

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS  
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS  
MEDICINOS PAGRINDŲ KATEDRA

Taikomosios kūno kultūros (specializacija- sveikatos edukologija) magistrantūros studijų programa

**Renata Čergelytė**

**GYVENSENOS ĮTAKA PREVENCIAMIAMS ONKOLOGINIAMS  
SUSIRGIMAMS**

**Magistro darbas**

Magistro darbo vadovas  
doc. dr. Jūra Vladas Vaitkevičius

**2012**

# TURINYS

<b>Magistro darbo santrauka</b> .....	3
<b>Įvadas</b> .....	4
<b>1 skyrius. GYVENSENOS ĮTAKA PREVENCINIAMS ONKOLOGINIAMS SUSIRGIMAMS</b> .....	7
1. 1. Gyvensena, jos įtaka onkologiniams susirgimams .....	7
1. 2. Vėžys. Jo atsiradimo priežastys .....	10
1. 3. Vėžio profilaktikos kryptys .....	14
1. 3. 1. Krūties vėžys ir profilaktika .....	19
1. 3. 2. Gimdos kaklelio vėžys ir profilaktika .....	23
1. 3. 3. Prostatos vėžys ir profilaktika .....	25
1. 3. 4. Storojo žarnyno vėžys ir profilaktika .....	28
1. 3. 5. Sveikatos mokymas .....	31
<b>2 skyrius. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS</b> .....	33
2. 1. Tyrimo metodika .....	33
2. 2. Tyrimo imtis .....	36
2. 3. Tyrimo rezultatų analizė ir interpretavimas .....	37
2. 3. 1. Bendruomenės gyvensenos įvertinimas .....	38
2. 3. 2. Moterų žinios apie krūties vėžį ir gimdos kaklelio vėžį .....	51
2. 3. 3. Vyrų žinios apie prostatos vėžį .....	54
2. 3. 4. Vyrų ir moterų žinios apie storojo žarnyno vėžį .....	57
2. 3. 5. Respondentų informavimas .....	59
<b>Išvados</b> .....	64
<b>Literatūra</b> .....	66
<b>Summary</b> .....	71
<b>Priedai</b> .....	72

## Magistro darbo santrauka

Darbe atlikta teorinė gyvensenos įtakos prevenciniams onkologiniams susirgimams analizė.

Iškelta hipotezė, kad bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvensenos įtaką onkologiniams susirgimams ir jų prevenciją.

Anketinės apklausos būdu atliktas tyrimas, kurio tikslas nustatyti bendruomenės žinias apie gyvensenos įtaką onkologiniams susirgimams.

Nagrinėjant ir analizuojant gyvensenos įtaką prevenciniams onkologiniams susirgimams, naudota mokslinės literatūros sisteminė, lyginamoji, loginė analizė ir sintezė. Tyrimo duomenys surinkti anketinės apklausos metodu. Atliekant tyrimo duomenų analizę, taikyta respondentų nuomonės sisteminė, lyginamoji, loginė analizė ir sintezė, lentelių sudarymo ir grafinio vaizdavimo bei statistiniai metodai.

Tyrimo dalyvavo šimtas penkiasdešimt moterų ir penkiasdešimt vyrų besigydančių UAB „Lyros šeimos centre“, Šiauliuose.

Svarbiausios empirinio tyrimo išvados:

1. Tyrimo metu nustatytos moterų ir vyrų žinios apie ikivėžinius tyrimus, žinios apie gyvensenos įtaką jiems, pirminę jų profilaktiką, informacijos gavimą ir jos pakankumą.
2. Darbe iškelta hipotezė, kad bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvensenos įtaką onkologiniams susirgimams ir jų prevenciją, patvirtinta. Išsiaiškinta, kad kuo vyresni respondentai, tuo turi daugiau informacijos nei jaunesni, tačiau turi jos nepakankamai.
3. Tyrimo metu išsiaiškinta, kad bendruomenei labiausiai priimtini pokalbio ir bukletų informacijos gavimo metodai. Pasiremiant tyrimo rezultatais, buvo surengta paskaita ir reikalinga/trūkstama informacija pateikta lankstinukuose.

Esminiai žodžiai: gyvensena, bendruomenė, gimdos kaklelio vėžys, prostatos vėžys, krūties vėžys, storosios žarnos vėžys, profilaktika.

## Įvadas

### Temos aktualumas

Gyvensena - įpročių ir papročių visuma, veikiama, keičiama, skatinama socializacijos proceso per visą žmogaus gyvenimą (Last, 2011). Gyvenseną sudaro mitybos, fizinio aktyvumo, alkoholio bei tabako vartojimo ir kiti įpročiai. Visi jie sąveikauja tarpusavyje, stiprindami arba žalodami sveikatą.

Kiekvienas žmogus sveikatą vertina individualiai. Įdomiausia, kad žmonės sveikatos beveik nevertina tol, kol yra sveiki, o susirgę kokia sunkia liga ima ją itin branginti. Sveikatą ypač skirtingai vertina paaugliai, kuriems ji atrodo neišsemiamas šaltinis, ir vėžiu ar kitomis sunkiomis ligomis sergantys ligoniai, kurie dėl grąžintos sveikatos galėtų atiduoti viską. Tad kodėl švaistome sveikatą, kai jos turime ir susirūpiname ja tik tada, kai jos resursai jau būna itin išsekę? Kodėl rūpinamės ne sveikata, o ligomis, juk sveikai gyvenant daugelio ligų būtų galima apskritai išvengti? Tokia, beje, yra ir mūsų sveikatos „apsaugos“ politika, kuri didžiąją pinigų dalį skiria ne ligų prevencijai, o jų gydymui.

Onkologija - tai viena iš opiausių medikų ir apskritai visuomenės problemų, kadangi sergamumas piktybiniais navikais ir mirštamumas nuo jų nuolat didėja. Tai antroji pagal paplitimą ir įtaką sergamumo ir mirtingumo rodikliams (po širdies ir kraujagyslių ligų) patologija (Onkologinės ligos, 2011). Tarptautinės vėžio tyrimų agentūros duomenimis, vėžys diagnozuojamas vienam iš trijų europiečių, o kas ketvirtas ES gyventojas nuo jo miršta. 2006 m. šia liga naujai susirgo apie 2,3 mln. europiečių, o apie milijoną nuo jos mirė (Ouzky M., 2008).

Anot Valucko ir kt.(1997) vienam trečdaliui susirgusiųjų vėžio galima buvo išvengti, todėl profilaktikos krypties tyrinėjimai ypač svarbūs. Plėtojant šią kryptį atliekami vėžio deskriptyviniai ir analiziniai epidemiologiniai tyrinėjimai. Epidemiologinių tyrimų duomenys reikalingi bei vertingi ir platesniu aspektu, nes užpildo „baltąsias dėmes“ vėžio sergamumo žemėlapyje.

Lietuvoje gyvena 60 tūkst. žmonių kurie tiesiogiai susidūrė su vėžiu. Mūsų šalyje kiekvienais metais ši liga diagnozuojama apie 13 tūkst. žmonių, apie 5 tūkst. nuo jo miršta. Deja, liga vis „jaunėja“, o aptinkama neretai pavėluotai. Lietuvoje pastaraisiais metais net 50 – 70 proc. vėžio atveju nustatyta vėlyvos III – IV stadijos, kai radikalus gydymas nebeįmanomas, o kiti gydymo būdai yra mažiau veiksmingi. Sergamumo vėžiu skaičiaus padidėjimą galėjo lemti ir geresnė diagnostika. Todėl aktyviai ieškoma vis naujesnių ir veiksmingesnių vėžio nustatymo būdų. (Pavliukovič, 2008).

Sveikatos ekspertai teigia, kad a) vėžio galima išvengti, b) vėžį galima laiku diagnozuoti ir sėkmingai gydyti, c) galima sumažinti vėžiu sergančių ligonių kančias (Valuckas, Didžiapetrienė, 2004).

Europinės ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos duomenimis tik 3 proc. Europos valstybių sveikatos apsaugos biudžeto išleidžiama prevencijai, o 97 proc. – gydymui (Kvainauskaitė, 2005).

Vėžio profilaktika – tai priemonių, padedančių išvengti vėžio ligos, visuma. Manoma, kad apie 50% visų piktybinių navikų būtų galima išvengti, jei būtų nuosekliai įgyvendinamos vėžio profilaktikos priemonės (Juozulynas ir kt., 2005). Vėžio pavojus sumažėtų įgyvendinus nacionalines vėžio kontrolės programas. Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003 m. patvirtino Valstybinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2010 metų programą. (Pundzius, 2008). Suvienijus gydytojų ir visuomenės pastangas atsiranda daugiau šansų nesusirgti vėžio liga, o susirgus – anksti ją nustatyti ir sėkmingai gydyti. Todėl būtina, kad bendruomenė pakankamai žinotų apie vėžio profilaktiką, suprastų jos reikšmę sveikatai, sąmoningai šias žinias taikytų savo kasdieniniame gyvenime. Tai nustatyta šeimos gydytojo praktikoje (Lietuvos medicinos norma MN 14:2005).

**Problema (probleminis klausimas)** – Ar bendruomenė turi žinių apie gyvenimo įtaką onkologiniams susirgimams, apie jų pirminę prevenciją. Kokios bendruomenės nuostatos į atliekamus tyrimus.

**Tyrimo objektas** – bendruomenės žinios apie gyvenimo įtaką onkologiniams susirgimams.

**Tyrimo hipotezė** – bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvenimo įtaką onkologiniams susirgimams ir jų prevenciją.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti bendruomenės žinias apie gyvenimo įtaką onkologiniams susirgimams.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti mokslinę literatūrą apie vėžio profilaktikos kryptis.
2. Įvertinti respondentų požiūrį apie sveiką gyvenimą.
3. Išsiaiškinti moterų žinias apie krūties vėžį ir gimdos kaklelio vėžį.
4. Išsiaiškinti vyrų žinias apie prostatos vėžį.
5. Išsiaiškinti moterų ir vyrų žinias apie storosios žarnos vėžį.

**Tyrimo dalyviai** – tyrime dalyvavo šimtas penkiasdešimt moterų ir penkiasdešimt vyrų besilankančių UAB „Lyros šeimos centre“, Šiauliuose. Tyrimas atliktas nuo 2012-07-02 – 2012-09-01d.

**Tyrimo metodika**

1. Nagrinėjant ir analizuojant gyvenimo įtaką prevenciniams onkologiniams susirgimams, naudota mokslinės literatūros sisteminė, lyginamoji, loginė analizė ir sintezė.
2. Atliekant analizę taikyta statistinių duomenų sisteminė, lyginamoji, loginė analizė ir sintezė, anketinė apklausa, lentelių sudarymo ir grafinio vaizdavimo bei statistiniai metodai.

## Pagrindinės sąvokos

**Bendruomenė** – žmonių grupė, savanoriškai susibūrusi, turinti bendrus tikslus ir poreikius (<http://lt.wikipedia.org/wiki/Bendruomen%C4%97>, žiūrėta 2013-01-08).

**Gyvensena** – tai įpročių ir papročių visuma, per visą žmogaus gyvenimą veikiama, keičiama, skatinama socializacijos vyksmo. Gyvenseną sudaro mitybos, fizinio aktyvumo, alkoholio bei tabako vartojimo ir kiti įpročiai. Visi jie yra tarpusavyje susiję ir daro įtaką sveikatai (<http://lt.wikipedia.org/wiki/Gyvensena>, žiūrėta 2012 – 10 – 17).

**Gimdos kaklelio vėžys** – gimdos kaklelio piktybinis navikas. Moterų liga, šiuo metu pasaulyje antras pagal dažnumą moterų vėžinis susirgimas (po krūties vėžio) bei trečias pagal mirštamumą. Gimdos kaklelio vėžys yra viena dažniausių vėžio rūšių, tampančių moterų mirties priežastimi (Medicinos enciklopedija, 1993 m.).

**Krūties vėžys** – krūties audinio piktybinis navikas (Medicinos enciklopedija, 1993 m.).

**Onkologija** - medicinos šaka, tirianti navikus ( Medicinos enciklopedija, 1993 m.).

**Prevenciniai onkologiniai susirgimai** – susirgimai, kurie apmokami iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Lietuvoje įgyvendinamos 4 prevencinės krūties, gimdos kaklelio, priešinės liaukos ir storosios žarnos vėžio programos (<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=139>, žiūrėta 2013-01-08).

**Prostatos vėžys** – tai priešinės liaukos piktybinė liga (Medicinos enciklopedija, 1993 m.).

**Vėžio profilaktika** – tai priemonių, padedančių išvengti vėžio ligos, visuma. Manoma, kad apie 50% visų piktybinių navikų būtų galima išvengti, jei būtų nuosekliai įgyvendinamos vėžio profilaktikos priemonės. (VUOI, žiūrėta 2012 – 10 – 19).

**Žarnyno vėžys** – piktybinis navikas, kuris gali lokalizuotis gaubtinėje ir aklojoje, riestinėje ir tiesiojoje žarnoje (Medicinos enciklopedija, 1993 m.)

**Magistro darbo struktūra.** Šį magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (79 šaltiniai), santrauka anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 3 lentelės, 26 paveikslai. Prieduose pateikiama anketa, prostatos vėžio rizikos veiksniai, lankstinukai. Darbo apimtis – 72 puslapiai.

Darbas pristatytas UAB „Lyros šeimos centre“ 2012-11-30d. surengtoje paskaitoje. Papildant žodinę informaciją, visiems dalyvavusiems buvo išdalinti lankstinukai.

# **1 skyrius. GYVENSENOS ĮTAKA PREVENCINIAMS ONKOLOGINIAMS SUSIRGIMAMS**

## **1. 1. Gyvensena, jos įtaka onkologiniams susirgimams**

Žmogaus gyvenimo pilnatvę lemia daug veiksnių. Pagrindiniai jų yra sveikata, materialinis gerbūvis, santykis su aplinka, nepriklausomumas. Apjungus šiuos veiksnius į visumą, ieškoma būdų, kaip kokybiškai įvertinti žmogaus gyvenimą. 1993 m. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) pasiūlė gyvenimo kokybės apibrėžimą. Gyvenimo kokybė – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu susijęs su jo tikslais, viltimis bei interesais (Kalėdienė; Petrauskienė; Rimpela, 1999).

Sukaupta daug mokslinių duomenų, įrodančių gyvensenos įtaką žmogaus sveikatai. Nesveika gyvensena, pavyzdžiui, rūkymas, nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas, netinkama mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas didina lėtinių neinfekcinių ligų riziką (Javtokas ir kt., 2002). Žmonių gyvensena priklauso nuo daugelio socialinių, ekonominių bei kultūrinių veiksnių. Pirmajam Lietuvos nepriklausomybės dešimtmečiui būdingi spartūs politiniai ir ekonominiai pokyčiai. Perėjimas prie rinkos ekonomikos, agresyvi reklama, vakarietiškos masinės kultūros skverbimasis, naujų produktų atsiradimas veikė žmonių gyvenseną ir sveikatą. Kitų šalių patirtis rodo, kad skirtingos socialinės žmonių grupės nevienodai reaguoja į vykstančias permainas (Bobak; Pikhart; Rose; Hertzman; Marmot; Siegrist, 2007). Jauni žmonės ypač imlūs naujovėms, kurios gali tiek teigiamai, tiek ir neigiamai paveikti jų sveikatą. Todėl svarbu nustatyti Lietuvos gyventojų skirtingų grupių gyvensenos pokyčių dėsningumus, į kuriuos turėtų būti atsižvelgta planuojant sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos programas (Javtokas ir kt., 2002).

Onkologinės ligos priklauso lėtinių ligų grupei. Jų vystymasi lemia tiek endogeniniai, tiek egzogeniniai veiksniai. Endogeniniams rizikos faktoriams priskiriami genetiniai, imunodeficitiniai, endokrininiai pakitimai ir kt. Egzogeniniai veiksniai: netinkama mityba, rūkymas, nesaikingas alkoholio vartojimas, kenksmingi profesiniai veiksniai, aplinkos užterštumas. Pagrindinės gyvensenos nuostatos, mažinančios riziką susirgti vėžiu yra subalansuota mityba ir pakankamas fizinis aktyvumas, saikingas alkoholio vartojimas, vengimas kenksmingų aplinkos veiksnių, tinkamas darbo ir poilsio režimas, psichosocialinio streso mažinimas.

“Kai kurių piktybinių navikų būtų išvengta ir bendra sveikata pagerėtų, jei žmonės sveikiau gyventų”, – sakoma Europos kovos su vėžiu Kodekse, kurio jau trečia redakcija buvo priimta Milane 2003 m. Europos sąjungoje Lietuvai dar reikės stipriai pasitempti piktybinių navikų kontrolės ir gydymo srityje. Reikės aktyvios vėžio draugijos bei pacientų organizacijų veiklos, visuomeninių

akcijų, raginančių gyventojus būti atsakingiems už savo sveikatą, visokeriopai skatinti juos laikytis sveikos gyvensenos (Kurtinaitis, 2004)

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) 2002 m. kasmetiniame pranešime (World Health Report, 2002) teigiama, kad pasaulyje fizinis neaktyvumas kiekvienais metais tampa apie 1,9 mln. mirčių priežastimi. 10 – 16 proc. krūties, gaubtinės žarnos vėžio, diabeto susirgimu ir 22 proc. širdies sutrikimu nulemia fizinis neaktyvumas. Nepakankamas fizinis aktyvumas skatina nutukimo, išeminės širdies ligos, arterinės hipertenzijos, osteoporozės bei kitų ligų vystymąsi. Vien Europoje kasmet apie 600 tūkst. mirčių yra susiję su fiziniu pasyvumu (Rogers, 2011).

Labai svarbus sveikatos komponentas – fizinis pajėgumas, kuris apibūdinamas, kaip gebėjimas žvaliai ir gyvai atlikti kasdienes užduotis, be didelio nuovargio ir su reikiama energija ilsėtis bei susidurti su nenumatytais veiksniais. Tai yra žmogaus organizmo funkcinio pajėgumo savybių rinkinys, o funkcinio pajėgumo savybes galime suprasti, kaip specifinius fizinio pajėgumo komponentus (kūno sandara, aerobinis pajėgumas, raumenų jėga, lankstumas, ištvermė). (Baubinienė, 1995).

Mokslinėje literatūroje pateikiami duomenys rodo, kad sveikata didele dalimi priklauso nuo paties žmogaus. Sveikata ir ilgaamžiškumas apie 50% priklauso nuo gyvenimo būdo ir paties žmogaus elgesio, tarp jų ir nuo aktyvios fizinės veiklos, apie 20% – gyvenimo aplinkos, apie 20% – paveldimumo ir tik apie 10% priklauso nuo medicininės pagalbos (Stepaitienė, 1999, Šnipas, 1993).

Per pastaruosius metus buvo atlikta labai įvairių mokslinių tyrimų, kurie įrodė neabejotiną fizinio aktyvumo naudą sveikatai. Socialiniai įpročiai pastarąjį šimtmetį sukėlė didelę fizinio aktyvumo mažėjimą. Fizinis aktyvumas laisvalaikiu yra labai svarbi veikla, susijusi su įvairių lėtinių ligų profilaktika, padidėjusia mirštamumo rizika, ypač kai šiuo metu paplitusios pasyvaus pobūdžio profesijos. Dėl šios priežasties būtina įtikinti visuomenę, kad didintų savo fizinį aktyvumą. (Martinez–Gonzalez, Varo at.al, 2001).

Pasaulio sveikatos organizacija (2002) apibendrinusi daugelio mokslinių tyrimų išvadas, pateikia rekomendacijas dėl fizinio aktyvumo atskirų amžiaus grupių gyventojams. Suaugusiesiems rekomenduojama užsiimti vidutinio intensyvumo fizine veikla ne mažiau kaip 30 min. kaip galima daugiau dienų per savaitę. Vaikai ir jaunuoliai turėtų sportuoti kiekvieną dieną ir fiziniam aktyvumui skirti ne mažiau kaip 60 minučių. Šios rekomendacijos yra bendro pobūdžio ir turėtų būti koreguojamos atsižvelgiant į atskiro individo poreikius ir galimybes. Priklausomai nuo amžiaus ir sveikatos būklės fizinio aktyvumo formos gali būti labai įvairios: vaikščiojimas, plaukimas, bėgimas, įvairūs judrūs žaidimai, įvairių sporto šakų kultivavimas, darbas sode ir namuose, važiavimas dviračiu, mankšta ir pan.



Norint būti sveikiems, sportuoti ir užsiimti fizine veikla yra taip pat svarbu kaip kvėpuoti švariame ore bei sveikai maitintis. Nors šie dalykai atrodo visai paprasti, tačiau gyventojų sergamumo analizė atskleidžia skaudžią tiesą – su fiziniu pasyvumu susijusių ligų skaičius pasaulyje nemažėja. Tokių ligų skaičiaus augimas susijęs su gyvenimo kokybės blogėjimu, didesnėmis išlaidomis sveikatos priežiūros sistemai, prarastais sveiko gyvenimo metais (Naužemis, 2000).

Gyvensena - įpročių ir papročių visuma, veikiama, keičiama, skatinama socializacijos proceso per visą žmogaus gyvenimą. (Last, 2011). Mokslininkai teigia, kad daugiau kaip 50 proc. žmogaus sveikatos priklauso nuo jo gyvensenos. Aplinka kurioje gyvename, turi neabejotiną įtaką gyventojų sveikatai. Gyvenamąją aplinką sudaro keletas svarbiausių komponentų. Pirmiausia – natūrali gamtinė aplinka: oras, vanduo, klimatas, geografinė aplinka, natūralūs maisto produktai ir kt. Prie šių veiksnių žmogaus organizmas yra visiškai prisitaikęs ir turi tinkamus kompensavimo mechanizmus. Dirbtinė aplinka sudaro miestai bei butai, kuriuose gyvename, darbo sąlygos, kultūrinės pramogos ir pan. Šių veiksnių nuolat daugėja. Didelę reikšmę turi ir socialinė-ekonominė aplinka: visuomenės kultūra, išsilavinimas, materialinės sąlygos, individo įpročiai bei prietariai.

Anot Volbekienės (2004) – poilsis – tai ne absoliuti ramybė, o tikslingas laisvalaikis, skiriamas fizinėms ir intelektinėms savybėms ugdyti. Žmogaus sveikata priklauso ne tik nuo materialinių gyvenimo sąlygų, kiek nuo aktyvios jo fizinės veiklos laisvalaikiu, profesinių, taip pat psichologinių veiksnių ir, kas bene svarbiausia, nuo individualaus gyvenimo būdo bei elgesio. Tarp kitų veiksnių, turinčių įtakos sveikatai, lemiamas vaidmuo tenka kokybiniam aktyvios fizinės veiklos rodikliams.

Sveika gyvensena - tai visų pirma santarvė su savimi, savo kūnu, aplinka, tai siekis turėti sveiką sielą ir pradėti sveikai mąstyti. Juk ne vien kūnui reikia maisto ir mankštos, protui ir dvasiai - taip pat. Privalome išmokti puoselėti pusiausvyrą tarp savo fizinio, psichinio ir dvasinio gyvenimo. Tik tada tapsime išmintingesni, tobulesni ir imsime gyventi išties visapusišką gyvenimą. (Luobikienė, 2008).

Šiuo metu visame pasaulyje yra aktualūs sveikatos rizikos veiksnių bei žmonių gyvensenos tyrimai. Žmogaus sveikata, jo polinkis į įvairias ligas gali būti prognozuojami dar labai jauno amžiaus, tai reikia sukaupti kuo daugiau žinių apie sveikatą lemiančius veiksnius (Naužemis, 2000).

Sveikata – neįkainojama dovana. Praradus sveikatą, pradėjus sirgti, visada kaltinamas gyvenimo būdas. Dabartiniu metu „sveikos gyvensenos“ sąvoka neturėtų apsiriboti vien darbo ir poilsio pusiausvyra bei žalingų įpročių nebuvimu, tai turi tapti gyvenimo stiliumi, atsižvelgiant į nuo tam tikroje visuomenėje susiklosčiusią sveikos gyvensenos sampratą. Remiantis tuo, kad gyvenimo stilius yra formuojamas skirtingų laikų, tai leidžia teigti, kad jis gali kisti priklausomai nuo žmonių valios ir jų pasirinkimo (Javtokas ir kt., 2001). Dabar niekam ne paslaptis prasta Lietuvos gyventojų sveikatos

būklė. Didelį gyventojų sergamumą ir mirtingumą mūsų šalyje, kaip ir visur, labiausiai lemia netinkamas gyvenimo būdas – nesveika mityba, hipodinamija, žalingi įpročiai, dvasinis nuosmukis.

Lietuvoje onkologinėmis ligomis serga apie 1,2 proc. gyventojų. Onkologinių susirgimų kasmet padaugėja 1 – 2 proc. Ši tendencija stebima ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje. Pagal mirties priežastis Lietuvoje onkologinės ligos užima antrą vietą po širdies ir kraujagyslių ligų. Paskutiniaisiais PSO Europos regioninio biuro pateikiamais duomenimis 2004 m. Europos Sąjungos šalyse bendras sergamumas onkologinėmis ligomis buvo panašus kaip ir Lietuvoje (2004 m. Lietuvos rodiklis 464,11 / 100 000 gyv., Europos Sąjungos šalių rodiklis 23 460,12 / 100 000 gyv.). Didžiausias skirtumas tarp Lietuvos ir ES šalių yra toks, kad Europos Sąjungos šalyse sergamumo didėjimo tendencija nėra tokia ženkli kaip Lietuvoje: ES nuo 1996 m. iki 2004 m. sergamumo vėžiu rodiklis padidėjo apie 8 proc., tuo tarpu Lietuvoje – apie 26 proc. Mirtingumas nuo piktybinių navikų Lietuvoje yra didesnis nei daugelyje Europos Sąjungos šalių. 2004 metų Eurostat duomenimis, standartizuotas vyrų mirtingumo rodiklis nuo piktybinių navikų Lietuvoje buvo 291,3 /100 000 gyv., ES-25 šalyse – 255,8 /100 000 gyv. Standartizuotas moterų mirtingumo rodiklis Lietuvoje buvo 138,8 /100 000 gyv., ES-25 šalyse – 144,1. Pagal vyrų mirtingumo rodiklį Lietuva yra šeštoje, pagal moterų - 12 vietoje tarp 25 ES šalių.

Šiuo metu yra sukaupta nemažai duomenų įrodančių, kad fizinis aktyvumas turi įtakos kai kurių lokalizacijų vėžio rizikos mažinimui. Tokie duomenys atveria plačias perspektyvas pirminei vėžio profilaktikai. Reguliarus sveikatos patikrinimas padeda profilaktiškai įvertinti žmogaus sveikatos būklę, svarbiausias organizmo sistemas, jų veiklą, nustatyti ankstyvus pakitimus. (Naužemis, 2000).

Paškevičius (2011) teigia, kad Sveikatos patikrinimo programos skirtos ligai nuspėti ar nustatyti ankstyvoje stadijoje, kad nedelsiant būtų imtasi reikiamų priemonių jai įveikti, neleisti plisti bei komplikuotis. Profilaktinio sveikatos patikrinimo metu nustatčius pakitimų, pacientui siūloma atlikti išsamesnius tyrimus, būtinus diagnozei patikslinti ir reikalingam gydymui paskirti.

## **1. 2. Vėžys. Jo atsiradimo priežastys**

Vėžio liga žinoma jau seniai. Seniausiuose Egipto ir Indijos rašytiniuose šaltiniuose užsimenama apie ligą, kuri žaibo greitumu suardo ir išsekina kūną. Medicinos tėvas Hipokratas, V a. prieš Kristų pastebėjęs išplitusio krūties auglio panašumą į vėžio žnyplę, šią ligą pavadino „vėžiu“ (cancer). Taip šis atsitiktinai patekęs į mediciną terminas prigijo ir vartojamas iki šiol, nors iki galo neatskleidžia ligos esmės (Šarauskiene, 2003).

Tikslesnis terminas yra onkologija – mokslas apie navikų kilmę, prigimtį, rūšis, gydymą (gr. onkos - navikas). Navikas – tai iškreiptas audinio sandaros atkartojimas. Organizmas sudarytas iš didelės įvairovės elementų, kuriuos matome tik per mikroskopą – tai ląstelės. Ląstelėse pagal tam tikrą

biologinį ritmą visą gyvenimą vyksta dalijimosi ir dauginimosi procesai. Ląstelėms dalijantis ir dauginantis organizme vyksta sveikimo arba regeneraciniai procesai: pvz., užgyja žaizdos, sugyja lūžę kaulai ir kt. Jei organizmo būseną normali, įvairūs reguliacijos mechanizmai ląstelėse išlaiko tarpusavio pusiausvyrą (Šarauskienė, 2003).

Griciūtė (2001) teigia, kad dėl įvairių priežasčių, kurios mokslui dar nėra gerai žinomos, ląstelių dalijimosi ciklai gali sutrikti, prasideda nekontroliuojamas ląstelių dauginimasis, pati ląstelė pakinta. Šios pakitusios ląstelės organizmo reguliacijos, imuninės sistemos mechanizmai jau nesugeba reguliuoti, ląstelė pradeda netvarkingai dalytis ir augti autonomiškai, pagal savo dėsnius. Tokia navikiškai pakitusi ląstelė formuoja naviką. Yra daug neaiškumų, dėl ko atsiranda ir auga navikai, tačiau nėra abejonės, kad tai ne vieno organo, bet viso organizmo liga, ji vystosi nepastebimai ir tik išsprūdusi iš organizmo reguliacijos sistemų kontrolės pradeda duoti simptomus. Vėžio atsiradimo priežastys dar nėra iki galo išaiškintos, bet jau tikrai žinoma, kad vėžys neatsiranda dėl sužeidimų. Vėžys taip pat nėra užkrečiama liga, t.y. kontaktas su sergančiu asmeniu visiškai nėra pavojingas.

Vėžys išsivysto palaipsniui, kaip pasekmė įvairių faktorių, susijusių su aplinkos, gyvenimo būdo ir paveldimumo poveikiu. Mokslininkai nustatė nemažai rizikos faktorių, kurie padidina tikimybę susirgti vėžiu. Apie 80% vėžinių susirgimų susiję su tabako vartojimu, su maistu ir gėrimais ir, kiek mažiau, su įvairių spinduliuočių poveikiu ar vėžį sukeliančių medžiagų (kancerogenų) kiekiu gyvenamoje aplinkoje ir darbo vietoje. Vieni žmonės labiau jautrūs tiems faktoriams, kiti – mažiau (Rotomskis; Streckytė; Griciūtė, 2002).

Daugelio šių rizikos faktorių galima išvengti. Kiti, tokie kaip paveldimumas, yra neišvengiami. Tačiau svarbu įsisąmoninti, kad tai jokia būdu nereiškia, jog esant tokiam rizikos faktoriui žmogus būtinai susirgs. Dažniausiai taip neįvyksta. Tačiau tokie žmonės turėtų itin saugotis kitų rizikos faktorių ir reguliariai tikrintis, nes jei ima vystytis vėžys, labai svarbu jį kuo anksčiau diagnozuoti (Šarauskienė, 2003).

Griciūtė (2001) teigia, kad navikų vystymosi procesas ne vienodas. Pagal augimo tipus, eiga, pasekmes, jie skirstomi į gerybinius ir piktybinius. Gerybiniai navikai yra aiškių ribų, neperauga gretimų organų, nesukelia didelių skausmų. Piktybinių navikų yra didelė įvairovė: vieni auga lėtai, kiti, nelygu vėžinių ląstelių struktūra, piktybiškumas, - greitai. Naviko augimo greitis priklauso nuo daug priežasčių – nuo pačios ląstelės energijos, nuo aplinkinių sveikų ląstelių gebėjimo priešintis navikiniam procesui, nuo organizmo imuninės sistemos ir nuo įvairių kitų organizmo reguliacinių mechanizmų. Atsiradęs vėžys nebūtinai turi progresuoti. Kai kada, esant stipriems organizmo reguliaciniams mechanizmams, stebima net savaiminė naviko regresija. Tačiau yra grupė navikų, kurių eiga

piktybiška, agresyvi, jiems net pradinėse jų augimo stadijose organizmas nesugeba pasipriešinti, ir šiais atvejais medicina yra bejėgė.

Anot Šarauskienės (2003) navikinis augimas neapsiriboja augimu viename organe, ląstelės atitrūksta nuo pirminio naviko ir organizmo skysčiais – limfa ar krauju – nunešamos į kitus organus, sukeldamas naujus židinius – metastazes. Metastazės gali atsirasti net po kelerių ar keliolikos metų, kai pirminis navikas jau pašalintas. Navikų metastazavimas – pagrindinė sėkmingo vėžio gydymo kliūtis. Kai kurios navikų rūšys metastazuoja pagal tam tikrus dėsnius, todėl labai svarbu, kad ligoniai po gydymo būtų sekami gydytojo onkologo, kuris, žinodamas ligos eigos ypatumus, ligonio tyrimą nukreips tinkama linkme, o nustatęs ligos paūmėjimą – skirs atitinkamą gydymą. Kadangi pagrindinis matomas naviko simptomas yra audinio ar organo, kuriame jis vystosi, padidėjimas, neretai naviku arba augliu neteisingai palaikomos kai kurios nepiktybinės ligos, pasireiškiančios organo ar audinio padidėjimu. Organizme vyksta daug procesų, jų simptomai labai panašūs į naviko simptomus, ir neretai, neatlikus reikiamų tyrimų, šios ligos palaikomos vėžinėmis, jos dažnai praeina net negydomos arba gydant netradiciniais metodais. Blogiausia, kai gydomas specialistų neištirtas ligonis, kuriam dėl netinkamo gydymo liga tik progresuoja, uždelsiamas brangus laikas. Tik tradiciniais, daugelio šalių mokslinių įstaigų sukurtais ir praktikoje patikrintais nustatymo metodais galima padėti susirgusiam vėžiu. Kuo anksčiau bus diagnozuotas onkologinis susirgimas, tuo didesnė tikimybė, kad žmogus išgyvens.

„Ar aš mirsiu? Ar man skaudės?“ „Vėžys“ – gąsdinantis žodis. Sužinojus apie ligą, susirgusiajam dažniausia kyla mintis: „Aš einu į mirtį“ (Sruogis, 2006). Kai kurioms šeimoms sunku kalbėtis apie vėžį ar savo jausmus. Pirmoji artimųjų reakcija dažniausiai būna: gydytojas neturėjo sergančiajam pasakyti jo diagnozės. Jie bijo, kad pacientas nesusidoros su tomis naujienomis, arba patiems artimiesiems yra sunku vien dėl to, kad sergantysis žino tiesą. Jeigu sprendimas nesakyti tiesos jau priimtas, šeimai tenka slėpti ar/ir iškreipti tam tikrą informaciją. Šias paslaptis išlaikyti būna labai sunku, pacientas gali imti jaustis šeimoje lyg izoliuotas. Be to, paslaptys gąsdina ir sukelia įtampą tarp šeimos narių. Reikia nepamiršti, kad dauguma žmonių įtaria savo diagnozę, net jeigu niekas jiems jos nepasakė. Kur kas lengviau susidoroti su iškilusiomis problemomis, jei esate atviri ir sąžiningi vieni su kitais (Kurtinaitis, 2004).

Aizenas ir kt. (2011) teigia, kad medicinos pažanga prailgino onkologinėmis ligomis sergančiųjų gyvenimą, tačiau tuo pat metu privertė mus susidurti tiek su pačios ligos, tiek su gydymo pasekmėmis, kurios ilgam ar net visam laikui sutrikdo biosocialines funkcijas. Žmogus tampa invalidu. Per pastarąjį dešimtmetį vėžys diagnozuojamas vis jaunesniems, darbingo amžiaus žmonėms, todėl invalidumas tampa ne tik socialine, bet ir ekonomine problema. Šiandien jau akivaizdu, kad klinikinis išgyjimo

kriterijus nebegali atspindėti tikrų onkologinės medicinos pasiekimų, lygiai kaip ir nebegali būti vieninteliu išgyjimo kriterijumi. Radikalios ir išplėstinės operacijos, intensyvi spindulinė terapija, chemoterapija ir hormonoterapija sukelia žymius anatominius- funkcinis sutrikimus ir komplikacijas, sumažina ligonių darbingumą. Pagal invalidumo priežastis onkologinės ligos užima antrą vietą po širdies kraujagyslių ligų, o pagal invalidumo sunkumą – pirmą vietą. Atėjo laikas “išgyjimo” sąvoką suvokti ne tik kaip klinikinį išgyjimą, bet ir kaip ligonio sugrįžimą gyventi normalų visuomeninį-socialinį gyvenimą. Taigi šiame etape reabilitacija ir tampa pagrindiniu “vilties tiltu” tapti ligoniui pilnaverte asmenybe. Tai daugiaetapis procesas, apimantis įvairias sferas: 1. medicininė reabilitacija – padedanti ligoniui atgauti jėgas po gydymo ar padedanti prisitaikyti prie pakitusių sąlygų, jei yra anatominiai - funkciniai defektai; 2. psichologinė reabilitacija; 3. socialinė reabilitacija. Visos jos vienodai svarbios siekiant padėti ligoniui, tačiau jų lyginamoji dalis priklauso nuo ligos pobūdžio, fazės, gydymo etapo, kuriame dabar yra ligonis. Reabilitaciją reikia pradėti vos susidūrus ligoniui su vėžio liga. Šiame etape pagrindinė reabilitacijos kryptis – psichologinė reabilitacija. Dabar įvairiuose vėžio programos standartuose pabrėžiama, kad kiekvieno sergančiojo vėžiu stresas turi būti laiku nustatytas ir gydomas visose ligos stadijose. Teigiama, kad psichologinės intervencijos padeda sergančiajam vėžiu prisitaikyti prie ligos, atrasti naujus kovos su liga būdus, naujus gyvenimo tikslus, pagerina gyvenimo kokybę. Šio pobūdžio tyrinėjimai atliekami Reabilitacijos skyriuje (vedėjas dr. Jonas Vesėliūnas). Vykdam mokslu tiriamuosius darbus, susijusius su onkologinių ligų diagnostika bei onkologinių ligonių gydymu, siekiama:

- adaptuoti, harmonizuoti ir įdiegti į onkologijos klinikinę praktiką moksliniais įrodymais pagrįstas naujas diagnostikos ir gydymo technologijas (lazerius, elektros ir magnetinius laukus, neutronų ir moduluoto intensyvumo bei nestandartinio frakcionavimo spindulinę terapiją, organus išsaugojančiąją ir tausojančiąją chirurgiją, suderintą chemospindulinę terapiją, naujas imunoterapines priemones);

- prailginti gydomų pacientų bendrą išgyvenimą, gyvenimo trukmę iki ligos atsinaujinimo bei užtikrinti gydytų pacientų gyvenimo kokybę (Valuckas; Didžiapetrienė; Atkočius; Characiejus, 2004).

Pagalbos onkologiniam pacientui lygis daugiausia priklauso nuo trijų dalykų, kurie buvo akcentuoti 2003 metais vykusioje Europos vėžio institutų generalinėje asamblėjoje Paryžiuje. Tai yra:

- multidisciplininis požiūris į problemų onkologijoje sprendimą;
- požiūris į pacientą kaip į individą;
- mokslinių tyrimų orientaciją į pacientą bei fundamentinių ir klinikinių tyrimų glaudus ryšys.

Vilniaus universiteto Onkologijos institutas vadovaujasi šiais prioritetais, teigia Characiejus. Todėl pacientų viltys gauti aukščiausio lygio pagalbą šiame Institute turėtų pasiteisinti.

### 1. 3. Vėžio profilaktikos kryptys

Profilaktika yra svarbi ir efektyvi kryptis kovojant su įvairiomis ligomis, tarp jų ir su vėžiu. Vykdamas profilaktines priemones: pirminę profilaktiką – šalinant iš žmogaus aplinkos naviką sukeliančius veiksnius, antrinę – gydant ligonius, sergančius ikinavikinėmis ligomis, sergamumas vienu ar kitu organu vėžiu gerokai mažėja (Vaidotienė, 2005).

Tarptautinės kovos su vėžiu organizacijos (UICC) duomenimis, sergamumas vėžiu mažesnis tose šalyse, kur žmonės gerai informuoti apie vėžio prevenciją, sveiką gyvenimo būdą ir reguliariai tikrinasi sveikatą (Kvainauskaitė, 2005).

Anot Vaitiekūnaitės (2004), sveikata susirūpiname tik tada, kai pradeda reikštis nepageidaujami simptomai. O kai pasidaro visai blogai, susiruošiame pas gydytoją. Dažniausiai pacientai kreipiasi, kai turi kokių nors skundų, profilaktiškai tirtis ateina, kai navikine liga suserga draugas, kaimynas ar giminaitis.

ES sveikatos programoje (2008–2013 m.) numatyta propaguoti sveiką gyvenseną šalinant pagrindinius blogą sveikatą lemiančius veiksnius, nuo kurių priklauso sergamumas ir ankstyva mirtis. Siekiant šio tikslo imamas specialiu informuotumo didinimo, informacijos sklaidos ir dalijimosi gerąja patirtimi projektų bei iniciatyvų. ES pradėjo įgyvendinti informavimo kampanijas ir iniciatyvas, kuriomis siekiama, pavyzdžiui, informuoti apie žalingą rūkymo ir alkoholio vartojimo poveikį, propaguoti seksualinę sveikatą, ŽIV ir AIDS prevenciją, taip pat mažinti sužalojimų ir nelaimingų atsitikimų skaičių. Be to, ES skatina įgyvendinti profilaktinės vėžio patikros programas. (Pundžius, 2008).

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimu Nr. 1593 patvirtino Valstybinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003-2010 metų programą, kurioje siekiama aprėpti visus piktybinių navikų kontrolės aspektus. Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūroje vėžiui tenka antroji vieta, auga sergamumas, vėlyva ligos diagnostika – tai lemia būtinybę tobulinti onkologinės pagalbos teikimą ir prieinamumą Lietuvos gyventojams. Pastaraisiais metais pagerėjo Sveikatos apsaugos ministerijos ir kitų institucijų darbas vėžio profilaktikos srityje, tačiau programos pagrindiniai uždaviniai įgyvendinami dalinai, informacinis valdymas turėtų būti geresnis. Dideli vėžio užleistumo rodikliai ir grėsmingai dideli sergamumo tam tikrais vėžiniais susirgimais rodikliai, kurių galima išvengti, vykdamas reguliarias patikras, rodo nepakankamas prevencinio darbo apimtis (Pundžius, 2008).

Įgyvendintas projektas „Ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo užtikrinimas Šiaulių apskrityms gyventojams“. Projektas finansuotas iš Europos regioninės plėtros fondo, Lietuvos valstybės biudžeto bei VšĮ Šiaulių ligoninės lėšų. Projektui įgyvendinti buvo

skirta apie 6,5 mln. Projekto metu įsigyta onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo įrangos. Įsigyta įranga bus naudojama aukštos kokybės onkologinių susirgimų diagnostikai užtikrinti ir visaverčio gydymo paslaugoms teikti Šiaulių ligoninės pacientams.

Projekto įgyvendinimo metu, siekiant pagerinti diagnostikos galimybes, įsigyta diagnostinės įrangos plačiausiai paplitusių lokalizacijų – krūčių, prostatos, plaučių ir žarnyno - vėžio ankstyvajai diagnostikai. Florescentinė endoskopinė sistema, universalusis skaitmeninis echoskopas suteikia galimybę onkologinius susirgimus diagnozuoti itin ankstyvų stadijų. Įsigyta brachiterapijos įranga spindulinio gydymo apimtis - ertminė spindulinė terapija bus taikoma ne tik ginekologinės lokalizacijos onkologinių susirgimų gydymui, kaip iki šiol, bet ir prostatos, stemplės, plaučių vėžio gydymui.

Onkologinių susirgimų chirurginio gydymo kokybei pagerinti skirtos įrangos – videolaparoskopo, gamakameros, operacinių stalų ir šviestuvų – dėka procedūros tampa tikslesnės, jų apimtis mažesnė.

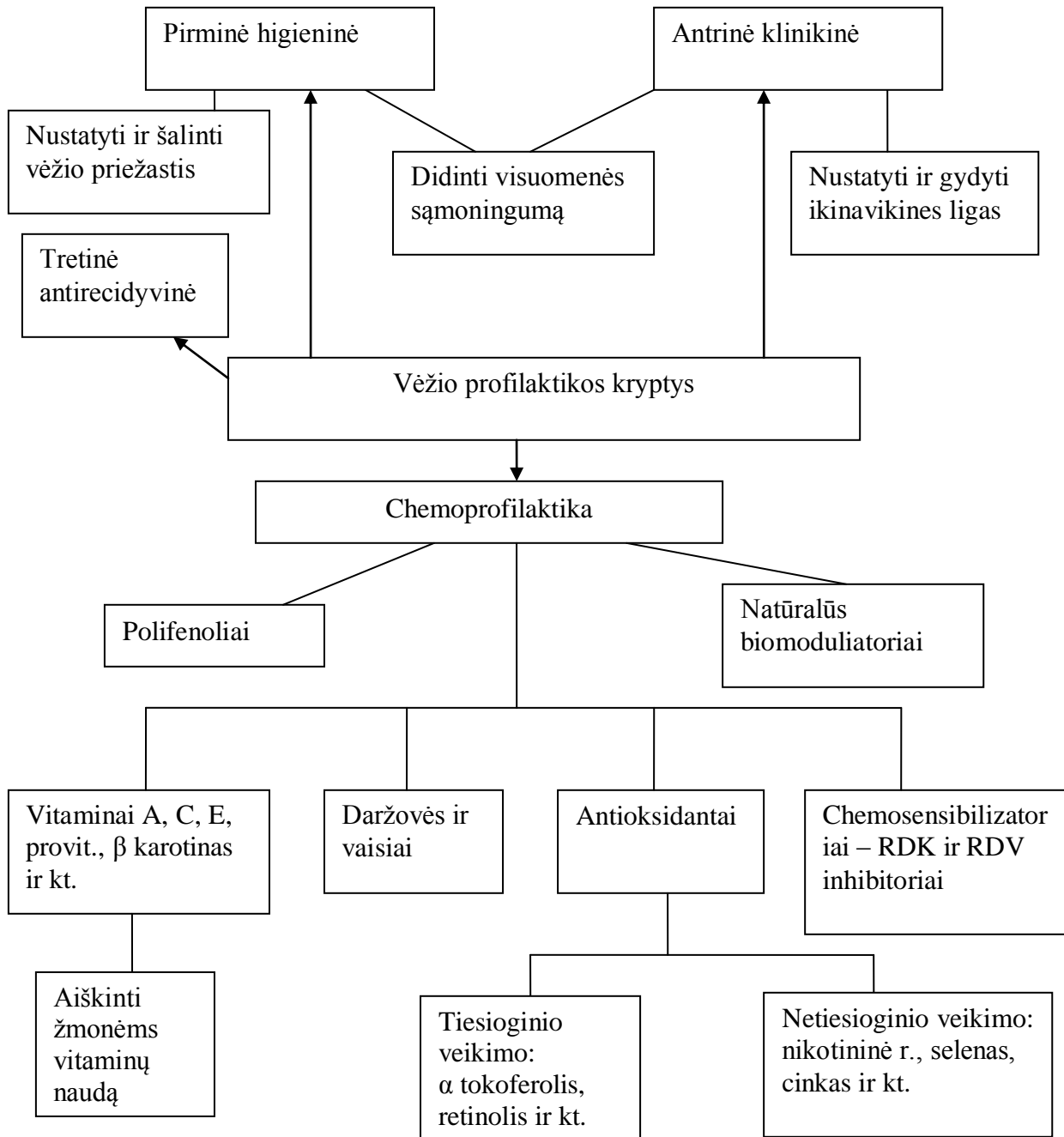
Projekto įgyvendinimo pradžia 2009 m. birželio 1 d., pabaiga-2010 m gruodžio 31 d. Projektas įgyvendintas pagal Europos Sąjungos struktūrinės paramos Sanglaudos skatinimo veiksmų programą.

Labai svarbus vaidmuo navikų profilaktikoje tenka šeimos gydytojams. Pagal 2000-05-31 sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr. 301 įvairių rūšių profilaktinius sveikatos tikrinimus turi vykdyti bendrosios praktikos gydytojai. Šiuo įsakymu yra reglamentuota ir neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarka, kurioje nurodyti ir šių ligų, tarp jų ir onkologinių, profilaktiniai tikrinimai. Vadovaudamiesi šia tvarka, bendrosios praktikos gydytojai, slaugytojai turėtų aktyviai kviesti savo pacientus tikrintis sveikatos. Šie gydytojai turi žinoti, kurie iš jų pacientų visų pirma turi būti tikrinami profilaktiškai, tai reiškia, kad jie privalo žinoti grupes žmonių, kuriems yra didelė rizika susirgti onkologine liga. Deja, dėl lėšų stygiaus šis darbas aktyviai nėra vykdomas. Lietuvoje vis dar trūksta lėšų vykdyti atrankinių grupių sveikatos patikrą norint nustatyti gimdos kaklelio patologiją bei ankstyvą krūties vėžio stadiją. Atsižvelgdami į tai, medikai privalo nuolat raginti gyventojus profilaktiškai tikrinti savo sveikatą (Griciūtė; Didžiapetrienė; Tamošauskienė, 2003).

Tačiau plačiau įgyvendinti vėžio profilaktiką nepavyksta dėl kelių priežasčių. Pirmiausia tiek gydytojai, tiek visuomenė vis dar netiki, kad vėžio galima išvengti. Iš tiesų – visų piktybinių navikų profilaktika neįmanoma. Būtina nustatyti profilaktikos prioritetus, įvertinus jos reikalingumą ir galimybes. Antra - išlieka klausimas – kas turi vykdyti vėžio profilaktiką - onkologai, šeimos gydytojai ar kas nors kitas. Dar nėra įsisąmoninta, kad piktybinių navikų profilaktika yra visų bendras tikslas. Joje turi dalyvauti ir visuomenė, ir gydytojai (Griciūtė, 2008).

Juo labiau teršiama organizmo aplinka siauru ir plačiu mastu, tuo dažniau formuojasi ląstelių atsparumo lėtiniam žalojimui variantai, t.y. onkologinės ligos dažnėja. Todėl aišku, kad evoliucijos metu ląstelėse susiformavusių rezistentiškumo bendrųjų genų ir jų apsauginių baltymų padidėjusi

ekspresija gali būti sumažinta tik šalinant kenksmingas medžiagas iš ląstelės egzistencijai nepalankios aplinkos. Tai ir vėžio profilaktikos svarbiausia pirminė higieninė kryptis (1 pav.) (Moncevičiūtė – Eringienė 2001).



**1 pav.** Vėžio profilaktikos strategija, užkertanti kelią evoliuciniam atsparumui formuotis

Žinant medicinos istoriją ir naujų stebėjimų rezultatus vėžio profilaktikos galimybėmis netenka abejoti. Išnyko nemaža profesinių vėžių, kai išaiškėjo juos sukeltieji faktoriai ir jie pašalinti iš darbo



aplinkos ar sumažinta jų koncentracija. Džiugina visai neseniai paskelbti duomenys apie tai, kad sergamumas vėžiu ir mirtingumas nuo jo pradėjo mažėti.

Sergamumo vėžiu mažėjimas ilgamečio nuoseklaus darbo rezultatas. Išaiškėjus tabako keliamam pavojui ir racionalios mitybos reikmei, įvairios nevyriausybinės ir net kai kurios vyriausybinės organizacijos pradėjo kovą, prieš tabako rūkymą ir skatinimą keisti tradicinę mitybą, mažinant gyvulinių riebalų ir didinant skaidulingų medžiagų ir daržovių maiste kiekį. Taigi pirminė vėžio profilaktika – žinomų vėžį sukeliančių faktorių šalinimas iš aplinkos plačiąja prasme, t.y. apimant ir gyvenimo būdą, bei panaudojant šių faktorių poveikį neutralizuojančius veiksnius. Ji apima žmonių įpročius, higienines taisykles, žmonių švietimą bei jų rūpesčio savo sveikata skiepijimą (Aizenas ir kt., 2011).

Europos kovos su vėžiu kodekso 2003 metų versijoje apie pirminę vėžio profilaktiką teigiama: „Bendra sveikatos būklė galėtų pagerėti ir daugelio mirčių nuo vėžio būtų išvengta, jei įdiegtume sveikesnę gyvenseną“.

Štai kokią sveikesnę gyvenseną rekomenduoja šis Kodeksas (Europos kovos su vėžiu kodeksas 3 versija, 2011):

- Nerūkyti, jei rūko – mesti. Jei nemetama, nerūkyti šalia nerūkančiųjų.
- Vengti nutukimo.
- Mankštintis kasdien.
- Valgyti įvairias daržoves ir vaisius bent 5 kartus per dieną. Riboti maisto produktus, kuriuose yra gyvulinių riebalų.
- Jei geriama alkoholinius gėrimus: vyną, alų ar stipriuosius gėrimus, riboti jų kiekį (1 porcija per dieną moteriai, 2 porcijos vyrui).
- Vengti per ilgai būti saulėje. Ypač svarbu saugoti nuo to vaikus ir paauglius. Asmenims, jautriems saulės spinduliams, reikia naudoti specialias apsaugos priemones.
- Griežtai laikytis saugaus darbo taisyklių, kurios padeda apsisaugoti nuo žinomų kancerogeninių poveikių.

Riziką susirgti vėžiu didina teigia Portalo “Onkonetas” taryba: Aizenas; Didžiapetrienė; Griciūtė; Rotomskis; Streckytė (2011):

➤ **Tabakas.** Tiek rūkymas, tiek tabako uostymas ar kramtymas yra vienas svarbiausių (ir kartu lengviausiai išvengiamų) rizikos faktorių. Jei rūkote, rizika susirgti vėžiu priklauso nuo to, kokias cigaretes ir kiek rūkote, nuo to, kaip seniai rūkote. Tie, kurie surūko pakelį cigarečių per dieną, 10 kartų daugiau rizikuoja susirgti plaučių vėžiu, negu tie, kurie visai nerūko. Rūkaliai taip pat daugiau rizikuoja

susirgti kitų rūšių navikais (tokiais kaip burnos ir gerklų, stemplės, kasos, šlapimo pūslės, inkstų ir gimdos kaklelio). Jei metama rūkyti, rizika ima mažėti ir tolydžio mažėja ilgėjant nerūkymo laikotarpiui. Tabako kramtymas ar uostymas gali sukelti burnos ir gerklės vėžį. Nuolatinis buvimas tarp rūkančiųjų (taip vadinamas “priverstinis rūkymas”) yra rizikingas ir nerūkantiems.

➤ **Mityba.** Mitybos įpročiai irgi susiję su rizika susirgti vėžiu. Pastebėta, kad valgant riebią maistą yra didesnė tikimybė susirgti krūties, storosios žarnos, gimdos ir priešinės liaukos vėžiu. Didelį antsvorį turintys žmonės dažniau suseraga priešinės liaukos, kasos, gimdos, storosios žarnos, kiaušidžių, inkstų vėžiu. Iš kitos pusės, rupus, turintis daug skaidulų, turtingas specifinėmis maistinėmis medžiagomis maistas apsaugo nuo kai kurių vėžio rūšių. Vėžio riziką galima sumažinti valgant tinkamą maistą - pasirenkant produktus, turinčius daug skaidulų, vitaminų ir mineralų, mažai riebalų. Reikėtų keletą kartų per dieną valgyti vaisių ir daržovių, rupios duonos ir kruopų, vengti kiaušinių, riebios mėsos, riebių pieno produktų, padažų.

➤ **Alkoholis.** Geriant didelius alkoholio kiekius didėja rizika susirgti burnos, gerklės, stemplės ir gerklų vėžiu. (Gėrimas ir rūkymas drauge yra ypač rizikingas). Alkoholis žaloja kepenis ir didina kepenų vėžio riziką. Kai kuriuose tyrimuose pastebėta, kad alkoholis didina ir krūties vėžio riziką. Todėl, jei neįmanoma visiškai išvengti alkoholio, gerkite saikingai.

➤ **Spinduliavimas.** Rentgeno spinduliuotės dozė, panaudota diagnozės nustatymui, nėra pavojinga. Tačiau dažnai kartojamas rentgeno tyrimas gali tapti pavojingas, todėl kiekvienas paskyrimas tyrimui rentgenu turi būti gerai aptartas su gydytoju. Vėžio gydymo metu naudojamas švitinimas gali padidinti riziką antram navikui atsirasti.

➤ **Chemikalai ir kitos kenksmingos medžiagos.** Sunkieji metalai, dulkės, įvairūs chemikalai ir kai kurie pesticidai didina riziką susirgti vėžiu. Asbestas, nikelis, kadmis, uranas, radonas, vinilchloridas, benzenas - tai dažniausiai darbo vietose pasitaikantys kancerogenai. Jų poveikį labai sustiprina tabako dūmai. Darbo vietose būtina laikytis saugaus darbo taisyklių ir kiek įmanoma vengti kontakto su pavojingomis medžiagomis.

➤ **Pakaitinė hormonų terapija.** Daug moterų vartoja estrogenus, kurie padeda nuo nemalonių reiškinių menopauzės metu ir mažina širdies ligų bei osteoporozės riziką. Tačiau tyrimai rodo, kad estrogenas didina gimdos vėžio riziką. Taip pat buvo pastebėta, kad moterims, kurios naudoja dideles dozes estrogeno arba naudoja jį ilgą laiką, padidėja tikimybė susirgti krūties vėžiu. Rizika susirgti gimdos vėžiu, atrodo, yra mažesnė kartu su estrogenu vartojant progesteroną. Tačiau kai kurie mokslininkai laikosi nuomonės, kad progesteronas taip pat didina krūties vėžio riziką. Pakaitinės hormonų terapijos privalumai ir trūkumai dar nėra iki galo aiškūs, tad moterys nusprendusios vartoti hormonus turi rimtai pasitarti su gydytoju.

➤ **Paveldimumas.** Kai kuriomis vėžio rūšimis (tarp jų melanoma, krūties, kiaušidžių ir storosios žarnos vėžiu) vienose šeimose dažniau sergama negu kitose. Nėra visiškai aišku, ar taip yra dėl paveldimumo, kažkokių faktorių gyvenamoje aplinkoje ar dėl atsitiktinumo. Šiuo metu jau yra žinomi sutrikę genai BBKA-1 ir BRCA-2, sąlygojantys paveldimo krūties vėžio atsiradimą. Tad jei vėžiu sirgo artimi giminaičiai, reikėtų atidžiai stebėti savo sveikatą ir dažnai tikrintis.

Ikinavikiniais pokyčiais laikytini kai kurie gerybiniai navikai: žarnyno, skrandžio ir kitų organų polipai, šlapimo pūslės papilomos. Burnos ertmės, stemplės gleivinėje tai leukoplakijos, gimdos kaklelyje – pseudoerozijos, diskeratozės, kiaušidėse – papilinės cistos bei daugelis kitų patologinių procesų įvairiuose organuose. Ne visų ikinavikinių pokyčių vienodos galimybės transformuotis į vėžį. Labiau supiktybėti linkę ikinavikiniai pokyčiai vadinami obligatiniais ikivėžiais. Tai skrandžio polipai, šlapimo pūslės papilomos, gimdos kaklelio diskeratozės ir kt. Retai supiktybėjantys ikinavikiniai pokyčiai vadinami fakultatyviniais ikivėžiais. Tai gimdos lejomios, odos papilomos, atrofines gastritas ir kt. Svarbu tai, kad ikinavikiniai organų pokyčiai ir net ankstyvasis vėžys dažniausiai nesukelia jokių simptomų ar sveikatos sutrikimų, kurie skatintų žmogų kreiptis medicininės pagalbos (Šarauskienė, 2003).

Europos kovos su vėžiu kodeksas apie antrinę vėžio profilaktiką sako: „Yra visuomenės sveikatos atrankinės patikros programų, kurios padeda išvengti vėžio ar padidina susirgusiųjų galimybę išgyti“ (Pundzius, 2008).

Anot Griciūtės (2008) išsivysčiusiose šalyse jau keletą dešimtmečių, o mūsų šalyje keletas metų vykdomos specialios atrankinio gyventojų sveikatos tikrinimo programos siekiant atrinkti, nustatyti asmenis, turinčius ikinavikinių pokyčių ar ankstyvąjį, dar nesukeliantį juntamų simptomų vėžį. 2004 metais startavo gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencijos programa. Nuo 2005m. rizikos grupių moterys gali nemokamai pasitikrinti krūtis, o nuo 2006m. vyrai - prostatą. Paskutinė patvirtinta onkologinių ligų prevencijos programa yra nukreipta prieš storosios žarnos vėžį. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa startavo 2009 metais. Todėl būtina sužinoti apie šiuos tyrimus daugiau.

### **1. 3. 1. Krūties vėžys ir profilaktika**

Krūties vėžys – dažniausia moterų onkologinė liga. Kasmet Lietuvoje diagnozuojama per 1300 naujų krūties vėžio atvejų (72 nauji atv. 100 tūkst. moterų). Mirtingumas nuo krūties vėžio ne mažėja (31,7 atv. 100 tūkst. moterų). Palyginti su kitomis ES šalimis, Lietuvos moterų sergamumas krūties vėžiu yra maždaug du kartus mažesnis, bet mirštamumas beveik toks pat. Nacionalinė atrankinė

mamografinės patikros programa, tinkamai ją vykdant, gali sumažinti mirštamumą nuo krūties vėžio 30 proc. (Asadauskaitė ir kt., 2009).

Krūties vėžys reiškia, kad kai kurios ląstelės krūtyje auga ir dauginasi nenormaliai. Dažniausiai pasitaikanti krūties vėžio forma prasideda latakuose, kuriuose gimus vaikui būna pienas. Tačiau vėžys taip pat gali atsirasti ir mažosiose cistose, kurios gamina pieną (skiltelėse) ar kitame krūties audinyje. Krūties vėžys susiformuoja iš pakitusių krūties audinio liaukų ir latakų ląstelių per ilgus metus (mokslininkai tvirtina, kad pusės centimetro mazgelyje yra 2 000 000 genetiškai pakitusių ląstelių ir tiek jų susidaro per 12-15 metų laikotarpį). Ligai įsigalint vėžinės ląstelės per kraują išnešiojamos po organizmą ir su limfa patenka į limfmazgius. Įsitvirtinusios jos formuoja naujus židinius (Steponavičienė, 2008).

Krūties vėžys yra dažniausias onkologinis moterų susirgimas ekonomiškai stipriose pasaulio šalyse. 2002 m. JAV beveik trečdaliui moterų, sirgusių piktybiniais navikais, nustatytas krūties vėžys. Sergamumas krūties vėžiu ir pasaulyje, ir Lietuvoje didėja (Asadauskaitė; Strumylaitė; Abdrachmanovas, 2009).

**Krūties vėžio rizikos veiksniai.** Anot Griciūtės (2003) svarbiausiu krūties vėžio rizikos faktoriumi laikoma hiperestremija – didelis estrogeninių hormonų kiekis moters organizme, kurio neatsveria progesteronas. Krūties vėžys yra skirstomas į premenopauzinį – kai suseraga jauna, dar menstruojanti moteris, ir pomenopauzinį, kai suseraga vyresniame amžiuje. Pomenopauzinio krūties vėžio atsiradimui turi reikšmės moters aptukimas, ypač poodiniai riebalai. Tuo metu kiaušidės nebegamina estrogenų ar gamina jų labai nedaug, bet jų perteklius gali atsirasti iš poodinio riebalinio audinio. Vienas iš rizikos veiksnių yra ir alkoholis. Jei moteris alkoholį vartoja kasdien, o ypač didesniais kiekiais, sutrinka lytinių hormonų balansas, sumažėja vyriškojo hormono testosterono, kurio šiek tiek visuomet būna moters organizme, ir todėl žymiai padaugėja estrogenų, o tai ir didina riziką susirgti krūties vėžiu. Apie krūties vėžio rizikos veiksnius žinome nemažai, nors galbūt dar ir ne viską. Tos žinios būtinai reikalingos tam, kad galėtume bent kai kurių iš šių veiksnių išvengti ar juos neutralizuoti. Kontroliuoti estrogenų perteklių organizme nėra paprasta, tačiau dalinai jį veikti galime vartodami sveiką maistą: mažai riebalų, daugiau daržovių ir vaisių bei atsisakydami kenksmingų įpročių – rūkymo ir nesaikingo alkoholio vartojimo.

Paveldimumo veiksnys turėtų skatinti tiek gydytojus, tiek pacientes nepamiršti pakankamos stebėsenos ir prevencijos. Jei krūties vėžys diagnozuotas pirmosios eilės giminėms, vėžio rizika padidėja. Rizika ypač didelė, jei buvo abiejų krūtų vėžys ir sirgo jauna moteris. Svarbi sirgusios mamos ar sesers charakteristika. Artimiausių giminaičių krūties vėžio diagnozė premenopauzės laikotarpiu didina krūties vėžio riziką 3 kartus, abiejų krūtų vėžys – 5 kartus, abiejų krūtų vėžys ir diagnozė

premenopauzės laikotarpiu – 9 kartus, krūties vėžio diagnozė postmenopauzės laikotarpiu – 1,5 karto. Nustatyta, kad nuo 5 iki 10 proc. krūties vėžio atvejų yra paveldimi. (Asadauskaitė; Strumylaitė; Abdrachmanovas, 2009).

Nuo diagnostikos ankstyvumo priklauso pacientės išgyvenamumas. 5 metų gyvenimo trukmės ir ligos stadijos priklausomybė yra ši: jei diagnozuojama I stadijos liga – 95-98 proc. moterų išgyvena 5 metus ir ilgiau bei turi galimybę pasveikti; II stadijos – 75-80 proc., III stadijos – 40-54 proc., IV stadijos – 10-18 proc.

**Krūties vėžio ankstyvoji diagnostika.** Kaip skelbia „Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos“ (2012), nepaisant tobulėjančių diagnostikos metodų ir gydymo būdų, Lietuvoje kaip ir visame pasaulyje krūties vėžys išlieka viena dažniausių moterų ligų. Lietuvoje kasmet diagnozuojama daugiau kaip 1300 naujų krūties vėžio atvejų. Kiekvienais metais ši liga nusineša šimtus gyvybių. Laiku pastebėjus ligą, galima užkirsti jai kelią, nes daugiau kaip 95 proc. moterų, sergančių pirmosios stadijos krūties vėžiu, visiškai išgydomos. Remiantis įvairių šalių duomenimis (Suomijoje, Švedijoje, Kanadoje, JAV ir kt.), įdiegus prevencinę programą, mirtingumas nuo krūties vėžio per penkis metus sumažėjo apie 30 proc. Programa patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729. Ji skirta moterų nuo 50 iki 69 metų krūties piktybinių navikų prevencijai. Programos priemonės taikomos vieną kartą per dvejus metus. Jai naudojamos tokios priemonės:

- Informavimo dėl krūties piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimo atlikti mamografi ją paslauga.
- Mamogramų atlikimo paslauga.
- Mamogramų vertinimo paslauga.

Informavimo dėl krūties piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimo atlikti mamografiją paslaugas teikia pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (šeimos gydytojai). Mamogramas atlieka mamografijos aparatus turinčios įstaigos į kurias siunčia šeimos gydytojas. Mamogramų vertinimo paslaugas teikia įstaigos, kuriose dirba atitinkamą darbo patirtį turintys radiologai, arba tos įstaigos yra sudariusios su jais sutartis. Jei mamografinio tyrimo duomenys rodo patologiją, pacientė siunčiama konsultuoti specialistams – diagnozei patikslinti ir gydyti. Egzistuoja daugybė krūtų ligų, kurias moteris gali patirti per savo gyvenimą. Tai gali būti tiek krūtų pokyčiai mėnesinių ciklo metu, tiek įspėjančio apie sunkių ligų pavojų pobūdžio pokyčiai. Tyrimai rodo, kad 50–90 proc. visų moterų iki menopauzės patiria tokius simptomus: krūtų skausmas, susidarę gumbeliai, skaudūs arba su išskyromis speneliai. Dažniausiai pasitaikančios krūtų ligos skirstomos į penkias grupes: krūtų skausmas (mastalgija), nepiktybiniai navikai ir atskiri guzeliai, fibrocistiniai pakitimai,

spenelių problemos ir išskyros, infekcijos ir uždegimai. Viena sunkiausių ligų yra krūties vėžys (Šarauskienė, 2003).

Norint, kad krūties vėžys būtų laiku pastebėtas, nepakanka, jog moteris sunerimtų pastebėjusi priklausanti didesnės rizikos grupei, būtina, kad ji suvoktų ankstyvosios diagnostikos svarbą. Kiekvienai moteriai būtina atlikti mamografiją, nes šiuo tyrimu galima aptikti labai mažus mazgelius, net jų užuomazgas. Mamogramos padeda rasti neapčiuopiamus, tik rentgenologinio tyrimo metu matomus piktybinio tipo kalcinatus, būdingus neinvazinio vėžio pradžiai. Vėžys ne iš karto pasidaro invazinis. Jo piktybiškumą lemia savybės keliauti limfa, krauju ir pasiekti kitus organus sukelti juose metastazes. Kol navikas augdamas nepasiekia audinio, kuriame yra kraujagyslių, jis neinvazinis. Yra pacienčių, kurios atsisako mamografijos vien todėl, kad bijo radiacijos ir skausmo. Ši baimė nepagrįsta. Atliekant mamogramą, krūtis turi būti šiek tiek spaudžiama (kad atsirastų geras kontaktas su plokštelėmis ir nuotrauka būtų kokybiška). Tačiau šis skausmas tikrai nėra intensyvus ir nepakeliamas. Jaunoms moterims krūtų audinys tiriamas echoskopu. Gydytojas krūtį tiria vedžiodamas ultragarsinio aparato galvute. Jaunų moterų krūtų audinys tankus, todėl mamograma nėra informatyvi ir pagal ją nustatyti ankstyvosios stadijos krūties vėžį mažai tikėtina. Jeigu moteris vyresnė, per 40 metų, jos krūtyje yra daugiau riebalinio audinio. Jis gerai praleidžia rentgeno spindulius, todėl mamograma daug ką rodo: matomi net ir mažiausi mazgeliai ir jų užuomazgos. Jei, aptikus mazgelį, vis dar nepavyksta jo identifikuoti, atliekami papildomi tyrimai: echoskopija, biopsija (specialia adata ištraukiamas mazgelio audinių dalelė. Ji apžiūrima mikroskopu. Po atitinkamo laboratorinio apdorojimo matoma, ar mazgelyje yra navikinių ląstelių, ar ne). Tik atlikus nuodugnius tyrimus, galima daryti išvadą, kokia liga pacientė serga – gerybine ar piktybine. Pasak „Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos“, nuo programos pradžios iki 2009 m. kiekvienais metais auga mamografinės patikros sulaukusių pacienčių skaičius. Tai rodo, kad programa vykdoma efektyviai ir vis daugiau moterų sulaukia reikiamos pagalbos, kai užkertamas kelias vėžinėms ligoms (Valuckas ir kt., 2004).

**Krūties vėžio profilaktika.** Viena iš svarbiausių krūties vėžio profilaktikos priemonių – ankstyva mastopatijos diagnozė ir laiku pradėtas gydymas. Ginekologai, bendrosios praktikos gydytojai pacientėms turėtų išaiškinti ir patarti, kaip svarbu yra saugoti krūtis. Krūties vėžio profilaktikai svarbi dvasios ir sielos ramybė. Dažni pergyvenimai, ilgalaikiai stresai, kurių metu sutrinka hormonų pusiausvyra, žaloja moters sveikatą. Reikšmės turi taisyklingi mitybos įpročiai. Reikėtų vengti gyvulinės kilmės riebalų, alkoholio, kuo daugiau vartoti augalinių riebalų, žalių ar troškintų daržovių, vaisių. Dažniau valgyti liesą mėsą, žuvį, varškę. Rekomenduojama vengti antsvorio, nes nutukus padidėja estrogenų kiekis, todėl didėja tikimybė susirgti krūties vėžiu (Griciūtė, 2008).

Nustačius kelis rizikos veiksnius (net apžiūros metu ir neradus jokių pokyčių), patartina atlikti krūties echoskopiją ir dviejų krypčių mamogramas. Labai svarbu, kad tyrimai būtų įvertinti patyrusių specialistų. Užčiuopus krūtyje ar pažastyje gumbelį, sustandėjimą ar įtarus uždegimo procesą, taip pat jei pacientė pati skundžiasi, kad jaučia krūtų pakitimus, ją būtina siųsti pas krūties specialistą – mamologą. Jis įvertins krūties būklę, atliks krūties echoskopiją, mamografiją ir įtartino židinio punkciją (Didžiapetrienė, 2003).

Šeimos gydytojas, slaugytojas turėtų kiekvieną pacientę išmokyti, kaip savarankiškai pasitikrinti krūtis namuose. Reikia atidžiai apžiūrėti prieš veidrodį ir nustatyti: ar abi krūtys lygios, ar neapčiuopiamas guzelis, mazgelis krūtyje ar pažastyje, ar nepasikeitė spenelių forma. Tai atliekama praėjus 2-3 dienoms po mėnesinių.

### 1. 3. 2. Gimdos kaklelio vėžys ir profilaktika

Gimdos kaklelio vėžys (GKV) – antras pagal dažnumą piktybinis moterų navikas pasaulyje po pirmaujančio krūties vėžio (Vaidotienė, 2005).

Gimdos kaklelio vėžio atsiradimui įtakos turi įvairūs rizikos veiksniai. Vienas svarbiausių rizikos veiksnių yra žmogaus papildomos virusas (ŽPV). Tačiau vien ūminė virusinė infekcija kancerogenezės nesukelia, veikia ir daugelio kitų rizikos veiksnių: (Valuckas, 2005)

- Daug lytinių partnerių;
- Lytinių santykių pradžia jauname amžiuje;
- Rūkymas;
- Ilgalakis sudėtinių hormoninių kontraceptikų vartojimas;
- Gimdymų skaičius;
- Nėštumo nutraukimai;
- Mityba;
- Vyresnis moterų amžius (>60 m.);
- Socialinės-ekonominės sąlygos;
- Kitos lytiškai plintančios ligos.

**Gimdos kaklelio vėžio diagnostikos metodai.** Gimdos kaklelio vėžio klinikinė diagnozė nustatoma po kruopštaus klinikinio ištyrimo, remiantis simptomais ir atliktų tyrimų rezultatais. Gimdos kaklelio vėžys neturi specifinių šiai ligai simptomų. Sergančios šia liga ankstyvoje stadijoje moterys dažniausiai neturi jokių nusiskundimų. Tačiau gali skųstis kraujavimu iš genitalijų, kuris gali reikštis po lytinių santykių, kaip sutrikęs mėnesinių ciklas ar kraujavimas menopauzėje. Vėlesnėse ligos

stadijose atsiranda daugiau simptomų: skausmas pilvo apačioje; gausus kraujavimas iš makšties; kraujavimas iš šlapimo pūslės ir šlapinimosi sutrikimai; kraujavimas iš tiesiosios žarnos; svorio kritimas. Diagnozė patvirtinama atliekant citologinį tepinėlį, kolposkopiją bei biopsiją ir histologinį medžiagos ištyrimą. Šie trys tyrimai laikomi gimdos kaklelio vėžio diagnostikos auksiniu standartu. Nustačius gimdos kaklelio vėžį, atliekama eilė tyrimų stadijai patikslinti: ginekologinis ir pilvo ultragarsiniai tyrimai; plaučių rentgenograma; cistoskopija; rektoskopija; kompiuterinė tomografija (CT) ar branduolių magnetinis rezonansas (BMR) (Vaidotienė, 2005).

Gimdos kaklelio tepinėlio paėmimas užtrunka tik kelias minutes. Tai neskausminga, bet galima pasijausti truputį nekomfortiškai. Mentele arba šepetėliu nuo gimdos kaklelio nugramdomos ląstelės. Paimta medžiaga užtepama ant objektyvinio stiklelio ir siunčiama gydytojui citopatologui.

Gimdos kaklelio vėžys niekada neatsiranda staiga ir sveikuose audiniuose. Tam būtinas ilgas, ne mėnesiais, o metais skaičiuojamas negydomų įvairių ligų periodas. Šiame periode atsiradę reaktyviniai išorinės gimdos kaklelio dalies bei jo žiočių epitelinio audinio displaziniai pokyčiai, medikų laiku pastebėti, išgydomi, ir moteris gali nesusirgti vėžiu. Moteris pati privalo rūpintis savo sveikata, kuri Pasaulinės sveikatos organizacijos, (2002) nuoroda net 50- 60% priklauso nuo gyvenimo būdo (lytinis gyvenimas, mityba, rūkymas ir kt.). Neatsitiktinai nacionalinės sveikatos koncepcijos prioritetai šiandien skiriami sveikatai stiprinti ir palaikyti, ligų prevencijai bei pirminės sveikatos priežiūros plėtrai (Gudlevičienė; Stukonienė, 2004).

Besivystančiose šalyse ši liga pirmauja, o išsivysčiusiose užima šeštąją vietą tarp moterų onkologinių ligų. Jaunų moterų sergamumo didėjimas leidžia prognozuoti tolesnį sergamumo gimdos kaklelio vėžiu didėjimą. Sergamumo ir mirtingumo pokyčiai Lietuvoje rodo, kad būtina aktyviai įgyvendinti gimdos kaklelio vėžio profilaktikos priemones (Aleknavičienė; Smailytė; Elaawar; Kurtinaitis, 2002).

**Gimdos kaklelio vėžio profilaktika.** Pirminė gimdos kaklelio vėžio profilaktika – tai rizikos veiksnių, didinančių tikimybę susirgti vėžiu, šalinimas, taisyklinga mityba, vitaminų ir mikroelementų vartojimas, lytinis auklėjimas, socialinių-ekonominių sąlygų gerinimas ir kitos priemonės. Antrinė profilaktika – ikivėžinių gimdos kaklelio ligų diagnozavimas laiku ir kvalifikuotas jų gydymas (Valuckas, 2005).

Šiuo metu antrinė ligos profilaktika vykdoma atliekant citologinį Papanicolaou (Pap) tyrimą bei nustatant onkogeninio ŽPV DNR. Tai padidina ankstyvos ligos nustatymo tikimybę. ŽPV DNR tyrimo rezultatai gali patikslinti informaciją, kai citologiniame tepinėlyje yra tik minimalių pokyčių. Tačiau Pap tepinėlio tyrimo galimybės yra gana ribotos, kadangi remiasi subjektyvia morfologinių pokyčių interpretacija. ŽPV DNR identifikavimo tyrimai taikant molekulinę hibridizacijos bei polimerazės



grandinės reakcijos metodus yra jautrūs ir specifiški, tačiau jie yra gana brangūs ir ne visur prieinami. Todėl šiuo metu itin didelis dėmesys yra skiriamas vakcinacijai. Vakcina teikia daug vilčių, tačiau patikros programos išlieka esminės (Griciūtė, 2008).

Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) (2002) ekspertų duomenimis, efektyviai vykdant ir kontroliuojant vėžio profilaktiką, ankstyvą diagnostiką bei gydymą, iki 2020 m. sergamumą piktybiniais navikais galima sumažinti 25%, o mirtingumą nuo jų 50%. Gimdos kaklelio vėžio profilaktikos pagrindas yra savalaikė ikivėžinių būklių diagnostika. Jas nustačius ir pašalinus, užkertamas kelias vėžiui atsirasti bei vystytis. Lietuvos Sveikatos Ministerijos įsakymu nuo 2004m. liepos 16d. pradėta gimdos kaklelio vėžio patikros programa. Šios programos tikslas yra informuoti Lietuvos moteris apie gimdos kaklelio vėžio patikros naudą, pakviesti atvykti į gydymo įstaigą tyrimo atlikimui bei gautų rezultatų įvertinti, o prireikus - nukreipti savalaikiam ligos gydymui. Patikroje turėtų dalyvauti visos 30-60 m. amžiaus moterys. Pagrindinis patikros metodas – onkocitologinis tepinėlis nuo gimdos kaklelio (vadinamas Pap testas). Tyrimas yra neskausmingas, tinkamiausias laikas jį atlikti yra 10-20 menstruacinio ciklo diena, jis neatliekamas menstruacijų metu. 24 val. prieš Pap testą moteris neturi naudoti tamponų, intravaginių preparatų, vengti lytinių santykių ir neplauti makšties. Pap tepinėlis iširiamas citologinėje laboratorijoje. Nesant pakitimų tyrime, Pap testas kartojamas po trijų metų. Esant nenormaliam tyrimui, moteris siunčiama pas specialistą – akušerį ginekologą arba onkoginekologą. Taigi vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių ligos baigtį, yra nepavėluotas kreipimasis į gydytoją. Tik rūpinimasis savo sveikata ir objektyvi bei suprantama informacija padės sumažinti tą didelį gana jaunų moterų mirčių nuo gimdos kaklelio vėžio skaičių (Vaidotienė, 2005).

Išsivysčiusių šalių patirtis, sukaupta vykdant gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programas, ir jų rezultatai rodo, kad ankstyvosios diagnostikos programų įgyvendinimas, ikivėžinių ligų savalaikis diagnozavimas ir veiksmingas gydymas leidžia žymiai sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumą nuo jo (Aleknavičienė; Smailytė; Elaawar1; Kurtinaitis, 2002).

### **1. 3. 3. Prostatos vėžys ir profilaktika**

Prostata, arba priešinė liauka, yra vienas iš vidinių vyriškų lytinių organų. Prostata, kaip liauka, gaminanti sekretą, sudaryta iš liaukinio audinio, kuris yra ne kas kita, kaip liaukinis epitelis. Iš šio epitelio išsivystęs piktybinis navikas yra prostatos vėžys. Šiuo metu Lietuvoje prostatos vėžys yra dažniausia vyrų onkologinė liga. Per metus nustatoma jau apie 2000 naujų atvejų, segamumas šia liga nuolat auga. Prostatos vėžys paprastai aptinkamas vyrams, turintiems daugiau kaip 50 metų, iki to

amžiaus pasitaiko retai. Prostatos vėžys, kitaip negu kitų organų vėžys, gali ilgus metus tūnoti prostatoje nesukeldamas jokių simptomų. Didžioji šių navikų dalis auga labai lėtai, taigi būtent jaunesniems vyrams nesukelia jokių problemų. Tik nedidelei vyrų daliai prostatos vėžys vystosi sparčiai, kai kuriais atvejais išplisdamas į kitus organus, ypač kaulus (Sruogis, 2006).

**Prostatos vėžio atsiradimo priežastys.** Sruogis, Tamošauskienė (2006) teigia, kad prostatos vėžiu serga vyresnio amžiaus vyrai, naujų šio vėžio atvejų nustatoma vis daugiau. Manoma, kad tai susiję su tuo, jog, ilgėjant žmonių gyvenimo trukmei, daugėja ir vyresnio amžiaus vyrų, kurie ir gali susirgti šia liga. Be to, nuolat vis didesniai vyresnio amžiaus vyrų skaičiui atliekami tyrimai, kurie leidžia greičiau aptikti prostatos vėžį.

Nors tikrosios prostatos vėžio atsiradimo priežastys dar neaiškios, yra žinoma keletas rizikos veiksnių susirgti šia liga. Jankevičius (2008), teigia tokias vėžio rizikos veiksnius: žiūrėti prieduose Nr. 2.

**Prostatos vėžio simptomai.** Aleksandravičiūtė; Jaruševičius (2008) teigia, kad kai vėžys prostatoje yra ankstyvos stadijos, jokių juntamų simptomų nebūna. Jie atsiranda, kai vėžinis mazgas būna pakankamai didelis, kad galėtų spausti šlaplę ir trikdyti šlapinimąsi. Vyrų, peržengusių 50 metų amžiaus ribą, prostata dažniausiai būna padidėjusi, išvešėjusi ne dėl vėžio, bet dėl daug dažniau pasitaikančios gerybinės prostatos hiperplazijos (GPH). Abiem atvejais, ar prostata būtų padidėjusi dėl vėžio, ar dėl GPH, simptomai panašūs:

- Šlapinimasis pasunkėja, nes šlapimo srovė, verždamasi per padidėjusios prostatos spaudžiamą šlaplę, susilpnėja, susiaurėja;
- Šlapinimasis padažnėja, ypač naktį, nes, susiaurėjus šlaplei, šlapimo pūslėje po šlapinimosi nuolat lieka šlapimo;
- Šlapinimosi metu skauda;
- Šlapimas kraujingas (šis simptomas nėra dažnas).

Jei pradeda varginti minėti simptomai, būtina nedelsiant kreiptis į urologą. Svarbu prisiminti, kad dažniausiai prostata padidėja ne dėl vėžio. Tačiau bet kokių atveju sutrikdytas šlapinimasis kelia pavojų sveikatai, todėl gydymas būtinas.

Anot Sruogio, Tamošauskienės (2006) vėžinis procesas prostatoje vystosi lėtai, šlapinimosi sutrikimų gali nebūti daugelį metų, pačioje prostatoje jau esant vėžio ląstelių. Kartais pirmasis prostatos vėžio simptomas gali pasireikšti kaulų (dubens, šlaunies, klubo ir kt.) skausmais. Tai reiškia, kad vėžio ląstelės iš pirminio židinio prostatoje išplito, susidarė ligos metastazės kauluose.

**Prostatos vėžio diagnostika.** Pacientą pirmiausia apžiūri šeimos gydytojas ir jei reikia, siunčia jį pas urologą.

Ankstyva priešinės liaukos vėžio diagnostika labai aktuali, nes leidžia pasiekti gerus ankstyvo gydymo rezultatus. Problema, kad ankstyvų stadijų prostatos vėžiu sergantys pacientai niekuo nesiskundžia. Nėra specifinių prostatos vėžio simptomų. Pirmieji simptomai atsiranda tuomet, kai liga jau pažengusi. Kuo anksčiau diagnozuojama liga, tuo sėkmingiau ji gydoma. Jei diagnozuotas prostatos vėžys nėra išplitęs, tai pasveikimo prognozės geros (Ulys, 2004).

Pirmieji tyrimai, kuriuos atlieka gydytojas – digitalinis rektalinis prostatos tyrimas ir PSA kraujo tyrimas.

Digitalinis rektalinis tyrimas – prostatos apčiuopa pirštu per tiesiąją žarną. Prostate užpakaline savo dalimi priglundusi prie tiesiosios žarnos sienelės, todėl gydytojas, pirštu apčiuopdamas prostatą per tiesiąją žarną, jaučia jos pakitimus: įvertina prostatos dydį, konsistenciją, simetriškumą, ribas. Tai nėra maloni procedūra pacientui, bet visai neskausminga. Jei prostata yra pažeista vėžio, ji kieta ir gruoblėta, o esant gerybinei prostatos hiperplazijai, ji padidėjusi, pakietėjusi, bet elastinga ir lygi. Tačiau ankstyvų stadijų navikų atvejais jokių pastebimų pakitimų pirštu galima ir neapčiuopti, organas atrodo normalus, nors vėžys jau yra (Jankevičius, 2008).

Prostatos specifinių antigenų (PSA) koncentracijos kraujyje vertinimas labai pagerino ankstyvą prostatos vėžio diagnostiką. PSA – proteazė, kurią sintetina prostatos liaukinis epitelis. Jos pagrindinė funkcija – sėklos skystinimas, skilimo laikas – trys dienos. (Jankevičius, 2008).

PSA lygiui kraujyje nustatyti kraujas paprastai paimamas iš venos alkūnės linkyje. Fiziologinėmis sąlygomis PSA neturi patekti į kraujo apytaką. Specifinio prostatos antigeno koncentracija gali padidėti ne tik dėl prostatos vėžio, bet ir dėl kitų priežasčių teigia Tamošauskienė (2006):

- Didėjant vyrų amžiui
- Esant prostatos uždegimui
- Esant šlapimo takų infekcijai
- Šlaplėje esant kateteriui
- Po šlapimo pūslės ar prostatos chirurginių intervencijų
- Po prostatos masažo
- Po kitokio mechaninio prostatos dirginimo, pvz., pavažiavus ilgesnį atstumą dviračiu.

Padidėjęs PSA lygis kraujyje leidžia tik įtarti prostatos vėžį. Vėžio diagnozę patvirtinti ar paneigti galima tik atlikus kitus būtinus tyrimus.

Anot Aleknavičiaus, Burneckio (2002) PSA tyrimas šiuo metu yra jautriausias ir geriausias tyrimas anksti nustatant prostatos karcinomą. 20 proc. prostatos vėžių nesukelia PSA koncentracijos

serume padidėjimo. Tai anaplaziniai blogai diferencijuoti piktybiniai navikai, labai nutolę prostatos liaukinės struktūros ir neturintys priešinei liaukai būdingo audinio, todėl nesugebantys išskirti prostatos specifinio antigeno.

**Prostatos vėžio profilaktikos galimybės.** Anot Sruogio, Tamošauskienės (2006) ankstyvos stadijos prostatos vėžį labai sunku pastebėti, nes jis plinta ir vystosi gana lėtai. Liga gali pasireikšti ir sukelti sveikatos problemų tik po kelerių metų, todėl labai svarbu žinoti prostatos vėžio ankstyvos diagnostikos būdus.

JAV ir daugelio kitų šalių patirtis parodė, kad, diagnozavus prostatos vėžį, taikant PSA profilaktines patikros programas, mažėja ligos recidyvavimo ir progresavimo rizika. Pastebėta, kad, atliekant profilaktinius patikrinimus, diagnozuojama daugiau mažos rizikos ankstyvų stadijų navikų, mažėja metastazinės ir vietiškai išplitusios ligos atvejai, pirminės diagnozės metu konstatuojamas mažesnis PSA lygis, tai gerina gydymo rezultatus bei ligos prognozę. Taikant profilaktinės patikros programas, anksčiau nustatomas prostatos vėžys, tad didesniai pacientų skaičiui (padidėja nuo 67 proc. iki 92 proc.) galima skirti radikalų gydymą, ilgėja ir 5m. išgyvenamumas (Jankevičius, 2008).

Aleknavičius ir kt. (2002) teigia, kad atliekant profilaktines patikros tyrimus, daugiausia diagnozuojami vidutiniškai diferencijuoto prostatos vėžio atvejai, kurie ir sudaro didžiausią ligonių, mirusių nuo priešinės liaukos vėžio, dalį. Į klausimą, ar PSA profilaktinės patikros programos tikrai mažina mirtingumą nuo prostatos vėžio, galutinai dar nėra atsakyta. 2005 m. Lietuvoje pasirašytas SA ministro įsakymas dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos pradžios. Šios programos tikslas – pagerinti ankstyvųjų priešinės liaukos vėžio stadijų diagnostiką, radikalių gydymo metodų apimtį, siekiant pailginti sergančiųjų išgyvenamumą bei sumažinti pacientų bei sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą. 2006 metais programos metu diagnozuota 45 proc. naujų ligos atvejų, o 2007 metais nustatyti 55 proc. nauji prostatos vėžio atvejai. Šiandien yra gerinamas PSA testo specifiškumas, laukiamos naujos testo modifikacijos, iš kurių svarbiausias tyrimas – PSA padvigubėjimo laikas. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys gydytojai urologai ir BPG ir slaugytojai savo pacientams turėtų pateikti išsamią informaciją apie PSA profilaktikos patikros naudą. Pirmųjų stadijų dar neišplitęs prostatos vėžys aptinkamas profilaktinio tikrinimo metu ar tiriant vyrą dėl kitokios ligos. Todėl pagyvenusiems vyrams patariama profilaktiškai lankytis pas gydytoją, atkreipti dėmesį į negalavimus, laikytis lytinės higienos, stengtis ilgai nesėdėti.

### **1. 3. 4. Storojo žarnyno vėžys ir profilaktika**

Storosios žarnos vėžys – itin dažna vėžio forma (pagal dažnumą antra po plaučių vėžio). Pastaruoju metu Lietuvoje kasmet išaiškinama per 1300 naujų šios ligos atvejų, dažniausiai ja serga

60–75 metų amžiaus žmonės. Aptikus ir pašalinus gerybinius pakitimus jiems nespėjus supiktybėti ar ankstyvose vėžio stadijose, tikimybė visiškai pasveikti yra didelė. Deja, Lietuvoje šiandien 25 procentai sergančių šia liga ieško medikų pagalbos tik tada, kai jiems nustatoma jau ketvirta vėžio stadija ir išgelbėti jų nebeįmanoma. (Vidžiūnaitė, 2012).

**Storojo žarnyno vėžio rizikos veiksniai.** Vis dar diskutuojama dėl gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžio etiologijos. Išskiriama nemažai šios ligos rizikos veiksnių, kurie gali būti net 75 proc. vėžio atvejų patogenezės mechanizmų paleidžiamieji veiksniai. 25 proc. pacientų turi fiksuojamus genetinius, įgimus pakitimus, kurie lemia didesnę onkologinės ligos riziką. Šie veiksniai negali būti keičiami, todėl jų kontrolei veiksmingos tik laiku skirtos patikros. Genetinis paveldimumas yra labai svarbus gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžio rizikos veiksnys: 15 proc. sergančiųjų turi pirmos eilės giminaičių, taip pat sergančių šiuo vėžiu. Pacientams, turintiems pirmos eilės giminaičių, sergančių šios lokalizacijos naviku, rizika susirgti padidėja du kartus. Ligos rizikos veiksniai skirstomi į modifikuojamus ir nmodifikuojamus (Butkutė; Butkus, 2010).

Tokių veiksnių, kaip genetinė predispozicija, amžius, koreguoti negalima, todėl nespecifinės profilaktikos nėra ir būtina ankstyva diagnostika. Modifikuojami rizikos veiksniai, tokie kaip mityba, fizinis aktyvumas, individuali svorio kontrolė ir kt., leidžia reikšmingai sumažinti gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžio riziką. Siekiant optimalaus pirminės medicinos grandies darbo ir optimalios profilaktikos, būtina ne tik vykdyti patikros programas, bet ir informuoti pacientus apie modifikuojamus rizikos veiksnius bei jų korekcijos būtinybę. Modifikuojami ir nmodifikuojami rizikos veiksniai (Butkutė; Butkus, 2010):

- Vyresnis amžius: apie 90 proc. visų sergančiųjų gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžiu amžius yra didesnis nei 50 metų – tai amžiaus riba, po kurios, nesant genetinių rizikos veiksnių, turi būti pradėtos patikros programos.
- Pacientas jau sirgo gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžiu, jam nustatyti adenomatoziniai polipai, retrospektyvi anamnezė – nekeičiamas rizikos veiksnys, todėl veiksminga tik patikra.
- Lėtinės gaubtinės žarnos infekcinės ligos, tokios kaip opinis kolitas arba Krono liga, nmodifikuojami rizikos veiksniai, būtinas atidesnis stebėjimas dėl didesnės onkologinės ligos rizikos.
- Genetinis polinkis – šeimoje yra sirgusių šeimine adenomatozine polipoze ar Linčo sindromu. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad jei moteriai nustatyta genetinė predispozicija sirgti gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžiu, jai didesnė rizika susirgti ir endometriumo vėžiu. Pacientai yra didesnės rizikos grupės, jeigu tarp artimųjų yra sirgusių gaubtinės žarnos vėžiu ar buvę nustatyti polipai gaubtinėje žarnoje. Ypač padidėja rizika, jeigu daugiau negu vienam iš šeimos narių yra buvęs gaubtinės ar

tiesiosios žarnos vėžys. Šeiminė anamnezė – nemodifikuojamas rizikos veiksnys, būtina anksčiau skirti profilaktinę patikrą.

Anot Vidžiūnaitės (2012) dažniausiai išskiriami modifikuojami rizikos veiksniai susiję su mityba: vartojama mažai skaidulinio, daug riebaus maisto. Yra paskelbta duomenų, kad rizika padidėja vartojant daug raudonos mėsos ir pusfabrikačių. Šiuos rizikos veiksnius galima keisti, todėl svarbu skatinti pacientų sąmoningumą.

- Nutukimas, II tipo diabetas ir mažas fizinis aktyvumas. Triada, kuri, kaip ir netinkama mityba, reikšmingai didina gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžio riziką. Nustatyta, kad nutukimas blogina ligos išeitį ir po radikalaus gydymo.

- Rūkymas, gausus alkoholio vartojimas.

- Riziką didina spindulinis gydymas, jeigu švitinta pilvo ertmė.

Nustatyta, kad rizika susirgti gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžiu sumažėja vartojant daugiau skaidulinio maisto. Taip pat esama duomenų, kad per dieną suvartojant daugiau nei 230 mg vitamino C rizika sumažėja. Naujausi tyrimai grindžia, kad riziką mažina ir acetilsalicilo rūgšties vartojimas. Įvardijama, kad jautienos vartojimas gali būti rizikos veiksnys vyrams, tačiau ne moterims. Mažas pieno produktų vartojimas taip pat gali didinti šios onkologinės ligos riziką (Butkutė; Butkus, 2010).

**Žarnyno vėžio ankstyvoji diagnostika.** Gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžys ilgą laiką gali nesukelti jokių simptomų. Tačiau, atsižvelgiant į šeimos anamnezę, rizikos veiksnius, kilus įtarimų, rekomenduojama atlikti digitalinį tyrimą. Šio tyrimo metu galima apčiuopti apie aštuonis centimetrus tiesiosios žarnos virš dantytosios linijos. Esant navikiniam procesui, juntamas gleivinės šiurkštumas ar iškilimai, preliminariai įvertinamas pakitusios gleivinės dydis, išopėjimai, padidėję limfmazgiai. Taip pat turėtų būti įvertinamas naviko ryšys su gretimomis struktūromis – sfinkteriais, prostata, makštimi, kryžkauliu. Tyrimo metu įvertinama ir sfinkterių funkcija. Digitalinis tyrimas – vienas iš svarbiausių, įtariant gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžį ir kryptingai numatant tolesnius tyrimus. Jeigu pacientui nustatytas slaptas (okultinis) kraujavimas ar atliekant digitalinį tyrimą/rektoskopiją užfiksuoti žarnos gleivinės pažeidimai, ištraukus pirštą iš analinės angos aptinkama kraujo ant pirštinės, reikia daryti kolonoskopiją (Vidžiūnaitė, 2012).

Šis tyrimas priskiriamas „auksiniam diagnostikos standartui“ nustatant gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžį ir polipus. Esant įtarimui, tyrimo metu paimama medžiagos iširti histologiškai, galima nedidelė radikali operacija.

Išplitimui įvertinti reikia atlikti papildomus tyrimus, kurie parodytų esamas metastazes. Rutiniškai atliekama krūtinės ląstos rentgenografija, viršutinio pilvo aukšto echoskopija bei krūtinės ir pilvo kompiuterinės tomografijos tyrimas. Taip pat esama rekomendacijų atlikti CEA (vėžio žymens)

tyrimą, ištirti kepenų funkcinius rodiklius, echoskopiją, įvedant daviklį į tiesiąją žarną. Tiksliai tyrimų interpretacija leidžia nustatyti stadiją, pagal kurią parenkamas tinkamiausias gydymas (Butkutė; Butkus, 2010).

**Žarnyno vėžio profilaktika.** Anot Griciūtės (2008) gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžio profilaktika gali būti pirminė, antrinė ir tretinė. Pirminei profilaktikai priskiriamos priemonės, neleidžiančios pradėti vėžiui vystytis: mitybos ir gyvenamosios aplinkos, didinančių riziką susirgti vėžiu, koregavimas. Antrinė profilaktika skiriama sergantiems ikivėžinėmis ligomis. Svarbiausia ikivėžinė gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžio liga yra adenomos, bet jas laiku diagnozavus ir pašalinus galima užkirsti kelią vėžiniams susirgimams. Tam yra skirta ankstyvosios diagnostikos programa. Tretinės profilaktikos tikslas – neleisti vystytis naujam vėžiui asmenims, kuriems jis jau išgydytas. Storosios žarnos vėžys yra viena iš tų onkologinių ligų, kurios vystosi kelerius metus ir kurias galima nesudėtingais tyrimų metodais diagnozuoti pradinių stadijų. Tikrinama atliekant slapto kraujavimo testą, pagal kurį galima įtarti pradinės stadijos storosios žarnos vėžį ir skirti tolesnį ištyrimą.

Šiuo metu vykdomas programos projektas, kurį sudaro:

1. Informavimas apie storosios žarnos vėžio pradinės diagnostikos galimybę, jos atlikimo svarbą. Teikiama imunocheminio slapto kraujavimo išmatose testo atlikimo ir rezultatų įvertinimo paslauga.
2. Išrašomas siuntimas pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopijos, esant poreikiui atliekama endoskopinė biopsija, pacientą konsultuoja gydytojas specialistas.
3. Biopsijos medžiagos histologinio ištyrimo ir įvertinimo paslauga. Visos šios paslaugos programoje dalyvaujantiems asmenims teikiamos nemokamai (Butkutė; Butkus, 2010).

Esant paveldimumo anamnezei, reikėtų patikros programą pradėti anksčiau negu nuo 50 m.

### **1. 3. 5. Sveikatos mokymas**

Sveikatos mokymas - tai veikla, kurią sudaro nurodymas, patarimas, paaiškinimas ir pagalba, padedanti pacientui apsispręsti. Jo tikslas yra suteikti informacijos apie onkologinių ligų prevenciją, išaiškinti, įsitikinti, kad pacientas suprato ir kad žino, kaip spręsti vieną ar kitą problemą.

Sveikatos mokymą sudaro trejopi tikslai: suteikiama informacija (pažinimo), formuojamos nuomonės bei požiūriai (emociniai-jutimo) ir ugdomi įgūdžiai (įpročių) (Rogers, 2011).

Pažinimo tikslas - suteikti informacijos apie ikivėžinius susirgimus, ją išaiškinti, įsitikinti, ar klientas teisingai suprato pateiktą informaciją ir ar įsisąmonino, kaip turėtų elgtis.

Emociniai jutimo tikslai pasireiškia kliento požiūrių, įsitikinimų, vertybių ar nuomonių išaiškinimu, jų formavimu ir keitimu.

Įpročių tikslai glaudžiai susiję su kliento įpročiais ir veiksmais, pavyzdžiui, mokydami klientą įprastų fizinių pratimų, siekiame, kad jis išmoktų juos atlikti ir panaudoti ateityje. Sveikatos mokymas labai retai būna susijęs vien tik su pažinimu, ar su emocijomis ar su įgūdžiais, dažniausiai jie būna labai glaudžiai susiję tarpusavyje (Rogers, 2011).

Anot Jankauskienės; Pečiūra (2007) išskiriamos septynios sveikatos mokymo reikšmės:

- Sveikatos mokymas yra susijęs su žmogumi ir apima fizinius, protinius, socialinius, emocinius, dvasinius bei visuomeninius aspektus.
- Sveikatos mokymas trunka visą gyvenimą ir padeda prisitaikyti prie besikeičiančių gyvenimo laikotarpių bei sąlygų.
- Sveikatos mokymas yra reikalingas visiems žmonėms, ir sveikiems, ir sunkiai sergantiems.
- Sveikatos mokymas skirtas individams, šeimoms, grupėms ir visuomenei.
- Sveikatos mokymo vienas iš pagrindinių tikslų - išmokyti žmones, kad jie galėtų patys sau padėti, sau ir kitiems sukurtų sveikesnes gyvenimo sąlygas.
- Naudojant įvairius metodus, sveikatos mokymas apima formalų ir neformalų mokymą.
- Sveikatos mokymas turi daugelį tikslų (socialinį, informacijos, įpročių ir požiūrių keitimą).

Bydam (2000) teigia, kad pirmasis bendravimo tikslas – sukurti abipusį supratimą. Tik po to bendravimas jau yra priemonė veiksams koordinuoti. Suprantama informacija sudaro pagrindą įtraukti pacientą į gydymą, sveikatos išsaugojimą, kad jis taptų atsakingas už savo situaciją. Tik 20% žmonių supranta žodžiu gautą informaciją, todėl nerealu, kad jaudinančiomis aplinkybėmis, gautoji informacija bus visiškai jo įsisąmoninta ir suprasta. Tačiau sveikatos edukologas gali suteikti pacientui galimybę gautą informaciją pakartoti ramioje saugioje aplinkoje, įteikdami jam lengvai suprantamą lankstinuką. Rašytinė informacija gali būti vertingas priedas informuojant ir mokant pacientą. Papildant žodinę informaciją knygele arba lankstinuku pacientui suteikiama galimybė vėl prie jos grįžti, jei to nori ir kada nori. Pacientas gali duoti pasiskaityti informaciją ir šeimos nariams, po to kartu aptarti. Rašytinę informaciją visada turi papildyti pokalbis. Taip pacientas gauna galimybę išsamiau pasiaiškinti ir gauti atsakymą į abejones sukėlusius klausimus.

Žmonių gerovė glaudžiai susijusi su jų sveikata. Pacientui, pasinaudojus suteiktomis žiniomis ir tinkamai jomis pasinaudojus, taip pat laiku atlikus reikiamus tyrimus, atliekant tinkamą ligų profilaktiką bus išvengta daug susirgimų.



## 2 skyrius. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

### 2. 1. Tyrimo metodika

Kiekybiniai tyrimo metodai – metodai, kurių galutiniai tyrimo rezultatai išreiškiami skaičiais. „Kiekybinių metodų klasifikacija gali būti įvairi, priklausomai nuo naudojamo specifinio matematinio aparato, funkcijų ir pačių metodų struktūros. Jie gali būti skirstomi į skaitmeninius ir neskaitmeninius, statistinius ir nestatistinius, parametrinės ir neparametrinės statistikos metodus ir kt.“ (Žydzūnaitė, 2007). Kiekybiniai metodai padeda išsamiau ir tiksliau nagrinėti dinامينius ir statistinius dėsningumus įvairiose veiklos srityse.

Kiekybinių tyrimų rezultatai gaunami skaičiais, kalbama apie procentus, statistinius ryšius ir pan., tai kokybinių tyrimų rezultatai gaunami tekstu, ir jis yra nagrinėjamas. (Tidikis, 2003). Užsibrėžtam tikslui pasiekti buvo parengta anketa (žr. 1 priedą). Anketa – labai patogus ir plačiai naudojamas pirminių duomenų rinkimo būdas. Tai klausimynas, kuris naudojamas tyrimo duomenų surinkimo tikslais. Ji yra aiški, nedviprasmiška, patikima. Kartu ji turi skatinti respondento norą bendradarbiauti, kuo teisingiau atsakinėti (Kardelis, 2002).

Anketai sudaryti keliama daug įvairių reikalavimų bei rekomendacijų, į kurias tyrėjui privalu atsižvelgti (Kardelis, 2002). Pirmiausia anketoje pateikta logiškai suformuluota motyvacija, dėl ko yra atliekamas tyrimas, po to pateikiama trumpa anketos užpildymo instrukcija. Sudaryti klausimai turi būti konkretūs, atsakymų variantai suprantami, kad galėtų respondentas atsakinėdamas panaudoti minimalias pastangas. Anketa turi būti sudaryta taip, kad kuo mažiau tektų respondentui rašyti, kad būtų išlaikytas anonimiškumas. Anketoje turi atsiskleisti tyrimo tikslai ir uždaviniai.

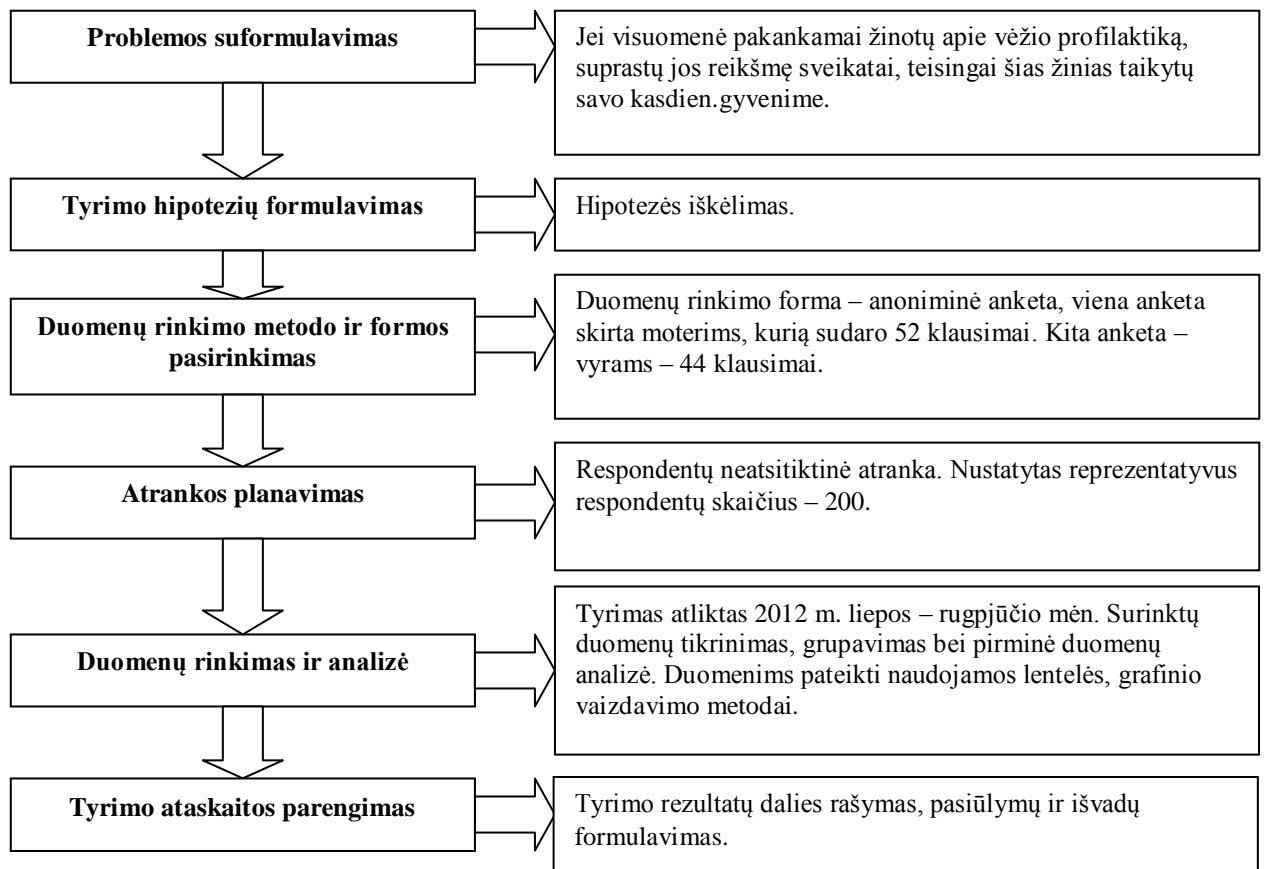
Anketose klausimai yra išdėstyti laikantis nustatytų reikalavimų. Visų pirma sudaryti klausimai, skirti surinkti klasifikavimo informaciją, ir tik vėliau - pagrindinę informaciją. Klasifikavimo informaciją sudaro įvairiausios demografinės charakteristikos. O tuo tarpu pagrindinės informacijos klausimus iš pradžių sudaro bendrojo pobūdžio klausimai ir tik po to perinama prie specifinių klausimų. Prieš pateikiant pirmąjį klausimą, respondentas supažindinamas su tyrėja ir tyrimo tikslu, užtikrinama, kad anketa yra anoniminė bei nurodoma anketos pildymo tvarka. Ir žinoma anketos pradžioje padėkojama respondentams už bendradarbiavimą.

Anketoje naudojami uždari klausimai, t.y. kiekvienam klausimui yra pateikti atsakymai, iš kurių respondentas išsirenka sau tinkamą. Anketoje taip pat naudojami ir mišrūs klausimai, kur prie pateiktų atsakymų respondentas gali parašyti savo nuomonę ar kitą variantą.

Anketa sudaryta iš 5 dalių. Pirmoji - duomenys apie respondentus. Antroje anketos dalyje yra klausimai, kurių atsakymai parodo respondento fizinį aktyvumą. Anketos trečioji dalis skirta mitybos įpročiams išsiaiškinti. Ketvirtoje dalyje nagrinėjama psichinė sveikata. Penktoji dalis skirta išsiaiškinti respondentų žinias apie onkologinius susirgimus, apie gaunama informaciją apie juos.

Sudarytos dvi anketos, viena skirta moterims, kita – vyrams. Kaip matome pagal apibūdinimą, anketos yra sudarytos tuo pačiu nuoseklumu, tačiau klausimų esmė ir pateikimas šiek tiek skiriasi, priklausomai nuo lyties ir kokie susirgimai galimi. Be to, svarbu paminėti ir tai, kad anketose klausimai buvo formuluojami taip, kad leistų patvirtinti arba paneigti iškeltas hipotezes bei pasiekti tyrimo tikslą.

Atliekant tyrimą reikia laikytis tam tikro nuoseklumo, todėl buvo sudaryta vieninga, tarpusavio priklausomybę turintis tyrimo proceso etapai (2 pav.), remiantis mokslinių tyrimų nagrinėjimo specialistais (Kardelio, 2007; Luobikienės, 2008; Dikčiaus, 2003; Pranulio, 1998; Churchill, 1995).



2 pav. Tyrimo proceso etapai (sudaryta autorės)

Problemos išsiaiškinimas yra pats svarbiausias tyrimų etapas, nes jis turi lemiamą reikšmę visam tyrimui.

Kaip teigia, Pranulis (1998) šiame etape būtina atsakyti į klausimus, ką reikia nustatyti tyrimu ir kokia informacija tam tikslui turi būti pateikta atliekant tyrimą. Taip pat svarbu paminėti, kad tyrimo problema turi apimti tyrimo tikslą bei hipotezių formulavimą. Taigi, kaip jau buvo minėta šio tyrimo tikslas yra išanalizuoti bendruomenės turimas žinias apie gyvenamosios įtaką onkologiniams susirgimams, jų pirminę prevenciją.

Iškeltai hipotezei patvirtinti arba paneigti yra naudojamas aprašomasis vienkartinis tyrimo tipas, nes tyrimas atliekamas tik vieną kartą. Tyrimo duomenys taip pat analizuojami pasitelkiant koreliacijos koeficientą.

Taigi darbe keliama **hipotezė**: Bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvenamosios įtaką onkologiniams susirgimams ir jų prevenciją.

Jai patvirtinti arba paneigti naudojami 9 pav. pateikti veiksniai (veiksniai turintys įtakos onkologiniams susirgimams lyties ir amžiaus atžvilgiu) bei koreliacijos koeficientas.

Koreliacija – dviejų reiškinių (dviejų požymių) tarpusavio sąryšis. 1 lentelėje pateikiamos koreliacijos koeficiento reikšmės (Griniuvienė, 2001).

1 lentelė

#### Koreliacijos koeficiento reikšmės

Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė										
Labai stipri	Stipri	Vidutinė	Silpna	Labai silpna	Nėra ryšio	Labai silpna	Silpna	Vidutinė	Stipri	Labai stipri
-1	-1-0,7	-0,7 -0,5	-0,5-0,2	-0,2 -0	0	0 - 0,2	0,2 - 0,5	0,5 - 0,7	0,7 - 1	+1

Koreliacija yra statistinė priklausomybė, neturinti griežto funkcinio ryšio. Ji sieja du požymius, jei vienas priklauso nuo kito požymio ir nuo daugelio atsitiktinių veiksnių. Todėl koreliacija pasireiškia tik vidutiniškai (Griniuvienė, 2001).

Sekantis tyrimo proceso etapas yra duomenų rinkimo metodo ir formos pasirinkimas. Pagal Kumar (2005) duomenų rinkimo metodų yra daug ir įvairių, tokių, kaip dokumentai (įstatymai, statistikos metraštis ir kt.), stebėjimas, klausimynas, interviu. Tačiau nė vienas iš duomenų rinkimo metodų nesuteikia šimtaprocentinio informacijos tikslumo ir patikimumo, nes surinktų duomenų kokybė priklauso nuo daugelio veiksnių.

Taigi gyvenenos įtakos prevenciniams onkologiniams susirgimams buvo naudojama anketinė apklausa, kurios metu buvo apklausiami žmonės, besilankantys UAB „Lyros šeimos centre“. Apklausos metodas pasirinktas dėl šių priežasčių (Dikčius, 2003):

- pateikiami klausimai tam tikru nuoseklumu, tai garantuoja, jog kiekvienas respondentas gaus tuos pačius atsakymo variantus;
- nesudėtinga duomenų analizė (pakankamai aukštas standartizavimo lygis leidžia sėkmingai atlikti duomenų analizę);
- galimybė rasti skirtumus tarp įvairių grupių (gaunama informacija apie respondentą leidžia respondentus jungti į tam tikras grupes bei įvertinti skirtumus tarp grupių).

Sekantis tyrimo proceso etapas yra atrankos planavimas. Šis etapas apima atrankos būdo pasirinkimą bei imties dydžio nustatymą.

## 2. 2. Tyrimo imtis

Imtis – tyrimui atrinkta visumos dalis, galinti tinkamai ir pakankamai atstovauti visumai bei teikti reikalingą informaciją. Tinkamai atrinkta imtis ir iš jos surinkta informacija turi pakankamai tiksliai atspindėti tiriamąją visumą ir būti naudojama tyrime. Imties atrinkimas nėra lengvas ir paprastas uždavinys.

Apklausiamųjų imčiai apskaičiuoti pasirinkta V. Dikčiaus (2003) formulė:

$$n = \frac{p(1-p)}{(e/z)^2 + \frac{p(1-p)}{N}}$$

čia  $n$  – reikiamas imties dydis;

$z$  – standartinės paklaidos dydžio vienetai esant normaliam pasiskirstymui, kuris atitinka norimo patikimumo laipsnį (kai patikimumo laipsnis 95 proc.,  $z = 1,96$ , kai patikimumo laipsnis 99 proc.,  $z = 2,58$ );

$e$  – atrankos klaida (maksimalus skirtumas tarp imties ir visumos proporcijų);

$p$  – visumos proporcijos, kurios atitinka tyrėją dominančias charakteristikas;

$N$  – visumos dydis.

Tyrime buvo stengiamasi gauti 95 proc. patikimumo laipsnį, norima klaida – 6 proc., bei proporcija - 50 proc.

UAB „Lyros šeimos centre“ pas 1 šeimos gydytoją gydosi 2466 moterys. Taigi, kad duomenys būtų statistiškai patikimi turėjo dalyvauti:

$$n = \frac{0,25}{(0,08/1,96)^2 + \frac{0,25}{1233}} = 134 \text{ respondentės}$$

Apklausti užtenka 134 respondentės, kad duomenys būtų patikimesni, buvo apklausta 150 respondenčių.

Tuo tarpu vyrų gydosi 150. Paskaičiuota:

$$n = \frac{0,25}{(0,08/1,96)^2 + \frac{0,25}{75}} = 50 \text{ respondentų}$$

Taigi atlikus skaičiavimus paaiškėjo, kad reikia apklausti 200 respondentų. Galima teigti, kad apskaičiuotas imties dydis reprezentuoja visumą.

Kitas tyrimo proceso etapas yra duomenų rinkimas ir analizė. Taigi tyrimas atliktas 2012 m. liepos – rugpjūčio mėnesiais, o surinkti pirminiai duomenys prieš atliekant jų analizę buvo tikrinami bei grupuojami.

Visi surinkti duomenys įvairių metodų pagalba, kaip antai sintezės, palyginimo, apibendrinimo, siejami į visumą, lyginami su teoriniais aspektais bei daromos išvados. Patikrinti ir išanalizuoti duomenys buvo tvarkomi Microsoft Office skaičiuokle MS Excel. Gautų rezultatų pateikimui buvo naudojamos lentelės bei grafinio vaizdavimo metodai.

### **2. 3. Tyrimo rezultatų analizė ir interpretavimas**

Tyrimo metu buvo išdalinta 255 anketos žmonėms, kurie lankosi UAB „Lyros šeimos centras“.

Buvo gauta 225 anketos. Tyrime panaudoti 200 anketų duomenys, nes 25 anketos buvo užpildytos nepilnai. Todėl šios anketos tolesnėje duomenų analizėje nedalyvavo. Tyrime dalyvavo šimtas penkiasdešimt moterų ir penkiasdešimt vyrų, besigydančių UAB „Lyros šeimos centras“, Šiauliuose.

Žemiau pateikiami duomenys apie apklausoje dalyvavusius respondentus (žr. 2 lentelė).

**Apklausoje dalyvavusių respondentų duomenys, proc.**

<b>Lytis</b>	<b>Respondentai, proc.</b>
Vyrai	25
Moterys	75
Iš viso	100
<b>Amžius</b>	<b>Respondentai, proc.</b>
18 – 26 m.	9,5
27 – 40 m.	12,5
41 – 60 m	49
Virš 60 m.	29
Iš viso	100
<b>Išsilavinimas</b>	<b>Respondentai, proc.</b>
pradinis	18,5
pagrindinis	25
vidurinis	31
aukštesnysis	13
aukštasis	12,5
Iš viso	100

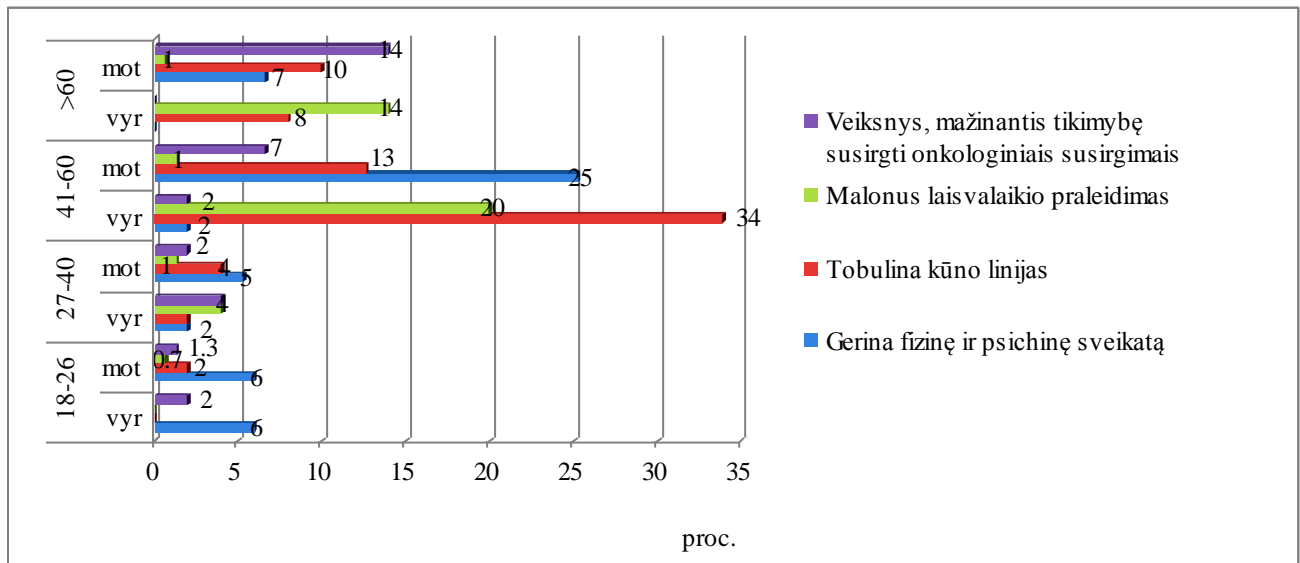
Visi respondentai buvo suskirstyti į keturias amžiaus grupes, ir kaip matome iš 2 lentelės, didžioji dalis respondentų yra vyresnio amžiaus, t.y. jų amžius svyruoja nuo 41 iki 60 metų. Daugiausia respondentai nurodė turintys vidurinę arba pagrindinę išsilavinimą, t.y. atitinkamai 31 ir 25 proc., aukštąjį išsilavinimą turėjo 12,5 proc. nuo visų apklaustųjų.

Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip tyrime dalyvaujantys asmenys vertina savo sveikatą: gerai-vidutiniškai-blogai. Daugiausiai, 88 proc., savo sveikatą vertina vidutiniškai, 10,5 proc. – gerai, 1,5 proc. vertina blogai.

**2. 3. 1. Bendruomenės gyvensenos įvertinimas**

Norint būti sveiku, reikia stiprinti savo jėgas arba mažinti žalingą aplinkos poveikį. Sveikata – tai ne gyvenimo tikslas, o kasdienio gyvenimo pamatas, mūsų gyvenimo tikslo realizacijos sąlyga. Tai sveiko žmogaus sugebėjimas adaptuotis prie gyvenimo sąlygų, išsaugoti, panaudoti ir plėtoti savo fizinį, psichinį, dvasinį, kultūrinį ir socialinį potencialą.

Sveika gyvensena – subalansuota mityba, fizinis aktyvumas, žalingų įpročių neturėjimas, yra viena svarbiausių prevencinių priemonių prieš onkologinius susirgimus. (Last, 2011). Tačiau retas žmogus tai įvertina, o dėl intensyvaus gyvenimo tempo gali subalansuoti savo sveiką gyvenimo būdą. Dėl šių priežasčių, tyrimo metu labai svarbu buvo įvertinti respondentų nuomonę apie sveikos gyvensenos elementus – mitybos įpročius, fizinį aktyvumą ir žalingus įpročius, bei pačių respondentų gyvenseną. Nustatyta respondentų nuomonė apie fizinio aktyvumo teikiamą naudą.

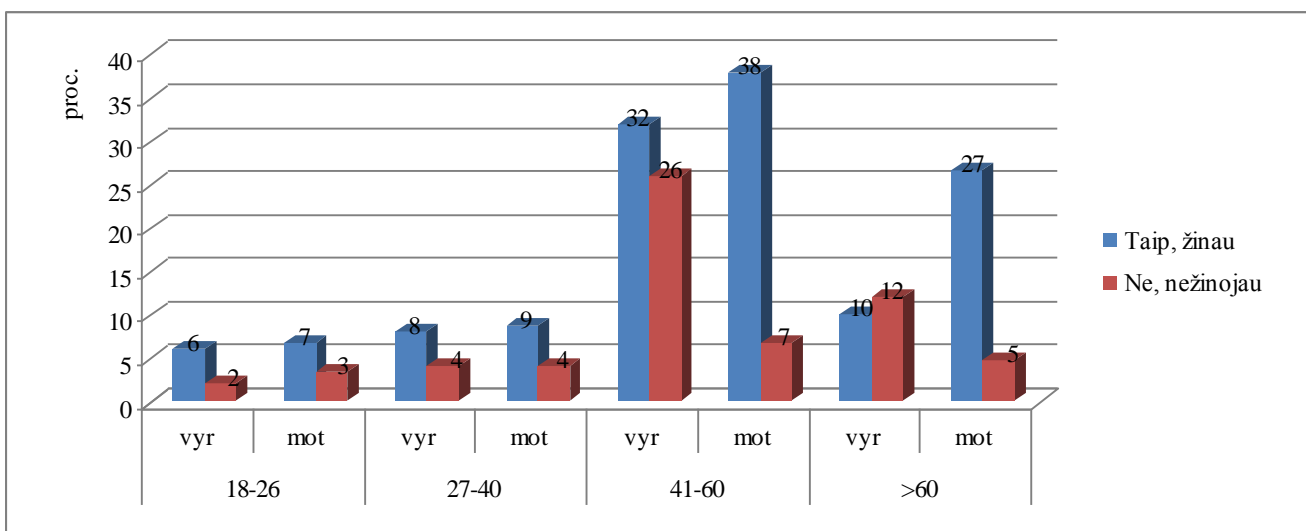


**3 pav.** Respondentų nuomonė apie fizinio aktyvumo teikiamą naudą pagal lytį ir amžių

Kaip matome iš 3 paveikslo, du trečdaliai apklaustųjų mano, kad fizinis aktyvumas naudingiausias gerinant fizinę ir psichinę sveikatą ir tobulinant kūno linijas. Tik 20 proc. visų apklaustųjų mano, kad fizinis aktyvumas yra prevencinė priemonė prieš onkologinius susirgimus. Daugiausia jauniausių, t.y. 18- 26 metų vyrų ir moterų mano, kad sportas tik gerina fizinę ir psichinę sveikatą. Pastebėta, kad 41- 60 metų moterys labiausiai linkusios vertinti fizinį aktyvumą, kaip priemonę gerinant fizinę ir psichinę sveikatą. Tuo tarpu vyrų nuomonė skiriasi, 27- 40 metų vyrų teigia, kad tai ne tik malonus laisvalaikio praleidimas bet ir veiksnys, mažinantis tikimybę susirgti onkologiniais susirgimais, o 41- 60 metų vyrai fizinio aktyvumo naudą priskiria prie kūno linijų tobulinimo. Vyresni kaip 60 metų apklaustieji vyrai teigia, kad fizinis aktyvumas teikia naudą tik tobulinant kūno linijas ir maloniai praleidžiant laiką. Šio amžiaus vyrai neįžvelgia sporto naudą gerinant ne tik fizinę ir psichinę sveikatą, bet ir mažinant onkologinių susirgimų tikimybę. Tuo tarpu šio amžiaus moterys fizinį aktyvumą vertina skirtingai nei vyrai- daugiausiai jų teigia, kad tai veiksnys mažinantis tikimybę susirgti onkologiniais susirgimais. Taigi, matome, kad tiek įvairaus amžiaus, tiek

skirtingos lyties apklaustieji skirtingai vertina fizinio aktyvumo naudą. Palyginus, labai maža dalis įvertina tikrąją fizinio aktyvumo naudą. Pastebėta, kad vyrai, proporcingai su amžiumi mažiau įvertina fizinio aktyvumo naudą gerinant sveikatą ar kaip prevencinę priemonę prieš onkologinius susirgimus, tuo tarpu vyresnės moterys labiau vertina sporto naudą, nei jaunesnės.

Įvertinus respondentų nuomonę apie fizinio aktyvumo teikiamą naudą, sekančiu klausimu atskleisime respondentų žinias apie fizinio neaktyvumo žalą. Duomenų pasiskirstymas pateiktas 4 paveiksle.



**4 pav.** Respondentų žinios, kad fizinis neaktyvumas skatina daugelių ligų atsiradimą

Kaip matome, rezultatai yra pakankamai džiuginantys, nes didžioji dauguma apklaustųjų, t.y. net 68 proc. teigia žinantys fizinio neaktyvumo žalą. Tačiau, kaip matome iš paveikslo, jauno amžiaus apklaustieji yra labiau informuoti, nei vyresnio amžiaus, kadangi tik maža dalis 18- 40 metų respondentų teigė nežinantys. Tuo tarpu 41- 60 metų vyrai proporcingai panašiai teigė žinantys ir nežinantys, o vyresnių kaip 60 metų vyrų rezultatai rodo, kad šio amžiaus vyrų daugiau nežino, nei žino apie ligų atsiradimą lemiamą fizinio neaktyvumo. Tačiau to paties amžiaus moterų rezultatai skirtingi, didžioji dalis moterų teigė žinančios fizinio neaktyvumo pasekmes. Taigi, remiantis 3 ir 4 paveikslais galime daryti išvadas, kad vyresnio amžiaus vyrams trūksta informacijos.

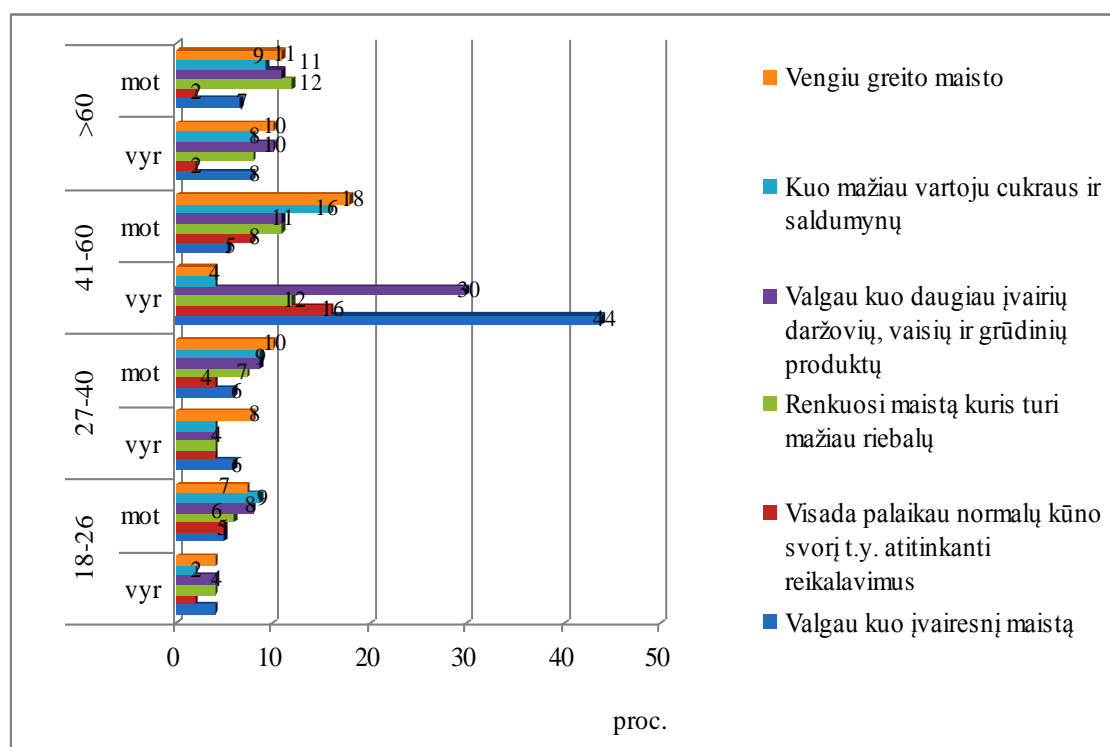
Respondentų taip pat buvo klausama ar jie sportuoja ir tyrimas parodė, kad tik 55 proc. visų apklaustųjų sportuoja. Nors žinių labiau trūksta vyrams, tačiau rezultatai rodo, kad daugiau sportuojančių yra vyrų - visų apklaustųjų vyrų sportuoja 58 proc., o moterų 54 proc. Taigi, galima daryti išvadas, kad žinios apie fizinio aktyvumo naudą ir fizinio neaktyvumo žalą menkai įtakoja respondentų siekį sportuoti, tai parodė sportuojančių vyrų skaičius. Galima daryti prielaidą, kad



informavimas nebūtų efektyvi fizinio aktyvumo skatinimo priemonė. Reikia ieškoti nesportavimo priežastis ir kitų motyvuojančių priemonių.

Mityba yra vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių žmonių sveikatą. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis (2002), netinkama mityba ir padidėjusi maisto tarša didina gyventojų mirtingumą. Sveika mityba padeda išvengti daugelio lėtinių susirgimų, saugo ir stiprina sveikatą. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, apie 30% visų piktybinių navikų siejama su nesveika mityba. Riebus, turintis daug sočiųjų riebalų rūgščių maistas didina riziką susirgti storosios, tiesiosios žarnos bei prostatos vėžiu. Rūkytas, sūdytas, konservuotas maistas yra siejamas su skrandžio ir stemplės vėžio išsivystymu. Gausus riebalų vartojimas bei nutukimas yra siejamas su eile onkologinių susirgimų: tulžies pūslės, storosios žarnos vėžiu, moterims gimdos gleivinės, krūties navikais.

Toliau išsiaiškinsime respondentų mitybos įpročius (5 pav.).

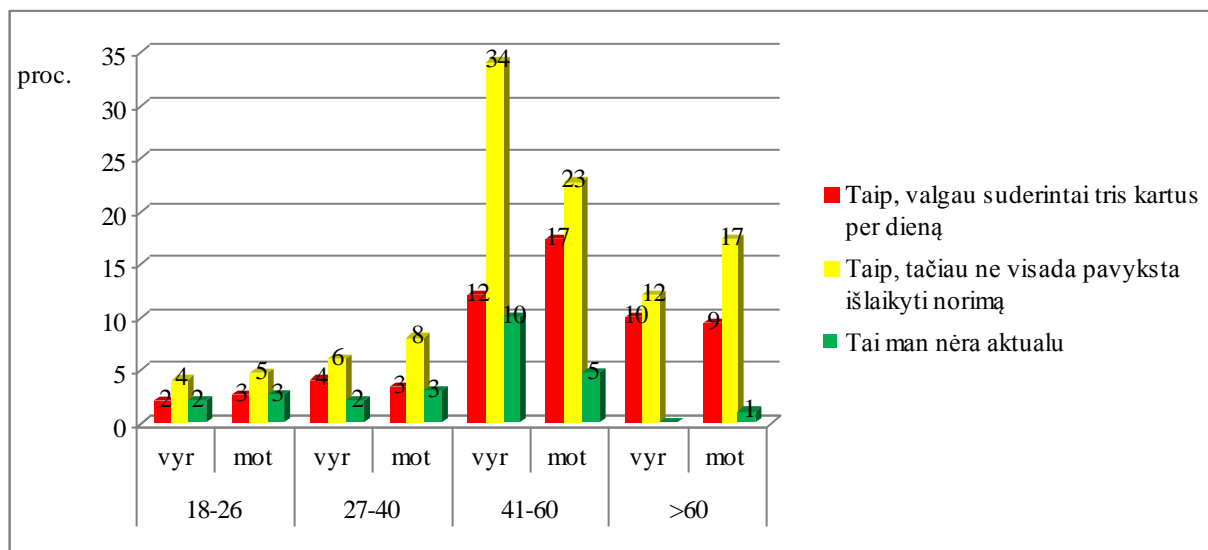


5 pav. Respondentų mitybos įpročiai

Nustatyta, kad daugiausiai apklaustųjų stengiasi mažiau vartoti cukraus ir saldumynų, bei greito maisto. Žvelgiant į mitybos įpročius pagal amžių ir lytį, matome, kad 18- 26 metų vyrai stengiasi valgyti kuo įvairesnį maistą, daugiau daržovių, vaisių ir grūdinių produktų, maistą turintį mažiau riebalų, vengia greito maisto- galima teigti, kad šio amžiaus vyrų mityba yra subalansuota, o šio amžiaus moterys daugiausiai teigia, kad mažai vartoja cukraus ir saldumynų, bei valgo daugiau daržovių, vaisių ir grūdinių produktų, dauguma vengia greito maisto. 27- 40 metų kategorijos vyrai turi

visiškai kitokius mitybos įpročius, daugiausia jų vengia greito maisto, o kitus įpročius retai pamini, tuo tarpu šio amžiaus moterys taip pat kaip ir jaunosios kategorijos, save prisiziūri ir labiausiai akcentuoja tuos pačius mitybos įpročius- mažai vartoja cukraus ir saldumynų, valgo daugiau daržovių, vaisių ir grūdinių produktų, vengia greito maisto. Tuo tarpu 41- 60 metų vyrai valgo kuo įvairesnį maistą ir vartoja daugiau daržovių, vaisių ir grūdinių produktų, o šio amžiaus moterys vengia greito maisto ir cukraus bei saldumynų. Vyriausieji respondentai vyrai panašiai turi visus mitybos įpročius, išskyrus tai, kad mažiausiai jų palaiko normalų kūno svorį, o moterys renkasi maistą turintį mažiau riebalų, vengia greito maisto, daugiau valgo daržovių ir vaisių. Taigi matome, kad vyrų ir moterų mitybos įpročiai labai skiriasi. Taip pat šie įpročiai skirtingi įvairaus amžiaus vyrų ir moterų. Galima teigti, kad daugiausiai gerų mitybos įpročių turi 18-26 metų ir vyresni nei 60 metų vyrai, tuo tarpu visų amžiaus kategorijų moterys stengiasi kuo tinkamiau maitintis ir vengti nesveiko maisto. Pastebėta, kad labiausiai moterys vengia cukraus ir saldumynų, o vyrai šios rūšies produktų vengia mažiausiai. Taip pat labai mažai respondentų akcentavo, kad stengiasi palaikyti normalų kūno svorį. Taigi, respondentai stengiasi valgyti sveikesnį maistą, tačiau nesistengia palaikyti normalų kūno svorį, kas rodo prielaidą, jog dauguma respondentų gali ir turėti viršsvorio problemų.

Kitu klausimu buvo siekiama išsiaiškinti ar respondentai turi mitybos režimą, kuris yra labai aktualus kalbant apie mitybos subalansavimą.

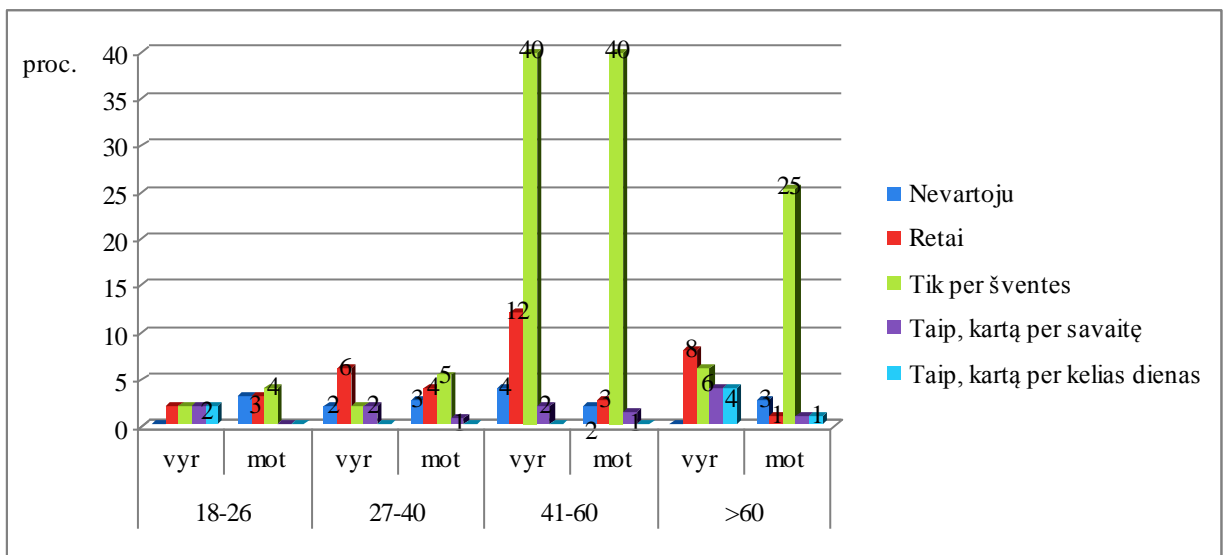


**6 pav.** Respondentų pasiskirstymas pagal mitybos režimą

Tyrimo rezultatai džiuginantys, nustatyta, kad trečdalis (31,5 proc.) apklaustųjų valgo suderintai tris kartus per dieną, ir daugiau kaip pusė (53,5 proc.) respondentų stengiasi turėti režimą, tačiau ne

visada pavyksta. Tik 14,5 proc. apklaustųjų teigė, kad yra neaktualu mitybos režimas. Iš 6 paveikslo matome, kad mitybos režimą tinkamiausiai palaiko vyriausiojo amžiaus apklaustieji, nėra nė vieno vyro kuriam mitybos režimas būtų neaktualus, ir tik 1 proc. moterų teigė neturinčios mitybos režimo. Tuo tarpu, lyginant su kitomis amžiaus grupėmis, daugiausiai mitybos režimo neturi 41- 60 metų vyrai (10 proc.) ir moterys (5 proc.).

Taigi, aptartas respondentų požiūris ir fizinio aktyvumo pasirinkimas, bei mitybos įpročiai. Sekančiais klausimais išsiaiškinsime ar apklaustieji turi žalingų įpročių. Pagal rizikos dydį sukelti vėžį alkoholis yra trečioje vietoje (po rūkymo ir netinkamos mitybos). 7 paveiksle pateiktas respondentų pasiskirstymas pagal alkoholio vartojimą.

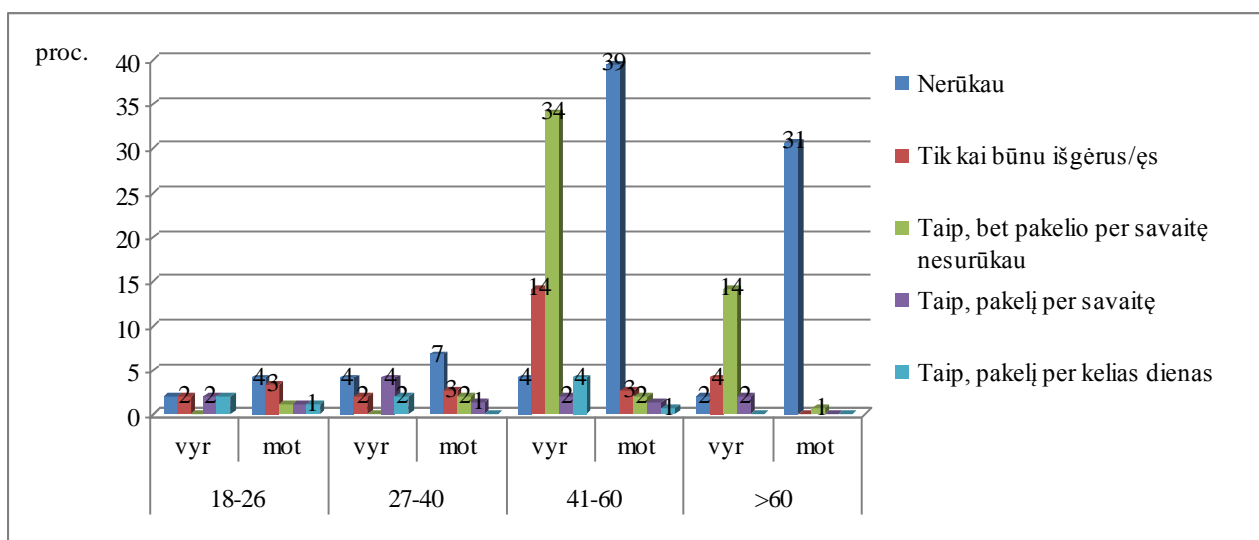


7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal alkoholio vartojimą

Nustatyta, kad apklaustieji nėra linkę į alkoholį, tik 7 proc. respondentų alkoholį vartoja kartą per kelias dienas ar kartą per savaitę. Dažniausiai, t.y. 84 proc. apklaustųjų alkoholį vartoja tik per šventes arba labai retai, o alkoholio visai nevartoja 9 proc. respondentų. Iš 7 paveikslo matome, kad daugiausia visai nevartojančių alkoholio yra moterys įvairaus amžiaus, tuo tarpu daugiausia labai dažnai vartojančių alkoholį yra vyrai, daugiausia jų- vyriausiojo amžiaus. 18- 26 metų amžiaus vyrai pasižymi tuo, kad visi- dažniau ar rečiau vartoja alkoholį, o šio amžiaus moterys dažniausia jį vartoja tik per šventes, retai ar visai nevartoja. 27- 40 metų vyrai alkoholį vartoja žymiai rečiau, šioje kategorijoje yra vyrų kurie visai nevartoja arba labai retai vartoja ir nėra vyrų, kurie gertų kelis kart per savaitę. Šios kategorijos moterys taip pat linkusios mažai vartoti alkoholį. 41- 60 metų vyrai taip pat mažai linkę į vartoti alkoholį, šio amžiaus vyrų daugiausia apskritai nevartojančių alkoholio, o moterys

išlaiko tą pačią tendenciją- vartoja retai, arba iš vis nevartoja. Kalbant apie vyriausiojo amžiaus apklaustuosius, matome, kad tiek vyrai tiek moterys yra labiau linkę vartoti alkoholį, nei jaunesnio amžiaus, kadangi kaip matome, nėra vyrų nevartojančių svaigalų, o jų taip pat daug kurie vartoja karta ar kelis kart per savaitę. Šioje amžiaus kategorijoje yra daugiausia moterų, kurios alkoholį vartoja kartą ar kelis kart per savaitę. Režiuuojant rezultatus, matome, kad labiausiai linkę alkoholį vartoti vyrai, ypačingai jauniausiojo ir vyriausiojo amžiaus, tuo tarpu moterys pasižymi tuo, kad alkoholį vartoja labai retai, dažniausiai per šventes.

Sekančiame 8 paveiksle pavaizduotas respondentų pasiskirstymas pagal rūkymą.



8 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal rūkymą

Skirtingai nei alkoholio vartojimo atveju, net 63,5 proc. apklaustųjų teigė nerūkantys. Tik 8 proc. apklaustųjų, kurie rūko labai daug, t.y. surūko pakelį per savaitę ar kelias dienas, 16,5 proc. apklaustųjų rūko retai, teigia, kad pakelio per savaitę nesurūko, o 12 proc. rūko tik kai būna išgėrusi/ęs. Matome, kad daugiausia moterų rūko 27- 40 metų amžiaus, dažniausiai rūkančios kai būna išgėrusios arba retai, tuo tarpu galima sakyti visai nerūko, vyresnės nei 60 metų moterys. Tuo tarpu vyrai linkę rūkyti yra įvairaus amžiaus, daugiausia jų ir dažniausiai rūko 27- 40 metų amžiaus, o 41- 60 ir vyresni kaip 60 metų vyrai, daugiau rūko kai būna išgėrę ar rečiau (nesurūko pakelio per savaitę). Taigi, reziujuojant duomenis daroma išvada, kad alkoholio vartojimas yra labiau paplitęs, negu rūkymas. Ir vyrai, ypačingai vyresnio amžiaus, yra labiau linkę turėti žalingus įpročius nei moterys.

Onkologinius susirgimus įtakoja ne tik fizinė žmogaus gyvensena bet psichinė žmogaus savijauta, kurią lemia ir žmogaus gyvensena ir socialiniai, ekonominiai, bei psichologiniai veiksniai, todėl 3 lentelėje pateikti rezultatai apie tai, kas labiausiai sąlygoja psichinę sveikatą.

3 lentelė

**Psichinę sveikatą sąlygojantys veiksniai, proc.**

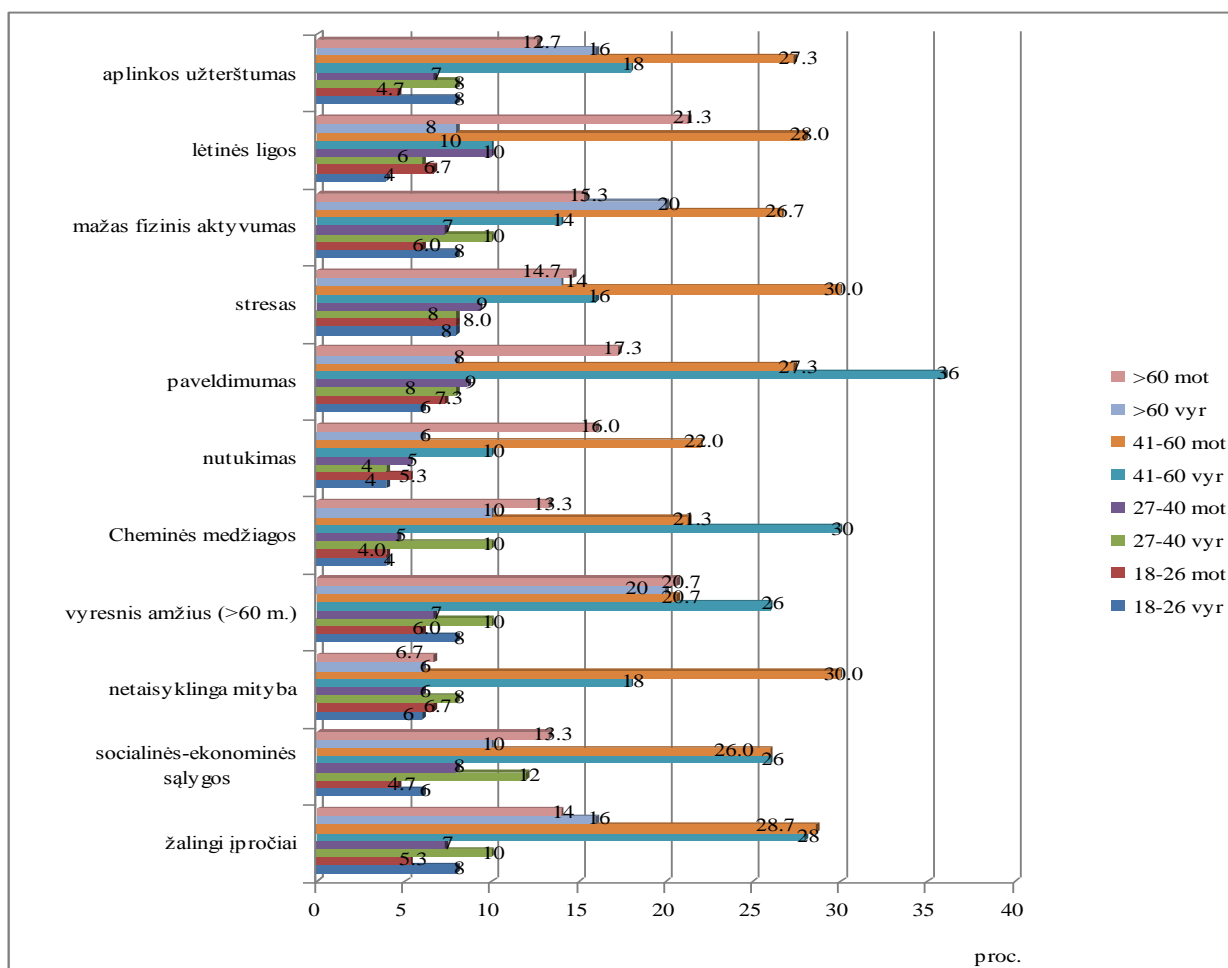
VEIKSNIAI	18-26		27-40		41-60		>60		Viso
	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	
<b>Socialiniai ir ekonominiai veiksniai:</b>									
Nedarbas	2	1	4	2	22	13	4	5	24,5
Menkos pajamos	4	7	4	7	10	16	16	24	49
Išsilavinimas	2	1	4	4	26	17	2	2	26,5
<b>Psichologiniai veiksniai:</b>									
Neigiami gyvenimo įvykiai	4	7	4	7	28	18	12	24	54
Stresas	4	3	8	5	30	28	10	7	46
<b>Elgsena ir gyvensena:</b>									
Neracionali mityba	2	4	2	4	26	18	6	13	38
Svaiginamųjų medžiagų vartojimas	4	2	6	4	24	9	6	7	26,5
Fizinio aktyvumo stoka	2	4	4	5	8	19	10	11	35,5

Taigi, kaip matome iš 3 lentelės, apklaustųjų psichinę sveikatą labiausiai įtakoja menkos pajamos (49 proc.), neigiami gyvenimo įvykiai (54 proc.) ir neracionali mityba (38 proc.). Žvelgiant į veiksmų įtaką pagal amžių ir lytį, matome, kad 18- 40 metų vyrus ir moteris labiausiai veikia menkos pajamos, kas turbūt yra aktualiausia jauno ir vidutinio amžiaus žmonėms siekiantiems karjeros, išlaikyti šeimą ir pan. Taip pat neigiami gyvenimo įvykiai, neracionali mityba ir fizinio aktyvumo stoka labiau veikia moteris, tuo tarpu vyrus labiau įtakoja svajinamųjų medžiagų vartojimas. 41-60 metų vyrams ir moterims psichinę sveikatą labiausiai įtakoja išsilavinimas, kuris šiais laikais yra itin svarbus siekiant karjeros. Tinkamo ar aukštesnio išsilavinimo įsigijimas šio amžiaus žmonėms sukelia didesnę nerimą, nei nedarbas ar menkos pajamos. Taip pat šio amžiaus žmonės labiau patiria stresą, nei išgyvena kažkokius neigiamus gyvenimo įvykius. O kalbant apie elgseną ir gyvenseną - vyrus labiau slegia neracionali mityba, o moteris ir neracionali mityba, ir fizinio aktyvumo stoka. Tuo tarpu vyriausiojo amžiaus apklaustuosius labiausiai veikia menkos pajamos. Čia gali svarbų vaidmenį vaidinti pensijų

mažinimo reforma. Šio amžiaus žmonės labiau išgyvena dėl neigiamų gyvenimo įvykių, o fizinio aktyvumo stoka kamuoja vyrus, ne moteris. Moterys teigia, kad jų psichinę sveikatą labiausiai veikia neracionali mityba. Taigi, atlikus analizę, pastebėta, kad vyrų ir moterų psichinę sveikatą sąlygoja tie patys socialiniai ir ekonominiai, bei psichologiniai veiksniai, kurie skiriasi priklausomai nuo amžiaus. 18- 40 metų ir vyresnius kaip 60 metų apklaustuosius labiausiai įtakoja menkos pajamos ir neigiami gyvenimo įvykiai, o 41- 60 metų vyrus ir moteris labiausiai veikia išsilavinimas ir stresas. Tačiau elgsenos ir gyvenenos veiksniai skirtingai veikia tiek pagal lytį, tiek pagal amžių. 18- 40 metų vyrai akcentuoja svaigiųjų medžiagų vartojimo įtaką, o šio mažiaus moterys- fizinio aktyvumo stoką. 41- 60 metų vyrai kalba apie neracionalią mitybą, o moterys skundžiasi fizinio aktyvumo stoka. O vyriausieji respondentai atvirkščiai- moterys akcentuoja neracionalios mitybos įtaką, vyrai- fizinio aktyvumo stoką.

Svarbiausias sveikatos ugdymo tikslas – pakeisti sveikų žmonių požiūrį į sveikatą, paskatinti juos nuolat rūpintis savo sveikata ir laikytis sveikos gyvenenos. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (2002), trečdalis susirgimų galima išvengti, o dar trečdalis – išgydyti juos laiku nustačius.

Naujomis vėžio profilaktikos galimybėmis netenka abejoti. Anot Griciūtės (2001), išnyko nemaža profesinių vėžių, kai išaiškėjo juos sukelianieji veiksniai ir jie pašalinti iš darbo aplinkos ar sumažinta jų koncentracija. Tyrime aiškinamasi ar bendruomenė žino veiksnius sukeliančius onkologinius susirgimus.



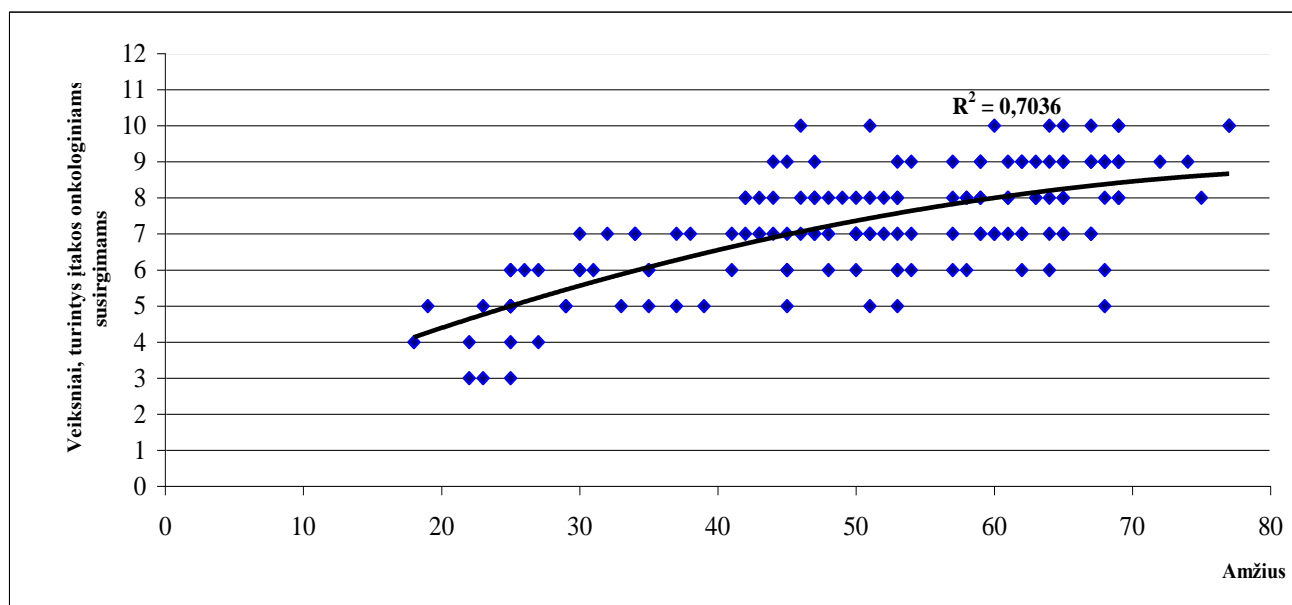
9 pav. Veiksniai turintys įtakos onkologiniams susirgimams lyties ir amžiaus atžvilgiu

Visų pirma respondentų buvo klausama, kokie jų nuomone veiksniai turi įtakos onkologiniams susirgimams. Atsakydami į anketos klausimą respondentai galėjo pasirinkti keletą atsakymų. Visi pateikti veiksniai turi įtakos onkologiniams susirgimams. Pagal pasirinktų veiksmių kiekį buvo sprendžiama apie respondentų turimas žinias. 9 paveiksle tyrimo rezultatai suskirstyti pagal lytį ir amžių. Aiškiai matome, kad 41- 60 metų ir vyresnės moterys turi daugiausiai informacijos apie onkologinių susirgimų veiksnius, kadangi daugiausiai jų kiekvieną veiksnį pažymėjo kaip turintį svarbią įtaką šiems susirgimams. Tačiau šio amžiaus vyrai tik kaip svarbiausius veiksnius įvertino žalingus įpročius, socialines- ekonomines sąlygas, paveldimumą, chemines medžiagas ir vyresnį amžių. Respondentai, kurių amžius 18- 26 ir 27- 40 metų atsakymų rezultatai pasiskirstė vidutiniškai vienodai- apklaustieji mažiausiai nurodė veiksmių darančių įtaką onkologiniams susirgimams. Tuo tarpu vyriausiojo amžiaus apklaustieji, t.y. 60 ir daugiau metų, tiek vyrai tiek moterys daugiausiai nurodė, kad įtakos turi vyresnis amžius, žalingi įpročiai, stresas. Moterys taip pat akcentavo, kad šiems susirgimams gali daryti didelę įtaką nutukimas, paveldimumas, bei lėtinės ligos, tuo tarpu daugiausiai

vyrų manė, kad įtakoja mažas fizinis aktyvumas, bei aplinkos užterštumas. Šios kategorijos apklaustieji mažiausiai teigė, kad svarbus veiksnys yra netaisyklinga mityba.

Pateikti veiksniai, kurie turi įtakos onkologiniams susirgimams: žalingi įpročiai, socialinės-ekonominės sąlygos, netaisyklinga mityba, vyresnis amžius (daugiau nei 60 m.), cheminės medžiagos, nutukimas, paveldimumas, stresas, mažas fizinis aktyvumas, lėtinės ligos, aplinkos užterštumas. Tačiau tik vienas respondentas pasirinko visus pateiktus veiksnius, kaip turinčius įtakos onkologiniams susirgimams. Siekiant patvirtinti (paneigti) darbe iškeltą hipotezę – jog bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvenamosios įtaką onkologiniams susirgimams ir jų prevenciją – pasirinktas koreliacinės analizės metodas, kuriuo respondentų turimos žinios pateiktos pagal amžiaus grupes (žiūrėti 10 ir 11 pav.).

Teorinėje darbo dalyje išanalizuota, kad visi anksčiau minėti veiksniai turi įtakos onkologiniams susirgimams. Kuo daugiau veiksnių pasirinkta, tuo daugiau informacijos respondentas turi apie onkologinių susirgimų prevenciją. Ar informacijos turima daugiau priklausomai nuo respondento amžiaus, skaičiuotas koreliacijos koeficientas.



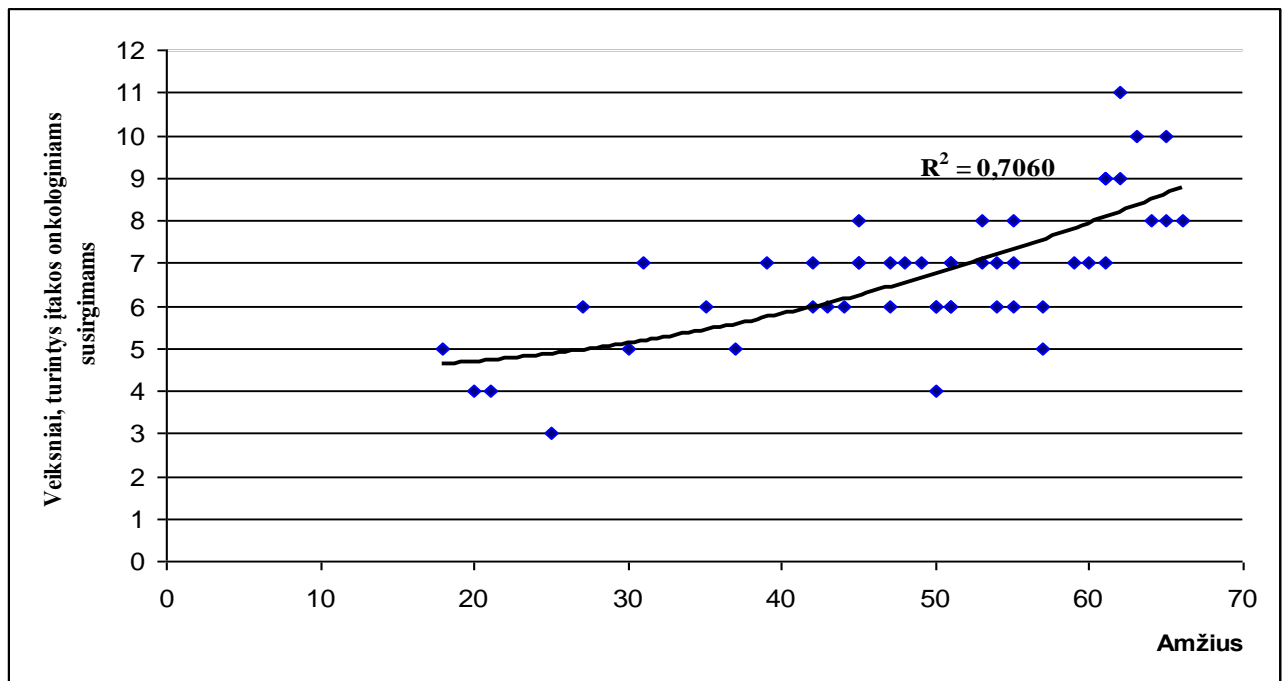
**10 pav.** Moterų turimos informacijos apie veiksnius, turinčius įtakos onkologiniams susirgimams priklausomai nuo amžiaus, duomenų sklaida

10 paveiksle matyti, kad priklausomai nuo respondento amžiaus, informacijos turima daugiau, nes įvardintas didesnis skaičius veiksnių, turinčių įtakos onkologiniams susirgimams, t. y. moterys iki 30 metų mano, kad onkologiniams susirgimams įtakos turi 3-6 pateikti veiksniai, nuo 30 iki 40 metų – pažymi daugiau, apie 5-7, nuo 40 iki 60 metų dauguma pažymėjo apie 8 veiksnius, vyresnės nei 60 metų moterys teigia, kad onkologiniams susirgimams įtakos turi 9 ir daugiau veiksnių.



10 paveiksle pastebima teigiama tiesinė priklausomybė: kuo vyresnė moteris, tuo daugiau veiksmų ji pažymėjo kaip turinčių įtakos onkologiniams susirgimams, t.y. kuo vyresnė moteris, tuo ji daugiau turi žinių apie onkologinius susirgimus ir jų prevenciją, nes pažymėtas didesnis skaičius veiksmų. MS Excel funkcijos CORREL pagalba apskaičiuotas koreliacijos koeficientas patvirtina ryšį tarp moterų amžiaus ir pažymėtų veiksmų skaičiaus. Gautas koeficientas - 0,7 - rodo stiprią priklausomybę tarp pasirinktų nagrinėjamų rodiklių.

Koreliacinės analizės metodu išnagrinėti ir vyrų pažymėti veiksniai, turintys įtakos onkologiniams susirgimams (11 paveikslas).



**11 pav.** Vyrų turimos informacijos apie veiksniai, turinčius įtakos onkologiniams susirgimams priklausomai nuo amžiaus, duomenų sklaida

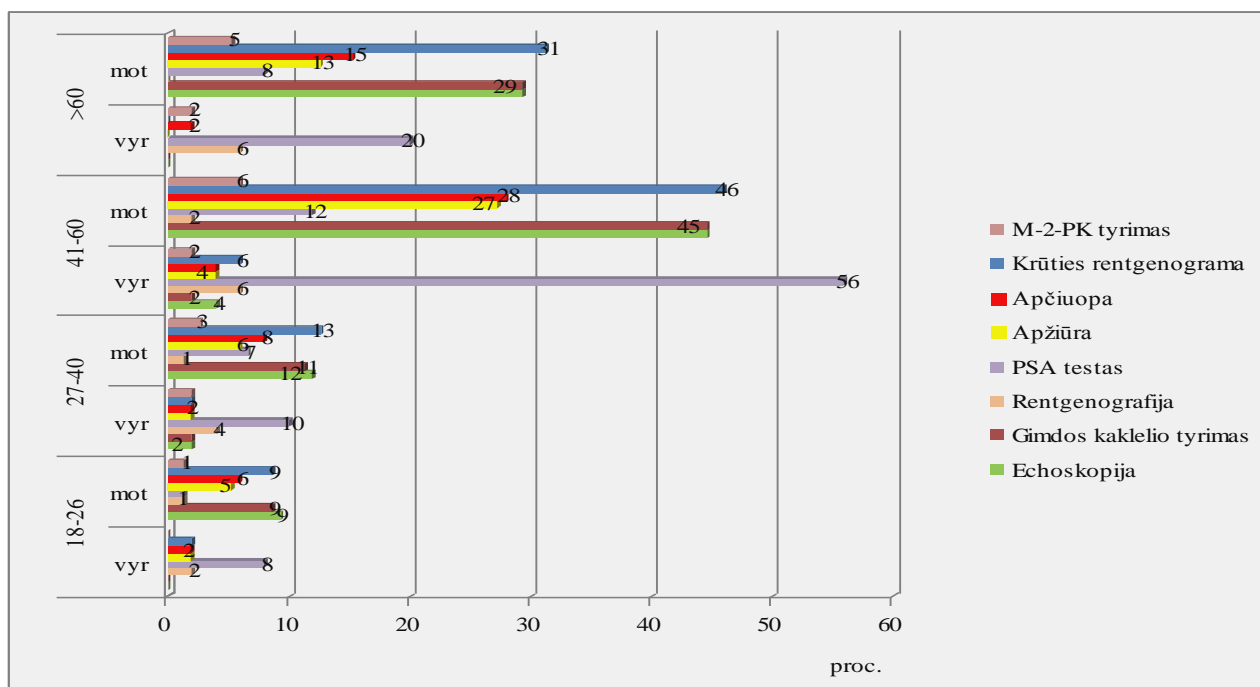
11 paveiksle matyti, kad vyrai iki 30 metų įvardija 3-6 veiksniai, nuo 30 iki 50 metų pažymėjo apie 7 veiksniai, o vyresni nei 50 metų respondentų atsakymuose dominavo 7 ir 8 pasirinkti veiksniai. Ryšio stiprumui nustatyti taip pat paskaičiuotas koreliacijos koeficientas. Gautas koeficientas yra 0,7, kuris reiškia stiprią priklausomybę tarp nagrinėjamų rodiklių.

Taigi, 10 ir 11 pav. matyti, kad didėjant amžiui, respondentai turi šiek tiek daugiau informacijos nei jaunesni, bet turi jos nepakankamai, nes tik vienas respondentas pažymėjo visus nurodytus veiksniai, o kitų atsakymai dominavo tarp 6-7 veiksmų, kurie parodo, kad respondentai žino tik apie pusę iš nurodytų veiksmų.

Anot Griciūtės (2001) pastaraisiais metais mūsų šalyje vykdomos specialios atrankinio gyventojų sveikatos tikrinimo programos siekiant atrinkti, nustatyti asmenis, turinčius ikinavikinių pokyčių ar

ankstyvąjį, dar nesukeliantį juntamų simptomų vėžį. 2004 metais startavo gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencijos programa. Gimdos kaklelio vėžio diagnozė patvirtinama atliekant citologinį tepinėlį, kolposkopiją bei biopsiją ir histologinį medžiagos ištyrimą. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729 moterys gali nemokamai tikrintis dėl krūties vėžio piktybinių navikų. Juozaitytė (2008) teigia, kad klasikiniai krūties vėžio diagnostikos metodai – apžiūra ir apčiuopa. Po to, atsižvelgiant į moterų amžių, gali būti atliekama mamografija ar ultragarsinis tyrimas, stulpelinė biopsija. Echoskopija informatyvesnė jaunoms moterims, mamografija – vyresnėms. 2005m. pradėta įgyvendinti ir priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Digitalinis rektalinis prostatos tyrimas ir PSA kraujo tyrimas – tyrimai atliekami, norint nustatyti prostatos vėžį. 2010-02-04 startavo Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Programa patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508. Atliekami įvairūs laboratoriniai tyrimai, padedantys nustatyti storosios žarnos vėžį, tarp jų ir vadinamieji vėžio žymenys: Tumor M2-PK išmatose.

Mes pabandėme išsiaiškinti respondentų nuomonę, kokiais būdais galima išsiaiškinti onkologinius susirgimus.



12 pav. Onkologinių susirgimų išsiaiškinimo būdai lyties ir amžiaus atžvilgiu

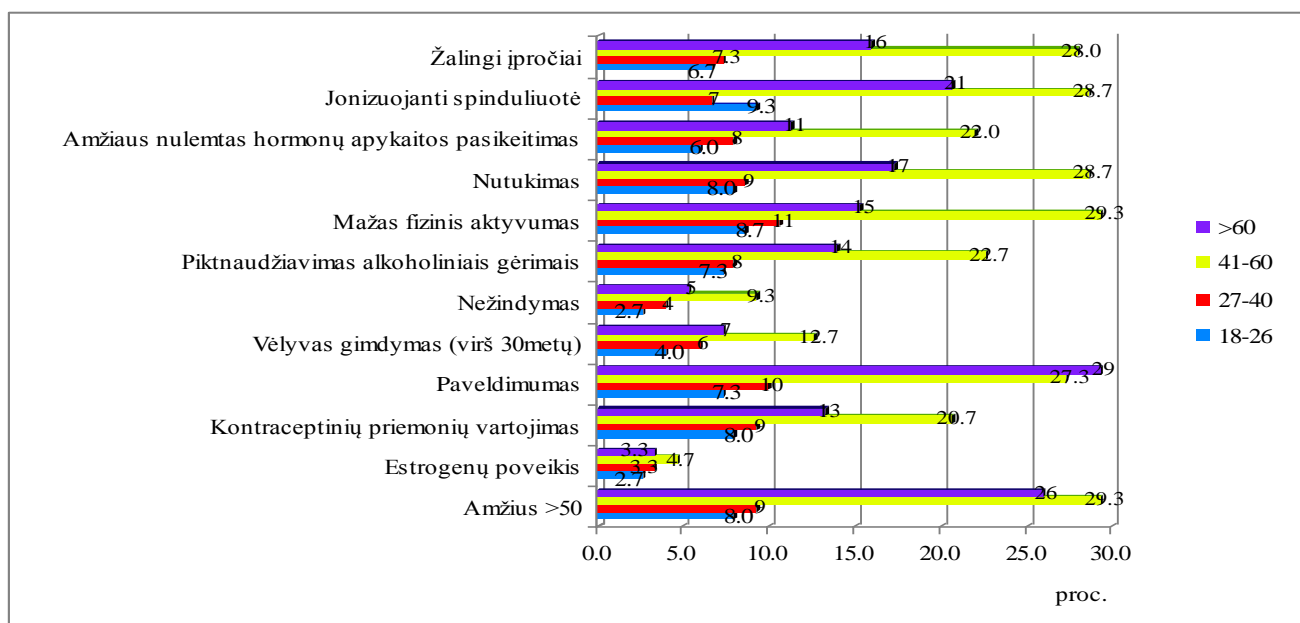
Atsakydami į anketos klausimą respondentai galėjo pasirinkti keletą atsakymų. Nustatyta, kad labiausiai žinomi būdai yra echoskopija, gimdos kaklelio tyrimas, bei krūties rentgenograma. Mažiausiai apklaustieji žino apie rentgenografiją bei M-2- PK tyrimą. Vertinant atsakymų rezultatus

pagal lytį ir amžių, matome, kad daugiausia visų amžiaus kategorijų vyrai žino apie PSA testą, taip pat dažniau paminėtas rentgenografijos būdas, o mažiausiai apie echoskopiją, bei gimdos kaklelio tyrimą. Taip pat pastebėta, kad jauniausi, t.y. 18- 26 metų vyrai ir vyriausi, t.y. daugiau kaip 60- metų vyrai, mažiausiai žino apie onkologinių susirgimų išsiaiškinimo būdus. Kalbant apie moteris, 12 paveikslas aiškiai rodo, kad visų amžiaus moterys turi daugiau informacijos nei vyrai. Kaip ir tikėtasi, moterims labiausiai žinomi echoskopijos, gimdos kaklelio tyrimai, bei krūtis rentgenograma, tuo tarpu mažiausiai žino apie rentgenografiją. Pastebėta, kad daugiausiai informacijos turi nuo 41 ir daugiau kaip 60 metų moterys, tuo tarpu labiausiai informuoti 41- 60 metų vyrai, kurie galima teigti, daugiausiai žino apie vyriškų onkologinių susirgimų diagnozės būdus. Taip pat akcentuotina, kad apčiuopą ir apžiūrą labiau akcentuoja moterys. Režiumuojant 12 pav. rezultatus, vėl gi matome, kad informacijos gausa labiausiai pasižymi vyresnio amžiaus moterys.

### 2. 3. 2. Moterų žinios apie krūtis vėžį ir gimdos kaklelio vėžį

Tyrimo metu buvo domėtasi ar moterys žino dažniausiai pasitaikančius vėžinius susirgimus. Mokslinės literatūros duomenimis krūtis vėžys užima pirmą vietą onkologinėmis ligomis sergančių moterų mirtingumo rodiklių struktūroje – jis yra 1/5 nuo onkologinių ligų mirstančių moterų mirties priežastis. Gimdos kaklelio vėžys – šiuo metu pasaulyje antras pagal dažnumą moterų vėžinis susirgimas bei trečias pagal mirštamumą (Griciūtė; Didžiapetrienė; Tamošauskienė, 2003).

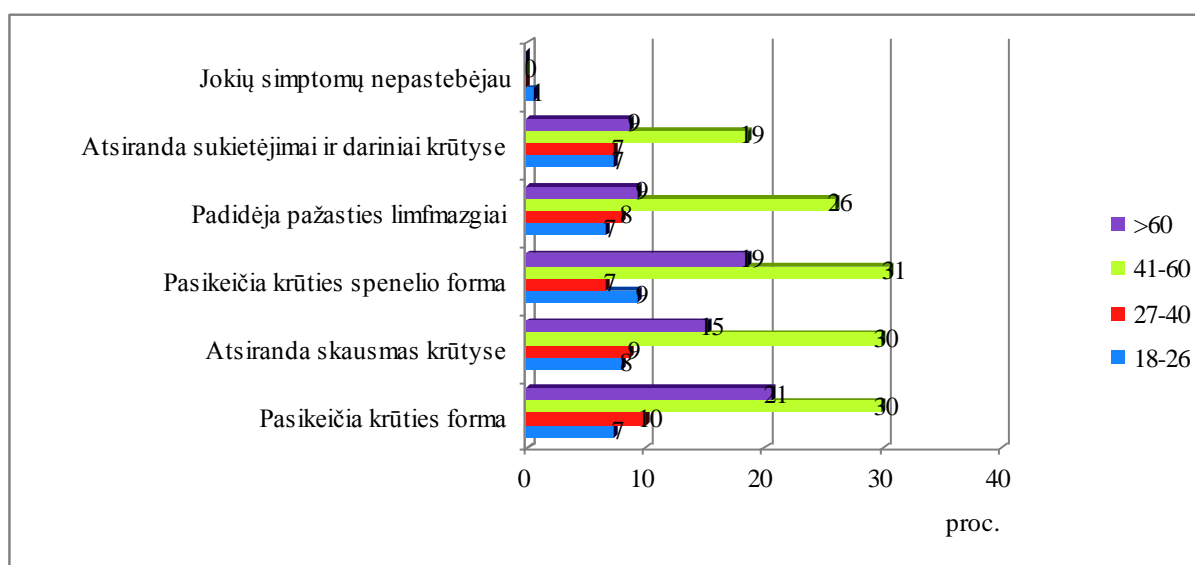
Toliau buvo svarbu įvertinti kaip moterys vertina krūtis vėžio rizikos veiksnius (13pav.).



13 pav. Moterų nuomonė apie krūtis vėžio rizikos veiksnius pagal amžių

Nustatyta, kad daugiausiai moterų nurodė, kad didesnė tikimybė susirgti krūties vėžiu yra toms moterims, kurios yra vyresnės nei 50 metų, bei tos kurios vartoja ar vartojo kontraceptines priemones. Mažiausias rizikos veiksnys anot moterų, yra estrogenų poveikis. Jauniausiojo amžiaus- 18- 26 metų, respondentės akcentavo jonizuojančią spinduliuotę (9 proc.) ir mažą fizinį aktyvumą (9 proc.). Tuo tarpu 27- 40 metų moterys be minėtų veiksnių pabrėžė ir paveldimumo svarbą (10 proc.). Vyresniojo amžiaus moterys, t.y. 41- 60 metų amžiaus, lyginant su kitomis amžiaus kategorijomis, išskyrė daugiausiai krūties vėžio rizikos veiksnių: daugiau kaip 50 metų amžius (29 proc.), mažas fizinis aktyvumas (29 proc.), nutukimas (29 proc.), jonizuojanti spinduliuotė (29 proc.), bei žalingi įpročiai (28 proc.). Vyresnės kaip 60 metų moterys daugiausiai mano, kad įtakos turi paveldimumas (29 proc.) ir vyresnis amžius (26 proc.).

Kalbant apie bet kokius susirgimus, labai svarbu sužinoti ar pacientai žino tam tikrų ligų simptomus. Šiuo atveju, moterų buvo klausama kokius būtent krūties vėžio simptomus žino. Rezultatų pasiskirstymas pagal amžių pavaizduotas 14 paveiksle.

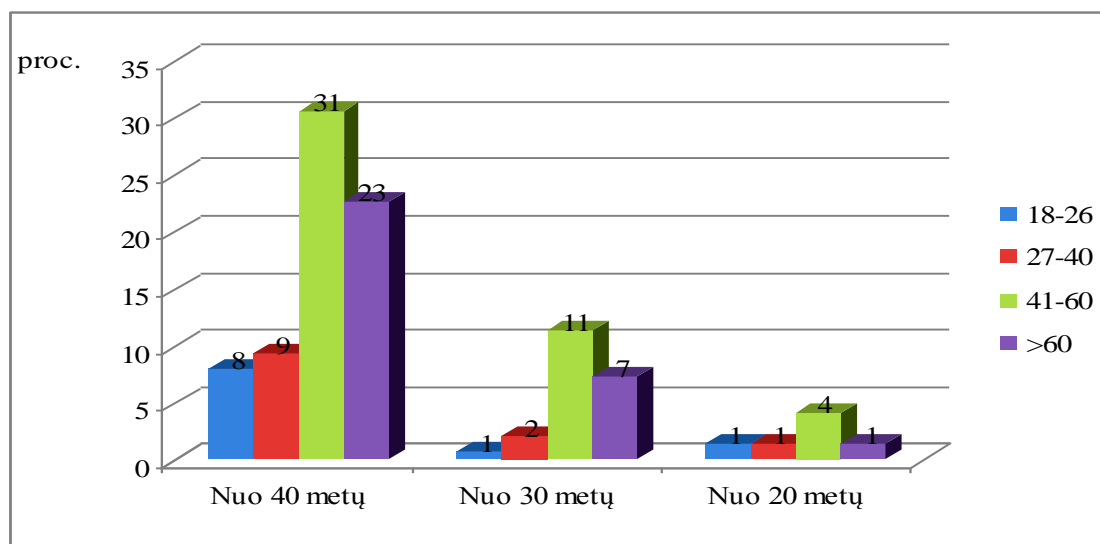


**14 pav.** Moterų nuomonė apie krūties vėžio simptomus pagal amžių

Matome, kad daugiausiai moterų žino tai, kad pasikeičia krūtų forma, krūties spenelio forma, bei atsiranda skausmas krūtyse. 18- 26 metų moterys daugiausiai žino apie krūties spenelio formos pasikeitimą (9 proc.), tuo tarpu 27- 40 metų labiau akcentuoja pačios krūties formos pasikeitimą (10 proc.) ir atsiradusį krūtų skausmą (9 proc.). Reikia pabrėžti, kad 41- 60 metų moterys, be šių minėtų simptomų, taip pat daugiausiai (remiantis visomis amžiaus kategorijomis) akcentavo padidėjusius pažasties limfmazgių (26 proc.) ir atsiradusių sukietėjimų ir darinių krūtyse (19 proc.) simptomus. Na, o vyriausios respondentės teigė žinančios apie krūties formos pasikeitimus (21 proc.) ir krūties spenelio

formos pasikeitimus (19 proc.). Pažymėtina, kad vyresnio amžiaus moterys daugiau nusimano apie krūties vėžio simptomus, kadangi daugiausiai jų akcentavo visus išvardintus simptomus. Taip pat galima teigti, kad visos moterys daugiau ar mažiau žino apie šiuos simptomus, kadangi kaip matome iš 14 paveikslėlio, tik 1 proc. moterų nepastebėjo jokių simptomų.

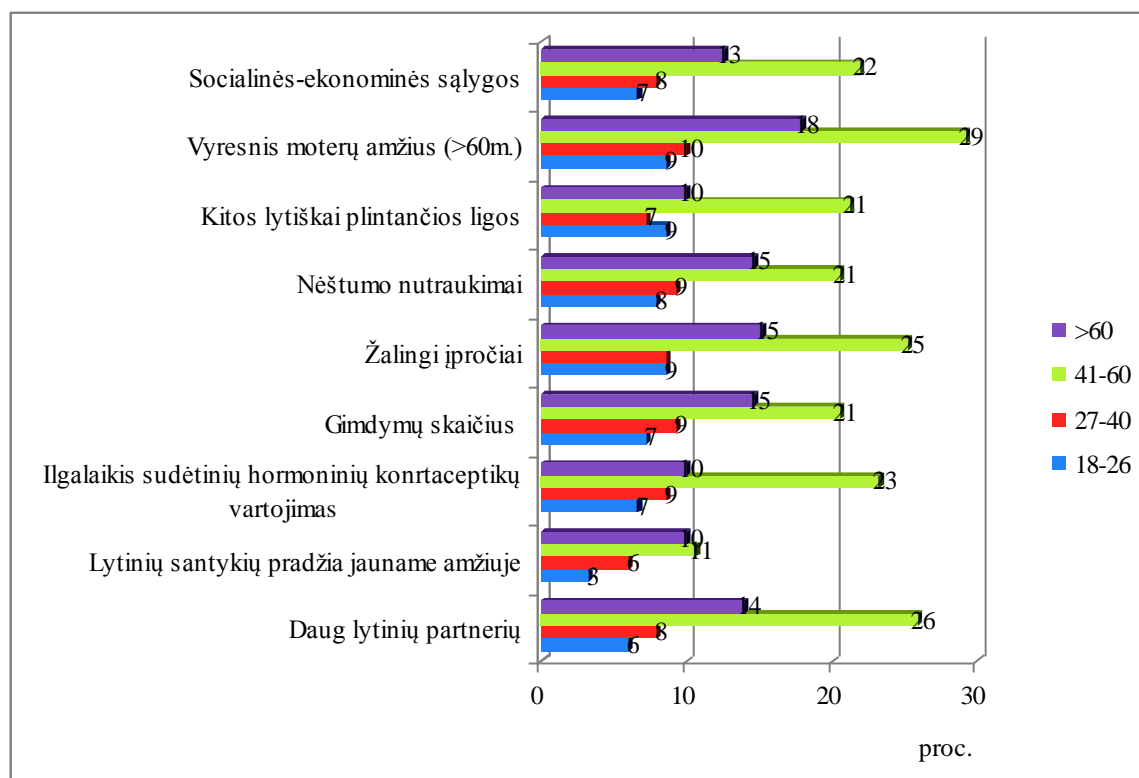
Moterų taip pat buvo klausama, kokio amžiaus moterims būdingi krūties vėžio susirgimai. Atsakymų rezultatai pavaizduoti 15 paveiksle.



**15 pav.** Moterų, dažniausiai sergančių krūties vėžiu amžius

Kaip matome, duomenų pasiskirstymas rodo, kad visų amžiaus grupių moterys daugiausiai mano jog, sergančiųjų krūties vėžiu amžius yra nuo 40 metų, kuris kaip nustatyta aukščiau (žr. 13 pav.) yra vienas pagrindinių veiksnių įtakančių krūties vėžio susirgimus. Pastebėtina, kad 41- 60 amžiaus moterys daugiausiai mano jog krūties vėžiu, rečiau, bet serga ir nuo 20, ir nuo 30 metų moterys. Taigi, galima daryti išvadą, kad krūties vėžys gali pasitaikyti bet kurio amžiaus moterims, tačiau dažniausiai šia liga suseraga vyresnio amžiaus moterys.

Išsiaiškinus apie krūties vėžio susirgimus, aktualu ištirti gimdos kaklelio vėžio susirgimą įtakančius veiksnius.

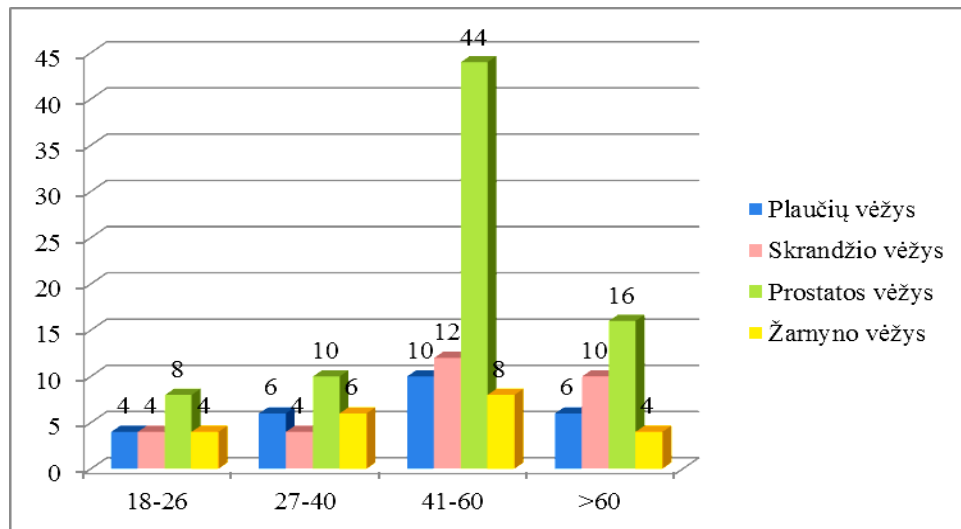


**16 pav.** Moterų nuomonė apie veiksnius sukeliančius gimdos kaklelio vėžį

Taigi, matome, kad visi išvardinti veiksniai sulaukė pakankamai daug pritarimo, tačiau labiausiai visose amžiaus grupėse akcentuojamas vyresnis moterų amžius, o mažiausiai įtakos turintis veiksnys anot moterų yra lytinių santykių pradžia jauname amžiuje. Atsakymų pasiskirstymas pagal amžių galima teigti pakankamai skiriasi: 18- 26 metų moterys labiausiai teigia, jog įtakojantys veiksniai yra žalingi įpročiai (9 proc.) ir lytiškai plintančios ligos (9 proc.), 27- 40 metų moterys pasisako už gimdymų skaičių (9 proc.) ir nėštumų nutraukimą (9 proc.), 41- 60 metų moterys akcentuoja lytinių partnerių gausą (26 proc.), bei žalingus įpročius (25 proc.), o vyresnės kaip 60 metų moterys akcentuoja nėštumo nutraukimus (15 proc.) ir žalingus įpročius (15 proc.). Galima daryti išvadą, kad tokį skirtingą rezultatų pasiskirstymą galėjo įtakoti respondenčių požiūris į gyvenimo būdą.

### 2. 3. 3. Vyrų žinios apie prostatos vėžį

Ankstyvos stadijos prostatos vėžį labai sunku pastebėti, nes jis plinta ir vystosi gana lėtai. Liga gali pasireikšti ir sukelti sveikatos problemų tik po kelerių metų, todėl reikia žinoti kaip anksti pastebėti prostatos vėžį ir užkirsti kelią jo plėtimuisi ( Sruogis; Tamošauskienė, 2006).

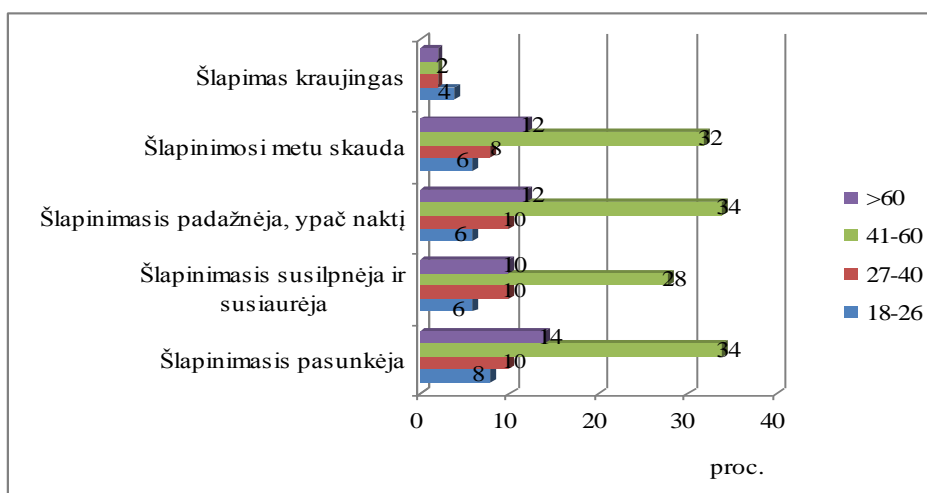


**17 pav.** Dažniausi onkologiniai susirgimai vyrų tarpe (proc.)

Vyrų buvo klausiama apie dažniausiai pasitaikančius onkologinius susirgimus vyrų tarpe (17 pav.). Tyrimo rezultatai parodė, jog vyrai mano, kad dažniausiai sergama prostatos vėžiu, rečiausiai – skrandžio vėžiu. Matome, kad prostatos vėžys akcentuojamas visų amžiaus grupių, ypač 41-60 metų vyrų, todėl galima daryti prielaidą, kad jaunesni vyrai šios rūšies onkologiniu susirgimu serga rečiau. Likusieji onkologiniai susirgimai yra keliskart retesni vyrų tarpe, todėl galima teigti, kad vyrai turėtų imtis prevencinių priemonių prieš prostatos vėžį: stebėti prostatos simptomus, vartoti papildus, vengti prostatos vėžį skatinančių veiksnių, ypač vyresnio amžiaus vyrams būtina reguliariai tikrintis, atlikti įvairius tyrimus.

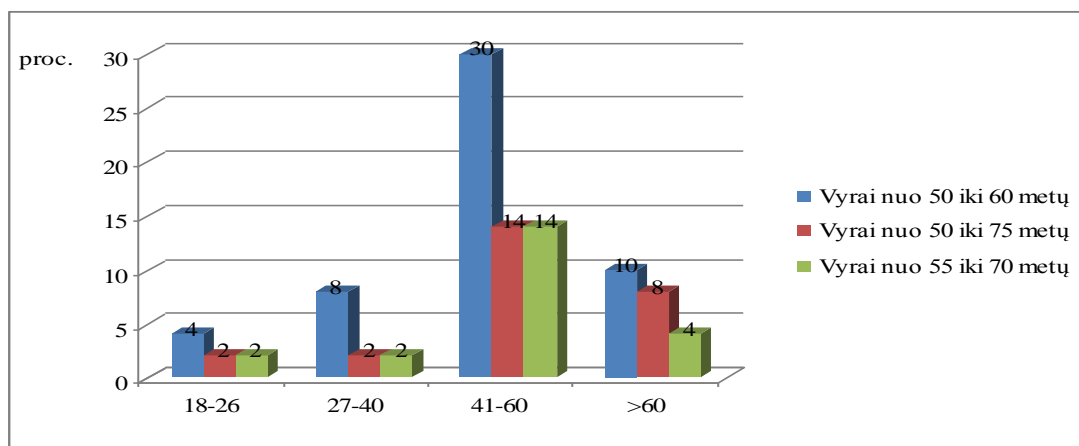
Matome, kad prostatos susirgimai yra dažniausi vyrų tarpe, todėl vyrai turėjo nurodyti prostatos vėžio simptomus, kurie pateikti 18 paveiksle.

Aleksandravičiūtė, Jaruševičius (2008) teigia, kad kai vėžys prostatoje yra ankstyvos stadijos, jokių juntamų simptomų nebūna. Jie atsiranda, kai vėžinis mazgas būna pakankamai didelis, kad galėtų spausti šlaplę ir trikdyti šlapinimąsi.



**18 pav.** Vyrų nuomonė apie prostatos vėžio simptomus pagal amžių

Tyrimo metu nustatyta, kad visų amžiaus grupių vyrai nurodė pasunkėjusį šlapinimąsi, kaip dažniausią prostatos vėžio simptomą. Taip pat, nors ir šiek tiek mažiau, tačiau visų amžiaus grupių vyrai akcentavo ir šlapinimosi padažnėjimą nakties metu, skausmą šlapinimosi metu, bei susilpnėjusio ir susiaurėjusio šlapinimosi simptomus. Mažiausiai įvertintas kraujingas šlapinimasis, daugiausiai šį simptomą akcentavo jauniausia vyrų kategorija, t.y. 18- 26 metų vyrai. 18- 26 metų vaikinai visus simptomus vertina kaip svarbius, išskeldami virš visų kraujingo šlapinimosi svarbą. Tuo tarpu 27- 40 metų vyrai be pasunkėjusio šlapinimosi (10 proc.) vienodai svarbiu simptomu įvardijo šlapinimosi padažnėjimą nakties metu (10 proc.), bei šlapinimosi susilpnėjimą ir susiaurėjimą (10 proc.). O nuo 41 ir vyresni kaip 60 metų vyrai, be pasunkėjusio šlapinimosi (48 proc.), nurodė padažnėjusio (46 proc.) ir skausmingo (44 proc.) šlapinimosi simptomus. Taigi, matome, kad skirtingo amžiaus vyrai skirtingai vertina prostatos vėžio simptomus, todėl respondentai taip pat turėjo nurodyti, kokio amžiaus vyrams reiktų tikrintis nuo prostatos vėžio (19 pav.).



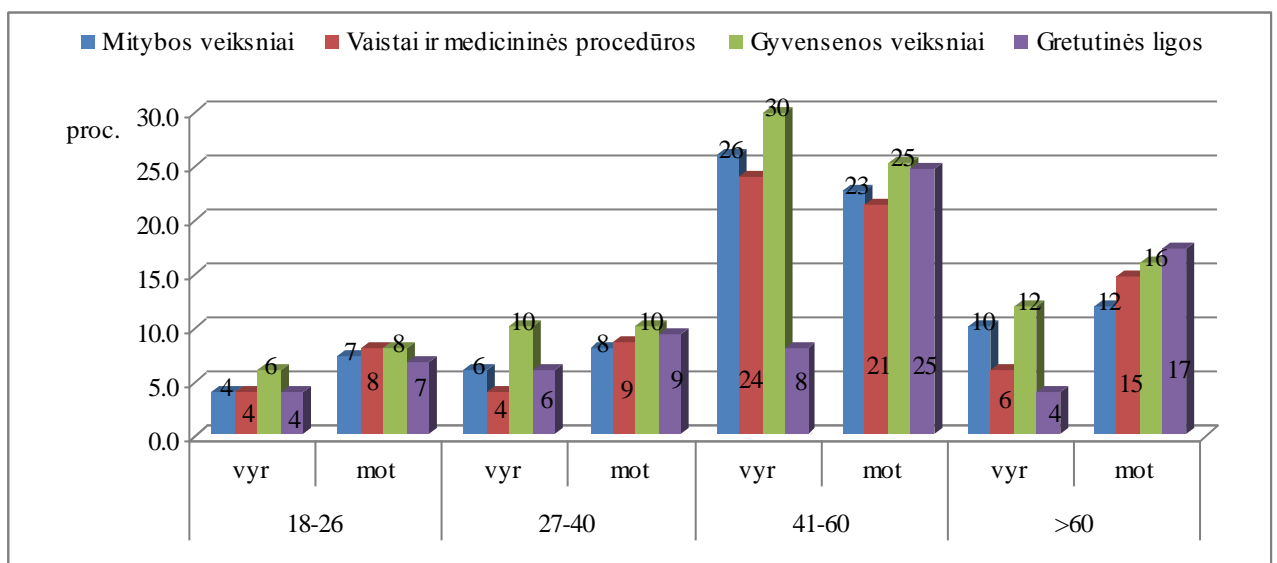
**19 pav.** Vyrų amžius kada būtina tikrintis dėl prostatos vėžio



Nustatyta, kad daugiau kaip pusė visų amžiaus grupių vyrų mano, jog tikrintis dėl prostatos vėžio būtina nuo 50- 60 metų. Likusi dalis apklaustųjų susiskirstė į dvi dalis, teigia, kad reikia tikrintis nuo 50- 75 metų (26 proc.), ir nuo 55- 70 metų (22 proc.). Visas amžiaus grupes, kada reikia tikrintis dėl prostatos onkologinių susirgimų, daugiausiai akcentavo vyresnio amžiaus apklaustieji, t.y. 41- 60 metų amžiaus ir vyresni kaip 60 metų vyrai.

### 2. 3. 4. Vyrų ir moterų žinios apie storą žarnyno vėžį

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos tikslas - kuo anksčiau nustatyti storosios žarnos vėžį. Todėl kas 2 metus reguliariai turėtų būti tikrinami asmenys, sulaukę 50-74 metų, atliekant slapto kraujavimo testą, pagal kurį galima numatyti ankstyvosios stadijos storosios žarnos vėžį. Tai leidžia efektyviai gydyti šią ligą ir pasiekti, kad pacientas visiškai pasveiktų. Gaubtinės žarnos vėžiu vienodai serga tiek vyrai, tiek moterys, o tiesiosios žarnos vėžiu dažniau serga vyrai (20–50%). Dažniausiai gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžiu suserga vyrai ir moterys tarp 50 ir 70 metų amžiaus. (Žilys ir kt., 2009). Visų pirma siekta išsiaiškinti respondentų nuomonę, kokie rizikos veiksniai įtakoja storą žarnyno vėžį (20 pav.).

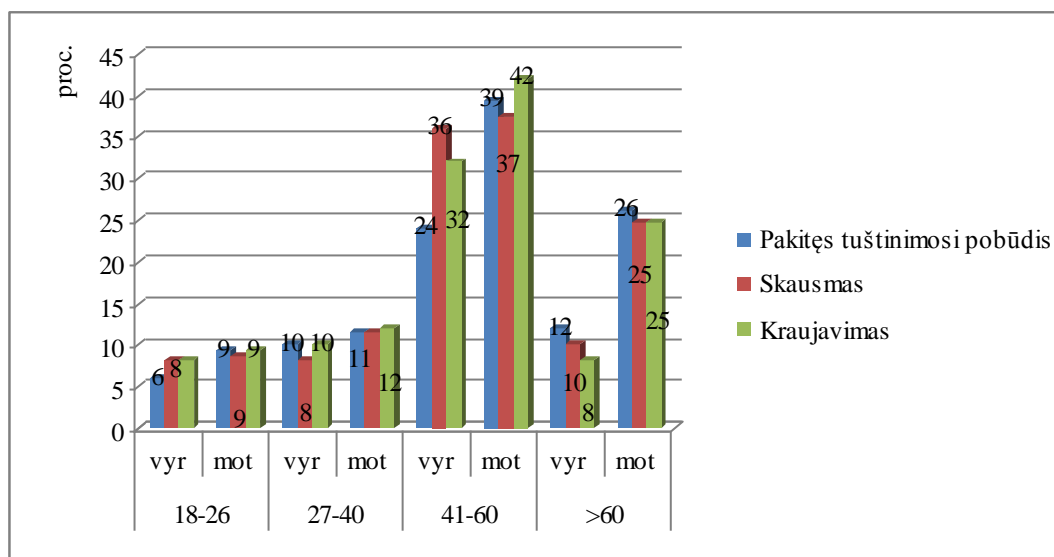


20 pav. Storą žarnyno vėžio rizikos veiksniai pagal lytį ir amžių

Nustatyta, kad apklaustieji labiausiai pasisakė už gyvenenos veiksnius, tačiau reikia pabrėžti, kad ne mažiau minėjo ir likusius rizikos veiksnius. 18- 26 metų ir 27- 40 metų vyrai ir moterys labiausiai išskyrė gyvenenos veiksnius. Akcentuotina, kad šio amžiaus moterys taip pat pabrėžia vaistų ir medicininių procedūrų įtaką, kai vyrai nelinkę išskirti šio rizikos veiksnio. Kalbant apie 41- 60

metų respondentus, vyrų ir moterų nuomonės sutampa dėl mitybos, vaistų ir medicininių procedūrų, bei gyvenamos veiksnų, tačiau aiškiai matome, kad vyrai neišskiria gretutinių ligų svarbos lyginant su moterimis. Žiūrint į vyresnių kaip 60 metų apklaustųjų atsakymus matome, kad vyrai ir moterys sutaria dėl mitybos ir gyvenamos veiksnų įtakos, tačiau moterys akcentuoja ir vaistų, medicininių procedūrų (15 proc.) ir gretutinių ligų (17 proc.) rizikos veiksnius, kai tuo tarpu šio amžiaus vyrai nemano esant juos svarbius (atitinkamai 6 proc. ir 4 proc.). Taigi galima teigti, kad moterys, ypač vyresnio amžiaus, linkusios įvertinti kuo daugiau rizikos faktorių, todėl galima daryti prielaidą, kad vyrai turi mažiau informacijos apie storio žarnyno vėžio rizikos veiksnius.

Sekančiu klausimu respondentai turėjo įvardyti pagrindinius storio žarnyno vėžio simptomus, kurie pateikti 21 paveiksle.

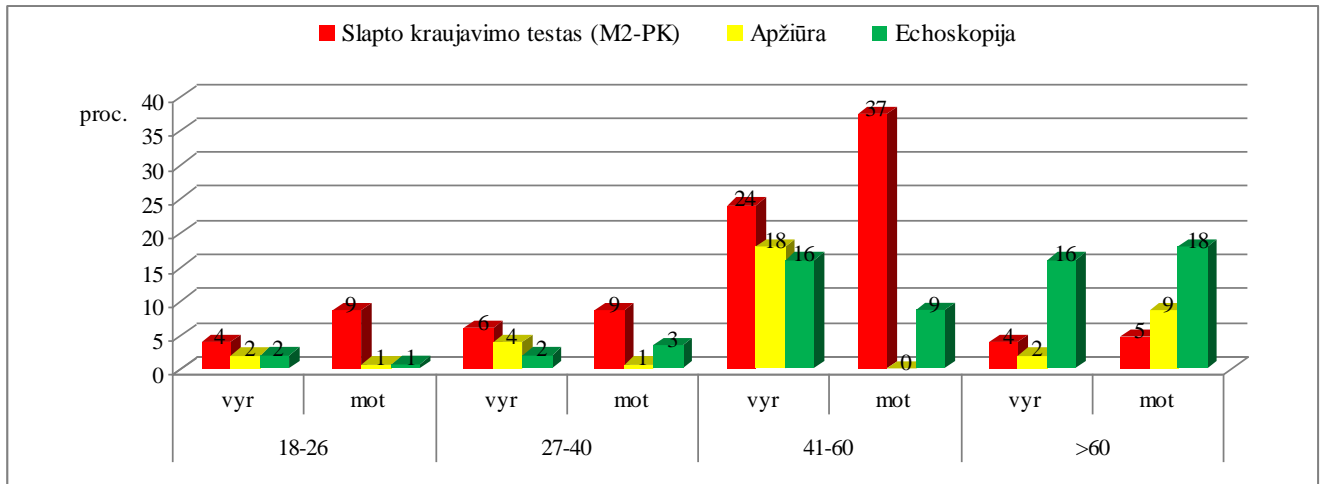


**21 pav.** Storojo žarnyno vėžio simptomai pagal lytį ir amžių

Atsižvelgiant į rezultatų pasiskirstymą, tiek vyrai, tiek moterys akcentavo visus minimumus storio žarnyno vėžio simptomus: pakitęs tuštinimosi pobūdis, skausmas ir kraujavimas. Kalbant apie 18-40 metų vyrų ir moterų atsakymų rezultatus, matome, kad šio amžiaus vyrai ir moterys mano panašiai, kadangi apklaustieji simptomus įvertino panašiai. Tačiau vyresnio amžiaus vyrai, t.y. 41-60 metų, labiausiai išskiria skausmą (36 proc.) ir kraujavimą (35 proc.), mažiau paminėdami pakitusio tuštinimosi veiksnio įtaką. Tuo tarpu vidutiniškai 40 proc. šio amžiaus moterų sutinka su kiekvienu iš šių simptomų. Vyresni nei 60 metų apklaustieji vyrai mano šiek tiek kitaip: šiuo atveju akcentuojamas pakitęs tuštinimosi pobūdis (12 proc.) ir skausmas (10 proc.), mažiau akcentuojamas- kraujavimas (8 proc.). O šio amžiaus moterys sutinka su kiekvienu simptomu. Galima teigti, kad moterys atsakingiau vertina sveikatos būklę, ir dėl įvairių simptomų jos labiau linkusios kreiptis į gydytojus, todėl galima

daryti prielaidą, kad dėl ankstyvos diagnozės nustatymo moterų tikimybė pasveikti yra didesnė nei vyrų.

Kitu klausimu buvo siekiama išsiaiškinti ar respondentai žino apie ankstyvąją storojo žarnyno vėžio diagnostiką, pateikta 22 paveiksle.

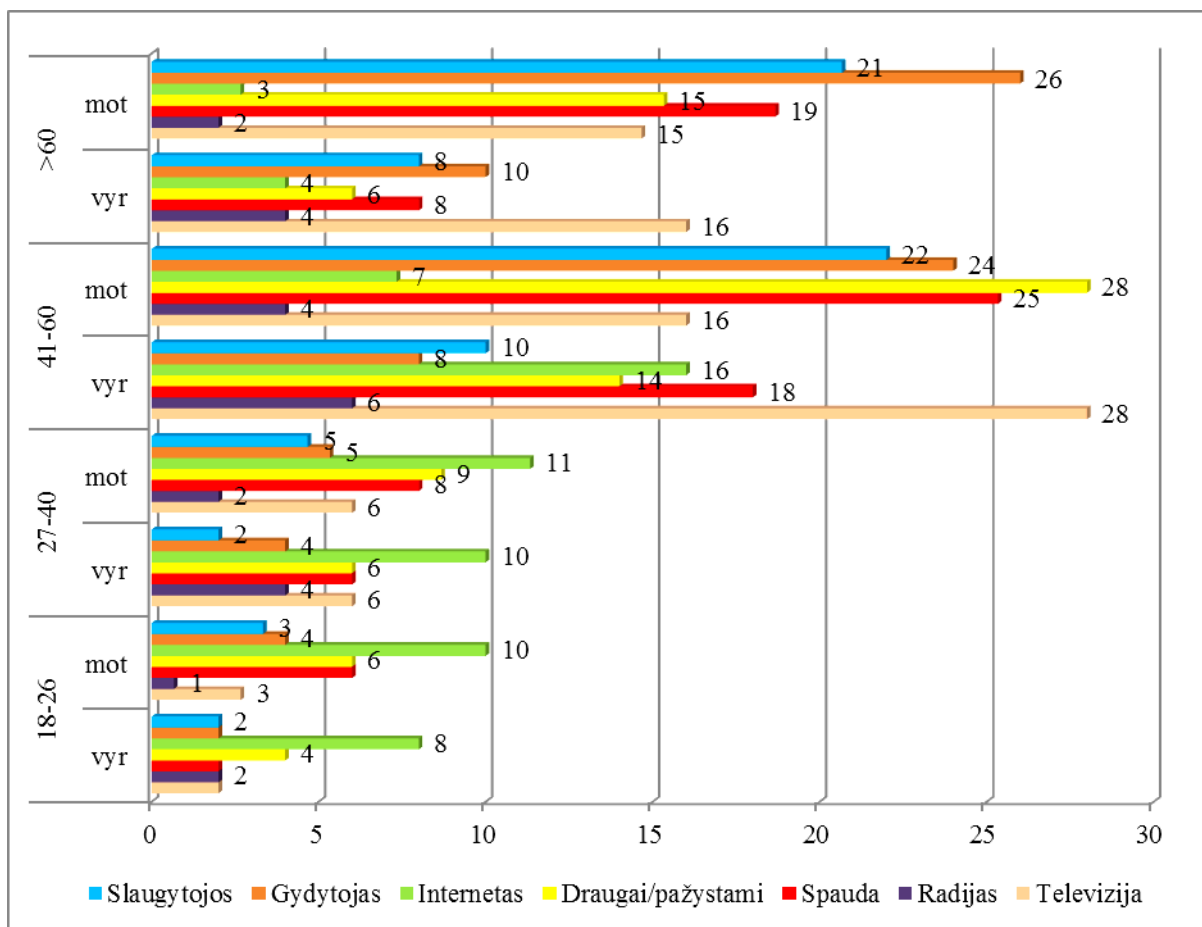


**22 pav.** Storojo žarnyno vėžio ankstyvoji diagnostika lyties ir amžiaus atžvilgiu

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiausia apklaustųjų mano, jog ankstyvąją storojo žarnyno vėžio diagnostiką galima M2- PK tyrimu (slapto kraujavimo tyrimas išmatose). Mažiausiai apklaustųjų mano, jog šią ligą galima nustatyti apžiūros metu. Iš 22 paveikslo matome, kad 18- 40 metų vyrai ir moterys daugiausiai pasisakė už slapto kraujo testą, tačiau reikia atkreipti dėmesį, kad šio amžiaus moterys abejoja apžiūros rezultatais (2 proc.), tuo tarpu yra daug daugiau vyrų (6 proc.) manančių jog apžiūros metu galima nustatyti storojo žarnyno vėžinius susirgimus. Tuo tarpu net 18 proc. 41- 60 metų vyrų apžiūrą įvertino kaip vieną efektyviausių būdų, tačiau nebuvo nė vienos šio amžiaus moters sutikusios su apžiūros veiksmingumu. Rezultatai skiriasi vyresnių kaip 60 metų respondentų kategorijoje, net 9 proc. vyriausiojo amžiaus moterų sutinka su apžiūros būdu, tuo tarpu vyrų tik 2 proc. Taip pat akcentuotina, kad šio amžiaus moterys labiau vertina echoskopijos nei slapto kraujo tyrimo rezultatus.

### 2. 3. 5. Respondentų informavimas

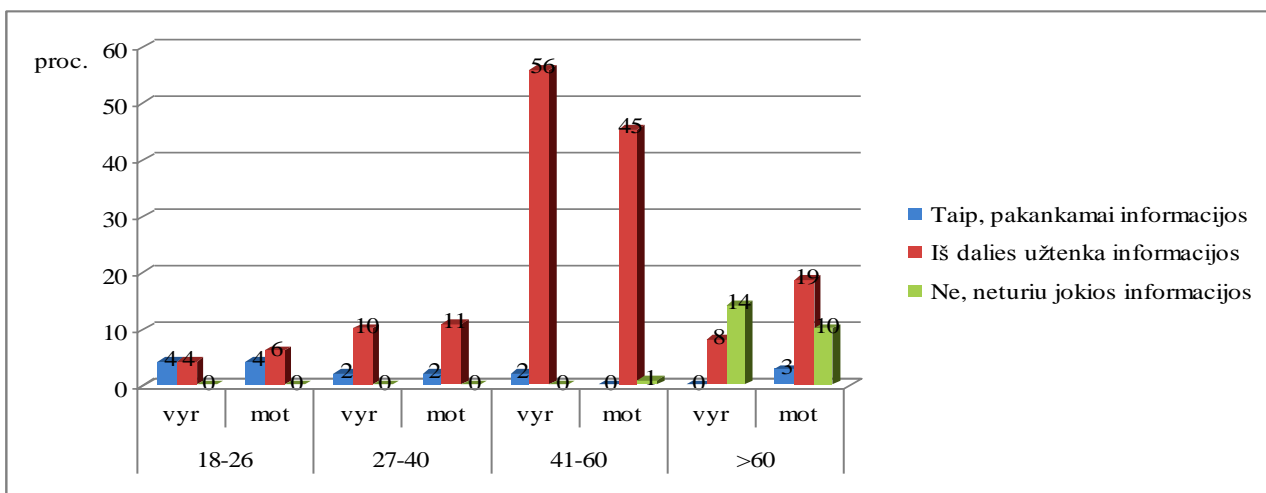
Tyrimo metu vykdomoje apklausoje, nustatyta, kad vyrai ir moterys nemažai turi informacijos apie onkologinius susirgimus.



**23 pav.** Informacijos gavimas apie profilaktinius patikrinimus (proc.)

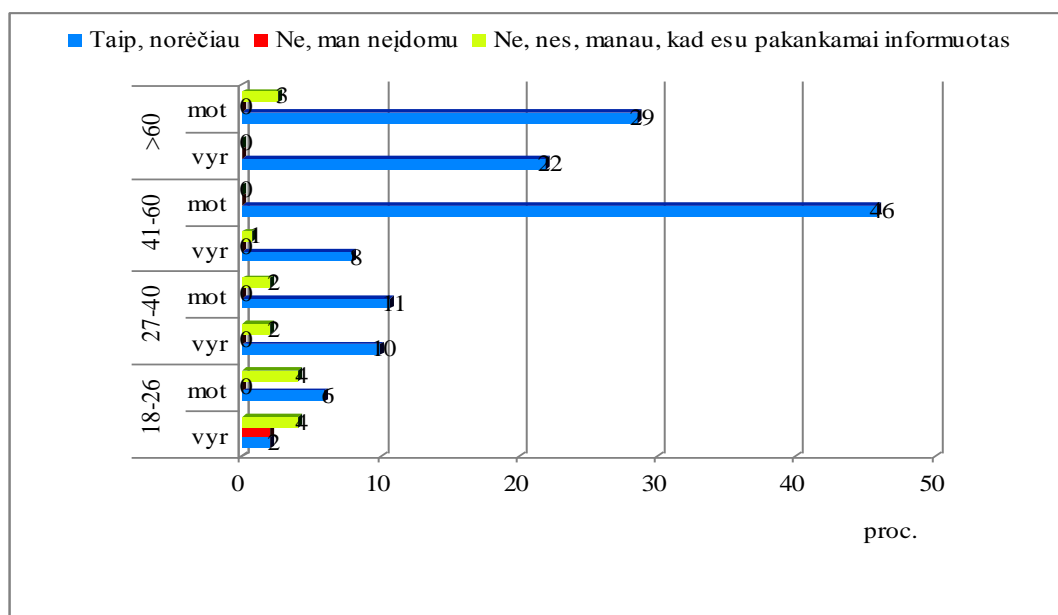
Siekama išsiaiškinti iš kur apklaustieji sužino apie profilaktinius patikrinimus (23 pav.). Tyrimas parodė, kad daugiausia apklaustųjų šią informaciją sužino iš spaudos, draugų, bei gydytojų. Mažiausiai informacijos šiuo klausimu suteikia radijo programos. Matome, kad 18-26 ir 27-40 metų respondentai, tiek vyrai, tiek moterys daugiausiai informacijos gauna iš interneto, mažiausiai - klausant radijo, ir slaugytojų. Kalbant apie 41-60 amžiaus apklaustuosius, duomenys pasiskirstė skirtingai: vyrai daugiausiai sužino iš televizijos (28 proc.), tuo tarpu moterys iš draugų/ pažįstamų (28 proc.), spaudos (25,3 proc.) arba gydytojų (24 proc.). Šio amžiaus vyrai ir moterys mažiausiai informacijos gauna iš radijo. Vyriausieji respondentai vyrai nurodė, kad daugiausia informacijos jiems suteikia televizija (16 proc.), o moterims - gydytojai (26 proc.). Taigi galime daryti išvadas, kad jaunesni žmonės ir įvairaus amžiaus vyrai daugiausia informacijos gauna interaktyviomis priemonėmis, t.y. internetu, televizija. Tuo tarpu vyresnio amžiaus moterys informaciją gauna komunikuodamos su draugais, pažįstamais, savo gydytojais ir pan.

Apklausoje metu buvo siekta išsiaiškinti, ar bendruomenė turi pakankamai informacijos. Rezultatų pasiskirstymas pavaizduotas 24 paveiksle.



**24 pav.** Informacijos pakankamumas apie ankstyvos stadijos vėžinius susirgimus

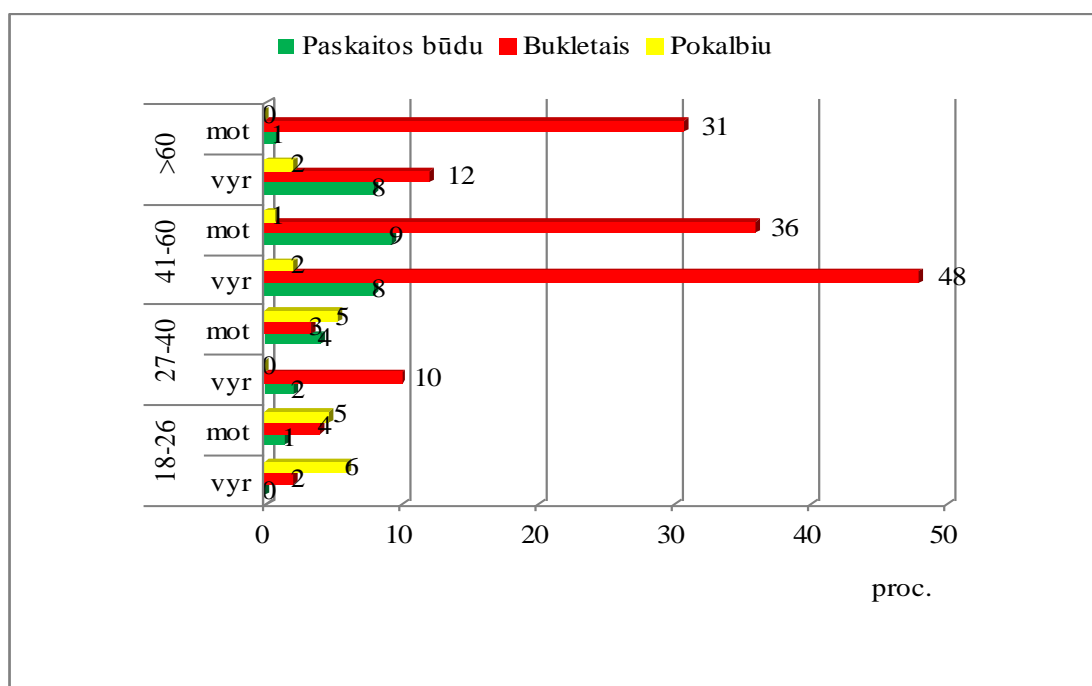
Matome, kad apklaustųjų neturinčių apskritai jokios informacijos yra labai maža dalis. Šią dalį sudaro tik vyresni kaip 60 metų vyrai ir moterys. Likusieji daugiau ar mažiau turi informacijos apie ankstyvos stadijos vėžinius susirgimus. Daugiausia apklaustųjų teigia, kad tik iš dalies užtenka informacijos, daugiausia jų 41- 60 metų vyrai ir moterys. Daugiausiai teigiančių, kad turi pakankamai informacijos yra jauniausiojo, t.y. 18- 26 metų apklaustieji. Remiantis šiais rezultatais galime teigti, kad daugiau ar mažiau apklaustieji turi informacijos apie ankstyvos stadijos vėžinius susirgimus. Tačiau svarbu įvertinti ar informacijos stoka yra dėl netinkamų informavimo priemonių ar dėl žmonių, ypač vyresniojo amžiaus, nenoro priimti informaciją. Šių klausimų analizė pateikta sekančiuose paveiksluose.



**25 pav.** Respondentų noras sužinoti daugiau informacijos apie vėžinius susirgimus

Nustatyta, kad didžioji dauguma, t.y. 83 proc. apklaustųjų nori gauti daugiau informacijos, t.y. kaip išvengti komplikacijų dėl vėžinių susirgimų. Didžiąją šių respondentų dalį sudaro vyriausieji, t.y. nuo 41 metų ir vyresni kaip 60 metų vyrai ir moterys. Kaip matome tik 2 proc. apklaustųjų, kuriuos sudaro 18- 26 metų vyrai, nenori daugiau informacijos kadangi tai nedomina. Likusieji teigia, kad nenori, nes jaučiasi pakankamai informuoti. Šia apklaustųjų grupę sudaro 18-40 metų vyrai ir moterys. Taigi, 25 paveiksle matome, kad mažiausiai turintys informacijos apie onkologinius susirgimus ir jų prevenciją bei gydymą, yra vyresnio amžiaus respondentai, vis dėl to norėtų jos gauti daugiau, todėl galima daryti prielaidą, kad naudojamos dabartinės informavimo priemonės yra nevisiškai efektyvios vyresnio amžiaus žmonių atžvilgiu.

Todėl kitu klausimu buvo siekiama išsiaiškinti koks informavimo metodas tinkamiausias. Atsakymų rezultatai pavaizduoti 26 paveiksle.



26 pav. Tinkamiausias informavimo metodas

Tyrimo metu nustatyta, kad daugiausiai respondentai pasisakė už bukletus. Kaip matome, norinčių gauti informaciją bukletuose, daugiausiai nori 41- 60 metų ir vyresni kaip 60 metų asmenys, bei 27- 40 metų vyrai. Tuo tarpu 18- 26 metų vyrams ir moterims, bei 27- 40 metų moterims aktualiausias informacijos gavimas pokalbio metu. Reikia pabrėžti, kad pokalbio metodas mažiausiai paklausus. Informacijos gavimas paskaitos būdu šiek tiek paklausesnis nei pokalbio metu. Paskaitų labiausiai norėtų 41- 60 metų vyrai ir moterys, bei vyresni kaip 60 metų vyrai. Pastebėtina, kad daugiausia vyrų nuo 27 metų iki pačių vyriausių, pasisako už informacijos gavimą bukletų metodu. Tuo

tarpu 18- 40 metų moterims aktualiausia informaciją gauti pokalbių metu, o vyresnėms kaip 40 metų moterims - bukletuose.

J. Bydam (2000) teigia, kad tik 20% žmonių supranta žodžiu gautą informaciją, todėl rašytinė informacija gali būti vertingas priedas informuojant ir mokant pacientą. Papildant žodinę informaciją knygele arba lankstinuku pacientui suteikiama galimybė vėl prie jos grįžti.

Kaip rašoma mokslinėje literatūroje, bendruomenė labiau rinktųsi bukletų ir pokalbio metu gautos informacijos suteikimo metodus.

## Išvados

1. Mokslinės literatūros duomenimis išsiaiškintos vėžio profilaktikos kryptys. Įrodyta ir aprašyta, kad, vykdant profilaktines priemones: pirminę profilaktiką – šalinant iš žmogaus aplinkos naviką sukeliančius veiksnius, antrinę – gydant ligonius, sergančius ikinavikinėmis ligomis, sergamumas vienu ar kitų organų vėžiu gerokai mažėja.
2. Didžioji dauguma apklaustųjų, t.y. net 68 proc. teigia žinantys fizinio neaktyvumo žalą. Tačiau tik 20 proc. visų apklaustųjų mano, kad fizinis aktyvumas yra prevencinė priemonė prieš onkologinius susirgimus.
3. Tyrimo duomenimis, išsiaiškinta, kad daugiausiai gerų mitybos įpročių turi jauni ir vyresni nei 60 metų vyrai, tuo tarpu visų amžiaus kategorijų moterys stengiasi kuo tinkamiau maitintis ir vengti nesveiko maisto, trečdalis (31,5 proc.) apklaustųjų valgo suderintai tris kartus per dieną, ir daugiau kaip pusė (53,5 proc.) respondentų stengiasi turėti režimą, tačiau ne visada pavyksta, kas parodo, kad nemažai apklaustųjų žino sveikos mitybos svarbą.
4. Tyrimo duomenys parodė, kad alkoholio vartojimas yra labiau paplitęs, negu rūkymas. Ir vyrai, ypačiai vyresnio amžiaus, yra labiau linkę turėti žalingų įpročių nei moterys.
5. Pateikta 11 veiksnių, kurie turi įtakos onkologiniams susirgimams. Tik vienas respondentas pažymėjo visus nurodytus veiksnius, o kitų atsakymuose dominavo 6-7 veiksniai (vyresnis amžius (daugiau nei 60 m.), paveldimumas, žalingi įpročiai ir kt.), kurie parodo, kad respondantai žino tik apie pusę iš nurodytų veiksnių, turinčių įtakos onkologiniams susirgimams. Išsiaiškinta, kad kuo vyresni respondantai, tuo turi daugiau informacijos nei jaunesni, tačiau turi jos nepakankamai. Patvirtinimui naudotas koreliacijos koeficientas, kuris parodė stiprų ryšį tarp respondentų amžiaus ir turimų žinių apie gyvensenos įtaką onkologiniams susirgimams.
6. Tyrimo duomenimis išsiaiškinta, kad tik apie pusę apklaustųjų žino krūties vėžio keliamus simptomus. O kaip svarbiausią gimdos kaklelio vėžio ir krūties vėžio susirgimų rizikos veiksnį įvardija vyresnį amžių (daugiau kaip 50-60m.).
7. Tyrimo duomenys parodė, kad visų amžiaus grupių vyrai nurodė pasunkėjusį šlapinimąsi, kaip dažniausią prostatos vėžio simptomą.
8. Išsiaiškinta, kad tiek vyrai, tiek moterys akcentavo visus minimus storojo žarnyno vėžio simptomus, 41-60 amžiaus moterys vidutiniškai 40 proc. moterų sutinka su kiekvienu iš šių simptomų, o šio amžiaus vyrai labiausiai išskiria skausmą.
9. Tyrimo metu vykdomoje apklausoje, nustatyta, kad vyrai ir moterys informacijos apie onkologinius susirgimus turi, tačiau nepakankamai. Išsiaiškinta, kad bendruomenei labiausiai



priimtini pokalbio ir bukletų informacijos gavimo metodai. Pasiremiant tyrimo rezultatais, buvo surengta paskaita ir reikalinga/trūkstama informacija pateikta lankstinukuose.

Darbe iškelta hipotezė, kad bendruomenės nariai turi mažai informacijos apie gyvensenos įtaką onkologiniams susirgimams ir jų prevenciją, patvirtinta skaičiuojant koreliacijos koeficientą, kurio reikšmė parodė stiprų ryšį tarp respondentų amžiaus ir turimų žinių apie gyvensenos įtaką onkologiniams susirgimams.

## Literatūra

1. Aizenas M., Didžiapetrienė J., Gričiūtė L., Rotomskis R., Streckytė G. Ką turėtume žinoti apie vėžį. <http://www.biofotonika.ff.vu.lt/onkonet/cancer/1.html> (žiūrėta 2011-12-22).
2. Aleknevičienė B., Smailytė G., Elaawar B., Kurtinaitis J. (2002). Gimdos kaklelio vėžys. Sergamumo bei mirtingumo pokyčiai Lietuvoje. *MEDICINA* 38 tomas, Nr. 2. 223 – 230.
3. Aleknavičius E., Burneckis A., Grybauskas M., Sruogis A. (2003). Klinikinė prostatos specifinio antigeno reikšmė. Clinical usefulness of prostate specific antigen. *Internistas* 1. 36-41.
4. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr.V-729 (Žin., 1994, Nr.63-1231; 1998, Nr. 112-3099).
5. Asadauskaitė R., Strumylaitė L., Abdrachmanovas O. (2009). Krūties vėžys ir mityba. *Visuomenės sveikata*. 2009/4(47). 44-50.
6. Baubiniene D. (1995). Fizinio pajėgumo testas ir sveiko gyvenimo įpročių formavimas. Kaunas.
7. Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M., Siegrist J. (2007). Health differences between European countries. *Social Science & Medicine*. 1665–1678.
8. Bydam J. (2000) *Pedagogika*, Vilnius.
9. Butkutė D., Butkus K. (2010). Žarnyno vėžys. <http://www.pasveik.lt/naujausi-medicinos-straipsniai/zarnyno-vezys/56406> (žiūrėta 2012-06-05).
10. Churchill G. A. (1995). *Marketing research: Methodological foundations*. 6th ed. - Fort Worth, TX: Dryden Press.
11. Characiejus D. (2005). *Sveikatos mokslai*. Nr.1.1-51.
12. Dikčius V. (2003). *Marketingo tyrimai: teorija ir praktika*. – Vilnius: Vilniaus vadybos kolegija.
13. Europos Kovos Su Vėžiu Kodeksas 3 versija [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/cancercode\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/cancercode_lt.pdf). (žiūrėta 2011 – 11 – 22).
14. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymu Nr.V-482 (Žin., 2004, Nr. 104-3856).
15. Gyvensena. <http://lt.wikipedia.org/wiki/Gyvensena> (žiūrėta 2012 – 10 – 17).
16. Gričiūtė L., Didžiapetrienė J., Tamošauskienė J. (2003). Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, "Sveikas žmogus". Nr. 1.

17. Griciūtė L. (2008). Dar kartą apie vėžį ir gyvenimo būdą. *Onkologija* (žurnalo *Internistas* priedas). 2: 18–18.
18. Griciūtė L. (2001). *Navikai. Patologinė anatomija*, Kaunas.
19. Griniuvienė L. (2001). *Statistikos praktiniai darbai: metodinė medžiaga*. Vilnius: VPU Leidykla.
20. Gudlevičienė Ž., Stukonienė Z. (2004). Gimdos kaklelio vėžio rizikos veiksniai. *Sveikata* 2004-7. 29 – 30.
21. Herndon JE 2nd, Kornblith AB, Holland JC, Paskett ED. (2011). Effect of socioeconomic status as measured by education level on survival in breast cancer clinical trials. *Psychooncology*. Doi: 10.1002/pon.2094.
22. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas. Vadovėlis*. Vilnius: MRU leidykla.
23. Jankevičius F., Sruogis A. (2002) Priešinės liaukos vėžio diagnostikos ir gydymo rekomendacijos. *Gydymo menas*. Nr.05(81).17-22.
24. Javtokas Z., Goštautas A., Žaguninas K. (2002). Suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos žinių, elgsenos ir įpročių tyrimų duomenys. *Sveikata: VSUC leidinys*, 1997 – 2001.
25. Juozulynas A., Ceremnych E., Kurtinaitis J., Jankauskiene K., Reklaitiene R. (2005). *Gyvenimo kokybe ir sveikata // Sveikatos mokslai*, nr. 1. (38).
26. Kalėdienė R., Petrauskienė J. Rimpela A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*, Kaunas. Šviesa.
27. Kardelis K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. 2-asis pataisytas ir papildytas leidimas*. Kaunas.
28. Kardelis K. (2007). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. – Šiauliai: Liucilijus.
29. Kaffemanienė I. (2006) "Negalės ir socialinės gerovės tyrimų metodologiniai aspektai", VŠĮ Šiaulių universiteto leidykla.
30. Krilavičiūtė-Lazar. J. (2005). Onkologine liga sergančių bei patiriančių skausmą pacientų slaugos aspektai. *Mokslinė-praktinė konferencija*. 9.
31. Kumar R. (2005). *Research methodology. Second edition*. - London: SAGE Publications.
32. Kurtinaitis J.(2004). *Piktybiniai navikai Lietuvoje*. *Sveikata* 2004-7. 4.
33. Kvainauskaitė V. (2005). *Tarptautinių ekonominių santykių pagrindai: mokomoji knyga*. – Kaunas: Technologija.
34. Last J. *Gyvensena*. <http://www.vvsb.lt/index.php/sveikatos-stebesena/gyvensena> (žiūrėta 2011-10-10).

35. Laurinavičius A. (2002). Ginekologinė patologija, Vilnius.
36. Lietuvos medicinos norma MN 14:2005. Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė. Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. Įsakymu Nr. V-1013 (Žin., 1994, Nr. 63-1231;1998, Nr. 112-3099).
37. Lietuvos respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas I skyrius (1998), Nr. 52-1425.
38. Luobikienė I. (2008). Sociologinių tyrimų metodologija. – Kaunas: Technologija.
39. Martinez – Gonzalez M. A., Varo J.L., Santos J.L. at. al. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. Medicine and science in sports and exercise. Official journal of the American college of sports medicine, 33, 1142-1146p.
40. Medicinos enciklopedija (1993).
41. Mieszkowski R.M. (2006). Cancer – a biophysicist's point of view.
42. Naužemis R. (2000). Fizinio aktyvumo paslaptys. Vilnius. 4-19.
43. National Cancer Control Programmes. (2002) .Policies and Managerial Guidelines. World Health Organization, Geneva.
44. Onkologinės ligos. <http://www.gsk.lt/vaistais-onkologines.html>. (žiūrėta 2011- 12- 11).
45. Ouzky M. (2008). Kova su vėžiu išsiplėtusioje ES.  
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=LT&type=IM-PRESS&reference=20080401BRI25389&secondRef=ITEM-002-LT> (žiūrėta 2011- 12- 11).
46. Paškevičius L. Sveikatos patikrinimo programos. <http://www.medcentras.lt/lt>. (žiūrėta 2011-11-16).
47. Pavliukovič E., Gudlevičienė Ž. (2009). Onkologinių ligonių gydymas angiogenezę veikiančiais preparatais. Onkologija: žurnalo Internistas priedas. 4:8-9.
48. Pečkienė V. (2004). Paprastos priemonės nuo negailestingos ligos. Sveikas žmogus. Nr. 7. 10.
49. Plisienė J. (2005). Moters organizmo anatominiai ir fiziologiniai pokyčiai, Kaunas.
50. Pranulis V. (1998). Marketingo tyrimai. – Vilnius: Kronta.
51. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr.V-973 (Žin., 1994, Nr.63-1231; 1998, Nr. 112-3099).
52. Pundzius J. (2008). Dėl valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo. [http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5\\_show?p\\_d=60463&p\\_r=698&p\\_k=1](http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_d=60463&p_r=698&p_k=1) (žiūrėta 2011- 11- 22).
53. Rogers R. Ligų profilaktika ir sveikatos mokymas. [http://www.slauga.lt/kursai/05\\_dalis.pdf](http://www.slauga.lt/kursai/05_dalis.pdf). (žiūrėta 2011 – 11 – 16).

54. Rotomskis R., Streckytė G., Gričiūtė L. (2002). Fotosensibilizuota navikų terapija: pirminiai vyksmai. Lietuvos mokslas, Vilnius, 278.
55. Steps to health. (2007). A European framework to promote physical activity for health. Regional Office for Europe of the World Health Organization, Copenhagen, Denmark.
56. Stepaitienė A. (1999). Sveika gyvensena. Vilnius. 8-45p.
57. Steponavičienė L. (2008). Pagyvenusių žmonių navikų gydymas: krūties vėžys. Onkologija (žurnalo Internistas priedas), 2008; 3: 36–38.
58. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. Įsakymu Nr. V-508 (Žin., 2009, Nr. 33-1268).
59. Sruogis A., Petraitis T., Ulys A. (2008). Prostatos vėžys – dažniausia vyrų onkologinė liga. Lietuvos gydytojo žurnalas. 2008; 5/6. 46–49.
60. Šarauskienė L. (2003). Vėžys – nebijoti, o nugalėti. Kaunas.
61. Šnipas A. (1993). Individo sveikata – socialinis kultūros rodiklis. Kultūra ir medicina. Konferencijos medžiaga. Kaunas.
62. Tarptautinės kovos su vėžiu organizacijos (UICC) duomenimis. <http://www.uicc.org> (žiūrėta 2012 - 06-03).
63. Tarptautinių žodžių žodynas (1998). Red. A. Kinderys. Vilnius.
64. Tarptautinių žodžių žodynas (2004). Red. V. Vatkevičiūtė. Vilnius.
65. Tidikis R. (2003). Socialinių mokslų tyrimų metodologija. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, p. 367.
66. The World Health Report 2002 – reducing risks, promoting health life style. Geneva: WHO; 2002. Available from: URL: <http://www.who.int/whr/2002/en/>. (žiūrėta 2011- 11-17).
67. Ulys A. (2004). Šiuolaikinė prostatos vėžio diagnostika. Sveikata. 2004-7. 13 – 15.
68. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. <http://www.vlk.lt/vlk/lt/> (žiūrėta 2012-04-18).
69. Valuckas K. P. (2005). Gimdos kaklelio vėžys. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, tomas IX, Nr. 3, 192.
70. Valuckas K. P., Didžiapetrienė J., Atkočius V., Characiejus D. (2004). Onkologijos mokslo plėtra Vilniaus universiteto Onkologijos institute. Medicina (Kaunas) 2004;40(12) 1232-1238.
71. Valuckas K., Aleknavičienė B., Aleknavičius E., Burneckis A. ir bendr. (1997). Pagrindinių piktybinių navikų lokalizacijų diagnostikos ir gydymo pagrindai. Mokymo priemonė. Vilnius, 194.

72. Vaidotienė L. (2005). Ankstyva gimdos kaklelio vėžio diagnostika. Sveikata 6-7. 39.
73. Vaitiekūnaitė N. (2004). Onkologinių ligonių rehabilitacija. Sveikata 2004-7. 26 – 27.
74. Vidžiūnaitė A. Storosios žarnos vėžys. [http://www.infomed.lt/ligos/storosios\\_zarnos\\_vezys-05283637d5.html](http://www.infomed.lt/ligos/storosios_zarnos_vezys-05283637d5.html). (žiūrėta 2012 - 06-03).
75. Volbekienė V. (2004). Fizinis aktyvumas: gyvenimo įgūdžių pamokos : studijų knyga. Vilnius: LSIC. 130 p.
76. Žilys S., Steponavičienė R., Gudlevičienė Ž. (2009). Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos ir gydymo aktualijos. Onkologija: žurnalo Internistas priedas. 4:48-52.
77. Žydžiūnaitė V. (2007). Tyrimo dizainas: struktūra ir strategijos: mokomoji knyga. Kaunas: Technologija.
78. Onkovita. Rizika susirgti vėžiu.  
[http://www.onkovita.lt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=8&Itemid=10](http://www.onkovita.lt/index.php?option=com_content&task=view&id=8&Itemid=10) (žiūrėta 2012- 10- 19).
79. Ankstyva žarnyno vėžio diagnostika - neuždelsk!  
[http://www.kildosklinika.lt/go.php/gastroskopija\\_kolonoskopija](http://www.kildosklinika.lt/go.php/gastroskopija_kolonoskopija) (žiūrėta 2012- 11-17).

## Summary

There is a theoretic analyze of mode of life influence to preventive oncology diseases.

Hypothesis – the members of community have not enough information about the mode of life influence to preventive oncology diseases.

Research aim – to determine the attainments of community about the mode of life influence to preventive oncology diseases.

Research methods – examining and analyzing the modes of life influence to preventive oncology diseases used scientific literature systematic, comparative, logical analysis and synthesis. The information collected using the questionnaire method. Analyzing the information got by questionnaire used systematic, comparative and logical analysis, table making, graphical modelling and statistical methods.

At the research participated one hundred and fifty women and fifty men who are the patients of JSC „Lyros šeimos centras“ in Šiauliai.

The main findings:

1. analysing the information got using the questionnaire, determined the men and women attainments about the pre-cancerous researches, the modes of life influence to them, primary prevention, the obtaining of information and its sufficiency.
2. hypothesis that the members of community have not enough information about the mode of life influence to preventive oncology diseases has been confirmed. Researched that senior respondents has more information than junior. All the respondents have not enough information about the mode of life influence to preventive oncology diseases.
3. the research disclosed, that the most convenient methods to get more information are conversation and booklet. Using the results of research organized the lecture and required information submitted to the booklets.

Key words: mode of life, community, cervical cancer, prostate cancer, breast cancer, large bowel cancer, prevention.

## ***PRIEDAI***