiant išsamų žmogaus patirties ir elgesio supratimą (Denzin ir kt., 2005);
- kontekstualizavimą: kokybiniai tyrimai puikiai padeda „patalpinti“ reiškinius į jų socialinį, kultūrinį ir istorinį kontekstą, atskleidžiant šių kontekstų niuansus (Merriam, 2009);
- teorijos kūrimą: tyrėjams suteikia galimybę kurti naujas įžvalgas ir hipotezes. Kokybiniai tyrimai gali atskleisti netikėtus ryšius ir santykius (Creswell ir kt., 2018).

Nepaisant minėtų pranašumų, kokybinis tyrimo metodas turi ir trūkumų. Mokslininkai išskiria subjektyvumo kriterijų. Kritikai teigia, kad kokybinio tyrimo pasiklovimas interpretacija gali sukelti tyrėjo šališkumą ir subjektyvumą, ir tai gali pakenkti išvadų objektyvumui (Silverman, 2015). Skirtingai nuo kiekybinių tyrimų, kokybiniai rezultatai paprastai nėra apibendrinami didesnėms populiacijoms. Kritikai teigia, kad tai riboja kokybinio tyrimo pritaikomumą (Merriam, 2015). Pabrėžiamas kokybinių tyrimų imlumas laikui ir ištekliams (Denzin ir kt., 2005).

Kokybinio tyrimo metodologija suteikia vertingų įžvalgų apie žmogaus patirties ir reiškinių gilumą, sudėtingumą ir priežastinius ryšius. Kokybinis tyrimas pateikia turinio prasme vertingas ir specializuotas įžvalgas. Nors šio tipo tyrimas yra apribotas, gali būti nepakankamai subjektyvus ir sudėtingiau apibendrinamas, galima teigti, kad

tinkamai pritaikytas kokybinis tyrimas mokslininkams suteikia labai vertingos informacijos, padedančios geriau suprasti analizuojamą klausimą ar problemą.

Kokybinio tyrimo metodologiniai principai pagrįsti indukcinium, dedukciniu ar abdukciniu samprotavimu (Creswell ir kt., 2018). *Indukcija* yra samprotavimo procesas, kuris prasideda konkrečiais stebėjimais ir pereina prie platesnių apibendrinimų ir teorijų. Šis metodas, paremtas principu „iš apačios į viršų“, yra esminis kokybiniams tyrimams, pasižymintis tuo, kad duomenys renkami be išankstinių nuostatų ar hipotezių (Osman, 2018).

Dedukcija, priešingai indukciniam principui, veikia iš „viršaus į apačią“. Ji pradeda nuo hipotezės ar teorijos ir siekia tai patikrinti renkant ir analizuojant duomenis. Nors ir rečiau, kokybiniuose tyrimuose dedukcinis samprotavimas gali būti svarbus taikant teorines sistemas, kuriomis vadovaujamosi analizuojant ir interpretuojant kokybinius duomenis (Osman, 2018).

Abdukcija – tarpinis duomenų rinkimo metodas, turintis indukcijos ir dedukcijos savybių. Tai yra aiškinamųjų hipotezių formavimo procesas, atsižvelgiant ir į turimus išankstinius faktus, ir į surinktą informaciją. Abdukcijos metodas leidžia kurti kūrybiškesnes įžvalgas ir naujas teorijas, nuolat judant pirmyn ir atgal tarp duomenų ir atsirandančių paaiškinimų (Osman, 2018).

Kiekybiniai tyrimai yra skirti sistemingam skaitmeninių duomenų rinkimui ir analizei. Tai yra struktūrizuotas tyrimų planas, pasižymintis objektyviu matavimu ir hipotezių tikrinimu. Statistinė analizė naudojama nustatant modelius ir ryšius tarp kintamųjų. Šis metodas pabrėžia kintamųjų dydžių operatyvizavimą, užtikrinant, kad abstrakčios sąvokos būtų paverstos išmatuojama forma. Taikant reprezentatyvius duomenų rinkimo metodus, kiekybiniais tyrimais siekiama pateikti apibendrinamus duomenis, taikomus platesnei populiacijai. Jo struktūrizuotas ir atkartojamas pobūdis leidžia patikrinti visų tyrimų rezultatus, taip prisidedant prie patikimų empirinių įrodymų (Saunders, 2007).

Kiekybiniams tyrimams, pasak Saunders M. (2007), būdingi keli pagrindiniai principai: orientacija į objektyvių duomenų matavimą ir statistinę analizę, siekiant patikrinti hipotezes ir ištirti kintamųjų ryšius. Pagrindiniai kiekybinio tyrimo principai:

1. Objektyvus matavimas ir duomenų rinkimas: kiekybiniai tyrimai pabrėžia skaitmeninių duomenų rinkimo svarbą naudojant struktūrizuotas priemones, tokias kaip apklausos, eksperimentai ar testai, siekiant užtikrinti objektyvų ir patikimą kintamųjų matavimą.
2. Hipotezių tikrinimas: šis metodas dažnai naudojamas hipotezėms tikrinti ir atsakyti į konkrečius tyrimo keliamus klausimus. Tyrėjai naudoja statistinius metodus, kad nustatytų, ar pastebėti duomenų ryšiai ir skirtumai yra statistiškai reikšmingi.

3. Operacionalizavimas: kiekybiniai tyrimai reikalauja aiškaus apibrėžtumo ir kintamųjų pritaikymo. Šis procesas apima abstrakčių sąvokų pavertimą išmatuojamais kintamaisiais, užtikrinant duomenų rinkimo aiškumą ir nuoseklumą.
4. Atkartojimas ir patikimumas: pagrindinis tyrimo principas pabrėžia galimybę pakartoti tyrimus. Tam reikalingas standartizuotas duomenų rinkimo ir analizės metodas, kuris padidina išvadų patikimumą ir apibendrinimą, susijusį su įvairiais kontekstais ir populiacijomis.
5. Atranka ir apibendrinimas: tyrėjai dažnai naudoja tikimybinės atrankos metodus, kad atrinktų reprezentatyvią imtį iš kuo didesnės populiacijos, leidžiančią patikimai apibendrinti išvadas.
6. Statistinė analizė: kiekybiniuose tyrimuose naudojami įvairūs statistiniai metodai, skirti analizuoti duomenis, patikrinti hipotezes ir nustatyti ryšius tarp kintamųjų. Šios analizės pateikia empirinius įrodymus, pagrindžiančius arba paneigiančius teorinius teiginius.
7. Teorijos tikrinimas ir plėtojimas: nors daugiausia naudojami hipotezėms tikrinti, kiekybiniai tyrimai taip pat prisideda prie teorijos kūrimo, patvirtindami arba patobulindami esamas teorijas, pagrįstas kitais empiriniais įrodymais.
8. Struktūrinio tyrimo planas: kiekybinių tyrimų tyrimo planas paprastai yra labai struktūrizuotas ir iš anksto nustatytas, nurodant duomenų rinkimo, analizės ir interpretavimo procedūras, siekiant užtikrinti kintamųjų tikslumą ir kontrolę.
9. Objektivus ataskaitų teikimas: išvados pateikiamos aiškiai, glaustai ir objektyviai, dažnai naudojant statistines lenteles, grafikus ir modelius, kad būtų apibendrinti pagrindiniai rezultatai ir jų reikšmė.

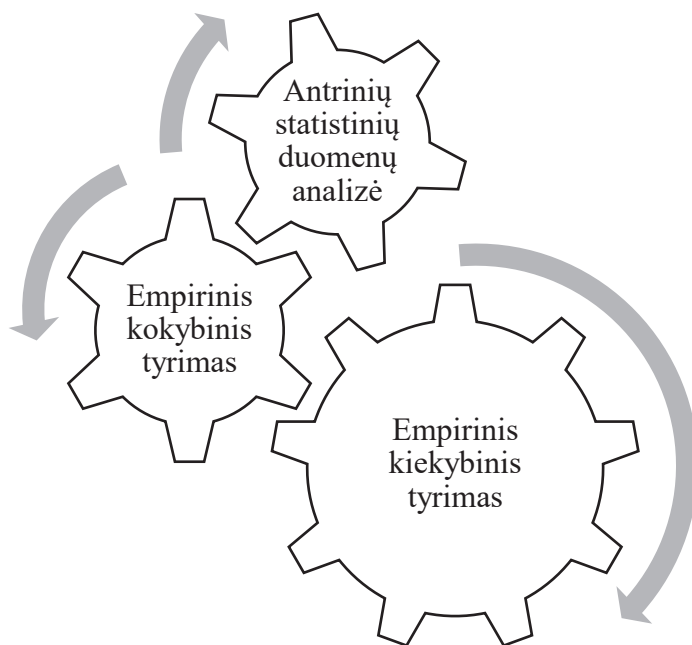
Kiekybiniai tyrimai, pasak Saunders M. (2007), įtraukia objektyvų matavimą ir struktūrizuotą duomenų rinkimą, naudojant tokias priemones kaip apklausos ir eksperimentai. Jame pabrėžiamas hipotezių tikrinimas ir statistinė analizė, siekiant iširti ryšius tarp kintamųjų. Šis metodas užtikrina aiškumą, operatyvumą, patikimumą. Struktūrinis tyrimo dizainas leidžia pasiekti išvadų tikslumo, patikimumo ir pritaikimumo (Neuman, 2014).

2.2. Mišraus empirinio tyrimo eiga ir etika

Empirinių tyrimų metodologijos gali būti suskirstomos pagal duomenų rinkimą ir analizę į *vieno* ir *mišraus tyrimų* metodologijas. *Vieno tyrimo metodologija* apima vienos duomenų rinkimo technikos (pavyzdžiui, interviu, tikslinių grupių ar dalyvių stebėjimo) naudojimą, siekiant giliai iširti nagrinėjamą temą. Šis požiūris pabrėžia gylį, o ne temos platumą, siekiant visapusiškai suprasti tiriamą reiškinį. Šis tyrimo metodas pasižymi tuo, kad jam atlikti naudojamas pusiau struktūrinis interviu (Saunders, 2007).

Mišraus tyrimo metodologija – duomenų rinkimo metodų derinys, siekiant iširti analizuojamą temą. Toks tyrimas apima kelių kokybinių metodų derinį arba kokybinių ir kiekybinių metodų derinį (mišrių metodų tyrimas). Kelių metodų kūrimo loginis pagrindas yra pagrįstas principu, skatinančiu panaudoti skirtingų metodų stiprybes, kad būtų galima geriau ir patikimiau suprasti tyrimo problematiką. Šiai tyrimo metodologijai būdinga tai, kad jam pasitelkiamos papildomos priemonės, pavyzdžiui, dienoraščiai ar kita medžiaga, suteikiančios galimybę į nagrinėjamą klausimą pažvelgti kitu kampu (Saunders, 2007).

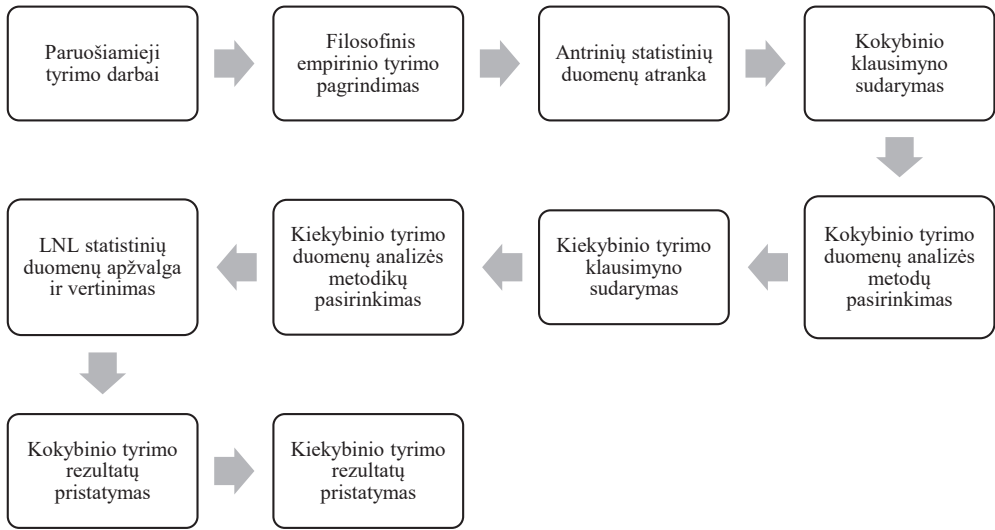
Šio disertacinio darbo tyrimui atlikti naudotas mišrus tyrimas, kuomet tyrimui atlikti naudojami du ir daugiau tyrimo metodai (22 pav.).



22 pav. Mišraus mokslinio tyrimo struktūra

Šaltinis: parengta autoriaus

Disertaciniame darbe naudojamas empirinių tyrimų eiliškumas grindžiamas tuo, kad atlikti empiriniai tyrimai vienas kitą papildo ir leidžia nuosekliai tirti iškeltą probleminį klausimą, gilinantis į esmines priežastis, ribojančias visuomenės norą aktyviau naudotis prevencijos programomis, ASPĮ ir medikų galimybes veiksmingiau organizuoti prevencijos programų vykdymą (žr. 23 pav.).



23 pav. Išsami empirinių tyrimų eiga

Šaltinis: parengta autoriaus

Pirmiausia buvo atlikta antrinė statistinių duomenų analizė, padėjusi atskleisti nagrinėjamos temos mastą ir pagrįsti tokių naudojamų teiginių kaip „Lietuvoje fiksuojamas didelis sergamumas LNL“, „naudojimasis LNL prevencijos programomis yra vangus“ ir pan. tikrumą. Mokslinio darbo empiriniam tyrimui naudotas kokybinis tyrimo metodas, pagrįstas indukcinio principu. Duomenų analizei pasirinktas aktyvaus kodavimo metodas. Laikantis metodologijos dalyje pristatytais klausimyno sudarymo principais, buvo sudarytas atviro tipo klausimynas ir atlikta respondentų apklausa. Mokslinio darbo išvadas sutvirtino ir naudingos informacijos rekomendacijoms suteikė kiekybinis empirinis tyrimas. Jis leido objektyviai išmatuoti ir įvertinti priežastis, lemiančias nepakankamą LNL prevencijos programų naudojimą.

Tyrimo etika. Siekiant apsaugoti dalyvių teises ir užtikrinti tyrimo patikimumą, empirinių tyrimų metu buvo vertinami ir užtikrinami svarbūs etikos reikalavimai (Vanclay ir kt., 2013). Tyrimas vyko vadovaujantis Lietuvos Respublikos ir tarptautinių etikos standartų, įskaitant Helsinkio deklaraciją, reikalavimais. Buvo visapusiškai gerbiama respondentų teisė į privatumo išsaugojimą ir savanorišką dalyvavimą, užtikrinant, kad tyrimo eiga atitiktų etikos principus ir standartus. Šie etikos principai sudarė sąlygas užtikrinti etišką ir patikimą tyrimo eigą, atitinkančią aukščiausius mokslo ir etinės atsakomybės reikalavimus.

Kiekybinis tyrimas:

- duomenų rinkimas vyko naudojant anketą, kuri yra nuasmeninta ir suteikia respondentams galimybę dalyvauti anonimiškai;
- respondentams prieš dalyvavimą buvo pateikta aiški informacija apie tai, kad jų tapatybė nebus atskleista ir duomenys bus naudojami tik tyrimo tikslams, užtikrinant duomenų konfidencialumą ir anonimiškumą;
- dalyvavimas buvo visiškai savanoriškas, respondentai turėjo laisvę bet kuriuo metu nutraukti dalyvavimą nesulaukę nepageidaujamų pasekmių.
- Kokybinis tyrimas:
 - interviu buvo vykdomi gyvai ir prieš pradėdant respondentams buvo pateiktas aiškus sutikimo prašymas dėl įrašymo ir interviu vykdymo;
 - respondentams buvo paaiškinta, kad visi duomenys bus naudojami konfidencialiai, o duomenys bus naudojami tik moksliniams tikslams;
 - dalyvių teisė atsisakyti įrašymo ar nutraukti interviu bet kuriuo metu be jokių pasekmių buvo griežtai gerbiama ir užtikrinta.

2.3. Antrinių statistinių duomenų vertinimo organizavimas

LNL epidemiologijos statistinės dinamikos įvertinimas turi atskleisti daug vertingos informacijos, reikalingos veiksmingai LNL prevencijos programai sukurti. Supratimas apie neinfekcinių ligų paplitimą ir dažnį padeda nustatyti ligos paplitimą ir pasiskirstymą įvairiose demografinėse grupėse ir geografinėse srityse. Pavyzdžiui, dėl didesnio širdies ir kraujagyslių ligų paplitimo mažas ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse būtinos tiriamojo regiono specifiškumui būdingos ir specialiai pritaikytos intervencijos (Allen ir kt., 2017).

Antra, analizuodami tendencijas laikui bėgant visuomenės sveikatos specialistai gali nustatyti kylančias grėsmes ir įvertinti dabartinių prevencijos strategijų veiksmingumą. Pavyzdžiui, didėjanti nutukimo tendencija, kuri yra svarbus LNL rizikos veiksnys, rodo, kad reikia imtis priemonių, skatinančių sveiką mitybą ir fizinę aktyvumą (Popkin ir kt., 2020).

Siekiant sukurti veiksmingas LNL prevencijos programas, svarbu suprasti ir įvertinti rizikos veiksnius, pavyzdžiui, tabako vartojimą, netaisyklingą mitybą, fizinio aktyvumo stoką ir alkoholio vartojimą. Statistinė analizė gali padėti nustatyti didžiausią įtaką turinčius rizikos veiksnius, ir tai leidžia tiksliau paskirstyti išteklius ir priimti tikslesnius strateginius sprendimus (Ng ir kt., 2012).

Pagaliau statistiniai LNL duomenys gali palengvinti sveikatos priežiūros poreikių įvertinimą ir sveikatos priežiūros paslaugų planavimą, kad būtų skirta pakankamai išteklių šių ligų prevencijai, ankstyvam nustatymui ir ligos valdymui. Tai labai svarbu sveikatos priežiūros sistemų tvarumui, ypač didėjant LNL epidemijai (Bloom ir kt., 2012).

Prevencijos programos, pagrįstos tvirtu LNL statistinės dinamikos supratimu, gali padėti veiksmingiau panaudoti ribotus sveikatos priežiūros išteklius, sumažinti šių ligų naštą ir svariai prisidėti prie visuomenės sveikatos gerinimo.

Antrinių statistinių duomenų tyrimo tikslas – įvertinti LNL mirtingumo statistinių rodiklių dinamiką, lyginant ją su naudojimosi LNL prevencijos programomis tendencijomis, kartu įvertinant programų finansavimo ir viešinimo rezultatų statistinę išraišką.

Antrinių statistinių duomenų tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti LNL mirtingumo statistinius rezultatus 2001–2023 m. laikotarpiu.
2. Įvertinti naudojimosi LNL prevencijos programomis tendencijas 2004–2023 m. laikotarpiu.
3. Įvertinti LNL prevencijos programų viešinimo penkiose apskrityse ir penkiuose didžiausiuose PSPC statistinius rodiklius.
4. Išanalizuoti LNL prevencijos programų finansavimo Lietuvoje ir ES statistinius rodiklius.

Statistinių duomenų vertinimo eiga ir šaltiniai nurodyti 2 lentelėje.

2 lentelė. Statistinių rodiklių vertinimo planas

Eil. Nr.	Statistinis rodiklis	Statistinių rodiklių šaltinis
1	Mirtingumo nuo vėžinių susirgimų ir širdies kraujagyslių ligų rodikliai	Higienos institutas
2	Naudojimosi prevencijos programomis Lietuvoje ir ES valstybėse rodikliai	Valstybinė ligonių kasa, duomenų bazė „Statista“
3	Prevencijos programų viešinimo Lietuvos apskrityse ir didžiausiuose PSPC rodikliai	Valstybinė ligonių kasa
4	LNL prevencijos programų finansavimo rodikliai	LR finansų ministerija

Šaltinis: parengta autoriaus

Šių konkrečių duomenų analizė ir jų apibendrinimas suteikia daug svarbios ir tolesniems tyrimams būtinos informacijos, padeda pagrįsti moksliniame darbe ginamus teiginius ir formuluoti empirinių tyrimų uždavinius. Tyrimas taip pat atskleidžia problematiškiausias tiriamas vietas ir leidžia kurti veiksmingesnes LNL prevencijos skatinimo strategijas.

2.4. Kokybinio tyrimo organizavimas

Kokybinį tyrimą sudaro aštuoni etapai. Pirmasis kokybinio tyrimo organizavimo etapas – duomenų rinkimas. Pagrindinis duomenų šaltinis – interviu duomenys, įrašyti garso formatu. Duomenys buvo transkribuoti, paverčiant duomenis į tekstinį formatą. Apklausoje dalyvavo 16 respondentų. Respondentai dalyvavę kokybiniame tyrime, buvo atrinkti siekiant užtikrinti visų LNL prevencijos programose dalyvaujančių šalių atstovavimą. Respondentų atranka buvo planuojama vadovaujantis mokslininkų Tong A. ir kt. (2007) ir Bryman A. ir kt. (2008) pateikiamais kriterijais:

1. **Tikslingumas.** Respondentai atrinkami pagal jų kompetencijas, pareigas, žinias ir patirtis.
2. **Įvairovė.** Respondentai turi atstovauti visas procese dalyvaujančias šalis, taip užtikrinant deramą nagrinėjamos temos reprezentaciją ir nuomonės perteikimą.
3. **Prieinamumas ir pasirengimas bendradarbiauti.** Respondentai turi būti pasiekiami tyrėjui ir noriai dalyvauti apklausoje.

Empirinis kokybinis tyrimas buvo organizuotas siekiant apklausti visas prevencijos programų planavime ir vykdyme dalyvaujančias šalis. Vadovaujantis minėtais kriterijais, kvietimai sudalyvauti kokybinio tyrimo apklausoje buvo pateikti teisėkūros ir vykdomosios valdžios atstovams, didžiausių gydymo įstaigų, teikiančių prevencijos programas vadovams ar jų deleguotiems atstovams, visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų vykdytojams ir prevencijos programų naudotojams, kuriems atstovauja ir kuriuos vienija daug draugijų ir asociacijų, galinčių vieningai ir objektyviai perteikti vykdomų prevencijos programų problematiką, su kuria susiduria visuomenė. Respondentų profiliai pateikiami 3 lentelėje.

Tyrimas atliktas pasitelkiant kokybinį pusiau struktūrizuotą interviu metodą. Apklausiai buvo pasirengta parengiant standartizuotą interviu planą ir pagrindinių klausimų sąrašą (žr. 2 priedą), tačiau taip pat buvo numatyta galimybė papildyti interviu naujais klausimais apklausos metu pagal principą, kad nauji klausimai turėtų būti susiję su informanto atsakymais ir taip praturtintų ir praplėstų renkamą informaciją. Tai leidžia geriau suprasti nagrinėjamą temą, įsigilinti į tam tikrus niuansus ir informaciją, padedančią geriau suprasti problematikos priežastis.

Informantų interviu suplanuotas atlikti gyvai, nuotoliu arba komunikuojant raštu. Vieno interviu trukmė – nuo 30 min. iki 1 val. Interviu laikas priklausė nuo informantų užimtumo, suinteresuotumo, įsitraukimo ir jų atvirumo. Iš anksto parengtas klausimynas, siekiant supažindinti respondentus su planuojamo pokalbio turiniu, elektroniniu paštu buvo išsiųstas visiems apklausos dalyviams. Esant poreikiui buvo paaiškintos sąvokos, patikslinti klausimai.

3 lentelė. Respondentų profiliai

Respondento kodas	Institucija	Respondento pareigos
R1	Lietuvos Respublikos Seimas. Sveikatos reikalų komitetas	Sveikatos reikalų komiteto vadovas, atsakingas už sveikatos politikos įstatymų rengimą
R2	Sveikatos apsaugos ministerija	Specializuotos sveikatos priežiūros skyriaus vedėja
R3	Valstybinė ligonių kasa	Paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus vedėja
R4	Valstybinė ligonių kasa	Ekspertizės ir kontrolės skyriaus patarėja
R5	Valstybinė ligonių kasa	Ekspertizės ir kontrolės skyriaus vyriausioji specialistė
R6	Lietuvos diabeto asociacija	Asociacijos pirmininkė
R7	Nacionalinis vėžio institutas	Gydytoja, prevencijos programų koordinatore
R8	Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija	Direktorė
R9	Prostatos vėžio asociacija	Pirmininkas
R10	Širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių pacientų draugija	Pirmininkė
R11	Visuomenės sveikatos biurų asociacija	Vadovė
R12	Vilniaus miesto Centro poliklinika	Pirminės sveikatos priežiūros administratorė
R13	Utenos pirminės sveikatos priežiūros centras	Direktorius
R14	Kauno miesto poliklinika, Kalniečių filialas	Padalinio vadovė
R15	Klaipėdos miesto Jūrininkų pirminės sveikatos priežiūros centras	Šeimos gydytojų skyriaus veiklos koordinatore
R16	Šiaulių pirminės sveikatos priežiūros centras	Prevencijos programų koordinatore

Šaltinis: parengta autoriaus

Tyrimo atlikimo vieta. Su visais informantais buvo bendraujama gyvai, susitikus jų darbo vietoje, išskyrus du atvejus, kuomet buvo suderintas nuotolinis susitikimas per „Microsoft Teams“ platformą, ir du atvejus, kuomet respondantai savo atsakymus pateikė raštu.

Apklausa buvo vykdyta 2023-12-01–2024-01-31 laikotarpiu.

Empirinio kokybinio tyrimo tikslas – nustatyti pagrindines visuomenės mažo įsitraukimo į prevencijos programas priežastis ir suformuluoti mokslinio darbo hipotezes, kurias bus siekta patvirtinti arba paneigti pasitelkiant kiekybinio tyrimo metodiką.

Empirinio kokybinio tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti, kaip LNL programų naudojimą ribojančias priežastis ir jų skatinimo galimybes vertina politikos formuotojai (LRS) ir vykdytojai (SAM, VLK).
2. Įvertinti, kaip LNL programų naudojimą ribojančias priežastis ir jų skatinimo galimybes vertina paslaugų vykdytojai (PSPC).
3. Įvertinti, kaip LNL programų naudojimą ribojančias priežastis ir jų skatinimo galimybes vertina pacientai (pacientams atstovauja vienijančios organizacijos).

2.4.1. Kokybinio tyrimo klausimyno sudarymas

Kokybinio tyrimo klausimynas, pateikiamas priedų skiltyje, buvo sudarytas atsižvelgiant į mokslininkų rekomendacijas ir vadovaujantis pagrindinėmis šio tipo klausimyno sudarymo taisyklėmis, aprašytomis moksliniuose šaltiniuose. Kokybinio tyrimo klausimyno sudarymas yra labai svarbus procesas, siekiant surinkti kuo tikslesnius duomenis ir padaryti tinkamas išvadas. Kokybinio tyrimo klausimynai yra skirti rinkti respondentų atsakymus, leidžiančius jiems subjektyviai išreikšti savo nuomonę apie tyrimo objektą (Clark, 2021). Skirtingai nuo struktūrinių apklausų su uždarojo tipo klausimais, kokybiniai klausimynai yra lankstūs. Pasak mokslininkų, jie skirti atskleisti galias įžvalgas (Creswell ir kt., 2017). Mokslininkai išskiria šiuos pagrindinius klausimyno sudarymo principus:

- aiškus tyrimo tikslas. Prieš sudarydami klausimyną, mokslininkai turi aiškiai apibrėžti savo tyrimo tikslus ir klausimus. Tai užtikrina, kad klausimai atitiktų tyrimo tikslą ir palengvintų duomenų rinkimą, sprendžiantį tyrimo problemą (Creswell, 2014);
- atviri klausimai. Kokybinius klausimynus daugiausia turėtų sudaryti atvirojo tipo klausimai. Tai skatina respondentus išsakyti visapusiškesnę nuomonę ir suteikia daugiau įžvalgų (Denzin ir kt., 2005);
- klausimų tikslinimas ir gylis. Tai yra principas, kuomet apklausiamasis raginamas, skatinamas išsamiau atsakyti į klausimus. Tyrimų įtraukimas po atvirų klausimų gali padėti išgauti gilesnę informaciją (Merriam, 2015);

- į dalyvį orientuota kalba. Kalba ir klausimų formuluotė turėtų būti orientuota į dalyvį užtikrinant, kad dalyviai suprastų ir jaustųsi patogiai atsakydami į klausimus (Clark, 2021);
- bandomasis testavimas. Prieš užbaigiant klausimyną bandomasis testavimas su nedidele dalyvių grupe gali padėti nustatyti neaiškius ar probleminius klausimus, pagerinti priemonės aiškumą ir veiksmingumą (Creswell ir kt., 2017);
- eilės tvarka. Klausimai turėtų būti apgalvotai išdėstyti, kad dalyviai būtų nukreipti nuo bendresnių klausimų prie konkrečių ir tyrimui svarbių temų. Tokia seka gali pagerinti dalyvių patogumą ir duomenų kokybę (Denzin ir kt., 2005);
- etiniai aspektai. Kurdami kokybinius klausimynus, mokslininkai turi atsižvelgti į etikos principus ir duomenų privatumą (Merriam, 2009);
- aiškumas ir specifiskumas. Clark (2021) pabrėžia, kad aiškumas ir konkretumas kokybinėse anketose yra itin svarbūs. Dviprasmiškumas ar neaiški formuluotė gali sukelti painiavą ir neišsamius atsakymus;
- dalyvių įsitraukimas. Creswell (2014) pabrėžia, kad įtraukus dalyvius per gerai sukonstruotus atvirus klausimus ir tyrimus galima gauti gilesnių ir įžvalgesnių atsakymų;
- lankstumas ir prisitaikymas. Denzin N. K. ir kt. (2005) teigia, kad kokybiniai klausimynai turėtų būti lankstūs ir pritaikomi, kad mokslininkai galėtų naudoti naujas temas ir taikyti netikėtus tyrimo būdus;
- kultūrinis jautrumas. Merriam S. B. ir kt. (2015) pabrėžia kultūrinio jautrumo svarbą, nes frazė ir kontekstas įvairiose kultūrose gali skirtis ir turėti įtakos dalyvių atsakymams.

Apibendrinant pasakytina, kad veiksmingų kokybinių tyrimų klausimynų sudarymas reikalauja apgalvoto ir sistemingo požiūrio. Būtina aiškiai apibrėžti tyrimo tikslus, naudoti atvirus klausimus ir atsižvelgti į unikalius dalyvių poreikius ir perspektyvas. Mokslininkai rekomendacijose pabrėžia aiškumo, įsitraukimo, lankstumo, etikos ir kultūrinio jautrumo svarbą.

2.4.2. Kokybinio tyrimo duomenų analizės metodika

Tyrimo naudojama aktyvaus kodavimo teorija. Ji pasižymi struktūrizuotu ir lankščiu požiūriu į kokybinių duomenų analizę, leidžiančią sistemingai ir nuosekliai plėtoti teorijas, identifikuojamas empiriniuose duomenyse. Pasižyminti dinamišku ir refleksyviu kodavimo pobūdžiu, ši metodika padeda geriau suprasti sudėtingus socialinius reiškinius. Ji taip pat leidžia dinamišką ir pasikartojantį kokybinių duomenų srautą (interviu stenogramos, stebėjimai ar dokumentai) analizuoti remiantis sisteminiu ir aiškinamuoju principu (Strauss ir kt., 1990). Aktyvus kodavimas apima duomenų, stebimų reiškinių identifikavimą, suskirstymą į kategorijas ir jų konceptualizavimą,

todėl mokslininkai gali sukurti teorines sistemas, kurios kuriamos tiesiogiai iš surinktų duomenų.

Aktyvus kodavimo procesas nėra linijinis procesas; tyrimo metu vertinami įvairūs priežastiniai ryšiai, todėl nuolat atsiranda naujų įžvalgų (Charmaz, 2006). Šis duomenų vertinimo metodas leidžia giliau suprasti gautą informaciją ir padeda kurti tikslesnes teorijas, apibūdinančias nagrinėjamą problematiką (Charmaz, 2006). Aktyvaus kodavimo teorija pabrėžia aktyvų tyrėjo vaidmenį. Čia tyrėjas – ne tik stebėtojas, bet ir neatskiriama analitinio proceso dalis (Charmaz, 2006). Mokslininko įžvalgos, patirtis ir darbas su duomenimis yra svarbiausias kuriant kodus ir kategorijas. Ši perspektyva meta iššūkį tradicinei objektyvaus atsiskyrimo kokybiniame tyrime sampratai ir teigia, kad tyrėjo subjektyvumas gali praturtinti analizę (Charmaz, 2006).

Pagrindiniai aktyvaus kodavimo principai:

1. *Atviras kodavimas*: šiuo pradiniu etapu duomenys suskaidomi į atskiras dalis, atidžiai išnagrinėjami ir nustatomos kategorijos. Kodai kuriami indukciniu būdu, ir tai reiškia, kad jie atsiranda iš gautų duomenų, o ne iš anksto nustatomi tyrėjo. Šis etapas sudaro pagrindą kategorijoms sukurti (Strauss ir kt., 1990).
2. *Ašinis kodavimas*: ašinio kodavimo metu kodai skirstomi į kategorijas, ieškoma jų ryšių. Tai apima procesą, kuomet duomenys, kurie buvo suskaidyti atvirojo kodavimo metu, surenkami sukuriant nuoseklią sistemą, paaiškinančią tiriamus reiškinius (Strauss ir kt., 1990).
3. *Atrankinis kodavimas*: šioje paskutinėje fazėje nustatoma pagrindinė kategorija, su kuria susijusios visos kitos subkategorijos. Ja remiantis galima sukurti duomenimis pagrįstą teoriją. Šis etapas taip pat apima kategorijų integravimą ir tobulinimą. Atrankinio kodavimo duomenys yra naudojami moksliniame darbe nagrinėjamos problematikos priežasčių identifikavimui pagrįsti, sprendimų ir rekomendacijų modeliavimui (Strauss ir Corbin, 1990).

2.5. Kiekybinio tyrimo organizavimas

Trečiasis empirinis tyrimas (kiekybinė apklausa) buvo atliktas siekiant patikslinti kokybinio tyrimo metu gautus rezultatus. Šios empirinės analizės **tikslas**: remiantis iškeltomis hipotezėmis ir surinktais apklausos rezultatais išanalizuoti prevencijos programų skatinimo veiksniai ir jų įtaką naudojimuisi prevencijos programomis. Taip pat apžvelgti prevencijos programų skatinimo veiksnių ir naudojimosi jomis pagal skirtingas demografinės grupes.

Kiekybinės apklausos anketa (žr. 1 priedas) buvo sudaryta remiantis mokslininkų rekomendacijomis, laikantis principų, kurie yra aptarti šio mokslinio darbo empirinių tyrimų sudarymo aprašomojoje dalyje. Anketa / klausimynas (pavyzdys pateikiamas priedų skiltyje) buvo pateikta internetinėje platformoje www.apklausa.lt. Apklausa

buvo vykdoma 2024-08-11 laikotarpiu. Apklausoje dalyvavo 446 respondentai. Remiantis statistiniais duomenimis, 2024 m. apie 1,3 milijono gyventojų Lietuvoje priklausė tiriamajai amžiaus ir lyties grupei (25–74 metų moterys ir 40–74 metų vyrai). Matematiniai statistiniai skaičiavimai rodo, kad reikalinga tyrimo imtis – 384 respondentai. Tyrimo reprezentatyvumą ir patikimumui užtikrinti taikomas taikomi rodikliai, pateikiami 4 lentelėje (Adhikari, 2021).

4 lentelė. Tyrimo reprezentatyvumo ir patikimumo kriterijai

Rodiklis	Vertė
Proporcija	0,5
Pasitikėjimo lygis	95 %
Paklaidos ribos	0,05
Populiacijos dydis	1 300 000

Šaltinis: parengta autoriaus

Matematiniai statistiniai imties skaičiavimai buvo atlikti toliau pateikiama eiga:

$$n_0 = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{0,05^2} = \frac{3,8416 \times 0,25}{0,0025} = \frac{0,9604}{0,0025} \text{ \textbf{vid. 384}}$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384 - 1}{1,300,000}} \text{ \textbf{vid. 384}}$$

Tyrimo hipotezės:

H1: prevencijos programų naudojimo paslaugų prieinamumas

H2: komunikacija apie prevencijos programas ir jų naudą nepasiekia tikslinės auditorijos

H3: prevencijos programų naudojimas yra susijęs su respondentų neigiama nuomone apie programas

H4: prevencijos programų naudojimas yra susijęs su skatinimo trūkumu

Tyrimui atlikti buvo pasitelkta netikimybinė imties atranka. Šis metodas naudojamas tada, kai ne visi asmenys turi galimybę būti atrinkti į tyrimo imtį. Pateikiami keli dažniausiai naudojami netikimybinės atrankos metodai (Vehovar ir kt. 2016):

1. Patogi atranka – dalyviai atrenkami pagal jų prieinamumą tyrėjui. Šis metodas yra paprastas ir greitas, bet yra mažiausiai tinkamas platesnei populiacijai.
2. Tikslinga atranka – tyrėjai naudojami savo žiniomis, kad atrinktų imtį, kuri, jų nuomone, labiausiai reprezentuoja populiaciją. Šis metodas yra naudingas tiriant konkrečias grupes, turinčias tam tikrų tyrimui reikalingų savybių.

3. Kvotų atranka – tyrėjai suskirsto populiaciją į skirtingus pogrupius (kvotas) ir iš kiekvieno pogrupio pasirenka nurodytą dalyvių skaičių. Skirtingai nuo stratifikuotos atrankos, kiekvienos kvotos atranka nėra atsitiktinė.
4. Sniego gniūžtės atranka – tiriamųjų ratas plečiamas nuosekliai, pasinaudojant artima aplinka ir kanalais, palaipsniui plečiant tyrimą ir pasitelkiant jame sudalyvavusius asmenis. Šis metodas dažnai naudojamas tyrimams, kuriuose dalyvauja sunkiai pasiekiamos ar identifikuojamos populiacijos.
5. Savanoriška atranka – asmenys savanoriškai dalyvauja atrankoje. Tai įprasta tyrimuose, kuomet dalyviai priima kvietimą atsakyti į jiems pateiktą anketą.

Šiame moksliniame darbe naudota „sniego gniūžtės“ atranka. Ji buvo vertinta kaip tinkamiausia netikimybinės atrankos metodika, nes (Parker ir kt., 2019; Hossan ir kt., 2023):

1. Respondentai pasiekiami sunkiai. „Sniego gniūžtės“ atranka pradedama nuo mažos pradinės dalyvių grupės, atitinkančios tyrimo kriterijus, pavyzdžiui, amžiaus grupę. Asmenys, dalyvaujantys apklausoje, veikia ir kaip tarpininkai, pakviesdami dalyvauti asmenis iš savo aplinkos. Šis metodas leidžia lengviau pasiekti respondentus, jo įgyvendinimui dažniausiai yra pasitelkiami socialiniai tinklai.
2. Maža motyvacija. Kadangi dalyviai dažniausiai pakviečiami į apklausą per asmeninius ryšius, jie gali jaustis labiau motyvuoti ir aktyviau atsakyti į anketos klausimus, taip pat pasikviesdami kitus respondentus.
3. Lėšų, skirtų moksliniams tyrimams, trūkumas. Šis metodas gali būti ekonomiškai naudingesnis, nes yra naudojamos socialiniais tinklais, taip veiksmingai išplečiant imtį. Esant ribotam biudžetui, šis metodas taupo lėšas, kurios būtų reikalingos apklausos anketų visame tyrimo regione pateikimui, visuomenės raginimui ir skatinimui dalyvauti apklausoje, duomenų surinkimui ir jų apdorojimui. Šis tyrimas suteikia pakankamai reprezentatyvią informaciją, tačiau tuo pačiu leidžia taupyti finansinius išteklius.

Nors „sniego gniūžtės“ atranka gali sukelti tam tikrų paklaidų dėl priklausomybės nuo komunikacijos socialiniuose tinkluose specifikos, ji gali būti veiksminga tyrimo priemonė surenkant informaciją, reikalingą empirinio tyrimo hipotezėms pagrįsti arba paneigti (Emerson, 2015).

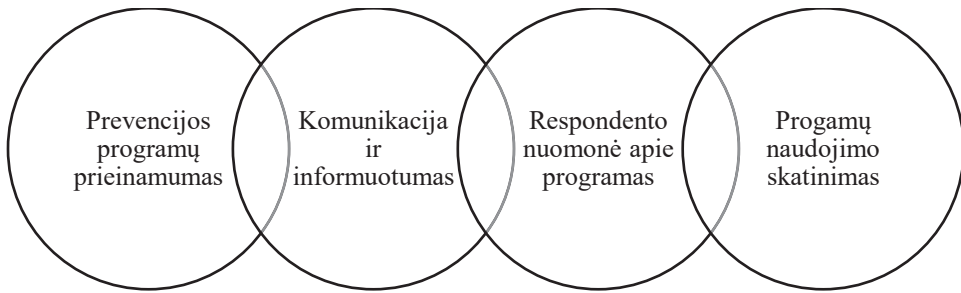
Apklausos rezultatų ataskaita pateikiama priedų skiltyje, o išsami duomenų analizė bus pristatyta empirinio tyrimo rezultatų skiltyje.

2.5.1. Kiekybinio tyrimo klausimyno sudarymas ir metodika

Tyrimui atlikti naudota „IBM SPSS Statistics 22“ programa. Duomenų analizei pasitelktos dažnių lentelės. Duomenų normalumo patikrinimui naudoti Kolmogorovo–Smirnov ir Šapiro–Vilk testai. Tikrinant klausimynų patikimumą skaičiuotas Cronbacho alfa įvertis. Ieškant sąryšių tarp kintamųjų naudota Spirmeno koreliacija. Lyginant vidutinius rangus tarp grupių, naudoti Mann–Whitney U ir Kruskal–Wallis testai. Visame darbe taikant statistinius testus naudotas 5 % pasiklovimo lygmuo.

Kiekybinis klausimynas apima keletą pagrindinių principų, užtikrinančių veiksmingą duomenų rinkimą ir tikslią analizę. Autoriai išskiria šiuos pagrindinius kiekybinio klausimyno principus (Nardi, 2018; Johnson ir kt., 2003):

1. Aiškumas ir paprastumas. Klausimai turi būti aiškūs ir paprasti, vengiant sudėtingos kalbos ar techninio žargono. Respondentai turėtų lengvai suprasti, ko klausiamas.
2. Aktualumas. Klausimai turi būti tiesiogiai susiję su tyrimo tikslais. Neaktualūs klausimai gali sugeneruoti duomenų perteklių, ir tai gali daryti įtaką surinktų duomenų tikslumui.
3. Konkretumas. Klausimai turi būti konkretūs ir tikslūs, kad būtų kuo mažiau dviprasmybių. Reikia vengti neaiškių terminų, kuriuos respondentai gali interpretuoti skirtingai.
4. Uždarąjo tipo klausimai. Kiekybiniuose klausimynuose paprastai naudojami uždarojo tipo klausimai su iš anksto nustatytais atsakymų parinktimis (pavyzdžiui, kelių atsakymų variantai, Likerto skalės). Tai daroma tam, kad būtų lengviau analizuoti duomenis.
5. Neutralumas. Klausimai turi būti neutralūs ir nešališki, vengiant klausimų, kurie gali pakreipti tyrimą neaktualia kryptimi.
6. Loginė tvarka. Siekiant užtikrinti sklandų atsakymų pateikimą, klausimai turi būti pateikiami logiška seka, pradedant nuo bendro iki specifinio arba nuo paprastų iki sudėtingų.
7. Bandomasis testavimas. Prieš užbaigiant klausimyną, jis turėtų būti išbandytas su maža reprezentatyvia imtimi, kad būtų galima nustatyti galimus klausimo formuluotės ar struktūros netikslumus.
8. Klausimyno apimtis. Klausimynas turi būti kuo glaustesnis, kad būtų išlaikytas respondentų įsitraukimas.
9. Konfidencialumas ir anonimiškumas. Būtina užtikrinti respondentų privatumą. Anonimiškumas skatina sąžiningus ir tikslus atsakymus.



24 pav. Kiekybinio klausimyno struktūra

Šaltinis: parengta autoriaus

Klausimyno, parengto vadovaujantis šiais principais ir pateikto apklausoje dalyvavusiems respondentams, pavyzdys yra pateikiamas priedų skiltyje. Taip pat svarbu pabrėžti, kad klausimynas buvo sudarytas remiantis kokybinio tyrimo rezultatais, ir duomenų kodavimo metodai leido išgryninti pagrindines prevencijos programų naudojimą ribojančias priežastis, pateikiamas 24 paveiksle.

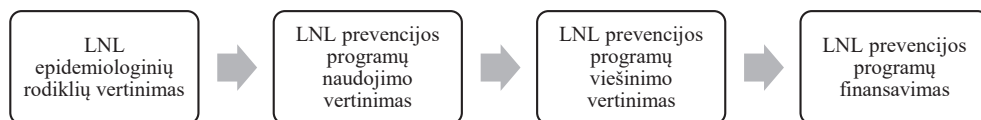
III.

Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo empirinių tyrimų vertinimo rezultatai

Šioje disertacinio darbo dalyje pateikiami empirinių tyrimų rezultatai, kuriais siekiama įvertinti nepakankamo LNL prevencijos programų naudojimo priežastis ir įvertinti, kokios skatinimo priemonės leistų pagerinti prevencijos programų naudojimo rodiklius, taip pat šioje darbo dalyje bus įvertinti surinkti antriniai statistiniai duomenys, parodantys prevencijos programų naudojimo ir informacijos sklaidos bei pasiekiamumo tendencijas.

3.1. Antrinių statistinių duomenų analizė

Statistiniai rodikliai ir jų vertinimas yra svarbūs siekiant suprasti nagrinėjamos problematikos apimtis ir pagrįsti moksliniame darbe keliamus teiginius. Antrinių statistinių duomenų vertinimas atliekamas pagal 25 paveiksle pateiktą schemą.



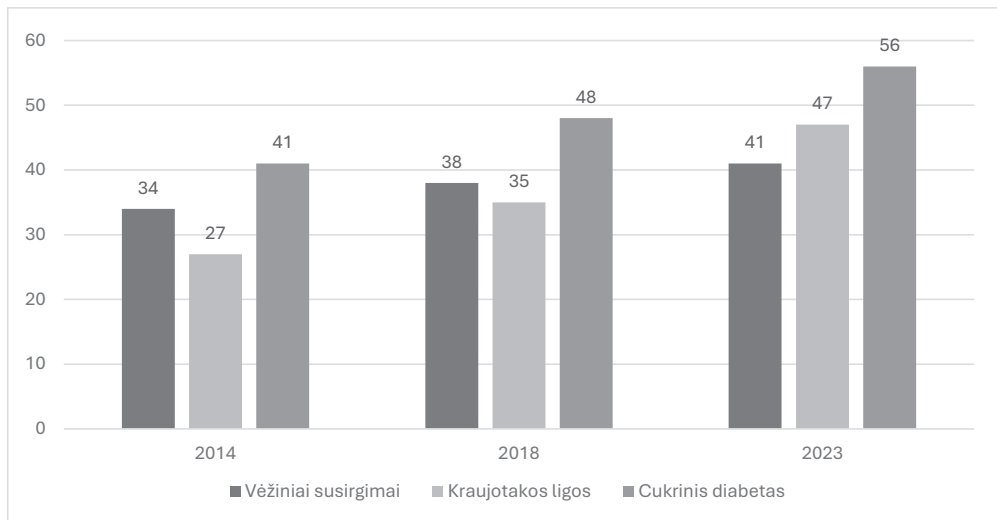
25 pav. Antrinių statistinių duomenų vertinimo algoritmas

Šaltinis: parengta autoriaus

Šiame tyrime – svarbu įvertinti LNL epidemiologiją, LNL prevencijos programų naudojimo rodiklius, demografijos dinamiką, sveikatos apsaugos sistemos finansavimo rodiklius ir informuotumo apie LNL prevencijos programas sklaidos rezultatus. Pastarieji statistiniai duomenys yra reikšmingi vertinat empirinį kokybinio ir kiekybinio tyrimo rezultatus.

3.1.1. Lėtinių neinfekcinių ligų epidemiologiniai rodikliai

LNL pastaraisiais dešimtmečiais tapo vienu iš svarbiausių socialinių-ekonominių iššūkių visoje Europoje (Jurgutis, 2012). Širdies ir kraujagyslių ligos, onkologiniai susirgimai ir cukrinis diabetas yra dažniausiai diagnozuojamos lėtinės neinfekcinės ligos (Horton, 2013). Onkologinių, širdies ir kraujagyslių bei cukrinio diabeto sergamumo epidemiologija Lietuvoje buvo nagrinėta vertinant 2014–2023 m. statistinius duomenis, pateiktus Higienos instituto duomenų bazėje (žr. 26 pav.). Duomenų analizė rodo nuosekliai augantį susirgimų pagrindinėmis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis skaičių.

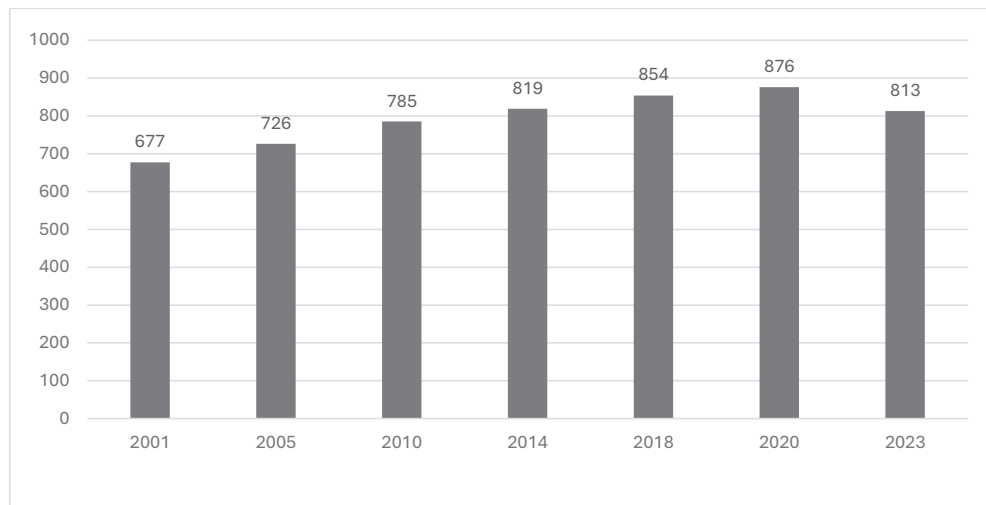


26 pav. Sergančių asmenų skaičiaus 1 000 gyventojų dinamika

Šaltinis: parengta autoriaus pagal Lietuvos higienos instituto informaciją

Kitas svarbus statistinis rodiklis vertinant ligų epidemiologiją – mirtingumo dinamika. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, 74 % visų mirčių priežastimi buvo LNL. Pasitelkiant Higienos instituto pateikiamus statistinius duomenis, buvo

nagrinėtas 2001–2023 m. laikotarpis. Atliekant tyrimą, buvo vertintos trys pagrindinės mirtingumą lėmusios ligų grupės: širdies ir kraujagyslių, onkologinės ligos, cukrinis diabetas (žr. 27 pav.).



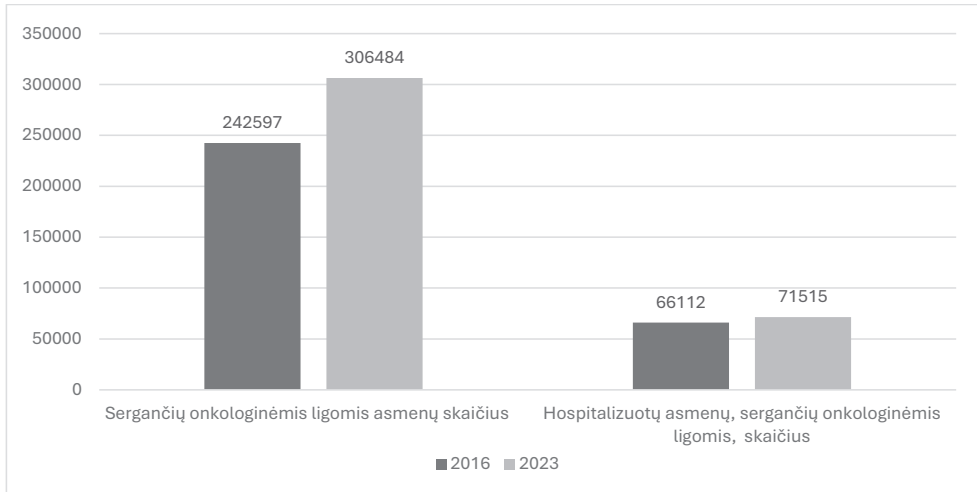
27 pav. Nuo širdies ir kraujagyslių ligų, onkologinių ligų, cukrinio diabeto mirusių asmenų suminio skaičiaus 1 000 gyventojų dinamika

Šaltinis: parengta autoriaus pagal Lietuvos higienos instituto informaciją

Vertinant statistinius duomenis stebimas nežymus mirtingumo rodiklio augimas. Pokytis yra nežymus ir jo vertinti kaip reikšmingo negalima. Išimtis yra 2023 m., kuomet mirtingumas, palyginti su praėjusio laikotarpio duomenimis, yra mažesnis. Svarbu pabrėžti kitą tendenciją, kad mirtingumo skaičiai išlieka dideli, ir jiems sumažinti nėra randama veiksmingų priemonių. Crimmins E. M. ir kt. (2011) pastebi, kad, tobulėjant gydymo paslaugoms ir gerėjant jų prieinamumui gydymui naudojant veiksmingesnius vaistus, mirtingumo ir sergamumo proporcijos keičiasi. Kaip rodo tyrimai (Crimmins ir kt., 2011), mirtingumo statistiniai rodikliai gali net mažėti, tačiau pastebimas sergamumo rodiklių padidėjimas. Kitaip tariant, dėl kokybiškų ir veiksmingų medicinos paslaugų, tokių kritinių būklių kaip mirtis galima išvengti.

Kita šios problemos pusė yra ta, kad sergančiųjų asmenų skaičius didėja. Ilgėjanti gyvenimo trukmė yra kitas geras statistinis rodiklis, tačiau svarbu atkreipti dėmesį, kad ilgėjanti gyvenimo trukmė dažnai yra lydima ligų, dažniausiai lėtinių neinfekcinių, kurios daro įtaką žmogaus gyvenimo kokybei. Situacija lemia didėjančias sveikatos apsaugos išlaidas, dėl šių priežasčių didėja eilės konsultacijoms pas gydytojus

specialistus, o ligoninėse stacionarinės paslaugos, kurios kainuoja brangiai, yra plečiamos. Palyginimui buvo analizuoti 2016–2023 m. laikotarpio onkologinių susirgimų statistiniai duomenys, pateikiami Lietuvos higienos instituto portale, rodantys sergamumo ir hospitalizacijos pokytį (žr. 28 pav.).



28 pav. Sergančių onkologinėmis ligomis ir hospitalizuotų dėl onkologinių susirgimų asmenų skaičius

Šaltinis: parengta autoriaus pagal Lietuvos higienos instituto duomenis

Statistiniai duomenys rodo, kad sergančių onkologinėmis ligomis asmenų skaičius augo 23 %, taip pat 8 % didėjo ir hospitalizuotų pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis, skaičius.

Kitas svarbus aspektas – demografiniai pokyčiai. Lietuvos higienos instituto duomenimis, 2001 m. Lietuvoje gyveno 3,47 mln. gyventojų, o 2022 m. – 2,83 mln. gyventojų. Lietuvos demografijai būdingas nuoseklus gyventojų skaičiaus mažėjimas dėl tokių veiksnių kaip mažas gimstamumas, didelis mirtingumas, emigracija. Tuo pačiu metu šalyje didėjo vyresnio amžiaus žmonių dalis. Šis faktas yra svarbus, nes LNL labiau paplitusios tarp vyresnio amžiaus žmonių (OECD, 2020). Didėjant vyresnio amžiaus žmonių skaičiui, Lietuvoje tikėtinas spartesnis LNL skaičiaus augimas. Dėl šio pokyčio būtina pakeisti sveikatos priežiūros planavimą ir išteklių paskirstymą, akcentuojant prevenciją ir lėtinių ligų valdymą (PSO, 2022).

Mažėjantis gyventojų skaičius, senstanti visuomenė ir augantis LNL skaičius kelia iššūkių sveikatos priežiūros sistemai. Sumažėjęs darbingo amžiaus asmenų skaičius apsunkina lėšų, skirtų sveikatos sektoriui, surinkimą. Dėl šio demografinio pokyčio

gali padidėti sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui ir atsirasti sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumas, o tai dar labiau apsunkins sistemos gebėjimą valdyti ir užkirsti kelią LNL didėjimui (Stankūnienė, 2016). Demografiniai pokyčiai Lietuvoje reikalauja iniciatyvaus požiūrio į sveikatos priežiūros politiką. Sveikatos politikos strategijos turi būti nukreiptos į:

- prevencijos priemonės: dėmesys skiriamas prevencijos priemonėms ir ankstyvam ligos diagnozavimui, siekiant veiksmingesnio ligų gydymo. Dėmesys turi būti skirtas gyvenimo būdo keitimui, pavyzdžiui, mitybai ir mankštai, prevencijos programų vykdymui (Tamošiūnas ir kt., 2005);
- sveikatos sistemos stiprinimą: sveikatos priežiūros sistemos adaptavimas, siekiant patenkinti išaugusį LNL gydymo poreikį, pasitelkiant didesnę finansavimą ir investuojant į sveikatos technologijas;
- mokslinius tyrimus ir stebėjimą: mokslinių tyrimų pasitelkimas gali padėti veiksmingiau planuoti ir organizuoti prevencijos programas ir užtikrinti, kad planai būtų pagrįsti įrodymais, siekiant maksimalaus programų veiksmingumo (Fernandez ir kt., 2019).

Ilgėjanti amžiaus trukmė yra geros visuomenės sveikatos, tinkamos mitybos ir kokybiškos medicininės priežiūros įrodymas. Tačiau šie pokyčiai taip pat kelia sudėtingų iššūkių viso pasaulio sveikatos priežiūros sistemoms. Visuomenės senėjimas yra susijęs su padidėjusiu LNL paplitimu, didesniu ilgalaikės priežiūros poreikiu ir būtinybe koreguoti sveikatos priežiūros infrastruktūrą (PSO, 2018). Šių pasekmių supratimas yra labai svarbus politikos formuotojams, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams ir visai visuomenei. Vienas iš pagrindinių senėjančios visuomenės iššūkių yra didėjanti sveikatos priežiūros paslaugų paklausa. Vyresnio amžiaus žmonės dažniau serga LNL (Prince ir kt., 2015). Šiai demografinėi grupei taip pat kyla didesnė polifarmacijos rizika dėl kelių tuo pačiu metu pasitaikančių sveikatos būklių, ir tai dar labiau apsunkina medicininę priežiūrą (Doumat, 2023).

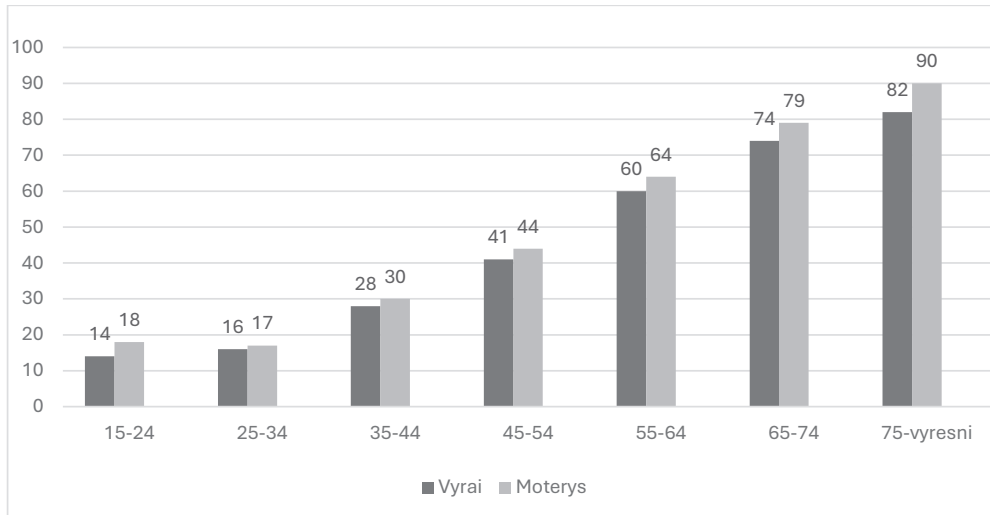
Sveikatos priežiūros sektorius turi pritaikyti savo išteklių paskirstymo ir paslaugų teikimo modelius, kad atitiktų vyresnio amžiaus gyventojų poreikius. Tai apima perėjimą nuo ūminės priežiūros modelių prie visapusės, į geriatriją ir lėtines ligas orientuotos priežiūros. Norint patenkinti didėjančią paklausą, reikės išplėsti ilgalaikės priežiūros paslaugas, namuose teikiamas priežiūros paslaugas ir paliatyviosios priežiūros paslaugas (Colombo ir kt., 2011). Be to, dėl šių priežasčių didėja poreikis darbuotojų, turinčių specializuotą geriatrinės priežiūros išsilavinimą.

Technologijos suteikia galimybių sušvelninti kai kuriuos visuomenės senėjimo iššūkius. Telemedicina, nešiojami sveikatos prietaisai ir sveikatos informacinės technologijos gali pagerinti priežiūros teikimą, ligų valdymą ir palengvinti savarankišką pagyvenusių žmonių gyvenimą (Yang, 2015). Labai svarbu investuoti į tokias technologijas ir mokyti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus ir pacientus jomis naudotis.

Strateginis planavimas labai svarbus norint veiksmingai valdyti demografinių pokyčių poveikį sveikatos priežiūrai. Turėtų būti siekiama skatinti sveiką senėjimą, remti amžiui palankios sveikatos priežiūros infrastruktūros plėtrą ir užtikrinti sveikatos priežiūros finansavimo tvarumą (Beard ir kt., 2015). Be to, tarptautinis bendradarbiavimas, siekiant dalytis gerąja patirtimi ir naujovėmis, gali suteikti vertingų įžvalgų ir padėti kuriant veiksmingą sveikatos apsaugos sistemą.

Demografiniai pokyčiai Lietuvoje yra sudėtingas iššūkis visuomenės sveikatai, ypač valdant didėjančią LNL našą. Norint išspręsti šias problemas, reikalingas integruotas požiūris, apimantis prevencijos sveikatos priemones, sustiprintą sveikatos priežiūros sistemą ir mokslinių tyrimų rekomendacijas. Tik bendromis pastangomis Lietuva gali tikėtis sušvelninti šių demografinių pokyčių poveikį LNL paplitimui ir valdymui.

Analizuojant skatinimo poveikį ligų prevencijai yra naudinga suprasti, kaip visuomenė vertina savo sveikatos būklę (Kaplan ir kt., 2003). Europos Sąjungos šalių kontekste, Lietuvos piliečių sveikata vertinama prasčiausiai. OECD (2021) apklausos rodo, kad tik apie 40 % visuomenės savo fizinę sveikatą vertina gerai. Tuo tarpu Airijoje, šalyje, kurios apklausos rezultatai geriausi, teigiamai savo sveikatą vertina kiek daugiau nei 80 % visuomenės. Gyventojų sveikatos būklės vertinimo apklausa, daryta Lietuvoje 2019 m., pateikiama oficialiosios statistikos portale, 2021 m. leidinyje. Gauta informacija rodo, kad sveikatos vertinimas siejasi su asmens amžiumi. Blogai savo sveikatą vertino vyresni visuomenės nariai. Apklausos rezultatai, išreikšti procentine dalimi, nurodomi 29 paveiksle.



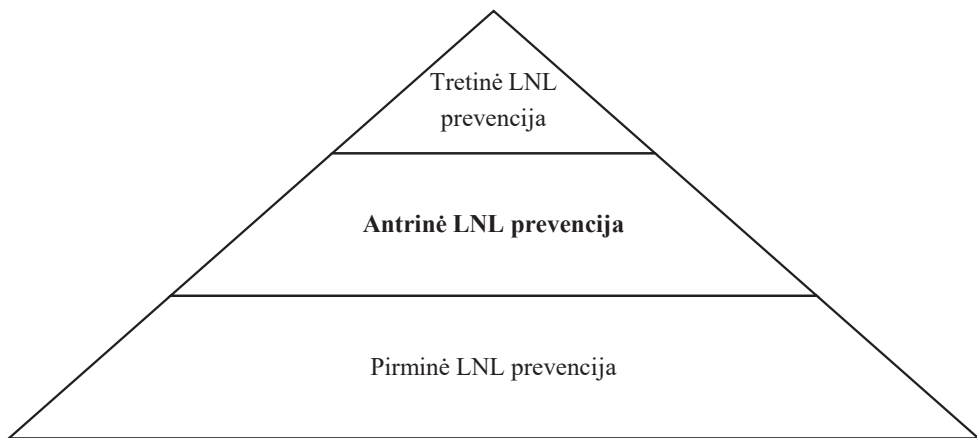
29 pav. Neigiamai savo sveikatą vertinančių asmenų pasiskirstymas pagal amžių ir lytį

Šaltinis: parengta autoriaus pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis

Apibendrinant statistinę informaciją pasakytina, kad LNL paplitimas ir, kaip prognozuojama, susirgimų skaičiaus didėjimas yra rimta problema, su kuria susiduria sveikatos apsaugos sektorius. LNL dažnai gydomoms stacionare, tam reikia didelių investicijų, o pacientai ilgą laiką būna nedarbingi. Be to, vėlai diagnozuota liga dažnu atveju komplikuojasi, yra sunkiai gydoma ir dažnai baigiasi mirtimi. Todėl verta įsiklausyti į mokslininkų, PSO (2018) atstovų rekomendacijas ir daugiau dėmesio bei finansinių išteklių skirti priemonėms, leidžiančioms ligą diagnozuoti kuo anksčiau. Taip pat svarbu edukuoti visuomenę apie sveiko gyvenimo principus ir naudą, diegti veiksmingas ligų prevencijos programas.

3.1.2. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų naudojimo vertinimas

Kaip minėta ankstesniuose darbo skyriuose, ligų prevencija yra vienas pagrindinių žingsnių, leidžiantis anksti diagnozuoti ligą ir laiku paskirti gydymą, siekiant išvengti ligos komplikacijų, galinčių ilgam apriboti paciento darbingumą ir gyvenimo kokybę, išvengti mirties nuo LNL komplikacijų. Ligų prevenciją galima apibūdinti, kaip priemonių, padedančių saugoti, stiprinti ir atkurti sveikatą bei išvengti ligų, visumą (Kearon C. ir kt., 2016). Prevencija pagal savo pobūdį klasifikuojama į tris tipus: pirminę, antrinę ir tretinę (žr. 30 pav.)



30 pav. Ligų prevencijos klasifikacija

Šaltinis: parengta autoriaus

Pasak Plotkin S. A. ir kt. (2013), pirminė prevencija – tai priemonių visuma, kurias naudojant stengiamasi išvengti ligų, šalinti ligų priežastis ir rizikos veiksnius. Ji apima sveikos gyvensenos ugdymą, sveikos aplinkos sudarymą, imunizaciją ir kt. Pirminė prevencija dar skirstoma į ankstyvąją pirminę prevenciją, kuria siekiama išvengti socialinių, ekonominių pokyčių, neigiamai veikiančių gyvenseną, sveikatą ir skatinančių rizikos veiksnių atsiradimą. Ši prevencija ypač svarbi vaikams (Offit ir kt., 1999).

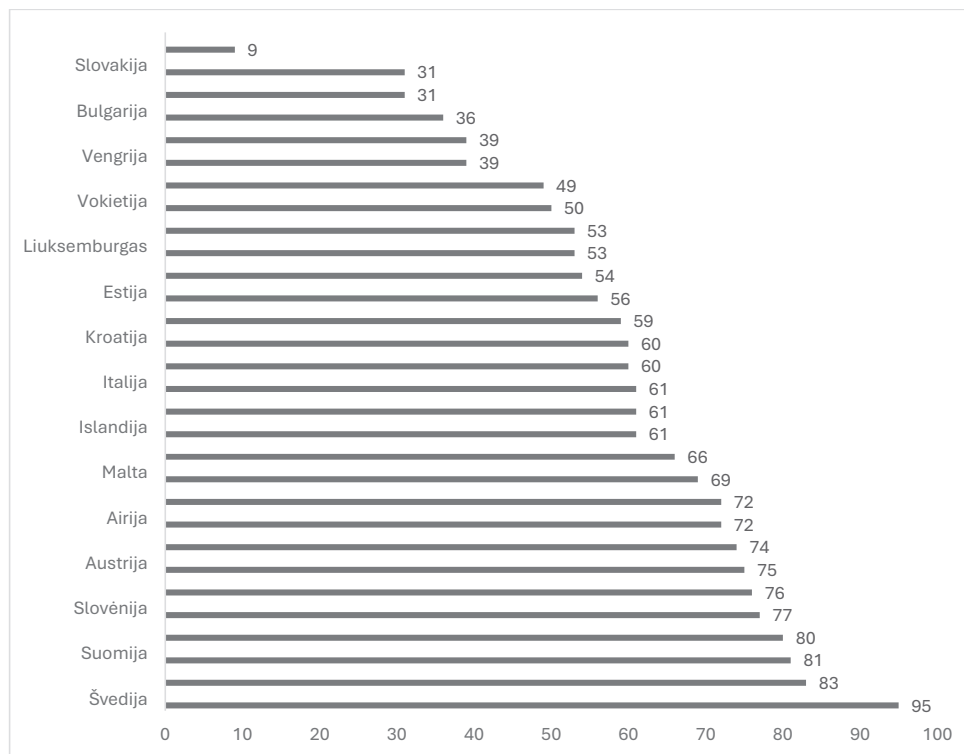
Remiantis Kearon C. ir kt. (2016), antrinę prevenciją galima apibūdinti kaip priemonių visumą, kurias taikant siekiama sustabdyti ligą ir išvengti jos komplikacijų. Pagrindinė priemonė – *ankstyvoji ligų diagnostika arba prevencija*.

Taylor R. S. (2004) tretinę prevenciją apibrėžia kaip priemonių visumą, kuria siekiama sustabdyti įsisenėjusios ligos ryškėjimą, išvengti neįgalumo ir pagerinti gyvenimo kokybę. Šiuo etapu dažniausiai taikomos gydomosios ir atkuriamosios priemonės (Andersen L. ir kt., 2016).

Visos trys prevencijos formos tarpusavyje yra tiesiogiai susijusios, tačiau tuo pačiu turi daug skirtingų požymių. Svarbu pabrėžti, kad prevencijos programos, kurių naudojimo skatinimas yra pagrindinis šio mokslinio darbo tiriamasis objektas, yra antrinės prevencijos elementas, todėl šiame moksliniame darbe LNL prevencija bus nagrinėjama kaip antrinės prevencijos dalis.

Vadovaujantis prevencijos programų ES šalyse naudojimo ataskaita, kuri buvo atlikta 2018–2020 m. ir pateikta „Statista“ duomenų bazėje, galima konstatuoti, kad visuomenės naudojimas LNL prevencijos programomis mažėja. ES šalys daug dėmesio skiria prevencijos programų skatinimui. Viena pirmųjų prevencijos programų pradėta taikyti tiek Lietuvoje, tiek ir daugelyje ES valstybių, buvo krūties vėžio prevencijos programa. Remiantis OECD statistiniais duomenimis, 2019 m. Lietuva pagal krūties vėžio prevencijos programos naudojimą buvo žemiau statistinio ES šalių vidurkio. ES šalių rezultatai pristatomi 31 paveiksle.

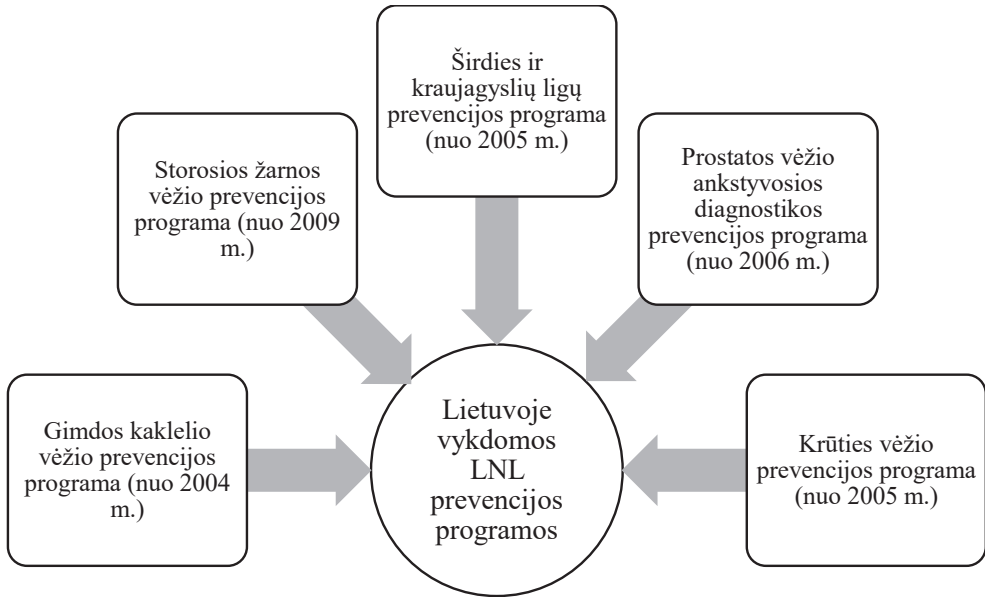
Anksti diagnozuotos LNL gydomos lengviau, dažnu atveju nereikalinga gydytojo specialisto intervencija. Svarbi tampa šeimos gydytojo institucija. Būtina akcentuoti, kad didelė dalis širdies ir kraujagyslių, vėžinių susirgimų gali būti diagnozuoti anksti, taikant specifinius ankstyvos diagnostikos metodus. Lietuvoje vykdomos penkios ligų prevencijos programos, kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) lėšomis. Tai – gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa, krūties vėžio prevencijos programa, prostatos (priešinės liaukos) vėžio prevencijos programa, storosios žarnos vėžio prevencijos programa, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa (žr. 32 pav.).



31 pav. Krūties vėžio prevencijos programos naudojimas ES šalyse 2019 m. (%)

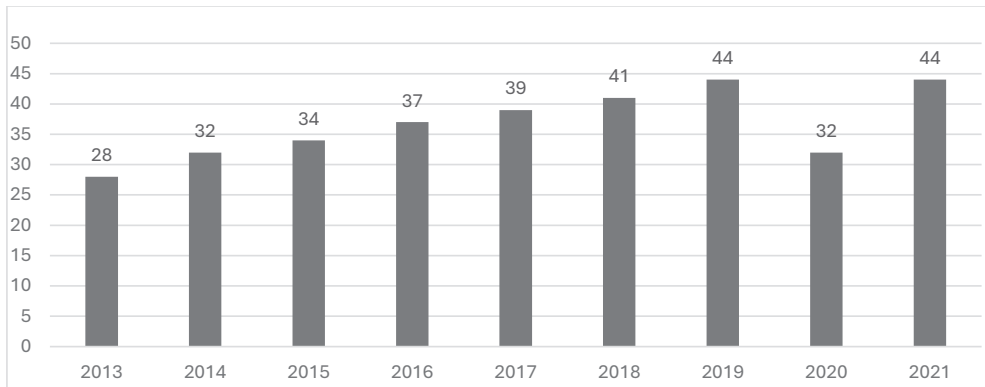
Šaltinis: parengta autoriaus pagal OECD duomenis

Prevencijos programos yra pagrindinis įrankis, leidžiantis laiku diagnozuoti ligą. Anksti diagnozuota liga dažnu atveju gali būti gydoma šeimos gydytojo, taip išvengiant galimos hospitalizacijos. Svarbu pabrėžti, kad anksti diagnozuota liga gali labai sumažinti komplikacijų rizikas ir mirtingumą. Tačiau nesikeičiantis LNL skaičius, didelis hospitalizacijos rodiklis ir aukštas mirtingumas rodo, kad visuomenė pasyviai naudojasi prevencijos programomis. Toliau darbe bus analizuojama prevencijos programų naudojimo tendencijos. Statistinius duomenis, kurių pagrindu buvo daroma informacijos analizė ir apibendrinimas, teikia Valstybinė ligonių kasa. Informacija apie visas Lietuvoje siūlomas ir kompensuojamas prevencijos programas pateikiama 33, 34, 35, 36 ir 37 paveiksluose.



32 pav. Lietuvoje vykdomos prevencijos programos

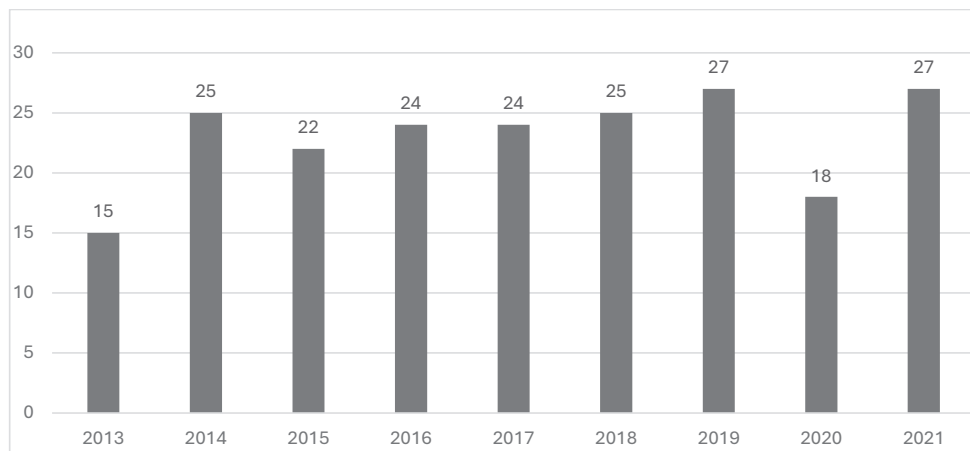
Šaltinis: parengta autoriaus



33 pav. Dalyvavimas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje 2013–2021 m. (%)

Šaltinis: parengta autoriaus remiantis VLK duomenimis

Dalyvavimas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje per 2013–2021 m. laikotarpį buvo mažesnis nei tikėtasi, todėl jos įgyvendinti tikslai dėl ligų paplitimo ir rizikos sumažinimo liko neišpildyti. Nepakankamas asmenų dalyvavimas reiškia, kad pastangos skatinti sveiką gyvenimą ir atlikti ankstyvą patikrą nebuvo pakankamai veiksmingos.



34 pav. Dalyvavimas storosios žarnos vėžio prevencijos programoje 2013–2021 m. (%)

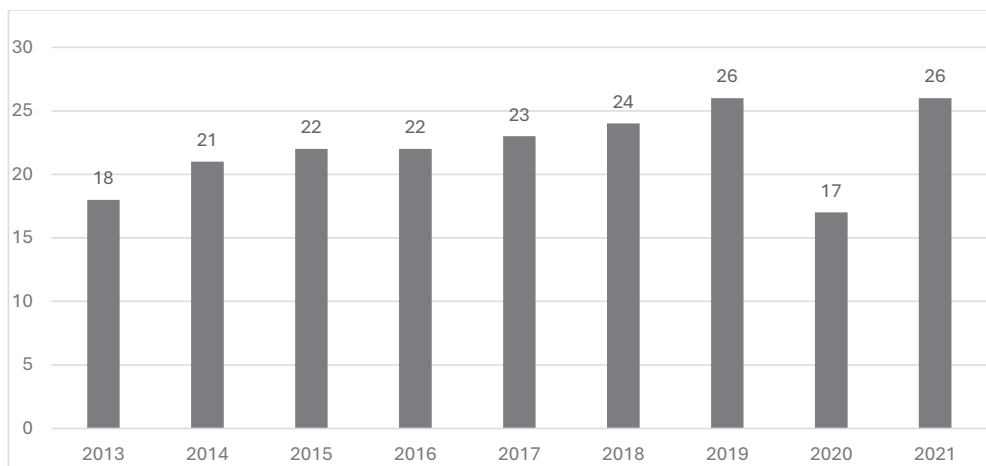
Šaltinis: parengta autoriaus remiantis VLK duomenimis

Storosios žarnos vėžio prevencijos programoje dalyvaujančiųjų skaičius taip pat buvo žemesnis, nei buvo siekta, todėl sumažėjo galimybės sėkmingai diagnozuoti ir gydyti ligą ankstyvoje stadijoje. Dėl to nebuvo pasiektas reikšmingas susirgimų skaičiaus sumažėjimas, kuris buvo vienas pagrindinių programos tikslų.

Nepakankamas moterų dalyvavimas krūties vėžio prevencijos programoje lėmė, kad daugelis tikslų, susijusių su ankstyva diagnostika ir gydymo galimybėmis, liko neįgyvendinti. Tai rodo, kad reikia toliau stengtis patraukti daugiau moterų ir skatinti aktyvesnę jų įsitraukimą į prevencines patikras.

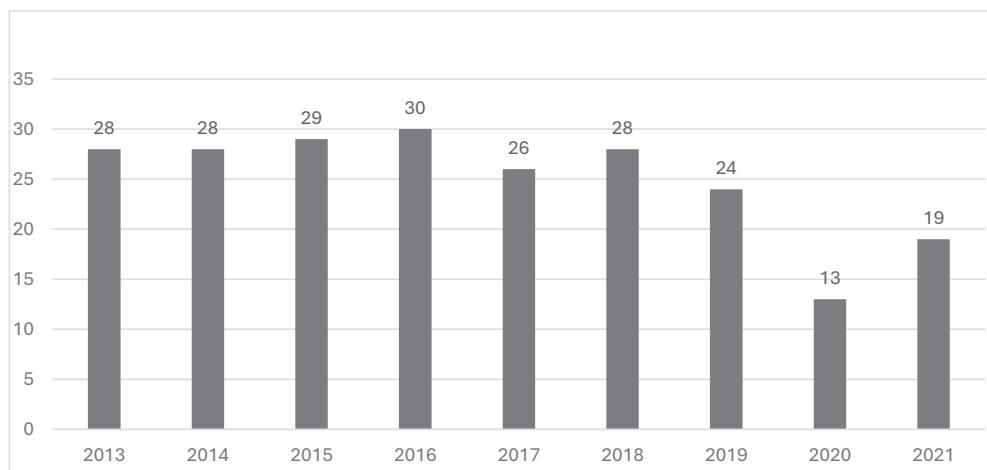
Vykdamas priešinės liaukos vėžio prevencijos programą nepavyko pasiekti planuotų dalyvavimo tikslų, todėl galimybės sumažinti sunkiau gydomų ligos stadijų atvejų skaičių buvo ribotos. Tai rodo, kad būtina vykdyti veiksmus, kurie padidintų vyrų aktyvumą prevencijos procesuose.

III. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo empirinių tyrimų vertinimo rezultatai



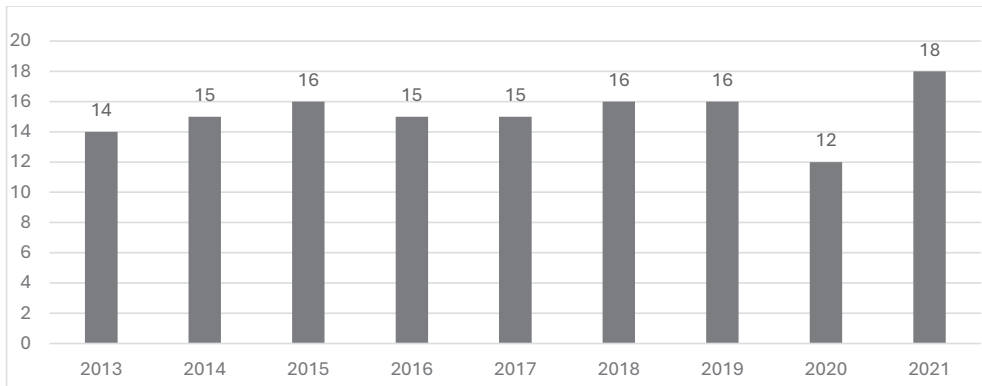
35 pav. Dalyvavimas krūties vėžio prevencijos programoje 2013–2021 m. (%)

Šaltinis: parengta autoriaus remiantis VLK duomenimis



36 pav. Dalyvavimas priešinės liaukos vėžio prevencijos programoje 2013–2021 m. (%)

Šaltinis: parengta autoriaus remiantis VLK duomenimis



37 pav. Dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio prevencijos programoje 2013–2021 m. (%)

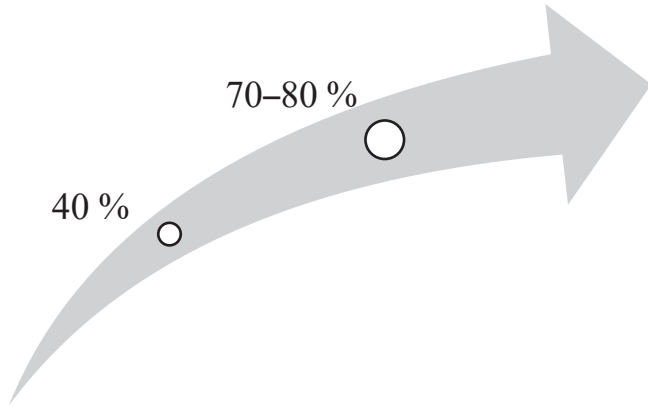
Šaltinis: parengta autoriaus remiantis VLK duomenimis

Nepakankamas dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio prevencijos programoje turėjo įtakos tam, kad programos uždaviniai dėl ligos prevencijos nebuvo visiškai įgyvendinti. Tai rodo poreikį ieškoti būdų, kaip veiksmingiau pasiekti tikslingą auditoriją ir skatinti nuoseklesnį dalyvavimą ligų prevencijos programose.

Apibendrinant statistinius rezultatus matyti, kad vidutiniškai gimdos kaklelio, priešinės liaukos, krūties ir storosios žarnos vėžio prevencijos programomis pasinaudojo apie 20 % tikslinės grupės asmenų. Išimtis – tik širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos, kurių dalyvių skaičius yra kone dvigubai didesnis. Statistinių duomenų dinamikos analizė parodo, kad prevencijos programos visuomenėje nėra itin populiarios. Surinkta informacija patvirtina hipotezę, kad tik nedidelė dalis visuomenės vertina ir supranta prevencijos svarbą. Labai svarbu suprasti šio požiūrio priežastis ir įvertinti, kokios paskatos turi poveikį apsispręsti aktyviau naudotis ligų prevencijos programomis. Svarbu pabrėžti tai, kad Valstybinės ligonių kasos statistinė informacija pateikiama su tam tikrais metodiniais netikslumais. Ši aplinkybė yra pabrėžta mokslinio darbo apribojimų dalyje, pateikiamoje darbo įvade. Prevencijos programos atliekamos asmeniui periodiškai kas kelerius metus, todėl vertinti programų dinamiką pamečiui yra netikslu, nes statistiškai duomenų rodikliai atrodo mažesni. Specialistų vertinimu, vidutinis prevencijos programų naudojimo skaičius siekia apie 40 %.

Gauti statistiniai rezultatai pagrindžia teiginį, kad prevencijos programų naudojimas yra nepakankamas. Organizacija „Pola“, vienijanti onkologinėmis ligomis sergančius pacientus ir aktyviai bendradarbiaujanti su Nacionaliniu vėžio institutu, pabrėžia, jog siekiant, kad prevencijos programos būtų paveikios, dalyvavimas jose turi siekti bent

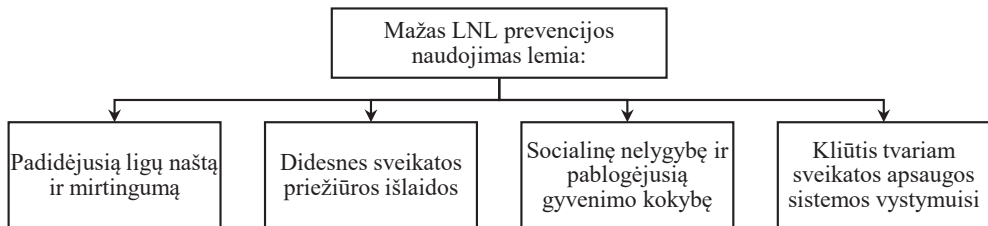
70–80%. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos pranešime teigiama, kad prevencijos programos turėtų pasiekti bent 70 % rodiklį. Ambicingi tikslai yra keliami ir Nacionalinės vėžio prevencijos ir kontrolės 2014–2025 m. programoje (žr. 38 pav.), tačiau taikyti veiksmai ir strategijos neleido pasiekti užsibrėžtų tikslų. Didelis iššūkis vykdant prevencijos programas yra rasti būdus, kaip pagerinti informuotumą ir paskatinti daugiau žmonių dalyvauti jose. Ateityje gali būti naudinga investuoti į kampanijas, kurios padėtų geriau suprasti prevencijos svarbą, bei didintų paslaugų prieinamumą.



38 pav. Dalyvavimo prevencijos programose rezultatai ir tikslai

Šaltinis: parengta autoriaus

Nepakankamas prevencijos programų naudojimas išryškina visuomenės sveikatos strategijų spragas, kurios, jei nebus pašalintos, kelia rimtą grėsmę gyventojų sveikatai ir ekonominiam stabilumui. Prevencijos vengimas gali nulemti sunkias pasekmes, jos pateikiamos 39 paveiksle ir išsamiau aptariamasi tolesniame disertacijos tekste.



39 pav. Mažo LNL prevencijos programų naudojimo pasekmės

Šaltinis: parengta autoriaus

1. *Padidėjusi ligų našta ir mirtingumas.* Pagrindinė grėsmė dėl mažo dalyvavimo LNL prevencijos programose yra galimas ligų poveikis ekonomikai ir mirtingumo padidėjimas. Mažėjant asmenų, kurie naudojami prevencijos programomis, sergamumas LNL gali didėti, ir tai lems mirtingumo padidėjimą. Tai ypač aktualu atsižvelgiant į tai, kad LNL galima išvengti keičiant gyvenimo būdą ir taikant ankstyvą diagnostiką (PSO, 2018).

2. *Didėjančios sveikatos priežiūros išlaidos.* Antrinė grėsmė yra didelės finansinės pasekmės sveikatos priežiūros sistemai. Didėjantis LNL paplitimas neišvengiamai padidins sveikatos priežiūros išlaidas, nes reikės didesnės medicininės priežiūros, įskaitant ilgalaikį gydymą ir hospitalizavimą (Bloom ir kt., 2012). Tai ne tik apriboja sveikatos priežiūros išteklius, bet ir užkrauna finansinę Lietuvos gyventojams, didina skurdo lygį ir riboja socialinį ir ekonominį vystymąsi.

3. *Socialinė nelygybė ir pablogėjusi gyvenimo kokybė.* Mažas prevencijos programų naudojimas taip pat didina sveikatos nelygybę. Pažeidžiama visuomenės dalis, įskaitant tuos, kurių socialinė ir ekonominė padėtis žemesnė, turi mažiau galimybių naudotis prevencijos priemonėmis, todėl jų rizika susirgti LNL dar labiau didėja (Allen ir kt., 2017). Be to, didėjantis LNL paplitimas neigiamai veikia asmenų gyvenimo kokybę, o lėtinės ligos sukelia negalią, mažėja asmenų produktyvumas ir blogėja savijauta.

4. *Kliūtis tvariam sveikatos apsaugos sistemos vystymuisi.* Nepakankamas LNL prevencijos programų naudojimas kelia grėsmę tvaraus vystymosi tikslams, ypač susijusiems su sveikata ir gerove. LNL epidemija gali trukdyti siekti tokių tikslų kaip priešlaikinio mirtingumo nuo LNL sumažinimas vienu trečdaliu iki 2030 m., kaip nurodyta SDG 3.4 punkte (Jungtinės Tautos, 2015). Prevencijos programų prieinamumo didinimas, visuomenės švietimas ir finansavimo didinimas yra esminiai veiksmai, kurių reikia norint padidinti LNL prevencijos programų naudojimą.

3.1.3. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų viešinimas

Daug naudingos informacijos atskleidė statistinė duomenų analizė, parodžiusi, kiek pacientų, kuriems priklauso prevenciniai tyrimai, buvo apie tai informuoti. Statistinės informacijos analizė buvo atlikta penkiose Lietuvos apskrityse. Vertinimui buvo pasirinkta storosios žarnos vėžio prevencijos programa. OECD (2021) duomenimis ši vėžio forma yra antras pagal dažnumą aptinkamas vėžinis susirgimas, kuris ankstyvoje stadijoje gali būti nustatomas atlikus specialų testą, įtrauktą į prevencijos programų planą. Taip pat šiame statistiniame tyrime buvo įvertintos penkios pagal prisirašiusių asmenų skaičių didžiausios ASPĮ, teikiančios pirminės priežiūros paslaugas ir dalyvaujančios prevencijos programose. Šiuo atveju taip pat buvo vertinta storosios žarnos vėžio programa. 2023 m. užfiksuotų statistinių duomenų rezultatai pateikiami 5 ir 6 lentelėse.

5 lentelė. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas, skaičius Lietuvos apskrityse

Apskritis	Bendras ASPI priskirtų asmenų (50–74 m. imtinai) skaičius	Planuojama patikrinti per ataskaitinį laikotarpį	Informuotų pacientų skaičius	Informavimo paslaugos atlikimas (%)
Vilniaus	302 365	151 204	79. 422	52
Kauno	247 031	123 516	66 651	54
Klaipėdos	145 819	72 126	37 939	53
Šiaulių	142 765	71 397	40 393	56
Panevėžio	129 063	64 540	35 072	54

Šaltinis: parengta autoriaus remiantis VLK duomenimis

Bendri rezultatai rodo, kad pacientų informuotumas apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas Lietuvos apskrityse buvo nepakankamas. Tai turėjo tiesioginį poveikį dalyvavimo programoje rodikliams ir apribojo galimybes laiku diagnozuoti ligą ankstyvoje stadijoje. Mažas informuotumo lygis galėjo lemti tai, kad daugelis žmonių nepakankamai suvokė prevencinių priemonių svarbą, nesirūpino reguliariais patikrinimais ar nesinaudojo siūlomomis prevencinės priežiūros paslaugomis.

Norint pagerinti šią situaciją, svarbu įgyvendinti plačias informavimo kampanijas, nukreiptas į visuomenės švietimą apie storosios žarnos vėžio rizikos veiksnius ir prevencijos naudas. Taip pat reikėtų užtikrinti, kad informacija būtų lengvai prieinama ir suprantama įvairių socialinių ir amžiaus grupių atstovams, siekiant didinti dalyvavimą ir gerinti išankstinės diagnostikos rodiklius visose apskrityse.

Surinkus, susisteminus ir išanalizavus gautą statistinę informaciją matyti, kad vidutiniškai apie 50 % pacientų, kuriems priklauso storosios žarnos prevencijos programa, apie tai buvo informuoti. Praktiškai identiški duomenys atskleidžiami ir atskirų ASPI analizėje. Žinant, kiek svarbi ir reikšminga yra komunikacija ir tinkamas pacientų informavimas vykdant prevencijos programas, galima teigti, kad tai yra sritis, kurią PSPC turėtų tobulinti. Tokios iniciatyvos kaip koordinacinių centrų steigimas yra teigiamas žingsnis, tačiau kyla klausimas, ar du koordinacijos centrai turės pakankamai techninių ir žmogiškųjų išteklių sėkmingai ir veiksmingai komunikuoti, laiku ir tinkamai informuoti asmenis apie jiems priklausančias prevencijos programas.

Veiksminga komunikacija yra svarbiausia sveikatos priežiūroje, ypač kai reikia informuoti pacientus apie LNL prevencijos programų svarbą. Tinkamas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir pacientų bendravimas yra būtinas siekiant užtikrinti, kad pacientai suprastų prevencijos priemonių naudą ir būtų motyvuoti aktyviai dalyvauti

6 lentelė. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas, skaičius penkiuose didžiausiuose PSPC

Apskritis	ASPI	ASPI priskirtų asmenų (50–74 m.) skaičius	Planuojama patikrinti per ataskaitinį laikotarpį	Informuotų pacientų skaičius	Informavimo paslaugos atlikimas (%)
Kauno	VšĮ Kauno miesto poliklinika	57 862	28 931	18 355	63
Klaipėdos	VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras	14 666	7 332	3 832	52
Šiaulių	VšĮ Šiaulių centro poliklinika	14 281	7 141	4 195	59
Panevėžio	VšĮ Utenos PSPC	13 028	6 514	2 556	39
Vilniaus	VšĮ Centro poliklinika	35 547	17 774	9 788	55

Šaltinis: parengta autoriaus remiantis VLK duomenimis

prevencijos programose. Pacientų švietimas apie LNL prevencijos svarbą suteikia asmenims galimybę prisiimti atsakomybę už savo sveikatą ir pasirinkti sveiką gyvenimo būdą, ir tai galiausiai sumažina LNL keliamų rizikų poveikį, padeda taupyti sveikatos priežiūros sistemų lėšas. Markides M. (2011) pabrėžė paciento ir paslaugų teikėjo komunikacijos poveikį ligų prevencijos praktikos skatinimui. Teigiama, kad pacientai, gavę aiškios ir išsamios informacijos apie LNL prevencijos programas, dažniau ėmėsi prevencijos veiksmų, tokių kaip reguliarūs patikrinimai, vaistų režimo laikymasis ir gyvenimo būdo keitimas. Veiksmingos bendravimo strategijos, pritaikytos individualiems paciento poreikiams ir pageidavimams, yra labai svarbios norint perteikti LNL prevencijos svarbą ir skatinti pacientus priimti tinkamus sveikatos sprendimus.

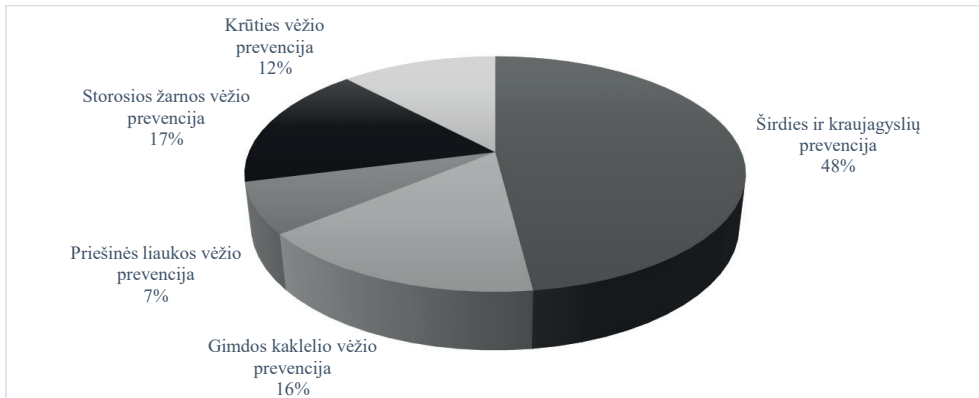
Tinkama komunikacija apie LNL prevencijos programas ne tik skatina pacientų įsitraukimą, bet ir padeda stiprinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir pacientų pasitikėjimą (Ratna, 2019). Atviras ir skaidrus bendravimas sukuria palankią sveikatos priežiūros aplinką, kurioje pacientai jaučiasi galintys užduoti klausimus, ieškoti paaiškinimų ir aktyviai dalyvauti gydymo ar sveikatinimo procese (Braš, 2016). Užmegzdami

bendradarbiavimo santykius, pagrįstus naudingą bendravimu, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali dirbti su pacientais, kad sukurtų asmeninius prevencijos planus, kurie atitiktų jų tikslus ir pageidavimus. Be to, informuojant pacientus apie LNL prevencijos programas, galima anksti nustatyti rizikos veiksnius, laiku diagnozuoti ligą ir laiku paskirti gydymą. Suteikdami pacientams žinių ir priemonių, kaip užkirsti kelią LNL, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai prisideda prie geresnių sveikatos rezultatų, sumažina sveikatos priežiūros išlaidas ir pagerina asmenų gyvenimo kokybę (Markides, 2011).

Apibendrinant galima teigti, kad tinkama komunikacija apie LNL prevencijos programų svarbą yra būtina siekiant skatinti prevenciją, suteikti daugiau galimybių pacientams pagerinti sveikatą. Pabrėždami aiškų, pacientų poreikius atliepiantį ir juos palaikantį bendravimą, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali suteikti visuomenei vertingos informacijos apie LNL prevenciją ir įkvėpti pokyčius, vedančius sveikesnės gyvenimo link.

3.1.4. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų finansavimas

PSDF išlaidos Lietuvoje kasmet didėja. 1997 m. sveikatos apsaugos išlaidos siekė 379,2 mln. Eur. 2024 m. biudžete sveikatos apsaugai numatyta 3 461,1 mln. Eur. Valstybinė ligonių kasa prognozuoja, kad 2026 m. šiai sričiai bus skiriama 3 927,4 mln. Eur. Sveikatos programoms numatyta skirti 4,8 % PSDF biudžeto lėšų. Lėšų paskirstymas prevencijos programoms pateikiamas 40 paveiksle.



40 pav. LNL prevencijos programoms skirtų lėšų paskirstymas (%)

Šaltinis: parengta autoriaus remiantis VLK duomenimis

Lietuvos ir kitų ES šalių sveikatos priežiūros išlaidų, ypač skirtų LNL prevencijos programoms, palyginimas yra itin svarbus dėl kelių priežasčių. Atsižvelgiant į didelę neinfekcinių ligų naštą visame pasaulyje, supratimas apie išteklių skyrimą jų preven-

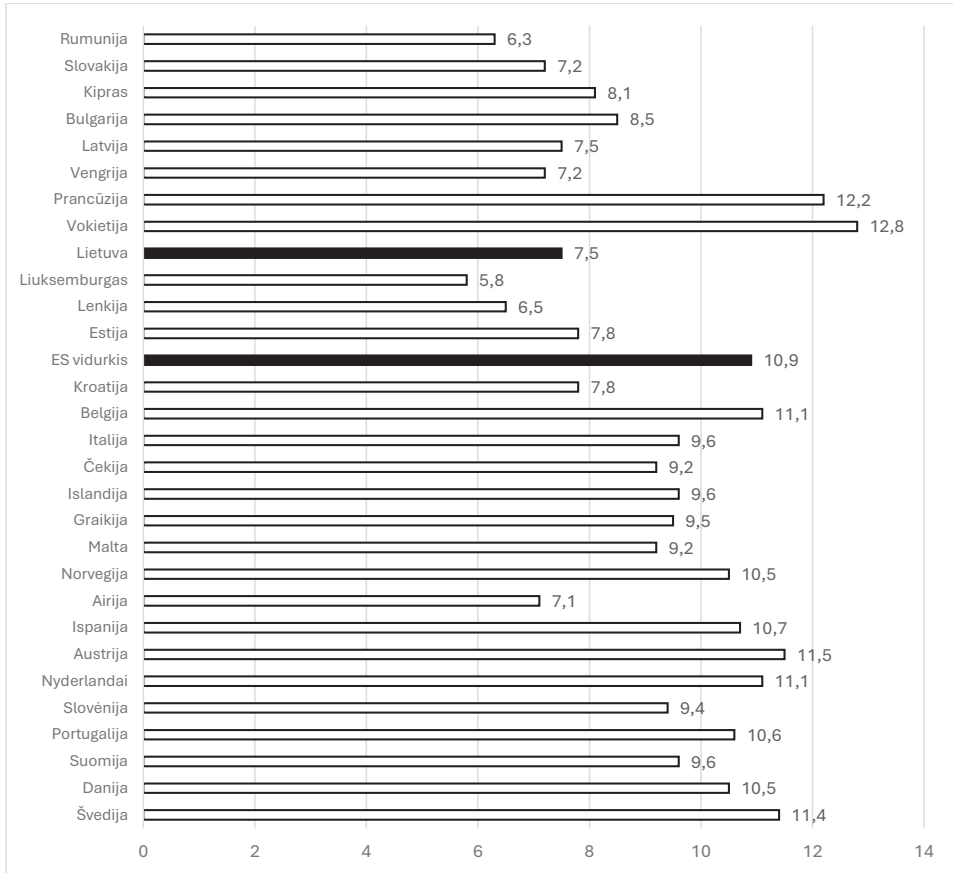
cijai gali suteikti vertingų įžvalgų apie sveikatos politikos veiksmingumą ir prioritetus skirtinguose regionuose. Kaip minėta, tokios neinfekcinės ligos kaip širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys, diabetas ir lėtinės kvėpavimo takų ligos yra pagrindinė sergamumo ir mirtingumo priežastis visame pasaulyje (PSO, 2018), jos daro didelę ekonominę įtaką sveikatos priežiūros sistemoms ir šalių ekonomikai (Bloom ir kt., 2012).

Pirma, sveikatos priežiūros išlaidų palyginimas suteikia galimybę nustatyti investicijų naudą ir padeda atskleisti geriausias kitų valstybių patirtis, taip pat identifikuoja tobulintinas sritis. Lietuvai, siekiančiai pagerinti gyventojų sveikatos rezultatus, tokie palyginimai yra neįkainojami. Jie leidžia politikos formuotojams įvertinti savo šalies išlaidas, palyginti su kitomis ir pakoreguoti politiką, kad išteklių būtų paskirstyti racionaliau (Europos Komisija, 2021).

Antra, šis palyginimas gali atskleisti ryšį tarp investicijų į LNL prevenciją ir visuomenės sveikatos rodiklių. Duomenys rodo, kad prevencijos sveikatos priežiūra gali iš esmės sumažinti LNL paplitimą, pagerinti gyvenimo kokybę ir sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas ilgalaikėje perspektyvoje (Allen ir kt., 2017; Finkelstein ir kt., 2007). Ištyrus, kaip Lietuvos skiriamos išlaidos LNL prevencijai skiriasi su kitų ES šalių, galima įvertinti, ar mūsų patvirtintas investicijų lygis yra tinkamas ir koreliuoja su geresniais sveikatos rezultatais. Tuo būtų galima vadovautis priimant būsimus biudžeto planus, užtikrinti, kad lėšos būtų nukreiptos į intervencijas, kurios teikia didžiausią investicijų grąžą visuomenės sveikatos požiūriu. Be to, tokie palyginimai gali pabrėžti, kaip svarbu laikytis holistinio požiūrio į sveikatos išlaidas, integruojant prevenciją į platesnę sveikatos sistemą. Šis požiūris ypač aktualus Lietuvai ir kitoms ES šalims, susiduriančioms su visuomenės senėjimu ir su tuo susijusiu lėtinių ligų gausėjimu, todėl būtina pereiti nuo į gydymą orientuotų sveikatos priežiūros modelių prie orientuotų į prevenciją (Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninis biuras ir Europos sveikatos observatorija. Sistemos ir politika, 2000). Supratimas apie sveikatos priežiūros išlaidų, skiriamų LNL prevencijai, skirtumus gali palengvinti tarpvalstybinį bendradarbiavimą ir dalijimąsi žiniomis ES šalyse. Šalys, sėkmingai įgyvendinusios ekonomiškai paveikias priemones, gali būti pavyzdžiu kitoms. Bendradarbiavimo pastangos taip pat gali padėti sukurti ES masto strategijas, skirtas kovai su LNL, pasitelkiant kolektyvinius valstybių narių išteklius ir kompetenciją siekiant didesnio poveikio visuomenės sveikatai (Caron ir kt., 2023).

Tarp ES valstybių narių didžiausios sveikatos priežiūros išlaidos, palyginti su BVP, 2020 m. buvo Vokietijoje (12,8 %) ir Prancūzijoje (12,2 %). Skiriama BVP dalimi taip pat išsiskyrė Skandinavijos šalys. Didžiausias sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui padidėjimas (%) 2012–2020 m. užfiksuotas Rumunijoje ir Baltijos šalyse. BVP dalis (%), skirta sveikatos apsaugai. Eurostato duomenimis, ES valstybės narės 2020 m. sveikatos priežiūros prevencijai išleido 49,9 mlrd. Eur. Ligų prevencijos išlaidos ES šalyse 2020 m. sudarė 0,37 % BVP. BVP dalis, skirta LNL prevencijai, pateikiama 41 pav.

III. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo empirinių tyrimų vertinimo rezultatai



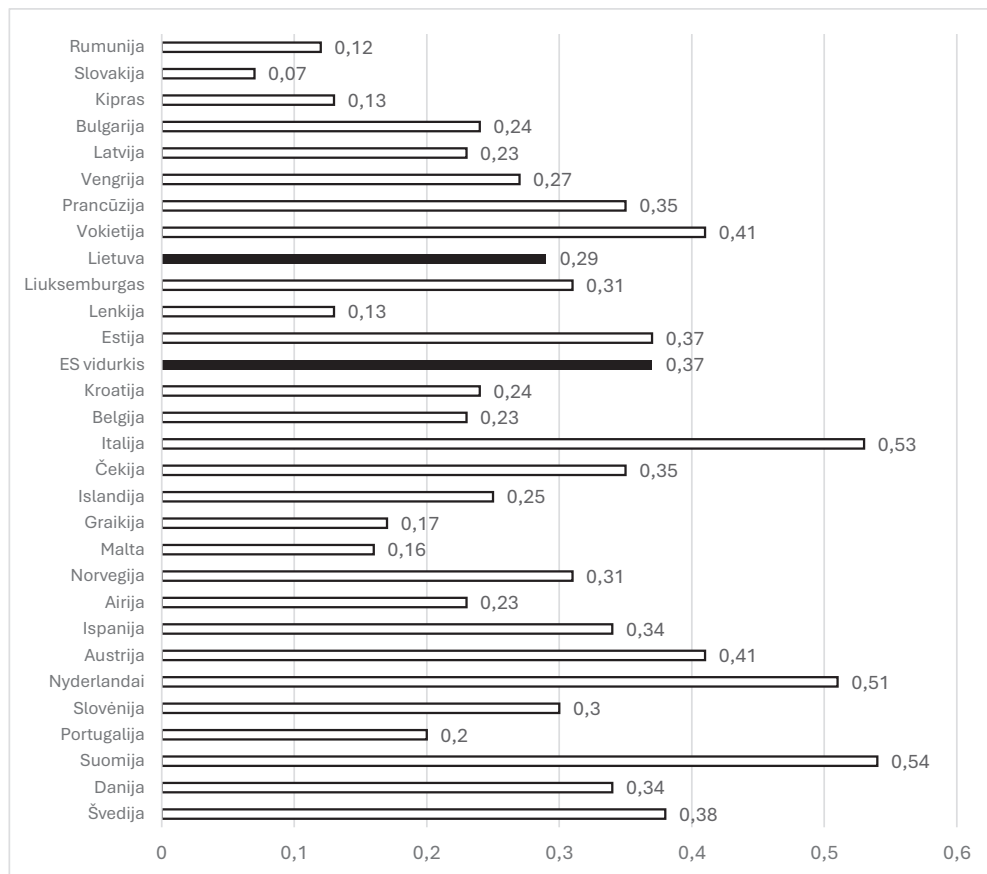
41 pav. ES šalių BVP dalis (%), skirta sveikatos apsaugai 2020 m.

Šaltinis: parengta autoriaus pagal Eurostato duomenis

Suomijoje, Italijoje ir Nyderlanduose, 2020 m. LNL prevencijos išlaidos sudarė 0,54 %, 0,53 % ir 0,51 % bendrojo vidaus produkto. Šių valstybių sveikatos priežiūros išlaidų santykis buvo didžiausias tarp ES valstybių narių. Išsiskyrė Vokietija ir Austrija (abi po 0,41 %), kuriose ligų prevencijos išlaidos tais pačiais ataskaitiniais metais sudarė daugiau nei 0,4 % BVP. Slovakija (0,07 %) užfiksavo mažiausią santykį ir buvo vienintelė ES valstybė narė, kuri 2020 m. ligų prevencijai skyrė mažiau nei 0,10 % savo BVP.

Eurostato duomenimis, absoliučiais skaičiais Vokietija ligų prevencijai išleido 13,9 mlrd. Eur – tai didžiausia suma tarp valstybių narių; ji taip pat buvo vienintelė valstybė narė, išleidusi daugiau nei 10 mlrd. Eur. Kitos keturios valstybės narės lyde-

III. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo empirinių tyrimų vertinimo rezultatai



42 pav. ES šalių BVP dalis (%), skirta LNL prevencijai 2020 m.

Šaltinis: parengta autoriaus pagal Eurostato duomenis

rės pagal šį vertinimo kriterijų 2020 m. ligų prevencijai išleido daugiau nei 3,0 mlrd. Eur: Italija (8,7 mlrd. Eur), Prancūzija (8,0 mlrd. Eur), Nyderlandai (4,1 mlrd. Eur) ir Ispanija (3,8 mlrd. Eur). Reitingo pabaigoje buvo Kipras (28,9 mln. Eur) ir Malta (20,5 mln. Eur) – tai mažiausios sumos visoje ES. Lietuvos prevencijos programų išlaidos nesiekė bendro ES vidurkio ir sudarė 0,29 % BVP.

Vertinant finansinį aspektą galima išvelgti koreliacijų tarp prevencijos programoms skirtų lėšų ir atliktų prevencijos programų skaičiaus. Sudėtinga lyginti absoliučiai visas ES valstybes, nes ne visos šalys pateikia statistinę informaciją apie prevencijos programų rezultatus. Tačiau iš turimų duomenų, pateikiamų 42 paveiksle,

galima daryti išvadą, kad valstybėse, kurių finansiniai prevencijos programų ištekliai yra didesni, naudojimas programomis yra didesnis. Vertindami krūties vėžio prevencijos programą matome, kad tokiose šalyse kaip Suomija, Nyderlandai ar Austrija naudojimas krūties vėžio prevencijos programa yra daug didesnis už ES šalių vidurkį. Naudojimas Slovakijos ir Rumunijos (šalys, kurios prevencijos programoms skyrė mažiausią BVP dalį) krūties vėžio prevencijos programa yra mažiausias iš visų ES valstybių. Išskirtinį pavyzdį rodo Švedija, taip pat ir Malta, kuriose prevencijos programoms skiriama BVP dalis yra mažesnė nei lentelės lyderių, tačiau naudojimas krūties vėžio prevencijos programa yra didelis. Tikėtina, kad tokią situaciją lemia moterų sąmoningumas, gera edukacija, informacijos sklaida ir paslaugų prieinamumas. Lietuvos rezultatai pagal šį kriterijų yra žemiau statistinio ES vidurkio ir šis rezultatas skatina ieškoti sprendimų, padedančių veiksmingiau vykdyti prevencijos programą.

Galiausiai svarbu pabrėžti finansavimo svarbą, siekiant veiksmingai skatinti ir vykdyti prevencijos programas, skirtas neužkrečiamoms ligoms diagnozuoti. Didėjantis sergamumas lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis skatina investicijas į prevenciją ir kontrolės programas. Šios investicijos gali reikšmingai prisidėti prie sveikesnės visuomenės, socialinės ir ekonominės gerovės.

3.2. Kokybinio tyrimo rezultatų analizė

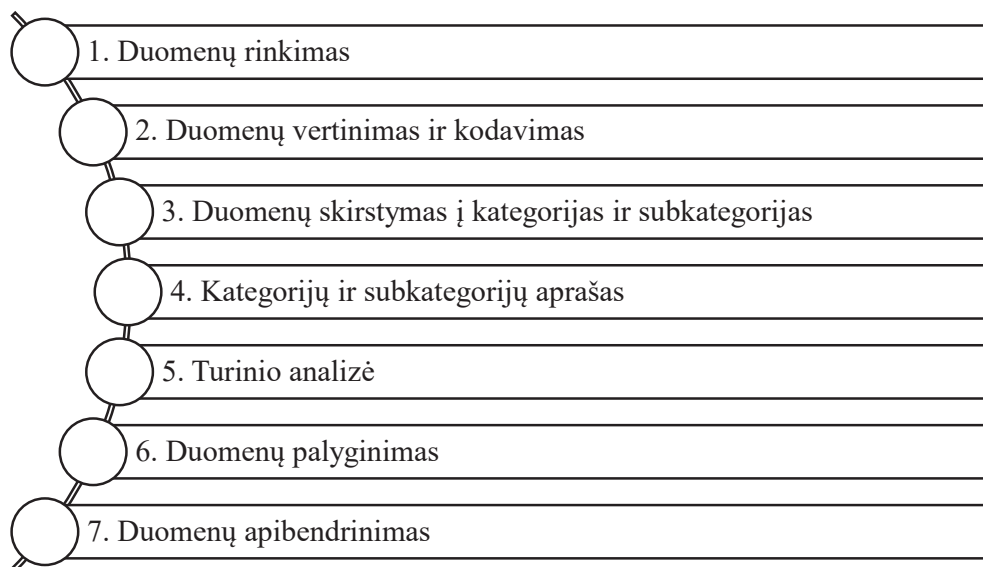
Kokybinis empirinis tyrimas atliktas pagal 43 paveiksle pateiktą algoritimą.

Pirmiausia buvo vykdomas duomenų rinkimas (atliktas ir pristatymas tyrimo organizavimo etape). Antrajame etape buvo susipažinta su duomenimis ir atliekamas jų vertinimas. Šiame etape buvo apibendrinti respondentų atsakymai. Duomenys buvo įvertinti, sisteminėti ir apibendrinti pasitelkiant kokybinės turinio analizės metodą, leidžiantį pateikti pirmines išvadas. Duomenų turinio analizei atlikti buvo pasitelkti trys duomenų kodavimo metodai:

1. Atviras kodavimas – pradinis duomenų tyrimas kategorijoms nustatyti.
2. Ašinis kodavimas – kategorijų rūšiavimas ir sujungimas pagal ryšius.
3. Atrankinis kodavimas – pagrindinių kategorijų tobulinimas ir integravimas.

Atviras kodavimas: tekste identifikuoti tokie reikšminiai žodžiai: „informuotumas“, „baimė“, „finansavimas“, „politika“, „komunikacija“, „pacientų atsakomybė“, „programos prieinamumas“, „finansiniai ištekliai“, „pacientų motyvacija“ ir „institucinis koordinavimas“.

Ašinis kodavimas: nubrėžtos sąsajos tarp reikšminių žodžių. Identifikuota, kad baimė siejama su informuotumu trūkumu, o sveikatos politika ir finansavimas – su programos įgyvendinimo veiksmingumu ir prieinamumu. Kadangi prieinamumas susijęs su finansiniais ištekliais, galima teigti, kad esminė sėkmingo dalyvavimo prevencijos programose prielaida – finansavimas ir komunikacija.



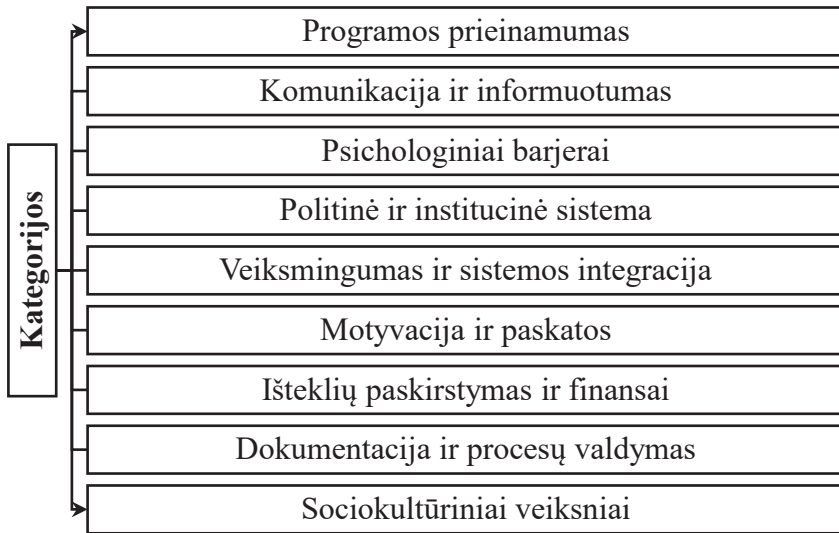
43 pav. Kokybinio tyrimo duomenų vertinimo algoritmas

Šaltinis: parengta autoriaus

Atrankinis kodavimas: „komunikacija ir informuotumas“ ir „politinė ir institucinė sistema“ buvo įvardytos kaip esminės kategorijos, nes jomis grindžiama daugelis respondentų pastabų. Pristatytos kategorijos siejamos su finansiniais ištekliais, kurie tiesiogiai daro įtaką programų prieinamumą ir įgyvendinimą, bei pacientų skatinimą per komunikaciją. Tai rodo, kad finansavimas yra šių programų sėkmės pagrindas.

Trečiajame etape gauti atsakymai buvo susisteminti ir suskirstyti pagal savo pobūdį ir esmę į kategorijas (žr. 44 pav.), o siekiant giliau suprasti priežastinius ryšius, kategorijos buvo suskaidytos į subkategorijas. Šiose kategorijose ir subkategorijose pateikiama išsami susisteminta informacija, leidžianti giliau išanalizuoti ir suprasti pacientų dalyvavimo ligų prevencijos programose trukdžius ir galimas skatinimo priemones bei veiksmus.

Atliekant kokybinius tyrimus subkategorijos vaidina lemiamą vaidmenį tvarkant ir analizuojant duomenis, siekiant atskleisti gilesnes išvalgas apie nagrinėjamus reiškinius, pateiktus kategorijose. Tolesnėje darbo dalyje pristatome kategorijas ir iš jų pagrindu sudarytas subkategorijas, leidusias suskirstyti plačias temas į konkretesnius elementus, palengvinančius kiekvieno komponento niuansų analizę. Duomenys pristatomi 7 lentelėje.



44 pav. Skatinimą veikiančių veiksnių kategorinė klasifikacija

Šaltinis: parengta autoriaus

7 lentelė. Kokybinio tyrimo rezultatų skirstymas į kategorijas ir subkategorijas

Kategorija	Subkategorija
Programos prieinamumas	Galimybė naudotis paslaugomis: regioninis programų pasiskirstymas ir prieinamumas Vizito pas gydytoją planavimas: pacientų galimybė planuoti vizitą pas gydytoją ir klinikų darbo laikas Informacijos sklaida: su programa susijusios informacijos aiškumas ir pasiekiamumas
Komunikacija ir informuotumas	Švietėjiška veikla: sveikatos priežiūros įstaigų veikla, skirta visuomenei šviesti Žiniasklaidos priemonių naudojimas: tradicinės ir socialinės žiniasklaidos priemonių pasitelkimas informacijai skleisti Paskatinimai dalijantis sėkmės istorijomis: teigiamų rezultatų pabrėžimas kaip motyvavimo priemonė

III. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo empirinių tyrimų vertinimo rezultatai

Kategorija	Subkategorija
Psichologiniai barjerai	Baimė išgirsti blogą diagnozę: galimai nustatytų sveikatos problemų psichologinis poveikis Pažeidžiamumo neigimas: suvokimas apie turimą imunitetą arba nepriklausymas rizikos grupei Ankstesnė patirtis: ankstesnė neigiama sveikatos priežiūros patirtis, turėjusi įtakos dabartiniam elgesiui
Politinė ir institucinė sistema	Teisėkūros veiksmingumas: galiojančių sveikatos sistemos įstatymų ir sveikatos politikos vertinimas Programos koordinavimas įvairiose sveikatos priežiūros įstaigose ir institucijose Teisinio reguliavimo stebėsenos vykdymas: įgaliojimų sveikatos programoms vykdyti stebėseną ir atitiktis
Veiksmingumas ir sistemos integracija	Išteklių naudojimas: tinkamas išteklių paskirstymas ir naudojimas Sistemos procedūros: nesudėtingas orientavimasis sveikatos sistemos procesuose Sveikatos priežiūros darbuotojų funkcijos: aiškus sveikatos priežiūros darbuotojų funkcijų paskirstymas teikiant paslaugas
Motyvacija ir paskatos	Finansinės paskatos tiek pacientams, tiek paslaugų teikėjams, siekiant įtraukti į programas Moralinės ir socialinės paskatos: kultūros vertybių ir socialinio aktyvumo skatinimas Rezultatai grindžiamos paskatos: paskatos, susijusios su sveikatos gerinimu ar informuotumu
Išteklių paskirstymas ir finansai	Pakankamas finansavimas: pakankamas ligų prevencijos iniciatyvų finansavimas Biudžeto valdymas: racionalus paskirstytų lėšų valdymas Išteklių pirmenybės nustatymas: sprendimai, kurioms sritims ar programoms teikti pirmenybę
Dokumentacija ir procesų valdymas	Biurokratinis veiksmingumas: dokumentų tvarkymo ir administracinių užduočių atlikimo supaprastinimas Duomenų valdymas: sveikatos duomenų saugojimas, prieiga prie jų ir tikslumas Paciento medicinos dokumentai: asmens sveikatos istorijos pildymas ir joje esančių duomenų naudojimas
Sociokultūriniai veiksniai	Kultūriniai įsitikinimai ir nuostatos: kultūrinės perspektyvos poveikis sveikatos gerinimo elgsenai Bendruomenės įtraukimas: vietos bendruomenių įtraukimas į sveikatos gerinimo veiklą Sveikatos ugdymas mokyklose: sveikatos gerinimo veiklų įgyvendinimas ir jaunimo mokymo programų kokybė

Šaltinis: parengta autoriaus

Remiantis sudaryta kategorijų ir subkategorijų sistema, toliau moksliniame darbe bus plėtojamos 8 lentelėje pristatomos pagrindinės temos ir potemės.

8 lentelė. Plėtojamos temos ir potemės

Temos	Sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumas
	Pacientų dalyvavimo programose veiksniai
	Įtraukimas į prevencijos programas
	Komunikacijos strategijos
	Išteklių paskirstymas
	Psichologinis pacientų baimės barjeras
	Sistemiškas sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas
Potemės	Pacientų švietimas
	Sistemos reagavimas
	Informavimo sėkmės istorijos

Šaltinis: parengta autoriaus

Esminiai įtraukimo į prevencijos programas punktai yra pacientų autonomija ir kultūriniai įsitikinimai. Kalbant apie komunikacijos strategijas, pabrėžiama tiesioginė gydytojų ir pacientų komunikacija, žiniasklaidos priemonių naudojimas. Išteklių paskirstymo srityje ypatingas dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams teikiamoms finansinėms paskatoms ir tinkamam darbuotojų skaičiui.

Apibendrinant duomenis aprašomosios analizės principais, galima teigti, kad esamų programų nauda yra plačiai pripažįstama, tačiau taip pat atkreipiamas dėmesys į nuoseklų požiūrį apie šių programų skatinimo ir vykdymo trūkumus. Atsakymuose pabrėžiama, kad informuotumo didinimo kampanijos, supaprastintos registracijos į programas sistemos ir tinkama finansinė motyvacija sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams yra svarbiausi elementai, lemiantys šių kategorijų turinį.

Interpretuoti nustatytų problemų (pavyzdžiui, baimės ir dėl to mažo dalyvavimo rodiklio) reikšmę, darant prielaidą, kad, nepaisant žinomos prevencijos programų naudos, yra keletas kliūčių, trukdančių tinkamai į jas įsitraukti. Nustatytos reikšmės ir pasekmės rodo atotrūkį tarp programų prieinamumo ir dalyvavimo rodiklio. Dėl to galima manyti, kad pastangos didinti informuotumą ir struktūrinės paskatos galėtų padidinti dalyvavimą programose. Psichologinis barjeras reikšmingas tuo, kad dėl baimės išgirsti blogą diagnozę pastebima vengimo elgsenos požymių.

Keliama problema buvo aktuali visiems apklausoje dalyvavusiems respondentams. Pasirinkti respondentai atstovavo keturias skirtingas funkcijas atliekančias institucijų grupes, dalyvaujančias prevencijos programų planavimo, organizavimo ir vykdymo

procesuose. Taip pat buvo pasirinkti respondentai, galintys atstovauti pacientams, kaip paslaugą naudojančioms asmenims. Visi respondentai iš esmės sutiko ir pritarė, kad problema – pasyvus visuomenės dalyvavimas prevencijos programose – egzistuoja ir ją reikia spręsti.

Tarp vyraujančių ir sutampančių atsakymų buvo „**baimė išgirsti diagnozę**“, „**informacijos stoka**“, „**blogas paslaugų prieinamumas**“. „**Finansiniai ištekliai**“ – kita visų respondentų minima tema. Visi respondentai sutinka, kad pakankamas programų finansavimas, įdarbinant daugiau gydytojų ir slaugos personalo, gerinant paslaugų prieinamumą, tobulinant informacines sistemas, gerinant komunikaciją, gali turėti didelį poveikį skatinant visuomenę aktyviau naudotis prevencijos programomis. Kalbant apie tarpinstitucinį bendradarbiavimą, požiūriai išsiskyrė. Įstatymų leidžiamosios ir vykdomosios valdžios atstovų nuomone, veiksmai, nukreipti šviesti visuomenę, skatinti ją labiau naudotis prevencijos programomis, ypač pabrėžiant skatinimą finansinėmis priemonėmis, yra pakankami.

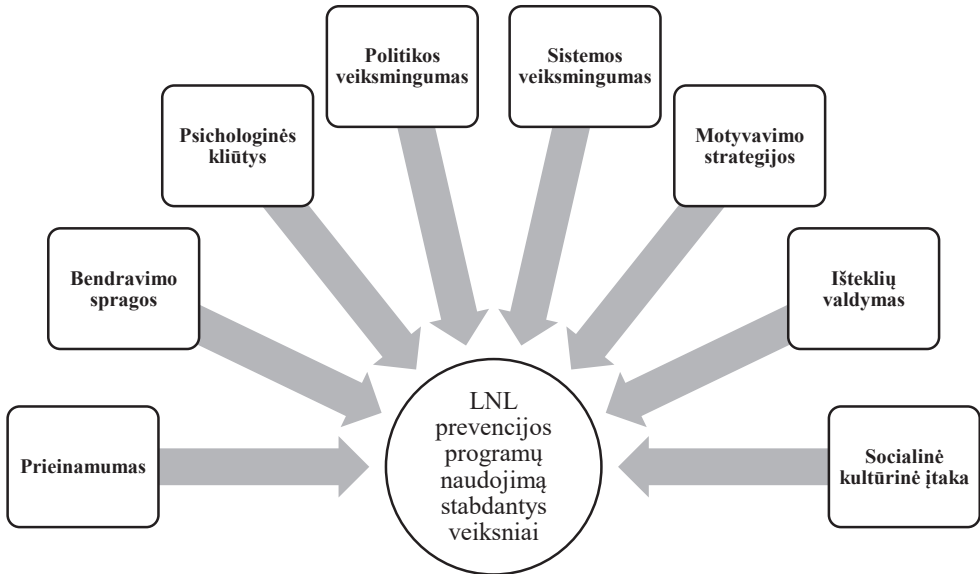
Tačiau pacientų ar PSPC atstovų nuomonė buvo kita – dabartinėmis aplinkybėmis vykdyti prevencijos programas visa apimtimi yra sudėtinga dėl personalo stygiaus, nepakankamo finansavimo, informacinių programų trūkumų ir paskatų trūkumo. Vyraujantys informantų atsakymai: finansavimo stoka, informacijos stoka, baimė išgirsti diagnozę ir blogas paslaugų prieinamumas.

Duomenų apibendrinimas. Norint veiksmingai spręsti įvairius ligų prevencijos programų veiksmingumo aspektus, labai svarbu atsižvelgti į skirtingose kategorijose ir subkategorijose sukauptas išvalgas, taip pat įvertinti duomenų kodavimo procese gautus rezultatus. Atsakymuose išryškėjo keletas esminių problemų, turinčių įtakos šių programų sėkmei užtikrinti. Kokybinis tyrimas apibendrinamas pateikiant susistemintą identifikuoatų probleminių klausimų, kuriuos būtina spręsti, sąrašą (žr. 45 pav.).

Programų prieinamumas. Regioninis ligų prevencijos paslaugų pasiskirstymas ir prieinamumas yra labai svarbūs užtikrinant, kad asmenys galėtų gauti reikiamą sveikatos priežiūrą. Siekiant pagerinti programų prieinamumą, svarbu sutelkti dėmesį į paslaugų prieinamumo didinimą nepakankamai aptarnaujamose vietovėse ir pritaikyti klinikų darbo laiką prie pacientų tvarkaraščių.

Komunikacija ir informuotumas. Švietėjiška veikla ir žiniasklaidos priemonių naudojimas yra pagrindiniai informuotumo apie ligų prevenciją didinimo komponentai. Sveikatos priežiūros įstaigos turėtų teikti pirmenybę švietėjiškoms iniciatyvoms, kuriomis informuotų visuomenę apie ligų prevencijos svarbą, taip pat pasitelkti tradicinės ir socialinės žiniasklaidos kanalus, kad pasiektų platesnę auditoriją. Sėkmės istorijomis, kaip tai rodo ir teorinė skatinimo analizė, gali būti veiksminga paskata, didinanti įsitraukimą į LNL prevencijos programas.

Psichologiniai barjerai. Psichologinių barjerų, tokių kaip baimė išgirsti blogą diagnozę, pažeidžiamumo neigimas ir ankstesnė neigiama patirtis, supratimas ir šalinimas yra labai svarbūs skatinant ligų prevenciją. Specialiai pritaikytos konsultavimo



45 pav. LNL prevencijos programų naudojimą stabdantys veiksniai

Šaltinis: parengta autoriaus

ir paramos programos gali padėti asmenims įveikti šias kliūtis ir lengviau įsitraukti į ligų prevencijos paslaugas.

Politinė ir institucinė sistema. Siekiant užtikrinti nuoseklią ir veiksmingą ligų prevencijos sistemą, labai svarbu įvertinti galiojančius sveikatos sistemos įstatymus ir sveikatos politiką, koordinuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų programas ir užtikrinti teisės aktų vykdymą. Įstaigų bendradarbiavimas ir nuosekli teisinio reguliavimo stebėseną gali padėti sukurti labiau integruotą ir veiksmingesnę požiūrį.

Veiksmingumas ir sistemos integracija. Siekiant gerinti ligų prevencijos paslaugų teikimą, būtina veiksmingai naudoti išteklius, supaprastinti sveikatos priežiūros sistemos procedūras ir aiškiai apibrėžti sveikatos priežiūros darbuotojų funkcijas. Šių aspektų tobulinimas gali padidinti bendrą ligų prevencijos programų veiksmingumą ir pagerinti pacientų patirtį.

Motyvacija ir paskatos. Finansinės ir nefinansinės paskatos yra svarbios siekiant didesnio įsitraukimo į prevencijos programas ir aktyvesnio asmens sveikatos priežiūros specialistų dalyvavimo, teikiant šias paslaugas. Jos gali tapti stipria aktyvaus dalyvavimo programose motyvacija visuomenės nariams.

Išteklių paskirstymas. Norint paremti ligų prevencijos iniciatyvas, būtina užtikrinti pakankamą finansavimą, veiksmingą biudžeto valdymą ir strateginį išteklių pirmenybės nustatymą. Kad šios programos būtų sėkmingos, būtina skirti pakankamai išteklių ir užtikrinti skaidrų lėšų paskirstymo procesą.

Dokumentacija ir procesų valdymas. Veiksmingi administraciniai procesai, patikimas duomenų valdymas ir prieinami pacientų medicinos dokumentai yra būtini norint išlaikyti ligų prevencijos programų veiksmingumą. Veiklos veiksmingumą galima pagerinti supaprastinus dokumentų tvarkymą ir užtikrinus sveikatos duomenų tikslumą ir tinkamumą naudoti.

Sociokultūriniai veiksniai. Siekiant skatinti ligų prevencijos kultūrą, labai svarbu pripažinti ir šalinti sociokultūrinę įtaką sveikatos elgsenai, įtraukti vietos bendruomenes į sveikatos gerinimo veiklą ir pradėti vykdyti kokybišką sveikatos ugdymą mokyklose.

Vertinant skirtingų kategorijų ir subkategorijų įžvalgas, kurių pagrindu yra sudarytas veiksmų rekomendacijų sąrašas, akivaizdu, kad norint padidinti ligų prevencijos programų veiksmingumą būtinas įvairiapusis požiūris. Sprendžiant programų priėmimo, komunikacijos, psichologinių barjerų, politinių sistemų, veiksmingumo, motyvacijos, išteklių paskirstymo, dokumentacijos ir sociokultūrinių veiksmų problemas, bus galima sukurti visapusę ir veiksmingesnę ligų prevencijos sistemą. Įgyvendinus tikslingus šių sričių patobulinimus, galima plėtoti tvaresnį ir įtraukesnį požiūrį į ligų prevenciją, naudingą visoms susijusioms šalims, o svarbiausia naudotojui (pacientui).

3.3. Empirinio kiekybinio tyrimo rezultatai

3.3.1. Respondentų pasiskirstymas pagal demografinius rodiklius

Šioje dalyje pateikiame imties pasiskirstymą pagal demografinius kintamuosius. Rezultatai pateikti 9 lentelėje. Imtį iš viso sudaro 446 asmenys. Pagal amžių dauguma respondentų priklauso 35–59 metų amžiaus grupei (69,3 %). 24,4 % priklauso 60–74 metų amžiaus grupei, 5,2 % – 25–34 metų grupei, o 1,1 % respondentų į šį klausimą neatsakė. Pagal lytį dauguma respondentų yra moterys (68,4 %), vyrų dalis sudaro 30,5 %, o 1,1 % neatsakė. Pagal šeiminių padėtį didžioji dalis respondentų gyvena partnerystėje, santuokoje ar poroje (75,1 %). 12,8 % yra išsiskyrę, 6,1 % yra nevedę ar netekęjusios, o 4,7 % yra našliai. 1,3 % respondentų į šį klausimą neatsakė.

9 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal demografinius rodiklius

		Kiekis	Procentas
Amžius	Neatsakė	5	1,1 %
	25–34 m.	23	5,2 %
	35–59 m.	309	69,3 %
	60–74 m.	109	24,4 %
Lytis	Neatsakė	5	1,1 %
	Vyras	136	30,5 %
	Moteris	305	68,4 %
Šeiminė padėtis	Neatsakė	6	1,3 %
	Nevedęs, netekėjusi	27	6,1 %
	Gyvenu partnerystėje, santuokoje, poroje	335	75,1 %
	Išsiskyręs (-usi)	57	12,8 %
	Našlė (-ys)	21	4,7 %
Išsilavinimas	Neatsakė	5	1,1 %
	Vidurinis	18	4,0 %
	Profesinis	30	6,7 %
	Profesinis bakalauras (kolegija)	54	12,1 %
	Bakalauras (universitetas)	109	24,4 %
	Magistras	204	45,7 %
	Mokslų daktaras	26	5,8 %
Gyvenamoji vieta	Neatsakė	8	1,8 %
	Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys	324	72,6 %
	Kitas miestas	75	16,8 %
	Gyvenvietė, kaimo vietovė	39	8,7 %

Šaltinis: parengta autoriaus

Pagal išsilavinimą didžiausia dalis respondentų turi magistro laipsnį (45,7 %). 24,4 % yra įgiję universitetinį bakalauro laipsnį, 12,1 % turi profesinį bakalaurą (koleginį išsilavinimą), 6,7 % – profesinį išsilavinimą, 5,8 % – mokslų daktaro laipsnį, o 4,0 % – vidurinį išsilavinimą. 1,1 % respondentų neatsakė į šį klausimą. Pagal gyvenamąją vietą dauguma respondentų gyvena Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ar Panevėžyje (72,6 %). 16,8 % gyvena kituose miestuose, 8,7 % – gyvenvietėse ar kaimo vietovėse, o 1,8 % respondentų gyvenamosios vietos nenurodė.

3.3.2. Klausimyno patikimumas

Šioje dalyje atliksime kiekvieno klausimyno atskirai patikimumo testus. Tam naudosis Cronbacho alfa koeficientą, kuris parodo, ar klausimyno klausimai matuoja tą patį dalyką (yra pakankamai gerai suderinti). Šio koeficiento reikšmė 0,7 ir daugiau yra vertinama kaip gera. Toliau (žr. 10 lentelę) pateikiami kiekvieno klausimyno įverčiai. Visų klausimynų Cronbacho alfa įverčiai yra didesni nei 0,7, todėl darome išvadą, kad klausimynai yra gerai suderinti.

10 lentelė. Klausimynų patikimumai

Patikimumo statistika		
Atributas	Cronbacho alfa	Klausimų skaičius
Prieinamumas	0,923	6
Komunikacija	0,915	5
Nuomonė apie programas	0,824	5
Paskatos	0,897	6

Šaltinis: parengta autoriaus

Priimtinos Cronbacho alfa vertės paprastai svyruoja nuo 0,6 iki 1. Tačiau, pasak autorių (Cortina, 1993), siekiant aukštesnio tyrimo patikimumo, pageidautina vertė yra 0,7 ir didesnė.

3.3.3 Kintamųjų sudarymas

Siekdami sudaryti prevencijos programų skatinimo veiksnių kintamuosius, imsimė atitinkamų veiksnių klausimus ir skaičiuosime jų atsakymų vidurkį (1 – tikrai ne, 5 – tikrai taip). Vidurkis bus traktuojamas kaip to kintamojo įvertis. Siekdami suskaičiuoti prevencijos programų naudotojus, perkoduojame naudojimosi visomis penkiomis prevencijos programomis atsakymus taip, kaip nurodyta tolesnėje lentelėje (žr. 11 lentelę).

Atlikę perkodavimą skaičiuojame visų atsakymų sumą. Suma bus vertinama kaip prevencijos programų naudojimo kintamasis. Kuo didesnė suma, tuo didesnis prevencijos programų naudojimas, ir atvirkščiai.

11 lentelė. Kintamųjų sudarymas

Pradinė reikšmė	Perkoduota reikšmė
Taip	1
Ne	0
Nežinau	-
Ne, nes netinka pagal amžių	-
Ne, nes netinka pagal lytį	-

Šaltinis: parengta autoriaus

3.3.4. Aprašomoji statistika

Toliau pateikta visų kintamųjų aprašomoji statistika. Lentelėje matomi vidurkis, mediana, standartinis nuokrypis, minimali ir maksimali reikšmės (žr. 12 lentelė). Matome, kad iš prevencijos programų skatinimo veiksnių aukščiausias vidurkis yra prieinamumo (4,19), o mažiausias yra nuomonės apie programas (3,27).

12 lentelė. Kintamųjų aprašomoji statistika

	Prieina- numas	Komu- nikacija ir infor- muotu- mas	Nuomonė apie pro- gramas	Skati- nimas	Naudo- jimas
Statistinis vidurkis	4,19	3,34	3,27	3,61	2,22
Mediana	4,33	3,4	3,2	3,67	2
Standartinis nuokrypis	0,73	1,12	0,64	0,66	1,29
Imties asimetrijos koeficientas	-1,12	-0,29	0,88	-0,2	-0,28
Imties eksceso koeficientas	1,37	-0,87	1,26	0,75	-0,92
Minimumas	1	1	1	1	0
Maksimumas	5	5	5	5	4

Šaltinis: parengta autoriaus

Tačiau, taip pat svarbios yra asimetriškumo (angl. „skewness“) ir eksceso (angl. „kurtosis“) statistikos, kurios parodo ar duomenys yra normaliai pasiskirstę. Jei šių koeficientų reikšmės yra virš 1 tai rodo, kad pasiskirstymas yra per smailus. Vertės mažesnės nei -1 rodo, kad pasiskirstymas yra per plokščias. Jei vertės yra artimos 0,

tuomet pasiskirstymas yra artimas normaliajam skirstiniui. Matome, kad kai kurie kintamieji peržengia $[-1,1]$ ribas, o kai kurie neperžengia, bet labai prie jų priartėja (9 lentelė). Dėl to atliksime kintamųjų normalumo testus kitame skyriuje.

3.3.5. Normalumo testai

Kiekvienam kintamajam yra atliktas normalumo vertinimas su dviem skirtingais testais. Normalumui patikrinti naudojame Kolmogorovo–Smirnovo ir Šapiro–Wilk testus. Atliekant abu testus tikrinama hipotezė:

Darbe naudojamas pasiklovimo lygmuo – 5 %. Todėl, jei p reikšmė yra didesnė nei 0,05, nulinės hipotezės atmesti nealime ir darome išvadą, kad duomenys yra pasiskirstę normaliai. Jei p reikšmė yra mažesnė arba lygi 0,05, nulinę hipotezę atmetame ir darome išvadą, kad duomenys nėra normaliai pasiskirstę. Testų rezultatai pateikti 13 lentelėje.

13 lentelė. Normalumo testai

Normalumo testas						
	Kolmogorov–Smirnov ^a			Shapiro–Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Naudojimas	0,166	390	0,000	0,898	390	0,000
Prieinamumas	0,135	390	0,000	0,900	390	0,000
Komunikacija ir informuotumas	0,083	390	0,000	0,959	390	0,000
Nuomonė apie programas	0,152	390	0,000	0,922	390	0,000
Skatinimas	0,068	390	0,000	0,978	390	0,000
a. Lilliefors Significance Correction						

Šaltinis: parengta autoriaus

Pagal abu testus visi kintamieji nėra normaliai pasiskirstę. Dėl to darant tolesnę analizę reikia atsižvelgti į tokius rezultatus, nes kai kurie statistiniai metodai reikalauja duomenų normalumo.

3.3.6. Prevencijos programų naudojimo sąsajos

Šioje dalyje analizuosime, ar egzistuoja ryšiai tarp prevencijos programų skatinimo veiksmų ir prevencijos programų naudojimo. Tam naudosime Spirmeno koreliacijos koeficientą, nes kintamieji nėra pasiskirstę normaliai ir jie yra matuojami Likerto skaleje. Tikrinsime ar koreliacijos koeficientas statistiškai reikšmingai skiriasi nuo nulio. Jei koreliacijos koeficientas yra statistiškai reikšmingas, vertinsime, kad ryšys tarp kintamųjų egzistuoja. Kitu atveju – neegzistuoja. Atliekant testą tikrinama hipotezė:

Su koreliacija tikrinsime šias hipotezes:

H1: prevencijos programų naudojimą lemia paslaugų prieinamumas

H2: komunikacija apie prevencijos programas ir jų naudą nepasiekia tikslinės auditorijos

H3: prevencijos programų naudojimas yra susijęs su respondentų neigiama nuomone apie programas

H4: prevencijos programų naudojimas yra susijęs su skatinimo trūkumu

Koreliacijos testai pateikiami 14 lentelėje.

14 lentelė. Koreliacijos rezultatai

		Prieinamumas	Komunikacija ir informuotumas	Nuomonė apie programas	Paskatos
Naudojimas	Correlation Coefficient	0,259**	0,403**	-0,248**	0,082
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,106

Šaltinis: parengta autoriaus

Matoma, kad:

1. Prevencijos programų naudojimas statistiškai reikšmingai koreliuoja su prieinamumu ($\rho = 0,59$, $p < 0,05$). Mažėjant prevencijos programų prieinamumui, mažėja ir naudojimas prevencijos programomis, todėl *H1 priimame*.
2. Prevencijos programų naudojimas statistiškai reikšmingai koreliuoja su komunikacija ir informuotumu ($\rho = 0,403$, $p < 0,05$). Mažėjant prevencijos programų viešinimui, mažėja ir prevencijos programų naudojimas, todėl *H2 priimame*.
3. Prevencijos programų naudojimas statistiškai reikšmingai koreliuoja su nuomone apie prevencijos programas ($\rho = -0,248$, $p < 0,05$). Tačiau ryšys yra atvirkščias (nes koreliacija neigiama). Gerėjant nuomonei apie prevencijos programas, mažėja naudojimas prevencijos programomis, todėl *H3 atmetame*.
4. Prevencijos programų naudojimas statistiškai reikšmingai nekoreliuoja su paskatomis ($\rho = 0,082$, $p < 0,05$). Dėl to darome išvadą, kad statistiškai reikšmingos priklausomybės tarp paskatų ir prevencijos programų naudojimo – nėra, todėl *H4 atmetame*. Gautus rezultatus galima vertinti dviprasmiškai. Vis dėlto, vertinant visų darbe atliktų tyrimų rezultatus, galima teigti, kad esamos paskatos yra nepakankamos ir neveiksmingos, todėl jų taikymas nelemia aktyvesnio programų naudojimo. Rezultatus būtų galima patikslinti, po siūlomos strategijos įgyvendinimo, siūlančio alternatyvius LNL prevencijos programų skatinimo žingsnius.

3.3.7. Prevencijos programų paskatos ir jų naudojimas pagal demografinius rodiklius

Toliau atliekame prevencijos programų paskatų ir jų naudojimo palyginimą pagal amžių, lytį, šeimines padėtis, išsilavinimą ir gyvenamąją vietą. Kadangi šių kintamųjų skirtingos reikšmės nėra subalansuotos, skirtingas reikšmes pagal prasmę apjungiamo, kad turėtume kuo labiau subalansuotus duomenis. Kadangi prevencijos programų ir jų naudojimo kintamieji nėra normaliai pasiskirstę todėl taikyti parametrinių testų negalime (pavyzdžiui, *t-test*). Todėl taikysime neparametrinį testą – Mann–Whitney U ir lyginsime vidutinius kintamųjų rangus tarp grupių. Testo metu tikrinama hipotezė:

$$H_0: \text{vidutiniai rangai tarp grupių lygūs}$$

$$H_1: \text{vidutiniai rangai tarp grupių nėra lygūs}$$

Darbe naudojamas pasiklovimo lygmuo – 5%. Todėl, jei p reikšmė yra didesnė nei 0,05, nulinės hipotezės atmesti nealime ir darome išvadą, kad vidutiniai rangai tarp grupių yra lygūs. Jei p reikšmė yra mažesnė arba lygi 0,05, nulinę hipotezę atmetame ir darome išvadą, kad vidutiniai rangai tarp grupių nėra lygūs. Pirmiausiai pateikiame vidutinius rangus pagal lytį (15 lentelė).

15 lentelė. Vidutiniai rangai pagal lytį.

Rangai (<i>Ranks</i>)				
	Lytis	N	Rangų vidurkis (<i>Mean Rank</i>)	Rangų suma (<i>Sum of Ranks</i>)
Prieinamumas	Vyras	122	203,01	24 767,50
	Moteris	276	197,95	54 633,50
	Iš viso	398		
Komunikacija ir informuotumas	Vyras	122	162,14	19 780,50
	Moteris	275	215,35	59 222,50
	Iš viso	397		
Nuomonė apie programas	Vyras	121	225,56	27 292,50
	Moteris	275	186,59	51 313,50
	Iš viso	396		
Paskatos	Vyras	122	205,98	25 129,00
	Moteris	274	195,17	53 477,00
	Iš viso	396		

Rangai (<i>Ranks</i>)				
	Lytis	N	Rangų vidurkis (<i>Mean Rank</i>)	Rangų suma (<i>Sum of Ranks</i>)
Naudojimas	Vyras	128	124,05	15 879,00
	Moteris	305	256,01	78 082,00
	Iš viso	433		

Šaltinis: parengta autoriaus

Toliau pateikiami Mann–Whitney U testo rezultatai (16 lentelė).

16 lentelė. Mann–Whitney U testo rezultatai

Statistiniai testai (<i>Test Statistics</i>) ^a					
	Prieinamumas	Komunikacija ir informuotumas	Nuomonė apie programas	Paskatos	Naudojimas
Mann–Whitney U	16 407,50	12 277,50	13 363,50	15 802,00	7 623,00
Wilcoxon W	54 633,50	19 780,50	51 313,50	53 477,00	15 879,00
Z	-0,41	-4,27	-3,14	-0,87	-10,28
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,684	0,000	0,002	0,384	0,000

^a Grupavimas (*Grouping Variable*): lytis:

Šaltinis: parengta autoriaus

Iš lentelės matyti, kad komunikacijos ir informuotumo, naudojimo ir nuomonės apie programas p reikšmės yra mažesnės nei 0,05. Dėl to darome išvadą, kad moterys yra labiau informuotos apie prevencijos programas ir dažniau jomis naudojasi nei vyrai, o vyrai turi geresnę nuomonę apie prevencijos programas nei moterys. Toliau pateikiami amžiaus vidutiniai rangai (17 lentelė).

17 lentelė. Vidutiniai amžiaus rangai

Rangai (<i>Ranks</i>)				
	Amžius	N	Vidutinis rangas (<i>Mean Rank</i>)	Rangų suma (<i>Sum of Ranks</i>)
Prieinamumas	25–59	307	192,16	58 994,00
	60–74	91	224,25	20 407,00
	Iš viso	398		
Komunikacija ir informuotumas	25–59	306	185,30	56 701,50
	60–74	91	245,07	22 301,50
	Iš viso	397		
Nuomonė apie programas	25–59	305	191,21	58 320,50
	60–74	91	222,92	20 285,50
	Iš viso	396		
Paskatos	25–59	306	189,50	57 988,00
	60–74	90	229,09	20 618,00
	Iš viso	396		
Naudojimasis	25–59	326	209,24	68 211,00
	60–74	107	240,65	25 750,00
	Iš viso	433		

Šaltinis: parengta autoriaus

Toliau pateikiami Mann–Whitney U testo rezultatai (18 lentelė).

18 lentelė. Mann–Whitney U testo rezultatai

Statistiniai testai (<i>Test Statistics</i>) ^a					
	Prieinamumas	Komunikacija ir informuotumas	Nuomonė apie programas	Paskatos	Naudojimasis
Mann–Whitney U	11 716,00	9 730,50	11 655,50	11 017,00	14 910,00
Wilcoxon W	58 994,00	56 701,50	58 320,50	57 988,00	68 211,00
Z	–2,35	–4,37	–2,34	–2,89	–2,31
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,019	0,000	0,019	0,004	0,021

^a Grupavimas (*Grouping Variable*): amžius

Šaltinis: parengta autoriaus

Iš lentelės matyti, kad visos p reikšmės yra mažesnės nei 0,05. Dėl to darome išvadą, kad vyresni (60–74 metų) respondentai pagal visas prevencijos programų naudojimo paskatas turi aukštesnę įvertį nei jaunesni respondentai (25–59 metų). Taip pat vyresni respondentai dažniau naudojasi prevencijos programomis nei jaunesni. Toliau pateikiami vidutiniai rangai pagal šeiminę padėtį (19 lentelė).

19 lentelė. Vidutiniai rangai pagal šeiminę padėtį

Rangai (Ranks)				
	Šeiminė padėtis	N	Vidutinis rangas (Mean Rank)	Rangų suma (Sum of Ranks)
Prieinamumas	Nevedę, išsiskyrę, našliai	90	190,63	17 157,00
	Gyvena partnerystėje, santuokoje, poroje	307	201,45	61 846,00
	Iš viso	397		
Komunikacija ir informuotumas	Nevedę, išsiskyrę, našliai	90	197,85	17 806,50
	Gyvena partnerystėje, santuokoje, poroje	306	198,69	60 799,50
	Iš viso	396		
Nuomonė apie programas	Nevedę, išsiskyrę, našliai	88	221,95	19 531,50
	Gyvena partnerystėje, santuokoje, poroje	307	191,14	58 678,50
	Iš viso	395		
Paskatos	Nevedę, išsiskyrę, našliai	88	202,99	17 863,50
	Gyvena partnerystėje, santuokoje, poroje	307	196,57	60 346,50
	Iš viso	395		
Naudojimas	Nevedę, išsiskyrę, našliai	102	215,30	21 960,50
	Gyvena partnerystėje, santuokoje, poroje	330	216,87	71 567,50
	Iš viso	432		

Šaltinis: parengta autoriaus

Toliau pateikiami Mann–Whitney U testo rezultatai (20 lentelė).

20 lentelė. Mann–Whitney U testo rezultatai

Statistiniai testai (<i>Test Statistics</i>) ^a					
	Prieinamumas	Komunikacija ir informuotumas	Nuomonė apie programas	Paskatos	Naudojimas
Mann–Whitney U	13 062,00	13 711,50	11 400,50	13 068,50	16 707,50
Wilcoxon W	17 157,00	17 806,50	58 678,50	60 346,50	21 960,50
Z	–0,79	–0,06	–2,25	–0,47	–0,11
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,429	0,951	0,025	0,640	0,909

^a Grupavimas (*Grouping Variable*): šeiminė padėtis

Šaltinis: parengta autoriaus

Iš lentelės matyti, kad tik nuomonės apie programas p reikšmė yra mažesnė nei 0,05. Dėl to darome išvadą, kad vieniši respondentai turi geresnę nuomonę apie prevencijos programas nei gyvenantys poroje, santuokoje. Toliau pateikiami vidutiniai rangai pagal gyvenamąją vietą (21 lentelė).

21 lentelė. Vidutiniai rangai pagal gyvenamąją vietą

Rangai (<i>Ranks</i>)				
	Gyvenamoji vieta	N	Vidutinis rangas (<i>Mean Rank</i>)	Rangų suma (<i>Sum of Ranks</i>)
Prieinamumas	Didieji miestai	298	200,76	59 827,00
	Miesteliai, kaimai	98	191,62	18 779,00
	Iš viso	396		
Komunikacija ir informuotumas	Didieji miestai	297	192,27	57 105,00
	Miesteliai, kaimai	98	215,36	21 105,00
	Iš viso	395		
Nuomonė apie programas	Didieji miestai	296	208,69	61 772,50
	Miesteliai, kaimai	98	163,70	16 042,50
	Iš viso	394		
Paskatos	Didieji miestai	296	196,89	58 279,50
	Miesteliai, kaimai	98	199,34	19 535,50
	Iš viso	394		

Rangāi (<i>Ranks</i>)				
Naudojīmas	Didieji miestāi	318	210,00	66 780,00
	Miestēliāi, kaimāi	112	231,12	25 885,00
	Iš viso	430		

Šaltinis: parengta autoriaus

Toliau pateikīami Mann–Whitney U testu rezultātāi (22 lentelē).

22 lentelē. Mann–Whitney U testu rezultātāi

Statistiniai testai (<i>Test Statistics</i>) ^a					
	Prieinamumas	Komunikacija ir informuotumas	Nuomonė apie programas	Paskatos	Naudojimas
Mann–Whitney U	13 928,00	12 852,00	11 191,50	14 323,50	16 059,00
Wilcoxon W	18 779,00	57 105,00	16 042,50	58 279,50	66 780,00
Z	-0,69	-1,74	-3,42	-0,19	-1,59
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,491	0,082	0,001	0,853	0,112

^a Grupavimas (*Grouping Variable*): gyvenamoji_vieta

Šaltinis: parengta autoriaus

Iš lentelės matyti, kad nuomonės apie prevencijos programas p reikšmė yra mažesnė nei 0,05. Dėl to darome išvadą, kad didžiuosiuose miestuose gyvenančių respondentų nuomonė apie prevencijos programas yra geresnė nei gyvenančių mažesniuose miestuose.

Toliau atliksime palyginimus pagal išsilavinimą. Kadangi turime daugiau negu dvi išsilavinimo grupes, taikysime Kruskal–Wallis testą. Taikydami šį testą tikrinsime šią hipotezę:

$$H_0: \text{skirtumai tarp visų grupių vidutinių rangų yra lygus } 0$$

$$H_1: \text{skirtumas tarp bent vienos grupių poros vidurinių rangų nėra lygus } 0$$

Darbe naudojamas pasiklovimo lygmuo – 5 %. Todėl, jei p reikšmė yra didesnė nei 0,05, nulinės hipotezės atmeti negalime ir darome išvadą, kad vidutiniai rangai tarp kintamųjų yra lygūs. Jei p reikšmė yra mažesnė arba lygi 0,05, nulinę hipotezę atmetame ir darome išvadą, kad vidutiniai rangai nėra lygūs. Toliau pateikiame gautus testo rezultatus (23 lentelė).

23 lentelė. Kruskal–Wallis testo rezultatai

Kintamasis	Statistika	p reikšmė
Prieinamumas	0,080	0,961
Komunikacija ir informuotumas	2,008	0,366
Nuomonė apie programas	10,418	0,005
Paskatos	8,295	0,016
Naudojimas	1,256	0,534

Šaltinis: parengta autoriaus

Matome, kad paskatų bei nuomonės apie programas p reikšmės yra mažesnės nei 0,05, todėl darome išvadą, kad šių kintamųjų vidutinės reikšmės pagal skirtingus išsilavinimus skiriasi statistiškai reikšmingai. Toliau pateikiame šiems kintamiesiems atliktus *post-hoc* testus. Pateikiame paskatų vidutinius rangus ir grupių palyginimus su *post-hoc* testu (24 lentelė).

24 lentelė. Paskatų vidutinių rangų ir grupių palyginimas su *post-hoc* testu

Išsilavinimas	Vidutinis rangas (paskatos)
Iki kolegijos bakalauro (1)	226,81
Universiteto bakalauras (2)	178,00
Magistras / daktaras (3)	196,83

Šaltinis: parengta autoriaus

Matyti, kad p reikšmė yra mažesnė nei 0,05, tik lyginant 2–1. Dėl to darome išvadą, kad respondentams, turintiems kolegijos bakalauro ar žemesnį išsilavinimą, paskatos naudotis prevencijos programomis yra svarbesnės nei turintiems universiteto bakalauro išsilavinimą (25 lentelė).

Toliau pateikiami nuomonės apie prevencijos programas vidutiniai rangai ir grupių palyginimai su *post-hoc* testu (26 lentelė).

25 lentelė. Paskatų vidutinių rangų ir grupių palyginimo p reikšmė

Lyginama	Testo statistika	p reikšmė
2–3	–18,826	0,531
2–1	48,813	0,013
3–1	29,987	0,125

Šaltinis: parengta autoriaus

26 lentelė. Nuomonės apie prevencijos programas vidutinių rangų ir grupių palyginimus su post-hoc testu

Išsilavinimas	Vidutinis rangas (nuomonės)
Iki kolegijos bakalauro (1)	233,92
Universiteto bakalauras (2)	191,28
Magistras / daktaras (3)	187,92

Šaltinis: parengta autoriaus

Matyti, kad p reikšmė yra mažesnė nei 0,05, lyginant 3–1 ir 2–1. Dėl to darome išvadą, kad respondentų, turinčių universiteto bakalaurą ar aukštesnį išsilavinimą, nuomonė apie prevencijos programas yra prastesnė nei turinčių kolegijos bakalauro ar žemesnį išsilavinimą (27 lentelė).

27 lentelė. Nuomonės apie prevencijos programas vidutinių rangų ir grupių palyginimo p reikšmė

Lyginama	Testo statistika	p reikšmė
3–2	3,365	1
3–1	45,998	0,005
2–1	42,633	0,035

Šaltinis.: parengta autoriaus

Atliktas kiekybinis tyrimas leido tiksliau įsivertinti nagrinėjamos temos gautų rezultatų patikimumą, priežastinius ryšius ir keliamų problematinių klausimų sąsajas. Tyrimo rezultatai turi svarią praktinę reikšmę išvadų rengimui ir rekomendacijų sudarymui, ir tai buvo atlikta rengiant šį mokslinį darbą.

IV.

Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo strateginės kryptys

Pasitelkus moksliname darbe pristatytus empirinių tyrimų rezultatus, statistinę informaciją, teorines išvalgas ir darbo apibendrinimą, pateikiamos LNL prevencijos skatinimo strateginės kryptys, kurios yra pagrįstos visų proceso dalyvių (visuomenės (naudotojų), ASPĮ ir sveikatos priežiūros specialistų (vykdytojų), LR valdžios (politikos formuotojų)) įtraukimu.

Rekomendacijos pateiktos laikantis vadybos mokslo darbuose aprašyto ir praktiškai taikomo principo, pagrįsto strateginiu, taktiniu ir operatyviniu planavimu, kuomet strateginis planavimas nustato ilgalaikius tikslus ir kryptį, taktinis planavimas konkretizuoja, kaip šie tikslai bus pasiekti per vidutinės trukmės veiklas, o operatyvinis planavimas užtikrina, kad kasdienės veiklos atitiktų nustatytus tikslus ir strategijas. Veiksmingas šių lygių integravimas organizacijose yra būtinas norint užtikrinti ilgalaikę sėkmę ir gebėjimą prisitaikyti prie besikeičiančių sąlygų (Jones, 2002). Taip pat svarbu paminėti, kad dėl temos platumo išlieka poreikis vėlesniuose moksliniuose tyrimuose giliau paanalizuoti kitas tarpiai su prevencijos skatinimu susijusias temas, kurios paminėtos diskusijų dalyje.

Siekiant paskatinti **visuomenę** aktyviau naudotis lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programomis, rekomenduojamos tokios LNL prevencijos skatinimo strateginės, taktinės ir operatyvinės kryptys (žr. 28, 29 ir 30 lenteles).

28 lentelė. Visuomenės LNL prevencijos naudojimo skatinimo strateginės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Programų finansavimo didinimas	2–5 metai	Prioretizuoti lėtinių ligų prevencijos programų finansavimą	SAM
	2–5 metai	Siekti, kad LNL prevencijos programų finansavimas artėtų prie ES lyderiaujančių valstybių biudžetų, skirtų programoms finansuoti	SAM
Stiprių strateginių partnerių paieška	2–5 metai	Užmegzti bendradarbiavimą su ne pelno siekiančiomis, pacientus vienijančiomis organizacijomis ir privačiu sektoriumi	VLK
	2–5 metai	Siekiant geresnio informacijos platavimo, stiprinti santykius su žiniasklaida	VLK
Politikos pokyčiai	2–5 metai	Inicijuoti teises konsultacijas dėl sveikatos politikos ir įstatymų pakeitimų, užtikrinančių geresnę prevencijos programų integravimą į sveikatos priežiūros sistemą	LRS

Šaltinis: parengta autoriaus

29 lentelė. Visuomenės LNL prevencijos naudojimo skatinimo taktinės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Paslaugų prieinamumo gerinimas	1–2 metai	Plėsti sveikatos priežiūros paslaugas regionuose, turinčiuose ribotą paslaugų prieinamumą, skatinti lankstų klinikų darbo laiką, labiau atliepiantį visuomenės poreikius	SAM
	1–2 metai	Diegti mobiliąsias sveikatos paslaugas	VLK
Komunikacijos stiprinimas	1–2 metai	Sukurti nuoseklią informavimo kampaniją, panaudojant socialinę ir tradicinę mediją	VLK
	1–2 metai	Paskatinti bendradarbiavimą su žymiais visuomenės atstovais, kurie galėtų skleisti pozityvias sėkmės istorijas	VLK

IV. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo strateginės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Parama ir konsultacijos	1–2 metai	Stiprinti psichologinę paramą ir konsultacijas, padedančias žmonėms įveikti baimės ir ligos neigimo barjerus	VLK
	1–2 metai	Organizuoti bendruomenės renginius, skirtus psichologinių barjerų išanalizavimui ir įveikimui	Visuomenės sveikatos biurai

Šaltinis: parengta autoriaus

30 lentelė. Visuomenės LNL prevencijos naudojimo skatinimo operatyvinės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Programos „Prevencijos skatinimas“ įdiegimas	6–12 mėnesių	Pasirengti ir platinti informacinius leidinius apie prevencijos programų naudą	VLK
	6–12 mėnesių	Organizuoti seminarus sveikatos priežiūros darbuotojams siekiant sustiprinti komunikaciją su pacientais	ASPI
Darbo našumo gerinimas ir skaitmeninės dokumentacijos programų diegimas	6–12 mėnesių	Įdiegti elektroninės sveikatos paslaugų platformas, jas tobulinti siekiant lengvesnio ir sklandesnio jų valdymo	SAM
	6–12 mėnesių	Mokyti sveikatos priežiūros specialistus naudingą elektroninių sistemų naudojimo ir populiarinimo tarp savo pacientų	ASPI
Tikslinių motyvacinių iniciatyvų įgyvendinimas	6–12 mėnesių	Įdiegti motyvacines schemas, pavyzdžiui, sveikatos premijas, už dalyvavimą prevencijos programose	SAM
	6–12 mėnesių	Įgyvendinti bandomuosius projektus, siekiant įsivertinti asmeninių paskatų poveikumą ir jų taikymą ateityje	VLK

Šaltinis: parengta autoriaus

Šios taktinių ir operatyvinių veiksmų strategijos turėtų padėti pasiekti ilgalaikius strateginius tikslus, stiprinant visuomenės motyvaciją aktyviau dalyvauti prevencijos programose, gerinant jų prieinamumą ir visuomenės informuotumą.

Siekiant paskatinti **asmens sveikatos priežiūros įstaigas** naudingiau organizuoti prevencijos programų vykdymą ir padidinti dalyvaujančios visuomenės dalį, rekomenduojamos tokios LNL prevencijos skatinimo strateginės, taktinės ir operatyvinės kryptys (žr. 31, 32 ir 33 lenteles).

31 lentelė. ASPĮ LNL prevencijos skatinimo strateginės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Programų finansavimo užtikrinimas	2–5 metai	Inicijuoti ilgalaikes finansavimo programas, kad sveikatos priežiūros įstaigos turėtų pakankamai išteklių prevencinėms programoms plėtoti	SAM
	2–5 metai	Skatinti viešąjį ir privatųjį sektorius investuoti į sveikatos prevencijos iniciatyvas	SAM
Politikos reformos	2–5 metai	Sudaryti darbo grupes, kurios vertintų ir tobulintų vykdomą sveikatos politiką, siekiant veiksmingiau integruoti prevencijos programas į pagrindines sveikatos priežiūros paslaugas	VLK
	2–5 metai	Skatinti teisės aktų, veiksmingiau reguliuojančių prevencijos programų organizavimą ir vykdymą, tvirtinimą	LRS
Nacionalinių partnerių ir bendradarbiavimo tinklų kūrimas ir koordinavimas	2–5 metai	Kurti nacionalinius ligų prevencijos tinklus, kuri palengvintų informacijos ir gerosios praktikos pasidalinimą tarp skirtingų institucijų	SAM
	2–5 metai	Užtikrinti sveikatos institucijų, NVI ir bendruomenių organizacijų bendradarbiavimą prevencijos programų organizavimo ir vykdymo lygmeniu	VLK

Šaltinis: parengta autoriaus

32 lentelė. ASPI LNL prevencijos skatinimo taktinės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Mokymų ir kvalifikacijos kėlimo programos	1–2 metai	Organizuoti mokymus sveikatos priežiūros darbuotojams, siekiant pagerinti jų gebėjimus veiksmingiau organizuoti ir vykdyti prevencijos programas	ASPI
	1–2 metai	Diegti nuolatinio mokymosi platformas sveikatos specialistams apie naujausius ligų prevencijos metodus	VLK
Programų prieinamumo didinimas	1–2 metai	Įvertinti geografines ir demografines sveikatos paslaugų prieinamumo galimybes ir sukurti veiksmų planus tolygesniam paslaugų paskirstymui	SAM
	1–2 metai	Sukurti lankstesnes klinikų darbo sąlygas ir mobiliąsias sveikatos priežiūros komandas	ASPI
Paveikios komunikacijos strategijos	1–2 metai	Sukurti tikslingas komunikacijos kampanijas, kurios skatintų sveikatos priežiūros įstaigų ir visuomenės komunikaciją apie programų naudą ir priemones jomis pasinaudoti	VLK
	1–2 metai	Stiprinti pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų ir kitų komandos narių komunikaciją, kurių įsitraukimas į programų viešinimą yra labai svarbus, pavyzdžiui, slaugytojai, registratūros darbuotojai, socialiniai darbuotojai ir kiti komandos nariai	ASPI

Šaltinis: parengta autoriaus

33 lentelė. ASPI LNL prevencijos skatinimo operatyvinės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Administracinės naudingumo priemonės	6–12 mėnesių	Supaprastinti administracinius procesus prevencijos programų organizavimui, diegti ir naudoti skaitmeniniu sprendimus	SAM
	6–12 mėnesių	Įdiegti elektronines sveikatos įrašų sistemas, kad būtų galima tiksliai sekti pacientų dalyvavimą prevencijos programose ir laiku priminti apie artėjančius tyrimus	SAM
Bandomosios iniciatyvos	6–12 mėnesių	Inicijuoti projektus ar programas, skirtas įvertinti naujus paslaugų teikimo modelius	VLK
	6–12 mėnesių	Siekiant optimizuoti vykdomus procesus, rinkti atsiliepimus iš personalo ir pacientų	ASPI
Skatinimo schemos sveikatos priežiūros įstaigoms	6–12 mėnesių	Įgyvendinti finansines ir socialines paskatas sveikatos priežiūros įstaigoms, pasiekiančioms aukštus dalyvavimo prevencijos programose rodiklius	VLK
	6–12 mėnesių	Skatinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą, leidžiantį dalintis patirtimis ir tobulinti paslaugų organizavimo procesą	SAM

Šaltinis: parengta autoriaus

Šių veiksmų planas orientuotas į sveikatos priežiūros įstaigų galimybių stiprinimą, ir tai padės veiksmingiau įgyvendinti prevencijos programas ir paskatinti platesnį visuomenės įsitraukimą. Siekiant paskatinti **asmens sveikatos priežiūros specialistus** naudingiau teikti prevencijos programas ir su jomis susijusias medicininės paslaugas (pavyzdžiui, tyrimus ir konsultacijas), rekomenduojamos toliau pateikiamos LNL prevencijos skatinimo strateginės, taktinės ir operatyvinės kryptys (žr. 34, 35 ir 36 lenteles).

34 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų LNL prevencijos skatinimo strateginės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Kvalifikacijos kėlimo programos	2–5 metai	Sukurti ir įgyvendinti nuolatinis mokymus sveikatos priežiūros specialistams, kad jie geriau suprastų prevencijos programų esmę ir metodus	ASPI
	2–5 metai	Skatinti mokymus apie naujausius tyrimų metodus, stiprinti konsultavimo įgūdžius ir pacientų motyvavimo strategijas	ASPI
Integruotos paslaugos	2–5 metai	Plėtoti integruotas sveikatos sistemas, kuriose prevencinės paslaugos būtų siūlomos kartu su diagnostinėmis ir gydymo paslaugomis	ASPI
	2–5 metai	Stiprinti komandinį darbą tarp specialistų, kad būtų užtikrinta nuosekli ir holistinė pacientų priežiūra	ASPI
Finansinio skatinimo mechanizmai	2–5 metai	Inicijuoti finansines paskatas sveikatos priežiūros specialistams, kurie aktyviai dalyvauja teikiant prevencijos programas, aktyviai skatina tyrimų ir konsultacijų vykdymą	VLK
	2–5 metai	Sukurti darbo užmokesčio modelius, kurie būtų susiję su paslaugų kokybe ir pasiekimų rodikliais	ASPI

Šaltinis: parengta autoriaus

35 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų LNL prevencijos skatinimo taktinės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Paslaugų prieinamumo gerinimas	1–2 metai	Rengti kampanijas, kurios informuotų pacientus apie galimas prevencijos programas ir kitas, su prevencija susijusias paslaugas, siekiant, kad aktuali informacija būtų kuo aiškiau suprantama	VLK
	1–2 metai	Aiškiai apibrėžti paslaugų teikimo kriterijus ir užtikrinti, kad paslaugos būtų patogiai pasiekiamos visiems gyventojams	SAM
Tyrimų ir konsultacijų teikimo taktikos	1–2 metai	Sukurti aiškias kryptis dėl tyrimų ir konsultacijų teikimo, įskaitant jų tvarkaraščius, prieinamumą ir kainodarą	
	1–2 metai	Pasitelkiant seminarus, žiniasklaidą ir socialinius tinklus, viešinti prevencinių tyrimų ir konsultacijų naudą	VLK
Technologijų naudojimas	1–2 metai	Įdiegti skaitmenines platformas, kurios leistų specialistams teikti nuotoline konsultacijas ir tyrimų komentarus, taip padidinant paslaugų prieinamumą	ASPI
	1–2 metai	Naudoti elektroninius sveikatos įrašų metodus, siekiant lengviau stebėti pacientų dalyvavimą programose, taip pat gauti jų atsiliepimus apie suteiktas paslaugas	ASPI

Šaltinis: parengta autoriaus

36 lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų LNL prevencijos skatinimo operatyvinės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Bandomosios programos	6–12 mėnesių	Rengti bandomąsias programas, skirtas naujiems darbo metodams išbandyti, pavyzdžiui, grupines konsultacijas ir edukacinius seminarus	VLK
	6–12 mėnesių	Rinkti ir analizuoti duomenis apie bandomųjų programų veiksmingumą ir pacientų įsitraukimą	VLK

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Bendradarbiavimo su kitomis įstaigomis didinimas	6–12 mėnesių	Siekiant naudingai veikiančios prevencijos programų vykdymo sistemos, skatinti bendradarbiavimą tarp skirtingų sveikatos priežiūros specialistų, miestų savivaldybių ir kitų organizacijų	VLK
	6–12 mėnesių	Organizuoti bendrus renginius, skirtus žinių ir patirties pasidalinimui bei diskusijoms	VLK
Pacientų skatinimo iniciatyvos	6–12 mėnesių	Sukurti veiksmingas pacientų motyvavimo programas, pavyzdžiui, lojalumo programas, kurios skatintų pacientus dalyvauti reguliariose prevencinėse konsultacijose ir atlikti tyrimus	SAM
	6–12 mėnesių	Naudoti teigiamų atsiliepimų sistemą, kuri skatintų pacientus dalintis savo sėkmės istorijomis, taip motyvuojant kitus	VLK

Šaltinis: parengta autoriaus

Šis veiksmų planas orientuotas į sveikatos priežiūros specialistų gebėjimų stiprinimą ir integruotą paslaugų teikimą, siekiant padidinti visuomenės dalyvavimą prevencijos programose ir susijus. Siekiant, kad prevencijos programų naudojimas, organizavimas ir vykdymas būtų produktyvesni, apibendrinant veiksmus, skirtus visuomenei, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir jų specialistams, pateikiamas veiksmų planas **politikams**, planuojantiems sveikatos apsaugos reformą. Šis veiksmų planas orientuotas į sveikatos apsaugos sistemos pokyčius, siekiant užtikrinti, kad prevencijos programų teikimas ir vykdymas būtų produktyvesni, kad didesnis visuomenės dalyvavimas galėtų padėti mažinti mirtingumą nuo lėtinių ligų ir gerinti bendrą gyventojų sveikatos būklę. Rekomenduojamos tokios LNL prevencijos skatinimo strateginės, taktinės ir operatyvinės kryptys (žr. 37, 38 ir 39 lenteles).

37 lentelė. Sveikatos politikos formuotojų LNL prevencijos skatinimo strateginės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Nacionalinė prevencijos strategija	2–5 metai	Parengti ir įgyvendinti nacionalinę prevencijos strategiją, orientuotą į lėtinių neinfekcinių ligų valdymą	SAM
	2–5 metai	Nustatyti konkretus tikslus, siekiant padidinti visuomenės dalyvavimą prevencijos programose iki 80 %	SAM
Finansavimo didinimas	2–5 metai	Planuoti biudžetą, užtikrinant ilgalaikį ir tvarų finansavimą, nukreiptą prevencijos programų organizavimui ir vykdymui	SAM
	2–5 metai	Skirti papildomų biudžeto išteklių sveikatos sistemai, skirtai prevencijos iniciatyvoms, ypač komunikacijai ir paslaugų prieinamumui gerinti	LRS
Sveikatos politikos reforma	2–5 metai	Sudaryti dešimties metų planą, kuriame būtų nustatyti sveikatos politikos prioritetai, susiję su ligų prevencija ir sveikatingumo skatinimu	SAM
	2–5 metai	Skatinti sveikatos politikos ir sveikatos sistemos reformą, integruojant prevencijos programas į pirminės sveikatos priežiūros paslaugas	LRS

Šaltinis: parengta autoriaus

38 lentelė. Sveikatos politikos formuotojų LNL prevencijos skatinimo taktinės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Reguliavimo procesų modernizavimas	1–2 metai	Supaprastinti ir optimizuoti reguliavimo procesus, susijusius su prevencijos programų įgyvendinimu, siekiant greitesnio reagavimo į reformos metu kylančius iššūkius	SAM
	1–2 metai	Sukurti aiškias kryptis, apibrėžiančias prevencijos programų vykdymą sveikatos priežiūros įstaigose	SAM

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Visuomenės informavimo kampanijos	1–2 metai	Įgyvendinti didelės apimties visuomenės informavimo kampanijas, skirtas padidinti žmonių sąmoningumą apie sveikatos prevencijos naudą	VLK
	1–2 metai	Pasitelkti įvairias komunikacijos priemones, įskaitant socialinius tinklus, švietimo institucijas ir bendruomenės renginius	VLK
Mokėjimo ir paskatų sistemos reformavimas	1–2 metai	Reformuoti mokėjimo už sveikatos priežiūrą sistemą, siekiant įtraukti prevencinių paslaugų ir programų skatinimą	SAM
	1–2 metai	Sukurti paskatų sistemas sveikatos priežiūros specialistams, susiejant jas su specialistų aktyvumu ir prevencijos programų vykdymo rezultatais	ASPI
	1–2 metai	Įvesti aiškius matavimo kriterijus, kuriais vadovaujantis būtų vertinamas specialistų darbas ir pasiekimai	ASPI

Šaltinis: parengta autoriaus

39 lentelė. Sveikatos politikos formuotojų LNL prevencijos skatinimo operatyvinės kryptys

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Bandomosios reformos	6–12 mėnesių	Sukurti bandomuosius projektus, skirtus išbandyti šiuolaikiškas ir modernias sveikatos prevencijos sistemas ir metodus	SAM
	6–12 mėnesių	Siekiant surinkti duomenis apie reformų veiksmingumą, įtraukti skirtingas sveikatos priežiūros įstaigas ir bendruomenes	SAM
Stebėsenos ir vertinimo sistemų įdiegimas	6–12 mėnesių	Įdiegti sistemą, skirtą stebėti ir vertinti prevencijos programų veiksmingumą, renkant duomenis apie dalyvavimo rodiklius, pasitenkinimą ir sveikatos rezultatus	VLK
	6–12 mėnesių	Periodiškai viešinti ataskaitas apie prevencijos programų rezultatus ir rekomenduoti tolesnius veiksmus	VLK

Kryptys	Trukmė	Veiksmai	Atsakinga institucija
Bendradarbybės skatinimas	6–12 mėnesių	Organizuoti bendrus renginius su politikos formuotojais, sveikatos priežiūros specialistais ir visuomene, siekiant užtikrinti, kad visi suinteresuoti asmenys būtų informuoti apie reformų eigą ir naudas	VLK
	6–12 mėnesių	Kurti tinklus ir platformas, skirtas dalintis patirtimi ir gerosiomis praktikomis tarp skirtingų regionų ir institucijų	VLK

Šaltinis: parengta autoriaus

Sveikatos apsaugos reforma Lietuvoje yra vykdoma ne vienerius metus. Sritis yra labai jautri, nes paliečia kiekvieną gyventoją. Visuomenei senstant, o gyventojų sveikatos būklei prastėjant, prioretizuoti būtinus spręsti klausimus gali būti sunku. Pastaraisiais dešimtmečiais daug dėmesio yra skiriama įstaigų modernizavimui, naujos įrangos įsigijimui, diagnostikos ir gydymo procesų tobulinimui. Veiksmai davė rezultatų – žmonės gyvena ilgiau, medikai turi daugiau darbo, dėl to ASPĮ gauna daugiau pajamų ir gali sėkmingai investuoti į teikiamų paslaugų tobulinimą ir naują įrangą. Tačiau kita šio proceso pusė, apie kurią yra kalbama mažai – visuomenės gyvenimo kokybė.

Svarbu pabrėžti, kad geresnis gydymas leidžia išvengti sunkiausių pasekmių ir komplikacijų, žmonės gyvena ilgiau, tačiau dažnai jų gyvenimai yra lydimi nepagydomų ligų, su kuriomis tenka gyventi visą likusį gyvenimą, kuris dėl ligos yra neįsivaertis visomis prasmėmis. Ar toks žmogus gyvena gerai ir yra laimingas? Dėl to yra labai svarbu tinkamai prioretizuoti sveikatos reformos etapus, deramą dėmesį skiriant ligų prevencijai, nes ši priemonė leidžia ligą diagnozuoti anksti ir ją išgydyti. Taip pat prevencija yra puikus įrankis suteikiantis galimybę šviesti visuomenę apie sveikos gyvensenos svarbą, griauti mitus, kurie stabdo nuo savalaikės ligų patikros, leidžia ugdyti sveiką ir gerovės siekiančią valstybę. 40 lentelėje pateikiamos apibendrintos ir susistemintos LNL prevencijos skatinimo strateginių kryptų įgyvendinimo planas.

40 lentelė. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos skatinimo strategijos įgyvendinimo planas

Kryptys	Veiksmai ir tikslai	Atsakingos institucijos
Strateginis veikslių planas (terminas: 2–5 metai)		
1. Nacionalinė prevencijos strategija	Parengti ir įgyvendinti nacionalinę prevencijos strategiją, orientuotą į lėtinių neinfekcinių ligų valdymą. Nustatyti konkrečius tikslus, siekiant padidinti visuomenės dalyvavimą prevencijos programose iki 80 %	Inicijuojanti institucija: LRS. Koordinuojanti ir įgyvendinanti institucija: SAM
2. Finansavimo didinimas	Planuoti biudžetą, užtikrinant ilgalaikį ir tvarų finansavimą, nukreiptą prevencijos programų organizavimui ir vykdymui. Skirti papildomus biudžeto išteklius sveikatos sistemai, skirtai prevencijos iniciatyvoms, ypač komunikacijai ir paslaugų prieinamumui gerinti	Koordinuojanti ir įgyvendinanti institucija: SAM
3. Sveikatos politikos reforma	Sudaryti dešimties metų planą, kuriame būtų nustatyti sveikatos politikos prioritetai, susiję su ligų prevencija ir sveikatingumo skatinimu. Skatinti sveikatos politikos ir sveikatos sistemos reformą, integruojant prevencijos programas į pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Užtikrinti sklandų sveikatos politikos reformos, orientuotis į visuomenės skatinimą aktyviau naudotis prevencijos programomis, įdiegimą. Užtikrinti grįžtamąjį ryšį politikos vykdytojams – SAM ir jai pavaldžioms institucijoms	Koordinuojanti institucija: SAM. Įgyvendinančios institucijos: VLK, TLK, Nacionalinis visuomenės sveikatos centras
Taktinis veikslių planas (terminas: 1–2 metai)		
1. Reguliavimo procesų modernizavimas	Supaprastinti ir optimizuoti reguliavimo procesus, susijusius su prevencijos programų įgyvendinimu, siekiant greitesnio reagavimo į reformos metu kylančius iššūkius. Sukurti aiškias kryptis, apibrėžiančias prevencijos programų vykdymą sveikatos priežiūros įstaigose	Koordinuojanti ir įgyvendinanti institucija: SAM

Kryptys	Veiksmai ir tikslai	Atsakingos institucijos
2. Visuomenės informavimo kampanijos	Įgyvendinti didelės apimties visuomenės informavimo kampanijas, skirtas padidinti žmonių sąmoningumą apie sveikatos prevencijos naudą. Pasitelkti įvairias komunikacijos priemones, įskaitant socialinius tinklus, švietimo institucijas ir bendruomenės renginius	Koordinuojanti institucija: SAM. Įgyvendinančios institucijos: TLK, VLK, Nacionalinis visuomenės sveikatos centras, ASPĮ
3. Apmokėjimo ir paskatų sistemos reformavimas	Reformuoti sveikatos priežiūros apmokėjimo sistemą, siekiant įtraukti prevencinių paslaugų ir programų skatinimą. Sukurti paskatų sistemas sveikatos priežiūros specialistams, susiejant jas su specialistų aktyvumu ir prevencijos programų vykdymo rezultatais. Įvesti aiškius matavimo kriterijus, kuriais vadovaujantis būtų vertinamas specialistų darbas ir pasiekimai. Užtikrinti grįžtamąjį ryšį politikos vykdytojams – SAM ir jai pavaldžioms institucijoms	Koordinuojanti institucija: SAM. Įgyvendinančios institucijos: VLK, TLK, ASPĮ
Operatyvinis veiksmų planas (terminas: 6–12 mėnesių)		
1. Bandomosios reformos	Sukurti bandomuosius projektus, skirtus išbandyti šiuolaikiškas ir modernias sveikatos prevencijos sistemas ir metodus. Siekiant surinkti duomenis apie reformų veiksmingumą, įtraukti skirtingas sveikatos priežiūros įstaigas ir bendruomenes	Koordinuojanti institucija: SAM. Įgyvendinančios institucijos: VLK, TLK, ASPĮ
2. Stebėsenos ir vertinimo sistemų įdiegimas	Įdiegti sistemą, skirtą stebėti ir vertinti prevencijos programų veiksmingumą, renkant duomenis apie dalyvavimo rodiklius, pasitenkinimą ir sveikatos rezultatus. Periodiškai viešinti ataskaitas apie prevencijos programų rezultatus ir rekomenduoti tolesnius veiksmus	Koordinuojanti institucija: SAM. Įgyvendinančios institucijos: VLK, TLK, ASPĮ
3. Bendradarbiystės skatinimas	Organizuoti bendrus renginius su politikos formuotojais, sveikatos priežiūros specialistais ir visuomene, siekiant užtikrinti, kad visi suinteresuoti asmenys būtų informuoti apie reformų eigą ir naudas. Kurti tinklus ir platformas, skirtas skirtingiems regionams ir institucijoms dalintis patirtimi ir gerosiomis praktikomis	Įgyvendinančios institucijos: visuomenės sveikatos biurai, ASPĮ, pacientus vienijančios visuomeninės organizacijos

Šaltinis: parengta autoriaus

Moksliniame darbe pateiktos išvalgos ir rekomendacijos skirtos atkreipti visuomenės, sveikatos priežiūros srityje dirbančių vadybininkų, sveikatos priežiūros specialistų ir politikos formuotojų dėmesį, nes visuomenės sveikata yra esminis visuomenės klestėjimo veiksnys, todėl sveikatinimo, sveikatos stiprinimo ir gydymo strategijos turi būti kuriamos prioretizuojant ligų prevenciją, t. y. siekį, kad visuomenė nesirgtų ir būtų pajėgi kurti asmeninę, šeimos ir valstybės gerovę.

Diskusijų temos būsimiems tyrimams:

1. Elgesio ekonomika ir LNL programos: kaip veiksmingai integruoti finansines ir socialines paskatas, kurios leistų veiksmingiau keisti žmonių elgseną siekiant gerinti požiūrį į sveikesnę gyvenseną ir aktyvesnę prevencijos programų naudojimą?
2. Technologinė integracija: kokia yra telemedicinos ir kitų mobiliųjų sveikatos technologijų (pavyzdžiui, įvairių mobiliųjų programėlių) funkcija didinant LNL prevencijos veiksmingumą?
3. Bendruomenės įtraukimas: kokie yra kultūriniai ir socialiniai atskirų bendruomenių ar socialinių grupių skirtumai? Kaip, atsižvelgiant į šiuos skirtumus, turi būti koreguojama sveikatos pasaulio sistema, siekiant aktyvesnio prevencijos programų naudojimo?
4. Ilgalaikio poveikio vertinimas: kaip integruoti pakeitimai veikia prevencijos programų naudojimą ir kokį poveikį ji daro šalies ekonomikai, ASPĮ valdymui, galimybei gauti medicininės paslaugas ir pan.?
5. Finansavimas yra labai svarbus programų organizavimo ir vykdymo elementas. Tyrimai ir teorinė analizė parodė finansavimo svarbą. Tai atsispindi išvadose, tačiau ši tema turi būti tikslinama ir analizuojama atskirai, siekiant pasiaiškinti konkrečius nepakankamo finansavimo aspektus.

Aptariant šias sveikatos apsaugos sektoriaus sritis, pasitelkiant koordinuotas tarpinstitucines pastangas ir tikslinius tyrimus, galima padaryti didelę pažangą mažinant LNL poveikį ir gerinant bendrą gyventojų sveikatą.

Išvados

1. Teorinė skatinimo veiksnių ir žmogaus elgesio modelių analizė patvirtino, kad veiksmingas skatinimas turi remtis integruotu požiūriu, apimančiu finansines ir nefinansines priemones, ir jų taikymą įvertinti pasitelkiant objektyvius kriterijus. Skatinimo veiksniai ir jų finansinis ir nefinansinis poveikis paslaugų naudotojams, sveikatos priežiūros specialistams ir asmens sveikatos priežiūros įstaigoms leidžia modeliuoti jų įtaką sprendimų priėmimui sveikatos paslaugų pasirinkimo procesuose, o įvertinimas, kurios skatinimo priemonės yra veiksmingiausios, gali būti taikomas praktikoje, siekiant skatinti visuomenę aktyviau naudotis prevencijos programomis. Tai suteikia mokslinį pagrindą veiksmingų skatinimo strategijų formavimui, kuriomis būtų galima veiksmingiau įtakoti žmogaus elgseną prevencinių paslaugų srityje.
2. Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų skatinimo strategijų analizė parodė, kad dabartinės prevencijos skatinimo teorinės koncepcijos ir praktikos yra tinkamas pagrindas kurti veiksmingas, aktualias ir įrodymais grįstas skatinimo strategijas. Jų analizė leido identifikuoti sėkmingiausiai veikiančius pavyzdžius, kurie leidžia geriau numatyti ir formuoti rekomendacijas, skatinančias didesnę visuomenės išitraukimą į prevencijos programų naudojimą. Tyrimas atskleidė, kad veiksmingos strategijos, kuriomis yra siekiama paskatinti aktyvesnę visuomenės išitraukimą į LNL prevencijos programas, turi

pasižymėti aiškesne ir nuoseklia komunikacija, visuomenės švietimu, paslaugų prieinamumo gerinimu, sveikatos priežiūros specialistų darbo sąlygų gerinimu. Pabrėžiamas tarpinstitucinio bendradarbiavimo poreikis, nes minėtoms funkcijoms ir veiksams užtikrinti yra būtinas platus institucijų ir organizacijų įsitraukimas, jų veiksmų koordinacija ir grįžtamasis ryšys, leidžiantis atlikti skatinimo sistemos korekcijas laiku.

3. Pasirinkta mišri tyrimų metodika leido kompleksiskai išnagrinėti moksliniame darbe keliamą LNL prevencijos programų skatinimo problematiką. Statistinių duomenų, kokybinio ir kiekybinio tyrimų sintezė sudarė sąlygas pagrįsti ir detalizuoti tyrimo procese nagrinėjamus klausimus, patikrinti ir pagrįsti priežastinius ryšius, iškelti ir patikrinti hipotezes. Parengta tyrimo metodika ne tik leido išsamiai įvertinti keliamus probleminius klausimus ir juos lemiančius veiksnius, bet ir užtikrino metodologiškai pagrįstų rezultatų išgryninimą, kurie gali būti naudojami kitiems teoriniams tyrimams, pritaikomi praktiškai.
4. Statistinių duomenų analizės rezultatai rodo, kad Lietuvos visuomenės įsitraukimas į prevencijos programas yra žemas ir nesiekia Europos Sąjungos vidurkio, o esama komunikacija apie prevencijos naudą ir grėsmes, jei jos yra vengiama, nėra pakankamai veiksminga. Tai įrodo, kad pagrindinė problema yra informacijos ir edukacijos stoka, ji trukdo įsitraukti į prevencijos veiklas didesne apimtimi. Tai skatina peržiūrėti ir tobulinti komunikacijos strategijas, siekiant didesnio visuomenės dalyvavimo prevencijos programose.
5. Kokybinis tyrimas atskleidė kompleksinius veiksnius, tiesiogiai arba netiesiogiai lemiančius mažą visuomenės įsitraukimą į lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas. Susistemintų ir klasifikuotų duomenų pagrindu buvo identifiukuoti pagrindines barjerų šaltinius, kurie neleidžia efektyviai skirti resursų ir kurti tikslingas intervencijas. Tyrimo metu išgirstos įvairių socialinių ir politinių atstovų nuomonės leido išsamiau įsigilinti į problemos sudėtingumą. Nustatyta, kad daugiausia dėmesio reikia skirti keturiems pagrindiniams veiksniams: finansavimo trūkumui, informacijos stygiui, psichologiniams barjerams ir paslaugų prieinamumo problemoms. Pastaroji ypač išryškina integruotų socialinių ir organizacinių sprendimų poreikį.
6. Kiekybinio tyrimo rezultatai patvirtino, kad dabartinės prevencijos programų viešinimo ir skatinimo priemonės nepasiekia visų tikslingų gyventojų segmentų, tai lemia jų mažą naudą ir neveiksmingą įsitraukimą. Statistikos analizė atskleidė reikšmingus amžiaus, lyties ir demografinio pasiskirstymo veiksnius, kurie skirtingai formuoja nuomonę apie prevencijos programas ir jų naudojimą. Ypač pažymėtina, kad vyresni vieniši asmenys ir didžiųjų miestų gyventojai pasižymi geresne nuomone apie prevencijos programas ir dažniau naudoja šias paslaugas, tuo tarpu gyvenantys regionuose jaunesnio amžiaus grupės respondentai pažymėjo rečiau naudojantys LNL prevencijos progra-

mas. Įdomu tai, kad tyrimas parodė, jog paskatos iš esmės nelemia prevencijos programų naudojimo, o gerėjanti visuomenės nuomonė apie prevencijos programas nelemia aktyvesnio įsitraukimo į prevencijos programas. Šios informacijos kontekste daroma išvada, kad esamos prevencijos programų viešinimo kampanijos yra neveiksmingos, jas būtina keisti, pagrindinį dėmesį telkiant į programų prieinamumo ir viešinimo (švietimo) veiksmus. Tyrimas atskleidė, kad prevencijos programomis dažniau naudojasi moterys, nors pozityvesnę nuomonę apie LNL prevenciją turi vyrai. Šie duomenys pabrėžia, kad veiksmingų komunikacijos strategijų kūrimas turi būti pagrįstas tikslių demografinių segmentų analize, siekiant tinkamai pritaikyti viešinimo priemones ir skatinti platesnį jų supratimą visose socialinėse grupėse. Be to, pabrėžtina, kad skirtingi socialiniai barjerai ir informacijos vertinimo modeliai reikalauja skirtingų skatinimo ir komunikacijos metodų, todėl specifinių su demografija susijusių aspektų įvertinimas yra svarbus elementas, padedantis kurti veiksmingas LNL prevencijos skatinimo strategijas.

7. Moksliniame darbe pristatomas LNL prevencijos skatinimo strateginių krypčių veiksmų planas pateikia nuoseklią ir išsamią strategiją, kuria siekiama didinti visuomenės aktyvumą ir dalyvavimą lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programose, įtraukiant visas procese dalyvaujančiais šalis: politikos formuotojus, sveikatos priežiūros specialistus, asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir visuomenę. Ilgalaikiai strateginiai tikslai apima finansavimo didinimą, politikos reformas ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo poreikį ir kitus aspektus, kurie padėtų užtikrinti ilgalaikę ir veiksmingą programų integraciją į sveikatos priežiūros sistemą. Taktiniai ir operatyviniai planai koncentruoja dėmesį į veiksmingą paslaugų prieinamumo, informacijos sklaidos, specialistų mokymų, skaitmeninių sprendimų ir kokybės vertinimo sistemų diegimą, nukreiptą į visuomenės skatinimą ir specialistų dalyvavimą, paslaugų kokybės gerinimą ir kontrolę ir pokyčius laiku, esant tokiam poreikiui. Visos šios priemonės, taikomos ilguoju ir trumpuoju laikotarpiu, labai prisideda prie didesnės visuomenės atsakomybės skatinimo, aktyvesnio dalyvavimo prevencijos programose ir bendros gyventojų sveikatos būklės gerinimo, mažinant mirtingumą nuo lėtinių neinfekcinių ligų ir stiprinant sveikatos apsaugos sistemą.

Literatūros sąrašas

Mokslinė literatūra

1. Abduljawad, A. & Al-Assaf, A. F. (2011). 'Incentives for better performance in health care'. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 11(2), pp. 201–206.
2. Adhikari, G. P. (2021). Calculating the sample size in quantitative studies. *Scholars' Journal*, 14-29.
3. Afolabi, A., Fernando, S. & Bottiglieri, T. (2018). 'The effect of organisational factors in motivating healthcare employees: a systematic review'. *British Journal of Healthcare Management*, 24(12), pp. 603-610.
4. Ajzen, I. (1985). 'From intentions to actions: A theory of planned behavior'. In: J. Kuhl & J. Beckmann, eds. *Action-control: From cognition to behavior*.
5. Ala'din Alwan. (1997). 'Noncommunicable diseases: a major challenge to public health in the Region'. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 3(1).
6. Al-Dekah, A. M., & Sweileh, W. (2025). Role of artificial intelligence in early identification and risk evaluation of non-communicable diseases: a bibliometric analysis of global research trends. *BMJ open*, 15(5), e101169.
7. Alfaifi, Y., Grasso, F. & Tamma, V. (2018). 'An ontology of psychological barriers to support behaviour change'. In: *Proceedings of the 2018 international conference on digital health*.

8. Allen, L. N., et al. (2017). 'Socioeconomic status and noncommunicable disease risk factors in low-income and lower-middle-income countries'. *Lancet Global Health*, 5(3), e277-e289.
9. Altman, Y. & Motz, T. (2017). 'Healthcare management: financial and non-financial incentives to motivate employees'. AC-EITAI 2017, p. 492.
10. American College of Physicians. (2010). 'Ethical Considerations for the Use of Patient Incentives to Promote Personal Responsibility for Health: West Virginia Medicaid and Beyond'. American College of Physicians.
11. Andersen, L., et al. (2016). 'Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease'. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), pp. 1-12.
12. Anderson, B. O., Ilbawi, A. M., Fidarova, E., Weiderpass, E., Stevens, L., Abdel-Wahab, M., & Mikkelsen, B. (2021). The Global Breast Cancer Initiative: a strategic collaboration to strengthen health care for non-communicable diseases. *The Lancet Oncology*, 22(5), 578-581.
13. Artuso, D., Durazo, A. & Cameron, L. D. (2019). 'Representations of cancer recurrence risk, recurrence worry, and health-protective behaviors: an elaborated, systematic review'. *Health Psychology Review*, 13(4), pp. 447-476.
14. Awang, Z. (2012). *Research methodology and data analysis second edition*. UiTM Press.
15. Bandhu, D., Mohan, M. M., Nittala, N. A. P., Jadhav, P., Bhadauria, A. & Saxena, K. K. (2024). 'Theories of motivation: A comprehensive analysis of human behavior drivers'. *Acta Psychologica*, 244, 104177.
16. Bandura, A. (1977). 'Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change'.
17. Bandura, A. (1986). 'Social foundations of thought and action'. Prentice-Hall.
18. Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (2014). Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384(9937), 45-52.
19. Beard, J.R. and Bloom, D.E. (2015) 'Towards a comprehensive public health response to population ageing'. *The Lancet*, 385(9968), pp. 658-661.
20. Bishop, G. & Brodkey, A. C. (2006). 'Personal Responsibility and Physician Responsibility — West Virginia's Medicaid Plan'. *New England Journal of Medicine*, 355(8), pp. 756–758.
21. Bishop, L. (2009). 'Principles-Respect, Justice, Nonmaleficence, Beneficence Adapted with permission from'.
22. Bloom, D. E., et al. (2012). 'The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases'. Geneva: World Economic Forum.
23. Braš, M., Dordević, V., Ruiz-Moral, R., Deveugele, M., Ramalho, R. and Pype, P. (2016) 'The role of communication'. *Person Centered Psychiatry*, pp. 67-76.

24. Briss, P. A., et al. (2000). 'Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults'. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(1), pp. 97–140.
25. Bryman, A., Becker, S., & Sempik, J. (2008). Quality criteria for quantitative, qualitative and mixed methods research: A view from social policy. *International journal of social research methodology*, 11(4), 261-276.
26. Budreviciute, A., Damiani, S., Sabir, D. K., Onder, K., Schuller-Goetzburg, P., Plakys, G., ... & Kodzius, R. (2020). Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. *Frontiers in public health*, 8, 574111.
27. Buist, A. S., et al. (2005). 'The Burden of Obstructive Lung Disease Initiative (BOLD): rationale and design'. *COPD*, 2(2), pp. 277-283.
28. Burgess, S., & Ratto, M. (2003). The role of incentives in the public sector: Issues and evidence. *Oxford review of economic policy*, 19(2), 285-300.
29. Burke, L. E., Dunbar-Jacob, J. M., & Hill, M. N. (1997). Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(3), 239-263.
30. Bowles, S., Gintis, H., & Osborne, M. (2001). Incentive-enhancing preferences: Personality, behavior, and earnings. *American economic review*, 91(2), 155-158.
31. Caron, R. M., et al. (2023). 'Health Promotion, Health Protection, and Disease Prevention'. *AJPM Focus*, 3(1), 100167.
32. Casalino, L., Gillies, R. R., Shortell, S. M., Schmittiel, J. A., Bodenheimer, T., Robinson, J. C., Rundall, T., Oswald, N., Schauffler, H. & Wang, M. C. (2003). 'External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases'. *JAMA*, 289(4), pp. 434-441.
33. Chai, P., Wan, Q., & Kinfu, Y. (2021). Efficiency and productivity of health systems in prevention and control of non-communicable diseases in China, 2008–2015. *The European Journal of Health Economics*, 22(2), 267-279.
34. Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D. & Durieux, P. (2000). 'Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues'. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(2), pp. 133-142.
35. Charmaz, K. (2006). 'Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis'. Sage.
36. Callakoppen, L. R. (2016). 'The impact of rewards on motivation of staff at a medical services organisation'. University of Johannesburg.
37. Calverley, P.M.A. and Walker, P.P. (2023) 'Contemporary Concise Review 2022: Chronic obstructive pulmonary disease'. *Respirology*, 28(5). doi: 10.1111/resp.14489.
38. Carey, R., Langlois, E., Everitt, T., & Legg, S. (2020). The incentives that shape behaviour. *arXiv preprint arXiv:2001.07118*.

39. Clark, T., Foster, L., Bryman, A. and Sloan, L. (2021). *Bryman's social research methods*. Oxford University Press.
40. Clark, P. B. & Wilson, J. Q. (1961). 'Incentive systems: A theory of organizations'. *Administrative Science Quarterly*, pp. 129-166.
41. Coles, C. E., Earl, H., Anderson, B. O., Barrios, C. H., Bienz, M., Bliss, J. M., ... & Zikmund-Fisher, B. (2024). The lancet breast cancer commission. *The Lancet*, 403(10439), 1895-1950.
42. Colombo, F., et al. (2011). 'Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies'. OECD Publishing, Paris.
43. Conner, M., & Norman, P. (2002). Health behaviors. *Health psychology*, 8, 1-37.
44. Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*, 78(1), 98.
45. Creswell, J. W. (2014). 'Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches'. Sage Publications.
46. Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2017). 'Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches'. Sage Publications.
47. Creswell, J. W. (2018). 'Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches'. Sage Publications.
48. Crimmins, E. M. & Beltrán-Sánchez, H. (2011). 'Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity?'. *Journal of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(1), pp. 75-86.
49. Dale, A., Arber, S. & Procter, M. (1988). 'Doing Secondary Analysis'. London: Unwin Hyman.
50. Dale, H., Schunk, D. H. & DiBenedetto, M. K. (2020). 'Motivation and social cognitive theory'. *Contemporary Educational Psychology*, 60, 101832.
51. Dambisya, Y. & Dambisya, Y. (2007). 'A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa'. Harare, Zimbabwe: Training and Research Support Centre.
52. Danis M, Nayak R. (2016). Health Policy. In: ten Have H, ed. *Encyclopedia of Global Bioethics*. Springer International Publishing:1458-1468. doi:10.1007/978-3-319-09483-0_223.
53. D'Alessandro, D., Arletti, S., Azara, A., Buffoli, M., Capasso, L., Cappuccitti, A., ... & Zuccarello, P. (2017). Strategies for disease prevention and health promotion in urban areas: the Erice 50 Charter. *Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunita*, 29(6), 481-493.
54. Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). 'The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior'. *Psychological Inquiry*, 11(4), pp. 227-268.
55. Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.) (2005). 'The Sage Handbook of Qualitative Research'. 3rd ed. Sage Publications Ltd.

56. DiClemente, R. J., Salazar, L. F., & Crosby, R. A. (2013). *Health behavior theory for public health: Principles, foundations, and applications*. Jones & Bartlett Publishers.
57. Dobe, M. (2012). 'Health promotion for prevention and control of non-communicable diseases: unfinished agenda'. *Indian Journal of Public Health*, 56(3), pp. 180-186.
58. Dong, Y., Zhang, B., & Tao, Y. (2016). The dynamics of human behavior in the public goods game with institutional incentives. *Scientific Reports*, 6(1), 28809.
59. Donohue, J. F., Elborn, J. S., Lansberg, P., Javed, A., Tesfaye, S., Rugo, H., ... & Chan, J. C. (2023). Bridging the "know-do" gaps in five non-communicable diseases using a common framework driven by implementation science. *Journal of healthcare leadership*, 103-119.
60. Doumat, G., et al. (2023). 'The effect of polypharmacy on healthcare services utilization in older adults with comorbidities'. *BMC Primary Care*, 24(1), 120.
61. Emerson, R. W. (2015). 'Convenience sampling, random sampling, and snowball sampling: How does sampling affect the validity of research?'. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 109(2), pp. 164-168.
62. Emmons, K. M. (2000). Health behaviors in a social context. *Social epidemiology*, 137, 242-265.
63. Erhel, C., Guergoat-Larivière, M. & Mofakhami, M. (2024). 'Diversity of flexible working time arrangements and workers' health: An analysis of a workers' panel and linked employer-employee data for France'. *Social Science & Medicine*, 356, p. 117129.
64. European Commission. (2021). 'The 2021 Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)'. Institutional Paper 148.
65. Evans, J. T., Neelim, A., Gall, S., Hoffmann, R., & Chuah, S. H. (2025). Improving non-communicable disease screening behaviours: A systematic review of intervention studies. *medRxiv*, 2025-07.
66. Faghri, P. D., & Li, R. (2014). Effectiveness of financial incentives in a worksite diabetes prevention program. *The open obesity journal*, 6, 1.
67. Fainman, E. Z. & Kucukyazici, B. (2020). 'Design of financial incentives and payment schemes in healthcare systems: A review'. *Socio-Economic Planning Sciences*, 72, 100901.
68. Fehr, E. & Falk, A. (2002). 'Psychological foundations of incentives'. *European Economic Review*, 46(4-5), pp. 687-724.
69. Fernandez, M.E., Ruiter, R.A., Markham, C.M. and Kok, G. (2019) 'Intervention mapping: theory-and evidence-based health promotion program planning: perspective and examples'. *Frontiers in Public Health*, 7, p. 209.
70. Ferreira, C. A. A., Reis Neto, M. T., Vasconcelos, F. C. W. & Souki, G. Q. (2016). 'Motivation and rewards to health professionals'. *Gestão & Planejamento - G&P*, 17(1).

71. Fishbein, M. (2007). Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach. Psychology Press.
72. Finkelstein, E. A., et al. (2007). 'The lifetime medical cost savings from preventing obesity: results from a simulation model'. *Pharmacoeconomics*, 25(9), pp. 783-794.
73. Finkelstein, E. A., et al. (2009). 'Annual medical spending attributable to obesity: payer and service-specific estimates'. *Health Affairs*, 28(5), w822-831.
74. Finkelstein, E. A., et al. (2016). 'Effectiveness of activity trackers with and without incentives to increase physical activity (TRIPPA): a randomised controlled trial'. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), pp. 983-995.
75. Finkelstein, E. A., Bilger, M., & Baid, D. (2019). Effectiveness and cost-effectiveness of incentives as a tool for prevention of non-communicable diseases: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 232, 340-350.
76. Fisher, R. F., Crosson, C. H., Ashdown, H. F. & Hobbs, F. R. (2017). 'GP views on strategies to cope with increasing workload: a qualitative interview study'. *British Journal of General Practice*, 67(655), pp. e148-e156.
77. Fischer, M., Safaeinili, N., Haverfield, M. C., Brown-Johnson, C. G., Zions, D. & Zulman, D. M. (2021). 'Approach to human-centered, evidence-driven adaptive design (AHEAD) for health care interventions: a proposed framework'. *Journal of General Internal Medicine*, 36, pp. 1041-1048.
78. Franco, L. M., Bennett, S. & Kanfer, R. (2002). 'Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework'. *Social Science & Medicine*, 54(8), pp. 1255-1266.
79. Frey, B. S. & Jegen, R. (2001). 'Motivation crowding theory'. *Journal of Economic Surveys*, 15(5), pp. 589-611.
80. Franzoi, S. L., Davis, M. H. & Vasquez-Suson, K. A. (1994). 'Two social worlds: social correlates and stability of adolescent status groups'. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), p. 462.
81. Gneezy, U. & Rustichini, A. (2000). 'A fine is a price'. *Journal of Legal Studies*, 29(1), pp. 1-17.
82. Gneezy, U., et al. (2011). 'When and why incentives (don't) work to modify behavior'. *Journal of Economic Perspectives*, 25(4), pp. 191-210.
83. Giles, E. L., et al. (2014). 'The Effectiveness of Financial Incentives for Health Behaviour Change: Systematic Review and Meta-Analysis'. *PLOS ONE*, 9(3), e90347.
84. Gilson, L., Palmer, N. & Schneider, H. (2005). 'Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence'. *Social Science & Medicine*, 61(7), pp. 1418-1429.
85. Gingerich, S. B., Anderson, D. R., & Koland, H. (2012). Impact of financial incentives on behavior change program participation and risk reduction in worksite health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 27(2), 119-122.

86. Gneezy, U., Meier, S. & Rey-Biel, P. (2011). 'When and why incentives (don't) work to modify behavior'. *Journal of Economic Perspectives*.
87. Gorbanev, I., Torres Valdivieso, S., & Cardona, J. F. (2009). The Concept of Incentive in Management: A Review of the Literature. *Revista de Economía Institucional*, 11(21).
88. Graham, S. & Weiner, B. (1996). 'Theories and principles of motivation'. *Handbook of Educational Psychology*, 4(1), pp. 63-84.
89. Grant, A. M. (2008). 'The significance of task significance: Job performance effects, relational mechanisms, and boundary conditions'. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), pp. 108-124.
90. Li, G., Zhang, P., Wang, J., An, Y., Gong, Q., Gregg, E. W., ... & Bennett, P. H. (2014). 'Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study'. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2(6), pp. 474-480. doi:10.1016/S2213-8587(14)70057-9.
91. Haddad, L. (2002). 'Types and Structures of Incentive'. In: *Towards a Well-functioning Economy*, pp. 91-112. Edward Elgar Publishing.
92. Hazazi, A., Wilson, A., & Larkin, S. (2022, November). Reform of the health insurance funding model to improve the care of noncommunicable diseases patients in Saudi Arabia. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 11, p. 2294). MDPI.
93. Hegewisch, A. (2009). 'Flexible working policies: a comparative review'. Manchester: Equality and Human Rights Commission.
94. Halpern, S. D., et al. (2009). 'Patients as mercenaries?: the ethics of using financial incentives in the war on unhealthy behaviors'. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2(5), pp. 514-516.
95. Health Information Centre of Institute of Hygiene. (2020). 'Health of Lithuanian Population in 2019'. Vilnius: Health Information Centre of Institute of Hygiene.
96. Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Eds.) (2018). 'Motivation and Action'. 3rd ed.
97. Heaton, J. (2004). 'Reworking qualitative data'. In: *Reworking Qualitative Data*, pp. 1-176.
98. Hicks, V. & Adams, O. (2003). 'Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Towards a global health workforce strategy'.
99. Higgins, S. T., Silverman, K., Sigmon, S. C., & Naito, N. A. (2012). Incentives and health: an introduction. *Preventive medicine*, 55, S2-S6.
100. Holdershaw, J. & Gendall, P. (2008). 'Understanding and predicting human behaviour'. In: *Annual Conference of the Australian & New Zealand Communication Association*, Wellington, Aotearoa New Zealand.
101. Hongoro, C. & Normand, C. (2006). 'Health Workers: Building and Motivating the Workforce'. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. Washington, DC: The World Bank, pp. 1309-1322.

102. Hossan, D., Dato'Mansor, Z., & Jaharuddin, N. S. (2023). Research population and sampling in quantitative study. *International Journal of Business and Tech-nopreneurship (IJBT)*, 13(3), 209-222.
103. Horton, N. J. & Kleinman, K. P. (2007). 'Much ado about nothing: A compa-rison of missing data methods and software to fit incomplete data regression models'. *The American Statistician*, 61(1), pp. 79-90.
104. Horton, R. (2013). 'Non-communicable diseases: 2015 to 2025'. *The Lancet*, 381(9866), pp. 509-510.
105. Hu, F. B., et al. (2001). 'Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women'. *New England Journal of Medicine*, 345(11), pp. 790-797.
106. Isomura, K. (2021). The Theory of Incentive. In *Management Theory by Ches-ter Barnard: An Introduction* (pp. 21-35). Singapore: Springer Singapore.
107. Jakovljevic, M., et al. (2020). 'Cost-effectiveness and resource allocation (CERA): 18 years of evolution'. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 18(15).
108. Johnson, B. E., et al. (2004). 'A Multicenter Effort to Identify Driver Mutations and Employ Targeted Therapy in Early-Stage Lung Adenocarcinoma'. *Clinical Cancer Research*.
109. Johnson, B. & Turner, F. (2003). 'Data collection strategies'. In: *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage, pp. 297-315.
110. Jones, R. (2002) '*Fundamentals of strategic and tactical business planning*'. MAST program.
111. Jurgutis, A. & Juknevičiūtė, V. (2012). 'Besikeičiantis sveikatos priežiūros vai-dmuo valdant lėtines neinfekcines ligas'. *Visuomenės sveikata*, 1, pp. 5–13.
112. Kafka, K., Kanzola, A. M. & Petrakis, P. E. (2021). 'Cultural Perspectives of Financial and Non-Financial Incentives'. *Journal of Business Accounting and Finance Perspectives*, 3(1).
113. Kamenica, E. (2012). Behavioral economics and psychology of incenti-ves. *Annu. Rev. Econ.*, 4(1), 427-452.
114. Kane, R. L., et al. (2004). 'A structured review of the effect of economic in-centives on consumers' preventive behavior'. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(4), pp. 327–352.
115. Kaplan, G. & Baron-Epel, O. (2003). 'What lies behind the subjective eva-luation of health status?'. *Social Science & Medicine*, 56(8), pp. 1669-1676.
116. Karaferis, D., Aletras, V., Raikou, M. & Niakas, D. (2022). 'Factors influencing motivation and work engagement of healthcare professionals'. *Materia Socio-Medica*, 34(3), p. 216.
117. Kearon, C., et al. (2016). 'Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report'. *Chest*, 149(2), pp. 315-352.
118. Kerry, R. G., Ukhurebor, K. E., Kumari, S., Maurya, G. K., Patra, S., Panigrahi, B., ... & Patra, J. K. (2021). A comprehensive review on the applications of

- nano-biosensor-based approaches for non-communicable and communicable disease detection. *Biomaterials Science*, 9(10), 3576-3602.
119. Khomkham, P. & Kaewmanee, P. (2024). 'Patient motivation: A concept analysis'. *Belitung Nursing Journal*, 10(5), p. 490.
 120. Kiecolt, K. J. & Nathan, L. E. (1985). 'Secondary Analysis of Survey Data (Issue 53)'. *Quantitative Applications in the Social Sciences*, Sage University Papers series.
 121. Kingma, M. (2003). 'Economic incentive in community nursing: attraction, rejection or indifference?'. *Human Resources for Health*, 1(1), 2.
 122. Kisling, L. A., & Das, J. M. (2023). Prevention strategies. In *StatPearls [internet]*. StatPearls Publishing.
 123. Kliche, T., Plaumann, M., Nöcker, G., Dubben, S., & Walter, U. (2011). Disease prevention and health promotion programs: Benefits, implementation, quality assurance and open questions—A summary of the evidence. *Journal of Public Health*, 19(4), 283-292.
 124. Knapp, S., et al. (2014). 'Identity threat and stigma in cancer patients'. *Health Psychology Open*, 1(1), 2055102914552281.
 125. Knebel, E. & Greiner, A. C. (Eds.) (2003). 'Health professions education: A bridge to quality'.
 126. Krist, A. H., Tong, S. T., Aycock, R. A. & Longo, D. R. (2017). 'Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention'. *Information Services & Use*, 37(2), pp. 105-122.
 127. Kristiansen, C. M. (1985). Value correlates of preventive health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 748.
 128. Kruger, E. & Tennant, M. (2005). 'Oral health workforce in rural and remote Western Australia: Practice perceptions'. *Australian Journal of Rural Health*, 13(5), pp. 321–326.
 129. Laffont, J. J., et al. (1983). 'The theory of incentives: an overview'. In: *Advances in Economic Theory*. Econometric Society Monographs. Cambridge University Press.
 130. Langenbrunner, J. C. & Xingzhu, L. (2004). 'How to Pay? Understanding and Using Incentives'. In: *Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper (Issue September)*.
 131. Lee, K. (2008). *The World Health Organization (WHO)*. Routledge.
 132. Lee, T. H. (2015). 'Financial versus non-financial incentives for improving patient experience'. *Journal of Patient Experience*, 2(1), pp. 4-6.
 133. Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E. A., & Phillips, L. A. (2008). Health psychology: The search for pathways between behavior and health. *Annu. Rev. Psychol.*, 59(1), 477-505.
 134. Li, Y. (2018, December). Insight into Herzberg's two-factor incentive theory. In *2018 2nd International Conference on Economic Development and Education Management (ICEDEM 2018)* (pp. 321-324). Atlantis Press.

135. Li, G., et al. (2019). ‘The Long-term Effect of Lifestyle Interventions to Prevent Diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: A 20-year Follow-up Study’. *JAMA Internal Medicine*, 179(10), pp. 1359-1366.
136. Loewenstein, G., et al. (2013). ‘Behavioral economics holds potential to deliver better results for patients, insurers, and employers’. *Health Affairs*, 32(7), pp. 1244-1250.
137. Long, J. A., et al. (2008). ‘Patient opinions regarding “pay for performance for patients.”’. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), pp. 1647–1652.
138. Lorincz, I. S., et al. (2013). ‘Provider and Patient Directed Financial Incentives to Improve Care and Outcomes for Patients with Diabetes’. *Current Diabetes Reports*, 13(2), pp. 188–195.
139. Maharani, A. (2022). Participation in community-based healthcare interventions and non-communicable diseases early detection of general population in Indonesia. *SSM-Population Health*, 19, 101236.
140. Mair, J. L., Salamanca-Sanabria, A., Augsburg, M., Frese, B. F., Abend, S., Jakob, R., ... & Haug, S. (2023). Effective behavior change techniques in digital health interventions for the prevention or management of noncommunicable diseases: an umbrella review. *Annals of Behavioral Medicine*, 57(10), 817-835.
141. Manjenje, M. & Muhanga, M. (2021). ‘Financial and non-financial incentives best practices in work organisations: a critical review of literature’.
142. Markides, M. (2011) ‘The importance of good communication between patient and health professionals’. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, pp. S123-S125.
143. Mathauer, I. & Imhoff, I. (2006). ‘Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools’. *Human Resources for Health*, 4(1), 24.
144. Mehrotra, A., et al. (2014). ‘Use Patterns of a State Health Care Price Transparency Website: What Do Patients Shop For?’. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 51, 0046958014561496.
145. Merriam, S.B. and Tisdell, E.J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. John Wiley & Sons.
146. Michaud, T.L., Estabrooks, P.A., You, W., Ern, J., Scoggins, D., Gonzales, K., King, K.M., Dai, H. and Su, D. (2022) ‘Effectiveness of incentives to improve the reach of health promotion programs-a systematic review and meta-analysis’. *Preventive Medicine*, 162, p. 107141.
147. Mitchell, M. S., et al. (2020). ‘Financial incentives for physical activity in adults: systematic review and meta-analysis’. *British Journal of Sports Medicine*, 54(21), pp. 1259-1268.

148. Moorman, C., & Matulich, E. (1993). A model of consumers' preventive health behaviors: The role of health motivation and health ability. *Journal of consumer research*, 208-228.
149. Murray, C. J., et al. (1996). 'The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary'. World Health Organization.
150. Murray, C. J. & Lopez, A. D. (2001). 'Measuring the global burden of disease and risk factors, 1990–2001'. *Global Burden of Disease and Risk Factors*, 1, pp. 1–14.
151. Myers, D. G. (2008). 'Socialinė psichologija'.
152. Nardi, P. M. (2018). 'Doing survey research: A guide to quantitative methods'. Routledge.
153. Neuman, W. L. (2014). 'Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches'. Pearson.
154. Ng, M., et al. (2014). 'Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012'. *JAMA*, 311(2), pp. 183-192.
155. Oaikhena, M. I. (2023). Managing organizational change through target setting and forecasting for optimal performance. *Arabian Journal of Business and Management Review (Kuwait Chapter)*, 12(1), 29-33.
156. Offit, P. A. & Bell, L. M. (1999). 'Vaccines: What you should know'. John Wiley & Sons.
157. Ory, M. G., Jordan, P. J., & Bazzarre, T. (2002). The Behavior Change Consortium: setting the stage for a new century of health behavior-change research. *Health education research*, 17(5), 500-511.
158. Osman, S., et al. (2018). 'Inductive, Deductive and Abductive Approaches in Generating New Ideas: A Modified Grounded Theory Study'. *Advanced Science Letters*, 24(4), pp. 2378-2381.
159. O'Cathain, A., et al. (2019). 'Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare'. *BMJ Open*, 9(8), p. e029954.
160. Parker, C., Scott, S. & Geddes, A. (2019). 'Snowball sampling'. SAGE Research Methods Foundations.
161. Patašius, A. (2021). PSA tyrimu paremtos ankstyvos priešinės liaukos vėžio diagnostikos programos Lietuvoje tyrimas: vykdymo eiga ir efektyvumas. (Doctoral dissertation, Vilniaus universitetas).
162. Patel, M. S., et al. (2016). 'Framing Financial Incentives to Increase Physical Activity Among Overweight and Obese Adults: A Randomized, Controlled Trial'. *Annals of Internal Medicine*, 164(6), pp. 385-394.
163. Patel, M. S., et al. (2017). 'Using Wearable Devices and Smartphones to Track Physical Activity: Initial Activation, Sustained Use, and Step Counts Across Sociodemographic Characteristics in a National Sample'. *Annals of Internal Medicine*, 167(10), pp. 755-757.

164. Pearson, S. D. & Lieber, S. R. (2009). 'Financial penalties for the unhealthy? Ethical guidelines for holding employees responsible for their health'. *Health Affairs*, 28(3), pp. 845–852.
165. Piepoli, M. F., et al. (2016). '2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice'. *European Heart Journal*, 37(29), pp. 2315-2381.
166. Piovani, D., Nikolopoulos, G. K., & Bonovas, S. (2022). Non-communicable diseases: the invisible epidemic. *Journal of clinical medicine*, 11(19), 5939.
167. Plotkin, S. A. & Orenstein, W. A. (2013). 'Vaccines'. Elsevier.
168. Popkin, B. M., et al. (2012). 'Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries'. *Nutrition Reviews*, 70(1), pp. 3-21.
169. Porreca, F. & Navratilova, E. (2017). 'Reward, motivation, and emotion of pain and its relief'. *Pain*, 158, pp. S43-S49.
170. Prince, M., et al. (2007). 'No health without mental health'. *The Lancet*, 370(9590), pp. 859-877.
171. Prince, M. J., et al. (2015). 'The burden of disease in older people and implications for health policy and practice'. *The Lancet*, 385(9967), pp. 549-562.
172. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). 'Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), pp. 390-395.
173. Prochaska, J. J., Spring, B., & Nigg, C. R. (2008). Multiple health behavior change research: an introduction and overview. *Preventive medicine*, 46(3), 181-188.
174. Quinn, R. W., Myers, C. G., Kopelman, S. & Simmons, S. (2021). 'How did you do that? Exploring the motivation to learn from others' exceptional success'. *Academy of Management Discoveries*, 7(1), pp. 15-39.
175. Rabindran, M. D. (2020). 'Piaget's Theory and Cognitive Developmental Stages - An Overview'. *SJAMS*, 8(9), pp. 2152-2157.
176. Ratna, H. (2019) 'The importance of effective communication in healthcare practice'. *Harvard Public Health Review*, 23, pp. 1-6.
177. Record, R. & Mohiddin, A. (2006). 'An economic perspective on Malawi's medical "brain drain"'. *Globalization and Health*, 2(1), 12.
178. Redmond, N., Baer, H. J., Clark, C. R., Lipsitz, S., & Hicks, L. S. (2010). Sources of health information related to preventive health behaviors in a national study. *American journal of preventive medicine*, 38(6), 620-627.
179. Riekert, K. A., Ockene, J. K., & Pbert, L. (Eds.). (2013). *The handbook of health behavior change*. Springer Publishing Company.
180. Rigoli, F. & Dussault, G. (2003). 'The interface between health sector reform and human resources in health'. *Human Resources for Health*, 1, pp. 1-12.
181. Rodriguez, H. P., et al. (2009). 'The Effect of Performance-Based Financial Incentives on Improving Patient Care Experiences: A Statewide Evaluation'. *Journal of General Internal Medicine*, 24(12), pp. 1281-1287.

182. Rogers, E. M. (2003). 'Diffusion of Innovations'. 5th ed. New York: Free Press.
183. Rose, Geoffrey. "Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease." *British medical journal (Clinical research ed.)* 282.6279 (1981): 1847.
184. Rosenstock, I. M. (1974). 'Historical origins of the Health Belief Model'. *Health Education Monographs*, 2, pp. 328-335.
185. Rosenstock, I. M. (1974). 'The health belief model and preventive health behavior'. *Health Education Monographs*, 2(4), pp. 354-386.
186. Rouse, C. E. (2009). 'Incentives, information, and public policy'. *Journal of Economic Literature*, 47(4), pp. 930-965.
187. Ryff, C.D. and Singer, B. (1998) 'The contours of positive human health'. *Psychological Inquiry*, 9(1), pp. 1-28.
188. Safavi, K. (2006). 'Aligning financial incentives'. *Journal of Healthcare Management*, 51(3), pp. 146-159.
189. Saldaña, J. and Omasta, M. (2016). *Qualitative research: Analyzing life*. Sage Publications.
190. Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2007). 'Research methods for business students'. 4th ed. Pearson Education Limited.
191. Schramme, T. (2023) 'Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond', 'Public Health Ethics', 16(3), pp. 210–218. Available at: <https://doi.org/10.1093/phe/phad017>.
192. Scott, A. & Farrar, S. (2002). 'Incentives in health care'. *Advances in Health Economics*, pp. 77-98.
193. Scott, A., & Schurer, S. (2008). *Financial incentives, personal responsibility and prevention*. Discussion paper commissioned by the National Health and Hospitals Reform Commission.
194. Seal, K. H., et al. (2003). 'A randomized controlled trial of monetary incentives vs. outreach to enhance adherence to the hepatitis B vaccine series among injection drug users'. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(2), pp. 127–131.
195. Setyawati, R., Astuti, A., Utami, T. P., Adiwijaya, S., & Hasyim, D. M. (2024). The importance of early detection in disease management. *Journal of World Future Medicine, Health and Nursing*, 2(1), 51-63.
196. Shaw, J. (2007). 'Is it acceptable for people to be paid to adhere to medication? No'. *BMJ*, 335(7613), pp. 233.
197. Silverman, D. (2015). 'Interpreting Qualitative Data'. 4th ed. Sage Publications.
198. Silverman, K., Jarvis, B. P., Jessel, J., & Lopez, A. A. (2016). Incentives and motivation. *Translational issues in psychological science*, 2(2), 97.
199. Singh, H., Jamil, R., Baroto, M. B., Hussin, M., Boyi, Y. & Singh, S. (2017). 'Impact of financial and non-financial incentives on employee performance'. *Advanced Science Letters*, 23(1), pp. 146-150.

200. Siverbo, K., et al. (2014). 'Attitudes toward quality improvement among healthcare professionals: Lessons from a hospital-wide quality initiative'. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 6(2/3), pp. 203-212.
201. Skinner, B. F. (1938). 'The behavior of organisms: An experimental analysis'.
202. Smith, R. A., et al. (2019). 'Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening'. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(3), pp. 184-210.
203. Spicker, P. (2006). Understanding incentives. *Report on Incentive Structures of Social Assistance in South Africa*, Department of Social Development, Pretoria, Republic of South Africa.
204. Szmukler, G. (2009). 'Financial incentives for patients in the treatment of psychosis'. *Journal of Medical Ethics*, 35(4), pp. 224-228.
205. Stankūnienė, V., Baublytė, M., Žibas, K. and Stumbrys, D. (2016). Lietuvos demografinė kaita: ką atskleidžia gyventojų surašymai. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
206. Steponavičienė, L. (2019). Atrankinė mamografinė patikra Lietuvoje: programos eiga ir jos įtaka krūties vėžio epidemiologinės situacijos pokyčiams. (Doctoral dissertation, Vilniaus universitetas).
207. Stewart, B.W. and Kleihues, P. (eds) (2003). *World Cancer Report 2003*. World Cancer Reports. ISBN 978-92-832-0411-4.
208. Stone, E. G., et al. (2002). 'Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services'. *Annals of Internal Medicine*, 136(9), pp. 641–651.
209. Strauss, A. & Corbin, J. (1990). 'Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques'. Sage Publications.
210. Strecher, V. J., McEvoy DeVellis, B., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health education quarterly*, 13(1), 73-92.
211. Sunstein, C. R. & Thaler, R. H. (2003). 'Libertarian paternalism is not an oxymoron'. *The University of Chicago Law Review*, 70(4), pp. 1159–1202.
212. Syptak, J. M., et al. (1999). 'Job satisfaction: Putting theory into practice'. *Family Practice Management*, 6(9), pp. 26-30.
213. Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied psychology*, 57(1), 1-29.
214. Tambor, M., et al. (2016). 'Financial incentives for a healthy lifestyle and disease prevention among older people: a systematic literature review'. *BMC Health Services Research*, 16 Suppl 5, 426.
215. Tamošiūnas, A., Rėklaitienė, R., Domarkienė, S., Bacevičienė, M. and Virvičiūtė, D. (2005) 'Prevalence of risk factors and risk of mortality in relation to occupational group',. *Profession*, 1, pp. 8-3.

216. Tang, C. C. (2005). Enhancing involvement in community planning using incentives. *Bulletin, Stevens Point, WI: Center for Land use Education*, Retrieved from: <http://143.236.32>.
217. Taylor, R. S., et al. (2004). 'Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials'. *American Journal of Medicine*, 116(10), pp. 682-692.
218. Taylor, S. E. (2006). *Health psychology*. Langara College.
219. Thomason, J. (2022). Metaverse, token economies, and non-communicable diseases. *Global health journal*, 6(3), 164-167.
220. Tomoh, B. O., Soyege, O. S., Nwokedi, C. N., Mustapha, A. Y., Mbata, A. O., Balogun, O. D., & Iguma, D. R. (2024). Innovative Programs for Community Health: A Model for Addressing Healthcare Needs Through Collaborative Relationships. *Community health*, 42, 17.
221. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.
222. Turner, K. M., et al. (2019). 'Understanding successful development of complex health and healthcare interventions and its drivers from the perspective of developers and wider stakeholders: an international qualitative interview study'. *BMJ Open*, 9(5), p. e028756.
223. Urbonas, G., et al. (2020). 'Primary Prevention of Cardiovascular Risk in Lithuania-Results from EUROASPIRE V Survey'. *Medicina (Kaunas)*, 56(3), 134.
224. Valle, I., et al. (2015). 'Cancer prevention: state of the art and future prospects'. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 56(1), E21-7.
225. Vanclay, F., Baines, J. T., & Taylor, C. N. (2013). Principles for ethical research involving humans: ethical professional practice in impact assessment Part I. *Impact assessment and project appraisal*, 31(4), 243-253.
226. Vartanian, T. P. (2010). 'Secondary data analysis'. Oxford University Press.
227. Vehovar, V., Toepoel, V. & Steinmetz, S. (2016). 'Non-probability sampling'. In: *The Sage Handbook of Survey Methods*, pp. 329-345.
228. Vlaev, I., et al. (2019). 'Changing health behaviors using financial incentives: a review from behavioral economics'. *BMC Public Health*, 19(1), 1059.
229. Volosovets, O., Lurin, I., Naumenko, O., Volosovets, A. & Kryvopustov, S. (2022). 'Current challenges for the health care system due to the lack of medical staff and the continuous professional development of doctors'.
230. Volpp, K.G., John, L.K., Troxel, A.B., Norton, L., Fassbender, J., et al. (2008) 'Financial incentive-based approaches for weight loss: a randomized trial'. *JAMA*.
231. Volpp, K. G., Loewenstein, G., et al. (2008). 'A test of financial incentives to improve warfarin adherence'. *BMC Health Services Research*, 8, 272.

232. Vrinten, C., McGregor, L. M., Heinrich, M., von Wagner, C., Waller, J., Wardle, J. & Black, G. B. (2017). 'What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population'. *Psycho-Oncology*, 26(8), pp. 1070-1079. doi:10.1002/pon.4287.
233. Wait, S. & Nolte, E. (2006). 'Public involvement policies in health: exploring their conceptual basis'. *Health Economics, Policy and Law*, 1(2), pp. 149-162.
234. Wareham, N.J. (2022) 'Personalised prevention of type 2 diabetes', *Diabetologia*, 65(11), pp. 1796-1803.
235. Watt, R. G. (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 711-718.
236. Waxman, A. (2003). Prevention of chronic diseases: WHO global strategy on diet, physical activity and health. *Food and nutrition bulletin*, 24(3), 281-284.
237. Weiss, M. G., et al. (2006). 'Health-related stigma: rethinking concepts and interventions'. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), pp. 277-287.
238. Werle, C. (2011). The determinants of preventive health behavior: Literature review and research perspectives.
239. West, C. P., Dyrbye, L. N. & Shanafelt, T. D. (2018). 'Physician burnout: contributors, consequences and solutions'. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), pp. 516-529.
240. Wicker, F. W., et al. (1991). 'Differential Correlates of Positive-Based and Negative-Based Incentives in Motivation'. *The Journal of Psychology*, 125(5), pp. 567-578.
241. Wichers, M., et al. (2015). 'From affective experience to motivated action: Tracking reward-seeking and punishment-avoidant behaviour in real life'. *PLOS ONE*, 10(6), p. e0129722.
242. Winter, V., Schreyögg, J. & Thiel, A. (2020). 'Hospital staff shortages: Environmental and organizational determinants and implications for patient satisfaction'. *Health Policy*, 124(4), pp. 380-388.
243. Woolf, S. H., et al. (2009). 'The economic argument for disease prevention: distinguishing between value and savings'. Washington, DC: Partnership for Prevention.
244. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (2018). 'Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective'.
245. World Health Organization (WHO). (2000). 'Health care systems in transition: Lithuania'. Regional Office for Europe.
246. World Health Organization (WHO). (2018). 'Noncommunicable diseases country profiles 2018'.
247. World Health Organization (WHO). (2021). 'Ageing and health'.
248. World Health Organization (WHO). (2022). 'Ageing and health'. WHO.
249. World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.

250. World Health Organization. (2024). Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2nd ed. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/376624>.
251. World Health Organization. (2023). Advancing the global agenda on prevention and control of noncommunicable diseases 2000 to 2020: looking forwards to 2030. World Health Organization.
252. Xiong, S., Cai, C., Jiang, W., Ye, P., Ma, Y., Liu, H., ... & Tian, M. (2023). Primary health care system responses to non-communicable disease prevention and control: a scoping review of national policies in Mainland China since the 2009 health reform. *The Lancet Regional Health–Western Pacific*, 31.
253. Yang, J.J., Li, J., Mulder, J., Wang, Y., Chen, S., Wu, H., Wang, Q. and Pan, H. (2015) 'Emerging information technologies for enhanced healthcare'. *Computers in Industry*, 69, pp. 3-11.
254. Yom-Tov, E., et al. (2017). 'Encouraging Physical Activity in Patients With Diabetes: Intervention Using a Reinforcement Learning System'. *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e338.
255. Yousaf, S., Latif, M., Aslam, S. & Saddiqui, A. (2014). 'Impact of financial and non-financial rewards on employee motivation'. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 21(10), pp. 1776-1786.
256. Yusuf, S., et al. (2001). 'Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation'. *New England Journal of Medicine*, 345(7), pp. 494-502.
257. Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. and Lisheng, L. (2004) 'Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study', *The Lancet*, 364(9438), pp. 937-952.
258. Zadeh, R. S., Shepley, M. M., Owora, A. H., Dannenbaum, M. C., Waggener, L. T. & Chung, S. S. E. (2018). 'The importance of specific workplace environment characteristics for maximum health and performance: healthcare workers' perspective'. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(5), pp. e245-e252.
259. Dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio prevencijos programoje. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/ligu-prevencijos-programos/> [Žiūrėta: 2024-06-15]
260. Dalyvavimas krūties vėžio prevencijos programoje. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/ligu-prevencijos-programos/> [Žiūrėta: 2024.03.04]
261. Dalyvavimas priešinės liaukos vėžio prevencijos programoje. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/ligu-prevencijos-programos/> [Žiūrėta: 2023-12-19]

262. Dalyvavimas storosios žarnos vėžio prevencijos programoje. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/ligu-prevencijos-programos/> [Žiūrėta: 2023-07-11]
263. Dalyvavimas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/ligu-prevencijos-programos/> [Žiūrėta: 2024-01-23]
264. ES šalių BVP dalis (%), skirta LNL prevencijai. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [Žiūrėta: 2022-10-16]
265. ES šalių BVP dalis % skiriama sveikatos apsaugai. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [Žiūrėta: 2024-08-05]
266. ES šalių gyventojų sveikata. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lt_english.pdf [Žiūrėta: 2024-05-22]
267. Globali mirtingumo nuo LNL statistika. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality> [Žiūrėta: 2023-03-17]
268. Informacija apie augantį LNL skaičių. <https://ncdalliance.org/resources> [Žiūrėta: 2023-11-11]
269. Krūties vėžio prevencijos programos vykdymas ES šalyse. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lt_english.pdf [Žiūrėta: 2023-01-11]
270. LNL paplitimas tarp vyresnio amžiaus žmonių. https://health.ec.europa.eu/document/download/513157b0-2853-4317-baed-fcd8e2f3d66a_en [Žiūrėta: 2024-03-07]
271. LNL prevencijos programoms skirtų lėšų pasiskirstymas %. <https://ligoniukasa.lrv.lt/media/viesa/saugykla/2024/1/kc8Cc2ZO-kc.pdf> [Žiūrėta: 2023-07-24]
272. Lietuvos gyventojų sveikatos būklės vertinimas. <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-2020/kai-kuriu-letiniu-ligu-ir-bukliu-paplitimas> [Žiūrėta: 2024-02-14]
273. Mirusių asmenų dinamika. <https://stat.hi.lt> [Žiūrėta: 2023-06-02]
274. NVI prevencijos programų vykdymo tikslai. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/297f53d00d2c11e48595a3375cdcc8a3?jfwid=bkaxlelx> [Žiūrėta: 2023-09-09]
275. Onkologinių susirgimų paplitimas. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lt_english.pdf [Žiūrėta: 2024-11-19]
276. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius Lietuvos apskrityse. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/vilniaus-teritorine-ligoniu-kasa-21/previnciniu-programu-vykdydas-1> [Žiūrėta: 2023-02-25]
277. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius Lietuvos apskrityse. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/kauno-teritorine-ligoniu-kasa-21/ktlk-previncines> [Žiūrėta: 2023-04-12]

278. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius Lietuvos apskrityse. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/klaipeidos-teritorine-ligoniu-kasa-22/prevenciniu-programu-vykdydas-4> [Žiūrėta: 2022-12-01]
279. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius Lietuvos apskrityse. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/siauliu-teritorine-ligoniu-kasa-21/prevenciniu-programu-vykdydas-3> [Žiūrėta: 2024-07-21]
280. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius Lietuvos apskrityse. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/panevezio-teritorine-ligoniu-kasa-20/prevenciniu-programu-vykdydas-5> [Žiūrėta: 2023-08-29]
281. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius penkiose didžiausiuose PSPC. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/vilniaus-teritorine-ligoniu-kasa-21/prevenciniu-programu-vykdydas-1> [Žiūrėta: 2024-04-18]
282. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius penkiose didžiausiuose PSPC. <https://ligoniukasa.lrv.lt/sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/kauno-teritorine-ligoniu-kasa-21/ktlk-prevencines> [Žiūrėta: 2024-12-07]
283. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius penkiose didžiausiuose PSPC. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/klaipeidos-teritorine-ligoniu-kasa-22/prevenciniu-programu-vykdydas-4> [Žiūrėta: 2022-11-14]
284. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius penkiose didžiausiuose PSPC. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/siauliu-teritorine-ligoniu-kasa-21/prevenciniu-programu-vykdydas-3> [Žiūrėta: 2023-09-23]
285. Pacientų, informuotų apie storosios žarnos vėžio prevencijos programas skaičius penkiose didžiausiuose PSPC. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/panevezio-teritorine-ligoniu-kasa-20/prevenciniu-programu-vykdydas-5> [Žiūrėta: 2023-05-31]
286. POLA prevencijos programų vykdymo tikslai. <https://pola.lt/pagetopic/8-prevencija/> [Žiūrėta: 2024-09-13]
287. Paskatų apibrėžimas. <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/incentive> [Žiūrėta: 2024-10-09]
288. Sergančių onkologinėmis ligomis ir hospitalizuotų dėl onkologinių susirgimų asmenų skaičius. <https://stat.hi.lt> [Žiūrėta: 2024-11-01]

289. Sergančių asmenų dinamika. <https://stat.hi.lt> [Žiūrėta: 2022-08-22]
290. Skatinimo apibrėžimas. http://www.whpa.org/sites/default/files/2018-11/WHPA-positive_practice_environments-guidelines-EN.pdf [Žiūrėta: 2024-07-29]
291. Skatinimo apibrėžimas. <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/incentivize> [Žiūrėta: 2024-10-09]
292. Širdies ir kraujagyslių ligų bei vėžinių susirgimų paplitimo Lietuvoje statistika. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf [Žiūrėta: 2022-05-15]
293. VLK prevencijos programų vykdymo tikslai. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/naujienos/bus-siekiamas-itraukti-daugiau-gyventoju-i-kruties-vezio-ir-kitu-onkologiniu-ligu-prevencijos-programas/> [Žiūrėta: 2024-10-05]
294. <https://www.lietuviuzodynas.lt/zodynas/Paskata> [Žiūrėta: 2024-12-05]
295. Sveikatos apsaugos sistemos apibrėžimas. <https://sam.lrv.lt/lt/apie-ministerija/misija/> [Žiūrėta: 2025-07-05]

Mokslinės publikacijos ir konferencijų pranešimai

Publikuoti straipsniai:

1. Žegunis, Kristupas ir Stašys, Rimantas. (2024). Pagrindinių sveikatos priežiūros profilaktikos programų nepakankamo naudojimo Lietuvoje priežastys. *Regional formation and development studies : journal of social sciences*, 2024, nr. 3 (44), 117–125, ISSN 2029-9370. doi:10.15181/rfds.v44i3.2642.
2. Stašys, R. ir Žegunis, K. (2018). The incentives for the rational use of the healthcare services in Lithuania. *International security in the frame of modern global challenges: collection of scientific works*. Vilnius: Mykolas Romeris University, 2018. ISBN 9789955199137, 2018, p. 151–157, ISBN 9789955199137.
3. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2016). Management of the healthcare system performance: concepts and issues. *Faces of contemporary management*. Vol. 1. Cracow: Jagiellonian University Press, 2016. ISBN 9788323340935., 2016, p. 87–97, ISBN 9788323340935.
4. Žegunis, K. (2015). Lietuvos daugiaprofilijų asmens sveikatos priežiūros įstaijų veiklos vertinimo veiksniai. *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai: mokslo darbai = Management theory and studies for rural business and infrastructure development: research papers.*, 2015, t. 37, Nr. 3., 2015, p. 438–446, ISSN 1822-6760. doi:10.15544/mts.2015.38.

Konferencijų pranešimai ir publikuotos tezės:

1. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2025). Use and promotion of prophylaxis healthcare programs: Quantitative analysis. Exploring new Horizons in business and management: 18th annual conference of the EuroMed Academy of Business: conference readings book proceedings: September 10-12, 2025, Porto, Portugal, 2025, ISSN 2547-8516, ISBN 978-9925-628-05-6).
2. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2024). Investigating the factors driving the avoidance of secondary prophylaxis programs: a case study from Lithuania. Global business transformation in a turbulent era: 17th annual conference of the EuroMed Academy of Business: conference readings book proceedings: September 11-13, 2024, Pisa, Italy, 2024, 1425 - 1427, ISBN 9789925628018.
3. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2024). Addressing barriers to prophylaxis programs for non-communicable diseases through targeted incentive interventions. Case study in Lithuania. Conference of the sustainable solutions for energy and environment: the 9th edition EU#CONEXUS EENVIRO research conference: Bucharest, 28 October # 01 November, 2024 : extended abstracts, 2024, 8– 10.
4. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2023). Insights into the promotion of preventive healthcare services. Social innovations for sustainable regional development: abstracts of reports of 19th international scientific conference organized by Faculty of Social Sciences and Humanities at Klaipėda University: 27-28 of April, 2023, Klaipėda, 2023, 32–34, ISSN 2783-7866.
5. Stašys, Rimantas ir Žegunis, Kristupas. (2021). The telemedicine in the Lithuanian healthcare system. Проблеми розвитку третього сектора та соціально-орієнтованої економіки в Україні і світі: збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції: 30 березня 2021 р.. Полтава: ПДАА, 2021. ISBN 9789661922098., 2021, p. 112–115, ISBN 9789661922098.
6. Stašys, R. ir Žegunis, K. (2021). Telemedicinos vieta šiuolaikinėje sveikatos apsaugos sistemoje. Iššūkiai vadybos moksle ir studijose: Nr. 2 : prof. habil.dr. Antano Seiliaus mokslinės konferencijos tezių ir straipsnių rinkinys. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2021. ISBN 9786094811050., 2021, p. 27–28, ISBN 9786094811050.
7. Stašys, R. ir Žegunis, K. (2018). Paslaugų valdymas, skatinantis racionalų jų naudojimą sveikatos priežiūros sektoriuje. Economics and management science & studies – innovative solutions: the 3rd international scientific conference: June 21-22, 2018: book of abstracts. Vilnius: Lietuvos agrarinės ekonomikos institutas, 2018. ISBN 9789955481669., 2018, p.
8. Stašys, R., Jurgutis, A. ir Žegunis, K. (2017). The incentives for the rational use of the health care system resources managing the noncommunicable diseases. International conference on Decision making for Small and Medium-

- Sized Enterprises DEMSME 2017: conference proceedings: Ostrava, Czech Republic, May 4-5, 2017. Karviná : Silesian University in Opava, 2017. ISBN 9788075102430., 2017, p. 191-196, ISBN 9788075102430.
9. Stašys, R., Virketis, G. ir Žegunis, K. (2017). The emergency care patient flow management in Lithuania. 5th International scientific conference Entrepreneurship, innovation and regional development – EIRD 2017. Smart growth of the local community in the global world: June 29-30, 2017 in Ventspils, Latvia: conference materials. Ventspils: Ventspils University College, 2017., 2017, p. 26-27.
 10. Stašys, R. ir Žegunis, K. (2016). Health care performance measurement in Lithuania. Устойчивое развитие: общество и экономика: материалы III Международной научно-практической конференции : 20-23 апреля 2016 г., 2016, 638 - 639, ISBN 9785986201825.
 11. Žegunis, K. (2015). Kokybinių sveikatos apsaugos rodiklių valdymas. Economics and management science & studies-innovative solutions: second international scientific-practical conference: June 26-27, 2015: book of abstracts = Ekonomikos ir vadybos mokslo bei studijų inovatyvūs sprendimai: antroji tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija: 2015 m. birželio 26–27 d.: konferencijos medžiaga. Vilnius: Lietuvos agrarinės ekonomikos institutas, 2015., 2015, p. 35, ISBN 9789955481546.

Autoriaus Curriculum Vitae

KRISTUPAS ŽEGUNIS

Verslo plėtros vadovas Baltijos regionui | medicinos ir sveikatos priežiūros specialistas

Vilnius, Lietuva

+370 682 65 891 | zegunis.kristupas@gmail.com

VEIKLOS APIBENDRINIMAS

Inovatyvus verslo plėtros vadovas, turintis didelę medicinos paslaugų, sveikatos technologijų ir socialinių mokslų patirtį. Su ilgamete darbo patirtimi įgijau gebėjimų suprasti pacientų poreikius, optimizuoti sveikatos priežiūros procesus ir kurti strateginius sprendimus regioniniu ir pasauliniu mastu. Esu siekiantis nuolat mokytis ir diegti modernias technologijas, skirtas tobulinti sveikatos priežiūros paslaugas ir gerinti pacientų gydymo organizavimo procesų rezultatus.

PAGRINDINIAI ĮGŪDŽIAI

- Medicinos technologijos ir inovacijos
- Sveikatos priežiūros verslo strategija
- Derybos ir suinteresuotųjų šalių įtraukimas
- Projektų ir komandos valdymas

- Verslo plėtra ir pardavimai
- Tarpkultūrinė komunikacija
- Viešieji pirkimai ir sutarčių derybos
- Kalbos: lietuvių, anglų, rusų, vokiečių

PROFESINĖ PATIRTIS

Verslo plėtros vadovas Baltijos regionui

UAB „Biomedika“, Vilnius, Lietuva

Nuo 2025 m. sausio iki dabar

- Strateginis planavimas, organizavimas ir verslo iniciatyvų įgyvendinimas Baltijos regione
- Partnerystės su tiekėjais ir klientais kūrimas siekiant plėsti rinkos dalį
- Derybų koordinavimas ir pardavimų procesų valdymas

Dėstytojas

Klaipėdos universitetas, Klaipėda, Lietuva

Nuo 2025 m. sausio iki 2025 m. gegužės

- Paskaitų apie sveikatos priežiūros valdymą ir verslo praktiką vedimas

Traumatologijos ir neurochirurgijos padalinio vadovas

UAB „Biomedika“, Vilnius, Lietuva

Nuo 2021 m. rugsėjo iki 2025 m. sausio

- Chirurginių operacijų, pardavimų ir strateginio planavimo valdymas
- Viešųjų pirkimų vykdymas ir derybų su tiekėjais organizavimas

Medicinos technologijų konsultantas

UAB „Biomedika“, Vilnius, Lietuva

Nuo 2016 m. spalio iki 2021 m. rugsėjo

- Su ortopedinių implantų pasirinkimu susijęs konsultavimas
- Mokymai chirurgams apie naujausias ortopedines technologijas ir jų pritaikymo praktikoje galimybes

Europos regiono pardavimų vadovas

„GraMedica Ltd“, Vilnius, Lietuva

Nuo 2014 m. sausio iki 2016 m. rugpjūčio

- Pardavimų plėtra Europoje; santykių su klientais kūrimas
- Mokymo ir rinkodaros veiklos organizavimas

Medicinos direktorius

UAB „Baltijos–Amerikos klinika“, Vilnius, Lietuva

Nuo 2013 m. spalio iki 2015 m. sausio

- Klinikoje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas ir planavimas, personalo atranka, pacientų srautų valdymas
- Naujų paslaugų diegimas ir sutarčių valdymas

Medicinos direktorius

Fizinės medicinos ir reabilitacijos centras UAB „Gemma“, Vilnius, Lietuva

Nuo 2012 m. rugpjūčio iki 2013 m. rugsėjo

- Klinikoje teikiamų paslaugų organizavimas, koordinavimas ir priežiūra

Savininkas ir vadovas

UAB „Orthopaedia boutique“, Vilnius, Lietuva

Nuo 2009 m. birželio iki 2017 m. spalio

- Ortopedinių priemonių tiekimas Baltijos šalių regionui

Ortopedas-technologas

AB „Ortopedijos technika“, Vilnius, Lietuva

Nuo 2003 m. rugsėjo iki 2009 m. gegužės

- Ortopedinių įrenginių gamyba; specializacija – pėdų deformacija ir biomechanika

Pardavimų vadybininkas

Bendra Lietuvos ir Švedijos įmonė „Artolita“, Klaipėda, Lietuva

Nuo 2001 m. sausio iki 2003 m. rugsėjo

- Ortopedinių implantų tiekimo organizavimas ir vykdymas

IŠSILAVINIMAS

Socialinių mokslų daktaras (tikimasi 2025 m.)

Klaipėdos universiteto / Vytauto Didžiojo universiteto / Mykolo Romerio universiteto koordinuojama programa

Disertacija: „Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų naudojimo skatinimo strateginės kryptys“

Sveikatos priežiūros vadybos magistras

Klaipėdos universitetas, 2014 m.

Slaugytojas

Klaipėdos medicinos mokykla, 2001 m.

Vidurinis išsilavinimas

Vytauto Didžiojo gimnazija, Klaipėda

Dissertation Summary

Strategic Guidelines for Promoting the Use of Non-Communicable Diseases Prevention Programs

Introduction. Health is understood holistically – encompassing physical, mental and social well-being (Ryff, 1998). The research is done from the perspective of physical health, analysing the effects that are caused by noncommunicable chronic diseases (hereinafter: NCDs), such as cardiovascular diseases, cancer, diabetes and chronic respiratory conditions, which represent a major global and national health burden. In particular, the research is targeting the prevention of NCDs and the promotion of incentives that may have a positive impact on the use of prevention programs. According to the World Health Organization (WHO), NCDs account for roughly 74% of deaths worldwide, and Lithuania records higher rates of several of these diseases than many other EU countries (WHO, 2024). This situation imposes substantial social and economic costs and highlights the urgency of improving prevention and early diagnosis.

Secondary prevention – early detection and timely treatment of disease – substantially improves outcomes, increases survival (especially for cancers), reduces the need for invasive interventions and lowers treatment costs (Valle et al., 2018). Despite these clear benefits, participation in secondary prevention programs remains low. The dissertation identifies several interrelated reasons for this low uptake:

- Insufficient public awareness about the benefits of early diagnosis;
- Socioeconomic and geographic inequalities that limit access;
- Cultural beliefs and low health literacy;
- Health system constraints such as limited resources and poor integration of prevention into primary care;
- Behavioral and psychological factors that affect individual decision making.

Incentives, described by Bandhu et al. (2024) as the totality of external factors that influence a person's behavior and choices, are the central focus of the research. Empirical and theoretical literature shows that incentives (financial and nonfinancial) can increase participation in prevention programs, but evidence is mixed (Michaud et al., 2022). Many studies find financial incentives effective (Giles et al., 2014), while others warn they can backfire or must be combined with social supports to be effective (Wareham et al., 2022). Ethical concerns favor voluntary approaches that respect autonomy (Loewenstein et al., 2013). Behavioral and management theories – including motivation, decision-making and “nudge” concepts – are important for designing incentives that align individual motives with public health goals (Holdershaw et al., 2008).

Technological advances and stronger intersectoral cooperation present new opportunities to increase program uptake. Digital tools, artificial intelligence, and innovations in diagnostics (including nano and biotechnology) can improve access, speed and acceptability of preventive services, while coordinated policy initiatives and cross-institutional collaboration can enhance outreach and service delivery. At the same time, maintaining personal contact and tailored communication remains crucial to overcome information gaps and motivate individuals.

Level of study of the topic. Different authors and researchers discuss the expansive topics of promotion, prevention management, and the encouragement of prevention programs, examining each in detail from various perspectives. The core issue combines these themes, touching on related questions such as the influence of promotion on human behavior, the impact of lifestyle choices on national economies, health, and well-being. Since non-communicable diseases are a critical global health concern, their prevention is a priority for the WHO and national health agencies, emphasizing the need to understand effective promotional principles.

The dissertation reviews scientific research on how promotion affects individual behavior, highlighting that external incentives are effective in influencing choices (Silverman et al., 2016). It explores whether rewards or punishments are more effective, noting Dong et al. (2016), who found punishments have a stronger effect than rewards. The discussion includes various forms of incentives – financial and non-financial – and their effectiveness, with some researchers (Vlaev et al., 2019; Higgins et al., 2012) supporting financial incentives, while others warn about potential negative effects (Kamenica, 2012). The ethical considerations regarding coercive

or economic incentives are also addressed, with views favoring voluntary, altruistic incentives (Grant, 2002; Gingerich et al., 2012).

The influence of personal attitudes, education, and understanding on health behavior is examined through studies (Moorman et al., 1993; Kristiansen, 1985), linking psychological factors to preventive actions. Additionally, behavioral theories from management science (Schwarzer, 2008; Fishbein, 2007) offer insights into decision-making and motivation strategies.

The importance of early diagnosis and prevention of non-communicable diseases is emphasized, with data from the WHO (2023) showing rising NCD rates and the necessity for updated strategies. Specific prevention efforts for cardiovascular diseases (Yusuf et al., 2004; Yusuf et al., 2001), cancer (Stewart & Kleihues, 2003; Johnson et al., 2004), respiratory illnesses (Buist et al., 2007; Calverley et al., 2023), and diabetes (Hu et al., 2001; Gerstein et al., 2008) underscore the effectiveness of lifestyle modifications, medical treatments, and early interventions.

The role of promotion programs, including financial and non-financial incentives (Volpp et al., 2008; Patel et al., 2016; Finkelstein et al., 2019), is analyzed, noting the potential of technology – such as AI and biotechnologies (Thomason, 2022; Kerry et al., 2021) – to enhance prevention efforts via improved communication, education, and accessibility. The significance of inter-institutional cooperation, policy initiatives, and tailored communication respecting demographic needs are seen as crucial in increasing public engagement (Xiong et al., 2023; Donohue et al., 2023).

Contributions from Lithuanian researchers, such as Steponavičienė (2019), Patašius (2021), and Kondrotienė (2024), demonstrate localized assessments of prevention program efficacy and epidemiological trends, emphasizing early diagnosis's importance.

Despite the recognition of the benefits of early detection and prevention, public participation remains passive, partly due to social, psychological, and institutional barriers, indicating a need to develop more effective, evidence-based motivation strategies to encourage active engagement in NCDs prevention initiatives.

The scientific problem is formulated by the question: What strategic approaches would promote uptake of preventive programs for chronic noncommunicable diseases?

Subject: Promotion of preventive programs for chronic non-communicable diseases.

The aim: Identify the strategic guidelines for promoting the use of preventive programs for chronic non-communicable diseases in Lithuania.

To achieve the stated aim, the following **objectives** are set:

1. After reviewing motivation theories and models of human behavior, assess the influence of incentive factors on decision-making;
2. Conduct a theoretical analysis of strategies to promote preventive programs for chronic non-communicable diseases;
3. Develop qualitative and quantitative methodologies for research on promoting preventive measures for chronic non-communicable diseases;

4. Perform a review of secondary data and analyze and summarize the data collected through qualitative and quantitative research;
5. Propose key strategic directions for promoting the use of preventive programs for chronic non-communicable diseases in Lithuania.

Three main hypotheses guided the work:

1. Lack of information about the benefits of prevention programs reduces public engagement;
2. Carefully tailored incentives for different population segments increase participation;
3. Greater variety of incentive types leads to more effective overall uptake.

A mixed-methods approach was used. The study synthesized theoretical literature on incentive mechanisms and human behavior models, conducted secondary statistical analysis of NCDs trends and prevention program usage in Europe and Lithuania, carried out semi-structured qualitative interviews (analyzed with active coding) to identify barriers and facilitators, and implemented a quantitative survey to test hypotheses. Statistical analyses included reliability testing and nonparametric methods appropriate for the data.

Key findings include a theoretical model of NCD prevention promotion comprising six stages and the identification, via qualitative analysis, of four principal barriers and four key facilitators influencing program use. Quantitative results showed heterogeneous responses among population segments: age, gender, education, family status and place of residence affect how individuals react to different access and incentive measures. These findings support the need for segmented, tailored promotion strategies and a diverse mix of incentives.

Scientifically, the dissertation integrates management, behavioral science and public health perspectives to advance understanding of how incentive systems can be structured to encourage preventive behavior. Practically, it offers actionable implications: policy measures to prioritize prevention, improved communication and integration of prevention into primary care, patient-centered interventions that reflect citizens preferences, and interdisciplinary collaboration to design and implement incentive programs. The empirical methodology developed can be adapted for future research or used in other national contexts.

Limitations are acknowledged:

1. Financial constraints are highlighted but not exhaustively analyzed;
2. Annual administrative statistics may not fully reflect the periodic nature of screening programs;
3. Survey and interview data may be subject to self-report bias and social desirability effects.

Nonetheless, the overall conclusion is clear: boosting NCDs secondary prevention in Lithuania requires strengthening public awareness, tailoring and diversifying incentive strategies, improving access and primary-care integration, leveraging technology and ensuring coordinated multi-institutional action to increase population participation and reduce the NCDs burden.

Theoretical analysis. This chapter analyzes theories of incentives and human behavior as they apply to promoting participation in preventive health programs. It begins by defining “incentives” as external rewards or sanctions aimed at motivating actions by patients, providers and institutions (World Health Professions Alliance, 2008). Incentives can be material (money, discounts) or immaterial (recognition, career opportunities), direct or indirect, short- or long-term; their design must match the target group and context (Kafka et al., 2021). Motivation is related but treated here as a complementary concept rather than the focus.

Theoretical foundations for incentives are reviewed from psychology and management. Operant conditioning and early behaviorist views (Skinner, Hull) emphasize external reinforcement and deprivation as drivers of behavior (Porecca et al., 2017). Herzberg’s two-factor theory distinguishes motivators (recognition, achievement) from hygiene factors (salary, working conditions), implying that both financial and nonfinancial measures matter (Syptak, 1999). Practical guidance for effective incentives includes creating meaningful rewards, offering choice among rewards, setting realistic pathways to earn benefits, and visualizing outcomes.

Incentives are classified into five broad groups:

1. Financial/economic.
2. Praise/recognition.
3. Direct social influence.
4. Penalties/rewards systems.
5. Mechanisms based on decision theory.

Financial incentives – direct cash, discounts, vouchers or indirect measures such as subsidized services – often increase uptake, especially among lower-income groups, but their effect may fade when payments stop, and ethical concerns arise about fairness and stigmatization (Fainman, 2020). Nonfinancial incentives (education, improved access, telemedicine, professional development, better working conditions) are essential for sustainable change and can complement financial approaches. Effective nonfinancial incentives require strategic planning, long-term budgeting and integration into broader management reforms (Casalino et al., 2003).

The chapter examines three target objects of incentives:

1. Prevention program users (patients).
2. Healthcare professionals.
3. Healthcare organizations.

For patients, reducing cost and logistical barriers, clear information and personalized engagement are key. Evidence shows incentives can increase participation in screenings, vaccination and lifestyle interventions, but schemes must avoid punishing or stigmatizing vulnerable groups (Stone et al., 2002). For professionals, incentive packages – mixes of base pay, performance bonuses, career development, flexible work conditions and recognition – are needed to attract and retain staff and to encourage preventive service delivery (Hogoro et al., 2006). For institutions, incentive systems should align organizational goals with quality, equity and feasibility; they must be transparent, measurable and adapted to local context and culture (Scott et al., 2002).

The chapter then presents major behavioral theories relevant to prevention design and targeting. The Health Belief Model highlights perceived susceptibility, severity, benefits, barriers and self-efficacy; interventions should increase perceived benefit and reduce barriers (Rosenstock, 1974). Theory of Planned Behavior emphasizes attitude, subjective norms and perceived behavioral control as predictors of intention; interventions can shape social norms and strengthen perceived control (Ajzen, 1985). Social Cognitive Theory stresses modeling, observational learning and reinforcement, and the central role of self-efficacy (Bandura, 1986; Bandura, 1977). The Transtheoretical (Stages of Change) model frames behavior changes as a process from precontemplation to maintenance, suggesting stage-matched interventions (James O. Prochaska et al., 1983). Behavioral economics offers insights into cognitive biases – loss aversion, defaults, commitment devices, present bias – and practical tools such as deposits that are forfeited for nonattendance or opt-out enrollment to boost participation (Gneezy et al., 2011; Rouse, 2009). Finally, Diffusion of Innovations explains adoption dynamics across population segments and helps tailor strategies for innovators, early adopters, majority and laggards (Rogers, 2003).

Practical applications derived from these theories include tailoring messages to increase perceived benefit and reduce barriers; segmenting audiences by age, gender, education and locality; combining financial and nonfinancial incentives; using defaults, commitment contracts and loss-framing to exploit behavioral biases; leveraging role models, community leaders and peer support to increase uptake; and providing timely feedback and reminders to reinforce behavior. Education, visual demonstrations, empathetic provider communication and community engagement are emphasized to reduce fear, stigma and psychological obstacles to screening and early diagnosis (Khomkham et al., 2024).

For health professionals and institutions, recommended measures include fair and context-sensitive pay, performance-linked bonuses tied to measurable quality indicators, career development and training, workload management, flexible hours, and team-based incentives where appropriate. Incentive packages must be co-designed with staff, transparently administered, and monitored to avoid perverse incentives or gaming. Institutional incentives require careful planning, alignment with strategic goals, measurable targets and robust monitoring and evaluation systems (Turner et al., 2019).

At the policy level, the chapter aligns these micro and mezzo interventions with WHO's multi-sectoral NCDs strategy: reduce modifiable risk factors (tobacco, unhealthy diet, physical inactivity, harmful alcohol use), strengthen health systems (integration into primary care, standardized protocols, patient education), foster intersectoral collaboration (education, agriculture, urban planning, workplaces), and base actions on data, research and global practice sharing. Policy tools include subsidizing preventive services, tax incentives, workplace wellness promotion, public-private partnerships, and financing models that support long-term prevention (Abduljawad et al., 2011).

Theoretical synthesis leads to a proposed model of seven promotion stages for NCDs prevention:

1. Awareness formation,
2. Incentive offering (financial and nonfinancial),
3. Decision-making support,
4. Action initiation,
5. Action execution with feedback,
6. Community support,
7. Evaluation and adaptation.

Implementation success depends on coherent communication, primary care organization, community involvement, political will, interinstitutional collaboration and targeted adaptation by age, gender and place of residence.

Ethical and practical caveats are stressed:

- Financial incentives can be effective but risk short-lived behavior change,
- Inequitable effects,
- Stigmatization and moral objections,
- Nonfinancial measures take longer but support sustainability,
- Context, culture and resource constraints determine feasibility,
- Monitoring, evaluation and iterative adaptation are essential,
- Incentive systems must be transparent, fair and aligned with broader health system goals.

In summary, the chapter argues for integrated, theory-informed incentive strategies that combine behavioral, managerial and public-health approaches. Tailoring incentives to audiences, combining short-term motivators with long-term structural and educational measures, ensuring provider and institutional buy-in, and embedding programs within WHO-aligned multisectoral policies are presented as the most promising directions to increase uptake of preventive services and reduce the NCDs burden.

Research methodology. This dissertation uses a mixed-methods empirical design (secondary statistical analysis, qualitative and quantitative studies) to test which incentive measures increase uptake of noncommunicable disease prevention programs.

The rationale is that literature review identifies theoretical incentive types and behavioral models but needs empirical confirmation about which incentives change citizens' use of prevention services; a logical schema for the empirical work is presented.

Secondary statistical data were used first to describe the scale and trends of NCDs and prevention-program usage in Lithuania and the EU. Advantages and caveats of secondary data analysis are discussed (cost-efficiency, but dependence on original data quality and collection context). The secondary analysis objectives included evaluating mortality trends (2001–2023), prevention program uptake trends (2004–2023), regional publicity and activity in five counties and five largest primary care providers, and financing indicators (sources were used: Hygiene Institute, National Health Insurance Fund, Statista, Lithuanian Ministry of Finance). Proper cleaning, validation and attention to source limitations are emphasized.

Philosophically, the study combines constructionist qualitative foundations with positivist quantitative testing. The qualitative strand follows constructivist principles: reality is socially constructed and meaning emerges through interaction. Qualitative methods are used to explore motives, contexts and causal pathways; quantitative methods provide measurement, hypothesis testing and generalization where possible.

The empirical sequence is:

1. Secondary statistics analysis to justify scope and hypotheses.
2. Qualitative semi-structured interviews to identify barriers and facilitators and to form hypotheses.
3. A quantitative survey to test those hypotheses and estimate effect sizes and subgroup differences.
4. The mixed design rationale was applied, meaning that different methods complement and triangulate each other.

Qualitative study design and execution: 16 purposively sampled informants represented all stakeholder groups involved in prevention (legislators – the Parliament representatives, Ministry of Health, State Patients' Fund, prevention coordinators in major healthcare institutions, main patient organizations, regional primary care centers, National Public Health Center). Recruitment criteria emphasized relevance, diversity and availability. Data were collected via semi-structured interviews (in person, online or written), recorded and transcribed; fieldwork ran from 01-12-2023 to 31-01-2024. The interview guide was pilot-tested; interviews lasted roughly 30–60 minutes. Thematic analysis used grounded approaches with active coding (open, axial, selective coding) to derive categories and a data-grounded theory about barriers, facilitators and incentive types. The qualitative study's goal was to identify main causes of low uptake and generate hypotheses for the survey.

Qualitative strengths and limits are noted: depth, contextualized understanding and theory building versus limited generalizability and potential researcher interpretive bias.

Quantitative study design and execution: an online survey (hosted on www.apklausa.lt) was conducted in 11-08-2024 and gathered 446 responses. Target population and sample-size calculation assumed a population of ~1.3 million in the eligible age groups (women 25–74, men 40–74). Using $p = 0.5$, 95% confidence and 5% margin of error, required $n \approx 384$; the realized sample (446) exceeds this. Non-probability “snowball” sampling was used for pragmatic and cost reasons; its trade-offs (possible bias and limits to representativeness) are acknowledged. The survey instrument was designed following standard questionnaire principles (clarity, relevance, brevity), built from qualitative findings, and pilot-tested.

Four hypotheses tested:

- H1: Use of prevention programs is determined by service accessibility.
- H2: Communication about programs and benefits does not reach the target audience.
- H3: Program use is associated with respondents’ negative opinions about the programs.
- H4: Program use is associated with lack of incentives.

Statistical analysis was performed in IBM SPSS Statistics 22. Procedures included frequency tables, normality tests (Kolmogorov–Smirnov and Shapiro–Wilk), reliability assessment (Cronbach’s alpha), correlation analysis (Spearman), and nonparametric group comparisons (Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis). A 5% significance level was used throughout.

Ethics and data protection: all components followed Lithuanian and international ethical standards (including Helsinki Declaration). Quantitative data were anonymous; participation was voluntary; participants could withdraw. For interviews, informed consent for recording and confidentiality was obtained and preserved.

Methodological reflections and limitations are addressed: secondary data require careful contextualization; qualitative data are interpretive and not statistically generalizable; snowball sampling limits representativeness (but was chosen for feasibility); social-desirability and response biases may affect self-reported data. The chosen analytical procedures (active coding for qualitative data and robust nonparametric tests for quantitative data) aim to mitigate weaknesses and to triangulate findings across methods.

Overall, the methodology is set to:

1. Quantify the problem and resource allocation via secondary data.
2. Explore stakeholder perspectives and generate grounded hypotheses via qualitative interviews.
3. Test and segment hypotheses in the population using a quantitative survey – together informing practical incentive strategies to increase use of NCD prevention programs.

Results. This chapter presents empirical results aimed at identifying why people underuse prevention programs for chronic non-communicable diseases (NCDs) and which incentive measures could increase program uptake; it also analyses secondary statistical data on NCD epidemiology, program use, information dissemination and accessibility. Secondary-data review (Hygiene Institute, WHO, OECD, Eurostat, State Patients' Fund and other sources) shows that NCDs (cardiovascular disease, cancer, diabetes) have steadily increased in Lithuania: incidence rose in 2014–2023, cancer cases grew by 23% and cancer-related hospitalizations by 8% (2016–2023), and globally WHO attributes 74% of deaths to NCDs. Mortality trends in Lithuania (2001–2023) show only slight changes overall, with persistently high death counts despite occasional decreases (2023); improved treatment can reduce mortality even while morbidity increases because people live longer with chronic disease. Demographic shifts exacerbate the problem: Lithuania's population fell from 3.47 million (2001) to 2.83 million (2022) while the share of older people rose – an age structure that predicts faster growth in NCDs burden, higher per-capita healthcare costs, longer queues for specialists and pressure on hospitals and staffing. The chapter argues the need to prioritize prevention and chronic-disease management, strengthen the health system and funding, support research and surveillance, and invest in technologies (telemedicine, wearables, health IT) and geriatric capacity to respond to ageing-related care needs.

Public self-rated health in the EU context is poor in Lithuania (only about 40% report good physical health versus >80% in top-ranking countries), and older people rate their health worse. The study frames the prevention programs of interest as secondary prevention (early detection), noting that Lithuania runs five State Patients' Fund funded screening programs:

- Cervical cancer,
- Breast cancer,
- Prostate cancer,
- Colorectal cancer
- Cardiovascular diseases.

EU level data indicate a declining trend in screening uptake (2018–2020); in Lithuania the results are even lower. For example, Lithuania's breast-screening rate in 2019 was below the EU average. State Patients' Fund statistics (2013–2021) show low participation across five mentioned programs: on average about 20% of target groups used cancer screening programs (exception: cardiovascular program participation roughly double that), although expert opinion suggests an average real uptake closer to 40% given methodological limitations. Policy targets and expert groups recommend at least 70–80% coverage for effectiveness; current participation falls well short.

Consequences of low uptake include increased disease burden and mortality, rising healthcare expenditures (including long-term care and hospital costs), worsening health

inequalities (vulnerable groups less able to access prevention), and threats to sustainable health-system financing and global targets. Financial analysis shows increasing National health care insurance budgets (health allocations rising from €379.2M in 1997 to a planned €3,461.1M in 2024 and projected €3,927.4M in 2026) with 4.8% of Compulsory Health Insurance Fund earmarked for health programs; however Lithuania spent only 0.29% of GDP on disease prevention in 2020 – below the EU average (0.37%) and below leading countries (Finland, Italy, Netherlands ~0.51–0.54%). Across EU countries there is a general positive association between higher prevention funding and higher screening uptake, though exceptions (e.g., Sweden, Malta) indicate that funding alone is not the only determinant – education, awareness and access matter.

A focused analysis of publicity for colorectal screening found that only about half of eligible patients in the analyzed counties and primary-care organizations were informed about the program: county-level information coverage ranged roughly 52–56%, and among five largest primary-care centers informing rates were 39–63%. The chapter concludes that patient information and communication are insufficient and that coordination centers may lack the technical and human resources needed for effective outreach. Effective, tailored communication – clear, accessible information, provider–patient dialogue, media use and success-story promotion – was identified as crucial for motivating participation and building trust.

A qualitative empirical study (content analysis using open, axial and selective coding) with stakeholders (policymakers, providers, patient representatives) identified key codes:

- Communication/information.
- Fear.
- Financing.
- Policy.
- Institutional coordination.
- Program accessibility.
- Patient motivation.
- Socio-cultural factors.

Participants consistently cited fear of a bad diagnosis, lack of information, poor access to services and insufficient funding/staffing/IT as reasons for low uptake. Coding produced a categorical framework:

- Program accessibility.
- Communication and awareness.
- Psychological barriers.
- Political/institutional system.
- System integration and effectiveness.
- Motivation and incentives.

- Resource allocation and finance.
- Paperwork and data management.
- Sociocultural factors.

Accordingly, the results suggest some strategical actions:

- Program accessibility: geographic distribution, appointment scheduling, clinic hours.
- Communication and awareness: public education, media use, sharing success stories.
- Psychological barriers: fear of diagnosis, denial of vulnerability, prior negative experiences.
- Political & institutional system: legislation, coordination across institutions, monitoring.
- System effectiveness & integration: resource allocation, streamlined procedures, clear role definitions for staff.
- Motivation and incentives: financial and nonfinancial incentives both for patients and providers.
- Resources and finance: sufficient budgets, budget management and prioritization.
- Documentation and process management: administrative burden, data quality and health records.
- Sociocultural factors: cultural beliefs, community engagement, school health education.

Respondents agreed the problem exists and needs multi-pronged solutions – improved awareness campaigns, simplified registration, financial and non-financial incentives for both patients and providers, more staff and better IT – though views diverged on whether current policy measures are sufficient (policymakers tended to see measures as adequate; providers and patients emphasized practical shortfalls).

A quantitative survey (n=446) provided further evidence. Sample characteristics: majority aged 35–59 (69.3%), 60–74 (24.4%); women 68.4%; high education level (45.7% master's, 24.4% bachelor's); 72.6% live in major cities. Reliability testing showed strong internal consistency for scales (Cronbach's alpha: Accessibility 0.923; Communication 0.915; Opinion about programs 0.824; Incentives 0.897). Variables were constructed from Likert items (1–5) and program uptake coded across five programs (binary).

Descriptive statistics: mean scores were highest for perceived accessibility (4.19), followed by incentives (3.61), communication/awareness (3.34) and opinion about programs (3.27); mean self-reported use of prevention programs was 2.22 (scale as constructed). Normality tests (Kolmogorov–Smirnov and Shapiro–Wilk) indicated non-normal distributions for all variables, so nonparametric analyses were used.

Spearman correlations showed statistically significant positive associations between program use and accessibility ($\rho = 0.259$, $p < 0.001$) and between use and communication/awareness ($\rho = 0.403$, $p < 0.001$). There was a significant negative correlation between program use and opinion about programs ($\rho = -0.248$, $p < 0.001$), an unexpected direction suggesting more positive opinions do not straightforwardly predict higher self-reported use in this sample. No significant correlation was found between incentives and use ($\rho = 0.082$, $p = 0.106$), implying current incentives are not associated with higher uptake. Hypotheses tested:

- H1 (accessibility affects use) and H2 (communication affects use) were accepted.
- H3 (use associated with opinion) was rejected because the observed relationship was inverse.
- H4 (incentives affect use) was rejected.

Nonparametric group comparisons revealed demographic patterns: women were more informed and used programs more frequently than men, while men held a more positive opinion about the programs. Older respondents (60–74) had higher scores across accessibility, communication, opinion, incentives and use than younger respondents (25–59). Single/divorced/ widowed respondents had a more positive opinion than those living with a partner. Residents of major cities had a better opinion of prevention programs than those in smaller towns or rural areas. Education differences emerged: people with college or lower education placed more importance on incentives than university bachelor holders (post-hoc tests), and those with bachelor's or higher education had a worse opinion of prevention programs than people with college or lower education. Overall, quantitative results support the qualitative findings that accessibility and communication are important determinants of uptake, that older people and women are more likely to participate, and that existing incentives appear ineffective.

The combined analyses lead to clear policy implications: increasing participation in NCDs prevention programs requires a multi-dimensional strategy focusing on:

Improving communication and tailored information campaigns to raise awareness and reduce fear,

- Enhancing program accessibility regionally and by adjusting service hours,
- Ensuring adequate and targeted financing for prevention and staffing,
- Simplifying administrative procedures and improving health-IT and data management,
- Designing effective financial and non-financial incentives for both patients and providers,
- Addressing psychological and sociocultural barriers through counselling and community engagement and strengthening inter-institutional coordination and legal/policy frameworks.

Meeting prevention participation targets (70 – 80%) – as recommended by patient organizations and national plans – will likely require investments in outreach, system capacity and monitoring to ensure that prevention programs deliver timely diagnoses, reduce complications and long-term costs, improve population health and support sustainable health-care financing.

Strategic guidelines for promoting the use of preventive programs for chronic non-communicable. Using the empirical results, statistical evidence, theoretical insights and conclusions presented in the thesis, a comprehensive three-level (strategic → tactical → operational) promotion strategy for increasing uptake of prevention programmes for chronic non-communicable diseases (NCDs) is proposed. The recommendations follow established management planning practice – strategic planning to set long-term direction and targets, tactical planning to define medium-term activities to reach those targets, and operational planning to ensure day-to-day activity aligns with strategy. Because the topic is broad, the text also flags areas for deeper future research.

The principal objective is to strengthen prevention so that more people use early-detection and risk-reduction services, reduce NCD morbidity and mortality, improve population wellbeing and relieve long-term pressure on the health system. The plan stresses that prevention must be prioritized within healthcare reform, coordinated across government, providers and civil society, adequately financed, monitored and supported by communication, digital tools, workforce development and incentives. Following the main plan, the strategic guidelines are outlined accordingly.

Strategic, tactical and operational directions for the public (population).

Strategic (2–5 years): increase funding prioritization for NCD prevention and progressively align Lithuania’s prevention budget closer to leading EU countries; seek strong strategic partners by establishing formal cooperation with patient organizations, NGOs and private sector actors; strengthen media relations to improve information dissemination; and initiate legal and policy reviews to better integrate prevention into the health system. Responsible: Ministry of Health, State Patients’ Fund, and the Parliament for legislative change.

Tactical (1–2 years): expand services in underserved regions, promote flexible clinic hours and mobile health units; run consistent information campaigns using social and traditional media; engage prominent public figures to share positive success stories; strengthen psychological support and counselling to help people overcome fear and denial; and organize community events to address psychological barriers. Responsible: Ministry of Health, State Patients’ Fund, public health offices.

Operational (6–12 months): launch a “Prevention Promotion” programme that prepares and distributes information materials and organizes seminars for healthcare workers to improve patient communication; implement motivational initiatives such as health-related bonuses for participating in prevention activities and pilot personal incentive schemes to evaluate impact; Ministry of Health, State Patients’ Fund will run pilots and monitor outcomes.

Strategic, tactical and operational directions for primary health care organizations.

Strategic (2–5 years): secure long-term funding streams so ASPI have predictable resources to operate and expand prevention services; encourage public-private investment in prevention initiatives; create national prevention networks for sharing best practice and coordinate with National Public Health institutions and community organizations to scale implementation. Responsible: Ministry of Health, State Patients' Fund.

Tactical (1–2 years): organize training and continuous professional development to improve providers' ability to run screening and prevention programmes; assess geographic and demographic access gaps and plan more equitable service distribution; create flexible clinic schedules and mobile teams; design targeted communication campaigns linked to ASPI outreach; strengthen communication roles for the whole care team (doctors, nurses, reception, social workers). Responsible: Healthcare institutions, Ministry of Health, State Patients' Fund.

Operational (6–12 months): simplify administrative workflows and adopt digital tools; deploy electronic health record (EHR) systems to track participation and send reminders; run pilot projects to test new service models and collect staff/patient feedback; implement institutional incentive schemes (financial and social) for facilities that reach high participation rates; promote inter-institutional collaboration. Responsible: Ministry of Health, State Patients' Fund, and Healthcare institutions.

Strategic, tactical and operational directions for healthcare professionals.

Strategic (2–5 years): implement ongoing qualification programs so professionals understand prevention methods, counselling and motivational techniques; develop integrated care models offering prevention together with diagnostics and treatment; introduce financial incentive mechanisms and pay models that reward prevention-oriented performance. Responsible: Healthcare institutions, State Patients' Fund.

Tactical (1–2 years): run campaigns that inform patients about available prevention services; clearly define service delivery criteria, schedules and affordability; use seminars, media and social networks to publicize screening benefits; adopt telehealth and digital platforms to provide remote consultations and result follow-ups; use EHRs to monitor participation and capture patient feedback. Responsible: Healthcare institutions, State Patients' Fund.

Operational (6–12 months): test pilot methods (group counselling, education seminars), collect and analyze pilot data, foster cooperation across specialists, municipalities and other organizations, organize joint events for knowledge exchange; deploy patient motivation programmes (loyalty systems, positive feedback mechanisms) to encourage regular preventive check-ups. Responsible: Ministry of Health, State Patients' Fund, and Healthcare institutions.

Strategic, tactical and operational directions for policymakers (national level).

Strategic (2–5 years): prepare and implement a national prevention strategy focused on NCDs control with measurable targets (explicit target: increase participation in prevention programmes up to 80%); plan sustainable long-term budgeting for

prevention and allocate additional resources to improve communication and access; design a 10-year plan embedding prevention as a health-system priority and integrate prevention into primary care. Responsible: Ministry of Health (coordination and implementation), Parliament (legislative initiation) with State Patients' Fund, National Public Health Office and Healthcare institutions.

Tactical (1–2 years): modernize and simplify regulatory processes related to programme implementation; carry out large-scale public-information campaigns using diverse communication channels (social media, schools, community events); reform payment and incentive systems to include prevention activities and establish clear performance metrics for professionals. Responsible: Ministry of Health, State Patients' Fund, and Healthcare institutions.

Operational (6–12 months): run pilot reforms to test modern prevention delivery models and collect multi-site data; implement monitoring and evaluation systems to collect participation, satisfaction and health outcome metrics and publish periodic reports; organise joint events and create platforms for sharing practices across regions and institutions. Responsible: Ministry of Health, State Patients' Fund.

Following the strategic guidelines the consolidated implementation plan groups actions by horizon: *strategic (2–5 years)*, *tactical (1–2 years)* and *operational (6–12 months)*. Key elements include:

- National prevention strategy with explicit targets (80% participation goal),
- Increased and ring-fenced funding for prevention,
- Regulatory modernization,
- Major public information campaigns and community engagement,
- Workforce training and provider incentives tied to measurable outcomes,
- Administrative simplification and digitalization (EHRs, e-platforms, reminders),
- Pilot projects to evaluate innovations, and
- Monitoring, reporting and cross-sector collaboration platforms.

Responsible institutions are:

- Ministry of Health (lead/coordinator),
- State Patients' Fund (programme financing and management), Lithuanian Parliament (legislation),
- Healthcare institutions (service delivery),
- National Public Health Office,
- Regional public health bureaus (outreach, community work),
- Patient/civil-society organizations as partners.

The plan recognizes that health reform and modernization have improved longevity and increased demand for care, yet many people live longer with chronic, often disabling conditions that undermine quality of life. Prevention is therefore essential.

al: early diagnosis enables curative or less invasive treatment, reduces complications and improves wellbeing. Prioritizing prevention can also educate the public, debunk myths that deter screening, and foster a healthier, more productive society.

Pilots, iterative evaluation and public reporting are integral: pilot projects will test service models, digital solutions, motivational schemes and communication approaches; monitoring systems will track participation, satisfaction and health outcomes; results will be periodically published to guide scale-up and ensure accountability.

Future research topics. The text highlights five priority themes for further study:

1. Behavioral economics and NCD programmes: how best to integrate financial and social incentives to change health behavior and increase uptake of prevention.
2. Technological integration: the role of telemedicine and mobile health applications in enhancing prevention effectiveness and access.
3. Community engagement: cultural and social differences between communities and how health systems should be adapted to increase participation across diverse groups.
4. Long-term impact assessment: how reforms affect programme use, the economy, ASPI management, waiting times, and other system metrics.
5. Financing specificity: detailed analysis of the concrete aspects of insufficient funding and how targeted resource allocation can unblock implementation barriers.

Summary. The thesis presents an evidence-based, multi-level roadmap that binds financing, legislation, service organization, workforce development, communication, digitalization, pilot testing and evaluation into a coordinated effort. By combining targeted operational improvements (digital reminders, simplified administration, pilots and local events), tactical measures (expanded access, training, large campaigns) and strategic reforms (sustained funding, national strategy, incentives and regulatory modernization), Lithuania can increase participation in NCDs prevention programmes, reduce avoidable disease burden and improve population health and wellbeing. The recommendations are addressed to the population, Healthcare institutions and their staff, and national policy-makers because only coordinated action across these stakeholders can achieve the desired, sustainable results.

CONCLUSIONS

1. The theoretical analysis of incentive factors and human behavior models confirmed that effective incentivization must rely on an integrated approach that includes both financial and non-financial measures, and that their application should be evaluated using objective criteria. Incentive factors and their financial and non-financial effects on service users, healthcare professionals

and healthcare institutions make it possible to model their influence on decision making in the process of choosing health services. Assessing which incentive measures are the most effective can be applied in practice to encourage the public to make greater use of prevention programmes. This provides a scientific basis for designing effective incentive strategies that can more successfully influence human behavior in the field of the preventive services.

2. The analysis of strategies to stimulate uptake of chronic non-communicable disease prevention programmes showed that current theoretical concepts and practices of prevention promotion provide an appropriate foundation for developing effective, relevant and evidence-based incentive strategies. The analysis allowed identification of the most successful examples, which helps to anticipate and shape recommendations that will increase public engagement with prevention programmes. The study revealed that effective strategies to encourage greater public participation in NCDs prevention must feature clearer and more consistent communication, public education, improved service accessibility and better working conditions for healthcare professionals. The need for inter-institutional cooperation is emphasized, since guaranteeing these functions and actions requires broad involvement of institutions and organizations, coordinated activities and feedback mechanisms that enable timely adjustments to the incentive system.
3. The chosen mixed-methods research design made it possible to examine the issue of promoting NCDs prevention programmes comprehensively. Synthesizing statistical data with qualitative and quantitative research enabled the study questions to be substantiated and detailed, causal relationships to be tested and hypotheses to be raised and verified. The methodology developed not only allowed a thorough assessment of the identified problems and their influencing factors but also produced methodologically robust results that can be used in further theoretical research and applied in practice.
4. Results of the statistical data analysis indicate that public engagement in prevention programmes in Lithuania is low and does not reach the European Union average, and that existing communication about the benefits of prevention and the risks of avoiding it is not sufficiently effective. This demonstrates that the main problem is a lack of information and education, which hinders broader participation in preventive activities. This finding motivates a review and improvement of communication strategies to increase public participation in prevention programmes.
5. The qualitative study revealed complex factors, directly or indirectly causing low public engagement with NCDs prevention programmes. Based on organized and classified data, the main sources of barriers were identified factors that prevent effective allocation of resources and the creation of targeted interventions. Opinions gathered from various social and political stakeholders provided deeper insight into the complexity of the problem. It was determined that primary attention

- must be paid to four principal factors: insufficient funding, lack of information, psychological barriers and problems with service accessibility. The latter particularly highlights the need for integrated social and organizational solutions.
6. Quantitative results confirmed that current promotion and incentive measures for prevention programmes do not reach all relevant population segments, which results in limited effectiveness and low engagement. Statistical analysis revealed significant effects of age, gender and demographic distribution on opinions about and use of prevention programmes. Notably, older, single individuals and residents of large cities hold more favorable views of prevention programmes and use these services more often, whereas younger respondents living in regions reported less frequent use of NCDs prevention programmes. Interestingly, the study showed that incentives do not fundamentally determine use of prevention programmes, and that an improving public opinion of prevention programmes does not necessarily lead to more active participation. In this context, the conclusion is that current promotional campaigns are ineffective and must be redesigned with primary focus on improving accessibility and outreach/education. The study also found that women use prevention programmes more often, although men express a more positive opinion about prevention. These findings underscore that effective communication strategies must be based on precise demographic segmentation to optimally tailor outreach measures and foster wider understanding across social groups. Moreover, different social barriers and models of information appraisal require different incentive and communication methods; thus, evaluating demographic-related specifics is a key element for designing effective NCDs prevention incentive strategies.
 7. The action plan of strategic directions for promoting NCDs prevention presented in the thesis provides a consistent and comprehensive strategy to increase public activity and participation in prevention programmes by involving all stakeholders – policy-makers, healthcare professionals, healthcare institutions and the public. Long-term strategic goals include increasing funding, implementing policy reforms and strengthening inter-institutional cooperation among other aspects to ensure sustainable and effective integration of programmes into the health system. Tactical and operational plans focus on effective improvements in service accessibility, information dissemination, professional training, digital solutions and quality assessment systems aimed at stimulating public participation and professional engagement, enhancing and controlling service quality, and implementing timely changes when needed. All these measures, applied in the long and short term, will significantly contribute to greater public responsibility, increased participation in prevention programmes, improved overall population health, reduced mortality from chronic non-communicable diseases and a strengthened health system.

Approbation of the research results

Scientific publication on the topic of the dissertation:

1. Žegunis, Kristupas ir Stašys, Rimantas. (2024). Pagrindinių sveikatos priežiūros profilaktikos programų nepakankamo naudojimo Lietuvoje priežastys. *Regional formation and development studies :journal of social sciences*, 2024, nr. 3 (44), 117 - 125, ISSN 2029-9370. doi:10.15181/rfds.v44i3.2642.
2. Stašys, R. ir Žegunis, K. (2018). The incentives for the rational use of the healthcare services in Lithuania. *International security in the frame of modern global challenges: collection of scientific works*. Vilnius: Mykolas Romeris University, 2018. ISBN 9789955199137., 2018, p. 151-157, ISBN 9789955199137.
3. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2016). Management of the healthcare system performance: concepts and issues. *Faces of contemporary management*. Vol. 1. Cracow: Jagiellonian University Press, 2016. ISBN 9788323340935., 2016, p. 87-97, ISBN 9788323340935.
4. Žegunis, K. (2015). Lietuvos daugiaprofilinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo veiksniai. *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai: mokslo darbai = Management theory and studies for rural business and infrastructure development: research papers.*, 2015, t. 37, Nr. 3., 2015, p. 438-446, ISSN 1822-6760. doi:10.15544/mts.2015.38.

Presentations in scientific conferences:

1. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2025). Use and promotion of prophylaxis healthcare programs: Quantitative analysis. Exploring new Horizons in business and management: 18th annual conference of the EuroMed Academy of Business: conference readings book proceedings: September 10-12, 2025, Porto, Portugal, 2025, ISSN 2547-8516, ISBN 978-9925-628-05-6).
2. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2024). Investigating the factors driving the avoidance of secondary prophylaxis programs: a case study from Lithuania. Global business transformation in a turbulent era: 17th annual conference of the EuroMed Academy of Business: conference readings book proceedings: September 11-13, 2024, Pisa, Italy, 2024, 1425 - 1427, ISBN 9789925628018.
3. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2024). Addressing barriers to prophylaxis programs for non-communicable diseases through targeted incentive interventions. Case study in Lithuania. Conference of the sustainable solutions for energy and environment: the 9th edition EU#CONEXUS EENVIRO research conference: Bucharest, 28 October # 01 November, 2024 : extended abstracts, 2024, 8 - 10.
4. Žegunis, K. ir Stašys, R. (2023). Insights into the promotion of preventive healthcare services. Social innovations for sustainable regional development: abstracts of reports of 19th international scientific conference organized by Faculty of Social Sciences and Humanities at Klaipėda University: 27-28 of April, 2023, Klaipėda, 2023, 32 - 34, ISSN 2783-7866.
5. Stašys, Rimantas ir Žegunis, Kristupas. (2021). The telemedicine in the Lithuanian healthcare system. Проблеми розвитку третього сектора та соціально-орієнтованої економіки в Україні і світі: збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції: 30 березня 2021 р.. Полтава: ПДАА, 2021. ISBN 9789661922098., 2021, p. 112-115, ISBN 9789661922098.
6. Stašys, R. ir Žegunis, K. (2021). Telemedicinos vieta šiuolaikinėje sveikatos apsaugos sistemoje. Iššūkiai vadybos moksle ir studijose: Nr. 2 : prof. habil.dr. Antano Seiliaus mokslinės konferencijos tezių ir straipsnių rinkinys. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2021. ISBN 9786094811050., 2021, p. 27-28, ISBN 9786094811050.
7. Stašys, R. ir Žegunis, K. (2018). Paslaugų valdymas, skatinantis racionalų jų naudojimą sveikatos priežiūros sektoriuje. Economics and management science & studies – innovative solutions: the 3rd international scientific conference: June 21-22, 2018: book of abstracts. Vilnius: Lietuvos agrarinės ekonomikos institutas, 2018. ISBN 9789955481669., 2018, p.
8. Stašys, R., Jurgutis, A. ir Žegunis, K. (2017). The incentives for the rational use of the health care system resources managing the noncommunicable diseases. International conference on Decision making for Small and Medium-

- Sized Enterprises DEMSME 2017: conference proceedings: Ostrava, Czech Republic, May 4-5, 2017. Karviná : Silesian University in Opava, 2017. ISBN 9788075102430., 2017, p. 191-196, ISBN 9788075102430.
9. Stašys, R., Virketis, G. ir Žegunis, K. (2017). The emergency care patient flow management in Lithuania. 5th International scientific conference Entrepreneurship, innovation and regional development – EIRD 2017. Smart growth of the local community in the global world: June 29-30, 2017 in Ventspils, Latvia: conference materials. Ventspils: Ventspils University College, 2017., 2017, p. 26-27.
 10. Stašys, R. ir Žegunis, K. (2016). Health care performance measurement in Lithuania. Устойчивое развитие: общество и экономика: материалы III Международной научно-практической конференции : 20-23 апреля 2016 г., 2016, 638 - 639, ISBN 9785986201825.
 11. Žegunis, K. (2015). Kokybinių sveikatos apsaugos rodiklių valdymas. Economics and management science & studies-innovative solutions: second international scientific-practical conference: June 26-27, 2015: book of abstracts = Ekonomikos ir vadybos mokslo bei studijų inovatyvūs sprendimai: antroji tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija: 2015 m. birželio 26-27 d.: konferencijos medžiaga. Vilnius: Lietuvos agrarinės ekonomikos institutas, 2015., 2015, p. 35, ISBN 9789955481546.

Author's Curriculum Vitae

KRISTUPAS ŽEGUNIS

Business Development Manager, Baltic Region | Medical and Healthcare Specialist
Vilnius, Lithuania
+370 682 65891 | zegunis.kristupas@gmail.com

INTRODUCTION

Innovative business development manager with extensive experience in medical services, health technologies, and social sciences. With long-term professional experience, he has developed skills in understanding patient needs, optimizing healthcare processes, and creating strategic solutions within regional and global contexts. Committed to continuous learning and implementing modern technologies to enhance healthcare services and improve patient care organization and outcomes.

KEY SKILLS

- Medical Technologies and Innovations
- Healthcare Business Strategy
- Negotiation and Stakeholder Engagement
- Project and Team Management
- Business Development and Sales

- Intercultural Communication
- Public Procurement and Contract Negotiations
- Languages: Lithuanian, English, Russian, German

PROFESSIONAL EXPERIENCE

Business Development Manager, Baltic Region

UAB Biomedika — Vilnius, Lithuania

January 2025 – Present

- Leading strategic planning, organization, and implementation of business initiatives across the Baltic region.
- Developing partnerships with suppliers and clients to expand market share.
- Coordinating negotiations and managing sales processes.

Lecturer

Klaipėda University — Klaipėda, Lithuania

January 2025 – Present

- Delivering lectures on healthcare management and business practices.

Traumatology and Neurosurgery Department Head

UAB Biomedika — Vilnius, Lithuania

September 2021 – January 2025

- Managing surgical operations, sales, and strategic planning.
- Organizing public procurement procedures and negotiations with suppliers.

Medical Technology Consultant

UAB Biomedika — Vilnius, Lithuania

October 2016 – September 2021

- Consulting on orthopedic implant selection.
- Conducting training for surgeons on the latest orthopedic technologies and their practical applications.

European Regional Sales Manager

GraMedica Ltd — Vilnius, Lithuania

January 2014 – August 2016

- Developing sales across Europe; building client relationships.
- Organizing training and marketing activities.

Medical Director

UAB Baltic-American Clinic — Vilnius, Lithuania

October 2013 – January 2015

- Coordinating and planning healthcare services offered by the clinic, staff recruitment, patient flow management.
- Implementing new services and managing contracts.

Medical Director

UAB Gemma Physical Medicine and Rehabilitation Center — Vilnius, Lithuania
August 2012 – September 2013

- Organizing, coordinating, and supervising services provided at the clinic.

Owner and Manager

UAB Orthopaedia Boutique — Vilnius, Lithuania
June 2009 – October 2017

- Supplying orthopedic aids across the Baltic countries.

Orthopedic-Technologist

AB Orthopedics Technology — Vilnius, Lithuania
September 2003 – May 2009

- Manufacturing orthopedic devices; specializing in foot deformities and biomechanics.

Sales Manager

Lietuvos ir Švedijos Bendroji Įmonė Artolita — Klaipėda, Lithuania
January 2001 – September 2003

- Organizing and executing orthopedic implant supply.

EDUCATION

- *PhD in Social Sciences (expected 2025)*

Klaipėda University / Vytautas the Great University / Mykolas Romeris University —
Coordinated Program

Dissertation: Strategic Directions for Promoting the Use of Preventive Programs for
Chronic Non-Communicable Diseases

- *Master's degree in healthcare management*

Klaipėda University — 2014

- *Nursing Qualification*

Klaipėda Medical School — 2001

- *Secondary Education*

Vytautas the Great Gymnasium, Klaipėda

Priedai

1 Priedas. Kiekybinio tyrimo apklausos ataskaita

Kategorija	Aprašas
Kiekybinio tyrimo santrauka	Apklausa apie Lietuvos gyventojų nuomonę ir naudojimąsi profilaktinėmis sveikatos priežiūros programomis. Apklausa atlikta 2024-08-11. Klausimynas pateiktas internetinėje platformoje www.apklausa.lt
Imties dydis	446 respondentai
Pagrindiniai demografiniai rodikliai	Dauguma respondentų: moterys (79,5 %), 35–59 metų amžiaus (47,4 %), gyvenantys didžiuosiuose miestuose (78,3 %) ir turintys aukštąjį išsilavinimą (73,1 % – bakalauras ar magistras)
Tiriamų prevencijos programų apimtis	Krūties vėžio patikra, gimdos kaklelio vėžio patikra, prostatos vėžio patikra, storosios žarnos vėžio patikra, širdies ir kraujagyslių ligų prevencija
Prevencijos programų naudojimo rodikliai (bent kartą naudojosi)	Gimdos kaklelio vėžys: 57,7 %, krūties vėžys: 44,2 %, širdies ir kraujagyslių ligos: 34,7 %, storosios žarnos vėžys: 30,3 %, prostatos vėžys: 24,3 %
Paslaugų prieinamumas (vid. statistinis respondentų įvertinimas pagal skalę nuo 2 iki –2)	Sveikatos įstaiga šalia: 1,30, lengva užsiregistruoti: 1,19, informacija iš gydytojo: 0,71, darbdavio leidimas: 0,43, pakankamai laiko: 0,70, pakankamai pinigų: 1,14
Komunikacija (vid. statistinis respondentų įvertinimas pagal skalę nuo 2 iki –2)	Žinojimas apie programas: 1,37, informacija žiniasklaidoje: 0,58, informuotumas apie naudą: 0,98, žinojimas apie naudojimo tvarką: 0,74, įstaigų pranešimai: 0,48
Nuomonė apie prevencijos programas (vid. atastatinis respondentų įvertinimas pagal skalę nuo 2 iki –2)	Tikiu, kad leidžia nustatyti ligą ankstyvoje stadijoje: 1,59, suprantu komplikacijų riziką: 1,79, vengiu dėl baimės: –0,43, šeimoje neserga: –1,20, trūksta paskatų: –0,09
Paskatos naudotis prevencijos programomis (vid. statistinis respondentų įvertinimas pagal skalę nuo 2 iki –2)	Aiškesnė informacija: 1,37, geresnis prieinamumas gyvenvietėje: 1,31, finansinė išmoka (5 Eur): 0,84, finansinė bauda (5 Eur): –0,44, sėkmės istorijos: 1,08, įstaigos pranešimas: 1,42

Pastabos:

- Lentelėje pateikti pagrindiniai demografiniai kintamieji ir jų procentinė išraiška (kai taikoma).
- Naudojimo rodikliai rodo dalyvavimo bet kuriame programos etape procentą.
- Prieinamumo, komunikacijos, nuomonės ir paskatų aspektai apibendrinami pagal vidutinius atitinkamų teiginių balus (skalėje nuo –2 iki 2).

2 Priedas. Kiekybinio tyrimo anketa

Gerb. respondente,

esu Klaipėdos universiteto Vadybos katedros doktorantas Kristupas. Rašau disertaciją, kurios tikslas yra nustatyti pagrindines reto sveikatos prevencijos programų naudojimo priežastis ir pasiūlyti veiksmingiausias priemones, skatinančias jų naudojimą. Mokslinis tyrimas garantuoja respondento anonimiškumą, o surinkti nuasmeninti ir apibendrinti duomenys bus naudojami mokslo tikslais.

Lėtinės neinfekcinė ligos, pirmiausia širdies ir kraujagyslių sistemos ligos ir vėžiniai susirgimai, yra pagrindinės mirtingumo priežastys. Ankstyvoje stadijoje nustatyta liga yra pagydoma lengviau ir greičiau, sumažėja sudėtingų ir mirtinų komplikacijų rizikos.

Lietuvoje vykdomos 5 sveikatos prevencijos programos: krūties vėžio, gimdos kaklelio vėžio, prostatos vėžio, storosios žarnos vėžio, širdies ir kraujagyslių ligų. Prevencijos programų išlaidas kompensuoja ligonių kasos. Programos skirtos tam tikro amžiaus pacientams, todėl apklausoje kviečiu dalyvauti 25–74 metų (imtinai) amžiaus moteris ir 40–74 metų (imtinai) amžiaus vyrus.

Dėkoju už atsakymus.

Demografinė informacija:

1. Amžius:

45–50 []; 51–55 []; 56–60 []; 61–65 []; 66 ir daugiau []

2. Lytis:

Vyras []; moteris []

3. Jūsų šeiminei padėtis

Nevedęs, netekėjusi []; gyvenu partnerystėje, santuokoje, poroje []; išsiskyręs (-usi) []; našlė (-ys) [].

4. Išsilavinimas:

Vidurinis []; profesinis []; profesinis bakalauras (kolegija []; bakalauras (universitetas) []; magistras []; mokslų daktaras []

5. Gyvenamoji vieta:

Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys []

Kitas miestas []

Gyvenvietė, kaimo vietovė []

Klausimai:

1. Ar kada nors naudojotės krūties vėžio prevencijos programa?	Taip	Ne	Nežinau
2. Ar kada nors naudojotės gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa?	Taip	Ne	Nežinau
3. Ar kada nors naudojotės prostatos vėžio prevencijos programa?	Taip	Ne	Nežinau
4. Ar kada nors naudojotės storosios žarnos vėžio prevencijos programa?	Taip	Ne	Nežinau
5. Ar kada nors naudojotės širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa?	Taip	Ne	Nežinau

Prevencijos programų prieinamumas

Įvertinkite pateiktus teiginius pagal skalę nuo 2 iki –2.

	Tikrai taip	Greičiau taip	Nei taip, nei ne	Greičiau ne	Tikrai ne
1. Mano gyvenamojoje vietoje yra sveikatos įstaiga, teikianti prevencijos programas	2	1	0	-1	-2
2. Aš lengvai užsiregistruoju pas savo šeimos (bendrosios praktikos) gydytoją	2	1	0	-1	-2
3. Šeimos gydytojas suteikia pakankamai informacijos apie prevencijos programas	2	1	0	-1	-2
4. Darbdavys visada leidžia išvykti pas šeimos gydytoją	2	1	0	-1	-2
5. Turiu pakankamai laiko apsilankyti pas šeimos gydytoją	2	1	0	-1	-2
6. Turiu pakankamai pinigų nuvykti pas šeimos gydytoją	2	1	0	-1	-2

Komunikacija ir informuotumas

Įvertinkite pateiktus teiginius pagal skalę nuo 2 iki –2.

	Tikrai taip	Greičiau taip	Nei taip, nei ne	Grei- čiau ne	Tikrai ne
1. Man yra žinoma apie Lietuvoje esančias lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas	2	1	0	–1	–2
2. Visuomenės informavimo priemonėse pakanka informacijos apie prevencijos programas	2	1	0	–1	–2
3. Esu pakankamai informuotas apie prevencijos programų naudas	2	1	0	–1	–2
4. Man yra žinoma lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų naudojimo tvarka	2	1	0	–1	–2
5. Periodiškai gaunu pranešimus iš sveikatos priežiūros įstaigos apie man priklausančią (-as) prevencijos programas	2	1	0	–1	–2

Respondento nuomonė apie programas

Įvertinkite pateiktus teiginius pagal skalę nuo 2 iki –2.

	Tikrai taip	Greičiau taip	Nei taip, nei ne	Greičiau ne	Tikrai ne
1. Tikiu, kad prevencijos programos ligą leidžia nustatyti ankstyvoje stadijoje	2	1	0	–1	–2
2. Suprantu, kad ligų prevencija gali labai sumažinti ligos komplikacijų riziką	2	1	0	–1	–2
3. Aš vengiu ligų prevencijos dėl baimės gauti teigiamą (blogą) diagnozę	2	1	0	–1	–2
4. Mano šeimoje niekas neserga, todėl prevencijos programomis nesinaudoju	2	1	0	–1	–2
5. Manau, kad trūksta paskatų, raginančių naudotis prevencijos programomis	2	1	0	–1	–2

Programų naudojimo paskatos

Įvertinkite pateiktus teiginius pagal skalę nuo 2 iki –2.

	Tikrai taip	Greičiau taip	Nei taip, nei ne	Greičiau ne	Tikrai ne
1. Aiškesnė informacija apie ligų prevenciją paskatintų naudotis prevencijos programomis	2	1	0	-1	-2
2. Naudočiausi prevencijos programomis, jeigu mano gyvenvietėje būtų geresnis jų prieinamumas	2	1	0	-1	-2
3. Finansinės paskatos (pavyzdžiui, 5 Eur išmoka) skatintų naudotis prevencijos programomis	2	1	0	-1	-2
4. Finansinės baudos (pavyzdžiui, 5 Eur bauda) skatintų naudotis prevencijos programomis	2	1	0	-1	-2
5. Sėkmės istorijų pasidalijimas būtų reikšminga paskata naudotis prevencijos programomis	2	1	0	-1	-2
6. Sveikatos priežiūros įstaigos pranešimas (skambutis, SMS ar laiškas) paskatintų naudotis prevencijos programomis	2	1	0	-1	-2

Dėkoju už nuoširdžius atsakymus!

3 priedas. Kokybinio tyrimo anketa

1. Ar, jūsų nuomone, valstybės veiksmai siekiant paskatinti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas yra tinkami? Kokie pagrindiniai prevencijos programų skatinimo trūkumai?

2. Kaip apibūdintumėte sveikatos priežiūros organizacijų ir valdžios bendradarbiavimą skatinant lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją?

3. Kokie, jūsų nuomone, yra pagrindiniai iššūkiai, trukdantys įgyvendinti šias prevencijos programas platesne apimtimi?

4. Kokius patobulinimus ar iniciatyvas norėtumėte matyti iš vyriausybės ir sveikatos priežiūros organizacijų, kad būtų sustiprintas skatinimas aktyviau naudotis lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programomis?

5. Kaip, jūsų nuomone, visuomenė suvokia lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos vertę ir kokie veiksniai gali turėti įtakos šiam suvokimui?

6. Ar galėtumėte pasidalinti sėkmingais vyriausybės ir sveikatos priežiūros organizacijų bendradarbiavimo pavyzdžiais, kurie veiksmingai skatina lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją?

7. Kokios kliūtys, jei tokių yra, egzistuoja dabartinėje sistemoje, kurios atgraso asmenis nuo dalyvavimo šiose prevencijos programose?

8. Kaip manote, ar visuomenė yra tinkamai informuota apie lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programų prieinamumą ir ką būtų galima padaryti, kad informacija apie prevencijos programas pasiektų didesnę visuomenės dalį? Ar pateikiama informacija apie prevencijos programų naudą yra įtikinanti ir aiškiai suprantama? Jei ne, ką reikėtų keisti?

BAIGIAMASIS ŽODIS

Autoriaus disertacijoje pabrėžiama itin svarbaus požiūrio į sveikatos prevenciją poreikis, leidžiantis pasiekti asmeninę ir visuomenės gerovę. Prevencinės priemonės ne tik sumažina ligų riziką ir pagerina asmeninę sveikatą, bet ir skatina sveikesnę, atsparesnę bendruomenę. Geros sveikatos palaikymas yra savigarbos ir atsakomybės išraiška, atspindinti mūsų įsipareigojimą sau, savo šeimoms ir visai visuomenei.

Filosofiniu požiūriu, sveikatos siekis įkūnija gyvenimo vidinės vertės ir socialinių ryšių pripažinimą – mūsų gerovė priklauso ne tik nuo asmeninių pastangų, bet ir nuo daugelio išorinių paskatų, kurios buvo pristatytos šiame moksliniame darbe. Toliau gilindamiesi į medicinos žinias ir skatindami sveikatos prevenciją teigiame, kad sveika visuomenė yra pažangos, harmonijos ir žmogaus potencialo realizavimo pagrindas. Sveikatos prioretizavimas yra ne tik asmeninis pasirinkimas, bet ir moralinė pareiga, formuojanti tvarią ateinančių kartų ateitį.

Klaipėdos universiteto leidykla

Kristupas Žegunis

LĒTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMŲ NAUDOJIMO SKATINIMO
STRATEGINĖS KRYPTYS

Daktaro disertacija

STRATEGIC GUIDELINES FOR PROMOTING THE USE OF NON-COMMUNICABLE
DISEASES PREVENTION PROGRAMS

Doctoral dissertation

Klaipėda, 2025

SL 1335. 2025 10 16. Apimtis 19,24 sąl. sp. l. Tiražas 20 egz.

Klaipėdos universiteto leidykla, Herkaus Manto g. 84, 92294 Klaipėda

Tel. (8 46) 398 891, el. paštas: leidykla@ku.lt, interneto adresas: <http://www.ku.lt/leidykla/>

Spausdino UAB „Vitae Litera“, Savanorių pr. 137, 44146 Kaunas

