

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS**

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Svetlana Pobiaržina

**VISAGINO MIESTO GYVENTOJŲ SVEIKATOS  
NETOLYGUMŲ YPATUMAI VERTINANT  
POŽIŪRIŲ SKIRTUMUS IR GALIMUS BARJERUS  
DALYVAVIMUI ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ  
LIGŲ BEI STOROSIOS ŽARNOS VĖŽIO  
PREVENCINĖSE PROGRAMOSE**

Visuomenės sveikatos ugdymo studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2020

## TURINYS

<b>ĮVADAS</b>	<b>8</b>
<b>I. LITERATŪROS ANALIZĖ</b>	<b>11</b>
1.1 Sveikata ir sveikatos netolygumų problematika	11
1.2 Sveikatos netolygumų kategorijos pagal priežastis	12
1.2.1 Demografiniai sveikatos netolygumų veiksniai	14
1.2.2 Ekonominiai sveikatos netolygumų veiksniai	16
1.2.3 Socialiniai sveikatos netolygumų veiksniai	18
1.2.4 Sveikatos raštingumas sveikatos netolygumų kontekste	19
1.3 Sveikatos netolygumai ir širdies ir kraujagyslių ligos bei storosios žarnos vėžio prevencinės programos Lietuvoje	22
<b>II. TIRIAMOJI DALIS: SVEIKATOS NETOLYGUMŲ ANALIZĖ VISAGINO SAVIVALDYBĖJE IR KIEKYBINIO TYRIMO REZULTATAI</b>	<b>27</b>
2.1 Tyrimo metodika ir kontingento apibūdinimas	27
2.2 Tyrimo rezultatai	30
2.2.1 Visagino sav. gyventojų sveikatos netolygumų analizė akcentuojant pirmumą į ŠKL ir SŽV prevencijos programas	30
2.2.2 Vyrų ir moterų subjektyvios sveikatos vertinimas ir suvokimas apie sveikatą vertinančius veiksnius	44
2.2.3. Visagino savivaldybės gyventojų informuotumas apie ŠKL ir SŽV prevencines programas	49
2.2.4. Visagino sav. vyrų ir moterų dalyvavimas ŠKL ir SŽV prevencinėse programose pagal raštingumą ir galimą kalbos barjerą	52
2.2.5. Visagino sav. gyventojų subjektyvūs barjerai ir galimi skatinimo veiksniai, kurie įtakoja dalyvavimą ŠKL ir SŽV prevencinėse programose ir jų priežastis	56
2.2.6. Visagino sav. gyventojų pasitikėjimas sveikatos priežiūros specialisto žiniomis ir jų nuomone, kas turi prisiimti atsakomybę už pacientų dalyvavimą ŠKL ir SŽV prevencijos programose	59
2.3 Rezultatų aptarimas	67
<b>IŠVADOS</b>	<b>69</b>
<b>REKOMENDACIJOS</b>	<b>71</b>
<b>LITERATŪRA</b>	<b>72</b>
<b>PRIEDAI</b>	<b>80</b>

## SANTRAUKA

S. Pobiaržina. Visagino miesto gyventojų sveikatos netolygumų ypatumai vertinant požiūrių skirtumus ir galimus barjerus dalyvavimui širdies ir kraujagyslių ligų bei storosios žarnos vėžio prevencinėse programose. Visuomenės sveikatos ugdymo magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. dr. A. Jurgutis. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2020. – 71 p.

**Tyrimo tikslas** – ištirti sveikatos netolygumų ypatumus Visagino mieste: vertinant gyventojų požiūrių skirtumus ir galimus barjerus dalyvavimui širdies ir kraujagyslių ligų ir storosios žarnos vėžio prevencinėse programose.

**Tyrimo metodika.** Tyrimui pasirinkti du metodai: 1. statistinių duomenų rinkimas ir analizė ir 2. kiekybinis tyrimas. Statistiniai duomenys buvo renkami iš atvirų šaltinių: Lietuvos statistikos departamento, Higienos instituto Lietuvos sveikatos rodiklių sistemos, Sveidros, Valstybinės ligonių kasos. Kiekybinio tyrimo duomenys apdoroti naudojant statistinės analizės SPSS 26 versijos programinį paketą, taikant nepriklausomų imčių T kriterijų, Pirsono koreliacijos koeficientą, Spirmano ranginės koreliacijos koeficientą, Cronbacho  $\alpha$  koeficientą bei atliekant požymių dažnių lentelės (angl. Crosstabs) analizę, bei Chi kvadrato testą.

**Tyrimo rezultatai.** Visagino sav. gyventojų sveikatos netolygumams įtakos gali turėti VTGT, ilgalaikio nedarbo lygis, socialinės pašalpos gavėjų skaičius, ŠKL prevencijos programoje gyventojai dalyvauja daugiau negu SŽV. Tyrimo metu apklausta 369 tiriamųjų, nustatyta kad vyrai geriau negu moterys vertina savo dabartinės sveikatos būklę, gyvenimo kokybę, savo sveikatą lyginant su bendraamžiais, ir fizinę (kūno) sveikatą, moterys geriau vertina tik savo psichikos (emocinę) sveikatą. Tiek apie ŠKL prevencijos programą, tiek apie SŽV daugiau informuotos moterys negu vyrai. ŠKL ir SŽV programose daugiau dalyvauja moterų, negu vyrų. Dalyvavimas ŠKL bei SŽV prevencinėse programose aktyvesnis, jei nėra kalbos barjero ir vyrai turi universitetinį, o moterys aukštesnįjį išsilavinimą. ŠKL ir SŽV prevencinėse programose nedalyvavimo veiksnys – kad respondentai nebuvo informuoti apie galimybę nemokamai dalyvauti programose, skatinimai – jeigu respondentams nereikėtų ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją. Daugiau respondentų pasitiki SPS žiniomis nustatant ŠKL, negu SŽV.

*Reikšminiai žodžiai:* sveikatos netolygumai, širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL) prevencinė programa, storosios žarnos vėžio (SŽV) prevencinė programa.

## SUMMARY

S. Pobiarižina. Health Inequality in Visaginas City Population Assessing Differences in Attitudes and Possible Barriers for Participation in Cardio-Vascular Diseases and Colon Cancer Prevention Programs. Thesis of the Master's study program in Public Health Education. Supervisor Prof. Dr. A. Jurgutis. Klaipėda University: Klaipėda, 2020. – 71 p.

**The aim of the research** was to examine the peculiarities of health inequalities in Visaginas city by assessing the differences in the attitudes of the population and possible barriers to participation in cardiovascular disease and colon cancer prevention programs.

**Methodology of the research.** Two methods were chosen for the research: 1. collection and analysis of statistical data and 2. quantitative research. Statistical data were collected from open sources: Lithuanian Department of Statistics, Lithuanian Health Indicators System of the Institute of Hygiene, Sveidra, State Health Insurance Fund. Quantitative research data were processed using statistical analysis SPSS version 26 software package, applying the T criterion of independent samples, Pearson correlation coefficient, Spearman rank correlation coefficient, Cronbach's  $\alpha$  coefficient and by performing Crosstabs analysis, and Chi-square test.

**Results of the research.** Health inequalities in the population of Visaginas municipality may be affected by average life expectancy, long-term unemployment rate, number of recipients of social benefits, and the fact that the population participates more in the cardiovascular disease prevention program than in the colon cancer prevention program. During the research, 369 subjects were interviewed, and it was found that men value their current health status, quality of life, their health compared to their peers, and physical (body) health better than women, women evaluate only their mental (emotional) health better. Women are more informed than men about both the cardiovascular disease prevention program and colon cancer prevention program. More women than men are involved in cardiovascular disease and colon cancer prevention programs. Participation in cardiovascular disease and colon cancer prevention programs is more active if there is not a language barrier and a university education for men and a higher education for women. The factor in not participating in cardiovascular and colon cancer prevention programs is the fact that respondents were not informed about the possibility of participating in the programs free of charge, incentives – if respondents did not have to wait long for a scheduled visit to the doctor. More respondents rely on the knowledge of health professionals in diagnosing cardiovascular disease than colon cancer.

*Keywords:* health inequalities, cardiovascular disease prevention program, colon cancer prevention program.

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1 lentelė.	Imties nustatymas	28
2 lentelė.	Bendros sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos (n=369 (100 proc.))	29
3 lentelė.	Respondentų subjektyvus sveikatos vertinimas per pastaruosius 3 mėn., vyrų ir moterų	45
4 lentelė.	Respondentų nuomonė apie veiksnius, galinčius pagerinti jų sveikatos būklę, atskirai vyrų ir moterų	46
5 lentelė.	Respondentų sveikatos vertinimas, atskirai vyrų ir moterų	46
6 lentelė.	Respondentų nuomonė apie teiginius, atskirai vyrų ir moterų	48
7 lentelė.	Respondentų informuotumas apie ŠKL ir SŽV prevencines programas, pagal lytį	49
8 lentelė.	Respondentų rezultatai iš kur jie gavo informacijos apie ŠKL ir SŽV prevencines programas	50
9 lentelė.	Respondentų informavimas apie ŠKL ir SŽV prevencines programas, pagal lytį	50
10 lentelė.	Respondentų dalyvavimas ŠKL ir SŽV prevencinėse programose, pagal lytį	51
11 lentelė.	Respondentų informacijos gavimo įtaka dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose	51
12 lentelė.	Respondentų dalyvavimas ŠKL ir SŽV prevencinėse programose pagal lytį	52
13 lentelė.	Respondentų raštingumo įtaka dalyvavimui ŠKL prevencinėse programose, pagal lytį	53
14 lentelė.	Respondentų raštingumo įtaka dalyvavimui SŽV prevencinėse programose, pagal lytį	53
15 lentelė.	Respondentų kalbos barjero rezultatai, pagal lytį	54
16 lentelė.	Respondentų informavimas bei žinių lygis apie ŠKL prevencinę programą	55
17 lentelė.	Respondentų informavimas bei žinių lygis apie SŽV prevencinę programą	55
18 lentelė.	Respondentų nedalyvavimas ŠKL prevencinėje programoje	56
19 lentelė.	Respondentų nedalyvavimas SŽV prevencinėje programoje	57
20 lentelė.	Respondentų paskatinimas dalyvavimui prevencinėse programose	58
21 lentelė.	Respondentų SPS žinių pasitikėjimas nustatant ŠKL ir SŽV	59
22 lentelė.	Respondentų įtaka SPS pasitikėjimui nustatant ŠKL, pagal lytį	60
23 lentelė.	Respondentų įtaka SPS pasitikėjimui nustatant SŽV, pagal lytį	61
24 lentelė.	Respondentų rezultatai, kas turi prisiimti atsakomybę nustatant ŠKL ir SŽV, pacientas ar SPS	62
25 lentelė.	Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje turi prisiimti atsakomybę pats pacientas, pagal lytį	62
27 lentelė.	Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje turi prisiimti atsakomybę šeimos gydytojas, pagal lytį	64
28 lentelė.	Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje turi prisiimti atsakomybę šeimos gydytojas, pagal lytį	65
26 lentelė.	Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje turi prisiimti atsakomybę pats pacientas, pagal lytį	91

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1 pav.	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (metai), Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)	30
2 pav.	Išvengiamas mirtingumas (proc.), Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)	31
3 pav.	Ilgalaikio nedarbo lygis (proc.), Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)	32
4 pav.	Socialinės pašalpos gavėjų skaičius 1000 gyv., Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. HI. 2020 m.)	32
5 pav.	Išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1000 gyv., Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. HI. 2020 m.)	33
6 pav.	Nuolatinių Visagino sav. gyventojų skaičiaus kaitos dinamika 2015–2019 m. (asmenų skaičius) (Lietuvos statistikos departamento duomenys)	33
7 pav.	Visagino gyventojų pagal amžiaus grupes kaitos dinamika 2015–2019 m. (Lietuvos statistikos departamento duomenys)	34
8 pav.	Visagino sav. gyventojai pagal tautybę, proc. (2011 m.) (Lietuvos statistikos departamento duomenys)	34
9 pav.	Visagino sav. vaikų švietimas ugdymo įstaigose pagal ugdomąją kalbą (2019 m.)	35
10 pav.	Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų rodikliai (I00–I99) 100 000 gyventojų. Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema).	37
11 pav.	2014–2018 m. Visagino sav. gyventojų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) (mirčių skaičius proc. pagal ligų TLK kodus)	37
12 pav.	Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės prevencijos programoje, Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)	39
13 pav.	Mirtingumas nuo piktybinių navikų/standartizuoti mirtingumo nuo piktybinių navikų rodikliai (C00–C96) 100 000 gyventojų, Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)	40
14 pav.	2014–2018 m. Visagino sav. gyventojų mirtingumas nuo piktybinių navikų (C00–C96) (Mirčių skaičius proc. pagal ligų TLK kodus)	40
15 pav.	Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės prevencijos programoje, Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)	43
16 pav.	Respondentų sveikatos vertinimas per pastaruosius 3 mėn. pagal Likerto skalę, proc.	44
17 pav.	Respondentų nuomonė apie veiksnius, galinčius pagerinti jų gyvenimo kokybę, proc.	45
18 pav.	Respondentų nuomonė apie tai, kas lemia didžiausią įtaką žmogaus sveikatai, proc.	47
19 pav.	Respondentų nuomonė apie genetinių ir biologinių veiksnių įtaką sveikatai, pagal lytį proc.	47
20 pav.	Respondentų nuomonė apie gyvensenos ir elgsenos įtaką sveikatai, pagal lytį proc.	47
21 pav.	Respondentų nuomonė apie aplinkos įtaką sveikatai, pagal lytį proc.	48
22 pav.	Respondentų nuomonė apie sveikatos priežiūros įtaką sveikatai, pagal lytį proc.	48
23 pav.	Vyrų ir moterų lietuvių k. pateiktos informacijos supratimo lygis, proc.	54
24 pav.	Respondentų nedalyvavimo priežastys ŠKL prevencijos programoje pagal Likerto skalę, proc.	56
25 pav.	Respondentų nedalyvavimo priežastys SŽV prevencijos programoje pagal Likerto skalę, proc.	57
26 pav.	Respondentų nuomonė, kas gali paskatinti juos dalyvauti prevencijos programoje pagal Likerto skalę	58

## SANTRUMPOS

DTL – Didelio tankio lipoproteinų cholesterolis

HI – Higienos institutas

IAE - Ignalinos atominė elektrinė

KPP – kraujagyslių ligų prevencijos padaliniai

LR – Lietuvos Respublika

MTL – Mažo tankio lipoproteinų cholesterolis, „blogasis“

PSDF - Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PP – Prevencinės programos

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija (*angl. WHO -World Health Organization*)

SAV – Savivaldybė

SGT – Sveiko gyvenimo trukmė

SN – Sveikatos netolygumai

SPS – Sveikatos priežiūros specialistas

SR – Sveikatos raštingumas

SVEIDRA - Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema

SŽV – Storosios žarnos vėžys

ŠKL – Širdies ir kraujagyslių ligos

VLK – Valstybinė ligonių kasa

VTGT – Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

TLK – Teritorinė ligonių kasa

## IVADAS

Sveikatos netolygumų tema yra aktuali problema ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje. Sveikatos netolygumus suprantame kaip sveikatos būklės skirtumus bei sveikatą lemiančių veiksnių pasiskirstymą tarp skirtingų gyventojų grupių. Sveikatos netolygumų priežastys yra kompleksinės ir skirstomos į dvi grupes, t. y. neišvengiamos (amžius, lytis) ir išvengiamos (veiksniai, kurių galima išvengti ir kurie priklauso tik nuo žmogaus gyvenimo). Įtakos sveikatai turi tokie veiksniai kaip amžius, lytis, gyvenamoji vieta, tautybė, šeiminių padėtis ir šeimos sudėtis, išsilavinimas, profesija, gyvenimo sąlygos, pajamos ir pan., apie tai bus tyrinėjama šiame darbe. Taip pat egzistuoja mirtingumo, būsimą gyvenimo trukmės rodiklių bei gyvenimo skirtumai tarp miesto ir kaimo gyventojų, skirtingo išsilavinimo žmonių ir tarp lyčių tos pačios socialinės ekonominės padėties grupėse. Sveikatos netolygumus gali lemti ir nevienodas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas bei kokybė, kuriuos lemia daugybė veiksnių (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017). Stebimos sąsajos tarp gyvenamosios vietos ir sergamumo bei mirtingumo. Galima teigti, kad gyvenimas tam tikroje teritorijoje daro įtaką asmenų sveikatai (Car-Hill, Chalmers-Dixon, 2005). Blogesnę kaimo (rajonų) gyventojų sveikatą lemia sąmoningo rūpinimosi savo sveikata stoka, dėl sunkios šių mažas pajamas gaunančių asmenų socialinės ir materialinės padėties nepakankamai prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, tarp jų profilaktinės ir prevencinės programos. Tai ypač aktualu nuo didžiųjų miestų nutolusiose vietovėse, Lietuvos pakraščiuose (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017).

**Temos aktualumas.** Visagino savivaldybei minėtos temos yra ypač aktualios, nes Visagino sav. 2018 m. pagrindinis gyventojų sveikatos rodiklis, t. y. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (71,6 metai), buvo mažesnis negu Lietuvos (75,9 metai), bet išvengiamo mirtingumo rodiklis (39,0 proc.) buvo II vietoje tarp Lietuvos savivaldybių bei blogiausių reikšmių atžvilgiu didesnis už Lietuvos rodiklį (30,5 proc.).

Visagino (tuometinis Sniečkus) miestas buvo įkurtas 1975 metais, 6 km atstumu nuo Ignalinos atominės elektrinės (toliau – IAE) ir buvo skirtas IAE darbuotojams apgyvendinti (Šapoval J, Šablinskas Š, Galikova N. ir kt., 2011) bei į jį suvažiavo gyventojai iš Sovietų Sąjungos pakraščiu. Lyginant Visagino sav. su Lietuvos vidurkiu jis išsiskiria didele ne lietuvių tautybės gyventojų dalimi, 52,16 proc. gyventojų yra rusai, 18,27 proc. lietuviai, 9,89 baltarusiai, 9,32 proc. lenkai, 5,16 proc. ukrainiečiai bei 2,82 proc. kitos tautybės (Lietuvos statistikos departamentas, 2011 m.). Pastebima tendencija, kad gyvendami gana uždaroje Visagino bendruomenėje, gyventojai nemato poreikio bei paskatos mokytis lietuvių kalbos (Visagino savivaldybė, 2020). Tyrimais (Ramonienė M, Lichačiova A, 2013) įrodyta, kad Visagino sav. gyventojai turi kalbos barjerą, t. y. lietuvių kalbos supratimas siekia tik 57 proc., o 13 proc. visai nesupranta kalbos. Gyventojai, kurie nesupranta lietuvių kalbos, yra sveikatos netolygumų grupėje, galimai gali neturėti aktualios informacijos, susietos su sveikatos

paslaugomis, pvz. apie prevencines programas. Lietuvių kalbos „barjeras“ gali turėti įtakos ne tik sveikatos netolygumams, bet ir sveikatos raštingumui, nes asmens gebėjimas gauti, suprasti ir naudoti informaciją yra susijęs su sveikata ir yra labai svarbus.

Užimtumo tarnybos duomenimis dauguma darbo ieškančių gyventojų neturi gerų lietuvių kalbos žinių ir tai trukdo jiems kelti arba įgyti naują kvalifikaciją (Visagino savivaldybė, 2020). Nedarbo lygis Visagino sav. kiekvienais metais išlieka panašus, registruoto nedarbo lygis tarp darbingo amžiaus (15-64 m.) gyventojų Visagino sav. 2018 m. buvo 12,8 proc. asmenų, 2017 m. – 12,9 proc., 2016 m. – 12,7 proc., 2015 m. – 13,0 proc., 2014 m. – 13,1 proc.. Palyginus su Lietuvos savivaldybių vidurkiu (8,5 proc.) ir Utenos apskrities savivaldybių vidurkiu (11,9 proc.) (Lietuvos statistikos departamentas, 2020). Visagino sav. nedarbo lygis 2018 metais yra didžiausias, o tai reiškia, kad bedarbiai gyventojai gali turėti nepakankamas pajamas ir blogesnę gyvenimo kokybę, negu dirbantys. Taip pat aktualu, kad Visagino sav. socialinės pašalpos gavėjų skaičius yra didesnis už Lietuvos rodiklį, o tai reiškia, kad šeimos su vaikais, gaunančios pašalpos, galimai yra priskirtinos rizikos sveikatos grupei.

Galima manyti, kad išsituokę gyventojai gali turėti blogesnę ekonominę, socialinę bei psichologinę padėtį, o šie veiksniai yra susieti su dabartinės savo sveikatos būklės vertinimu, išsituokę vyrai ir moterys turi mažiau galimybių rūpintis savo sveikata, bei mažiau kreiptis pas gydytojus, o taip pat mažiau dalyvauti prevencinėse programose, Lietuvos statistikos departamento duomenimis ištuokų proc. nuo santuokų Visagino sav. 2017-2019 metais svyruoja nuo 45,50 iki 53,85 proc., 2017 m. Visagino savivaldybėje įregistruota - 182 santuokos ir 84 ištuokos, 2018 m. 152 santuokos ir 84 ištuokos (Lietuvos statistikos departamentas, 2020).

Nedalyvavimas prevencinėse programose nulemia blogesnę sveikatos būklę ir sveikatos netolygumus, o geresnis dalyvavimas gali atskleisti gerą patirtį, kas lemia gyventojų dalyvavimą programose. Kalbant apie širdies ir kraujagyslių ligų ir storosios žarnos vėžio prevencines programas, pastebimas Visagino sav. galimai gerosios patirties aspektas dėl širdies ir kraujagyslių ligų mirtingumo ir gyventojų dalyvavimo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje, taigi Higienos instituto duomenimis Visagino sav. gyventojų dalyvavimas ŠKL prevencinėje programoje tarp visų Lietuvos savivaldybių 2014 m. (Visagino sav. 51,86 proc., Lietuvos 34,67 proc.) ir 2016 m. (Visagino sav. 55,6 proc., Lietuvos 39,0 proc.) buvo pirmoje vietoje, 2015 m. antroje (Visagino sav. 53,14 proc., Lietuvos 37,42 proc.), 2017 m. (Visagino sav. 56,7 proc., Lietuvos 40,8 proc.) ir 2018 m. trečioje vietoje (Visagino sav. 57,5 proc., Lietuvos 42,9 proc.). O storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje Visagino sav. gyventojų dalyvavimo rodikliai lyginant su Lietuvos rodikliais, kiekvienais metais nežymiai skiriasi nuo Lietuvos rodiklių, 2014 m. (Visagino sav. 32,66 proc., Lietuvos 42,47 proc.) ir 2018 m. (Visagino sav. 47,1 proc., Lietuvos 53,1 proc.) buvo mažesnis, 2015 m. (Visagino sav. 54,24 proc., Lietuvos 50,44 proc.) ir 2017 m. (Visagino sav.

54,3 proc., Lietuvos 52,2 proc.) didesnis, o 2016 m. (Visagino sav. 49,9 proc., Lietuvos 49,9 proc.) lygus (Higienos institutas, 2020).

**Darbo naujumas.** Lietuvoje sveikatos netolygumai dažniausiai nagrinėjami šalies mastu arba tiriami kaimų (regionų) ir miesto gyventojų sveikatos netolygumai, atskirai Visagino savivaldybės gyventojų sveikatos netolygumai susijusi su sociodemografiniais rodikliais, sveikatos raštingumu ir sveikatos netolygumų veiksniais tokiais kaip etniškumas, kalbos barjeras, bei šių veiksnių įtaka informavimui ir dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose praktiškai lieka netiriama.

**Darbo tikslas** – ištirti sveikatos netolygumų ypatumus Visagino mieste vertinant gyventojų požiūrių skirtumus ir galimus barjerus dalyvavimui širdies ir kraujagyslių ligų ir storosios žarnos vėžio prevencinėse programose.

**Darbo uždaviniai:**

1. Įvertinti Visagino sav. gyventojų sveikatos netolygumus akcentuojant pirmumą į ŠKL ir SŽV prevencijos programas.
2. Palyginti Visagino sav. vyrų ir moterų subjektyvų sveikatos vertinimą ir suvokimą apie sveikatą vertinančius veiksnius.
3. Išsiaiškinti, ar Visagino gyventojai pakankamai informuoti apie ŠKL ir SŽV prevencines programas.
4. Palyginti Visagino sav. vyrų ir moterų dalyvavimą ŠKL ir SŽV prevencinėse programose pagal raštingumą ir galimą kalbos barjerą.
5. Ištirti subjektyvius barjerus ir galimus skatinimo veiksnius, kurie gali įtakoti dalyvavimą ŠKL ir SŽV prevencinėse programose ir jų priežastis.
6. Įvertinti Visagino sav. gyventojų pasitikėjimą sveikatos priežiūros specialisto žiniomis ir įvertinti jų nuomonę apie atsakomybę už dalyvavimą ŠKL ir SŽV prevencijos programose.

**Darbo struktūra.** Darbas sudarytas iš dviejų dalių: Pirmoje darbo dalyje pateikiama sveikatos netolygumų problematika ir samprata, aptariami sveikatos netolygumų veiksniai bei sveikatos raštingumo įtaka sveikatos netolygumų kontekste, taip pat aptariamos ŠKL ir SŽV prevencinės programos. Antroje darbo dalyje atlikta sveikatos netolygumų analizę Visagino savivaldybėje ir pateikiamas darbo tyrimas bei aptariami jo rezultatai. Galiausiai pateikiamos išvados ir suformuotos rekomendacijos.

Darbo rezultatai turi neabejotiną vertę Visagino savivaldybės administracijai ir savivaldybės tarybai priimant sprendimus sveikatos klausimais, bei visuomenės sveikatos biuro ir priminės sveikatos priežiūros darbuotojams planuojant ir įgyvendinant profilaktines programas. Rezultatai turėtų padėti atkreipti dėmesį į Visagino savivaldybės gyventojų sveikatos netolygumus ir taip įtakoti jų sprendimus.

## I. LITERATŪROS ANALIZĖ

### 1.1 Sveikata ir sveikatos netolygumų problematika

Literatūroje galima rasti skirtingų specialistų skirtingus sveikatos apibrėžimus. 1948 m. Pasaulio sveikatos organizacija savo konstitucijoje apibrėžė sveikatą kaip „visapusę fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimą“.

Dabartiniu metu sveikata suprantama kaip mūsų kasdienio gyvenimo dalis, gyvenimo kokybės rodiklis, o ne gyvenimo tikslas (Otavos chartija, 1986). Sveikata nėra vertinama vien pagal ligas ir mirtį, tai tokia būklė, kurią panašūs individai ir bendruomenės stengiasi pasiekti ir išlaikyti; tai ne ligų ir sužalojimų gydymo bei slaugymo rezultatas. Sveikata tarsi sankryža: tai vieta, kurioje susitinka biologiniai ir socialiniai veiksniai, individas ir bendruomenė, socialinė ir ekonominė politika. Be savo vidinės vertės, sveikata dar yra asmens ir kolektyvo saviraiškos būdas, visuomenės ir jos institucijų sėkmės rodiklis kuriant gerovę, kuri yra svarbiausias raidos tikslas (Frenk) (Javtokas Z, 2009).

Siekiant detaliau išanalizuoti sveikatos sampratą, buvo analizuojami žmogaus sveikatą lemiantys veiksniai, kurie yra: 20 proc. paveldimumas (genetika), 20 proc. aplinka fizinė ir socialinė, 50 proc. žmogaus gyvenimo būdas bei 10 proc. medicinos pagalbos lygis ir prieinamumas (Proškuvienė R, 2004) tai pat ir pagal Lalonde (1974) didžiausią įtaką sveikatai turi šie veiksniai (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016): genetiniai ir biologiniai veiksniai (genetika, lytis ir amžius) - 20 proc.; gyvensena ir elgsena (alkoholio vartojimas, narkotikų vartojimas, rūkymas ir kt.) - 50 proc.; aplinka (socialinė aplinka, fizinė aplinka) - 20 proc.; sveikatos priežiūra (kokybiškos sveikatos priežiūros pasiekiamumas, sveikatos draudimas) - 10 proc. (Javtokas, 2018).

Apibendrinant galima padaryti išvadas, kad žmogaus sveikatą daugiausiai priklauso nuo žmogaus gyvenamos ir elgsenos bei aplinkos, genetinius ir biologinius veiksnius galima paveikti mažai, o kai kuriais atvejais negalima visai nepakeisti, sveikatos priežiūra yra orientuota teikti gydymo paslaugas (ligoninės, pirminės sveikatos priežiūros centrai ir pan.) bei nedaug prisideda gerinant žmogaus sveikatą.

Sveikatos netolygumai yra aktuali bei svarbi problema visame pasaulyje. Yra daugybė įrodymų, kad socialiniai veiksniai, tokie kaip išsilavinimas, užimtumo lygis, pajamos, lytis, etninė priklausomybė veikia žmogaus sveikatą. Visose šalyse įvairių socialinių grupių sveikatos būklė labai skiriasi. Kuo žemesnė asmens socialinė ir ekonominė padėtis, tuo didesnė jo blogos sveikatos rizika.

Pasaulio sveikatos organizacija „Sveikatos netolygumus“ apibūdina kaip sistemingus skirtingų gyventojų grupių sveikatos būklės skirtumus, bei pabrėžia, jog nelygybė sukelia dideles socialines ir ekonomines išlaidas tiek asmenims, tiek visuomenėms (PSO, 2017). Pasaulyje nėra

tokios šalies, kurioje nebūtų sveikatos būklės skirtumų tarp socialinių grupių. Lietuvoje taip pat pastebimi sveikatos netolygumai.

I. Petrauskaitė, R. Skrobotovas ir A. Želvienė (2019, 3 p.) teigia, kad „Sveikatos neteisingumai“ (angl. health inequity) tai išvengiami sveikatos skirtumai, laikomi neteisingais ir nesąžiningais, o jų šaknys glūdi socialinėje nelygybėje, padarančioje tam tikras populiacijos grupes pažeidžiamesnėmis bei mažiau sveikomomis, ir sveikatos netolygumai (angl. health inequality) – sveikatos rezultatų, ligų paplitimo ar sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumai tarp populiacijos grupių.

Pasak Kawachi (2002) „sveikatos netolygumai“ (angl. health inequality) – tai sveikatos būklės skirtumai tarp įvairių gyventojų grupių. Pavyzdžiui, mirtingumo skirtumai tarp aukštą ir žemą išsilavinimą turinčių gyventojų grupių, vyrų ir moterų vidutinės būsimo gyvenimo trukmės skirtumai. Visuomenės sveikatos ir socialinių mokslų kontekste sveikatos netolygumai suprantami kaip įvykių, atspindinčių aplinkos, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės bei sveikatos būklės skirtumus, seka (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016).

Sveikatos netolygumus galima apibrėžti kaip sveikatos būklės skirtumus ar sveikatą lemiančių veiksnių pasiskirstymą tarp skirtingų gyventojų grupių. Pavyzdžiui, pagyvenusių ir jaunesnių žmonių judumo skirtumai arba skirtingų socialinių klasių žmonių mirtingumo skirtumai. Kai kurie sveikatos netolygumai priskiriami biologiniams pokyčiams ar laisvam pasirinkimui, kiti – išorinei aplinkai ir sąlygoms, kurių dažniausiai negali kontroliuoti atitinkami asmenys. Pirmuoju atveju gali būti neįmanoma arba etiškai ar ideologiškai nepriimtina pakeisti sveikatą lemiančius veiksnius, taigi sveikatos skirtumai yra neišvengiami. Antruoju atveju netolygus paskirstymas gali būti nereikalingas ir to galima išvengti, taip pat neteisingas ir nesąžiningas, taigi dėl to atsirandantis sveikatos netolygumas lemia sveikatos netolygumą (PSO, 2020).

## **1.2 Sveikatos netolygumų kategorijos pagal priežastis**

Pasak R. Kalėdienės, M. Stankūno, K. Šmilgelsko ir kt. (2017, 10 p.) sveikatos netolygumų (skirtumų) priežastys yra kompleksinės. Jos skirstomos į dvi dideles grupes: 1) neišvengiamas ir dėsningas (priskiriami biologinių veiksnių (amžiaus, lyties, paveldėjimo), taip pat rizikingo elgesio, jei jis nepriklauso nuo paties žmogaus, nulemti sveikatos skirtumai) ir 2) išvengiamas ir socialiniu požiūriu neteisingas (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017) (sveikatai nepalankus gyvenimo būdas, neigiamas aplinkos poveikis, apribotas sveikatos paslaugų prieinamumas).

Sveikatos netolygumus galima skirti į 2 grupes: 1) socialinės sveikatos netolygumai (angl. health inequalities) ir 2) neteisingumai (angl. inequity). Socialiniai sveikatos netolygumai – tai sveikatos netolygumai tarp skirtingų socialinių ir ekonominių grupių, t. y. sveikatos skirtumai tarp skirtingas pajamas, išsilavinimą ir užimtumą turinčių socialinių ir ekonominių grupių. Sveikatos

neteisumas yra tokie netolygumai, kurie teisiškai neobjektyvūs ir neteisingi, jų neįmanoma pakeisti politiniais, socialiniais ar ekonominiais sprendimais (Killoran A, Kelly MP, 2010). Sveikatos neteisumas kyla dėl socialinių, ekonominių ir aplinkos sąlygų, kuriomis žmonės gimsta, gyvena, dirba ir auga. Pagal PSO (2008) „prastą neturtingųjų sveikatą, socialiai apspręstą sveikatos lygį ir žymius sveikatos skirtumus tarp šalių lemia netolygus valdžios, pajamų, prekių ir paslaugų pasiskirstymas, tiek pasaulyje, tiek atskiroje šalyje; tas netolygumas atspindi žmonių gyvenimo sąlygose ir aplinkybėse, kuriose jie atsiduria dėl nevienodo švietimo ir sveikatos paslaugų prieinamumo, teisių į mokslą, darbo ir poilsio sąlygų, namų aplinkos, miestų ir miestelių, kitaip sakant, nuo galimybės gyventi visavertį gyvenimą. Šis nelygus sveikatą žalojančių veiksnių išsidėstymas jokia prasme nėra „natūralus“ reiškinys, jo žalingumas kyla dėl prastų socialinių strategijų ir programų, nesąžiningų ekonominių susitarimų ir blogos politikos derinio“ (Selli K, 2015).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ sveikatos netolygumai apibrėžiami kaip „diferenciacija tarp žmonių pagal sveikatos būklės skirtumus ir (ar) nevienodą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kuri sąlygoja gyvenamoji vieta, pajamos ir kitos priežastys“ (LR SAM, 2014).

Kaip teigia J. Valentienė, L. Nedzinskienė ir kt. (2016, 18 p.) sveikatos netolygumai gali būti stebimi ir analizuojami pagal tris plačias kategorijas:

1. Demografiniai (amžius, lytis, gyvenamoji vieta, etniškumas).
2. Ekonominiai (profesija arba užsiėmimas, pajamos, užimtumas, nuosavas automobilis).
3. Socialiniai (šeiminė padėtis, išsilavinimas ir gyvenimo kokybė).

Lietuva išsiskiria ženkliais sveikatos netolygumais, pasireiškiančiais nevienodu gyventojų sveikatingumu atsižvelgiant į lytį, amžių, išsilavinimą, materialinę padėtį, gyvenamąją vietą, galimybę naudotis medicinos paslaugomis ir kt. Moksliniai tyrimai atskleidžia, kad šie netolygumai yra vieni didžiausių Europos Sąjungoje. Visgi dalies gyventojų sveikatos netolygumai pagal lytį ir amžių yra nulemti skirtingos gyvensenos ir kitų rizikos veiksnių paplitimo tarp vyrų ir moterų. Daugiausia mokslininkų analizės bei politikų pastangų sutelkiama vadinamųjų „išvengiamų“ ir „socialiniu požiūriu neteisingų“ sveikatos netolygumų (angl. Health inequalities, health disparities) priežastims nustatyti ir mažinti. Laikoma, kad tam tikrų gyventojų grupių sveikata skiriasi dėl socialinių ar ekonominių priežasčių, kurių dažniausiai būtų galima išvengti – juos patiria labiau pažeidžiamos socialinės gyventojų grupės. (Stepukonis F, Butkevičienė R, Beržanskytė A, ir kt., 2017).

Sveikatos netolygumai gali būti susiję su sociodemografiniais veiksniais, šiems veiksniams yra priskiriamas išsilavinimas, santuokinis statusas, gyvenamoji vietovė (Jasilionis, 2006).

### 1.2.1 Demografiniai sveikatos netolygumų veiksniai

**Demografiniai veiksniai** – viena iš labiausiai tyrinėjamų sveikatos netolygumų sričių, kurios svarbiausi demografinių charakteristikų įtaką sveikatai turintys veiksniai, t. y. amžius, lytis, gyvenamoji vieta, etniškumas bei šeiminei padėtis.

**Amžiaus įtaka sveikatai.** Geografiniu atžvilgiu amžiaus kategorija gali būti naudinga norint išryškinti numatomus sveikatos ir mirtingumo pokyčius tam tikroje teritorijoje. Pavyzdžiui, didelė pensinio amžiaus asmenų ar mažų vaikų koncentracija gali parodyti tam tikrą sveikatos ar socialinių paslaugų poreikį. Populiacijose ar teritorijose, kuriose amžiaus grupės maždaug lygiai pasiskirsčiusios, amžiaus kategorija nebūtų toks naudingas matas (Car-Hill R, Chalmers-Dixon P, 2005).

Ilgėjanti gyvenimo trukmė didina sveikatos praradimo tikimybę (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016). Lietuva demografiniu požiūriu tampa vis labiau senstančia šalimi. Lietuvos statistikos departamento duomenimis 2019 m. pradžioje šalyje gyveno 2 791 903 gyventojai, iš jų 552 797 gyventojų 65 m. ir vyresnio amžiaus, tai sudarė 19,8 proc. visų gyventojų (Lietuvos statistikos departamentas, 2020). Įvairiose amžiaus grupėse skiriasi gyventojų sveikata ir mirties priežasčių struktūra. Kūdikiai dažniausiai miršta nuo perinatalinio periodo ligų ir įgimtų formavimosi ydų, vaikai iki 14 m. – nuo išorinių mirties priežasčių ir piktybinių navikų, 15–44 m. asmenys – nuo išorinių mirties priežasčių ir kraujotakos sistemos ligų, vyresni nei 44 m. amžiaus gyventojai – nuo kraujotakos sistemos ligų ir piktybinių navikų (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2010).

**Lytis ir sveikata.** 2002 m. PSO paskelbė Madrido pareiškimą, kuriame nurodyta: „Norint pasiekti aukščiausią sveikatos lygį, sveikatos politika turi pripažinti, kad moterys ir vyrai dėl savo biologinių skirtumų ir lyčių vaidmens turi skirtingus poreikius, kliūtis ir galimybes“. Žodis „lytis“ yra naudojamas apibrėžti tas socialiai sukonstruotas moterų ir vyrų savybes, o lytis biologiskai - nulemtas savybes. Žmonės gimsta ir išmoksta būti mergaitėmis ir berniukais, kurie perauga į moteris ir vyrus. Šis išmoktas elgesys sudaro lytinę tapatybę ir lemia lyčių vaidmenis. Moterų ir vyrų gyvenimo ir sveikatos patirtis skiriasi dėl biologinių, psichologinių, ekonominių, socialinių, politinių ir kultūrinių savybių ir galimybių, susijusių su lytimi. Šie skirtumai gali turėti įtakos sveikatos būklei: kai kurios ligos, tokios kaip endometriozė gali paveikti tik moteris; kiti, pvz. depresija irgi labiau paplitusi tarp moterų, o širdies ligos tarp vyrų. Manoma, kad iniciatyvos, skirtos konkrečiai moterims arba vyrams, arba lygybė tarp jų, yra būtinos ir papildančios integravimo strategiją (The Department or Health, 2009). Vyriškumo suvokimas gali būti žalingas vyrų sveikatai, kai pvz. alkoholio vartojimas ar smurtas tampa priimtinais elgsenos aspektais vyrams. Moterų ir mergaičių sveikatai neigiamą įtaką daro visuomenėje priimta su lytimi susijusi socialinė hierarchija. Daugelyje pasaulio šalių moterims yra sunkiau gauti taip pat gerai apmokamą darbą kaip vyrams, įgyti išsilavinimą.

Galima teigti, jog panaikinus lyčių netolygumus, prieigų prie išteklių skirtumus, būtų įmanoma siekti lyčių lygybės sveikatoje. Statistikos departamento duomenimis Lietuvoje vyrai miršta jaunesni nei moterys, jiems dažniau nustatoma negalia, dažniau nukenčia per nelaimingus atsitikimus, bet rečiau nuo kraujotakos sistemos ligų (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016). Biologiškai lytis susijusi su skirtinga vyrams ir moterims ligų rizika, reprodukcinė funkcija. Socialinių ekonominių priežasčių yra daug. Pasaulyje paplitusi diskriminacija, kai su vienai socialinei grupei (lyčiai) priskirtais asmenimis yra elgiama skirtingai nei su kitais (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016). Moterys turi ribotas galimybes naudotis ištekliais, patiria daugiau neigiamų lyčių nelygybės padarinių sveikatai. Dažnai vartojami terminai „moters sveikata“ ir „lytis“, lytis turi platesnę sritį, kuri palengvina socialinių normų ir lūkesčių poveikio tiek moterų, tiek vyrų sveikatai aptarimą. Atsižvelgiant į sveikatos problemas, lyties apibrėžimas, apimantis ir biologinius, ir socialinius buvimo vyru ar moterimi aspektus, ir atsižvelgiant į tai, kurie išmatuojami kintamieji galėtų sudaryti lyčių koeficientą, turėtų padėti tyrimams judėti į priekį (Phillips S, 2005).

**Gyvenamoji vieta** turi didžiulę reikšmę sveikatai, nes Lietuvoje kaimo gyventojų sveikatos rodikliai yra gerokai prastesni lyginant su miesto gyventojais. Blogesnę kaimo gyventojų padėtį rodo ir mirtingumo nuo daugelio pagrindinių priežasčių rodiklių pokyčiai. Miesto ir kaimo (rajonų) gyventojų mirtingumo, sergamumo ir gyvensenos rodiklių netolygumai bei jų pokyčiai netiesiogiai atspindi kaimo gyventojų patiriamą didesnę socialinę bei psichologinę stresą, susijusį su nepalankiais sveikatai ekonominiais, socialiniais ir kultūriniais veiksniais, taip pat ir sveikatos priežiūros nelygybę – aukštos kokybės profilaktines, ambulatorines ir stacionarines paslaugas gauti kaimo gyventojams yra sudėtingiau ir užtrunka ilgiau nei miestiečiams (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017).

Pagrindinės priežastys, lemiančios teritorinius sveikatos netolygumus: skirtinga fizinė ir socialinė aplinka, sveikatos ir socialinių paslaugų prieinamumas bei kokybė. Blogesnę kaimo (rajonų) gyventojų sveikatą sąlygoja sąmoningo rūpinimosi savo sveikata stoka. Dėl sunkios šių, mažas pajamas gaunančių, asmenų socialinės ir materialinės padėties nepakankamai prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, tarp jų profilaktinės ir prevencinės, netolygus sveikatos specialistų pasiskirstymas, efektyvių ir laiku teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir valdymo trūkumai (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016). Tai ypač aktualu nuo didžiųjų miestų nutolusiuose Lietuvos pakraščiuose (LR SAM, 2014).

Lietuvos statistikos departamento duomenimis skurdo rizikos lygis kaimo vietovėse yra kur kas didesnis negu miestuose. Disponuojamąsias pajamas, mažesnes už skurdo rizikos ribą, 2015 m. mieste gavo 18,1 proc. gyventojų (penkiuose didžiuosiuose miestuose – 13,7 proc., kituose miestuose – 25,1 proc.), kaime – 30,6 proc. (Lietuvos statistikos departamentas, 2016) (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016).

**Etniškumo (tautybės) sąsajos su sveikata.** „Etniškumo“ terminas dažniausiai nurodo tapatybę, grindžiamą bendra kilmę ir bendruomeninio solidarumo jausmu (Connor, 1994). Tam tikroje valstybėje ar administracinėje teritorijoje gyvenantys asmenys gali skirtis dėl savo gimtosios kalbos, tautybės, kilmės ir rasės. Analizuojant sveikatos netolygumus skirtingose etninėse grupėse, gyventojai dažniausiai skirstomi į šalies gyventojus (lietuviai) ir etnines mažumas (visų kitų tautybių atstovai). Tyrimai rodo, kad egzistuoja mirtingumo, sergamumo, gyvenamosios aplinkos skirtumai tarp etninių grupių (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016). Etniškai skirtingų asmenų ar bendruomenių sveikatai įtaką gali daryti jų kilmė (gimimo vieta), dabartinė gyvenamoji vieta, jų tėvų gimimo vieta. Sveikatos skirtumus tarp etninių grupių lemia asmeninės individo savybės, socialinė ekonominė padėtis, sugebėjimas prisitaikyti prie gyvenamosios aplinkos, dalyvavimas bendruomenės veikloje, savirealizacija, šalies, kurioje gyvena kalbos mokėjimas. Iš kitos pusės svarbus ir šalies gyventojų požiūris į etnines mažumas, rasizmo ir diskriminacijos laipsnis šalyje (Car-Hill R, Chalmers-Dixon P, 2005) (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016). Mažumų atstovai dažniau kenčia dėl prastesnės sveikatos lyginant su populiacijos daugumos atstovais (LR SAM, 2014).

### 1.2.2 Ekonominiai sveikatos netolygumų veiksniai

Yra žinoma, kad žmogaus sveikatai įtaką daro **socialiniai–ekonominiai** veiksniai. Esant gerai materialinei būklei, asmuo gali pasirūpinti būsto, maisto kokybe, šilta apranga. Įvairius sveikatai įtaką darančius veiksnius (fizinis aktyvumas, tabako, alkoholio vartojimas) skirtingų socialinių grupių žmonės taip pat patiria nevienodai (PSO, 2010) (Higienos institutas, 2016). Ekonominiai pokyčiai turi įtakos ne tik žmonių gyvenimo kokybei, bet ir jų gyvenimo būdui, nuo finansinės padėties priklauso žmogaus gyvenimo faktoriai, t. y. **ekonominiai veiksniai** tokie kaip: pajamos, profesija ir užsiėmimas bei socialinis kapitalas.

**Profesija ir užsiėmimas.** Asmens profesija yra plačiai taikomas rodiklis, atspindintis socioekonominę poziciją. Profesija apibūdina asmens vietą visuomenėje, jo socialinę padėtį, pajamas ir intelektą. Užimtumas su sveikata gali būti susijęs keliais būdais. Pirma, užimtumas lemia galimybes, kurios susiję su darbo užmokesčio reguliarumu ir dydžiu. Ypač didelę įtaką žmogaus sveikatai daro bedarbystė (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016). Dauguma autorių bedarbystės įtaką sveikatai sieja su stresu, patiriamu dėl materialinių problemų atsiradimo, socialinių ryšių pokyčių, pasikeitusio gyvenimo būdo ir dienotvarkės bei atsiradusio padidinto jautrumo kitiems neigiamiems gyvenimo įvykiams (Hamilton VL, Hoffman WS, Broman CL, Rauma D, 1993). Bedarbystė veikia ne tik darbą praradusio asmens sveikatą, bet ir jo sutuoktinių, vaikų (Bartley M, 2004). Antra, labai svarbus ir darbo pobūdis bei sąlygos – darbo laikas, ar darbas yra reguliarus, ar pamaininis, fiziškai sunkus, stovimas, sėdimas, protinis, kokia yra fizinė, ergonominė aplinka. Trečia,

dirbančiųjų sveikatą lemia ir psichologinė darbo aplinka (Siegrist J, Benach J, McKnight A, et al., 2009). Profesija atspindi asmens socialinę padėtį, kuri susijusi su sveikata. Geresnę profesiją arba darbą turintis asmuo gali naudotis tam tikromis privilegijomis (lengviau gauti reikalingas aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, siekti išsilavinimo ir naudotis sveikatai palankesnėmis gyvenamosiomis patalpomis), kurias sau gali leisti uždirbdamas daugiau nei kiti asmenys (Valentienė L., 2015).

**Pajamos** yra socioekonominės pozicijos indikatorius, kuris parodo materialinius resursus, kaip profesiją/užimtumą ir išsilavinimą papildantis rodiklis. Tam, kad įvertinti galimybę patenkinti gyvybiškai reikalingus būtinus poreikius, pajamų rodiklių gali būti nepakankama, todėl yra vertinami ne tik namų ūkio biudžetai bei skurdo rizika, bet ir asmenų gyvenimo sąlygos. Asmens pajamas vertinti logiškai sudedant visus pajamų šaltinius ir atimant mokesčius, kitaip tariant apskaičiuojant faktines pajamas arba pajamas „į rankas“ (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016). Atotrūkis tarp turtingiausių ir neturtingiausių Lietuvos gyventojų grupių didėja, taigi kartu didėja ir sveikatos netolygumai (Jurgelenas A, 2004). Tyrimų duomenys rodo, kad šalyje mažas pajamas turintys asmenys patiria daugiau psichologinių ir socialinių saugumo problemų, turi mažiau sveikos gyvensenos formavimosi ir sveikatos gerinimo galimybių ir atitinkamai susiduria su didesne ligų bei pirmalaikių mirčių rizika (Jasilionis D, Stankūnienė V, 2011) (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016).

Jeigu individo pajamos ir didesnės, jis gali leisti sau įsigyti geresnio maisto, gyventi geresnėmis sąlygomis, naudotis tam tikromis paslaugomis, kurios gali tiesiogiai (sveikatos priežiūros paslaugos, laisvalaikio užsiėmimai) ir netiesiogiai (išsilavinimas) veikti jo sveikatą. Didesnės pajamos dažnai reiškia ir aukštesnę savigarbą, geresnę padėtį visuomenėje (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016).

**Socialinis kapitalas** tai socialinės struktūros dalis, kurios leidžia individams lengviau veikti pačioje socialinėje struktūroje. Pvz. tėvų priežiūrą galima įvardyti kaip socialinę normą, kuri palengvina tolesnius vaikų veiksmus ir sprendimus, sukuria galimybes sėkmingam gyvenimui (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017). Asmenys, kurių socialiniai ryšiai išplėtoti ir tvirti, paprastai yra geresnės psichikos sveikatos, laimingesni, mažiau linkę į sveikatai žalingą gyvenimą ir elgseną (PSO, 2006). Socialinis kapitalas turi teigiamą poveikį sveikatai, nes tai geresnis sveikatos informacijos prieinamumas, bei kuo platesni ir aktyvesni individo socialiniai ryšiai, tuo jam labiau prieinama informacija apie sveikatą ir jos stiprinimą. Žmogus, kurio socialinis kapitalas didesnis, dažniau gauna geresnę neformalią sveikatos priežiūrą, pagalbą ir aplinkinių palaikymą, o tai svarbu net ir labai išvystytose sveikatos priežiūros sistemose. Aukštesnis socialinio kapitalo lygis skatina ir ligų prevenciją (D'Hombres B, Rocco L, et al., 2007) (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017).

### 1.2.3 Socialiniai sveikatos netolygumų veiksniai

Kalbant apie socialinius (šeiminė padėtis, išsilavinimas ir gyvenimo kokybė) veiksnius, mokslinių tyrimų duomenimis Lietuvoje mirtingumo rizikos skirtumai pagal šeiminę padėtį labiau būdingi vyrams nei moterims (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017). Žmonės kurie gyvena vieni gali turėti blogesnę sveiką. Didžiausia mirtingumo rizika nustatyta našliams vyrams ir netekėjusioms moterims. Yra duomenų, kad, palyginus su sutuoktinių šeimomis, kohabitacijoje gyvenantys tėvai pasižymi prastesne sveikata, didesniu depresyvumu, dažnesniu narkotinių medžiagų vartojimu. Didesnis nestabilumas tokiose šeimose susijęs su prastesne motinų psichikos sveikata, o tai savo ruožtu yra nepalankus veiksnys ir vaikų psichikos sveikatai bei jų gerovei (WHO, 2012) (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017).

**Socialiniai veiksniai** įtakoja gyventojų sveikatai, nes socialinė ir ekonominė aplinka veikia gyvenseną, bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Tyrimų duomenimis, daugelyje Europos valstybių aukštesnę socialinę ir ekonominę padėtį užimantys asmenys gali tikėtis gyventi šešeriais metais ilgiau negu žemesnės socialinės ir ekonominės padėties gyventojai (Aguonytė V, 2013). Išsilavinimo lygis bei šeimos ar namų ūkio pajamos yra du dažniausiai naudojami rodikliai, rodantys socialinių ir ekonominių veiksnių įtaką sveikatai (Krieger N, Williams DR, Moss NE et al., 1997).

**Šeiminė padėtis ir šeimos sudėtis.** Suaugusiojo ir vaiko sveikatos būklei įtaką daro tiek tėvų santuokinė padėtis, tiek šeimos ar namų ūkio sudėtis (Car-Hill R, Chalmers-Dixon P, 2005). Šeiminė padėtis leidžia nustatyti susituokusių, išsiskyrusių, našlių ir niekada negyvenusių santuokoje gyventojų skaičių, nagrinėti gyventojų šeiminių nuostatų kitimą (Lietuvos statistikos departamentas, 2011). Ryšys tarp šeiminės padėties ir sveikatos pirmą kartą buvo aprašytas praėjusiame amžiuje, kai buvo pastebėta, kad našlių mirtingumas yra didesnis nei turinčių šeimas (Farr W, 1858). Šeiminė padėtis turi didelę įtaką sveikatai, ryšys tarp sveikatos ir šeiminės padėties yra labai sudėtingas. Nustatyta, kad turintys sveikatos problemų ar neįgalūs asmenys turi žymiai mažesnę tikimybę sukurti šeimą, lyginant su sveikais asmenimis. Iš kitos pusės, gyvenimas šeimoje yra glaudžiai susijęs su ekonominės, socialinės ir psichologinės paramos mechanizmais (Goldman N, 2001). Pastebėta, kad dėl geresnės socialinės integracijos, gyvenimas šeimoje mažina stresą ir su juo susijusių ligų išsivystymą. Be to, įrodyta, kad santuokoje gyvenantys asmenys labiau rūpinasi savo sveikata, dažniau laiku kreipiasi į gydytojus susirgus. Susituokę stabiliau jaučiasi ir finansiškai, nes apjungiamos kelių asmenų pajamos (Gardner J, Oswald A, 2004). Mokslinių tyrimų duomenimis, Lietuvoje mirtingumo rizikos skirtumai pagal šeiminę padėtį būdingesni vyrams nei moterims. Vieniųjų žmonių sveikata blogesnė nei gyvenančių šeimose. Didžiausia mirtingumo rizika nustatyta našliams vyrams ir netekėjusioms moterims (Shkolnikov V, Jasilionis D, Andreew E, ir kt., 2007).

**Išsilavinimas** yra dažnai tiriamas sveikatos netolygumų veiksnys. Formalus išsilavinimas dažniausiai įgyjamas jauname amžiuje, išsilavinimui didžiausią įtaką daro tėvų charakteristikos (PSO, 2012). Išsilavinimas atspindi asmens perėjimą nuo tėvų (gautos) socioekonominės pozicijos iki suaugusiojo (savosios) socioekonominės pozicijos, taip pat galimą užimtumą ir pajamas ateityje. Išsilavinimas gali parodyti šeimos materialinius, intelektualinius ir kitus išteklius. Žinios ir įgūdžiai, gauti mokantis, gali pakeisti asmens kognityvinį (pažintinį) elgesį, daryti asmenį imlesnį sveikatos klausimams, įgalinti asmenį lengviau komunikuoti su sveikatos specialistais ir gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017). Taip pat remiantis atvirkštinio priežastingumo principu, galima teigti, jog prasta asmens sveikata vaikystėje gali riboti asmens galimybes įgauti išsilavinimą ir pakenkti jo sveikatai ateityje (Car-Hill R, Chalmers-Dixon P, 2005).

**Gyvenimo sąlygos (kokybė)**, kaip ir gyvenamoji vieta, yra vienas iš veiksnių, kuris gali žaloti sveikatą (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016). Netinkamos, prastos gyvenimo sąlygos, taip pat ir benamystė neigiamai veikia asmenų fizinę bei psichinę sveikatą, prastėja gyvenimo kokybė (Car-Hill R, Chalmers-Dixon P, 2005). Socialiniai veiksniai yra susiję su individo gyvenamosios aplinkos sąlygomis, t. y. labiau socialiai pažeidžiami asmenys ar jų grupės dažniau gyvena kenksmingoje ar mažiau sveikoje aplinkoje. Taip pat, net ir esant toms pačioms aplinkos sąlygoms, labiau pažeidžiamos populiacijos grupės gali būti stipriau paveikiamos žalingų aplinkos veiksnių dėl mažesnio išsilavinimo ir labiau rizikingos elgsenos (PSO, 2009).

Apibendrinant galima teigti, kad socialiniai veiksniai turi didelį vaidmenį žmogaus sveikatai, pvz. įgydamas išsilavinimą jaunas asmuo gali turėti ekonominę poziciją gyvenime, nebūti priklausomu nuo tėvų, rasti savo vietą darbo rinkoje ir siekti karjeros.

#### **1.2.4 Sveikatos raštingumas sveikatos netolygumų kontekste**

Kaip teigia R. Kalėdienė (2017, 43 p.), suaugusiųjų socialinio, ekonominio, kultūrinio, sveikatos ar kt. raštingumo stoka yra vienas iš tiesioginių sveikatos netolygumų apraiškos veiksnių, kuris neretai pasireiškia per socialinį gradientą: žemesnis asmenų raštingumas ir menki socialiniai įgūdžiai bei didelis nedarbas būdingi neturtingesnių regionų gyventojams, o tai savaiame tiesiogiai susiję ir su prastesniais sveikatos rodikliais (Kalėdienė R, Stankūnas M, Šmilgelskas K, ir kt., 2017). Subjektyvi žmogaus sveikata gali būti įvertinta skirtingais būdais, pvz. kai įvertinta gydytojas arba pats žmogus (UCL, 2014).

**Sveikatos raštingumas** (angl. health literacy) – asmens gebėjimas gauti, suprasti ir naudotis su sveikata susijusia informacija. Pirmą kartą sveikatos raštingumo sąvoka sveikatos mokymo kontekste paminėta 1970-aisiais Jungtinėse Amerikos Valstijose. Nuo 1990 m. susidomėjimas sveikatos raštingumu smarkiai išaugo visame pasaulyje. Galima išskirti trys sveikatos raštingumo

lygius: funkcinį, kritinį ir interaktyvų. Funkcinis sveikatos raštingumas – tai pakankami skaitymo ir rašymo įgūdžiai, reikalingi kasdieniame gyvenime. Interaktyvusis sveikatos raštingumas – aukštesnio laipsnio raštingumo įgūdžiai, įgalinantys veikti nepriklausomai, remiantis įgytomis žiniomis ir patarimais. Kritinis sveikatos raštingumas – aukščiausio laipsnio pažinimo ir socialiniai įgūdžiai, leidžiantys kritiškai vertinti ir kūrybiškai panaudoti sveikatos informaciją asmens ir bendruomenės pajėgumams didinti, veikiant socialinius, ekonominius ir aplinkos sveikatos determinantus (Javtokas Z, Žagminas K, ir kt., 2017).

PSO 1998 metais sveikatos raštingumą apibūdino kaip kognityvinius ir visuomeninius įgūdžius, sąlygojančius individų motyvaciją ir galimybę siekti, suprasti ir naudotis informacija visais būdais, kurie skatina ir palaiko gerą sveikatą (Šveikauskas V, 2005).

Užsienio tyrimų duomenimis blogiausiai savo sveikatą vertina asmenys iš žemesnio visuomenės sluoksnio (Mackenbach JP, Stirbu I, et al., 2008). Sveikatos sutrikimai daugiau paplitę tarp vyresnio amžiaus, tarp žemesnių profesijų grandies darbuotojų, jeigu palyginti su vadovaujamas pareigas einančiais asmenimis (Chandola T, Ferrie J, et al., 2007).

Turtingiems vyresnių nei 65 m. amžiaus asmenų populiacijos atstovams būdinga du kartus didesnė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė negu vargingiau gyvenantiems žmonėms (Szwarcwald CL, da Mota JC, Damacena GN, et al., 2011). 65 m. amžiaus ir vyresnių asmenų grupėje žemesnis išsilavinimo lygis, mažiau kvalifikuotas darbas iki pensijos, vargingesnis namų ūkis, maisto nepakankamumas bei pensijos negavimas susiję su didesniu mirtingumu (Ferri CP, Acosta D, et al., 2012). Ypač didelę reikšmę sveikatos būklei turi išsilavinimas – rūkymo paplitimas didesnis tarp asmenų, turinčių žemesnį negu aukštąjį išsilavinimą. Asmenys, įgiję žemesnį nei aukštasis išsilavinimą, mažiau vartoja daržovių ir vaisių. Viso to pasekmė – aukštesnį išsilavinimą turinčių asmenų grupėje mažiau paplitęs nutukimas, hipertenzija ir diabetas (Bleich SN, Jarlenski MP, et al., 2012).

Mokslinių tyrimų duomenimis nepakankamo sveikatos raštingumo pacientai negeba įgyti, apdoroti ir suprasti tam tikros informacijos apie sveikatą ir sveikatos priežiūros įstaigas. Taip pat ne visada gali suprasti rašytinę ar žodinę informaciją, kurią suteikia sveikatos priežiūros specialistai. Pakartoti gali tik 50 proc. ir mažiau suteiktos informacijos ką tik išėję iš gydytojo specialisto kabineto, sunkia vadovaujasi medicinos nurodymais, paskyrimais, bei gali vartoti vaistus netinkamomis dozėmis ir netinkamu laiku (Zagurskienė D, Misevičienė I, 2010).

D. Zagurskienė ir I. Misevičienė 2010 m. tyrimo rezultatais 35,2 proc. respondentų funkcinis sveikatos raštingumas yra nepakankamas, 4,1 proc. – ribinis ir 60,7 proc. – pakankamas bei įtakos tam turėjo išsilavinimas, amžius, lytis ir gyvenamoji vieta. Nepakankamą sveikatos raštingumą turėjo 65 metų ir vyresni, pradinio išsilavinimo pacientai vyrai bei pacientai, gyvenantys kaime. 16,9 proc. respondentų nurodė, kad apie savo ligą sužino iš spaudos, 14,3 proc. internete, 5,3 proc., lyginant su

nepakankamo sveikatos raštingumo pacientais, respondentai 1,7 karto mažiau nurodė spaudą (9,7 proc.), 2,3 karto mažiau – paskaitas ir kitus renginius (2,3 proc.), net 5,5 karto mažiau – internetą (2,6 proc.) (Zagurskienė D, Misevičienė I, 2010).

2017 m. autoriai Caylan A., Yayla K. ir kiti straipsnyje „Sveikatos raštingumo vertinimas, jį veikiantys veiksniai ir jų ryšys su tam tikru suaugusiųjų sveikatos elgesiu“ aprašo tyrimą, kuriuo buvo siekiama nustatyti 20–64 metų asmenų, sveikatos raštingumo lygį ir jo veiksnius. Tyrimo rezultatai parodė, kad pirmiausia respondentai gauna informaciją apie sveikatą per televiziją (12,6 proc.), internete (22,8 proc.), pas gydytoją (63,5 proc.), kitur (1,1 proc.). Įvertinus sveikatos raštingumo lygį buvo pastebėta, kad moterų (13,26 proc.) vidurkis buvo aukštesnis negu vyrų. Taip pat sveikatos raštingumui turėjo įtakos šeimyninė padėtis ir universitetinis išsilavinimas. Apibendrinant rezultatus buvo gautos išvados, kad respondentai gali palaikyti, saugoti ir rūpintis savo sveikata, jeigu galės suprasti ir įvertinti informaciją apie sveikatą. Įvertinus veiksnius, kurie turėjo įtakos sveikatos raštingumui, matyti, kad sveikatos raštingumo lygis priklauso nuo žmogaus socialinio ir ekonominio lygių, o taip pat priklauso nuo išsilavinimo. Jeigu gydytojai turės galimybę nustatyti žemo išsilavinimo ir socialinį bei ekonominį išsilavinimą turinčių asmenų sveikatos raštingumo lygį, galės daugiau jį pagerinti (Caylan A, Yayla K, Öztora S, et al. , 2017).

Taigi, apibendrinant galima teigti, kad kuo didesnės apimties informaciją žmogus įsisavina bei „išsisaugo“ po apsilankymo pas sveikatos priežiūros specialistą, tuo labiau gerėja jo kognityviniai ir visuomeniniai įgūdžiai, kurie skatina ir palaiko gerą sveikatą.

B. Lindahl, M. Norberg, ir kiti teigia, kad sveikatos raštingumas gali turėti lemiamą reikšmę ŠKL prevencijai, t. y. gali būti taip, kad sveikatos raštingumas lemia asmens žinias apie sveikatos problemas ir jo veiksmingumo lygį, kurie yra pagrindiniai sveikos gyvensenos pasiekimo veiksniai, taip pat sveikatos raštingumas yra susijęs su socialine nelygybe ir amžiumi bei kitais veiksniais.

2019 m. B. Lindahl, M. Norberg, H. Jahansson ir kt. žurnale „European Journal of Preventive Cardiology“ straipsnyje „Sveikatos raštingumas yra nepriklausomai ir atvirkščiai susijęs su miego arterijų plokštelėmis ir širdies bei kraujagyslių rizika“ aprašo sveikatos raštingumo lemiamą vaidmenį ŠKL prevencijoje, bei teigia, kad žemas sveikatos raštingumas gali parodyti asmenų prastesnę prevencijos rekomendacijų laikymąsi. Autoriai priėjo prie išvados, kad žemas sveikatos raštingumas buvo susijęs su miego arterijų plokštelėmis ir aukštais ŠKL rizikos balais, bei kad informacijos apie sveikatą pateikimas, suprantamas visiems pacientams, gali padėti pagerinti prevenciją. Tyrime dalyvavo 40-60 metų amžiaus asmenys. Rezultatai parodė, kad apie 20 proc. dalyvių turėjo silpną sveikatos raštingumą, žemas sveikatos raštingumas buvo susijęs su aukštesniais ŠKL rizikos balais. 80 proc. asmenų buvo gerai raštingi sveikatos srityje. Aukštas sveikatos raštingumas buvo susijęs su aukštesniu išsilavinimo laipsniu, matuojamu kaip grupės, įgijusios universitetinį išsilavinimą, dalis. Sveikatos raštingumo ir ŠKL ryšio trūkumą iš dalies galima paaiškinti paprastai aukštu moterų

sveikatos raštingumo rodikliu (palyginti su vyrais). Taigi, jei moteris turi pakankamai aukštą sveikatos raštingumo lygį (net jei jis žemas, palyginti su kitomis moterimis), jis gali apsaugoti nuo rizikos veiksnių. Svarbus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tikslas, taip pat etiniu požiūriu, turi būti informacijos apie sveikatą pateikimas taip, kad visi pacientai ją suprastų ir galėtų veikti. Aukštas sveikatos raštingumas gali būti svarbus žingsnis užkertant kelią ŠKL (Lindah B, Norberg M, et al., 2019).

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos raštingumas turi įtakos žmogaus sveikatai bei ŠKL prevencijai, taip pat verta atkreipti dėmesį, kad Lietuvoje bei Visagino savivaldybėje toks tyrimas nebuvo atliktas, tai ši problema galimai nebuvo tyrinėta.

### **1.3 Sveikatos netolygumai ir širdies ir kraujagyslių ligos bei storosios žarnos vėžio prevencinės programos Lietuvoje**

Didžiulė LNL (lėtinių neinfekcinių ligų) apimtis lemia daugybę visuomenės problemų: blogina sergančiųjų gyvenimo kokybę, sukelia ankstyvas mirtis, sukuria šalutinių neigiamų ekonominių ir socialinių padarinių šeimose, bendruomenėje ir šalyje (Vanagas G, Ivanauskienė R. ir kt., 2014), todėl profilaktinės programos, vykdomos Lietuvoje, yra puiki galimybė patikrinti sveikatą dėl tam tikrų ligų daugeliui Lietuvos piliečių. Juo labiau, kad LNL mirtingumo struktūroje piktybinių navikų proporcija pastebimai didės. Tačiau sveikata yra ne tik individo ar socialinė, bet ir ekonominė vertybė. Kuo daugiau valstybėje sergančių ar neįgalių žmonių, tuo daugiau išauga valstybės išlaidos ne tik šių žmonių sveikatos priežiūrai, bet ir socialinės apsaugos sistemai (laikino nedarbingumo, neįgalumo išmokos). Be to šie asmenys mažiau darbingi (Vanagas G, Ivanauskienė R, Mickevičienė A, ir kt., 2014).

Ligų prevenciją galima suprasti kaip specifinę intervenciją: pirminę, antrinę ir tretinę. Pirminė prevencija reiškia veiksmus, kuriais išvengiama ligos pasireiškimo, tai gali būti veiksmai, gerinantys sveikatą keičiant socialinių ir ekonominių veiksnių poveikį. Antrinė prevencija yra susijusi su ankstyvu ligos nustatymu, dėl kurio gali padidėti teigiami sveikatos rezultatai. Tai apima įrodymais ir populiacija pagrįstas patikrinimo programas, skirtas ankstyvam ligos nustatymui. Tretinė apima reabilitaciją. (PSO, 2017).

Lietuvoje, kaip ir kitose išsivysčiusių pasaulio šalyse, ŠKL bei onkologiniai susirgimai – tai tie veiksniai, kurie įtakoja dažniausias mirties priežastis ir tam, kad sumažinti sergamumą ir mirtingumą ankstyvose stadijose yra vykdomos profilaktinės programos. Lietuvoje įgyvendinamų prevencinių programų patikrų apimtis nesiekia Europos Tarybos rekomendacijų, nes pagal jas profilaktinėse programose turėtų dalyvauti ne mažiau kaip 80 proc. (Eigirdaitė A, Petronytė G, ir kt., 2013).

Tyrimų duomenimis sveikatos netolygumų priežastys, tokie kaip socialiniai, ekonominiai ir demografiniai veiksniai (lytis, amžius, išsilavinimas, pajamos bei nedarbingumas) yra susiję su gyventojų informuotumu ir dalyvavimu prevencinėse programose (Petronytė G, Kanapeckienė V, ir kt., 2013).

**Širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL).** Kaip teigiama Europos širdies sveikatos chartijoje, pasirašytoje Europos Parlamente 2007 m. birželio 12 d., ŠKL yra pagrindinė Europos moterų ir vyrų mirties priežastis. Žmonės, kurie turi palyginti didelę riziką susirgti ŠKL, riziką gali sumažinti, keisdami savo gyvenimą. Pavyzdžiui, vidutinis arterinio kraujospūdžio, cholesterolio koncentracijos kraujyje sumažinimas, metimas rūkyti gali daugiau negu dvigubai sumažinti šį sergamumą (Europos širdies sveikatos chartija, 2007).

2006 m. Lietuvoje buvo pradėta įgyvendinti asmenų, priskirtinų ŠKL didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, programa skirta vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų, kuriems kartą per 1 metus šeimos gydytojas nustato rizikos veiksnius ir, jei reikia, sudaro individualų ŠKL prevencijos planą. Jei gydytojas nustato, kad ŠKL tikimybė yra didelė, jis siunčia pacientą į specializuotus centrus išsamiau ištirti, o prireikus – skiriamas gydymas (LR SAM, 2005).

ŠKL programos tikslas – sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, nustatyti naujus latentinių aterosklerozės būklių ir cukrinio diabeto atvejus, siekiant sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą dėl ŠKL (LR SAM, 2005).

Pagrindiniai ŠKL programos uždaviniai (LR SAM, 2005):

1. Nustatyti asmenis, priskirtinus ŠKL didelės rizikos grupei, anksčiau nei pasireiškia klinikiniai ligos simptomai.

2. Parengti rizikos grupei priskirtiems asmenims taikytinas prevencijos programas ir prireikus siųsti juos į specializuotus ŠKL prevencijos padalinius dėl nuodugnaus laboratorinio, kardiologinio ir angiologinio ištyrimo bei konsultavimo, o nustatčius, kad tikimybė susirgti ŠKL ypač didelė, užtikrinti ilgalaikę prevencinę priežiūrą bei atlikti pakartotinius tyrimus.

3. Skatinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus plėtoti pirminę ŠKL 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.

Programos priemonės apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų (VLK, 2019).

Europos kardiologų draugijos tyrimo „Euro Aspire III“ duomenimis, Lietuvoje 55 proc. mirčių priežastis – ŠKL, bei su ŠKL siejama daugiau kaip 300 rizikos veiksnių. PSO teigia, kad dažnai ŠKL galima išvengti, jei įvertinti ir koreguojami rizikos veiksniai, lemiančius ŠKL vystymąsi.

Minėti rizikos veiksniai galima skirti į tris kategorijas: biologinius (padidėjęs kraujospūdis, padidėjusi gliukozės koncentracija, padidėjęs cholesterolio kiekis, antsvoris/nutukimas), susijusius su gyvenimu (tabako naudojimas, nesveika mityba, piktnaudžiavimas alkoholiu, mažas fizinis aktyvumas) ir kitus (nemodifikuojamus: amžius, lytis, genetika, rasė ir modifikuojamus: pajamos, išsilavinimas, gyvenimo sąlygos, darbo sąlygos (Proškuviene R, 2009).

2019 m. straipsnyje „A Model of Chronic Disease Management: Israeli Physicians' Approach to Cardiovascular Risk Factor Management“, autoriai S. Bord, S. Zelber-Sagi, C. O'Brien Cherry et al. teigia, jog ŠKL atvejų paplitimas Izraelyje yra apie 25 proc. mažesnis nei JAV, o gyvenimo trukmė yra beveik 82 metai. Izraelio gydytojai akcentuoja pacientams gyvenimo būdo keitimą, nes jis gali būti pagrindinis ŠKL rizikos veiksnio parametrų valdymas bei jis gali turėti didelę naudą mažinant ŠKL mirtingumą. Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai, turintys ŠKL rizikos veiksnius ir kurie vykdo gydytojo rekomendacijas, yra sėkmingai gydomi mažiau kaip 20 proc. – 2,6 proc. pacientų; 20-40 proc. – 21,8 proc. pacientų, 41-60 proc. – 38,3 proc. pacientų, 61-80 proc. – 30,1 proc. pacientų, daugiau kaip 81 proc. – 7,3 proc. pacientų. 28 proc. gydytojų teigia, kad sėkmingas ŠKL gydymas priklauso nuo gyvenimo būdo keitimo po vaistų vartojimo, bei 61 proc., kad nuo gyvenimo būdo keitimo ir vaistų vartojimo. Taip pat 22,4 proc. gydytojų mano, kad ŠKL rizikos veiksmų valdymas priklauso nuo sveikatos netolygumų nebuvimo (Bord S, Zelber-Sagi S, et al., 2019).

**Storosios žarnos vėžys (SŽV)** dar vadinamas kolorektiniu ir tiesiosios ar gaubtinės žarnos vėžiu (ang. *colorectal cancer*, t.p. *bowel cancer*, *colon cancer*), yra nekontroliuojamas ląstelių augimas storojoje žarnoje, kuris laikui bėgant naikina aplinkinius audinius bei išplinta į kitas kūno vietas (metastazės) (Zykas V, Pavalkis D, 1999). SŽV paprastai prasideda kaip polipo augimas, kuris išsivysto ties vidinės gaubtinės ar tiesiosios žarnos gleivine ir auga lėtai, nuo 10 iki 20 metų. Dalyvavimas SŽV prevencijos programoje gali užkirsti kelią vėžiui nustatant ir pašalinant vėžį bei nustatyti vėžį ankstyvoje stadijoje, kai gydymas paprastai būna sėkmingesnis. Taip pat sumažina SŽV mirtingumą mažinant sergamumą ir didinant išgyvenimo tikimybę. (American Cancer Society, 2017). Profilaktinė patikra dėl SŽV mažina mirtingumą, bei jei vėžys yra nustatomas iki jam išplintant, tikimybė išgyventi ateinančius 5 metus yra apie 90 proc. (American Cancer Society, 2014). SŽV lemia rizikos veiksniai (apie 90 proc.), susiję su mityba, ekologiniais ir profesiniais veiksniais ir tik 10 proc. SŽV sukelia paveldimos ligos (Zykas V, Pavalkis D, 1999).

Nuo 2014 m. liepos 1 d. storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa vykdoma visoje Lietuvoje, ji skirta vyrams ir moterims nuo 50 iki 75 metų, kuriems vieną kartą per 2 metus gali būti atliekamas slapto kraujavimo testas. Jei testo atsakymas neigiamas – pacientas sveikas, jei atsakymas teigiamas – šeimos gydytojas turi išduoti pacientui siuntimą pas gydytoją specialistą kolonoskopijai ir, prireikus, biopsijai.

SŽV ankstyvoji diagnostikos programa - tai prevencinė programa, kuria siekiama plėtoti SŽV ankstyvąją diagnostiką, taikant efektyvius medicinos mokslo ir praktikos įrodymais pagrįstus metodus. Tikslas pagerinti ankstyvųjų SŽV stadijų išaiškinamumą ir sumažinti mirtingumą dėl šios ligos.

Programos uždaviniai (LR SAM, 2009):

1. Nustatyti slaptą kraujavimą iš virškinamojo trakto asmenims, registruotiems pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje, ir siųsti juos konsultuoti pas gydytoją specialistą (gastroenterologą, endoskopojuotą, abdominalinės chirurgijos gydytoją) dėl storosios žarnos patologijos išaiškinimo.
2. Endoskopiniu tyrimu nustatyti priežastis, sukeliančias kraujavimą iš virškinamojo trakto.
3. Skatinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus plėtoti ankstyvąją SŽV diagnostiką.
4. Skatinti šiuolaikinių SŽV ankstyvosios diagnostikos metodų taikymą.

Programa pacientui yra nemokama, nes programos paslaugos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų (LR SAM, 2009).

SŽV ankstyvosios diagnostikos programos algoritmas:

1. Informavimo ir iFOBT rezultatų įvertinimas:
  - 1.1. Jei iFOBT (-) kartojama po 2 m.,
  - 1.2. Jei iFOBT (+), pacientas siunčiamas konsultacijai pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją bei, jei reikia, biopsijos paėmimui. Toliau teikiama biopsijos medžiagos histologinio ištyrimo ir įvertinimo paslauga (VLK, 2019).

Vyrų mirtingumas nuo SŽV yra maždaug 30–40 proc. didesnis nei moterų, to priežastys nėra visiškai suprantamos, tačiau greičiausiai atspindi sudėtingą sąveiką tarp su lytimi susijusių skirtumų, susijusių su hormonų poveikiu, ir rizikos veiksniais (Murphy G, Devesa SS, Cross AJ, et al., 2010). SŽV dažnis JAV labai skiriasi priklausomai nuo geografinės teritorijos, prie šio skirtumo prisideda regioniniai rizikos veiksnių skirtumai ir galimybė gauti patikrinimą bei gydymą, kuriems įtakos turi socialiniai ir ekonominiai veiksniai, tai pat įstatymų leidybos politika ir artumas medicinos paslaugoms. Yra daug žinomų veiksnių, kurie padidina arba sumažina gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžio riziką (šeimos istorija, gyvenimo būdas), kai kurie iš šių veiksnių gali būti išvengiami, o kiti - ne (American Cancer Society, 2014).

Sveikatos netolygumai yra susiejami su gyvenamąją vietą, bei patvirtinti įvairiais tyrimais. Australijoje kaimo gyventojų išgyvenamumas 5–7 proc. mažesnis, palyginti su miesto gyventojų (Sabesan S, Piliouras P, 2009). Prancūzijoje ir JAV kaimo gyventojams dažniau yra diagnozuojamos išplitusios, vėlyvesnės stadijos onkologinės ligos (Launoy G, Le Coutour X, et al., 1992). Škotijoje atliktame tyrime nustatytas blogesnis išgyvenamumas atsižvelgiant į atstumą iki vėžio gydymo centro, tačiau kaimo gyventojų išgyvenamumas blogesnis nebuvo (Campbell NC, Elliott A, et al.,

2000). Onkologinių ligonių išgyvenamumas priklausė nuo gyvenamosios vietos bei atstumo iki sveikatos priežiūros centrų (Haynes R, Pearce J, et al., 2008). Lietuvoje onkologinių ligonių išgyvenamumas skiriasi atsižvelgiant į demografinius ir teritorinius veiksnius, geresnis išgyvenamumas būdingas moterims, jaunesniems pacientams ir miestų gyventojams. Lietuvoje nustatyti ženkliai mažesni išgyvenamumo rodikliai tarp kaimo gyventojų. Populiaciniai šalies išgyvenamumo rodikliai atspindi ne tik tam tikros lokalizacijos vėžio gydymo efektyvumą. Įtakos jiems turi bendros sveikatos priežiūros sistemos organizavimas, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Populiaciniai išgyvenamumo rodikliai svarbūs vertinant sveikatos priežiūros sistemos veiklos veiksmingumą ir yra naudingi planuojant bei vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą skirtinguose šalies regionuose ar tam tikrose jos grupėse (Smalytė G, Aleknavičienė B, ir kt., 2011).

Lietuvoje gydytojo onkologo-chemoterapeuto konsultacija prieinama penkiuose didžiuosiuose miestuose, gydytojo onkologo-radioterapeuto – keturiuose. Sergamumas vėlyvųjų stadijų vėžiu kaimo vietovėse yra 2 kartus didesnis nei miesto gyventojų. Bendro mirtingumo nuo onkologinių ligų rodikliai tarp pagrindinių 5 didžiųjų miestų gyventojų skiriasi labai nežymiai. Tačiau tų pačių didžiųjų miestų aplinkiniuose rajonuose ir kaimo vietovėse bendro mirtingumo nuo onkologinių ligų rodikliai ženkliai viršija didžiųjų miestų gyventojų mirtingumo rodiklius. Kaimiškų vietovių gyventojų nuo onkologinių ligų mirtingumas svyruoja nuo 250 atv./100 000 gyv. (Skuodo r. sav.) iki 384,2 atv./100 000 gyv. (Ignalinos r. sav.). Šie duomenys rodo onkologinės pagalbos prieinamumo netolygumus (LR SAM, 2014).

Apibendrinant minėtus tyrimų duomenis galima teigti, kad ŠKL rizikos veiksnių valdymas gali būti kontroliuojamas, jeigu žmogus pasitiki gydytojų žiniomis bei turi aukšto lygio sveikatos raštingumą. ŠKL rizikos veiksnių valdymas priklauso nuo sveikatos netolygumų nebuvimo. SŽV sveikatos netolygumams turi demografiniai veiksniai, t. y. miesto, regiono ar kaimo gyvenamoji vieta.

## II. TIRIAMOJI DALIS: SVEIKATOS NETOLYGUMŲ ANALIZĖ VISAGINO SAVIVALDYBĖJE IR KIEKYBINIO TYRIMO REZULTATAI

### 2.1 Tyrimo metodika ir kontingento apibūdinimas

Tyrimui pasirinkti du metodai:

1 *metodas. Sveikatos duomenų rinkimas ir analizė.* Sveikatos netolygumų analizei Visagino savivaldybėje atlikti buvo renkami, analizuojami ir interpretuojami duomenys iš atvirų statistinių šaltinių: Lietuvos statistikos departamento, Higienos instituto Lietuvos sveikatos rodiklių sistemos, Sveidros, Valstybinės ligonių kasos. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės, išvengiamo mirtingumo, ilgalaikio nedarbo lygio, socialinės pašalpos gavėjų skaičius 1000 gyv., išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1000 gyv., mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) 100 000 gyventojų, tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi ŠKL didelės rizikos grupės prevencijos programoje, mirtingumas nuo piktybinių navikų (C00–C96) 100 000 gyventojų, bei tikslinės populiacijos dalis (proc.), 2 metų bėgyje dalyvavusi SŽV ankstyvosios diagnostikos programoje, visi minėti rodikliai buvo lyginami Visagino savivaldybės su Lietuvos vidurkiu, kad sudaryti objektyvesnę analizuojamą vaizdą. Rodikliai buvo analizuojami tuo pačiu laikotarpiu, bei vaizduojami grafikuose.

2 *metodas. Kiekybinis tyrimas.* Tiriamųjų imtį sudarė 369 tiriamieji, iš kurių 40-75 metų amžiaus vyrai (n=179) ir 50-75 metų amžiaus moterys (n=190). Buvo pasirinktas atsitiktinis grupių pasirinkimo būdas ir nustatytas pagrindinis respondentų atrankos kriterijus - populiacijos skaičius pagal lytį ir amžių. Tyrime dalyvavo darbuotojai, lankytojai ir klientai tų įstaigų kuriuose buvo gautas direktoriaus leidimas tyrimui atlikti, t. y. Visagino savivaldybės administracijos (70 respondentų), Visagino socialinių paslaugų centro (70 respondentų), SĮ „Visagino energija“ (70 respondentų), Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro (Visagino savivaldybė) (89 respondentai) ir Visagino „Verdenės“ gimnazijos (70 respondentų). Toliau buvo taikomas tikimybinis tiriamosios grupės sluoksniuotas (tipinis) metodas, populiacija buvo suskirstoma į atskiras grupes pagal tam tikras panašias savybes (pagal amžių dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose, vienoje grupėje buvo tik vyrai ir kitoje - tik moterys), buvo laikomasi tvarkos, kad sudarytoje tirti grupėje vyrų ir moterų santykis atitiktų populiacijos santykį, t. y. populiaciją buvo skirstoma į grupes pagal amžių. Anketinė apklausa vyko iki tol kol buvo pasiektas 100 proc. grįžtamumas. Kiekybinio tyrimo duomenys apdoroti naudojant statistinės analizės SPSS 26 versijos programinį paketą, taikant nepriklausomų imčių T kriterijų, Pirsono koreliacijos koeficientą, Spirmano ranginės koreliacijos koeficientą, Cronbacho  $\alpha$  koeficientą bei atliekant požymių dažnių lentelės (angl. Crosstabs) analizę, bei Chi kvadrato testą.

**Tyrimo organizavimas.** Tyrimas buvo atliekamas nuo 2019 m. gruodžio pradžios iki 2020 m. vasario mėn. pabaigos. Tiriamųjų imtį sudarė 369 tiriamieji, iš kurių 40-75 metų amžiaus vyrai (n=179) ir 50-75 metų amžiaus moterys (n=190).

**Tyrimo etika.** Buvo gautas Klaipėdos universiteto bioetikos komisijos narių pritarimas atlikti tyrimą, kad jis nepažeidžia respondentų etikos teisių. Anketinės apklausos vykdymas buvo suderintas su įstaigų vadovais ir gautas leidimas ją atlikti (2 priedas). Tyrimo dalyviai buvo supažindinti su tyrimo tikslu ir gautų domenų panaudojimu, taip pat buvo garantuotas anonimiškumas.

**Tyrimo imtis.** Lietuvos statistikos departamento duomenimis 2019 m. sausio 1 d. Visagino sav. gyveno 9564 asmenys, priskirti prie SŽV ir ŠKL rizikos grupių gyventojų (mieste 9451 asmuo ir kaimuose 113 asmenų). Mieste 4585 vyrai (40-55 metų amžiaus vyrai priskiriami ŠKL programai ir 50-75 metų vyrai priskiriami SŽV programai) bei 4866 moterys (50-65 metų amžiaus moterys priskiriamos ŠKL programai ir 50-75 metų moterys SŽV programai) (Lietuvos statistikos departamentas, 2020). Tyrimo imties apskaičiavimas aprašytas 1 lentelėje. Tikimybė – 95 proc., paklaida – 5 proc., imtis apskaičiuota <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

1 lentelė. Imties nustatymas

Visagino sav. miesto gyventojai, priskiriami rizikos grupėms	Gyventojų skaičius	Respondentų imties skaičius	Respondentų proc.
Bendrai vyrai ir moterys	9451	369	100
Bendrai 40-75 metų amžiaus vyrai	4585	179	48,51
Vyrai priskiriami ŠKL programai (40-55 metų amžiaus)	1515		
Vyrai priskiriami SŽV programai (50-75 metų amžiaus)	3661	190	51,48
Bendrai 50-75 metų amžiaus moterys	4866		
Moterys priskiriami ŠKL programai (50-65 metų amžiaus)	3520		
Moterys priskiriami SŽV programai (50-75 metų amžiaus)	4866		

**Tyrimo instrumentas.** Tyrimui naudota anoniminė anketa, kurią sudarė 25 uždari klausimai (nurodyti galimi atsakymų variantai) ir 3 atviri klausimai. Visi klausimai buvo suskirstyti į dalis:

- 1-3 ir 5-10 klausimai (sociodemografiniai) - respondentų amžius, lytis, tautybė, šeiminė padėtis, vaikų skaičius, išsilavinimas, pareigos, pajamos.
- 4 klausimas – lietuvių kalbos barjeras, ar respondentas turi/neturi kalbos barjerą suprantant informaciją, pateikiamą lietuvių kalba.
- 11 klausimas – respondentų sveikatos raštingumas.
- 12 klausimas – kas, respondentų nuomone, lemia didžiausią įtaką žmogaus sveikatai.
- 13-18 klausimai – respondentų žinios apie ŠKL ir SŽV prevencines programas.
- 18-23 klausimai – respondentų dalyvavimas ŠKL ir SŽV prevencinėse programose.
- 24 klausimas – ar respondentai pasitiki savo šeimos gydytojo žiniomis, nustatant ŠKL ir SVŽ.

8. 25 klausimas – kas, respondentų nuomone, turi prisiimti atsakomybę už pacientų dalyvavimą ŠKL ir SVŽ prevencinėse programose.

**Tyrimo duomenų analizė.** Tiriamųjų patirties ir žinių įvertinimui pasirinktas anketinės apklausos būdas. Kiekybinio tyrimo duomenys apdoroti naudojant statistinės analizės SPSS 26 versijos programinį paketą, taikant nepriklausomų imčių T kriterijų ir Pirsono  $\chi^2$  kriterijaus testą, Spirmano ranginės koreliacijos koeficientą, Cronbacho  $\alpha$  koeficientą bei atliekant požymių dažnių lentelės (angl. Crosstabs) analizę, bei Chi kvadrato testą.

Tyrimo rezultatai buvo analizuojami pagal  $p$  reikšmę: kai  $p < 0,05$  skirtumas statistiškai reikšmingas, kai  $p < 0,001$  skirtumas labai ryškus, o kai  $p > 0,05$  skirtumas statistiškai nereikšmingas.

Klausimyną užpildė 369 respondentai, iš jų 190 moterų (51,5 proc.) ir 179 vyrai (48,5 proc.), populiacijos amžiaus vidurkis sudarė 56,43 (SN $\pm$ 7,49). Tyrimo respondentai buvo padalinami į 2 amžiaus grupes: 1 grupė – 40-64 metų amžiaus (darbingi) ir 2 grupė – 65 metų ir vyresni gyventojai (senjorai). (Departament of Economic and Social Affairs, 2019). Daugiausiai buvo apklausti 40-64 metų amžiaus respondentai ir jie sudarė 86,7 proc. (n=320), kiti respondentai virš 65 metų amžiaus 13,3 proc. (n=49). Pagal respondentų tautybę daugiausiai tyrime dalyvavo 36,3 proc. (n=134) lietuviai ir 34,4 proc. (n=127) rusai. Pagal šeimyninę padėtį 246 (66,7 proc.) respondentų buvo santuokoje. Tyrime dalyvavo daugiau vyrų 22 (12,3 proc.) kurie nedirba, pagal pareigas darbe moterų 108 (56,8 proc.) darbuotojų dalyvavo daugiau negu vyrų 83 (46,4 proc.). Pastebimi ir pajamų skirtumai tarp moterų - 60 (31,6 proc.), kurių pajamos yra 201–399 Eur, buvo daugiau negu vyrų 33 (18,4 proc.). Taip pat vyrų 52 (29,1 proc.), kurių pajamos buvo >800 Eur, tyrime dalyvavo daugiau negu moterų 21 (11,1 proc.) (2 lentelė).

2 lentelė. Bendros sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos (n=369 (100 proc.))

Sociodemografiniai duomenys		Respondentai		
		Visi N (proc.)	Moterys n (proc.)	Vyrai n (proc.)
<b>Lytis</b>		369 (100 proc.)	190 (51,5 proc.)	169 (48,5 proc.)
<b>Amžius, metai</b> min. 40, max. 75 m. m 56,43 (SN $\pm$ 7,49)	40-64 m.	320 (86,7 proc.)	170 (53,1 proc.)	150 (46,9 proc.)
	$\geq$ 65 m.	49 (13,3 proc.)	20 (10,5 proc.)	29 (16,2 proc.)
<b>Tautybė</b>	Lietuvis (-ė)	134 (36,3 proc.)	69 (36,3 proc.)	65 (36,3 proc.)
	Rusas (-ė)	127 (34,4 proc.)	68 (35,8 proc.)	59 (33,0 proc.)
	Lenkas (-ė)	36 (9,8 proc.)	16 (8,4 proc.)	20 (11,2 proc.)
	Baltarusis (-ė)	51 (13,8 proc.)	27 (14,2 proc.)	24 (13,4 proc.)
	Ukrainietis (-ė)	17 (4,6 proc.)	8 (4,2 proc.)	9 (5,0 proc.)
	Kita	4 (1,1 proc.)	2 (1,1 proc.)	2 (1,1 proc.)
<b>Šeimynė padėtis</b>	Vedęs/ištekėjusi	246 (66,7 proc.)	113 (59,5 proc.)	133 (74,3 proc.)
	Nevedęs/neištekėjusi	14 (3,8 proc.)	5 (2,6 proc.)	9 (5,0 proc.)
	Išsiskyres/išsiskyrusi	67 (18,2 proc.)	41 (21,6 proc.)	26 (14,5 proc.)
	Našlys/našlė	42 (11,4 proc.)	31 (16,3 proc.)	11 (6,1 proc.)
<b>Vaikai</b>	1 vaikas	108 (29,3 proc.)	52 (27,4 proc.)	56 (31,3 proc.)
	2 vaikai	181 (49,1 proc.)	107 (56,3 proc.)	74 (41,3 proc.)
	>3 vaikai	40 (10,8 proc.)	21 (11,1 proc.)	19 (10,6 proc.)
	Neturi vaikų	40 (10,8 proc.)	10 (5,3 proc.)	30 (16,8 proc.)
<b>Išsilavinimas</b>	Pradinis/Pagrindinis/ Vidurinis	50 (13,6 proc.)	26 (13,7 proc.)	24 (13,4 proc.)

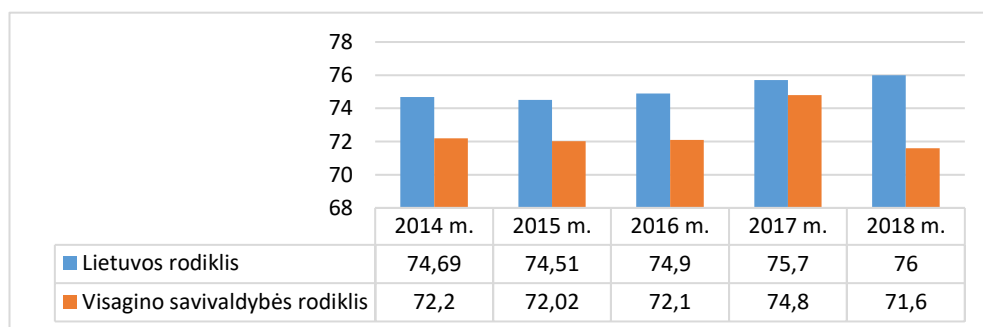
	Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	125 (33,9 proc.)	78 (41,1 proc.)	47 (26,3 proc.)
	Aukštasis (koleginis)	59 (16,0 proc.)	22 (11,6 proc.)	37 (20,7 proc.)
	Aukštasis universitetinis	135 (36,6 proc.)	64 (33,7 proc.)	71 (39,7 proc.)
<b>Užsiėmimas</b>	Dirbu	299 (81,0 proc.)	157 (82,6 proc.)	142 (79,3 proc.)
	Esu studentas/studentė	1 (0,3 proc.)	1 (0,5 proc.)	0 (0,0 proc.)
	Esu pensininkas/pensininkė	39 (10,6 proc.)	24 (12,6 proc.)	15 (8,4 proc.)
	Nedirbu (esu bedarbis/bedarbė)	30 (8,1 proc.)	8 (4,2 proc.)	22 (12,3 proc.)
<b>Pareigos darbe</b>	Įstaigos/įmonės vadovas	11 (3,0 proc.)	4 (2,1 proc.)	7 (3,9 proc.)
	Valstybės tarnautojas	40 (10,8 proc.)	19 (10,0 proc.)	21 (11,7 proc.)
	Administracijos darbuotojas	65 (17,6 proc.)	31 (16,3 proc.)	34 (19,0 proc.)
	Darbuotojas	191 (51,8 proc.)	108 (56,8 proc.)	83 (46,4 proc.)
	Nedirbu (bedarbis/bedarbė)	62 (16,8 proc.)	28 (14,7 proc.)	34 (19,0 proc.)
<b>Vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“?</b>	<200 Eur	8 (2,2 proc.)	4 (2,1 proc.)	4 (2,2 proc.)
	201–399 Eur	93 (25,2 proc.)	60 (31,6 proc.)	33 (18,4 proc.)
	400–599 Eur	112 (30,4 proc.)	68 (35,8 proc.)	44 (24,6 proc.)
	600–799 Eur	83 (22,5 proc.)	37 (19,5 proc.)	46 (25,7 proc.)
	>800 Eur	73 (19,8 proc.)	21 (11,1 proc.)	52 (29,1 proc.)

## 2.2 Tyrimo rezultatai

### 2.2.1 Visagino sav. gyventojų sveikatos netolygumų analizė akcentuojant pirmumą į ŠKL ir SŽV prevencijos programas

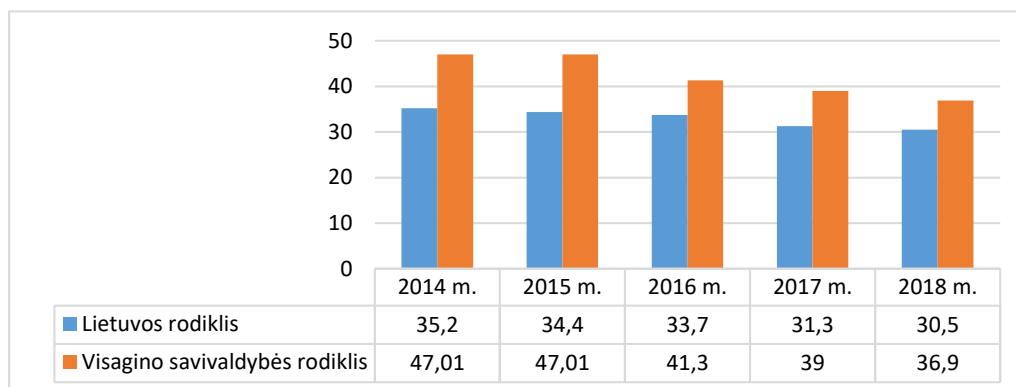
Siekiant įvertinti, ar Visagino sav. yra sveikatos netolygumai, svarbu apžvelgti pagrindinius sveikatos būklę nusakančius Lietuvos ir Visagino sav. gyventojų rodiklius: vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VTGT), išvengiamas mirtingumas, ilgalaikio nedarbo lygis, socialinės pašalpos gavėjų skaičius ir išvengiamų hospitalizacijų skaičius.

**Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VTGT)** – tai pagrindinis gyventojų sveikatos rodiklis, parodantis bendrą rizikos veiksnių poveikį, ligų paplitimą, intervencijų bei gydymo veiksmingumą (Petrauskaitė I, Želvienė A, 2019). Lyginant Visagino sav. gyventojų rodiklį - 71,6 metai su Lietuvos vidurkiu - 75,9 metai, matoma, kad Visagino sav. VTGT yra 5,66 proc. mažesnė už Lietuvos vidurkį (Higienos institutas, 2020). Palyginus 2014-2018 m. VTGT rodiklius tarp Lietuvos ir Visagino sav., matoma, kad Visagino sav. rodiklis kiekvienais metais žemesnis už Lietuvos rodiklį (1 pav.).



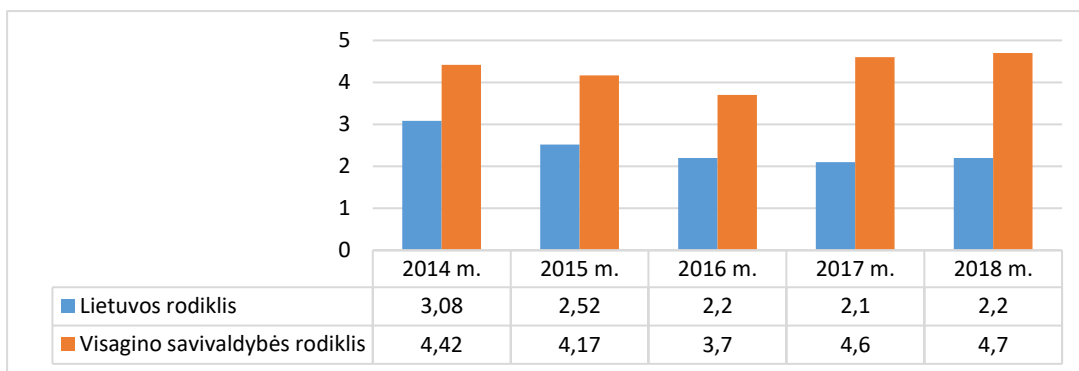
1 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (metai), Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)

**Išvengiamas mirtingumas** – tai mirusiųjų nuo ligų ar būklių, kurių galima išvengti taikant žinomas efektyvias prevencijos ir/ar diagnostikos priemones ir/ar gydymo priemones, dalis procentais nuo visų gyventojų mirčių. Remiantis duomenimis apie išvengiamą mirtingumą, galima spręsti apie sveikatos priežiūros sistemos ir sveikatos politikos įtaką gyventojų sveikatai bei numatyti naujas ar tobulinti esamas veiksmų kryptis. Šie duomenys naudingi sveikatos sistemoje dirbantiems specialistams, kuriantiems ir įgyvendinantiems prevencines sveikatos programų priemones bei vykdančioms sveikatos politiką, nes išvengiamo mirtingumo rodiklis netiesiogiai parodo sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą ir kokybę (Petrauskaitė I, Želvienė A, 2019). 2018 m. Lietuvoje 30,5 proc. visų mirčių buvo galima išvengti. Visagino sav. 2018 m. išvengiamų mirčių rodiklis buvo 39,0 proc., palyginus su Lietuvos (30,5 proc.) rodikliu yra 8,5 proc. didesnis. Pagal šį rodiklį 2018 m. Visagino sav. Lietuvoje yra II vietoje blogiausių reikšmių atžvilgiu. Palyginus 2014-2018 m. išvengiamo mirtingumo rodiklius tarp Lietuvos ir Visagino sav., matoma, kad Visagino sav. rodiklis kiekvienais metais aukštesnis už Lietuvos rodiklį (2 pav.). Taip pat 2014 m. ir 2015 m. Visagino sav. rodiklis tarp visų savivaldybių buvo pirmoje vietoje, 2016 m. trečioje, 2017 m. antroje, 2018 m. ketvirtoje vietoje (Higienos institutas, 2020).



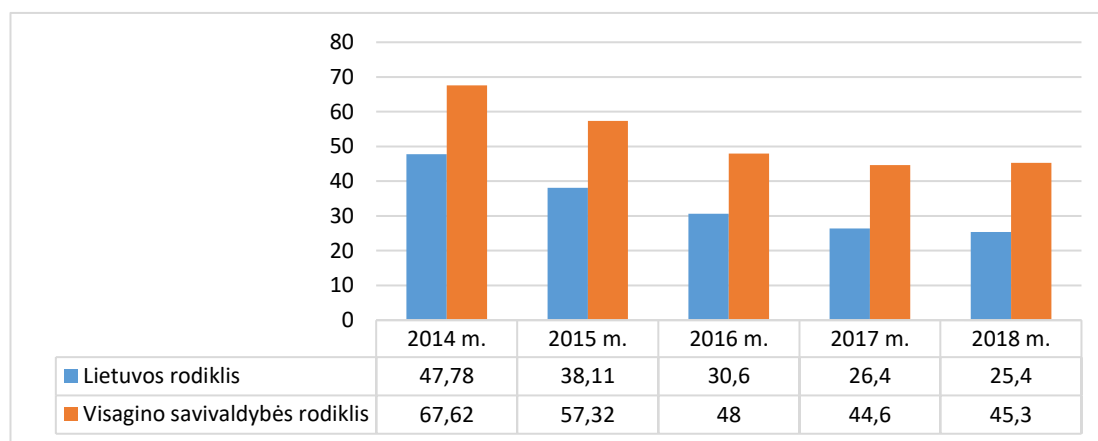
2 pav. Išvengiamas mirtingumas (proc.), Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)

**Ilgalaikio nedarbo lygis** – nedarbas, trunkantis ilgiau nei metus, išreikštas procentais nuo darbo jėgos. Socialinio ir ekonominio poveikio sveikatai veiksmų rodiklis parodo ilgalaikio nedarbo lygį, kuris turi nemažą įtaką fizinei ir psichinei sveikatai. Jį galima priskirti rizikos sveikatai grupei. Ilgalaikis bedarbis – bedarbis, ieškantis darbo vienus metus ar ilgiau. Į ilgalaikių registruotų bedarbių vidutinį metinį skaičių įtraukiami jauni bedarbiai iki 25 metų, kurie užsiregistravę darbo biržoje daugiau negu 6 mėnesius, ir vyresni nei 25 metų bedarbiai, kurie užsiregistravę darbo biržoje daugiau negu 1 metus (Petrauskaitė I, Želvienė A, 2019). 2018 m. Visagino sav. šis rodiklis buvo 4,7 proc., ir buvo didesnis už Lietuvos vidurkį 2,2 proc. (Higienos institutas, 2020). Palyginus 2014-2018 m. ilgalaikio nedarbo lygio rodiklius tarp Lietuvos ir Visagino sav. matoma, kad Visagino sav. rodiklis kiekvienais metais aukštesnis už Lietuvos rodiklį, o 2017 m. ir 2018 m. didesnis daugiau negu 2 kartus už Lietuvos rodiklį (3 pav.).



3 pav. Ilgalaikio nedarbo lygis (proc.), Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)

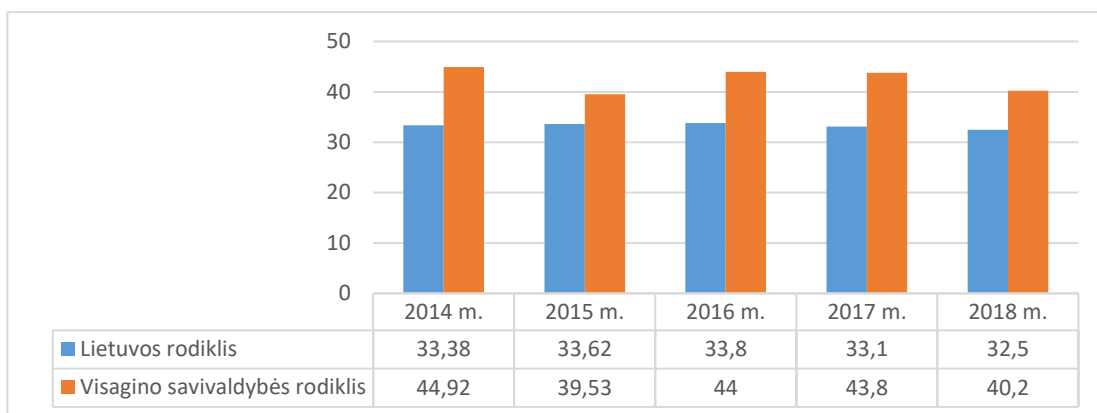
**Socialinės pašalpos gavėjų skaičius 1000 gyv.** - tai šeimų su vaikais, kurios yra priskirtinos rizikos sveikatai grupei, skaičius. Skirtingai nuo socialinių išmokų skaičiaus, tiksliau nušviečia ne tiek tikrovės padėtį, kiek socialinę politiką (Petrauskaitė I, Želvienė A, 2019). 2018 m. Lietuvoje iš 1000 gyventojų 25,4 asmenys gavo socialinę pašalpą. 40 šalies savivaldybių viršijo šalies vidurkį. Visagino sav. rodiklis buvo 45,3/1000 gyv. ir yra 78,3 proc. didesnis, palyginus su Lietuvos vidurkiu 25,4/1000 gyv. (Higienos institutas, 2020). Palyginus 2014–2018 m. socialinės pašalpos gavėjų 1000 gyv. rodiklius tarp Lietuvos ir Visagino sav., matoma, kad Visagino sav. rodiklis kiekvienais metais aukštesnis už Lietuvos rodiklį (4 pav.). Visagino gyv. pajamos yra mažesnės negu vidutinio darbo užmokesčius šalies ūkyje 2019 m. IV ketv. (bruto – 1358,6 Eur., neto 857,9 Eur.) (LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2020).



4 pav. Socialinės pašalpos gavėjų skaičius 1000 gyv., Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)

**Išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1000 gyv..** Išvengiama hospitalizacija – tai hospitalizacija, kurios galima išvengti imantis prevencinių priemonių ir (ar) laiku teikiant reikiamą ambulatorinę sveikatos priežiūrą. Išvengiamų hospitalizacijų rodiklis yra susijęs su ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu bei kokybę (WHO, 2016). Mokslininkai teigia, kad dalies hospitalizacijų galima būtų išvengti, užtikrinus ambulatorinės sveikatos priežiūros veiklos kokybę bei jos prieinamumą (Higienos institutas, 2018). 2018 m. iš viso Lietuvoje užregistruoti 90 979

(32,5/1000 gyv.) išvengiamos hospitalizacijos atvejai. Visagino sav. rodiklis buvo 40,2/1000 gyv., palyginus su Lietuvos jis didesnis 23,69 proc. (Higienos institutas, 2020). Palyginus 2014–2018 m. išvengiamų hospitalizacijų skaičių 1000 gyv. rodiklius tarp Lietuvos ir Visagino sav., matoma, kad Visagino sav. rodiklis kiekvienais metais aukštesnis už Lietuvos rodiklį (5 pav.).

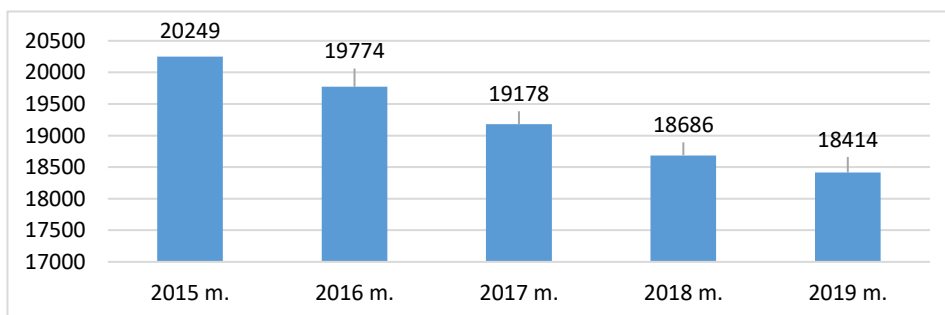


5 pav. Išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1000 gyv., Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)

Išnagrinėjus Visagino sav. gyventojų bendrus sveikatos rodiklis, toliau bus apžvelgti Visagino savivaldybės gyventojų sveikatos netolygumų veiksniai (demografiniai, ekonominiai ir socialiniai) su kuriais jie susiduria.

Visagino (tuometinis Sniečkus) miestas buvo įkurtas 1975 metais, 6 km atstumu nuo Ignalinos atominės elektrinės (toliau – IAE) ir buvo skirtas IAE darbuotojams apgyvendinti (J. Šapoval ir kiti, 2011) bei į jį suvažiavo gyventojai iš Sovietų Sąjungos pakraščių.

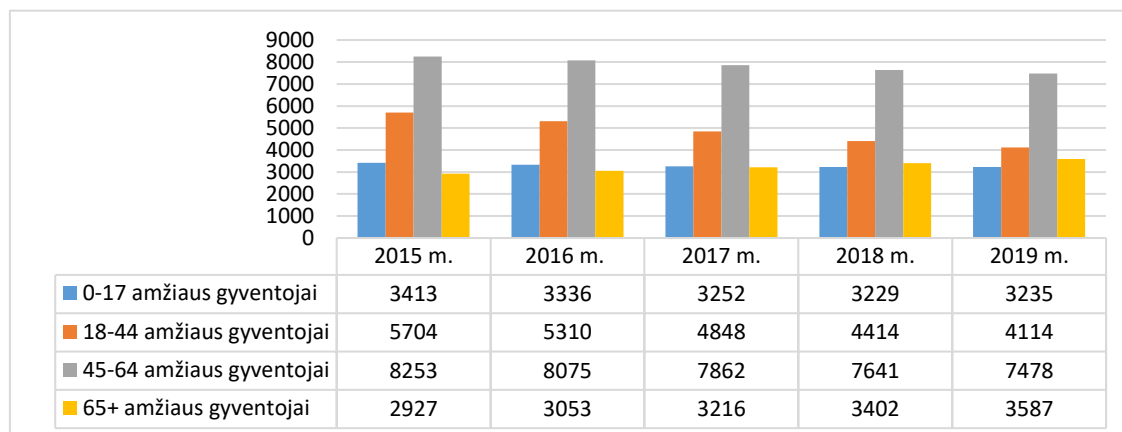
Lietuvos statistikos departamento duomenimis Visagino sav. 2019 m. gyveno 18 414 gyventojai (iš jų 18 205 miesto gyventojai ir 209 kaimo gyventojai), jie sudarė 0,67 proc. Lietuvos populiacijos (2 794 184 gyventojai) (Lietuvos statistikos departamentas, 2020). Visagino sav. nuolatinių gyventojų skaičius nuo 2015 m. iki 2019 m. sumažėjo 1835 gyventojų, tai sudaro 9,06 proc. (6 pav.).



6 pav. Nuolatinių Visagino sav. gyventojų skaičiaus kaitos dinamika 2015–2019 m. (asmenų skaičius) (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

Visagino sav. 2019 m. gyveno 8 535 (46,35 proc.) vyrų ir 9 879 (53,65 proc.) moterų. Vaikai (0–17 metų) sudarė 17,57 proc., 18–44 m. asmenys – 23,34 proc., 45–64 m. asmenys – 40,61

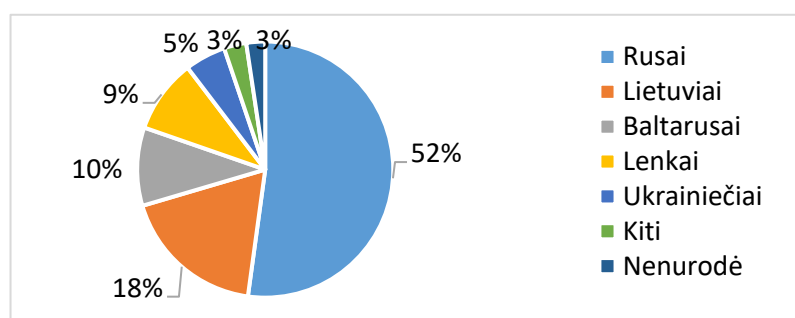
proc., 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenys sudarė 19,48 proc. Visagino sav. populiacijos (7 pav.).



7 pav. Visagino gyventojų pagal amžiaus grupes kaitos dinamika 2015–2019 m. (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

2001 m. visuotinio gyventojų ir būstų surašymo duomenimis Lietuvoje esama 115 skirtingų tautybių atstovų. Asmenys, priklausantys tautinėms mažumoms, Lietuvoje sudaro apie 16,5 proc. visų šalies gyventojų. Daugiausia ne lietuvių tautybės žmonių gyvena Rytų ir Pietryčių Lietuvos savivaldybėse, Vilniuje, Klaipėdoje, Visagine ir kituose didžiuosiuose miestuose (LR kultūros ministerija, 2019).

2011 m. Lietuvos statistikos departamento duomenimis Visagino sav. gyventojų tautinę sudėtį (iš visų 22 585 gyventojų) sudarė: rusai – 11 664 gyventojai (52,16 proc.), lietuviai – 4086 gyventojai (18,27 proc.), baltarusiai – 2 211 gyventojų (9,89 proc.), lenkai – 2084 gyventojai (9,32 proc.), ukrainiečiai – 1154 gyventojai (5,16 proc.), kitos tautybės - 631 gyventojas (2,82 proc.) ir nenurodė tautybės – 531 gyventojas (2,37 proc.) (8 pav.) (Lietuvos statistikos departamentas, 2011).

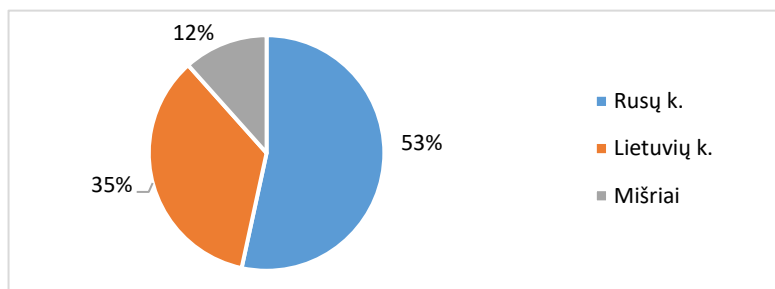


8 pav. Visagino sav. gyventojai pagal tautybę, proc. (2011 m.) (Lietuvos statistikos departamento duomenys)

Lyginant 2011 m. Visagino sav. (22585 gyventojai) duomenis pagal gyventojų tautybę su kitomis Lietuvos savivaldybėmis, kurių gyventojų skaičius panašus, pastebima, kad Lazdijų r. sav. (22455 gyventojai) – 98,10 proc. lietuviai, Kupiškio r. sav. (20251 gyventojas) – 97,16 proc. lietuviai, Elektrėnų sav. (24975 gyventojų) – 86,42 proc. lietuviai, 12,68 proc. - tautinės mažumos, Molėtų r. sav. (20700 gyventojų) – 89,96 proc. lietuviai, 9,40 proc. – tautinės mažumos. (Lietuvos statistikos departamentas, 2011).

2019 metų Visagino sav. administracijos duomenimis Visagino mieste yra 5 vaikų lopšeliai-darželiai (896 vaikai), iš jų 2 vaikų darželiuose (401 vaikas) ugdymas vyksta lietuvių kalba ir 3 vaikų

darželiuose (495 vaikai) ugdymas vyksta rusų kalba. Taip pat yra 5 mokyklos (1832 mokiniai): 2 švietimo įstaigose (679 moksleiviai) - gimnazijoje (1-12 kl.) ir pagrindinėje mokykloje (1-8 kl.) mokinių ugdymas vyksta lietuvių kalba, o 3 ugdymo įstaigose (1153 moksleiviai) - 2 progimnazijose (1-8 kl.) ir 1 gimnazijoje (1-12 kl.) rusų kalba. Visagino technologijos ir verslo profesinio mokymo centre (9-12 kl.) ugdymas vyksta mišriai - ir lietuvių ir rusų kalbomis (358 moksleiviai iki 18 metų) (9 pav.).



9 pav. Visagino sav. vaikų švietimas ugdymo įstaigose pagal ugdomąją kalbą (2019 m.)

2010 metais Visagine vyko projektas „Sociolingvistinis Lietuvos žemėlapis: miestai ir miesteliai“, kurio rezultatai atskleidė, kad 73 proc. motinų ir 75 proc. tėvų visaginiečių gimė ne Lietuvoje, kad visaginiečių gimtoji kalba: 77 proc. – rusų, 17 proc. – lietuvių, 2 proc. – lenkų bei 8 proc. – kitos kalbos. Lietuvių kalbos supratimas siekė tik 57 proc., o visai nemokančių lietuvių kalbos buvo 13 proc. respondentų. Kalba ir rašo lietuviškai 75 proc. respondentų, skaito lietuviškai knygas 32 proc., spaudą - 56 proc., žiūri lietuvišką televiziją - 64 proc., naršo internete - 43 proc. ir klauso radijo lietuvių kalba - 65 proc.. Viešojo bendravimo situacijose (Ramonienė M, Lichačiova A, 2013).

Galima manyti, kad tokiomis aplinkybėmis Visagino gyventojai, kurie turi kalbos barjerą, patenka į gyventojų grupę, kuri negauna informacijos apie prevencines programas bei turi demografinius (etniškumas ir gyvenamoji vieta) sveikatos netolygumus. Galimai šių gyventojų grupė gali turėti blogesnę sveikatos raštingumą, nes jie gali nesuprasti arba klaidingai suprasti jiems suteikiamas sveikatos priežiūros specialisto rekomendacijas, negauti tam tikrų paslaugų dėl nežinojimo.

Kadangi Visagino sav. Lietuvos statistikos departamento duomenimis 2017 metais buvo 182 santuokos ir 84 ištuokos (46,15 proc. nuo santuokų), 2018 m. – 156 santuokos ir 84 ištuokos (53,85 proc. nuo santuokų), 2019 m. – 167 santuokos ir 76 ištuokos (išankstiniais duomenimis) (45,50 proc. nuo santuokų) (Lietuvos statistikos departamentas, 2020), galima manyti, kad išsituokę gyventojai gali turėti blogesnę ekonominę, socialinę bei psichologinę padėtį, šie veiksniai yra susieti su socialiniais (šeiminė padėtis) sveikatos netolygumų priežastimi bei su gyventojų dabartinės savo sveikatos būklės vertinimu. Išsituokę vyrai ir moterys gali mažiau rūpintis savo sveikata bei mažiau kreiptis pas sveikatos specialistus, o taip pat mažiau dalyvauti ŠKL ir SŽV prevencinėse programose.

2018 m. Higienos institutas atliko „Suaugusių savivaldybių gyventojų gyvenimo“ tyrimą (LR SAM, 2003), kuriame dalyvavo 413 gyventojų iš Visagino savivaldybės, iš jų vyrai – 188 (45,5 proc.) ir moterys – 225 (54,5 proc.), iš kurių mesto– 405 (98,1 proc.), miestelio – 2 (0,5 proc.) ir kaimo – 6 (1,5 proc.) gyventojai. Rezultatai parodė, kad Visagino respondentai gerai ir labai gerai (65,5 proc.) vertina savo gyvenimo kokybę geriau už Lietuvos vidurkį (61,8 proc.). Savo sveikatą gerai ir labai gerai (66,2 proc.) taip pat geriau už Lietuvos vidurkį (58,1 proc.). Buvo laimingesni (69,6 proc.), negu Lietuvos vidurkis (58,1 proc.). Visgi Visagino gyventojai dažniau (18,4 proc.), lyginant su Lietuvos vidurkiu (16,6 proc.) nurodė, kad per praėjusį mėn. juos buvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas šiek tiek labiau ir/ar daug labiau nei anksčiau. Visagino respondentai (32,6 proc.) aktyvią fizinę veiklą užsiima bent po 30 min. 5 dienas per sav. ar dažniau, mažiau negu Lietuvos vidurkis (40,5 proc.). Visagino respondentai bent kartą per dieną ar dažniau valgo daržoves (49,6 proc.) ir vaisius (45,3 proc.), daugiau negu Lietuvos vidurkis - daržovės (42,0 proc.), vaisiai (34,7 proc.). Lietuvoje (17,3 proc.) mažiau respondentų per paskutines 30 d. kasdien rūkė tabako gaminius negu Visagino sav. (25,1 proc.). Visagino sav. (3,0 proc.) respondentų didesnis ir el. cigarečių rūkymas negu Lietuvos (1,1 proc.) vidurkis. Visagino sav. (1,6 proc.) suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 d. kasdien vartojo alkoholinius gėrimus, nelabai skiriasi nuo Lietuvos vidurkio (1,5 proc.). Visagino sav. (38,8 proc.) respondentų, kartą per savaitę ir dažniau vartojo alkoholinius gėrimus (per paskutines 30 d.) daugiau negu Lietuvos vidurkis (22,0 proc.), per paskutinius 12 mėn. Visagino sav. (33,7 proc.) rodiklis yra dar didesnis už Lietuvos (15,7 proc.) vidurkį (Valentienė J, Liuima V, 2018).

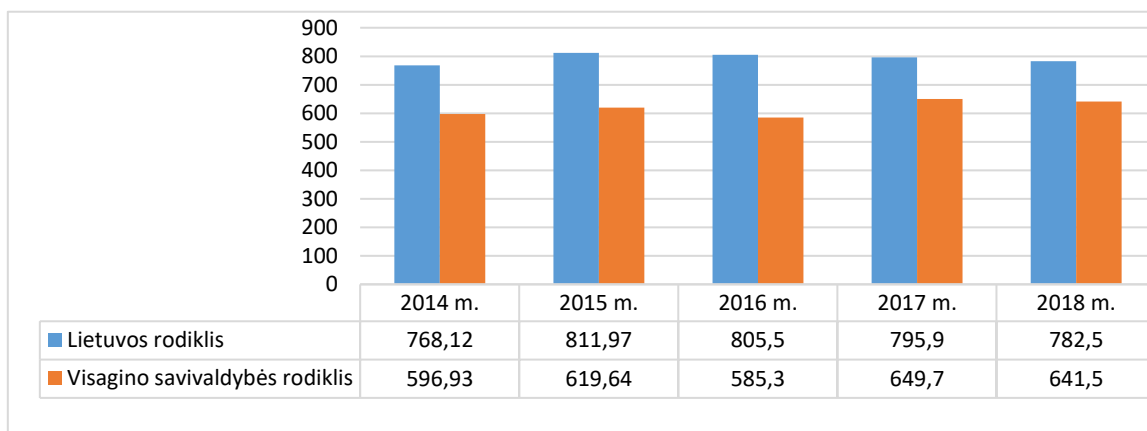
Apibendrinant Visagino savivaldybės gyventojų bendrus sveikatos rodiklius galima teigti, kad pagrindinis gyventojų sveikatos rodiklis - gyvenimo trukmė yra mažesnė negu Lietuvos, bet išvengiamo mirtingumo rodiklis yra didesnis. Pastebimas nedarbo lygis, kuris kiekvienais metais auga, o tai reiškia, kad nedirbantys gyventojai gali turėti nepakankamas pajamas ir blogesnę gyvenimo kokybę, negu dirbantys. Taip pat Visagino sav. didesnis už Lietuvos rodiklį socialinės pašalpos gavėjų skaičius, iš tai galima padaryti išvadas, kad šeimos su vaikais, gaunančios pašalpas, gali būti priskirtinos rizikos sveikatai grupei. Didesni išvengiamos hospitalizacijos mastai nei Lietuvos vidurkis parodo ambulatorinių paslaugų kokybės trūkumus ir galimai mažesnę profilaktinių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Apžvalgai, ar Visagino sav. gyventojai dažniau ar mažiau serga bei miršta nuo ŠKL, buvo nagrinėjami ŠKL sergamumo ir mirtingumo rodikliai palyginant juos su Lietuvos rodikliu.

#### **Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis (I00–I99) 100 000 gyventojų.**

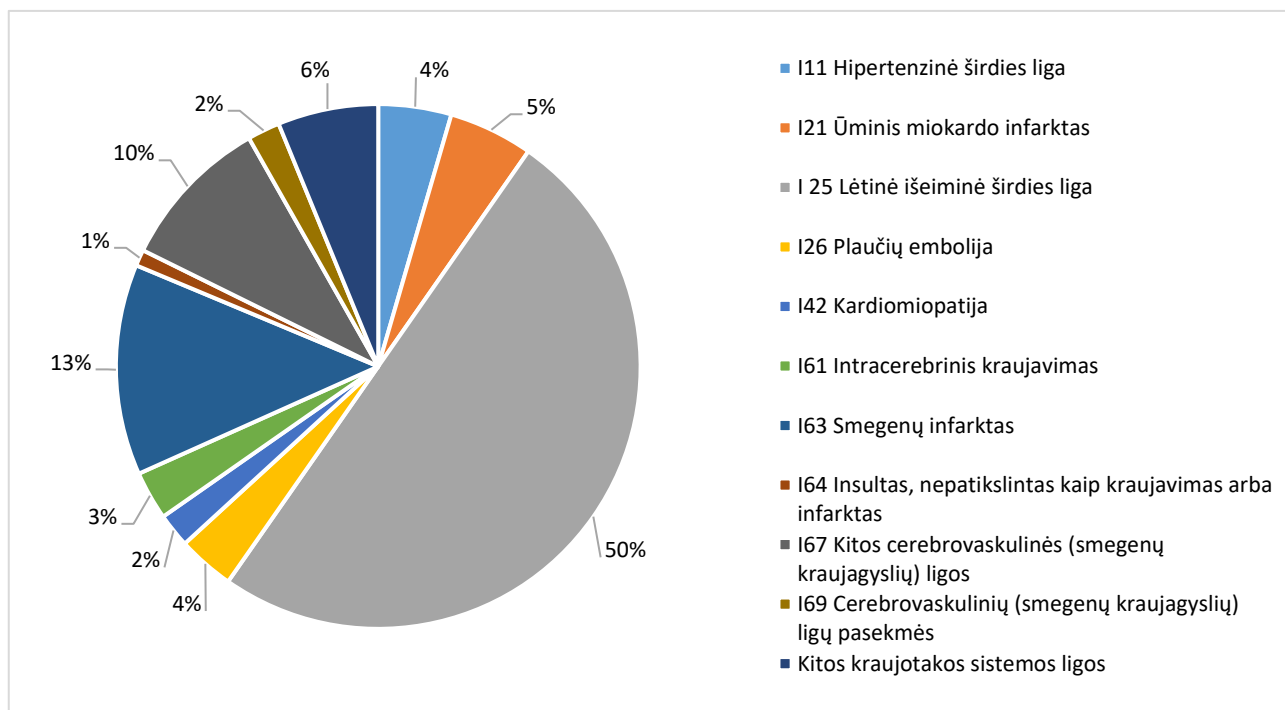
Mirtingumo rodiklis dėl kraujotakos sistemos ligų – tai mirusiųjų skaičius per metus nuo ŠKL (pagal TLK kodus I00–I99) 100 000 gyventojų.

2018 m. Lietuvoje dėl ŠKL mirė 21 922 gyventojai t. y. 23 mirtimis mažiau nei 2017 m.. 2018 m. Visagino sav. mirtingumo kraujotakos sistemos ligomis (I00-I99) rodiklis buvo 641,5/100 000 gyv., Lietuvos (782,5/100 000 gyv.) (Higienos institutas, 2020). Taip pat 2014-2018 m. matoma tendencija, kad Visagino sav. rodiklis mažesnis už Lietuvos rodiklį (10 pav.).



10 pav. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų rodikliai (I00–I99) 100 000 gyventojų. Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema)

Visagino sav. nuo kraujotakos sistemos ligų (I00-I99) 2014 m. mirė 122 asmenys, 2015 m. mirė 124 asmenys, 2016 m. mirė 114 asmenų, 2017 m. mirė 123 asmenys, 2018 m. mirė 119 asmenų. Daugiausiai asmenų mirė su diagnozėmis I25 Lėtinė išeminė širdies liga ir I63 Smegenų infarktas (Higienos institutas, 2020) (11 pav.).



11 pav. 2014-2018 m. Visagino sav. gyventojų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų (I00-I99) (mirčių skaičius proc. pagal ligų TLK kodus)

Pagrindinės lėtinių neinfekcinių ligų priežastys susijusios su žmogaus elgesiu, vadinasi, jų galima išvengti. Pagrindiniai rizikos veiksniai, turintys didžiausios įtakos sergamumui ir mirtingumui

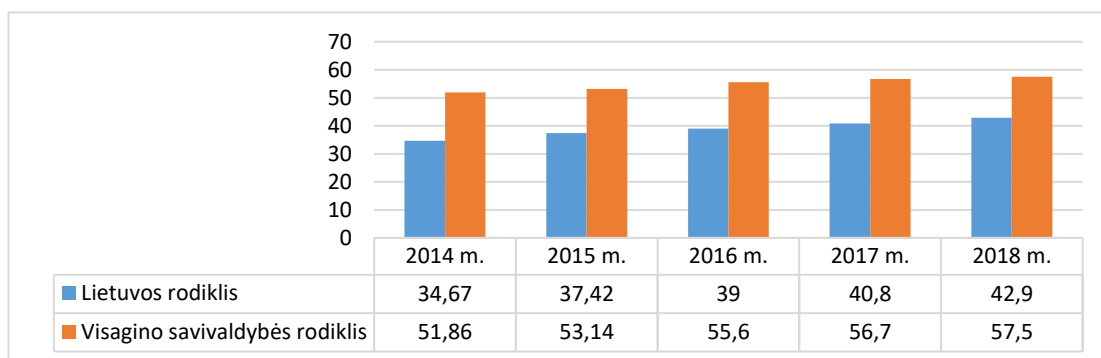
pasauliniu mastu, yra šie: aukštas kraujospūdis, rūkymas, padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje, fizinio aktyvumo stoka, antsvoris ir nutukimas, padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, nesaugus lytinis elgesys, piktnaudžiavimas alkoholiu. Duomenys apie mirties priežastis parodo mirtingumo tendencijas. Tai svarbu planuojant sveikatos priežiūrą ir prevenciją, vertinant politiką (Petrauskaitė I, Želvienė A, 2019).

Prieš nagrinėjant prevencinių paslaugų dalyvavimo rodiklius, labai svarbu paminėti apie ŠKL programos finansavimą Lietuvoje. VTK duomenimis Lietuvoje 2019 m. sausio 1 d. tikslinei asmenų populiacijai priskirtinų ŠKL didelės rizikos grupei prevencijos programos vykdymui sudarė 671 tūkst. žmonių, iš jų 356 680 moterų (53 proc.) ir 314 691 vyrų (47 proc.), iš jų pagal teritorijas Vilniaus TLK – 216 544 asmenys, Kauno TLK – 166 746 asmenys, Klaipėdos TLK – 100 870 asmenų, Šiaulių TLK – 99 087 asmenys, Panevėžio TLK – 88 124 asmenys. 2019 m. pradžioje programos įgyvendinimui buvo skirta 7,46 mln. eurų. Kiekvienais metais skirtas PSDF biudžeto lėšų finansavimas didinamas – 2014 m. jis sudaro 4,22 mln. Eur., o 2018 m. – 7,36 mln. Eur., kaip ir panaudotos PSDF biudžeto lėšos – 2014 m. – 4,18 mln. Eur., 2018 m. – 7,18 mln. Eur. Pagal asmenų, priskirtinų ŠKL didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programoje dalyvavusių žmonių skaičius beveik kiekvienais metais auga – 2014 m. dalyvavo 223 889 asmenys, o 2018 m. – 276 613 asmenų. Iš viso 2014-2018 m. programoje dalyvavo 1 261 999 asmenys (VLK, 2019).

ŠKL prevencijos priemonių programos paslaugos kaina (Eur.) vienam dalyviui yra 21,13 Eur. - informavimas apie didelę ŠKL tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti ŠKL tikimybę paslauga ir 123,64 Eur. - išsamaus ŠKL tikimybės įvertinimo paslauga (VLK, 2020). 2019 m. Panevėžio teritorinės ligonių kasos asmenų priskirtinų ŠKL didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo ataskaitos duomenimis, prie VšĮ Visagino PSCPC asmens sveikatos priežiūros įstaigos buvo prirašyta 5813 asmenų, buvo planuota patikrinti 100 proc. (5813 asmenų), informuoti buvo 2538 asmenų, tai sudaro 50 454,18 Eur., įvykdymas sudarė 43,66 proc. (TLK, 2020)

**Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi ŠKL didelės rizikos grupės prevencijos programoje** - tai 40-55 m. vyrų ir 50-65 m. moterų, kuriems tais metais buvo suteikta paslauga, skaičiaus ir tos pačios tikslinės grupės vidutinio metinio gyventojų skaičiaus santykis, išreikštas procentais. Daugelio ŠKL galima išvengti arba joms užkirsti kelią laiku imantis atitinkamų priemonių. Jei gydytojas nustato, kad širdies ir kraujagyslių ligų tikimybė yra didelė, jis siunčia pacientą į specializuotus centrus išsamiau ištirti, o prireikus – skiriamas gydymas. Svarbu žinoti, kad vieną kartą per metus nemokamai gali būti nustatoma gliukozės, cholesterolio, trigliceridų koncentracija kraujyje, atliekama elektrokardiograma ir kiti tyrimai, parodantys, ar žmogus priskirtinas didelės rizikos grupei (Petrauskaitė I, Želvienė A, 2019).

Palyginus 2014–2018 m. tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusių ŠKL didelės rizikos grupės prevencijos programoje rodiklius tarp Lietuvos ir Visagino sav., matoma, kad Visagino sav. rodiklis kiekvienais metais aukštesnis už Lietuvos rodiklį, 2014 m. buvo 1 vietoje tarp visų savivaldybių, 2015 m. antroje, 2016 m. pirmoje, 2017 m. ir 2018 m. trečioje vietoje (Higienos institutas, 2020), tai reiškia, kad Visagino sav. gyventojai labai aktyviai dalyvauja ŠKL prevencinėje programoje ir gal būt dėl to Visagino sav. gyventojų mirtingumas yra mažesnis negu Lietuvos vidurkis (12 pav.).



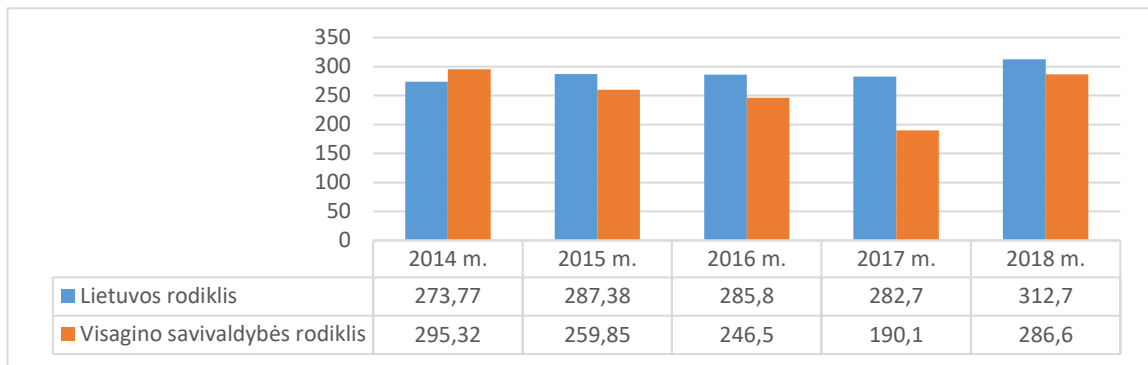
12 pav. Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės prevencijos programoje, Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)

Taigi, apibendrinant galima teigti, kad Visagino sav. gyventojų ŠKL mirtingumas yra mažesnis, lyginant rodiklį su Lietuvos rodikliu. Daugiausiai gyventojų miršta dėl lėtinės išeminės širdies ligų ir smegenų infarkto. Pastebimas didesnis už Lietuvos rodiklį Visagino sav. gyventojų dalyvavimas ŠKL prevencinėse programose.

Kad išsiaiškinti, ar Visagino sav. gyventojai dažniau ar mažiau serga bei miršta nuo storosios žarnos ligų, buvo nagrinėjami SŽV sergamumo ir mirtingumo rodikliai palyginant su Lietuvos vidurkiu ir atkreiptas dėmesys į programos finansavimą.

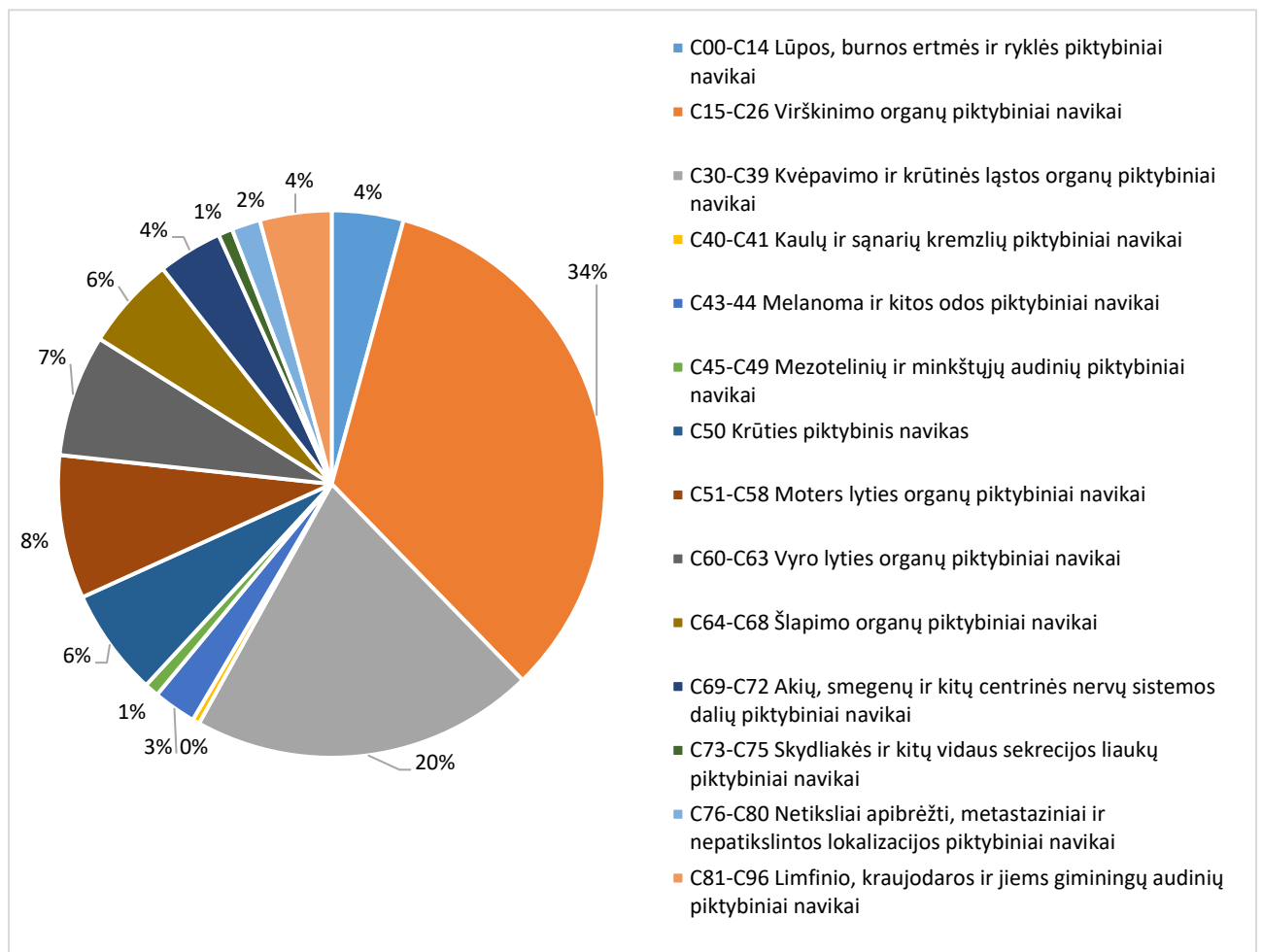
**Mirtingumas nuo piktybinių navikų rodiklis (C00–C96) 100 000 gyventojų.** Mirtingumo rodiklis dėl piktybinių navikų – tai mirusiųjų skaičius per metus nuo piktybinių navikų (pagal TLK kodus C00–C97) 100 000 gyventojų. Standartizuotas mirtingumo rodiklis dėl piktybinių navikų – rodiklis, nušviečiantis, koks būtų nagrinėjamos populiacijos mirtingumas dėl piktybinių navikų, jei mirtingumas amžiaus grupėse nesikeistų, o gyventojų skaičius amžiaus grupėse būtų proporcingas standartinės (Europos) populiacijos gyventojų skaičiui (Petrauskaitė I, Želvienė A, 2019).

Palyginus 2014–2018 m. mirtingumo nuo piktybinių navikų/standartizuotas mirtingumo nuo piktybinių navikų (C00–C96) 100 000 gyventojų rodiklius tarp Lietuvos ir Visagino sav., matoma, kad Visagino sav. rodiklis nuo 2015 m. kiekvienais metais yra žemesnis už Lietuvos rodiklį (13 pav.).



13 pav. Mirtingumas nuo piktybinių navikų/standartizuoti mirtingumo nuo piktybinių navikų rodikliai (C00–C96) 100 000 gyventojų, Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)

Visagino sav. dėl piktybinių navikų (C00-C96) 2014 m. mirė 53 asmenys (18 moterų ir 35 vyrai), 2015 m. mirė 52 asmenys (22 moterys ir 30 vyrų), 2016 m. mirė 48 asmenys (15 moterų ir 33 vyrai), 2017 m. mirė 36 asmenys (14 moterų ir 22 vyrai), 2018 m. mirė 58 asmenys (27 moterys ir 31 vyras). Daugiausiai asmenų mirė su diagnozėmis C15-C26 Virškinimo organų piktybiniai navikai (79 asmenys) ir C30-C39 Kvėpavimo ir krūtinės ląstos organų piktybiniai navikai (48 asmenys) (Higienos institutas, 2020) (14 pav.).



14 pav. 2014-2018 m. Visagino sav. gyventojų mirtingumas nuo piktybinių navikų (C00-C96) (mirčių skaičius proc. pagal ligų TLK kodus)

2014-2018 m. Visagino sav. nuo SŽV mirė 32 asmenys. Iš jų nuo storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko (C18) - 14 asmenų; Tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko (C19) - 4 asmenys; Tiesiosios žarnos piktybinio naviko (C20) – 8 asmenys; Išangės ir išangės kanalo piktybinio naviko (C21) – 2 asmenys (Higienos institutas, 2020).

Svedra duomenimis 2018 m. SŽV ankstyvosios diagnostikos programos Lietuvos tikslinė populiacija buvo 963 395 gyventojų, iš jų 26 proc. gyventojų iš Vilniaus apskr., 20 proc. - Kauno apskr., 12 proc. - Klaipėdos apskr., 10 proc. - Šiaulių apskr., Panevėžio apskr. – 8 proc., po 5 proc. iš Alytaus, Marijampolės, Telšių ir Utenos apskr., bei 4 proc. iš Tauragės apskr.. Kiekvienais metais programos finansavimas vis didėja nuo 2,41 mln. (2014 m.) Eur iki 3,53 mln. Eur (2018 m.), taip pat kiekvienais metais auga programos finansavimo panaudojimas nuo 2,37 mln. Eur (2014 m.) iki 3,33 mln. Eur (2018 m.) (VLK, 2019).

2014 m. buvo atlikta 234 737 vnt. informavimo apie programos paslaugas, iš jų 217 621 vnt. iFOBT rezultatas buvo neigiamas ir 17 116 vnt. iFOBT rezultatas buvo teigiamas. 2018 m. buvo atlikti 241 655 vnt. informavimai, iš jų neigiamų buvo – 222 451 vnt., o teigiamų 19 204 vnt. Nuo 2014 m. iki 2018 m. iš viso buvo atlikta 1 151 860 vnt. informavimo paslaugų, iš jų 1 051 914 vnt. neigiamų ir 99 945 vnt. teigiamų. 2014-2018 m. pacientams buvo suteikta 55 830 vnt. kolonoskopijos paslaugų, iš jų 2014 m. – 8 663 vnt., o 2018 m. jau 10 571 vnt.. Nuo 2016 iki 2018 m. pastebimas kolonoskopijos paslaugų teikimo mažėjimas 2016 m. – 12 930 vnt., 2017 m. – 11 793 vnt., 2018 m. – 10 571 vnt. (VLK, 2019). Taip pat pastebimas ir gydytojo specialisto konsultacijos su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu (netaikant intraveninės nejautos) paslaugų skaičiaus sumažėjimas nuo 2015 m. (4 627 vnt.) iki 2018 m. (2 583 vnt.). Iš viso 2015-2018 metais buvo atlikta 13 766 vnt. paslaugų. Pastebimas ir gydytojo specialisto konsultacijos su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu (taikant intraveninę nejautrą) paslaugų skaičius sumažėjimas nuo 2016 m. (9 575 vnt.) iki 2018 m. (8 557 vnt.). Iš viso 2016-2018 metais buvo atlikta 27 039 vnt. paslaugų. Biopsijos medžiagos histologinio ištyrimo ir įvertinimo paslaugos teikimo skaičius 2016-2018 m. buvo 12 931 vnt., pastebimas paslaugų mažėjimas nuo 2016 m. (5 025 vnt.) iki 2018 m. (3 543 vnt.). Biopsijos medžiagos histologinio ištyrimo 2018 m. rezultatai procentais rodo, kad dažniausiai pacientams buvo nustatyta: adenoma– 61,4 proc., polipas – 14,2 proc. ir limfoma – 10,4 proc. (VLK, 2019).

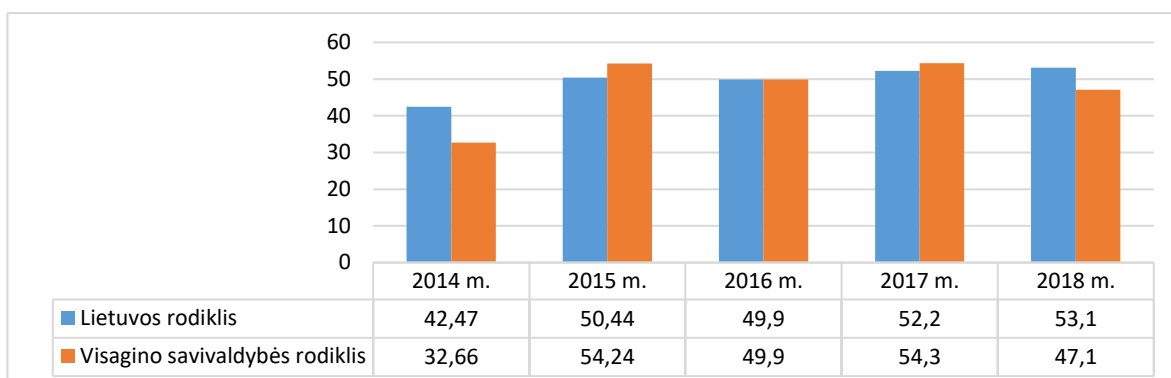
SŽV ankstyvosios diagnostikos programos paslaugos kaina (Eur.) vienam dalyviui yra 55,68 Eur. – gydytojo specialisto konsultacijai su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu be intraveninės nejautos ir su 90,89 Eur. Informavimas apie SŽV ankstyvąją diagnostiką ir iFOBT rezultatų įvertinimas – nustatytas iFOBT neigiamas (–) ir teigiamas (+) po 10,41 Eur. Paciento siuntimas pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją – 17,48 Eur. Kolonoskopijos biopsijos medžiagos ištyrimas ir įvertinimas -56,51 Eur.; kai nustatyta: kiti patologiniai pakitimai – 56,51 Eur.,

adenoma – 56,51 Eur., adenoma su aukšto laipsnio displazija – 56,51 Eur., intraepitelinė neoplazija (displazija), susijusi su uždegimine žarnyno liga – 56,51 Eur., karcinoma – 56,51 Eur., limfoma – 56,51 Eur., kad audiniai normalūs (norma) – 56,51 Eur., kad biopsijos medžiaga neinformatyvi (netinkama) – 56,51 Eur., antrinis navikas – 56,51 Eur., nepiktybinis neepitelinis navikas – 56,51 Eur., neuroendokrininis navikas – 56,51 Eur., piktybinis neepitelinis navikas – 56,51 Eur., polipas – 56,51 Eur (VLK, 2020).

2019 m. Panevėžio teritorinės ligonių kasos SŽV ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymo ataskaitos duomenimis, prie VšĮ Visagino PSPC asmens sveikatos priežiūros įstaigos buvo prirašyta 9560 asmenų kurie gali dalyvauti programoje, buvo planuojama patikrinti 4780 asmenų, šeimos gydytojas informavo 1999 pacientus, tai sudarė 19 474,84 Eur., iš jų 284 pacientams šeimos gydytojai išrašė siuntimus pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją, tai sudarė 4 638,37 Eur., įvykdymas siekė 41,82 proc. VšĮ Krikščionių medicinos centre buvo prirašyta 691 pacientas, buvo planuojama informuoti 346 pacientus, iš viso informuota buvo 50 pacientų, įvykdymo 14,45 proc., bei tai sudarė 473,00 Eur., iš jų 3 pacientams buvo išrašyti siuntimai pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją, tai sudarė 47,67 Eur. UAB „Sedulinos sveikatos centras“ informavo 484 pacientus, informavimo paslauga kainavo 4 849,39 Eur., šeimos gydytojai išrašė 63 siuntimus pas gydytoją specialistą kolonoskopijai, tai sudarė 1,047,18 Eur. Prie UAB „Medica“ klinika buvo prirašyta 4854 asmenų, buvo planuojama informuoti 2427 pacientus, vykdant programą buvo informuoti 1443 pacientai, tai sudarė 14 178,98 Eur., vykdymas 59,46 proc., taip pat buvo išrašytas 41 siuntimas pas gydytoją, tai sudarė 670,57 Eur. VšĮ Visagino ligoninėje buvo atlikto 5 (258,16 Eur.) gydytojo specialisto konsultacijos su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu, bei 309 pacientams (26 358,67 Eur.) gydytojo specialisto konsultacijos su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu, taikant intraveninę nejautrą. Tai gi iš viso buvo planuota informuoti 7553 asmenys, informuoti buvo 3976 asmenys, išduotas 391 siuntimas, informavimas nuo planuotų asmenų sudarė 52,64 proc. (TLK, 2020).

**Tikslinės populiacijos dalis (proc.), 2 metų bėgyje dalyvavusi SŽV ankstyvosios diagnostikos programoje** - tai 50-74 m. asmenų, kuriems per paskutinius 2 metus buvo suteikta paslauga, skaičiaus ir to paties amžiaus vidutinio metinio gyventojų skaičiaus paskutinių 2 metų vidurkio santykis, išreikštas procentais. SŽV profilaktikos priemonės yra svarbios, siekiant kuo anksčiau aptikti ikivėžinių ataugų, dar vadinamų polipais, storojoje ir tiesiojoje žarnose. Juos laiku pašalinus galima užkirsti kelią vėžiui atsirasti. Be to, dėl nuolatinio tikrinimosi aptinkama ankstyvos stadijos liga, dėl to ligonis gydomas mažiau agresyviai. Kitaip tariant, nuolatinė patikra dėl storosios žarnos vėžio sumažina mirtingumą nuo šios ligos (Petrauskaitė I, Želvienė A, 2019).

Palyginus 2014-2018 m. tikslinės populiacijos dalių (proc.), 2 metų laikotarpiu dalyvavusių storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje, rodiklius tarp Lietuvos ir Visagino sav., matoma, kad Visagino sav. rodiklis 2014 m. ir 2018 m. buvo mažesnis, 2015 m. ir 2017 m. didesnis, o 2016 m. lygus Lietuvos rodikliui (Higienos institutas, 2020). (15 pav.).



15 pav. Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės prevencijos programoje, Visagino sav. rodiklių ir Lietuvos rodiklių kaitos dinamika 2014–2018 m. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos institutas. 2020 m.)

Išnagrinėjus Visagino sav. epidemiologijos ir statistikos duomenis, paaiškėjo, kad daugiausiai Visagine gyvena 45-64 metų ir 65+ metų amžiaus gyventojai, turimas respondentų amžius numatytas pagal rizikos grupių amžių, kurie gali dalyvauti ŠKL ir SŽV prevencinėse programose. Gyventojų sveikatos netolygumams įtakos gali turėti VTGT, ilgalaikio nedarbo lygis, kuris Visagino sav. kiekvienais metais auga, socialinės pašalpos gavėjų skaičius, kuris taip pat Visagino sav. palyginus su Lietuvos rodikliu yra beveik 2 kartus aukštesnis, o tai reiškia, kad šios grupės Visagino gyventojai turi nepakankamas pajamas.

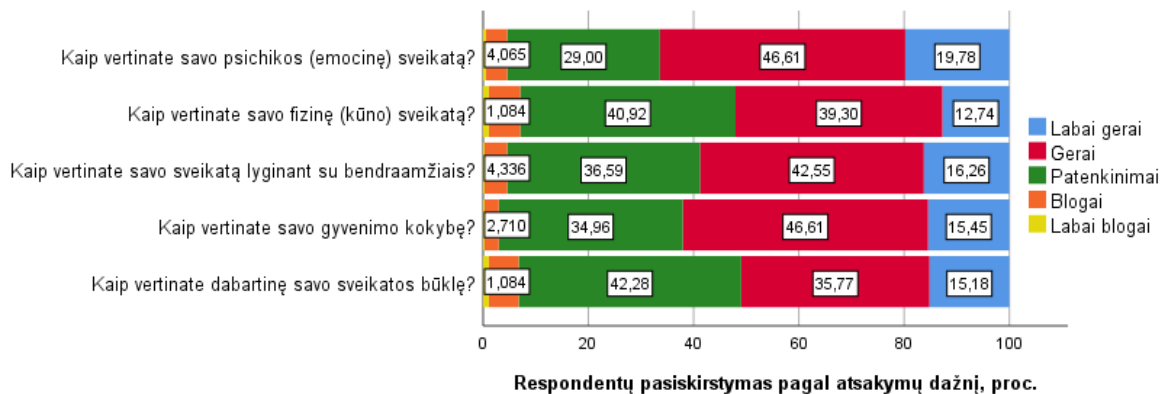
Galimai, jeigu „rusakalbiui“ gyventojui, kuris nesupranta lietuvių kalbos, informacija apie ŠKL arba SŽV prevencines programas yra pateikiama lietuvių kalba, abejotina, ar gyventojas ją supras ir galės vykdyti gydytojų rekomendacijas. Jeigu informacija bus pateikiama ta kalba, kurią gyventojas supranta laisvai, jis galėtų išvengti demografinių sveikatos netolygumų susijusių su etniškumu.

Apibendrinant Visagino sav. rodiklius dėl dalyvavimo ŠKL prevencijos programoje pastebimas aukštesnis gyventojų dalyvavimo negu Lietuvos rodiklis, kad sužinoti, kokie veiksniai turi įtakos gyventojų dalyvavimui, buvo iškelti tam tikri klausimai tyrime, taip pat ir kiti klausimai, kurie lemia gyventojų nedalyvavimo priežastis. Atvirškščiai - Visagino sav. gyventojų dalyvavimo SŽV prevencinėje programoje rodiklis yra mažesnis negu Lietuvos rodiklis, tyrime bus atkreiptas dėmesys pagrindinių gyventojų nedalyvavimo SŽV prevencinėje programoje priežasčių išsiaiškinimui.

## 2.2.2 Vyrų ir moterų subjektyvios sveikatos vertinimas ir suvokimas apie sveikatą vertinančius veiksnius

Pagrindiniai socialiniai ir demografiniai rodikliai, turintys įtakos subjektyviam sveikatos vertinimui, yra amžius, lytis, profesija, pajamos ir išsilavinimas. Subjektyvus sveikatos vertinimas yra daugiareikšmė sąvoka, turinti sąsajų su asmens socialiniais bei demografiniais rodikliais, su sveikata susijusiais veiksniais bei sveikatos būkle. Siekiant nustatyti, kaip respondentai vertina bendrą sveikatos būklę per pastaruosius 3 mėn., buvo paprašyta pasirinkti vieną geriausiai esamą jų sveikatos būklę apibūdinantį atsakymo variantą 5 balų Likerto tipo skalėje, kai 1 reiškė „labai blogai“, 2 – „blogai“, 3 – „patenkinimai“, 4 – „gerai“, o 5 – „labai gerai“.

Respondentų (N=369) savo sveikatos vertinimo per pastaruosius 3 mėn. rezultatai, parodė, kad 46,61 proc. respondentų (n=172) savo psichikos (emocinę) sveikatą vertina gerai. Fizinę (kūno) sveikatą 40,92 proc. respondentų (n=151) vertina patenkinimai, o 39,30 proc. gerai. Palyginus su bendraamžiais 157 respondentai savo sveikatą gerai vertina 42,55 proc., patenkinimai 36,59 proc. Į klausimą „Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę“ 46,61 proc. respondentų (n=172) atsakė, kad gerai ir tik 2,71 proc. blogai. O dabartinę savo sveikatos būklę dauguma respondentų (n=156) patenkinimai vertina 42,28 proc. (16 pav.).



16 pav. Respondentų sveikatos vertinimas per pastaruosius 3 mėn. pagal Likerto skalę, proc.

Nagrinėjant atskirai vyrų ir moterų subjektyvios sveikatos vertinimo (psichikos sveikatos, fizinės sveikatos, gyvenimo kokybės, dabartinės sveikatos būklės) skirtumus matyti, kad savo dabartinę sveikatą labai gerai (24,0 proc.) ir gerai (37,4 proc.) vertina daugiau vyrų negu moterų – labai gerai (6,8 proc.) ir gerai (34,2 proc.) ( $\chi^2=26,482, p<0,001$ ). Savo gyvenimo kokybę vyrai vertina – labai gerai (23,5 proc.) ir gerai (43,6 proc.), o moterys atvirkščiai – labai gerai (7,9 proc.) ir gerai (49,5 proc.) ( $\chi^2=28,825, p<0,001$ ). Lyginant savo sveikatą su bendraamžiais vyrų vertinimai geresni, t. y. labai gerai (24,0 proc.) ir gerai (42,5 proc.), negu moterų labai gerai (8,9 proc.) ir gerai (42,6 proc.), galima teigti, kad moterys savo sveikatą vertina prasčiau negu vyrai ( $\chi^2=23,259, p<0,001$ ). Savo fizinę (kūno) sveikatą taip pat geriau vertina vyrai – labai gerai (21,2 proc.) ir gerai (40,2 proc.), negu moterys – labai gerai (4,7 proc.) ir gerai (38,4 proc.) ( $\chi^2=27,670, p<0,001$ ). Psichikos (emocinę)

sveikatą labai gerai daugiausiai vertina vyrai (25,7 proc.) negu moterys (14,2 proc.), bet atvirkščiai „gerai“ daugiau vertina moterys (53,2 proc.) negu vyrai (39,7 proc.) ( $\chi^2=10,543, p<0,05$ ) (3 lentelė). Įvertinus vyrų ir moterų skirtumus pagal 4 kriterijus, galima manyti, kad vyrai tikrai geriau vertina savo subjektyvią sveikatą negu moterys, nes jų atsakymai parodė geresnius rezultatus negu moterų.

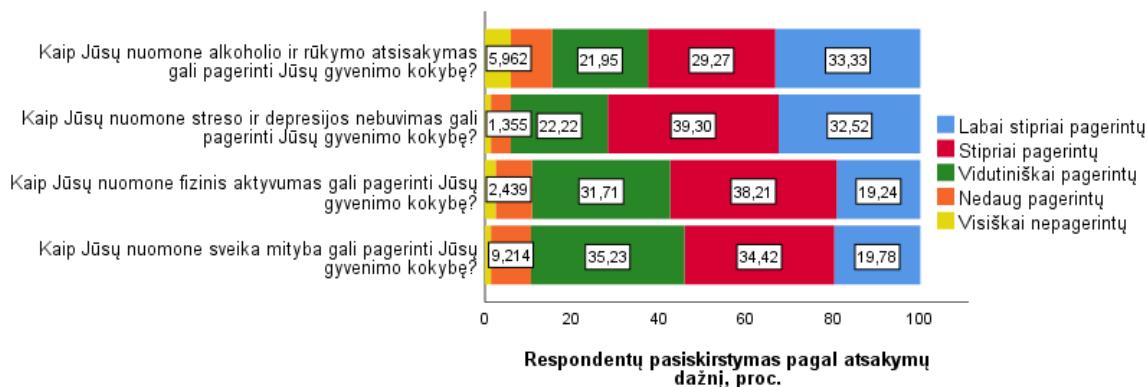
3 lentelė. Respondentų subjektyvus sveikatos vertinimas per pastaruosius 3 mėn., vyrų ir moterų

Moterų ir vyrų subjektyvus sveikatos vertinimas (palyginimas)						
	Respondentai					
	Lytis	N	M	SD	Chi-kvadratas	p
Subjektyvus sveikatos vertinimas per pastaruosius 3 mėn.						
Kaip vertinate dabartinę savo sveikatos būklę?	moterys	190	2.61	.754	26,482	,000**
	vyrų	179	2.22	.907		
Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?	moterys	190	2.35	.632	28,825	,000**
	vyrų	179	2.16	.860		
Kaip vertinate savo sveikatą lyginant su bendraamžiais?	moterys	190	2.43	.699	23,259	,000**
	vyrų	179	2.16	.875		
Kaip vertinate savo fizinę (kūno) sveikatą?	moterys	190	2.60	.719	27,670	,000**
	vyrų	179	2.26	.900		
Kaip vertinate savo psichikos (emocinę) sveikatą?	moterys	190	2.23	.746	10,543	,032*
	vyrų	179	2.15	.883		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Kad įvertinti respondentų nuomonę apie sveikatą vertinančius veiksnius, kurie gali pagerinti jų gyvenimo kokybę, buvo naudojama Likerto skalė. 33,33 proc. respondentų mano, kad sveikata gali „labai stipriai“ pagerėti, jeigu atsisakyti alkoholio ir rūkymo. 39,30 proc. respondentų nuomone „stipriai“ pagerinti gyvenimo kokybę gali streso ir depresijos nebuvimas. Kad fizinis aktyvumas gali „stipriai“ pagerinti gyvenimo kokybę, mano 38,21 proc. respondentų. Kad sveika mityba gali pagerinti gyvenimo kokybę „vidutiniškai“ mano 35,23 proc. respondentų (17 pav.).



17 pav. Respondentų nuomonė apie veiksnius, galinčius pagerinti jų gyvenimo kokybę, proc.

Palyginus vyrų ir moterų vertinimo skirtumus apie veiksnius (sveika mityba, fizinis aktyvumas, streso ir depresijos nebuvimas, alkoholio ir rūkymo atsisakymas), kurie gali pagerinti jų gyvenimo kokybę, matyti, kad vyrai mano, kad sveika mityba gali labai stipriai (24,0 proc.) ir stipriai (37,4 proc.) pagerinti jų gyvenimo kokybę negu moterys labai stipriai (15,8 proc.) ir stipriai (31,6 proc.) ( $\chi^2=9,505, p\leq 0,05$ ). Kad fizinis aktyvumas gali labai stipriai pagerinti gyvenimo kokybę, mano

22,9 proc. vyrų ir 15,8 proc. moterų ( $\chi^2=11,379, p<0,05$ ). Lyginant atsakymus apie streso ir depresijos nebuvimą, vyrai mano, jog labai stipriai (33,0 proc.) pagerės sveikata ir tai yra daugiau negu moterų (32,1 proc.), nustatyta, kad vyrų ir moterų požiūriai statistiškai reikšmingai nesiskyrė vienoda ( $\chi^2=7,543, p=0,110$ ). Alkoholio ir rūkymo atsisakymas vyrų (39,1 proc.) nuomone gali pagerinti labai stipriai gyvenimo kokybę, daugiau negu moterų (27,9 proc.), pastebimas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2=18,070 p\leq 0,001$ ) (4 lentelė).

4 lentelė. Respondentų nuomonė apie veiksnius, galinčius pagerinti jų sveikatos būklę, atskirai vyrų ir moterų

Moterų ir vyrų suvokimas apie sveikatą vertinančius veiksnius (palyginimas)						
	Respondentai					
	Lytis	N	M	SD	Chi-kvadratas	p
Respondentų nuomone kokie veiksniai gali pagerinti jų sveikatos būklę						
Kaip Jūsų nuomone sveika mityba gali pagerinti Jūsų gyvenimo kokybę?	moterys	190	2.49	.919	9,505	,050*
	vyrų	179	2.26	.968		
Kaip Jūsų nuomone fizinis aktyvumas gali pagerinti Jūsų gyvenimo kokybę?	moterys	190	2.47	.963	11,379	,023*
	vyrų	179	2.26	.960		
Kaip Jūsų nuomone streso ir depresijos nebuvimas gali pagerinti Jūsų gyvenimo kokybę?	moterys	190	2.03	.945	7,543	,110
	vyrų	179	2.03	.905		
Kaip Jūsų nuomone alkoholio ir rūkymo atsisakymas gali pagerinti Jūsų gyvenimo kokybę?	moterys	190	2.49	1.288	18,070	,001**
	vyrų	179	2.00	1.011		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Palyginus vyrų ir moterų dabartinės sveikatos būklės vertinimus, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai ( $\chi^2=18,070, p<0,001$ ), vyrai (20,1 proc.) savo sveikatą vertina geriau negu moterys (3,7 proc.), 31,3 proc. vyrų mano, kad jų sveikata yra gera, moterys - 21,1 proc. (5 lentelė).

5 lentelė. Respondentų sveikatos vertinimas, atskirai vyrų ir moterų

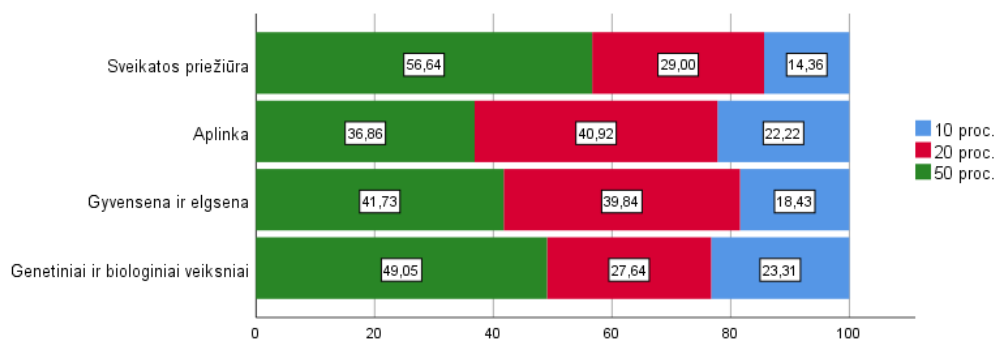
Moterų ir vyrų subjektyvus sveikatos vertinimas (palyginimas)						
	Respondentai					
	Lytis	N	M	SD	Chi-kvadratas	p
Respondentų sveikatos vertinimas						
Sveikatos požiūriu esate	moterys	190	3.16	.929	45,478	,000**
	vyrų	179	2.45	.995		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Apibendrinant galima teigti, kad vyrų subjektyvios sveikatos vertinimas yra geresnis, negu moterų, nes savo dabartinės sveikatos būklę geriau vertina vyrai (30,7 proc.) negu moterys (20,5 proc.). Savo gyvenimo kokybę taip pat geriau vertina vyrai (33,55 proc.) negu moterys (28,7 proc.). Savo sveikatos su bendraamžiais vertinimai vyrų (33,25 proc.) taip pat geresni lyginant su moterimis (25,75 proc.). Fizinę (kūno) sveikatą vyrai (30,7 proc.) vertina geriau negu moterys (21,55 proc.), bet psichikos (emocinę) sveikatą vyrai (32,7 proc.) vertina prasčiau už moteris (33,7 proc.).

Pagal Lalonde (1974) didžiausią įtaką sveikatai turi 4 veiksniai: „Genetiniai ir biologiniai“ - 20 proc., „Gyvensena ir elgsena“ - 50 proc., „Aplinka“ - 20 proc. bei „Sveikatos priežiūra - 10 proc. (Javtokas, 2018). Siekiant įvertinti respondentų žinias apie veiksnių įtaką žmonių sveikatai, respondentai turėjo pažymėti teisingą atsakymą. Buvo pastebėtas respondentų nežinojimas, teisingai apie „genetinių ir biologinių veiksnių įtaką“ atsakė tik 27,64 proc., apie „gyvensenos ir elgsenos

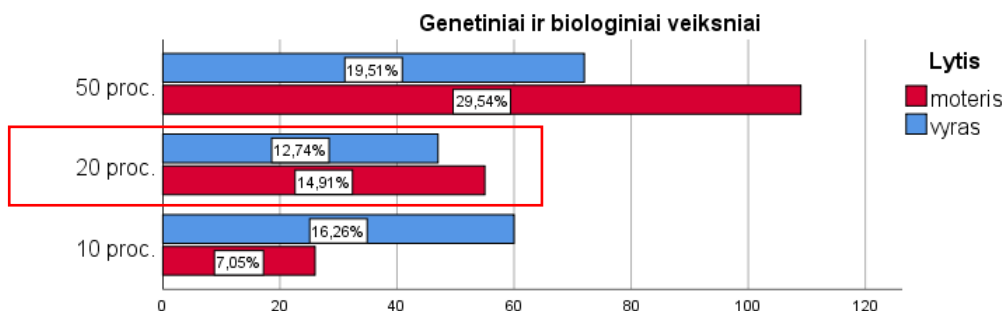
įtaką“ 41,73 proc., apie „aplinkos įtaką“ 40,92 proc., bei apie „sveikatos priežiūros įtaką“ teisingai atsakė tik 14,36 proc. respondentų (18 pav.).



Respondentų pasiskirstymas pagal atsakymų dažnį, proc.

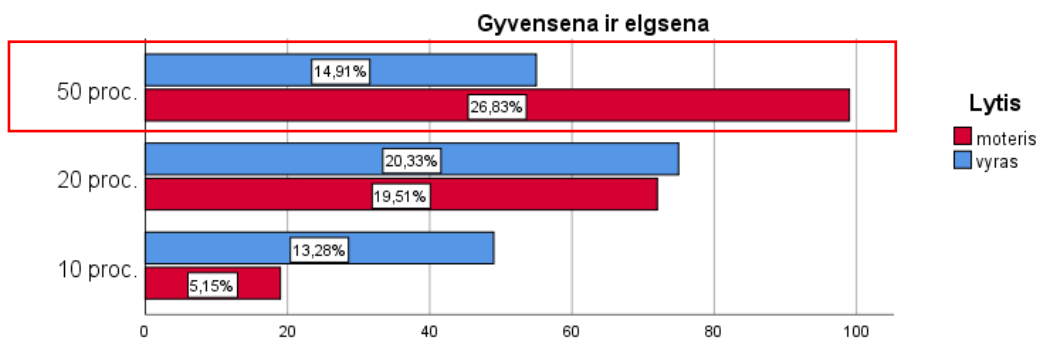
18 pav. Respondentų nuomonė apie tai, kas lemia didžiausia įtaką žmogaus sveikatai, proc.

Genetinių ir biologinių veiksnių įtakos žmogaus sveikatai teisingas atsakymas yra 20 proc., daugiausiai teisingai atsakė moterys (14,91 proc.) negu vyrai (12,74 proc.) ( $\chi^2=21,324, p<0,001$ ) (19 pav. ir 6 lentelė).



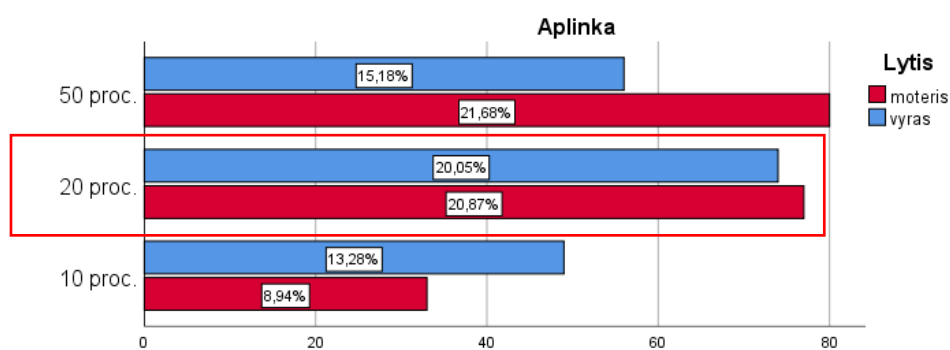
19 pav. Respondentų nuomonė apie genetinių ir biologinių veiksnių įtaką sveikatai, pagal lytį proc.

Kiek gyvensena ir elgsena turi įtakos žmogaus sveikatai, teisingas atsakymas yra 50 proc., daugiausiai teisingai atsakė moterys (26,83 proc.) negu vyrai (14,91 proc.) ( $\chi^2=25,563, p<0,001$ ) (20 pav. ir 6 lentelė).



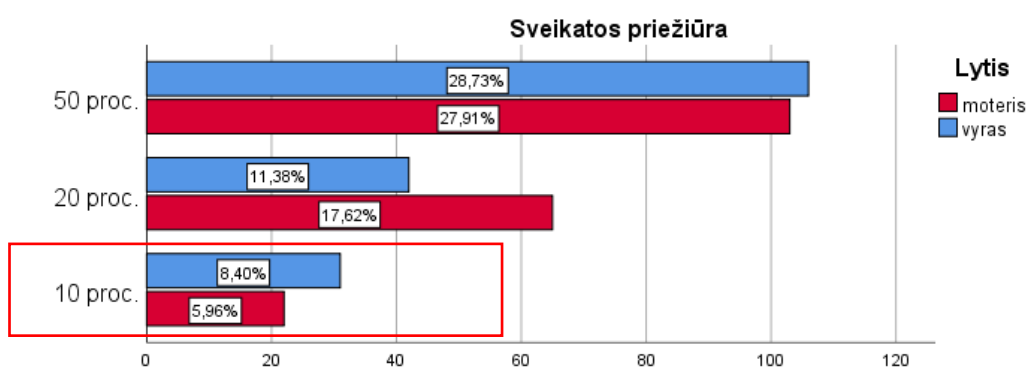
20 pav. Respondentų nuomonė apie gyvensenos ir elgsenos įtaką sveikatai, pagal lytį proc.

Kiek turi įtakos aplinką žmogaus sveikatai, teisingas atsakymas yra 20 proc., respondentų atsakymai pasiskirstė panašiai, teisingai atsakė 20,87 proc. moterų ir 20,05 proc. vyrų ( $\chi^2=7,095, p<0,05$ ) (21 pav. ir 6 lentelė).



21 pav. Respondentų nuomonė apie aplinkos įtaką sveikatai, pagal lytį proc.

Sveikatos priežiūros įtakos žmogaus sveikatai teisingas atsakymas yra 10 proc., daugiau teisingai atsakė vyrų (8,40 proc.) negu moterų (5,96 proc.) ( $\chi^2=6,193, p<0,05$ .) (22 pav. ir 6 lentelė).



22 pav. Respondentų nuomonė apie sveikatos priežiūros įtaką sveikatai, pagal lytį proc.

6 lentelė. Respondentų nuomonė apie teiginius, atskirai vyrų ir moterų

Respondentų atsakymai į teiginius, pagal lytį						
	Respondentai					
	Lytis	N	M	SD	Chi-kvadratas	p
Genetiniai ir biologiniai veiksniai	moterys	190	2.44	.723	21,324	.000**
	vyrų	179	2.07	.859		
Gyvensena ir elgsena	moterys	190	2.42	.668	25,563	.000**
	vyrų	179	2.03	.764		
Aplinka	moterys	190	2.25	.732	7,095	.029*
	vyrų	179	2.04	.767		
Sveikatos priežiūra	moterys	190	2.43	.692	6,193	.045*
	vyrų	179	2.42	.770		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Apibendrinant vyrų ir moterų teisingus atsakymus atskirai apie veiksnius, kurie lemia didžiausią įtaką žmogaus sveikatai, teisingai daugiau atsakė moterų palyginus su vyrais. Iš pateiktų duomenų apibendrinant vyrų ir moterų atsakymus, galima teigti, jog moterys daugiau teisingai atsakė apie 3 veiksnius – genetiniai ir biologiniai veiksniai, gyvensena ir elgsena bei aplinka, o vyrai tik apie vieną, t. y. sveikatos priežiūros (6 lentelė ir 18-22 pav.).

### 2.2.3. Visagino savivaldybės gyventojų informuotumas apie ŠKL ir SŽV prevencines programas

Kad išsiaiškinti, ar Visagino gyventojai pakankamai yra informuojami apie ŠKL ir SŽV prevencines programas buvo nagrinėjama, kiek respondentų buvo informuoti apie galimybę dalyvauti programose, iš kur jie gavo informacijos apie programas ir kiek iš jų dalyvavo minėtose programose.

Vertinant respondentų (N=369) informuotumą apie ŠKL prevencinę programą, nustatyta, jog moterys (40,92 proc.) daugiau girdėjo apie ŠKL programą negu vyrai (10,6 proc.), apie programą nieko negirdėjo daugiau vyrų (33,6 proc.) negu moterų (14,9 proc.). Nagrinėjant atskirai moterų rezultatus apie ŠKL programą buvo informuoti 79,47 proc. moterų ir neinformuoti 20,53 proc. moterų, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2=66,021$ ,  $p<0,001$ ). 69,27 proc. vyrų buvo informuoti apie programą ir 30,72 proc. informuoti nebuvo ( $\chi^2=26,598$ ,  $p<0,001$ ) (7 lentelė).

Nagrinėjant respondentų (N=369) atsakymus ar jie girdėjo apie SŽV prevencinę programą, buvo gauti rezultatai, kad moterys (40,1 proc.) daugiau girdėjo apie SŽV programą negu vyrai (32,5 proc.), apie SŽV programą nieko negirdėjo daugiau vyrų (16,0 proc.) negu moterų (11,4 proc.). Vertinant vyrų ir moterų rezultatus atskirai apie informuotumą dėl SŽV prevencinės programos, buvo gauti tokie rezultatai: 77,89 proc. iš jų moterys (40,1 proc.) buvo informuojami ir 22,11 proc. nebuvo informuojami apie SŽV programą ( $\chi^2=59,137$ ,  $p<0,001$ ). Vyrų rezultatai apie SŽV prevencijos programos informavimą buvo panašūs į vyrų rezultatus apie ŠKL programos informavimą, t. y. apie SŽV programą buvo informuojami 67,04 proc. vyrų ir neinformuojami 32,96 proc. vyrai ( $\chi^2=20,788$ ,  $p<0,001$ ) (7 lentelė).

7 lentelė. Respondentų informuotumas apie ŠKL ir SŽV prevencines programas, pagal lytį

Respondentų atsakymai apie jų informuotumą apie ŠKL ir SŽV prevencines programas, pagal lytį							
	Lytis	N	Taip n(proc.)	Ne n(proc.)	SD	Chi- kvadratas	p
Ar žinote apie ŠKL prevencijos programą?	moterys	190	151 (79,47 proc.)	39 (20,53 proc.)	.405	66,021	,000**
	vyrų	179	124 (69,27 proc.)	55 (30,72 proc.)	.463	26,598	,000**
Ar žinote apie SŽV prevencijos programą?	moterys	190	148 (77,89 proc.)	42 (22,11 proc.)	.416	59,137	,000**
	vyrų	179	120 (67,04 proc.)	59 (32,96 proc.)	.471	20,788	,000**

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Toliau buvo nagrinėjami respondentų rezultatai iš kur jie gavo informacijos apie ŠKL ir SŽV prevencijos programas. Informacijos pateikimui ir viešinimui apie ŠKL programą buvo klausama respondentų, iš kur jie sužinojo apie programą, šeimos gydytojai apsilankymo metu informavo daugiau moterų (27,1 proc.) negu vyrų (22,2 proc.), daugiau moterų (7,9 proc.) negu vyrų (6,5 proc.) gavo informaciją iš interneto, per televiziją buvo informuota daugiau moterų (1,7 proc.) negu vyrų (0,8 proc.), taip pat buvo pastebėta, kad giminaičiai informavo daugiau vyrų (3,5 proc.) negu moterų (1,9 proc.), nieko nežinojo ir nebuvo informuota daugiau vyrų (15,4 proc.) negu moterų (10,6 proc.) ( $\chi^2=15,112$ ,  $p<0,05$ ). Taip pat buvo klausama respondentų, iš kur jie sužinojo apie SŽV prevencinę programą, šeimos gydytojai apsilankymo metu informavo daugiau moterų (28,5 proc.) negu vyrų

(20,9 proc.), moterų (6,5 proc.) mažiau negu vyrų (7,0 proc.) gavo informaciją iš interneto, per televiziją buvo informuota daugiau moterų (3,5 proc.) negu vyrų (0,8 proc.), giminaičiai informavo daugiau vyrų (3,5 proc.) negu moterų (1,6 proc.), nieko nežinojo ir nebuvo informuota daugiau vyrų (16,3 proc.) negu moterų (11,4 proc.) ( $\chi^2=16,079$ ,  $p<0,05$ ) (8 lentelė).

8 lentelė. Respondentų rezultatai iš kur jie gavo informacijos apie ŠKL ir SŽV prevencines programas

Respondentų atsakymai į teiginius, pagal lytį						
	Respondentai					
	Lytis	N	M	SD	Chi-kvadratas	p
Iš kur Jūs sužinojote apie ŠKL programą?	moterys	190	2.24	1.598	15,112	,004*
	vyrų	179	2.66	1.793		
Iš kur sužinojote apie SŽV	moterys	190	2,24	1,641	16,079	,003*
	vyrų	179	2,74	1,797		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

Taip pat buvo nagrinėjama, iš kur respondentai gauna daugiau informacijos apie ŠKL ir SŽV prevencijos programas. Apie ŠKL prevencijos programą tiek vyrai (45,81 proc.), tiek moterys (52,63 proc.) daugiausiai yra informuojami šeimos gydytojo apsilankymo pas jį metu, internetu informaciją sužinojo 24 proc. vyrų ir 15,26 proc. moterų, giminaičiai informavo daugiau vyrus (7,26 proc.) negu moteris (3,68 proc.), per televiziją daugiau informacijos gavo moterų (7,89 proc.) negu vyrų (1,68 proc.) ( $\chi^2=142,526$ ,  $p<0,001$ ). Panašūs rezultatai buvo gauti apie SŽV programą, šeimos gydytojas apsilankymo metu informavo 43,02 proc. vyrų ir 55,26 proc. moterų, informaciją internete gavo 14,52 proc. vyrų ir 12,63 proc. moterų, iš giminaičių informacijos gavo 7,26 proc. vyrų ir 3,16 proc. moterų, per televiziją - 1,68 proc. vyrų ir 6,84 proc. moterų ( $\chi^2=167,105$ ,  $p<0,001$ ) (9 lentelė).

9 lentelė. Respondentų informavimas apie ŠKL ir SŽV prevencines programas, pagal lytį

Respondentų informavimas apie ŠKL ir SŽV prevencines programas, pagal lytį						
Respondentų informavimas apie ŠKL prevencijos programą						
Išsilavinimo lygis	Vyrų (N179) n (proc.)	Chi- kvadratas	p	Moterys (N190) n (proc.)	Chi- kvadratas	p
Informavo šeimos gydytojas apsilankymo metu	82 (45,81 proc.)	120,637	,000**	100 (52,63 proc.)	142,526	,000**
Internete	24 (13,40 proc.)			29 (15,26 proc.)		
Per televiziją	3 (1,68 proc.)			15 (7,89 proc.)		
Informavo giminaičiai	13 (7,26 proc.)			7 (3,68 proc.)		
Nesu informuotas/nieko nežinau	57 (31,84 proc.)			39 (20,52 proc.)		
Respondentų informavimas apie SŽV prevencijos programą						
Informavo šeimos gydytojas apsilankymo metu	77 (43,02 proc.)	111,028	,000**	105 (55,26 proc.)	167,105	,000**
Internete	26 (14,52 proc.)			24 (12,63 proc.)		
Per televiziją	3 (1,68 proc.)			13 (6,84 proc.)		
Informavo giminaičiai	13 (7,26 proc.)			6 (3,16 proc.)		
Nesu informuotas/nieko nežinau	60 (33,52 proc.)			42 (22,10 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

10 lentelėje matyti, kad iš visų respondentų ŠKL programoje per paskutinius 12 mėn. dalyvavo 43,7 proc. moterų ir 22,3 proc. vyrų, ( $\chi^2=18,884$ ,  $p<0,001$ ). SŽV prevencijos programoje per paskutinius 24 mėn. dalyvavo 47,4 proc. moterų ir 34,1 proc. vyrų, palyginus moteris su vyrais

nustatyta, kad moterų dalyvavo daugiau ( $\chi^2=6,734, p<0,05$ ). Apibendrinant galima teigti, kad moterys ŠKL ir SŽV prevencinėse programose dalyvauja labiau negu vyrai (10 lentelė).

10 lentelė. Respondentų dalyvavimas ŠKL ir SŽV prevencinėse programose, pagal lytį

Respondentų atsakymai apie jų dalyvavimą ŠKL ir SŽV prevencinėse programose, pagal lytį							
	Lytis	N	Taip n(proc.)	Ne n(proc.)	SD	Chi- kvadratas	p
Ar dalyvavote per paskutinius 12 mėn. ŠKL prevencijos programoje?	moterys	190	83 (43,7 proc.)	107 (56,3 proc.)	,479	18,884	,000**
	vyrai	179	40 (22,3 proc.)	139 (77,7 proc.)	,418		
Ar dalyvavote per paskutinius 24 mėn. SŽV prevencijos programoje?	moterys	190	90 (47,4 proc.)	100 (52,6 proc.)	,501	6,734	,009*
	vyrai	179	61 (34,1 proc.)	118 (65,9 proc.)	,475		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Toliau buvo vertinami respondentų kurie dalyvavo ŠKL ir SŽV rezultatai, iš kur jie gavo informacijos apie galimybę dalyvauti minėtose programose. Respondentai kurie dalyvavo ŠKL programoje daugiausiai buvo informuojami šeimos gydytojo apsilankymo metu – 85,0 proc. vyrų ( $\chi^2=48,650, p<0,001$ ) ir 77,11 proc. moterų ( $\chi^2=172,482, p<0,001$ ). Respondentai kurie dalyvavo SŽV programoje taip pat kaip ir apie ŠKL daugiausiai buvo informuojami šeimos gydytojo apsilankymo metu – 85,25 proc. vyrų ( $\chi^2=118,475, p<0,001$ ) ir 83,33 proc. moterų ( $\chi^2=165,822, p<0,001$ ) (11 lentelė).

11 lentelė. Respondentų informacijos gavimo įtaka dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose

Respondentų informacijos gavimo įtaka dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose, pagal lytį						
ŠKL prevencijos programa	Vyrai (N40) n (proc.)	Chi- kvadratas	p	Moterys (N83) n (proc.)	Chi- kvadratas	p
Informavo šeimos gydytojas apsilankymo metu	34 (85,0 proc.)	48,650	,000**	64 (77,11 proc.)	172,482	,000**
Internete	5 (12,5 proc.)			11 (13,25 proc.)		
Per televiziją	0			4 (4,82 proc.)		
Informavo giminaičiai	1 (2,5 proc.)			2 (2,41 proc.)		
Nesu informuotas/nieko nežinau	0			2 (2,41 proc.)		
SŽV prevencijos programa	Vyrai (N61) n (proc.)	Chi- kvadratas	p	Moterys (N90) n (proc.)	Chi- kvadratas	p
Informavo šeimos gydytojas apsilankymo metu	52 (85,25 proc.)	118,475	,000**	75 (83,33 proc.)	165,822	,000**
Internete	5 (8,20 proc.)			11 (12,22 proc.)		
Per televiziją	0			3 (3,33 proc.)		
Informavo giminaičiai	2 (3,28 proc.)			0		
Nesu informuotas/nieko nežinau	2 (3,28 proc.)			1 (1,11 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad iš viso apie ŠKL prevencijos programą buvo informuota 74,53 proc. tiriamųjų respondentų, iš jų 79,47 proc. tiriamųjų moterų ir 69,27 proc. tiriamųjų vyrų. SŽV programose rezultatai parodė, kad apie minėtą programą buvo informuoti 72,63 proc. tiriamųjų, iš jų 77,89 proc. moterų ir 67,04 proc. tiriamųjų vyrų. Respondentai daugiau informuojami apie ŠKL prevencijos programą, negu apie SŽV prevencijos programą. Nagrinėjant respondentų rezultatus kaip jie buvo informuojami apie ŠKL ir SŽV prevencijos programas, paaiškėjo, jog daugiausiai respondentai buvo informuojami apsilankymo pas šeimos gydytoją metu.

Iš visų informuotų respondentų (73,98 proc.) ŠKL prevencijos programoje dalyvavo tik 33,33 proc. tiriamųjų, iš jų 32,52 proc. vyrų ir 67,48 proc. moterų. Iš visų informuotų apie SŽV prevencijos programą respondentų (72,36 proc.), SŽV prevencijos programoje dalyvavo 56,55 proc. tiriamųjų, iš jų 22,85 proc. vyrų ir 33,71 proc. moterų. Tiek ŠKL, tiek SŽV programoje daugiau dalyvavo respondentai, kurie buvo informuojami šeimos gydytojo. Galima teigti, kad šeimos gydytojo respondentų informavimas apie ŠKL ir SŽV prevencijos programas yra labai svarbus, nes daugiausiai minėtose prevencijos programose dalyvavo šie respondentai.

#### 2.2.4. Visagino sav. vyrų ir moterų dalyvavimas ŠKL ir SŽV prevencinėse programose pagal raštingumą ir galimą kalbos barjerą

Gyventojų sveikatai įtaką gali turėti socialiniai, demografiniai ir ekonominiai veiksniai, taip pat ir vienas iš jų pvz. sveikatos skirtumus gali lemti šalies valstybinės kalbos žinojimas/supratimas, nes galimai gyventojai, kurie nesupranta valstybinės kalbos, gali ne tik negauti bet ir nesuprasti svarbios informacijos apie sveikatą, sveikatos ŠKL ir SŽV prevencines programas.

Siekiant išsiaiškinti respondentų kurie dalyvavo ŠKL ir SŽV prevencinėse programose raštingumą ir galimą kalbos barjerą, pirmiau buvo nagrinėjama kiek respondentų atskirai vyrų ir moterų dalyvavo ŠKL ir SŽV prevencinėse programose bei nustatytas statistinis reikšmingumas. 12 lentelėje matyti, kad iš visų respondentų ŠKL programoje per paskutinius 12 mėn. dalyvavo 43,7 proc. moterų ir 22,3 proc. vyrų, ( $\chi^2=18,884$ ,  $p<0,001$ ). SŽV prevencijos programoje per paskutinius 24 mėn. dalyvavo 47,4 proc. moterų ir 34,1 proc. ( $\chi^2=6,734$ ,  $p<0,05$ ) (12 lentelė).

12 lentelė. Respondentų dalyvavimas ŠKL ir SŽV prevencinėse programose pagal lytį

Respondentų dalyvavimas ŠKL ir SŽV prevencinėse programose, pagal lytį						
	Respondentai					
	Lytis	N	Taip n(proc.)	Ne n(proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
Ar dalyvavote per paskutinius 12 mėn. ŠKL prevencijos programoje?	moterys	190	83 (43,7 proc.)	107 (56,3 proc.)	18,884	,000**
	vyrų	179	40 (22,3 proc.)	139 (77,7 proc.)		
Ar dalyvavote per paskutinius 24 mėn. SŽV prevencijos programoje?	moterys	190	90 (47,4 proc.)	100 (52,6 proc.)	6,734	,009*
	vyrų	179	61 (34,1 proc.)	118 (65,9 proc.)		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Vertinant vyrų išsilavinimo ( $\chi^2=6,200$ ,  $p>0,05$ ) ir kalbos barjero ( $\chi^2=59,400$ ,  $p<0,001$ ) įtaka dalyvavimui ŠKL prevencijos programoje paaiškėjo, kad daugiau programoje dalyvauja vyrai (40,0 proc.) kurie turėjo aukštą universitetinį išsilavinimą ir kurie skaito ir supranta visą informaciją, kuri yra pateikiama lietuvių kalba (77,5 proc.). Atvirkščiai vertinant išsilavinimo įtaką ( $\chi^2=36,952$ ,  $p<0,001$ ) ir kalbos barjero nebuvimo ( $\chi^2=90639$ ,  $p<0,001$ ) moterų dalyvavimui ŠKL prevencijos programoje, paaiškėjo, kad daugiau dalyvauja moterys (50,6 proc.) kurie turi aukštesnį išsilavinimą ir kurie neturi kalbos barjero (67,46 proc.) (13 lentelė).

13 lentelė. Respondentų raštingumo įtaka dalyvavimui ŠKL prevencinėse programose, pagal lytį

Respondentų raštingumo įtaką dalyvavimui ŠKL prevencinėse programose, pagal lytį						
Išsilavinimo lygis	Vyrai (N40) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>	Moterys (N83) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis	5 (12,5 proc.)	6,200	,102	10 (12,05 proc.)	36,952	,000**
Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	9 (22,5 proc.)			<b>42 (50,6 proc.)</b>		
Aukštasis (koleginis)	10 (25,0 proc.)			7 (8,43 proc.)		
Aukštasis universitetinis	<b>16 (40,0 proc.)</b>			24 (28,91 proc.)		
<b>Informacijos pateikimas lietuvių kalba</b>						
Skaitau ir suprantu visą informaciją, kuri yra pateikiama lietuvių kalba	<b>31 (77,5 proc.)</b>	59,400	,000**	<b>56 (67,46 proc.)</b>	90,639	,000**
Galiu suprasti esmę	5 (12,5 proc.)			21 (25,3 proc.)		
Galiu suprasti tik kai kuriuos žodžius	2 (5,0 proc.)			5 (6,02 proc.)		
Visiškai nesuprantu lietuvių kalbos	2 (5,0 proc.)			1 (1,20 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Nagrinėjant respondentų išsilavinimo ir kalbos barjero įtaka dalyvavimui SŽV prevencinėje programoje paaiškėjo, kad vyrams įtakos turėjo išsilavinimo lygis ( $\chi^2=14,344$ ,  $p<0,05$ ) ir kalbos barjero nebuvimas ( $\chi^2=55,131$ ,  $p<0,001$ ), nes daugiau programoje dalyvavo vyrų (44,26 proc.) kurie turėjo aukštą universitetinį išsilavinimą ir kurie neturi kalbos barjero (65,57 proc.). Moterų dalyvavimui SŽV prevencinėje programoje, taip pat turėjo įtakos išsilavinimas ( $\chi^2=41,733$ ,  $p<0,001$ ) ir informacijos pateikimas lietuvių kalba ( $\chi^2=84,756$ ,  $p<0,001$ ), t. y. kalbos barjero nebuvimas, daugiau dalyvauja moterys kurie turi ne žemesni kaip aukštesnį išsilavinimą (48,88 proc.) ir kalbos barjero nebuvimo (65,55 proc.) (14 lentelė).

14 lentelė. Respondentų raštingumo įtaka dalyvavimui SŽV prevencinėse programose, pagal lytį

Respondentų raštingumo įtaką dalyvavimui SŽV prevencinėse programose, pagal lytį						
Išsilavinimo lygis	Vyrai (N61) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>	Moterys (N90) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis	8 (13,11 proc.)	14,344	,002*	8 (8,88 proc.)	41,733	,000**
Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	16 (26,22 proc.)			<b>44 (48,88 proc.)</b>		
Aukštasis (koleginis)	10 (16,39 proc.)			8 (8,88 proc.)		
Aukštasis universitetinis	<b>27 (44,26 proc.)</b>			30 (33,33 proc.)		
<b>Informacijos pateikimas lietuvių kalba</b>						
Skaitau ir suprantu visą informaciją, kuri yra pateikiama lietuvių kalba	<b>40 (65,57 proc.)</b>	55,131	,000**	<b>59 (65,55 proc.)</b>	84,756	,000**
Galiu suprasti esmę	11 (18,03 proc.)			19 (21,11 proc.)		
Galiu suprasti tik kai kuriuos žodžius	5 (8,19 proc.)			9 (10,0 proc.)		
Visiškai nesuprantu lietuvių kalbos	5 (8,19 proc.)			3 (3,33 proc.)		

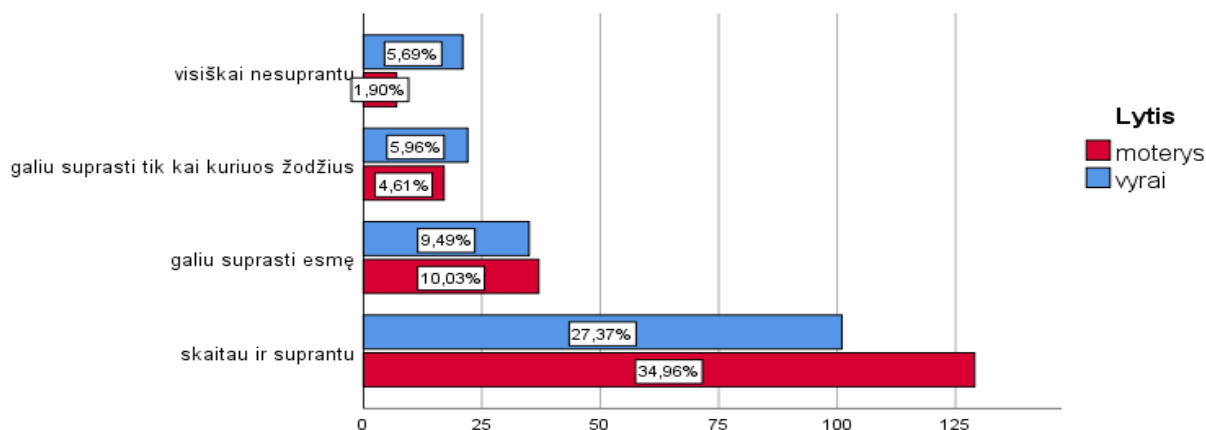
\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Apibendrinant, galima teigti, kad vyrų dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose įtakos turi aukštas universitetinis išsilavinimas, bei lietuvių kalbos nebuvimas. Moterims įtakos turi aukštesnysis išsilavinimas, bei taip pat kai ir vyrams kalbos barjero nebuvimas.

Nagrinėjant vyrų ir moterų nuomonę bendrai apie kalbos barjerą, jeigu informacija yra pateikiama lietuvių kalba (23 pav.), paaiškėjo, kad bendrai 62,33 proc. respondentų neturi kalbos barjero, iš jų moterų (34,96 proc.) rezultatai buvo geresni negu vyrų (27,37 proc.), bei 47,7 proc.

respondentų turi kalbos barjerą, t. y. „gali suprasti informacijos esmę“ tik 10,03 proc. moterų ir 9,49 proc. vyrų, „supranta tik kai kuriuos žodžius“ 4,61 proc. moterų ir 5,96 proc. vyrų, „visiškai nesupranta“ 1,90 proc. moterų ir 5,69 proc. vyrų.



23 pav. Vyrų ir moterų lietuvių k. pateiktos informacijos supratimo lygis, proc.

Nagrinėjant atskirai moterų ir vyrų rezultatus, jeigu informacija pateikiama lietuvių kalba ( $\chi^2=10,787$ ,  $p<0,05$ ) (15 lentelė), galima teigti, kad moterys daugiau skaito ir supranta lietuvių k. palyginus su vyrais.

15 lentelė. Respondentų kalbos barjero rezultatai, pagal lytį

Respondentų atsakymai apie kalbos barjerą, pagal lytį					
Jeigu informacija yra pateikiama lietuvių kalba, ar Jums tai sudaro kalbos barjerą					
Lytis	N	M	SD	Chi-kvadratas	p
moterys	190	1.48	.808	10,787	,013*
vyrų	179	1.79	1.058		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

Respondentų savo žinių vertinimas apie ŠKL ir SŽV prevencines programas buvo paskirstytas į 3 teiginius: 1 – man pakanka žinių, 2 - noriu gauti daugiau informacijos apie programą, 3 - nieko nežinau apie programą. 16 lentelėje matoma, kad savo žinias apie ŠKL programą geriau vertina vyrai (27,6 proc.), negu moterys (20,6 proc.), daugiau gauti informacijos apie programą norėjo moterys (20,1 proc.) negu vyrai (5,1 proc.), nieko nežinojo apie programą daugiau vyrų (15,7 proc.) negu moterų (10,8 proc.) ( $\chi^2=39,338$ ,  $p<0,001$ ). Pastebėta, kad respondentų informavimas apie ŠKL programą vyko dviem kalbomis, rusų (67,0 proc.) ir lietuvių (33,0 proc.), iš jų rusų kalba informaciją gavo daugiau vyrų (35,6 proc.) negu moterų (31,3 proc.), lietuvių kalba daugiau moterų (20,2 proc.) negu vyrų (12,8 proc.) ( $\chi^2=6,447$ ,  $p<0,05$ ). Respondentų nuomonė pasiskirstė apie informacijos gavimo kalbą, lietuvių kalba pageidauja gauti informaciją daugiau moterų (17,34 proc.) negu vyrų (10,03 proc.), rusų kalba daugiau vyrų (23,31 proc.) negu moterų (20,60 proc.), bei nėra skirtumo - respondentai supranta pateikiamą informaciją lietuvių ir rusų kalbomis daugiau vyrų (15,18 proc.) negu moterų (13,55 proc.) ( $\chi^2=7,854$ ,  $p<0,05$ ) (16 lentelė).

16 lentelė. Respondentų informavimas bei žinių lygis apie ŠKL prevencinę programą

Respondentų atsakymai į teiginius, pagal lytį						
	Respondentai					
	Lytis	N	M	SD	Chi-kvadratas	p
Kaip vertinate savo žinias apie ŠKL prevencijos programą?	moterys	190	1.81	.760	39,338	,000**
	vyrų	179	1.75	.915		
Jeigu buvote informuotas apie ŠKL prevencijos programą, kokia kalba?	moterys	181	1.61	.490	6,447	,011*
	vyrų	170	1.74	.442		
Kokia kalba pageidaujate būti informuotas apie ŠKL prevencijos programą?	moterys	190	1.93	.773	7,854	,020*
	vyrų	179	2.11	.715		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Vertinant vyrų ir moterų žinias apie SŽV programą, paaiškėjo, kad geriau jas vertina vyrai (26,0 proc.) negu moterys (22,5 proc.), daugiau gauti informacijos apie programą norėjo moterys (17,1 proc.) nei vyrai (6,2 proc.), taip pat nieko nežinojo apie programą daugiau vyrų (16,3 proc.) negu moterų (11,9 proc.), nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2=21,702$   $p<0,001$ ). Informavimas apie SŽV programą vyko rusų (66,7 proc.) ir lietuvių (33,0 proc.) kalbomis, iš jų rusų kalba informaciją gavo daugiau vyrų (35,1 proc.) negu moterų (31,6 proc.), lietuvių kalba daugiau moterų (20,0 proc.) negu vyrų (13,0 proc.) ( $\chi^2=6,334$ ,  $p<0,05$ ). Lietuvių kalba pageidauja gauti informaciją daugiau moterų (17,3 proc.) negu vyrų (10,0 proc.), rusų kalba daugiau vyrų (23,6 proc.) negu moterų (20,9 proc.), bei nėra skirtumo lietuvių ar rusų kalbomis, daugiau vyrų (14,9 proc.) negu moterų (13,3 proc.) ( $\chi^2=7,853$ ,  $p<0,05$ ) (17 lentelė).

17 lentelė. Respondentų informavimas bei žinių lygis apie SŽV prevencinę programą

Respondentų atsakymai į teiginius, pagal lytį						
	Respondentai					
	Lytis	N	M	SD	Chi-kvadratas	p
Kaip vertinate savo žinias apie SŽV prevencijos programą?	moterys	190	1,79	,793	21,702	,000**
	vyrų	179	1,80	,914		
Jeigu buvote informuotas apie SŽV prevencijos programą, kokia kalba?	moterys	178	1,61	,489	6,334	,015*
	vyrų	167	1,74	,455		
Kokia kalba pageidaujate būti informuotas apie SŽV prevencijos programą?	moterys	190	1,92	,769	7,853	,021*
	vyrų	179	2,10	,712		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

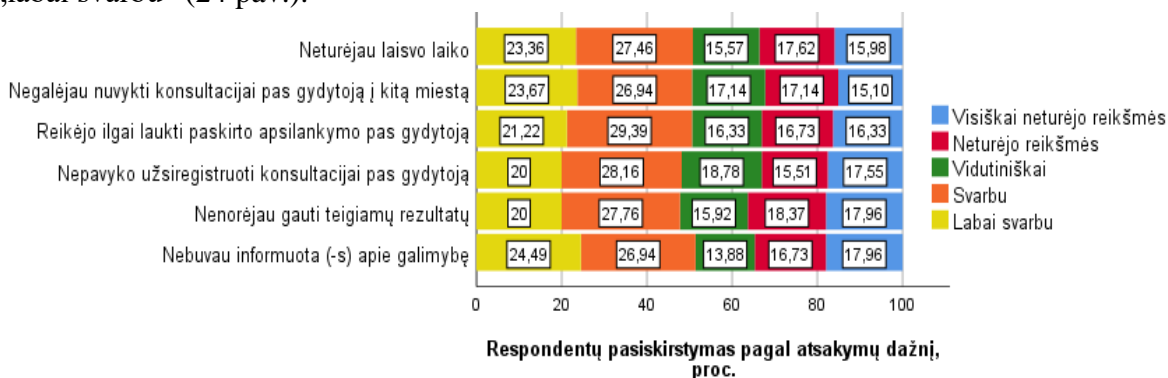
\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Apibendrinus tyrimo rezultatus nustatyta, kad 47,7 proc. respondentų turi kalbos barjerą, iš jų gali suprasti tik informacijos esmę arba tik kai kuriuos žodžius daugiau vyrų (15,45 proc.) negu moterų (14,64 proc.), visai nesupranta informacijos, jeigu ji yra pateikiama lietuvių kalba, 5,69 proc. vyrų ir 1,90 proc. moterų. Galima teigti, kad vyrai turi kalbos barjerą, jeigu informacija yra pateikiama lietuvių kalba, tai patvirtina ir tyrimo rezultatai, kurie buvo gauti į klausimą „jeigu buvote informuotas apie ŠKL ir SŽV prevencines programas, tai kokia kalba?“. Apie ŠKL prevencinę programą 67 proc. respondentų yra informuojami rusų kalba, iš jų rusų kalba informaciją gauna daugiau vyrai (35,6 proc.) negu moterys (31,3 proc.), taip pat ir apie SŽV prevencinę programą respondentai daugiau informacijos gauna rusų kalba (66,7 proc.), iš jų vyrai (35,1 proc.) ir moterys (31,6 proc.) (galimai tai

gali lemti, jeigu respondentas kalba rusų kalba, šeimos gydytojas atsako jam irgi rusų kalba). Taip pat respondentų atsakymai į klausimą „Kokia kalba pageidaujate būti informuotas apie nemokamas ŠKL ir SŽV prevencijos programas?“ parodo, kad apie ŠKL programą informaciją rusų kalba pageidauja gauti 23,31 proc. vyrų ir 20,6 proc. moterų, apie SŽV programą 23,6 proc. vyrų ir 20,9 proc. moterų, galima teigti, kad vyrai gali nesuprasti pateikiamos informacijos lietuvių kalba. Galima teigti, kad vyrai turi kalbos barjerą gaunant informaciją lietuvių kalba, o tai reiškia, kad jie gali turėti sveikatos netolygumus.

## 2.2.5. Visagino sav. gyventojų subjektyvūs barjerai ir galimi skatinimo veiksniai, kurie įtakoja dalyvavimą ŠKL ir SŽV prevencinėse programose ir jų priežastis

Nagrinėjant respondentų dalyvavimą prevencinėse programose buvo išnagrinėtos jų nedalyvavimo priežastys ŠKL ir SŽV prevencinėse programose, siekiant nustatyti respondentų nedalyvavimo priežastis, buvo paprašyta pasirinkti vieną teiginio variantą 5 balų Likerto tipo skalėje, kai 1 reiškė „visiškai neturėjo reikšmės“, 2 – „neturėjo reikšmės“, 3 – „vidutiniškai“, 4 – „svarbu“, o 5 – „labai svarbu“ (24 pav.).



Pav. 24 Respondentų nedalyvavimo priežastys ŠKL prevencijos programoje pagal Likerto skalę, proc.

Respondentų (n=245) nedalyvavimo per paskutinius 12 mėn. ŠKL prevencinėje programoje labai svarbios priežastys buvo sekančios: 24,49 proc. nebuvo informuoti apie galimybę nemokamai dalyvauti programoje ( $\chi^2=14,776$ ,  $p\leq 0,05$ ), 23,67 proc. respondentų negalėjo nuvykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą ( $\chi^2=12,490$ ,  $p<0,05$ ), 23,36 proc. neturėjo laisvo laiko ( $\chi^2=13,213$ ,  $p<0,05$ ), 21,22 proc. respondentų reikėjo ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją ( $\chi^2=15,592$ ,  $p<0,05$ ), 20 proc. respondentų nepavyko užsiregistruoti konsultacijai pas gydytoją ( $\chi^2=11,551$ ,  $p<0,05$ ) ir 20 proc. nenorėjo gauti teigiamų atsakymų ( $\chi^2=10,245$ ,  $p<0,05$ ) (18 lentelėje).

18 lentelė. Respondentų nedalyvavimas ŠKL prevencinėje programoje

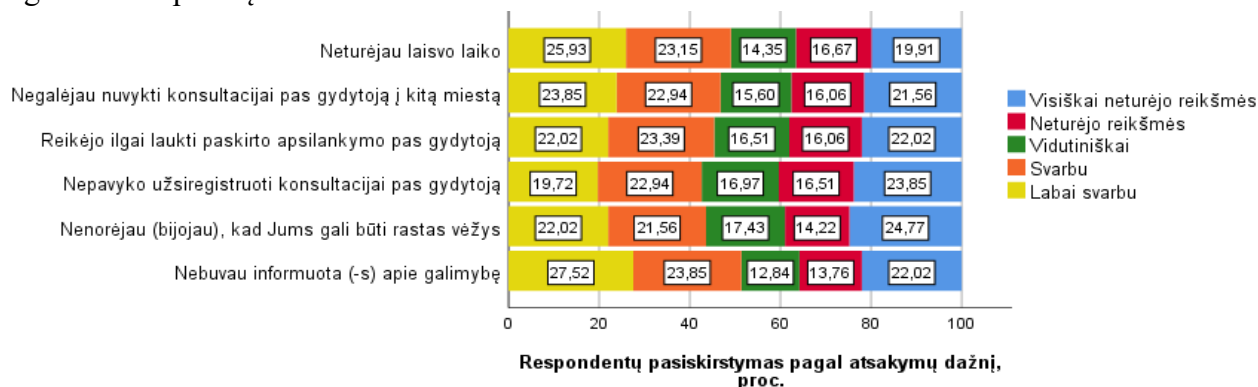
Respondentų nedalyvavimas ŠKL prevencinėje programoje priežastys				
Respondentų kurie nedalyvavo per paskutinius 12 mėn. ŠKL prevencijos programoje priežasčių pasiskirstymas				
	n	M	Chi-kvadratas	p
Nebuvau informuotas (-a) apie galimybę nemokamai dalyvauti programoje	245	3,23	14,776	,005*
Nenorėjau gauti teigiamų rezultatų	245	3,13	10,245	,036*
Nepavyko užsiregistruoti konsultacijai pas gydytoją	245	3,18	11,551	,021*
Reikėjo ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją	245	3,22	15,592	,004*
Negalėjau nuvykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą	245	3,27	12,490	,014*

Neturėjau laisvo laiko	244	3,25	13,213	,010*
Kita	24	3,67	21,500	,001**

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Taip pat buvo apibendrinti kiti respondentų ( $n=24$ ) atsakymai, kuriuose jie turėjo įrašyti savo nuomonę ( $\chi^2=21,500$ ,  $p \leq 0,001$ ) dėl nedalyvavimo ŠKL prevencinėje programoje, rezultatai pasiskirstė taip: 45,83 proc. neturėjo informacijos, 16,66 proc. nenorėjo dalyvauti, 12,5 proc. nurodė, kad reikia mokėti, 8,33 proc. nurodė, kad netinka jų amžius ir reikės mokėti už dalyvavimą, 8,33 proc. jau dalyvavo bei po 4,16 proc. respondentų nurodė, kad nėra kardiologo ir dalyvauti nereikia, jeigu nėra simptomų.



25 pav. Respondentų nedalyvavimo priežastys SŽV prevencijos programoje pagal Likerto skalę, proc.

Per paskutinius 24 mėn. SŽV prevencinėje programoje nedalyvavo 59,08 proc. respondentų ( $n=218$ ), kurių nedalyvavimo priežastys nurodytos kaip labai svarbios buvo 27,52 proc., nebuvo informuoti apie galimybę nemokamai dalyvauti programoje ( $\chi^2=18,055$ ,  $p \leq 0,001$ ), 25,93 proc. neturėjo laisvo laiko ( $\chi^2=9,509$ ,  $p \leq 0,05$ ), 23,85 proc. respondentų negalėjo nuvykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą ( $\chi^2=6,633$ ,  $p > 0,05$ ), 22,02 proc. respondentų reikėjo ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją ( $\chi^2=5,165$ ,  $p > 0,05$ ), 22,02 proc. respondentų nenorėjo (bijojo) gauti teigiamus atsakymus, kad jiems gali būti rastas vėžys ( $\chi^2=7,550$ ,  $p > 0,05$ ) ir nepavyko užsiregistruoti konsultacijai pas gydytoją ( $\chi^2=4,890$ ,  $p > 0,05$ ). Buvo apibendrinti kiti respondentų ( $n=23$ ) atsakymai, kuriuose jie turėjo įrašyti savo nuomonę ( $\chi^2=9,826$ ,  $p < 0,05$ ), rezultatai pasiskirstė taip: 43,48 proc. neturėjo informacijos, 21,74 proc. nurodė, kad nepriklauso dalyvavimo grupei, 17,39 proc. jau dalyvavo, 13,04 proc. nenorėjo dalyvauti ir 4,35 proc. nedalyvavo, nes nekalba lietuviškai (25 pav. ir 19 lentelė).

19 lentelė. Respondentų nedalyvavimas SŽV prevencinėje programoje

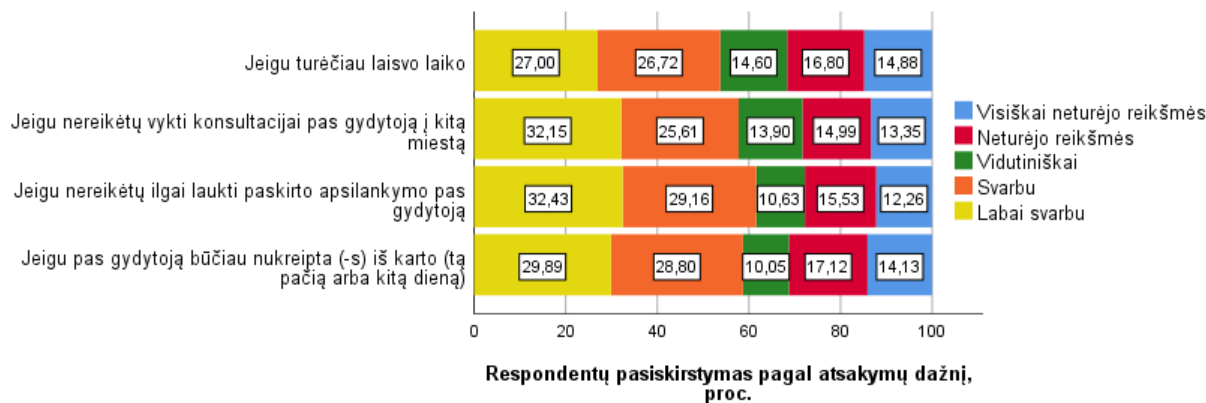
Respondentų nedalyvavimas SŽV prevencinėje programoje priežastys				
Respondentų kurie nedalyvavo per paskutinius 24 mėn. SŽV prevencijos programoje priežasčių pasiskirstymas				
	n	M	Chi-kvadratas	p
Nebuvau informuotas (-a) apie galimybę nemokamai dalyvauti programoje	218	3,21	18,055	,001**
Nenorėjau (bijoju), kad Jums gali būti rastas vėžys	218	3,02	7,550	,110
Nepavyko užsiregistruoti konsultacijai pas gydytoją	218	2,98	4,890	,299
Reikėjo ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją	218	3,07	5,165	,271
Negalėjau nuvykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą	218	3,11	6,633	,157
Neturėjau laisvo laiko	216	3,19	9,509	,050*

Kita	23	2,39	9,826	,043*
------	----	------	-------	-------

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Nagrinėjant respondentų atsakymus kas jų nuomone galėtų paskatinti juos dalyvauti nemokamoje prevencijos programoje, kiekvieno teiginio atsakymai buvo suskirstyti pagal 5 balų Likerto tipo skalę, kurioje 1 reiškė „visiškai neturėjo reikšmės“, 2 – „neturėjo reikšmės“, 3 – „vidutiniškai“, 4 – „svarbu“, o 5 – „labai svarbu“.



26 pav. Respondentų nuomonė, kas gali paskatinti juos dalyvauti prevencijos programoje pagal Likerto skalę

Pirmo teiginio „jeigu pas gydytoją būsite nukreiptas iš karto (tą pačią arba kitą dieną)“ (n=368) ( $\chi^2=58,332$ ,  $p<0,001$ ) respondentų atsakymų daugiau buvo „labai svarbu“ (28,89 proc.) ir „svarbu“ (28,80 proc.), teiginiui „jeigu nereikėtų ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją“ (n=367) ( $\chi^2=74,485$ ,  $p<0,001$ ), dažniau respondentai atsakė, kad tai „labai svarbu“ (32,42 proc.) ir „svarbu“ (29,15 proc.), teiginiui „jeigu nereikėtų vykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą“ (n=367) ( $\chi^2=52,441$ ,  $p<0,001$ ), dažniau respondentai pažymėjo atsakymą „labai svarbu“ (32,15 proc.) bei paskutinio teiginio „jeigu turėčiau laisvo laiko“ (n=363) ( $\chi^2=28,997$ ,  $p<0,001$ ), daugiau atsakymų buvo „labai svarbu“ (27,0 proc.) ir „svarbu“ (26,72 proc.) (26 pav.). Taip pat buvo apibendrinti kiti respondentų (n=9) atsakymai, kuriuose jie turėjo įrašyti savo nuomonę ( $\chi^2=1,000$ ,  $p>0,963$ ), kas galėtų paskatinti juos dalyvauti nemokamoje prevencijos programoje, rezultatai pasiskirstė taip: 22,22 proc. mano, kad jų giminaičiai, 22,22 proc. nurodė, kad tik pats save, 22,22 proc. jeigu turės informaciją, 11,11 proc. jeigu informacija bus pateikta lietuvių kalba, 11,11 proc. mano, kad nėra reikšmės dalyvauti ir 11,11 proc. nenori dalyvauti (20 lentelė).

20 lentelė. Respondentų paskatinimas dalyvavimui prevencinėse programose

Respondentų paskatinimo veiksniai dalyvavimui prevencinėse programose					
	N	M	SD	Chi-kvadratas	p
Jeigu pas gydytoją būčiau nukreiptas (-a) iš karto (tą pačią arba kitą dieną)	368	3,43	1.428	58,332	,000**
Jeigu nereikėtų ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją	367	3,54	1.396	74,485	,000**
Jeigu nereikėtų vykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą	367	3,48	1.414	52,441	,000**
Jeigu turėčiau laisvo laiko	363	3,34	1.414	28,997	,000**
Kita	9	3,00	1.732	1,000	,963

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Apibendrinant respondentų rezultatus, kurie turi įtakos jų dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose, paaiškėjo, kad respondentams daugiau įtakos turi šie veiksniai: pirmas veiksnys - jeigu respondentui nereikės ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją, antras veiksnys – jeigu nereikėtų vykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą, trečias veiksnys – jeigu respondentas pas gydytoją bus nukreiptas iš karto, bei ketvirtas veiksnys – jeigu respondentas turės laisvą laiką.

### 2.2.6. Visagino sav. gyventojų pasitikėjimas sveikatos priežiūros specialisto žiniomis ir jų nuomonė, kas turi prisiimti atsakomybę už pacientų dalyvavimą ŠKL ir SŽV prevencijos programose

Nagrinėjant mokslinius straipsnius pastebėta, kad Izraelio gydytojai akcentuoja pacientams gyvenimo būdo keitimą, nes jis gali būti pagrindinis ŠKL rizikos veiksnio parametrų valdymas bei jis gali turėti didelę naudą mažinant ŠKL mirtingumą, apibendrinant galima teigti, kad Izraelio gydytojų dėmesys pacientų gyvenimo būdo keitimui ir valdymui gali būti pagrindinis ŠKL rizikos veiksnių valdymas (Bord S., Zelber-Sagi S. ir kiti, 2019). Taigi galimai, jeigu žmogus pasitiki sveikatos priežiūros specialisto (toliau – SPS) žiniomis bei turi aukšto lygio sveikatos raštingumą, tai gali turėti įtakos ŠKL rizikos veiksnių valdymui.

21 lentelėje matome, kad 77,51 proc. respondentų pasitiki SPS žiniomis nustatant ŠKL ir 22,49 proc. nepasitiki ( $\chi^2=111,678$ ,  $p<0,001$ ), taip pat 75,61 proc. respondentų pasitiki SPS žiniomis nustatant SŽV bei 24,39 proc. nepasitiki ( $\chi^2=96,805$ ,  $p<0,001$ ). Vyrų (81,0 proc.), labiau pasitiki savo SPS žiniomis nustatant ŠKL ( $\chi^2=68,832$ ,  $p<0,001$ ), negu moterys (74,2 proc.) ( $\chi^2=44,547$ ,  $p<0,001$ ). Nustatant SŽV SPS žiniomis taip pat labiau pasitiki vyrai (81,0 proc.) ( $\chi^2=68,832$ ,  $p<0,001$ ), moterys mažiau (70,5 proc.) ( $\chi^2=32,021$ ,  $p<0,001$ ).

21 lentelė. Respondentų SPS žinių pasitikėjimas nustatant ŠKL ir SŽV

Respondentų SPS žinių pasitikėjimas nustatant ŠKL ir SŽV					
	Respondentai				
	N	Taip n (proc.)	Ne n (proc.)	Chi-kvadratas $\chi^2$	p
Širdies ir kraujagyslių ligas	369	286 (77,51 proc.)	83 (22,49 proc.)	111,678	,000**
Storosios žarnos vėžį	369	279 (75,61 proc.)	90 (24,39 proc.)	96,805	,000**
Respondentų SPS žinių pasitikėjimas nustatant ŠKL ir SŽV, pagal lytį					
	N(369)	Taip n (proc.)	Ne n (proc.)	Chi-kvadratas $\chi^2$	p
Širdies ir kraujagyslių ligas	moterys n(190)	141 (74,2 proc.)	49 (25,8 proc.)	44,547	,000**
	vyrų n(179)	145 (81,0 proc.)	34 (19,0 proc.)	68,832	,000**
Storosios žarnos vėžį	moterys n(190)	134 (70,5 proc.)	56 (29,5 proc.)	32,021	,000**
	vyrų n(179)	145 (81,0 proc.)	34 (19,0 proc.)	68,832	,000**

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Vertinant respondentų rezultatus atskirai, moterų ir vyrų paaiškėjo, kad SPS žinioms nustatant ŠKL daugiau pasitiki pagal tautybę 37,24 proc. vyrų lietuvių ( $\chi^2=92,145$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys ( $\chi^2=92,319$ ,  $p<0,001$ ) lietuvės (34,75 proc.) ir rusės (34,75 proc.), pagal kalbos barjerą tiek vyrai 59,31 proc. ( $\chi^2=93,262$ ,  $p<0,001$ ), tiek moterys 68,79 proc. ( $\chi^2=152,305$ ,  $p<0,001$ ) kurie

supranta ir skaito lietuviškai, pagal šeimyninę padėti vedę vyrai 73,10 proc. ( $\chi^2=180,490, p<0,001$ ) ir ištekėjusios moterys 56,74 proc. ( $\chi^2=89,950, p<0,001$ ), pagal vaikų turėjimą tiek vyrai 39,31 proc. ( $\chi^2=32,738, p<0,001$ ) tiek moterys 54,61 proc. ( $\chi^2=81,270, p<0,001$ ) kurie turi 2 vaikus, vyrai (42,76 proc.) kurie turėjo aukštąją universitetinį išsilavinimą ( $\chi^2=26,724, p<0,001$ ) ir moterys (43,97 proc.) kurios turi aukštesnį išsilavinimą ( $\chi^2=43,652, p<0,001$ ), pagal užsiėmimą tiek vyrai 78,62 proc. ( $\chi^2=134,331, p<0,001$ ) tiek moterys 82,27 proc. ( $\chi^2=250,348, p<0,001$ ) dirbantis, pagal pareigas tiek vyrai 44,83 proc. ( $\chi^2=69724, p<0,001$ ), tiek moterys 56,03 proc. ( $\chi^2=121,660, p<0,001$ ) darbuotojai, pagal pajamas vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ vyrai 29,65 proc. ( $\chi^2=35,034, p<0,001$ ) kurie turi 800 Eur. ir daugiau bei moterys 39,72 proc. ( $\chi^2=65,844, p<0,001$ ) kurių pajamos 400-599 Eur (22 lentelė).

22 lentelė. Respondentų įtaka SPS pasitikėjimui nustatant ŠKL, pagal lytį

<b>Respondentų įtaka SPS pasitikėjimui nustatant ŠKL, pagal lytį</b>						
	Vyrai (N145) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>	Moterys (N141) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
<b>Tautybė</b>						
lietuvis	<b>54 (37,24 proc.)</b>	92,145	,000**	<b>49 (34,75 proc.)</b>	92,319	,000**
rusas	45 (31,03 proc.)			<b>49 (34,75 proc.)</b>		
lenkas	16 (11,03 proc.)			12 (8,51 proc.)		
baltarusis	22 (15,17 proc.)			22 (15,60 proc.)		
ukrainietis	7 (4,83 proc.)			7 (4,97 proc.)		
kita	1 (0,69 proc.)			2 (1,42 proc.)		
<b>Ar sudaro respondentui barjerą informacijos patikimas lietuvių kalba</b>						
skaitau ir suprantu	<b>86 (59,31 proc.)</b>	93,262	,000**	<b>97 (68,79 proc.)</b>	152,305	,000**
galiu suprasti esmę	27 (18,62 proc.)			28 (19,86 proc.)		
galiu suprasti tik kai kuriuos žodžius	16 (11,03 proc.)			11 (7,80 proc.)		
visiškai nesuprantu	16 (11,03 proc.)			5 (3,55 proc.)		
<b>Šeimyninė padėtis</b>						
Vedęs/ištekėjusi	<b>106 (73,10 proc.)</b>	180,490	,000**	<b>80 (56,74 proc.)</b>	89,950	,000**
Nevedęs/neištekėjusi	9 (6,21 proc.)			3 (2,13 proc.)		
Išsiskyres/išsiskyrusi	19 (13,10 proc.)			34 (24,11 proc.)		
Našlys/našlė	11 (7,59 proc.)			24 (17,02 proc.)		
<b>Vaikų turėjimas</b>						
Taip, turiu 1 vaiką	47 (32,41 proc.)	32,738	,000**	40 (28,37 proc.)	81,270	,000**
Taip, turiu 2 vaikus	<b>57 (39,31 proc.)</b>			<b>77 (54,61 proc.)</b>		
Taip, turiu 3 arba daugiau vaikų	12 (8,27 proc.)			15 (10,64 proc.)		
Neturiu vaikų	29 (20,0 proc.)			9 (6,38 proc.)		
<b>Išsilavinimas</b>						
Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis	21 (14,48 proc.)	26,724	,000**	18 (12,76 proc.)	43,652	,000**
Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	34 (23,45 proc.)			<b>62 (43,97 proc.)</b>		
Aukštasis (koleginis)	28 (19,31 proc.)			15 (10,64 proc.)		
Aukštasis universitetinis	<b>62 (42,76 proc.)</b>			46 (32,62 proc.)		
<b>Užsiėmimas</b>						
Dirbu	<b>114 (78,62 proc.)</b>	134,331	,000**	<b>116 (82,27 proc.)</b>	250,348	,000**
Esu studentas/studentė	0			1 (0,71 proc.)		
Esu pensininkas/pensininkė	12 (8,27 proc.)			17 (12,06 proc.)		
Nedirbu (esu bedarbis/bedarbė)	19 (13,10 proc.)			7 (4,96 proc.)		
<b>Pareigos</b>						
Įstaigos/įmonės vadovas	6 (4,14 proc.)	69,724	,000**	4 (2,84 proc.)	121,660	,000**
Valstybės tarnautojas	15 (10,34 proc.)			15 (10,64 proc.)		
Administracijos darbuotojas	30 (20,69 proc.)			22 (15,60 proc.)		
Darbuotojas	<b>65 (44,83 proc.)</b>			<b>79 (56,03 proc.)</b>		
Nedirbu (bedarbis/bedarbė)	29 (20,0 proc.)			21 (14,89 proc.)		

Vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“						
200 Eur arba mažiau	3 (2,07 proc.)	35,034	,000**	4 (2,84 proc.)	65,844	,000**
201–399 Eur	25 (17,24 proc.)			44 (31,20 proc.)		
400–599 Eur	37 (25,52 proc.)			<b>56 (39,72 proc.)</b>		
600–799 Eur	37 (25,52 proc.)			24 (17,02 proc.)		
800 Eur arba daugiau	<b>43 (29,65 proc.)</b>			13 (9,22 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Nagrinėjant respondentų moterų ir vyrų rezultatus atskirai apie pasitikėjimą SPS žinioms nustatant SŽV, paaiškėjo, kad rezultatai dėl pasitikėjimo SPS nustatant ŠKL nežymiai skiriasi (3 priedas). 23 lentelėje pavaizduoti tik reikšmingi skirtumai, kurie skiriasi su ŠKL programa, bei aptariami visi rezultatai, taigi pagal tautybę daugiau pasitiki 37,24 proc. vyrų lietuvių ( $\chi^2=92,145$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys rusės ( $\chi^2=140,687$ ,  $p<0,001$ ) (35,82 proc.), pagal kalbos barjerą tiek vyrai 59,31 proc. ( $\chi^2=93,262$ ,  $p<0,001$ ), tiek moterys 67,91 proc. ( $\chi^2=140,687$ ,  $p<0,001$ ), kurie jo neturi, pagal šeimyninę padėtį vedę vyrai 73,10 proc. ( $\chi^2=180,490$ ,  $p<0,001$ ) ir ištekėjusios moterys 57,46 proc. ( $\chi^2=87,731$ ,  $p<0,001$ ), pagal vaikų turėjimą tiek vyrai 40,0 proc. ( $\chi^2=33,345$ ,  $p<0,001$ ), tiek moterys 52,98 proc. ( $\chi^2=72,507$ ,  $p<0,001$ ), kurie turi 2 vaikus, pagal išsilavinimą vyrai 42,76 proc., kurie turėjo aukštąją universitetinį išsilavinimą ( $\chi^2=27,497$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 44,03 proc., kurios turi aukštesnį išsilavinimą ( $\chi^2=38,955$ ,  $p<0,001$ ), pagal užsiėmimą tiek vyrai 78,62 proc. ( $\chi^2=134,331$ ,  $p<0,001$ ), tiek moterys 82,09 proc. ( $\chi^2=235,851$ ,  $p<0,001$ ) dirbantys, pagal pareigas - darbuotojai tiek vyrai 44,83 proc. ( $\chi^2=69,724$ ,  $p<0,001$ ), tiek moterys 55,97 proc. ( $\chi^2=115,179$ ,  $p<0,001$ ), pagal pajamas vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ vyrai 29,65 proc. ( $\chi^2=34,276$ ,  $p<0,001$ ), kurie turi 800 Eur ir daugiau bei moterys 39,55 proc. ( $\chi^2=63,836$ ,  $p<0,001$ ) kurių pajamos 400-599 Eur (23 lentelė).

23 lentelė. Respondentų įtaka SPS pasitikėjimui nustatant SŽV, pagal lytį

Respondentų įtaka SPS pasitikėjimui nustatant SŽV, pagal lytį						
	Vyrai (N145) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>	Moterys (N134) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
<b>Tautybė</b>						
lietuvis	<b>54 (37,24 proc.)</b>	92,145	,000**	45 (33,58 proc.)	87,373	,000**
rusas	45 (31,03 proc.)			<b>48 (35,82 proc.)</b>		
lenkas	16 (11,03 proc.)			11 (8,21 proc.)		
baltarusis	22 (15,17 proc.)			21 (15,67 proc.)		
ukrainietis	7 (4,83 proc.)			7 (5,22 proc.)		
kita	1 (0,69 proc.)			2 (1,49 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Apibendrinant galima teigti, kad respondentus, kurie pasitiki SPS žiniomis nustatant ŠKL, įtakoja šie veiksniai: lietuviai vyrai ir lietuvės arba rusės moterys, kuriems informacija pateikiama lietuvių kalba, bet tai nesudaro kalbos barjero, esantys santuokoje, turi 2 vaikus, vyrai su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu, o moterys su aukštesniuoju, dirbantys, darbuotojai, vyrai, kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėn. „į rankas“ yra 800 Eur ir daugiau bei moterys, kurių pajamos 400-599 Eur. Skirtumas tarp ŠKL ir SŽV yra vienas - moterys rusės daugiau pasitiki SPS žiniomis nustatant SŽV.

24 lentelėje matome, kad 50,41 proc. respondentų mano, kad atsakomybę už dalyvavimą ŠKL programoje turi prisiimti pacientai ir 49,59 proc. SPS, už dalyvavimą SŽV programoje atsakomybę turi prisiimti 50,68 proc. pacientai ir 49,32 proc. SPS, pagal respondentų atsakymus nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas. Atskirai lyginant vyrų ir moterų rezultatus matoma, kad tiek dėl ŠKL tiek dėl SŽV moterys mano, kad atsakomybę turi prisiimti pacientai ir SPS, statistiškai reikšmingas skirtumas nėra nustatytas.

24 lentelė. Respondentų rezultatai, kas turi prisiimti atsakomybę nustatant ŠKL ir SŽV, pacientas ar SPS

<b>Kas turi prisiimti atsakomybę nustatant ŠKL ir SŽV, pacientas ar SPS</b>					
	Respondentai				
	N	Pacientai n (proc.)	SPS n (proc.)	Chi-kvadratas	p
Širdies ir kraujagyslių ligas	369	186 (50,41 proc.)	183 (49,59 proc.)	,024	,876
Storosios žarnos vėžį	369	187 (50,68 proc.)	182 (49,32 proc.)	,068	,795
<b>Kas turi prisiimti atsakomybę nustatant ŠKL ir SŽV, pacientas ar SPS, pagal lytį</b>					
	N(369)	Pacientai n (proc.)	SPS n (proc.)	Chi-kvadratas	p
Širdies ir kraujagyslių ligas	moterys n(190)	94 (47,37 proc.)	96 (50,53 proc.)	,021	,885
	vyrų n(179)	92 (51,40 proc.)	87 (48,60 proc.)	,140	,709
Storosios žarnos vėžį	moterys n(190)	95 (50,0 proc.)	95 (50,0 proc.)	,000	1,000
	vyrų n(179)	92 (51,40 proc.)	87 (48,60 proc.)	,140	,709

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Vertinant respondentų rezultatus atskirai, moterų ir vyrų, apie tai, kad už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje turi prisiimti atsakomybę pats pacientas, paaiškėjo, kad taip mano šie respondentai: vyrai 44,56 proc. lietuviai ( $\chi^2=81,217$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 39,36 proc. lietuvių ( $\chi^2=77,319$ ,  $p<0,001$ ), vyrai 65,22 proc. ( $\chi^2=83,217$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 72,34 proc. ( $\chi^2=119,702$ ,  $p<0,001$ ), kurie supranta informaciją lietuvių kalba, vedę vyrai 76,09 proc. ( $\chi^2=129,565$ ,  $p<0,001$ ) ir ištekėjusios moterys 62,76 proc. ( $\chi^2=77,489$ ,  $p<0,001$ ), vyrai 33,69 proc., kurie turi 1 vaiką ( $\chi^2=10,348$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys, kurios turi 2 vaikus 53,19 proc. ( $\chi^2=52,979$ ,  $p<0,001$ ), kurie turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą vyrai 48,91 proc. ( $\chi^2=31,304$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 46,81 proc. ( $\chi^2=37,489$ ,  $p<0,001$ ), dirbantys vyrai 84,78 proc. ( $\chi^2=109,848$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 85,11 proc. ( $\chi^2=113,638$ ,  $p<0,001$ ), jų pareigos - darbuotojai vyrai 38,04 proc. ( $\chi^2=30,826$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 51,06 proc. ( $\chi^2=62,915$ ,  $p<0,001$ ), vyrai 34,78 proc. ( $\chi^2=30,391$ ,  $p<0,001$ ), kurių vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 800 Eur ir daugiau bei moterys 38,30 proc. ( $\chi^2=36,426$ ,  $p<0,001$ ), kurių pajamos 400-599 Eur (25 lentelė).

25 lentelė. Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje turi prisiimti atsakomybę pats pacientas, pagal lytį

<b>Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje atsakomybę turi prisiimti pats pacientas, pagal lytį</b>						
	Vyrų (N92) n (proc.)	Chi- kvadratas	p	Moterys (N94) n (proc.)	Chi- kvadratas	p
<b>Tautybė</b>						
lietuvis	<b>41 (44,56 proc.)</b>	81,217	,000**	<b>37 (39,36 proc.)</b>	77,319	,000**
rusas	27 (29,35 proc.)			33 (35,11 proc.)		
lenkas	12 (13,04 proc.)			10 (10,64 proc.)		

baltarusis	10 (10,87 proc.)			11 (11,70 proc.)		
ukrainietis	1 (1,09 proc.)			2 (2,13 proc.)		
kita	1 (1,09 proc.)			1 (1,06 proc.)		
<b>Ar sudaro respondentui barjerą informacijos patikimas lietuvių kalba</b>						
skaitau ir suprantu	<b>60 (65,22 proc.)</b>	83,217	,000**	<b>68 (72,34 proc.)</b>	119,702	,000**
galiu suprasti esmę	18 (19,56 proc.)			19 (20,21 proc.)		
galiu suprasti tik kai kuriuos žodžius	5 (5,43 proc.)			6 (6,38 proc.)		
visiškai nesuprantu	9 (9,78 proc.)			1 (1,06 proc.)		
<b>Šeiminė padėtis</b>						
Vedęs/ištekėjusi	<b>70 (76,09 proc.)</b>	129,565	,000**	<b>59 (62,76 proc.)</b>	77,489	,000**
Nevedęs/neištekėjusi	4 (4,35 proc.)			2 (2,13 proc.)		
Išsiskyres/išsiskyrusi	12 (13,04 proc.)			16 (17,02 proc.)		
Našlys/našlė	6 (6,52 proc.)			17 (18,08 proc.)		
<b>Vaikų turėjimas</b>						
Taip, turiu 1 vaiką	<b>31 (33,69 proc.)</b>	10,348	,000**	29 (30,85 proc.)	52,979	,000**
Taip, turiu 2 vaikus	30 (32,61 proc.)			<b>50 (53,19 proc.)</b>		
Taip, turiu 3 arba daugiau vaikų	13 (14,13 proc.)			8 (8,51 proc.)		
Neturiu vaikų	18 (19,56 proc.)			7 (7,45 proc.)		
<b>Išsilavinimas</b>						
Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis	9 (9,78 proc.)	31,304	,000**	7 (7,45 proc.)	37,489	,000**
Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	17 (18,48 proc.)			31 (32,98 proc.)		
Aukštasis (koleginis)	21 (22,83 proc.)			12 (12,77 proc.)		
Aukštasis universitetinis	<b>45 (48,91 proc.)</b>			<b>44 (46,81 proc.)</b>		
<b>Užsiėmimas</b>						
Dirbu	<b>78 (84,78 proc.)</b>	109,848	,000**	<b>80 (85,11 proc.)</b>	113,638	,000**
Esu studentas/studentė	0			0		
Esu pensininkas/pensininkė	5 (5,43 proc.)			9 (9,57 proc.)		
Nedirbu (esu bedarbis/bedarbė)	9 (9,78 proc.)			5 (5,32 proc.)		
<b>Pareigos</b>						
Ištaigos/įmonės vadovas	4 (4,35 proc.)	30,826	,000**	3 (3,19 proc.)	62,915	,000**
Valstybės tarnautojas	15 (16,30 proc.)			13 (13,83 proc.)		
Administracijos darbuotojas	25 (27,17 proc.)			18 (19,15 proc.)		
Darbuotojas	<b>35 (38,04 proc.)</b>			<b>48 (51,06 proc.)</b>		
Nedirbu (bedarbis/bedarbė)	13 (14,13 proc.)			12 (12,76 proc.)		
<b>Vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“</b>						
200 Eur arba mažiau	1 (1,09 proc.)	30,391	,000**	3 (3,19 proc.)	36,426	,000**
201–399 Eur	13 (14,13 proc.)			25 (26,59 proc.)		
400–599 Eur	23 (25,0 proc.)			<b>36 (38,30 proc.)</b>		
600–799 Eur	23 (25,0 proc.)			21 (22,34 proc.)		
800 Eur arba daugiau	<b>32 (34,78 proc.)</b>			9 (9,57 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Vertinant respondentų rezultatus atskirai, moterų ir vyrų, apie tai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje turi prisiimti atsakomybę pats pacientas, paaiškėjo, kad rezultatai su ŠKL programa skiriasi tik procentais ir  $\chi^2$  (26 lentelė pateikiama 4 priede). Taigi taip mano šie respondentai: vyrai 44,56 proc. lietuviai ( $\chi^2=81,217$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 38,95 proc. lietuvės ( $\chi^2=78,474$ ,  $p<0,001$ ), vyrai 65,22 proc. ( $\chi^2=83,217$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 71,58 proc. ( $\chi^2=116,579$ ,  $p<0,001$ ), kurie supranta informaciją lietuvių kalba, vedę vyrai 76,09 proc. ( $\chi^2=129,565$ ,  $p<0,001$ ) ir ištekėjusios moterys 62,10 proc. ( $\chi^2=76,074$ ,  $p<0,001$ ), vyrai 33,69 proc., kurie turi 1 vaiką ( $\chi^2=10,348$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys, kurios turi 2 vaikus 53,68 proc. ( $\chi^2=54,684$ ,  $p<0,001$ ), kurie turi universitetinį išsilavinimą vyrai 48,91 proc. ( $\chi^2=31,304$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 46,31 proc. ( $\chi^2=37,758$ ,  $p<0,001$ ), dirbantys vyrai 84,78 proc. ( $\chi^2=109,848$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 84,21 proc. ( $\chi^2=111,053$ ,  $p<0,001$ ), darbuotojai vyrai 38,04 proc. ( $\chi^2=30,826$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 50,53 proc. ( $\chi^2=61,579$ ,

$p < 0,001$ ), vyrai 34,78 proc. ( $\chi^2 = 30,391$ ,  $p < 0,001$ ), kurių vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 800 Eur ir daugiau bei moterys 37,89 proc. ( $\chi^2 = 36,737$ ,  $p < 0,001$ ), kurių pajamos 400-599 Eur (4 priedas).

Respondentų rezultatai atskirai, moterų ir vyrų, apie tai, kad už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje turi prisiimti atsakomybę šeimos gydytojas, parodė, kad taip mano šie respondentai: vyrai 36,78 proc. rusai ( $\chi^2 = 45,759$ ,  $p < 0,001$ ) ir moterys 36,46 proc. rusės ( $\chi^2 = 65,125$ ,  $p < 0,001$ ), kurie supranta informaciją lietuvių kalba, vyrai 47,13 proc. ( $\chi^2 = 23,483$ ,  $p < 0,001$ ) ir moterys 63,54 proc. ( $\chi^2 = 79,083$ ,  $p < 0,001$ ), vedę vyrai 72,41 proc. ( $\chi^2 = 106,793$ ,  $p < 0,001$ ) ir ištekėjusios moterys 56,25 proc. ( $\chi^2 = 60,083$ ,  $p < 0,001$ ), vyrai 50,57 proc., kurie turi 2 vaikus ( $\chi^2 = 39,023$ ,  $p < 0,001$ ) ir moterys, kurios turi 2 vaikus 59,37 proc. ( $\chi^2 = 68,833$ ,  $p < 0,001$ ), vyrai 34,48 proc., kurie turi aukštesnį išsilavinimą ( $\chi^2 = 7,575$ ,  $p > 0,05$ ) ir moterys 48,96 proc. ( $\chi^2 = 31,917$ ,  $p < 0,001$ ), dirbantys tiek vyrai 73,56 proc. ( $\chi^2 = 63,517$ ,  $p < 0,001$ ), tiek moterys 80,21 proc. ( $\chi^2 = 160,833$ ,  $p < 0,001$ ), jų pareigos - darbuotojai vyrai 55,17 proc. ( $\chi^2 = 78,000$ ,  $p < 0,001$ ) ir moterys 62,5 proc. ( $\chi^2 = 115,563$ ,  $p < 0,001$ ), vyrai 26,44 proc. ( $\chi^2 = 15,241$ ,  $p < 0,001$ ), kurių vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 600-799 Eur bei moterys 36,56 proc. ( $\chi^2 = 42,021$ ,  $p < 0,001$ ), kurių pajamos 201-399 Eur (27 lentelė).

26 lentelė. Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje turi prisiimti atsakomybę šeimos gydytojas, pagal lytį

Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje atsakomybę turi prisiimti šeimos gydytojas, pagal lytį						
	Vyrai (N87) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>	Moterys (N96) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
<b>Tautybė</b>						
lietuvis	24 (27,58 proc.)	45,759	,000**	32 (33,33 proc.)	65,125	,000**
rusas	<b>32 (36,78 proc.)</b>			<b>35 (36,46 proc.)</b>		
lenkas	8 (9,19 proc.)			6 (6,25 proc.)		
baltarusis	14 (16,09 proc.)			16 (16,66 proc.)		
ukrainietis	8 (9,19 proc.)			6 (6,25 proc.)		
kita	1 (1,15 proc.)			1 (1,04 proc.)		
<b>Ar sudaro respondentui barjerą informacijos patikimas lietuvių kalba</b>						
skaitau ir suprantu	<b>41 (47,13 proc.)</b>	23,483	,000**	<b>61 (63,54 proc.)</b>	79,083	,000**
galiu suprasti esmę	17 (19,54 proc.)			18 (18,75 proc.)		
galiu suprasti tik kai kuriuos žodžius	17 (19,54 proc.)			11 (11,46 proc.)		
visiškai nesuprantu	12 (13,79 proc.)			6 (6,25 proc.)		
<b>Šeiminė padėtis</b>						
Vedęs/ištekėjusi	<b>63 (72,41 proc.)</b>	106,793	,000**	<b>54 (56,25 proc.)</b>	60,083	,000**
Nevedęs/neištekėjusi	5 (5,75 proc.)			3 (3,12 proc.)		
Išsiskyres/išsiskyrusi	14 (16,09 proc.)			25 (26,04 proc.)		
Našlys/našlė	5 (5,75 proc.)			14 (14,58 proc.)		
<b>Vaikų turėjimas</b>						
Taip, turiu 1 vaiką	25 (28,73 proc.)	39,023	,000**	23 (23,96 proc.)	68,833	,000**
Taip, turiu 2 vaikus	<b>44 (50,57 proc.)</b>			<b>57 (59,37 proc.)</b>		
Taip, turiu 3 arba daugiau vaikų	6 (6,90 proc.)			13 (13,54 proc.)		
Neturiu vaikų	12 (13,79 proc.)			3 (3,12 proc.)		
<b>Išsilavinimas</b>						
Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis	15 (17,24 proc.)	7,575	,056	19 (19,79 proc.)	31,917	,000**
Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	<b>30 (34,48 proc.)</b>			<b>47 (48,96 proc.)</b>		
Aukštasis (koleginis)	16 (18,39 proc.)			10 (10,42 proc.)		
Aukštasis universitetinis	26 (29,88 proc.)			20 (20,83 proc.)		

<b>Užsiėmimas</b>						
Dirbu	<b>64 (73,56 proc.)</b>	63,517	,000**	<b>77 (80,21 proc.)</b>	160,833	,000**
Esu studentas/studentė	0			1 (1,04 proc.)		
Esu pensininkas/pensininkė	10 (11,49 proc.)			15 (15,62 proc.)		
Nedirbu (esu bedarbis/bedarbė)	13 (14,94 proc.)			3 (3,12 proc.)		
<b>Pareigos</b>						
Ištaigos/įmonės vadovas	3 (3,45 proc.)	78,000	,000**	1 (1,04 proc.)	115,563	,000**
Valstybės tarnautojas	6 (6,90 proc.)			6 (6,25 proc.)		
Administracijos darbuotojas	9 (10,34 proc.)			13 (13,54 proc.)		
Darbuotojas	<b>48 (55,17 proc.)</b>			<b>60 (62,5 proc.)</b>		
Nedirbu (bedarbis/bedarbė)	21 (24,14 proc.)			16 (16,66 proc.)		
<b>Vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“</b>						
200 Eur arba mažiau	3 (3,45 proc.)	15,241	,000**	1 (1,04 proc.)	42,021	,000**
201–399 Eur	20 (22,99 proc.)			<b>35 (36,56 proc.)</b>		
400–599 Eur	21 (24,14 proc.)			32 (33,33 proc.)		
600–799 Eur	<b>23 (26,44 proc.)</b>			16 (16,66 proc.)		
800 Eur arba daugiau	20 (22,99 proc.)			12 (12,5 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Vertinant respondentų rezultatus atskirai, moterų ir vyrų, apie tai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje turi prisiimti atsakomybę šeimos gydytojas, paaiškėjo, kad rezultatai lyginant su ŠKL programa skiriasi tik procentais ir  $\chi^2$  (lentelė pateikiama 5 priede). Taigi, taip mano šie respondentai: vyrai 36,78 proc. rusai ( $\chi^2=45,759$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 35,79 proc. rusės ( $\chi^2=63,463$ ,  $p<0,001$ ), suprantantys informaciją lietuvių kalba vyrai 47,13 proc. ( $\chi^2=23,483$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 64,21 proc. ( $\chi^2=81,463$ ,  $p<0,001$ ), vedę vyrai 72,41 proc. ( $\chi^2=106,793$ ,  $p<0,001$ ) ir ištekėjusios moterys 56,84 proc. ( $\chi^2=60,663$ ,  $p<0,001$ ), tiek vyrai 50,57 proc., kurie turi 2 vaikus ( $\chi^2=39,023$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys, kurios turi 2 vaikus 58,94 proc. ( $\chi^2=66,811$ ,  $p<0,001$ ), tiek vyrai 34,48 proc., kurie turi aukštesnįjį išsilavinimą ( $\chi^2=7,575$ ,  $p>0,05$ ), tiek moterys 48,42 proc. ( $\chi^2=30,347$ ,  $p<0,001$ ), dirbantys tiek vyrai 73,56 proc. ( $\chi^2=63,517$ ,  $p<0,001$ ), tiek moterys 81,05 proc. ( $\chi^2=163,316$ ,  $p<0,001$ ), jų pareigos - darbuotojai vyrai 55,17 proc. ( $\chi^2=78,000$ ,  $p<0,001$ ) ir moterys 63,16 proc. ( $\chi^2=117,158$ ,  $p<0,001$ ), vyrai 26,44 proc. ( $\chi^2=15,241$ ,  $p<0,001$ ), kurių vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 600-799 Eur bei moterys 35,79 proc. ( $\chi^2=40,842$ ,  $p<0,001$ ), kurių pajamos 201-399 Eur (28 lentelė ir 5 priedas).

27 lentelė. Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje turi prisiimti atsakomybę šeimos gydytojas, pagal lytį

<b>Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje atsakomybę turi prisiimti šeimos gydytojas, pagal lytį</b>						
	Vyrai (N87) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>	Moterys (N95) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
<b>Vaikų turėjimas</b>						
Taip, turiu 1 vaiką	25 (28,73 proc.)	39,023	,000**	23 (24,21 proc.)	<b>66,811</b>	,000**
Taip, turiu 2 vaikus	<b>44 (50,57 proc.)</b>			<b>56 (58,94 proc.)</b>		
Taip, turiu 3 arba daugiau vaikų	6 (6,90 proc.)			13 (13,68 proc.)		
Neturiu vaikų	12 (13,79 proc.)			3 (3,16 proc.)		
<b>Išsilavinimas</b>						
Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis	15 (17,24 proc.)	7,575	,056	19 (20,0 proc.)	<b>30,347</b>	,000**
Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	<b>30 (34,48 proc.)</b>			<b>46 (48,42 proc.)</b>		
Aukštasis (koleginis)	16 (18,39 proc.)			10 (10,53 proc.)		
Aukštasis universitetinis	26 (29,88 proc.)			20 (21,05 proc.)		

Vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“						
200 Eur arba mažiau	3 (3,45 proc.)	15,241	,000**	1 (1,05 proc.)	40,842	,000**
201–399 Eur	20 (22,99 proc.)			<b>34 (35,79 proc.)</b>		
400–599 Eur	21 (24,14 proc.)			32 (33,68 proc.)		
600–799 Eur	<b>23 (26,44 proc.)</b>			16 (16,84 proc.)		
800 Eur arba daugiau	20 (22,99 proc.)			12 (12,63 proc.)		

\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,05$

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad Visagino savivaldybės respondentai daugiau pasitiki SPS žiniomis nustatant ŠKL, negu SŽV, pagal lytį tiek ŠKL, tiek SŽV nustatymui daugiau pasitiki vyrai negu moterys. Lyginant kokie veiksniai turėjo įtakos vyrų ir moterų pasitikėjimui SPS nustatant ŠKL, nustatyta, kad jie buvo lietuviai, neturi kalbos barjero, yra santuokoje, turi 2 vaikus, vyrai, kurie turi universitetinį išsilavinimą, o moterys aukštesnįjį, dirbantys, vyrai, kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 800 Eur ir daugiau, o moterims 400-599 Eur. Lyginant pasitikėjimą SPS nustatant SŽV, su pasitikėjimu SPS nustatant ŠKL, nustatytas skirtumas tik tautybėje – vyrai lietuviai, o moterys rusės, kiti veiksniai atitinka ŠKL nustatymą, nežymiai skiriasi procentų kreivė.

Apibendrinant gautus rezultatus apie tai, kas turi prisiimti atsakomybę, nustatyta, kad daugiau atsakomybę už dalyvavimą ŠKL ir SŽV programoje turi prisiimti pacientai negu SPS. Atskirai lyginant vyrų ir moterų nuomonę, nustatyta, kad moterys mano, jog už ŠKL atsakomybę turi prisiimti SPS, o vyrai mano, kad pacientai. Už SŽV moterys mano, kad atsakomybę turi prisiimti pacientai ir SPS tolygiai, o vyrai mano jog pacientai.

Lyginant kokie veiksniai turėjo įtakos vyrų ir moterų nuomonei, kas turi prisiimti atsakomybę už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje, kad atsakomybę turi prisiimti pacientai, mano šie respondentai: lietuviai, kurie neturi kalbos barjero, yra santuokoje, vyrai, kurie turi 1 vaiką ir moterys, kurios turi 2 vaikus, vyrai ir moterys, kurie turi universitetinį išsilavinimą, dirbantys, vyrai, kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 800 Eur ir daugiau, o moterims 400-599 Eur. Lyginant ŠKL atsakomybės rezultatus su SŽV, kad atsakomybę turi prisiimti pacientai, skirtumų nebuvo nustatyta, t. y. respondentų tiek vyrų, tiek moterų veiksniai skiriasi tik nežymiai procentais.

Nustatant, kokie veiksniai turėjo įtakos vyrų ir moterų nuomonei, kas turi prisiimti atsakomybę už pacientų dalyvavimą ŠKL programoje, kad atsakomybę turi prisiimti SPS mano šie respondentai: rusai, kurie neturi kalbos barjero, yra santuokoje, turi 2 vaikus, kurie turi aukštesnįjį išsilavinimą, dirbantys, vyrai, kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 600-799 Eur, o moterims 201-399 Eur. Lyginant ŠKL atsakomybės rezultatus su SŽV, kad atsakomybę turi prisiimti SPS už pacientų dalyvavimą prevencijos programose, skirtumų nebuvo nustatyta, t. y. respondentų tiek vyrų, tiek moterų veiksniai skiriasi tik nežymiai procentais.

## 2.3 Rezultatų aptarimas

Žmogaus sveikata priklauso nuo biologinių ir socialinių veiksnių, bei nuo bendruomenės, socialinės ir ekonominės politikos. Sveikatos netolygumai priklauso nuo demografinių (amžius, lytis, gyvenamoji vieta, etniškumas), ekonominių (profesija arba užsiėmimas, pajamos, užimtumas, nuosavas automobilis) ir socialinių (šeiminė padėtis, išsilavinimas ir gyvenimo kokybė) veiksnių (Valentienė J, Nedzinskienė L, Liuima V. ir kt., 2016).

Atliekant statistinių duomenų analizę, palyginant Lietuvos rodiklius su Visagino sav. rodikliais ir nagrinėjant kiekybinio tyrimo rezultatus, kurie buvo palyginami su mokslinės literatūros ir mokslinių tyrimų autorių rezultatais, Visagino sav. buvo nustatyti demografiniai, ekonominiai ir socialiniai sveikatos netolygumai:

### 1. Demografiniai:

1.1 *Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė.* Visagino sav. (71,6 m.) vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklis kiekvienais metais žemesnis už Lietuvos rodiklį (76 m.) (Higienos institutas, 2020).

1.2 *Išvengiamas mirtingumas.* 2018 m. Visagino sav. 8,5 proc. visų mirčių buvo galima išvengti, nes Visagino sav. rodiklis siekė 39,0 proc. o Lietuvos vidurkis buvo 30,5 proc., taigi yra didesnis. 2014-2018 m. Visagino sav. gyventojų pagrindinis mirtingumas buvo dėl lėtinių išeminių širdies ligų ir smegenų infarkto (602 gyventojai) atitinka Europos širdies sveikatos chartijai, kad ŠKL yra pagrindinė Europos moterų ir vyrų mirties priežastis. 2014-2018 m. Visagino sav. nuo storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko mirė 247 gyventojai (Higienos institutas, 2020).

1.3 *Etniškumas.* Gyventojai dažniausiai skirstomi į šalies gyventojus (lietuviai) ir etnines mažumas (visų kitų tautybių atstovai) (Car-Hill R, Chalmers-Dixon P, 2005) (Valentienė L., 2015). Kiekybiniame tyrime respondentai lietuviai sudarė 36,6 proc., o tautinės mažumos 63,7 proc., tai atitinka 2011 m. „Sociolingvistinio“ tyrimo duomenimis (lietuviai 18,27 proc. ir etnines mažumas 79,35 proc.) (Ramonienė M, Lichačiova A, 2013), kad lietuvių yra mažiau negu tautinių mažumų, bet pastebėta, jog lietuvių procentas padidėjo, taip pat matomas etninių mažumų mažėjimas.

Tyrimo duomenimis pastebėtas Visagino sav. populiacijos kalbos barjero mažinimas, t. y. respondentų kurie supranta lietuvių kalbą buvo 62,33 proc., kurie supranta tik esmę - 19,51 proc. ir kurie supranta tik kai kuriuos žodžius bei nesupranta lietuvių kalbos 18,16 proc., tai gi rezultatai atitinka 2010 m. vykdyto tyrimo rezultatus dėl Visagino gyventojų lietuvių kalbos supratimo (supratimas 57 proc., visai nemokančių lietuvių kalbos 13 proc.) (Ramonienė M, Lichačiova A, 2013), tai pat pastebėta, kad Visagino sav. padidėjo gyventojų skaičius kurie supranta lietuvių k.

### 2. Ekonominiai:

*2.1 Pajamos.* Kiekybinio tyrimo duomenimis 16,80 proc. sudarė bedarbiai ir 83,2 proc. dirbantys respondentai, jų vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“ iki 399 Eur sudarė 27,37 proc., 400-599 Eur – 30,35 proc. bei 600 Eur ir daugiau 42,27 proc. respondentų. 2014-2018 m. ilgalaikio nedarbo lygio Visagino sav. rodiklis kiekvienais metais aukštesnis už Lietuvos rodiklį, o 2017 m. ir 2018 m. didesnis daugiau negu 2 kartus. 2018 m. socialinės pašalpos gavėjų skaičiaus Visagino sav. (78,3 proc.) didesnis, palyginus su Lietuvos vidurkiu 25,4 proc. (Higienos institutas, 2020). Visagino gyventojų pajamos neatitinka vidutinio darbo užmokesčiui šalies ūkyje 2019 m. IV ketv. (bruto – 1358,6 Eur., neto 857,9 Eur.) (LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2020).

### **3. Socialiniai:**

*3.1 Šeiminė padėtis.* Kiekybinio tyrimo rezultatais Visagino sav. 66,66 proc. respondentų buvo santuokoje ir 33,34 proc. vieniši tai preliminariai atitinka, kad ištuokų proc. mažesnis negu santuokų, tai gi Visagino sav. 2017 metais buvo 46,15 proc. ištuokų nuo santuokų, 2018 m. 53,85 proc., 2019 m. išankstiniais duomenimis 45,50 proc. (Lietuvos statistikos departamentas, 2020).

*3.2 Išsilavinimas.* Kiekybinio tyrimo rezultatais 65 amžiaus grupėje vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“ sudarė 201-399 Eur. (48,97 proc.) taigi gali teigti, kad šie respondentai atitinka tarptautiniam tyrimui, jog 65 m. amžiaus ir vyresnių nei asmenų populiacijos atstovams būdinga du kartus mažesnė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė negu turtingai gyvenantiems žmonėms (Szwarcwald CL, da Mota JC, Damacena GN, et al., 2011).

Taip pat tyrimo rezultatais 55,10 proc. respondentų virš 65 m. amžiaus turėjo pradinį ir aukštesnį išsilavinimą, tai atitinka tarptautiniams tyrimams, kad 65 m. amžiaus ir vyresnių asmenų grupėje žemesnis išsilavinimo lygis susijęs su didesniu mirtingumu (Ferri CP, Acosta D, et al., 2012).

Kiekybinio tyrimo rezultatais 47,42 proc. respondentų turėjo pradinį ir aukštesnį išsilavinimą, tai reiškia, kad jie gali turėti nepakankamą sveikatos raštingumą nes tarptautinio tyrimo (Zagurskienė D, Misevičienė I, 2010) duomenimis respondentų funkciniam sveikatos raštingumui įtakos gali turėti išsilavinimas.

Bendrai socialiniai, ekonominiai ir demografiniai veiksniai yra susiję su gyventojų informuotumu ir dalyvavimu prevencinėse programose (Petronytė G, Kanapeckienė V, ir kt., 2013).

Tyrimo duomenimis 2018 m. Visagino sav. gyventojų dalyvavimas ŠKL prevencijos programoje didesnis už Lietuvos vidurkį, o SŽV prevencijos programoje mažesnis (Higienos institutas, 2020). 52,57 proc. respondentų turėjo koleginių ir universitetinį išsilavinimą, tai atitinka tarptautiniais tyrimais, kad sveikatos raštingumas gali turėti lemiamą reikšmę ŠKL prevencijai, aukštas sveikatos raštingumas susijęs su universitetiniu išsilavinimu bei jis gali būti svarbus žingsnis užkertant kelią ŠKL (Lindah B, Norberg M, et al., 2019). Taip pat kiekybinio tyrimo duomenimis vyrų dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose įtakos turėjo aukštas išsilavinimas (universitetinis), o moterims ne žemesnis negu aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla).

## IŠVADOS

1. Daugiausiai Visagino sav. gyvena 45-64 metų ir virš 65 metų amžiaus gyventojai. Gyventojų sveikatos netolygumams įtakos turi VTGT, ilgalaikio nedarbo lygis, socialinės pašalpos gavėjų skaičius, kalbos barjeras. Visagino sav. gyventojų dalyvavimas prevencinėse programose nesiekė 100 proc., bet jie daugiau negu kiti Lietuvos gyventojai dalyvauja ŠKL prevencijos programoje, ir mažiau negu kiti Lietuvos gyventojai dalyvauja SŽV prevencinėje programoje.

2. Visagino sav. vyrai geriau vertina savo subjektyvią sveikatą, palyginus su moterimis. Taip pat vyrai geriau negu moterys vertina savo dabartinės sveikatos būklę, gyvenimo kokybę, savo sveikatą palyginus su bendraamžiais ir fizinę (kūno) sveikatą, atvirkščiai - vyrai blogiau negu moterys vertina tik savo psichikos (emocinę) sveikatą. Moterys daugiau suvokia apie sveikatą vertinančius veiksnius 3 aspektuose – genetiniai ir biologiniai veiksniai, gyvensena ir elgsena bei aplinka, o vyrai tik viename, t. y. sveikatos priežiūros įtakos.

3. Respondentai yra informuojami daugiau apie ŠKL prevencijos programą, nei apie SŽV. Pagal lytį tiek apie ŠKL, tiek apie SŽV prevencijos programas moterys informuotos labiau negu vyrai. Daugiausiai apie ŠKL ir SŽV prevencijos programas respondentai buvo informuojami: pirmoje vietoje - apsilankymo metu pas šeimos gydytoją, antroje vietoje – internete. Iš visų informuotų respondentų ŠKL ir SŽV prevencinėse programose dalyvavo daugiau moterų negu vyrų. Iš respondentų kurie buvo informuojami šeimos gydytojo, daugiau dalyvavo moterų negu vyrų.

4. ŠKL ir SŽV prevencijos programose dalyvavo dažniau moterys negu vyrai. Vyrų dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose įtakos turi aukštas išsilavinimas (universitetinis), moterims ne žemesnis negu aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla) išsilavinimas, bei abiem kalbos barjero nebuvimas. Kalbos barjerą turi daugiau vyrų, negu moterų. Apie ŠKL ir SŽV prevencines programas respondentai yra informuojami daugiau rusų kalba, negu lietuvių, iš jų rusų kalba informaciją gauna dažniau vyrai, negu moterys. Vyrai daugiau už moteris pageidauja būti informuoti apie ŠKL ir SŽV prevencijos programas rusų kalba.

5. Respondentų nedalyvavimo ŠKL prevencinėje programoje nustatytos šios priežastys: pirmoje vietoje – jie neturėjo informacijos apie galimybę nemokamai dalyvauti programoje, antroje - negalėjo nuvykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą, trečioje - neturėjo laisvo laiko, ketvirtoje - reikėjo ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją, penkta ir šešta priežastys - nepavyko užsiregistruoti konsultacijai pas gydytoją ir nenorėjo gauti teigiamų atsakymų. Taip pat jie manė, jog reikia mokėti, kad netinka jų amžius, kad nėra kardiologo ir dalyvauti nereikia, jeigu nėra simptomų. SŽV prevencinėje programoje respondentų nedalyvavimo priežastys buvo: pirmoje vietoje – nebuvo informuoti apie galimybę nemokamai dalyvauti programoje, antroje - neturėjo laisvo laiko, trečioje - negalėjo nuvykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą, ketvirtoje - reikėjo ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją, penktoje - nenorėjo (bijojo) gauti teigiamų atsakymų, kad jiems gali būti

raštas vėžys bei nepavyko užsiregistruoti konsultacijai pas gydytoją, taip pat nedalyvavo, nes nekalba lietuviškai. Skatinimo veiksniai dalyvavimui ŠKL ir SŽV prevencinėse programose nustatyti šie: pirmoje vietoje - jeigu nereikėtų ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją, antroje vietoje - jeigu nereikėtų vykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą, trečioje vietoje - jeigu pas gydytoją jie bus nukreipti iš karto (tą pačią arba kitą dieną), ketvirtoje vietoje - jeigu turės laisvo laiko. Taip pat, kad paskatinti dalyvauti gali, jeigu: pirmoje vietoje – paskatins giminaičiai, antroje vietoje – paskatins tik patys save, trečioje vietoje - jeigu turės informaciją, ketvirtoje vietoje - jeigu informacija bus pateikta lietuvių kalba.

6. Respondentai daugiau pasitiki SPS žiniomis nustatant ŠKL, negu SŽV, pagal lytį tiek ŠKL tiek SŽV nustatymui daugiau pasitiki vyrai negu moterys. Vyrai ir moterys, kurie pasitiki SPS žiniomis nustatant ŠKL buvo šie: lietuviai, kurie neturi kalbos barjero, yra santuokoje, turi 2 vaikus, vyrai, kurie turi universitetinį išsilavinimą, o moterys aukštesnįjį, dirbantys, vyrai, kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 800 Eur ir daugiau, o moterims 400-599 Eur. SŽV nustatant pasitikėjimą SPS, lyginant su pasitikėjimu SPS nustatant ŠKL, nustatytas skirtumas tik tautybėje – vyrai lietuviai, o moterys rusės, kiti veiksniai nesiskiria. Moterys mano, kad už pacientų dalyvavimą ŠKL prevencijos programoje turi prisiimti atsakomybę SPS, o vyrai, kad pacientai. Už dalyvavimą SŽV, moterys mano, kad atsakomybę turi prisiimti pacientai ir SPS tolygiai, vyrai - jog pacientai. Kad ŠKL ir SŽV prevencijos programose atsakomybę turi prisiimti pacientai, mano šie respondentai: lietuviai, kurie neturi kalbos barjero, yra santuokoje, vyrai, kurie turi 1 vaiką ir moterys kurios turi 2 vaikus, vyrai ir moterys su universitetiniais išsilavinimas, dirbantys, vyrai, kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 800 Eur ir daugiau, o moterims 400-599 Eur. Kad atsakomybę už pacientų dalyvavimą ŠKL ir SŽV prevencijos programose turi prisiimti SPS, mano šie respondentai: rusai, kurie neturi kalbos barjero, yra santuokoje, turi 2 vaikus, su aukštesniuoju išsilavinimu (technikumas, aukštesnioji mokykla), dirbantys, vyrai kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“ yra 600-799 Eur, o moterims 201-399 Eur.

## REKOMENDACIJOS

Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus rekomenduojama savivaldybės sveikatos politikoje siekiant ilginti gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę ir mažinti sveikatos netolygumus prioretizuoti poveikį šiems veiksniams:

1. Suteikti daugiau galimybių gyventojams didinti savo sveikatos raštingumą, skleisti informaciją apie veiksnius, kurie gali pagerinti jų gyvenimo kokybę (sveika mityba, fizinis aktyvumas, streso ir depresijos nebuvimas, alkoholio ir rūkymo atsisakymas), skatinti dalyvauti sveikatingumo seminaruose, kursuose, renginiuose ir pan.. Skatinti gyventojus domėtis sveiko gyvenimo būdu, tobulinti jų žinias apie veiksnius, kurie turi įtakos jų gyvenimo kokybei (genetinius ir biologinius, gyvenseną ir elgseną, aplinką, sveikatos priežiūrą) bei daugiau rūpintis savo ir artimųjų sveikata.

2. Imtis priemonių, kurios mažintų gyventojų ilgalaikio nedarbo lygį ir skurdo lygį bei socialinių pašalpų gavėjų skaičių, teikti pagalbą socialinės rizikos gyventojams ir skatinti jų motyvavimą integruotis į darbo rinką, sudaryti sąlygas jų perkvalifikavimui, naujos profesijos mokymui, išsilavinimo lygio didinimui, valstybinės kalbos mokėjimui, atsižvelgiant į jų žalingų įpročių problemas rekomenduoti lankyti priklausomybės konsultanto konsultacijas.

3. Mažinti gyventojų kalbos barjerą, t. y. sudaryti sąlygas gyventojams lietuvių kalbos mokėjimui, bei didinti jų motyvaciją mokytis lietuvių kalbos. Aktualią informaciją skleisti valstybine kalba su vertimais į rusų kalbą bei palaipsniui pereinant prie informacijos viešinimo tik lietuvių kalba. Atsižvelgiant į socialinės rizikos gyventojų kalbos mokėjimo lygį rekomenduoti jiems jungtis į lietuviškas bendruomenes, didinti savo lietuvių kalbos lygį, dalyvauti lietuvių kalbos kursuose ir pan..

4. Tobulinti bendradarbiavimą tarp savivaldybės administracijos, pirminės asmens sveikatos priežiūros centrais ir visuomenės sveikatos biuro. Didinti gyventojų informavimą apie ŠKL ir SŽV prevencines programas bei skatinti jų dalyvavimą programose. Tam, kad pagerinti gyventojų informacijos pateikimo efektyvumą ir įsisavinimą atkreipti dėmesį į gyventojų, kuriems skirta informacija, kalbą, amžių ir išsilavinimą. Skatinti sveikatos specialistus daugiau informuoti gyventojus apie profilaktinio sveikatos patikrinimo svarbą, skleisti informaciją šiuolaikinėmis priemonėmis. Dalyvavimui prevencinėse programose sveikatos specialistams rekomenduoti kviesti ne mažiau kaip 90 proc. amžiaus grupės gyventojų (nustatytos prevencijos programoje) bei skatinti juos reguliariai, profilaktiškai lankytis pas šeimos gydytoją.

## LITERATŪRA

1. Aguonytė V. 2013. *Vyresnio amžiaus asmenų sveikatos netolygumai. Literatūros apžvalga. Visuomenės sveikata 2013/4 (63)*. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4\(63\)/VS%202013%204\(63\)%20LIT%20A%20Sveikatos%20netolygumai.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4(63)/VS%202013%204(63)%20LIT%20A%20Sveikatos%20netolygumai.pdf)
2. American Cancer Society. 2017. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2017-2019*. Atlanta: American Cancer Society. Prieiga per internetą: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>
3. American Cancer Society. 2014. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016*. Prieiga per internetą: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2014-2016.pdf>
4. Bartley M. 2004. *Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001*. *J Epidemiol Community Health*. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
5. Bleich SN., Jarlenski MP. 2012. *Health Inequalities: Trends, Progress and Policy*. Annu Rev Public Health. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204\(63\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204(63).pdf)
6. Bord S., Zelber-Sagi S. 2019. *A Model of Chronic Disease Management: Israeli Physicians' Approach to Cardiovascular Risk Factor Management*. *World Medical and Health Policy*. Prieiga per internetą: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/wmh3.299>
7. Caylan A., Yayla K., Öztora S., Dağdeviren H. 2017. *Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults*. *Biomedical Research An International Journal of Medical Sciences*. Prieiga per internetą: <http://www.biomedres.info/biomedical-research/assessing-health-literacy-the-factors-affecting-it-and-their-relation-to-some-health-behaviors-among-adults-8115.html>
8. Campbell NC., Elliott A. 2000. *Rural factors and survival from cancer: analysis of Scottish cancer registations*. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011\\_3\(54\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011_3(54).pdf)
9. Car-Hill R., Chalmers-Dixon P. 2005. *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*. Oxford: Sepho. Prieiga per internetą: [http://snspms.ro/UserFiles/File/doc/the\\_public\\_health\\_observatory\\_handbook.pdf](http://snspms.ro/UserFiles/File/doc/the_public_health_observatory_handbook.pdf)
10. Chandola T., Ferrie J. 2007. *Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study*. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204\(63\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204(63).pdf)
11. Connor W. 1994. *Ethnonationalism. The Quest for Understanding*. Princeton. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>

12. Čekanavičius V., Murauskas G. 2014. *Taikomoji regresinė analizė socialiniuose tyrimuose*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
13. D'Hombres B., Rocco L. 2007. *Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries*. Institute for the Protection and Security of the Citizen.
14. Dadelo S. 2015. *Sveika gyvensena, vadovėlis*. VGTU leidykla Technika.
15. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. 2019. *World Population Ageing 2019. Highlights*. New York: United Nations ST/ESA/SER.A/430. Prieiga per internetą: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
16. Eigirdaitė A., Petronytė G. 2013. *Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Sveikatos politika ir valdymas*.
17. Europos širdies sveikatos chartija. 2007. Prieiga per internetą: <http://www.heartcharter.org/download/Lithuanian.pdf>
18. Farr W. 1858. *The influence of marriage on the mortality of the French people*. In: Hastings GW, editors. *Transactions of the National Association for the Promotion of Social Sciences*. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
19. Ferri CP., Acosta D. 2012. *Socioeconomic Factors and All Cause and Cause-Specific Mortality among Older People in Latin America, India and China*. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204\(63\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204(63).pdf)
20. Gardner J., Oswald A. 2004. *How is mortality affected by money, marriage, and stress?* Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
21. Goldman N. 2001. *Mortality differentials: selection and causation*. Contribution to the International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
22. Haynes R., Pearce J. 2008. *Cancer survival in New Zealand: ethnic, social and geographical inequalities*. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011\\_3\(54\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011_3(54).pdf)
23. Hamilton VL., Hoffman WS., Broman CL., Rauma D. 1993. *Unemployment, distress and coping: A panel study of autoworkers*. Journal of Personality and Social Behavior. 65:234-47. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
24. Higienos institutas. 2020. *Statistinių duomenų apie mirties priežastis paieškos priemonė*. Vilnius: Higienos institutas. Prieiga per internetą: [http://hi.lt/lt/paieskos\\_priemone.html](http://hi.lt/lt/paieskos_priemone.html)
25. Higienos institutas. 2020. *Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema*. Vilnius: Higienos institutas.

26. Higienos institutas. 2018. *Visuomenės sveikatos būklė Lietuvos savivaldybėse*. Higienos institutas. Prieiga per internetą:  
[http://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/VS\\_bukle\\_sav/Savivaldybiu\\_leidinys\\_2019\\_taisytas.pdf](http://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/VS_bukle_sav/Savivaldybiu_leidinys_2019_taisytas.pdf)
27. Higienos institutas. 2017. *Sveiko gyvenimo trukmės netolygumai Lietuvoje 2021-2014 metais*. Higienos institutas. Prieiga per internetą:  
[http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/VSN%202017,%20Nr3%20\(22\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/VSN%202017,%20Nr3%20(22).pdf)
28. Higienos institutas. 2017. *Lietuvos senyvo amžiaus žmonių sveikatos būklės pokyčiai ir netolygumai*. Higienos institutas. Prieiga per internetą:  
<http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Senyvo%20amziaus%20zmoniu%20leidinys.%202016.pdf>
29. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. 2010. *Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas*. Vilnius: Higienos institutas. Prieiga per internetą:  
<http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
30. Jakab Z., Tsouros A. D. 2013. „Sveikata 2020“ – siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje. „Visuomenės sveikata“. 2013/4 (63).
31. Jasilionis D., Stankūnienė V. 2011. *Suaugusių Lietuvos gyventojų socioekonominiai mirtingumo skirtumai. Lietuvos socialinių tyrimų centras*.
32. Jasilionis D. 2006. *Lietuvos gyventojų mirtingumo sociodemografiniai skirtumai 2001–2004 m.* Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas. Prieiga per internetą:  
[http://demografija.lt/download/tekstai/43\\_Lietuvos\\_gyv\\_mirtingumo\\_skirt\\_2001-20041.pdf](http://demografija.lt/download/tekstai/43_Lietuvos_gyv_mirtingumo_skirt_2001-20041.pdf)
33. Javtokas Z. 2018. *Šiuolaikinė sveikatos samprata*. Prieiga per internetą:  
[https://lvjc.lt/media/files/Sveikatos\\_samprata.\\_\\_Z.Javtokas.pdf](https://lvjc.lt/media/files/Sveikatos_samprata.__Z.Javtokas.pdf)
34. Javtokas Z., Žagminas K. 2017. *Gyventojų sveikatos raštingumo vertinimas*. Vilnius. Prieiga per internetą:  
[http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienuoms/2017%20metai/Lankstukai/Sveikatos\\_rastingumo\\_v\\_ertinimas.%202017%20\(1\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienuoms/2017%20metai/Lankstukai/Sveikatos_rastingumo_v_ertinimas.%202017%20(1).pdf)
35. Javtokas Z., Sabaliauskas R. 2013. *Suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumas. Visuomenės sveikata 2013/4(63)*. Prieiga per internetą:  
[http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4\(63\)/VS%202013%204\(63\)%20ORIG%20S%20Sveikatos%20rastingumas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4(63)/VS%202013%204(63)%20ORIG%20S%20Sveikatos%20rastingumas.pdf)
36. Javtokas Z. 2009. *Sveikatos stiprinimo konspektas*. Prieiga per internetą:  
[https://lvjc.lt/media/files/Sveikatos\\_samprata.\\_\\_Z.Javtokas.pdf](https://lvjc.lt/media/files/Sveikatos_samprata.__Z.Javtokas.pdf)
37. Jurgelenas A. 2004. *Socioeconomic health inequalities in post-communist Lithuania*.
38. Kalėdienė R. 2017. *Sveikatos netolygumai. Patirtis ir perspektyvos*. Kaunas.
39. Kawachi I. 2002. *A glossary for health inequalities. Journal of Epidemiology and Community Health 2002;56(9):647*. Prieiga per internetą:  
[https://www.researchgate.net/publication/11210349\\_A\\_Glossary\\_for\\_Health\\_Inequalities](https://www.researchgate.net/publication/11210349_A_Glossary_for_Health_Inequalities)
40. Killoran A., Kelly MP. 2010. *Evidence-Based Public Health*. New York: Oxford University Press. Prieiga per internetą:  
[http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204\(63\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204(63).pdf)

41. Krieger N., Williams D.R., Moss N.E. 1997. *Measuring social class in public*. *Public Health*. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204\(63\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%204(63).pdf)
42. Launoy G., Le Coutour X. 1992. *Influence of rural environment on diagnosis, treatment and prognosis of colorectal cancer*. *Epidemiol Community Health*. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011\\_3\(54\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011_3(54).pdf)
43. Lietuvos statistikos departamentas. 2020. *Oficialios statistikos portalas*. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/>
44. Lietuvos statistikos departamentas. 2016. *Skurdo rizikos rodikliai. 2016*. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?eventId=93805>
45. Lietuvos statistikos departamentas. 2011. *Miestų gyventojai pagal tautybę*. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/gyventoju-ir-bustu-surasymai>
46. Lietuvos statistikos departamentas. 2011. *Lietuvos Respublikos 2011 metų gyventojų ir būstų surašymas*. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/2011m.-visuotinis-gyventoju-ir-bustu-surasymas>
47. Lindah B., Norberg M. 2019. *Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and Cardiovascular risk*. *European Journal of Preventive Cardiology*. Prieiga per internetą: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047487319882821>
48. Lietuvos Respublikos kultūros ministerija. (LR kultūros ministerija). 2019. *Tautynės mažumos*. Prieiga per internetą: <https://lrkm.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/tautines-mazumos-1>
49. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. 2020. *Pagrindiniai socialiniai rodikliai*. Prieiga per internetą: <https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/socialine-statistika/pagrindiniai-socialiniai-rodikliai>
50. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (LR SAM). 2014. *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. V-815 „Dėl Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“*. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/40be0b700df611e48595a3375cdcc8a3?jfwid=fhhu5mgkm>
51. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (LR SAM). 2014. *Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programa*. Prieiga per internetą: [http://www.lsadps.lt/images/archyvas/288\\_SAM\\_Nacionaline\\_vezio\\_programa\\_2014-2025.pdf](http://www.lsadps.lt/images/archyvas/288_SAM_Nacionaline_vezio_programa_2014-2025.pdf)
52. Lietuvos Respublikos Seimas ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (LR SAM). 2014. *Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo Nr. XII-964; LR SAM Dėl Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 metų veiksmų plano patvirtinimo Nr. V-815 ; Buivydas ir kiti 2010*.
53. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (LR SAM). 2009. *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“*.
54. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (LR SAM). 2005. *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinių širdies ir kraujagyslių ligų rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“*.

55. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (LR SAM). 2003. *2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymą Nr. V-488 „Dėl Bendrujų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo.*
56. London's Global University (UCL). 2014. *Local action on health inequalities: Adult learning services.* England.
57. Mackenbach JP, Stirbu I. 2008. *European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries.* Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202013%204\(63\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202013%204(63).pdf)
58. Murphy G., Devesa S.S., Cross A.J. 2010. *Sex disparities in colorectal cancer incidence by anatomic subsite, race and age.*
59. Našlėnė Ž., Gurevičius R. 2016. *Vidutinė tikėtina suaugusiųjų gyvenimo trukmė be negalios Lietuvoje 2012–2014 m. Visuomenės sveikata 2016/3(74).* Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2016.3\(74\)/Vs%202016%203\(74\)%20ORIG%20Gyvenimo%20trukme.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2016.3(74)/Vs%202016%203(74)%20ORIG%20Gyvenimo%20trukme.pdf)
60. OECD/EU. 2018. *Health at a Glance: Europe 2018 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE.* Prieiga per internetą: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance\\_eur-2018-en.pdf?expires=1588059295&id=id&accname=guest&checksum=A07D385A88881541B730115A80DD1675](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1588059295&id=id&accname=guest&checksum=A07D385A88881541B730115A80DD1675)
61. Petrauskaitė I., Želvienė A. 2019. *Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitų rašymo metodinės rekomendacijos.* Higienos institutas. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/Savivaldybiu\\_ataskaitu\\_rasymas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/Savivaldybiu_ataskaitu_rasymas.pdf)
62. Petrauskaitė I., Skrobotovas R., Želvienė A. 2019. *Sveikatos netolygumai pagal socioekonominius veiksnius Lietuvos savivaldybėse 2018 m.* Vilnius: Higienos institutas. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/BAS/Sveikatos\\_netolygumai\\_pagal\\_socioekonominius\\_veiksnius.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/BAS/Sveikatos_netolygumai_pagal_socioekonominius_veiksnius.pdf)
63. Petronytė G., Kanapeckienė V. 2013. *Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai. Visuomenės sveikata, 31-37 p.*
64. Phillips S. 2005. *Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. International Journal for Equity in Health.* Prieiga per internetą: [https://www.researchgate.net/publication/7730904\\_Defining\\_and\\_measuring\\_gender\\_A\\_social\\_determinant\\_of\\_health\\_whose\\_time\\_has\\_come](https://www.researchgate.net/publication/7730904_Defining_and_measuring_gender_A_social_determinant_of_health_whose_time_has_come)
65. Proškuvienė R. 2009. *Širdies ir kraujagyslių ligos ir jų prevencija.* Vilnius.
66. Proškuvienė R. 2004. *Sveikatos ugdymo įvadas.* Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas. Prieiga per internetą: <http://gs.elaba.lt/object/elaba:4151297/4151297.pdf>
67. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). 2020. *Health Impact Assessment (HIA) Glossary of terms used. Health inequality and inequity.* Prieiga per internetą: <https://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
68. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). 2017. *10 facts on health inequities and their causes.* World Health Organization. Prieiga per internetą: [https://www.who.int/features/factfiles/health\\_inequities/en/](https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/)

69. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). 2017. *Assessment of essential public health functions in countries of the Eastern Mediterranean Region*. Prieiga per internetą: [http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPub\\_2017\\_EN\\_19354.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPub_2017_EN_19354.pdf?ua=1)
70. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). 2012. *World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
71. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Senyvo%20amziaus%20zmoniu%20leidinys.%202016.pdf>
72. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). 2009. *WHO Regional Office for Europe. Socioeconomic inequalities – scenarios, recommendations and tool for action*. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
73. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). 2006. *World Health. Constitution of the World Health Organization*. Prieiga per internetą: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
74. Ramonienė M., Lichačiova A. 2013. *Miestai ir kalbos II. Socialingvistinis Lietuvos žemėlapis*. 9 skyrius Visagino sociolingvistinė specifika ir perspektyvos. 185-216 p.
75. Sabesan S., Piliouras P. 2009. *Disparity in cancer survival between urban and rural patients – how can clinicians help reduce it? Rural Remote Health*. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011\\_3\(54\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011_3(54).pdf)
76. Selli K. 2015. *Tarptautinių organizacijų publikacijų ir rekomendacijų, skirtų teisinės bazės tobulinimui užtikrinant sveikatos ir sveikatos santykių teisingumą, įvertinimas. Norvegijos patirtis. (LSMU)* Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/news/id107/2015.02.11.IV.pdf>
77. Shkolnikov V., Jasilionis D., Andreew E. 2007. *Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by marital status, education, and ethnic group: evidence from the first record linkage study in Lithuania*. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
78. Siegrist J., Benach J., McKnight A. 2009. *Employment arrangements, work conditions and health inequalities: Report on new evidence on health inequality reduction produced by Task group 2 for the Strategic review of health inequalities post 2010*. London: Marmot Review. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>
79. Smalytė G., Aleknavičienė B. 2011. *Demografinių veiksnių ir gyvenamosios vietos įtaka onkologinių ligonių išgyvenamumo netolygumams Lietuvoje*. Nuskaityta iš Vilniaus universiteto Onkologijos institutas. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011\\_3\(54\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202011_3(54).pdf)
80. Stankūnas M., Kalėdienė R., Sauliūnė S. 2009. *Vidinė darna ir jos sąsajos su psichosocialine sveikata (Kauno bedarbių tyrimo duomenys)*. Medicina. 2009;45(10):807-13.

81. Stepukonis F., Butkevičienė R., Beržanskytė A. 2017. *Administraciniai gebėjimai sveikatos netolygumams nustatyti ir mažinti Lietuvos savivaldybėse: kokybinis požiūris. Sveikatos mokslai/Sveikatos ekonomika ir vadyba*, p. 87-91. Prieiga per internetą: <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/03/1035-2972-1-PB.pdf>
82. Szwarcwald CL., da Mota JC., Damacena GN. 2011. *Health inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: Lower Healthy Life Expectancy in Socioeconomically Disadvantaged Areas*. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202013%204\(63\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202013%204(63).pdf)
83. Šapoval J., Šablinskas Š., Galikova N. 2011. *Poveikio aplinkai vertinimo ataskaita. IAE termofikacinės įrangos deaktyvavimas ir išmontavimas*. Visaginas: Valstybės įmonės Ignalinos atominės elektrinės Eksploatacijos nutraukimo direkcija.
84. Šveikauskas V. 2005. *Sveikatos raštingumo ugdymo sistemos ypatybės*. Kaunas: Medicina 41(12).
85. Teritorinė ligonių kasa (TLK). 2020. *Asmenų priskirtinų širdies kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo ataskaita*. Prieiga per internetą: <http://www.paneveziotlk.lt/?tabID=189>
86. Teritorinė ligonių kasa (TLK). 2020. *Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymo ataskaita*. Prieiga per internetą: <http://www.paneveziotlk.lt/?tabID=189>
87. The Department of Health. 2009. *Sex and gender as determinants of health. Development of a new national women's policy consultation discussion paper 2009*. Prieiga per internetą: <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/whdp-09~whdp-09-ch5~whdp-09-ch5-1>
88. Valentienė J., Liuima V. 2018. *Suaugusiųjų gyvensenos tyrimas. 2018 m. rodiklių suvestinė-ataskaita*. Vilnius: Higienos institutas.
89. Valentienė J., Nedzinskienė L., Liuima V. 2016. *Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimas. Metodinės rekomendacijos*. Vilnius. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/2016-11-18\\_Netolygumu%20modelis.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/2016-11-18_Netolygumu%20modelis.pdf)
90. Valentienė L. 2015. *Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimas*. Higienos institutas. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Rekomendacijos.pdf>
91. Vanagas G., Ivanauskienė R., Mickevičienė A. 2014. *Sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos programų vertinimas*. Kaunas. Prieiga per internetą: [http://www.esparama.lt/documents/10157/490675/2014\\_Sveikatos\\_stiprinimo\\_ir\\_lig%C5%B3\\_profilaktikos.pdf/3db17b90-0d7f-4521-9bd9-7766c14bd139](http://www.esparama.lt/documents/10157/490675/2014_Sveikatos_stiprinimo_ir_lig%C5%B3_profilaktikos.pdf/3db17b90-0d7f-4521-9bd9-7766c14bd139)
92. Visagino savivaldybė. 2020. *Strateginis veiklos planas 2020-2022 m.* Prieiga per internetą: <https://www.visaginas.lt/strateginis-planavimas/strateginiai-veiklos-planai/293>
93. Valstybinė ligonių kasa (VLK). 2020. *Prevenčinės programos*. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/Documents/0106%20Prevencin%C4%97s%20programos.pdf>
94. Valstybinė ligonių kasa (VLK). 2019. *Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo rezultatai*. Prieiga

per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/0305%20C5%A1irdiesprev%2018.pdf>

95. Valstybinė ligonių kasa (VLK). 2019. *Prevencinės programos*. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/apie-prevencines-programas/Documents/2019.02.12%20Daugiau%20apie%20prevencines%20programas.pdf>

96. Valstybinė ligonių kasa (VLK). 2019. *Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymas*. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencines-programos/storosios-zarnos-vezio-ankstyvosios-diagnostikos-programa/Documents/0314%20storzarnvez.pdf>

97. Wainwright N., Surtees P., Welch A., Luben R. 2007. *Healthy lifestyle choices: could sense of*. J Epidemiol Community Health. 2007;61(10):871-6. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652963/>

98. Whitehead M. 2000. *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. Prieiga per internetą: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.196.7167&rep=rep1&type=pdf>

99. World Health Organization (WHO). 2016. *Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Regional office for Europe*. Prieiga per internetą: [https://www.who.int/social\\_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1)

100. World Health Organization (WHO). 2012. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva*. Prieiga per internetą: [https://www.who.int/social\\_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1)

101. World Health Organization (WHO). 1948. *Definition of Health*. New York: World Health Organization.

102. Zagurskienė D., Misevičienė I. 2010. *Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamą sveikatos informaciją. Medicina (Kaunas) 2010; 46 (1 priedas)*.

103. Zykas V., Pavalkis D. 1999. *Storosios žarnos chirurginės ligos*. Kaunas.

104. Želvienė A. 2015. *Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitų rašymo metodinės rekomendacijos*. Vilnius: Higienos institutas . Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/Savivald.%20ataskaitu%20rasymo%20vado%20vas.pdf>

## PRIEDAI

I priedas

Tyrimas skirtas **TIK** Visagino mieste gyvenantiems 40-75 metų amžiaus vyrams ir 50-75 metų amžiaus moterims

### TYRIMO ANKETA

1. **Jūsų amžius (pilni metai).** *Irašykite:* \_\_\_\_\_
2. **Jūsų lytis?**
  - 1) Moteris
  - 2) Vyras
3. **Jūsų tautybė?**
  - 1) Lietuvis (-ė)
  - 2) Rusas (-ė)
  - 3) Lenkas (-ė)
  - 4) Baltarusis (-ė)
  - 5) Ukrainietis (-ė)
  - 6) Kita
4. **Jeigu informacija yra pateikiama lietuvių kalba, ar Jums tai sudaro kalbos barjerą (skaitant, suprantant informaciją)?**
  - 1) Skaitau ir suprantu visą informaciją, kuri yra pateikiama lietuvių kalba
  - 2) Galiu suprasti esmę
  - 3) Galiu suprasti tik kai kuriuos žodžius
  - 4) Visiškai nesuprantu lietuvių kalbos
5. **Kokia Jūsų šeimtinė padėtis?**
  - 1) Vedęs/ištekėjusi arba gyvenu su partneriu (-e) nesusituokęs (-usi)
  - 2) Nevedęs/neištekėjusi
  - 3) Išsiskyręs/išsiskyrusi
  - 4) Našlys/našlė
6. **Ar Jūs turite vaikų?**
  - 1) Taip, turiu 1 vaiką
  - 2) Taip, turiu 2 vaikus
  - 3) Taip, turiu 3 arba daugiau vaikų
  - 4) Neturiu vaikų
7. **Koks Jūsų išsilavinimas?**
  - 1) Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis
  - 2) Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)
  - 3) Aukštasis (koleginis)
  - 4) Aukštasis universitetinis
8. **Koks Jūsų pagrindinis užsiėmimas?**
  - 1) Dirbu
  - 2) Esu studentas/studentė
  - 3) Esu pensininkas/pensininkė
  - 4) Nedirbu (esu bedarbis/bedarbė)
9. **Kokios Jūsų pareigos darbe?**
  - 1) Įstaigos/įmonės vadovas
  - 2) Valstybės tarnautojas

- 3) Administracijos darbuotojas
- 4) Darbuotojas
- 6) Nedirbu (bedarbis/bedarbė)

**10. Kokios vidutinės mėnesio pajamos tenka vienam Jūsų šeimos nariui „į rankas“? (Sudėkite visų su Jumis gyvenančių šeimos narių mėnesio pajamas ir padalinkite iš šeimos narių skaičiaus).**

- 1) 200 Eur arba mažiau
- 2) 201–399 Eur
- 3) 400–599 Eur
- 4) 600–799 Eur
- 5) 800 Eur arba daugiau

**11. Klausimai (teiginiai) apie Jūsų sveikatą per pastaruosius 3 mėn. ir sveikatos raštingumą.** (Perskaitykite ir kiekviename jų pažymėkite po vieną atsakymą (vertinimą), kuris labiausiai atitinka jūsų nuomonę, įvertinant lentelėje pateiktus teiginius penkiabalėje skalėje: nuo 1 - labai gerai/labai stipriai pagerintų, iki 5 – labai blogai/visiškai nepagerintų).

		1	2	3	4	5
		Labai gerai	Gerai	Patenkinamai	Blogai	Labai blogai
11.1.	Kaip vertinate dabartinę savo sveikatos būklę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2.	Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3.	Kaip vertinate savo sveikatą lyginant su bendraamžiais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4.	Kaip vertinate savo fizinę (kūno) sveikatą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5.	Kaip vertinate savo psichikos (emocinę) sveikatą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Labai stipriai pagerintų	Stipriai pagerintų	Vidutiniškai pagerintų	Nedaug pagerintų	Visiškai nepagerintų
11.6.	Kaip Jūsų nuomone sveikamityba gali pagerinti Jūsų gyvenimo kokybę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7.	Kaip Jūsų nuomone fizinis aktyvumas gali pagerinti Jūsų gyvenimo kokybę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8.	Kaip Jūsų nuomone streso ir depresijos nebuvimas gali pagerinti Jūsų gyvenimo kokybę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.9.	Kaip Jūsų nuomone alkoholio ir rūkymo atsisakymas gali pagerinti Jūsų gyvenimo kokybę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Visiškai sveikas (-a)	Sveikata gera	Sveikas (-a)	Nevisiškai sveikas (-a)	Sergate
11.10.	Sveikatos požiūriu esate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Kas Jūsų nuomone lemia didžiausią įtaką žmogaus sveikatai?**

		10 proc.	20 proc.	50 proc.
12.1.	Genetiniai ir biologiniai veiksniai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2.	Gyvensena ir elgsena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3.	Aplinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.4.	Sveikatos priežiūra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**13. Ar esate girdėjęs (-usi) apie:**

		Taip	Ne
13.1.	Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2.	Storosios žarnos vėžio prevencijos programą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Kaip vertinate savo žinias apie:**

		Man pakanka žinių	Noriu gauti daugiau informacijos apie programą	Nieko nežinau apie programą
14.1.	Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2.	Storosios žarnos vėžio prevencijos programą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Iš kur Jūs sužinojote apie:**

		Informavo šeimos gydytojas apsilankymo metu	Internete	Per televiziją	Informavo giminaičiai	Nesu informuotas /nieko nežinau
15.1.	Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2.	Storosios žarnos vėžio prevencijos programą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Jeigu nesate informuotas (-a), kaip pageidaujate būti informuotas (-a) apie nemokamas prevencijos programas?**

		Apsilankymo metu pas šeimos gydytoją	Socialiniuose tinkluose	Telefonu arba el. paštu	Paprastu laišku (pvz. lankstinukas)	Nenoriu būti informuotas
16.1.	Apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2.	Apie storosios žarnos vėžio prevencijos programą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Jeigu buvote informuotas (-a) apie prevencijos programą (-as), tai kokia kalba?**

		Lietuvių kalba	Rusų kalba
17.1.	Apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2.	Apie storosios žarnos vėžio prevencijos programą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Kokia kalba pageidaujate būti informuotas (-a) apie nemokamas prevencijos programas?**

		Lietuvių kalba	Rusų kalba	Nėra skirtumo, suprantu informaciją lietuvių ir rusų kalbomis
18.1.	Apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.2.	Apie storosios žarnos vėžio prevencijos programą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Ar dalyvavote per paskutinius 12 mėn. širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje?**

- Taip, dalyvavau  
 Ne, nedalyvavau

**20. Jeigu nedalyvavote per paskutinius 12 mėn. širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje, kodėl? (Nurodykite priežastį pagal 5 balų sistemą, nuo 1-visiškai neturėjo reikšmės, iki 5 – labai svarbu)**

		1	2	3	4	5
		Visiškai neturėjo reikšmės	Neturėjo reikšmės	Vidutiniškai	Svarbu	Labai svarbu
20.1.	Nebuvau informuotas (-a) apie galimybę nemokamai dalyvauti programoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2.	Nenorėjau gauti teigiamų rezultatų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.3.	Nepavyko užsiregistruoti konsultacijai pas gydytoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.4.	Reikėjo ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.5.	Negalėjau nuvykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.6.	Neturėjau laisvo laiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.7.	Kita (įrašykite):					

**21. Ar dalyvavote per paskutinius 24 mėn. storosios žarnos vėžio prevencijos programoje?**

- Taip, dalyvavau  
 Ne, nedalyvavau

**22. Jeigu nedalyvavote per paskutinius 24 mėn. storosios žarnos vėžio prevencijos programoje, kodėl? (Nurodykite priežastį pagal 5 balų sistemą, nuo 1-visiškai neturėjo reikšmės, iki 5 – labai svarbu)**

		1	2	3	4	5
		Visiškai neturėjo reikšmės	Neturėjo reikšmės	Vidutiniškai	Svarbu	Labai svarbu
22.1.	Nebuvau informuotas (-a) apie galimybę nemokamai dalyvauti programoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.	Nenorėjau (bijojau), kad Jums gali būti rastas vėžys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.3.	Nepavyko užsiregistruoti konsultacijai pas gydytoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.4.	Reikėjo ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.5.	Negalėjau nuvykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.6.	Neturėjau laisvo laiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22-7.	Kita (įrašykite):
-------	-------------------

**23. Kas Jūsų nuomone galėtų paskatinti Jus dalyvauti nemokamoje prevencijos programoje?**  
(Nurodykite priežastį pagal 5 balų sistemą, nuo 1-visiškai neturėjo reikšmės, iki 5 – labai svarbu)

		1	2	3	4	5
		Visiškai neturėjo reikšmės	Neturėjo reikšmės	Vidutiniškai	Svarbu	Labai svarbu
23-1.	Jeigu pas gydytoją būčiau nukreiptas (-a) iš karto (tą pačią arba kitą dieną)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-2.	Jeigu nereikėtų ilgai laukti paskirto apsilankymo pas gydytoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-3.	Jeigu nereikėtų vykti konsultacijai pas gydytoją į kitą miestą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-4.	Jeigu turėčiau laisvo laiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-5.	Kita (įrašykite):					

**24. Ar pasitikite sveikatos priežiūros specialisto žiniomis nustatant:**

		Taip	Ne
24-1.	Storosios žarnos vėžį?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-2.	Širdies ir kraujagyslių ligas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Kaip manote, kas turėtų prisiimti atsakomybę už pacientų dalyvavimą prevencijos programose?**

		Pacientai	Šeimos gydytojas
25-1.	Dėl storosios žarnos vėžio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-2.	Dėl širdies ir kraujagyslių ligų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Dėkoju už Jūsų dėmesį ir nuomonę!*

**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.svmf@ku.lt

Visagino savivaldybės administracijos  
Direktoriui Virginijui Andriui Bukauskui

**PRAŠYMAS  
DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ**

Klaipėda

2019 m. lapkričio 11 d.

Prašau suteikti galimybę atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedros antros pakopos Visuomenės sveikatos ugdymo programos II kurso studentei Svetlanai Pobiaržinai, tema: „Visagino miesto gyventojų sveikatos raštingumo netolygumų ypatumai vertinant jų požiūrį apie storosios žarnos vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas“.

Tyrimo tikslas – ištirti Visagino mieste gyvenančių vyrų ir moterų sveikatos netolygumų pasireiškimą vertinant jų požiūrį į širdies ir kraujagyslių ligų ir storosios žarnos vėžio rizikos prevencines programas.

Magistro baigiamojo darbo vadovas – prof. dr. Arnoldas Jurgutis.

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

Dėkojame už bendradarbiavimą.

KU SvMF Visuomenės sveikatos katedros vedėja

.....  
(Parašas)

Sveikatos mokslų fakulteto  
Visuomenės sveikatos katedros  
vedėja

**Prof. dr. Sigutė Norkienė**  
prof. dr. Sigutė Norkienė

SUTINKU:

Įstaigos vadovas

.....  
(Parašas)

Visagino savivaldybės administracijos  
direktorius

**Virginijus Andrius BUKAUSKAS**  
(Vardas, Pavardė)

**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.svmf@ku.lt

Visagino socialinių paslaugų centro  
Direktorei Stanislavai Ostrouch

**PRAŠYMAS  
DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ**

Klaipėda

2019 m. lapkričio 11 d.

Prašau suteikti galimybę atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedros antros pakopos Visuomenės sveikatos ugdymo programos II kurso studentei Svetlanai Pobiaržinai, tema: „Visagino miesto gyventojų sveikatos raštingumo netolygumų ypatumai vertinant jų požiūrį apie storosios žarnos vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas“.

Tyrimo tikslas – ištirti Visagino mieste gyvenančių vyrų ir moterų sveikatos netolygumų pasireiškimą vertinant jų požiūrį į širdies ir kraujagyslių ligų ir storosios žarnos vėžio rizikos prevencines programas.

Magistro baigiamojo darbo vadovas – prof. dr. Arnoldas Jurgutis.

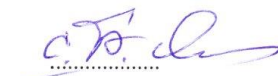
Bioetikos komiteto posėdžio metu buvo nutarta, kad tyrimas nepažeidžia respondentų etikos teisių. Gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinta forma.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

KU SvMF Visuomenės sveikatos katedros vedėja

Sveikatos mokslų fakulteto  
Visuomenės sveikatos katedros  
vedėja  
**Prof. dr. Sigutė Norkienė**  
..... prof. dr. Sigutė Norkienė  
(Parašas)



  
.....  
(Parašas)

Visagino socialinių paslaugų  
centro direktorė  
**Stanislava OSTROUCH**

.....  
(Vardas, Pavardė)

**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.svmf@ku.lt

SI „Visagino energija“  
Direktoriui Zigmui Jurgutavičiui

**PRAŠYMAS  
DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ**

Klaipėda

2019 m. lapkričio 11 d.

Prašau suteikti galimybę atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedros antros pakopos Visuomenės sveikatos ugdymo programos II kurso studentei Svetlanai Pobiaržinai, tema: „Visagino miesto gyventojų sveikatos raštingumo netolygumų ypatumai vertinant jų požiūrį apie storosios žarnos vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas“.

Tyrimo tikslas – ištirti Visagino mieste gyvenančių vyrų ir moterų sveikatos netolygumų pasireiškimą vertinant jų požiūrį į širdies ir kraujagyslių ligų ir storosios žarnos vėžio rizikos prevencines programas.

Magistro baigiamojo darbo vadovas – prof. dr. Arnoldas Jurgutis.

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

Dėkojame už bendradarbiavimą.

KU SvMF Visuomenės sveikatos katedros vedėja

Sveikatos mokslų fakulteto  
Visuomenės sveikatos katedros  
vedėja  
**Prof. dr. Sigutė Norkienė**  
..... prof. dr. Sigutė Norkienė  
(Parašas)

SUTINKU:

Įstaigos vadovas

.....  
(Parašas)

Gen. direktorius  
**Zigmās  
Jurgutavičius**

.....  
(Vardas, Pavardė)

**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.svmf@ku.lt

Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro  
Direktorei Agnei Šapokaitei

**PRAŠYMAS  
DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ**

Klaipėda

2019 m. lapkričio 11 d.

Prašau suteikti galimybę atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedros antros pakopos Visuomenės sveikatos ugdymo programos II kurso studentei Svetlanai Pobiaržinai, tema: „Visagino miesto gyventojų sveikatos raštingumo netolygumų ypatumai vertinant jų požiūrį apie storosios žarnos vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas“.

Tyrimo tikslas – ištirti Visagino mieste gyvenančių vyrų ir moterų sveikatos netolygumų pasireiškimą vertinant jų požiūrį į širdies ir kraujagyslių ligų ir storosios žarnos vėžio rizikos prevencines programas.

Magistro baigiamojo darbo vadovas – prof. dr. Arnoldas Jurgutis.

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

Dėkojame už bendradarbiavimą.

KU SvMF Visuomenės sveikatos katedros vedėja

Sveikatos mokslų fakulteto  
Visuomenės sveikatos katedros  
vedėja  
**Prof. dr. Sigutė Norkienė**  
prof. dr. Sigutė Norkienė  
(Parašas)

SUTINKU:

Įstaigos vadovas

.....  
(Parašas)

.....  
(Vardas, Pavardė)

**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.svmf@ku.lt

„Verdenės“ gimnazijos  
Visagino „Žiburio“ pagrindinės mokyklos

Direktorei Olgai Černis

delektorei  
Olgai Černis  
2019-11-11

**PRAŠYMAS**

**DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ**

Klaipėda

2019 m. lapkričio 11 d.

Prašau suteikti galimybę atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedros antros pakopos Visuomenės sveikatos ugdymo programos II kurso studentei Svetlanai Pobiaržinai, tema: „Visagino miesto gyventojų sveikatos raštingumo netolygumų ypatumai vertinant jų požiūrį apie storosios žarnos vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas“.

Tyrimo tikslas – ištirti Visagino mieste gyvenančių vyrų ir moterų sveikatos netolygumų pasireiškimą vertinant jų požiūrį į širdies ir kraujagyslių ligų ir storosios žarnos vėžio rizikos prevencines programas.

Magistro baigiamojo darbo vadovas – prof. dr. Arnoldas Jurgutis.

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

Dėkojame už bendradarbiavimą.

KU SvMF Visuomenės sveikatos katedros vedėja

.....  
(Parašas)

Sveikatos mokslų fakulteto  
Visuomenės sveikatos katedros  
vedėja

Prof. dr. Sigutė Norkienė

prof. dr. Sigutė Norkienė

SUTINKU:

Įstaigos vadovas

.....  
(Parašas)

Visagino „Verdenės“ gimnazijos  
direktorė

Olga Černis

.....  
(Vardas, Pavardė)

28 lentelė. Respondentų įtaka SPS pasitikėjimui nustatant SŽV, pagal lytį

<b>Respondentų įtaka SPS pasitikėjimui nustatant SŽV, pagal lytį</b>						
	Vyrai (N145) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>	Moterys (N134) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
<b>Tautybė</b>						
lietuvis	<b>54 (37,24 proc.)</b>	92,145	,000**	45 (33,58 proc.)	87,373	,000**
rusas	45 (31,03 proc.)			<b>48 (35,82 proc.)</b>		
lenkas	16 (11,03 proc.)			11 (8,21 proc.)		
baltarusis	22 (15,17 proc.)			21 (15,67 proc.)		
ukrainietis	7 (4,83 proc.)			7 (5,22 proc.)		
kita	1 (0,69 proc.)			2 (1,49 proc.)		
<b>Ar sudaro respondentui barjerą informacijos patikimas lietuvių kalba</b>						
skaitau ir suprantu	<b>86 (59,31 proc.)</b>	93,262	,000**	<b>91 (67,91 proc.)</b>	140,687	,000**
galiu suprasti esmę	27 (18,62 proc.)			28 (20,89 proc.)		
galiu suprasti tik kai kuriuos žodžius	16 (11,03 proc.)			11 (8,21 proc.)		
visiškai nesuprantu	16 (11,03 proc.)			4 (2,98 proc.)		
<b>Šeiminė padėtis</b>						
Vedęs/ištekėjusi	<b>106 (73,10 proc.)</b>	180,490	,000**	<b>77 (57,46 proc.)</b>	87,731	,000**
Nevedęs/neištekėjusi	9 (6,21 proc.)			3 (2,13 proc.)		
Išsiskyres/išsiskyrusi	19 (13,10 proc.)			31 (23,13 proc.)		
Našlys/našlė	11 (7,59 proc.)			23 (17,16 proc.)		
<b>Vaikų turėjimas</b>						
Taip, turiu 1 vaiką	46 (31,72 proc.)	33,345	,000**	40 (29,85 proc.)	72,507	,000**
Taip, turiu 2 vaikus	<b>58 (40,0 proc.)</b>			<b>71 (52,98 proc.)</b>		
Taip, turiu 3 arba daugiau vaikų	12 (8,27 proc.)			14 (10,45 proc.)		
Neturiu vaikų	29 (20,0 proc.)			9 (6,72 proc.)		
<b>Išsilavinimas</b>						
Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis	20 (13,79 proc.)	27,497	,000**	18 (13,43 proc.)	38,955	,000**
Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	35 (24,14 proc.)			<b>59 (44,03 proc.)</b>		
Aukštasis (koleginis)	28 (19,31 proc.)			15 (11,19 proc.)		
Aukštasis universitetinis	<b>62 (42,76 proc.)</b>			42 (31,34 proc.)		
<b>Užsiėmimas</b>						
Dirbu	<b>114 (78,62 proc.)</b>	134,331	,000**	<b>110 (82,09 proc.)</b>	235,851	,000**
Esu studentas/studentė	0			1 (0,74 proc.)		
Esu pensininkas/pensininkė	12 (8,27 proc.)			15 (11,19 proc.)		
Nedirbu (esu bedarbis/bedarbė)	19 (13,10 proc.)			8 (5,97 proc.)		
<b>Pareigos</b>						
Įstaigos/įmonės vadovas	6 (4,14 proc.)	69,724	,000**	4 (2,98 proc.)	115,179	,000**
Valstybės tarnautojas	15 (10,34 proc.)			14 (10,45 proc.)		
Administracijos darbuotojas	30 (20,69 proc.)			21 (15,67 proc.)		
Darbuotojas	<b>65 (44,83 proc.)</b>			<b>75 (55,97 proc.)</b>		
Nedirbu (bedarbis/bedarbė)	29 (20,0 proc.)			20 (14,92 proc.)		
<b>Vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“</b>						
200 Eur arba mažiau	3 (2,07 proc.)	34,276	,000**	4 (2,98 proc.)	63,836	,000**
201–399 Eur	26 (17,93 proc.)			43 (32,09 proc.)		
400–599 Eur	37 (25,52 proc.)			<b>53 (39,55 proc.)</b>		
600–799 Eur	36 (24,83 proc.)			22 (16,42 proc.)		
800 Eur arba daugiau	<b>43 (29,65 proc.)</b>			12 (8,95 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

26 lentelė. Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje turi prisiimti atsakomybę pats pacientas, pagal lytį

Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje atsakomybę turi prisiimti pats pacientas, pagal lytį						
	Vyrai (N92) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>	Moterys (N95) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
<b>Tautybė</b>						
lietuvis	<b>41 (44,56 proc.)</b>	81,217	,000**	<b>37 (38,95 proc.)</b>	78,747	,000**
rusas	27 (29,35 proc.)			34 (35,79 proc.)		
lenkas	12 (13,04 proc.)			10 (10,53 proc.)		
baltarusis	10 (10,87 proc.)			11 (11,58 proc.)		
ukrainietis	1 (1,09 proc.)			2 (2,10 proc.)		
kita	1 (1,09 proc.)			1 (1,05 proc.)		
<b>Ar sudaro respondentui barjerą informacijos patikimas lietuvių kalba</b>						
skaitau ir suprantu	<b>60 (65,22 proc.)</b>	83,217	,000**	<b>68 (71,58 proc.)</b>	116,579	,000**
galiu suprasti esmę	18 (19,56 proc.)			19 (20,0 proc.)		
galiu suprasti tik kai kuriuos žodžius	5 (5,43 proc.)			6 (6,31 proc.)		
visiškai nesuprantu	9 (9,78 proc.)			2 (2,10 proc.)		
<b>Šeiminė padėtis</b>						
Vedęs/ištekėjusi	<b>70 (76,09 proc.)</b>	129,565	,000**	<b>59 (62,10 proc.)</b>	76,074	,000**
Nevedęs/neištekėjusi	4 (4,35 proc.)			2 (2,10 proc.)		
Išsiskyres/išsiskyrusi	12 (13,04 proc.)			17 (17,89 proc.)		
Našlys/našlė	6 (6,52 proc.)			17 (17,89 proc.)		
<b>Vaikų turėjimas</b>						
Taip, turiu 1 vaiką	<b>31 (33,69 proc.)</b>	10,348	,000**	29 (30,53 proc.)	54,684	,000**
Taip, turiu 2 vaikus	30 (32,61 proc.)			<b>51 (53,68 proc.)</b>		
Taip, turiu 3 arba daugiau vaikų	13 (14,13 proc.)			8 (8,42 proc.)		
Neturiu vaikų	18 (19,56 proc.)			7 (7,37 proc.)		
<b>Išsilavinimas</b>						
Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis	9 (9,78 proc.)	31,304	,000**	7 (7,37 proc.)	37,758	,000**
Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	17 (18,48 proc.)			32 (33,68 proc.)		
Aukštasis (koleginis)	21 (22,83 proc.)			12 (12,63 proc.)		
Aukštasis universitetinis	<b>45 (48,91 proc.)</b>			<b>44 (46,31 proc.)</b>		
<b>Užsiėmimas</b>						
Dirbu	<b>78 (84,78 proc.)</b>	109,848	,000**	<b>80 (84,21 proc.)</b>	111,053	,000**
Esu studentas/studentė	0			0		
Esu pensininkas/pensininkė	5 (5,43 proc.)			10 (10,53 proc.)		
Nedirbu (esu bedarbis/bedarbė)	9 (9,78 proc.)			5 (5,26 proc.)		
<b>Pareigos</b>						
Ištaigos/įmonės vadovas	4 (4,35 proc.)	30,826	,000**	3 (3,16 proc.)	61,579	,000**
Valstybės tarnautojas	15 (16,30 proc.)			13 (13,68 proc.)		
Administracijos darbuotojas	25 (27,17 proc.)			18 (18,95 proc.)		
Darbuotojas	<b>35 (38,04 proc.)</b>			<b>48 (50,53 proc.)</b>		
Nedirbu (bedarbis/bedarbė)	13 (14,13 proc.)			13 (13,68 proc.)		
<b>Vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“</b>						
200 Eur arba mažiau	1 (1,09 proc.)	30,391	,000**	3 (3,16 proc.)	36,737	,000**
201–399 Eur	13 (14,13 proc.)			26 (27,37 proc.)		
400–599 Eur	23 (25,0 proc.)			<b>36 (37,89 proc.)</b>		
600–799 Eur	23 (25,0 proc.)			21 (22,10 proc.)		
800 Eur arba daugiau	<b>32 (34,78 proc.)</b>			9 (9,47 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$

29 lentelė. Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje turi prisiimti atsakomybę šeimos gydytojas, pagal lytį

Respondentų rezultatai, kad už pacientų dalyvavimą SŽV programoje atsakomybę turi prisiimti šeimos gydytojas, pagal lytį						
	Vyrai (N87) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>	Moterys (N95) n (proc.)	Chi- kvadratas	<i>p</i>
<b>Tautybė</b>						
lietuvis	24 (27,58 proc.)	45,759	,000**	32 (33,68 proc.)	63,463	,000**
rusas	<b>32 (36,78 proc.)</b>			<b>34 (35,79 proc.)</b>		
lenkas	8 (9,19 proc.)			6 (6,31 proc.)		
baltarusis	14 (16,09 proc.)			16 (16,84 proc.)		
ukrainietis	8 (9,19 proc.)			6 (6,31 proc.)		
kita	1 (1,15 proc.)			1 (1,05 proc.)		
<b>Ar sudaro respondentui barjerą informacijos patikimas lietuvių kalba</b>						
skaitau ir suprantu	<b>41 (47,13 proc.)</b>	23,483	,000**	<b>61 (64,21 proc.)</b>	81,463	,000**
galiu suprasti esmę	17 (19,54 proc.)			18 (18,95 proc.)		
galiu suprasti tik kai kuriuos žodžius	17 (19,54 proc.)			11 (11,58 proc.)		
visiškai nesuprantu	12 (13,79 proc.)			5 (5,26 proc.)		
<b>Šeiminė padėtis</b>						
Vedęs/ištekėjusi	<b>63 (72,41 proc.)</b>	106,793	,000**	<b>54 (56,84 proc.)</b>	60,663	,000**
Nevedęs/neištekėjusi	5 (5,75 proc.)			3 (3,16 proc.)		
Išsiskyres/išsiskyrusi	14 (16,09 proc.)			24 (25,26 proc.)		
Našlys/našlė	5 (5,75 proc.)			14 (14,74 proc.)		
<b>Vaikų turėjimas</b>						
Taip, turiu 1 vaiką	25 (28,73 proc.)	39,023	,000**	23 (24,21 proc.)	66,811	,000**
Taip, turiu 2 vaikus	<b>44 (50,57 proc.)</b>			<b>56 (58,94 proc.)</b>		
Taip, turiu 3 arba daugiau vaikų	6 (6,90 proc.)			13 (13,68 proc.)		
Neturiu vaikų	12 (13,79 proc.)			3 (3,16 proc.)		
<b>Išsilavinimas</b>						
Pradinis/Pagrindinis/Vidurinis	15 (17,24 proc.)	7,575	,056	19 (20,0 proc.)	30,347	,000**
Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	<b>30 (34,48 proc.)</b>			<b>46 (48,42 proc.)</b>		
Aukštasis (koleginis)	16 (18,39 proc.)			10 (10,53 proc.)		
Aukštasis universitetinis	26 (29,88 proc.)			20 (21,05 proc.)		
<b>Užsiėmimas</b>						
Dirbu	<b>64 (73,56 proc.)</b>	63,517	,000**	<b>77 (81,05 proc.)</b>	163,316	,000**
Esu studentas/studentė	0			1 (1,05 proc.)		
Esu pensininkas/pensininkė	10 (11,49 proc.)			14 (14,74 proc.)		
Nedirbu (esu bedarbis/bedarbė)	13 (14,94 proc.)			3 (3,16 proc.)		
<b>Pareigos</b>						
Ištaigos/įmonės vadovas	3 (3,45 proc.)	78,000	,000**	1 (1,05 proc.)	117,158	,000**
Valstybės tarnautojas	6 (6,90 proc.)			6 (6,31 proc.)		
Administracijos darbuotojas	9 (10,34 proc.)			13 (13,68 proc.)		
Darbuotojas	<b>48 (55,17 proc.)</b>			<b>60 (63,16 proc.)</b>		
Nedirbu (bedarbis/bedarbė)	21 (24,14 proc.)			15 (15,79 proc.)		
<b>Vidutinės mėn. pajamos vienam šeimos nariui „i rankas“</b>						
200 Eur arba mažiau	3 (3,45 proc.)	15,241	,000**	1 (1,05 proc.)	40,842	,000**
201–399 Eur	20 (22,99 proc.)			<b>34 (35,79 proc.)</b>		
400–599 Eur	21 (24,14 proc.)			32 (33,68 proc.)		
600–799 Eur	<b>23 (26,44 proc.)</b>			16 (16,84 proc.)		
800 Eur arba daugiau	20 (22,99 proc.)			12 (12,63 proc.)		

\*\* statistiškai reikšminga, kai  $p \leq 0,001$