

# VYRŲ ŽINIŲ APIE PROSTATOS VĖŽĮ IR JO PROFILAKTIKĄ SĄSAJOS SU SOCIALINIAIS IR DEMOGRAFINIAIS POŽYMI AIS

Renata Šturienė<sup>1,2</sup>, Danutė Kalibatienė<sup>1</sup>, Romualdas Gurevičius<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, <sup>2</sup>Šeškinės poliklinika, <sup>3</sup>Higienos institutas

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti ir įvertinti vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje, žinias apie priešinės liaukos vėžį ir šių žinių sąsajas su socialiniais ir demografiniais veiksniais.

**Medžiaga ir metodai.** Pritaikius atsitiktinės atrankos metodą, iš 2177 pacientų, apsilankiusių pas šeimos gydytoją, tyrimui buvo atrinkti 658 vyrai. Iš jų 97,9 proc. gyveno mieste ir 2,1 proc. kaime. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 45 metų iki 79 metų, amžiaus vidurkis – 59,5 metų. Taikyta anoniminė anketinė apklausa. Atsakymų skirtumo statistinis reikšmingumas pagal pirmą kintamąjį ir dvylika pateiktų klausimų nustatytas panaudojant Pirsono  $\chi^2$ . Atvejais, kai vienas kintamasis yra tolydus dydis, taikyta klasikinė dispersinė analizė, balo vidurkio statistinis reikšmingumas buvo vertintas pagal Fišerio F kriterijų. Abiem atvejais skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai  $p \leq 0,05$ .

**Rezultatai.** Nustatytas vidutinis vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje, žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius, klinikinius simptomus, gydymo pasekmes ir ištyrimo galimybes lygis (bendras balo vidurkis svyravo nuo 5,654 iki 6,129), mažiausias balas buvo tiriamųjų, gyvenančių ne šeimoje, grupėje, o didžiausias – tarnautojų grupėje. Palyginus žinių apie prostatos vėžį bendro balo vidurkius pagal amžiaus grupes: 45–59 metai (6,084) ir 60–75 metai (6,050); pagal išsilavinimą: vidurinis (6,029) ir aukštasis (6,091); pagal šeiminių padėtį: gyvena šeimoje (6,104) ir vienas (5,654); pagal socialines grupes: darbininkai (5,897), tarnautojai (6,271), pensininkai (6,129) ir kiti (5,810), nenustatyta statistiškai reikšmingo skirtumo ( $p$  atsakymų statistinis reikšmingumas svyravo tarp 0,101 ir 0,822).

**Išvados.** Ištyrus vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje, socialinius ir demografinius požymius, nustatyta, kad didesnė respondentų dalis (90,4 proc.) buvo susituokę. Vyravo aukštesniojo išsilavinimo asmenys (34 proc.). Socialinėje grupėje buvo po lygiai darbininkų (35,3 proc.) ir tarnautojų (34,8 proc.).

Vyrų žinių apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką lygis buvo vidutinis (bendras balo vidurkis svyravo nuo 5,654 iki 6,129 iš dvylikos).

Tirtų vyrų žinios apie prostatos vėžio rizikos veiksnius, klinikinius simptomus, gydymo pasekmes ir ištyrimo galimybes nepriklausė nuo socialinių ir demografinių požymių.

**Reikšminiai žodžiai:** prostatos vėžio ankstyva diagnostika, sociodemografiniai požymiai, žinios apie prostatos vėžį.

## ĮVADAS

Paskutinius kelis dešimtmečius sveikatos priežiūros specialistai ir mokslininkai daug dėmesio skiria gyventojų sveikatos skirtumams ir jų priežastims tirti, tačiau tokių tyrimų atlikta dar per mažai, kai kurių jų rezultatai priešaringi. Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad demografiniai, socialiniai ir kultūriniai veiksniai, tokie kaip socioekonominis statusas (SES), sveikatos įsitikinimai ir suvokiama asmens rizika susirgti, formuoja asmens nusiteikimą rūpintis

savo sveikata ir dalyvauti ligų profilaktikos programose [1]. Atlikęs tyrimus, JAV Visuomenės sveikatos centras konstatavo, kad įvairios etninės ir kultūrinės gyventojų grupės skirtingai suvokia ligas, jų priežastis ir jų išvengimo būdus, skirtingai naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis. Atsižvelgiant į socialinius ir kultūros ypatumus, vyksta skirtingas sveikatos priežiūros specialistų ir organizacijų bendradarbiavimas. Atliekant tyrimą nustatyta, kad vieni svarbiausių veiksmų, turinčių įtakos žmonių sergamumui ir mirštamumui, buvo kultūrinės ir socialinės vertybės bei požiūriai [2].

Manoma, kad sociokultūriniai veiksniai lemia sveikatos skirtumus, kurie šiuo metu egzistuoja tarp tam tikrų žmonių grupių [3]. Svarbu nagrinėti kultūrinę sistemą ir socialinį nepastovumą, norint suprasti, kodėl kai kurios žmonių grupės renkasi įgyvendinti

**Adresas susirašinėti:** Danutė Kalibatienė,  
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas,  
M. K. Čiurlionio g. 21, 03101 Vilnius.  
El. p. danute.kalibatiene@mf.vu.lt

ar neįgyvendinti tam tikrą rekomenduojamą elgesį ir konkrečiai elgesį dėl geresnės savo sveikatos [4, 5].

Sergamumo onkologinėmis ligomis ir mirtingumo nuo jų rezultatus, be kita ko, lemia ir sociokultūrinis nepastovumas. Manoma, kad sociokultūriniai veiksniai, tokie kaip gyventojų sveikatos įsitikinimai, požiūris į vėžio prevenciją ir dalyvavimą profilaktikos programose, turi įtakos sergamumo onkologinėmis ligomis skirtumams [6].

Kai kurie autoriai mano, kad SES ir etninė priklausomybė lemia gyventojų informuotumą apie onkologinių ligų, konkrečiai prostatos vėžio, paplitimą, rizikos veiksnius, diagnostikos ir gydymo galimybes. Tyrimų metu buvo nagrinėjama, ar rasė ir socialiniai veiksniai veikia gyventojų žinias ir įsitikinimus apie prostatos vėžį bei prostatos vėžio patikrinimą. Nustatyta, jog vyrų žinioms apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką turėjo įtakos išsilavinimo lygis, SES ir etninė priklausomybė. Tačiau kai kurie kiti autoriai to nepatvirtina [7, 8]. Atlikę mokslinės literatūros analizę, nusprendėme panagrinėti mūsų šalies gyventojų sveikatos įsitikinimus ir žinias apie onkologines ligas ir jų profilaktiką, šias dimensijas lemiančius demografinius, socialinius ir kultūrinius veiksnius.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti ir įvertinti vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje, žinias apie priešinės liaukos vėžį ir šių žinių sąsajas su socialiniais ir demografiniais veiksniais.

## TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

**Imtis.** Tyrimas atliktas nuo 2011 m. sausio 3 d. iki 2011 m. liepos 29 d. VšĮ Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje. Bendrą visumą sudarė 2177 pacientai vyrai, kurie apsilankė pas šeimos gydytoją ir kuriems buvo išduotas siuntimas atlikti prostatos specifinio antigeno (PSA) testą pagal Lietuvoje 2005 m. pradėtą įgyvendinti priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programą. Programa reglamentuoja tiriamųjų amžių nuo 45 iki 75 metų [9].

**Metodai ir procedūra.** Taikyta anoniminė anketinė apklausa. Respondentai parinkti atsitiktinės atrankos metodu – nuspręsta apklausti kas trečią atsitiktinai atrinktą pacientą. Tyrimas buvo atliekamas 57-iose šeimos gydytojų apylinkėse. Apsilankymo pas šeimos gydytoją metu pirmam pacientui specialiai instrukuota bendruomenės slaugytoja pasiūlydavo užpildyti klausimyną, pakonsultuodavo pacientą neaiškias klausimais. Atvykus trečiam pacientui, atitinkančiam patikros kriterijus, taip pat buvo duodama pildyti klausimyną. Tais atvejais, kai pacientas atsisakė dalyvauti apklausoje, klausimynas buvo

įteikiamas kitam pacientui. Tokiu būdu buvo užtikrinta 30 procentų imties atranka.

Tyrime taikytas klausimynas sudarytas iš dviejų dalių. I dalis atskleidžia kai kuriuos respondentų socialinius ir demografinius požymius: amžių, gimimo vietą, gyvenamąją vietą (miestas, kaimas), šeiminių padėčių (vedęs, nevedęs, išsiskyręs, našlys, kita), išsilavinimą (pradinis, nebaigtas vidurinis, vidurinis, aukštesnysis, nebaigtas aukštasis, aukštasis), socialinę grupę (darbininkas, tarnautojas, pensininkas, neįgalus, kita).

II anketos dalis – S. P. Weinrich ir bendr. (2004) prostatos vėžio aprobuotas klausimynas [8]. Jo klausimų vidinė darna pagal *Cronbacho alfa* kriterijų buvo 0,77. Klausimyną sudarė dvylika klausimų, į kuriuos atsakymo galimybės buvo trys: vienas (1) – taip, du (2) – ne ir trys (3) – nežinau. Klausimų grupės atspindėjo požiūrį į prostatos vėžio rizikos veiksnius, klinikinius simptomus, diagnostiką ir gydymą. Žinias apie rizikos veiksnius atskleidė 1, 3, 5 klausimai; apie prostatos vėžio klinikinius požymius – 2, 4, 12 klausimai; apie gydymo pasekmes – 6, 7, 8 klausimai; apie ištyrimo galimybes – 9, 10, 11 klausimai. Pagal S. P. Weinrich ir bendr. (2004) klausimyną teigiami atsakymai į 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12 klausimus ir neigiami atsakymai į 3, 8, 9, 10 klausimus buvo interpretuojami kaip teisingi. Siekiant gauti binarinį atsaką, atsakymai „ne“ ir „nežinau“ sujungti ir įvardyti kaip neteisingi [2]. Susumavus visų atsakymų balus, gautų atsakymų balas varijavo nuo dviejų iki dvylikos: 2 – teisingas atsakymas į du klausimus, 12 – teisingi atsakymai į visus pateiktus klausimus.

**Statistinė analizė.** Analizei panaudotas duomenų apdorojimo paketas SPSS v. 17. Kai buvo analizuojami atsakymai, kurių reikšmė įvertinta nominaliu dydžiu, taikyta kryžminės tabuliacijos procedūra, kurioje vienas kintamasis yra amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis ir socialinė grupė, kitas – visi dvylika pateiktų klausimų. Atsakymų skirtumo statistiniam reikšmingumui pagal pirmą kintamąjį ir dvylika pateiktų klausimų nustatyti panaudotas Pirsono  $\chi^2$ . Analizėje, kurioje vienas kintamasis yra bendra balo vertė (tolydus dydis), taikyta klasikinė dispersinė analizė, balo vidurkio statistinis reikšmingumas, atsižvelgiant į pirmą klausimų grupę, buvo vertintas pagal Fišerio F kriterijų. Abiem atvejais skirtumas laikytas statistikai reikšmingu, kai  $p \leq 0,05$ . Tais atvejais kai skirtumo statistinis reikšmingumas tarp dviejų požymių nustatytas pasikliautinių intervalų metodu, taikytas specialus Bayeso metodas, kurio pagrindinis pranašumas – siauresni pasikliautiniai intervalai proporciuose, kuriose yra nedidelis stebėjimų skaičius [10].

## REZULTATAI

### Respondentų socialiniai ir demografiniai požymiai.

Pritaikius atsitiktinės atrankos metodą, iš 2177 pacientų, apsilankusių pas šeimos gydytoją, tyrimui buvo atrinkti 658 vyrai. Iš jų 97,9 proc. gyveno mieste ir 2,1 proc. kaime. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 45 metų iki 79 metų; amžiaus vidurkis – 59,5 metų. Vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvo diagnozavimo programoje, socialinių ir demografinių požymių analizės rezultatai pateikti 1 lentelėje.

Ištyrus respondentų socialinius ir demografinius požymius, išsiaiškinta, kad imtyje didžioji vyrų dalis (90,4 proc.) buvo susituokę, vyravo aukštesniojo išsilavinimo asmenys (34 proc.). Socialinėje grupėje buvo po lygiai darbininkų (35,3 proc.) ir tarnautojų (34,8 proc.).

**Žinių apie prostatos vėžį tyrimas.** Vyrų žinių apie prostatos vėžį tyrimas parodė, kad į visus

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

Nustatyta, kad respondentų žinių apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką lygis buvo vidutinis, nes vyravo teisingi atsakymai į 5–7 klausimus, ir žemiau nei vidutinis. Daugiausiai apklaustų vyrų (28 proc.) teisingai atsakė tik į 4 iš 12 klausimų. Teisingai atsakė į 5 klausimus – 98 (13,5 proc.), į 6 klausimus – 118 (17,9 proc.), į 7 klausimus – 109 (16,6 proc.), į 8 klausimus – 71 (10,8 proc.), į 9 klausimus – 45 (6,8 proc.) respondentai. Turinčiųjų labai geras žinias apie prostatos vėžį (teisingi atsakymai į 10–12 klausimų) ir labai mažas žinias (teisingi atsakymai į 2–3 klausimus)

**1 lentelė.** Respondentų socialiniai ir demografiniai požymiai

Socialiniai ir demografiniai požymiai	Tiriamoji grupė											
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Šeiminė padėtis	Vedęs		Nevedęs		Neregistruota santuoka		Išsiskyres		Našlys		Sutuoktinis gyvena atskirai	
	595	90,4	14	2,1	11	1,7	19	2,9	18	2,7	1	0,2
Išsilavinimas	Pradinis		Nebaigtas vidurinis		Vidurinis		Aukštesnysis		Nebaigtas aukštasis		Aukštasis	
	13	2	30	4,6	196	29,8	224	34	36	5,5	159	24,2
Socialinė grupė	Darbininkas				Tarnautojas		Pensininkas		Neįgalus		Bedarbis	
	N		Proc.		N		Proc.		N		Proc.	
	232		35,3		229		34,8		139		21,1	
									41		6,2	
											17	
											2,6	

**2 lentelė.** Respondentų žinių apie prostatos vėžį įvertinimas

Klausimyno teiginiai	Teisingi atsakymai		Neteisingi atsakymai	
	N	Proc.	N	Proc.
1. Vyrui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga	381	57,9	277	42,1
2. Vyras gali sirgti prostatos vėžiu ir nejausti jokių požymių ir problemų	261	39,7	397	60,3
3. Jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems	48	7,3	610	92,7
4. Pasikartojantis skausmas, dažniausiai nugaros apačioje, gali būti prostatos vėžio požymis	137	20,8	521	79,2
5. Didžiąją dalį 80 metų vyrų nereikia prostatos vėžio patikros	93	14,1	565	85,9
6. Kai kuris prostatos vėžio gydymas vyrams pablogina šlapinimąsi	181	27,5	477	72,5
7. Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrų seksualinę funkciją	178	27,1	480	72,9
8. Dėl kai kurio prostatos vėžio gydymo vyrai negali vėl vairuoti automobilio	32	4,9	626	95,1
9. Gydytojai gali pasakyti, kuris vyras gali mirti nuo prostatos vėžio, o kuris šia liga nesirgs	30	4,6	628	95,4
10. Nukrypęs nuo normos prostatos specifinio antigeno (PAS) kraujo testas reiškia, kad aš tikrai sergu prostatos vėžiu	73	11,1	585	88,9
11. Aš galiu sirgti prostatos vėžiu, nors mano prostatos specifinis antigeno (PSA) testas atitinka normą	72	10,9	586	89,1
12. Kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai	241	36,6	417	63,4
<b>Iš viso 658 respondentai</b>				

buvo mažuma – atitinkamai 0,6–3,6 proc. ir 0,3–1,1 proc. respondentų.

Analizuotos respondentų žinios apie prostatos vėžio rizikos veiksnius. Žinias atskleidė pirmas klausimas (1 kl.) „Vyriui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga“ ir trečias klausimas (3 kl.) „Jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems“. Paskaičiuota bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis, atsižvelgiant į tiriamųjų socialinius ir demografinius požymius (žr. 3 lentelę).

Įvertinus analizės duomenis, nustatyta, kad respondentų žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius lygis buvo vidutinis (bendras balo vidurkis svyravo nuo 5,654 iki 6,129), mažiausias buvo tiriamųjų, gyvenančių ne šeimoje, grupėje, o didžiausias – tarnautojų grupėje. Palyginus žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius bendro balo vidurkius pagal amžiaus grupes: 45–59 metai (6,084) ir 60–75 metai (6,050); pagal išsilavinimą: vidurinis (6,029) ir aukštasis (6,091); pagal šeiminingumą: gyvena šeimoje (6,104) ir vienas (5,654); pagal socialines grupes: darbininkai (5,897), tarnautojai (6,271), pensininkai (6,129) ir kiti

(5,810), nenustatyta statistiškai reikšmingo skirtumo (p atsakymų statistinis reikšmingumas svyravo tarp 0,101 ir 0,822). Taigi tirtų vyrų žinios apie prostatos vėžio rizikos veiksnius nepriklausė nuo socialinių ir demografinių požymių. Nebuvo ženklesnio bendro balo vidurkio svyravimo ir tarp atsakymų į pirmą (1 kl.) bei trečią (3 kl.) klausimus (p > 0,05). Tačiau pastebėta tendencija, kad šiek tiek žemesnis bendras žinių balo vidurkis buvo asmenų, priklausančių darbininkų (5,897) ir kitoms (5,810) socialinėms grupėms bei vienišų asmenų (5,654) grupei. Tik kiek daugiau kaip pusė apklaustųjų žinojo, kad vyriui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga. Atsižvelgiant į sociodemografines charakteristikas teisingai į šį klausimą atsakė 46,2–61,2 proc. respondentų, statistiškai reikšmingai dažniau (p < 0,05) į šį klausimą teisingai atsakė tarnautojai. Vyraujanti dauguma tiriamųjų (89,7–95,7 proc.) neteisingai manė, kad jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems.

Analizuotos respondentų žinios apie prostatos vėžio klinikinius simptomus. Šias žinias atskleidė antras

**3 lentelė.** Žinių apie prostatos vėžio rizikos veiksnius bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis (proc.), atsižvelgiant į respondentų socialinius ir demografinius požymius

Socialiniai ir demografiniai požymiai	N (proc.)	Bendro balo vidurkis	Klausimo apie rizikos veiksnius numeris, į klausimą teisingai atsakusių respondentų skaičius, N (proc.)	
			1 kl.	3 kl.
Amžius (metais)				
45–59	359 (54,6 proc.)	6,084	206 57,4 (52,2–62,4) proc.	332 92,5 (89,4–94,8) proc.
60–75	299 (45,4 proc.)	6,050	175 58,5 (52,9–64,0) proc.	278 93,0 (89,7–95,5) proc.
p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas		p = 0,822	p > 0,05	p > 0,05
Išsilavinimas				
Vidurinis	239 (36,3 proc.)	6,029	144 60,3 (54,0–66,3) proc.	215 90,0 (85,7–93,3) proc.
Aukštasis	419 (63,7 proc.)	6,091	237 56,6 (51,8–61,3) proc.	395 94,3 (91,8–96,2) proc.
p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas		p = 0,690	p > 0,05	p > 0,05
Socialinė grupė				
Darbininkai	232 (35,3 proc.)	5,897	129 55,6(49,2–61,9) proc.	213 91,8(87,8–94,9) proc.
Tarnautojai	229 (34,8 proc.)	6,271	136 59,4(53,0–65,6) proc.*	212 92,6(88,7–95,5) proc.
Pensininkai	139 (21,1 proc.)	6,129	85 61,2(52,9–69,0) proc.	133 95,7(91,4–98,3) proc.
Kiti	58 (8,8 proc.)	5,810	31 53,4 (40,8–65,8) proc.	52 89,7 (80,2–95,7) proc.
p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas		p = 0,126	p > 0,05	p > 0,05
Šeiminė padėtis				
Gyvena šeimoje	606 (92,1 proc.)	6,104	357 58,9 (55,0–62,8) proc.	562 92,7 (86,8–91,7) proc.
Gyvena vienas	52 (7,9 proc.)	5,654	24 46,2 (33,2–59,5) proc.	48 92,3 (83,0–97,6) proc.
p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas		p = 0,101	p > 0,05	p > 0,05

\*p < 0,05; 1 kl. – „Vyriui yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu, jei jo keletas artimiausių giminaičių sirgo šia liga“; 3 kl. – „Jaunesniems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu nei vyresniems“.

klausimas (2 kl.) „Vyras gali sirgti prostatos vėžiu ir nejausti jokių požymių ir problemų“ ir ketvirtas klausimas (4 kl.) „Pasikartojantis skausmas, dažniausiai nugaros apačioje, gali būti prostatos vėžio požymis“. Paskaičiuota bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis, atsižvelgiant į tiriamųjų socialinius ir demografinius požymius (4 lentelė).

Atskleista, kad nebuvo ženklesnio bendro balo vidurkio svyravimo tarp atsakymų į antrą (2 kl.) ir ketvirtą (4 kl.) klausimus ( $p > 0,05$ ). Tačiau pastebėta tendencija, jog šiek tiek žemesnis bendras žinių balo vidurkis buvo asmenų, priklausančių darbininkų (5,897) ir kitoms (5,810) socialinėms grupėms bei vienišų asmenų (5,654) grupei. Nustatytas gana menkas tiriamųjų informuotumas apie prostatos vėžio klinikinius simptomus. Tik kiek daugiau kaip trečdalis respondentų žinojo, kad vyras gali sirgti prostatos vėžiu ir nejausti jokių požymių ir problemų (36,5–46,6 proc.). Dar mažiau apklaustųjų žinojo, kad pasikartojantis skausmas nugaros apačioje gali būti prostatos vėžio požymis (15,5–23,6 proc.).

Analizuotos respondentų žinios apie prostatos vėžio gydymo poveikį. Tokias respondentų žinias

atskleidė šeštas klausimas (6 kl.) „Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrams šlapinimąsi“, septintas klausimas (7 kl.) „Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrų seksualinę funkciją“ ir aštuntas klausimas (8 kl.) „Dėl kai kurio prostatos vėžio gydymo vyrai negali vėl vairuoti automobilio“. Paskaičiuota bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis, atsižvelgiant į tiriamųjų socialinius ir demografinius požymius (5 lentelė).

Nustatyta, kad nebuvo ženklesnio bendro balo vidurkio svyravimo tarp atsakymų į šeštą (6 kl.), septintą (7 kl.) ir aštuntą (8 kl.) klausimus ( $p > 0,05$ ). Tačiau pastebėta tendencija, jog šiek tiek žemesnis bendras žinių balo vidurkis buvo asmenų, priklausančių darbininkų (5,897) ir kitoms (5,810) socialinėms grupėms bei vienišų asmenų (5,654) grupei. Nustatytos menkos apklaustųjų žinios apie prostatos vėžio gydymo pasekmes. Mažiau kaip trečdalis respondentų žinojo, kad kai kurie prostatos vėžio gydymo būdai vyrams pablogina šlapinimąsi (21,2–30,9 proc.) ir seksualinę (17,2–31,9 proc.) funkcijas. Tačiau didžioji dalis tiriamųjų žinojo, kad prostatos vėžio gydymas nesutrukdyt vairuoti

**4 lentelė.** Žinių apie prostatos vėžio simptomus bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis (proc.), atsižvelgiant į respondentų socialinius ir demografinius požymius

Socialiniai demografiniai požymiai	N (proc.)	Bendro balo vidurkis	Klausimo apie prostatos vėžio simptomus numeris, į klausimą teisingai atsakusių respondentų skaičius, N (proc.)	
			2 kl.	4 kl.
Amžius (metais)				
45–59	359 (54,6 proc.)	6,084	147 40,9 (35,9–46,1) proc.	80 22,3 (18,2–26,8) proc.
60–75	299 (45,4 proc.)	6,050	114 38,1 (32,8–43,7) proc.	57 19,1 (14,9–23,8) proc.
p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas		$p = 0,822$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Išsilavinimas				
Vidurinis	239 (36,3 proc.)	6,029	96 40,2 (34,1–46,4) proc.	48 20,1 (15,3–25,5) proc.
Aukštasis	419 (63,7 proc.)	6,091	165 39,4 (34,8–44,1) proc.	89 21,2 (17,5–25,3) proc.
p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas		$p = 0,690$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Socialinė grupė				
Darbininkai	232 (35,3 proc.)	5,897	85 36,6 (30,6–42,9) proc.	47 20,3 (15,4–25,7) proc.
Tarnautojai	229 (34,8 proc.)	6,271	92 40,2 (34,0–46,6) proc.	54 23,6 (18,4–29,3) proc.
Pensininkai	139 (21,1 proc.)	6,129	57 41,0 (33,1–49,1) proc.	27 19,4 (13,5–26,5) proc.
Kiti	58 (8,8 proc.)	5,810	27 46,6 (34,2–59,10) proc.	9 15,5 (7,8–26,1) proc.
p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas		$p = 0,126$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Šeimyninė padėtis				
Gyvena šeimoje	606 (92,1 proc.)	6,104	242 39,9 (36,1–43,9) proc.	126 20,8 (17,7–24,1) proc.
Gyvena vienas	52 (7,9 proc.)	5,654	19 36,5 (24,5–49,9) proc.	11 21,2 (11,7–33,3) proc.
p atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas		$p = 0,101$	$p > 0,05$	$p > 0,05$

2 kl. – „Vyras gali sirgti prostatos vėžiu ir nejausti jokių požymių ir problemų“; 4 kl. – „Pasikartojantis skausmas dažniausiai nugaros apačioje gali būti prostatos vėžio požymis“.

automobilio (93,4–98,1 proc.). Nors nebuvo nustatyta ženkliesnio bendro balo vidurkio svyravimo tarp atsakymų, tačiau pastebėta tendencija, jog mažiau žinių apie prostatos vėžio gydymo pasekmes demonstravo asmenys, gyvenantys vieni (21,2–23,1 proc.) ir priklausantys kitoms socialinėms grupėms (17,2–27,6).

Analizuotos respondentų žinios apie prostatos vėžio ištyrimo trūkumus. Šias žinias atskleidė devintas klausimas (9 kl.) „Gdytojai gali pasakyti, kuris vyras gali mirti nuo prostatos vėžio, o kuris šia liga nesirgs“, dešimtas klausimas (10 kl.) „Nukrypęs nuo normos prostatos specifinio antigeno (PSA) kraujo testas reiškia, kad aš tikrai sergu prostatos vėžiu“, vienuoliktas klausimas (11 kl.) „Aš galiu sirgti prostatos vėžiu nors mano prostatos specifinis antigeno (PSA) testas atitinka normą“ ir dvyliktas klausimas (12 kl.) „Kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai“. Paskaičiuota bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis, atsižvelgiant į tiriamųjų socialinius ir demografinius požymius (6 lentelė).

Tyrimu išsiaiškinta, kad nebuvo ženkliesnio bendro balo vidurkio svyravimo tarp atsakymų į devintą

(9 kl.), dešimtą (10 kl.), vienuoliktą (11 kl.) ir dvyliką (12 kl.) klausimus ( $p > 0,05$ ). Pastebėta tendencija, jog šiek tiek žemesnis bendras žinių balo vidurkis buvo asmenų, priklausančių darbininkų (5,897) ir kitoms (5,810) socialinėms grupėms bei vienišų asmenų (5,654) grupei. Didžioji dalis respondentų žinojo, kad nukrypęs nuo normos prostatos specifinio antigeno (PSA) kraujo testas dar nereiškia, jog sergama prostatos vėžiu (84,2–93,2 proc.), taip pat suprato, jog gydytojai negali pasakyti, kuris vyras gali mirti nuo prostatos vėžio, o kuris šia liga nesirgs (94,2–96,1 proc.). Labai menkas buvo supratimas apie tai, kad nors prostatos specifinis antigeno (PSA) testas atitinka normą, galima susirgti prostatos vėžiu (3,8–12,6 proc.). Apie trečdalis respondentų žinojo, kad kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai (24,1–46,3 proc.), tačiau tarnautojai statistiškai reikšmingai dažniau ( $p < 0,05$ ) teisingai atsakė į šį klausimą. Nors nebuvo nustatyta ženkliesnio bendro balo vidurkio svyravimo tarp atsakymų, tačiau pastebėta tendencija, jog mažiau žinių apie prostatos vėžio ištyrimo galimybes, atsakant į 11 ir 12 klausimus, demonstravo asmenys, gyvenantys

**5 lentelė.** Žinių apie prostatos vėžio gydymo pasekmes bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis (proc.), atsižvelgiant į respondentų socialinius ir demografinius požymius

Socialiniai ir demografiniai požymiai	N (proc.)	Bendro balo vidurkis	Klausimo apie prostatos vėžio gydymo pasekmes numeris, į klausimą teisingai atsakusių respondentų skaičius, N (proc.)		
			6 kl.	7 kl.	8 kl.
Amžius (metais)					
45–59	359 (54,6 proc.)	6,084	94 26,2 (21,8–30,9) proc.	93 25,9 (21,6–30,6) proc.	344 95,8 (93,4–97,6) proc.
60–75	299 (45,4 proc.)	6,050	87 29,1 (24,2–1,4) proc.	85 28,4 (23,5–33,7) proc.	282 94,3 (91,3–96,6) proc.
p atsakymų statistinis reikšmingumas		$p = 0,822$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Išsilavinimas					
Vidurinis	239 (36,3 proc.)	6,029	66 27,6 (22,2–33,5) proc.	59 24,7 (19,5–30,4) proc.	231 96,7 (93,8–98,5) proc.
Aukštasis	419 (63,7 proc.)	6,091	115 27,4 (23,3–31,8) proc.	119 28,4 (24,2–32,8) proc.	395 94,3 (91,8–96,2) proc.
p atsakymų statistinis reikšmingumas		$p = 0,690$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Socialinė grupė					
Darbininkai	232 (35,3 proc.)	5,897	61 26,3 (20,9–32,2) proc.	55 23,7 (18,6–29,4) proc.	222 95,7 (92,5–97,8) proc.
Tarnautojai	229 (34,8 proc.)	6,271	61 26,6 (21,2–32,6) proc.	73 31,9 (26,1–38,1) proc.	214 93,4 (89,8–96,2) proc.
Pensininkai	139 (21,1 proc.)	6,129	43 30,9 (23,7–38,9) proc.	40 28,8 (21,7–36,6) proc.	134 96,4 (92,4–98,7) proc.
Kiti	58 (8,8 proc.)	5,810	16 27,6 (17,3–39,7) proc.	10 17,2 (9,1–28,2) proc.	56 96,6 (89,5–99,4) proc.
p atsakymų statistinis reikšmingumas		$p = 0,126$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Šeimyninė padėtis					
Gyvena šeimoje	606 (92,1 proc.)	6,104	170 28,1 (24,6–31,7) proc.	166 27,4 (23,9–31,0) proc.	575 94,9 (92,9–96,5) proc.
Gyvena vienas	52 (7,9 proc.)	5,654	11 21,2 (11,7–33,3) proc.	12 23,1 (13,2–35,5) proc.	51 98,1 (91,3–99,9) proc.
p atsakymų statistinis reikšmingumas		$p = 0,101$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$

6 kl. – „Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrams šlapinimąsi“; 7 kl. – „Kai kuris prostatos vėžio gydymas pablogina vyrų seksualinę funkciją“; 8 kl. – „Dėl kai kurio prostatos vėžio gydymo vyrai negali vėl vairuoti automobilio“.

vieni (3,8–28,8 proc.) ir priklausantys kitoms socialinėms grupėms (8,6–24,1 proc.).

## REZULTATŲ APTARIMAS

Socialiniai sveikatos skirtumai gali būti apibūdinami kaip nevienodas sveikatingumas skirtingose visuomenės socialinėse grupėse [11]. Gyventojų sveikatos skirtumus nulemia biologiniai, socialiniai, ekonominiai ir kultūriniai veiksniai. Šiems veiksniams priklauso rasė, genetika, amžius, išsilavinimas, ekonominė padėtis, gyvenimo būdas. Priklausantis nuo žemo SES gyventojų sveikatingumo mažėjimas yra

gana plačiai tiriamas Jungtinėse Amerikos Valstijose [12]. Mokslininkai analizuoja, kokie SES aspektai: pajamos, išsilavinimas, šeiminių padėtis ir kiti iš tikrųjų yra svarbūs gyventojų sveikatingumui. Nagrinėjamas priežastinis ryšys, pavyzdžiui, ar žemesnis SES nulemia prastesnę sveikatą, ar prastesnė sveikata turi įtakos žemesniam SES. Paskutinių dešimties metų tyrimai atskleidė SES skirtumus onkologinių ligų patikrinimo praktikoje. Nors esama gana plačių studijų, ryšys tarp SES ir sveikatos iki galo nėra aiškus. Kaip neaiškus ir tiesioginis mechanizmas, kuriuo SES lemia sveikatą ir su sveikata susijusias pasekmes.

**6 lentelė.** Žinių apie prostatos vėžio ištyrimo trūkumus bendra balo vertė ir teisingų atsakymų dalis (proc.), atsižvelgiant į respondentų socialinius ir demografinius požymius.

Socialiniai ir demografiniai požymiai	n (proc.)	Bendro balo vidurkis	Klausimo apie prostatos vėžio ištyrimo galimybes numeris, į klausimą teisingai atsakusių respondentų skaičius, n (proc.)			
			9 kl.	10 kl.	11 kl.	12 kl.
Amžius (metais)						
45–59	359 (54,6 proc.)	6,084	342 95,3 (92,7–97,1) proc.	324 90,3 (86,9–93,0) proc.	35 9,7 (7,0–13,1) proc.	134 37,3 (32,4–42,4) proc.
60–75	299 (45,4 proc.)	6,050	286 95,7 (92,9–97,6) proc.	261 87,3 (83,2–90,7) proc.	37 12,4 (9,0–16,4) proc.	107 35,8 (30,5–41,3) proc.
p atsakymų statistinis reikšmingumas		p = 0,822	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Išsilavinimas						
Vidurinis	239 (36,3 proc.)	6,029	228 95,4 (92,2–97,6) proc.	213 89,1 (84,8–92,6) proc.	30 12,6 (8,8–17,1) proc.	79 33,1 (30,5–41,3) proc.
Aukštasis	419 (63,7 proc.)	6,091	400 95,5 (93,2–97,2) proc.	372 88,8 (85,5–91,6) proc.	42 10,0 (7,4–13,1) proc.	162 38,7 (34,1–43,4) proc.
p atsakymų statistinis reikšmingumas		p = 0,690	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Socialinė grupė						
Darbininkai	232 (35,3 proc.)	5,897	219 94,4 (90,9–96,9) proc.	209 90,1 (85,8–93,5) proc.	26 11,2 (7,6–15,7) proc.	74 31,9 (26,1–38,1) proc.
Tarnautojai	229 (34,8 proc.)	6,129	220 96,1 (93,0–98,1) proc.	205 89,5 (85,1–93,0) proc.	24 10,5 (7,0–14,9) proc.	106 46,3 (39,9–52,7) proc.*
Pensininkai	39 (21,1 proc.)	5,810	134 96,4 (92,4–98,7) proc.	117 84,2 (77,5–89,6) proc.	17 12,2 (7,5–18,3) proc.	47 33,8 (26,3–41,9) proc.
Kiti	58 (8,8 proc.)	p = 0,126	55 94,8 (87,0–98,7) proc.	54 93,2 (84,7–97,8) proc.	5 8,6 (3,2–17,6) proc.	14 24,1 (14,5–36,0) proc.
p atsakymų statistinis reikšmingumas			p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Šeimyninė padėtis						
Gyvena šeimoje	606 (92,1 proc.)	6,104	579 95,5 (93,7–97,0) proc.	539 88,9 (86,3–91,3) proc.	70 11,6 (9,2–14,3) proc.	226 37,3 (33,5–41,2) proc.
Gyvena vienas	52 (7,9 proc.)	5,654	49 94,2 (85,6–98,6) proc.	46 88,5 (78,0–95,2) proc.	2 3,8 (0,6–11,6) proc.	15 28,8 (17,9–41,8) proc.
p atsakymų statistinis reikšmingumas		p = 0,101	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05

\*p < 0,05; 9 kl. – „Gydytojai gali pasakyti, kuris vyras gali mirti nuo prostatos vėžio, o kuris šia liga nesirgs“; 10 kl. – „Nukrypęs nuo normos prostatos specifinio antigeno (PSA) kraujo testas reiškia, kad aš tikrai sergu prostatos vėžiu“; 11 kl. – „Aš galiu sirgti prostatos vėžiu nors mano prostatos specifinis antigeno (PSA) testas atitinka normą“; 12 kl. – „Kai kuriems vyrams prostatos vėžys gali augti lėtai“.

Nustatyta keletas socialinių veiksnių, turinčių įtakos populiacijos sveikatai, tačiau jų pasireiškimas skiriasi populiacijos subgrupėse. Šie socialiniai veiksniai, prie kurių priskiriami SES ir draudimo suma, manoma, nulemia gyventojų dėsima dalyvauti onkologinių ligų profilaktikos programose. Žemas SES siejamas su prastais prostatos vėžio diagnostikos ir gydymo rezultatais, tačiau ne su didesniu prostatos vėžio paplitimu vienoje ar kitoje socialinėje ar etninėje gyventojų grupėje [13]. Tyrimai parodė, kad yra onkologinės ligos stadijų diagnozavimo skirtumų, priklausančių nuo pajamų, [14], darbo ar profesijos [15] ir draudimo sumos [16].

Socioekonominių skirtumų su sveikata susijusiose žmonių elgsenos problema yra gana sudėtinga. Dabartinių tyrimų rezultatai iki galo nepatvirtina ir nepaneigia vieno specifinio veiksnio, darančio įtaką pasitikrinti prostatos vėžį. Pavyzdžiui, T. Gilligan ir bendr. [13] ištyrė sąsajas tarp PSA testų dažnumo, rasės, amžiaus, SES ir bendro sergamumo. Tyrimo duomenys parodė, kad PSA tikrinimas yra atvirkščiai proporcingai susijęs su gyventojų etnine priklausomybe (rase): afroamerikiečiai vyrai 50 proc. rečiau tikrinosi PSA nei kad baltieji vyrai (kaukaziečiai). J. H. Fowke su bendr. [17] tyrė rasinius skirtumus atlikdami profilaktinius patikrinimus dėl prostatos vėžio. Lygino vyrų nuostatas dalyvauti profilaktinėse programose, priklausomai nuo pajamų, amžiaus ir rasės. 84 proc. vyrų šiame tyrime buvo afroamerikiečiai. Tyrimo rezultatai parodė, kad pasitikrinimų dažnumas priklausė nuo rasinių skirtumų ir amžiaus. Daugiau nei 65 metų amžiaus tiriamųjų grupėje per paskutinius 12 mėnesių baltieji vyrai (kaukaziečiai) žymiai dažniau atliko PSA testus nei afroamerikiečiai vyrai. Tačiau, lyginant pagal SES, šie skirtumai sumažėjo. Tarp tyrimo dalyvių, kurie buvo jaunesni nei 65 metai, baltieji vyrai (kaukaziečiai) apytikriai vienodai, kaip ir afroamerikiečiai, neatliko PSA testo per paskutinius 12 mėnesių, rezultatai šiek tiek skyrėsi lyginant pagal SES.

JAV Nacionalinis vėžio institutas [14] paskelbė, kad Amerikoje afroamerikiečių vyrų mirštamumas nuo prostatos vėžio yra dvigubai didesnis nei kaukaziečių vyrų. Iš dalies šis skirtumas susidaro dėl to, kad afroamerikiečiams vyrams diagnozuojama prostatos vėžio vėlesnė stadija, o tai rodo, jog ši grupė žmonių per vėlai pasitikrina dėl vėžio.

Pavėluotas prostatos vėžio patikrinimas tarp afroamerikiečių vyrų yra susijęs su jų nepakankamu naudojimu pirminės sveikatos priežiūros institucijų paslaugomis. Afroamerikiečiai vyrai nuolat atsisako

prevencinių paslaugų, mieliau pasirinkdami nutolinti gydymą ar apskritai išvengti priežiūros [18]. Ne mažai tyrimų parodė, jog afroamerikiečiai vyrai yra mažiau linkę pasitikrinti PSA [19, 20], palyginti su kaukaziečiais vyrais. R. Etzioni su bendr. [21] ištyrė PSA naudos tendencijas ir susiejo vėžio aptikimą tarp afroamerikiečių ir kaukaziečių vyrų, besinaudojančių valstybinių medicinos įstaigų paslaugomis nuo 1991 iki 1998 m. Rezultatai parodė, kad tarp kaukaziečių vyrų metiniai tyrimų rezultatai 1998-aisiais buvo 20 proc. didesni nei tarp afroamerikiečių, išskyrus vyrus, vyresnius nei 80 metų. Tokie prostatos vėžio patikrinimo atidėliojimai gali būti specifinių sveikatą skatinančio elgesio kliūčių (barjerų), kuriuos patiria afroamerikiečiai vyrai, rezultatas.

J. Winterich su bendr. [22] ištyrė išsilavinimo, rasės ir dalyvavimo profilaktiniuose patikrinimuose aktyvumo sąsajas su vyrų sveikatos įsitikinimais ir žiniomis apie prostatos vėžį ir jo pasitikrinimą. Jie spėjo, kad ribotos žinios apie prostatos vėžį ir jo patikrinimą turėjo įtakos mirtingumui nuo onkologinių ligų ir tai buvo susiję su rasiniais skirtumais. Tyrimo rezultatai parodė, kad ne rasė, o išsilavinimas siejamas su žiniomis apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką.

S. P. Weinrich ir bendr. [8] įvertino mažai uždirbančių vyrų žinias apie prostatos vėžį. Tarp jų buvo 74 proc. afroamerikiečių. Tyrimas parodė, kad vedę vyrai, mažai uždirbantys vyrai ir baltieji vyrai žinojo apie prostatos vėžį žymiai mažiau nei nevedę, daugiau uždirbantys ir Afrikos amerikiečiai vyrai. Šis tyrimas skyrėsi nuo ankstesniojo tyrimo, kurio metu afroamerikiečiai turėjo mažiau žinių nei kaukaziečiai [23, 24, 25].

E. C. Y. Chan ir bendr. [26] taip pat vertino žinias apie prostatai būdingo antigeno patikrinimą tarp afroamerikiečių ir kaukaziečių. Vyrai, kurie lankėsi ambulatorinėse klinikose, buvo apklausiami dėl žinių apie patikrinimus ir patirtį, susijusią su patikrinimu. Šio tyrimo rezultatai parodė, jog afroamerikiečiai apie prostatai būdingo antigeno testą žinojo mažiau nei kaukaziečiai. Be to, Afrikos amerikiečiai pirmą kartą sužinojo apie prostatos patikrinimą per radiją arba televiziją, o kaukaziečiai – skaitydami laikraščius.

W. Denmarkas-Wahnefriedas ir bendr. [27] atliko apklausą, norėdami nustatyti Afrikos amerikiečių žinias, įsitikinimus, susijusius su prostatos vėžiu, ir elgesį pirminio patikrinimo metu. Tyrimo metu tarp afroamerikiečių ir kaukaziečių buvo nustatyti požūrio į prostatos vėžį skirtumai, susiję su įsitikinimais suvokiant ligą ir jos gydymą, žinias apie rizikos



veiksnius. Pavyzdžiui, maždaug pusė afroamerikiečių prostatos vėžį matė kaip mirties nuosprendį. Panašiai kaip ir E. C. Y. Chan ir bendr. [26] tyrimuose, kaukazičiai dažniau nurodydavo laikraščius kaip pirminius žinių apie patikrinimą šaltinius, priešingai nei afroamerikiečiai, kurie dažniausiai nurodydavo televiziją.

Taigi sudėtinga daugialypių socialinių ir ekonominių veiksnių sąveika turi įtakos gyventojų sveikatos būklei. Tyrimais yra nustatytos sąsajos tarp skurdo, rasės, draudimo statuso, prieigos prie kokybiškų sveikatos priežiūros įstaigų ir aplinkos poveikio [28–30]. Neatsižvelgiant į tai, tyrimai atskleidė, kad SES, draudimo suma ir prieiga prie sveikatos priežiūros įstaigų iki galo nepaaiškina didelio mirtingumo ir sumažėjusio pasveikusiujų skaičiaus tarp juodaodžių, palyginti su baltaisiais gyventojais [31–35].

## IŠVADOS

1. Ištyrus vyrų, dalyvavusių prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje, socialinius ir demografinius požymius, nustatyta, kad didesnė respondentų dalis (90,4 proc.) buvo susituokę. Vyravo aukštesniojo išsilavinimo asmenys (34 proc.). Socialinėje grupėje buvo po lygiai darbininkų (35,3 proc.) ir tarnautojų (34,8 proc.).
2. Vyrų žinių apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką lygis buvo vidutinis (bendras balo vidurkis svyravo nuo 5,654 iki 6,129 iš dvylikos).
3. Tirtų vyrų žinios apie prostatos vėžio rizikos veiksnius, klinikinius simptomus, gydymo pasekmes ir ištyrimo galimybes nepriklausė nuo socialinių ir demografinių požymių.

*Straipsnis gautas 2012-02-10, priimtas 2012-03-09*

## Literatūra

1. Ajzen I. The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behaviour and Human. Decision Processes*. 1991;50:179-211.
2. Briggance BB, Burke N. Shaping america's health care professions: the dramatic rise of multiculturalism. *The Western Journal of Medicine*. 2002;176:62-65.
3. Deshpande AD, Sanders-Thompson VL, Vaughn KP, Kreuter MW. The use of sociocultural constructs in cancer screening research among African Americans. *Cancer*. 2009;16(3):256-265.
4. Brach C, Frazer I. Can cultural competency reduce racial and ethnic disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*. 2000;1:181-217.
5. Lewis-Fernández R, Diaz N. The cultural formulation: A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. 2002;73(4):271-295.
6. Meyerowitz BE, Richardson J, Hudson S et al. Ethnicity and Cancer Outcomes: Behavioral and Psychosocial Considerations. *Psychological Bulletin*. 1998;123(1):47-70.
7. McDougall GJ, Adams ML, Voelmeck WF. Barriers to planning and conducting a screening. *Prostate Cancer. Geriatric Nursing*. 2004;25(6):336-340.
8. Weinrich SP, Seger R, Miller BL et al. Knowledge of Limitations Associated With Prostate Cancer Screening Among Low-income Men. *Cancer Nursing*. 2004;6(27):442-451.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2005 m. gruodžio m. 14 d. Nr. V-973. „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos“. Valstybės žinios. 2005.
10. Nicholson BJ. On the F-Distribution for Calculating Bayes Credible Intervals for Fraction Nonconforming. *IEEE Transactions on Reliability*. 1985;R-34(3):227-228.
11. Messer LC. Invited commentary: Measuring social disparities in health – what was the question again. *American Journal of Epidemiology*. 2008;167(8):900-904.
12. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*. 1994;49:12-24.
13. Gilligan T, Wang PS, Levin R, Kantoff PW, Avorn J. Racial Differences in Screening for Prostate Cancer in the Elderly. *Arch Intern Med*. 2004;164:1858-1864.
14. Singh GK, Miller BA, Hankey BF, Edwards BK. Area socioeconomic variations in US. Cancer incidence, mortality, stage, treatment and survival, 1975–1999. National Cancer Institute, NIH Publication No. 03-5417. 2003.
15. Schwartz KL, Crossley-May H, Vigneau FD, Brown K, Banerjee M. Race, socioeconomic status and stage at diagnosis for five common malignancies. *Cancer Sources and Control*. 2003;14:761-766.
16. McDavid K, Tucker TC, Sloggett A, Coleman MP. Cancer Survival in Kentucky and health insurance coverage. *Archives of Internal Medicine*. 2003;163:2135-2144.
17. Fowke JH, Schlundt D, Signorello LB. Prostate cancer screening between low-income American African and Caucasian men. *Urological Oncology*. 2005;23:333-340.
18. Cheatham C, Barksdale DJ, Rodgers SG. Barriers to health care and health care seeking behaviours faced by black men. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008;20:556-562.
19. Demark-Wahnefried W, Strigo T, Catoe T. Knowledge, beliefs, and prior screening behavior among blacks and whites reporting for prostate cancer screening. *Urology*. 1995;46:346-351.
20. Steele CB, Miller DS, Maylahn C, Uhler RJ, Baker CT. Knowledge, attitudes, and screening practices among older men regarding prostate cancer. *American Journal of Public Health*. 2000;90:1595-1600.
21. Etzioni R, Berry KM, Legler JM, Shaw P. Prostate-specific antigen testing in black and white men: An Analysis of Medicare claims from 1991-1998. *Urology*. 2002;59:251-255.
22. Winterich J, Grzywacz JG, Quandt SA, Clark PE, Miller DP, Acuna J, Dignan MB, Arcury T.A. Men's Knowledge and Beliefs About Prostate Cancer: Education, Race, and Screening Status. *Ethnicity and Disease*. 2009;19:199-203.
23. Abbott RR, Taylor DK, Barber K. A comparison of prostate cancer knowledge of African American and Caucasian men: changes from prescreening baseline to post-intervention. *Cancer Journal from Scientific American*. 1998;4(3):175-177.
24. Barber KR, Shaw R, Folts M. Differences between African American and Caucasian men participating in a community-based prostate cancer screening program. *Journal of Community Health*. 1998;23:441-451.
25. Weinrich PS, Weinrich MC, Boyd MD. The Impact of prostate cancer knowledge on cancer screening. *Oncology Nursing Forum*. 1998;25:527-534.
26. Chan ECY, Vernon SW, O'Donnell FT, Ahn C, Greisinger A, Aga DW. Informed consent for cancer screening with prostate-specific antigen: How well are men getting the message. *American Journal of Public Health*. 2003;93(5):779-785.
27. Demark-Wahnefried W, Strigo T, Catoe T. Knowledge, beliefs, and prior screening behavior among blacks and whites reporting for prostate cancer screening. *Urology*. 1995b;46:346-351.
28. Carter-Pokras O, Baquet C. What is a „health disparity“? *Public Health Reports*. 2002;117:426-434.
29. Qureshi M, Thacker HL, Litaker DG, Kippes C. Differences in breast cancer screening rates: An issue of ethnicity or socioeconomic. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*. 2000;9:1025-1031.
30. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial / ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health*. 2008;98(9 Suppl):S29-37.
31. Baquet CR, Commiskey P. Socioeconomic factors and breast carcinoma in multicultural women. *Cancer*. 2000;88(5 suppl.):1256-1264.
32. Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J et al. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *Journal of the American Medical Association*. 1998;279(22):1801-1807.
33. Mustard CA, Etches J. Gender differences in socioeconomic inequality in mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(12):974-980.
34. Newman LA, Manson J, Cote D, Vin YCK, Bouwman D et al. African American ethnicity, socioeconomic status, and breast cancer survival: A meta-analysis of 14 studies involving over 10000 African American and 40000 White American patients with carcinoma of the breast. *Cancer*. 2002;94(11):2844-2855.
35. Ward E, Jemal A, Cokkinidies V et al. Cancer disparities by race / ethnicity and socioeconomic status. *Cancer Journal for Clinicians*. 2004;54(2):78-93.

# The relationship between men's knowledge on prostate cancer, its prevention and the social-demographical characteristics

Renata Šturienė<sup>1,2</sup>, Danutė Kalibatiienė<sup>1</sup>, Romualdas Gurevičius<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vilnius University, Faculty of Medicine, <sup>2</sup>Šeškinės Outpatient Clinic, <sup>3</sup>Institute of Hygiene

## Summary

**Aim of the study** – to analyse and assess knowledge about prostate cancer and relationship of such knowledge with social – demographic factors among the men participating in the program of early diagnostics of prostate cancer.

**Methods.** Random sampling method was applied and 658 men were selected for the study out of 2177 patients visiting family physician 97.9 % of them were living in the cities and 2.1 % – in villages. The age varied from 45 to 79 years, mean age was 59.5 years. Anonymous questionnaire was applied. Statistical significance of the difference between the answers was established using Pearson's  $\chi^2$ , in other cases – Fisher's F criterion. The difference was considered statistically significant when  $p \leq 0.05$  in both cases.

**Results.** The average score of knowledge about the risk factors of prostate cancer, clinical symptoms, treatment outcomes and examination possibilities was established among the men was relatively low (mean of the total score varied from 5.654 to 6.129), the lowest score was found in the group of single men and the highest one – in the group of the office workers. Comparison of the mean total score of the knowledge about the prostate cancer according to age groups: 45–59 years old (6.084) and 60–75 years old (6.050); according to education: secondary (6.029) and higher (6.091), according to family status: living with family (6.104) and single (5.654); according to social groups:

workmen (5.897), office workers (6.271), retired (6.129) and others (5.810) did not reveal the statistically significant differences.

**Conclusions.** Assessment showed that major part of the study subjects (90.4 %) was married. Persons with higher education prevailed (34 %). The social group consisted of equal number of workmen (35.3 %) and office workers (34.8 %). Knowledge of men about prostate cancer and its prevention was relatively low. Knowledge of the prostate cancer risk factors, clinical symptoms, treatment outcomes and examination possibilities was not dependent on the social and demographic characteristics.

**Keywords:** screening of prostate cancer, socio-demographic characteristics, knowledge about prostate cancer.

**Correspondence to** Danutė Kalibatiienė,  
Vilnius University, Faculty of Medicine,  
M. K. Čiurlionio 21, LT-03101 Vilnius, Lithuania.  
E-mail: danute.kalibatiene@mf.vu.lt

Received 10 February 2012, accepted 29 March 2012