

VILNIAUS UNIVERSITETAS

RENATA ŠTURIENĖ

**SERGAMUMO PROSTATOS VĖŽIU IR MIRTINGUMO NUO JO
YPATUMAI LIETUVOJE BEI VYRŲ NUOSTATOS, SKATINANČIOS
DALYVAVIMĄ PROSTATOS VĖŽIO PATIKROS PROGRAMOJE**

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (09 B)

Vilnius, 2012 metai

Disertacija rengta 2008-2012 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje bei Vilniaus miesto Viešojoje įstaigoje Šeškinės poliklinikoje.

Mokslinis vadovas:

prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 06 B)

Mokslinis konsultantas:

doc. dr. Romualdas Gurevičius (Lietuvos SAM higienos institutas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09 B).

TURINYS

SANTRUMPOS.....	5
1. ĮVADAS.....	6
1.1. Tiriamoji problema ir jos aktualumas.....	6
1.2. Darbo tikslas ir uždaviniai.....	9
1.3. Darbo mokslinis naujumas.....	9
1.4. Darbo praktinė svarba.....	10
1.5. Ginamieji teiginiai.....	11
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	13
2.1. Prostatos vėžio problema pasaulyje ir Lietuvoje.....	13
2.2. Sergamumo prostatos vėžiu, išgyvenamumo ir mirtingumo nuo jo ypatumai pasaulyje ir Lietuvoje.....	16
2.3. Sveikatos įsitikinimų modeliai ir sveikatos nuostatos.....	18
2.4. V.Champion modelio taikymas.....	22
2.5. Žinių apie prostatos vėžį ir jo patikrą, sąsajos su vyrų nuostatomis dalyvauti profilaktinėse programose.....	34
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	38
3.1. Literatūros šaltinių rinkimo metodika.....	38
3.2. Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo tyrimo metodika.....	38
3.3. Vyrų sveikatos įsitikinimų ir žinių apie prostatos vėžį tyrimo metodika.....	40
3.4. Tyrimo procedūra.....	42
3.5. Duomenų statistinė analizė.....	42
4. REZULTATAI.....	48
4.1. Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamika Lietuvoje.....	48
4.1.1. Bendrųjų rodiklių kitimas.....	48
4.1.2. Rodiklių kitimas amžiaus grupėse (kategorijose).....	52

4.1.3. Amžiaus-periodo-kohortos faktoriai ir jų tarpusavio įtaka sergamumo prostatos vėžiu dinamikai Lietuvoje 1979–2008 m.	59
4.2. Sergamumo prostatos vėžiu ir profilaktinės programos lėšų panaudojimo netolygumai Lietuvoje 2006–2008 m.	65
4.3. Vyrų požiūrio į ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką, sąsajos su sveikatos įsitikinimais	68
4.3.1. Respondentų socialinių ir demografinių požymių analizė.....	68
4.3.2. Sveikatos įsitikinimų tyrimo rezultatai.....	69
4.4. Vyrų žinių apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką sąsajos su socialiniais ir demografiniais požymiais.....	108
4.4.1. Respondentų socialinių ir demografinių požymių analizė	108
4.4.2. Vyrų žinių apie prostatos vėžį tyrimo rezultatai.....	108
5. REZULTATŲ APTARIMAS.....	117
6. IŠVADOS.....	140
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	141
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	142
9. PUBLIKACIJOS DISERTACINIO DARBO TEMA.....	158
10. MOKSLINIAI PRANEŠIMAI DISERTACINIO DARBO TEMA.....	159
11. PRIEDAI.....	160
11.1. SOCIALINIŲ IR DEMOGRAFINIŲ POŽYMIŲ, PROSTATOS SVEIKATOS ĮVERTINIMO KLAUSIMYNAS.....	160
11.2. V.CHAMPION SVEIKATOS NUOSTATŲ APKLAUSOS ANKETA.....	161
11.3. S.P. WEINRICH ŽINIŲ APIE PROSTATOS VĖŽĮ IR JO PROFILAKTIKĄ APKLAUSOS ANKETA	166
11.4. V.CHAMPION LEIDIMAS NAUDOTIS JOS SUKURTU KLAUSIMYNU	168
11.5. VILNIAUS REGIONINIO BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS ATLIKTI TYRIMĄ.....	169

SANTRUMPOS

ANOVA – dispersinė analizė (angl. *Analysis of Variance*)

APC – amžius – periodas – kohorta

AUTS – apatinio urogenitalinio trakto simptomai

d.f. – laisvės laipsnių skaičius (l.l.)

EAU – Europos urologų asociacija

KR – kumuliacinė rizika

Kr – kumuliacinis rodiklis

Programa – priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa

PSA – prostatos specifinis antigenas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SES– socioekonominis statusas

V – variacijos koeficientas

VAN – vidurkio absoliutinis nuokrypis (angl. MAD – *mean absolute deviation*)

VAPP – vidurkio absoliutinė procento paklaida (angl. MAPE – *mean absolute percentage error*)

VKK – vidutinis kasmetinis kitimas

VKPK– vidutinis kasmetinis procentinis kitimas

VLK – Valstybinės ligonių kasos

VNK – vidurkio nuokrypio kvadratas (angl. MSD – *mean squared deviation*)

1. ĮVADAS

1.1. Tiriamoji problema ir jos aktualumas

Prostatos vėžys šiuo metu yra dažniausias vyrų piktybinis navikas Lietuvoje. 2009 m., remiantis Lietuvos vėžio registro duomenimis, jis sudarė 32,9 proc. visų vyrų navikų (1). Nustatyti patys sparčiausi sergamumo šiuo piktybiniu naviku didėjimo tempai: nuo 1995 metų (563 atvejai) iki 2005 metų (2005 atvejai), o 2007 metais prostatos vėžys sudarė net 40 proc. naujai diagnozuotų vyrų piktybinių navikų (3638 nauji atvejai). Daugėjant diagnozuojamų susirgimų, didėjo ir sergamumo rodikliai. 1995–2007 metais sergamumas prostatos vėžiu vidutiniškai didėjo 17,4 proc. kasmet (2).

Europoje prostatos vėžys dažniausia vyrų onkologinė liga, vidutinis sergamumas – 214 atvejų 1000 vyrų. Kadangi prostatos vėžiu dažniau serga vyresnio amžiaus vyrai, todėl sergamumas šia liga didesnis aukštesnio ekonominio lygio šalyse, atitinkamai 15 proc. išsivysčiusiose šalyse ir tik 4 proc. – besivystančiose šalyse. Stebimi dideli regioniniai sergamumo prostatos vėžiu skirtumai nuo 68,8 atvejų Maltoje iki 182 atvejų 1000 vyrų Belgijoje (3–5).

Sergamumo prostatos vėžiu didėjimas siejamas su tobulėjančiais diagnostikos metodais, prostatos specifinio antigeno tyrimo paplitimu klinikinėje praktikoje, įtraukimu į ankstyvos diagnostikos programas jaunesnio amžiaus vyrų (6). Ankstyvas prostatos vėžio diagnozavimas ir nauji efektyvūs gydymo metodai gerokai pagerino susirgusių vyrų išgyvenamumą, kurio didėjimui įtakos taip pat gali turėti ir kiti veiksniai, pavyzdžiui, amžius, diagnozės nustatymo laikotarpis, ligos stadija diagnozės nustatymo metu. Lyginant 1993–1997 metų ir 1998–2002 metų laikotarpius, nustatytas išgyvenamumo padidėjimas Lietuvoje – penkerius metus nuo diagnozės nustatymo atitinkamai išgyveno 33 proc. (95 proc. PI 31,2–34,8) ir 47,6 proc. (95 proc. PI 46,1–49) prostatos vėžiu susirgusių vyrų. Nors Lietuvoje stebimas išgyvenamumo gerėjimas, tačiau palyginti su kitų Europos šalių rodikliais, jis yra vienas mažiausių Europoje (7).

Ankstyvos stadijos prostatos vėžį labai sunku pastebėti, nes nebūna specifinių požymių – skausmo, šlapinimosi sutrikimų. Liga plinta ir vystosi gana lėtai. Klinikiniai simptomai gali pasireikšti ir sukelti sveikatos problemų tik po kelerių metų. Gydymas būna efektyvus nustačius tik ankstyvąją stadiją, todėl labai svarbu taikyti prostatos vėžio ankstyvos diagnostikos būdus (6; 8). 2005 metų PSO Asamblėja pakvietė visas pasaulio šalis sukurti ir įdiegti veiksmingas vėžio kontrolės programas, paremtas įrodymais grįstomis strategijomis. Pabrėžiama, kad gerai suplanuota ir valdoma nacionalinė kovos su vėžiu programa sumažina mirtingumą, pagerina onkologinių ligonių gyvenimo kokybę nepriklausomai kokio masto išteklius šalis gali tam skirti. Efektyvios vėžio kontrolės strategijos pagrindinis tikslas – sumažinti sergamumą ir netolygumus vėžio srityje (9). Šios strategijos įgyvendinimui, be kitų priemonių, svarbu pirminė profilaktika, kurios pagrindiniai uždaviniai yra ligos priežasčių ir rizikos veiksnių kontrolė, ypač gyventojų rizikos grupėse, efektyvios ankstyvos patikros organizavimas, gyventojų sveikatos mokymas ir pozityvių sveikatos nuostatų formavimas.

Atliekant profilaktinius patikrinimus diagnozuojama daugiau mažos rizikos ankstyvų stadijų navikų, mažėja metastazavusios ir vietiskai išplitusios ligos atvejų. Taikant profilaktinės patikros programas, anksčiau nustatomas prostatos vėžys, tad didesniajam pacientų skaičiui (padidėja nuo 67 proc. iki 92 proc.) galima skirti radikalų gydymą, ilgėja išgyvenamumas (6; 8).

Sėkmingam ligų prevencinių priemonių įgyvendinimui svarbiausia gyventojų nusiteikimas dalyvauti profilaktinėse programose. Žmonių nusiteikimą sveikatai ir elgesį sveikatos labui lemia biologiniai, socialiniai, ekonominiai ir kultūriniai veiksniai, kuriems priklauso etniniai ypatumai, genetinė predispozicija, amžius, išsilavinimas, ekonominė padėtis, gyvenimo būdas, sveikatos įsitikinimai (10–12). Paskutinių dešimties metų tyrimai atskleidė socioekonominės padėties skirtumus onkologinių ligų patikros praktikoje. Teigiama, esą tokie socioekonominiai veiksniai, kaip pajamos, draudimo suma, darbas ar profesija, nulemia gyventojų aktyvų dalyvavimą arba delsimą onkologinių ligų profilaktikos programose. Žemas socioekonominis statusas (SES) siejamas su pa-

syvesnių žmonių dalyvavimu prostatos vėžio patikros programoje, tačiau neturi įtakos prostatos vėžio dažniui vienoje ar kitoje socialinėje ar etninėje gyventojų grupėje (13–16). Priklausomai nuo žemo SES gyventojų sveikatos būklės, yra gana plačiai tiriama, analizuojama, norint nustatyti, kokie socioekonominiai aspektai – pajamos, išsilavinimas, šeimtinė padėtis ir kiti iš tikrųjų yra svarbūs.

Nežiūrint gana plačių studijų, ryšys tarp SES ir sveikatos skirtumų iki galo nėra aiškus. Taip pat neaiškus ir tiesioginis mechanizmas, kuriuo SES veikia sveikatą ir su sveikata susijusias pasekmes. Siekiant sumažinti sveikatos skirtumus, labai svarbu suvokti socioekonominės ir kultūrinės aplinkos vaidmenį tam tikram su sveikata susijusiam žmonių elgesiui. Santykio tarp šios aplinkos ir onkoprofilaktinės patikros supratimas svarbus kuriant tinkamą ir efektyvią vėžio prevenciją bei kontrolę.

1.2. Darbo tikslas ir uždaviniai

Darbo tikslas – kompleksiškai išanalizuoti prostatos vėžio dažnio tendencijas Lietuvoje laike ir erdvėje, nustatyti jų ryšį su antrinės profilaktikos priemonėmis, bei įvertinti sveikatos įsitikinimų nuostatas ir nusiteikimą dalyvauti organizuotos patikros programoje.

Siekiant darbo tikslo iškelti tokie uždaviniai:

1. Atskleisti sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo tendencijas Lietuvoje įvairiose amžiaus kategorijose ir kohortose.
2. Nustatyti galimą ryšį, jo pobūdį ir stiprumą tarp sergančiųjų prostatos vėžiu ir ankstyvosios diagnostikos programų aktyvumo šalies savivaldybėse.
3. Įvertinti vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje, sveikatos įsitikinimų nuostatas ir nusiteikimą dalyvauti patikroje, sąsajas su socialiniais ir demografiniais veiksniais.
4. Nustatyti vyrų informuotumą apie prostatos vėžį kaip vieną iš svarbesnių veiksnių, skatinančių dalyvauti ankstyvosios patikros programoje, analizuojant jų žinias apie ligos rizikos veiksnius, klinikinius požymius, gydymo pasekmes, ištyrimo galimybes, ir jų sąsajas su socialiniais ir demografiniais veiksniais.

1.3. Darbo mokslinis naujumas

Darbe išsamiau išanalizuotas sergamumo prostatos vėžiu, mirtingumo nuo jo ir kumuliacinės rizikos rodiklių dinamika Lietuvoje panaudojant segmentinės regresijos, amžiaus-periodo-kohortos metodus, sugretinant šiuos populiacinės statistikos rodiklius.

Panaudojus šiuolaikinę aprašomosios epidemiologijos ir kartografavimo metodologiją nustatyti sergamumo prostatos vėžiu ir ankstyvosios diagnostikos programos lėšų panaudojimo netolygumai, šių indikatorių ryšys, jo pobūdis ir stiprumas tarp 50–74 metų amžiaus vyrų 60-tyje Lietuvos savivaldybių.

Įvertinti mūsų šalies vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvos diagnostikos programoje, sveikatos įsitikinimai ir jų sąsajos su socialiniais ir demografiniais veiksniais. Šiam tikslui pirmą kartą prostatos vėžio atveju Lietuvoje pritaikytas V. Champion klausimynas, skirtas tirti vyrų sveikatos įsitikinimus ir nuostatas dalyvauti prostatos vėžio ankstyvos profilaktikos programoje.

Nustatytos vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvos diagnostikos programoje, žinios apie priešinės liaukos vėžį, pritaikant S. P. Weinrich ir bendr. klausimą, atskleistos šių žinių sąsajos su socialiniais ir demografiniais veiksniais.

1.4. Darbo praktinė svarba

Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo analizė 1998–2007 metais parodė ryškų dinamikos parametrų padidėjimą nuo 2005–ųjų, kuris siejamas su prevencinės programos aktyvumu.

Nustatyta, kad tarp sergamumo prostatos vėžiu ir ankstyvosios diagnostikos programai panaudotų lėšų didžiumoje savivaldybių yra tiesioginis ryšys, tačiau beveik ketvirtadalyje savivaldybių matyti priešinga tendencija, nepriklausanti nuo panaudotų lėšų, rodanti, kad lėšos naudojamos nepakankamai efektyviai arba, jei ir panaudojamos, naujų susirgimų išaiškinama mažiau.

Įvertintos Vilniaus miesto Viešojoje įstaigoje Šeškinės poliklinikoje prisirašiusių vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje, sveikatos įsitikinimų nuostatos, nusiteikimas dalyvauti programoje ir jų sąsajos su socialiniais ir demografiniais veiksniais. Nustatyta žinių apie ankstyvą prostatos vėžio patikrą įtaka vyrų nuostatoms į prostatos vėžį ir jų dalyvavimui šioje programoje. Tyrimo rezultatai publikuoti mokslinėje literatūroje, medicinos visuomenė supažindinta su prostatos vėžio dažnio tendencijomis Lietuvoje, jų sąsajomis su antrinės profilaktikos priemonėmis ir vyrų, dalyva-

vusių patikros programoje sveikatos įsitikinimų nuostatomis, nusiteikimu dalyvauti joje.

Darbo rezultatai bus naudingi patiems programos dalyviams, nes atsižvelgiant į tyrimo duomenis bus formuojama teisinga nuomonė apie programą, o pats pacientas turės pagrįstą informuotą pasirinkimą (angl. *Informed choice*).

Tyrimas parodė, kad daugiausia buvo išreikštos sveikatos motyvacijos ir profilaktinės programos naudos suvokimo nuostatos dalyvauti prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje, palyginti su tokiomis nuostatų koncepcijomis, kaip suvoktas rimtumas, suvoktas jautrumas ir suvoktos kliūtys. Sveikatos motyvacijos nuostatos priklausė nuo socialinių požymių – mažiausiai buvo išreikštos nedirbančiųjų grupėse, o daugiausiai – tarnautojų grupėje. Sveikatą stiprinanti veikla, profilaktinis sveikatos tikrinimasis mažiausiai svarbus buvo darbininkams, palyginti su kitomis socialinėmis grupėmis; susijusio su liga jautrumo, rimtumo ir kliūčių dalyvauti programoje nuostatos daugiausia pasireiškė žemesnio išsilavinimo vyrams. Šie rezultatai paskatins optimaliau planuoti sveikatos ugdymo ir mokymo programas, nukreipiant jas į tikslines socialines grupes.

Šis darbas galėtų būti naudingas visuomenės sveikatos specialistams, slaugos specialistams, šeimos gydytojams ir sveikatos politikams, rengiant ir įdiegiant į praktiką profilaktines ir sveikatos mokymo programas.

1.5. Ginamieji teiginiai

- Tikėtina, kad 2005–2007 metais stebimas ryškus sergamumo prostatos vėžiu didėjimas sietinas su pradėjusia veikti prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa.
- Tikėtina, kad savivaldybėse, panaudojusiose daugiau lėšų šiai programai, turėtų būti didesnis sergamumas prostatos vėžiu.
- Tikėtina, kad motyvacija turėtų būti pats svarbiausias faktorius, apsprendžiantis dalyvavimą šioje programoje ir priklausantis nuo vyrų socialinės padėties.

- Tikėtina, kad žinios apie prostatos vėžio rizikos veiksnius, klinikinius simptomus, gydymo pasekmes ir ištyrimo galimybes yra nepakankamos ir priklauso nuo respondentų socialinių veiksnių.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Prostatos vėžio problema pasaulyje ir Lietuvoje

Prostatos vėžys yra dažniausia vyrų onkologinė liga išsivysčiusiose Europos valstybėse ir JAV. Amerikos vėžio draugijos duomenimis, 2011 metais JAV 240 890 vyrų buvo diagnozuotas prostatos vėžys ir 33 720 mirė nuo šios ligos. Pabrėžiama, kad PSA naudojimo prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinei programai įtaka mirtingumo tendencijoms nėra galutinai aiški. Ligos baigčių analizė rodo, kad po radiklios prostatektomijos recidyvo tikimybė yra 30 proc. Tai rodo, kad daug vyrų, kuriems buvo diagnozuota „anksstyva lokalizuota vėžio stadija“ iš tikrųjų serga „akivaizdžiai lokalizuota anksstyva ligos stadija“, kuri ne taip dažnai metastazuoja (17). Autoriai, išanalizavę onkologinių ligų gydymo išlaidas JAV, nustatė, kad jos labiausiai didėjo prostatos vėžio gydymui (42 proc.) ir toliau didėja, todėl prašo į tai atsižvelgti politikus ir sprendimų priėmėjus (18).

2009 metais Lietuvoje mirė 537 prostatos vėžiu susirgę žmonės, t. y. 34 atvejai 100 tūkst. vyrų. Sergamumas prostatos vėžiu apie 6 kartus didesnis nei mirtingumas ir 2009-aisiais siekė 201,3 atvejo 100 tūkst. vyrų (1). Per pastaruosius 10 metų šis skaičius nuolat didėja. Manoma, kad dėl senstančios vyrų populiacijos ateityje bus išaiškinta ir daugiau naujų prostatos vėžio atvejų (19).

PSA testavimas prasidėjo daugelyje Europos šalių po 1990 metų, tačiau jis niekada nebuvo rekomenduojamas organizuotos patikros profilaktinei programai kaip masinės profilaktinės patikros priemonė. Dažniausiai buvo taikomas *ad hoc* pacientams, kurie jau turi apatinio urogenitalinio trakto simptomų (AUTS) (20). Autoriai pabrėžia, kad prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinė programa yra didelė visuomenės sveikatos dilema. Kiekviena šalis turi savo instrukcijas, kaip ją įgyvendinti, jos dažnai yra skirtingos, ir autoriai pabrėžia, jog šiuo metu nėra standartinių procedūrų, kaip tai efektyviai atlikti, nes tyrimų duomenys labai priešaringi. Dėl tos priežasties gydytojams rekomen-

duojama apie tai informuoti į organizuotos patikros programą siunčiamus vyrus (21).

JAV paplitęs PSA testavimas siejamas su didėjančiu sergamumu prostatos vėžiu ir poslinkiu į ankstyvesnių stadijų išaiškinimą ir mirtingumo sumažėjimą (22). Prostatos vėžio organizuotų patikrų nauda individualiam pacientui lieka neaiški. Autoriai nustatė, kad vyrams, kuriems nustatytas žemas PSA titras kraujo serume, agresyvus tyrimas ir gydymas nerekomenduojamas, nes jis tik dirbtinai didina kumuliacinį sergamumą ir atsiranda potenciali “pergydymo” (angl. *overtreatment*) grėsmė (23).

2005 metais Lietuvoje pradėta įgyvendinti priešinės liaukos vėžio diagnostikos programa (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos“), finansuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų (toliau – Programa) (24). Šios programos tikslas – pagerinti ankstyvųjų priešinės liaukos vėžio stadijų diagnostiką plačiai taikant prostatos specifinio antigeno (PSA) nustatymą, naudoti radikalius priešinės liaukos vėžio gydymo metodus, siekiant pailginti sergančiųjų išgyvenamumo trukmę, sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą nuo šios ligos (24). 2007 metais pagal Programą ištirta daugiau kaip 107 tūkst. Lietuvos vyrų, t. y. 28 proc., vyrų nuo 50 iki 75 metų amžiaus. Apie 60 proc. patikrintų vyrų, kuriems diagnozuotas priešinės liaukos vėžys, jis buvo nustatytas I–II stadijos, o net 63 proc. susirgusiųjų prostatos vėžiu, kurie kreipėsi į gydytojus ne profilaktikai, o dėl rimtų APTS negalavimų, buvo nustatytas III–IV stadijos piktybinis navikas (25). Vėlyvų stadijų prostatos vėžys Lietuvoje iki 2006 metų sudarydavo daugiau nei pusę naujai registruojamų atvejų (26).

Lietuvoje matomas gana didelis vyrų aktyvumas naudojantis Programos galimybėmis teikia vilties, kad vis dažniau bus nustatomas ankstyvųjų stadijų vėžys (27). Tikimasi, kad prevencine programa pasinaudos apie 80 proc. vyrų. Tikslingiausia patarti kreiptis 45–50 metų vyrams, jeigu jų seneliai, tėvai ar broliai sirgo prostatos vėžiu, arba jei vyras įtaria, kad jam gali būti pradinė prostatos vėžio stadija (25). Be jokios abejonės, tiksliausiai antrinės prostatos vė-

žio profilaktikos efektyvumą parodytų profesionalus pastarųjų metų išgyvenamumo (angl. *Survival*) tyrimas populiariu lygmeniu (28), tačiau iki šiol tokių duomenų nėra.

Autoriai, atsižvelgę į situaciją, kad PSA paremta organizuotos patikros profilaktinė programa siejasi su didžiu kiekiu brangaus, tačiau kartais nereikalingo testavimo ir hiperdiagnostikos, mano, kad vyrus reikia agituoti šiai patikros programai tik išsamiai jiems paaiškinus visus šio testo „už“ ir „prieš“ (29).

Europos išgyvenamumo daugiacentrinio tyrimo analizė publikuota 2008 metais apie 2004 metų situaciją Lietuvoje iki organizuotos PSA patikros „taikymo eros“. Šis tyrimas parodė, kad 2000–2004 metais išgyvenamumas po prostatos vėžio gydymo statistiškai patikimai didėjo 10-yje iš 12-os vėžio registrų (28). Lietuvoje standartizuotas pagal amžių 5 metų išgyvenamumas sudaro nuo $47 \pm 2,5$ 2000 metais iki $74,1 \pm 1,6$ 2004 metų, t. y. statistiškai iš esmės padidėjo 27,1 proc. (26). Vis dėlto tarp 12-os Europos registrų išgyvenamumas Lietuvoje buvo didesnis tik už Kroatijos (57,9), Slovėnijos (67,1) ir Estijos (73,1) (28). Absoliučios daugumos kitų Europos registrų duomenimis, penkerių metų išgyvenamumas siekia 80–90 proc. (28).

2011 metais pateikti atsitiktinai atrinktų grupių tyrimų 20 metų stebėjimo rezultatai Europoje rodo, kad nėra mirtingumo skirtumo tarp organizuotos patikros profilaktinėje programoje dalyvavusių ir nedalyvusių vyrų (30). Remiantys atsitiktinių imčių įrodymais, rutininė organizuota patikra panaudojant PSA testavimą nerekomanduojama nei kartu su digitaliniu tyrimu, nei be jo (31). JAV atliktas tyrimas remiantis 55–74 metų 76 685 vyrų sveikata parodė, kad po 13 metų stebėjimo nėra jokių duomenų, įrodančių organizuotos patikros profilaktinės programos pranašumą prieš oportunistinį (32). Autoriai pabrėžia, kad prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinės programos klausimai vis dar lieka labai neaiškūs ir turi būti vertinami mirtingumo mažinimo aspektu. Pašalinis poveikis fiksuojamas net 70-čiai proc. neteisingai teigiamų diagnozių (33).

2.2. Sergamumo prostatos vėžiu, išgyvenamumo ir mirtingumo nuo jo ypatumai pasaulyje ir Lietuvoje

Sveikatos moksliniuose tyrinėjimuose neigiami sveikatos rodikliai – sergamumas ir mirtingumas turi senas taikymo tradicijas, kurios vis dar nepraranda savo svarbos, kadangi kitos informacijos nėra arba ji neregistruojama (34–38). Airių autoriai nustatė, kad ne PSA testavimas, o prostatos biopsijos smarkiai didina sergamumą prostatos vėžiu. Jie parodė, esą išplitus prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinei programai Airijoje pasirodė mirtingumo nuo prostatos vėžio mažėjimo požymių, tačiau tai nepriklausė nuo PSA testavimo (39).

S. Oliveris ir kt. (40) nustatė, kad mirtingumas nuo prostatos vėžio nuo 1990 metų mažėjo septyniuose iš 24 industrializuotų valstybių. Šis mirtingumo mažėjimas patvirtintas pavienėmis studijomis, atliktomis JAV, Kanadoje, Anglijoje, Prancūzijoje ir Austrijoje (36). Postuluojamos šio reiškinių priežastys buvo prostatos vėžio rizikos veiksnių sumažėjimas, geresnis gydymas, pasikeitimai pagrindinės mirties priežasties nustatymo praktikoje ir padažnėjęs PSA taikymas (40). Itin daug dėmesio pastaraisiais metais patraukė PSA testavimo pasekmės, nes kai kurie ekspertai nustatė, jog net ir plačiai jį taikant mirtingumas nemažėjo Australijoje (9; 41).

Prostatos vėžys – ypatingas, nuo hormonų priklausomas, lėtai augantis piktybinis navikas, būdingas vyresnio amžiaus vyrams (42). Šiam piktybiniam navikui yra būdinga keletas savybių, palyginti su kitais piktybiniais navikais, pavyzdžiui, lėta eiga ir tendencija būti latentinės formos, kuri nepasireiškia jokiais subjektyviais klinikiniais simptomais. Didelė dalis prostatos vėžio atvejų dėl pirmiau minėtų savybių taip ir lieka nedideliu atveju iki pat paciento mirties (43). Naudodamiesi PSO mirtingumo ir gyventojų skaičiaus duomenų baze autoriai prognozavo mirtingumo kitimus Europos šalyse 2012 metais (44).

PSA neatspindėjo vėžinio proceso aktyvumo prostatoje ir buvo labiau susijęs su prostatos išvešėjimo laipsniu. Arizonos universiteto Medicinos katedros imunologijos ir patologijos profesorius R. Ablinas rašo, kad JAV biudžetui

kasmetinė PSA patikra atsieina 3 mlrd. dolerių ir yra didžiulė našta valstybės sveikatos biudžetui (45).

Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos tyrimams pastaruoju metu Lietuvoje skiriama gana daug dėmesio (35; 37; 46; 47). Autoriai parodė, kad Lietuvoje įvedus PSA testavimą dramatiškai padidėjo sergamumas, taigi yra pagrindo manyti, kad šis padidėjimas yra dėl geresnio išaiškinamumo, ypač tarp tikslinės grupės vyrų (27).

Pirmą kartą Lietuvoje atlikta sergamumo prostatos vėžiu dinamikos analizė ir sergamumo prognozė (48). Vienas iš naujesnių PSO tyrimų rodo, kad sergamumas prostatos vėžiu didėja beveik visose analizuotose šalyse, išskyrus kelias ekonomiškai išsivysčiusias šalis. Skirtingai nuo sergamumo prostatos vėžiu, mirtingumas auga menkesnio ekonominio išsivystymo šalyse (49).

Tačiau detalesnių tyrimų, kurie plačiai žinomi pasaulinėje literatūroje (20; 50; 51), stokojama. Šio reiškinių priežastys yra kelios. Pirmiausia išsamesnei dinamikos analizei reikalingas ilgas laiko tarpas, dažnai dešimtmečiai, tačiau išsamių ir patikimų duomenų tam ne visada yra. Kita priežastis – išsamesnė analizė reikalauja ne tik specialių žinių duomenims apdoroti ir gana specifinių šios srities metodų taikymo įgūdžių, bet ir tinkamos gautų rezultatų interpretacijos. Dažniausiai čia naudojamas amžiaus-periodo-kohortos modeliavimas, kuris kai kuriose šalyse taikomas seniai ir plačiai (52–54). Atsitiktinai atrinktų 50–74 metų 182 160 vyrų grupių tyrimas aštuoniose Europos šalyse parodė, kad pasitvirtino anksčiau prognozuoti rezultatai, jog PSA testavimu paremta organizuotos patikros profilaktinė programa sumažina mirtingumą nuo prostatos vėžio, bet nesumažina mirtingumo nuo kitų mirties priežasčių (55). Mirtingumo nuo prostatos vėžio tyrimas modeliuojant amžiaus-periodo-kohortos modelį Argentinoje parodė, kad aptiktas stiprus amžiaus poveikis. Šioje šalyje buvo nustatyta padidėjusi rizika mirti nuo prostatos vėžio 1996–2000 metų laikotarpiu, tačiau mažėjanti rizika kohortose nuo 1946 metų. Autoriai mano, kad mirtingumo nuo prostatos vėžio mažėjimas yra pagerėjusio šios ligos gydymo rezultatas (56).

2.3. Sveikatos įsitikinimų modeliai ir sveikatos nuostatos

Per pastaruosius kelis dešimtmečius mokslinėje literatūroje paplito sveikatos įsitikinimų teorijos, aiškinančios tai, kad siekiant pritraukti kuo daugiau žmonių į lėtinių ligų profilaktines programas, svarbu įvertinti jų nusiteikimą sveikatai, veiksnius, lemiančius tas nuostatas, ir po to juos tinkamai motyvuoti (10; 57; 58).

Sveikatos įsitikinimų modelis yra viena iš dažniausiai naudojamų sveikatos priežiūros socialinių-psichologinių teorijų, akcentuojančių žmonių įsitikinimų vaidmenį sprendimų sveikatos labui priėmimo (59). Pagal ją žmogaus elgsenos pokyčiai priklauso nuo asmeninių galimybių vertinimo ir pokyčių naudos, palyginti su kaina, kurią teks sumokėti atlikus išlaidų ir pelno analizę. Sveikatos įsitikinimų teorija aiškina žmonių elgesį susirgus ar esant ligos rizikai, taip pat padeda prognozuoti sveikatos elgseną ateityje. Ši teorija taikoma prognozuoti sveikatą apsaugančią elgseną sveikatos patikrinimų, imunizacijos, medikų rekomendacijų laikymosi atžvilgiu. Tyrėjų dėmesys sutelkiamas į žmonių nusiteikimą sveikatai, įsitikinimus ir galimybes juos keisti (11; 12; 60).

Sveikatos įsitikinimų teoriją vieni iš pirmųjų pasiūlė ir aprašė JAV Visuomenės sveikatos tarnybos socialiniai psichologai G. Hochbaum, I. M. Rosenstock ir S. Kegels 1950 metais (61). Modelis buvo sukurtas kaip atsakas į nesėkmę įgyvendinant valstybės finansuojamą sveikatos patikros programą, kurios tikslas buvo ankstyvas tuberkuliozės diagnozavimas. Nuo tada sveikatos įsitikinimų teorija buvo pritaikyta AIDS, krūties vėžio, storosios žarnos, prostatos vėžio ankstyvo diagnozavimo programose, taip pat siekiant iširti gyvenamosios įpročius, įskaitant rizikingą seksualinį elgesį. Teoriją toliau plėtojo M. H. Becker (62). Pastaraisiais metais šis modelis taikomas daugelyje šalių kaip svarbi sudėtinė priemonė, didinanti ankstyvo vėžio diagnozavimo programų veiksmingumą.

Sveikatos įsitikinimų teorija yra pagrįsta nuostata, kad asmuo elgsis naudingai savo sveikatai, pavyzdžiui sutiks dalyvauti profilaktikos programoje, jeigu bus įsitikinęs, kad tokiu būdu išvengs ligos, neigiamų ligos pasekmių,

taip pat turės teigiamų lūkesčių, tikės, kad jam pasiseks atlikti reikiamus veiksmus (63).

Sveikatos įsitikinimų teoriją sudaro keletas pagrindinių koncepcijų, atspindinčių nujaučiamą pavojų ir naudą – suvoktas jautrumas, suvoktas rimtumas, suvokta nauda ir suvoktos kliūtys. Šios sąvokos įvertinamos siekiant nustatyti, ar žmonės jau yra pasirengę veikti savo sveikatos labui. Papildoma teorinė sąvoka „sveikatos motyvacija“ stimuliuoja konkretų žmonių veikimą siekiant sveikatos (62). 1988 metais I. M. Rosenstock (61) papildė teoriją dar viena koncepcija – veiksmingumo sąvoka, kuri reiškia pasitikėjimą savo gebėjimu sėkmingai veikti. Pastaroji koncepcija skirta nuolatinio nesveiko elgesio įpročiui pakeisti (1 lentelė).

Sveikatos įsitikinimų modelis buvo pritaikytas daugelyje gyvensenos ir gyventojų nusiteikimo sveikatai tyrimų. Ši teorija taikoma tiriant kelis nusiteikimo sveikatai aspektus (58; 64). Vienas jų – žmonių požiūris į prevencines programas, apimančias sveikatos skatinimą (sveika mityba, pakankamas fizinis aktyvumas), sveikatos riziką (rūkymas, alkoholizmas) ir imunoprofilaktiką. Kita tyrimų sritis – žmonių elgesys susirgus – tinkamas paskirtų vaistų vartojimas, reguliari konsultacija su medikais, įvairūs reagavimo į kūno signalus būdai, vertinantys vidinę būseną, nustatantys ir interpretuojantys simptomus, besišimantys gydymo vaistais, naudojančios įvairius tradicinius ir netradicinius gydymo būdus (12).

1 lentelė. Sveikatos įsitikinimų teorijos koncepcijos (57)

Koncepcija	Apibūdinimas	Taikymas
Suvoktas jautrumas	Asmens nuomonė apie galimybę susirgti	Nustatyti riziką susirgti, rizikos lygį; individualizuoti riziką remiantis asmens savybėmis ar elgesiu; padidinti suvokiamą imlumą, jeigu jis per mažas
Suvoktas rimtumas	Asmens nuomonė apie tai, kiek rimta liga ir kokios jos pasekmės jam gresia	Nustatyti gresiančios ligos ir jos pasekmių riziką
Suvokta nauda	Asmens tikėjimas pasiūlytų priemonių veiksmingumu siekiant sumažinti riziką arba sveikatos sutrikdymo mastą	Nustatyti veiksmus, kurių reikia imtis; paaiškinti teigiamą poveikį, kurio reikėtų tikėtis
Suvoktos kliūtys	Asmens nuomonė apie veiksnius (materialinius ir psichologinius), trukdančius jam įsitraukti į sveikatą saugantį elgesį	Nustatyti bei sumažinti kliūtis taikant paskatas, įvairias paramos formas, draudimą
Sveikatos motyvacija	Priemonės, skatinančios veikti	Pateikti informaciją, ją priminti, skatinti žinių siekimą ir suvokimą
Veiksmingumas	Pasitikėjimas savo gebėjimu imtis veiksmų	Pateikti mokymus, konsultacijas, kaip imtis veiklos

Sveikatos įsitikinimų modelio svarbiausias teiginys yra tas, kad suvokta ligos grėsmė ir elgesio, padedančio išvengti ligos ir jos pasekmių, nauda yra pagrindiniai veiksniai, lemiantys nusiteikimą sveikatai ir pozityvius veiksmus sveikatai stiprinti. Pavyzdžiui, moksliniais įrodymais pagrįsta informacija apie teigiamus vėžio organizuotos patikros profilaktinių programų rezultatus suformuoja pozityvų požiūrį į prostatos vėžio profilaktikos programą (57; 58; 62).

Sveikatos įsitikinimų teorija teigia, kad žmogaus elgseną lemia jos padariniai. Deja, teorijos, aiškinančios elgsenos pokytį kaip reakciją į teigiamą ar neigiamą atlygį, ne visada gali paaiškinti to, kad žmonės neatsisako tokios akivaizdžiai neigiamus padarinius sukeliančios elgsenos kaip rūkymas ir vairavimas išgėrus. Akivaizdu, kad greitai pajuntamas malonumas yra didesnis stimulus nei galima žala ateityje.

Pagal M. H. Becker (62), elgsenos keitimą lemia stimulus keistis; baimė dėl esamos elgsenos; įsitikinimas, kad pokytis bus naudingas, o neigiamų padarinių bus nedaug; gebėjimas pasikeisti. M. H. Becker teigia, kad poveikis žmogui priklauso nuo to, kiek jis jaučiasi pažeidžiamas, gali susirgti, susižeisti, atsidurti pavojuje (jautrumas) ir kiek rimtai vertinama yra liga, gauta trauma ar pavojus (rimtumas). Rizikos suvokimas ir įvertinimas yra svarbiausias veiksnys praktiškai pritaikant šį modelį. Dauguma žmonių labai rimtai nesistengia vertinti, ar jiems gresia pavojus. Tam turi įtakos asmeninė patirtis, gebėjimas suvaldyti situaciją ir supratimas, kad liga gali būti pavojinga ir baigtis sunkiomis komplikacijomis arba net mirtimi. Deja, dažnai žmonėms būdingas nepagrįstas optimizmas tikintis, kad būtent jis ta liga nesusirgs (65).

Sveikatos įsitikinimų teorija teigia, kad žmonėms reikia postūmio keisti elgsenai ar priimti su sveikata susijusį sprendimą. Sveikata asmeniui turi tapti aktuali ir reikšminga. Pavyzdžiui, nėščioji, pajutusi kūdikio judesius, gali mesti rūkyti. Juo gali būti ir išorinis stimulus. Pavyzdžiui, pasikeitusios aplinkybės – perėjimas į kitą darbą arba pajamų sumažėjimas, artimo žmogaus mirtis, liga ar asmeniui svarbaus žmogaus, kartais sveikatos priežiūros darbuotojo pastaba ar laikraščio straipsnis. Sveikatos įsitikinimų modelis ne itin padeda prognozuoti ar identifikuoti tuos elementus, kurie yra svarbūs skatinant žmones keistis, tačiau jis gerai išryškina platų įvairių šio proceso veiksnių spektrą ir jų sudėtingumą (11; 12).

2.4. V. L. Champion modelio taikymas

Vienas dažniausiai naudojamų sveikatos įsitikinimų teorijos pritaikymo praktikoje metodų yra V. L. Champion modelis (66; 67). V. L. Champion su bendraautoriais 1997 metais pasiūlė galutinį modelio variantą, kurį sudarė koncepcijos, paimtos iš M. H. Becker 1974 metais ir K. Witte 1992 metais aprašytų sveikatos įsitikinimų teorijų, ir kurią jie pritaikė krūties vėžio profilaktinei programai. JAV ekspertų komisija pakartotinai įvertino klausimyną ir patvirtino jo struktūros pagrįstumą (60).

V. L. Champion modelyje suvoktas jautrumas ir rimtumas laikomi grėsme, kas turėtų skatinti sveikatą saugojančią elgseną. Šiame modelyje teigiama, kad baimė yra pagrindinis veiksnys, sukeliantis grėsmės, veikimo naudos suvokimo ir veiksmingumo pojūčius. Baimės intensyvumas gali sukelti teigiamą, neigiamą ar kreivinį psichologinį atsaką, susijusį su požiūriu į krūties vėžio profilaktinę programą ir sveikatą saugojančią elgseną. Pernelyg didelė baimė gali sutrukdyti moteriai dalyvauti organizuotos patikros profilaktinėje programoje, o pernelyg maža baimė bus nepakankama motyvacija joje dalyvauti. Vidutinis baimės lygis būtų geriausiai motyvuojantis veiksnys, skatinantis asmenį imtis veiksmų siekiant sumažinti ligos riziką. Labai svarbūs modelio komponentai yra suvokta nauda ir kliūtys. Suvokta nauda reiškia, kad moteris mano, esą galima anksti diagnozuoti krūties vėžį ir jį išgydyti. Kliūtimis laikoma tai, kas trukdo dalyvauti nuo krūties vėžio pasekmių apsaugančioje elgsenoje, pavyzdžiui, vėžio, jonizuojančios spinduliuotės, kūno išvaizdos pokyčių, skausmo baimė (10; 60; 68–71).

V. L. Champion galutinio varianto klausimyną sudaro 52 klausimai, suskirstyti į šešis pogrupius. Penki klausimai susiję su suvoktu jautrumu, septyni – su suvoktu rimtumu, dvylika – su suvokta nauda, dešimt – su suvoktomis kliūtimis, vienuolika – su veiksmingumu ir septyni rodo sveikatos motyvaciją. Į kiekvieną klausimą yra pateikti penki atsakymų variantai pagal Likerto skalę: visiškai nesutinku, nesutinku, nei sutinku, nei nesutinku, sutinku, visiškai sutinku. Remiantis V. L. Champion sukurtu modeliu buvo atlikta keletas tyrimų

apie nuostatas į krūties vėžį, savityrą ir atrankinę mamografinę patikrą. Daugelio autorių nuomone, modelio taikymas praktikoje pagerino dalyvavimą atrankinės mamografinės patikros programose bei atliekant savityrą (10; 60; 67).

Lietuvoje adaptuotą ir įteisintą V. L. Champion sveikatos įsitikinimų modelio skalės klausimyną taikė A. Želvienė Lietuvos moterų nuostatoms į krūties vėžį, krūtų savityrą ir atrankinę mamografinę patikrą tirti. Tyrimų rezultatai atsispindėjo mokslo daktaro disertacijoje (2008 m.) „Moterų dalyvavimo atrankinėje mamografinėje patikroje sąryšis su jų nuostatomis į krūties vėžį, krūtų savityrą ir mamografinį ištyrimą“. A. Želvienė nustatė skirtumus analizuojant suvoktą sunkumą, suvoktą naudą ir suvoktas kliūtis – atsakymuose į tris krūties vėžio sunkumo, vieną krūtų savityros naudos, du savityros kliūčių subskalių teiginius. Nustatyta, kad papildomai informuotos moterys rimčiau vertino krūties vėžio pasekmes (66; 67).

Daugelyje studijų įrodyta, kad V. L. Champion modelis yra moksliskai pagrįstas ir patikimas siekiant nustatyti žmonių nusiteikimą sveikatai ir prognozuoti jų požiūrį į vėžio profilaktines programas bei jų elgesį atrankos metu. Šių tyrimų metu gauti duomenys yra naudingi planuojant ir efektyviai įgyvendinant ne tik krūties, bet ir storosios žarnos ir prostatos vėžio ankstyvo diagnozavimo programas (67; 72).

Pastaruosius keletą dešimtmečių sveikatos įsitikinimų modelis pradėtas taikyti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje, nes pastebėta, kad šios koncepcijos supratimas padeda geriau organizuoti atrankos programas, padidina jų efektyvumą (73).

Nemažai tyrimų atlikta norint iširti žmonių supratimą apie prostatos vėžį ir nusiteikimą dalyvauti organizuotos patikros profilaktinėje programoje (74; 75). Nustatyta, kad nusiteikimą sveikatai neigiamai veikia žinių trūkumas. Sveikatos įsitikinimų modelio kontekste atlikti tyrimai parodė, kad vyrai, ypač afrikiečiai, per menkai vertina sveikatos specialisto nuomonę apie ankstyvo prostatos vėžio diagnozavimo svarbą (76). Tiriamieji išreiškė nepasitikėjimą prostatos specifinio antigeno testo tikslumu, nesvarbu, kad jį rekomendavo sveikatos priežiūros specialistai (77).

V. A. Clarke–Tasker ir R. Wade pritaikė sveikatos įsitikinimų modelį kaip pagrindą tirti prostatos vėžio suvokimą, žinojimą apie jo pasekmes, požiūrį į ankstyvo diagnozavimo metodus. Tyrimo rezultatai parodė, kad nors dalyviai jautė, jog ankstyvas diagnozavimas yra vertingas, jie išreiškė baimę dėl galimo jų seksualinio gyvenimo pasikeitimo, jei jiems diagnozuotų prostatos vėžį. Be to, jie manė, kad šis tyrimas yra gėdingas ir nepatogus (78).

D. E. Blocker ir bendraautoriai taip pat rėmėsi sveikatos įsitikinimų modeliu, kad galėtų apibūdinti svarbius įsitikinimus, kliūtis ir motyvuojančius veiksnius, susijusius su pasitikrinimu dėl prostatos vėžio. Nustatyta teigiama sutuoktinio (partnerio) įtaka skatinant pasitikrinti dėl vėžio. Pagrindinės kliūtys dalyvauti atrankos programose buvo nepasitikėjimas medicinos specialistais, gėda, susirūpinimas, procedūrų baimė ir neigiamas požiūris į tam tikrus patikrinimo testus (74).

D. V. Woods, S. B. Montgomery ir P. R. Herring, tirdami vyrų požiūrį ir įsitikinimus apie prostatos vėžio prevenciją, nustatė, kad ribotas žinojimas sukelia baimę, kuri nulemia individo nenorą gauti informacijos apie prevenciją. Be to, tyrimo dalyviai manė, jog vizitas pas gydytoją reikalingas tik tuo atveju, jei jaučiamas skausmas ar kokie nors simptomai. Prevencinės sveikatos paslaugos buvo laikomos kaip neesminės (79).

W. Dale ir bendr. duomenimis, pastebėta, kad JAV mirtingumas nuo prostatos vėžio yra didesnis etninių mažumų ir žemesnio socioekonominio statuso gyventojų grupėse, pirmiausia dėl to, kad jiems diagnozuojamos vėlyvos ligos stadijos. Autoriai teigia, esą labai svarbu suprasti kliūtis šių socialinių grupių asmenims dalyvauti profilaktikos programose ir tam tinka pritaikyti sveikatos įsitikinimų teorijos nuostatų analizę. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad didžioji dalis žemesnio socioekonominio statuso respondentų neigiamai žiūrėjo į fizinį ištyrimą dėl prostatos vėžio, kliūtimis šiam tyrimui nurodydami laiko ir finansų stoką, netikėjimą šio tyrimo nauda, nemalonus pojūčius tyrimo metu. Neigiamą požiūrį į rektalinį tyrimą nulėmė fizinio skausmo baimė, nepatogumo, drovumo pojūtis ir abejojimas dėl tyrimo diagnostinės vertės. Didžioji dalis tirtų vyrų išreiškė baimės ir fatalizmo nuostatas, susijusias su prostatos vė-

žio diagnoze. Pagrindiniai informacijos apie ligą ir jos profilaktiką šaltiniai jiems buvo žiniasklaida ir televizija. Tyrimo metu nustatyta, kad nebuvo didesnio skirtumo tarp baltųjų ir juodaodžių žemo socialinio statuso Amerikos vyrų sveikatos įsitikinimų nuostatų atžvilgiu (80).

M. D. Boyd ir bendr. tyrė struktūrines kliūtis vyrams dalyvauti nemokamoje prostatos vėžio organizuotos patikros programoje. Tyrimo populiacija – 549 vyrai, iš jų 69 proc. – afroamerikiečiai. Kliūtimis dalyvauti programoje nurodyta „susitikimo paskyrimas“ ($p = 0,02$), „susitikimo planavimas“ ($p = 0,05$) ir „prostatos vėžio skryningo priminimas“ ($p = 0,02$). Dalyvavimas profilaktikos programoje taip pat priklausė nuo tokių demografinių veiksnių kaip etninė priklausomybė ir šeiminė padėtis (81).

J. A. Kleier ir bendr. tyrė Haičio vyrų sveikatos nuostatų sąsajas su jų baimės lygiu ir požiūriu į prostatos vėžio profilaktikos programą. Autoriai nustatė, kad respondentų suvoktas jautrumas stipriai koreliavo ($p < 0,05$) su baimės susirgti ir poreikiu dalyvauti šioje programoje. Rizikos susirgti prostatos vėžiu pojūtis buvo kur kas mažesnis nei galima rizika iš tikrųjų. Nenustatyta, kad baimės jausmas trukdė dalyvauti profilaktikos programoje (82).

A. S. Nivens ir bendr. tyrė veiksnius, skatinančius vyrus dalyvauti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje ir jų turimą informaciją apie ligą. Tiriamoji populiacija – 1867 vyrai, iš jų 72 proc. afrikiečiai ir 28 proc. baltaodžiai. Buvo vertinami demografiniai požymiai – rasė, amžius, išsilavinimas, pajamos ir šeiminė padėtis, taip pat žinių apie prostatos vėžį šaltiniai: internetas, spauda, sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijos ir artimųjų bei draugų patarimai. Tyrimo metu pasitvirtino prielaida, jog sveikatos įsitikinimų nuostatos turi įtakos vyrų nusiteikimui dalyvauti profilaktikos programoje. Sveikatos priežiūros specialistų paskatinimas buvo svarbiausias veiksnys pasitikrinti dėl prostatos vėžio (83).

K. O. Plowden duomenimis, afroamerikiečiai, palyginti su kitomis etninėmis grupėmis, dažniau serga ir miršta nuo prostatos vėžio. Šis sergamumo netolygumas siejamas su skirtingu motyvacinio afroamerikiečių elgesiu sveika-

tos pasitikrinimo atžvilgiu, kuri autoriai atskleidė pritaikę Sveikatos įsitikinimų modelį (84; 85).

D. Reynolds mokslinės literatūros apžvalgoje teigia, jog afroamerikiečiai, palyginti su baltaisiais, mažiau linkę dalyvauti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėse programose. Pagrindinės to priežastys ir kliūtys yra žemesnis socioekonominis statusas ir prastesnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, nepakankamos žinios apie problemą, baimė tikrintis sveikatą, nenoras prostatos digitalinio tyrimo, nepakankamas bendravimas su sveikatos priežiūros specialistais ir nepasitikėjimas jais (86).

V. D. Woods ir bendr. pastebėjo sergamumo ir mirtingumo nuo prostatos vėžio skirtumus etninėse gyventojų grupėse. JAV 1992–1998 metų laikotarpiu sergamumas prostatos vėžiu buvo 144,6 atvejai/100 tūkst. gyventojų baltųjų vyrų populiacijoje ir 234,2 atvejai/100 tūkst. gyventojų spalvotosios rasės vyrų populiacijoje. Tokio skirtumo priežastys kol kas nėra visiškai aiškios, tačiau padidėjęs mirtingumas nuo prostatos vėžio tarp juodaodžių siejamas su vėlyva šios ligos diagnostika. Tyrimo metu buvo analizuojami respondentų sveikatos įsitikinimai ir elgesys, susijęs su dalyvavimu profilaktikos programoje. Autoriai priėjo prie išvados, jog svarbiausios priežastys, trukdančios juodaodžiams dalyvauti profilaktikos programoje, yra gydytojų suinteresuotumo stoka ir respondentų nepasitikėjimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Skirtingai nuo kitų panašių tyrimų, kliūčių dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programoje, susijusių su sveikatos įsitikinimais, nekonstatuota (87).

A. Fearing ir bendr., tirdami afroamerikiečių sveikatos įsitikinimus, žinias apie prostatos vėžį ir nusiteikimą dalyvauti profilaktikos programoje, nustatė, kad didžiosios dalies respondentų informuotumas apie ligą buvo aukšto lygio, daugelis reguliariai dalyvavo prostatos vėžio profilaktikos programoje. Tačiau jie buvo įsitikinę, kad prevencinė programa nėra efektyvi, o prostatos vėžio gydymas yra skausmingas ir bloginantis seksualinę funkciją. Respondentai buvo įsitikinę, kad yra svarbi sveika gyvensena. Daugelis jų savo sveikatą vertino gerai arba labai gerai, akcentavo siekį likti sveikiems ir toliau. Autoriai

teigia, jog šis tyrimas atskleidė kai kuriuos sveikatos įsitikinimų kultūrinius ypatumus etninėse grupėse (88).

S. Lambert ir bendr. studijoje anketinės apklausos būdu buvo tiriami 45 metų amžiaus ir vyresnių vyrų sveikatos įsitikinimai. Anketa sudaryta remiantis Amerikos vėžio asociacijos rekomendacijomis ir metodine medžiaga prostatos vėžio klausimais. Tyrimas atskleidė, kad nebuvo reikšmingumo skirtumo tarp baltaodžių ir juodaodžių respondentų amžiaus, sveikatos būklės ir gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų. Abi tiriamosios grupės pateikė panašią giminaičių sergamumo prostatos vėžiu anamnezę ir panašų supratimą apie ligą ir jos eigą. Tačiau baltaodžiams buvo dažniau atliktas digitalinis prostatos tyrimas, tuo tarpu juodaodžiams – dažniau prostatos specifinio antigeno tyrimas. 26 proc. respondentų teigė, esą jiems niekada nebuvo atlikti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinės programos tyrimai, nors 75 proc. iš jų žinojo apie profilaktinę programą. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp tiriamųjų pogrupių vertinant nuostatą, jog tikėjimas turi reikšmės sveikatai, šią nuostatą dažniau išreiškė afroamerikiečiai. Tuo tarpu baltaodžiai dažniau buvo įsitikinę, kad jie susirgs prostatos vėžiu (89).

V. A. Klarke-Tasker ir bendr. tyrimas atskleidė, kad 38–80 metų amžiaus afroamerikiečių vyrų tikėjimas profilaktinės prostatos vėžio programa buvo vidutinis. 40–50 metų vyrai daugiausia buvo susirūpinę, kad susirgus prostatos vėžiu pablogės jų seksualinė funkcija. Respondentų žinios apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką buvo nedidelės, daugiausia jų buvo susirūpinę, neva digitalinis prostatos tyrimas bus nemalonus ir varginantis. Tiriamieji manė, jog gydytojų požiūris į prostatos vėžio profilaktikos programą neadekvatus ir kad jie nepakankamai skatina respondentus joje dalyvauti (78; 90).

V. D. Woods ir bendr. pateiktoje mokslinės literatūros apžvalgoje teigiama, kad JAV juodaodžiai mažiau dalyvauja prostatos vėžio profilaktikos programose dėl kultūrinių veiksnių, sveikatos įsitikinimų (kliūčių nuostatos) ir santykių su sveikatos priežiūros specialistais. Autorių tyrimas parodė, jog svarbiausios kliūtys buvo žinių apie ligą, bendravimo ir socialinės paramos stoka, prasta priežiūros kokybė ir lytinės funkcijos sutrikimo baimė. Mokslis-

ninkai padarė išvadą, jog per mažas sveikatos priežiūros specialistų bendravimas, atsižvelgiant į juodaodžių kultūrinius ypatumus, sukelia nepasitikėjimą, baimę ir nenorą dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programoje (91).

D. E. Blocker ir bendr. tyrime buvo analizuojami kultūrinių ir lyties veiksnių veikiami sveikatos, religiniai įsitikinimai ir kliūtys, susijusios su sveikatos priežiūros sistema, trukdančios dalyvauti vėžio profilaktikos programose. Tyrime dalyvavo abiejų lyčių baltaodžiai ir juodaodžiai respondentai. Tyrimas atskleidė juodaodžių religinių įsitikinimų ir šeimos bei artimųjų svarbą ir įtaką apsisprendžiant dalyvauti profilaktikos programoje ir pasirenkant sveiką gyvenimą. Tyrimas parodė ir pagrindines kliūtis vėžio prevencijai – nepasitikėjimas sveikatos priežiūros specialistais ir neigiamas požiūris į prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinės programos testus (74).

J. A. Talcott ir bendr. tyrė Šiaurės Karolinos vyrų (207 afroamerikiečių ir 348 baltaodžių), kuriems jau 6 mėn. buvo diagnozuotas prostatos vėžys, sociodemografinius veiksnius ir sveikatos nuostatas. Afroamerikiečiai buvo jaunesni, rečiau vedę, turintys mažiau pajamų ir žemesnį darbo statusą bei mažiau informuoti apie ligą negu baltaodžiai (visi $P < 0,001$). Afroamerikiečiams nustatytas mažesnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas: menkesnė sveikatos draudimo suma, jie daugiau naudojami valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis, rečiau reguliariai lankėsi pas šeimos gydytoją, dažniau praleisdavo gydytojo paskirtus vizitus, manydami, kad to jiems nereikia, dažniau išreiškė nepasitikėjimą gydytojais. Afroamerikiečiai pripažino, kad jiems yra didesnė rizika susirgti prostatos vėžiu ir jie buvo daugiau susirūpinę savo sveikata. Jie mažiau domėjosi netradiciniais gydymo metodais, palyginti su baltaodžiais. Atlikę tyrimą autoriai padarė išvadą, kad nežiūrint menkesnio išsilavinimo, Šiaurės Karolinos afroamerikiečiai žino apie didesnę riziką susirgti prostatos vėžiu, gydymo svarbą ir jaučia atsakomybę už savo sveikatą. Kliūtys dalyvauti profilaktikos programoje jiems buvo nepasitikėjimas gydytoju ir prastesnis socioekonominis statusas, palyginti su baltaodžiais (92).

Y. K. Do ir bendr. tyrė sergančių prostatos vėžiu baltaodžių ir juodaodžių vyrų galimybes gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir jų pasitikėjimą gy-

dytojais. Ištyrus 474 respondentus, delisiančius dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programoje, nustatyta, kad juodaodžių pasitikėjimas gydytojais buvo kur kas mažesnis negu baltaodžių. Nenorui dalyvauti profilaktikos programoje įtakos taip pat turėjo respondentų žemesnis socioekonominis statusas ir prastesnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (93).

W. R. Carpenter ir bendr. 1994–2002 metų laikotarpiu tyrė 18067 baltaodžių ir juodaodžių, vyresnių nei 65 metų vyrų prostatos specifinio antigeno (PSA) patikrinimo dažnį ir jo sąsajas su prostatos vėžio stadijos diagnoze. Taikytas logistinės regresijos metodas siekiant nustatyti asociacijas tarp respondentų etninės priklausomybės, amžiaus, šeiminės padėties, gyvenamos vietos, pajamų, PSA atlikimo dažnio, ligos diagnozės, chirurginio gydymo ir gretutinių ligų. Autoriai nustatė, jog juodaodžiams buvo ilgesnis PSA organizuotos patikros profilaktinės programos intervalas iki diagnozės nustatymo arba prostatos vėžys jiems buvo diagnozuotas ne profilaktinės programos metu, tačiau diagnozuotos ligos stadijos buvo panašios abiejose rasių grupėse. Autoriai mano, jog dažna ir reguliari PSA organizuotos patikros profilaktinė programa galėtų sumažinti rasinius skirtumus diagnozuojant ligą ir mažinant mirtingumą nuo jos (94).

D. B. French ir L. A. Jones savo apžvalginiame straipsnyje teigia, kad JAV tarp afroamerikiečių neproporcingai su kitomis etninėmis grupėmis didėja sergamumas prostatos vėžiu ir mirtingumas nuo jo. Šio reiškinio priežastys tiksliai nežinomos, manoma, jog turi reikšmės genetiniai veiksniai ir sveikatos priežiūros praktikos ypatumai. Autoriai mano, kad gretutinės ligos, tokios kaip cukrinis diabetas, nutukimas ir arterinė hipertenzija, taip pat turi įtakos sergančiųjų prostatos vėžiu išgyvenamumui. Tęsiami biologinių skirtumų tarp rasių tyrimai, tačiau turi būti atkreiptas dėmesys ir į ligonių socioekonominį statusą bei galimybę gauti visavertes sveikatos priežiūros paslaugas. Keletas studijų įrodė, jog pacientų, sergančių ta pačia ligos stadija ir gaunančių panašias sveikatos priežiūros paslaugas, ligos išėitys tos pačios, nepriklausomai nuo jų rasės. Konstatuojama, kad prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinė programa lieka kontroversiniu klausimu. JAV keletas įtakingų profesinių drau-

gijų pasisako prieš organizuotos patikros profilaktinę programą. Šiuo metu vykdomi keletas plačių tyrimų, siekiančių patvirtinti arba paneigti prostatos vėžio patikros programų naudą. Kad ir kaip ten būtų, bendras mirtingumas nuo prostatos vėžio pastaruoju metu mažėja ir šis faktas negali būti ignoruojamas. Pabrėžtina, kad organizuotos patikros profilaktinių programų įgyvendinimas etninių mažumų grupėse iki šiol išlieka prastesnis. Manoma, kad šeimos gydytojai galėtų geriausiai paveikti pacientus, ypač iš etninių mažumų grupių, dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programose, patardami ir aprūpindami juos edukacine medžiaga (95).

B. F. Drake ir bendr., atlikę plačius sergamumo prostatos vėžiu tyrimus tarp Pietų Karolinos vyrų, atskleidė, kad šios ligos dažniui turi reikšmės ne tik genetiniai ir aplinkos (dieta, mažas fizinis aktyvumas), bet ir socialiniai veiksniai, todėl sprendžiant šią problemą, autorių nuomone, reikia plėsti ne tik tradicinius biologinius tyrimus, bet pritaikyti naujas paradigmas ir požiūrį į problemą. Didžioji Pietų Karolinos gyventojų dalis gyvena kaimo vietovėse, kur yra didesnis skurdas ir mažesnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nei miestuose, didesnė gyventojų dalis neturi asmens sveikatos draudimo. Taigi amerikiečiai, gyvenantys kaimo vietovėse, susiduria su sveikatos nelygybės problema, palyginti su miestų gyventojais. Jie dažniau serga vėlyvos stadijos prostatos vėžiu, nes rečiau apsilanko pas šeimos gydytoją, sunkiau patenka į ligoninę, nes kaimo vietovėse daug jų yra uždaroma. Tyrimas parodė, kad žemesnio socioekonominio statuso vyrai buvo menkiausiai informuoti apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką. Autoriai teigia, esą vyrų švietimas, ypač įtraukiant jų šeimą ir artimuosius, yra labai perspektyvi strategija siekiant mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo prostatos vėžio (96).

P. Shelton ir bendr. konstatuoja, kad sumažėjęs afroamerikiečių dalyvavimas prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje yra labai rimta problema, nes didėja vyrų sergamumas ir mirtingumas šioje populiacijoje. Autoriai atliko aprašomąjį koreliacinį tyrimą, kad galėtų nustatyti sąsajas tarp dalyvavimo prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje ir respondentų suvokimo kliūčių tai daryti. Tyrimo populiacija – 1395 afro-

amerikiečiai vyrai, gyvenantys pietrytinėje JAV dalyje. Buvo tiriami sociodemografiniai veiksniai – amžius, pajamos, šeiminių padėtis, išsilavinimas. Rezultatų įvertinimui taikytas dauginės logistinės regresijos metodas. Statistiškai reikšminga kliūtis dalyvauti organizuotos patikros profilaktinėje programoje buvo nuomonė, neva tyrimas varžys respondentą ($p = 0,03$). Kitos dvi kliūtys, tai „nežinau, kaip patekti į šią programą“ ($p = 0,08$) ir „atsisakymas dalyvauti“ ($p = 0,09$) buvo kur kas mažiau reikšmingos. Autoriai daro išvadą, esą slaugytojai galėtų panaudoti šio tyrimo rezultatus planuodami ir organizuodami su ligoniais pokalbius, motyvuojančius dalyvauti organizuotos patikros profilaktinėje programoje (97).

M. S. Tingen ir bendr. straipsnyje sakoma, kad anksti nustačius prostatos vėžį ir laiku pradėjus gydyti, 9 vyrai iš 10, o vėlai diagnozavus – tik 3 vyrai iš 10 išgyvena 5 metus. Autoriai tyrė vyrų suvoktą naudą dalyvauti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje. Suvokta nauda buvo traktuojama kaip tikėjimas programa ir jos vertės supratimas. Visiems tiriamiesiems buvo taikomi vienas iš keturių edukacijos būdų – tradicinis, grupinis mokymas, kliento navigatorius ir mišrus. Tyrimo populiacija – 1522 vyrai 40–70 metų amžiaus, iš JAV pietryčių valstijų, iš jų 72 proc. afroamerikiečių. Tyrimo duomenimis, dažniau buvo linkę dalyvauti organizuotos patikros profilaktinėje programoje baltieji, turintys aukštąjį išsilavinimą, susituokę, geriau jaučiantys programos naudą ir gavę žinių apie ligą kliento navigatoriaus arba mišriu būdu. Daugiausiai iš visų veiksmų (statistiškai reikšmingai) motyvavo dalyvauti skryningo programoje suvokta nauda ($p = 0,013$) (98).

S. Weinrich atliko mokslinės literatūros apžvalgą apie slaugytojų vaidmenį įgyvendinant prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinę programą. Autorė mano, kad būtent slaugytojas lengviau ir paprasčiau, palyginti su kitais sveikatos priežiūros darbuotojais, gali komunikuoti su gyventojais jiems suprantama kalba ir terminija, vykdant sveikatos edukologijos programas, aiškinantis jų sveikatos įsitikinimus ir motyvaciją ne tik onkologinių ligų atvejais, bet ir analizuojant pacientų šlapinimosi, seksualinės sferos ir kitų funkcijų su-

trikimų problemas. 21 amžiuje slaugytojams išskyla naujų uždavinių ir iššūkių profilaktinėje medicinoje (99).

S. Weinrich ir bendr. tyrė vyrų motyvaciją dalyvauti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje. Tiriama populiacija – 320 afroamerikiečių iš Pietų Karolinos, dalyvavusių prostatos vėžio genetinių tyrimų ir mokymo bei organizuotos patikros programose. Didžioji dalis vyrų 277 (87proc.) parodė susidomėjimą genetiniu prostatos vėžio rizikos tyrimu. Šis susidomėjimas nepriklausė nuo šeiminės anamnezės, amžiaus ar išsilavinimo. Vienintelis skatinantis tyrimui veiksnys buvo šeiminė padėtis. Susituokę vyrai gerokai dažniau norėjo dalyvauti tyrimų programoje nei vieniši (100).

Socioekonominio statuso įtaką dalyvavimui profilaktikos programose atskleidė S. P. Weinrich ir bendraautorai. Jų tyrimo duomenimis, žemesnio socioekonominio statuso ir vyresnio amžiaus gyventojai kur kas mažiau norėjo dalyvauti slauto kraujo išmatose tyrimo programoje. Tačiau juos stipriai motyvavo patikrai pritaikytos efektyvios edukologinės intervencijos (101).

S. P. Weinrich ir bendr. tyrė veiksnius, skatinančius vyrus dalyvauti nemokamoje prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje, atliekamoje jų darbo vietose. Tyrime dalyvavo 179 vyrai, iš jų 64 proc. afroamerikiečių. Kiekvienas dalyvis buvo kviečiamas apsilankyti pas šeimos gydytoją ir išklausti edukacinę programą. Tyrimo duomenimis, 47 proc. afroamerikiečių vyrų apsilankė pas gydytoją, išklaušė mokymo programą ir jiems buvo atliktas rektalinis digitalinis tyrimas ir PSA testas. Apklausus paaiškėjo, kad tik 16 proc. afroamerikiečių per pastaruosius metus tikrinosi dėl prostatos vėžio, tačiau nemokamoje patikros programoje iš jų jau dalyvavo 44 proc. tiriamųjų. Atitinkamai per pastaruosius metus PSA organizuotos patikros profilaktinėje programoje dalyvavo 6 proc. afroamerikiečių, o nemokamoje programoje išklaušusiųjų mokymo kursus jau buvo 42 proc. (dalyvių skaičius padidėjo septynis kartus). Autoriai daro išvadą, kad ekonominiai veiksniai ir vyrų informuotumas apie ligą yra labai svarbi paskata vyrams dalyvauti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje (102).

S. P. Weinrich ir bendr. savo straipsnyje rašo, jog atnaujintos Amerikos vėžio asociacijos rekomendacijos siūlo, kad vyrai būtų informuoti apie riziką, susijusią su prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinė programa. (galima impotencija). Tačiau kol kas nėra paskelbta mokslinių duomenų, kad vyrų nuogastavimai dėl impotencijos, kuri gali atsirasti po tyrimų, yra teisingi. Be to, dar menkai ištirtos kliūtys, apart kainos ir žinių stokos, kurios mažintų vyrų norą dalyvauti patikros programoje. Autoriai atliko kliūčių dalyvauti organizuotos patikros profilaktinėje programoje tyrimą praėjus mėnesiui po prostatos vėžio edukacijos programos. Vyrų buvo klausiami, kokios priežastys jiems trukdo dalyvauti profilaktinėje programoje. Svarbiausios kliūtys buvo išsisukinėjimas, nenoras tikrintis, laiko neturėjimas, nepatogus gydytojo darbo laikas, nežinojimas, į kokią įstaigą ir kokį gydytoją kreiptis. Impotencijos baimė buvo nereikšminga kliūtis (103; 104).

S. P. Weinrich ir bendr. tyrė, kokia būtų geriausia vieta atlikti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinę programą. Mokymo programoje dalyvavo 1369 afroamerikiečiai vyrai, iš jų 1264 asmenys užpildė sociodemografinių požymių tyrimo anketą. Profilaktinės programos buvo atliekamos šešių stambių bendruomenių darbo įmonėse, religinėse įstaigose, nacionalinių bendruomenių namuose, kirpyklose, atrakcionų aikštelėse ir tiriamųjų namuose. Prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinė programa buvo nemokama. Dažniausiai vietą organizuotos patikros profilaktinės programos tyrimui vyrai rinkosi darbo įstaigą (47 proc.) ir religines įstaigas (35 proc.). Mažiausiai patraukli vieta profilaktinei programai vyrams buvo atrakcionų aikštelės. Autoriai daro išvadą, kad siekiant pagerinti ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką, reikia keisti veiklos taktiką – perkelti profilaktinių programų atlikimą iš gydymo įstaigų į bendruomenės struktūras, dažniau atlikti tyrimus gyventojų darbo vietose ir jų namuose, įtraukti į šį procesą bendruomenių lyderius, plėsti ir gerinti vyrų mokymą apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką (105).

Kai kurie autoriai konstatuoja, kad kol kas yra per mažai atliktų mokslinių tyrimų, nagrinėjančių sąsajas tarp savo sveikatos vertinimo ir socioekonominių veiksmų. S. P. Weinrich ir bendr. studijos tyrimo populiacija – 2001 vy-

ras (72 proc. afroamerikiečių ir 28 proc. baltųjų), dalyvavusių prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje. Tyrimas atskleidė, kad gero- kai dažniau savo sveikatą „labai gerai“ vertino vyresnio amžiaus, aukštesnio nei vidurinio išsilavinimo susituokę baltieji vyrai, kurių pajamos viršijo 25 021 dolerį per metus (106).

2. 5. Žinių apie prostatos vėžį ir jo patikrą, sąsajos su vyrų nuostatomis dalyvauti profilaktinėse programose

Pastaruosius kelis dešimtmečius sveikatos priežiūros specialistai ir mokslininkai daug dėmesio skiria gyventojų sveikatos skirtumams ir jų priežastims tirti, tačiau tokių tyrimų atlikta dar per mažai, kai kurių jų rezultatai prieštaringi. Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad demografiniai, socialiniai ir kultūriniai veiksniai, tokie kaip socioekonominis statusas (SES), sveikatos įsitikinimai ir suvokiama asmens rizika susirgti, formuoja asmens nusiteikimą rūpintis savo sveikata ir dalyvauti ligų profilaktikos programose (107). Atlikęs tyrimus JAV Visuomenės sveikatos centras konstatavo, jog įvairios etninės ir kultūrinės gyventojų grupės skirtingai suvokia ligas, jų priežastis ir jų išvengi- mo būdus, skirtingai naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis. Nelygu socia- liniai ir kultūriniai ypatumai, vyksta skirtingas sveikatos priežiūros specialistų ir organizacijų bendradarbiavimas. Tyrimais nustatyta, kad vieni svarbiausių veiksnių, turinčių įtakos žmonių sergamumui ir mirtingumui, buvo kultūrinės ir socialinės vertybės ir įvairus požiūris (108).

Manoma, kad sociokultūriniai veiksniai lemia sveikatos skirtumus, ku- rie šiuo metu egzistuoja tarp tam tikrų žmonių grupių (109). Kultūrinės siste- mos ir socialinio nepastovumo nagrinėjimas yra svarbus norint suprasti, kodėl kai kurios žmonių grupės renkasi įgyvendinti ar neįgyvendinti tam tikro reko- menduojamo elgesio ir konkrečiai elgesio sveikatos labai (110; 111).

Sergamumo onkologinėmis ligomis ir mirtingumo nuo jų rezultatus, be kita ko, veikia ir sociokultūrinis nepastovumas. Manoma, kad sociokultūriniai veiksniai, tokie kaip gyventojų sveikatos įsitikinimai, požiūris į vėžio prevenci-

ją ir dalyvavimą profilaktikos programose, turi įtakos sergamumo onkologinėmis ligomis skirtumams (112).

Kai kurie autoriai mano, kad socioekonominis statusas ir etninė priklausomybė turi įtakos gyventojų informuotumui apie onkologinių ligų, konkrečiai prostatos vėžio, paplitimą, rizikos veiksnius, diagnostikos ir gydymo galimybes. Tyrimų metu buvo nagrinėjama, ar rasė ir socialiniai faktoriai veikia gyventojų žinias ir įsitikinimus apie prostatos vėžį ir prostatos vėžio patikrinimą. Nustatyta, kad vyrų žinioms apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką turėjo įtakos išsilavinimo lygis, ekonominis statusas ir etninė priklausomybė. Tačiau kai kurie kiti autoriai to nepatvirtina (113; 114).

E. C. Y Chan ir bendraautoriai vertino juodaodžių ir baltaodžių amerikiečių žinias apie prostatos specifinio antigeno patikrinimą. Vyrų, kurie lankėsi ambulatorinėse klinikose, buvo apklausiami dėl žinių apie patikrinimus ir patirtį, susijusią su patikrinimu. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad abi grupės sužinojo apie patikrinimą ne iš savo gydytojų. Afroamerikiečiai apie PSA testą žinojo mažiau nei baltieji. Be to, afroamerikiečiai pirmą kartą sužinojo apie prostatos patikrinimą per radiją arba televiziją, tuo tarpu baltieji – skaitydami laikraščius (115).

Kito tyrimo metu W. Demark-Wahnefried, T. Strigo ir T. Catoe atliko apklausą norėdami nustatyti afroamerikiečių žinias, įsitikinimus, susijusius su prostatos vėžiu, ir elgesį pirminio patikrinimo metu. Tyrimo metu tarp afroamerikiečių ir baltaodžių grupių buvo nustatyti skirtumai, susiję su žiniomis ir įsitikinimais suvokiant ligą, jos gydymą ir žinias apie rizikos veiksnius, susijusius su rase. Pavyzdžiui, maždaug pusė afroamerikiečių prostatos vėžio diagnozę traktavo kaip mirties nuosprendį (116).

J. A. Kleier, tirdama Haičio ir Jamaikos vyrų V. L. Champion modelio kontekste, nustatė statistiškai patikimus skirtumus tarp sveikatos įsitikinimų ir žinių grupėse vyrų, dalyvavusių ir nedalyvavusių prostatos vėžio atrankos programose (82). S. Oliver tyrimų duomenimis, afroamerikiečiams statistiškai patikimai dažniau diagnozuojamos vėlyvosios prostatos vėžio stadijos, o jų mirtingumas nuo šios ligos dvigubai didesnis, palyginti su baltaodžiais. Deja, afro-

amerikiečiai buvo gerokai mažiau linkę dalyvauti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėse programose. Pritaikius sveikatos įsitikinimų modelį nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp tiriamųjų grupių, susiję su motyvacija ir žiniomis. Tyrimo rezultatai parodė, kad reikia taikyti daugiau edukacinių ir nusiteikimo sveikatai motyvuojančių priemonių siekiant pagerinti profilaktinių programų efektyvumą (73).

S. P. Weinrich ir bendr. atliko platų tyrimą siekdami nustatyti vyrų žinias apie prostatos vėžį ir jų informuotumo sąsajas su dalyvavimo organizuotos patikros profilaktinėje programoje aktyvumu. Tyrimas atskleidė, kad bendras respondentų žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius, simptomus, tyrimus ir gydymo pasekmes buvo žemas. Pusė respondentų manė, kad prostatos vėžio gydymas sutrikdys šlapinimosi ir seksualinę funkcijas. Susituokusių, turinčių žemesnes pajamas baltaodžių vyrų bendras žinių lygis buvo kur kas mažesnis negu afroamerikiečių (114).

D. M. Griffith ir bendr. tyrė afroamerikiečių žinių apie prostatos vėžį šaltinius ir jų pasitikėjimą šiais šaltiniais. Tyrimo populiaciją sudarė 154 mieste gyvenantys, daugiau nei 32 metų amžiaus afroamerikiečiai. Tyrimas parodė, jog dažniausiai informaciją apie prostatos vėžį teikė sveikatos priežiūros specialistai, tačiau respondentai daugiausia pasitikėjo informacija, kurią teikė jų šeimos nariai. Nustatyta, kad sveikatos problemos ir socialinė parama didino vyrų motyvaciją pasinaudoti gaunama informacija dėl sveikatos pagerinimo (117).

Asmens elgesį sveikatos labai veikia socialiniai, ekonominiai ir biologiniai veiksniai. Vienas iš svarbesnių biologinių veiksnių yra priklausymas skirtingai rasei ir skirtingai etninei grupei. Negalima nekreipti dėmesio į biologines asmens savybes kaip į sveikatos skirtumų priežastį, kadangi elgesio pasirinkimas yra neginčytinai labiausiai populiacijos sveikatą lemiantis veiksnys. Prostatos vėžio paplitimas yra beveik 60 proc. dažnesnis tarp afroamerikiečių negu tarp baltaodžių vyrų. 2007 metais Nacionalinis vėžio institutas paskelbė, kad Amerikoje afroamerikiečių vyrų mirtingumas yra dvigubai didesnis nei baltųjų vyrų. Pavėluotas prostatos vėžio patikrinimas afroamerikiečiams vyrams yra

susijęs su jų nepakankamu naudojimu pirminės sveikatos priežiūros institucijų paslaugomis. Afroamerikiečiai vyrai nuolat atsisako prevencinių paslaugų, mieliau pasirinkdami gydymo atidėjimą ar atrankos vengimą. Nemažai tyrimų parodė, kad afroamerikiečiai vyrai yra mažiau linkę pasitikrinti specifinį prostatos antigeną, palyginti su baltaodžiais. Prostatos vėžio patikrinimo vengimo priežastis gali būti sveikatą skatinančio elgesio kliūčių, kurias patiria afroamerikiečiai vyrai, rezultatas. Viena teorijų apie nepakankamą prostatos vėžio patikrinimo testų naudojimą tarp afroamerikiečių vyrų grindžiama sociokultūriniais barjeriais sveikatos priežiūroje. Žmogaus elgesį formuoja ne tik ankstesnė mokymosi patirtis, bet taip pat ir socialinis ir kultūrinis elgesio kontekstas (73–75).

Lietuvoje priešinės liaukos vėžys pirmauja tarp onkologinių vyrų ligų. Sergančiųjų prostatos vėžiu šalyje nuolat daugėja. Todėl ankstyvas ligos diagnozavimas itin svarbus, nulemiantis geresnius prostatos vėžio gydymo rezultatus. Įvertinus šalyje vykdomos profilaktinės programos rezultatus nustatyta, kad nors ir pagerėjo ankstyvų stadijų prostatos vėžio diagnostika, tačiau iširtųjų skaičius nepakankamai didelis. Prostatos vėžio atrankos rezultatai galėtų būti geresni, jei vyrai būtų motyvuotesni dalyvauti šioje programoje.

Sveikatos įsitikinimų modelio taikymas pagerina onkologinių ligų ankstyvą diagnozavimą, pritraukia daugiau žmonių į lėtinių ligų profilaktines programas, padidina motyvaciją. Vienas dažniausiai naudojamų sveikatos įsitikinimų teorijos pritaikymo praktikoje metodų yra V. L. Champion modelis. Daugelyje studijų įrodyta, kad V. L. Champion modelis yra moksliskai pagrįstas ir patikimas siekiant nustatyti žmonių nusiteikimą sveikatai ir prognozuoti jų požiūrį į vėžio profilaktines programas ir jų elgesį atrankos metu.

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

3.1. Literatūros šaltinių rinkimo metodika

Siekiant surasti dominančius straipsnius, peržiūrėti MEDLINE duomenų bazėje esantys straipsniai. Iki 2012 metų joje publikuoti straipsniai ieškoti pagal pagrindines sąvokas, tokias kaip sergamumas prostatos vėžiu, mirtingumas nuo jo, amžiaus-periodo-kohortos modelis, prostatos vėžio ankstyva diagnostika, prostatos specifinis antigenas, sveikatos įsitikinimų modelis, V. L. Champion klausimynas, S. P. Weinrich klausimynas, užklausas. Paieška susiaurinta, nes straipsniai turėjo būti parašyti anglų kalba, o juose turėjo būti tirta suaugusių žmonių amžiaus grupė nuo 45 iki 75 metų. Atlikus 25 876 straipsnių analizę 193 atitiko tyrimo kriterijus. Literatūros šaltinių paieškai ir duomenų bazės sukūrimui, šaltinių citavimui panaudota bibliografinių duomenų kaupimo ir apdorojimo sistema *Reference Manager v.11* (118).

3.2. Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo tyrimo metodika

Darbe panaudoti pirminiai duomenys apie naujai išaiškintus prostatos vėžio atvejus Lietuvoje 1998–2007 metais pagal amžių gauti iš Lietuvos vėžio registro (119–128). Duomenys apie mirtis nuo prostatos vėžio ir vidutinį metinį gyventojų skaičių tose pačiose amžiaus grupėse gauti iš Eurostato duomenų bazės (129).

Atsižvelgiant į tai, kad prostatos vėžys yra vyresnio amžiaus vyrų liga ir jo dažnis tiesiogiai priklauso nuo amžiaus, susirgusiųjų prostatos vėžiu ir mirusių nuo jo amžius sugrupuotas į tris stambias kategorijas remiantis (34): pirmoji – iki 55 metų, antroji – 55–74 metų ir trečioji – 75 metų ir vyresnių vyrų. Pirminės amžiaus grupės buvo plačiai žinomi aprašomojoje epidemiologijoje (35) penkmetiniai amžiaus intervalai.

Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo analizė atlikta iš 10 metų periodo – 1998–2007. Segmentinė sergamumo prostatos vėžiu ir mirtin-

gumo nuo jo dinamikos analizė, reikalaujanti ilgos laiko eilutės, atlikta už 30 metų laikotarpį – 1978–2007. Kadangi dinamikos analizė, panaudojant amžiaus-periodo-kohortos modelį turi būti atliekama laiką sugrupavus penkmečiais, analizė atlikta iš 30 metų – nuo 1979–2008. Geografiniam sergamumo paplitimui tarp 60 Lietuvos savivaldybių ėmėme trejų metų vidurkį – 2006–2008.

Modeliuojant ir interpretuojant sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos rezultatus naudojamos tokia nagrinėjamų faktorių definicija:

Laiko efektas – tai supančios aplinkos efektas, charakteringas tam tikram laiko periodui ir jo visiškai apspręstas. Populiacija rizikoje – tai tie žmonės, kurie gyvena duotuoju laiko periodu. Ši populiacija labai heterogeniška, palyginti su išgyvenusiomis kohortomis arba generacijomis. Paprastai tai būna iki 100 kasmetinių gimimo kohortų. Dažniausiai statistiškai reikšmingas laiko efektas būna dėl subjektyvių priežasčių – pasikeitimų klasifikacijose, apskaitoje, atsiradus naujiems ir efektyviems diagnostikos metodams (130).

Kohortos (generacijos) efektas – tai supančios aplinkos efektas kiekvienos kohortos atžvilgiu tam tikru laiko periodu, kada pastarosios sulaukia tam tikro amžiaus. Kohortos arba generacija esanti rizikoje yra gana tiksliai apibrėžtos kiekvienos sėkmingos – generacijos įėjimo laiku į potencialią supančios aplinkos ekspoziciją. Kiekviena generacija – unikalus praeities „gabalukas“. Didžiumoje atvejų įėjimas į šią ekspoziciją – gimimas. Jeigu generacijos „užsikloja“ pagal gyvenimo patirtį, kaip tai dažniausiai ir atsitinka, kiekviena iš jų turi savą ekspoziciją supančiai aplinkai, tačiau skirtingame amžiuje (131).

Amžiaus efektas – tai nepriklausomas nuo laiko ir patirties efektas, priklausantis nuo organizmo ląstelių diferenciacijos, senėjimo, maturacijos.

Darbe buvo tikrinama, ar paamžiniai sergamumo prostatos vėžiu rodikliai tie patys kiekvienam kohortos penkmetiniam intervalui, ar tos kreivės turi skirtingą lygį įvairiose kohortose. Buvo stengiamasi nustatyti ne tik kiekvieno iš šių trijų minėtų faktorių efektą, bet ir šio efekto statistinį reikšmingumą. Nu-

stačius tai buvo modeliuojamas dviejų svarbiausių faktorių kombinacijos efektas ir nubrėžtos šio modelio kohortinės kreivės, rodančios kiekvienos generacijos 30 metų sergamumo prostatos vėžiu ir sergamumo nuo jo dinamiką (132).

Duomenys apie lėšas (litas), skirtas prostatos vėžio antrinės profilaktikos programai pagal savivaldybes, gautos iš Valstybinės ligonių kasos (VLK). Duomenys apie naujai išaiškintus prostatos vėžio atvejus, užklausus pagal specialų algoritmą, gauti iš duomenų bazės SVEIDRA. 2006–2008 metų vidutinis gyventojų skaičius 50–74 metų amžiaus laikotarpiu savivaldybėse gautas iš Statistikos departamento. Panaudojant šiuos duomenis buvo apskaičiuoti sergamumo prostatos vėžiu intensyviniai rodikliai 100 tūkst. tikslinės grupės vyrų 60 savivaldybių.

Lygiagrečiai buvo apskaičiuotas programos finansavimo dažnio rodiklis 1000 tikslinės grupės vyrų tokiu būdu (litai/tikslinės grupės vyrų skaičius) \times 1000.

3.3. Vyrų sveikatos įsitikinimų ir žinių apie prostatos vėžį tyrimo metodika

Tyrimas siekiant nustatyti vyrų sveikatos įsitikinimus ir nuostatas į prostatos vėžio ankstyvos diagnostikos programą buvo atliktas 2009 m. kovo mėn.– 2011 m. liepos mėn. Vilniaus miesto Viešojoje įstaigoje Šeškinės poliklinikoje.

Tyrimo atlikimo metu generalinę visumą sudarė apie 6276 pacientai, kurie apsilankė pas šeimos gydytoją ir jiems buvo išduotas siuntimas atlikti PSA testą pagal Lietuvoje 2005 metais pradėtą įgyvendinti priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programą. Imties dydis apskaičiuotas panaudojant specialią programą, skirtą šiam tikslui (133). Buvo taikytos tokios sąlygos: 2 proc. marginalinė paklaida, 95 proc. pasikliovimo tikimybė esant generalinei visumai 6276, sudarė ne mažiau kaip 1737 respondentai. Programa reglamentavo tiriamųjų amžių nuo 45 iki 75 metų. Apklausus kas trečią atsitiktinai atrinktą pacientą tiriamoji imtis sudarė 1842 respondentus.

Sveikatos įsitikinimų tyrimui gavus autorės sutikimą (11.4 priedas), buvo panaudotas V. L. Champion klausimynas, taikomas onkologinių ligų profilaktikos programose (11.2 priedas). Klausimyną sudarė 46 klausimai, suskirstyti į penkis pogrupius. Penki klausimai buvo susiję su suvoktu jautrumu, septyni – su suvoktu rimtumu, penkiolika – su suvokta nauda, dvylika – su suvoktomis kliūtimis, septyni klausimai atskleidžia sveikatos motyvaciją. Į kiekvieną klausimą buvo pateikti trys atsakymų variantai pagal Likerto skalę: nesutinku (1 balas), neįsitikinęs (2 balai), sutinku (3 balai). Klausimų vidinė darna (*Cronbach* alfa kriterijus) pagal koncepcijas buvo tokia: „Jautrumo“ – 0,891, „Rimtumo“ – 0,869, „Motyvacijos“ – 0,732, „Kliūčių“ – 0,801 ir „Naudos“ – 0,799.

Vyrų žinioms apie prostatos vėžį nustatyti taikyta S. P. Weinrich ir bendr. anketa (11.3 priedas), kurios klausimų vidinė darna pagal *Cronbach* alfa kriterijų buvo 0,770. Anketą sudarė 12 klausimų, į kuriuos atsakymo galimybės buvo trys – vienas (1) – „taip“, du (2) – „ne“ ir trys (3) – „nežinau“. Klausimų grupės atspindėjo požiūrį į prostatos vėžio rizikos veiksnius (1, 3, 5 klausimai), klinikinius simptomus (2, 4 klausimai), ištyrimo galimybes (9, 10, 11, 12 klausimai) ir gydymo pasekmes (6, 7, 8 klausimai). Pagal S. P. Weinrich ir bendr. (2004) anketą, teigiami atsakymai į 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12 klausimus ir neigiami atsakymai į 3, 8, 9, 10 klausimus buvo interpretuojami kaip teisingi. Susumavus visų atsakymų balus gautų atsakymų balas varijavo nuo dviejų iki dvylikos: 2 – teisingas atsakymas į du klausimus, 12 – teisingi atsakymai į visus pateiktus klausimus.

Klausimyno sociodemografinių požymių dalį sudarė respondentų amžius, gimimo vieta, gyvenamoji vieta (miestas, kaimas), šeiminių padėtis (vedęs, nevedęs, išsiskyres, našlys, kita), išsilavinimas (pradinis, nebaigtas vidurinis, vidurinis, aukštesnysis, nebaigtas aukštasis, aukštasis), socialinė grupė (darbininkas, tarnautojas, pensininkas, neįgalus, kita) (11.1 priedas).

3.4. Tyrimo procedūra

Biomedicininiam tyrimui atlikti išduotas Vilniaus regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto leidimas Nr.158200-01-446-127 (11.5 priedas).

Tyrimo pradžioje klausimynas buvo patikrintas bandomuoju tyrimu apklausiant 20 pacientų, kuriems buvo išduotas siuntimas atlikti prostatos specifinio antigeno (PSA) testą. Neaiškūs klausimai pakoreguoti.

Vilniaus miesto Viešojoje įstaigoje Šeškinės poliklinikoje yra 57 šeimos / bendrosios praktikos gydytojų apylinkės. Atvykus pirmam pacientui į gydytojo priėmimą specialiai instrukuota bendruomenės slaugytoja pasiūlo užpildyti klausimyną, jo užpildymo kokybę ji patikrina ir pacientą neaiškiais klausimais konsultuoja. Toliau kas trečiam pacientui, atitinkančiam patikros kriterijus, taip pat duodama pildyti klausimyną. Tais atvejais, kai pacientas atsisako pildyti, klausimynas įteikiamas sekančiam pacientui. Atsitiktinės atrankos būdu buvo užtikrinta 30 proc. imties atranka.

3.5. Duomenų statistinė analizė

Tyrimo duomenų statistinė analizė atlikta taikant „Microsoft Excel for Windows 2003“ ir „SPSS 17.0 for Windows“ programas.

Rodikliai standartizuoti pagal amžių tiesioginiu metodu, panaudojant Europos standartą ir taikant standartinio duomenų apdorojimo paketo WINPEPI „Describe“ modulį (134). Greta analizuojamas ir kitas rodiklis, gautas tiesioginės standartizacijos būdu, tik su skirtingais „svoriais“ (amžiaus intervalų plotis), kumuliacinis rodiklis (Kr) (135). Jis buvo paverstas kumuliacine rizika (KR) susirgti prostatos vėžiu ir numirti nuo jo, per visą gyvenimo trukmę, remiantis šia formule:

$$KR = 100(1 - \bar{e}^{Kr})$$

Standartizuotų rodiklių dinamikos parametrus apskaičiuoti naudotas tiesinės regresijos modelis ($y=a+bx$), o pokyčiams laike grafiškai atvaizduoti naudotas statistinio apdorojimo paketas MINITAB v.15.01 (136). Dinamikai įvertinti panaudotas santykinis dydis – vidutinis kasmetinis procentinis kitimas (VKPK) apskaičiuotas pagal formulę (137):

$$VKPK = \left(\sqrt[n]{\frac{Y_L}{Y_F}} - 1 \right) \times 100\%$$

Y_F – pirmojo mirtingumo rodiklio teorinė reikšmė, Y_L – paskutinio mirtingumo rodiklio teorinė reikšmė, n – metų skaičius.

Regresijos modelio išlyginimo kokybei įvertinti panaudoti 3 rodikliai – VAPP (angl. MAPE), VAN (angl. MAD) ir VNK (angl. MSD).

Trendo statistinis reikšmingumas nustatytas remiantis p kriterijumi.

Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos analizė amžiaus kategorijose buvo atlikta panaudojant segmentinės regresijos metodą (138), kurio esmė yra ta, kad tendencija paaiškinama tam tikru linijinių segmentų skaičiumi ir gretutiniais taškais, (angl. JoinPoint), kuriuose „diagnozuojamas“ pokytis. Šis regresijos metodas, taip pat buvo naudojamas „gretutinių taškų“ skaičiaus ir vietos suradimui bei apskaičiuoti vidutiniams metiniams pokyčiams (34). Modeliavimas buvo paremtas linijinės regresijos principu, kur priklausomas kintamasis buvo sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jų rodikliai, o nepriklausomas – metai (139). Kad būtų galima nustatyti geriausiai sumodeliuotą linijinių segmentų ir gretutinių taškų kombinaciją, panaudota serija permutacijos testų, pirmiausiai testuojant nulinę hipotezę (H_0 = nėra gretutinių taškų) vs alternatyvią hipotezę (H_a =trys gretutiniai taškai). Hipotezės testavimas buvo atliekamas palaipsniui, vienetu didinant gretutinių taškų skaičių (140).

Didžiausias gretutinių taškų skaičius buvo trys kiekvienoje amžiaus kategorijoje. Kiekvienam modeliui geriausių gretutinių taškų vieta (t. y. metai ir jų 95 proc. pasikliautiniai intervalai) buvo rasta panaudojant tinklinės paieškos algoritimą (140). Atliekant kiekvieną testavimą, Bonferoni korekcija buvo pri-

taikyta su $\alpha/3$ lygmeniu, kas garantavo, kad regresijos b koeficiento I tipo paklaidos tikimybė (t. y. tvirtinimas, kad turime vieną ir daugiau gretutinių taškų, kai faktiškai jų nėra, buvo didžiausia 0,05). Analizė atlikta su segmentinės regresijos (angl. *JoinPoint*) programine įranga (2008 m. 3.3.1), kuri pasiekiamą JAV nacionaliniame vėžio institute (141).

Analizuojamų rodiklių geografinis variabilumas buvo įvertintas remiantis variacijos koeficientu (142):

$$CV = \frac{SD}{M} \times 100$$

CV – variacijos koeficientas, SD – standartinis nuokrypis ir M – vidurkis.

Ryšys tarp sergamumo ir panaudotų lėšų buvo apskaičiuotas naudojant neparametrinį Spirmeno koreliacijos koeficientą (143) ir grafiškai atvaizduotas specialiame taškiniame (angl. *scatter*) grafike (144).

Detaliai sergamumo dinamikos modeliavimo analizė aprašyta (52). Trumpai apibūdinant šį metodą buvo leista, kad sergamumas prostatos vėžiu tam tikroje amžiaus grupėje pasiskirsto pagal Puasono dėsnį su vidurkiu:

$$\mu = Nr, \text{ kur}$$

r – rizika susieta su ta amžiaus grupe, o N – nagrinėjamos populiacijos skaičius šioje amžiaus grupėje.

Rizika susirgti prostatos vėžiu „r“ buvo modeliuojama kaip keleto specialiųjų grupės charakteristikų funkcija (amžius, kalendoriniai mirties metai ir gimimo kohorta). Buvo daryta prielaida, kad:

$$\log r_{ijk} = \alpha_i + \beta_j + \gamma_k + \sigma_1 \quad (35)$$

kur: α_i atitinka amžiaus grupę (I=1...8)

ir

- i=1 yra 45-49;
- i=2 yra 50-54;
- i=3 yra 55-59;
- i=4 yra 60-64;
- i=5 yra 65-69;
- i=6 yra 70-74;

i=7 yra 75-79;

i=8 yra 80-84.

β_j atitinka gimimo kohortą (j=1...11)

ir	j=1	1902-1906
	j=2	1907-1911
	j=3	1912-1916
	j=4	1917-1921
	j=5	1922-1926
	j=6	1927-1931
	j=7	1932-1936
	j=8	1937-1941
	j=9	1942-1946
	j=10	1947-1951
	j=11	1952-1956

γ_k atitinka kalendorinį periodą (k=1...6)

ir	k=1	yra 1979-83
	k=2	yra 1984-88
	k=3	yra 1989-93
	k=4	yra 1994-98
	k=5	yra 1999-03
	k=6	yra 2004-08

r_{ijk} yra prostatos vėžio susirgimo ar mirties nuo jo rizika, asocijuota su charakteristikomis i, j ir k.

Įvairių linijinių modelių hierarchijos buvo modeliuotos panaudojant kompiuterinį paketą GLIM 3,77, kuris šiam tikslui vartoja šiuolaikinę maksimalaus tikėtimumo procedūrą. Konvergencija buvo pasiekta po 5 iteracijų, o tai rodo, kad tolesnių modeliavimo rezultatų patikimumas buvo vertintas išlyginimo kokybės matu, kuris šiuo atveju yra nuokraipos (angl. *Deviance*) santykis

su laisvės laipsnių (angl. d.f.) skaičiumi, ir panaudojant tam χ^2 metodologiją (52).

Atskirų už dinamiką atsakingų faktorių (amžius, periodas, kohorta) įtakos vertinimas buvo atliktas pritaikius publikuotą metodologiją (145).

Modelio χ^2 ir laisvės laipsnių vertė, tai dviejų faktorių nuokraipos ir laisvės laipsnių palyginimo su „pilnu“ APC modeliu analogiškais parametrais, verte.

Atskirų faktorių įtakos vertinimas buvo atliktas remiantis pavienių faktorių nuokraipos ir laisvės laipsnių (angl. d.f.) palyginimu su 0 modeliu (52).

Analizuojant anketinio tyrimo duomenis aprašomosios statistikos metodu apskaičiuotos skaitinės charakteristikos – bendras stebėjimų skaičius (N), vidurkis (M), standartinė vidurkio paklaida (SP), moda, mediana, minimali (Min) ir maksimali (Max) reikšmės.

Tiriant respondentų sveikatos nuostatas, tolydaus dydžio (atsakymų balo reikšmės) skirtumams tarp kategorinių dydžių (5 pogrupių ir nuo 5 iki 15 jas sudarančių klausimų) nustatyti naudojome vienmatės dispersinės analizės metodiką (angl. *Univariate ANOVA*) (146), kuri padeda išsiaiškinti tolydaus dydžio vidurkio variacijas ir jų statistinį reikšmingumą, priklausomai nuo kategorinio kintamojo. Skirtumo statistinis reikšmingumas nustatytas remiantis Fišerio kriterijumi F. Skirtumo tarp dviejų lyginamų vidurkių statistiniam reikšmingumui įvertinti pritaikytas t kriterijus.

Tiriant respondentų žinias apie prostatos vėžį, kai buvo analizuojami atsakymai, kurių reikšmė buvo įvertinta nominaliu dydžiu, taikyta kryžminės tabuliacijos procedūra, kurioje vienas kintamasis yra amžius, išsilavinimas, šeiminė padėtis ir socialinė grupė, kitas – visi dvylika pateiktų klausimų. Atsakymų skirtumo statistinis reikšmingumas pagal pirmą kintamąjį ir dvylika pateiktų klausimų nustatyti panaudojant Pirsono χ^2 (147). Analizėje, kurioje vienas kintamasis yra bendra balo vertė (tolydus dydis), taikyta klasikinė dispersinė analizė ir balo vidurkio statistinis reikšmingumas, priklausomai nuo pirmos klausimų grupės buvo vertinti pagal Fišerio F kriterijų. Visais atvejais skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai $p \leq 0,05$. Tais atvejais, kai skirtumo

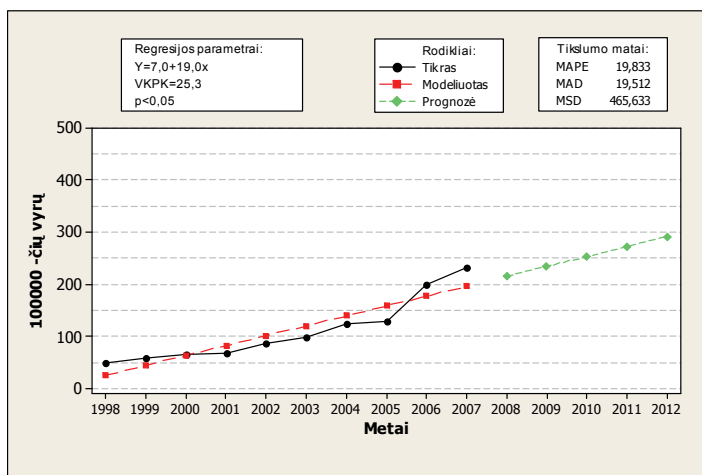
statistinis reikšmingumas tarp dviejų požymių nustatytas pasikliautinų intervalų metodu, taikytas specialus Baye'so metodas, kurio pagrindinis pranašumas – siauresni pasikliautini intervalai proporcijose, kuriose yra nedidelis stebėjimų skaičius (148).

4. REZULTATAI

4.1. Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamika Lietuvoje

4.1.1. Bendrųjų rodiklių kitimas

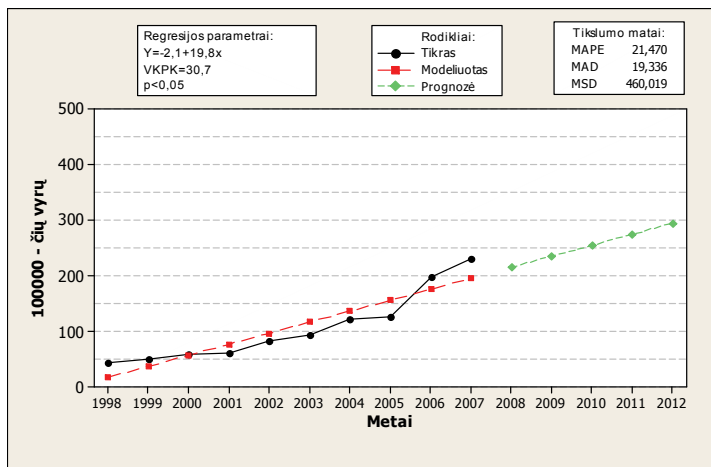
Nagrinėjamo periodo pradžioje, 1998 metais, Lietuvoje išaiškinti 708 nauji susirgimai prostatos vėžiu, o tai sudarė 42,5 atvejo 100 tūkst. vyrų. Sergamumas nežymiai didėjo iki 2001 metų, kada jau buvo išaiškinta 1007 nauji susirgimai prostatos vėžiu, ir sergamumas sudarė 61,9 atvejų 100 tūkst. vyrų. Nuo 2001 iki 2004 metų užfiksuotas gerokai didesnis sergamumo didėjimas, – jis 2004 metais pasiekė 1956 naujai išaiškintus arba 122 atvejus 100 tūkst. vyrų. 2004 ir 2005 metais dėl sunkiai paaiškinamų priežasčių sergamumas nesikeitė, o nuo 2005 metų pradėjo smarkiai didėti (VKPK – 1998–2005 m. – 14,44 ir 2005–2007 m. – 34,77). Pagal amžių standartizuoti rodikliai rodė tas pačias tendencijas, tik per analizuojamą dekadą jų didėjimo tempas buvo mažesnis (1 pav.).



1 pav. Sergamumo prostatos vėžiu standartizuotų rodiklių 100 tūkst. vyrų dinamika Lietuvoje 1998–2007 m.

1998–2007 metais grubus sergamumo rodiklis didėjo po 19,8 atvejo 100 tūkst. vyrų arba po 30,7 proc. vidutiniškai kasmet, o standartizuotas – atitinkamai po 19 atvejo 100 tūkst. vyrų ir 25,3 proc. Tai rodo, kad nagrinėjamu

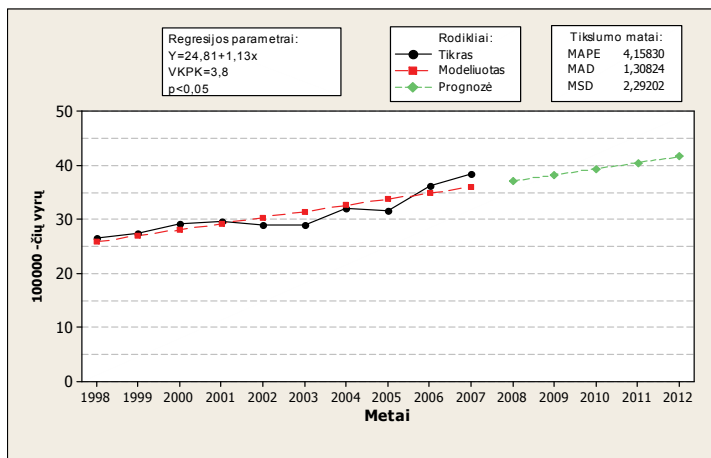
periodu tik 5,4 proc. sergamumo prostatos padidėjimo priklausė nuo Lietuvos vyrų senėjimo (2 pav.).



2 pav. Sergamumo prostatos vėžiu grubių rodiklių 100 tūkst. vyrų dinamika Lietuvoje 1998–2007 m.

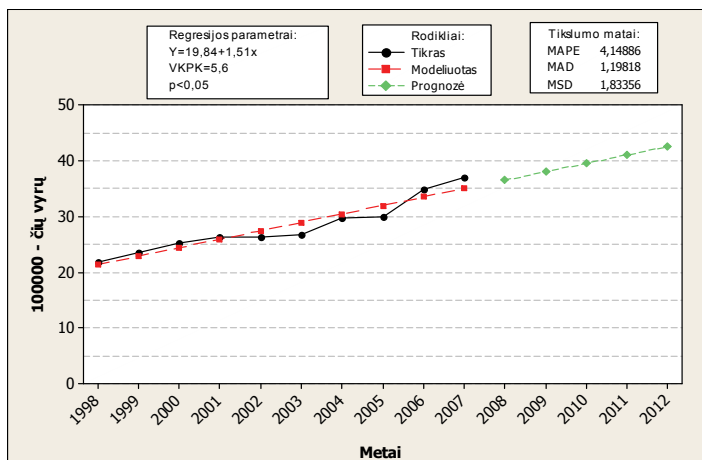
1998 metais nuo prostatos vėžio mirė 365 vyrai, o tai sudarė 21,9 mirčių 100 tūkst. vyrų. Vadinas, mirtingumas buvo 18,7 proc. mažesnis už sergamumą. Taip pat, kaip ir sergamumas, mirtingumas rodė labai nežymią didėjimo tendenciją. Periodu nuo 2000 iki 2003 metų mirtingumas nuo prostatos vėžio stabilizavosi. 2000 metais nuo prostatos vėžio mirė 413 vyrų ir mirtingumas sudarė 25,2 atvejo 100 tūkst. vyrų, 2001 metais nuo prostatos vėžio mirė 428 vyrai ir mirtingumas sudarė 26,3 atvejo 100 tūkst. vyrų, o 2003 metais mirė 430 vyrų ir sudarė 26,7 atvejo 100 tūkst. vyrų. Vadinas, mažėjo vidutiniškai kasmet po –0,68 proc.

2005 metais nuo prostatos vėžio mirė 447 vyrai ir tai sudarė 30 atvejų 100 tūkst vyrų, 2006 metais nuo prostatos vėžio mirė 552 vyrai ir sudarė 34,9 atvejo 100 tūkst. vyrų, o 2007 metais – 582 vyrai ir sudarė 37 atvejus 100 tūkst. vyrų. Nuo 2003 iki 2007 metų užfiksuoti du mirties nuo prostatos vėžio didėjimo šuoliai: pirmas mažesnis – 2003–2005 metais mirtingumas didėjo po 4,72 proc. vidutiniškai per metus, antrasis didesnis – 2005–2007 metais, kadangi mirtingumas didėjo vidutiniškai po 10,03 proc. kasmet (3 pav.).



3 pav. Mirtingumo nuo prostatos vėžio standartizuotų rodiklių 100 tūkst. vyrų dinamika Lietuvoje 1998–2007 m.

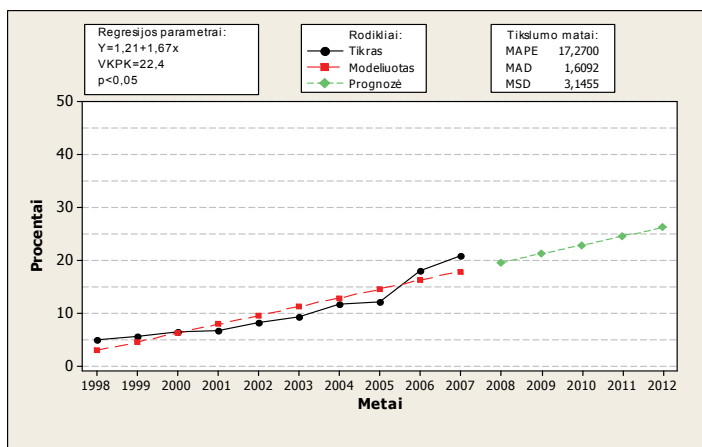
Visu analizuojamu periodu grubus mirtingumo rodiklis didėjo po 1,51 atvejo 100 tūkst. vyrų arba po 5,6 proc. vidutiniškai kasmet, o standartizuotas atitinkamai po 1,13 atvejo 100 tūkst. vyrų arba po 3,8 proc. vidutiniškai kasmet. Vadinasi, 1,8 proc. vyrų mirtingumo padidėjimo priklausė nuo senėjimo per dešimtmetį (4 pav.).



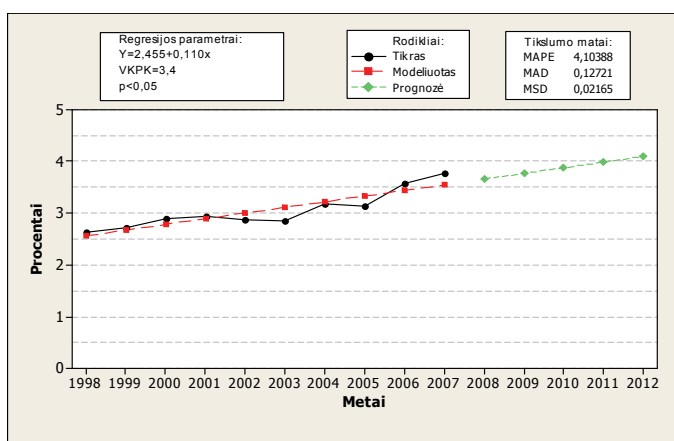
4 pav. Mirtingumo nuo prostatos vėžio grubių rodiklių 100 tūkst. vyrų dinamika Lietuvoje 1998–2007 m.

Apskaičiuoti kumuliacinės rizikos rodikliai susirgti prostatos vėžiu ir mirti nuo jo per visą gyvenimo trukmę rodo panašias kitimo laike tendencijas

(5, 6 pav.). Kumuliacinė rizika susirgti prostatos vėžiu per analizuojamą dešimtmetį kito nuo 4,88 proc. 1998 metais iki 20,82 proc. 2007 metais. Kumuliacinė rizika numirti nuo prostatos vėžio kito nuo 2,64 proc. 1998 metais iki 3,78 proc. 2007 metais. Vadinas, šalies vyrų rizika susirgti prostatos vėžiu per visą gyvenimo trukmę yra 5,5 karto didesnė nei rizika numirti. Šis santykis periodu nuo 1998 metų iki 2005 metų didėjo, o nuo 2005 metų ėmė smarkiai didėti. Dinamikoje rizika susirgti atkartuoja panašias tendencijas kaip ir standartizuoti sergamumo ir mirtingumo rodikliai.



5 pav. Kumuliacinės rizikos susirgti prostatos vėžiu rodiklių dinamika Lietuvoje 1998–2007 metais

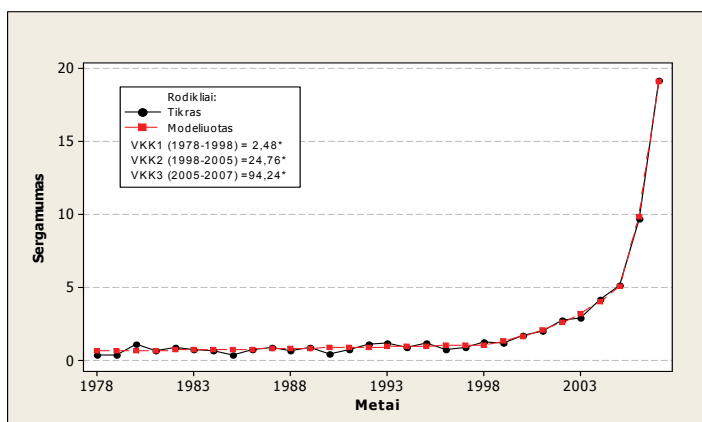


6 pav. Kumuliacinės rizikos numirti nuo prostatos vėžio rodiklių dinamika Lietuvoje 1998–2007 metais

4.1.2. Rodiklių kitimas amžiaus grupėse (kategorijose)

Amžiaus kategorijoje iki 55 metų naujai išaiškintų prostatos vėžio atvejų lyginamojo svorio vidurkis sudarė tik 3 proc. ir varijavo analizuojamu periodu nuo mažiausio (1,3 proc.) 1985 metais iki didžiausio (6,5 proc.) 2007 metais. Naujai išaiškintų ligonių lyginamasis svoris šioje amžiaus kategorijoje Lietuvoje nuosekliai pradėjo augti nuo 1999 metų ir ypač didėjo nuo 2003 metų. Itin dramatiškas naujai išaiškintų ligonių padidėjimas buvo užfiksuotas nuo 2005 metų – lyginamasis svoris išaugo dvigubai – nuo 3,3 proc. 2005-aisiais iki 6,5 proc. 2007 metais.

Sergamumas prostatos vėžiu iki 55 metų amžiaus kategorijoje rodė nežymią didėjimo tendenciją iki 2000 metų, tačiau po to stebima gan nuosekli didėjimo tendencija iki 2003-ųjų ir ypač ryški – nuo 2005 metų (7 pav.).



7 pav. Vyrų iki 55 metų sergamumo prostatos vėžiu dinamika Lietuvoje 1978–2007m.

Lūžio taškų regresijos modelis suskirstė analizuojamą trisdešimties metų periodą į 3 dinamikos etapus, kur visuose stebimas statistiškai reikšmingas sergamumo augimas (1978–1998 m.) po 2,5 proc., 1998–2005 m. tempas išaugo 10 kartų ir sudarė po 24,8 proc. vidutiniškai kasmet. Trečiame periodu (2005–2007 m.) sergamumas didėjo po 94 proc. vidutiniškai kasmet (95 proc.

PI nuo 59,3 iki 136,8) (2 lentelė). Palyginti su antruoju periodu sergamumas padidėjo beveik 4 kartus, o lyginant su pirmuoju periodu – 38 kartus.

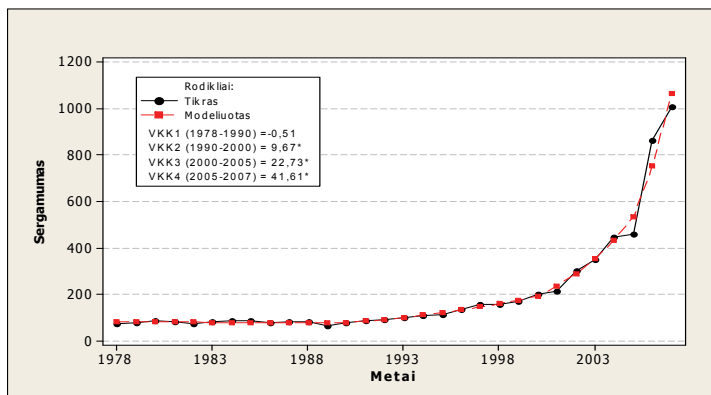
2 lentelė. Sergamumo prostatos vėžiu 1978–2007 m. įvairiose amžiaus kategorijose pagrindiniai segmentinės regresijos parametrai

Amžiaus kategorijos	Paskutinio lūžio metai ^a	Paskutinis kasmetinis procentinis kitimas
<i>2 lūžio taškai</i> iki 55 metų	2005 (2003, 2005)	94,2* (59,3, 136,8)
<i>3 lūžio taškai</i> 55–74 metų	2005 (2000, 2005)	41,6* (32,8, 51,0)
<i>3 lūžio taškai</i> 75+ metų	2005 (2002, 2005)	–3,4 (0, 12,6)

^a Skliausteliuose yra 95 proc. pasikliautiniai intervalai metams, kada pokytis užfiksuotas. Šis intervalas rodo neapibrėžtumo laipsnį nuo modeliavimo proceso.

Antroje amžiaus kategorijoje (55–74 m.) naujai išaiškintų prostatos vėžio atvejų lyginamojo svorio vidurkis sudarė 55,5 proc. ir varijavo analizuojamu periodu nuo mažiausio (44,3 proc.) 1984 metais iki didžiausio (73,8 proc.) 2007 metais. Naujai išaiškintų ligonių lyginamasis svoris šioje amžiaus kategorijoje Lietuvoje mažėjo nuo 55,3 proc. 1981 metais iki 44,3 proc. 1984 metais, tačiau nuo 1985 metų lyginamasis svoris nuosekliai pradėjo augti nuo 46,3 proc. iki 57,5 proc. 1994 metais. 1996–1998 metais stabilizavosi nuo 60,5 proc. iki 60,7 proc. ir nuo 1999 metų lyginamasis svoris vėl pradėjo augti nuo 57,2 proc. iki 73,8 proc. 2007 metais. Itin dramatiškas naujai išaiškintų ligonių padidėjimas buvo užfiksuotas nuo 2004 metų – lyginamasis svoris išaugo nuo 61,2 proc. 2004 metais iki 73,8 proc. 2007 metais.

Sergamumas prostatos vėžiu antroje amžiaus kategorijoje rodė nežymią mažėjimo tendenciją iki 1990 metų, tačiau po to stebima gana nuosekli didėjimo tendencija iki 2000-ųjų ir ypač ryški nuo 2005 metų (8 pav.).

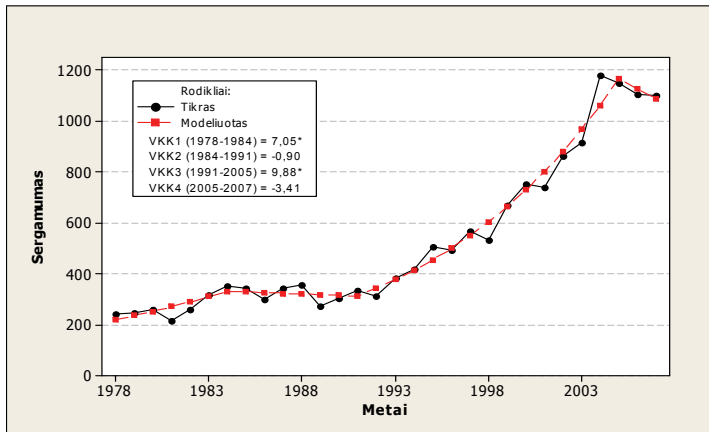


8 pav. 55–74 metų vyrų sergamumo prostatos vėžiu dinamika Lietuvoje 1978–2007 m.

Segmentinės regresijos metodu trisdešimties metų analizuojamas periodas buvo suskirstytas į 4 dinamikos etapus. Pirmame etape (1978–1990 m.) sergamumas mažėjo vidutiniškai kasmet po 0,5 proc. Kituose trijuose etapuose stebimas statistiškai reikšmingas sergamumo augimas: nuo 1990-ųjų iki 2000 metų didėjo po 9,7 proc., o nuo 2000-ųjų iki 2005 metų – po 22,7 proc. Ketvirtu periodu (2005–2007 m.), palyginti su trečiuoju periodu, sergamumas padidėjo beveik 2 kartus, o palyginti su antruoju periodu – 4,5 karto, vidutiniškai po 41,6 proc. kasmet (95 proc. PI nuo 32,8 iki 51,0) (2 lentelė).

75-erių ir vyresnių amžiaus kategorijoje vyrų naujai išaiškintų prostatos vėžio atvejų lyginamojo svorio vidurkis sudarė 41,6 proc. ir varijavo analizuojamu periodu nuo mažiausio (19,7 proc.) 2007-aisias iki didžiausio (53,5 proc.) 1984 metais. Naujai išaiškintų ligonių lyginamasis svoris šioje amžiaus kategorijoje Lietuvoje mažėjo nuo 44,8 proc. 1978-aisiais iki 41,6 proc. 1981 metais. Nuo 1982 metų lyginamasis svoris nuosekliai pradėjo augti nuo 48,1 proc. iki 53,5 proc. 1984 metais. Nuo 1987 metų iki 1998 metų vėl pradėjo mažėti nuo 50,6 proc. iki 36,9 proc. ir nuo 1999 metų lyginamasis svoris mažėjo nuo 40,8 proc. iki 19,7 proc. 2007 metais.

Sergamumas prostatos vėžiu šioje amžiaus kategorijoje rodė nežymią didėjimo tendenciją iki 1991 metų, tačiau po to stebima gana nuosekli didėjimo tendencija iki 2005-ųjų, o nuo 2005-ųjų iki 2007 metų – stebimas sergamumo mažėjimas (9 pav.).

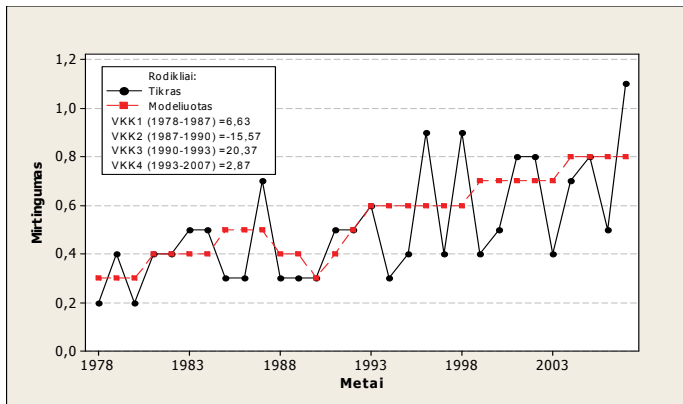


9 pav. Sergamumo prostatos vėžiu 75 ir vyresnių vyrų dinamika Lietuvoje 1978–2007 m.

Lūžio taškų regresinės analizės metodu analizuojamas trisdešimties metų periodas buvo suskirstytas į 4 dinamikos etapus. Pirmu etapu (1978–1984 m.) stebimas statistiškai reikšmingas augimas po 7 proc. vidutiniškai kasmet. Antru etapu (1984–1991 m.) stebimas statistiškai reikšmingas mažėjimas po 0,9 proc. vidutiniškai kasmet, trečiuoju (1991–2005 m.) – stebimas statistiškai reikšmingas augimas po 9,9 proc. vidutiniškai kasmet. Ketvirtu etapu (2005–2007 m.) sergamumas mažėjo po 3,4 proc. vidutiniškai kasmet (95 prov. PI nuo 0 iki 12,6) (2 lentelė).

Amžiaus kategorijoje iki 55-erių metų mirusių nuo prostatos vėžio skaičiaus lyginamojo svorio vidurkis nedaug skyrėsi nuo susirgusiųjų, sudarė 2,3 proc. ir varijavo analizuojamu periodu nuo mažiausio (1,1 proc.) 2006 metais iki didžiausio (4,2 proc.) 1987 metais. Mirusių ligonių lyginamasis svoris šioje amžiaus kategorijoje Lietuvoje labai plačiai varijavo dinamikoje, dažniausiai analizuojamu periodu sudarydamas 1,7 proc. 2006 metais mirę šios amžiaus kategorijos sudarė 1,1 proc. nuo visų mirusių, o 2007 m. lyginamasis svoris padidėjo dvigubai, sudarydamas jau 2,4 proc.

Mirtingumas nuo prostatos vėžio šioje amžiaus kategorijoje labai plačiai varijavo dinamikoje (10 pav.).

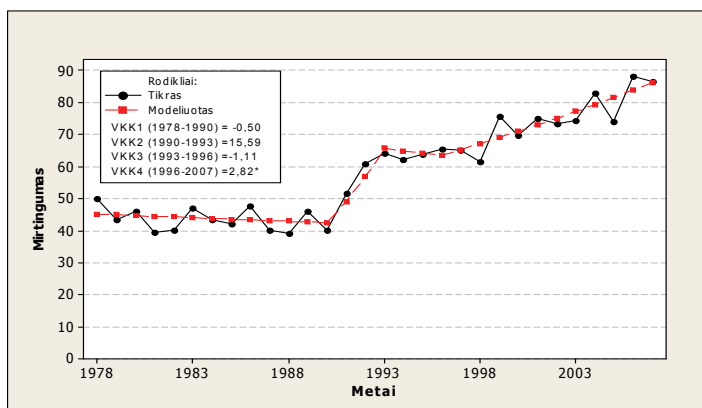


10 pav. Vyrų iki 55 metų mirtingumo nuo prostatos vėžio dinamika Lietuvoje 1978–2007 m.

Segmentinė regresija per 30 metų užfiksavo 4 laiko segmentus – pirmame (1978–1987 m.) didėjimą po 6,6 proc. vidutiniškai kasmet, antrame (1987–1990 m.) mirtingumo mažėjimą po 15,6 proc. vidutiniškai kasmet, trečiame (1990–1993 m.) mirtingumo didėjimą po 20,4 proc. vidutiniškai kasmet, ir paskutiniame – ketvirtame (1993–2007 m.) – didėjimą po 2,9 proc. vidutiniškai kasmet (95 proc. PI nuo 0 iki 7,7) (3 lentelė). Tačiau, dėl ženklaus mirtingumo rodiklių variabilumo dinamikoje šie mirtingumo dinamikos kitimai nebuvo statistiškai reikšmingi, todėl gali būti atsitiktiniai.

Amžiaus kategorijoje 55–74 metų mirusių nuo prostatos vėžio skaičiaus lyginamojo svorio vidurkis sudarė 46,4 proc. ir varijavo analizuojamuoju periodu nuo mažiausio (38,9 proc.) 1988 metais iki didžiausio (53,2 proc.) 1978 metais. Mirusių ligonių lyginamasis svoris šioje amžiaus kategorijoje Lietuvoje dažniausiai sudarė 46,8 proc. 2005 metais mirę šio amžiaus kategorijos sudarė 41,7 proc. nuo visų mirusių, o 2007 m. lyginamasis svoris sumažėjo iki 39,7 proc.

Mirtingumas nuo prostatos vėžio 55–74 metų amžiaus kategorijos varijavo dinamikoje (11 pav.).



11 pav. 55–74 metų vyrų mirtingumo nuo prostatos vėžio dinamika Lietuvoje 1978–2007 m.

Lūžio taškų regresija 30 metų periodu užfiksavo 4 laiko segmentus. Trijuose laiko segmentuose stebimi statistiškai nereikšmingi kitimai – pirmame (1978–1990 m.) mažėjimas po 0,5 proc. vidutiniškai kasmet, antrame laiko segmente (1990–1993 m.) stebimas mirtingumo didėjimas po 15,6 proc. vidutiniškai kasmet, trečiame (1993–1996 m.) – mirtingumo mažėjimas po 1,1 proc. kasmet. Paskutiniame ketvirtame segmente (1996–2007 m.) stebimas statistiškai reikšmingas mirtingumo didėjimas – po 2,8 proc. (95 proc. PI nuo 1,6 iki 4,0) vidutiniškai kasmet (3 lentelė).

3 lentelė. Mirtingumo nuo prostatos vėžio 1978–2007 m. įvairiose amžiaus kategorijose pagrindiniai segmentinės regresijos parametrai

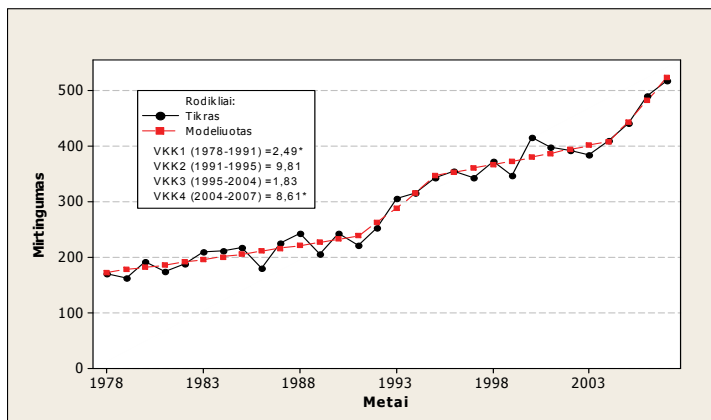
Amžiaus kategorijos	Paskutinio lūžio metai ^a	Paskutinis kasmetinis procentinis kitimas
3 lūžio taškai iki 55 metų	1993 (1986, 2005)	2,9 (0, 7,7)
3 lūžio taškai 55–74 metų	1996 (1990, 2005)	2,8* (1,6, 4,0)
3 lūžio taškai 75+ metų	2004 (1993, 2005)	8,6* (1,3, 16,3)

^a Skliausteliuose yra 95 proc. pasikliautiniai intervalai metams, kada pokytis užfiksuotas. Šis intervalas rodo neapibrėžtumo laipsnį nuo modeliavimo proceso.

75-erių ir vyresnių amžiaus kategorijoje mirusių nuo prostatos vėžio skaičiaus lyginamojo svorio vidurkis sudarė 51,3 proc. ir varijavo analizuojamu periodu nuo mažiausio (45,2 proc.) 1978 metais iki didžiausio (59,0 proc.)

1988-aisiais. Mirusių ligonių lyginamojo svorio vidurkis šioje amžiaus kategorijoje Lietuvoje dažniausiai sudarė 45,8 proc. 1992–1993 metais ir 56,2 proc. 2005–2006 metais. 2004 metais mirę šioje amžiaus kategorijoje sudarė 51,4 proc. nuo visų mirusių, o 2007 m. lyginamasis svoris didėjo iki 57,9 proc.

Mirtingumas nuo prostatos vėžio 75-erių ir vyresnių vyrų amžiaus kategorijoje varijavo dinamikoje (12 pav.).



12 pav. Mirtingumo nuo prostatos vėžio 75 m. ir vyresnių vyrų grupės dinamika Lietuvoje 1978–2007 m.

Segmentinė regresija 30-ies metų periodu užfiksavo 4 laiko segmentus. Pirmame laiko segmente (1978–1991 m.) stebimas statistiškai reikšmingas mirtingumo augimas po 2,5 proc. Antrame laiko segmente (1991–1995 m.) ir trečiame (1995–2004 m.) stebimas statistikai nereikšmingas mirtingumo didėjimas – atitinkamai po 9,8 proc. ir po 1,8 proc. vidutiniškai kasmet. Paskutiniame ketvirtame (2004–2007 m.) segmente stebimas statistiškai reikšmingas mirtingumo augimas po 8,6 proc. (95 proc. PI nuo 1,3 iki 16,3) vidutiniškai kasmet (3 lentelė).

4.1.3. Amžiaus-periodo-kohortos faktoriai ir jų tarpusavio įtaka sergamumo prostatos vėžiu dinamikai Lietuvoje 1979–2008 m.

Tyrimė buvo tikrinama: ar paamžiniai sergamumo prostatos vėžiu rodikliai tie patys kiekvienam kohortos penkmetiniam intervalui, ar tos kreivės turi skirtingą lygį įvairiose kohortose. Buvo stengiamasi nustatyti ne tik kiekvieno iš šių trijų minėtų faktorių efektą, bet ir šio efekto statistinį reikšmingumą. Nustačius tai buvo modeliuojamas dviejų svarbiausių faktorių kombinacijos efektas ir nubrėžtos šio modelio kohortinės kreivės, rodančios kiekvienos generacijos 30 metų sergamumo prostatos vėžiu ir sergamumo nuo jo dinamiką.

Gauti modeliavimo rezultatai parodyti 4 ir 5 lentelėse. Prie nulinio modelio („0“) pridėjus amžiaus parametą prarandame 7 laisvės laipsnius (angl. d.f.), o nuokraipos skirtumas yra 31 117. Vienam laisvės laipsniui tai duoda nuokraipos pokytį 4445. Tai rodo, kad amžius daro ypač svarbią įtaką sergamumo prostatos vėžiu dinamikai.

4 lentelė. Pavienių už sergamumo prostatos vėžiu dinamiką atsakingų faktorių (amžius, periodas, kohorta) įtakos vertinimas

Modelis	Nuokraipa (D)	Laisvės laipsnio skaičius (d.f.)	Nuokraipos skirtumas	Laisvės laipsnių skirtumas	Nuokraipa vienam laisvės laipsniui	p
Bendras („0“)	48674	47				
Amžius	17557	40	31117	7	4445,29	<0,0001
Periodas	30857	42	17817	5	3563,4	<0,0001
Kohorta	44681	35	3993	12	333,75	<0,0001

Prie 0 modelio pridėję periodo parametą, prarandame 5 laisvės laipsnius, o nuokraipos skirtumas yra 17 817. Vienam l.l. tai duoda nuokraipos pokytį 3563, o tai rodo, kad periodo parametras turėjo taip pat didelę įtaką sergamumo prostatos vėžiu dinamikai.

Prie 0 modelio pridėjus kohortą, prarandame 12 laisvės laipsnių, nuokraipos skirtumas yra 3993. Vienam laisvės laipsniui tai duoda nuokraipos po-

kytį, lygų 334. Tai rodo, kad kohortos faktorius sergamumo prostatos vėžiu dinamiškai nebuvo toks reikšmingas kaip pirmieji du.

Vertinant kohortos įtaką A+P modelio parametrai lyginti su pilno modelio analogiškais parametrais, dėl to skirtumas nuokraipoje gautas 1073, o laisvės laipsnių praradimas 11. Vienam laisvės laipsniui šis praradimas buvo 98, o tai rodo, jog pilname modelyje kohortos parametro įtaka buvo nežymi (5 lentelė).

Vertinant kalendorinio Periodo įtaką dinamikai, A+K parametrai buvo lyginami su pilnu modeliu. Nustatyta, kad lygindami su pilnu modeliu gavome laisvės laipsnių sumažėjimą iki 4 ir nuokraipos skirtumą 620. Vienam laisvės laipsniui tai sudarė 155, o tai rodo, kad periodo įtaka dinamikos procesui buvo didesnė negu kohortos.

Įvertinus amžiaus įtaką dinamikos procesui P+K modelio parametrai lyginti su pilnu modeliu. Laisvės laipsnių skaičius sumažėjo iki 6, o skirtumas nuokraipoje – 3068. Vienam laisvės laipsniui šis skirtumas buvo 511, o tai rodo, kad vertinant du faktorius kartu, amžiaus įtaka buvo tris kartus svarbesnė už periodo ($511:155=3,3$) ir penkis kartus ($511:98=5,2$) didesnė už kohortos įtaką.

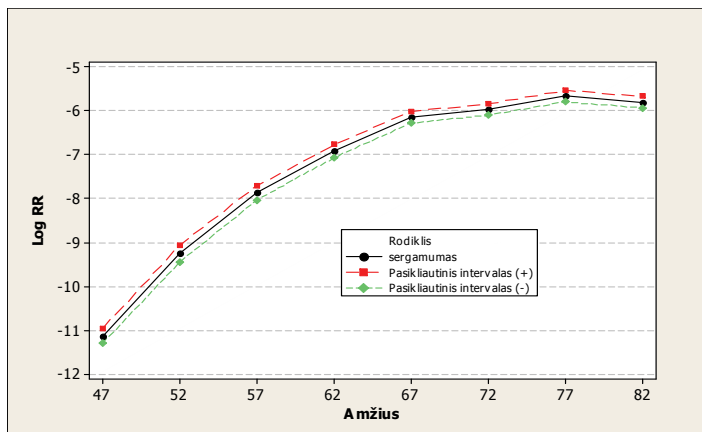
5 lentelė. Dviejų už sergamumo prostatos vėžiu dinamiką atsakingų faktorių kombinacijų įtaka buvo įvertinta šių faktorių nuokraipos ir l.l. palyginimu su pilnu APC modeliu

Modelis	Nuokraipa (D)	Laisvės laipsnių skaičius (df)	Tikėtimumo santykio rodiklis (TS)	df*	Δ	p
AP	1416,5	35	1073,35	11	98	<0,0001
AK	963,9	28	620,75	4	155	<0,0001
PK	3411,6	30	3068,5	6	511	<0,0001
APK	343,15	24				

df* laisvės laipsnių padidėjimas nuo „pilno“ (APK) modelio; AP – amžiaus-periodo modelis; AK – amžiaus-kohortos modelis; PK periodo – kohortos modelis, APK – pilnas amžiaus – periodo-kohortos modelis, Δ – Nuokraipos pokytis vienam laisvės laipsniui.

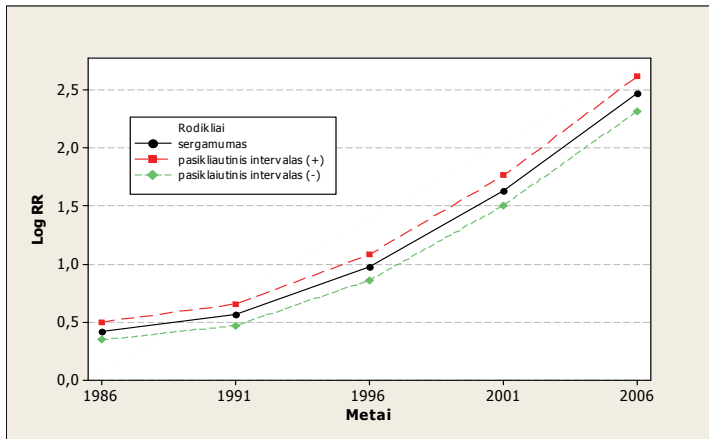
Tryliktoje diagramoje pavaizduota sergamumo prostatos vėžiu priklausomybės nuo amžiaus kreivė Lietuvoje per 30 metų periodu nuo 1979 iki 2008

metų. Didėjant amžiui, stebimas ryškus sergamumo prostatos vėžiu didėjimas iki 67 m. (65–69), po to kilimas sumažėja, bet vis tiek rodo didėjimo tendenciją. Nuo 77 metų amžiaus stebimas nežymus sergamumo sumažėjimas iki kito amžiaus intervalo (13 pav.).



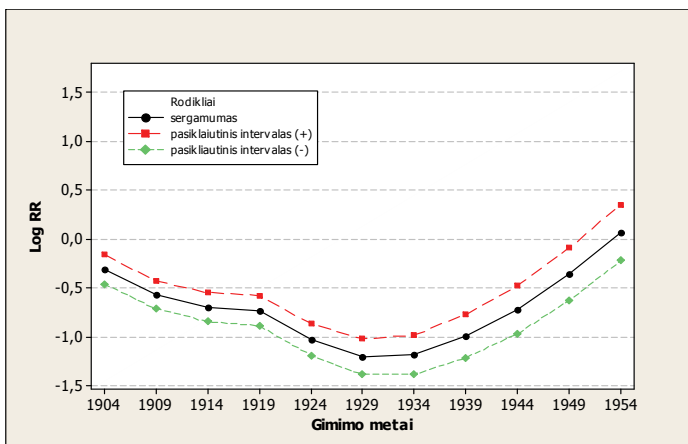
13 pav. Sergamumo prostatos vėžiu amžiaus kreivė Lietuvoje 1979–2008 m. ir jos 95 proc. pasikliautiniai intervalai skirtingais penkmečiais (pilnas amžius+periodas+kohorta modelis)

Vertinant sergamumo prostatos vėžiu periodo efektą nustatyta, kad stebimas nuoseklus sergamumo didėjimas, kurio tempai tarp įvairių periodų buvo skirtingi, nuo 1986–1991 metų nežymiai didėjo, tačiau vėlesniais periodais (intervalais) užfiksuota gerokai didesne sergamumo didėjimo tendencija, ypatin- gai išreikšta paskutiniame periode 2001–2006 m. (14 pav.).



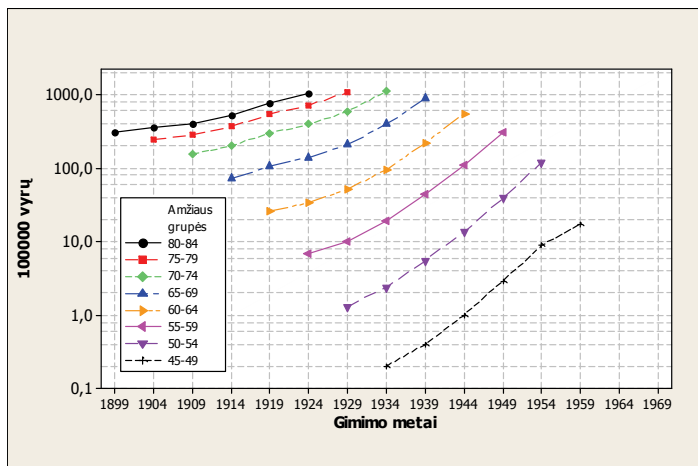
14 pav. Sergamumo prostatos vėžiu periodo kreivė Lietuvoje 1979–2008 m. ir jos 95 proc. pasikliautiniai intervalai skirtingais penkmečiais (pilnas amžius+periodas+kohorta modelis)

Kohortos efektas rodo, kad pradinėse kohortose buvo stebimas aukštas sergamumas prostatos vėžiu ir turėjo tendenciją mažėti gimusių iki 1929 metų, gimusių 1929–1934 metais sergamumas stabilizavosi, o gimusių nuo 1934 m. sparčiai pradėjo didėti su kiekviena kita kohorta, paskutinės kohortos sergamumas viršijo seniausios kohortos sergamumą (15 pav.).



15 pav. Sergamumo prostatos vėžiu kohortos kreivė Lietuvoje 1979–2008 m. ir jos 95 proc. pasikliautiniai intervalai skirtingais penkmečiais (pilnas amžius+periodas+kohorta modelis)

Analizuojant sergamumo prostatos vėžiu pokyčius per 30 metų laikotarpį pagal amžiaus grupes ir gimimo metus stebima sergamumo rodiklių sparti augimo tendencija visose gimusiųjų kartose (16 pav.).



16 pav. Sergamumo prostatos vėžiu dinamika Lietuvoje 1979–2008 m. įvairiose amžiaus grupėse pagal gimimo kohortą (pilnas amžius+periodas+kohorta modelis)

Jaunesnėse kartose (45–49 m.), gimusiųjų nuo 1934 metų iki 1954 metų sergamumas prostatos vėžiu didėjo (nuo 0,2 iki 8,9 atvejų 100 tūkst. vyrų), o gimusiųjų 1959 metų kartose siekė 17,3 atvejų 100 tūkst. vyrų. Vyrų (50–54 m.), gimusių nuo 1929 metų iki 1954 metų kartose sergamumas savo absoliutiškai reikšme buvo 12–14 kartų didesnis už prieš tai buvusią amžiaus grupę ir taip pat rodė didėjimo tendenciją (nuo 1,3 iki 120,8 atvejų 100 tūkst. vyrų), sergamumas prostatos vėžiu padidėjo 93 kartus. Vyrų 55–59 metų, gimusių nuo 1924 iki 1929 m. kartose sergamumas didėjo (nuo 6,9 iki 10,2 atvejų 100 tūkst. vyrų), o gimusių nuo 1929 iki 1949 metų sergamumas prostatos vėžio sparčiai didėjo (nuo 10,2 iki 312,9 atvejų 100 tūkst. vyrų), sergamumas prostatos vėžiu padidėjo 31,7 karto).

Sergamumo prostatos vėžiu rodiklis buvo 8 kartus didesnis už prieš tai buvusią amžiaus grupę. Vyrų 60–64 metų, gimusių nuo 1919 iki 1924 metų kartose sergamumas didėjo (nuo 25,7 iki 34,2 atvejo 100 tūkst. vyrų), tačiau gimusiųjų nuo 1929 iki 1944 metų kartose sergamumas savo absoliutine

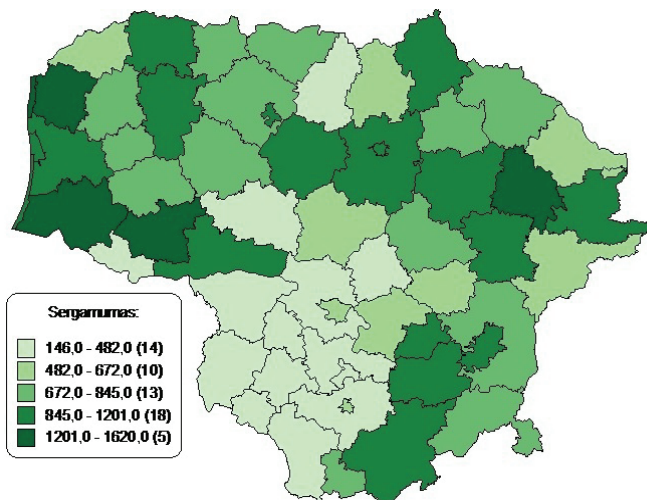
reikšme buvo 5 kartus didesnis už prieš tai buvusią amžiaus grupę ir stebima ypatinga didėjimo tendencija (nuo 34,2 iki 550,8 atvejo 100 tūkst. vyrų, sergamumas prostatos vėžiu padidėjo 16,1 karto). Vyrų 65–69 metų, gimusių nuo 1914 iki 1924 metų kartose sergamumas prostatos vėžiu didėjo, o gimusių nuo 1924 iki 1939 metų kartose stebima ryški didėjimo tendencija (nuo 140,4 iki 904,3 atvejo 100 tūkst. vyrų sergamumas prostatos vėžiu padidėjo 6,4 karto). Sergamumo prostatos vėžiu rodiklis buvo 4 kartus didesnis už prieš tai buvusią amžiaus grupę. Vyrų 70–74 metų, gimusių nuo 1909 iki 1919 metų kartose sergamumas prostatos vėžiu nežymiai didėjo, o gimusiųjų po 1919 metų kartose sergamumas savo absoliutine reikšme buvo 3 kartus didesnis už prieš tai buvusią amžiaus grupę ir taip pat rodė didėjimo tendenciją (nuo 299,0 iki 1121,5 atvejo 100 tūkst. vyrų sergamumas prostatos vėžiu padidėjo 3,8 karto). Vyrų 75–79 metų, gimusių nuo 1904 1909 metų kartose nežymiai didėjo (nuo 247,4 iki 283,5 atvejo 100 tūkst. vyrų), tačiau gimusių po 1909 metų stebimas sergamumas prostatos vėžiu didėjimo (nuo 283,5 iki 1078,4 atvejo 100 tūkst. vyrų, sergamumas padidėjo 3,8 karto). Sergamumo prostatos vėžiu rodiklis buvo 1,8 karto didesnis už prieš tai buvusią amžiaus grupę. Vyresnėse vyrų kartose (80–84 m.), gimusių nuo 1899 iki 1909 metų, sergamumas prostatos vėžiu nežymiai didėjo, o gimusių po 1909 metų kartose sergamumas savo absoliutine reikšme buvo 1,4 karto didesnis už prieš tai buvusią amžiaus grupę ir taip pat rodė didėjimo tendenciją (nuo 406,0 iki 1036,4 atvejo 100 tūkst. vyrų sergamumas prostatos vėžiu padidėjo 2,6 karto).

Vyrų, gimusių 1934 metais kartos aukščiausi sergamumo prostatos vėžiu rodikliai buvo registruoti jiems sulaukus 70–74 metų 2004–2008 metais. Mažiausi vyrų sergamumo prostatos vėžio rodikliai pastebėti 1934 metais. Kartos – 45–49 metų 1984–1988 metais.

4.2. Sergamumo prostatos vėžiu ir profilaktinės programos lėšų panaudojimo netolygumai Lietuvoje 2006–2008 m.

Sergamumo prostatos vėžiu rodiklių vidurkis buvo 779,5/100 tūkst. Šių rodiklių variabilumas, vertinant variacijos koeficientą, 60 savivaldybių buvo aukštas ir sudarė 43,6 proc. Mažiausias sergamumo rodiklis buvo užfiksuotas Kazlų Rūdos savivaldybėje – 146,8, o didžiausias Kretingos rajono – 1619,3 atvejo 100 tūkst. vyrų. Kadangi Kazlų Rūdos savivaldybė labai maža, todėl intensyvinio rodiklio variacija gali būti atsitiktinė.

Sergamumas prostatos vėžiu analizuojamu periodu 100 tūkst. tikslinės grupės vyrų (50–74 m.) pavaizduotas (17 pav.).



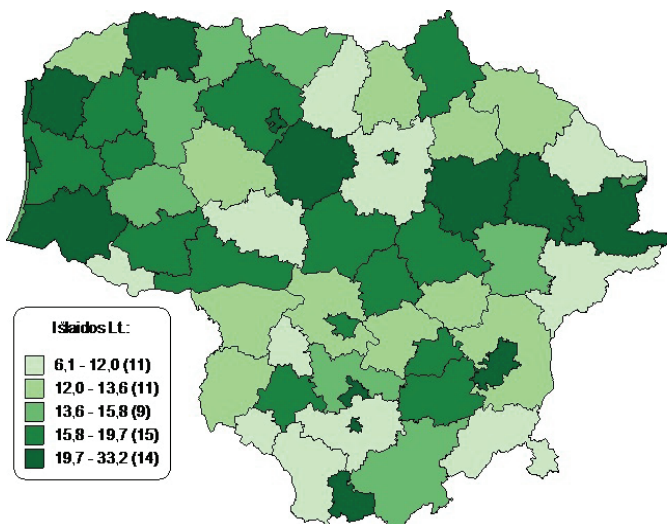
17 pav. Sergamumas prostatos vėžiu 2006–2008 m. 100 tūkst. tikslinės amžiaus grupės (50–74 m.) vyrų

Aukšti ir labai aukšti rodikliai nuo 845 iki 1620 naujai išaiškintų prostatos vėžio atvejų 100 tūkst. tikslinės grupės vyrų stebimi 23 savivaldybėse, sankaupos nustatytos vakarinėje šalies dalyje – Neringos, Klaipėdos rajono, Klaipėdos miesto, Palangos miesto, Mažeikių rajono, Telšių rajono, Tauragės rajono, Šilutės rajono ir Kretingos rajono savivaldybėse. Vidutinis lygis (nuo 672 iki 845 naujai išaiškintų prostatos vėžio atvejų 100 tūkst. tikslinės grupės vyrų)

„išsibarstęs“ netolygiai ir neturi tendencijos į sankaupas (13 savivaldybių – Rokiškio rajono, Kupiškio rajono, Kelmės rajono, Druskininkų, Šiaulių rajono, Šalčininkų rajono, Plungės rajono, Akmenės rajono, Rietavo, Šilalės rajono, Vilniaus rajono, Ukmergės rajono, Joniškio rajono). Labai mažas ir mažas sergamumas prostatos vėžiu nuo 146 iki 672 atvejų 100 tūkst. tikslinės grupės vyrų aptiktas (24 savivaldybėse) sankaupas stebime pietinėje Lietuvos dalyje – Kazlų Rūdos, Kalvarijų, Birštono, Šakių rajono, Vilkaviškio rajono, Alytaus rajono, Prienų rajono, Pakruojo rajono, Lazdijų rajono, Marijampolės, Kauno rajono savivaldybėse.

Finansavimo dažnio vidurkis, įvertinus 60 savivaldybių rodiklius, buvo 15,6 tūkst. Lt 1000 tikslinės grupės vyrų. Finansavimo intensyvumo rodikliai varijavo mažiau – 30,8 proc. Mažiausias finansavimo rodiklis buvo aptiktas Panevėžio rajono savivaldybėje – 6,1 tūkst., o didžiausias Druskininkų – 33,2 tūkst. Lt. 1000 tikslinės grupės vyrų.

Kartogramoje (18 pav.) pavaizduotos – panaudotos lėšos (litais) 2006–2008 metų 1000 tikslinės grupės vyrų. Finansavimo rodikliai beveik atkartoja, su kai kuriomis išimtimis, sergamumo prostatos vėžiu kartogramą, – savivaldybėse, kuriose užfiksuotas didesnis sergamumas prostatos vėžiu, stebimos didesnės lėšų sankaupos (daugiau skirta pinigų) – nuo 19,7 tūkst. Lt. iki 33,2 tūkst. Lt. – Šilutės rajono, Palangos miesto, Kretingos rajono ir Utenos rajono savivaldybėse.



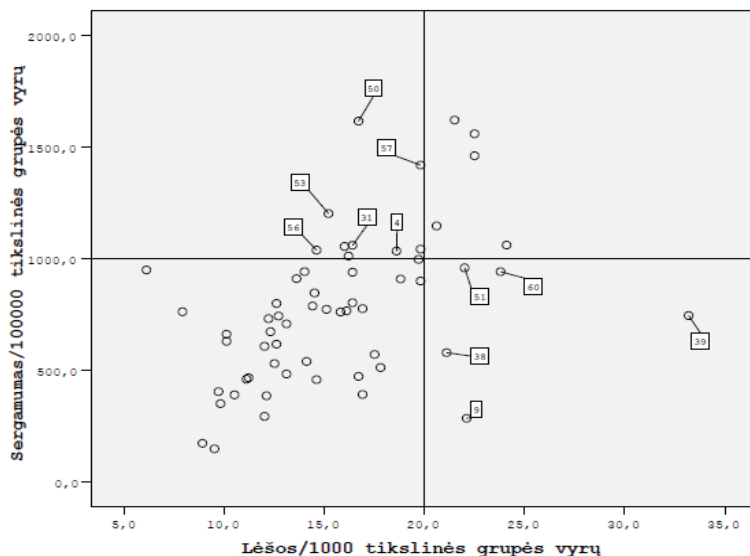
18 pav. Panaudotos lėšos 2006–2008 m. 1000 tikslinės amžiaus grupės vyrų

Pritaikius Spirmeno neparimetrinę koreliacinę analizę nustatyta, kad tarp sergamumo prostatos vėžiu ir intensyvinio finansavimo rodiklio (tūkst. Lt 1000-iui tikslinės grupės vyrų) aptiktas tik vidutinio stiprumo, statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys ($\rho=0,555$; $p<0,05$).

Tai patvirtina faktą, kad tose savivaldybėse, kur didesnis finansavimas, stebima tendencija ir didesniam sergamumui prostatos vėžiu. Šis tik vidutinio stiprumo koreliacinis ryšys taip pat rodo, kad dalyje savivaldybių nėra šios priklausomybės, t. y. ne visada didelių lėšų skyrimas *a priori* garantuoja didesnį išaiškinamumą.

Siekdami tai išryškinti koreliacijos duomenis pavaizdavome specialiaame grafike (19 pav.), kuriame X ašyje pavaizduotos lėšos didėjančia tvarka (tūkst. litų/1000 tikslinės grupės vyrų). Y ašyje – sergamumas prostatos vėžiu/100 tūkst. tikslinės grupės vyrų (50–74 m.). Apatiniame medialiniame ir viršutiniame lateraliniame kvadrantuose (trys ketvirtadaliai savivaldybių – Utenos rajono, Šilutės rajono, Palangos miesto, Kretingos rajono ir kitos savivaldybės) yra teigiamas ryšys, tiesioginė priklausomybė, t. y. kuo daugiau skirta lėšų, tuo didesnis sergamumas prostatos vėžiu. Tačiau savivaldybės, patekusios į viršutinį medialinį ir apatinį lateralinį kvadrantą rodo priešingą tendenciją – Tauragės rajono (50), Telšių rajono (53), Moletų rajono (56), Biržų rajono (31), Tra-

kų (4) savivaldybėse, kur skirtas mažesnis finansavimas, aptikti aukšti sergamumo rodikliai, tuo tarpu Druskininkų (39), Birštono (9), Alytaus miesto (38), Ignalinos rajono (60) ir Mažeikių rajono (51) savivaldybėse – skirta daugiau lėšų, o susirgimų prostatos vėžiu skaičius mažas.



19 pav. Panaudotų lėšų programai ir sergamumo prostatos vėžiu ryšys 60 savivaldybių

4.3. Vyrų požiūris į ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką, sąsajos su sveikatos įsitikinimais

4.3.1. Respondentų socialinių ir demografinių požymių analizė

Į sveikatos įsitikinimų tyrimą buvo įtraukti 1842 vyrai, dalyvavę prostatos vėžio ankstyvos diagnostikos programoje. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 45 metų iki 79 metų, amžiaus vidurkis buvo 59,4 metai (SD–6,3), dažniausiai sutinkamas 57 metų amžius, puse respondentų buvo iki 59 metų, o kitą per 59 metus. Iš jų 96,4 proc. gyveno mieste ir 3,6 proc. kaime. Nustatyta, kad didesnę vyrų dalis buvo susituokę (90 proc.), vidurinio išsilavinimo (30,9 proc.) ir priklausė darbininkų socialinei grupei (34 proc.) (6 lentelė).

6 lentelė. Respondentų socialiniai demografiniai požymiai

Socialiniai demografiniai požymiai	Tiriamoji grupė											
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Šeiminė padėtis	vedęs		nevedęs		neregistruota santuoka		išsiskyręs		našlys		sutuoktinis gyvena atskirai	
	1657	90	35	1,9	22	1,2	62	3,4	62	3,4	4	0,2
Išsilavinimas	pradinis		nebaigtas vidurinis		vidurinis		aukštesnysis		nebaigtas aukštasis		aukštasis	
	24	1,3	101	5,5	570	30,9	550	29,9	98	5,3	499	27,1
Socialinė grupė	darbininkas		tarnautojas		pensininkas		neįgalus		bedarbis			
	N		%		N		%		N		%	
	627		34		588		31,9		419		22,7	
									125		6,8	
									83		4,5	

4.3.2. Sveikatos įsitikinimų tyrimo rezultatai

Panaudojus V. L. Champion klausimyną, skirtą onkologinių ligų profilaktikos programoms, tirtos penkios sveikatos įsitikinimų nuostatos: suvokti jautrumas, rimtumas, nauda, kliūtys ir motyvacija. Nustatyta, kad atsakymų į visų grupių, atspindinčių šias koncepcijas, klausimus įvairovė buvo didelė. Visose grupėse tarp atsakymų į pogrupio klausimus balų vidurkių buvo statistiškai reikšmingi skirtumai, atitinkamai: suvokto jautrumo nuostata – $F_{(4,9205)}=18,826$, $P=0,0001$; suvokto rimtumo – $F_{(6,12887)}=28,984$, $P=0,0001$; suvoktų kliūčių dalyvauti programoje nuostata – $F_{(11,22092)}=389,613$, $P=0,0001$; suvoktos naudos dalyvauti programoje nuostata – $F_{(14,27615)}=87,573$, $P=0,0001$; sveikatos motyvacijos nuostata – $F_{(6,12887)}=406,977$, $P=0,0001$.

Su liga susijęs suvoktas jautrumas

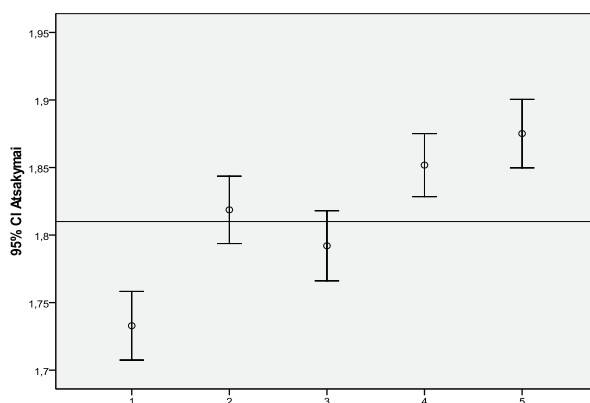
Vyrų suvokto jautrumo laipsnis vertintas atsižvelgiant į penkių pogrupio klausimų atsakymus (7 lentelė, 20 pav.). Suvokto jautrumo laipsnis buvo kiek didesnis nei vidutinis (balų vidurkis – 1,81). Respondentams buvo daugiausia tikėtina, jog jiems yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei kitiems vy-

rams (1,88 balo), mažiausiai tikėtina, kad jie artimiausioje ateityje susirgs prostatos vėžiu (1,73 balo).

7 lentelė. Suvokto jautrumo tyrimo rezultatai

Sveikatos įsitikinimų modelio koncepcija	Pogrūpio klausimai	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
Suvoktas jautrumas	1. Ypač tikėtina, kad aš artimiausioje ateityje susirgsiu prostatos vėžiu	1842	1,73	0,013
	2. Jaučiu, kad artimiausiu metu aš susirgsiu prostatos vėžiu	1842	1,82	0,013
	3. Didelė tikimybė, kad aš susirgsiu prostatos vėžiu per 10 metų	1842	1,79	0,013
	4. Tikimybė, kad aš susirgsiu prostatos vėžiu yra didelė	1842	1,85	0,012
	5. Man yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei kitiems vyrams	1842	1,88	0,013
	Vidurkis	1842	1,81	0,006
$F_{(4,9205)} = 18,826, P = 0,0001$				

Nustatyti tam tikri prieštaravimai respondentų atsakymuose apie suvoktą jautrumą. Tiriamųjų nuomone, yra teorinė tikimybė, kad jiems yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei kitiems vyrams, tačiau jie nepritaria minčiai, kad artimiausiu metu juo susirgs. Respondentai suvokia, jog tikimybė susirgti juo apskritai yra didelė, tačiau nesutinka kad jie per artimiausius 10 metų gali susirgti prostatos vėžiu. Visa tai rodo, jog į profilaktinius patikrinimus atvykstantiems vyrams trūksta informacijos apie jų riziką susirgti prostatos vėžiu, jie yra įsibaiminę dėl šios ligos. Dėl nepagrįstos baimės gali didėti jų stresas, blogėti gyvenimo kokybė, gali mažėti profilaktiškai apsilankančiųjų skaičius.



20 pav. Respondentų suvokto jautrumo vertinimas (horizontali linija – bendras balo vidurkis)

1 – ypač tikėtina, kad aš artimiausioje ateityje susirgsiu prostatos vėžiu; 2 – jaučiu, kad artimiausiu metu aš susirgsiu prostatos vėžiu; 3 – didelė tikimybė, kad aš susirgsiu prostatos vėžiu per 10 metų; 4 – tikimybė, kad aš susirgsiu prostatos vėžiu yra didelė; 5 – man yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei kitiems vyrams.

Suvokto jautrumo koncepcijos sąsajos su socialinėmis respondentų grupėmis

Nustatytas statistiškai patikimas skirtumas tarp socialinių grupių, atskleidžiantis teiginį: „Ypač tikėtina, kad ateityje susirgsiu prostatos vėžiu“ ($F_{(4,1837)} = 2,768$, $P=0,026$ (8 lentelė)). Daugiausia įsitikinusiųjų, kad susirgs prostatos vėžiu, buvo nedirbantieji (1,86 balo) ir neįgalūs (1,78 balo). Į kitus klausimus visų socialinių grupių atstovai atsakė panašiai, tačiau pastebėta tendencija, kad daugiau buvo įsibaiminę dėl ligos darbininkai.

8 lentelė. Suvokto jautrumo koncepcijos sąsajos su respondentų socialinėmis grupėmis

Suvokto jautrumo koncepcija	Socialinė grupė	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. Ypač tikėtina, kad ateityje susirgsiu prostatos vėžiu	Darbininkas	627	1,75	0,022
	Tarnautojas	588	1,73	0,023
	Pensininkas	419	1,67	0,028
	Neįgalus	125	1,78	0,052
	Nedirba	83	1,86	0,057
$F_{(4,1837)} = 2,768$, $P=0,026$				
2. Jaučiu, kad susirgsiu prostatos vėžiu ateityje	Darbininkas	627	1,84	0,021
	Tarnautojas	588	1,83	0,023
	Pensininkas	419	1,81	0,027

	Neįgalus	125	1,73	0,050
	Nedirba	83	1,76	0,061
	$F_{(4,1837)} = 1,436, P=0,220$			
3. Didelė tikimybė, kad susirgsiu prostatos vėžiu per ateinančius 10 metų	Darbininkas	627	1,79	0,023
	Tarnautojas	588	1,81	0,023
	Pensininkas	419	1,79	0,028
	Neįgalus	125	1,77	0,050
	Nedirba	83	1,70	0,068
	$F_{(4,1837)} = 0,816, P=0,515$			
4. Tikimybė, kad susirgsiu prostatos vėžiu yra didelė	Darbininkas	627	1,87	0,020
	Tarnautojas	588	1,86	0,021
	Pensininkas	419	1,80	0,026
	Neįgalus	125	1,86	0,045
	Nedirba	83	1,87	0,054
	$F_{(4,1837)} = 1,226, P=0,298$			
5. Aš turiu daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu nei kiti vyrai	Darbininkas	627	1,89	0,022
	Tarnautojas	588	1,89	0,023
	Pensininkas	419	1,85	0,027
	Neįgalus	125	1,80	0,051
	Nedirba	83	1,83	0,064
	$F_{(4,1837)} = 1,166, P=0,324$			

Darbininkai palyginti su kitomis socialinėmis grupėmis labiausiai jautė, kad ateityje jie susirgs prostatos vėžiu (1,84 balo), kad jiems didelė tikimybė susirgti prostatos vėžiu (1,87 balo) ir kad turi daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu nei kiti vyrai (1,89 balo). Šie teiginiai mažiausiai buvo tikėtini neįgaliesiems 1,73, 1,86 ir 1,80 balo.

Tiriant išsilavinimo sąsajas su jautrumo nuostatomis, statistiškai patikimo skirtumo, atsakant į visus pogrupio klausimus, nenustatyta. (9 lentelė).

9 lentelė. Suvokto jautrumo koncepcijos sąsajos su respondentų išsilavinimu

Suvokto jautrumo koncepcija	Išsilavinimas	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. Ypač tikėtina, kad ateityje susirgsiu prostatos vėžiu	Pradinis	24	1,75	0,138
	Nebaigtas vidurinis	101	1,77	0,061
	Vidurinis	507	1,77	0,023
	Aukštesnysis	550	1,71	0,024
	Nebaigtas aukštasis	98	1,69	0,057
	Aukštasis	499	1,72	0,024
	$F_{(5,1836)} = 0,961, P=0,441$			

2. Jaučiu, kad susirgsiu prostatos vėžiu ateityje	Pradinis	24	1,75	0,109
	Nebaigtas vidurinis	101	1,73	0,052
	Vidurinis	507	1,82	0,023
	Aukštesnysis	550	1,85	0,022
	Nebaigtas aukštasis	98	1,79	0,057
	Aukštasis	499	1,82	0,026
	$F_{(5,1836)} = 0,919, P = 0,468$			
3. Didelė tikimybė, kad susirgsiu prostatos vėžiu per ateinančius 10 metų	Pradinis	24	1,92	0,083
	Nebaigtas vidurinis	101	1,84	0,059
	Vidurinis	507	1,80	0,023
	Aukštesnysis	550	1,77	0,025
	Nebaigtas aukštasis	98	1,79	0,060
	Aukštasis	499	1,79	0,025
	$F_{(5,1836)} = 0,538, P = 0,748$			
4. Tikimybė, kad susirgsiu prostatos vėžiu yra didelė	Pradinis	24	1,96	0,042
	Nebaigtas vidurinis	101	1,95	0,051
	Vidurinis	507	1,84	0,022
	Aukštesnysis	550	1,83	0,022
	Nebaigtas aukštasis	98	1,83	0,048
	Aukštasis	499	1,84	0,024
	$F_{(5,1836)} = 1,430, P = 0,210$			
5. Aš turiu daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu nei kiti vyrai	Pradinis	24	1,92	0,146
	Nebaigtas vidurinis	101	1,84	0,056
	Vidurinis	507	1,87	0,023
	Aukštesnysis	550	1,91	0,024
	Nebaigtas aukštasis	98	1,89	0,056
	Aukštasis	499	1,84	0,024
	$F_{(5,1836)} = 0,934, P = 0,458$			

Nebaigto vidurinio ir vidurinio išsilavinimo vyrai daugiau nei kiti baiminasi dėl to, kad ypač tikėtina neva ateityje jie susirgs prostatos vėžiu (1,77 balo). Aukštesniojo išsilavinimo respondentai labiausiai jautė, kad jie susirgs prostatos vėžiu ateityje (1,85 balo). Pradinio išsilavinimo asmenims daugiau nei kitiems kėlė rūpestį mintys, kad didelė tikimybė, jog jie susirgs prostatos vėžiu per ateinančius 10 metų (1,92 balo), kad tikimybė jiems susirgti prostatos vėžiu yra didelė (1,96 balo) ir kad jiems daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu nei kitiems vyrams (1,92 balo). Tačiau aiškių sąsajų tarp išsilavinimo ir

jautrumo koncepcijos nuostatų nestebima, nes visose išsilavinimo grupėse baimės ir susirūpinimo dėl ligos lygis atsakant į klausimus panašus.

Analizuojant respondentų šeiminės padėties įtaką jautrumo, susijusio su liga, nuostatomis, statistiškai reikšmingo skirtumo, atsakant į visus pogrupio klausimus, nenustatyta. Tačiau stebėta tendencija, jog vienišiams vyrams baimė susirgti prostatos vėžiu buvo daugiau išreikšta: nevedusiems buvo itin tikėtina, kad ateityje susirgs (1,86 balo) ir kad didelė tikimybė susirgti per ateinančius 10 metų (1,86 balo). Išsiskyrusiems vyrams buvo daugiausia tikėtina, kad jiems yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei kitiems vyrams (1,90 balo). Vedę vyrai jautė, kad susirgs prostatos vėžiu ateityje (1,83 balo) ir turi daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu nei kiti vyrai (1,92 balo) (10 lentelė).

10 lentelė. Suvokto jautrumo koncepcijos sąsajos su respondentų šeimine padėtimi

Suvokto jautrumo koncepcija	Šeiminė padėtis	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. Ypač tikėtina, kad ateityje susirgsiu prostatos vėžiu	Vedęs	1657	1,73	0,14
	Nevedęs	35	1,86	0,093
	Neregistruota santuoka	22	1,50	0,127
	Išsiskyręs	62	1,77	0,071
	Našlys	62	1,73	0,062
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,75	0,250
	$F_{(5,1836)}=0,961, P=0,441$			
2. Jaučiu, kad susirgsiu prostatos vėžiu ateityje	Vedęs	1657	1,83	0,013
	Nevedęs	35	1,80	0,099
	Neregistruota santuoka	22	1,64	0,105
	Išsiskyręs	62	1,73	0,073
	Našlys	62	1,77	0,078
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,250
	$F_{(5,1836)}=0,919, P=0,468$			
3. Didelė tikimybė, kad susirgsiu prostatos vėžiu per ateinančius 10 metų	Vedęs	1657	1,79	0,014
	Nevedęs	35	1,86	0,102
	Neregistruota santuoka	22	1,86	0,075
	Išsiskyręs	62	1,77	0,067
	Našlys	62	1,71	0,074
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,50	0,289
	$F_{(5,1836)}=0,538, P=0,748$			

4. Tikimybė, kad susirgsiu prostatos vėžiu yra didelė	Vedęs	1657	1,85	0,012
	Nevedęs	35	1,86	0,102
	Neregistruota santuoka	22	1,86	0,119
	Išsiskyres	62	1,90	0,060
	Našlys	62	1,85	0,076
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,00	0,000
	$F_{(5,1836)}=1,430, P=0,210$			
5. Aš turiu daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu nei kiti vyrai	Vedęs	1657	1,92	0,146
	Nevedęs	35	1,84	0,056
	Neregistruota santuoka	22	1,87	0,023
	Išsiskyres	62	1,91	0,024
	Našlys	62	1,89	0,056
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,84	0,024
	$F_{(5,1836)}=0,934, P=0,458$			

Suvoktas ligos rimtumas

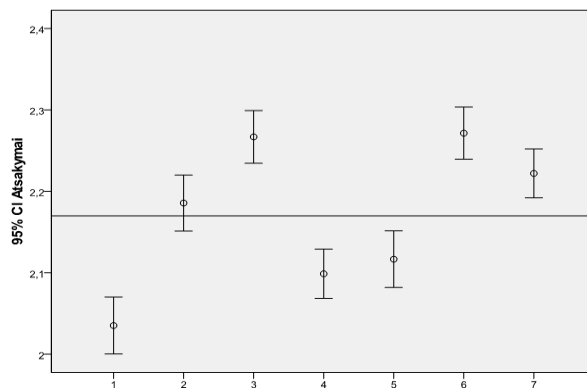
Respondentų suvokto rimtumo nuostatos įvertinimo vidurkis (2,17 balo) buvo daug didesnis negu suvokto jautrumo vertinimo vidurkis (1,81 balo; $F_{(6,12887)}=28,984, P=0,0001$). Vertinant suvoktą rimtumą (11 lentelė, 21 pav.), nustatyta, kad respondentai daugiausia sutiko su teiginiais: „aš bijau galvoti apie prostatos vėžį“ (vertinimo vidurkis 2,27 iš 3 balų) ir „jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas“ (vertinimo vidurkis 2,27 iš 3 balų).

11 lentelė. Suvokto rimtumo tyrimo rezultatai

Sveikatos įsitikinimų modelio koncepcija	Pogrūpio klausimai	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
Suvoktas rimtumas	1. Mintis apie prostatos vėžį mane gašdina	1842	2,04	0,018
	2. Kai pagalvoju apie prostatos vėžį, mano širdis plaka dažniau	1842	2,19	0,018
	3. Aš bijau galvoti apie prostatos vėžį	1842	2,27	0,017
	4. Problemos, kurias aš patirčiau dėl prostatos vėžio būtų ilgalaiškės	1842	2,10	0,015
	5. Dėl prostatos vėžio kiltų grėsmė santykiams su mano žmona (drauge ar partnere)	1842	2,12	0,018

6.	Jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas	1842	2,27	0,016
7.	Jei susirgčiau prostatos vėžiu, neišgyvenčiau ilgiau 5 metų	1842	2,22	0,015
Vidurkis		1842	2,17	0,006
$F_{(6,12887)} = 28,984, P = 0,0001$				

Mažesniu balu buvo vertinami teiginiai: „mintis apie prostatos vėžį mane gąsdina“ vertinta vidutiniškai 2,04 balo, „problemos, kurias aš patirčiau dėl prostatos vėžio būtų ilgalaikės“ vertinta 2,10 balo.



21 pav. Respondentų suvokto ligos rimtumo vertinimas (horizontali linija – bendras balo vidurkis)

1 – mintis apie prostatos vėžį mane gąsdina; 2 – kai pagalvoju apie prostatos vėžį, mano širdis plaka dažniau; 3 – aš bijau galvoti apie prostatos vėžį; 4 – problemos, kurias aš patirčiau dėl prostatos vėžio būtų ilgalaikės; 5 – dėl prostatos vėžio kiltų grėsmė santykiams su mano žmona (drauge ar partnere); 6 – jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas; 7 – jei susirgčiau prostatos vėžiu, neišgyvenčiau ilgiau 5 metų.

Tiriant respondentų socialinių grupių įtaką suvokto ligos rimtumo nuostatoms, statistiškai reikšmingo skirtumo, atsakant į visus pogrupio klausimus, nenustatyta. Suvokto rimtumo koncepcija buvo daugiausia išreikšta darbininkų ir bedarbių socialinėse grupėse (12 lentelė). Darbininkai daugiausia sutiko su teiginiais: „kai pagalvoju apie prostatos vėžį, mano širdis plaka dažniau“ (2,21 balo), „bijau galvoti apie prostatos vėžį“ (2,30 balo), „Problemos, kurias patirčiau dėl prostatos vėžio, būtų ilgalaikės“ (2,17 balo), „Jei susirgčiau prostatos vėžiu, neišgyvenčiau ilgiau 5 metų“ (2,25 balo).

Daugiausia nedirbančiųjų sutiko su teiginiais: „Dėl prostatos vėžio kiltų grėsmė santykiams su mano žmona“ (2,20 balo), „Jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas“ (2,37 balo).

12 lentelė. Suvokto rimtumo koncepcijos sąsajos su respondentų socialinėmis grupėmis

Suvokto rimtumo koncepcija	Socialinė grupė	N	Balų vidurkis (BV) Min-Max =1-3	±m
1. Mintis apie prostatos vėžį mane gąsdina	Darbininkas	627	2,03	0,031
	Tarnautojas	588	2,01	0,030
	Pensininkas	419	2,04	0,038
	Neįgalus	125	2,12	0,075
	Nedirba	83	2,10	0,078
	$F_{(4,1837)} = 0,672, P=0,611$			
2. Kai pagalvoju apie prostatos vėžį, mano širdis plaka dažniau	Darbininkas	627	2,21	0,030
	Tarnautojas	588	2,19	0,031
	Pensininkas	419	2,17	0,036
	Neįgalus	125	2,10	0,070
	Nedirba	83	2,18	0,082
	$F_{(4,1837)} = 1,436, P=0,220$			
3. Aš bijau galvoti apie prostatos vėžį	Darbininkas	627	2,30	0,028
	Tarnautojas	588	2,27	0,029
	Pensininkas	419	2,21	0,037
	Neįgalus	125	2,29	0,060
	Nedirba	83	2,28	0,076
	$F_{(4,1837)} = 1,016, P=0,398$			
4. Problemos, kurias patirčiau dėl prostatos vėžio, būtų ilgalaiškės	Darbininkas	627	2,17	0,026
	Tarnautojas	588	2,03	0,027
	Pensininkas	419	2,09	0,034
	Neįgalus	125	2,08	0,059
	Nedirba	83	2,14	0,082
	$F_{(4,1837)} = 3,640, P=0,006$			
5. Dėl prostatos vėžio kiltų grėsmė santykiams su mano žmona	Darbininkas	627	2,18	0,031
	Tarnautojas	588	2,08	0,031
	Pensininkas	419	2,06	0,037
	Neįgalus	125	2,13	0,068
	Nedirba	83	2,20	0,084
	$F_{(4,1837)} = 2,156, P=0,072$			
6. Jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas	Darbininkas	627	2,23	0,028
	Tarnautojas	588	2,32	0,028
	Pensininkas	419	2,23	0,035
	Neįgalus	125	2,30	0,060
	Nedirba	83	2,37	0,070
	$F_{(4,1837)} = 1,865, P=0,114$			

7. Jei susirgčiau prostatos vėžiu, neišgyvenčiau ilgiau 5 metų	Darbininkas	627	2,25	0,026
	Tarnautojas	588	2,21	0,027
	Pensininkas	419	2,21	0,032
	Neįgalus	125	2,22	0,060
	Nedirba	83	2,16	0,078
	$F_{(4,1837)} = 0,596, P=0,666$			

Lyginant ligos rimtumo suvokimą pagal respondentų išsilavinimo grupes (13 lentelė) nustatytas statistiškai patikimas skirtumas atsakant į teiginius: „Problemos, kurias patirčiau dėl prostatos vėžio, būtų ilgalaikės“ ($F_{(5,1836)} = 9,011, P=0,0001$), „Dėl prostatos vėžio kiltų grėsmė santykiams su mano žmona“ ($F_{(5,1836)} = 3,530, P=0,004$), „Jei susirgčiau prostatos vėžiu, neišgyvenčiau ilgiau 5 metų“ ($F_{(5,1836)} = 3,450, P=0,004$).

Rimtumo pojūtis, sukeliantis baime, daugiau pasireiškė pradinio išsilavinimo vyrams (atitinkamai 2,33, 2,25 balo). Nebaigto vidurinio ir nebaigto aukštesniojo išsilavinimo vyrai daugiau nuogaštavo, kad susirgę prostatos vėžiu neišgyventų ilgiau 5 metų (2,28 balo).

13 lentelė. Suvokto rimtumo koncepcijos sąsajos su respondentų išsilavinimu

Suvokto rimtumo grupė	Išsilavinimas	N	Balų vidurkis (BV) Min-Max =1-3	±m
1. Mintis apie prostatos vėžį mane gąsdina	Pradinis	24	2,00	0,147
	Nebaigtas vidurinis	101	2,20	0,077
	Vidurinis	507	2,07	0,033
	Aukštesnysis	550	1,97	0,032
	Nebaigtas aukštasis	98	2,01	0,076
	Aukštasis	499	2,04	0,034
	$F_{(5,1836)} = 2,137, P=0,059$			
2. Kai pagalvoju apie prostatos vėžį, mano širdis plaka dažniau	Pradinis	627	2,40	0,129
	Nebaigtas vidurinis	24	2,06	0,075
	Vidurinis	101	2,21	0,031
	Aukštesnysis	507	2,16	0,033
	Nebaigtas aukštasis	550	2,31	0,071
	Aukštasis	98	2,17	0,033
$F_{(5,1836)} = 1,794, P=0,111$				
3. Aš bijau galvoti apie prostatos vėžį	Pradinis	24	2,13	0,130
	Nebaigtas vidurinis	101	2,32	0,073
	Vidurinis	507	2,31	0,028
	Aukštesnysis	550	2,26	0,031
	Nebaigtas aukštasis	98	2,25	0,076
	Aukštasis	499	2,22	0,032
$F_{(5,1836)} = 01,143, P=0,335$				

4. Problemos, kurias patirčiau dėl prostatos vėžio, būtų ilgalaikės	Pradinis	24	2,33	0,130
	Nebaigtas vidurinis	101	2,28	0,066
	Vidurinis	507	2,21	0,029
	Aukštesnysis	550	2,06	0,027
	Nebaigtas aukštasis	98	2,07	0,065
	Aukštasis	499	1,98	0,028
	$F_{(5,1836)} = 9,011, P=0,0001$			
5. Dėl prostatos vėžio kiltų grėsmė santykiams su mano žmona	Pradinis	24	2,25	0,138
	Nebaigtas vidurinis	101	1,99	0,083
	Vidurinis	507	2,21	0,031
	Aukštesnysis	550	2,11	0,033
	Nebaigtas aukštasis	98	2,02	0,075
	Aukštasis	499	2,05	0,034
	$F_{(5,1836)} = 3,530, P=0,004$			
6. Jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas	Pradinis	24	2,38	0,132
	Nebaigtas vidurinis	101	2,28	0,068
	Vidurinis	507	2,22	0,031
	Aukštesnysis	550	2,26	0,029
	Nebaigtas aukštasis	98	2,31	0,070
	Aukštasis	499	2,33	0,031
	$F_{(5,1836)} = 1,526, P=0,178$			
7. Jei susirgčiau prostatos vėžiu, neišgyvenčiau ilgiau 5 metų	Pradinis	24	2,25	0,150
	Nebaigtas vidurinis	101	2,28	0,062
	Vidurinis	507	2,27	0,028
	Aukštesnysis	550	2,24	0,027
	Nebaigtas aukštasis	98	2,28	0,065
	Aukštasis	499	2,12	0,029
	$F_{(5,1836)} = 3,450, P=0,004$			

Tiriant respondentų šeiminės padėties įtaką suvokto ligos rimtumo nuostatoms, statistiškai reikšmingo skirtumo, atsakant į visus pogrupio klausimus, nenustatyta. Tačiau stebėta tendencija, jog išsiskyrusiems, nevedusiems, gyvenantiems atskirai nuo sutuoktinės vyrams ir našliams ligos rimtumas buvo daugiausia išreikštas, atsakant į visus klausimus (14 lentelė).

14 lentelė. Suvokto rimtumo koncepcijos sąsajos su respondentų šeimine padėtimi

Suvokto rimtumo grupės	Šeiminė padėtis	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. Mintis apie prostatos vėžį mane gąsdina	Vedęs	1657	2,04	0,019
	Nevedęs	35	2,06	0,129
	Neregistruota santuoka	22	1,91	0,173
	Išsiskyręs	62	2,11	0,098
	Našlys	62	2,02	0,104
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,75	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,370, P=0,869$			

2. Kai pagalvoju apie prostatos vėžį, mano širdis plaka dažniau	Vedęs	1657	2,19	0,018
	Nevedęs	35	2,26	0,132
	Neregistruota santuoka	22	1,96	0,165
	Išsiskyres	62	2,17	0,092
	Našlys	62	2,06	0,098
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,505, P=0,495$			
3. Aš bijau galvoti apie prostatos vėžį	Vedęs	1657	2,26	0,017
	Nevedęs	35	2,29	0,097
	Neregistruota santuoka	22	2,25	0,143
	Išsiskyres	62	2,34	0,093
	Našlys	62	2,29	0,094
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,75	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,560, P=0,731$			
4. Problemos, kurias patirčiau dėl prostatos vėžio, būtų ilgalaišės	Vedęs	1657	2,10	0,016
	Nevedęs	35	1,97	0,133
	Neregistruota santuoka	22	1,95	0,154
	Išsiskyres	62	2,05	0,071
	Našlys	62	2,21	0,080
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,931, P=0,460$			
5. Dėl prostatos vėžio kiltų grėsmė santykiams su mano žmona	Vedęs	1657	2,12	0,019
	Nevedęs	35	2,29	0,127
	Neregistruota santuoka	22	2,32	0,153
	Išsiskyres	62	2,02	0,099
	Našlys	62	2,06	0,103
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,479
	$F_{(5,1836)} = 0,954, P=0,445$			
6. Jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas	Vedęs	1657	2,26	0,017
	Nevedęs	35	2,34	0,108
	Neregistruota santuoka	22	2,23	0,146
	Išsiskyres	62	2,39	0,087
	Našlys	62	2,35	0,083
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,75	0,479
	$F_{(5,1836)} = 1,078, P=0,370$			
7. Jei susirgčiau prostatos vėžiu, neišgyvenčiau ilgiau 5 metų	Vedęs	1657	2,23	0,016
	Nevedęs	35	2,09	0,119
	Neregistruota santuoka	22	2,09	0,130
	Išsiskyres	62	2,21	0,089
	Našlys	62	2,26	0,079
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,00	0,408
	$F_{(5,1836)} = 0,627, P=0,679$			

Suvokta profilaktinės programos ir atliktų tyrimų nauda

Suvokta profilaktinės programos nauda buvo vertinama klausiant vyrų nuomonės apie prostatos specifinio antigeno (PSA), digitalinį prostatos tyrimų ir prostatos biopsijos atlikimo reikalingumą (15 lentelė, 22 pav.). Suvoktos naudos lygis buvo gana aukštas atsakant į visus klausimus (atsakymų balų vidurkis svyravo tarp 2,27 ir 2,72). Tarp atsakymų balų vidurkių nustatytas statistiškai patikimas skirtumas – didžiausias balų vidurkis konstatuotas atsakant į teiginius „sužinojęs, kad PSA testo rezultatai neviršija normos, aš mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio“ (2,72 balo) ir „kai atliktas rekomenduotas PSA testas aš esu ramus“ (2,69 balo), o mažiausias atsakant į teiginius „Kai man atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas, aš esu ramus“ (2,27 balo).

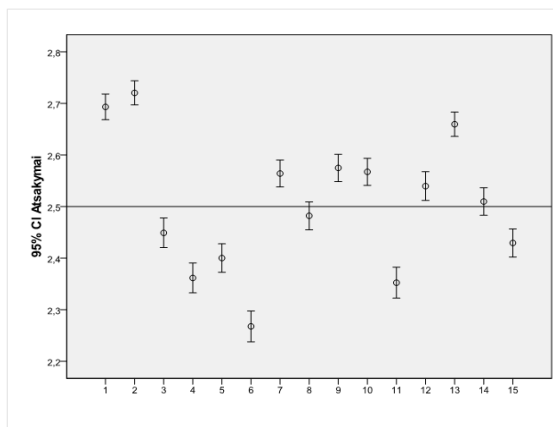
15 lentelė. Suvoktos naudos tyrimo rezultatai

Sveikatos įsitikinimų modelio koncepcija	Pogrūpio klausimai	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
Suvokta nauda	1. Kai atliktas rekomenduotas PSA testas, aš esu ramus	1842	2,69	0,013
	2. Sužinojęs, kad PSA testo rezultatai neviršija normos, aš mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio	1842	2,72	0,012
	3. Atliktas PSA testas man padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį	1842	2,45	0,015
	4. PSA testo atlikimas man sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	1842	2,36	0,015
	5. Atlikus PSA testą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	1842	2,40	0,014
	6. Kai man atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas, aš esu ramus	1842	2,27	0,015
	7. Sužinojęs teigiamus (gerybinio pobūdžio) digitalinio tyrimo rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio	1842	2,56	0,012
	8. Atliktas digitalinis tyrimas padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį	1842	2,48	0,012
	9. Digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	1842	2,57	0,012
	10. Atlikus digitalinį tyrimą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	1842	2,57	0,011

11. Kai man atlikta rekomenduota prostatos biopsija, aš esu ramus	1842	2,35	0,012
12. Sužinojęs teigiamus (gerybinio pobūdžio) prostatos biopsijos rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio	1842	2,54	0,020
13. Atlikta prostatos biopsija padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį	1842	2,66	0,018
14. Prostatos biopsijos atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	1842	2,51	0,020
15. Atlikus prostatos biopsiją sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	1842	2,43	0,021
Vidurkis	1842	2,50	0,004

$F_{(14,27615)} = 87,573, P=0,0001$

Suvoktos naudos vertinimų vidurkis buvo dar didesnis (2,50 iš 3 balų) lyginant su suvoktu jautrumu (1,81 balo; $-F_{(4,9205)} = 18,826, P=0,0001$) ir suvoktu rimtumu (2,16 balo; $F_{(6,12887)} = 28,984, P=0,0001$).



22 pav. Respondentų suvoktos profilaktinės programos naudos vertinimas (horizontali linija – bendras balo vidurkis)

1 – kai atliktas rekomenduotas PSA testas, aš esu ramus; 2 – sužinojęs, kad PSA testo rezultatai neviršija normos, aš mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio; 3 – atliktas PSA testas man padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį; 4 – PSA testo atlikimas man sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio; 5 – atlikus PSA testą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė; 6 – kai man atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas, aš esu ramus; 7 – sužinojęs teigiamus (gerybinio pobūdžio) digitalinio tyrimo rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio; 8 – atliktas digitalinis tyrimas padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį; 9 – digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio; 10 – atlikus digitalinį tyrimą sumažės didelės apimties operacijos tikimybė; 11 – kai man atlikta rekomenduota prostatos biopsija, aš esu ramus; 12 – sužinojęs teigiamus prostatos biopsijos rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio; 13 – atlikta prostatos biopsija padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį; 14 – prostatos biopsijos atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio; 15 – atlikus prostatos biopsiją, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė.

Vertinant suvoktos naudos nuostatų sąsajas su respondentų socialinėmis grupėmis, nustatyta, kad tarp atsakymų į septynis pogrūpio klausimus balų vidurkių buvo statistiškai reikšmingas skirtumas atsakant į teiginius: „PSA testo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio“ ($F_{(4,1837)} = 5,351$, $P=0,0001$), „Atlikus digitalinį tyrimą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė“ ($F_{(4,1837)} = 5,317$, $P=0,0001$) (16 lentelė).

16 lentelė. Suvoktos naudos koncepcijos sąsajos su respondentų socialinėmis grupėmis

Naudos koncepcija	Socialinė padėtis	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. Kai atliktas rekomenduotas PSA testas, aš esu patenkintas	Darbininkas	627	2,71	0,021
	Tarnautojas	588	2,67	0,024
	Pensininkas	419	2,73	0,025
	Neįgalus	125	2,72	0,049
	Nedirba	83	2,58	0,069
$F_{(4,1837)} = 1,816$, $P=0,123$				
2. Sužinojęs, kad PSA testo rezultatai nepadidėję, aš mažiau nerimauju	Darbininkas	627	2,73	0,020
	Tarnautojas	588	2,73	0,021
	Pensininkas	419	2,71	0,026
	Neįgalus	125	2,73	0,048
	Nedirba	83	2,74	0,051
$F_{(4,1837)} = 0,085$, $P=0,987$				
3. Atliktas PSA testas padės anksčiau diagnozuoti ligą	Darbininkas	627	2,43	0,025
	Tarnautojas	588	2,44	0,026
	Pensininkas	419	2,48	0,031
	Neįgalus	125	2,48	0,056
	Nedirba	83	2,49	0,070
$F_{(4,1837)} = 0,574$, $P=0,681$				
4. PSA testo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	Darbininkas	627	2,29	0,025
	Tarnautojas	588	2,44	0,025
	Pensininkas	419	2,33	0,032
	Neįgalus	125	2,41	0,053
	Nedirba	83	2,43	0,073
$F_{(4,1837)} = 5,351$, $P=0,0001$				
5. Atlikus PSA testą sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	Darbininkas	627	2,41	0,024
	Tarnautojas	588	2,39	0,024
	Pensininkas	419	2,42	0,029
	Neįgalus	125	2,34	0,052
	Nedirba	83	2,62	0,076
$F_{(4,1837)} = 0,644$, $P=0,631$				

6. Kai atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas, aš esu patenkintas	Darbininkas	627	2,28	0,026
	Tarnautojas	588	2,28	0,027
	Pensininkas	419	2,25	0,032
	Neįgalus	125	2,18	0,059
	Nedirba	83	2,33	0,064
	$F_{(4,1837)} = 0,904, P=0,461$			
7. Atlikęs digitalinį tyrimą mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio	Darbininkas	627	2,39	0,032
	Tarnautojas	588	2,50	0,032
	Pensininkas	419	2,55	0,036
	Neįgalus	125	2,38	0,063
	Nedirba	83	2,35	0,082
	$F_{(4,1837)} = 1,718, P=0,143$			
8. Atliktas digitalinis tyrimas padės anksčiau diagnozuoti ligą	Darbininkas	627	2,51	0,024
	Tarnautojas	588	2,45	0,024
	Pensininkas	419	2,47	0,029
	Neįgalus	125	2,44	0,057
	Nedirba	83	2,59	0,057
	$F_{(4,1837)} = 1,478, P=0,206$			
9. Digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	Darbininkas	627	2,65	0,031
	Tarnautojas	588	2,69	0,022
	Pensininkas	419	2,65	0,022
	Neįgalus	125	2,44	0,052
	Nedirba	83	2,44	0,067
	$F_{(4,1837)} = 0,676, P=0,609$			
10. Atlikus digitalinį tyrimą sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	Darbininkas	627	2,74	0,021
	Tarnautojas	588	2,60	0,024
	Pensininkas	419	2,68	0,027
	Neįgalus	125	2,70	0,047
	Nedirba	83	2,63	0,066
	$F_{(4,1837)} = 5,317, P=0,0001$			
11. Kai atlikta rekomenduota prostatos biopsija, aš esu patenkintas	Darbininkas	627	2,26	0,033
	Tarnautojas	588	2,35	0,033
	Pensininkas	419	2,34	0,040
	Neįgalus	125	2,19	0,069
	Nedirba	83	2,09	0,086
	$F_{(4,1837)} = 2,075, P=0,082$			
12. Sužinojęs teigiamus prostatos biopsijos rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio	Darbininkas	627	2,42	0,026
	Tarnautojas	588	2,45	0,026
	Pensininkas	419	2,47	0,030
	Neįgalus	125	2,46	0,056
	Nedirba	83	2,45	0,073
	$F_{(4,1837)} = 0,422, P=0,793$			
13. Atlikta prostatos biopsija padės anksčiau diagnozuoti ligą	Darbininkas	627	2,30	0,025
	Tarnautojas	588	2,31	0,027
	Pensininkas	419	2,34	0,030
	Neįgalus	125	2,38	0,052
	Nedirba	83	2,30	0,070
	$F_{(4,1837)} = 0,683, P=0,603$			

14. Prostatos biopsijos atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	Darbininkas	627	2,47	0,024
	Tarnautojas	588	2,62	0,024
	Pensininkas	419	2,55	0,029
	Neįgalus	125	2,56	0,054
	Nedirba	83	2,61	0,065
	$F_{(4,1837)} = 5,084, P=0,0001$			
15. Atlikus prostatos biopsiją, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	Darbininkas	627	2,51	0,024
	Tarnautojas	588	2,45	0,024
	Pensininkas	419	2,49	0,029
	Neįgalus	125	2,34	0,054
	Nedirba	83	2,50	0,065
	$F_{(4,1837)} = 2,055, P=0,084$			

Suvoktos naudos koncepcija labiausiai buvo išreikšta nedirbančiųjų socialinėje grupėje. Ndirbantieji daugiausia sutiko su teiginiais: „Sužinojęs, kad PSA testo rezultatai nepadidėjo, aš mažiau nerimauju“ (2,74 balo), „Atliktas PSA testas padės anksčiau diagnozuoti ligą“ (2,49 balo), „Atlikus PSA testą sumažės didelės apimties operacijos tikimybė“ (2,62 balo), „Kai atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas, aš esu patenkintas“ (2,33 balo), „Atlikus prostatos biopsiją sumažės didelės apimties operacijos tikimybė“ (2,50 balo).

Tarnautojai daugiausia sutiko su teiginiais: „PSA testo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio“ (2,44 balo), „Atliktas digitalinis tyrimas padės anksčiau diagnozuoti ligą“ (2,45 balo), „Kai atlikta rekomenduota prostatos biopsija, aš esu patenkintas“ (2,35 balo), „Prostatos biopsijos atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio“ (2,62 balo).

Pensininkai daugiausia sutiko su teiginiais: „Kai atliktas rekomenduotas PSA testas, aš esu patenkintas“ (2,73 balo), „Digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio“ (2,65 balo), „Atlikęs digitalinį tyrimą mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio“ (2,55 balo), „Sužinojęs teigiamus prostatos biopsijos rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio“ (2,47 balo). Su teiginiu „Atlikus digitalinį tyrimą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė“ (2,74 balo) daugiausia sutiko darbininkai. Su teiginiu „Atlikta prostatos biopsija padės anksčiau diagnozuoti ligą“ (2,38 balo) daugiausia sutiko neįgalūs vyrai.

Dalyvavimo profilaktikos programoje suvoktos naudos lygis visose išsilavinimo grupėse buvo gana didelis (atsakymų balų vidurkis svyravo nuo 2,17 iki 2,80) (17 lentelė). Statistikai svarbūs skirtumai, priklausomai nuo išsilavinimo, nustatyti atsakant į klausimus: „Sužinojęs, kad PSA testo rezultatai nepadidėję aš mažiau nerimauju“ ($F_{(5,1836)} = 3,268, P=0,006$), „Atliktas PSA testas padės anksčiau diagnozuoti ligą“ ($F_{(5,1836)} = 3,890, P=0,002$), „PSA testo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio“ ($F_{(5,1836)} = 8,152, P=0,0001$), „Atlikus PSA testą sumažės didelės apimties operacijos tikimybė“ ($F_{(5,1836)} = 2,414, P=0,034$), „Atlikęs digitalinį tyrimą mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio“ ($F_{(5,1836)} = 3,830, P=0,002$), „Digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio“ ($F_{(5,1836)} = 3,058, P=0,009$), „Atlikus digitalinį tyrimą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė“ ($F_{(5,1836)} = 6,155, P=0,0001$), „Kai atlikta rekomenduota prostatos biopsija, aš esu patenkintas“ ($F_{(5,1836)} = 4,218, P=0,001$), „Prostatos biopsijos atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio“ ($F_{(5,1836)} = 7,105, P=0,0001$).

Daugiausia dalyvavimo profilaktikos programoje naudą suvokė nebaigto vidurinio išsilavinimo respondentai: jie daugiausiai jautė pasitenkinimą, kad atliktas PSA testas (2,80 balo); padės anksčiau diagnozuoti ligą (2,67 balo), kad kai atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas (2,37 balo) ir rekomenduota prostatos biopsija (2,49 balo), jis bus patenkintas atlikus digitalinį tyrimą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė (2,75 balo).

Nebaigto aukštojo ir aukštojo išsilavinimo vyrai atsakė, kad PSA testo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio (2,43 ir 2,45 balo), kai atliktas digitalinis tyrimas, mažiau nerimaus dėl prostatos vėžio (2,60 ir 2,68 balo), digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio (2,70 ir 2,72 balo) ir sužinojęs teigiamus prostatos biopsijos rezultatus mažiau nerimaus dėl prostatos vėžio (2,54 ir 2,47 balo).

17 lentelė. Suvoktos naudos koncepcijos sąsajos su respondentų išsilavinimu

Naudos koncepcija	Išsilavinimas	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. Kai atliktas rekomenduotas PSA testas, aš esu patenkintas	Pradinis	24	2,67	0,115
	Nebaigtas vidurinis	101	2,80	0,042
	Vidurinis	507	2,70	0,022
	Aukštesnysis	550	2,67	0,025
	Nebaigtas aukštasis	98	2,74	0,044
	Aukštasis	499	2,69	0,025
$F_{(5,1836)} = 1,320, P=0,253$				
2. Sužinojęs, kad PSA testo rezultatai nepadidėję, aš mažiau nerimauju	Pradinis	24	2,64	0,098
	Nebaigtas vidurinis	101	2,63	0,059
	Vidurinis	507	2,77	0,020
	Aukštesnysis	550	2,76	0,021
	Nebaigtas aukštasis	98	2,65	0,059
	Aukštasis	499	2,68	0,024
$F_{(5,1836)} = 3,268, P=0,006$				
3. Atliktas PSA testas padės anksčiau diagnozuoti ligą	Pradinis	24	2,17	0,136
	Nebaigtas vidurinis	101	2,67	0,056
	Vidurinis	507	2,47	0,026
	Aukštesnysis	550	2,43	0,027
	Nebaigtas aukštasis	98	2,46	0,066
	Aukštasis	499	2,41	0,029
$F_{(5,1836)} = 3,890, P=0,002$				
4. PSA testo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	Pradinis	24	2,33	0,115
	Nebaigtas vidurinis	101	2,18	0,068
	Vidurinis	507	2,25	0,027
	Aukštesnysis	550	2,43	0,026
	Nebaigtas aukštasis	98	2,45	0,060
	Aukštasis	499	2,43	0,028
$F_{(5,1836)} = 8,152, P=0,0001$				
5. Atlikus PSA testą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	Pradinis	24	2,63	0,101
	Nebaigtas vidurinis	101	2,54	0,057
	Vidurinis	507	2,41	0,026
	Aukštesnysis	550	2,36	0,026
	Nebaigtas aukštasis	98	2,40	0,058
	Aukštasis	499	2,39	0,026
$F_{(5,1836)} = 2,414, P=0,034$				
6. Kai atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas, aš esu patenkintas	Pradinis	24	2,21	0,147
	Nebaigtas vidurinis	101	2,37	0,061
	Vidurinis	507	2,27	0,027
	Aukštesnysis	550	2,25	0,027
	Nebaigtas aukštasis	98	2,22	0,070
	Aukštasis	499	2,27	0,030
$F_{(5,1836)} = 0,693, P=0,629$				

7. Atlikęs digitalinį tyrimą mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio	Pradinis	24	2,58	0,103
	Nebaigtas vidurinis	101	2,57	0,060
	Vidurinis	507	2,59	0,024
	Aukštesnysis	550	2,53	0,026
	Nebaigtas aukštasis	98	2,60	0,058
	Aukštasis	499	2,68	0,022
	$F_{(5,1836)} = 3,830, P=0,002$			
8. Atliktas digitalinis tyrimas padės anksčiau diagnozuoti ligą	Pradinis	24	2,58	0,019
	Nebaigtas vidurinis	101	2,47	0,059
	Vidurinis	507	2,52	0,025
	Aukštesnysis	550	2,49	0,025
	Nebaigtas aukštasis	98	2,40	0,061
	Aukštasis	499	2,45	0,026
	$F_{(5,1836)} = 1,325, P=0,251$			
9. Digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	Pradinis	24	2,79	0,085
	Nebaigtas vidurinis	101	2,54	0,057
	Vidurinis	507	2,66	0,023
	Aukštesnysis	550	2,62	0,025
	Nebaigtas aukštasis	98	2,70	0,057
	Aukštasis	499	2,72	0,024
	$F_{(5,1836)} = 3,058, P=0,009$			
10. Atlikus digitalinį tyrimą sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	Pradinis	24	2,75	0,124
	Nebaigtas vidurinis	101	2,75	0,055
	Vidurinis	507	2,74	0,021
	Aukštesnysis	550	2,70	0,022
	Nebaigtas aukštasis	98	2,61	0,057
	Aukštasis	499	2,57	0,027
	$F_{(5,1836)} = 6,155, P=0,0001$			
11. Kai atlikta rekomenduota prostatos biopsija, aš esu patenkintas	Pradinis	24	2,33	0,177
	Nebaigtas vidurinis	101	2,49	0,059
	Vidurinis	507	2,45	0,027
	Aukštesnysis	550	2,33	0,028
	Nebaigtas aukštasis	98	2,21	0,073
	Aukštasis	499	2,34	0,029
	$F_{(5,1836)} = 4,218, P=0,001$			
12. Sužinojęs teigiamus prostatos biopsijos rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio	Pradinis	24	2,33	0,143
	Nebaigtas vidurinis	101	2,52	0,057
	Vidurinis	507	2,44	0,027
	Aukštesnysis	550	2,40	0,027
	Nebaigtas aukštasis	98	2,54	0,058
	Aukštasis	499	2,47	0,029
	$F_{(5,1836)} = 1,590, P=0,160$			
13. Atlikta prostatos biopsija padės anksčiau diagnozuoti ligą	Pradinis	24	2,38	0,118
	Nebaigtas vidurinis	101	2,37	0,062
	Vidurinis	507	2,30	0,026
	Aukštesnysis	550	2,33	0,027
	Nebaigtas aukštasis	98	2,36	0,064
	Aukštasis	499	2,30	0,029
	$F_{(5,1836)} = 0,381, P=0,862$			

14. Prostatos biopsijos atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	Pradinis	24	2,46	0,120
	Nebaigtas vidurinis	101	2,36	0,059
	Vidurinis	507	2,46	0,027
	Aukštesnysis	550	2,62	0,024
	Nebaigtas aukštasis	98	2,57	0,062
	Aukštasis	499	2,60	0,026
	$F_{(5,1836)} = 7,105, P=0,0001$			
15. Atlikus prostatos biopsiją sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	Pradinis	24	2,58	0,119
	Nebaigtas vidurinis	101	2,51	0,054
	Vidurinis	507	2,51	0,025
	Aukštesnysis	550	2,47	0,025
	Nebaigtas aukštasis	98	2,49	0,057
	Aukštasis	499	2,44	0,027
	$F_{(5,1836)} = 0,879, P=0,495$			

Tiriant respondentų šeimines padėtis įtaką suvoktos naudos nuostatoms, statistiškai reikšmingo skirtumo, atsakant į visus pogrupio klausimus, nenustatyta. Stebėta tendencija, jog vienišiams vyrams suvokta nauda dalyvauti profilaktinėje programoje buvo daugiausia išreikšta, gyvenantiems atskirai nuo sutuoktinės vyrams siekė net 3 balus, atsakant į didžiąją dalį klausimų (18 lentelė).

18 lentelė. Suvoktos naudos koncepcijos sąsajos su respondentų šeimine padėtimi

Naudos koncepcija	Šeiminė padėtis	N	Balų vidurkis Min-Max = 1-3	±m
1. Kai atliktas rekomenduotas PSA testas, aš esu patenkintas	Vedęs	1657	2,69	0,113
	Nevedęs	35	2,74	0,085
	Neregistruota santuoka	22	2,59	0,107
	Išsiskyres	62	2,77	0,058
	Našlys	62	2,61	0,077
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,50	0,500
	$F_{(5,1836)} = 0,859, P=0,508$			
2. Sužinojęs, kad PSA testo rezultatai nepadidėję, aš mažiau nerimauju	Vedęs	1657	2,73	0,013
	Nevedęs	35	2,63	0,101
	Neregistruota santuoka	22	2,67	0,098
	Išsiskyres	62	2,73	0,065
	Našlys	62	2,75	0,058
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,75	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,354, P=0,800$			

3. Atliktas PSA testas padės anksčiau diagnozuoti ligą	Vedęs	1657	2,45	0,016
	Nevedęs	35	2,49	0,111
	Neregistruota santuoka	22	2,35	0,131
	Išsiskyres	62	2,51	0,073
	Našlys	62	2,46	0,088
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	3,00	0,0001
	$F_{(5,1836)} = 0,854, P=0,511$			
4. PSA testo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	Vedęs	1657	2,35	0,015
	Nevedęs	35	2,46	0,103
	Neregistruota santuoka	22	2,36	0,140
	Išsiskyres	62	2,35	0,083
	Našlys	62	2,48	0,088
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,75	0,250
	$F_{(54,1836)} = 0,973, P=0,433$			
5. Atlikus PSA testą sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	Vedęs	1657	2,40	0,015
	Nevedęs	35	2,37	0,109
	Neregistruota santuoka	22	2,45	0,157
	Išsiskyres	62	2,47	0,064
	Našlys	62	2,31	0,078
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,50	0,289
	$F_{(5,1836)} = 0,529, P=0,754$			
6. Kai atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas, aš esu patenkintas	Vedęs	1657	2,27	0,016
	Nevedęs	35	2,03	0,112
	Neregistruota santuoka	22	2,55	0,109
	Išsiskyres	62	2,29	0,074
	Našlys	62	2,26	0,083
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,250
	$F_{(5,1836)} = 1,762, P=0,118$			
7. Atlikęs digitalinį tyrimą mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio	Vedęs	1657	2,59	0,014
	Nevedęs	35	2,60	0,102
	Neregistruota santuoka	22	2,55	0,143
	Išsiskyres	62	2,68	0,064
	Našlys	62	2,66	0,073
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,75	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,540, P=0,746$			
8. Atliktas digitalinis tyrimas padės anksčiau diagnozuoti ligą	Vedęs	1657	2,49	0,014
	Nevedęs	35	2,60	0,093
	Neregistruota santuoka	22	2,23	0,146
	Išsiskyres	62	2,37	0,077
	Našlys	62	2,48	0,082
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,00	0,408
	$F_{(5,1836)} = 2,100, P=0,063$			

9. Digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	Vedęs	1657	2,66	0,014
	Nevedęs	35	2,63	0,101
	Neregistruota santuoka	22	2,68	0,121
	Įsiskyręs	62	2,61	0,081
	Našlys	62	2,71	0,070
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,50	0,289
	$F_{(5,1836)} = 0,282, P=0,923$			
10. Atlikus digitalinį tyrimą sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	Vedęs	1657	2,68	0,014
	Nevedęs	35	2,66	0,091
	Neregistruota santuoka	22	2,59	0,126
	Įsiskyręs	62	2,63	0,074
	Našlys	62	2,69	0,059
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,75	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,237, P=0,946$			
11. Kai atlikta rekomenduota prostatos biopsija, aš esu patenkintas	Vedęs	1657	2,38	0,016
	Nevedęs	35	2,34	0,108
	Neregistruota santuoka	22	2,18	0,142
	Įsiskyręs	62	2,37	0,087
	Našlys	62	2,37	0,093
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,428, P=0,829$			
12. Sužinojęs teigiamus prostatos biopsijos rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio	Vedęs	1657	2,46	0,015
	Nevedęs	35	2,40	0,117
	Neregistruota santuoka	22	2,50	0,127
	Įsiskyręs	62	2,27	0,092
	Našlys	62	2,42	0,085
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,00	0,408
	$F_{(5,1836)} = 1,460, P=0,200$			
13. Atlikta prostatos biopsija padės anksčiau diagnozuoti ligą	Vedęs	1657	2,32	0,015
	Nevedęs	35	2,43	0,103
	Neregistruota santuoka	22	2,27	0,135
	Įsiskyręs	62	2,21	0,089
	Našlys	62	2,44	0,075
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,00	0,408
	$F_{(5,1836)} = 1,243, P=0,286$			
14. Prostatos biopsijos atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio	Vedęs	1657	2,55	0,015
	Nevedęs	35	2,57	0,103
	Neregistruota santuoka	22	2,46	0,143
	Įsiskyręs	62	2,45	0,079
	Našlys	62	2,52	0,079
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,52	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,844, P=0,408$			

15. Atlikus prostatos biopsiją sumažės didelės apimties operacijos tikimybė	Vedęs	1657	2,49	0,014
	Nevedęs	35	2,34	0,116
	Neregistruota santuoka	22	2,14	0,119
	Išsiskyres	62	2,52	0,082
	Našlys	62	2,48	0,082
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,50	0,500
	$F_{(5,1836)} = 1,941, P=0,085$			

Suvoktos kliūtys, trukdančios dalyvauti profilaktikos programoje

Labai svarbūs sveikatos įsitikinimų klausimyno komponentai yra suvoktos nauda ir kliūtys. Suvokta nauda reiškia, kad vyras mano, esą galima anksti diagnozuoti prostatos vėžį ir jį išgydyti. Kliūtimis laikoma tai, kas trukdo asmeniui dalyvauti nuo prostatos vėžio pasekmių apsaugančioje elgsenoje, pavyzdžiui, vėžio, tyrimų, gydymo, finansinių sunkumų, lytinių funkcijų sutrikimo, skausmo baimė.

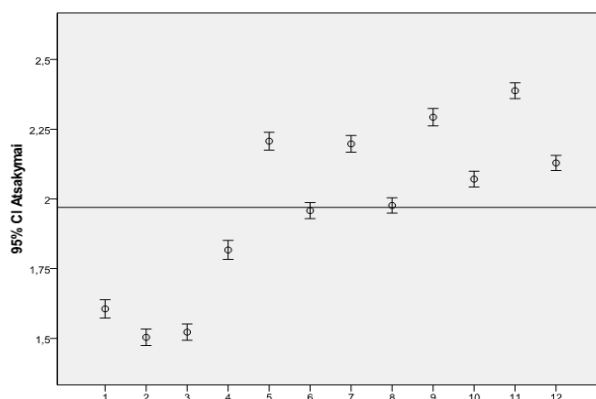
Dažniausios kliūtys dalyvauti prostatos vėžio ankstyvos profilaktikos programoje buvo respondentų nuomonė, kad prostatos biopsijos atlikimas būtų skausmingas (vertinimo vidurkis 2,39 balo) ir juos varžytų (vertinimo vidurkis 2,29 balo), digitalinio tyrimo atlikimas būtų skausmingas (vertinimo vidurkis 2,20 balo) ir juos varžytų (vertinimo vidurkis 2,21 balo). Tokios kliūtys kaip tyrimų kaina ir laiko sąnaudos apklaustiems vyrams buvo mažiau svarbios (19 lentelė, 23 pav.). Kliūtys dalyvauti profilaktikos programoje respondentams buvo mažiau svarbios (vertinimų vidurkis 1,97 iš 3 balų) palyginti su suvoktu rimtumu (2,17 balo; $F_{(6,12887)} = 28,984, P=0,0001$) ir suvokta nauda (2,50 balo; $F_{(14,27615)} = 87,573, P=0,0001$), tačiau svarbesnės negu suvoktas jautrumas (1,81 balo $F_{(4,9205)} = 18,826, P=0,0001$).

19 lentelė. Suvoktų kliūčių tyrimo rezultatai

Sveikatos įsitikinimų modelio koncepcija	Pogrūpio klausimai	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
Suvoktos kliūtys	1. PSA testo atlikimas mane varžytų	1842	1,61	0,017
	2. PSA testo atlikimas užimtų per daug laiko	1842	1,50	0,015
	3. PSA testo atlikimas būtų skausmingas	1842	1,52	0,015
	4. PSA testas per brangus (daug kainuotų)	1842	1,82	0,017
	5. Digitalinio tyrimo atlikimas mane varžytų	1842	2,21	0,016
	6. Digitalinio tyrimo atlikimas užimtų per daug laiko	1842	1,96	0,015
	7. Digitalinio tyrimo atlikimas man būtų skausmingas	1842	2,20	0,015
	8. Digitalinis tyrimas per brangus	1842	1,98	0,014
	9. Prostatos biopsijos atlikimas mane varžytų	1842	2,29	0,016
	10. Prostatos biopsijos atlikimas užimtų per daug laiko	1842	2,07	0,014
	11. Prostatos biopsijos atlikimas man būtų skausmingas	1842	2,39	0,014
	12. Prostatos biopsijos atlikimas per brangus	1842	2,13	0,014
	Vidurkis	1842	1,97	0,005
$F_{(11,22092)}=389,613, P=0,0001$				

Vertinant suvoktų kliūčių nuostatų sąsajas su respondentų socialinėmis grupėmis, statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti atsakant į klausimus: „PSA testo atlikimas būtų skausmingas“ ($F_{(4,1836)}=5,083, P=0,0001$), „Digitalinio tyrimo atlikimas mane varžytų“ ($F_{(4,1836)} = 1,849, P=0,001$), „Digitalinio tyrimo atlikimas užimtų per daug laiko“ ($F_{(4,1836)}=2,588, P=0,035$), „Digitalinio tyrimo atlikimas būtų skausmingas“ ($F_{(4,1836)}=3,827, P=0,004$), „Prostatos biopsijos atlikimas mane varžytų“ ($F_{(4,1836)}=2,845, P=0,023$), „Prostatos biopsijos atlikimas būtų skausmingas“ ($F_{(4,1836)}= 4,287, P=0,002$) (20 lentelė).

Visų socialinių grupių respondentams suvoktų kliūčių koncepcija buvo mažiausiai aktuali palyginti su suvoktu rimtumu ir nauda – vyravo atsakymų balų vidurkiai žemiau 2 balų iš trijų galimų. Suvoktų kliūčių nuostata mažiausiai buvo išreikšta nedirbančiųjų ir neįgaliųjų socialinėse grupėse. Su teiginiais, rodančiais kliūtis dalyvauti profilaktikos programoje, daugiausia sutiko tarnautojai (atsakymų vidurkis svyravo nuo 2,22 iki 2,32 balo) ir darbininkai (atsakymų vidurkis svyravo nuo 1,65 iki 2,28 balo).



23 pav. Respondentų suvoktų kliūčių dalyvauti tyrimuose vertinimas (horizontali linija – bendras balo vidurkis)

1 – PSA testo atlikimas mane varžytų; 2 – PSA testo atlikimas užimtų per daug laiko; 3 – PSA testo atlikimas būtų skausmingas; 4 – PSA testas per brangus; 5 – digitalinio tyrimo atlikimas mane varžytų; 6 – digitalinio tyrimo atlikimas užimtų per daug laiko; 7 – digitalinio tyrimo atlikimas man būtų skausmingas; 8 – digitalinis tyrimas per brangus; 9 – prostatos biopsijos atlikimas mane varžytų; 10 – prostatos biopsijos atlikimas užimtų per daug laiko; 11 – prostatos biopsijos atlikimas man būtų skausmingas; 12 – prostatos biopsijos atlikimas per brangus.

20 lentelė. Suvoktų kliūčių koncepcijos sąsajos su respondentų socialinėmis grupėmis

Kliūčių koncepcija	Socialinės grupės	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. PSA testo atlikimas mane varžytų	Darbininkas	627	1,57	0,027
	Tarnautojas	588	1,54	0,027
	Pensininkas	419	1,54	0,034
	Neįgalus	125	1,58	0,062
	Nedirba	83	1,52	0,071
		$F_{(4,1836)} = 0,350, P=0,844$		

2. PSA testo atlikimas užimtų per daug laiko	Darbininkas	627	1,65	0,028
	Tarnautojas	588	1,62	0,028
	Pensininkas	419	1,65	0,033
	Neįgalus	125	1,58	0,059
	Nedirba	83	1,51	0,069
	$F_{(4,1836)} = 1,087, P=0,362$			
3. PSA testo atlikimas būtų skausmingas	Darbininkas	627	1,97	0,028
	Tarnautojas	588	2,14	0,029
	Pensininkas	419	2,04	0,035
	Neįgalus	125	2,10	0,065
	Nedirba	83	2,17	0,077
	$F_{(4,1836)} = 5,083, P=0,0001$			
4. PSA testas per brangus	Darbininkas	627	2,10	0,024
	Tarnautojas	588	2,11	0,028
	Pensininkas	419	2,14	0,032
	Neįgalus	125	2,04	0,056
	Nedirba	83	2,19	0,076
	$F_{(4,1836)} = 0,906, P=0,459$			
5. Digitalinio tyrimo atlikimas mane varžytų	Darbininkas	627	2,09	0,025
	Tarnautojas	588	2,22	0,028
	Pensininkas	419	2,16	0,031
	Neįgalus	125	2,02	0,060
	Nedirba	83	2,16	0,072
	$F_{(4,1836)} = 1,849, P=0,001$			
6. Digitalinio tyrimo atlikimas užimtų per daug laiko	Darbininkas	627	2,21	0,025
	Tarnautojas	588	2,32	0,025
	Pensininkas	419	2,23	0,030
	Neįgalus	125	2,26	0,057
	Nedirba	83	2,22	0,069
	$F_{(4,1836)} = 2,588, P=0,035$			
7. Digitalinio tyrimo atlikimas būtų skausmingas	Darbininkas	627	1,91	0,028
	Tarnautojas	588	1,76	0,029
	Pensininkas	419	1,85	0,035
	Neįgalus	125	1,82	0,065
	Nedirba	83	1,78	0,073
	$F_{(4,1836)} = 3,827, P=0,004$			
8. Digitalinis tyrimas per brangus	Darbininkas	627	1,60	0,029
	Tarnautojas	588	1,57	0,029
	Pensininkas	419	1,54	0,033
	Neįgalus	125	1,62	0,061
	Nedirba	83	1,60	0,073
	$F_{(4,1836)} = 0,708, P=0,586$			
9. Prostatos biopsijos atlikimas mane varžytų	Darbininkas	627	1,98	0,029
	Tarnautojas	588	2,11	0,030
	Pensininkas	419	2,01	0,036
	Neįgalus	125	2,06	0,063
	Nedirba	83	2,06	0,073
	$F_{(4,1836)} = 2,845, P=0,023$			

10. Prostatos biopsijos atlikimas užimtų per daug laiko	Darbininkas	627	2,04	0,027
	Tarnautojas	588	2,10	0,027
	Pensininkas	419	2,06	0,032
	Neįgalus	125	2,02	0,062
	Nedirba	83	2,06	0,065
	$F_{(4,1836)} = 0,891, P=0,468$			
11. Prostatos biopsijos atlikimas būtų skausmingas	Darbininkas	627	2,07	0,026
	Tarnautojas	588	2,21	0,028
	Pensininkas	419	2,14	0,032
	Neįgalus	125	2,15	0,061
	Nedirba	83	2,28	0,071
	$F_{(4,1836)} = 4,287, P=0,002$			
12. Prostatos biopsijos atlikimas per brangus	Darbininkas	627	2,28	0,025
	Tarnautojas	588	2,25	0,025
	Pensininkas	419	2,23	0,031
	Neįgalus	125	2,28	0,059
	Nedirba	83	2,25	0,070
	$F_{(4,1836)} = 0,441, P=0,779$			

Analizuojant suvoktų kliūčių dalyvauti profilaktikos programoje sąsajas su respondentų išsilavinimu, nustatyti statistikai reikšmingi skirtumai, atsakant į klausimus: „PSA testo atlikimas būtų skausmingas“ ($F_{(5,1836)}=7,783, P=0,0001$), „Digitalinio tyrimo atlikimas mane varžytų“ ($F_{(5,1836)} = 9,007, P=0,001$), „Digitalinio tyrimo atlikimas užimtų per daug laiko“ ($F_{(5,1836)} = 6,297, P=0,0001$), „Digitalinio tyrimo atlikimas būtų skausmingas“ ($F_{(5,1836)} = 13,898, P=0,0001$), „Prostatos biopsijos atlikimas mane varžytų“ ($F_{(5,1836)} = 9,900, P=0,0001$), „Prostatos biopsijos atlikimas užimtų per daug laiko“ ($F_{(5,1836)} = 7,373, P=0,0001$) ir „Prostatos biopsijos atlikimas būtų skausmingas“ ($F_{(5,1836)} = 4,468, P=0,0001$). Daugiausia kliūčių dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programoje nurodė pradinio, aukštojo ir aukštesniojo išsilavinimo respondentai (21 lentelė).

21 lentelė. Suvoktų klūčių koncepcijos sąsajos su respondentų išsilavinimu

Klūčių koncepcija	Išsilavinimas	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. PSA testo atlikimas mane varžytų	Pradinis	24	1,71	0,127
	Nebaigtas vidurinis	101	1,61	0,074
	Vidurinis	507	1,56	0,028
	Aukštesnysis	550	1,54	0,029
	Nebaigtas aukštasis	98	1,57	0,073
	Aukštasis	499	1,54	0,029
$F_{(5,1836)} = 0,499, P=0,777$				
2. PSA testo atlikimas užimtų per daug laiko	Pradinis	24	1,64	0,128
	Nebaigtas vidurinis	101	1,63	0,073
	Vidurinis	507	1,64	0,029
	Aukštesnysis	550	1,61	0,030
	Nebaigtas aukštasis	98	1,53	0,063
	Aukštasis	499	1,67	0,030
$F_{(5,1836)} = 0,841, P=0,520$				
3. PSA testo atlikimas būtų skausmingas	Pradinis	24	1,87	0,130
	Nebaigtas vidurinis	101	1,87	0,081
	Vidurinis	507	1,96	0,030
	Aukštesnysis	550	2,08	0,029
	Nebaigtas aukštasis	98	2,05	0,067
	Aukštasis	499	2,19	0,031
$F_{(5,1836)} = 7,783, P=0,0001$				
4. PSA testas per brangus	Pradinis	24	2,08	0,146
	Nebaigtas vidurinis	101	2,07	0,060
	Vidurinis	507	2,03	0,025
	Aukštesnysis	550	2,18	0,027
	Nebaigtas aukštasis	98	2,13	0,063
	Aukštasis	499	2,14	0,030
$F_{(5,1836)} = 3,217, P=0,007$				
5. Digitalinio tyrimo atlikimas mane varžytų	Pradinis	24	2,04	0,127
	Nebaigtas vidurinis	101	1,89	0,060
	Vidurinis	507	2,05	0,025
	Aukštesnysis	550	2,20	0,027
	Nebaigtas aukštasis	98	2,21	0,070
	Aukštasis	499	2,23	0,030
$F_{(5,1836)} = 9,007, P=0,001$				
6. Digitalinio tyrimo atlikimas užimtų per daug laiko	Pradinis	24	2,13	0,139
	Nebaigtas vidurinis	101	2,08	0,052
	Vidurinis	507	2,17	0,027
	Aukštesnysis	550	2,29	0,025
	Nebaigtas aukštasis	98	2,35	0,063
	Aukštasis	499	2,33	0,028
$F_{(5,1836)} = 6,297, P=0,0001$				

7. Digitalinio tyrimo atlikimas būtų skausmingas	Pradinis	24	1,92	0,169
	Nebaigtas vidurinis	101	2,00	0,063
	Vidurinis	507	1,93	0,028
	Aukštesnysis	550	1,90	0,030
	Nebaigtas aukštasis	98	1,89	0,069
	Aukštasis	499	1,62	0,033
	$F_{(5,1836)} = 13,898, P=0,0001$			
8. Digitalinis tyrimas per brangus	Pradinis	24	1,54	0,159
	Nebaigtas vidurinis	101	1,54	0,071
	Vidurinis	507	1,57	0,029
	Aukštesnysis	550	1,61	0,030
	Nebaigtas aukštasis	98	1,56	0,070
	Aukštasis	499	1,58	0,030
	$F_{(5,1836)} = 0,305, P=0,910$			
9. Prostatos biopsijos atlikimas mane varžytų	Pradinis	24	2,13	0,163
	Nebaigtas vidurinis	101	1,89	0,070
	Vidurinis	507	1,88	0,031
	Aukštesnysis	550	2,09	0,031
	Nebaigtas aukštasis	98	2,06	0,070
	Aukštasis	499	2,15	0,031
	$F_{(5,1836)} = 9,900, P=0,0001$			
10. Prostatos biopsijos atlikimas užimtų per daug laiko	Pradinis	24	1,92	0,133
	Nebaigtas vidurinis	101	1,80	0,058
	Vidurinis	507	1,99	0,028
	Aukštesnysis	550	2,12	0,028
	Nebaigtas aukštasis	98	2,19	0,069
	Aukštasis	499	2,13	0,029
	$F_{(5,1836)} = 7,373, P=0,0001$			
11. Prostatos biopsijos atlikimas būtų skausmingas	Pradinis	24	2,38	0,118
	Nebaigtas vidurinis	101	2,06	0,058
	Vidurinis	507	2,06	0,028
	Aukštesnysis	550	2,17	0,028
	Nebaigtas aukštasis	98	2,19	0,071
	Aukštasis	499	2,22	0,030
	$F_{(5,1836)} = 4,468, P=0,0001$			
12. Prostatos biopsijos atlikimas per brangus	Pradinis	24	2,25	0,162
	Nebaigtas vidurinis	101	2,22	0,057
	Vidurinis	507	2,32	0,027
	Aukštesnysis	550	2,27	0,026
	Nebaigtas aukštasis	98	2,23	0,060
	Aukštasis	499	2,18	0,027
	$F_{(5,1836)} = 2,706, P=0,019$			

Analizuojant respondentų šeiminės padėties sąsajas su suvoktų kliūčių dalyvauti prostatos vėžio patikros programoje nuostatomis, statistiškai reikšmingo skirtumo, atsakant į visus pogrupio klausimus, nenustatyta (22 lentelė). Konstatuota tendencija, jog daugiausia kliūtis dalyvauti patikros programoje

mato vieniši asmenys: vyrai, gyvenantys atskirai nuo sutuoktinės, dažniau teigė, kad PSA testo atlikimas juos varžytų (1,75 balo), būtų skausmingas (2,75 balo), testas per brangus (2,25 balo), digitalinis tyrimas juos varžytų (2,25 balo), prostatos biopsijos atlikimas užimtų per daug laiko (2,25 balo) ir būtų jiems per brangus (2,50 balo). Panašiai dažnai tokius nuogastavimus išreiškė išsituokę vyrai ir našliai.

22 lentelė. Suvoktų kliūčių koncepcijos sąsajos su respondentų šeimine padėtimi

Kliūčių koncepcija	Šeiminė padėtis	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. PSA testo atlikimas mane varžytų	Vedęs	1657	1,56	0,017
	Nevedęs	35	1,43	0,118
	Neregistruota santuoka	22	1,64	0,140
	Išsiskyres	62	1,56	0,078
	Našlys	62	1,44	0,078
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,75	0,479
	$F_{(4,1836)} = 0,781, P=0,564$			
2. PSA testo atlikimas užimtų per daug laiko	Vedęs	1657	1,63	0,017
	Nevedęs	35	1,63	0,101
	Neregistruota santuoka	22	1,58	0,158
	Išsiskyres	62	1,56	0,078
	Našlys	62	1,71	0,092
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,25	0,250
	$F_{(4,1836)} = 0,574, P=0,720$			
3. PSA testo atlikimas būtų skausmingas	Vedęs	1657	2,05	0,017
	Nevedęs	35	2,11	0,121
	Neregistruota santuoka	22	2,40	0,152
	Išsiskyres	62	2,10	0,087
	Našlys	62	2,03	0,084
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,75	0,250
	$F_{(4,1836)} = 1,901, P=0,091$			
4. PSA testas per brangus	Vedęs	1657	2,11	0,016
	Nevedęs	35	2,03	0,119
	Neregistruota santuoka	22	2,14	0,178
	Išsiskyres	62	2,21	0,077
	Našlys	62	2,18	0,085
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,479
	$F_{(4,1836)} = 0,585, P=0,712$			

5. Digitalinio tyrimo atlikimas mane varžytų	Vedęs	1657	2,15	0,016
	Nevedęs	35	2,14	0,110
	Neregistruota santuoka	22	1,95	0,154
	Išsiskyres	62	2,10	0,079
	Našlys	62	2,13	0,078
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	
	$F_{(4,1836)} = 0,502, P=0,775$			
6. Digitalinio tyrimo atlikimas užimtų per daug laiko	Vedęs	1657	2,25	0,015
	Nevedęs	35	2,06	0,100
	Neregistruota santuoka	22	2,09	0,130
	Išsiskyres	62	2,37	0,080
	Našlys	62	2,37	0,074
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,250
	$F_{(4,1836)} = 1,888, P=0,093$			
7. Digitalinio tyrimo atlikimas būtų skausmingas	Vedęs	1657	1,84	0,018
	Nevedęs	35	1,69	0,114
	Neregistruota santuoka	22	1,73	0,135
	Išsiskyres	62	1,92	0,087
	Našlys	62	1,90	0,088
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,75	0,250
	$F_{(4,1836)} = 0,710, P=0,616$			
8. Digitalinis tyrimas per brangus	Vedęs	1657	1,58	0,017
	Nevedęs	35	1,60	0,124
	Neregistruota santuoka	22	1,64	0,168
	Išsiskyres	62	1,55	0,082
	Našlys	62	1,53	0,088
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	1,00	0,0001
	$F_{(4,1836)} = 0,683, P=0,636$			
9. Prostatos biopsijos atlikimas mane varžytų	Vedęs	1657	2,03	0,018
	Nevedęs	35	2,09	0,111
	Neregistruota santuoka	22	1,91	0,146
	Išsiskyres	62	2,13	0,078
	Našlys	62	2,18	0,099
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,00	0,408
	$F_{(4,1836)} = 0,883, P=0,491$			
10. Prostatos biopsijos atlikimas užimtų per daug laiko	Vedęs	1657	2,06	0,016
	Nevedęs	35	2,00	0,123
	Neregistruota santuoka	22	2,23	0,130
	Išsiskyres	62	2,05	0,087
	Našlys	62	2,11	0,080
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,250
	$F_{(4,1836)} = 0,476, P=0,794$			

11. Prostatos biopsijos atlikimas būtų skausmingas	Vedęs	1657	2,14	0,016
	Nevedęs	35	2,14	0,093
	Neregistruota santuoka	22	2,27	0,117
	Išsiskyres	62	2,15	0,094
	Našlys	62	2,27	0,080
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,250
	$F_{(4,1836)} = 0,668, P=0,648$			
12. Prostatos biopsijos atlikimas per brangus	Vedęs	1657	2,26	0,015
	Nevedęs	35	2,17	0,112
	Neregistruota santuoka	22	2,41	0,142
	Išsiskyres	62	2,18	0,081
	Našlys	62	2,24	0,088
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,50	0,289
	$F_{(4,1836)} = 0,721, P=0,608$			

Sveikatos motyvacija

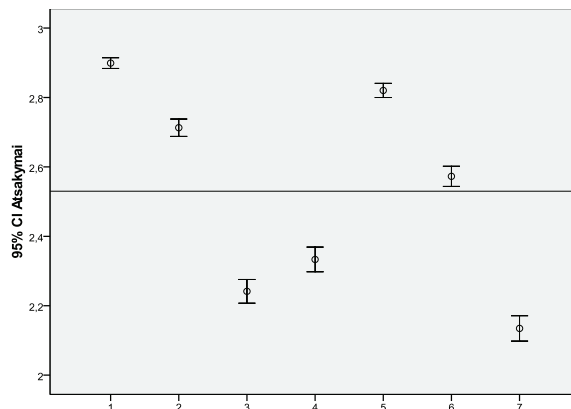
Sveikatos motyvacija buvo daugiausiai išreikšta palyginti su kitomis respondentų sveikatos nuostatomis (balų vidurkis – 2,53). Dažniausia nuostata, motyvuojanti respondentus dalyvauti prostatos vėžio profilaktinėje programoje, buvo noras anksti aptikti sveikatos problemas (vertinimo vidurkis 2,90 balo). Respondentai mažiausiai reikšmės teikė profilaktiniam sveikatos tikrinimui (vertinimo vidurkis 2,13) ir naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą paieškoms (2,24 balo) (23 lentelė, 24 pav.).

23 lentelė. Sveikatos motyvacijos tyrimo rezultatai

Sveikatos įsitikinimų modelio koncepcija	Pogrūpio klausimai	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
Sveikatos motyvacija	1. Savo sveikatos problemas noriu atrasti anksti	1842	2,90	0,008
	2. Man labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą	1842	2,71	0,013
	3. Aš ieškau naujos informacijos, kaip pagerinti savo sveikatą	1842	2,24	0,017
	4. Aš manau, kad svarbu užsiiminti sveikatą stiprinančia veikla	1842	2,33	0,018

5. Aš laikausi sveikos mitybos principų	1842	2,82	0,010
6. Aš mankštinausi ne mažiau 3 kartų per savaitę	1842	2,57	0,015
7. Aš net nesirgdamas reguliariai tikrinuosi sveikatą	1842	2,13	0,019
Vidurkis	1842	2,53	0,006

$F_{(6,12887)}=406,977, P=0,0001$



24 pav. Respondentų sveikatos motyvacijos vertinimas (horizontali linija – bendras balo vidurkis)

1 – savo sveikatos problemas noriu atrasti anksti; 2 – man labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą; 3 – aš ieškau naujos informacijos, kaip pagerinti savo sveikatą; 4 – aš manau, kad yra svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla; 5 – aš laikausi sveikos mitybos principų; 6 – aš mankštinausi ne mažiau 3 kartų per savaitę; 7 – aš net nesirgdamas reguliariai tikrinuosi sveikatą.

Vertinant sveikatos motyvacijos nuostatų sąsajas su respondentų socialinėmis grupėmis, tarp atsakymų į septynis pogrupio klausimus balų vidurkių buvo statistiškai reikšmingas skirtumas atsakant į teiginį: „Aš ieškau naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą“ – daugiausia tai buvo aktualu nedirbantiems, mažiausia – tarnautojams ($F_{(4,1836)} = 3,300, P=0,010$) (24 lentelė).

Nustatyta tendencija, kad tarnautojai daugiau linkę dalyvauti profilaktinėse programose ir rūpintis savo sveikata – jie daugiausia buvo įsitikinę, kad svarbu savo sveikatos problemas rasti anksti (2,91 balo), užsiimti sveikatą stiprinančia veikla (2,38 balo), laikytis sveikos mitybos principų (2,84 balo), pakankamai mankštintis (2,61 balo) ir reguliariai tikrintis sveikatą (2,14 balo). Nedarbantieji daug dėmesio skiria reguliariai mankštai (2,61 balo), o darbininkai – reguliariam sveikatos tikrinimuisi (2,16 balo). Profilaktinis sveikatos tik-

rinimasis mažiausiai svarbus buvo nedirbantiesiems (2,02 balo), palyginti su kitomis socialinėmis grupėmis.

24 lentelė. Sveikatos motyvacijos koncepcijos sąsajos su respondentų socialinėmis grupėmis

Motyvacijos koncepcija	Socialinės grupės	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. Savo sveikatos problemas noriu rasti anksti	Darbininkas	627	2,90	0,014
	Tarnautojas	588	2,91	0,013
	Pensininkas	419	2,90	0,017
	Neįgalus	125	2,87	0,036
	Nedirba	83	2,90	0,033
$F_{(4,1836)} = 0,322, P=0,864$				
2. Man labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą	Darbininkas	627	2,67	0,023
	Tarnautojas	588	2,74	0,022
	Pensininkas	419	2,76	0,024
	Neįgalus	125	2,66	0,054
	Nedirba	83	2,69	0,056
$F_{(4,1836)} = 2,303, P=0,056$				
3. Aš ieškau naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą	Darbininkas	627	2,30	0,030
	Tarnautojas	588	2,17	0,031
	Pensininkas	419	2,20	0,037
	Neįgalus	125	2,30	0,064
	Nedirba	83	2,37	0,079
$F_{(4,1836)} = 3,300, P=0,010$				
4. Aš manau, kad yra svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla	Darbininkas	627	2,28	0,032
	Tarnautojas	588	2,38	0,032
	Pensininkas	419	2,35	0,038
	Neįgalus	125	2,37	0,066
	Nedirba	83	2,25	0,087
$F_{(4,1836)} = 1,416, P=0,226$				
5. Aš laikausi sveikos mitybos principų	Darbininkas	627	2,80	0,019
	Tarnautojas	588	2,84	0,017
	Pensininkas	419	2,83	0,021
	Neįgalus	125	2,82	0,041
	Nedirba	83	2,83	0,045
$F_{(4,1836)} = 0,679, P=0,607$				
6. Aš mankštinuosi ne mažiau trijų kartų per savaitę	Darbininkas	627	2,52	0,027
	Tarnautojas	588	2,61	0,025
	Pensininkas	419	2,59	0,031
	Neįgalus	125	2,56	0,058
	Nedirba	83	2,61	0,061
$F_{(4,1836)} = 1,740, P=0,139$				
7. Aš net nesirgdamas reguliariai tikrinuosi sveikatą	Darbininkas	627	2,16	0,032
	Tarnautojas	588	2,14	0,033
	Pensininkas	419	2,12	0,038
	Neįgalus	125	2,11	0,075
	Nedirba	83	2,02	0,091
$F_{(4,1836)} = 0,592, P=0,668$				

Analizuojant sveikatos motyvacijos koncepcijos sąsajas su respondentų išsilavinimu, konstatuojamas statistiškai patikimas skirtumas tarp atsakymų vertinimo balų vidurkių atsakant į klausimus „Man labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą“ ($F_{(5,1836)} = 3,857, P=0,002$), „Aš ieškau naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą“ ($F_{(5,1836)} = 9,202, P=0,0001$) (25 lentelė). Sveikatos motyvacijos lygis buvo didelis visose išsilavinimo grupėse (vyravo atsakymų balų vidurkiai daugiau 2,5 iš trijų galimų). Pradinio išsilavinimo respondentams buvo stipri motyvacija anksti rasti savo sveikatos problemas (2,92 balai), jie daugiausia mano, kad svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla (2,5 balai), sveikos mitybos principų laikosi (2,88 balo). Nebaigto vidurinio išsilavinimo vyrams labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą (2,84 balo) ir jie ieško naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą (2,61 balo). Pakankamai mankštinausi daugiausia aukštesniojo išsilavinimo vyrai (2,63 balo).

25 lentelė. Sveikatos motyvacijos koncepcijos sąsajos su respondentų išsilavinimu

Motyvacijos koncepcija	Išsilavinimas	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. Savo sveikatos problemas noriu rasti anksti	Pradinis	24	2,92	0,083
	Nebaigtas vidurinis	101	2,90	0,036
	Vidurinis	507	2,90	0,014
	Aukštesnysis	550	2,88	0,017
	Nebaigtas aukštasis	98	2,88	0,033
	Aukštasis	499	2,92	0,013
	$F_{(5,1836)} = 0,754, P=0,583$			
2. Man labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą	Pradinis	24	2,80	0,082
	Nebaigtas vidurinis	101	2,84	0,038
	Vidurinis	507	2,68	0,024
	Aukštesnysis	550	2,75	0,022
	Nebaigtas aukštasis	98	2,55	0,070
	Aukštasis	499	2,71	0,025
	$F_{(5,1836)} = 3,857, P=0,002$			
3. Aš ieškau naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą	Pradinis	24	2,35	0,162
	Nebaigtas vidurinis	101	2,61	0,070
	Vidurinis	507	2,32	0,031
	Aukštesnysis	550	2,13	0,031
	Nebaigtas aukštasis	98	2,24	0,075
	Aukštasis	499	2,20	0,033
	$F_{(5,1836)} = 9,202, P=0,0001$			

4. Aš manau, kad yra svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla	Pradinis	24	2,50	0,147
	Nebaigtas vidurinis	101	2,46	0,071
	Vidurinis	507	2,26	0,033
	Aukštesnysis	550	2,34	0,033
	Nebaigtas aukštasis	98	2,43	0,071
	Aukštasis	499	2,35	0,035
	$F_{(5,1836)} = 1,944, P=0,084$			
5. Aš laikausi sveikos mitybos principų	Pradinis	24	2,88	0,069
	Nebaigtas vidurinis	101	2,78	0,046
	Vidurinis	507	2,80	0,020
	Aukštesnysis	550	2,80	0,021
	Nebaigtas aukštasis	98	2,85	0,044
	Aukštasis	499	2,87	0,017
	$F_{(5,1836)} = 1,791, P=0,111$			
6. Aš mankštinuosi ne mažiau trijų kartų per savaitę	Pradinis	24	2,29	0,127
	Nebaigtas vidurinis	101	2,52	0,068
	Vidurinis	507	2,55	0,028
	Aukštesnysis	550	2,63	0,026
	Nebaigtas aukštasis	98	2,58	0,061
	Aukštasis	499	2,57	0,027
	$F_{(5,1836)} = 2,098, P=0,063$			
7. Aš net nesirgdamas reguliariai tikrinuosi sveikatą	Pradinis	24	2,08	0,169
	Nebaigtas vidurinis	101	2,22	0,073
	Vidurinis	507	2,09	0,033
	Aukštesnysis	550	2,18	0,034
	Nebaigtas aukštasis	98	2,07	0,084
	Aukštasis	499	2,13	0,036
	$F_{(5,1836)} = 1,027, P=0,400$			

Tiriant respondentų šeimines padėties sąsajas su sveikatos motyvacijos nuostatomis, statistiškai patikimo skirtumo, atsakant į visus pogrupio klausimus, nenustatyta (26 lentelė). Pastebėta, kad vienišiams vyrams buvo daugiau išreikštos sveikatos motyvacijos nuostatos – gyvenantys atskirai nuo sutuoktinės vyrai dažniau nei kiti teigė, kad jiems labai svarbu savo sveikatos problemas rasti anksti (3,00 balo), kad jie ieško naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą (3,00 balo), kad yra svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla (3,00 balo), kad net nesirgdami reguliariai tikrinasi sveikatą (2,33 balo).

26 lentelė. Sveikatos motyvacijos koncepcijos sąsajos su respondentų šeimine padėtimi

Motyvacijos koncepcija	Šeiminė padėtis	N	Balų vidurkis Min-Max =1-3	±m
1. Savo sveikatos problemas noriu rasti anksti	Vedęs	1657	2,90	0,008
	Nevedęs	35	2,91	0,048
	Neregistruota santuoka	22	2,91	0,063
	Išsiskyres	62	2,81	0,060
	Našlys	62	2,87	0,049
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	3,00	0,008
	$F_{(5,1836)} = 1,143, P=0,335$			
2. Man labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą	Vedęs	1657	2,71	0,014
	Nevedęs	35	2,80	0,080
	Neregistruota santuoka	22	2,62	0,118
	Išsiskyres	62	2,71	0,062
	Našlys	62	2,69	0,065
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,25	0,479
	$F_{(5,1836)} = 0,871, P=0,500$			
3. Aš ieškau naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą	Vedęs	1657	2,23	0,018
	Nevedęs	35	2,43	0,111
	Neregistruota santuoka	22	2,20	0,156
	Išsiskyres	62	2,41	0,092
	Našlys	62	2,27	0,090
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,00	0,408
	$F_{(5,1836)} = 1,262, P=0,278$			
4. Aš manau, kad yra svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla	Vedęs	1657	2,50	0,019
	Nevedęs	35	2,46	0,130
	Neregistruota santuoka	22	2,26	0,179
	Išsiskyres	62	2,34	0,091
	Našlys	62	2,43	0,105
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,35	0,289
	$F_{(5,1836)} = 0,564, P=0,728$			
5. Aš laikausi sveikos mitybos principų	Vedęs	1657	2,82	0,011
	Nevedęs	35	2,86	0,060
	Neregistruota santuoka	22	2,82	0,107
	Išsiskyres	62	2,71	0,078
	Našlys	62	2,87	0,149
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,75	0,250
	$F_{(5,1836)} = 0,986, P=0,425$			

6. Aš mankštinuosi ne mažiau trijų kartų per savaitę	Vedęs	1657	2,58	0,015
	Nevedęs	35	2,43	0,111
	Neregistruota santuoka	22	2,36	0,168
	Išsiskyres	62	2,53	0,085
	Našlys	62	2,63	0,084
	Sutuoktinis gyvena atskirai	4	2,75	0,250
	$F_{(5,1836)} = 1,067, P=0,377$			
	7. Aš net nesirgdamas reguliariai tikrinuosi sveikatą	Vedęs	1657	2,15
Nevedęs		35	2,03	0,151
Neregistruota santuoka		22	2,00	0,197
Išsiskyres		62	2,11	0,106
Našlys		62	2,05	0,106
Sutuoktinis gyvena atskirai		4	1,00	0,0001
$F_{(5,1836)} = 2,087, P=0,064$				

Sveikatos motyvacija stimuliuoja konkretų žmonių veikimą siekiant sveikatos. Suvokta ligos grėsmė (jautrumas ir rimtumas) ir įsisąmoninta nauda yra pagrindiniai veiksniai, lemiantys nusiteikimą sveikatai ir pozityvius veiksmus sveikatai stiprinti. Moksliniais įrodymais pagrįsta informacija apie teigiamus vėžio organizuotos patikros profilaktinių programų rezultatus suformuoja pozityvų požiūrį į prostatos vėžio profilaktikos programą. Sveikatos motyvacija skatina sveiką gyvenseną (sveika mityba, pakankamas fizinis aktyvumas), sveikatos rizikos vengimą (rūkymas, alkoholizmas) ir aktyvų dalyvavimą imunoprofilaktikoje.

Apibendrinant reikėtų pabrėžti, kad prostatos vėžio profilaktikos programoje dalyvavusių vyrų sveikatos įsitikinimų lygis buvo gana aukštas (2,2 balo iš 3 galimų), daugiausia buvo išreikštos sveikatos motyvacijos (2,53 balo) ir profilaktinės programos suvoktos naudos (2,50 balo) nuostatos. Iš socialinių ir demografinių veiksnių įtakos sveikatos įsitikinimams turėjo respondentų socialinė padėtis ir išsilavinimas: daugiausia motyvuoti buvo tarnautojai, mažiausiai – nedirbantieji; susijusio su liga jautrumo ir rimtumo, kliūčių dalyvauti profilaktikos programoje pojūčiai, sukelti baimę, daugiausia pasireiškė pradinio išsilavinimo vyrams. Naudos nuostata buvo susijusi su respondentų socialine padėtimi ir išsilavinimu. Atskirus naudos nuostatos teiginius reikšmingai skirtingai vertino įvairių sociali-

nių grupių atstovai. Daugiausia dalyvavimo profilaktikos programoje naudą suvokė žemesnio išsilavinimo respondentai. Šeiminė padėtis statistiškai reikšmingos įtakos vyrų sveikatos nuostatomis neturėjo.

4.4. Vyrų žinių apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką, sąsajos su socialiniais ir demografiniais požymiais

4.4.1. Respondentų socialinių ir demografinių požymių analizė

Į žinių apie prostatos vėžį tyrimą buvo įtraukti 658 vyrai. Iš jų 97,9 proc. gyveno mieste ir 2,1 proc. kaime. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 45 metų iki 79 metų, amžiaus vidurkis buvo 59,5 metų (SD-6,3). Ištyrus respondentų socialinius-demografinius požymius, nustatyta, kad imtyje didžioji vyrų dalis (90,4 proc.) buvo susituokę, vyravo aukštesniojo išsilavinimo asmenys (34 proc.) ir priklausė darbininkų socialinei grupei (35,3 proc.) (27 lentelė).

27 lentelė. Respondentų socialiniai-demografiniai požymiai

Socialiniai demografiniai požymiai	Tiriamoji grupė											
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Šeiminė padėtis	vedęs		nevedęs		neregistruota santuoka		išsiskyręs		našlys		sutuoktinis gyvena atskirai	
	595	90,4	14	2,1	11	1,7	19	2,9	18	2,7	1	0,2
Išsilavinimas	pradinis		nebaigtas vidurinis		vidurinis		aukštesnysis		nebaigtas aukštasis		aukštasis	
	13	2	30	4,6	196	29,8	224	34	36	5,5	159	24,2
Socialinė grupė	darbininkas				tarnautojas		pensininkas		neįgalus		bedarbis	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	232	35,3			229	34,8	139	21,1	41	6,2	17	2,6

4.4.2. Vyrų žinių apie prostatos vėžį tyrimo rezultatai

Dalyvavusių tyrime vyrų žinios apie prostatos vėžį buvo vertinamos naudojant S. P. Weinrich klausimyną. Anketą sudaro 12 klausimų, kurie atskleidžia respondentų žinias apie ligos požymius, rizikos veiksnius, diagnostikos galimybes ir gydymo pasekmes. Į visus dvylika teiginių teisingai atsakė 4

iš 658 respondentų (0,6 proc.). Į 12-tą teiginį teisingai atsakė 241 respondentas, į 11-tą – 72, į 10-tą – 585, į 9-tą – 628, į 8-tą – 626, į 7-tą – 178, į 6-tą – 181, į 5-tą – 93, į 4-tą – 137, į 3-ią – 610, į 2-ą – 261, į 1-ą – 381 tiriamasis.

Pagal S. P. Weinrich klausimyną teisingi atsakymai „taip“ yra į 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12 teiginius ir teisingi atsakymai „ne“ yra į 3, 8, 9, 10 teiginius. Respondentų žinių apie prostatos vėžį duomenys pateikti 28 lentelėje.

28 lentelė. Respondentų žinių apie prostatos vėžį įvertinimas

Žinių apie prostatos vėžį klausimyno teiginiai	Teisingi atsakymai		Neteisingi atsakymai	
	N	%	N	%
1. Vyriui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga	381	57,9	277	42,1
2. Vyras gali sirgti prostatos vėžiu ir nejausti jokių požymių ir problemų	261	39,7	397	60,3
3. Jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems	48	7,3	610	92,7
4. Pasikartojantis skausmas dažniausiai nugaros apačioje gali būti prostatos vėžio požymis	137	20,8	521	79,2
5. Didžiąjai daliai 80 metų vyrų nereikia prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinės programos	93	14,1	565	85,9
6. Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrams šlapinimąsi	181	27,5	477	72,5
7. Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrų seksualinę funkciją	178	27,1	480	72,9
8. Dėl kai kurio prostatos vėžio gydymo vyrai negali vėl vairuoti automobilio	32	4,9	626	95,1
9. Gydytojai gali pasakyti, kuris vyras gali mirti nuo prostatos vėžio, o kuris šia liga nesusirgs	30	4,6	628	95,4
10. Nukrypęs nuo normos prostatos specifinio antigeno (PSA) kraujo testas reiškia, kad aš tikrai sergu prostatos vėžiu	73	11,1	585	88,9
11. Aš galiu sirgti prostatos vėžiu, nors mano prostatos specifinis antigeno (PSA) testas yra maždaug normalus	72	10,9	586	89,1
12. Kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai	241	36,6	417	63,4

Iš viso: 658 respondentai

Analizuodami duomenis, atsakymus „taip“ įvardijome terminu „teisingi“, o atsakymus „ne“ ir „nežinau“ – terminu „neteisingi“. Nustatyta, kad respondentų žinių apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką lygis buvo vidutinis, nes vyravo teisingi atsakymai į 5–7 klausimus ir žemiau vidutinio. Daugiausiai apklaustų vyrų (28 proc.) teisingai atsakė tik į 4 iš 12 klausimų. Teisingai atsakė į 5 klausimus – 98 (13,5 proc.), į 6-is – 118 (17,9 proc.), į 7-is – 109 (16,6

proc.), į 8-is – 71 (10,8 proc.), į 9-is – 45 (6,8 proc.) respondentų. Turinčiųjų labai išsamių žinių apie prostatos vėžį (teisingi atsakymai į 10–12 klausimų) ir labai menkų žinių (teisingi atsakymai į 2–3 klausimus) buvo mažuma, atitinkamai 0,6–3,6 proc. ir 0,3–1,1 proc. respondentų.

Apskaičiuota bendra balo vertė (bendro balo vidurkis skaičiuotas iš atsakymų į visus dvylika klausimų) priklausomai nuo tiriamųjų socialinių demografinių požymių (29 lentelė). Įvertinus analizės duomenis nustatyta, kad respondentų žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius lygis iš 10-ies balų buvo vidutinis (bendras balo vidurkis svyravo nuo 5,654 iki 6,271), mažiausias buvo tiriamųjų gyvenančių ne šeimoje, grupėje, o didžiausias tarnautojų grupėje. Palyginus žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius bendro balo vidurkius pagal amžiaus grupes: 45–59 metai (6,084) ir 60–75 metai (6,050); pagal išsilavinimą: vidurinis (6,029) ir aukštasis (6,091); pagal šeimines padėtis: gyvena šeimoje (6,104) ir vienas (5,654); pagal socialines grupes: darbininkai (5,897), tarnautojai (6,271), pensininkai (6,129) ir kiti (5,810), nenustatyta statistikai reikšmingo skirtumo (p atsakymų statistinis reikšmingumas svyravo tarp 0,101 ir 0,822) (29 lentelė). Taigi, tirtų vyrų žinios apie prostatos vėžio rizikos veiksnius nepriklausė nuo socialinių demografinių požymių. Tačiau pastebėta tendencija, jog šiek tiek žemesnis bendras žinių balo vidurkis buvo asmenų, priklausančių darbininkų (5,897) ir kitoms (5,810) socialinėms grupėms ir vienišų asmenų (5,654) grupei.

Analizuotos respondentų žinios apie prostatos vėžio rizikos veiksnius, kurias atskleidė pirmas klausimas (Kl_1) „Vyrui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga“, trečias klausimas (Kl_3) „Jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems“ ir penktas (Kl_5) „Didžiajai daliai 80 metų vyrų nereikia prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinės programos“. Apskaičiuota bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis priklausomai nuo tiriamųjų socialinių demografinių požymių (29 lentelė).

29 lentelė. Žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis (proc.) priklausomai nuo respondentų socialinių ir demografinių požymių

Socialiniai demografiniai požymiai	n (%)	Bendro balo vidurkis*	Teisingai atsakiusių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius respondentų skaičius n (%)		
			Kl_1	Kl_3	Kl_5
<i>Amžius, metai</i>					
45-59	359 (54,6)	6,084	206 57,4 (52,2-62,4)	332 92,5(89,4-94,8)	53 14,8(11,4-18,7)
60-75	299 (45,4)	6,050	175 58,5(52,9-64,0)	278 93,0(89,7-95,5)	40 13,4(9,8-17,5)
<i>p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas</i>		p=0,822	p=0,767	p=0,807	p=0,612
<i>Išsilavinimas</i>					
Vidurinis	239 (36,3)	6,029	144 60,3(54,0-66,3)	215 90,0(85,7-93,3)	32 13,4(9,5-18,1)
Aukštasis	419 (63,7)	6,091	237 56,6(51,8-61,3)	395 94,3(91,8-96,2)	61 14,6(11,4-18,1)
<i>p</i>		p=0,690	p=0,357	p=0,401	p=0,679
<i>Socialinė grupė</i>					
Darbininkai	232 (35,3)	5,897	129 55,6(49,2-61,9)	213 91,8(87,8-94,9)	28 12,1(8,3-16,7)
Tarnautojai	229 (34,8)	6,271	136 59,4(53,0-65,6)	212 92,6(88,7-95,5)	39 17,0(12,6-22,2)
Pensininkai	139 (21,1)	6,129	85 61,2(52,9-69,0)	133 95,7(91,4-98,3)	18 12,9(8,1-19,2)
Kiti	58 (8,8)	5,810	31 53,4(40,8-65,8)	52 89,7(80,2-95,7)	8 13,8(6,6-24,1)
<i>p</i>		p=0,126	p=0,618	p=0,407	p=0,464
<i>Šeiminė padėtis</i>					
Gyvena šeimoje	606 (92,1)	6,104	357 58,9(55,0-62,8)	562 92,7(86,8-91,7)	87 14,4(11,7-17,3)
Gyvena vienas	52 (7,9)	5,654	24 46,2(33,2-59,5)	48 92,3(83,0-97,6)	6 11,5(4,8-22,0)
<i>p</i>		p=0,101	p=0,074	p=0,909	p=0,576

* - bendro balo vidurkis skaičiuotas iš atsakymų į visus dvylika klausimų, todėl jis vienodas visoms klausimų grupėms

Kl_1- vyrui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga

Kl_3- jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems

Kl_5- didžiajai daliai 80 metų vyrų nereikia prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinės programos

Nebuvo ženklėsio svyravimo tarp atsakymų į pirmą (Kl_1), trečią (Kl_3) ir penktą (Kl_5) klausimus. Tik kiek daugiau kaip pusė apklaustųjų žinojo, kad vyrui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga, priklausomai nuo sociodemografinių charakteristikų teisingai atsakė į šį klausimą 46,2–61,2 proc. respondentų. Vyraujanti dauguma tiriamųjų (89,7–95,7 proc.) neteisingai manė, kad jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems. Mažiau nei ketvirtis apklaustųjų (11,5–17,0 proc.) žinojo, kad didžiajai daliai 80 metų vyrų nereikia prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinės programos.

Analizuotos respondentų žinios apie prostatos vėžio klinikinius simptomus, kurias atskleidė antras klausimas (Kl_2) „Vyras gali sirgti prostatos vėžiu ir nejauti jokių požymių ir problemų“ ir ketvirtas klausimas (Kl_4) „Pasi-kartojantis skausmas dažniausiai nugaros apačioje gali būti prostatos vėžio požymis“. Apskaičiuota teisingų atsakymų dalis priklausomai nuo tiriamųjų socialinių demografinių požymių (30 lentelė).

30 lentelė. Žinių apie prostatos vėžio simptomus teisingų atsakymų dalis (proc.) priklausomai nuo respondentų socialinių ir demografinių požymių

Socialiniai demografiniai požymiai	n (%)	Teisingai atsakiusių apie prostatos vėžio simptomus respondentų skaičius n (%)	
		Kl 2	Kl 4
<i>Amžius, metai</i>			
45–59	359 (54,6)	147 40,9(35,9-46,1)	80 22,3(18,2-26,8)
60–75	299 (45,4)	114 38,1(32,8-43,7)	57 19,1(14,9-23,8)
<i>p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas</i>		p=0,462	p=0,311
<i>Išsilavinimas</i>			
Vidurinis	239 (36,3)	96 40,2(34,1-46,4)	48 20,1(15,3-25,5)
Aukštasis	419 (63,7)	165 39,4(34,8-44,1)	89 21,2(17,5-25,3)
<i>p</i>		p=0,843	p=0,725

<i>Socialinė grupė</i>			
Darbininkai	232 (35,3)	85 36,6(30,6-42,9)	47 20,3(15,4-25,7)
Tarnautojai	229 (34,8)	92 40,2(34,0-46,6)	54 23,6(18,4-29,3)
Pensininkai	139 (21,1)	57 41,0(33,1-49,1)	27 19,4(13,5-26,5)
Kiti	58 (8,8)	27 46,6(34,2-59,10)	9 15,5(7,8-26,1)
<i>p</i>		p=0,538	p=0,521
<i>Šeiminė padėtis</i>			
Gyvena šeimoje	606 (92,1)	242 39,9(36,1-43,9)	126 20,8(17,7-24,1)
Gyvena vienas	52 (7,9)	19 36,5(24,5-49,9)	11 21,2(11,7-33,3)
<i>p</i>		p=0,631	p=0,951

Kl_2-vyras gali sirgti prostatos vėžiu ir nejausti jokių požymių ir problemų

Kl_4- pasikartojantis skausmas dažniausiai nugaros apačioje gali būti prostatos vėžio požymis

Tirtų vyrų žinios apie prostatos vėžio klinikinius simptomus nepriklausė nuo socialinių demografinių požymių. Nebuvo ženklensio svyravimo tarp atsakymų į antrą (Kl_2) ir ketvirtą (Kl_4) klausimus. Nustatytas gana menkas tiriamųjų informuotumas apie prostatos vėžio klinikinius simptomus. Tik kiek daugiau kaip trečdalis respondentų žinojo, kad vyras gali sirgti prostatos vėžiu ir nejausti jokių požymių ir problemų (36,5–46,6 proc.). Dar mažiau apklaustųjų žinojo, kad pasikartojantis skausmas nugaros apačioje gali būti prostatos vėžio požymis (15,5–23,6 proc.).

Analizuotos respondentų žinios apie prostatos vėžio gydymo poveikį, kurias atskleidė šeštas klausimas (Kl_6) „Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrams šlapinimąsi“, septintas klausimas (Kl_7) „Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrų seksualinę funkciją“ ir aštuntas klausimas (Kl_8) „Dėl kai kurio prostatos vėžio gydymo vyrai negali vėl vairuoti automobilio“. Apskaičiuota teisingų atsakymų dalis priklausomai nuo tiriamųjų socialinių demografinių požymių (31 lentelė).

31 lentelė. Žinių apie prostatos vėžio gydymo pasekmes teisingų atsakymų dalis (proc.) priklausomai nuo respondentų socialinių ir demografinių požymių

Socialiniai demografiniai požymiai	n (%)	Teisingai atsakiusių apie prostatos vėžio gydymo pasekmes respondentų skaičius n (%)		
		Kl_6	Kl_7	Kl_8
<i>Amžius, metai</i>				
45-59	359 (54,6)	94 26,2(21,8-30,9)	93 25,9(21,6-30,6)	344 95,8(93,4-97,6)
60-75	299 (45,4)	87 29,1(24,2-1,4)	85 28,4(23,5-33,7)	282 94,3(91,3-96,6)
<i>p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas</i>		p=0,405	p=0,468	p=0,371
<i>Išsilavinimas</i>				
Vidurinis	239 (36,3)	66 27,6(22,2-33,5)	59 24,7(19,5-30,4)	231 96,7(93,8-98,5)
Aukštasis	419 (63,7)	115 27,4(23,3-31,8)	119 28,4(24,2-32,8)	395 94,3(91,8-96,2)
<i>p</i>		p=0,963	p=0,302	p=0,172
<i>Socialinė grupė</i>				
Darbininkai	232 (35,3)	61 26,3(20,9-32,2)	55 23,7(18,6-29,4)	222 95,7(92,5-97,8)
Tarnautojai	229 (34,8)	61 26,6(21,2-32,6)	73 31,9(26,1-38,1)	214 93,4(89,8-96,2)
Pensininkai	139 (21,1)	43 30,9(23,7-38,9)	40 28,8(21,7-36,6)	134 96,4(92,4-98,7)
Kiti	58 (8,8)	16 27,6(17,3-39,7)	10 17,2(9,1-28,2)	56 96,6(89,5-99,4)
<i>p</i>		p=0,782	p=0,070	p=0,514
<i>Šeiminių padėtis</i>				
Gyvena šeimoje	606 (92,1)	170 28,1(24,6-31,7)	166 27,4(23,9-31,0)	575 94,9(92,9-96,5)
Gyvena vienas	52 (7,9)	11 21,2 (11,7-33,3)	12 23,1(13,2-35,5)	51 98,1(91,3-99,9)
<i>p</i>		p=0,285	p=0,501	p=0,304

Kl_6 – kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrams šlapinimąsi

Kl_7 – kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrų seksualinę funkciją

Kl_8 – dėl kai kurio prostatos vėžio gydymo vyrai negali vėl vairuoti automobilio

Taigi, tirtų vyrų žinios apie prostatos vėžio gydymo pasekmes nepriklausė nuo socialinių demografinių požymių. Nebuvo ženklesnio svyravimo tarp atsakymų į šeštą (Kl_6), septintą (Kl_7) ir aštuntą (Kl_8) klausimus. Nustatytos menkos apklaustųjų žinios apie prostatos vėžio gydymo pasekmes. Mažiau nei trečdalis respondentų žinojo, kad kai kurie prostatos vėžio gydymo

būdai pablogina vyrams šlapinimosi funkciją (21,2–30,9 proc.) ir seksualinę funkciją (17,2–31,9 proc.). Tačiau didžioji dalis tiriamųjų žinojo, kad prostatos vėžio gydymas nesutrukdytų vairuoti automobilio (93,4–98,1 proc.). Pastebėta tendencija, kad mažiau žinių apie prostatos vėžio gydymo pasekmes demonstravo asmenys, gyvenantys vieni (21,2–23,1 proc.) ir priklausantys kitoms socialinėms grupėms (17,2–27,6).

Analizuotos respondentų žinios apie prostatos vėžio ištyrimo trūkumus, kurias atskleidė devintas klausimas (Kl_9) „Gydytojai gali pasakyti, kuris vyras gali mirti nuo prostatos vėžio, o kuris šia liga nesirgs“, dešimtas klausimas (Kl_10) „Nukrypęs nuo normos prostatos specifinio antigeno (PSA) kraujo testas reiškia, kad aš tikrai sergu prostatos vėžiu“, vienuoliktas klausimas (Kl_11) „aš galiu sirgti prostatos vėžiu nors mano prostatos specifinis antigeno (PSA) testas yra normos ribose“ ir dvyliktas klausimas (Kl_12) „Kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai“. Apskaičiuota teisingų atsakymų dalis priklausomai nuo tiriamųjų socialinių demografinių požymių (32 lentelė).

32 lentelė. Žinių apie prostatos vėžio ištyrimo trūkumus teisingų atsakymų dalis (%) priklausomai nuo respondentų socialinių ir demografinių požymių

Socialiniai demografiniai požymiai	n (%)	Teisingai atsakiusių apie prostatos vėžio ištyrimo trūkumus respondentų skaičius n (%)			
		Kl_9	Kl_10	Kl_11	Kl_12
<i>Amžius, metai</i>					
45-59	359 (54,6)	342 95,3(92,7-97,1)	324 90,3(86,9-93,0)	35 9,7(7,0-13,1)	134 37,3(32,4-42,4)
60-75	299 (45,4)	286 95,7(92,9-97,6)	261 87,3(83,2-90,7)	37 12,4(9,0-16,4)	107 35,8(30,5-41,3)
<i>p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas</i>		p=0,812	p=0,229	p=0,283	p=0,683
<i>Išsilavinimas</i>					
Vidurinis	239 (36,3)	228 95,4(92,2-97,6)	213 89,1(84,8-92,6)	30 12,6(8,8-17,1)	79 33,1(30,5-41,3)
Aukštasis	419 (63,7)	400 95,5(93,2-97,2)	372 88,8(85,5-91,6)	42 10,0(7,4-13,1)	162 38,7(34,1-43,4)
<i>p</i>		p=0,968	p=0,894	p=0,318	p=0,151

Socialinė grupė Darbininkai	232 (35,3)	219 94,4(90,9-96,9)	209 90,1(85,8-93,5)	26 11,2(7,6-15,7)	74 31,9(26,1-38,1)
Tarnautojai	229 (34,8)	220 96,1(93,0-98,1)	205 89,5(85,1-93,0)	24 10,5(7,0-14,9)	106 46,3(39,9-52,7)
Pensininkai	39 (21,1)	134 96,4(92,4-98,7)	117 84,2(77,5-89,6)	17 12,2(7,5-18,3)	47 33,8(26,3-41,9)
Kiti	58 (8,8)	55 94,8(87,0-98,7)	54 93,2(84,7-97,8)	5 8,6(3,2-17,6)	14 24,1(14,5-36,0)
p		p=0,769	p=0,203	p=0,891	p=0,063
Šeiminė padėtis Gyvena šeimoje	606 (92,1)	579 95,5(93,7-97,0)	539 88,9(86,3-91,3)	70 11,6(9,2-14,3)	226 37,3(33,5-41,2)
Gyvena vienas	52 (7,9)	49 94,2(85,6-98,6)	46 88,5(78,0-95,2)	2 3,8(0,6-11,6)	15 28,8(17,9-41,8)
p		p=0,663	p=0,915	p=0,088	p=0,225

Kl_9 – gydytojai gali pasakyti, kuris vyras gali mirti nuo prostatos vėžio, o kuris šia liga nesirgs

Kl_10 – nukrypęs nuo normos prostatos specifinio antigeno (PSA) kraujo testas reiškia, kad aš tikrai sergu prostatos vėžiu

Kl_11 – aš galiu sirgti prostatos vėžiu, nors mano prostatos specifinis antigeno (PSA) testas yra beveik normalus

Kl_12 – kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai

Tirtų vyrų žinios apie prostatos vėžio ištyrimo galimybes nepriklausė nuo socialinių demografinių požymių. Nebuvo didesnio svyravimo tarp atsakymų į devintą (Kl_9), dešimtą (Kl_10), vienuoliką (Kl_11) ir dvyliką klausimus (Kl_12). Didžioji dalis respondentų žinojo, kad nukrypęs nuo normos prostatos specifinio antigeno (PSA) kraujo testas dar nereiškia, kad sergama prostatos vėžiu (84,2–93,2 proc.), taip pat suprato, kad gydytojai negali pasakyti, kuris vyras gali mirti nuo prostatos vėžio, o kuris šia liga nesirgs (94,2–96,1 proc.).

Labai menkas buvo supratimas apie tai, kad esant prostatos specifinio antigeno (PSA) testui maždaug normaliam, galima susirgti prostatos vėžiu (3,8–12,6 proc.). Apie trečdalį respondentų žinojo, kad kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai (24,1–46,3 proc.). Nors nebuvo nustatyta didesnio svyravimo tarp atsakymų, tačiau pastebėta tendencija, kad mažiau žinių apie prostatos vėžio ištyrimo galimybes, atsakant į 11 ir 12 klausimus, turėjo asmenys, gyvenantys vieni (3,8–28,8 proc.) ir priklausantys kitoms socialinėms grupėms (8,6–24,1).

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Prieš porą dešimtmečių daugelyje šalių prostatos vėžys buvo diagnozuojamas vėlyvesnėse stadijose, navikai būdavo didesni ir gamindavo didelius PSA kiekius, pagal kuriuos kartu su kitais klinikiniais požymiais buvo galima spręsti apie vėžinį procesą. Dabar, paplitus rutiniam tikrinimui dėl prostatos vėžio, jis diagnozuojamas gerokai anksčiau, o pats navikas būna mažesnis ir negamina pakankamo PSA kiekio, pagal kurį būtų galima tiksliai vertinti piktybinio proceso būklę (149).

Daugelyje pasaulio šalių PSA testas yra taikomas *ad hoc* ligai diagnozuoti, o ne organizuotai populiacinei vėžio patikrai populiacijoje, kurios nariai nejaučia jokių klinikinių ligos požymių (150). 2004 metų spalio mėn. žurnale *Journal of Urology* paskelbti tyrimo rezultatai, rodantys, kad rutininis prostatos specifinio antigeno (PSA) tyrimas parodo tik prostatos išvešėjimo dydį ir yra nepatikimas prostatos vėžio ar jo rizikos žymuo. Tokią išvadą mokslininkai padarė išanalizavę 20 metų prostatos audinių tyrimo rezultatus. PSA neatspindėjo vėžinio proceso aktyvumo prostatoje ir daugiau yra susijęs su prostatos išvešėjimo laipsniu. Tyrimo vadovo prof. T. Stamey nuomone, Jungtinėse Valstijose PSA era baigėsi. Prof. Tomas Stamey (150) mano, kad PSA išsaugojo savo svarbą kaip vėžinio audinio likučio ar jo išsisejimo į kitas vietas indikatorius po operacijos. Tačiau net ir nustatius prostatos vėžį, nereikėtų beatodairiškai šalinti prostatos kiekvienu tokiu atveju. Tyrėjai (151) rekomenduoja kiekvienam vyrui, sulaukusiam 50 metų, kasmet atlikti digitalinį tyrimą. Tačiau ir šiuo tyrimu gali ne visada pavykti nustatyti net ir nemažą prostatos naviką. Mokslininkų grupė (152) mėgina surasti kraujyje esantį piktybinio proceso prostatoje žymeklį, galintį tiksliau parodyti agresyvias vėžio formas.

Pastebėti dideli prostatos vėžio išgyvenamumo skirtumai Europos valstybėse. Vienas iš pastarųjų prostatos vėžio išgyvenamumo tyrimų Europoje, kuriuo buvo analizuojami šio svarbaus rodiklio kitimai 2000–2004 metais, parodė, kad, su kai kuriomis išimtimis, buvo stebimas dramatiškas pacientų, sergančių prostatos vėžiu, išgyvenamumo didėjimas. Kadangi niekur ypatingu

atradimų ir naujovių prostatos vėžio gydyme prieš ir po analizuojamo periodo neatsirado, manoma, kad pastarieji hormoninio gydymo laimėjimai garantuotai prisidėjo prie gerėjančio išgyvenamumo (4; 153).

Tačiau toks staigus ir ryškus sergamumo prostatos vėžiu didėjimas greičiausiai yra dėl indukcinio (išaugusio) periodo ir hiperdiagnostikos (154; 155), atsiradusio dėl vis dažnesnio prostatos specifinio antigeno (PSA) vartojimo kai kuriose Europos valstybėse (156; 157). Paskutiniame daugiacentriniame išgyvenamumo tyrime, nuo 1995 iki 2003 metų mažiausiai susirgimų skaičius didėjo Škotijoje (+25 proc) ir Norvegijoje (+39 proc.), kitose šalyse jis mažiau- siai buvo +50 proc., o Lietuvoje – 200 proc. Tai rodo, kad naujai išaiškintų susirgimų prostatos vėžiu pastaraisiais metais skaičius smarkiai didėja.

Skirtingai sergamumui prostatos vėžiu ir išgyvenamumui pagal amžių standartizuoti mirtingumo rodikliai Europos šalyse nuo 1995 iki 2004 metų buvo labai heterogeniški. Mirtingumas didėjo Estijoje +65 proc., Lietuvoje +25 proc., Lenkijoje +20 proc. ir Slovėnijoje +12 proc. Kartu standartizuoti mirtin- gumo rodikliai mažėjo po 10 proc. (Škotija, Norvegija, Italija) iki 2002 metų ir Suomijoje. Šveicarijoje, Nyderlanduose ir Vokietijoje net po 20–25 proc. (158). Šie mirtingumo mažėjimo trendai aiškiai rodo, kad pastarosiose šalyse stebimas adekvatus ir kokybiškas gydymas ir, be jokios abejonės, pasikeitimai ankstyvoje diagnostikoje. Tačiau mirtingumo didėjimas Rytų Europos kraštuose ir Slovėnijoje rodo ne visai optimalią pagalbą šia liga sergantiems ligo- niams. Neturėjimas aiškios organizuotos patikros koncepcijos ir tikslaus algo- ritmo ar įrodymais pagrįstų taisyklių gali lemti visą virtualią nepageidaujamų pašalinių poveikių (159), todėl potenciali nauda ligoniams gali būti labai men- ka.

Amžius yra vienas didžiausių prostatos vėžio rizikos faktorių (160). Sa- koma, kad ilgėjant vyrų vidutinei gyvenimo trukmei, kartu dramatiškai didės ir rizika susirgti prostatos vėžiu, nes kiekvienas vyresnis vyras, kuriam paprastai būdinga didesnė androgenų koncentracija, turi didesnę prostatos vėžio riziką ir dažniausiai juo serga (41; 43). Organizuotos pastangos valstybiniu mastu anks- ti diagnozuoti prostatos vėžį, ypač atsiradus PSA testams, stebimos daugelyje

pasaulio šalių (161). Tačiau vis dažniau šios šalys aptinka, kad brangiai kainuojančios ankstyvos diagnostikos priemonės dramatiškai padidina sergamumą, tačiau nesumažina mirtingumą nuo prostatos vėžio (155). Šio darbo išdavos patvirtina tokius rezultatus, kadangi išanalizavus 30 metų sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo tendencijas nustatytas dramatiškas sergamumo padidėjimas, ypač iki 55 metų amžiaus vyrų ir nuo 55-erių iki 74 metų amžiaus kategorijoje. Mirtingumas nuo prostatos vėžio didėjo vyrų amžiaus kategorijose: iki 55 metų ir nuo 55 iki 74 metų.

Pasaulyje stebimas akivaizdus 50–79 metų vyrų mirtingumo nuo prostatos vėžio mažėjimas (1979–1999) dvylikoje iš 24 išsivysčiusių šalių. Mirtingumas mažėjo nuo 1991 metų Austrijoje, Kanadoje, Jungtinėje Karalystėje po 2,0–2,9 proc. kiekvienais metais. Nuo 1994 metų JAV po –5,1 proc. vidutiniškai kasmet, Vokietijoje po –3,6 proc., Australijoje po –4,9 proc., Nyderlanduose po –1,9 proc. ir Ispanijoje po –1,8 proc. vidutiniškai kasmet. Mirtingumo nuo prostatos vėžio mažėjimo tendencijos stebimos Italijoje, Prancūzijoje, Airijoje ir Švedijoje (162). 21 metų (1979–1999) studijoje JAV vyrų 50–79 metų amžiaus grupėje mirtingumo nuo prostatos vėžio laikotarpį lūžio taškų regresijos modelis suskirstė į keturis skirtingus periodus. Paskutiniame periode 1994 metais (1991, 1994) užfiksuotas mirtingumo rodiklių mažėjimas po 5,1 proc. (95 proc. PI nuo –6,1 iki –4,1) vidutiniškai kasmet (162).

Anglijoje nustatyta, kad mirtingumas nuo prostatos vėžio 1992–2004 metais mažėjo sparčiau 55–74 metų amžiaus kategorijoje – po 2,75 proc. (95 proc. PI nuo –2,33 iki –3,18) vidutiniškai kasmet, palyginti su 75-erių ir vyresnių vyrų grupe, kur mirtingumas nuo prostatos vėžio mažėjo vidutiniškai po 0,71 proc. (95 proc. PI nuo –0,26 iki –1,15) (34). Mūsų tyrimo duomenimis, panaudojus segmentinės regresijos metodą nustatyta, kad mirtingumas nuo prostatos vėžio didėjo visose amžiaus kategorijose: nuo 55-erių iki 74 metų paskutiniu periodu (1996–2007) statistikai reikšmingai po 2,8 proc. (95 proc. PI nuo 1,6 iki 4,0) kiekvienais metais. Intensyviausia mirtingumo rodiklių didėjimo tendencija buvo stebima 75 metų ir vyresnių amžiaus kategorijoje: pas-

kutiniame periode (2004–2007) po 8,6 proc. (95 proc. PI nuo 1,3 iki 16,3) vidutiniškai kasmet.

Remiantis Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, 1978–1999 metais mirtingumo nuo prostatos vėžio kasmetinis procentinis kitimas didėjo po 2,95 proc. vidutiniškai kasmet (35). Naujesni tyrimai (46) parodė, kad nuo 2005 iki 2007 metų mirtingumas didėjo vidutiniškai po 10,03 proc. kasmet.

Vienas iš pastarųjų mirtingumo nuo prostatos vėžio tyrimų Lietuvoje, analizavusių lūžio taškų regresinės analizės metodu šių rodiklių kitimus 1978–2005 metais, pastebėjo mirtingumo padidėjimą – po 3,14 proc. (95 proc. PI nuo 2,86 iki 3,43) (37). Mūsų tyrimo duomenys, parodė, kad per pastaruosius 30 metų (1978–2007 m.) mirtingumas nuo prostatos vėžio didėjo visose amžiaus kategorijose: iki 55 metų, 55–74 metų ir 75-erių ir vyresnių vyrų. 1991 metų lapkričio mėn. žurnale „Lietuvos medicina“ paskelbti išsamūs sergamumo piktybiniais navikais 1964–1988 metų tyrimų rezultatai, kuriuose analizuota dešimties organų vėžio paplitimas pagal lytį ir pateikta 10-ies ir 20-ies metų sergamumo vėžiu prognozė, tačiau sergamumo prostatos vėžiu rodikliai šiame tyrime neanalizuoti (38).

S. Hussain ir kolegos pabrėžė, kad Anglijoje sergamumas prostatos vėžiu 1994–2004 metais mažėjo 75 metų ir vyresnių vyrų grupėje vidutiniškai po 0,71 proc. (95 proc. PI nuo –0,26 iki –1,15) kiekvienais metais (34). Mūsų tyrimo duomenimis, sergamumas prostatos vėžiu šioje amžiaus kategorijoje rodė nežymią didėjimo tendenciją iki 1991 metų, tačiau 1991–2005 metais stebima gana nuosekli statistiškai reikšminga didėjimo tendencija po 9,9 proc. vidutiniškai kasmet, o 2005–2007 metais stebimas sergamumo mažėjimas po 3,4 proc. vidutiniškai kasmet (95 proc. PI nuo 0 iki 12,6).

Pagrindiniai ligos dažnio rodikliai – sergamumas prostatos vėžiu ir mirtingumas nuo jo – artimiausiais metais turėtų būti labai atidžiai stebimi ir prižiūrimi, kadangi investicijos į ankstyvą diagnostiką turėtų mažinti mirtingumą nuo šios ligos. Todėl didesnę dėmesį reikia atkreipti į mirtingumo laiko tendencijas, nes atsiradęs PSA testavimas ir kiti papildomi diagnostiniai testai labai padidino sergamumo prostatos vėžiu lygį. Atsiradus galimybei diagnozuoti la-

tentines prostatos vėžio formas sergamumas kaip matas nėra geras šios ligos rizikos indikatorius (163).

1998 metais Lietuvoje išaiškinti 708 nauji susirgimai prostatos vėžiu, ir tai sudarė 42,5 atvejo 100 tūkst. vyrų. 2007 metais – 3638 susirgimai, t. y. 231,4 atvejo 100 tūkst. vyrų – padidėjo 5 kartus (46). Didžiausia dalimi tai siecina su 2006 metais pradėtu PSA testavimu. Didėjantis naujai išaiškintų ankstyvų stadijų skaičius reikalauja kvalifikuoto ir brangaus gydymo, tačiau ar visi šalies potencialūs ligoniai tai gauna – nežinoma. 2004 metais Lietuvoje prostatos vėžys buvo antras vyrų mirtingumo nuo vėžio struktūroje – 11 proc. vyrų mirčių nuo vėžio (37).

JAV vyrų sergamumas prostatos vėžiu 2005 metais siekė maždaug 33 proc. (232 090) visų vėžio atvejų tarp vyrų (164). Pagal Amerikos vėžio draugijos duomenis, 2010 metais numatoma 217 730 naujų prostatos vėžio atvejų ir 32 050 mirčių nuo prostatos vėžio (19).

Apibendrinti Europos šalių duomenys parodė, kad 20 proc. mirtingumo nuo prostatos vėžio sumažėjimas tarp vyrų nuo 55 iki 69 metų priklauso nuo organizuotų patikrų. Šis tyrimas parodė, kad norint išvengti vienos mirties nuo prostatos vėžio, reikėtų patikrinti 1410 vyrų ir 48 prostatos vėžio atvejus pradėti gydyti (165). Prostatos vėžio hiperdiagnostika varijuoja nuo 30 proc. iki 50 proc. (154; 155). Mirtingumas nuo prostatos vėžio 1997–2002 metais Europoje sumažėjo 1,4 proc. per metus (36), tačiau Lietuvoje užfiksuotas mirtingumo nuo prostatos vėžio padidėjimas siekė 3,14 proc. per metus (37).

Lietuvoje nuo 1978 iki 1999 metų mirtingumas nuo prostatos vėžio padidėjo nuo 11,8 iki 22,0 atvejų 100 tūkst. vyrų (35). Naujesni tyrimai (46) parodė, kad 2005 metais šis rodiklis padidėjo iki 30 atvejų, o 2007 metais sudarė 37 atvejus 100 tūkst. vyrų. Mūsų tyrimas parodė, kad ne visose šalies savivaldybėse yra teigiamas ryšys tarp lėšų, panaudotų prostatos antrinei profilaktikai ir naujai išaiškintų prostatos vėžio atvejų. Tai netiesiogiai rodo, kad ne tik finansavimas, bet ir kiti faktoriai, tokie kaip glaudus šeimos gydytojų ir urologų bendradarbiavimas, pačių šeimos gydytojų ar net pacientų iniciatyva anksti išaiškinti šią ligą.

Mums reikia suprasti, kad vis plačiau plintantis PSA testavimas didina bendrą sveikatos priežiūros kainą. Šis didėjimas yra ne tiek dėl kliniškai nepasireiškusio prostatos vėžio išaiškinimo, bet ir dėl vadinamojo stadijos migracijos fenomeno. Daugiau kaip 95 proc. prostatos vėžio, kuris aptinkamas taikant PSA testą, yra kliniškai lokalizuoti ir tinkami ankstyvam gydymui (166). Ekstraprostatinio vėžio dalis, diagnozuota organizuotų patikrų, nedidelė ir rodo, kad 30 proc. vyrų atliekama radikali prostatektomija su po to taikoma adjuvantine terapija (167). Ši terapija gerokai padidina kainą vyrams, kuriems patikrų metu diagnozuojamas prostatos vėžys. Taigi vadinamoji stadijos migracija duoda daugiau vyrų, kuriems reikia taikyti ankstyvą gydymą, o šis kur kas brangesnis nei vėlyvos ligos gydymas. Pasaulinė patirtis rodo, kad kliniškai lokalizuoto prostatos vėžio gydymas (radikali prostatektomija ir kvalifikuotas spindulinis gydymas) kainuoja brangiau už išplitusio vėžio (androgeninė abliacija) gydymą (168).

Labai svarbu ir tai, kad ankstyvas prostatos vėžio išaiškinimas leis gydyti keleriais metais anksčiau, nei būtų atsitikę netaikant patikrų. Kadangi už gydymą reikia sumokėti dabar turimais, o ne būsimais pinigais, pinigų vertė, gauta iš prostatos vėžio patikrų, daro gydymą brangesnį už gydymą išaiškintųjų tradiciniais metodais (42). Svarbu suprasti ir tai, kad, be jokios abejonės, 50–70 metų vyrai turi potencialios naudos iš PSA patikros, tačiau populiaciniu lygmeniu valstybei ši nauda pasireikš tik tada, kai jie sulauks septintos ar aštuntos gyvenimo dekados. Todėl valstybė ir visuomenė turi nuspręsti, ar šiems vyrams išsaugoti gyvenimo metai garantuoja ribotų lėšų, skirtų sveikatai, panaudojimą. Šiam sprendimui pateisinti turi būti atlikti labai detalūs kontroliuojami randomizuoti tyrimai, parodysiantys PSA patikrų kainą ir gaunamą naudą. To neatlikus vis daugiau „klimpsime“ į skolas, kurių pagrindinė priežastis – neefektyvus lėšų panaudojimas.

Prostatos vėžys dažniausiai būna kliniškai nereikšminga liga, ji „rusena“ daug metų, neprogresuoja, neplinta ir nereikalauja jokio specifinio gydymo. Vis dėlto prostatos vėžį stengiamasi kuo anksčiau diagnozuoti jauniems vyrams, kuriems ši liga veikiausiai progresuos, taigi šiuo atveju gydymą reikėtų

pradėti kuo anksčiau (169). Deja, dabartiniame etape vis dar nėra plačiai priemonių, kuriomis naudodamiesi nustatydami prostatos vėžį gydytojai galėtų iš karto pasakyti jo agresyvumo laipsnį, todėl dabar medikų persisten-gimas (*angl. overtreatment*) yra didžiulė problema (170).

Tyrimas parodė, kad amžius daro kone svarbiausią įtaką sergamumo prostatos vėžiu dinamikai. Analizuojant 30 metų trukmės amžiaus kreivę nu-statytas ryškus sergamumo prostatos vėžiu didėjimas iki 67 metų (65–69), po to kilimas sumažėja, bet vis tiek rodo didėjimo tendenciją. Nuo 77-erių iki 82 metų amžiaus stebimas nežymus sergamumo sumažėjimas.

Sergamumo prostatos vėžiu Lietuvoje periodo efektas buvo ne toks stip-rus kaip amžiaus, tačiau statistiškai reikšmingas. Daugelio autorių (52) duome-nimis, reikšmingas periodo efektas rodo sergamumo padidėjimą dėl subjekty-vių priežasčių, tokių kaip svarus diagnostikos pagerėjimas. Sergamumo prosta-tos vėžiu kreivė parodė, kad 1986–1991 metais nežymiai didėjo, tačiau vėles-niais periodais (intervalais) užfiksuota gerokai didesnė sergamumo didėjimo tendencija, itin išreikšta pastaruju periodu 2001–2006 metais.

H. Moller pabrėžė, kad Danijoje vertindami periodo efektą mokslininkai nusta-tė, jog sergamumas prostatos vėžiu mažėjo 1985–1995 metų periodu (51). Prancūzijoje (50) atliktų tyrimų duomenimis, periodo efektas parodė, kad ste-bima sergamumo mažėjimo tendencijos nuo 1991 iki 1995 metų rezultatai bu-vo skirtingi nuo mūsų gautų. Anglijoje (20) tyrinėtojai, vertindami periodo efektą nustatė, kad sergamumo prostatos vėžio rodikliai didėjo periodu nuo 1976 iki 2000 metų.

Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad kohortos faktorius sergamumo prosta-tos vėžiu dinamikai nebuvo toks reikšmingas kaip amžius ir periodas. Daugelio autorių (52; 171; 172) nuomone, tai rodo, kad reali rizika skirtingose kartose yra vienoda arba nėra naujų rizikos faktorių, didinančių sergamumą. Kohortų grafikas parodė, kad santykinė rizika susirgti prostatos vėžiu mažėjo pradinėse kohortose gimusių 1904–1929 metų periodu, gimusių 1929–1934 metų periodu sergamumas stabilizavosi, sparčiai didėjo kartose, gimusių po 1934-ųjų.

Kitų autorių atliktame tyrime (50), kohortos efektas parodė panašią tendenciją, Prancūzijoje sergamumo prostatos vėžiu rizika sparčiai mažėjo kartoje, gimusių nuo 1900-ųjų iki 1920 metų. Kohortos efektas, atrodo, lemia sergamumo greitėjimą nuo vienos gimimo kohortos iki kitos kartoje, kurioje gimusieji 1920–1930 metais. Kartose gimusiųjų nuo 1926-ųjų iki 1929 metų rizika susirgti prostatos vėžiu pradėjo didėti. Remiantis Danijos mokslininkų (51) atliktų tyrimų duomenimis, kohortos efektas parodė, kad sergamumo prostatos vėžiu rizika mažėjo jaunėjant kartoms nuo kartos, gimusios 1880 metais.

Mūsų tyrimo duomenimis, analizuojant sergamumo prostatos vėžiu pokyčius per 30 metų pagal amžiaus grupes ir gimimo metus, stebima sergamumo rodiklių sparti augimo tendencija visose gimusiųjų kartose. Danijoje stebimas sergamumo prostatos vėžiu padidėjimas, be svarbių pokyčių diagnostikos procedūrose (173), leidžia daryti išvadą apie tikrą padidėjimą. Tačiau prostatos vėžio rizikos faktoriai lieka nepakankamai ištirti ir suprasti; migrantų sergamumo tyrimai rodo, kad yra genetinė predispozicija, tačiau gyvenimo būdo įtaka taip pat vaidina svarbų vaidmenį (50).

Lietuvoje priešinės liaukos vėžys pirmauja tarp onkologinių vyrų ligų. Sergančiųjų prostatos vėžiu skaičius šalyje nuolat didėja. Tai nulemia visuomenės senėjimas, paveldimumas, vyriškų hormonų apykaitos sutrikimai, mitybos ypatumai, atsvaris, gyvenimo būdas, lėtinės nepiktybinės prostatos ligos. Dažniausiai prostatos vėžio diagnozė nustatoma vyresniems nei 50 metų amžiaus vyrams, o didžiausias sergamumas yra apie 70-uosius gyvenimo metus. Trečdalį vėžio atvejų galima išgydyti, jeigu liga nustatoma anksti. Deja, praktiškai dažniausiai diagnozuojamas trečios ir ketvirtos stadijos prostatos vėžys (50 proc. atvejų), kurio išgydyti neįmanoma. Šios ligos klinikiniai simptomai pasireiškia jau esant vėlyvai stadijai, todėl svarbiausia ją diagnozuoti kuo anksčiau (2; 6; 35; 174; 175).

2006 m. sausio 1 d. Lietuvoje pradėta įgyvendinti priešinės liaukos vėžio ankstyvo diagnozavimo programa, kurios diagnostinių priemonių veiksmingumas pagrįstas mokslo įrodymais. Buvo apskaičiuota, kad 50–75 metų

amžiaus vyrų Lietuvoje yra apie 380 tūkst., o programos tikslas – per penkerius metus ištirti 80 proc. planuotos populiacijos.

Pagal šią programą pirminės sveikatos priežiūros įstaigos teikia informaciją apie prostatos vėžio ankstyvą diagnozavimą ir prostatos specifinio antigeno (PSA) koncentracijos nustatymo veniniame kraujyje tyrimą. Šios paslaugos teikiamos vyrams nuo 50 iki 75 metų ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo prostatos vėžiu. Patikra atliekama ne dažniau kaip kartą per metus. Tačiau ir kitiems į programą neįtrauktiems vyrams, kurie jaučia negalavimus arba nori pasitikrinti profilaktiškai, rekomenduojama atlikti PSA testą (24).

Įvertinus vykdomos profilaktinės programos rezultatus nustatyta, kad 2007 metais ištirta 28 proc. nuo 50 iki 75 metų amžiaus vyrų. Padaugėjo naujai diagnozuotų prostatos vėžio atvejų. 2007 metais nustatyta daugiau kaip 3500 naujų ligos atvejų, iš jų apie 60 proc. vyrų buvo diagnozuota I–II stadija. Prostatos vėžio atrankos rezultatai galėtų būti geresni, tačiau pastebėta, kad vyrai turi mažesnę nusiteikimą sveikatai nei moterys – jie rečiau lankosi pas gydytojus, ypač ligų profilaktikos klausimais, vengia patikros ir tyrimų. Dalis jų net nežino, kad šiuo metu yra vykdoma prostatos vėžio ankstyvo diagnozavimo programa, tuo nesidomi (72).

Mokslinės literatūros analizė parodė, kad socialiniai veiksniai turi įtakos įsitikinimams apie vėžio prevenciją, kontrolę ir žmogaus elgesį. Skirtinguose šaltiniuose šie veiksniai vertinami kaip kliūtys, ganėtinai stipriai lemiančios tam tikrų populiacijų pasitikrinimą dėl vėžio. Socialiniams veiksniams priskiriamas socialinis ekonominis statusas (SES) (176).

Socialiniai sveikatos skirtumai gali būti apibūdinami kaip nevienodas sveikatingumas skirtingose visuomenės socialinėse grupėse (14). Gyventojų sveikatos skirtumus nulemia biologiniai, socialiniai, ekonominiai ir kultūriniai veiksniai. Šiems veiksniams priklauso rasė, genetinė predispozicija, amžius, išsilavinimas, ekonominė padėtis, gyvenimo būdas. Priklausantis nuo žemo socialinio ekonominio statuso (SES) gyventojų sveikatingumo mažėjimas gana plačiai tiriamas Jungtinėse Amerikos Valstijose (13). Mokslininkai analizuoja, kokie SES aspektai: pajamos, išsilavinimas, šeiminė padėtis ir kiti iš tikrųjų yra

svarbūs gyventojų sveikatingumui. Nagrinėjamas priežastinis ryšys, pavyzdžiui, ar žemesnis SES nulemia prastesnę sveikatą, ar prastesnė sveikata veikia žemesnį SES. Pastarųjų dešimties metų tyrimai atskleidė SES skirtumus onkologinių ligų patikrinimo praktikoje. Nežiūrint gana plačių studijų, ryšys tarp SES ir sveikatos nėra iki galo aiškus. Kaip neaiškus ir tiesioginis mechanizmas, kuriuo SES veikia sveikatą ir lemia su sveikata susijusias pasekmes.

Nustatyta keletas socialinių veiksnių, turinčių įtakos tam tikros grupės sveikatai, tačiau jų pasireiškimas skiriasi populiacijos subgrupėse. Šie socialiniai veiksniai, prie kurių priskiriami SES ir draudimo suma, manoma, nulemia gyventojų delsimą dalyvauti onkologinių ligų profilaktikos programose. Žemas socioekonominis statusas siejamas su prastais prostatos vėžio diagnostikos ir gydymo rezultatais, tačiau ne su didesniu prostatos vėžio paplitimu vienoje ar kitoje socialinėje ar etninėje gyventojų grupėje (177). Tyrimai parodė, kad yra onkologinės ligos stadijų diagnozavimo skirtumų, priklausančių nuo pajamų (16), darbo ar profesijos (15), ir draudimo sumos (178). Socioekonominių skirtumų su sveikata susijusiose žmonių elgsenose problema gana sudėtinga. Dabartinių tyrimų rezultatai nuodugnai nei patvirtina, nei nepaneigia vieno specifinio veiksnio, darančio įtaką pasitikrinimui dėl prostatos vėžio. Pavyzdžiui, T. Gilligan ir bendr. (177) ištyrė sąsajas tarp PSA testų dažnumo, rasės, amžiaus, socioekonominio statuso ir bendro sergamumo. Tyrimo duomenys parodė, kad PSA tikrinimas yra atvirkščiai proporcingai susijęs su gyventojų etnine priklausomybe (rase): pavyzdžiui, perpus rečiau PSA tikrinosi afroamerikiečiai, nei tai darė baltieji vyrai. J. H. Fowke su bendr. (179) tyrė rasinius skirtumus profilaktiniuose patikrinimuose dėl prostatos vėžio. Lygino vyrų nuostatas dalyvauti profilaktinėse programose priklausomai nuo pajamų, amžiaus ir rasės. 84 proc. vyrų šiame tyrime buvo afroamerikiečiai. Tyrimo rezultatai parodė, kad patikrinimų dažnumas priklausė nuo rasinių skirtumų ir amžiaus. Daugiau nei 65 metų amžiaus tiriamųjų grupėje per pastaruosius 12 mėnesių baltieji vyrai kur kas dažniau atliko PSA testus nei afroamerikiečiai vyrai. Tačiau palyginti pagal socioekonominį statusą, šie skirtumai sumažėjo. Tarp tyrimo dalyvių, kurie buvo jaunesni nei 65 metų, baltieji vyrai apytikriai vienodai kaip

ir afroamerikiečiai neatliko PSA testo per pastaruosius 12 mėnesių, rezultatai šiek tiek skyrėsi palyginti pagal SES.

Kai kurių autorių nuomone, gyventojų nusiteikimui dalyvauti profilaktikos programose turi įtakos kartu ir kultūriniai veiksniai (82; 180). Sveikatos kontekste kultūra apibūdinama kaip unikalios vertybės, įsitikinimai, o kartu tiesiogiai su sveikata susijusio elgesio propagavimas. Apsisprendimą išsirtirti ar nesirtirti dėl onkologinės ligos lemia potencialaus paciento kultūra. Kultūriniam veiksniam priskiriami žmonių įsitikinimai apie prostatos vėžį ir požiūris į pasitikrinimą dėl šios ligos. Pavyzdžiui, afroamerikiečiai vyrai labiau linkę prie fatalių įsitikinimų. Fatalizmas reiškia tikėjimą, esą visi įvykiai yra ne žmogaus valioje. Tyrimai parodė, kad kalbant apie vėžį mažiau išsilavinusių žmonių grupės dažniau renkasi fatalų požiūrį. Daroma prielaida, kad kultūros įtaką sveikam elgesiui iš dalies lemia socialiniai veiksniai (8; 181). Medicinos sociologai sukūrė teoriją, teigiančią, kad kultūrinis kontekstas gali paaiškinti tam tikrus įsitikinimus, lūkesčius ir suvokimą apie gydymo naudą (182). Mūsų tyrimo duomenimis, kai kurie SES aspektai (socialinė padėtis ir išsilavinimas) turi įtakos šalies gyventojų (vyrų) sveikatos įsitikinimams ir nuostatoms dalyvauti profilaktinėse programose. Tiriant atsakymus apie suvoktą jautrumą ligai, nelygu socialinė grupė, tarp balų vidurkių nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas. Daugiausia įsitikinusių, kad susirgs prostatos vėžiu, buvo nedirbantieji (1,86 balo) ir neįgalūs (1,78 balo). Pastebėta tendencija, kad daugiau įsibaiminusių dėl ligos buvo darbininkai, kurie, palyginti su kitomis socialinėmis grupėmis, labiausiai jautė, kad ateityje jie susirgs prostatos vėžiu (1,84 balo), kad jiems didelė tikimybė susirgti prostatos vėžiu (1,87 balo) ir kad turi daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu nei kiti vyrai (1,89 balo). Tiriant išsilavinimo sąsajas su jautrumo nuostatomis, nustatyta, kad nebaigto vidurinio ir vidurinio išsilavinimo vyrai daugiau nei kiti baiminosi dėl to, kad veikiausiai ateityje susirgs prostatos vėžiu (1,77 balo). Pradinio išsilavinimo asmenims daugiau nei kitiems kėlė rūpestį mintys, kad didelė tikimybė, jog jie susirgs prostatos vėžiu per ateinančius 10 metų (1,92 balo), kad tikimybė jiems susirgti

prostatos vėžiu yra didelė (1,96 balo) ir kad jiems daugiau galimybių susirgti prostatos vėžiu nei kitiems vyrams (1,92 balo).

Kai kurie autoriai teigia, neva kol kas pernelyg mažai atlikta mokslinių tyrimų, nagrinėjančių sąsajas tarp pačio žmogaus sveikatos vertinimo ir socioekonominių veiksnių. S. P. Weinrich ir bendr. tyrimas atskleidė, kad kur kas dažniau savo sveikatą vertino „labai gerai“ vyresnio amžiaus, aukštesnio nei vidurinio išsilavinimo susituokusieji baltaodžiai vyrai, kurių pajamos viršijo 25 021 dolerį per metus (106). Socioekonominio statuso įtaką dalyvauti profilaktikos programose atskleidė S. P. Weinrich ir bendraautoriai. Jų tyrimo duomenimis, žemesnio socioekonominio statuso ir vyresnio amžiaus gyventojai kur kas mažiau norėjo dalyvauti slapto kraujo išmatose tyrimo programoje (101).

S. Lambert ir bendr. tyrimas atskleidė, kad nebuvo reikšmingumo skirtumo tarp baltaodžių ir juodaodžių respondentų amžiaus, sveikatos būklės ir gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų. Abi tiriamosios grupės pateikė panašią giminaičių sergamumo prostatos vėžiu anamnezę ir panašų supratimą apie ligą ir jos eigą. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp tiriamųjų pogrupių vertinant nuostatą, esą tikėjimas turi reikšmės sveikatai. Šią nuostatą dažniau išreiškė afroamerikiečiai (89).

Mokslininkai nustatė keletą socialinių veiksnių, kurie priklausomai nuo etninių grupių skirtingai veikia populiacijos sveikatą. Šie socialiniai veiksniai, prie kurių priskiriami SES ir draudimo lėšos, manoma, nulemia vyrų atidėliojimą pasitikrinti dėl prostatos vėžio. Žemas socioekonominis statusas siejamas su prastais prostatos vėžio rezultatais, tačiau ne su didesniu prostatos vėžio paplitimu tarp etninių grupių (177). Tyrimai parodė, kad yra diagnozės stadijų nustatymo skirtumų, susijusių su mažomis pajamomis ar skurdu, darbu ar profesija ir draudimo sumų (73). Pagal mūsų tyrimą, iš socialinių ir demografinių veiksnių įtakos sveikatos įsitikinimams turėjo respondentų socialinė padėtis ir išsilavinimas, ir šie rezultatai tarpusavyje siejasi su S. P. Weinrich ir bendraautorių duomenimis.

Mūsų darbo (vyrų sveikatos įsitikinimo tyrimo) rezultatai atskleidė, kad suvokto ligos rimtumo koncepcija buvo daugiausia išreikšta darbininkų ir ne-

dirbančiųjų socialinėse grupėse. Ligos rimtumo pojūtis, sukiantis baime, daugiau pasireiškė pradinio išsilavinimo vyrams (atitinkamai 2,33, 2,25 balo). Nebaigto vidurinio ir nebaigto aukštesniojo išsilavinimo vyrai daugiau nuogaštavo, kad susirgę prostatos vėžiu neišgyventų ilgiau nei penkerius metus (2,28 balo).

V. Champion teigia, kad suvoktas jautrumas ir rimtumas laikomi grėsme, kuri turėtų skatinti sveikatą saugančią elgseną. Suvoktas jautrumas ir rimtumas sukelia baime, kuri yra pagrindinis veiksnys, sukiantis grėsmės, veikimo naudos suvokimo ir veiksmingumo pojūčius. Baimės intensyvumas gali sukelti teigiamą, neigiamą ar kreivinį psichologinį atsaką, susijusį su požiūriu į onkologinės ligos profilaktinę programą ir sveikatą saugančią elgseną. Pernelyg didelė baimė gali sutrukdyti vyrui dalyvauti organizuotos patikros profilaktinėje programoje, o pernelyg menka baimė bus nepakankama motyvacija joje dalyvauti. Vidutinis baimės lygis būtų geriausiai motyvuojantis veiksnys, skatinantis asmenį imtis veiksmų siekiant sumažinti ligos riziką.

Mūsų tyrimo duomenimis, suvoktos naudos dalyvauti profilaktinėje programoje koncepcija labiausiai buvo išreikšta nedirbančiųjų socialinėje grupėje. Dalyvavimo profilaktikos programoje suvoktos naudos lygis visose išsilavinimo grupėse buvo gana didelis (atsakymų balų vidurkis svyravo nuo 2,17 iki 2,80). Daugiausia dalyvavimo profilaktikos programoje naudą suvokė nebaigto vidurinio išsilavinimo respondentai: jie labiausiai jautė pasitenkinimą, kad jiems atliktas PSA testas (2,80 balo), kad PSA testo atlikimas padės anksčiau diagnozuoti ligą (2,67 balo), kai atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas (2,37 balo) ir rekomenduota prostatos biopsija (2,49 balo), jis bus patenkintas atlikus digitalinį tyrimą, sumažės didelio mastos operacijos tikimybė (2,75 balo). Nebaigto aukštojo ir aukštojo išsilavinimo vyrai atsakė, kad PSA testo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio (2,43 ir 2,45 balo), kai atliktas digitalinis tyrimas, mažiau nerimauš dėl prostatos vėžio (2,60 ir 2,68 balo), digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio (2,70 ir 2,72 balo), o sužinojęs teigiamus prostatos biopsijos rezultatus mažiau nerimauš dėl prostatos vėžio (2,54 ir 2,47 balo).

Mūsų tyrimas atskleidė, kad dažniausios kliūtys dalyvauti prostatos vėžio ankstyvos profilaktikos programoje buvo respondentų nuomonė, atseit prostatos biopsijos atlikimas būtų skausmingas (vertinimo vidurkis 2,39 balo) ir juos varžytų (vertinimo vidurkis 2,29 balo), digitalinio tyrimo atlikimas būtų skausmingas (vertinimo vidurkis 2,20 balo) ir juos varžytų (vertinimo vidurkis 2,21 balo). Tokios kliūtys kaip tyrimų kaina ir laiko sąnaudos apklaustiems vyrams buvo mažiau svarbios. Kliūtys dalyvauti profilaktikos programoje respondentams buvo mažiau svarbios (vertinimų vidurkis 1,97 iš 3 balų) palyginti su suvoktu rimtumu (2,17 balo) ir suvokta nauda (2,50), tačiau svarbesnės negu suvoktas jautrumas (1,81 balo).

Visų socialinių grupių respondentams suvoktų kliūčių koncepcija buvo mažiausiai aktuali, palyginti su suvoktu rimtumu ir nauda – vyravo atsakymų balų vidurkiai žemiau dviejų balų iš trijų galimų. Suvoktų kliūčių nuostata mažiausiai buvo išreikšta nedirbančiųjų ir neįgaliųjų socialinėse grupėse. Su teigiamais, atspindinčiais kliūtis dalyvauti profilaktikos programoje, daugiausia sutiko tarnautojai (atsakymų vidurkiai svyravo nuo 2,22 iki 2,32 balo) ir darbininkai (atsakymų vidurkiai svyravo nuo 1,65 iki 2,28 balo). Daugiausia kliūčių dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programoje patvirtino pradinio ir aukštesniojo išsilavinimo respondentai.

Mokslininkai mano, kad elgesio kliūtimis sveikatos labai gali būti požiūris, papročiai, gyvenimo patirtis ir praktika (183). Kokybiniuose tyrimuose apie kliūtis prostatos vėžio pasitikrinimui dažniausios priežastys, trukdančios dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programose, buvo gėda, susirūpinimas, procedūrų baimė ir nepasitikėjimas medicinos specialistais (82; 90). Žinių apie prostatos vėžį ir jo patikrinimą trūkumas taip pat buvo stipri kliūtis, slopinanti elgseną, sveikatos labai (184). Nepaisant aprašytų kliūčių, tyrimų dalyviai tikėjo, jog reguliarūs pasitikrinimai gali būti efektyvūs nustatant ankstyvos formos prostatos vėžį, ir jie buvo nenusiteikę prieš šią procedūrą (82). V. D. Woods ir bendr. teigia, jog svarbiausios kliūtys buvo žinių apie ligą, bendravimo ir socialinės paramos stoka, prasta priežiūros kokybė ir lytinės funkcijos sutrikimo baimė. Mokslininkai padarė išvadą, jog per mažas sveikatos priežiūros specia-

listų bendravimas, atsižvelgiant į juodaodžių kultūrinius ypatumus, sukelia nepasitikėjimą, baimę ir nenorą dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programoje (91).

W. Dale ir bendr. teigia, jog labai svarbu suprasti kliūtis socialinių grupių asmenims dalyvauti profilaktikos programose, ir tam tinka pritaikyti sveikatos įsitikinimų teorijos nuostatų analizę. Jų tyrimo rezultatai atskleidė, kad didžioji dalis žemesnio socioekonominio statuso respondentų neigiamai žiūrėjo į fizinį ištyrimą dėl prostatos vėžio, kliūtimis šiam tyrimui nurodydami laiko ir finansų stoką, netikėjimą šio tyrimo nauda, nemalonus pojūčius tyrimo metu. Neigiamą požiūrį į rektalinį tyrimą nulėmė fizinio skausmo baimė, nepatogumo, drovumo pojūtis ir abejojimas dėl tyrimo diagnostinės vertės. Didžioji dalis tirtų vyrų išreiškė baimės ir fatalizmo nuostatas, susijusias su prostatos vėžio diagnoze. Pagrindiniai informacijos apie ligą ir jos profilaktiką šaltiniai jiems buvo žiniasklaida ir televizija. Tyrimo metu nustatyta, jog nebuvo didesnio skirtumo tarp baltųjų ir juodaodžių žemo socialinio statuso Amerikos vyrų sveikatos įsitikinimų nuostatų atžvilgiu (80).

M. D. Boyd ir bendr. kliūtimis dalyvauti programoje nurodė tokius veiksnius kaip „susitikimo paskyrimas“, „susitikimo planavimas“ ir „prostatos vėžio organizuotos patikros priminimas“. Dalyvavimas profilaktikos programoje taip pat priklausė nuo tokių demografinių veiksnių kaip etninė priklausomybė ir šeiminė padėtis (81). Mūsų tyrimo duomenimis, šeiminė padėtis nebuvo svarbi kliūtis dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programoje.

D. Reynolds teigia, kad afroamerikiečiai, palyginti su baltaisiais, mažiau linkę dalyvauti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje. Pagrindinės to priežastys ir kliūtys yra žemesnis socioekonominis statusas ir prastesnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, nepakankamos žinios apie problemą, baimė tikrintis sveikatą, nenoras prostatos digitalinio tyrimo, nepakankamas bendravimas su sveikatos priežiūros specialistais ir nepasitikėjimas jais (86).

V. D. Woods ir bendr. nuomone, svarbiausios priežastys, trukdančios juodaodžiams Amerikos gyventojams dalyvauti profilaktikos programoje, yra

gydytojų suinteresuotumo stoka ir respondentų nepasitikėjimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Skirtingai nuo kitų panašių tyrimų, kliūčių dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programoje, susijusių su sveikatos įsitikinimais, autoriai nekonstatuoja (87).

Svarbi sveikatos įsitikinimų teorijos prielaida yra ta, jog asmens motyvacijos ištraukti į tam tikrą sveikatos priežiūrą supratimas padės nustatyti prevencinės sveikatos veiklos būdą. J. R. Bloom su bendr. (185) tyrė, kodėl žmonės priima prevencines sveikatos paslaugas ir kodėl jie prisideda arba neprisideda prie sveikatos programų. Kalbantis apie prostatos vėžį jie teigė, jog vyrai, kurių šeimoje pasitaikė prostatos vėžys, laikys save pažeidžiamesniais, todėl nauda nusvers kliūtis ir jie sutiks atlikti reikiamus tyrimus. Tačiau kiti tyrimai, nustatantys paskatas, motyvuojančias vyrus prižiūrėti sveikatą, atskleidė, jog Afrikos vyrai su teigiamomis šeimos prostatos vėžio anamnezėmis rodo stebėtinai žemus prostatos vėžio patikrinimo rodiklius (74; 75; 87; 103; 116).

Mūsų tyrimo duomenimis, sveikatos motyvacija buvo daugiausiai išreikšta palyginti su kitomis respondentų sveikatos nuostatomis (balų vidurkis – 2,53). Dažniausia nuostata, motyvuojanti respondentus dalyvauti prostatos vėžio profilaktikos programoje, buvo noras anksti nustatyti sveikatos problemas (vertinimo vidurkis 2,90 balo). Respondentai mažiausiai reikšmės teikė profilaktiniam sveikatos tikrinimui (vertinimo vidurkis 2,13) ir naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą paieškoms (2,24 balo). Nustatyta tendencija, kad tarnautojai daugiau linkę dalyvauti profilaktinėse programose ir rūpintis savo sveikata – jie daugiausia buvo įsitikinę, jog svarbu savo sveikatos problemas rasti anksti (2,91 balo), užsiimti sveikatą stiprinančia veikla (2,38 balo), laikytis sveikos mitybos principų (2,84 balo), pakankamai mankštintis (2,61 balo) ir reguliariai tikrintis sveikatą (2,14 balo). Nedirbantieji daug dėmesio skiria reguliariai mankštai (2,61 balo), o darbininkai – reguliariam sveikatos tikrinimuisi (2,16 balo). Profilaktinis sveikatos tikrinimasis mažiausiai svarbus buvo nedirbantiems (2,02 balo), palyginti su kitomis socialinėmis grupėmis.

Sveikatos motyvacijos lygis buvo didelis visų išsilavinimo grupių (vyravo atsakymų balų vidurkiai daugiau nei 2,5 iš trijų galimų). Pradinio išsilavi-

nimo respondentams buvo stipri motyvacija anksti nustatyti savo sveikatos problemas (2,92 balo), jie dažniausiai linkę manyti, kad svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla (2,5 balo), sveikos mitybos principų laikosi (2,88 balo). Nebaigto vidurinio išsilavinimo vyrams labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą (2,84 balo) ir jie ieško naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą (2,61 balo). Pakankamai mankštinausi daugiausia aukštesniojo išsilavinimo vyrai (2,63 balo). Pastebėta tendencija, kad vienišiams vyrams buvo labiau išreikštos sveikatos motyvacijos nuostatos – gyvenantys atskirai nuo sutuoktinės vyrai dažniau nei kiti teigė, kad jiems labai svarbu savo sveikatos problemas sužinoti kuo anksčiau (3,00 balo), kad jie ieško naujos informacijos apie sveikatos pagerinimą (3,00 balo), kad yra svarbu užsiimti sveikatą stiprinančia veikla (3,00 balo), kad net nesirdami reguliariai tikrinasi sveikatą (2,33 balo). Taigi daugiausia motyvuoti sveikatai buvo tarnautojai, mažiausiai – nedirbantieji; susijusio su liga jautrumo ir rimtumo, kliūčių dalyvauti profilaktikos programoje pojūčiai daugiausia pasireiškė tarp žemesnio išsilavinimo vyrų.

N. S. Consedine tvirtina, esą svarbiausias motyvuojantis dalyvauti prostatos vėžio organizuotos patikros profilaktinėje programoje veiksnys yra susirūpinimas ir baimė. Autorius nustatė, kad statistiškai reikšmingai daugiau buvo susirūpinę dėl ligos Jamaikos vyrai, mažiausiai – amerikiečiai baltaodžiai, kurie daugiausia ir dalyvavo patikros programoje (87; 180). K. O. Plowden duomenimis, afroamerikiečiai, palyginti su kitomis etninėmis grupėmis, dažniau serga ir miršta nuo prostatos vėžio. Šis sergamumo netolygumas siejamas su skirtingu motyvacinio afroamerikiečių elgesiu sveikatos pasitikrinimo atžvilgiu, kurį autoriai atskleidė pritaikę Sveikatos įsitikinimų modelį (85). Taigi pagal mūsų tyrimo duomenis, daugiausia motyvuoti sveikatai buvo tarnautojai, mažiausiai – nedirbantieji; susijusio su liga jautrumo ir rimtumo, kliūčių dalyvauti profilaktikos programoje pojūčiai daugiausia pasireiškė žemesnio išsilavinimo vyrams. Šie rezultatai nauji, nes daugelis panašių tyrimų autorių pabrėžia sąsajas tarp sveikatos motyvacijos ir etninės priklausomybės bei šeiminių padėties (81), tačiau mums nepavyko rasti publikacijų, atskleidžiančių stiprius

tarpusavio ryšius tarp sveikatos motyvacijos ir aukštesnio socialinio statuso bei išsilavinimo.

J. H. Fowke (179) nustatė rasinius skirtumus patikrinimuose dėl prostatos vėžio, lyginant vyrus, turinčius mažesnes pajamas, kurių amžius svyravo nuo 40 iki 79 metų. 84 proc. vyrų šiame tyrime buvo afroamerikiečiai. Tyrimo rezultatai parodė, kad rasiniai skirtumai pasitikrinimų dažnumui priklausė ir nuo amžiaus. Tarp vyrų, kuriems daugiau nei 65 metai, per pastaruosius 12 mėnesių baltaodžiai vyrai kur kas dažniau atliko PSA testus nei vyrai afroamerikiečiai. Tačiau palyginti pagal socioekonominį statusą, šie skirtumai sumažėjo. Tarp tyrimo dalyvių, kurie buvo jaunesni nei 65 metų, baltaodžiai vyrai apytikriai vienodai kaip ir afroamerikiečiai neatliko PSA testo per pastaruosius 12 mėnesių, rezultatai šiek tiek skyrėsi palyginti pagal SES.

JAV Nacionalinis vėžio institutas (16) paskelbė, kad Amerikoje afroamerikiečių vyrų mirtingumas nuo prostatos vėžio yra dvigubai didesnis nei baltaodžių vyrų. Iš dalies šis skirtumas susidaro dėl to, kad afroamerikiečiams vyrams prostatos vėžys diagnozuojamas jo vėlesnėse stadijose, o tai rodo, jog ši žmonių grupė per vėlai patikrina dėl vėžio.

Pavėluotas prostatos vėžio patikrinimas tarp afroamerikiečių vyrų yra susijęs su jų nepakankamu naudojimu pirminės sveikatos priežiūros institucijų paslaugomis. Afroamerikiečiai vyrai nuolat atsisako prevencinių paslaugų, mieliau renkasi atitolinti gydymą ar apskritai stengiasi išvengti priežiūros (186). Nemažai tyrimų parodė, kad afroamerikiečiai vyrai yra mažiau linkę patikrinti specifinį prostatos antigeną (PSA) (116; 187). palyginus su baltaisiais. R. Etzioni su bendr. (188) ištyrė PSA naudos tendencijas ir susiejo vėžio aptikimą tarp juodaodžių ir baltaodžių vyrų, besinaudojančių valstybinių medicinos įstaigų paslaugomis nuo 1991 iki 1998 metų. Rezultatai parodė, kad tarp baltųjų vyrų metiniai tyrimų rezultatai 1998-aisiais buvo 20 proc. didesni nei tarp afroamerikiečių, išskyrus vyrus, vyresnius nei 80 metų. Tokie prostatos vėžio patikrinimo atidėliojimai gali būti specifinių sveikatą skatinančio elgesio kliūčių (barjerų), kuriuos patiria afroamerikiečiai vyrai, rezultatas.

Manoma, kad keletas faktorių veikia kaip pasitikrinimo dėl vėžio kliūtys afroamerikiečių ir kitose grupėse. Šiems veiksniams priskiriamas žinių trūkumas, kuris nulemia sveikatos ir kultūros įsitikinimus, ir netinkamas sveikatos specialistų požiūris į problemą (73). Kiti autoriai teigia, kad psichosocialiniai veiksniai, susiję su pasitikrinimu dėl vėžio, susideda iš įsitikinimų ir suvokimo, rizikos ir pagalbos suteikimo (189).

Išanalizavę mūsų respondentų žinias apie prostatos vėžio rizikos veiksnius nustatėme, kad jų lygio bendras balo vidurkis svyravo nuo 5,654 iki 6,271, mažiausias buvo tiriamųjų, gyvenančių ne šeimoje, grupėje, o didžiausias tarnautojų grupėje. Palyginus žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius bendro balo vidurkius pagal amžiaus grupes: 45–59 metų (6,084) ir 60–75 metų (6,050); pagal išsilavinimą: vidurinis (6,029) ir aukštasis (6,091); pagal šeiminei padėtį: gyvena šeimoje (6,104) ir vienas (5,654); pagal socialines grupes: darbininkai (5,897), tarnautojai (6,271), pensininkai (6,129) ir kiti (5,810), statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta. Tačiau pastebėta tendencija, jog šiek tiek žemesnis bendras žinių balo vidurkis buvo asmenų, priklausančių darbininkų (5,897) ir kitoms (5,810) socialinėms grupėms bei gyvenančių vienu asmenų (5,654) grupei. Tik kiek daugiau kaip pusė apklaustųjų žinojo, kad vyrui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga, priklausomai nuo sociodemografinių charakteristikų teisingai atsakė į šį klausimą 46,2–61,2 proc. respondentų. Vyraujanti dauguma tiriamųjų (89,7–95,7 proc.) neteisingai manė, neva jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei senyviems.

Labai menkas buvo respondentų supratimas apie tai, jog net ir esant prostatos specifinio antigeno (PSA) testui maždaug normaliam, galima susirgti prostatos vėžiu (3,8–12,6 proc.). Apie trečdalis tiriamųjų žinojo, kad kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai (24,1–46,3 proc.). Nors nebuvo nustatyta žymesnio bendro balo vidurkio svyravimo tarp atsakymų, tačiau pastebėta tendencija, kad mažiau žinių apie prostatos vėžio ištyrimo galimybes, atsakant į 11 ir 12 klausimus, demonstravo asmenys, gyvenantys vieni (3,8–28,8 proc.) ir priklausantys kitoms socialinėms grupėms (8,6–24,1).

V. D. Woods su bendr. (184) nustatė, kad menkas žinojimas apie ligą sukelia baimę, kuri nulemia individo nenorą gauti informacijos apie prevenciją. Be to, tyrimo dalyviai manė, esą vizitas pas daktarą reikalingas tik tuo atveju, jei juntamas skausmas ar atsirado kokių nors kitų ligos požymių. Prevencinės sveikatos paslaugos buvo laikomos kaip neesminės.

A. Fearing ir bendr., tirdami afroamerikiečių sveikatos įsitikinimus, žinias apie prostatos vėžį ir nusiteikimą dalyvauti profilaktikos programoje nustatė, kad didžiosios dalies respondentų informuotumas apie ligą buvo aukšto lygio, daugelis reguliariai dalyvavo prostatos vėžio profilaktikos programoje. Respondentai buvo įsitikinę, kad yra svarbi sveika gyvensena. Daugelis jų savo sveikatą vertino gerai arba labai gerai, akcentavo siekį likti sveikiems ir toliau. Autoriai teigia, kad šis tyrimas atskleidė kai kuriuos sveikatos įsitikinimų etninių grupių kultūrinius ypatumus (88).

S. P. Weinrich ir bendr., tirdami vyrų žinias apie prostatos vėžį ir jų informuotumo sąsajas su dalyvavimo organizuotos patikros profilaktinėje programoje aktyvumu, atskleidė, kad bendras respondentų žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius, požymius, tyrimus ir gydymo pasekmes buvo žemas. Pusė respondentų manė, kad prostatos vėžio gydymas sutrikdys šlapinimosi ir seksualinę funkcijas. Susituokusių, turinčių žemesnes pajamas baltaodžių vyrų bendras žinių lygis buvo gerokai mažesnis nei afroamerikiečių (114). M. G. Dereck ir bendr. tyrimas parodė, jog dažniausiai informaciją apie prostatos vėžį teikė sveikatos priežiūros specialistai, tačiau respondentai daugiausia pasitikėjo informacija, kurią teikė jų šeimos nariai. Nustatyta, kad sveikatos problemos ir socialinė parama didino vyrų motyvaciją pasinaudoti gaunama informacija turint tikslą pagerinti sveikatą (117).

J. Winterich su bendr. (190) teigia, kad ribotos žinios apie prostatos vėžį ir jo patikrinimą atsiliepė mirtingumui nuo onkologinių ligų, susijusiam su rasiniais skirtumais. Tyrimo rezultatai parodė, kad ne rasė, o išsilavinimas siejamas su žiniomis apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką. S.P. Weinrich ir bendr. įvertino mažai uždirbančių vyrų žinias apie prostatos vėžį, tarp jų buvo 74 proc. afroamerikiečių. Tyrimas parodė, kad susituokusieji vyrai, mažai uždir-

bantys vyrai ir baltaodžiai vyrai žinojo apie prostatos vėžį kur kas mažiau nei nesu situokusieji, daugiau uždirbantys ir afroamerikiečiai vyrai. Šis tyrimas skyrėsi nuo ankstesniojo, kurio metu afroamerikiečiai turėjo mažiau žinių nei baltaodžiai (191–193).

E. C. Y. Chan ir bendr. (115) taip pat vertino žinias apie prostatai būdingo antigeno patikrinimą tarp juodaodžių ir baltaodžių amerikiečių. Vyrai, kurie lankėsi ambulatorinėse klinikose, buvo apklausiami dėl žinių apie patikrinimus ir patirtį, susijusią su patikrinimu. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad afroamerikiečiai apie prostatai būdingo antigeno testą žinojo mažiau nei baltieji. Be to, afroamerikiečiai apie prostatos patikrinimą pirmą kartą sužinojo išgirdę per radiją arba televiziją, o baltaodžiai – skaitydami laikraščius. Abi grupės šių žinių negavo iš savo gydytojo.

W. Denmark-Wahnefried ir bendr. (116) atliko apklausą, norėdami nustatyti afroamerikiečių žinias, įsitikinimus, susijusius su prostatos vėžiu, ir elgesį pirminio patikrinimo metu. Tyrimo metu tarp afroamerikiečių ir baltaodžių buvo nustatyti požūrio į prostatos vėžį skirtumai, susiję su įsitikinimais suvokiant ligą ir jos gydymą, žinias apie rizikos veiksnius. Pavyzdžiui, maždaug pusė afroamerikiečių prostatos vėžį matė kaip mirties nuosprendį. Panašiai kaip ir E. C. Y. Chan ir bendr. (115) tyrimuose, baltaodžiai dažniau nurodydavo laikraščius kaip pirminius žinių apie patikrinimą šaltinius, priešingai nei afroamerikiečiai, kurie dažniausiai nurodydavo televiziją.

V. A. Klarke-Tasker ir bendr. tyrimas atskleidė, jog 38–80 metų amžiaus afroamerikiečių vyrų tikėjimas profilaktinės prostatos vėžio programa buvo vidutinis. 40–50 metų vyrai daugiausia buvo susirūpinę, esą susirgus prostatos vėžiu pablogės jų seksualinė funkcija. Respondentų žinios apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką buvo nedidelės, daugiausia jų buvo susirūpinę, neva digitalinis prostatos tyrimas bus nemalonus ir varginantis. Tiriamieji manė, kad gydytojų požiūris į prostatos vėžio profilaktikos programą neadekvatus ir kad jie nepakankamai skatina respondentus joje dalyvauti (78; 90).

B. F. Drake ir bendr. tyrimas parodė, jog žemesnio socioekonominio statuso vyrai buvo mažiau informuoti apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką. Au-

toriai teigia, jog vyrų švietimas, ypač įtraukiant jų šeimą ir artimuosius, yra labai perspektyvi strategija siekiant mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo prostatos vėžio (96).

M.S. Tingen ir bendr. tyrimo duomenimis, dažniau buvo linkę dalyvauti organizuotos patikros profilaktinėje programoje baltieji, turintys aukštąjį išsilavinimą, susituokę, geriau jaučiantys programos naudą ir gavę žinių apie ligą kliento navigatoriaus arba mišriu edukaciniu būdu. Daugiausia iš visų veiksmių (statistiškai reikšmingai) motyvavo dalyvauti patikros programoje suvokta nauda (98).

Mūsų tyrimo duomenimis, vyrų žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius, klinikinius simptomus, gydymo pasekmes ir ištyrimo galimybes lygis buvo vidutinis, mažiausias – gyvenančių ne šeimoje tiriamųjų grupėje, o didžiausias – tarnautojų grupėje. Respondentų žinių apie prostatos vėžį bendro balo vidurkis statistiškai reikšmingai nesiskyrė pagal amžiaus grupes, išsilavinimą, šeiminių padėčių ir socialines grupes.

Apibendrinant reikėtų pabrėžti, kad aukštesnis socialinio ekonominio statuso lygis yra svarbi geresnės prieigos prie sveikatos priežiūros paslaugų prielaida. Tačiau lieka neaiškus klausimas apie sveikatos ir SES lygio santykį. Neaišku, kokie SES aspektai, pajamos ar išsilavinimas, iš tikrųjų yra svarbūs, koks yra priežastinis ryšys – ar žemesnis SES lygis nulemia prastesnę sveikatą, ar priešingai – prastesnė sveikata formuoja žemesnį SES. Nors pastarųjų metų tyrimai atskleidė SES skirtumus prostatos vėžio patikrinimo praktikoje, vis dėlto ryšys tarp SES ir sveikatos lieka kol kas iki galo neatskleistas.

Sveikatos įsitikinimų tyrimai parodo santykį tarp žinių ir įsitikinimų apie ligą ir elgsenos, reaguojant į prostatos vėžio patikrinimą. Nepaisant kai kurių skirtumų, tyrimai atskleidė išreikštą vyrų norą dalyvauti prostatos vėžio patikrinime, nežiūrint baimės, gėdos ir ribotų žinių. Vyrų dalyvavimas prostatos vėžio profilaktinėse programose siejamas su sociokultūriniu kontekstu, kuris apima tokius veiksnius kaip amžius, etninė priklausomybė, gyvenimo būdas ir socioekonominis statusas. Tyrimai išryškino kai kuriuos elgsenos ir pažintinius procesus: gyvenimo būdą, papročius, patirtį ir praktiką, kurie veikia pro-

statos vėžio patikrinimus skirtingose populiacijose. Ateityje būtina ištirti respondentų atsakymus į konkrečius sampratos klausimus jų viduje. Tuo bus siekiama detalizuoti tikslinės grupės suvokimą apie požiūrį į ligą, jos rimtumą, suvoktą profilaktinės programos ir atliktų tyrimų naudą, kartu ir kliūtis, kurios trukdo dalyvauti jose, ir bendrą sveikatos motyvaciją įvairiose socialinėse, išsilavinimo, amžiaus ir šeiminės padėties grupėse.

Lietuvoje priešinės liaukos vėžys pirmauja tarp onkologinių vyrų ligų. Sergančiųjų prostatos vėžiu skaičius šalyje nuolat didėja. Todėl ankstyvas ligos diagnozavimas itin svarbus, nulemiantis geresnius prostatos vėžio gydymo rezultatus. Įvertinus šalyje vykdomos profilaktinės programos rezultatus nustatyta, kad nors ir pagerėjo ankstyvų stadijų prostatos vėžio diagnostika, tačiau ištirtųjų skaičius palyginti nedidelis.

Prostatos vėžio atrankos rezultatai galėtų būti geresni, jei vyrai būtų motyvuotesni dalyvauti šioje programoje. Sveikatos įsitikinimų modelio taikymas pagerina onkologinių ligų ankstyvą diagnozavimą, pritraukia daugiau žmonių į lėtinių ligų profilaktines programas, padidina pagrįstumą. Vienas dažniausiai naudojamų sveikatos įsitikinimų teorijos pritaikymo praktikoje metodų yra V. L. Champion modelis. Daugelyje studijų įrodyta, kad V. L. Champion modelis yra mokslškai pagrįstas ir patikimas siekiant nustatyti žmonių nusiteikimą sveikatai ir prognozuoti jų požiūrį į vėžio profilaktines programas, jų elgesį atrankos metu.

6. IŠVADOS

1. 1998–2007 metais užfiksuoti skirtingi sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo kitimų tempo periodai. 2005–2007 metais ir sergamumas, ir mirtingumas didėja panašiais tempais. Analizuojamu 30 metų periodu naujai išaiškintų prostatos vėžio atvejų didėjo iki 54 m. ir 55–74 metų amžiaus kategorijose, o 75-erių ir vyresnių – sumažėjo perpus. Mirtingumo nuo prostatos vėžio dinamika atitinka sergamumo tendencijas minėtose amžiaus kategorijose. Vertinant du faktorius, atsakingus už sergamumo dinamiką, amžiaus įtaka buvo 3 kartus svarbesnė už periodą ir 5 kartus didesnė už kohortos.
2. Tarp sergamumo prostatos vėžiu ir profilaktikos programai panaudotų lėšų nustatytas vidutinio stiprumo, statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys, rodantis, kad savivaldybėse, panaudojusiose daugiau lėšų, daugiau išaiškinama prostatos vėžio atvejų. Tačiau ketvirtadalyje savivaldybių aptikta nebūdinga šaliai tendencija, rodanti, kad nėra ryšio tarp naujai išaiškinamų prostatos vėžio atvejų ir finansavimo.
3. Prostatos vėžio profilaktikos programoje dalyvavusių vyrų sveikatos įsitikinimų lygis buvo gana aukštas (2,2 balo iš 3 galimų), daugiausia buvo išreikštos sveikatos motyvacijos (2,53 balo) ir profilaktinės programos suvoktos naudos (2,50 balo) nuostatos. Be to, įtakos turėjo respondentų socialinė padėtis ir išsilavinimas: daugiausia motyvuoti sveikatai buvo tarnautojai, mažiausiai – nedirbantieji; susijusio su liga jautrumo, rimtumo ir kliūčių dalyvauti programoje nuostatos daugiausia pasireiškė žemesnio išsilavinimo vyrams.
4. Vyrų žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius, klinikinius simptomus, gydymo pasekmes ir ištyrimo galimybes lygis buvo vidutinis, mažiausias – gyvenančių ne šeimoje tiriamųjų grupėje, o didžiausias tarnautojų grupėje. Palyginus žinių apie prostatos vėžį bendro balo vidurkius pagal amžiaus grupes, išsilavinimą, šeiminių padėtį ir socialines grupes, nenustatyta statistiškai reikšmingo skirtumo.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Rekomenduojame toliau stebėti sergamumo prostatos vėžio dinamiką, siekiant nustatyti mirtingumo mažėjimo tendencijas kaip vieną iš ankstyvosios diagnostikos programos efektyvumo rodiklių.

Nustatyti sergamumo prostatos vėžio ir programų finansavimo netolygumai parodė, kad ne visose savivaldybėse naujų susirgimų išaiškinimas priklauso nuo panaudotų lėšų kiekio, todėl reikia išsiaiškinti šio reiškinio priežastis.

Rekomenduojame V. L. Champion sveikatos nuostatų apklausos anketą kaip moksliskai pagrįstą ir patikimą taikyti profilaktinių programų praktikoje, siekiant nustatyti žmonių nusiteikimą sveikatai ir prognozuoti jų požiūrį į vėžio profilaktines programas ir jų elgesį atrankos metu.

Organizuojant onkologinių ligų patikros programas reikia atkreipti dėmesį į tai, kad gyventojų dalyvavimas tokiose programose priklauso nuo jų žinių apie problemą lygio – kuo jie daugiau informuoti, tuo daugiau linkę tikrintis sveikatą. Prostatos vėžio atrankos rezultatai galėtų būti geresni, jei vyrai turėtų daugiau teisingos informacijos apie problemą. Šių žinių sklaidai svarbų vaidmenį galėtų suvaidinti bendruomenės slaugytojai.

8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

- (1) Smailytė G, Aleknavičienė B. Vėžys Lietuvoje 2009 metais. Vilnius 2011; 1–39.
- (2) Valuckas KP, Smailytė G, Aleknavičienė B. Sergamumo vėžiu pagal atskiras lokalizacijas tendencijų pokyčiai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Vilnius, 2009; 79–83.
- (3) Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, Mottet N, Schmid HP, Van der Kwast T, Wiegel T, Zattoni F. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Part I: Screening, Diagnosis, and Treatment of Clinically Localised Disease. *European Urology* 2011; 59: 61-71.
- (4) Kumar RJ, Bargawi AB, Craw ED. Epidemiology of Prostate Cancer. *US Oncology Review*, 2005; 1(1):1-6.
- (5) Schaid DJ. The complex genetic epidemiology of prostate cancer. *Hum Mol Genet.* 2004; 13(suppl 1): R103-R121.
- (6) Zyklus A. Sutvirtinkime žinias apie ligą: prostatos vėžys. *Gydymo metas.* 2008; 07–08(154-155):72–74.
- (7) Valuckas KP, Smailytė G, Vincerževskienė I. Kai kurių vėžio lokalizacijų išgyvenamumo pokyčiai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Vilnius, 2009; 84–8.
- (8) Niederdeppe J, Levy AG. Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007; 16(5):998-1003.
- (9) Gurevičius R. Piktybinių navikų kontrolės strategija: prevencijos, ankstyvosios diagnostikos ir gydymo organizavimo principai. Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Vilnius, 2009; 73–8.
- (10) Champion V, Foster JL, Menon U. Tailoring interventions for health behavior change in breast cancer screening. *Cancer Pract.* 1997; 5(5):283-8.
- (11) Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Educ Res.* 1992; 7(1):107-16.
- (12) Strecher VJ, Rosenstock IM. The Health Belief Model. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, eds. K. Glanz, F.M. Lewis, and B.K. Rimer. San Francisco: Jossey-Bass 1997.

- (13) Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, et al. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *Am Psychol.* 1994; 49(1):15-24.
- (14) Messer LC. Invited commentary: measuring social disparities in health--what was the question again? *Am J Epidemiol.* 2008; 167(8):900-4.
- (15) Schwartz KL, Crossley-May H, Vigneau FD, Brown K, Banerjee M. Race, socioeconomic status and stage at diagnosis for five common malignancies. *Cancer Causes Control.* 2003; 14(8):761-6.
- (16) Singh GK, Miller BA, Hankey BF, Edwards BK. Area socioeconomic variations in US. Cancer incidence, mortality, stage, treatment and survival, 1975-1999. National Cancer Institute, NIH Publication. 2003; No. 03-5417.
- (17) Brawley OW. Prostate cancer epidemiology in the United States. *World J Urol.* 2012; 30(2):195-200.
- (18) Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, Feuer EJ, Brown ML. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *J Natl Cancer Inst.* 2011; 103(2):117-28.
- (19) Walde A, Hurria A. Aging and osteoporosis in Breast and Prostate Cancer. *CA Cancer J Clin.* 2011; 61:139-56.
- (20) Pashayan N, Powles J, Brown C, Duffy SW. Incidence trends of prostate cancer in East Anglia, before and during the era of PSA diagnostic testing. *Br J Cancer.* 2006; 95(3):398-400.
- (21) Gomella LG, Liu XS, Trabulsi EJ, Kelly WK, Myers R, Showalter T, et al. Screening for prostate cancer: the current evidence and guidelines controversy. *Can J Urol.* 2011; 18(5):5875-83.
- (22) Wever EM, Draisma G, Heijnsdijk EA, Roobol MJ, Boer R, Otto SJ, et al. Prostate-specific antigen screening in the United States vs in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer-Rotterdam. *J Natl Cancer Inst.* 2010; 102(5):352-5.
- (23) van Leeuwen PJ, Connolly D, Tammela TL, Auvinen A, Kranse R, Roobol MJ, et al. Balancing the harms and benefits of early detection of prostate cancer. *Cancer.* 2010; 116(20):4857-65.
- (24) Lietuvos Respublikos SAM įsakymas Nr.V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos“. Valstybės žinios, 2005.

- (25) Zykus A, Puzelevičiūtė J. Prostatos Vėžys. *Gydymo Menas*. 2008; 6(153):53–7.
- (26) Adomaitis R, Jankevičius F. Lietuvos priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos programa (LPL VADP) 2006–2010 metais paslaugų teikimo tendencijos. *Sveikatos mokslai*. 2011; 9(2):43–7.
- (27) Smailytė G, Aleknavičienė B. Incidence of prostate cancer in Lithuania after introduction of the Early Prostate Cancer Detection Programme. *Public Health*, 2012.
- (28) Gondos A, Bray F, Brewster DH, Coebergh JW, Hakulinen T, Janssen-Heijnen ML, et al. Recent trends in cancer survival across Europe between 2000 and 2004: a model-based period analysis from 12 cancer registries. *Eur J Cancer*. 2008; 44(10):1463-75.
- (29) Venderbos LD, Roobol MJ. PSA-based prostate cancer screening: the role of active surveillance and informed and shared decision making. *Asian J Androl*. 2011; 13(2):219-24.
- (30) Sandblom G, Varenhorst E, Rosell J, Lofman O, Carlsson P. Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. *BMJ*. 2011; 342:d1539.
- (31) Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010; 341:c4543.
- (32) Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, III, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst*. 2012; 104(2):125-32.
- (33) Allan GM, Chetner MP, Donnelly BJ, Hagen NA, Ross D, Ruether JD, et al. Furthering the prostate cancer screening debate (prostate cancer specific mortality and associated risks). *Can Urol Assoc J*. 2011; 5(6):416-21.
- (34) Hussain S, Gunnell D, Donovan J, McPhail S, Hamdy F, Neal D, et al. Secular trends in prostate cancer mortality, incidence and treatment: England and Wales, 1975-2004. *BJU Int*. 2008; 101(5):547-55.
- (35) Kurtinaitis J, Smailytė G. Cancer Mortality Trends in Lithuania 1978-1999. *Acta Medica Lituanica*. 2002; 9(3):149-54.
- (36) Quinn M, Babb P. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons. *BJU Int*. 2002; 90(2):162-73.

- (37) Smailytė G, Kurtinaitis J. Cancer mortality trends in Lithuania 1978-2005: a joinpoint regression analysis. *Acta Medica Lituanica*. 2007; 14(3):149-54.
- (38) Valuckas K, Gurevičius R, Kuzmickienė I, Bičiūnaitė V. Sergamumo vėčių trendai Lietuvoje 1964–1988 m. ir jų prognozė. *Lietuvos medicina*. 1991; 2:8–14.
- (39) Carsin AE, Drummond FJ, Black A, van Leeuwen PJ, Sharp L, Murray LJ, et al. Impact of PSA testing and prostatic biopsy on cancer incidence and mortality: comparative study between the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Cancer Causes Control*. 2010; 21(9):1523-31.
- (40) Oliver SE, May MT, Gunnell D. International trends in prostate-cancer mortality in the "PSA ERA". *Int J Cancer*. 2001; 92(6):893-8.
- (41) Smith DP, Armstrong BK. Prostate-specific antigen testing in Australia and association with prostate cancer incidence in New South Wales. *Med J Aust*. 1998; 169(1):17-20.
- (42) Richie JP, Catalona WJ, Ahmann FR, Hudson MA, Scardino PT, Flanigan RC, et al. Effect of patient age on early detection of prostate cancer with serum prostate-specific antigen and digital rectal examination. *Urology*. 1993; 42(4):365-74.
- (43) Whittington R, Vaughn DJ. Prostate cancer. In: Chang AE, Ganz PA, Hayes DF, Kinsella T, Pass HI, Schiller JH et al. *Oncology An Evidence-Based Approach*. 2006; 826-43.
- (44) Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F, La VC, Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2012. *Ann Oncol*. 2012; 23(4):1044-52.
- (45) Chustecka Z. PSA Discoverer Says PSA Screening is "Public Health Disaster". *Medscape Medical News*. (2010). Prieiga per internetą: <http://www.medscape.com/viewarticle/718351>.
- (46) Čepauskienė R, Gurevičius R. Sergamumo prostatos vėčio ir mirtinumo nuo jo dinamika Lietuvoje iki PSA eros ir po jos. *Visuomenės sveikata*. 2009; 1(44):19–24.
- (47) Čepauskienė R, Gurevičius R. Ilgalaikiai sergamumo prostatos vėčiu ir mirtinumo nuo jo pokyčiai ávairiose amčiaus kategorijose Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*. 2009;3(46):31–8.
- (48) Gurevičius R, Lazutka V. Sergamumo prostatos vėčiu Lietuvoje 1973-1978 m. ir jo prognozė. *Onkologija* 5. Vilnius: Mokslas. 1983; 13–20.

- (49) Center MM, Jemal A, Lortet-Tieulent J, Ward E, Ferlay J, Brawley O, et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. *Eur Urol.* 2012; 61(6):1079-92.
- (50) Chirpaz E, Colonna M, Menegoz F, Grosclaude P, Schaffer P, Arveux P, et al. Incidence and mortality trends for prostate cancer in 5 French areas from 1982 to 1996. *Int J Cancer.* 2002; 97(3):372-6.
- (51) Moller H. Trends in incidence of testicular cancer and prostate cancer in Denmark. *Hum Reprod.* 2001; 16(5):1007-11.
- (52) Drieskiens S, Quataert P, Tafforeau J. et al. Age-period-cohort model:trend:trends in mortality from lung cancer in women, Belgium 1971-1990. *Arch Public Health.* 1997; 55:99-117.
- (53) Osmond C, Gardner MJ, Acheson AM. Trends in cancer mortality 1951-1980. Analyses by period of birth and death. London: Her Majesty's Stationery Office 1983.
- (54) Osmond C, Gardner MJ, Acheson ED. Analysis of trends in cancer mortality in England and Wales during 1951-80 separating changes associated with period of birth and period of death. *Br Med J.* 1982; 284(6321):1005-8.
- (55) Miller AB. New data on prostate-cancer mortality after PSA screening. *N Engl J Med.* 2012; 366(11):1047-8.
- (56) Niclis C, Pou SA, Bengio RH, Osella AR, Diaz MP. Prostate cancer mortality trends in Argentina 1986-2006: an age-period-cohort and joinpoint analysis. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(1):123-30.
- (57) Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Linking Theory, Research, and Practice. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, eds. K Glanz, F. M. 1997.
- (58) Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice.* San Fransisco: Wiley&Sons 2002.
- (59) Gillam SJ. Understanding the uptake of cervical cancer screening: the contribution of the health belief model. *Br J Gen Pract.* 1991; 41(353):510-3.
- (60) Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Res Nurs Health.* 1999; 22(4):341-8.
- (61) Rosenstock I. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs.* 1974; 2(4).

- (62) Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*. 1974; 2:324-473.
- (63) Conner M Norman P. Predicting Health Behavior. Search and Practice with Social Cognition Models. Open University Press: Ballmore: Buckingham. 1996.
- (64) Stevens A, Gilam S. Health needs assessment: from theory to practice. *BMJ*. 1998; 316:1448.
- (65) Weinstein ND. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*. 1987; 10:481-500.
- (66) Želvienė A, Boguševičius A. Reliability and Validity of the Champion's Health Belief Model Scale among Lithuanian Women. *Cancer Nursing TM*. 2007; 30(4).
- (67) Želvienė A, Boguševičius A. Atrankinė mamografinė patikra dėl krūties vėžio. Ar moterys nori joje dalyvauti? *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2007; 10(1):24–30.
- (68) Aiken LS, West SG, Woodward CK, Reno RR. Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. *Health Psychol*. 1994; 13(2):122-9.
- (69) Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Womens Health Issues*. 2002; 12(3):122-8.
- (70) Hofstetter CR, Sallis JF, Hovell MF. Some health dimensions of self-efficacy: analysis of theoretical specificity. *Soc Sci Med*. 1990; 31(9):1051-6.
- (71) Skinner CS, Champion VL, Gonin R, Hanna M. Do perceived barriers and benefits vary by mammography stage? *Psychology, Health & Medicine*. 1997; 2(1):65-75.
- (72) Rawl S, Champion V, Menon U, Leohrer P, Vance G et al. Differences on health beliefs by stage readiness to screen for colorectal cancer among first-degree relatives of affected individuals. *Annals of Behavioral*. 2001; 23(Supplement):(S202).
- (73) Oliver JS. Prostate Cancer Screening Patterns Among African American Men in the Rural South. Georgia State University: Nursing Dissertation. 2008; P.101.

- (74) Blocker DE, Romocki LS, Thomas KB, Jones BL, Jackson EJ, Reid L, et al. Knowledge, beliefs and barriers associated with prostate cancer prevention and screening behaviors among African-American men. *J Natl Med Assoc.* 2006; 98(8):1286-95.
- (75) Weinrich GP. Prostate cancer screening in high - risk men: African American hereditary prostate cancer study network. *Cancer.* 2006; 106(4):796-803.
- (76) Thomas VN, Saleem T, Abraham R. Barriers to effective uptake of cancer screening among Black and minority ethnic groups. *Int J Palliat Nurs.* 2005; 11(11):562, 564-2, 571.
- (77) Merrill RM. Demographics and health-related factors of men receiving prostate-specific antigen screening in Utah. *Prev Med.* 2001; 33(6):646-52.
- (78) Clarke-Tasker VA, Wade R. What we thought we knew: African American males' perceptions of prostate cancer and screening methods. *ABNF J.* 2002; 13(3):56-60.
- (79) Woods VD, Montgomery SB, Herring RP. Recruiting Black/African American men for research on prostate cancer prevention. *Cancer.* 2004; 100(5):1017-25.
- (80) Dale W, Sartor O, Davis T, Bennett CL. Understanding Barriers to the Early Detection of Prostate Cancer Among Men of Lower Socioeconomic Status. *The Prostate Journal.* 1999; 1(4):179-84.
- (81) Boyd MD, Weinrich SP, Weinrich M, Norton A. Obstacles to prostate cancer screening in African-American men. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2001; 12(2):1-5.
- (82) Kleier JA. Fear of and susceptibility to prostate cancer as predictors of prostate cancer screening among Haitian-American men. *Urol Nurs.* 2010; 30(3):179-88.
- (83) Nivens AS, Herman J, Pweinrich S, Weinrich MC. Cues to participation in prostate cancer screening: a theory for practice. *Oncol Nurs Forum.* 2001; 28(9):1449-56.
- (84) Pierce R, Chadiha LA, Vargas A, Mosley M. Prostate cancer and psychosocial concerns in African American men: literature synthesis and recommendations. *Health Soc Work.* 2003; 28(4):302-11.
- (85) Plowden KO. Using the health belief model in understanding prostate cancer in African American men. *ABNF J.* 1999; 10(1):4-8.

- (86) Reynolds D. Prostate cancer screening in African American men: barriers and methods for improvement. *Am J Mens Health*. 2008; 2(2):172-7.
- (87) Woods VD, Montgomery SB, Herring RP. Recruiting Black/African American men for research on prostate cancer prevention. *Cancer*. 2004; 100(5):1017-25.
- (88) Fearing A, Bell D, Newton M, Lambert S. Prostate screening health beliefs and practices of African American men. *ABNF J*. 2000; 11(6):141-4.
- (89) Lambert S, Fearing A, Bell D, Newton M. A comparative study of prostate screening health beliefs and practices between African American and Caucasian men. *ABNF J*. 2002; 13(3):61-3.
- (90) Clarke-Tasker VA, Dutta AP. African-American men and their reflections and thoughts on prostate cancer. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2005; 16(1):1-7.
- (91) Woods VD, Montgomery SB, Belliard JC, Ramirez-Johnson J, Wilson CM. Culture, black men, and prostate cancer: what is reality? *Cancer Control*. 2004; 11(6):388-96.
- (92) Talcott JA, Spain P, Clark JA, Carpenter WR, Do YK, Hamilton RJ, et al. Hidden barriers between knowledge and behavior: the North Carolina prostate cancer screening and treatment experience. *Cancer*. 2007; 109(8):1599-606.
- (93) Do YK, Carpenter WR, Spain P, Clark JA, Hamilton RJ, Galanko JA, et al. Race, healthcare access and physician trust among prostate cancer patients. *Cancer Causes Control*. 2010; 21(1):31-40.
- (94) Carpenter WR, Howard DL, Taylor YJ, Ross LE, Wobker SE, Godley PA. Racial differences in PSA screening interval and stage at diagnosis. *Cancer Causes Control*. 2010; 21(7):1071-80.
- (95) French DB, Jones LA. Minority issues in prostate disease. *Med Clin North Am*. 2005; 89(4):805-16.
- (96) Drake BF, Keane TE, Mosley CM, Adams SA, Elder KT, Modayil MV, et al. Prostate cancer disparities in South Carolina: early detection, special programs, and descriptive epidemiology. *J S C Med Assoc*. 2006; 102(7):241-9.
- (97) Shelton P, Weinrich S, Reynolds WA, Jr. Barriers to prostate cancer screening in African American men. *J Natl Black Nurses Assoc*. 1999; 10(2):14-28.

- (98) Tingen MS, Weinrich SP, Heydt DD, Boyd MD, Weinrich MC. Perceived benefits: a predictor of participation in prostate cancer screening. *Cancer Nurs.* 1998; 21(5):349-57.
- (99) Weinrich S. The debate about prostate cancer screening: what nurses need to know. *Semin Oncol Nurs.* 2001; 17(2):78-84.
- (100) Weinrich S, Royal C, Pettaway CA, Dunston G, Faison-Smith L, Priest JH, et al. Interest in genetic prostate cancer susceptibility testing among african American men. *Cancer Nurs.* 2002; 25(1):28-34.
- (101) Weinrich SP, Weinrich MC, Atwood J, Boyd M, Greene F. Predictors of fecal occult blood screening among older socioeconomically disadvantaged Americans: a replication study. *Patient Educ Couns.* 1998; 34(2):103-14.
- (102) Weinrich SP, Greiner E, Reis-Starr C, Yoon S, Weinrich M. Predictors of participation in prostate cancer screening at worksites. *J Community Health Nurs.* 1998; 15(2):113-29.
- (103) Weinrich SP, Reynolds WA, Jr., Tingen MS, Starr CR. Barriers to prostate cancer screening. *Cancer Nurs.* 2000; 23(2):117-21.
- (104) Weinrich SP, Weinrich MC, Priest J, Fodi C. Self-reported reasons men decide not to participate in free prostate cancer screening. *Oncol Nurs Forum.* 2003; 30(1):E12-E16.
- (105) Weinrich SP, Boyd MD, Bradford D, Mossa MS, Weinrich M. Recruitment of African Americans into prostate cancer screening. *Cancer Pract.* 1998; 6(1):23-30.
- (106) Weinrich SP, Weinrich MC, Priest J, Fodi C, Talley CB. Perceived health status in African American and Caucasian men 40 to 70 years old. *Holist Nurs Pract.* 2001; 16(1):65-72.
- (107) Ajzen I. The theory of planned behaviour. *Organizational behaviour and human. Decision Processes.* 1991; 50:179-211.
- (108) Briggance BB, Burke N. Shaping America's health care professions: the dramatic rise of multiculturalism. *West J Med.* 2002; 176(1):62-4.
- (109) Deshpande AD, Sanders T, V, Vaughn KP, Kreuter MW. The use of sociocultural constructs in cancer screening research among African Americans. *Cancer Control.* 2009; 16(3):256-65.
- (110) Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev.* 2000; 57 (Suppl 1):181-217.

- (111) Lewis-Fernandez R, Diaz N. The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatr Q*. 2002; 73(4):271-95.
- (112) Meyerowitz BE, Richardson J, Hudson S, et al. Ethnicity and cancer outcomes: behavioral and psychosocial considerations. *Psychological Bulletin*. 1998; 123(1):47-70.
- (113) McDougall GJ, Jr., Adams ML, Voelmeck WF. Barriers to planning and conducting a screening: prostate cancer. *Geriatr Nurs*. 2004; 25(6):336-40.
- (114) Weinrich SP, Seger R, Miller BL, Davis C, Kim S, Wheeler C, et al. Knowledge of the limitations associated with prostate cancer screening among low-income men. *Cancer Nurs*. 2004; 27(6):442-53.
- (115) Chan EC, Vernon SW, O'Donnell FT, Ahn C, Greisinger A, Aga DW. Informed consent for cancer screening with prostate-specific antigen: how well are men getting the message? *Am J Public Health*. 2003; 93(5):779-85.
- (116) mark-Wahnefried W, Strigo T, Catoe K, Conaway M, Brunetti M, Rimer BK, et al. Knowledge, beliefs, and prior screening behavior among blacks and whites reporting for prostate cancer screening. *Urology*. 1995; 46(3):346-51.
- (117) Griffith DM, Ellis KR, Ober AJ. How does health information influence African American men's health behavior? *Am J Mens Health*. 2012; 6(2):156-63.
- (118) Reference Manager 11. Prieiga per internetą: <http://www.refman.com/support/docs/ReferenceManager11.pdf>. (2012.01.15)
- (119) Kurtinaitis J, Aleknavičienė B, Tamošauskienė J. Pagrindiniai onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 1998 metai. Vilnius. 1999; 1–40.
- (120) Kurtinaitis J, Aleknavičienė B, Tamošauskienė J. Pagrindiniai onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 1999 metai. Vilnius. 2000; 1–40.
- (121) Kurtinaitis J, Aleknavičienė B, Tamošauskienė J. Pagrindinės onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 2000 metai. Vilnius. 2001; 1–40.
- (122) Kurtinaitis J, Aleknavičienė B, Tamošauskienė J. Pagrindiniai onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 2001 metai. Vilnius. 2002; 1–56.
- (123) Kurtinaitis J, Aleknavičienė B, Tamošauskienė J. Pagrindiniai onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 2002 metai. Vilnius. 2003; 1–44.

- (124) Kurtinaitis J, Aleknavičienė B, Tamošauskienė J. Pagrindiniai onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 2003 metai. Vilnius. 2004; 1–44.
- (125) Kurtinaitis J, Aleknavičienė B, Tamošauskienė J. Pagrindinės onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 2004metai. Vilnius. 2005; 1–44.
- (126) Kurtinaitis J, Aleknavičienė B, Smailytė G. Pagrindiniai onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 2005 metai. Vilnius. 2006; 1–44.
- (127) Smailytė G, Aleknavičienė B. Vėžys Lietuvoje 2006 metais. Vilnius. 2011; 1–37.
- (128) Smailytė G, Aleknavičienė B. Vėžys Lietuvoje 2007 metais. Vilnius. 2011; 1–37.
- (129) Eurostato duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>. (2008.12.18)
- (130) O'Brien RM. Age Period Cohort Characteristic Models. Social Science Reseach. 2008; 29:123-39.
- (131) Smith HL. Advance Age-Period-Cohort Analysis. Sociological Methods&Reseaech. 2008; 36(3):287-96.
- (132) Harding DJ. Recent advances in age-period-cohort analysis. A commentary on Dregan and Armstrong, and on Reither, Hauser and Yang. Soc Sci Med. 2009; 69(10):1449-51.
- (133) The survey system. Prieiga per internetą: <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>. (2012.06.18)
- (134) Abramson JH. WINPEPI (PEPI-for-Windows): computer programs for epidemiologists. Epidemiol Perspect Innov. 2004; 1(1):6.
- (135) Waterhouse JA, Muir CS, et al. Cancer incidence in fine continents. IARC scientific Publications. 1976; III(42):444.
- (136) Anonymous Meet Minitab w 15. 2007; 1-142.
- (137) Kirkwood TBL. Geometric means and measures of dispersion. Biometrics. 1979; 35(908):909.
- (138) Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. Stat Med. 2000; 19(3):335-51.
- (139) Coope ID. Cirle fitting by linear and nonlinear least squares. Journal of Optimization Theory and Applications New York: Plenum Press. 1993; 76(2).

- (140) Lerman PM. Fitting Segmented Regression Models by Grid Search. *Journal of the Royal Statistical Society*. 1980; 29(1):77-84.
- (141) National cancer institute. Statistical research and applications. Joinpoint Regression Program. Prieiga per internetą: <http://srab.cancer.gov/joinpoint> . (2009.02.18)
- (142) Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(7):538-45.
- (143) Kenney JF, Keeping ES. Linear Regression and Correlation. Ch 15 in *Mathematics of Statistics* NJ. 1962; 252-85.
- (144) Utts J. *Seeing Through Statistics* 3 rd Edition. 2005; 166-7.
- (145) Lee WC, Liaw YP. Optimal weighting systems for direct age-adjustment of vital rates. *Stat Med*. 1999; 18(19):2645-54.
- (146) Feedman DA. *Statistical Models: Theory and Practice*. Cambridge University press; 2005.
- (147) Sokal RR, Rohlf FJ. *Biometry: The Principles and Practice of Statistics in Biological Research*. 2nd ed., W H Freeman & Co, New York; 1995.
- (148) Nicholson BJ. On the F-Distribution for Calculating Bayes Credible Intervals for Fraction Nonconforming. *IEEE Transactions on Reliability*. 1985; R-34(3):227-8.
- (149) Fritz HS. A comment on prostate cancer screening in the prostate, lung, colorectal and ovarian cancer screening trial: update on finding from the initial four rounds of screening in a randomized trial. *BJU International*. 2009; 103(2):143-4.
- (150) Stamey TA, Caldwell M, McNeal JE, Nolley R, Hemenez M, Downs J. The prostate specific antigen era in the United States is over for prostate cancer: what happened in the last 20 years? *J Urol*. 2004; 172(4 Pt 1):1297-301.
- (151) Michael B. Screening by lower urinary tract symptoms vs asymptomatic prostate - specific antigen levels leading to radical prostatectomy in Danish men: tumour characteristics and treatment outcome. *BJU International*. 2009; 9999.
- (152) John WD. Screening for prostate cancer with serum prostate-specific antigen. *Cancer*. 2008; 113(11):3067-8.

- (153) Mike S, Harrison C, Coles B, Staffurth J et al. Chemotherapy for hormone-refractory prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 4:CD005247.
- (154) Draisma G, Boer R, Otto SJ, van dC, I, Damhuis RA, Schroder FH, et al. Lead times and overdetection due to prostate-specific antigen screening: estimates from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2003; 95(12):868-78.
- (155) Etzioni R, Penson DF, Legler JM, di TD, Boer R, Gann PH, et al. Overdiagnosis due to prostate-specific antigen screening: lessons from U.S. prostate cancer incidence trends. *J Natl Cancer Inst.* 2002; 94(13):981-90.
- (156) D'Ambrosio G, Samani F, Cancian M, De MC. Practice of opportunistic prostate-specific antigen screening in Italy: data from the Health Search database. *Eur J Cancer Prev.* 2004; 13(5):383-6.
- (157) Gavin A, McCarron P, Middleton RJ, Savage G, Catney D, O'Reilly D, et al. Evidence of prostate cancer screening in a UK region. *BJU Int.* 2004; 93(6):730-4.
- (158) WHO. Cancer Mondial statistical information system. Prieiga per internetą: http://www.dep.iarc.fr/who/Graph4_sel.htm . (2012.01.06)
- (159) Wilt TJ, MacDonald R, Rutks I, Shamliyan TA, Taylor BC, Kane RL. Systematic review: comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. *Ann Intern Med.* 2008; 148(6):435-48.
- (160) Brewster DH, Fraser LA, Harris V, Black RJ. Rising incidence of prostate cancer in Scotland: increased risk or increased detection? *BJU Int.* 2000; 85(4):463-72.
- (161) Frankel S, Smith GD, Donovan J, Neal D. Screening for prostate cancer. *Lancet.* 2003; 361(9363):1122-8.
- (162) Baade PD, Coory MD, Aitken JF. International trends in prostate-cancer mortality: the decrease is continuing and spreading. *Cancer Causes Control.* 2004; 15(3):237-41.
- (163) Bouchardy C, Fioretta G, Rapiti E, Verkooijen HM, Rapin CH, et al. Recent trends in prostate cancer mortality show a continuous decrease in several countries. *Int J Cancer.* 2008; 123(2):421-9.
- (164) Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin.* 2005; 55(1):10-30.

- (165) Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2009; 360(13):1320-8.
- (166) Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, Basler JW. Detection of organ-confined prostate cancer is increased through prostate-specific antigen-based screening. *JAMA*. 1993; 270(8):948-54.
- (167) Jones GW, Mettlin C, Murphy GP, Guinan P, Herr HW, Hussey DH, et al. Patterns of care for carcinoma of the prostate gland: results of a national survey of 1984 and 1990. *J Am Coll Surg*. 1995; 180(5):545-54.
- (168) Krahn MD, Mahoney JE, Eckman MH, Trachtenberg J, Pauker SG, Detsky AS. Screening for prostate cancer. A decision analytic view. *JAMA*. 1994; 272(10):773-80.
- (169) Jievaltas M. Prostatos vėžio diagnostika ir chirurginis gydymas. *Gydy-mo menas*. 2010; 6–7:176–7:8–10.
- (170) Mulcahy N. Single PSA test before age 50 predicts long-term risk. Pri-eiga per internetą: <http://www.medscape.com/viewarticle/742838>. (2011.05.17)
- (171) Clayton D, Schifflers E. Models for temporal variation in cancer rates. II: Age-period-cohort models. *Stat Med*. 1987; 6(4):469-81.
- (172) Clayton D, Schifflers E. Models for temporal variation in cancer rates. I: Age-period and age-cohort models. *Stat Med*. 1987; 6(4):449-67.
- (173) Brasso K, Friis S, Kjaer SK, Jorgensen T, Iversen P. Prostate cancer in Denmark: a 50-year population-based study. *Urology*. 1998; 51(4):590-4.
- (174) Adomaitis R. Ankstyvosios diagnostikos programos poveikio sergamu-mui priešinės liaukos vėžiu Lietuvoje vertinimas. Daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, medicina (06B). Vilnius, 2012.
- (175) Gaidelytė R, Želvienė A, Jaselionienė J. Lietuvos sveikatos statistika 2009. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Svei-katos informacijos centras. Vilnius, 2010.
- (176) Stewart SL, Rakowski W, Pasick RJ. Behavioral constructs and mam-mography in five ethnic groups. *Health Educ Behav*. 2009; 36(5 Suppl):36S-54S.
- (177) Gilligan T, Wang PS, Levin R, Kantoff PW, Avorn J. Racial differences in screening for prostate cancer in the elderly. *Arch Intern Med*. 2004; 164(17):1858-64.

- (178) McDavid K, Tucker TC, Sloggett A, Coleman MP. Cancer survival in Kentucky and health insurance coverage. *Arch Intern Med.* 2003; 163(18):2135-44.
- (179) Fowke JH, Schlundt D, Signorello LB, Ukoli FA, Blot WJ. Prostate cancer screening between low-income African-American and Caucasian men. *Urol Oncol.* 2005; 23(5):333-40.
- (180) Consedine NS. Are we worrying about the right men and are the right men feeling worried? Conscious but not unconscious prostate anxiety predicts screening among men from three ethnic groups. *Am J Mens Health.* 2012; 6(1):37-50.
- (181) Powe BD. Fatalism among elderly African Americans. Effects on colorectal cancer screening. *Cancer Nurs.* 1995; 18(5):385-92.
- (182) Wilkes L, Cioffi J, Ho S. Prostate cancer: men's health and their prostate. *Health Education.* 2004; 104(3):143-51.
- (183) Forrester-Anderson IT. Prostate cancer screening perceptions, knowledge and behaviors among African American men: focus group findings. *J Health Care Poor Underserved.* 2005; 16(4 Suppl A):22-30.
- (184) Woods VD, Montgomery SB, Herring RP, Gardner RW, Stokols D. Social ecological predictors of prostate-specific antigen blood test and digital rectal examination in black American men. *J Natl Med Assoc.* 2006; 98(4):492-504.
- (185) Bloom JR, Stewart SL, Oakley G, I, Banks PJ, Chang S. Family history, perceived risk, and prostate cancer screening among African American men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006; 15(11):2167-73.
- (186) Cheatham CT, Barksdale DJ, Rodgers SG. Barriers to health care and health-seeking behaviors faced by Black men. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008; 20(11):555-62.
- (187) Steele CB, Miller DS, Maylahn C, Uhler RJ, Baker CT. Knowledge, attitudes, and screening practices among older men regarding prostate cancer. *Am J Public Health.* 2000; 90(10):1595-600.
- (188) Etzioni R, Berry KM, Legler JM, Shaw P. Prostate-specific antigen testing in black and white men: an analysis of medicare claims from 1991-1998. *Urology.* 2002; 59(2):251-5.
- (189) Hoffman RM, Gilliland FD. A population-based survey of prostate cancer testing in New Mexico. *J Community Health.* 1999; 24(6):409-19.

- (190) Winterich JA, Grzywacz JG, Quandt SA, Clark PE, Miller DP, Acuna J, et al. Men's knowledge and beliefs about prostate cancer: education, race, and screening status. *Ethn Dis.* 2009; 19(2):199-203.
- (191) Abbott RR, Taylor DK, Barber K. A comparison of prostate knowledge of African-American and Caucasian men: changes from prescreening baseline to postintervention. *Cancer J Sci Am.* 1998; 4(3):175-7.
- (192) Barber KR, Shaw R, Folts M, Taylor DK, Ryan A, Hughes M, et al. Differences between African American and Caucasian men participating in a community-based prostate cancer screening program. *J Community Health.* 1998; 23(6):441-51.
- (193) Weinrich SP, Weinrich MC, Boyd MD, Atkinson C. The impact of prostate cancer knowledge on cancer screening. *Oncol Nurs Forum.* 1998; 25(3):527-34.

9. PUBLIKACIJOS DISERTACINIO DARBO TEMA

1. Čepanauskienė* R., Kalibatienė D. Sveikatos įsitikinimų modelio taikymas priešinės liaukos vėžio ankstyvo diagnostavimo programoje. *Medicinos teorija ir praktika* 2010; 4(16):484–489.
2. Čepanauskienė* R., Kalibatienė D., Gurevičius R. Vyrų požiūrio į ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką sąsajos su sveikatos įsitikinimais. *Sveikatos mokslai* 2011; 6(78):93–103.
3. Čepanauskienė* R., Gurevičius R. Amžiaus-periodo-kohortos faktoriai ir jų tarpusavio įtaka sergamumo prostatos vėžiu dinamikai Lietuvoje 1979–2008 m. *Gerontologija* 2011; 12(3):143–150.
4. 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.

* dabar Šturienė

10. MOKSLINIAI PRANEŠIMAI DISERTACINIO DARBO TEMA

1. Pranešimas „Sergamumo prostatos vėžiu ryšys su antrinės profilaktikos programos finansavimu 60-yje savivaldybių Lietuvoje 2006–2008 metais“ 3-ioje Nacionalinėje mokslinėje konferencijoje „Mokslas – žmonių sveikatai“ bei parengtos ir atspausdintos pranešimo tezės 2010 m. balandžio mėn. 17 d., Kaunas.
2. Pranešimas „Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo tendencijos Lietuvoje“ Respublikinėje mokslinėje praktinėje slaugos specialistų konferencijoje „Slaugos mokslas ir praktika 2010“ bei parengtos ir atspausdintos pranešimo tezės. 2010 m. balandžio mėn. 30 d., Vilnius.
3. Pranešimas „Men's health beliefs in connection with participation in prostate cancer screening programme“ tarptautinėje konferencijoje „Science and art of nursing: topical issues“ bei parengtos ir atspausdintos pranešimo tezės 2011 m. rugsėjo mėn. 30 d., Klaipėda.

11. PRIEDAI

11.1. SOCIALINIŲ IR DEMOGRAFINIŲ POŽYMIŲ, PROSTATOS SVEIKATOS ĮVERTINIMO KLAUSIMYNAS

1. Jūsų gimimo data (įrašykite)m. mėn. d.

2. Jūsų gimimo vieta (įrašykite)

.....

(miestas, rajonas, kaimas)

3. Jūsų gyvenamoji vieta

₁ miestas

₂ kaimas

4. Jūsų šeimyninė padėtis

₁ vedęs

₄ išsiskyęs

₂ nevedęs

₅ našlys

₃ neregistruota santuoka

₆ sutuoktinis gyvena atskirai

5. Jūsų išsilavinimas

₁ pradinis

₄ aukštesnysis

₂ nebaigtas vidurinis

₅ nebaigtas aukštasis

₃ vidurinis

₆ aukštasis

6. Jūsų socialinė grupė

₁ darbininkas

₄ neįgalus

₂ tarnautojas

₅ kita.....

₃ pensininkas

11.2. V.CHAMPION SVEIKATOS NUOSTATŲ APKLAUSOS ANKETA

7. J1. Yra didelė teorinė tikimybė, kad aš artimoje ateityje susirgsiu prostatos vėžiu.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

8. J2 Jaučiu, kad artimiausiu metu susirgsiu prostatos vėžiu.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

9. J3. Didelė tikimybė, kad aš susirgsiu prostatos vėžiu per ateinančius 10 metų.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

10. J4. Tikimybė, kad aš susirgsiu prostatos vėžiu apskritai yra didelė.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

11. J5. Man yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, nei kitiems vyrams.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

12. R1. Mintis apie prostatos vėžį mane gąsdina.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

13. R2. Kai pagalvoju apie prostatos vėžį, mano širdis plaka dažniau.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

14. R3. Aš bijau galvoti apie prostatos vėžį.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

15. R4. Problemos, kurias aš patirčiau dėl prostatos vėžio būtų ilgalai-
kės.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

16. R5. Dėl prostatos vėžio kiltų grėsmė santykiams su mano žmona
(drauge ar partnere).

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

17.R6. Jei susirgčiau prostatos vėžiu, pasikeistų visas mano gyvenimas.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

18.R7. Jei susirgčiau prostatos vėžiu, neišgyvenčiau ilgiau 5 metų.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

19.M1. Savo sveikatos problemas noriu atrasti anksti.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

20.M2. Man labai svarbu išsaugoti gerą sveikatą.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

21.M3. Aš ieškau naujos informacijos kaip pagerinti savo sveikatą.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

22.M4. Aš manau, kad yra svarbu užsiminėti sveikatą stiprinančia veikla.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

23.M5. Aš laikausi sveikos mitybos principų.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

24.M6. Aš mankštinuosi ne mažiau 3 kartų per savaitę.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

25.M7. Aš net nesirgdamas reguliariai tikrinuosi sveikatą.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

26.PN1. Kai atliktas rekomenduotas PSA testas (nustatoma prostatos specifinio antigeno koncentracija kraujyje, paėmus kraujo iš venos), aš esu ramus.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

27.PN2. Sužinojęs, kad PSA testo rezultatai neviršija normos, aš mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

28. PN3. Atliktas PSA testas man padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

29. PN4. PSA testo atlikimas man sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

30. PN5. Atlikus PSA testą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

31. PK1. PSA testo atlikimas mane varžytų.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

32. PK2. PSA testo atlikimas užimtų per daug laiko.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

33. PK3. PSA testo atlikimas būtų skausmingas.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

34. PK4. PSA testas per brangus (daug kainuotų).

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

35. DN1. Kai man atliktas rekomenduotas digitalinis tyrimas (prostatos apčiuopa pirštu pro tiesiąją žarną), aš esu ramus.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

36. DN 2. Sužinojęs teigiamus (gerybinio pobūdžio) digitalinio tyrimo rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

37. DN 3. Atliktas digitalinis tyrimas padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku
38. DN 4. Digitalinio tyrimo atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

39. DN 5. Atlikus digitalinį tyrimą, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

40. DK1. Digitalinio tyrimo atlikimas mane varžytų.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

41. DK2. Digitalinio tyrimo atlikimas užimtų per daug laiko.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

42. DK3. Digitalinio tyrimo atlikimas man būtų skausmingas.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

43. DK4. Digitalinis tyrimas per brangus (daug kainuotų).

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

44. BN1. Kai man atlikta rekomenduota prostatos biopsija (įvesto į tiesią žarną echoskopinio daviklio kontrolėje specialia adata paimami prostatos audinio gabalėliai), aš esu ramus.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

45. BN2. Sužinojęs teigamus (gerybinio pobūdžio) prostatos biopsijos rezultatus mažiau nerimauju dėl prostatos vėžio.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

46. BN3. Atlikta prostatos biopsija padės anksčiau diagnozuoti prostatos vėžį.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

47. BN4. Prostatos biopsijos atlikimas sumažins tikimybę numirti nuo prostatos vėžio.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

48. BN5. Atlikus prostatos biopsiją, sumažės didelės apimties operacijos tikimybė.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

49. BK1. Prostatos biopsijos atlikimas mane varžytų.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

50. BK2. Prostatos biopsijos atlikimas užimtų per daug laiko.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

51. BK3. Prostatos biopsijos atlikimas man būtų skausmingas.

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

52. BK4. Prostatos biopsijos atlikimas per brangus (daug kainuotų).

₁ nesutinku ₂ neįsitikinęs ₃ sutinku

**11.3. S.P. WEINRICH ŽINIŲ APIE PROSTATOS VĖŽĮ IR JO
PROFILAKTIKĄ APKLAUSOS ANKETA**

53. Vyrui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

54. Vyras gali sirgti prostatos vėžiu ir nejauti jokių požymių ir problemų

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

55. Jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

56. Pasikartojantis skausmas dažniausiai nugaros apačioje gali būti prostatos vėžio požymiu.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

57. Didžiajai daliai 80 metų vyrų nereikia prostatos vėžio skriningo.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

58. Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrams šlapinimąsi.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

59. Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrų seksualinę funkciją.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

60. Kai kurio prostatos vėžio gydymo pasėkoje vyrai negali vėl vairuoti automobilio.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

61. Gydytojai gali pasakyti, kuris vyras gali mirti nuo prostatos vėžio, o kuris šia liga nesusirgs.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

62. Nukrypęs nuo normos prostatos specifinio antigeno (PSA) kraujo testas reiškia, kad aš tikrai sergu prostatos vėžiu.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

63. Aš galiu sirgti prostatos vėžiu nors mano prostatos specifinio antigeno (PSA) testas yra normos ribose.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau

64. Kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai.

₁ Taip ₂ Ne ₃ Nežinau



INDIANA UNIVERSITY

SCHOOL OF NURSING
IUPUI

May 5, 2011

Renata Cepauskiene, RN
Seskinė Outpatient Clinic
Seskinės Str. 24
LT-07156 Vilnius
LITHUANIA

Dear Ms. Cepauskiene,

Thank you for your interest in my work. You have permission to revise the Health Belief Model tool as long as you cite my work and send me an abstract of your completed project.

Sincerely,

Victoria Champion, PhD, RN, FAAN
Mary Margaret Walther Distinguished Professor
Edward W. and Sara Stam Cullipher Endowed Chair
Executive Associate Dean for Research Affairs

VC:dd

Enclosure



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS

Kodas 211950810, M.K.Čiurlionio 21/27, 03101, Vilnius Tel.(85)2398701, 2398700, faks.2398705, El.p. mf@mf.vu.lt

VILNIAUS REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
M.K.Čiurlionio 21/27, LT-03101, Vilnius Tel.(85) 2686998, el.p.: rbtek@mf.vu.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ

2012-01-11 Nr.158200-01-446-127

Tyrimo pavadinimas:

Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo ypatumai Lietuvoje bei vyrų nuostatos, skatinančios dalyvavimą prostatos vėžio patikros programoje

Protokolo Nr.: SPVMY - 1
Versija: 1
Data: 2009-02-20
Asmens informavimo ir informuoto asmens sutikimo forma (lietuvių kalba):
Versija: 1
Data: 2009-02-20

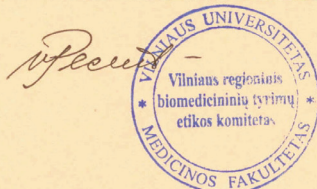
Pagrindiniai tyrėjai: D.Kalibatiėnė (R.Čepauskienė)

Biomedicininio tyrimo vieta:
Istaigos pavadinimas: VšĮ Šeškinės poliklinika
Istaigos adresas: Šeškinės g.24, Vilnius

Leidimas išduotas Vilniaus regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto posėdžio (protokolas Nr. 158200-2012/01), vykusio 2012 m. sausio 10 d., sprendimu.

Vilniaus regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto ekspertų grupės nariai			
Nr.	Vardas, pavardė	veiklos sritis	dalyvavo posėdyje
1	doc. Dr.Laimutė Jakavonytė	filosofija	taip
2	doc. Dr. Kęstutis Žagminas	epidemiologija	taip
3	dr. Indrė Isokaitė	teisė	ne
4	dr. Marija Veniūtė	visuomenės sveikata	ne
5	doc.dr. Jolanta Gulbinovič	medicina	ne
6	prof.dr. Vytautė Pečiulienė	medicina, odontologija	taip
7	Laura Malinauskienė	medicina	taip
8	dr. Gražina Pastavkaitė	klinikinė psichologija	ne
9	Ugnė Šakūnienė	pacientų teisės	taip

Pirminkė



Vytautė Pečiulienė