

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS**  
**SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETAS**  
**VISUOMENĖS SVEIKATOS KATEDRA**

**VISUOMENĖS SĄMONINGUMO IR ŽINIŲ  
UGDYMAS APIE ONKOLOGINIŲ SUSIRGIMŲ  
PREVENCINIŲ PROGRAMŲ DIAGNOSTIKĄ  
LIETUVOJE**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSVS19, stud. Samanta Viliušytė

Vadovas

Dėst. Doc. dr. Dalia Martišauskienė

Klaipėda, 2021

## SANTRAUKA

**Samanta Viliušytė**, Visuomenės sąmoningumo ir žinių ugdymas apie onkologinių susirgimų prevencinių programų diagnostiką Lietuvoje. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovas: Doc. Dr. Dalia Martišauskienė; Klaipėdos universitetas, sveikatos mokslų fakultetas, visuomenės sveikatos katedra. Klaipėda, 2021. – 78 p.

Būtina informuoti visuomenę apie nemokamas onkologines prevencines programas. Reikia ugdyti visuomenės sąmoningumą ir žinias, kad pacientai aktyviai dalyvautų onkologinių ligų prevencijos programose ir akcentuoti gyventojų atsakomybę už savo sveikatą. Užtikrinant prevencinių programų kokybę, svarbu nustatyti visuomenės sąmoningumą ir žinias.

**Tyrimo tikslas:** nustatyti visuomenės sąmoningumą ir turimas žinias apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką Lietuvoje.

**Tyrimo metodika.** Atliktas kiekybinis tyrimas – anoniminė anketinė apklausa, kuri sudaryta remiantis praktika ir moksline literatūra, nagrinėjančia visuomenės sąmoningumą ir žinias apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką. Tyrimo imtį sudarė 400 respondentų. Tyrimas atliktas Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio privačioje X sveikatos priežiūros įstaigoje ir laikantis etikos principų. Tyrimo rezultatams pateikti naudota aprašomosios ir statistinės duomenų analizės metodai. Anketinės apklausos duomenims analizuoti naudota „SPSS 26.0“ „Microsoft Office Excel 2016“ programiniai paketai.

**Tyrimo rezultatai.** Respondentams trūksta sąmoningumo dėl onkologinių prevencinių programų aktyvaus dalyvavimo, respondentai mano, kad profilaktinės programos nereikalingos, gerai jaučiasi, todėl tikrintis nereikia. Respondentų nuomone, tyrimai brangiai kainuoja ir procedūros gali sukelti šalutinius poveikius. Respondentai daugiausia informacijos apie prevencines programas gauna iš šeimos gydytojo. Tiriamųjų nuomone, šeimos gydytojo paskatinimas, nauda sveikatai ir išsamesnė informacija apie programas paskatintų aktyviau dalyvauti. Moterys ir vyrai savo žinias apie onkologines prevencines programas įsivertino patenkinamai. Moterims pagal gyvenamąją apskritį trūksta žinių apie krūties vėžio prevencinės programos periodiškumą ir tik penktadalis moterų žino apie gimdos kaklelio vėžio periodiškumą ir kokio amžiaus grupėms galima dalyvauti programoje. Aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai turėjo daugiau žinių apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos periodiškumą. Nustatyta, kad vedę vyrai apie prostatos vėžio dalyvavimo amžiaus grupes žinojo daugiau.

**Išvada:** Visuomenei trūksta sąmoningumo ir žinių apie onkologinių susirgimų prevencinių programų diagnostiką Lietuvoje.

*Reikšminiai žodžiai:* onkologinės prevencinės programos, visuomenės sąmoningumas, visuomenės žinios, onkologinės ligos.

## SUMMARY

Viliušytė, S. Raising Public Awareness and Knowledge of Diagnostics of Oncological Disease Prevention Programs in Lithuania. Master's thesis. Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Dalia Martišauskienė; Klaipėda University, Faculty of Health Sciences, Department of Public Health. Klaipėda, 2020. – 78 p.

It is imperative to inform the society about free preventive oncology programs. It is a must to nurture society's knowledge and consciousness, in order for patients to actively partake in preventive oncology programs, as well as highlight the populace's responsibility over their own health. In order to assure the quality of prevention programs, it is important to determine society's consciousness and knowledge.

**Research purpose:** to determine society's consciousness and existing knowledge about the diagnostics of preventive oncology programs in Lithuania.

**Research methodics:** A quantitative analysis has been done – an anonymous questionnaire has been given out, one which was constructed based on practice and scientific literature, exploring society's consciousness and knowledge about the diagnostics of preventative oncology programs. The quantity of the research was concluded from 400 respondents. The research was done in Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai and Panevėžys private X health care establishments, and upholding all the principles of ethics. In order to submit the results of the research, descriptive and statistical data analysis methods were used. To analyze the questionnaire data „SPSS 26.0“ and „Microsoft Office Excel 2016“ software packets were used.

**Research results:** the respondents lack consciousness over the active participation in preventative oncology programs, the respondents think that preventative programs are unnecessary, they feel good, therefore find no need to go for regular check ups. In the opinion of respondents, the tests are too costly, and the procedures could potentially cause side effects. Most of the information about the preventative programs respondents get from their family doctor. The researched group thinks that the encouragement of the family doctor, some benefits to the health and more detailed information about the programs would motivate the more active participation. Women and men have valued their knowledge positively about the preventative oncology programs. Depending on their residential county, women lack knowledge about the frequency of breast cancer prevention programs, and only the fifth of all women know about the cervical cancer frequency, and which age groups are eligible to partake in the program. The respondents with a higher education level had more knowledge about the colorectal cancer prevention program's periodicity. It has been determined that married men knew most about the eligibility of the age groups for prostate cancer.

**Conclusion:** The society lacks consciousness and knowledge about preventative oncology programs' diagnostics in Lithuania.

**Keywords:** preventative oncology programs, society's consciousness, society's knowledge, oncological diseases.

# TURINYS

<b>IVADAS</b> .....	10
<b>I. LITERATŪROS APŽVALGA</b> .....	13
1.1 Vėžio epidemiologija Pasulyje, Europoje ir Lietuvoje.....	13
1.2. Onkologinės ligos, prevencija ir diagnostika.....	15
1.2.1. Krūties vėžys .....	17
1.2.2. Gimdos kaklelio vėžys.....	21
1.2.3. Prostatos vėžys .....	25
1.2.4. Storosios žarnos vėžys .....	27
1.3. Onkologinių prevencinių programų organizavimas Lietuvoje .....	30
1.4. Pacientų sąmoninumas ir žinios apie onkologines profilaktikos programas .....	35
1.5. Sveikatos raštingumas .....	36
<b>II. EMPIRINĖ DALIS</b> .....	38
2.1. Tyrimo metodika.....	38
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos.....	38
2.1.2. Tyrimo metodai .....	39
2.1.3. Tyrimo instrumentas .....	40
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga.....	41
2.1.5. Tyrimo etika .....	44
2.2. Tyrimo rezultatai.....	44
2.2.1 Respondentų sociodemografiniai rodikliai .....	44
2.2.2 Respondentų sąmoningumo ugdymo ir žinių vertinimas .....	46
2.3 Tyrimo rezultatų aptarimas .....	68
<b>IŠVADOS</b> .....	71
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	72
<b>LITERATŪRA</b> .....	73
<b>PRIEDAI</b> .....	79

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1.	Naujų susirgimų skaičius 2020 m.	13
2.	Vėžio sergamumas ir mirtingumas 27 Europos šalyse 2020 m.	14
3.	Prognozuojamas visų naujų vėžio atvejų skaičius nuo 2020 m. iki 2040 m.	15
4.	Koncepcinis sveikatos modelis	16
5.	Krūties vėžio sergamumo ir mirtingumo standartizuoti rodikliai pagal moterų amžių	17
6.	Metinis stebimų ir užkirsti kelią nuo krūties vėžio mirčių skaičius kiekviename Europos regione	19
7.	Gimdos kaklelio vėžio sergamumo ir mirtingumo standartizuoti rodikliai pagal moterų amžių, 2020 m.	22
8.	Prostatos vėžio sergamumo ir mirtingumo standartizuoti rodikliai pagal amžių 2020 m.	25
9.	Storosios žarnos vėžio sergamumo ir mirtingumo standartizuoti rodikliai pagal amžių	28
10.	Išgyvenamumas pagal storosios žarnos vėžio ligos stadijas	29
11.	Gimdos kaklelio vėžio patikros programos finansavimas	30
12.	Krūties vėžio patikros programos finansavimas	31
13.	Prostatos vėžio patikros programos finansavimas	32
14.	Storosios žarnos vėžio patikros programos finansavimas	33
15.	Prevenčių programų metu patikrintų asmenų skaičius	33
16.	Tyrimo eigos schema	43
17.	Respondentų žinios apie Lietuvoje vykdomas onkologines prevencines programas	48
18.	Respondentų nuomonė iš kur sužino apie prevencines programas	49
19.	Respondentų nuomonė apie onkologinių prevencinių programų sklaidą Lietuvoje	50
20.	Respondentų nuomonė apie veiksnius, kurie paskatintų dalyvauti onkologinėse prevencinėse programose	52
21.	Respondenčių žinios apie krūties vėžio diagnostikos priemones	55
22.	Žinių, apie ŽPV (žmogaus papilomos viruso) vakciną, pakankamumas	58
23.	Respondentų žinios apie PSA (prostatos specifinis antigenas)	63
24.	Respondentų žinios apie prostatos vėžio diagnostikos priemones	66

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Suteiktų prevencijos programos paslaugų skirtumai	34
2.	Sveikatos raštingumo tikslai (submodeliai)	37
3.	Respondentų sociodemografiniai rodikliai	45
4.	Lankymosi pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių dažnis pagal gyvenamąją vietą	46
5.	Lankymos pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių dažnis pagal šeimyninę padėtį	46
6.	Lankymos pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių dažnis pagal socialinę padėtį	47
7.	Respondentų sveikatos įsivertinimas balų sistemoje	47
8.	Respondentų sveikatos įsivertinimo priklausomybė nuo šeiminių padėties	48
9.	Visuomenės žinios apie onkologinių profilaktinių programų apmokėjimą	49
10.	Respondentų nuomonė, kokios yra nedalyvavimo onkologinėse prevencinėse programose Lietuvoje priežastys	51
11.	Respondenčių žinios apie krūties vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal gyvenamąją vietą	53
12.	Respondenčių žinios apie krūties vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal šeimyninę padėtį	53
13.	Respondenčių žinios apie krūties vėžio simptomus	54
14.	Respondenčių žinios apie gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos dalyvavimo periodiškumą pagal gyvenamąją vietą	55
15.	Respondenčių žinios kokio amžiaus grupėmis vykdoma gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa Lietuvoje	56
16.	Respondenčių žinios kas gali sukelti gimdos kaklelio vėžį	57
17.	Respondenčių žinios apie gimdos kaklelio vėžio simptomus	59
18.	Visuomenės žinios apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal gyvenamąją vietą	59
19.	Visuomenės žinios apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal šeimyninę padėtį	60
20.	Visuomenės žinios apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal išsilavinimą	60

21. Visuomenės žinios apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal gyvenamąją vietą	61
22. Respondentų žinios apie storosios žarnos vėžį	62
23. Respondentų žinios apie prostatos vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal šeimines padėtis	62
24. Respondentų žinios apie prostatos vėžį	64
25. Respondentų žinios apie prostatos vėžio simptomus	65
26. Respondentų žinių apie onkologines prevencines programas įsivertinimas balų sistemoje	66
27. Respondentų žinios apie ligų prevencijos sveikatos raštingumą	67

## SANTRUMPOS

ES – Europos Sąjunga;

iFOBT – imunocheminio slaptos kraujavimo testas;

KMI – kūno masės indeksas;

kt. – kita;

lls – laisvės laipsnių skaičius;

m. – metai;

mėn. – mėnuo;

p – statistinio patikimumo reikšmė;

p. – puslapis;

pav. – paveikslas;

POLA – pagalbos onkologiniams ligoniniams asociacija;

proc. – procentai;

PSA – prostatos specifinis antigenas;

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas;

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija;

SPSS (angl. *Statistical Package for Social Science*) – statistinis paketas socialiniams mokslams

t.y. – tai yra;

VLK – valstybinė ligonių kasa;

ŽPV – žmogaus papilomos virusas;

žr. – žiūrėti.

$\chi^2$  – hi kvadrato kriterijus;

## IVADAS

Onkologinės ligos – viena aktualiausių visos visuomenės, mokslo ir medicinos problemų, nes sergamumas bei mirtingumas nuo jų nuolat didėja. Vėžys yra antra pagal dydį mirties priežastis pasaulyje. Apskaičiuota, kad 2018 m. mirė apie 9,6 mln. žmonių. 30-50 proc. vėžio atvejų būtų galima išvengti, jeigu būtų įgyvendinami prevencinių programų tikslai ir siekiama vengti rizikos veiksnių. Tarp vyrų susirgimų vėžiu šiuo metu pirmą vietą užima priešinės liaukos vėžys, tarp moterų – krūties vėžys (World Health Organization, 2018). COVID-19 pandemija apsunkino onkologinių ligų diagnozavimą ir gydymą, dėl sveikatos priežiūros prieinamumo ir laikinai sustabdytų prevencinių programų vykdymo. Tai gali sukelti trumpalaikį vėžio atvejų sumažėjimą, tačiau pandemijos pasekmės bus skaičiuojamos tik po kelių metų (Siegel et al., 2021). Lietuvoje kiekvienais metais diagnozuojama apie 18 tūkst. naujų onkologinių susirgimų (Pagalba onkologiniams ligoniams asociacija, 2020).

Nepaisant dešimtmečius atliktų laboratorinių, epidemiologinių ir klinikinių tyrimų, krūties vėžys pasaulyje vis didėja. Krūties vėžio sergamumo mažinimui reikia gyventojų sąmoningumo ir žinių, tačiau vis dar daug vėžio atvejų aptinkama ne ankstyvų stadijų (Britt, 2020). Gimdos kaklelio vėžys yra ketvirtas pagal dažnumą moterų onkologinis susirgimas visame pasaulyje. Didžiausias sergamumas ir mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio yra ekonomiškai neišsivysčiusiose šalyse. Atliktas mokslinis tyrimas parodė, kad paplitusi ŽPV (žmogaus papilomos viruso) vakcinacija ir gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa nuo 2020 m. gali padėti išvengti apie 13 milijonų naujų gimdos kaklelio vėžio atvejų iki 2070 m. (Maver, 2020). Storosios žarnos vėžys yra trečia pagal dažnumą onkologinių susirgimų priežastis visame pasaulyje. Storosios žarnos vėžys dažniausia pasireiškia vyresnio amžiaus žmonėms. Visuomenė turi stengtis sumažinti vėžio rizikos veiksnius ir reguliariai dalyvauti prevencinėje programoje atliekant slaptą kraujo išmatose tyrimą. Net 20 – 25 proc. storosios žarnos vėžio atvejų nustatoma tik III ir IV stadijos, todėl ankstoji diagnostika yra labai reikšminga (Ahmed, 2020). Prostatos vėžys yra antra pagal dažnumą onkologinė liga vyrams. Prostatos vėžys ankstyvoje stadijoje dažniausiai būna besimptomis ir sergamumas yra susijęs su vyresniu amžiumi. Siekiant anksti nustatyti prostatos vėžį, svarbu dalyvauti prevencinėje programoje ir reguliariai atlikti PSA (prostatos specifinis antigenas) testą. (Rawla, 2019).

Lietuvoje vykdomos keturios onkologinių ligų prevencinės programos – dėl krūties vėžio (atliekamas mamografinis tyrimas), gimdos kaklelio vėžio (atliekamas citologinio tepinėlio tyrimas), prostatos vėžio (atliekamas prostatos specifinio antigeno tyrimas) ir storosios žarnos vėžio (atliekamas slaptą kraujavimo testas). Prevencinių programų tikslas – nustatyti onkologines ligas

ankstyvoje stadijoje, siekiant sumažinti Lietuvoje gyventojų sergamumą ir mirtingumą. (Valstybinė ligonių kasa, 2020).

Mokslo pažanga leido išsamiau suprasti vėžio vystymąsi, įdiegti efektyvias prevencines priemones, kurios padeda nustatyti ankstyvąją ligos stadiją. Didėjantis onkologinių susirgimų skaičius šalyje rodo, kad onkologinių ligų prevencija yra vienas iš pagrindinių sveikatos apsaugos keliamų tikslų (Nacionalinis vėžio institutas, 2019). Remiantis statistikos duomenimis, Lietuvoje visuomenės dalyvavimas onkologinių ligų prevencinėse programose dar yra nepakankamas ir nesiekia Europos Tarybos rekomendacijų (80 proc.) (Pagalba onkologiniams ligoniams asociacija, 2020).

Taigi, būtina informuoti ir šviesti visuomenę apie nemokamas onkologines prevencines programas, kurios finansuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Reikia ugdyti visuomenės sąmoningumą ir žinias, kad pacientai aktyviai dalyvautų onkologinių ligų prevencijos programose ir akcentuoti gyventojų atsakomybę už savo sveikatą (V-46, 2020). Skatinti pasyvius pacientus turėtų ne tik šeimos gydytojai, programų organizatoriai, šeimos nariai, žiniasklaida ir televizija, tačiau ir valstybės sveikatos politika turi būti nukreipta gyventojus skatinti tikrintis sveikatą.

**Temos aktualumas.** Mokslininkai jau nagrinėjo onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką (Akinlotan, 2017; Carlsson, 2019; Chandrika, 2020; Kyrgiou, 2020 ir kt.) Tačiau nėra tikslaus atsakymo dėl veiksnių ir priežasčių, kodėl visuomenė pasyviai dalyvauja prevencinėse programose. Nors nemaža dalis mokslininkų tiria šį klausimą, tačiau dar trūksta mokslinių įrodymų, kaip paskatinti visuomenę tikrintis sveikatą ir aktyviai dalyvauti onkologinėse prevencijos programose. Ligų prevencijai Lietuvoje turėtų būti skiriamas didesnis dėmesys, nes tik ankstyvas ligos nustatymas padeda išvengti ligos ir pasveikti. Prevencinės programos - tai galimybė visuomenei nemokamai pasitikrinti sveikatą, nes lėšų apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu prevenciniams sveikatos tyrimams skiriama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto. Taigi, aktualu nuolat ugdyti visuomenės sąmoningumą, motyvaciją bei žinias apie onkologinių ligų prevencinės programas. Gerai organizuotos, nacionaliniu lygiu vykdomos profilaktinės programos gali iš esmės sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo piktybinių navikų.

**Tyrimo problema** – kokios visuomenės žinios apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką? Kaip ugdyti visuomenės sąmoningumą ir skatinti dalyvauti prevencinėse programose?

**Tyrimo objektas** – onkologinių ligų prevencinių programų diagnostikos žinomumas ir visuomenės sąmoningumas.

**Darbo tikslas** – nustatyti visuomenės sąmoningumą ir turimas žinias apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką Lietuvoje.

### **Darbo uždaviniai:**

1. Apibrėžti onkologinių ligų prevencinių programų diagnostikos ypatumus.
2. Atskleisti visuomenės sąmoningumą apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką.
3. Įvertinti respondentų žinias apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką pagal amžių, išsilavinimą, socialinę ir šeimyninę padėtį.

### **Tyrimo metodai:**

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa.
3. Statistinė duomenų analizė.

**Metodika.** Naudojamas kiekybinis tyrimas – anoniminė anketinė apklausa, kuri sudaryta remiantis praktika ir moksline literatūra, nagrinėjančia visuomenės žinias apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką. Tyrimo rezultatams pateikti naudosis aprašomosios ir statistinės duomenų analizės metodus. Anketinės apklausos duomenims analizuoti naudosis „SPSS 26.0“ (angl. SPSS – Statistical Package for the Social Sciences) ir „Microsoft Office Excel 2016“ programinius paketus.

**Tiriamųjų imtis.** Tyrimo imtį sudaro 400 pacientų, moterys nuo 25 iki 74 m., vyrai nuo 45 iki 74 m., savanoriškai sutikę dalyvauti tyrime ir supranta bei kalba lietuvių kalba. Tyrimas atliktas Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio X privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Atsako dažnis – 100 proc. (N=400).

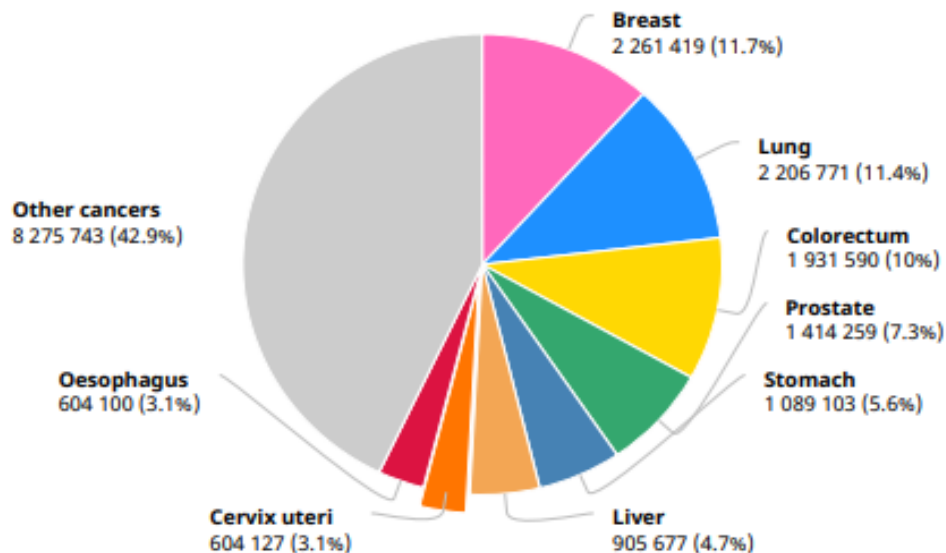
**Darbo struktūra.** Analizuojant praktinę ir mokslinę literatūrą aprašyta gimdos kaklelio, krūties, priešinės liaukos ir storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos, prevencinių programų epidemiologija, paplitimas, taip pat pacientų žinios ir informuotumas apie onkologines prevencines programas, sąmoningumo skatinimas dalyvauti sveikatos patikrinimuose.

**Raktiniai žodžiai** – prevencinės programos, visuomenės žinios, pacientų sąmoningumas, visuomenės sveikatos ugdyimas, onkologinės ligos, krūties vėžys, gimdos kaklelio vėžys, prostatos vėžys, storosios žarnos vėžys, profilaktika.

# I. LITERATŪROS APŽVALGA

## 1.1 Vėžio epidemiologija Pasaulyje, Europoje ir Lietuvoje

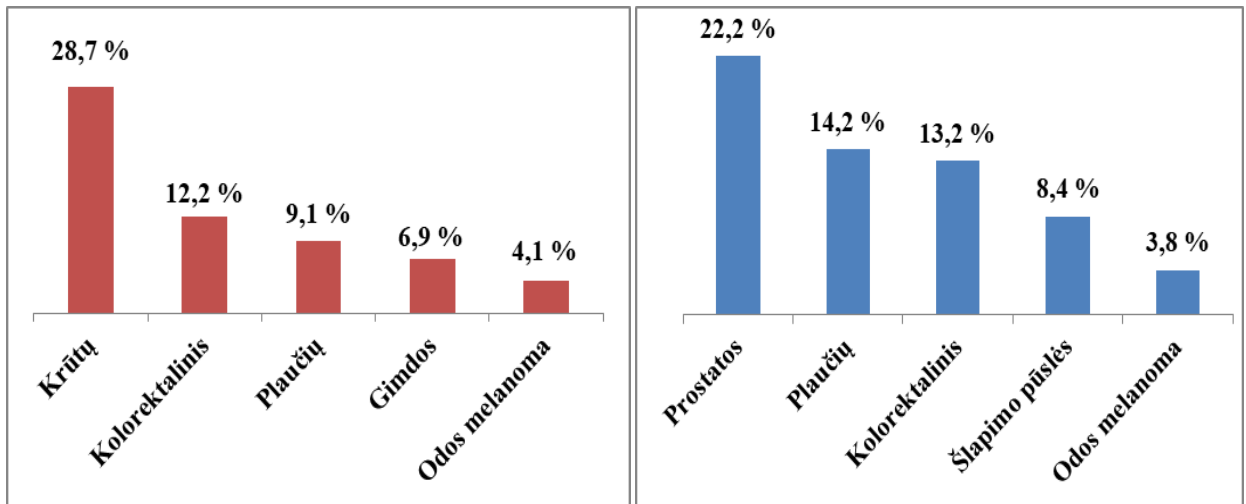
Vėžys yra antra pagal dydį mirties priežastis pasaulyje. Vėžio našta ir toliau auga visame pasaulyje, o tai daro didžiulę fizinę, emocinę ir finansinę įtampą asmenims, šeimoms, bendruomenėms ir sveikatos sistemoms. Daugelis sveikatos priežiūros sistemų mažas ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse yra mažiausiai pasirengusios suvaldyti šią naštą, o didelis skaičius vėžiu sergančių pacientų neturi galimybės laiku kokybiškai diagnozuoti ir gydyti. Šalyse, kuriose sveikatos sistemos yra stiprios, daugelio rūšių vėžio išgyvenamumas gerėja dėl prieinamos ankstyvos diagnostikos, prevencinių programų, kokybiško gydymo ir maitinimo netekus maitintojo. Mirčių nuo vėžio skaičius pasaulyje taip pat padidėjo – nuo 6,2 mln. 2000 m. iki 10 mln. 2020 m. Daugiau nei viena iš šešių mirčių yra dėl vėžio diagnozės (WHO, 2020).



**1 pav.** Naujų susirgimų skaičius 2020 m. Abiejų lyčių, visų amžiaus grupių.  
Iš viso atvejų: 19 292 789.

Šaltinis: WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020.

Manoma, kad 2020 m. vėžio susirgimų padidėjo iki 2,7 milijono naujų atvejų ir 1,3 milijono mirčių Europoje. Skaičiavimai rodo, kad vėžys vyrus paveikia šiek tiek labiau nei moteris - 54 proc. naujų atvejų ir 56 proc. mirčių. Apskaičiuota (žr. į 2 paveikslas), kad 2020 m. krūties vėžys diagnozuotas daugiau kaip 355 000 moterų 27 ES valstybėse narėse (13,3% visų vėžio diagnozių). Po to seka kolorektalinis (341 000, 12,7%) ir prostatos (336 000, 12,5%) vėžys (ECIS – European Cancer Information System, 2020).

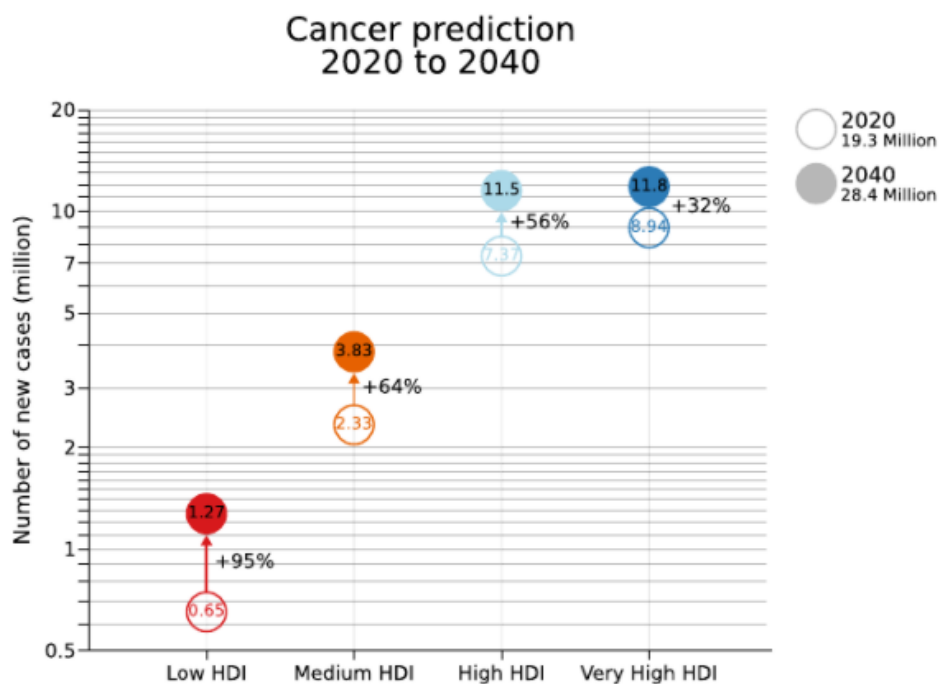


**2 pav.** Vėžio sergamumas ir mirtingumas 27 Europos šalyse 2020 m. Nauji susirgimai moterims – 1 237 588, vyrams – 1 444 949 atvejai.  
Šaltinis: European Cancer Information System, 2020.

Vėžys dažniausiai pasireiškia vyresnio amžiaus žmonėms. 2020 m. skaičiavimai rodo, kad 62 proc. naujų diagnozių ir 76 proc. mirčių įvyksta vyresniems nei 65 metų žmonėms (ECIS – European Cancer Information System, 2020).

Nacionalinio vėžio instituto (2020) statistika rodo, kad onkologinių ligų susirgimų Lietuvoje kasmet daugėja apie 1 proc., tačiau mirtingumas mažėja. Kiekvienais metais suserga apie 180 tūkst. daugiau žmonių nei praėjusiais metais. Lietuvoje, palyginti su Europos duomenimis, mirtingumo rodikliai išlieka labai aukšti. Lietuvių vyrų dažniausias onkologinis susirgimas – prostatos vėžys (32 proc.), o moterų – krūties vėžys (18 proc.). Taigi, labai svarbu nuolat stebėti gyventojų sergamumą ir mirtingumą, kad galėtume įvertinti prevencinių programų veiksmingumą ir naudingumą.

Prognozuojama, kad visame pasaulyje apytiksliai 28,4 mln. naujų vėžio atvejų, tai 47 proc. daugiau nei 2020 m. 19,3 mln. (žr. į 3 paveikslas). Padidėjimo dydis labiausiai stebina mažo (95 proc.) ir vidutinio (64 proc.) (HDI) išsivystymo šalių. Daugelyje šalių padidėja vėžio rizikos veiksnių (rūkymas, nesveika mityba, fizinis pasyvumas). Pirminė prevencija yra ypač veiksmingas būdas kontroliuoti vėžį, iki pusės visų vėžio atvejų būtų galima išvengti. Vis dėlto reikia daug nuveikti, kad dabartiniai veiksmai būtų integruoti į esamus sveikatos planus ir strategijas, tuo pat metu ugdant naujas intervencijas, kuriomis siekiama kovoti su visame pasaulyje didėjančiu onkologiniu susirgimu, kurio prevencijos galimybės išlieka ribotos (Sung et al., 2021).



**3 pav.** Prognozuojamas visų naujų vėžio atvejų skaičius nuo 2020 m. iki 2040 m. Abiejų lyčių.  
Šaltinis: GLOBOCAN 2020.

*Taigi galime daryti išvadą, kad viso pasaulio žmonės turi būti sąmoningi, stengtis laikytis sveiko gyvenimo būdo, atsisakyti žalingų įpročių ir reguliariai lankytis pas savo šeimos gydytoją, savarankiškai domėtis ir dalyvauti prevencinėse programose, kad onkologiniai susirgimai būtų kuo anksčiau diagnozuojami ir lengviau išgydomi. Profilaktika ir rizikos veiksnių pašalinimas yra vieni iš svarbiausių aspektų onkologinių ligų kelio užkirtimui.*

## 1.2. Onkologinės ligos, prevencija ir diagnostika

Onkologinės prevencinės programos – tai priemonė anksti nustatyti vėžį besimtomiesiems pacientams. Siekiama nustatyti asmenis, kuriems yra didesnė tikimybė susirgti vėžiu. Prevencinės programos yra antrinė prevencija (Sarma et al., 2019).

Lietuvoje vykdomos krūties, gimdos kaklelio, prostatos ir storosios žarnos vėžio onkologinės prevencinės programos. Rizikos grupėse esančią visuomenės dalį labai sunku pritraukti dalyvauti prevencinėse programose ir tikrintis savo sveikatą. Šiuo metu prevencinių programų informacinės sistemos sklaidą (skambučiai ir SMS žinutės) vykdo dar ne visos Lietuvos gydymo įstaigos. Nuo 2017 m. valstybinė ligonių kasa (VLK) ir POLA (pagalbos onkologiniams ligoniniams asociacija) pradėjo socialinį projektą „Kylame į kovą su vėžiu“. 2017 m. vasario 2 d. seime pristatyta POLA socialinė akcija, kurios tikslas visuomenei priminti, jog svarbu laiku pasitikrinti sveikatą įsitraukiant į 4 prevencines programas: gimdos kaklelio, krūties, prostatos bei

storosios žarnos vėžio. Akcija įgyvendinama bendradarbiaujant su SAM, VLK, Lietuvos mobiliųjų tinklų operatoriais, naujienų portalais ir televizija. Projektas vykdomas visoje Lietuvoje. Šiuo metu Lietuvoje yra apie 1,5 mln. žmonių, kuriems rekomenduojama patikrinti sveikatą dalyvaujant onkologinėse prevencinėse programose. Tačiau statistika rodo, kad šia galimybe pasinaudoja tik kas antras žmogus, todėl labai svarbu priminti apie šios patikros galimybes ir naudą sveikatai. POLA stengiasi padidinti gydytojų sąmoningumą bei motyvaciją. Peržvelgus VLK prevencinių programų finansavimą iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšų 2017 m., PSDF biudžeto lėšų profilaktinėms programoms buvo skirta viso 9.014 mln., o lėšų įsisavinimas - 8.611 mln. (neįsisavinta liko 403 tūkst. lėšų).

Svarbiausias sėkmingos prevencijos veiksniai yra didelė gyventojų apimtis ir gerai organizuotos prevencinės programos (Kyrgiou et al., 2020).

Ši koncepcinio sveikatos modelio schema (žr. į 4 paveikslas) rodo sveikatos žinių, informacijos apie sveikatą ir sveikatos elgesio pokyčio ryšius, kad visi šie aspektai yra susiję (Eibich, Goldzahl, 2020).



**4 pav.** Koncepcinis sveikatos modelis  
Šaltinis: Eibich, Goldzahl, 2020.

Prevencinių programų privalumai: (Sikora, 2020)

- geresni prevencijos rezultatai;
- reikalingas mažiau radikalus gydymas;
- pacientas būna ramus, gavęs neigiamus atsakymus;
- psichologinė nauda gyventojams;
- valstybės lėšų taupymas;

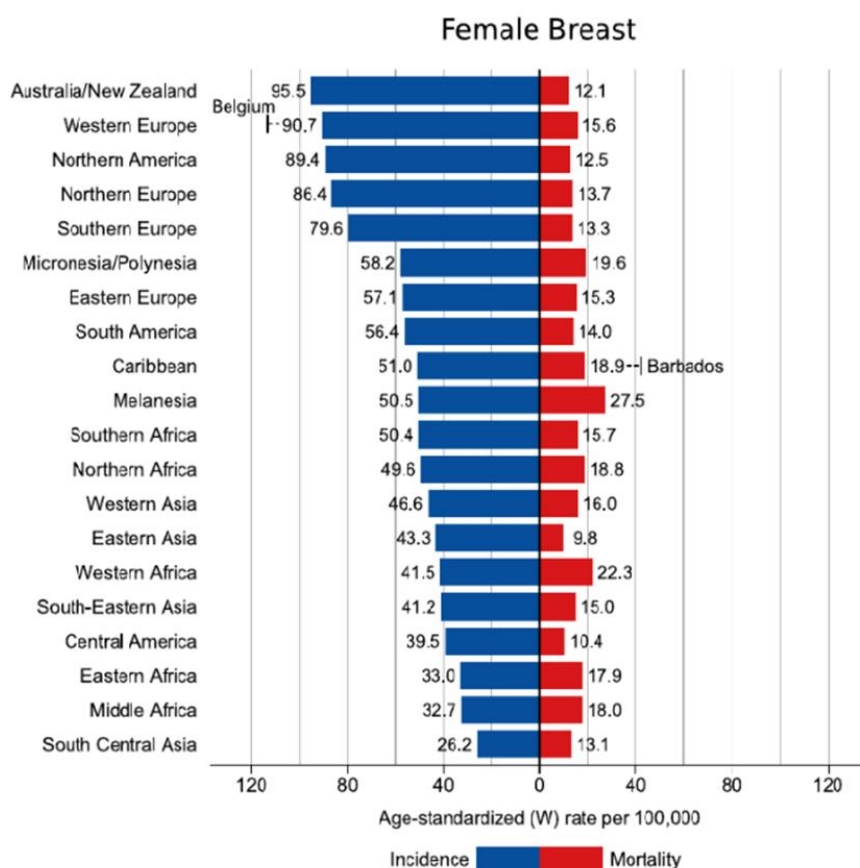
Prevencinių programų trūkumai: (Sikora, 2020)

- klaidingi rezultatai;
- prevencinės programos testo rizika;
- programų išlaidos;

*Apibendrinant galima pastebėti, kad Lietuvos gyventojai nepakankamai suvokia prevencinių programų reikšmę ir nėra atsakingi už savo sveikatą, nesiima iniciatyvos dalyvauti onkologinėse prevencinėse programose, nes ne visos skirtos lėšos iš PSDF biudžeto yra panaudojamos. Tai gali įtakoti, kad šeimos gydytojai ne visada informuoja pacientus ir nėra motyvuoti skatinti juos dalyvauti, o pacientai taip pat nėra suinteresuoti, nes kad ir būna pakviesti dalyvauti onkologinėse prevencinėse programose, dėl įvairių priežasčių atsisako tikrintis sveikatą.*

### 1.2.1. Krūties vėžys

Moterų krūties vėžys yra dažniausiai diagnozuojamas vėžys. Apskaičiuota, kad 2020 m. krūties vėžys diagnozuotas daugiau kaip 355 000 moterų 27 ES valstybėse narėse (13,3% visų vėžio diagnozių) (ECIS – European Cancer Information System, 2020).



**5 pav.** Krūties vėžio sergamumo ir mirtingumo standartizuoti rodikliai pagal moterų amžių, 2020 m. Šaltinis: GLOBOCAN, 2020.

Krūties vėžys yra daugiafaktorinė liga ir įvairūs veiksniai lemia jos atsiradimą. Nors krūties vėžys pasireiškia visame pasaulyje, tačiau sergamumas ir mirtingumas įvairiose pasaulio vietose labai skiriasi. Tai priklauso nuo gyvenimo būdo, genetinio paveldimumo ar aplinkos veiksnių. Paplitimas krūties vėžiu nuolat didėja, todėl būtina vykdyti tikslingas krūties vėžio

prevencines programas (Momenimovahed, Salehiniya, 2019). Pagal (žr. į 5 paveikslas) duomenis matome, kad daugiausia krūties vėžio atvejų yra Australijoje, Naujojoje Zelandijoje, Vakarų Europoje ir Šiaurės Amerikoje. O didžiausias moterų mirtingumas nuo krūties vėžio yra Melanezijoje, Vakarų Afrikoje ir Polinezijoje (GLOBOCAN, 2020).

**Krūties vėžio rizikos veiksniai:** (Moodley, 2020; Coll, 2020).

- Nežindymas;
- Negimdymas;
- Paveldimumas šeimoje;
- Mažas fizinis aktyvumas;
- Pirmas vaikas > 30 metų;
- Mėnesinių periodas prasidėjo < 11 metų;
- Senėjimas;
- Menopauzė > 55 metų;
- Naudojama pakaitinė hormonų terapija;
- Alkoholio vartojimas;
- Anksčiau sirgta krūties vėžiu;
- Didelis krūties tankis;
- Didelis KMI.

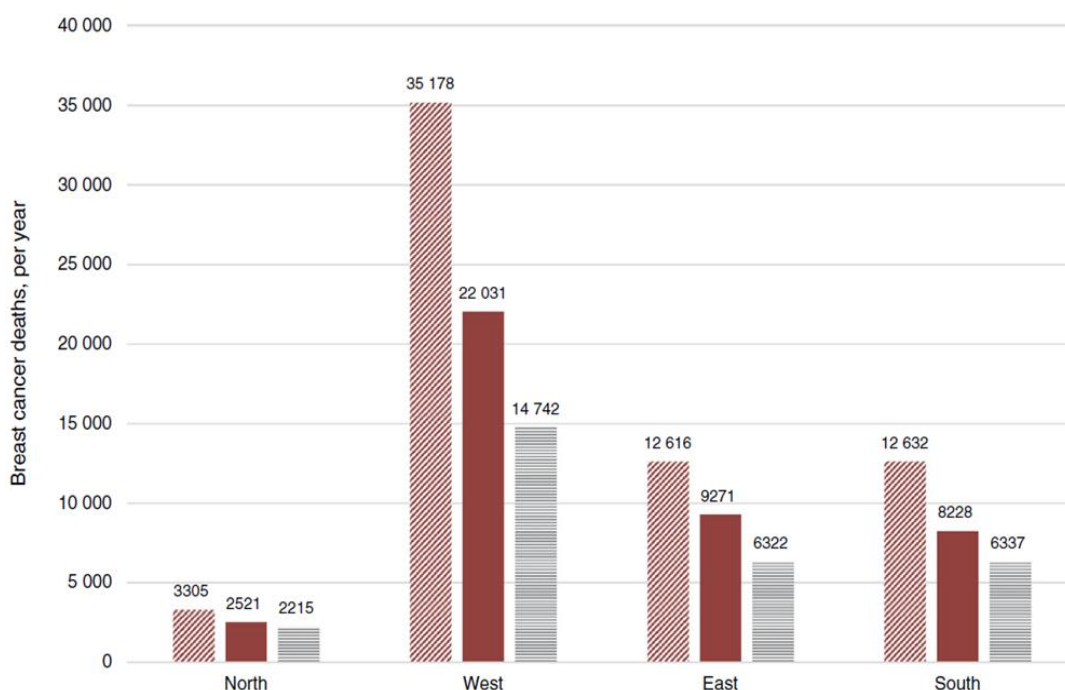
**Krūties vėžio simptomai:** (Moodley et al., 2020)

- Pažastų skausmas;
- Krūtų skausmas;
- Darinys ar čiuopiami padidėję pažasties limfmazgiai;
- Pakitusi krūties forma;
- Pakitęs krūties dydis;
- Pakitusi oda;
- Spenelių bėrimas;
- Kraujavimas iš spenelių;
- Pakitusi krūties odos spalva.

Šiuo metu visos Europos šalys teikia tam tikrą krūties vėžio prevencinę programą, tačiau vis tiek yra įgyvendinimo ir lankomumo skirtumai. Todėl krūties vėžio prevencinė programa dar nėra pasiekusi visų įmanomų galimybių. Ištirta, kad mirčių nuo krūties vėžio būtų galima išvengti, jei visos Europos šalys kas dvejus metus tikrintų visas 50–69 metų moteris. Kasmet 21 680

mirčių nuo krūties vėžio jau buvo išvengta, dėl krūties vėžio prevencinės programos patikros. Jei visos šalys pasiektų 100 proc., kasmet būtų galima išvengti 12 434 papildomų mirčių nuo krūties vėžio, o tai turėtų didžiausią potencialą Rytų Europoje. Esant maksimaliai aprėpčiai, papildomai būtų galima išvengti 23% mirčių nuo krūties vėžio, o Vakarų Europoje tai galėtų būti 21%, Pietų Europoje – 15% ir Šiaurės Europoje – 9%. Mokslinis tyrimas rodo, kad toliau optimizuojant atrankos apimtį, krūties vėžio atvejų skaičius Europoje gali būti žymiai sumažintas.

Atlikto mokslinio tyrimo metu buvo nustatyta, kad dauguma Europos šalių nustatė tikslinį krūties vėžio prevencinės programos amžiaus intervalą, kaip rekomenduoja Europos Komisija (nuo 50 iki 69 m.). Kitos šalys priėmė kitą amžiaus grupę: Estija (50 iki 60 m.), Švedija, Olandija (50 iki 74 m.), Austrija, Čekija (45 iki 69 m.), Prancūzija, Portugalija (50 iki 74 m.), Airija (50 iki 64 m.), Vengrija (45 iki 64 m.) (Zielonke et al., 2021).



**6 pav.** Metinis stebimų ir užkirsti kelią nuo krūties vėžio (nuo 50 iki 74 m.) mirčių skaičius kiekviename Europos regione.  
Šaltinis: Zielonke, N., 2021.

- ▨ Mirtys nuo krūties vėžio neatliekant krūties prevencinės programos.
- Mirtys nuo krūties vėžio.
- ▨ Mirtis nuo krūties vėžio, jei prevencinės programos apimtis padidėtų iki 100%

Šiaurės Europa: Danija, Estija, Suomija Islandija, Latvija, Lietuva, Norvegija ir Švedija.

Vakarų Europa: Austrija, Belgija, Prancūzija, Vokietija, Airija, Liuksemburgas, Olandija, Jungtinė Karalystė ir Šveicarija.

Rytų Europa: Bulgarija, Čekija, Kroatija, Vengrija, Lenkija, Rumunija, Slovakija ir Slovėnija.

Pietų Europa: Kipras, Gibraltaras, Graikija, Italija, Malta, Portugalija ir Ispanija.

Taigi pagal (žr. į 6 paveikslas) atlikto tyrimo rezultatus matome, kad toliau optimizuojant prevencinės programos aprėptį mirčių nuo krūties vėžio skaičius Europoje galėtų būti sumažintas. Todėl šalys, kuriose krūtų prevencinė programa nėra vykdoma nuo 50 iki 69 m. turėtų būti griežtai apsvarstyti ir remtis atlikto tyrimo rezultatais (Zielonke et al., 2021).

Mamografija yra krūties diagnostinis tyrimas naudojant rentgeno spindulius. Tai krūties rentgenograma, rodanti riebalinius, pluoštinius ir liaukinius audinius. Moterims, neturinčioms akivaizdžių simptomų, nustatomas krūties vėžys (atliekant prevencinius sveikatos patikrinimus) yra reguliariai atliekamos atrankinės mamogramos. Radiologijos technologai ir gydytojai radiologai, atlikdami mamogramą, ieško ankstyvų krūties vėžio požymių. Mamogramos padidina galimybes ankstyvoje stadijoje nustatyti krūties vėžį. Ankstyvas krūties vėžio nustatymas yra labiau išgydomas. Amerikos vėžio draugija rekomenduoja atlikti kasmetinę mamogramą kiekvienai 40 metų ar vyresnei moteriai. Mamogramos apšvitos rizika yra minimali, palyginti su jos nauda gelbstint gyvybes. Svarbu realiai suprasti, kad mūsų kūnas kiekvieną dieną veikiamas natūralios spinduliuotės. Siekiant tiksliau įvertinti naviką galimi ir kiti diagnostiniai tyrimai: krūtų ultragarsas, kompiuterinė tomografija (KT), magnetinis rezonansas (MRT), pozitronų emisijos tomografija (PET), krūtų biopsija (Ramani et al., 2017).

Mamografija yra vienintelis patikimas ir paprasčiausias metodas krūties vėžiui nustatyti ankstyvoje stadijoje tarp visų šiuo metu galimų diagnostikos metodų. Krūties vėžys gali pasireikšti tiek vyrams, tiek moterims ir yra sąvoka apibrėžiama kaip nenormalus krūties ląstelių augimas, kurios nekontroliuojamai dauginasi. Pagrindiniai krūties vėžį sukeliantys veiksniai yra hormoniniai arba genetiniai. Mišrios yra gana subtilios ir turi daugybę formų, tokių kaip apibrėžtos, spekuliuojamos ar netinkamai apibrėžtos. Krūtų navikai yra gerybiniai arba piktybiniai (DeVita et al., 2016).

Mamografija yra viena svarbiausių krūtų diagnostikos procedūrų vėžio nustatymui ir diagnostikai. Pagrindinis tikslas yra ankstyvas krūties vėžio gydymas, siekiant pagerinti išgyvenamumą ir sumažinti agresyvių gydymo metodų, tokių kaip mastektomija, poreikį (Eibich, Goldzahl, 2020).

„Mamografinės patikros veiksmingumas buvo įvertintas randomizuotuose kontroliuojamuose tyrimuose. Pirmasis tyrimas pradėtas 8 JAV 1963 metais. Vėliau panašūs tyrimai atlikti kitose šalyse. Gauti rezultatai leido nustatyti, kiek mamografinė patikra efektyvi mažinant mirtingumą nuo krūties vėžio. Skirtingų autorių duomenimis, mirtingumas vykdant mamografinę patikrą gali sumažėti 20–35 proc. Randomizuotų kontroliuojamų tyrimų rezultatai parodė, kad vykdoma mamografinė patikra gali reikšmingai sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio, todėl daugelyje Europos šalių nacionaliniu arba regioniniu lygmeniu buvo pradėtos atrankinės mamografinės patikros“ (Ivanauskienė, 2012).

Dauguma Europos šalių naudojama klasifikavimo sistema BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) (Ramani et al., 2017).

BI-RADS diagnostinės kategorijos – (Boumaraf et al., 2020)

- 0 = neišsamu, reikalingi papildomi tyrimai;
- 1 = neigiama, nėra pakitimų;
- 2 = gerybiniai pakitimai;
- 3 = tikriausiai gerybiniai pakitimai;
- 4 = įtartini piktybiniai pokyčiai;
- 5 = įtariamas piktybinis navikas;
- 6 = nustatytas navikas, patvirtintas biopsija.

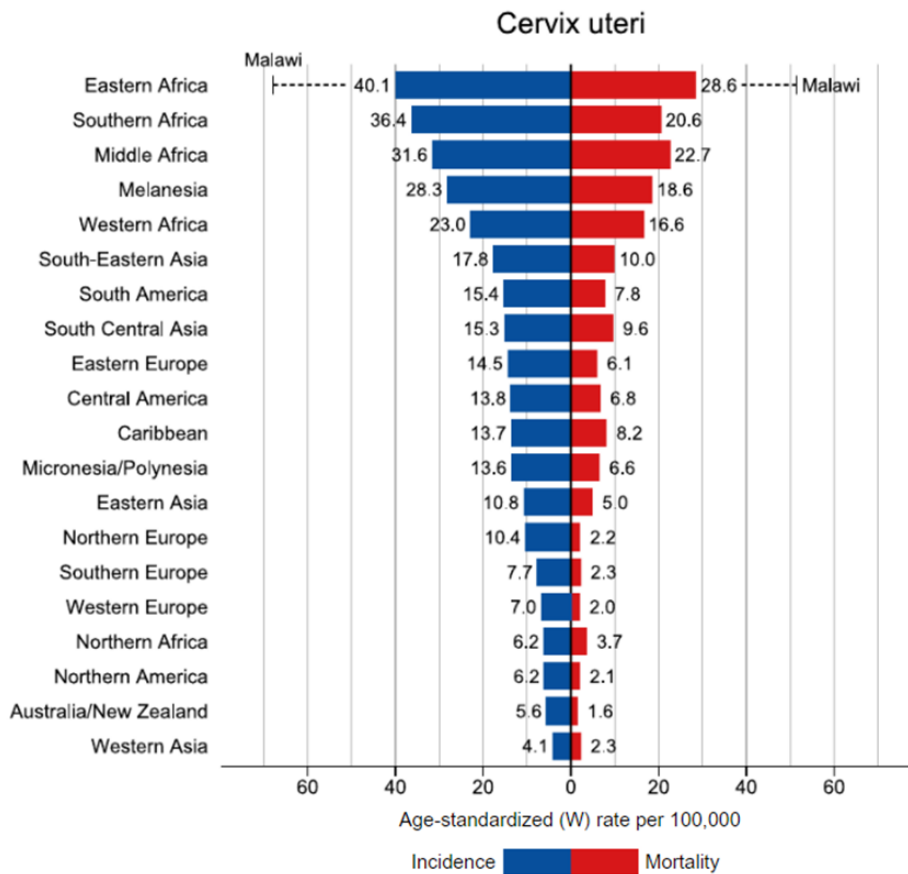
**Krūčių prevencinių programų vykdymas COVID-19 metu:** Society of Breast Imaging (SBI) rekomenduoja įstaigoms atidėti prevencinių programų vykdymą laikinai. Kai pandemija ir rizika užsikrėsti pacientams bei medicinos darbuotojams sumažės, tuomet raginti visas įstaigas, kad visos vėluojamos prevencinės programos būtų baigtos kuo greičiau ir operatyviau (Society of Breast Imaging, 2020).

*Apibendrinant pateikiamą informaciją galima teigti, kad krūties vėžys yra vienas dažniausių moterų onkologinių susirgimų Lietuvoje. Labiau išsivysčiusiose šalyse krūties vėžys yra nustatomas ankstyvesnėje stadijoje ir moterų išgyvenamumas didėja. Moterys turi stengtis mažinti krūčių vėžį sukeliančius rizikos veiksnius (nutukimas, alkoholis, rūkymas) ir stengtis sveikiau maitintis ir didinti fizinį aktyvumą. Reikia ugdyti moterų sąmoningumą ir žinias apie krūties vėžio simptomus, diagnostiką, prevencines programas ir krūčių savityrą. Šeimos gydytojus motyvuoti skatinti moteris dalyvauti programose, paaiškinti naudą ir galimybes, skatinti bendradarbiauti.*

### **1.2.2. Gimdos kaklelio vėžys**

Gimdos kaklelio vėžys yra ketvirta pagal dydį dažniausiai aptinkamas vėžys moterims visame pasaulyje, daugiau nei pusė milijono atvejų ir 311365 mirčių 2018 m. (Stelzle et al., 2020). Kasmet 300 000 moterų visame pasaulyje miršta nuo gimdos kaklelio vėžio ir 90 proc. šių mirčių vyksta šalyse, kur gaunamos mažos ir vidutinės pajamos (Kramer et al., 2020).

Pagal (žr. į 7 paveikslas) duomenis matome, kad daugiausia gimdos kaklelio vėžio susirgimų atvejų yra Rytų, Pietų ir Vidurio Afrikoje. O didžiausiais mirtingumas taip pat Afrikoje (GLOBOCAN, 2020).



**7 pav.** Gimdos kaklelio vėžio sergamumo ir mirtingumo standartizuoti rodikliai pagal moterų amžių, 2020 m.  
Šaltinis: GLOBOCAN, 2020.

Apskaičiuota, kad 2016 m. Jungtinėse Amerikos valstijose buvo 12 990 atvejų ir 4120 mirčių nuo gimdos kaklelio vėžio, o mediana moterų amžiaus – 47 metai. Norit sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžio reikia imtis veiksnių įvairiose srityse, pirminėje ir antrinėje prevencijoje, gydymo būdų tobulinime, gerinti moterų prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų (Small et al., 2017).

Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio Lietuvoje yra vienas iš didžiausių Europoje. Mažas profilaktinių citologinių gimdos kaklelio vėžio tyrimų skaičius yra viena pagrindinių sergamumo didėjimo gimdos kaklelio vėžiu priežasčių. Kitų šalių patirtis rodo, kad efektyvus ir organizuotas profilaktinės programos vykdymas gali sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu net 30-70 proc., o mirtingumą – apie 30 proc. per penkis metus (Gajauskė, Fatkulina, 2015).

**Gimdos kaklelio vėžio rizikos veiksniai:** (Akinlotan, 2017; Chandrika, 2020)

- Nereguliarus dalyvavimas gimdos kaklelio vėžio prevencijos programoje;
- Paveldimumas;
- Nesaugūs lytiniai aktai;

- Jauno amžiaus lytiniai santykiai;
- Jeigu moteris serga lytiškai plintančia liga ar virusu (ŽPV, AIDS);
- Nusilpusi imuninė sistema;
- Žalingi įpročiai;
- Ilgas kontraceptinių vaistų naudojimas;
- Gimdymų skaičius;
- Lytinių partnerių skaičius.

**Gimdos kaklelio vėžio simptomai:** (Low, 2012; Chandrika, 2020)

- Neįprastas kraujavimas iš makšties;
- Nuolatinis dubens srities skausmas;
- Svorio kritimas;
- Kraujas išmatose ar šlapime;
- Gausesnės makšties išskyros;
- Skausmas lytinio akto metu;
- Ilgesnės mėnesinės ir gausesnis kraujavimas;
- Nuolatinis apatinės nugaros dalies skausmas;
- Nuolatinis viduriavimas;
- Kraujavimas pasibaigus menopauzei.

Daugumą gimdos kaklelio vėžio atvejų sukelia žmogaus papilomos virusas (ŽPV). ŽPV – tai labai paplitusi lytiniu keliu plintanti infekcija.

ŽPV vakcinų tipai:

- Divalentės (nuo 16/18 ŽPV tipų)
- Keturvalentinės (nuo ŽPV 6/11/16/18 tipų)
- Nevalentinės

ŽPV tipai (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, ir 59).

ŽPV vakcinacija yra efektyviausia jaunoms mergaitėms, kol jos nėra lytiškai aktyvios. PSO rekomendacijomis geriausia skiepyti mergaites nuo 9 iki 14 metų. Ši vakcina yra saugi ir veiksminga, kuri sumažina apie 76 proc. gimdos kaklelio vėžio mirčių (Kramer et al., 2020).

16 ir 18 tipo ŽPV sukelia 70 proc. gimdos kaklelio vėžio ir ikivėžinių gimdos kaklelio pakitimų atvejų (Henke et al., 2021). Taigi sveikatos stiprinimas ir švietimas yra būtinas siekiant sumažinti gimdos kaklelio vėžio susirgimus ir tai turėtų būti nukreipta ypač tiems, kas turi mažai žinių apie gimdos kaklelio vėžį ir mažai žino apie ŽPV ir vakciną (Rančič et al., 2020).

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) dokumente (WHA73:2) sukurta Pasaulinė gimdos kaklelio vėžio eliminavimo paspartinimo strategija. Teigiama, kad efektyviai vykdoma vakcinacija, profilaktinis patikrinimas ir gydymas iki 2050 m. gali apie 40 proc. sumažinti naujų gimdos kaklelio vėžio ligos atvejų skaičių ir padėti išvengti 5 milijonų su šia liga susijusių mirčių.

„2020 m. lapkričio mėnesį Pasaulio sveikatos asamblėjoje 94 šalys priėmė rezoliuciją, kuria įsipareigojo eliminuoti vėžį. Iki 2030 m. šalys turėtų pasiekti šiuos tikslus: (WHA73:2)

- 90 proc. mergaičių, iki 15 metų amžiaus, pilnai paskiepyti ŽPV infekcijos vakcina;
- 70 proc. moterų, iki 35 metų ir pakartotinai 45 metų, atlikti patikrą naudojant didelio efektyvumo testą;
- 90 proc. moterų turėtų gauti priešvėžinį gydymą. Taip pat 90 proc. moterų, sergančių invaziniu vėžiu, turėtų gauti gydymą.“

Pasak PSO generalinio direktorius dr. Tedrosas Adhanomas Ghebreyesusas „Bet kokio vėžio pašalinimas kadaise atrodė neįmanoma svajonė, tačiau dabar turime rentabilias, įrodymais pagrįstas priemones, kad ši svajonė taptų realybe. Tačiau gimdos kaklelio vėžį kaip visuomenės sveikatos problemą galime pašalinti tik tada, jei turimų įrankių galias suderinsime su nenumaldomu ryžtu išplėsti jų naudojimą visame pasaulyje“.

Gimdos kaklelio vėžys yra išgydomas jei yra aptinkamas anksti ir tikslingai gydomas. Nesiimant papildomų veiksmų, tikimasi, kad 2018–2030 m. naujų gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičius padidės nuo 570 000 iki 700 000, o prognozuojama, kad metinis mirčių skaičius išaugs nuo 311 000 iki 400 000. Vidutines pajamas gaunančių šalių, gimdos kaklelio vėžio paplitimas yra beveik dvigubai didesnis, o mirčių skaičius – tris kartus didesnis nei šalyse, turinčiose dideles pajamas.

Pagal PSO generalinio direktoriaus padėjėją dr. Princesė Nothemba Simelela „Didžiulis mirtingumas, susijęs su gimdos kaklelio vėžiu, yra dešimtmečių pasaulinės sveikatos bendruomenės nepriežiūros pasekmė. Tačiau scenarijų galima perrašyti. Kritiniai pokyčiai apima profilaktinių vakcinų prieinamumą; pigūs gimdos kaklelio vėžio pirmtakų patikrinimo ir gydymo metodai; ir nauji chirurgijos mokymo metodai. Pasaulio šalys, prisiimdamos bendrą pasaulinį įsipareigojimą siekti darnaus vystymosi tikslų ir nepalikdamos niekieno, žengia naują kelią į gimdos kaklelio vėžio pabaigą“.

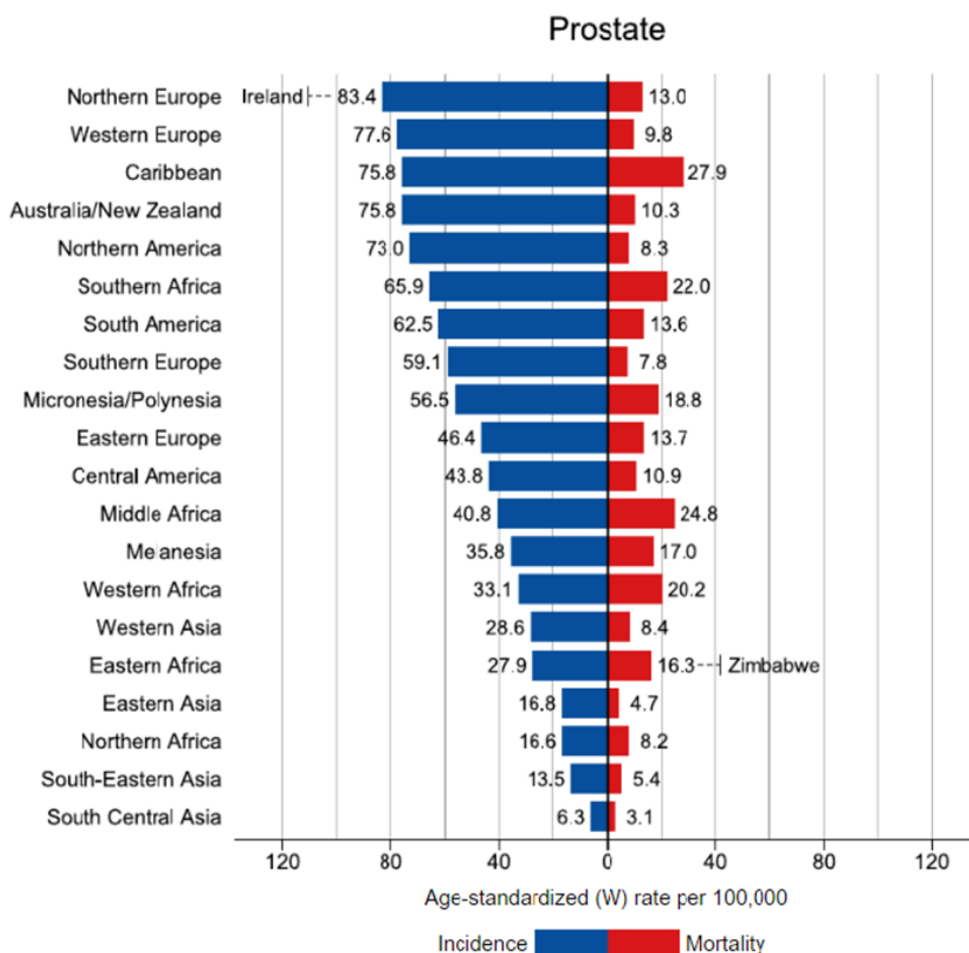
Tačiau strategija pradedama įgyvendinti sudėtingu pandemijos laikotarpiu. COVID-19 pandemija kelia iššūkius užkirsti kelią mirčiai nuo vėžio, įskaitant vakcinacijos, profilaktikos programų sustabdymas ir gydymo paslaugų nutraukimas. Sienų uždarymas, dėl kurio sumažėjo atsargų prieinamumas, naujos kliūtys, trukdančios kaimo vietovių moterims keliauti į gydymo įstaigas ir mokyklų uždarymas, nutraukiantis mokyklų vakcinų programas. Tačiau, kiek įmanoma,

PSO ragina visas šalis užtikrinti, kad vakcinacija, profilaktikos patikros ir gydymas būtų saugiai tęsiami, laikantis visų būtinų saugumo priemonių (WHO, 2020).

*Apibendrinant galima teigti, kad gimdos kaklelio vėžys moterims yra dažnas onkologinis susirgimas. Gimdos kaklelio vėžys yra glaudžiai susijęs su ŽPV infekcija, tai vienas svarbiausių rizikos veiksnių. Reikia ugdyti moterų sąmoningumą reguliariai tikrintis pas gydytoją ginekologą, dalyvauti gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje ir išvengti vėžinių susirgimų ar juos pagydyti nespėjus išsivystyti vėžiui. Tai gi patys efektyviausi būdai mažinti gimdos kaklelio vėžį yra ankstyvoji prevencija ir vakcina nuo ŽPV.*

### 1.2.3. Prostatos vėžys

Prostatos vėžys yra labiausiai paplitusi vyrų vėžio rūšis visame pasaulyje. Remiantis naujausia ataskaita, kasmet 21 proc. išauga naujų vėžio atvejų skaičius, taip pat prostatos vėžys yra labiausiai paplitusi vyrų vėžio rūšis JAV (Mardani et al., 2020).



**8 pav.** Prostatos vėžio sergamumo ir mirtingumo standartizuoti rodikliai pagal amžių 2020 m.  
Šaltinis: GLOBOCAN, 2020.

Pagal (žr. į 8 paveikslas) duomenis, prostatos vėžio atvejų pasaulyje daugiausia Šiaurės ir Vakarų Europoje ir Karibuose. O mirtingumas didžiausias Karibuose, Vidurio ir Pietų Afrikoje (GLOBOCAN, 2020).

Prostatos vėžys yra labai paplitęs, o apie ligos etiologiją žinoma labai mažai. Nustatyti rizikos veiksniai: amžius, šeimos paveldimumas, genetinės mutacijos, žalingi įpročiai (rūkymas, alkoholis), nutukimas ir netaisyklinga mityba. (Sung et al., 2021). Apie 75 proc. prostatos vėžys diagnozuojamas vyresniems nei 65 metų vyrams (Dunn, 2017).

**PSA (prostatos specifinis antigenas)** – tai glikoproteino serino proteazės fermentas, kurį gamina prostatos epitelio ląstelės ir išskiriamas į spermą. Tai svarbus rodiklis, kuris padeda diagnozuoti ankstyvių stadijų prostatos vėžį. PSA testas buvo sukurtas devintojo dešimtmečio pabaigoje. Tai rizikos rodiklis, kuris gali būti padidėjęs ir dėl gerybinių priežasčių (infekcija, prostatitas, šlapimo takų infekcija). PSA rodiklis naudingas stebint pacientus sergančius prostatos vėžiu ar nėra ligos progresavimo. PSA norma kiekvienam vyrui yra skirtinga pagal amžių (Nelson, Shah, 2019).

Pirmaisiais EPCDP atrankos programos metais prostatos vėžio dažnis viršijo 1990-aisiais pastebėtą Jungtinėse Valstijose, todėl buvo didžiausias kada nors matytų prostatos vėžio atvejų skaičius šalyje. Paskutinės analizės duomenimis, Lietuvoje prostatos vėžio dažnis yra didžiausias pasaulyje. Nors PSA atrankos programa Lietuvoje vykdoma daugiau nei 10 metų, iki šiol paskelbtų duomenų yra nedaug, jie apima tik sergamumo ir mirtingumo pokyčių analizę (Patasius, Krilaviciute, Smailyte, 2020).

Atlikto mokslinio tyrimo rezultatų išvados, kad nepaisant neorganizuotos atrankos praktikos ir mažos aprėpties per vieną atrankos etapą, 70% 50–74 metų vyrų bent kartą per pirmuosius 10 atrankos metų dalyvavo prostatos vėžio programoje. Tiriamuoju laikotarpiu tikslinėje populiacijoje tarp atrankos programoje dalyvavusių asmenų buvo nustatyta 94,8 proc. prostatos vėžio atvejų (Patasius ir kt., 2020). Pagal atlikto tyrimo duomenų rezultatus galima teigti, kad pacientams sergantiems prostatos vėžiu pasireiškia fiziniai simptomai: šlapinimosi sutrikimai, bendras silpnumas, nuovargis, miego sutrikimai, skausmas, seksualiniai sutrikimai, valgymo sutrikimai, ribotas judėjimas, kojų tinimas. (Esser et al., 2020).

Memorialinio Sloan Kettering vėžio centro rekomendacijos dėl prostatos vėžio prevencinės programos: (Carlsson, 2019).

- PSA patikrinimą vyrams pradėti nuo 45 metų;
- Bendradarbiauti priimant sprendimus su gydytoju dėl naudos ir žalos;
- Jei PSA yra  $\geq 1$ , bet  $< 3$  ng / ml: grįžti į PSA tyrimus kas 2–4 metus;
- Jei PSA yra  $< 1$  ng / ml: grįžkite į PSA tyrimą kas 6–10 metų;
- Baigti PSA patikrinimą vyrams nuo 75 metų ir kurių PSA  $\leq 1$  ng / ml, amžius 60 metų.

Prostatos vėžys dažniausiai yra besimptomis, jei vyras pajaučia simptomus, tai gali būti, kad liga jau yra išplitusi. Simptomus gali sukelti prostatos padidėjimas (Cadet et al., 2019).

**Prostatos vėžio simptomai:** (Cadet et al., 2019)

- Dažnas šlapinimasis;
- Šlapinimosi metu jaučiamas skausmas;
- Kraujas šlapime;
- Šlapimo nelaikymas;
- Kaulų skausmas;
- Kojų tinimas;
- Bendras silpnumas.

Diagnostikos priemonės: prostatos specifinio antigeno (PSA) kiekis kraujyje, digitalinis – rektalinis tyrimas, ultragarsas, biopsija, kompiuterinė tomografija (KT) ir multiparametrinis prostatos magnetinis rezonansas (MRT) (Yang, 2020).

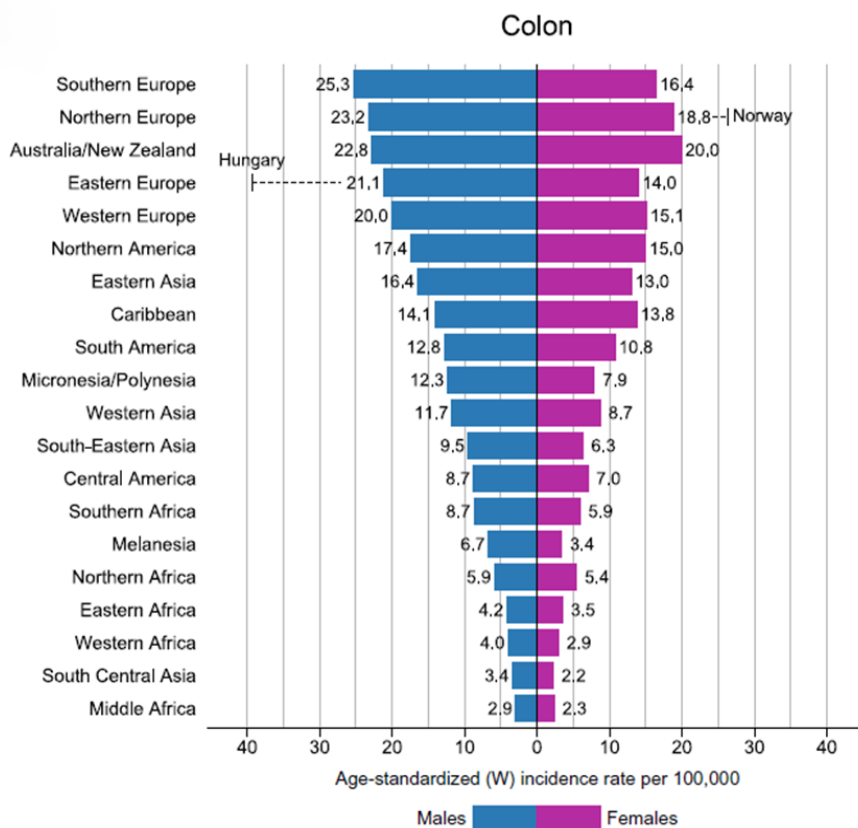
*Taigi prostatos vėžys yra viena iš dažniausių vyrų onkologinių ligų visame pasaulyje. Ankstyvojoje stadijoje prostatos vėžys neturi specifinių simptomų ir jį labai sunku pastebėti. Liga gali vystytis net kelis metus, be jokių požymių. Todėl prostatos vėžio prevencinė programa labai svarbi, nes tik efektyvus programos vykdymas gali sumažinti sergamumą ir mirtingumą prostatos vėžiu. Apibendrinant galima teigti, kad tik reguliarius profilaktinis prostatos specifinio antigeno (PSA) tyrimas gali užtikrinti, kad liga bus anksti pastebėta. Todėl gydytojai, šeimos nariai, žiniasklaida turi skatinti vyrus būti sąmoningais.*

#### **1.2.4. Storosios žarnos vėžys**

Visame pasaulyje storosios žarnos vėžys yra trečias dažniausiai diagnozuojamas vėžys vyrams ir antrasis moterims. Prognozuojama, kad storosios žarnos vėžio padaugės 60 proc., o naujų susirgimo atvejų 2,2 mln. ir 1,1 mln. mirčių nuo vėžio iki 2030 m. (Dulskas ir kt. 2020).

Ryškus ir dažnai nežinomas faktas yra tas, kad kolorektalinis vėžys yra antras mirtingiausias vėžys – maždaug 170 000 žmonių miršta kasmet – Europos Sąjungoje (ES). Šis faktas yra dar ryškesnis, nes šio tipo vėžio galima išvengti ir išgydyti, jei pakitimai aptikti pakankamai ankstyvoje stadijoje. Deja, daugumai pacientų nustatomi tik III ir IV stadijose. Jei Europos Sąjunga sugebėtų diagnozuoti daugiau pacientų I stadijoje, tai per metus būtų galima išgelbėti nuo 13 proc. iki 50 proc. 130 000 gyvybių (Digestive cancers Europe, 2019).

Pagal (žr. į 9 paveikslas) duomenis, storosios žarnos vėžio atvejų pasaulyje daugiausia Pietų ir Šiaurės Europoje, Australijoje, Naujojoje Zelandijoje. O mirtingumas didžiausias Šiaurės Europoje (Norvegijoje), Australijoje, Naujojoje Zelandijoje ir Pietų Europoje.



**9 pav.** Storosios žarnos vėžio sergamumo ir mirtingumo standartizuoti rodikliai pagal amžių, 2020m.

Šaltinis: GLOBOCAN, 2020.

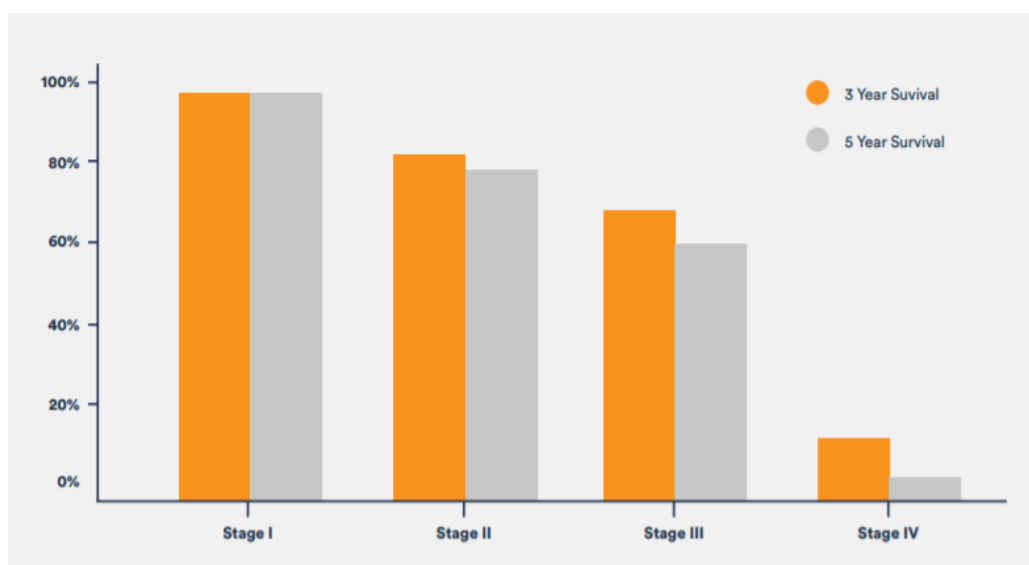
Tik laiku nustatyta diagnozė ir tinkamas gydymas gali suteikti puikių prognozių. Storosios žarnos onkologinė prevencinė programa padeda ligą diagnozuoti ankstesnėse stadijose ir sumažinti mirtingumą. Prevencinę programą sudaro slapto kraujavimo testas (iFOBT), jeigu testas teigiamas tada pacientui atliekama kolonoskopija arba biopsija pasitarus su gydytoju specialistu. Nors ir mirtingumas nuo storosios žarnos vėžio mažėja, tačiau susirgimų skaičius vis daugėja. Ištirta, kad storosios žarnos vėžys koreliuoja su šalių ekonomine būkle ir gyvenimo būdo pasirinkimu (mažas fizinis aktyvumas, nutukimas, greitas maistas, rūkymas, alkoholis) (Dulskas ir kt. 2020).

Fizinė veikla ir žalingų įpročių nevertojimas gali padėti išvengti storosios žarnos vėžio (Antoljak, 2020). Žarnyno polipai turi būti pašalinti, nes jie gali suvėžėti (Montminy et al., 2019). Sėkmingas prevencinės programos įgyvendinimas priklauso nuo daugybės faktorių, strategijos veiksmingumo ir įsisavinimo populiacijoje (Njor et al., 2019).

Pagrindiniai storosios žarnos rizikos veiksniai: amžius, opinis kolitas, šeiminė istorija dėl tiesiosios žarnos vėžio ar polipų, mažas fizinis aktyvumas, nutukimas, tabako ir alkoholio vartojimas. Visose ES šalyse mirtingumas nuo storosios žarnos vėžio yra žymiai didesnis tarp vyrų, nei moterų, tai gali priklausyti nuo sveiko gyvenimo būdo propagavimo (OECD/European Union, 2020).

Nacionalinio vėžio instituto onkologė chemoterapeute Edita Baltruškevičienė teigia: „Didžiausia problema, kad žmonės nejaučia ankstyvųjų ligos požymių, todėl ji dažnai nustatoma, kai būna jau pažengusi. Tikrai mažiau nei 40 proc. atvejų nustatoma pirmosios ir antrosios stadijų storosios žarnos vėžys.“

Naujausi tyrimai Jungtinėje Karalystėje, Belgijoje, Šveicarijoje ir Italijoje nustatė duomenis, kad I. stadijoje storosios žarnos vėžio aptinkama tik 13 proc., II. stadijoje – 31 proc., III. stadijoje – 32 proc. ir IV. stadijoje – 24 proc. Pagal surinktus duomenis matome, kad daugumai pacientų storosios žarnos vėžys nustatomas, kai simptomai tampa pastebimi. Taigi, tik ankstyva diagnostika gali išsaugoti gyvybes (žr. į 10 paveikslas). Storosios žarnos vėžys – tai lėtai besivystanti vėžio forma, todėl prevencinės storosios žarnos programos turi didelę galimybę anksti diagnozuoti ligą. Atsižvelgiant į šios ligos didelį sergamumą ir mirtingumą kiekvienos valstybės prioritetuose turėtų būti ši prevencinė programa (Digestive cancers Europe, 2019).



**10 pav.** Išgyvenamumas pagal storosios žarnos vėžio ligos stadijas.  
Šaltinis: Digestive cancers Europe, 2019.

Storosios žarnos vėžiu sergančių pacientų išgyvenamumas Lietuvoje 51,5 proc., Šiaurėje rezultatai yra geresni (Norvegija – 63,4 proc., Švedija – 60,3 proc.), Centrinėje Europoje (Vokietija – 61,4 proc., Danija – 63,0 proc.) ir kitos Vakarų šalys (JAV – 64,1 proc., Jungtinė Karalystė – 53,1 proc.). Penkerių metų išgyvenamumas sergant storosios žarnos vėžiu Lietuvoje 78,6 proc., o progresavusio vėžio išgyvenamumas tik 6,6 proc. (Dulskas ir kt., 2020).

*Apibendrinant galima teigti, kad storosios žarnos vėžys yra didelė sveikatos problema visame pasaulyje. Išsivysčiusiose šalyse storosios žarnos išgyvenamumas gerėja, Lietuvoje taip pat. Onkologinė prevencinė storosios žarnos programa tam turi didelės įtakos, nes kuo anksčiau liga pastebima, tuo ji yra sėkmingiau gydoma. Labai svarbu, kad gyventojai efektyviai dalyvautų patikroje ir atliktų slauto kraujavimo testą, taip pat stengtųsi laikytis sveiko gyvenimo būdo ir būtų fiziškai aktyvūs.*

### 1.3. Onkologinių prevencinių programų organizavimas Lietuvoje

Šeimos gydytojas privalo pagal kompetenciją skirti ankstyvosios diagnostikos programas (MN14:2005, 2019). Kiekvienas norintis dalyvauti onkologinėje prevencinėje programoje turi kreiptis į savo šeimos gydytoją konsultacijai. Jeigu pacientas nepatenka į nustatyto amžiaus grupę ir jaučiasi blogai, vis tiek reikia kreiptis į šeimos gydytoją (VLK, 2020).

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa pradėta vykdyti nuo 2004 m. Birželio 30 d. V-482, moterims nuo 25 iki 60 m., kas trejus metus. Atliekamas citologinio tepinėlio tyrimas. (VLK, 2020).

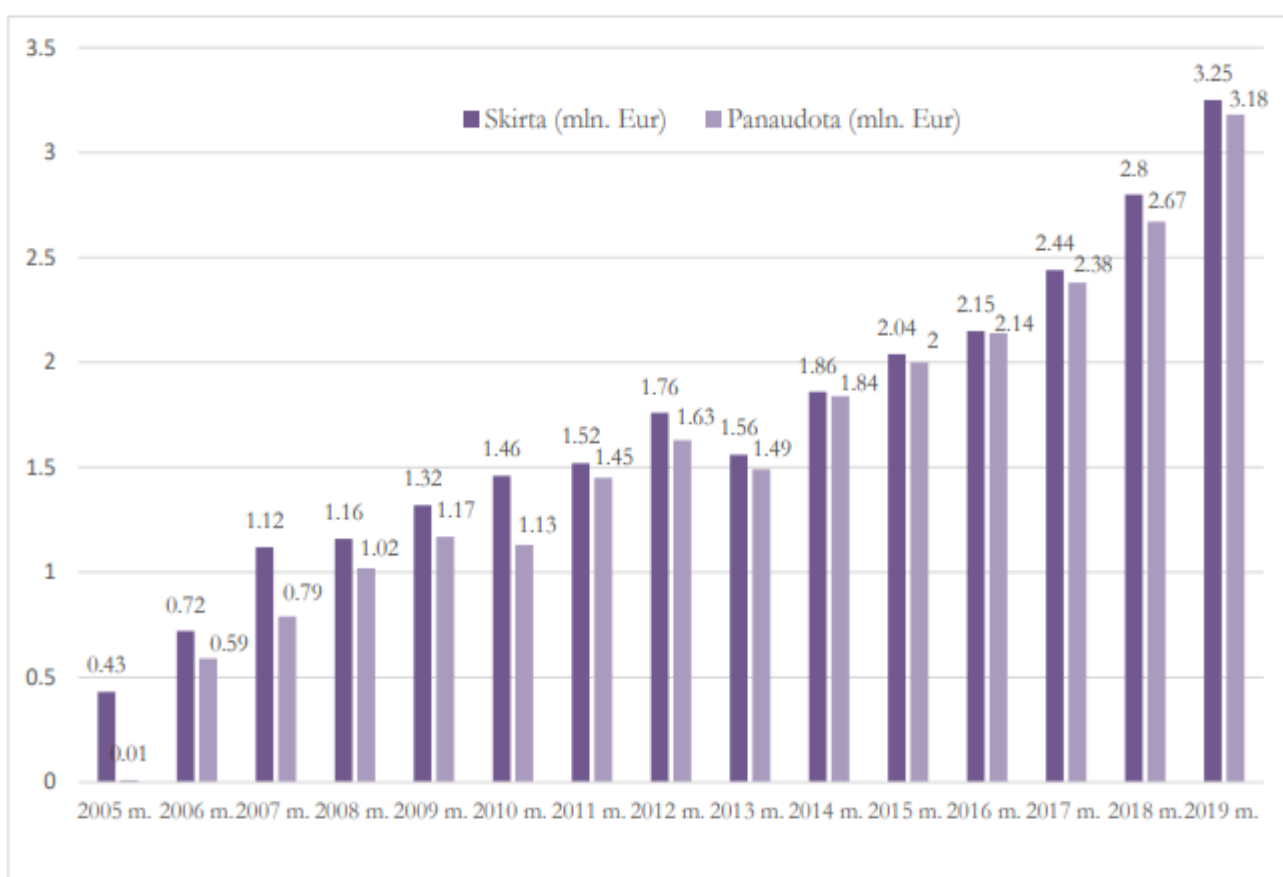


**11 pav.** Gimdos kaklelio vėžio patikros programos finansavimas.  
Šaltinis: POLA, 2020.

Pajamų finansavimas gimdos kaklelio vėžio patikros programai kiekvienais metais auga, tačiau tik apie pusę informuotų moterų atvyksta pasitikrinti (žr. į 11 paveikslas). Nors skiriamas didelis dėmesys gimdos kaklelio prevencijai, tačiau susiduriama su vis dar didele problema – nedalyvavimu. Todėl programos išskirti tikslai ir uždaviniai lieka pilnai neįgyvendinti.

Programoje turėtų dalyvauti daugiau kaip 80 % moterų, kurios patenka į nustatyto amžiaus grupę (V-548, 2004).

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa pradėta vykdyti 2005 m. Rugsėjo 23 d. V-729, moterims nuo 50 iki 69 m. (imtinai), kas dveji metai. Gavus šeimos gydytojo siuntimą atliekama krūčių mamografijos diagnostinis tyrimas (Valstybinės ligonių kasos, 2020).

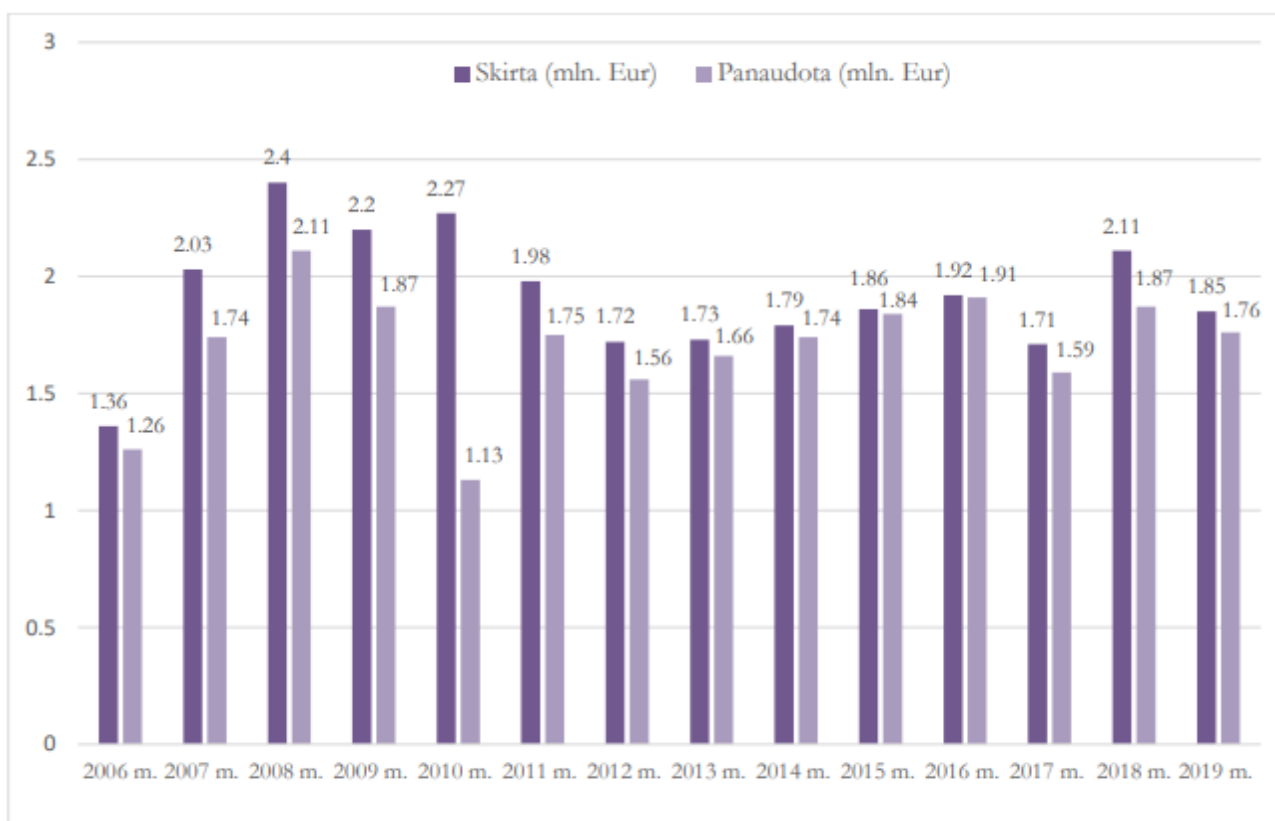


**12 pav.** Krūties vėžio patikros programos finansavimas  
Šaltinis: POLA, 2020.

Pajamų finansavimas krūties vėžio prevencinei programai nuolat augantis, tačiau visos skirtos lėšos taip pat nėra išnaudojamos (žr. į 12 paveikslas). Reikia imtis papildomų priemonių paskatinti moteris dar aktyviau dalyvauti krūties vėžio prevencinėje programoje. „Nepalanki epidemiologinė situacija skatina diegti moterų atrankinės patikros dėl krūties vėžio programą. Šiuolaikiniu mamografu galima aptikti krūties navikus nuo 3–5 mm dydžio. Mamografijos jautrumas – apie 75 proc. jis priklauso nuo pacientės amžiaus, naviko dydžio ir krūties liaukinio

audinio tankio menopauzėje. Jaunesnių nei 50 m. moterų mamografijos jautrumas – apie 60 proc., o vyresnių nei 50 m. – apie 80 proc. Tyrimo specifiškumas svyruoja nuo 94 proc. iki 99 proc. Dėl didelio jautrumo ir specifiškumo mamografija yra efektyviausias krūties vėžio patikros būdas.“ (V-901, 2004).

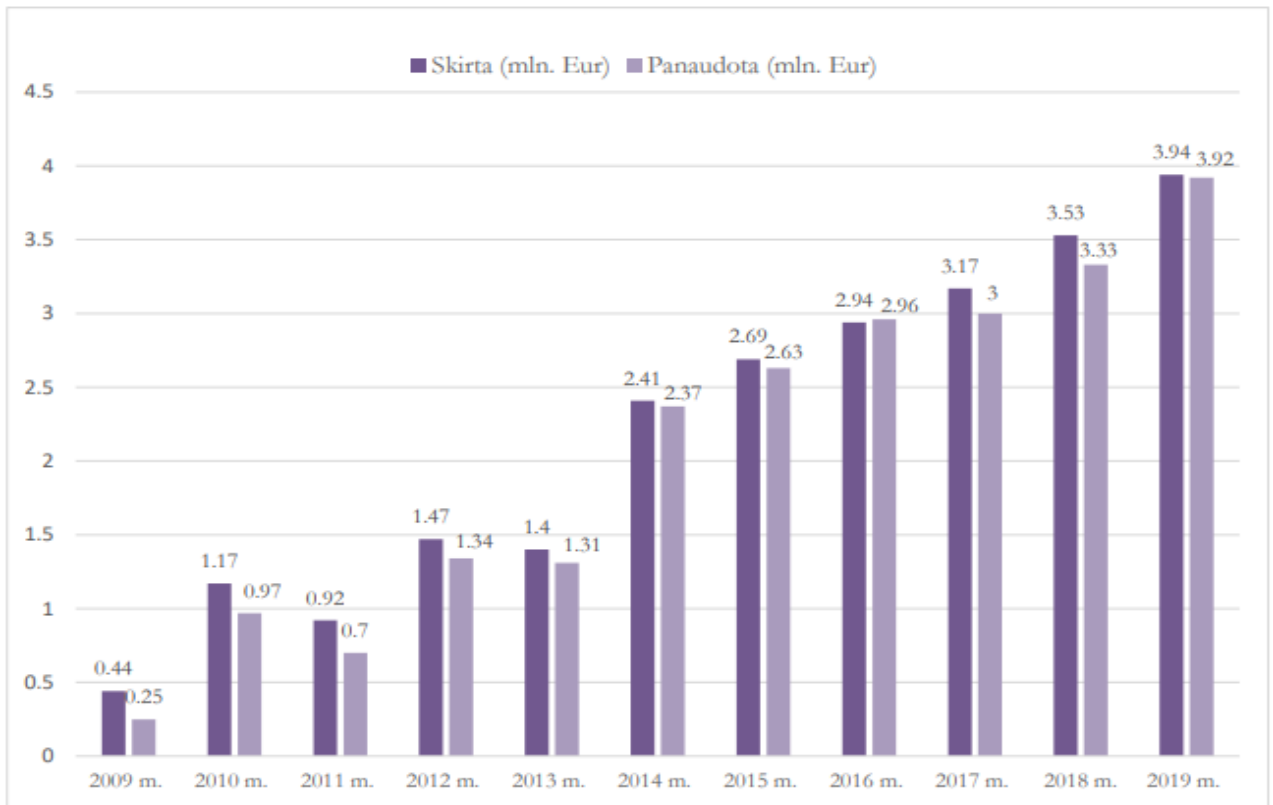
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa pradėta vykdyti nuo 2005 m. Gruodžio 14 d. V-973, vyrams nuo 50 iki 69 m. (imtinai), ir vyrams nuo 45 m. jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu, periodiškai. Atliekamas kraujo tyrimas, parodantis prostatos specifinio antigeno (PSA) koncentraciją kraujyje (Valstybinės ligonių kasos, 2020).



**13 pav.** Prostatos vėžio patikros programos finansavimas  
Šaltinis: POLA, 2020.

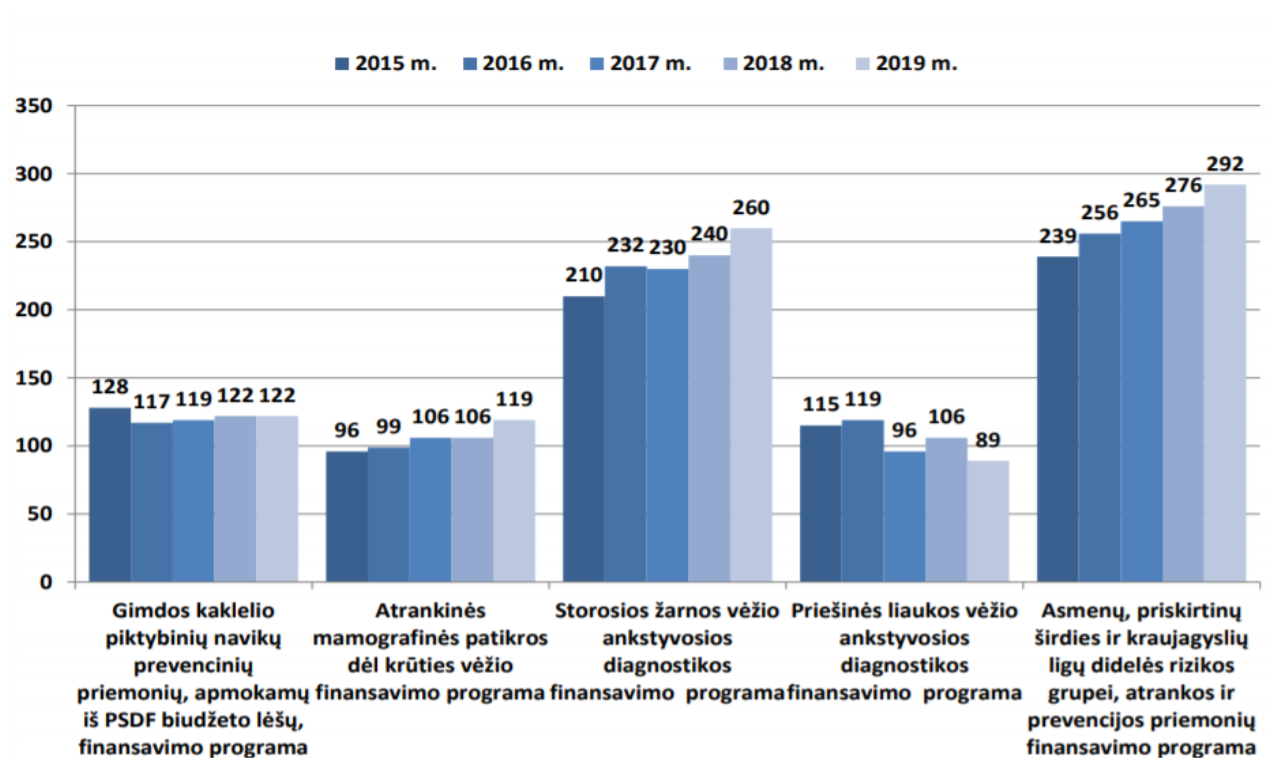
Prostatos vėžio prevencinės programos finansavimas yra svyruojantis, tačiau vyrų dalyvavimas programoje yra mažėjantis ir tai kelia didelį susirūpinimą (žr. į 13 paveikslas). „Jei nustatytas PSA kiekis bus 3 ng/ml ar didesnis, pacientas bus siunčiamas konsultuotis pas urologą ir atlikti prostatos biopsiją. Padidėjęs PSA kiekis leidžia tik iš anksto nuspėti prostatos vėžį. Prostatos biopsija yra vienintelis būdas objektyviai patvirtinti prostatos vėžio diagnozę“ (V-973, 2005).

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa pradėta vykdyti nuo 2009 m. Birželio 23 d. V-508, asmenims 50-74 m., kas dveji metai. Atliekamas slaptas kraujavimo testas (Valstybinės ligonių kasos, 2020).



**14 pav.** Storosios žarnos vėžio patikros programos finansavimas.  
Šaltinis: POLA, 2020.

Storosios žarnos prevencinės programos finansavimas kiekvienais metais vis didėjantis ir pacientų dalyvavimas taip pat (žr. į 14 paveikslas). Nors ši programa buvo pradėta vykdyti vėliausiai, tačiau pacientai aktyviausiai joje dalyvauja.



**15 pav.** Prevencinių programų metu patikrintų asmenų skaičius (tūkst.)  
Šaltinis: POLA, 2020.

Pagal pateiktus duomenis (žr. į 15 paveikslas) galima teigti, kad gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje nuo 2015-2019 m. moterų dalyvavimas nuo pradžių sumažėjo, tačiau išlieka stabilus. Krūties vėžio prevencinėje programoje moterų dalyvavimas šiek tiek išaugo. Daugiausia išsaugo storosios žarnos vėžio prevencinėje programoje vyrų ir moterų dalyvavimas. O labiausiai sumažėjęs yra prostatos vėžio prevencinėje programoje vyrų dalyvavimas.

„Baimindamiesi užsikrėsti, taip pat manydami, kad užsiregistruoti pas gydytoją galima tik išskirtiniais atvejais, žmonės vengia kreiptis į gydymo įstaigas – laukia, kada baigsis karantinas. Todėl vis daugėja ligų, kurios diagnozuojamos per vėlai, jau gerokai pažengusios. Deja, tuomet ir gydymas yra kur kas sunkesnis. Raginčiau visus žmones aktyviai dalyvauti nemokamose prevencinėse programose. Kaip tik jų metu atliekami tyrimai susirgimus leidžia nustatyti pačioje ankstyviausiose stadijoje“, – Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Šeimos medicinos centro gydytoja doc. Neringa Burokienė.

„Nepaisant valstybės dedamų pastangų ir patvirtintų, siekiamų rodiklių, praktikoje vis dar susiduriama su sunkumais ne tik siekiant pritraukti tikslesnėse grupėse esančius pacientus tikrintis, bet ir užtikrinant efektyvią informacijos apie šias vykdomas vėžio patikros programas sklaidą. Pažymėtina ir tai, kad žmonių dalyvavimą vėžio prevencinėse patikros programose 2020 m. ypač paveikė ir COVID-19 (koronaviruso) pandemija, kuri nulėmė dar mažesnę pacientų įsitraukimą į ankstyvąją vėžio prevenciją“. (POLA, 2020).

**1 lentelė.** Suteiktų prevencijos programos paslaugų skirtumai  
Šaltinis: POLA, 2020.

	Paslaugų skaičius		
	2019	2020	Skirtumas
<b>Mamografijos programa</b>	17 790	6 702	-11 088
<b>Priešinės liaukos programa</b>	230	88	-142
<b>Kolonoskopijos programa</b>	712	495	-217

Pagal (žr. į 1 lentelė) duomenis matome, kad per metus dėl COVID-19 pandemijos labai sumažėjo krūties vėžio prevencinės programos paslaugos. Moterys bijo užsikrėsti, todėl neina tikrintis krūties. Rekomendacija „Atsižvelgus į COVID-19 laikotarpiu sumažėjusį dalyvaujančių pacientų skaičių, siūlytina skirti didelį dėmesį prevencinių programų reklamavimą, pasitelkiant žiniasklaidos priemones pabrėžti šių programų naudą“. (POLA, 2020).

COVID-19 pandemija veikia sveikatos priežiūros įstaigas visame pasaulyje. Dabartinis prioritetas yra ekstremalios situacijos valdymas, tačiau reikia suteikti tinkamą priežiūros lygį onkologinėms prevencinėms programoms. Siekiant nesumažinti visuomenės dalyvavimo reikia kruopščiai suplanuoti šią veiklą, užtikrinant specialistų ir pacientų saugumą. (Ciavattini et al., 2020).

*Apibendrinant galima teigti, kad onkologinės prevencinės programos yra ypatingai svarbios, nes tik jų pagalba galima anksti aptikti vėžinius pakitimus ir ligos gydymas tampa efektyvus ir veiksmingas. Prevencinės programos yra atliekamos nemokamai, finansuojamos PSDF biudžeto lėšomis. Nors Lietuvos gyventojai kiekvienais metais vis daugiau dalyvauja prevencinėse programose, tačiau vis dar trūksta pacientų įsitraukimo, sąmoningumo, motyvacijos ir žinių apie onkologinių programų dalyvavimą. Taip pat labai svarbu skirti dėmesį pacientų informavimui, supažindinti apie atliekamus tyrimus, jų periodiškumą ir dalyvių amžiaus grupes. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, jų vadovai turėtų skatinti ir motyvuoti šeimos gydytojus ir personalą, kad pacientams suteiktų informaciją ir rekomenduotų dalyvauti onkologinėse gimdos kaklelio, krūtų, prostatos ir storosios žarnos vėžio prevencinėse programose.*

#### **1.4. Pacientų sąmoningumas ir žinios apie onkologines profilaktikos programas**

Svarbu ne tik matuoti ir stebėti onkologinių prevencinių programų apimtis ir tendencijas, bet taip pat būtina išsiaiškinti ir suprasti nedalyvavimo programose priežastis. Pasaulyje buvo atliktų tyrimų, siekiant suprasti nedalyvavimo priežastis, naudojant tikslines grupes, anketavimą ir interviu. Pagrindinės nedalyvavimo priežastys – skirtingas požiūris į sveikatą, motyvacijos trūkumas, baimė, gėdos jausmas, paslaugų prieinamumo problemos, gydytojų rekomendacijų trūkumas, atsakymų baimė ir gera savijauta. Taigi nedalyvavimas prevencinėse programose susideda iš daugybės priežasčių. (Valent et al., 2020).

Labai svarbu gydytojus ir medicinos personalą šviesti kokia yra svarbi ankstyva diagnostika. Lėšų dalis, kuri skiriama profilaktikos programoms lieka nepanaudota, todėl tai sąlygoja ligų skaičiaus didėjimą ir uždelimą. Jeigu gydytojai būtų labiau paskatinami už aktyvų siūlymą, tai galbūt daugiau pacientų sužinotų ir būtų labiau motyvuoti tikrintis savo sveikatą. Prie aktyvesnės profilaktikos mums pagelbėtų Vokietijos pavyzdys, kad medicinos personalas per elektroninę sistemą stebi pacientų patikrinimo datas, jei neatvyksta asmeniškai informuojama. Tai galėtų pagerinti dalyvavimą onkologinėse prevencinėse programose. Prevencijos veiksmai yra labai svarbūs, jie atskleidžia problemą ir padeda įgyvendinti veiklą, kuria siekiama sumažinti onkologinių ligų riziką. Lenkijoje buvo atliktas mokslinis tyrimas, kurio tikslas - įvertinti moterų žinias apie krūtų prevencinę programą. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad pacienčių žinių ir sąmoningumo dalyvauti krūtų prevencinėje programoje labai trūksta. Moterys dažniausiai žino pagrindines krūties vėžio priežastis ir simptomus. Daugiau nei 70 proc. respondenčių teigia žinančios krūties savitikros taisyklės, tačiau tik mažiau nei pusė šių moterų jas atlieka. Dauguma moterų - 66,7 proc. teigia žinančios mamografijos atlikimo taisyklės, tačiau tik pusė jų dalyvavo programoje. Dažniausia kvietimo studijuoti nepasinaudojimo priežastis buvo laiko stoka (Tomaszewska, Michna, 2019).

Italijoje buvo atliktas tyrimas apie onkologinių prevencinių programų žinias. Tyrimo rezultatai parodė, kad gyventojų žinios apie prevenciją yra labai ribotos. Storosios žarnos prevencinė programa buvo mažiausiai žinoma. Vyrai ir moterys turintys žemesnį išsilavinimą yra mažiau informuoti, nei turintys aukštą išsilavinimą. Planuojant prevencines programas reikia atsižvelgti į lyčių, socialinę ir ekonominę nelygybę. Visuomenė labai pasitiki šeimos gydytojais, todėl jie turėtų skatinti pacientus dalyvauti profilaktikos programose (Mereu et al., 2019).

Visuomenės požiūris į prevencines programas yra teigiamas. Didesnių žinių turėjimas apie prevencines programas siejamas ir su aktyvesniu dalyvavimu jose. Turintys žemesnį išsilavinimą ir gyvenantys kaimo regionuose turi stipresnius įsitikinimus dėl vėžio, potencialiai prisideda prie atrankos skirtumų (Sarma et al., 2019).

*Galima teigti, kad pacientų žinių trūkumas sąlygoja neaktyvų dalyvavimą onkologinėse prevencinėse programose. Pagrindinės nedalyvavimo priežastys yra gera savijauta, informacijos trūkumas apie prevencines programas ir iš šeimos gydytojo negautas pakvietimas dalyvauti. Pacientus reikėtų labiau skatinti domėtis savo sveikata, imtis daugiau iniciatyvumo ir sąmoningumo.*

### **1.5. Sveikatos raštingumas**

Per pastaruosius 40 metų sveikatos raštingumas sulaukia vis didesnio sveikatos mokslininkų ir politikos formuotojų susidomėjimo. Sveikatos raštingumas reiškia žinias, motyvaciją ir kompetenciją vertinti, suprasti, taikyti su sveikata susijusią informaciją sveikatos priežiūros informaciją. Žemas sveikatos raštingumas yra susijęs su mažesniu dalyvavimu prevencinėse programose, reikšmingai susijęs su mažu fiziniu aktyvumu ir žalingais įpročiais (Albus, 2018).

Sveikatos raštingumas yra susijęs su klaidinga informacija apie onkologines ligas, vėžio sampratą, rečiau ieškoma informacijos apie vėžio riziką ir prevenciją (Fleary et al., 2019). Sveikatos raštingumas turi įtakos pacientų elgesiui sveikatos priežiūros sistemoje. Nustatyta, kad geri sveikatos raštingumo įgūdžiai koreliuoja su per dideliu tikrinimusi prevencinėse programose, kuris viršija rekomendacijas. O pacientai su prastais sveikatos raštingumo įgūdžiais mažiau dalyvauja onkologinėse prevencinėse programose (Rutan et al., 2020).

„Sveikatos raštingumas suprantamas kaip gebėjimas ieškoti ir suprasti įvairiais informacijos kanalais perduodamą informaciją apie sveikatą.“ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme sveikatos raštingumas apibrėžiamas kaip pažintiniai ir socialiniai įgūdžiai (gebėjimai), nulemiantys asmenų motyvaciją ir kompetenciją gauti ir suprasti informaciją ir ja visais būdais naudotis, siekiant stiprinti ir palaikyti gerą sveikatą (Javtokas, Žagminas, Žeromskienė, 2017).

Pagal (žr. į 2 lentelę) duomenis matome sveikatos raštingumo modelius pritaikytus sveikatos priežiūrai, ligų prevencijai ir sveikatos stiprinimui.

**2 lentelė.** Sveikatos raštingumo tikslai (submodeliai)  
Šaltinis: Javtokas, Žagminas, Žeromskienė, 2017.

Sveikatos raštingumo domenai (dalys)	Pasiekti, gauti aktualią sveikatos informaciją	Suprasti aktualią sveikatos informaciją	Kritiškai įvertinti, pasirinkti aktualią sveikatos informaciją	Panaudoti, pritaikyti aktualią sveikatos informaciją
<b>Sveikatos priežiūra</b>	1) Gebėjimas rasti informaciją mediciniuose leidiniuose	2) Gebėjimas suprasti medicininę informaciją ir suvokti jos prasmę	3) Gebėjimas interpretuoti ir įvertinti medicininę informaciją	4) Gebėjimas priimti informaciją pagrįstą sprendimą mediciniu klausimu
<b>Ligų prevencija</b>	5) Gebėjimas pasiekti informaciją apie rizikos veiksnius	6) Gebėjimas suprasti informaciją apie rizikos veiksnius ir suvokti jos prasmę	7) Gebėjimas interpretuoti ir įvertinti informaciją apie rizikos veiksnius	8) Gebėjimas kritiškai vertinti informacijos apie rizikos veiksnius svarbą ir aktualumą
<b>Sveikatos stiprinimas</b>	9) Gebėjimas atnaujinti savo žinias sveikatos klausimais	10) Gebėjimas suprasti su sveikata susijusią informaciją ir jos reikšmę	11) Gebėjimas interpretuoti ir įvertinti informaciją sveikatos klausimais	12) Gebėjimas suformuoti apgalvotą nuomonę sveikatos klausimais

Išskiriami trys sveikatos raštingumo lygiai: funkcinis, interaktyvusis ir kritinis. Sveikatos raštingumas gali būti veiksmingas sergant onkologinėmis ligomis, tai padeda domėtis informacija ir siekti geresnės sveikatos, taip pat padėti pagerinti gyvenimo kokybę (Goodwin et al., 2018).

Pagal Lietuvoje atlikto mokslinio tyrimo duomenis buvo nustatyta, kad sveikatos raštingumui didžiausią įtaką turi lytis, amžius ir išsilavinimas. Ligų prevencijos srityje moterų sveikatos raštingumo duomenys buvo žymiai aukštesni nei vyrų. Sveikatos raštingumas buvo žymiai geresnis mieste gyvenančių ir su aukštu išsilavinimu pacientų (Kazlauskienė ir kt., 2018).

*Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos raštingumo tema yra aktuali visam pasauliui. Prastas sveikatos raštingumas siejamas su sveikatos nesirūpinimu, netinkamai naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis, žinių apie sveikatą trūkumu. Asmenys, kurių mažas sveikatos raštingumas rečiau dalyvauja onkologinėse prevencinėse programose, nei asmenys, kur sveikatos raštingumas yra vidutinis ar aukštas. Labai svarbu ieškant informacijos sveikatos tema pasirinkti tik patikimus ir mokslinius šaltinius. Taigi sveikatos raštingumo ugdymas visuomenei, tai visą gyvenimą trunkantis procesas.*

## II. EMPIRINĖ DALIS

### 2.1. Tyrimo metodika

Tyrimo tikslas buvo nustatyti visuomenės sąmoningumą ir turimas žinias apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką Lietuvoje. Taikoma mokslinės literatūros analizė ir kiekybinis tyrimo metodas – anketinė apklausa raštu. Tyrimas atliktas 2020 m. lapkričio, gruodžio ir 2021 m. sausio mėnesiais. Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių miestų privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje X. Dalyvauti kviešti respondentai, moterys nuo 25 iki 74 m. ir vyrai nuo 45 iki 74 m. Respondentai atitiko įtraukimo į tyrimą kriterijus ir tik savanoriškai sutikus dalyvauti tyrime. Statistinė duomenų analizė buvo atliekama naudojant specializuotus duomenų kaupimo ir analizės „SPSS 26.0 for Windows“ ir „Microsoft Office Excel 2016“ programinius paketus.

#### 2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

**Imties dydis.** Populiacijai apskaičiuoti buvo imamas Lietuvos gyventojų skaičius pagal naujausius Lietuvos statistikos duomenis. 2020 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 2 mln. 794,1 tūkst. nuolatinių gyventojų (Oficialios statistikos portalas, 2021). Respondentų skaičius nustatytas remiantis Paniotto formule: (Kardelis, 2017).

$$n = 1 / (\Delta^2 + 1/N), \text{ kur}$$

n – imties dydis;

$\Delta$  – paklaida (taikoma 5 proc.);

N – visumos narių skaičius.

$$n = \frac{1}{\left(\Delta^2 + \frac{1}{N}\right)} = \frac{1}{0,05^2 + \frac{1}{2\,794\,100}} = 400$$

Apskaičiavus tyrimo imtį pagal Paniotto formulę nustatyta, kad tyrime reikia apklausti 400 respondentų. Buvo išdalinta 400 anketų, 200 moterims ir 200 vyrams. Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje po 80 anketų (40 moterims, 40 vyrams). Anoniminio anketavimo metodu iš viso apklausta 400 respondentų. Atsako dažnis – 100 proc. (N=400). Visos anketos buvo teisingai užpildytos ir naudojamos statistinei duomenų analizei.

### **Tiriamųjų atrankos kriterijai:**

#### **Įtraukimo į tyrimą kriterijai:**

- 1) Moterys nuo 25 iki 74 metų;
- 2) Vyrai nuo 45 iki 74 metų;
- 3) Savanoriškai sutikę dalyvauti tyrime;
- 4) Supranta ir kalba lietuvių kalba.

#### **Išbraukimo kriterijai:**

- 1) Moterys ir vyrai nepatenka į nustatytas amžiaus grupes.
- 2) Nesutinka dalyvauti tyrime.
- 3) Nesupranta ir nekalba lietuvių kalba.

### **2.1.2. Tyrimo metodai**

Mokslinės literatūros paieška prasidėjo pasirinkus darbo temą ir truko 4-5 mėnesius. Literatūra buvo ieškoma Klaipėdos universiteto bibliotekoje bei internetiniuose šaltiniuose. Mokslinės literatūros paieška vykdyta duomenų bazėse: EBSCO Publishing, PubMed, įvedus **raktinio žodžio atitikmenį** „onkologinės prevencinės programos“, „visuomenės žinios“, „pacientų sąmoningumas“, „visuomenės sveikatos ugdymas“, „krūties vėžys“, „gimdos kaklelio vėžys“, „prostatos vėžys“, „storosios žarnos vėžys“, „sveikatos raštingumas“. Bendrai rasta ir išanalizuota 77 tinkantys literatūros šaltiniai (moksliniai žurnalai, teisės aktai, knygos, mokslo disertacijos). Naudojami literatūros šaltiniai lietuvių ir anglų kalba. Atliktas kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa raštu (žr. į 1 ir 2 priedai).

Anketinės apklausos duomenims analizuoti naudota „SPSS 26.0“ ir „Microsoft Office Excel 2016“ programiniai paketai. Tyrimo duomenys yra vertinami statistinės analizės metodais. Kelioms nepriklausomoms ranginėms imtims naudotas – Kruskal - Wallis testas. Ranginių duomenų palyginimui pateikiamos porinių dažnių lentelės. Hipotezės apie dviejų požymių nepriklausomumą buvo tikrinamos naudojant Chi kriterijų ( $\chi^2$ ), laisvės laipsnių skaičių (lls) bei reikšmingumą (p). Tyrimo rezultatų skirtumai laikyti statistiškai reikšmingi, kai  $p \leq 0,05$ . Grupių palyginimui naudota dispersinės analizės ANOVA procedūra ir Bonferroni daugialypio palyginimo metodas. Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir diagramose (Kardelis, K. 2016).

### 2.1.3. Tyrimo instrumentas

**Anketa.** Šiam tyrimui atlikti buvo parengtas tyrimo instrumentas dvi autorinės anketos, kurios sudarytos remiantis praktine ir moksline literatūra, nagrinėjančia visuomenės žinias ir sąmoningumą apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką. Anketų autorė tyrimą atliko Klaipėdos mieste. Vilniuje, Kaune, Šiauliuose ir Panevėžyje anketas respondentams įteikė privačios sveikatos priežiūros X darbuotojai.

#### **Anketas sudaro:**

1 anketa (moterims) – 29 klausimai (kl.), iš jų 28 kl. uždaro tipo ir 1 kl. atviro tipo.

2 anketa (vyrams) – 26 klausimai (kl.), iš jų 25 kl. uždaro tipo ir 1 kl. atviro tipo.

#### **Anketos dalys:**

**1. Demografiniai respondentų duomenys:** 1 anketos 24-29 kl. (penki uždaro tipo ir vienas atviras klausimas). 2 anketos 21-26 kl. (penki uždaro tipo ir vienas atviras klausimas). Abiejų anketų klausimai apibūdina: amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, gyvenvietės apskritį, šeiminių padėti ir socialinę grupę.

#### **2. Visuomenės sąmoningumo ir žinių vertinimas apie onkologinių prevencinių programų diagnostiką Lietuvoje:**

1 klausimas skirtas išsiaiškinti kaip dažnai tiriamieji lankėsi pas šeimos gydytoją, 2 ir 19 klausimai – skirti asmeniniam sveikatos ir žinių apie onkologines prevencines programas įsivertinimui. 3, 4, 5, 6 klausimai – įvertinti tiriamųjų žinias apie prevencines onkologines programas Lietuvoje, jų sklaidą, apmokėjimą ir dalyvavimą. Pirmoje anketoje 8, 12, 16, 18 ir antroje anketoje 8, 13, 14 klausimai sudaryti pagal Likerto skalę, kur tiriamojo prašoma kiekvienam teiginiui pasirinkti vieną atsakymo variantą: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku. Šiais klausimais siekama nustatyti respondentų žinias apie onkologinių ligų simptomus, rizikos veiksnius ir nedalyvavimo programose priežastis. 23 klausimu siekiama įvertinti respondentų žinias apie ligų prevencijos sveikatos raštingumą. Norint įvertinti visuomenės sąmoningumą ir žinias apie onkologinių prevencinių profilaktinių programų diagnostiką Lietuvoje naudojau anoniminį anketavimo metodą. Anketa buvo laikoma pilnai atsakyta ir pateikta tolimesnei duomenų analizei, kai buvo pilnai užpildyta, t.y. anketa atsakyta į visus 29 ir 26 klausimus.

#### 2.1.4. Tyrimo procesas ir eiga

Magistro darbas buvo vykdomas pagal tyrimo eigos schemą (žr. į 16 paveikslas). Atlikta mokslinės literatūros paieška ir analizė, susieta su darbo tema ir problema. Parengtas tyrimo instrumentas dvi autorinės anketos, kurios sudarytos remiantis praktika ir moksline literatūra, siekiama nustatyti visuomenės sąmoningumą ir turimas žinias apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką Lietuvoje. Atliktas pilotinis tyrimas. Respondentų anketinė apklausa vyko privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje X. Anketos buvo surinktos į vokus, užtikrintas respondentų konfidencialumas.

Pilotinio tyrimo tikslas – nustatyti, ar anketoje pateikti klausimai yra informatyvūs ir suprantami tiriamiesiems respondentams.

**Pilotinio tyrimo** metu, atsitiktiniu būdu buvo išrinkti ir apklausti 10 pacientų privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje X. Respondentai buvo informuoti apie tyrimą, supažindinti su tyrimo tikslu, abipuse nauda ir anketų pildymo taisyklėmis. Pilotinis tyrimas parodė, kad anketos klausimai ir atsakymo variantai yra suprantami ir aiškūs. Pilotinio tyrimo gauti rezultatai į duomenų analizę neįtraukti. Atliktas kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa raštu.

**Tyrimo eiga** apima šešis etapus:

##### **I etapas:**

- Temos pasirinkimas (2020 m. rugsėjo – spalio mėn.) Darbo tema suderinta su darbo vadovu.

##### **II etapas:**

- Mokslinės literatūros paieška ir analizė, susijusios su mokslinio darbo tema bei problema.
- Anketos parengimas, remiantis mokslinės literatūros analize, kurios autorė – S. Viliušytė, darbo vadovė – Dėst. Doc. dr. Dalia Martišauskienė (žr. 1 ir 2 priedai).
- Atlikta mokslinės literatūros analizė ir apibendrinimas, autorės parengtos dvi anketos. Anketos parengtos nustatyti visuomenės sąmoningumą ir turimas žinias apie onkologinių ligų prevencinių programų diagnostiką Lietuvoje.

##### **III etapas:**

- Respondentų anoniminė anketinė apklausa raštu. Užtikrinti etiniai tyrimo aspektai.
- Tyrime dalyvauti buvo kviečiami atsitiktinai 25 – 74 metų moterys ir 45 – 74 metų vyrai, kurie tuo metu lankėsi privačioje sveikatos priežiūros įstaigose X. Apklausa vyko raštu naudojant anketas, sudarytas iš klausimų, kurie leidžia nustatyti Lietuvos gyventojų sąmoningumą ir žinias apie onkologines prevencines programas. Buvo išdalinta 400 anoniminių anketų Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių

privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje X: anketos buvo dalijamos pacientams užpildyti laisvu nuo medicininių procedūrų metu bei patiems sutikus savanoriškai dalyvauti tyrime. Respondentams paaiškintas tyrimo tikslas, anoniminės anketos pildymo taisyklės. Vienos anketos užpildymas truko nuo 10 iki 15 minučių. Užpildytos anketos sudėtos į vokus ir užklijuotos.

#### **IV etapas:**

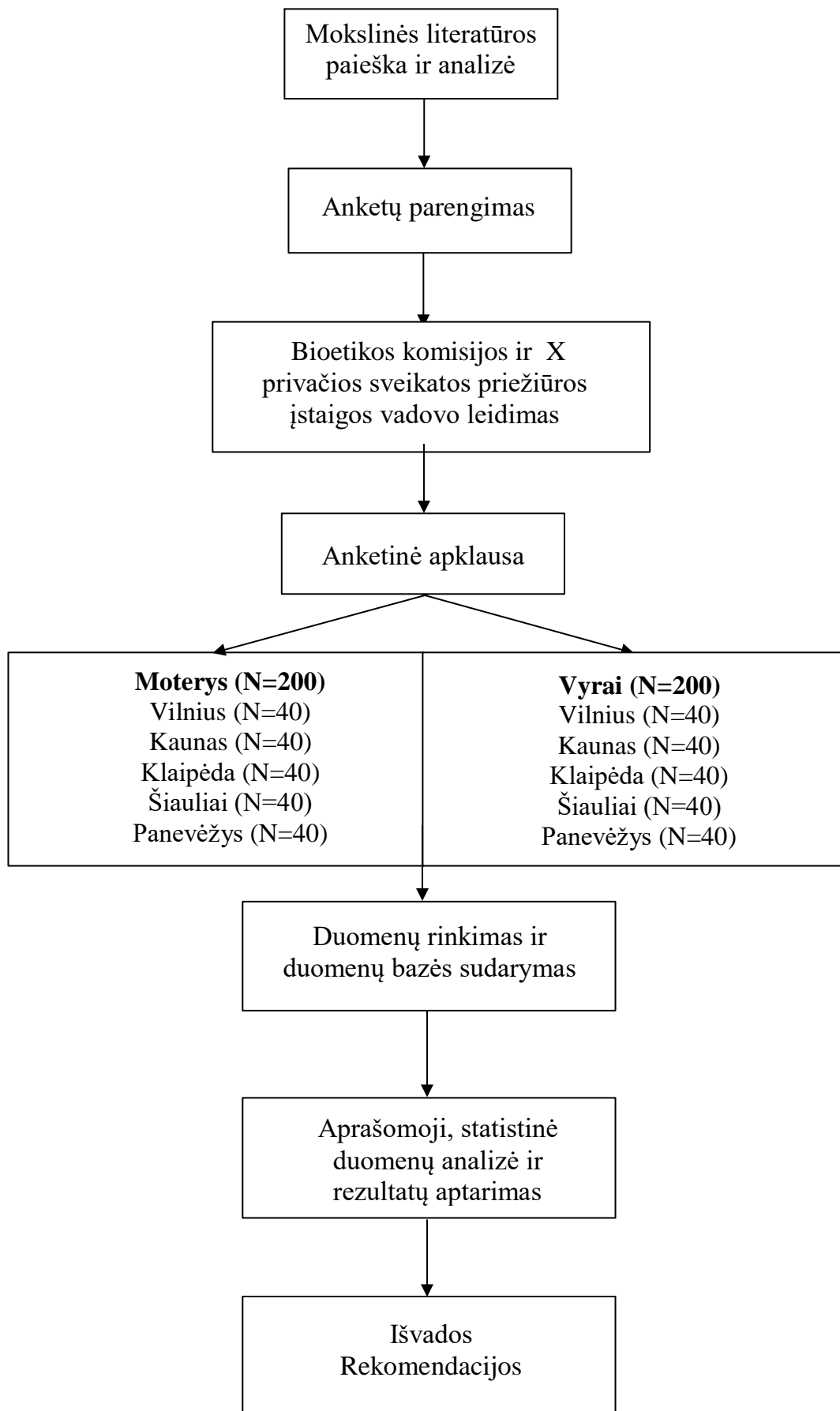
- Duomenų rinkimas ir duomenų bazės sudarymas. Po trijų mėnesių užpildytos anketos buvo surinktos. Iš viso Vilniaus, Klaipėdos, Kauno, Panevėžio ir Šiaulių miestuose išdalinta 400 anketų, iš jų grąžintos 400 anketų. Tai sudaro 100,0 proc. anketų grįžtamumą. Visos anketos buvo užpildytos per 3 mėnesius. Įvertinus anketų užpildymo kokybę, visos anketos tinkamos tolimesniam duomenų apdorojimui, statistinei analizei buvo naudojamos 400 anketų. Atsako dažnis – 100,0 proc. Anketinės apklausos duomenys buvo suvesti į „Microsoft Office Excel 2016“ kompiuterinėje programoje sudarytą duomenų bazę.

#### **V etapas:**

- Aprašomoji statistinė duomenų analizė ir rezultatų aptarimas.
- Statistinė duomenų analizė buvo atliekama naudojant specializuotus duomenų kaupimo ir analizės „SPSS 26.0 for Windows“ ir „Microsoft Office Excel 2016“ programinius paketus. Atlikta statistinė duomenų analizė (duomenys laikomi statistiškai reikšmingi, kai  $p < 0,05$ ), rezultatų aptarimas ir išvadų pateikimas lentelėse ir diagramose.

#### **VI etapas:**

- Išvadų ir rekomendacijų parengimas. Išvados buvo formuluojamos pagal iškeltus uždavinius ir pagal tyrimo gautus rezultatus parengtos rekomendacijos.



16 pav. Tyrimo eigos schema

### **2.1.5. Tyrimo etika**

Gautas X įstaigos vadovo leidimas (2020-11-19. Nr. KV/IR-2020/157) atlikti tyrimą Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio įstaigose. Prieš atliekant tyrimą buvo gautas Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Medicinos technologijų katedros Bioetikos komisijos posėdžio leidimas.

Atliekant tyrimą buvo laikomasi anonimiškumo principo, kad kiekvieno tyrėjo pareiga yra saugoti dalyvių ir tyrimo duomenų anonimiškumą, tai garantuoja klausimynai be vardų ir kitų asmeninių duomenų. Respondentai buvo apklausiami tik sutikus dalyvauti, buvo nurodoma tyrimo nauda dalyviams ir tyrėjui išsamiai papasakojus apie save. Tyrimo pradžioje dalyviams paaiškinamas tyrimo tikslas. Taip pat garantuojama, kad tyrimas nedarys jokios žalos dalyvaujantiems asmenims. Tiriamųjų asmenų anketos buvo sudėtos į vokus ir užklijuotos. Taigi orumas, privatumas ir kiti dalyvių interesai yra gerbiami, taip pat garantuotas neliečiamumas ir anonimiškumas po tyrimo.

## **2.2. Tyrimo rezultatai**

### **2.2.1 Respondentų sociodemografiniai rodikliai**

Apklausoje dalyvavusių respondentų amžius suskirstytas į tris amžiaus grupes: 25-44 m., 45-64 m., 65 m. ir daugiau. Moterų amžiaus vidurkis 47,5 m., o vyrų 55,5 m. Daugiausia moterų ir vyrų priklausė 45-64 metų grupei. Patebėta, kad vyrų grupė buvo vyresni už moteris.

Analizuojat respondentų pasiskirtymą pagal gyvenamąją vietą rezultatai parodė, kad didžioji dalis moterų 62 proc. (N=124) ir 68 proc. (N=136) vyrų gyvena miestuose. Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje buvo išdalinta vienodas skaičių anketų po 40 moterims ir 40 vyrams anketų.

Analizuojant duomenis pagal šeimyninę padėti matome, kad daugiausia moterų 62,5 proc. (N=125) ir vyrų 67,5 (N=135) yra ištekęsios ar vedę. Netekėjusių 9,5 proc. (N=19) moterų ir tik 2,5 proc. (N=5) nevedusių vyrų. Išsiskyrusių moterų 18 proc. (N=36) ir 20,5 proc. (N=41) išsiskyrusių vyrų. Našlės moterys 6,5 proc. (N=13), o vyrių našlių 4,5 proc. (N=9). Gyvenančių nesusituokusių moterų 3,5 proc. (N=7), o vyrų 5,0 proc. (N=10).

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiausia moterų 41,5 proc. (N=83) ir vyrų 30,5 (N=61) turi aukštąjį išsilavinimą, o mažiausiai moterų 2,0 proc. (N=4) ir vyrų 1,5 proc. (N=3) turi pradinį išsilavinimą.

Didžiausia tiriamųjų grupė pagal socialinę grupę moterys 26,0 proc. (N=56) ir vyrai 25,5 proc. (N=51) priklausė specialistų grupei. 14 proc. (N=28) moterų ir 14,5 proc. (N=29) vyrų priklauso tarnautojų grupei, 13,5 proc. (N=27) moterų ir 10,5 proc. (N=21) vyrų pensininkų grupei,

11 proc. (N=22) moterų ir 9,5 proc. (N=19) vyrų priklauso paslaugų sektoriaus darbuotojams, 11,5 proc. (N=23) moterų ir 14,5 proc. (N=29) vyrų priklauso darbininkų ir ūkininkų grupei. Vadovų grupei moterų respondenčių 9,5 proc. (N=19) ir 11,5 proc. (N=23) vyrų priskiriama. Bedarbių grupei buvo 5,5 proc. (N=11) moterų ir 3,5 proc. (N=7) vyrų.

**3 lentelė.** Respondentų sociodemografiniai rodikliai (N=400)

Sociodemografiniai rodikliai		Moterys (N=200)		Vyrai (N=200)	
		N.	proc.	N	proc.
Amžiaus vidurkis, metais		47,5		55,5	
Amžiaus grupės, N (proc.)	25-44 metų	73	36,5	0	0,0
	45-64 metų	100	50,0	175	87,5
	≥ 65 metų	27	13,5	25	12,5
Gyvenamoji vieta, N (proc.)	Miestas	124	62,0	136	68,0
	Rajonas ar kaimas	76	38,0	64	32,0
Gyvenamosios vietos apskritis, N (proc.)	Vilniaus	40	20,0	40	20,0
	Kauno	40	20,0	40	20,0
	Klaipėdos	40	20,0	40	20,0
	Šiaulių	40	20,0	40	20,0
	Panevėžio	40	20,0	40	20,0
Šeiminių padėčių, N (proc.)	Vedęs (ištekęjusi)	125	62,5	135	67,5
	Nevedęs (netekėjusi)	19	9,5	5	2,5
	Išsiskyręs (išsiskyrusi)	36	18,0	41	20,5
	Našlys (našlė)	13	6,5	9	4,5
	Gyvena nesusituokę	7	3,5	10	5,0
Išsilavinimas, (N, proc.)	Pradinis	4	2,0	3	1,5
	Vidurinis	28	14,0	30	15,0
	Profesinis	31	15,5	50	25,0
	Aukštesnysis	54	27,0	56	28,0
	Aukštasis	83	41,5	61	30,5
Socialinė grupė, (N, proc.)	Vadovas	19	9,5	23	11,5
	Tarnautojas	28	14,0	29	14,5
	Specialistas	56	26,0	51	25,5
	Darbininkas/ūkininkas	23	11,5	29	14,5
	Paslaugų sektoriaus darbuotojas	22	11,0	19	9,5
	Pensininkas	27	13,5	21	10,5
	Bedarbis	11	5,5	7	3,5
	Kita	14	7,0	21	10,5

*Apibendrinant galima teigti, kad respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes nėra stebėtinas, nes 45-65 metų moterys ir vyrai dažniausiai dalyvauja onkologinėse prevencinėse programose. Pagal šeiminių padėčių moterys ir vyrai priklauso panašioms grupėms, daugiausia respondentų vedusių (ištekęusių). Pagal išsilavinimą moterų turinčių aukštąjį išsilavinimą buvo*

daugiau nei vyrų. Pagal socialinę grupę respondentai daugiausia priklausė specialistų grupei. Remiantis respondentų demografinių rodiklių rezultatais galima daryti prielaidą, kad tyrime dalyvavę gyventojai pateikė objektyvią informaciją atsakydami į anketos klausimus.

### 2.2.2 Respondentų sąmoningumo ugdymas ir žinių vertinimas

1 klausimas – norima išsiaiškinti kaip tiriamieji dažnai lankosi pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių. Buvo pateikta 5 atsakymai: 1 – 1 kartą, 2 – 2 kartus, 3 – 3-4 kartus, 4 – 5 ir daugiau kartų, 5 – nesilankiau. Šis klausimas buvo toliau analizuojamas ieškant statistinio reikšmingumo pagal gyvenamą vietą, šeiminingą ir socialinę padėtį. Pritaikomas nepriklausomos ranginėms imtims Kruskal – Wallis testas ir Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testas.

**4 lentelė.** Lankymosi pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių dažnis pagal gyvenamąją vietą (N=400)

Kaip dažnai lankėtės pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių	Gyvenamoji apskritis (N=400)	Vidutinis rangas	Reikšmingumas $\chi^2 = 2,934$ Ils = 4 p = 0,569
	Vilniaus (N=82)	210,35	
	Kauno (N=81)	190,71	
	Klaipėdos (N=78)	190,21	
	Šiaulių (N=82)	198,15	
	Panevėžio (N=77)	213,23	

p≤0,05.

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, galima teigti, kad p = 0,569 > 0,05, todėl darome išvadą, kad visų grupių (pagal gyvenamą vietą) skirstiniai kintamojo „kaip dažnai lankausi pas šeimos gydytoją“ yra vienodi. Nagrinėjant vidutinius rangus matome, kad Panevėžio apskrities gyventojai dažniausiai, o Klaipėdos rečiausiai lankosi pas šeimos gydytojus. Bet šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas.

**5 lentelė.** Lankymos pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių dažnis pagal šeiminingą padėtį (N=400)

Kaip dažnai lankėtės pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių	Šeimininga padėtis (N=400)	Vidutinis rangas	Reikšmingumas $\chi^2 = 11,092$ Ils = 4 p = 0,026
	Vedęs, (ištekęjusi) (N=261)	209,47	
	Nevedęs, (netekėjusi) (N=24)	162,08	
	Išsiskyręs, (išsiskyrusi) (N=78)	179,10	
	Našlys, (našlė) (N=22)	236,34	
	Gyvena nesusituokę (N=15)	164,70	

p≤0,05.

Gavome, kad p = 0,026 < 0,05, todėl darome išvadą, kad visų grupių (pagal šeiminingą padėtį) skirstiniai kintamojo „kaip dažnai lankausi pas šeimos gydytoją“ yra nevienodi.

Panagrinėjant vidutinius rangus matome, kad našliai (našlės) dažniausiai, o nevedę (netekęję) rečiausiai lankosi pas šeimos gydytojus.

**6 lentelė.** Lankymosi pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių dažnis pagal socialinę padėtį (N=400)

<b>Kaip dažnai lankėtės pas šeimos gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių</b>	<b>Socialinė padėtis (N=400)</b>	<b>Vidutinis rangas</b>	<b>Reikšmingumas</b>
	Vadovas (N=35)	179,50	$\chi^2 = 9,959$ lls = 7 p = 0,191
	Tarnautojas (N=60)	200,38	
	Specialistas (N=121)	193,14	
	Darbininkas/ūkininkas (N=49)	220,29	
	Paslaugų sektoriaus darbuotojas (N=52)	177,59	
	Pensininkas (N=47)	232,65	
	Bedarbis (N=13)	194,35	
	Kita (N=)	218,93	

p≤0,05.

Gavome, kad p = 0,191 > 0,05, todėl darome išvadą, kad visų grupių (pagal socialinę padėtį) skirstiniai kintamojo „kaip dažnai lankausi pas šeimos gydytoją“ yra vienodi. Nagrinėdžiant vidutinius rangus matome, kad pensininkai dažniausiai, o paslaugų sektoriaus darbuotojai rečiausiai lankosi pas šeimos gydytojus.

2 klausimas – norima sužinoti kokių balų respondentai vertina savo dabartinę sveikatą. Buvo galima įsivertinti nuo 0 iki 10, kai: 0 balų visiškai nepatenkintas (-a); 10 balų – visiškai patenkintas (-a).

**7 lentelė.** Respondentų sveikatos įsivertinimas balų sistemoje (N=400)

<b>Kokiu balu vertinate savo dabartinę sveikatą?</b>	<b>Lytis</b>	<b>Vidurkis</b>	<b>p reikšmė</b>
	Moterys (N=200)	6,87	0,055
	Vyrai (N=200)	6,92	

p≤0,05.

Taigi, moterų dabartinės sveikatos įsivertinimo vidurkis yra 6,87 balai, o vyrų – 6,92 balai. Vyrų vidurkis yra didesnis už moterų, bet šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas, nes p= 0,055 > 0,05.

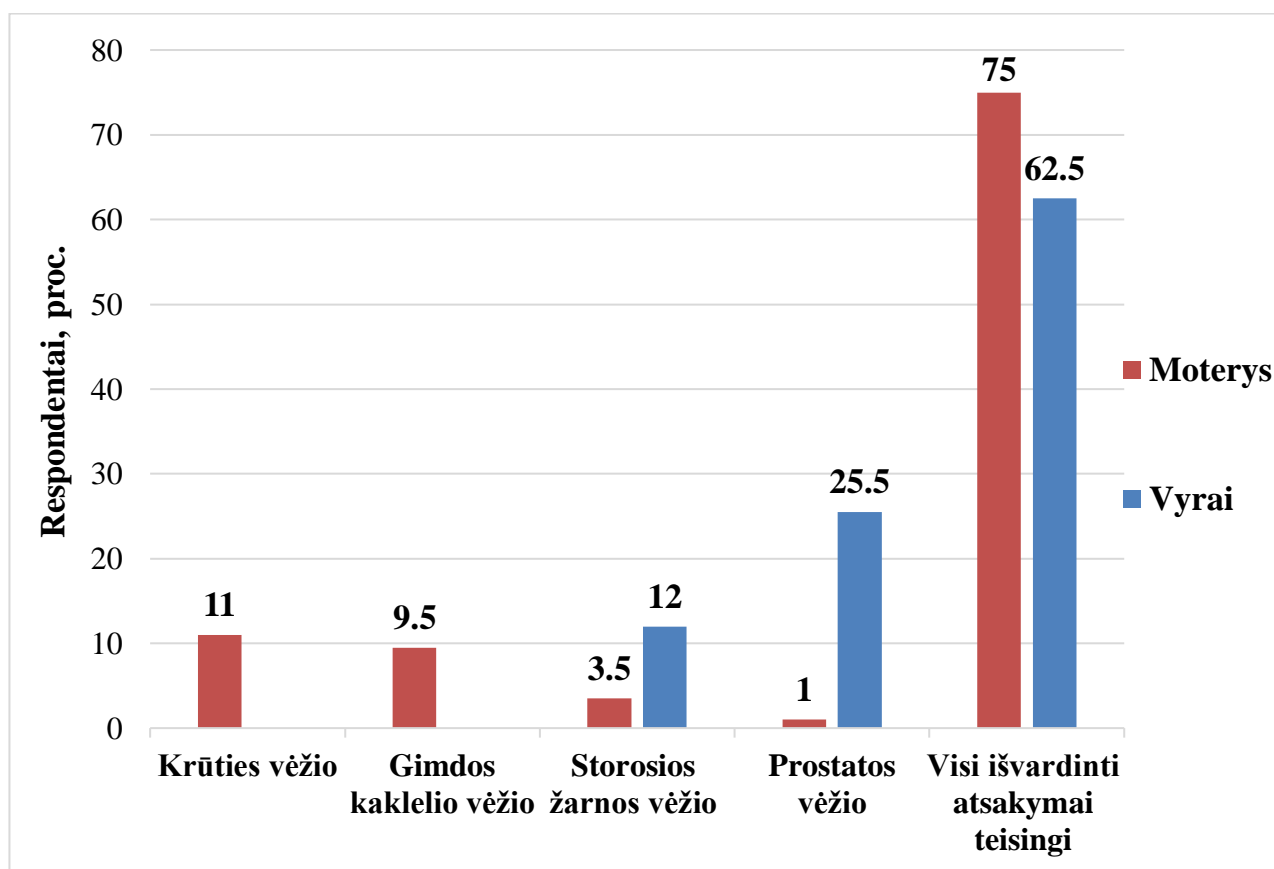
**8 lentelė.** Respondentų sveikatos įsivertinimo priklausomybė nuo šeiminės padėties (N=400)

Šeiminė padėtis	Vidurkis	p reikšmė
<b>Vedęs (ištekęjusi)</b>	6,85	<b>0,028</b>
Nevedęs (netekėjusi)	7,33	0,845
Išsiskyręs (išsiskyrusi)	6,95	0,080
<b>Našlys (našlė)</b>	5,64	<b>0,000</b>
<b>Gyvena nesusituokę</b>	8,53	<b>0,028</b>

$p \leq 0,05$

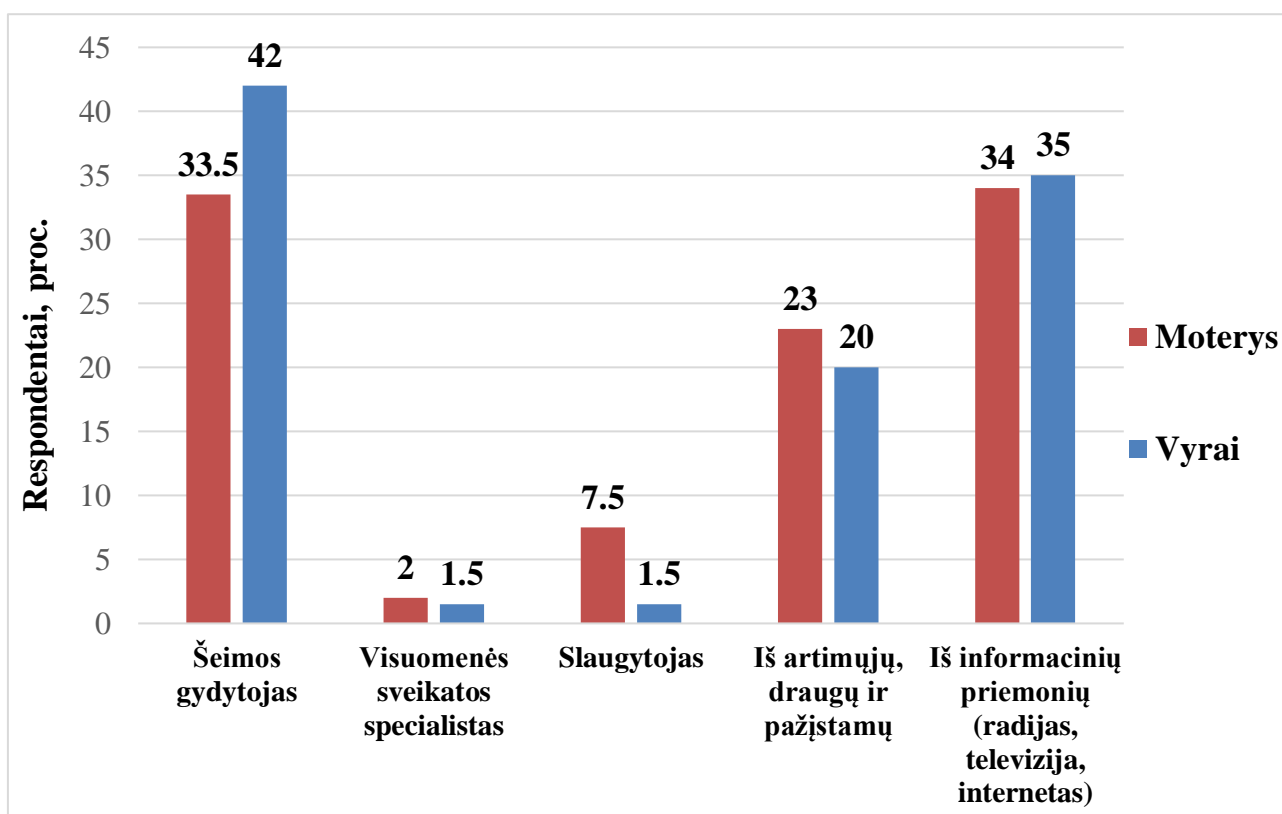
Pritaikius Bonferroni testą nustatėme, kurių grupių vidurkiai statistiškai reikšmingi. Tarp vedusių (ištekęjusių) ir kurie gyvena nesusituokę  $p = 0,028$ , našlys (našlė) ir gyvena nesusituokę  $p = 0,000$ , gyvena nesusituokę ir vedęs (ištekęjusi)  $p = 0,028$ . Visos p reikšmės yra daugiau už 0,05, todėl grupių vidurkiai yra statistiškai reikšmingi.

3 klausimas yra skirtas nustatyti, ar respondentai žino, kokios Lietuvoje vykdomos onkologinės prevencinės programos. Teisingą atsakymo variantą pasirinko 75 proc. (N=150) moterų ir tik 62,5 proc. (N=125) vyrų. Taigi moterys geriau nei vyrai žinojo apie Lietuvoje vykdomas prevencines programas.



**17 pav.** Respondentų žinios apie Lietuvoje vykdomas onkologines prevencines programas (N=400)

4 klausimas parodo iš kur visuomenė sužino apie onkologines prevencines programas. Visi pateikti teiginiai yra teisingi. 34 proc. (N=68) moterų pasirinko atsakymą, kad sužino iš informacinių priemonių (radija, televizija, internetas), o 42 proc. (N=84) vyrų pasirinko, kad iš šeimos gydytojo. 23 proc. (N=46) moterų ir 20 proc. (N=40) vyrų sužino iš artimųjų, draugų ir pažįstamų. Tik 7,5 proc. (N=15) moterų ir 1,5 proc. (N=3) vyrai sužino iš slaugytojų. Mažiausiai respondentai informacijos apie prevencines programas gauna iš visuomenės sveikatos specialistų, moterys tik 2 proc. (N=4), o vyrai 1,5 proc. (N=3). Apibendrinant galima teigti, kad respondentai apie onkologines prevencines programas sužino iš įvairių informacijos šaltinių, o ne tik iš šeimos gydytojo.



**18 pav.** Respondentų nuomonė iš kur sužino apie prevencines programas (N=400)

5 klausimas – norima sužinoti ar respondentai žino, kad onkologinės profilaktikos programos yra nemokamos. Buvo pateikti 4 teiginiai. Teisingas atsakymas yra – taip.

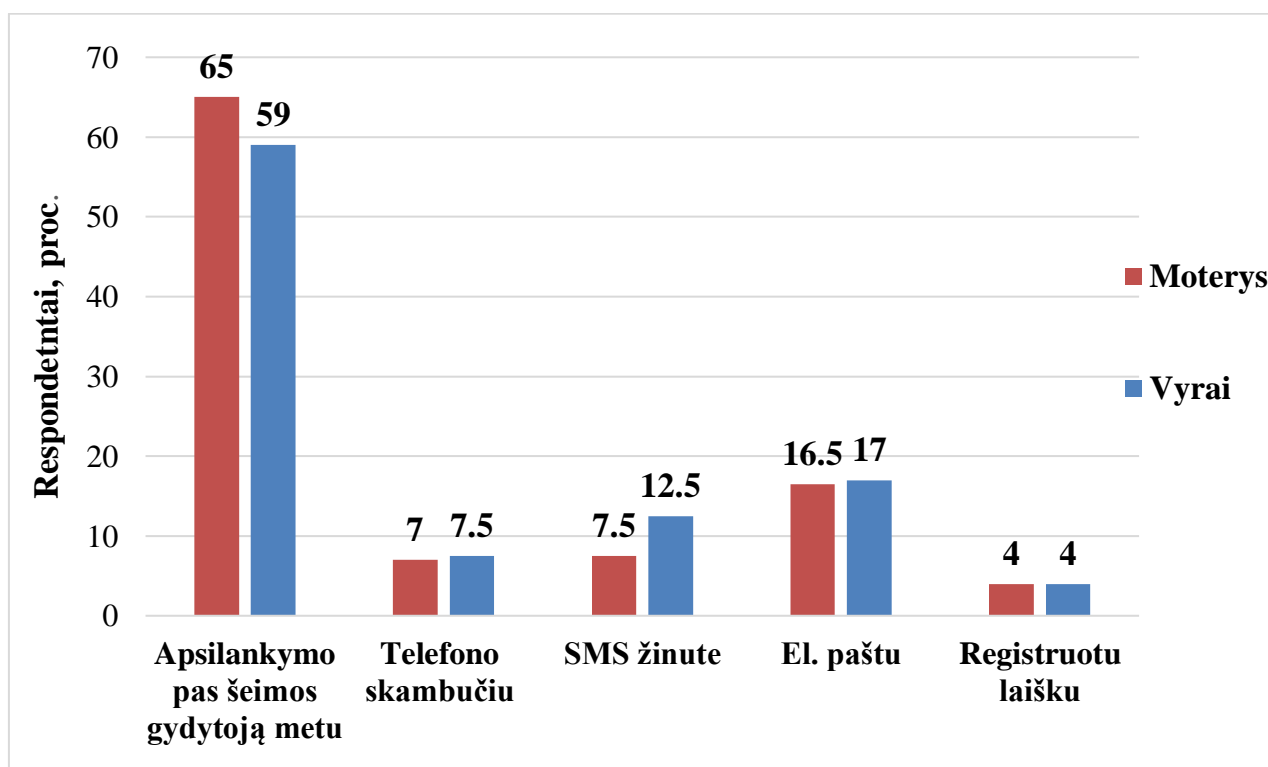
**9 lentelė.** Visuomenės žinios apie onkologinių profilaktinių programų apmokėjimą (N=400)

Teiginiai	Moterys (N=200)		Vyrai (N=200)		Reikšmingumas
	N	proc.	N	proc.	
Taip	118	59,0	87	43,5	$\chi^2 = 16,478$ $lfs = 3$ $p = 0,001$
Ne	8	4,0	26	13,0	
Dalinai	48	24,0	49	24,5	
Nežinau	26	13,0	38	19,0	

$p \leq 0,05$ .

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, galima teigti, kad statistiškai reikšmingai išsiskyrė moterų ir vyrų žinios, kad onkologinės prevencinės programos yra nemokamos, nes  $p = 0,001$ . Tyrimo rezultatai rodo, kad tik 59 proc. (N=118) moterų ir 43,5 proc. (N=87) vyrai pasirinko teisingą teiginį ir žino, kad onkologinės profilaktinės programos yra nemokamos. Apibendrinus galima teigti, kad didžiajai daliai respondentų nepakanka žinių, kad gyventojai apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu gali nemokamai dalyvauti onkologinėse prevencinėse programose ir pasitikrinti sveikatą.

Kitas klausimas buvo apie onkologinių prevencinių programų sklaidą. Lietuvoje vis dar nėra gerai išplėtotas informacijos pateikimas pacientams. Šiuo metu informaciją apie onkologines prevencines programas teikiama per pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros įstaigas. Taigi, šeimos gydytojas yra pagrindinis motyvatorius perduoti pacientams informaciją.



**19 pav.** Respondentų nuomonė apie onkologinių prevencinių programų sklaidą Lietuvoje (N=400)

Daugiausia respondentai rinkosi atsakymą, kad informaciją gauna apsilankymo pas šeimos gydytoją metu, moterys 65 proc. (N=130), o vyrai 59 proc. (N=118), tačiau taip pat respondentai rinkosi ir kitas sklaidos priemones: el. paštu, SMS žinute, telefono skambučiu ir registruotu laišku. Apibendrinant galima teigti, kad respondentams būtų taip pat patogiu gauti informaciją ir el. paštu.

8 klausimas – onkologinių prevencinių programų nedalyvavimo priežastys, buvo pateikta 14 teiginių, vertinant pagal Likerto vertinimo skalę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku. Šis klausimas buvo toliau analizuojamas ieškant statistinio reikšmingumo.

**10 lentelė.** Respondentų nuomonė, kokios yra nedalyvavimo onkologinėse prevencinėse programose Lietuvoje priežastys (N=400)

Priežastys prevencinių programų nedalyvavime	Vilniaus apskritis (N=80)	Kauno apskritis (N=80)	Klaipėdos apskritis (N=80)	Šiaulių apskritis (N=80)	Panevėžio apskritis (N=80)	Reikšmingumas
	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	
Nerimas dėl nemalonių pojūčių procedūros metu	206,77	190,55	192,60	212,07	199,97	SN
Laiko trūkumas	184,12	195,71	201,55	210,65	211,11	SN
Ilgos eilės tyrimams	224,02	186,96	202,23	202,26	186,12	SN
Nerimas dėl rezultatų	185,05	192,96	207,38	212,51	205,13	SN
<b>Manau, kad profilaktinės programos nereikalingos</b>	179,12	207,22	187,16	231,27	196,94	$\chi^2 = 12,102$ lls = 4 <b>p = 0,017</b>
<b>Gerai jaučiuosi, todėl manau nereikia tikrintis</b>	167,15	193,77	209,28	223,27	209,95	$\chi^2 = 11,799$ lls = 4 <b>p = 0,019</b>
<b>Tyrimai brangiai kainuoja</b>	167,09	222,99	197,69	208,09	207,19	$\chi^2 = 11,180$ lls = 4 <b>p = 0,025</b>
Nebuvau pakviestas dalyvauti programose	195,28	229,28	195,72	197,13	184,21	SN
Nežinojau, kad yra profilaktikos programos	175,40	212,80	204,65	216,89	192,62	SN
Gėdos jausmas	177,96	199,78	193,46	222,52	208,94	SN
<b>Manymas, kad procedūra gali sukelti šalutinius poveikius</b>	172,62	198,04	195,10	218,21	219,38	$\chi^2 = 9,530$ lls = 4 <b>p = 0,049</b>
Nepakankamai šeimos gydytojai rekomenduoja dalyvauti patikros programoje	185,88	206,93	209,47	198,14	202,73	SN
Netikiu, kad galėčiau sirgti vėžiu	180,93	214,10	191,96	213,74	201,58	SN
Trūksta informacijos apie onkologines ligas	201,07	199,93	204,71	194,46	202,67	SN

SN – skirtumas statistiškai nereikšmingas,  $p \leq 0,05$ .

Patikriname hipotezę:

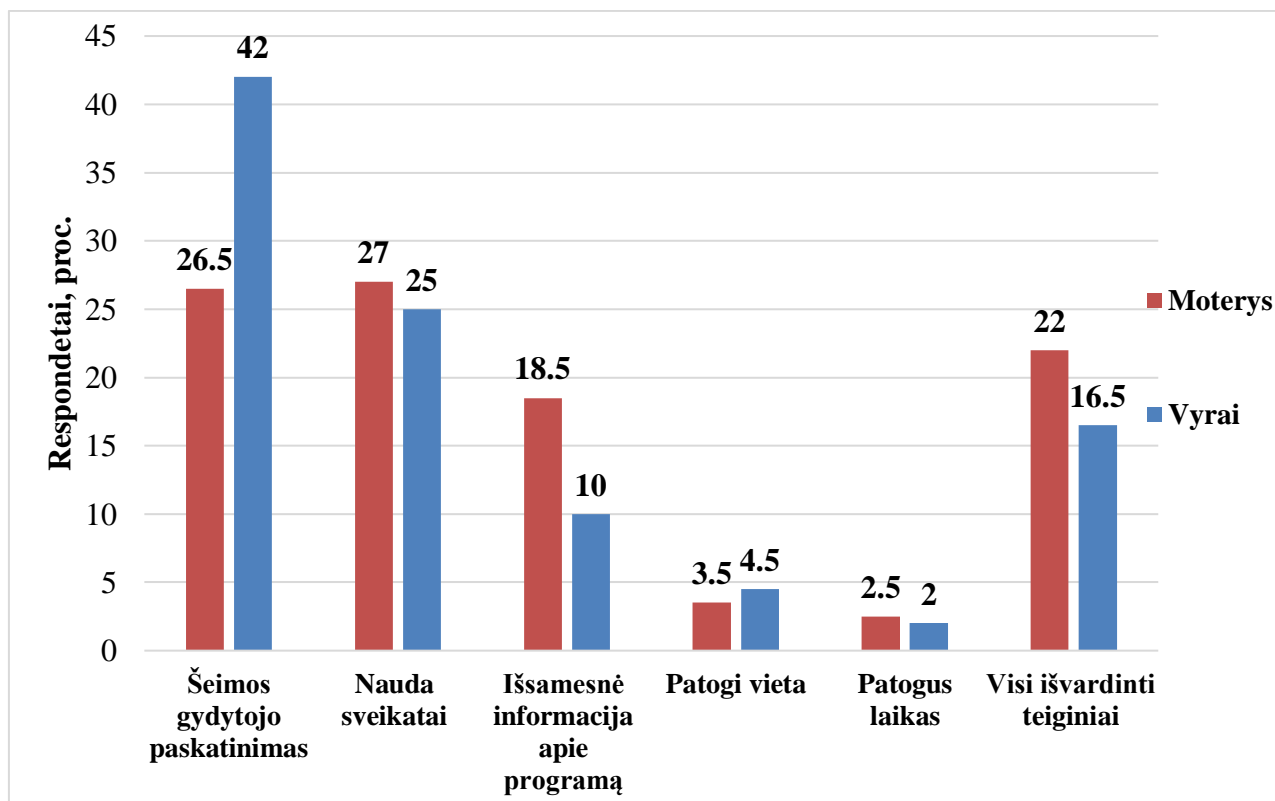
$H_0$  : visi skirstiniai lygūs;

$H_1$  : ne visi skirstiniai lygūs;

$H_0$  atmetame, nes  $p < 0,05$ .

Pritaikius Kruskal – Wallis kriterijų matome, kad respondentų nuomonės pagal gyvenamąją vietą statistiškai reikšmingai išsiskyrė ties teiginiais, kad profilaktinės programos yra nereikalingos ( $p=0,017$ ), kad respondentai gerai jaučiasi ir tikrintis nereikia ( $p=0,019$ ), kad tyrimai brangiai kainuoja ( $p=0,025$ ) ir kad procedūra gali sukelti šalutinius poveikius ( $p=0,049$ ).

Kitame klausime respondentų buvo prašoma pažymėti savo nuomonę, kurie veiksniai paskatintų dalyvauti onkologinėse prevencinėse programose. Buvo pateikti 5 teiginiai.



**20 pav.** Respondentų nuomonė apie veiksnius, kurie paskatintų dalyvauti onkologinėse prevencinėse programose (N=400)

Daugiausia moterų 26,5 proc. (N=53) ir 42,0 proc. (N=84) vyrai mano, kad juos labiausia galėtų paskatinti šeimos gydytojai. Taip pat didelė dalis 27,0 proc. (N=54) moterų ir 25,0 proc. (N=50) vyrų mano, kad paskatintų nauda sveikatai. 18,5 proc. (N=37) moterų ir 10 proc. (N=20) vyrų mano, kad paskatintų daugiau dalyvauti prevencinėse programose išsamesnė informacija apie programą. 3,5 proc. (N=7) moterys ir 4,5 proc. (N=9) vyrai mano, kad paskatintų patogi vieta. 2,5 proc. (N=5) moterų ir 2 proc. (N=4) vyrai mano, kad patogus laikas paskatintų dalyvauti programose. Galime daryti išvadą, kad respondentams trūksta informacijos suteikimo, šeimos gydytojų paskatinimo dalyvauti onkologinėse prevencinėse programose. Patogus laikas ir vieta prevencinėms programoms atlikti respondentams ne toks svarbus.

Buvo siekiama išsiaiškinti moterų žinias, kaip dažnai reikia tikrintis dėl krūties vėžio pagal Lietuvoje vykdomą prevencijos programą. Buvo pateikti 5 atsakymai ir vienas iš jų teisingas. Ši programa skirta moterims, kurios kartą per du metus gali dalyvauti krūtų prevencinėje programoje ir joms atliekamas mamografijos tyrimas.

**11 lentelė.** Respondenčių žinios apie krūties vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal gyvenamąją vietą (N=200)

Pagal gyvenamąją vietą	Kartą per metus		Kartą per du metus		Kartą per 3 metus		Kai jaučiami simptomai		Nežinau		Reikšmingumas
	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	
Vilniaus	12	28,6	22	52,4	2	4,8	3	7,1	3	7,1	$\chi^2 = 30,142$ lls = 16 p = 0,017
Kauno	15	36,6	12	29,3	0	0,0	5	12,2	9	22,0	
Klaipėdos	9	23,7	12	31,6	0	0,0	3	7,9	14	36,8	
Šiaulių	12	28,6	22	52,4	2	4,8	0	0,0	6	14,3	
Panevėžio	18	48,6	10	27,0	1	2,7	2	5,4	6	16,2	

p≤0,05.

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, galima teigti, kad statistiškai reikšmingai išsiskyrė respondenčių žinios (p=0,017). Daugiausia teisingą atsakymą pasirinko Vilniaus 52,4 proc. (N=22) ir Šiaulių apskrities 52,4 proc. (N=22) respondentės, o mažiausiai Panevėžio apskrities 27 proc. (N=10). Bendrai teisingą atsakymą pasirinko mažiau nei pusę respondenčių tik 39 proc. (N=10). Apibendrinus galima teigti, kad žinių, kaip dažnai reikia tirtis dėl krūties vėžio prevencinėje programoje trūksta visų apskričių respondentėms.

Respondenčių buvo prašoma pažymėti kokio amžiaus grupėmis vykdoma krūties vėžio prevencinė programa. Buvo pateikti 4 atsakymo variantai. Vienas iš jų buvo teisingas.

**12 lentelė.** Respondenčių žinios apie krūties vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal šeimines padėtis (N=200)

Pagal šeimines padėtis	Moterys nuo 25 iki 74 m.		Moterys nuo 40 iki 69 m.		Moterys nuo 50 iki 69 m.		Nežinau		Reikšmingumas
	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	
Ištekėjusi	27	20,6	33	25,2	67	51,5	4	3,1	$\chi^2 = 24,505$ lls = 12 p = 0,017
Netekėjusi	2	18,2	2	18,2	7	63,6	0	0,0	
Išsiskyrusi	3	7,5	5	12,5	29	72,5	3	7,5	
Našlė	3	25,0	3	25,0	6	50,0	0	0,0	
Gyvena nesutuokę	0	0,0	0	0,0	4	66,7	2	33,3	

p≤0,05.

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, galima teigti, kad statistiškai reikšmingai išsiskyrė žinios pagal šeiminę padėtį apie tai, kokio amžiaus grupėms reikia tikrintis krūties vėžio prevencinėje programoje. Teisingą atsakymą moterys nuo 50 iki 69 m. daugiausia pasirinko ištekėjusios moterys 51,5 proc. (N=67), o mažiausiai, kurios gyvena nesusituokusios 66,7 proc. (N=4). Bendrai teisingą atsakymą pasirinko 56,4 proc. (N=113) respondenčių.

Į klausimą – krūties vėžio simptomai, buvo pateikti 7 teiginiai vertinant juos pagal Likerto skalę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku. Buvo pateikti 8 teiginiai ir visi teisingi.

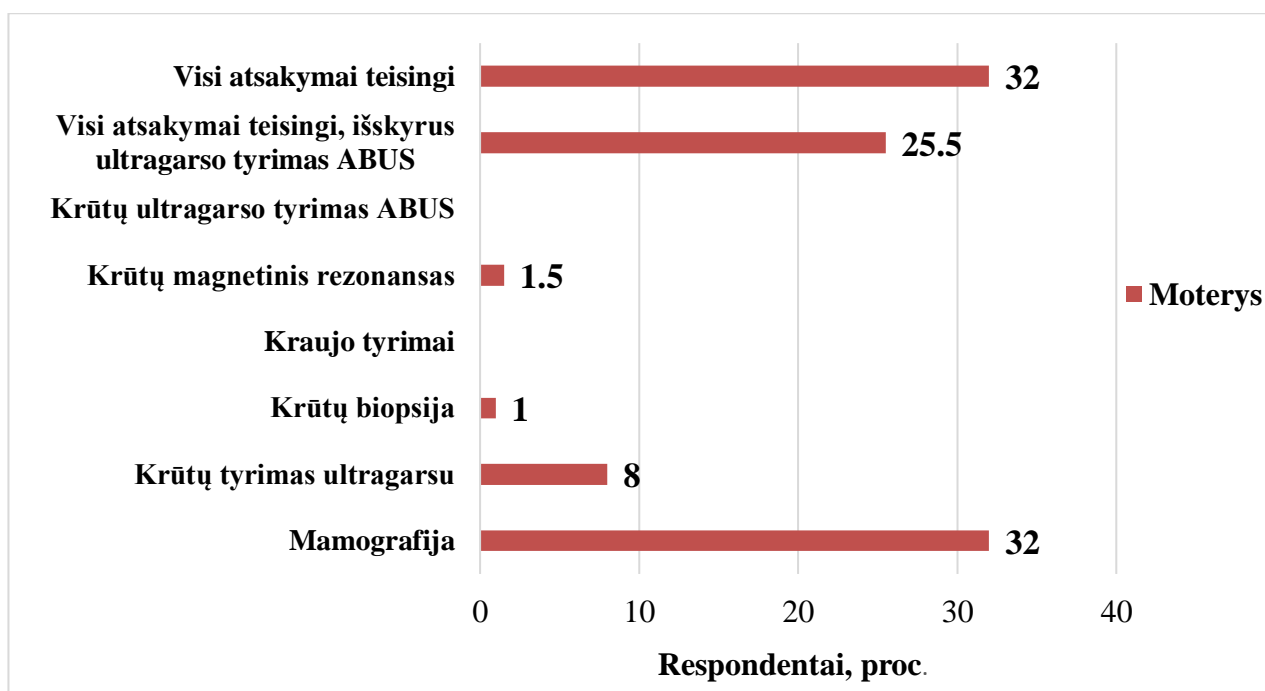
**13 lentelė.** Respondenčių žinios apie krūties vėžio simptomus (N=200)

Krūties vėžio simptomai	Vilniaus (N=40)	Kauno (N=40)	Klaipėdos (N=40)	Šiaulių (N=40)	Penevėžio (N=40)	Reikšmingumas
	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	
Kraujingos išskyros iš spenelio	101,03	99,63	91,68	89,83	110,66	$\chi^2 = 2,466$ lls = 4 p = 0,651
Pakitęs krūties dydis ir forma	104,06	96,77	88,69	105,50	109,00	$\chi^2 = 3,466$ lls = 4 p = 0,486
Sustandėjusi krūtis	101,08	102,05	84,96	118,50	112,95	$\chi^2 = 5,532$ lls = 4 p = 0,237
Spenelis įtrauktas į krūties vidų	104,29	85,40	96,26	92,33	113,36	$\chi^2 = 5,599$ lls = 4 p = 0,231
Pakitusi oda	100,39	97,74	98,00	77,67	108,20	$\chi^2 = 1,409$ lls = 4 p = 0,843
Apčiuopiami padidėję pažasties limfmazgiai	104,30	98,12	86,11	75,17	112,30	$\chi^2 = 5,982$ lls = 4 p = 0,200
Krūties spenelio sritis išberta, primena odos egzema	95,62	98,82	107,60	70,83	107,68	$\chi^2 = 2,831$ lls = 4 p = 0,587
Krūtų skausmas	99,38	108,67	99,28	96,67	95,97	$\chi^2 = 1,154$ lls = 4 p = 0,886

p≤0,05.

Pritaikius Kruskal – Wallis kriterijų, galima daryti išvadą, kad tarp grupių nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų, nes  $p \leq 0,05$ . Visos respondentės rinkosi panašius atsakymus apie krūties vėžio simptomus.

Taip pat buvo siekiama nustatyti moterų žinias apie krūties vėžio diagnostikos priemones. Buvo pateikti 6 teiginiai ir visi iš jų teisingi.



**21 pav.** Respondenčių žinios apie krūties vėžio diagnostikos priemonės (N=200)

Daugiausia moterų 32 proc. (N=64) žinojo apie mamografijos tyrimą krūtims. 25,5 proc. (N=51) moterų pasirinko atsakymą, kad visos diagnostikos priemonės, išskyrus krūtų ultragarso tyrimą ABUS. Krūtų ultragarsą pasirinko 8 proc. (N=16) respondenčių, krūtų magnetinį rezonansą tik 1,5 proc. (N=3) ir kraujo tyrimų bei krūtų ultragarso tyrimo ABUS nepasirinko nei viena moteris. Kad visas krūtų diagnostikos priemonės žino pasirinko 32 proc. (N=64) moterų. Apibendrinant galima teigti, kad tik trečdalis moterų žino visas krūties diagnostikos priemones.

Klausime, gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos dalyvavimo periodiškumas, buvo pateikti 5 atsakymai ir vienas iš jų teisingas. Ši prevencinė programa yra skirta moterims, kurios patikrą gali atlikti kartą kas 3 metus.

**14 lentelė.** Respondenčių žinios apie gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos dalyvavimo periodiškumą pagal gyvenamąją vietą (N=200)

Pagal gyvenamąją vietą	Kas 1 metus		Kas 2 metus		Kas 3 metus		Kai jaučiami simptomai		Nežinau		Reikšmingumas
	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	
Vilniaus	16	40,0	15	37,5	6	15,0	1	2,5	2	5,0	$\chi^2 = 15,500$ $lls = 16$ $p = 0,488$
Kauno	11	26,8	10	24,4	14	34,1	1	2,4	5	12,5	
Klaipėdos	14	35,0	13	32,5	8	20,0	0	0,0	5	12,5	
Šiaulių	13	33,3	14	35,9	8	20,5	0	0,0	4	10,3	
Panevėžio	10	25,0	15	37,5	10	25,0	3	7,5	2	5,0	

$p \leq 0,05$ .

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, galime daryti išvadą, kad nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų. Visos respondentės pagal gyvenamąją vietą rinkosi panašius atsakymo variantus. Daugiausia teisingą atsakymo variantą pasirinko Kauno apskrities moterys 34,1 proc. (N=14), o mažiausiai Vilniaus apskrities 15 proc. (N=6). Bendrai teisingą atsakymo variantą pasirinko tik 23 proc. (N=46) moterys. Galime daryti išvadą, kad žinių apie gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos dalyvavimo periodiškumą labai trūksta visoms apskritims. Tik penktadalis moterų žino kas kiek laiko galima tikrintis ir dalyvauti programoje.

Buvo siekiama sužinoti ar moterys žino kokio amžiaus grupėmis vykdoma gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa. Pateikti keturi atsakymai ir vienas iš jų teisingas. Ši programa yra skirta moterims nuo 25 iki 59 metų.

**15 lentelė.** Respondenčių žinios kokio amžiaus grupėmis vykdoma gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa Lietuvoje (N=200)

Pagal šeiminių padėtį	Moterys nuo 25 iki 59 m.		Moterys nuo 35 iki 69 m.		Moterys nuo 55 iki 69 m.		Nežinau		Reikšmingumas
	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	
Ištekėjusi	65	49,6	47	35,9	15	11,5	4	3,1	$\chi^2 = 43,744$ <b>lls = 12</b> <b>p = 0,000</b>
Netekėjusi	6	54,5	2	18,2	3	27,3	0	0,0	
Išsiskyrusi	26	65,0	8	20,0	4	10,0	2	5,0	
Našlė	7	58,3	1	8,3	4	33,3	0	0,0	
Gyvena nesusituokę	1	16,7	1	16,7	1	16,7	3	50,0	

p≤0,05.

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, galima teigti, kad statistiškai reikšmingai išsiskyrė žinios pagal šeiminių padėtį. Daugiausia teisingą atsakymą, kad gimdos kaklelio vėžio programoje gali dalyvauti moterys nuo 25 iki 59 m. pasirinko ištekėjusios 49,6 proc. (N=65), o mažiausiai teisingą variantą pasirinko moterys, kurios gyvena nesusituokiusios 16,7 proc. (N=1). Bendrai teisingą atsakymą pasirinko tik 13,5 proc. (N=27) respondentės. Taigi, galime daryti išvadą, kad moterims trūksta žinių apie gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos dalyvavimą.

Į klausimą – kas gali sukelti gimdos kaklelio vėžį, buvo pateikti 7 teiginiai vertinant juos pagal Likerto skalę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku. Buvo pateikti 8 teiginiai ir visi teisingi.

**16 lentelė.** Respondenčių žinios, kas gali sukelti gimdos kaklelio vėžį (N=200)

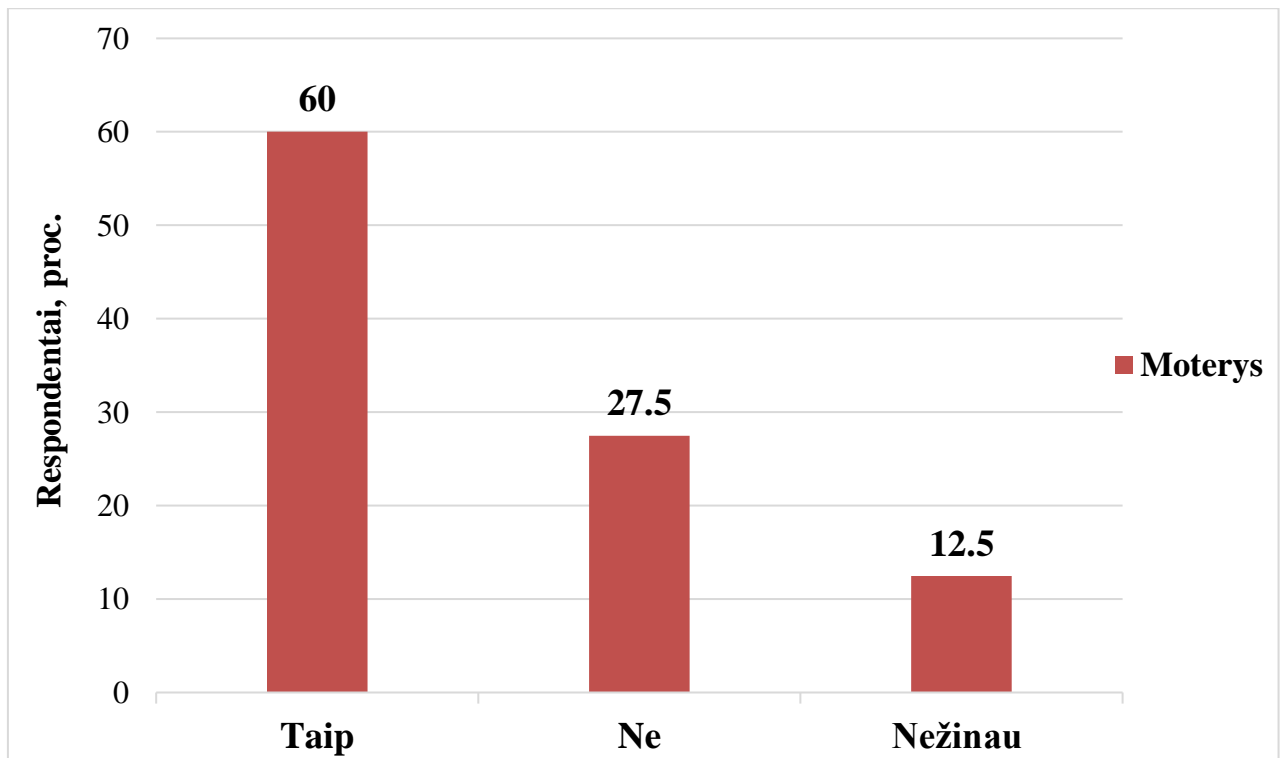
Kas sukelia gimdos kaklelio vėžį	Vilniaus	Kauno	Klaipėdos	Šiaulių	Panevėžio	Reikšmingumas
	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	
Žmogaus papilomos viruso (ŽPV) infekcija	102,60	82,83	103,54	60,17	114,50	$\chi^2 = 0,600$ lls = 4 p = 0,963
Lytinių partnerių skaičius	99,83	92,94	102,15	108,17	107,53	$\chi^2 = 0,573$ lls = 4 p = 0,966
Lytiniai santykiai jauno amžiaus (iki 18 m.)	99,54	95,47	105,75	95,17	102,66	$\chi^2 = 2,704$ lls = 4 p = 0,609
Gimdymų skaičius	99,24	103,00	100,14	60,50	104,26	$\chi^2 = 2,549$ lls = 4 p = 0,636
Geriamieji kontraceptikai	99,92	105,83	97,50	70,33	101,84	$\chi^2 = 3,775$ lls = 4 p = 0,437
Nėštumo nutraukimas	97,14	106,67	103,31	30,50	103,99	$\chi^2 = 2,210$ lls = 4 p = 0,697
Imuninės sistemos nepakankamumas	102,54	109,71	92,44	58,67	98,45	$\chi^2 = 5,062$ lls = 4 p = 0,281
Žalingi įpročiai	101,45	100,13	98,36	116,33	99,84	$\chi^2 = 5,062$ lls = 4 p = 0,281

p≤0,05.

Pritaikius Kruskal – Wallis kriterijų, galima daryti išvadą, kad nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų, nes  $p \leq 0,05$ . Visos respondentės rinkosi panašius atsakymus kas sukelia gimdos kaklelio vėžį. Pagal rangus galime analizuoti, kad daugiausia Panevėžio ir Vilniaus respondenčių mano, kad gimdos kaklelio vėžį sukelia žmogaus papilomos viruso (ŽPV) infekcija, Šiaulių respondenčių daugiausia pasirinko, kad žalingi įpročiai turi įtakos gimdos kaklelio vėžiui. Kauno respondentės daugiausia pasirinko imuninės sistemos nepakankamumą, o Klaipėdos apskirties respondentės daugiausia mano, kad lytiniai santykiai jauno amžiaus (iki 18 m.) sukelia gimdos kaklelio vėžį.

Siekama išsiaiškinti respondenčių žinias apie ŽPV (žmogaus papilomos viruso) vakciną. Buvo galimi trys atsakymų variantai, tačiau teisingas tik vienas.

Tyrimo rezultatai parodė, kad tik 60 proc. (N=120) moterų pasirinko teisingą atsakymą ir žino apie ŽPV (žmogaus papilomos viruso) vakciną. Respondentės rinkosi atsakymą ne 27,5 proc. (N=55) ir nežinau 12,5 proc. (N=25). Žinios apie ŽPV vakciną yra labai svarbios, nes mokslininkų įrodyta, kad 99,77 proc. gimdos kaklelio vėžio atvejų sukelia žmogaus papilomos virusas (Simms et al. 2019). Todėl labai svarbu ugdyti moterų žinias apie ŽPV vakciną.



**22 pav.** Žinių, apie ŽPV (žmogaus papilomos viruso) vakciną, pakankamumas (N=200)

Į 18 klausimą – gimdos kaklelio vėžio simptomai, buvo pateikti 7 teiginiai vertinant juos pagal Likerto skalę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku.

Patikriname hipotezę:

$H_0$  : respondentės pagal išsilavinimą vienodai gerai žino apie gimdos kaklelio vėžio simptomus;

$H_1$  : respondentės pagal išsilavinimą ne vienodai gerai žino apie gimdos kaklelio vėžio simptomus;

$H_0$  atmetame, nes  $p < 0,05$ .

Pritaikius Kruskal – Wallis kriterijų, galima teigti, kad statistiškai reikšmingai išsiskyrė žinios, kad vienas iš gimdos kaklelio vėžio simptomų yra kraujo dėmės ir lengvas kraujavimas tarp mėnesinių ar joms pasibaigus ( $p=0,039$ ) ir kad gimdos kaklelio vėžio specifinių simptomų nėra ( $p=0,027$ ). Taigi ankstyvosios stadijos gimdos kaklelio vėžys dažniausiai nesukelia jokių simptomų. Moterims būtina reguliariai dalyvauti prevencinėje gimdos kaklelio vėžio programoje ir atlikti onkocitologinį gimdos kaklelio tyrimą. Todėl labai svarbu skatinti moteris aktyviai dalyvauti programoje, domėtis gimdos kaklelio vėžio simptomais, mažinti rizikos veiksnius ir stengtis laikytis sveiko gyvenimo būdo.

**17 lentelė.** Respondenčių žinios apie gimdos kaklelio vėžio simptomus (N=200)

Gimdos kaklelio vėžio simptomai	Pradinis (N=40)	Vidurinis (N=40)	Profesinis (N=40)	Aukštesnysis (N=40)	Aukštasis (N=40)	Reikšmingumas
	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	
Gausesnės makšties išskyros	102,00	97,94	96,88	99,54	103,89	SN
Kraujavimas pasibaigus menopauzei	83,00	116,94	84,96	105,81	98,71	SN
Skausmas lytinio akto metu	68,00	113,38	90,07	100,08	103,83	SN
Kraujavimas po lytinio akto, makšties praplovimo ar ginekologo	67,00	83,65	96,90	100,89	106,87	SN
Ilgesnės nei įprastai mėnesinės ir gausesnis kraujavimas	74,50	103,94	77,87	101,60	110,19	SN
<b>Kraujo dėmės ar lengvas kraujavimas tarp mėnesinių ar joms pasibaigus</b>	57,50	111,94	76,34	102,58	108,40	$\chi^2 = 10,116$ lls = 4 p = 0,039
<b>Simptomų nėra</b>	125,00	61,76	95,97	101,42	110,39	$\chi^2 = 10,985$ lls = 4 p = 0,027

SN – skirtumas statistiškai nereikšmingas,  $p \leq 0,05$ .

Taip pat buvo siekiama įvertinti respondentų žinias kaip dažnai moterims ir vyrams reikia tikrintis storosios žarnos vėžio onkologinėje prevencinėje programoje. Buvo pateikti 5 teiginiai. Vienas atsakymas teisingas – kas 2 metus galima moterims ir vyrams dalyvauti storosios žarnos onkologinėje prevencinėje programoje ir atlikti slaptą kraujo išmatose tyrimą.

**18 lentelė.** Visuomenės žinios apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal gyvenamąją vietą (N=400)

Pagal gyvenamąją vietą	Kas 1 metus		Kas 2 metus		Kas 3 metus		Kai jaučiami simptomai		Nežinau		Reikšmingumas
	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	
<b>Vilnius</b>	18	22,0	19	23,2	8	9,8	6	7,3	31	37,8	$\chi^2 = 10,413$ lls = 16 p = 0,844
<b>Kaunas</b>	13	16,0	23	28,4	7	8,6	6	7,4	32	39,5	
<b>Klaipėda</b>	19	24,4	19	24,4	7	9,0	6	7,7	27	34,6	
<b>Panevėžys</b>	22	26,8	18	22,0	7	8,5	10	12,2	25	30,5	
<b>Šiauliai</b>	13	16,9	26	26,0	5	6,5	4	5,2	29	37,7	

$p \leq 0,05$ .

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, galime teigti, kad nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių. Visų miestų respondentai rinkosi panašius atsakymus. Daugiausia teisingą teiginį pasirinko Šiaulių respondentai 26 proc. (N=26), o mažiausiai Panevėžio 22 proc. (N=18). Taigi galime daryti išvadą, kad pagal gyvenamąją vietą tik mažiau nei trečdalis 26 proc. (N=105) respondentų pasirinko teisingą atsakymą.

**19 lentelė.** Visuomenės žinios apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal šeiminių padėtį (N=400)

Pagal šeiminių padėtį	Kas 1 metus		Kas 2 metus		Kas 3 metus		Kai jaučiami simptomai		Nežinau		Reikšmingumas
	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	
Vedęs (ištekęjusi)	49	18,8	64	24,5	22	8,4	18	6,9	108	41,4	$\chi^2 = 18,436$ lls = 16 p = 0,299
Nevedęs (netekėjusi)	6	25,0	4	16,7	3	12,5	3	12,5	8	33,3	
Išsiskyręs (išsiskyrusi)	21	26,9	25	32,1	6	7,7	7	9,0	19	24,4	
Našlys (našlė)	5	22,7	8	36,4	3	13,6	1	4,5	5	22,7	
Gyvena nesusituokę	4	26,7	4	26,7	0	0	3	20,0	4	26,7	

p≤0,05.

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, darome išvadą, kad nebuvo statistiškai reikšmingų skirtumų. Pagal šeimyninę padėtį visi respondentai rinkosi panašius atsakymus. Daugiausia teisingą variantą kas du metus pasirinko vedę (ištekęjusios) 24,5 proc. (N=64), o mažiausiai nevedę (netekėjusios) 16,7 proc. (N=4) ir gyvenantys nesusituokę 26,7 proc. (N=4).

**20 lentelė.** Visuomenės žinios apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos dalyvavimo periodiškumą pagal išsilavinimą (N=400)

Pagal išsilavinimą	Kas 1 metus		Kas 2 metus		Kas 3 metus		Kai jaučiami simptomai		Nežinau		Reikšmingumas
	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	
Pradinis	2	28,6	3	42,9	1	14,3	0	0	1	14,3	$\chi^2 = 13,688$ lls = 16 p = 0,622
Vidurinis	11	19,6	17	30,4	4	7,1	5	8,9	19	33,9	
Profesinis	16	20,0	23	28,8	4	5,0	8	10,0	29	36,3	
Aukštensnysis	20	15,6	36	28,1	12	9,4	12	9,4	48	37,5	
Aukštasis	36	27,9	26	20,2	13	10,1	7	5,4	47	36,4	

p≤0,05.

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, galime teigti, kad nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių. Pagal išsilavinimą respondentai rinkosi panašius atsakymo variantus. Daugiausia teisingą atsakymą kas 2 metus reikia tikrintis storosios žarnos vėžio prevencinėje programoje pasirinko aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai 28,1 proc. (N=36), o mažiausiai pasirinko pradinį išsilavinimą turintys respondentai 42,9 proc. (N=3).

Kitas klausimas buvo apie tai, kokio amžiaus grupėms vyrams ir moterims taikoma storosios žarnos vėžio prevencinė programa. Pateikti 4 atsakymo variantai, vienas iš jų teisingas. Ši prevencinė programa skirta moterims ir vyrams nuo 50 iki 74 metų, kuriems atliekamas slapto kraujavimo testas. Jei testo atsakymas neigiamas, tai pacientas sveikas, jeigu atsakymas teigiamas, tai šeimos gydytojas išduos siuntimą pas gydytoją specialistą tirtis toliau.

**21 lentelė.** Visuomenės žinios apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal gyvenamąją vietą (N=400)

Pagal gyvenamąją vietą	Nuo 40 iki 69 m.		Nuo 50 iki 74 m.		Nuo 55 iki 69 m.		Nežinau		Reikšmingumas
	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	
Vilniaus	15	18,3	36	43,9	8	9,8	23	28,0	$\chi^2 = 27,357$ <b>lls = 16</b> <b>p = 0,038</b>
Kauno	8	9,9	27	33,3	10	12,3	34	42,0	
Klaipėdos	16	20,5	27	34,6	11	14,1	24	30,8	
Šiaulių	19	23,2	21	25,6	19	23,2	21	25,6	
Panevėžio	14	18,2	31	40,3	6	7,8	26	33,8	

Pritaikius Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testą, galime teigti, kad respondentų žinios statistiškai reikšmingai išsiskyrė. Daugiausia teisingą atsakymą pasirinko Vilniaus apskrities gyventojai 43,9 proc. (N=36), mažiausiai Šiaulių apskrities gyventojai 25,6 proc. (N=21). Bendrai teisingai atsakė tik 35,5 proc. (N=142) respondentų. Todėl galima teigti, kad visų apskričių respondentams trūksta žinių, kokio amžiaus grupėms galima dalyvauti storosios žarnos vėžio prevencinėje programoje vyrams ir moterims.

Taip pat buvo siekiama išsiaiškinti respondentų žinias apie storosios žarnos vėžį. Buvo pateikti 5 teiginiai.

Remdamiesi Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testu, galima teigti, kad lytis ir sutikimas su antru p=0,000 ir trečiu p=0,007 teiginiu yra statistiškai reikšmingai susiję požymiai, nes p yra mažiau už 0,05. Iš porinės dažnių lentelės matome, kad daugumą vyrų sutinka, kad storosios žarnos vėžio galima išvengti daugiau sportuojant 51 proc., o moterų 76 proc. su šiuo teiginiu nesutinka. Taigi, darome išvadą, kad moterų nesutinkančių su šiuo teiginiu yra statistiškai reikšmingai daugiau nei vyrų. Taip pat 58 proc. vyrų sutinka, kad storosios žarnos vėžio galima išvengti metant rūkyti, o 55,5

proc. moterų su šiuo teiginiu nesutinka. Galima daryti išvadą, kad respondentų nuomonė statistiškai reikšmingai skiriasi.

**22 lentelė.** Respondentų žinios apie storosios žarnos vėžį (N=400)

Pagal lytį	Pasirinktas teiginys	Moterys (N=200)		Vyrai (N=200)		Reikšmingumas
		N.	proc.	N.	proc.	
Ankstyva diagnostika negali nieko pakeisti	Teisingai	190	95,0	185	92,5	SN
	Neteisingai	10	5,0	18	7,5	
Storosios žarnos vėžio galima išvengti daugiau sportuojant	Teisingai	48	24,0	102	51,0	$\chi^2 = 31,104$ lls = 1 p = 0,000
	Neteisingai	152	76,0	98	49,0	
Storosios žarnos vėžio galima išvengti metant rūkyti	Teisingai	89	44,5	116	58,0	$\chi^2 = 7,295$ lls = 1 p = 0,007
	Neteisingai	111	55,5	84	42,0	
Žarnyno polypai turi būti pašalinti, nes jie gali suvėžėti	Teisingai	155	77,5	148	74,0	SN
	Neteisingai	45	22,5	52	26,0	
Manau, kad storosios žarnos vėžys yra mirtina liga	Teisingai	98	49,0	108	54,0	SN
	Neteisingai	102	51,0	92	46,0	

SN – skirtumas statistiškai nereikšmingas,  $p \leq 0,05$ .

Taip pat buvo prašoma respondentų pažymėti kokio amžiaus grupėms vykdoma prostatos vėžio prevencinė programa. Buvo pateikti 5 atsakymo variantai, 2 iš jų teisingi. Prostatos vėžio prevencinė programa skirta vyrams nuo 50 iki 69 m. ir vyrams nuo 45 m. jeigu jų broliai ar tėvai sirgo prostatos vėžiu. Kokiu periodiškumu vyrai turi pasitikrinti sprendžia gydantysis gydytojas.

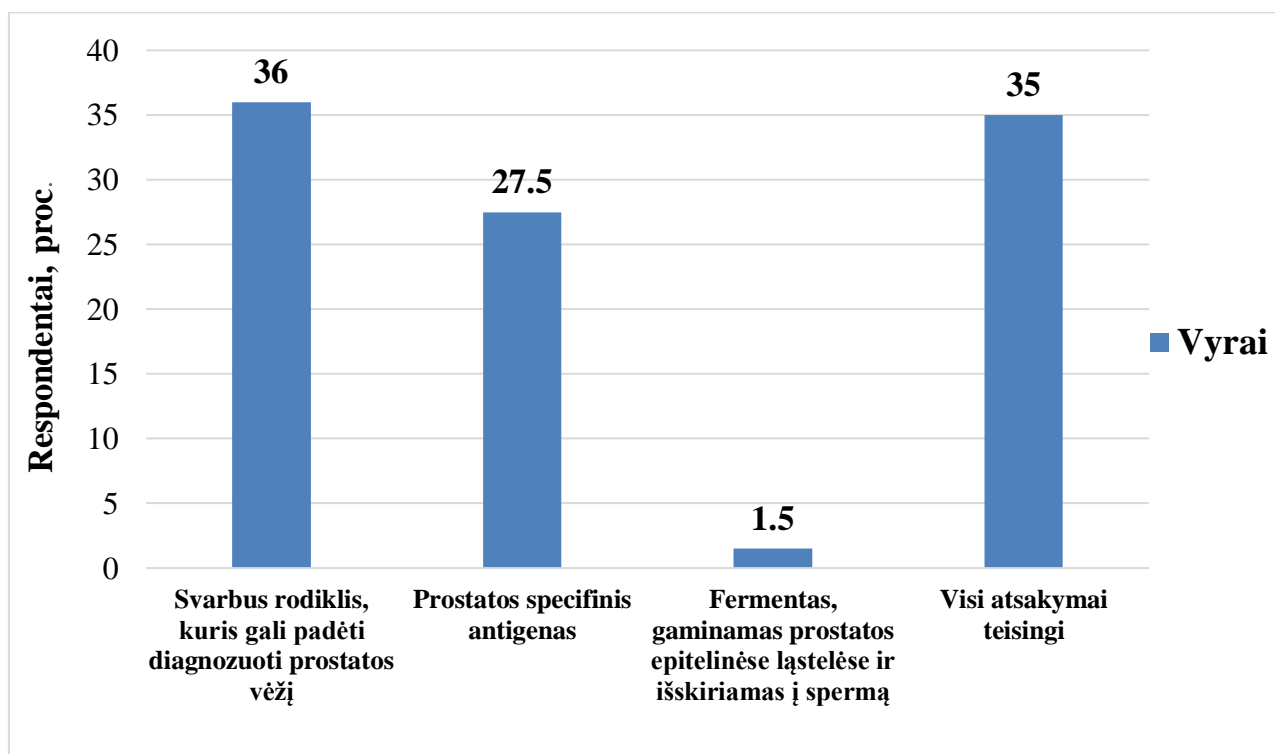
**23 lentelė.** Respondentų žinios apie prostatos vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal šeimines padėtis (N=400)

Pagal šeimines padėtis	Vyrai nuo 50 iki 69 m.		Vyrai nuo 55 iki 74 m.		Jeigu šeimoje buvo susirgimų nuo 40 iki 74 m.		Jeigu šeimoje buvo susirgimų nuo 45 iki 69 m.		Nežinau		Reikšmingumas
	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	N.	proc.	
Vedęs	60	46,2	22	16,9	13	10,0	14	10,8	21	16,2	$\chi^2 = 13,179$ lls = 16 p = 0,660
Nevedęs	6	46,2	2	15,4	2	15,4	2	15,4	1	7,7	
Išsiskyręs	13	34,2	7	18,4	3	7,9	6	15,8	9	23,7	
Našlys	6	60,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	
Gyvena nesusituokę	3	33,3	2	22,2	3	33,3	0	0,0	1	11,1	

$p \leq 0,05$ .

Pritaikius Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) testą, nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų. Respondentai pagal šeiminių padėčių visi rinkosi panašius atsakymus. Daugiausia teisingų atsakymų pasirinko vedę vyrai 46, 2 proc. (N=60), kad gali tikrintis vyrai nuo 50 iki 69 m. ir jeigu šeimoje buvo susirgimų nuo 40 iki 74 m. 10,0 proc. (N=13).

12 klausime buvo siekiama įvertinti respondentų žinias apie PSA (prostato specifinis antigenas). Buvo pateikti keturi teiginiai ir vienas iš jų yra teisingas.



**23 pav.** Respondentų žinios apie PSA (prostato specifinis antigenas ) (N=200)

Daugiausia 36 proc. (N=72) vyrai pasirinko teiginį, kad tai svarbus rodiklis, kuris gali padėti diagnozuoti prostatos vėžį. Tik 35 proc. (N=70) vyrų pasirinko teisingą atsakymą, kad visi teiginiai yra teisingi. Taigi apibendrinant galima teigti, kad būtina kelti respondentų žinias apie prostato specifinį antigeną (PSA). PSA tyrimas gali aptikti vėžį ankstyvoje stadijoje, tai paprastas kraujo tyrimas, kuris nereikalauja ypatingo pasiruošimo. Todėl svarbu skatinti vyrus būti sąmoningiems ir dalyvauti prevencinėje prostato vėžio programoje, nes tik reguliarus dalyvavimas gali užtikrinti, kad pakitimai bus pastebėti laiku.

Siekiama išsiaiškinti vyrų žinias apie prostato vėžį, buvo pateikti 11 teiginių vertinant juos pagal Likerto skalę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku. Visi teiginiai apie prostato vėžį yra teisingi, išskyrus paskutinį.

**24 lentelė.** Respondentų žinios apie prostatos vėžį (N=200)

Teiginiai	Vilniaus (N=40)	Kauno (N=40)	Klaipėdos (N=40)	Šiaulių (N=40)	Panevėžio (N=40)	Reikšmingumas
	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	
Prostatos vėžys yra dažniausias onkologinis susirgimas Lietuvoje	72,00	106,44	100,46	97,17	101,59	SN
Dažniausiai prostatos vėžiu linkę sirgti 50-75 m. amžiaus vyrai	98,50	107,73	89,38	96,06	112,30	SN
Vyru yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei keli artimiausių giminaičių sirgo šia liga	22,50	107,73	89,38	96,06	112,30	SN
<b>Prostatos vėžys gali vystytis nesukeldamas jokių simptomų</b>	35,50	115,93	87,09	93,44	112,61	$\chi^2 = 10,417$ lls = 4 p = 0,034
Simptomai atsiranda tik esant trečiais arba ketvirtai ligos stadijai	75,50	106,64	101,63	96,20	102,09	SN
Padidėjęs PSA gali būti ankstyvas vėžio žymuo	25,50	108,46	103,13	97,45	97,54	SN
Nėra specifinių prostatos vėžio simptomų	41,50	114,49	103,71	99,08	87,04	SN
PSA norma Lietuvoje yra iki 3 ng/ml	16,50	117,68	93,75	97,42	97,06	SN
Kuo anksčiau diagnozuojama liga, tuo sėkmingiau ji gydoma	144,00	102,52	93,45	100,29	104,40	SN
Prostatos vėžio susirgimų Lietuvoje kasmet daugėja	101,50	102,08	85,00	96,89	120,68	SN
Jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems	20,00	99,46	112,83	100,78	91,33	SN

SN – skirtumas statistiškai nereikšmingas,  $p \leq 0,05$ .

Pritaikius Kruskal – Wallis kriterijų, galima teigti, kad statistiškai reikšmingai išsiskyrė respondentų nuomonė, kad prostatos vėžys gali ilgus metus vystytis nesukeldamas jokių simptomų ( $p=0,034$ ). Kiti teiginiai yra statistiškai nereikšmingi, nes visi respondantai rinkosi panašius teiginius apie prostatos vėžį. Teiginys, kad jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems yra neteisingas, o pagal vidutinį rangą galime matyti, kad Klaipėdos apskrities respondentų daugiausia pasirinko klaidingą teiginį.

I klausimą – prostatos vėžio simptomai, buvo pateikti 7 teiginiai vertinant juos pagal Likerto skalę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku. Buvo pateikti 7 teiginiai ir visi teisingi. Labai dažnai prostatos vėžys anksti nepastebimas, nes pirminių simptomų dažnai nebūna.

**25 lentelė.** Respondentų žinios apie prostatos vėžio simptomus (N=200)

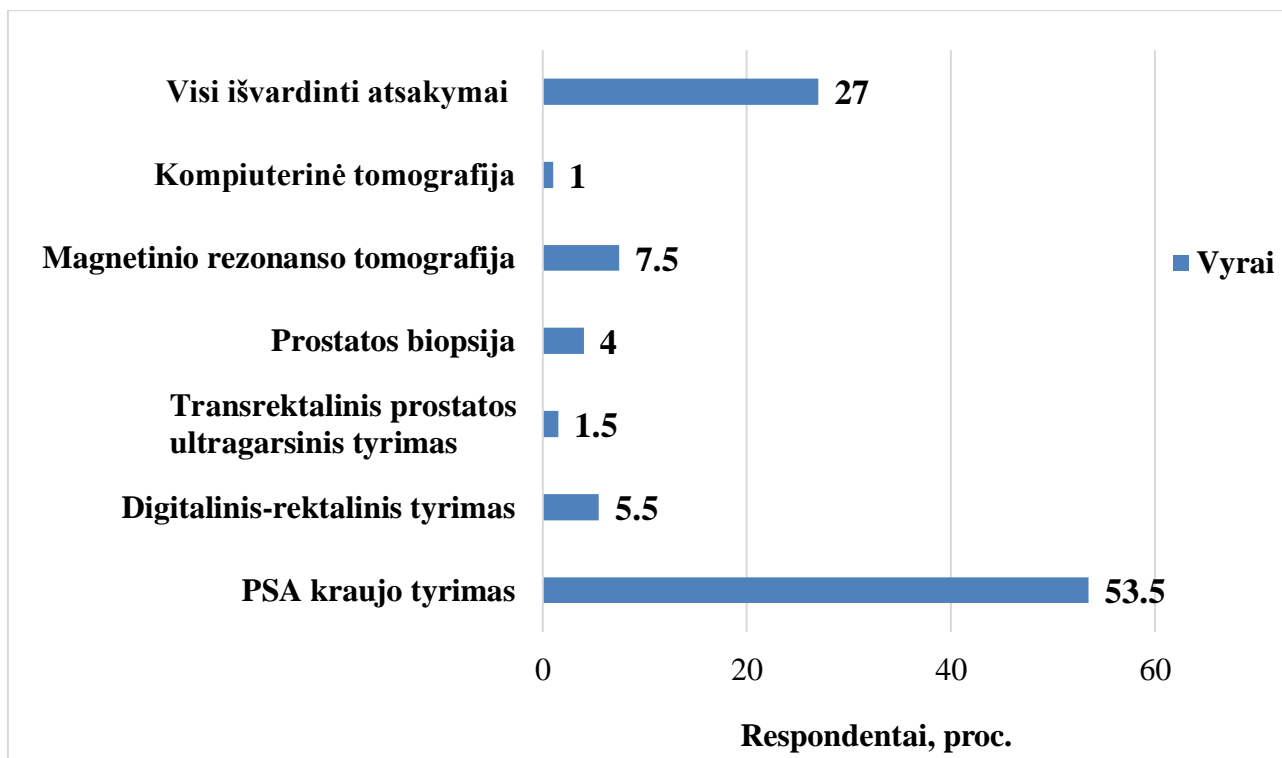
Prostatos vėžio simptomai	Vilniaus (N=40)	Kauno (N=40)	Klaipėdos (N=40)	Šiaulių (N=40)	Panevėžio (N=40)	Reikšmingumas
	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	Vidutinis rangas	
Šlapinimasis pasunkėja ir padažnėja	81,50	99,04	104,29	98,28	103,29	$\chi^2 = 0,600$ lls = 4 p = 0,963
Šlapinimosi metu jaučiamas skausmas	99,50	101,99	102,75	97,03	103,68	$\chi^2 = 0,573$ lls = 4 p = 0,966
Šlapinimasis kraujingas	178,50	98,68	104,38	97,02	103,65	$\chi^2 = 2,704$ lls = 4 p = 0,609
Kaulų skausmas	162,50	101,98	105,79	100,63	92,11	$\chi^2 = 2,549$ lls = 4 p = 0,636
Kojų tinimas	112,50	109,63	107,83	97,82	88,94	$\chi^2 = 3,775$ lls = 4 p = 0,437
Bendras silpnumas	37,00	101,21	93,82	104,32	100,14	$\chi^2 = 2,210$ lls = 4 p = 0,697
Svorio kritimas	40,50	99,95	85,53	106,70	104,55	$\chi^2 = 5,062$ lls = 4 p = 0,281

p≤0,05.

Pritaikius Kruskal – Wallis kriterijų, galima daryti išvadą, kad nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų, nes  $p \leq 0,05$ . Visi respondentai rinkosi panašius atsakymus apie prostatos vėžio simptomus. Analizuojant pagal vidutinius rangus matome, kad Vilniaus apskrities respondentai daugiausia pasirinko teiginį, kad prostatos vėžio simptomas yra kraujingas šlapinimasis. Kauno ir Klaipėdos apskrities respondentai daugiausia pasirinko, kad atsiranda kojų tinimas. Šiaulių ir Panevėžio apskrities respondentai pasirinko, kad atsiranda svorio kritimas.

Siekiant nustatyti respondentų žinias apie prostatos vėžio diagnostikos priemones, buvo pateikti 7 atsakymo variantai ir vienas iš jų teisingas.

Didžiausia dalis respondentų 53,5 proc. (N=107) žino apie PSA (prostatos specifinis antigenas) tyrimą. 7,5 proc. (N=15) vyrų pasirinko magnetinio rezonanso tomografijos tyrimą, 5,5 proc. (N=11) respondentų pasirinko digitalinį-rektalinį tyrimą ir 4 proc. (N=8) respondentų pasirinko prostatos biopsiją. Teisingą atsakymą pasirinko visos išvardintos diagnostikos priemonės tik 27 proc. (N=54). Analizė parodė, kad tik trečdalis respondentų žino apie prostatos vėžio diagnostikos priemones. Taigi, galima teigti, kad respondentams labai trūksta informacijos apie prostatos vėžio prevencijos programos atlikimą.



**24 pav.** Respondentų žinios apie prostatos vėžio diagnostikos priemones (N=200)

Taip pat norima sužinoti koku balu respondentai vertina savo žinias apie onkologines prevencines programas. Buvo galima įsivertinti nuo 0 iki 10, kai: 0 balų visiškai nepatenkintas (-a); 10 balų – visiškai patenkintas (-a).

**26 lentelė.** Respondentų žinių apie onkologines prevencines programas įsivertinimas balų sistemoje (N=400)

Koku balu vertinate savo žinias apie onkologines profilaktines programas?	Lytis	Vidurkis	p reikšmė	
	Moterys (N=200)	5,23		0,621
	Vyr'ai (N=200)	5,12		

$p \leq 0,05$ .

Moterų žinių apie onkologines prevencines programas įsivertinimo vidurkis yra 5,23 balai, o vyrų – 5,12 balai. Vyrų vidurkis yra mažesnis už moterų, bet šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas, nes  $p = 0,0621 > 0,05$ . Respondentai savo žinias apie onkologines prevencines programas įsivertino tik patenkinamai. Taigi, galime daryti išvadą, kad moterims ir vyrams trūksta žinių apie prevencines programas. Galima daryti prielaidą, kad dėl informacijos trūkumo respondentai neaktyviai tikrinasi sveikatą ir dalyvauja prevencinėse programose.

Siekiant nustatyti respondentų žinias apie ligų prevencijos sveikatos raštingumą, buvo pateikti dešimt klausimų ir paprašyta respondentų įvertinti: 1 – labai sunku, 2 – sunku, 3 – lengva, 4 – labai lengva, 5 – nežinau.

**27 lentelė.** Respondentų žinios apie ligų prevencijos sveikatos raštingumą (N=400)

Klausimai		Atsakymo variantai									
		Labai sunku		Sunku		Lengva		Labai lengva		Nežinau	
		N.	Proc.	N.	Proc.	N.	Proc.	N.	Proc.	N.	Proc.
Ar Jums lengva rasti informacijos apie Jus dominančios ligos simptomus?	Moterys	9	4,5	32	16,0	115	57,5	43	21,5	1	0,5
	Vyrai	21	10,5	50	25,0	88	44,0	22	11,0	19	9,5
Ar Jums lengva rasti informacijos, kaip pakeisti savo nesveiką elgseną?	Moterys	0	0,0	18	9,0	108	54,0	60	30,0	14	7,0
	Vyrai	19	9,5	34	17,0	116	58,0	27	13,5	4	2,0
Ar Jums lengva suprasti, ką Jums sako gydytojas?	Moterys	0	0,0	28	14,0	130	65,0	40	20,0	2	1,0
	Vyrai	23	11,5	39	19,5	117	58,5	19	9,5	2	1,0
Ar Jums lengva įvertinti žiniasklaidoje pateiktos informacijos apie ligas patikimumą?	Moterys	4	2,0	63	31,5	91	45,5	16	8,0	26	13,0
	Vyrai	24	12,0	51	25,5	95	47,5	14	7,0	16	8,0
Ar Jums lengva rasti informacijos apie Jums reikalingus sveikatos patikros tyrimus?	Moterys	10	5,0	61	30,5	103	51,5	24	12,0	2	1,0
	Vyrai	11	5,5	30	15,0	111	55,5	21	10,5	27	13,5
Ar Jums lengva suprasti, kodėl reikia atlikti sveikatos patikros tyrimus?	Moterys	0	0,0	23	11,5	131	65,5	46	23,0	0	0,0
	Vyrai	5	2,5	21	10,5	120	60,0	33	16,5	21	10,5
Ar Jums lengva apsispręsti, kada Jums reikia eiti pas gydytoją patikrinti sveikatos?	Moterys	6	3,0	47	23,5	109	54,5	38	19,0	0	0,0
	Vyrai	12	6,0	65	32,5	102	51,0	21	10,5	0	0,0
Ar Jums lengva nuspręsti, kokių sveikatos patikros tyrimų Jums reikia?	Moterys	2	1,0	89	44,5	81	40,5	16	8,0	12	6,0
	Vyrai	25	12,5	81	40,5	79	39,5	12	6,0	3	1,5
Ar Jums lengva įvertinti žiniasklaidos pateikiamos informacijos apie pavojų sveikatai teisingumą?	Moterys	14	7,0	79	39,5	73	36,5	16	8,0	18	9,0
	Vyrai	15	7,5	90	45,0	57	28,5	5	2,5	33	16,5
Ar Jums lengva nuspręsti, kaip apsisaugoti nuo ligų, remiantis šeimos narių ir draugų patarimais?	Moterys	2	1,0	79	39,5	73	36,5	18	9,0	28	14,0
	Vyrai	23	11,5	91	45,5	80	40,0	6	3,0	0	0,0

Nustatyta, kad labai sunku vyrams 12,5 proc. (N=25) nuspręsti kokių sveikatos patikros tyrimų jiems reikia, o moterims labai sunku 7,0 proc. (N=14) įvertinti žiniasklaidos pateikiamos informacijos apie pavojų sveikatai teisingumą. Rezultatai parodė, kad moterims 44,5 proc. (N=89) sunku nuspręsti kokių patikros tyrimų joms reikia, o vyrams 45,5 proc. (N=91) sunku nuspręsti kaip apsisaugoti nuo ligų remiantis šeimos narių ir draugų patarimais. Nustatyta, kad ir vyrams 60,0 proc. (N=120) ir moterims 65,5 proc. (N=131) lengva suprasti kodėl reikia atlikti sveikatos patikros tyrimus. Moterims 30,0 proc. (N=60) labai lengva rasti informacijos kaip pakeisti nesveiką elgseną.

## 2.3 Tyrimo rezultatų aptarimas

Šiame darbe vertinant gyventojų sąmoningumą dalyvauti onkologinėse prevencinėse programose analizuotas lankomumas pas šeimos gydytojus, dabartinės sveikatos įsivertinimas, nuomonė apie programų sklaidą, informavimą, taip pat kokios yra pagrindinės nedalyvavimo programose priežastys ir kokie veiksniai visuomenę paskatintų aktyviau dalyvauti. Analizuotos respondentų žinios apie onkologines prevencines programas, paslaugų apmokėjimas, kaip dažnai ir kokie amžiaus grupėmis vykdoma gimdos kaklelio, krūties vėžio, storosios žarnos ir prostatos vėžio prevencinės programos. Krūties, gimdos kaklelio, storosios žarnos ir prostatos vėžio simptomai ir rizikos veiksniai, vėžio diagnostikos priemonės, vertinamos žinios apie ŽPV vakciną ir PSA rodiklį. Analizuojamos respondentų ligų prevencijos sveikatos raštingumo žinios.

Mokslininkų atliktame tyrime nustatyta, kad onkologinių prevencinių programų dalyvavimui įtakos turi artimųjų palaikymas, psichologinė parama ir šeimos paskatinimas dalyvauti, ypač asmenims, kurie yra rizikos grupėje (Guiriguet et al., 2017). Šiame tyrime nustatyta, kad šeimos gydytojo paskatinimas, nauda sveikatai ir išsamesnė informacija apie programą paskatintų visuomenę aktyviau dalyvauti programose.

Atliktame tyrime nustatyta, kad dalyvavimas prevencinėse programose yra susijęs su pirminės sveikatos priežiūros įstaigomis, todėl šių specialistų įsitraukimas galėtų pagerinti visuomenės dalyvavimą programose (Solis-Ibinagagoitia et al., 2020). Šiame tyrime nustatyta, kad respondentai daugiausia informacijos apie onkologines prevencines programas gauna apsilankymo pas šeimos gydytoją metu.

Nagrinėjant respondentų nedalyvavimo prevencinėse programose priežastis gauti statistiškai patikimi duomenys, kai  $p < 0,05$ . Pritaikius Kruskal – Wallis kriterijų gavome, kad respondentų nuomonės pagal gyvenamąją vietą statistiškai reikšmingai išsiskyrė ties teiginiais, kad profilaktinės programos yra nereikalingos, respondentai gerai jaučiasi ir todėl tikrintis nereikia, kad tyrimai brangiai kainuoja ir galvoja, kad procedūra gali sukelti šalutinius poveikius. Atliktame tyrime Latvijoje, kuriame nagrinėjama moterų nedalyvavimo priežastys prevencinėse programose ir siekiama išsiaiškinti veiksnius, kurie motyvuotų daugiau dalyvauti. Statistiškai reikšmingiau moterys nedalyvavo dėl laiko stokos, nepatogi tyrimo vieta ir laikas, nuomonė, kad prevencinis tyrimas nereikalingas ir ilgos laukimo eilės atlikti tyrimus (Zodzika et al., 2021).

Lenkijoje atliktame tyrime nustatyta, kad dažniausias informacijos šaltinis apie storosios žarnos vėžio prevencinę programą 68 proc. internetas ir 60 proc. gydytojai. Moterys 73 proc. dažniau nei vyrai 56 proc. prevencinių programų informaciją gauna iš interneto (Obiała et al.,

2020). Šiame tyrime nustatyta, kad vyrai daugiausia informacijos apie onkologines prevencines programas gauna 42 proc. iš šeimos gydytojo, o moterys 34 proc. iš radijo, televizijos ir interneto.

Nagrinėjant moterų žinias apie krūties vėžio prevencinės programos dalyvavimą pagal gyvenamąją vietą, gauti statistiškai reikšmingi ( $p=0,017$ ) rezultatai. Daugiausia teisingai atsakė 52,4 proc. Vilniaus apskrities respondentės, kad moterys gali kas du metus dalyvauti krūtų prevencinėje programoje ir atlikti mamografijos tyrimą. O mažiausiai teisingą atsakymą pasirinko 27 proc. Panevėžio apskrities respondentės. Taigi, žinios koku periodišku galima dalyvauti krūtų prevencinėje programoje yra per mažos. Galima daryti išvadą, kad labai svarbu pacientes informuoti apie vykdomas programas ir skatinti jose aktyviai dalyvauti. Amerikoje atliktame tyrime buvo nustatyta, kad moterys, kurios dalyvauja kas du metus krūtų prevencinėje programoje, mirtingumas nuo krūties vėžio sumažėja apie 40 proc. Nors krūtų mamografijos tyrimas Kanadoje atliekamas nuo 1988 m., tačiau programa taip pat vis yra tobulinama ir ieškoma naujų efektyvių būdų (Seely, Alhassan, 2018).

Taip pat tyrimo metu buvo nagrinėjamos respondenčių žinios apie ŽPV (žmogaus papilomos viruso) vakciną. Rezultatai parodė, kad 60 proc. moterų žino apie ŽPV vakciną. Amerikoje atliktame tyrime rezultatai panašūs ir 64 proc. tiriamųjų žinojo apie ŽPV vakciną. Todėl atliktos išvados, kad visuomenės sveikatos ugdymas yra reikalingas ir reikia skatinti visuomenę būti sąmoninga (Wheldon et al., 2019).

Šiaurės Vakarų Etiopijoje atliktas tyrimas apie gimdos kaklelio vėžio prevenciją, nustatyta, kad bendros moterų žinios apie gimdos kaklelio vėžį buvo nepakankamos. Mažiau nei pusė tiriamųjų 43,9 proc. teigė, kad moteris bent tris kartus per savo gyvenimą turėtų dalyvauti gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje. Tai reiškia, kad moterims trūksta informacijos apie citologinio tepinėlio tyrimą ir kokio amžiaus grupėms bei periodiškumu galima jį atlikti. Šią sveikatos problemą siūloma spręsti vykdant didelio masto informavimo reklamos kampanijas (Mengesha, Messele, Beletew, 2020). Mano atliktame tyrime taip pat buvo siekiama išsiaiškinti respondenčių žinias, kokio amžiaus grupėms vykdoma gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa Lietuvoje. Remdamiesi gautais rezultatais, galima teigti, kad statistiškai reikšmingai ( $p=0,000$ ) išsiskyrė grupių žinios pagal šeimines padėtį. Daugiausia teisingą atsakymą pasirinko ištekęsios 49,6 proc., mažiausiai 16,7 proc. moterys, kurios gyvena nesusituokusios. Bendrai tik 12,5 proc. moterų žinojo kokioms amžiaus grupėms yra vykdoma gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa. Galima daryti išvadą, kad respondentėms labai trūksta žinių apie gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą.

Atliktas mokslinis tyrimas, kuriuo siekiama nustatyti visuomenės žinias apie vėžio rizikos veiksnius ir simptomus Gazos Ruože, teritorijoje kur gaunamos mažos ar vidutinės pajamos.

Nustatyta, kad tiriamųjų vėžio simptomų supratimas buvo prastas. Daugiausia tiriamųjų pasirinko rizikos veiksnius, kad daugiausia storosios žarnos vėžiui turi įtakos rūkymas ir netaisyklinga mityba (Elshami et al., 2020). Mano atliktame tyrime gauti statistiškai reikšmingi rezultatai, kad storosios žarnos vėžio galima išvengti daugiau sportuojant ( $p=0,000$ ) ir storosios žarnos vėžio galima išvengti metant rūkyti ( $p=0,007$ ).

Tyrime pritaikius Kruskal – Wallis kriterijų, galima teigti, kad statistiškai reikšmingai išsiskyrė respondentų nuomonė, kad prostatos vėžys gali ilgus metus vystytis nesukeldamas jokių simptomų ( $p=0,034$ ). Mokslininkų atliktame tyrime, teigiama, kad ankstyvas prostatos vėžys dažniausiai yra besimptomis ir padidėjęs PSA yra pirmoji vėžio indikacija. Taigi, dalyvavimas prostatos vėžio prevencinėje programoje yra labai reikšmingas, nes tai pagrindinė procedūra, kuri gali nustatyti ankstyvą prostatos vėžio stadiją (David, Gopal, 2020).

## IŠVADOS

1. Mirtingumas nuo vėžio visame pasaulyje kasmet didėja, todėl onkologinių ligų prevencija yra aktuali sveikatos sistemos problema. Lietuvoje vykdoma krūties, gimdos kaklelio, prostatos ir storosios žarnos vėžio prevencinės programos. Siekiama nustatyti ankstyvąją vėžio stadiją ir sumažinti sergamumo ir mirtingumo vėžiu rodiklius. Visuomenės įsitraukimas dalyvauti programose vis dar yra nepakankamas ir siekiama pagerinti onkologinių programų efektyvumą.
2. Respondentams trūksta sąmoningumo dėl onkologinių prevencinių programų aktyvaus dalyvavimo, respondentai mano, kad profilaktinės programos nereikalingos, gerai jaučiasi, todėl tikrintis nereikia. Respondentų nuomone, tyrimai brangiai kainuoja ir procedūros gali sukelti šalutinius poveikius. Respondentai daugiausia informacijos apie prevencines programas gauna iš šeimos gydytojo. Našliai (našlės) dažniausiai, o nevedę (netekėję) rečiausiai lankosi pas šeimos gydytojus. Respondentų nuomone, šeimos gydytojo paskatinimas, nauda sveikatai ir išsamesnė informacija apie programas paskatintų aktyviau dalyvauti.
3. Moterys ir vyrai savo žinias apie onkologines prevencines programas įsivertino patenkinamai. Respondentams trūksta žinių apie prevencinių programų apmokėjimą. Moterims pagal gyvenamąją apskritį trūksta žinių apie krūties vėžio prevencinės programos periodiškumą ir tik penktadalis moterų žino apie gimdos kaklelio vėžio periodiškumą ir kokio amžiaus grupėms galima dalyvauti programoje. Respondentams pagal gyvenamąją apskritį taip pat trūksta žinių apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos dalyvavimo periodiškumą. Aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai turėjo daugiau žinių apie storosios žarnos vėžio prevencinės programos periodiškumą. Vedę vyrai apie prostatos vėžio dalyvavimo amžiaus grupes žinojo daugiau.

## REKOMENDACIJOS

Išanalizavus darbo temą „Visuomenės sąmoningumo ir žinių ugdymas apie onkologinių susirgimų prevencinių programų diagnostiką Lietuvoje“ pateikiamos rekomendacijos:

- Skatinti šeimos gydytojus daugiau domėtis apie krūtis, gimdos kaklelio, prostatos ir storosios žarnos vėžį ir diagnostiką.
- Sukurti motyvacinę sistemą, kuri paskatintų šeimos gydytojus aktyviau skleisti informaciją ir skatinti pacientus dalyvauti onkologinėse prevencinėse programose. Gydytojų paskatinimui galėtų būti skiriami finansiniai priedai.
- Sukurti internetinį puslapį, kuriame pacientai turėtų savo asmenines paskyras ir matytų kokios onkologinės prevencinės programos jiems priklauso ir dalyvavimo periodiškumą. Taip pat būtų pateikiama išsami informacija apie kiekvienos prevencinės programos atlikimo metodiką, vėžio rizikos veiksnius ir simptomus.
- COVID-19 pandemijos metu pacientų dalyvavimas onkologinėse prevencinėse programose labai sumažėjo, taigi sveikatos priežiūros įstaigos turi aktyviau pacientus informuoti apie galimybę saugiai dalyvauti programoje.
- Labiau įtraukti visuomenės sveikatos specialistus į pacientų informavimo apie onkologines prevencines programas procesus.
- Visuomenės sveikatos specialistus aktyviau įtraukti į gyventojų sveikatos raštingumo didinimą, ugdyti gyventojų sąmoningumą ir motyvaciją domėtis ir tikrintis savo sveikatą.
- Didinti gyventojų informavimą apie onkologines prevencines programas pasitelkiant daugiau informacijos sklaidos būdų (televizija, radijas, internetas).
- Optimizuoti vėžio registro darbą, sukurti bendrą duomenų bazę ir registruoti vėžiu sergančius pacientus, kad būtų galima žinoti ligos stadiją, vesti tikslius statistinius duomenis ir vertinti programų efektyvumą.

## LITERATŪRA

1. 2004 m. birželio 30 d. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo”.
2. 2004 m. gruodžio 10 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-901 „ Dėl atrankinės moterų mamografinės patikros programos atlikimo metodikos patvirtinimo“.
3. 2004 m. liepos 16 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-548 „ Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programos atlikimo metodika“.
4. 2005 m. gruodžio 14 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo”.
5. 2005 m. rugsėjo 23 d. Nr. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo”.
6. 2009 m. Birželio 23 d. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.
7. 2019 m. kovo 18 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1013 „ Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „šeimos gydytojas“ patvirtinimo“.
8. 2020 m. sausio 13 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-46 „Dėl sveikatos tausojimo ir stiprinimo politikos gairių įgyvendinimo priemonių 2020-2020 metų plano patvirtinimo“.
9. Ahmed, M. 2020. Colon cancer: a clinician’s perspective in 2019. *Gastroenterology research*, 13(1), 1.
10. Akinlotan, M., Bolin, J. N., Helduser, J., Ojinnaka, C., Lichorad, A., & McClellan, D. 2017. Cervical cancer screening barriers and risk factor knowledge among uninsured women. *Journal of community health*, 42(4), p. 770-778.
11. Albus, C. 2018. Health literacy: Is it important for cardiovascular disease prevention? *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(9), p. 934–935.
12. Boumaraf, S., Liu, X., Ferkous, C., Ma, X. 2020. A new computer-aided diagnosis system with modified genetic feature selection for bi-RADS classification of breast masses in mammograms. *BioMed Research International*, 2020.
13. Britt, K. L., Cuzick, J., & Phillips, K. A. 2020. Key steps for effective breast cancer prevention. *Nature Reviews Cancer*, 20(8), p. 417-436.

14. Cadet, M., Allen, D., & Patterson-Johnson, J. 2019. Prostate Cancer: How Nurse Practitioners Can Aid in Disease Diagnosis and Management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(3), p. 247–250.
15. Carlsson, S. V., & Lilja, H. 2019. Perspective on Prostate Cancer Screening. *Clinical Chemistry*, 65(1), p. 24–27.
16. Chandrika, K., Naik, B. N., & Kanungo, S. 2020. Awareness on cancer cervix, willingness, and barriers for screening of cancer cervix among women: A community-based cross-sectional study from urban Pondicherry. *Indian Journal of Public Health*, 64(4), p. 374–380.
17. Ciavattini, A., Carpini, G. D., Giannella, L., Arbyn, M., Kyrgiou, M., Joura, E. A., & Gultekin, M. 2020. European Federation for Colposcopy (EFC) and European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) joint considerations about human papillomavirus (HPV) vaccination, screening programs, colposcopy, and surgery during and after the COVID-19 pandemic. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 30(8).
18. Coll, P. P., Korc-Grodzicki, B., Ristau, B. T., Shahrokni, A., Koshy, A., Filippova, O. T., & Ali, I. 2020. Cancer Prevention and Screening for Older Adults: Part 2. Interventions to Prevent and Screen for Breast, Prostate, Cervical, Ovarian, and Endometrial Cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(11), p. 2684–2691.
19. DeVita, V. T., Lawrence, T. S., & Rosenberg, S. A. 2016. *Cancer of the Breast: From Cancer: Principles & Practice of Oncology, 10th Edition: Vol. 10th edition*. Wolters Kluwer Health.
20. Digestive Cancers Europe. Colorectal Screening In Europe. 2019. [žiūrėta 2021 m. vasario 20 d.]. Prieiga per internetą: <[www.digestivecancers.eu](http://www.digestivecancers.eu)>.
21. Dulskas, Audrius, Gaižauskas, Vytautas, Kildušienė, Inga, Samalavičius, Narimantas Evaldas, & Smailytė, Giedrė. 2020. Improvement of survival over time for colorectal cancer patients: a population-based study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12:4038), p. 1–9.
22. Dunn, M. W. 2017. Prostate Cancer Screening. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(2), p. 156–164.
23. Eibich, P., & Goldzahl, L. 2020. Health information provision, health knowledge and health behaviours: Evidence from breast cancer screening. *Social Science & Medicine* (1982), p. 265.
24. Esser, P., Mehnert-Theuerkauf, A., Friedrich, M., Johansen, C., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Koch, U., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Kuba, K., Hinz, A., & Hartung, T. 2020. Risk and associated factors of depression and anxiety in men with prostate cancer: Results from a German multicenter study. *Psycho-Oncology*, 29(10), p. 1604–1612.

25. Fleary, S., Paasche-Orlow, A., Joseph, M., & Freund, K. 2019. The Relationship Between Health Literacy, Cancer Prevention Beliefs, and Cancer Prevention Behaviors. *Journal of Cancer Education*, 34(5), p. 958–965.
26. Gajauskė, Lina, & Fatkulina, Natalja. 2015. Moterų žinių apie gimdos kaklelio vėžį tyrimas. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 6, p. 4–6.
27. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem and its associated goals and targets for the period 2020-2030. 2020. Resolution WHA73.2.
28. Goodwin, B. C., March, S., Zajdlewicz, L., Osborne, R. H., Dunn, J., & Chambers, S. K. 2018. Health literacy and the health status of men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 27(10), p. 2374–2381.
29. Guiriguet, C., Pera, G., Castells, A., Toran, P., Grau, J., Rivero, I., Marzo-Castillejo, M. 2017. Impact of comorbid conditions on participation in an organised colorectal cancer screening programme: a cross-sectional study. *BMC cancer*, 17(1), p. 1-10.
30. Henke, A., Kluge, U., Borde, T., Mchome, B., Serventi, F., & Henke, O. 2021. Tanzanian women's knowledge about Cervical Cancer and HPV and their prevalence of positive VIA cervical screening results. Data from a Prevention and Awareness Campaign in Northern Tanzania, 2017–2019. *Global Health Action*, 14(1).
31. Yang, X., Shan, L., Cao, H., Jiang, X., & Ma, X. 2020. A valuable MRI examination method for prostate cancer screening. *Medicine*, 99(48).
32. Ivanauskienė R. 2012. Krūties vėžio kaštai, išgyvenamumas ir sergančiųjų gyvenimo kokybė: daktaro disertacija. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
33. K. V. Ramani, Hemalatha Ramani, Shirish S. Alurkar, B. S. Ajaikumar, and Riri G. Trivedi. 2017. Breast Cancer: Medical Treatment, Side Effects, and Complementary Therapies.
34. Kardelis K. 2007. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
35. Katarzyna Tomaszewska, & Aneta Michna. 2019. Knowledge and activities for the oncological prevention of women invited for mammography screening as part of the "Population program for early detection of breast cancer" *Journal of Education, Health and Sport*, 9(7), p. 203–214.
36. Kazlauskienė, Laimutė, Žiliukas, Geriuldas, Norkienė, Sigutė, & Norkutė-Macijauskė, Urtė 2018. Ambulatorinių pacientų sveikatos raštingumas. *Sveikatos mokslai*, 28(7), p. 19–24.
37. Kyrgiou, M., Arbyn, M., Bergeron, C., Bosch, F. X., Dillner, J., Jit, M., & Gultekin, M. 2020. Cervical screening: ESGO-EFC position paper of the European Society of Gynaecologic Oncology (ESGO) and the European Federation of Colposcopy (EFC). *British Journal of Cancer*, 123(4), p. 510-517.

38. Kramer, J., Agogino, Alice, Beckman, Sara, Cheshire, Coye, & Dong, Andy. 2020. Designing for Health Accessibility: Case Studies of Human-Centered Design to Improve Access to Cervical Cancer Screening. ProQuest Dissertations Publishing.
39. Leonavičiene T. 2006. SPSS programų paketo taikymas statistiniuose tyrimuose. Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla, 2006.
40. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl Nacionalinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos patvirtinimo“.
41. Low, E., Simon, A., Lyons, J., Romney-Alexander, D., & Waller, J. 2012. What do British women know about cervical cancer symptoms and risk factors? *European Journal of Cancer* (1990), 48(16), p. 3001-3008.
42. Mardani, A., Razi, S., Mazaheri, R., Dianatinasab, M., & Vaismoradi, M. 2020. Health-Related Quality of Life in Prostate Cancer Survivors: Implications for Nursing Care. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), p. 1322–1332.
43. Maver, P. J., & Poljak, M. 2020. Primary HPV-based cervical cancer screening in Europe: implementation status, challenges, and future plans. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(5), p. 579-583.
44. Mengesha, A., Messele, A., & Beletew, B. 2020. Knowledge and attitude towards cervical cancer among reproductive age group women in Gondar town, North West Ethiopia. *BMC public health*, 20(1), p. 209.
45. Mereu, Concu, Dessì, Girau, Ionta, Lai, Liori, Masala, Mcgilliard, Origa, Piazza, Pisanu, Soggiu, Sotgiu, Contu, & Sardu. 2019. Knowledge about cancer screening programmes in Sardinia. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 60(4).
46. Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. 2019. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 11, p. 151.
47. Montminy, E. M., Karlitz, J. J., & Landreneau, S. W. 2019. Progress of colorectal cancer screening in United States: Past achievements and future challenges. *Preventive Medicine*, 120, p. 78–84.
48. Moodley, J., Constant, D., Mwaka, A., Scott, S., Walter, F., & Francis, J. 2020. Mapping awareness of breast and cervical cancer risk factors, symptoms and lay beliefs in Uganda and South Africa, 15(10).
49. Nacionalinis vėžio institutas. 2019. [žiūrėta 2020 m. gruodžio 14 d.] Prieiga per internetą: <<https://www.nvi.lt/news/328/72/Vezio-registre-naujausia-statistika/>>.
50. Nataša Antoljak. 2020. The importance of physical activity in colorectal cancer prevention. *Libri Oncologici*, 48(2-3), p. 103–108.
51. Nelson, A. W., & Shah, N. 2019. Prostate cancer. *Surgery (Oxford)*, 37(9), p. 500–507.

52. Njor, S. H., Rasmussen, M., Friis-Hansen, L., & Andersen, B. 2019. Answer to: “Is the National Danish Colorectal Cancer Screening Programme a success?” *Cancer Epidemiology*, 58, p. 200–200.
53. Obiała, K., Obiała, J., Jeziorski, K., Owoc, J., Mańczak, M., & Olszewski, R. (2020). Improving Colon Cancer Prevention in Poland. A Long Way Off. *Journal of Cancer Education*, p. 1-4.
54. OECD/European Union. 2020. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
55. Oficialiosios statistikos portalas. 2021. [žiūrėta 2020 m. kovo 15 d.] Prieiga per internetą:<  
<https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2020/salies-gyventojai/gyventuju-skaicius-ir-sudetis>>.
56. Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija (POLA). 2020. POLA studija: Lietuvoje vykdomų vėžio prevencinių programų efektyvumo didinimas.
57. Patasius, A., Krilaviciute, A., & Smailyte, G. 2020. Prostate Cancer Screening with PSA: Ten Years' Experience of Population Based Early Prostate Cancer Detection Programme in Lithuania. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12).
58. Rančić, N. K., Golubović, M. B., Ilić, M. V., Ignjatović, A. S., Živadinović, R. M., Đenić, S. N., & Otašević, S. A. 2020. Knowledge about Cervical Cancer and Awareness of Human Papillomavirus (HPV) and HPV Vaccine among Female Students from Serbia. *Medicina*, 56(8), p. 406.
59. Rawla, P. 2019. Epidemiology of prostate cancer. *World journal of oncology*, 10(2), p. 63.
60. Rutan, M. C., Sammon, J. D., Nguyen, D.-D., Kilbridge, K. L., Herzog, P., & Trinh, Q.-D. 2020. The Relationship Between Health Literacy and Nonrecommended Cancer Screening. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(2), p. 69–72.
61. Sarma, E. A., Silver, M. I., Kobrin, S. C., Marcus, P. M., & Ferrer, R. A. 2019. Cancer screening: health impact, prevalence, correlates, and interventions. *Psychology & Health*, 34(9), p. 1036–1072.
62. Seely, J. M., & Alhassan, T. 2018. Screening for breast cancer in 2018 – what should we be doing today?. *Current Oncology*, 25(Suppl 1), S115.
63. Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., & Jemal, A. 2021. *Cancer Statistics, 2021*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(1), p. 7–33.
64. Sikora, K. 2020. Cancer screening. *Medicine (Abingdon. 1995, UK Ed.)*, 48(2), p. 132–137.
65. Simms, K. T., Steinberg, J., Caruana, M., Smith, M. A., Lew, J. B., Soerjomataram, I., & Canfell, K. 2019. Impact of scaled up human papillomavirus vaccination and cervical

- screening and the potential for global elimination of cervical cancer in 181 countries, 2020–99: a modelling study. *The lancet oncology*, 20(3), p. 394-407.
66. Small, W., Bacon, M., Bajaj, A., Chuang, L., Fisher, B., Harkenrider, M., . Gaffney, D. 2017. Cervical cancer: A global health crisis. *Cancer*, 123(13), p. 2404-2412.
67. Society of Breast Imaging. 2020. [žiūrėta 2021 m. vasario 10 d.]. Prieiga per internetą: <<https://www.sbi-online.org/>>.
68. Solis-Ibinagagoitia, M., Unanue-Arza, S., Díaz-Seoane, M., Martínez-Indart, L., Lebeña-Maluf, A., Idigoras, I., ... & Portillo, I. 2020. Factors Related to Non-participation in the Basque Country Colorectal Cancer Screening Programme. *Frontiers in public health*, 8, p. 867.
69. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. 2020. *Lancet Glob Health*.
70. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. 2021. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*.
71. Valent, F., Sammartano, Degano, Dellach, Franzo, Gerin, Gnesutta, Mentil, Stel, Pattitoni, & Gongolo. 2020. Reasons for non-participation in public oncological screening programs in the Italian region Friuli Venezia Giulia. *Public Health (London)*, 181, p. 80–85.
72. Valstybinės ligonių kasos. 2021. [žiūrėta 2021 m. vasario 5 d.]. Prieiga per internetą: <[www.vlk.lt](http://www.vlk.lt)>.
73. Wheldon, C. W., Krakow, M., Thompson, E. L., & Moser, R. P. 2019. National trends in human papillomavirus awareness and knowledge of human papillomavirus-related cancers. *American journal of preventive medicine*, 56(4), p. 117-123.
74. World Health Organization. 2018. [žiūrėta 2020 m. gruodžio 17 d.] Prieiga per internetą: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>>.
75. Zenonas Javtokas, Kęstutis Žagminas, Daiva Žeromskienė. 2017. Gyventojų sveikatos raštingumo vertinimas.
76. Zielonke, N., Kregting, L. M., Heijnsdijk, E. A. M., Veerus, P., Heinävaara, S., McKee, M., Kok, I. M. C. M., Koning, H. J., & Ravesteyn, N. T. 2021. The potential of breast cancer screening in Europe. *International Journal of Cancer*, 148(2), p. 406–418.
77. Zodzika, J., Krumina, K., Jermakova, I., Kojalo, U., Plisko, O., Santare, D., ... & Lazdane, G. 2021. Post-reproductive aged women: a lost generation in the cervical cancer screening programme. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 26(1), p. 23-28.

## **PRIEDAI**