

LIETUVOS SUAUGUSIŲ GYVENTOJŲ KETINIMAS SKIEPYTIS IR JŲ LEMIAMANTYS VEIKSNIAI

Nerija Kuprevičienė, Kęstutis Žagminas

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas

Santrauka

Tyrimo tikslas – nustatyti Lietuvos suaugusių gyventojų ketinimą skiepytis ir įvertinti, kokie veiksniai (socialiniai ir demografiniai, planuoto elgesio teorijos su papildomais kintamaisiais, sveikatos įsitikinimų modelio) lemia suaugusių gyventojų ketinimą skiepytis.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Teorinį tyrimo pagrindą sudarė planuoto elgesio teorija (požiūris, subjektyvi norma, elgesio valdymo suvokimas) su papildomais kintamaisiais (ankstesnė elgsena ir nujaučiamas apgailestavimas) ir sveikatos įsitikinimų modelis (suvokiamas pažeidžiamumas (imlumas), suvokiamas sunkumas (rimtumas), suvokiama nauda ir suvokiamas kliūtys).

Tyrimo populiaciją sudarė 18 metų ir vyresni nuolatiniai Lietuvos gyventojai. Atranka formuota remiantis Lietuvos Respublikos statistikos departamento duomenimis apie nuolatinius Lietuvos Respublikos gyventojus. Respondentams atrinkti naudota daugiapakopė (vietovės, namo ir buto, respondento) atsitiktinė atranka. Tiesioginio interviu žodžiu metodu buvo apklausti 945 respondentai. Ketinimo skiepytis determinantai analizuoti dvinarės logistinės regresijos metodu.

Tyrimo rezultatai. Teigiamą ketinimą skiepytis (nuo difterijos, stabligės, gripo ir kitais suaugusiesiems rekomenduojamais skiepais) išreiškė 21,4 proc. respondentų, 14,7 proc. apklausos dalyvių nurodė nei teigiamą, nei neigiamą, 63,9 proc. – neigiamą ketinimą skiepytis.

Vyrai turėjo 50 proc. mažesni ketinimo skiepytis šansą, lyginant su moterimis ($\text{ŠS} = 0,50$, 95 proc. PI 0,32–0,78, $p = 0,002$). Ketinimas skiepytis susijęs su amžiumi: kuo jaunesnė amžiaus grupė, tuo ketinimo skiepytis šansų santykis, lyginant su kitomis amžiaus grupėmis, buvo didesnis. 18–24 metų amžiaus grupėje ketinimo skiepytis šansas buvo 2,85 karto ($\text{ŠS} = 2,85$, 95 proc. PI 1,11–7,27, $p = 0,029$) didesnis nei lyginamojoje 65–74 metų amžiaus grupėje. Ketinimas skiepytis priklausė nuo šių planuoto elgesio teorijos ir papildomų kintamųjų: teigiamo požiūrio ($\text{ŠS} = 39,25$, 95 proc. PI 4,27–360,83, $p = 0,001$), teigiamai vertintos subjektyvios normos ($\text{ŠS} = 3,49$, 95 proc. PI 1,42–8,59, $p = 0,007$), teigiamai vertinto elgesio valdymo suvokimo ($\text{ŠS} = 6,16$, 95 proc. PI 1,10–34,55, $p = 0,039$), ankstesnio skiepėjimosi nuo gripo ($\text{ŠS} = 16,47$, 95 proc. PI 5,02–54,08, $p < 0,001$) bei nuo nujaučiamo apgailestavimo ($\text{ŠS} = 7,51$, 95 proc. PI 2,92–19,33, $p < 0,001$). Be to, ketinimas skiepytis susijęs su sveikatos įsitikinimų modelio kintamaisiais: teigiamai suvokiamu pažeidžiamumu (imlumu) ($\text{ŠS} = 2,25$, 95 proc. PI 1,04–4,83, $p = 0,038$), teigiamai suvokiamu ligos sunkumu (rimtumu) ($\text{ŠS} = 3,80$, 95 proc. PI 1,49–9,71, $p = 0,005$) ir teigiamai suvokiama nauda ($\text{ŠS} = 14,07$, 95 proc. PI 7,07–51,16, $p < 0,001$).

Išvados. Lietuvos suaugusių gyventojų populiacijoje vyrauja neigiamos nuostatos dėl skiepėjimosi. Tokio pobūdžio nuostatos būdingos vyrų ir vyresnio amžiaus žmonių grupėse. Ankstesnė elgsena ir nujaučiamas apgailestavimas yra reikšmingi papildomi nepriklausomi kintamieji, didinantys planuoto elgesio teorijos modelio prognostinę vertę aiškinantis suaugusių gyventojų populiacijos ketinimą skiepytis. Planuoto elgesio teorijos ir sveikatos įsitikinimų modelio pagrindiniai kintamieji yra tiesiogiai susiję su suaugusių gyventojų ketinimu skiepytis.

Reikšminiai žodžiai: skiepai, suaugusieji, skiepėjimo programa, ketinimas.

ĮVADAS

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) teigimu, skiepai turi būti prieinami visiems, taip pat ir sunkiai pasiekiamoms gyventojų grupėms, nes tai – viena

ekonomiškai naudingiausių užkrečiamųjų ligų valdymo priemonių [1].

PSO ir UNICEF parengė pasaulinę imunizacijos viziją ir strategiją, kurių pagrindiniai tikslai – reguliuoti sergamumą ir mirtingumą skiepėjimais valdomomis užkrečiamosiomis ligomis, sukuriant dirbtinį kolektyvinį imunitetą visuomenėje [2]. Kolektyvinis imunitetas – dalis neimlios populiacijos, kuriai esant nevyksta infekcijos plitimas. Kadangi infekcija neplinta, kolektyvinis

Adresas susirašinėti: Nerija Kuprevičienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Visuomenės sveikatos institutas
M. K. Čiurlonio g. 21, 03100 Vilnius
El. p. nerija.kupreviciene@mf.vu.lt

imunitetas apsaugo nuo užkrečiamųjų ligų neskiepytuosius ir tuos asmenis, kuriems po skiepų nesusiformavo specifinis imunitetas. Kaip ir skirtingos infekcijos, taip ir vakcinosis sukelia įvairaus lygio apsaugą (specifinį imunitetą) nuo infekcijų. Dirbtinis kolektyvinis imunitetas gali būti pakankamas ir santykinis. Pavyzdžiui, raupams likviduoti (raupų viruso cirkuliacijai pasaulyje nutraukti) pakako paskiepyti ne mažiau kaip 80 proc. pasaulio gyventojų, poliomielitui valdyti – 93–95 proc. Vakcina nuo kokliušo turi didesnę poveikį apsaugant nuo susirgimo sunkia ligos forma, bet ne pačios infekcijos valdymui. Kolektyvinio imuniteto įvairioms užkrečiamosioms ligoms slenkstis (mažiausia nemklių žmonių dalis) yra skirtingas, pavyzdžiui, difterijos atveju jis yra 85 proc., tymų – 92–94 proc., raudonukės – 83–85 proc. [3]. Skiepijimo programų poveikis sergamumui priklauso nuo vakcinosis veiksmingumo individui ir skiepijimų apimtios. Todėl norint pasiekti pakankamą dirbtinio kolektyvinio imuniteto lygį reikia paskiepyti didesnę dalį populiacijos nei kolektyvinio imuniteto slenkstis. Šiuo požiūriu organizuojant ir įgyvendinant skiepijimo programas susiduriama su įvairiomis problemomis: skiepų kalendoriaus sudarymas, revakcinacija, asmenų sutikimas, kontraindikacijos, prieinamumas, skiepijimų strategijos pasirinkimas (universalios ar rizikos grupių), programos vykdymo stebėseną, jos įvertinimas ir kt. [3]. Viena svarbiausių infekcijų valdymo problemų yra gyventojų požiūris į skiepus ir ketinimas skiepytis. Kolektyviniam imunitetui sudaryti būtinos didelės skiepijimų apimtys, todėl net ir labai mažai neigiamai paveiktas gyventojų požiūris į skiepus gali padaryti esminę įtaką skiepijimo programų efektyvumui ir nulemti sergamumo padidėjimą, kuris dažniausiai pasireiškia protrūkiais ir epidemijomis.

Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro duomenimis, šalyse, kuriose gerai organizuotos skiepijimų programos, skiepais valdomos užkrečiamosios ligos tapo gana retos, todėl gyventojams, dažnai ir sveikatos priežiūros specialistams sunku suvokti ligų riziką ir skiepijimų reikšmę. Vienas iš individo elgseną lemiančių veiksnių yra jo įsitikinimas (požiūris). Įsitikinimai priklauso nuo įvairių veiksnių, bet visų pirma nuo grėsmės savo sveikatai suvokimo ir tikėjimo, kad tam tikri prevenciniai veiksniai gali sumažinti grėsmę. Jeigu įsitikinimas remiasi klaidinga (nepagrįsta) informacija ar interpretacija, formuojasi klaidingas (neigiamas) elgsenos modelis. Mokslo įrodymais nepagrįsti antivakcininių judėjimų

skleidžiami gandai turėtų būti gyventojams išaiškinti, paneigti remiantis mokslo tyrimų rezultatais [4], paaiškinant, kokia yra reali vakcinosis valdomų infekcijų grėsmė sumažėjus vakcinosis apimtims, vakcinosis nauda, skiepų šalutinių reakcijų rizika ir kt. Ketinimas skiepytis priklauso ne tik nuo gautos informacijos pagrįstumo ir individo socialinės aplinkos (šeimos, draugų, jam svarbių žmonių ir bendrai visuomenėje vyraujančių nuostatų), bet ir nuo to, ar sudarytos tinkamos sąlygos skiepytis. Taigi siekiant efektyviai organizuoti vakcinosis programas svarbu žinoti ne tik tai, koks gyventojų ar atskirų jų grupių požiūris į skiepijimus, bet ir išaiškinti veiksnius, nulemiančius jų ketinimus ir priimamus sprendimus skiepytis ar nesiskiepyti (arba skiepyti ar neskiepyti vaikus). Gyventojų požiūrio į skiepijimus nustatymas ir veiksnių, lemiančių ketinimus, išaiškimas turėtų būti sėkmingos intervencijos skiepijimų klausimais organizavimo pagrindas.

Literatūroje daugiausia aprašomi tyrimai, kuriuose konstatuojamas gyventojų ar atskirų jų grupių, profesijų atstovų požiūris į vakcinaciją, ir gana nedaug publikuota tyrimų, kurių metu buvo tirti gyventojų ketinimus skiepytis lemiantys veiksniai.

Kai kuriose publikacijose vertinamas požiūris į skiepus ir ketinimas keisti elgseną atsižvelgiant į elgsenos modeliuose apibrėžtus veiksnius (planuoto elgsenos teorija, sveikatos įsitikinimų modelis) [5–9]. Planuoto elgsenos teorija teigia, kad, norint įvertinti asmens ketinimus ką nors daryti, reikia atsižvelgti į: 1) asmens požiūrį į tam tikrą elgseną (požiūris), 2) kaip socialinė aplinka yra nusiteikusi to veiksmo atžvilgiu ir asmuo jaučia visuomenės spaudimą atlikti tą veiksmą (subjektyvi norma), 3) ar asmuo jaučia, kad gali pats kontroliuoti to veiksmo įvykdymą (elgsenos valdymo suvokimas) [10, 11]. Asmens elgsenai suformuoti ar pakeisti didesnės galimybės, jei žinomi asmens ketinimus nulemiantys veiksniai. Planuoto elgsenos teorijos taikymas formuojant sveikos elgsenos rekomendacijas (rekomenduojant profilaktinius skiepijimus) gali padidinti galimybes pagrįstai formuoti sveikesnę elgseną.

Lietuvoje netirti suaugusių gyventojų požiūrį ir ketinimą skiepytis lemiantys veiksniai, panaudojant elgsenos modelius.

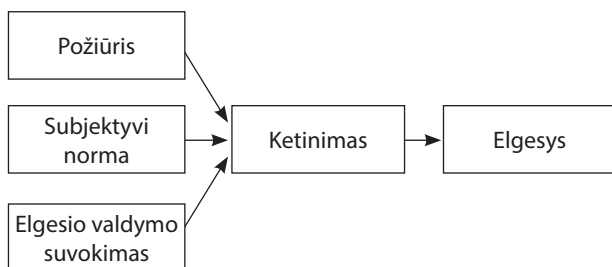
Tyrimo tikslas – nustatyti Lietuvos suaugusių gyventojų ketinimą skiepytis ir įvertinti, kokie veiksniai (socialiniai ir demografiniai, planuoto elgsenos teorijos su papildomais kintamaisiais, sveikatos įsitikinimų modelio) lemia suaugusių gyventojų ketinimą skiepytis.

Uždaviniai: 1. Apibūdinti ketinimą skiepytis suaugusių Lietuvos gyventojų populiacijoje; 2. Nustatyti kai kurių socialinių ir demografinių veiksnių ryšį su ketinimu skiepytis; 3. Įvertinti planuoto elgesio teorijos su papildomais kintamaisiais ir sveikatos įsitikinimų modelio pagrindinių kintamųjų ryšį su ketinimu skiepytis.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Atliktas vienkartinis skerspjūvio tyrimas (suaugusiųjų Lietuvos gyventojų apklausa).

Teorinį tyrimo pagrindą sudarė planuoto elgesio teorija (angl. *Theory of Planned Behaviour*, I. Ajzen, 1988) (1 pav.) ir sveikatos įsitikinimų modelis (angl. *Health Belief Model*, M. H. Becker, 1974) [10–12].



1 pav. Planuoto elgesio teorijos modelis

Apklauskos anketoje kiekvienam kintamajam buvo priskirti ne mažiau kaip 3 klausimai. Anketoje naudota 7 balų Likerto skalė (nuo 1 iki 7), kai 1 reiškia labiausiai neigiamą atsakymą (pavyzdžiui, visiškai nesutinku), o 7 – labiausiai teigiamą atsakymą (pavyzdžiui, visiškai sutinku) [11].

Kintamieji sudaryti pagal šiuos klausimus (teiginius):

I. Ketinimas skiepytis: ar ketinate kas 10 metų skiepytis nuo difterijos ir stabligės? Ar ketinate kasmet prieš gripo sezoną skiepytis nuo gripo? Ar ketinate reguliariai skiepytis kitais suaugusiems žmonėms rekomenduojamais skiepais? (Galimų atsakymų skalė: visiškai netikėtina (1) – labai tikėtina (7));

II. Planuoto elgesio teorijos kintamieji:

1) požiūris; reguliariai skiepytis nuo difterijos ir stabligės, Jūsų manymu; reguliariai skiepytis nuo gripo, Jūsų manymu (galimų atsakymų skalė: kvaila (1) – išmintinga (7); neverta (1) – verta (7); žalinga (1) – naudinga (7); blogai (1) – gerai (7); vertinu neigiamai (1) – vertinu teigiamai (7); neteisinga (1) – teisinga (7); sudėtinga (1) – paprasta (7); pavojinga (1) – saugu (7); nepritariu (1) – pritariu (7));

2) subjektyvi norma; mano šeima pritaria, kad turiu reguliariai skiepytis nuo difterijos ir stabligės; mano šeima pritaria, kad turiu reguliariai skiepytis nuo gripo; dauguma mano draugų pritaria, kad turiu skiepytis nuo difterijos ir stabligės; dauguma mano draugų pritaria, kad turiu skiepytis nuo gripo; manau, kad dauguma mano draugų skiepijasi; bendrai visuomenėje manoma, kad kiekvienas suaugęs asmuo turėtų skiepytis; man svarbių žmonių nuomonė daro įtaką mano sprendimui skiepytis nuo difterijos ir stabligės, gripo (galimų atsakymų skalė: visiškai nesutinku (1) – visiškai sutinku (7));

3) elgesio valdymo suvokimas:

a) paties asmens veiksmingumas: pasiskiepyti nuo difterijos ir stabligės man yra; pasiskiepyti nuo gripo man yra (galimų atsakymų skalė: sudėtinga (1) – paprasta (7)); aš esu toks žmogus, kuris visada laiku skiepijasi (galimų atsakymų skalė: visiškai nesutinku (1) – visiškai sutinku (7)); jei aš norėčiau pasiskiepyti, tai padaryti man būtų labai lengva (paprasta) (galimų atsakymų skalė: visiškai nesutinku (1) – visiškai sutinku (7)); ar esate įsitikinęs, kad galite pasiskiepyti suaugusiųjų vakcinomis? (Galimų atsakymų skalė: visiškai neįsitikinęs (1) – visiškai įsitikinęs (7));

b) suvokiama kontrolė: įvairių veiksnių ir įvykių, kurie trukdo man pasiskiepyti, yra (galimų atsakymų skalė: labai daug (1) – beveik nėra (7)); skiepytis ar nesiskiepyti – priklauso tik nuo mano paties sprendimo (galimų atsakymų skalė: visiškai nesutinku (1) – visiškai sutinku (7));

III. Papildomi planuoto elgesio teorijos kintamieji:

1) nujaučiamas apgailėstumas (numatomas gailėjimasis): jei laiku nesiskiepyčiau, vėliau gailėčiausi, kad to nepadarėčiau (galimų atsakymų skalė: visiškai nesutinku (1) – visiškai sutinku (7));

2) ankstesnė elgsena: ar per paskutinius 10 metų esate skiepytas (-a) nuo difterijos ir stabligės? Ar prieš šį gripo sezoną skiepijotės nuo gripo? Ar Jūsų vaikas (-ai) skiepijamas (-i) pagal vaikų skiepų kalendorių? (Galimi atsakymai: taip, ne, nežinau);

IV. Sveikatos įsitikinimų modelio kintamieji:

1) suvokiamas pažeidžiamumas (imlumas): nepasiskiepijus nuo difterijos ir stabligės man

būtų didelė grėsmė susirgti šiomis ligomis; nepasiskiepijęs nuo difterijos ir stabligės nerimaučiau, kad galiu susirgti artimiausiu metu; nepasiskiepijęs nuo difterijos ir stabligės, tikėtina, būtent aš susirgčiau difterija arba stablige (galimų atsakymų skalė: visiškai nesutinku (1) – visiškai sutinku (7));

- 2) suvokiamas sunkumas (rimtumas): difterija ir stabligė yra sunkios ligos, nuo kurių galima net mirti; jei susirgčiau difterija ar stablige, sirgčiau labai sunkiai; aš bijau susirgti difterija arba stablige (galimų atsakymų skalė: visiškai nesutinku (1) – visiškai sutinku (7));
- 3) suvokiama nauda: skiepai yra geras dalykas, nes pasiskiepijus nereikia nerimauti, kad galiu susirgti; skiepai sumažina tikimybę susirgti; pasiskiepijus man daug rečiau reikėtų lankytis pas gydytoją (galimų atsakymų skalė: visiškai nesutinku (1) – visiškai sutinku (7));
- 4) suvokiamos kliūtys: šalutinės skiepų reakcijos sutrikdytų mano kasdienį gyvenimo ritmą; bijau skiepytis, nes bijau injekcijų (adatų dūrių) (galimų atsakymų skalė: visiškai nesutinku (1) – visiškai sutinku (7)).

Atsakymų pasiskirstymo pagal Likerto skalę analizei naudoti šie kintamieji: 1–3 atsakymai buvo vertinti kaip neigiami, 4 atsakymas – nei neigiamas, nei teigiamas, 5–7 atsakymai – teigiami.

Dvinarei logistinei regresijai 1–4 atsakymų balai buvo perkoduoti kaip neigiami, 5–7 atsakymų – kaip teigiami.

Anketos patikimumui įvertinti buvo atliktas bandomasis tyrimas. Pirmiausia asmeniškai apklausti 5 respondentai, siekiant įvertinti, ar suprantami anketos klausimai, vartojami žodžiai, sąvokos ir pan., vėliau apklausta 40 respondentų 2 kartus su 2–3 savaičių pertrauka tarp apklausų. Gauti statistiškai reikšmingi rezultatai leido daryti prielaidą, kad klausimų visuma tinka ketinimui skiepytis vertinti (vertinti Kappa ir Kronbacho koeficientai).

Tyrimo populiaciją sudarė 18 metų ir vyresni nuolatiniai Lietuvos gyventojai. Atranka formuota remiantis Lietuvos Respublikos statistikos departamento duomenimis apie nuolatinius Lietuvos Respublikos gyventojus. Respondentams atrinkti naudota daugiapakopė (vietovės, namo ir buto, respondento) atsitiktinė atranka. Atlikta daugiapakopė atsitiktinė maršrutinė reprezentatyvi atranka, užtikrinusi visiems 18–74 m. amžiaus gyventojams vienodą galimybę patekti į apklausą.

Pritaikius daugiapakopę atsitiktinę atranką, respondentui atrinkti naudoti keli etapai:

- vietovės atranka; vietovės atrinktos išlaikant Lietuvos gyventojų skaičiaus proporcijas kaimo vietovėse ir miestuose pagal Lietuvos Respublikos statistikos departamento duomenis;
- namo ir buto atranka; vietovėje pasirinktas atrankos taškas ir naudojant tam tikrą žingsnį jame atrinktas namas, name – butas. Kiekviename atrankos taške daugiabučių namų kvartale tyrėjai ėjo į kiekvieną namą, jame atsirinko kas 3-ią butą; privačių namų kvartale tyrėjai atsirinko kas 2-ą namą;
- respondento atranka; naudojantis jauniausio vyro taisykle atrinktame bute atrinktas ir apklaustas vienas respondentas.

2013 m. birželio mėn. tiesioginio interviu žodžiu metodu buvo apklausti 945 respondentai.

Ketinimo skiepytis ryšiui su socialiniais ir demografiniais veiksniais ir elgsenos teorijų kintamaisiais tirti naudota dvinarė logistinė regresija. Dvinarės logistinės regresijos modeliui sudaryti pasirinktas tiesioginis būdas (kintamuosius atranka, šalina, keičia pats tyrėjas). Kintamieji į modelį atrinkti ne tik statistiniu, bet ir epidemiologiniu principu. Logistinės regresijos modeliui sudaryti (kintamųjų atrankai) naudotas tikėtinumo santykio testas. Modelyje kintamasis (regresorius) buvo paliekamas, kai testo $p \leq 0,3$, pašalinamas, kai $p > 0,3$ arba regresoriaus pašalinimas sumažindavo teisingai klasifikuojamų atvejų dalį.

Modelio tinkamumas vertintas remiantis didžiausio tikėtinumo santykio kvi kvadrato statistika, Hošmerio ir Lemešou kvi kvadrato statistika (suderintumo testas), determinacijos (pseudo)koeficientais, klasifikacine lentele, ROC kreivės plotu.

Sudarius preliminarų modelį atlikta jo diagnostika. Patikrintas multikolinearumas (vertinta pagal dispersijos mažėjimo daugiklį, VIF), išskirtys vertintos apskaičiuotą standartizuotąsias ir deviacijos statistikos paklaidas, stebėjimo poveikis (*leverage*) vertintas poveikio indeksu. Specifikacijos klaidos tirtos *linktestu*. Galutinis modelis sudarytas atlikus preliminarų modelio diagnostiką ir pašalinus nustatytas problemas.

Statistinėms išvadoms formuluoti pasirinktas reikšmingumo lygmuo lygus 0,05.

Duomenų analizė atlikta *Stata IC/12.1 (Stata CorpLP)*.

Šiam tyrimui atlikti gautas Vilniaus regiono bioetikos komiteto leidimas.

REZULTATAI

Tyrimo kontingentas

Tyrimo dalyvavo 945 respondentai, iš jų – 46,2 proc. (n = 437) vyrų ir 53,8 proc. (n = 508) moterų. Respondentų amžiaus vidurkis buvo 48 metai (vyrų – 45,8, moterų – 49,8). Pradinį išsilavinimą nurodė 3,1 proc., pagrindinį – 9,9 proc., bendrą vidurinį – 39 proc., po-vidurinį / aukštesnįjį – 27 proc., aukštąjį – 21 proc. respondentų. 47,4 proc. respondentų gyvena miestų, 52,6 proc. – rajonų savivaldybėse. Didžiausia dalis (58,7 proc.) respondentų nurodė, kad vidutinės vieno šeimos nario pajamos per mėn. buvo $\leq 1\ 000$ Lt, 25 proc. – viršijo 1 000 Lt. Respondentų apibūdinimas pagal amžių, lytį, išsilavinimą, šeimines padėtis, užsiėmimą ir vidutinės vieno šeimos nario mėnesio pajamas pateikiamas 1 lentelėje.

Planuoto elgesio teorijos su papildomais kintamaisiais ir sveikatos įsitikinimų modelio kintamųjų vertinimo pasiskirstymas

Teigiamą ketinimą skiepytis išreiškė 21,4 proc. respondentų, 14,7 proc. apklausos dalyvių išreiškė nei teigiamą, nei neigiamą ketinimą skiepytis, 63,9 proc. – neigiamą ketinimą skiepytis (2 lentelė). Analizuojant respondentų požiūrį į skiepėjimus nuo difterijos ir stabligės, teigiamą požiūrį į skiepėjimus nuo difterijos ir stabligės išreiškė 49,8 proc. respondentų, 27,5 proc. apklausos dalyvių nurodė, kad jų požiūris nei teigiamas, nei neigiamas, o 22,7 proc. – neigiamas. Neigiamai skiepėjimus nuo gripo vertino 28 proc. respondentų, 26,3 proc. apklausos dalyvių nurodė, kad jų požiūris nei teigiamas, nei neigiamas, o 45,7 proc. – teigiamas. Įvertinus respondentų atsakymų į klausimus, atspindinčius subjektyvią normą, pasiskirstymą nustatyta, kad neigiamai į subjektyvią normą iliustruojančius klausimus atsakė 60,5 proc. respondentų, 16,8 proc. apklausos dalyvių neišreiškė nei teigiamos, nei neigiamos nuostatos, 22,7 proc. tirtų asmenų buvo teigiama nuostata dėl subjektyvią normą iliustruojančių klausimų. Į elgesio valdymo suvokimo klausimus neigiamai atsakė 27,1 proc. respondentų, nei teigiamai, nei neigiamai – 13,3 proc., teigiamai – 59,6 proc. apklausos dalyvių. Kaip ankstesnę elgseną, 13,1 proc. respondentų nurodė, kad per paskutinius 10 metų skiepėjosi nuo difterijos ir stabligės, 14,1 proc. apklausos dalyvių teigė, jog prieš paskutinį gripo sezoną skiepėjosi nuo gripo (3 lentelė). 52 proc. respondentų neigiamai vertino tai, kad ateityje jaus apgailėstą, 19 proc. apklausos dalyvių neturėjo aiškios nuostatos, 29 proc. tirtų asmenų manė, kad jaustų apgailėstą ateityje, jei

1 lentelė. Respondentų (n = 945) apibūdinimas pagal demografinius ir socialinius požymius

Požymis	Respondentai	
	abs. skč.	proc.
Lytis		
Vyrai	437	46,2
Moterys	508	53,8
Amžius		
Vidurkis		48,0
Mediana		49,0
Standartinis nuokrypis		16,98
Minimalus		18
Maksimalus		74
Išsilavinimas		
Pradinis	29	3,1
Pagrindinis	94	9,9
Bendras vidurinis	369	39,0
Povidurinis / aukštesnysis	255	27,0
Aukštasis	198	21,0
Šeiminė padėtis		
Vedęs / ištekėjusi	456	48,2
Nevedęs / netekėjusi	182	19,3
Išsiskyres / išsiskyrusi	137	14,5
Našlys / našlė	125	13,2
Gyvena nesusituokęs / nesusituokusi	45	4,8
Darbinė veikla		
Dirba	447	47,3
Nedirba	498	52,7
Užsiėmimas		
Tarnautojas	239	25,3
Darbininkas	200	21,2
Pensininkas	285	30,1
Bedarbis	116	12,3
Studentas	62	6,6
Kiti	39	4,1
Nenurodė	4	0,4
Vidutinės vieno šeimos nario pajamos per mėn.		
$\leq 1\ 000$ Lt	555	58,7
$> 1\ 000$ Lt	236	25,0
Nenurodė	154	16,3
Gyvenamoji vieta		
Miesto savivaldybė	448	47,4
Rajono savivaldybė	497	52,6

nesiskiepytų (2 lentelė). Pagal sveikatos įsitikinimų modelio kintamuosius respondentai skirtingai vertino suvokiamą pažeidžiamumą (imlumą), sunkumą (rimtumą), naudą ir kliūtis. Teigiamai suvokiamą pažeidžiamumą (imlumą), t. y. suvokimą, kad būtent jie gali susirgti, nurodė 28,3 proc. respondentų, o 50,3 proc. apklausos dalyvių manė, kad netikėtina, jog būtent jie gali susirgti. Suvokiamą sunkumą (rimtumą) teigiamai vertino daugiau nei pusė respondentų (59,2 proc.).

2 lentelė. Planuoto elgesio teorijos ir sveikatos įsitikinimų modelio kintamųjų vertinimo pasiskirstymas tarp respondentų

Kintamasis	Vidutinis atsakymų skaičius į vieną kintamojo klausimą, abs. skč. (proc.)		
	Neigiami respondentų vertinimai (1–3 pagal Likerto skalę)	Nei teigiami, nei neigiami respondentų vertinimai (4 pagal Likerto skalę)	Teigiami respondentų vertinimai (5–6 pagal Likerto skalę)
Ketinimas skiepytis	512,7 (63,9)	117,7 (14,7)	172 (21,4)
Planuoto elgesio teorijos kintamieji			
Požiūris į skiepimąsi nuo difterijos ir stabligės	190,9 (22,7)	231,6 (27,5)	420,4 (49,8)
Požiūris į skiepimąsi nuo gripo	237,4 (28,0)	222,2 (26,3)	386,8 (45,7)
Subjektyvi norma	516,6 (60,5)	143,6 (16,8)	193 (22,7)
Elgesio valdymo suvokimas	227,4 (27,1)	112,1 (13,3)	500,6 (59,6)
Planuoto elgesio teorijos papildomas kintamasis			
Nujaučiamas apgailestavimas	419,0 (52,0)	153,0 (19,0)	234,0 (29,0)
Sveikatos įsitikinimų modelio kintamieji			
Suvokiamas pažeidžiamumas (imlumas)	392,3 (50,3)	166,7 (21,4)	220,3 (28,3)
Suvokiamas sunkumas (rimtumas)	166,3 (22,3)	133,7 (18,5)	441 (59,2)
Suvokiama nauda	289,7 (35,5)	179,3 (21,8)	353,7 (42,7)
Suvokiamos kliūtys	419 (48,4)	139,5 (17,3)	274,5 (34,3)

3 lentelė. Ankstesnės respondentų elgsenos dėl skiepimų nuo difterijos, stabligės ir gripo pasiskirstymas (planuoto elgesio teorijos papildomas kintamasis)

Kintamasis	Respondentų atsakymai, abs. skč. (proc.)			
	Taip	Ne	Nežino	Iš viso
Per paskutinius 10 metų skiepytas (-a) nuo difterijos ir stabligės	124 (13,1)	760 (80,4)	61 (6,5)	945
Prieš gripo sezoną skiepytas (-a) nuo gripo	133 (14,1)	799 (84,5)	13 (1,4)	945

Suvokiamą skiepėjimo naudą teigiamai vertino didesnė dalis respondentų – 42,7 proc., neigiamai – 35,5 proc. Daugiau respondentų neigiamai vertino suvokiamas kliūtis pasiskiepyti – 48,4 proc., o 34,3 proc. apklausos dalyvių manė, kad suvokiamos kliūtys egzistuoja.

Ketinio skiepytis ryšys su socialiniais ir demografiniais veiksniais

Ketinimas skiepytis priklausė nuo lyties. Vyrų turėjo 50 proc. mažesnę ketinimo skiepytis šansą lyginant

4 lentelė. Ketinimo skiepytis socialiniai ir demografiniai veiksniai

Kintamasis	ŠS _p	ŠS _p	95 proc. PI	p
Lytis				
Vyras	0,62	0,50	0,32–0,78	0,002
Moteris	1,00	1,00	–	–
Amžiaus grupė				
18–24 metai	2,40	2,85	1,11–7,27	0,029
25–34 metai	1,78	1,40	0,62–3,15	0,412
35–44 metai	0,87	0,46	0,18–1,21	0,117
45–54 metai	1,55	0,85	0,39–1,87	0,683
55–64 metai	1,30	1,07	0,52–2,20	0,848
65–74 metai	1,00	1,00	–	–
Šeiminė padėtis				
Vedęs / ištekėjusi	1,00	1,00	–	–
Nevedęs / netekėjusi	1,36	1,19	0,60–2,37	0,623
Išsiskyres / išsiskyrusi	0,82	1,09	0,58–2,05	0,787
Našlys / našlė	0,61	0,49	0,22–1,09	0,080
Gyvena nesusituokęs / -usi	0,46	0,49	0,15–1,58	0,230
Vidutinės vieno šeimos nario pajamos per mėn.				
≤ 1 000 Lt	1,00	1,00	–	–
> 1 000 Lt	1,55	1,38	0,84–2,27	0,210
Darbinė veikla				
Dirba	1,38	1,48	0,86–2,54	0,162
Nedirba	1,00	1,00	–	–
Gyvenamoji vieta				
Miesto savivaldybės gyventojas	0,83	0,80	0,52–1,24	0,321
Rajono savivaldybės gyventojas	1,00	1,00	–	–

N = 590. Modelio tikėtino santykio ksi kvadratas 42,62, llsk. 16, p = 0,0003, Hošmerio ir Lemešou testo ksi kvadratas 4,35, llsk. 8, p = 0,8243, R² (McFadden) 0,070, R² (McKelvey ir Zavoina) 0,132, modelis teisingai klasifikavo 79,49 proc. imties respondentų, plotas po ROC kreive – 0,68.

su moterimis (ŠS = 0,50, 95 proc. PI 0,32–0,78, p = 0,002).

Ketinimas skiepytis buvo susijęs su amžiumi, stebėti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp amžiaus grupių (ksi kvadratas 212,94, p = 0,024). Kuo jaunesnio amžiaus grupė, tuo ketinimo skiepytis šansų santykis, lyginant su kitomis amžiaus grupėmis, buvo didesnis. 18–24 metų amžiaus grupėje ketinimo skiepytis šansas buvo 2,85 karto (ŠS = 2,85, 95 proc. PI 1,11–7,27, p = 0,029) didesnis nei lyginamojoje 65–74 metų amžiaus grupėje (4 lentelė).

Nenustatyta ketinimo skiepytis statistiškai reikšmingo ryšio su respondentų šeimine padėtimi, vidutinių pajamų vienam šeimos nariui per mėnesį dydžiu, darbine veikla, gyvenamąja vieta (miestas ar

rajonas). Tirti demografiniai ir socialiniai veiksniai paaiškino palyginti nedidelę dalį (7,0–13,2 proc.) ketinimo skiepytis dispersijos.

Ketinimo skiepytis ryšys su planuoto elgesio teorijos ir papildomais kintamaisiais

Nustatytas stiprus tiesioginis teigiamo požiūrio ryšys su ketinimu skiepytis ($\bar{S}S = 39,25$, 95 proc. PI 4,27–360,83, $p = 0,001$) (5 lentelė). Tyrimo rezultatai parodė, kad socialinė aplinka turi tiesioginį poveikį ketinimui skiepytis. Teigiamai vertinę subjektyvią normą respondentai turėjo 3,49 karto didesnę ketinimo skiepytis šansą, lyginant su neigiamai subjektyvią normą

5 lentelė. Ketinimo skiepytis planuoto elgesio teorijos ir papildomų kintamųjų determinantai

Kintamoji	$\bar{S}S_p$	$\bar{S}S_p$	95 proc. PI	p
Planuoto elgesio teorijos kintamieji				
Požiūris				
Požiūris (teigiamas, > 4)	85,14	39,25	4,27–360,83	0,001
Požiūris (neigiamas, ≤ 4)	1,00	1,00	–	–
Subjektyvi norma				
Subjektyvi norma (teigiama, > 4)	13,37	3,49	1,42–8,59	0,007
Subjektyvi norma (neigiama, ≤ 4)	1,00	1,00	–	–
Elgesio valdymo suvokimas				
Elgesio valdymo suvokimas (teigiamas, > 4)	16,48	6,16	1,10–34,55	0,039
Elgesio valdymo suvokimas (neigiamas, ≤ 4)	1,00	1,00	–	–
Papildomi kintamieji				
Ankstesnė elgsena				
Per pastaruosius 10 metų skiepytas (-a) nuo difterijos ir stabligės	7,67	1,08	0,34–3,37	0,900
Per pastaruosius 10 metų neskiepytas (-a) nuo difterijos ir stabligės	1,00	1,00	–	–
Prieš gripo sezoną skiepytas (-a) nuo gripo	30,43	16,47	5,02–54,08	<0,001
Prieš gripo sezoną neskiepytas (-a) nuo gripo	1,00	1,00	–	–
Nujaučiamas apgailstavimas				
Nujaučiamas apgailstavimas (teigiamas, > 4)	15,64	7,51	2,92–19,33	<0,001
Nujaučiamas apgailstavimas (neigiamas, ≤ 4)	1,00	1,00	–	–

*Kontroliuojant kintamuosius: lytį, amžių, vidutines vieno šeimos nario pajamas per mėn., darbinę veiklą, šeiminei padėtį, gyvenamąją vietą, išsilavinimą, užsiėmimą.

N = 317. Modelio tikėtinumo santykio ksi kvadratas 222,36, llsk. 18, $p < 0,001$, Hošmerio ir Lemešou testo ksi kvadratas 10,92, llsk. 8, $p = 0,206$, R^2 (McFadden) 0,600, R^2 (McKelvey ir Zavoina) 0,810, modelis teisingai klasifikuoja 90,85 proc. imties respondentų, plotas po ROC kreive – 0,95.

vertinisiais tyrimo dalyviais ($\bar{S}S = 3,49$, 95 proc. PI 1,42–8,59, $p = 0,007$).

Elgesio valdymo suvokimas (t. y. ar asmuo jaučia, kad gali pats kontroliuoti veiksmo vykdymą) taip pat tiesiogiai susijęs su ketinimu skiepytis – respondentų, teigiamai vertinusių savo elgesio valdymą, ketinimų skiepytis šansas buvo 6,16 karto didesnis ($\bar{S}S = 6,16$, 95 proc. PI 1,10–34,55, $p = 0,039$), lyginant su apklausos dalyvių grupe, kurių elgesio valdymo vertinimas buvo neigiamas.

Ketinimas skiepytis vertintas prie planuoto elgesio teorijos kintamųjų prijungus papildomus kintamuosius – nujaučiamą apgailstavimą ateityje, jei nesiskiepyta, ir ankstesnę elgseną (t. y. ar asmuo per pastaruosius 10 metų skiepijosi nuo difterijos ir stabligės, prieš gripo sezoną – nuo gripo). Papildomi kintamieji labai pagerino modelį (AIC = –0,153), padidėjo modelio jautrumas (nuo 65,22 iki 76,74 proc.) ir specifiškumas (nuo 93,57 iki 96,1 proc.), bendra teisingai klasifikuojamų atvejų dalis padidėjo nuo 85,92 iki 90,85 proc. Be to, padidėjo modelio tikėtinumo santykio chi kvadrato reikšmė ir pseudodeterminacijos koeficientai. Tyrimo rezultatai parodė, kad šie papildomi planuoto elgesio teorijos kintamieji yra svarbūs elgsenos, t. y. ketinimo skiepytis, tyrimui.

Statistiškai reikšmingo ryšio tarp ketinimo skiepytis ir ankstesnio skiepijimosi nuo difterijos ir stabligės nenustatyta, bet respondentų grupės, kuri prieš gripo sezoną skiepijosi nuo gripo, ketinimo skiepytis šansas buvo 16,47 karto didesnis nei nesiskiepijusiu nuo gripo respondentų grupėje ($\bar{S}S = 16,47$, 95 proc. PI 5,02–54,08, $p < 0,001$).

Ketinimas skiepytis tiesiogiai susijęs su nujaučiamu apgailstavimu ateityje, jei nebus pasiskiepyta. Respondentų, kurie nurodė, kad ateityje jaus apgailstavimą (teigiamas vertinimas), ketinimo skiepytis šansas buvo 7,51 karto ($\bar{S}S = 7,51$, 95 proc. PI 2,92–19,33, $p < 0,001$) didesnis nei tų, kurie manė, jog ateityje nesigailės, jei nesiskiepytų. Planuoto elgesio teorijos su papildomais kintamaisiais modelis pasižymėjo gana dideliu ketinimo skiepytis dispersijos dalies paaiškinimu (60–81 proc.).

Ketinimo skiepytis ryšys su sveikatos įsitikinimų modelio kintamaisiais

Nustatytas ketinimo skiepytis tiesioginis statistiškai reikšmingas ryšys su sveikatos įsitikinimų kintamaisiais: suvokiamu pažeidžiamumu (imlumu), suvokiamu ligos sunkumu (rimtumu) ir suvokiama skiepijimosi nauda. Tyrimo dalyvių, kurie teigiamai vertino savo pažeidžiamumą (imlumą) sirgti difterija ir

stablige, t. y. suvokė asmeninį pavojų susirgti šiomis ligomis, ketinimo skiepytis šansas buvo 2,25 karto didesnis ($\bar{S}S = 2,25$, 95 proc. PI 1,04–4,83, $p = 0,038$) nei respondentų, išreiškusių neigiamą nuomonę apie pažeidžiamumą (imlumą), t. y. nemanančių, kad būtent jie galėtų susirgti difterija ir stablige (6 lentelė). Respondentų, teigiamai vertinusių suvokiamą ligų sunkumą (rimtumą), ketinimo skiepytis šansai buvo 3,8 karto ($\bar{S}S = 3,8$, 95 proc. PI 1,49–9,71, $p = 0,005$) didesni nei tų respondentų, kurie neigiamai vertino suvokiamą sunkumą (rimtumą), t. y. nemanė, kad jie sirgtų sunkiai ar galėtų mirti nuo difterijos ir stabilgės. Ketinimas skiepytis buvo tiesiogiai susijęs su respondentų teigiamu suvokiamos naudos vertinimu (pasiskiepyti naudinga, nes nereikėtų nerimauti, kad susirgs, nereikėtų lankytis pas gydytoją ir kt.). Ketinimo skiepytis šansų santykis buvo 14,07 ($\bar{S}S = 14,07$, 95 proc. PI 7,07–51,16, $p < 0,001$). Nenustatyta statistiškai reikšmingo ryšio tarp ketinimo skiepytis ir suvokiamų kliūčių ($\bar{S}S = 0,47$, 95 proc. PI 0,20–1,79, $p = 0,403$).

Sveikatos įsitikinimų modelis paaiškino 41,5–60,5 proc. ketinimo skiepytis dispersijos.

6 lentelė. Ketinimo skiepytis sveikatos įsitikinimų modelio determinantai

Kintamasis	$\bar{S}S_p$	$\bar{S}S_p$	95 proc. PI	p
Suvokiamas pažeidžiamumas (imlumas)				
Suvokiamas pažeidžiamumas (imlumas) (teigiamas, > 4)	9,04	2,25	1,04–4,83	0,038
Suvokiamas pažeidžiamumas (imlumas) (neigiamas, ≤ 4)	1,00	1,00	–	–
Suvokiamas sunkumas (rimtumas)				
Suvokiamas sunkumas (rimtumas) (teigiamas, > 4)	7,60	3,80	1,49–9,71	0,005
Suvokiamas sunkumas (neigiamas, ≤ 4)	1,00	1,00	–	–
Suvokiama nauda				
Suvokiama nauda (teigiamas, > 4)	14,07	19,02	7,07–51,16	< 0,001
Suvokiama nauda (neigiamas, ≤ 4)	1,00	1,00	–	–
Suvokiamos kliūtys				
Suvokiamos kliūtys (teigiamas, > 4)	0,47	0,47	0,20–1,79	0,403
Suvokiamos kliūtys (neigiamas, ≤ 4)	1,00	1,00	–	–

*Kontroliuojant kintamuosius: lytį, amžių, vidutines vieno šeimos nario pajamas per mėn., darbinę veiklą, šeiminių padėčių, gyvenamąją vietą, išsilavinimą, užsiėmimą.

N = 367. Modelio tikėtinumo santykio ksi kvadratas 136,91, llsk. 16, $p < 0,001$, Hošmerio ir Lemešou testo ksi kvadratas 6,42, llsk. 8, $p = 0,601$, R^2 (McFadden) 0,415, R^2 (McKelvey ir Zavoina) 0,605, modelis teisingai klasifikuoja 83,95 proc. imties respondentų, plotas po ROC kreive – 0,90.

REZULTATŲ APTARIMAS

Didžioji dauguma literatūroje publikuotų tyrimų, nagrinėjančių požiūrį į skiepėjimus ir tai lemiančius veiksnius, susiję su tėvų požiūriu į vaikų skiepėjimus pagal nacionalinius skiepėjimų kalendorius arba sveikatos priežiūros įstaigų specialistų požiūriu į skiepus [9, 13–23].

Lietuvoje atlikto tėvų požiūrio į vaikų skiepėjimus tyrimo rezultatai parodė, kad 66,7 proc. apklaustų tėvų sutiko su teiginiu, jog skiepai, kuriais skiepjami vaikai, yra saugūs. 80,7 proc. respondentų teigė, jog skiepai duoda daug daugiau naudos nei žalos, o 62,7 proc. apklausos dalyvių manė, kad skiepai yra gerokai veiksmingesni nei kitos medicininės priemonės. Tačiau įvertinus tėvų žinias apie skiepus, ypač apie suaugusiųjų, nustatyta, kad tik 38 proc. respondentų žinojo, jog reikia profilaktiškai kas 10 metų skiepytis nuo difterijos ir stabilgės [23].

Šalims diegiant skiepėjimus nuo ligų, kurių vakcinos sukurtos ir pradėtos naudoti palyginti neseniai, atlikti gyventojų požiūrio į naujai į skiepėjimų kalendorius įtraukiamas vakcinas tyrimai [9, 17].

Siekiant įvertinti, kas lemia gyventojų požiūrį ir ketinimus skiepytis nuo sezoninio ir pandemio gripo, Jungtinėje Karalystėje ir Airijoje atlikti tyrimai naudojant išplėstinę planuoto elgesio teoriją [7, 8]. Tyrimo metu nustatyta, kad planuoto elgesio teorija 60 proc. nulėmė gyventojų ketinimus skiepytis nuo pandemio gripo (požiūris, subjektyvi norma ir kitos sudedamosios modelio dalys). Planuoto elgesio teorijos ir papildomi kintamieji buvo prognostiniai veiksniai, lemiantys ketinimą skiepytis nuo pandemio gripo Jungtinėje Karalystėje [8]. Kito tyrimo rezultatai parodė, kad planuoto elgesio teorijos kintamieji lėmė 48,2 proc. vyresnio amžiaus suaugusių žmonių ketinimo skiepytis nuo sezoninio gripo Airijoje. Nujaučiamas gailėjimasis ateityje ir skiepėjimasis nuo gripo praeityje buvo veiksniai, lemiantys ketinimą skiepytis [7]. Lietuvoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad planuoto elgesio teorijos ir papildomi kintamieji nulėmė 60–81 proc. ketinimo skiepytis.

Lietuvoje tyrimo metu ketinimas skiepytis nuo difterijos, stabilgės, gripo ar kitais suaugusiems rekomenduojamais skiepais bendrai įvertintas neigiamai, 63,9 proc. respondentų nurodė, kad labiau netikėtina nei tikėtina, kad ateityje jie skiepytis suaugusiems žmonėms rekomenduojamomis vakcinomis.

Atliktas tyrimas parodė, kad suaugusių Lietuvos gyventojų požiūris į skiepėjimus nuo difterijos,

stabilgės ir gripo buvo teigiamas. Teigiamą požiūrį į skiepėjimus nuo gripo išreiškė mažiau respondentų nei į skiepėjimus nuo difterijos ir stabilgės. Daugiau nei ketvirtadalis respondentų neturėjo nei teigiamo, nei neigiamo požiūrio į skiepėjimus nuo difterijos, stabilgės ir gripo. Neturinčių nei teigiamo, nei neigiamo požiūrio į skiepėjimus buvo daugiau vertinant skiepėjimus nuo difterijos ir stabilgės. Įvertinus tai, kad visuomenėje skiepėjimai nuo gripo yra labiau žinomi ir atliekami dažniau nei skiepėjimai nuo difterijos ir stabilgės, paaiškinama, kad neturinčių aiškaus požiūrio į skiepėjimus nuo difterijos ir stabilgės buvo daugiau nei neturinčių aiškaus požiūrio į skiepėjimus nuo gripo.

Nors gyventojų požiūris į skiepėjimus nuo difterijos ir stabilgės bei gripo buvo teigiamas, subjektyvi norma, iliustruojanti, kaip asmuo suvokia socialinės aplinkos (šeimos, draugų, bendrai visuomenės) požiūrį į skiepėjimus, buvo neigiama, t. y. didesnė dalis respondentų nurodė, kad mano, jog socialinė aplinka nėra pozityviai nusiteikusi suaugusiųjų skiepėjimų atžvilgiu.

Elgesio valdymo suvokimą daugiau respondentų įvertino teigiamai, nematė sunkumų, kurie galėtų trukdyti šitaip elgtis. Elgesio valdymo suvokimas respondentų įvertintas palankiausiai lyginant su kitais planuoto elgesio teorijos kintamaisiais. Tyrimo metu respondentai teigiamai vertino galimybes skiepytis, jų manymu, sprendimas priklauso nuo jų pačių, skiepų prieinamumas buvo pakankamas ir nekomplikuotas.

Tyrimo rezultatai parodė, kad nors gyventojų požiūris į difterijos, stabilgės ir gripo vakcinas bendrai buvo teigiamas ir elgesio valdymo suvokimas vertintas teigiamai, tačiau bendri ketinimai skiepytis suaugusiems rekomenduojamomis vakcinomis buvo neigiami, kaip ir subjektyvios normos vertinimas. Į šiuos rezultatus (neigiamus ketinimą skiepytis ir subjektyvios normos vertinimą) reikėtų atsižvelgti, rengiant įrodymais pagrįstas intervencijas į tikslines gyventojų grupes.

Įvertinus papildomų planuoto elgesio kintamųjų pasiskirstymą nustatyta, kad didesnė dalis respondentų nurodė, jog ateityje nejaustų apgailėstavimo dėl to, kad laiku nepasiskiepijo.

Ankstesnės elgsenos pasiskirstymas rodė, kad tik nedidelė dalis suaugusiųjų skiepėjasi nuo difterijos, stabilgės ir gripo. Pažymėtina, kad panaši respondentų dalis nurodė, jog per pastaruosius 10 metų skiepėjosi nuo difterijos ir stabilgės (13,1 proc.) ir prieš gripo sezoną nuo gripo (14,1 proc.). Šie rezultatai leidžia

manyti, kad tam tikros gyventojų dalies ketinimus ir elgesį (skiepijimąsi) lemia tie patys veiksniai.

Nors didesnė dalis respondentų nurodė, kad labiau netikėtina, jog skiepytis nuo difterijos ir stabilgės, gripo ir kitais suaugusiems asmenims rekomenduojamais skiepais, tyrimo metu įvertinta, nuo kokių veiksnių priklauso suaugusių gyventojų ketinimas skiepytis.

Ketinimas skiepytis susijęs su lytimi, vyrų grupėje ketinimo ateityje skiepytis šansai buvo mažesni nei moterų grupėje. Be to, ketinimas skiepytis susijęs su amžiumi, didėjant amžiui ketinimo skiepytis šansai mažėjo. Atsižvelgiant į tai, kad nuo kai kurių ligų revakcinacijos turi būti atliekamos kas 10 metų, o vyresnio amžiaus žmonės priskiriami kai kurių užkrečiamųjų ligų rizikos grupėms (pavyzdžiui, gripo), vyresnio amžiaus žmonėms skiepytis būtina. Tyrimo duomenys rodo, kad vyresnio amžiaus gyventojų grupės dėl jų mažiau išreikšto ketinimo skiepytis gali būti sunkiau pasiekiamos ir turėtų būti tikslinė informacinių kampanijų grupė.

Suaugusiųjų skiepėjimų planavimas ir informacinės kampanijos apie skiepėjimus turėtų būti nukreiptos į tikslines gyventojų grupes, juo labiau kad amžiaus grupės, kurių ketinimo skiepytis šansai mažesni, dažniau yra tikslinės revakcinacijos grupės arba priklauso rizikos grupėms.

Atliktas tyrimas parodė, kad demografiniai ir socialiniai veiksniai (šeiminė padėtis, išsilavinimas, socialinė grupė, pajamos, gyvenamoji vieta) paaiškino nedidelę dalį ketinimo skiepytis dispersijos. Didesnę reikšmę ketinimui skiepytis turėjo planuoto elgesio ir sveikatos įsitikinimų modelio kintamieji. Šie modeliai paaiškino 41,5–81 proc. ketinimo skiepytis dispersijos. Taigi tyrimo rezultatai rodo, kad, siekiant valdyti suaugusių gyventojų elgseną vakcinacijos srityje, reikėtų akcentuoti intervencines priemones, atsižvelgiant į šių modelių pagrindinius determinantus.

Ketinimas skiepytis susijęs su visais trimis planuoto elgesio teorijos kintamaisiais – teigiamai vertintais požiūriais į skiepėjimus, subjektyvia norma ir elgesio valdymo suvokimu. Teigiamas požiūris į skiepus lėmė ketinimus skiepytis, be to, pasirodė, kad subjektyvi norma, t. y. artimųjų žmonių, draugų, ir bendrai visuomenės nuomonė taip susijusi su ketinimu skiepytis. Dažnai planuojant skiepėjimų programas ir gyventojų informavimo kampanijas manoma, kad gyventojams būtina suteikti žinių, tačiau planuoto elgesio teorijos kintamųjų ryšys su ketinimu skiepytis rodo, kad reikalinga ne tik

informacija. Kėtinimai susiję ir su asmens požiūriu į skiepijimus, su socialinės aplinkos nuomone bei suvokimu, kad pats asmuo sprendžia ir gali veikti savo elgesį. Svarbu ne tik žinios apie užkrečiamąsias ligas ir vakcinas, bet ir visuomenės (aplinkos) požiūris, todėl norint pakeisti gyventojų kėtinimus turėtų būti vertinama ir viešojoje erdvėje pateikiama informacija.

Kėtinimas skiepytis susijęs su ankstesne elgsena skiepijantis nuo gripo, tačiau nesusijęs su ankstesniais skiepijimais nuo difterijos ir stabligės. Skiepijimas nuo gripo atliekamas kasmet, nuo difterijos ir stabligės – kas 10 metų, todėl manoma, kad skiepai nuo gripo lengviau įsimenami nei nuo difterijos ir stabligės. Be to, skiepai nuo gripo rizikos grupių asmenims apmokami valstybės lėšomis, informacija teikiama tiek sveikatos priežiūros įstaigose, tiek žiniasklaidoje. Suaugusiųjų skiepijimai nuo difterijos ir stabligės valstybės finansuojami nuo 2009 m., todėl tai gali būti siejama su mažesniu jų žinomumu ir mažesnėmis skiepijimų apimtimis. Tai, kad kėtinimas susijęs su ankstesne elgsena, rodo, jog asmenys, kurių teigiami kėtinimai skiepytis, jau skiepijosi ir praeityje.

Išplėstinės planuoto elgesio teorijos taikymas ateityje galėtų tapti sudėtine skiepijimo programų dalimi, formuojant teigiamą asmenų požiūrį, skiepijimams palankią socialinę aplinką.

Sveikatos įsitikinimų modelio kintamųjų tyrimas parodė, kad respondentai skirtingai vertino suvokiamą pažeidžiamumą (imlumą) ir ligos sunkumą (rimtumą). Didesnė dalis respondentų nurodė, jog suvokia ligos sunkumą (rimtumą), tačiau riziką konkrečiam asmeniui susirgti vertino mažesnė dalis respondentų. Respondentų suvokiamos naudos teigiamo vertinimo dalis buvo didesnė nei maniusiųjų, kad nauda vertintina neigiamai. Dauguma respondentų nurodė, kad nemano, jog suvokiamos kliūtys buvo barjeras skiepytis. Apibendrinus tyrimo rezultatus nustatyta, kad respondentai manė, jog difterija ir stabligė yra sunkios ligos (sirgtų sunkiai, galima letalinė išėitis), suvokė skiepijimų naudą, nemanė, kad egzistuoja kliūtys, tačiau savo riziką susirgti vertino neigiamai.

Įvertinus sveikatos įsitikinimų modelio veiksnis, susijusius su kėtinimu skiepytis, nustatyta, kad kėtinimas skiepytis susijęs su suvokiamu pažeidžiamumu (imlumu), sunkumu (rimtumu) ir nauda. Suvokiamos kliūtys nebuvo reikšmingai susijusios su kėtinimu skiepytis. Sveikatos

įsitikinimų modelio kintamųjų įtaka turėtų būti vertinama informuojant gyventojus apie skiepijimus – informacija apie pažeidžiamumą (imlumą) (riziką užsikrėsti ir susirgti), sunkumą (rimtumą) (ligos požymius, komplikacijas, išėitis) bei skiepijimų naudą (išvengti ligos, komplikacijų, mirties, nedarbingumo).

Norint pasiekti tinkamą kolektyvinio imuniteto lygį, kuris leidžia suvaldyti užkrečiamųjų ligų plitimą, reikia keisti Lietuvos suaugusiųjų gyventojų kėtinimą skiepytis į teigiamą. Tyrimo metu nustatyti veiksniai, lemiantys kėtinimą skiepytis, turėtų būti naudojami rengiant mokymo ir informavimo programas.

Tyrimo trūkumai. Tyrimo metu vertintas gyventojų kėtinimas skiepytis. Išnagrinėti kėtinimai skiepytis, tačiau netirtas realus elgsens (išskyrus patirtį praeityje), todėl tyrimo rezultatai turėtų būti vertinami kaip realaus elgesio gyvenime prielaidos. Neįmanoma užtikrinti, kad kėtinimai skiepytis ateityje sutaps su skiepijimosi apimtimis, net jeigu ankstesniuose tyrimuose nustatyta, jog kėtinimai yra gyventojų skiepijimo būklę lemiantys veiksniai [24].

IŠVADOS

1. Lietuvos suaugusių gyventojų populiacijoje vyrauja neigiamos nuostatos dėl skiepijimosi. Tokio pobūdžio nuostatos būdingos vyrų ir vyresnio amžiaus žmonių grupėse.
2. Ankstesnė elgsena ir nujaučiamas apgailestavimas yra reikšmingi papildomi nepriklausomi kintamieji, didinantys planuoto elgesio teorijos modelio prognostinę vertę, aiškinant suaugusių gyventojų populiacijos kėtinimą skiepytis.
3. Planuoto elgesio teorijos ir sveikatos įsitikinimų modelio pagrindiniai kintamieji yra tiesiogiai susiję su suaugusių gyventojų kėtinimu skiepytis. Planuoto elgesio teorijos ir sveikatos įsitikinimų modeliai galėtų sudaryti teorinį pagrindą sprendimams priimti ir organizuojamoms intervencijoms suaugusių gyventojų skiepijimo programų efektyvumui didinti. Intervencijos, skirtos suaugusių gyventojų neigiamoms nuostatomis dėl skiepijimo keisti, turėtų ne apsiriboti gyventojų ir medicinos darbuotojų informavimu, o būti kompleksinės, t. y. susietos su planuoto elgesio teorijos ir sveikatos įsitikinimų modelio kintamaisiais.

Straipsnis gautas 2014-08-12, priimtas 2014-09-15

Literatūra

1. Pasaulio sveikatos organizacija (WHO). <<http://www.who.int/topics/immunization/en/>>. 2014; 4-7-0130. Ref Type: Internet Communication.
2. Global Immunization Vision and Strategy. <<http://www.who.int/immunization/givs/en/>>. 2005; Geneva. 8-5-0130. Ref Type: Internet Communication.
3. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Community Immunity in Vaccines. 5th ed ed. Philadelphia: Saunders / Elsevier. 2008; 1573-92.
4. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC). <www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/Spotlight_immunisation>. 2014; 4-5-0130. Ref Type: Internet Communication.
5. Bond L, Nolan T. Making sense of perceptions of risk of diseases and vaccinations: a qualitative study combining models of health beliefs, decision-making and risk perception. BMC Public Health. 2011;11:943.
6. Chen MF, Wang RH, Schneider JK, Tsai CT, Jiang DD, Hung MN et al. Using the Health Belief Model to understand caregiver factors influencing childhood influenza vaccinations. J Community Health Nurs. 2011 Jan;28(1):29-40.
7. Gallagher S, Povey R. Determinants of older adults' intentions to vaccinate against influenza: a theoretical application. Journal of Public Health. 2006 Apr 26;28(2):139-44.
8. Myers LB, Goodwin R. Determinants of adults' intention to vaccinate against pandemic swine flu. BMC Public Health. 2011;11(1):15.
9. Timmermans DR, Henneman L, Hirasings RA, van der WG. Parents' perceived vulnerability and perceived control in preventing Meningococcal C infection: a large-scale interview study about vaccination. BMC Public Health. 2008;8:45.
10. Ajzen I. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. Psychol Health. 2011 Sep;26(9):1113-27.
11. Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker A, Grimshaw J, Foy R et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: Manual for researches. 2004. Centre for health Services Research, University of Newcastle, UK. Ref Type: Serial (Book, Monograph).
12. Žemaitienė N, Bulotaitė L, Jusienė R, Veryga A. Gyvenimo būdas, elgsena ir sveikata. Sveikatos psichologija. 2011;32-69.
13. Albano L, Matuozzo A, Marinelli P, Di GG. Knowledge, attitudes and behaviour of hospital health-care workers regarding influenza A/H1N1: a cross sectional survey. BMC Infect Dis. 2014;14:208.
14. Brabin L, Roberts SA, Farzaneh F, Kitchener HC. Future acceptance of adolescent human papillomavirus vaccination: a survey of parental attitudes. Vaccine. 2006 Apr 12;24(16):3087-94.
15. Chen Wu A, Wisler-Sher D, Griswold K, Colson E, Shapiro E, Holmboe E et al. Postpartum Mothers' Attitudes, Knowledge, and Trust Regarding Vaccination. Matern Child Health J. 2008;12:766-73.
16. Coniglio MA, Platania M, Privitera D, Giammanco G, Pignato S. Parents' attitudes and behaviours towards recommended vaccinations in Sicily, Italy. BMC Public Health. 2011;11:305.
17. Di GG, Abbate R, Liguori G, Albano L, Angelillo IF. Human papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. Br J Cancer. 2008 Jul 22;99(2):225-9.
18. Freund R, Le RC, Charlier C, Avenell C, Truster V, Treluyer JM et al. Determinants of non-vaccination against pandemic 2009 H1N1 influenza in pregnant women: a prospective cohort study. PLoS One. 2011;6(6):e20900.
19. Haka E, Schonbeck Y, De Melker H, Van Essen GA, Sanders EA. Negative attitude of highly educated parents and health care workers towards future vaccinations in the Dutch childhood vaccination program. Vaccine. 2005;23:3103-7.
20. Jelleymann T, Ure A. Attitudes to immunisation: a survey of health professionals in the Rotorua District. N Z Med J. 2004 Feb 20;117(1189):U769.
21. Nikula A, Rapola S, Hupli M, Leino-Kilpi H. Factors strengthening and weakening vaccination competence. International Journal of Nursing Practice. 2009;15(5):444-54.
22. Rachiotis G, Mouchtouri VA, Kremastinou J, Gourgoulis K, Hadjichristodoulou C. Low acceptance of vaccination against the 2009 pandemic influenza A(H1N1) among healthcare workers in Greece. Euro Surveill. 2010 Feb 11;15(6).
23. Žagminas K, Šurkienė G, Urbanovič N, Stukas R. Tėvų požiūris į vaikų skiepijimą. Medicina (Kaunas). 2007;43(2):115-23.
24. Zimmerman RK, Nowalk MP, Bardella IJ. Physician and practise factors related to influenza vaccination among the elderly. Am J Prev Med. 2004;(26):1-10.

The intention to be vaccinated and its determinants of adults' in Lithuania

Nerija Kuprevičienė, Kęstutis Žagminas

Public Health Institute, Medicine faculty of Vilnius University

Summary

The aim – to estimate intention to be vaccinated and its determinants (socio-demographic, components of extended Theory of Planned Behaviour and Health Belief Model) of adults' in Lithuania.

Methods. The theoretical framework of study has been based on Theory of Planned Behaviour (attitude, subjective norm, perceived behavioural control) with extended variables (past related behavior, anticipated regret) and Health Belief Model (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers).

The study population – Lithuanian residents aged 18 years and older.

The sampling has been based on data of Lithuanian Department of Statistics about residents in the Republic of Lithuania. Random sampling (location, house and apartment, respondent) has been used. 945 respondents have been interviewed by face-to-face method. Binary logistic regression has been used to explore determinants of intention to be vaccinated.

Results. 21.4 percent of respondents had positive intention to be vaccinated (against diphtheria and tetanus, against influenza, other vaccinations recommended for adults), 14.7 percent – neither positive nor negative intention and 63.9 percent – negative intention.

Men had 50 percent lower odd to be vaccinated compared with women (OR=0.50, 95% CI 0.32–0.78, p=0.002).

The intention to be vaccinated correlated with age, odd of intention to be vaccinated was higher in younger age groups compared to other age groups. Odd of intention to be vaccinated was 2.85 fold (OR=2.85, 95 % CI 1.11–7.27, p=0.029) higher in 18–24 years age group compared with 65–74 years age group.

The intention to be vaccinated significantly correlated to variables of extended Theory of Planned Behaviour:

positive attitude (OR=39.25, 95 % CI 4.27–360.83, p=0.001), positive subjective norm (OR=3.49, 95 % CI 1.42–8.59, p=0.007), positive perceived behavioural control (OR=6.16, 95 % CI 1.10–34.55, p=0.039), having vaccination against influenza in the past (OR=16.47, 95 % CI 5.02–54.08, p<0,001) and anticipated regret (OR=7.51, 95 % CI 2.92–19.33, p<0.001).

The intention to be vaccinated was related to variables of Health Belief Model: positively perceived susceptibility (OR=2.25, 95 % CI 1.04–4.83, p=0.038), positively perceived severity (OR=3.80, 95 % CI 1.49–9.71, p=0.005), positively perceived benefits (OR=14.07, 95 % CI 7.07–51.16, p<0.001).

Conclusions. Negative attitude to vaccination has been dominated among Lithuanian adults. Past related behaviour and anticipated regret are significant additional independent variables, they have increased prognostic value of Theory of Planned Behaviour to explore adults' intention to be vaccinated. The main variables of Theory of Planned Behaviour and Health Belief Model significantly correlated to adults' intention to be vaccinated.

Keywords: vaccination, adults, vaccination program, intention.

Correspondence to Nerija Kuprevičienė

Public Health Institute

Medicine Faculty of Vilnius University

M. K. Čiurlionio str. 21, LT-03100 Vilnius, Lithuania

E-mail: nerija.kupreviciene@mf.vu.lt

Received 12 August 2014,
accepted 15 September 2014