

# GYVENTOJŲ INFORMUOTUMĄ, DALYVAVIMĄ IR POŽIŪRĮ Į ONKOLOGINIŲ IR ŠIRDIES KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCINES PROGRAMAS SĄLYGOJANTYS VEIKSNIAI

Gintarė Petronytė, Virginija Kanapeckienė, Aušra Eigirdaitė, Vytautas Jurkuvėnas  
Higienos institutas

## Santrauka

Nuo 2004 m. pirminės sveikatos priežiūros grandyje įgyvendinamos onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų ankstyvai diagnostikai skirtos prevencinės programos. Nors programos įgyvendinamos jau ne vienerius metus, tačiau gyventojų dalyvavimo jose apimtys išlieka žemos.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į prevencines programas, atsižvelgiant į demografinius ir socialinius veiksnius.

**Medžiaga ir metodai.** 2012 m. gegužės–birželio mėn. atlikta Lietuvos gyventojų apklausa, taikant standartizuotą nuomonių apklausos metodiką. Tyrime dalyvavo 1 000 gyventojų, priklausančių atrankinėms prevencinių programų grupėms: 633 moterys, kurioms buvo 25–69 m. (amžiaus vidurkis  $46,41 \pm 12,79$  m.), ir 367 vyrai, sulaukę 40–69 m. (amžiaus vidurkis  $52,77 \pm 8,46$  m.). Apklausa atlikta tiesioginio interviu metodu, naudojant autorių parengtą klausimyną apie gyventojų informuotumą, požiūrį į prevencines programas ir dalyvavimo jose patirtį. Statistinė duomenų analizė atlikta taikant chi kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijų ir binarinę logistinę regresiją.

**Rezultatai.** Dauguma (73 proc.) gyventojų teigė, jog žino apie onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas, vykdomas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – PAASPI), tačiau dalyvavimas jose išlieka žemas: 47,7 proc. gyventojų, žinančių apie prevencines programas, nedalyvavo jose dėl pagrindinių priežasčių: geros savijautos, laiko stokos ir negavo PAASPI kvietimų. Vyrai, lyginant su moterimis, rečiau žinojo apie prevencines programas ir jose dalyvavo. Apie prevencines programas dažniau nežinojo vidurinį ir žemesnį išsilavinimą turintys gyventojai, lyginant su įgijusiais aukštąjį išsilavinimą. Vyrai, lyginant su moterimis, rečiau teigė, kad prevencinės programos reikalingos.

**Išvados.** Gyventojų informuotumas, dalyvavimas ir požiūris į prevencines programas susiję su demografiniais ir socialiniais veiksniais – lytimi ir išsilavinimu.

**Reikšminiai žodžiai:** prevencinės programos, onkologinės ligos, širdies ir kraujagyslių ligos, gyventojų požiūris.

## ĮVADAS

Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Europos šalių, lėtinės neinfekcinės ligos yra aktuali sveikatos problema, o šių ligų prevencija – prioritetinga sveikatos politikos sritis [1]. Įgyvendindamos lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos strategijas, įvardytas Pasaulio sveikatos organizacijos ir Europos institucijų politinių dokumentų nuostatose, šalis siekia suvaldyti šias ligas, taikyti įrodymais pagrįstas intervencijas.

Lietuvos gyventojų mirtingumo priežasčių struktūra nekinta jau daug metų. Pagrindinės mirčių priežastys yra lėtinės neinfekcinės kraujotakos

sistemos bei onkologinės ligos. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2011 m. duomenimis, Lietuvoje kraujotakos sistemos ligos ir piktybiniai navikai sudarė 76,1 proc. visų mirties priežasčių [2]. Lietuvos gyventojų mirtingumas ir sergamumas nuo šių ligų vienas didžiausių Europoje [3].

Siekiant sumažinti gyventojų sergamumo ir mirtingumo mastą šalyje buvo priimti sprendimai ir imtasi veiksmų, kurie padėtų veiksmingiau spręsti sveikatos problemas. Įgyvendinant Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 m. programos nuostatas, 2004 m. šalyje pradėtos vykdyti gimdos kaklelio piktybinių navikų, o nuo 2005 m. atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos [4, 5], parengtos atsižvelgiant į Europos Tarybos priimtas rekomendacijas dėl vėžio atrankinės patikros. 2009 m. kaip bandomasis projektas Vilniaus ir Kauno apskrityse pradėta

**Adresas susirašinėti:** Gintarė Petronytė  
Higienos institutas  
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius  
El. p. gintare.petronyte@hi.lt

įgyvendinti storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, o nuo 2012 m. programa vykdoma Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio apskrityse [6]. Nors Europos Taryba ir Pasaulio sveikatos organizacija nerekomenduoja masinės prostatos vėžio patikros, tačiau taikoma oportunistinė patikra padeda anksti išaiškinti ligos atvejus [7]. Nuo 2005 m. šalyje įgyvendinama priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa [8]. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu bei įvertinus Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę, 2006 m. šalyje pradėta įgyvendinti asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa [9]. Šioms programoms įgyvendinti pasirinktas modelis, kuriame svarbus vaidmuo tenka pirminei sveikatos priežiūros grandžiai.

Šių programų efektyvumą mažinant gyventojų sergamumą ir mirtingumą Lietuvoje bus galima įvertinti tik ilgalaikėje perspektyvoje, tačiau kai kurie atlikti vertinimai rodo atskirų prevencinių programų veiksmingumą, jų tolesnio įgyvendinimo tikslumą ir teigiamą poveikį asmens ir visuomenės sveikatai [10–12]. Antra vertus, vienas iš prevencinių programų įgyvendinimo efektyvumo rodiklių yra tikslinių grupių dalyvavimo jose apimtys. Šalyje programos įgyvendinamos jau kelerius metus, tačiau dalyvavimo jose apimtys išlieka žemos [13, 14]. Iki šiol atlikta keletas tyrimų, nagrinėjusių Lietuvos gyventojų dalyvavimo prevencinėse programose veiksmus. Nors tyrimų metodologijos skiriasi, tačiau nustatyta, kad informuotumas ir dalyvavimas onkologinių ligų prevencijos programose susijęs su socialiniais, ekonominiais ir demografiniais veiksniais [15–17], taip pat šių programų paslaugų teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose ypatumais [15].

**Tyrimo tikslas** – įvertinti gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į prevencines programas, atsižvelgiant į demografinius ir socialinius veiksnis.

## TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Apklausa atlikta įgyvendinant tarptautinį projektą „Visuomenės sveikatos gerinimas skatinant tolygų aukštos kokybės pirminės sveikatos priežiūros paslaugų išdėstymą (*ImPrim*)“<sup>4</sup>. 2012 m. gegužės–birželio mėn. rinkos ir viešosios nuomonės tyrimų kompanija, taikydama standartizuotą nuomonių apklausos metodiką, 10 Lietuvos apskričių (Vilniaus, Kauno,

Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio, Tauragės, Telšių, Utenos, Alytaus, Marijampolės) atliko Lietuvos gyventojų apklausą. Tyrime dalyvavo 1 000 gyventojų, priklausančių atrankinems prevencinių programų grupėms: 633 moterys, kurioms buvo 25–69 m. (amžiaus vidurkis 46,41 ± 12,79 m.), ir 367 vyrai, sulaukę 40–69 m. (amžiaus vidurkis 52,77 ± 8,46 m.). Tyrime dalyvavusių gyventojų socialinės ir demografinės charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje. Apklausa atlikta tiesioginio interviu metodu, naudojant autorių parengtą klausimyną apie gyventojų informuotumą ir jų informavimo šaltinius, dalyvavimą prevencinėse programose ir požiūrį į jas.

**1 lentelė.** Gyventojų, dalyvavusių tyrime, socialinės ir demografinės charakteristikos

|  | Proc. (abs. skč.) |
|--|-------------------|
| <b>Lytis (n = 1 000)</b>   |                   |
| Vyrai  | 36,7 (367)        |
| Moterys  | 63,3 (633)        |
| <b>Gyvenamoji vieta (n = 991)</b>                                |                   |
| Didysis miestas (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys) | 36,8 (368)        |
| Miestas (rajono centras)   | 29,5 (295)        |
| Miestelis  | 15,3 (153)        |
| Kaimas   | 17,5 (175)        |
| <b>Išsilavinimas (n = 997)</b>                                   |                   |
| Aukštasis universitetinis  | 24,3 (243)        |
| Aukštasis kolegijinis  | 6,7 (67)          |
| Aukštesnysis   | 17,1 (171)        |
| Specialusis vidurinis (vidurinis ir profesinė kvalifikacija)     | 23,4 (234)        |
| Vidurinis  | 22,2 (222)        |
| Pagrindinis  | 4,2 (42)          |
| Pradinis   | 1,8 (18)          |
| <b>Užsiėmimas (n = 996)</b>                                      |                   |
| Pats sau darbdavys   | 6,1 (61)          |
| Aukščiausio, vidurinio lygio vadovas                             | 2,0 (20)          |
| Specialistas   | 19,3 (193)        |
| Tarnautojas  | 13,7 (137)        |
| Prekybos ir paslaugų srities darbuotojas                         | 9,1 (91)          |
| Kvalifikuotas darbininkas  | 7,3 (73)          |
| Darbininkas, dirbantis fizinį darbą                              | 8,7 (87)          |
| Vaiko priežiūros atostogos                                       | 2,3 (23)          |
| Bedarbis   | 9,4 (94)          |
| Pensininkas  | 15,1 (151)        |
| Namų šeimininkė  | 2,5 (25)          |
| Studentas  | 1,4 (14)          |
| Kita   | 2,7 (27)          |
| <b>Pajamos vienam ūkio nariui per mėn. (n = 997)</b>             |                   |
| Iki 400 Lt   | 17,1 (171)        |
| 401–800 Lt   | 38,9 (389)        |
| 801–1 200 Lt   | 21,9 (219)        |
| 1 201–1 600 Lt   | 12,1 (121)        |
| 1 601–2 000 Lt   | 5,7 (57)          |
| Daugiau kaip 2 001 Lt  | 4,0 (40)          |

Gyventojų informuotumas (žinojimas) apie prevencines programas buvo vertinamas pagal atsakymus į šiuos klausimus: „Ar žinote apie onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas, vykdomas PAASPI?“ (galimi atsakymų variantai: „taip“, „ne“), „Kokių ligų prevencines programas žinote?“ (galimi atsakymų variantai: „nežinau“, „gimdos kaklelio vėžio“, „krūties vėžio“, „storosios žarnos vėžio“, „širdies ir kraujagyslių ligų“, „priešinės liaukos vėžio“), „Iš kokių informacijos šaltinių žinote apie vykdomas prevencines programas?“ Dalyvavimas prevencinėse programose vertintas pagal atsakymus į klausimus: „Ar esate dalyvavęs prevencinėse programose, vykdomose PAASPI?“ (galimi atsakymų variantai: „taip“, „ne“), „Dėl kokių priežasčių iki šiol nedalyvavote prevencinėse programose?“. Požiūris į prevencines programas buvo vertinamas remiantis klausimu „Jūsų nuomone, ar reikalingos prevencinės ligų programos“. Atsakymai vertinti pagal Likerto skalę nuo „labai reikalingos“ iki „visiškai nereikalingos“.

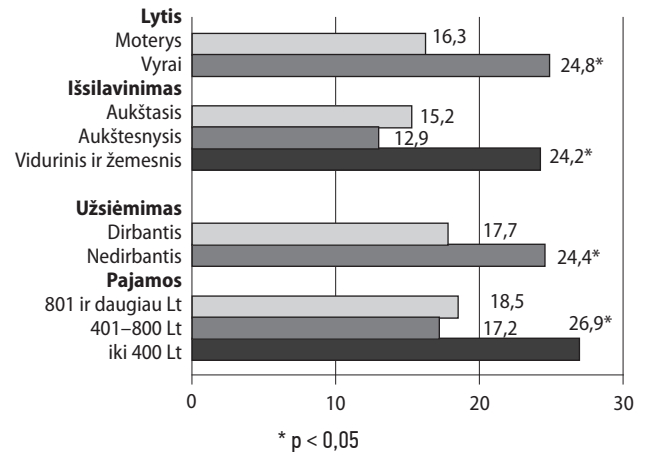
Duomenų analizei naudotas SPSS for Windows statistinis paketas (19.0 versija). Taikyta aprašomoji statistika: atvejų dažniai (procentai). Statistiniai požymių ryšiai vertinti naudojant chi kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijų. Gyventojų dalyvavimo prevencinėse programose veiksmų analizei naudota binarinė logistinė regresija taikant Enter metodą. Šioje analizėje priklausomi kintamieji buvo žinojimas (informuotumas) apie prevencines programas, nežinojimas apie prevencines programas, dalyvavimas ir požiūris į prevencines programas. Demografiniai ir socialiniai veiksniai (lytis, gyvenamoji vieta, išsilavinimas, užsiėmimas ir pajamos) į logistinės regresijos modelį buvo įtraukti kaip nepriklausomi kintamieji. Apskaičiuotas šansų santykis (ŠS) ir jo 95 proc. pasikliautinis intervalas (PI). Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

**REZULTATAI**

**Gyventojų informuotumas apie prevencines programas**

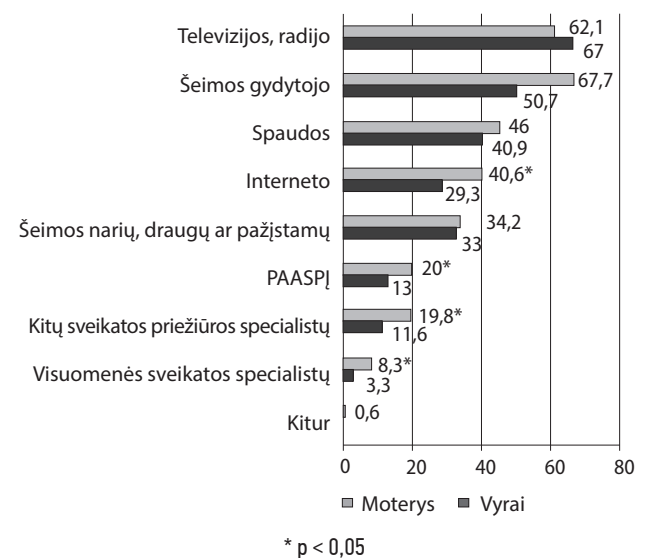
Dauguma (73 proc.) gyventojų teigė, jog žino apie onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas, vykdomas PAASPI, o ketvirtadalis (27 proc.) apie tokias programas nežinojo. Daugiau moterų, palyginti su vyrais, žinojo apie vykdomas prevencines programas (atitinkamai 77,5 proc. ir 65,2 proc.;  $p < 0,001$ ). Pateikus vykdomų programų

sąrašą penktadalis (19,4 proc.) gyventojų teigė, jog nežino nė apie vieną prevencinę programą. Apie jas dažniau nežinojo vyrai, palyginti su moterimis, nedirbantys lyginant su dirbančiais asmenimis, taip pat gyventojai, gaunantys mažas pajamas ir turintys vidurinę ar žemesnę išsilavinimą (1 pav.).



**1 pav.** Gyventojų, nežinančių apie prevencines programas dalis (proc.), atsižvelgiant į demografinius ir socialinius veiksnius (n = 194)

Gyventojai pagrindiniais informacijos šaltiniais apie vykdomas prevencines programas įvardijo televiziją, radiją (63,8 proc.) ir šeimos gydytoją (61,9 proc.). Moterys, palyginti su vyrais, dažniau teigė, kad informacijos apie prevencines programas gavo iš asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros sistemoje dirbančių specialistų ir PAASPI (informaciniai skelbimai, lankstinukai ir kt.) (2 pav.).



**2 pav.** Informacijos apie vykdomas prevencines programas šaltiniai (n = 806)

### Gyventojų požiūris į prevencines programas

87,8 proc. gyventojų, daugiau moterų nei vyrų (atitinkamai 91,5 proc. ir 81,5 proc.,  $p < 0,001$ ), teigė, kad prevencinės programos reikalingos (labai reikalingos ir reikalingos). Gyventojai, nežinantys apie prevencines programas, lyginant su žinančiais (atitinkamai 70,2 proc. ir 94,2 proc.,  $p < 0,001$ ), taip pat nedalyvavę jose, lyginant su dalyvavusiais (atitinkamai 89,7 proc. ir 97,6 proc.,  $p < 0,001$ ), rečiau teigė, kad prevencinės programos reikalingos.

### Gyventojų dalyvavimas prevencinėse programose

Tyrimo duomenimis, 52,3 proc. gyventojų, žinančių apie prevencines programas, nurodė, jog jose ir dalyvavo. Moterys, lyginant su vyrais, dažniau teigė dalyvavusios prevencinėse programose (atitinkamai 60,7 proc. moterų ir 36 proc. vyrų,  $p < 0,001$ ). 82,9 proc. moterų dalyvavo gimdos kaklelio, 51,4 proc. – krūties vėžio programose, o 72,9 proc. vyrų – priešinės liaukos vėžio programoje. Gyventojai rečiausiai dalyvavo širdies ir kraujagyslių ligų (22,4 proc.) ir storosios žarnos vėžio (7,1 proc.) prevencinėse programose. 47,7 proc. gyventojų, žinančių apie prevencines programas, nedalyvavo jose dėl šių pagrindinių priežasčių: geros savijautos (41,1 proc.), laiko stokos (35,5 proc.) ir kvietimų iš PAASPI negavimo (27,7 proc.). Prevencinėse programose dažniau nedalyvavo vyrai (64 proc.), lyginant su moterimis (39,3 proc.),  $p < 0,001$ .

### Informuotumo apie prevencines programas, dalyvavimo jose ir požiūrio sąsajos su demografiniais ir socialiniais veiksniais

2 lentelėje pateikiami demografiniai ir socialiniai veiksniai, susiję su gyventojų informuotumu apie prevencines programas, dalyvavimu jose ir požiūriu. Vyrai, lyginant su moterimis, rečiau žinojo ir dalyvavo prevencinėse programose, vykdomose PAASPI (ŠS = 0,54). Apie prevencines programas dažniau nežinojo vyrai, lyginant su moterimis (ŠS = 1,61), bei gyventojai, turintys vidurinį ir žemesnį išsilavinimą, palyginti su įgijusiais aukštąjį išsilavinimą (ŠS = 1,69). Onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėse programose dažniau dalyvavo gyventojai, turintys aukštesnį išsilavinimą (ŠS = 1,90), lyginant su įgijusiais aukštąjį išsilavinimą. Vyrai, lyginant su moterimis (ŠS = 0,38), rečiau teigė, kad prevencinės programos reikalingos.

**2 lentelė.** Demografiniai ir socialiniai veiksniai, sąlygojantys gyventojų informuotumą apie prevencines programas, dalyvavimą jose ir požiūrį

|                                   | Veiksny                      | ŠS (95 proc. PI) | p     |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------|-------|
| Žino apie prevencines programas   | <b>Lytis</b>                 |                  |       |
|                                   | <i>Moterys</i>               | 1,0              |       |
|                                   | <i>Vyrai</i>                 | 0,54 (0,41–0,72) | 0,000 |
| Nežino apie prevencines programas | <b>Lytis</b>                 |                  |       |
|                                   | <i>Moterys</i>               | 1,0              |       |
|                                   | <i>Vyrai</i>                 | 1,61 (1,17–2,22) | 0,004 |
|                                   | <b>Išsilavinimas</b>         |                  |       |
|                                   | <i>Aukštasis</i>             | 1,0              |       |
|                                   | <i>Aukštesnysis</i>          | 0,81 (0,47–1,39) | 0,450 |
|                                   | <i>Vidurinis ir žemesnis</i> | 1,69 (1,17–2,46) | 0,006 |
| Dalyvavo prevencinėse programose  | <b>Lytis</b>                 |                  |       |
|                                   | <i>Moterys</i>               | 1,0              |       |
|                                   | <i>Vyrai</i>                 | 0,36 (0,27–0,49) | 0,000 |
|                                   | <b>Išsilavinimas</b>         |                  |       |
|                                   | <i>Aukštasis</i>             | 1,0              |       |
|                                   | <i>Aukštesnysis</i>          | 1,90 (1,24–2,92) | 0,003 |
|                                   | <i>Vidurinis ir žemesnis</i> | 1,17 (0,84–1,63) | 0,346 |
| Požiūris į prevencines programas  | <b>Lytis</b>                 |                  |       |
|                                   | <i>Moterys</i>               | 1,0              |       |
|                                   | <i>Vyrai</i>                 | 0,38 (0,23–0,63) | 0,000 |

### REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo duomenimis, gyventojų dalyvavimo onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėse programose apimtys žemos: kas antras (47,7 proc.) gyventojas nedalyvavo prevencinėse programose. Atliktas tyrimas svarbus praktine prasme, nes pastaruoju metu daug diskutuojama apie gyventojų nedalyvavimo prevencinėse programose priežastis, tačiau vis dar mažai žinoma apie veiksniai, lemiančius šį reiškinį. Lietuvoje, taikant skirtingas metodologijas, atlikta keletas tyrimų, kuriuose nagrinėti gyventojų dalyvavimo prevencinėse programose veiksniai, taip pat ir nedalyvavimo jose priežastys. Tyrimų duomenimis, informuotumas, žinios ir dalyvavimas onkologinių ligų prevencijos programose susijęs su socialiniais, ekonominiais ir demografiniais veiksniais [15–17], taip pat lankymusi pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje pas šeimos gydytoją [15]. Tiriant gyventojų nedalyvavimo prevencinėse programose priežastis nustatyta, kad pagrindine nedalyvavimo onkologinių ligų prevencinėse programose priežastimi gyventojai nurodė gerą savijautą [18]. Šio tyrimo duomenimis, gyventojai, nedalyvavę prevencinėse programose, pagrindinėmis nedalyvavimo priežastimis jose įvardijo gerą savijautą, laiko stoką ir kvietimų iš PAASPI negavimą.

Kitų šalių tyrimuose taip pat nustatomos įvairios nedalyvavimo vėžio patikrose priežastys. Pavyzdžiui,



Suomijos vyrai pagrindinėmis nedalyvavimo priešinės liaukos vėžio patikroje priežastimis nurodė kvietimo pamiršimą ar anksčiau atliktą PSA testą, o vyrai, nedalyvavę patikroje, teigė apie kvietimo negavimą [19]. Suomijos moterys pagrindine nedalyvavimo krūties vėžio patikroje priežastimi įvardijo neseniai atliktą mamografinį tyrimą, tačiau nurodomos ir kitos priežastys – jaudulys ir baimė, žinios ir požiūris, taip pat patikros organizavimo ypatumai [20].

Gyventojų informuotumas apie prevencines programas yra svarbus požymis, kuriuo remiantis galima spręsti apie dalyvavimą prevencinėse programose. Valstybinės ligonių kasos 2011 m. tyrimo duomenimis, 83,3 proc. moterų žino apie gimdos kaklelio, 78,2 proc. – apie krūties vėžio, 69,9 proc. vyrų apie priešinės liaukos vėžio, o 29,2 proc. gyventojų apie storosios žarnos vėžio ir 36,4 proc. – apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas [21]. Mūsų atlikto tyrimo duomenys leidžia teigti apie aukštą gyventojų informuotumo lygį: du trečdaliai (73 proc.) gyventojų teigė, jog žino apie onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas. Tačiau siekiant nustatyti, kokių ligų prevencines programas gyventojai žino, paaiškėjo, kad penktadalis (19,4 proc.) gyventojų nežino apie jas. Gyventojų nežinojimas apie prevencines programas susijęs su demografiniais ir socialiniais veiksniais: lytimi, žemesniu išsilavinimu, mažesnėmis pajamomis ir darbo neturėjimu. Tolesnė duomenų analizė leidžia teigti, kad gyventojai, net ir žinodami apie vykdomas prevencines programas, jose nedalyvauja. Tokius tyrimo rezultatus būtų galima paaiškinti pačių gyventojų sveikatos raštingumo ir motyvacijos stoka.

Tyrimo duomenys papildo kito šalyje atlikto tyrimo duomenis, kad žiniasklaidai (televizijai, radijui) tenka ypatingas vaidmuo informuojant gyventojus apie prevencines programas [18]. Žiniasklaidos priemonėmis formuojama visuomenės nuomonė, tačiau informacijos perdavimo procese svarbi teikiamos informacijos kokybė. Remiantis Cochrano sisteminė apžvalga, žiniasklaidos kompanijos veiksmingos didinant dalyvavimą vėžio patikrose, tačiau būtina įvertinti taikomų žiniasklaidos priemonių efektyvumą [22].

Tyrimė išryškėjo šeimos gydytojo lyderystė įgyvendinant prevencines programas. Gyventojai šeimos gydytoją laiko vienu pagrindinių jų informavimo apie prevencines programas PAASPI šaltinių. Kiti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (gydytojai specialistai, slaugytojai, visuomenės sveikatos specialistai), informuodami gyventojus apie

prevencines programas, atlieka nežymų vaidmenį. Pagrindine problema išlieka sveikatos priežiūros sektoriaus specialistų aktyvumo ir bendradarbiavimo stoka, darant prielaidą dėl nepakankamos jų motyvacijos, funkcijų pasiskirstymo, taip pat neskatinančios siekti gerų rezultatų apmokėjimo sistemos pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Aktualu ieškoti efektyvesnio prevencinių programų paslaugų teikimo modelio, diegiant įvairias organizacines inovacijas ir įtraukiant visuomenės sveikatos sektoriaus specialistus į visuomenės informavimo veiklą.

Įvairių šalių tyrimuose daug dėmesio skiriama nedalyvavimo prevencinėse programose veiksmų analizei [23–25]. Tyrimų rezultatai nevienareikšmiai: vienu tyrimų rezultatai papildo kitus, kitų – prieštarauja, todėl nėra aiškaus atsakymo dėl veiksmų, stipriausiai susijusių su nedalyvavimu prevencinėse programose, nes tyrimų rezultatai interpretuojami atsižvelgiant į konkrečios šalies kontekstą. Mažai atlikta tyrimų, kurie leistų teigti apie demografinių ir socialinių veiksmų sąsajas su nedalyvavimu prevencinėse programose, vykdomose pirminės sveikatos priežiūros grandyje [23]. Nors tyrimuose nustatyta keletas veiksmų (lytis, amžius ir socialinis ekonominis statusas), sąlygojančių nedalyvavimą prevencinėse programose, tačiau lieka neaiškios jų tarpusavio sąsajos [23].

Tyrimė iš analizuotų demografinių ir socialinių veiksmų lytis ir išsilavinimas buvo susiję su gyventojų informuotumu, dalyvavimu ir požiūriu į prevencines programas. Gyventojų žinojimą ir požiūrį į prevencines programas sąlygojo demografinis veiksnys: vyrai rečiau žinojo apie prevencines programas ir teigė apie jų reikalingumą. Gyventojų nežinojimas apie prevencines programas ir dalyvavimas jose siejosi su demografiniais ir socialiniais veiksniais: vyrai ir gyventojai, turintys vidurinį ir žemesnį išsilavinimą, dažniau nežinojo apie prevencines programas, jose dažniau nedalyvavo vyrai.

Šis tyrimas, kaip ir kitų šalių tyrimai [26, 27], išryškino gyventojų dalyvavimo prevencinėse programose skirtumus, kurie didina mirtingumo nuo onkologinių, širdies ir kraujagyslių ligų netolygumus. Remiantis tyrimo rezultatais Lietuvos gyventojų dalyvavimo prevencinėse programose skirtumai daugiau paaiškinami individualiais elgsenos veiksniais (motyvacija, požiūriu) negu prevencinių programų paslaugų komunikaciniu ar organizaciniu prieinamumu. Šalyje mažinant dalyvavimo prevencinėse programose skirtumus tampa aktualu taikyti efektyvias visuomenės informavimo priemones, taip pat imtis veiksmų, orientuotų ne tik į socialiai

pažeidžiamas grupės (žemesnio išsilavinimo, darbo neturintys gyventojai), bet nukreiptas į socialinių ir ekonominių netolygumų mažinimą regionuose.

## APIBENDRINIMAS

Nors didžioji dalis gyventojų žino apie onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų ankstyvos diagnostikos

programas ir teigia apie jų reikalingumą, tačiau dalyvavimas jose išlieka žemas. Gyventojų informuotumas, dalyvavimas ir požiūris į prevencines programas susijęs su demografiniais ir socialiniais veiksniais – lytimi ir išsilavinimu.

*Straipsnis gautas 2013-03-20, priimtas 2013-05-15*

### Literatūra

1. WHO. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012-2016. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
2. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos sveikatos statistika 2011, 2012.
3. Health at a Glance: Europe 2010. Prieiga per internetą: <[www.oecd.org/health/healthataglance/europe/](http://www.oecd.org/health/healthataglance/europe/)>.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“. Žin. 2004;104-3856.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin. 2005;117-4249.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin. 2009;79-3321.
7. Davidson P, Gabbay J. Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), 2004.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin. 2005;152-5617.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin. 2005;145-5288.
10. Pečiūra R, Gurevičius R, Jankauskienė D. Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas. Sveikatos politika ir valdymas. 2011;1(3):50-64.
11. Pečiūra R. Prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas, 2011. Prieiga per internetą: <<http://ssvp.mruni.eu/pranesimai/>>.
12. Buivydas R, Černiauskas G. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos efektyvumo ir tolesnio vykdymo tikslingumo analizė, 2011. Prieiga per internetą: <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=136>>.
13. Mazurkienė A, Kavaliaukienė B. Dėl valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos įgyvendinimo analizės. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2011;87.
14. Vasiliauskaitė K, Mazurkienė A, Slušnienė A. Prevencinių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2012;69.
15. Starkuvienė S, Liaugaudaitė V. Moterų nuomonė apie gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą ir dalyvavimą joje bei šeimos gydytojo vaidmenį vykdamą ją. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2010;2:93-97.
16. Čepanauskienė R, Kalibatienė D, Gurevičius R. Vyrų požiūrio į ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką sąsajos su sveikatos įsitikinimais. Sveikatos mokslai. 2011;21(6):93-103.
17. Šturienė R, Kalibatienė D, Gurevičius R. Vyrų žinių apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką sąsajos su socialiniais ir demografiniais požymiais. Visuomenės sveikata. 2012;1(56):62-72.
18. Mokymų, tyrimų ir vystymo centras. Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas. 2008.
19. Malmi H, Ruutu M, Määttänen L et al. Why do men opt out of prostate-cancer screening? Attitudes and perception among participants and non-participants of screening trial. BJU International. 2010;106(4):472-7.
20. Aro AR, de Koning HJ, Absetz P, Schreck M. Two distinct groups of nonattenders in an organized mammography screening program. J Med Screen. 1999;6:82-8.
21. Lietuvos gyventojų nuomonė apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą, ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą 2009, 2010, 2011 m. Prieiga per internetą: <[http://www.vilniaustlk.lt/fai-lai/doc/I\\_Vilniaus\\_TLK.pdf](http://www.vilniaustlk.lt/fai-lai/doc/I_Vilniaus_TLK.pdf)>.
22. Grilli R, Ramsy C, & Minozzi Mass media interventions and effects on health services utilization: evidence and implications for public health. Cochrane Database of Systemic Reviews. 2002;1:CD000389.
23. Koopmans B, Nielen MM, Schellevis FG, Korevaar JC. Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice. BMC Public Health. 2012;12:856.
24. Esteva M, Ripoll J, Leiva A et al. Determinants of non attendance to mammography program in a region with high voluntary health insurance coverage. BMC Public Health. 2008;8:387.
25. Bos AB, Rebolj M, Habbema JD, van Balleoqoijen M. Nonattendance is still the main limitation for the effectiveness of screening for cervical cancer in the Netherlands. Int J Cancer. 2006;119:2372-2375.
26. Whitaker KL, Good A, Miles A, Robb K, Wardle J, von Wagner C. Socioeconomic inequalities in colorectal cancer screening uptake: does time perspective play a role? Health Psychology. 2011;19:771-778.
27. Von Wagner C, Baio G, Raine R et al. Inequalities in participation in an organized national colorectal cancer screening programme: results from the first 2.6 million invitations in England. Int J Epidemiol. 2011;40(3):712-718.

# Factors associated with awareness, participation and attitude to cancer and cardiovascular diseases screening programmes among Lithuanian adult population

Gintarė Petronytė, Virginija Kanapeckienė, Aušra Eigirdaitė, Vytautas Jurkuvėnas  
*Institute of Hygiene*

## Summary

Programmes for cancer and cardiovascular diseases early detection have been implemented in primary health care since 2004 m. Although screening programmes have been implemented for several years, however, participation in these programmes among adult population remains low.

**The aim.** To assess factors associated with awareness, participation and attitude to screening programmes among Lithuanian adult population.

**Methods.** The cross sectional survey of representative sample of 1 000 adults, belonging to the screening groups: 367 male aged 40–69 years (mean 52,77±8,46) and 633 female aged 25–69 years (mean 46,41±12,79) was carried out in 2012. A face-to-face interview was used to fill the questionnaires developed by authors. Data analysis was performed using chi square test and binary logistic regression.

**Results.** Most adults (73,0 %) stated that they know about screening programmes implemented in primary health care institutions, however, 47,7 % of them participated in these programmes. The major reasons given for non-participation included the sense of wellbeing, lack of time and not receiving invitations from primary health care institutions.

Knowledge about screening programmes and participation in them were lower in men than women. Men compared to women and individuals in secondary and primary education compared to a higher education were more likely to be uninformed about screening programmes. Men compared to women were more likely to have a negative attitude towards necessity screening programmes.

**Conclusions.** Demographic and socio-economic factors gender and education were associated with awareness, participation and attitude to screening programmes.

**Keywords:** screening programmes, cancer, cardiovascular diseases, attitude of adult population.

**Correspondence to** Gintarė Petronytė  
Institute of Hygiene  
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania  
E-mail: gintare.petronyte@hi.lt

*Received 20 March 2013,  
accepted 15 May 2013*