

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Eglė Dimaitė

ARTERINĖS HIPERTENZIJOS VALDYMAS

Sveikatos priežiūros vadybos studijų programos

magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2014

SANTRUMPOS IR APIBRĖŽTYS

AH – arterinė hipertenzija

AKS – arterinis kraujospūdis

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

BPG – bendrosios praktikos gydytojas

IŠL – išeminė širdies liga

KMI – kūno masės indeksas

KPP – širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniai

LNL – lėtinės neinfekcinės ligos

NVO – nevyriausybinės organizacijos

PAASPI – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PP – prevencinė programa

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos

VSPS – visuomenės sveikatos priežiūros specialistas

SANTRAUKA

Dimaitė, E. Arterinės hipertenzijos valdymas. Sveikatos priežiūros vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovas doc. dr. S. Norkienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2014. 67 p., 2 priedai.

Darbo tikslas – išanalizavus arterinės hipertenzijos valdymą, pateikti tobulinimo kryptis.

Tyrimo metodika. 2014 m. buvo atliktas kokybinis tyrimas, pasirinkus pusiau struktūrizuotą interviu metodą. Interviu buvo vykdomas dvejose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, apklausiant šeimos gydytojus, gydytojus specialistus ir bendrosios praktikos slaugytojas. Tyrimu buvo siekiama išsiaiškinti arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos situaciją bei sužinoti apie galimas tobulinimo kryptis. Apklausos duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse.

Išvados. Kokybinio tyrimo rezultatų analizė atskleidė, kad dauguma apklaustųjų arterinės hipertenzijos paplitimo situaciją įvertino kaip blogą, nes sergančiųjų arterine hipertenzija vis daugėja, o jų amžius jaunėja. Atliktos analizės metu taip pat išaiškėjo arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos tobulinimo krypčių bei daugelis prevencinių priemonių, kurios padėtų valdyti arterinę hipertenziją.

Raktažodžiai: arterinė hipertenzija, valdymas, rizikos veiksniai, prevencija, visuomenės sveikatos specialistas, atvejo vadyba.

SUMMARY

Dimaitė, E. Management of arterial hypertension. Health care management degree master's thesis. Supervisor of the final work Assoc. dr. S. Norkienė, University of Klaipėda: Klaipėda, 2014. 67 p., 2 supplements.

Aim of the study – the analysis of arterial hypertension management, to provide areas of improvement.

Research methodology. In 2014 qualitative study was carried out by selecting a semi-structured interview method. Interviews were conducted in two health care institutions, interviewing family doctors, specialists and nurses. The study was to investigate arterial hypertension prevention activities to learn about the situation and possible areas of improvement. Survey data analysis results are presented in tabular form.

Conclusions. Qualitative analysis of the results revealed that the majority of respondents prevalence of hypertension to evaluate the situation as bad, because patients with arterial hypertension is growing, and their younger age. Performed the analysis also revealed arterial hypertension prevention and performance improvement trends, many preventive measures to control hypertension.

Keywords: arterial hypertension, management, risk factors, prevention, public health specialist, case management.

TURINYS

ĮVADAS	7
1. LITERATŪROS APŽVALGA	10
1.1. Arterinės hipertenzijos valdymo samprata	10
1.1.1. Arterinės hipertenzijos mirtingumo, sergamumo ir ligotumo situacija Lietuvoje	12
1.1.2. Arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių valdymas	21
1.2. Arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos valdymas	28
1.2.1. Asmenų, priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	28
1.2.2. PAASP gerų darbo rezultatų – arterinės hipertenzijos hospitalizacijos intensyvumo rodikliai	34
1.2.3. Prevencinių programų ir profilaktinių patikrinimų įgyvendinimo koordinatorius	35
1.2.4. Nevyriausybinių organizacijų vaidmuo	36
1.2.5. Visuomenės sveikatos specialisto vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūroje	37
1.3. Arterinės hipertenzijos valdymo problemos ir tobulinimo kryptys	39
2. TIRIAMOJI DARBO DALIS	43
2.1. Tyrimo metodika	43
2.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas	45
2.2.1. Arterinės hipertenzijos priežastys bei prevencinės veiklos vertinimas	45
2.2.2. Arterinės hipertenzijos valdymo tobulinimo galimybės	49
2.3. Rezultatų aptarimas	53
2.4. Arterinės hipertenzijos valdymo tobulinimo modelis	54
IŠVADOS	56
LITERATŪRA	59
PRIEDAI	67

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Paveiklo Nr.	Paveiklo pavadinimas	Puslapis
1 pav.	Standartizuotas 0-64 m. amžiaus vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų 2000-2011 m., skaičius 100 000 gyv.	13
2 pav.	Standartizuotas 0-64 m. amžiaus moterų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų 2000-2011 m., skaičius 100 000 gyv.	14
3 pav.	Ambulatorinis sergamumas hipertenzija (I10-I15) Lietuvos savivaldybėse 2012 m.	15
4 pav.	Sergamumas kraujotakos sistemos ligomis 1000 gyv. Lietuvoje 2008-2012 m.	16
5 pav.	Sergamumo hipertenzinėmis ligomis dinamika pagal lytį 100 000 gyv.	17
6 pav.	Ligotumas hipertenzija (I10-I15) Lietuvos savivaldybėse 2012 m.	18
7 pav.	Ligotumas hipertenzinėmis ligomis 1000 gyv. pagal amžiaus grupes Lietuvoje 2008-2012 m.	19
8 pav.	Ligotumo hipertenzinėmis ligomis dinamika pagal lytį 100 000 gyv.	19
9 pav.	Stacionaruose gydytų ligonių, sergančių hipertenzine liga, pasiskirstymas 1000 gyv. (be dienos stacionaro atvejų).	20
10 pav.	Pagal širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą patikrintų žmonių skaičius 2006-2012 m.	31
11 pav.	2010-2013 m. asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas (proc.) Klaipėdos TLK aptarnaujamos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagal savivaldybes.	32
12 pav.	Sveikatos priežiūros sistemos lygiai	39

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Lentelės Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1 lentelė	Kraujospūdžio lygių apibrėžtys ir klasifikacija (mm Hg)	11
2 lentelė	Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	30
3 lentelė	Arterinės hipertenzijos paplitimo situacija ir priežastys	46
4 lentelė	Arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos vertinimas ir pacientų dalyvavimas	47
5 lentelė	Arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos tobulinimo kryptys	49
6 lentelė	Organizacijų įsitraukimas į arterinės hipertenzijos prevencinę veiklą	51
7 lentelė	Visuomenės sveikatos specialisto pirminėje sveikatos priežiūroje poreikio vertinimas	52

IVADAS

Valdymas – tai organizacijos tikslų siekimo besikeičiančioje aplinkoje procesas, suderinant efektyvumą, efektingumą ir teisingumą, gaunant kaip galima daugiau naudos iš ribotų išteklių ir dirbant kartu su žmonėmis bei tarp jų. Valdymo tikslai ir uždaviniai yra efektyviai panaudoti realius išteklius, kuo mažesnėmis sąnaudomis pasiekti geresnius rezultatus, sukurti tobulesnes sistemas ir priimti geresnius sprendimus remiantis mokslu, mokslo metodais (Janušonis, 2012, p. 39, 40).

Šiuolaikinė ligų valdymo samprata rodo sveikatos priežiūros vadybininkų vaidmens didėjimą ir santykinį medikų profesionalų vaidmens mažėjimą. Sveikatos priežiūros vadybininkų ir profesionalų funkcijos vis labiau siejasi ir jungiasi. Šiuolaikinę ligų valdymo sampratą atitinka S. L. Norris ir kt. (2003) pateiktas apibrėžimas: ligų valdymas yra organizuota, efektyvi daugiakomponentė, į pacientą orientuota sveikatos priežiūra, kuri apima visus sergančius tam tikra lėtine liga ar veikiamus savitų tos ligos rizikos veiksnių apibrėžtoje populiacijoje. Vadovaujantis šiuolaikine ligų valdymo samprata, ligų valdymo procesas yra modeliuojamas (Janušonis, 2008, p. 34).

Aukštas kraujospūdis yra pirmaujantis mirties rizikos veiksnys visame pasaulyje. Deja, prognozuojama, aukšto kraujo spaudimo lygis toliau didės, ypač besivystančiose šalyse (Miglinas ir kt., 2012, p. 571). EURIKA tyrimo duomenimis, hipertenzija lėmė 32,7 proc. širdies ir kraujagyslių ligų (toliau – ŠKL) rizikos (Rinkūnienė ir kt., 2012, p. 637). ŠKL turi įtakos kasdienei fizinei, socialinei, emocinei, intelektualinei asmens veiklai, ji sutrikdo pacientų fizinį aktyvumą ir veiklą, o tai neigiamai įtakoja ir gyvenimo kokybę (Raškeliene ir kt., 2008, p. 2046). Arterinė hipertenzija yra bene svarbiausias koreguojamas širdies ir kraujagyslių rizikos faktorius (Norkienė ir kt., 2011, p. 133). Šiuo metu Lietuvoje plačiai tarp žmonių paplitusi arterinė hipertenzija (toliau – AH), kuri pasireiškia jau ir jauname amžiuje. Lietuvos gyventojų reprezentacinių imčių stebėjimas pagal jau 25 metus vykdomą CINDI programą rodo tikrąją situaciją arterinės hipertenzijos atžvilgiu: pusė suaugusių Lietuvos gyventojų turi padidėjusį arterinį kraujospūdį, o veiksmingai jis reguliuojamas tik apie 3 proc. vyrų ir 7 proc. moterų (Europos vidurkis – apie 30 proc.). Pagrindinė tokios neigiamos statistikos priežastis, tai nepakankama arterinės hipertenzijos kontrolė, apimanti pirmiausia ankstyvą nustatymą, o vėliau nuolatinį reguliavimą. Sunki padėtis yra su arterinės hipertenzijos diagnostika tarp jaunų žmonių, nes jie ilgainiui dingsta iš pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų akiračio ir dažnai grįžta su toli pažengusia ir sunkiau kontroliuojama AH (Šerpytis ir kt., 2010, p. 3669).

Šiuolaikinis visuomenės sveikatos mokslas įrodė, kad kiekvienas žmogus, vertindamas savo gyvenimo kokybę, pirmiausia pabrėžia savo sveikatos būklę. Tačiau sveikata yra ir visuomeninė

vertybė. Kuo sveikesnė visuomenė, tuo turtingesnė valstybė. Paprastai turtingesnės valstybės labiau rūpinasi savo gyventojų sveikata, o žmonės ilgiau ir sveikiau gyvena. Tam, kad nusistovėtų tokia sistema, turi būti tinkamai suderintas valstybės valdymo bei viešojo sektoriaus valdymo išteklių naudojimas (Laurinskaitė ir kt., 2013, p. 122). Europos Sąjungos strateginiuose dokumentuose konstatuojama, kad patys piliečiai būtų įtraukiami priimant sprendimus įvairiose socialinėse sferose, tarp jų ir sveikatos priežiūros bei išsaugojimo srityje. Sveikatos priežiūra tampa vis labiau orientuota į pacientą ir vis labiau individualizuota – pacientas tampa aktyviu sveikatos priežiūros subjektu, bet ne tik šių paslaugų teikimo objektu. Pacientų mokymui ir informavimui sveikatos klausimais mokslinėje literatūroje skiriama gana daug dėmesio. Sveikos gyvensenos mokymo tikslas – sudaryti sąlygas patiems žmonėms sąmoningai pasirinkti sveikesnę gyvenseną, kurti sveikatą stiprinančią gyvenamąją bei socialinę aplinką (Mikaliūkštienė ir kt., 2013, p. 70). Į arterinės hipertenzijos prevenciją ir kontrolę turi įsitraukti vyriausybės atstovai, sveikatos priežiūros darbuotojai, akademinė bendruomenė ir visa pilietinė visuomenė. Jie visi gali atlikti svarbų vaidmenį ir tik bendrų pastangų dėka gali kontroliuoti ir užkirsti kelią hipertenzijai ir taip išvengti komplikacijų (World Health Organization, 2013, p. 23).

Temos aktualumas. Arterinė hipertenzija – tai progresuojantis daugybės tarpusavyje susijusių priežasčių nulemtas kardiovaskulinis sindromas. Hipertenzija ir jos komplikacijos yra trečioji mirties priežastis pasaulyje. Rytų Europos šalyse AH serga 2 kartus dažniau, palyginti su išsivysčiusiomis šalimis. Lietuva priskirtina prie didesnio pirminės arterinės hipertenzijos paplitimo šalių pasaulyje (Mikaliūkštienė ir kt., 2013, p. 64).

2011 m. sveikatos priežiūros išlaidų struktūroje 49,6 proc. tenka gydymo paslaugoms, o prevencijai ir visuomenės sveikatai tik 1,1 proc. (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2013, p. 69). Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, suaugusiųjų, kuriems dėl hipertenzinės ligos pirmą kartą nustatytas 0-55 proc. darbingumo lygis, 2006 m. buvo 5,5 proc., 2007 m. buvo 4,9 proc., 2008 m. buvo 6,7 proc., 2009 m. buvo 7,3 proc., 2010 m. buvo 7,6 proc., 2011 m. buvo 6,7 proc. (Alasauskas ir kt., 2013, p. 3).

Arterinės hipertenzijos valdymas yra būtinas. 2012 m. daugiausia Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų buvo išleista hipertenzijai (132,3 mln. Lt.) gydyti. Tais pačiais metais didžiausios PSDF biudžeto išlaidos buvo kardiologiniams vaistams (161,5 mln. Lt) ir kraujotakos sistemai (53 mln. Lt.) (Ligonių kasos: 2012-ųjų apžvalga, 2013, p. 35). Mokslininkai apskaičiavo, kad dėl padidėjusio kraujo spaudimo kiekvienais metais miršta 9 milijonai žmonių visame pasaulyje. Bet ši rizika galėtų būti mažesnė, nes hipertenzijos galima išvengti. Yra prevencijos būdų,

kurie mažiau brangesni ir saugesni pacientams, nei intervencijos, pvz.: širdies šuntavimo operacija (World Health Organization, 2013, p. 5). Taigi, reikalingas arterinės hipertenzijos valdymas, siekiant sumažinti sergančiųjų arterine hipertenzija skaičių, tame tarpe ir mirčių dėl hipertenzijos skaičių.

DARBO OBJEKTAS – arterinės hipertenzijos valdymas.

DARBO TIKSLAS – išanalizavus arterinės hipertenzijos valdymą, pateikti tobulinimo kryptis.

DARBO UŽDAVINIAI:

1. Apibrėžti arterinės hipertenzijos valdymo sampratą, aprašytą literatūroje.
2. Apžvelgti arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos valdymą, aprašytą literatūroje.
3. Aptarti arterinės hipertenzijos valdymo problemas ir tobulinimo kryptis, aprašytas literatūroje.
4. Nustatyti arterinės hipertenzijos priežastis bei prevencinės veiklos vertinimą.
5. Išanalizuoti arterinės hipertenzijos valdymo tobulinimo galimybes.

DARBO METODAI:

1. Mokslinės literatūros analizė
2. Kokybinis pusiau struktūrizuotas interviu
3. Kokybinė duomenų analizė ir apdorojimas
4. Modelio pateikimas

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Arterinės hipertenzijos valdymo samprata

Sveikata yra apibūdinama kaip didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, ją galima įvardinti kaip ypatingą prekę, kuri yra gaunama ir per sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Taip pat sveikata yra viena iš svarbiausių žmogaus socialinių teisių. Kiekvienoje šalyje sveikatos apsaugos sistema yra skirtinga, ji priklauso nuo konkrečios valstybės santvarkos bei vyraujančių politinių ideologijų. Pasaulio sveikatos organizacijos Liubianos chartijos pagrindiniai principai – sveikatos priežiūros sistema turi vadovautis teismo, žmogiškojo orumo, solidarumo, profesinės etikos vertybėmis, turėti aiškius tikslus, būti orientuota į kokybę ir pirminę sveikatos priežiūrą bei pagrįsta protingu finansavimu¹. Europos sveikatos asamblėjos PSO regioninio komiteto 61-oje sesijoje patvirtintas „Sveikata 2020“ dokumentas atkreipia dėmesį į esminę vertybių sistemą, kuria turėtų būti grindžiamas kiekvienos Europos šalies sveikatos sistemos funkcionavimas, t. y.: visuotinę aprėptį, teismumą sveikatos santykiuose, sveikatinimo ir sveikatos priežiūros prieinamumą, solidarumą įgyvendinant priemones, sistemos tvarumą, visuomenės dalyvavimą priimant sprendimus, orumą visuose sveikatinimo ir sveikatos priežiūros etapuose, diskriminavimo panaikinimą, skaidrumą priimant ir įgyvendinant sprendimus, atskaitomybę (Bielskytė ir kt., 2013, p. 47).

Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) sveikatą apibrėžia kaip visišką fizinės, dvasinės, socialinės gerovės būseną, o ne tik ligos arba negalios (invalidumo) neturėjimą. Remiantis tuo, sveikatą galima įvardyti kaip žmogaus fizinės, dvasinės, socialinės aplinkos pusiausvyrą, suderintą su visapuse funkcinę veikla. Sveikata – pagrindinė prasmingo ir kokybiško gyvenimo sąlyga, kurią lemia daugybė veiksnių: vidinė darna, socialinė parama, pasitikėjimas savimi ir kt. Sveikata nėra vien tik nepalankių nevaldomų išorinių aplinkybių pasekmė arba auka (Margienė ir kt., 2010, p. 9). Vienas efektyviausių visuomenės sveikatos priežiūros vadybos principų yra nuolatinis bendravimas su bendruomenių organizacijomis, asmens sveikatos priežiūros sektoriumi, akademinėmis institucijomis, nevyriausybinėmis organizacijomis. Sveikatos politikos formavimas yra vienas svarbiausių strateginių sveikatos apsaugos vadybos elementų. Sveikatos politika yra suderintas visų visuomenės politinių, socialinių bei ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikiai efektyviai medicinos pagalbai teikti. Tuo tarpu visuomenės sveikatos politika yra priemonių kompleksas aplinkos pokyčiams vykdyti siekiant geresnės žmonių sveikatos (ligų atsiradimo ir jų paplitimo mažėjimo) (Janušonis, 2008, p. 47, 48).

Arterinė hipertenzija – progresuojantis, daugybės tarpusavyje susijusių priežasčių nulemtas širdies ir kraujagyslių sindromas, glaudžiai susijęs su funkciniais bei struktūriniais širdies, kraujagyslių, inkstų, smegenų ir kitų organų pažeidimais, sukeliantis ankstyvą ligotumą ir mirtį. Tai dažniausia lėtinė liga išsivysčiusiose šalyse (serga > 25 proc. suaugusiųjų) (Miglinas ir kt., 2012, p. 551). Viena iš priežasčių, kuria remiantis galima paaiškinti blogą arterinės hipertenzijos kontrolę, tai yra, kad pacientai nesilaiko gydymo režimo (Verseckaitė, 2009, p. 776). Arterinė hipertenzija diagnozuojama, kai nustatomas arterinis kraujo spaudimas viršija 140/90 mm Hg. Tačiau yra ir kitos sistolinio ir diastolinio kraujospūdžio kategorijos. Jos pavaizduotos 1 lentelėje.

1 lentelė. Kraujospūdžio lygių apibrėžtys ir klasifikacija (mm Hg)

Kategorija	Sistolinis KS		Diastolinis KS
Optimalus	< 120	ir	< 80
Normalus	120-129	ir/ar	80-84
Didelis normalus	130-139	ir/ar	85-89
1 laipsnio hipertenzija	140-159	ir/ar	90-99
2 laipsnio hipertenzija	160-179	ir/ar	100-109
3 laipsnio hipertenzija	≥ 180	ir/ar	≥110
Izoliuota sistolinė hipertenzija	≥ 140	ir	< 90

Šalt.: 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, 2013, p. 1286.

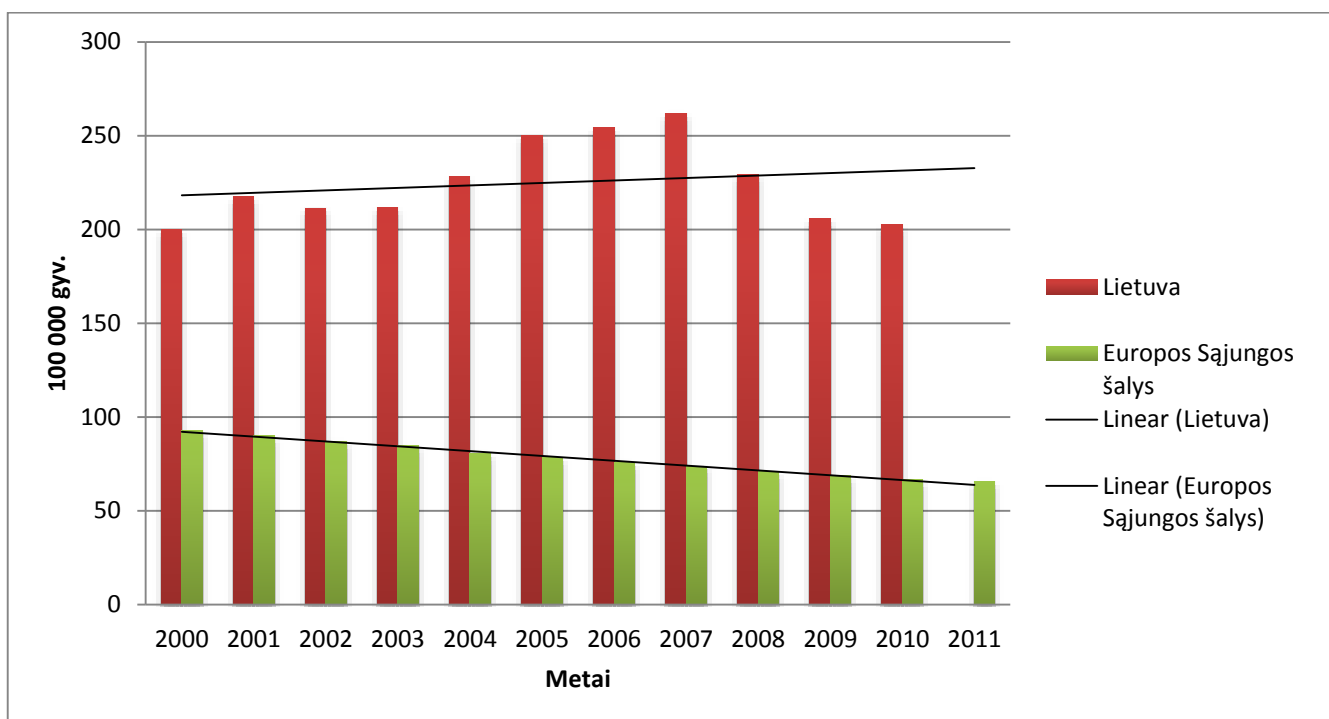
Apie 95 proc. atvejų nerandama jokios hipertenzijos priežasties. Tai pirminė arterinė hipertenzija. Jos vystymuisi svarbus paveldimas polinkis, vyresnis amžius, aterosklerozę sukeliantys rizikos veiksniai (rūkymas, alkoholio vartojimas, mažas fizinis aktyvumas, nutukimas, padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, ilgalaikis stresas, gausus druskos vartojimas ir t.t.). Apie 5 proc. pacientų kraujospūdžio padidėjimą sukelia kitos ligos (inkstų, antinksčių, aortos ir kt.). Tai antrinė arterinė hipertenzija, o kraujospūdžio padidėjimas yra vienas ligos simptomų (Norkienė ir kt., 2011, p. 132).

Kraujospūdžio mažinimas vartojant vaistus yra susijęs su labai sumažėjusiu sergamumu ir mirtingumu dėl širdies ir kraujagyslių ligų. Tačiau tai reikalauja didelių sveikatos priežiūros išteklių, o klinikinėje praktikoje hipertenzija dažnai nediagnozuojama, negydoma arba gydoma netinkamai. Hipertenzijos diagnostikos ir gydymo trūkumas kelia didelį susirūpinimą besivystančiose šalyse, kur gydymo ir kontrolės lygis paprastai yra mažesnis nei 10 proc. Hipertenzijos prevencija per gyventojų intervenciją yra labai patraukli ir ekonomiškai efektyvi strategijos programa, siekiant pagerinti

hipertenzijos gydymą. Egzistuoja daug įvairių gyvenimo būdo keitimo variantų, kurie gali efektyviai užkirsti kelią hipertenzijos vystymuisi (Miglinas ir kt., 2012, p. 572).

1.1.1. Arterinės hipertenzijos mirtingumo, sergamumo ir ligotumo situacija Lietuvoje

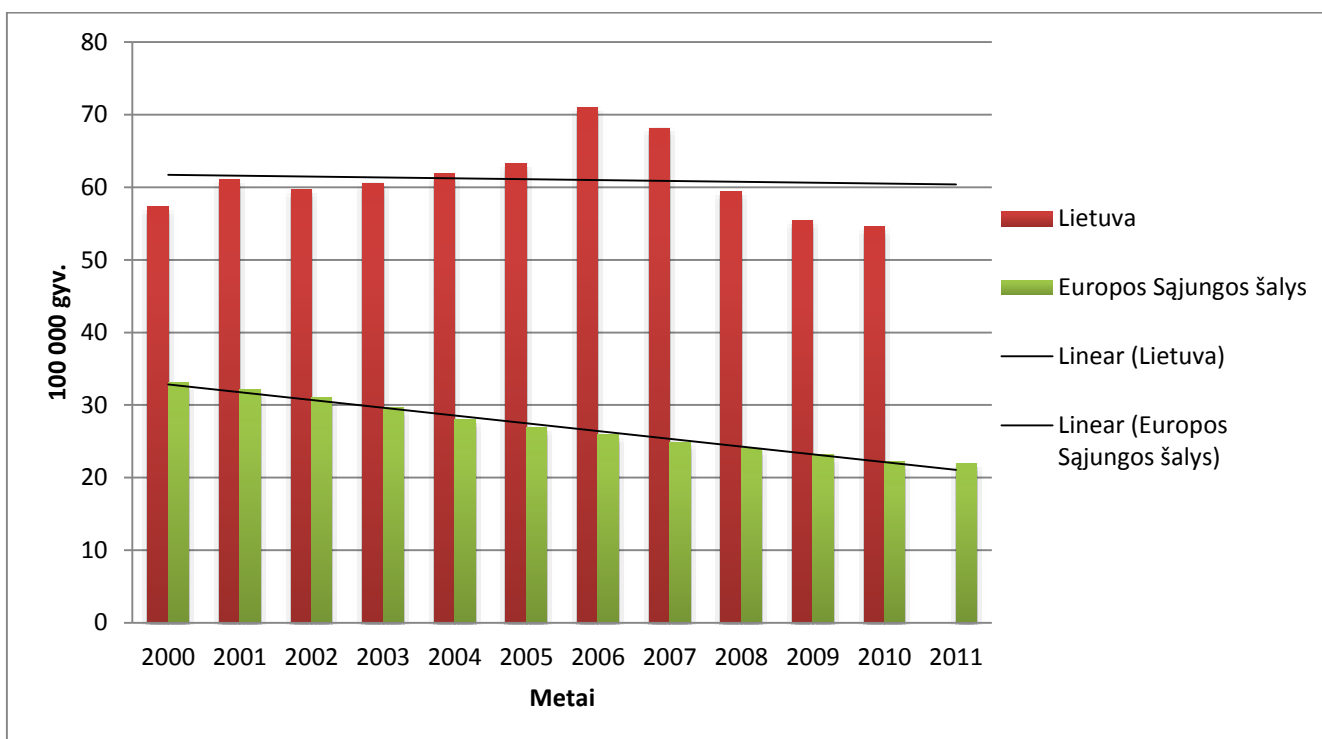
Širdies ir kraujagyslių ligos yra vienas didžiausių mirties rizikos veiksnių tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose šalyse, nuo kurių kasmet miršta 17 milijonų žmonių. Aukštas kraujo spaudimas yra vienas svarbiausių širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnių, lemiantis beveik du trečdalius visų insultų ir pusę visų išeminės širdies ligos atvejų. Be to, jis yra vienas pagrindinių demencijos, lėtinių inkstų ligų ir širdies nepakankamumo rizikos veiksnių. Naujausi vertinimai rodo, kad visame pasaulyje 7,6 mln. pirmalaikių mirčių (13,5 proc. viso pasaulio mirtingumo) ir 92 mln. neįgalumo atvejų (6 proc. visame pasaulyje) buvo susiję su aukštu kraujo spaudimu (Miglinas ir kt., 2012, p. 572). Literatūroje nurodoma, jog arterine hipertenzija serga pusė ar net du trečdaliai vyresnių nei 65 metų amžiaus žmonių. Ši liga vyresniame amžiuje turi tam tikrų ypatybių. Senstant labiau didėja diastolinis kraujospūdis, todėl AH tampa kur kas svarbesnių kardiovaskulinių ligų prognozinis rodiklis (Norkienė ir kt., 2011, p. 130). Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2012 m. Lietuvoje kraujotakos sistemos ligos sudarė 47,8 proc. vyrų ir 65,6 proc. moterų mirties priežasčių (Mirties priežastys 2012, p.7). Arterinė hipertenzija – tai ilgalaikis arterinio kraujospūdžio (toliau – AKS) padidėjimas (140/90 mmHg), nustatomas matuojant pakartotinai. Aukštas kraujospūdis sukelia 54 proc. insulto atvejų, 47 proc. – išeminės širdies ligos atvejų, 25 proc. kitų širdies ir kraujagyslių sistemos ligų. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, pasaulyje kiekvienais metais 7 mln. priešlaikinių mirčių įvyksta nuo arterinės hipertenzijos. Deja, kraujospūdžio kontrolė daugelyje šalių yra nepakankama – veiksmingai gydoma tik 15–20 proc. hipertenzija sergančių pacientų (Sveikata ir kt., 2011, p. 515).



1 pav. Standartizuotas 0-64 m. amžiaus vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų 2000-2011 m., skaičius 100 000 gyv.

Šalt.: Lentelė sudaryta autoriaus, remiantis European health for all database (HFA – DB). Prieiga internete: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

Bendras standartizuotas 0-64 m. amžiaus vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų Europos Sąjungos šalyse nuo 2000 m. palaipsniui mažėjo (žr. 1 pav.). 2011 m. šis rodiklis siekė 65,53 100 000 gyv. Tuo tarpu Lietuvoje standartizuotas 0-64 m. amžiaus vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų nuo 2000 m. labai kisdavo ir tendencija buvo didėjanti. Didžiausias mirtingumo rodiklis buvo 2007 m. Jis siekė 261,85 100 000 gyv. Būtent 2007 m. standartizuoto vyrų mirtingumo rodiklis Lietuvoje buvo 3,5 karto didesnis už bendrą Europos Sąjungos šalių vidurkį. Nuo 2007 m. standartizuoto vyrų mirtingumo rodiklis Lietuvoje mažėjo ir 2010 m. siekė 202,5 100 000 gyv. Tačiau šis rodiklis vis tiek buvo 3 kartus didesnis už bendrą Europos Sąjungos šalių vidurkį.

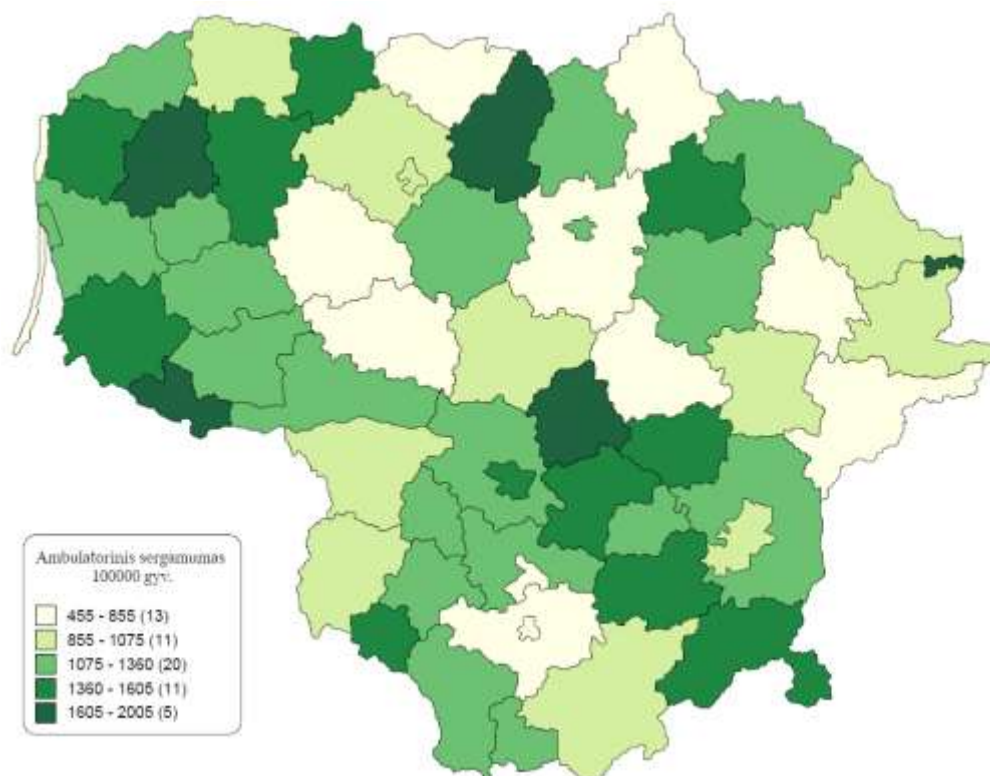


2 pav. Standartizuotas 0-64 m. amžiaus moterų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų 2000-2011 m., skaičius 100 000 gyv.

Šalt.: Lentelė sudaryta autoriaus, remiantis European health for all database (HFA – DB). Prieiga internete: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

Bendras standartizuotas 0-64 m. amžiaus moterų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų Europos Sąjungos šalyse nuo 2000 m. palaipsniui mažėjo (žr. 2 pav.). 2011 m. šis rodiklis siekė 21,95 100 000 gyv. Tuo tarpu Lietuvoje standartizuotas 0-64 m. amžiaus moterų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų nuo 2000 m. didėjo, nuo 2006 m. pasiekus aukščiausią rodiklį, t.y. 71,03 100 000 gyv. Pradėjo mažėti ir tendencija išliko nežymiai mažėjanti. Būtent 2006 m. didžiausias moterų mirtingumo rodiklis Lietuvoje buvo beveik 3 kartus didesnis už bendrą Europos Sąjungos šalių vidurkį. Mažiausias rodiklis buvo 2011 m. Jis siekė 54,6 100 000 gyv., tačiau vistiek išliko beveik 2,5 karto didesnis už bendrą Europos Sąjungos šalių vidurkį.

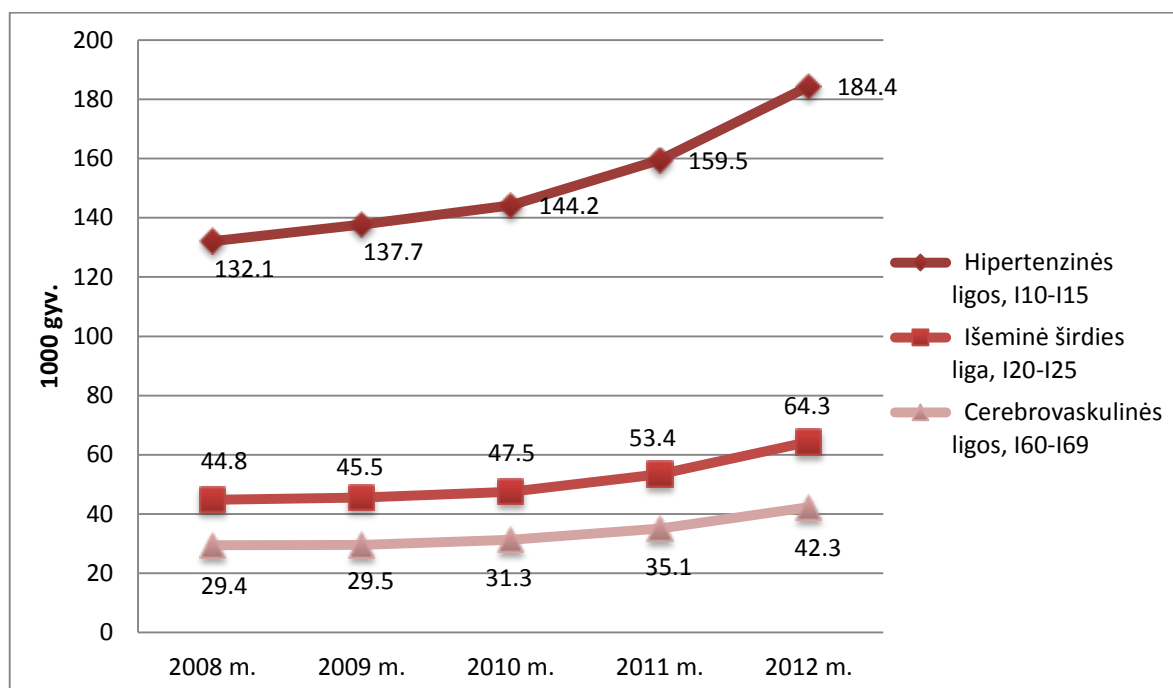
Sergamumas (pirminis sergamumas) – per metus nustatytų naujų ligos atvejų (ūmių ir pirmą kartą gyvenime išaiškintų lėtinių ligų) ir tų metų vidutinio gyventojų skaičiaus santykis (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2010, p. 11).



3 pav. Ambulatorinis sergamumas hipertenzija (I10-I15) Lietuvos savivaldybėse 2012 m.

Šalt.: SVEIDRA, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2013, p. 21.

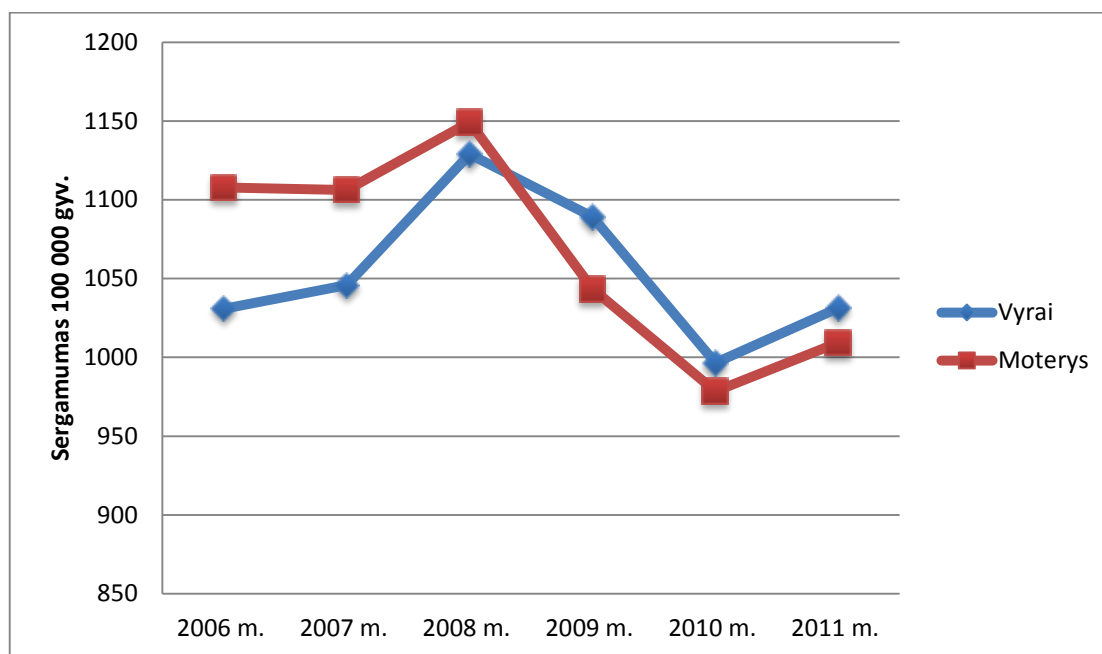
Ambulatorinis sergamumas hipertenzija Lietuvoje 2012 m. buvo 1148,56/100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis). Mažiausias sergamumas hipertenzija 100 000 gyv. 2012 m. buvo Utenos r. sav. (459,5), Neringos sav. (659,5) ir Kelmės r. sav. (667,5). Tuo tarpu didžiausias sergamumas hipertenzija tais pačiais metais buvo Jonavos r. sav. (2000,8), Visagino sav. (1851,6), Plungės r. sav. (1751,1).



4 pav. Sergamumas kraujotakos sistemos ligomis 1000 gyv. Lietuvoje 2008-2012 m.

Šalt.: Sudaryta autoriaus, remiantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 2008-2012 m.

Remiantis 2008-2012 m. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, hipertenzinių ligų (I10-I15) paplitimas Lietuvoje yra didžiausias tarp visų širdies ir kraujagyslių ligų (žr. 4 pav.). Pavyzdžiui, sergamumas hipertenzinėmis ligomis 2012 m. buvo beveik tris kartus didesnis už sergamumą išemine širdies liga ir keturis kartus didesnis už sergamumą cerebrovaskulinėmis ligomis. Nuo 2006 m. iki 2008 m. sergamumas hipertenzinėmis ligomis didesnis buvo tarp moterų, tačiau nuo 2008 m. iki 2011 m. sergamumas didesnis buvo tarp vyrų.



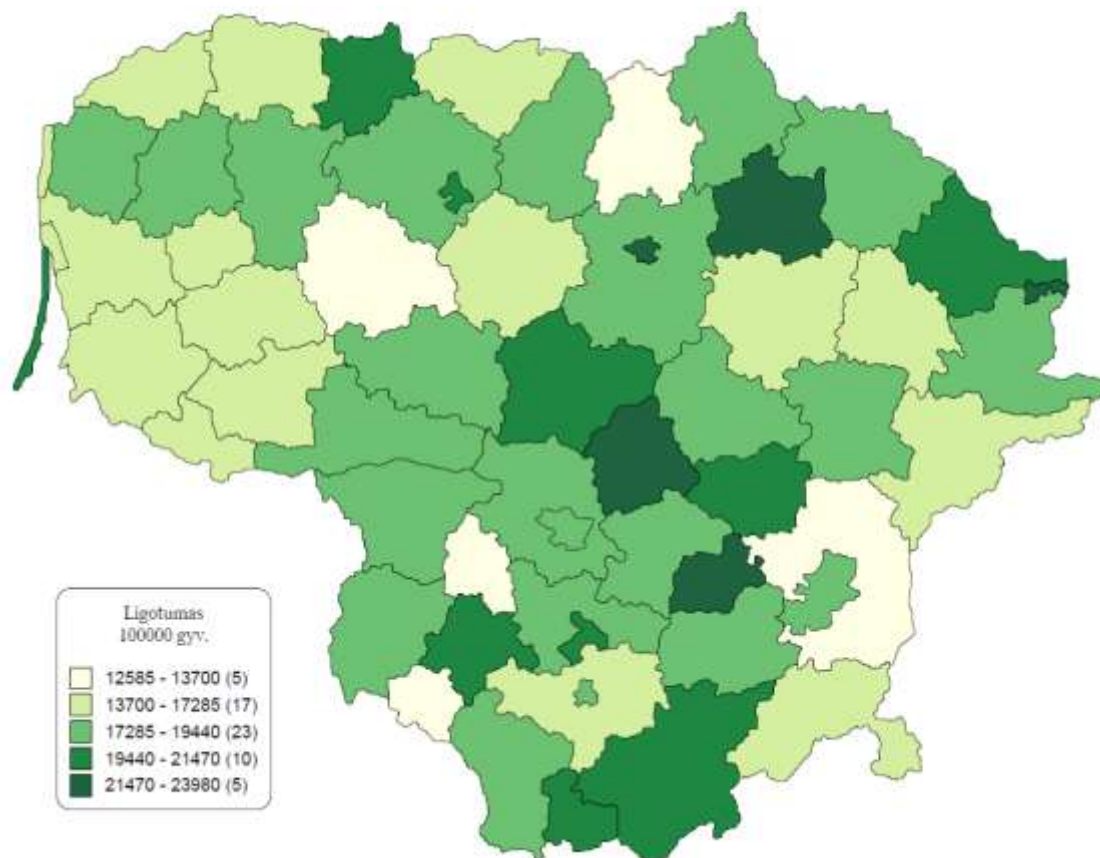
5 pav. Sergamumo hipertenzinėmis ligomis dinamika pagal lytį 100 000 gyv.

Šalt.: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2013, p. 3.

Daugumoje mokslinių tyrimų aprašytas atskirų rizikos veiksnių poveikis širdies ir kraujagyslių ligų vystymuisi. Taip pat nagrinėjama ir akcentuojama, kad visi rizikos veiksniai glaudžiai siejasi ir koreliuoja tarpusavyje. Galima teigti, kad nutukimas, dislipidemija ir hipertenzija egzistuoja kaip vienas rizikos veiksnių kompleksas susirgti ŠKL. Surinkta pakankamai įrodymų, kad šis rizikos veiksnių kompleksas, nustatytas vaikystėje, išlieka ir vyresniame amžiuje (Šmigelskaitė ir kt., 2012, p. 479). Lietuvoje atlikto tyrimo metu aukštesnis negu 129 mm Hg sistolinis kraujospūdis didina blogesnės emocinės būsenos tikimybę, o diastolinis kraujospūdis aukštesnis negu 80 mm Hg didina mažesnio fizinio pajėgumo tikimybę. Taip pat, kito atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, kad pacientai, sergantys arterine hipertenzija, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę vertino blogiau, nei nežinantys apie savo ligą, tačiau pacientų, kurių AH buvo gerai kontroliuojama, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo geresnė, nei tų pacientų, kurių AH nepakankamai koreguojama (Raškelienė ir kt., 2008, p. 2048).

Gyventojų kraujospūdžio net ir nedidelis sumažėjimas galėtų gerokai sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Manoma, kad visuomenės diastolinio kraujospūdžio sumažėjimas 2 mm Hg sumažina hipertenzijos paplitimą 17 proc., o išeminės širdies ligos (toliau – IŠL) ir insulto riziką atitinkamai 6 ir 15 proc. (Miglinas ir kt., 2012, p. 575).

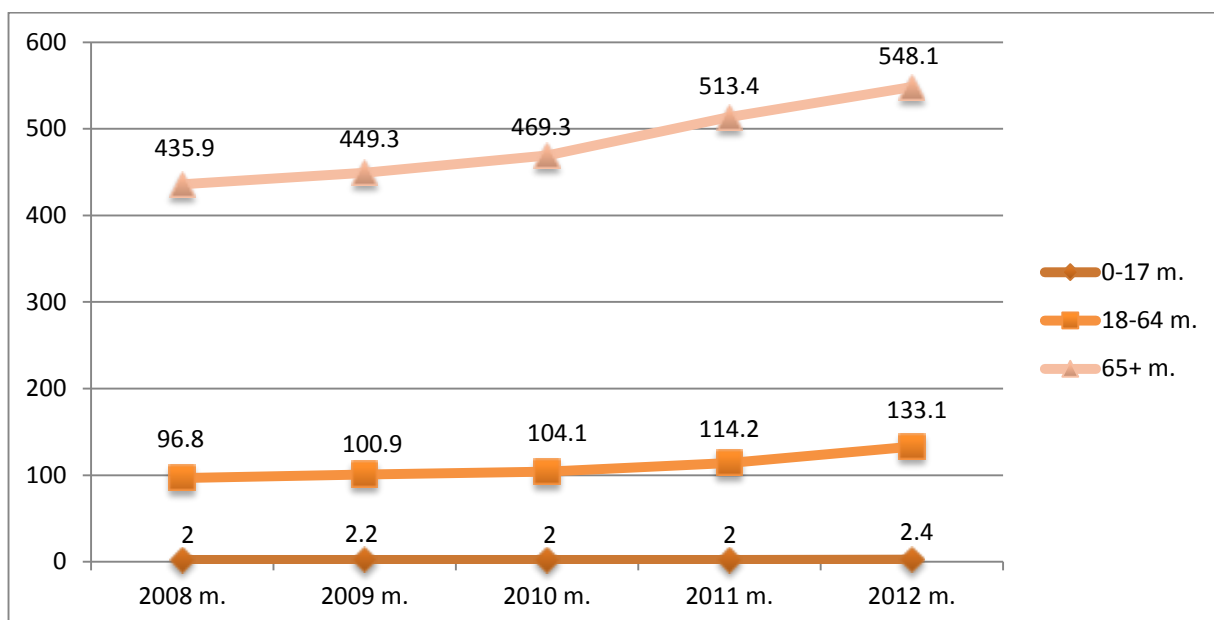
Ligotumas – bendras visų žinomų ligos atvejų skaičiaus ir gyventojų skaičiaus santykis tam tikru laiko momentu (dažniausiai metų gale) (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2010, p. 11).



6 pav. Ligotumas hipertenzija (I10-I15) Lietuvos savivaldybėse 2012 m.

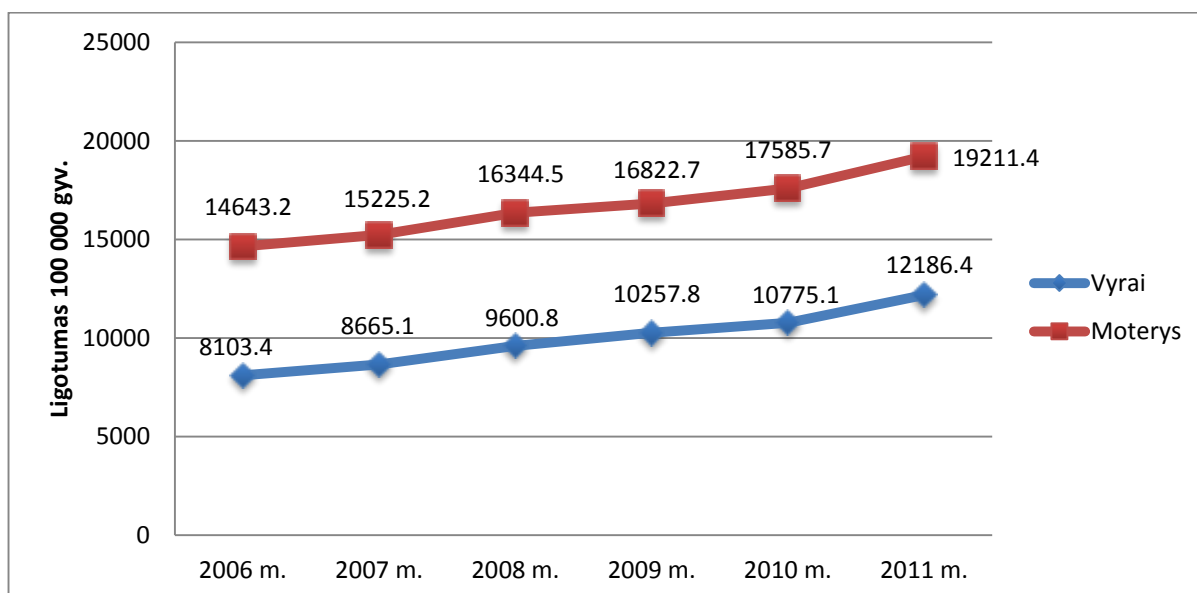
Šalt.: SVEIDRA, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2013, p. 40.

Ligotumas hipertenzija Lietuvoje 2012 m. buvo 18 037,58/100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis). Mažiausias ligotumas hipertenzija 100 000 gyv. 2012 m. buvo Pasvalio r. sav. (12 588,3), Kelmės r. sav. (12 858,3), Kazlų Rūdos sav. (12 968,1). Tuo tarpu didžiausias ligotumas hipertenzija tais pačiais metais buvo Elektrėnų sav. (23 979,4), Kupiškio r. sav. (23 367,6) ir Visagino sav. (22 683,2).



7 pav. Ligotumas hipertenzininėmis ligomis 1000 gyv. pagal amžiaus grupes Lietuvoje 2008-2012 m. Šalt.: Sudaryta autoriaus, remiantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 2008-2012 m.

Ligotumas hipertenzininėmis ligomis daugiausiai yra tarp 65+ m. amžiaus grupės asmenų ir tendencija išlieka kylanti. Amžiaus grupėje 0-17 m. ligotumas hipertenzininėmis ligomis išlieka beveik tolygus, tuo tarpu amžiaus grupėje 18-64 m. yra matomas ligotumo hipertenzininėmis ligomis didėjimas, o tai reiškia, kad hipertenzija pasireiškia ir jaunesnio amžiaus žmonėms, kitaip tariant, arterinė hipertenzija jaunėja.

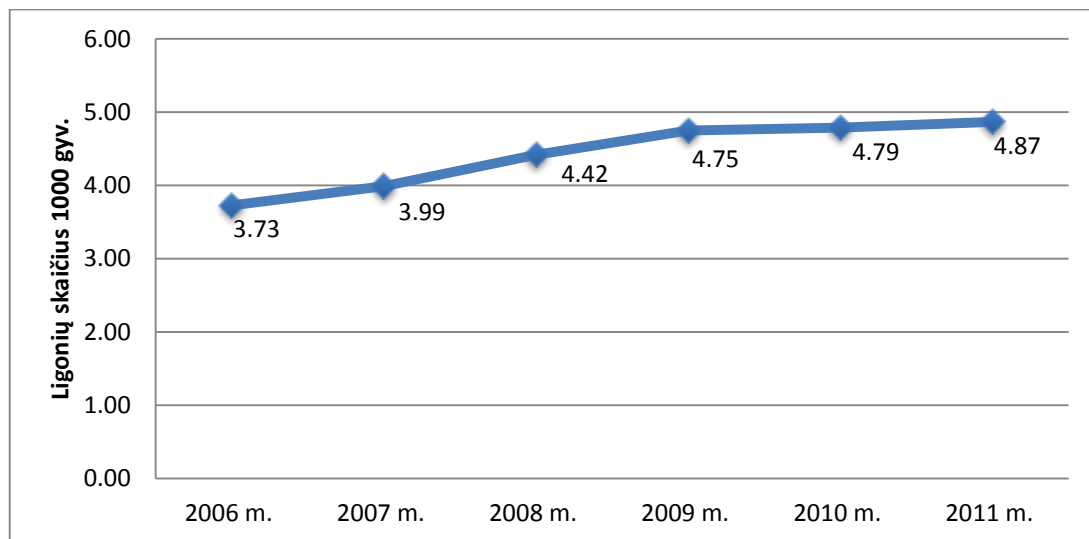


8 pav. Ligotumo hipertenzininėmis ligomis dinamika pagal lytį 100 000 gyv.

Šalt.: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2013, p. 3.

Ligotumas hipertenzinėmis ligomis tolygiai didėja tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų, tačiau moterų ligotumas hipertenzinėmis ligomis yra 1,57 karto didesnis nei vyrų (žr. 8 pav.). Stacionaruose gydytų ligonių, sergančių hipertenzine liga kasmet daugėjo. 2011 m. ligonių skaičius 1000 gyv. siekė 4,87 (žr. 9 pav.).

Išsivysčiusių šalių statistika liudija, jog apie 30 procentų nuo hipertenzijos kenčiančių žmonių nežino, kad jų kraujo spaudimas yra padidėjęs. Kiti 30 procentų ligonių žino apie savo ligą, tačiau nesigydo, ir tik kiti 30 procentų gydos, bet tarp jų 12-13 procentų gydos nepakankamai efektyviai arba neteisingai. Arterinės hipertenzijos paplitimas visame pasaulyje ir toliau didėja. Numatoma, kad arterinės hipertenzijos paplitimas padidės nuo 1,0 milijardo nuo 2000 m. iki 1,5 milijardo iki 2025 m. (Česnelvičienė, 2010, p. 730). 2012 m. mirtingumas nuo hipertenzinių ligų Lietuvoje 100 000 gyv. siekė 19,2 (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2013, p. 18). Be to, negydant pirminės AH, pusė ligonių mirtų nuo išeminės širdies ligos ir širdies nepakankamumo, trečdalis – nuo insulto ir 10-15 proc. – nuo inkstų funkcijos nepakankamumo (Šakalytė ir kt., 2010, p. 31).



9 pav. Stacionaruose gydytų ligonių, sergančių hipertenzine liga, pasiskirstymas 1000 gyv. (be dienos stacionaro atvejų).

Šalt.: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2013, p. 2.

Mokslinių tyrimų duomenimis, nustatyta, kad širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė išsivysčiusių šalių suaugusių žmonių mirties priežastis (Mastavičiūtė ir kt., 2011, p. 26). 2011 m. Lietuvoje buvo nustatyta, kad nuo ŠKL mirė daugiau nei pusė sirgusiųjų. Kas trečio mirusio darbingo amžiaus vyro ir moters pagrindinė mirties priežastis buvo išeminė širdies liga (Mirties priežasčių registras, 2012, p. 8). Susirgti ŠKL turi įtakos modifikuojami rizikos veiksniai (padidėjęs arterinis

kraujospūdis, dislipidemija, cukrinis diabetas, rūkymas, nutukimas, mažas fizinis aktyvumas) ir nemodifikuojami rizikos veiksniai (amžius, lytis, šeimtinė anamnezė, rasė) (Mastavičiūtė ir kt., 2011, p. 27). Šiuo metu prevencinės priemonės taikomos suaugusiems pacientams, siekiant koreguoti rizikos veiksnius (Perk et. al., 2012, p. 1636). Vis dažniau daroma išvada, kad prevencines priemones reikėtų pradėti vykdyti daug anksčiau.

1.1.2. Arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių valdymas

Arterinę hipertenziją lemia daugelis veiksnių. Kai kurios iš jų yra: lytis – vyras ar moteris po menopauzės, amžius (vyras > 55 m.; moteris > 65 m.) priskiriami somatiniams rizikos veiksniams. Kiti rizikos veiksniai: ankstyvos širdies ir kraujagyslių ligos, genetinis polinkis, cukrinis diabetas, padidėjęs bendras cholesterolis (Jankauskienė, 2006, p. 29). Manoma, kad kiekvieno asmens kraujo spaudimas 35–70 proc. yra nulemtas genų. Apie 50 proc. pacientų nustatoma šeimtinė padidėjusio kraujo spaudimo anamnezė arba tarp pirmos eilės giminių, prieš laiką mirusių nuo širdies ligų. Žmonės, kurių kraujo spaudimas normalus, bet kurių šeimoje yra hipertenzijos anamnezė, priklauso daug didesnės rizikos grupei nei žmonės, kurių šeimoje nėra tokios anamnezės. Tačiau didelę įtaką arterinės hipertenzijos atsiradimui turi ir elgsenos rizikos veiksniai, t.y. rūkymas, alkoholio vartojimas, antsvoris, mitybos įpročiai ir kt.

Per 50,0 proc. žmogaus sveikatos priklauso nuo jo gyvenimo (Jankauskienė ir kt., 2007, p. 25), o gyvenimo kokybei įtakos turi daugybė veiksnių. Taip pat yra ir su arterine hipertenzija. Dauguma klinikinių ir epidemiologinių tyrimų nustatyta, kad sergantieji arterine hipertenzija savo gyvenimo kokybę vertina blogiau nei nesergantieji arterine hipertenzija (Raškelienė ir kt., 2009, p. 405). Taigi, nesveika gyvenimo būdas, kaip rūkymas, nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas, netinkama mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas yra labiausiai paplitę tarp sveikatą žalojančių veiksnių bei skatina arterinės hipertenzijos atsiradimą. Ankstyvieji duomenys rodo, kad negydyta hipertenzija sutrumpina gyvenimo trukmę apie penkerius metus. Gyvenimo būdo pakeitimas turi didelį poveikį mažinant arterinį kraujo spaudimą ir tai turėtų būti rekomenduojama visiems pacientams, sergantiems hipertenzija (Česnelvičienė, 2010, p. 727, 728). Rizikos veiksniai ligų valdymo procese užima svarbią vietą, nes prevencinės priemonės valdant ligas yra daug veiksmingesnės nei gydymas. Rizikos veiksnių prevencija, jų eliminavimas daro didelę įtaką lėtinių ligų spektro, geografinei ir kiekybinei plėtrai, priežastinių lėtinės ligos kriterijų nustatymui (Janušonis, 2008, p. 35).

Viena svarbiausių nepakankamos hipertenzijos kontrolės priemonių – skirtas gydymo režimas nesilaikymas (Vrijens et al., 2008, p. 1114). A. Sveikatos, L. Marozienės, K. Borkienės (2011,

p. 517) Lietuvoje atlikto tyrimo, kurio tikslas buvo įvertinti sąsajas tarp hipertenzijos gydymo režimo laikymosi ir kraujospūdžio kontrolės, rezultatai parodė, kad du trečdaliai pacientų (67 proc.) nesilaikė skirto medikamentinio hipertenzijos gydymo režimo, o 74 proc. nesilaikė nemedikamentinių rekomendacijų. Šeimos gydytojai savo pacientams dažniausiai pateikė šias nemedikamentines hipertenzijos gydymo rekomendacijas: riboti valgomosios druskos kiekį bei laikytis atitinkamos dietos (vartoti pakankamai vaisių, daržovių, mažinti sočiųjų riebalų ir cholesterolio kiekį maiste). 25,98 proc. pacientų laikėsi nemedikamentinio gydymo režimo. Dažniausiai pacientai nesilaikė rekomendacijos reguliariai mankštintis. Tuo tarpu beveik visi pacientai, kuriems gydytojas patarė riboti alkoholinių gėrimų vartojimą, nurodė, kad laikosi šios rekomendacijos. Kitais atvejais nemedikamentinių rekomendacijų besilaikančių pacientų proporcija buvo panaši.

Nemedikamentinių priemonių reikšmė hipertenzijos gydymui taip pat didelė, tačiau rekomendacijų koreguoti gyvenamosios veiksniai laikosi dar mažiau hipertenzija sergančių pacientų lyginant su medikamentinio gydymo režimo laikymusi. Režimo nesilaikymo priežastys iš esmės yra panašios kaip ir medikamentinio gydymo režimo atveju: nepakankamos pacientų žinios apie ligą, sveikatos įsitikinimai, santykiai su gydytoju, taip pat įvairūs socialiniai ir aplinkos veiksniai (finansiniai, transporto problemos, eilės sveikatos priežiūros centruose ir kt.). Gyvenamosios veiksniai koregavimo rekomendacijų laikymuisi įtakos turi pacientų lytis, amžius, lėtinės ligos, išsilavinimas, etninė grupė, turimos pajamos. Tik ketvirtadalis (26 proc.) šio tyrimo pacientų laikėsi individualių nemedikamentinio gydymo rekomendacijų. Daugiausia pacientų nesilaikė rekomendacijos reguliariai mankštintis (70 proc.), tuo tarpu beveik visi pacientai (91 proc.) nurodė ribojantys alkoholinių gėrimų vartojimą. NHANES (angl. *the National Health and Nutrition Examination Survey*) tyrimo duomenų analizė taip pat parodė, kad valgomosios druskos ir alkoholio apribojimų laikėsi daugiau pacientų lyginant su rekomendacijomis mankštintis arba mažinti kūno svorį. Kūno svorio kontrolė ir fiziniai pratimai reikalauja daugiau laiko bei pastangų, be to, šios rekomendacijos dažnai būna gana neapibrėžtos (Sveikata ir kt., 2011, p. 518, 519).

Rūkymas. Šiuo metu jau nėra abejonės, kad rūkymas yra viena iš pagrindinių sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo priežasčių ir viena iš reikšmingiausių sveikatos problemų. Tabako rūkymas yra labiausiai paplitusi priklausomybės liga, sąlygojanti daugiau sveikatos problemų ir priešlaikinių mirčių nei visos kitos legalios ir nelegalios narkotinės medžiagos (Veryga ir kt., 2008, p. 417). Rūkymas lemia 50 proc. visų galimų išvengti mirčių, ir pusė iš jų susijusi su širdies ir kraujagyslių. Būtent rūkymas yra vienas svarbiausių išeminės širdies ligų rizikos veiksnių, kuris paankstina IŠL vienu dešimtmečiu (Rinkūnienė ir kt., 2009, p. 143). Kaip teigia K. Dambrauskienė ir kt. (2010, p. 38),

rūkytas yra sudėtingas psichologinis, socialinis bei kultūrinis fenomenas, tarp žmonių plintantis kaip epidemija, kuriai būdingi tam tikri dėsningumai. Pradinėse stadijose rūkytas išplinta aukštesniuose socialiniuose-ekonominiuose sluoksniuose, ypač tarp vyrų, vėliau plinta tarp kitų žmonių grupių. Metimas rūkyti yra kol kas veiksmingiausias būdas sumažinti sergamumą rūkymo sukeltomis ligomis ir mirštamumą nuo jų. Tačiau, metusių rūkyti, gyvenimo trukmė priklauso ir nuo to, kokio amžiaus būdami jie nustojo rūkyti. Įdomu tai, kad 35-44 metų žmonių, metusių rūkyti, gyvenimo trukmė panaši į nerūkančiųjų. Tačiau metusieji rūkyti iki 30 metų išvengia daugiau kaip 90 proc. rizikos, kurią sveikatai kelia tabakas (Verseckaitė, 2008, p. 320). Rūkaliai, metę rūkyti iki 50 metų, perpus sumažina riziką mirti per artimiausius 15 metų, palyginti su tais, kurie rūko toliau. Moterys, metusios rūkyti 65-erių, gyvenimo trukmę prailgina beveik ketveriais metais, palyginti su tomis, kurios nemeta rūkyti (Verseckaitė, 2008, p. 320). Taigi, metusių rūkyti gyvenimas ne tik prailgėja, bet ir pagerėja jo kokybė.

Alkoholis. Mūsų visuomenėje alkoholis yra neatsiejama gyvenimo dalis, todėl nenuostabu, kad dabar auga susidomėjimas sąsaja tarp alkoholio ir hipertenzijos (Randakevičienė, 2007, p. 784). Piktnaudžiavimas alkoholiniais gėrimais – vienas labiausiai paplitusių lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių. Vartojant daug alkoholio, didėja hipertenzijos ir smegenų kraujagyslių ligų rizika, o piktnaudžiaujantiems alkoholiu – staigios mirties rizika nuo hemoraginio galvos smegenų insulto (Jankauskienė ir kt., 2007, p. 26). Kiniečių atliktoje sisteminėje apžvalgoje nustatyta, kad alkoholio nutraukimas mažina sistolinį bei diastolinį kraujospūdžius atitinkamai 2,7 mm Hg ir 1,4 mm Hg (Randakevičienė, 2007, p. 785). Lietuva geografiškai ir kultūriškai priklauso PSO regionui, kuriame alkoholio suvartojama daugiausia pasaulyje. Lietuvoje alkoholio vartoja absoliuti dauguma gyventojų ir daugiau nei pusė vyrų alkoholio vartoja kas savaitę (Ignatavičiūtė ir kt., 2012, p. 21). Daugelio tyrimų duomenimis, vyrai alkoholį vartoja dažniau negu moterys, t.y. 93,5 proc. vyrų ir 83,2 proc. moterų. Stiprius alkoholinius gėrimus bent kartą per savaitę gėrė 33,9 proc. vyrų ir 11,5 proc. moterų. Palyginti su ankstesniais tyrimais, 2000 m. šis rodiklis buvo pats didžiausias (Jankauskienė ir kt., 2007, p. 27). Kaip jau buvo minėta, žalingas alkoholio vartojimas yra susijęs su daugeliu ligų ir sveikatos būklių, todėl užsienio moksliniuose tyrimuose įprasta vertinti alkoholio vartojimo sąlygojamą žalą. Alkoholio vartojimo pasekmėms priskiriama daugiau nei 50 sveikatos būklių, kurios dalinai ar visiškai siejamos su alkoholio vartojimu (Štelemėkas ir kt., 2013, p. 29). Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento (NTAKD) duomenimis, iki tol augęs alkoholio suvartojimas 2007 m. pasiekė 14,74 litrų absoliutaus alkoholio vienam gyventojui. 2008 ir 2009 m. absoliutus alkoholio suvartojimas, tenkantis vienam gyventojui, Lietuvoje nustojo augti ir mažėjo, o 2010 m. vėl pradėjo augti ir 2012 m. vienam Lietuvos gyventojui teko vidutiniškai 13,45 litro

absoliutaus alkoholio (Štelemėkas ir kt., 2013, p. 29). Girtavimas ir alkoholizmas išlieka viena skaudžiausių Lietuvos problemų, keliančių rimtą grėsmę modernios valstybės vizijai ir sėkmingai ekonominei bei socialinei plėtrai. Lietuvoje suvartojamas alkoholio kiekis, tenkantis vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui PSO rekomenduojamą saugią ribą (t. y. 6 litrai) viršiją daugiau nei du kartus. Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2013 m. vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui teko 15,4 litrų absoliutaus (100 proc.) alkoholio. Toks aukštas alkoholio vartojimas lygis neišvengiamai lemia įvairias neigiamas pasekmes gyventojų sveikatai ir socialinei gerovei. Ypatinę susirūpinimą kelia didėjantis vaikų ir jaunuolių girtavimas, bei vis jaunėjantis alkoholi vartojančiųjų amžius. Atlikti tyrimai rodo, kad alkoholinių gėrimų reguliarus vartojimas nuo 1994 iki 2010 m. tarp šalies penkiolikmečių berniukų išaugo du kartus, tarp mergaičių – tris kartus (Kubiliūtė ir kt., 2012, p. 25). Tikslinga įgyvendinti integralią kompleksinę švietimo ir sveikos gyvensenos ugdymo sistemą, kuri nuo ankstyvos vaikystės nuosekliai formuotų sveiko gyvenimo įgūdžius akcentuojant priklausomybių pasekmes sveikatai, šeimai ir visuomenei. Skatinti, visuomenės įsitraukimą į aktyvią veiklą apdovanojant savivaldybes, bendruomenes, mokyklas, įstaigas ar organizacijas, kurios labiausiai savo darbais ar asmeniniu pavyzdžiu prisideda mažinant alkoholio suvartojimą.

Tam, kad būtų sumažintas alkoholio vartojimas visuomenėje, nepakanka vien tik šeimos gydytojo konsultacijų. Būtina taikyti priemones ne tik valstybiniu lygmeniu, tačiau į alkoholio kontrolės programų rengimą turi įsitraukti ir savivaldybės. Fizinis alkoholio prieinamumas yra viena iš pagrindinių priemonių, darančių įtaką alkoholio vartojimui. Istorinė patirtis rodo, kad visiškas alkoholio prieinamumo ribojimas sumažina alkoholio vartojimą ir problemas, susijusias su alkoholio vartojimu, tačiau turi šalutinį poveikį – nelegalios alkoholio prekybos išplitimą. Alkoholio prieinamumo ribojimas, t. y. valandų, dienų, kortelių atitinkamam alkoholio kiekiui įsigyti įvedimas, sumažina alkoholio vartojimą ir su tuo susijusias problemas. Viena iš priemonių reguliuoti alkoholio prieinamumą yra valstybės monopolis. Fizinio alkoholio prieinamumo priemonės valstybei kainuoja pigiai, palyginti su išlaidomis sveikatai. Be to, daugelis tyrinėtojų teigia, kad alkoholio kaina turi tiesioginę įtaką alkoholio suvartojimo lygiui. Studijos rodo aiškų ryšį, kad pakėlus alkoholio kainą sumažėja alkoholio vartojimas visose amžiaus grupėse. Atlikto tyrimo metu nustatyta, kad teigiamai veiktų jei būtų sumažintas alkoholio įsigijimo taškų skaičius, gal net įsteigtos specializuotas alkoholio parduotuvės (Tamutienė, 2010, p. 106, 107). Be to, nustatyta, kad trumpos šeimos gydytojų ir kitų medikų konsultacijos dėl alkoholio vartojimo valstybei kainuoja pigiai ir teikia teigiamą poveikį. Dėl prevencinio švietimo programų pasitaiko prieštaringų nuomonių. Vieni teigia, kad ši priemonė brangiai kainuoja, tačiau nėra efektyvi, norint sumažinti alkoholio vartojimą ir jo keliamą žalą. Kiti teigia, kad

prevencinio švietimo programos negali būti alternatyva kitoms alkoholio reguliavimo politikos priemonėms, tačiau jos turi būti taikomos su kitomis alkoholio vartojimo reguliavimo priemonėmis (Tamutienė, 2010, p. 110). Dar kiti vertina švietimo programas, paremtas socialinių normų intervencijomis, ir daro išvadas, kad jos gana efektyvios tarp vaikų ir jaunimo (Neighbors et al., 2007, p. 558). Apibendrinat galima teigti, kad Lietuvai reikėtų labiau naudoti Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) rekomendacijomis į ankstyvąją alkoholio daromos žalos sveikatai intervenciją, įtraukti visų sričių gydytojus, ypač šeimos gydytojus (Tamutienė, 2010, p. 110).

Antsvoris. Nutukimas – vis svarbesnė visų šalių visuomenės sveikatos problema, daranti reikšmingą poveikį gyventojų sergamumui ir mirtingumui. Kas antras ekonomiškai stiprių šalių suaugęs gyventojas turi antsvorio, beveik kas trečias žmogus yra nutukęs. Lietuvoje antsvorio turinčių ir nutukusių žmonių taip pat daugėja: antsvorio turi 42 proc. vyrų ir 32 proc. moterų. Net 17 proc. Lietuvos moterų ir 11 proc. vyrų yra nutukę. Be to, dažniau nutunka žemesniems socialiniams sluoksniams priklausantys gyventojai, todėl nutukimas didina sveikatos skirtumus tarp socialinių grupių (Kriaučionienė ir kt., 2009, p. 37). Padidėjęs svoris yra vienas svarbiausių veiksnių, sąlygojančių arterinę hipertenziją (Česnuelvičienė, 2010, p. 731). Didėjant kūno masei, didėja ir sergamumas AH, kuri nutukusiems žmonėms pasitaiko apie 50 proc. atvejų. Populiaciniais tyrimais įrodyta, kad kūno masė arba kūno masės indeksas (toliau – KMI) prognozuoja hipertenzijos išsivystymą (Norkienė ir kt., 2011, p. 132). Tyrimais nustatyta, kad nutukimas susijęs su didesniu ligotumu, dėl to sutrumpėja gyvenimo trukmė. Esant didesnei kūno masei, dažniau stebėtas ne tik padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, bet ir hipercholesterolemija, hipertrigliceridemija, hiperurikemija, kepenų suriebėjimas ir kt. (Raškelienė, ir kt., 2008, p. 2048). Didėjant kūno masei, didėja ir sergamumas AH, kuri nutukusiems žmonėms pasitaiko apie 50 proc. atvejų. Naujas Framingham tyrimas rodo, kad 70 proc. naujų hipertenzijos atvejų priežastis – nutukimas ar neseniai padidėjusi kūno masė (Norkienė ir kt., 2011, p. 132). Dabar iš esmės sutariama, kad pagrindinės pasaulyje paplitusios nutukimo epidemijos priežastys yra nejudrus gyvenimo būdas ir riebus, daug energijos turintis maistas. Nutukimas gydomas šiais pagrindiniais metodais: maitinimosi korekcija (maisto raciono sudėties ir valgymo režimo modifikacija), fizinio aktyvumo didinimu, įpročių korekcija (elgsenos modifikacija), medikamentiniu ir chirurginiu būdu. Nutukimo gydymo problema nebus išspręsta vienu kuriuo nors iš šiuo metu naudojamų metodų. Reikia pripažinti, kad nė vienas jų negydo ligos – nutukimo, o tik mažina svorį, todėl šią svarbią sveikatos problemą padės įveikti tik sutelktos valdžios žmonių, pramonininkų, pedagogų, mokslininkų ir profesionalių sveikatos priežiūros darbuotojų pastangos. Kadangi nutukimas ir su juo susijusios lėtinės ligos yra visuomenės sveikatos problema, jai išspręsti

reikalinga tam tikra prevencija ir valdymo strategija (Brimas ir kt., 2007, p. 121, 122). Todėl būtina bendradarbiauti įvairių specialybių gydytojams – chirurgui, dietologui, endokrinologui, psichiatrui, visuomenės sveikatos specialistui, nes nutukimas yra kompleksinė liga, o jos gydymas turi būti individualus.

Fizinis aktyvumas. Vienas iš svarbiausių veiksnių, norint kontroliuoti kūno svorį, yra fizinis aktyvumas. Ir ne tik norint kontroliuoti savo svorį. Jis taip pat labai svarbus gerinant ir stiprinant žmogaus sveikatą, mažinant riziką susirgti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Fizinio aktyvumo stoka yra daugelio lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksny, galintis sukelti kitus rizikos veiksnius: lipidų apykaitos sutrikimus, antsvorį. Veikdami kartu, jie sustiprina vienas kito neigiamus poveikius ir skatina aterogenezės kraujagyslėse procesą bei arterinę hipertenziją (Europrev Guide on Promoting Health through Physical Activity, 2009, p. 45). Fizinis aktyvumas yra svarbi sveikos gyvensenos dalis. Judrumas, fizinis aktyvumas ir sportas yra svarbūs sveikatą įtakojantys veiksniai. Fizinis aktyvumas užtikrina kūno vystymąsi, apsaugo nuo ligų ir ankstyvo senėjimo. Sėslus gyvenimo būdas gali skatinti vystymąsi daugelio rimtų ligų tokių kaip: širdies ir kraujagyslių ligų, nutukimo bei cukrinio diabeto (Ticmane et al, 2008, p. 571, 572). Siekiant stiprinti gyventojų sveikatą savivaldybės teritorijose, buvo įkurti Visuomenės sveikatos biurai, kurių šiuo metu jau yra 32. Biurai aktyviai veikia sveikatos stiprinimo, lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos klausimais. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurai aktyviai organizuoja įvairius renginius, seminarus, mokymus vietos gyventojams. 2010 m. fizinio aktyvumo srityje buvo surengta daugiau kaip 4 tūkstančiai renginių, išleista ir išplatinta per 16 tūkstančių įvairių leidinių (Zabolotnaja, 2011, p. 86).

Druskos vartojimas. Mokslininkų nuomone, mitybos įpročiai ir sveikata yra glaudžiai susiję. Dėl nesveikos mitybos atsiranda išeminė širdies liga, arterinė hipertenzija, navikai, nuo insulino nepriklausomas cukrinis diabetas, nutukimas, osteoporozė, anemija, jodo sukelti sveikatos sutrikimai ir kitos ligos (Strukčinskienė ir kt., 2011, p. 33). Didelis druskos kiekis maiste yra svarbus veiksnys, lemiantis kraujo spaudimo didėjimą (Miglinas ir kt., 2012, p. 571). Suvartojamas druskos kiekis yra vienas veiksnių, didinančių arterijų standumą, kuris ir nulemia padidėjusį kraujo spaudimą (Kubiliūtė ir kt., 2012, p. 559). Padidėjęs arterijų standumas daugelyje atliktų studijų nustatytas kaip nepriklausomas rizikos veiksnys, lemiantis kardiovaskulinių įvykių atsiradimą ir sergančiųjų hipertenzija, lėtine inkstų liga, cukriniu diabetu mirštamumą (Cecelja et al., 2009, p. 1329). Arterijų standumas lemia padidėjusį sistolinį kraujo spaudimą, dėl ko padidėja kairiojo skilvelio pokrūvis ir sumažėja diastolinis kraujo spaudimas, lemiantis sumažėjusią vainikinių kraujagyslių perfuziją, todėl didėja kraujo spaudimas ir kardiovaskulinių įvykių rizika (Thanassoulis et al., 2012, p. 2836). Dauguma didelių epidemiologinių

stebėjimo tyrimų, atliekamų visame pasaulyje, yra susiję su dideliu druskos vartojimu ir hipertenzija. Viename pirmųjų didžiųjų pasaulinių druskos vartojimo tyrimų (INTERSALT) 24 val. šlapimo natrio kiekis buvo ryškiai susijęs su kraujo spaudimu, taip pat kaip kraujo spaudimo didėjimas susijęs su amžiumi. Druskos sumažinimas 5,8 g buvo susijęs su 3,1 mm Hg sistolinio kraujo spaudimo sumažėjimu. Be to, buvo nustatyta, kad gyventojai, kurie vartojo vidutiniškai mažai druskos turintį maistą, turėjo žemą kraujo spaudimą ir labai mažą arba jokio kraujo spaudimo didėjimo su amžiumi. Naujesni tyrimai patvirtino šias išvadas ir pateikė daugiau įrodymų apie druskos ir kraujo spaudimo santykį (Miglinas ir kt., 2012, p. 573). Vienas geriausių gyventojų druskos vartojimo sumažinimo pavyzdžių yra Suomija. Nuo 1970 m. čia buvo įgyvendinta gyventojų druskos vartojimo mažinimo politika, pagrįsta reguliavimu ir švietimu. Iki 2002 m. druskos vartojimas sumažėjo 40 proc. Pažymima, kad pasiektas didelis gyventojų mirtingumo nuo kraujospūdžio (>10 mm Hg) ir insulto bei IŠL (>70 proc.) sumažėjimas. Buvo apskaičiuota, kad druskos vartojimo sumažinimas buvo pagrindinis veiksnys (Miglinas ir kt., 2012, p. 575). Daugelyje šalių druskos vartojimas yra didelis, todėl druskos vartojimo mažinimo strategijos gali būti veiksminga priemonė siekiant sumažinti kraujo spaudimo ir su juo susijusių širdies ir kraujagyslių ligų riziką. Efektyvus vyriausybės, maisto pramonės, mokslo ir sveikatos organizacijų bendradarbiavimas yra būtinas norint pasiekti Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) rekomenduojamą gyventojų druskos vartojimo kiekį mažiau nei 5 g per dieną. Augant širdies ir kraujagyslių ligų mastui visame pasaulyje, ypač mažai išteklių turinčiose ir vidutinės pajamas gaunančiose šalyse, druskos vartojimo mažinimas yra viena ekonomiškai efektyviausių strategijų, kuriomis siekiama kovoti su aukšto kraujo spaudimo epidemija, susijusia su sergamumu širdies ir kraujagyslių ligomis, ir gerinti gyventojų sveikatą taip išvengiant ir arterinės hipertenzijos (Miglinas ir kt., 2012, p. 571).

Stresas. Stresas apibrėžiamas kaip patologinė psichologinės įtampos būklė, dažnai susijusi su nesugebėjimu prisitaikyti prie sudėtingos ar net agresyvios situacijos (Jakuitis, 2009, p. 12). Stresas yra svarbus aplinkos veiksnys, galintis lemti ūminį ir lėtinį kraujospūdžio padidėjimą: žmonių, nuolat išgyvenančių „didelį stresą“ ir užimančių žemesnį socialinį-ekonominį statusą, kraujospūdis didesnis nei asmenų, užimančių panašų statusą ir patiriančių „nedidelį stresą“. Nustatyta ir tai, kad priešiškas emocijas slopinantys asmenys yra labiau linkę susirgti hipertenzija (Norkienė, 2010, p. 63). Įrodyta, kad oksidacinis stresas – jungiamoji arterinės hipertenzijos ir aterosklerozės grandis. Taip pat oksidacinis stresas pripažintas viena svarbiausių senėjimo priežasčių (Jakuitis, 2009, p. 17).

1.2. Arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos valdymas

1.2.1. Asmenų, priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa

Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Europos šalių, lėtinės neinfekcinės ligos yra aktuali sveikatos problema, o šių ligų prevencija – prioritetinga sveikatos politikos sritis (Petronytė, 2013, p. 31). Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu bei įvertinus Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę, 2006 m. šalyje pradėta įgyvendinti asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913). Šiai programai įgyvendinti pasirinktas modelis, kuriame svarbus vaidmuo tenka pirminei sveikatos priežiūros grandžiai. Deja, šios programos efektyvumą mažinant gyventojų sergamumą ir mirtingumą Lietuvoje bus galima įvertinti tik ilgalaikėje perspektyvoje, tačiau kai kurie atlikti vertinimai rodo atskirų prevencinių programų veiksmingumą, jų tolesnio įgyvendinimo tikslingumą ir teigiamą poveikį asmens ir visuomenės sveikatai (Pečiūra ir kt., 2011, p. 51).

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa (toliau – programa) numato širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos priemonių, kurių efektyvumas pagrįstas medicinos mokslo įrodymais, įgyvendinimą Lietuvos Respublikoje. Programos tikslas – sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu, praeinančiu smegenų išemijos priepuoliu ar smegenų infarktu, periferinių arterijų tromboze), nustatyti naujus latentinių aterosklerozės būklių (miego arterijų stenozės, periferinių arterijų ligos, nebyliosios miokardo išemijos) ir cukrinio diabeto atvejus, siekiant sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų.

Programos uždaviniai:

- nustatyti asmenis, priskirtinus širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei (toliau – rizikos grupei), anksčiau nei pasireiškia klinikiniai ligos simptomai;
- parengti rizikos grupei priskirtiems asmenims taikytinas prevencijos programas ir prireikus siųsti juos į specializuotus širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinius (toliau – KPP) dėl nuodugnaus laboratorinio, kardiologinio ir angiologinio ištyrimo bei konsultavimo, o nustačius, kad tikimybė susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis ypač didelė, užtikrinti ilgalaikę prevencinę priežiūrą bei atlikti pakartotinius tyrimus;

- skatinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus plėtoti pirminę širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją: savarankiškai taikyti prevencines priemones nedidelės ir vidutinės rizikos grupių pacientams, didelės rizikos grupei prevencines priemones taikyti po KPP specialistų konsultacijos, ypač didelės rizikos grupei taikyti ilgalaikę prevenciją, vadovaujant KPP medikams;
- skatinti įvairesnių šiuolaikinių širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės, ankstyvosios aterosklerozės, cukrinio diabeto bei gliukozės tolerancijos sutrikimų nustatymo metodų taikymą;
- intensyviai keisti asmenų, priskirtų rizikos grupei, gyvenimą, skirti aterosklerozę ir aterotrombozę sulaikančius bei gliukozės metabolizmą koreguojančius medikamentus;
- stiprinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą didelės rizikos grupei priskirtinų asmenų nustatymo ir prevencinės priežiūros srityje: vykdyti tęstinę pacientų priežiūrą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – PASPI) ir specializuotuose širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniuose, šiuose padaliniuose apmokyti PASPI personalą, periodiškai aptarti širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir prevencijos principus bei metodikas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913 Vilnius).

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, kuriai kasmet skiriamos lėšos iš PSDF biudžeto, Lietuvoje įgyvendinama jau devynerius metus. Minėta programa skirta 40-55 metų vyrams ir 50-65 metų moterims. Pacientams, dalyvaujantiems asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programoje atliekami šie tyrimai: išmatuojamas ūgis, svoris, liemens apimtis, širdies susitraukimų dažnis, arterinis kraujo spaudimas, apskaičiuojamas kūno masės indeksas ((KMI) pagal formulę – svoris (kilogramais) padalintas iš ūgio (metrais) kvadratu). Įvertinami gyvenimos rizikos veiksniai (rūkymas, fizinis aktyvumas, mitybos įpročiai). Atliekamas kraujo tyrimas: gliukozės koncentracijos, bendro cholesterolio, mažo tankio lipoproteinų (MTL) cholesterolio, didelio tankio lipoproteinų (DTL) cholesterolio ir trigliceridų koncentracijos kraujo serume nustatymas. Užrašoma 12 derivacijų elektrokardiograma (EKG). Įvertinama bendra širdies ir kraujagyslių ligų rizika pagal SCORE lentelę, kuri patvirtinta Europos kardiologų draugijos metabolinio sindromo ar 2 tipo cukrinio diabeto diagnozė, aterosklerozės simptomai kituose arterijų baseinuose, ankstyvos KŠL šeiminė anamnezė (tėvai/vaikai sirgo KŠL: vyrai \leq 45 metų; moterys \leq 55

metų). Gydantis gydytojas PSPC kiekvienam pacientui rekomenduoja prevencines priemones (dieta, fizinis aktyvumas, rūkymo metimas, cholesterolio koncentraciją mažinantys vaistai, kraujo spaudimą mažinantys vaistai, cukrinio diabeto gydymas), kurios padės koreguoti rizikos veiksnius ir sumažinti pacientų kardiovaskulinę riziką. Vėliau 1 kartą per metus įvertinamas prevencinių priemonių efektyvumas ir bendra kardiovaskulinė rizika (t. y. kartojami visi pagal programą atliekami tyrimai) (Rinkūnienė ir kt, 2012, p. 639)

Programai nuo jos vykdymo pradžios kasmet skiriama vis daugiau lėšų, todėl pasitikrina vis daugiau žmonių. Palyginkime, (žr. 2 lentelė), pirmaisiais programos įgyvendinimo metais buvo panaudota 2,5 mln. litų ir pasitikrino daugiau kaip 21 tūkst. asmenų, o 2012 m. programai buvo skirta 12,6 mln. litų ir pasitikrino net 190 tūkst. žmonių (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Ligonų kasos: 2012-ųjų apžvalga, p. 30).

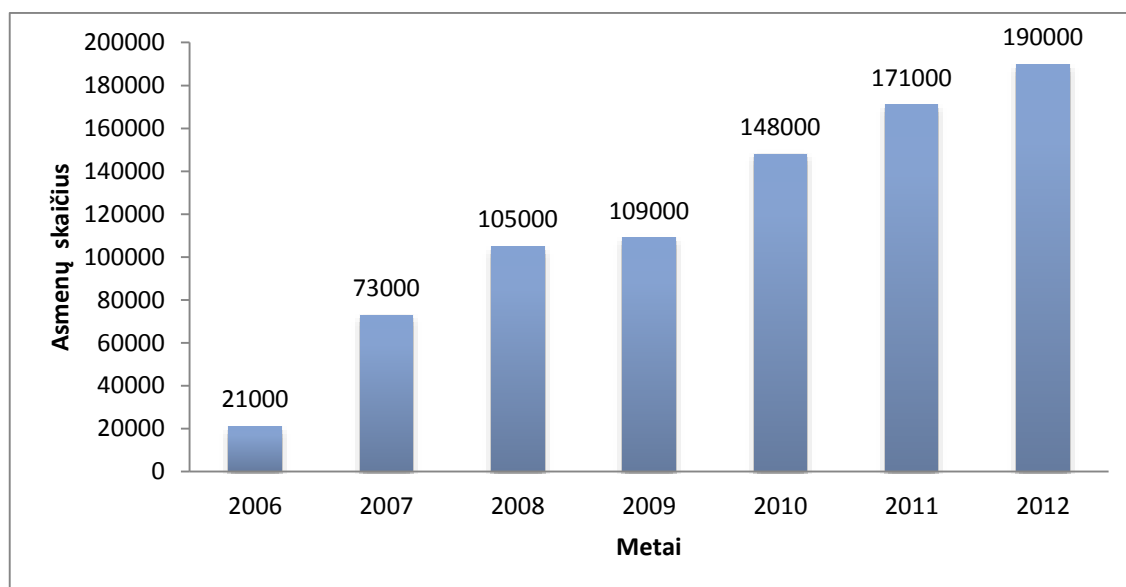
2 lentelė. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa

Metai	Skirta PSDF lėšų (mln. Lt)	Panaudota PSDF lėšų (mln. Lt)	Lėšų panaudojimas (proc.)	Patikrinta žmonių
2006	2,5	0,97	38,8	21 524
2007	3,5	3,44	98,3	73 147
2008	5,8	5,4	93,4	105 385
2009	7,385	5,729	78,0	109 858
2010	7,799	6,457	82,8	148 455
2011	10,272	9,538	92,9	171 435
2012	12,631	11,461	90,7	190 000

Šalt.: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012. Vasiliauskaitė ir kt., 2012, p. 69.

Vienas iš pagrindinių Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos uždavinių, paminėtų 2011 m. veiklos ataskaitoje, yra plėtoti prevencines programas. Pastaruoju metu vis daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai, nes laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas ir išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės

rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programoje 2012 m. patikrino 190 tūkst. asmenų (žr. 10 pav.). Tuo tarpu 2010 m. – 148 tūkst., o 2011 m. – virš 171 tūkst. (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2012, p. 12). Taigi, aiški tendencija rodo, kad per pastaruosius dvejus metus asmenų, dalyvaujančių prevencinėje programoje, daugėja ir tuo pačiu tikimasi, kad pirminėje sveikatos priežiūroje įdiegta programa leis atsirasti tikimybei, jog mažės išvengiamų mirčių dėl širdies ir kraujagyslių ligų bei bus užkertamas kelias didėti arterinės hipertenzijos paplitimui.



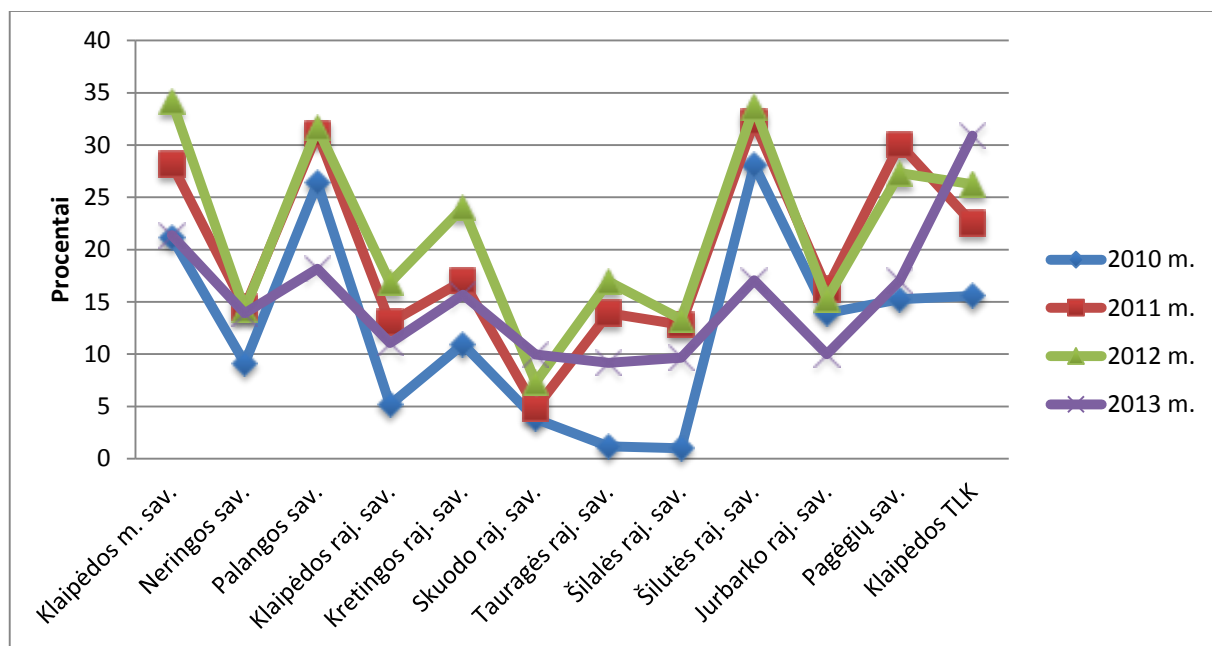
10 pav. Pagal širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą patikrintų žmonių skaičius 2006-2012 m.

Šalt.: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Ligonių kasos: 2012-ųjų apžvalga, 30 p.

Mokslinę studiją „Prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas“ atlikę ekspertai konstatavo, kad ši programa sumažino sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu), praeinančiais smegenų išemijos priepuoliais ar insultu (galvos smegenų infarktas, kraujosruvos) bei neįgalumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir žymiai paskatino cukrinio diabeto naujų atvejų išaiškinimą. Sumažėjus sergamumui ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, išvengta hospitalizacijos į kardiologijos skyrius (Vasiliauskaitė ir kt., 2012, p. 70).

Lietuvoje, taikant skirtingas metodologijas, atlikta keletas tyrimų, kuriuose nagrinėti gyventojų dalyvavimo prevencinėse programose veiksniai, taip pat ir nedalyvavimo jose priežastys. Anot Petronytės G. ir kt., atlikto tyrimo duomenimis, gyventojai, nedalyvavę prevencinėse programose,

pagrindinėmis nedalyvavimo priežastimis jose įvardijo gerą savijautą, laiko stoką ir kvietimų iš PAASPI negavimą. (Petronytė, 2013, p. 34).



11 pav. 2010-2013 m. asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas (proc.) Klaipėdos TLK aptarnaujamos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagal savivaldybes.

Šalt.: Sudaryta autoriaus, remiantis Klaipėdos teritorinės ligonių kasos duomenimis.

Remiantis Klaipėdos teritorinės ligonių kasos duomenimis apie asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymą (žr. 11 pav.), matome, kad beveik visose savivaldybėse prevencinės programos vykdymo proc. augo nuo 2010 m. iki 2012 m., tačiau 2013 m. daugelyje savivaldybių krito, tačiau bendras Klaipėdos TLK aptarnaujamos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigų vykdymo proc. 2013 m. buvo aukščiausias (30,89 proc.) lyginant 2010-2013 m. Jei lyginant tarp savivaldybių, tai aukščiausias prevencinės programos vykdymo proc. buvo 2012 m. Klaipėdos m. sav. (34,21 proc.) (2013 m. – 21,38 proc.), tuo tarpu tais pačiais 2012 m. žemiausias buvo Skuodo raj. sav. (7,29 proc.). Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo skirtumus tarp savivaldybių galima paaikškinti tuo, kad ne visi pacientai yra pakankamai informuoti apie vykdomą širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą, dėl geros pacientų savijautos ir kitų priežasčių.

Gyventojų informuotumas apie prevencines programas yra svarbus požymis, kuriuo remiantis galima spręsti apie dalyvavimą prevencinėse programose. Valstybinės ligonių kasos 2011 m. tyrimo duomenimis, 83,3 proc. moterų žino apie gimdos kaklelio, 78,2 proc. – apie krūties vėžį, 69,9

proc. vyrų apie priešinės liaukos vėžio, o 29,2 proc. gyventojų apie storosios žarnos vėžio ir 36,4 proc. – apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas (Lietuvos gyventojų nuomonė apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą, ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą 2009, 2010, 2011 m.). Taigi, lyginant širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą su kitomis, matome, kad apie pastarąją gyventojų žino tik 36,4 proc., t.y. mažiau nei du kartus apie gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą, nors širdies ir kraujagyslių ligos mirties priežasčių struktūroje pirmauja jau daugelį metų.

Atliktame tyrime gyventojai pagrindiniais informacijos šaltiniais apie vykdomas prevencines programas įvardijo televiziją, radiją (63,8 proc.) ir šeimos gydytoją (61,9 proc.). Moterys, palyginti su vyrais, dažniau teigė, kad informacijos apie prevencines programas gavo iš asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros sistemoje dirbančių specialistų ir PAASPI (informaciniai skelbimai, lankstinukai ir kt.) (Petronytė ir kt., 2013, p. 33). Kito atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad gydytojų, susiduriančių su problemomis, dėl kurių negali informuoti apie širdies ir kraujagyslių prevencinę programą visų pas juos apsilankančių tikslinės grupės asmenų, pagrindines priežastys yra tai, jog nepakanka laiko (69,5 proc.) ir kad šeimos gydytojas nėra pakankamai skatinamas, kad tam skirtų laiko (22,0 proc.) (Kanapeckienė ir kt., 2012, p. 30). Be to, programų įgyvendinimo rezultatus (pasiekimus) PAASPI analizuoja dauguma gydytojų – 74,5 proc. Mažiausiai prevencinių programų (toliau – PP) įgyvendinimo rezultatus analizuojančių gydytojų buvo Klaipėdos (64,2 proc.) regione, daugiausia – Šiaulių (86,5 proc.) ir Vilniaus (82,2 proc.) regionuose. Dažniausiai suteiktų PP paslaugų apimtys bei veiklos organizavimo aspektai analizuojami: bendrame darbuotojų susirinkime (86,5 proc.) kas ketvirtį (50,9 proc.) (Kanapeckienė ir kt., 2012, p. 33). Gydytojų požiūriu, pirmosios priežastys, dėl kurių programos paslaugomis pasinaudoja ne visi atrankinės grupės asmenys, yra tokios: gyventojai nesuinteresuoti dalyvauti prevencinėse programose (75,7 proc.), per menkas gydytojų finansinis skatinimas (34,5 proc.), gyventojai blogai informuoti apie prevencines programas (32,1 proc.), paslaugomis sudėtinga pasinaudoti dėl apsunkinto prieinamumo (26,4 proc.) (Kanapeckienė ir kt., 2012, p. 36). Šio tyrimo rezultatai įrodo, kad pirminėje sveikatos priežiūros grandyje reikalingi pokyčiai, t.y. funkcijų paskirstymas, slaugos personalo į prevencinę programą įtraukimas, visuomenės sveikatos specialistas, atvejo vadybininkas. Tyrime taip pat išryškėjo šeimos gydytojo lyderystė įgyvendinant prevencines programas. Gyventojai šeimos gydytoją laiko vienu pagrindinių jų informavimo apie prevencines programas PAASPI šaltinių. Kiti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (gydytojai specialistai, slaugytojai, visuomenės sveikatos specialistai), informuodami gyventojus apie prevencines programas, atlieka nežymų vaidmenį. Pagrindine problema išlieka sveikatos priežiūros sektoriaus specialistų aktyvumo ir bendradarbiavimo stoka, darant prielaidą

dėl nepakankamos jų motyvacijos, funkcijų pasiskirstymo, taip pat neskatinančios siekti gerų rezultatų apmokėjimo sistemos pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Aktualu ieškoti efektyvesnio prevencinių programų paslaugų teikimo modelio, diegiant įvairias organizacines inovacijas ir įtraukiant visuomenės sveikatos sektoriaus specialistus į visuomenės informavimo veiklą (Petronytė ir kt., 2013, p. 35).

Lietuvoje atlikto tyrimo duomenys rodo, kad papildomos gyventojų informavimo apie PP priemonės, tokios kaip laiškų siuntimas individualiai atrankinių amžiaus grupių asmenims, padidina dalyvavimo programose apimtį (Eigirdaitė ir kt., 2013, p. 127). Tyrimo metu paaiškėjo, kad PAASPI siekdamas gyventojus informuoti apie PP, susiduria su nepakankamo finansinio skatinimo už gyventojų informavimo priemonių diegimą PAASPI kliūtimi ir programinės įrangos, padedančios identifikuoti PP atrankinės amžiaus grupės asmenis ir vykdyti jiems suteiktų paslaugų apskaitą, trūkumo problema (Eigirdaitė ir kt., 2013, p. 128).

1.2.2. PAASP gerų darbo rezultatų – arterinės hipertenzijos hospitalizacijos intensyvumo rodikliai

Lietuvoje, visose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose taip pat yra įteisintas mokėjimas šeimos gydytojams už praktikoje taikomus gerus darbo rodiklius, susijusius su sergančiųjų lėtinėmis ligomis siuntimu konsultuoti ir gydyti stacionare. Įgyvendinant šį prioritetą nuo 2012 m. sausio 1 d. už gerus darbo rezultatus mokama atsižvelgiant į naują (praktikoje taikomą nuo 2008 m.) rodiklį – sergančiųjų arterine hipertenzija hospitalizaciją. Įtvirtinama, kad šeimos gydytojas pradėdamas papildomai finansiškai skatinti, kai gerai prižiūri sergantįjį arterine hipertenzija, skiria jam adekvatų gydymą ir šių pacientų hospitalizacijos dėl arterinės hipertenzijos vidurkis neviršija Lietuvos 2010 m. sergančiųjų arterine hipertenzija hospitalizacijos vidurkio. Hospitalizacija dėl arterinės hipertenzijos iš esmės nėra ribojama, nes pacientai į stacionarą gali pakliūti ne tik šeimos gydytojo siuntimu, bet ir atvykti patys arba gydytojų specialistų siuntimu. Taip pat labai svarbus punktas, kad šeimos gydytojo pacientų siuntimų gydytojo specialisto konsultacijai kiekis nėra ribojamas (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2012, p. 1).

Siekiant optimizuoti ir efektyvinti šeimos gydytojų darbą, didinama jų kompetencija – suteikiami įgaliojimai skirti ir vertinti daugiau laboratorinių tyrimų. Pažymėtina, kad tai yra tik viena iš šeimos gydytojo institucijos stiprinimo priemonių, diegiamų pastaraisiais metais. Siekiant efektyvesnės sergančiųjų lėtinėmis ligomis pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros, 2012 metais pradėtas mokėjimas už 3 naujus (praktikoje taikomus nuo 2008 metų) gerų darbo rezultatų rodiklius (hospitalizacijos dėl arterinės hipertenzijos, hospitalizacijos dėl bronchinės astmos bei hospitalizacijos

dėl cukrinio diabeto rodiklius) (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2013-03-26 Šeimos gydytojas: daugiau kompetencijos, daugiau motyvacijos).

Sergančiųjų arterine hipertenzija konsultacijų skaičius apskaičiuojamas nustatant konsultacijų dėl arterinės hipertenzijos atvejų per ataskaitinį laikotarpį ir prisirašiusių pacientų, kuriems diagnozuota ši liga, santykį (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2010, p. 26), kitaip tariant hospitalizuotų pacientų, kurių ligos kodas I10-I15, dalis (proc.), palyginti su bendru prisirašiusių pacientų, sergančių šia liga, skaičiumi. Nors šios priemonės pradėtos taikyti tik pernai, jau matomos teigiamos tendencijos. Štai hospitalizacijos dėl arterinės hipertenzijos procentas šalies mastu nuo 2,2 proc. 2011 metais sumažėjo iki 1,8 proc. 2012 metais. Klaipėdos TLK aptarnaujamos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendras rodiklis 2013 m. I pusmetį buvo 2,78 proc., o 2013 m. II pusmetį – 1,88 proc. Tai taip pat rodo, kad ir Klaipėdos TLK aptarnaujamos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigų hospitalizacijos dėl arterinės hipertenzijos procentas stipriai sumažėjo tais pačiais 2013 m. To ir siekiama, kad būtent pirminėje sveikatos priežiūros grandyje – pas šeimos gydytoją – pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, būtų suteikiama kuo geresnė sveikatos priežiūra ir nereikėtų gydymo ligoninėje (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2013-03-26 Šeimos gydytojas: daugiau kompetencijos, daugiau motyvacijos).

1.2.3. Prevencinių programų ir profilaktinių patikrinimų įgyvendinimo koordinatorius

Nuo 2014 m. lapkričio 1 d įsigalioja Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-377, kurio 12¹ punktas nurodo, kad jeigu prie asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ), teikiančios pirminės ambulatorines asmens sveikatos priežiūros (PAASP) paslaugas, yra prisirašę 10 tūkstančių ar daugiau gyventojų, šioje ASPĮ turi dirbti koordinatorius, kurio funkcijos – koordinuoti prevencinių programų ir profilaktinių patikrinimų įgyvendinimą, asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, informuoti pacientus apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bei atlikti kitas ASPĮ vadovo nustatytas funkcijas (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2014 m. kovo 19 d. Nr. V-377). Tai reiškia, kad koordinatoriai taps ne tik gydytojų pagalbininkais, raginančiais poliklinikos pacientus dalyvauti prevencinėse programose, konsultuojančiais sveikatos draudimo klausimais, bet ir pacientų globėjais. Jie padės lėtinėmis ligomis sergantiems žmonėms gauti reikiamas sveikatos paslaugas, ir esant poreikiui registruos pacientus pas gydytojus. Tikimasi, kad koordinatoriaus veikla sumažins darbo krūvį šeimos gydytojams ir slaugytojams, kuris ir taip yra didžiulis. Akivaizdžią naudą turėtų pajusti ir pacientai -

pagerės paslaugų prieinamumas ir kokybė, dalyvavimas prevencinėse programose padės anksti diagnozuoti ligas, kurias laiku gydant pasiekiami geri rezultatai.

Šeimos arba bendrosios praktikos gydytojui (toliau – BPG) priskiriamos labai svarbios patarėjo, koordinatoriaus, padedančio orientuotis sveikatos sistemoje, konsultuojančio elementariais sveikatos klausimais, stebinčio lėtinių ligų eigą, padedančio surasti reikalingą specialistą, pareigos. Šeimos gydytojų kompetencija rūpintis pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose – poliklinikose, ambulatorijose, šeimos gydytojų centruose – prisiregistravusių gyventojų gydymu ir ligų profilaktika. Todėl jo vaidmuo ypač reikšmingas visoje sveikatos sistemoje. Tai lemia visą sveikatos reformos sėkmę. Pirminės sveikatos priežiūros reformos proceso nuolatinė stebėseną ir reguliarius vertinimus yra vienas iš svarbių žingsnių (Jankauskienė, 2007, p. 153). Taigi, galima teigti, kad šeimos gydytojo institucija tampa vis reikšmingesnė: šeimos gydytojai teikia daugiau paslaugų, atlieka daugiau funkcijų ir aptarnauja didesnę pusę šalies gyventojų. (Jankauskienė, 2007, p. 158).

1.2.4. Nevyriausybinių organizacijų vaidmuo

Lėtinių ligų valdymas globaliniame, tarptautiniame, nacionaliniame, sveikatos priežiūros sistemos, jos organizacijų ir individo (paciento) lygmenyse šiuo metu yra vienas didžiausių iššūkių sveikatos politikams, vadybininkams, medikams ir patiems pacientams. Daugelio šalių sveikatos priežiūros sistemų ir medikų orientacija į neatidėliotinos ir skubios medicinos pagalbos teikimą, nepakankamas pagrįstos sveikatos priežiūros metodologijų taikymas praktikoje, netinkamas intervencijų ir jų objektų pasirinkimas apsunkina lėtinių ligų valdymą visuose lygmenyse. Pagrįsta sveikatos priežiūra, jos kokybė ir vadyba – valdomos sveikatos priežiūros taikiniai, todėl ligų valdymas ir valdoma sveikatos priežiūra yra tarpusavyje susiję (Janušonis, 2008, p. 33).

Vienas svarbiausių vaidmenų lėtinių neinfekcinių ligų (toliau – LNL) prevencijoje paprastai tenka organizuotai pilietinei visuomenei. Vis dėlto nevyriausybinių organizacijų (toliau – NVO), vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir ugdančių sveiką gyvenseną, galimybės vykdyti tokią veiklą, vertinant jų turimus žmogiškuosius ir finansinius išteklius, Lietuvoje visiškai netyrinėtos. Nevyriausybinių organizacijų (NVO) indėlis šioje srityje matuojamas ir vertinamas skirtingai, tačiau tikslus jų vaidmuo, veiklos efektyvumas nėra žinomas (Liutkutė ir kt., 2013, p. 35). V. Liutkutės, M. Štelemėko, A. Verygos (2013, p. 36) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad didžiausia (70,3 proc.) respondentų dalis savo veiklą nukreipia į daugelį rizikos veiksnių. Neapsiribodamos darbu su atskirais rizikos veiksniais, NVO parodo, kad į LNL prevenciją Lietuvoje žvelgiama kompleksiskai. Kaip matyti, iš visų rizikos veiksnių dažniausiai NVO savo veiklą nukreipia į tabako ir alkoholio kontrolę

(atitinkamai po 32,4 proc.). Nemaža dalis NVO (29,7 proc.) siekia skatinti fizinį aktyvumą. NVO, kurios savo veiklą nukreipia į daugybinius rizikos veiksnius, menkiausiai įsitraukę į veiklas darbovietėse, politikos formavimo srityje bei sveikatos priežiūros aplinkoje (Liutkutė ir kt., 2013, p. 36).

Kaip žinia, daugumos Lietuvos NVO veikla yra grindžiama savanoryste. Savanorių aktyvumą organizacijose, vykdančiose sveikatinimo veiklas, gali nulemti didelės savęs realizavimo galimybės ir tiesiogiai su individu susijusi nauda (pvz., galimybė nuolat būti fiziškai aktyviam, pagalba sprendžiant sveikatos ir psichologines problemas, galimybė skleisti ideologines nuostatas ir kt.). Finansavimas LNL prevencijai ir sveikos gyvensenos ugdymui neskiriamas 37,8 proc. organizacijų. Taigi, rezultatai rodo, kad dažniausiai NVO veikia neturėdamos aiškaus biudžeto ar iš viso jokių lėšų. 18,9 proc. NVO išorinį finansavimą 2009-2011 m. gavo iš savivaldybės fondų, 16,2 proc. iš Sveikatos apsaugos ministerijos. NVO lėšas įsisavino iš nacionalinių institucijų fondų, tai rodo, kad finansavimo srityje NVO bendradarbiavimas su savivaldos lygmens organizacijomis yra silpnesnis nei su nacionalinėmis institucijomis. 2012 m. rugpjūčio 1 d. Lietuvos Respublikos Seime buvo užregistruotas Sveikatos sistemos įstatymo papildymo 381 straipsniu įstatymo projektas Nr. XIP-4691, kuriuo siekiama įsteigti Valstybinį sveikatingumo fondą, sudaromą siekiant kaupti lėšas ir naudoti jas visuomenės sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veikloms (preveninėms programoms, projektams, socialinei reklamai, moksliniams tyrimams) remti. Kaip numatoma projekte, fondo lėšas sudarytų 2 procentai akcizo pajamų, gautų už alkoholinius gėrimus, bei kitos teisėtai būdais įgytos lėšos. Atsižvelgiant į tai, kad NVO turi pakankamai žmogiškųjų išteklių, gebančių vykdyti LNL prevenciją ir ugdyti sveiką gyvenseną, tačiau stokoja lėšų, tokio fondo atsiradimas galėtų iš esmės pakeisti LNL prevencijos vykdymo situaciją Lietuvoje ir ilgalaikėje perspektyvoje galėtų sumažinti LNL rodiklius (Liutkutė ir kt., 2013, p. 37-38). Apibendrinant galima teigti, kad nevyriausybinių organizacijų vaidmuo yra labai svarbus LNL prevencijoje, tame tarpe ir arterinės hipertenzijos.

1.2.5. Visuomenės sveikatos specialisto vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūroje

Daugiau kaip dešimtmetį vykstant dinamiškiems pokyčiams Lietuvos sveikatos sistemoje kasdien vis aiškiau imama suvokti, kad nepaisant didelių medicinos mokslo ir praktikos laimėjimų, vien tik asmens sveikatos sektoriaus pastangomis (individualistinė sveikatos priežiūra) neįmanoma pasiekti esminių visuomenės sveikatos rodiklių pokyčių, profesionalusis visuomenės sveikatos specialistų vaidmuo (aktyvioji sveikatos priežiūra) tampa vis svarbesnis. Iškilų poreikis ir būtinybė rengti naujos kartos visuomenės sveikatos specialistus, kitaip tariant tarpininkus tarp sveikatos politikų

ir asmens sveikatos profesionalų, kurių žinios, kompetencija bei gebėjimai leistų konstruktyviai spręsti ne tik asmens, bet ir visos moderniosios visuomenės sveikatos problemas (Vaičiūnas ir kt., 2013, p. 49). Racionalioje sveikatos priežiūros sistemoje visuomenės sveikatos įstaigos turėtų veikti išvien su pirminės priežiūros paslaugų tiekėjais sprendžiant visų gyventojų sveikatos priežiūros poreikius, o integruotų paslaugų teikimas turėtų būti įprasta kasdieninė veikla. Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimas yra viena iš strategijų, kurios pagrindiniai principai – sveikatos priežiūros teisingumas ir prieinamumas – sutampa su „Sveikata visiems“ tikslais, išreikštais Alma Atos deklaracijoje (Poliakovienė ir kt., 2011, p. 30).

Remiantis Lietuvos profesijų klasifikatoriuje pateikiamu profesijų pogrupio Nr. 2225 „visuomenės sveikatos priežiūros specialistai“ (toliau – VSPS) apibūdinimu, VSPS yra darbuotojas, pagal atliekamas funkcijas įgyvendinantis susirgimų profilaktikos priemones, vykdamas visuomenės sveikatos kontrolę, visuomenės sveikatos saugos ekspertizę, dalyvaujantis kuriant ir įgyvendinant visuomenės sveikatos teisės aktus, kuriantis ir įgyvendinantis visuomenės sveikatos programas, atliekantis visuomenės sveikatos mokymą, rengiantis mokslinius straipsnius ir ataskaitas, atliekantis kitas panašias užduotis bei vadovaujantis kitiems darbuotojams (Venckienė ir kt., 2011, p. 54).

Esminis šiuolaikinės visuomenės sveikatos stiprinimo požymis – ne tik įveikti ligas, bet ieškoti būdų, kaip saugoti ir stiprinti savo ir kitų sveikatą nuo mažens. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, bendraudami su žmonėmis, turi gebėti įsigilinti į jų problemas, padėti atpažinti sveikatą lemiančias priežastis bei naudingas priemones, kurios galėtų taikyti praktiškai, norėdami gyventi sveikai ir saugiai (Šveikauskas ir kt., 2011, p. 509). Siekiant išspręsti Lietuvoje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje kylančias problemas Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse numatyta, siekiant sukurti efektyvią sveikatos priežiūros organizavimo sistemą, tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą visuomenės sveikatos srityje integruoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas į pirminę asmens sveikatos priežiūrą, siekiant gerinti šių paslaugų kokybę ir prieinamumą, mažinti sveikatos priežiūros netolygumus bei plėtoti visuomenės ir atskirų jos grupių sveikatos stebėsenos sistemą, siekiant gerinti gyventojų sveikatą ir informuotumą sveikatos klausimais (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas, 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430, Vilnius).

Apibendrinant, galima teigti, kad šeimos gydytojai ir slaugytojai, pasitelkdami visuomenės sveikatos specialistus, galėtų atlikti pagrindinį vaidmenį išaiškinant ir koreguojant arterinės hipertenzijos rizikos veiksnius bendruomenėje, laiku diagnozuojant ligą ir koordinuojant jos priežiūrą.

1.3. Arterinės hipertenzijos valdymo problemos ir tobulinimo kryptys

Pirminė sveikatos priežiūros grandis – tai „vartai“, per kuriuos žmogus patenka į šalies sveikatos sistemą, o šios grandies pagrindinis uždavinys yra paslaugos, orientuotos ne į ligas, o į žmogų. Todėl ypač svarbios paslaugos gaunamos prevencinės medicinos srityje (Gurevičius ir kt., 2012, p. 33). Tinkamai organizuota pirminė sveikatos priežiūra turi galimybę taikyti efektyvias intervencines strategijas ir sveikatos stiprinimo, sveikatos mokymo modelius, siekiant paveikti individo elgseną ir mažinti rizikos veiksnių paplitimą bendruomenėje (Jurgutis, 2009, p. 35).



12 pav. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai

Šalt.: Jankauskienė ir kt., 2007, p. 153.

Pirminė sveikatos priežiūra yra piramidės pagrindas, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūros yra kiti, aukštesni sveikatos priežiūros lygiai. 80 proc. sveikatos problemų, kurias turi visa visuomenė, galima išspręsti pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Ir tik sunkios ir retos ligos reikalauja nuolatinės siaurų specialistų priežiūros, kuri yra daug brangesnė (Jankauskienė ir kt., 2007, p. 153). Prioritetas pirminei sveikatos priežiūrai skiriamas siekiant išvengti bereikalingų ir ženkliai brangesnių antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros paslaugų ir didesnių kaštų, o kai šis siekis neįgyvendinamas, sistema patiria nepagrįstų išlaidų (Miškinis ir kt., 2011, p. 57).

Pastaraisiais dešimtmečiais daugelyje pasaulio šalių dėmesio susilaukusi sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą ir jo poreikius tampa svarbia sveikatos sistemos reformos dalimi ir Lietuvoje. Vienas svarbių vadybos rodiklių daugelyje šalių yra įstaigų administracijos pastangos įvertinti, kokie gyventojų poreikiai ir kaip jie vertina teikiamas paslaugas, medicinos personalo darbo kokybę (Štaras ir kt., 2013, p. 168). Atkreipiamas dėmesys į nepalankią pacientui

sveikatos priežiūros sistemą bei sveikatos problemų vadybos stoka: ilgos planinės gydytojo konsultacijos laukimo eilės, eilės prie gydytojo kabineto durų, nepakankamas konsultacijos laikas, neiškus siuntimų konsultuoti ir atlikti tyrimus tikslas, ilgos planinės specialisto konsultacijos, pavargęs, nedėmesingas slaugytojas ir gydytojas. Mokslininkai Lietuvoje įrodė, kad viešosios vadybos stoka lemia kelių dešimčių pacientų eiles poliklinikose, neefektyviai išnaudojamą laiką, neatskirtus būtinosios ir planinės pagalbos reikalaujančių ligonių srautus. Teigiama, kad gydytojas nemažai laiko skiria dokumentams pildyti, dėl to per mažai laiko lieka ligonio apžiūrai. Pastebima, kad dažniausiai pacientai į ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą ateina tik tam, kad gydytojas pratęstų vaistų receptą, be to, senyvo amžiaus pacientai, turintys daugiau sveikatos sutrikimų, reikalauja daugiau gydytojo bei komandoje dirbančio slaugytojo laiko (Štaras ir kt., 2013, p. 168). Bendrosios praktikos gydytojas (BPG) per vieną valandą turi priimti 6 gyventojus, t.y. vienam asmeniui gydytojas gali skirti 10 min., nesvarbu, dėl kokios priežasties asmuo kreipiasi. Tai per trumpas laikas, kad BPG visais atvejais galėtų suteikti geros kokybės paslaugas, nustatytas BPG medicinos normoje. Skelbtos gyventojų apklausos parodė, kad didžiausią nepasitenkinimą kelia tai, jog gydytojai pacientams neskiria pakankamai laiko, yra nedėmesingi, nesuteikia išsamios informacijos (Jankauskienė ir kt., 2007, p. 178).

Lietuvoje svarbiausia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros bei šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos funkcija – integruota veikla, apimanti ne tik gydytojo, bet ir vadybininko vaidmenį. Šeimos gydytojo ir slaugytojo komanda vykdo ligų diagnozavimą, gydymą, profilaktiką, stebi ir koordinuoja lėtinių ligų eigą, padeda pacientui pasirinkti reikalingas paslaugas ir nukreipia jas gauti, padeda spręsti socialines problemas. Šeimos gydytojų teises, pareigas ir atsakomybę nustato 2006 m. patvirtinta šeimos gydytojo medicinos norma. Šia norma šeimos gydytojui pridėta daugiau pareigų socialinės medicinos srityje, kurios galbūt galėtų būti perduodamos atvejo vadybininkui. Dėl didelės veiklos apimties, asmens sveikatos priežiūros specialistai vis daugiau laiko skiria ne tiesioginiam darbui su pacientais, jų ligų diagnozavimui ir gydymui, bet įvairių dokumentų pildymui, mokymuisi naudotis neunifikuotomis, skirtingomis informacinėmis sistemomis bei kitoms daug laiko užimančioms veikloms, kurias įpareigoja Šeimos gydytojais medicinos norma, kaip išrašyti ir tęsti receptus, laikinojo nedarbingumo, nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimus, mirties liudijimus bei kitus medicinos dokumentus Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka. Šios tvarkos nėra apibrėžtos, todėl medicininių dokumentų, tiek popierinių, tiek elektroninių, daugėja, dėl ko trumpėja tiesiogiai pacientui skiriamas laikas (Štaras ir kt., 2013, p. 169). Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad Trečdalis pacientui skirto priėmimo laiko yra skiriamas įvairių dokumentų pildymui, profilaktiniam

darbui skiriama tik kiek daugiau nei 5 proc. darbo laiko, o dauguma šeimos gydytojų pirminiam paciento ištyrimui skiria nuo 5 min. iki 8 min. (Štaras ir kt., 2013, p. 184). Vieno atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad vienos iš pagrindinių kreipimosi į šeimos gydytoją priežastys yra recepto išrašymas (28,8 proc. moterų ir 27,0 proc. vyrų) ir siuntimo pas specialistą išrašymas (23,4 proc. moterų ir 17,7 proc. vyrų) (Kanapeckienė ir kt., 2012, p. 11). Pastebima, kad gydytojas nemažai laiko skiria dokumentams pildyti, dėl to per mažai lieka laiko ligonio apžiūrai, pokalbiui. Pacientas priverstas pas gydytoją eiti kelis kartus. Taip pat dažniausiai ligoniai ateina tik tam, kad medikas pratęstų išrašytą vaistų receptą. Dar viena opi problema yra tai, kad senyvo amžiaus ligoniai dažnai į sveikatos priežiūros įstaigą ateina tik pasišnekėti. Senyvo amžiaus žmonės turi daugiau sveikatos sutrikimų, todėl ir jų poreikiai didesni, reikalaujantys daugiau medikų laiko (Štaras ir kt., 2012, p. 117, 118). Atsižvelgiant į įvardintas problemas, kylančias ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje, galima išskirti kelias viešosios vadybos tobulinimo kryptis sveikatos priežiūros sistemoje: asmens socialinės integracijos sistemos vystymas bei plėtojimas, perduodant su sveikatos priežiūra nesusijusių funkcijų (pvz., paslaugų organizavimą ir koordinavimą) atvejo vadybininkui bei, taip gerinant sveikatos paslaugų prieinamumą, optimaliai išnaudojant paciento vizito asmens sveikatos priežiūros įstaigoje laiką. Keletas esminių atvejo valdymo funkcijų asmens sveikatos priežiūroje galėtų būti: pacientų identifikavimas, paslaugų poreikio nustatymas, paslaugų paketo sudarymas, slaugos koordinavimas, slaugos stebėjimas, suteiktų paslaugų efektyvumo įvertinimas, esant reikalui – paslaugų paketo modifikavimas. Atvejo vadybininkas būtų atsakingas už teikiamų paslaugų tęstinumą ir kokybę (Štaras ir kt., 2013, p. 169, 170).

Siekiant išspręsti Lietuvoje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje kylančias problemas Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse numatyta, siekiant sukurti efektyvią sveikatos priežiūros organizavimo sistemą, tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą pirminės sveikatos priežiūros srityje sukurti pirminės sveikatos priežiūros veiklos integracijos bandomąjį modelį, naudojant „atvejo vadybos“ principą (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas, 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430, Vilnius). Tikėtina, kad tai pagerins paslaugų prieinamumą ir sumažins tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį. Atvejo vadyba – bendradarbiavimu grindžiamas procesas, kai naudodamasis komunikacija ir turimais ištekliais atvejo vadybininkas, orientuodamasis į individualių poreikių patenkinimą, įvertina kliento galimybes, galimus pasirinkimus bei paslaugas, kurias vėliau planuoja, koordinuoja jų suteikimą, siekia kokybiškų ir ekonomiškai efektyvių rezultatų (Štaras ir kt., 2012, p. 118).

Pirminės priežiūros modelis (angl. *primary care model*). Šis modelis skirtas pirminei asmens sveikatos priežiūros paklausai padidinti, prevencinei veiklai gydytojų kabinetuose plėtoti, siekiant sumažinti hospitalizaciją ir skubių iškvietimų skaičių, taip pat paslaugų prieinamumo barjerams šalinti, keičiant siuntimo pas gydytoją tvarką (Štaras ir kt., 2012, p. 120). Nuo 2011 metų Tokia atvejo vadybos studija jau taikoma VŠĮ Centro poliklinikoje dirba 3 šeimos gydytojo ir slaugytojo asistentai (toliau – atvejo vadybininkai arba asistentai). Pagrindinės atvejo vadybininkų funkcijos yra šios: informuoti pacientus apie vykdomas valstybines prevencines programas, teikiamas paslaugas ir įkainius, registruoti pacientus pas gydytojus, tikrinti, pildyti paciento kontaktinius duomenis, analizuoti greitosios medicinos pagalbos (GMP) ataskaitas ir kviesti pacientus pas gydytoją po GMP vizitų, tikrinti pacientų draustumą, konsultuoti privalomojo sveikatos draudimo klausimais bei bendradarbiauti su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais (Štaras ir kt., 2012, p. 122). Atlikus atvejo vadybininko VŠĮ Centro poliklinikoje vertinimą, rezultatai parodė, kad didesnis moterų dalyvavimas gimdos kaklelio prevencinėje programoje, didesnis pacientų informuotumas įrodo atvejo vadybininko naudingumą. Bendraudami su pacientais ir pirmine asmens sveikatos priežiūros komanda (slaugytojais, gydytojais), asistentai gerina paslaugų prieinamumą, tęstinumą, taip pat prisideda išsaugant gyventojų sveikatą (Štaras ir kt., 2012, p. 125).

Apibendrinant, atvejo vadyba padės užtikrinti geresnę pacientų priežiūrą ir įgalins sutaupyti lėšų tik tuo atveju, jei modelis bus gerai suprojektuotas, dirbs tinkamai ir profesionaliai apmokyti atvejo vadybininkai ir komanda, kurie funkcionuos platesnėje paslaugų teikimo sistemoje, kurioje integruota ir koordinuota priežiūra yra skatinama ir vertinama. Bet tai neišvengiamai padidins paslaugų kainą (Štaras ir kt., 2012, p. 121).

2. TIRIAMOJI DARBO DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimo tipas – kokybinis. Anot Bitino B., Rupšienės L. ir kt. (2008, 39 p.), kokybinio tyrimu siekiama ne verifikuoti jau suformuluotus teiginius apie socialinę tikrovę, t.y. patikrinti jų teisingumą, o atlikti mokslinę žvalgybą – aprašyti pasirinktą pažinimo objektą, gauti duomenų apie mažai tirtą socialinį reiškinį ar procesą ir šių duomenų pagrindu kurti hipotetinį, tolesniam tikrinimui skirtą objekto modelį. Kokybiniai tyrimai, nebūdami priklausomi nuo hipotezių, pasižymi lankstumu bei duomenų indukcinė analize, kuri induktyvią tyrėjo logiką priskiria prie kokybinių tyrimų bruožų. Kokybinių tyrimų skiriamųjų bruožų analizė, atlikta remiantis įvairiais šaltiniais, leidžia jį apibūdinti kaip sistemingą, nestruktūrizuotą atvejo ar individų grupės, situacijos ar įvykio tyrimą natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti tiriamuosius reiškinius bei pateikti interpretacinį, holistinį jų paaiškinimą. Kokybinių tyrimų metodai yra lankstūs, nes orientuoti į interpretaciją, o ne į matavimus; į procesą, o ne į išvadą; sutelkia dėmesį į situacijos ir elgesio ryšį, kuris daro didžiausią įtaką patirties formavimui. Be to, skirtingai negu kiti, kokybiniai tyrimo metodai labiau gilinaisi į daiktų ir reiškinių kilmę, o ne į skaičius (Kardelis, 2007, p. 104, 105).

Tyrimo metodas – pusiau struktūrizuotas interviu. Struktūrizuotas – tai kai klausimai ir visa procedūra numatomi iš anksto, ir interviu eigoje mažai kas keičiama; šiuo atveju situacija esti apibrėžta (Kardelis, 2007, p. 99). Kokybinis pusiau struktūrizuotas interviu buvo atliekamas 2014 m. kovo mėnesį dvejose įstaigose (daugiaprofilinėje ligoninėje ir ambulatorinėje klinikoje). Pasirinkta tyrimo populiacija – šeimos gydytojai, gydytojai specialistai, bendrosios praktikos slaugytojos. Tam tikri kriterijai nebuvo išskirti. Iš viso tyrime dalyvavo 12 informantų: 4 slaugytojos, 5 šeimos gydytojai, 2 vidaus ligų gydytojai, 1 gydytojas kardiologas. Pokalbiai su visais informantais buvo įrašomi, prieš tai jų atsiklausus. Vėliau įrašas buvo perkeltas į tekstinę medžiagą.

Tyrimo instrumentas – interviu klausimynas su 5 klausimais. Klausimų tipas yra su laisvai formuluojamais atsakymais, kur neribojamas nei turinys, nei forma. Šių klausimų privalumai: suteikia galimybes lanksčiau vesti interviu, t.y. atsižvelgiant į atsakymą, formuluoti kitą klausimą, išsiaiškinti niuansus, sužinoti respondento žinių gilumą ir pan. (Kardelis, 2007, p. 100). Taigi, atsižvelgiant į pašnekovo specifiką, pokalbio metu buvo užduodami papildomi spontaniškai interviuotojui kylantys klausimai, skirti patikslinti ir papildyti. Toks informacijos rinkimo būdas buvo pasirinktas dėl jo universalumo ir lankstumo.

NR.	KLAUSIMAI	KLAUSIMO TIKSLAS
1.	Kaip manote, ar daugėja žmonių, turinčių padidėjusį arterinį kraujo spaudimą?	Nustatyti
2.	Kaip manote, ar pakankamai yra vykdoma arterinės hipertenzijos prevencinė veikla?	Nustatyti
3.	Kokias priemones pasiūlytumėte, kad sumažinti arterinės hipertenzijos paplitimą?	Sužinoti
4.	Kokios, Jūsų manymu, organizacijos galėtų įsitraukti į arterinės hipertenzijos prevencinę veiklą?	Sužinoti
5.	Kaip manote, ar veiksminga būtų, jei visuomenės sveikatos specialistas dirbtų sveikatos priežiūros įstaigoje?	Nustatyti

Tyrimo imtis – 12 specialistų (šeimos gydytojai, gydytojai specialistai, bendrosios praktikos slaugytojos). Tyrimo imtis nebuvo iš anksto nustatyta. Todėl apklausiant informantus buvo naudojama teorinio prisotinimo atranka. Tyrimas buvo baigtas, kai nebebuvo gaunama naujų ar prieštaraujančių duomenų, tai yra, pasiektas teorinis prisotinimas.

NR.	PAREIGOS	IŠSILAVINIMAS	DARBO STAŽAS
1.	Bendrosios praktikos slaugytoja	Aukštasis universitetinis	19
2.	Bendrosios praktikos slaugytoja	Aukštasis universitetinis	27
3.	Vidaus ligų gydytojas	Aukštasis universitetinis	27
4.	Šeimos gydytojas	Aukštasis universitetinis	32
5.	Šeimos gydytojas	Aukštasis universitetinis	34
6.	Šeimos gydytojas	Aukštasis universitetinis	22
7.	Bendrosios praktikos slaugytoja	Aukštesnysis	30
8.	Bendrosios praktikos slaugytoja	Aukštasis universitetinis	4
9.	Šeimos gydytojas	Aukštasis universitetinis	33
10.	Šeimos gydytojas	Aukštasis universitetinis	9
11.	Vidaus ligų gydytojas	Aukštasis universitetinis	19
12.	Gydytojas kardiologas	Aukštasis universitetinis	30

Tyrimo etika. Bendra tyrimų etikos ypatybė susijusi su tų institucijų ar organizacijų, kuriose planuojama vykdyti tyrimus, leidimo gavimu (Kardelis, 2007, p. 41). Leidimai atlikti tyrimą gauti iš abiejų įstaigų vadovų (priedas 1, priedas 2).

Kokybinio tyrimo rezultatai analizuoti kokybinio turinio (angl. *content*) analizės metodu, gilinantį į objektą ir kontekstą, domintis kategorijų panašumais ir skirtumais. Kokybinė turinio analizė buvo atliekama nuosekliais žingsniais. Skaitant informantų aprašus išskirtos 5 informacijos grupės, kurios buvo suskirstytos į atskiras kategorijas, o kategorijos – į subkategorijas. Informantų atsakymuose ieškota teiginių, pagrindžiančių išskirtas subkategorijas. Tada duomenys buvo interpretuojami ir daromos bendros visos kategorijos išvados, jas siejant su viso tyrimo kontekstu.

Pateikti klausimai buvo suskirstyti į penkias pagrindines informacijos grupes: arterinės hipertenzijos paplitimo situacija ir priežastys; arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos vertinimas ir pacientų dalyvavimas; arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos tobulinimo kryptys; organizacijų įsitraukimas į arterinės hipertenzijos prevencinę veiklą; visuomenės sveikatos specialisto poreikio vertinimas pirminėje sveikatos priežiūroje.

2.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

2.2.1. Arterinės hipertenzijos priežastys bei prevencinės veiklos vertinimas

Pirmojo klausimo „Kaip manote, ar daugėja žmonių, turinčių padidėjusį arterinį kraujo spaudimą?“ informantų atsakymai buvo suskirstyti į dvi kategorijas: arterinės hipertenzijos paplitimas ir priežastys. Visi 12 apklaustųjų teigė, kad arterinės hipertenzijos paplitimas didėja. Tai įrodo ir patvirtinantys teiginiai: „pacientų, sergančių arterine hipertenzija vis daugėja“; „arterinė hipertenzija yra viso pasaulio rykštė, nelaimė, epidemija“. Taip pat buvo teigiama, kad arterinė hipertenzija vis daugiau pasitaiko tarp jaunų pacientų. Arterinės hipertenzijos paplitimo didėjimo priežastys pagal informantų atsakymus buvo suskirstytos į subkategorijas: elgsenos rizikos veiksniai, prevencijos nesilaikymas, senėjimas, aplinkos veiksniai, gyvenimo ritmas, genetika, gerėjanti diagnostika. Didžioji dauguma informantų (11) tvirtino, kad didžiausia arterinės hipertenzijos priežastis yra elgsenos rizikos veiksniai, tokie kaip rūkymas, atsvoris, mityba, fizinis aktyvumas. Tai įrodo ir patvirtinantys teiginiai: „pacientai nesilaiko dietos režimo, vartoja alkoholį, rūko, turi atsvorį“; „nejudrus gyvenimo būdas, visi tik sėdi arba važiuoja, stresas, mityba“; „nesveikas gyvenimo būdas, rūkymas, stresas“. Informantai vieną iš arterinės hipertenzijos paplitimo didėjimo priežasčių įvardijo ir prevencijos nesilaikymą: „pacientai nesilaiko prevencijos, yra daug žmonių, kurie nesitikrina kraujo spaudimo“.

Senėjimas, gyvenimo ritmas ir aplinkos veiksniai anot informantų taip pat turi įtakos arterinės hipertenzijos paplitimo didėjimui.

3 lentelė. Arterinės hipertenzijos paplitimo situacija ir priežastys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Dažnis
Arterinės hipertenzijos paplitimas	Daugėja sergančiųjų	„pacientų, sergančių arterine hipertenzija vis daugėja“ (1); „pacientų yra pakankamai daug“ (10); „arterinė hipertenzija yra viso pasaulio rykštė, nelaimė, epidemija“ (12)	12
	Arterinė hipertenzija jaunėja	„pacientų amžius vis jaunėja, vis daugiau yra jaunų pacientų, kurie turi padidėjusį kraujo spaudimą“ (10)	2
Priežastys	Elgsenos rizikos veiksniai	„mityba, rūkymas, kiti rizikos faktoriai“ (1); „gyvenimo būdas“ (2); „pacientai nesilaiko dietos režimo, vartoja alkoholį, rūko, turi atsvorį“ (3); „arterinės hipertenzijos priežastys įvairios: ir mityba, ir judėjimo stoka, atsvaris daro didelę įtaką“ (4); „mityba“ (5); „stresai, netinkama mityba, gyvenimo būdas“ (6); „nejudrus gyvenimo būdas, visi tik sėdi arba važiuoja, stresas, mityba“ (7); „nesveikas gyvenimo būdas, rūkymas, stresas“ (8); „žmonės nesilaiko mitybos režimo, nesportuoja, labai ribotas skysčių trūkumas“ (9); „stresas, gyvenimo tempas“ (10); „gyvenimo būdas, mityba, nejudra“ (12)	11
	Prevencijos nesilaikymas	„pacientai nesilaiko prevencijos, yra daug žmonių, kurie nesitikrina kraujo spaudimo“ (3)	2
	Senėjimas	„visuomenė sensta“ (5)	1
	Aplinkos veiksniai	„aplinka pas mus kenksmingesnė“ (1); „ekologija“ (6); „arterinės hipertenzijos priežasčių yra daug, pradedant aplinka, kurioje gyvename“ (10)	3
	Gyvenimo ritmas	„netinkamas darbo ir poilsio režimas“ (5)	1
	Genetika	„paveldimumas“ (10)	2
	Gerėjanti diagnostika	„diagnostika gerėja, daugiau pacientų ateina patikrinti“ (11)	1

Antrojo klausimo „Kaip manote, ar pakankamai yra vykdoma arterinės hipertenzijos prevencinė veikla?“ informantų atsakymai buvo suskirstyti į dvi kategorijas: Asmenų, priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa ir pacientų dalyvavimas arterinės hipertenzijos prevencijoje. Daugumos (11) informantų

teigimu, būtent Asmenų, priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programoje daugėja besitikrinančių pacientų. Tai įrodo ir patvirtinantys teiginiai: „pacientų, besitikrinančių pagal ŠKL programą tikrai vis daugėja“; „pacientai noriai tikrinasi, paskutiniu metu daugėja atvejų, kai patys užsimena apie prevencinę programą šeimos gydytojo kabinete“. Dalyvavimą minėtoje prevencinėje programoje, anot informantų, lemia keletas priežasčių. Tai ilgos eilės: „sąlygos tam labai sudėtingos, nes poliklinikose didžiulės eilės ir užsiregistravimas ilgas, patekti pas specialistus tiesiog sunku“ bei informacijos nepakankamumas: „nėra pakankamai informuoti, nedaug kas žino, niekas neakcentuoja, kad kas metai gali dalyvauti šioje programoje“; „nors gyventojai nėra pilnai informuoti apie prevencinę programą, tačiau mes juos informuojame, jie noriai dalyvauja ir mielai ateina kitais metais“. Dar vieną iš priežasčių įvardijo tai, kad pacientai nerodo savo iniciatyvos: „pacientai pasitikrina ir viskas, daugiau nesiima jokių priemonių“; „žmonės yra apatiški, kai pasako pasitikrink, bet kad patys nerodo savo iniciatyvos“. Dalyvavimas minėtoje prevencinėje programoje, anot informantų, taip pat priklauso nuo lyties ir amžiaus. Tai įrodo šie teiginiai: „vyrai sunkiau dalyvauja prevencinėje programoje“; „ateina pacientai, nori dalyvauti programoje, tačiau yra ne to amžiaus grupės“, „daugėja jaunų žmonių, kurie domisi šia programa“. Remiantis informantų atsakymais, pacientų dalyvavimą arterinės hipertenzijos prevencijoje lemia šios priežastys: amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, informacijos gausa.

4 lentelė. Arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos vertinimas ir pacientų dalyvavimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Dažnis
Asmenų, priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	Daugėja besitikrinančių	„pacientų, besitikrinančių pagal ŠKL programą tikrai vis daugėja“ (2); „tikrinasi vis daugiau, žmonės daugiau domisi profilaktika“ (4); „pacientai noriai tikrinasi, paskutiniu metu daugėja atvejų, kai patys užsimena apie prevencinę programą šeimos gydytojo kabinete“ (6)	11
	Ilgos eilės	„sąlygos tam labai sudėtingos, nes poliklinikose didžiulės eilės ir užsiregistravimas ilgas, patekti pas specialistus tiesiog sunku“ (3)	1
	Pacientai nerodo savo iniciatyvos	„pacientai pasitikrina ir viskas, daugiau nesiima jokių priemonių“ (1); „žmonės yra apatiški, kai pasako pasitikrink, bet kad patys nerodo savo iniciatyvos“ (2); „pagal programą tikrinasi vis daugiau, tačiau pacientai patys nelabai domisi“ (5)	3

	Lytis	„vyrai sunkiau dalyvauja prevencinėje programoje“ (6); „jie nėra suinteresuoti, ypač vyrai“ (7); „ne visi pacientai tikrinasi, daugiau moterys, nes moterys daugiau rūpinasi savo sveikata“ (8)	3
	Nori dalyvauti jaunesni pacientai	„ateina pacientai, nori dalyvauti programoje, tačiau yra ne to amžiaus grupės“ (4); „daugėja jaunų žmonių, kurie domisi šia programa“ (5); „domisi ir jaunesnio amžiaus“ (6)	3
	Mažai informacijos	„nėra pakankamai informuoti, nedaug kas žino, niekas neakcentuoja, kad kas metai gali dalyvauti šioje programoje“ (7); „nors gyventojai nėra pilnai informuoti apie prevencinę programą, tačiau mes juos informuojame, jie noriai dalyvauja ir mielai ateina kitais metais“ (10)	2
Pacientų dalyvavimas arterinės hipertenzijos prevencijoje	Prisižiūri senyvo amžiaus	„pacientai linkę save prisižiūrėti, kai jau yra senyvo amžiaus, kai jau yra blogai, kai jau atsiranda skausmai širdies plote“ (1)	1
	Išsilavinimas	„pagal kategoriją galima žiūrėti kokios specialybės pacientas, pagal išsilavinimą, pvz. pedagogai“ (1); „žemesnio išsilavinimo pacientam jei nėra simptomų, nesukelia galvos skausmų, jie nesureikšmina to dalyko“ (3)	3
	Gyvenamoji vieta	„apsišvietimas turi įtakos, negalima taip sakyti, bet skirtumas tarp miestiečių ir kaimiečių yra“ (1)	3
	Per daug informacijos	„žmonės patys tikrinasi, jie patys sau kaip daktarai, reguliuoja sau gydymą, nes informacijos yra ne trūkumas, o kaip tik jos per daug“ (2)	1

2.2.2. Arterinės hipertenzijos valdymo tobulinimo galimybės

Trečiojo klausimo „Kokias priemones pasiūlytumėte, kad sumažinti arterinės hipertenzijos paplitimą?“ informantų atsakymai buvo suskirstyti į dvi kategorijas: papildomos priemonės ir informacijos apie arterinės hipertenzijos priežastis, rizikos veiksnius, pasekmes, suteikimas. Papildomos priemonės kaip valdyti arterinę hipertenziją buvo suskirstyto į 6 subkategorijas: vaizdinės medžiagos naudojimas, internetas, bendravimas, rizikos veiksniai, nemokami tyrimai ir televizija. Tai rodo patvirtinantys teiginiai: „ambulatorijose galėtų būti paveikslai, įdomus lengvi filmukai, vaizdinė medžiaga“; „informacija internete“; „jei stacionarizuotas pacientas, turėtų bendrauti su slaugytojomis“; „reikia daugiau skelbti apie nemedikamentinį gydymo būdą, kuomet galima padėti mažinti kraujospūdį, t.y. mityba, fizinis aktyvumas, sveika gyvensena“; „galėtų daryti nemokamus tyrimus, kad žmogus galėtų išsitiirti“; „daugiau laidų reikėtų per televiziją, nes ji turėtų didesnę poveikį nei per spaudą“. Daugelio informantų (9) nuomone, informuoti pacientą apie arterinės hipertenzijos rizikos veiksnius, priežastis ir pasekmes turėtų šeimos gydytojas: „pradžią turėtų būti nuo šeimos gydytojo“. Anot informantų, į arterinės hipertenzijos prevencijos sklaidą turėtų įsitraukti ir slaugytojos, visuomenės sveikatos specialistas, visuomenės sveikatos biuras. Šiai veiklai plėtoti padėtų ir žiniasklaidos priemonės: „žiniasklaida būtina turėtų suteikti informaciją“; „turėtų įsitraukti ir televizija, žiniasklaida, radijas“. Buvo pasiūlyta steigti ir profilaktinį kabinetą: „anksčiau buvo profilaktinis kabinetas, aš manau, kad ir dabar turėtų būti, pvz. iki gydytojo kabinetas, nes šeimos gydytojais yra labai užsiėmę“.

5 lentelė. Arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos tobulinimo kryptys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Dažnis
Papildomos priemonės	Vaizdinės medžiagos naudojimas	„ambulatorijose galėtų būti paveikslai, įdomus lengvi filmukai, vaizdinė medžiaga“ (1)	1
	Internetas	„informacija internete“ (2)	1
	Bendravimas	„jei stacionarizuotas pacientas, turėtų bendrauti su slaugytojomis“ (2)	1
	Rizikos veiksniai	„reikia pirmiausiai prevencijos, turi būti subalansuota dieta, žalingų įpročių atsisakyti“ (3); „streso mažinimas, fizinis aktyvumas ir mityba“ (4); „reikia daugiau skelbti apie nemedikamentinį gydymo būdą, kuomet galima padėti mažinti kraujospūdį, t.y. mityba, fizinis aktyvumas, sveika gyvensena“ (10)	5

	Nemokami tyrimai	„galėtų daryti nemokamus tyrimus, kad žmogus galėtų išsitiirti“ (5)	1
	Televizija	„daugiau laidų reikėtų per televiziją, nes ji turėtų didesnį poveikį nei per spaudą“ (9)	1
Informacijos apie arterinės hipertenzijos priežastis, rizikos veiksnius ir pasekmes, sklaida	Šeimos gydytojas	„pradžią turėtų būti nuo šeimos gydytojo“ (1); „visų pirmiausia reikėtų pradėti nuo šeimos gydytojo“ (2); „šeimos gydytojas duoda metodinius nurodymus, yra daug lankstinukų“ (3)	9
	Visuomenės sveikatos specialistas	„visuomenės sveikatos specialistai“ (1); „visuomenės sveikatos specialistų pilna priruošta, visam sveikatinimui yra sukurta specialybė“ (11)	2
	Slaugytoja	„slaugytoja“ (1); „galėtų slaugytoja dirbanti su šeimos gydytoju“ (8)	6
	Žiniasklaidos priemonės	„žiniasklaida būtina turėtų suteikti informaciją“ (4); „turėtų įsitraukti ir televizija, žiniasklaida, radijas“ (6)	2
	Visuomenės sveikatos biuras	„visuomenės sveikatos biuras, nes šeimos gydytojai tikrai nespėja“ (6); „visuomenės sveikatos specialistai“ (8)	2
	Iki gydytojo kabinetas	„anksčiau buvo profilaktinis kabinetas, aš manau, kad ir dabar turėtų būti, pvz. iki gydytojo kabinetas, nes šeimos gydytojai yra labai užsiėmę“ (12)	1

Ketvirtojo klausimo „Kokios, Jūsų manymu, organizacijos galėtų įsitraukti į arterinės hipertenzijos prevencinę veiklą?“ informantų atsakymai buvo suskirstyti į 3 subkategorijas: nevyriausybines organizacijas, valdžios institucijas, visuomenės sveikatos centras. Būtent šias organizacijas nurodė, kurios galėtų įsitraukti į arterinės hipertenzijos prevencinę veiklą. Daugiausiai informantų (6) nurodė, kad prie arterinės prevencinės veiklos galėtų prisidėti nevyriausybines organizacijas. Taip pat buvo įvardyta savivaldybė bei Visuomenės sveikatos centras ir Visuomenės sveikatos biuras.

6 lentelė. Organizacijų įsitraukimas į arterinės hipertenzijos prevencinę veiklą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Dažnis
Organizacijų įsitraukimas į prevencinę veiklą	Nevalstybinės organizacijos	„nevyriausybinės organizacijos“ (2)	6
	Valdžios institucijos	„vyriausybinės organizacijos“ (2); „savivaldybė“ (12)	2
	Visuomenės sveikatos centras	„visuomenės sveikatos biurai, centrai“ (8); „visuomenės sveikatos centrai turėtų didelės įtakos“ (10); „visuomenės sveikatos centras, pradedant paskaitom, aktyvumas senjoram, šokiai, užsiėmimai“ (11)	3

Penktojo klausimo „Kaip manote, ar veiksminga būtų, jei visuomenės sveikatos specialistas dirbtų sveikatos priežiūros įstaigoje?“ informantų atsakymai buvo suskirstyti į dvi kategorijas: visuomenės sveikatos specialisto poreikis ir visuomenės sveikatos specialisto veikla pirminėje sveikatos priežiūroje. Visi 12 informantų pritaria, kad visuomenės sveikatos specialistas yra reikalingas, kuris dirbtų pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje taip prisidėdamas prie arterinės hipertenzijos prevencijos. Tai įrodo ir patvirtinantys teiginiai: „būtų veiksminga, jei visuomenės sveikatos specialistas dirbtų“; „tai žmogus, kuris gali visą savo laiką skirti prevencinei programai, sveikos gyvensenos aiškinimui, reguliavimui“; „gydytojas nesuspeja tokių darbų padaryti, o kad būtų VS specialistas būtų paprasčiau“. Informantų nuomone, visuomenės sveikatos specialisto veikla pirminėje sveikatos priežiūroje būtų labai naudinga. Jie galėtų atlikti mokymus: „galėtų paprasčiausiai pamokyti pamatuoti pačiam kraujo spaudimą, išmokyti jį įvertinti pagal ribas“; „galėtų pacientus užimti mokomąja programa, vaizdinėmis priemonėmis, būtinai mokyti matuoti kraujo spaudimą“; „galėtų užsiimti prevencine veikla, pvz. sveikos gyvensenos mokymai su sportine programa, dozuotu fiziniu krūviu, mitybos programa“. Taip pat paminėti praktiniai užsiėmimai, asmeniniai pokalbiai bei intervencijos. Tai įrodo patvirtinantys teiginiai: „galėtų būti paskaitų, seminarų forma, praktiniai užsiėmimai, pvz. skaičiuoja kalorijas, koks per savaitę yra fizinis krūvis“; „aš manyčiau, kad būtų naudinga paskaita ir asmeniniai pokalbiai, kad galėtų paklausti“; „galėtų matuoti arterinį kraujo spaudimą, cholesterolį, KMI“.

7 lentelė. Visuomenės sveikatos specialisto poreikio vertinimas pirminėje sveikatos priežiūroje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Dažnis
Visuomenės sveikatos specialisto poreikis pirminėje sveikatos priežiūroje	Reikalingas	"būtų veiksminga, jei visuomenės sveikatos specialistas dirbtų" (1), "taip, žinoma, kad naudinga" (2), "aš manau, kad tai būtina reikalinga, labai būtų gerai" (3), "būtų gerai, atsirastų norinčių, tai būtų labai naudinga" (4), „tai žmogus, kuris gali visą savo laiką skirti prevencinei programai, sveikos gyvensenos aiškinimui, reguliavimui" (5), gydytojas nespėja tokių darbų padaryti, o kad būtų VS specialistas būtų paprasčiau" (7), "manau iš dalies veiksminga, kadangi jie slaugos intervencijų negalėtų atlikti, tai galėtų užsiimti mokymu, švietėjiška veikla" (8)	12
Visuomenės sveikatos specialisto veikla pirminėje sveikatos priežiūroje	Mokymai	"galėtų paprasčiausiai pamokyti pamatuoti pačiam kraujo spaudimą, išmokyti jį įvertinti pagal ribas" (1), galėtų pacientus užimti mokomąja programa, vaizdinėmis priemonėmis, būtina mokyti matuoti kraujo spaudimą" (2); "vietoj gydytojų, kurie dabar nurodo ką reikia daryti, viską sekti, visa tai galėtų atlikti visuomenės sveikatos specialistas, kuris paaiškintų, vykdytų mokymus" (3); "visuomenės sveikatos specialistas turėtų turėti planą, per mėnesį susirinktų grupę žmonių, paskaitytų paskaitas, po to vėl susirinktų po 2-3 mėn., vertintų kaip pasikeitė, ar pagerėjo savijauta" (6); "galėtų būti paskaitos, nes žmonės noriai dalyvauja tokiuose susirinkimuose" (10); "įstaigoje galėtų atlikti mokymus grupelėse 3-5 kartus per savaitę" (11); "galėtų užsiimti prevencine veikla, pvz. sveikos gyvensenos mokymai su sportine programa, dozuotu fiziniu krūviu, mitybos programa" (12)	11
	Vaizdinės medžiagos naudojimas	"galėtų būti mokymai, vaizdinė medžiaga" (4); "gal ir teorinė, vaizdinė medžiaga neblogai" (12)	2
	Praktiniai užsiėmimai	"galėtų būti paskaitų, seminarų forma, praktiniai užsiėmimai, pvz. skaičiuoja kalorijas, koks per savaitę yra fizinis krūvis (5); "gyventojam labiau išlieka praktinė veikla, kada organizuojami bendri užsiėmimai" (12)	2
	Asmeniniai pokalbiai	"aš manyčiau, kad būtų naudinga paskaita ir asmeniniai pokalbiai, kad galėtų paklausti" (9)	1

Informavimas	"visuomenės sveikatos specialistai galėtų informuoti apie rizikos veiksnius" (1)	3
Intervencijos	"galėtų matuoti arterinį kraujo spaudimą, cholesterolį, KMI" (11)	1

2.3. Rezultatų aptarimas

Šeimos gydytojų, gydytojų specialistų ir bendrosios praktikos slaugytojų atsakymų analizė atskleidė, kad dauguma apklaustųjų arterinės hipertenzijos paplitimo situaciją įvertino kaip blogą, nepaisant gerėjančios diagnostikos. Visi 12 informantų paminėjo, kad sergančiųjų arterine hipertenzija vis daugėja, o jų amžius vis jaunėja. Taip pat buvo paminėta, kad atsiranda vis daugiau jaunų pacientų, kurie turi padidėjusį arterinį kraujo spaudimą. Tai sutampa ir su literatūros apžvalgoje analizuota statistine infomacija, kuri tik patvirtina, kad 18-64 m. amžiaus grupės pacientų vis daugėja kiekvienais metais, kuriems nustatyta hipertenzija. Arterinės hipertenzijos priežasčių buvo išvardinta labai daug. Beveik visi informantai (11) sakė, kad pagrindinės arterinės hipertenzijos priežastys yra elgsenos rizikos veiksniai. Tai rūkymas, alkoholio vartojimas, mityba, fizinis aktyvumas, stresas. Taip pat buvo paminėtas pacientų nesirūpinimas savimi, įvardytas prevencijos nesilaikymas, kaip pvz.: arterinio kraujo spaudimo nesitikrinimas. Taip pat buvo paminėti ir nekoreguojami rizikos veiksniai – tai visuomenės senėjimas bei paveldimumas.

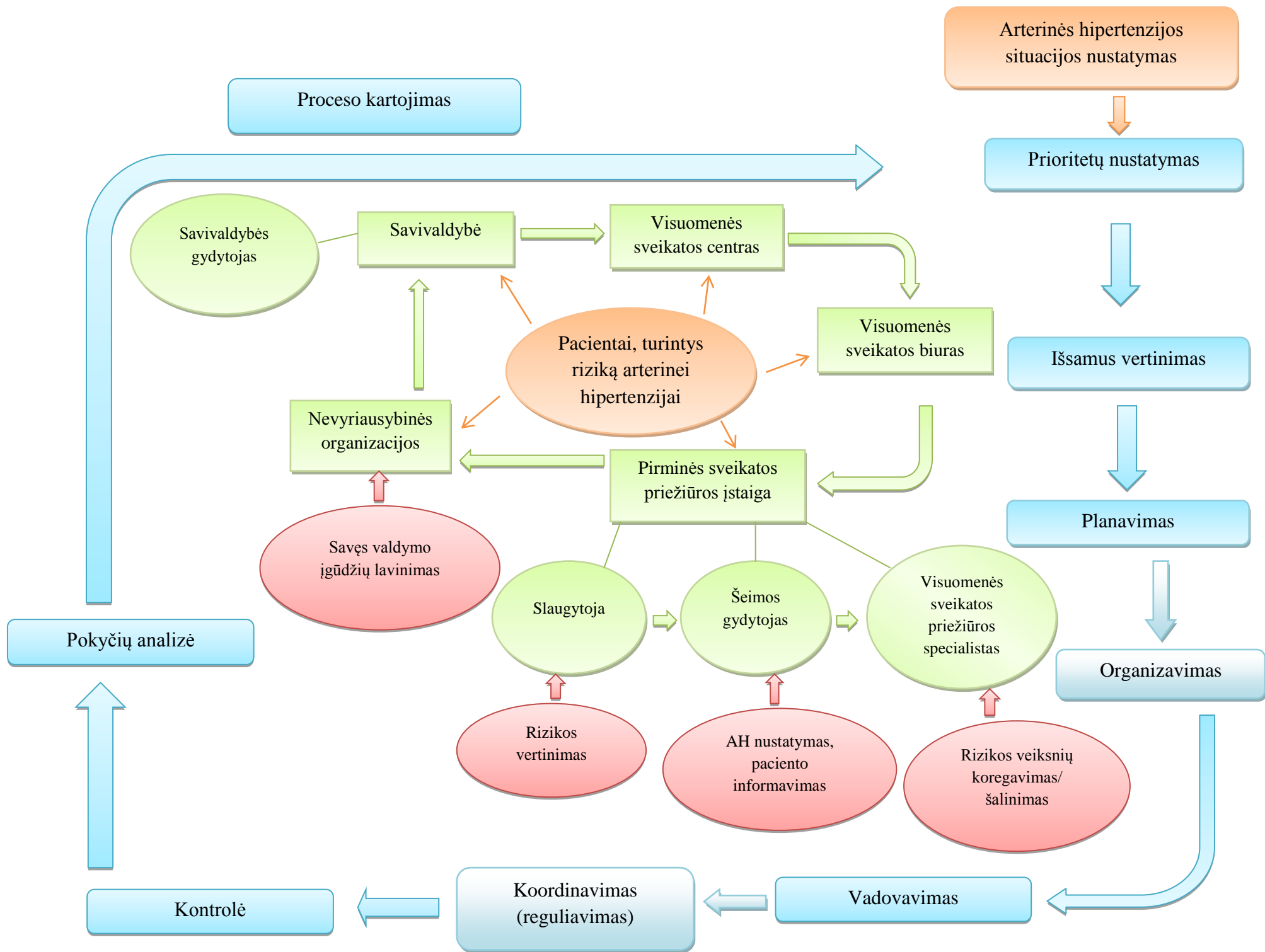
Analizuojant arterinės hipertenzijos vykdomą prevencinę veiklą, beveik visi informantai (11) paminėjo Asmenų, priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą, kuriai įgyvendinti svarbus vaidmuo tenka pirminei sveikatos priežiūros grandžiai. Apklaustieji teigė, kad daugėja pacientų, dalyvaujančių prevencinėje programoje, tačiau tuo pačiu paminėjo trukdžius jai vykdyti. Buvo įvardintos ilgos eilės užsiregistruojant tiek pas šeimos gydytoją, tiek pas specialistus bei nepakankamą informacijos sklaidą apie vykdomą prevencinę programą. Tačiau buvo paminėta, kad vis Asmenų, priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa domisi vis jaunesnio amžiaus pacientai, kurie pagal amžiaus grupę nepatenka į prevencinės programos dalyvavimą ir tuo pačiu buvo pateiktas pasiūlymas praplėsti dalyvaujančių amžiaus grupes. Informantų nuomone, pacientų dalyvavimas arterinės hipertenzijos prevencinėje veikloje priklauso nuo išsilavinimo, gyvenamosios vietos bei amžiaus.

Analizuojant arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos tobulinimo kryptis, informantai įvardijo daugelį priemonių, kurios padėtų valdyti arterinę hipertenziją. Tai vaizdinės medžiagos naudojimas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, bendravimas su slaugytojomis, rizikos veiksnių prevencija, nemedikamentinio gydymo būdo skatinimas, žiniasklaida ir televizija. Išanalizavus informantų atsakymus apie arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių informacijos sklaidą, daugiausiai apklaustųjų (9) įvardijo šeimos gydytoją. Buvo teigiama, kad pradžia turėtų būti būtent nuo šeimos gydytojo, tačiau į šią veiklą siūloma įtraukti ir visuomenės sveikatos specialistus, slaugytojas, visuomenės sveikatos biurus, pasitelkti žiniasklaidos priemones.

Analizuojant organizacijų įsitraukimą į arterinės hipertenzijos prevencinę veiklą, apklaustieji taip pat paminėjo nevyriausybinių organizacijų svarbą, valdžios institucijų, savivaldybių įsitraukimą bei Visuomenės sveikatos centrų ir Visuomenės sveikatos biurų įtaką visuomenės švietimui.

Analizuojant visuomenės sveikatos specialisto poreikio vertinimą pirminėje sveikatos priežiūroje, visi informantai (12) sutinka, kad visuomenės sveikatos specialistas dirbtų pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Daugelis apklaustųjų teigė, kad šeimos gydytojai turi labai mažai laiko ir negali skirti prevencijai. Būtent taip buvo įvardyta, kad visuomenės sveikatos specialistas – tai žmogus, kuris gali visą savo laiką skirti prevencinei veiklai, sveikos gyvensenos aiškinimui, reguliavimui, nes šeimos gydytojas nespėja tokių darbų padaryti. Informantai tvirtino, kad visuomenės sveikatos specialisto veikla pirminėje sveikatos priežiūroje būtų labai naudinga ir reikalinga. Būtų galima vykdyti mokymus, kaip pvz.: išmokyti pacientus įvertinti kraujo spaudimą pagal kategorijas. Taip pat daugiau naudoti vaizdinės medžiagos, organizuoti praktinius užsiėmimus.

2.4. Arterinės hipertenzijos valdymo tobulinimo modelis



IŠVADOS

1. Sveikata yra apibūdinama kaip didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Literatūroje nurodyta, kad aukštas kraujospūdis yra pirmaujantis mirties rizikos veiksnys visame pasaulyje. Mokslininkų teigimu, dėl padidėjusio kraujo spaudimo kiekvienais metais miršta 9 milijonai žmonių visame pasaulyje. Hipertenzijos prevencija per gyventojų intervenciją yra labai patraukli ir ekonomiškai efektyvi strategijos programa, siekiant pagerinti hipertenzijos gydymą. Mokymai, arterinės hipertenzijos prevencinės programos, rizikos veiksnių valdymas, nemedikamentinio gydymo būdo skatinimas valstybei atsieitų daug mažesnėmis išlaidomis. Arterinės hipertenzijos valdymas yra būtinas, nes hipertenzinės ligos turi įtakos asmens darbingumui, o be to, 2012 m. daugiausia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų buvo išleista būtent hipertenzijai gydyti. Prognozuojama, kad sergamumas arterine hipertenzija ir toliau didės, todėl jos valdymui reikia ieškoti efektyvesnių, mokslškai pagrįstų, sveikatos priežiūros modelių, tarp kurių vienas iš svarbiausių vaidmenų tenka pirminei sveikatos priežiūrai.
2. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa Lietuvoje įgyvendinama jau devynerius metus. Programai nuo jos vykdymo pradžios kasmet skiriama vis daugiau lėšų, todėl pasitikrina vis daugiau žmonių. Pastaruoju metu vis daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai, nes laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas ir išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Nuo 2014 m. lapkričio 1 d įsigaliojantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, kuris nurodo ASPĮ įdarbinti koordinatorius, kurio funkcijos – koordinuoti prevencinių programų ir profilaktinių patikrinimų įgyvendinimą. Tikimasi, kad koordinatoriaus veikla sumažins darbo krūvį šeimos gydytojams ir slaugytojams, kuris ir taip yra didžiulis. Sumažėjus darbo krūviui, atsiranda tikimybė, kad šeimos gydytojas galės daugiau skirti laiko pacientui, profilaktikai ir prevencijai. Atsižvelgiant į tai, kad Nevyriausybinių organizacijų turi pakankamai žmogiškųjų išteklių, gebančių vykdyti ligų prevenciją ir ugdyti sveiką gyvenseną, tačiau stokoja lėšų, tokio fondo atsiradimas galėtų iš esmės pakeisti arterinės hipertenzijos prevencijos vykdymo situaciją Lietuvoje ir ilgalaikėje perspektyvoje galėtų sumažinti jos rodiklius. Tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą visuomenės sveikatos srityje, Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse numatyta integruoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas į pirminę asmens sveikatos priežiūrą, siekiant gerinti šių paslaugų kokybę ir prieinamumą, gerinti gyventojų sveikatą ir

informuotumą sveikatos klausimais. Šeimos gydytojai ir slaugytojai, pasitelkdami visuomenės sveikatos specialistus, galėtų atlikti pagrindinį vaidmenį išaiškinant ir koreguojant arterinės hipertenzijos rizikos veiksnius bendruomenėje, laiku diagnozuojant ligą ir koordinuojant jos priežiūrą.

3. Dėl didelės veiklos apimties, asmens sveikatos priežiūros specialistai vis daugiau laiko skiria ne tiesioginiam darbui su pacientais, jų ligų diagnozavimui ir gydymui, bet įvairių dokumentų pildymui, mokymuisi naudotis neunifikuotomis, skirtingomis informacinėmis sistemomis bei kitoms daug laiko užimančioms veikloms, kurias įpareigoja Šeimos gydytojai medicinos norma. Šiuolaikinė ligų valdymo samprata akcentuoja holistinį požiūrį į sveikatą ir ligą, organizacija ir sistema grįstą sveikatos priežiūros prioritetą, sveikatos priežiūros vadybininkų vaidmens didėjimą. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse numatyta, siekiant sukurti efektyvią sveikatos priežiūros organizavimo sistemą bei tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą, pirminės sveikatos priežiūros srityje sukurti pirminės sveikatos priežiūros veiklos integracijos bandomąjį modelį, naudojant „atvejo vadybos“ principą.
4. Vykdyto kokybinio tyrimo rezultatų analizė atskleidė, kad dauguma apklaustųjų arterinės hipertenzijos paplitimo situaciją įvertino kaip blogą, nes sergančiųjų arterine hipertenzija vis daugėja, o jų amžius jaunėja. Arterinės hipertenzijos priežasčių buvo išvardinta labai daug. Dauguma paminėjo, kad pagrindinės arterinės hipertenzijos priežastys yra elgsenos rizikos veiksniai, t.y. rūkymas, alkoholio vartojimas, mityba, fizinis aktyvumas, stresas. Taip pat buvo įvardytas pacientų nesirūpinimas savimi, įvardytas prevencijos nesilaikymas, nekoreguojami rizikos veiksniai – tai visuomenės senėjimas bei paveldimumas. Apklaustieji teigė, kad daugėja pacientų, dalyvaujančių prevencinėje programoje, tačiau tuo pačiu paminėjo trukdžius jai vykdyti. Buvo įvardintos ilgos eilės užsiregistruojant tiek pas šeimos gydytoją, tiek pas specialistus bei nepakankamą informacijos sklaidą apie vykdomą prevencinę programą. Apklaustųjų nuomone, pacientų dalyvavimas arterinės hipertenzijos prevencinėje veikloje priklauso nuo išsilavinimo, gyvenamosios vietos bei amžiaus.
5. Atlikta rezultatų analizė parodė, kad apklaustieji paminėjo nevyriausybinių organizacijų svarbą arterinės hipertenzijos prevencijai, valdžios institucijų, savivaldybių įsitraukimą bei Visuomenės sveikatos centrų ir Visuomenės sveikatos biurų įtaką visuomenės švietimui. Daugelis apklaustųjų teigė, kad šeimos gydytojai turi labai mažai laiko ir negali jo skirti prevencijai, todėl visi informantai sutinka, kad visuomenės sveikatos specialistas dirbtų pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Atliktos analizės metu taip pat išaiškėjo arterinės hipertenzijos prevencinės

veiklos tobulinimo kryptių bei daugelis prevencinių priemonių, kurios padėtų valdyti arterinę hipertenziją.

LITERATŪRA

1. 2013 ESH/ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION. 2013. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Iš: *Journal of Hypertension*. Nr. 7 (31), p. 1281–1357.
2. ALASAUSKAS, Š.; KUTKAITĖ, S. 2013. Visuomenės sveikatos netolygumai. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Nr. 1 (1), p. 1-4.
3. BIELSKYTĖ, D.; JANKAUSKIENĖ, D. 2013. Teisumas kaip svarbiausias sveikatos sistemos finansavimo principas. Iš: *Sveikatos politika ir valdymas*. Nr. 1 (5), p. 46-69. ISSN 2029-3569.
4. BITINAS, B.; RUPŠIENĖ, L.; ŽYDŽIŪNAITĖ, V. 2008. *Kokybinių tyrimų metodologija*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė. 304 p. ISBN 9986-31-267-3.
5. BRIMAS, G.; GAVELIENĖ, E.; LIPNICKAS, V.; VALIUKĖNAS, V.; BRIMIENĖ, V.; STRUPAS, K. 2007. Nutukimo gydymas. Iš: *Medicinos teorija ir praktika*. Nr. 2 (13), p. 120-131. ISSN 1392-1312.
6. CECELJA, M.; CHOWIENCZYK, P. 2009. Dissociation of Aortic Pulse Wave Velocity With Risk Factors for Cardiovascular Disease Other Than Hypertension. Iš: *Hypertension*. Nr. 54, p. 1328–1336.
7. ČESNUELVIČIENĖ, A. 2010. Hipertenzijos paradoksas – liga mažiau kontroliuojama, nepaisant gerėjančio gydymo. Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Nr. 10 (14), p. 727-731.
8. EIGIRDAITĖ, A.; PETRONYTĖ, G.; KANAPECKIENĖ, V.; JURKUVĖNAS, V. 2013. Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Iš: *Sveikatos politika ir valdymas*. Nr. 1 (5), p. 118–133. ISSN 2029-3569.
9. EUROPREV GUIDE ON PROMOTING HEALTH THROUGH PHYSICAL ACTIVITY. 2009. A Guide to Physical Activity Counselling in Daily Practice 2007. Lėtinių neinfekcinių ligų profilaktika: fizinis aktyvumas ir sveikatos stiprinimas. Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Nr. 1 (13), p. 45-49.
10. GUREVIČIUS, R.; VALENTIENĖ, J.; KUTKAITĖ, S. 2012. Lietuvos gyventojų požiūris į pirminės, antrinės profilaktikos ir sveikatos stiprinimo priemones, taikomas poliklinikose. Iš: *Visuomenės sveikata*. Nr. 4 (59), p. 33-46.

11. HIGIENOS INSTITUTO SVEIKATOS INFORMACIJOS CENTRAS. 2013. *Lietuvos sveikatos statistika 2012*. Vilnius. 71 p. ISSN 1648-0899.
12. HIGIENOS INSTITUTO SVEIKATOS INFORMACIJOS CENTRAS. 2013. *Mirties priežastys 2012*. Vilnius. 186 p. ISSN 1392-9186.
13. HIGIENOS INSTITUTO SVEIKATOS INFORMACIJOS CENTRAS. 2013. *Visuomenės sveikata Lietuvos savivaldybėse 2012 m.* Demografija, sveikatos būklė, sveikatos priežiūros išteklių ir įstaigų veikla. Vilnius. 84 p.
14. HIGIENOS INSTITUTO SVEIKATOS INFORMACIJOS CENTRAS. 2010. *Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas*. Vilnius. 47 p.
15. IGNATAVIČIŪTĖ, L.; GOŠTAUTAS, A.; GOŠTAUTAITĖ-MIDTTUN, N. 2012. Lietuvos gyventojų alkoholio vartojimo paplitimo ir alkoholio vartojimo nuostatų sąsajos su respondentų lytimi, amžiumi ir išsimokslinimu. Iš: *Sveikatos mokslai*. Nr. 1 (22), p. 21-27.
16. JAKUITIS, A. 2009. *Viskas apie arterinę hipertenziją. Kas žinotina pacientui*. Kaunas: Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra.
17. JANKAUSKIENĖ, D. 2007. Šeimos gydytojo vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje palyginimas 1999 ir 2006 metais. Iš: *Medicinos teorija ir praktika*. Nr. 2 (13), p.152-159. ISSN 1392-1312.
18. JANKAUSKIENĖ, D.; PEČIŪRA, R. 2007. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras. 296 p. ISBN 9955-19-073-8.
19. JANUŠONIS, V. 2008. Ligų valdymas: nuo visuminės sampratos iki konkretaus modelio. Iš: *Tiltai*. Nr. 1, p. 33-42. ISSN 1392-3137.
20. JANUŠONIS, V. 2008. *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. Sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai*. Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė. 304 p. ISBN 9986-31-244-4.
21. JANUŠONIS, V. 2012. *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas. XXI amžių pasitikus*. Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė. 560 p. ISBN 9986-31-347-2.
22. JURGUTIS, A. 2009. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymas pirminėje sveikatos priežiūroje. Iš: *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinių neinfekcinių ligų kontrolė*. Vilnius, p. 32-40. ISSN 1648-7338.
23. KANAPECKIENĖ, V.; PETRONYTĖ, G.; EIGIRDAITĖ, A.; JURKUVĖNAS, V. 2012. Gyventojų informuotumas ir ASPI paslaugų teikėjų nuomonė apie prevencinių programų įgyvendinimą Lietuvoje. Higienos institutas. 39 p.

24. KARDELIS, K. 2007. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Šiauliai: Lucilijus. 398 p. ISBN 9955-65-535-6.
25. KRIAUCIONIENĖ, V.; RAMAŽAUSKIENĖ, V.; PETKEVIČIENĖ, J.; KLUMBIENĖ, J. 2009. Suaugusių Lietuvos gyventojų savo svorio vertinimas atsižvelgiant į lytį, amžių ir išsilavinimą. Iš: *Visuomenės sveikata*. Nr. 1 (44), p. 37-42.
26. KUBILIŪTĖ, D.; RIMŠEVIČIUS, L.; RYLIŠKYTĖ, L.; GALIAUSKIENĖ, K.; GVOZDOVIČIENĖ, I.; MIGLINAS, M. 2012. Suvartojamo druskos kiekio įtaka arterijų standumui. Iš: *Medicinos teorija ir praktika*. Nr. 4.2 (18), p. 558-563.
27. KUBILIŪTĖ, K.; ČAPLINSKIENĖ, I. 2012. Alkoholio kontrolės politikos vertinimas Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo laikotarpiu (1998–2010 m.). Iš: *Sveikatos politika ir valdymas*. Nr. 1 (4), p. 24-40.
28. LAURINSKAITĖ, J.; ŠOSTAKIENĖ, N.; DARGINAVIČIENĖ, R. 2013. Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis. Iš: *Visuomenės sveikata*. Nr. 1, p. 121-128.
29. Lietuvos gyventojų nuomonė apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą, ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą 2009, 2010, 2011 m. Prieiga internetu: http://www.vilniaustlk.lt/failai/doc/I_Vilniaus_TLK.pdf [žiūrėta 2014-01-09].
30. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvos sveikatos informacijos centras. 2009. Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse 2008 m. Vilnius. Prieiga internetu: http://sic.hi.lt/html/leid_se.htm [žiūrėta 2014-03-28].
31. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvos sveikatos informacijos centras. 2010. Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse 2009 m. Vilnius. Prieiga internetu: http://sic.hi.lt/html/leid_se.htm [žiūrėta 2014-03-28].
32. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvos sveikatos informacijos centras. 2011. Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse 2010 m. Vilnius. Prieiga internetu: http://sic.hi.lt/html/leid_se.htm [žiūrėta 2014-03-28].
33. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvos sveikatos informacijos centras. 2012. Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse 2011 m. Vilnius. Prieiga internetu: http://sic.hi.lt/html/leid_se.htm [žiūrėta 2014-03-28].
34. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvos sveikatos informacijos centras. 2013. Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse 2012 m. Vilnius. Prieiga internetu: http://sic.hi.lt/html/leid_se.htm [žiūrėta 2014-03-28].

35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913 Vilnius.
36. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“. 2014 m. kovo 19 d. Nr. V-377 Vilnius.
37. LIUTKUTĖ, V.; ŠTELEMĖKAS, M.; VERYGA, A. 2013. Lietuvos nevyriausybiinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir ugdančių sveiką gyvenimą, veiklos galimybių vertinimas. Iš: *Sveikatos mokslai*. Nr. 5 (23), p. 35-39. ISSN 1392-6373.
38. MARGIENĖ, J.; GUREVIČIUS, R. 2010. Vidutinė sveiko gyvenimo trukmė – populiacijos sveikatos būklės vertinimo indikatorius. Iš: *Visuomenės sveikata*. Nr. 2 (49), p. 9-18.
39. MASTAVIČIŪTĖ, A.; KASIULEVIČIUS, V.; STRAZDIENĖ, V.; ŠAPOKA, V. 2011. Arterinio kraujospūdžio ir kardiovaskulinių ligų rizikos veiksnių sąsajos. Iš: *Gerontologija*. Nr. 12 (1), p. 26–32.
40. MIGLINAS, M.; KILAITĖ, L.; LUKAŠEVIČ, D. 2012. Rezistentiška gydymui hipertenzija: demografiniai duomenys, klinikinė charakteristika ir gydymo ypatumai. Iš: *Medicinos teorija ir praktika*. Nr. 4.2 (18), p. 550-555.
41. MIGLINAS, M.; MIGLINĖ, V.; NEVULIENĖ, I. 2012. Druska, kraujo spaudimas ir sveikata. Iš: *Medicinos teorija ir praktika*. Nr. 4.2 (18), p. 571-581.
42. MIKALIŪKŠTIENĖ, A.; SAVICKIENĖ, V.; KALIBATIENĖ, D. 2013. Arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių ir požiūrio į ligos kontrolę įvertinimas šia liga sergančių atestuotų pareigūnų grupėje. Iš: *Medicinos teorija ir praktika*. Nr. 3.2 (19), p. 63-71.
43. MIRTIES PRIEŽASČIŲ REGISTRAS. Mirties priežastys 2011. 2012. Higienos institutas sveikatos informacijos centras. 7-21 p.
44. MIŠKINIS, K.; RIKLIKIENĖ, O.; KALĖDIENĖ, R.; JARAŠIŪNAITĖ, G. 2011. Lietuvos gyventojų informuotumas ir pasitikėjimas privalomojo sveikatos draudimo sistema. Iš: *Sveikatos mokslai*. Nr. 4 (21), p. 48-61. ISSN 1392-6373.
45. NEIGHBORS, C.; LEE, C. M.; LEWIS, M. A.; FOSSOS, N.; LARIMER, M. E. 2007. Are Social Norms the best Predictor of Outcomes among Heavy Drinking College Students? Iš: *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. Nr. 68, p. 556-565.

46. NORKIENĖ, S. 2010. *Klinikinės medicinos pagrindai*. Klaipėda: Klaipėdos universitetas. 218 p. ISBN 9955-18-496-6.
47. NORKIENĖ, S.; ŠABLAUSKYTĖ, E. 2011. Arterinė hipertenzija: dažnis ir sąsajos su rizikos veiksniais tarp širdies aritmijų skyriuje besigydančių pacientų. Iš: *Sveikatos mokslai*. Nr. 7 (21), p. 130-133.
48. PEČIŪRA, R.; GUREVIČIUS, R.; JANKAUSKIENĖ, D. 2011. Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas. Iš: *Sveikatos politika ir valdymas*. Nr. 1 (3), p. 50-64.
49. PERK, J.; BACKER, G. D.; GOHLKE, H.; GRAHAM, I.; REINER, Z.; VERSCHUREN, W. M. M. 2012. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Iš: *European Heart Journal*. Nr. 33, p. 1635–1701.
50. PETRONYTĖ, G.; KANAPECKIENĖ, V.; EIGIRDAITĖ, A.; JURKUVĖNAS, V. 2013. Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių iš širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai. Iš: *Visuomenės sveikata*. Nr. 2 (61), p. 31-37.
51. POLIAKOVIENĖ, R.; GUREVIČIUS, R. 2011. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje. Iš: *Visuomenės sveikata*. Nr. 1 (52), p. 30-41. ISSN 1392-2696.
52. RANDAKEVIČIENĖ, J. 2007. Alkoholis ir hipertenzija. Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Nr. 11 (11), p. 784-786.
53. RAŠKELIENĖ, V.; BABARSKIENĖ, M. R.; MACIJAUŠKIENĖ, J.; ŠEŠKEVIČIUS, A. 2009. Arterinės hipertenzijos trukmės ir gydymo įtaka su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. Iš: *Medicina*. Nr. 5 (45), p. 405-411.
54. RAŠKELIENĖ, V.; BABARSKIENĖ, M. R.; MACIJAUŠKIENĖ, J. 2008. Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių sąsajos su gyvenimo kokybe. Iš: *Sveikatos mokslai*. Nr. 6, p. 2045-2050.
55. RINKŪNIENĖ, E.; PETRULIONIENĖ, Ž.; LAUCEVIČIUS, A.; RINGAILAITĖ, E.; LAUČYTĖ, A. 2009. Tradicinių rizikos veiksnių paplitimas tarp sergančiųjų išemine širdies liga. Iš: *Medicina*. Nr. 2 (45), p. 140-146.
56. RINKŪNIENĖ, E.; LAUCEVIČIUS, A.; PETRULIONIENĖ, Ž.; BADARIENĖ, J. 2012. Lietuvos didelės kardiovaskulinės rizikos pacientų atrankos ir prevencinių priemonių (LitHiR) programos rezultatai: dislipidemijos paplitimas tarp vidutinio amžiaus suaugusių Lietuvos gyventojų. Iš: *Medicinos teorija ir praktika*. Nr. 4.2 (18), p. 636-642.

57. STRUKČINSKIENĖ, B.; BARTUSEVIČIENĖ, I. 2011. Jūrininkų gyvenamosios ypatumai: mitybos įpročių analizė. Iš: *Sveikatos mokslai*. Nr. 7 (21), p. 33-36.
58. SVEIKATA, A.; MAROZIENĖ, L.; BORKIENĖ, K. 2011. Sergančiųjų pirminė arterinė hipertenzija laikymosi gydymo režimo įtaka krauspūdžio kontrolei. Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Nr. 7 (15), p. 514-521.
59. ŠAKALYTĖ, G.; BABARSKIENĖ, M. R.; MARCINKEVIČIENĖ, J. E. 2010. Arterinės hipertenzijos gydymas. Iš: *Kardiologijos praktika*. Nr. 4, p. 31-34.
60. ŠERPYTIS, P.; DMITRIJEV, M. 2010. Ryšys tarp naktinio kraujo spaudimo ir kardiovaskulinių ligų rizikos faktorių tarp jaunų ir kardiologiškai sveikų žmonių. Iš: *Sveikatos mokslai*. Nr. 6, p. 3669-3672.
61. ŠMIGELSKAITĖ, A.; DUMČIUS, S.; KINČINIENĖ, O. 2012. Lipoproteinų koncentracijos kraujyje įtaka vaikų padidėjusiam arteriniam kraujospūdžiui. Iš: *Medicinos teorija ir praktika*. Nr. 4.1 (18), p. 476-480.
62. ŠTARAS, K.; ČEPUKAITĖ, D.; KUDUKYTĖ-GASPERĖ, R. 2013. Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūroje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas. Iš: *Sveikatos politika ir valdymas*. Nr. 1 (5), p. 167–187. ISSN 2029-3569.
63. ŠTARAS, K.; VEDLŪGA, T. 2012. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. Iš: *Sveikatos politika ir valdymas*. Nr. 1 (4), p. 116-126.
64. ŠTELEMĖKAS, M.; JASELSKYTĖ, I.; LIUTKUTĖ, V.; VERYGA, A. 2013. Visiškai nuo alkoholio priklausančio ligotumo pokyčiai Lietuvoje 2006-2011 metais. Iš: *Sveikatos mokslai*. Nr. 5 (23), p. 29-34. ISSN 1392-6373.
65. ŠVEIKAUSKAS, V.; MILAŠAUSKIENĖ, Ž.; PALIUKĖNAITĖ, V.; ANDZIUKIČIUS, G. 2011. Visuomenės sveikatos specialistų žinios ir gebėjimai įvertinti poreikius, susijusius su sveikata. Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Nr. 7 (15), p. 509-513.
66. TAMUTIENĖ, I. 2010. Įrodymais grįstos alkoholio vartojimo reguliavimo politikos priemonės ir jų taikomumas Lietuvoje. Iš: *Viešoji politika ir administravimas*. Nr. 33, p. 103-114. ISSN 1648–2603.
67. THANASSOULIS, G.; LYASS, A.; BENJAMIN, E. J.; LARSON, M. G.; VITA, J. A.; LEVY, D. 2012. Relations of Exercise Blood Pressure Response to Cardiovascular Risk Factors and Vascular Function in the Framingham Heart Study. Iš: *Circulation*. Nr. 125, p. 2836-2843.

68. TICMANE, G.; KALEJS, O.; JIRGENSONS, J. 2008. Latvijos kaimo vietovėse gyvenančių žmonių, sergančių arterine hipertenzija, gyvenimo kokybės analizė. Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Nr. 9 (12), p. 569-572.
69. VAIČIŪNAS, T.; BLAŽEVIČIENĖ, A.; ŠVEIKAUSKAS, V. 2013. Podiplominių studijų poreikio įvertinimas visuomenės sveikatos specialistų požiūriu. Iš: *Sveikatos mokslai*. Nr. 2 (23), p. 49-53. ISSN 2335-867X.
70. VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS. 2012. *2011 metų veiklos ataskaita*. Vilnius. 50 p.
71. VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS. 2013-03-26 Šeimos gydytojas: daugiau kompetencijos, daugiau motyvacijos. Prieiga internetu: http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2013-03-26&item_id=2060 [žiūrėta: 2013-12-22].
72. VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS. 2013. *Ligonių kasos: 2012-ųjų apžvalga*. Vilnius. 50 p.
73. VASILIAUSKAITĖ, K.; MAZURKIENĖ, A.; SLUŠNIENĖ, A. 2012. Prevencinių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai. Iš: *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012. Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai*. Vilnius. 69-73 p. ISSN 1648-7338.
74. VENCKIENĖ, R.; KANAPECKIENĖ, V. 2011. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų poreikio reglamentavimas Lietuvoje. Iš: *Visuomenės sveikata*. Nr. 2 (53), p. 54-63. ISSN 1392-2696.
75. VERYGA, A.; KLUMBIENĖ, J.; PETKEVIČIENĖ, J.; DAMBRAUSKIENĖ, K. 2008. Rūkančių Lietuvos gyventojų priklausomybė nuo nikotino. Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Nr. 6 (12), p. 416-420.
76. VERSECKAITĖ, R. 2008. Rūkymas Europoje – didžiausia išvengiamos mirties priežastis. Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Nr. 4 (12), p. 320-322.
77. VERSECKAITĖ, R. 2009. EUROASPIRE III: gyvenamosios, rizikos veiksnių ir kardioprotekcinį vaistų vartojimo savitumai 22 Europos Sąjungos šalyse. Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Nr. 12 (13), p. 774-777.
78. VRIJENS, B.; VINCZE, G.; KRISTANTO, P.; URQUHART, J.; BURNIER, M. 2008. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. Iš: *BMJ*. Nr. 336 (7653), p. 1114-1117.

79. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2013. *A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis*. Switzerland. 39 p.
80. ZABOLOTNAJA, T. 2011. Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas ir jo skatinimas. Iš: *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados*. Vilnius. 84-86 p. ISSN 1648-7338.

PRIEDAI

GAUTA: Nr. 17
2014.03 mėn. 05 d.

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS KATEDRA**

Visuomenės sveikatos katedra, Sveikatos mokslų fakultetas, Klaipėdos universitetas, H.Manto 84, LT-92294 Klaipėda, Tel.: 8 46 398560, faks.: 8 46 398560, El. paštas: vsk.svmtf@ku.lt

UAB „Nefridos“ ambulatoriniai klinikai

**PRAŠYMAS
DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ**
2014-02-19
KLAIPĖDA

Prašau suteikti galimybę atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje ligoninėje Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto, sveikatos priežiūros vadybos magistrantūros studentei Eglei Dimaitei, tema: „Arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos valdymo tobulinimas“. Tyrimo tikslas – pateikti galimas arterinės hipertenzijos prevencinės veiklos valdymo tobulinimo kryptis. Magistro baigiamojo darbo vadovė: doc. dr. Sigutė Norkienė.

Bioetikos komiteto posėdžio metu buvo nutarta, kad tyrimas nepažeidžia respondentų etikos teisių. Gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinta forma.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

Visuomenės sveikatos katedros vedėjas

prof. dr. Arnoldas Jurgutis

Tyrimui neprieštariauju ir leidimu jį atlikti.



Tomas Barsevičius
Direktorius

Eglė Dimaite

(Vardas ir pavardė)

1989 m. kovo 13 d.

(Gimimo data)

Kauno g. 38-60, Klaipėda

(Adresas)

Viešosios įstaigos
Klaipėdos jūrinių ligoninės
Direktoriui dr. J. Šalygai

SUDERINTA

Direktorius

2014-02-21
PRAŠYMAS

J. Šalyga

Dėl kokybiško tyrimo atliktimo

(dėl ko)

2014 m. vasario 10 d.

(data)

Klaipėda

prašau įsistatyti tyrimą VŠĮ jūrinių ligoninėje atlikti kokybiškus tyrimus pasireikiant pusiau struktūrizuotą interviu metodu ir apklausti gydytojus specialistus bei slaugytojus dirbančius širdies aritmijų skyriuje. Mano baigiamojo magistrinio darbo tema yra „Arterinės hipertenzijos prevencijos veiklos valdymo tobulinimas“.

[parašas]

(parašas)

Eglė Dimaite

(Vardas ir pavardė)