

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Irina Korotkich

**40-55 METŲ AMŽIAUS KLAIPĖDOS MIESTO VYRŲ
POŽIŪRIS Į ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ
PROFILAKTINĘ PROGRAMĄ**

Visuomenės sveikatos ugdymo studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2020

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

IRINA KOROTKICH

(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

40-55 METŲ AMŽIAUS KLAIPĖDOS MIESTO VYRŲ POŽIŪRIS Į ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ PROFILAKTINĘ PROGRAMĄ.

(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių kalba)

Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas parašytas savarankiškai, nepažeidžiant kitiems asmenims priklausančių autorių teisių, visas magistro baigiamasis darbas ar jo dalis nebuvo panaudotas Klaipėdos universitete ir kitose aukštosiose mokyklose.

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Sutinku, kad magistro baigiamasis darbas būtų naudojamas neatlygintinai 5 m. Klaipėdos universiteto studijų procese.

.....
(magistro darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

.....
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje

(data)

.....
(katedros sekretorės vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

.....
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

Recenzentu(-ais) skiriu

.....
(įrašyti recenzento(ų) vardą, pavardę)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

SANTRAUKA

Korotkich I. 40-55 metų amžiaus Klaipėdos miesto vyrų požiūris į širdies ir kraujagyslių profilaktinę programą. Visuomenės sveikatos ugdymo magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas: prof. dr. Arnoldas Jurgutis. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2020. – 49 p.

Kasmet Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, daug vyrų miršta nuo širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL). Širdies tyrimas svarbus siekiant užkirsti kelią mirtinoms širdies ir kraujagyslių ligoms. Žinių stoka apie ŠKL turi reikšmingos įtakos pacientų gyvenimo kokybei (GK), todėl labai svarbu supažindinti pacientus su ŠKL profilaktine programa, mokyti pacientus tinkamos gyvensenos. Daugelio širdies ir kraujagyslių ligų galima išvengti bei pailginti žmonių gyvenimą, o tam pirmiausia reikia perprasti ligos prigimtį, nustatyti, kokie rizikos veiksniai ją skatina.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti vyrų požiūrį į širdies ir kraujagyslių profilaktinę programą.

Tyrimo metodika. Atliktas kokybinis tyrimas, kokybinio tyrimo metodai. Naudoti instrumentai: pusiau struktūrizuotas interviu. Kokybinio tyrimo imtį sudarė 12 pacientų (jų amžius vidutiniškai siekia 45 metus). Dauguma respondentų turėjo profesinį/aukštesnįjį išsilavinimą, buvo samdomi darbuotojai. Keli respondentai buvo valdininkai ir turėjo aukštąjį išsilavinimą. Tyrimas atliktas laikantis tyrimų etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Nors tyrimas rodo, kad vis daugiau vyrų žino apie prevencinę ŠKL programą, tačiau dalyvavimas joje vis tiek išlieka mažas. Pacientai nepakankamai suvokia ankstyvosios diagnostikos reikšmę ir naudą jų sveikatai. Apibendrinus tyrimo duomenis matyti, jog paciento amžius ir socialinis statusas turi reikšmingos įtakos dalyvavimo aktyvumui prevencinėje programoje. Nustatyta, kad pacientai, kurie į gydymo įstaigas atvyksta dažnai daugiau žino apie ŠKL PP, o pacientai, kurie lankėsi gydymosi įstaigose prieš 10 metų, nelabai žino apie ŠKL PP. Absoliuti dauguma pacientų nurodė, kad nepaisant visų šeimos gydytojo bei SPC darbuotojų pastangų, pasigendama informacijos apie PP.

Lietuvos sveikatos sistemoje yra skiriamas nepakankamas dėmesys vyrų nedalyvavimo prevencinėse programose veiksnių analizei. Nėra aiškaus atsakymo dėl veiksnių, susijusių su nedalyvavimu prevencinėse programose, nes tyrimų rezultatai skirtingai interpretuojami.

Išvada. Pacientų ŠKL siejamos su netinkama gyvensena: nesveika mityba, antsvoriu, rūkymu, sumažėjusiu fiziniu aktyvumu bei padidėjusio arterinio kraujospūdžio ar cukriniu diabeto negydimu.

Reikšminiai žodžiai: mokymas, širdies kraujagyslių ligos (ŠKL), gyvenimo kokybė (GK), profilaktinė programa (PP).

SUMMARY

Korotkich I. Perceptions of 40-55 year old men in Klaipeda towards the cardio-vascular prevention programme. Master thesis for public health education programme. Tutor: prof. dr. Arnoldas Jurgutis. Klaipeda University: Klaipeda, 2020. – 49 p.

In Lithuania, as well as globally, a large number of men die from cardio-vascular diseases (CVDs) each year. It is important to conduct heart examination in order to prevent the deadly cardio-vascular diseases. The lack of knowledge on CVDs has a substantial impact on patients' quality of life (QL), therefore it is important to familiarise patients with CVD prevention programme and to educate them on appropriate lifestyle. A major share of cardio-vascular diseases could be avoided, which would increase life expectancy; therefore it is important to understand the origins of the disease and establish, which risk factors contribute to it.

The aim of the study is to analyse perceptions of men towards the cardio-vascular prevention programme.

Study Methods. A qualitative analysis was performed using qualitative study methodology. Instruments used: semi-structured interview. The sample of the qualitative study consisted of 12 patients (with their medium age being 45 years old). 10 respondents completed professional/post-secondary education and were employees. 2 respondents were managers and had a degree. The study was done based on principles of ethics.

Study results. Although the study shows that more men are aware of CVD programme, participation remains low. Patients are not completely aware of the importance of early diagnostics and its benefit for their health. Synthesis of the study results shows that patient's age and social status plays an important role in willingness to participate in the prevention programme. Results show that patients who access health care institutions often know about CVD prevention programme, while patients who last accessed health care 10 years ago are not well informed about the CVD prevention programme. Absolute majority of patients noted that despite the efforts of family doctors and health care centre workers, there is a lack of information about prevention programmes.

Lithuanian health system lacks attention towards the analysis of factors that contribute to the low rates of participation in prevention programmes among men. There is no clear answer in terms of factors that are associated with the lack of participation in prevention programmes, as results of analyses are interpreted inconsistently.

Conclusion. CVDs among patients are linked to unhealthy lifestyle: poor diet, overweight, smoking, lack of physical activity, as well as lack of treatment for high blood pressure and diabetes.
Key words: education, cardio-vascular diseases (CVD), quality of life (QL), prevention programme (PP)

SANTRUMPOS

DTL cholesterolis – „Gerasis“ cholesterolis, didelio tankio lipoproteinų cholesterolis

ES – Europos sąjunga

GK- Gyvenimo kokybė PAASPI – Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PP – Prevencinės programos

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

ŠKL – Širdies ir kraujagyslių ligos

SPC – Sveikatos priežiūros centras

VLK – Valstybinė ligonių kasa

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Pagrindiniai veiksniai, lemiantys vyrų sveikatos būklę	11
---	----

TURINYS

ĮVADAS	9
I. TEORINĖ DALIS	10
1.1. Vyrų elgesys.....	12
1.2. Supratimas apie savo sveikatą ir emocijų išraiška	14
1.3. Veiksniai nulemiantys vyrų elgesį ir savo sveikatos būklės suvokimą.....	16
1.4. Medicinos paslaugų teikimas	19
1.5. PSO strategijos ir rekomendacijos vyrų sveikatai palaikyti	21
1.6. Prevencinės programos Lietuvoje ir užsienio šalyse	23
1.6.1. Širdies ir kraujagyslių ligos	26
1.6.2. Širdies ir kraujagyslių susirgimų epidemiologija ir profilaktika	28
1.7. Pacientų informavimas.....	29
II. EMPIRINĖ DALIS	32
2.1. Tyrimo metodika	32
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	32
2.2.1. Tyrimo duomenų surinkimo metodas.....	32
2.2.2. Tyrimo duomenų apdorojimo metodas	35
2.2.3. Tyrimo imtis ir respondentai	36
2.2.4. Tyrimo procesas, eiga.....	36
2.2.5. Tyrimo etika.....	37
2.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas	37
III. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	42
IŠVADOS	44
REKOMENDACIJOS	45
LITERATŪRA	46
PRIEDAI	49

ĮVADAS

Širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė Lietuvoje vyrų ir moterų mirties priežastis. Lietuvoje nuo 2005 metų vykdoma širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa, kuri taikoma nuo 40 iki 55 metų vyrams ir nuo 55 iki 65 metų moterims, kuomet kartą per metus šeimos gydytojas nemokamai ištiria ir išaiškina, kokiai širdies ligų grupei pacientai priklauso, ir jei reikia, skiria individualų sveikatos kontrolės planą.

Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai yra skirstomi į dvi pagrindines grupes. Modifikuojami, kuriuos galima pakeisti, tai: padidėjęs kraujospūdis (hipertenzija), rūkymas, cukrinis diabetas, padidėjęs lipidų ir cholesterolio kiekis, antsvoris, judėjimo stoka, stresas, gausus alkoholio vartojimas ir nemodifikuojami: paveldėjimas, amžius bei lytis, kurių mes, deja nepakeisime.

Lietuvos sveikatos sistemoje yra skiriamas nepakankamas dėmesys vyrų nedalyvavimo prevencinėse programose veiksnių analizei. Nėra aiškaus atsakymo dėl veiksnių, susijusių su nedalyvavimu prevencinėse programose, nes tyrimų rezultatai skirtingai interpretuojami.

Lietuvoje buvo atlikta keletas tyrimų, susijusių su prevencinių programų įgyvendinimu. Atlikti vertinimai rodo atskirų prevencinių programų veiksmingumą, jų įgyvendinimo tikslingumą ir teigiamą poveikį asmens ir visuomenės sveikatai. Vienas iš prevencinių programų įgyvendinimo efektyvumo rodiklių yra tikslinių grupių dalyvavimas. Prevencinės programos šalyje įgyvendinamos jau kelerius metus, tačiau dalyvavimo jose apimtys išlieka žemos. Manoma, kad tai susieta su mažu informatyvumu, ypač vyrų tarpe, toliau daug rūko, vartoja alkoholį, miršta nuo įvairių ligų jauname amžiuje (PSO, 2018).

Svarbu supažindinti pacientus su ŠKL profilaktine programa, taip pat labai svarbu mokyti pacientus tinkamos gyvenenos, nes žinių stoka apie ŠKL turi reikšmės jų gyvenimo kokybei (GK). Daugelio širdies ir kraujagyslių ligų galima išvengti bei pailginti žmonių gyvenimą, o tam pirmiausia reikia perprasti ligos prigimtį, nustatyti, kokie rizikos veiksniai ją skatina.

TIKSLAS: Išanalizuoti vyrų požiūrį į širdies ir kraujagyslių profilaktinę programą.

UŽDAVINIAI:

1. Išanalizuoti, kaip yra informuojami vyrai apie vykdomas sveikatos profilaktines programas.
2. Išnagrinėti veiksnius, lemiančius mažą vyrų dalyvavimą PP.
3. Nustatyti, kaip kinta vyrų požiūris į sveikatos PP priklausomai nuo jų informuotumo dažnumo.

I. TEORINĖ DALIS

Turtingose ir išsivysčiusiuose šalyse su aukštu ekonominiu lygiu onkologiniai susirgimai, ŠKL bei kitos ligos, tampa sunki našta sveikatos apsaugos politikams. Tačiau šios ligos įgyja dar didesnį pagreitį. Sveikatos sistemai tampant vis pažangesne ir nuolat diegiant naujausias technologijas, pastebimai sumažėjo mirtingumas nuo infekcinių ligų, tačiau mirtingumas nuo neinfekcinių ligų iki šios dienos visame pasaulyje išlieka aukštas. Širdies ir kraujagyslių ligos (toliau – ŠKL) yra vienos iš pagrindinių moterų ir vyrų mirties priežasčių pasaulyje. ŠKL apima visą intervalą ligų, susijusių su kraujotakos sistemos ligomis, įskaitant išeminę širdies ligą (toliau - IŠL) ir galvos smegenų kraujotakos ligas. ŠKL ir kraujagyslių ligos yra Europos vyrų ir moterų mirties priežastis, neįgalumo ir pablogėjusios gyvenimo kokybės priežastis. 2018 m. nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė visų mirusiųjų (56,1 proc.), iš jų 48,1 proc. vyrai. Lietuvoje ŠKL mirtingumas nuo jų viršija Vakarų Europos ir Skandinavijos šalis. Daugelyje išsivysčiusių šalių pradėjus taikyti prevencines programas, mirtingumas nuo ŠKL gerokai sumažėjo.

Visuotinai pripažinta, kad prevencinių programų pagalba galima diagnozuoti ligas ankstyvoje stadijoje ir sėkmingiau jas gydyti. Tačiau šių programų efektyvumas tiesiogiai priklauso nuo to, kokia dalis populiacijos yra ištiriama. Norint efektyviai mažinti gyventojų mirtingumą prevencinių programų pagalba, rekomenduojama į patikrą įtraukti ne mažiau nei 80 proc. gyventojų (Šturienė ir kiti, 2017). Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje kasmet didėja gyventojų dalyvavimas prevencinėse programose. Bet atliekant įvairias apklausas ir tyrimus aiškėja, jog dauguma neturi pakankamai informacijos apie Lietuvoje vykdomas prevencines programas (Šturienė ir kiti, 2017), todėl nepasiekiamas maksimalaus gyventojų dalyvavimo tokiose programose. Dėl šios priežasties būtina imtis visų galimų priemonių sveikatos paslaugų prieinamumui ir informacijos sklaidai didinti.

Kaip rodo įvairūs tyrimai, moterys dažniau nei vyrai dalyvauja įvairiuose prevencinėse tyrimuose. Nepaisant, visų pasiekimų šiuolaikinėje medicinoje, vyrų sveikatai skiriama mažai dėmesio, egzistuoja tarsi motinos ir vaiko, moters medicina, bet ne vyrų. Jie lieka nuošalyje. Taip pat palyginus mažai atliekama tyrimų šiai problemai išnagrinėti.

Dabar apžvelkime, kokie pagrindiniai veiksniai nulemia vyrų sveikatą.

Lietuvoje vyrai miršta 10 metų anksčiau nei moterys (2018 m.). Šis rodiklis yra aukštesnis ne tik Europos šalyse ir JAV, bet ir kaimyninėse šalyse, Rusijoje ir Baltarusijoje. Visose šalyse vyrų mirtingumas aukštesnis nei moterų, išskyrus Alzheimerio ligą. Pavyzdžiui, mirštamumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų JAV tarp vyrų yra beveik 2 kartus didesnės nei tarp moterų, o nuo vėžio - 1,5 karto daugiau. Vyrai taip pat labiau nei moterys patiria rimtas lėtines ligas, todėl jaunesniame amžiuje

gauna invalidumą. Pavyzdžiui, žmonių amžiaus grupėje iki 65 metų maždaug trys iš keturių mirę nuo miokardo infarkto yra vyrai.

Tarptautinė statistika taip pat rodo, kad vyrai du kartus dažniau nei moterys kenčia nuo psichikos sutrikimų. Asocialus elgesys, narcisizmas, obsesinės būsenos, paranojiniai ir šizoidiniai sutrikimai yra daug dažnesni vyrams. Alkoholizmas, narkomanija bei kitos priklausomybės, seksualiniai sutrikimai taip pat yra būdingi vyrams. Yra duomenų, kad berniukai daugiau turi problemų su psichine sveikata, taip pat turi dėmesio bei elgesio sutrikimų (hiperaktyvumo sindromą), kalbos raidos sutrikimus bei autizmą. Nepaisant to, kad daug dėmesio skiriama moterų sveikatai, pastaruoju metu visame pasaulyje vis daugiau dėmesio skiriama vyrų sveikatai. Egzistuoja pagrindiniai skirtumai bei rizikos veiksniai vyrų ir moterų medicinos pagalbos poreikiai (Courtenay,2010). Sveikatos apsaugos sistema turi paisyti tuos skirtumus, taip pat biologinius, psichologinius, socialinius, ekonominius, elgesio veiksnius, kurie daro įtaką vyrų ir moterų sveikatai.

Literatūroje aprašomos 4 pagrindinės rizikos grupės, kurios daro įtaką vyrų sveikatai. Šie rizikos veiksniai yra:

1. Vyrų elgesys.
2. Vyrų nuomonė apie jų sveikatą ir emocijų išraiška.
3. Veiksniai, nulemiantys vyrų elgesį ir savo sveikatos būklės suvokimą.
4. Medicininės paslaugos (Courtenay, 2010).

1 lentelė. Pagrindiniai veiksniai, lemiantys vyrų sveikatos būklę

Vyrų elgesys	
1.	Požiūris į sveiką gyvenseną
2.	Rizikingas elgesys
3.	Fizinis smurtas
4.	Socialinė parama
5.	Atsakas (reakcija) į stresą
6.	Kreipimasis dėl medicinos pagalbos
Nuomonė apie savo sveikatą bei emocijų raišką	
7.	Savo sveikatos būklės įvertinimas
8.	Rizikos sveikatai suvokimas
9.	Konstitucija
10.	Savikontrolė
11.	Pasiruošimas keisti nesveiką gyvenimo būdą
12.	Vyriškumas

13.	Emocijų raiška
Veiksniai nulemiantys vyrų elgesį ir savo sveikatos būklės suvokimą	
14.	Biologija ir genetika
15.	Psichofiziologija
16.	Etninė priklausomybė
17.	Socialinė - ekonominė būklė
18.	Amžius
19.	Šeimyninė padėtis
20.	Profesiniai kenksmingumai
21.	Bedarbystė
22.	Laisvės atmetimas
23.	Visuomenės nuomonė apie vyriškumą ir daroma socialinė įtaka
24.	Žiniasklaida
25.	Medicinos žinios
Medicininės paslaugos	
26.	Medicinos paslaugų kaina
27.	Medicininės pagalbos prieinamumas
28.	Sveikatos apsaugos ir mokslo metodologijos poveikis
29.	Gydytojo - paciento komunikavimas
30.	Gydytojų klaidos lyties atžvilgiu

Šalt.: Семутенко, Чешик, и др., (2014).

1.1. Vyrų elgesys

Vyrų elgesys yra rimtas veiksnys, kuris nulemia aukštą mirtingumo lygį bei priešlaikinę mirtį. JAV mokslininkų duomenimis, maždaug pusė mirčių galima buvo išvengti vien pakeitus individo elgesį (Courtenay, 2000).

Įvairių šalių mokslininkų tyrimai rodo, kad vyrai ir berniukai pasirenka kur kas dažniau veiklas, kurie didina traumų, mirčių ir susirgimų riziką. Šiame skirsnyje apžvelgti šeši aspektai vyrų elgesio: požiūris į sveiką gyvenimo būdą, rizikingas elgesys, fizinė prievarta, socialinė parama, elgesio reakcija į stresą, kreipimosi į gydytoją.

Požiūris į sveiką gyvenimo būdą.

Reikia pripažinti, kad vyrai rečiau paiso sveikesnio gyvenimo būdo bei sveikatinimosi nei moterys. Tas skirtumas būdingas visoms tautybėms, rasėms ir amžiaus grupėms. Pavyzdžiui, vyrai dažniau turi viršsvorį, nei moterys, neracionaliai maitinasi, valgo daugiau mėsos, riebalų, druskos,

mažiau ląstelienos, daržovių bei vaisių. Vyrai rečiau tiria savo sveikatą, turi aukštesnį cholesterolio kiekį bei kraujospūdį. Rečiau naudojami priemonėmis nuo saulės, saugos diržais, rečiau vartoja vitaminus ir papildus, esant ligai, nepaiso paskirto režimo (Courtenay, 2000).

Rizikingas elgesys.

Lyginant su moterimis, vyrai dažniau rūko, vartoja alkoholį bei narkotines medžiagas. Pažeidžia kelių eismo taisykles, nesirūpina saugumu, vairuoja išgėrę, užsiima pavojingomis sveikatai sporto šakomis, taiko pavojingą vairavimo stilių, užsiima nusikalstama veikla. Toks elgesys turi neigiamų pasekmių ne tik patiems vyrams, bet ir jų šeimos nariams bei aplinkiniams (Krasnov, 2003).

Fizine prievarta.

Literatūros duomenimis daugiau traumų patiria vyrai ir berniukai. Žiaurų elgesį patiria 50 proc. daugiau berniukų negu mergaičių. Muštynių metu nukenčia du kartus daugiau vyrų negu moterų. Pagrindinis traumų šaltinis yra muštynės. Tačiau seksualinę prievartą moterys patiria 2 kartus dažniau nei vyrai. Vyrų savižudybės viena dažniausių mirties priežasčių. Vyrai žudosi nuo 6 iki 12 kartų dažniau nei moterys (Kann, 2008).

Socialinė parama.

Įvairių tyrimų rezultatai rodo, kad vyrai turi kur kas mažiau socialinių ryšių negu moterys. Ribotas socialinių ryšių kiekis mažina vyrų socialinę adaptaciją. Esant nelaimei ar streso metu, vyrai gauna mažiau pagalbos nei moterys. Tarp paauglių, jaunuoliai labiau pažeidžiami nei merginos. Vyrai su žemu socialinės paramos lygiu turi didesnę mirties riziką negu su aukštesniu. Socialinė izoliacija mažina išgyvenamumą po sunkių ligų, tokių kaip insultas, infarktas, vėžio. Vyrai su aukštesniu socialinės paramos lygiu sveiksta greičiau, tausoja savo sveikatą (Courtenay, 2000).

Elgesio atsakas į stresą.

Vyrai kur kas jautriau reaguoja į stresą. Jie dažniau nei moterys taiko nekontaktines elgesio strategijas: neigimą, susierzinimą, piktnaudžiavimą alkoholiu, rečiau pripažįsta, kad reikia pagalbos. Norėdami nuslėpti savo fizinius arba emocinius negalavimus, susergera depresija. Vengiant visuomenės pagalbos, jiems didėja ligų bei suicido rizika (Stanton, 2003).

Kreipimasis dėl medicinos pagalbos.

Epidemiologiniai tyrimai byloja, jog vyrai rečiau nei moterys kreipiasi dėl medicininės pagalbos į pirmines sveikatos priežiūros įstaigas, taipogi į gydytojus specialistus ir dėl ištyrimo ir dėl stacionarinės pagalbos. Kai kuriose amžiaus grupėse duomenys tarp vyrų ir moterų, kurie kreipėsi dėl medicininės pagalbos, skiriasi kelis kartus. Panašūs skirtumai tarp lyčių, besikreipiant medicininės pagalbos išlieka netgi išbraukus iš statistikos duomenis, moterys, kurios kreipiasi dėl medicininės pagalbos dėl nėštumo ir ginekologinių susirgimų. Pastebėta, kad sutuoktinės nėštumo metu, vyrai dar rečiau lankosi pas gydytojus. Šie skirtumai aktualūs ir dėl kreipimosi į gydytojus dėl psichiatrinės pagalbos. Kaip jau buvo minėta ankščiau, vyrams dažniau nei moterims pasireiškia

psichinių ligų požymiai. Tačiau, nepaisant padidėjusios rizikos, iš trijų žmonių, besikreipusių dėl psichologinės pagalbos, tik vienas iš jų vyras (Potapcik,2011).

Nepaisant to, kad genderiniai kreipimosi dėl medicinos pagalbos skirtumai pradeda nykti esant sunkiems susirgimams, įrodyta, kad vyrai iš esmės mažiau linkę kreiptis pagalbos, kai ji jiems tikrai reikalinga. Vienas iš keturių vyrų teigia, jog lauks iki paskutiniosios prieš pasikonsultuodamas su gydytoju, jei pajus negalavimą, skausmą ar bus sunerimęs dėl sveikatos būklės. Turėdami problemų dėl sveikatos vyrai daug rečiau nei moterys lankosi pas gydytojus, nepriklausomai nuo jų pajamų ar socialinės padėties. Dėl pavėluoto kreipimosi sunkėja susirgimų padariniai vyrų sveikatai, kadangi ankstyva diagnostika dažnai tampa lemiančiu veiksniu išvengiant ligos, ar net mirties (Courtenay,2000).

1.2. Supratimas apie savo sveikatą ir emocijų išraiška

Sveikatos būklei ir sveikam gyvenimo būdui reikšmingos įtakos turi paties asmens požiūris į savo sveikatą. Kadangi vyrai mažiau rūpinasi savo sveikata, tai turi neigiamų pasekmių jų gyvenimo kokybei bei gyvenimo trukmei. Remiantis tuo šiame skyriuje aptarta požiūrio į savo sveikatą rodikliai: savo sveikatos būklės įvertinimas, rizikos veiksnių poveikio suvokimas, kūno konstitucija, savikontrolė, pasiryžimas keisti žalingą sveikatai elgseną, vyriškumas. Taip pat įvertintas ryšys tarp emocijų reiškimo ir vyrų sveikatos (Coutnenay, 2000).

Savo sveikatos būklės įvertinimas.

Neatsižvelgdami į padidėjusią riziką ir rimtus lėtinius susirgimus absoliuti dauguma vyrų kaip Lietuvoje, taip ir pasaulyje, įvertina savo sveikatą kaip "puiki" ar "labai gera" ir įvertina ją geriau nei tai daro moterys. Vyrų rečiau nei moterys, skundžiasi fizinių ar psichinių ligų simptomais.

Manoma, kad ligos simptomų atpažinimas ir sveikatai netinkamas gyvenimo būdas yra tikri vyrų sveikatos rizikos veiksniai, tačiau taip yra ne visada. Vyrų tikrai rečiau prisipažįsta, kad serga, linkę ignoruoti esamos ligos simptomus, tačiau nepaisant to, kad fiziologinis atsakas į stresą pas vyrus stipresnis nei pas moteris, vyrai rečiau nerimauja dėl ligų. Savidiagnostikos atveju, kai vyrai nustato sau tam tikrą ligą, yra labai mažai. Vyrų, kurie laiko save visiškai sveikais, ir tie, kurie linkę nutylėti bei neįvertina savo rizikingo elgesio pasekmių, rečiau kreipiasi į gydytojus. Tokiu būdu prarasdami šansą į sėkmingą diagnostiką, konsultaciją bei išsigydyimą (Courtenay,2000).

Rizikos suvokimas.

Vyrų rečiau nei moterys suvokia riziką savo sveikatai. Vyrų daugiau rūko, vartoja alkoholį bei narkotines medžiagas, tačiau rizikos šiuose veiksmuose savo sveikatai jie neįžvelgia. Kaip rodo

tyrimai, 3 iš 4 vyrų, nebijo AIDS arba lytiškai plintančių ligų. Mano, kad jiems tai negresia (Courtenay, 2001).

Konstitucija.

Vyrų fizinei bei psichinei sveikatai labai svarbu jų kūnas ir kūno masė. Mokslininkai, nagrinėjantys mitybos sutrikimus, atkreipė dėmesį į tai, kad noras suliesėti būdingas labiau moterims, o vyrai norėtų save matyti kur kas stambesniais. Kaip pažymi mokslininkai, 1 iš 4 vyrai su normaliu svoriu, mano kad jam trūksta svorio, tačiau, vyrai su viršsvoriu mano, kad jie turintys normalų kūno svorį. Buvo nustatyta, kad berniukai norintys turėti raumeningą kūną bei didesnę kūno masę, neretai turi psichosocialių problemų (McCreary, 2001).

Savikontrolė.

Vyrai labiau nei moterys tiki, kad sveikata yra jų norų objektas. Vien panorėjus atsikratyti ligos, jiems neva tai lengvai pavyks. Panaši situacija su rūkymu bei nesaikingu alkoholiu vartojimu, rizikingu vairavimu, viršsvoriu, sveikatos profilaktiniu patikrinimu, sveiku gyvenimo būdu, tačiau tą padaryti nėra taip paprasta (Courtenay, 2000).

Pasirengimas keisti nesveiką elgesį.

Daugelis mokslinių tyrimų rodo, kad vyrai ir moterys vienodai pasirengę keisti nesveiką elgesį, tačiau moterys dažniau susimąsto apie sveiką gyvenimo būdą arba jau keičia savo elgesį. Tuo tarpu, vyrai nelinkę lengvai atsikratyti žalingų įpročių, net gi abejoja sveiko gyvenimo būdo nauda sveikatai (Weinstock, 2000).

Vyriškumas.

Vyriškoji giminė labiau susijusi su sveikatos rizikos veiksniais. Tradiciškai arba stereotipiškai mąstantys vyrai, rečiau kreipiasi į gydytojus, manantys, kad jie neturi problemų su sveikata, tokiu būdu prarasdami galimybę išsaugoti savo sveikatą, pasinaudodami pirminės profilaktikos priemonėmis (American Psychiatric Association, 2007). Tačiau, nepaisant to, kad tradiciškai vyriškumas susietas su rizikingu elgesiu, egzistuoja tipinės vyriškos charakteristikos: veržlumas, sugebėjimas veikti nepriklausomai, ryžtingumas. Visos tos charakteristikos padeda greičiau sveikti po onkologinių susirgimų bei kitų susirgimų.

Emocijų raiška

Emocijos labiau būdingos moterims. Jos dažniau ekspresyviai rodo savo emocijas nei vyrai. Išimtis: pyktis, vyrai rečiau reiškia baimę ir psichologinius išgyvenimus, rečiau verkia, vyriškas neekspresyvumas daro įtaką tiesiogiai ir netiesiogiai jų sveikatai. Psichologai pastebi, kad nevaržantis bendravimas, išsipasakojimas teigiamai veikia mūsų imuninę sistemą, tačiau vyrams nebūdingas toks elgesys. Atvirkščiai, neparodo noro apskritai kalbėti apie savo sveikatą, ypatingai apie širdies ir kraujagyslių ligas. O tai yra pagrindinė mirtingumo priežastis. Taip pat buvo pastebėta, kad vyrai nelinkę aptarinėti savo sveikatą, skausmą bei fizinį negalavimą.

Lyginant su moterimis, vyrai lengviau pakelia skausmą, jiems skausmo stiprumas yra mažesnis. Taip pat buvo pastebėta, kad vyrai daugiau linkę bendrauti su gydytoju - vyru, negu su gydytoja - moterimi, ypač jei nusiskundimai susieti su reprodukcinė sveikata (Courtenay, 2002).

Nenoras pripažinti sveikatos problemas, sunkina tolimesnį gydymą bei prognozę.

1.3. Veiksniai nulemiantys vyrų elgesį ir savo sveikatos būklės suvokimą

Vyrų sveikata priklauso nuo jų elgesio bei požiūrio apskritai. Šiame skirsnyje nagrinėjama, kaip vyrų sveikatą veikia tokie veiksniai, kaip biologija ir genetika, psichofiziologija, etninė priklausomybė, socioekonominė padėtis, amžius, šeimyninė padėtis, profesinės grėsmės, bedarbystė, laisvės atėmimas, visuomenės nuomonė apie vyriškumą ir daroma socialinė įtaka, žiniasklaida bei medicinos žinios.

Biologija ir genetika.

Vyriškoji lytis jau savaime yra rizikos daugelio ligų atsiradimo veiksnys. Anot sociologinių tyrimų, berniukų gimsta daugiau nei mergaičių. Bet moterų gyvenimo trukmė yra ilgesnė. Kai kurie mokslininkai vyrų širdies išeminę ligą sieja su nepakankamu estrogenų kiekiu, žemu kiekiu didelio tankio lipoproteidais lyginant su moterimis. Analogiškai, monoaminoksidazė, neiroregulatoriai, tokie kaip androgenai, kortozolis, nulemia vyrų norą ieškoti stiprių emocijų bei išbandymų, o tai sąlygoja rizikingą elgesį, seksualinį aktyvumą, alkoholio vartojimą, narkomaniją, rūkymą, taip pat polinkį užsiimti rizikingomis sporto šakomis ir kriminaline veikla, o žemas serotonino kiekis siejamas su agresyvumu, tačiau, biologiniai veiksniai turi nedaug įtakos sergamumo bei mirtingumo rodikliuose (Courtenay, 2002).

Genetiniai veiksniai turi reikšmingos įtakos rizikos ligų atsiradimui, ypač jei šeimos ligų anamnezėje buvo tam tikrų susirgimų, pvz: prostatos vėžys.

Psichofiziologija.

Manoma, kad psichofiziologinės reakcijos į stresą (katecholamino išsiskyrimo padidėjimas, širdies susitraukimo dažnis ir akispūdžio padidėjimas) yra tiesiogiai siejamos su išeminės ligos atsiradimo rizika. Kai kurie mokslininkai pažymi, kad vyrai lyginat su moterimis sunkiau kovoja su stresu, o tai galimai, didina IŠL riziką. Vegetacinės nervų sistemos aktyvacija, širdies ir kraujagyslių sistemos reakcija didina širdies išeminės ligos atsiradimo tikimybę. Stresas apskritai neigiamai veikia mūsų imuninę sistemą, nepaisant to, kad yra glaudus ryšys tarp psichofiziologinių reakcijų į stresą, sudėtinga arba praktiškai neįmanoma pakeisti organizmo reakcijas. Galima tik pakeisti elgesio rizikos veiksnius, kurie stimuliuoja šias reakcijas (Rosano, 2000).

Etniškumas.

Lietuvoje bei kaimyninėse šalyse visi svarbūs rodikliai daugmaž vienodi. Literatūros duomenimis, egzistuoja skirtumas tik tarp afroamerikiečių ir baltaodžių amerikiečių. Afroamerikiečiai - vyrai miršta 7 metais anksčiau (Courtenay, 2002).

Socialinė ekonominė padėtis.

Daugelis tyrimų įrodė, kad yra ryšys tarp sveikatos ir socialinės padėties. Vyrai, gyvenantys nepalankiose sveikatai sąlygose, neturintys savo būsto, dažniau yra įtraukti į nusikalstamą veiklą, nepakankamai informuoti apie medicininės paslaugas, patiria daugiau streso. Tačiau ne visada sveikata priklauso nuo turimų finansinių galimybių. Literatūros duomenimis, JAV bei kitose Europos šalyse sveikatos būklė skiriasi tarp vargingai gyvenančių žmonių ir pakankamai turtingų. Bet pakeitus jų socialinę ekonominę padėtį, paprastai žmonių sveikata gerėja (Lasyj, 2011).

Amžius.

JAV statistiniais duomenimis didžiausia genderine disproporcija mirtingumo rodikliuose stebima 15-25 metų amžiaus grupėje. Šioje amžiaus grupėje trys iš keturių mirties atvejų - vyrų mirtys. Vyrų lyties paaugliai 174 procentais dažniau yra fiziškai traumuojami ir daug dažniau yra hospitalizuojami dėl sunkių traumų, nei moteriškos lyties paaugliai. Mirtinos traumos (nelaimingi atsitikimai, žmogžudystės, savižudybės) sudaro apie 75 procentus mirties atvejų šioje amžiaus kategorijoje, o trys iš keturių tokių mirties atvejų - vyrai.

Socialinė ir ekonominė padėtis.

Jauni vyrai daug dažniau nei moterys yra veikiami įvairių gamyboje kylančių pavojų. Vyrų lyties paaugliai taipogi daug dažniau užsikrečia lytiškai plintančiomis ligomis. Daugumos šių susirgimų ir mirties priežasčių galima būtų išvengti. Jie yra rizikingo elgesio ir nenoro laikytis sveikos gyvensenos padarinys. Vyrų lyties atstovai, pavyzdžiui, rūkyti, vartoti alkoholį ir narkotikus pradeda daug jaunesniame amžiuje, nei paauglės merginos. Narkomanijos ir toksikomanijos atvejai dažnesni tarp vyrų lyties atstovų, be to, rizikingas elgesys paauglystėje dažnai tampa ligų, traumų ir mirčių priežastimi jau pasiekus brandų amžių (Semutenko, 2014).

Šeimyninė padėtis.

Šeimyninė padėtis yra svarbus sveikatą veikiantis veiksnys. Nevedę, našliai ir išsiskyrę vyrai lyginat su šeimoje gyvenančiais vyrais yra labiau pažeidžiami. Nevedę vyrai taip pat rečiau laikosi sveikos gyvensenos. Pavyzdžiui, daug dažniau rūko ir vartoja alkoholinių gėrimų, valgo mažiau daržovių ir vaisių. Rečiau kreipiasi į gydytojus, rečiau matuoja arterinį kraujo spaudimą, jie dažniau linkę į savižudības. Taip pat yra duomenų, kad laiminga santuoka teigiamai veikia ilgaamžiškumą (Courtenay, 2002).

Be to, neseniai gauti įrodymai, jog mirtingumo (ir kitų rizikos veiksnių, susijusių su nesusituokusia vyro padėtimi) koreliacija aukštesnė tarp vyrų nei tarp moterų.

Profesinės grėsmės.

Vyrų pasirinktos profesijos dažniau būna pavojingos. Transportas, energetika, apdirbimo pramonė, statybos – tai veikla, kurioje didžiausi mirties atvejų ir traumų rodikliai, o visose srityse darbo jėga dažniausiai yra vyrai. Absoliuti dauguma žuvusių atliekant pareigą tarp dirbančių policijoje ir gelbėjimo tarnybose yra vyrai. Visgi, traumos - tik viena iš profesinių susirgimų ir mirtingumo priežasčių. JAV maždaug 32 milijonai darbuotojų yra veikiami vieno ar kelių pavojingų cheminių junginių savo darbo vietose. Štai penkios profesijos, kur pastebimas didžiausias skaičius dirbančiųjų, veikiamų cheminių medžiagų - statyba, žemės ūkis, cheminė pramonė, naftos, perdirbimo pramonė, miškų ūkis, visa tai veiklos, kur vyrauja vyriškos lyties darbuotojai (Семутенко, Чешик, и др., 2014).

Bedarbystė.

Bedarbystė neigiamai veikia sveikatos būklę. Yra įrodymų, kad vyrams šis veiksnys turi stipresnę neigiamą poveikį nei moterims. Ryšys tarp bedarbystės ir psichologinių problemų daug stipresnis vyrams nei moterims. Savižudybės, susijusios su bedarbyste ir ekonominių krizių periodais daug dažnesnis tarp vyrų, nei moterų. Kelių tyrimų, atliktų jaunimo grupėse metu buvo nustatyta, kad bedarbystė ar žemas darbo užmokestis yra rizikos veiksnys skatinantis vyrus labiau nei moteris dažniau piktnaudžiauti alkoholiu, rūkyti, vartoti narkotikus, skatina savižudybes (Courtenay, 2002).

Laisvės atėmimas.

Daugiau nei 6 tūkst. žmonių Lietuvoje yra valstybinėse pataisos įstaigose, iš kurių 6181 tūkst. vyrų ir tik 304 moterys (Eurostat, 2018). Įkalinieji tampa tuberkuliozės, hepatito ir ŽIV rizikos grupe. Sergamumas AIDS bei hepatitu C kalėjimuose daug kartų didesnis nei bendroje populiacijoje. Savižudybių atvejai taip pat dažnesni. Beveik visi savižudybių įkalinimo įstaigose atvejai - vyrai. Kiti padidintos rizikos sveikatai veiksniai kalėjimuose yra smurtas, prasta įkalinimo įstaigų sveikatos priežiūra. Literatūros duomenimis, Rusijoje nepaisant to, kad moterų yra statistiškai daugiau nei vyrų, vyrai į kalėjimą patenka 10-12 kartų dažniau (Семутенко, Чешик, и др., 2014)

Visuomenės nuomonė apie vyriškumą ir daroma socialinė įtaka.

Vyrai visose kultūrose yra stiprūs, sveiki, nepriklausomi, pasitikintis savimi. Vyrai ir berniukai patiria socialinį spaudimą, nes visuomenė nori matyti būtent šias savybes, netgi reikalauja. Visuomenė nelinkusi matyti silpnumo akimirku, berniukai dažniau nei mergaitės kenčia nuo patyčių. Juos dažniau baudžia griežčiau nei mergaites. Visuomenėje vyrauja nuomonė, kad vyrai negali reikšti skausmo bei prašyti pagalbos (Courtenay, 2000). Dažnai aplinka, kurioje gyvena, dirba ir žaidžia berniukai, skatina nesveiką vyriškumo pasireiškimą. Pavyzdžiui, kai kuriuose vyriško sporto šakose agresija, rizikingas elgesys, skausmas, toleruoti ir netgi skatinami. Tėvai skirtingai auklėja berniukus ir mergaites. Paprastai, berniukams skiriama mažiau dėmesio, nes neva augina tikrą vyrą. Su berniukais elgiamasi griežčiau nei su mergaitėmis. Šeimoje tėvai berniukams mažiau rodo šilumos bei rūpesčio. Berniukai dažniau patiria fizinę prievartą namuose ir visuomenėje. Tokiu būdu šeimoje

jie jaučiasi atstumti, su laiku tas atstumas tik auga. Paauglystės laikotarpiu vaikai vienodai reaguoja į netinkamą tėvų elgesį. Tačiau, kaip buvo minėta anksčiau, vyrai - berniukai jautriau reaguoja ir užsisklendžia savyje.

Masinės informacijos priemonės ir žiniasklaida.

Pastaruoju metu buvo atlikta nemažai tyrimų masinės informacijos priemonių srityje. Pastebėta, kad skiriasi požiūris į vyrų ir moterų sveikatą bei gyvenimo būdą. Pavyzdžiui, vyrus su viršsvoriu per televiziją rodo 3 kartus dažniau nei moteris su tokia pat problema. Rūko vyrai ekrane 7 kartus dažniau nei moterys. Vyrai aktoriai vaidina vaidmenis susietus su rūkymu bei alkoholio vartojimu trečdaliu daugiau nei moterys. O tai savo ruožtu didina rizikingo elgesio tikimybę - 60 % berniukų dažniau nei mergaitės rodo fizinę agresiją. Buvo nustatyta, kad yra ryšys tarp matyto smurto per televiziją ir agresyvaus elgesio realiame gyvenime. Visa tai neigiamai veikia mūsų sveikatą. Per televiziją rodomas alkoholinių gėrimų vartojimas skatina teigiamą požiūrį į šių gėrimų vartojimą. Taip pat užsienio autorių tyrimai rodo, kad yra tikimybė, jog agresyvaus elgesio demonstravimas per filmus ir animacinius filmukus vaikams, ateityje skatins dažniau elgtis agresyviai jau suaugus. Reklamoje dažniausiai rodomi rūkantys bei vartojantys alkoholį vyrai. Tokiu būdu skatinamas nesveikas gyvenimo būdas (Courtenay, 2002).

Medicinos žinios.

Tyrimai rodo, kad vyrai turi mažiau žinių apie sveikatą, apie ligas ir rizikos veiksnius, apie saulės žalingą poveikį, o taip pat mažiau paiso gydytojų rekomendacijų, nesidomi racionalios mitybos klausimais. Ir nors egzistuoja specialių programų, tačiau vis dar susiduriama su vyrų sveikatos mokymų trūkumu. Tuo tarpu, moterims tokių programų yra kur kas daugiau (Семутенко, Чешик, и др., 2014).

1.4. Medicinos paslaugų teikimas

Šiame skirsnyje aptariami medicinos aptarnavimo aspektai, tokie kaip paslaugų kaina, medicinos paslaugų prieinamumas, sveikatos apsaugos ir mokslo metodologijos poveikis, gydytojo – paciento komunikavimas, gydytojų klaidos lyties atžvilgiu.

Kaina.

Medicinos paslaugų kaina turi lemiamą vaidmenį jų pasirinkimui. Lietuvoje draustiems pacientams medicinos paslaugos teikiamos nemokamai, tačiau yra brangesnių diagnostikos priemonių bei tyrimų už kurias pagal įstatymą pacientas turi sumokėti.

Tačiau vyrai už medicinos paslaugas yra linkę mokėti mažiau nei moterys. Tai ypač akivaizdu odontologijos srityje. Vyrai nesuteikia svarbos reabilitacinėms paslaugoms, sanatoriniam gydymui net jei yra po sunkios ligos ar traumų.

Medicinos paslaugos prieinamumas.

Dažnai vyrai mano, kad gauti kokybišką medicinos paslauga yra sudėtinga. Vienas iš trijų vyrų reguliariai nesilanko sveikatos priežiūros įstaigose, o tik epizodiškai. Kaimo gyventojai vyrai lyginant su miesto dar rečiau lankosi pas gydytojus.

Sveikatos apsaugos ir mokslo metodologijos poveikis.

Stereotipiškai sveikatos apsaugos sistemoje į vyrą žiūrima kaip iš esmės sveiką, sveikatos problemų neturintį individą. Istoriskai buvo skatinamas didesnis dėmesys moterų nei vyrų sveikatai. XX amžiuje daugelis tyrimų onkologijos srityje buvo nukreipti į moterų sveikatą. Daugelio mokslinių tyrimų vertinimo metuose nebuvo atsižvelgta į reikšmingus faktorius tokius kaip miego trukmė ar kreipimasis medicininės pagalbos, nors vertinant moterų sveikatą į tuos pačius faktorius tyrimuose buvo atsižvelgiama jau senai (Courtenay, 2002).

Gydytojų klaidos lyties atžvilgiu.

Pastebėta, kad gydytojai vyrų atžvilgiu daro dažnesnes genderines klaidas. Pavyzdžiui, depresija yra du kartus dažniau diagnozuojama moterims nei vyrams. Yra nuomonė, kad depresija serga tik moterys, dėl to vyrams neteisingai diagnozuojama depresija ir nekorektiškai gydoma (Courtenay, 2002). Panaši situacija susiklosčiusi ir su medikamentų bei psichotropinių vaistų skyrimu vyrams – jų išrašoma mažiau, nes vyrai rečiau kreipiasi į medikus.

Gydytojo - paciento komunikavimas.

Apsilankymo metu gydytojai mažiau skiria laiko vyrams nei moterims. Be to, jiems skiriama mažiau vaistų ir procedūrų. Paprastai gydytojai vyrams lyginant su moterimis mažiau suteikiama informacijos apie jų sveikatos būklę. Nepaisant to, kad vyrams būdingas rizikingas elgesys ir jie rečiau laikosi sveikos gyvensenos, apsilankymo pas gydytoją metu, gydytojai rečiau linkę kalbėti su vyrais apie gyvenimo būdo pokyčius. Taip pat vyrai rečiau mokomi savęs ištyrimo metodikų. Pavyzdžiui, JAV tik 10 procentų gydytojų kalba apie būtinybę savičiuopos dėl sėklidžių vėžio. Tuo tarpu, daugelyje šalių moterys jau senai mokomi savičiuopos metodo, siekiant išvengti krūties vėžio (Courtenay, 2002).

Šiame skyriuje aptarti veiksniai, darantys įtaką vyrų sveikatai. Šių opijų klausimų apžvalga gali turėti praktinį panaudojimą vyrų sveikatos moksliniuose tyrimuose. Siekiant pagerinti vyrų sveikatą, reikalingas kompleksinis požiūris į jo sveikatą bei su rizikomis susijusių ligų prevencijos taikymą ne tik medicinos, bet taip pat ir socialinėje, kultūrinėje srityse.

Išvardinti rizikos veiksniai vyrams didina tikimybę susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, gali tapti ankstyvosios mirties priežastimi. Mirtingumas nuo šių ligų pirmauja visose šalyse. Medicinos

paslaugų vengimas bei žinių stoka, savo nesveikos būklės neigimas taip pat neigiamai veikia vyrų sveikatą. Nuo pat mažens reikia ugdyti sveiką gyvenimo būdą, stengtis ne tik suteikti medicinos pagalbą, bet ir padėti vyrams spręsti jų psichologines problemas. Medikams ir kitų profesijų atstovams taikyti holistinį požiūrį. Tai akcentuojama PSO dokumentuose.

1.5. PSO strategijos ir rekomendacijos vyrų sveikatai palaikyti

Pagal PSO rekomendacijas, įvairių šalių sveikatos apsaugos sistemos turi vystytis ir prisitaikyti prie dabartinės besikeičiančios aplinkos. Dabartiniai pokyčiai visuomenėje reikalauja naujų idėjų. Pavyzdžiui, ES šalyse žmonės ėmė ilgiau gyventi, todėl tapo labiau pažeidžiami įvairių sunkiai pagydomų ligų tokių kaip tuberkuliozė, invalidumo bei lėtinių neinfekcinių ligų. Visi šie pokyčiai kelia nemenkus iššūkius sveikatos apsaugos sistemai: teikiama pagalba turi būti prevencinio pobūdžio. Turi būti prieinama visiems gyventojų sluoksniams, ilgalaikių ryšių užmezgimui tarp paslaugų teikėjų ir paslaugų gavėjų, o ne būti trumpalaikio ir situacinio pobūdžio. Sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą, jo poreikius, susilaukia daug dėmesio daugelyje išsivysčiusių pasaulio šalių. Ji taip pat tampa vis svarbesnė sveikatos reformos tendencija Lietuvoje. Pasaulinė Sveikatos Organizacija (PSO) išskiria šios sveikatos priežiūros sistemos tikslus (Sveikata XXI amžiuje):

- visuomenės, kuriai jos tarnauja, sveikatos gerinimas;
- atsakas į visuomenės lūkesčius;
- finansinės apsaugos teikimas nesveikatos atveju.

Atsakas į visuomenės lūkesčius suprantamas ne kaip rodiklis, parodantis kaip sistema atsako į sveikatos poreikius, ką atspindi sveikatos rezultatai, bet kaip sistema veikia atsakydama į reliatyviai nesusijusius su sveikata poreikius, atsakydama ar neatsakydama į paciento lūkesčius. Svarbu yra tai, kad visuomenės poreikių vertinimas ir pastangos juos įgyvendinti pripažinti lygiaverčiu sistemos funkcionavimo rodikliu su visuotinai priimtinu sveikatos gerinimu, apimančiu prevencijos, gydymo bei sveikatos priežiūros aspektus. Visuotinai pripažinta, kad kaip tik pacientai turi vertinti, ar sistema orientuota į jų poreikius, o pacientų lūkesčių pateisinimas PSO pripažintas vienu iš reikšmingų sistemos funkcionavimo rodikliu. Orientacija į paciento poreikius reiškia, kad pirmiausia jo poreikiai, prioritetai turi būti išsiaiškinti, įvertinti bei įgyvendinti (Kudukytė-Gasperė, 2014).

Kitos tendencijos į kurias sveikatos apsaugos sistemos paslaugų tiekėjai turi atkreipti dėmesį – tai visuomenės lūkesčiai, kokybės, saugumo bei žmonių informuotumas dėl jų sveikatos bei sveikatos teisės, taip pat bendras raštingumas sveikatos atžvilgiu.

Kaip papildomi stimulai yra genderiniai skirtumai, besikeičiantis gyvenimo būdas, rizikingo elgesio veiksniai, taip pat nauji, susieti su aplinka veiksniai, ir didėjančia paslaugų paklausa.

2018 m rugsėjį Romoje vykusioje PSO sesijoje įvairių šalių sveikatos apsaugos atstovai pažymėjo, kad Europos Sąjungos gyventojų sveikata gerėja, tačiau vyrų mirtingumas tebėra gana aukštas ir tai sąlygoja ne vien tik biologiniai veiksniai, kaip buvo manyta anksčiau. Šios sesijos metu buvo priimta vyrų sveikatos palaikymo strategija. Nepaisant to, kad mirtingumas nuo lėtinių neinfekcinių ligų mažėja, kaip teigia kai kurių šalių mokslininkai, vyrai kenčia nuo įvairių ligų, traumų, miršta jauname amžiuje taip pat nesulaukia kokybiškos medicinos pagalbos. Vyrų sveikatos rodikliai įvairiose šalyse skiriasi, vidutinė gyvenimo trukmė svyruoja nuo 61 iki 81 m. Vyrų mirtingumas nuo lėtinių neinfekcinių ligų Rytų Europoje nuo Vakarų Europos šalių skiriasi maždaug 13 proc. O priešlaikinės mirties atvejų nuo lėtinių neinfekcinių ligų tikimybė skiriasi net 8 kartus. Maždaug 86 proc. visų mirčių susieta su lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis ir traumomis, kurios sužaloja vyrus jauname amžiuje.

Rytų Europos regione 37 proc. visų vyrų mirčių tenka iki 60 metų amžiaus, Vakarų Europoje apie 13 proc. Pagrindinė mirties priežastis tarp 30-59 m. vyrų yra ŠKL, vėžys, cukrinis diabetas ir respiratoriniai susirgimai. Apie 75 proc. žuvusių autoįvykių metu - vyrai iki 25 metų amžiaus.

Įvairių šalių mokslininkai seniai domisi vyrų sveikata. Kaip buvo analizuota anksčiau, skirtumus tarp vyrų ir moterų sveikatos lemia tik biologiniai veiksniai. PSO atstovai naujame 2018 rugsėjo 24 dienos pranešime nagrinėjo šią opią problemą visai kitu kampu. Anot mokslininkų, svarbų vaidmenį turi socialinės normos ir su jomis susieti lūkesčiai. Taip pat vyrai lyginant su moterimis, daugiau rūko, vartoja alkoholinius gėrimus, nepaiso sveikos gyvensenos, dalyvauja nusikalstamoje veikloje. 2016 m Europos regione nuo rūkymo mirė apie milijoną vyrų. Vakarų Europoje vyrų mirtingumo priežastis tai nesaikingas alkoholio bei narkotinių medžiagų vartojimas, bei jo pasekmės, tai sudaro apie 24 proc. prarastų gyvenimo metų.

Centrinėje Azijoje pagrindinis rizikos veiksnys yra nesveika mityba, tai sudaro 17 proc. prarastų gyvenimo metų.

Šią opią problemą gilina ir tai, kad vyrai rečiau kreipiasi dėl medicinos pagalbos taip pat ir dėl psichinių sutrikimų. Statistiniais duomenimis vyrai žudosi 5 kartus dažniau nei moterys. Nors visi anksčiau minėti veiksniai seniai žinomi, tačiau klausimas, kaip pagerinti vyrų sveikatą, iki šiol yra atviras.

Vykusios sesijos metu taip pat buvo iškeltas klausimas, kodėl iki šiol Sveikatos apsaugos organizacijos neteikia visokeriopos pagalbos vyrams, nepaisant visų pastangų, vyrai ir toliau daug rūko, vartoja alkoholį, miršta nuo įvairių ligų jauname amžiuje (PSO, 2018).

Remiantis pagrindiniu dokumentu - Sveikata 2020 buvo kuriamas veiksmų planas. Išskirti pagrindiniai principai:

- Visose šalyse pašalinti diskriminaciją dėl lyties, amžiaus, rasės, tautybės sveikatos priežiūros srityje, mažinti sveikatos netolygumus dėl socialinės padėties, lyties ar geografinės padėties. Realizuoti teisę į sveikatą kiekvienam žmogui visose šalyse.
- Gerinti visų visuomenės narių sveikatą.
- Mažinti vyrų mirtingumą jauname amžiuje, didinti jų vidutinę gyvenimo trukmę.
- Stebėti visus vyrų gyvenimo etapus, teikti ne tik medicininę, bet ir socialinę bei psichologinę pagalbą.
- Taikyti tarp sektorinį bendradarbiavimą, siekiant užtikrinti ir gerinti vyrų sveikatą.
- Pasitelkus visuomenės sveikatos arsenalą stiprinti vyrų sveikatą.
- Stengtis įtraukti vyrus į savo sveikatos gerinimą.
- Skatinti atsakomybę už savo sveikatą.

Strategijos uždaviniai susieti su Sveikata 2020 uždaviniais:

- Mažinti ankstyvą mirtingumą nuo lėtinių neinfekcinių susirgimų bei traumų.
- Skatinti sveiką gyvenimo būdą, plėtojant žalingų įpročių prevenciją.
- Visų vyrų sveikatos rodiklių gerinimas, mažinant sveikatos netolygumus įvairiose šalyse.
- Didinti lyčių lygybę.
- Skatinti vyrų atsakomybę už savo sveikatą.
- Tinkamai rodyti tėvystės pareigas, teikti tėvystės atostogas.
- Užkirsti kelią smurtui.
- Reproduktyvios sveikatos gerinimas.
- Pritaikyti sveikatos sistemą ne tik prie moterų poreikių, bet ir prie vyrų.

1.6. Prevencinės programos Lietuvoje ir užsienio šalyse

Daugelyje šalių egzistuoja didžiulė atskirtis tarp profilaktinės priežiūros rekomendacijų ir profilaktikos taikymo praktikoje. Daugybė priežasčių lemia per mažą profilaktinės medicinos taikymą praktikoje. Išskiriama keletas priežasčių tokių kaip gydytojo barjerai: žinių ir konsultavimo įgūdžių trūkumas, neįvertinama profilaktinės priežiūros reikšmė, nepakankamas apmokėjimas už profilaktinę priežiūrą, nėra vienodų profilaktinės priežiūros rekomendacijų, laiko trūkumas, išankstinis nusistatymas, kad pacientas greičiausiai nesilaikys rekomendacijų, gydytojo asmenybės charakteristikos bei požiūris. Pagrindiniai barjerai darantys įtaką prevencinėms programoms tarp pacientų ir sveikatos apsaugos sistemos: mažas informuotumas, abejingumas gydytojais nustatant diagnozę, diskomfortas, nenoras keisti gyvenimo būdą, tam tikros gyvenimo normos, gyventojų neapsidraudimas PSDF, nepakankamos lėšos už profilaktiką, dokumentacijų problemos, gyventojų

migracija šalies viduje, nepakankamai sutvarkyti informacijos šaltiniai. Gydytojų vykdoma profilaktinė priežiūra priklauso ir nuo pačio gydytojo gyvenimo būdo pasirinkimo. Pacientų lytis, gaunamos pajamos taip pat turi įtakos profilaktinių priemonių pasirinkimui ir skyrimui. Daugelyje šalių trūksta informacijos apie prevencines programas, jų reikalingumą ir naudą. Neigiamą įtaką turi klaidingas požiūris apie profilaktinę sveikatos priežiūrą. Dauguma žmonių mano, kad kuo brangesnis ir didesnis atliekamų tyrimų skaičius, tuo profilaktika yra geresnė. Tiek Lietuvos, tiek užsienio šalių gyventojai, mano, kad sergamumą lemia šios neigiamos priežastys: ilgalaikis ir nuolatinis stresas bei įtampa, gyvenimo sąlygos, žalingi įpročiai, mažas aktyvumas, per didelis svoris (Šukytė, 2017).

Profilaktikos patikrinimams ir gyvenimo būdo keitimui reikalingos paciento pastangos. Jei pacientas nėra įsitikinęs profilaktikos priemonių naudingumu, jų brangumu ar sukeliamu diskomfortu – gali jų atsisakyti. Vykdamas tikrą ligų profilaktiką, pagrindinis veiksnys yra tinkamas ir geras užmokestis. Labai svarbu, kad gydytojas tinkamai suplanuotų savo darbo laiką ir praktikos organizavimą. Tai lemtų gerus pokyčius naudojant įvairias priemones. Rezultatus labai sunku pastebėti iš anksto. Juos galima pamatyti tik po ilgesnio laiko. Medicininių duomenų kaupimo sistema irgi yra labai svarbi. Ji turėtų būti gerai organizuota ir būtų skiriama pakankamai laiko profilaktikai. To pasiekti įmanoma į darbą įtraukiant visą įstaigos personalą ir mažinant žmonių skaičių. Personalas turėtų pakeisti požiūrį ir praktikos įpročius, o tai turėtų ištakos programų efektyvumui, atliekant įvairius mokslinius tyrimus (Rožaitytė, 2012).

Pacientams turėtų būti prieinamos saugios ir kokybiškos paslaugos, kurios skatintų gyventojus dalyvauti ir naudotis prevencinėmis sveikatos priežiūros programomis. Tai turėtų būti vykdoma nuosekliai. Sveikatos stiprinimas ir ligų profilaktika, jų išaiškinimas laiku, medicininė ir socialinė rehabilitacija, tai svarbus veiksnys įtakojantis onkologinių ir širdies bei kraujagyslių sistemos ligų sergamumą (Raitelaitis, 2007).

Žmonės turėtų suvokti, kad sveikata yra didžiausias turtas ir ja pasirūpinti privalo jie patys. Tai lemia visuomeninį, socialinį, ekonominį gyvenimą, nes tik sveiki žmonės gali sukurti stabilesnę ekonomikos produktyvumą. Taigi svarbiausias žmonijos išlikimo uždavinys – ligų išvengimas ir geros sveikatos išsaugojimas.

Lietuva yra ta šalis, kurioje vykdoma nemažai sveikatos programų. Pastaruoju metu didelis dėmesys skiriamas ligų prevencijai. Sveikatos priežiūros įstaigos, Ligoninių kasos teikia tam didelį dėmesį. Šalyje didžiausias prioritetas skiriamas šešioms prevencinėms susirgimų profilaktikos programoms iš kurių keturios yra skirtos onkologinių susirgimų prevencijai ir profilaktikai.

Svarbiausias prioritetas Lietuvos Vyriausybės programoje suteikti gyventojams prieinamumą ir tinkamą paslaugų kokybę. Sveikatinimo veiklos tobulinimas turėtų apimti ankstyvą ligų diagnostiką, sergamumo ir mirtingumo mažinimą, ambulatorinių paslaugų plėtrą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

Labai svarbu, kad savo veiklą tinkamai suderintų visos grandys: valstybės, savivaldybių, sveikatos priežiūros įstaigos, Ligonių kasos ir taip paskatintų žmonių norą rūpintis savo sveikata - (Butkevičienė, 2010).

Kaip minėta, labai svarbu ir savalaikė ligų nustatymo diagnostika. Taigi tam pirminėse sveikatos priežiūros grandyse yra taikoma finansinė skatinimo sistema (Nacionalinės Sveikatos Tarybos).

Lietuvoje, kaip ir daugelyje išsivysčiusių pasaulio šalių, širdies ir kraujagyslių ligos bei onkologiniai susirgimai – tai tie veiksniai, kurie sukelia dažniausias mirties priežastis. Taigi tam ir vykdomos profilaktinės programos, kurių pagalba siekiama sumažinti sergamumą ir mirtingumą ankstyvose stadijose.

PSO teigimu be kompetentingo valdymo, prioritetų nustatymo, išteklių planavimo nebūtų užtikrintas kompetentingas profilaktinių programų vykdymas. Dažniausiai šiose programose dalyvauja asmenys, kurie dažnai lankosi pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (Štaras, Čepuraitė, ir kt., 2013). Informacija nepasiekia tų gyventojų, kurie yra padidintos rizikos grupėje. Taigi PSO akcentuoja tokį sprendimų priėmimą, kuris būtų nukreiptas į tikslinę grupę. Be įvairių sričių kompetentingų specialistų neįmanoma pasiekti bendro tikslo. Visos grandys turi veikti tikslingai, kryptingai ir vieningai (Garalevičiūtė, 2015).

Lietuvos gyventojai domisi prevencinėmis programomis ir pritaria jų vykdymui. Tai parodė atlikti tyrimai. Minusai yra tas, kad dalyvaujančių prevencinėse programose skaičius išlieka mažas. Pagrindinės priežastys, kurios lemia mažą gyventojų aktyvumą yra šios: laiko stoka, gera savijauta, informacijos stygius iš ASPĮ ir informacijos stygius iš viešosios erdvės (Eigirdaitė, Petronyt, ir kt., 2013).

Pradėjus įgyvendinti PP nuo 2004 metų ir integravus jas į PASPC prieita prie išvados, kad PP įgyvendinimas leidžia sumažinti gyventojų sergamumą onkologinėmis ligomis nuo 30 iki 70 procentų, o mirtingumą nuo jų apie 30 procentų per penkerius metus.

Vis dar tenka apgailestauti, kad Lietuvoje įgyvendinamų prevencinių programų patikrų apimtis nesiekia Europos Tarybos rekomendacijų. Pagal jas (rekomendacijas) tokiose programose turėtų dalyvauti ne mažiau kaip 80 proc. Taigi lieka dalis nepanaudotų lėšų, skirtų šių programų įgyvendinimui (Eigirdaitė, Petronytė, ir kt., 2013).

Medicininės technologijos, paslaugų įvairovė, jų kokybė, medicinos įrangos galimybės nulemia tinkamą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir tai įtakoja pacientų poreikius ir tampa svarbia sveikatos sistemos reformos dalimi Lietuvoje (Štaras, Čepuraitė, ir kt., 2013).

Savalaikis informacijos pateikimas gyventojams, teisė gauti išsamią informaciją, laiku individualių kvietimų išdalijimas – labai svarbus šeimos gydytojo vaidmuo, nes pirminės asmens

sveikatos priežiūros specialistai geriausiai žino situaciją jų aptarnaujamoje teritorijoje (Štaras K, Čepuraitė D, ir kt., 2013).

1.6.1. Širdies ir kraujagyslių ligos

Šalys, kuriose ekonomika yra aukšto lygio, gali sau leisti prevencines programas taikyti visos populiacijos mastu didelės rizikos asmenims. Ekonomiškai silpnesnėse šalyse tokios programos yra sunkiai taikomos. Daugiausiai pozityvios patirties turi Austrija. Šioje šalyje nacionalinė prevencinė sveikatos patikra pradėta 1976 m., o atnaujinta 2005 m. Kitose Europos šalyse tokiose kaip Suomija, Didžioji Britanija, Prancūzija, Vokietija sistemingai siekiama pagerinti ŠKL prevencijos priemones bei rizikos valdymą. Kiekviena valstybė turi apsispręsti, kokią dalį visų sveikatos išlaidų gali tekti gydymui ir kokia – prevencijai. (Klimavičienė, 2014).

Širdies ir kraujagyslių programos Lietuvoje.

Lietuva pagal mirtingumą nuo ŠKL jau ne vienerius metus pirmauja tarp Europos Sąjungos valstybių (Healthstatistic, Eurostat, 2018).

Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje 2018 metais iš viso mirė 39,6 tūkstančių žmonių, iš kurių 54,4 proc. mirė nuo kraujotakos sistemos ligų. Dažniausia vyrų (47,3 proc.) ir moterų (62,9 proc.) mirties priežastis – kraujotakos sistemos ligos (Worldhealth organization, 2015).

Pastebima, jog žmonės, nepriklausomai nuo savo amžiaus, socialinės padėties bei išsilavinimo, nepakankamai rūpinasi savo sveikata. Šią opią problemą lemia daugelis priežasčių, kurių viena iš pagrindinių yra žinių trūkumas. ŠKL plitimas gali būti sumažintas iš anksto diagnozuojant ir gydant atitinkamus kraujotakos sistemos sutrikimus, vykdant reabilitacijos ir prevencines programas, apimančias sveikos gyvensenos mokymus. Lietuvoje pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos vykdo ŠKL tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo, esant poreikiui siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų riziką paslaugas (LR SAM ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ (Prieiga: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.989A59214850>). Pagrindinis vaidmuo įgyvendinant ŠKL PP atitenka šeimos gydytojui ir jo komandai. Visuotinai pripažinta, kad prevencinių programų pagalba galima diagnozuoti ligas ankstyvoje stadijoje ir todėl sėkmingiau jas gydyti. Tačiau šių programų efektyvumas tiesiogiai priklauso nuo to, kokia dalis populiacijos yra ištiriama. Norint efektyviai mažinti gyventojų mirtingumą prevencinių programų pagalba, rekomenduojama į patikrą įtraukti ne mažiau nei 80 proc. gyventojų (Dūdonis, 2013).

Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje kasmet didėja gyventojų dalyvavimas prevencinėse programose (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2015). Tačiau atliekant įvairias apklausas ir tyrimus aiškėja, jog dauguma neturi pakankamai informacijos apie Lietuvoje vykdomas prevencines programas, todėl nepasiekiamas maksimalus gyventojų dalyvavimas tokiose programose. Dėl šios priežasties būtina imtis visų galimų priemonių sveikatos paslaugų prieinamumui ir informacijos sklaidai didinti (Rastenienė, Lastauskienė ir kt., 2015).

Vartotojas, kuris gauna pakankamai informacijos, įgyja daugiau žinių ir yra veikiamas gaunamos informacijos, linkęs keisti savo požiūrį ir elgseną – tiek sveikatos sistemoje, tiek kasdieniame gyvenime. Tikėtina, kad toks žmogus, žinodamas ne tik finansines, bet ir kitas „netinkamo“ požiūrio ir elgesio pasekmes:

- pasirūpins sumokėti privalomojo sveikatos draudimo mokestį, kad nebūtų nedraustas (nes žinos, kad rimtai susirgus, neapsidraudusiam gali tekti patirti nepakeliamų finansinių išlaidų);
- žinos savo, kaip paciento, teises ir nesudarys sąlygų galimam piktnaudžiavimui (neteisėtiems mokėjimams, priemokoms ir pan.);
- bus linkęs laiku pasitikrinti sveikatą, skiepytis nuo išvengiamų ligų ar dalyvauti prevencinėse programose (nes žinos, kad skiepai ir ankstyva diagnostika gelbėja gyvybes, o gydymo išlaidos ne tik mažesnės, bet ir pats gydymas paprastai trumpesnis, mažesni jo šalutiniai poveikiai);
- racionaliau vartos vaistus ir maisto papildus (žinodamas apie jų galimą šalutinį ir kitokį poveikį), daugiau išmanys sudėtingus tyrimus (ne visada būtinus ir veiksmingus) (Miškinis, Džiužaitė, 2012).

Manoma, kad informuota apie sveikatos sistemą ir privalomojo sveikatos draudimo finansavimo modelį visuomenės dalis prisideda prie racionalaus ir efektyvaus lėšų, skiriamų sveikatai, panaudojimo (Miškinis, Džiužaitė, 2012).

Apibendrinant galima teigti, kad sveikata yra didžiausias turtas. Vienas iš svarbiausių uždavinių yra išvengti ligų ir išsaugoti sveikatą. Buvo įgyvendinta prevencinių susirgimų profilaktikų programos, siekiant sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo onkologinių ir ŠKL susirgimų. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis vykdomos prevencijos programos, galimybės nurodyto amžiaus asmenims, kurie jaučiasi sveiki, nemokamai profilaktiškai pasitikrinti, ar neserga tam tikromis ligomis. Ilgalakis ir nuoseklus darbas prevencinių programų srityje, gerina gyventojų sveikatą, mažina sergamumą ir mirtingumą.

1.6.2. Širdies ir kraujagyslių susirgimų epidemiologija ir profilaktika

ŠKL tiek Lietuvoje, tiek ir Europoje, yra pagrindinė mirties priežastis. ŠKL apima platų intervalą ligų, susijusių su kraujotakos sistemos ligomis. Įskaitant išeminę širdies ligą bei galvos smegenų kraujotakos ligas. Dėl ŠKL Europos regione kasmet miršta 4,35 milijono, Europos Sąjungoje – 1,9 milijono žmonių. Vyrų mirtingumo nuo šios ligos rodiklis vidutiniškai siekia apie 53 procentus ir yra didesnis nei moterų. Vyrų rodiklis svyruoja tarp 151 ir 1 500 mirusiųjų 100 000 gyventojų. Moterų rodikliai svyruoja nuo 97 iki 1054/100 000 gyventojų. Lietuvoje vyrų ir moterų mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis yra vienas iš didžiausių ES (Rinkūnienė ir kt., 2013).

Širdies ir kraujagyslių ligų profilaktika. Lietuvos vyrų ir moterų standartizuoti mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodikliai yra vieni iš didžiausių ES. Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų miršta beveik dvigubai daugiau gyventojų, negu vidutiniškai ES šalyse senbuvėse. Vyrų šie rodikliai didesni tik Bulgarijoje ir Latvijoje, o moterų – Rumunijoje ir Bulgarijoje (Rožaitytė, 2012).

Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai. Biologiniai: padidėjęs kraujospūdis, padidėjusi gliukozės koncentracija, DTL cholesterolis, viršsvoris/nutukimas. Susiję su gyvenimu: tabako vartojimas, nesveika mityba, piktnaudžiavimas alkoholiu, mažas fizinis aktyvumas, stresas. Nemodifikuojami: amžius, lytis, genetika, rasė. Modifikuojami: mažos pajamos, išsilavinimas, gyvenimo sąlygos, darbo sąlygos (Jankevičius, 2011).

Simptomai. Asmens gyvenimą, jo kasdienybę labai paveikia sirgimas širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis. Tokiems žmonėms gana dažnai (beveik 15 procentų visų sergančių šiomis ligomis) atsiranda panikos, liguisto nerimo požymiai ar netgi depresijos simptomai. Didžioji dalis žmonių, kurie lankosi konsultacijose pas gydytojus, skundžiasi įvairiais skausmais, kurie panašūs į širdies skausmus. Žmonėms užaina nerimo, panikos priepuoliai, kurie pasireiškia greitu širdies plakimu, oro trūkumu, pradeda jausti didžiuliu skausmu širdies plote ir panašiai. Kadangi žmonės įsitikinę, jog tai sukelia būtent sirgimas širdies ir kraujagyslių ligomis, jiems išsivysto mirties baimė. Visa tai sukelia stresą, kuris gali persivystyti ir į depresiją ar įvairius nerimo sutrikimus. Įtampa, žmogaus psichinė būseną gali labai pabloginti sergančių žmonių sveikatos būklė. Tai gali būti padidėjusį mirštamumą lemiantis faktorius (Krasauskaitė, 2014).

Diagnostika. Išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės KPP įvertinimo paslauga apima: echokardiografiją; dvimačiu režimu ir doplerinį tyrimą; veloergometriją; kaklo ir (ar) periferinių kraujagyslių dvigubą ultragarsinį skenavimą; kulkšnies-žasto indekso nustatymą; C reaktyvaus baltymo kiekio nustatymą; gliukozės koncentracijos kraujo plazmoje nustatymą; mikroalbuminurijos nustatymą; bendrojo cholesterolio koncentracijos kraujo serume nustatymą; didelio ir mažo tankio

lipoproteinų cholesterolio koncentracijos kraujo serume nustatymą; trigliceridų koncentracijos kraujo serume nustatymą; glomerulų filtracijos greičio nustatymą.

Profilaktika. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos 40-55 m. vyrų ir 50- 65 m. moterų identifikavimas ir informavimas apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugos suteikimas. Ši paslauga apima:

- įsakymu patvirtintos formos informacinio pranešimo įteikimą pasirašytinai;
- pokalbį su pacientu apie širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos priemones bei patarimus, kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą;
- gliukozės, bendrojo cholesterolio, didelio ir mažo tankio lipoproteinų cholesterolio, trigliceridų koncentracijos kraujo plazmoje nustatymą ir kt. tyrimus;
- jei įtariama patologija – pacientas siunčiamas į KPP (specializuotą širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinį) (Valstybinė ligonių kasa, 2017).

Galima teigti, kad tiek užsienio šalyse, tiek Lietuvoje mirtingumas ir sergamumas ŠKL ir onkologinėmis ligomis išlieka didelis. Labai svarbu šių ligų profilaktika stiprinant ir tausojant žmonių sveikatą susirgimų prevencijos srityje.

1.7. Pacientų informavimas

Šeimos gydytojas yra pagrindinis gyventojų informavimo apie prevencines programas šaltinis. Jis tampa ir pagrindiniu gyventojų dalyvavimo prevencinėse programose motyvu. Bendrosios praktikos gydytojas bendraudamas su savo pacientais gali juos nukreipti dalyvauti prevencinėse programose, kurie padėtų laiku nustatyti ligas ir skirti gydymą. Pastaruoju metu bendrosios praktikos gydytojai apkrauti paslaugomis, administraciniais darbais. Didžiąją darbo laiko dalį šeimos gydytojai praleidžia pildydami įvairius dokumentus, t. y. išrašydami receptus, neturi laiką papasakoti pacientams apie jiems priklausančias programas, o ir pacientai tikisi iš gydytojo diagnostikos ir gydymo, o ne kalbų. Lieka vis mažiau laiko, kuris galėtų būti skiriamas pacientui, atsiranda eilės patekti pas gydytoją. Tai skatina pacientų nepasitenkinimą sveikatos priežiūros sistema. Kiekvienai šaliai būdingas skirtingas problemų sprendimo būdas, pacientų motyvacija, jų informavimas, bei gydytojų skatinimas vykdyti profilaktinio patikrinimo programas.

Svarbu išsiaiškinti šalyje vyraujančias kliūtis ir jas šalinti. PSO didžiulį dėmesį skiria žmonių švietimui, informavimui, sąmoningumo kėlimui, norėdama, kad gyventojai suprastų patikrinimų naudą, rūpintųsi savo sveikata, norėtų tikrintis. Pacientams labai svarbu suvokti ankstyvosios diagnostikos reikšmę ir naudą. Visa tai turėtų didžiulę įtaką sveikatai ir geresnei gyvenimo kokybei (Garalevičiūtė, 2015).

Neaktyvus gyventojų dalyvavimas prevencinėse programose Lietuvoje dažniausiai nulemtas lyties, amžiaus ir socialinio statuso. Taip pat nemažą dalį įtakos sudaro demografiniai ir socialiniai veiksniai. Pasak R. Kalėdienės, „aukštesnės socialinės ekonominės padėties žmonių sveikata gerėja greičiau negu žemesnės padėties žmonių grupių, tai didina sveikatos netolygumus“.

Svarbią vietą šioje srityje turi užimti efektyvus visuomenės informavimo priemonių taikymas, orientuotas ne tik į socialiai pažeidžiamas grupes, bet ir nukreiptas į socialinių ir ekonominių netolygumų mažinimą. (Petronytė, Kanapeckienė, 2013). Visuomenės informavimas – tai savotiška reklama, kuri įtakoja žmogų, jo gyvenimo kokybę ir gali teigiamai arba neigiamai veikti žmogaus sveikatą (Gaidys, 2007).

Šiuo metu vis tik svarbiausia grandis informacijos sklaidime priklauso pirminės asmens sveikatos priežiūros gydytojams. Šį teiginį patvirtina ne tik Lietuvos, bet ir užsienio šalių autoriai. Gydytojų požiūris yra svarbus veiksnys, lemiantis prevencinių programų sklaidos sėkmę bei pacientų motyvaciją dalyvauti šiose programose. Neretai informacija pasiekia gyventojus apie visas prevencines programas iš žiniasklaidos, draugų, giminaičių ar sveikatos renginių metu (Mikolaitytė J, 2015).

Pacientų nuomonė apie prevencines programas. Pagal A. Eigirdaitės, G. Petronytės, V. Kanapeckienės bei V. Jurkuvėno atliktus tyrimus galima susidaryti nuomonę, kad vis tik gydytojų teigiamas požiūris į prevencines programas turi didelę įtaką. Tyrimo duomenys atskleidė, kad, beveik visų gydytojų (99 proc.) nuomone, žinių ir kompetencijos jiems pakanka. Pagal G. Petronytę, V. Kanapeckienę, A. Eigirdaitę bei V. Jurkuvėną atliktą tyrimą, paaiškėjo, kad gyventojų požiūris į prevencines programas yra teigiamas. Respondentai mano, kad prevencinės programos yra reikalingos. Buvo lyginti gyventojai nežinantys apie prevencines programas su žinančiais bei nedalyvavę jose su dalyvavusiais. Iš jų tyrimo rezultatų paaiškėjo, kad prevencinės programos reikalingos. Demografiniai ir socialiniai veiksniai yra susiję su gyventojų informuotumu, dalyvavimu prevencinėse programose ir požiūriu į šias prevencines (Townsend, Nichols, Scarborough, 2015).

Remiantis atliktais įvairių autorių tyrimais, respondentai yra girdėję apie vykdomas prevencines programas finansuojamas iš PSDF. Iš atliktų tyrimų paaiškėjo, kad daugiausia respondentai yra girdėję apie gimdos kaklelio, prostatos bei krūties vėžio profilaktikų programas. Tačiau mažiausiai respondentai yra girdėję apie storosios žarnos vėžio bei ŠKL programas (Eigirdaitė, 2013).

Gydytojų, pacientų informuotumas. Remiantis 2014 m. Higienos instituto tyrimu, kurio metu buvo siekiama išsiaiškinti gyventojų žinomumą bei koks požiūris į prevencines programas, apie vykdomas gimdos kaklelio ir krūties vėžio programas geresnį informuotumą ir žinomumą turi moterys, o vyrai – ŠKL ir prostatos vėžį. Tačiau beveik pusę apklaustųjų nesinaudojo prevencinėmis programomis. Nesinaudojimo veiksniai: gera sveikata, laiko trūkumas ir didelis užimtumas, negauti

kvietimai, informacijos stoka bei nepakankamas informuotumas. Tačiau gyventojai vykdomas ir organizuojamas prevencines programas vertina teigiamai ir mano, kad reikalingos (Garalevičiūtė, 2015).

Literatūros duomenimis, Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, kad vis daugiau gyventojų žino apie prevencines programas, tačiau dalyvavimas jose išlieka mažas.

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Tiriamoji imtis: 40–55 m. vyrai.

Tyrimo rūšis: Buvo atliekamas kokybinis (pusiau struktūrizuotas interviu).

Tiriamas reiškinys/kontekstas.

Orientuotasi į respondentų profesinę, socialinę, emocinę patirtį ir jos raišką pasisakymuose, kurie geriausiai atitinka šios patirties turinį.

Teorinis modelis ir jo taikymas.

Fazė – interpretacinė. Analizė – interpretacinis paaiškinimas bei nuorodos į kitus tyrinėjimus ir teorinius modelius.

Tyrimas buvo įgyvendinamas tokiais etapais:

1. Klausimyno sudarymas.
2. Apklauso metodo parinkimas.
3. Interviu.
4. Duomenų analizė.
5. Rezultatų apibendrinimas.
6. Išvados.

Tiriamasis kontingentas.

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Vyrai 40-55 metų, atvykę į SPC profilaktinei patikrai dėl širdies ir kraujagyslių ligų. Asmenys nėra dispanserizuoti, neturi jokių nusiskundimų.

2.2.1. Tyrimo duomenų surinkimo metodas

Tyrimo metodai: literatūros šaltinių analizė, ir 2020 m. vasario – balandžio mėn. atliktas kokybinis tyrimas, naudojant duomenų rinkimo metodą - atviro tipo pusiau struktūruotą interviu su vyrais, kurie buvo atvykę į SPC dėl ŠKL PP. Kokybinio tyrimo metu surinkta medžiaga buvo apdorota taikant naratyvinę analizę. Tyrimo metodinės priegijos: kompleksinis, holistinis vaizdas, analizė informacijos nešėjų natūralioje aplinkoje (Luobikienė, 2011).

Kokybiniai tyrimo metodai, anot R. Tidikio (2003), bendriausia sociologine prasme, reiškia tokį kokybinės analizės tyrimo ir jo rezultatų išraiškos pobūdį, kuriame pagrindinis akcentas daromas

remiantis teorinės sociologijos, jų kategorijų ir sąvokų aparatu, individualaus stebėjimo, apklausos, intuicijos, oficialių dokumentų, išvadų ir rekomendacijų pagrindimo būdais.

R. Tidiko (2003) manymu, kokybiniai tyrimai pateikia platesnę ir gilesnę informaciją. K.Kardelis (2007) teigia, kad kokybinio tyrimo vykdymas natūralioje aplinkoje padeda geriau suprasti tyrimųjų reiškinių interpretacijas. Tiesioginiu interviu metodu informacijos surinkimas užtikrina didesnę patikimumą nei anketinės apklausos.

Kaip teigia Kardelis K. (2007), kokybiniam tyrimams yra būdinga tyrėjo vaidmuo, refleksija, savianalizė ir kritinis mąstymas. Kokybinių tyrimų skiriamųjų bruožų analizė, atlikta remiantis įvairiais šaltiniais, leidžia jį apibūdinti kaip sistemingą, nestruktūrizuotą atvejo ar individų grupės, situacijos ar įvykio tyrimą natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti tiriamuosius reiškinius bei pateikti interpretacinį, holistinį jų paaiškinimą. Burns ir Grove (Židžiūnaitė, Sabaliauskas, 2017), kokybinį tyrimą apibūdina kaip telkiamąsi į žmogiškąsias patirtis, remiantis sistemineis ir sąveikomis grįstomis nuostatomis. Žydžiūnaitės, V. ir Sabaliausko, S. (2017) teigimu, kokybiniai tyrimai atliekami natūraliose aplinkose ir kontekstuose, kur stebimi konkretūs tiriami reiškiniai. Surinkti kokybiniai duomenys (informacija) atskleidžia ne faktus ir statistiką, o patirtis, prasmes, procesus.

Kokybiniam tyrimui būdinga interpretacinė paradigma. Anot K. Kardelio (2007), interpretacinei paradigmai rūpi individas, bandymas suprasti subjektyvų žmogiškosios patirties pasaulį, stengiantis įeiti į žmogaus vidų. Interviu metodas, taikomas sociologijoje ir socialinėje psichologijoje gauti žodinei informacijai, numatyta tyrimo programoje. Kaip teigia R. Tidikis (2003), interviu yra vienas iš efektyvių kokybinio tyrimo metodų, reikiamos žodinės informacijos gaunama tiesioginiu kryptingu interviu su respondentu. Interviu apima respondentų klausinėjimą ir įdėmų klausymąsi. Mokslininkai teigia, kad interviu, kaip kokybinių duomenų rinkimo metodo, taikymas grindžiamas prielaida, kad prasminga žinoti respondentų požiūrius, vertinimus ir nuomones.

Tyrimo duomenų surinkimo metodas – pusiau struktūruotas interviu. Interviu yra efektyvus kokybinio tyrimo metodas, leidžiantis respondentui būti atviresniam ir plačiau papasakoti apie tyrinėjimą problemą. Atliekant pusiau struktūruotą interviu, anot R. Tidiko (2003), iš anksto numatomi būtini ir galimi klausimai. Šį interviu rūšis patogi tuo, kad griežtai neformalizuojamas pokalbis ir tarp klausėjo su respondentu būna laisvesnė atmosfera. Interviu, atliekant kokybinį tyrimą, didelę reikšmę turi stebėjimas. R. Tidikis (2003) pateikė tokius interviu privalumus, kurie buvo panaudojami šiame moksliniame darbe, atliekant interviu:

1. Interviu tyrėjas turi galimybę aiškinti respondentui vieno ar kito klausimo ar atsakymo varianto prasmę. Kai kurie interviu klausimai ne visada buvo atitinkamai suprasti dėl respondentų asmeninių savybių, diagnozės, gyvenimiškosios patirties, tam tikrų asmeninių išgyvenimų ir t.t.. Tyrėjas stengėsi būti aktyvus klausytojas, rodydamas susidomėjimą ir

kartais padrąsindavo interviu respondentą kalbėti. Tyrimo metu buvo stengiamasi surasti tinkamą momentą kiekvienam klausimui užduoti, siekta nenutrūkstamo respondento nuomonės išreiškimo.

2. Interviu itin nebūdingi „Nežinau“, „Neturiu nuomonės“ pobūdžio atsakymai.
3. Interviu vedėjas turi galimybę fiksuoti ne tik verbalinius atsakymus, o ir emocines reakcijas, atsižvelgti į apklausiamojo intelekto intonaciją ir kt..
4. Interviu atsakymai nebūna neteisingi nei pakeisti. Viso interviu metu tyrimo dalyviui buvo stengtasi rodyti empatiją. Buvo kontroliuojamos tyrėjo emocijos bei reakcijos.
5. Atsakymus galima gauti išsamius, ypač į atvirus klausimus, galima pateikti ir papildomų klausimų. Vykdamas interviu kartais atsirasdavo poreikis užduoti papildomus, patikslinančius klausimus, siekiant išsamios informacijos.

Interviu metodas buvo pasirinktas dėl to, kad siekiama suprasti, kaip jauni vyrai patenka į SPC dėl ŠKL PP ir kaip jie gauna informaciją apie vykdomas prevencines programas. Kaip teigia Ž. Paunksnienė, J. Banytė (2013), kokybiniai metodai neatsiejami nuo tiesioginio tiriamojo ir tyrėjo kontakto. Tai įgalina gauti pageidaujamą duomenų įvairiapusiškumą, t. y. taip komunikuodamas tyrėjas fiksuoja verbalinę ir neverbalinę informaciją.

Subjektyvios gyvenimo kokybės empiriniai tyrimai atliekami panaudojant metodus, kurie leidžia atskleisti subjektyvią nuomonę, požiūrius, vertybes. Kaip teigia I. Luobikienė (2011) tyrinėtojas, apsisprendęs atlikti kokybinį tyrimą, įsipareigoja tyrinėti išsamiai, kas reikalauja laiko ir finansinių resursų. Kad atlikti šį tyrimą, reikia laikytis tam tikrų taisyklių:

1. Apsispręsti šitame „lauke“ praleisti pakankamai daug laiko. Tyrinėtojas praleidžia tyrimo lauke daug laiko, renka išsamius duomenis ir siekia kuo adekvačiau juos suvokti bei paaiškinti.

2. Nusiteikti kompleksiniam, ilgalaikiam duomenų analizės procesui - didelių formatų sumažinimui iki riboto kategorijų skaičiaus.

3. Rašyti ilgus epizodus, fragmentus, kadangi tyrėjams gali tekti naudotis keliomis kokybinio tyrimo perspektyvomis.

Rinktis kokybinį tyrimą verta, kai kitais metodais klausimas negali būti išnagrinėtas, dalyvių arba tiriamos populiacijos elgesiui paaiškinti teorijų nepakanka, todėl sociologinės teorijos turėtų būti tobulinamos nauju pagrindu.

Telefoninio pokalbių metu interviu buvo užrašinėjamas raštu. Interviu metu tyrėjas kalbėjosi su žmonėmis, analizavo, sistemino, interpretavo, apibendrino duomenis. Ši veikla buvo paremta įgūdžiais, kurie buvo įgyti tyrimo planavimo metu - tai techninės ir socialinės sąveikos kompetencijos. Tyrėjas buvo susipažinęs su komunikacijos teorijomis ir gebėjo mokytis iš patirtimi paremtų žinių bei asmeninių klaidų. Du - tris kartus per savaitę buvo kalbama su respondentais, jų

klausoma, užduodami klausimai. Visa užfiksuota informacija interviu metu padėjo analizuoti tyrimo duomenis.

2.2.2. Tyrimo duomenų apdorojimo metodas

Kokybinio tyrimo metu surinkta medžiaga buvo apdorota taikant naratyvinę analizę. Anot Luobikenės (2011), naratyvas – pasakojimas, logiškai struktūruota įvykių seka, kuria apibūdinami tam tikri faktai, įvykiai, aplinkybės ir pan. Naratyvo strategija paremta prielaida, kad žmonės apibūdina socialinę tikrovę pasakojimo apie išgyventus įvykius forma. Naratyvas reiškia, kad respondentas aprašo savo gyvenimą, siedamas save su kitais žmonėmis, socialinėmis grupėmis, istoriniais įvykiais (Luobikienė, 2011). Tokiuose pasakojimuose atsispindi ne tik kaip socialiniai įvykiai veikia asmens gyvenimą bei kaip žmonės, remdamiesi savo patirtimi, aiškina socialinę realybę. Kokybinė tyrimo analizė gali atskleisti originalius ir unikalius aspektus. Kaip teigia V. Žydžiūnaitė, S. Sabaliauskas (2017), kokybinis tyrimas, kuris remiasi duomenimis iš naratyvų ir stebėjimų, reikalauja supratimo bei bendradarbiavimo tarp tyrėjo ir tyriamųjų, nes tekstai, besiremiantys interviu ir stebėjimu, yra abipusiai, kontekstiniai ir grįsti vertybėmis. Keliami prielaida, jog tekstas visuomet įvairiaprasmis ir pateikiamuose rezultatuose visuomet yra tam tikra dalis tyrėjo subjektyvaus interpretavimo.

Kokybinio tyrimo metu buvo atlikta pusiau struktūruoto interviu metodu gautų kalbos užrašymo transkripcija, kodavimas ir analizė. Galima pažymėti, kad kalbos užrašymo transkripcijos kokybė labai priklauso nuo tyrėjo įdėtų pastangų ir kvalifikacijos. Dialektas taip pat perkeliamas į literatūrinę kalbą, sintaksės klaidos ir stilius buvo koreguojami, stengiantis transkripcijoje išsaugoti kiek įmanoma daugiau originalios respondentų kalbos.

Tyrimo duomenų analizė. Tyrimo metu gauti duomenys pateikti tekste, kur pagrindžiantys teiginiai, pavyzdžiai iš tyrimo dalyvių pasisakymų, pasikartojimo. Cituojant tyrimo respondentų pasisakymus, jų kalba originali, netaisyta. Ženklas „” parodo, jog cituojant, praleidžiama tyrimo dalyvių minties dalis. Analizuojant tyrimo duomenis buvo vadovautasi šališkumo principu. Jo dėka duomenys pateikiami neiškraipyti, kokie yra, stengiantis atskleisti respondentų nuomones apie jų sveikatą, jų įsitikimus, nuostatos. Siekiant užtikrinti tyrimo tęstinumo, tikslumo ir skaidrumo kriterijus buvo pateiktas detalus metodologinių procedūrų – tyrimo duomenų rinkimo, apdorojimo ir analizės – aprašymas (Merriam, 2009; Creswell, 2009).

2.2.3. Tyrimo imtis ir respondentai

Organizuojant tyrimo procesą, atlikta netikimybinė tikslinė respondentų atranka. Kokybiniame tyrime nesiekama duomenų reprezentatyvumo, todėl naudojama netikimybinė atranka. Pagal patogiosios atrankos idėją (Žydžiūnaitės, Sabaliausko, 2017), šiame tyrime atrenkami lengviausiai prieinami generalinės aibės vienetai – į tyrimo imtį įtraukiami pacientai, kurie nėra dispanserizuojami, kurie yra sveiki, neturintys jokių nusiskundimų. Planuojant tyrimą buvo panaudojama galimybė, kuri kokybiniam tyrimams yra priimtina - numatyti apytikslį tyrimo imties dydį, bet renkant duomenis, prireikus, tyrimo imtį išplėsti.

Pirminiame mokslinio darbo tyrimo rengimo etape buvo sudarytas galimų tyrimo dalyvių skaičius apie 12 asmenų, atvykusių į PSC. Pagal doc. F.Stepukonį kokybinio tyrimo idėją paremta tuo kad, socialinius reiškinius galima suvokti giliai ir nuodugniai su nedideliu skaičiumi žmonių.

Tyrimo dalyviai atrinkti taikant tikslinės atrankos metodą.

2.2.4. Tyrimo procesas, eiga

Į tyrimą įtraukti VšĮ „X“ pacientai, atrinkti tikslinės atrankos būdu, t. y. vyrai (40-55m), kurie yra registruoti „X“ įstaigoje ir patenkantys į tikslinę nustatytą prevencinių programų amžiaus grupę. Tyrime dalyvavo 12 vyrų, jų amžius vidutiniškai siekė 45 metai. Dauguma respondentų turejo profesinį/aukštesnį išsilavinimą, buvo samdomi darbuotojai. Keli respondentai buvo valdininkai ir turėjo aukštą išsilavinimą.

Kokybinis tyrimas pasirinktas norint pažinti ir suprasti pacientų požiūrį į prevencines programas bei jų svarbą. Kokybiniame tyrime sutiko dalyvauti 12 „X“ pirminės asmens sveikatos priežiūros centro pacientai. Šie pacientai buvo užkoduoti, jiems buvo priskirti kodai: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12. Interviu trukmė 25-30 min. Apklausa vyko iš anksto susitarus su pacientais.

Tyrimo instrumentai ir duomenų šaltiniai. Pasirinktas interviu metodas, kuriame iš anksto buvo numatomi interviu klausimai ir paliekama galimybė juos keisti vietomis bei užduoti papildomus klausimus. Interviu suteikia galimybę gauti daugiau papildomos informacijos iš „X“ pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pacientų užduodant pokalbio metu iškilusius klausimus.

Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodu buvo pasirinktas pusiau struktūrizuotas interviu. Šiuo metodu tyrėjui buvo suteiktos plačios galimybės nuodugniau pažinti tiriamąjį asmenį ir gauti tyrimui reikalingą informaciją. Šis metodas yra lankstesnis nei struktūruotas interviu, nes numatomas tik bendras apklausos planas. Šie apklausos metodai pasirinkti neatsitiktinai, manoma, kad tai geras metodas siekiant sužinoti respondento sąžiningą nuomonę tam tikrais klausimais. Buvo gautas

Klaipėdos universiteto bioetikos centro leidimas „Dėl pritarimo tyrimui“ 2019-11-06 (priedas 3), bei „X“ pirminės asmens sveikatos priežiūros centro įstaigos vadovo leidimas (priedas 4).

2.2.5. Tyrimo etika

Tyrimui atlikti buvo gautas leidimas iš gydymo įstaigos vadovo. Taip pat kiekvienam informantui palikta apsisprendimo teisė nedalyvauti tyrime. Sutikusiems buvo išdalintos ir užpildytos informuoto asmens sutikimo formos, pabrėžiančios asmens laisvą apsisprendimą dalyvauti tyrime. Visiems respondentams buvo paaiškinti tyrimo tikslas ir uždaviniai.

Vykdamas apklausą buvo laikomasi: privatumo, informacijos tikslumo, pagarbos, anonimiškumo bei geranoriškumo principų. Buvo suteikiama tiksli informacija apie atliekamą tyrimą. Tyrėja žodžiu įsipareigojo visiems tyrimo dalyviams, kad nebus skelbiama jokia informacija, susijusi su konkrečia įstaiga ar asmeniu.

2.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

1. Respondentų buvo paklausta, „Kaip vertinate savo sveikatą?“ *"puikiai", "gerai", "vidutiniškai", "laikas sirgti", "galėtų būti geresnė", "pakankamai gerai"*.

APIBEDRINIMAS. Respondentai A1, A7, nurodė, kad jų sveikata yra puiki. Buvo paklausta, kodėl jie pasirinko būtent tokį atsakymą, sulaukta atsakymų, kad esu jaunas, prisižiūriu savo sveikatą, neturiu jokių rimtų problemų. Atsakiusieji A2, A9, A11, A12 nurodė, kad jų sveikata yra gera, ar pakankamai gera, taip pat nurodė, kad neturi jokių problemų su sveikata, tiesiog negalvoja apie ją. Vidutiniškai – atsakė respondentai A4, A5, A8, tie kurie turi kažkokių įgimtų sveikatos problemų, tačiau tai netrukdo jiems gyventi. Kita kategorija respondentų A6, A10 atsakė, kad jų sveikata galėtų būti geresnė. Taip atsakė vyrai, kurie prisipažino, kad nelabai rūpinasi savo sveikata, neseka medicinos naujienų. Jie mano, kad jei nėra pablogėjimo, tai vadinasi viskas gerai. Sudomino respondento A3 atsakymas "man 42-eji, jau metas sirgti." Pasidomėjus, kodėl taip mano, buvo atsakyta, kad visi žmonės sensta, mes nejaunėjame, tad normalu, kad atsiranda ligos. 7 iš 12 respondentų nurodė, kad jų darbo specifiška iš dalies žaloja jų sveikatą.

2. Respondentams buvo užduotas klausimas: „Kokie tiesioginiai veiksniai paskatino dalyvauti profilaktinėse programose?“. Atsakyta, kad *"Žmona liepė", "Mes reguliariai lankomės su sutuoktine SPS", "Daktarė liepė", "Daktarė sakė, kad jai reikia kažko", "Aš kasmet tai darau", "Tai mano sveikata", "Aš rūpinuosi savo sveikata", "Žinau, kad reikia"*.

APIBENRINIMAS. 5 iš 12 pacientų buvo atvykę pas šeimos gydytoją dėl kažkokių problemų su sveikata. Respondentai A2, A11, turėjo savo pažįstamų rate žmonių, sergančių tam tikromis

ligomis, apie kurias jie sužinojo, būtent profilaktinės programos metu. Respondentai A1, A8, A9 atsakė, kad baiminasi dėl savo ateities, nes turi mažų vaikų. Kiti respondentai A10, A12, skaito bei domisi moksline literatūra, tad noriai atvyko pas gydytoją. Dar vienas respondentas A7 pripažino, kad jų sveikatos rodikliai nėra idealūs, tad jie apsisprendė kasmet tikrintis savo sveikatą. Kiti pacientai A5, A6 nesigilina į problematiką, tiesiog vykdo gydytojo nurodymus. Buvo ir tokių atsakymų, kad sveikata yra prioritetas, tai pacientai A3, A4.

3. Diskusijos metu taip pat buvo klausta: "Kokie netiesioginiai veiksniai paskatino dalyvauti profilaktinėse programose?" *"Patyriau traumą", "Susirgau, tad kreipiausi į gydytoją, ji pasakė, kad turiu praeiti programą", "Atvykau dėl sveikatos patikrinimo, gydytoja pasakė, kad tinku į programą", "mano vaikas susirgo, tad teko atvykti pas šeimos gydytoją", „10 metų nebuvo poliklinikoje, prisireikė nedarbingumo ...“, „atvykau, gydytoja informavo mane".*

APIBENDRINIMAS. Respondentai A1, A5, A10 nurodė, kad visiškai neplanavo dalyvauti jokiuose tyrimuose. Kiti respondentai, kurie buvo užkoduoti A2, A4 atvyko į SPC dėl vaiko sveikatos, tačiau gydytoja pastebėjo, kad nebuvo dalyvauta juokiuose tyrimuose. Pacientai A3, A6, A11 kreipėsi dėl sveikatos profilaktinių patikrinimų ir buvo informuoti, kad jiems priklauso PP. Respondentai A9, A12 sulaukė skambučio iš SPC, nes nėra buvę SPC apie 10 metų. Pacientai A7, A8 kreipėsi dėl vakcinacijos ir jiems buvo suteikta informacija dėl PP.

4. Respondentai taip pat buvo paklausti: "Ką manote apie profilaktinių programų naudą?" *"Tai labai svarbu", "Esu skaitęs apie tai Internetė", "Mano pažystami, vyrai, sužinojo apie turimas sveikatos problemas", "Aš stengiuosi apie tai negalvoti, ateis laikas sužinosiu", "Man viskas gerai, tad tos programas ne man", "Nedarykite iš manęs invalido".*

APIBENDRINIMAS. Respondentai A1, A2, A9 nurodė, kad tai yra svarbu, nes čia yra jų sveikata ir patys privalo ja rūpintis. Kiti respondentai A5, A7, pabrėžė, kad nuolat rūpinasi savo sveikata, skaito literatūrą. Vyrai A3, A11, nurodė, kad turi daug pažįstamų, kurie serga vėžiu, ir apie tai sužinojo būtent PP metu. Jaunesnio amžiaus respondentai A4, A6, pasisakė, kad PP labai svarbus, kadangi nori kuo ilgiau išlikti sveikais.

Anaipatol, ne visiems pacientams PP turi ypatinga reikšmė. Respondentas A10, nurodė, kad stengiamasi apie sveikatą visai negalvoti. Netgi buvo sulaukta tokių pasisakymų, kad sveikatos tema nėra neįdomi, šitas pacientas užkoduotas A12. Pastebėta, kad vyrai stengiasi apie tai mažiau diskutuoti. Pasitaikė ir tokių respondentų, kurie neigiamai vertina dalyvavimą PP, nematantys ypatingos naudos, jo kodas A2, apskritai pareiškė, kad jiems yra viskas gerai, tad nėra reikalo lankytis SPC. Sulaukta ir gan agresyvių pasisakymų, buvo paprašyta šeimos gydytojos nesiūlyti jokių tyrimų, ir nedaryti iš jų invalidų, neva jiems viskas gerai su sveikata, respondento kodas A8.

5. Respondentai taip pat buvo paklausti "Ar pacientai linkę atidėti profilaktinių programų vykdymą?" *"Taip, aš visiškai neturiu laiko", "Laiko stoka", "Poliklinika dirba mano darbo"*

valandomis", "Sunku išsiprašyti iš darbo", "Pripratau vykdyti gydytojo nurodymus", "Būtinai, atvyksiu, nes tai yra mano sveikata", "Aš linkęs atidėti, nenoriu blogų žinių", "Baimė", " Jei man su sveikatą viskas gerai, tad nėra ko ten lankytis, kai susirgsiu tada ir ateisiu".

APIBENDRINIMAS. Respondentų nuomone šiuo klausimu pasiskirstė maždaug taip: apie trečdalį respondentų, tai respondentai A2, A5, A9, A11, pareiškė, kad būtinai atvyks į SPC dėl PP. Nurodė, kad tai yra jiems svarbu, todėl nelinkę atidėti ką nors savo gyvenime.

Kitas trečdalis respondentų, tai respondentai A1, A3, A4, A10 pasakė, kad dėl laiko stokos negalėsiantys atvykti artimiausiu laiku. Respondentai nurodė, kad problematiška išsiprašyti iš darbo. SPC yra toli nuo namų ir darbovietės, gydymo įstaigose didelės eilės.

Likęs trečdalis – tai pacientai (A6, A7, A8, A12), kurie nurodė, jog PP nėra svarbus reikalas, jis gali būti atidėtas.

4 iš 12 pacientų paminėjo baimę, kad nenorėtų sulaukti blogų žinių apie jų sveikatą, tad verčiau pasirinktų nežinomą.

6. Respondentai į klausimą "Kokie pagrindiniai informacijos šaltiniai apie PP?" atsakė: *"Šeimos gydytoja – apsilankymo metu buvau informuotas". Poliklinikos darbuotojai – sulaukiau skambučio, ir buvau pakviestas atlikti tyrimus."*

Respondentai A1, A2, A3, A4, A8, A9, A10, A11, A12 nurodė, kad informaciją apie PP gavo apsilankymo pas šeimos gydytoją metu. Taip pat buvo nurodyta, kad respondentai A5, A6, A7 sulaukė skambučio iš SPC darbuotojų (slaugytojų).

7. "Kokie papildomi informacijos šaltiniai turėjo įtakos atvykimui dėl profilaktinių programų?" *Internetas - "Esu paskaitęs Internetė". Spauda – „Mačiau reklamą, viename žurnale perskaičiau straipsnį". Radijas – „Kažką girdėjau per radiją". Socialinė reklama – „Laukiau autobuso, pamačiau reklamą stotelėje", "Važiavau į kitą miestą, pamačiau reklamą autobuse". „Buvau atvykęs į polikliniką, pamačiau transliuojamą reklamą". „Tokia reklama ne man". Pažystami ir draugai – „Kolegos darbe pasakojo, kad vyko į polikliniką dėl tyrimų", „Aš stengiuosi neklausyti tokių pokalbių", „Man neįdomūs pokalbiai prie kavos apie sveikatą".*

APIBENDRINIMAS. Respondentai A2, A11 nurodė, kad po apsilankymo pas šeimos gydytoją, papildomos informacijos buvo ieškota savarankiškai Internetė. Paklausus, ar teko rasti informacijos spaudoje, buvo atsakyta, kad esą matė, tačiau nedaug. A4 respondentas nurodė, kad vos keletą kartų matė televizijos laidas. Respondentai A3, A8, A10 pažymėjo, kad savo automobilyje nuolat klausosi radijo stočių, tačiau pasigendama tokio pobūdžio informacinių pranešimų. Pasidomėjus, ar socialinė reklama atkreipia jų dėmesį, ar ji matoma, atsakymai buvo neigiami. Teigiamai atsakė tik vienas respondentas A7. Taip pat respondentai A5, A6 nurodė, kad apie PP jie sužinojo iš kolegų darbe. Du respondentai A9, A12 pareiškė, kad nesiklauso tokių kalbų kolegų tarpe. Respondentas A1 pasisakė, kad reklama apskritai skirta ne jam.

8. Respondentams buvo užduotas klausimas: "Apie kurias profilaktines programas teko girdėti?" *"Darbe vyrai pasakojo apie prostatos tyrimą", "Pažystamas pasakojo apie prostatos vėžį", "Apie širdies ir kraujagyslių tyrimą truputi girdėjau", "Girdėjau, kad dėl širdies reikia priduoti kraują", "Turiu keletą draugų, jie eina priduoti kraują".*

APIBEDRINIMAS. 6 iš 12 respondentų pažymėjo, kad girdėjo tik apie prostatos ištyrimą, kad reikia atlikti tyrimus dėl prostatos vėžio. Taip pat respondentai A7, A8 paminėjo, jog žino, kad reikia stebėti savo arterinį kraujospūdį, nes jų pažįstamų rate, buvo keletas insulto atvejų. Apie širdies ir kraujagyslių programą girdėjo tik 3 respondentai.

9. Respondentų buvo paklausta "Ką manote apie sveiką gyvenseną?" *"Žinau, kad reikia mažiau rūkyti, vartoti mažiau riebalų", „Aš nevalgau cukraus“, „Aš sportuoju“. „Aš nesportuoju“.*

APIBENDRINIMAS. Respondentų nuomonė apie sveiką gyvenseną pasiskirstė taip: maždaug pusė iš jų laikosi sveikos gyvensenos principų, yra susipažinę su sveika mityba, reguliariai sportuoja, mažiau vartoja druskos, kenksmingų riebalų ir cukraus, visai nevartoja alkoholio, domisi produktų kokybe.

Kita dalis respondentų neketina keisti savo gyvenimo būdo. Buvo teigiama, kad sunku atsikratyti rūkymo bei taurelės stipraus gėrimo per vakarienę, sportuoti nėra jų pomėgis. Taip pat pažymėjo, kad riebus maistas yra "tikrai vyriškas maistas".

10. Diskusijos metu buvo pasidomėta: "Kaip manote, rūpintis sveikata ar tai tik medicinos darbuotojų reikalas?" *"Taip, jie gauna už tai pinigų", "Iš dalies taip", "Man nereikia, tai gydytojai reikia", "Žinoma, kad ne tik", "Čia mano reikalas", "Mes turime surasti laiko pasitikrinti", "Nemanau, kad vien tik medikų reikalas", "Čia kiekvieno žmogaus asmeninis reikalas", "Kuo sąmoningesni būsime, tuo mums bus geriau".*

APIBEDRINIMAS. A6,A10,A12 respondentai nurodė, kad tai yra tik medicinos darbuotojų reikalas. A2, A8 respondentai pasisakė, kad PP nereikšmingas dalykas. Buvo teigiančių A1, A3, A4, A5, A9, A11, kad tai jų pačių reikalas. Kai kurie respondentai nurodė, kad kuo sąmoningesni būsime, tuo sveikesni liksime. Svarbu, užbėgti įvykiams už akių.

11. Pokalbio metu buvo paklausta: "Kas Jūsų manymu pagerintų žmonių dalyvavimą profilaktinėse programose?" *"Daktarės priminimas". "Poliklinika galėtu atsiųsti žinutę". "Neblogai būtų, jei būtų rezervuotas laikas šitiems tyrimams". "Reikėtų kiekvienoje darbovietėje, kaip, anksčiau, kad buvo, medicinos kabineto". "Galėtų darbovietė skirti išeiiginę dieną tiems tyrimams". "Galėtų poliklinikos darbuotojai atvykti ir paimti kraujo ir paskiepyti, pavyzdžiui". „Neblogai būtų, kad į darbovietę iš poliklinikos koks autobusėlis atvažiuotų".*

APIBENDRINIMAS. Respondentai A2, A9 pareiškė norą gauti priminimą apie PP iš šeimos gydytojo. Forma nėra svarbi - tai sms, skambutis ar elektroninis laiškas. 7 iš 10 respondentų pageidautų, kad būtų įsteigti medicinos kabinetai jų darbovietėje, kaip kadaise. Taip pat buvo

pareikštas noras, kad jų darbovietėje veiktų odontologijos kabinetas, bei būtų atliekami profilaktiniai skiepai, pavyzdžiui, nuo sezoninio gripo. Vyresnio amžiaus respondentai pareiškė, kad galėtų atvykti SPC darbuotojai į jų darbovietę patikrinti ne tik regą ir klausą, AKS bei ištirti kraują dėl PP. Tokių pageidavimų priežastys – sunku palikti darbovietę, daug darbo, PSC darbo valandos sutampa su mano darbo valandomis, nepalankios darbo valandos, darbas prasideda anksti ir baigiasi tada, kai SPC baigia savo darbą.

III. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Atlikto magistro darbo interviu analizė atskleidė, kad dauguma respondentų yra girdėję apie vykdomą PP. Apibendrinti surinkti duomenys atskleidė, kad apie 60 proc. apklaustųjų buvo girdėję apie PP, tačiau mažai kas iš respondentų nurodė, jog turi pakankamai žinių apie ŠKL prevencinę programą. Kadangi buvo tiriami sveiki vyrai, jie nenurodė, ar turi ŠKL sutrikimų. Vos keletas respondentų pažymėjo, kad žino savo arterinį kraujospūdį, paminėjo, kad jis būna padidėjęs ir tai atsitiktinai paaiškėjo profilaktinės sveikatos patikros metu. Buvo ir tokių respondentų, kurie teigė, jog nebuvo supažindinti su vykdomomis prevencinėmis programomis. Manytina taip yra dėl to, kad jie nesilanko SPC arba lankosi labai retai. Paklausus apie sveiką gyvenseną, pastebėta, kad tie respondentai, kurie dažniau lankosi SPC ir dalyvauja PP, taip pat ir labiau domisi sveika gyvensena ir turėjo mažiau žalingų įpročių. Taip pat nemenka dalis respondentų dalyvavimą šiose programose vertina teigiamai. Anot respondentų, informavimas apie prevencines programas turi būti tiesioginė gydytojo pareiga. Dalis respondentų mano, kad prevencinėms programoms skiria pakankamai dėmesio, o kita dalis nelaiko jų svarbiu dalyku. Taip pat kokybiniu tyrimu buvo siekiama išsiaiškinti, ar pakankamai gydytojai suteikė žinių apie prevencines programas. Tyrimo rezultatai parodė, jog gydytojams žinių apie šias programas tikrai netrūksta, tačiau informacija pacientui ne visada pateikiama suprantamai. Nemaža dalis respondentų pateikė pavyzdžius, kai prevencinių programų dėka pavyko išsiaiškinti ne vieną susirgimą. Respondentų buvo paprašyta išvardinti pagrindinius informacijos šaltinius apie PP. Dauguma, o tai apie 83 proc, nurodė, kad pagrindinis informacijos šaltinis yra šeimos gydytojas. Taip pat nurodyta internetas, spauda, radijas, socialinė reklama, kur kas rečiau minėjo draugus ir kolegas.

Jaunesnio amžiaus ir aukštąjį išsilavinimą turintys respondentai teigiamai vertina PP naudą. Tuo tarpu, vyresnio amžiaus vyrai įvertino jas vidutiniškai. Tyrimo metu paklausti apie kokias PP teko girdėti, dauguma respondentų nurodė, kad dažniausiai apie prostatos profilaktinį tyrimą. Maža dalis nurodė ŠKL PP. Mažas susidomėjimas ŠKL PP galimai yra dėl to, kad padidėjęs arterinis kraujospūdis bei padidėjęs cholesterolio kiekis, anot respondentų negresia jų gyvybei. Tuo tarpu, prostatos ištyrimas yra kur kas jautresnė tema. Tyrimo metu buvo pasidomėta, ar respondentai linkę atidėti PP vykdymą ir kokios to priežastys. Buvo paminėtos tos pačios priežastys kaip ir daugelyje tyrimų - gera savijauta, laiko stoka, abejonės dėl naudos. Taip pat pastebėta, jei respondentai atvyksta pas gydytoją tikslingai (dėl darbo, nedarbingumo), tai noriai sutinka dalyvauti PP, tačiau iš jų tik trečdalis vėliau atvyksta į patikrinimo kabinetus. Tik maža dalis pacientų atvyksta dėl sveikatos PP savo noru. Absoliuti dauguma nurodė, kad nepaisant visų šeimos gydytojų bei SPC darbuotojų pastangų, pasigendama informacijos apie PP.

Atlikto tyrimo duomenys sutampa su jau atliktais tyrimais Lietuvoje. Daugelio autorių nuomone, tam kad padidinti PP apimtis, būtina didesnė informacijos sklaida bei žmonių sąmoningumo ugdymas.

Pagal A. Raitelaičio atliktą tyrimą net 77, 1 proc. medikų teigė, jog būtų tikslinga profilaktinius patikrinimus atlikti darbovietėse. Statistiškai reikšmingai didesnė dalis žinančių apie prevencines programas nei nežinančių norėtų, jog jų darbovietėje būtų vykdomos prevencinės programos.

Apibendrinant galima teigti, kad svarbu gerinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklas, susijusias su prevencinėmis programomis, skatinti gyventojus dalyvauti programose, didinti informuotumą tiek gydytojų, tiek pacientų tarpe.

Lyginant su J. Mikolaitytės tyrimo rezultatais, gydytojai mano, kad ligų prevencinės programos vienareikšmiškai yra įstaigos prioritetas. Mūsų įstaigos ir atskirų skyrių prevencinių ligų programų informacijos sklaida – mūsų prioritetas. Pasak A. Eigidaite, prevencinių programų paslaugų teikėjų apklausos ir diskusijos analizė leido identifikuoti problemiškas prevencinių programų įgyvendinimo sritis, tačiau siekiant įdiegti efektyvų prevencinių programų paslaugų teikimo modelį Lietuvoje, rekomenduotina atlikti išsamesnę PAASPI taikomų organizacinių būdų analizę ir jų pagrįstumą, taip pat įvertinti priemones, kurios yra efektyviausios skatinant gyventojus.

IŠVADOS

1. Vyrai apie prevencines programas dažniausiai yra informuojami apsilankymo pas šeimos gydytoją metu. Taip pat kitais pagrindiniais informacijos šaltiniais yra laikomi televizija, internetas ir masinės informacijos priemonės, kolegos bei draugai.
2. Nustatyta, kad didžioji dalis apklaustų vyrų dėl informacijos stokos ir negalėjimo dalyvauti SPC vykdomose prevencinėse programose (sudėtinga atvykti į SPC), jas vertina vidutiniškai.
3. Daugiausia vyrų yra girdėję apie prostatos vėžį, o mažiausiai apie širdies ir kraujagyslių ligų programą. Tačiau daugiau norėtų sužinoti apie širdies ir kraujagyslių programą. Buvo pageidauta, kad Statistiškai reikšmingai didesnė dalis žinančių apie prevencines programas nei nežinančių norėtų, jog jų darbovietėje būtų vykdomos prevencinės programos.

REKOMENDACIJOS

Įvertinus pacientų (vyrų) požiūrį ŠKL PP, nustatyta, kad pacientai nepakankamai išsamiai informuojami apie PP. Todėl rekomenduojama:

1. Šeimos gydytojams ir SPC slaugytojoms daugiau ir išsamiau teikti pacientams informaciją apie PP.
2. Gydyimo įstaigų administracija turėtų parengti informacinius lankstinukus apie prevencines programas.
3. Pertvarkyti prevencinių programų vykdymą pacientui patogesnių laiku ir vieta. Atvykti į darbovietę arba mobiliųjų punktų steigimas.
4. Skleisti informaciją apie vykdomas profilaktines programas ne tik gydyimo įstaigose.

LITERATŪRA

1. Butkevičienė V. Gyventojų informuotumas apie sveikatos priežiūros įstaigų vykdomas prevencinės susirgimų profilaktikos programas, finansuojamas ligonių kasų. Pakruojo rajono gyventojų nuomonės tyrimas: bakalauro diplominis darbas. Šiauliai: Šiaulių universitetas; 2010.
2. Courtenay, W.H. A global perspective on the field of men's health. *International Journal of Men's Health*. – 2002. – Vol.1, № 1. – P. 1- 13.
3. Courtenay, W.H. Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: evidence and implication of prevention / W.H. Courtenay // *The Journal of Men's Studies*. – 2000. – Vol.9, №1. – P. 81-142.
4. Courtenay, W.H. Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviors / W.H. Courtenay, D.R. McCreary, J.R. Merighi // *Journal of Health Psychology*. – 2002. – Vol.7, №3. – P. 219-231.
5. Courtenay, W.H. Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and Boys / W.H. Courtenay // *International Journal of Men's Health*. – 2003. – Vol.2, №1. – P. 1-30.
6. Courtenay, W.H. Teaming up for the new men's health movement / W.H. Courtenay // *Journal of Men's Studies*. – 2000. – Vol.8, №3. – P. 387-392.
7. Čepanauskienė R, Kalibatienė D, Gurevičius R. Vyrų požiūris į ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką sąsajos su sveikatos įsitikinimais. *Sveikatos mokslai*. Vilnius. 2011.
8. Eigirdaitė A, Petronytė G, Kanapeckienė V, Jurkuvėnas V. Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. *Sveikatos politika ir valdymas (Vilnius)* 2013. 1(5): 118–133.
9. Garalevičiūtė A. Kauno rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pacientų ir gydytojų požiūris į onkologinių profilaktinių programų organizavimą: magistro diplominis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2015.
10. Kann, L. Youth Risk Behavior Surveillance / L. Kann, S.A. Kinchen, B.I. Williams [et al.] // *United States Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2008. – Vol.47, №3. – P. 1-97.
11. Kudukytė-Gasperė R. Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione. Kaunas, 2014.
12. Luobikienė I. Sociologinių tyrimų metodika. Kaunas, 2011.
13. McCreary, D.R. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls / D.R. McCreary, D.K. Sasse // *Journal of American College Health*. – 2000. – №48. – P. 297-304
14. Mikolaitytė J. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos organizavimo ypatumai Lietuvos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose: magistro diplominis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2015.

15. Miškinis K, Džiužaitė I. Lietuvos gyventojų pasitenkinimas, informuotumas ir pasitikėjimas privalomojo draudimo Sistema, sveikatos priežiūros įstaigų veikla. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012. Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai. Vilnius, 2012.
16. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas 2017. Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinių neinfekcinių ligų kontrolė. Vilnius, 2019.
17. Nuoroda [Interaktyvus] <<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/press-releases/2018/too-many-european-men-die-young-from-preventable-causes-who-report-reveals>. [žiūrėta 2020-04-15].
18. Raitelaitis A. Medicinos personalo informuotumas apie gimdos kaklelio ir prostatos vėžio profilaktikos programas ir patikros poreikis N ligoninėje: magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2007.
19. Rimkus B, Mikalauskas S, Rutkauskaitė D, Strupas K. Storosios žarnos vėžio atrankinė patikra – nuo Europos iki Lietuvos miestelio. Sveikatos mokslai. Vilnius. 2013; 23(5): 46-51.
20. Rosano, G.M. Oestrogensandtheheart / G.M. Rosano, G. Panina // Therapie. – 2000. – Vol.54, №3. – P. 381-385.
21. Rožaitytė R. Širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos organizavimas Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose: magistro diplominis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2012.
22. Štaras K, Čepuraitė D, Kudukytė-Gasperė R. Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas. Sveikatos politika ir valdymas (Vilnius); 2013; 1(5): 167-187.
23. Šturienė, Renata, Lilija Rusakevič , Jonas Kairys, Miglė Lamanauskaitė. 40 – 5 metų vyrų ir 50 – 65 metų moterų žinių apie kraujagyslių ligų prevencijos programą įvertinimas. Visuomenės sveikata. 2017.
24. Šukytė D. Pacientų ir gydytojų nuomonės apie privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis finansuojamų programų įvertinimas. Magistrinis darbas. Kaunas, 2017.
25. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Sveikatos priežiūra Lietuvoje: tai, ką svarbu žinoti kiekvienam. Vilnius: “Titnagas” spaustuvė. 2015.
26. Valstybinės ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2014 metų veiklos ataskaita [interaktyvus]. Vilnius: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos 62 ministerijos. [žiūrėta 2020 m. balandžio 8 d.]. Prieiga per internetą:
27. Vasiliauskaitė K, Mazurkienė A, Slušnienė A. Prevencinių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012. Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai. Vilnius, 2012.

28. Weinstock, M.A. Sun protection behaviors and stages of change for the primary prevention of skin cancers among beachgoers in Southeastern New England / M.A. Weinstock, J.S. Rossi, C.A. Redding [et al.] // *Annals of Behavioral Medicine*. – 2000. – Vol. 22, №4. – P. 286-293
29. Краснов, А.Р. Статистика преступлений в качественной характеристике / А.Р. Краснов – М. – 2003. – 56 с
30. Ласый, Е.В. Гендерные различия психических расстройств, клиникопсихопатологических характеристик и обращаемости за помощью лиц, предпринявших парасуицид / Е.В. Ласый, О.И. Паровая // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2011. – №3 (05). – С. 4 – 21
30. Потапчик, Е.Г. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении) / Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, С.В. Шишкин. – М.: Изд. Дом Высшей школы экономики. – 2011. – 36 с
31. Семутенко К.М. , И.А. Чешик, к.м.н., доцент, Т.М. Шаршакова, д.м.н., профессор **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН**, Гомель, Беларусь, 2014
32. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/394895/MHR_strategy_Rus_online.pdf?ua=1
33. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/gender/news/news/2017/09/breakthrough-for-mens-health-who-and-experts-kick-off-development-of-strategy-and-report>
34. <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/press-releases/2018/too-many-european-men-die-young-from-preventable-causes-who-report-reveals>
35. <https://news.un.org/ru/story/2018/09/1338802>
36. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.989A59214850>

PRIEDAI

1. Kaip vertinate savo sveikatą?
2. Kokie tiesioginiai veiksniai paskatino dalyvauti profilaktinėse programose?
3. Kokie netiesioginiai veiksniai paskatino dalyvauti profilaktinėse programose?
4. Ką manote apie profilaktinių programų naudą?
5. Ar pacientai linkę atidėti profilaktinių programų vykdymą?
6. Kokie pagrindiniai informacijos šaltiniai apie PP?
7. Kokie papildomi informacijos šaltiniai turėjo įtakos atvykimui dėl profilaktinių programų?
8. Apie kurias profilaktines programas teko girdėti?
9. Ką manote apie sveika gyvensena?
10. Kaip manote, rūpintis sveikata ar tai tik medicinos darbuotojų reikalas?
11. Kas Jūsų manymu pagerintų žmonių dalyvavimą profilaktinėse programose?