

**KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS**

**Rita Armonaitė**

**Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės gerinimo galimybės  
šeimos gydytojo aptarnaujamoje miesto bendruomenėje**

**Daktaro disertacija**

**Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B)**

**Kaunas, 2006**

Darbas atliktas Kauno medicinos universiteto Šeimos medicinos klinikoje 1998-2005 metais.  
Disertacija ginama eksternu.

Mokslinis konsultantas:

Prof. habil. dr. Jadvyga Petrauskienė (Kauno medicinos universitetas, biomedicinos mokslai,  
visuomenės sveikata – 10 B)

1. ĮVADAS .....	6
1.1. Darbo tikslas ir uždaviniai .....	10
1.2. Darbo mokslinis naujumas .....	10
1.3. Praktinė darbo reikšmė .....	10
2. LITERATŪROS APŽVALGA .....	11
2.1. Lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos strategija .....	11
2.2. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai, jų reikšmė lėtinių ligų išsivystymui, paplitimas ir kontrolė .....	13
2.2.1. Arterinė hipertenzija .....	13
2.2.2. Antsvoris ir nutukimas .....	17
2.2.3. Rūkymas .....	20
2.2.4. Nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas .....	21
2.2.5. Nepakankamas fizinis aktyvumas .....	23
2.2.6. Mitybos įpročiai .....	24
2.3. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės galimybės ir profilaktinės priežiūros įdiegimo praktikoje tyrimų apžvalga .....	26
2.3.1. Eksperimentinės studijos .....	26
2.3.2. Intervencijos, pagrįstos populiacine strategija .....	29
2.3.3. Pirminės sveikatos priežiūros personalo vykdytos intervencijos .....	31
3. DARBO METODIKA IR TIRIAMASIS KONTINGENTAS .....	45
3.1. Tyrimo schema .....	45
3.2. Respondentų charakteristika .....	46
3.3. Gyventojų sveikatos patikrinimo metodai ir lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių vertinimo kriterijai .....	49
3.4. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės priemonės, taikytos poveikio bendruomenėje .....	51
3.5. Statistinės duomenų analizės metodai .....	57
4. TYRIMŲ REZULTATAI .....	58
4.1. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimas ir kontrolės būklė poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse (pirmojo patikrinimo rezultatai) .....	58
4.1.1. Arterinė hipertenzija .....	58
4.2.1. Antsvoris ir nutukimas .....	63
4.2.2. Rūkymas .....	65
4.2.3. Alkoholinių gėrimų vartojimas .....	67
4.2.4. Nepakankamas fizinis aktyvumas .....	69
4.2.5. Mityba .....	71
4.2.6. Suminė LNL rizika .....	75
4.2. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse bei jų palyginimas .....	76
4.2.1. Arterinė hipertenzija .....	77
4.2.1.1. Arterinės hipertenzijos paplitimo ir kontrolės pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse .....	77
4.2.1.2. Arterinės hipertenzijos kontrolės būklės pokyčiai po vienerių metų tarp respondentų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatyta arterinė hipertenzija, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse .....	80
4.2.2. Antsvoris ir nutukimas .....	87
4.2.2.1. Antsvorio ir nutukimo paplitimo pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse .....	87
4.2.2.2. Antsvorio ir nutukimo kontrolės pokyčiai po vienerių metų tarp respondentų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatytas padidėjęs kūno svoris, kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse .....	88

4.2.3.	Rūkymas .....	90
4.2.3.1.	Rūkymo paplitimo pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse...	90
4.2.3.2.	Rūkymo kontrolės pokyčiai po vienerių metų tarp respondentų, kurie pirmojo patikrinimo metu reguliariai rūkė, kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse .....	91
4.2.4.	Alkoholinių gėrimų vartojimas .....	92
4.2.5.	Nepakankamas fizinis aktyvumas .....	93
4.2.5.1.	Nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimo pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse .....	93
4.2.5.2.	Nepakankamo fizinio aktyvumo kontrolės pokyčiai po vienerių metų tarp respondentų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatytas nepakankamas fizinis aktyvumas, kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse .....	94
4.2.6.	Mitybos įpročiai .....	96
4.2.7.	Kai kurių gyvenamosios įpročių keitimą paskatinusių veiksnių palyginimas tarp poveikio ir kontrolinės bendruomenių .....	98
4.3.	Subjektyvi sveikatos būklė poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse ir jos sąsajos su lėtinių neinfekcinių ligų rizikos ir sociodemografiniais veiksniais .....	99
5.	REZULTATŲ APTARIMAS .....	108
6.	IŠVADOS .....	120
7.	PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS .....	122
8.	LITERATŪROS SĄRAŠAS .....	123
9.	DISERTACIJOS TEMA SPAUSDINTŲ MOKSLINIŲ DARBŲ SĄRAŠAS .....	144
10.	PRIEDAI .....	145

## SANTRUMPOS

AG – alkoholiniai gėrimai  
AH – arterinė hipertenzija  
AKS – arterinis kraujo spaudimas  
BPG – bendrosios praktikos gydytojas  
CD – cukrinis diabetas  
DAKS – diastolinis arterinis kraujo spaudimas  
ES – Europos Sąjunga  
GSI – galvos smegenų insultas  
IŠL – išeminė širdies liga  
KMI – kūno masės indeksas  
LNL – lėtinės neinfekcinės ligos  
LOPL – lėtinė obstrukcinė plaučių liga  
LR – Lietuvos Respublika  
MI – miokardo infarktas  
MTL – mažo tankio lipoproteinai  
PI - pasikliautinis intervalas  
PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija  
PSP – pirminė sveikatos priežiūra  
PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras  
SAKS – sistolinis arterinis kraujo spaudimas  
SAV – standartinis alkoholio vienetas  
SN – standartinis nuokrypis  
SR – santykinė rizika  
ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos  
ŠS – šansų santykis  
WONCA - Tarptautinė akademinė šeimos medicinos organizacija

## 1. ĮVADAS

Lėtinės neinfekcinės ligos (LNL) yra viena svarbiausių visuomenės sveikatos problemų. Minėtos ligos pasaulyje sudaro apie 60 proc. mirties priežasčių (252). Europoje LNL sąlygoja didžiąją dalį neįgalumo bei mirtingumo. 2000 m. Europoje LNL lėmė apie 75 proc. prarastų sveiko gyvenimo metų (249). Didėjantis LNL paplitimas sąlygoja didėjančius vidutinės numatomos gyvenimo trukmės, mirtingumo ir gyvenimo kokybės skirtumus tarp Rytų ir Vakarų Europos šalių (249). Rytų ir Vakarų Europos gyventojų sveikata labai skiriasi. Skirtumas tarp ilgiausios ir trumpiausios vidutinės gyvenimo trukmės Europos valstybėse siekia 10 metų (16). Šių skirtumų priežastys nėra visiškai aiškios. Tačiau tyrimai rodo, kad iš dalies juos galima paaiškinti skirtingais mitybos, alkoholio vartojimo, rūkymo, kitais gyvenimo įpročiais ir socioekonominiais skirtumais (133). Nors standartizuotas pagal Europos standartinę populiaciją visų priežasčių nulemtas mirtingumo rodiklis Lietuvoje iš esmės nesiskiria nuo naujųjų Europos Sąjungos (ES) narių, tačiau jis beveik 40 proc. didesnis už ES šalių senbuvių. Didžiausią įtaką šiems skirtumams turi beveik dvigubai didesnis Širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL) nulemtas mirtingumas, iš jų išeminės širdies ligos (IŠL) – net tris kartus didesnis (175). Darbingo amžiaus (iki 65 m.) Lietuvos gyventojų mirtingumo rodikliai dar daugiau skiriasi nuo ES šalių senbuvių vidurkių. Bendras šios amžiaus grupės Lietuvos gyventojų mirtingumas daugiau kaip du kartus didesnis negu ES šalių senbuvių vidurkis ir beveik trečdaliu didesnis negu naujųjų ES šalių. Ši Lietuvos ir ES šalių senbuvių mirtingumo skirtumą lemia tris kartus didesnis ŠKL nulemtas mirtingumas (175). Didžiausią dalį tarp LNL sudaro ŠKL. Minėtos ligos yra viena svarbiausių ne tik medicinos, bet ir socialinių problemų. ŠKL Lietuvoje sudaro apie pusę visų mirties, vieną trečdalį invalidumo priežasčių bei nulemia 15-20 proc. apsilankymų sveikatos priežiūroje įstaigose (146). Palyginus su kitomis ligų grupėmis ŠKL yra didžiausia nedarbingumo bei ekonominių nuostolių priežastis (175). Didėjantis vyresnio amžiaus gyventojų skaičius sąlygoja didėjančių sergančiųjų šiomis ligomis skaičių ateityje.

Lietuvos gyventojų standartizuoti mirtingumo nuo ŠKL duomenys, didėję 1990-1994 m., nuo 1995 m. pradėjo mažėti ir iki 2000 m. vyrų mirtingumas sumažėjo 23,3 proc., moterų – 19,9 proc. (115). Palyginus 1997 ir 2001 metų mirtingumo dėl kraujotakos ligų duomenis, statistiškai reikšmingai padidėjo jauno amžiaus – 0-39 metų gyventojų, ypač vyrų, standartizuoto mirtingumo rodikliai dėl visų ŠKL ir dėl IŠL, dėl galvos smegenų insulto (GSI) ir dėl ūmaus miokardo infarkto (MI) (175). IŠL yra viena dažniausių vidutinio amžiaus Lietuvos gyventojų mirties priežasčių. Nuo šios ligos miršta kas trečias darbingo amžiaus vyras ir kas ketvirta moteris (212, 213). Daugelio išsivysčiusių Europos šalių gyventojų sveikatos rodikliai gerėja. Ypač sumažėjo mirtingumas nuo labiausiai paplitusių lėtinių ligų. Suomijoje 35-74 m. vyrų mirtingumas nuo IŠL per 25 metus sumažėjo 53 proc., Norvegijoje – 42 proc., Didžiojoje Britanijoje – 47 proc., moterų mirtingumas, atitinkamai 54 proc., 44 proc., 43 proc. (221). Mirtingumas nuo IŠL paskutiniaisiais 21-o amžiaus dešimtmečiais išsivysčiusiose šalyse mažėjo

dėl gyvenimo pakeičių, efektyvesnio gydymo, geresnės rizikos veiksnių (RV) kontrolės (103). Sveikatos rodiklių gerėjimui didelės įtakos turėjo sveikatos politikos reorientacija į sveikatos stiprinimą ir ligų profilaktiką (108, 210).

Šiandien jau neabejojama, kad sergamumo ir mirtingumo rodiklių dinamika priklauso nuo pagrindinių LNL RV paplitimo pakeičių, aplinkos ir socialinių veiksnių. Išsivysčiusiose šalyse trečdalis visų ligų priskiriama penkiems RV: rūkymui, arterinei hipertenzijai (AH), padidėjusiam cholesterolio kiekiui kraujyje, nutukimui bei alkoholinių gėrimų (AG) vartojimui (252). Vien dėl rūkymo išsivysčiusiose šalyse kasmet miršta 2,4 milijonų žmonių, blogai kontroliuota AH ir padidėjęs cholesterolio kiekis kasmet sąlygoja milijonus mirčių, didėjantis viršsvorio paplitimas sąlygoja nutukimo ir cukrinio diabeto (CD) epidemiją (252). LNL yra išvengiamos ir grįžtamos modifikuojant RV (dislipidemiją, AH, rūkymą, nepakankamą fizinį aktyvumą ir kitus).

Sergamumo ir mirtingumo nuo LNL, tarp jų ir ŠKL, mažinimas yra svarbiausia 21-ojo amžiaus žmonių sveikatos išsaugojimo problema (87, 252). Siekiant apsaugoti ir sustiprinti sveikatą, ypatingas dėmesys turi būti skiriamas ligų prevencijai – RV nustatymui ir kontrolei (252). Daugeliu mokslinių tyrimų įrodyta, kad ŠKL antrinės profilaktikos monofaktorinės ir daugiafaktorinės gyvenimo intervencijos sumažina sergamumą ir mirtingumą, o pirminės profilaktikos programos, ypač daugiafaktorinės, gali efektyviai reikšmingai sumažinti RV (122). Efektyviai kontroliuojant RV galima pasiekti beveik 10 papildomų metų sveiko būsimo gyvenimo trukmės (252). Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) 1984 m. priėmusi Europos sveikatos politikos dokumentą „Sveikata visiems 21 amžiuje“, rekomendavo keisti buvusį sveikatos priežiūros modelį, pagrįstą ligų diagnostika, gydymu, reabilitacija ir daugiau dėmesio skirti sveikos gyvenimo ugdymui, sveikatos stiprinimui ir ligų profilaktikai. Liubianos chartijoje, kurioje išdėstyti svarbiausi sveikatos priežiūros reformos principai, pabrėžiama, kad vykdant sveikatos sistemos reformą, būtina plėtoti gerai funkcionuojančią pirminės sveikatos priežiūros (PSP) grandį, sveikatos priežiūros sistemą visuose lygiuose orientuoti į sveikatos išsaugojimą ir ugdymą, įvertinti piliečių ir visuomenės poreikius (250). PSP Pasaulio Sveikatos Organizacijos politikos šerdimi tapo 1978 m., kai buvo priimta Alma-Atos deklaracija, kurioje įvardinta, kad gerai funkcionuojanti PSP grandis būtina, siekiant užtikrinti efektyvią sveikatos priežiūros sistemą (35).

Lietuvos sveikatos politika formuojama vadovaujantis PSO visuomenės sveikatos priežiūros „Sveikata visiems 21 amžiuje“ principais ir Lietuvos nacionaline koncepcija, kurią 1991 m. spalio 30 d. patvirtino Lietuvos Respublikos (LR) Atkuriamasis Seimas. Įgyvendinant PSO doktriną „Sveikata visiems 21 amžiuje“ ir Nacionalinę sveikatos koncepciją Lietuvoje siekiama sveikatos politiką perorientuoti į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą visose sveikatos priežiūros grandyse (146). Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje numatyti Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, PSP plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje uždaviniai (174). 1998 m. buvo

patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kurioje siekimas ugdyti sąmoningą visuomenės požiūrį į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą įvardintas kaip pagrindinė socialiai pilnaverčio gyvenimo sąlyga (146). Sveika gyvensena turėtų būti pripažinta socialine norma. Lietuvos Sveikatos programoje numatyta iki 2010 m. sumažinti gyventojų mirtingumą ir prailginti vidutinę gyvenimo trukmę, mažinant mirtingumą nuo pagrindinių priežasčių, t.y. nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų, ŠKL (146). Siekiant įgyvendinti numatytus tikslus, Sveikatos programoje iškelti uždaviniai: efektyvi pagrindinių IŠL ir GSI RV kontrolė: padidėjusio AKS kontrolė bei AH paplitimo tarp gyventojų mažinimas, padidėjusio cholesterolio kraujyje paplitimo tarp gyventojų mažinimas, kalorijų kiekio, pasisavinamo iš gyvulinės kilmės riebalų, mažinimas, viršsvorio paplitimo tarp gyventojų mažinimas, rūkymo paplitimo tarp gyventojų mažinimas, besaikio alkoholio vartojimo kontrolė. Šiuos tikslus tikimasi pasiekti formuojant šalies piliečių sveiką gyvenseną ir keliant jų sveikatos raštingumą; sukuriant sveiką aplinką, saugant ją nuo sveikatai pavojingų veiksnių; organizuojant tinkamą, prieinamą ir priimtina sveikatos priežiūrą (146). 1999 – 2003 metais Lietuvoje vykdyta Valstybinė ŠKL profilaktikos programa. Nacionalinė sveikatos taryba pateikė išvadą, kad programa nepasiekė planuoto poveikio, nes buvo vykdoma ne ligų prevencijos, o tik ligų diagnostikos ir gydymo kryptimi. Stebimas programos investicijų disbalansas tarp gydymo kokybės gerinimo ir profilaktinių priemonių, kadangi beveik visos programai skirtos lėšos buvo naudojamos tik asmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros ir gydymo kokybės gerinimui. Nebuvo integruoto, koordinuoto veiksmų plano, skirto visų LNL profilaktikai (175). Profilaktinės priežiūros vykdymui labai svarbus PSP vaidmuo. Vykdamas sveikatos priežiūros reformą Lietuvoje, PSP grandis orientuojama į ilgalaikę ir tęstinę paciento ir bendruomenės sveikatos priežiūrą, kurios vienas pagrindinių tikslų - gyventojų sveikatos stiprinimas ir išsaugojimas. Efektyvus PSP grandies funkcionavimas tiesiogiai susijęs su šeimos gydytojo institucijos įtvirtinimu Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje. Šeimos gydytojas ir jo komanda dėl prieinamumo aptarnaujamai bendruomenei, teikiamos ilgalaikės ir tęstinės sveikatos priežiūros, užima strategiškai palankią poziciją savo praktikoje taikyti LNL profilaktikos ir sveikatos išsaugojimo priemones. Lietuvos šeimos gydytojo normoje numatyti pagrindiniai uždaviniai - sveikos gyvensenos propagavimas, sveikatos ugdyimas ir ligų profilaktika, bendrųjų RV išaiškinimas ir kontrolė (145). Nežiūrint labai svarbaus PSP vaidmens profilaktinėje priežiūroje, Lietuvoje LNL rizikos mažinimo galimybės šeimos gydytojo praktikoje nėra pakankamai moksliskai ištirtos. Tokio pobūdžio darbai tik pavieniai. PSP reformos pradžioje Lietuvoje buvo atlikta keletas tyrimų, kurie parodė, kad gydytojais menkai įsijungę į profilaktinį darbą (164, 165, 166). 1998-2001 m. atlikto tyrimo duomenimis, šeimos gydytojo ir bendruomenės slaugytojų komandinė veikla šviečiant kaimiškos bendruomenės gyventojus yra efektyvi formuojant gyventojų savimonę ir pažiūrą į savo sveikatą (17). BPG galimybės atlikti atrankinę patikrą ir anksti aptikti nuotaikos ir nerimo sutrikimus aptarnaujamoje bendruomenėje įvertintos 1998-2002 metais atliktu tyrimu (281). Tyrimo rezultatai patvirtino hipotezę, jog BPG gali



efektyviai ir anksti išaiškinti nuotaikos ir nerimo sutrikimus, jei atrankinei patikrai naudojamas paprastas, neužimantis laiko ir nebrangus įrankis (šiuo atveju – anketa). 1998-2002 metais atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, jog vienas iš šeimos gydytojų profesinės veiklos apimtis įtakančių veiksnių yra skatinimas už paslaugų apimtį ir kokybę (215). Nacionalinės sveikatos tarybos ataskaitoje pabrėžtas nepakankamas PSP finansavimas, kas sąlygoja prevencinio darbo, diagnostikos ir slaugos paslaugų bei mokslinių darbų PSP grandyje stoką (175). Paruoštos praktinės rekomendacijos, kaip sumažinti gyventojų ŠKL riziką PSP grandyje, tačiau yra nedaug mokslinių tyrimų kurie parodytų šių algoritmų įgyvendinimo PSP efektyvumą. Prevencijos modeliai, kurie buvo sėkmingi išsivysčiusiose šalyse, besivystančiose šalyse nėra tinkami dėl ribotų sveikatos priežiūros resursų ir skirtingų visuomenės sveikatos sistemos problemų. Dar Alma-Atos konferencijoje buvo pripažinta, kad moksliniai tyrimai yra būtina sąlyga PSP plėtrai (35). Daugelis pacientų dėl sveikatos pirmiausia kreipiasi į šeimos gydytoją, o dauguma PSP grandyje taikomų intervencijų yra pagrįstos moksliniais tyrimais, atliktais antriniame ir tretiniame sveikatos priežiūros lygmenyje. Šių tyrimų pritaikomumas šeimos gydytojo praktikoje gali būti ginčytinas. Pacientai, kurie atrenkami moksliniams tyrimams pirminiame ir antriniame lygyje dažnai skiriasi simptomų intensyvumu, ligos stadija, paciento elgsena, atsaku į gydymą. Skirtinguose lygiuose atliktų panašių intervencijų rezultatai taip pat gali skirtis, pvz. pirminiame lygyje pacientai gydomi esant ankstyvesnei ligos stadijai ar lengvesnei ligos eigai nei nukreipiami antinio lygio specialisto konsultacijai, dėl to prognozuojama intervencijų teigiama vertė PSP bus žemesnė nei antriniame lygyje, o invaziniai tyrimai mažiau pateisinami ir priimtini pacientams. Pirminio ir antrinio lygio specialistų sprendimai taip pat gali skirtis dėl skirtingos patirties ir prioritetų. Todėl antriniame sveikatos priežiūros lygyje taikytos intervencijos gali turėti ribotą efektą PSP lygyje (272). Dabar daugelyje šalių pabrėžiamas mokslinių tyrimų PSP būtinybė (251). Tarptautinė šeimos medicinos organizacija (WONCA), įvardino mokslinių tyrimų šeimos medicinoje reikšmę, siekiant pagerinti teikiamos pagalbos kokybę ir efektyvumą bei užtikrinti racionalų resursų panaudojimą bei pagerinti populiacijos sveikatos būklę. WONCA konferencijoje 2004 m. buvo priimtos rekomendacijos, kaip plėtoti ir skatinti mokslinius tyrimus šeimos medicinos srityje (260).

## **1.1. Darbo tikslas ir uždaviniai**

### **Darbo tikslas**

Nustatyti ir įvertinti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės gerinimo galimybes šeimos gydytojo aptarnaujamoje miesto bendruomenėje.

### **Darbo uždaviniai**

1. Nustatyti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimą poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse.
2. Įvertinti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės būklę poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse.
3. Nustatyti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės būklės pokyčius po vienerių metų poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse.
4. Įvertinti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių sąsajas su subjektyviu sveikatos vertinimu.

## **1.2. Darbo mokslinis naujumas**

Lietuvos sveikatos priežiūros įstatyminė bazė bei sveikatos programos dokumentai iš esmės atitinka tarptautinius standartus, tačiau šių programų įgyvendinimas reikalauja kruopštaus bei mokliškai pagrįsto įvertinimo. Vykdamas sveikatos priežiūros reformą Lietuvoje, PSP grandis orientuojama į ilgalaikę ir tęstinę paciento ir bendruomenės sveikatos priežiūrą, kurios vienas pagrindinių tikslų - gyventojų sveikatos stiprinimas ir išsaugojimas. Sveikatos stiprinimas ir ligų profilaktika tampa integralia sveikatos priežiūros sistemos dalimi, tačiau moksliniu požiūriu dar nepakankamai pagrįstas PSP grandies pasirengimas ir galimybės vykdyti profilaktinę priežiūrą. Tyrimai, nagrinėjantys profilaktinės priežiūros bendruomenėje galimybes reformuojamoje Lietuvos PSP grandyje, pavieniai. Atlikus mokslinį darbą, gauti nauji duomenys apie lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės gerinimo galimybes šeimos gydytojo aptarnaujamoje miesto bendruomenėje.

## **1.3. Praktinė darbo reikšmė**

Darbo rezultatai padės formuoti profilaktinės priežiūros įdiegimo PSP grandyje principus, rengti ir įgyvendinti visuomenės sveikatos stiprinimo programas. PSP įstaigų administratoriams ir sveikatos politikos strategams tyrimo rezultatai leistų atitinkamai organizuoti savo veiklą taip, kad PSP misija būtų įvykdyta ne vien užtikrinant aukštą diagnostinių ir gydomųjų paslaugų lygį, bet ir suteikiant aptarnaujamai bendruomenei pilnavertes profilaktinės priežiūros bei sveikatos ugdymo paslaugas. PSP grandies personalui atlikto tyrimo rezultatai padės įdiegti LNL RV kontrolės priemones kasdieninėje praktikoje. Šio mokslo tiriamojo darbo rezultatai pateikiami paskaitose ir seminaruose Kauno

medicinos universiteto studentams, rezidentams, šeimos gydytojų tęstinių studijų klausytojams. Duomenys skelbiami mokslinėse konferencijose ir recenzuojamuose Lietuvos žurnaluose.

## 2. LITERATŪROS APŽVALGA

### 2.1. Lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos strategija

Išskiriamos dvi LNL profilaktikos strategijos – populiacinė ir aukštos rizikos. Taikant aukštos rizikos strategiją profilaktikoje, siekiama nustatyti aukštos rizikos individus ir jiems suteikti individualią apsaugą. Populiacine strategija siekiama kontroliuoti pirminį sergamumą lemiančius veiksnius visoje populiacijoje (224).

#### Aukštos rizikos strategija

Aukštos rizikos intervencijos atitinka individo poreikius, nes jos nukreiptos į jau egzistuojančias problemas (AH, padidėjusį kūno svorį ir kt.), kas sąlygoja geresnę individo motyvaciją. Aukštos rizikos strategija tradiciškai priimtinesnė medicinos personalui. Gydytojai geriau motyvuoti, nes jų intervencijos veiksmai nukreipti į jau egzistuojančią problemą. Aukštos rizikos strategija ekonomiškai efektyvesnė panaudojant ribotus resursus, nes jie nukreipti į didžiausią poreikį turinčius asmenis, tačiau siekiant teigiamų rezultatų svarbu skirti pakankamai laiko konsultavimui ir tolimesniam stebėjimui (2.1.1 lentelė).

#### 2.2.1 lentelė. Aukštos rizikos strategijos privalumai ir trūkumai (224)

Privalumai	Trūkumai
Intervencija atitinka individo poreikius	Atrankinės patikros sunkumai ir kaina
Geresnė individo motyvacija	Nėra radikali
Geresnė gydytojo motyvacija	Ribotos galimybės individualiame ir populiacijos lygyje
Ekonomiškai efektyvesnė panaudojant ribotus resursus	Elgsenos keitimo sunkumai dėl egzistuojančių visuomenės normų
Palankus naudos / rizikos santykis	

Atrankinių patikrų organizavimas, siekiant nustatyti aukštos rizikos asmenis, dažnai susijęs su sunkumais ir kaina. Kai kurie RV ligos eigą lemia jau nuo ankstyvo amžiaus ir yra kintantys. Tokiu atveju reikalinga atrankines patikras vykdyti daugeliui žmonių ir periodiškai – tai lemia didesnius kaštus. Kita problema, kad dažnai tik dalis asmenų su aukšta rizika dalyvauja tolimesnio poveikio intervencijose. Aukštos rizikos strategija nėra radikali – šia strategija nesiekama pašalinti ligos priežasčių, o tik identifikuoti individus, kurie yra galimai labiau pažeidžiami. Aukštos rizikos strategijos galimybės individualiame ir populiacijos lygyje ribotos. Yra sunku numatyti būsimus ligos atvejus, nes dalis aukštos rizikos asmenų nesusirgs, o daliai žmonių be nustatytų RV liga išsivystys. Aukštos rizikos intervencijos pacientams yra sunkiau įgyvendinamos elgsenos keitimo požiūriu. Asmenys susiduria su elgsenos keitimo sunkumais dėl egzistuojančių visuomenės normų (135).

Pavyzdžiui, bandant keisti valgymo įpročius, daugelis asmenų jau diskomfortą, nes išsiskirs nuo aplinkos žmonių ir galimai sulauks neigiamos reakcijos. Aukštos rizikos strategijos taikymas praktikoje keičiasi. Klinikinėje praktikoje pradėta naudoti IŠL rizikos diagrama, kurios pagalba nustatoma absoliuti asmens rizika susirgti IŠL (276). Atsirado naujos medikamentinio gydymo galimybės, kurios sąlygoja ženklų nepriklausomą ŠKL rizikos sumažėjimą aukštos rizikos asmenims (107).

### **Populiacinė strategija**

Populiacijos mastu daugiau susirgimų atvejų nustatoma asmenims su nedidele rizika ir tik nedidelė dalis aukštos rizikos asmenims, todėl siekiant sumažinti sergamumo lygį populiacijoje, reikalinga vykdyti profilaktines programas, pagrįstas populiacine strategija (73, 224, 123). Populiacinės strategijos tikslas – sumažinti pirminį sergamumą lemiančių RV lygmenį populiacijoje, padidinti asmenų su maža rizika proporciją. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad maksimaliai sumažinti priešlaikines mirtis populiacijoje ir pasiekti maksimalią gyvenimo trukmę, reikia pasiekti optimalius RV lygius konkrečioje populiacijoje ir juos išlaikyti pakankamai ilgą laikotarpį (73). Populiacinė strategija siekia pašalinti pagrindines priežastis, kurios sąlygoja ligų didelį paplitimą. Ši strategija tinka RV, kurių paplitimas populiacijoje yra didelis. Populiacinė strategija turi didelės galimybes populiacijoje. Pavyzdžiui, sumažinus AKS vidurkį populiacijoje galima pasiekti iki 59 proc. mažesnę mirtingumą nuo ŠKL, o gydant asmenis, kurių rizika per 10 metų susirgti ŠKL yra 30 proc., beta blokatoriais, AKFI ir aspirinu, tai sumažintų mirtingumą tik apie 11 proc. (52). MONICA studija parodė, kad daugiausiai sergamumo IŠL sumažėjimą lėmė populiacinis pirminės profilaktikos modelis (132). Populiacinės strategijos sėkmę lemia dvi pagrindinės sąlygos: įrodymais pagrįstas priežastinis ryšys tarp populiacijoje paplitusio RV ir ligos bei strategija, kuri gali pakeisti RV paplitimą. Populiacinė strategija yra palanki elgsenos keitimo požiūriu, nes siekiama pakeisti tam tikras visuomenės elgesio normas, formuoti sveikos gyvensenos ir elgsenos pasirinkimo nuostatas visuomenėje. Pavyzdžiui, jei nerūkymas visuomenėje tampa norma, reikia mažiau pastangų įtikinti individą. Konkrečiam individui ši strategija duoda tik nedidelę naudą, dėl to individo medicininė motyvacija yra silpna (2.1.2 lentelė).

#### **2.1.2 lentelė. Populiacinės strategijos privalumai ir trūkumai (224)**

Privalumai	Trūkumai
Radikali	Nedidelė nauda individui
Didelės galimybės populiacijoje	Silpna individo motyvacija
Palanki elgsenos keitimo požiūriu	Silpna gydytojo motyvacija
	Naudos / rizikos santykis - svarstytinas

Socialinis „atlygis“ (pagerėjusi savigarba, palanki visuomenės nuomonė) yra žymiai daugiau motyvuojantis. Gydytojų motyvacija yra silpna, nes profilaktinio konsultavimo poveikis yra nedidelis (pavyzdžiui, rūkymo metimo patarimai sąlygojo tik 5-10 proc. sėkmingo rūkymo metimo atvejų),

profilaktinėje medicinoje yra mažai dėkingų pacientų. Dažnai medicinos personalas turi nepakankamai elgsenos keitimo konsultavimo įgūdžių. Vienas iš didžiausių sunkumų, kad medicinos personalas sveikatą suvokia kaip individo, o ne kaip visuomenės problemą. Populiacinėse profilaktinių intervencijų studijose terapinė nauda individui yra nedidelė ir gali būti persverta nedidelės rizikos, kas buvo stebima kai kuriuose tyrimuose (MRFIT studijoje ir suomių verslininkų studijoje (48)). Atliekant populiacinius tyrimus, kuriuose vykdoma tam tikra profilaktinė medikamentinė intervencija (pavyzdžiui, skiepai, vaistai ir kt.), turi būti pagrįstas jų saugumas (224). Populiacinės programos duoda didesnę efektą visuomenės mastu (252) ir daugiausiai yra ekonomiškai efektyvios (173). Profilaktika populiaciniame lygyje priklauso nuo politinių sprendimų visuomenės sveikatos srityje.

Populiacinė ir aukštos rizikos strategijos viena kitą papildo. Norint pasiekti didesnę profilaktinių programų efektyvumą, reikalinga derinti abi poveikio strategijas (224). Šalyse, kuriose buvo vykdomos visapusiškos profilaktinės programos, nukreiptos į daugelį ŠKL RV, kuriose buvo naudojama populiacinė ir į individus orientuota strategijos, sąlygojo reikšmingą mirtingumo nuo ŠKL sumažėjimą. Pavyzdžiui, Suomijoje, kuri viena pirmųjų Europoje pradėjo nacionalinę sveikatos sistemos reformą, orientuotą į profilaktiką, sveikatos ugdymą bendruomenėje ir gydymo prieinamumą, per 25 metus mirtingumas nuo IŠL sumažėjo 65 proc. (210, 262).

## **2.2. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai, jų reikšmė lėtinių ligų išsivystymui, paplitimas ir kontrolė**

Pastangos, skirtos visuomenės sveikatai gerinti, turi būti paremtos žiniomis apie ligų RV (41). LNL išvengiamos ir grįžtamos, jei efektyviai kontroliuojami LNL RV. Tiesioginės LNL priežastys iki šiol nėra pakankamai išanalizuotos. RV skatina ligų išsivystymą. Pagrindiniai LNL RV: AH, antsvoris ir nutukimas, rūkymas, dislipidemijos, nepakankamas fizinis aktyvumas, nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas, nesveika mityba ir kiti (252). Epidemiologinių studijų duomenimis pagrindiniai RV, skatinantys ŠKL atsiradimą, yra AH, sutrikusi riebalų ir angliavandenių apykaita, rūkymas, nutukimas (73, 116, 176, 219, 245).

### **2.2.1. Arterinė hipertenzija**

AH yra svarbiausias ŠKL RV.

Suaugusiųjų gyventojų AKS vertinamas pagal PSO ir Tarptautinės Hipertenzijos draugijos pasiūlytą klasifikaciją (2.2.1.1 lentelė).

### 2.2.1.1 lentelė. Arterinės hipertenzijos klasifikacija pagal arterinį kraujospūdį (AKS) (279)

	Sistolinis AKS (mm Hg)	Diastolinis AKS (mm Hg)
Optimalus AKS	< 120	<80
Normalus AKS	< 130	<85
Padidėjęs normalus AKS	130-139	85-89
I <sup>o</sup> hipertenzija	140-159	90-99
pogrupis: ribinė hipertenzija	140-149	90-94
II <sup>o</sup> hipertenzija	161 -179	100 – 109
III <sup>o</sup> hipertenzija	>180	> 110
Izoliuota sistolinė hipertenzija	> 140	<90
pogrupis: ribinė ISH	140-149	<90

Remiantis PSO ir Tarptautinės Hipertenzijos draugijos rekomendacijomis, AH diagnozuojama, jei AKS  $\geq 140$  mm Hg ir (arba)  $\geq 90$  mmHg, taip pat jei AKS normalus, bet per paskutines 2 savaites buvo vartoti AKS mažinamieji vaistai (279).

Pagal padidėjusio AKS kilmę skiriama pirminė (esencialinė) ir antrinė hipertenzija. Pirminė hipertenzija nustatoma, kai nerandama specifinės AKS padidėjimo priežasties (apie 95 proc. visų AH atvejų).

Padidėjęs AKS yra svarbus RV IŠL, širdies nepakankamumo, GSI ir inkstų nepakankamo išsivystymui (95, 110, 114, 116, 140, 149, 176, 246, 267). Pasaulyje AH sąlygoja apie 13 proc. mirtingumo (252).

Pirminė AH profilaktika ir savalaikis asmenų, sergančių AH, nustatymas ir efektyvus gydymas yra vienas iš svarbiausių visuomenės sveikatos uždavinių. Šeimos gydytojo ir jo komandos vaidmuo šiame procese labai svarbus. Svarbu nustatyti asmenis, turinčius padidėjusį AKS. Daugelis gyventojų, sergančių AH, nejaučia jokių simptomų ir dėl to dalis AH atvejų lieka nenustatyta. AKS turėtų būti matuojamas kiekvienam apsilankiusiam pas PSP gydytoją ar slaugytoją pacientui, bent kartą per 2 metus, o vyresniems negu 65 metų asmenims, kas metai (38). Suaugusieji turėtų žinoti koks jų AKS ir ar jis yra padidėjęs (38). Visiems žmonėms, pamatavus AKS, turi būti pasakomas koks jų AKS ir paaiškinama dydžių reikšmė. Šiame procese labai svarbus visų šeimos gydytojo komandos narių aktyvus dalyvavimas, tačiau Lietuvoje, tyrimų duomenimis, slaugytojų vaidmuo nedidelis. 1999 m. Kauno PSP grandies gydytojų tyrimo duomenimis, PSPC AKS dažniausiai matuoja gydytojas, labai retai jį matuoja slaugytoja (2,2 proc.), o 15,7 proc. šį darbą atlieka arba slaugytoja arba gydytojas (126).

AH gydymas sumažina ŠKL sergamumo ir mirtingumo riziką, tačiau kiekvienam konkrečiam pacientui turi būti pasverta gydymo nauda (76). Pasirenkant gydymo taktiką turi būti įvertinta asmens ŠKL rizika (149). ŠKL RV yra tarpusavyje susiję. Padidėjęs AKS dažniau nustatomas asmenims, turintiems padidėjusį kūno svorį, padidėjusią cholesterolio koncentraciją bei dažniau alkoholinius gėrimus vartojantiems vyrams (124). Tarp sergančių AH asmenų nustatomas didesnis hiperglikemijos

paplitimas, negu tarp turinčių normalų AKS asmenų (43). Kartu esantys keli RV labai padidina IŠL riziką (149). Siekiant sumažinti ŠKL riziką, AH sergantiems pacientams svarbu koreguoti ir kitus ŠKL RV.

Asmenų, kuriems AKS >160 mmHg, gydymas AKS mažinančiais vaistais yra ekonomiškai efektyvus (252). AKS sumažinimo < 140 mmHg visoje populiacijoje ekonominis efektyvumas priklauso nuo AH paplitimo ir medikamentinio gydymo kaštų konkrečioje šalyje, nes tai būtų susiję su daug didesniais gydymo kaštais bei padidėtų skaičių asmenų, kurie patirtų nepageidaujamus medikamentų reiškinius (252). Buvo paskaičiuota, kad efektyviai kontroliuojant visų suaugusiųjų, sergančių AH, AKS (sumažinus sistolinį AKS < 140 mmHg), priklausomai nuo amžiaus būtų galima pasiekti 28-44 proc. GSI ir 20-35 proc. IŠL atvejų sumažėjimo (84).

Paskutinių dešimtmečių tyrimų analizė parodė, kad GSI, IŠL, inkstų nepakankamumo ir kitų ligų rizika nėra apribota tik asmenims su AH, bet yra didesnė ir tiems asmenims, kurių AKS siekia vidurkį ir net yra mažesnis (140, 206). Pasaulio mastu apie 62 proc. galvos smegenų kraujagyslių ligų ir 49 proc. IŠL yra priskiriama suboptimaliam AKS (sistolinis >115 mmHg), su nedideliais svyravimais pagal amžių (252). Todėl labai svarbu ne tik efektyvus asmenų, sergančių AH gydymas, bet ir AKS vidurkio sumažinimas visoje populiacijoje. Sumažinus AKS vidurkį populiacijoje galima pasiekti iki 59 proc. mažesnę mirtingumą nuo ŠKL (52), o gydant asmenis, kurių rizika per 10 metų susirgti ŠKL yra 30 proc., beta blokatoriais, angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriais (AKFI) ir aspirinu, tai sumažintų mirtingumą tik apie 11 proc. (52). Studijų duomenimis 10 mmHg sistolinio AKS sumažinimas 60-79 metų asmenims yra susijęs su vienu trečdaliu mažesne GSI rizika (140). Sumažinus 2 mmHg populiacijos DAKS vidurkį bei sėkmingai gydant asmenis su AH, tai turėtų didelį poveikį visuomenės sveikatai, perspėjant ŠKL, GSI. Ar galima pasiekti tokį DAKS sumažėjimą populiacijoje taikant gyvensenos intervencijas, ypač druskos vartojimo sumažinimą, priklauso nuo vykdomų pirminės profilaktikos priemonių ir bendradarbiavimo tarp vyriausybės, maisto pramonės, sveikatos ugdymo personalo (30).

Nemedikamentinis gydymas būtinas visiems, sergantiems AH. Laikantis nemedikamentinių gydymo priemonių, galima pasiekti geresnės AH kontrolės (85, 160), AKS korekcijai reikia mažesnių vaistų dozių (23). AH sergantiems pacientams svorį mažinanti dieta gali sąlygoti 3-9 proc. svorio sumažėjimą ir vidutiniškai 3 mm Hg sistolinio ir diastolinio AKS sumažėjimą, reikalingos mažesnės AKS mažinančių vaistų dozės (170). Fiziniai pratimai yra efektyvūs pacientams su vidutine ar lengva AH (7, 80). Vidutinio intensyvumo aerobiniai pratimai pacientams su I ar II laipsnio AH gali sumažinti SAKS - vidutiniškai 10,5 mm Hg, DAKS – 7,6 mm Hg (131). Reguliarus fizinis aktyvumas asmenims, sergantiems AH, susijęs su mažesne sergamumo ir mirtingumo nuo ŠKL rizika (55).

Labai svarbi pirminė AH profilaktika visuomenėje. Pirminės AH profilaktikos rekomendacijos apima populiacinio poveikio ir intensyvios, į aukštos rizikos AH išsivystymui asmenis, nukreiptos

strategijos priemonės. Šios strategijos viena kitą papildo ir akcentuoja 6 poveikio priemones, kurių efektyvumas AH profilaktikai patvirtintas moksliniais tyrimais: reguliarus vidutinis fizinis aktyvumas, normalaus kūno svorio palaikymas, alkoholinių gėrimų vartojimo ribojimas, natrio vartojimo sumažinimas, pakankamas kalio kiekio vartojimas, daug daržovių ir vaisių vartojimas, riebalų kiekio maiste, ypač sočiųjų riebiųjų rūgščių, ribojimas (268). Šios priemonės populiacijoje gali padėti išvengti AKS pakilimo ir sumažinti nedidelę AH. Populiacinė AKS mažinimo strategija visuose regionuose yra ekonomiškai efektyvi (252). Valgomosios druskos suvartojimo sumažinimas populiacijoje gali sąlygoti AKS vidurkio sumažėjimą ir sergamumo bei mirtingumo nuo ŠKL sumažėjimą (113). Populiacinė valgomosios druskos mažinimo strategija turi būti paremta teisiniais aktais ir vyriausybės bendradarbiavimu su maisto pramonės įmonėmis, siekiant sumažinti valgomosios druskos kiekį apdorotuose maisto produktuose ir įvedant atitinkamą maisto produktų žymėjimą. Tokiomis priemonėmis galima pasiekti iki 30 proc. valgomosios druskos vartojimo sumažėjimą ir, atitinkamai, AKS vidurkio populiacijoje sumažėjimą (139). Didesnis maistinių skaidulų vartojimas gali būti viena iš priemonių mažinant AKS populiacijoje (239). Siekiant sumažinti ŠKL riziką, reikalinga kombinuota strategija, paremta poveikiu populiacijoje ir individualiu gydymu, nukreiptu į daugelį ŠKL RV (135).

Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis AH paplitimas paskutiniaisiais dešimtmečiais tarp vyrų nepakito, o tarp moterų sumažėjo (43, 124). Tačiau AH paplitimas Lietuvoje išlieka didelis. 1999 m. AH nustatyta 59,3 proc. vyrų ir 42,1 proc. moterų. 2001-2002 tyrimo duomenimis, tarp 35-64 m. Kauno m. gyventojų AH nustatyta 49,8 proc. vyrų ir 39,4 proc. moterų (43). AH paplitimas didėja su amžiumi (124, 125). Duomenys apie AH ir išsimokslinimo ryšį prieštaringi: kai kurių tyrimų duomenimis AH paplitimas didesnis tarp žemesnio išsimokslinimo vyrų (193) ar moterų (124, 125), kitų tyrimų duomenimis nebuvo nustatyta ryšio tarp AH paplitimo ir išsimokslinimo lygio (42).

Nežiūrint to, kad yra žinomos ir prieinamos efektyvaus AH gydymo priemonės ir moksliniais tyrimais įrodyta AH gydymo nauda, efektyvi AH kontrolė išlieka problema daugelyje šalių. JAV AH buvo efektyviai gydoma 23,0-31,0 proc. suaugusiųjų asmenų (82, 96), Kanadoje – 13 proc. (196), Graikijoje – 15,2 proc. (207), Ispanijoje – 10,9 proc. (208). Bloga AH kontrolė susijusi su dažnesniais vizitais į sveikatos priežiūros įstaigas (137).

Penkių Lietuvos rajonų 25-64 metų gyventojų tyrimo duomenimis AH kontrolė nuo 1987 iki 1999 m. pagerėjo: padaugėjo žmonių žinančių, kad jų AKS padidėjęs ir reguliariai besigydančių (124). Kito tyrimo duomenimis, tarp vidutinio amžiaus Kauno gyventojų per 20 metų AH kontrolė iš esmės nepakito, tik tarp žinojusiųjų padidėjo dalis žmonių, kurie vartojo vaistus per paskutines dvi savaites iki tyrimo (43). Nors AH nustatymas ir asmenų, kurie gydosi padaugėjo, tačiau visuomenėje išlieka nemažai asmenų, kurie nežino, kad jų AKS padidėjęs, o besigydančių efektyviai yra labai maža dalis – 1,9 proc. vyrų ir 7,2 proc. moterų (124).



Neefektyvios AH kontrolės priežasčių daug. Tarp jų, žinių ir suvokimo apie AH trūkumas visuomenėje (196), nepakankamas nemedikamentinių gydymo priemonių laikymasis (97), elgsenos keitimui nepalankios visuomenės normos (135). Tyrimų duomenimis, nepriklausomi blogos AH kontrolės veiksniai – vyresnis amžius, tikslinio AKS (<140/90 mmHg) nežinojimas, AKS mažinančių medikamentų nepageidaujami reiškiniai (128), CD, vyresnis gydytojo amžius (5, 36), kartu esantys kiti RV (1). AH kontrolė priklauso ir nuo paciento, ir nuo gydytojo požiūrių taip pat ir nuo gydytojo-paciento santykių (36, 97). Gydytojai neadekvačiai gydo AH – pacientams, kuriems blogai kontroliuojama AH, nepakankamai didinamos vaistų dozės ir papildomai nepridedama AKS mažinančių medikamentų (1, 5, 61, 97). Svarbu įtikinti medicinos personalą efektyvios AH kontrolės nauda (1). Labai svarbus paties paciento vaidmuo: nemedikamentinio ir medikamentinio gydymo plano laikymasis, AKS savikontrolė namuose. Daugelio tyrimų duomenimis, tikslinis AKS dažniau pasiekiamas tarp pacientų, kurie atlieka AKS savikontrolę namuose (25, 60). Gydytojo bendradarbiavimas su vaistininku, jei vaistinėje yra galimybė pasimatuoti AKS, taip pat gali padėti geriau kontroliuoti AH (47, 233).

1999 m. Kauno PSP grandies gydytojų tyrimo duomenimis, vis dar netiksliai matuojamas AKS (apie du trečdaliai gydytojų teigė AKS matuoja, kaip rekomenduojama - 2 mmHg tikslumu) bei vertinamas jo dydis (padidėjusio AKS kriterijų tiksliai nurodė tik 37,3 proc. gydytojų), laikomasi kai kurių neteisingų AH medikamentinio gydymo nuostatų: nesiekama pastovios normotenzijos bei nepertraukiamo AH gydymo (126).

### 2.2.2. Antsvoris ir nutukimas

Nutukimas yra išvengiama lėtinė liga ir RV kitų ligų išsivystymui. Padidėjęs kūno svoris yra svarbus sveikatą lemiantis veiksnys, sąlygojantis nepalankius metabolinius pokyčius: padidėjusį AKS, dislipidemiją, rezistentiškumą insulinui. Šie pokyčiai didina IŠL, GSI, CD ir kai kurių lokalizacijų vėžio (plonųjų žarnų, tulžies pūslės, gerklų, inkstų parenchimos, šlapimo pūslės, gimdos kaklelio, gimdos gleivinės, kiaušidžių, smegenų, jungiamojo audinio) riziką (101, 110, 249, 271). Nutukimas taip pat yra tulžies pūslės akmenligės, kelių sąnario osteoartrito ir podagros RV (63, 256).

Kūno svoris vertinamas pagal kūno masės indeksą (KMI), kuris išreiškiamas kūno svorio kg ir ūgio  $m^2$  santykiu ( $kg/m^2$ ). Kūno svoris vertinamas pagal PSO rekomendacijas (38): per mažas kūno svoris -  $KMI \leq 20 kg/m^2$ , antsvoris -  $KMI 25-29,9 kg/m^2$ , nutukimas -  $KMI \geq 30 kg/m^2$  (2.2.2.1 lentelė).

Tyrimų duomenimis tarp kūno masės indekso ir bendro mirtingumo yra „J“ formos statistinis ryšys. Nutukę žmonės gyvena trumpiau negu tie, kurių kūno svoris normalus. Visų amžiaus grupių vyrų ir moterų mirties rizika didėja didėjant kūno svoriui (21, 234, 243). Nutukimas 20-ye vakarų Europos šalių per metus sąlygoja 320 000 mirčių (252). Svarbiausi nutukimo padariniai sveikatai

susiję su AH, CD, ŠKL, tulžies pūslės ligomis, psichosocialinėmis problemomis ir kai kurių lokalizacijų vėžiu (249). Sergamumo ir mirtingumo rizika žymiai padidėja esant centrinio tipo nutukimui (juosmens apimtis daugiau kaip 102 cm vyrams, daugiau kaip 88 cm moterims). Centrinis nutukimas yra reikšmingesnis IŠL rizikos veiksnys ir daugiau susijęs su bendrojo cholesterolio koncentracija negu bendrasis nutukimas (180).

### 2.2.2.1 lentelė. Kūno svorio vertinimas pagal kūno masės indeksą (KMI) (38)

Kūno svorio vertinimas	KMI (kg/m <sup>2</sup> )
Normalus svoris	20-24,9
Antsvoris	25-29,9
I laipsnio nutukimas	30-34,9
II laipsnio nutukimas	35-39,9
III laipsnio nutukimas	≥ 40

Padidėjęs kūno svoris turi tiesioginį ryšį su kitais LNL RV. Turintiems padidėjusį kūno svorį dažniau nustatomas padidėjęs AKS (124), dislipidemijos (19). Paskutiniu metu didelis dėmesys skiriamas metaboliniam sindromui, kai asmeniui nustatoma keletas svarbiausių RV derinys. Metabolinis sindromas diagnozuojamas asmenims, kuriems yra nustatyti trys ar daugiau iš penkių komponentų: centrinis nutukimas, sutrikusi gliukozės reguliacija (plazmos gliukozės koncentracija nevalgius ≥6,1 mmol/l), padidėjusi trigliceridų koncentracija (≥1,7 mmol/l), maža didelio tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracija (<1,04 mmol/l vyrams, <1,3 mmol/l moterims), padidėjęs arterinis kraujospūdis (≥130/85 mmHg) (59). Metabolinis sindromas apie du kartus padidina ŠKL ir apie 4 kartus II tipo CD riziką (162). JAV metabolinio sindromo paplitimas yra apie 20 proc. (188). Tarp vidutinio amžiaus Kauno gyventojų metabolinis sindromas nustatytas 19,4 proc. vyrų ir 26,3 proc. moterų (32).

Padidėjęs kūno svoris susijęs su subjektyviu sveikatos vertinimu. Tyrimų duomenimis blogesnis subjektyvios sveikatos vertinimas yra susijęs su padidėjusiu kūno svoriu (157, 183).

Nemažai suaugusiųjų netiksliai vertina savo kūno svorį. Moterys dažniau negu vyrai mano esančios nutukusios, o vyrai dažniau nepakankamai įvertina savo kūno svorį. Savo svorio vertinimas tarp vyrų susijęs su išsimokslinimu. Aukštesnio išsimokslinimo vyrai vertina savo svorį adekvačiau, nei žemesnio (227).

Asmenų su padidėjusiu kūno svoriu paplitimas didėja visame pasaulyje ir išsivysčiusiose ir besivystančiose šalyse (249, 252). Nutukimo paplitimas įvairiose šalyse labai skiriasi. 2002 m. duomenimis Anglijoje 23 proc. vyrų ir 25 proc. moterų buvo nutukę (220), JAV – 27,6 proc. vyrų ir 33,2 proc. moterų (9), Danijoje 2001 m. buvo nutukę 11,8 proc. vyrų ir 12,5 proc. moterų, antsvorį turėjo 40 proc. vyrų ir 27 proc. moterų (11).

Tarp Lietuvos gyventojų antsvoris ir nutukimas labai paplitę. Lietuvos suaugusių žmonių gyvenamosios 2004 metų tyrimo duomenimis tarp 20–64 metų gyventojų buvo nutukę 14,2 proc. vyrų ir

16,9 proc. moterų, atsvoris nustatytas 38,3 proc. vyrų ir 29,3 proc. moterų (69). Padidėjęs kūno svoris buvo daugiau paplitęs tarp vyrų negu tarp moterų (atitinkamai 52,5 proc. ir 46,2 proc.). Nuo 1994 iki 2002 metų, nutukimo ir antsvorio paplitimas tarp vyrų padidėjo, o antsvorio paplitimas tarp moterų sumažėjo (70). Kito tyrimo duomenimis, tarp vidutinio amžiaus Kauno gyventojų 1983–2002 metais antsvorio paplitimas sumažėjo tarp vyrų, o nutukimo – tarp moterų. Sumažėjo moterų kūno masės indeksas. Centrinio nutukimo paplitimas tarp vyrų padidėjo 9,3 proc., tarp moterų – nekito (44). Su amžiumi asmenų, turinčių antsvorį ir nutukimą didėja (41, 70, 248). Epidemiologinių studijų duomenimis nutukimas daugiau paplitęs tarp žemesnio išsimokslinimo žmonių (220). Lietuvoje išsimokslinimo ryšys su nutukimo ir antsvorio paplitimu skiriasi priklausomai nuo lyties. Didėjant vyrų išsimokslinimui, didėja antsvorio paplitimas. Tarp moterų mažiausiai nutukusių ir turinčių antsvorį buvo tarp turinčių aukštąjį išsimokslinimą (70, 125).

Pagrindinė antsvorio ir nutukimo priežastys – disbalansas tarp gautos su maistu ir išseiktos energijos bei fizinio aktyvumo trūkumas (240). Fiziškai aktyvių žmonių svoris yra mažesnis (65). Polinkis nutukti gali būti paveldimas. Susidarius palankioms aplinkybėms, genetinį polinkį nutukti turinčių žmonių kūno svoris sparčiai auga. Tik nedidelei daliai nutukusiųjų svoris padidėja dėl antrinių nutukimo priežasčių: skyd liaukės, lytinių liaukų veiklos nepakankamumo, Kušingo ligos, gliukokortikoidų vartojimo.

Nustatyta, kad svorį reguliuoja dvi pagrindinės priemonės: hipokalorinė dieta ir didesnis fizinis aktyvumas. Siekiant efektyviai sumažinti padidėjusį kūno svorį reikia sumažinti su maistu suvartojamos energijos kiekį bei padidinti fizinį aktyvumą (8).

Mokslinių studijų duomenimis, palyginus įvairias dietas, didesnę efektą galima pasiekti laikantis mažai riebalų turinčios dietos (8). Sumažinus svorį, pagerėja žmogaus savijauta, sumažėja sistolinis ir diastolinis AKS, pagerėja dislipideminė būklė, sergantiems AH reikia mažesnių AKS mažinančių vaistų dozių, sergantiems CD, lengviau kontroliuoti gliukozės koncentraciją, reikia mažesnių hipoglikeminių vaistų, insulino dozių, sumažėja ŠKL ir CD rizika (8, 201).

Lietuvos suaugusių žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis, 2004 metais tik 2,7 proc. vyrų ir 9,6 proc. moterų atsakė, kad per paskutinius 12 mėnesių laikėsi svorį mažinančios dietos (69).

Sveikatos mokymas vien tik individualiame lygyje, siekiant sumažinti kūno svorį, yra mažai efektyvus. Pirminės profilaktikos programos visuomenėje būtų efektyvesnės stabdant padidėjusio kūno svorio epidemiją visuomenėje, negu svorio mažinimo programos (263). Reikalinga svorio mažinimo valstybinė programa, skatinanti gyventojų fizinį aktyvumą ir sveiką mitybą, paremta populiacinio ir individualaus poveikio strategija (249).

### 2.2.3. Rūkymas

Rūkymas – vienas labiausiai paplitusių sveikatą žalojančių gyvensenos veiksnių. Rūkymas didina tikimybę sirgti plaučių, viršutinių kvėpavimo takų ir virškinimo sistemos organų vėžiu, lėtine obstrukcine plaučių liga, kitomis kvėpavimo sistemos ligomis, ŠKL ir daugelio kitų lokalizacijų vėžiu (110, 114, 155, 234, 246, 252), osteoporoze (49), blogina plaučių funkciją (154). Tabako rūkymas nulemia 25 proc. ŠKL, 30 proc. vėžio, 75 proc. kvėpavimo sistemos ligų ir yra laikomas svarbiausiu pašalinamu šių ligų RV (146). ŠKL rizika rūkantiems asmenims priklauso nuo surūkytų cigarečių skaičiaus, kaip giliai rūkantysis įtraukia dūmus ir yra didesnė jaunesniems asmenims bei moterims (49, 176). IŠL rizika ypač didelė asmenims, pradėjusiems rūkyti iki 15 m. Rūkymas susijęs su didesne mirtingumo rizika (149, 242, 247). Nuo rūkymo sukeltų ligų Lietuvoje kasmet prieš laiką miršta daugiau kaip 7000 gyventojų, kas sudaro 20 proc. bendrojo mirtingumo (146). Kartu su rūkymu esantys kiti LNL RV (AH, padidėjęs cholesterolio kiekis, nepakankamas fizinis aktyvumas) labai padidina ŠKL riziką (38).

Pasyvus rūkymas taip pat yra reikšmingas sveikatą žalojantis veiksnys (226). Pasyvus rūkymas padidina ūminių ir lėtinių kvėpavimo takų, bronchinės astmos, ŠKL ir plaučių vėžio riziką suaugusiems, vidurinės ausies uždegimo riziką vaikams (38, 39, 86, 252). Lietuvoje pasyvus rūkymas daugiau paplitęs tarp jaunų, žemesnio išsimokslinimo moterų (89).

Rūkantys asmenys dažniau savo sveikatą vertino blogiau (157, 163). Lietuvoje rūkymas tarp vyrų buvo susijęs su vidutiniu savo sveikatos vertinimu (118).

Metus rūkyti žymiai pagerėja sveikatos būklė, sumažėja rizika susirgti MI, kitomis rūkymo sukeltomis ligomis, tarp jų ir plaučių vėžiu (49). Su rūkymu susijusi mirtingumo rizika pradeda mažėti metus rūkyti ir palaiptai mažėja 10-15 metų (49). Mesti rūkyti verta net ir sulaukus vyresnio amžiaus, net ir ilgai rūkiusiems. Tabake esantis nikotinas yra medžiaga, sukelianti fizinę priklausomybę, dėl ko yra sunku mesti rūkyti.

PSO duomenimis, rūkymas pasaulyje įgavo epideminį pobūdį ir yra viena rimčiausių šiuolaikinių sveikatos apsaugos problemų (252). Lietuvos suaugusių žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis, rūkymo paplitimas tarp Lietuvos 20–64 metų moterų 1994–2004 m. reikšmingai didėjo. Per dešimt metų kasdien rūkančių moterų padaugėjo nuo 6,3 proc. iki 14,2 proc. (69), todėl artimiausiais dešimtmečiais reikia tikėtis tolimesnio sergamumo rūkymo sukeltomis ligomis ir mirtingumo nuo jų didėjimo (146). Rūkymo paplitimas tarp 20–64 metų vyrų didėjo iki 2000 m., vėliau ėmė mažėti. 2004 m. rūkė 39,4 proc. vyrų (69). Įvairių tyrimų duomenimis, rūkymo įpročiai priklauso nuo išsimokslinimo. Aukštojo išsimokslinimo vyrai rūko rečiau negu žemesnio (125, 193). Duomenys apie moterų rūkymo ir išsimokslinimo ryšį prieštaringi: vienu tyrimu duomenimis aukštojo išsimokslinimo moterys rūkė rečiau negu žemesnio išsimokslinimo (69), kitų studijų duomenimis rūkymo paplitimas tarp moterų nuo išsimokslinimo nepriklausė (125, 193).

PSO su nerimu skelbia, kad vis daugiau jaunų žmonių rūko (252). Literatūroje daugelyje šaltinių nurodoma, jog paauglystė – lemiamas amžiaus tarpsnis rūkymo įpročio susiformavimui (31), todėl ypač svarbu mokyklų sveikatos stiprinimo programose didžiausią dėmesį skirti rūkymo prevencijai. Spartus rūkymo ir alkoholinių gėrimų vartojimo plitimas tarp paauglių ir jaunimo nustatytas ir Lietuvoje. Ypač dažnai pradėjo rūkyti jauno amžiaus (20–24 metų) moterys: 1994 m. rūkė tik 4,3 proc. šio amžiaus moterų, o 2002 m. – tris kartus daugiau (14,3 proc.) (72).

Rūkymo prevencijai būtina valstybinė tabako kontrolės programa kartu su efektyvia pagalba metantiems rūkyti asmenims (252). LR Vyriausybė įgyvendina valstybinę Tabako kontrolės programą. Rūkymo profilaktikos ir nutraukimo programas ruošia ir vykdo sveikatos priežiūros sektorius, tačiau bendras tabako vartojimo ir jo pasekmių mažinimo efektyvumas priklauso nuo viso komplekso valstybės mastu vykdomų teisinių, ekonominių, medicininių ir mokymo priemonių bendradarbiaujant valstybiniam, privačiam ir visuomeniniam sektoriams (146). Lietuvoje vykdoma bendruomenės programa “Mesk ir laimėsi” - efektyvi priemonė, paskatinanti ir padedanti norintiems mesti rūkyti (156). Yra vieninga nuomonė, jog rūkymo problemą reikia spręsti pasitelkus įvairiapusį švietimą, informaciją. Labai svarbu rūkančiuosius paskatinti mesti rūkyti. Paprasta intervencija - trumpas gydytojo patarimas mesti rūkyti gali sąlygoti iki 6 proc. rūkymo metimo atvejų (231, 252). Mokslinių tyrimų duomenimis, daugelis pagalbos metantiems rūkyti formų yra efektyvios: gydytojo ir slaugytojų konsultavimas, nikotino pakaitinė terapija, individualus gyvenimo keitimo konsultavimas, grupiniai užsiėmimai, medikamentinis gydymas (bupropionu), tačiau jų efektyvumas skiriasi (134).

#### **2.2.4. Nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas**

Saikingas alkoholinių gėrimų (AG) vartojimas nėra kenksmingas. Sveikatos, psichologiniai, psichikos sutrikimai bei socialinė žala priklauso nuo vartojamo AG kiekio ir vartojimo dažnio. Vienkartinis didelio AG kiekio suvartojimas kelia apsinuodijimo, nelaimingų atsitikimų (autoįvykiai, nuskendimas) bei smurto grėsmę, o kasdienis net ir nedidelių dozių vartojimas pavojingas dėl galimos priklausomybės (252). Jei AG vartojami ilgai ir gausiai, tai pavojinga sveikatai, didėja lėtinių ligų (kepenų cirozės, epilepsijos ir kitų) rizika. Dažnas AG vartojimas yra burnos ertmės, stemplės, kepenų, storųjų žarnų bei kitų lokalizacijų vėžio RV (189, 280). Didėjant suvartojamų AG kiekiui didėja AKS ir hemoraginių GSI rizika. Gausus AG vartojimas laikomas ir ŠKL RV (27). Dideli AG kiekiai padidina staigios mirties riziką, ypač asmenims su širdies ritmo sutrikimais. AG vartojimas yra statistiškai susijęs su bendru mirtingumu „J“ formos kreive (242, 255). Gausus AG vartojimas susijęs su mirtingumu (234). AG vartojimas pasaulyje sąlygoja 3,2 proc. mirčių ir 4 proc. prarastų sveiko gyvenimo metų (252). AG vartojimas ir ūmi intoksikacija AG yra viena iš jaunų vyrų mirtingumo skirtumo Rytų ir Vakarų Europos šalyse priežasčių (249). Vidutinis AG suvartojimas per metus vienam asmeniui – svarbus neigiamų pasekmių rodiklis. Yra paskaičiuota (PSO Europos regioninis

komitetas), jei vidutinis alkoholio suvartojimas vienam gyventojui pasiekia 8 litrus gryno etilo alkoholio, tai valstybė praranda 5 - 6 proc. bendro nacionalinio produkto (146).

Nesaikintas AG vartojimas lemia aukštesnį AKS, skrandžio veiklos sutrikimus, pagirias, galvos skausmus, dirglumą, nerimą, depresiją, miego sutrikimus, nesugebėjimą susikaupti, dirbti (3).

AG vartojimas yra žalingas, jei kenkia psichologinei, socialinei arba fizinei asmens gerovei (38). Dėl AG vartojimo patiriama psichologinė ir socialinė žala. Šeimų iširimai, smurtas, problemos darbe, nelaimingi atsitikimai, savižudybės (apie 70 proc. savižudybių siejamos su AG vartojimu), išžaginimai ir kiti sunkūs nusikaltimai susiję su išgerto AG kiekiu, jo vartojimo dažnumu. Akivaizdi sąsaja tarp AG vartojimo ir eismo nelaimių. Lietuvoje mirtys susijusios su AG vartojimu vidutiniškai sudaro 10,4 proc. (146).

Kai kurių autorių duomenimis, subjektyvus sveikatos vertinimas susijęs su vartojamų AG rūšimi. Studijos duomenimis vidutinio kiekio vyno vartojimas turėjo teigiamą efektą subjektyviam sveikatos vertinimui, galimai dėl gyvenamosios ypatumų (253).

AG vartojimas susijęs su daugeliu socialinių, demografinių, ekonominių ir kultūrinių veiksnių. Epidemiologinių studijų duomenimis, vyrų AG vartojimo įpročiai buvo susiję su išsimokslinimu: dažniau AG vartoja pradinio ir nebaigto vidurinio išsimokslinimo vyrai (244). Duomenys apie AG vartojimo ir išsimokslinimo ryšį tarp moterų prieštaringi: vieno tyrimo duomenimis, jie nebuvo susiję su išsimokslinimu (193), kitų tyrimų duomenimis, aukštojo ir vidurinio išsimokslinimo moterys rečiau vartojo AG negu žemesnio (191) arba aukštesnio išsimokslinimo moterys AG vartojo dažniau, negu žemesnio (217).

Visame pasaulyje daugėja žmonių vartojančių AG (252). Lietuvoje stiprių AG vartojimo dažnis tarp vyrų nepakito. 1994 m. bent kartą per savaitę juos gėrė 31,2 proc. vyrų, 2004 metais – 28,2 proc. Moterys stiprius alkoholinius gėrimus pradėjo vartoti dažniau. 1994 m. bent kartą per savaitę juos gėrė 5,5 proc. moterų, paskutinio tyrimo duomenimis, – 10,3 proc. AG vartoja daugiau vyrų negu moterų. Lietuvoje daugėja alų vartojančių žmonių ir alaus vartojimo dažnis. Vyrų, bent kartą per savaitę geriančių alų, dalis padidėjo nuo 43,5 proc. 1994 m. iki 52 proc. 2004 m., moterų atitinkamai nuo 7,1 proc. iki 16,4 proc. Moterys dažniau negu vyrai gėrė vyną (69). Lietuvoje beveik 60 000 asmenų priklausomi nuo alkoholio (146). Lietuvoje nuolat didėja alkoholinių psichozių skaičius, rodantis didėjantį šalies gyventojų girtavimo mastą, nes tai yra tiesiogiai proporcingi socialiniai procesai (175). Apsinuodijimai alkoholiu viena iš pagrindinių priežasčių mirusiųjų nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų. Jų dauguma - darbingo amžiaus vyrai (175).

Su AG susijusios problemos šalyje turi būti sprendžiamos kompleksiškai: vykdant nacionalinę alkoholio politiką valstybės lygiu, didinant visuomenės informuotumą AG vartojimo sąlygojamų problemų klausimais bei mokant medicinos personalą atpažinti pavojingą ir žalingą AG vartojimą ir suteikti profesionalią pagalbą (38, 249).

Labai svarbu atpažinti pavojingo sveikatai AG vartojimą. Medicinos personalas turi klausti pacientų apie jų AG vartojimo įpročius, įprastinį AG vartojimo dažnumą ir per vieną kartą išgeriamų AG kiekį. Turėtų būti reguliariai įvertinamas pacientų AG vartojimas, vartojantiems AG asmenims paaiškinama AG vartojimo pavojus, nurodomos dėl to kylančios problemos prieš atsirandant stipriam priklausomumui (3). Tyrimais įrodyta, kad net ir trumpa šeimos gydytojo konsultacija gali paskatinti pacientą apsispręsti riboti suvartojamų AG kiekį (3).

### **2.2.5. Nepakankamas fizinis aktyvumas**

Nepakankamas fizinis aktyvumas susijęs su GSI, IŠL, CD, krūties, storosios žarnos vėžio rizika (246) ir sąlygoja apie 10–16 proc. krūties vėžio, storosios ir tiesiosios žarnos bei CD atvejų, ir apie 22 proc. IŠL (252). Nepakankamas fizinis aktyvumas susijęs su bendru mirtingumu (119, 234, 242) ir mirtingumu nuo IŠL tarp vidutinio amžiaus vyrų (247).

Fizinis aktyvumas pagerina gliukozės metabolizmą, sumažina AKS, kūno riebalų kiekį. Reguliarus fizinis aktyvumas pagerina savijautą, sustiprina funkcinę būklę, padeda sumažinti IŠL, GSI, nuo insulino nepriklausomo CD riziką (79), lūžių dėl osteoporozės riziką (64), padidintą kūno svorį. Eliminavus nepakankamą fizinį aktyvumą būtų galima pasiekti 15–39 proc. mažiau IŠL, 33 proc. - GSI, 12 proc. - AH, 12–35 proc. - CD, 22–33 proc. - storosios žarnos vėžio, 5–12 proc. - krūties vėžio atvejų ir 18 proc. mažiau lūžių dėl osteoporozės (249). Fizinis aktyvumas susijęs su mažesniu bendru mirtingumu, mirtingumu nuo IŠL, storųjų žarnų ir krūties vėžio (78, 225, 264).

Kokio intensyvumo fizinis aktyvumas susijęs su mažesne mirtingumo rizika - tyrimų duomenys prieštaringi. Kai kurių studijų duomenimis tik intensyvus fizinis aktyvumas laisvalaikiu buvos susijęs su mažesniu mirtingumu nuo ŠKL (106, 141). Ankstesnėse fizinio aktyvumo rekomendacijose buvo akcentuojami didelio intensyvumo nepertraukiami aerobiniai pratimai, nauji moksliniai tyrimai parodė, kad ir vidutinio intensyvumo kasdieninė pertraukiama fizinė veikla duoda naudą sveikatai ir yra susijusi su mažesniu mirtingumu dėl IŠL (144). Nustatyta atvirkštinė tiesinė priklausomybė tarp fizinio aktyvumo apimtys ir bendro mirtingumo (142). Akcentuojamas fizinis aktyvumas kasdieninėje veikloje (darbas, namų ruoša, važiavimas dviračiu, ėjimas, laisvalaikis) (252). Fizinio aktyvumo padidėjimas turi būti nesunkiai įgyvendinamas kasdieninėje veikloje ir turi teikti malonumą. Vaikščiojimas yra viena iš fizinio aktyvumo formų, atitinkančių šiuos kriterijus (94). Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, vyrams sveikatai palankiausias didelis fizinis aktyvumas laisvalaikiu, bei darbe sėdima daugiau nei 3 val. (234), labiausiai sveikatai nepalankus itin aktyvus fizinis darbas arba visiškai pasyvus laisvalaikio leidimo būdas (282).

Tyrimų duomenimis, mažas fizinis aktyvumas susijęs su vidutiniu ir blogu subjektyviu sveikatos vertinimu (157).

Nėra vieningo tarptautinio fizinio aktyvumo vertinimo (252). Nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas įvairiose šalyse svyruoja nuo 31 proc. iki 51 proc., nepakankamai fiziškai aktyviais laikant asmenis, kurie fiziškai aktyvūs <2,5 val. per savaitę (252).

Tarp 25-64 m. Kauno gyventojų fiziškai neaktyvūs ir darbe ir laisvalaikiu buvo 10,0 proc. vyrų ir 12,6 proc. moterų, vertinant fizinį aktyvumą darbe ir laisvalaikiu per savaitę (248). Penkių Lietuvos rajonų 25-64 metų gyventojų tyrimo duomenimis nepakankamai fiziškai aktyvūs darbe ir laisvalaikio metu buvo 13,2 proc. vyrų ir 11,7 proc. moterų (193). Lietuvos suaugusių žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis Lietuvoje per pastarąjį dešimtmetį suaugusiųjų besimankštinančių laisvalaikio dalis padidėjo. 2004 m. 30,3 proc. vyrų ir 26,7 proc. moterų atsakė, kad jie mankštinasi bent 4 kartus per savaitę 30 min. ir ilgiau, kad pagreitetų kvėpavimas ir padidėtų širdies susitraukimų dažnis. 1994 m. taip mankštinosi 15,9 proc. vyrų ir 13,5 proc. moterų. Pėsčiomis vykstančių į darbą žmonių dalis nuolat mažėja. 1994 m. ėjo į darbą bent 30 min. 28,6 proc. vyrų ir 26,4 proc. moterų, 2004 m. atitinkamai 17,6 proc. vyrų ir 23,1 proc. moterų (69). Tyrimų duomenimis, nepakankamas fizinis aktyvumas susijęs su išsimokslinimu: daugiau nepakankamai fiziškai aktyvių nustatoma tarp aukštojo išsimokslinimo vyrų, negu tarp pradinio ir nebaigto vidurinio, bei tarp vidurinio ir spec. vidurinio išsimokslinimo moterų, negu tarp pradinio ir nebaigto vidurinio (193).

Intervencijos PSP lygyje, siekiant padidinti fizinį aktyvumą, duoda efektą. Net ir trumpa gydytojo rekomendacija padidinti fizinį aktyvumą gali būti efektyvi, ypač jei pacientas gauna tolimesnes konsultacijas iš PSP medicinos personalo (slaugytojų ir kt.) (46).

#### **2.2.6. Mitybos įpročiai**

Mityba yra vienas iš svarbiausių gyvensenos veiksnių, turinčių įtakos sveikatai. Mitybos įpročiai susiję su sergamumu lėtinėmis ligomis (222). Dėl nesveikos mitybos atsiranda IŠL, AH, piktybiniai navikai, nuo insulino nepriklausomas CD, nutukimas, osteoporozė, anemija, jodo trūkumo sukelti sutrikimai (37, 109). Didesnė lėtinių ligų išsivystymo rizika susijusi su per dideliu riebalų kiekiu maiste bei per dideliu su maistu gaunamos energijos kiekiu, gausiu valgomosios druskos vartojimu. Daržovių ir vaisių, augalinių aliejų, žuvies vartojimas šių ligų riziką mažina.

PSO rekomenduoja vartoti mažiau riebių pieno ir mėsos produktų, nes juose yra daug sočiųjų riebalų rūgščių, didinančių cholesterolio koncentraciją kraujyje (38). Didelis sočiųjų riebiųjų rūgščių, cholesterolio kiekis maiste skatina aterosklerozinių pokyčių kraujagyslėse vystymąsi (91). Maiste didėjant riebalų kiekiui, didėja rizika susirgti storųjų žarnų, krūties bei prostatos vėžiu (13, 111, 236). Riebus maistas labai kaloringas. Kai gautos energijos kiekis viršija išėkvotos energijos kiekį, vystosi nutukimas.



Žuvį rekomenduojama valgyti bent 1 kartą per savaitę. Žuvies riebalų teigiama įtaka mažinant mirtingumą nuo IŠL labiau išryškėja asmenims su aukšta IŠL rizika, palyginti su mažos IŠL rizikos asmenimis (158).

Labai svarbus sveikos mitybos komponentas - vaisiai ir daržovės. Epidemiologinių studijų duomenimis nepakankamas daržovių ir vaisių vartojimas susijęs su padidinta GSI, IŠL, storosios ir tiesiosios žarnos, skrandžio, stemplės, plaučių vėžio rizika (177, 278). Mažas daržovių ir vaisių vartojimas pasaulyje nulemia 19 proc. virškinimo trakto vėžio, 31 proc. IŠL ir 11 proc. GSI (252). Pakankamas daržovių, vaisių ir maistingų skaidulų turinčių produktų vartojimas sumažina ŠKL ir piktybinių navikų riziką (41). PSO rekomenduoja per dieną suvartoti bent 400 g daržovių ir vaisių, turinčių daug antioksidantų, vitaminų, skaidulų, mineralinių ir kitų sveikatai naudingų medžiagų. PSO rekomenduoja dažniau vartoti rupaus malimo grūdinių produktų (juodos duonos, kruopų košių).

Tyrimų duomenimis mitybos įpročiai susiję su subjektyviu sveikatos vertinimu (150). Mažas daržovių vartojimas susijęs su blogesniu subjektyvios sveikatos vertinimu (157).

Lietuvos gyventojų mityboje per paskutiniuosius 60 metų vyko pokyčiai, neabejotinai turintys įtakos kai kurios lėtinės neinfekcinės patologijos gausėjimui. Maisto racione smarkiai padidėjo riebalų kiekis. Jei 1933 - 1939 metais riebalai teikdavo tik 30 proc. visų maisto kalorijų, tai 1980 -1995 metais riebalų energinė dalis padidėjo iki 42 - 49 procentų (146). Vertinant pastarojo dešimtmečio Lietuvos gyventojų mitybos įpročių pokyčius, nustatyta, kad jie tampa sveikesni, labiau atitinka PSO rekomendacijas. Maistui gaminti daug dažniau pradėtas vartoti aliejus. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis, vyrų, vartojančių aliejų, dalis padidėjo nuo 31,1 proc. 1994 m. iki 82,6 proc. 2004 m., moterų – atitinkamai nuo 47,7 proc. iki 89,4 proc. (69). Paskutinio tyrimo metu taukus maistui gaminti vartojo 8,5 proc. vyrų ir 5,6 proc. moterų. 1994 m. 71,2 proc. vyrų ir 66,3 proc. moterų atsakė, kad dažniausiai duoną tepa sviestu. 2000 m. sviestą vartojančių žmonių dalis sumažėjo beveik dvigubai, nes gyventojai pradėjo tepti duoną margarinu. Padidėjus tepių riebalų mišinių, kurių pagrindą sudaro pieno riebalai, pasiūlai, sviesto vartojimas vėl ėmė didėti. 2004 m. sviestą ir kitus gyvulinius riebalus tepė 52 proc. vyrų ir 53,8 proc. moterų. Tiriamuoju laikotarpiu kaimiško ir parduotuvėje pirktos natūralaus pieno vartojimas beveik nepakito. 2004 m. jį gėrė 50,8 proc. vyrų ir 48,7 proc. moterų. Lietuvos gyventojai dažniau pradėjo valgyti šviežias daržoves. 1996 m. bent 3 dienas per savaitę šviežių daržovių valgė 18,1 proc. vyrų ir 24,8 proc. moterų, o 2004 metais – 39,9 proc. vyrų ir 49,9 proc. moterų. Kasdien šviežių daržovių valgė 14,9 proc. vyrų ir 18,7 proc. moterų (1996 m. atitinkamai 3,5 proc. ir 5,4 proc.).

Lietuvos gyventojai nepakankamai vartoja košių ir dribsnių, žuvies. Tyrimų duomenimis kas antras vyras ir kas trečia moteris kruopų košių nevalgo arba valgo retai (192). Bent 1 kartą per savaitę žuvies valgė tik 12,3 proc. vyrų ir 9,4 proc. moterų (69).

Vyrų ir moterų mitybos įpročiai skiriasi. Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, moterys dažniau valgė šviežias daržoves ir vaisius, košes, maisto gaminiui dažniau vartojo aliejų, rečiau valgė mėsą ir kiaušinius, gėrė natūralų kaimišką pieną, negu vyrai (192). Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai buvo susiję su išsimokslinimu. Aukštesnio išsimokslinimo žmonių mityba labiau atitiko PSO rekomendacijas palyginti su žemesnio išsimokslinimo (71).

Nors Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai tampa sveikesni, dar daugelis žmonių turėtų keisti mitybos įpročius. Būtina skatinti daržovių ir vaisių, kruopų košių, žuvies vartojimą, mažinti riebalų, ypač sočiųjų riebalų rūgščių suvartojimą su maistu, išlaikyti pusiausvyrą tarp gaunamos su maistu ir išekvojamos fizinei veiklai energijos (192).

2004 m. tyrimo duomenimis, tik 14,9 proc. vyrų ir 14,5 proc. moterų gydytojas per praėjusius 12 mėn. patarė keisti mitybą dėl sveikatos (69). 20,0 proc. vyrų ir 29,4 proc. moterų per praėjusius 12 mėn. sumažino riebalų vartojimą, 4,2 proc. vyrų ir 4,4 proc. moterų pakeitė vartojamų riebalų rūšį, 17,7 proc. vyrų ir 30,1 proc. moterų padidino daržovių vartojimą, 11,9 proc. vyrų ir 16,0 proc. moterų sumažino cukraus vartojimą, 11,2 proc. vyrų ir 11,6 proc. moterų sumažino druskos vartojimą (69).

Sveikatos priežiūros specialistai turėtų aktyviau dalyvauti ugdant visuomenės sveikos mitybos įpročius. Mitybos įpročiai susiformuoja ankstyvame amžiuje, didžiausią įtaką tam turi šeima ir jos mitybos tradicijos. Pirminės sveikatos priežiūros medicinos personalas turi teirautis pacientų apie jų mitybos įpročius, pasinaudoti galimybe aptarti ir padiskutuoti apie su mityba susijusia riziką sveikatai bei sveikos mitybos reikšmę. Reikšmingą informaciją apie mitybos įpročius rekomenduojama atžymėti ambulatorinėje kortelėje. Labai svarbu skirti pakankamai dėmesio jaunų žmonių sveikos mitybos įgūdžių formavimui ir palaikymui. Šeimos konsultavimas, įtraukiant visus šeimos narius, suteikia galimybes apsvarstyti mitybos tradicijas ir padėti pakeisti nesveikos mitybos įpročius bei ugdyti teigiamą požiūrį į sveiką mitybą (38).

### **2.3. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės galimybės ir profilaktinės priežiūros įdiegimo praktikoje tyrimų apžvalga**

LNL RV kontrolės galimybės buvo nagrinėtos daugelyje tyrimų užsienyje ir Lietuvoje. Dalis tyrimų buvo vykdomi PSP centruose, specialiai perengus PSP personalą, kituose tyrimuose intervencija buvo vykdoma pačių tyrėjų.

#### **2.3.1. Eksperimentinės studijos**

**Lietuvoje** buvo atlikta nemažai didelių studijų, kuriose intervencijas vykdė tyrėjų grupės. Jau trys dešimtmečiai Kauno medicinos universiteto mokslininkai vykdo ŠKL epidemiologinius tyrimus. Vykdam Tarptautinę Kauno – Roterdamo studiją (kodinis pavadinimas KRIS) buvo gauti duomenys apie svarbiausių IŠL RV paplitimą tarp vidutinio amžiaus vyrų ir jų ryšį su IŠL. 1976 m. pradėta „Daugiafaktorinės IŠL profilaktikos“ studija, kuri padėjo įvertinti IŠL RV korekcijos galimybes ir jos

veiksmingumą tarp vidutinio amžiaus vyrų. Nuo 1983 m. Kaune pradėta vykdyti tarptautinė ŠKL bei jų RV ilgalaikio (10 metų) tyrimo programa „MONICA“. Tai pirmoji studija, kai buvo tiriamos ir moterys. Remiantis studijos duomenimis, įvertinti 35-64 m. Kauno gyventojų svarbiausių ŠKL – IŠL, GSI, sergamumo ir mirtingumo rodikliai, šių ligų RV paplitimas ir pokyčiai per 10 metų ir jų abipusis ryšys (41). Remiantis MONICA programos tyrimo duomenimis, per 1983-1993 metus tarp 35-64 metų Kauno gyventojų AH, rūkymo ir hipercholesterolemijos paplitimas nepakito. Viršsvorio paplitimas sumažėjo tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų (41). Remiantis KRIS studijos, IŠL daugiafaktorinės profilaktikos programos ir MONICA studijos duomenimis, per 1972-1996 metus tarp 45-59 metų Kauno vyrų populiacijos mažėjo AH ir rūkymo paplitimas, hipercholesterolemijos paplitimas didėjo. Antsvorio paplitimo sumažėjimas tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų buvo nustatytas paskutinės gyventojų atrankos tyrimo duomenimis (42). KRIS programos dalyvių ilgalaikio stebėjimo duomenimis buvo nustatyta, kad pagrindiniai ŠKL RV skatina ir kitų LNL atsiradimą. RV bendrumu buvo pagrįsta integruotos LNL profilaktikos koncepcija. Ji buvo priimta PSO ir, remiantis ja, sukurta Integruotos LNL profilaktikos programa (CINDI), kurios tikslas - mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo pagrindinių LNL, kontroliuojant jų RV tarp visų gyventojų. 1983 m. Lietuva viena iš pirmųjų įsitraukė į tarptautinę CINDI programą. Nustatyta teigiamų penkių Lietuvos rajonų 25 - 64 metų gyventojų pagrindinių RV paplitimo pokyčių: per dvylika metų (1987 - 1999) sumažėjo antsvorio ir hipercholesterolemijos paplitimas tarp vyrų ir moterų bei AH paplitimas tarp moterų. Rūkymo paplitimas tarp moterų padidėjo, o tarp vyrų nepasikeitė (125).

Lietuvoje buvo atlikti keletas eksperimentinių tyrimų, kurie įvertino AH kontrolės galimybes. Labai gerus efektyvios AH kontrolės rezultatus buvo pasiekusi J. Klumbienė, tačiau aktyviai kontroliuojamus vidutinio amžiaus vyrus, sergančius AH, gražinus apylinkių terapeutų žinion, po poros metų rezultatai grįžo į pradinį lygį (127). Panašūs dėsningumai buvo stebimi ir kito tyrimo metu. Efektyvaus AH gydymo rezultatai buvo pasiekę ir E. Eviltis, tačiau jo stebimą kontingentą perdavus apylinkės terapeutui, gydymo efektyvumas po vienerių metų grįžo į pradinį tašką (60). Atliktos studijos rodo, jog pasibaigus tyrėjų aktyviam poveikiui ir perdavus ligonius PSP personalui, efektyvumas išaiškinant ir kontroliuojant LNL RV grįžta į pradinę padėtį (45, 60).

Nemažai studijų, kuriose intervencija buvo vykdoma tyrėjų, atlikta užsienyje.

**Oslo studijoje** dalyvavo 1232 sveiki 40-49 metų amžiaus vyrai, kuriems nustatyta aukšta IŠL rizika: hipercholesterolemija (7,5-9,8 mmol/l), lengva AH (sistolinis AKS (SAKS) <150 mmHg), rūkymas. Tyrimo tikslas buvo ištirti, ar kraujo lipidų sumažinimas ir rūkymo metimas gali sumažinti pirminį sergamumą IŠL. Poveikio grupės vyrai buvo individualiai konsultuojami kas 6 mėn. mitybos klausimais, dalyvavo rūkymo metimo programoje, kas 6 mėn. buvo atliekamas IŠL RV įvertinimas. Po 5 metų reikšmingai sumažėjo mažo tankio lipoproteinų (MTL) kiekis, trigliceridai, rūkymo paplitimas,

mirtingumas dėl IŠL ir bendras mirtingumas (atitinkamai 13 proc., 20 proc., 45 proc., 55 proc., 33 proc.) (98, 99). Po 10 metų buvo mažesnis sergamumas MI ir GSI visose amžiaus grupėse (81).

**Suomių verslininkų** studija buvo vykdoma 1974-1980 metais. Buvo atrinkta 1222 40-55 metų amžiaus aukštos rizikos vyrai verslininkai be nustatytų ŠKL. 5 metus kas 4 mėnesiai poveikio grupės vyrai lankėsi pas tyrėjus, jie buvo konsultuojami sveikos mitybos, rūkymo metimo, fizinio aktyvumo klausimais, jiems buvo rekomenduojami vaistai AH gydymui ir cholesterolio kiekio mažinimui. Po 5 stebėjimo metų poveikio grupėje reikšmingai sumažėjo IŠL rizika (46 proc.): sumažėjo AKS, cholesterolio kiekis, rūkymo paplitimas, tačiau poveikio grupėje stebėjimo laikotarpiu ir 10 metų po tyrimo buvo daugiau kardiovaskulinių įvykių nei kontrolinėje grupėje. (237). Tyrėjai nustatė, kad tokie tyrimo rezultatai buvo sąlygoti didesnio gliukozės tolerancijos sutrikimo paplitimo poveikio grupėje, kuris buvo susijęs su mirtingumu, ir, galimai, dėl vaistų nepageidaujamo poveikio (238).

**MRFIT** tyrimas buvo vykdomas 18 JAV miestų. Tyrimo tikslas buvo nustatyti 7 metų daugiafaktorinės ŠKL RV profilaktikos programos efektyvumą sergamumui ir mirtingumui nuo IŠL bei bendram mirtingumui. Buvo atrinkta 12866 35-57 metų aukštos IŠL rizikos vyrų, be nustatytų ŠKL. Poveikio grupės vyrams vizitų metu buvo duodami mitybos patarimai, siekiant sumažinti cholesterolio kiekį, antihipertenziniai vaistai bei rūkymo metimo patarimai, rūkantieji dalyvavo 10 savaičių palaikymo grupėje, nutukusieji buvo konsultuojami dėl svorio metimo. Po 7 metų poveikio grupėje, palyginus su kontrole, buvo reikšmingai daugiau vartojančių antihipertenzinius vaistus, 0,13 mmol/l mažesnis cholesterolio kiekis, 3,1 mmHg - DAKS, mažesnis rūkymo paplitimas (atitinkamai poveikio ir kontrolinėje grupėse - 32 proc. ir 45 proc.). Po 7 metų nebuvo nustatyta reikšmingų mirtingumo pokyčių. Mokslininkai padarė išvadą, kad lauktų mirtingumo sumažėjimo rezultatų nebuvo pasiekta, nes RV pokyčiai nebuvo tokie dideli, kaip tikėtasi, galimai dėl per trumpo laikotarpio (poveikio mirtingumui inertiškumas) bei dėl AH gydymui naudotų diuretikų nepageidaujamo poveikio (171). Ilgalakis MRFIT programos poveikis mirtingumui buvo žymiai reikšmingesnis. Po 16 metų poveikio grupėje mirtingumas nuo IŠL, visų ŠKL ir bendras mirtingumas buvo atitinkamai 11,4 proc., 7,9 proc. ir 5,7 proc. mažesni negu kontrolinėje grupėje (168). MRFIT tyrimas parodė efektyvios ŠKL RV kontrolės poveikį mirtingumo sumažėjimui.

Analizuojant profilaktinių intervencijų efektyvumo duomenis, buvo nustatytas rezultatų latencijos efektas. Intervencijų efektyvumas gali būti nedidelis poveikio pradžioje ir išryškėti tik po tam tikro laiko. MRFIT dalyvių ilgesnės trukmės tolimesnis stebėjimas parodė ryškesnius mirtingumo skirtumus tarp kontrolinės ir poveikio grupių, negu tyrimo eigoje, toks pats efektas buvo stebimas ir Tromso šeimos studijoje (48). Kito tyrimo duomenimis, RV sumažinimo nauda pacientams su angiografiškai patvirtinta IŠL neabejotinai išryškėjo tik ketvirtais intervencijos metais (83). Oslo studijoje sergamumo ir mirtingumo nuo ŠKL sumažėjimas buvo stebimas ir studijos pabaigoje ir tolimesnio ilgalaikio stebėjimo metu.

Daugelyje eksperimentinių studijų gauti rezultatai parodė, kad galima efektyviai sumažinti ŠKL RV ir mirtingumą, tačiau studijų tyrėjų vykdytų intervencijų apimtys žymiai viršija kasdieninės praktikos galimybes, finansinių ir žmogiškųjų resursų požiūriu.

### 2.3.2. Intervencijos, pagrįstos populiacine strategija

Labai svarbu sumažinti RV lygį aukštos IŠL ir GSI rizikos asmenims, tačiau tai turi ribotą efektą visos populiacijos mirtingumui. Didžioji dalis koronarinių įvykių įvyksta žmonėms su vidutine rizika ir tik nedidelė dalis asmenims su didele rizika, todėl profilaktinės programos bendruomenės lygyje yra nukreiptos į didesnę populiacijos dalį su vidutine rizika.

**Šiaurės Karelijos projektas** – viena iš pirmųjų populiacine strategija pagrįstų ŠKL prevencijos programų, siekiant sumažinti sergamumą ir mirtingumą ŠKL. Projektas, vykdytas nuo 1972 iki 1977 m., buvo paremtas visuomenės ir vietos lyderių parama. Bendruomenėje buvo vykdomas visapusiškas poveikis per masines informacijos priemones, darbovietes, PSP, ligonines, mokyklas ir vietos bendruomenes, įtraukiant maisto prekių parduotuves ir maisto pramonės įmones. Per 10 metų Šiaurės Karelijos populiacijos rūkymo paplitimas sumažėjo 36 proc., cholesterolio kiekis vidutiniškai - 11 proc., diastolinis AKS – 5 proc. Nuo 1972 iki 1997 cholesterolio lygis tarp vyrų ir moterų sumažėjo 18 proc., AKS tarp vyrų – 8 proc., tarp moterų – 13 proc. (261). Programos eigoje bendras mirtingumas regione sumažėjo 5 proc., o 30-64 vyrų mirtingumas nuo ŠKL – 13 proc., moterų – 31 proc. Šis eksperimentinis projektas vėliau buvo vykdomas visoje valstybėje, ko pasekoje populiacijoje žymiai pagerėjo RV kontrolė, o visoje šalyje buvo stebimi teigiami mirtingumo nuo ŠKL pokyčiai. Po 20 metų nuo projekto pradžios Šiaurės Karelijoje vyrų mirtingumas nuo IŠL sumažėjo 49 proc., o visoje Suomijoje - 44 proc. (209). Mirtingumo nuo IŠL sumažėjimas buvo sąlygotas IŠL RV (AH, padidėjusio cholesterolio kiekio, rūkymo) paplitimo sumažėjimo (262). Šiaurės Karelijos projektas - vienas iš geriausių pavyzdžių, kai vykdamas gerai parengtą IŠL profilaktikos programą buvo pasiekta ženkliai rezultatų.

Kalifornijoje buvo atliktas **Stanfordo 5 miestų projektas**, siekiant įvertinti sveikatos mokymo bendruomenės lygmenyje efektyvumą mažinant sergamumą GSI ir IŠL. Tyrime dalyvavo 2 poveikio (N=122 800) ir 3 kontroliniai miestai (N=197 500). Poveikio miestuose 6 metus buvo vykdoma nedidelio biudžeto visapusiška švietimo programa (paskaitos, darbas grupėse, televizijos ir radijo transliacijos, bukletai, kt. spausdinta informacija), kas vidutiniškai vienam asmeniui sudarė apie 26 val. įvairių formų sveikatos mokymo. Po 30 ir 64 poveikio bendruomenėse tarp 25-74 m. amžiaus asmenų reikšmingai sumažėjo cholesterolio kiekis (2 proc.), AKS (4 proc.), pulso dažnis ramybėje (3 proc.), rūkymo paplitimas (13 proc.), sudėtinis bendro mirtingumo rizikos lygmuo (15 proc.) ir IŠL rizikos lygmuo (16 proc.) (62). apskritai poveikio bendruomenėje pasiekti RV paplitimo mažėjimo pokyčiai išliko ir po 3 metų po programos pabaigos (274). Per 14 stebėjimo metų (1979-1982) ŠKL

įvykių mažėjo visuose 5 miestuose po 3 proc. per metus (66). Programos poveikis buvo nevienodas skirtingų bendruomenės amžiaus, socioekonominio, kultūrinio lygių subgrupėse (273). Nedidelio biudžeto bendruomenės poveikio programos gali duoti ilgalaikį efektą mažinant RV paplitimą.

**Vokietijoje** atliktas tyrimas, kuriame suinteresuoti bendruomenės nariai neprofesionalai ir šeimos gydytojai bendradarbiavo kuriant ir įgyvendinant sveikatos ugdymo veiklą dviejų Vokietijos miestų bendruomenėse, turinčiose 296 500 gyventojų. Po 6 metų rūkymo paplitimas sumažėjo 10 proc., padidėjusio bendro cholesterolio paplitimas - 8 proc., nepakito viršsvorio paplitimas, kai tuo tarpu kituose regionuose viršsvorio paplitimas padidėjo. Tyrimas parodė, kad prevencinės veiklos vystymas bendruomenės narių iniciatyva, vadovaujant vietos gydytojams buvo efektyvus mažinant ŠKL RV bendruomenėje. Intervencija buvo vykdoma be papildomų lėšų ir darbuotojų apmokymo(229).

Šios 3 populiacine strategija pagrįstos profilaktikos intervencijos buvo efektyvios mažinant ŠKL RV bendruomenėje, tačiau JAV atliktos studijos Minesotos širdies sveikatos programa ir Pawtucket širdies sveikatos programa buvo mažiau efektyvios.

JAV 1980-1993 m. buvo atlikta pirminės IŠL profilaktikos studija - **Minesotos širdies sveikatos programa**. Tyrime dalyvavo 3 poveikio ir 3 kontrolinės bendruomenės, kuriose buvo 400 000 gyventojų. Poveikio bendruomenėse, individualiame ir bendruomenės lygiuose buvo vykdoma 5-6 metų trukmės intervencija, siekiant sumažinti ŠKL riziką populiacijoje. Poveikis buvo nukreiptas į AH prevenciją ir kontrolę, mitybos mokymą, konsultavimą, tikslu sumažinti padidėjusį cholesterolio kiekį, paskatinti rūkymo metimą bei fizinio aktyvumo padidinimą. Buvo vykdomi gyventojų sveikatos patikrinimai, siekiant nustatyti RV, sveikatos mokymas per žiniasklaidos priemones, suaugusiųjų mokymo klasės, intervencijos darbo vietose, restoranų programos, mokyklinės programos, mokymo programos maisto prekių parduotuvėse. Po 7 metų poveikio bendruomenėse buvo stebimi palankūs žinių apie ŠKL, AKS, rūkymo paplitimo, cholesterolio kiekio kraujyje pokyčiai, išskyrus KMI, tačiau pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi (151). Po 13 metų nebuvo nustatyta reikšmingų sergamumo ir mirtingumo IŠL bei GSI pokyčių (152). Pokyčiai poveikio bendruomenėse nebuvo dideli, palyginus su kontrolinėmis, dėl nemažų RV mažėjimo pokyčių stebimų ir kontrolinėse bendruomenėse, programos trukmė poveikio bendruomenėje nebuvo pakankama.

JAV 1982-1993 m. buvo atlikta bendruomenės švietimo studija - **Pawtucket širdies sveikatos programa**. Poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse buvo 140000 18-64 m. amžiaus gyventojų. 7,5 metų trukmės intervencija buvo nukreipta į pagrindinius ŠKL RV: padidėjusį cholesterolio kiekį, AKS, rūkymą, nepakankamą fizinį aktyvumą. Buvo atliekami sveikatos patikrinimai, siekiant nustatyti RV, mokymas įvairiuose bendruomenės lygiuose, konsultavimo programos. Intervencijos eigoje poveikio bendruomenėje sumažėjo bendro cholesterolio kiekio (6 proc.), SAKS vidurkiai (6 mmHg), rūkymo paplitimas (30 proc.) bei IŠL įvykių (15 proc.). Tačiau statistiškai patikimų RV pokyčių po 3 metų išlaikyti nepavyko(6). Norint išlaikyti pokyčius, bendruomenėje reikalingos ilgalaikės pastangos,

sustiprintos valstybės strategija nacionaliniame ir regioniniame lygiuose (26). Minesotos ir Pawtucket širdies sveikatos programos nebuvo sėkmingos siekiant reikšmingų ŠKL RV bei ŠKL įvykių pokyčių, kuriais būtų paaiškinamas sveikatos ugdymo programų efektyvumas.

Planuojant bendruomenės poveikio programas, poveikio metodika turėtų apjungti bendras pastangas visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros lygmenyse, poveikio strategiją orientuojant į skirtingus bendruomenės amžiaus, socioekonominius ir kultūrinius pogrupius, aukštos rizikos grupes.

### **2.3.3. Pirminės sveikatos priežiūros personalo vykdytos intervencijos**

Labai svarbus yra PSP personalo (šeimos gydytojo, bendruomenės slaugytojos ir kitų komandos narių) aktyvus dalyvavimas vykdant profilaktines intervencijas. Lietuvoje mokslo tiriamieji darbai vykdyti reformuotoje PSP - pavieniai. 1998-2000 m. buvo atliktas tyrimas, siekiant įvertinti šeimos gydytojo komandos galimybes vykdyti LNL RV profilaktiką ir sveikatos mokymą kaimo bendruomenėje. Tyrimo duomenimis, šeimos gydytojo ir bendruomenės slaugytojų komandinė veikla šviečiant kaimo bendruomenės gyventojus yra efektyvi formuojant gyventojų savimonę ir pažiūrą į savo sveikatą (17). Poveikio bendruomenėje pagerėjo AH kontrolė, pakito požiūris į žalingus įpročius, padidėjo domėjimasis sveikatos klausimais, gyventojų mityba tapo racialesnė.

Nemažai tyrimų, kurie įvertino PSP personalo vykdytų profilaktinių intervencijų (šeimos gydytojo, slaugytojos arba šeimos gydytojo kartu su slaugytoja) efektyvumą, atlikta užsienyje.

#### **Šeimos gydytojo vykdoma profilaktinė priežiūra.**

**Tromso studijoje** Norvegijoje poveikio vienetu buvo pasirinkta šeima. 1979-1980 m. buvo atrinkti 1373 aukštos IŠL rizikos 30-54 m. vyrai, kuriems nebuvo nustatyta IŠL, CD, AH, ir jų žmonos (N=809). Aukštos rizikos vyrams buvo priskiriami asmenys, turintys santykinai mažą didelio tankio lipoproteinų (DTL)/bendro cholesterolio santykį ( $\leq 17,6$  proc.) ir/arba aukštą bendro cholesterolio kiekį kraujyje ( $\geq 7,8$  mmol/l). Poveikio grupės šeimos nariai po pirminio ištyrimo buvo laišku informuojami apie padidintą IŠL riziką, po 1-2 metų buvo atliekami 2 gydytojo vizitai į namus. Vizitų metu šeima buvo konsultuojama mitybos, rūkymo metimo ir fizinio aktyvumo klausimais, dietologas pateikė specifinius mitybos patarimus kiekvienai šeimai, vėliau, kas ketvirtį, buvo siunčiami informaciniai biuleteniai. Po 6 metų poveikio grupėje buvo reikšmingai mažesni ir vyrų ir žmonių bendro cholesterolio, MTL kiekiai, IŠL rizikos balas, šeimos nariai nurodė racialesnius mitybos įpročius. Rūkymo įpročiai ir laisvalaikio fizinis aktyvumas nepakito (129). Tyrimas parodė, kad tarp aukštos IŠL rizikos vyrų jų žmonių buvo reikšmingai didesnis bendro cholesterolio kiekis, KMI, IŠL rizikos balas, rūkymo paplitimas, mažesnis DTL/bendro cholesterolio santykis. Tyrėjai priėjo išvados, kad dėl panašių gyvenamosios įpročių gyvenantys kartu su aukštos rizikos asmenimis taip pat turi didesnę riziką (130). Poveikio grupėje buvo stebimas ilgalaikis ŠKL mirtingumo sumažėjimas, palyginus su

kontroline (48). Studijoje taikytas poveikis nebuvo intensyvus. Kaip parodė šis tyrimas, šeima kaip poveikio vienetas yra priimtinas ir įvykdomas profilaktikos modelis PSP grandyje.

**Danijoje, Ebeltofto** mieste atliktas tyrimas, siekiant įvertinti šeimos gydytojų atliekamų profilaktinių patikrinimų ir nustatytų ŠKL RV kontrolės efektyvumą mažinant ŠKL riziką populiacijoje. Tyrimas pradėtas 1991 m., jame dalyvavo 4 šeimos gydytojų klinikos. Visi Ebeltofto miesto 30-50 m. amžiaus gyventojai buvo pakviesti atvykti profilaktiniam sveikatos patikrinimui, dalyvavo 1507 asmenys (75,4 proc. iš visų pakviestų). Tyrimo pradžioje poveikio grupės tiriamiesiems buvo atliktas profilaktinis sveikatos patikrinimas, po patikrinimo gyventojai iš šeimos gydytojo gavo raštišką sveikatos būklės įvertinimą, tiriamiesiems buvo pasiūlyta kas metai 45 min. trukmės šeimos gydytojo konsultacija sveikos gyvensenos klausimais. 96 proc. gyventojų pasinaudojo tokia galimybe ir 64 proc. iš jų teigė, kad po konsultacijos nusprendė keisti gyvensenos įpročius (138). Po 5 metų poveikio grupėje buvo mažesnis ŠKL rizikos rodiklis, KMI, cholesterolio kiekis kraujyje lyginat su kontroline grupe (54). Struktūrizuoti profilaktiniai sveikatos patikrinimai sumažino ŠKL rizikos rodiklį tarp vidutinio amžiaus gyventojų. Po 5 intervencijos metų asmenų su padidinta ŠKL rizika buvo per pusę mažiau nei buvo prognozuota. Gyventojai parodė didelį susidomėjimą profilaktiniais patikrinimais ir konsultacija, du iš trijų po šeimos gydytojo konsultacijos buvo linkę keisti savo gyvenseną (117). Šeimos gydytojo atliekami profilaktiniai patikrinimai ir po jų suteikta informacija apie padidėjusią IŠL riziką neturėjo neigiamo ilgalaikio psichologinio poveikio gyventojams nei po 1, nei po 5 metų (29).

### **Slaugytojų vykdoma profilaktinė priežiūra**

Slaugytojų vaidmuo vykdant profilaktinę priežiūrą PSP įvertintas daugelyje tyrimų užsienyje.

Anglijoje atlikta **Oxcheck studija** įvertino slaugytojų atliekamų profilaktinių sveikatos patikrinimų PSP efektyvumą mažinant ŠKL RV. Tyrimas truko 3 metus ir buvo atliekamas 5 šeimos gydytojų klinikose. Poveikio grupę sudarė 2205 35-64 m. amžiaus vyrai ir moterys. Slaugytojos, apmokytos profilaktinių patikrinimų metodikos bei orientuoto į pacientą bendravimo įgūdžių, pagal standartinį protokolą vykdė asmenų profilaktinius patikrinimus (pirminio patikrinimo trukmė 45-60 min.). Nustačius RV, asmenims būdavo siūloma tolimesnė priežiūra pagal standartizuotą kiekvieno RV kontrolės protokolą (pakartotiniai vizitai 10-20 min.). Studijos laikotarpiu kiekvienoje iš klinikų kas savaitę buvo panaudota 50 val. slaugytojos darbo laiko. Po 3 metų poveikio grupėje buvo reikšmingai mažesni bendro cholesterolio kiekio (3,1 proc.), SAKS (1,9 proc.), diastolinio AKS (DAKS) (1,9 proc.), KMI (1,4 proc.) vidurkiai, reikšmingai pakito mitybos įpročiai - buvo mažesnis sočiųjų riebalų suvartojimas su maistu. Reikšmingų rūkymo ir kenksmingo sveikatai AG vartojimo paplitimo pokyčių nebuvo nustatyta. Profilaktiniai patikrinimai sąlygojo reikšmingą apsilankymų pas slaugytojas skaičiaus padidėjimą, priklausomai nuo ŠKL rizikos laipsnio (50).



Kita Anglijoje atlikta studija - **Šeimos širdies studija** - įvertino intensyvios slaugytojų atliekamų profilaktinių sveikatos patikrinimų ir gyvenamosios modifikavimo šeimose programos PSP efektyvumą. Slaugytojos buvo apmokytos profilaktinių patikrinimų, RV nustatymo metodikos bei orientuoto į pacientą elgesio modifikavimo konsultavimo įgūdžių. Poveikio vienetu, kaip ir Tromso studijoje, buvo pasirinkta šeima. Tyrime dalyvavo 26 šeimos gydytojų klinikos iš 13 miestų, 9384 tiriamieji asmenys. Pagal gyventojų sąrašus atrinkti 40-59 metų vyrai ir jų šeimos nariai buvo slaugytojų pakviesti profilaktiniam sveikatos patikrinimui, kurio trukmė 1,5 val. Pacientai buvo informuojami apie jų ŠKL riziką, palyginus su kitais tokio paties amžiaus asmenimis, sutuoktiniams buvo siūlomas gyvenamosios modifikavimas ir ilgalaikis stebėjimas priklausomai nuo rizikos laipsnio. Po vienerių metų intervencijos poveikio grupėje buvo pasiektas 16 proc. koronarinės rizikos Dundee rodiklio sumažėjimas (257). Atskirų RV sumažėjimas buvo atitinkamai: SAKS – 7 proc., rūkymo – 5 proc., cholesterolio koncentracijos – 4 proc. Buvo paskaičiuota, kad PSP klinikai, kurios pacientų registre yra tūkstantis 40-59 metų vyrų, šeimų profilaktiniams patikrinimams ir intervencijos programos vykdymui 18 mėnesių laikotarpiui buvo reikalingos 4 pilnu krūviu dirbančios slaugytojos. Viena slaugytoja per vienerius metus gali atlikti profilaktinius patikrinimus, konsultavimą ir tolimesnį stebėjimą vidutiniškai 183 šeimoms (277). Tyrimas parodė, kad į gyvenamosios pokyčius orientuota intervencija nukreipta į šeimą, gali sąlygoti didesnę RV sumažėjimą, negu orientuota į individus (198).

Profilaktinių patikrinimų nauda gali pasinaudoti tik atvykusieji. Iš viso profilaktiniuose patikrinimuose OXCHECK studijoje dalyvavo 2 iš 3 numatytų asmenų, Šeimos širdies studijoje – 3 iš 4. Apie pusę OXCHECK studijoje panaudoto slaugytojos darbo laiko buvo paskirta gyventojų kvietimui profilaktiniams patikrinimams, kas trečias dalyvis atvyko tik po daugiau nei vieno kvietimo, 20 proc. neatvyko net po 3 kvietimų. Tyrimai parodė, kad intervencijos vien tik PSP grandyje negali užtikrinti ŠKL riziką mažinančio poveikio visoje bendruomenėje, reikalinga ir efektyvi visuomenės sveikatos politika populiariame lygyje.

Ilgesnės trukmės intervencijos buvo efektyvesnės. OXCHECK ir Šeimos širdies studijos buvo efektyvios mažinant IŠL riziką, tačiau studijų ekonominis efektyvumas būtų pasiektas, jei OXCHECK studijos pasiektas efektas išliktų bent 5 metus, Šeimos širdies studijos – bent 10 metų (275).

**Mineapolyje** atliktas bandomasis tyrimas įvertino slaugytojų vykdomo profilaktinės priežiūros modelio efektyvumą mažinant ŠKL riziką PSP. Į tyrimą dviejų metų bėgyje buvo įtraukti 436 gydytojų nukreipti pacientai, nustačius vieną ir daugiau ŠKL rizikos veiksnių (nekontroliuota AH, padidėjęs MTL kiekis, rūkymas). Pirmojo vizito metu (trukmė 40min.) slaugytojos atliko visapusišką ŠKL RV įvertinimą, pagal nustatytus RV vykdė pacientų mokymą, konsultavo pagal individualius priežiūros planus. 286 pacientai buvo toliau stebimi pakartotinių vizitų metu (20 min.). Slaugytojos glaudžiai bendradarbiavo su gydančiais gydytojais. Reikšmingai sumažėjo SAKS (nuo 155,8 iki 143,4 mmHg), DAKS (nuo 94,4 iki 84 mmHg), MTL kiekis (nuo 4,15 iki 3,80 mmol/l) ir rūkančiųjų asmenų (30

proc. rūkančiųjų metė rūkyti). 38,6 proc. pacientų buvo pasiekta gera AH kontrolė (161). Tyrimas parodė slaugytojos vykdomo profilaktikos modelio efektyvumą, tačiau turėjo keletą trūkumų: tyrimas buvo bandomasis, nebuvo sudaryta kontrolinė grupė, dalyvavo mažai pacientų, su nustatyta IŠL.

**Škotijoje** atliktas tyrimas įvertino slaugytojų vykdomos antrinės profilaktikos PSP modelio efektyvumą. Tyrimas buvo vykdomas 19 šeimos gydytojų klinikų, dalyvavo 1343 jaunesni nei 80 metų amžiaus pacientai, kuriems nustatyta IŠL. Slaugytojos dalyvavo 1,5 dienos antrinės profilaktikos protokolo bei elgsenos keitimo mokymuose. Šeimos gydytojo pas slaugytoją į antrinės profilaktikos kabinetą nukreipti pacientai pirminio vizito metu (vidutiniškai 45 min.) buvo slaugytojų konsultuojami, skatinant antrinės profilaktikos medikamentinių ir gyvenamosios modifikavimo priemonių laikymąsi (aspirino vartojimą, AH, dislipidemijos koregavimą, sveiką mitybą, fizinį aktyvumą, nerūkymą) bei buvo siūlomas reguliarus stebėjimas vienerių metų bėgyje. Pakartotiniai vizitai buvo skiriami po 2-6 mėn. pagal protokolą (vidutiniškai 20 min.). Per metus 1 pacientui vidutiniškai buvo skirta 1 val. 22 min. slaugytojos darbo laiko. Poveikio grupėje po vienerių metų pagerėjo pacientų sveikatos būklė, ypač funkcinis pajėgumas, sumažėjo stacionarinio gydymo atvejų, reikšmingai pagerėjo visų antrinės profilaktikos priemonių laikymasis (aspirino naudojimas, AKS ir kraujo lipidų kontrolė, buvo palankesni mitybos įpročiai, fizinis aktyvumas), išskyrus rūkymo metimą (22). Šie teigiami pokyčiai išliko ir po 4 metų, išskyrus fizinį aktyvumą. Po 4,7 metų buvo mažesnis sukauptas mirtingumas (14,5 ir 18,9 proc.,  $p=0,03$ ), koronarinių įvykių skaičius (14,2 ir 18,2 proc.,  $p=0,05$ ) (172). Tyrimas parodė, kad šeimos gydytojų klinikose slaugytojų vykdoma antrinės profilaktikos priežiūra gali efektyviai sumažinti somatinius ir gyvenamosios RV ir yra ekonomiškai efektyvi (214).

**Stanfordo** atvejo kontrolės programa IŠL RV korekcijai po ūmaus MI įvertino gydytojo vadovaujamo ir slaugytojos vykdomo antrinės profilaktikos modelio efektyvumą. Tyrimas buvo atliktas San Francisko regione, 5 medicinos centruose. 585 pacientai, ne vyresni nei 70 metų, po ūmaus MI, buvo atsitiktinai suskirstyti į poveikio ( $N=293$ ) ir kontrolinę (įprastinės priežiūros) grupes ( $N=292$ ). 80 val. trukmės mokymo kursuose apmokytos slaugytojos, intervenciją dėl rūkymo metimo, fizinio aktyvumo padidinimo, hiperlipidemijos gydymo dieta ir medikamentais pradėdavo ligoninėje. Pacientai buvo mokomi, kaip pildyti savikontrolės dienynus. Po išrašymo iš ligoninės, intervencija toliau buvo vykdoma bendraujant su pacientais namuose telefonu ir paštu (vertinant savikontrolės dienynus), bei pacientams atvykstant konsultacijai pas slaugytoją. Įvertinus visus pacientų kontaktus su slaugytoja, per metus vidutiniškai buvo 14 slaugytojos skambučių, 8 paciento atvykimai laboratoriniams tyrimams, 4 slaugytojos konsultacijos, iš viso: 9 val. vienam pacientui. Slaugytojos buvo reguliariai konsultuojamos PSP grandies gydytojų. Po vienerių metų poveikio grupėje buvo reikšmingai mažesnis MTL kiekis negu kontrolinėje grupėje (atitinkamai 2,76 ir 3,41 mmol/l,  $p=0,001$ ) ir didesnis metusių rūkyti skaičius (atitinkamai 70 ir 53 proc.,  $p=0,03$ ) bei didesnis funkcinis

pajėgumas, įvertinant tredmilo testu (34). Tyrimas buvo nukreiptas į RV modifikavimą, o ne į mirtingumo ir pakartotino MI atvejų sumažinimą. Siekiant įvertinti sergamumo ir mirtingumo pokyčius, reikalingas ilgalaikis 5-10 metų stebėjimas po intervencijos. Studijoje nebuvo vertinama AH, kuri yra labai svarbus rizikos veiksnys po MI. Visiems pacientams buvo teikiama standartinė AH priežiūra. Slaugytojos kartu su gydytoju vykdomas modelis buvo efektyvesnis, nei vien gydytojo vykdoma intervencija. Antrinės profilaktikos intervencijos programos pacientams po MI ir nestabilios krūtinės anginos įvykių nukreiptos į vieną ar daugelį RV yra efektyvios, nes jų dalyviai yra daugiau motyvuoti keisti elgseną (48).

Buvo tirtas slaugytojų vykdomų profilaktinių programų, nukreiptų į pavienius RV, efektyvumas. **JAV 2 PSP** centruose atliktas 12 mėn. trukmės tyrimas įvertino slaugytojų pagalbos metantiems rūkyti poveikį. 2707 dėl įvairių priežasčių į PSP gydytojus kreipusiems rūkantiems pacientams, gydytojai atliko 30 sekundžių rūkymo metimo intervenciją ir nukreipė juos tolimesnei pagalbai pas slaugytoją, konsultuojančią dėl rūkymo metimo. Slaugytoja atsitiktiniu principu paskirstė pacientus į kontrolinę grupę, kurios asmenims buvo duotas 2 puslapių bukletas, ir poveikio grupę, kurioje buvo vykdoma aktyvi slaugytojos pagalba: spausdinta bei 10 min. trukmės vaizdo informacija, savipagalbos apmokymas, rūkymo metimo pagalba grupiniuose užsiėmimuose, telefono skambutis po intervencijos. Slaugytojų vykdomos pagalbos grupėje metusiųjų rūkyti skaičius buvo reikšmingai didesnis nei vien tik patarimo mesti rūkyti grupėje ir po 3 mėn. (atitinkamai 6,8 proc. ir 12,3 proc.,  $p < 0,001$ ) ir po 12 mėn. (12,7 proc. ir 15,8 proc.,  $p < 0,03$ ) (100). Slaugytojų atliekamas rūkymo metimo konsultavimas sumažino gydytojų darbo krūvį ir reikšmingai padidino metusių rūkyti skaičių, palyginus su tik gydytojo atlikta trumpa intervencija.

**Anglijoje** atliktas tyrimas, siekiant įvertinti PSP slaugytojų vykdomo pacientų su padidinta IŠL rizika konsultavimo efektyvumą mažinant somatinius ir gyvensenos RV. Slaugytojos buvo 3 dienų kursuose apmokytos, kaip įvertinti paciento elgsenos keitimo stadiją, kokią pasirinkti poveikio taktiką priklausomai nuo stadijos. Pakartotinis 1 dienos apmokymas vyko po 6 mėn. Tyrimas vyko 20 šeimos gydytojų klinikų, dalyvavo 883 pacientai be nustatytų ŠKL, turintys vieną ir daugiau modifikuojamų RV (rūkymas, cholesterolio kiekis  $\geq 6,5$  mmol/l, padidintas kūno svoris (KMI 25-35), nepakankamas fizinis aktyvumas). Poveikio grupės pacientams slaugytojos taikė trumpą, į rūkymą, fizinį aktyvumą ir mitybos įpročius nukreiptą intervenciją, paremtą elgsenos keitimo stadijomis (202, 203). Jei pacientui buvo nustatyti du RV jį slaugytoja kvietė 3 papildomoms konsultacijoms (po 20 min.), jei vienas RV - 2 konsultacijoms. Tarp konsultacijų slaugytojos 1-2 kartus su pacientais kontaktuodavo telefonu, kad įtvirtinti konsultacijos tęstinumą ir paskatinti elgsenos keitimą. Slaugytojos konsultavimo laikas skirtas 1 pacientui per metus buvo gana trumpas – 40-60 min., įskaitant ir RV įvertinimą. Po 4 ir 12 mėnesių poveikio grupėje palyginus su kontroline grupe, teigiamai pasikeitė mitybos įpročiai, fizinis aktyvumas, sumažėjo surūkomų cigarečių skaičius. SAKS buvo reikšmingai mažesnis po 4 mėn., bet

po 12 mėn. skirtumo nebuvo. Nebuvo nustatyta reikšmingų rūkymo metimo, KMI, cholesterolio kiekio bei DAKS pokyčių. Į elgsenos keitimą orientuotas konsultavimas pagerino kai kuriuos elgsenos RV ir buvo efektyvesnis, nei tradicinis konsultavimas duodant patarimus, tačiau siekiant palaikyti teigiamus pokyčius ir pasiekti reikšmingesnių somatinių RV pokyčių, reikalingas ilgesnės trukmės ir didesnės apimties konsultavimas (235).

**Švedijoje** atliktas tyrimas parodė, kad nepriklausomas ir kūrybiškiau organizuotas PSP bendruomenės slaugytojos darbas, paremtas metodinėmis rekomendacijomis, sumažina apsilankymų pas gydytoją skaičių, gerina pacientų ligos savikontrolę, keičia mitybos įpročius, didina fizinį aktyvumą bei mažina kitus RV labiau, negu bendruomenės slaugytojos darbas tik kaip gydytojo „asistentės“ (186).

Daugelio studijų duomenimis, profilaktinę priežiūrą PSP, nustatant ir kontroliuojant LNL RV, gali efektyviai vykdyti bendruomenės slaugytojos.

### **Šeimos gydytojo kartu su slaugytojomis vykdoma profilaktinė priežiūra**

**Sollentuna** mieste, Švedijoje, kuriame gyvena 51000 gyventojų, 1988 m. buvo pradėta 4 m. trukmės programa orientuota į gyvensenos pokyčius (mitybą, fizinį aktyvumą, rūkymą). Suaugusiems iki 60 m. amžiaus asmenims, kurie lankėsi PSP centruose, šeimos gydytojas arba medicinos sesuo atlikdavo sveikatos patikrinimą: išmatuodavo ūgį, svorį, AKS, nustatydavo cholesterolio ir trigliceridų kiekį kraujyje. Programoje dalyvavo 4655 asmenys (16 proc. visų šio amžiaus grupės gyventojų bendruomenėje). Asmenys, kuriems buvo nustatyti ŠKL RV, buvo konsultuojami ir gydomi individualiai, pagal algoritmus, ir dalyvavo grupiniuose rūkymo metimo, fizinio aktyvumo, maisto ruošimo, svorio reguliavimo užsiėmimuose, kas savaitę buvo organizuojamos paskaitos bendruomenei. Tolimesnis stebėjimas ir pakartotinis patikrinimas buvo rekomenduojamas individualiai, atsižvelgiant į nustatytą riziką. Pakartotinių patikrinimų metu bendras cholesterolio kiekis tarp dalyvavusių programoje vyrų sumažėjo 7 proc., tarp moterų - 10 proc., trigliceridai - atitinkamai 24 ir 42 proc. DAKS tarp vyrų sumažėjo nuo 95 iki 90 mmHg, tarp moterų - nuo 94 iki 88 mmHg. Nebuvo nustatyta kūno masės ir rūkymo pokyčių (90). Programoje dalyvavo nedidelė bendruomenės dalis, buvo dideli stebėjimo trukmės ir pakartotinio patikrinimo laiko skirtumai. Tyrimas parodė, kad įmanoma integruoti profilaktinius patikrinimus PSP sistemoje. Studijos rezultatus sumenkino dideli pokyčiai kontrolinėje grupėje.

**CELL** studijoje, atliktoje 32 PSP centruose Švedijoje, dalyvavo 681 30-59 metų amžiaus pacientai, kuriems nustatyta dislipidemija (cholesterolis  $\geq 6,5$  mmol/l, trigliceridai  $<4$  mmol/l, aterogeniškumo koeficientas  $>4$ ) bei kiti 2 ir daugiau ŠKL RV. Aktyvaus poveikio grupės pacientai dalyvavo 6 seminaruose (po 8 asmenis grupėje), kuriuos vedė 1 dienos kursuose apmokytos bendruomenės slaugytojos ir gydytojai iš PSP: trys 90 min. trukmės seminarai kas mėnesį, vienas - visos dienos trukmės ir du 90 min trukmės seminarai po 12 ir 15 mėn. Po 18 mėnesių buvo nustatytas

nedidelis teigiamas poveikis aktyvaus konsultavimo grupėje (cholesterolio kiekis sumažėjo 1,15 mmol/l, Framingemo rizikos balas sumažėjo 0,068) (147). Tyrimas parodė, kad intensyvaus konsultavimo metodas davė tik nedidelį papildomą teigiamą efektą, palyginus su įprastine šeimos gydytojo priežiūra.

### **Kai kuriuose tyrimuose profilaktinės intervencijos buvo taikomos šeimos gydytojų nukreiptiems pacientams ne PSP centruose**

Švedijoje atliktas tyrimas įvertino intensyvios 4 savaitių gyvenamosios mokymo programos sveikatingumo centre paremtos planuoti-įgyvendinti modeliu (preceed-proceed) trumpalaikį (po 4 savaitių ir 12 mėnesių) ir ilgalaikį (po 5 metų) efektą kontroliuojant nutukimą ir kitus ŠKL RV. Programa buvo vykdoma 10 metų (1984 – 1995). Šeimos gydytojai nukreipė pacientus, kuriems buvo nustatyta 1 ir daugiau ŠKL RV ir kuriems tradicinis konsultavimas ir gydymas nebuvo efektyvūs, į pacientų mokymo centrą. Per 10 m. laikotarpį programoje dalyvavo 2500 PSP grandies pacientų. Kas mėnesį centre buvo priimama po 30 pacientų. Pacientai gyveno sveikatingumo centre 24 dienas, visą dieną dalyvaudavo paskaitose, diskusijose grupėse, praktiniuose mitybos ir fizinio aktyvumo mokymuose (7-8 žmonių grupės). Laikotarpyje, kai pacientai gyveno sveikatingumo centre, buvo stebimas labai ženklus svorio ir AKS sumažėjimas, šie pokyčiai išliko po 1 metų. Po 5 metų nutukusių pacientų kūno svorio vidurkis buvo 5 kg mažesnis, o sistolinis ir diastolinis AKS buvo 15 ir 20 mmHg mažesnis (232). Tyrimas parodė efektyvų profilaktikos modelio „planuoti-įgyvendinti“ pritaikymą mažinant ŠKL RV (74). Programos įgyvendinimui buvo reikalinga daug finansinių ir žmoniškųjų resursų, taip pat pacientų laiko.

**Gydamosios atsakomybės pasidalinimo su pacientais modelis.** Tyrime dalyvavo 165 pacientai, sergantys II tipo CD, kuriems nustatyta AH bei padidėjęs MTL kiekis ir kuriuos šeimos gydytojai nukreipė į CD priežiūros kliniką ligos kontrolės įvertinimui. Medicininė priežiūra buvo toliau tęsiama šeimos gydytojų klinikose. Poveikio grupėje pacientams buvo paskirtas vizitas 90 min. trukmės mokymui, kurio metu buvo išdėstyta paties paciento atsakomybės nuostata, siekiant ir išlaikant tikslinį AKS, kūno svorį, kraujo lipidų bei HbA1C rodiklius bei užtikrinant reguliarių medikamentų vartojimą. Buvo aptartas medikamentinis gydymas ir jo svarba, individualūs gydymo tikslai. Rekomenduota reguliari AKS, kitų rodiklių savikontrolė. Pacientai turėjo galimybę konsultotis telefonu ar atvykti vizitui. Po 4 metų kontrolinėje ir poveikio grupėse AKS vidurkis buvo atitinkamai 148/88 ir 142/84 mmHg ( $p=0,02$ ), MTL – 6,8 ir 6,3 mmol/l ( $p=0,01$ ), glikolizuoto hemoglobino (HbA1C) vidurkis - 8,9 ir 8,2 proc. ( $p=0,04$ ). Poveikio grupėje buvo 23 kardiovaskuliniai įvykiai, kontrolinėje – 36 ( $p=0,04$ ). Gydamosios atsakomybės pasidalijimas kartu su CD sergančiais pacientais, apmokant juos kaip kontroliuoti savo RV, ir jų aktyvus dalyvavimas turėjo reikšmingai teigiamą poveikį (211).

Daugelis tyrimų parodė, kad siekiant teigiamų rezultatų svarbu skirti pakankamai laiko konsultavimui ir tolimesniam stebėjimui. Vykdamas profilaktinę priežiūrą labai svarbūs medicinos

personalo konsultavimo įgūdžiai. Paciento konsultavimas ir mokymas ligų profilaktikoje gali padėti pakeisti elgseną, tačiau ne visos konsultavimo metodikos vienodai efektyvios (169). Šiaurės Karelijos ir MRFIT tyrimo rezultatai parodė, kad elgsenos intervencijos turi privalumų prieš tradicines „mokomašias“ intervencijas siekiant ilgalaikio kai kurių IŠL RV (AKS, cholesterolio, rūkymo) sumažėjimo, bet buvo taip pat neefektyvios mažinant padidėjusį kūno svorį ir nepakankamą fizinį aktyvumą. Atlikta nemažai tyrimų, kurie parodė, kad konsultavimas, nukreiptas į požiūrio ir elgsenos keitimą, paremtas individo elgsenos keitimo stadijomis, gali sąlygoti didesnius pokyčius, negu tradicinis sveikatos ugdymo modelis (20, 169, 197, 259). Elgsenos keitimo stadijomis pagrįstas konsultavimo modelis labai tinka profilaktikos intervencijoms ir gali būti lengvai pritaikomas kasdieninėje šeimos gydytojo praktikoje be didelių investicijų. Buvo aprašytas daugelio elgsenos veiksnių keitimas (mitybos, rūkymo, fizinio aktyvumo, svorio mažinimas ir kt.), panaudojant elgsenos keitimo stadijų modelį (205). Naudojant elgsenos keitimo modelį konsultavimui rūkymo metimo tikslu, perėjimas iš vienos elgsenos keitimo stadijos į sekančią, yra vienas iš svarbiausių elgsenos pasikeitimą lemiančių veiksnių (204). Elgesio pasikeitimo stadijos medicinos personalui padeda pasirinkti tinkamą poveikio taktiką, pvz. elgsenos keitimo modelis padėjo šeimos gydytojams atpažinti nutukusius pacientus, kurie gali būti imlūs specifinėms elgsenos keitimo intervencijoms ir pasiruošę priimti informaciją (148). Siekiant didesnio efektyvumo populiacinėse programose, elgsenos keitimo stadijų modelis padeda planuoti intervencijas taip, kad poveikis būtų orientuotas į asmenis įvairiose elgsenos pasikeitimo stadijose, tokiu būdu pasiekiant kuo daugiau gyventojų grupių (75).

Tarp profilaktinės priežiūros skeptikų egzistuoja nuostata, kad sveikatos patikrinimai ir profilaktinės programos įbaugina žmones, paskatina perdėtai rūpintis savo sveikata, turi neigiamą poveikį psichologiniam gerbūviui. Mokslinių tyrimų duomenimis, profilaktinės programos bendruomenėje neturėjo neigiamos įtakos subjektyviam sveikatos vertinimui, gerovei, susirūpinimui dėl sveikatos (29, 153).

### **Profilaktikos intervencijos, pagrįstos populiacine ir individualaus poveikio PSP strategija**

Buvo atlikta ne viena studija užsienyje, tyrusi profilaktinių programų, kuriose buvo derinamas poveikis populiacijoje su individualiu poveikiu, efektyvumas.

**Šiaurės Švedijoje**, Norsjo grafystėje, kurioje gyvena 5500 gyventojų, atliktas tyrimas įvertino ŠKL profilaktikos, vykdomos populiaciniame lygmenyje kartu su individualiu poveikiu PSP efektyvumą. Nuo 1985 iki 1992 metų PSP grandyje šeimos gydytojai ir slaugytojos vykdė gyventojų sveikatos patikrinimus, siekiant nustatyti RV (dislipidemija, AKS, rūkymas, KMI, gliukozės tolerancijos sutrikimai), bei konsultavimą nustatytų RV kontrolės tikslu. Aukštos rizikos asmenys buvo kviečiami tolimesniam konsultavimui ir medikamentiniam gydymui pagal studijos protokolą. Iš pakviestų 2046 gyventojų, dalyvavo 1893. Tuo pačiu metu bendruomenės lygyje, bendradarbiaujant sveikatos priežiūros specialistams, buvo vykdoma programa, siekiant padidinti gyventojų

informuotumą apie gyvensenos RV (informacija buvo skleidžiama daugelyje laikraščiu, televizijos laidų, mokyklose, rengiami bendruomenės susitikimai, maisto prekių parduotuvėse produktai pradėti žymėti pagal programos metodiką ir kt.). Po 8 metų Norsjo bendruomenėje palyginus su kontroline, buvo nustatyti reikšmingi bendro cholesterolio kiekio ir SAKS pokyčiai: bendras cholesterolis tarp vyrų sumažėjo nuo 7,09 iki 6,27 mmol/l,  $p < 0,001$ , tarp moterų – nuo 7,13 iki 5,89 mmol/l,  $p < 0,001$ , SAKS vidurkis tarp vyrų – nuo 132,2 iki 123,7 mm Hg,  $p < 0,05$ , tarp moterų - nuo 129,2 iki 122,0 mm Hg,  $p < 0,001$ , ŠKL rizika pagal Framingemo skalę sumažėjo 19 proc.,  $p = 0,0021$  (266). Prognozuojamas IŠL mirtingumas Norsjo regione sumažėjo 36 proc. (265). Norsjo bendruomenės profilaktinė programa buvo unikali dėl jos dvejo poveikio, derinant individualią strategiją su populiacine, bei parodė, kad abi strategijos derinyje stiprina viena kitos poveikį. Intervencija vykdoma PSP lygmenyje gali pagreitinti RV sumažinimo procesą, o nedidelio biudžeto intervencija bendruomenės lygmenyje yra viena iš galimybių kaip sustiprinti ir palaikyti ilgalaikius RV pokyčius bei padėti paskatinti bendruomenės narius, kurie vėliausiai priima naujus elgsenos įpročius, greičiau keistis. Tyrime buvo labai aukštas dalyvavimo procentas (92,4 proc.), galimai dėl to, kad atvykti sveikatos patikrinimams kvietė PSP centro darbuotojai, kurie gerai pažįstami ir turintys pasitikėjimą bendruomenėje ir dėl padidėjusio bendruomenės informuotumo apie ŠKL.

**JAV, Maine** atliktas tyrimas parodė pirminės ŠKL profilaktikos bendruomenės poveikio programos integruotos su PSP slaugytojų vykdytu poveikiu efektyvumą mažinant mirtingumą. Programa buvo vykdoma nuo 1974 iki 1994 m. Slaugytojos vykdė RV nustatymą, konsultavimą nustatytų RV kontrolės klausimais ir tolimesnį stebėjimą, organizavo sveikatos mokymą, esant poreikiui, nukreipdavo gydytojo konsultacijai. Poveikio bendruomenėje slaugytojų vykdomoje intervencijoje dalyvavo virš 50 proc. suaugusių grafystės asmenų. Visapusiška bendruomenės profilaktikos programa integruota su PSP slaugytojų vykdoma intervencija sąlygojo reikšmingą bendro ir ŠKL mirtingumo sumažėjimą, palyginus su kontroline bendruomene (216).

**Švedijoje, Stromstado** mieste, turinčiame 10000 gyventojų, 1985-1987 metais buvo vykdoma ŠKL prevencijos programa. 45-64 m. moterys su nustatytais 1 ir daugiau ŠKL RV buvo suskirstytos į poveikio (N=114) ir kontrolinę grupes (N=269). Poveikio grupės moterys dalyvavo 3 mėnesių gyvensenos apmokymo programoje (paskaitos ir praktiniai sveikos mitybos įpročių bei fizinio aktyvumo apmokymai mažose grupėse (8-10 moterų) vieną kartą per savaitę), vėliau, per sekančius 8 metus, grupės susirinkdavo 1-2 kartus metuose. Individualaus poveikio programa buvo derinama su visuomenės informavimo apie sveiką gyvenseną programa (restoranuose, maisto parduotuvėse, vietinėje spaudoje). Po 3 mėnesių poveikio grupėje buvo reikšmingai geresni daugelio RV rodikliai, panašūs rezultatai išliko ir po 1 metų (14). Po 8 metų poveikio grupėje buvo reikšmingai mažesnis SAKS vidurkis, didesnis skaidulų suvartojimas su maistu ir geresnės žinios bei teigiamesnis požiūris į

sveiką mitybą (15). Intervencija buvo pagrįsta gyvenamosios mokymu, kas sąlygojo ilgalaikį elgsenos pasikeitimą.

**PSO Europos daugiakultūrinės IŠL profilaktikos tyrimas** buvo atliktas 4 šalyse, dalyvavo 60881 40-59 m. amžiaus vyrų, dirbančių 80-ye fabriku. Tyrimas truko 6 metus. Poveikio grupės fabrikuose buvo vykdomas sveikatos švietimas ir vyrai buvo individualiai konsultuojami fabriku medicinos personalo: buvo patariama cholesterolio kiekį mažinanti dieta, duoti svorio mažinimo, reguliaraus fizinio aktyvumo, rūkymo metimo patarimai, rekomenduotas AH gydymas. Poveikio grupėje 1,2 proc. sumažėjo cholesterolio kiekis, 8,9 proc. - surūkomų cigarečių skaičius per dieną, 0,4 proc. kūno svoris, 2 proc. - sistolinis AKS, 11,1 proc. - bendra apskaičiuota rizika (19,4 proc. – tarp aukštos rizikos asmenų), 7,4 proc. – mirtinų IŠL atvejų, 2,7 proc. - bendras mirtingumas (58, 269). Intervencijos kaštai buvo nedideli, intervencijos efektyvumas atskiruose centruose buvo reikšmingai susijęs su RV pokyčių mastu. Bendri studijos rezultatai nebuvo statistiškai reikšmingi dėl atskirų centrų (Anglijoje) nesėkmės pasiekti ir išlaikyti reikšmingus RV pokyčius.

Siekiant sumažinti ŠKL riziką, reikalingas ir daugelis ŠKL RV nukreiptas poveikis, paremtas populiacine ir individualaus poveikio strategija.

Daug žinoma apie pirminės, antrinės profilaktikos priemones, kurios gali ženkliai sumažinti ŠKL RV. Didžiausias iššūkis - turimų žinių įgyvendinimas praktikoje. Daugelyje šalių egzistuoja praraja tarp profilaktinės priežiūros rekomendacijų ir profilaktikos taikymo praktikoje. Egzistuoja daug priežasčių, kodėl profilaktinė medicina yra per mažai taikoma praktikoje. Išskiriami gydytojo barjerai (žinių trūkumas, konsultavimo įgūdžių trūkumas, neįvertinama profilaktinės priežiūros reikšmė, nepakankamas apmokėjimas už profilaktinę priežiūrą, nėra vieningų profilaktinės priežiūros rekomendacijų, laiko trūkumas, išankstinis nusistatymas, kad pacientas greičiausiai nesilaikys rekomendacijų, gydytojo asmenybės charakteristikos ir požiūris), paciento barjerai (žinių apie profilaktikos naudą trūkumas, abejonė gydytojo sugebėjimais nustatyti paslėptą ligą, dėl profilaktinių intervencijų patiriamas diskomfortas, sąmoninga ar nesąmoninga nuostata nekeisti nesveikos gyvenamosios, socialinės ir kultūrinės normos, neturėjimas privalomo sveikatos draudimo) ir sveikatos sistemos barjerai (nepakankamas apmokėjimas už profilaktinę priežiūrą, medicininės dokumentacijos kaupimo ir saugojimo problemos, pacientų migracija, nebuvimas vieningos profilaktinės priežiūros programos, neišvystytos informacinės sistemos) (10, 67). Kaip aktyviai gydytojas vykdys profilaktinę priežiūrą, priklauso ir nuo gydytojo gyvenamosios. Gydytojai, kurie laikosi sveikos gyvenamosios, dažniau ją rekomenduoja savo pacientams. Paciento lytis, pajamos taip pat turi įtakos ar gydytojas rekomenduos profilaktines priemones (92). Visuomenėje labai trūksta žinių apie efektyvių profilaktikos priemonių reikšmę. Paplitę klaidingos pažiūros apie profilaktinę priežiūrą. Dalis žmonių įsitikinę, kad kuo daugiau ir brangių tyrimų bus atliekama, tuo geresnė ligų profilaktika. Žinios apie



naujus maisto papildus, „stebuklingas“ dietas, alternatyvias, moksliniais tyrimais neįrodytas profilaktikos priemonės visuomenėje plinta labai greitai, tuo tarpu gyvenamosios įpročiai, turintys didelės reikšmės sveikatos išsaugojimui (sveika mityba, reguliarus fizinis aktyvumas, nerūkymas ir kt.), neįvertinami. Kaip rodo tyrimai, Lietuvos gyventojai neįvertina sveikos gyvenamosios reikšmės sveikatai. Daugelio gyventojų nuomone (apie trys ketvirtadaliai vyrų ir moterų), svarbiausia didelio gyventojų sergamumo priežastimi laiko stresą, sunkias gyvenimo sąlygas, įtemptą darbą, tik nedidelė dalis moterų ir vyrų įvardija rūkymą, nepakankamą fizinį aktyvumą, atsvorį, alkoholį (69).

Profilaktikos patikrinimams ir gyvenamosios keitimui reikalingos paciento pastangos, pacientas gali to atsisakyti, jei jis nėra įsitikinęs profilaktikos priemonių naudingumu arba jei tai kainuoja ar sukelia diskomfortą. Apmokėjimas už vykdomą profilaktinę priežiūrą yra reikšmingas skatinantis veiksnys (92). Tai investicija į ateitį, nes profilaktinės medicinos rezultatai dažnai būna stebimi tik po ilgesnio laiko ir ne visada lengvai išmatuojami. Siekiant sėkmingai diegti profilaktinę mediciną praktikoje, pokyčiai turi vykti daugelyje grandžių, kad įveikti kuo daugiau egzistuojančių barjerų.

Gydytojai gali žymiu mastu įveikti šiuos barjerus, pagerinus laiko planavimo įgūdžius, praktikos organizavimą ir panaudojant pagalbinius mechanizmus. Sėkmingam profilaktikos įdiegimui ir palaikymui klinikinėje praktikoje svarbu, kad profilaktinė programa būtų paprasta ir apimtum tokias priemones, kurias medicininės pagalbos teikėjai laiko vertomis. Reikalinga gerai organizuota medicininė duomenų kaupimo sistema, pakankamas profilaktikai skiriamas laikas panaudojant visą įstaigos personalą arba mažinant aptarnaujamų žmonių skaičių (67).

Ieškant būdų, kaip efektyviai integruoti prevencines priemones į kasdieninę praktiką, daugelyje šalių vykdomi moksliniai tyrimai, siekiant pakeisti medicinos personalo požiūrį ir praktikos įpročius, panaudojant įvairius modelius (mokomoji medžiaga, tradicinis tęstinis mokymas, mokomieji vizitai, priminimo sistemos, daugiaaspektinės intervencijos ir kt.).

### **Mokomosios medžiagos pateikimas ir tradicinis tęstinis gydytojų mokymas**

**EUROASPIRE I ir II** antrinės profilaktikos tyrimai buvo atlikti 9 Europos šalyse 21 medicinos centre 1995–1996 ir 1999–2000 metais, siekiant įvertinti gydytojams pateiktų antrinės profilaktikos algoritmų įtaką mažinant IŠL riziką. Pirmame tyrime dalyvavo 3569 pacientai, antrame - 3379. Pacientai, kurie dėl IŠL įvykių gydyti ligoninėje (MI, nestabili krūtinės angina, koronarų šuntavimo ar angioplastikos operacijos), po stacionarinio gydymo praėjus 6 mėnesiams buvo įvertinti dėl IŠL RV. Studija atskleidė, kad IŠL antrinės profilaktikos algoritmų pateikimas praktikos gydytojams buvo neefektyvus skatinant profilaktinės priežiūros diegimą praktikoje. Lyginant 1995–1996 ir 1999–2000 metų tyrimų rezultatus, nepalankių gyvenamosios RV kontrolės efektyvumas nepasikeitė. Rūkymo, AH (>140/90 mmHg) paplitimas išliko toks pats, ženkliai padidėjo nutukimo ( $KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) paplitimas - nuo 25,3 proc. iki 32,8 proc., tačiau ženkliai sumažėjo padidėjusio bendro cholesterolio kiekio kraujyje  $\geq 5 \text{ mmol/l}$  paplitimas (nuo 86,2 proc. iki 58,8 proc.). Buvo stebimas tam tikras teigiamas

poveikis profilaktinių medikamentų ( $\beta$  blokatorių, AKFI, lipidų kiekį reguliuojančių vaistų) išrašymui (57). Kaip ir daugelio kitų studijų duomenimis, mokymosi medžiagos pateikimas ir tradicinis tęstinis gydytojų mokymas gali duoti tik labai nedidelį efektą skatinant profilaktinę priežiūrą kasdieninėje praktikoje (12, 33, 68, 187).

### **Mokomieji vizitai PSP centruose**

Kanadoje atliktas tyrimas, siekiant įvertinti slaugytojos pagalbos efektyvumą siekiant pagerinti profilaktinę priežiūrą PSP grandyje. Tyrime dalyvavo 46 šeimos gydytojų klinikos iš 100 Ontario vietovių. Slaugytojos buvo specialiai apmokytos profilaktikos įgyvendinimo proceso palengvinimo. Tyrimas buvo atliktas vadovaujantis moksliniais tyrimais pagrįstu Kanados profilaktinės sveikatos priežiūros algoritmu (24). Slaugytojos lankė ir konsultavo poveikio grupės šeimos gydytojų klinikas, naudodamosi 7 poveikio strategijomis (auditas ir grįžtamasis ryšys, konsensuso priėmimas, akademinis dėstyimas ir mokymo priemonės, specialistų nuomonė ir kontaktų užmezgimas, priminimo sistema, veikla tarpininkaujant pacientams, pacientų mokymo medžiaga). Po 18 mėnesių poveikio grupėje ženkliai pagerėjo bendras profilaktikos veiklos vykdymo indeksas (11,5 proc.,  $p<0,001$ ) bei rekomenduotinių profilaktikos priemonių vykdymo indeksas (7,2 proc.,  $p<0,008$ ), sumažėjo netinkamų profilaktikos priemonių indeksas (4,4 proc.,  $p=0,019$ ). Tyrimas parodė, kad slaugytojų vykdoma daugiaaspektinė intervencija buvo efektyvi keičiant gydytojų klinikinę praktiką ir reikšmingai pagerino profilaktinės veiklos vykdymą (143). Sumažėjo nerekomenduotinių profilaktikos priemonių taikymas praktikoje, tai įgalina sumažinti žalą pacientams dėl bereikalingų intervencijų. Įvertinus šio ir kitų tyrimų rezultatus, galima spręsti, kad mokomieji vizitai, ypač jeigu derinami su socialiniu marketingu, gali būti vienas iš efektyvių modelių, siekiant pakeisti medicinos darbuotojų praktikos įpročius (33, 187, 254).

### **Kompiuterinė priminimo sistema**

Duomenys apie kompiuterinės priminimo sistemos efektyvumą skatinant profilaktinės veiklos įdiegimą klinikinėje ambulatorinėje praktikoje prieštaringi. Daugelio studijų duomenimis kompiuterinė priminimo sistema yra efektyvi gerinant ŠKL profilaktinių priemonių taikymą ambulatorinėje praktikoje, nors efektyvumo lygis tarp studijų skiriasi (12, 33, 187, 230), kitų tyrimų duomenimis, kompiuterinės klinikinės praktikos pagalbos sistema nebuvo efektyvi. Anglijoje 27 PSP centruose atliktas tyrimas parodė, kad kompiuterinė klinikinių sprendimų pagalbos sistema nebuvo efektyvi mažinant absoliučią ŠKL riziką (167). Panašus tyrimas buvo atliktas Norvegijoje, įdiegiant AH algoritmą šeimos gydytojų praktikoje. Tyrime dalyvavo 17 šeimos gydytojų klinikų poveikio grupėje ir 12 – kontrolinėje grupėje, atitinkamai 984 ir 1255 pacientų. Poveikio grupės šeimos gydytojų klinikose buvo įdiegta kompiuterinė programa. Po 18 intervencijos mėnesių nebuvo nustatyta reikšmingų AKS, cholesterolio kiekio, KMI, rūkančiųjų, MI rizikos rodiklio skirtumų (93).

### **Audito ir grįžtamojo ryšio modelis**

Slovėnijoje 1996-98 metais viename PSP centre, aptarnaujančiame 14983 gyventojų, buvo atlikta AKS registravimo ambulatorinėse kortelėse kokybės gerinimo studija. Pirminės ambulatorinių kortelių audito analizės, kurioje buvo vertinamas pacientų be AH AKS registravimas, duomenys buvo pateikti šeimos gydytojų susitikimų metu, buvo pristatyti ir diskutuojami kokybės gerinimo algoritmai. Pacientų aktyvumas sužinoti savo AKS buvo skatinamas įstaigoje pakabinus informacinius plakatus. Po dviejų metų nuo 28,8 iki 39,5 proc. pagerėjo nesergančių AH pacientų AKS registravimas ambulatorinėse kortelėse ( $p < 0,001$ ), AKS per paskutinius 2 m. nebuvo registruotas 60,5 proc. asmenų, po 5 m. - 47,6 proc. asmenų (120). Bendruomenėje išliko didelė dalis asmenų, kuriems nebuvo registruotas AKS per paskutinius 2-5 m. Nedidelės apimties intervencija buvo efektyvi, tačiau reikalingos ir kitos strategijos, didinančios personalo motyvaciją. Kitų tyrimų duomenys apie grįžtamojo ryšio strategijos efektyvumą įdiegiant profilaktikos rekomendacijas praktikoje prieštaringi (33, 187, 254).

### **Daugiaaspektinės profilaktinės priežiūros įdiegimo intervencijos**

Daugelio studijų duomenimis daugiaaspektinės praktikos įpročių keitimo intervencijos įdiegiant profilaktikos rekomendacijas buvo efektyvios, nes buvo orientuotos į keletą pasikeitimo barjerų, tačiau ir brangesnės, todėl turėtų būti įvertinti ir ekonominiai aspektai (2, 12, 33, 102, 187, 254)

**Suomijoje**, Helsinkyje atliktoje studijoje ŠKL RV registravimo ambulatorinėse kortelėse kokybės gerinimo programa buvo vykdoma 1995-96 metais, dviejuose PSP centruose, aptarnaujančiuose 26000 gyventojų. Poveikio PSP centro personalas (5 šeimos gydytojai, slaugytojos, registratorės) buvo apmokytas kaip nustatyti aukštos rizikos pacientus, naudojant struktūrizuotą ŠKL RV registravimo formą, kuri buvo užpildoma kiekvienam virš 18 m. amžiaus pacientui. Visas personalas dalyvavo 4 paskaitose (1 paskaita apie ŠKL diagnostiką ir gydymą, 1 – apie ŠKL RV, 2 paskaitos apie mitybos konsultavimo įgūdžius), komandų narių susitikimuose, kuriant ir įvedant į kasdieninę praktiką vietinius algoritmus bei struktūrizuoto RV registravimo ambulatorinėse kortelėse lapą. Po kiekvieno kortelių audito (1995, 1996 ir 1997 m.) grįžtamojo ryšio principu poveikio PSP centro personalas buvo informuojamas apie rezultatus. Poveikio grupėje buvo geriau registruojami RV, anksčiau nustatomi didelės kardiovaskulinės rizikos pacientai bendroje populiacijoje, geresnė pacientų, sergančių ŠKL, RV kontrolė (pagerėjo gliukozės ir cholesterolio rodikliai). Programa padidino PSP grandies personalo profilaktinės priežiūros aktyvumą. Profilaktikos įgyvendinimo efektyvumui ir ankstyvam pacientų su aukšta ŠKL rizika nustatymui buvo svarbi struktūrizuota nustatytų RV registravimo forma (121). Audito rezultatai buvo tinkama motyvacija poveikio centro personalui. Programos sėkmei didelės įtakos turėjo ir viso personalo įtraukimas ir dalyvavimas sprendžiant savo centro kokybės gerinimo problemas. Nedideli RV pokyčiai programos metu buvo galimai dėl trumpos tyrimo trukmės.

**PSP gydytojų įrodymais pagrįstos medicinos ir informacinės sistemos mokymas.** Londone atliktas **PIER** tyrimas įvertino PSP grandies gydytojų mokymo programos efektyvumą pacientų,

kuriems nustatyta ŠKL, RV registravimui, korekcijai ir kontrolei. Poveikio grupės PSP gydytojai dalyvavo informacinių sistemų kartu su įrodymais pagrįstos medicinos mokymo programoje. Po 18 mėnesių poveikio grupėje reikšmingai padidėjo pacientų RV registravimas (19,9 proc.), lipidų kiekį reguliuojančių vaistų skyrimas (4,4 proc.) bei sumažėjo bendras cholesterolio kiekis (0,7 mmol/l). PSP grandies gydytojų kombinuotas informacinių sistemų kartu su įrodymais pagrįstos medicinos mokymas buvo efektyvus ir rekomenduotinas tolimesnėms intervencijoms (136).

**PSP gydytojų mokymo ir praktikos paramos sistema.** Vorčesterio regiono tyrimas (WATCH) įvertino gydytojų mokymo programos mitybos konsultavimo klausimais efektyvumą gydytojų konsultavimo veiklai. 45 PSP grandies gydytojai bei 1278 pacientai, kurie pagal cholesterolio kiekio pasiskirstymą buvo viršutinėje kvartilėje, atsitiktiniu principu buvo suskirstyti į kontrolinę grupę, kurioje pacientams buvo teikiama įprastinė priežiūra, ir 2 poveikio grupes: pirmos grupės gydytojai buvo apmokyti mitybos konsultavimo (3 valandų programa), antroje grupėje gydytojai buvo apmokyti mitybos konsultavimo bei buvo aprūpinti paramos darbo vietose sistema (pagalbinėmis priemonėmis mitybos konsultavimui - priminimai, nesudėtingos mitybos įvertinimo priemonės, konsultavimo algoritmai). Po vienerių stebėjimo metų antroje poveikio grupėje, palyginus su kontroline ir pirmą poveikio grupę, riebalų suvartojimas su maistu sumažėjo 8 proc., sočiųjų riebalų - 12 proc., kūno svoris sumažėjo vidutiniškai 2,3 kg, MTL - 0,1 mmol/l. Vidutinė pradinės mitybos konsultacijos trukmė – 9,2 minutės. Šis tyrimas parodė, kad konsultavimo įgūdžių apmokymas kartu su paramos darbo vietoje sistema yra efektyvi ir rentabili intervencija (181, 182). Sėkmingam konsultavimui dėl gyvenimo keitimo, kartu su mokymo programa reikalinga ir paramos darbo vietose sistema.

Šiuo metu nėra solidaus pagrindo teigti, kad kažkuri konkreti profilaktikos įdiegimo intervencija ar intervencijų kompleksas bus efektyvus. Tyrimais yra nustatytos efektyvios profilaktikos PSP grandyje gerinimo intervencijos, bet yra gana žymi pasiektų rezultatų efektyvumo variacija. Svarbu intervencijų planą sudaryti pagal specifinius konkrečios medikų bendruomenės barjerus pasikeitimams.

Įvertinus daugelio tyrimų duomenis, vienareikšmiškos išvados padaryti negalima, nes gauti LNL RV kontrolės rezultatai skiriasi. Vienuose tyrimuose gauti reikšmingai teigiami LNL RV kontrolės pokyčiai, kitų tyrimų rezultatai nedideli arba nereikšmingi. Kaip parodė tyrimai, LNL RV ir jų kontrolė priklauso nuo daugelio veiksnių (socialinių, kultūrinių, PSP organizavimo ir kt.), todėl tikslinga tokius tyrimus atlikti kiekvienoje šalyje, įvertinant LNL RV kontrolės gerinimo galimybes konkrečiose bendruomenėse.

### 3. DARBO METODIKA IR TIRIAMASIS KONTINGENTAS

#### 3.1. Tyrimo schema

Tyrimas atliktas dviejose Kauno miesto PSP gydytojų aptarnaujamose bendruomenėse. Bendruomenėms PSP buvo teikiama skirtingo modelio specialistų komandų. Šeimos gydytojo kartu su slaugos specialistais aptarnaujama bendruomenė buvo pasirinkta kaip poveikio. Seno modelio PSP gydytojų komandos (apylinkės terapeuto, akušerio-ginekologo, chirurgo) aptarnaujama bendruomenė pasirinkta kaip kontrolinė grupė. Poveikio bendruomenė buvo pasirinkta Kauno medicinos universiteto klinikų Bendrosios praktikos skyriaus šeimos gydytojo aptarnaujama bendruomenė, kontrolinė – Kalniečių poliklinikos gydytojo terapeuto aptarnaujama bendruomenė. Darbo organizavimo principai abiejose PSP įstaigose tyrimo metu nekito.

Poveikio bendruomenės pacientų sąrašė buvo 1548 gyventojai, iš jų 1399 vyresnių nei 16 m. amžiaus. Kontrolinės grupės pacientų sąrašė buvo 1227 vyresnių nei 16 m. amžiaus gyventojų.

1999 m. buvo atlikta pirminė abiejų bendruomenių gyventojų apklausa ir sveikatos patikrinimas pagal anketą (1 priedas). Poveikio bendruomenėje buvo ištirta 1219 asmenų, iš jų 506 vyrai ir 713 moterų. Tai sudarė 87,1 proc. iš visų šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų vyresnių nei 16 m. amžiaus. Kontrolinėje grupėje buvo ištirti 1068 asmenys, iš jų 439 vyrų ir 629 moterų. Tai sudarė 87,0 proc. iš visų gydytojo terapeuto aptarnaujamų gyventojų vyresnių nei 16 m. amžiaus.

Poveikio bendruomenėje, atlikus pirminę apklausą ir sveikatos patikrinimą, vienerių metų bėgyje buvo vykdomas standartizuotas poveikis tikslu pagerinti gyventojų informuotumą apie nustatytus LNL RV (AH, atsvorį ir nutukimą, rūkymą, nepakankamą fizinį aktyvumą) ir juos efektyviai kontroliuoti. Taikytas LNL RV kontrolės poveikis buvo vykdomas remiantis PSO profilaktinės priežiūros rekomendacijomis PSP (38).

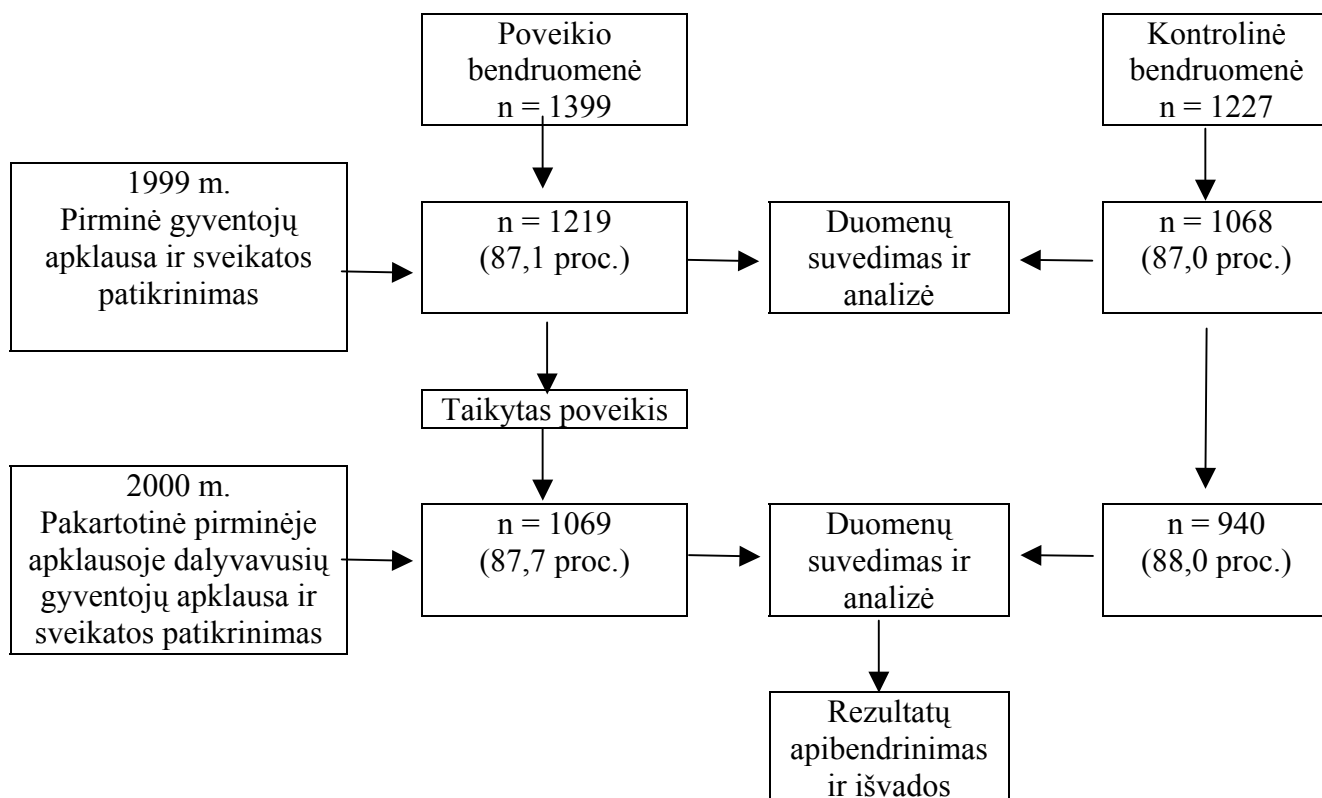
Po metų laiko, 2000 m. buvo atlikta pakartotinė abiejų bendruomenių gyventojų, dalyvavusių priminiame sveikatos patikrinime, apklausa ir sveikatos patikrinimas. Antroje apklausoje ir sveikatos patikrinime iš pirminėje apklausoje dalyvavusių gyventojų poveikio grupėje dalyvavo 1069 (atsako dažnis 87,7 proc.), kontrolinėje grupėje - 940 asmenys (atsako dažnis 88,0 proc.).

Kiekvienas nedalyvavęs antroje apklausoje asmuo buvo paprašytas nurodyti nedalyvavimo priežastis. Nedalyvavimo antroje apklausoje priežastys poveikio bendruomenėje – 9 (6,0 proc.) - mirė, 52 (34,7 proc.) - buvo laikinai išvykę dirbti ar mokytis, 26 (17,3 proc.) - persikėlė gyventi kitur, 7 (4,7) proc. - pakeitė gydytoją, 56 (37,3 proc.) - nerasta; kontrolinėje bendruomenėje – 7 (5,5 proc.) mirė, 68 (53,1 proc.) buvo laikinai išvykę dirbti ar mokytis, 23 (18,0 proc.) persikėlė gyventi kitur, 14 (10,9 proc.) pakeitė gydytoją, 16 (12,5 proc.) – nerasta.

Analizuojant LNL RV paplitimo ir kontrolės būklę poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse buvo įtraukti visi respondentai, dalyvavę pirmame arba antrame sveikatos patikrinimuose.

Analizuojant LNL RV kontrolės pokyčius bendruomenėse buvo įtraukti tik tie respondentai, kurie dalyvavo ir pirmame ir antrame sveikatos patikrinimuose.

Tyrimo schema pavaizduota 1 paveiksle.



1 pav. Tyrimo eigos schema

### 3.2. Respondentų charakteristika

Poveikio ir kontrolinės bendruomenės gyventojų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių pateiktas 3.2.1 lentelėje. Abiejose bendruomenėse vyravo 65 m. ir vyresni gyventojai, tai sudarė 27,1 visų poveikio bendruomenės ir 23,7 kontrolinės bendruomenės asmenų.

3.2.1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse

Amžius, metai	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrai		moterys		iš viso		vyrai		moterys		iš viso	
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.
16-24	65	12,8	87	12,2	152	12,5	66	15,0	96	15,3	162	15,2
25-34	95	18,8	102	14,3	197	16,2	74	16,9	69	11,0	143	13,4
35-44	69	13,6	98	13,7	167	13,7	58	13,2	94	14,9	152	14,2
45-54	61	12,1	81	11,4	142	11,6	72	16,4	91	14,5	163	15,3
55-64	91	18,0	140	19,6	231	18,9	78	17,8	116	18,4	194	18,2
65+	125	24,7	205	28,8	330	27,1	91	20,7	163	25,9	254	23,7
Iš viso	506	100,0	713	100,0	1219	100,0	439	100,0	629	100,0	1068	100,0
	$\chi^2=6,099$ , lls=5, p=0,297						$\chi^2=10,87$ , lls=5, p=0,054					

$\chi^2=6,11$ , lls=5, p=0,295, lyginant bendruomenių vyrus,  
 $\chi^2=9,30$ , lls=5, p=0,98, lyginant bendruomenių moteris

Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal amžių abiejose bendruomenėse buvo panašus, todėl analizuojant ir lyginant bendruomenių gyventojų tyrimo duomenis, amžiaus atžvilgiu jie nebuvo standartizuoti.

Pagal išsimokslinimą gyventojai buvo suskirstyti į 3 grupes: 1) pradinio ar nebaigto vidurinio; 2) vidurinio ar spec. techninio bei nepilno aukštojo; 3) aukštojo. Poveikio ir kontrolinės bendruomenių gyventojų pasiskirstymas pagal lytį, amžių ir išsimokslinimą pateiktas 3.2.2 lentelėje.

### 3.2.2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį, amžių, ir išsimokslinimą poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse

#### Poveikio bendruomenė

Amžius, metai	Vyrų								Moterys								
	išsimokslinimo grupės								iš viso	išsimokslinimo grupės							
	pradinio ar nebaigto vidurinio		vidurinio ar spec. techninio		aukštojo		abs. sk.	proc.		pradinio ar nebaigto vidurinio		vidurinio ar spec. techninio		aukštojo		abs. sk.	proc.
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.			abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.		
16-24	15	23,1	43	66,2	7	10,8	65	100,0	16	18,4	61	70,1	10	11,5	87	100,0	
25-34	2	2,1	38	40,0	55	57,9	95	100,0	3	2,9	34	33,3	65	63,7	102	100,0	
35-44	0	0	18	26,1	51	73,9	69	100,0	1	1,0	30	30,6	67	68,4	98	100,0	
45-54	3	4,9	18	29,5	40	65,6	61	100,0	2	2,5	15	18,5	64	79,0	81	100,0	
55-64	6	6,6	22	26,2	63	69,2	91	100,0	11	7,9	50	35,7	79	56,4	14	100,0	
≥ 65	24	19,2	31	24,8	70	56,0	125	100,0	63	30,7	62	30,2	80	39,0	205	100,0	
Iš viso:	50	9,9	170	33,6	286	56,5	506	100,0	96	13,5	252	35,3	365	51,2	713	100,0	
	$\chi^2=97,29$ , lls=10, p=0,000								$\chi^2=170,15$ , lls=10, p=0,000								

#### Kontrolinė bendruomenė

Amžius, metai	Vyrų								Moterys								
	išsimokslinimo grupės								iš viso	išsimokslinimo grupės							
	pradinio ar nebaigto vidurinio		vidurinio ar spec. techninio		aukštojo		abs. sk.	proc.		pradinio ar nebaigto vidurinio		vidurinio ar spec. Techninio		aukštojo		abs. sk.	proc.
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.			abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.		
16-24	9	13,6	51	77,3	6	9,1	66	100,0	8	8,3	79	82,3	9	9,4	96	100,0	
25-34	5	6,8	43	71,6	16	21,6	74	100,0	2	2,9	44	63,8	23	33,3	69	100,0	
35-44	6	10,3	25	43,1	27	46,6	58	100,0	3	3,2	56	59,6	35	37,2	94	100,0	
45-54	13	18,1	36	50,0	23	31,9	72	100,0	7	7,7	61	67,0	23	25,3	91	100,0	
55-64	20	25,6	30	38,5	28	35,9	78	100,0	15	12,9	58	50,0	43	37,1	116	100,0	
≥ 65	33	36,3	22	24,2	36	39,6	91	100,0	73	44,8	53	32,5	37	22,7	163	100,0	
Iš viso:	86	19,6	217	49,4	136	31,0	439	100,0	108	17,2	351	55,8	170	27,0	629	100,0	
	$\chi^2=75,87$ , lls=10, p=0,000								$\chi^2=154,58$ , lls=10, p=0,000								

$\chi^2=64,13$ , lls=2, p=0,000, lyginant bendruomenių vyrus,

$\chi^2=83,10$ , lls=2, p=0,000, lyginant bendruomenių moteris

Lyginant vyrus ir moteris pagal išsimokslinimą bendruomenėse, reikšmingų skirtumų nenustatyta (poveikio bendruomenėje -  $\chi^2=5,01$ , lls=2, p=0,082, kontrolinėje -  $\chi^2=4,22$ , lls=2, p=0,121). Poveikio

bendruomenėje daugiausia buvo aukštojo išsimokslinimo žmonių - 56,5 proc. vyrų ir 51,2 proc. moterų. Ypač didelę dalį jie sudarė tarp 35-44 m. amžiaus vyrų (73,9 proc.) ir tarp 45-54 m. amžiaus moterų (79,0 proc.). Kontrolinėje bendruomenėje daugiausia buvo asmenų su viduriniu, spec. techniniu bei nepilnu aukštuoju išsimokslinimu, 49,4 proc. vyrų ir 55,8 proc. moterų ( $p < 0,05$ ). Poveikio ir kontrolinės bendruomenių pasiskirstymas pagal išsimokslinimą reikšmingai skyrėsi (3.2.2 lentelė), todėl, lyginant RV paplitimo bei kontrolės bendruomenėse duomenis, jie buvo standartizuoti išsimokslinimo atžvilgiu. Poveikio ir kontrolinės bendruomenės gyventojų pasiskirstymas pagal darbinę veiklą pateiktas 3.2.3 lentelėje. Tarp vyrų ir tarp moterų poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse daugiausia buvo tarnaujančių įstaigoje, dirbančių protinį darbą arba aptarnavimo sferoje (47,4 proc. poveikio ir 33,3 proc. kontrolinės bendruomenės vyrų,  $p < 0,001$ , bei 42,8 proc. bendruomenės ir 39,6 proc. kontrolinės bendruomenės moterų,  $p > 0,05$ ).

**3.2.3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal darbinę veiklą ir lytį poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse**

Darbo pobūdis	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrų		moterų		iš viso		vyrų		moterų		iš viso	
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.
Dirba pramonėje, statyboje (fizinį darbą)	61	12,1	23	3,2	84	6,9	115	26,2	80	12,7	195	18,3
Tarnauja įstaigoje, dirba protinį darbą ar aptarnavimo sferoje	240	47,4	305	42,8	545	44,7	146	33,3	249	39,6	395	37,0
Studijuoja (mokosi)	53	10,5	66	9,3	119	9,8	33	7,5	56	8,9	89	8,3
Namų šeimininkė	0	0,0	27	3,8	27	2,2	1	0,2	10	1,6	11	1,0
Senatvės ar invalidumo pensijoje	133	26,3	272	38,1	405	33,2	106	24,1	201	32,0	307	28,7
Bedarbis	19	3,7	20	2,8	39	3,2	38	8,7	33	5,2	71	6,7
Iš viso	506	100,0	713	100,0	1219	100,0	439	100,0	629	100,0	1068	100,0
	$\chi^2=67,90$ , lls=5, $p < 0,001$						$\chi^2=43,78$ , lls=5, $p < 0,001$					

$\chi^2=49,99$  lls=5,  $p=0,000$ , lyginant bendruomenių vyrus,

$\chi^2=54,64$ , lls=5,  $p=0,000$ , lyginant bendruomenių moteris

Poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse buvo daugiau vyrų dirbančių fizinį darbą negu moterų (12,1 proc. vyrų ir 3,2 proc. moterų poveikio bendruomenėje,  $p < 0,01$  ir 26,2 proc. vyrų ir 12,7 proc. moterų kontrolinėje bendruomenėje,  $p < 0,001$ ), moterų buvo daugiau senatvės ar invalidumo pensijoje negu vyrų (poveikio bendruomenėje 38,1 proc. moterų ir 26,3 proc. vyrų,  $p < 0,001$ , kontrolinėje - 32,0 proc. moterų ir 24,1 proc. vyrų,  $p < 0,01$ ). Vyrų ir moterų, dirbančių fizinį darbą poveikio bendruomenėje, buvo mažiau palyginus su kontroline grupe ( $p < 0,001$ ).

Poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse daugiausia buvo vedusių (ištėkėjusių) asmenų (77,9 proc. poveikio ir 75,6 proc. kontrolinės bendruomenės vyrų bei 63,3 proc. poveikio ir 58,5 proc. kontrolinės bendruomenės moterų).



### 3.2.4 lentelė. Respondentų šeimyninė padėtis pagal lytį ir amžių poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse

Šeimyninė padėtis	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrai		moterys		iš viso		vyrai		moterys		iš viso	
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.
Vedęs (ištekėjusi) arba gyvena nesusituokę	394	77,9	451	63,3	845	69,3	332	75,6	368	58,5	700	65,5
Nevedęs (netekėjusi)	83	16,4	120	16,8	203	16,7	77	17,5	106	16,9	183	17,1
Išsiskyręs(-usi)	18	3,5	40	5,6	58	4,7	13	3,0	49	7,8	62	5,8
Našlys (-ė)	11	2,2	102	14,3	113	9,3	17	3,9	106	16,8	123	11,6
Iš viso	506	100,0	713	100,0	1219	100,0	439	100,0	629	100,0	1068	100,0
	$\chi^2=58,76$ , lls=3, p<0,001						$\chi^2=59,84$ , lls=3, p<0,001					

$\chi^2=2,88$ , lls=3, p=0,411, lyginant bendruomenių vyrus,  
 $\chi^2=5,03$ , lls=3, p=0,170, lyginant bendruomenių moteris

Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį tarp bendruomenių reikšmingai nesiskyrė (3.2.4 lentelė).

### 3.3. Gyventojų sveikatos patikrinimo metodai ir lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių vertinimo kriterijai

Poveikio grupės gyventojų sveikatos patikrinimai atlikti KMUK Bendrosios praktikos skyriuje, kontrolinės grupės – Kalniečių poliklinikoje, pirminės sveikatos priežiūros skyriuje. Taikyti standartiniai epidemiologinių tyrimų metodai: tiriamųjų apklausa naudojant tyrėjų sudarytą klausimyną, antropometriniai matavimai (ūgio, kūno masės), arterinio kraujo spaudimo (AKS) matavimas. Apklausą vykdė ir anketas užpildė apmokyti tyrėjai (autorė kartu su KMUK šeimos medicinos klinikos gydytojais rezidentais).

Klausimynas sudarytas iš klausimų, atspindinčių tiriamųjų socialinius ir demografinius duomenis, sveikatos būklės vertinimą, gyvenamosios įpročius, žinias apie turimus RV bei jų kontrolę, gydytojo rekomendacijas keisti gyvenamąją bei rekomendacijų laikymąsi.

AKS matuotas kalibruotu gyvsidabrinio sfigmomanometru pagal standartizuotą metodiką, asmeniui nors 5 minutes ramiai pasėdėjus, dešinėje rankoje, patogiai atsirėmus į kėdės atlošą, atpalaidavus rankos raumenis, alkūnę laikant paciento širdies lygyje, uždėjus manžetę ant apnuoginto žasto taip, kad tolygiai ir gerai jį apgultų, bet nesuspaustų. Oras balionėliu į manžetę pučiamas greitai ir lygiai, išnykus pulsui, gyvsidabrio stulpelis pakeliamas 30 mm Hg virš to lygio, ties kuriuo išnyko pulsas. Po to oras išleidžiamas iš manžetės taip, kad gyvsidabrio stulpelis kristų maždaug 2 mm Hg per sekundę greičiu. Klausant stetoskopu ties žasto arterija, nustatomas AKS. Sistoliniu AKS laikomas toks kraujospūdis, kai atsiranda pirmieji auskultaciniai tonai, o diastoliniu – kai auskultaciniai tonai

išnyksta. AKS matuotas 2 kartus 2 mmHg tikslumu. Tyrėjai buvo standartizuoti AKS matavimui. Vertintas dviejų AKS matavimų vidurkis.

RV buvo vertinami pagal PSO kriterijus (38).

Arterinė hipertenzija (AH) nustatyta, sistoliniam AKS (SAKS) esant 140 mmHg arba didesniai ir (arba) diastoliniam AKS (DAKS) esant 90 mmHg arba didesniai, arba esant AKS mažesniai negu 140/90 mm Hg, kai paskutines 2 savaites tiriamieji vartojo AKS mažinamuosius vaistus (38, 279). AH kontrolės įvertinimui tiriamieji, kuriems nustatyta AH, buvo suskirstyti į keturias grupes: 1) nežinojo, kad jų AKS padidėjęs; 2) žinojo, kad AKS padidėjęs, bet nesigydė (t.y. per paskutines 2 savaites nevartojo vaistų); 3) gydėsi neefektyviai (paskutines dvi savaites vartojant vaistus, SAKS buvo  $\geq 140$  mmHg ir/arba DAKS  $\geq 90$  mmHg); 4) gydėsi efektyviai (paskutines dvi savaites vartojant vaistus AKS buvo normalus).

Kiekvienam tiriamajam buvo išmatuotas kūno svoris ir ūgis. Tiriamieji buvo sveriami kalibruotomis medicininėmis svarstyklėmis 100,0 g tikslumu, be batų, nusirengus viršutinius drabužius. Ūgis buvo matuojamas ūgio matuokle 0,5 cm tikslumu, tiriamiesiems nusiavus batus.

Kūno svoris vertintas pagal kūno masės indeksą (KMI), kuris išreiškiamas kūno svorio kg ir ūgio  $m^2$  santykiu ( $kg/m^2$ ). Per mažas kūno svoris nustatytas, kai  $KMI \leq 20 kg/m^2$ , antsvoris nustatytas, kai  $KMI 25-29,9 kg/m^2$ , nutukimas -  $KMI \geq 30 kg/m^2$ .  $KMI 25,0 kg/m^2$  arba didesnis jau laikomas padidėjusiu kūno svoriu.

Rūkymo įpročiai buvo vertinami apklausiant tiriamuosius apie rūkymo įpročius, per dieną surūkomų cigarečių skaičių, amžių, kada asmuo pradėjo rūkyti, metusiems – amžius kada metė rūkyti. Reguliariai rūkančiais buvo laikomi asmenys, kurie kasdien surūko bent vieną cigaretę.

Alkoholinių gėrimų (AG) vartojimo įpročiai vertinti apklausos būdu, registruojant ar asmuo vartoja AG, vartojančių AG buvo klausiama apie alaus, vyno, stiprių AG vartojimo dažnį ir kiekį, išgertą per vieną kartą. AG vartojimas buvo vertinamas suvartojamų AG kiekį perskaičiavus į standartinius alkoholio vienetus (SAV). Vienas SAV atitinka 10 ml absoliutaus etilo alkoholio, kuris yra 250 ml alaus, arba 120 ml vyno, arba 32 ml degtinės (105). Buvo apskaičiuojamas per mėnesį suvartojamų AG kiekis (išreikštas SAV), įvertinant įprastai suvartojamą AG rūšį, kiekį bei vartojimo dažnį. Rizikingas AG vartojimas nustatytas, jei vyras gėrė  $> 56$  SAV per mėnesį, o moteris  $> 28$  SAV per mėnesį (179).

Fizinis aktyvumas buvo vertinamas apklausiant tiriamuosius. Buvo klausiama kiek laiko (val.) darbe asmuo sėdi, kiek sugaišta laiko, atvykdamas į darbą pėsčiomis. Buvo vertinamas ir laikas per savaitę, kuris skiriamas laisvalaikio metu pasivaikščiavimui, saikingam ar sunkiam fiziniam darbui, fizinei kultūrai, sportui. Fizinis aktyvumas laisvalaikio metu buvo vertinamas atskirai žiemą ir vasarą. Nepakankamai fiziškai aktyviu buvo laikomas asmuo, kuris darbe sėdi daugiau kaip 5 val., o laisvalaikio metu žiemą ir vasarą pasivaikščiavimui, saikingam ar sunkiam fiziniam darbui, fizinei

kultūrai vidutiniškai skiria mažiau nei 10 val. per savaitę. Pagal fizinio aktyvumo lygį dirbantys asmenys dar buvo suskirstyti į 4 grupes: 1) aktyvūs darbo metu ir laisvalaikiu; 2) aktyvūs darbo metu, tačiau neaktyvūs laisvalaikiu; 3) aktyvūs laisvalaikiu, tačiau neaktyvūs darbo metu; 4) neaktyvūs ir darbo metu, ir laisvalaikiu. Nedarbingų asmenų fizinis aktyvumas buvo vertinamas tik laisvalaikiu.

Gyventojų mityba tirta apklausiant tiriamuosius apie mitybos įpročius. Buvo registruojamas įvairių maisto produktų vartojimo dažnis ir kai kurių produktų (kiaušinių, duonos) suvartotas kiekis per dieną ar savaitę.

Subjektyvus sveikatos vertinimas buvo vertinamas apklausiant tiriamuosius. Tiriamųjų buvo prašoma įvertinti dabartinę sveikatos būklę, pasirenkant vieną iš atsakymų: visai sveikas, geros sveikatos, sveikas, nevisiškai sveikas, sergu.

### **3.4. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės priemonės, taikytos poveikio bendruomenėje**

Kiekvienam poveikio bendruomenės asmeniui, atlikus apklausą pagal anketą ir sveikatos patikrinimą, buvo paaiškinama apie nustatytus LNL RV, jų reikšmę sveikatai, suteikiama informacija, kaip galima kontroliuoti nustatytus RV, duodama rašytinė informacija apie nustatytus LNL RV (3-6 priedai), įvertinama asmens nuostata ir pasiruošimas keisti gyvenamosios įpročius, priklausomai nuo asmens būklės, aptariami nustatytų RV kontrolės žingsniai ir sekančio vizito data, užpildoma RV registravimo forma (2 priedas), kuri buvo įklijuojama į asmens ambulatorinę kortelę. Po pirminio patikrinimo, LNL RV kontrolės tikslu, buvo stengiamasi pasinaudoti kiekvienu paciento vizitu į PSPC, nepriklausomai nuo kreipimosi priežasties, kad aptarti nustatytų LNL RV kontrolės eigą, išskylančius sunkumus, buvo numatomi sekantys gyvenamosios keitimo žingsniai. Taikytas LNL RV kontrolės poveikis buvo vykdomas remiantis PSO profilaktinės priežiūros rekomendacijomis PSP (38).

### **Arterinės hipertenzijos nustatymas ir kontrolės schema**

AKS buvo pamatuojamas kiekvienam apsilankiusiam pas gydytoją ar bendruomenės slaugytoją pacientui. Visiems žmonėms, pamatavus AKS, buvo pasakomas, koks jų AKS ir paaiškinama dydžių reikšmė.

Nustačius padidėjusį AKS, buvo matuojama pakartotinai, siekiant nustatyti ar hipertenzija yra stabili. AKS matavimo dažnumas bei tyrimo ir gydymo laikas priklausė nuo pradinio AKS dydžio. Pirmojo matavimo metu radus nežymiai ar vidutiniškai padidėjusį AKS (sistolinis 140-179 mm Hg ir (arba) diastolinis 90-105 mm Hg), AKS buvo matuojamas keletą kartų pakartotinai (dar bent 2 kartus 4 savaitių bėgyje). Jei pirmojo matavimo metu AKS buvo randamas  $\geq 180/105$  mm Hg, pacientas buvo tiriamas ir medikamentinis gydymas kartu su nemedikamentiniu pradedamas skirti po trumpesnio stebėjimo laikotarpio, negu nedidelės hipertenzijos atveju.

Jei pacientui buvo nustatomas padidėjęs AKS, ar AH yra pirminė ar antrinė nustatoma ir patvirtinama atlikus laboratorinius ir instrumentinius tyrimus. Buvo įvertinamos ŠKL komplikacijos (kairio skilvelio hipertrofija), organų „taikinių“ pažeidimo laipsnis, lydinčios ŠKL, inkstų ligos, CD, paveldimumas (AH, IŠL, GSI, CD ar inkstų ligos), kiti ŠKL RV.

### **Arterinės hipertenzijos gydymas**

AH gydymo tikslas - maksimaliai sumažinti ŠKL riziką. Norint pasiekti šį tikslą, buvo siekiama AKS sumažinti iki optimalaus ar normalaus dydžio, koreguoti esamus RV, veiksmingai gydyti gretutines ligas (ŠKL, inkstų ligas, CD). Jauniems ir vidutinio amžiaus pacientams bei sergantiems CD AKS buvo siekiama sumažinti iki 130/85 mm Hg ir žemiau, o vyresniems - žemiau 140/90 mm Hg.

AH buvo gydoma nemedikamentinėmis priemonėmis ir vaistais.

### **Taikytas nemedikamentinis gydymas**

Visiems pacientams, kuriems nustatyta AH, buvo rekomenduojamas nemedikamentinis gydymas:

- Kūno svorio mažinimas, turintiems antsvorį ( $KMI > 25 \text{ kg/m}^2$ ),
- Valgomosios druskos maiste ribojimas iki 6 g per parą,
- Pakankamas kalio vartojimas su maistu,
- AG vartojimo ribojimas iki 1 SAV per parą,
- Nuolatinis, nedidelis fizinis aktyvumas. Buvo rekomenduojami aerobiniai pratimai, greitas ėjimas, bėgiojimas, plaukiojimas ir kt. Svarbu mankštintis bent 30 min. kasdien, kol pagreitėja kvėpavimas, suprakaituojama,
- Rūkymo kontrolė.

Pradėjus gydymą vaistais, toliau buvo tęsiamas nemedikamentinis gydymas.

### **Medikamentinis gydymas**

Pirmo pasirinkimo vaistų grupės antihipertenziniam gydymui buvo: diuretikai, beta-blokatoriai, angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriai, kalcio antagonistai, alfa-adrenoreceptorius blokuojantys vaistai. Optimalus vaistas konkrečiam žmogui buvo parenkamas atsižvelgiant į paciento individualias savybes ir kliniškes būkles (amžių, lytį, šeimos anamnezę, organų – „taikinių“ pažeidimus, kitus ŠKL RV, gretutines ligas). Medikamentinis gydymas buvo pradedamas vieno vaisto iš aukščiau išvardintų grupių mažomis dozėmis. Jei vienas vaistas yra tik iš dalies efektyvus, buvo skiriama antrojo vaisto nedidelė dozė arba skiriama maksimali pirmojo vaisto dozė. Jei monoterapija neefektyvi arba vaistas netoleruojamas, vaistas buvo keičiamas kitos grupės vaistu. Jei reikia, AKS mažinimui buvo skiriama iki penkių grupių vaistų.

### **AH gydymo schema**

Pasirenkant gydymo taktiką, buvo atsižvelgiama į AKS dydį, paciento amžių, lytį, šeimos anamnezę, organų – „taikinių“ pažeidimus, kitus ŠKL RV, gretutines ligas. Jei, nustatant AH

diagnozę, AKS buvo randamas 140-179 mmHg ir / arba diastolinis AKS 90-104 mmHg, skiriamas nemedikamentinis gydymas.

Po 3 mėnesių stebėjimo:

- Jei sistolinis AKS lieka tarp 140-160 mmHg ir/arba diastolinis AKS lieka tarp 90-95 mmHg, buvo tęsiamas nemedikamentinis gydymas, nuolat stebint pacientą,
- Kartu su nemedikamentiniu gydymu buvo skiriami vaistai, mažinantys AKS, jei:
  - sistolinis AKS buvo 160-180 mmHg, o diastolinis – 95 mmHg ir daugiau,
  - sistolinis AKS buvo 160-180 mmHg, arba diastolinis AKS buvo mažesnis nei 95 mmHg, bet kartu buvo nustatyti kiti ŠKL RV (reguliarus rūkymas, CD, padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje),
  - sistolinis AKS buvo mažesnis nei 140 mmHg, bet diastolinis AKS buvo 100 mmHg ir daugiau arba sistolinis AKS buvo mažesnis nei 140 mmHg, diastolinis AKS buvo 95-100 mmHg, bet buvo nustatyti kiti ŠKL RV (kaip nurodyta aukščiau).

Dar po 3 mėn. stebėjimo:

- jei sistolinis AKS buvo nuolat nustatomas tarp 160 ir 180 mmHg, arba diastolinis AKS nuolat nustatomas 95 mmHg ir daugiau, tai gydymas vaistais buvo pradamas ir tuomet, kai kitų ŠKL RV veiksnių nebuvo nustatyta,
- jei buvo nustatyti keli ŠKL RV, tai vaistai buvo pradami skirti net tada, kai sistolinis AKS buvo tarp 140 ir 160 mmHg, arba diastolinis AKS buvo 90-95 mmHg,
- jei AKS buvo 200/120 mmHg, pacientas buvo nukreipiamas antrinio arba tretinio lygio specialisto konsultacijai.

Stabilizavus AKS pacientas lankėsi pas gydytoją kas 3-6 mėn. Kiekvieno apsilankymo metu buvo pamatuojamas AKS, išsiaiškinama ar neatsirado vaisto nepageidaujamų reiškinių, įvertinama ligonio gyvenimo kokybė, aptariamas nemedikamentinių priemonių laikymasis, atliekami laboratoriniai tyrimai (atsižvelgiant į tai, kokie skiriami vaistai).

Jei pirmojo matavimo metu AKS buvo  $\geq 180/105$  mm Hg, pacientas buvo tiriamas ir medikamentinis gydymas kartu su nemedikamentiniu buvo pradamas skirti po trumpesnio stebėjimo laikotarpio negu nedidelės hipertenzijos atveju.

Kiekvienam pacientui, nustačius padidėjusį AKS, buvo suteikiama informacija, kad:

- žmonės turintys net ir šiek tiek padidėjusį AKS gali susirgti ŠKL, nors ir nejaučia AH būdingų simptomų,
- kuo didesnis AKS, tuo didesnė tikimybė susirgti IŠL ar GSI,
- žmonėms, sergantiems AH ŠKL didina daugybę kitų RV: antsvoris ir nutukimas, mažas fizinis aktyvumas, rūkymas, didelė cholesterolio koncentracija kraujyje, CD ir kiti,
- padidėjusį AKS galima sėkmingai koreguoti nemedikamentinėmis ir medikamentinėmis priemonėmis, jei pacientas laikosi paskirto gydymo,

- AH gydymas labai pagerina ligos prognozę,
- dažniausiai AH turi būti gydoma visą gyvenimą,
- nemedikamentinės priemonės ir, jei reikalinga, vaistai, mažinantys AKS, turi būti naudojami nepertraukiamai,
- rekomenduojama AKS savikontrolė.

Pacientui buvo duodamas bukletas su trumpa informacija apie ligą, buklete pažymint, koks buvo rastas AKS (3 priedas).

### **Antsvoris ir nutukimas**

Visiems asmenims, atvykusiems pas šeimos gydytoją ar bendruomenės slaugytoją, buvo pamatuojamas svoris ir ūgis. Pamatavus ūgį ir svorį, nustatomas KMI ir paaiškinama jo dydžio reikšmė. Kiekvienam pacientui nurodoma, koks turėtų būti jo normalus kūno svoris. KMI buvo registruojamas paciento ambulatorinėje kortelėje.

Kūno svoris vertinamas kūno masės indeksu (KMI). Kūno masės indeksas skaičiuojamas:

$$\text{Kūno masės indeksas(KMI)} = \text{svoris(kg)} : \text{ūgis(m)}^2$$

Pacientui, kurio kūno svoris padidėjęs, buvo suteikiama informacija, paaiškinant antsvorio ir nutukimo pasekmes sveikatai ir informuojant kiek reikia sumažinti svorį, pabrėžiant, kad svorio sumažinimas ypač svarbus asmenims, kurie kartu turi ir kitų ŠKL RV (rūkymas, AH, CD, padidėjęs cholesterolio kiekis ir kiti). Pacientams, kurie turi antsvorį arba nutukimą ir rūko, buvo paaiškinama, kad rūkymas nėra svorio kontroliavimo metodas ir pabrėžiami rūkymo metimo privalumai. Pacientui buvo paaiškinama, kad svorio reguliavimui veiksmingiausi yra ilgalaikiai gyvenimo būdo pokyčiai. Visiems pacientams, kuriems nustatytas padidėjęs kūno svoris, buvo duodamas bukletas su informacija apie antsvorio ir nutukimo reikšmę sveikatai, bei buklete buvo nurodoma paciento ūgis, svoris, nustatytas KMI (4 priedas).

Visiems pacientams, nustačius antsvorį ar nutukimą, buvo patariama mažinti kūno svorį. Buvo sudaromas realistinis, individualus ir ilgalaikis svorio metimo planas (sumažinant KMI iki 20-25 kg/m<sup>2</sup>). Žmonėms su padidintu kūno svoriu buvo patariama svorį mažinanti dieta, paremta sveikos mitybos principais, ir reguliarus fizinio aktyvumo padidėjimas (žr. fizinio aktyvumo padidėjimo rekomendacijas). Pradžioje buvo patariama palaipsniui sumažinti svorį ne daugiau negu 6 kg, mažinant svorį ne daugiau negu 0,5-1 kg per savaitę. Toks svorio sumažėjimas pasiekiamas kai yra energijos deficitas 500-1000 kcal per dieną. Kiekvienos konsultacijos metu buvo aptariami svorio mažinimo rezultatai ir nustatomi sekantys uždaviniai. Kai norimas kūno svoris jau buvo pasiektas, paaiškinama sveikos mitybos reikšmė palaikant normalų svorį. Stipriai nutukusiems pacientams (KMI daugiau nei 37 kg/m<sup>2</sup>) buvo patariama pasikonsultuoti su specialistu dėl tolimesnio gydymo, jei nepavykdavo sumažinti svorio po vieno mėnesio svorį mažinančios dietos.

Buvo duodami mitybos patarimai:

- sumažinti paros maisto davinio energinę vertę 500-600 kcal. Jei atsvertis labai didelis, kartais maisto energetinė vertė ribojama iki 1000 kcal,
- valgyti dažnai, nerečiau kaip 3-4 kartus per dieną, kad neatsirastų stiprus alkio jausmas, bet sunaudoti mažą maisto kiekį vieno valgymo metu,
- mažiau vartoti riebių produktų, ypač gyvulinių (iš riebalų reikėtų gauti ne daugiau kaip 30 proc. paros maisto davinio energijos),
- valgyti daugiau daržovių, vaisių, rupaus malimo grūdų produktų (iš angliavandenių turėtų susidaryti 55-60 proc. energijos).

## **Rūkymas**

Rūkančiu buvo laikomas asmuo, kuris kasdien surūko bent po vieną cigaretę.

Visiems gyventojams, ypač jauniems asmenims, buvo propaguojamas teigiamas nerūkymo įvaizdis. Paciento medicininėje dokumentacijoje buvo nurodoma ar pacientas rūko. Kiekvienos konsultacijos metu su rūkančiais pacientais rekomenduojama mesti rūkyti, iškeliamas klausimas arba užvedama diskusija, skatinant pacientą išsakyti savo nuomonę apie rūkymo reikšmę sveikatai, ypatingą dėmesį skiriant paaugliams, moterims, kurios nėščios ar planuoja nėštumą, asmenims, kurie turi kūdikių ar vaikų namuose, žmonėms, kurie turi kitų ŠKL RV (AH, padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, atsvertis, nutukimas ir kiti) ir gretutinių susirgimų (kvėpavimo sistemos ligos, ŠKL, CD ir kitos).

Visiems rūkantiems pacientams buvo patariama mesti rūkyti, stengiantis motyvuoti ir palaikyti tokį apsisprendimą, suteikiant informaciją apie rūkymo metimą (patarimai apie pakaitinę nikotino terapiją (nikotino turinti kramtomoji guma, pleistrai), kuri padeda įveikti nikotino abstinencijos simptomus, informuojant apie teisingą šių priemonių naudojimą. Pagal poreikį pacientas buvo nukreipiamas specializuotai pagalbai rūkymo metimui. Pakartotinai rūkymo metimo klausimas buvo iškeliamas sekančių konsultacijų metu, reguliariais intervalais (po 1, 3 ir 6 mėn.), pakartojant rūkymo žalą. Metantis rūkyti pacientas buvo kviečiamas apsilankyti po savaitės, pagal galimybes paskambinant telefonu ir pasiteiraujant, kaip sekasi nerūkyti. Nepavykus mesti, pacientui buvo suteikiamas palaikymas, patariama pabandyti mesti po kurio laiko.

Informacija pacientui.

Nerūkantiems buvo patariama nepradėti, bendruomenėje buvo skatinamas nerūkymas, palanki nuomonė apie nerūkymą. Rūkantiems buvo paaiškinama, kad:

- rūkymas yra viena iš pagrindinių mirties nuo ŠKL ir vėžio priežasčių,
- rūkančios moterys turi didesnę riziką osteoporozės išsivystymui ir kaulų lūžiams vėlesniame amžiuje,

- rūkantiems asmenims virš 35 m. amžiaus rūkymas turi poveikį gyvenimo kokybei ir numatamai gyvenimo trukmei (yra tikimybė, kad rūkančių moterų gyvenimo trukmė bus 5 m. mažesnė nei nerūkančių, vyrų – 7 m. mažesnė nei nerūkančiųjų),
- paaiškinama rūkymo žala aplinkiniams,
- metus rūkymą, galima sumažinti riziką sveikatai.

Pacientui buvo duodamas informacinis lapelis apie rūkymo reikšmę ir rūkymo metimo svarbą (5 priedas).

### **Nepakankamas fizinis aktyvumas**

Visiems pacientams, nustačius nepakankamą fizinį aktyvumą ir įvertinus paciento amžių, gretutines ir persirgusias ligas, buvo rekomenduojama padidinti fizinį aktyvumą.

Buvo patariama:

- reguliarūs fiziniai pratimai, ne rečiau kaip 2-3 kartus per savaitę,
- širdies ir kraujagyslių sistemos treniravimo tikslu atliekamų fizinių pratimų bendra trukmė buvo rekomenduojama 25-60 min., paskirstant į tris fazes: apšilimą (5-10 min.), pagrindinę dalį (15-45 min.) ir atsistatymo fazę (5-10 min.). Buvo rekomenduojama mankštinti visą kūną (vaikščioti, bėgioti, plaukioti, važiuoti dviračiu ir),
- buvo rekomenduojamas vidutinio intensyvumo fizinis krūvis, kad pagreitetų kvėpavimas ir atsirastų prakaitavimas, kad pulso dažnis, priklausomai nuo amžiaus, turi padidėti 60-75 proc.,
- pacientui buvo patariama pasirinkti patinkamą fizinę veiklą.

Kiekvienam pacientui, nustačius nepakankamą fizinį aktyvumą, buvo suteikiama informacija:

- Pakankamas fizinis aktyvumas gali sumažinti IŠL riziką, padėti įveikti stresą ir nuovargį, sumažinti kaulo masės netekimą, tuo pačiu perspėjant osteoporozės išsivystymą, sumažinti atsvorį ir nutukimą, cholesterolio kiekį kraujyje,
- Fizinių pratimų programose yra svarbūs keturi komponentai: dažnis, trukmė, intensyvumas ir fizinių pratimų tipas,
- Optimalus fizinių pratimų dažnis – 3 kartai per savaitę, juos išdėstant savaitės bėgyje ne kiekvieną dieną, siekiant išvengti raumenų skausmo, nuovargio ar galimų traumų,
- Fizinius pratimus galima papildyti arba pakeisti pasivaikščiojimu (30-45 min. 5-7 kartus per savaitę), lipimu laiptais, važinėjimu dviračiu, darbu sode, bėgimu ristele, šokiais ir kt. Pacientas turėtų pasirinkti, kokia fizinio aktyvumo rūšis labiausiai atitinka jo būdą ir pomėgius.

Pacientams buvo duodamas bukletas su informacija apie nepakankamą fizinio aktyvumo reikšmę (6 priedas).

### **Mitybos įpročiai**

Kiekvienam pacientui, atsižvelgiant į mitybos įpročius nurodytus anketinės apklausos metu, buvo duodamos rekomendacijos, kaip sveikiau maitintis ir pakeisti nesveikus mitybos įpročius.



Kiekvienam pacientui buvo suteikiama informacija apie sveikos mitybos principus, rekomenduojant:

- valgyti maistingą, įvairų, dažniau augalinės nei gyvulinės kilmės maistą,
- kelis kartus per dieną valgyti duonos, kruopų, makaronų ar bulvių,
- kelis kartus per dieną valgyti įvairių, dažniau šviežių, vietinių daržovių ir vaisių (bent 400 g per dieną),
- kontroliuoti riebalų vartojimą (ne daugiau 30 proc. paros maisto davinio energijos); gyvulinius riebalus, kuriuose yra daug sočiųjų riebalų rūgščių, keisti augaliniais aliejais ir minkštais margarinais, kuriuose gausu nesočiųjų riebalų rūgščių,
- maistą ruošti laikantis higienos taisyklių. Rekomenduojam virti, troškinti, naudotis mikrobangomis krosnelėmis, kad reikėtų mažiau dėti riebalų,
- riebią mėsą ir mėsos produktus pakeisti ankštinėmis daržovėmis, žuvimi, paukštiena ar liesa mėsa,
- vartoti liesą pieną ir liesus, nesūrius pieno produktus (rūgpienį, kefyrą, jogurtą, varškę, sūrį),
- rinktis maisto produktus, turinčius mažai cukraus, rečiau vartoti rafinuoto cukraus, saldžių gėrimų, saldumynų,
- valgyti nesūrų maistą. Bendras druskos kiekis maiste, įskaitant gaunamą su rūkytais, sūdytais, konservuotais produktais bei duona, turi būti ne daugiau nei vienas arbatinis šaukštelis (6 g). Rekomenduojama vartoti druską su jodu.

Pacientams buvo duodamas bukletas su sveikos mitybos piramide ir sveikos mitybos gairėmis (7 priedas). Sveikos mitybos piramidė padeda pasirinkti maisto produktus ir jų kiekį, kad mityba būtų sveika. Maisto produktų grupių porcijų skaičius priklauso nuo žmogaus fizinio aktyvumo. Kuo žmogus yra fiziškai aktyvesnis darbe ar poilsio metu, tuo daugiau porcijų jis turi suvalgyti, kad gautų pakankamai energijos. Nedaug judantiems žmonėms reikia mažesnio porcijų skaičiaus. Piramidės viršūnėje pavaizduoti riebalai ir saldumynai. Iš šių produktų gaunama daug energijos, o būtinų maisto medžiagų juose beveik nėra. Rekomenduota valgyti tik labai mažus šių produktų kiekius ir rečiau.

### **3.5. Statistinės duomenų analizės metodai**

Statistinė duomenų analizė atlikta, naudojant duomenų kaupimo ir analizės STATISTIKA/w 5 ir SPSS/w 12.0 (Statistical Package for Social Sciences) programų paketus. Lyginant LNL RV paplitimą bei kontrolės būklę bendruomenėse, rodikliai buvo standartizuoti išsimokslinimo atžvilgiu. Taikytas neiesioginės standartizacijos metodas. LNL RV paplitimo bei kitų požymių statistinis ryšys tirtas susietų lentelių metodu. Remiantis lentelės duomenimis, apskaičiuota chi kvadrato ( $\chi^2$ ) reikšmė, jo laisvės laipsnių skaičius (lls) bei statistinis reikšmingumas p. Naudoti tokie statistinių hipotezių išvadų reikšmingumo lygiai: rezultatų skirtumas laikytas reikšmingu, kai  $p < 0,05$ , labai reikšmingu - kai  $p < 0,01$ , ypač reikšmingu – kai  $p < 0,001$ . Kiekybiniams požymiams vertinti skaičiuotas aritmetinis

vidurkis ir standartinis nuokrypis. Vidurkiams lyginti naudota Studento  $t$  kriterijus. Kiekybiniai duomenys, neturėję normaliojo skirstinio, lyginti neparametrinių dydžių lyginamaisiais testais. Skirtumams tarp dviejų nepriklausomų grupių nustatyti taikytas Mano-Withney (U) testas, tarp kelių skirtingų grupių – Kruskalio-Walio (H) testas, o tarp susijusių grupių taikytas Wilkoxsono testas.

LNL RV sąsajoms su subjektyviu sveikatos vertinimu įvertinti buvo naudotas logistinės regresijos metodas. Atliekant vienmatę analizę buvo nustatyti su subjektyvia sveikata susiję veiksniai. Su šiais veiksniais buvo atliekama daugiamatė logistinė analizė, taikant logistinės regresijos Enter metodą. Priklausomas kintamasis buvo dichotominis požymis – asmens subjektyvus sveikatos vertinimas („nevisiškai sveikas (-a)“, „sergu“ arba „visiškai sveikas“, „geros sveikatos“, „sveikas“). Į regresijos modelį buvo įtrauktos kelios nepriklausomų kintamųjų grupės: sociodemografiniai veiksniai (amžius, išsimokslinimas, šeimyninė padėtis), LNL RV (AH, atsvoris, nutukimas, rūkymas, nepakankamas fizinis aktyvumas, rizikingas AG vartojimas), depresijos, patirtos per pastaruosius 12 mėn., laipsnis bei streso ar nervinės įtampos, patirtų per paskutinį mėnesį, laipsnis. Skaičiavimai atlikti atskirai vyrams ir moterims.

Išanalizavus logistinės regresijos duomenis, gauti šių parametru įverčiai: logistinės regresijos koeficientai  $\beta$ , statistinis reikšmingumas ir šansų santykiai (ŠS) bei jų 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI), apskaičiuoti kiekvienam analizuojamam požymiui. Šansų santykis laikytas statistiškai reikšmingu, kai  $p < 0,05$ . Statistiškai reikšmingai didesnės už vienetą ŠS reikšmės rodo, kad požymio reikšmės padidėjimas vienu vienetu padidina asmens subjektyvaus sveikatos vertinimo galimybę.

Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir paveiksluose. Pateikiant rezultatus nurodomas statistinių hipotezių patikimumas.

## **4. TYRIMŲ REZULTATAI**

### **4.1. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimas ir kontrolės būklė poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse (pirmojo patikrinimo rezultatai)**

Kaip buvo parodyta metodikoje, lyginamų poveikio ir kontrolinės bendruomenių struktūra pagal amžių buvo panaši (žr. 3.2.1 lentelę), tačiau buvo nustatyti bendruomenių pasiskirstymo pagal išsimokslinimą skirtumai (žr. 3.2.2 lentelę). Literatūroje nurodoma, kad LNL RV paplitimas priklauso nuo išsimokslinimo (69, 70, 124, 125, 127, 191, 193, 217, 220, 244), todėl, lyginant bendruomenes, duomenys buvo standartizuoti išsimokslinimo atžvilgiu.

#### **4.1.1. Arterinė hipertenzija**

Labai svarbu laiku nustatyti AH atvejus bendruomenėje ir pradėti savalaikį gydymą. Daugelis žmonių nejučia padidėjusio AKS ir į gydytoją nesikreipia, todėl svarbu pasinaudoti asmens

kreipimusi į PSP personalą dėl bet kokios priežasties, kad bent kartą per metus būtų pamatuotas AKS. Daugumai abiejų bendruomenių gyventojų AKS per pastaruosius metus buvo nors kartą pamatuotas poveikio bendruomenėje – 84,1 proc. vyrų ir 87,1 proc. moterų,  $p>0,05$ , kontrolinėje – atitinkamai 76,7 ir 88,6 proc.,  $p<0,001$ . Lyginant abiejų bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų standartizuotus pagal išsimokslinimą paskutinio AKS matavimo duomenis, statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo: nors kartą per pastaruosius metus AKS buvo pamatuotas 79,8 proc. vyrų poveikio bendruomenėje ir 78,3 proc. kontrolinėje ( $p>0,05$ ) bei - atitinkamai 89,5 ir 89,0 proc. moterų ( $p>0,05$ ).

Į klausimą, ar žinote koks Jūsų AKS, poveikio bendruomenėje teigiamai atsakė 77,9 proc. vyrų ir 84,7 proc. moterų ( $p<0,01$ ), kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 69,7 ir 75,4 proc. ( $p<0,05$ ). Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau moterų, žinančių savo AKS, negu kontrolinėje (poveikio bendruomenėje - 84,4, kontrolinėje - 78,2 proc. moterų,  $p<0,01$ ), lyginant bendruomenių vyrus - statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo (poveikio bendruomenėje savo AKS žinojo 76,1 proc. vyrų, kontrolinėje - 72,7 proc.,  $p>0,05$ ). Su amžiumi žinančių savo AKS daugėjo tiek tarp vyrų, tiek ir tarp moterų ir poveikio bendruomenėje (atitinkamai vyrų  $\chi^2=76,93$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,000$  ir moterų  $\chi^2=21,52$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,001$ ), ir kontrolinėje (atitinkamai vyrų  $\chi^2=35,49$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,000$  ir moterų  $\chi^2=21,38$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,001$ ) (4.1.1.1 lentelė).

#### 4.1.1.1 lentelė. Vyrų ir moterų, žinančių savo AKS, dalis pagal amžių poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse

Amžius, metai	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrų		moterų		iš viso		vyrų		moterų		iš viso	
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.
16-24	30	46,2	62	71,3**	92	60,5	35	53,0	57	59,4	92	56,8
25-34	59	62,1	82	80,4**	141	71,6	37	50,0	48	69,6*	85	59,4
35-44	55	79,7	81	82,7	136	81,4	42	72,4	70	74,5	112	73,7
45-54	53	86,9	71	87,7	124	87,3	54	75,0	74	81,3	128	78,5
55-64	83	91,2	129	92,1	212	91,8	66	84,6	97	83,6	163	84,0
65+	114	91,2	179	87,3	293	88,8	72	79,1	128	78,5	200	78,7
Iš viso	394	77,9	604	84,7**	998	81,9	306	69,7	474	75,4*	780	73,0
Iš viso #	394	76,1	604	84,4	998	81,1	306	72,7	474	78,2*#	780	75,9

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* -  $p<0,05$ , \*\* -  $p<0,01$ , lyginant su vyrais bendruomenėje

\*# -  $p<0,01$ , lyginant bendruomenių moteris (standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis)

Poveikio bendruomenėje AH paplitimas buvo 49,2 proc. tarp vyrų ir 44,5 proc. tarp moterų,  $p>0,05$ , kontrolinėje – 49,4 proc. ir 43,1 proc.,  $p>0,05$ . Kaip buvo aprašyta metodikoje, AH nustatyta, sistoliniam AKS (SAKS) esant 140 mmHg arba didesniai ir (arba) diastoliniam AKS (DAKS) esant 90 mmHg arba didesniai, arba esant AKS mažesniai negu 140/90 mm Hg, kai paskutines 2 savaites tiriamieji vartojo AKS mažinamuosius vaistus. Poveikio bendruomenėje statistiškai patikimai didesnis AH paplitimas tarp vyrų negu tarp moterų buvo 16-24, 25-34 ir 45-55 metų amžiaus grupėse, kitose amžiaus grupėse AH paplitimo skirtumai buvo statistiškai nereikšmingi: 35-44 m. ir 55-64 m. amžiaus

grupėse AH paplitimas buvo didesnis tarp vyrų negu tarp moterų, o 65 m. ir vyresnių grupėje buvo didesnis tarp moterų negu tarp vyrų ( 4.1.1.2 lentelė). Kontrolinėje bendruomenėje AH paplitimas statistiškai patikimai didesnis tarp vyrų negu tarp moterų buvo 16-24, 25-34, 35-44, 45-54 metų amžiaus grupėse. 65 m. ir vyresnių amžiaus grupėje AH paplitimas buvo statistiškai patikimai didesnis tarp moterų negu tarp vyrų (85,9 ir 72,5 proc.,  $p < 0,05$ ).

Standartizuotas pagal išsimokslinimą AH paplitimas, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, reikšmingai nesiskyrė. Poveikio bendruomenėje tarp vyrų buvo 49,2 proc., tarp moterų – 44,7 proc., kontrolinėje bendruomenėje - atitinkamai 49,2 proc. ir 42,4 proc.

Su amžiumi AH paplitimas didėjo tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų ir poveikio bendruomenėje (vyrų -  $\chi^2=94,01$ , lls=5,  $p=0,000$ , moterų -  $\chi^2=261,71$ , lls=5,  $p=0,000$ ), ir kontrolinėje (vyrų  $\chi^2=78,79$ , lls=5,  $p=0,000$ , moterų -  $\chi^2=243,90$ , lls=5,  $p=0,000$ ).

#### 4.1.1.2 lentelė. Arterinės hipertenzijos paplitimas tarp vyrų ir moterų amžiaus grupėse poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse

Amžius, metai	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrų		moterų		iš viso		vyrų		moterų		iš viso	
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.
16-24	11	16,9	2	2,3***	13	8,6	9	13,6	4	4,2*	13	8,0
25-34	25	26,3	6	5,9***	31	15,7	20	27,0	6	8,7**	26	18,2
35-44	24	34,8	22	22,4	46	27,5	28	48,3	19	20,2**	47	30,9
45-54	38	62,3	35	43,2*	73	51,4	44	61,1	36	39,6**	80	49,1
55-64	63	69,2	93	66,4	156	67,5	50	64,1	66	56,9	116	59,8
65+	88	70,4	159	77,6	247	74,8	66	72,5	140	85,9*	206	81,1
Iš viso	249	49,2	317	44,5	566	46,4	217	49,4	271	43,1	488	45,7
Iš viso #	249	49,2	317	44,7	566	46,6	217	49,2	271	42,4	488	45,2

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant vyrus ir moteris.

Tarp asmenų, kuriems nustatyta AH, buvo nustatytas nemažas kitų LNL RV paplitimas (4.1.1.3 lentelė). Dažniausiai nustatytas padidėjęs kūno svoris (poveikio bendruomenėje 75,9 proc. vyrų ir 76,0 proc. moterų, kontrolinėje – 69,6 ir 70,8 proc.). Poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kuriems nustatyta AH, padidėjusio kūno svorio paplitimas buvo reikšmingai didesnis negu tarp asmenų, kurių AKS normalus, ir tarp vyrų (75,5 ir 35,8 proc.,  $p < 0,001$ ), ir tarp moterų (74,4 ir 28,0 proc.,  $p < 0,001$ ), nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas buvo reikšmingai didesnis tik tarp moterų (atitinkamai 34,4 ir 20,2 proc.,  $p < 0,001$ ), tarp vyrų - reikšmingai nesiskyrė (atitinkamai 25,7 ir 26,8 proc.,  $p > 0,05$ ). Rūkymo paplitimas tarp asmenų, kuriems nustatyta AH, buvo mažesnis negu tarp asmenų, kurių AKS normalus, ir tarp vyrų (atitinkamai 24,1 ir 36,6 proc.,  $p < 0,01$ ) ir tarp moterų (atitinkamai 3,8 ir 9,8 proc.,  $p < 0,001$ ). Rizikingo AG kiekio vartojimo paplitimas tarp asmenų, kuriems nustatyta AH ir tarp asmenų, kurių AKS normalus, reikšmingai nesiskyrė (tarp vyrų – 8,8 ir 11,7 proc.,  $p > 0,05$ , tarp moterų – 0,6 ir 2,0 proc.,  $p > 0,05$ ).

Kontrolinėje bendruomenėje tarp asmenų, kuriems nustatyta AH, padidėjusio kūno svorio paplitimas buvo reikšmingai didesnis negu tarp asmenų, kurių AKS normalus, ir tarp vyrų (69,6 ir 38,3 proc.,  $p < 0,001$ ) ir tarp moterų (70,8 ir 29,3 proc.,  $p < 0,001$ ), nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas reikšmingai nesiskyrė (vyrų – atitinkamai 24,9 ir 29,7 proc.,  $p > 0,05$ , tarp moterų - atitinkamai 31,4 ir 29,9 proc.,  $p > 0,05$ ), rūkymo paplitimas buvo reikšmingai mažesnis tik tarp vyrų (atitinkamai 24,0 ir 35,6 proc.,  $p < 0,01$ ), tarp moterų – reikšmingai nesiskyrė (atitinkamai 7,0 ir 5,9 proc.,  $p > 0,05$ ). Rizikingo AG kiekio vartojimo paplitimas tarp vyrų, kuriems nustatyta AH, buvo reikšmingai mažesnis negu tarp asmenų, kurių AKS normalus (12,9 ir 26,1 proc.,  $p < 0,001$ ), tarp moterų reikšmingai nesiskyrė (1,1 ir 3,1 proc.,  $p > 0,05$ ).

Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių duomenis, LNL kitų RV paplitimas tarp asmenų, kuriems nustatyta AH, skyrėsi nereikšmingai.

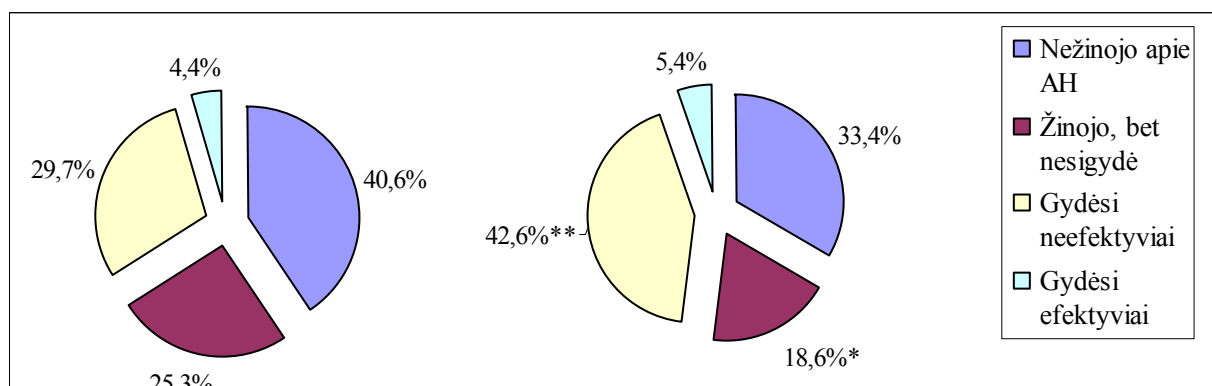
#### 4.1.1.3 lentelė. Lėtinių neinfekcinių ligų kitų rizikos veiksnių paplitimas tarp vyrų ir moterų, kuriems nustatyta arterinė hipertenzija, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse

Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai	Poveikio bendruomenė (n = 566)						Kontrolinė bendruomenė (n = 488)					
	vyrų (n=249)			moterų (n=317)			vyrų (n=217)			moterų (n=271)		
	abs. sk.	proc.	proc. #	abs. sk.	proc.	proc. #	abs. sk.	proc.	proc. #	abs. sk.	proc.	proc. #
Antsvoris ir nutukimas	188	75,5	76,2	236	74,4	76,0	151	69,6	69,2	192	70,8	73,3
Rūkymas	60	24,1	24,7	12	3,8***	4,0	52	24,0	22,9	19	7,0***	6,5
Nepakankamas fizinis aktyvumas	64	25,7	26,0	109	34,4*	34,4	54	24,9	23,8	85	31,4	27,9
Rizikingas alkoholinių gėrimų vartojimas	22	8,8	8,5	2	0,6***	0,5	28	12,9	12,8	2	1,1***	0,7

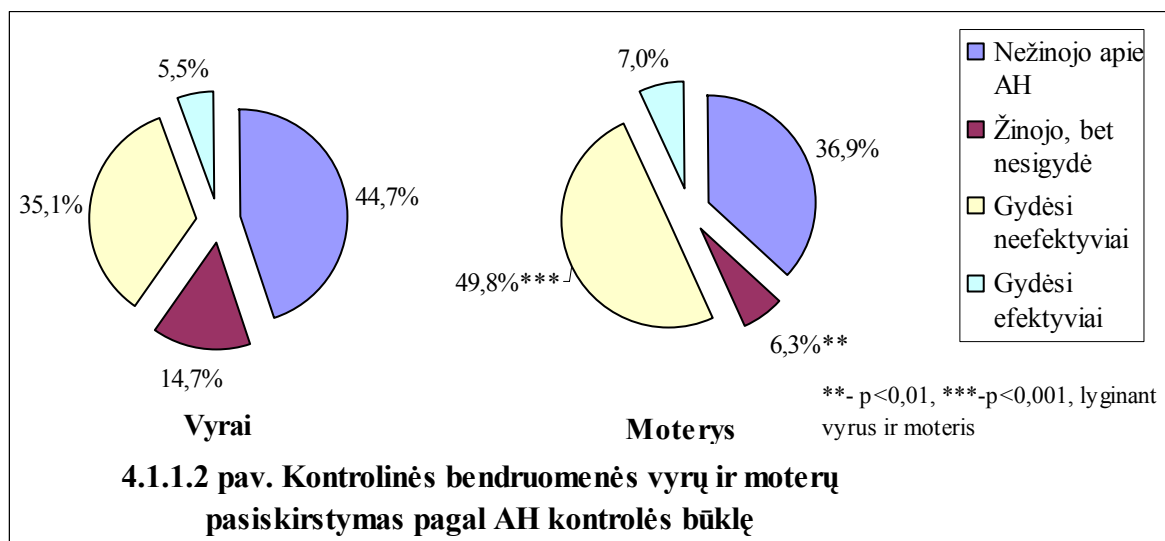
# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* -  $p < 0,05$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant vyrus ir moteris bendruomenėje

Poveikio bendruomenės AH grupėje, kad jų AKS padidėjęs nežinojo 40,6 proc. vyrų ir 33,4 proc. moterų (4.1.1.1 pav.). 25,3 proc. vyrų ir 18,6 proc. moterų žinojo, kad AKS padidėjęs, bet nesigydė ( $p < 0,05$ ), 28,5 proc. vyrų ir 42,6 proc. moterų ( $p < 0,001$ ) teigė, jog dvi savaites iki tyrimo buvo vartoję AKS mažinančius vaistus, bet jų AKS buvo padidėjęs, efektyviai gydėsi tik 4,4 proc. vyrų ir 5,4 proc. moterų.



Kontrolinėje bendruomenėje, kad jų AKS padidėjęs nežinojo 44,7 proc. AH grupės vyrų ir 36,9 proc. moterų (4.1.1.2 pav.). 14,7 proc. vyrų ir 6,3 proc. moterų žinojo, kad AKS padidėjęs, bet nesigydė ( $p < 0,01$ ), 35,0 proc. vyrų ir 49,8 proc. moterų ( $p < 0,001$ ) teigė, jog dvi savaites iki tyrimo buvo vartoję AKS mažinančius vaistus, bet jų AKS buvo padidėjęs, efektyviai gydėsi tik 5,5 proc. vyrų ir 7,0 proc. moterų.



Abiejose bendruomenėse buvo reikšmingai daugiau moterų negu vyrų, paskutines 2 savaites vartojusių AKS mažinančius vaistus (poveikio bendruomenėje 34,1 proc. vyrų ir 48,0 proc. moterų,  $p < 0,001$  bei kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 40,6 ir 56,8 proc.,  $p < 0,001$ ). Tarp asmenų, kuriems nustatyta AH, paskutines 2 savaites vartojusių AKS mažinančius vaistus skaičius didėjo su amžiumi ir poveikio (tarp vyrų -  $\chi^2=43,14$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,000$ , tarp moterų -  $\chi^2=17,21$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,004$ ) ir kontrolinėje bendruomenėje (tarp vyrų -  $\chi^2=25,21$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,000$ , tarp moterų -  $\chi^2=27,33$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,000$ ).

Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą poveikio ir kontrolinės bendruomenių AH kontrolės būklės rodiklius pirmojo patikrinimo metu, reikšmingai daugiau poveikio negu kontrolinės bendruomenės vyrų ir moterų žinojo, kad jų AKS padidėjęs, bet nesigydė (17,5 proc. poveikio ir 6,7 proc. kontrolinės bendruomenės vyrų,  $p < 0,05$  bei – atitinkamai 33,9 ir 51,3 proc. moterų,  $p < 0,01$ ), kitose AH kontrolės grupėse duomenys tarp bendruomenių reikšmingai nesiskyrė (4.1.1.4 lentelė).

**4.1.1.4 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal arterinės hipertenzijos kontrolės būklę poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse (proc., standartizuota pagal išsimokslinimą)**

Arterinės hipertenzijos kontrolės būklė	Poveikio bendruomenė		Kontrolinė bendruomenė	
	vyrų	moterų	vyrų	moterų
Nežinojo, kad jų AKS padidėjęs	40,6	33,9	45,0	35,8
Žinojo, kad AKS padidėjęs, bet nesigydė	25,9	17,5*	15,1	6,7*
Gydėsi neefektyviai	29,3	42,8	33,9	51,3**
Gydėsi efektyviai	4,2	5,8	6,0	6,2
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris

Standartizuoti pagal išsimokslinimą asmenų, paskutines 2 savaites vartojusių AKS mažinančius vaistus, rodikliai, lyginant abiejų bendruomenių vyrus reikšmingai nesiskyrė (33,5 proc. poveikio ir 39,9 proc. kontrolinės bendruomenės vyrų,  $p > 0,05$ ), kontrolinėje bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau moterų, paskutines 2 savaites vartojusių AKS mažinančius vaistus, negu poveikio bendruomenėje (48,6 proc. poveikio bendruomenėje ir 57,5 proc. - kontrolinėje,  $p < 0,05$ ).

Standartizuoti pagal išsimokslinimą asmenų, kurie AKS mažinančius vaistus paskutinių metų bėgyje vartojo nepertraukiamai (ne mažiau 9 mėn. per metus), rodikliai reikšmingai nesiskyrė, lyginant abiejų bendruomenių vyrus (poveikio bendruomenės – 67,7 proc., kontrolinės – 67,1 proc.,  $p > 0,05$ ) ir abiejų bendruomenių moteris (poveikio bendruomenės – 56,0 proc., kontrolinės – 65,6,  $p > 0,05$ ).

Lyginant poveikio ir kontrolinę bendruomenes, AH paplitimo ir kontrolės būklė buvo panaši. Su amžiumi AH paplitimas abiejose bendruomenėse didėjo tiek tarp vyrų, tiek ir tarp moterų. Daugumai gyventojų abiejose bendruomenėse AKS buvo nors kartą pamatuotas paskutinių metų bėgyje. Vyrų, žinančių savo AKS, dalis skyrėsi nereikšmingai, moterų, žinančių savo AKS, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau negu kontrolinėje. Paskutines 2 savaites vartojusių AKS mažinančius vaistus vyrų dalis abiejose bendruomenėse reikšmingai nesiskyrė, kontrolinėje bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau moterų, paskutines 2 savaites vartojusių AKS mažinančius vaistus, negu poveikio bendruomenėje. Panaši dalis asmenų abiejose bendruomenėse AH gydėsi efektyviai.

#### 4.2.1. Antsvoris ir nutukimas

Poveikio bendruomenėje normalus kūno svoris buvo nustatytas 39,7 proc. vyrų ir 39,3 proc. moterų (4.1.2.1 lentelė). Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal kūno masės indeksą reikšmingai skyrėsi ( $\chi^2=32,7$ ,  $lfs=3$ ,  $p < 0,001$ ). Poveikio bendruomenėje statistiškai patikimai daugiau asmenų, turinčių per mažą kūno svorį, rasta tarp moterų negu tarp vyrų (atitinkamai 12,1 ir 4,9 proc.,  $p < 0,001$ ). Per didelis kūno svoris (antsvoris arba nutukimas) nustatytas 55,3 proc. vyrų ir 48,7 proc. moterų ( $p < 0,05$ ). Antsvorio paplitimas buvo statistiškai patikimai didesnis tarp vyrų negu tarp moterų (atitinkamai 41,3 ir 30,9 proc.,  $p < 0,001$ ). Nutukimo paplitimas tarp vyrų ir tarp moterų statistiškai patikimai nesiskyrė - 14,0 proc. ir 17,8 proc.

**4.1.2.1 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal kūno masės indeksą (KMI) amžiaus grupėse**

## Poveikio bendruomenė

Amžius, metai	Vyrai					Moterys				
	n	KMI (kg/m <sup>2</sup> ), (proc.)				n	KMI (kg/m <sup>2</sup> ), (proc.)			
		<20	20-24,9	25-29,9	≥ 30		<20	20-24,9	25-29,9	≥ 30
16-24	65	20,2	61,5	16,9	1,5	87	37,9*	54,0	4,6**	3,4
25-34	95	6,3	49,5	33,7	10,5	102	28,4***	56,9	9,8***	4,9
35-44	69	0	49,3	39,1	11,6	98	7,1	56,1	28,6	8,2
45-54	61	0	32,8	42,6	24,6	81	6,2	42,0	37,0	14,8
55-64	91	0	30,8	56,0	13,2	140	0,7	17,1*	46,4	35,7***
≥ 65	125	4,8	25,6	49,6	20,0	205	5,4	30,2	40,5	23,9
Iš viso:	506	4,9	39,7	41,3	14,0	713	12,1***	39,3	30,9***	17,8
		$\chi^2=95,71$ , lls=15, p<0,001					$\chi^2=249,96$ , lls=15, p<0,001			
Iš viso #	506	5,1	39,3	40,2	15,4	713	12,4	38,5	30,0	19,1

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001, lyginant vyrus ir moteris

## Kontrolinė bendruomenė

Amžius, metai	Vyrai					Moterys				
	n	KMI (kg/m <sup>2</sup> ), (proc.)				n	KMI (kg/m <sup>2</sup> ), (proc.)			
		<20	20-24,9	25-29,9	≥ 30		<20	20-24,9	25-29,9	≥ 30
16-24	66	9,1	78,8	12,1	0	96	36,5***	55,1**	4,2	4,2
25-34	74	2,7	51,4	39,1	6,8	69	15,9**	66,7	13,1***	4,3
35-44	58	0	50,0	39,7	10,3	94	8,5	53,2	30,9	7,4
45-5	72	0	29,2	58,3	12,5	91	2,2	30,8	50,5	16,5
55-64	78	2,6	28,2	55,1	14,1	116	1,7	28,4	37,1*	32,8**
≥ 65	91	2,2	30,8	48,4	18,6	163	4,9	33,7	27,0***	34,4**
Iš viso:	439	2,7	43,3	43,1	10,9	629	10,5***	42,1	27,8***	19,6***
		$\chi^2=81,57$ , lls=15, p<0,001					$\chi^2=211,86$ , lls=15, p<0,001			
Iš viso #	100,0	2,2	42,5	44,2	11,1	100,0	10,2	42,5	27,9	19,4

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001, lyginant vyrus ir moteris

Kontrolinėje bendruomenėje normalus kūno svoris buvo nustatytas 43,3 proc. vyrų ir 42,1 proc. moterų. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal kūno masės indeksą reikšmingai skyrėsi ( $\chi^2=50,99$ , lls=3, p<0,001). Statistiškai reikšmingai daugiau asmenų, turinčių per mažą kūno svorį, rasta tarp moterų negu tarp vyrų (atitinkamai 10,5 ir 2,7 proc., p<0,001). Atsvaroio paplitimas buvo statistiškai patikimai didesnis tarp vyrų negu tarp moterų (atitinkamai 43,1 ir 27,8 proc., p< 0,001). Nutukimo paplitimas buvo statistiškai patikimai didesnis tarp moterų negu tarp vyrų (19,6 proc. ir 10,9 proc., p<0,001).

Abiejose bendruomenėse tiek tarp vyrų, tiek ir tarp moterų atsvaroio ir nutukimo paplitimas su amžiumi didėja. Poveikio bendruomenėje didžiausias atsvaroio ir nutukimo paplitimas tarp moterų buvo 55-64 m. amžiaus grupėje. Tarp vyrų daugiausia turinčių atsvaroio buvo 55-64 m. amžiaus grupėje, nutukusių – 45-54 m. amžiaus grupėje. Kontrolinėje bendruomenėje didžiausias atsvaroio



paplitimas tarp vyrų ir moterų buvo 45-54 m. amžiaus grupėje, nutukimo – 65 ir vyresnių amžiaus grupėje.

Standartizuoti pagal išsimokslinimą respondentų pasiskirstymo pagal KMI rodikliai, lyginant abiejų bendruomenių vyrus ir abiejų bendruomenių moteris, reikšmingai nesiskyrė.

Į klausimą “Ar manote, kad Jūsų svoris per didelis?”, iš turinčių per didelį kūno svorį ( $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) poveikio bendruomenėje neigiamai atsakė 35,5 proc. vyrų ir 17,6 proc. moterų ( $p < 0,001$ ), kontrolinėje bendruomenėje – 43,6 proc. vyrų ir 26,9 proc. moterų ( $p < 0,001$ ). Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, turinčių per didelį kūno svorį ir nemanančių, kad jų svoris per didelis, dalis lyginant bendruomenių vyrus (poveikio – 36,0 proc., kontrolinės – 43,3 proc.) ir lyginant bendruomenių moteris (poveikio – 18,8 proc., kontrolinės – 25,3 proc.) skyrėsi nereikšmingai ( $p > 0,05$ ).

20,7 proc. poveikio ir 28,3 proc. kontrolinės bendruomenės vyrų ( $p < 0,05$ ) bei 28,5 proc. poveikio ir 27,0 proc. kontrolinės bendruomenės moterų ( $p > 0,05$ ), turinčių per didelį kūno svorį, gydytojas rekomendavo svorį mažinti. Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, asmenų, turinčių per didelį kūno svorį ir manančių, kad jų svoris per didelis, bei teigiančių, kad pavyko svorį sumažinti, dalis, lyginant poveikio ir kontrolinės bendruomenės vyrus arba moteris skyrėsi nereikšmingai: poveikio bendruomenėje buvo 13,0 proc. vyrų ir 14,2 proc. moterų, kontrolinėje – 12,5 proc. vyrų ir 13,6 proc. moterų.

Respondentų pasiskirstymas pagal KMI abiejose bendruomenėse buvo panašus. Abiejose bendruomenėse buvo daugiau moterų negu vyrų, kuriems nustatytas per mažas kūno svoris, o tarp vyrų daugiau asmenų, kuriems nustatytas antsvoris. Su amžiumi didėjo antsvorio ir nutukimo paplitimas tiek tarp vyrų, tiek ir tarp moterų.

#### **4.2.2. Rūkymas**

Poveikio bendruomenėje reguliariai rūkė 30,4 proc. vyrų ir 7,2 proc. moterų ( $p < 0,001$ ), kontrolinėje – 29,8 proc. vyrų ir 6,4 proc. moterų ( $p < 0,001$ ) (4.1.3.1 lentelė). Standartizuotas pagal išsimokslinimą rūkymo paplitimas poveikio bendruomenėje tarp vyrų buvo 28,5 proc., tarp moterų – 5,7 proc., kontrolinėje – atitinkamai 31,8 proc. ir 7,6 proc., lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris, reikšmingai nesiskyrė.

**4.1.3.1 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas (proc.) pagal rūkymo įpročius ir amžių poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse**

**Poveikio bendruomenė**

Rūkymo įpročiai	Vyrai							Moterys						
	amžius, metai						iš viso	amžius, metai						iš viso
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Rūko reguliariai	35,4	45,3	30,4	49,2	26,4	10,4	30,4	16,1	16,7	10,2	8,6	1,4	0,5	7,2***
Rūko retkarčiais	1,5	0	2,9	0	0	0,8	0,8	2,3	2,9	1,0	3,7	1,4	0	1,5
Metė rūkyti	16,9	12,6	27,6	14,7	17,6	38,4	22,8	21,8	19,6	16,4	16,1	5,8	6,8	12,6***
Niekada nerūkė	46,2	42,1	39,1	36,1	56,0	50,4	46,0	59,8	60,8	72,4	71,6	91,4	92,7	78,7***
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	$\chi^2=44,70$ , lls=15, p<0,001							$\chi^2=47,67$ , lls=15, p<0,001						

**Kontrolinė bendruomenė**

Rūkymo įpročiai	Vyrai							moterys						
	amžius, metai						iš viso	amžius, metai						iš viso
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Rūko reguliariai	18,2	48,6	55,2	37,5	24,4	5,5	29,8	4,2	11,6	4,3	12,1	7,8	2,5	6,4***
Rūko retkarčiais	24,2	17,6	10,3	12,5	15,4	1,1	13,0	13,5	8,7	7,4	5,5	3,4	0	5,6***
Metė rūkyti	9,1	18,9	25,9	29,2	34,6	47,3	28,7	7,3	17,4	9,6	9,9	2,6	7,4	8,3***
Niekada nerūkė	48,5	14,9	8,6	20,8	25,6	46,1	28,5	75,0	62,3	78,7	72,5	86,2	90,1	79,7***
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	$\chi^2=119,89$ , lls=15, p<0,001							$\chi^2=54,68$ , lls=15, p<0,001						

\*\*\* - p<0,001, lyginant vyrus ir moteris bendruomenėje

Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal rūkymo įpročius reikšmingai skyrėsi ir poveikio ( $\chi^2=115,09$ , lls=3, p<0,001) ir kontrolinėje ( $\chi^2=286,40$ , lls=3, p<0,001) bendruomenėse. Daugiausia reguliariai rūkančių vyrų poveikio bendruomenėje buvo 45-54 m. amžiaus grupėje - 49,2 proc., kontrolinėje bendruomenėje – 35-44 m. amžiaus grupėje – 55,2 proc., abiejose bendruomenėse vyresnėse amžiaus grupėse rūkančių vyrų skaičius mažėjo. Tarp moterų poveikio bendruomenėje daugiausiai reguliariai rūkančių buvo 25-34 m. amžiaus grupėje - 16,7 proc., su amžiumi rūkymo paplitimas tarp moterų mažėjo. Kontrolinėje bendruomenėje daugiausia reguliariai rūkančių buvo 45-55 m. amžiaus grupėje - 12,1 proc., vyresnėse amžiaus grupėse rūkančiųjų skaičius mažėjo.

Vertinant rūkymo intensyvumą pagal surūkomų cigarečių skaičių per dieną, nustatyta, kad didžiausiais rūkymo intensyvumas poveikio bendruomenėje buvo tarp 45-54 m. amžiaus vyrų ir moterų. Poveikio bendruomenėje moterys rūkė apie du kartus mažiau cigarečių nei vyrai (per dieną surūkomų cigarečių skaičiaus vidurkiai buvo atitinkamai  $5,5 \pm 5,4$  ir  $13,5 \pm 9,3$ , p<0,001). Kontrolinėje bendruomenėje didžiausias rūkymo intensyvumas buvo tarp 55-64 m. amžiaus vyrų ir 45-54 m. amžiaus moterų. Kontrolinėje bendruomenėje moterys rūkė apie pusantro karto mažiau cigarečių nei vyrai (per dieną surūkomų cigarečių skaičiaus vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai buvo atitinkamai  $11,2 \pm 4,6$  ir  $14,5 \pm 6,5$ , p<0,01).

Lyginant bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų rūkymo intensyvumą pagal per dieną surūkomų cigarečių skaičių, bendruomenių vyrų rūkymo intensyvumas reikšmingai nesiskyrė (atitinkamai  $13,5 \pm 9,3$  ir  $14,5 \pm 6,5$ ,  $p > 0,05$ ), kontrolinės bendruomenės moterys surūkydavo per dieną vidutiniškai du kartus daugiau cigarečių, negu poveikio bendruomenės moterys (atitinkamai  $11,2 \pm 4,6$  ir  $5,5 \pm 5,4$ ,  $p < 0,001$ ).

Didžiausia dalis vyrų ir moterų pradėjo rūkyti iki 25 m. amžiaus (poveikio bendruomenėje 93,7 proc. vyrų ir 91,9 proc. moterų, kontrolinėje - 96,3 proc. ir 89,3 proc.), iš jų iki 20 m. amžiaus - poveikio bendruomenėje 76 proc. vyrų ir 66,1 proc. moterų, kontrolinėje – 88,3 ir 72,0 proc.

27,9 proc. reguliariai rūkančių poveikio bendruomenės vyrų ir 15,7 proc. moterų, per paskutinius 12 mėn. gydytojas patarė mesti rūkyti, kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 29,8 ir 22,5 proc., lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, skyrėsi nereikšmingai.

Poveikio bendruomenėje 59,1 proc. reguliariai rūkančių vyrų ir 45,1 proc. moterų ( $p > 0,05$ ) teigė, jog norėtų mesti rūkyti, kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 53,4 proc. ir 70,0 proc. ( $p > 0,05$ ). Standartizuoti pagal išsimokslinimą duomenys, lyginant bendruomenių vyrus arba moteris, skyrėsi nereikšmingai: poveikio bendruomenėje buvo 59,0 vyrų ir 49,8 proc. moterų, kurie norėtų mesti rūkyti, kontrolinėje - 53,0 ir 62,5 proc.

74,3 proc. poveikio bendruomenės vyrų ir 83,3 proc. moterų teigė, jog nebūna patalpose, kuriose rūko kiti žmonės ( $p < 0,001$ ), kontrolinėje bendruomenėje - 67,0 proc. vyrų ir 80,3 proc. moterų ( $p < 0,001$ ). Standartizuoti pagal išsimokslinimą bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų duomenys statistiškai reikšmingai nesiskyrė, poveikio bendruomenėje nebūna prirūkytoje patalpoje 73,8 vyrų ir 82,7 proc. moterų, kontrolinėje – 68,4 ir 81,4 proc. Daugiausia vyrų ir moterų patalpose, kuriose rūko kiti žmonės, būna ne daugiau kaip 1 valandą per dieną (poveikio bendruomenėje 11,9 vyrų ir 9,4 proc. moterų,  $p > 0,05$ , kontrolinėje - 20,5 ir 13,0 proc.,  $p < 0,01$ ).). Standartizuoti pagal išsimokslinimą bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų duomenys statistiškai reikšmingai nesiskyrė, poveikio bendruomenėje būna prirūkytoje patalpoje ne daugiau kaip 1 valandą per dieną 12,3 vyrų ir 9,6 proc. moterų, kontrolinėje – 18,6 ir 12,4 proc.

Lyginant bendruomenes, rūkymo paplitimo duomenys buvo panašūs. Daugelis rūkyti pradėjo jauname amžiuje - iki 25 m. amžiaus. Abiejose bendruomenėse vyrai rūkė dažniau ir intensyviau negu moterys. Asmenų, kurie norėtų mesti rūkyti, dalis bendruomenėse reikšmingai nesiskyrė.

#### **4.2.3. Alkoholinių gėrimų vartojimas**

Poveikio bendruomenėje AG nevartojo 13,0 proc. vyrų ir 28,8 proc. moterų,  $p < 0,001$ , kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 12,7 ir 28,8 proc.,  $p < 0,001$ .

Daugiausiai vyrų ir moterų AG vartojo kartą ar kelis kartus per mėnesį (poveikio bendruomenėje 33,9 proc. vyrų ir 32,0 proc. moterų,  $p > 0,05$ , kontrolinėje – atitinkamai 37,1 ir 38,8

proc.,  $p>0,05$ ) (4.1.4.1 lentelė). Antroje pagal dažnumą vietoje tarp vyrų buvo vartojantys AG kartą ar kelis kartus per savaitę (poveikio bendruomenėje – 18,4 proc., kontrolinėje – 22,8 proc.), tarp moterų – vartojančios AG kelis kartus per metus (poveikio bendruomenėje – 24,8 proc., kontrolinėje – 22,4 proc.). Vyrai reikšmingai dažniau negu moterys AG vartojo dažnai (kartą per savaitę) ar net labai dažnai - kelis kartus per savaitę ar kasdien (poveikio bendruomenėje 38,1 proc. ir 14,4 proc.,  $p<0,001$ , kontrolinėje – 34,7 ir 10,0 proc.,  $p<0,001$ ). Standartizuoti pagal išsimokslinimą vyrų ir moterų pasiskirstymo pagal AG vartojimo dažnį duomenys tarp bendruomenių reikšmingai nesiskyrė ( $p>0,05$ ).

**4.1.4.1 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal alkoholinių gėrimų vartojimo dažnį poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse**

Alkoholinių gėrimų vartojimo dažnis	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrai		moterys		vyrai	moterys	vyrai		moterys		vyrai	moterys
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	# proc.	# proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	# proc.	# proc.
Nevartoja	66	13,0	205	28,8***	13,8	29,8	56	12,7	181	28,8***	12,0	29,4
Kelis kartus/m.	76	15,0	177	24,8***	14,9	24,9	68	15,5	141	22,4**	16,1	23,5
Kartą-kelias kartus/mėn.	172	33,9	228	32,0	34,4	31,5	163	37,1	244	38,8	36,8	36,4
Kartą/sav.	80	15,8	72	10,1**	15,1	9,8	46	10,5	35	5,6**	11,6	6,3
Kelis kartus/sav.	93	18,4	27	3,7***	18,1	3,4	100	22,8	26	4,1***	22,0	3,8
Kasdien	19	3,9	4	0,6***	3,7	0,6	6	1,4	2	0,3*	1,5	0,6
Iš viso	506	100,0	713	100,0	100,0	100,0	439	100,0	629	100,0	100,0	100,0
	$\chi^2=147,20$ , lls=5, $p=0,000$						$\chi^2=124,64$ , lls=5, $p=0,000$					

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* -  $p<0,05$ , \*\* -  $p<0,01$ , \*\*\* -  $p<0,001$ , lyginant vyrus ir moteris bendruomenėje

Abiejose bendruomenėse jaunesnio amžiaus vyrai ir moterys AG vartojo dažniau nei vyresnio amžiaus (poveikio bendruomenės vyrų -  $\chi^2=82,66$ , lls=20,  $p<0,001$ , moterų -  $\chi^2=123,5$ , lls=20,  $p<0,001$ , kontrolinės bendruomenės vyrų -  $\chi^2=90,82$ , lls=20,  $p<0,001$ , moterų -  $\chi^2=108,33$ , lls=20,  $p<0,001$ ).

Abiejose bendruomenėse tarp vyrų dažniausiai vartojami buvo stiprieji AG - juos vartojo 88,7 proc. poveikio bendruomenės ir 94,3 proc. kontrolinės bendruomenės vyrų, tarp moterų – vynas; jį vartojo 89,4 proc. poveikio ir 91,5 proc. kontrolinės bendruomenės moterų. Alus tarp vyrų buvo antroje vietoje (84,4 proc. poveikio ir 86,0 proc. kontrolinėje bendruomenėje), moterų grupėje antroje vietoje pagal vartojimo dažnį buvo stiprieji alkoholiniai gėrimai (67,9 proc. poveikio ir 78,4 proc. kontrolinėje bendruomenėje). Vyną vartojo 74,1 proc. poveikio ir 67,9 proc. kontrolinės bendruomenės vyrų, alų – 58,3 proc. poveikio ir 58,5 proc. kontrolinės bendruomenės moterų.

Vyrai ir moterys buvo palyginti ir pagal suvartojamą AG kiekį (SAV) per mėnesį. Poveikio bendruomenėje suvartojamo alaus, stipriųjų AG bei bendro AG kiekio vidurkiai buvo reikšmingai didesni tarp vyrų negu tarp moterų (atitinkamai vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai: alaus -  $19,87 \pm 31,1$  ir  $4,47 \pm 8,0$ ,  $p=0,000$ , stipriųjų AG -  $12,46 \pm 38,8$  ir  $2,42 \pm 3,5$ ,  $p=0,000$ , AG bendrai -  $30,8 \pm 51,3$  ir  $7,26 \pm 10,3$ ,  $p=0,000$ ), suvartojamo vyno vidurkiai reikšmingai nesiskyrė (atitinkamai  $4,05 \pm 9,1$  ir  $3,35 \pm 5,8$ ,  $p=0,26$ ). Kontrolinėje bendruomenėje suvartojamo alaus, stipriųjų AG bei bendro AG kiekio vidurkiai buvo reikšmingai didesni tarp vyrų negu tarp moterų, vyno - didesni tarp moterų negu tarp vyrų: alaus vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai tarp vyrų -  $27,67 \pm 50,0$ , tarp moterų -  $10,23 \pm 66,9$ ,  $p=0,000$ , vyno -  $2,41 \pm 5,3$  ir  $2,72 \pm 3,1$ ,  $p=0,006$ , stipriųjų AG -  $11,03 \pm 19,5$  ir  $2,5 \pm 4,6$ ,  $p=0,000$ , AG bendrai -  $35,80 \pm 53,7$  ir  $10,44 \pm 52,0$ ,  $p=0,000$ .

Lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris pagal suvartojamą AG kiekį (SAV) per mėnesį, kontrolinės bendruomenės vyrų per mėnesį išgeriamo alaus vidurkis buvo didesnis negu poveikio bendruomenės vyrų (atitinkamai  $27,67 \pm 50,0$  ir  $19,87 \pm 31,1$ ,  $p<0,05$ ), moterų - reikšmingai nesiskyrė (poveikio bendruomenėje -  $4,47 \pm 8,0$ , kontrolinėje -  $10,23 \pm 66,9$ ,  $p<0,05$ ), poveikio bendruomenės vyrų per mėnesį išgeriamo vyno vidurkis buvo didesnis negu poveikio bendruomenės vyrų (atitinkamai  $4,05 \pm 9,1$  ir  $2,41 \pm 5,3$ ,  $p<0,05$ ), moterų - reikšmingai nesiskyrė (poveikio bendruomenėje -  $4,47 \pm 8,0$ , kontrolinėje -  $2,72 \pm 3,1$ ,  $p>0,05$ ), suvartojamų stipriųjų AG bei bendro AG kiekio vidurkiai lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris reikšmingai nesiskyrė ( $p>0,05$ ).

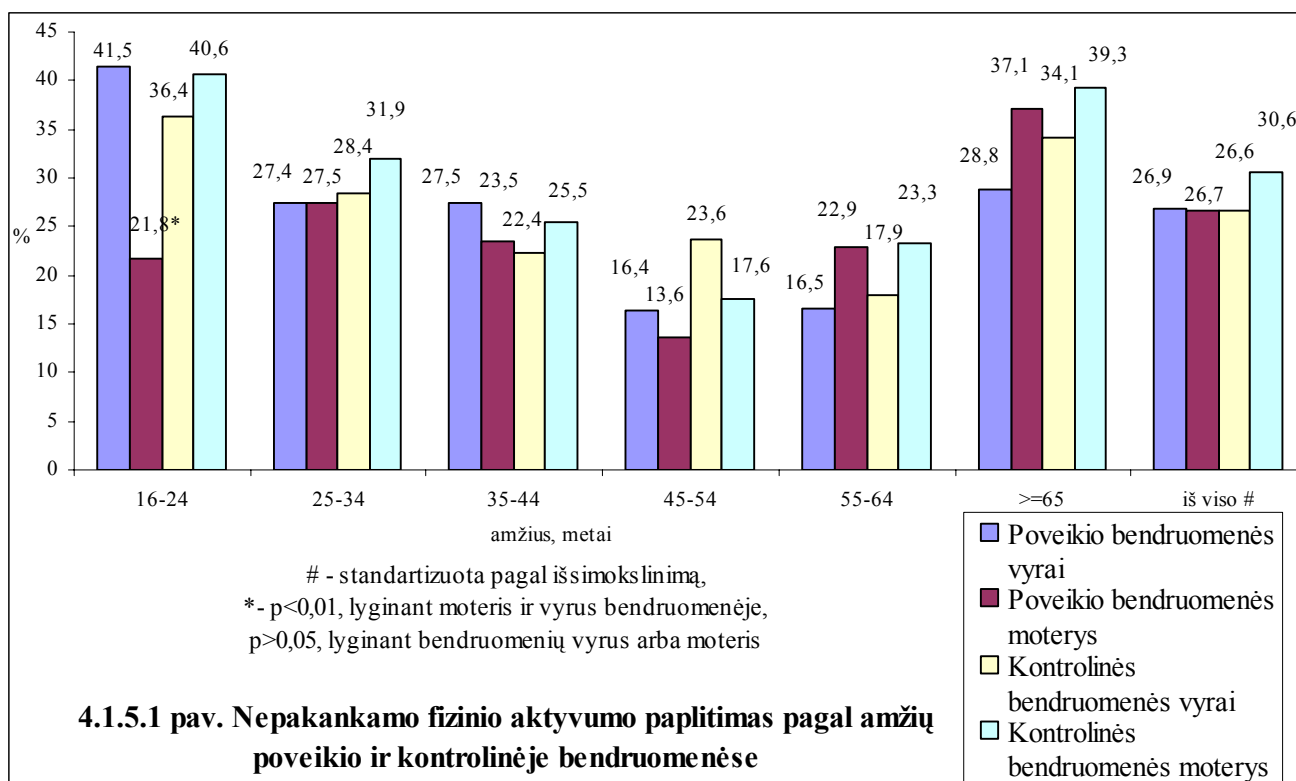
Poveikio bendruomenėje rizikingas AG vartojimas nustatytas 10,3 proc. vyrų ir 1,4 proc. moterų ( $p<0,001$ ), kontrolinėje - 19,6 ir 2,2 proc. ( $p<0,001$ ). Standartizuotas pagal išsimokslinimą rizikingo AG vartojimo paplitimas tarp kontrolinės bendruomenės vyrų buvo reikšmingai didesnis negu poveikio bendruomenėje (atitinkamai 18,5 ir 10,5 proc.,  $p<0,001$ ), tarp bendruomenių moterų reikšmingai nesiskyrė (poveikio bendruomenėje - 1,6 proc., kontrolinėje - 2,0 proc.,  $p>0,05$ ).

Vyrų ir moterų pasiskirstymo pagal AG vartojimo dažnį duomenys tarp bendruomenių reikšmingai nesiskyrė, tačiau rizikingo AG vartojimo paplitimas tarp kontrolinės bendruomenės vyrų buvo reikšmingai didesnis negu poveikio bendruomenėje.

#### **4.2.4. Nepakankamas fizinis aktyvumas**

Poveikio bendruomenėje nepakankamai fiziškai aktyvūs buvo 26,3 proc. vyrų ir 26,3 proc. moterų,  $p>0,05$ , kontrolinėje - atitinkamai 27,3 ir 30,3 proc.,  $p>0,05$ . Nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų dalis tarp vyrų ir moterų poveikio bendruomenėje skyrėsi tik 16-24 m. amžiaus grupėje (4.1.5.1 pav.), tarp moterų buvo reikšmingai mažiau nepakankamai fiziškai aktyvių negu tarp vyrų (21,8 ir 41,5 proc.,  $p<0,01$ ). Kontrolinėje bendruomenėje nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų tarp vyrų ir moterų amžiaus grupėse reikšmingai nesiskyrė.

Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, tarp bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų statistiškai reikšmingų nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimo skirtumų nenustatyta (poveikio bendruomenėje – 26,9 proc. vyrų ir 26,7 proc. moterų,  $p>0,05$ , kontrolinėje – 26,6 ir 30,6 proc.,  $p>0,05$ ). Nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas buvo susijęs su amžiumi tarp vyrų poveikio bendruomenėje ( $\chi^2=15,92$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,007$ ), tarp moterų ir poveikio ( $\chi^2=21,14$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,001$ ), ir kontrolinėje bendruomenėje ( $\chi^2=21,72$ ,  $lfs=5$ ,  $p=0,001$ ). Daugiausia pakankamai fiziškai aktyvių asmenų poveikio bendruomenėje tarp vyrų ir tarp moterų buvo 45-54 m. amžiaus grupėje, kontrolinėje bendruomenėje – tarp vyrų – 45-54 m. amžiaus grupėje, tarp moterų – 55-64 m. amžiaus grupėje.



Mankštinimosi laisvalaikiu dažnis tarp vyrų (poveikio bendruomenėje -  $\chi^2=127,553$ ,  $lfs=30$ ,  $p<0,001$ , kontrolinėje -  $\chi^2=125,51$ ,  $lfs=30$ ,  $p<0,001$ ) ir tarp moterų (poveikio bendruomenėje -  $\chi^2=166,296$ ,  $lfs=30$ ,  $p<0,001$ , kontrolinėje -  $\chi^2=242,74$ ,  $lfs=30$ ,  $p<0,001$ ) buvo susijęs su amžiumi: 2 ir daugiau kartų per savaitę laisvalaikiu besimankštinančių žmonių dalis su amžiumi mažėja. Poveikio bendruomenėje 30,4 proc. vyrų ir 24,6 proc. moterų ( $p<0,05$ ), kontrolinėje – atitinkamai 21,4 ir 15,6 proc. ( $p<0,05$ ) laisvalaikiu mankštinosi 2 ir daugiau kartų per savaitę mažiausiai 30 minučių, kad pagreitėtų kvėpavimas ir padidėtų širdies susitraukimų dažnis.

Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje, kurie laisvalaikiu mankštinosi 2 ir daugiau kartų per savaitę mažiausiai 30 minučių, kad pagreitėtų kvėpavimas ir padidėtų širdies

susitraukimų dažnis (poveikio bendruomenėje - 29,8 proc. vyrų, kontrolinėje – 22,5 proc.,  $p < 0,05$  bei atitinkamai - 24,1 ir 15,7 proc. moterų,  $p < 0,001$ ).

Tarp nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų, 12,8 proc. poveikio bendruomenės vyrų ir 13,8 proc. moterų ( $p > 0,05$ ) bei 12,7 proc. kontrolinės bendruomenės vyrų ir 5,2 proc. moterų ( $p < 0,01$ ) gydytojas per paskutinius 12 mėnesių patarė padidinti fizinį aktyvumą. Iš nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų, 11,0 proc. vyrų ir 15,7 proc. moterų poveikio bendruomenėje ir 11,4 proc. vyrų ir 7,8 proc. moterų teigė, kad per paskutinius 12 mėnesių pavyko padidinti fizinį aktyvumą. Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, nepakankamai fiziškai aktyvių vyrų dalis, kurie teigė, kad per paskutinius 12 mėnesių pavyko padidinti fizinį aktyvumą, abiejose bendruomenėse reikšmingai nesiskyrė (poveikio – 11,1 proc., kontrolinėje – 12,6 proc.,  $p > 0,05$ ), lyginant moteris, duomenys reikšmingai skyrėsi: poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau moterų, negu kontrolinėje (16,6 proc. ir 7,6 proc.,  $p < 0,001$ ), kurios teigė, kad per paskutinius 12 mėnesių pavyko padidinti fizinį aktyvumą.

Nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas tarp bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje, kurie laisvalaikiu mankštinosi 2 ir daugiau kartų per savaitę mažiausiai 30 minučių, kad pagreitėtų kvėpavimas ir padidėtų širdies susitraukimų dažnis. Poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau moterų, negu kontrolinėje, kurios teigė, kad per paskutinius 12 mėnesių pavyko padidinti fizinį aktyvumą.

#### **4.2.5. Mityba**

Maisto gaminiui poveikio ir kontrolinės grupės gyventojai dažniausiai vartojo aliejų, moterų daugiau negu vyrų (poveikio bendruomenėje - 90,9 proc. vyrų ir 95,5 proc. moterų,  $p < 0,01$ , kontrolinėje – 79,7 ir 87,8 proc.,  $p < 0,001$ ). Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, reikšmingai daugiau poveikio negu kontrolinės bendruomenės vyrų ir moterų maisto gaminiui dažniausiai vartojo aliejų (90,3 proc. poveikio bendruomenės vyrų ir 81,0 proc. – kontrolinės,  $p < 0,001$  bei – atitinkamai 95,6 ir 89,3 proc. moterų,  $p < 0,001$ ).

Lyginant vyrus ir moteris bendruomenėse, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėje panaši dalis vyrų ir moterų ant duonos tepė sviestą (poveikio bendruomenėje - 55,5 proc. vyrų ir 55,5 proc. moterų, kontrolinėje – atitinkamai 48,3 ir 46,4 proc.) arba margarimą (poveikio bendruomenėje 36,0 proc. vyrų ir 32,3 proc. moterų, kontrolinėje – atitinkamai 44,2 ir 43,6 proc.). Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, daugiau kontrolinės negu poveikio bendruomenės vyrų (atitinkamai 43,8 ir 37,1 proc.,  $p < 0,05$ ) ir moterų (atitinkamai 41,6 ir 34,2 proc.,  $p < 0,01$ ) ant duonos tepė margarimą, daugiau poveikio negu kontrolinės bendruomenės moterų (atitinkamai 53,9 ir 47,1 proc.,  $p < 0,05$ ) ant

duonos tepė sviestą, lyginant vyrus, skirtumas buvo nereikšmingas (atitinkamai 54,2 ir 49,4 proc.,  $p>0,05$ ).

Nemaža dalis su maistu suvartojamų riebalų gaunama iš pieno. Daugiausia poveikio ir kontrolinės bendruomenių vyrų ir moterų nurodė, kada geria standartinį (3,2-2,5 proc. riebumo) pieną (poveikio bendruomenėje 54,5 proc. vyrų ir 48,9 proc. moterų, kontrolinėje – 54,4 ir 49,1 proc.). Nenugriebtą (natūralų) pieną gėrė 21,1 proc. vyrų ir 23,4 proc. moterų poveikio bendruomenėje, 20,7 ir 23,5 proc. – kontrolinėje, liesą (1,5-1 proc. riebumo) pieną gėrė 6,5 proc. vyrų ir 9,4 proc. moterų poveikio bendruomenėje, 10,7 ir 17,0 proc. ( $p<0,01$ ) - kontrolinėje. Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių duomenis, vyrų, dažniausiai geriančių standartinį, nenugriebtą ar liesą pieną dalis bendruomenėse reikšmingai nesiskyrė (poveikio bendruomenėje buvo atitinkamai: 53,2 proc., 22,7 proc. ir 6,1 proc., kontrolinėje – 55,2 proc., 19,3 proc. ir 10,4 proc.). Lyginant bendruomenių moteris, dažniausiai geriančių standartinį bei nenugriebtą pieną dalis tarp bendruomenių taip pat reikšmingai nesiskyrė (poveikio bendruomenėje buvo atitinkamai: 47,7 proc. ir 24,8 proc., kontrolinėje – 48,9 proc. ir 23,3 proc.), poveikio bendruomenėje reikšmingai daugiau moterų gėrė liesą pieną (16,9 ir 9,5 proc.,  $p<0,001$ ) negu kontrolinėje bendruomenėje.

Poveikio bendruomenėje vyrai vartojo riebią mėsą dažniau negu moterys - 4-7 kartus per savaitę riebią mėsą valgė 15,8 proc. vyrų ir 7,7 proc. moterų, ( $p<0,001$ ), 2-3 kartus per savaitę - 20,6 proc. vyrų ir 10,0 proc. moterų, ( $p<0,001$ ). Kontrolinėje bendruomenėje 4-7 kartus per savaitę riebią mėsą valgančių dalis tarp vyrų ir moterų nesiskyrė (11,4 ir 8,1 proc.), valgančių riebią mėsą 2-3 kartus per savaitę tarp vyrų buvo daugiau negu tarp moterų (16,8 ir 10,5 proc.,  $p<0,01$ ). Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, vyrų ir moterų dalis bendruomenėse 4-7 kartus per savaitę valgusių riebią mėsą reikšmingai nesiskyrė: tarp vyrų poveikio bendruomenėje – 15,7 proc., kontrolinėje – 12,7 proc. ( $p>0,05$ ), tarp moterų – atitinkamai 7,8 ir 8,7 proc. ( $p>0,05$ ). Panaši dalis vyrų ir moterų bendruomenėse valgė riebią mėsą 2-3 kartus per savaitę: tarp vyrų poveikio bendruomenėje – 20,8 proc., kontrolinėje – 19,1 proc. ( $p>0,05$ ), tarp moterų – atitinkamai 10,1 ir 11,9 proc. ( $p>0,05$ ).

Bent 2-3 kartus per savaitę žuvį valgė poveikio bendruomenėje 38,8 proc. vyrų ir 34,3 proc. moterų, kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 41,7 ir 46,4 proc. Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, bent 2-3 kartus per savaitę valgusių žuvį vyrų dalis bendruomenėse reikšmingai nesiskyrė (poveikio bendruomenėje - 37,3 proc., kontrolinėje - 42,9,  $p>0,05$ ), tokių moterų kontrolinėje bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau negu poveikio (45,8 ir 33,4 proc.,  $p<0,001$ ).

Abiejose bendruomenėse vyrai valgė daugiau kiaušinių per savaitę negu moterys (vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai poveikio bendruomenėje atitinkamai  $3,38\pm 2,8$  ir  $2,47\pm 1,9$ ,  $p<0,001$ , kontrolinėje –  $4,04\pm 2,3$  ir  $2,86\pm 1,8$ ,  $p<0,001$ ). Lyginant per savaitę suvalgomų kiaušinių skaičiaus vidurkius, poveikio bendruomenės vyrai ir moterys valgė mažiau kiaušinių negu kontrolinės bendruomenės (vyrai poveikio bendruomenėje -  $3,38\pm 2,8$ , kontrolinėje -  $4,04\pm 2,3$ ,  $p>0,001$ , moterys –



atitinkamai  $2,47 \pm 1,9$  ir  $2,86 \pm 1,8$ ,  $p < 0,001$ ). Daugiausia moterų abiejose bendruomenėse valgė 1-3 kiaušinius per savaitę. Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, daugiau poveikio negu kontrolinės bendruomenės vyrų (atitinkamai 62,1 ir 43,1 proc.,  $p < 0,001$ ), ir moterų (atitinkamai - 73,7 ir 62,4 proc.,  $p < 0,001$ ) valgė 1-3 kiaušinius per savaitę, kontrolinėje bendruomenėje buvo daugiau vyrų negu poveikio bendruomenėje, kurie valgė 4-6 kiaušinius per savaitę (46,1 ir 25,3 proc.,  $p < 0,001$ ).

Į paruoštą maistą vyrai dažniau papildomai deda druskos negu moterys: poveikio bendruomenėje, kai trūksta druskos (37,5 ir 31,7 proc.,  $p < 0,05$ ), kontrolinėje – beveik visada neragavus (9,1 ir 5,1 proc.,  $p < 0,05$ ) (4.1.6.1. lentelė). Reikšmingai daugiau moterų negu vyrų abiejose bendruomenėse niekada nededa druskos į paruoštą maistą (poveikio – 62,6 ir 54,7,  $p < 0,01$ , kontrolinėje – 34,6 ir 28,7 proc.,  $p < 0,05$ ). Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, reikšmingai daugiau vyrų ir moterų poveikio bendruomenėje negu kontrolinėje niekada papildomai nededa druskos į paruoštą maistą ir mažiau asmenų deda papildomai, kai trūksta druskos (4.1.6.1 lentelė).

**4.1.6.1 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar papildomai deda druskos į paruoštą maistą, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse**

Ar papildomai deda druskos į paruoštą maistą	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrų		moterų		vyrų		moterų		vyrų		moterų	
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	# proc.	# proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	# proc.	# proc.
Niekada	277	54,7	446	62,6**	53,7	61,9	126	28,7	218	34,6*	30,7***#	36,7***#
Kai trūksta druskos	190	37,5	226	31,7*	38,4	32,1	273	62,2	379	60,3	61,0***#	58,4***#
Beveik visada, net neragavus	39	7,8	41	5,7	7,9	6,0	40	9,1	32	5,1*	8,3	4,9
Iš viso	506	100,0	713	100,0	100,0	100,0	439	100,0	629	100,0	100,0	100,0
	$\chi^2=7,74$ , lls=2, p=0,021						$\chi^2=9,2$ , lls=3, p=0,01					

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , lyginant vyrus ir moteris bendruomenėje,

\*\*\*# -  $p < 0,001$ , lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių vyrų arba bendruomenių moterų duomenis

Lyginant vyrus ir moteris bendruomenėse, daržovių (žalių ar virtų, mišrinių) vartojimo dažnis (poveikio bendruomenėje -  $\chi^2=3,9$ , lls=3,  $p=0,27$ , kontrolinėje -  $\chi^2=5,4$ , lls=3,  $p=0,14$ ) ir žalių daržovių vartojimo dažnis (poveikio bendruomenėje -  $\chi^2=0,8$ , lls=3,  $p=0,85$ , kontrolinėje -  $\chi^2=5,6$ , lls=3,  $p=0,13$ ) reikšmingai nesiskyrė. Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, daržoves (žalias ar virtas, mišraines) bent 6 kartus per savaitę valgė reikšmingai daugiau poveikio bendruomenės vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje (58,0 proc. vyrų poveikio bendruomenėje, 31,0 proc. – kontrolinėje,  $p < 0,001$  bei moterų - atitinkamai 63,4 ir 31,3 proc.,  $p < 0,001$ ). Žalias daržoves bent 6 kartus per savaitę valgė reikšmingai daugiau poveikio negu

kontrolinės bendruomenės vyrų (atitinkamai 46,8 ir 26,0 proc.,  $p < 0,001$ ) ir moterų (atitinkamai 50,1 ir 24,4 proc.,  $p < 0,001$ ).

Moterys dažniau vartojo vaisius ar uogas negu vyrai. Bent 6 kartus per savaitę vaisius ar uogas poveikio bendruomenėje valgė 51,6 proc. vyrų ir 62,8 proc. moterų ( $p < 0,001$ ), kontrolinėje – atitinkamai 25,5 ir 35,1 proc.,  $p < 0,001$ . Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, bent 6 kartus per savaitę vaisius ar uogas valgė reikšmingai daugiau poveikio negu kontrolinės bendruomenės vyrų (50,8 ir 27,8 proc.,  $p < 0,001$ ) ir moterų (61,2 ir 36,3 proc.,  $p < 0,001$ ).

Iš duonos gaminių daugiausia vartojama buvo juoda duona (ją vartojo 71,5 proc. poveikio bendruomenės vyrų ir 72,5 proc. moterų bei - atitinkamai 62,0 ir 62,4 proc. kontrolinėje bendruomenėje) ir balta duona arba pyragas (ją vartojo 69,6 proc. poveikio bendruomenės vyrų ir 54,8 proc. moterų ( $p < 0,001$ ) bei - atitinkamai 69,5 ir 66,6 proc. kontrolinėje bendruomenėje). Poveikio bendruomenėje vyrai valgė daugiau juodos duonos negu moterys. Tris ir daugiau riekelių juodos duonos per dieną suvalgydavo 39,0 proc. vyrų ir 27,1 proc. moterų ( $p < 0,001$ ). Kontrolinėje bendruomenėje vyrų ir moterų dalis reikšmingai nesiskyrė (39,2 ir 35,1 proc.,  $p > 0,05$ ). Lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, vyrų dalis, suvalgančių tris ir daugiau riekelių juodos duonos per dieną, bendruomenėse skyrėsi nereikšmingai (38,0 proc. vyrų poveikio bendruomenėje, 38,8 proc. – kontrolinėje,  $p > 0,05$ ), daugiau kontrolinės negu poveikio bendruomenės moterų valgė tris ir daugiau riekelių juodos duonos per dieną (atitinkamai 27,6 ir 34,8 proc.,  $p < 0,01$ ).

Poveikio bendruomenėje vyrai vidutiniškai suvalgydavo daugiau riekelių duonos per dieną negu moterys (atitinkamai vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai -  $5,93 \pm 3,5$  ir  $4,08 \pm 2,6$ ,  $p < 0,001$ ), kontrolinėje bendruomenėje vyrų ir moterų vidutiniškai per dieną suvalgomos duonos riekelių skaičius tarp vyrų ir moterų reikšmingai nesiskyrė (atitinkamai vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai  $6,43 \pm 3,8$  ir  $6,25 \pm 3,5$ ,  $p = 0,078$ ).

Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, juodą duoną vartojo daugiau poveikio negu kontrolinės bendruomenės vyrų (70,5 ir 62,9 proc.,  $p < 0,05$ ) ir moterų (72,1 ir 63,2 proc.,  $p < 0,001$ ), baltą duoną arba pyragą - daugiau kontrolinės negu poveikio bendruomenės moterų (66,7 ir 55,2 proc.,  $p < 0,001$ ), vyrų dalis bendruomenėse reikšmingai nesiskyrė (69,4 proc. - poveikio bendruomenėje, 69,9 proc. - kontrolinėje). Skaldytų grūdų duonos valgė tik 8,7 proc. vyrų poveikio bendruomenėje ir 10,9 proc. kontrolinėje ( $p > 0,05$ ) bei – atitinkamai 10,7 ir 15,9 proc. moterų ( $p > 0,01$ ).

Poveikio bendruomenėje kruopų košės 4-7 kartus per savaitę valgė 19,0 proc. vyrų ir 24,4 proc. moterų ( $p < 0,05$ ), kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 15,9 ir 21,3 proc. ( $p < 0,05$ ). Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, asmenų dalis bendruomenėse, kruopų košės valgusių 4-7 kartus per savaitę, lyginant bendruomenių vyrus (poveikio bendruomenėje – 18,2 proc.,

kontrolinėje – 16,5 proc.,  $p>0,05$ ) arba bendruomenių moteris (poveikio bendruomenėje – 23,9 proc., kontrolinėje – 22,1 proc.,  $p>0,05$ ), skyrėsi nereikšmingai.

Lyginant bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų mitybos įpročius, poveikio bendruomenėje mitybos įpročiai pirminio patikrinimo metu buvo sveikesni: poveikio bendruomenės respondentai dažniau vartojo žalių daržovių, vaisių ar uogų, dažniau maistui gaminti vartojo aliejų, reikšmingai mažiau poveikio bendruomenės asmenų negu kontrolinės papildomai dėjo druskos į paruoštą maistą.

#### 4.2.6. Suminis LNL RV skaičius

Suminis LNL RV skaičius buvo skaičiuojamas, keli iš penkių LNL RV (AH, antsvoris, rūkymas, rizikingas AG vartojimas, nepakankamas fizinis aktyvumas) nustatyti tiriamajam.

#### 4.1.7.1. lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal suminį LNL RV skaičių ir amžių poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse

##### Poveikio bendruomenė

LNL RV skaičius		Vyrų						Moterų							
		amžius, metai						iš viso	amžius, metai						iš viso
		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Neturi RV	abs. sk.	20	14	14	5	12	6	71	53	49	40	23	10	20	195
	proc.	30,8	14,7	20,3	8,2	13,2	4,8	14,0	60,9	48,0	40,8	28,4	7,1	9,7	27,3***
Nustatytas 1 RV	abs. sk.	22	32	21	12	14	36	137	27	38	33	27	41	45	211
	proc.	33,8	33,7	30,4	19,7	15,4	28,8	27,1	31,0	37,3	33,7	33,4	29,3	22,0	29,6
Nustatyti 2 RV	abs. sk.	16	24	14	25	41	59	179	6	13	16	24	66	97	222
	proc.	24,6	25,3	20,3	41,0	45,1	47,2	35,4	6,9	12,7	16,3	29,6	47,2	47,3	31,2
Nustatyti 3 ir > RV	abs. sk.	7	25	20	19	24	24	119	1	2	9	7	23	43	85
	proc.	10,8	26,3	29,0	31,1	26,3	19,2	23,5	1,2	2,0	9,2	8,6	16,4	21,0	11,9***
Iš viso	abs. sk.	65	95	69	61	91	125	506	87	102	98	81	140	205	713
	proc.	12,8	18,8	13,6	12,1	18,0	24,7	100,0	12,2	14,3	13,7	11,4	19,6	28,8	100,0
$\chi^2=58,65$ , lls=15, p=0,000								$\chi^2=207,52$ , lls=15, p=0,000							

##### Kontrolinė bendruomenė

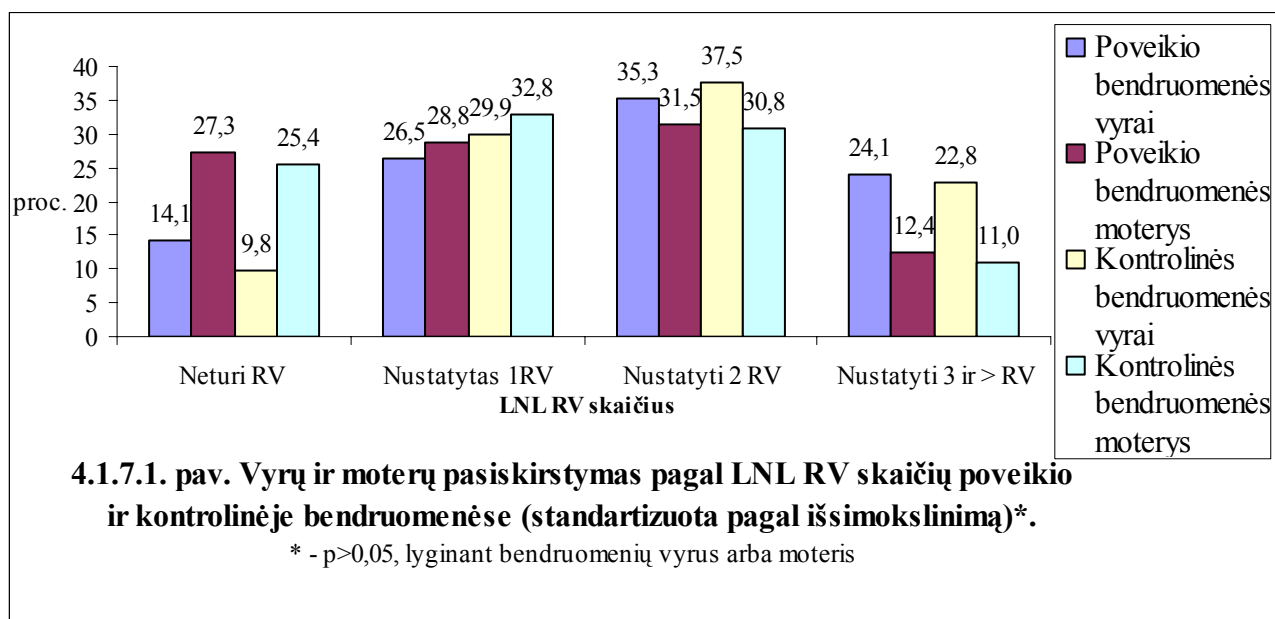
LNL RV skaičius		Vyrų						Moterų							
		amžius, metai						iš viso	amžius, metai						iš viso
		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Neturi RV	abs. sk.	20	8	1	3	7	4	43	49	33	38	14	12	13	159
	proc.	30,3	10,8	1,7	4,2	9,0	4,4	9,8	51,0	47,8	40,4	15,4	10,3	8,0	25,3***
Nustatytas 1 RV	abs. sk.	23	20	21	13	21	29	127	39	24	30	38	37	35	203
	proc.	34,8	27,0	36,2	18,1	26,9	31,9	28,9	40,6	34,8	31,9	41,8	31,9	21,5	32,3
Nustatyti 2 RV	abs. sk.	18	28	17	32	29	40	164	6	7	21	32	54	74	194
	proc.	27,3	37,8	29,3	44,4	37,2	44,0	37,4	6,3	10,1	22,3	35,2	46,6	45,3	30,8*
Nustatyti 3 ir > RV	abs. sk.	5	18	19	24	21	18	105	2	5	5	7	13	41	73
	proc.	7,6	24,4	32,8	33,3	26,9	19,7	23,9	2,1	7,3	5,4	7,6	11,2	25,2	11,6***
Iš viso	abs. sk.	66	74	58	72	78	91	439	96	69	94	91	116	163	629
	proc.	15,0	16,9	13,2	16,4	17,8	20,7	100,0	15,3	11,0	14,9	14,5	18,4	25,9	100,0
$\chi^2=60,36$ , lls=15, p=0,000								$\chi^2=181,79$ , lls=15, p=0,000							

\* -  $p<0,05$ , \*\*\* -  $p<0,001$ , lyginant vyrus ir moteris bendruomenėje,

Analizuojant suminio LNL RV skaičiaus duomenis bendruomenėse, daugiau moterų negu vyrų abiejose bendruomenėse neturėjo nei vieno LNL RV: poveikio bendruomenėje - 14,0 proc. vyrų ir 27,3 proc. moterų,  $p < 0,001$ , kontrolinėje bendruomenėje – 9,8 proc. vyrų ir 25,3 proc. moterų,  $p < 0,001$  (4.1.7.1 lentelė).. Abiejose bendruomenėse daugiau vyrų negu moterų turėjo tris ir daugiau LNL RV (poveikio bendruomenėje – 23,5 proc. vyrų ir 11,9 proc. moterų,  $p < 0,001$ , kontrolinėje bendruomenėje – 23,9 proc. vyrų ir 11,6 proc. moterų,  $p < 0,001$ ). Kontrolinėje bendruomenėje reikšmingai daugiau vyrų negu moterų turėjo 2 LNL RV (37,4 proc. vyrų ir 30,8 proc. moterų,  $p < 0,05$ ).

Suminis LNL RV skaičius buvo susijęs su amžiumi ir poveikio bendruomenėje (vyrų -  $\chi^2=58,65$ ,  $lfs=15$ ,  $p=0,000$ , moterų -  $\chi^2=207,52$ ,  $lfs=15$ ,  $p=0,000$ ) ir kontrolinėje (vyrų -  $\chi^2=60,36$ ,  $lfs=15$ ,  $p=0,000$ , moterų -  $\chi^2=181,79$ ,  $lfs=15$ ,  $p=0,000$ ). Su amžiumi abiejose bendruomenėse mažėja asmenų, neturinčių nei vieno LNL RV, daugėja asmenų, turinčių du ir daugiau LNL RV (4.1.7.1 lentelė).

Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą suminio LNL RV skaičiaus duomenis (4.1.7.1 pav.), lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris skyrėsi nereikšmingai.



Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal suminį LNL RV skaičių, lyginant poveikio ir kontrolinę bendruomenes, reikšmingai nesiskyrė.

#### 4.2. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse bei jų palyginimas

Siekiant pagerinti LNL RV kontrolės būklę, poveikio bendruomenėje vienerius metus buvo taikytos poveikio priemonės, aprašytos darbo metodikoje. Kontrolinėje bendruomenėje buvo vykdoma įprastinė PSP. LNL RV paplitimo pokyčiai bendruomenėse analizuoti tarp visų respondentų, dalyvavusių pirmame arba pakartotiniame patikrinime. LNL RV kontrolės pokyčiai analizuoti tarp

respondentų, kurie dalyvavo abiejuose patikrinimuose: poveikio bendruomenėje – 1069 asmenys (431 vyras ir 638 moterys), kontrolinėje – 940 (391 vyras ir 549 moterys). Analizavome LNL RV kontrolės pokyčius bendruomenėse ir atskirai tarp tų respondentų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatyti LNL RV (AH, padidėjęs kūno svoris, rūkymas, nepakankamas fizinis aktyvumas).

#### **4.2.1. Arterinė hipertenzija**

##### **4.2.1.1. Arterinės hipertenzijos paplitimo ir kontrolės pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse**

Poveikio bendruomenėje po metų buvo nustatyti 39 nauji AH atvejai: 12 atvejų (4,7 proc.) tarp vyrų ir 27 atvejai (6,8 proc.) – tarp moterų. Kontrolinėje bendruomenėje po metų buvo nustatyti 29 nauji AH atvejai: 13 atvejų (5,8 proc.) - tarp vyrų ir 16 atvejų (4,5 proc.) – tarp moterų. Iš tų asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatyta AH ir kurie dalyvavo antrame patikrinime (poveikio bendruomenėje - 215 vyrų ir 295 moterų, kontrolinėje - 192 vyrų ir 248 moterų), tikrinant po metų poveikio bendruomenėje 42 (19,5 proc.) vyrams ir 52 (17,6 proc.) moterims, kontrolinėje – atitinkamai 29 (15,1 proc.) ir 27 (10,9 proc.) AKS buvo normalus (SAKS<140 mmHg ir DAKS<90 mmHg, paskutines 2 savaites tiriamiesiems nevartojant AKS mažinančių vaistų). Lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, daugiau moterų poveikio bendruomenėje negu kontrolinėje po metų buvo rastas normalus AKS ( $p<0,05$ ), tarp vyrų skirtumas buvo statistiškai nereikšmingas ( $p>0,05$ ). Iš visų asmenų, kuriems po metų buvo rastas normalus AKS, paskutines 2 savaites nenaudojant vaistų, 30,9 proc. vyrų ir 38,4 proc. moterų poveikio bendruomenėje laikėsi nemedikamentinio AH gydymo priemonių, kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 6,8 ir 11,1 proc.

AH paplitimas abiejose bendruomenėse po metų statistiškai reikšmingai nepasikeitė: poveikio bendruomenėje tarp vyrų sumažėjo nuo 49,2 iki 42,9 proc. ( $p>0,05$ ), tarp moterų - nuo 44,5 iki 42,3 proc. ( $p>0,05$ ), kontrolinėje bendruomenėje tarp vyrų sumažėjo nuo 49,4 iki 45,0 proc. ( $p>0,05$ ), tarp moterų – beveik nepakito - atitinkamai 43,1 ir 43,2 proc.

Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą AH paplitimo duomenis, situacija po metų, lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris, reikšmingai nesiskyrė: tarp vyrų poveikio bendruomenėje buvo 39,4 proc., kontrolinėje – 44,6 ( $p>0,05$ ), tarp moterų – atitinkamai 41,2 proc. ir 42,5 proc. ( $p>0,05$ ).

Poveikio bendruomenėje po metų reikšmingai sumažėjo vyrų ir moterų SAKS ir DAKS vidurkiai (4.2.1.1.1 lentelė). Vyrų SAKS vidurkis reikšmingai sumažėjo 55-64 m. ir 65 m. ir vyresnių amžiaus grupėse, DAKS vidurkis – 35-44 m., 45-54 m. ir 55-64 m. amžiaus grupėse. Moterų SAKS vidurkis reikšmingai sumažėjo 55-64 m. ir 65 m. ir vyresnių amžiaus grupėse, DAKS vidurkis – 35-44 m., 45-54 m., 55-64 m. ir 65 m. ir vyresnių amžiaus grupėse.

**4.2.1.1.1 lentelė. Poveikio bendruomenės vyrų ir moterų AKS vidurkiai (mmHg) ir jų standartiniai nuokrypiai 1999 ir 2000 m. amžiaus grupėse**

Amžius, metai	Vyrų (n=431)				Moterų (n=638)			
	SAKS		DAKS		SAKS		DAKS	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
16-24	122,7±11,8	122,6±10,2	77,4±7,8	76,0±6,2	116,9±11,2	118,0±9,2	73,7±7,0	73,2±6,4
25-34	127,7±12,5	127,9±9,4	81,0±8,9	79,2±7,5	115,9±12,3	117,8±9,3	75,0±9,7	75,1±8,0
35-44	130,9±14,2	129,1±11,4	84,3±9,1	80,8±8,6*	125,0±17,1	123,3±11,3	80,5±9,5	77,6±7,9*
45-54	140,2±16,1	138,6±15,7	89,2±10,9	84,9±9,0*	132,5±20,3	127,3±14,4	84,5±12,1	79,7±8,6**
55-64	142,5±22,6	134,5±13,6**	88,5±13,8	81,8±9,8***	142,6±23,7	135,3±14,9**	85,8±11,3	82,9±9,9*
65+	148,7±22,2	140,6±15,4**	85,4±9,9	83,9±8,8	150,9±21,8	142,0±18,6***	86,1±10,6	83,8±9,3*
Iš viso	137,2±20,3	133,1±14,4***	84,4±10,9	81,4±8,9***	135,0±23,7	130,4±17,3***	82,2±11,4	79,9±9,6***

\* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001, lyginant su 1999 m.

Kontrolinėje bendruomenėje vyrų ir moterų SAKS ir DAKS vidurkiai po metų reikšmingai nepakito (4.2.1.1.2 lentelė).

**4.2.1.1.2 lentelė. Kontrolinės bendruomenės respondentų AKS vidurkiai (mmHg) ir jų standartiniai nuokrypiai 1999 ir 2000 m. pagal lytį ir amžių**

Amžius, metai	Vyrų (n=391)				Moterų (n=549)			
	SAKS		DAKS		SAKS		DAKS	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
16-24	126,0±9,4	125,2±9,7	1999 m.	2000 m.	117,5±11,9	116,7±12,0	73,1±9,8	72,0±8,2
25-34	127,0±10,4	126,6±10,9	78,4±6,5	78,0±6,7	119,7±11,7	119,1±12,2	74,8±8,5	74,3±8,4
35-44	136,8±16,3	136,5±16,3	79,9±9,1	79,3±9,2	128,5±14,6	128,0±15,0	80,9±8,7	80,4±9,1
45-54	141,0±17,7	140,6±17,3	87,5±13,5	86,2±10,5	137,4±20,4	136,7±20,4	83,8±12,4	83,2±12,7
55-64	143,0±18,8	142,1±18,6	88,3±11,3	87,8±10,2	141,2±21,5	141,6±23,5	86,3±11,8	86,7±13,2
65+	148,0±21,3	146,8±21,1	87,2±10,2	86,9±10,5	157,0±20,8	156,1±20,4	89,3±10,6	89,0±10,1
Iš viso	137,5±18,4	136,8±18,2	84,4±9,1	84,1±9,0	136,8±23,0	136,3±23,4	82,7±12,1	82,2±12,3

Poveikio bendruomenėje reikšmingai padaugėjo žinančių savo AKS vyrų ir moterų (4.2.1.3 lentelė). Kontrolinėje bendruomenėje žinančių savo AKS reikšmingai padaugėjo tik tarp vyrų.

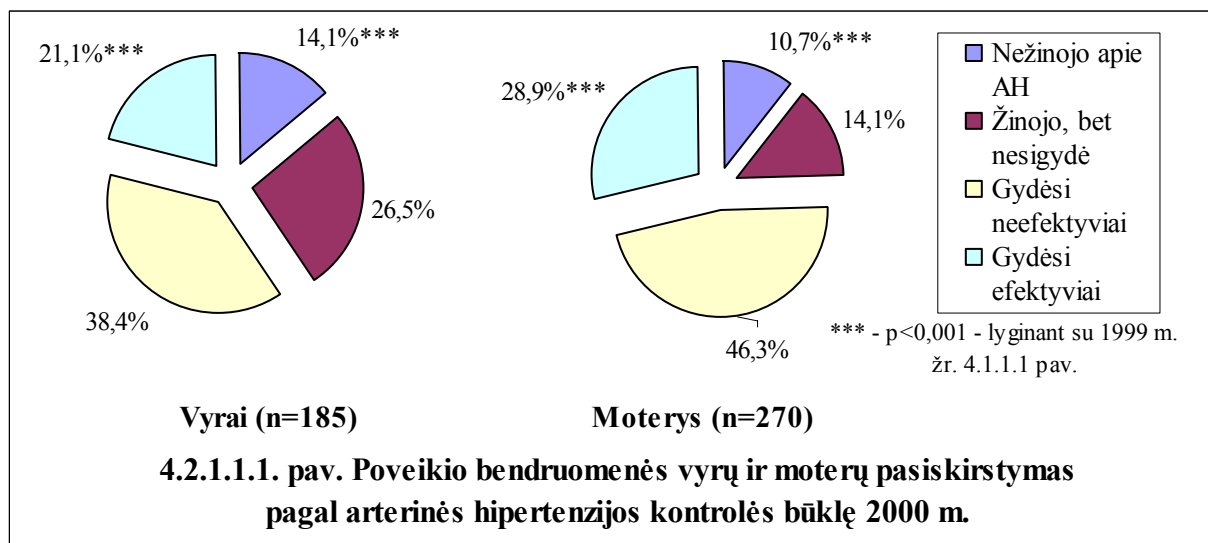
**4.2.1.1.3 lentelė. Vyrų ir moterų, žinančių savo AKS, dalis pagal amžių 1999 ir 2000 m. poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse (proc.)**

Amžius, metai	Poveikio bendruomenė (n=1069)				Kontrolinė bendruomenė (n=940)			
	vyrų		moterų		vyrų		moterų	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
16-24	43,6	83,6***	70,9	91,1**	53,3	68,3	60,7	61,9
25-34	64,0	92,0***	81,5	93,8*	50,0	57,6	71,0	75,8
35-44	81,7	96,7**	82,4	97,6**	77,4	81,1	74,1	79,0
45-54	83,7	97,1*	87,5	94,4	73,0	82,5	81,0	85,2
55-64	92,4	98,7	91,7	97,7*	83,3	84,3	85,3	86,3
65+	92,0	96,5	87,8	96,3**	78,5	82,3	80,1	87,2
Iš viso	78,7	94,9***	85,0	95,6***	69,8	76,2*	76,3	79,2
Iš viso #	77,2	94,2	85,3	95,8	72,9	78,3***#	79,0***#	81,5***#

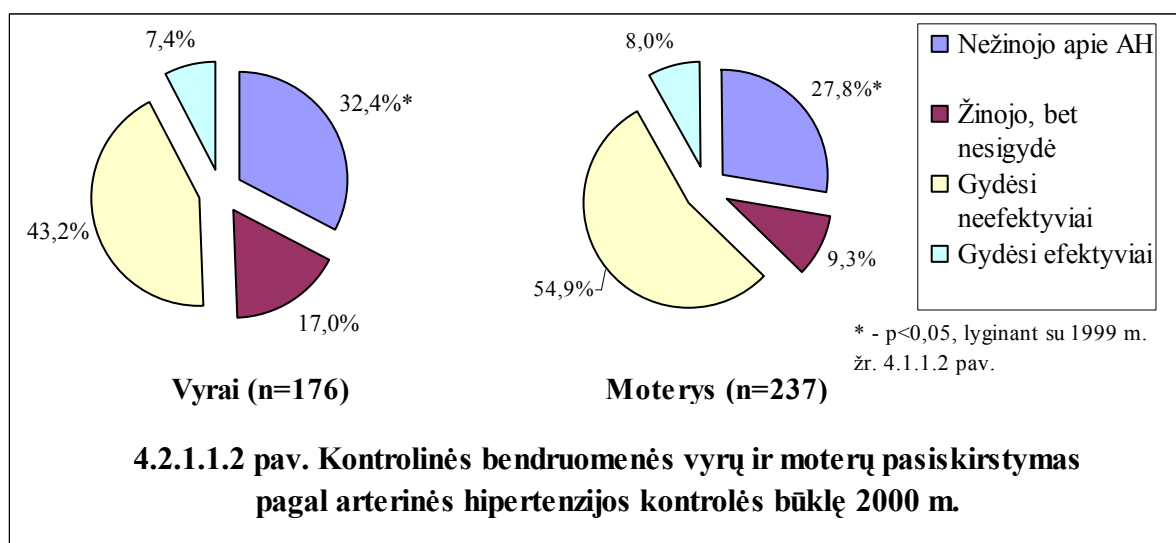
# - standartizuota pagal išsimokslinimą, \* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001, lyginant su 1999 m. \*\*\*# - p<0,01, \*\*\*\*# - p<0,001, lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris (standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis)

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau vyrų ir moterų, žinančių savo AKS, negu kontrolinėje bendruomenėje (4.2.1.1.3 lentelė).

Poveikio bendruomenėje po metų pagerėjo AH kontrolės būklė: ir tarp vyrų, ir tarp moterų reikšmingai sumažėjo asmenų, kurie nežinojo, kad jų AKS padidėjęs (tarp vyrų nuo 40,6 iki 14,1 proc.,  $p < 0,001$ , tarp moterų – nuo 33,4 iki 10,7 proc.,  $p < 0,001$ ), reikšmingai padaugėjo asmenų, kurių AH gydoma efektyviai: tarp vyrų nuo 4,4 iki 21,1 proc.,  $p < 0,001$ , tarp moterų – nuo 5,4 iki 28,9 proc.,  $p < 0,001$  (žr. 4.1.1.1 ir 4.2.1.1.1 pav.).



Analizuojant kontrolinės bendruomenės vyrų ir moterų AH kontrolės būklę po metų, reikšmingai sumažėjo asmenų, kurie nežinojo, kad jų AKS padidėjęs (tarp vyrų nuo 44,7 iki 32,4 proc.,  $p < 0,05$ , tarp moterų – nuo 36,9 iki 27,8 proc.,  $p < 0,05$ ), kiti rodikliai reikšmingai nepasikeitė (žr. 4.1.1.2 ir 4.2.1.1.2 pav.).



Analizuojant AH kontrolės situaciją bendruomenėse po metų, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, poveikio bendruomenėje dalis asmenų, kurie nežinojo, kad jų AKS

padidėjęs, buvo reikšmingai mažesnė negu kontrolinėje bendruomenėje ir tarp vyrų ir tarp moterų. Poveikio bendruomenėje buvo daugiau vyrų ir moterų, kurie AH gydėsi efektyviai (4.2.1.1.4 lentelė).

**4.2.1.1.4 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal arterinės hipertenzijos kontrolės būklę poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 2000 m. (proc., standartizuota pagal išsimokslinimą)**

Arterinės hipertenzijos kontrolės būklė	Poveikio bendruomenė		Kontrolinė bendruomenė	
	vyrų (n=185)	moterų (n=270)	vyrų (n=176)	moterų (n=273)
Nežinojo, kad jų AKS padidėjęs	14,2	10,2	33,1***	26,5***
Žinojo, kad AKS padidėjęs, bet nesigydė	26,7	14,8	17,4**	10,0
Gydėsi neefektyviai	37,5	45,6	41,2	55,8*
Gydėsi efektyviai	21,6	29,4	8,3***	7,7***
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris

Taigi, poveikio bendruomenėje po metų sumažėjo SAKS ir DAKS vidurkiai, pagerėjo žmonių žinios apie savo AKS, AH kontrolės būklę. Kontrolinėje bendruomenėje padaugėjo vyrų, žinančių savo AKS, sumažėjo asmenų, kurie nežinojo, kad jų AKS padidėjęs, padaugėjo asmenų, kurie arterinę hipertenziją gydėsi efektyviai, o kiti pokyčiai buvo nereikšmingi. AH kontrolės būklės situacija po metų tapo geresnė poveikio bendruomenėje.

**4.2.1.2. Arterinės hipertenzijos kontrolės būklės pokyčiai po vienerių metų tarp respondentų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatyta arterinė hipertenzija, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse**

Poveikio bendruomenėje po vienerių metų buvo stebimas AKS vidurkio sumažėjimas ir tarp vyrų, ir tarp moterų, kuriems 1999 m. buvo nustatyta AH (4.2.1.2.1 lentelė). Vyrų SAKS lygis sumažėjo 9,6 mmHg, DAKS – 5,4 mmHg,  $p < 0,001$ , moterų SAKS – 12,5 mmHg, DAKS – 4,5 mmHg,  $p < 0,001$ .

**4.2.1.2.1 lentelė. Poveikio bendruomenės vyrų ir moterų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatyta arterinė hipertenzija, AKS vidurkiai (mmHg) ir jų standartiniai nuokrypiai 1999 ir 2000 m. amžiaus grupėse**

Amžius, metai	Vyrų (n=215)				Moterų (n=295)			
	SAKS		DAKS		SAKS		DAKS	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
16-24	140,2±14,4	134,4±16,9	87,1±7,0	81,3±6,1	145,5±6,4	126,5±23,3	85,0±21,2	81,0±22,6
25-34	141,9±12,1	137,3±7,0	90,4±9,4	86,2±6,0	137,8±13,1	133,7±8,7	96,0±9,6	88,5±14,5
35-44	144,3±13,0	138,6±9,9	93,3±7,9	86,8±10,2*	147,6±15,2	134,8±11,3**	92,8±6,9	84,8±8,6**
45-54	148,7±14,8	144,4±16,9	95,4±9,4	88,6±8,6**	150,3±15,3	136,5±12,2***	95,1±8,9	85,2±7,7***
55-64	153,4±18,0	139,4±11,0***	94,7±10,7	84,7±9,0***	153,1±21,7	141,2±12,9***	90,3±10,7	86,2±9,5**
65+	157,6±18,9	146,4±13,5***	88,7±9,1	86,9±7,9	158,4±18,4	145,7±18,3***	88,7±10,4	85,8±8,7*
Iš viso	151,9±17,8	142,3±13,2***	91,7±9,8	86,3±8,4***	154,7±18,2	142,2±16,1***	90,3±10,3	85,8±8,9***

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant su 1999 m.



Kontrolinėje bendruomenėje AKS vidurkių pokyčiai tarp respondentų, kuriems 1999 m. buvo nustatyta AH, buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.1.2.2 lentelė).

**4.2.1.2.2 lentelė. Kontrolinės bendruomenės vyrų ir moterų, kuriems 1999 m. nustatyta arterinė hipertenzija, AKS vidurkiai (mmHg) ir jų standartiniai nuokrypiai 1999 ir 2000 m. amžiaus grupėse**

Amžius, metai	Vyrų (n=192)				Moters (n=248)			
	SAKS		DAKS		SAKS		DAKS	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
16-24	142,1±8,7	141,8±9,9	87,0±4,7	86,5±6,8	145,4±33,4	144,9±32,6	95,4±24,1	87,2±12,3
25-34	141,1±8,2	139,7±3,6	88,9±8,6	89,1±8,2	142,2±14,4	141,5±15,5	88,7±9,6	88,0±10,4
35-44	150,0±12,0	149,4±10,7	95,9±14,7	92,9±10,2	148,8±12,0	148,6±11,9	92,0±7,4	91,9±7,0
45-54	151,8±16,6	150,2±15,7	93,0±10,6	92,4±9,3	153,5±19,6	153,4±18,9	92,9±12,7	92,1±12,4
55-64	152,6±6,5	152,2±15,4	92,6±9,3	92,2±8,8	151,9±19,8	152,8±22,8	91,8±11,6	92,0±13,3
65+	155,4±18,4	154,4±18,5	86,9±8,6	86,5±8,6	161,2±17,8	160,7±17,6	90,9±10,1	90,7±9,8
Iš viso	151,5±16,3	150,5±15,7	90,8±10,5	90,1±9,1	156,7±19,0	156,1±19,6	91,5±10,9	91,2±11,0

Analizuojant AH kontrolės situaciją bendruomenėse po metų tarp asmenų, kuriems 1999 m. buvo nustatytas AH, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje, kurie AH gydėsi efektyviai ir reikšmingai mažiau asmenų, kurie nežinojo, kad jų AKS padidėjęs (4.2.1.2.3 lentelė).

**4.2.1.2.3 lentelė. Vyrų ir moterų, kuriems 1999 m. nustatyta arterinė hipertenzija, pasiskirstymas pagal arterinės hipertenzijos kontrolės būklę poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 2000 m.**

Arterinės hipertenzijos kontrolės būklė	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrų (n=215)		moters (n=295)		vyrų (n=192)		moters (n=248)	
	proc.	proc. #	proc.	proc. #	proc.	proc. #	proc.	proc. #
Normalus AKS (SAKS<140 mmHg ir DAKS<90 mmHg), paskutines 2 savaites nevarojant AKS mažinančių vaistų	19,5	19,2	17,6	17,3	15,1	16,6	10,9	11,4
Nežinojo, kad jų AKS padidėjęs	8,8	9,0	5,1	4,7	23,4	22,8***	21,4	19,6***
Žinojo, kad AKS padidėjęs, bet nesigyždė	22,4	23,0	10,8	11,6	15,6	15,8*	8,8	9,5
Gydėsi neefektyviai	31,6	30,8	40,7	39,8	39,1	37,2	51,2	52,0**
Gydėsi efektyviai	17,7	18,0	25,8	26,6	6,8	7,6**	7,7	7,5***
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių vyrų arba bendruomenių moterų duomenis

AH kontrolės pokyčiai bendruomenėse buvo analizuojami tarp respondentų, kuriems AH nustatyta ir pirmojo, ir antrojo patikrinimo metu (AH grupė). Į AH grupę nebuvo įtraukti nauji AH atvejai ir tie asmenys, kurių AKS po metų susinormalizavo, nenaudojant AKS mažinančių vaistų. Poveikio bendruomenėje AH ir pirmojo, ir antrojo patikrinimų metu nustatyta 416 asmenų: 173 (40,1

proc.) vyrų ir 243 (38,1 proc.) moterų), kontrolinėje – 384 asmenims: 163 (41,7 proc.) vyrų ir 221 (40,3 proc.) moterų.

Analizuojant pokyčius tarp AH grupės respondentų bendruomenėse, poveikio bendruomenėje ir tarp vyrų, ir tarp moterų po metų reikšmingai padaugėjo asmenų, kurie per paskutines 2 savaites naudojo AKS mažinančius vaistus (4.2.1.2.4 lentelė). Kontrolinėje bendruomenėje asmenų, kurie per paskutines 2 savaites vartojo vaistus, padaugėjo, tačiau statistiškai nereikšmingai. Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, dalis AH grupės asmenų, kurie per paskutines 2 savaites naudojo AKS mažinančius vaistus, poveikio bendruomenėje po metų tarp moterų buvo reikšmingai didesnė negu kontrolinėje, tarp vyrų – skyrėsi statistiškai nereikšmingai.

**4.2.1.2.4 lentelė. Vyrų ir moterų, kuriems arterinė hipertenzija nustatyta ir pirmojo, ir antrojo patikrinimų metu ir kurie per paskutines 2 savaites vartojo AKS mažinančius vaistus, dalis 1999 ir 2000 m. pagal amžių poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse (proc.)**

Amžius, metai	Poveikio bendruomenė (n=416)				Kontrolinė bendruomenė (n=384)			
	vyrų (n=173)		moterų (n=243)		vyrų (n=163)		moterų (n=221)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
16-24	42,9	45,4	0,0	0,0	25,0	20,5	25,0	25,0
25-34	7,1	21,4	33,3	38,7	8,3	8,3	66,7	54,4
35-44	5,5	22,2	35,7	71,4	31,8	36,4	13,3	20,0
45-54	18,2	59,1**	42,9	76,2*	48,4	67,7	55,9	55,9
55-64	52,4	73,8*	52,6	80,3***	65,0	70,0	61,5	71,2
65+	58,6	78,6*	64,1	84,4***	55,6	59,3	72,6	74,3
Iš viso	41,0	61,3***	56,4	80,7***	49,1	55,8	62,4	66,1
Iš viso #	40,1	60,6	57,2	80,3	48,9	53,4	64,1	67,1***#

# - standartizuota pagal išsimokslinimą.

\* -  $p < 0,05$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant su 1999 m.

\*\*\*# -  $p < 0,01$ , lyginant bendruomenių moteris (standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis)

Respondentų, kurie teigė, jog vartoja AKS mažinančius vaistus, buvo klausama, kaip jie vartojo vaistus paskutinių metų bėgyje. Poveikio bendruomenėje tarp 242 AH grupės asmenų (79 vyrų ir 163 moterų), pirmojo patikrinimo metu teigusių, kad vartoja AKS mažinančius vaistus, po metų reikšmingai padaugėjo vyrų ir moterų, kurie paskutinių metų bėgyje AKS mažinančius vaistus naudojo nepertraukiamai (4.2.1.2.5 lentelė). Kontrolinėje bendruomenėje tarp 245 AH grupės asmenų (89 vyrų ir 156 moterų), pirmojo patikrinimo metu teigusių, kad vartoja AKS mažinančius vaistus, padaugėjo vaistus paskutinių metų bėgyje vartojusių nepertraukiamai, tačiau statistiškai nereikšmingai. Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių duomenis, dalis asmenų, kurie AKS mažinančius vaistus paskutinių metų bėgyje vartojo nepertraukiamai, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, po metų poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai didesnė negu kontrolinėje (tarp vyrų poveikio bendruomenėje – 90,0 proc., kontrolinėje bendruomenėje – 71,6 proc.,  $p < 0,01$ , tarp moterų atitinkamai – 93,1 ir 74,1 proc.,  $p < 0,001$ ).

**4.2.1.2.5 lentelė. Vyrų ir moterų, kuriems arterinė hipertenzija nustatyta ir pirmojo, ir antrojo patikrinimų metu, ir kurie teigė, jog vartoja AKS mažinančius vaistus, pasiskirstymas pagal tai, kaip vartojo vaistus paskutinių metų bėgyje, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m. (proc.)**

Vaistų, mažinančių AKS, vartojimas paskutinių metų bėgyje	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrų (n=79)		moterų (n=163)		vyrų (n=89)		moterų (n=156)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
Nereguliariai	16,5	1,3***	8,0	0,5***	7,9	3,4	6,4	5,8
Vartojo atsitiktinai, pagal savijautą	16,5	2,5***	17,2	4,1***	22,5	23,5	21,2	18,6
Vartojo kursais (3-4 mėn. su pertraukomis)	7,5	5,1	6,7	2,3*	3,4	4,5	2,6	1,9
Vartojo nepertraukiamai (≥9 mėn. per metus)	59,5	91,1***	68,1	93,1***	66,2	68,6	69,8	73,7
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* -  $p < 0,05$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant su 1999 m.

Respondentų, kurie teigė, jog vartoja AKS mažinančius vaistus, buvo klausama, kaip jų nuomone reikia juos vartoti. Poveikio bendruomenėje tarp 242 AH grupės asmenų (79 vyrų ir 163 moterų), pirmojo patikrinimo metu teigusių, kad vartoja AKS mažinančius vaistus, po metų reikšmingai padaugėjo vyrų ir moterų, kurių nuomone vaistus reikia naudoti reguliariai (4.2.1.2.6 lentelė).

**4.2.1.2.6 lentelė. Vyrų ir moterų, kuriems arterinė hipertenzija nustatyta ir pirmojo, ir antrojo patikrinimų metu, ir kurie teigė, jog vartoja AKS mažinančius vaistus, pasiskirstymas pagal tai, kaip jų nuomone reikia juos vartoti, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m. (proc.)**

Kaip, respondentų nuomone, reikia vartoti AKS mažinančius vaistus	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrų (n=79)		moterų (n=163)		vyrų (n=89)		moterų (n=156)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
Reguliariai (nepertraukiamai)	70,9	84,8*	67,5	89,0***	59,6	66,3	64,7	67,6
Pagal savijautą	10,1	6,3	14,7	3,7***	18,0	14,6	14,1	11,4
Pagal AKS matavimo duomenis	10,1	6,3	14,1	5,5**	14,6	14,6	16,7	16,7
Kursais	2,5	1,3	0,0	1,2	1,1	1,1	0,0	1,1
Nereikia naudoti	0,0	1,3	0,6	0,6	1,1	1,1	0,0	0,0
Nežinau	6,4	0,0	3,1	0,0	5,6	2,3	4,5	3,2
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant su 1999 m.

Kontrolinėje bendruomenėje asmenų, kurių nuomone AKS mažinančius vaistus reikia naudoti reguliariai, statistiškai reikšmingai nepasikeitė. Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių duomenis, dalis asmenų, kurių nuomone AKS mažinančius vaistus reikia vartoti reguliariai, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, po metų poveikio bendruomenėje

buvo reikšmingai didesnė negu kontrolinėje (tarp vyrų poveikio bendruomenėje – 83,3 proc., kontrolinėje bendruomenėje – 66,9 proc.,  $p<0,05$ , tarp moterų - atitinkamai 88,2 ir 69,8 proc.,  $p<0,001$ ).

Kokiai daliai AH grupės asmenų gydytojas rekomendavo nemedikamentinio gydymo priemones buvo vertinama atsižvelgiant į nemedikamentinio gydymo tikslingumą: ar asmenims, turintiems antsvorį ar nutukimą, buvo rekomenduotas svorio reguliavimas, vartojantiems AG - AG vartojimo ribojimas, nepakankamai fiziškai aktyviems - fizinio aktyvumo padidinimas. Ar gydytojas rekomendavo mažinti druskos kiekį maiste, buvo vertinama visiems asmenims.

Pirmojo patikrinimo metu dalis asmenų, kuriems gydytojas rekomendavo riboti AG, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, reikšmingai nesiskyrė (4.2.1.2.7 lentelė). Kontrolinėje bendruomenėje buvo daugiau AH grupės vyrų, kuriems gydytojas rekomendavo reguliuoti svorį, negu poveikio bendruomenėje (45,2 proc. vyrų kontrolinėje bendruomenėje, 30,2 proc. – poveikio bendruomenėje,  $p<0,05$ ), ir daugiau vyrų, kuriems gydytojas rekomendavo mažinti druskos kiekį maiste (44,8 proc. vyrų kontrolinėje bendruomenėje, 31,2 proc. – poveikio bendruomenėje,  $p<0,05$ ) bei padidinti fizinį aktyvumą (53,8 proc. vyrų kontrolinėje bendruomenėje, 26,5 proc. – poveikio bendruomenėje,  $p<0,05$ ).

Poveikio bendruomenėje po metų statistiškai reikšmingai padaugėjo vyrų ir moterų, kurie teigė, kad gydytojas jiems rekomendavo nemedikamentines AH gydymo priemones. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.1.2.7 lentelė).

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau AH grupės vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje, kuriems gydytojas rekomendavo svorio reguliavimą ir druskos mažinimą, bei daugiau moterų, kurioms rekomenduotas fizinio aktyvumo padidinimas.

**4.2.1.2.7 lentelė. Vyrų ir moterų, kuriems arterinė hipertenzija nustatyta ir pirmojo, ir antrojo patikrinimų metu, ir kuriems gydytojas rekomendavo nemedikamentines arterinės hipertenzijos gydymo priemones, dalis 1999 ir 2000 m. poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse (proc.)**

Rekomenduotas nemedikamentinis gydymas	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrų			moterų			vyrų			moterų		
	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p
Svorio reguliavimas	30,1	67,6	0,000	33,0	66,0	0,000	45,2*	49,6**	0,427	40,5	47,5****	0,211
Druskos mažinimas	31,2	71,1	0,000	43,2	74,5	0,000	44,8*	46,6****	0,738	45,2	48,4****	0,504
Alkoholinių gėrimų ribojimas	20,8	41,6	0,000	21,7	33,6	0,023	29,7	31,2	0,792	20,9	23,7	0,561
Fizinio aktyvumo didinimas	26,5	69,4	0,000	32,2	69,5	0,000	53,8**	56,4	0,820	27,0	35,1****	0,282

\* -  $p<0,05$ , \*\* -  $p<0,01$ , \*\*\* -  $p<0,001$ , lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris

Pirmojo patikrinimo metu dalis asmenų, kurie teigė, kad reguliariai laikosi nemedikamentinių AH gydymo priemonių, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, reikšmingai nesiskyrė (4.2.1.2.8 lentelė).

Poveikio bendruomenėje po metų statistiškai reikšmingai padaugėjo vyrų ir moterų, kurie teigė, kad laikėsi nemedikamentinių AH gydymo priemonių. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.1.2.8 lentelė).

Analizuojant nemedikamentinio AH gydymo situacijos bendruomenėse po metų duomenis, poveikio bendruomenėje buvo statistiškai reikšmingai daugiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje, kurie teigė, kad reguliariai laikosi druskos kiekio maiste mažinimo ir fizinio aktyvumo padidinimo.

**4.2.1.2.8 lentelė. Vyrų ir moterų, kuriems arterinė hipertenzija nustatyta ir pirmojo, ir antrojo patikrinimų metu, pasiskirstymas pagal arterinės hipertenzijos nemedikamentinio gydymo priemonių laikymąsi poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m. (proc.)**

Nemedikamentinės priemonės	Laikymosi reguliarumas	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
		vyrų			moterų			vyrų			moterų		
		1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p
Svorio reguliavimas	reguliariai	8,8	22,8	0,001	13,1	25,7	0,001	13,9	17,4	0,462	15,2	20,9	0,183
	nereguliariai	11,8	36,0	0,000	22,0	43,5	0,000	22,6*	27,8	0,358	25,3	30,4*	0,313
	nesilaiko	79,4	41,2	0,000	64,9	30,9	0,000	63,5*	54,8*	0,179	59,5	48,7***	0,054
Druskos mažinimas	reguliariai	19,1	53,2	0,000	29,6	64,2	0,000	22,1	25,2***	0,512	28,5	32,6***	0,351
	nereguliariai	8,7	20,2	0,001	10,3	15,6	0,075	16,6*	22,7	0,159	17,6*	22,2	0,230
	nesilaiko	72,3	26,6	0,000	60,1	20,2	0,000	61,3*	52,1***	0,093	53,8	45,2***	0,070
Alkoholinių gėrimų ribojimas	reguliariai	14,1	16,1	0,624	17,5	22,4	0,296	13,0	15,9	0,457	10,8	13,7	0,649
	nereguliariai	6,7	22,1	0,000	7,0	14,0	0,046	12,3	14,5	0,649	7,2	8,6	0,457
	nesilaiko	79,2	61,7	0,000	75,5	63,6	0,028	74,6	69,6	0,348	82,0	77,7**	0,379
Fizinio aktyvumo didinimas	reguliariai	18,4	51,0	0,021	10,2	39,0	0,000	25,6	30,8*	0,609	8,1	9,5***	0,763
	nereguliariai	8,2	22,4	0,036	15,3	33,9	0,015	10,3	12,8	0,708	8,1	8,1***	-
	nesilaiko	73,5	26,5	0,000	74,6	27,1	0,000	64,1	56,4**	0,820	83,8	82,4***	0,670

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris

Poveikio bendruomenėje LNL kitų RV paplitimas tarp AH grupės respondentų po metų tarp moterų reikšmingai nepasikeitė, tarp vyrų – sumažėjo nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas (4.2.1.2.9 lentelė). Kontrolinėje bendruomenėje LNL kitų RV paplitimas tarp AH grupės respondentų reikšmingai nepasikeitė. Lyginant KMI vidurkių pokyčius tarp AH grupės respondentų, poveikio bendruomenėje KMI vidurkiai po metų statistiškai reikšmingai sumažėjo ir tarp vyrų, ir tarp moterų: vyrų KMI vidurkis ir standartinis nuokrypis pirmojo patikrinimo metu -  $27,8 \pm 3,7$ , antrojo patikrinimo -  $27,4 \pm 3,4$ ,  $p < 0,01$ , moterų – atitinkamai  $28,7 \pm 4,6$  ir  $28,0 \pm 4,5$ ,  $p < 0,001$ . Kontrolinėje bendruomenėje KMI vidurkiai tarp AH grupės respondentų po metų pasikeitė nereikšmingai: tarp vyrų pirmojo patikrinimo metu buvo  $27,4 \pm 3,3$ , antrojo patikrinimo metu -  $28,2 \pm 3,4$ ,  $p > 0,05$ , tarp moterų – atitinkamai  $28,6 \pm 4,9$  ir  $28,7 \pm 5,0$ ,  $p > 0,05$ . Lyginant laisvalaikio fizinio aktyvumo valandų per savaitę skaičiaus vidurkių pokyčius tarp AH grupės respondentų, poveikio bendruomenėje jie po metų

statistiškai reikšmingai padidėjo ir tarp vyrų, ir tarp moterų: vyrų laisvalaikio fizinio aktyvumo valandų per savaitę skaičiaus vidurkis ir standartinis nuokrypis pirmojo patikrinimo metu -  $15,8 \pm 12,5$ , pakartotinio -  $17,9 \pm 12,2$  ( $p < 0,01$ ), moterų – atitinkamai  $16,3 \pm 14,7$  ir  $17,3 \pm 12,4$  ( $p < 0,05$ ). Kontrolinėje bendruomenėje laisvalaikio fizinio aktyvumo valandų per savaitę skaičiaus vidurkiai tarp AH grupės respondentų po metų reikšmingai nepasikeitė: tarp vyrų pirmojo patikrinimo metu buvo  $16,5 \pm 11,7$ , antrojo patikrinimo metu -  $16,7 \pm 12,0$ ,  $p > 0,05$ , tarp moterų – atitinkamai  $16,9 \pm 14,4$  ir  $17,1 \pm 14,7$ ,  $p > 0,05$ .

Analizuojant LNL kitų RV paplitimo tarp AH grupės respondentų situaciją bendruomenėse po metų, lyginant bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, tarp moterų buvo reikšmingai mažesnis nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas negu kontrolinėje bendruomenėje, kontrolinėje bendruomenėje rūkė reikšmingai daugiau moterų negu poveikio, kitų LNL RV paplitimas skyrėsi nereikšmingai (4.2.1.2.9 lentelė).

**4.2.1.2.9 lentelė. Lėtinių neinfekcinių ligų kitų rizikos veiksnių paplitimas (proc.) tarp vyrų ir moterų, kuriems arterinė hipertenzija nustatyta ir pirmojo, ir antrojo patikrinimų metu, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m.**

Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai	Poveikio bendruomenė (n =416)						Kontrolinė bendruomenė (n =384)					
	vyrų (n=173)			moterų (n=243)			vyrų (n=163)			moterų (n=221)		
	1999 m.	2000 m.	2000 m. #	1999 m.	2000 m.	2000 m. #	1999 m.	2000 m.	2000 m. #	1999 m.	2000 m.	2000 m. #
Antsvoris ir nutukimas	78,6	78,0	78,8	78,6	75,3	76,6	70,6	70,2	69,8	71,5	71,9	73,8
Rūkymas	23,1	20,8	21,8	2,5	1,6	1,6	23,3	23,9	21,5	7,7	7,2	6,7**#
Nepakankamas fizinis aktyvumas	28,3	19,1*	19,5	24,3	20,6	20,7	23,9	27,6	26,3	33,5	35,7	33,4**#
Rizikingas alkoholinių gėrimų vartojimas	8,7	5,8	6,0	0,4	0,4	0,6	9,8	9,2	8,9	1,4	0,9	0,7

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* -  $p < 0,05$ , lyginant su 1999 m.

\*# -  $p < 0,05$ , \*\*# -  $p < 0,01$ , lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių moterų duomenis

Taikytas poveikis, tarp asmenų, kuriems ir pirmojo, ir antrojo patikrinimų metu nustatyta AH, sąlygojo geresnę AH kontrolę poveikio bendruomenėje. Po metų, tarp respondentų reikšmingai pagerėjo AH kontrolės būklė, sumažėjo SAKS ir DAKS vidurkiai, padaugėjo asmenų, paskutines dvi savaites vartojusių AKS mažinančius vaistus, besilaikančių nemedikamentinių AH gydymo priemonių bei asmenų žinios, kaip reikia vartoti AKS mažinančius vaistus, sumažėjo KMI vidurkiai, padidėjo fizinio aktyvumo laisvalaikio valandų vidurkis. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi. AH kontrolės būklės situacija po metų poveikio bendruomenėje tapo geresnė.

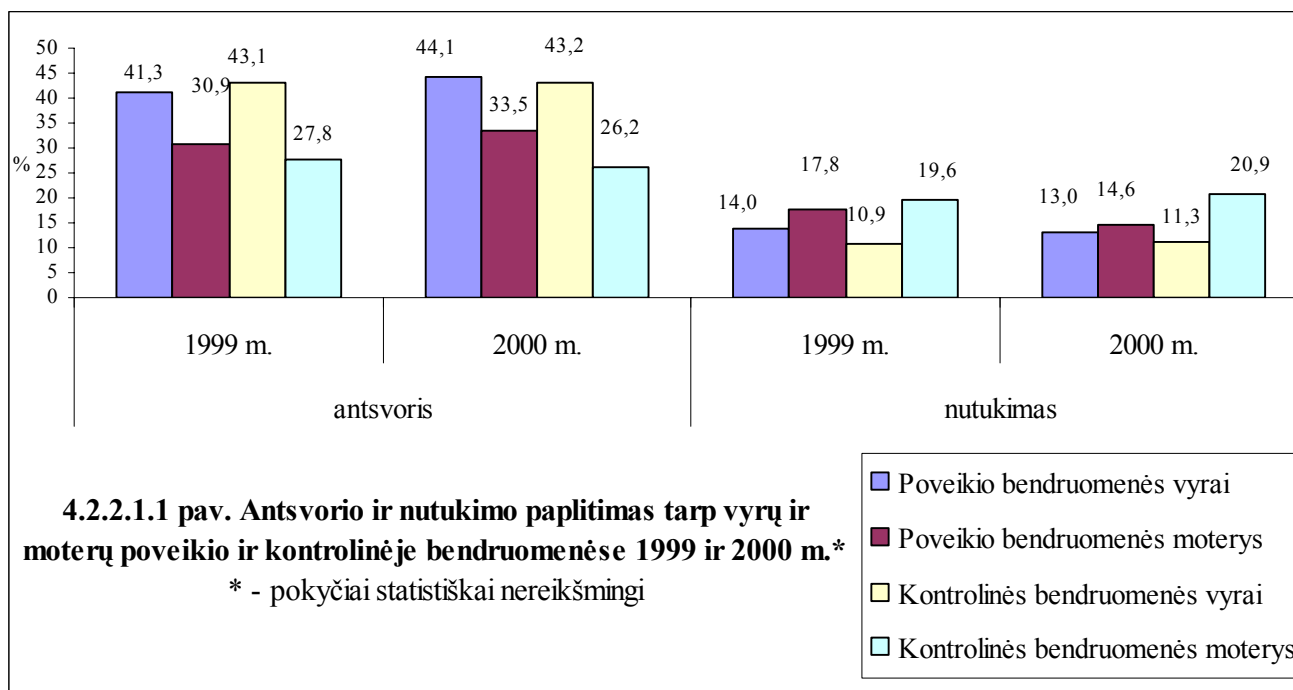
## 4.2.2. Antsvoris ir nutukimas

### 4.2.2.1. Antsvorio ir nutukimo paplitimo pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse

Poveikio bendruomenėje po metų buvo nustatyti 26 nauji padidėjusio kūno svorio atvejai: 11 atvejų (5,9 proc.) tarp vyrų ir 15 atvejų (4,7 proc.) – tarp moterų. Kontrolinėje bendruomenėje po metų buvo nustatyti 25 nauji padidėjusio kūno svorio atvejai: 10 atvejų (5,6 proc.) - tarp vyrų ir 15 atvejų (7,0 proc.) – tarp moterų. Iš tų asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatytas padidėjęs kūno svoris ir kurie dalyvavo antrame patikrinime (poveikio bendruomenėje – 244 vyrai ir 320 moterų, kontrolinėje - 214 vyrų ir 258 moterų), tikrinant po metų normalus kūno svoris buvo nustatytas poveikio bendruomenėje 9 (3,7 proc.) vyrams ir 28 (8,8 proc.) moterims, kontrolinėje – atitinkamai 11 (6,2 proc.) ir 14 (6,5 proc.).

Lyginant KMI vidurkių pokyčius bendruomenėse, poveikio bendruomenėje KMI vidurkiai po metų statistiškai reikšmingai sumažėjo ir tarp vyrų ir tarp moterų: vyrų KMI vidurkis ir standartinis nuokrypis pirmojo patikrinimo metu –  $25,9 \pm 3,7$ , antrojo patikrinimo -  $25,7 \pm 3,6$ ,  $p=0,016$ , moterų – atitinkamai  $25,5 \pm 4,9$  ir  $25,3 \pm 4,8$ ,  $p=0,027$ . Kontrolinėje bendruomenėje KMI vidurkiai po metų nepasikeitė: tarp vyrų pirmojo patikrinimo metu buvo  $25,8 \pm 3,4$ , antrojo patikrinimo metu -  $25,8 \pm 3,2$ ,  $p=0,828$ , tarp moterų – atitinkamai  $25,7 \pm 4,9$  ir  $25,7 \pm 4,8$ ,  $p=0,742$ .

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, antsvorio ir nutukimo paplitimas reikšmingai nepasikeitė.



Poveikio bendruomenėje antsvoris pirmojo patikrinimo metu nustatytas 41,3 proc. vyrų, po metų – 44,1 proc.,  $p>0,05$ , bei - atitinkamai 30,9 proc. ir 33,5 proc. moterų,  $p>0,05$ , nutukimas

pirminio patikrinimo metu - 14,0 proc. vyrų, po metų - 13,0 proc.,  $p>0,05$ , bei atitinkamai 17,8 proc. ir 14,6 proc. moterų,  $p>0,05$ . Kontrolinėje bendruomenėje antsvoris pirminio patikrinimo metu nustatytas 43,1 proc. vyrų, po metų – 43,2 proc.,  $p>0,05$ , bei atitinkamai 27,8 proc. ir 26,2 proc. moterų,  $p>0,05$ , nutukimas pirminio patikrinimo metu - 10,9 proc. vyrų, po metų – 11,3 proc.,  $p>0,05$ , bei atitinkamai 19,6 proc. ir 20,9 proc. moterų,  $p>0,05$ .

Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą antsvorio ir nutukimo paplitimo duomenis, situacija po metų, lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris, skyrėsi nereikšmingai: antsvorio paplitimas tarp vyrų poveikio bendruomenėje buvo 43,2 proc., kontrolinėje – 43,9 proc. ( $p>0,05$ ), tarp moterų – atitinkamai 32,1 ir 26,9 proc. ( $p>0,05$ ); nutukimo paplitimas tarp vyrų poveikio bendruomenėje – 13,6 proc., kontrolinėje – 11,5 proc. ( $p>0,05$ ), tarp moterų – atitinkamai 15,4 ir 19,2 proc. ( $p>0,05$ ).

Lyginant asmenų, kurių kūno svoris padidėjęs, savo svorio vertinimo pokyčius bendruomenėse, poveikio bendruomenėje po metų buvo reikšmingai mažiau vyrų ir moterų, kurie manė, kad jų svoris nepadidėjęs: pirmojo patikrinimo metu iš 244 vyrų, kurių kūno svoris padidėjęs, buvo 84 (32,7 proc.), antrojo patikrinimo metu – iš 246 vyrų – 45 (19,7 proc.),  $p<0,001$ ; tarp moterų pirmojo patikrinimo metu iš 320, kurių kūno svoris padidėjęs, 57 (18,3 proc.), antrojo patikrinimo metu – iš 307 moterų – 33 (9,3 proc.),  $p<0,01$ . Kontrolinėje bendruomenėje asmenų, kurių kūno svoris padidėjęs bei nemanančių, kad jų svoris per didelis, statistiškai reikšmingai nepakito: pirmojo patikrinimo metu iš 236 vyrų, kurių kūno svoris padidėjęs, buvo 103 (34,7 proc.), antrojo patikrinimo metu – iš 213 vyrų – 84 (33,2 proc.),  $p>0,05$  bei pirmojo patikrinimo metu iš 297 moterų, kurių kūno svoris padidėjęs, buvo 80 (22,0 proc.), antrojo patikrinimo metu – iš 259 moterų – 65 (20,9 proc.),  $p>0,05$ .

Analizuojant savo svorio vertinimo situaciją bendruomenėse po metų, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kurių kūno svoris padidėjęs, buvo reikšmingai mažiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje, nemanančių, kad jų svoris per didelis (21,8 proc. vyrų poveikio bendruomenėje, 32,0 proc. – kontrolinėje,  $p<0,05$  bei – atitinkamai 10,4 ir 18,7 proc. moterų,  $p<0,01$ ).

Poveikio bendruomenėje po metų pagerėjo žmonių savo svorio vertinimo būklė, sumažėjo KMI vidurkiai. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo nereikšmingi.

#### **4.2.2.2. Antsvorio ir nutukimo kontrolės pokyčiai po vienerių metų tarp respondentų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatytas padidėjęs kūno svoris, kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse**

Antsvorio ir nutukimo kontrolės pokyčiai bendruomenėse buvo analizuojami tarp respondentų, kuriems padidėjęs kūno svoris nustatytas pirmojo patikrinimo metu ir kurie dalyvavo antrame patikrinime (poveikio bendruomenėje 244 vyrų ir 320 moterų, kontrolinėje – atitinkamai 214 ir 258).



Poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatytas padidėjęs kūno svoris, po vienerių metų buvo stebimas KMI vidurkio sumažėjimas ir tarp vyrų, ir tarp moterų. Kontrolinėje bendruomenėje KMI vidurkių pokyčiai tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatytas padidėjęs kūno svoris, buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.2.2.1 lentelė).

**4.2.2.2.1 lentelė. Vyrų ir moterų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatyta padidėjęs kūno svoris, kūno masės indekso vidurkiai ir jų standartiniai nuokrypiai pagal amžių poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m.**

Amžius, metai	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrų (n=244)		moterų (n=320)		vyrų (n=214)		moterų (n=258)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
16-24	26,9±2,1	26,7±3,1	29,1±2,9	28,5±2,8*	26,6±1,3	26,6±1,2	29,4±3,4	29,3±3,3
25-34	28,0±2,4	27,2±2,1***	29,1±4,0	28,7±3,8	27,3±2,4	27,3±2,3	29,7±3,9	29,6±3,7
35-44	28,7±2,8	28,1±2,4**	28,0±2,7	26,9±2,7**	28,6±2,8	28,6±2,7	28,4±3,3	28,4±3,2
45-54	29,4±3,8	29,1±3,6*	28,7±3,7	28,2±3,8**	27,9±2,5	27,8±2,4	29,1±4,1	29,1±4,2
55-64	28,4±2,6	27,6±2,3**	29,9±4,0	29,3±4,3***	28,3±2,5	28,4±2,9	30,2±3,3	30,3±3,5
65+	28,6±2,6	28,3±2,6**	29,4±3,7	28,7±3,7***	28,9±2,2	28,9±2,4	30,9±3,7	30,8±3,6
Iš viso	28,5±2,8	28,0±2,7***	29,3±3,7	28,6±3,6***	28,2±2,5	28,2±2,6	30,0±3,7	29,9±3,6

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant su 1999 m.

Poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatytas padidėjęs kūno svoris, po metų reikšmingai padaugėjo vyrų ir moterų, kuriems gydytojas paskutinių 12 mėn. bėgyje rekomendavo mažinti kūno svorį. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.2.2.2 lentelė).

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatytas padidėjęs kūno svoris, buvo reikšmingai daugiau vyrų ir moterų, kuriems gydytojas paskutinių 12 mėn. rekomendavo mažinti kūno svorį, negu kontrolinėje bendruomenėje.

**4.2.2.2.2 lentelė. Vyrų ir moterų, kurių kūno svoris pirmojo patikrinimo metu buvo padidėjęs, pasiskirstymas pagal tai, ar gydytojas jiems rekomendavo mažinti svorį, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m.**

Ar gydytojas rekomendavo mažinti svorį	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrų (n=244)		moterų (n=320)		vyrų (n=214)		moterų (n=258)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
Ne	76,2	40,7***	70,0	38,7***	68,7	66,5	68,2	67,1
Taip, paskutinių 12 mėn. bėgyje	12,3	55,7***	15,9	57,8***	18,7	21,3	19,4	21,3
Taip, anksčiau negu prieš metus	9,0	2,8**	12,2	2,9***	10,3	9,9	8,9	8,1
Nepprisimenu	2,5	0,8	1,9	0,6	2,3	2,3	3,5	3,5
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant su 1999 m.

Poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatytas padidėjęs kūno svoris, reikšmingai padaugėjo vyrų ir moterų, kurie teigė, kad jiems pavyko kūno svorį sumažinti. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.2.2.3 lentelė).

**4.2.2.2.3 lentelė. Vyrų ir moterų, kurių kūno svoris pirmojo patikrinimo metu buvo padidėjęs, pasiskirstymas pagal tai, ar jiems pavyko svorį sumažinti, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m.**

Ar Jums pavyko svorį sumažinti?	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrų (n=244)		moterų (n=320)		vyrų (n=214)		moterų (n=258)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
Ne	75,8	36,1***	64,7	36,2***	68,2	65,4	63,6	60,8
Taip	8,6	16,4**	12,2	18,1*	6,6	7,9	8,5	10,1
Dalinai	15,6	47,5***	23,1	45,7***	25,2	26,7	27,9	29,1
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant su 1999 m.

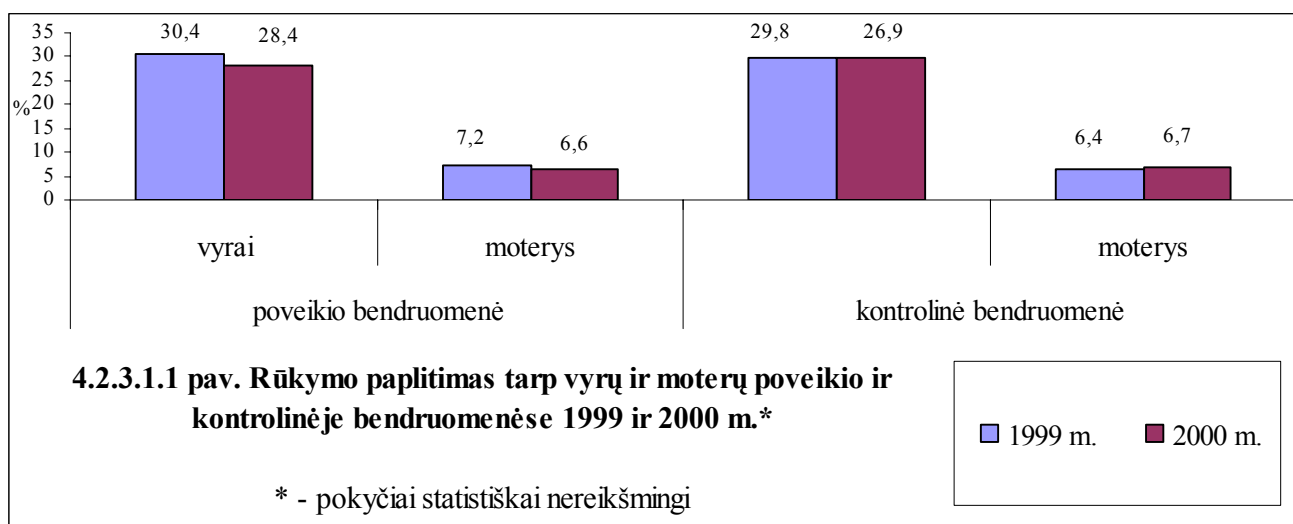
Taikytas poveikis, tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatytas padidėjęs kūno svoris, sąlygojo geresnę padidėjusio kūno svorio kontrolę poveikio bendruomenėje. Po metų tarp respondentų reikšmingai sumažėjo KMI vidurkiai, padaugėjo asmenų, kuriems gydytojas rekomendavo mažinti kūno svorį bei asmenų, kurie teigė, jog kūno svorį pavyko sumažinti. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi.

### 4.2.3. Rūkymas

#### 4.2.3.1. Rūkymo paplitimo pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse

Poveikio bendruomenėje po metų 9 asmenys, kurie pirmojo patikrinimo metu nerūkė, pradėjo reguliariai rūkyti: 6 vyrai (2,0 proc.) ir 3 moterys (0,5 proc.). Kontrolinėje bendruomenėje po metų pradėjo reguliariai rūkyti 10 asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu nerūkė: 6 vyrai (2,2 proc.) ir 4 moterys (0,8 proc.). Iš tų asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu reguliariai rūkė ir kurie dalyvavo antrame patikrinime (poveikio bendruomenėje – 128 vyrai ir 48 moterys, kontrolinėje - 116 vyrų ir 37 moterys), tikrinant po metų teigė, jog metė rūkyti poveikio bendruomenėje 7 vyrai (5,5 proc.) ir 4 moterys (8,3 proc.), kontrolinėje – atitinkamai 3 (2,6 proc.) ir 2 (5,4 proc.); teigė, jog rūko retkarčiais poveikio bendruomenėje 6 vyrai (4,7 proc.) ir 7 moterys (10,4 proc.), kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 3 vyrai (2,6 proc.) ir 2 moterys (5,4 proc.).

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, rūkymo paplitimas reikšmingai nepasikeitė (4.2.3.1.1 pav.). Poveikio bendruomenėje pirmojo patikrinimo metu reguliariai rūkė 30,4 proc. vyrų, po metų – 28,1 proc.,  $p > 0,05$ , bei - atitinkamai 7,2 proc. ir 6,6 proc. moterų,  $p > 0,05$ . Kontrolinėje bendruomenėje pirmojo patikrinimo metu reguliariai rūkė 29,8 proc. vyrų, po metų – 29,7 proc.,  $p > 0,05$ , bei atitinkamai 6,4 proc. ir 6,7 proc. moterų,  $p > 0,05$ .



Lyginat rūkymo paplitimo situaciją bendruomenėse po metų, standartizuotas pagal išsimokslinimą rūkymo paplitimas poveikio bendruomenėje tarp vyrų buvo 26,9 proc., tarp moterų – 5,4 proc., kontrolinėje – atitinkamai 31,7 proc. ir 7,8 proc.; lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris rūkymo paplitimas skyrėsi nereikšmingai.

Rūkymo paplitimas bendruomenėse po metų reikšmingai nepasikeitė.

#### **4.2.3.2. Rūkymo kontrolės pokyčiai po vienerių metų tarp respondentų, kurie pirmojo patikrinimo metu reguliariai rūkė, kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse**

Rūkymo pokyčiai bendruomenėse buvo analizuojami tarp respondentų, kurie reguliariai rūkė ir pirmojo, ir antrojo patikrinimo metu (poveikio bendruomenėje 115 vyrų ir 39 moterų, kontrolinėje – atitinkamai 110 ir 33).

Vertinant rūkymo intensyvumo pokyčius po metų bendruomenėse pagal surūkomų cigarečių skaičių per dieną, nustatyta, kad poveikio bendruomenėje tarp reguliariai rūkančiųjų sumažėjo rūkymo intensyvumas ir tarp vyrų, ir tarp moterų: vyrų per dieną surūkomų cigarečių skaičiaus vidurkis ir standartinis nuokrypis pirmojo patikrinimo metu –  $15,9 \pm 6,9$ , antrojo patikrinimo –  $13,1 \pm 5,2$ ,  $p < 0,05$ , moterų – atitinkamai  $6,3 \pm 5,8$  ir  $4,2 \pm 4,1$ ,  $p < 0,05$ . Kontrolinėje bendruomenėje per dieną surūkomų cigarečių skaičiaus vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai po metų reikšmingai nepasikeitė: tarp vyrų pirmojo patikrinimo metu buvo  $14,8 \pm 6,7$ , antrojo patikrinimo metu -  $14,6 \pm 6,5$ ,  $p > 0,05$ , tarp moterų – atitinkamai  $11,4 \pm 4,9$  ir  $11,6 \pm 5,1$ ,  $p > 0,05$ .

Poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kurie pirmojo ir antrojo patikrinimų metu reguliariai rūkė, po metų reikšmingai padaugėjo vyrų, kurie norėtų mesti rūkyti. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.3.2.1 lentelė). Lyginant situaciją bendruomenėse po metų, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau reguliariai rūkančių vyrų, kurie norėtų mesti rūkyti.

**4.2.3.2.1. lentelė. Reguliariai rūkančių vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar norėtų mesti rūkyti, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m. (proc.)**

Ar norėtų mesti rūkyti	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrų (n=115)		moterų (n=39)		vyrų (n=110)		moterų (n=33)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
Ne	13,9	10,4	30,8	20,6	22,7	20,9	15,2	12,1
Taip	58,3	71,3*	43,6	61,5	54,5	55,4*#	66,6	69,7
Abejoju	27,8	18,3	25,6	17,9	22,8	23,7	18,2	18,2
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* -  $p < 0,05$ , lyginant su 1999 m.

\*# -  $p < 0,05$ , lyginant bendruomenių vyrus

Poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu reguliariai rūkė, po metų reikšmingai padaugėjo vyrų ir moterų, kuriems gydytojas per paskutinius 12 mėn. patarė mesti rūkyti. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.3.2.2 lentelė).

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu rūkė, buvo reikšmingai daugiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje, kuriems gydytojas paskutinių 12 mėn. rekomendavo mesti rūkyti.

**4.2.3.2.2 lentelė. Reguliariai rūkančių vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar gydytojas per paskutinius 12 mėn. jiems rekomendavo mesti rūkyti, poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m. (proc.)**

Ar gydytojas rekomendavo mesti rūkyti	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrų (n=115)		moterų (n=39)		vyrų (n=110)		moterų (n=33)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
Ne	34,8	8,7***	48,7	12,9***	29,0	27,3	42,4	39,3
Taip	33,9	88,7***	25,6	84,6***	30,0	31,8	21,2	24,2
Nesilankiau pas gydytoją	31,3	2,6***	25,7	2,5***	41,0	40,9	36,4	36,5
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant su 1999 m.

Poveikio bendruomenėje po metų tarp reguliariai rūkančių asmenų sumažėjo per dieną surūkomų cigarečių skaičiaus vidurkiai, padaugėjo vyrų, kurie norėtų mesti rūkyti, bei asmenų, kuriems gydytojas per paskutinius 12 mėn. patarė mesti rūkyti. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingi.

**4.2.4. Alkoholinių gėrimų vartojimas**

Asmenų, vartojančių rizikingą AG kiekį, paplitimas bendruomenėse reikšmingai nepasikeitė: poveikio bendruomenėje tarp vyrų sumažėjo nuo 10,3 iki 7,7 proc. ( $p > 0,05$ ), tarp moterų - nuo 1,4 iki 1,3 proc. ( $p > 0,05$ ), kontrolinėje bendruomenėje tarp vyrų sumažėjo nuo 19,6 iki 18,9 proc. ( $p > 0,05$ ), tarp moterų – beveik nepakitė - atitinkamai 2,2 ir 2,1 proc.

Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą rizikingo AG vartojimo paplitimo duomenis, situacija po metų, lyginant bendruomenių moteris, skyrėsi nereikšmingai: poveikio bendruomenėje rizikingo AG vartojimo paplitimas buvo 1,5 proc., kontrolinėje - 1,9 proc. ( $p>0,05$ ), tarp kontrolinės bendruomenės vyrų rizikingo AG vartojimo paplitimas buvo reikšmingai didesnis negu poveikio bendruomenėje (atitinkamai 17,6 ir 8,1 proc.,  $p<0,05$ ).

Poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu varto rizikingą AG kiekį, dalis vyrų ir moterų, kuriems gydytojas per paskutinius 12 mėn. patarė mažiau vartoti AG, po metų abiejose bendruomenėse reikšmingai nepasikeitė: tarp vyrų poveikio bendruomenėje pirmojo patikrinimo metu – 12,1 proc., antrojo patikrinimo metu – 18,2 proc. ( $p>0,05$ ), kontrolinėje – atitinkamai 8,1 ir 9,0 proc. ( $p>0,05$ ), tarp moterų - poveikio bendruomenėje pirmojo patikrinimo metu – 12,1 proc., antrojo patikrinimo metu – 25,0 proc. ( $p>0,05$ ), kontrolinėje – atitinkamai 9,1 ir 18,2 proc. ( $p>0,05$ ).

Poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu varto rizikingą AG kiekį, dalis asmenų, kurie teigė, kad jiems per paskutinius 12 mėn. pavyko mažiau vartoti AG, po metų abiejose bendruomenėse reikšmingai nepasikeitė: tarp vyrų poveikio bendruomenėje pirmojo patikrinimo metu buvo 10,1 proc., antrojo patikrinimo metu – 12,2 proc. ( $p>0,05$ ), kontrolinėje – atitinkamai 7,8 ir 8,2 proc. ( $p>0,05$ ), tarp moterų - poveikio bendruomenėje pirmojo patikrinimo metu – 16,1 proc., antrojo patikrinimo metu – 19,6 proc. ( $p>0,05$ ), kontrolinėje – atitinkamai 14,1 ir 18,2 proc. ( $p>0,05$ ).

Asmenų, vartojančių rizikingą alkoholinių gėrimų kiekį, paplitimas abiejose bendruomenėse po metų reikšmingai nepasikeitė.

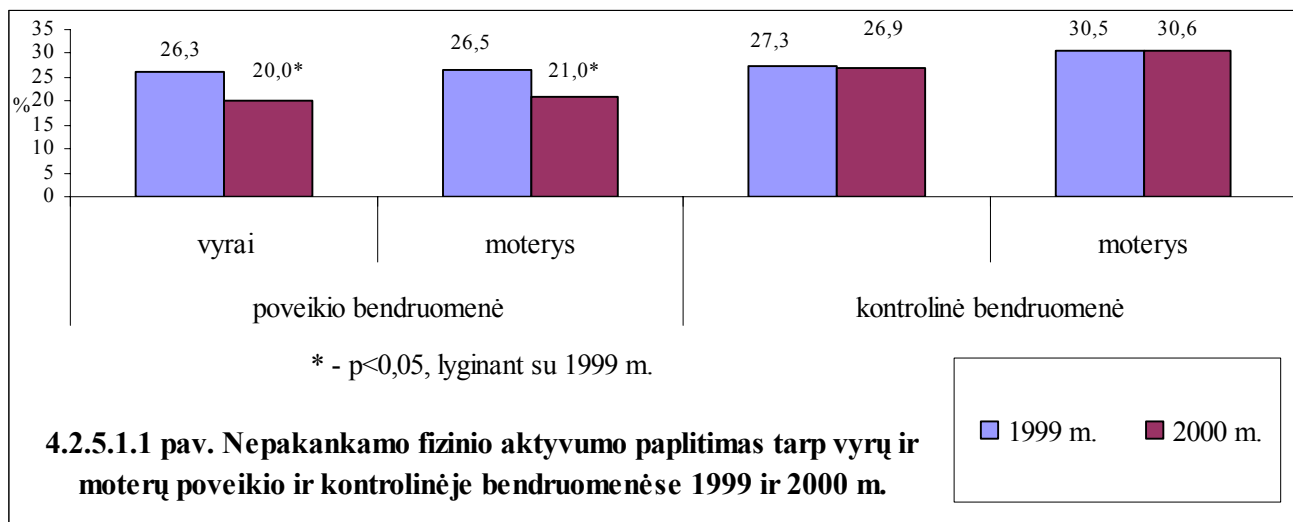
#### **4.2.5. Nepakankamas fizinis aktyvumas**

##### **4.2.5.1. Nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimo pokyčiai po vienerių metų kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse**

Poveikio bendruomenėje po metų 13 asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu buvo pakankamai fiziškai aktyvūs, antrojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs: 7 vyrai (2,3 proc.) ir 6 moterys (1,2 proc.), kontrolinėje bendruomenėje - atitinkamai 15 asmenų: 8 vyrai (2,8 proc.) ir 7 moterys (1,9 proc.). Iš tų asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs ir kurie dalyvavo antrame patikrinime (poveikio bendruomenėje – 122 vyrai ir 157 moterys, kontrolinėje - 101 vyras ir 171 moteris), tikrinant po metų poveikio bendruomenėje pakankamai fiziškai aktyviais tapo 43 vyrai (35,2 proc.) ir 29 moterys (18,5 proc.), kontrolinėje – atitinkamai 4 (4,0 proc.) ir 10 (5,8 proc.). Lyginant bendruomenes, poveikio bendruomenėje reikšmingai daugiau negu kontrolinėje bendruomenėje vyrų ( $p<0,001$ ) ir moterų ( $p<0,001$ ), kurie

pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs, po metų tapo pakankamai fiziškai aktyvūs.

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, poveikio bendruomenėje po metų sumažėjo nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų (tarp vyrų - nuo 26,3 iki 20,0 proc.,  $p < 0,05$ , tarp moterų – nuo 26,5 iki 21,0 proc.,  $p < 0,05$ ). Nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų dalis kontrolinėje bendruomenėje po metų reikšmingai nepasikeitė: pirmojo patikrinimo metu tarp vyrų buvo 27,3 proc., antrojo patikrinimo metu – 26,9 proc.,  $p > 0,05$ , tarp moterų atitinkamai – 30,5 ir 30,6 proc.,  $p > 0,05$  (4.2.5.1.1 pav.).



Lyginat nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimo situaciją bendruomenėse po metų, standartizuotas pagal išsimokslinimą nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai mažesnis negu kontrolinėje ir tarp vyrų (poveikio bendruomenėje - 20,1 proc., kontrolinėje - 26,1 proc.,  $p < 0,05$ ), ir tarp moterų (atitinkamai 21,3 ir 31,0 proc.,  $p < 0,001$ ).

Poveikio bendruomenėje po metų reikšmingai sumažėjo nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas, kontrolinėje bendruomenėje – pasikeitė nereikšmingai.

#### 4.2.5.2. Nepakankamo fizinio aktyvumo kontrolės pokyčiai po vienerių metų tarp respondentų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatytas nepakankamas fizinis aktyvumas, kontrolinėje ir poveikio bendruomenėse

Analizuojant pokyčius tarp respondentų, kurie pirmojo sveikatos patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs, poveikio bendruomenėje reikšmingai padaugėjo asmenų, kuriems gydytojas per paskutinius 12 mėnesių rekomendavo padidinti fizinį aktyvumą (tarp vyrų - nuo 6,6 proc. iki 49,2 proc.,  $p < 0,001$ , tarp moterų - nuo 7,6 iki 48,4 proc.,  $p < 0,001$ ). Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.5.2.1 lentelė).

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs, buvo reikšmingai daugiau vyrų ir

moterų, kuriems gydytojas paskutinių 12 mėn. rekomendavo padidinti fizinį aktyvumą, negu kontrolinėje bendruomenėje.

**4.2.5.2.1 lentelė. Vyrų ir moterų, kurie pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs, ir kuriems gydytojas per 12 mėn. rekomendavo padidinti fizinį aktyvumą, dalis poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m. pagal amžių (proc.)**

Amžius, metai	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrų (n=122)			moterų (n=157)			vyrų (n=101)			moterų (n=171)		
	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p
16-24	6,3	43,8	0,003	5,3	57,9	0,000	9,1	13,6	0,332	0,0	2,9	-
25-34	5,6	61,1	0,000	5,6	33,3	0,012	5,6	11,1	0,451	0,0	5,3	-
35-44	5,2	52,6	0,000	7,7	53,8	0,000	36,4	27,3	0,632	4,8	9,5	0,453
45-54	7,1	42,9	0,010	14,3	64,3	0,003	21,4	28,6	0,644	6,7	13,3	0,449
55-64	9,2	54,5	0,000	3,0	51,5	0,000	25,0	16,7	0,581	12,0	8,0	0,599
65+	9,1	42,4	0,000	10,6	40,4	0,000	8,3	12,5	0,598	8,9	7,1	0,713
Iš viso	6,6	49,2	0,000	7,6	48,4	0,000	14,9	16,8***	0,696	5,8	7,0***	0,652

\*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris

Poveikio bendruomenėje reikšmingai padaugėjo asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs, ir kurie teigė, kad jiems pavyko padidinti fizinį aktyvumą per paskutinius 12 mėn. (tarp vyrų - nuo 10,7 iki 32,8 proc.,  $p < 0,001$ , tarp moterų - nuo 12,7 iki 39,5 proc.,  $p < 0,001$ ). Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi (4.2.5.2.2 lentelė).

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų duomenis, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai didesnė dalis asmenų negu kontrolinėje bendruomenėje, kurie pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs ir kurie teigė, jog per 12 mėn. jiems pavyko padidinti fizinį aktyvumą, ir tarp vyrų, ir tarp moterų (tarp vyrų poveikio bendruomenėje – 32,5 proc. kontrolinėje – 6,0 proc. ( $p < 0,001$ ), tarp moterų – atitinkamai 37,0 ir 7,5 proc. ( $p < 0,001$ )).

**4.2.5.2.2 lentelė. Vyrų ir moterų, kurie pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs, ir kuriems per 12 mėn. pavyko padidinti fizinį aktyvumą, dalis poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m. pagal amžių (proc.)**

Amžius, metai	Poveikio bendruomenė						Kontrolinė bendruomenė					
	vyrų (n=122)			moterų (n=157)			vyrų (n=101)			moterų (n=171)		
	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p	1999 m.	2000 m.	p
16-24	0,0	25,0	-	31,6	36,8	0,726	9,1	4,5	0,454	14,3	11,4	0,707
25-34	5,6	22,2	0,081	22,2	38,9	0,259	5,6	11,1	0,451	0,0	5,3	-
35-44	15,8	31,6	0,224	11,5	42,3	0,007	9,1	18,2	0,443	4,8	9,5	0,453
45-54	5,7	35,7	0,028	7,1	50,0	0,003	21,4	14,3	0,314	0,0	6,7	-
55-64	18,2	59,1	0,003	12,1	45,5	0,001	0,0	8,3	-	8,0	4,0	0,455
65+	15,2	24,2	0,334	4,3	31,9	0,000	0,0	4,2	-	3,6	5,4	0,607
Iš viso	10,7	32,8	0,000	12,7	39,5	0,000	6,9	8,9	0,590	5,8	7,0	0,652

Lyginant fizinio aktyvumo valandų per savaitę laisvalaikiu vidurkių pokyčius bendruomenėse, poveikio bendruomenėje po metų vidurkiai statistiškai reikšmingai padidėjo ir tarp vyrų, ir tarp moterų, kurie pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs: vyrų vidurkis ir standartinis nuokrypis pirmojo patikrinimo metu – 4,2±2,9, antrojo patikrinimo – 5,4±3,3, p<0,05, moterų – atitinkamai 4,6±2,8 ir 5,9±3,2, p<0,05. Kontrolinėje bendruomenėje fizinio aktyvumo valandų per savaitę laisvalaikiu vidurkiai po metų reikšmingai nepasikeitė: vyrų pirmojo patikrinimo metu buvo 4,1±2,6, antrojo patikrinimo metu – 4,2±2,7, p>0,05, moterų – atitinkamai 4,6±2,8 ir 4,7±2,9, p>0,05.

Poveikio bendruomenėje po metų tarp asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs, reikšmingai padaugėjo vyrų ir moterų, kuriems gydytojas per paskutinius 12 mėnesių rekomendavo padidinti fizinį aktyvumą bei asmenų, kurie teigė, jog jiems pavyko fizinį aktyvumą padidinti, padidėjo fizinio aktyvumo valandų per savaitę laisvalaikiu vidurkiai. Kontrolinėje bendruomenėje situacija reikšmingai nepasikeitė.

#### 4.2.6. Mitybos įpročiai

Po metų poveikio bendruomenėje reikšmingai pagerėjo kai kurie mitybos įpročiai .

**4.2.6.1 lentelė. Vyrų ir moterų, kurie laikosi tam tikrų mitybos įpročių, dalis poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m. (proc.)**

Mitybos įpročiai	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrų (n=433)		moters (n=636)		vyrų (n=391)		moters (n=549)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
Maistui gaminti vartoja aliejų	91,6	94,0	95,5	97,0	79,9	82,4	87,3	89,3
Tepa ant duonos sviestą	55,7	43,6***	57,2	46,9***	48,1	47,2	46,8	45,9
Geria nenugriebtą pieną	22,7	16,6*	23,5	16,2***	20,5	19,9	23,7	23,1
Valgo riebią mėsą 1 kartą per savaitę ar rečiau	63,5	74,8***	82,4	86,1*	71,9	72,3	80,2	82,8
Valgo žuvį bent 2 kartus per savaitę	38,7	45,7*	34,5	47,1***	41,5	42,1	46,3	46,8
Valgo bent 4 kiaušinius per savaitę	34,8	34,9	21,3	24,5	57,9	58,4	32,6	31,7
Papildomai deda druskos į maistą	45,9	44,1	36,4	34,1	71,2	70,2	65,5	63,8
Valgo žalias ar virtas daržoves bent 6 dienas per savaitę	60,3	64,2	63,8	70,6**	29,6	30,6	30,1	32,1
Valgo vaisius ar uogas bent 6 dienas per savaitę	53,1	54,9	62,2	64,8	25,6	25,9	35,3	37,1
Valgo košes 4-7 kartus per savaitę	18,7	24,7*	24,6	30,0*	15,7	16,7	21,5	22,8
Valgo bent 3 riekelės juodos duonos per dieną	37,7	38,4	27,3	28,9	39,1	40,2	34,8	33,8

\* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001, lyginant su 1999 m.



Poveikio bendruomenėje reikšmingai padaugėjo vyrų ir moterų, kurie valgo žuvį bent 2 kartus per savaitę, valgo košes 4-7 kartus per savaitę, riebią mėsą valgo 1 kartą per savaitę arba rečiau, padaugėjo moterų, kurios bent 6 dienas per savaitę valgo žalias ar virtas daržoves bent 6 dienas per savaitę, reikšmingai sumažėjo vyrų ir moterų, kurie tepa ant duonos sviestą, geria nenugriebtą pieną (4.2.6.1 lentelė). Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistikai nereikšmingi.

Analizuojant mitybos įpročių situaciją bendruomenėse po metų, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, reikšmingai daugiau poveikio negu kontrolinės bendruomenės vyrų ir moterų maisto gaminimui dažniausiai vartojo aliejų (93,7 proc. poveikio bendruomenės vyrų ir 83,8 proc. – kontrolinės,  $p<0,001$  bei – atitinkamai 96,6 ir 90,7 proc. moterų,  $p<0,001$ ), valgė daržoves (žalias ar virtas, mišraines) bent 6 kartus per savaitę (62,9 proc. vyrų poveikio bendruomenėje, 32,4 proc. – kontrolinėje,  $p<0,001$  bei moterų - atitinkamai 68,4 ir 33,8 proc.,  $p<0,001$ ), valgė vaisius ar uogas bent 6 kartus per savaitę (52,6 proc. vyrų poveikio bendruomenėje ir 28,1 proc.,  $p<0,001$  bei moterų - 63,7 ir 38,3 proc.,  $p<0,001$ ), valgė kruopų košes 4-7 kartus per savaitę (tarp vyrų poveikio bendruomenėje – 22,9 proc., kontrolinėje – 17,4 proc.,  $p<0,05$ , tarp moterų – atitinkamai 29,1 ir 24,1 proc.,  $p<0,05$ ), reikšmingai mažiau vyrų ir moterų poveikio bendruomenėje negu kontrolinėje papildomai dėjo druskos į paruoštą maistą (46,1 proc. vyrų poveikio bendruomenėje, 68,8 proc. – kontrolinėje,  $p<0,001$  bei moterų - atitinkamai 35,2 ir 61,4 proc.,  $p<0,001$ ), reikšmingai mažiau moterų poveikio bendruomenėje negu kontrolinėje gėrė nenugriebtą pieną (18,0 proc. poveikio bendruomenėje, 22,6 proc. – kontrolinėje,  $p<0,05$ ). Kiti mitybos įpročiai bendruomenėse po metų, lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris, reikšmingai nesiskyrė.

Poveikio bendruomenėje po metų tarp vyrų ir moterų buvo reikšmingai daugiau asmenų, kurie teigė, kad per praėjusius 12 mėnesių sumažino riebalų kiekį maiste, pakeitė riebalų rūšį, padidino daržovių vartojimą, sumažino druskos vartojimą, o tarp poveikio bendruomenės moterų – ir sumažino cukraus vartojimą (4.2.6.2 lentelė).

**4.2.6.2 lentelė. Vyrų ir moterų dalis, pakeitusių mitybos įpročius dėl sveikatos per praėjusius 12 mėn., poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse 1999 ir 2000 m. (proc.)**

Mitybos pokyčiai	Poveikio bendruomenė				Kontrolinė bendruomenė			
	vyrai (n=433)		moters (n=636)		vyrai (n=391)		moters (n=549)	
	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.	1999 m.	2000 m.
Sumažino riebalų kiekį maiste	17,9	50,1***	27,7	53,6***	16,9	18,4	25,0	26,2
Pakeitė riebalų rūšį	11,6	17,8**	12,2	19,8***	10,0	10,7	10,7	11,7
Padidino daržovių vartojimą	21,8	41,8***	34,0	49,7***	19,4	21,5	27,5	29,0
Sumažino cukraus vartojimą	11,6	11,8	19,2	24,9*	10,7	11,8	16,2	17,3
Sumažino druskos vartojimą	17,4	34,6***	25,4	39,5***	19,2	20,7	20,6	21,9
Mitybos įpročių nepakeitė	59,6	30,9***	46,1	26,8***	59,3	58,8	57,0	51,9

\* -  $p<0,05$ , \*\*\* -  $p<0,001$ , lyginant su 1999 m.

Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi. Poveikio bendruomenėje reikšmingai sumažėjo asmenų, kurie nepakeitė mitybos įpročių per praėjusius 12 mėn.

Poveikio bendruomenėje reikšmingai padaugėjo asmenų, kurie per paskutinius 12 mėn. pakeitė mitybos įpročius dėl sveikatos, kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistikai nereikšmingi. Po metų poveikio bendruomenėje mitybos įpročiai buvo reikšmingai sveikesni: poveikio bendruomenės respondentai dažniau vartojo daržoves, vaisius ar uogas, kruopų košes, dažniau maistui gaminti vartojo aliejų, dažniau vartojo žuvis, reikšmingai mažiau poveikio bendruomenės asmenų negu kontrolinės papildomai dėjo druskos į paruoštą maistą.

#### 4.2.7. Kai kurių gyvenamosios įpročių keitimą paskatinusių veiksnių palyginimas tarp poveikio ir kontrolinės bendruomenių

Poveikio bendruomenėje keisti gyvenamosios įpročius per paskutinius 12 mėn. didžiausiai daliai asmenų padėjo apsispręsti medikai, antrą vietą užėmė sanitarinio švietimo priemonės, literatūra, televizija, paskaitos ir kt. (4.2.7.1 lentelė).

##### 4.2.7.1 lentelė. Vyrų ir moterų, kurie per praėjusius 12 mėn. pakeitė gyvenimo įpročius, pasiskirstymas, pagal tai kas padėjo apsispręsti keisti gyvenimo įpročius 2000 m. (proc.)

###### Poveikio bendruomenė

Kas paskatino apsispręsti keisti gyvenimą	Gyvenamosios įpročių pokyčiai							
	mažino kūno svorį		mažiau vartojo riebaus maisto		mažiau vartojo alkoholinių gėrimų		padidino fizinį aktyvumą	
	vyrų n=156	moterų n=204	vyrų n=216	moterų n=341	vyrų n=62	moterų n=66	vyrų n=119	moterų n=235
Šeimos nariai	8,3	4,4	4,6	3,2	25,8	6,0	15,9	8,1
Draugai, bendradarbiai	1,3	3,4	2,3	2,6	1,6	1,5	2,5	5,5
Medikai	55,1	56,9	69,4	64,2	37,1	60,7	67,2	64,7
San. švietimo priemonės, literatūra, televizija, ir kt.	35,3	33,8	23,7	29,4	35,5	30,3	13,6	20,8
Sveikatingumo mokykla	0,0	1,5	0,0	0,6	0,0	1,5	0,8	0,9
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

###### Kontrolinė bendruomenė

Kas paskatino apsispręsti keisti gyvenimą	Gyvenamosios įpročių pokyčiai							
	mažino kūno svorį		mažiau vartojo riebaus maisto		mažiau vartojo alkoholinių gėrimų		padidino fizinį aktyvumą	
	vyrų n=74	moterų n=101	vyrų n=72	moterų n=144	vyrų n=68	moterų n=61	vyrų n=61	moterų n=83
Šeimos nariai	25,6***	23,7***	29,2***	10,4**	29,4	39,3***	19,7	27,9***
Draugai, bendradarbiai	10,8**	20,8***	13,9***	22,2***	14,7	14,8**	22,9***	18,1***
Medikai	33,8**	34,6***	34,7***	34,0***	20,6*	16,4***	24,6***	16,7***
San. švietimo priemonės, literatūra, televizija, ir kt.	29,8	19,9*	20,8	32,0	35,3	29,5	29,5*	31,3
Sveikatingumo mokykla	0,0	1,0	1,4	1,4	0,0	0,0	3,3	6,0
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ , lyginant su kontroline bendruomene

Kontrolinėje bendruomenėje mažinti kūno svorį, vartoti mažiau riebaus maisto per paskutinius 12 mėn. didžiausiai daliai asmenų padėjo apsispręsti medikai, antrą vietą tarp vyrų užėmė šeimos nariai, tarp moterų - san. švietimo priemonės, literatūra, televizija, paskaitos ir kt. Mažiau vartoti alkoholinių gėrimų, padidinti fizinį aktyvumą didžiausiai daliai asmenų padėjo apsispręsti san. švietimo priemonės, literatūra, televizija, paskaitos ir kt.

Lyginant bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų duomenis, reikšmingai didesnei daliai poveikio bendruomenės vyrų ir moterų keisti gyvenamosios įpročius per paskutinius 12 mėn. padėjo apsispręsti medikai.

Gyventojų pasiskirstymas pagal tai, kas padėjo apsispręsti keisti gyvenamosios įpročius per paskutinius 12 mėn., abiejose bendruomenėse buvo skirtingas. Reikšmingai daugiau poveikio bendruomenės vyrų ir moterų nurodė, kad keisti gyvenamosios įpročius jiems padėjo apsispręsti medikai.

#### **4.3. Subjektyvi sveikatos būklė poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse ir jos sąsajos su lėtinių neinfekcinių ligų rizikos ir sociodemografiniais veiksniais**

Analizuojant subjektyvų sveikatos vertinimą tarp vyrų ir moterų bendruomenėse pirmojo patikrinimo metu, nustatyta, kad moterų, įvertinusių savo sveikatą „nevisiškai sveika“ ir „sergu“, palyginus su vyrais, buvo žymiai daugiau ir poveikio bendruomenėje (62,1 ir 48,7 proc.,  $p < 0,001$ ), ir kontrolinėje bendruomenėje (53,4 ir 46,9 proc.,  $p < 0,05$ ) (4.3.1 lentelė). Vyrų ir moterų subjektyvus sveikatos vertinimas reikšmingai skyrėsi ir poveikio ( $\chi^2 = 22,72$ ,  $lks = 2$ ,  $p < 0,001$ ), ir kontrolinėje ( $\chi^2 = 4,49$ ,  $lks = 2$ ,  $p = 0,106$ ) bendruomenėse. Subjektyvus sveikatos vertinimas abiejose bendruomenėse buvo susijęs su amžiumi.

Palyginus standartizuotus pagal išsimokslinimą subjektyvaus sveikatos vertinimo vyrų ir moterų duomenis tarp bendruomenių vyrų, kurie savo sveikatą įvertino „nevisiškai sveikas“, „sergu“, dalis poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse reikšmingai nesiskyrė (poveikio bendruomenėje – 48,7 proc., kontrolinėje – 45,8 proc.,  $p > 0,05$ ), moterų, kurios savo sveikatą įvertino „nevisiškai sveika“, „sergu“, dalis poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai didesnė negu kontrolinėje (atitinkamai 62,5 ir 53,1 proc.,  $p < 0,001$ ). Poveikio bendruomenėje buvo daugiau vyrų ir moterų, kurie savo sveikatą įvertino „visiškai sveikas“, „geros sveikatos“, negu kontrolinėje bendruomenėje (27,4 proc. vyrų – poveikio, 16,2 proc. – kontrolinėje bendruomenėje,  $p < 0,001$  bei atitinkamai 21,2 ir 15,0 proc. moterų,  $p < 0,01$ ). Kontrolinėje bendruomenėje buvo daugiau vyrų bei moterų negu poveikio bendruomenėje, kurie savo sveikatą įvertino „sveikas (-a)“ (37,9 proc. vyrų poveikio bendruomenėje, 23,9 proc. – kontrolinėje ( $p < 0,001$ ) bei atitinkamai - 31,9 proc. ir 16,3 proc. moterų,  $p < 0,001$ ).

**4.3.1 lentelė. Vyrų ir moterų subjektyvus sveikatos vertinimas pagal amžių poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse**

**Poveikio bendruomenė**

Amžius, metai	Vyrai								Moterys							
	subjektyvus sveikatos vertinimas						iš viso		subjektyvus sveikatos vertinimas						iš viso	
	„visiškai sveikas“, „geros sveikatos“		„sveikas“		„nevisiškai sveikas“, „sergu“				„visiškai sveika“, „geros sveikatos“		„sveika“		„nevisiškai sveika“, „sergu“			
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.
16-24	37	56,9	15	23,1	13	20,0	65	100,0	50	57,5	25	28,7	12	13,8	87	100,0
25-34	47	49,5	27	28,4	21	22,1	95	100,0	47	46,1	27	26,5	28	27,5	102	100,0
35-44	25	36,2	25	36,2	19	27,5	69	100,0	21	21,4*	28	28,6	49	50,0**	98	100,0
45-54	9	14,8	21	34,4	31	50,8	61	100,0	15	18,5	12	14,8**	54	66,7	81	100,0
55-64	10	11,0	24	26,4	57	62,6	91	100,0	13	9,3	15	10,7**	112	80,0**	140	100,0
≥ 65	7	5,6	13	10,4	105	84,0	125	100,0	4	2,0	13	6,3	188	91,7*	205	100,0
Iš viso	135	26,7	125	24,7	246	48,6	506	100,0	150	21,0	120	16,8***	443	62,1***	713	100,0
	$\chi^2=159,63$ , lls=10, p<0,001								$\chi^2=259,04$ , lls=10, p<0,001							
Iš viso #	27,4		23,9		48,7		100,0		21,2		16,3		62,5		100,0	

**Kontrolinė bendruomenė**

Amžius, metai	Vyrai								Moterys							
	subjektyvus sveikatos vertinimas						iš viso		subjektyvus sveikatos vertinimas						iš viso	
	„visiškai sveikas“, „geros sveikatos“		„sveikas“		„nevisiškai sveikas“, „sergu“				„visiškai sveika“, „geros sveikatos“		„sveika“		„nevisiškai sveika“, „sergu“			
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.
16-24	33	50,0	26	39,4	7	10,6	66	100,0	49	51,0	31	32,3	16	16,7	96	100,0
25-34	19	25,7	41	55,4	14	18,9	74	100,0	17	24,6	36	52,2	16	23,2	69	100,0
35-44	4	6,9	34	58,6	20	34,5	58	100,0	15	16,0	50	53,2	29	30,9	94	100,0
45-54	6	8,3	29	40,3	37	51,4	72	100,0	5	5,5	45	49,5	41	45,1	91	100,0
55-64	9	11,5	23	29,5	46	59,0	78	100,0	6	5,2	22	19,0	88	75,9*	116	100,0
≥ 65	2	2,2	7	7,7	82	90,1	91	100,0	4	2,5	13	8,0	146	89,6	163	100,0
Iš viso	73	16,6	160	36,4	206	46,9	439	100,0	96	15,3	197	31,3	336	53,4*	629	100,0
	$\chi^2=175,71$ , lls=10, p<0,001								$\chi^2=280,06$ , lls=10, p<0,001							
Iš viso #	16,3***#		37,9***#		45,8		100,0		15,0***#		31,9***#		53,1***#		100,0	

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001, lyginant vyrus ir moteris bendruomenėje.

\*# - p<0,05, \*\*# - p<0,01, \*\*\*# - p<0,001, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių vyrų arba bendruomenių moterų duomenis

Poveikio bendruomenėje invalidumo grupę turėjo 7,5 proc. vyrų ir 10,0 proc. moterų ( $p>0,05$ ). Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal invalidumą reikšmingai nesiskyrė ( $\chi^2=3,51$ ,  $lfs=3$ ,  $p=0,319$ ). Kontrolinėje bendruomenėje invalidumo grupę turėjo 14,1 proc. vyrų ir 8,7 proc. moterų ( $p<0,01$ ). Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal invalidumą reikšmingai skyrėsi ( $\chi^2=9,73$ ,  $lfs=3$ ,  $p=0,021$ ): reikšmingai daugiau vyrų negu moterų buvo nustatyta II invalidumo grupė (10,9 ir 6,4 proc.,  $p<0,01$ ). Respondentų pasiskirstymas pagal invalidumą, lyginant bendruomenių vyrus, reikšmingai skyrėsi ( $\chi^2=11,69$ ,  $lfs=3$ ,  $p=0,009$ ): kontrolinėje bendruomenėje buvo daugiau vyrų negu poveikio bendruomenėje, kuriems nustatyta II invalidumo grupė – atitinkamai 10,9 ir 5,7 proc.,  $p<0,01$ . Lyginant moterų pasiskirstymo pagal invalidumą duomenis tarp bendruomenių, reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $\chi^2=1,49$ ,  $lfs=3$ ,  $p=0,683$ ).

Standartizavus duomenis pagal išsimokslinimą, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje, kurie depresijos, patirtos per pastaruosius 12 mėn., laipsnį įvertino kaip “visai ne” arba “ne labiau, negu anksčiau” (80,0 proc. vyrų poveikio bendruomenėje, 71,8 proc. – kontrolinėje,  $p<0,001$  bei – atitinkamai 68,6 ir 63,3 proc. moterų,  $p<0,05$ ).

Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių duomenis, asmenų, kurie streso ar nervinės įtampos, patirtų per paskutinį mėnesį, laipsnį įvertino kaip “visai nepatyrčiau” arba “ne daugiau, negu kiti” dalis poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai didesnė negu kontrolinėje bendruomenėje ir lyginant vyrus (atitinkamai poveikio bendruomenėje – 81,6 proc., kontrolinėje - 76,6 proc.,  $p<0,001$ ), ir lyginant moteris (atitinkamai 76,2 ir 65,9 proc.,  $p<0,001$ ).

Tirta, kokie veiksniai buvo susiję su subjektyvios sveikatos vertinimu. Atliekant vienmatę analizę buvo nustatyti su subjektyvia sveikata susiję veiksniai: amžius, išsimokslinimas, šeimyninė padėtis, depresijos, patirtos per pastaruosius 12 mėn., laipsnis, streso ar nervinės įtampos, patirtų per paskutinį mėnesį, laipsnis, AH, padidėjęs kūno svoris, rūkymas, rizikingas AG vartojimas (4.3.2 lentelė). Su šiais veiksniais buvo atliekama daugiamatė analizė, taikant logistinės regresijos Enter metodą (4.3.3 lentelė).

4.3.2 lentelė. Vyrų ir moterų „nevisiškai sveikas (-a)“ ir „sergu“ subjektyvaus sveikatos vertinimo vienmatės analizės šansų santykiai (ŠS), atsižvelgiant į išsimokslinimą, patiriamo streso ir depresijos laipsnį ir lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius 1999 m.

Nepriklausomi kintamieji	Vyrai		Moterys	
	ŠS(95 proc. PI)	p	ŠS(95 proc. PI)	p
<b>Amžius</b>	<b>1,07</b> (1,06-1,08)	0,000	<b>1,07</b> (1,06-1,08)	0,000
<b>Išsimokslinimas</b>				
Pradinio ar nebaigto vidurinio	<b>1,85</b> (1,24-2,74)	0,002	<b>4,61</b> (3,02-7,04)	0,000
Vidurinio ar spec. techninio	0,90(0,68-1,19)	0,476	0,83(0,65-1,04)	0,106
Aukštojo	1,00		1,00	
<b>Šeimyninė padėtis</b>				
Nevedęs (netekėjusi), Išsiskyręs (-usi), našlys(-ė)	<b>2,86</b> (2,06-3,96)	0,000	<b>0,75</b> (0,60-0,94)	0,011
Vedęs (ištekęs), gyvena nesusituokę	1,00		1,00	
<b>Depresijos, patirtos per pastaruosius 12 mėn., laipsnis</b>				
“Šiek tiek labiau negu anksčiau”, “Daug labiau negu anksčiau”	<b>1,57</b> (1,16-2,12)	0,003	<b>1,60</b> (1,27-2,02)	0,000
„Visai ne“, „Ne labiau nei anksčiau“	1,00		1,00	
<b>Streso ar nervinės įtampos, patirtų per paskutinį mėnesį, laipsnis</b>				
„Taip, mano gyvenimas tiesiog nepakeliamas“, „Taip, daugiau negu paprastai patiria kiti žmonės“	<b>1,78</b> (1,30-2,43)	0,000	<b>1,59</b> (1,24-2,03)	0,000
„Visai nepatiriau“, „Taip, šiek tiek, bet paprastai nepatiriu“	1,00		1,00	
<b>Arterinis kraujo spaudimas</b>				
AKS $\geq$ 140/90 mmHg arba AKS $<$ 140/90 mmHg, vartojant AKS mažinančius vaistus	<b>3,82</b> (2,91-5,00)	0,000	<b>7,63</b> (5,88-9,89)	0,000
AKS $<$ 140/90 mmHg	1,00		1,00	
<b>Kūno svoris</b>				
KMI $\geq$ 30,0 kg/m <sup>2</sup>	<b>4,64</b> (2,98-7,21)	0,000	<b>9,16</b> (6,08-13,79)	0,000
KMI 25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	<b>2,44</b> (1,84-3,23)	0,000	<b>2,13</b> (1,65-2,74)	0,000
KMI $<$ 25,0 kg/m <sup>2</sup>	1,00		1,00	
<b>Rūkymas</b>				
Nerūkantys, rūkantys retkarčiais	<b>2,82</b> (2,10-3,78)	0,000	<b>1,60</b> (1,04-2,44)	0,032
Rūkantys kasdien	1,00		1,00	
<b>Alkoholinių gėrimų vartojimas</b>				
$>$ 56 SAV/mėn. vyrams, $>$ 28 SAV/mėn. Moterims	<b>3,01</b> (2,01-4,52)	0,000	<b>2,34</b> (1,02-5,39)	0,045
Abstinencija arba $\leq$ 56 SAV/mėn. vyrams, $\leq$ 28 SAV/mėn. moterims	1,00		1,00	
<b>Fizinis aktyvumas</b>				
Mažai fiziškai aktyvūs	1,30(0,97-1,73)	0,078	1,23(0,97-1,57)	0,090
Fiziškai aktyvūs	1,00		1,00	

ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.

Daugiamatės logistinės regresijos modelyje apskaičiuoti respondentų „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ subjektyvaus sveikatos vertinimo šansų santykiai (ŠS), atsižvelgiant į amžių, išsimokslinimą, depresijos, patirtos per pastaruosius 12 mėn., laipsnį bei streso ar nervinės įtampos, patirtų per paskutinį mėnesį, laipsnį ir LNL RV. Priklausomasis kintamasis – subjektyvus sveikatos vertinimas „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“. Skaičiavimai atlikti atskirai vyrams ir moterims. Skaičiuoti šansų santykiai ir jų 95 proc. pasikliautinis intervalas. Šansų santykis laikytas statistiškai reikšmingu, kai  $p < 0,05$ .

Vyrų ir moterų subjektyvus sveikatos vertinimas priklausė nuo amžiaus. Padidėjus amžiui 1 metais, subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveikas (-a)“ ir „sergu“ galimybės padidėja 7 proc. Ir vyrų ir moterų subjektyvus sveikatos vertinimas priklausė nuo išsimokslinimo. Vidurinio ar spec. techninio išsimokslinimo vyrų subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveikas (-a)“ ir „sergu“ galimybės buvo beveik du kartus didesnės negu vyrų su aukščiau išsimokslinimu, pradinio ar nebaigto vidurinio išsimokslinimo moterų 2,4 karto didesnės negu moterų su aukščiau išsimokslinimu. Vyrų ir moterų subjektyvus sveikatos vertinimas priklausė nuo depresijos, patirtos per pastaruosius 12 mėn., laipsnio, o vyrų ir nuo streso ar nervinės įtampos, patirtų per paskutinį mėnesį, laipsnio. Subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveikas (-a)“ ir „sergu“ galimybės vyrų, kurie per pastaruosius 12 mėn. depresiją patyrė „šiek tiek labiau negu anksčiau“, „daug labiau negu anksčiau“, buvo 1,9 karto didesnės, moterų - 1,8 karto didesnės. Subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ galimybės buvo du kartus didesnės vyrų, kurie per paskutinį mėnesį streso ar nervinės įtampos laipsnį įvertino kaip „mano gyvenimas tiesiog nepakeliamas“, „patiriu daugiau negu paprastai patiria kiti žmonės“.

Vyrų ir moterų subjektyvus sveikatos vertinimas priklausė nuo kūno svorio. Nutukusių vyrų subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ galimybės buvo du 2,2 karto didesnės negu vyrų, kurių  $KMI < 25 \text{ kg/m}^2$ , nutukusių moterų subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveika“ ir „sergu“ šansai buvo 2,6 karto didesnės negu moterų, kurių  $KMI < 25 \text{ kg/m}^2$ .

Nepakankamas fizinis aktyvumas buvo susijęs su blogesniu subjektyviu sveikatos vertinimu tarp vyrų, AH – tarp moterų. Nepakankamai fiziškai aktyvių vyrų subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveika“ ir „sergu“ galimybės buvo 1,8 karto didesnės negu pakankamai fiziškai aktyvių. Moterų, kurioms nustatyta AH, subjektyvaus sveikatos vertinimas „nevisiškai sveika“ ir „sergu“ galimybės buvo 1,8 karto didesnės negu moterų, kurių  $AKS < 140/90 \text{ mmHg}$ .

Vyrų subjektyvus sveikatos vertinimas buvo susijęs su rūkymu. Nerūkančių arba rūkančių nereguliariai subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ galimybės buvo du kartus didesnės negu reguliariai rūkančiųjų.

Šeimyninė padėtis ir rizikingas AG vartojimas nebuvo susijęs su vyrų ir moterų „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ subjektyviu sveikatos vertinimu.

**4.3.3 lentelė. Vyrų ir moterų „nevisiškai sveikas (-a)“ ir „sergu“ subjektyvaus sveikatos vertinimo daugiamačės logistinės regresijos koeficientai ir šansų santykiai (ŠS), atsižvelgiant į išsimokslinimą, patiriamo streso ir depresijos laipsnį ir lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius 1999 m.**

Nepriklausomi kintamieji	Vyrai			Moterys		
	logistinės regresijos koeficientas		šansų santykis	logistinės regresijos koeficientas		šansų santykis
	$\beta$	p	ŠS(95 proc. PI)	$\beta$	p	ŠS(95 proc. PI)
<b>Amžius, metai</b>	0,07	0,000	<b>1,07(1,06-1,09)</b>	0,06	0,000	<b>1,07(1,06-1,08)</b>
<b>Išsimokslinimas</b>						
Pradinio ar nebaigto vidurinio	0,48	0,076	1,62(0,95-2,74)	0,87	0,002	<b>2,37(1,37-4,14)</b>
Vidurinio ar spec. techninio	0,68	0,000	<b>1,98(1,36-2,87)</b>	-0,42	0,781	0,96(0,71-1,29)
Aukštojo			1,00			1,00
<b>Šeimyninė padėtis</b>						
Nevedęs (netekėjusi), išsiskyręs (-usi), našlys(-ė)	0,04	0,877	1,04(0,66-1,63)	0,29	0,067	1,34(0,98-1,82)
Vedęs (ištekejusi), gyvena nesusituokę			1,00			1,00
<b>Depresijos, patirtos per pastaruosius 12 mėn., laipsnis</b>						
„Šiek tiek labiau, negu anksčiau“, „Daug labiau, negu anksčiau“	0,64	0,002	<b>1,90(1,27-2,82)</b>	0,61	0,000	<b>1,84(1,35-2,51)</b>
„Visai ne“, „Ne labiau, nei anksčiau“			1,00			1,00
<b>Streso ar nervinės įtampos, patirtų per paskutinį mėnesį, laipsnis</b>						
„Taip, mano gyvenimas tiesiog nepakeliamas“, „Taip, daugiau negu paprastai patiria kiti žmonės“	0,71	0,001	<b>2,03(1,36-3,04)</b>	0,11	0,514	1,11(0,81-1,53)
„Visai nepatiriau“, „Taip, šiek tiek, bet paprastai nepatiriu“			1,00			1,00
<b>Arterinis kraujo spaudimas</b>						
AKS $\geq$ 140/90 mmHg arba AKS $<$ 140/90 mmHg, vartojant AKS mažinančius vaistus	0,35	0,055	1,41(0,99-2,02)	0,59	0,001	<b>1,81(1,28-2,56)</b>
AKS $<$ 140/90 mmHg			1,00			1,00
<b>Kūno svoris</b>						
KMI $\geq$ 30,0 kg/m <sup>2</sup>	0,81	0,004	<b>2,23(1,28-3,89)</b>	0,97	0,000	<b>2,63(1,61-4,29)</b>
KMI 25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	0,31	0,094	1,36(0,95-1,95)	-0,2	0,163	0,79(0,56-1,10)
KMI $<$ 25,0 kg/m <sup>2</sup>			1,00			1,00
<b>Rūkymas</b>						
Nerūkantys, rūkantys retkarčiais	0,71	0,000	<b>2,03(1,41-2,92)</b>	-0,28	0,272	0,75(0,45-1,25)
Rūkantys kasdien			1,00			1,00
<b>Alkoholinių gėrimų vartojimas</b>						
$>$ 56 SAV/mėn. vyrams, $>$ 28 SAV/mėn. moterims	-0,29	0,239	0,75(0,46-1,21)	0,08	0,871	1,08(0,42-2,78)
Abstinencija arba $\leq$ 56 SAV/mėn. vyrams, $\leq$ 28 SAV/mėn. moterims			1,00			1,00
<b>Fizinis aktyvumas</b>						
Mažai fiziškai aktyvūs	0,57	0,003	<b>1,78(1,22-2,59)</b>	-0,01	0,959	0,99(0,72-1,37)
Fiziškai aktyvūs			1,00			1,00

AKS – arterinis kraujo spaudimas, KMI – kūno masės indeksas, SAV – standartinis alkoholio vienetas, ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.



Subjektyvus sveikatos vertinimas buvo susijęs su sumine LNL rizika tarp poveikio bendruomenės vyrų ( $\chi^2=22,42$ , IIs=6,  $p<0,01$ ) ir moterų ( $\chi^2=96,90$ , IIs=6,  $p<0,001$ ), o kontrolinėje bendruomenėje tik tarp moterų ( $\chi^2=102,17$ , IIs=6,  $p<0,001$ ), tarp vyrų nebuvo statistiškai patikimo ryšio nebuvo ( $\chi^2=10,47$ , IIs=6,  $p>0,05$ ).

**4.3.4 lentelė. Vyrų ir moterų subjektyvaus sveikatos vertinimo pasiskirstymas skirtingose lėtinių neinfekcinių ligų suminės rizikos grupėse pagal lytį poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse**

**Poveikio bendruomenė**

LNL rizika		Vyrai				Moterys			
		subjektyvus sveikatos vertinimas			iš viso	subjektyvus sveikatos vertinimas			iš viso
		„visiškai sveikas“, „geros sveikatos“	„sveikas“	„nevisiškai sveikas“, „sergu“		„visiškai sveika“, „geros sveikatos“	„sveika“	„nevisiškai sveika“, „sergu“	
Neturi RV	abs. sk.	28	19	24	71	65	56	74	195
	proc.	39,4	26,8	33,8	100,0	33,3	28,8	37,9	100,0
	proc. #	40,1	28,1	31,8	100,0	34,5	28,3	37,2	100,0
Nustatyta 1 RV	abs. sk.	41	41	55	137	52	37	122	211
	proc.	29,9	29,9	40,2	100,0	24,6	17,6	57,8	100,0
	proc. #	33,3	26,9	39,8	100,0	25,1	16,6	58,3	100,0
Nustatyti 2 RV	abs. sk.	44	32	103	179	26	23	173	222
	proc.	24,6	17,9	57,5	100,0	11,7	10,4	77,9	100,0
	proc. #	25,8	16,8	57,4	100,0	11,6	9,7	78,7	100,0
Nustatyti 3 ir > RV	abs. sk.	22	33	64	119	7	4	74	85
	proc.	18,5	27,7	53,8	100,0	8,2	4,7	87,1	100,0
	proc. #	17,7	27,9	54,4	100,0	8,4	4,9	86,7	100,0

**Kontrolinė bendruomenė**

LNL rizika		Vyrai				Moterys			
		subjektyvus sveikatos vertinimas			iš viso	subjektyvus sveikatos vertinimas			iš viso
		„visiškai sveikas“, „geros sveikatos“	„sveikas“	„nevisiškai sveikas“, „sergu“		„visiškai sveika“, „geros sveikatos“	„sveika“	„nevisiškai sveika“, „sergu“	
Neturi RV	abs. sk.	10	21	12	43	42	70	47	159
	proc.	23,3	48,8	27,9	100,0	26,4	44,0	29,6	100,0
	proc. #	23,0	53,1**	23,9	100,0	24,3*	42,7***	33,0	100,0
Nustatyta 1 RV	abs. sk.	20	50	57	127	41	72	90	203
	proc.	15,7	39,4	44,9	100,0	20,2	35,5	44,3	100,0
	proc. #	15,4***	39,5*	45,1	100,0	19,6	33,4***	47,0*	100,0
Nustatyti 2 RV	abs. sk.	28	58	78	164	12	46	136	194
	proc.	17,1	35,4	47,5	100,0	6,2	23,7	70,1	100,0
	proc. #	16,4**	35,9***	47,7	100,0	7,3	26,8***	65,9**	100,0
Nustatyti 3 ir > RV	abs. sk.	15	31	59	105	1	9	63	73
	proc.	14,3	29,5	56,2	100,0	1,4	12,3	86,3	100,0
	proc. #	14,0	32,8	53,2	100,0	1,3*	11,2	87,5	100,0

# - standartizuota pagal išsimokslinimą,

\* -  $p<0,05$ , \*\* -  $p<0,01$ , \*\*\* -  $p<0,001$ , lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris (standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis)

Standartizuoti pagal išsimokslinimą subjektyvaus sveikatos vertinimo pasiskirstymo suminės LNL rizikos grupėse duomenys, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, skyrėsi (4.3.4 lentelė). Daugiau poveikio negu kontrolinės bendruomenės vyrų, kuriems nustatytas 1 RV, savo sveikatą įvertino „visiškai sveikas“, „geros sveikatos“ (atitinkamai 33,3 ir 15,4 proc. vyrų,  $p < 0,001$ ). Daugiau kontrolinės negu poveikio bendruomenės vyrų (atitinkamai 35,9 ir 16,8 proc.,  $p < 0,001$ ) ir moterų (atitinkamai 26,8 ir 9,7 proc.,  $p < 0,001$ ), kuriems nustatyti 2 RV, savo sveikatą įvertino vidutiniškai - „sveikas (-a)“. Asmenų, kuriems nustatyti 3 RV, subjektyvus sveikatos vertinimas, lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris, buvo panašus.

Po metų subjektyvus sveikatos vertinimas poveikio ir kontrolinėje bendruomenėje reikšmingai nepasikeitė (4.3.5 lentelė). Poveikio bendruomenėje buvo stebimi teigiami statistiškai nereikšmingi subjektyvaus sveikatos vertinimo pokyčiai, kontrolinėje bendruomenėje – subjektyvus sveikatos vertinimas buvo statistiškai nereikšmingai blogesnis.

#### 4.3.5 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal subjektyvų sveikatos vertinimą 1999 ir 2000 m. poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse

##### Poveikio bendruomenė

Subjektyvus sveikatos vertinimas	Vyrų				Moteris			
	1999 m.		2000 m.		1999 m.		2000 m.	
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.
„Visiškai sveikas“, „geros sveikatos“	110	25,5	112	26,0	127	19,9	125	19,6
„Sveikas“	106	24,6	109	25,3	106	16,6	132	20,7
„Nevisiškai sveikas“, „sergu“	215	49,9	210	48,7	405	63,5	381	59,7
Iš viso	431	100,0	431	100,0	638	100,0	638	100,0
	$\chi^2=0,11$ , lls=2, $p=0,942$				$\chi^2=3,59$ , lls=2, $p=0,166$			

##### Kontrolinė bendruomenė

Subjektyvus sveikatos vertinimas	Vyrų				Moteris			
	1999 m.		2000 m.		1999 m.		2000 m.	
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.
„Visiškai sveikas“, „geros sveikatos“	65	16,6	60	15,3	85	15,5	83	15,1
„Sveikas“	145	37,1	144	36,9	167	30,4	164	29,9
„Nevisiškai sveikas“, „sergu“	181	46,3	187	47,8	297	54,1	302	55,0
Iš viso	391	100,0	391	100,0	549	100,0	549	100,0
	$\chi^2=0,30$ , lls=2, $p=0,860$				$\chi^2=0,09$ , lls=2, $p=0,955$			

Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, subjektyvus sveikatos vertinimas, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą bendruomenių vyrų ir bendruomenių moterų duomenis, išliko panašus: asmenų, kurie savo sveikatą įvertino „nevisiškai sveikas“, „sergu“, dalis poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse reikšmingai nesiskyrė, poveikio bendruomenėje buvo daugiau vyrų ir moterų, kurie savo sveikatą įvertino „visiškai sveikas (-a)“, „geros sveikatos“, negu kontrolinėje bendruomenėje, kontrolinėje bendruomenėje buvo daugiau vyrų bei moterų negu poveikio bendruomenėje, kurie savo sveikatą įvertino „sveikas (-a)“ (žr. 4.3.1 ir 4.3.6 lenteles).

**4.3.6 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal subjektyvų sveikatos vertinimą poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse pakartotinio patikrinimo metu (proc., standartizuota pagal išsimokslinimą)**

Subjektyvus sveikatos vertinimas	Poveikio bendruomenė		Kontrolinė bendruomenė	
	vyrų (n=431)	moterų (n=638)	vyrų (n=391)	moterų (n=549)
„Visiškai sveikas“, „geros sveikatos“	26,9	20,1	14,9***	15,0*
„Sveikas“	24,8	20,0	38,4***	30,3***
„Nevisiškai sveikas“, „sergu“	48,3	59,9	46,7	54,7
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0

\* -  $p < 0,05$ , lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris

Poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse blogai vertinusių savo subjektyvią sveikatą vyrų dalis pirmojo patikrinimo metu reikšmingai nesiskyrė, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau blogai savo sveikatą vertinusių moterų negu kontrolinėje bendruomenėje. Pirmojo patikrinimo metu kontrolinėje bendruomenėje buvo daugiau asmenų negu poveikio bendruomenėje, kurie savo sveikatą vertino vidutiniškai, poveikio bendruomenėje buvo daugiau vyrų, kurie savo sveikatą vertino gerai. Abiejose bendruomenėse buvo reikšmingai daugiau moterų negu vyrų savo subjektyvią sveikatą vertinusių blogai. Vyrų ir moterų subjektyvus sveikatos vertinimas buvo susijęs su amžiumi, išsimokslinimu, nutukimu, depresijos, patirtos per pastaruosius 12 mėn., laipsniu, vyrų subjektyvus sveikatos vertinimas taip pat buvo susijęs su streso ar nervinės įtampos, patirtų per paskutinį mėnesį, laipsniu, atsvoriumi, nepakankamu fiziniu aktyvumu, moterų – su AH. Subjektyvus sveikatos vertinimas abiejose bendruomenėse po metų reikšmingai nepasikeitė.

## 5. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame darbe įvertinome LNL RV kontrolės gerinimo galimybes šeimos gydytojo aptarnaujamoje miesto bendruomenėje. Šiuo tikslu išanalizavome LNL RV paplitimą, jų kontrolės būklę bei šios būklės pokyčius po vienerių metų dviejose miesto bendruomenėse – poveikio bendruomenėje, kurioje buvo taikytos priemonės, siekiant pagerinti LNL RV kontrolę, ir kontrolinėje bendruomenėje, kurioje buvo vykdoma įprastinė PSP.

Tyrimo rezultatai parodė didelį LNL somatinių RV (AH, padidėjusio kūno svorio) paplitimą poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse. AH nustatyta beveik pusei visų tirtųjų asmenų, antsvoris arba nutukimas - beveik kas antram, lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris, skyrėsi nereikšmingai. Vidutinio amžiaus Kauno m. gyventojų 2001-2002 m. tyrimo duomenimis AH nustatyta 49,8 proc. vyrų ir 39,4 proc. moterų (43), penkių Lietuvos rajonų 25-64 m. gyventojų 1999 m. tyrimo duomenimis – 59,3 proc. ir 42,1 proc. (124). Lietuvos suaugusių žmonių gyvenamosios 2004 m. tyrimo duomenimis antsvoris nustatytas 38,3 proc. vyrų ir 33,2 proc. moterų, nutukimas – atitinkamai 14,2 ir 15,8 proc. (69). Vidutinio amžiaus Kauno m. gyventojų 2001-2002 m. tyrimo duomenimis, antsvoris nustatytas 45,8 proc. vyrų, 32,9 proc. moterų, nutukimas - atitinkamai 24,9 ir 37,6 proc. (44).

Epidemiologinių studijų duomenimis, asmenims, kurių AKS padidėjęs, dažniau nustatomas padidėjęs kūno svoris, hiperglikemija bei dažnesnis AG vartojimas tarp vyrų negu visoje populiacijoje (43, 124, 127, 159). Mūsų tyrime ir poveikio, ir kontrolinėje bendruomenėse tarp asmenų, kuriems nustatyta AH, buvo beveik du kartus daugiau vyrų ir moterų, kurių kūno svoris buvo padidėjęs, negu tarp asmenų, kurių AKS buvo normalus. Poveikio bendruomenėje tarp moterų, kurioms nustatyta AH, buvo didesnis nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas, ir tarp vyrų, ir tarp moterų buvo mažesnis rūkymo paplitimas negu tarp asmenų, kurių AKS normalus. Kontrolinėje bendruomenėje tarp vyrų, kuriems nustatyta AH, buvo mažesnis rūkymo bei rizikingo AG kiekio vartojimo paplitimas, negu tarp asmenų, kurių AKS normalus.

LNL gyvenamosios RV paplitimas (rūkymo, rizikingo AG vartojimo, nepakankamo fizinio aktyvumo) buvo mažesnis negu somatinių RV. Rūkymas yra viena iš pagrindinių išvengiamų mirties ir invalidumo priežasčių. Poveikio bendruomenėje reguliariai rūkė 30,4 proc. vyrų ir 7,2 proc. moterų, kontrolinėje – 29,8 proc. vyrų ir 6,4 proc. moterų, lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris, skyrėsi nereikšmingai. Suaugusiųjų Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimo duomenimis, 2004 m. reguliariai rūkė 39,4 proc. vyrų ir 14,2 proc. moterų (69).

Penkių Lietuvos rajonų gyventojų tyrimo duomenimis, rizikingas AG vartojimas nustatytas 18,6 proc. vyrų ir 1,8 proc. moterų (191). Mūsų tyrimo duomenimis, poveikio bendruomenėje rizikingas AG vartojimas nustatytas 10,3 proc. vyrų ir 1,4 proc. moterų, kontrolinėje – 19,6 ir 2,2 proc., rizikingo AG vartojimo paplitimas tarp kontrolinės bendruomenės vyrų buvo reikšmingai didesnis negu poveikio bendruomenėje ( $p < 0,001$ ). Tarp Kauno m. 25-64 m. gyventojų, nepakankamai fiziškai

aktyvių buvo nustatyta 10,0 proc. vyrų ir 12,6 proc. moterų (248). Mūsų tyrime poveikio bendruomenėje nepakankamai fiziškai aktyvūs buvo 26,3 proc. vyrų ir 26,3 proc. moterų, kontrolinėje – atitinkamai 27,3 ir 30,3 proc., lyginant bendruomenių vyrus arba bendruomenių moteris, skyrėsi nereikšmingai.

Epidemiologinių studijų duomenimis, AH, nutukimo ir antsvorio, rūkymo, nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas, AG vartojimo įpročiai priklauso nuo lyties. Vyrams dažniau nustatoma AH (125, 193) ir antsvoris (69, 193), moterims - nutukimas (42, 69, 193). Mūsų tyrimo duomenimis, abiejose bendruomenėse vyrams dažniau nustatytas antsvoris, o nutukimo paplitimas poveikio bendruomenėje tarp vyrų ir moterų nesiskyrė, kontrolinėje buvo didesnis tarp moterų negu tarp vyrų. Poveikio bendruomenėje statistiškai patikimai didesnis AH paplitimas tarp vyrų negu tarp moterų buvo 16-24, 25-34 ir 45-55 metų amžiaus grupėse, kitose amžiaus grupėse AH paplitimo skirtumai buvo statistiškai nereikšmingi, kontrolinėje bendruomenėje AH paplitimas statistiškai patikimai didesnis tarp vyrų negu tarp moterų buvo 16-24, 25-34, 35-44, 45-54 metų amžiaus grupėse. 65 m. ir vyresnių amžiaus grupėje AH paplitimas buvo statistiškai patikimai didesnis tarp moterų negu tarp vyrų. Epidemiologinių studijų duomenimis, vyrai dažniau ir intensyviau rūko nei moterys (69, 125, 154, 155, 193). Tiriamosiose bendruomenėse rūkančiųjų vyrų buvo daugiau negu moterų visose amžiaus grupėse, poveikio bendruomenėje vyrai rūkė apie du kartus daugiau cigarečių per dieną negu moterys, kontrolinėje – atitinkamai apie pusantro karto. Literatūros duomenimis, daugiau vyrų negu moterų vartoja AG (69, 247), vyrai dažniau vartoja AG kartą per savaitę ir net labai dažnai (kelis kartus per savaitę ar kasdien) (69, 193, 248,). Tarp moterų daug didesnė dalis asmenų, vartojančių AG labai retai (kartą ar kelis kartus per metus) (193). Mūsų tyrimo duomenimis, poveikio bendruomenėje 87,0 proc. vyrų ir 71,2 proc. moterų, kontrolinėje – atitinkamai 87,3 proc. ir 71,2 proc. teigė, jog vartoja AG. Vyrai reikšmingai dažniau negu moterys AG vartojo kartą per savaitę ar net labai dažnai (kelis kartus per savaitę ar kasdien). Epidemiologinių studijų duomenimis, moterų lyginant su vyrai išgeriamo bendro AG kiekio ir atskirų AG vidurkiai per kartą (191) ir per mėnesį buvo mažesni (248, 193). Poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse suvartojamų per mėnesį stipriųjų AG, alaus bei bendro AG kiekio vidurkiai buvo reikšmingai didesni tarp vyrų nei tarp moterų. Tyrimų duomenimis Lietuvoje didžioji dalis vyrų dažniausiai geria stiprius AG, moterys – vyną (248, 244, 191). Mūsų tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad ir poveikio, ir kontrolinėje bendruomenėse tarp vyrų labiausiai vartojami buvo stiprieji AG, tarp moterų – vynas. Alus vyrų grupėje užėmė antrąją vietą, moterų grupėje antroje vietoje pagal vartojimo dažnį buvo stiprieji AG. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, nepakankamai fiziškai aktyvių randama daugiau tarp moterų negu tarp vyrų (248) arba tarp lyčių skirtumas nenustatytas (193). Tiriamosiose poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų paplitimas tarp vyrų ir moterų reikšmingai nesiskyrė.

Daugeliu epidemiologinių studijų nustatyta, kad somatinių RV paplitimas su amžiumi didėja (42, 124, 125, 193). Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad tiriamosiose bendruomenėse tarp vyrų ir tarp moterų AH bei padidėjusio kūno svorio paplitimas su amžiumi didėja. Poveikio bendruomenėje didžiausias antsvorio ir nutukimo paplitimas tarp moterų buvo 55-64 m. amžiaus grupėje. Tarp vyrų daugiausia turinčių antsvorį buvo 55-64 m. amžiaus grupėje, nutukusių – 45-54 m. amžiaus grupėje. Kontrolinėje bendruomenėje didžiausias antsvorio paplitimas tarp vyrų ir moterų buvo 45-54 m. amžiaus grupėje, nutukimo – 65 ir vyresnių amžiaus grupėje.

Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, daugiausia rūkė 25-34 m. vyrai (69, 125, 154), kitų tyrimų duomenimis 35-44 m. vyrai (193), tarp moterų dažniau rūkė jaunesnės (69, 154, 193, 217). Mūsų tyrimo duomenimis, poveikio bendruomenėje daugiausiai reguliariai rūkančių moterų buvo 25-34 m. amžiaus grupėje, kontrolinėje bendruomenėje - 45-55 m. amžiaus grupėje, rūkymo paplitimas vyresnėse amžiaus grupėse mažėjo. Tarp vyrų daugiausia rūkančiųjų poveikio bendruomenėje buvo 45-54 m. amžiaus grupėje, kontrolinėje - 55-64 m. amžiaus grupėje.

Lietuvoje stebima žalingų įpročių paplitimo didėjimo tendencija jauno amžiaus žmonių grupėje (72). Mūsų tyrimo duomenimis daugiausia vyrų ir moterų pradeda rūkyti iki 25 m. amžiaus (poveikio bendruomenėje 93,7 proc. vyrų ir 91,9 proc. moterų, kontrolinėje - 96,3 proc. ir 89,3 proc.), iš jų iki 20 m. amžiaus poveikio bendruomenėje 76 proc. vyrų ir 66,1 proc. moterų, kontrolinėje – 88,3 ir 72,0 proc. Planuojant rūkymo prevencijos programas, reikėtų atkreipti ypatingą dėmesį į mokyklinio ir studijų amžiaus jaunimą, kuomet didžiausia dalis asmenų pradeda rūkyti. Siekiant sumažinti rūkymo paplitimą, svarbu formuoti neigiamą požiūrį į rūkymą, skatinti nepradėti rūkyti, o rūkančiuosius – paskatinti mesti, užtikrinti prieinamą rūkymo metimo pagalbą. Gydytojų ir kito medicinos personalo patarimas ir paskatinimas mesti rūkyti yra vienas iš labiausiai efektyvių ir rentabilių priemonių, siekiant didinti žmonių gyvenimo trukmę ir sveikatingumą (230, 251).

Epidemiologinių tyrimų duomenimis, AG vartojimas tarp vyrų ir tarp moterų priklauso nuo amžiaus (191, 193). Jaunesnio amžiaus asmenys AG vartoja dažniau ir didesniais kiekiais negu vyresni. Tiriamosiose bendruomenėse AG vartojimas taip pat priklausė nuo amžiaus. Jaunesnio amžiaus vyrai ir moterys AG vartojo dažniau nei vyresnio. Tyrimų duomenimis, vyrų fizinis aktyvumas nepriklauso nuo amžiaus, tarp moterų - su amžiumi daugėja fiziškai aktyvių tiek darbe, tiek ir laisvalaikio metu (248). Mūsų tirtose bendruomenėse, nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas buvo susijęs su amžiumi tarp vyrų poveikio bendruomenėje, tarp moterų - ir poveikio, ir kontrolinėje bendruomenėse.

Mityba – vienas iš svarbiausių gyvensenos veiksnių, turinčių įtakos sveikatai. Nors kaip rodo tyrimai Lietuvoje, mitybos įpročiai gerėja, tačiau išlieka labai svarbus uždavinys skatinti bendruomenėje mitybos įpročių pasikeitimą, kad būtų išvengta su mityba susijusių lėtinių ligų. Svarbu skatinti daržovių ir vaisių, žuvies, košių vartojimą, mažinti su maistu suvartojamą riebalų kiekį, ypač

sočiųjų riebalų rūgščių, išlaikyti pusiausvyrą tarp gautos su maistu ir išėkvotos energijos. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimo duomenimis, dauguma Lietuvos gyventojų maistui gaminti vartoja augalinį aliejų (daugiau moterų negu vyrų - 92,6 ir 83,2 proc.), ant duonos tepa margariną, geria natūralų kaimišką karvės pieną, į paruoštą maistą papildomai deda druskos, kai trūksta (192). Mūsų tiriamose bendruomenėse dauguma respondentų maisto gaminimui vartojo augalinį aliejų, ant duonos tepė sviestą, gėrė standartinį (3,2-2,5 proc. riebumo) pieną. Kontrolinėje bendruomenėje dauguma respondentų papildomai deda druskos į paruoštą maistą, kai jos trūksta, daugiausia respondentų poveikio bendruomenėje - niekada nededa druskos į paruoštą maistą. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimo duomenimis, bent 6 dienas per savaitę šviežias daržoves valgo 16,8 proc. vyrų ir 19,2 proc. moterų, vaisius ir uogas – 9,1 proc. vyrų ir 12,9 proc. moterų (192). Mūsų tiriamosiose bendruomenėse žalias daržoves bent 6 kartus per savaitę valgė 46,8 proc. poveikio bendruomenės vyrų ir 50,1 proc. moterų, kontrolinėje – atitinkamai 26,0 proc. ir 24,4 proc. Bent 6 kartus per savaitę vaisius ar uogas poveikio bendruomenėje valgė 51,6 proc. vyrų ir 62,8 proc. moterų, kontrolinėje – atitinkamai 25,5 ir 35,1 proc. Labai svarbus medicinos personalo vaidmuo informuojant apie sveikos mitybos principus, tačiau reikėtų aktyviau skatinti sveiką mitybą ir populiaciniu lygiu.

Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje yra sudėtinga atrinkti tiriamąjį kontingentą moksliniams tyrimams, kad jis reprezentuotų visą populiaciją. Abiejose bendruomenėse vyravo 65 m. ir vyresni gyventojai, tai sudarė 27,1 visų poveikio bendruomenės ir 23,7 kontrolinės bendruomenės asmenų. Šiame tyrime, kaip buvo parodyta metodikoje, lyginamų poveikio ir kontrolinės bendruomenių struktūra pagal amžių buvo panaši, tačiau buvo nustatyti bendruomenių pasiskirstymo pagal išsimokslinimą skirtumai. Poveikio bendruomenėje daugiausia buvo aukštojo išsimokslinimo žmonių - 56,5 proc. vyrų ir 51,2 proc. moterų. Kontrolinėje bendruomenėje daugiausia buvo asmenų su viduriniu, spec. techniniu bei nepilnu aukštuoju išsimokslinimu, 49,4 proc. vyrų ir 55,8 proc. moterų. Literatūroje nurodoma, kad LNL RV paplitimas priklauso nuo išsimokslinimo (69, 70, 124, 125, 127, 191, 193, 217, 220, 244), todėl, lyginant bendruomenes, duomenys buvo standartizuoti išsimokslinimo atžvilgiu.

Analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, AH, antsvorio, nutukimo, rūkymo, nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, skyrėsi nereikšmingai. Rizikingo AG vartojimo paplitimas tarp bendruomenių moterų skyrėsi nereikšmingai, o tarp kontrolinės bendruomenės vyrų buvo reikšmingai didesnis negu poveikio bendruomenėje (18,5 ir 10,5 proc.,  $p < 0,001$ ). Mitybos įpročiai poveikio bendruomenėje pirminio patikrinimo metu buvo sveikesni: respondentai dažniau vartojo žalių daržovių, vaisių ar uogų, daugiau poveikio bendruomenės moterų negu kontrolinės maistui gaminti vartojo aliejų, dažniau vartojo žuvies, reikšmingai mažiau poveikio bendruomenės asmenų negu kontrolinės papildomai dėjo druskos į paruoštą maistą.

Kasdieninėje šeimos gydytojo praktikoje daugelis pacientų turi keletą sveikatos problemų, serga lėtinėmis ligomis bei turi ne vieną LNL RV. Kai yra keletas LNL RV kartu (aukštos rizikos pacientai), tai ypač didina mirties nuo įvairių priežasčių riziką (149). Penkių Lietuvos rajonų 25-65 m. gyventojų tyrime 1999 m. suminė LNL rizika buvo vertinama skaičiuojant, keli iš penkių RV (AH, padidėjęs kūno svoris, rūkymas, rizikingas AG vartojimas ir hipercholesterolemija) nustatyti tiriamajam. RV neturėjo 3,8 proc. vyrų ir 9,3 proc. moterų, 55,9 proc. vyrų ir 35,6 proc. moterų nustatyti 3 ir daugiau LNL RV (199). Mūsų tyrime suminis LNL RV skaičius buvo vertinamas skaičiuojant, keli iš penkių LNL RV (AH, antsvoris, rūkymas, rizikingas AG vartojimas, nepakankamas fizinis aktyvumas) nustatyti tiriamajam. Dėl nevienodos suminio LNL RV skaičiaus nustatymo metodikos tyrimuose (vertinti skirtingi RV) bei skirtingos respondentų amžiaus struktūros, rezultatus lyginti sunku. Mūsų tyrime daugiau moterų negu vyrų abiejose bendruomenėse neturėjo nei vieno LNL RV: poveikio bendruomenėje - 14,0 proc. vyrų ir 27,3 proc. moterų ( $p < 0,001$ ), kontrolinėje – atitinkamai 9,8 ir 25,3 proc. ( $p < 0,001$ ). Daugiau negu pusė vyrų abiejose bendruomenėse (poveikio bendruomenėje – 58,9 proc., kontrolinėje – 61,3 proc.) ir mažiau negu pusė moterų (poveikio bendruomenėje – 43,1 proc., kontrolinėje – 42,4 proc.) turėjo 2 ir daugiau RV. Suminio LNL RV skaičiaus duomenys, lyginant bendruomenių vyrus ir bendruomenių moteris, skyrėsi nereikšmingai. Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, turinčių tris ir daugiau RV daugėja jauniausioje kartoje (199). Kaip parodė mūsų tyrimas, daugumai gyventojų, siekiant išsaugoti sveikatą, reikia keisti gyvenimą.

Tyrimas parodė nepakankamą LNL RV kontrolę abiejose bendruomenėse. Nepakankamą RV kontrolės būklę parodė ir kitų Lietuvoje atliktų tyrimų duomenys (17, 43, 69, 124). AH yra vienas iš svarbiausių ŠKL RV. Labai svarbu laiku nustatyti AH atvejus bendruomenėje ir pradėti savalaikį gydymą. Daugelis žmonių nejaučia padidėjusio AKS ir į gydytoją nesikreipia, todėl svarbu pasinaudoti asmens kreipimusi į PSP personalą dėl bet kokios priežasties, kad bent kartą per metus būtų pamatuotas AKS. Daugumai abiejų bendruomenių gyventojų AKS buvo pamatuotas per pastaruosius metus (84,1 proc. vyrų ir 87,1 proc. moterų,  $p > 0,05$ , kontrolinėje – atitinkamai 76,7 ir 88,6 proc.,  $p < 0,001$ ), savo AKS poveikio bendruomenėje žinojo 77,9 proc. vyrų ir 84,7 proc. moterų ( $p < 0,01$ ), kontrolinėje bendruomenėje – atitinkamai 69,7 ir 75,4 proc. ( $p < 0,05$ ). Mūsų tyrimo duomenimis gyventojai nepakankamai informuoti apie turimus RV: 40,6 proc. vyrų ir 33,4 proc. moterų poveikio bendruomenėje bei – atitinkamai 44,7 ir 36,9 proc. kontrolinėje bendruomenėje nežinojo, kad jų AKS padidėjęs. Kauno miesto 35-64 m. gyventojų 2001-2002 m. tyrime 79,9 proc. vyrų ir 86,4 proc. moterų AKS buvo matuotas bent kartą per pastaruosius metus, 38,7 proc. vyrų ir 32,8 proc. moterų nežinojo, kad jų AKS padidėjęs (43). Pagrindinis AH gydymo tikslas – sumažinti ŠKL riziką. Rekomenduojama AKS sumažinti iki 140/90 mmHg. AH kontrolės efektyvumas priklauso nuo to, kiek asmenų žino, kad jų AKS padidėjęs ir gydosi. Paskutines 2 savaites AKS mažinančius vaistus poveikio bendruomenėje vartojo 34,1 proc. vyrų ir 48,0 proc. moterų ( $p < 0,001$ ), kontrolinėje – atitinkamai 40,6 ir 56,8 proc.



( $p < 0,001$ ). Penkių Lietuvos rajonų gyventojų tyrimo duomenimis 1999 m. paskutines 2 savaites AKS mažinančius vaistus vartojo 22,3 proc. vyrų ir 45,4 proc. moterų (124). Kauno miesto 35-64 m. gyventojų tyrimo duomenimis 2001-2002 m. tarp žinančių, kad jų AKS padidėjęs, paskutines 2 savaites AKS mažinančius vaistus vartojo 45,6 proc. vyrų ir 61,5 proc. moterų (43). AH gydymo efektyvumas išlieka didele problema daugelyje šalių. Įvairiose šalyse pasiekiami skirtingas gydymo efektyvumas: JAV AH buvo efektyviai gydoma 23,0-31,0 proc. suaugusiųjų asmenų (82, 96), Kanadoje – 13 proc. (196), Graikijoje – 15,2 proc. (207), Ispanijoje – 10,9 proc. Penkių Lietuvos rajonų 25-64 m. gyventojų tyrimo duomenimis 1999 m. AH efektyviai gydoma buvo 1,9 proc. vyrų ir 7,2 proc. moterų (124), Kauno miesto 35-64 m. gyventojų tyrimo duomenimis 2001-2002 m. AH efektyviai kontroliuojama buvo – 5,3 proc. vyrų ir 8,5 proc. moterų (43). Mūsų tyrimo duomenimis AH buvo efektyviai kontroliuojama 4,4 proc. vyrų ir 5,4 proc. moterų poveikio bendruomenėje ir 5,5 vyrų ir 7,0 proc. moterų kontrolinėje bendruomenėje.

Nemažai suaugusiųjų netiksliai vertina savo kūno svorį. Moterys dažniau negu vyrai mano esančios nutukusios, o vyrai dažniau nepakankamai įvertina savo kūno svorį (227). Turintys padidėjusį kūno svorį vyrai dažniau nei moterys neadekvačiai vertina savo kūno svorį. Mūsų tyrimo duomenimis, 35,5 proc. vyrų ir 17,6 proc. moterų ( $p < 0,001$ ), turinčių padidėjusį kūno svorį, poveikio bendruomenėje bei atitinkamai - 43,6 proc. vyrų ir 26,9 proc. moterų ( $p < 0,001$ ) kontrolinėje bendruomenėje nemanė, kad jis per didelis.

Pirminio patikrinimo rezultatai abiejose bendruomenėse parodė mažą medicinos personalo aktyvumą, vykdant profilaktinę priežiūrą. Tik kas ketvirtam tiek poveikio, tiek kontrolinės bendruomenės asmeniui, turinčiam per didelį kūno svorį, gydytojas rekomendavo jį mažinti. Tik kas trečiam reguliariai rūkančiam vyrui ir kas penktai moteriai per paskutinius 12 mėn. gydytojas patarė mesti rūkyti. Tik kas septintam nepakankamai fiziškai aktyviam asmeniui gydytojas rekomendavo padidinti fizinį aktyvumą, o tarp kontrolinės bendruomenės moterų – tik kas dvidešimtai.

LNL RV kontrolės būklė bendruomenėse pirminio patikrinimo metu, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, buvo panaši: daugumai gyventojų AKS buvo nors kartą pamatuotas per pastaruosius metus, trys ketvirtadaliai abiejų bendruomenių vyrų žinojo savo AKS, panaši dalis asmenų abiejose bendruomenėse AH gydėsi efektyviai, panaši dalis asmenų, turinčių per didelį kūno svorį, nemanė, kad jų svoris per didelis, bei panašiai daliai moterų gydytojas rekomendavo svorį mažinti, abiejų bendruomenių rūkančių asmenų – mesti rūkyti, nepakankamai fiziškai aktyvių vyrų – padidinti fizinį aktyvumą. Kai kurie LNL RV kontrolės duomenys bendruomenėse skyrėsi: poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau moterų, žinančių savo AKS, daugiau kontrolinės bendruomenės moterų, kurioms nustatyta AH, paskutines 2 savaites vartojo AKS mažinančius vaistus, daugiau kontrolinės bendruomenės vyrų, turinčių per didelį kūno svorį, gydytojas rekomendavo jį

mažinti, daugiau poveikio bendruomenės nepakankamai fiziškai aktyvių moterų gydytojas rekomendavo fizinį aktyvumą padidinti.

Vykdamas sveikatos sistemos reformą buvo tikimasi, kad plėtojant PSP mažės stacionarinės pagalbos poreikis, gerės ambulatorinė sveikatos priežiūra, ligų profilaktika ir jų ankstyva diagnostika, o tuo pačiu mažės išlaidos sveikatos sistemai ir efektyviau bus naudojamos sveikatos priežiūrai skirtos lėšos. Tačiau investicijos į PSP kol kas buvo nepakankamos, profilaktinės priežiūros paslaugos nebuvo skatinamos finansiškai.

Didelis LNL RV paplitimas, nepakankamas gyventojų informuotumas apie turimus RV bei jų kontrolės būklę parodė, jog PSP personalo veikloje reikia aktyvinti LNL RV nustatymą, gerinti LNL RV kontrolės būklę bendruomenėje, skatinti informacijos apie nustatytus LNL RV suteikimą pacientams bei sveikos gyvensenos ugdymą. Svarbu profilaktinę priežiūrą integruoti į kasdieninę praktiką, profilaktinės priežiūros ir sveikatos ugdymo tikslu pasinaudoti kiekvienu paciento apsilankymu. Kaip rodo tyrimai, pakankamas informacijos suteikimas apie sveiką gyvenseną turi įtakos gyventojų pasitenkinimui PSP paslaugomis (200).

Tyrimų duomenimis, teigiamus RV pokyčius lemia gyvensenos pasikeitimai ir tinkamas gydymas (17, 62). Tyrimai, kuriuose ŠKL RV sumažinimo pagrindas buvo sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo padidinimo konsultavimas, parodė, kad ateroskleroziniai pokyčiai gali būti sulėtinti ar sustabdyti, nepriklausomai nuo medikamentinio gydymo (56, 178, 184). Atlikta nemažai tyrimų, kurie iliustruoja nemedikamentinio gydymo galimybes ŠKL prevencijoje ir gydyme PSP gydytojų praktikoje (232). Lietuvoje LNL RV kontrolės galimybės šeimos gydytojo praktikoje buvo nagrinėtos nedaugelyje mokslinių tyrimų. Tyrimas kaimo bendruomenėje parodė, kad efektyvesnis reformuotos PSP komandos darbas pagerino AH kontrolę, teigiamai pakeitė požiūrį į savo kūno svorį ir žalingus įpročius, bendruomenėje buvo stebimi teigiami mitybos įpročių pokyčiai (17). Lietuvoje PSP grandyje atliktas tyrimas siekiant įvertinti asmenų, sergančių nekomplikuota II laipsnio AH, informuotumo apie ligą ir fizinio aktyvumo įtaką AKS kontrolei. Tyrimo rezultatai parodė, kad lavinimas AH kontrolės klausimais ir šeimos gydytojo rekomenduoti reguliarūs aerobiniai mankštų pratimai reikšmingai įtakojo ligos kontrolę, sumažino diastolinį AKS (7).

Mūsų tyrime vienerių metų bėgyje taikytas poveikis, siekiant pagerinti LNL RV kontrolę poveikio bendruomenėje, buvo paremtas PSO profilaktinės priežiūros PSP grandyje rekomendacijomis (38). Poveikis buvo orientuotas į LNL RV nustatymą, pacientų informuotumo apie nustatytus RV bei LNL RV kontrolės pagerinimą. Pirmojo patikrinimo metu buvo nustatyti LNL RV, pacientai buvo informuojami apie nustatytus RV, jų reikšmę sveikatai, buvo rekomenduojamos LNL RV kontrolės priemonės bei skatinama keisti nesveikus gyvensenos įpročius. Po pirminio patikrinimo, LNL RV kontrolės tikslu buvo stengiamasi pasinaudoti kiekvienu paciento vizitu, nepriklausomai nuo

kreipimosi priežasties, kad trumpai apžvelgti nustatytą RV kontrolės gerinimo būklę. Kontrolinėje bendruomenėje buvo toliau vykdoma įprastinė PSP.

Remiantis elgesio keitimo teorijomis (258), elgsenos keitimas vyksta pagal tam tikrus dėsnius. Pirmiausia bendruomenėje pasikeičia žinių lygis ir tik vėliau palaipsniui stebimas elgsenos pasikeitimas. Gyvensenos įpročių keitimas priklauso nuo žinių apie turimus RV, jų kontrolės priemonės bei požiūrio į gyvensenos keitimą. ŠKL profilaktikos programos galėtų būti efektyvesnės, jei būtų akcentuojamas žinių ir RV suvokimo pagerinimas visuomenėje (28). Kaip parodė Lietuvoje atlikti tyrimai, visuomenė mažai informuota apie pagrindinius didelį sergamumą lemiančius RV: daugiau negu pusė Lietuvos gyventojų svarbiausiomis didelio gyventojų sergamumo priežastimis laiko sunkias gyvenimo sąlygas ir stresą (54,7 proc. vyrų ir 56,3 proc. moterų) ir tik 2,6 proc. vyrų ir 0,9 proc. moterų nurodė rūkymą, 1,1 proc. vyrų ir 1,2 proc. moterų – padidėjusi kūno svorį, 4,2 proc. ir 3,7 proc. moterų - nepakankamą fizinį aktyvumą, 8,4 proc. vyrų ir 12,4 proc. moterų – neteisingą mitybą (69). Sėkmingai LNL RV kontrolei labai svarbus asmenų informuotumas apie LNL RV ir jų kontrolės būdus. Kiekvienam individui gyvensenos įpročio keitimas užtrunka skirtingai. Gyvensenos keitimą lemia ir individo charakteristikos. Žemesnio išsilavinimo, mažas pajamas gaunantys asmenys gyvenseną pakeičia vėliau, praėjus 5-10 metų (4, 112, 223).

Vienas iš šio tyrimo tikslų buvo pagerinti gyventojų informuotumą apie LNL RV ir jų kontrolės galimybes. Poveikio bendruomenėje po metų reikšmingai padaugėjo žmonių, žinančių savo AKS. Lyginant situaciją bendruomenėse po metų, analizuojant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai daugiau vyrų ir moterų, žinančių savo AKS, negu kontrolinėje bendruomenėje. Efektyviam AH gydymui, svarbus reguliarus AKS mažinančių vaistų vartojimas. Pirmojo patikrinimo metu buvo nustatyta, kad nemaža dalis asmenų AKS mažinančius medikamentus vartojo nereguliariai, kas parodė, kada reikalingas paciento mokymas apie AH kontrolę ir jos tikslus. Analizuojant situaciją bendruomenėse po metų, dalis vyrų ir moterų, kurių nuomone AKS mažinančius vaistus reikia vartoti reguliariai, poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai didesnė negu kontrolinėje (tarp vyrų poveikio bendruomenėje – 90,0 proc., kontrolinėje bendruomenėje – 71,6 proc.,  $p < 0,01$ , tarp moterų atitinkamai – 93,1 ir 74,1 proc.,  $p < 0,001$ ). Analizuojant savo svorio vertinimo situaciją bendruomenėse po metų, lyginant standartizuotus pagal išsimokslinimą duomenis, poveikio bendruomenėje tarp asmenų, kurių kūno svoris padidėjęs, buvo reikšmingai mažiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje, nemanančių, kad jų svoris per didelis. Teigiamai pasikeitęs požiūris į savo kūno svorį po taikyto poveikio bendruomenėje buvo stebimas ir tyrime, atliktame kaimo bendruomenėje (17).

AH, rūkymo, antsvorio ir nutukimo bei rizikingo AG vartojimo paplitimas bendruomenėse po metų skyrėsi nereikšmingai. Daliai asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu nustatyti LNL RV, po metų RV nebuvo nustatyti, tačiau bendruomenėse atsirado naujų RV atvejų. Poveikio bendruomenėje

ir tarp vyrų, ir tarp moterų reikšmingai sumažėjo nepakankamo fizinio aktyvumo paplitimas (tarp vyrų - nuo 26,3 iki 20,0 proc.,  $p < 0,05$ , tarp moterų - nuo 26,5 iki 21,0 proc.,  $p < 0,05$ ), nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų dalis kontrolinėje bendruomenėje po metų reikšmingai nepasikeitė.

Vienas iš ŠKL prevencijos tikslų - AKS vidurkio sumažinimas populiacijoje. Sumažinus AKS vidurkį populiacijoje galima pasiekti mažesnį mirtingumą nuo ŠKL (52). Poveikio bendruomenėje po metų reikšmingai sumažėjo vyrų ir moterų SAKS ir DAKS vidurkiai. Kontrolinėje bendruomenėje AKS vidurkių pokyčiai buvo nereikšmingi. Teigiami AKS vidurkių pokyčiai poveikio bendruomenėje galėjo būti sąlygoti efektyvesnio AH gydymo, geresnio nemedikamentinio gydymo priemonių laikymosi, teigiamų mitybos pokyčių bei kitų RV lygio sumažėjimo bendruomenėje. AH kontrolės būklė po metų poveikio bendruomenėje buvo reikšmingai geresnė negu kontrolinėje bendruomenėje: buvo reikšmingai mažesnė dalis asmenų, kurie nežinojo, kad jų AKS padidėjęs, daugiau vyrų ir moterų AH gydėsi efektyviai (21,6 proc. vyrų poveikio bendruomenėje ir 8,3 proc. - kontrolinėje,  $p < 0,001$ ; moterų - atitinkamai 29,4 ir 7,7 proc.,  $p < 0,001$ ). PSP grandyje užsienyje atlikto tyrimo duomenimis, efektyvi AH kontrolė buvo pasiekta 38,6 proc. pacientų (161).

Analizuojant pokyčius tarp tų respondentų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatyti LNL RV (AH, padidėjęs kūno svoris, rūkymas, nepakankamas fizinis aktyvumas), poveikio bendruomenėje buvo stebimi teigiami nustatytų RV kontrolės pokyčiai. Reikšmingai sumažėjo AH grupės AKS vidurkiai, buvo reikšmingai daugiau moterų, kurios per paskutines 2 savaites naudojo AKS mažinančius vaistus, daugiau asmenų AKS mažinančius vaistus paskutinių metų bėgyje vartojo nepertraukiamai, sumažėjo KMI vidurkiai, padidėjo fizinio aktyvumo laisvalaikio valandų vidurkis. Tuo tarpu kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai po metų buvo statistiškai nereikšmingi. Užsienyje PSP grandyje atliktuose tyrimuose buvo stebimas KMI sumažėjimas (50, 54), SAKS ir DAKS vidurkių sumažėjimas (50, 90, 161). Efektyviai AH kontrolei būtinas nemedikamentinis gydymas. Laikantis nemedikamentinių gydymo priemonių, galima pasiekti geresnės AH kontrolės (85, 160), AKS korekcijai reikia mažesnių vaistų dozių (23). Poveikio bendruomenėje po metų buvo statistiškai reikšmingai daugiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje, kurie teigė, kad reguliariai laikosi druskos kiekio maiste mažinimo ir fizinio aktyvumo padidinimo. Tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatytas padidėjęs kūno svoris, po vienerių metų poveikio bendruomenėje buvo stebimas KMI vidurkio sumažėjimas ir tarp vyrų, ir tarp moterų, kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi.

Yra vieninga nuomonė, jog rūkymo problemą reikia spręsti pasitelkus įvairiapusį švietimą, informaciją. Labai svarbu rūkančiuosius paskatinti mesti rūkyti. Paprasta intervencija - trumpas gydytojo patarimas mesti rūkyti gali sąlygoti iki 6 proc. rūkymo metimo atvejų (231, 252). Mūsų tyrime, iš asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu reguliariai rūkė, po metų teigė, jog metė rūkyti 5,5 proc. poveikio bendruomenės vyrų ir 8,3 proc. moterų, kontrolinėje bendruomenėje - atitinkamai 2,6

proc. ir 5,4 proc. Poveikio bendruomenėje po metų sumažėjo reguliariai rūkančių vyrų ir moterų rūkymo intensyvumas, padaugėjo vyrų ir moterų, kurie norėtų mesti rūkyti. Surūkomų cigarečių skaičiaus sumažėjimas buvo gautas ir kituose PSP grandyje atliktuose tyrimuose (235). Mūsų tyrime, tarp poveikio bendruomenės asmenų, kurie pirmojo patikrinimo metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs, padidėjo fizinio aktyvumo valandų per savaitę laisvalaikio vidurkiai. Fizinio aktyvumo padidėjimas buvo pasiektas ir PSP personalo vykdytuose tyrimuose užsienyje (22, 235).

Mityba yra vienas iš svarbiausių gyvenamosios veiksmų, turinčių įtakos sveikatai. Poveikio bendruomenėje reikšmingai padaugėjo asmenų, kurie per paskutinius 12 mėn. pakeitė mitybos įpročius dėl sveikatos, kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo statistikai nereikšmingi. Po metų poveikio bendruomenėje mitybos įpročiai buvo reikšmingai sveikesni: poveikio bendruomenės respondentai dažniau vartojo daržoves, vaisius ar uogas, kruopų košes, dažniau maistui gaminti vartojo aliejų, dažniau vartojo žuvis, reikšmingai mažiau poveikio bendruomenės asmenų negu kontrolinės papildomai dėjo druskos į paruoštą maistą. Racionalesni mitybos įpročiai buvo pasiekti ir PSP grandyje vykdytuose tyrimuose pasaulyje (22, 50, 129, 235) ir kaimo bendruomenėje atliktame tyrime Lietuvoje (17).

Efektyviam prevencinės priežiūros teikimui labai svarbus viso PSP personalo veikla. Tyrimų duomenimis, šeimos gydytojo konsultacija gali padėti pacientams apsispręsti keisti gyvenimą (117), užsienyje PSP grandyje atliktų tyrimų duomenimis, profilaktinę priežiūrą bendruomenėje gali sėkmingai vykdyti ir slaugytojos (50, 161, 186, 277). Labai svarbus glaudus ryšys su bendruomene ir bendruomenės narių sveikatos raštingumo kėlimas (17). Didžiausia dalis poveikio bendruomenės respondentų nurodė, kad apsispręsti keisti gyvenamosios įpročius padėjo medikai. Tačiau sveikatos ugdymas nėra vien tik sveikatos sektoriaus, bet visos visuomenės veiklos uždavinys. Naujausių sociologinių tyrimų rezultatai rodo, kad pacientų įtraukimas į sprendimus padidina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir skatina jų pasitikėjimą bei ugdo atsakomybę už savo pačių sveikatą. Esminis sveikatos ugdymo teiginys – žmogaus sveikata priklauso nuo jo paties gyvenamosios ypatumų. Nemažai gyventojų nurodė, kad apsispręsti keisti gyvenimą padėjo sanitarinio švietimo priemonės, literatūra, televizija bei šeimos nariai, draugai, bendradarbiai, todėl svarbu skleisti informaciją ir formuoti teigiamas nuostatas apie sveiką gyvenimą visuomenėje. Rezultatai parodė teigiamų LNL RV pokyčių apimtį tik tarp dalyvavusiųjų tyrime asmenų. Vykdamas profilaktinę priežiūrą PSP grandyje kyla problemų informuojant sunkiai pasiekiamus bendruomenės narius, kurie nesikreipia į gydymo įstaigas, ignoruoja profilaktinių patikrinimų kvietimus, nedalyvauja bendruomenės gyvenime. Tokius gyventojus informacija apie sveikatą pasiekia per kitus šaltinius – žiniasklaidą, visuomenės sveikatos sektoriaus vykdomas informacines programas, šeimos narius, draugus. Siekiant pagerinti profilaktinę priežiūrą visuomenėje, reikalingas visuomenės sveikatos sektoriaus darbas, kuris didintų visuomenėje profilaktinės priežiūros poreikį ir gerintų žinių apie LNL RV lygį.

Taigi, šeimos gydytojo komanda gali efektyviai vykdyti gyventojų sveikatos mokymą bei ligų profilaktiką, jei šios veiklos bus skatinamos, gydytojai turės tinkamas priemones tai atlikti.

Psichologinė sveikatos apibrėžimo koncepcija teigia, kad svarbiausia, kaip savo sveikatą interpretuoja pats individas. Savo sveikatos vertinimas yra subjektyvus kriterijus, tačiau jis gerai atspindi asmens sveikatos būklę. Savo sveikatos vertinimas rodo ne tik fizinę tiriamojo būklę, bet ir bendrą savijautą, emocinę būklę bei integruotai atspindi daugelį psichofiziologinių reiškinių. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis vyrų subjektyvus sveikatos vertinimas yra prognozinis rodiklis, kuris rodo mirties tikimybę bei mirtingumą nuo ŠKL ir IŠL (218). Kitose šalyse atlikti tyrimai taip pat parodė, kad subjektyvus sveikatos vertinimas tarp vidutinio amžiaus abiejų lyčių asmenų susijęs su mirtingumu (88, 185). Subjektyvus sveikatos vertinimas mūsų tirtose bendruomenėse skyrėsi. Poveikio bendruomenėje daugiau vyrų ir moterų negu kontrolinėje bendruomenėje subjektyvią sveikatą įvertino gerai, kontrolinėje bendruomenėje daugiau vyrų ir moterų savo subjektyvią sveikatą įvertino vidutiniškai. Apie pusę vyrų ir daugiau negu pusę moterų bendruomenėse savo subjektyvią sveikatą įvertino blogai. Suaugusiųjų Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimo duomenimis, 2004 m. blogai savo sveikatą vertino dešimtadalis respondentų (69). Pagrindiniai sociodemografiniai rodikliai, turintys įtakos subjektyviam sveikatos vertinimui, yra amžius, lytis, šeimyninė padėtis bei išsimokslinimas. Pripažįstama, kad moterys vertina savo sveikatą žymiai blogiau negu vyrai (88, 218). Mūsų tyrimo duomenimis, abiejose bendruomenėse moterys savo sveikatą vertinimo blogiau negu vyrai. Subjektyvus sveikatos vertinimas abiejose bendruomenėse buvo susijęs su amžiumi, vyresni asmenys savo sveikatą vertino blogiau. Subjektyvus sveikatos vertinimas abiejose bendruomenėse priklausė nuo išsimokslinimo: pradinio ir nebaigto vidurinio išsimokslinimo asmenys savo sveikatą vertino blogiau negu aukštojo išsimokslinimo asmenys. Subjektyvaus sveikatos vertinimo skirtumus tarp išsimokslinimo grupių parodė ir kiti Lietuvoje atlikti tyrimai (69). Subjektyviam sveikatos vertinimui turi įtakos ir emocinė būklė (157). Mūsų tyrimo duomenimis, asmenys, patiriantys didesnio laipsnio stresą, nervinę įtampą ar depresiją, savo sveikatą vertino blogiau. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai ir gyvenimos ypatumai, nėra pagrindiniai veiksniai, nulemiantys subjektyvų sveikatos vertinimą (157). Daugiau įtakos subjektyviam sveikatos vertinimui turi sveikatos problemos ir funkcinė asmens būklė. Baltijos šalyse subjektyvaus sveikatos vertinimo ir elgsenos įpročių sąsajos silpnos arba nestabilios. Suomijoje subjektyvus sveikatos vertinimas buvo susijęs su daugelio elgsenos įpročių (118). Tyrimų duomenimis blogesnis subjektyvios sveikatos vertinimas yra susijęs su padidėjusiu kūno svoriu (157, 183), rūkymu (118, 157, 163), mažu fiziniu aktyvumu (157), nepakankamu daržovių vartojimu (157). Mūsų tyrime arterinės hipertenzijos, antsvorio ir nutukimo, rūkymo, rizikingo alkoholinių gėrimų vartojimo, nepakankamo fizinio aktyvumo sąsajos su blogu subjektyvios sveikatos vertinimu buvo analizuojamos, panaudojant daugiamatės logistinės regresijos modelį. Tyrimo duomenimis, AH – moterims, nepakankamas fizinis aktyvumas - vyrams, nutukimas

– ir vyrams, ir moterims, buvo susiję su blogesniu subjektyviu sveikatos vertinimu. Moterų, kurioms nustatyta AH, subjektyvaus sveikatos vertinimas „nevisiškai sveika“ ir „sergu“ galimybės buvo 1,8 karto didesnės negu moterų, kurių AKS <140/90 mmHg. Nutukusių vyrų subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ galimybės buvo du 2,2 karto didesnės negu vyrų, kurių KMI<25 kg/m<sup>2</sup>, nutukusių moterų subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveika ir „sergu“ šansai buvo 2,6 karto didesnės negu moterų, kurių KMI<25 kg/m<sup>2</sup>. Nepakankamai fiziškai aktyvių vyrų subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveika ir „sergu“ galimybės buvo 1,8 karto didesnės negu pakankamai fiziškai aktyvių. Užsienyje atliktų tyrimų duomenimis, rūkantys asmenys dažniau savo sveikatą vertino blogiau (157, 163), Lietuvoje rūkymas tarp vyrų buvo susijęs su vidutiniu savo sveikatos vertinimu (118). Mūsų tyrime nerūkančių arba rūkančių nereguliariai subjektyvaus sveikatos vertinimo „nevisiškai sveikas ir „sergu“ galimybės buvo du kartus didesnės negu reguliariai rūkančiųjų. Tokias rūkymo ir subjektyvios sveikatos vertinimo sąsajas galėjo sąlygoti didelė vyresnio amžiaus respondentų dalis bendruomenėse. Kaip parodė tyrimas, vyresnio amžiaus gyventojai blogiau vertino subjektyvią sveikatą bei rečiau reguliariai rūkė.

Subjektyvus sveikatos vertinimas po metų bendruomenėse pakito nereikšmingai, tačiau poveikio bendruomenėje buvo stebima subjektyvaus sveikatos vertinimo gerėjimo tendencija. Bendruomenėje vykdant profilaktinės priežiūros intervenciją, subjektyvaus sveikatos vertinimo gerėjimo tendencija buvo stebima ir PSP grandyje atliktuose tyrimuose Lietuvoje (17) ir Švedijoje (18).

Atliktas tyrimas parodė, kad PSP grandies personalo pastangomis, galima pagerinti LNL RV kontrolės būklę. Gydytojų ir bendruomenės slaugytojų motyvaciją daugiau dėmesio ir laiko skirti RV kontrolei padidintų moralinio ir materialinio skatinimo priemonės, vieno gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus mažinimas, kompiuterizuotos ilgalaikio pacientų su RV stebėjimo sistemos sukūrimas bei tęstinės PSP personalo studijos.

## 6. IŠVADOS

1. Pirmojo patikrinimo metu lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimas ir kontrolės būklė poveikio ir kontrolinėje bendruomenėse buvo panašūs:
  - 1.1. Arterinė hipertenzija bendruomenėse nustatyta beveik pusei vyrų ir moterų, padidėjęs kūno svoris – kas antram. Poveikio bendruomenėje reguliariai rūkė 28,5 proc. vyrų, 5,7 proc. moterų, kontrolinėje - 31,8 proc. vyrų ir 7,6 proc. moterų, kas ketvirtas asmuo buvo nepakankamai fiziškai aktyvus, rizikingą alkoholinių gėrimų kiekį vartojo 1,4 proc. moterų poveikio bendruomenėje bei 2,0 proc. - kontrolinėje. Poveikio bendruomenėje buvo sveikesni mitybos įpročiai bei reikšmingai mažiau rizikingą alkoholinių gėrimų kiekį vartojančių vyrų negu kontrolinėje bendruomenėje.
  - 1.2. Daugumai abiejų bendruomenių gyventojų arterinis kraujospūdis buvo nors kartą pamatuotas per pastaruosius metus, du penktadaliai vyrų ir trečdalis moterų nežinojo, kad jų kraujospūdis padidėjęs, arterinė hipertenzija buvo efektyviai kontroliuojama tik 4,2 proc. vyrų ir 5,8 proc. moterų poveikio bendruomenėje ir 6,0 vyrų ir 6,2 proc. moterų kontrolinėje bendruomenėje, du penktadaliai vyrų ir vienas penktadalis moterų, turinčių per didelį kūno svorį, nemanė, kad jų svoris per didelis, daugiau negu pusė rūkančių asmenų teigė, jog nori mesti rūkyti.
2. Poveikio bendruomenėje, kurioje buvo taikytos poveikio priemonės, po metų pagerėjo asmenų informuotumas apie turimus lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius bei jų kontrolės būklę:
  - 2.1. Poveikio bendruomenėje padaugėjo asmenų, žinančių savo kraujospūdį, sumažėjo asmenų, nežinančių, kad jų kraujospūdis padidėjęs bei reikšmingai sumažėjo padidėjusį kūno svorį turinčių asmenų, nemanančių, kad jų svoris per didelis. Kontrolinėje bendruomenėje po metų padaugėjo vyrų, žinančių savo kraujospūdį, kiti pokyčiai buvo nereikšmingi.
  - 2.2. Poveikio bendruomenėje sumažėjo vyrų ir moterų sistolinio ir diastolinio kraujospūdžio bei kūno masės indekso vidurkiai, ir tarp vyrų, ir tarp moterų padaugėjo efektyviai kontroliuojamos arterinės hipertenzijos atvejų. Kontrolinėje bendruomenėje pokyčiai buvo nereikšmingi.
3. Tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatyti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai, jų kontrolės pokyčiai po metų kontrolinėje bendruomenėje buvo nereikšmingi, tuo tarpu poveikio bendruomenėje rizikos veiksnių kontrolės būklė pagerėjo:
  - 3.1. Tarp asmenų, kuriems pirmojo patikrinimo metu buvo nustatyta arterinė hipertenzija, po metų sumažėjo vyrų ir moterų sistolinio bei diastolinio kraujospūdžio, kūno masės indekso vidurkiai, padaugėjo asmenų, kurie paskutines dvi savaites naudojo kraujospūdį mažinančius vaistus bei laikėsi nemedikamentinių kraujospūdžio mažinimo priemonių.



- 3.2. Tarp reguliariai rūkančiųjų asmenų sumažėjo per dieną surūkomų cigarečių skaičiaus vidurkiai, tarp nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų - padidėjo vyrų ir moterų fizinio aktyvumo valandų per savaitę laisvalaikio vidurkiai.
- 3.3. Padaugėjo vyrų ir moterų, kurie dėl sveikatos pakeitė mitybos įpročius: padidino daržovių vartojimą, sumažino riebalų kiekį maiste bei druskos vartojimą, o moterys sumažino ir cukraus vartojimą.
4. Po metų lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės būklės situacija poveikio bendruomenėje tapo geresnė negu kontrolinėje bendruomenėje: poveikio bendruomenėje daugiau asmenų negu kontrolinėje bendruomenėje žinojo savo kraujospūdį bei efektyviai gydėsi arterinę hipertenziją (21,6 proc. vyrų poveikio bendruomenėje ir 8,3 proc. – kontrolinėje,  $p < 0,001$ ; moterų – atitinkamai 29,4 ir 7,7 proc.,  $p < 0,001$ ); tapo sveikesni mitybos įpročiai ir buvo mažiau nepakankamai fiziškai aktyvių asmenų.
5. Daugiamatės logistinės regresijos analizės duomenimis, lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai buvo susiję su subjektyviu sveikatos vertinimu. Nepakankamas fizinis aktyvumas – vyrams, arterinė hipertenzija - moterims, nutukimas – ir vyrams, ir moterims, buvo susiję su blogesniu subjektyviu sveikatos vertinimu.
6. Be papildomų didelių investicijų, atliekant savo tiesioginį darbą, įtraukus bendruomenės slaugytojas, galima pasiekti tam tikrų teigiamų pokyčių gerinant lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolę bendruomenėje.

## **7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS**

1. Supažindinti Pirminės sveikatos priežiūros grandies medicinos personalą, visuomenės sveikatos srities specialistus su atlikto tyrimo rezultatais, atkreipiant dėmesį į lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimą ir nepakankamą jų kontrolės būklę.
2. Siekiant pagerinti visuomenės sveikatą, būtina integruoti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių nustatymą ir kontrolę bei sveikatos ugdymą į kasdieninę šeimos gydytojo komandos veiklą.
3. Būtina gerinti visuomenės informuotumą apie pagrindinius lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius ir jų kontrolės būdus bei skatinti sveiką gyvenseną.
4. Būtina skatinti aktyvų bendruomenių dalyvavimą sveikatos ugdymo procese bei rengiant sveikatos stiprinimo programas.

## 8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M, Cambou JP. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? *J Hypertens* 2003;21:1199-205.
2. Anderson LA, Janes GR, Jenkins C. Implementing preventive services: to what extent can we change provider performance in ambulatory care: a review of the screening, immunization, and counseling literature. *Ann Behav Med* 1998;20:161-7.
3. Anderson P. Primary care physicians and alcohol. *J Royal Soc Med* 1992;85:478-82.
4. Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991;32:425-36.
5. Asai Y, Heller R, Kajii E. Hypertension control and medication increase in primary care. *J Hum Hypertens* 2002;16:313-8.
6. Assaf AR, Banspach SW, Lasater TM, McKinlay SM, Carleton RA. The Pawtucket Heart Health Program: II. Evaluation strategies. *R I Med J* 1987;70:541-6.
7. Aukštakalnienė A. Asmenų, sergančių nekomplikuota II laipsnio arterine hipertenzija, informuotumo apie ligą įtaka arterinio kraujo spaudimo korekcijai. Daktaro disertacija. Kaunas 2004.
8. Avenell A, Broom J, Brown TJ, Poobalan A, Aucott L, Stearns SC et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technol Assess* 2004;8:1-182.
9. Baskin ML, Ard J, Franklin F, Allison DB. Prevalence of obesity in the United States. *Obes Rev* 2005;6:5-7.
10. Becker MH, Janz NK. Practicing health promotion: the doctor's dilemma. *Ann Intern Med* 1990;113:419-22.
11. Bendixen H, Holst C, Sorensen TI, Raben A, Bartels EM, Astrup A. Major increase in prevalence of overweight and obesity between 1987 and 2001 among Danish adults. *Obes Res* 2004;12:1464-72.
12. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 1998;317:465-8.
13. Binukumar B, Mathew A. Dietary fat and risk of breast cancer. *World J Surg Oncol* 2005;3:45-9.
14. Björkelund C, Bengtsson C. Feasibility of a primary health care programme aiming at reducing cardiovascular and cerebrovascular risk factors among women in a Swedish community, Strömstad. *Scand J Prim Health Care* 1991;9:89-95.

15. Bjorkelund C, Lissner L, Devine C, Lindroos AK, Palm L, Westerstahl A. Long-term effects of a primary health care intervention program for women: lower blood pressure and stable weight. *Fam Med* 2000; (4):246-51.
16. Bobak M, Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ* 1996;312:421-5.
17. Borkienė K. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių profilaktikos galimybės kaimo pirminės sveikatos priežiūros komandos darbe. Daktaro disertacija. Kaunas 2003.
18. Brannstrom I, Weinehall L, Persson LA. Changing social patterns of risk factors of cardiovascular diseases in a Swedish community intervention project. *Int J Epidemiol* 1993;22:1026-37.
19. Brown CD, Higgins M, Donato KA, Rohde FC, Garrison R, Obarzanek E et al. Body mass index and the prevalence of hypertension and dyslipidemia. *Obes Res* 2000;8:605-19.
20. Calfas KJ, Long BJ, Sallis JF, Wooten WJ, Pratt M, Patrick K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Prev Med* 1996;25:225-33.
21. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. *New Engl J Med* 1999;341:1097-105.
22. Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care. *Heart* 1998;80:447-52.
23. Campbell NR, Burgess E, Choi BC, Taylor G, Wilson E, Cleroux J, et al. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *CMAJ* 1999;160(9 Suppl):S1-6.
24. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada; 1994.
25. Cappuccio FP, Kerry SM, Sorbes L, Donald A. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2004;329:145.
26. Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health* 1995;85:777-85.
27. Casswell S. Population level policies on alcohol: are they still appropriate given that "alcohol is good for the heart"? *Addiction* 1997;92:881-90.
28. Celentano A, Panico S, Palmieri V. Citizens and family doctors facing awareness and management of traditional cardiovascular risk factors: results from the Global Cardiovascular Risk Reduction Project (Help Your Heart Stay Young Study). *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2003;13:211-7.

29. Christensen B, Engberg M, Lauritzen T. No long-term psychological reaction to information about increased risk of coronary heart disease in general practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2004;11:239-43.
30. Cook NR, Cohen J, Hebert PR, Taylor JO, Hennekens CH. Implications of small reductions in diastolic blood pressure for primary prevention. *Arch Intern Med* 1995;155:701-9.
31. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J, editors. Health and health behaviour among young people. International Report. WHO, Copenhagen 2000.
32. Černiauskiėnė LR, Rėklaitienė R, Lukšienė DI, Domarkienė S, Tamošiūnas A, Margevičienė L. Metabolinio sindromo ryšys su išemine širdies liga tarp vidutinio amžiaus Kauno gyventojų. *Medicina* 2005;41:435-41.
33. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-5.
34. DeBusk RF, Miller NH, Superko HR, Dennis CA, Thomas RJ, Lew HT et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1994;120:721-9.
35. Declaration of Alma-Ata. In: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organisation; 1978.
36. Degli E, Di Martino M, Sturani A, Russo P, Dradi C, Falcinelli S et al. Risk factors for uncontrolled hypertension in Italy. *J Hum Hypertens* 2004;18:207-13.
37. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
38. Dobrossy L, editor. Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1996.
39. Dockery DW, Trichopoulos D. Risk of lung cancer from environmental exposures to tobacco smoke. *Cancer Causes Control* 1997;8:333-45.
40. Dolan Mullen P, Simons-Morton D G, Ramirez G, Frankowski R F, Green L W, Mains D A. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Education and Counseling* 1997;32:157-73.
41. Domarkienė S, Jurėnienė K, Petrokienė Z, Radišauskas R, Rastenytė D, Rėklaitienė R. ir kt. Širdies ir kraujagyslių ligos (epidemiologija ir profilaktika). Kaunas: KMU Kardiologijos institutas; 2000.
42. Domarkienė S, Tamošiūnas A, Jurėnienė K, Rėklaitienė R. Išeminės širdies ligos rizikos profilio pokyčiai tarp vidutinio amžiaus Kauno populiacijos per 1972-1993 metus. In:

- Domarkienė S, editor. Širdies ir kraujagyslių ligos. Epidemiologija ir profilaktika (Cardiovascular diseases. Epidemiology and prevention). Kaunas; 2000. p.61-107.
43. Domarkienė S, Tamošiūnas A, Rėklaitienė R, Buivydaite K, Kazlauskaitė M, Šidlauskienė D ir kt. Arterinės hipertenzijos paplitimo, žinių apie žją, gydymo ir kontrolės pokyčiai vidutinio amžiaus Kauno gyventojų grupėje per 20 metų. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004, 8:713-7.
  44. Domarkienė S, Tamošiūnas A, Rėklaitienė R, Šidlauskienė D, Jurėnienė K, Margevičienė J ir kt. Širdies ir kraujagyslių ligų svarbiausių rizikos veiksnių pokyčiai tarp vidutinio amžiaus Kauno gyventojų 1983–2002 metais. Medicina 2003;39:1193-9.
  45. Domarkienė S. Išeminės širdies ligos rizikos įvertinimas ir korekcijos galimybės. Habil. Daktaro darbas. Kaunas, 1994.
  46. Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care-based physical activity intervention studies. Effectiveness and implications for practice and future research. J Fam Pract 2000;49:158–68.
  47. Earle KA, Taylor P, Wyatt S, Burnett S, Ray J. A physician-pharmacist model for the surveillance of blood pressure in the community: a feasibility study. J Hum Hypertens 2001;15:529-33.
  48. Ebrahim S, Smith GD. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. BMJ 1997;314:1666-74.
  49. Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ 2004; 328:217-19.
  50. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. BMJ 1995;310:1099-104.
  51. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. BMJ 2003;326:793-8.
  52. Emberson J, Whincup P, Morris R, Walker M, Ebrahim S. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. Eur Heart J 2004;25:484-91.
  53. Emmons KM, Linnan LA, Shadel WG, Marcus B, Abrams DB. The Working Healthy Project: a worksite health-promotion trial targeting physical activity, diet, and smoking. J Occup Environ Med 1999;41:545-55.
  54. Engberg M, Christensen B, Karlsmose B. General health screenings to improve cardiovascular risk profiles: a randomized controlled trial in general practice with 5-year follow-up. J Fam Pract 2002;51:546-52.
  55. Engstrom G, Hedblad B, Janzon L. Hypertensive men who exercise regularly have lower rate of cardiovascular mortality. J Hypertens 1999;17:737-42.

56. Esselstyn CB Jr, Ellis SG, Medendorp SV, Crowe TD. A strategy to arrest and reverse coronary artery disease: a 5-year longitudinal study of a single physician's practice. *J Fam Pract* 1995;41:560-8.
57. EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. *Lancet* 2001;357:995-1001.
58. European collaborative trial of multifactorial prevention of coronary heart disease: final report on the 6-year results. World Health Organisation European Collaborative Group. *Lancet* 1986;1:869-72.
59. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prevent Rehabil* 2003;10(Suppl 1):S1-S78.
60. Eviltis E. Arterialnaja hipertenzija i vozmozhnosti kontrolija na teritorialnom terapevticheskom uchastke. Avtoref. Dis. d-ra med. nauk. Kaunas 1989.
61. Fagard RH, Van Den Enden M, Leeman M, Warling X. Survey on treatment of hypertension and implementation of World Health Organization/International Society of Hypertension risk stratification in primary care in Belgium. *J Hypertens* 2002;20:1297-302.
62. Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WL, Williams PT et al. Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *JAMA* 1990;264:359-65.
63. Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, Naimark A, Weissman B, Aliabadi P et al. Risk factors for incident radiographic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham Study. *Arthritis Rheum* 1997;40:728-33.
64. Feskanich D, Willett W, Colditz G. Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *JAMA* 2002;288:2300-6.
65. Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K. Does physical activity prevent weight gain: a systematic review. *Obesity Reviews* 2000;1:96-111.
66. Fortmann SP, Varady AN. Effects of a Community-wide Health Education Program on Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality The Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol* 2000;152:316-23.
67. Frame PS. Health maintenance in clinical practice: strategies and barriers. *Am Fam Physician* 1992;45:1192-2000.

68. Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, Grimshaw JM, Grilli R, Bero LA. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2, 2000. Oxford: Update Software.
69. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Katvickis A, Šačkutė A, Helasoja V et al. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2004. (Health behaviour among Lithuanian adult population, 2004). Helsinki: National Public Health Institute; 2005.
70. Grabauskas V, Petkevičienė J, Klumbienė J, Vaisvalavičius V. Antsvorio ir nutukimo dažnio priklausomybė nuo socialinių bei gyvenimo veiksnių (Lietuvos suaugusių žmonių gyvenimo tyrimas). *Medicina* 2003;39:1223-30.
71. Grabauskas V, Petkevičienė J, Kriaučiūnienė V, Klumbienė J. Lietuvos gyventojų sveikatos skirtumai: išsimokslinimas ir mitybos įpročiai. *Medicina* 2004;40: 875-83.
72. Grabauskas V, Zaborskis A, Klumbienė J, Petkevičienė J, Žemaitienė N. Lietuvos paauglių ir suaugusių žmonių gyvenimo pokyčiai 1994–2002 metais. *Medicina* 2004; 40:884-90.
73. Grabauskas V. Populiacionnyje podchody v profilaktike serdčno-sosudistoj I drugoj neinfekcionnoj patologii. (The population approaches to the prevention of cardiovascular and other noncommunicable diseases.). Avtoref. Dis. d-ra med. nauk. Kaunas 1990.
74. Green WL, Kreuter MW. Health promotion today and a framework for planning: an educational and environmental approach. 2nd ed. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Co.; 1991.
75. Greene GW, Rossi SR, Rossi JS, Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO. Dietary applications of the stages of change model. *J Am Diet Assoc* 1999; 99:673-8.
76. Gueyffier F, Boissel JP, Boutitie F, Pocock S, Coope J, Cutler J et al. Effect of antihypertensive drug treatment on cardiovascular outcomes in women and men. A meta-analysis of individual patient data from randomized, controlled trials. The INDANA Investigators. *Ann Int Med* 1997;126:761–77.
77. Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a World Health Organization. International Society of Hypertension meeting. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens* 1993;11:905-918.
78. Haapanen N, Miilunpalo S, Pasanen M, Vuori I, Oja P, Malmberg J. Body mass index, physical inactivity and low level of physical fitness as determinants of all-cause and cardiovascular disease mortality-16 y follow-up of middle-aged and elderly men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24:1465-74.
79. Haapanen N, Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M. Association of leisure time physical activity with the risk of coronary heart disease, hypertension and diabetes in middle-aged men and women. *Int J Epidemiol* 1997;26:739-47.



80. Hagberg JM, Park JJ, Brown MD. The role of exercise training in the treatment of hypertension: an update. *Sports Med* 2000;30:193-206.
81. Haheim LL, Holme I, Hjerermann I, Leren P, Tonstad S. Trends in the incidence of acute myocardial infarction and stroke: a 21-year follow-up of the Oslo study. *Scand Cardiovasc J* 2004;38:216-21.
82. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA*. 2003 Jul 9;290(2):199-206.
83. Haskell WL, Alderman EL, Fair JM, Maron DJ, Mackey SF, Superko HR et al. Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. The Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation* 1994;89:975-90.
84. He FJ, MacGregor GA. Cost of poor blood pressure control in the UK: 62,000 unnecessary deaths per year. *J Hum Hypertens* 2003;17:455-7.
85. He J, Muntner P, Chen J, Roccella EJ, Streiffer RH, Whelton PK. Factors associated with hypertension control in the general population of the United States. *Arch Intern Med*. 2002;162:1051-8.
86. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease--a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340:920-6.
87. Health 21-Health for All in the 21st Century. (European Health for All Series No.6) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe., 1999.
88. Heidrich J, Liese AD, Lowel H, Keil U. Self-rated health and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in Southern Germany. Results from the MONICA Augsburg Cohort Study 1984-1995. *Ann Epidemiol* 2002;12:338-45.
89. Helasoja V, Prattala R, Klumbiene J, Petkeviciene J, Kasmel A, Lipand A et al. Smoking and passive smoking in Estonia, Lithuania and Finland. Identifying target groups of tobacco policy. *Eur J Public Health* 2001;11:206-10.
90. Hellenius ML, Johansson J, de Faire U, Elofsson S, Krakau I. Four years experience of a cardiovascular opportunistic screening and prevention programme in the primary health care in Sollentuna, Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:111-5.
91. Hennig B, Toborek M, McClain CJ. High-energy diets, fatty acids and endothelial cell function: implications for atherosclerosis. *J Am Coll Nutr* 2001;20:97-105.
92. Hensrud DD. Clinical preventive medicine in primary care: background and practice: 1. Rationale and current preventive practices. *Mayo Clin Proc* 2000;75:165-72.

93. Hetlevik I, Holmen J, Kruger O. Implementing clinical guidelines in the treatment of hypertension in general practice. Evaluation of patient outcome related to implementation of a computer-based clinical decision support system. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:35-40.
94. Hillsdon M, Thorogood M, Anstiss T, Morris J. Randomised controlled trials of physical activity promotion in free living populations: a review. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:448-53.
95. Himmelmann A. Hypertension: an important precursor of heart failure. *Blood Press* 1999;8:253-60.
96. Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *N Engl J Med* 2001;345:479-86.
97. Hyman DJ, Pavlik VN. Uncontrolled hypertension as a risk for coronary artery disease: patient characteristics and the role of physician intervention. *Curr Atheroscler Rep.* 2003 Mar;5(2):131-8.
98. Hjermann I. A randomized primary preventive trial in coronary heart disease: the Oslo study. *Prev Med* 1983;12:181-4.
99. Hjermann I. Intervention of smoking and eating habits in healthy men carrying high risk for coronary heart disease. The Oslo Study. *Acta Med Scand* 1981;651 Suppl.:281-4.
100. Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993;118:521-5.
101. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity is an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart study. *Circulation* 1983;67:968-77.
102. Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
103. Hunink MG, Goldman L, Tosteson AN, Mittleman MA, Goldman PA, Williams LW. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990. The effect of secular trends in risk factors and treatment. *JAMA* 1997;277:535-42.
104. Integrating prevention into health care. World Health Organisation Media centre; 2002. Fact sheet N°172.
105. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Geneva: World Health Organisation; 2000.
106. Yu S, Yarnell JW, Sweetnam PM, Murray L. What level of physical activity protects against premature cardiovascular death? The Caerphilly study. *Heart* 2003;89:502-6.
107. Yusuf S. Two decades of progress in preventing vascular disease. *Lancet* 2002;360:2-3.

108. Jacobson B. The Nation's Health: when epidemiology meets ethics and politics. *Public Health* 1991;105:29-33.
109. James W P T, Ferro-Luzzi A, Isaksson B, Szostak W B. Healthy nutrition: preventing nutrition-related disease in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. – 1988 (WHO Regional Publications, European Series, No. 24).
110. Jankauskienė K. Kauno miesto gyventojų (15 metų ir vyresnių) išgyvenimo prognozavimo galimybės. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2002;6:155-9.
111. Jarvinen R, Knekt P, Hakulinen T, Rissanen H, Heliovaara M. Dietary fat, cholesterol and colorectal cancer in a prospective study. *Br J Cancer* 2001; 85:357-61.
112. Johansson SE, Sundquist J. Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *Int J Epidemiol* 1999;28:1073-80.
113. Jones DW. Dietary sodium and blood pressure. *Hypertension* 2004;43:932-5.
114. Jurėnienė K. Svarbiausių rizikos veiksnių pokyčiai ir jų prognostinė reikšmė naujiems išeminės širdies ligos atvejams. *Medicina* 1999;35:144-51.
115. Kalėdienė R, Petrauskienė J. Lietuvos gyventojų mirtingumono širdies ir kraujagyslių ligų pokyčiai pereinamuoju į rinkos ekonomiką laikotarpiu. *Medicina* 2001;37:1537-43.
116. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA* 1996;275:1571-6.
117. Kanstrup H, Refsgaard J, Engberg M, Lassen JF, Larsen ML, Lauritzen T. Cholesterol reduction following health screening in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2002;20:219-23.
118. Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, Prattala R, Klumbiene J, Pudule I. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *Eur J Public Health* 2004;14:32-6.
119. Katzmarzyk PT, Janssen I, Ardern CI. Physical inactivity, excess adiposity and premature mortality. *Obes Rev* 2003;4:257-90.
120. Kersnik J. Case finding of hypertension in general practice: a quality improvement study from Slovenia. In: O'Riordan M, Seuntjens L, Grol R, editors. *Improving patient care in primary care in Europe*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004. p. 142-46.
121. Ketola E, Sipila R, Makela M, Klockars M. Quality improvement programme for cardiovascular disease risk factor recording in primary care. *Qual Health Care* 2000;9:175-80.
122. Ketola E, Sipila R, Makela M. Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors. *Annals of Medicine* 2000;32:239-51.

123. Kinlay S, O'Connell D, Evans D, Halliday J. The cost-effectiveness of different blood-cholesterol lowering strategies in the prevention of cardiovascular disease. *Australian Journal of Public Health* 1994;18:105-10.
124. Klumbienė J, Petkevičienė J, Misevičienė I, Plieskienė A. Arterinės hipertenzijos paplitimo ir kontrolės pokyčiai 1987-1999 m. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2002;6:751-6.
125. Klumbienė J, Petkevičienė J, Tamošiūnas A, Plieskienė A, Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimo pokyčiai 1987-1999 metais. *Medicina* 2002;38:77-85.
126. Klumbienė J. Bendrosios praktikos gydytojų žiniob apie hipertenzijos kontrolę ir požiūris į ją. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2000;4:117-9.
127. Klumbienė J. Izuchienije sviazi urovnia arterialnogo dovlenija s ischemicheskoj boleznju serdtsa i otsenka vozmozhnostej kontrolia arterialnoj hipertenzii v populiatsii muzhchin srednego vozrasta g. Kaunasa. Avtoref. Dis. d-ra med. nauk. Kaunas 1983.
128. Knight EL, Bohn RL, Wang PS, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Predictors of uncontrolled hypertension in ambulatory patients. *Hypertension* 2001;38:809-14.
129. Knutsen SF, Knutsen R. The Tromso Survey: the Family Intervention study - the effect of intervention on some coronary risk factors and dietary habits, a 6-year follow-up. *Prev Med* 1991;20:197-212.
130. Knutsen SF, Knutsen R. Wives of coronary high-risk men--are they also at higher risk? The Tromsø Heart Study. *J Intern Med* 1990;228:333-7.
131. Kokkinos PF, Narayan P, Papademetriou V. Exercise as hypertension therapy. *Cardiol Clin* 2001;19:507-16.
132. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolonen H et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000;355:675-87.
133. Laaksonen M, McAlister AL, Laatikainen T, Drygas W, Morava E, Nussel E et al. Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European east-west gap in health status? *Eur J Public Health* 2001;11:65-73.
134. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000;321:355-8.
135. Lang T. Factors that appear as obstacles to the control of high blood pressure. *Ethn Dis* 2000;10:125-30.
136. Langham J, Tucker H, Sloan D, Pettifer J, Thom S, Hemingway H. Secondary prevention of cardiovascular disease: a randomised trial of training in information management, evidence-based medicine, both or neither: the PIER trial. *Br J Gen Pract* 2002;52:818-24.

137. Lapuerta P, Simon T, Smitten A, Caro J. Assessment of the association between blood pressure control and health care resource use. *Clin Ther* 2001;23:1773-82.
138. Lauritzen T, Leboeuf-Yde C, Lunde IM, Nielsen KD. Ebeltoft project: baseline data from a five-year randomized, controlled, prospective health promotion study in a Danish population. *Br J Gen Pract* 1995;45:542-7.
139. Lawes C, Feigin V, Rodgers A. Estimating reductions in blood pressure following reductions in salt intake by age, sex and WHO region. Auckland: Clinical Trials Research Unit, University of Auckland; 2002.
140. Lawes CM, Bennett DA, Feigin VL, Rodgers A. Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. *Stroke* 2004;35:1024-34.
141. Lee IM, Paffenbarger RS. Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. The Harvard alumni health study. *Am J Epidemiol* 2000;151:293-9.
142. Lee IM, Skerrett PJ. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Med Sci Sports Exerc* 2001;33:S459-71.
143. Lemelin J, Hogg W, Baskerville N. Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. *CMAJ* 2001;164:757-63.
144. Leon AS, Myers MJ, Connett J. Leisure time physical activity and the 16-year risks of mortality from coronary heart disease and all-causes in the multiple risk factor intervention trial (MRFIT). *Int J Sports Med* 1997;18:S208-15.
145. Lietuvos medicinos norma MN 14:1999: Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė. Valstybės žinios 1999;109:3196-99.
146. Lietuvos sveikatos programa, 1997-2010. LR Seimas 1998-07-02 nutarimas Nr.: VIII-833. Vilnius: Medikų žinių leidykla; 1998.
147. Lindholm LH, Ekblom T, Dash C, Eriksson M, Tibblin G, Schersten B. The impact of health care advice given in primary care on cardiovascular risk. CELL Study Group. *BMJ* 1995;310:1105-9.
148. Logue E, Sutton K, Jarjoura D, Smucker W. Obesity management in primary care: assessment of readiness to change among 284 family practice patients. *J Am Board Fam Pract* 2000;(3):164-71.
149. Lowe LP, Greenland P, Ruth KJ, Dyer AR, Stamler R, Stamler J. Impact of major cardiovascular disease risk factors, particularly in combination, on 22-year mortality in women and men. *Arch Intern Med* 1998;158:2007-14.
150. Lu N, Samuels ME, Huang KC. Dietary behavior in relation to socioeconomic characteristics and self-perceived health status. *J Health Care Poor Underserved* 2002;13:241-57.

151. Luepker RV, Murray DM, Jacobs DR Jr, Mittelmark MB, Bracht N, Carlaw R et al. Community Education for Cardiovascular Diseases Prevention: Risk Factor Changes in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health* 1994;84:1383-93.
152. Luepker RV, Rastam L, Hannan PJ, Murray DM, Gray C, Baker WL et al. Community education for cardiovascular disease prevention. Morbidity and mortality results from the Minnesota Heart Health Program. *Am J Epidemiol* 1996;144:351-62.
153. Lupton BS, Fonnebo V, Sogaard AJ, Fylkesnes K. The Finnmark Intervention Study: do community-based intervention programmes threaten self-rated health and well-being? Experiences from Batsfjord, a fishing village in North Norway. *Eur J Public Health* 2005;15:91-6.
154. Malakauskas K, Sakalauskas R, Dudzevičius V, Žemaitis M, Staikūnienė J, Plieskienė A. Rūkymo paplitimo bei plaučių ventiliacijos rodmenų tyrimas tarp Lietuvos penkių rajonų suaugusių gyventojų. *Medicina* 2001;37:859-64.
155. Malakauskas K, Sakalauskas R, Dudzevičius V, Šitkauskienė B, Milašauskienė Ž. Lėtinės obstrukcinės ligos ir astmos paplitimas penkiuose Lietuvos rajonuose. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2002;6:235-9.
156. Malakauskas K, Sakalauskas R, Veryga A, Dudzevičius V. Konkurso metantiems rūkyti „Mesk ir laimėsi“ efektyvumas Lietuvoje. *Medicina* 2001;37:928-32.
157. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviors contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med* 1999;48:1713-20.
158. Marckmann P, Gronbaek M. Fish consumption and coronary heart disease mortality. A systematic review of prospective cohort studies. *Eur J Clin Nutr* 1999;53:585-90.
159. Masuo K, Mikami H, Ogihara T, Tuck ML. Weight gain-induced blood pressure elevation. *Hypertension* 2000;35:1135-40.
160. McGuire HL, Svetkey LP, Harsha DW, Elmer PJ, Appel LJ, Ard JD. Comprehensive lifestyle modification and blood pressure control: a review of the PREMIER trial. *J Clin Hypertens* 2004;6:383-90.
161. McPherson CP, Swenson KK, Pine DA, Leimer L. A nurse-based pilot program to reduce cardiovascular risk factors in a primary care setting. *Am J Manag Care* 2002;8:543-55.
162. Meigs JB. Epidemiology of the metabolic syndrome, 2002. *Am J Manag Care* 2002;8:283-92.
163. Meurer LN, Layde PM, Guse CE. Self-rated health status: a new vital sign for primary care? *WMJ* 2001;100:35-9.
164. Milašauskienė Ž, Misevičienė I, Sakalauskas R, Klumbienė J. Gydytojų, dirbančių pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, veiklos tyrimas: darbo pobūdis ir veiklos ypatumai. *Medicina* 1996;32:677-84.

165. Milašauskienė Ž, Misevičienė I. Apylinkės gydytojų darbo apimtys ir veiklos, vykdančios Lietuvos sveikatos priežiūros reformą, pokyčių analizė. *Medicina* 1998;34:201-9.
166. Misevičienė I, Klumbienė J, Milašauskienė Ž, Sakalauskas R. Gydytojų, dirbančių pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, veiklos tyrimas: organizaciniai darbo aspektai. *Medicina* 1996;32:238-43.
167. Montgomery AA, Fahey T, Peters TJ, MacIntosh C, Sharp DJ. Evaluation of computer based clinical decision support system and risk chart for management of hypertension in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2000;320:686-90.
168. Mortality After 16 Years for Participants Randomized to the Multiple Risk Factor Intervention Trial. The Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Circulation* 1996;94:946-51.
169. Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramirez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Educ Couns* 1997;32:157-73.
170. Mulrow CD, Chiquette E, Angel L, Cornell J, Summerbell C, Anagnostelis B et al. Dieting to reduce body weight for controlling hypertension in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
171. Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *JAMA* 1982;248:1465-77.
172. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2003;326:84 -7.
173. Murray CJ, Lauer JA, Hutubessy RC, Niessen L, Tomijima N, Rodgers A et al. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet* 2003;361:717–25.
174. Nacionalinė sveikatos koncepcija. LR Aukščiausioji Taryba. 1991-10-30 nutarimas Nr.1-1939.
175. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: pasiekimai ir problemos. Vilnius, 2005.
176. Neaton JD, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316,099 white men. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med* 1992; 152:56-64.
177. Ness AR, Powles JW. Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: a review. *International Journal of Epidemiology* 1997;26:1-13.
178. Niebauer J, Hambrecht R, Velich T, Hauer K, Marburger C, Kalberer B et al. Attenuated progression of coronary artery disease after 6 years of multifactorial risk intervention: role of physical exercise. *Circulation* 1997;96:2534-41.

179. Nutrition and Your Health: Guidelines for Americans. U.S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services, Fourth Edition, 1995.
180. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic –Consultation on Obesity. Report of WHO consultation on Obesity; 1997 Jun 3–5; World Health Organization, Geneva; 1998. Report No. WHO/NUT/NCD/98.1.
181. Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, Merriam PA, Hurley TG, Saperia GM. Effect of training and a structured office practice on physician-delivered nutrition counseling: the Worcester-Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Am J Prev Med* 1996;12:252-8.
182. Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, Saperia GM, Stanek E, Nicolosi R et al. Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch Intern Med* 1999;159:725-31.
183. Okosun MS, Choi S, Matamoros T, Dever A. Obesity is associated with reduced self-rated general health status: evidence from a representative sample of white, black, and Hispanic Americans. *Prev Med* 2001;32:429-36.
184. Ornish D. Avoiding revascularization with lifestyle changes: The Multicenter Lifestyle Demonstration Project. *Am J Cardiol* 1998;82:72-6.
185. Osler M, Heitmann BL, Hoidrup S, Jorgensen LM, Schroll M. Food intake patterns, self rated health and mortality in Danish men and women. A prospective observational study. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:399-403.
186. Ovhed I. Primary care as an Arena for Primary, Secondary and Tertiary Cardiovascular Disease Prevention. Malmö, 1998.
187. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995;153:1423-31.
188. Park YW, Zhu S, Palaniappan L, Heshka S, Carnethon MR, Heymsfield SB. The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Intern Med* 2003;163:427-36.
189. Pedersen A, Johansen C, Gronbaek M. Relations between amount and type of alcohol and colon and rectal cancer in a Danish population based cohort study. *Gut* 2003; 52:861-7.
190. Perry HM Jr, Davis BR, Price TR, Applegate WB, Fields WS, Guralnik JM et al. Effect of treating isolated systolic hypertension on the risk of developing various types and subtypes of stroke: the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 2000;284:465-71.



191. Petkevičienė J, Klumbienė J, Plieskienė A. Penkių Lietuvos rajonų suaugusių gyventojų alkoholinių gėrimų vartojimo įpročių pokyčiai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2003; 1:475-80.
192. Petkevičienė J, Kriaučiūnienė V, Klumbienė J. Lietuvos vyrų ir moterų mitybos įpročių skirtumai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004;8:165-8.
193. Petkevičienė J, Milašauskienė Ž, Klumbienė J. Elgesio ir somatinių rizikos veiksnių dažnio priklausomybė nuo lyties, amžiaus ir išsilavinimo. Medicina 1997;33:619-27.
194. Petkevičienė J, Sabaliauskaitė I, Žvirėlaitė L. Lietuvos rajonų centrų gyventojų mitybos ypatumai. Medicina 1996;32:222-8.
195. Petrauskienė J, Bierontas D, Kalėdienė R, Zaborskis A. Lietuvos gyventojų mirtingumo medicininiai socialiniai aspektai. Kaunas: KMA spaustuvė; 1996.
196. Petrella RJ, Campbell NR. Awareness and misconception of hypertension in Canada: results of a national survey. Can J Cardiol 2005;21:589-93.
197. Pierce JP, Farkas AJ, Gilpin EA. Beyond stages of change: the quitting continuum measures progress towards successful smoking cessation. Addiction 1998;9:277-86.
198. Pyke SD, Wood DA, Kinmonth AL, Thompson SG. Change in coronary risk and coronary risk factor levels in couples following lifestyle intervention. The British Family Heart Study. Arch Fam Med 1997;6:354-60.
199. Plieskienė A. Lietuvos rajonų gyventojų sveikatos pakyčių per dešimtmetį vertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas 2003.
200. Plieskis M. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste. Daktaro disertacija. Kaunas 2005.
201. Poirier P, Despres JP. Exercise in weight management of obesity. Cardiol Clin 2001;19:459-70.
202. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Am Psychol 1992;47:1102-14.
203. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif 1992;28:183-218.
204. Prochaska JO, Velicer WF, Prochaska JM, Johnson JL. Size, consistency, and stability of stage effects for smoking cessation. Addict Behav 2004;29:207-13.
205. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychol 1994;13:39-46.
206. Prospective Studies Collaboration. Cholesterol, diastolic blood pressure, and stroke: 13 000 strokes in 45 000 people in 45 prospective cohorts. Lancet 1995; 346:1647-53.

207. Psaltopoulou T, Orfanos P, Naska A, Lenas D, Trichopoulos D, Trichopoulou A. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26,913 adults in the Greek EPIC study. *Int J Epidemiol* 2004;33:1345-52.
208. Puras A, Sanchis C, Artigao LM, Divison JA. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in a Spanish population. *Eur J Epidemiol* 1998;14:31-6.
209. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E, Salomaa V. The North Karelia Project. 20 year result and experiences. Helsinki: National Public Health Institute, 1995.
210. Puska P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Salomaa V, Nissinen A. Changes in premature death in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bull World Health Organ* 1998;76:419-25.
211. Rachmani R, Levi Z, Slavachevski I, Avin M, Ravid M. Teaching patients to monitor their risk factors retards the progression of vascular complications in high-risk patients with Type 2 diabetes mellitus a randomized prospective study. *Diabet Med* 2002;19:385-92.
212. Radišauskas R, Petrokienė Z, Bernotienė G, Rastenytė D. Kauno gyventojų mirtingumas nuo ischeminės širdies ligos 1978-1998 m. (Mortality from ischemic heart disease in the Kaunas population during 1978 to 1998.). *Lithuanian J Cardiol* 2000;7:62-7.
213. Radišauskas R, Rastenytė D. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų struktūros dinamika (1971-1997) (Cardiovascular deaths among the Kaunas population aged 25-64 years during 1971-1997). *Lithuanian J Cardiol* 1999;6:307-11.
214. Raftery JP, Yao GL, Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD. Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:707-10.
215. Raila G. Bendrosios praktikos gydytojo veiklos apimtis ir ją įtakojoantys veiksniai. Daktaro disertacija. Kaunas 2002.
216. Record NB, Harris DE, Record SS, Gilbert-Arcari J, DeSisto M, Bunnell S. Mortality impact of an integrated community cardiovascular health program. *Am J Prev Med* 2000;19:30-8.
217. Rėgalienė G, Jatulienė N, Paukštytė I, Samuseva J, Taškūnienė V, Bagdonas V ir kt. Sveikatą veikiančių elgsenos veiksnių paplitimas tarp Šiaurės Lietuvos regiono gyventojų. *Medicina* 2002;38:214-22.
218. Rėklaitienė R, Kazlauskaitė M, Tamošiūnas A, Stanislava D. Kauno vidutinio amžiaus gyventojų subjektyvus sveikatos vertinimas ir mirties tikimybė (20-ties metų stebėjimo duomenys). *Medicina* 2004;40:807-15.

219. Rėklaitienė R, Margevičienė L, Tamošiūnas A, Domarkienė S, Buivydaitė K. Cholesterolio koncentracijos pokyčiai ir išeminės širdies ligos rizika tarp Kauno 35–64 metų gyventojų. *Medicina* 2001;37:1544-50.
220. Rennie KL, Jebb SA. Prevalence of obesity in Great Britain. *Obes Rev* 2005;6:11-2.
221. Ryner M., Petersen S. European cardiovascular disease statistics. 2nd ed. London: British Heart Foundation, 2000.
222. Robertson A, Tirado C, Lobstein T, Jermini M, Knai C, Jensen JH, Ferro- Luzzi A, James WPT, editors. Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications, European Series, No.96. Copenhagen: World Health Organization; 2004.
223. Roos NP, Black C, Roos LL, Frohlich N, DeCoster C, Mustard C et al. Managing health services: how administrative data and population-based analyses can focus the agenda. *Health Serv Manage Res* 1998;11:49-67.
224. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiology* 2001;30:427-32.
225. Rosengren A, Wilhelmsen L. Physical activity protects against coronary death and deaths from all causes in middle-aged men. Evidence from a 20-year follow-up of the primary prevention study in Goteborg. *Ann Epidemiol* 1997;7:69-75.
226. Rushton L. Health impact of environmental tobacco smoke in the home. *Rev Environ Health* 2004;19:291-309.
227. Sanchez-Villegas A, Madrigal H, Martinez-Gonzalez MA, Kearney J, Gibney MJ, de Irala J. Perception of body image as indicator of weight status in the European union. *J Hum Nutr Diet* 2001;14:93-102.
228. Sandvik L, Erikssen J, Thaulow E, Mundal R, Rodahl K. Physical fitness as a predictor of mortality among healthy, middle-aged Norwegian men. *N Engl J Med* 1993;328:533-7.
229. Scheuermann W, Razum O, Scheidt R, Wiesemann A, von Frankenberg H, Topf G at al. Effectiveness of a decentralized, community-related approach to reduce cardiovascular disease risk factor levels in Germany. *Eur Heart J* 2000;21:1591–7.
230. Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. *J Am Med Inform Assoc* 1996;3:399-409.
231. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
232. Sjostrom M, Karlsson AB, Kaati G, Yngve A, Green LW, Bygren LO. A four week residential program for primary health care patients to control obesity and related heart risk factors: effective application of principles of learning and lifestyle change. *Eur J Clin Nutr* 1999;53 Suppl 2:S72-7.

233. Sookaneknun P, Richards RM, Sanguansermisri J, Teerasut C. Pharmacist involvement in primary care improves hypertensive patient clinical outcomes. *Ann Pharmacother* 2004;38:2023-8.
234. Staponkienė M., Žiugžda A., Petkevičienė R. Kai kurie mažų Lietuvos miestų gyventojų vyrų sveikatos ir išgyvenamumo aspektai. *Medicina* 1997;33: 137-42.
235. Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ* 1999;319:943-8.
236. Stoeckli R, Keller U. Nutritional fats and the risk of type 2 diabetes and cancer. *Physiol Behav* 2004;83:611-5.
237. Strandberg TE, Salomaa VV, Naukkarinen VA, Vanhanen HT, Sarna SJ, Miettinen TA. Long-term mortality after 5-year multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged men. *JAMA* 1991;266:1225-9.
238. Strandberg TE, Salomaa VV, Vanhanen HT, Naukkarinen VA, Sarna SJ, Miettinen TA. Mortality in participants and non-participants of a multifactorial prevention study of cardiovascular diseases: a 28 year follow up of the Helsinki Businessmen Study. *Br Heart J* 1995;74:449-54.
239. Streppel MT, Arends LR, van 't Veer P, Grobbee DE, Geleijnse JM. Dietary fiber and blood pressure: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Arch Intern Med* 2005;165:150-6.
240. Stubbs CO, Lee AJ. The obesity epidemic: both energy intake and physical activity contribute. *Med J Aust* 2004;181:489-91.
241. Sutton-Tyrrell K, Alcorn HG, Herzog H, Kelsey SF, Kuller LH. Morbidity, mortality, and antihypertensive treatment effects by extent of atherosclerosis in older adults with isolated systolic hypertension. *Stroke* 1995;26:1319-24.
242. Tamošiūnas A, Domarkienė S, Rėklaitienė R, Jurėnienė K. Gyvensenos rizikos veiksnių prognozinė reikšmė bendrajam mirtingumui. *Medicina* 1998; 34:106-13.
243. Tamošiūnas A, Jurėnienė K, Domarkienė S ir kt. Kūno masės indekso lygių įtaka vidutinio amžiaus vyrų mirtingumui. *Medicina* 1994;30:261-4.
244. Tamošiūnas A, Jurėnienė K, Radišauskas R, Rėklaitienė R. Alkoholio vartojimo įpročių ir su alkoholiu susijusio mirtingumo pokyčiai 45-59 metų vyrams per 20 metų. *Medicina* 1996;32:551-7.
245. Tamošiūnas A, Jurėnienė K, Rėklaitienė R, Domarkienė S, Rastenytė D. Širdies ir kraujagyslių ligų svarbiausių rizikos veiksnių reikšmė šioms ligoms atsirasti ir progresuoti. (Importance of main risk factors on the occurrence and progress of cardiovascular diseases.) In: Domarkienė S,

- editor. Širdies ir kraujagyslių ligos. Epidemiologija ir profilaktika (Cardiovascular diseases. Epidemiology and prevention). Kaunas; 2000. p.118-56.
246. Tamošiūnas A, Vilkauskas L, Rėklaitienė R. Rizikos veiksnių informatyvumas sergamumui ir mirtingumui išemine širdies liga 20 metų stebėjimo duomenimis. *Medicina* 1997;33:43-9.
247. Tamošiūnas A. Gyvensenos rizikos veiksniai. Paplitimas, pokyčių kryptys, prognozinė reikšmė sergamumui miokardo infarktu ir mirtingumui dėl įvairių priežasčių. Habil. Daktaro darbas. Kaunas, 1997.
248. Tamošiūnas A. Su gyvenimo būdu susiję rizikos veiksniai: epidemiologinė situacija ir įtaka sergamumui bei mirtingumui nuo išeminės širdies ligos. *Medicina* 1996;32:830-7.
249. The European Health Report 2002. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2002.
250. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. 18 June 1996. *Bull World Health Organ* 1999;77:48-9.
251. The need for research in primary care to solve global health problems. A Position Paper by the Network Towards Unity for Health, 2005. <http://www.the-networktufh.org/publications>
252. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organisation, 2002.
253. Theobald H, Johansson SE, Engfeldt P. Influence of different types of alcoholic beverages on self-reported health status. *Alcohol* 2003;38:583-8.
254. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2000. Oxford: Update Software.
255. Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CW, et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *N Engl J Med* 1997;337:1705-14.
256. Torgerson JS, Lindroos AK, Naslund I, Peltonen M. Gallstones, gallbladder disease, and pancreatitis: cross-sectional and 2-year data from the Swedish Obese Subjects (SOS) and SOS reference studies. *Am J Gastroenterol.* 2003;98:1032-41.
257. Tunstall-Pedoe H. The Dundee coronary risk-disk for management of change in risk factors. *BMJ* 1991;303:744-7.
258. Valente T. W. *Evaluating Health Promotion Programs*. New York: Oxford University Press; 2002.
259. van der Veen J, Bakx C, van den Hoogen H, Verheijden M, van den Bosch W, van Weel C et al. Stage-matched nutrition guidance for patients at elevated risk for cardiovascular disease: a randomized intervention study in family practice. *J Fam Pract* 2002;51:751-8.

260. Van Weel C, Rosser WW. Improving Health Care Globally: A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. *Ann Fam Med* 2004;2(Suppl 2):S5-16.
261. Vartiainen E, Jousilahti P, Alfthan G, Sundvall J, Pietinen P, Puska P. Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972–1997. *Int J Epidemiology* 2000;29:49-56.
262. Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *BMJ* 1994;309:23–7.
263. Visscher TL, Seidell JC. The public health impact of obesity. *Annu Rev Public Health* 2001;22:355-75.
264. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Physical activity and risk of cancer in middle-aged men. *Br J Cancer* 2001;85:1311-6.
265. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap?--10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health* 2001;56 Suppl:59-68.
266. Weinehall L, Westman G, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Pearson TA et al. Shifting the distribution of risk: results of a community intervention in a Swedish programme for the prevention of cardiovascular disease. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:243-50.
267. Wesson DE. Hypertension and the kidney. *Curr Hypertens Rep* 2001;3:511-6.
268. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, Roccella EJ. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA* 2002;288:1882-8.
269. Wilhelmsen L. Risk factors for coronary heart disease in perspective. European intervention trials. *Am J Med* 1984;76:37-40.
270. Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *BMJ* 1992;304:227-30.
271. Wilson PW, D'Agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Arch Intern Med* 2002;162:1867-72.
272. Wilson S, Delaney BC, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn AM, et al. Randomised controlled trials in primary care: case study. *BMJ* 2000;321:24-7.
273. Winkleby MA, Flora JA, Kraemer HCA. Community-Based Heart Disease Intervention: Predictors of Change. *Am J Public Health* 1994;84:767-72.

274. Winkleby MA, Taylor CB, Jatulis D, Fortmann SP. The Long-Term Effects of a Cardiovascular Disease Prevention Trial: The Stanford Five-City Project. *Am J Public Health* 1996;86:1773-9.
275. Wonderling D, Langham S, Buxton M, Normand C, McDermott C. What can be concluded from the Oxcheck and British family heart studies: commentary on cost effectiveness analyses. *BMJ* 1996;312:1274-8.
276. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyorala K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Summary of recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *J Hypertens* 1998;16:1407-14.
277. Wood DA, Kinmonth AL, Davies GA, Yarwood J, Thompson SG, Pyke SDM et al. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British family heart study. *BMJ* 1994;308:313-20.
278. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 1997.
279. World Health Organisation – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens* 1999;17:151-83.
280. Zeka A, Gore R, Kriebel D. Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risks: a meta-regression analysis. *Cancer Causes Control* 2003;14:897-906.
281. Žilinskas MK. Depresinės nuotaikos ir depresijos diagnostika bendrosios praktikos gydytojo darbe. Daktaro disertacija. Kaunas 2003.
282. Žiugžda A, Staponkienė M, Unikauskas A, Petkevičienė R, Bernotienė A. Vyrų fizinis aktyvumas ir reliatyvi mirties rizika. *Medicina* 1998;34:429-36.

## 9. DISERTACIJOS TEMA SPAUSDINTŲ MOKSLINIŲ DARBŲ SĄRAŠAS

1. Armonaitė R, Petrauskienė J. Lėtinių neinfekcinių ligų somatinių rizikos veiksnių paplitimas šeimos gydytojo aptarnaujamoje bendruomenėje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2003;7:709-715.
2. Armonaitė R, Petrauskienė J. Gyvensenos rizikos veiksnių paplitimas šeimos gydytojo aptarnaujamoje miesto bendruomenėje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004; 8:399-405.
3. Armonaitė R. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimas tarp suaugusiųjų gyventojų šeimos gydytojo aptarnaujamoje bendruomenėje Kauno mieste. // Mokslinė konferencija “PSP paslaugų ekonominiai aspektai ir PSP reformos eiga”. Gegužės 13-14 d., 2002. , Kemerai, Turkija. / Kauno medicinos universitetas. Šeimos medicinos klinika, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų kolegija.
4. Armonaitė R. Prevalence of behavioral risk factors of chronic noncommunicable diseases among adult population in general practice. 10<sup>th</sup> WONCA Europe Regional Conference. Amsterdam, June 1-4, 2004.
5. Armonaitė R. Changes in control of hypertension in adult population in primary care. 11<sup>th</sup> Conference of the European Society of general practice / family medicine. Kos Island, Greece, September 3-7, 2005.



## 10. PRIEDAI

### 1 PRIEDAS

#### Tyrimo anketa

1. Anketos Nr. -----
2. Ištyrimo data ..... ---.---.---
3. Lytis: vyras-1, moteris-2 -----
4. Gimimo data (pilna)..... ---.---.---
5. Profesija ..... --
6. Darbinė veikla: dirba pramonėje, statyboje ar pan.(fizinį darbą)-1; tarnauja įstaigoje, dirba protinį darbą arba aptarnavimo sferoje-2; studijuoja(mokosi)-3; namų šeimininkė-4; senatvės ar invalidumo pensijoje-5; bedarbis-6 -----
7. Šeimyninė padėtis: vedęs(ištekęjusi) arba gyvena nesusituokę-1, nevedęs(netekėjusi)-2, išsiskyręs(-usi)-3, našlys(-ė)-4 -----
8. Vaikų skaičius ..... --
9. Išsilavinimas: pradinis(3-4 kl.)-1, nepilnas vidurinis(iki 9 kl.)-2, vidurinis ir spec. techninis-3, nepilnas aukštasis-4, aukštasis-5 -----

---

#### Sveikatos būklės vertinimas ir medicininis aptarnavimas

10. Kaip vertinate dabartinę savo sveikatą?  
Visai sveikas-1, geros sveikatos-2, sveikas-3, nevysiškai sveikas-4, sergu-5 -----
  11. Ar patyrėte per pastarąjį mėnesį stresą ar didelę įtampą?  
Taip, mano gyvenimas tiesiog nepakeliamas-1; taip, daugiau negu paprastai patiria kiti žmonės-2; taip, šiek tiek, bet paprastai nepatiriu-3; visai nepatiriau-4 -----
  12. Ar per pastaruosius 12 mėn. Jūsų nebuvo apėmusi depresija(prislėgta nuotaika)?  
Visai ne-1, ne labiau negu anksčiau-2, šiek tiek labiau negu anksčiau-3, daug labiau negu anksčiau-4 -----
  13. Ar turite invalidumą? Ne-1; turiu III-ią grupę-2; turiu II-ą grupę-3; turiu I-ą grupę-4  
Jei "ne", pereiti prie 17 klausimo. -----
  14. Jei turite invalidumo grupę, dėl ko gavote?
    - 14.1. Širdies ir kraujagyslių ligos Ne-1, taip-2 -----
    - 14.2. Kvėpavimo sistemos ligos Ne-1, taip-2 -----
    - 14.3. Kitos ligos Ne-1, taip-2 -----
- 
- #### Anamnezė, ligos ir gydymas vaistais
15. Ar Jūs kada nors sirgote miokardo infarktu? Ne-1, taip-2 -----  
Jei "taip", tai kur ir kada gydėtės? .....
  16. Ar Jūs kada nors sirgote insultu? Ne-1, taip-2 -----  
Jei "taip", tai kur ir kada gydėtės? .....
  17. Ar žinote koks Jūsų arterinis spaudimas? Ne-1, taip-2 -----
  18. Ar manote, kad Jūsų kraujo spaudimas normalus?  
Ne, jis sumažėjęs-1; ne, jis padidėjęs-2; taip, jis normalus-3; nežinau-4 -----
  19. Kada paskutinį kartą Jums buvo matuotas kraujo spaudimas? Taip, pastarąjį pusmetį-1, prieš 6-12 mėn.-2, prieš 1-5 metus-3, seniau negu prieš 5 m.-4, niekada-5 -----
  20. Kur Jūs matuojatės kraujo spaudimą?  
Poliklinikoje-1, namuose-2, poliklinikoje ir namuose-3, viešose vietose-4, įvairiai-5 -----

21. **Ar sakė Jums gydytojas ar med. sesuo koks Jūsų kraujo spaudimas?**  
Nesakė-1; normalus-2; sumažėjęs-3; padidėjęs-4; neprisimenu-5 \_\_\_\_\_  
Jei kraujo spaudimas sumažintas arba normalus, pereiti prie 31 klausimo.
22. **Ar kada nors Jums buvo patarta mažinti kraujo spaudimą nemedikamentinėmis priemonėmis? Jei “ne”, pereiti prie 26 klausimo.**
- 22.1. Svorio reguliavimas: Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 22.2. Druskos mažinimas: Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 22.3. Alkoholio ribojimas: Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 22.4. Fizinio aktyvumo didinimas: Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 22.5. Relaksacija: Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
23. **Ar laikėtės šių patarimų?**
- 23.1. Svorio reguliavimas: Ne-1; taip, laikausi šiuo metu-2; taip, bet nereguliariai-3 \_\_\_\_\_
- 23.2. Druskos mažinimas: Ne-1; taip, laikausi šiuo metu-2; taip, bet nereguliariai-3 \_\_\_\_\_
- 23.3. Alkoholio ribojimas: Ne-1; taip, laikausi šiuo metu-2; taip, bet nereguliariai-3 \_\_\_\_\_
- 23.4. Fizinio aktyvumo didinimas: Ne-1; taip, laikausi šiuo metu-2; taip, bet nereguliariai-3 \_\_\_\_\_
- 23.5. Relaksacija: Ne-1; taip, laikausi šiuo metu-2; taip, bet nereguliariai-3 \_\_\_\_\_
24. **Ar vartojate vaistus, mažinančius kraujo spaudimą?** Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_  
Jei “ne”, pereiti prie 30 klausimo.
25. **Jei “taip”, tai kokius?**
- 25.1. β-blokatorius(atenololis, metoprololis, pindololis ir kt.) Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 25.2. Ca antagonistus(nifedipinas, diltiazemas, verapamilis, amlodipinas ir kt.)  
trumpo veikimo Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 25.3. Ca antagonistus ilgo veikimo Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 25.4. AKFI(enalaprilis, ramiprilis, kaptoprilis, lizinoprilis ir kt.) Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 25.5. Diuretikus(hidrochlortiazid., spironolakton, triamteren., indapamidas) Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 25.6. α1-blokatorius(doksazosinas, terazosinas, prazosinas) Ne-2, taip-2 \_\_\_\_\_
- 25.7. centrinio veikimo vaistus(klonidinas, metildopa, rezerpinas) Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 25.8. Kombinuotus preparatus(adelfanas, trirezidas ir kt.) Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
- 25.9. Kitus Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
26. **Ar vartojate vaistus mažinančius kraujo spaudimą paskutinių 2 sav. bėgyje?**  
Ne-1, taip-2 \_\_\_\_\_
27. **Ar reguliariai vartojote kraujo spaudimą mažinančius vaistus paskutinių metų bėgyje?**  
Ne-1, vartojau atsitiktinai pagal savijautą-2, vartojau kursais(3-4 mėn. su pertraukomis)-3, vartojau nepertraukiamai(ne < 9 mėn. per metus)-4 \_\_\_\_\_
28. **Kaip Jūsų nuomone reikia vartoti kraujo spaudimą mažinančius vaistus?**  
Reguliariai(nepertraukiamai)-1, pagal savijautą-2, pagal kraujo spaudimo matavimo duomenis-3, kursais-4, nereikia naudoti-5, nežinau-6 \_\_\_\_\_
- 
29. **Ar manote, kad Jūsų svoris per didelis?** Ne-1, taip-2, nežinau-3 \_\_\_\_\_  
Jei “ne”, pereiti prie 34 klausimo.
30. **Jei Jūsų svoris padidėjęs, ar gydytojas rekomendavo jį mažinti?**  
Ne-1, taip, paskutinių 12 mėn. bėgyje-2, taip, anksčiau negu prieš metus-3, neprisimenu-4 \_\_\_\_\_
31. **Ar Jums pavyko svorį sumažinti?** Ne-1, taip-2, dalinai-3 \_\_\_\_\_
32. **Ar Jums kada nors buvo nustatytas cholesterolio kiekis kraujyje?**  
Taip, pastarąjį pusmetį-1; prieš 6-12 mėn.-2; prieš 1-5 metus-3; seniau negu prieš 5 metus-4; niekada-5, nežinau-6 \_\_\_\_\_
33. **Ar gydytojas yra kada nors sakęs, kad Jums padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje?**  
Ne-1, taip-2, neprisimenu-3 \_\_\_\_\_

Jei "ne", pereiti prie 39 klausimo.

34. **Ar gydytojas kada nors rekomendavo mažinti cholesterolio kiekį kraujyje?**  
Ne-1; taip, rekomendavo nemedikamentines priemones (dieta, fizinio aktyvumo padidinimą)-2;  
taip, rekomendavo nemedikamentines priemones ir vaistus-3; neprisimenu-4 \_
35. **Ar Jūs kada nors koregavote cholesterolio kiekį kraujyje?**  
Ne-1; taip, tik dieta-2; taip, dieta ir vaistais-3 \_
36. **Ar Jums pavyko cholesterolio kiekį kraujyje sumažinti?** Ne-1, taip-2, dalinai-3, nežinau-4 \_
- 

### **Cukrinis diabetas**

37. **Ar gydytojas yra Jums kada nors sakęs, kad sergate cukralige?** Ne-1, taip-2 \_  
Jei "ne", pereiti prie 43 klausimo.
38. **Kokio tipo cukriniu diabetu sergate?** I tipo-1, II tipo-2 \_
39. **Ar kada nors vartojote vaistus nuo diabeto?** Ne-1, taip-2 \_  
Jei "ne", pereiti prie 43 klausimo.
40. **Kaip šiuo metu gydotės cukrinį diabetą?** Nesigyda-1, tik dieta-2, dieta ir peroraliniais preparatais-3, dieta ir insulinu-4, tik peroraliniais preparatais-5, tik insulinu-6 \_  
**Ginekologija (klausti tik moteris)**
41. **Kada paskutinį kartą lankėtės pas ginekologą?** Niekada-1, seniau negu prieš 3 m.-2, prieš 1-3 m.-3, paskutinių 12 mėn. bėgyje-4 \_
42. **Kada paskutinį kartą gydytojas tikrino (čiuopė) krūtis?** Niekada-1, seniau negu prieš 3 m.-2, prieš 1-3 m.-3, paskutinių 12 mėn. bėgyje-4 \_
43. **Kada paskutinį kartą buvo paimtas tepinėlis iš gimdos kaklelio onkocitologiniam tyrimui?**  
Niekada-1, seniau negu prieš 3 m.-2, prieš 1-3 m.-3, paskutinių 12 mėn. bėgyje-4 \_
- 

### **Skausmai krūtinėje įtampos metu**

44. **Ar Jūs kada nors jautėte skausmą ar nemalonus pojūčius krūtinėje?** Ne-1, taip-2 \_
45. **Je "ne", ar Jūs jautėte kada nors spaudimą ar sunkumą krūtinėje?** Ne-1, taip-2 \_  
Je "ne", pereiti prie 57 klausimo.
46. **Ar jis atsiranda, kai Jūs einate į kalną ar skubate?**  
Ne-1, taip-2, niekada neskubu ir nelipu į kalną-3 \_
47. **Ar jis atsiranda kai Jūs įprastu žingsniu einate lygia vieta?** Ne-1, taip-2 \_
48. **Kaip Jūs elgiatės, kai skausmas Jums atsiranda einant?** Sustoju ar sulėtinu žingsnį-1, nemažindamas tempo einu tolyn-2, (jei asmuo išgeria nitrogliceriną ir eina toliau, pažymėti" sustoju ir sulėtinu žingsnį") \_
49. **Je Jūs ramiai stovite, kaip keičiasi skausmas?** Sumažėja-1, nesumažėja-2 \_
50. **Per kiek laiko sumažėja skausmas?** Per 10 min. ir greičiau-1, lėčiau kaip per 10 min.-2 \_
51. **Parodykite, kurioje vietoje atsiranda skausmas?**
- 51.1. Krūtinkaulio viršutinė ar vidurinė dalis Ne-1, taip-2 \_
- 51.2. Krūtinkaulio apatinė dalis Ne-1, taip-2 \_
- 51.3. Priekinė kairė krūtinės pusė Ne-1, taip-2 \_
- 51.4. Kairė ranka Ne-1, taip-2 \_
- 51.5. Kitos krūtinės laštos vietos Ne-1, taip-2 \_
52. **Ar jaučiate skausmą kurioje kitoje vietoje?** NE-1, taip-2 \_  
Je "taip", užregistruoti visą papildomą informaciją.....
53. **Ar Jūs kreipėtės į gydytoją dėl šių skausmų ar nemalonių pojūčių?** Ne-1, taip-2 \_
54. Je "ne", pereiti prie 57 klausimo.

Jei "taip", ką jis Jums pasakė? Stenokardija-1, kita-2, nežino-3 \_

---

### Kosulys

55. Ar kosėjate paprastai iš ryto pabudęs, kai yra šalta ir drėgna lauke? Ne-1, taip-2 (įskaitomas kosulys, jei jis prasideda užsivėrus pirmą cigaretę arba išėjus į gatvę. Neįskaitomas pavienis kosčiojimas arba kosulys gerklei pravalyti) \_

56. Ar kosėjate paprastai dienos bėgyje arba naktį, kai yra šaltas, drėgnas oras? Ne-1, taip-2 \_

Jei atsakyta "ne", pereiti prie 60 klausimo.

57. Ar toks kosulys būna beveik kasdien, užtrunkantis 3 mėn. pastaraisiais 2 (ar daugiau) metais? Ne-1, taip-2, per 3 mėn. nepraeina-3 \_

### Skrepliavimas

58. Ar skrepliuojate paprastai iš ryto pabudęs, kai yra šalta ir drėgna lauke? Ne-1, taip-2 \_

59. Ar skrepliuojate paprastai dienos bėgyje arba naktį, kai yra šaltas, drėgnas oras? Ne-1, taip-2 \_

Jei į šiuos klausimus atsako "ne", tai klausti 63 klausimą.

60. Ar toks skrepliavimas būna beveik kasdien, užtrunkantis 3 mėn. pastaraisiais 2 (ar daugiau) metais? Ne-1, taip-2 \_

---

### Įpročiai

#### Rūkymas

61. Klausti nerūkančius ir rūkančius retkarčiais: Kiek vidutiniškai valandų kiekvieną dieną jūs būnate patalpoje, kurioje rūko kiti žmonės? \_ \_ \_

62. Ar Jūs dabar rūkote? Ne-1, retkarčiais-2, taip, reguliariai-3 \_  
Jei "ne", pereiti prie 65 klausimo.

62.1. Kiek vidutiniškai cigarečių dažniausiai surūkote per dieną? \_ \_

62.2. Kiek turėjote metų, kai pradėjote rūkyti? \_ \_

62.3. Ar norėtumėte mesti rūkyti? Ne-1, taip-2, abejoju-3 \_

62.4. Ar per pastaruosius 12 mėn. gydytojas patarė Jums mesti rūkyti? Ne-1, taip-2, nesilankiau pas gydytoją-3 \_

63. Ar Jūs kada nors rūkėte? Ne-1, taip, reguliariai-2, retkarčiais-3 \_  
Jei "ne", pereiti prie 68 klausimo.

64. Prieš kiek metų metėte rūkyti? (jei metėte rūkyti paskutinių 12 mėn. bėgyje, koduoti: mažiau, negu prieš mėnesį-91, prieš 1-6 mėn.-92, prieš 6-12 mėn.-93) \_ \_

65. Kodėl metėte? Patarus gydytojui-1, pablogėjus sveikatai-2, savo įsitikinimu-3, kita-4 \_

---

### Alkoholis

66. Ar vartojate alkoholinius gėrimus? Ne-1, taip-2 \_  
Jei "ne", pereiti prie 75 klausimo.

67. Ar dažnai Jūs geriate alų? Ne, niekada-1; dabar ne, anksčiau geriau-2; keletą kartų per metus-3; kartą per mėnesį-4; kelis kartus per mėnesį-5; kartą per savaitę-6; keletą kartų per savaitę-7; kasdien-8 \_

68. Kiek butelių alaus(500 g) paprastai išgeriate? \_ \_

69. **Ar dažnai Jūs geriate vyną?** Ne, niekada-1; dabar ne, anksčiau geriau-2; keletą kartų per metus-3; kartą per mėnesį-4; kelis kartus per mėnesį-5; kartą per savaitę-6; keletą kartų per savaitę-7; kasdien-8
70. **Kiek gramų vyno(šampano) paprastai išgeriate?** \_ \_ \_ \_ \_
71. **Ar dažnai Jūs geriate degtinę, konjaką ar kt. Stiprius gėrimus?** Ne, niekada-1; dabar ne, anksčiau geriau-2; keletą kartų per metus-3; kartą per mėnesį-4; kelis kartus per mėnesį-5; kartą per savaitę-6; keletą kartų per savaitę-7; kasdien-8
72. **Kiek gramų degtinės, konjako ar kitų stiprių gėrimų paprastai išgeriate?** \_ \_ \_ \_ \_

### Fizinis aktyvumas

75-78 klausimus atsako tik dirbantys žmonės.

73. **Kiek dienų per savaitę Jūs dirbate?** \_
74. **Kiek valandų Jūs dirbate per įprastinę darbo dieną?** \_ \_
75. **Kiek valandų per įprastinę darbo dieną Jūs sėdite?** \_ \_
76. **Kiek min. per dieną Jūs einate pėsčiomis į darbą ir iš jo?** \_ \_
77. **Kiek valandų per savaitę poilsio metu Jūs:** vasarą žiema
- 77.1. Vaikščiojate \_ \_ \_ \_
- 77.2. Bėgiojate \_ \_ \_ \_
- 77.3. Dirbate fizinį darbą \_ \_ \_ \_
78. **Ar dažnai laisvalaikiu mankštinatės mažiausiai 30 min. taip, kad kiek pagreitėtų kvėpavimas ir suprakaituotumėte?** Kasdien-1; 4-6 kartus per savaitę-2; 2-3 kartus per savaitę-3; kartą per savaitę-4; 2-3 kartus per mėnesį-5; kelis kartus per metus ar rečiau-6; negaliu mankštintis dėl ligos ar invalidumo-7
79. **Ar per pastaruosius 12 mėn. gydytojas Jums patarė padidinti fizinį aktyvumą?** \_  
Ne-1, taip-2 \_
80. **Ar Jums pavyko per pastaruosius 12 mėn. padidinti savo fizinį aktyvumą?** Ne-1, taip-2 \_

### Mityba

81. **Kokius riebalus Jūs dažniausiai vartojate ruošdami maistą?** (pabraukite tik vieną atsakymą)  
Dažniausiai augalinį aliejų-1, dažniausiai margarina-2, dažniausiai sviestą-3, dažniausiai taukus-4, nevartuju jokių riebalų-5, kita-6
82. **Kokius riebalus dažniausiai tepatės ant duonos?**  
Jokių-1, dažniausiai margarina-2, dažniausiai sviestą-3, dažniausiai taukus-4
83. **Kokį pieną dažniausiai geriate?** Nenugriebtą(natūralų) pieną-1, standartinį(3.2%-2.5% riebumo)-2, liesą(1.5%-1.0% riebumo)-3, negeriu pieno-4
84. **Kiek kiaušinių(virtų arba keptų) suvalgote per savaitę?** \_ \_
85. **Kaip dažnai valgote?** Kasdien-1; 4-6 kartus per savaitę-2; 2-3 kartus per savaitę-3; kartą per savaitę-4; kartą ar kelis kartus per mėnesį-5; rečiau arba niekada-6
- 85.1. Riebią mėsą \_
- 85.2. Žuvį \_
- 85.3. Kruopų košes(aviž. Dribsnių, miežinių, kvietinių, grikių) neįskaitoma manų, ryžių \_
86. **Kiek riekelių duonos (riekelė – pusė pilnos riekės) paprastai suvalgote per dieną?**
- 86.1. Juodos ruginės duonos(Kauno, Bočių, Dzūkų ir pan.) \_
- 86.2. Šviesios ruginės duonos(Palanga, Pajūrio, Venta ir pan.) \_
- 86.3. Skaldytų grūdų duonos(Rugelis, Linelis, Bremeno, Sveikata ir pan.) \_
- 86.4. Baltos duonos arba pyrago \_
87. **Ar papildomai dedate druskos į paruoštą maistą?**  
Niekada-1, kai trūksta druskos-2, beveik visada, net neragavus-3 \_

88. **Kiek kartų per paskutinę savaitę Jūs valgėte daržoves (žalias, virtas, mišraines) išskyrus bulves?** Nė karto-1; 1-2 dienas-2; 3-5 dienas-3; 6-7 dienas-4 —
89. **Kiek kartų per paskutinę savaitę Jūs valgėte žalias (ne virtas) daržoves?** Nė karto-1; 1-2 dienas-2; 3-5 dienas-3; 6-7 dienas-4 —
90. **Kiek kartų per paskutinę savaitę Jūs valgėte vaisius ar uogas?** Nė karto-1; 1-2 dienas-2; 3-5 dienas-3; 6-7 dienas-4 —
91. **Ar Jūs per pastaruosius 12 mėn. pakeitėte mitybos įpročius dėl sveikatos?**
- 91.1. Sumažinote riebalų kiekį maiste Ne-1, taip-2 —
- 91.2. Pakeitėte riebalų rūšį Ne-1, taip-2 —
- 91.3. Daugiau naudojate daržovių Ne-1, taip-2 —
- 91.4. Mažiau naudojate cukraus Ne-1, taip-2 —
- 91.5. Mažiau naudojate druskos Ne-1, taip-2 —
92. **Ar per paskutinius 12 mėn. gydytojas Jums patarė:**
- 92.1. Mažiau vartoti riebaus maisto? Ne-1, taip-2, nesilankiau pas gydytoją-3 —
- 92.2. Mažiau vartoti alkoholinių gėrimų? Ne-1, taip-2, nesilankiau pas gydytoją-3 —
93. **Ar Jums pavyko per paskutinius 12 mėn.:**
- 93.1. Mažiau vartoti riebaus maisto Ne-1, taip-2 —
- 93.2. Mažiau vartoti alkoholinių gėrimų Ne-1, taip-2 —
94. **Kas per paskutinius 12 mėn. padėjo Jums apsispręsti keisti gyvenimo įpročius? (atsakyma parašykite prie kiekvieno teiginio) šeimos nariai-1, draugai, bendradarbiai-2, medikai-3, san.švietimo priemonės, literatūra, televizija, paskaitos ir kt.-4, sveikatingumo mokykla-5, nepakeičiau įpročio-6**
- 94.1. Mesti rūkyti —
- 94.2. Mažinti kūno svorį —
- 94.3. Mažiau vartoti riebaus maisto —
- 94.4. Mažiau vartoti alkoholinių gėrimų —
- 94.5. Padidinti fizinį aktyvumą —

-----

**Objektyvus tyrimas**

95. **Ūgis**, cm ..... — — —
96. **Svoris**, kg ..... — — —
97. **AKS**, mmHg: sistolinis ..... — — — — —
98. Diastolinis ..... — — — — —
99. **Pulsas** ..... — — —
-

## 2 PRIEDAS

### Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių registravimo forma ambulatorinėje kortelėje

Vardas, pavardė \_\_\_\_\_ Gimimo metai  Užpildoma vieną kartą metuose

Rizikos veiksniai ir jų korekcija	Tyrimo data 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tyrimo data 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tyrimo data 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tyrimo data 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sistolinis AKS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Diastolinis AKS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vartoja vaistus Taip-1, ne-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rūkymas Taip-1, ne-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KMI: Antsvoris-1, nutukimas-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glikemija Sutrikusi tolerancija-1, Cukrinis diabetas-2	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
Nepakankamas fiz.akt. Taip – 1, ne – 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **3 PRIEDAS**





## 4 PRIEDAS



## **5 PRIEDAS**



## 6 PRIEDAS



## **7 PRIEDAS**