

VISUOMENĖS SVEIKATA

Public Health

KETVIRTINIS RECENZUOJAMAS MOKSLO ŽURNALAS, LEIDŽIAMAS NUO 1996 M.

2025/4(111)



Higienos
institutas



Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministerijos



Lithuanian Republic
Ministry of Health

HIGIENOS INSTITUTAS

Higienos institutas

INSTITUTE OF HYGIENE

VISUOMENĖS SVEIKATA

Public Health

2025/4(111)

Redakcinė kolegija:

pirmininkas

dr. Šarūnas Alasauskas, Higienos institutas;

atsakingoji redaktorė

dr. Virginija Kanapeckienė, Higienos institutas;

nariai:

dr. Aušra Beržanskytė, Vilniaus universitetas;

prof. dr. Laima Bulotaitė, Vilniaus universitetas;

dr. Jonas Bunikis, Europos Komisija, Belgija;

prof. Göran Bondjers, University of Gothenburg, Švedija;

prof. dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universitetas;

prof. dr. Arnoldas Jurgutis, Pasaulio sveikatos organizacija;

prof. dr. Boguslavas Gruževskis, Lietuvos socialinių mokslų centras, Vilniaus universitetas;

dr. Vida Juškelienė, Higienos institutas;

prof. Ramunė Kalėdienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

prof. Gintarė Kalinienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

prof. Eda Merisalu, Tartu University, Estija;

prof. dr. Sigita Lesinskienė, Vilniaus universitetas;

dr. Olga Meščeriakova, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

doc. dr. Laura Nedzinskienė, Vilniaus universitetas;

prof. dr. Alvydas Navickas, Vilniaus universitetas;

dr. Rūta Petrauskaitė-Everatt, Nacionalinis vėžio institutas;

dr. Jelena Stanislavovienė, Vilniaus universitetas;

prof. Rimantas Stukas, Vilniaus universitetas;

prof. Rūta Ustinavičienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

dr. Rolanda Valintėlienė, Higienos institutas;

prof. Harri Vainio, Faculty of Public Health, Kuwait University, Kuveitas;

prof. Anita Villeruša, Riga Stradins University, Latvija.

Už anglų kalbos kokybę redakcija neatsako.

Kalbos redaktorė Rima Mažeikienė

Dizainerė Evelina Vitkauskienė

TURINYS

REDAKCIJOS SKILTIS

Higienos instituto reorganizacija: daugiau nei pokytis – kryptingas žingsnis į tvarią visuomenės sveikatą	5
---	---

ORIGINALŪS STRAIPSNIAI

Marius Skripkaitis, Žilvinė Našlėnė

Dažniausių mirties priežasčių ir jų ryšio su pagrindiniais rizikos veiksniais analizė lyties aspektu.....	9
---	---

Dovilas Dicevičius, Laura Nedzinskienė, Renata Giliun

Šeimos gydytojo požiūris į storosios žarnos vėžio prevencinę programą.....	20
--	----

Virginija Kanapeckienė, Dovilė Šapokaitė

Paauglių sveikatos raštingumas Lietuvoje.....	27
---	----

Robertas Basijokas, Kamilė Kaškelevičiūtė, Donatas Austys

Sveikatai nepalankaus maisto vaizdavimas populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų įrašuose, paskelbtuose socialiniame tinkle „Instagram“.....	42
--	----

Greta Kuveikaitė, Laura Nedzinskienė, Renata Giliun, Paulius Subačius, Jekaterina Bortkevič

Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai bei jų sąsajos su sociodemografiniais rodikliais.....	50
--	----

Jorė Noreikaitė, Renata Giliun

Komunikacija tarp slaugytojo ir paciento naudojant informacines technologijas.....	55
--	----

Eglė Žymantienė, Evelina Daugėlienė, Šarūnė Barsevičienė, Gabija Pakalniškytė

Valgymo sutrikimai, burnos sveikata ir pacientų informuotumas apie burnos priežiūrą.....	63
--	----

Robertas Basijokas, Aleksandra Verbilo, Donatas Austys

Artimųjų, gyvenančių su psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, nuomonė apie COVID-19 pandemijos įtaką jų šeimų gerovei.....	71
--	----

Greta Kuveikaitė, Laura Nedzinskienė, Renata Giliun, Paulius Subačius

Širdies ir kraujagyslių ligų paplitimas bei ligos suvokimo sąsajos su gyvenimo kokybe.....	78
--	----

VISUOMENĖS SVEIKATOS PRAKTIKAI

Lalita Hacker

Savižudybių prevencijos koordinatorių veikla savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose.....	83
--	----

Lina Adomavičiūtė

Žodžiai, keičiantys realybę: Higienos instituto metodinės priemonės žiniasklaidai, skirtos psichikos sveikatos stigmatui mažinti.....	85
---	----

Lina Chmieliauskienė

Nuo žinių prie konkrečių veiksmų: psichikos sveikatos raštingumo svarba šiuolaikinėje visuomenėje	87
---	----

Informacija straipsnių autoriams	90
--	----

CONTENTS

EDITORIAL

Reorganization Of The Institute Of Hygiene: More Than A Change – A Strategic Step Towards Sustainable Public Health...5

ORIGINAL ARTICLES

Marius Skripkaitis, Žilvinė Našlėnė

Analysis Of The Most Common Causes Of Death And Their Relationship With Major Risk Factors From A Gender Perspective 9

Dovilas Dicevičius, Laura Nedzinskienė, Renata Giliun

Family Doctor's Attitude To A Colon Cancer Prevention Programme 20

Virginija Kanapeckienė, Dovilė Šapokaitė

Adolescents' Health Literacy In Lithuania.....27

Robertas Basijokas, Kamilė Kaškelevičiūtė, Donatas Austys

Unhealthy Food Depiction In The Posts Of Lithuania's Most Popular Influencers On Instagram.....42

Greta Kuveikaitė, Laura Nedzinskienė, Renata Giliun, Paulius Subačius

Prevalence Of Cardiovascular Diseases And The Relationship Between Disease Perception And Quality Of Life....50

Jorė Noreikaitė, Renata Giliun

Communication Between Nurse And Patient Using Technologies 55

Eglė Žymantienė, Evelina Daugėlienė, Šarūnė Barsevičienė, Gabija Pakalniškytė

Eating Disorders, Oral Health And Patient Awareness About Oral Care 63

Robertas Basijokas, Aleksandra Verbilo, Donatas Austys

Impact Of The COVID-19 Pandemic On Family Well-Being: Perspectives Of Relatives Of Individuals With Psychosocial Disabilities.....71

Greta Kuveikaitė, Laura Nedzinskienė, Renata Giliun, Paulius Subačius, Jekaterina Bortkevič

Factors For Cardiovascular Diseases And Their Associations With Sociodemographic Indicators.....78

FOR PUBLIC HEALTH PRACTICE

Lalita Hacker

Activities Of Suicide Prevention Coordinators Within Municipal Public Health Bureaus.....83

Lina Adomavičiūtė

Words That Change Reality: Guidelines From The Institute Of Hygiene For The Media To Reduce Mental Health Stigma...85

Lina Chmieliauskienė

From Knowledge To Concrete Action: The Importance Of Mental Health Literacy In Contemporary Society.....87

Information to Authors 90

HIGIENOS INSTITUTO REORGANIZACIJA: DAUGIAU NEI POKYTIS – KRYPTINGAS ŽINGSNIS TVARIOS VISUOMENĖS SVEIKATOS LINK

*Tempora mutantur, nos et mutamur in illis.
(Laikai keičiasi, ir mes keičiamės kartu su jais.)*

Publius Ovidius Naso

IŽANGA

2025 m. liepos 1 d. Higienos institutas pradėjo naują savo raidos etapą – įsigaliojusi nauja administracinė struktūra tapo kryptingo ir nuoseklaus pokyčių proceso rezultatu. Tai nebuvo vien formalus organizacinės schemos perbraižymas. Reorganizacija žymėjo visapusišką virsmą, apimantį veiklos optimizavimą, kompetencijų stiprinimą, inovacijų diegimą, duomenų analitikos plėtrą, vidinės kultūros stiprinimą ir išorinio bendradarbiavimo gilinimą.

Per pastaruosius metus visuomenės sveikatos sritis išgyveno didelių iššūkių – sparčiai kito gyventojų sveikatos poreikiai, atsirado naujų rizikos veiksnių, išaugo duomenų ir įrodymų svarba politikos formavimui, o technologijų raida atvėrė naujas galimybes ir lūkesčius. Šie pokyčiai iš esmės keitė veiklos aplinką ir reikalavo, kad institucijos ne tik prisitaikytų, bet ir taptų aktyviomis kaitos dalyvėmis. Todėl reorganizacija mums buvo būtina – ji leido sustiprinti veiklos pagrindus ir pasirengti ateities visuomenės sveikatos iššūkiams.

POKYČIŲ KONTEKSTAS: NUO IŠŠŪKIŲ PRIE GALIMYBIŲ

Visuomenės sveikata evoliucionuoja kartu su visuomene. Kintant gyventojų poreikiams, aplinkos veiksniams ir rizikos struktūrai, institucijos turi nuolat prisitaikyti ir stiprinti savo gebėjimus. Šiandien nebeužtenka tik rinkti duomenis – būtina juos analizuoti, interpretuoti, pateikti sprendimų priėmėjams tinkamu formatu ir laiku. Taip pat nepakanka vien vykdyti prevencines programas – jas būtina grįsti įrodymais, vertinti jų efektyvumą ir nuolat atnaujinti.

2022 m. įvykusi reorganizacija, kai prie Higienos instituto buvo prijungtos kelios kitos sveikatos priežiūros



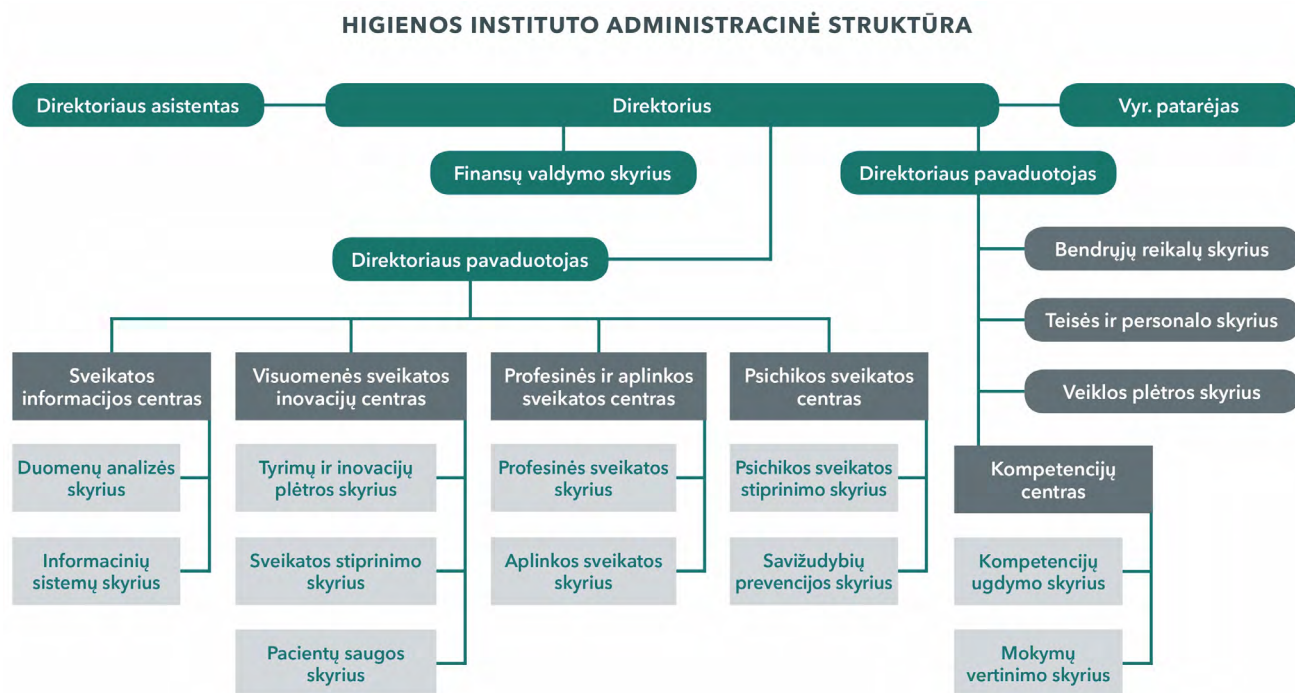
Šarūnas Alasauskas, Higienos instituto direktorius

įstaigos (Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras, Valstybinis psichikos sveikatos centras), išplėtė mūsų veiklos spektrą, bet taip pat atskleidė būtinybę aiškiau pasidalyti darbus, stiprinti vadybą ir efektyviau panaudoti išteklius. 2025 m. liepos 1 d. įsigaliojusi nauja struktūra (1 pav.) buvo natūrali šių procesų tęsia. Ji leido konsoliduoti funkcijas, sumažinti jų dubliavimąsi ir sustiprinti mūsų, kaip nacionalinio kompetencijų centro, vaidmenį visuomenės sveikatos sistemoje.

STRATEGINĖS REORGANIZACIJOS KRYPTYS

Reorganizacijos esmė buvo aiškiai apibrėžtos strateginės kryptys, kuriomis vadovaudamiesi siekėme sustiprinti Higienos instituto veiklos kokybę ir poveikį visuomenės sveikatai.

Administravimo efektyvinimas. Viena svarbiausių priemonių buvo administracinių funkcijų stiprinimas



1 pav. 2025 m. liepos 1 d. įsigaliojusi nauja Higienos instituto struktūra

ir koordinavimo didinimas. Įsteigėme antrojo direktoriaus pavaduotojo pareigybę, kuris koordinuoja administracinių padalinių ir Kompetencijų centro darbą, sukūrėme naują Teisės ir personalo skyrių, užtikrinantį sistemingą teisinį reguliavimą ir profesionalų žmoniškųjų išteklių valdymą. Naujai sukurtas Veiklos plėtros skyrius atliko išsamią veiklos procesų analizę, pradėjo diegti optimizavimo priemones.

Duomenų analitikos stiprinimas. Norėdami suteikti politikos formuotojams aukštos kokybės, įrodymais pagrįstą informaciją, išplėtėme analitines kompetencijas. Įsteigėme naujas duomenų analitiko ir duomenų mokslininko pareigyles, pradėjome naudoti pažangias duomenų vizualizacijos priemones, tokias kaip švieslentės, *Power BI*, *Palantir* ar *ArcGIS*. Tai leidžia sprendimų priėmėjams laiku gauti suprantamus ir veiksmingus duomenis, kurių pagrindu formuojama sveikatos politika.

Inovacijų plėtra. Įsteigėme Visuomenės sveikatos inovacijų centrą, kuriame sutelkėme tyrimų, inovacijų, sveikatos stiprinimo ir pacientų saugos temas. Šis centras tapo pagrindine platforma kuriant, vertinant ir diegiant naujas visuomenės sveikatos technologijas, skatinant inovatyvias intervencijas bei užtikrinant metodinį vadovavimą prevencijos, sveikos gyvensenos srityse.

Mokymų kokybės gerinimas. Sustiprinome Kompetencijų centrą, sukurdami mokymų kokybės vertinimo sistemą, leidžiančią geriau atliepti sveikatos priežiūros specialistų poreikius. Įdiegėme lektorių kvalifikacijos vertinimo procedūras ir motyvacines priemones, kurios skatina nuolatinį profesinį tobulėjimą bei kokybiškesnį mokymų organizavimą.

NAUJA STRUKTŪRA – NAUJOS GALIMYBĖS

Naujoji administracinė struktūra leidžia mums veikti efektyviau ir kryptingiau. Peržiūrėjome ir logiškai integravome funkcijas, subalansavome padalinių darbo krūvius, sumažinome vadovaujančio personalo skaičių. Ekonominio planavimo skyrius tapo Finansų valdymo skyriumi, o Komunikacijos skyrius, išplėtęs savo funkcijas, išaugo į Veiklos plėtros skyrių su naujomis funkcijomis, skirtomis pritraukti naujų projektų bei analizuoti ir efektyvinti instituto procesus.

Sveikatos informacijos centre buvę keturi skyriai konsoliduoti į du – Duomenų analizės ir Informacinių sistemų – skyrius. Tai leis geriau koordinuoti informacinių sistemų valdymą ir sveikatos rodiklių stebėseną.

Svarbus pertvarkos žingsnis buvo ir Profesinės sveikatos centro performavimas – sustiprinus aplinkos rizikos veiksnių prevenciją ir prijungus Aplinkos sveikatinimo

skyrių jis tapo Profesinės ir aplinkos sveikatos centru. Du buvę padaliniai – Profesinės sveikatos tyrimų ir Profesinės sveikatos inovacijų skyriai – buvo sujungti į vieną Profesinės sveikatos skyrių, o naują struktūrą dabar sudaro du – Profesinės sveikatos ir Aplinkos sveikatos – skyriai. Taip pat į Profesinės sveikatos skyrių perkėlėme Centrinės darbo medicinos ekspertų komisijos sekretoriato specialistą, jis sustiprino šios srities ekspertinį potencialą.

Šie pokyčiai padėjo efektyviau panaudoti turimus išteklius ir sukurti palankesnę terpę inovacijų bei tyrimų plėtrai, ypač profesinės ir aplinkos sveikatos srityse.

SKAITMENIZACIJA IR INOVACIJOS – ATEITIES KELIAS

Vienas iš mūsų strateginių tikslų buvo paversti institutą žinių ir duomenų analitikos centru, kuris sprendimų priėmėjams teiktų strategines įžvalgas ir politikos apžvalgas. Skaitmenizacija tapo neatsiejama šio tikslo dalimi. Sukūrėme skaitmeninius įrankius, padedančius gydytojams ir visuomenei, – nuo mobiliųjų programėlių, skirtų mitybos įpročiams vertinti ar antibiotikų vartojimui stebėti, iki dirbtinio intelekto sprendimų, skirtų žiniasklaidos turinio analizei pagal Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas.

Skaitmenizacija mums reiškia ne tik technologijų diegimą, bet ir veiklos procesų modernizavimą bei naujų galimybių atvėrimą sprendimų priėmėjams. Ji teikia pagrindą greitos analizės metodams, leidžiantiems operatyviai įvertinti reformų ar politikos pokyčių poveikį visuomenės sveikatai ir efektyviau planuoti intervencijas.

SĖKMĖS SĄLYGA – BENDRADARBIAVIMAS

Mūsų veiklos sėkmė neatsiejama nuo bendradarbiavimo. Dirbame kartu su visuomenės sveikatos biurais, savivaldybėmis, aukštosiomis mokyklomis ir kitomis institucijomis. Rengiame metodines rekomendacijas, organizuojame mokymus, koordinuojame sveikatos stebėseną ir teikiame duomenis, kurie padeda planuoti prevencines priemones. Norime dar labiau stiprinti šiuos ryšius ir kurti naujas bendradarbiavimo formas. Viena iš mūsų ambicijų yra inicijuoti kasmetinę visuomenės sveikatos konferenciją, kuri taptų platforma bendram dialogui tarp ekspertų, politikos formuotojų, savivaldybių ir akademinės bendruomenės. Tik bendradarbiaudami galime pasiekti, kad mūsų žinios ir analizės virstų realiais pokyčiais visuomenės sveikatos politikoje.

ŽVILGSNIS Į ATEITĮ

Reorganizacija buvo investicija į ateitį, ji padėjo mums sustiprinti analitines kompetencijas, pagerinti sprendimų priėmimą ir sukurti inovatyvią, tvarią visuomenės sveikatos sistemą. Atnaujinome savo misiją, viziją ir vertybes, parengėme 2026–2030 m. strategiją ir nuosekliai siekiame, kad Higienos institutas taptų pažangiausiu visuomenės sveikatos analitikos ir poveikio vertinimo centru Lietuvoje. Mūsų tikslas – kurti sveikesnę Lietuvą. Tai nėra tik strateginė kryptis – tai mūsų įsipareigojimas, vertybė ir misija. Reorganizacija tapo priemone šiam tikslui pasiekti, suteikė mums galimybę veikti drąsiau, kryptingiau ir efektyviau.

*Šarūnas Alasauskas,
Higienos instituto direktorius
El. p. sarunas.alasauskas@hi.lt*

REORGANIZATION OF THE INSTITUTE OF HYGIENE: MORE THAN A CHANGE – A STRATEGIC STEP TOWARDS SUSTAINABLE PUBLIC HEALTH

Šarūnas Alasauskas, *Institute of Hygiene*, e-mail: sarunas.alasauskas@hi.lt

SUMMARY

The reorganization of the Institute of Hygiene, which took effect on July 1, 2025, marked a new stage in the institution's development and represented far more than a structural change. It was a strategic transformation aimed at building a sustainable, evidence-based, and innovative public health system capable of addressing evolving challenges. The new structure consolidated existing functions, optimized workflows, and strengthened the Institute's capacities in key areas, including data analytics, innovation, legal and human resource management, and training quality. The reorganization also included the transformation of the Occupational Health Center into the Occupational and Environmental Health Center, expanding its scope and strengthening the prevention of environmental risk factors.

Another key achievement was the establishment of the Public Health Innovation Center, which brought together research, innovation, patient safety, and health promotion under one framework. The introduction of new data analyst and data scientist positions enhanced evidence-based decision-making and supported the development of health policies grounded in high-quality,

timely data. The implementation of advanced digital tools, such as data visualization platforms and AI-based solutions, enabled faster policy impact assessments and improved communication with decision-makers.

Collaboration remained a cornerstone of the Institute's mission. By strengthening partnerships with municipalities, public health bureaus, and academic institutions, the Institute provided methodological support, strategic insights, and evidence-based recommendations that informed public health policy and practice. Additionally, the plan to launch an annual public health conference aims to foster dialogue and collaboration across sectors.

Ultimately, the reorganization was an investment in the future. It transformed the Institute of Hygiene into a leading center of expertise and analysis, capable of shaping public health policy and contributing to a healthier Lithuania. By consolidating functions, enhancing analytical capacities, and fostering innovation, the Institute is now positioned not only to respond to emerging health challenges but also to play an active role in shaping the future of public health.

DAŽNIAUSIŲ MIRTIES PRIEŽASČIŲ IR JŲ RYŠIO SU PAGRINDINIAIS RIZIKOS VEIKSNIAIS ANALIZĖ LYTIES ASPEKTU

Marius Skripkaitis, Žilvinė Našlėnė

Higienos institutas

SANTRAUKA

Lėtinės neinfekcinės ligos (toliau – LNL) yra vienas svarbiausių šiuolaikinės visuomenės sveikatos iššūkių. Dėl ilgos eigos ir neinfekcinio pobūdžio šios ligos turi ilgalaikį poveikį ne tik jomis sergantiems asmenims, bet ir sergančiųjų artimai aplinkai bei visuomenei. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, kasmet dėl LNL pasaulyje miršta apie 41 milijonas žmonių. Daugiausia mirčių sukelia kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai, lėtinės kvėpavimo sistemos ligos ir cukrinis diabetas. Pagrindinės šių ligų priežastys glaudžiai susijusios su žalingais gyvenimo būdais, kurie reikšmingai prisideda prie LNL paplitimo visame pasaulyje. Lietuvoje LNL taip pat išlieka pagrindine mirties priežastimi, lemiančia apie 71 proc. visų mirčių. Apie pusę šių atvejų tiesiogiai siejami su keturiais pagrindiniais gyvenimo rizikos veiksniais: nesveika mityba, rūkymu, alkoholio vartojimu ir mažu fiziniu aktyvumu.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti ir įvertinti, kokios yra dažniausios mirties nuo LNL priežastys, bei įvertinti pagrindinių su gyvenimu siejamų rizikos veiksnių įtaką šioms mirtims lyties aspektu.

Tyrimo metodai. Remiantis 2024 m. Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis apie vyrų ir moterų mirčių skaičių ir pasinaudojus mirties priežasčių paieškos priemone buvo atrinkta dešimt dažniausių mirties nuo LNL priežasčių pagal lytį. Siekiant įvertinti analizuojamų 10 dažniausių mirties nuo LNL priežasčių poveikį vyrų ir moterų vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei (toliau – VGT), apskaičiuoti 2024 m. VGT rodikliai, pagrįsti Sullivano metodu. Vertinant alkoholio vartojimo įtaką dažniausioms mirtims nuo LNL remtasi Valstybinio psichikos sveikatos centro 2013 m. įgyvendinto projekto „Alkoholio kontrolės politikos vertinimas, alkoholio vartojimo daromos žalos vertinimas“ parengta alkoholio daromos žalos Lietuvoje vertinimo studija. Su pagrindiniais gyvenimo rizikos veiksniais – nesveika mityba, rūkymu ir mažu fiziniu aktyvumu – susijusių ligų mirtingumas apskaičiuotas taikant priskiriamosios dalies (angl. *risk factor attribution*, RFA) rodiklį. Naudotas tarptautinio sveikatos metrikos ir vertinimo instituto (IHME) pateikiamas rodiklis. Šis rodiklis parodo, kokiai mirčių daliai galima priskirti konkretų rizikos veiksnių. RFA koeficiento reikšmė gali svyruoti nuo 0 (kai liga nėra susijusi su atitinkamu rizikos veiksniumi) iki 100 (kai liga visiškai priskiriama atitinkamam rizikos veiksniumi).

Rezultatai ir išvados. 10 dažniausių mirties nuo LNL priežasčių sudarė 55,9 proc. (10 240) visų 2024 metais Lietuvoje užfiksuotų vyrų mirčių ir 65,3 proc. (12 492) moterų mirčių. Abiejų lyčių mirtingumo struktūroje dominavo kraujotakos sistemos ligos: išeminė širdies liga ir cerebrovaskulinės ligos, kurios atitinkamai užėmė pirmąją ir antrąją vietas tarp 10 dažniausių mirties nuo LNL priežasčių. Šios mirties priežastys lėmė daugiausiai VGT metų tiek vyrų, tiek moterų grupėje. Tarp moterų alkoholio vartojimas iš dalies lėmė 1 268 mirtis (10,0 proc.), o tarp vyrų – 1 701 mirtį (15,5 proc.). Taip pat moterų grupėje nesveikos mitybos rizikos veiksniumi priskirta 4 250 mirčių (34 proc.), o vyrų – 2 870 mirčių (28 proc.). Kita vertus, rūkymui priskiriamos 1 458 mirtys (14,2 proc.) vyrų grupėje, o moterų grupėje – 163 mirtys (1,3 proc.). Mažam fiziniui aktyvumui moterų grupėje priskirtos 502 mirtys (4 proc.), o vyrų – 145 mirtys (1,4 proc.). 2024 m. dėl dešimties dažniausių lėtinių neinfekcinių ligų sukeltų mirties priežasčių mirė 22 proc. daugiau moterų nei vyrų. Publikacijoje atlikta analizė parodė, kad lyčių skirtumai pagal nagrinėtas mirties priežastis nepaiškina reikšmingo VGT skirtumo tarp vyrų ir moterų. Alkoholio vartojimas ir rūkymas lėmė daugiau vyrų mirčių, o nesveika mityba ir mažas fizinis aktyvumas buvo dažnesnės moterų mirčių priežastys.

Reikšminiai žodžiai: lėtinės neinfekcinės ligos, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, nesveika mityba, alkoholio vartojimas, rūkymas, mažas fizinis aktyvumas.

IVADAS

Lėtinės neinfekcinės ligos (toliau – LNL) yra vienas svarbiausių šiuolaikinės visuomenės sveikatos iššūkių. Dėl ilgos eigos ir neinfekcinio pobūdžio šios ligos turi ilgalaikį poveikį ne tik jomis sergantiems asmenims, bet ir sergančiųjų artimai aplinkai bei visuomenei [1]. Didžiąją dalį LNL lemia su gyvensena susiję rizikos veiksniai [2].

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) duomenimis, kasmet nuo LNL pasaulyje miršta apie 41 milijonas žmonių. Daugiausia šių mirčių sukelia kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai, lėtinės kvėpavimo sistemos ligos ir cukrinis diabetas [3]. Pagrindinės ligų priežastys glaudžiai susijusios su žalingais gyvensenos įpročiais, kurie reikšmingai prisideda prie LNL paplitimo visame pasaulyje [4]. Lietuvoje LNL taip pat išlieka pagrindine mirties priežastimi, lemiančia apie 71 proc. visų mirčių [8]. Apie pusę šių atvejų tiesiogiai siejama su keturiais pagrindiniais gyvensenos rizikos veiksniais: nesveika mityba, rūkymu, alkoholio vartojimu ir mažu fiziniu aktyvumu [5, 6, 7, 9, 10].

Šie faktai patvirtina, kad svarbu išsamiau išanalizuoti mirtis nuo LNL. Analizuojant mirtingumą nuo LNL skirtumus tarp vyrų ir moterų svarbu atkreipti dėmesį ir į VGT skirtumus tarp lyčių – vienus didžiausių tiek Europos Sąjungoje, tiek pasaulyje [11].

Lietuvos sveikatos strategijoje vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė įvardijama kaip strateginis rodiklis, leidžiantis įvertinti, ar gyventojai gyvena sveikiau ir ilgiau. Šioje strategijoje 2025 m. vienas iš numatytų tikslų – sumažinti VGT (metais) skirtumą tarp vyrų ir moterų iki 8 metų, ilginant vyrų VGT. Analizuojant tendenciją matyti, kad nuo 2012 m. moterų VGT pailgėjo 2,8 proc., o vyrų – 6,8 proc. Vyrų VGT ilgėja sparčiau nei moterų, tačiau skirtumas tarp lyčių išlieka 8,62 metų. Nuo 2020 m. iki 2024 m. minėtasis skirtumas per metus sumažėjo vidutiniškai 0,33 metų. Išlaikant tokią tendenciją, tikėtina, 2025 m. tikslas bus beveik pasiektas. Svarbu nepamiršti, kad šio skirtumo nega-

lima paaiškinti vien biologiniais veiksniais – vyrų sveikatai žalingas elgesys, įskaitant nesaikingą alkoholio vartojimą, rūkymą, rizikingą elgesį ir menką dėmesį sveikatai, dažnai yra socialinių, ekonominių ir psichologinių veiksnių pasekmė [12]. **Tikslas** – išanalizuoti ir įvertinti, kokias dažniausias mirties priežastis lemia LNL, bei įvertinti pagrindinių su gyvensena siejamų rizikos veiksnių įtaką šioms mirtims lyties aspektu.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo objektas – dešimt dažniausių mirties priežasčių nuo lėtinių neinfekcinių ligų, vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklis.

Duomenų šaltiniai: (1) Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras – mirčių skaičius pagal lytį, amžių; (2) Valstybės duomenų agentūra – 2024 m. vidutinis metinis gyventojų skaičius pagal lytį penkmetinėmis amžiaus grupėmis; (3) Valstybinio psichikos sveikatos centro 2013 m. įgyvendinto projekto „Alkoholio kontrolės politikos vertinimas, alkoholio vartojimo daromos žalos vertinimas“ metu parengta alkoholio daromos žalos Lietuvoje vertinimo studija – šiame tyrime taikoma aprašyta metodika, siekiant įvertinti alkoholio vartojimo poveikį vyrų ir moterų mirtingumui; (4) PSO pasaulinės alkoholio ir sveikatos informacinės sistemos (angl. *Global Information System on Alcohol and Health*) duomenys – APD koeficientai, kurie naudoti įvertinti, kiek alkoholis iš dalies lėmė mirčių pagal atrinktas mirties priežastis. Ši informacinė sistema skirta sveikatos padėčiai ir su alkoholio vartojimu susijusioms tendencijoms vertinti ir stebėti [17]; (5) tarptautinio sveikatos metrikos ir vertinimo instituto (IHME) duomenys – priskiriamosios dalies rodiklis (angl. *risk factor attribution*, RFA), naudotas apskaičiuojant su pagrindiniais gyvensenos rizikos veiksniais (nesveika mityba, rūkymu ir mažu fiziniu aktyvumu) susijusių ligų mirtingumą. Šis rodiklis parodo, kokiai mirčių daliai galima priskirti konkretų rizikos veiksnį. RFA koeficiento reikšmė gali svyruoti nuo 0 (kai liga nėra susijusi su atitinkamu rizikos veiksniumi) iki 100 (kai liga visiškai priskiriama tam veiksniumi).

Tyrimo metodai. Remiantis 2024 m. duomenimis apie vyrų ir moterų mirčių skaičių ir pasinaudojus mirties priežasčių paieškos priemone atrinkta dešimt dažniausių mirties nuo LNL priežasčių pagal lytį (žr. 1 lentelę).

Adresas susirašinėti: Marius Skripkaitis
Higienos institutas
Studentų g. 45A, 08107 Vilnius
El. p. marius.skripkaitis@hi.lt

1 lentelė. 10 dažniausių mirties nuo LNL priežasčių Lietuvoje 2024 m.

Iš viso			Moterys			Vyrai		
Ligos pavadinimas	Ligos kodas (TLK-10-AM)	Mirčių skaičius	Ligos pavadinimas	Ligos kodas (TLK-10-AM)	Mirčių skaičius	Ligos pavadinimas	Ligos kodas (TLK-10-AM)	Mirčių skaičius
Išeminės širdies ligos	I20–I25	11 364	Išeminės širdies ligos	I20–I25	6 430	Išeminės širdies ligos	I20–I25	4 934
Cerebrovaskulinės ligos	I60–I69	4 173	Cerebrovaskulinės ligos	I60–I69	2 545	Cerebrovaskulinės ligos	I60–I69	1 628
Hipertenzinės ligos	I10–I15	1 919	Hipertenzinės ligos	I10–I15	1 201	Trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai	C33–C36	819
Trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai	C33–C34	1 081	Krūties piktybinis navikas	C50	561	Hipertenzinės ligos	I10–I15	718
Cukrinis diabetas	E10–E14	614	Demencija	F01–F03	361	Priešinės liaukos piktybinis navikas	C61	520
Skrandžio piktybinis navikas	C16	570	Cukrinis diabetas	E10–E14	337	Skrandžio piktybinis navikas	C16	353
Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinis navikas	C18	566	Kasos piktybinis navikas	C25	295	Pneumonija	J12–J18	351
Kasos piktybinis navikas	C25	566	Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinis navikas	C18	283	Lėtinės apatinių kvėpavimo takų ligos	J40–J47	332
Krūties piktybinis navikas	C50	564	Trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai	C33–C34	262	Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00–C14	302
Pneumonija	J12–J18	562	Skrandžio piktybinis navikas	C16	217	Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinis navikas	C18	283

Siekiant įvertinti analizuojamų 10 dažniausių mirties nuo LNL priežasčių poveikį vyrų ir moterų VGT, apskaičiuoti 2024 m. rodikliai, pagrįsti Sullivano metodu. Šis metodas grindžiamas išgyvenamumo (mirtingumo) lentelėmis, kuriose mirties tikimybė nustatoma pagal amžiaus grupes [13].

Iš bendrosios VGT atėmus VGT be mirties nuo LNL priežasčių, gaunamas skirtumas (išreikštas metais), leidžiantis modeliuoti hipotetinę situaciją, kurioje šių mirties priežasčių būtų išvengta.

Vertinant pagrindinių gyvenamos rizikos veiksnių įtaką vyrų ir moterų mirtingumui pagal alkoholio vartojimo poveikį sveikatai, analizei atrinkta tik II grupė – ligos ir būklės, kurių atsiradimą iš dalies lemia alkoholio vartojimas [14].

Tolimesnei analizei atrinktos mirtys iš 10 dažniausių mirties nuo LNL priežasčių, priklausančių anksčiau įvardytai grupei ligų, kurias iš dalies lemia alkoholio vartojimas (žr. 2 lentelę). Atrinktoms mirtims pritaikytas alkoholiui priskirtinos dalies koeficientas (angl. *alcohol attributable fraction*, APD) (žr. 3 lentelę). Jo reikšmės gali svyruoti nuo 0 (kai liga nėra susijusi su alkoholio vartojimu) iki 1 (kai liga 100 proc. priskiriama alkoholio vartojimui).

Pasitaiko atveju, kai liga sukelia apsauginį alkoholio poveikį, tada gaunamas neigiamas APD koeficientas. Kita vertus, mokslinėje literatūroje iki šiol nėra aiškaus sutarimo dėl šio poveikio [16]. Dėl šios priežasties APD koeficientas nebuvo taikomas ligoms, sukeliančioms apsauginį alkoholio poveikį.

2 lentelė. Alkoholio vartojimo iš dalies nulemtos mirties nuo LNL priežastys iš atrinktų dažniausių mirties priežasčių sąrašo Lietuvoje 2024 m.

Ligos pavadinimas	Ligos kodas (TLK-10-AM)	Šaltinis
Kraujotakos sistemos ligos		
Išeminės širdies ligos	I20–I25	[15]
Cerebrovaskulinės ligos	I60–I69	[15]
Hipertenzinės širdies ligos	I10–I15	[15]
Piktybiniai navikai		
Krūties piktybinis navikas	C50	[15]
Skrandžio piktybinis navikas	C18	[15]

3 lentelė. Alkoholio vartojimo iš dalies nulemtos ligos tarp dažniausių mirties nuo LNL APD priežasčių tarp vyrų ir moterų Lietuvoje 2024 m. [17]

Liga (TLK-10-AM)	APD atskirose moterų amžiaus grupėse			APD atskirose vyrų amžiaus grupėse		
	15–34	35–64	65+	15–34	35–64	65+
Išeminės širdies ligos (I20–I25)	0,0429	0,0511	0,1118	0,2629	0,2847	0,2434
Cerebrovaskulinės ligos (I60–I69)	0,2268	0,2178	0,1778	0,1176	0,1262	0,1409
Hipertenzinės ligos (I10–I15)	0,0675	0,0624	0,0351	0,1904	0,2033	0,1655
Skrandžio piktybinis navikas (C16)	0,0938	0,0906	0,0582	0,2696	0,2945	0,3197
Krūties piktybinis navikas (C50)	0,1208	0,1153	0,0634	0	0	0

Vertinant pagrindinių gyvensenos rizikos veiksnių lemtas mirtis nuo LNL, IHME pateikti duomenys nagrinėti lyties aspektu, lyginant šių rizikos veiksnių įtaką vyrų bei moterų dažniausioms mirtims nuo LNL, apskaičiuota, kiek mirčių dėl atrinktų mirties priežasčių lemia minėti rizikos veiksniai. Remiantis PSO duomenimis, **nesveika mityba** siejama su padidėjusia mirtingumo rizika nuo išeminės širdies ligos, hipertenzinių ligų, cukrinio diabeto, skrandžio ir storosios (gaubtinės) žarnos piktybinių navikų bei krūties piktybinių navikų [18]; **rūkymas** susijęs su padidėjusia rizika mirti nuo kasos ir skrandžio piktybinių navikų, trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų, išeminės širdies ligos bei cukrinio diabeto [19]; **mažas fizinis aktyvumas** siejamas su išemine širdies liga, cukriniu diabetu, taip pat krūties ir storosios (gaubtinės) žarnos piktybiniais navikais [20]. Pažymėtina, kad visos šios ligos patenka į dešimties dažniausių mirties nuo LNL priežasčių sąrašą.

TYRIMO REZULTATAI

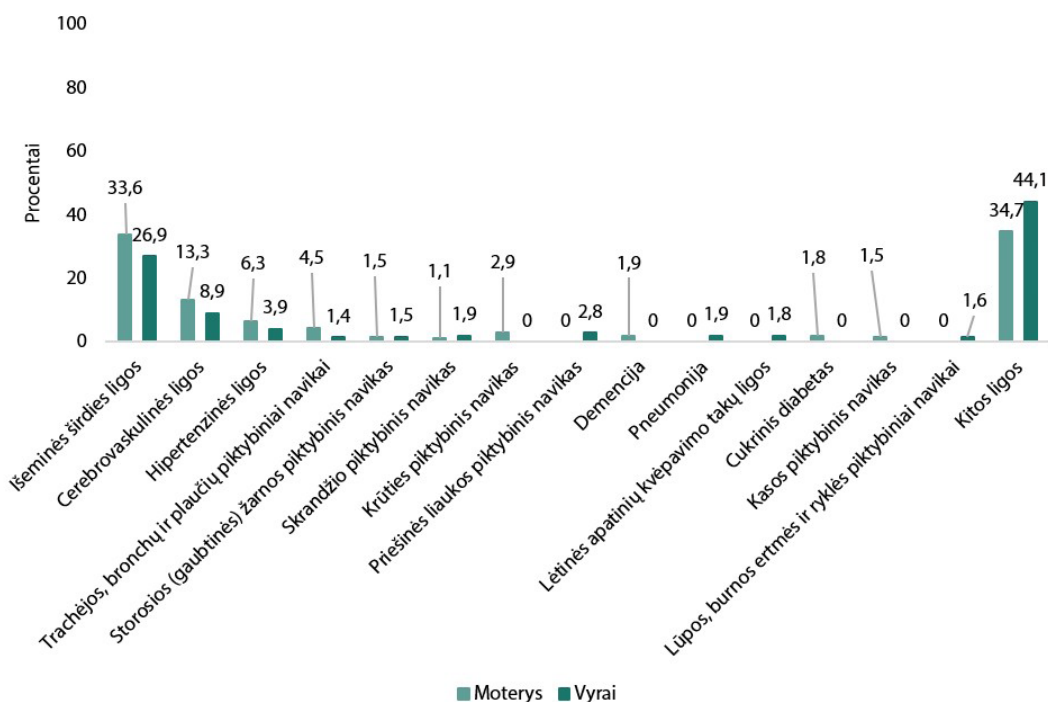
Analizuojant dažniausių mirties nuo LNL priežastis pagal lytį nustatyta, kad Lietuvoje 2024 metais iš viso

mirė 19 122 moterys ir 18 331 vyras (vyrų 791 mirtimi mažiau nei moterų). Pabrėžtina, kad 10 dažniausių lėtinių neinfekcinių ligų sukeltų mirties priežasčių sudarė 55,9 proc. (10 240) visų 2024 metais Lietuvoje užfiksuotų vyrų ir 65,3 proc. (12 492) moterų mirčių. Lyginant 2024 metų lėtinių neinfekcinių ligų sukeltų dešimties dažniausių mirties priežasčių struktūrą tarp vyrų ir moterų išryškėja reikšmingi lyčių skirtumai bei tam tikri sutapimai. Abiejų lyčių mirtingumo struktūroje dominavo kraujotakos sistemos ligos: išeminė širdies liga ir cerebrovaskulinės ligos, jos užėmė atitinkamai pirmąją ir antrąją vietas. Trečioje vietoje tarp dažniausių vyrų mirties priežasčių buvo trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai, o tarp moterų – hipertenzinės ligos. Pastarosios tarp vyrų užėmė ketvirtą vietą, o moterų mirčių struktūroje ketvirtoje vietoje buvo krūties piktybinis navikas. Vyrų dešimties dažniausių mirties priežasčių penketuką užbaigia priešinės liaukos (prostatos) piktybinis navikas, o moterų – demencija. Skrandžio piktybinis navikas tarp vyrų užėmė šeštą

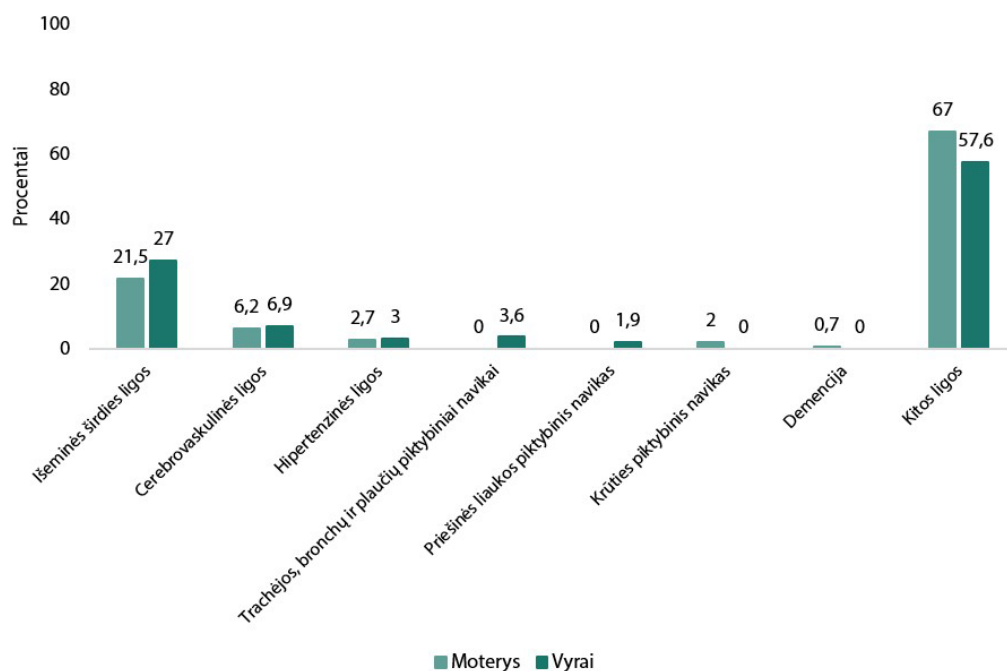
vieta, o tarp moterų – dešimtą iš dešimties dažniausių mirties priežasčių.

Dešimties dažniausių vyrų mirties priežasčių struktūroje išsiskiria priešinės liaukos piktybinis navikas (5 vieta), pneumonija (7 vieta), lėtinės apatinių kvėpavimo takų ligos (8 vieta), lūpos, burnos ertmės bei

ryklės piktybiniai navikai (9 vieta) ir storosios žarnos piktybinis navikas (10 vieta). Moterų mirčių struktūroje šeštoje vietoje buvo cukrinis diabetas, septintoje – kasos piktybinis navikas, aštuntoje – storosios žarnos piktybinis navikas, o devintoje – trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai.



1 pav. Dešimt dažniausių vyrų bei moterų mirties nuo LNL priežasčių Lietuvoje 2024 m.¹



2 pav. Penkios labiausiai vyrų bei moterų VGT lėmusios mirties priežastys iš atrinktų mirčių priežasčių sąrašo Lietuvoje 2024 m.²

¹Į sąrašą nepatekusių LNL ir kitos ne lėtinės ligos, pvz., išorinės mirties priežastys, infekcinės ligos ir t. t.

²Kitos ligos – likusios 5 dažniausios vyrų bei moterų mirties nuo LNL priežastys.

Lėtinių neinfekcinių ligų sukeltų dažniausių mirties priežasčių įtaka vyrų bei moterų VGT

Moterų VGT 2024 metais buvo 81,8 metų, o vyrų 73 metai (8 metais trumpesnė nei moterų). Eliminavus dešimt dažniausių mirties priežasčių nuo lėtinių neinfekcinių ligų, moterų VGT pailgėtų 23,1 metų, o vyrų 14,9 metų (8,2 metų mažiau nei moterų).

Palyginus penkias dažniausias mirties nuo LNL priežastis, labiausiai lėmusias VGT tarp vyrų ir moterų, išryškėjo ir panašumų, ir skirtumų. Tiek vyrų, tiek moterų grupėje didžiausią poveikį VGT turėjo išeminė širdies liga ir cerebrovaskulinės ligos. Moterų grupėje trečioje vietoje buvo hipertenzinės ligos, o vyrų grupėje ši priežastis užėmė ketvirtą vietą. Tarp vyrų trečia ligų grupė pagal poveikį VGT buvo trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai. Ketvirtoje ir penktoje vietose moterų grupėje buvo krūties piktybiniai navikai ir demencija, o vyrų grupėje penktoje vietoje – priešinės liaukos (prostatos) piktybinis navikas.

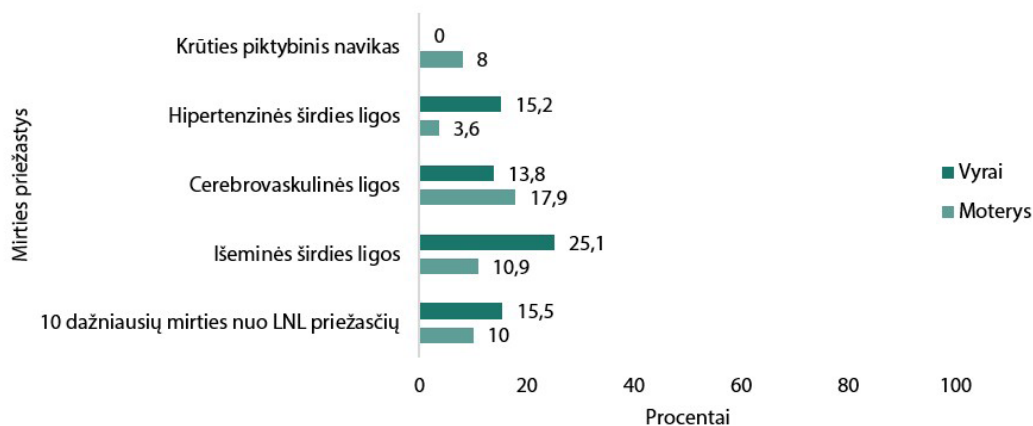
Analizuojant alkoholio vartojimo lemtas mirties priežastis nustatyta, kad 2024 m. Lietuvoje alkoholio vartojimas iš dalies lėmė 2 969 mirtis, tai sudarė 12,9 proc. visų mirčių nuo lėtinių neinfekcinių ligų sukeltų 10 dažniausiai pasitaikančių mirties priežasčių. Tarp moterų alkoholio vartojimas iš dalies lėmė 1 268 mirtis (10,0 proc.), o tarp vyrų – 1 701 mirtį (15,5 proc.).

Daugiausia alkoholio vartojimas prisidėjo prie mirčių nuo išeminės širdies ligos. Moterų grupėje jis iš dalies lėmė 707 mirtis (10,9 proc.), o vyrų – 1 241 mirtį (25,1 proc.), tai yra 1,8 karto daugiau nei moterų grupėje. Vertinant mirtis nuo cerebrovaskulinių ligų matyti, kad alkoholio vartojimas iš dalies lėmė dvigubai daugiau mirčių tarp

moterų nei tarp vyrų: atitinkamai 457 moterų mirtis (17,9 proc.) ir 225 vyrų mirtis (13,8 proc.). Ir priešingai: vertinant mirtis nuo hipertenzinių ligų matyti, kad alkoholio vartojimas iš dalies lėmė 2,8 karto daugiau mirčių vyrų grupėje nei moterų – atitinkamai 125 mirtis tarp vyrų (15,2 proc.) ir 44 mirtis tarp moterų (3,6 proc.). Taip pat nustatyta, kad alkoholio vartojimas iš dalies lėmė 45 moterų mirtis (8,0 proc.) dėl piktybinio krūties naviko.

Apibendrinant galima teigti, kad 2024 m. alkoholio vartojimas iš dalies lėmė 1,2 karto daugiau mirčių tarp vyrų nei tarp moterų, vertinant pagal 10 dažniausiai pasitaikančių mirties priežasčių. Ypač ryškus skirtumas stebimas vertinant hipertenzines ligas – alkoholio vartojimas lėmė net 4,2 karto didesnę mirtingumo procentinę dalį vyrų grupėje nei moterų.

Vertinant nesveikos mitybos, rūkymo ir mažo fizinio aktyvumo įtaką vyrų bei moterų mirtingumui, moterų grupėje nesveikos mitybos veiksniai priskirti 4 250 mirčių (34 proc.), o vyrų grupėje – 2 870 mirčių (28 proc.; 1,5 karto mažiau mirčių nei tarp moterų). Tarp dažniausiai pasitaikančių mirties priežasčių didžiausia nesveikos mitybos lemia mirčių dalis tiek moterų, tiek vyrų grupėse tenka išeminėms širdies ligoms. Šiam rizikos veiksniai priskiriama 2 628 moterų (40,87 proc.) ir 2 235 vyrų (45,29 proc.) mirtys. Iš visų mirčių, sukeltų hipertenzinių ligų, nesveikai mitybai priskiriamos 602 moterų mirtys (50,14 proc.) ir 360 vyrų mirčių (50,19 proc.). Dėl storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko nesveikai mitybai tenka 122 moterų mirtys (43,05 proc.) ir 142 vyrų mirtys (40,35 proc.). Cukrinio diabeto atveju šiam rizikos veiksniai priskiriama 131 moterų mirtis (38,89 proc.) ir 105 vyrų mirtys (37,96 proc.). Iš visų mirčių,

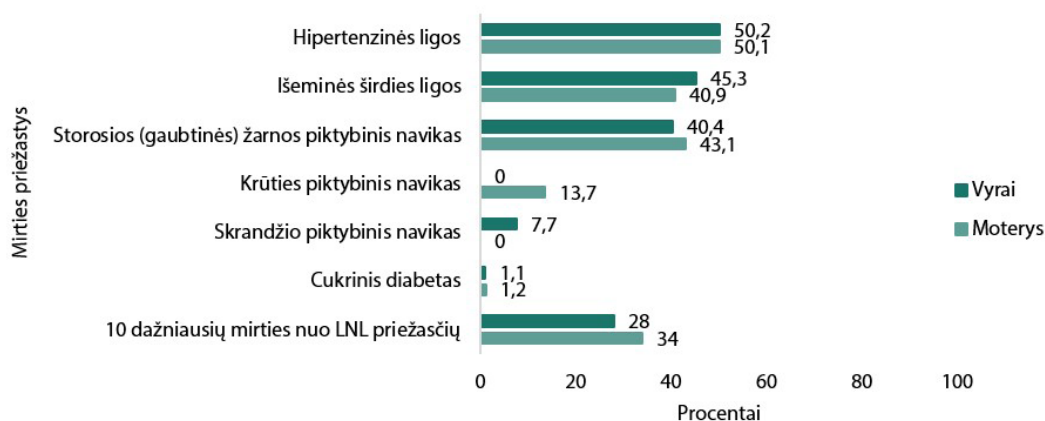


3 pav. Alkoholio vartojimo iš dalies lemtos mirtys iš penkių dažniausių mirties priežasčių sąrašo tarp vyrų ir moterų Lietuvoje 2024 m.

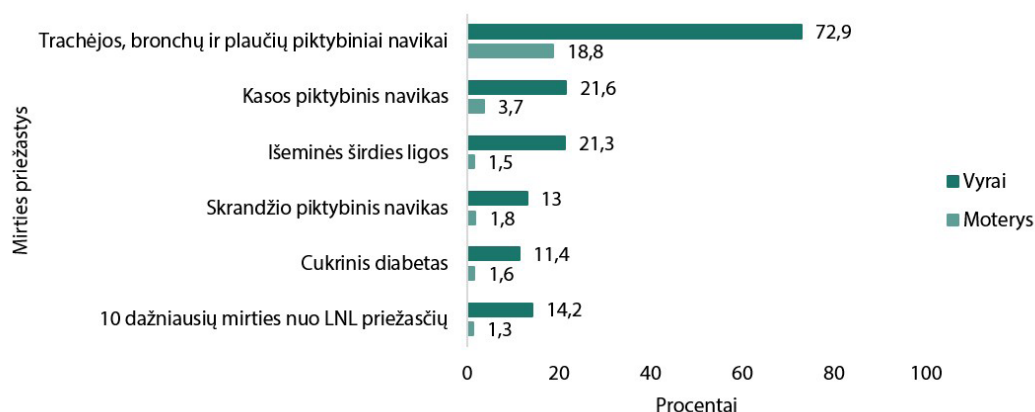
sukeltų skrandžio piktybinio naviko, nesveikos mitybos rizikos veiksniai tenka 27 vyrų (7,66 proc.) mirtys. Tarp moterų iš visų mirčių, sukeltų krūties piktybinio naviko, nesveikos mitybos rizikos veiksniai tenka 767 moterų mirtys (13,67 proc.).

Moterų grupėje rūkymui priskirtos 163 mirtys (1,3 proc.), o vyrų – 1 458 mirtys (14,2 proc.; 8,9 karto daugiau mirčių nei tarp moterų). Tarp dažniausiai pasitaikančių mirties priežasčių didžiausia rūkymo lemta mirčių dalis tiek moterų, tiek vyrų grupėse tenka išeminėms širdies ligoms. Šiam rizikos

veiksniui priskiriamos 93 moterų (1,45 proc.) ir 1 051 vyrų (21,3 proc.) mirtys. Iš visų mirčių, sukeltų trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų, rūkymui priskiriamos 49 moterų mirtys (18,61 proc.) ir 202 vyrų mirtys (72,9 proc.). Dėl kasos piktybinio naviko rūkymui tenka 11 moterų mirčių (3,69 proc.) ir 59 vyrų mirtys (21,59 proc.). Cukrinio diabeto atveju šiam rizikos veiksniai priskiriamos 5 moterų mirtys (1,62 proc.) ir 40 vyrų mirčių (11,37 proc.). Iš visų mirčių, sukeltų skrandžio piktybinio naviko, rūkymo rizikos veiksniai tenka 4 moterų (1,84 proc.) ir 107 vyrų (13,04 proc.) mirtys.



4 pav. Penkioms dažniausiai pasitaikančioms mirties priežastims priskirta nesveikos mitybos rizikos veiksnio dalis tarp vyrų bei moterų Lietuvoje 2024 m.



5 pav. Penkioms dažniausiai pasitaikančioms mirties priežastims priskirta rūkymo rizikos veiksnio dalis tarp vyrų bei moterų Lietuvoje 2024 m.

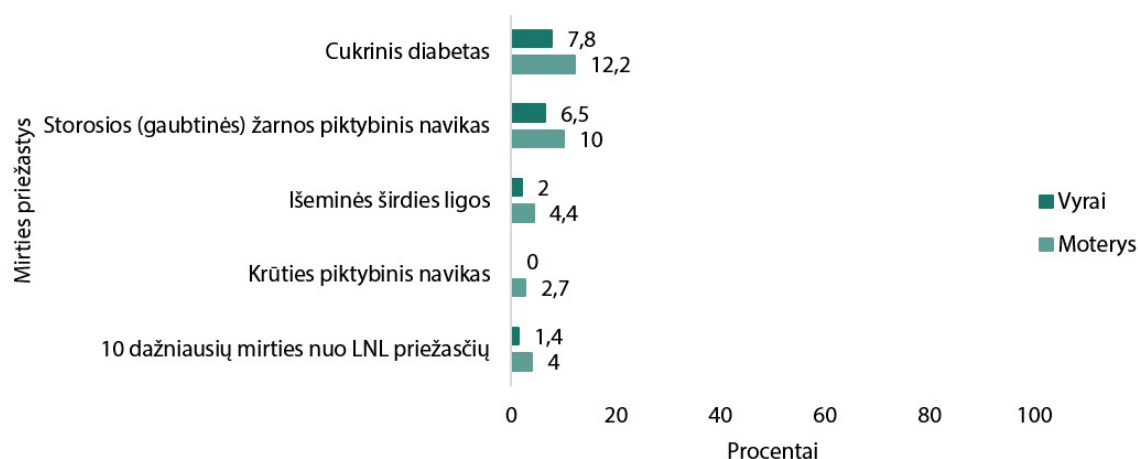
2024 m. mažo fizinio aktyvumo rizikos veiksniai buvo priskirti 651 mirtis, tai sudarė 2,9 proc. visų mirčių tarp dešimties dažniausiai pasitaikančių lėtinių neinfekcinių ligų sukeltų mirties priežasčių. Tarp moterų mažam fiziniam aktyvumui priskirtos 502 mirtys (4 proc.), o tarp

vyrų – 145 mirtys (1,4 proc.; 3,5 karto mažiau mirčių nei tarp moterų).

Tarp dažniausiai pasitaikančių mirties priežasčių didžiausia mažo fizinio aktyvumo lemta mirčių dalis tenka išeminėms širdies ligoms tiek moterų, tiek vyrų

grupėse. Šiam rizikos veiksniai priskiriama 280 moterų mirčių (4,35 proc.) ir 101 vyrų (2,04 proc.) mirtis. Iš visų mirčių, sukeltų cukrinio diabeto, mažam fiziniam aktyvumui priskiriama 41 moterų mirtis (12,16 proc.) ir 21 vyrų mirtis (7,76 proc.). Dėl storosios (gaubtinės)

žarnos piktybinio naviko mažam fiziniam aktyvumui tenka 28 moterų mirtys (10,02 proc.) ir 23 vyrų mirtys (6,53 proc.). Iš visų mirčių, sukeltų krūties piktybinio naviko, mažo fizinio aktyvumo rizikos veiksniai tenka 153 moterų (2,72 proc.) mirtys.



6 pav. Penkioms dažniausiai pasitaikančioms mirties priežastims priskirta mažo fizinio aktyvumo rizikos veiksnio dalis tarp vyrų bei moterų Lietuvoje 2024 m.

REZULTATŲ APTARIMAS

2024 m. daugiausia mirčių nuo LNL sudarė mirtys nuo kraujotakos sistemos ligų ir piktybinių navikų. Ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas kraujotakos sistemos ligoms – išeminėms širdies, cerebrovaskulinėms bei hipertenzinėms ligoms, kurios patenka tarp penkių dažniausių mirties priežasčių. Šios pagrindinės mirties priežastys sudaro beveik pusę (46,6 proc.) visų mirčių šalyje. Išeminės širdies ligos užima pirmąją vietą tarp dažniausiai pasitaikančių mirties nuo LNL priežasčių – jos sudaro daugiau nei pusę (51,7 proc.) šių priežasčių ir net trečdalį (30,3 proc.) visų mirties atvejų. Pažymėtina, kad išeminės širdies ligos išlieka viena pagrindinių mirties ir negalios priežasčių visame pasaulyje [21]. Lietuvoje ši mirties priežastis pirmauja tiek vyrų, tiek moterų grupėse. Pastebima, kad moterų mirtingumas nuo išeminių širdies ligų yra didesnis nei vyrų – tai būdinga ir kitoms Rytų Europos šalims [22]. 2024 m. moterys nuo šių ligų mirė 1,3 karto dažniau nei vyrai.

Šie duomenys neabejotinai rodo itin didelį mirtingumo nuo išeminių širdies ligų mastą ir pabrėžia būtinybę skirti daugiau dėmesio prevencijai bei sveikatos

priežiūros stiprinimui šioje srityje [23]. Išeminės širdies ligos yra pagrindinė prevencinėmis priemonėmis išvengiama mirtis visoje Europoje, ne išimtis ir Lietuva. Tad pravartu įvertinti šiuo metu savivaldybių lygiu vykdomų prevencinių priemonių efektyvumą, siekiant sumažinti šių ligų sukeltų mirčių skaičių, tuo labiau kad Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programoje pažymima, jog Lietuvos visuomenės sveikatos gyvensenos įgūdžiai bei sveikatos raštingumas yra nepakankami [24].

Labiausiai VGT moterų bei vyrų grupėje lėmė kraujotakos sistemos ligos. Kita vertus, atidžiai išanalizavus 5 labiausiai VGT lėmusias mirties nuo LNL priežastis, nepavyko rasti reikšmingo VGT skirtumo tarp vyrų ir moterų priežasties. 2024 m. moterų gyvenimo trukmė buvo 9 metais ilgesnė nei vyrų. Šis reikšmingas atotrūkis yra didžiausias Europos Sąjungoje ir vienas didžiausių pasaulyje.

Norint suprasti šio skirtumo priežastis būtina atlikti išsamesnę mirties priežasčių analizę lyties aspektu bei palyginti priešlaikinių mirčių (iki 75 m.) skirtumus tarp vyrų ir moterų. Atliekant mirties priežasčių analizę svarbu nepamiršti pabrėžti, kad LNL yra pagrindinės

mirties priežastys Lietuvoje, lemiančios 71 proc. visų mirčių.

Alkoholis iš dalies lėmė 25,4 proc. daugiau mirčių vyrų grupėje nei moterų. Pažymėtina, kad vyrų grupėje alkoholis iš dalies lėmė net 24 proc. daugiau mirčių nuo dažniausiai pasitaikančių kraujotakos sistemos ligų nei moterų grupėje.

Viena iš galimų šio skirtumo priežasčių yra ta, kad alkoholio vartojimas tebėra labiau paplitęs tarp vyrų nei tarp moterų. Narkotikų, alkoholio ir tabako kontrolės departamento 2021 m. atliktoje apklausoje nustatyta, kad per pastaruosius 12 mėnesių alkoholį vartojo 86,7 proc. vyrų ir 82,1 proc. moterų, o per pastarąsias 30 dienų – atitinkamai 72,4 proc. vyrų ir 53,2 proc. moterų [25].

Nesveikos mitybos rizikos veiksnys sudarė 33,3 proc. visų mirčių nuo kraujotakos sistemos ligų, kurios priskiriamos dešimčiai dažniausiai pasitaikančių mirties priežasčių. Be to, tai sudarė trečdalį (30,6 proc.) visų Lietuvoje fiksuojamų mirčių nuo kraujotakos sistemos ligų. Iš viso dažniausios mirties priežastys, susijusios su nesveika mityba, sudarė 18 proc. visų mirčių šalyje. Moterys 32,4 proc. daugiau nei vyrai patyrė mirčių, susijusių su nesveika mityba. Be to, moterų grupėje mirčių, priskirtų hipertenzinėms ligoms, buvo 40,1 proc. daugiau nei vyrų grupėje. Naujausi moksliniai tyrimai patvirtina, kad moterų grupėje, šioms pradėjus sveikiau maitintis, fiksuojama mažesnė rizika mirti nuo kraujotakos sistemos ligų [26]. Atsižvelgiant į šiuos duomenis, svarbu taikyti individualiai pritaikytas prevencines priemones, siekiant sumažinti mirčių, susijusių su nesveikos mitybos rizikos veiksniumi, skaičių.

Rūkymui priskirtų mirčių net 88,8 proc. daugiau buvo vyrų nei moterų grupėje. Ypač ryškiai šis skirtumas

pasireiškė vertinant mirčių nuo skrandžio piktybinio naviko, išeminės širdies ligos bei trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų skaičių. Šioms trimis ligoms priskirtų mirčių dėl rūkymo vyrų grupėje buvo 89,2 proc. daugiau nei moterų grupėje.

Tokį didelį mirčių dėl rūkymo skirtumą tarp lyčių iš dalies gali lemti tai, kad rūkymas Lietuvoje yra žymiai labiau paplitęs tarp vyrų nei tarp moterų. Teiginį apie rūkymo paplitimo skirtumus tarp lyčių patvirtina Valstybinės duomenų agentūros parengtas pranešimas ir naujausias Vilniaus universiteto atliktas tyrimas [27, 28].

Mažo fizinio aktyvumo rizikos veiksniumi priskirtų mirčių moterų grupėje buvo net 71,1 proc. daugiau nei vyrų grupėje. Vertinant mirčių nuo išeminės širdies ligos, skrandžio piktybinio naviko ir cukrinio diabeto skaičių, mažo fizinio aktyvumo faktoriui moterų grupėje buvo priskirta 58,4 proc. daugiau mirčių nei vyrų grupėje. Šį skirtumą iš dalies galima paaiškinti tuo, kad fiziškai aktyvių vyrų dalis yra šiek tiek didesnė nei moterų: 29,5 proc. vyrų ir 27,2 proc. moterų [29].

IŠVADOS

- 2024 m. dėl dešimties dažniausių lėtinių neinfekcinių ligų sukeltų mirties priežasčių mirė 22 proc. daugiau moterų nei vyrų.
- Analizė atskleidė, kad lyčių skirtumai pagal nagrinėtas mirties priežastis nepaaiškina reikšmingo VGT skirtumo tarp vyrų ir moterų.
- Alkoholio vartojimas ir rūkymas lėmė daugiau vyrų mirčių, o nesveika mityba ir mažas fizinis aktyvumas lėmė didesnę mirčių skaičių moterų grupėje.

Straipsnis gautas 2025-10-03, priimtas 2025-11-14

Literatūra

- Omatayo O, Maduka CP, Muonde M, Olorunsogo TO, Ogugua JO. The rise of non-communicable diseases: A global health review of challenges and prevention strategies. *International Medical Science Research Journal*. 2024;4(1):74–88. DOI: 10.51594/imsrj.v4i1.738.
- Wolf TG, Cagetti MG, Fisher JM, Seeberger GK, Campus G. Non-communicable diseases and oral health: an overview. *Frontiers in oral health*. 2021;2. DOI: 10.3389/froh.2021.725460.
- Piovani D, Nikolopoulos GK, Bonovas S. Non-communicable diseases: the invisible epidemic. *Journal of clinical medicine*. 2022;11(19). DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11195939>.
- Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, Mullany EC, Abate KH, Abbafati C, Abebe Z, Afarideh M. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The lancet*. 2019;393(10184):1958–1972.
- Global Burden of Disease [database]. Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2021 [žiūrėta 2025-04-23].
- Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Salvo D, Garcia L, Reis RS, Stankov I, Goel R, Schipperijn J, Hallal PC, Ding D, Pratt M. Physical activity promotion and the United Nations sustainable development goals: building synergies to maximize impact. *Journal of Physical Activity and Health*. 2021;18(10):1163–1180. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0413>.
- Mirties atvejų ir jų priežasčių stebėsenos skyrius. Mirties priežastys. 2023. Prieiga per internetą: Mirties priežastys Causes of death (hi.lt)> [žiūrėta 2024-05-24].
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Lithuania: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Lietuva: 2023 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Skrupkaitis M, Našlėnė Ž. Prevencinėmis priemonėmis išvengiama mirtingumas Lietuvos ir savivaldybių lygiu bei šių mirčių įtaka vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei 2019–2023 m. *Visuomenės sveikata*. 2024;106(3):1–10. DOI: [https://doi.org/10.47458/VS.2024.3\(106\)-7](https://doi.org/10.47458/VS.2024.3(106)-7).
- Mačiulienė J, Stepukonis F, Norkienė S. Vyrų ir moterų vidutinės tikėtino gyvenimo trukmės skirtumo priežastys kokybiniu požiūriu. *Sveikatos mokslai*. 2020;30(7):5–9. DOI: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.168>.
- Našlėnė Ž, Gurevičius R. Vidutinė tikėtina suaugusiųjų gyvenimo trukmė be negalios Lietuvoje 2012–2014 m. *Visuomenės sveikata*. 2016;3(74):24–31.
- Štelemėkas M, Tamutienė I, Liutkutė-Gumarov V, Makutėnaitė M, Jogaitė B, Telksnys T. Alkoholio vartojimo sąlygojamos žalos Lietuvoje skaičiavimo metodika ir žalos įvertinimas 2015 ir 2016 m. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas. 2018:12–20.
- Štelemėkas M, Grincaitė M, Miščikienė L. Alkoholio vartojimo daromos ekonominės žalos sveikatai ir ūkiui vertinimas: mirtingumo ir prarasto produktyvumo analizė. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. 2021.
- Našlėnė Ž, Želvienė A. Lietuvos gyventojų mirtingumo, sukkelto alkoholio vartojimo, pokyčiai 2010–2016 m. ir įtaka vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei. *Visuomenės sveikata*. 2017;3(78):38–48.
- The Global Information System on Alcohol and Health. 2025. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/2332> [žiūrėta 2025-09-22].
- Skrobotovas R, Petrauskaitė I, Želvienė A. Netinkamos mitybos padariniai Lietuvos gyventojų sveikatai. Vilnius: Higienos institutas. 2018.
- Liutkutė-Gumarov V. Rūkymo socialinės ir ekonominės žalos vertinimas Lietuvoje. Daktaro disertacija. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. 2019.
- Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *British journal of sports medicine*. 2022;56(2):101–106. DOI: 10.1136/bjsports-2020-103640.
- Bradley C, Berry C. Definition and epidemiology of coronary microvascular disease. *Journal of Nuclear Cardiology*. 2022;29(4):1763–1775. DOI: 10.1007/s12350-022-02974-x.
- Sullivan S, Young A, Garcia M, Almuwaqqat Z, Moazzami K, Hamadah M, et al. Sex differences in vascular response to mental stress and adverse cardiovascular events among patients with ischemic heart disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2023;43(4):112–120. DOI: 10.1161/ATVBAHA.122.318576.
- Kurmilevičiūtė E. Magistro baigiamasis darbas „Lietuvos gyventojų demografinių ir socialinių mirtingumo nuo išeminės širdies ligos netolygumų pokyčiai 1990–2021 metais“. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. 2024.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programa 2022–2030 metams. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/administracine-informacija/planavimo-dokumentai/pletros-programos/sveikatos-issaugojimo-ir-stiprinimo-pletros-programa/> > [žiūrėta 2025-07-28].
- Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas. 2024 m. Prieiga per internetą: <https://ntakd.lrv.lt/lt/statistika-ir-tyrimai/tendencijos-ir-pokyčiai-lietuvoje/alkoholio-vartojimo-paplitimas-lietuvoje/> > [žiūrėta 2025-07-28].
- Yao H, Wang X, Wu X, Liu Y, Chen Y, Li L, Chen J, Wang Z. Sex differences in association of healthy eating pattern with all-cause mortality and cardiovascular mortality. *BMC Public Health*. 2024;24(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19883-y>.
- Čepas A, Dobryninas A, Giedraitis RV, Jakubauskienė M, Pocienė A, Gaičevskytė R. Ekonominio poveikio priemonės rūkymo prevencijoje. 2021. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Komisijos%20ir%20darbo%20grup%C4%97s/VSSF/2018/2018_m_projektu_aprasymai/EKONOMINIO_POVEIKIO_PRIEMONES_RUKYMO_PREVENCIJOJE_Galutine_ataskaita_2021.pdf > [žiūrėta 2025-07-28].
- Žukauskas L, Kairys J, Austys D, Dobrovolskij V. Rūkymas ir jo sąsaja su išsilavinimo lygiu bei gaunamomis pajamomis. *Sveikatos mokslai*. 2022;32(2):45–51. DOI: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2022.050>.
- World health organization. Lithuania country physical activity factsheet. 2024. Prieiga per internetą: <https://smsm.lrv.lt/public/canonical/1738650669/6334/Factsheet-Lithuania-2024.pdf> > [žiūrėta 2025-07-28].

ANALYSIS OF THE MOST COMMON CAUSES OF DEATH AND THEIR RELATIONSHIP WITH MAJOR RISK FACTORS FROM A GENDER PERSPECTIVE

Marius Skripkaitis, Žilvinė Našlėnė
Institute of Hygiene

SUMMARY

Chronic non-communicable diseases (NCDs) are among the most significant public health challenges in contemporary society. Due to their long-term and non-infectious nature, these diseases have a lasting impact not only on affected individuals but also on their families and society as a whole. According to the World Health Organization (WHO), NCDs account for approximately 41 million deaths worldwide each year. The majority of these deaths are caused by cardiovascular diseases, malignant neoplasms, chronic respiratory diseases, and diabetes mellitus. The primary causes of these diseases are closely linked to unhealthy lifestyle habits that substantially contribute to the global prevalence of NCDs. In Lithuania, NCDs remain the leading cause of death, accounting for approximately 71% of all deaths. About half of these cases are directly associated with four major lifestyle-related risk factors: unhealthy diet, smoking, alcohol consumption, and low physical activity.

The aim of the study. To analyze and assess the most common causes of death attributable to NCDs and to evaluate the influence of major lifestyle-related risk factors on these deaths from a gender perspective.

Methods. Based on data from the 2024 State Register of Death Cases and Their Causes regarding the number of male and female deaths, and using the cause-of-death search tool, the ten most common causes of death due to NCDs were identified by gender. To assess the impact of these ten leading NCD-related causes of death on the average life expectancy (ALE) of men and women, the 2024 ALE indicators were calculated using the Sullivan method. The influence of alcohol consumption on NCD-related mortality was evaluated based on the methodology described in the study “Evaluation of Alcohol Control Policy and the Assessment of Alcohol-Related Harm” (State Mental Health Centre, 2013). This methodology was applied to estimate the effect of alcohol consumption on male and female mortality. Mortality attributable to other major lifestyle-related risk factors—unhealthy diet, smoking, and low physical activity—was assessed using the Risk Factor Attribution (RFA) indicator provided by the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). This indicator estimates the proportion of deaths attributable to a specific risk factor,

with RFA coefficient values ranging from 0 (when a disease is unrelated to a given risk factor) to 100 (when the disease is fully attributable to that factor).

Results and conclusions. The ten most common causes of death due to chronic non-communicable diseases accounted for 10 240 (55.9%) of all male deaths and 12 492 (65.3%) of all female deaths registered in Lithuania in 2024. In both genders, mortality was predominantly caused by cardiovascular diseases—ischemic heart disease and cerebrovascular diseases—which ranked first and second among the ten leading causes of death due to NCDs. These causes contributed the most to the reduction in average life expectancy for both men and women. Alcohol consumption was partially responsible for 1 268 deaths (10.0%) among women and 1 701 deaths (15.5%) among men. Unhealthy diet accounted for 4 250 deaths (34%) among women and 2 870 deaths (28%) among men. Smoking was associated with 1 458 deaths (14.2%) among men and 163 deaths (1.3%) among women. Low physical activity contributed to 502 deaths (4%) among women and 145 deaths (1.4%) among men. In 2024, 22% more women than men died from the ten leading chronic non-communicable diseases. The analysis showed that gender differences in the examined causes of death did not fully explain the significant disparity in average life expectancy between men and women. Alcohol consumption and smoking contributed more to male mortality, whereas unhealthy diet and low physical activity were more common causes of death among women.

Keywords: Chronic non-communicable diseases, life expectancy, unhealthy diet, alcohol consumption, smoking, low physical activity.

Correspondence to Marius Skripkaitis

Institute of Hygiene

Studentų str. 45A, LT-08107 Vilnius, Lithuania

E-mail: marius.skripkaitis@hi.lt

Received 3 October 2025, accepted 14 November 2025

ŠEIMOS GYDYTOJŲ POŽIŪRIS Į STOROSIOS ŽARNOS VĖŽIO PREVENCINĘ PROGRAMĄ

Dovilas Dicevičius¹, Laura Nedzinskienė², Renata Giliun³, Jekaterina Bortkevič³

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, ²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Biomedicinos mokslų instituto Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedra, ³Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas – įvertinti šeimos gydytojų požiūrį į storosios žarnos vėžio (SŽV) prevencinę programą Lietuvoje, jų nuomonę apie programos svarbą, organizavimą, prieinamumą bei įgyvendinimą.

Tyrimo medžiaga ir metodai. 2024 m. rugsėjo–lapkričio mėn. atliktas kiekybinis vienmomentis tyrimas, anonimiškai apklausiant 215 šeimos gydytojų iš įvairių Lietuvos gydymo įstaigų. Duomenys surinkti naudojant struktūrizuotą 16 klausimų anketą. Statistinė analizė atlikta naudojant programas SPSS 29.0 ir Excel 365, taikant aprašomąją statistiką ir χ^2 testus, reikšmingumo lygis – $p \leq 0,05$.

Rezultatai. 77,2 proc. apklaustųjų palankiai vertino programos įgyvendinimą. Atsakomybę gydytojai dažniausiai priskyrė sau (85,6 proc.) ir slaugytojams (83,3 proc.). Pacientai dalyvauti programoje dažniausiai kviečiami žodžiu konsultacijos metu (96,3 proc.) ar telefonu (74 proc.). Pagrindiniais pacientų dalyvavimą programoje lemiančiais veiksniais įvardyti šeimos gydytojo paskatinimas, prieinamumas ir informuotumas. Gydytojai dažniausiai pageidavo ilgesnių konsultacijų (64,2 proc.) ir finansinio paskatinimo (50,4 proc.). Statistiškai reikšmingi ryšiai nustatyti tarp gydytojų amžiaus, darbo patirties, požiūrio į programą ir taikomų skatinimo priemonių ($p < 0,05$).

Išvados. Šeimos gydytojai Lietuvoje pozityviai vertina SŽV prevencinę programą, aktyviai įsitraukia į jos įgyvendinimą ir prisiima atsakomybę už pacientų įtraukimą į programą. Tačiau efektyvumui didinti būtinos papildomos organizacinės priemonės, tokios kaip skatinimo mechanizmai ir geresnės darbo sąlygos.

Reikšminiai žodžiai: storosios žarnos vėžys, prevencinė programa, šeimos gydytojų požiūris.

ĮVADAS

Storosios žarnos vėžys (SŽV) – trečias pagal dažnį ir antras pagal mirtingumą onkologinis susirgimas pasaulyje, sudarantis apie 10 proc. visų piktybinių navikų [1]. Dauguma (70 proc.) SŽV atvejų yra sporadiniai, nesusiję su paveldimumu [1, 2]. Kadangi liga dažnai progresuoja be ryškių ar specifinių simptomų, ji neretai diagnozuojama pavėluotai, kai gydymo galimybės jau ribotos [3]. Dėl to daugelyje šalių, įskaitant Lietuvą, vykdomos ankstyvosios SŽV prevencijos programos, kurių tikslas aptikti ikivėžines ligos formas arba ligą kuo ankstesnėje stadijoje, nes tai leidžia taikyti mažiau invazyvų gydymą ir pasiekti geresnių rezultatų [3, 4].

Nors Lietuvoje SŽV prevencinė programa įgyvendinama nuo 2014 m., gyventojų dalyvavimas joje yra tik

45,9 proc. ir nesiekia rekomenduojamų 65 proc. [5, 6]. Šalyje 5 metų išgyvenamumas nuo SŽV išlieka vienas žemiausių Europos Sąjungoje [7]. O prevencinės programos, tokios kaip imunocheminis slaptos kraujo išmatose testas (iFOBT), leidžia laiku nustatyti pakitimus ir sumažinti mirtingumą net iki 50 proc. [8]. Literatūroje nuosekliai pabrėžiama, kad vienos iš dažniausių gydytojų nurodomų kliūčių yra laiko stoka ir finansinių paskatų nebuvimas, dėl kurių dalis specialistų neska-

Adresas susirašinėti: Laura Nedzinskienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
El. p. laura.nedzinskiene@mf.vu.lt

tina visų pacientų dalyvauti prevencijoje [9]. Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijos (POLA) apklausos Lietuvoje duomenimis, apie trečdalis gydytojų pripažino neinformuojantys visų pacientų būtent dėl šių veiksnių, nors dauguma sutinka, kad gydytojo iniciatyva yra vienas svarbiausių dalyvavimą lemiančių aspektų [9]. Panašias tendencijas atskleidė ir Omane atliktas tyrimas, kuriame nustatyta, kad šeimos gydytojų ir slaugytojų nepakankamos žinios apie SŽV prevencijos programą susijusios su mažesniu gyventojų dalyvavimu programoje [10].

Tarptautiniai tyrimai rodo, kad gydytojų rekomendacijos ir jų vykdymo strategijos skiriasi priklausomai nuo šalies. Pavyzdžiui, Prancūzijoje šeimos gydytojai pirmenybę teikia asmeniniam informavimui, o ne siunčiamiems kvietimams ir save, o ne slaugytojus laiko pagrindiniais programų vykdytojais [11]. Kanados duomenimis, 36 proc. gydytojų dažnai neturi pakankamai laiko diskutuoti apie prevenciją, o 23 proc. mano, kad finansinė kompensacija būtina norint kokybiškai įgyvendinti prevenciją [12]. Turkijos šeimos gydytojai pagrindinius programų veiksmingumą ribojančius veiksnius įvardijo personalo trūkumą, visuomenės informuotumo stoką bei per didelę pacientų registracijos krūvį [13]. Graikijoje gydytojai pabrėžė per didelį darbo krūvį ir žinių trūkumą kaip reikšmingas kliūtis vykdyti SŽV prevenciją [14].

Australijoje pastebėta, kad tie gydytojai, kurie visada rekomendavo atlikti iFOBT testą, turėjo didesnę išmąnyą apie programą, o jų pacientai aktyviau dalyvavo programoje. Be to, gydytojai, vertinę programą teigiamai arba neseniai dalyvavę kvalifikacijos kėlimo kursuose, pasiekė aukštesnių programos vykdymo kokybės rodiklių, o tai leidžia daryti prielaidą apie ryšį tarp požiūrio ir rezultato [15].

Finansinė motyvacija taip pat išlieka reikšmingas veiksnys. Italijoje atliktame tyrime jaunesni gydytojai, turintys mažesnį pacientų skaičių, dažniau kvietė dalyvauti prevencijoje [16]. Prancūzijos gydytojai finansinę paskatą įvardijo kaip svarbų programos komponentą [17], o Lenkijoje tik 31,4 proc. gydytojų reguliariai teiraujasi pacientų apie SŽV patikrą – daugelis jų teigia, kad konsultacijų trukmės pailginimas ir finansinė paskata padidintų įsitraukimą į programą [18].

Malaizijoje gydytojai, kurie programą vertino kaip ekonomiškai pagrįstą, buvo labiau linkę ją aktyviai vykdyti

[19]. Šveicarijos duomenys rodo, kad 48 proc. gydytojų pagrindine priežastimi neinformuoti pacientų apie programą įvardijo laiko trūkumą, o net 68 proc. laikė ilgesnį konsultacijos laiką efektyvesne motyvavimo priemone nei finansinis atlygis, kurį rinkosi tik 11 proc. respondentų [20].

Daugelyje šalių šeimos gydytojai yra vieninteliai specialistai, galintys pasiūlyti atranką besimptomiams pacientams. Todėl jų požiūris ir aktyvumas tiesiogiai veikia programos pasiekiamumą ir rezultatus. Sisteminės apžvalgos duomenimis, tinkamai įgyvendintos SŽV prevencinės programos gali sumažinti sergamumą net iki 55–74 proc. [21], o gydytojo asmeninis kvietimas laikomas viena iš efektyviausių strategijų, skatinančių gyventojų dalyvavimą atrankoje [21].

Šeimos gydytojai yra vieni svarbiausių SŽV prevencinių programų vykdytojų – jie ne tik informuoja pacientus, bet ir daro esminę įtaką jų sprendimui dalyvauti atrankoje. Neigiama gydytojų nuostata ar abejingumas gali tiesiogiai prisidėti prie mažesnio pacientų įsitraukimo. Kadangi SŽV prevencinės programos yra neatsiejama šeimos gydytojų praktikos dalis, svarbu analizuoti jų požiūrį į šių programų įgyvendinimą, efektyvumą bei kitų sveikatos priežiūros specialistų vaidmenį. Gydytojų skeptiškas ar kritiškas vertinimas gali mažinti motyvaciją aktyviai įtraukti pacientus į atranką, o tai tiesiogiai veikia gyventojų dalyvavimo programoje rodiklius. Tyrimo **tikslas** – įvertinti šeimos gydytojų požiūrį į storosios žarnos vėžio prevencinę programą Lietuvoje, jų nuomonę apie programos svarbą, organizavimą, prieinamumą bei įgyvendinimą.

MEDŽIAGA IR METODAI

2024 m. rugsėjo–lapkričio mėn. atliktas kiekybinis vienmomentis tyrimas, apklausiant šeimos gydytojus anonimine anketa apklausa. Klausimynas buvo išsiųstas per gydymo įstaigų administraciją bei gydytojų tarnybinių el. paštą. Dalyvavimas buvo savanoriškas, o apklausa anoniminė. Gauti klausimyno autorių sutikimai jį naudoti.

Į tyrimą įtraukti gydytojai, turintys šeimos gydytojo specializaciją ir sutikę dalyvauti apklausoje. Anketos, užpildytos netiksliai, buvo atmestos. Tyrime dalyvavo 215 šeimos gydytojų iš įvairių Lietuvos gydymo įstaigų. Didžiąją dalį respondentų sudarė moterys – 191 (88,8 proc.), vyrų buvo 24 (11,2 proc.). Pagal amžių

gydytojai buvo suskirstyti į tris grupes: 26–45 metų grupei priklausė dauguma – 159 (74 proc.), 46–60 metų – 38 (17,7 proc.), o 61–75 metų – 18 (8,4 proc.). Atsižvelgiant į profesinės veiklos trukmę, didžiausia dalis (43,3 proc.) respondentų nurodė turintys 6–15 metų darbo patirtį, o mažiausiai (6 proc.) gydytojų priklausė grupei, turinčiai daugiau nei 36 metų praktikos stažą.

Anketą sudarė 16 uždarytųjų klausimų, suskirstytų į keturias dalis: demografiniai duomenys, požiūris į SŽV programą, jos vykdymas darbovietėje bei atviras klausimas pastaboms. Visi klausimai buvo privalomi. Statistinė analizė atlikta naudojant programas *Excel 365* ir *SPSS 29.0*. Naudota aprašomoji statistika, chi kvadrato testas. Skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p \leq 0,05$.

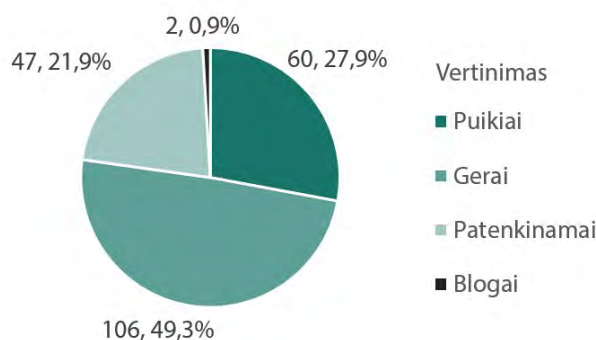
REZULTATAI

Beveik pusė (49,3 proc.) apklaustų šeimos gydytojų SŽV prevencinės programos įgyvendinimą savo darbovietėje įvertino kaip gerą, o 27,9 proc. – kaip puikų (3 pav.). Atsakomybę už šios programos vykdymą daugiausia gydytojų priskyrė patys sau (85,6 proc.) ir slaugytojams (83,3 proc.), kiek rečiau – pacientams (77,2 proc.) ar žiniasklaidai (29,3 proc.). Dažniausiai šeimos gydytojai pacientus dalyvauti programoje kvietė žodžiu konsultacijos metu (96,3 proc.), taip pat telefonu (74,0 proc.), rečiau – elektroniniu paštu (22,3 proc.) ar laiškais (13 proc.).

Gydytojų nuomone, didžiausią įtaką pacientų dalyvavimui turi šeimos gydytojo paskatinimas (44,2 proc.), virškinimo sistemos nusiskundimai (28,4 proc.) ir šeiminių anamnezė (20,5 proc.). Tik 7 proc. įtaką priskyrė žiniasklaidai. Daugiausia (61,4 proc.) šeimos gydytojų nurodė, kad jų darbovietėje 1 iš 10 pacientų domisi SŽV prevencine programa.

Papildomo personalo poreikį tikslingu laikė 42,8 proc., beveik tiek pat (42,3 proc.) apklaustųjų nesutiko su tuo. Programos prieinamumą gerai vertino beveik visi – 98,1 proc. apklaustųjų. Efektyvumą, anot gydytojų, labiausiai galėtų padidinti konsultacijų trukmės pailginimas (64,2 proc.), finansinis skatinimas (50,4 proc.) ir specializuotų kabinetų steigimas (35,8 proc.).

Statistinė analizė parodė reikšmingą ryšį tarp gydytojų amžiaus ir pacientų domėjimosi programa ($\chi^2 = 11,933$; $df = 4$; $p = 0,018$). Vidutinio amžiaus (46–60 m.) gydytojai dažniau nurodė didesnę pacientų susidomėjimą programa, o jaunesni ir vyresni – rečiau. Tarp amžiaus ir



1 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal SŽV prevencinės programos vertinimą darbovietėje

nuomonės apie skatinimo taikymą darbovietėje taip pat nustatytas reikšmingas ryšys ($\chi^2 = 10,612$; $p = 0,005$): jaunesni gydytojai dažniau nurodė, kad jų įstaigose taikomos skatinimo priemonės. Rastas panašus ryšys ir su darbo patirtimi ($\chi^2 = 11,900$; $p = 0,018$) (1 lentelė).

Amžius buvo reikšmingai susijęs ir su nuomone apie atsakomybę vykdant SŽV programą: jaunesni (26–45 m.) gydytojai dažniau atsakomybę priskyrė slaugytojams ($\chi^2 = 6,293$; $p = 0,043$) ir šeimos gydytojams ($\chi^2 = 8,363$; $p = 0,015$), o vyresni dažniau to nedarė.

Tarp programos vertinimo darbovietėje ir dėmesio, skiriamo programai, taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys ($\chi^2 = 14,711$; $p = 0,002$): tie gydytojai, kurie programą įvertino puikiai ar gerai, dažniau teigė skiriantys jai daug dėmesio.

Be to, programą teigiamai vertinę respondentai dažniau nurodė, kad personalas įtraukiamas efektyviai ($\chi^2 = 24,47$; $p = 0,00002$) ir kad programa jų įstaigose yra prieinama ($\chi^2 = 25,903$; $p < 0,00001$). Programos vertinimas buvo susijęs ir su nuomone apie papildomo personalo skyrimo tikslingumą ($\chi^2 = 18,31$; $p = 0,0054$): „gerai“ vertinantys gydytojai dažniau matė papildomo personalo poreikį, o vertinantys „puikiai“ – rečiau.

Programai skiriamas dėmesys koreliavo su nuomone apie atsakomybę: tie, kurie priskyrė atsakomybę šeimos gydytojui, dažniau skyrė programai daug dėmesio ($\chi^2 = 4,962$; $p = 0,025$). Daugiau dėmesio skiriantys gydytojai taip pat dažniau įvardijo, kad pagrindinis pacientų dalyvavimą lemiantis veiksnys yra jų pačių raginimas ($\chi^2 = 11,327$; $p = 0,01$).

Dėmesys programai buvo reikšmingai susijęs su darbovietėje taikomomis skatinimo priemonėmis ($\chi^2 = 4,558$; $p = 0,033$): tie gydytojai, kurių įstaigose

taikomos paskatos, dažniau programai skyrė daugiau dėmesio. Taip pat nustatytas labai reikšmingas ryšys tarp darbovietėje taikomų skatinimų ir vertinimo, ar efektyviai įtraukiamas personalas ($\chi^2 = 22,640$; $p < 0,0001$).

Galiausiai, šeimos gydytojai, kurie laikė papildomą personalą tikslingu, dažniau priskyrė atsakomybę už programos vykdymą slaugytojams ($\chi^2 = 6,832$; $p = 0,033$), o tie, kurie papildomo personalo poreikio nematė, šį vaidmenį slaugytojams priskyrė rečiau (2 lentelė).

1 lentelė. Šeimos gydytojų sociodemografinės charakteristikos ir dėmesys, skiriamas storosios žarnos vėžio (SŽV) prevencinei programai

Sociodemografinės charakteristikos		Ar darbovietė skatina šeimos gydytojus kviesti pacientus dalyvauti SŽV prevencinėje programoje?		χ^2	df	p reikšmė
		Taip	Ne			
Lytis	Moteris	151 (90,4 %)	40 (83,3 %)	0,111	1	0,739
	Vyras	16 (9,6 %)	8 (16,7 %)			
Amžius	26–45 m.	131 (78,4 %)	28 (58,3 %)	10,612	2	0,005
	46–60 m.	22 (13,2 %)	16 (33,4 %)			
	61–75 m.	14 (8,4 %)	4 (8,3 %)			
Darbo patirtis	Iki 5 m.	52 (31,1 %)	13 (27,1 %)	11,900	4	0,018
	6–15 m.	79 (47,3 %)	14 (29,2 %)			
	16–25 m.	13 (7,8 %)	11 (22,9 %)			
	26–35 m.	14 (8,4 %)	6 (12,5 %)			
	Per 36 m.	9 (5,4 %)	4 (8,3 %)			

2 lentelė. Šeimos gydytojų dėmesio, skiriamo SŽV prevencinei programai, ir darbovietėje taikomų skatinimų ryšys

Ar darbovietė skatina šeimos gydytojus kviesti pacientus dalyvauti SŽV prevencinėje programoje?	Ar daug dėmesio skirate SŽV prevencinei programai?				
	Ne	Taip	χ^2	df	p
Ne	12 (38,7 %)	36 (19,6 %)	4,5576	1	0,033
Taip	19 (61,3 %)	148 (80,4 %)			

REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo metu vertintas šeimos gydytojų požiūris į storosios žarnos vėžio (SŽV) prevencinę programą – jos svarbą, organizavimą ir prieinamumą. Analizuotas gydytojų vaidmens suvokimas, motyvacija įtraukti į programą pacientus bei atsakomybės už prevencinių priemonių įgyvendinimą pasiskirstymas. Taip pat įvertinta gydytojų nuomonė apie pacientų motyvą dalyvauti programoje.

Rezultatai parodė, kad šeimos gydytojai Lietuvoje programą vertina palankiai – apie 5 proc. respondentų ją įvertino gerai, o 33 proc. – puikiai. Panašūs rezultatai nustatyti ir 2019 m. Jurbarko rajone atliktame tyrime, kuriame atitinkamai 64,7 proc. ir 23,5 proc. gydytojų programą vertino teigiamai [23]. Vis dėlto tarptautinių

duomenų palyginimą riboja programų organizavimo skirtumai ir nevienoda klausimynų metodika.

Didžioji dauguma (85,6 proc.) gydytojų programos įgyvendinimo atsakomybę priskyrė sau, o 83,3 proc. – ir slaugytojams. Tai atitinka tarptautines tendencijas, pvz., Nyderlanduose bendrosios praktikos gydytojai taip pat laiko save atsakingais už vėžio prevenciją [24]. Vis dėlto Kauno mieste 2023 m. daugiau gydytojų pagrindiniu informacijos teikėju įvardijo slaugytojus (58,7 proc.), o gydytojus – 25,9 proc. apklaustųjų [25]. Populiariausi pacientų kvietimo būdai – žodinis kvietimas konsultacijos metu (96,3 proc.) ir skambutis telefonu (74 proc.). Tai gerokai daugiau, nei nustatyta Kaune (apie 40 proc. abiem atvejais) [25]. Prancūzijoje gydytojai taip pat teikė pirmenybę asmeniniam kon-

taktui, o ne informacijos siuntimui paštu [11].

Gydytojų motyvaciją atspindi ir jų kvietimo priežastys: 84,2 proc. gydytojų mano, kad programa labai svarbi, 50,7 proc. nurodo sveikatos reikšmę ir tik 23,3 proc. mini paciento pareigą. Panašūs rezultatai gauti ir Nyderlanduose atliktame tyrime [24].

Šeimos gydytojas laikomas pagrindiniu veiksnio skatinant pacientų dalyvavimą – taip manė 44,2 proc. respondentų. Šiuos duomenis patvirtina ir sisteminė analizė, kurioje asmeninis gydytojo kontaktas įvardijamas kaip viena efektyviausių intervencijų [22].

Tarp siūlomų priemonių programos efektyvumui didinti dažniausiai minėtas ilgesnis konsultacijos laikas – tai įvardijo beveik du trečdaliai gydytojų. Analogiškos rekomendacijos pateiktos tyrimuose Prancūzijoje, Šveicarijoje, Kanadoje bei 2020 m. POLA tyrime Lietuvoje [9, 12, 17, 20]. Turkijoje dažniausiai (66,1 proc. apklaustųjų) akcentuotas papildomo personalo poreikis, tačiau mūsų tyrime jį nurodė tik 42,8 proc. respondentų [13].

Beveik pusė apklaustų šeimos gydytojų teigė, kad finansinis skatinimas padidintų jų dalyvavimą. Prancūzijoje gydytojai jautriau reagavo į finansinius skatinimus, susijusius su SŽV prevencija, nei kitų vėžio prevencijos programų – finansinės paskatos įtaka jų sprendimams siekė 45 proc., palyginti su 35 proc. krūties ir 33 proc. gimdos kaklelio vėžio programomis [17], tačiau Šveicarijoje tik 11 proc. gydytojų tai laikė svarbiu veiksnio [20].

APIBENDRINIMAS

Dauguma gydytojų SŽV programą vertina palankiai ir aktyviai įsitraukia į jos įgyvendinimą. Šeimos gydytojai pripažįsta programos svarbą, tačiau dažnai susiduria su organizacinėmis kliūtimis, mažinančiomis jos įgyvendinimo efektyvumą. Gydytojai, kurių įstaigose

taikomos skatinimo priemonės, dažniau skiria programai daugiau dėmesio ir efektyviau įtraukia į ją personalą. Teigiamas gydytojų požiūris ir aktyvūs veiksmai koreliuoja su efektyvesniu pacientų įtraukimu į programą, tačiau tam būtinos papildomos organizacinės ir sisteminės priemonės. Siekiant didinti gyventojų dalyvavimą programoje, reikalingas kompleksinis požiūris, apimantis gydytojų motyvaciją ir jų darbo sąlygų gerinimą.

Literatūroje vyrauja kelios dominuojančios teminės kryptys, susijusios su šeimos gydytojų vaidmeniu ir jų požiūriu į SŽV prevencines programas. Pirmiausia pabrėžiama, kad šeimos gydytojas yra svarbiausias tarpininkas tarp sveikatos sistemos ir paciento – aktyvus gydytojo įsitraukimas, motyvacija ir galimybės kviesti dalyvauti programoje tiesiogiai susiję su pacientų dalyvavimu joje. Antra, daugelyje darbų akcentuojamos struktūrinės kliūtys, trukdančios gydytojams efektyviai įgyvendinti programas – dažniausiai minimi laiko trūkumas, perteklinis darbo krūvis, žmogiškųjų išteklių stoka bei nepakankamos finansinės paskatos. Trečia, išryškėja žinių ir informacijos vaidmuo – tiek gydytojų žinios apie programos eigą, kriterijus ir tikslus, tiek visuomenės informuotumas yra laikomi būtina sąlyga, kad programa būtų sėkminga. Dalis tyrimų analizuoja gydytojų sociodemografinius veiksnius, tokius kaip amžius, darbo patirtis ar pacientų skaičius, kaip galimus jų įsitraukimo prognozinčius veiksnius. Šios temų kryptys leidžia daryti prielaidą, kad efektyvi prevencinių programų plėtra reikalauja ne tik individualios gydytojo atsakomybės, bet ir sisteminių pokyčių – aiškių paskatų, laiko išteklių ir profesinių mokymų integracijos į kasdienę klinikinę praktiką.

Straipsnis gautas 2025-06-25, priimtas 2025-08-29

Literatūra

- Menon G, Cagir B. Colon cancer. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470380/>
- World Health Organization. Colorectal Cancer [Internet]. World Health Organization. 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
- Andrew AS, Parker S, Anderson JC, Rees JR, Robinson C, Riddle B, et al. Risk Factors for Diagnosis of Colorectal Cancer at a Late Stage: a Population-Based Study. *Journal of General Internal Medicine*. 2018;33(12):2100–5. DOI: 10.1007/s11606-018-4648-7.
- Klimeck L, Heisser T, Hoffmeister M, Brenner H. Colorectal cancer: A health and economic problem. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* [Internet]. 2023 May 23;66:101839; DOI: 10.1016/j.bpg.2023.101839.
- Valstybinė ligonių kasa. Storosios žarnos vėžio prevencija. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos; 2024 [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1731913725/12103/2023%20m.%20Storosios%20C5%BEarnos%20v%C4%97%C5%BEio%20prevencin%C4%97s%20programos%20ap%C5%BEvalga.pdf>
- Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, Schoen RE, Sung JJY, Young GP, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut*. 2015 Jun 3;64(10):1637–49. DOI: 10.1136/gutjnl-2014-309086.
- 2022 New cancer cases and cancer deaths on the rise in the eu, 2023. Available from: https://ecis.jrc.ec.europa.eu/pdf/CancerEstimates2022_factsheet.pdf
- Zauber AG. The Impact of Screening on Colorectal Cancer Mortality and Incidence: Has It Really Made a Difference? *Digestive Diseases and Sciences*. 2015 Mar;60(3):681–91. DOI: 10.1007/s10620-015-3600-5.
- POLA studija: Lietuvoje vykdomų vėžio prevencinių programų efektyvumo didinimas. Available from: https://pola.lt/wp-content/uploads/2021/02/POLA-studija_Lietuvoje-vykdomu-vezio-prevenciniu-programu-efektyvumo-didinimas.pdf
- Muliira JK, D'Souza MS, Ahmed SM, Al-Dhahli SN, Al-Jahwari FRM. Barriers to Colorectal Cancer Screening in Primary Care Settings: Attitudes and Knowledge of Nurses and Physicians. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2016;3(1):98–107. DOI: 10.4103/2347-5625.177391.
- Papin-Lefebvre F, Guillaume E, Moutel G, Launoy G, Berchi C. General practitioners' preferences with regard to colorectal cancer screening organisation Colon cancer screening medico-legal aspects. *Health Policy*. 2017;121(10):1079–84. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.08.013.
- Lynn B, Hatry A, Burnett C, Kan L, Olatunbosun T, Bluman B. Identifying Primary Care Physicians Continuing Education Needs by Examining Clinical Practices, Attitudes, and Barriers to Screening Across Multiple Cancers. *Journal of Cancer Education*. 2017;33(6):1255–62. DOI: 10.1007/s13187-017-1240-5.
- Aker S, Şahin MK. What Do Family Physicians Think of Colorectal Cancer Screening? *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*. 2024;8(1):93–9. DOI:10.30621/jbachs.1287941.
- Ploukou S, Birtsou C, Gavana M, Tsakiridou K, Dandoulakis M, Symintiridou D, et al. General Practitioners' attitudes and beliefs on barriers to colorectal cancer screening: A qualitative study. *Population Medicine*. 2023;5:1–8. DOI:10.18332/popmed/161128.
- Holden CA, Frank O, Li M, Manocha R, Caruso J, Turnbull D, et al. Engagement of General Practice in an Australian Organised Bowel Cancer Screening Program: A Cross-Sectional Survey of Knowledge and Practice. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2020;21(7):2099–107. DOI:10.31557/APJCP.2020.21.7.2099.
- Martellucci CA, Flacco ME, Morettini M, Giacomini G, Palmer M, Fraboni S, et al. Wide variability in colorectal cancer screening uptake by general practitioner: Cross-sectional study. *Journal of Medical Screening*. 2021;096914132110357. DOI: 10.1177/09691413211035795.
- Siscic J, Krucien N, Franc C. What are GPs' preferences for financial and non-financial incentives in cancer screening? Evidence for breast, cervical, and colorectal cancers. *Social Science & Medicine*. 2016;167:116–27. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.08.050.
- Mańczuk M, Przepiórka I, Cedzyńska M, Przewoźniak K, Gliwska E, Ciuba A, et al. Actual and Potential Role of Primary Care Physicians in Cancer Prevention. *Cancers*. 2023;15(2):427. DOI: 10.3390/cancers15020427.
- Ooi C, Hanafi N, Liew S. Knowledge and practice of colorectal cancer screening in an urban setting: cross-sectional survey of primary care physicians in government clinics in Malaysia. *Singapore Medical Journal*. 2019. DOI: 10.11622/smedj.2019011.
- Poroos C, Cornuz J, Gouveia A, Ducros C, Selby K. Self-reported screening practices of family physicians participating in the colorectal cancer screening program of the canton of Vaud: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*. 2020;21(1). DOI: 10.1186/s12875-020-01176-z.
- Zheng S, Schrijvers JJA, Greuter MJW, Kats-Ugurlu G, Lu W, de Bock GH. Effectiveness of Colorectal Cancer (CRC) Screening on All-Cause and CRC-Specific Mortality Reduction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*. 2023;15(7):1948. DOI: 10.3390/cancers15071948.
- Tsipa A, O'Connor DB, Branley-Bell D, Day F, Hall LH, Sykes-Muskett B, et al. Promoting colorectal cancer screening: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of interventions to increase uptake. *Health Psychology Review*. 2020;1–24. DOI: 10.1080/17437199.2020.1760726.
- Pėčelis V. Storosios žarnos vėžio prevencinės programos efektyvumo įvertinimas Jurbarko rajone. Mruni.eu. 2019. Available from: <https://cris.mruni.eu/cris/entities/etd/46f0416f-339e-4266-b1b4-a1c4537f2bbb>
- Bongaerts THG, Büchner FL, Nierkens V, Crone MR, Guicherit OR, Numans ME. Perceptions and beliefs of general practitioners on their role in the cancer screening programmes in the Netherlands: a mixed-methods study. *BMC Primary Care*. 2024;25(1). DOI: 10.1186/s12875-024-02394-5.
- Dzindzelėtė G. Šeimos gydytojų nuomonės apie storosios žarnos vėžio prevencinę programą vertinimas [Internet]. Handle.net. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2023. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/118212>

FAMILY DOCTOR'S ATTITUDE TO A COLON CANCER PREVENTION PROGRAMME

Dovilas Dicevičius¹, Laura Nedzinskienė², Renata Giliun³, Jekaterina Bortkevič³

¹Faculty of Medicine, Vilnius University, ²Department of Anatomy, Histology and Anthropology, Faculty of Medicine, Vilnius University, ³Department of Nursing, Faculty of Medicine, Vilnius University

ABSTRACT

Objective: To evaluate the attitudes of family physicians in Lithuania toward the colorectal cancer (CRC) screening program, including their assessment of the program's importance, organization, accessibility, and implementation.

Materials and Methods: A cross-sectional quantitative study was conducted between September and November 2024, involving an anonymous survey of 215 family physicians from various healthcare institutions in Lithuania. Data were collected using a structured 16-item questionnaire. Statistical analysis was performed using *SPSS 29.0* and *Excel 365*, applying descriptive statistics and chi-square (χ^2) tests, with a significance level of $p \leq 0.05$.

Results: 77.2% of respondents evaluated the program's implementation favorably. Responsibility for program execution was most commonly attributed to themselves (85.6%) and nurses (83.3%). Patients were most frequently invited to participate verbally during consultations (96.3%) or by phone (74%). The most influential factors for participation were physician encouragement, accessibility, and patient awareness. Physicians most often expressed the need for

longer consultation times (64.2%) and financial incentives (50.4%). Statistically significant associations were found between physician age, work experience, attitudes toward the program, and the applied incentive measures ($p < 0.05$).

Conclusions: Family physicians in Lithuania have a positive attitude toward the CRC screening program, actively participate in its implementation, and assume responsibility for patient engagement. However, to enhance the program's effectiveness, additional organizational measures are necessary, such as incentive mechanisms and improved working conditions.

Keywords: colorectal cancer, screening program, family physicians' attitudes.

Correspondence to Laura Nedzinskienė
Vilnius University Faculty of Medicine
M. K. Čiurlionio str. 21/27
LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: laura.nedzinskiene@mf.vu.lt

Received 25 June 2025, accepted 29 August 2025

PAAUGLIŲ SVEIKATOS RAŠTINGUMAS LIETUVOJE

Virginija Kanapeckienė, Dovilė Šapokaitė

Higienos institutas

SANTRAUKA

Tikslas. Paauglių sveikatos raštingumas yra svarbus sveikatos stiprinimo veiksnys, susijęs su gebėjimu suprasti, vertinti ir taikyti sveikatos informaciją. Šiuo tyrimu siekta įvertinti Lietuvos paauglių sveikatos raštingumą, naudojant Australijos sveikatos raštingumo klausimyną (HLQ), atsižvelgiant į demografinius ir gyvensenos veiksnius. Tyrimas atliktas dalyvaujant tarptautinio projekto „Bendri veiksmai dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir diabeto“ (JACARDI) šeštajame veiklos pakete „Sveikatos raštingumas ir sąmoningumas“.

Metodai. Devynių skalių HLQ klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą taikant dvigubai aklą vertimo pirmyn ir atgal (iš anglų į lietuvių ir iš lietuvių į anglų) procesą (angl. *double blind, forward and back*). Duomenys rinkti 2024 m. lapkričio–gruodžio mėnesiais aštuonių Lietuvos savivaldybių mokyklų 9–12 klasėse. Anketas užpildė 1 104 paaugliai. Apskaičiuoti sveikatos raštingumo skalių įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai ir 95 proc. pasikliautiniai intervalai. Skirtumams tarp grupių vertinti taikyta dispersinė analizė (ANOVA). Siekiant identifikuoti paauglių grupes, pasižyminčias panašiais sveikatos raštingumo profilių modeliais, atlikta klasterinė analizė. Kiekvienos iš devynių skalių vidutiniai įverčiai standartizuoti ir paversti Z balais. Klasteriams sudaryti taikyta hierarchinė klasifikavimo analizė, naudojant Vardo (Ward) metodą, remiantis *Ophelia* (angl. *Optimising Health Literacy and Access*) metodologija.

Rezultatai ir išvados. Tyrimu nustatytas vidutinis paauglių sveikatos raštingumas. Mažiausiai iššūkių paaugliams kėlė socialinė parama sveikatai palaikyti (5 skalė), o daugiausia – gebėjimas įvertinti sveikatos informaciją (6 skalė). Mažiau sveikatos raštingumo sunkumų patyrė merginos, žalingų įpročių neturintys, sveikai besimaitinantys, fiziškai aktyvūs, normalaus kūno svorio paaugliai. Išskirta 13 paauglių sveikatos raštingumo klasterių, kurių kiekvienas atspindi įvairius paauglių gebėjimus ar spragas, susijusius su sveikatos stiprinimu ir palaikymu. Mažiausiai iššūkių, susijusių su sveikatos išsaugojimu, patyrė 13,4 proc. paauglių, priklausančių 1–3 klasteriams, o paaugliai, priklausantys 11–13 klasteriams (15 proc.), turėjo labai daug sveikatos raštingumo spragų vertinant pagal visas 9 HLQ klausimyno skales. Klasterių dydžiai ženkliai skyrėsi – didžiausias buvo 4 klasteris, kurį sudarė 236 paaugliai, mažiausias – 8 klasteris, kuriam priskirti 5 paaugliai. Tyrimo rezultatai rodo didelę Lietuvos paauglių sveikatos raštingumo profilių įvairovę. Klasterinė analizė sudaro prielaidas kurti tikslines sveikatos ugdymo intervencijas, skirtas specifinėms tikslinėms paauglių grupėms.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos raštingumas, paaugliai, gyvensena, klasterių analizė.

ĮVADAS

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos pateikiama apibrėžtimi, sveikatos raštingumas yra asmens žinių ir gebėjimų visuma, kuri formuojasi kasdienėje veikloje, socialinėje sąveikoje bei perduodama iš kartos į kartą [1]. Ši sąvoka apima tris pagrindinius komponentus: (1) žinias apie sveikatą, sveikatos priežiūrą bei sveikatos sistemų veikimą; (2) gebėjimą apdoroti ir taikyti įvairiais formatais pateikiamą informaciją, susijusią su sveikata; (3) gebėjimą palaikyti ir stiprinti sveika-

tą savarankiškai bei bendradarbiaujant su sveikatos priežiūros specialistais [2]. Taigi, raštingumas apima įgūdžių visumą, kurios apimtis ir kokybė yra individualiai skirtinga [3].

Adresas susirašinėti: Virginija Kanapeckienė
Higienos institutas
Studentų g. 45A, 08107 Vilnius
El. p. virginija.kanapeckiene@hi.lt

Žemas sveikatos raštingumo lygis gali lemti įvairius iššūkius: sunkumus naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis (pvz., pildant dokumentus), ribotas galimybes suprasti žodinę ir rašytinę sveikatos informaciją bei komunikacijos kliūtis bendraujant su medicinos personalu [4]. Netgi asmenys, pasižymintys aukštesniu sveikatos raštingumo lygiu, gali susidurti su iššūkiais adaptuodamiesi naujoje arba nepažįstamoje aplinkoje, pavyzdžiui, ligoninėje [3].

Ugdyti sveikatos raštingumą reikėtų pradėti ankstyvame amžiuje ir jį nuosekliai palaikyti visą gyvenimą. Tyrimai rodo, kad dauguma (67,2 proc.) Europos šalių mokinių pasižymi vidutiniu sveikatos raštingumo lygiu, nors jo pasiskirstymas skirtingose šalyse ir populiacijose skiriasi [5, 6].

Europoje, įskaitant ir Lietuvą, sveikatos raštingumui vertinti dažniausiai taikomas Europos sveikatos raštingumo klausimynas (HLS-EU-Q47) arba jo sutrumpinta versija (HLS-EU-Q16). Šie instrumentai yra validuoti, jų psichometrinės charakteristikos įvertintos ir patvirtintos [7]. Lietuvoje atlikti tyrimai atskleidžia skirtingas sveikatos raštingumo tendencijas tarp įvairių amžiaus grupių. 2013 m. duomenimis, 43,1 proc. suaugusiųjų buvo sunku suprasti sveikatos priežiūros specialistų patarimus, 38,1 proc. – vaistų vartojimo instrukcijas, 25,6 proc. – leidinius sveikatos tematika, 21,0 proc. – radijo ir televizijos laidas sveikatos tematika. 2020 m. jaunimo (18–29 m.) tyrimo duomenimis, 75,8 proc. respondentų pasižymėjo pakankamu sveikatos raštingumo lygiu, o 24,3 proc. – ribotu [8]. Lyginant Latvijos ir Lietuvos gyventojus nustatyta, kad jų sveikatos raštingumo lygis yra panašus: žemas sveikatos raštingumas fiksuotas 79 proc. Latvijos ir 73 proc. Lietuvos gyventojų. Pagrindiniai sveikatos raštingumą lemiantys veiksniai buvo amžius, finansinė padėtis, socialinis statusas ir etninė priklausomybė. Žemesnis raštingumo lygis būdingas vyresnio amžiaus asmenims (76 m. ir vyresniems), aukštesniu sveikatos raštingumu pasižymėjo asmenys, turintys geresnę finansinę padėtį bei aukštesnį socialinį statusą [9].

2019 m. reprezentatyvaus Lietuvos mokinių sveikatos raštingumo tyrimo rezultatai parodė, kad 12,1 proc. mokinių turi žemą, 70,5 proc. – vidutinį, o 17,4 proc. – aukštą sveikatos raštingumo lygį. Nustatyta, kad sveikatos raštingumą reikšmingai lemia mokymosi pasiekimai, sveikatos stiprinimo veiklų intensyvumas mokykloje bei šeimos gerovės lygis [10].

Įvairūs tyrimai patvirtina, kad aukštas sveikatos raštingumas yra reikšmingas gyventojų sveikatos stiprinimo bei sveikatos netolygumų mažinimo veiksnys [9, 10]. Jis yra susijęs su lėtinių ligų, tokių kaip širdies ir kraujagyslių ligos bei cukrinis diabetas, valdymu. Sveikatos raštingumas lemia hipertenzijos atpažinimo gebėjimus, savirūpą sergant širdies nepakankamumu, cukrinio diabeto kontrolės įgūdžius (gliukozės stebėseną, mitybos valdymą, fizinį aktyvumą, gydymo režimo laikymąsi) ir pan. [4].

Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti paauglių sveikatos raštingumą, taikant australų sukurtą sveikatos raštingumo klausimyną HLQ, atsižvelgiant į demografinius ir gyvenamosios veiksnus. Tyrimas vykdytas dalyvaujant tarptautinio projekto „Bendri veiksmai dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir diabeto“ (angl. *Joint Action on CARDiovascular diseases and Diabetes*) šeštajame veiklos pakete „Sveikatos raštingumas“.

TYRIMO METODAI

Tyrimo duomenims rinkti buvo taikytas į lietuvių kalbą išverstas sveikatos raštingumo klausimynas HLQ (angl. *Health Literacy Questionnaire*), apimantis devynias sveikatos raštingumo dimensijas. Klausimyną sudaro 44 klausimai, suskirstyti į devynias skales (SK):

- 1 SK – Jaustis suprastam ir palaikomam sveikatos priežiūros specialistų.
- 2 SK – Turėti pakankamai informacijos savo sveikatai valdyti.
- 3 SK – Aktyviai rūpintis savo sveikata.
- 4 SK – Gauti socialinę paramą sveikatai palaikyti.
- 5 SK – Gebėti įvertinti sveikatos informaciją.
- 6 SK – Gebėti aktyviai bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais.
- 7 SK – Gebėti orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje.
- 8 SK – Gebėti rasti patikimą sveikatos informaciją.
- 9 SK – Gerau suprasti sveikatos informaciją, kad žinotum, kaip elgtis.

Kiekvieną skalę sudaro 4–6 klausimai. Pirmosios penkios skalės vertinamos pagal keturių balų Likerto skalę (1 – „Visiškai nesutinku“, 4 – „Visiškai sutinku“). Likusių keturių skalių klausimai apibūdina gebėjimus ir vertinami pagal penkių balų Likerto skalę (1 – „Negaliu atlikti / paprastai sunku“, 5 – „Labai lengva“). Kiekvienos skalės įvertis apskaičiuojamas kaip vidutinis visų ją

sudarančių klausimų balas. Didesnis įvertis rodo aukštesnį sveikatos raštingumą.

HLQ klausimynas yra validuotas tarptautiniu mastu, jo psichometrinės charakteristikos įvairiose šalyse įvertintos kaip geros arba puikios [11–16]. Klausimyno vertimas į lietuvių kalbą atliktas taikant procedūrą (angl. *translation integrity procedure*), kuriai būdingas dvigubai aklas vertimas pirmyn ir atgal (iš anglų į lietuvių ir iš lietuvių į anglų, angl. *double blind forward–back translation*), bei klausimyno vertimo kokybės aptarimą su klausimyno kūrėju – Australijos La Trobo universiteto profesoriumi R. Osborne, kartu dalyvaujant vertėjams [17]. Gavus klausimyno autorių sutikimą klausimynas papildytas devyniais sociodemografiniais ir gyvenamos klausimais. Dėl tyrimo atlikimo keiptasi į Lietuvos bioetikos komitetą, kuris pateikė išvadą, kad tokio pobūdžio tyrimui bioetikos leidimo nereikia.

Tyrimo imtis ir duomenų rinkimo procedūra. Sutikimą dalyvauti tyrime pateikė aštuonios savivaldybės. Elektroninė klausimyno versija buvo išplatinta šių savivaldybių bendrojo ugdymo mokyklų 9–12 klasių mokiniams. Iš viso tyrime dalyvavo 1104 mokiniai, kurie savarankiškai užpildė elektroninį klausimyną. Apklausą vykdyta 2024 m. lapkričio–gruodžio mėnesiais.

Statistinė analizė. Duomenims apdoroti taikyti aprašomosios statistikos metodai. Apskaičiuoti kiekvienos skalės įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai bei 95 proc. pasikliautiniai intervalai. Atskiroms paauglių grupėms palyginti buvo atlikta dispersinė analizė (ANOVA). Siekiant palyginti skirtingą vertinimą turinčias HLQ klausimyno skales (4 arba 5 balų), buvo apskaičiuoti skalių įverčių santykiniai rodikliai.

Sociodemografiniai ir gyvenamos kintamieji apdoroti kaip kategoriniai ir pateikti absoliučiaisiais skaičiais bei procentais. Tolydieji kiekybiniai kintamieji aprašyti vidurkiais (M) ir minimaliomis (min) bei maksimaliomis (max) reikšmėmis.

Siekiant identifikuoti respondentų grupes, pasižyminčias panašiais sveikatos raštingumo profilių modeliais,

atlikta klasterinė analizė. Kiekvienos iš devynių skalių vidutiniai įverčiai buvo standartizuoti ir paversti Z balais. Klasteriams sudaryti taikyta hierarchinė klasifikavimo analizė, naudojant Vardo (Ward) metodą, remiantis *Ophelia* (angl. *Optimizing Health Literacy and Access*) metodologija [18]. Klasterių skaičiui nustatyti naudoti HLQ klausimyno skalių įverčiai, taikant vidutinio balo standartinio nuokrypio rodiklį ($< 0,6$).

Statistinė analizė atlikta naudojant *Microsoft Office 365 Excel 2021* bei *IBM SPSS Statistics 22.0* programinę įrangą.

REZULTATAI

Sociodemografinė respondentų charakteristika.

Tyrimo dalyvavo 1104 paaugliai iš 8 savivaldybių. Respondentų amžiaus vidurkis buvo 16,3 m. Daugiau nei du trečdaliai (71,8 proc.) respondentų gyvena miestuose. Pagal lytį pasiskirstymas buvo tolygus, tačiau merginų dalis buvo šiek tiek didesnė nei vaikų (atitinkamai 52,4 proc. ir 47,6 proc.). Paauglių pasiskirstymas pagal savivaldybes nepateiktas, nes nebuvo gauti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp paauglių iš atskirų savivaldybių raštingumo skalių įvertinimo ir gyvenamos veiksmų paplitimo.

Paauglių gyvenamos analizė atskleidė, kad dažniausiai pasitaikantis rizikingas elgesys buvo elektroninių cigarečių naudojimas – nuolat jas naudojo daugiau nei dešimtadalis (12,2 proc.) respondentų. Įprastų cigarečių rūkymas buvo paplitęs tarp 9,1 proc. tiriamųjų. Alkoholinius gėrimus dažnai vartojančių paauglių dalis buvo nedidelė – 2,8 proc.

Fiziniu aktyvumu pasižymėjo trečdalis (31,3 proc.) tiriamųjų, jie nurodė besimankštinantys 3–4 dienas per savaitę. Beveik du trečdaliai (65,5 proc.) respondentų savo kūno svorį vertino kaip normalų. Apie pusė (46,5 proc.) mokinių teigė besistengiantys sveikai maitintis, tačiau pripažino, kad to nuosekliai laikytis nepavyksta. Išsamūs tiriamųjų sociodemografiniai ir gyvenamos duomenys pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė. Paauglių sociodemografiniai veiksniai ir gyvenenos rodikliai

Sociodemografiniai ir gyvenenos rodikliai	Proc.	N = 1 104
Lytis		
Moterys	52,4	578
Vyrai	44,2	488
Nenurodė	3,4	38
Gyvenamoji vieta		
Miestas	71,8	793
Kaimas	28,2	311
Rūkymas		
Nuolat	9,1	100
Retkarčiais	8,8	98
Nerūko	57,0	629
Yra bandę rūkyti	19,8	219
Rūkė anksčiau	5,3	58
Elektroninių cigarečių naudojimas		
Nuolat	12,2	135
Retkarčiais	9,7	107
Nenaudoja	52,3	577
Yra bandę naudoti	19,7	217
Nauduoja anksčiau	6,2	68
Alkoholio vartojimas		
Dažnai	2,8	31
Esant progai	36,8	406
Nevartoja	56,0	640
Vartojo anksčiau	2,4	27
Fizinis aktyvumas		
Fizine veikla neužsiima	8,7	96
Fiziškai aktyvūs kelis kartus per mėnesį	13,6	150
Fiziškai aktyvūs 1–2 dienas per savaitę	19,3	213
Fiziškai aktyvūs 3–4 dienas per savaitę	31,3	346
Fiziškai aktyvūs 5–6 dienas per savaitę	19,5	215
Fiziškai aktyvūs 7 dienas per savaitę	7,6	84
Mityba		
Sveikai maitinasi	38,9	429
Stengiasi sveikai maitintis, bet nepavyksta	46,5	514
Sveikai nesimaitina	14,6	161
Svorio vertinimas		
Per mažas	15,9	176
Normalus	65,5	723
Per didelis	8,6	205
Vidurkis		Min / max
Amžius	16,3	11 / 19

Sveikatos raštingumo vertinimas. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad paauglių sveikatos raštingumo lygis yra vidutinis arba kiek aukštesnis už vidutinį. Remiantis standartizuotais sveikatos raštingumo skalių įverčiais, bendras paauglių raštingumo indeksas buvo 0,62, kai maksimalus galimas įvertis – 1 (2 lentelė). Paauglių sveikatos raštingumo rezultatai, atsižvelgiant į demografinius ir gyvensenos veiksnius, pateikti 2 lentelėje.

Aukščiausiai respondentai įvertino gaunamą socialinę paramą sveikatai (3,1 balo iš galimų 4, arba 0,7 standartizuoto balo), o tai rodo, kad dauguma paauglių turi šeimos, artimųjų ar bendruomenės palaikymą. Tai natūralu, nes jie gyvena šeimose, kurios jais rūpinasi. Gana neblogai – be didesnių problemų – buvo įvertintas ir gebėjimas aktyviai bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais (3,5 balo iš 5, arba 0,66 standartizuoto balo), tačiau respondentai patiria ir iššūkių – nesijaučia iki galo suprasti ar palaikomi šių specialistų (2,80 balo iš 4, arba 0,61 standartizuoto balo) (1 lentelė, 1 pav.).

Gebėjimas suprasti sveikatos informaciją ir žinoti, kaip elgtis, buvo vienas geresnių sveikatos raštingumo rodiklių (3,52 balo iš 5, arba 0,63 standartizuoto balo), tačiau sveikatos informacijos vertinimas (2,72 balo iš 4, arba 0,57 standartizuoto balo) kol kas tebėra mažas iššūkis – ne visi paaugliai geba atskirti patikimus sveikatos informacijos šaltinius nuo klaidinančios informacijos (1 lentelė, 1 pav.).

Tyrimas atskleidė, kad paaugliai pakankamai gerai informuoti apie savo sveikatą (2,82 balo iš 4, arba 0,63 standartizuoto balo) ir aktyviai ja rūpinasi (2,84 balo iš 4, arba 0,62 standartizuoto balo).

Orientavimasis sveikatos priežiūros sistemoje (3,42 balo iš 5, arba 0,61 standartizuoto balo) respondentams kėlė nemažai sunkumų – jie turėjo ribotą supratimą apie tai, kokios sveikatos priežiūros paslaugos jiems prieinamos ir į kokias paslaugas jie turi teisę. Tai gali trukdyti paaugliams naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis (1 lentelė, 1 pav.).

Vertinant paauglių sveikatos raštingumą pagal jų sociodemografinius veiksnius nustatyta, kad merginos patyrė mažiau sveikatos raštingumo iššūkių, palyginti su vaiki-

nais. Statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$) tarp lyčių nustatyti vertinant pagal daugumą sveikatos raštingumo skalių (1, 3, 4, 6, 7, 8 ir 9 skales) (3 pav.).

Sveikatos raštingumas pagal paauglių gyvenamąją vietą buvo panašus – statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) skyrėsi tik klausimyno 8 skalės „Gebėti orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje“ vertinimas: kaime gyvenantys paaugliai pasižymėjo geresniu gebėjimu rasti patikimos sveikatos informacijos (4 pav.).

Žalingi įpročiai buvo susiję su žemesniu paauglių sveikatos raštingumu. Nerūkantys respondentai savo sveikatos raštingumą įvertino aukštesniais balais. Statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$) tarp rūkančiųjų ir nerūkiančiųjų nustatyti vertinant pagal 3, 4, 6 bei 9 raštingumo skales (5 pav.). Elektronines cigaretes naudojantys paaugliai, nors ir keista, pasižymėjo statistiškai reikšmingai aukštesniu sveikatos raštingumu, vertinant pagal beveik visas 9 skales ($p < 0,05$) (6 pav.). Alkoholi vartojančių paauglių sveikatos raštingumas vertinant pagal visas skales buvo žemesnis – 4 ir 9 skalių įverčiai statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp vartojančiųjų alkoholį ir jo nevartojančių respondentų ($p < 0,05$).

Fiziškai aktyvūs paaugliai patyrė mažiau sveikatos raštingumo iššūkių pagal visas raštingumo skales (8–10 pav.) ($p < 0,001$) nei neaktyvūs. Ypač išsiskyrė fiziškai aktyvių paauglių geresnis gebėjimas aktyviai rūpintis savo sveikata (3 skalė).

Sveikai besimaitinantys paaugliai taip pat patyrė mažiau sveikatos iššūkių vertinant pagal visas 9 HLQ klausimyno skales. Daugiausia iššūkių patyrė nesistengiantys sveikai maitintis ($p < 0,001$) paaugliai, kiek mažiau – paaugliai, kurie stengiasi maitintis sveikai, tačiau jiems tai nepavyksta. Didžiausi skirtumai nustatyti vertinant sveikatos raštingumą pagal 3 ir 5 skales.

Su mažiau sveikatos raštingumo iššūkių susidūrė paaugliai, savo kūno svorį vertinantys kaip normalų. Kiek daugiau iššūkių patyrė nurodžiusieji, kad jų svoris per mažas, o daugiausia – paaugliai, laikantys savo svorį per dideliu. Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti vertinant sveikatos raštingumą pagal visas devynias skales ($p < 0,001$) (10 pav.).

2 lentelė. Skirtingų HLQ klausimyno skalių (4 ir 5 balų) balų vidurkių standartizavimas (palyginimas)

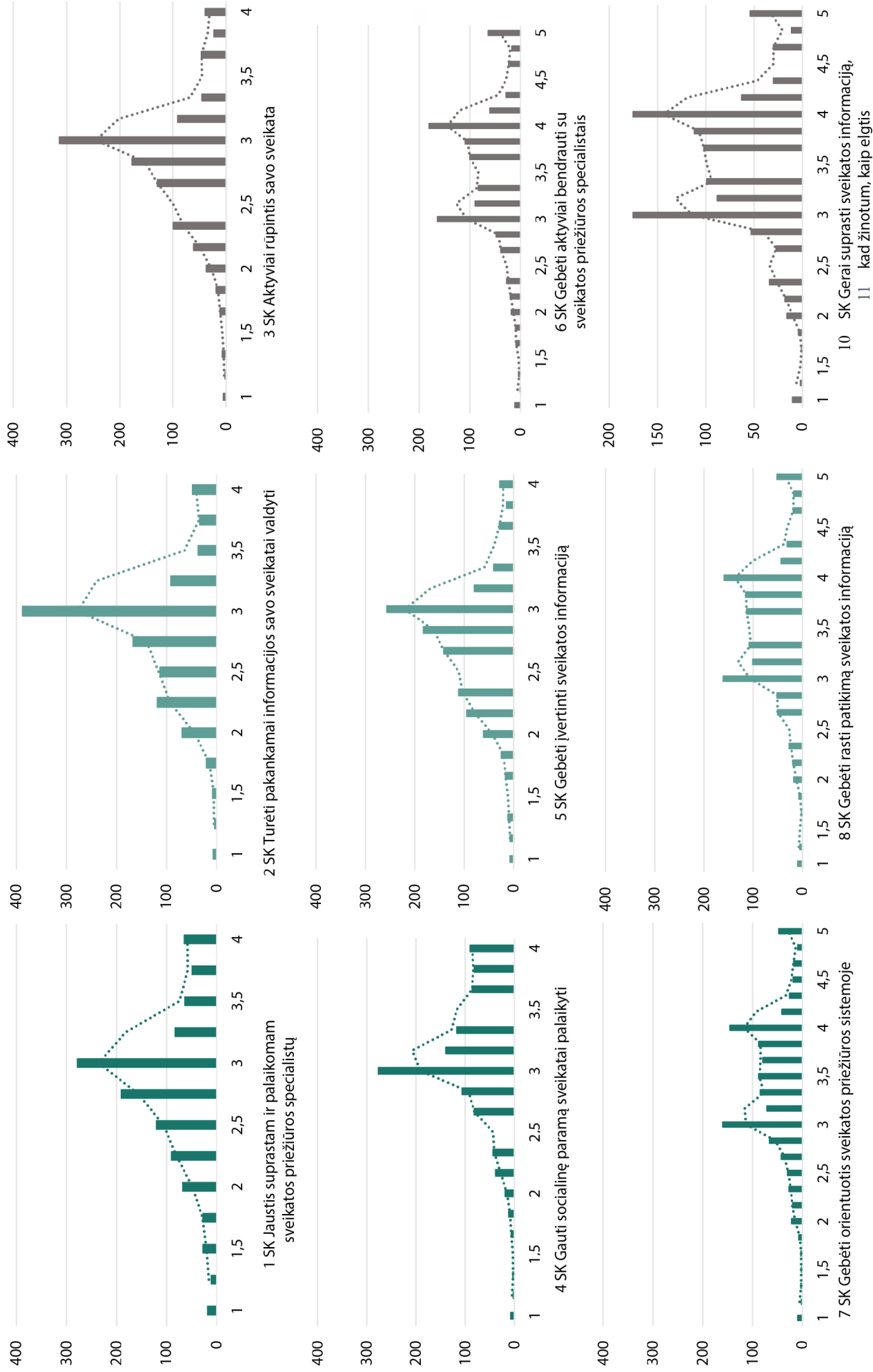
Skalė	Balų vidurkis [95 proc. PI]	Standartizuotas balų vidurkis
4 balų skalė		
1 SK – Jaustis suprastam ir palaikomam sveikatos priežiūros specialistų	2,80 [2,76–2,83]	0,60
2 SK – Turėti pakankamai informacijos savo sveikatai valdyti	2,82 [2,79–2,85]	0,61
3 SK – Aktyviai rūpintis savo sveikata	2,84 [2,81–2,87]	0,61
4 SK – Gauti socialinę paramą sveikatai palaikyti	3,10 [3,07–3,13]	0,70
5 SK – Gebėti įvertinti sveikatos informaciją	2,72 [2,69–2,75]	0,57
5 balų skalė		
6 SK – Gebėti aktyviai bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais	3,50 [3,46–3,55]	0,66
7 SK – Gebėti orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje	3,42 [3,38–3,47]	0,61
8 SK – Gebėti rasti patikimą sveikatos informaciją	3,47 [3,43–3,52]	0,62
9 SK – Gerai suprasti sveikatos informaciją, kad žinotum, kaip elgtis	3,52 [3,48–3,56]	0,63
Bendras sveikatos raštingumas		0,62

1 paveiksle parodytas HLQ klausimyno skalių vidutinių balų pasiskirstymas.

Paauglių grupės (klasteriai) pagal sveikatos raštingumo skalių įverčius. Klasterių analizės metu buvo identifikuota 13 distinktyvių klasterių, atspindinčių tam tikrą paauglių sveikatos raštingumo situaciją ir demografinius bei gyvenamosios veiksmus. Pradėjus nuo trijų klasterių, skilimo proceso metu kiekvienam naujai atskilusiam klasteriui buvo suteiktas numeris – pagal bendrą sveikatos raštingumo balą jie buvo sunumeruoti nuo 1 iki 13. Klasterių dydžiai skirtingi: didžiausią – 4 klasterį – sudarė 236 paaugliai, mažiausią 8 klasterį – tik 5 paaugliai. Mažiausiai sveikatos raštingumo iššūkių patyrė 13,4 proc. paauglių, priskirtų 1–3 klasteriams, o daugiausia – 15 proc. paauglių, priskirtų 11–13 klasteriams. Kituose klasteriuose sveikatos raštingumo skalių įverčiai labai varijavo, o tai reiškia, kad pagal vienas skales paaugliai patyrė didelių iššūkių, pagal kitas – nesusidūrė su didesnėmis sveikatos raštingumo problemomis. Ypač išsiskyrė 8 klasteris, kuriame pagal 5 HLQ klausimyno skales sveikatos raštingumas nekėlė di-

desnių iššūkių, o pagal likusias 4 skales turėjo nemažai spragų [4 lentelė].

Vertinant klasterius pagal paauglių sociodemografines charakteristikas ir gyvenamosios ypatumus nustatyta, kad didžiojoje dalyje (9 iš 13) klasterių vyravo merginos. Visuose klasteriuose didžiąją dalį respondentų sudarė mieste gyvenantys paaugliai. Paauglių žalingų įpročių paplitimas klasteriuose buvo skirtingas. Mažiausiam 8 klasteriui priklausantys paaugliai išsiskyrė labiau rizikinga elgsena. Daugumoje (9 iš 13) klasterių vyravo fiziškai aktyvūs paaugliai. 13 klasterių reguliariai užsiimančių fiziškai aktyvia veikla buvo mažiausiai – kiek daugiau nei ketvirtadalis (27,8 proc.) paauglių. Sveikos mitybos įpročiai vyravo tarp 4 klasterių paauglių, daugiau kaip pusė (50,0–63,6 proc.) šių klasterių paauglių nurodė, kad maitinasi sveikai. 9 klasteriuose daugiau nei pusė (62,9–87,5 proc.) respondentų teigė, kad jų svoris yra normalus.



1 pav. HLQ skalių balų pasiskirstymas (abs. sk.)

2 lentelė. Paauglių sveikatos raštingumas pagal skales, atsižvelgiant į paauglių sociodemografinius veiksnius ir gyvenseną

HLQ skalių įvertiniai																	
1 SK	p	2 SK	p	3 SK	p	4 SK	p	5 SK	p	6 SK	p	7 SK	p	8 SK	p	9 SK	p
Lytis																	
Merginos	2,86	2,81	2,85	2,85	3,15	2,74	3,53	3,43	3,48	3,57	<0,001	2,73	2,62	2,70	2,84	2,72	2,71
Vaikinai	2,73	<0,001	2,84	0,228	3,06	<0,001	2,71	0,598	3,51	<0,001	3,46	3,52	2,83	3,51	<0,001	3,51	<0,001
Kita	2,62	2,70	2,64	2,64	2,79	2,68	2,97	2,85	2,87	2,87	<0,001	2,85	2,87	2,87	2,87	2,87	2,87
Gyvenamoji vieta																	
Miestas	2,79	0,357	2,83	0,575	3,09	2,73	3,51	3,43	3,50	3,55	0,400	0,737	3,41	4,40	<0,001	3,44	0,029
Kaimas	2,82	2,81	2,75	2,1	3,12	0,461	3,47	0,501	3,47	3,47	0,737	3,41	4,40	3,44	<0,001	3,44	0,029
Rūkymas																	
Nerūko	2,81	0,212	2,83	0,074	3,13	2,73	3,53	3,44	3,48	3,55	0,033	0,111	3,35	3,42	0,274	3,41	0,015
Rūko	2,74	2,76	2,71	2,71	2,95	2,68	3,39	3,35	3,42	3,41	0,111	3,35	3,42	3,42	0,274	3,41	0,015
Elektroninių cigarečių naudojimas																	
Nenaudoja	2,82	0,061	2,84	0,035	3,14	2,75	3,54	3,45	3,50	3,56	0,004	0,047	3,34	3,37	0,011	3,38	0,001
Naudoja	2,73	2,76	2,71	2,71	2,94	2,65	3,37	3,34	3,37	3,37	0,047	3,34	3,37	3,37	0,011	3,38	0,001
Alkoholio vartojimas																	
Nevartoja	2,80	0,488	2,82	0,063	3,11	2,73	3,51	3,43	3,48	3,53	0,046	0,044	3,16	3,15	0,014	3,12	<0,001
Vartoja	2,72	2,65	2,57	2,57	2,69	2,61	3,23	3,16	3,15	3,12	0,046	0,044	3,16	3,15	0,014	3,12	<0,001
Fizinis aktyvumas																	
Sportuoja	2,86	<0,001	2,89	<0,001	3,15	2,80	3,57	3,50	3,55	3,58	<0,001	<0,001	3,32	3,37	<0,001	3,44	0,001
Nesportuoja	2,71	2,72	2,69	2,69	3,03	2,62	3,40	3,32	3,37	3,44	<0,001	3,32	3,37	3,37	<0,001	3,44	0,001
Sveika mityba																	
Sveikai maitinasi	2,92	2,97	3,0	3,0	3,17	2,87	3,65	3,60	3,62	3,64	3,65	3,60	3,62	3,62	3,64	3,64	3,64
Stengiasi, bet nepavyksta	2,75	<0,001	2,75	<0,001	3,09	2,70	3,43	3,32	3,41	3,46	<0,001	<0,001	3,32	3,41	<0,001	3,46	<0,001
Nesistengia sveikai maitintis	2,62	2,64	2,50	2,50	2,93	2,40	3,36	3,29	3,29	3,38	3,36	3,29	3,29	3,29	3,38	3,38	3,38
Subjektyvus požiūris į svorį																	
Per mažas	2,72	2,71	2,75	2,75	2,97	2,62	3,39	3,41	3,41	3,46	3,39	3,41	3,41	3,41	3,41	3,46	3,46
Normalus	2,86	<0,001	2,87	<0,001	3,17	2,77	3,59	3,49	3,54	3,58	<0,001	<0,001	3,49	3,54	<0,001	3,58	<0,001
Per didelis	2,62	2,75	2,74	2,74	2,97	2,65	3,29	3,21	3,29	3,35	3,29	3,21	3,21	3,29	3,35	3,35	<0,001

4 lentelė. Klasteriams priskirtų paauglių sveikatos raštingumas ir jų pasiskirstymas pagal sociodemografinius ir gyvenamosios veiksmus*

Klasteriai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Klasterio dydis, proc., abs. sk.	2,7 (30)	4,3 (48)	6,4 (71)	21,4 (236)	17,7 (195)	2,9 (32)	10,5 (116)	0,5 (5)	15,6 (172)	3,0 (33)	4,3 (47)	9,1 (101)	1,6 (18)
1. Jaustis suprastam ir palaikomam SPS	3,92	2,89	3,62	3,08	2,77	3,29	2,79	1,45	2,59	1,52	2,62	2,25	1,44
2. Turėti pakankamai informacijos savo sveikatai valdyti	3,91	3,20	3,56	2,98	2,76	2,26	3,01	1,95	2,49	2,98	2,85	2,25	1,58
3. Aktyviai rūpintis savo sveikata	3,79	3,17	3,61	2,99	2,83	2,88	3,03	1,60	2,49	2,87	2,81	2,23	1,57
4. Gauti socialinę paramą sveikatai palaikyti	3,93	3,23	3,69	3,36	3,03	3,79	3,12	2,00	2,94	2,48	2,96	2,46	1,90
5. Sveikatos informacijos vertinimas	3,78	2,93	3,53	2,86	2,68	2,69	2,96	1,60	2,37	2,52	2,49	2,29	1,59
6. Gebėti aktyviai bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais	4,98	4,77	4,10	4,03	3,63	3,63	3,10	4,36	3,21	2,72	2,50	2,54	1,41
7. Gebėti orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje	4,92	4,68	3,95	3,91	3,56	3,21	2,99	4,33	3,16	2,80	2,36	2,61	1,50
8. Gebėti rasti patikimą sveikatos informaciją	4,88	4,75	3,94	3,88	3,61	3,18	3,17	4,56	3,17	3,52	2,43	2,64	1,46
9. Gerai suprasti sveikatos informaciją, kad žinotum, kaip elgtis	4,93	4,72	3,99	3,95	3,72	3,18	3,07	4,48	3,28	3,20	2,58	2,71	1,48
Moterys	50,0 (15)	50,0 (24)	60,6 (43)	52,5 (124)	56,4 (110)	65,6 (21)	40,5 (47)	20,0 (1)	55,2 (95)	42,4 (14)	59,6 (28)	50,5 (51)	27,8 (5)
Vyrai	46,6 (14)	50,0 (24)	35,2 (25)	44,9 (106)	43,1 (84)	34,4 (11)	54,3 (63)	80,0 (4)	41,3 (71)	57,6 (19)	34,0 (16)	42,6 (43)	44,4 (8)
Kita	3,3 (1)	0,0 (0)	4,2 (3)	2,5 (6)	0,5 (1)	0,0 (0)	5,2 (6)	0,0 (0)	3,5 (6)	0,0 (0)	6,4 (3)	6,9 (7)	27,8 (5)
Amžius	16,3	16,1	16,5	16,2	16,3	16,7	16,3	16,8	16,2	16,4	16,3	16,2	15,6
Gyvenamoji vieta miestas	66,7 (20)	77,1 (37)	69,0 (49)	70,8 (167)	79,0 (154)	56,2 (18)	69,8 (81)	100,0 (5)	74,4 (128)	84,8 (28)	70,2 (33)	61,4 (62)	61,1 (11)
Gyvenamoji vieta kaimas	33,3 (10)	22,9 (11)	31,0 (22)	29,2 (69)	21,0 (41)	43,8 (14)	30,2 (35)	0,0 (0)	25,6 (44)	15,2 (5)	29,8 (14)	38,6 (39)	38,9 (7)
Rūkymas	13,3 (4)	12,5 (6)	12,7 (9)	5,1 (12)	5,6 (11)	0,0 (0)	11,2 (13)	60,0 (3)	9,3 (16)	9,1 (3)	6,4 (3)	13,9 (14)	33,3 (6)
Elektroninių cigarečių naudojimas	16,7 (5)	10,4 (5)	11,3 (8)	8,9 (21)	8,2 (16)	3,1 (1)	12,1 (14)	80,0 (4)	14,0 (24)	12,1 (4)	8,5 (4)	20,8 (21)	44,4 (8)
Alkoholio vartojimas	6,7 (2)	4,2 (2)	2,8 (2)	1,3 (3)	1,5 (3)	0,0 (0)	3,4 (4)	20,0 (1)	1,7 (3)	3,0 (1)	0,0 (0)	5,9 (6)	22,2 (4)
Fizinis aktyvumas	63,3 (19)	77,1 (37)	71,8 (51)	61,4 (145)	59,5 (116)	78,1 (25)	63,8 (74)	40,0 (2)	45,9 (79)	66,7 (22)	68,1 (32)	37,6 (38)	27,8 (5)
Sveikos mitybos įpročiai	56,7 (17)	50,0 (24)	63,4 (45)	50,8 (120)	35,4 (69)	21,9 (7)	43,1 (50)	20,0 (1)	25,6 (44)	27,3 (9)	31,9 (15)	24,8 (25)	16,7 (3)
Normalus svoris	80,0 (24)	68,8 (33)	71,8 (51)	72,0 (170)	68,7 (134)	87,5 (28)	62,9 (73)	20,0 (1)	66,9 (115)	39,4 (13)	66,0 (31)	43,6 (44)	33,3 (6)

*Naudotas šviesoforo principas, kai žalia spalva reiškia sveikatos raštingumą be didelių iššūkių, o raudona – daug iššūkių keliantį sveikatos raštingumą.

Klasteriai atspindi paauglių sveikatos raštingumo modelius, kuriems būdingi tam tikri sociodemografiniai bei gyvenamosios veiksniai. Kiekvienam iš 13 klasterių suformuota 13 pavyzdinių tipinių situacijų (angl. *vignettes*) su joms būdingomis charakteristikomis.

1 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena didesnės savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvi bent 3 kartus per savaitę, laikosi sveikos mitybos įpročių ir mano, kad jos svoris yra normalus. *Ji turi pakankamai sveikatos informacijos, ją supranta, žino, kur rasti ir kaip pritaikyti prie savo sveikatos poreikių, geba orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje ir tai darydama turi palaikymą ir pagalbą iš sveikatos priežiūros specialistų ir artimųjų, todėl nepatiria sveikatos raštingumo iššūkių.*

2 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena didesnės savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvi bent 5 kartus per savaitę, vadovaujasi sveikos mitybos principais ir savo kūno svorį subjektyviai vertina kaip atitinkantį normą. *Jos sveikatos raštingumo spragos nedidelės, tačiau ji nejaučia, kad sveikatos priežiūros specialistai ją visiškai supranta. Gali neturėti nuolatinio šeimos gydytojo arba juo nepasitikėti. Nėra visiškai užtikrinta, kaip savarankiškai atsirinkti teisingą informaciją, kai ji būna prieštaringa. Yra iniciatyvi sveikatos klausimais, nebijo užduoti papildomų klausimų, kai to reikia, sužino apie sveikatos paslaugas, geba rasti ir suprasti reikalingą sveikatos informaciją.*

3 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena didesnės savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvi bent 3 kartus per savaitę, laikosi sveikos mitybos įpročių ir mano, kad jos svoris yra normalus. *Ji turi žmonių, teikiančių socialinę paramą sveikatai palaikyti ir pasitiki savo sveikatos priežiūros specialistu. Supranta sveikatos svarbą, aktyviai rūpinasi ja ir priima sprendimus. Tačiau nėra visiškai užtikrinta, kaip orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje, gali nežinoti, kokia sveikatos priežiūra jai yra geriausia ir reikalinga, į kokį sveikatos specialistą reikėtų kreiptis, trūksta supratimo, kaip tinkamai naudotis sveikatos informacija priimant sprendimus dėl savo sveikatos.*

4–5 klasterių tipinė situacija. Mergina gyvena vidutinio dydžio savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvi bent 3–6 dienas per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jai nepavyksta, savo svorį vertina kaip normalų.

Ji supranta, kaip rasti ir apdoroti sveikatos informaciją bei pagal ją veikti. Turi sveikatos priežiūros specialistų, artimųjų ir draugų palaikymą. Tačiau jai trūksta pasitikėjimo savimi, kad veiktų maksimaliai efektyviai stiprinama ir saugodama savo sveikatą, todėl jos sveikatos raštingumas turi tam tikrų spragų.

6 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena didesnės savivaldybės užmiestyje, yra bandžiusi rūkyti ir naudoti elektronines cigaretes, nevartoja alkoholio, yra fiziškai aktyvi 3–4 kartus per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jai nepavyksta, mano, kad jos kūno svoris – normalus. *Ji turi stiprų sveikatos priežiūros specialistų palaikymą, o dar didesnį – iš šeimos ir draugų. Tačiau jos sveikatos žinios turi spragų – ji nežino, kaip naudotis sveikatos informacija, kad galėtų orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje, gyventi sveikai ir valdyti sveikatos problemas. Be to, yra gana pasyvi rūpindamasi savo sveikata, nemato poreikio priimti sprendimus dėl savo geresnės sveikatos.*

7 klasterio tipinė situacija. Vaikinas gyvena vidutinio dydžio savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvus bent 3–4 kartus per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau jam tai nepavyksta, mano, kad jo kūno svoris – normalus. *Jis turi šiek tiek socialinį palaikymą iš draugų ir šeimos, supranta, kaip rasti ir apdoroti sveikatos informaciją bei pagal ją veikti, tačiau jam tai sunkiai sekasi, trūksta pasitikėjimo savimi.*

8 klasterio tipinė situacija. Vaikinas gyvena vidutinio dydžio savivaldybės mieste, reguliariai rūko ir naudoja elektronines cigaretes, retkarčiais vartoja alkoholinius gėrimus, fiziškai aktyviai veikia neužsiima. Stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jam nepavyksta, savo svorį vertina kaip per mažą. *Jam trūksta pakankamai palaikančių žmonių – tiek sveikatos priežiūros specialistų, tiek socialinio rato – draugų ir šeimos. Susiduria ir su kitais sunkumais – patikimos sveikatos informacijos stoka ir negebėjimu priimti atsakomybę už aktyvų savo sveikatos valdymą. Vis dėlto jis geba rasti sveikatos informaciją, ją supranta tiek, kad žinotų, ką daryti, moka orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje ir bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais.*

9 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena mažesnės savivaldybės mieste, neturi žalingų įpročių, fizine veikla užsiima nepastoviai, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jai nepavyksta, mano, kad

yra normalaus svorio. Ji supranta, kaip rasti ir apdoroti sveikatos informaciją bei pagal ją veikti, tačiau jai tai sunkiai sekasi, trūksta pasitikėjimo savimi. Turi šioją tokį socialinį palaikymą iš draugų ir šeimos.

10 klasterio tipinė situacija. Vaikinas gyvena miesto savivaldybėje, neturi žalingų įpročių, yra fiziškai aktyvus bent 3–4 kartus per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau tai jam nepavyksta, mano, kad jo svoris yra per didelis. Jam trūksta palaikymo iš sveikatos priežiūros specialistų, jis negali aktyviai bendrauti su jais, nežino, kokių klausimų jiems turėtų užduoti, neišsiaiškina, jei kažko nesupranta, jaučiasi nesugebantis išsakyti savo rūpesčių, turi mažai palaikymo iš artimųjų (šeimos ir draugų). Tačiau jis turi pakankamai informacijos, geba ją rasti ir stengiasi aktyviai rūpintis savo sveikata.

11 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena mažesnės savivaldybės mieste. Nerūko, nenaudoja elektroninių cigarečių ir, nors anksčiau yra vartojusi, šiuo metu nevartoja alkoholinių gėrimų. Fiziškai aktyvi bent 3–4 kartus per savaitę, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, nors pripažįsta, kad tai jai ne visada pavyksta. Savo kūno svorį vertina kaip normalų. Ji turi tinkamą palaikymą iš draugų ir šeimos, tačiau neturi pakankamai palaikymo ir supratimo iš sveikatos priežiūros specialistų, o tai gali kelti sunkumų bendraujant su jais ir orientuojantis sveikatos priežiūros sistemoje. Jos gebėjimas rasti ir suprasti sveikatos informaciją yra ribotas, ji nesupranta daugumos sveikatos informacijos ir susipainioja, kai pateikiama prieštaringa informacija.

12 klasterio tipinė situacija. Mergina gyvena vidutinio dydžio savivaldybės mieste, retkarčiais rūko, tačiau nenaudoja elektroninių cigarečių ir nevartoja alkoholio. Fizinis aktyvumas nėra pastovus – trūksta reguliarumo užsiimant aktyvia veikla. Nors stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, jai tai ne visada pavyksta. Savo kūno svorį vertina kaip normalų. Ji turi mažai palaikymo iš kitų, susiduria su sunkumais rasti ir suprasti sveikatos informaciją. Gali aktyviai priimti sprendimus dėl savo gerovės, tačiau dažnai jų nesilaiko, todėl patiria daug sveikatos raštingumo iššūkių.

13 klasterio tipinė situacija. Vaikinas gyvena mažesnės savivaldybės mieste, reguliariai rūko, naudoja elektronines cigaretes, vartoja alkoholį, fiziškai aktyvia veikla neužsiima, stengiasi laikytis sveikos mitybos principų, tačiau jam tai nepavyksta, savo kūno svorį vertina kaip per didelį. Jis turi mažai palaikymo

iš kitų, susiduria su sunkumais rasti ir suprasti sveikatos informaciją. Galėtų aktyviai priimti sprendimus dėl savo sveikatos ir gerovės, tačiau jų nepriima ir nesilaiko, todėl jo sveikatos raštingumo spragos kelia daug iššūkių palaikant ir stiprinant sveikatą.

REZULTATŲ APTARIMAS

Šis tyrimas atliktas dalyvaujant projekte „Bendrieji veiksmai širdies ir kraujagyslių ligų bei diabeto profilaktikoje (JACARDI)“. Pirmą kartą Lietuvoje kaip sveikatos raštingumo tyrimo instrumentas buvo panaudotas HLQ klausimynas, kurio bendraautoris – vienas iš projekto mokslinio komiteto narių profesorius Richardas Osbornas iš Australijos. Projekto metu klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą naudojantis mokslinė metodologija ir jo kūrėjų buvo pripažintas kaip oficiali HLQ klausimyno lietuviškoji versija. Taigi šiame tyrime pirmą kartą šalyje sveikatos raštingumui vertinti naudotas HLQ klausimynas, kuris pasižymi ir tam tikru ribotumu – gana dideliu subjektyvumo laipsniu. HLQ klausimai dažniausiai vertina subjektyvų savęs suvokimą, todėl HLQ klausimynas naudojamas ne tikslinių grupių sveikatos raštingumo lygiui įvertinti, o jo spragos ir iššūkiams nustatyti.

Tyrimu siekta įvertinti paauglių sveikatos raštingumo spragas, naudojant HLQ sveikatos raštingumo klausimyną, susidedantį iš 9 skalių, kurios atspindi skirtingus sveikatos raštingumo aspektus. Nustatytas bendras paauglių sveikatos raštingumas buvo vidutinis su tam tikrais iššūkiais ir skyrėsi priklausomai nuo paauglių sociodemografinių veiksnių ir gyvenamosios ypatumų. Kiti Lietuvoje atlikti sveikatos raštingumo tyrimai rodo panašius rezultatus: didžiosios dalies (75,8 proc.) jaunų (19–29 m.) žmonių sveikatos raštingumas buvo pakankamas ir skyrėsi atsižvelgiant į lytį, išsilavinimą, užimtumą, gyvenamąją vietovę ir šeimos pajamas, tačiau šie skirtumai nebuvo statistiškai reikšmingi [19].

Su mažiau iššūkių, vertinant sveikatos raštingumą pagal daugumą HLQ klausimyno skalių, susidūrė merginos. Analogiškai rezultatai gauti atliekant Lietuvos 11–12 klasių mokinių sveikatos raštingumo tyrimą, kuris atskleidė, kad mergaičių, pasižyminčių probleminiu sveikatos raštingumu, yra gerokai mažiau (28,9 proc.) nei berniukų (45,4 proc.) [10].

Paauglių gyvenamoji vieta neturėjo įtakos sveikatos raštingumui – miesto ir kaimo paauglių sveikatos

raštingumo sunkumai pagal daugumą HLQ klausimyno skalių nesiskyrė, tik kaime gyvenantys paaugliai turėjo daugiau gebėjimų rasti patikimą sveikatos informaciją. Pažymėtina, kad dažnai kaimo vietovėse gyvena paaugliai, kurių tėvai turi namus užmiesčiuose ir realiai yra miestiečiai, o ne tikrieji kaimo gyventojai. Todėl darome prielaidą, kad ši aplinkybė galėjo lemti geresnį kaimo vietovių paauglių gebėjimą ieškoti patikimos sveikatos informacijos (8 skalė).

Paauglių sveikatos raštingumas ir su juo susiję iššūkiai priklausė nuo gyvenamosios įpročių – nerūkantis, nenaudojantis elektroninių cigarečių, nevartojantis alkoholio ir fiziškai aktyvūs paaugliai turėjo mažiau sveikatos raštingumo spragų vertinant pagal visas 9 HLQ klausimyno skales. Ryšį tarp mokinių sveikatos raštingumo ir rūkymo nustatė ir kiti Lietuvos autoriai: rūkančių 11–12 klasių mokinių sveikatos raštingumo lygis buvo žemesnis nei nerūkiančiųjų [10].

Statistiškai reikšmingi skyrėsi mokinių sveikatos raštingumo spragos, priklausomai nuo jų sveikos mitybos įpročių bei savo kūno svorio vertinimo. Sveikai besimaitinantys paaugliai ir savo svorį normaliu laikantys paaugliai patyrė mažiau sveikatos raštingumo iššūkių. Sveikai besimaitinantys paaugliai ypač išsiskyrė gebėjimu aktyviai rūpintis savo sveikata ir įvertinti gaunamą sveikatos informaciją.

Sveikos gyvenamosios ir sveikatos elgsenos įtaka sveikatos raštingumui yra įrodyta. Sisteminė analizė, kuri apžvelgė tyrimus, nagrinėjančius sąsajas tarp paauglių sveikatos raštingumo ir įvairių sveikatos elgsenos aspektų, atskleidė, kad sveikatos raštingumas, suprantant ir kritiškai vertinant su sveikata susijusią informaciją, yra teigiamai susijęs su bendrai sveikatą stiprinančia elgsena, kuri apima mitybos įpročius, žalingus įpročius, aktyvų ar sėdimą gyvenimo būdą, lytinę elgseną bei elgseną, kuri susijusi su sauga ir traumų prevencija [20]. K. O. Adewole su bendraautoriais tyrinėjo sveikatos raštingumo įtaką paauglių sveikatą stiprinančiai elgsenai ir atskleidė, kad nenutukę paaugliai pasižymėjo aukštesniu (70 proc.) sveikatos raštingumu, palyginti su nutukusiais bendraamžiais (59 proc.) [21]. Mūsų tyrimas taip pat patvirtino gyvenamosios reikšmę paauglių sveikatos raštingumui.

Apibendrinant tyrimo rezultatus galima teigti, kad sveikatos gerinimo intervencijos turėtų būti tikslingai pritaikytos atsižvelgiant į atskirų grupių sveikatos raš-

tingumo spragas, iššūkius bei gyvenamosios ypatumus. Tyrime pirmą kartą šalyje sveikatos raštingumo analizei atlikti panaudotas naujas metodas – klasterinė analizė, kuri sukuria modelinius, o ne realiai egzistuojančius paauglių tipus. Mūsų tyrimo rezultatai taip pat prisideda prie ribotos mokslinės literatūros, nagrinėjančios sveikatos raštingumo klasterius bendroje populiacijoje. Dauguma atliktų tyrimų analizavo specifinių rizikos grupių [22], lėtinėmis ligomis sergančiųjų [23] ar sveikatos priežiūros įstaigų pacientų [24, 25] sveikatos raštingumą. Tik keletas tyrimų tyrinėjo bendros populiacijos sveikatos raštingumo klasterius [25, 26]. Šiame tyrime pabandėme sveikatos raštingumą nagrinėti pasitelkdami instrumentą, pagrįstą šiuolaikine sveikatos raštingumo samprata, apimančią sveikatos informacijos prieigą, naudojimą, supratimą ir vertinimą, ir naudojome klasterinės analizės metodą, kuris leidžia efektyviau pritaikyti sveikatos raštingumo didinimo intervencijas populiacijos grupėms (klasteriams).

Lyginant šio tyrimo rezultatus su Australijos dviejų valstijų populiacijos klasterinės analizės duomenimis nustatyta, kad dalis klasterių pasižymėjo panašiomis sveikatos raštingumo skalių tendencijomis [26], išskyrus aštuntąjį klasterį. Pastarasis mūsų tyrime išsiskyrė itin dideliais sveikatos raštingumo skirtumais tarp skalių – paaugliai, priklausantys šiam klasteriui, patyrė daug iššūkių pagal sveikatos raštingumo 1–5 skales, tačiau beveik nepatyrė iššūkių pagal 6–9 skales.

Ateityje, siekiant rengti ir taikyti tikslingas intervencijas, geriausiai atitinkančias bendruomenės poreikius, reikėtų identifikuoti sveikatos raštingumo profilius ne tik pagal sociodemografinius ir gyvenamosios veiksmus, bet ir pagal specifines tikslinių grupių sveikatos raštingumo stiprybes bei spragas. Šiame tyrime identifikuota 13 skirtingų sveikatos raštingumo klasterių, kurių kiekvienas pasižymėjo tam tikrais stiprybių ir ribotumų deriniais. HLQ klausimyno naudojimu pagrįstas klasterių analizės metodas tarptautinėje praktikoje taikomas retokai, todėl gautų rezultatų interpretavimas kelia metodologinių iššūkių.

APIBENDRINIMAS

Naudojant HLQ klausimyno lietuviškąją versiją nustatytas vidutinis paauglių sveikatos raštingumas. Mažiausiai iššūkių paaugliams kėlė gaunama socialinė

parama sveikatai palaikyti, o daugiausia – gebėjimas vertinti sveikatos informaciją. Sveikatos raštingumas koreliavo su demografinėmis charakteristikomis (lytimi, gyvenamąja vietoje) bei gyvensenos ypatumais (mitybos įpročiais, fiziniu aktyvumu, žalingų įpročių paplitimu): merginos bei žalingų įpročių neturintys, fiziškai aktyvūs, sveikai besimaitinantys ir savo kūno svorį kaip normalų vertinantys paaugliai susidūrė su mažiau sveikatos raštingumo iššūkių. Klasterinės analizės būdu identifikuota 13 paauglių sveikatos raštingumo profilių, atspindinčių skirtingas su sveikatos stiprinimu ir išsaugojimu susijusių gebėjimų bei spragų kombinacijas. Šių klasterių identifikavimas suteikia

galimybę kryptingiau planuoti ir įgyvendinti sveikatos ugdymo intervencijas, pritaikytas skirtingoms paauglių grupėms.

Padėka. Dėkojame už galimybę atlikti tyrimą JACARDI projekto, kuris gavo finansavimą iš ES4Health programos 2021–2027 m. pagal sutartį Nr. 101126953, rėmuose. Straipsnyje pateikta informacija ir požiūris yra tik autorių ir nebūtinai atspindi Europos Sąjungos ar Europos sveikatos ir skaitmeninės vykdomosios agentūros (HaDEA) poziciją, todėl jos neatsako už turinį.

Straipsnis gautas 2025-08-18, priimtas 2025-11-14

Literatūra

- World Health Organization. Health literacy. [cited 2025 Apr 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
- Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. 2020;8(2):e000351. DOI:10.1136/fmch-2020-000351.
- Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:159–173. DOI:10.1146/annurev-publhealth-090419-102529.
- Magnani JW, Mujahid M, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention. *Circulation*. 2018;138(2):e48–e74. DOI:10.1161/CIR.0000000000000579.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–1058. DOI:10.1093/eurpub/ckv043.
- Paakkari L, Torppa M, Mazur J, Boberova Z, Sudeck G, Kalman M, et al. A comparative study on adolescents' health literacy in Europe: findings from the HBSC study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3543. DOI:10.3390/ijerph17103543.
- Bergman L, Nilsson U, Dahlberg K, Jaensson M, Wängdahl J. Validity and reliability of the Swedish versions of the HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 questionnaires. *BMC Public Health*. 2023 Apr 20;23(1):724. DOI: 10.1186/s12889-023-15519-9. PMID: 37081538; PMCID: PMC10117247.
- Javtokas Z, Žagminas K. Health literacy in Lithuanian adults: Zėnonas Javtokas. *Eur J Public Health*. 2013;23(suppl_1):ckt123.202. DOI:10.1093/eurpub/ckt123.202.
- Gatulytė I, Verdiņa V, Vārpiņa Z, Lublőy Á. Level of health literacy in Latvia and Lithuania: a population-based study. *Arch Public Health*. 2022;80:166. DOI:10.1186/s13690-022-00974-y.
- Ubartienė O, Šurkienė G. 11–12 klasių mokinių sveikatos raštingumas ir rūkymas. *Sveikatos mokslai / Health Sciences in Eastern Europe*. 2020;30(1):13–17. DOI:10.35988/sm-hs.2020.002.
- Wahl AK, Hermansen Å, Osborne RH, Larsen MH. A validation study of the Norwegian version of the Health Literacy Questionnaire: a robust nine-dimension factor model. *Scand J Public Health*. 2021;49(4):471–478. DOI:10.1177/1403494820926428.
- Pelikan JM, Ganahl K, Röthlin F. Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. *Glob Health Promot*. 2018;26(4):41–49. DOI:10.1177/1757975918788300.
- Debussche X, Lenclume V, Balcou-Debussche M, Alakian D, Sokolowsky C, Ballet D, et al. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE Open Med*. 2018;6:2050312118801250. DOI:10.1177/2050312118801250.
- Nolte S, Osborne RH, Dwinger S, Elsworth GR, Conrad ML, Rose M, et al. German translation, cultural adaptation, and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *PLoS One*. 2017;12(2):e0172340. DOI:10.1371/journal.pone.0172340.
- Maindal HT, Kayser L, Norgaard O, Bo A, Elsworth GR, Osborne RH. Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model. *SpringerPlus*. 2016;5(1):1232. DOI:10.1186/s40064-016-2887-9.
- Kolarcik P, Cepova E, Madarasova Geckova A, Elsworth GR, Batterham RW, Osborne RH. Structural properties and psychometric improvements of the Health Literacy Questionnaire in a Slovak population. *Int J Public Health*. 2017;62(5):591–604. DOI:10.1007/s00038-017-0945-x.
- Hawkins M, Cheng C, Elsworth GR, Osborne RH. Translation method is validity evidence for construct equivalence: analysis of secondary data routinely collected during translations of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Med Res Methodol*. 2020;20(1):130. DOI:10.1186/s12874-020-00962-8.
- Osborne RH, Elmer Sh, Hawkins M, Cheng Ch. The Ophelia Manual. The Optimising Health Literacy and Access (Ophelia) process to plan and implement National Health Literacy Demonstration Projects. Centre for Global Health and Equity, School of Health Sciences, Swinburne University of Technology, Melbourne, Australia; 2021.
- Jociūtė A, Valentienė J. 18–29 metų jaunų žmonių sveikatos raštingumas Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*. 2020;3(90):41–47.
- Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *J Adolesc*. 2018;62:116–127. DOI:10.1016/j.adolescence.2017.11.010.
- Adewole KO, Ogunfowokan AA, Olodu M. Influence of health literacy on health promoting behaviour of adolescents with and without obesity. *Int J Afr Nurs Sci*. 2021;15:100342. DOI:10.1016/j.ijans.2021.100342.
- Passi R, Kaur M, Lakshmi PVM, Cheng C, Hawkins M, Osborne RH. Health literacy strengths and challenges among residents of a resource-poor village in rural India: epidemiological and cluster analyses. *PLoS Glob Public Health*. 2023;3(2):e0001595. DOI:10.1371/journal.pgph.0001595.
- Goeman D, Conway S, Norman R, Morley J, Weerasuriya R, Osborne RH, et al. Optimising health literacy and access of service provision to community dwelling older people with diabetes receiving home nursing support. *J Diabetes Res*. 2016;2483263. DOI:10.1155/2016/2483263.
- Bourne A, Peerbux S, Jessup R, Staples M, Beauchamp A, Buchbinder R. Health literacy profile of recently hospitalised patients in the private hospital setting: a cross sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):877. DOI:10.1186/s12913-018-3697-2.
- Andersen MH, Hermansen Å, Dahl KG, Lønning K, Meyer KB, Vidnes TK, et al. Profiles of health literacy and digital health literacy in clusters of hospitalised patients: a single-centre, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2024;14(5):e077440. DOI:10.1136/bmjopen-2023-077440.
- Cheng C, Elmer S, Batterham R, Hawkins M, Osborne RH. Measuring health literacy to inform actions to address health inequities: a cluster analysis approach based on the Australian national health literacy survey. *J Public Health (Oxf)*. 2024;46(4):e663–e674. DOI:10.1093/pubmed/fdae165.

ADOLESCENTS' HEALTH LITERACY IN LITHUANIA

Virginija Kanapeckienė, Dovilė Šapokaite

Institute of Hygiene

SUMMARY

Objective. Adolescents' health literacy is an important health promotion factor related to the ability to understand, evaluate, and apply health information. The aim of the study was to assess adolescent health literacy using the Australian Health Literacy Questionnaire (HLQ) taking into account demographic and behavior factors. The study was conducted within the framework of the international project *Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes* (JACARDI), Work Package 6 "Health Literacy and Awareness."

Methodology. Health Literacy Questionnaire (HLQ) consisting of 9 scales was translated from English into Lithuanian using a translation integrity procedure involving the double-blind forward and back translation method. Data were collected in secondary schools across eight Lithuanian municipalities during November–December 2024. A total of 1,104 students from grades 9 to 12 completed the questionnaires. The mean scores, standard deviations, and 95% confidence intervals of the scales were calculated. ANOVA was used to assess differences between adolescent groups. Cluster analysis was performed to identify groups of respondents with similar health literacy profiles. The mean scores of each of the nine scales were standardized and converted to Z-scores. Hierarchical classification using Ward's method was applied, based on the *Ophelia* (*Optimizing Health Literacy and Access*) methodology.

Results and conclusions. The study revealed an average level of health literacy among adolescents. The fewest challenges were reported for *Scale 5. Social*

support for health, while the greatest difficulties were observed for *Scale 6. Appraisal of health information*. Health literacy, indicating fewer health-related challenges, was observed among girls, adolescents without harmful habits, those who are physically active, eat healthily, and consider their body weight to be normal. Cluster analysis identified 13 distinct health literacy profiles, reflecting diverse strengths and needs among adolescents. A total of 13.4% of adolescents assigned to Clusters 1–3 exhibited relatively few health literacy challenges, whereas 15% of those classified within Clusters 11–13 demonstrated pronounced health literacy deficits across all nine scales of the HLQ. Cluster sizes varied considerably, ranging from 236 adolescents in Cluster 4 to 5 adolescents in Cluster 8. These findings reveal considerable heterogeneity in the health literacy profiles of Lithuanian adolescents. Cluster analysis provides a foundation for developing targeted health promotion strategies tailored to specific adolescent groups.

Keywords: health literacy, adolescents, lifestyle, cluster analysis

Correspondence to Virginija Kanapeckienė
Institute of Hygiene
Studentų str. 45A, LT-08107 Vilnius, Lithuania
E-mail: virginija.kanapeckiene@hi.lt

Received 18 August 2025, accepted 14 November 2025

SVEIKATAI NEPALANKAUS MAISTO VAIZDAVIMAS POPULIARIAUSIŲ LIETUVOS NUOMONĖS FORMUOTOJŲ ĮRAŠUOSE, PASKELBTUOSE SOCIALINIAME TINKLE „INSTAGRAM“

Robertas Basijokas, Kamilė Kaškelevičiūtė, Donatas Austys

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Visuomenės sveikatos katedra

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas – atsižvelgiant į nuomonės formuotojų socialines ir demografines charakteristikas bei jų paskelbtų įrašų charakteristikas įvertinti sveikatai nepalankaus maisto vaizdavimo paplitimą populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų įrašuose, paskelbtuose socialiniame tinkle *Instagram*.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Analizuoti visi (2 265) socialiniame tinkle *Instagram* viešai prieinami dešimties populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų įrašai, paskelbti 2022 m. Taikant chi kvadrato (χ^2) testą įvertintas įrašų pasiskirstymas pagal juos paskelbusių nuomonės formuotojų lytį, amžių, sekėjų, įrašams skirtų reakcijų ir komentarų skaičių bei įrašų tipą, paskelbimo laiką.

Rezultatai. Maistas buvo vaizduojamas 624 (27,6 proc.) įrašuose. Saldumynai buvo vaizduojami 248 (11,0 proc.), greitas maistas – 78 (3,4 proc.), keptas ir gruzdintas maistas – 415 (18,3 proc.) įrašų. Moterys nuomonės formuotojos santykinai dažniau savo įrašuose vaizdavo saldumynus ir keptą bei gruzdintą maistą (atitinkamai 12,3 proc. su 7,3 proc., 22,2 proc. su 7,8 proc., $p \leq 0,050$). Įrašus, kuriuose buvo vaizduojami saldumynai, greitas maistas ir keptas bei gruzdintas maistas, santykinai dažniau skelbė vyresnio amžiaus nuomonės formuotojai (atitinkamai 14,6 proc. su 6,2 proc., 4,1 proc. su 2,6 proc., 26,3 proc. su 7,7 proc., $p \leq 0,050$). Įrašai, kuriuose buvo vaizduojami saldumynai, greitas maistas ir keptas bei gruzdintas maistas, sulaukė santykinai mažiau reakcijų (atitinkamai 15,6 proc. su 6,3 proc., 4,3 proc. su 2,6 proc., 29,3 proc. su 7,3 proc., $p \leq 0,050$). Įrašai, kuriuose buvo vaizduojami saldumynai, greitas maistas ir keptas bei gruzdintas maistas, santykinai dažniau buvo publikuojami vaizdo įrašų formatu (atitinkamai 16,7 proc. su 9,3 proc., 4,7 proc. su 2,8 proc., 31,5 proc. su 14,8 proc., $p \leq 0,050$).

Išvados. Maistas vaizduojamas kas ketvirtame populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų įrašė, paskelbtame socialiniame tinkle *Instagram*. Sveikatai nepalankūs maisto produktai vaizduojami nuo keleto iš šimto iki kas penkto įrašo. Sveikatai nepalankius maisto produktus dažniau vaizduoja moterys ir vyresni nuomonės formuotojai. Sveikatai nepalankius maisto produktus vaizduojantys įrašai sulaukia mažiau reakcijų ir dažniau yra publikuojami vaizdo įrašų formatu.

Reikšminiai žodžiai: sveikatai nepalanki mityba, nuomonės formuotojai, socialiniai tinklai, *Instagram*, turinio analizė.

ĮVADAS

Sveikatai palanki mityba, pakankamas ir reguliarus fizinis aktyvumas, psichoaktyviųjų medžiagų nevartojimas, streso valdymas ir kokybiškas poilsis – tai vieni iš svarbiausių sveikatai palankios gyvensenos veiksnių [1]. Sveikatai nepalanki mityba yra viena iš pagrindinių priežasčių, lemiančių pasaulinę ligų, daugiausia nein-

Adresas susirašinėti: Donatas Austys
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Sveikatos mokslų instituto
Visuomenės sveikatos katedra
M. K. Čiurlionio g. 21, 03101 Vilnius
El. p. donatas.austys@mf.vu.lt

fekcinių, tokių kaip širdies ir kraujagyslių ligos, diabetas ir vėžys, naštą [2]. Sukaupta pakankamai mokslinių įrodymų, kad sveikatai nepalanki mityba daro įtaką lėtinių neinfekcinių ligų, ypač širdies ir kraujagyslių sistemos bei onkologinių ligų, sudarančių didžiausią Lietuvos gyventojų mirtingumo dalį, atsiradimui [3]. Daugelio metų tyrimų duomenys rodo, kad daugumos suaugusių Lietuvos gyventojų mityba nesubalansuota ir nepalanki sveikatai: maisto racione ir toliau vyrauja riebalų perteklius – riebalinės kilmės kalorijos sudaro 42,9 proc. viso raciono energinės vertės, stebimas paprastųjų angliavandenių (cukrų) perteklius maisto racione. Nors padidėjo vaisių ir daržovių suvartojimas, tačiau jų vis dar suvartojama nepakankamai, kaip ir žuvų bei jų produktų [4].

2025 metų vasario mėnesio duomenimis, 5,24 milijardo žmonių pasaulyje naudojami bent vienu socialiniu tinklu [5]. Socialiniai tinklai tapo neatsiejama vartotojų kasdienio gyvenimo dalimi, o tai gali turėti įtakos vartotojų gyvenimui [6]. Dėl didelio populiarumo socialiniai tinklai tapo patrauklia platforma verslo subjektams reklamuoti savo paslaugas ar produktus, o tai įgyvendinti padeda nuomonės formuotojai. Socialinių tinklų nuomonės formuotojai – tai įvairių socialinių tinklų naudotojai, turintys daug sekėjų ir platinantys įvairaus pobūdžio įrašus, kurie dažnai siejami su reklama [7]. Atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad socialinių tinklų nuomonės formuotojai daro didelę įtaką maisto produktų pasirinkimui. Nuomonės formuotojai skatina sekėjų tiek sveikatai palankios, tiek sveikatai nepalankios mitybos įpročių formavimą, nes vieni nuomonės formuotojai daugiau dėmesio skiria maistingiems receptams ir savo įrašuose akcentuoja sveikatai palankią mitybą, o kiti nuomonės formuotojai savo įrašuose gali vaizduoti kaloringus maisto produktus, pavyzdžiui, greitąjį maistą ar saldumynus. Atsižvelgiant į socialinio tinklo *Instagram* populiarumą ir nuomonės formuotojų aktyvumą šiame socialiniame tinkle, jis gali turėti ypač didelę įtaką visuomenės mitybos įpročiams [8].

Mokslinių tyrimų, kuriais būtų įvertintas įrašų, vaizduojančių sveikatai nepalankius maisto produktus, paplitimas, trūksta tiek Lietuvoje, tiek ir pasaulyje, todėl šio tyrimo tikslas – atsižvelgiant į nuomonės formuotojų socialines ir demografines charakteristikas bei jų paskelbtų įrašų charakteristikas įvertinti sveikatai nepalankaus maisto vaizdavimą populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų įrašuose, paskelbtuose socialiniame tinkle *Instagram*.

TYRIMO METODAI

Tyrimo organizavimas. Atliktas kiekybinis paplitimo tyrimas, naudojant duomenis, gautus atlikus kokybinę socialiniame tinkle *Instagram* paskelbtų įrašų analizę. Duomenys tyrimo analizei rinkti 2023 m. sausio – 2024 m. sausio mėnesiais. Šio tyrimo metu buvo analizuojami visi viešai prieinami populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų įrašai socialiniame tinkle *Instagram*, paskelbti 2022 m. sausio 1 d. – 2022 m. gruodžio 31 d. laikotarpiu. Iš viso šio tyrimo metu išanalizuoti 2 265 įrašai. Šio tyrimo imtis sudaryta remiantis agentūros „Super you“ sudarytu populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų reitingu – analizuoti dešimties į reitingą patekusių socialinio tinklo *Instagram* nuomonės formuotojų paskelbti įrašai.

Tyrimo eiga. Tyrimo duomenys apie kiekvieną įrašą buvo renkami pildant struktūruotą tyrimo autorių parengtą anketos pavidalo tyrimo instrumentą „Socialiniuose tinkluose vaizduojamų gyvensenos veiksmų registravimo anketa“ (2 versija). Buvo registruojamas maisto vaizdavimo faktas bei sveikatai nepalankaus maisto – greitojo maisto, saldumynų bei gruzdinto ar kepto maisto – vaizdavimas. Taip pat registruoti duomenys apie įrašus paskelbusių nuomonės formuotojų lytį, amžių, sekėjų, reakcijų ir komentarų skaičių bei įrašų tipą ir paskelbimo laiką.

Kintamieji. Skaitiniams kintamiesiems buvo apskaičiuotos medianos, pagal kurias buvo sudaryti dvinariai kategoriniai kintamieji, kai viena kategorija apėmė vertes iki medianos, o kita – vertes, kurios viršijo medianą.

Statistinė duomenų analizė. Tyrimo statistinė analizė buvo atliekama naudojant *R Commander* (versija 4.2.3) paketą, skirtą *The R Project for Statistical Computing* programai. Įrašų pasiskirstymo pagal kategorinius kintamuosius vertinimui taikytas chi kvadrato (χ^2) testas. Nustačius mažesnių už 5 tikėtinų dažnių, taikytas Fišerio (Fisher) tikslusis testas. Skirstinių normalumo įvertinimui taikytas Šapiro ir Vilko (Shapiro-Wilk) testas. Statistinei analizei pasirinktas reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,050$. Kadangi analizuoti skirstiniai neatitiko normalumo dėsnio, centrinės skaitinių kintamųjų reikšmės pateikiamos tokia forma: mediana (minimali reikšmė; maksimali reikšmė).

REZULTATAI

Analizuotų įrašų daugumą sudarė moterų ir vyresnių nuomonės formuotojų paskelbti įrašai, paskelb-

ti nuotraukų formatu. Įrašus paskelbusių nuomonės formuotojų amžiaus mediana buvo 35 (27; 44) metai, sekėjų skaičiaus mediana – 279 500 (128 000; 414 000) sekėjų, įrašams skirtų komentarų skaičiaus mediana buvo 12 (0; 35 900) komentarų, reakcijų skaičiaus mediana – 5 315 (0; 81 618) reakcijų.

Įrašai pagal reakcijas pasiskirstė panašiai, tačiau didesnė dalis įrašų sulaukė daugiau komentarų. Didesnė dalis įrašų buvo publikuota nuotraukų formatu. Šiltuoju ir šaltuoju metų laiku paskelbti įrašai sudarė panašias dalis (1 lentelė).

1 lentelė. Tyrimo imties charakteristikos

Kintamieji	Iš viso paskelbta įrašų	
	N	Proc.
Lytis		
Vyrai	614	27,1
Moterys	1 651	72,9
Amžius		
Mažiau arba lygu medianai	974	43,0
Daugiau nei mediana	1 291	57,0
Sekėjų skaičius		
Mažiau arba lygu medianai	1 179	52,1
Daugiau nei mediana	1 086	47,9
Reakcijų skaičius		
Mažiau arba lygu medianai	1 132	50,0
Daugiau nei mediana	1 133	50,0
Komentarų skaičius		
Mažiau arba lygu medianai	1 060	46,8
Daugiau nei mediana	1 205	53,2
Įrašo tipas		
Nuotrauka (-os)	1 780	73,7
Vaizdo įrašas (-ai)	634	26,3
Įrašo paskelbimo laikas		
Ruduo–žiema	1 123	49,6
Pavasaris–vasara	1 142	50,4

Maistas buvo vaizduojamas 624 (27,6 proc.) įrašuose. Moterys, vyresnio amžiaus nuomonės formuotojai bei nuomonės formuotojai, turintys mažiau sekėjų, santykinai dažniau savo įrašuose vaizdavo maistą

($p \leq 0,050$). Įrašai, kuriuose buvo vaizduojamas maistas, sulaukė santykinai mažiau reakcijų ir komentarų ($p \leq 0,050$). Įrašai, kuriuose buvo vaizduojamas maistas, santykinai dažniau buvo publikuojami vaizdo įrašų formatu ($p \leq 0,050$). Įrašų, kuriuose buvo vaizduojamas maistas, pasiskirstymas nebuvo susijęs su įrašo paskelbimo sezoniškumu ($p > 0,050$) (2 lentelė). Saldumynai buvo vaizduojami 248 (11,0 proc.) įrašuose. Moterys, vyresnio amžiaus nuomonės formuotojai bei mažiau sekėjų turintys nuomonės formuotojai santykinai dažniau vaizdavo saldumynus savo įrašuose ($p \leq 0,050$). Įrašai, vaizduojantys saldumynus, sulaukė santykinai mažiau reakcijų ir komentarų ($p < 0,001$). Įrašai, kuriuose buvo vaizduojami saldumynai, santykinai dažniau buvo publikuojami vaizdo įrašų formatu ($p < 0,001$). Įrašai, vaizduojantys saldumynus, santykinai dažniau buvo vaizduojami rudens–žiemos laikotarpiu ($p \leq 0,050$) (3 lentelė).

Greitas maistas buvo vaizduojamas 78 (3,4 proc.) įrašuose. Vyresnio amžiaus nuomonės formuotojai santykinai dažniau savo įrašuose vaizdavo greitąjį maistą ($p \leq 0,050$). Įrašai, vaizduojantys greitąjį maistą, sulaukė santykinai mažiau reakcijų ($p \leq 0,050$). Įrašai, kuriuose buvo vaizduojamas greitas maistas, santykinai dažniau buvo skelbiami vaizdo įrašų formatu ($p \leq 0,050$). Įrašų, kuriuose buvo vaizduojamas greitas maistas, pasiskirstymas nebuvo susijęs su nuomonės formuotojų lytimi, sekėjų ir įrašų komentarų skaičiumi bei sezoniškumu ($p > 0,050$) (4 lentelė).

Keptas ir gruzdintas maistas buvo vaizduojamas 415 (18,3 proc.) įrašų. Moterys, vyresnio amžiaus nuomonės formuotojai bei mažiau sekėjų turintys nuomonės formuotojai santykinai dažniau vaizdavo keptą ir gruzdintą maistą savo įrašuose ($p < 0,001$). Įrašai, vaizduojantys keptą ir gruzdintą maistą, sulaukė santykinai mažiau reakcijų ir komentarų ($p < 0,001$). Įrašai, kuriuose buvo vaizduojamas keptas ir gruzdintas maistas, santykinai dažniau buvo publikuojami vaizdo įrašų formatu ($p < 0,001$). Įrašai, vaizduojantys keptą ir gruzdintą maistą, santykinai dažniau buvo vaizduojami rudens–žiemos laikotarpiu ($p \leq 0,050$) (5 lentelė).

2 lentelė. Įrašų pasiskirstymas pagal maisto vaizdavimo faktą ir nuomonės formuotojų bei įrašų charakteristikas

Kintamieji	Vaizduojamas maistas		Nevaizduojamas maistas		p reikšmė
	N	Proc.	N	Proc.	
Lytis					
Vyrai	77	12,5	537	87,5	< 0,001
Moterys	547	33,1	1 104	66,9	
Amžius					
Mažiau arba lygu medianai	127	13,0	847	87,0	< 0,001
Daugiau nei mediana	497	38,5	794	61,5	
Sekėjų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	483	41,0	696	59,0	< 0,001
Daugiau nei mediana	141	13,0	945	87,0	
Reakcijų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	483	42,7	649	57,3	< 0,001
Daugiau nei mediana	141	12,4	992	87,6	
Komentarų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	380	35,8	680	64,2	< 0,001
Daugiau nei mediana	244	20,2	961	79,8	
Įrašo tipas					
Nuotrauka (-os)	408	22,9	1 372	77,1	< 0,001
Vaizdo įrašas (-ai)	292	46,1	342	53,9	
Įrašo paskelbimo laikas					
Ruduo–žiema	321	28,6	802	71,4	0,275
Pavasaris–vasara	303	26,5	839	73,5	

3 lentelė. Įrašų pasiskirstymas pagal saldumynų vaizdavimo faktą ir nuomonės formuotojų bei įrašų charakteristikas

Kintamieji	Vaizduojami saldumynai		Nevaizduojami saldumynai		p reikšmė
	N	Proc.	N	Proc.	
Lytis					
Vyrai	45	7,3	569	92,7	0,001
Moterys	203	12,3	1 448	87,7	
Amžius					
Mažiau arba lygu medianai	60	6,2	914	93,8	< 0,001
Daugiau nei mediana	188	14,6	1 103	85,4	
Sekėjų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	182	15,4	997	84,6	< 0,001
Daugiau nei mediana	66	6,1	1 020	93,9	
Reakcijų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	177	15,6	955	84,4	< 0,001
Daugiau nei mediana	71	6,3	1 062	93,7	
Komentarų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	143	13,5	917	86,5	< 0,001
Daugiau nei mediana	105	8,7	1 100	91,3	
Įrašo tipas					
Nuotrauka (-os)	165	9,3	1 615	90,7	< 0,001
Vaizdo įrašas (-ai)	106	16,7	528	83,3	
Įrašo paskelbimo laikas					
Ruduo–žiema	141	12,6	982	87,4	0,015
Pavasaris–vasara	107	9,4	1 035	90,6	

4 lentelė. Greitojo maisto vaizdavimo pasiskirstymas pagal nuomonės formuotojų ir jų paskelbtų įrašų charakteristikas

Kintamieji	Vaizduojamas greitas maistas		Nevaizduojamas greitas maistas		p reikšmė
	N	Proc.	N	Proc.	
Lytis					
Vyrai	24	3,9	590	96,1	0,459
Moterys	54	3,3	1 597	96,7	
Amžius					
Mažiau arba lygu medianai	25	2,6	949	97,4	0,047
Daugiau nei mediana	53	4,1	1 238	95,9	
Sekėjų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	40	3,4	1 139	96,6	0,890
Daugiau nei mediana	38	3,5	1 048	96,5	
Reakcijų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	49	4,3	1 083	95,7	0,021
Daugiau nei mediana	29	2,6	1 104	97,4	
Komentarų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	40	3,8	1 020	96,2	0,419
Daugiau nei mediana	38	3,2	1 167	96,8	
Įrašo tipas					
Nuotrauka (-os)	50	2,8	1 730	97,2	0,020
Vaizdo įrašas (-ai)	30	4,7	604	95,3	
Įrašo paskelbimo laikas					
Ruduo–žiema	43	3,8	1 080	96,2	0,319
Pavasaris–vasara	35	3,1	1 107	96,9	

5 lentelė. Kepto ir gruzdinto maisto vaizdavimo pasiskirstymas pagal nuomonės formuotojų ir jų paskelbtų įrašų charakteristikas

Kintamieji	Vaizduojamas keptas ir gruzdintas maistas		Nevaizduojamas keptas ir gruzdintas maistas		p reikšmė
	N	Proc.	N	Proc.	
Lytis					
Vyrai	48	7,8	566	92,2	< 0,001
Moterys	367	22,2	1 284	77,8	
Amžius					
Mažiau arba lygu medianai	75	7,7	899	92,3	< 0,001
Daugiau nei mediana	340	26,3	951	73,7	
Sekėjų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	329	27,9	850	72,1	< 0,001
Daugiau nei mediana	86	7,9	1 000	92,1	
Reakcijų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	332	29,3	800	70,7	< 0,001
Daugiau nei mediana	83	7,3	1 050	92,7	
Komentarų skaičius					
Mažiau arba lygu medianai	271	25,6	789	74,4	< 0,001
Daugiau nei mediana	144	12,0	1 061	88,0	
Įrašo tipas					
Nuotrauka (-os)	264	14,8	1 516	85,2	< 0,001
Vaizdo įrašas (-ai)	200	31,5	434	68,5	
Įrašo paskelbimo laikas					
Ruduo–žiema	234	20,8	889	79,2	0,002
Pavasaris–vasara	181	15,8	961	84,2	

REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo metu buvo įvertintas populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų įrašų, kuriuose vaizduojami sveikatai nepalankūs maisto produktai, paplitimas socialiniame tinkle *Instagram*. Nustatyta, kad įrašai, kuriuose buvo vaizduojamas maistas, sudarė 27,6 proc. visų per tiriamąjį laikotarpį paskelbtų įrašų. Moterys, vyresnio amžiaus nuomonės formuotojai bei nuomonės formuotojai, turintys mažiau sekėjų, dažniau vaizdavo maistą, šie įrašai sulaukė mažiau reakcijų ir komentarų, buvo dažniau publikuojami vaizdo įrašų formatu. Nustatyta, kad saldumynai buvo vaizduojami 11,0 proc., greitas maistas – 3,4 proc., keptas ir gruzdintas maistas – 18,3 proc. visų nagrinėtų įrašų. Sveikatai nepalankius maisto produktus dažniau vaizdavo vyresnio amžiaus nuomonės formuotojai. Įrašai, kuriuose buvo vaizduojamas sveikatai nepalankus maistas, sulaukė santykinai mažiau reakcijų ir šie įrašai buvo dažniau skelbiami vaizdo įrašų formatu.

2025 metais Jungtinių Amerikos Valstijų mokslininkai atliko mokslinį tyrimą, kuriuo buvo siekiama kiekybiškai įvertinti, kaip dažnai socialinio tinklo *TikTok* nuomonės formuotojai reklamuoja maisto ir gėrimų prekių ženklų produktus, ir užfiksuoti, kokiais būdais jie savo turinyje atskleidžia ryšius su prekių ženklais. Nustatyta, kad iš 8 871 tyrimo metu analizuoto vaizdo įrašo, paskelbto 97 socialinio tinklo *TikTok* nuomonės formuotojų, maistas buvo vaizduojamas 15,3 proc. vaizdo įrašų [9]. 2024 metais Nyderlandų mokslininkų atliktas tyrimas atskleidė, kad per socialinius tinklus jų naudotojus pasiekia didžiulis kiekis informacijos: nustatyta, kad 102 tyrimo dalyviai per 60 dienų socialiniame tinkle *YouTube* pažiūrėjo 69 000 vaizdo įrašų, iš kurių 5,5 proc. buvo vaizduojamas maistas [10]. Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad maistas buvo vaizduojamas didesnėje dalyje – 27,6 proc. socialiniame tinkle *Instagram* paskelbtų įrašų.

Tyrimų, kuriuose būtų analizuojamas sveikatai nepalankaus maisto vaizdavimo paplitimas socialiniuose tinkluose, šio straipsnio autorių žiniomis, nebuvo atlikta. Naujausių mokslinių tyrimų duomenimis, sveikatai nepalankaus maisto vartojimo paplitimas didėja visame pasaulyje [11, 12]. Naujausi statistiniai duomenys rodo, kad pasaulyje didėja suvartojamo cukraus

kiekis [13]. Tyrimų duomenimis, šiuolaikiniame pasaulyje greitas maistas tapo svarbia žmonių kasdienio gyvenimo dalimi [14]. Nustatyta, kad greitojo maisto vartojimas ypač auga ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse [15]. Mokslinių tyrimų rezultatai rodo ir tai, jog pasaulyje didėja kepto maisto vartojimas [16]. Tikėtina, kad prie sveikatai nepalankaus maisto vartojimo didėjimo gali prisidėti ir socialinių tinklų nuomonės formuotojai, kurie savo įrašuose vaizduoja sveikatai nepalankius maisto produktus ir taip skatina sekėjus juos vartoti.

Tyrimo ribotumai. Nors šio tyrimo metu buvo išanalizuota didelė duomenų imtis, tačiau ji apėmė tik populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų socialiniame tinkle *Instagram* paskelbtą turinį – tikėtina, kad kitų nuomonės formuotojų bei kituose socialiniuose tinkluose skelbiamas turinys sveikatai nepalankaus maisto produktų vaizdavimo paplitimo aspektu gali skirtis nuo šio tyrimo rezultatų.

APIBENDRINIMAS

Maistas vaizduojamas ketvirtadalyje socialinio tinklo *Instagram* įrašų, kuriuos skelbia populiariausi Lietuvos nuomonės formuotojai. Sveikatai nepalankūs maisto produktai vaizduojami nuo keleto iš šimto iki kas penkto įrašo. Moterys ir vyresni nuomonės formuotojai savo įrašuose dažniau vaizduoja sveikatai nepalankius maisto produktus. Įrašai, kuriuose vaizduojami sveikatai nepalankūs maisto produktai, sulaukia mažiau reakcijų ir yra dažniau publikuojami vaizdo įrašų formatu. Keptas ir gruzdintas maistas bei saldumynai dažniau vaizduojami rudens–žiemos laikotarpiu.

Atsižvelgiant į didelį sveikatai nepalankaus maisto vaizdavimo paplitimą populiariausių Lietuvos nuomonės formuotojų įrašuose, paskelbtuose socialiniame tinkle *Instagram*, tikėtina, kad šie įrašai daro reikšmingą įtaką juos matančių žmonių mitybos įpročiams. Rengiant visuomenės sveikatos intervencijas, susijusias su gyventojų mitybos įpročių gerinimu, rekomenduotina atsižvelgti į didesnį sveikatai nepalankaus maisto vaizdavimo paplitimą moterų ir vyresnių nuomonės formuotojų įrašuose.

Straipsnis gautas 2025-09-13, priimtas 2025-11-12

Literatūra

1. Kandel S. An evidence-based look at the effects of diet on health. *Cureus*. 2019;11(5):e4715. DOI:10.7759/cureus.4715.
2. World Health Organization. Healthy diet [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 8]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/healthy-diet>
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Sveikos ir tvarios mitybos rekomendacijos [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 8]. Available from: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas/Sveikos_ir_tvartos_mitybos_rekom_ilgos_2022.pdf
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos gyventojų mitybos būklė [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 8]. Available from: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/mityba/lietuvos-gyventoju-mitybos-bukle/>
5. Statista. Internet and social media users in the world [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 8]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/>
6. Rini L, Schouteten JJ, Faber I, Bom Frøst M, Perez-Cueto FJA, De Steur H. Social media and food consumer behavior: A systematic review. *Trends Food Sci Technol*. 2023;143:104290. DOI:10.1016/j.tifs.2023.104290.
7. Harrigan P, Daly TM, Coussement K, Lee JA, Soutar GN, Evers U. Identifying influencers on social media. *Int J Inf Manag*. 2020;56:102246. DOI:10.1016/j.ijinfomgt.2020.102246.
8. Raithatha C. Feeding the feed: Social media and youth's food choices. *Food Sci Technol*. 2024;38(2):28–31. DOI:10.1002/fsat.3802.
9. Dupuis R, Musicus AA, Edghill B, Keteku E, Bragg MA. How TikTok influencers disclose food and beverage brand partnerships: Descriptive study. *J Med Internet Res*. 2025;27(1):e60891. DOI:10.2196/60891.
10. Qin K, Mollen S, Waterlander W, Cai S, Smit E. Social perceptions going online: Exploring the impact of social media food content exposure on perceptions of food norms. *Appetite*. 2025; 206:107803. DOI:10.1016/j.appet.2024.107803.
11. Hassan R, Hossain MS, Mahbub MJ, Amin MR, Saha S. Unhealthy food consumption and its determinants among children aged 6–23 months in Bangladesh: Insights from the Demographic and Health Survey 2022. *BMC Public Health*. 2025;25(1):2498. DOI:10.1186/s12889-025-23668-2.
12. Mititelu M, Oancea CN, Neacșu SM, Musuc AM, Gheonea TC, Stanciu TI, et al. Evaluation of junk food consumption and the risk related to consumer health among the Romanian population. *Nutrients*. 2023;15(16):3591. DOI:10.3390/nu15163591.
13. Statista. Global sugar consumption in 2024/25 [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 8]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/249681/total-consumption-of-sugar-worldwide/>
14. Sarhan MM, Alotaibi SE, Alharbi NA, Aljohani SA, Alnazzawi YA, Alwadi MAM. Exploring the contributing factors of fast-food consumption in daily life: A qualitative study of Saudi university students. *BMC Public Health*. 2025; 25:2402. DOI:10.1186/s12889-025-23624-0.
15. Anwar S, Syed QA, Saleh M, Akram MS, Sultan G, Khalid S, et al. Fatty fried food toxins as triggering stimuli to immune system interplay in global autoimmune diseases: A systematic review. *J Agric Food Res*. 2025;19:101568. DOI:10.1016/j.jafr.2024.101568.
16. Dangal A, Tahergorabi R, Acharya DR, Timsina P, Rai K, Dahal S, et al. Review on deep-fat fried foods: Physical and chemical attributes, and consequences of high consumption. *Eur Food Res Technol*. 2024;250(6):1537–50. DOI:10.1007/s00217-024-04482-3.

UNHEALTHY FOOD DEPICTION IN THE POSTS OF LITHUANIA'S MOST POPULAR INFLUENCERS ON INSTAGRAM

Robertas Basijokas, Kamilė Kaškelevičiūtė, Donatas Austys

Department of Public Health, Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Vilnius University

SUMMARY

The aim of this study was to assess the depiction of unhealthy food in the posts of the most popular Lithuanian Instagram influencers, according to the social and demographic characteristics of the influencers and the characteristics of their posts.

Materials and methods. In this study, all (2265) publicly available Instagram posts of ten most popular Lithuanian influencers published in 2022 were analyzed. The chi-square (χ^2) test was used to assess the distribution of the posts according to the gender, age, followers, number of reactions to and comments on the posts, type and the publication time of posts.

Results. Food was depicted in 624 (27.6%) posts. Sweets were depicted in 248 (11.0%), fast food – in 78 (3.4%) and fried food – in 415 (18.3%) posts. Female influencers more frequently depicted sweets and fried foods in their posts (respectively, 12.3% vs. 7.3%, 22.2% vs. 7.8%, $p \leq 0.05$). Older influencers more frequently depicted sweets, fast food and fried foods (respectively, 14.6% vs. 6.2%, 4.1% vs. 2.6%, 26.3% vs. 7.7%, $p \leq 0.05$). Posts depicting sweets, fast food and fried food received relatively less reactions (respectively, 15.6% vs. 6.3%, 4.3% vs. 2.6%, 29.3% vs.

7.3%, $p \leq 0.050$). Posts depicting sweets, fast food, and fried food were relatively more likely to be published in video format (respectively, 16.7% vs. 9.3%, 4.7% vs. 2.8%, 31.5% vs. 14.8%, $p \leq 0.05$).

Conclusions. Food was depicted in every fourth post of the most popular Lithuanian influencers on Instagram. The prevalence of different unhealthy foods varied from few in one hundred to one in five posts. Female and older influencers depicted unhealthy foods more frequently. Posts depicting unhealthy foods received fewer reactions and more frequently were published in video format.

Keywords: unhealthy foods; influencers, social networks, Instagram, content analysis

Correspondence to Donatas Austys

Department of Public Health,
Institute of Health Sciences

Faculty of Medicine, Vilnius University

M. K. Čiurlionio str. 21, LT-03101 Vilnius, Lithuania

E-mail: donatas.austys@mf.vu.lt

Received 13 September 2025, accepted 12 November 2025

ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ RIZIKOS VEIKSNIAI BEI JŲ SĄSAJOS SU SOCIODEMOGRAFINIAIS RODIKLIAIS

Greta Kuveikaitė¹, Laura Nedzinskienė², Renata Giliun³, Paulius Subačius⁴, Jekaterina Bortkevič³

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, ²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Biomedicinos instituto Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedra, ³Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra, ⁴Vilniaus universiteto Matematikos ir informatikos fakultetas

SANTRAUKA

Straipsnio tikslas – įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL) rizikos veiksnius bei ištirti jų sąsajas su sociodemografiniais rodikliais.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Atliktas analitinis vienmomentis pjūvinis tyrimas, jis buvo vykdomas 2025 m. sausio 29 – liepos 30 d. Duomenys rinkti taikant anoniminės anketinės apklausos metodą. Tyrime dalyvavo 1 060 pilnamečių (18 metų ir vyresnių) Lietuvos gyventojų. Klausimynas parengtas *Google forms* platformoje ir platintas socialiniuose tinkluose. Anketą sudarė 18 klausimų apie sociodemografinius rodiklius, gyvenimo būdą, sveikatos būklę ir vartojamus vaistus.

Rezultatai. Tyrimo rezultatai parodė, kad su didesne ŠKL rizika statistiškai reikšmingai susijęs alkoholio vartojimas ($p = 0,010$) ir stresas ($p < 0,001$), amžius ($p < 0,001$), vyriškoji lytis ($p < 0,001$) ir profesinis išsilavinimas ($p = 0,018$). Stresą patirti buvo labiau linkę jaunesni ($p < 0,001$), vidurinį išsilavinimą turintys ($p = 0,019$) bei miestuose ($p = 0,001$) ir miesteliuose ($p = 0,017$) gyvenantys asmenys. Alkoholio vartojimo rizika mažėjo su amžiumi ($p < 0,001$), tačiau tikimybė vartoti alkoholį tarp vyrų buvo 2,1 karto didesnė nei tarp moterų ($p < 0,001$).

Išvados. Tyrimas parodė, kad su didesne ŠKL rizika labiausiai siejosi alkoholio vartojimas ir stresas, o iš sociodemografinių veiksnių reikšmingą įtaką turėjo vyresnis amžius, vyriškoji lytis bei profesinis išsilavinimas. Stresas dažniau buvo patiriamas jaunesnių, vidurinį išsilavinimą turinčių ir miestuose ar miesteliuose gyvenančių asmenų, o alkoholio vartojimas labiau paplitęs tarp vyrų ir jaunesnio amžiaus respondentų.

Reikšminiai žodžiai: širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai, sociodemografiniai rodikliai.

IVADAS

Širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL) yra pagrindinė mirties priežastis pasaulyje, kasmet nusinešanti apie 17,9 mln. gyvybių [1]. Nors daugumoje Šiaurės, Pietų ir Vakarų Europos šalių mirštamumas ir sergamumas mažėja, Centrinėje ir Rytų Europoje šie rodikliai išlieka stabilūs arba didėja [2]. Šiuose regionuose didelį vaidmenį atlieka prevencinės programos, kuriomis siekiama nustatyti pacientus, priskiriamus rizikos grupėms. Tikslas – organizuoti jų priežiūrą, koreguoti gyvenimą ir prireikus skirti reikiamą gydymą [3]. Gyvensenai koreguoti svarbu tinkamai identifikuoti kardiovaskulinių ligų rizikos veiksnius.

ŠKL prevencijos ir ankstyvojoje diagnostikos programoje plačiai naudojamoje SCORE2 (angl. *systematic*

coronary risk estimation) rizikos nustatymo lentelėje, leidžiančioje įvertinti 10 metų tikimybę pirmą kartą susirgti kardiovaskuline liga, įtraukti tokie rodikliai kaip amžius, lytis, rūkymas, sistolinis kraujospūdis ir cholesterolio kiekis (atsižvelgiant į tai, ar pacientas nergera cukriniu diabetu (CD), lėtine inkstų liga (LIL) ar šeimine dislipidemija) [4]. Lietuvoje naudojama Teisės aktų registre patvirtinta „Paciento ŠKL rizikos nustatymo anketa“ dar įtraukia tokius rizikos veiksnius kaip

Adresas susirašinėti: Laura Nedzinskienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
El. p. laura.nedzinskiene@mf.vu.lt

nutukimas, nepakankamas fizinis aktyvumas ir nesubalansuota mityba [3].

Dalis sociodemografinių rodiklių (amžius, lytis, šeiminė anamnezė) yra nemodifikuojami ŠKL rizikos veiksniai – jų pakeisti praktiškai neįmanoma [5]. Tačiau dauguma kitų rizikos veiksnių gali būti modifikuojami. Kyla klausimas – kurie iš jų turi didžiausią įtaką sveikatai? Dar didesnių iššūkių kovoiant su labiausiai paplitusia ligų grupe kelia tai, jog modifikuojami rizikos veiksniai gali priklausyti nuo tam tikrų sociodemografinių rodiklių [6, 7]. Tokiu atveju prevencija turėtų būti ne visiems vienoda, o pritaikyta konkrečioms žmonių grupėms.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Atliktas analitinis vienmomentis pjūvio tyrimas, jis buvo vykdomas 2025 m. sausio–liepos mėnesiais. Duomenys rinkti taikant anoniminės anketinės apklausos metodą. Tyrime dalyvavo 1 060 pilnamečių (18 metų ir vyresnių) Lietuvos gyventojų. Klausimynas parengtas *Google forms* platformoje ir platintas socialiniuose tinkluose.

Anketą sudarė 18 klausimų apie sociodemografinius rodiklius (lytis, amžius, gyvenamoji vieta, išsilavinimas, darbinė padėtis), gyvenimo būdą (žalingi įpročiai, prevencinė patikra), subjektyvią sveikatos būklę (ligos, sergantys giminaičiai) ir vartojamus vaistus bei papildus. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS (angl. *Statistical Package for Social Sciences*) 28.0. programos versiją. Atlikta aprašomoji statistika: apskaičiuoti dažniai, procentai, vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai. Siekiant įvertinti sąsajas tarp širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių bei sociodemografinių rodiklių, taikyta kelių kintamųjų logistinės regresijos analizė. Rezultatai pateikti kaip tikimybės santykiai (angl. *odds ratio, OR*) su 95 proc. pasikliautinaisiais intervalais (angl. *confidence interval, CI*) ir laikyti reikšmingais, kai $p < 0,05$.

REZULTATAI

Anketą tinkamai užpildė 1 060 respondentų, iš jų 748 (70,6 proc.) moterys ir 312 (29,4 proc.) vyrų. Respondentų amžiaus vidurkis $38,5 \pm 18,8$ metų, jauniausiam tyrime dalyvavusiam asmeniui 18 metų, vyriausiam – 90 metų. Daugiau nei pusė (57,2 proc.) anketą užpildžiusių žmonių turi aukštąjį išsilavinimą.

Beveik trys ketvirtadaliai respondentų yra dirbantys (74,1 proc.) ir gyvena mieste (71,8 proc.), t. y. gyvenvietėje, turinčioje > 3000 gyventojų. Ketvirtadalis yra bedarbiai (25,9 proc.) ir gyvena miestelyje, kur gyventojų 500–3000 (10,4 proc.), ar < 500 gyventojų turinčiame kaime (17,8 proc.).

Respondentų buvo prašoma nurodyti, kokių žalingų įpročių jie turi. Tada buvo siekiama išsiaiškinti, kurie jų gali būti laikomi ŠKL rizikos veiksniais. Statistiškai reikšmingi veiksniai yra alkoholio vartojimas ($OR = 1,61$; 95 proc. PI: 1,12–2,32; $p = 0,010$) ir patiriamas stresas ($OR = 1,85$; 95 proc. PI: 1,33–2,57; $p < 0,001$). Netinkama mityba rodė tendenciją didinti ŠKL riziką ($OR = 1,37$; 95 proc. PI: 0,99–1,91; $p = 0,057$), tačiau reikšmingumo riba nebuvo pasiekta. Rūkymo, narkotikų vartojimo bei mažo fizinio aktyvumo statistiškai reikšmingų sąsajų su ŠKL nerasta.

Nustatyti šie su didesne ŠKL rizika susiję sociodemografiniai rodikliai: amžius ($OR = 11,77$; 95 proc. PI: 7,85–17,67; $p < 0,001$), vyriškoji lytis ($OR = 1,89$; 95 proc. PI: 1,34–2,67; $p < 0,001$) ir profesinis išsilavinimas ($OR = 1,74$; 95 proc. PI: 1,10–2,77; $p = 0,018$).

Analizuotos sąsajos tarp nustatytų rizikos veiksnių ir sociodemografinių rodiklių. Svarbiausi rodikliai, susiję su streso patyrimu: amžius – vyresniems asmenims tikimybė patirti stresą buvo mažesnė ($OR = 0,99$; 95 proc. PI: 0,98–0,99; $p < 0,001$); išsilavinimas – vidurinį išsilavinimą turintys asmenys dažniau patyrė stresą nei turintys aukštąjį išsilavinimą ($OR = 1,37$; 95 proc. PI: 1,05–1,79; $p = 0,019$); gyvenamoji vieta – gyvenimas mieste ($OR = 1,58$; 95 proc. PI: 1,21–2,06; $p = 0,001$) ar miestelyje ($OR = 1,56$; 95 proc. PI: 1,08–2,24; $p = 0,017$) buvo susijęs su didesne streso rizika, palyginti su gyvenimu kaime.

Taip pat vienas iš alkoholio vartojimo rizikos veiksnių yra amžius (didėjant amžiui tikimybė vartoti alkoholį mažėjo ($OR = 0,98$; 95 proc. PI: 0,97–0,98; $p < 0,001$) ir lytis – tikimybė vartoti alkoholį tarp vyrų buvo beveik 2,1 karto didesnė nei tarp moterų ($OR = 2,11$; 95 proc. PI: 1,58–2,80; $p < 0,001$).

REZULTATŲ APTARIMAS

Alkoholio vartojimas yra vienas svarbiausių rizikos veiksnių, turinčių įtakos įvairiems sveikatos sutrikimams. Epidemiologiniai tyrimai pastaraisiais dešimtmečiais rodo, kad alkoholio poveikis ŠKL yra

sudėtingas ir kartais prieštaringas: saikingas vartojimas kai kuriais atvejais siejamas su mažesne išeminės širdies ligos rizika, tačiau didesnis suvartojamo alkoholio kiekis padidina insulto, hipertenzijos, aritmijų ir širdies nepakankamumo tikimybę [8]. Atlikta duomenų analizė taip pat parodė, kad alkoholį vartojantys asmenys turi didesnę tikimybę susirgti ŠKL. Ypač svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad nors alkoholio vartojimas Lietuvoje pastaraisiais metais mažėja (2024 m. duomenimis, jis buvo mažiausias per pastarąjį dešimtmetį), su alkoholiu susijusių ligų ir mirčių skaičius vis dar išlieka aukštas [9]. Remiantis tyrimo duomenimis, didžiausią rizikos grupę sudaro jauni vyrai, turintys didesnę polinkį vartoti alkoholį ir kartu riziką sirgti kardiovaskulinėmis ligomis.

Stresas, tyrime nustatytas kaip dar vienas ŠKL rizikos veiksnys, taip pat daug metų nagrinėjamas dėl jam būdingo „streso hormonų“ norepinefrino, epinefrino ir kortizolio poveikio organizmui. Remiantis sisteminių apžvalgų ir metaanalizių duomenimis, asmenims, patiriantiems daugiau streso, ŠKL rizika yra didesnė nei tiems, kurių streso lygis žemesnis [10]. Tačiau tyrimų, kurie nagrinėtų, kurios gyventojų grupės yra labiausiai linkusios patirti stresą, vis dar nedaug. 2020 m. 26 šalyse atlikta analizė atskleidė, kad didesnis streso lygis buvo susijęs su jaunesniu amžiumi, moteriškąja lytimi ir žemesniu išsilavinimo lygiu [11]. Surinkti Lietuvoje gyvenančių žmonių duomenys atskleidė panašius rezultatus – jaunesni asmenys ir vidurinį išsilavinimą turintys asmenys linkę patirti didesnę streso lygį.

Tokie sociodemografiniai rodikliai kaip amžius ir vyriškoji lytis turėjo statistiškai reikšmingą sąsają su ŠKL

rizika, todėl, kaip įvardija Pasaulio sveikatos organizacija (angl. *World Health Organisation*, WHO), gali būti laikomi nemodifikuojamais ŠKL rizikos veiksniais [5]. Įdomu, jog profesinis išsilavinimas buvo susijęs su statistiškai reikšmingai didesne ŠKL rizika, palyginti su aukštuoju išsilavinimu. 2024 m. atliktas tyrimas taip pat parodė, kad žemesnis išsilavinimas siejosi su didesne viso gyvenimo ŠKL rizika suaugusiųjų amžiuje, o aukštesnis išsilavinimas buvo susijęs su sveikesniu ilgaamžiškumu [12].

APIBENDRINIMAS

Tyrimo rezultatai parodė, kad su didesne ŠKL rizika statistiškai reikšmingai susiję žalingi įpročiai yra alkoholio vartojimas ir stresas, o netinkama mityba rodė rizikos didėjimo tendenciją. Iš sociodemografinių veiksnių statistiškai reikšmingą sąsają su padidėjusia ŠKL rizika turėjo vyresnis amžius, vyriškoji lytis ir profesinis išsilavinimas. Analizuojant sąsajas paaiškėjo, kad stresas dažniau pasireiškė jaunesniems, vidurinį išsilavinimą turintiems ir miestuose ar miesteliuose gyvenantiems asmenims, o alkoholio vartojimas labiau siejosi su vyriškąja lytimi ir jaunesnio amžiaus respondентаis. Šie rezultatai pabrėžia individualios prevencijos svarbą – šeimos gydytojas, įvertinęs paciento rizikos veiksnius, turi skatinti gyvenimo būdo korekcijas, o paties asmens požiūris ir motyvacija yra lemiami siekiant sumažinti ŠKL riziką. Ankstyvas rizikos veiksnių atpažinimas ir jų valdymas gali padėti išvengti arba atitolinti ŠKL išsivystymą.

Straipsnis gautas 2025-09-11, priimtas 2025-11-05

Literatūra

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Sep 14]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
2. Lietuvos širdies asociacija. Širdies ligų prevencija [Internet]. Vilnius: Lietuvos širdies asociacija; [cited 2025 Sep 14]. Available from: <https://heart.lt/sirdies-ligu-prevencija/>
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo [Internet]. Vilnius: Sveikatos apsaugos ministerija; 2005 [cited 2025 Sep 14]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.989A59214850/asr>
4. European Society of Cardiology. HeartScore® [Internet]. [cited 2025 Sep 14]. Available from: <https://heartscore.escardio.org/Calculate/quickcalculator.aspx?model=veryhigh>
5. World Health Organization. Know Your Cardiovascular Disease Risk: Take Action! [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Sep 14]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/ncd/booklet-know-your-cardiovascular-disease-risk-take-action.pdf?sfvrsn=6b0b5d80_2
6. Streel S. Socioeconomic impact on the prevalence of cardiovascular risk factors: the NESCaV study. *BioMed Res Int*. 2015;2015:580849. Available from: <https://doi.org/10.1155/2015/580849>
7. Martens LG, van Hamersveld D, le Cessie S, Willems van Dijk K, van Heemst D, Noordam R. The impact of sociodemographic status on the association of classical cardiovascular risk factors with coronary artery disease: a stratified Mendelian randomization study. *J Clin Epidemiol*. 2023 Oct;162:56–62. DOI:10.1016/j.jclinepi.2023.07.009. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37500025/>
8. Roerecke M. Alcohol's impact on the cardiovascular system. *Nutrients*. 2021;13(10):3419. DOI:10.3390/nu13103419. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8540436/>
9. Valstybės duomenų agentūra. Presentation of Indicators on Alcohol and Tobacco Consumption and Consequences thereof, 2024 [Internet]. Vilnius: Statistics Lithuania; [cited 2025 Sep 14]. Available from: <https://vda.lrv.lt/en/news/presentation-of-indicators-on-alcohol-and-tobacco-consumption-and-consequences-thereof-2024/>
10. Tsai SY, Lee YJ, Chen YH, et al. Association of stress hormones and the risk of cardiovascular diseases: a population-based study. *J Clin Med*. 2024;13(3):709. DOI:10.1016/j.jclinepi.2024.01.004. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772487524000709>
11. Kowal M, Coll-Martín T, Ikizer G, et al. Who is the most stressed during the COVID-19 pandemic? Data from 26 countries and areas. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2020;12(4):946–66. DOI:10.1111/aphw.12234. Available from: <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aphw.12234>
12. Magnani JW, Ning H, Wilkins JT, Lloyd-Jones DM, Allen NB. Educational attainment and lifetime risk of cardiovascular disease. *JAMA Cardiol*. 2024;9(1):45–54. DOI:10.1001/jamacardio.2023.3990. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37910110/>

FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES AND THEIR ASSOCIATIONS WITH SOCIODEMOGRAPHIC INDICATORS

Greta Kuveikaitė¹, Laura Nedzinskienė², Renata Giliun³, Paulius Subačius⁴, Jekaterina Bortkevič³

¹Faculty of Medicine, Vilnius University, ²Faculty of Medicine, Vilnius University, Institute of Biomedical Sciences, Department of Anatomy, Histology and Anthropology, ³Department of Nursing, Faculty of Medicine, Vilnius University, ⁴Faculty of Mathematics and Informatics

SUMMARY

The Aim. To assess the risk factors for cardiovascular diseases and examine their associations with sociodemographic indicators.

Methods. An analytical cross-sectional study was conducted from January 29 to July 30, 2025. Data were collected using an anonymous online survey. The study included 1,060 adults (18 years and older) residing in Lithuania. The questionnaire was created on the Google Forms platform and distributed via social media. It consisted of 18 questions regarding sociodemographic characteristics, lifestyle, health status, and medication use.

Results. The study results showed that higher CVD risk was statistically significantly associated with alcohol consumption ($p = 0.010$) and stress ($p < 0.001$). Unhealthy diet demonstrated only a tendency toward increased risk ($p = 0.057$), while smoking, drug use, and low physical activity were not significantly related to CVD. Among sociodemographic factors, higher CVD risk was associated with age ($p < 0.001$), male sex ($p < 0.001$), and vocational education ($p = 0.018$). Stress was more likely to be experienced by younger individuals ($p < 0.001$), those with secondary education ($p = 0.019$), and people living in cities ($p = 0.001$) or towns ($p = 0.017$).

The likelihood of alcohol consumption decreased with age ($p < 0.001$), but men were 2.1 times more likely to consume alcohol compared to women ($p < 0.001$).

Conclusions. The study showed that higher CVD risk was most strongly associated with alcohol consumption and stress, while among sociodemographic factors, older age, male sex, and vocational education had a significant impact. Stress was more frequently experienced by younger individuals, those with secondary education, and people living in cities or towns, whereas alcohol consumption was more prevalent among men and younger respondents.

Keywords. risk factors for cardiovascular diseases, sociodemographic indicators.

Correspondence to Laura Nedzinskienė
Vilnius University Faculty of Medicine
M. K. Čiurlionio str. 21/27
LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: laura.nedzinskiene@mf.vu.lt

Received 11 September 2025, accepted 5 November 2025

KOMUNIKACIJA TARP SLAUGYTOJO IR PACIENTO NAUDOJANT INFORMACINĖS TECHNOLOGIJAS

Jorė Noreikaitė¹, Renata Giliun²

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, ²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

SANTRAUKA

Komunikacija tarp slaugytojo ir paciento yra neatsiejama slaugos proceso dalis, užtikrinanti kokybišką priežiūrą ir teikiamų slaugos paslaugų efektyvumą. Šiuolaikiniame slaugos modelyje vis plačiau taikomos informacinės komunikacinės technologijos, padedančios užtikrinti tikslią ir operatyvią informacijos sklaidą bei sklandų bendravimą su pacientu.

Tyrimo tikslas – įvertinti komunikaciją tarp slaugytojo ir paciento naudojant informacines technologijas.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Tyrimo tipas – kiekybinis. Naudotas instrumentas – struktūrizuotas klausimynas, skirtas vertinti komunikaciją tarp slaugytojo ir paciento, naudojant informacines technologijas. Klausimai pateikti pagal Likerto skalę. Naudojant Paniotto formulę, apskaičiuota tyrimo imtis – 394 slaugytojai. Tyrimo duomenys buvo renkami Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose, įvairiuose skyriuose, išdalijant anonimes popierines anketas.

Rezultatai. Atliekant tyrimo rezultatų analizę pagal vidurkius ir standartinius nuokrypius nustatyta, kad didžioji dalis respondentų teigiamai įvertino elektroninių medicininių įrašų naudojimą slaugos praktikoje dėl palengvinto darbo proceso, paprastos prieigos prie paciento informacijos bet kuriuo metu, bet kurioje darbo vietoje. Pagrindiniai technologijų diegimo iššūkiai – didelė technologijų kaina, kompiuterinių žinių trūkumas, asmens duomenų saugumo problemos, sumažėjęs specialisto ir paciento bendravimas. Respondentai išskyrė informacinių technologijų privalumus – gerėja gydymo kokybė, paciento informacija lengvai randama, sumažėja duomenų įvedimo klaidų.

Išvados. Didžioji dalis slaugytojų teigiamai vertina technologijų integraciją į slaugos praktiką, nes ji prisideda prie darbo proceso efektyvumo didinimo, užtikrina lengvai perprantamą sistemų naudojimą bei sudaro sąlygas operatyviai pasiekti paciento informaciją nepriklausomai nuo darbo vietos ar laiko. Technologijų integracija į slaugos praktiką sudaro prielaidas efektyvesnei slaugytojo ir paciento komunikacijai, mažina duomenų įvedimo klaidų skaičių bei optimizuoja informacijos apdorojimą. Slaugos praktikoje technologijų diegimą riboja tokie iššūkiai kaip didelės įrangos sąnaudos, asmens duomenų saugumo klausimai ir informacinio raštingumo trūkumas, kurie gali turėti neigiamą poveikį slaugytojo ir paciento tiesioginiam bendravimui.

Reikšminiai žodžiai: nuotolinė slauga, nuotolinė sveikatos priežiūra, sveikatos informacinės technologijos, telemedicina.

ĮVADAS

Komunikacija tarp slaugytojo ir paciento – esminis slaugos proceso įrankis, leidžiantis siekti aukščiausių sveikatos priežiūros paslaugų rezultatų, patenkinant pacientų lūkesčius [1]. Efektyvi komunikacija leidžia užmegzti tarp slaugytojo ir paciento ryšį, kuris padeda priimti medicininius sprendimus. Glaudus santykis su slaugytoju didina pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis ir gerina klinikinius rezultatus,

teigiamai veikdamas slaugos paslaugų kokybės kriterijus [2]. Siekiant palengvinti komunikaciją ir pacientų priežiūrą, informacijos perdavimą, vis dažniau į slau-

Adresas susirašinėti: Renata Giliun
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
El. p. renata.giliun@mf.vu.lt

gos praktiką yra įtraukiamos sparčiai tobulėjančios informacinės technologijos [3]. Naudojant informacines technologijas pacientai aktyviai įsitraukia į slaugos procesą ir turi galimybę lengvai pasiekti savo sveikatos informaciją, registruotą informacinėse sistemose [4]. Technologijos ir medicina sparčiai žengia į ateitį kartu, todėl svarbu nagrinėti šią temą – kokie privatumai ir iššūkiai atsiranda naudojant technologijas komunikuojant su pacientu, nes sveikatos priežiūros įstaigos ne iki galo išnaudoja technologinių priemonių potencialą [5]. Informacinio raštingumo įgūdžiai, įgyti virtualiai bendraujant tarpusavyje slaugos studijų metu, leidžia lengviau prisitaikyti prie informacinių technologijų naudojimo klinikinėje praktikoje [6]. Vis dėlto šiuo metu sveikatos įstaigos susiduria su sunkumais diegiant informacines komunikacines technologijas vyresnio amžiaus slaugytojų kolektyvuose dėl personalo informacinio raštingumo trūkumo. Slaugytojams kyla iššūkių prisitaikant prie tobulėjančio slaugos proceso [7]. Sveikatos priežiūroje technologijos diegiamos siekiant palengvinti bendravimą tarp slaugytojo ir paciento bei kitų komandos narių, o tokios kliūtys kaip kvalifikuotų slaugytojų trūkumas, slaugytojų pasipriešinimas naudoti technologijas, informacinio raštingumo trūkumas stabdo technologijų plėtrą sveikatos įstaigose [8]. Todėl svarbu nuolat atnaujinti slaugytojų kompetencijas, suteikti bazinių informacinio raštingumo žinių, integruojant informacines technologijas į slaugos studijų procesą, kad įgyti įgūdžiai būtų panaudojami slaugos klinikinėje praktikoje ir padėtų slaugos specialistams tobulėti kartu su informacinėmis technologijomis. Svarbu nagrinėti šią temą, kad nustatytume, kaip efektyvus informacinių technologijų diegimas slaugos procese galėtų palengvinti slaugytojų komunikaciją su pacientais ir pagerintų teikiamų medicininių paslaugų kokybę. Tyrimo tikslas – įvertinti komunikaciją tarp slaugytojo ir paciento naudojant informacines technologijas.

MEDŽIAGA IR METODAI

Lietuvos akreditavimo tarnybos 2024 m. spalio mėn. duomenimis, šalyje buvo licencijuota 26 060 slaugos specialistų. Remiantis šiais duomenimis buvo apskaičiuota tyrimo imtis – 394 slaugytojai. Buvo atlikta anoniminė anketinė apklausa naudojant struktūrizuotą *Iyanu Oluwa Orefo Ojo* ir *Bakheet Aldosari* klausimyną,

kurį sudaro 2 dalys ir 39 uždaro tipo klausimai: socio-demografiniai klausimai (amžius, lytis, darbo stažas, kompiuterio naudojimo darbe trukmė, kompiuterinio raštingumo lygis, ar baigti formalūs kompiuterinio raštingumo mokymai), kiti informacinių bei komunikacinių technologijų naudojimą darbinėje aplinkoje, tai lemiančius veiksnius bei naudojimo privalumus ir trūkumus atspindintys klausimai. Klausimų vertinimai pateikti pagal Likerto skalę (nuo 1 – „visiškai nesutinku“ iki 5 – „visiškai sutinku“). Tyrimas buvo atliekamas 2024 m. gruodžio mėn. – 2025 m. vasario mėn. Tyrimo duomenys buvo renkami Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose, įvairiuose skyriuose, slaugytojams išdalijant anketas. Dalyvių įtraukimo kriterijai: sveikatos priežiūros specialistai, savu noru sutikę dalyvauti tyrime, mokantys lietuvių kalbą. Iš 394 išdalytų anketų atgautos 387, užtikrinant 98 proc. grįžtamumą. Todėl galutinė tyrimo imtis buvo 387 slaugytojai.

Tyrimas buvo atliekamas griežtai laikantis etikos reikalavimų. Buvo užtikrintas tiriamųjų asmenų duomenų konfidencialumas ir anonimiškumas. Visi respondentai buvo informuoti apie tyrimo tikslą, duomenų saugojimą, jiems buvo suteikta teisė atsisakyti dalyvauti tyrime.

Tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant programas *Microsoft Office Excel 365*, *Microsoft Office Word 365* ir *IBM SPSS Statistics for Windows*. Atliekant analizę taikyti aprašomosios statistikos metodai – apskaičiuoti veiksnių dažniai, vidurkiai. Statistinėms hipotezėms tikrinti naudotas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

REZULTATAI

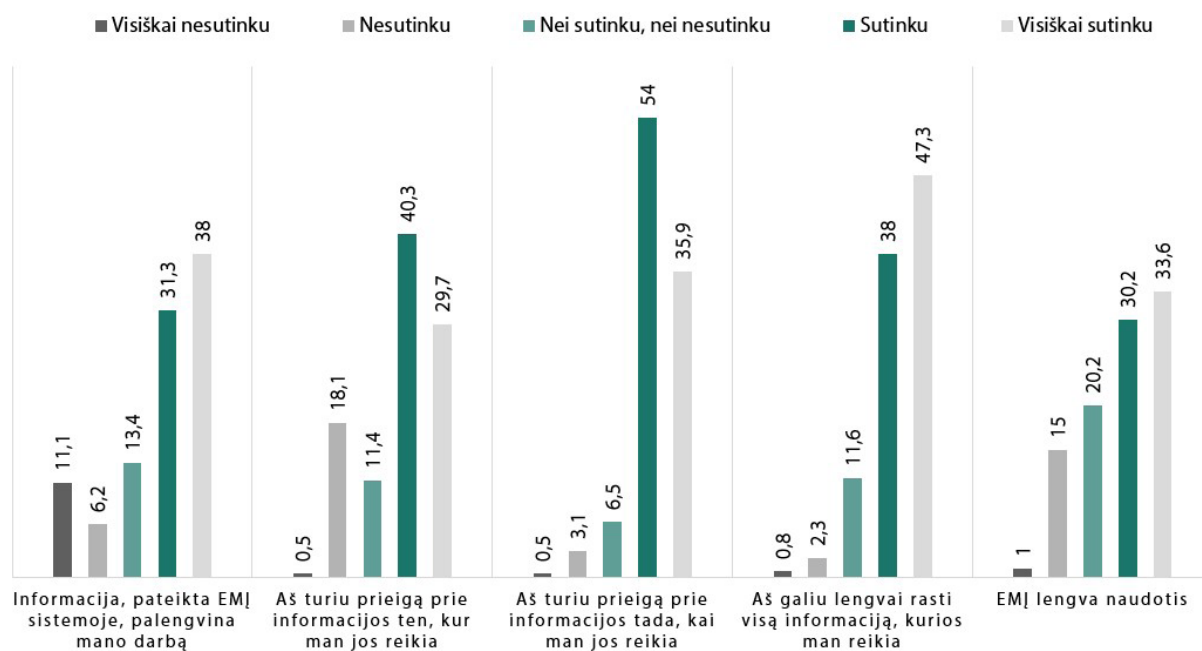
Tyrime dalyvavo 387 respondentai. Didžiausią respondentų amžiaus grupę sudarė 50–59 metų respondentai (29,7 proc.), daugumą respondentų sudarė moterys (98,2 proc.). Daugiau nei pusė (51,2 proc.) respondentų buvo įgiję aukštesnįjį, aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą, mažiausią dalį (12,9 proc.) sudarė respondentai, turintys magistro laipsnį. Beveik trečdalis (29,2 proc.) respondentų turėjo daugiau nei 24 metų slaugos praktikos patirties. Daugiau nei pusė (55,6 proc.) slaugytojų ligoninėje kompiuteriu naudojo 5–9 metus. 38 proc. respondentų kompiuterinio raštingumo lygis buvo puikus, 56,3 proc. nebuvo baigę formalių kompiuterinio raštingumo mokymų (1 lentelė).

1 lentelė. Slaugytojų charakteristika

Sociodemografiniai rodikliai		n = 387	Proc.
Amžius	20–29	64	16,5
	30–39	61	15,8
	40–49	66	17,1
	50–59	115	29,7
	Daugiau nei 60	81	20,9
Lytis	Moteris	380	98,2
	Vyras	7	1,8
	Kita	0	0
Išsilavinimas	Aukštesnysis, aukštasis neuniversitetinis	198	51,2
	Bakalauro laipsnis	139	35,9
	Magistro laipsnis	50	12,9
Slaugos praktikos patirtis	Mažiau nei 5 metai	53	13,7
	6–10 metų	82	21,2
	11–15 metų	31	8,00
	16–20 metų	18	4,7
	21–25 metai	90	23,3
	Daugiau nei 24 metai	113	29,2
TEIGINIAI			
Kompiuterio naudojimo trukmė gydymo įstaigoje	Mažiau nei 1 metai	0	0
	1–2 metai	32	8,3
	3–4 metai	140	36,2
	5–9 metai	215	55,6
Kompiuterinio raštingumo lygis	Žemas	117	30,2
	Vidutinis	123	31,8
	Puikus	147	38,0
Ar baigti formalūs kompiuterinio raštingumo mokymai?	Taip	169	43,7
	Ne	218	56,3

Analizuojant tyrimo rezultatus išskirti penki svarbiausi teiginiai, reprezentuojantys teigiamą slaugytojų požiūrį ir patirtį į elektroninių medicininių įrašų naudojimą informacinėse sistemose. Daugiausia pritarimo sulaukė teiginys „Aš turiu prieigą prie informacijos tada, kai man jos reikia“ – 54 proc. respondentų su tuo sutiko, o tik 0,5 proc. visiškai nesutiko. Galima teigti, kad labai maža dalis specialistų susiduria su informacijos prieinamumo trūkumu. Su teiginiu „Aš galiu lengvai rasti visą informaciją, kurios man reikia“ visiškai sutiko net 47,3 proc. dalyvių. Tai rodo, kad naudoti elektroninių medicininių įrašų (EMI) sistemas kasdieniame darbe yra lengva. Teiginiui „Aš turiu prieigą prie informacijos ten, kur man jos reikia“ pritarė 40,3 proc. respondentų, o 0,5 proc. jam visiškai nepritarė. Tai išryškina sistemų funkcionalumą

ir galimybę pasiekti duomenis įvairiose darbo vietose. Su teiginiu „Informacija, pateikta EMI sistemoje, palengvina mano darbą“ visiškai sutiko 38 proc. respondentų, o nesutiko 6,2 proc. respondentų. Tai rodo, kad didžiąjai daliai slaugytojų informacinės sistemos padeda kasdieniame darbe, tačiau daliai jų sukelia iššūkių. Mažiausiai pritarimo sulaukė teiginys „EMI lengva naudotis“ – su juo visiškai sutiko 33,6 proc. respondentų, o 1 proc. visiškai nesutiko. Išryškėjo skirtingi darbuotojų skaitmeninio raštingumo įgūdžiai. Respondentai įvardijo, kad reikšmingiausi informacinių sistemų privalumai – lengva rasti informaciją bet kuriuo metu iš bet kurios darbo vietos. Informacinės sistemos daugumai darbuotojų palengvina darbo procesus, padeda taupyti laiką ir efektyviau atlikti slaugos užduotis (1 pav.).



1 pav. Technologijų panaudojimo patirtys komunikuojant (proc.)

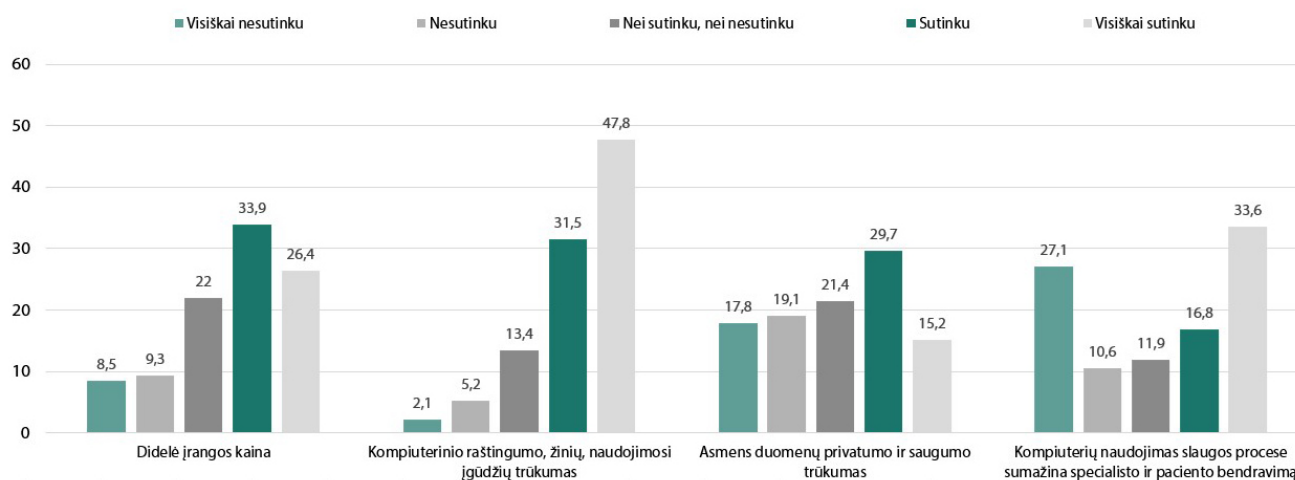
Gauti rezultatai leidžia nustatyti informacinių technologijų trūkumus, trukdančius plėtoti informacinių technologijų naudojimą komunikuojant su pacientu. Išanalizavus rezultatus nustatyta, kad vienas reikšmingiausių teiginių buvo „Kompiuterinio raštingumo, žinių, naudojimosi įgūdžių trūkumas“. Su šiuo teiginiu visiškai sutiko 47,8 proc. respondentų ir tik 2,1 proc. visiškai nesutiko. Tai rodo, kad informacinio raštingumo trūkumas yra pagrindinė kliūtis efektyviai diegti informacines technologijas komunikuojant su pacientais. Trečdalis (33,9 proc.) slaugytojų sutiko, kad didelė technologijų kaina neigiamai veikia informacinių komunikacinių technologijų diegimą, tačiau 8,5 proc. visiškai nesutiko, kad finansai yra esminė šių technologijų diegimo problema. Su teiginiu „Kompiuterių naudojimas slaugos procese sumažina specialisto ir paciento bendravimą“ sutiko trečdalis (33,6 proc.) respondentų ir mažiau nei trečdalis (27,1 proc.) su tuo visiškai nesutiko. 29,7 proc. respondentų sutiko su teiginiu, kad asmens duomenų privatumo ir saugumo trūkumas yra reikšmingas technologijų trūkumas, tačiau beveik penktadalis (17,8 proc.) su tuo visiškai nesutiko. Rezultatai atskleidė skirtingą požiūrį į duomenų saugumo svarbą, kurį gali lemti nevienodas saugumo standartas sveikatos priežiūros įstaigose (2 pav.).

Bendras rezultatų vertinimas rodo, kad svarbiausias veiksnys, ribojantis informacinių technologijų taiky-

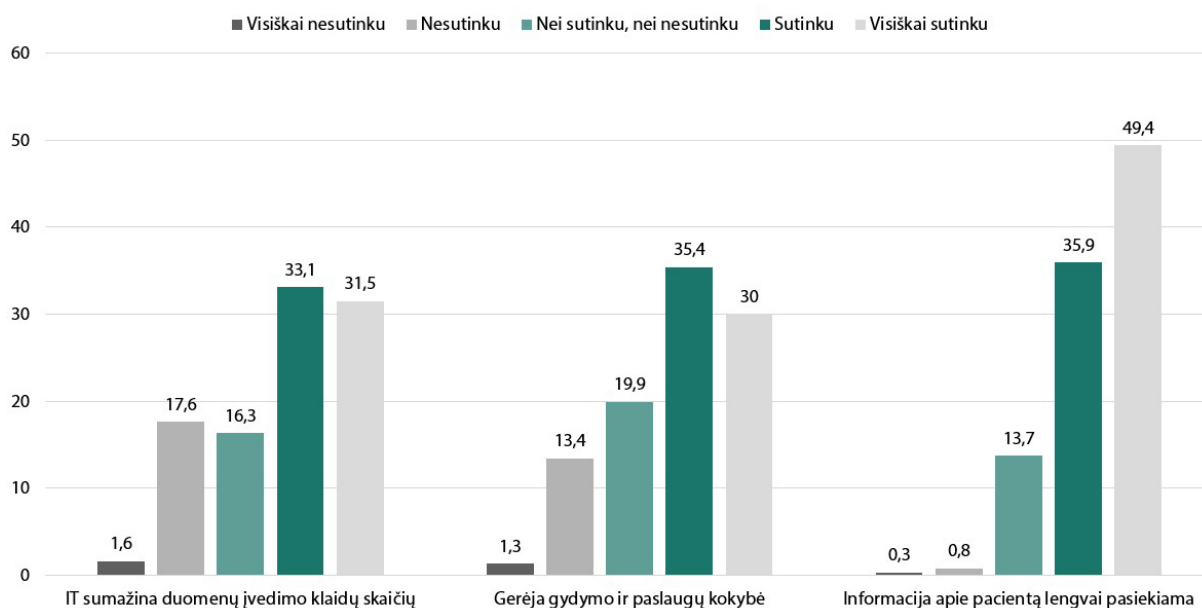
mą slaugytojo ir paciento komunikacijoje, yra kompiuterinių žinių ir įgūdžių stoka. Išryškėjo, kad didelė technologinės įrangos kaina yra reikšmingas iššūkis diegiant informacines sistemas į kasdienę slaugos praktiką. Be to, yra svarbus ir daliai slaugytojų kelia susirūpinimą asmens duomenų saugumo klausimas, bet jis vertinamas skirtingai. Tai gali lemti nevienodi gydymo įstaigų saugumo standartai ir skirtingas slaugytojų supratimas apie duomenų apsaugos sistemas bei jų veiksmingumą.

Vertinant tyrimo rezultatus išryškėjo informacinių technologijų naudojimo privalumai komunikuojant su pacientais. Daugiausia pritarimo sulaukė teiginys „Informacija apie pacientą lengvai pasiekama“ – net 49,4 proc. respondentų su tuo visiškai sutiko, o tik 0,3 proc. visiškai nesutiko. Informacinės technologijos leidžia slaugytojams greitai ir tiksliai pasiekti informaciją apie pacientą ir užtikrinti sklandų slaugos komunikacijos procesą. Daugiau nei trečdalis (35,4 proc.) tyrime dalyvavusių slaugytojų sutiko, kad technologijų naudojimas komunikacijoje gerina gydymo ir paslaugų kokybę, o 1,3 proc. visiškai nesutiko su tuo. 33,1 proc. respondentų sutiko, kad technologijos sumažina klaidų riziką ir neteisingų duomenų pateikimą, 1,6 proc. visiškai nesutiko, kad sistemos turi tam tikrų trūkumų (3 pav.).

Dauguma respondentų teigiamai įvertino įvairių technologijų naudojimą tam tikroms užduotims atlikti.



2 pav. Respondentų nuomonės apie informacinių technologijų trūkumus komunikuojant su pacientais pasiskirstymas (proc.)



3 pav. Respondentų nuomonių apie informacinių technologijų privalumus pasiskirstymas (proc.)

Apklausos rezultatai parodė, kad, slaugytojų many-mu, technologijos pirmiausia turėtų būti naudojamos slaugos dokumentacijos procesuose ir renkant paci-entų istorijų duomenis.

REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad dauguma slaugytojų palankiai vertina informacinių technologijų naudo-jimą komunikuojant su pacientais. 2022 m. Taivane Chang M-Y ir kolegės taip pat panašiai nustatė, kad slaugytojos teigiamai vertino technologijų integravi-

mą į nuotolinę sveikatos priežiūrą [9]. 2023 m. Jung-tiniuose Arabų Emyratuose atliktas tyrimas parodė, kad 81,1 proc. slaugytojų palankiai vertina elektro-ninius sveikatos įrašus komunikuojant su pacientais [10]. Pietų Afrikos Respublikoje 2022 m. trys ketvirta-daliai respondentų pritarė technologijų naudojimui, o 78,5 proc. teigė, kad jos palengvina komunikaciją [11]. Palankus požiūris siejamas su patogiu EMĮ naudojimui, greita prieiga prie paciento duomenų ir administraci-nių užduočių atlikimo efektyvumu. Hesamedin Askari Majdabad ir kt. pabrėžė, kad Irane informacinės siste-

mos leidžia lengvai pasiekti informaciją apie pacientą [12]. Turkijoje 2023 m. atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad EMĮ padeda sumažinti administracinę naštą slaugytojams [13]. Tačiau respondentai išryškino ir trūkumus: informacinių įgūdžių stoką, didelę įrangos kainą, abejones dėl duomenų saugumo bei sumažėjusį tiesioginį kontaktą su pacientu. 2022 m. Jungtinėje Karalystėje atlikto tyrimo rezultatai sutapo su mūsų tyrimo gautais duomenimis, o Kang ir kt. atkreipė dėmesį į tiriamųjų nepasitikėjimą savo žiniomis ir duomenų saugumu [14, 15]. 2022 m. Nigerijoje atliktame tyrime nurodoma įrangos kaina kaip kliūtis efektyviai diegti sistemas kasdienėje praktikoje [16], šis veiksnys išryškėjo ir mūsų tyrime. Tyrimų rezultatai taip pat parodė, kad technologijos gerina gydymo kokybę, mažina duomenų klaidas ir palengvina prieigą prie paciento informacijos. Janita F. J. Vos Nyderlanduose pabrėžė geresnį bendradarbiavimą tarp specialistų [17], Satu Paatela Suomijoje išryškino didesnę įrašų tikslumą naudojant mobiliuosius įrenginius, o Giacomo Scaioli Italijoje nustatė teigiamą technologijų poveikį sveikatos priežiūrai [18, 19].

Lietuvoje slaugytojų požiūris į technologijų naudojimą buvo šiek tiek kritiškesnis nei užsienyje. Kadangi Lietuvoje atlikta nedaug panašių tyrimų, svarbu tęsti komunikacinių informacinių technologijų panaudojimo slaugos procese tyrimus, atkreipiant dėmesį į jų teigiamus ir neigiamus aspektus bei ateities technologines galimybes.

APIBENDRINIMAS

Apibendrinant galima teigti, kad didžioji dalis respondentų teigiamai įvertino elektroninių medicininių įrašų sistemas. Tyrimo duomenų analizė atskleidė pagrindi-

nus informacinių technologijų privalumus, susijusius su komunikacija tarp slaugytojo ir paciento bei paciento elektroninių medicininių įrašų tvarkymu. Informacinės technologijos užtikrina greitą ir patogią prieigą prie išsamios paciento sveikatos informacijos, leidžiančios tiksliau įvertinti jo būklę ir pateikti tikslingą informaciją, o tai prisideda prie efektyvesnės komunikacijos. Be to, technologijų taikymas gerina paslaugų kokybę, nes mažina duomenų įvedimo klaidų riziką ir užtikrina nuoseklesnį paciento duomenų tvarkymą. Taip pat šiuolaikinės informacinės sistemos padeda optimizuoti darbo procesus, taupo laiką ir prisideda prie darbo efektyvumo didinimo slaugos praktikoje. Sveikatos priežiūros specialistai pabrėžė šių sistemų paprastumą ir lengvą bei patogų pritaikymą kasdieniame slaugos procese. Taip pat tyrimo rezultatai atskleidė svarbius informacinių technologijų taikymo trūkumus, galinčius neigiamai paveikti slaugytojo ir paciento komunikaciją bei paciento duomenų tvarkymą. Viena pagrindinių problemų – nepakankamas slaugytojų kompiuterinis raštingumas ir žinių trūkumas, keliantis sunkumų efektyviai naudotis informacinėmis sistemomis. Taip pat išryškėjo infrastruktūriniai barjerai: didelė technologinės įrangos kaina bei riboti gydymo įstaigų ištekliai apriboja galimybes diegti modernias komunikacijos sistemas. Be to, slaugytojai išreiškė susirūpinimą dėl pacientų duomenų saugumo ir privatumo užtikrinimo, o tai gali mažinti pacientų pasitikėjimą ir bloginti bendravimo kokybę. Galiausiai pažymėta, kad informacinių technologijų taikymas, nors ir efektyvus, mažina tiesioginį, asmeninį slaugytojo kontaktą su pacientu, kuris slaugos procese išlieka ypač reikšmingas.

Straipsnis gautas 2025-07-06, priimtas 2025-09-02

Literatūra

1. Alshalawi S, Aljedaani S, Fintyanh D, Salim S, Fairaq W, Refaei S. The effect of nurse-patient communication on patient satisfaction in the emergency department. *J Nurs Midwifery Sci*. 2025;12(1):e158740. DOI:10.5812/jnms-158740.
2. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: A rapid review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):1–14. DOI:10.1186/s12913-023-09869-8.
3. Alshammari MH, Alenezi A. Nursing workforce competencies and job satisfaction: the role of technology integration, self-efficacy, social support, and prior experience. *BMC Nurs*. 2023;22(1). DOI:10.1186/s12912-023-01474-8.
4. Šimkevičiūtė E, Stirblienė J, Istomina N. Informacinių technologijų naudojimo sąsajos. *Sveikatos mokslai*. 2023;33(2):179–184. DOI:10.35988/sm-hs.2023.071.
5. Alexander KE, Ogle T, Hoberg H, Linley L, Bradford N. Patient preferences for using technology in communication about symptoms post hospital discharge. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1). DOI:10.1186/s12913-021-06119-7.
6. Gause G, Mokgaola IO, Rakhudu MA. Technology usage for teaching and learning in nursing education: An integrative review. *Curationis*. 2022;45(1):2261. DOI:10.4102/curationis.v45i1.2261.
7. Nashwan AJ, Cabrega JA, Othman MI, Khedr MA, Osman YM, El-Ashry AM, et al. The evolving role of nursing informatics in the era of artificial intelligence. *Int Nurs Rev*. 2025;72(1). DOI:10.1111/inr.13084.
8. Hashemi N, Malekzadeh S, Hashemi NS, Sheikhtaheri A. Nurses' viewpoints on barriers and facilitators to use hospital information systems. *Stud Health Technol Inform*. 2020;271:145–152. DOI:10.3233/SHTI200090.
9. Chang MY, Kuo FL, Lin TR, Li CC, Lee TY. The intention and influence factors of nurses' participation in telenursing. *Informatics*. 2021;8(2):35. DOI:10.3390/informatics8020035.
10. Alrasheeday AM, Alshammari B, Alkubati SA, Pasay-an E, Albloushi M, Alshammari AM. Nurses' attitudes and factors affecting use of electronic health record in Saudi Arabia. *Healthcare*. 2023;11(17):2393. DOI:10.3390/healthcare11172393.
11. Bimerew M, Chipps J. Perceived technology use, attitudes, and barriers among primary care nurses. *Health SA Gesondheid*. 2022;27:2056. DOI:10.4102/hsag.v27i0.2056.
12. Askari-Majdabadi H, Valinejadi A, Mohammadpour A, Bouraghi H, Abbasy Z, Alaei S. Use of health information technology in patients care management: a mixed methods study in Iran. *Acta Inform Med*. 2019;27(5):311–317. DOI:10.5455/aim.2019.27.311-317.
13. Yilmaztürk N, Köse İ, Cece S. The effect of digitalization of nursing forms in ICUs on time and cost. *BMC Nurs*. 2023;22(1). DOI:10.1186/s12912-023-01333-6.
14. Johnston C, Butcher D, Aveyard H. An integrative review exploring the impact of electronic health records (EHR) on the quality of nurse–patient interactions and communication. *J Adv Nurs*. 2022;79(1):48–67. DOI:10.1111/jan.15484.
15. Kang J, Seomun G. Development and validation of the information security attitude questionnaire (ISA-Q) for nurses. *Nurs Open*. 2022. DOI:10.1002/nop.2.1353.
16. Adubi IO, Ololade RO, Ani OB, Adedeji P. Factors influencing adoption and use of information and communication technologies among nurses in selected hospitals in Nigeria. *J Nurs Health Care*. 2021;10(4):56–63.
17. Vos JFJ, Boonstra A, Kooistra A, Seelen M, van Offenbeek M. The influence of electronic health record use on collaboration among medical specialties. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–11. DOI:10.1186/s12913-020-05542-6.
18. Paatela S, Kyytsönen M, Saranto K, Kinnunen UM, Vehko T. Experiences of electronic health records' and client information systems' use on a mobile device and factors associated with work time savings among practical nurses: a cross-sectional study. *J Med Internet Res*. 2024;26:e46954. DOI:10.2196/46954.
19. Scaioli G, Martella M, Lo Moro G, Prinzivalli A, Guastavigna L, Scacchi A, et al. Knowledge, attitudes, and practices about electronic personal health records: a cross-sectional study in a region of northern Italy. *J Med Syst*. 2024;48(1). DOI:10.1007/s10916-024-02065-z.

COMMUNICATION BETWEEN NURSE AND PATIENT USING TECHNOLOGIES

Jorė Noreikaitė¹, Renata Giliun²

¹Faculty of Medicine, Vilnius University, ²Department of Nursing, Faculty of Medicine, Vilnius University

ABSTRACT

Communication between nurses and patients is an integral part of the nursing process, ensuring quality care. In the modern nursing model, information and communication technologies are increasingly applied to provide accurate, timely exchange of information and facilitate smooth interaction with patients.

The aim – to assess communication between nurse and patient using information technologies.

Materials and methods. The study type was quantitative. A structured questionnaire was used to evaluate nurse-patient communication when utilizing information technologies. Questions were presented on a Likert scale. Using the Paniotto formula, the sample size was calculated to be 394 nurses. Data were collected in Lithuanian healthcare institutions, in various departments, by distributing anonymous paper questionnaires.

Results. Based on means and standard deviations, showed most respondents positively evaluated electronic medical records in nursing. They highlighted facilitated work processes and easy, anytime, anywhere access to information as key benefits. However, challenges included high costs, lack of computer skills, data security concerns, and reduced direct communication between specialists and patients. Respondents also noted advantages like improved

quality of care, accessible patient information, and fewer data entry errors.

Conclusions. Most nurses positively assess the integration of technologies into nursing practice, as it contributes to increased work efficiency, ensures easy-to-understand system usage, and enables timely access to patient information regardless of workplace or time. The integration of technologies into nursing practice creates conditions for more effective nurse-patient communication, reduces data entry errors, and optimizes information processing. However, the implementation of technologies in nursing practice is limited by challenges such as high equipment costs, data security issues, and lack of information literacy, which may negatively affect direct nurse-patient communication.

Keywords: remote nursing, telehealth, health information technologies, telemedicine.

Correspondence to Renata Giliun
Vilnius University Faculty of Medicine
M. K. Čiurlionio str. 21/27
LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: renata.giliun@mf.vu.lt

Received 6 July 2025, accepted 2 September 2025

VALGYMO SUTRIKIMAI, BURNOS SVEIKATA IR PACIENTŲ INFORMUOTUMAS APIE BURNOS PRIEŽIŪRĄ

Eglė Žymantienė, Evelina Daugėlienė, Šarūnė Barsevičienė, Gabija Pakalniškytė

Klaipėdos valstybinės kolegijos Sveikatos mokslų fakulteto Burnos priežiūros katedra

SANTRAUKA

Tikslas – išanalizuoti sergančiųjų valgymo sutrikimais burnos sveikatos nusiskundimus ir informuotumą apie burnos priežiūrą.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Kiekybinis tyrimas atliktas 2025 m. Tyrimo klausimynas sudarytas tyrimo autorių, remiantis moksliniu šaltiniu [1]. Klausimynas paskelbtas internetinėje apklausų platformoje *Apklausa.lt*. Klausimyno nuoroda buvo platinama uždaroje socialinių tinklų valgymo sutrikimų grupėse: *Depresija, valgymo sutrikimai; Valgymo sutrikimai*. Tyrime dalyvavo 83 respondentai, sergantys arba sirgę valgymo sutrikimais, iš jų 48 moterys ir 35 vyrai. Tyrimo dalyviai buvo atrinkti taikant patogiosios netikimybinės atrankos metodą. Statistinė analizė atlikta SPSS 30.0 paketu, naudotas Pirsono (Pearson) chi kvadrato (χ^2) testas, Fišerio (Fisher) tikslusis testas. Skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

Tyrimo rezultatai. Atlikto tyrimo duomenimis, nervine anoreksija dažniau serga moterys, o nervine bulimija – abi lytys vienodai. Sergantieji bulimija dažniau skundžiasi dantų erozijomis, opomis / žaizdelėmis, blogu burnos kvapu, o sergantieji anoreksija – dantenų kraujavimu ir periodonto ligomis ($p < 0,01$). Dantų jautrumas ir emalio erozijos nustatyti anoreksijos, o dantų ėduonis – bulimijos atvejais. Po priverstinai sukkelto vėmimo dauguma (52,6 proc.) tiriamųjų valė dantis dantų šepetėliu ir dantų pasta, skalavo burną vandeniu (48,7 proc.), tačiau neutralizavimo priemonės taikė retai (1,3 proc.). Dauguma informaciją apie burnos sveikatą gauna iš interneto (71,7 proc.), o gydytojų odontologų (11,3 proc.) ir burnos higienistų (13,2 proc.) konsultacijos – retos.

Išvados. Tyrimo rezultatai parodė, kad sergantys nervine bulimija asmenys dažniau skundžiasi blogu burnos kvapu, dantų erozijomis, opomis / žaizdelėmis bei deginimo jausmu burnoje, o sergantieji nervine anoreksija – dantenų kraujavimu ir periodonto ligomis. Informuotumas apie burnos sveikatos priežiūrą po priverstinai sukkelto vėmimo yra nepakankamas, o pagrindiniai informacijos šaltiniai išlieka internetas ir socialiniai tinklai.

Reikšminiai žodžiai: valgymo sutrikimai, burnos sveikata, informuotumas.

ĮVADAS

Valgymo sutrikimai yra psichinės ir fizinės sveikatos problemos, reikšmingai veikiančios asmens bei jo organizmo fiziologinį, psichologinį ir socialinį funkcionavimą. Ši ligų grupė apima tokius sutrikimus kaip nervinė anoreksija, nervinė bulimija ir persivalgymo sindromas, kurie sukelia daugialypius pokyčius organizmo sistemoje, įskaitant ir burnos ertmę [2]. Dažniausiai yra nustatoma nervinė anoreksija ir nervinė bulimija. Jų nulemti struktūriniai ir funkciniai burnos ertmės pokyčiai gali turėti ilgalaikį, negrįžtamą poveikį [3]. Šių sutrikimų atsiradimą lemia daug veiksnių, įskaitant socialinius ir biologi-

nus aspektus. Nors istoriškai šie abu sutrikimai siejami su jaunomis moterimis, tačiau šiandien jų pasitaiko visų amžiaus grupių ir abiejų lyčių asmenims [4, 5].

Dėl šių priežasčių burnos sveikatos specialistų vaidmuo tampa vis svarbesnis, apimantis ne tik diagnostiką, bet ir

Adresas susirašinėti: Evelina Daugėlienė
Klaipėdos valstybinės kolegijos
Sveikatos mokslų fakultetas
Dariaus ir Girėno g. 8, 92255 Klaipėda
El. p. e.daugeliene@kvk.lt

tarpdisciplininę prevenciją. Tyrimas jungia burnos sveikatą, psichikos sveikatą ir visuomenės sveikatą, akcentuodamas tarpdisciplininio bendradarbiavimo poreikį. Tai suteikia platesnę perspektyvą nei tradiciniai vien tik odontologiniai arba psichologiniai tyrimai. Burnos sveikatos specialistai yra vieni iš pirmųjų, galinčių atpažinti šių sutrikimų patologiją ir laiku nukreipti pacientus tolesniam gydymui [6]. Pacientai, kuriems nustatyta nervinė anoreksija, nervinė bulimija, turėtų būti informuojami apie burnos sveikatą, jos priežiūrą ir rizikos veiksnius. Tinkamas pacientų informuotumas yra būtinas siekiant ne tik palaikyti optimalią burnos sveikatą, bet ir kuo anksčiau atpažinti patologinius pokyčius [7, 8, 9]. Valgymo sutrikimų sukelti burnos ertmės pakitimai, tokie kaip dantų erozija, kserostomija, gleivinės pažeidimai ir padidėjęs dantų jautrumas, gali būti vieni pirmųjų klinikinių požymių, padedančių anksti nustatyti valgymo sutrikimus [10, 11, 12].

Vienas iš esminių burnos sveikatos specialistų uždavinių yra mokyti pacientus rekomenduojamų burnos higienos įpročių, siekiant sumažinti valgymo sutrikimų sukeltų burnos patologijų progresavimo rizikas [7]. Informuotumas apie valgymo sutrikimų poveikį burnos sveikatai ir tinkamų burnos higienos priemonių naudojimas bei elgesys po priverstinai sukulto vėmimo tebėra nepakankamas. Problema tampa dar aktualesnė, kai atsižvelgiama į psichologinius aspektus, tokius kaip depresija, savivertės stoka ar emocinis nestabilumas, kurie dažnai lydi valgymo sutrikimus ir gali riboti pacientų iniciatyvą rūpintis savo sveikata [13].

Šis tyrimas yra vienas iš pirmųjų Lietuvoje, kuris kompleksškai sujungia valgymo sutrikimų poveikį burnos sveikatai su pacientų informuotumo ir higienos įpročių po priverstinai sukulto vėmimo analize. Skirtingai nuo ankstesnių darbų, daugiausia sutelktų tik į klinikinius ar psichologinius aspektus (pvz., dantų eroziją, dantų ėduonį, burnos gleivinės pažeidimus), šis tyrimas papildomai apima ir pacientų savirefleksiją bei jų elgesį po vėmimo, atskleidžiant reikšmingas informacijos spragas [13].

Šio tyrimo tikslas – išanalizuoti sergančiųjų valgymo sutrikimais burnos sveikatos nusiskundimus ir informuotumą apie burnos priežiūrą.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Kiekybinis tyrimas atliktas 2025 metais. Tyrimo dalyvių imčiai sudaryti buvo taikytas patogiosios netikimybinės atrankos metodas. Šis metodas buvo pasirinktas dėl spe-

cifinės tiriamosios grupės. Respondentai turėjo atitikti visus šiuos įtraukimo į tyrimą kriterijus: asmenys, kurie serga arba yra sirgę valgymo sutrikimais, pilnamečiai asmenys ir asmenys, kurie sutiko dalyvauti tyrime. Respondentų kontingentą sudarė 83 suaugusieji, kurių amžius buvo 18 metų ir vyresni. Tyrime dalyvavo 42,2 proc. vyrų ir 57,8 proc. moterų.

Tyrimo klausimynas sudarytas tyrimo autorių, remiantis moksliniu šaltiniu [1]. Tyrimo instrumentą (klausimyną) sudarė 34 klausimai. Klausimynas pateiktas internetinėje apklausų platformoje *Apklausa.lt*. Klausimyno nuoroda buvo platinama socialinių tinklų uždaroje valgymo sutrikimų grupėse *Depresija, valgymo sutrikimai* ir *Valgymo sutrikimai*, kurių nariai yra asmenys, turintys valgymo sutrikimų. Tyrimas vykdytas laikantis autonomiškumo, konfidencialumo ir geranoriškumo principų.

Statistinė analizė atlikta naudojant programos *SPSS 30.0* paketą. Hipotezėms apie nominaliųjų kintamųjų ryšius tikrinti buvo naudotas Pirsono (Pearson) chi kvadrato (χ^2) testas; jei tikėtini dažniai buvo < 5 , papildomai naudotas Fišerio (Fisher) tikslusis testas. Skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$ [14].

REZULTATAI

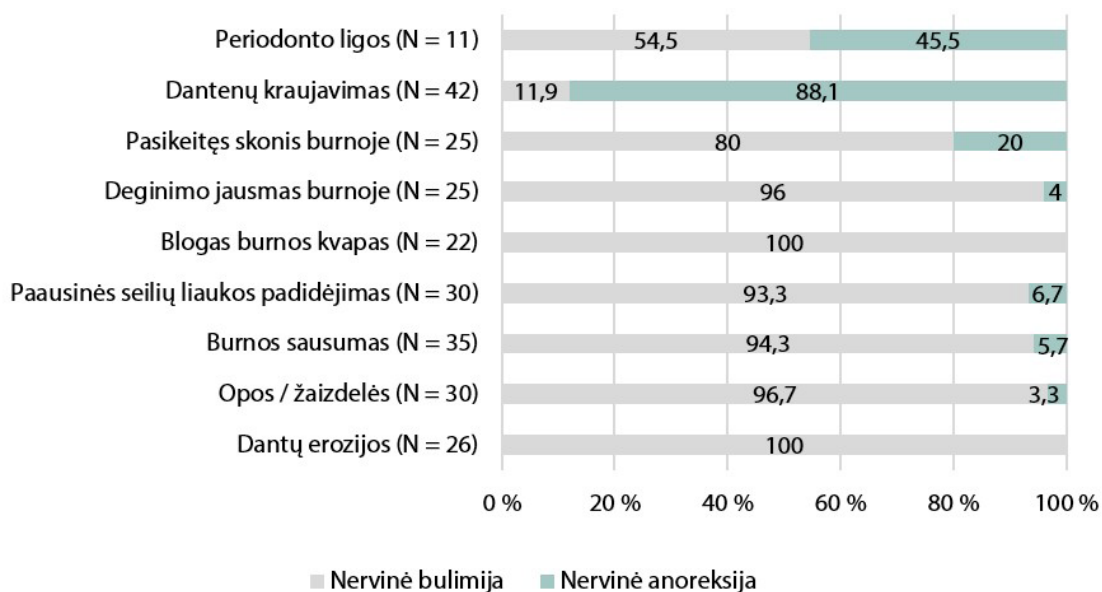
Tyrime dalyvavo 83 respondentai, iš kurių 48 moterys (57,8 proc.) ir 35 vyrai (42,2 proc.). Respondentų amžius svyravo nuo 18 iki 45 metų. Respondentų kontingentą sudarė asmenys, turintys vidurinį ar žemesnį (45,8 proc.), profesinį (26,5 proc.) ir aukštąjį (27,7 proc.) išsilavinimą (1 lentelė).

1 lentelė. Respondentų sociodemografinės charakteristikos (N, proc.)

Charakteristikos	N = 83	Proc.
Lytis		
Moterys	48	57,8
Vyrai	35	42,2
Amžius		
18–22	46	55,4
23–45	37	45,6
Išsilavinimas		
Vidurinis ar žemesnis	38	45,8
Profesinis	22	26,5
Aukštasis	23	27,7

Sergantys nervine anoreksija nurodė 65,9 proc. moterų ir 34,1 proc. vyrų, o nervine bulimija tiek vyrai, tiek moterys sirgo vienodai (atitinkamai po 50 proc.). Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp lyčių nebuvo nustatytas ($p > 0,05$). Atlikdami tyrimą vertinome respondentų burnos sveikatos nusiskundimus pagal valgymo sutrikimo pobūdį. Dažniausi burnos sveikatos nusiskundimai tarp

nervine bulimija sergančiųjų buvo: blogas burnos kvapas (100 proc.), dantų erozijos (100 proc.), opos / žaizdelės (96,7 proc.) ir deginimo jausmas burnoje (96 proc.), o nervine anoreksija sergantieji nurodė dantenų kraujavimą (88,1 proc.) ir periodonto ligas (45,5 proc.). Lyginant šias sergančiųjų grupes buvo gauti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,01$) (1 pav.).

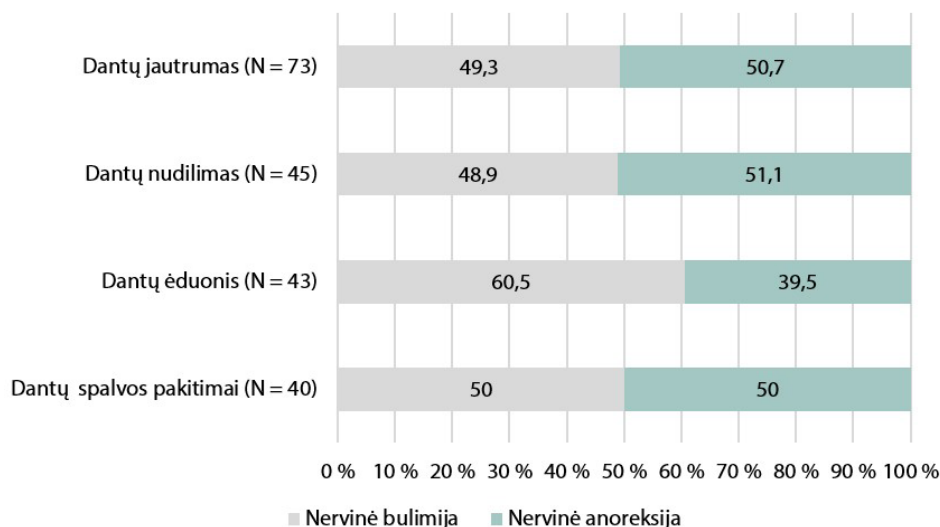


* $p < 0,01$, lyginant su nervine anoreksija.

1 pav. Burnos sveikatos nusiskundimai pagal valgymo sutrikimo pobūdį (N, proc.)

Tyrime buvo nagrinėjami dantų pažeidimai tarp skirtingą valgymo sutrikimą turinčių respondentų. Dantų jautrumas (50,7 proc.) ir dantų nudilimas (emalio erozijos) (51,1 proc.) buvo didesni tarp nervine anoreksija,

o dantų ėduonis (60,5 proc.) – tarp nervine bulimija sergančių respondentų, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyginamų grupių nenustatyta ($p > 0,05$) (2 pav.).



2 pav. Dantų pažeidimai pagal valgymo sutrikimo pobūdį (N, proc.)

Tyrime buvo analizuojamos respondentų naudojamos burnos priežiūros priemonės pagal valgymo sutrikimų pobūdį (2 lentelė). Dantų šepetėlis ir dantų pasta buvo naudojami beveik visų respondentų. Tarpdančių siūlą naudojo daugiau nei pusė sergančiųjų nervine

bulimija (52,4 proc.) ir 39 proc. sergančiųjų nervine anoreksija. Irigatorių reikšmingai dažniau naudojo nervine anoreksija sergantys asmenys, palyginti su sergančiais nervine bulimija (atitinkamai 34,1 proc. ir 14,3 proc.).

2 lentelė. Respondentų naudojamos burnos priežiūros priemonės pagal valgymo sutrikimų pobūdį (N, proc.)

Burnos priežiūros priemonė	Nervinė bulimija N = 42 N (proc.)	Nervinė anoreksija N = 41 N (proc.)	p
Dantų šepetėlis	42 (100)	41 (100)	–
Dantų pasta	41 (97,6)	41 (100)	0,320
Tarpdančių šepetėlis	12 (28,6)	9 (22)	0,488
Tarpdančių siūlas	22 (52,4)	16 (39)	0,222
Liežuvio valiklis	8 (19)	5 (12,2)	0,390
Irigatorius	6 (14,3) *	14 (34,1)	0,034
Burnos skalavimo skystis	17 (40,5)	17 (41,5)	0,927

*p < 0,05, lyginant su nervine anoreksija.

Tyrimo rezultatai parodė, kad iš visų 83 sergančiųjų priverstinai sukeltą vėmimą patiria 94 proc. Po priverstinai sukeltos vėmimo 52,6 proc. nurodė valantys dantis dantų šepetėliu ir dantų pasta, o 48,7 proc. – skalaujantys burną vandeniu. Tik labai maža dalis respondentų taiko burnos neutralizavimo priemones:

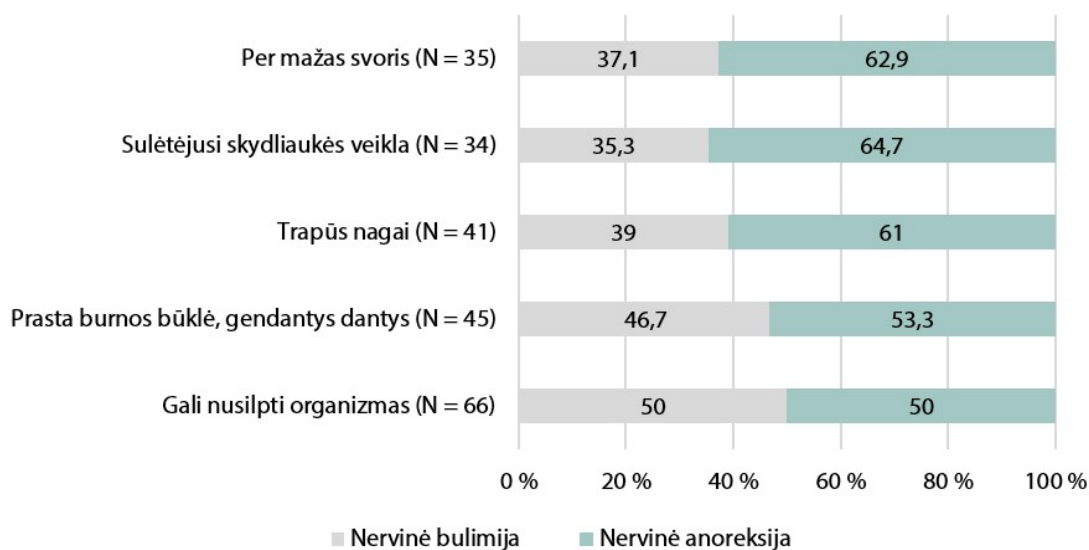
pieną (9 proc.), sodos tirpalą (1,3 proc.). Po priverstinai sukeltos vėmimo nesiima jokių veiksmų 2,6 proc. respondentų. Statistiškai reikšmingi skirtumai tarp veiksmų po priverstinai sukeltos vėmimo nei pagal lytį, nei pagal valgymo sutrikimų pobūdį nenustatyti (p > 0,05) (3 lentelė).

3 lentelė. Respondentų veiksmai po priverstinai sukeltos vėmimo (N, proc.)

Veiksmai po vėmimo	N (proc.)
Valosi dantis dantų šepetėliu be dantų pastos	3 (3,8)
Valosi dantis dantų šepetėliu ir dantų pasta	41 (52,6)
Skalauja burną vandeniu	38 (48,7)
Skalauja burną pienu	7 (9)
Skalauja burną sodos tirpalu	1 (1,3)
Nedaro nieko	2 (2,6)

Sergantieji nervine anoreksija dažniau nei sergantieji nervine bulimija mano, jog valgymo sutrikimų pasekmės yra sulėtėjusi skydliaukės veikla (atitinkamai 64,7 proc. ir 35,3 proc.), per mažas svoris (atitinkamai 62,9 proc. ir 37,1 proc.), trapūs nagai (atitinkamai

61 proc. ir 39 proc.), prasta burnos būklė, gendantys dantys (atitinkamai 53,3 proc. ir 46,7 proc.). Gauti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp lyginamų grupių (sergančiųjų nervine bulimija ir nervine anoreksija) (p < 0,05) (3 pav.).



*p < 0,05, lyginant su nervine anoreksija.

3 pav. Respondentų nuomonė apie valgymo sutrikimų pasekmes pagal valgymo sutrikimo pobūdį (N, proc.)

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad iš visų 83 sergančiųjų (nervine bulimija ir nervine anoreksija) informuoti apie valgymo sutrikimų poveikį burnos sveikatai yra 63,9 proc. Pagrindiniai informacijos šaltiniai apie valgymo sutrikimų poveikį burnos sveikatai yra internetas (71,7 proc.) ir socialiniai tinklai (64,2 proc.). Tik 11,3 proc. respondentų nurodė, kad informaciją apie valgymo sutrikimų poveikį burnos sveikatai suteikė gydytojas odontologas, o 13,2 proc. – burnos higienistas (4 lentelė).

4 lentelė. Informacijos apie valgymo sutrikimų poveikį burnos sveikatai šaltiniai (N, proc.)

Informacijos šaltinis	N (proc.)
Gydytojas odontologas	6 (11,3)
Burnos higienistas	7 (13,2)
Televizija	15 (28,3)
Socialiniai tinklai	34 (64,2)
Internetas	38 (71,7)

79,5 proc. tyrimo respondentų teigė, kad burnos sveikatos priežiūros specialistai nepakankamai informuoja apie valgymo sutrikimų poveikį burnos sveikatai. 42,2 proc. respondentų mano, kad sergant valgymo sutrikimais glaudesnis bendradarbiavimas tarp gydytojų odontologų, burnos higienistų ir psichikos sveikatos specialistų padėtų pagerinti burnos sveikatos būklę.

REZULTATŲ APTARIMAS

Atliekant tyrimą nustatyta, kad nervine anoreksija dažniau sirgo moterys, o nervine bulimija vyrai ir moterys sirgo panašiai. Šie rezultatai atitinka ankstesnių tyrimų duomenis, kuriuose taip pat pažymima didesnė nervinės anoreksijos paplitimo rizika tarp moterų, o bulimija gali vienodai paveikti abiejų lyčių atstovus [15, 16]. Vertinant burnos sveikatos nusiskundimus mūsų tyrime nustatyta, kad nervine bulimija sergantys asmenys dažniau nurodė tokius simptomus kaip blogas burnos kvapas, dantų erozijos, opos / žaizdelės ir deginimo jausmas burnoje. Tyrimai patvirtina, kad dažnas vėmimas sukelia burnos gleivinės erozijas, opas, lūpų skilinėjimą, taip pat skatina kserostomiją [11, 17]. Tyrime nervine anoreksija sergantiems asmenims dažniau nustatytas dantenų kraujavimas ir periodonto ligos. Panašūs nusiskundimai aprašyti ir kitų autorių moksliniuose tyrimuose [11, 17, 18]. Mūsų tyrime dantų pažeidimų analizė parodė, kad dantų jautrumas ir dantų nudilimas dažnesni tarp sergančiųjų nervine anoreksija, o dantų ėduonis – tarp sergančiųjų nervine bulimija. Vemiant skrandžio rūgštis pažeidžia dantų emalį, o bulimijos atveju dažnesnis angliavandenių vartojimas skatina dantų ėduonį [11, 17, 19]. Analizuojant rezultatus nustatyta, kad pagrindines burnos priežiūros priemones, dantų šepetėlį ir dantų pastą, naudoja visi kenčiantys nuo valgymo sutrikimų, tačiau išryškėja skirtumai analizuojant papildomų

burnos priežiūros priemonių naudojimą, t. y. nervine anoreksija sergantys asmenys dažniau naudojo burnos irigatorių, o tarpdančių siūlą dažniau naudojo sergantieji nervine bulimija. Kitų mokslinių tyrimų rezultatuose taip pat pabrėžiamas nepakankamas informuotumas apie burnos sveikatą bei jos priežiūrą [20, 21, 22].

Dauguma (52,6 proc.) respondentų po priverstinai sukkelto vėmimo valosi dantis dantų šepetėliu ir dantų pasta, 48,7 proc. skalauja burną vandeniu, tačiau neutralizuojančias priemones naudoja itin maža dalis (1,3 proc.) respondentų. Pacientai, sergantys valgymo sutrikimais, neretai nežino, kokie veiksmai yra saugūs ar rekomenduojami po priverstinai sukkelto vėmimo [1, 7]. Iš karto po jo dantų valymas yra nerekomenduojamas dėl dantų emalio pažeidimo rizikos. Dantys turi būti valomi neutralizuojančiomis priemonėmis, siekiant sumažinti emalio demineralizaciją [12, 23, 24, 25].

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad 63,9 proc. respondentų informuoti apie valgymo sutrikimų poveikį burnos sveikatai, o pagrindiniai informacijos šaltiniai yra internetas (71,7 proc.) ir socialiniai tinklai (64,2 proc.); tik 11,3 proc. respondentų nurodė, kad informaciją suteikė gydytojas odontologas, o 13,2 proc. – burnos higienistas. Kito autoriaus atliktas tyrimas patvirtina ir mūsų tyrimo gautus rezultatus, kad tik nedidelė dalis respondentų informaciją gauna iš odontologų ar burnos higienistų. Tai rodo poreikį gerinti specialistų švietimą ir tarpdisciplininį bendradarbiavimą [26]. Dar vieno tyrimo duomenimis, sergantys valgymo sutrikimais asmenys dažniausiai informacijos apie burnos sveikatą gavo ne iš sveikatos priežiūros specialistų, bet iš interneto, kuris buvo pagrindinis informacijos šaltinis (84 proc.) [27].

Gauti rezultatai turi praktinę reikšmę burnos sveikatos specialistams – jie atskleidžia, kokias priemones pacientai taiko po priverstinai sukkelto vėmimo ir kokie jų įpročiai yra netinkami. Tyrimas sudaro pagrindą kurti švietimo programas bei metodines rekomendacijas pacientams, sergantiems valgymo sutrikimais.

Tyrimo ribotumai. Tyrime naudotas klausimynas buvo sudarytas remiantis ankstesniais tyrimais bei teoriniais

šaltiniais, atsižvelgiant į tyrimo tikslą ir kontekstą. Nors formali klausimyno validacija nebuvo atlikta, tačiau klausimynas buvo peržiūrėtas ekspertų (burnos priežiūros specialistų), siekiant įvertinti klausimų aiškumą ir atitikimą tyrimo tikslui. Tyrimo imtis buvo palyginti nedidelė (83 respondentai), naudotas patogiosios netikimybinės atrankos metodas, tyrimo duomenys surinkti anketinės apklausos būdu, todėl riboja galimybę rezultatus pritaikyti visai valgymo sutrikimų turinčiųjų populiacijai. Kadangi klausimynas buvo platinamas tik uždaroje socialinių tinklų grupėse, tyrime galėjo dalyvauti labiau motyvuoti ar apie savo sveikatą daugiau žinantys asmenys, o tai taip pat riboja rezultatų pritaikomumą platesnei populiacijai. Tyrime nebuvo patikrinta, ar valgymo sutrikimai diagnozuoti dalyviams mediciniškai, todėl egzistuoja neatitikimo tarp savirefleksijos ir klinikinės realybės rizika.

IŠVADOS

1. Sergantieji nervine bulimija dažniau skundžiasi blogu burnos kvapu, dantų erozijomis, opomis / žaizdelėmis bei deginimo jausmu burnoje, o sergantieji nervine anoreksija – dantenų kraujavimu ir periodonto ligomis.
2. Dantų pažeidimai ir burnos priežiūros priemonės tarp abiejų grupių skiriasi: dantų jautrumas ir emalio erozijos nustatyti tarp sergančiųjų nervine anoreksija, o dantų ėduonis – tarp sergančiųjų nervine bulimija. Beveik visi respondentai naudoja dantų šepetėlį ir dantų pastą, tačiau tarpdančių siūlą ir irigatorių dažniau naudoja sergantieji nervine anoreksija.
3. Burnos higienos įpročiai ir informuotumas yra nepakankami, nes didžioji dalis respondentų po priverstinai sukkelto vėmimo taiko netinkamas burnos priežiūros priemones, o informacijos apie valgymo sutrikimų poveikį burnos sveikatai dažniausiai ieško internete ar socialiniuose tinkluose; tik nedidelė dalis gauna informaciją iš burnos sveikatos priežiūros specialistų.

Straipsnis gautas 2025-07-18, priimtas 2025-09-08

Literatūra

1. Dynesen AW, Gehrt CA, Klinker SE, Christensen LB. Eating disorders: experiences of and attitudes toward oral health and oral health behavior. *Eur J Oral Sci.* 2018;126(6):500–506. DOI:10.1111/eos.12578.
2. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019;18(1):3–19. DOI:10.1002/wps.20611.
3. Steinberg D, Perry T, Freestone D, Bohon C, Baker JH, Parks E. Effectiveness of delivering evidence-based eating disorder treatment via telemedicine for children, adolescents, and youth. *Eat Disord.* 2022;31(1):85–101. DOI:10.1080/10640266.2022.2076334.
4. van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry.* 2021;34(6):515–524. DOI:10.1097/YCO.0000000000000739.
5. Auger N, Potter BJ, Ukah UV, Low N, Israël M, Steiger H, et al. Anorexia nervosa and the long-term risk of mortality in women. *World Psychiatry.* 2021;20(3):448–449. DOI:10.1002/wps.20904.
6. Koreshe E, Paxton S, Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Le A, Maloney D, et al. Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord.* 2023;11(1):38. DOI:10.1186/s40337-023-00758-3.
7. Loughman A, Staudacher HM, Rocks T, Ruusunen A, Marx W, O'Neil A, Jacka FN. Diet and Mental Health. *Mod Trends Psychiatry.* 2021;32:100–112. DOI:10.1159/000510422.
8. Johansson AK, Mjanger Øvretvedt T, Reinholdtsen KK, Johansson A. Eating Disorders: An Analysis of Self-Induced Vomiting, Binge Eating, and Oral Hygiene Behavior. *Int J Clin Pract.* 2022;2022:6210372. DOI:10.1155/2022/6210372.
9. Garrido-Martínez P, Domínguez-Gordillo A, Cerero-Lapiedra R, Burgueño-García M, Martínez-Ramírez MJ, Gómez-Candela C, et al. Oral and dental health status in patients with eating disorders in Madrid, Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2019;24(5):e595–e602. DOI:10.4317/medoral.23010.
10. Hasan S, Ahmed S, Panigrahi R, Chaudhary P, Vyas V, Saeed S. Oral cavity and eating disorders: An insight to holistic health. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(8):3890–3897. DOI:10.4103/jfmpc.jfmpc_608_20.
11. Lourenço M, Azevedo Á, Brandão I, Gomes PS. Orofacial manifestations in outpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa focusing on the vomiting behavior. *Clin Oral Investig.* 2018;22:1915–1922. DOI:10.1007/s00784-017-2284-y.
12. Nijakowski K, Jankowski J, Gruszczyński D, Surdacka A. Eating Disorders and Dental Erosion: A Systematic Review. *J Clin Med.* 2023;12(19):6161. DOI:10.3390/jcm12196161.
13. Presskreischer R, Prado MA, Kuraner SE, Arusilor IM, Pike K. Eating disorders and oral health: a scoping review. *J Eat Disord.* 2023 Apr 4;11(1):55.
14. Sapagovas J, Šaferis V, Jurėnienė K, Jurkonienė R, Šimatiūnienė V, Šimoliūnienė R. Statistikos ir informatikos pagrindai. Kaunas: KMU, 2007, 65 p.
15. Strada Herrera G, López Claramunt I, Serván Rendón-Luna B, Sanz Martín LM. The role of gender in the prevalence of eating disorders. *Eur Psychiatry.* 2024;67(Suppl 1):S559. DOI:10.1192/j.eurpsy.2024.1163.
16. Eddy KT, Tabri N, Thomas JJ, Murray HB, Keshaviah A, Hastings E, et al. Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *J Clin Psychiatry.* 2017;78(2):184–189. DOI:10.4088/JCP.15m10393.
17. Valeriani L, Frigerio F, Piciocchi C, Piana G, Montevercchi M, Donini LM, Mocini E. Oro-dental manifestations of eating disorders: a systematic review. *J Eat Disord.* 2024;12(1):87. DOI:10.1186/s40337-024-01050-8.
18. Casarin M, da Silveira TM, Bezerra B, Pirihi FQ, Pola NM. Association between different dietary patterns and eating disorders and periodontal diseases. *Front Oral Health.* 2023;4:1152031. DOI:10.3389/froh.2023.1152031.
19. Dehghan M, Tantbirojn D, Harrison J, Stewart CW, Johnson N, Tolley EA, Zhang YH. Oral Health and Behavior Patterns of Women with Eating Disorders—A Clinical Pilot Study. *Life (Basel).* 2023;13(12):2297. DOI:10.3390/life13122297.
20. Presskreischer R, Prado MA, Kuraner SE, Arusilor IM, Pike K. Eating disorders and oral health: a scoping review. *J Eat Disord.* 2023 Apr 4;11(1):55.
21. Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. Diet and behavioral habits related to oral health in eating disorder patients: a matched case-control study. *J Eat Disord.* 2020;8:7. DOI:10.1186/s40337-020-0281-z.
22. Silverstein LS, Haggerty C, Sams L, Phillips C, Roberts MW. Impact of an oral health education intervention among a group of patients with eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa). *J Eat Disord.* 2019;7:29. DOI:10.1186/s40337-019-0259-x.
23. Conviser JH, Fisher SD, Mitchell KB. Oral care behavior after purging in a sample of women with bulimia nervosa. *J Am Dent Assoc.* 2014;145(4):352–354. DOI:10.14219/jada.2014.5.
24. Oberne A, DeBate R. Self-induced vomiting as a function of bulimia nervosa increases the risk for oral health issues. *J Evid Based Dent Pract.* 2014;14(4):195–196. DOI:10.1016/j.jebdp.2014.10.002.
25. Kim IH, Hong WW, Mupparapu M. A Patient Diagnosed with Bulimia Reports to the Dental Office Seeking Cosmetic Dental Work. *Dent Clin North Am.* 2023;67(4):699–702. DOI:10.1016/j.cden.2023.05.027.
26. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2015;207(4):299–305. DOI:10.1192/bjp.bp.114.156323.
27. Mishu MP, Faisal MR, Macnamara A, Sabbah W, Peckham E, Newbronner L. A qualitative study exploring the barriers and facilitators for maintaining oral health and using dental service in people with severe mental illness: perspectives from service users and service providers. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(7):4344. DOI:10.3390/ijerph19074344.

EATING DISORDERS, ORAL HEALTH AND PATIENT AWARENESS ABOUT ORAL CARE

Eglė Žymantienė, Evelina Daugėlienė, Šarūnė Barsevičienė, Gabija Pakalniškytė

Klaipėdos valstybinė kolegija / Higher Education Institution, Faculty of Health Sciences, Oral Care Department

SUMMARY

The aim of the study: to analyze oral health complaints and awareness of oral care among people with eating disorders.

Material and methods. A quantitative study was conducted in 2025. The questionnaire was developed by authors of the study based on a scientific source [1]. It was published on the online survey platform "Apklausa.lt." The survey link was distributed in private social media groups related to eating disorders: "Depression, Eating Disorders" and "Eating disorders." The study included 83 respondents who currently have or have previously experienced eating disorders, including 48 women and 35 men. Participants were selected using a non-probability convenience sampling method. Statistical analysis was performed using SPSS version 30.0. Pearson's chi-square (χ^2) test and Fisher's exact test were applied. Differences were considered statistically significant when $p < 0.05$.

Results. According to the study data, anorexia nervosa was more common among women, while bulimia nervosa affected both genders equally. Individuals with bulimia more frequently reported dental erosion, ulcers/sores, and halitosis, whereas those with anorexia reported gingival bleeding and periodontal diseases ($p < 0.01$). Tooth sensitivity and enamel erosion were found in cases of anorexia, and dental caries in bulimia. Following self-

induced vomiting, the majority (52.6%) brushed their teeth with a toothbrush and toothpaste, 48.7% rinsed their mouths with water, but only 1.3% used neutralizing agents. Most information about oral health was obtained from the internet (71.7%), with only 11.3% receiving it from dentists and 13.2% from dental hygienists. Consultations with oral health professionals were rare.

Conclusions. The results of the study revealed that individuals with bulimia nervosa more frequently complained of halitosis, dental erosion, oral ulcers/sores, and a burning sensation in the mouth, while those with anorexia nervosa experienced gingival bleeding and periodontal disease. Awareness of oral health care following self-induced vomiting was insufficient, with the internet and social media remaining the main sources of information.

Keywords: eating disorders, oral health, awareness.

Correspondence to Evelina Daugėlienė

Klaipėdos valstybinė kolegija /

Higher Education Institution

Faculty of Health Sciences, Oral Care Department

Dariaus ir Girėno str. 8, LT-92255 Klaipėda, Lithuania

E-mail: e.daugeliene@kvk.lt

Received 18 July 2025, accepted 8 September 2025

ARTIMŲJŲ, GYVENANČIŲ SU PSICHOSOCIALINĘ NEGALIĄ TURINČIAIS ASMENIMIS, NUOMONĖ APIE COVID-19 PANDEMIJOS ĮTAKĄ JŲ ŠEIMŲ GEROVEI

Robertas Basijokas, Aleksandra Verbilo, Donatas Austys

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Visuomenės sveikatos katedra

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas – atsižvelgiant į demografinius ir socialinius veiksnius įvertinti artimųjų, gyvenančių su psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, nuomonę apie COVID-19 pandemijos įtaką jų šeimų gerovei.

Tyrimo medžiaga ir metodai. 2022 metų kovo–balandžio mėnesiais anoniminės anketinės apklausos būdu buvo apklaustas 351 su psichosocialinę negalią turinčiu asmeniu gyvenantis artimasis. Taikant chi kvadrato testą įvertintas respondentų pasiskirstymas pagal socialinius ir demografinius kintamuosius atsakant į klausimus apie COVID-19 pandemijos poveikį gerovei.

Rezultatai. Neigiamą COVID-19 pandemijos poveikį įvardijo 85,3 proc. respondentų, iš jų dažniau jaunesni respondentai ir žmonių su negalia tėvai (atitinkamai 88,8 proc. prieš 80,7 proc. ir 87,6 proc. prieš 72,0 proc., $p \leq 0,05$). Penktadalis (22,9 proc.) visų respondentų sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu kilo problemų dėl jų darbinės veiklos, 52,7 proc. – patyrė daugiau išlaidų, 60,5 proc. – suprastėjo jų sveikata, 63,6 proc. – negalią turintis artimasis neturėjo galimybės gauti jam reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų, 64,4 proc. – negalią turintis artimasis neturėjo galimybės gauti jam reikalingų socialinių paslaugų. Negalią turinčių vaikų artimieji ir respondentai, neturintys aukštojo išsilavinimo, dažniau sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu kilo problemų dėl jų darbinės veiklos (atitinkamai 37,5 proc. prieš 21,0 proc. ir 30,2 proc. prieš 15,0 proc., $p \leq 0,05$). Žmonių su negalia tėvai ir ne visu etatu dirbantys respondentai dažniau sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu suprastėjo jų sveikata (atitinkamai 63,2 proc. prieš 46,0 proc. ir 69,7 proc. prieš 58,9 proc., $p \leq 0,05$). Kiti žmonių su negalia artimieji (ne tėvai) dažniau nurodė, kad pandemijos metu negalią turintis jų artimasis sunkiau galėjo gauti jam reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų (80,0 proc. prieš 60,8 proc., $p \leq 0,05$). Vyrų ir kiti žmonių su negalia artimieji (ne tėvai) dažniau nurodė, kad pandemijos metu negalią turintis jų artimasis sunkiau galėjo gauti jam reikalingų socialinių paslaugų (atitinkamai 85,7 proc. prieš 62,4 proc., 73,6 proc. prieš 62,0 proc., $p \leq 0,05$).

Išvados. Neigiamą COVID-19 pandemijos poveikį savo šeimų gerovei pastebėjo keturi penktadaliai su psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis gyvenančių artimųjų. Dažniausiai netolygumai nustatyti darbinės veiklos, sveikatos bei socialinių paslaugų gavimo srityse.

Reikšminiai žodžiai: psichosocialinė negalia, žmonių su negalia artimieji, gerovė, COVID-19 pandemija.

ĮVADAS

Psichosocialinę negalią turinčių asmenų artimieji dažnai susiduria su šių asmenų priežiūros našta dėl žmonių su negalia reikalingų paslaugų bei reikmenų ir su tuo susijusiais finansiniais sunkumais, suprastėjusia emocine sveikata [1]. Tyrimų rezultatai rodo, kad dauguma žmonių, kurie rūpinasi negalią turinčiais artimaisiais, savo gyvenimo kokybę vertina prasčiau

nei šeimos, kuriose nėra žmonių su negalia. Asmenys, kurie rūpinasi žmonėmis su negalia, dažnai yra mažiau

Adresas susirašinėti: Donatas Austys
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Visuomenės sveikatos katedra
M. K. Čiurlionio g. 21, 03101 Vilnius
El. p. donatas.austys@mf.vu.lt

patenkinti savo fizine būkle, miego kokybe, taip pat patiria didelę psichologinę įtampą [2].

Pasaulio sveikatos organizacija dėl plintančios koronavirusinės ligos COVID-19 2020 m. sausio 30 d. paskelbė tarptautinio masto ekstremalią visuomenės sveikatai situaciją, o 2020 m. kovo 11 d. – pandemiją [3]. Pandemijai suvaldyti imtasi įvairių priemonių – karantino, kontaktų sekimo ir ribojimo, o tai galėjo turėti neigiamos įtakos visuomenės sveikatai [4]. COVID-19 pandemija paveikė beveik visus negalią turinčių asmenų ir jų artimųjų gyvenimo aspektus [5]. Tyrimų duomenimis, COVID-19 pandemija ir jos valdymo priemonės smarkiai paveikė pažeidžiamų visuomenės grupių, pavyzdžiui, asmenų, gyvenančių kartu su psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, gyvenimo kokybę [6]. Pandemijos valdymo priemonės sukėlė įvairių grupių socialinę izoliaciją [7], įvairių paslaugų prieinamumo sunkumų, kurie dar labiau paveikė pažeidžiamiausias visuomenės grupes [3].

Psichosocialinę negalią turinčių asmenų artimųjų gerovės tyrimų Lietuvoje bei kitose pasaulio valstybėse trūksta. Taip pat trūksta ir tyrimų, kuriuose būtų įvertinta COVID-19 pandemijos įtaka Lietuvoje bei kitose Europos valstybėse gyvenančių žmonių su negalia šeimų gerovei. Todėl šio **tyrimo tikslas** – atsižvelgiant į demografinius ir socialinius veiksnius įvertinti artimųjų, gyvenančių su psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, nuomonę apie COVID-19 pandemijos įtaką jų šeimų gerovei.

TYRIMO METODAI

Tyrimo imtis. Tyrimo duomenys rinkti 2022 metų kovo–balandžio mėnesiais. Anoniminės anketinės apklausos būdu buvo apklausti su psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis gyvenantys artimieji. Anketos buvo platinamos Lietuvoje veikiančiuose Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrijos „Viltis“ asocijuotuose dienos centruose. Anketas platinti dienos centrų lankančių žmonių su negalia artimiesiems buvo prašoma visų Lietuvoje veikiančių bendrijos „Viltis“ dienos centrų. Tyrimo imtis reprezentuoja Lietuvą. Į duomenų analizę įtrauktos visos užpildytos tyrimo anketos. 2022 m. apklaustas 351 su psichikos negalią turinčiais asmenimis gyvenantis artimasis.

Tyrimo instrumentas. Anoniminė anketinė apklausa vykdyta naudojant klausimyną, apimančį klausimus

apie respondentų socialines ir demografines charakteristikas, Lietuviškąją psichologinės gerovės skalę, respondentų poreikius ir lūkesčius dėl vykstančio perėjimo nuo institucinės globos prie šeimose ir bendruomenėse teikiamų paslaugų, karo Ukrainoje ir COVID-19 pandemijos poveikį šeimų gerovei. Šiame straipsnyje analizuojamas respondentų pasiskirstymas pagal atsakymus į klausimus apie jų socialines ir demografines charakteristikas ir nuomonę apie COVID-19 pandemijos poveikį jų šeimų gerovei. COVID-19 pandemijos poveikis šeimų gerovei vertintas pasitelkiant 5 šio tyrimo autorių sukurtus klausimus, suformuluotus pagal Lietuviškosios psichologinės gerovės skalės poskales. Poveikiui respondentų darbinei veiklai įvertinti naudotas klausimas „Ar pandemijos metu kilo problemų dėl Jūsų darbinės veiklos?“ su šiais pasirenkamais atsakymo variantais: „Ne, didesnių problemų nebuvo“, „Taip, turėjau neapmokamą laisvą laiką“, „Taip, praradau darbą“, „Taip, teko darbus atlikti kitoje vietoje ir tai trukdė mūsų šeimos gyvenimui“, „Taip, už dalį darbo negavau atlyginimo“, „Taip, kilo kitų sunkumų“. Pandemijos poveikis respondentų patirtoms išlaidoms ir sveikatai vertintas pasitelkiant klausimus „Ar sutinkate su teiginiu, kad Jūsų šeima pandemijos metu patyrė daugiau išlaidų?“ ir „Ar sutinkate su teiginiu, kad pandemijos metu suprastėjo Jūsų sveikata?“ su šiais pasirenkamais atsakymo variantais: „Ne“, „Iš dalies ne“, „Abejoju“, „Iš dalies taip“, „Taip“. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų prieinamumas žmonėms su negalia pandemijos metu vertintas pasitelkiant klausimus „Ar pandemijos metu negalią turintis Jūsų artimasis turėjo galimybę gauti jam reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas?“ ir „Ar pandemijos metu negalią turintis Jūsų artimasis turėjo galimybę gauti jam reikalingas socialines paslaugas (pavyzdžiui, lankyti dienos užimtumo ar socialinės globos centrą, gauti specializuotą slaugą ar pan.)?“ su šiais pasirenkamais atsakymo variantais: „Taip, be sunkumų“, „Taip, tačiau rečiau, nei reikėjo“, „Taip, tačiau prastesnės kokybės“, „Negavo, nors buvo poreikis“, „Negavo, nes nebuvo poreikio“.

Statistinė analizė. Anoniminės anketinės apklausos duomenų statistinei analizei atlikti naudota programa *The R Project for Statistical Computing*. Respondentų pasiskirstymui pagal kategorinius kintamuosius įvertinti buvo naudotas Pirsono (Pearson) χ^2 testas. Skai-

tiniam kintamiesiems buvo apskaičiuotos medianos, pagal kurias buvo sudaryti dvinariai kategoriniai kintamieji, kai viena kategorija apėmė vertes iki medianos, o kita – vertes, kurios viršijo medianą.

TYRIMO REZULTATAI

Analizei panaudoti 351 respondento atsakymai. Respondentų amžiaus mediana buvo 56 metai. Didesnę dalį (56,6 proc.) respondentų sudarė asmenys nuo 56 metų. Didžiąją dalį (84,5 proc.) apklaustųjų sudarė moterys. Mažesnėse ir didesnėse gyvenvietėse gyvenantys respondentai sudarė panašias grupes. Didžiąją

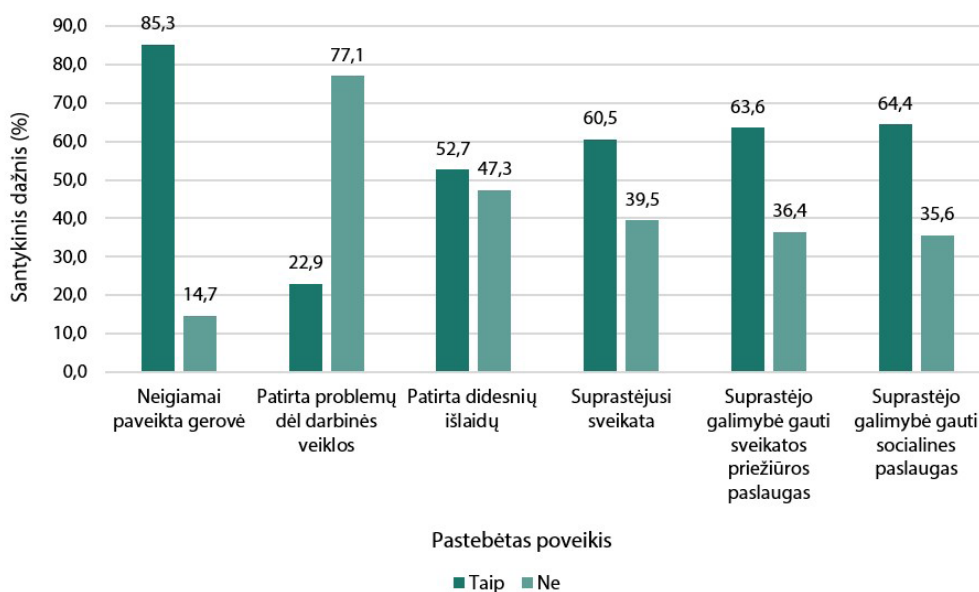
respondentų dalį (85,7 proc.) sudarė žmonės su negalia tėvai, ir tik nedidelė dalis tiriamųjų nurodė, jog yra seneliai (-ės), broliai, seserys ar kiti artimieji. Didesnė dalis (90,6 proc.) respondentų turėjo negalią turintį artimąjį, kuris buvo vyresnis nei 18 metų. Didesnė dalis (53,0 proc.) respondentų neturėjo aukštojo išsilavinimo. Apie pusę (56,3 proc.) respondentų buvo dirbantys asmenys ir didesnė dalis (51,3 proc.) respondentų dirbo visu etatu. Didžiosios dalies (83,5 proc.) respondentų pajamos buvo didesnės nei 300 eurų. Didesnė tyrimo respondentų dalis (57,8 proc.) turėjo sutuoktinį (1 lentelė).

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal demografines charakteristikas

Požymis	Respondentų skaičius	Santykinis dažnis (proc.)
Amžius		
Iki 56 metų	151	44,4
Nuo 56 metų	189	56,6
Lytis		
Vyrai	29	8,5
Moterys	312	91,5
Gyvenamoji vieta		
Kaimas ar miestelis	178	51,7
Miestas ar didmiestis	166	48,3
Giminystės ryšys su žmogumi su negalia		
Tėvai	300	85,7
Kiti artimieji	50	14,3
Žmogaus su negalia amžius		
Iki 18 metų	33	9,4
Nuo 18 metų	317	90,6
Išsilavinimas		
Ilgąjį aukštąjį išsilavinimą	163	47,0
Neįgiję aukštojo išsilavinimo	184	53,0
Užimtumas		
Dirba	192	56,3
Nedirba	149	43,7
Darbo krūvis		
Visu etatu	154	51,3
Ne visu etatu	146	48,7
Pajamos		
Iki 300 eurų	55	16,5
Nuo 300 eurų	279	83,5
Šeiminė padėtis		
Turi sutuoktinį	200	57,8
Neturi sutuoktinio	146	42,2

Nustatyta, kad 85,3 proc. visų respondentų pastebėjo COVID-19 pandemijos poveikį jų šeimų gerovei (1 pav.). Respondentų pasiskirstymas atsižvelgiant į tai, ar jie pastebėjo COVID-19 pandemijos poveikį gerovei, nesiskyrė pagal respondentų lytį, gyvenamąją vietą, žmogaus su negalia amžių, respondentų išsilavinimą, užimtumą, dar-

bo krūvį, gaunamas pajamas bei šeiminių padėtį ($p > 0,05$). Skirtumai nustatyti tik lyginant skirtingo amžiaus bei šeiminių ryšių su žmogumi, turinčiu negalią, grupes: jaunesni respondentai ir žmonių su negalia tėvai dažniau pastebėjo pandemijos poveikį gerovei (atitinkamai 88,8 proc. prieš 80,7 proc. ir 87,6 proc. prieš 72,0 proc., $p \leq 0,05$).



1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal COVID-19 pandemijos paveiktas jų gyvenimo sritis

Penktadalis (22,9 proc.) visų respondentų sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu kilo problemų dėl jų darbinės veiklos (1 pav.). Respondentų pasiskirstymas pagal atsakymus į klausimą „Ar pandemijos metu kilo problemų dėl Jūsų darbinės veiklos?“ reikšmingai nesiskyrė pagal respondentų amžių, lytį, gyvenamąją vietą, giminystės ryšį, užimtumą, darbo krūvį, pajamas, šeiminių padėtį ($p > 0,05$). Respondentai, kurie turi jaunesnius nei 18 metų amžiaus artimuosius su negalia, ir respondentai, neturintys aukštojo išsilavinimo, dažniau sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu kilo problemų dėl jų darbinės veiklos (atitinkamai 37,5 proc. prieš 21,0 proc. ir 30,2 proc. prieš 15,0 proc., $p \leq 0,05$).

Pusė (52,7 proc.) visų respondentų sutiko su teiginiu, kad jų šeima pandemijos metu patyrė daugiau išlaidų (1 pav.). Respondentų pasiskirstymas atsakant į klausimą „Ar sutinkate su teiginiu, kad Jūsų šeima pandemijos metu patyrė daugiau išlaidų?“ reikšmingai nesiskyrė pagal respondentų amžių, lytį, gyvenamąją vietą, giminystės ryšį, žmogaus su negalia amžių, res-

pondentų išsilavinimą, užimtumą, darbo krūvį, pajamas ir šeiminių padėtį ($p > 0,05$).

Daugiau nei pusė (60,5 proc.) visų respondentų sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu suprastėjo jų sveikata (1 pav.). Respondentų pasiskirstymas atsakant į klausimą „Ar sutinkate su teiginiu, kad pandemijos metu suprastėjo Jūsų sveikata?“ reikšmingai nesiskyrė pagal respondentų amžių, lytį, gyvenamąją vietą, žmogaus su negalia amžių, respondentų išsilavinimą, užimtumą, pajamas ir šeiminių padėtį ($p > 0,05$). Tėvai ir ne visu etatu dirbantys respondentai dažniau sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu suprastėjo jų sveikata (atitinkamai 63,2 proc. prieš 46,0 proc. ir 69,7 proc. prieš 45,0 proc., $p \leq 0,05$).

Du trečdaliai (63,6 proc.) visų respondentų sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu negalią turintis jų artimasis turėjo galimybę gauti jam reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas (1 pav.). Respondentų pasiskirstymas atsakant į klausimą „Ar pandemijos metu negalią turintis Jūsų artimasis turėjo galimybę gauti jam reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas?“ reikšmingai

nesiskyrė pagal respondentų amžių, lytį, gyvenamąją vietą, žmogaus su negalia amžių, respondentų išsilavinimą, užimtumą, darbo krūvį, pajamas, šeiminių padėčių ($p > 0,05$). Žmonių su negalia tėvai dažniau sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu negalią turintis jų artimasis susidūrė su sunkumais gauti jam reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų (80,0 proc. prieš 60,8 proc., $p \leq 0,05$). Du trečdaliai (64,4 proc.) visų respondentų sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu negalią turintis jų artimasis susidūrė su problemomis gauti jam reikalingų socialinių paslaugų (pavyzdžiui, lankyti dienos užimtumo ar socialinės globos centrą, gauti specializuotą slaugą ar pan.) (1 pav.). Respondentų pasiskirstymas atsakant į klausimą „Ar pandemijos metu negalią turintis Jūsų artimasis turėjo galimybę gauti jam reikalingas socialines paslaugas (pavyzdžiui, lankyti dienos užimtumo ar socialinės globos centrą, gauti specializuotą slaugą ar pan.)?“ reikšmingai nesiskyrė pagal respondentų amžių, gyvenamąją vietą, žmogaus su negalia amžių, respondentų išsilavinimą, užimtumą, darbo krūvį, pajamas, šeiminių padėčių ($p > 0,05$). Vyrai ir žmonių su negalia artimieji dažniau sutiko su teiginiu, kad pandemijos metu negalią turintis jų artimasis susidūrė su sunkumais gauti jam reikalingų socialinių paslaugų (atitinkamai 85,7 proc. prieš 62,4 proc. ir 73,6 proc. prieš 62,0 proc., $p \leq 0,05$).

REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo metu nustatyta, kad didelė dalis su psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis gyvenančių artimųjų pastebėjo neigiamą COVID-19 pandemijos poveikį savo šeimų gerovei. Nustatyta, kad pandemija dažniau paveikė neturinčių aukštojo išsilavinimo respondentų darbinę veiklą. Šio tyrimo metu taip pat nustatyta, kad pandemija dažniau paveikė žmonių su negalia tėvų ir respondentų, dirbančių ne visą darbo dieną, sveikatą. Nustatyta, kad karantino laikotarpiu sveikatos ir socialinių paslaugų pasiekiamumas didelei daliai žmonių su negalia buvo nepakankamas. Vyrai ir kiti žmonių su negalia artimieji (ne tėvai), besirūpinantys žmonėmis su negalia, dažniau susidurdavo su sunkumais gauti socialinių paslaugų savo negalią turintiems artimiesiems.

Kitose šalyse atlikti tyrimai, kurių metu buvo vertinama pandemijos įtaka žmonių su negalia šeimų gerovei, atskleidė, kad žmonių su negalia motinos karantino metu patyrė didelių sunkumų siekdamos

gauti paslaugų savo negalią turintiems vaikams [8]. Jungtinės Karalystės mokslininkų 2021 metais atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad daugeliui tėvų karantino ribojimai sukėlė didesnį nerimo lygį, paveikė jų pačių ir jų negalią turinčių artimųjų nuotaiką bei emocinę savijautą [9]. 2020 metais JAV mokslininkai atliko mokslinį tyrimą, kuriuo buvo siekiama įvertinti COVID-19 pandemijos įtaką galimybei gauti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų asmenims, turintiems psichosocialinę negalią. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad 74,0 proc. asmenų, turinčių psichosocialinę negalią, negalėjo gauti bent vienos iš jiems skirtų medicininių terapijų ar švietimo paslaugų, o 30,0 proc. neteko visų terapijos ir švietimo paslaugų [10]. Mūsų tyrimo rezultatai atskleidė, kad 63,6 proc. artimųjų susidūrė su problemomis siekdami gauti sveikatos priežiūros paslaugų, o 64,4 proc. artimųjų susidūrė su problemomis siekdami gauti socialinių paslaugų. 2020 metais JAV mokslininkai atliko tyrimą, kuriuo buvo siekiama įvertinti COVID-19 pandemijos įtaką šeimoms, kuriose yra psichosocialinę negalią turinčių asmenų. Nustatyta, kad 20,3 proc. respondentų teigė, jog psichosocialinę negalią turinčius artimuosius globoti COVID-19 pandemijos metu tapo finansiškai sunkiau [11]. Mūsų tyrimo rezultatai atskleidė, kad 52,7 proc. tiriamųjų, kurie turi psichosocialinę negalią turinčių artimų asmenų, susidūrė su didesnėmis išlaidomis.

Tyrimo ribotumai. Nors tyrimo metu buvo siekta įvertinti COVID-19 pandemijos įtaką respondentų gerovės pokyčiams, šios pandemijos metu prasidėjo ir karas Ukrainoje, todėl tikėtina, kad kai kuriais atvejais abiejų faktorių poveikis gerovei sutapo ir tai galėjo iškreipti tyrimo rezultatus. Be to, šio tyrimo rezultatai paremti vienmomenčiu subjektyviu pačių tiriamųjų pandemijos poveikio vertinimu, dėl kurio taip pat galėjo atsirasti tam tikrų netikslumų. Nors tyrimo duomenys buvo renkami daugelyje Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrijos „Viltis“ asocijuotų dienos centrų, tačiau šie centrai neapima visų psichosocialinę negalią turinčių asmenų, todėl apklausos rezultatai gali neatspindėti visos psichosocialinę negalią turinčių asmenų artimųjų populiacijos Lietuvoje.

APIBENDRINIMAS

Neigiamą COVID-19 pandemijos poveikį savo šeimų gerovei pastebėjo keturi penktadaliai su psichosocialinę negalią turinčių asmenų artimųjų populiacijos Lietuvoje.

lią turinčiais asmenimis gyvenančių artimųjų. Nuomonės apie poveikį socialiniai ir demografiniai netolygumai dažniausiai nustatyti darbinės veiklos, sveikatos bei socialinių paslaugų gavimo srityse. Pandemija dažniau neigiamai paveikė neturinčiųjų aukštojo išsilavinimo darbinę veiklą, žmonių su negalia tėvų ir respondentų, dirbančių ne visą darbo dieną, sveikatą. Sveikatos ir socialinių paslaugų pasiekiamumas didelei daliai žmonių su negalia buvo

nepakankamas. Vyrų ir kiti žmonių su negalia artimieji (ne tėvai), besirūpinantys žmonėmis su negalia, dažniau susidurdavo su sunkumais gauti socialinių paslaugų savo negalią turintiems artimiesiems. Žmonių su negalia tėvai dažniau nurodė, kad žmonėms su negalia kilo sunkumų gauti reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų.

Straipsnis gautas 2025-09-05, priimtas 2025-10-24

Literatūra

1. Vonneilich N, Lüdecke D, Kofahl C. The impact of care on family and health-related quality of life of parents with chronically ill and disabled children. *Disabil Rehabil.* 2016;38(8):761–7. DOI: 10.3109/09638288.2015.1060267.
2. Juhászová A. Comparison of Quality of Life of Families with Children with Disability and Families with Children without Disability. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2015;174:3378–84. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.01.1007.
3. Asbury K, Fox L, Deniz E, Code A, Toseeb U. How is COVID-19 Affecting the Mental Health of Children with Special Educational Needs and Disabilities and Their Families? *J Autism Dev Disord.* 2021;51(5):1772–80. DOI: 10.1007/s10803-020-04577-2.
4. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(5):389–90. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30141-3.
5. Rechner L, Harvey KE, Lancaster S, Horney JA. How COVID-19 impacted people with disabilities: A qualitative study in Delaware. *Public Health Pract.* 2023;6:100424. DOI: 10.1016/j.puhip.2023.100424.
6. Xu F, Brodsky V. The impact of COVID-19 on health-related quality of life: a systematic review and evidence-based recommendations. *Discov Psychol.* 2024;4(1):90. DOI:10.1007/s44202-024-00204-8.
7. Embregts P, Heerkens L, Frielink N, Giesbers S, Vromans L, Jahoda A. Experiences of mothers caring for a child with an intellectual disability during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *J Intellect Disabil Res JIDR.* 2021;65(8):760–71. DOI: 10.1111/jir.12859.
8. Çelik MY. Children With Disabilities and Their Mothers During the COVID-19 Pandemic Difficulties Experienced. *Clin Pediatr (Phila).* 2023;00099228231167382. DOI: 10.1177/00099228231167382.
9. Sideropoulos V, Dukes D, Hanley M, Palikara O, Rhodes S, Riby DM, et al. The Impact of COVID-19 on Anxiety and Worries for Families of Individuals with Special Education Needs and Disabilities in the UK. *J Autism Dev Disord.* 2022;52(6):2656–69. DOI: 10.1007/s10803-021-05168-5.
10. Jeste S, Hyde C, Distefano C, Halladay A, Ray S, Porath M, et al. Changes in access to educational and healthcare services for individuals with intellectual and developmental disabilities during COVID-19 restrictions. *J Intellect Disabil Res.* 2020;64(11):825–33. DOI: 10.1111/jir.12776.
11. University of Pittsburgh. Effects of COVID-19 on Family Caregivers A Community Survey from the University of Pittsburgh July 2020. Prieiga per internetą: <https://ucsur.pitt.edu/reports/center-reports/effects-covid-19-family-caregivers-community-survey-university-pittsburgh>

IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON FAMILY WELL-BEING: PERSPECTIVES OF RELATIVES OF INDIVIDUALS WITH PSYCHOSOCIAL DISABILITIES

Robertas Basijokas, Aleksandra Verbilo, Donatas Austys

Department of Public Health, Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Vilnius University

SUMMARY

The aim of this study was to assess the opinions of relatives living with persons with psychosocial disabilities about the impact of the COVID-19 pandemic on the well-being of their families, taking into account demographic and social factors.

Materials and methods. In 2022, 351 relatives living with persons with disabilities were surveyed. A chi-square test was used to assess the distribution of respondents according to sociodemographic variables and answers about the impact of COVID-19 pandemic on the well-being.

Results. The negative impact of the COVID-19 pandemic was reported by 85.3% of respondents. Younger respondents and parents reporting it more frequently (respectively, 88.8% vs. 80.7% and 87.6% vs. 72.0%, $p \leq 0.05$). One-fifth (22.9%) of all respondents indicated that the pandemic caused problems with their work, 52.7% - that their family had more expenses, 60.5% indicated that their health deteriorated during the pandemic, 63.6% indicated that their disabled relatives were unable to receive healthcare services, and 64.4% - that their disabled relatives were unable to receive social services. Collateral relatives and respondents without higher education more frequently indicated that they had experienced problems with their work during the pandemic (respectively, 37.5% vs. 21.0% and 30.2% vs. 15.0%, $p \leq 0.05$).

Parents and part-time workers more frequently indicated that their health deteriorated during the pandemic (respectively, 63.2% vs. 46.0% and 69.7% vs. 58.9%, $p \leq 0.05$). Collateral relatives more frequently indicated that during the pandemic, their disabled relatives had difficulties accessing healthcare services (respectively, 80.0% vs. 60.8%, $p \leq 0.05$). Men and collateral relatives more often indicated that their disabled relatives had difficulties accessing social services (respectively, 85.7% vs. 62.4%, 73.6% vs. 62.0%, $p \leq 0.05$).

Conclusions. More than four-fifths of the relatives of people with psychosocial disabilities have experienced the impact of the COVID-19 pandemic. Most commonly, inequalities were observed regarding work, accessibility to healthcare and social services.

Keywords: psychosocial disabilities, relatives of people with disabilities, wellbeing, COVID-19 pandemic.

Correspondence to Donatas Austys

Department of Public Health, Institute of Health Sciences Faculty of Medicine, Vilnius University
M. K. Čiurlionio str. 21, LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: donatas.austys@mf.vu.lt

Received 5 September 2025, accepted 24 October 2025

ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PAPLITIMAS BEI LIGOS SUVOKIMO SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE

Greta Kuveikaitė¹, Laura Nedzinskienė², Renata Giliun³, Paulius Subačius⁴

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, ²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Biomedicinos instituto Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedra, ³Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra, ⁴Vilniaus universiteto Matematikos ir informatikos fakultetas

SANTRAUKA

Tikslas – nustatyti ir įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL) paplitimą bei ligos suvokimo sąsajas su gyvenimo kokybe.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Atliktas analitinis vienmomentis pjūvio tyrimas, jis buvo vykdomas 2025 m. sausio–liepos mėnesiais. Duomenys rinkti taikant anoniminės anketinės apklausos metodą. Tyrime dalyvavo 1 060 pilnamečių (18 metų ir vyresnių) Lietuvos gyventojų. Klausimynas parengtas *Google forms* platformoje ir platintas socialiniuose tinkluose. Anketą sudaro dvi dalys: pirmojoje pateikta 18 klausimų apie sociodemografinius rodiklius, gyvenimo būdą, subjektyviai vertinamą sveikatos būklę ir vartojamus vaistus; antrojoje naudojamas standartizuotas gyvenimo kokybės vertinimo klausimynas SF-36, taikytas tik respondentams, sergantiems ŠKL.

Rezultatai. Iš visų respondentų beveik trečdalis (28,77 proc.) nurodė, kad serga viena ar keliomis ŠKL. Dažniausios ligos: arterinė hipertenzija, hipercholesterolemija ir įvairios aritmijos. Kiekviena papildoma ŠKL buvo statistiškai reikšmingai susijusi su vidutiniu fizinio aktyvumo sumažėjimu ($p < 0,001$), fizinės veiklos apribojimų padidėjimu ($p < 0,001$), energijos sumažėjimu ($p < 0,001$), emocinės būsenos pablogėjimu ($p < 0,001$), socialinio funkcionavimo sumažėjimu ($p = 0,027$) ir bendros sveikatos pablogėjimu ($p < 0,001$). Nurodytas ŠKL skaičius neturėjo statistiškai reikšmingos sąsajos su patiriamo skausmo lygiu ar apribojimais dėl emocinių priežasčių. Nustatyta labiausiai neigiamai gyvenimo kokybę veikianti ŠKL – širdies nepakankamumas (ŠN). Jis buvo susijęs su mažesniu fiziniu aktyvumu ($p < 0,001$), padidėjusiais fizinės veiklos apribojimais ($p < 0,001$), žymiai mažesniu energingumu ($p < 0,001$), prastesne emocine būkle ($p = 0,002$) bei blogesne bendra sveikata ($p < 0,001$).

Išvados. Dauguma respondentų, sergančių viena ar keliomis ŠKL, serga arterine hipertenzija, hipercholesterolemija ar kuria nors aritmija. Kiekviena papildoma ŠKL susijusi su prastesne fizine veikla, mažesniu energingumu, pablogėjusia emocine būkle, sumažėjusiu socialiniu funkcionavimu ir bendros sveikatos pablogėjimu. Ligų skaičius neturėjo ryšio su patiriamu skausmu ar emocinių priežasčių sukeltais apribojimais. Daugiausia gyvenimo kokybės sričių paveikė ŠN, kuris susijęs su prastesne fizine veikla, energija, emocine būkle ir bendra sveikata.

Reikšminiai žodžiai: širdies ir kraujagyslių ligų paplitimas, gyvenimo kokybė, SF-36 klausimynas.

ĮVADAS

Senstant visuomenei sparčiai didėja multimorbidizmo (kai vienu metu sergama keliomis lėtinėmis ligomis) paplitimas [1]. Didžiąją dalį šio augimo sudaro širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL), kurios ilgą laiką išlieka pagrindine vyrų ir moterų mirties priežastimi Lietuvoje [2]. ŠKL ne tik kelia didelę naštą sveikatos priežiūros sistemai, bet ir daro tiesioginę įtaką pacientų gyvenimo

kokybei – reikalauja nuolatinės medicininės priežiūros, ilgalaikio gydymo ir gyvenimo būdo pokyčių [3].

Adresas susirašinėti: Laura Nedzinskienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
El. p. laura.nedzinskiene@mf.vu.lt

Tyrimai rodo, kad ligos suvokimas yra svarbus veiksnys, lemiantis žmonių savijautą: asmenys, kurie ŠKL suvokia kaip labiau grėsmingą ar sunkiai kontroliuojamą, dažniausiai nurodo prastesnę gyvenimo kokybę [4]. Norint ją įvertinti, dažniausiai naudojami standartizuoti klausimynai, tokie kaip SF-36, EQ-5D, ar specifiniai kardiologiniai instrumentai, kurie leidžia išanalizuoti fizinę, psichologinę ir socialinę paciento gerovę.

Nagrinėjant ŠKL suvokimo sąsajas, svarbu atkreipti dėmesį ne tik į pačių pacientų gyvenimo kokybę ir savijautą, bet ir į tai, kaip jų ligos suvokimas veikia artimuosius, kurie dažniausiai dalyvauja gydymo procese. Asmenys, linkę labiau nerimauti dėl savo ligos arba vertinantys ją kaip sunkesnę, dažnai gali jaustis nesuprasti ar nesulaukiantys pakankamo palaikymo, o tai papildomai komplikuoja jų fizinę ir psichologinę būklę [4].

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Atliktas analitinis vienmomentis pjūvinis tyrimas, jis buvo vykdomas 2025 m. sausio–liepos mėnesiais. Duomenys rinkti taikant anoniminės anketinės apklausos metodą. Tyrime dalyvavo 1 060 pilnamečių (18 metų ir vyresnių) Lietuvos gyventojų. Klausimynas parengtas *Google forms* platformoje ir platintas socialiniuose tinkluose.

Anketą sudarė dvi dalys. Pirmojoje pateikta 18 klausimų apie sociodemografinius rodiklius (lytis, amžius, gyvenamoji vieta, išsilavinimas, darbinė padėtis), gyvenimo būdą (žalingi įpročiai, prevencinė patikra), sveikatos būklę (ligos, sergantys giminaičiai) ir vartojamus vaistus bei papildus. Antrojoje dalyje naudotas standartizuotas gyvenimo kokybės vertinimo klausimynas SF-36, taikytas tik respondentams, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis. Jis apima 36 klausimus ir 8 gyvenimo sritis: fizinę ir psichinę sveikatą, skausmą, energiją, socialinę funkciją, vaidmenų apribojimus dėl fizinės ir emocinės būklės bei bendrą sveikatą. Atsakymai į klausimus vertinti balais, o kiekviena sritis, naudojant standartinį skaičiavimo algoritmą, buvo išreikšta skalėje nuo 0 iki 100. Kuo aukštesnis balas, tuo gyvenimo kokybė geresnė.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS (angl. *Statistical Package for Social Sciences*) 28.0 programos versiją. Apskaičiuoti dažniai, procentai, vidur-

kiai ir standartinis nuokrypis. Siekiant įvertinti sąsajas tarp ŠKL suvokimo bei gyvenimo kokybės, taikytas tiesinės regresijos analizės metodas. Rezultatai pateikti regresijos koeficientais (β) su 95 proc. pasikliautinaisiais intervalais (PI) ir laikyti statistškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

REZULTATAI

Anketą tinkamai užpildė 1 060 respondentų, iš jų 748 (70,6 proc.) moterys ir 312 (29,4 proc.) vyrų. Respondentų amžiaus vidurkis $38,5 \pm 18,8$ metų, jauniausiam tyrime dalyvavusiam asmeniui buvo 18 metų, vyriausiajam – 90 metų. Daugiau nei pusė anketą užpildžiusių žmonių turi aukštąjį išsilavinimą (57,2 proc.).

Beveik trečdalis (28,77 proc.) respondentų nurodė, kad serga viena ar keliomis ŠKL. Tarp sergančiųjų dažniausiai pasitaikančios ligos buvo: arterinė hipertenzija (59,02 proc.), hipercholesterolemija (26,89 proc.) ir įvairios aritmijos (22,62 proc.).

Įvertinus sergančiųjų suvokimą apie savo ligą (-as) ir atsakymus apie gyvenimo kokybę nustatyta, kad kiekviena papildoma ŠKL susijusi su vidutiniu fizinio aktyvumo sumažėjimu ($\beta = -8,8$; 95 proc. PI: nuo $-11,68$ iki $-5,92$; $p < 0,001$), vidutiniu fizinės veiklos apribojimų padidėjimu ($\beta = -8,7$; 95 proc. PI: nuo $-13,23$ iki $-4,20$; $p < 0,001$), vidutiniu energijos sumažėjimu ($\beta = -4,57$; 95 proc. PI: nuo $-6,46$ iki $-2,69$; $p < 0,001$), vidutiniu emocinės būsenos pablogėjimu ($\beta = -4,71$; 95 proc. PI: nuo $-6,92$ iki $-2,51$; $p < 0,001$), vidutiniu socialinio funkcionavimo sumažėjimu ($\beta = -1,29$; 95 proc. PI: nuo $-2,43$ iki $-0,15$; $p = 0,027$) ir bendros sveikatos pablogėjimu ($\beta = -6,74$; 95 proc. PI: nuo $-8,45$ iki $-5,03$; $p < 0,001$). ŠKL skaičius nebuvo reikšmingai susijęs su patiriamo skausmo lygiu ar apribojimais dėl emocinių priežasčių.

Daugiausia skirtingų gyvenimo kokybės vertinimo sričių paveikianti liga – širdies nepakankamumas (ŠN). Remiantis tyrimo duomenimis, jis statistškai reikšmingai susijęs su mažesniu fiziniu aktyvumu ($\beta = -33,21$; 95 proc. PI: nuo $-43,57$ iki $-22,86$; $p < 0,001$), padidėjusiais fizinės veiklos apribojimais ($\beta = -36,46$; 95 proc. PI: nuo $-52,02$ iki $-20,90$; $p < 0,001$), mažesniu energingumu ($\beta = -17,72$; 95 proc. PI: nuo $-23,90$ iki $-11,54$; $p < 0,001$), prastesne emocine būkle ($\beta = -11,98$; 95 proc. PI: nuo $-19,44$ iki $-4,51$; $p = 0,002$) bei prastesne bendra sveikata ($\beta = -12,60$; 95 proc. PI: nuo $-19,22$ iki $-5,97$; $p < 0,001$).

REZULTATŲ APTARIMAS

Dažniausiai mirtį sukeliančios išeminės ŠKL yra miokardo infarktas ir insultas [5]. Remiantis 2024 m. Higienos instituto duomenimis, Lietuvoje dažniausiai sergama hipertenzinėmis, išeminėmis ligomis (iš jų dažniausiai krūtinės angina), laidumo sutrikimais ir aritmijomis [6]. Atlikto tyrimo rezultatai rodo panašų tendencijų pasiskirstymą: daugiausia tiriamųjų sirgo hipertenzinėmis ligomis ir aritmijomis, tačiau, skirtingai, nei rodo oficialūs duomenys, tyrimo dalyviai dažniau nurodė sergantys hipercholesterolemija nei išeminėmis ligomis.

Modelio rezultatai patvirtina, kad suvokiamas didesnis lėtinių ligų skaičius lemia žemesnę gyvenimo kokybę [7]. Statistiškai reikšmingas ryšys buvo nustatytas tarp didesnio ŠKL skaičiaus ir prastesnių gyvenimo kokybės rodiklių: žemesnio fizinio aktyvumo ir energingumo, didesnių fizinės veiklos apribojimų, blogesnės emocinės būsenos, šiek tiek sumažėjusio socialinio funkcionavimo bei prastesnės bendros sveikatos, nepriklausomai nuo pagrindinių sociodemografinių rodiklių. Šie rezultatai patvirtina tai, kad kelių lėtinių ligų (įskaitant ŠKL) valdymas ir sveikatos priežiūros intervencijos, orientuotos į fizinę bei psichinę gerovę, gali turėti esminę reikšmę gyvenimo kokybei išlaikyti bei gerinti [8, 9].

ŠN sergančių pacientų gyvenimo kokybė priklauso nuo šešių identifikuotų sričių: ateities perspektyvų, savęs priežiūros, socialinių sąveikų, emocinės būsenos, funkcinio gebėjimų, ligos suvokimo ir savo sveikatos būklės supratimo [10]. Tai, kad daugiausia skirtingų gyvenimo kokybės sričių tyrime paveikė ŠN (kuris susijęs su prastesne fizine veikla, energija, emo-

cine būkle ir bendra sveikata), rodo, kad šių pacientų gyvenimo kokybė dažnai būna prasčiausia iš visų sergančiųjų ŠKL. Žmonių, sergančių ŠN, vidutinė išgyvenamumo trukmė nuo diagnozės nustatymo yra apie 2 metai, priklausomai nuo ligos stadijos ir gydymo efektyvumo [11]. Pacientų, kuriems diagnozuota pažengusi ŠN stadija, vidutinė išgyvenamumo trukmė gali būti mažesnė nei 1 metai, net ir taikant intensyvų gydymą ir stebėseną [11].

APIBENDRINIMAS

Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad beveik trečdalis respondentų nurodė sergantys viena ar keliomis ŠKL (dažniausiai arterine hipertenzija, hipercholesterolemija bei aritmijomis). Nustatyta, kad kiekviena suvokiama papildoma ŠKL statistiškai reikšmingai blogina gyvenimo kokybės rodiklius – fizinį aktyvumą, energingumą, emocinę būseną, bendrą sveikatą – bei didina fizinės veiklos apribojimus. Tai patvirtina, kad daugialypės lėtinės ligos turi kumuliacinį poveikį paciento sveikatai ir gyvenimo kokybei, nepriklausomai nuo sociodemografinių veiksnių.

Atsižvelgiant į tai, kad ŠN sergančių pacientų vidutinė gyvenimo trukmė išlieka ribota, šios ligos valdymas yra itin svarbus tiek klinikinio, tiek psichosocialinio aspektu. Gauti rezultatai pabrėžia būtinybę plėtoti kompleksines prevencines bei gydymo priemones, orientuotas ne tik į medicininių ligų kontrolės aspektą, bet ir į pacientų fizinės bei psichinės gerovės puoselėjimą, siekiant užtikrinti kuo aukštesnę gyvenimo kokybę.

Straipsnis gautas 2025-09-08, priimtas 2025-10-31

Literatūra

1. Ramanauskaitė D, Purnaitė R, Jakaitienė A, Glaveckaitė S. Prevalence of multimorbidity in Lithuania: insights from National Health Insurance Fund data. *J Cardiovasc Dev Dis.* 2025;12(2):47. DOI:10.3390/jcdd12020047.
2. Higienos institutas. Parengtas leidinys „Mirties priežastys 2024 (išankstiniai duomenys)“ [Internet]. Vilnius; 2025 May 15 [cited 2025 Oct 21]. Available from: <https://www.hi.lt/naujienos/parengtas-leidinys-mirties-priezastys-2024-isankstiniai-duomenys-2025-05-15/>
3. Foxwell R, Morley C, Frizelle D. Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. *J Psychosom Res.* 2013 Sep;75(3):211–22. DOI:10.1016/j.jpsychores.2013.05.003.
4. Holmlund L, Hörnsten C, Valham F, Olsson K, Hörnsten Å, Ångerud KH. Illness perceptions and health-related quality of life in women and men with atrial fibrillation. *J Cardiovasc Nurs.* 2024;39(1):49–57. DOI:10.1097/JCN.0000000000000995.
5. Eurostat. Causes of death statistics [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 26]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics
6. Higienos institutas. Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 26]. Available from: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168
7. OECD. Does healthcare deliver?: living with multiple chronic conditions [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2025 Feb [cited 2025 Sep 26]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/2025/02/does-healthcare-deliver_978507f1/full-report/living-with-multiple-chronic-conditions_0275c435.html
8. Hu Y, Yang Y, Gao Y, Zhao L, Chen L, Sui W, et al. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life of middle-aged and older adults: the role of physical activity and degree of digitization. *BMC Public Health.* 2024;24:2335. DOI:10.1186/s12889-024-19833-8.
9. Stev CH. Analysis of the influence of psychosocial support on the quality of life of patients with chronic diseases. *Int J Nurs Midwifery Res.* 2025 Mar;3(2):76–85. DOI:10.35335/ners.v3i2.369.
10. Li Vigni M. The impact of heart failure on quality of life. *Eur Heart J Suppl.* 2024;26(Suppl_2):ii84–ii85. DOI:10.1093/eurheartjsupp/suae036. Available from: https://academic.oup.com/eurheartjsupp/article/26/Supplement_2/ii84/7674707
11. Mass General Brigham. End-stage heart failure: what is it, symptoms [Internet]. [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://www.massgeneralbrigham.org/en/patient-care/services-and-specialties/heart/conditions/end-stage-heart-failure>

PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES AND THE RELATIONSHIP BETWEEN DISEASE PERCEPTION AND QUALITY OF LIFE

Greta Kuveikaitė¹, Laura Nedzinskienė², Renata Giliun³, Paulius Subačius⁴

¹Faculty of Medicine, Vilnius University, ²Faculty of Medicine, Vilnius University, Institute of Biomedical Sciences, Department of Anatomy, Histology and Anthropology, ³Department of Nursing, Faculty of Medicine, Vilnius University, ⁴Faculty of Mathematics and Informatics

SUMMARY

The Aim. To assess the prevalence of cardiovascular diseases and examine the associations between disease perception and quality of life.

Methods. An analytical cross-sectional study was conducted from January to July, 2025. Data were collected using an anonymous online survey. The study included 1,060 adults (18 years and older) residing in Lithuania. The questionnaire was created on the Google Forms platform and distributed via social media. The survey consisted of two parts: the first part included 18 questions regarding sociodemographic characteristics, lifestyle, health status, and medication use. The second part employed the standardized SF-36 health-related quality of life questionnaire, which was applied only to respondents with cardiovascular diseases.

Results. Of all respondents, 28,77 % reported having one or more CVDs. The most common conditions were arterial hypertension, hypercholesterolemia, and various arrhythmias.

Each additional CVD was statistically significantly associated with decreased physical activity ($p < 0.001$), increased limitations in physical functioning ($p < 0.001$), reduced energy ($p < 0.001$), worsened emotional well-being ($p < 0.001$), decreased social functioning ($p = 0.027$), and poorer overall health ($p < 0.001$). The number of CVDs was not statistically significantly associated with pain levels or limitations due to emotional reasons.

The condition affecting the most domains of quality of life was heart failure (HF). It was associated with lower physical activity ($p < 0.001$), increased limitations in physical functioning ($p < 0.001$), significantly reduced energy ($p < 0.001$), poorer emotional well-being ($p = 0.002$), and poorer overall health ($p < 0.001$).

Conclusions. Most respondents with one or more cardiovascular diseases suffer from arterial hypertension, hypercholesterolemia, or some form of arrhythmia. Each perceived additional cardiovascular disease was associated with poorer physical functioning, reduced vitality, worsened emotional state, decreased social functioning, and a decline in overall health. The number of diseases was not related to experienced pain or limitations due to emotional reasons. Heart failure had the greatest impact on quality of life, being associated with poorer physical functioning, vitality, emotional state, and overall health.

Keywords. prevalence of cardiovascular diseases, quality of life, SF-36 questionnaire.

Correspondence to Laura Nedzinskienė
Vilnius University Faculty of Medicine
M. K. Čiurlionio str. 21/27
LT-03101 Vilnius, Lithuania
E-mail: laura.nedzinskiene@mf.vu.lt

Received 8 September 2025, accepted 31 October 2025



Asociatyvinė unsplash.com nuotr.

SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS KOORDINATORIŲ VEIKLA SAVIVALDYBIŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS BIURUOSE

Savižudybių prevencijos stiprinimas yra viena iš Lietuvos nacionalinės savižudybių prevencijos politikos kryptių. Atsižvelgiant į savivaldybių institucijų artumą bendruomenėms, jų galimybes greitai reaguoti į savižudybės grėsmės atvejus ir identifikuoti pagalbos poreikius savivaldybėje, vietinio lygmens veiksmai tampa kertiniu savižudybių prevencijos sistemos elementu.

Savivaldybių vaidmens stiprinimą atspindi ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2025–2027 metų strateginis veiklos planas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. gegužės 29 d. įsakymu Nr. V-505, kuriame numatyta siekti, kad didėtų savivaldybių pasitvirtintų reagavimo į savižudybės grėsmę algoritmų skaičius. Be to, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-2008 patvirtintame Nacionaliniame savižudybių prevencijos veiksmų plane 2023–2026 m. (suvestinė redakcija nuo 2023-10-10) nustatytas tikslas – stiprinti savivaldybių

gebėjimą atpažinti savižudybės grėsmę ir tinkamai nukreipti asmenis pagalbos. Taip pat 2024 m. sausio 12 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-32 patvirtintas Savižudybių prevencijos koordinavimo savivaldybėje tvarkos aprašas, kuris reglamentuoja savivaldybių savižudybių prevencijos koordinatorių veiklą, apibrėžia tarpsektorinio bendradarbiavimo principus ir rekomenduoja savivaldybėms diegti reagavimo į savižudybės grėsmę algoritmus savivaldos lygmeniu.

Savižudybių prevencijos koordinavimas savivaldybėje – savivaldybėje vykdomų prevencijos, intervencijos ir postvencijos veiklų, skirtų savižudybių ir mėginimų žudyti skaičiui ir su tuo siejamiems neigiamiems padariniams mažinti, tikslingas planavimas, organizavimas ir tobulinimas, taikant tarpinstitucinį bendradarbiavimą.

2024 m. 20-tyje Lietuvos savivaldybių visuomenės sveikatos biurų pradėjo dirbti savižudybių prevencijos koordinatoriai. 2025 m. duomenimis, numatyta, kad 26-iose savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose dirbs savižudybių prevencijos koordinatoriai.

Remiantis 2024 m. savižudybių prevencijos koordinatorių veiklos ataskaita, tarpinstituciniai susitikimai buvo viena aktyviausiai vykdytų koordinatorių funkcijų. Savižudybių prevencijos koordinatoriai organizavo susitikimus su savo apskrities vyriausiojo policijos komisariato, greitosios medicinos pagalbos, priešgaisrinės saugos ir gelbėjimo departamento, psichikos sveikatos centrų, asmens sveikatos priežiūros, globos, socialinių paslaugų įstaigų, dienos centrų, švietimo, kultūros, žiniasklaidos ir kitų institucijų atstovais. „Dažnai atrodo, kad visi dirbame šalia, bet ne kartu. Kai susėdame prie vieno stalo – atsiranda aiškumas, kas ką daro, o kam reikia paramos“, – pastebėjo vienas iš savižudybių prevencijos koordinatorių.

Taip pat didelė dalis savižudybių prevencijos koordinatorių nurodė, kad tikslingai planavo bazinių savižudybių prevencijos mokymų poreikį savivaldybėje. Visuomenės sveikatos biuruose buvo organizuoti mokymai įvairių sektorių atstovams, tarp jų – švietimo, kultūros, žiniasklaidos, socialinių paslaugų ir kitų sričių specialistams. Koordinatoriai teikė informaciją institucijoms, įstaigoms ir organizacijoms, veikiančioms savivaldybės teritorijoje, apie savižudybių prevencijos pagalbos sistemą. Be to, buvo įgyvendintos ir kitos veiklos – pavyzdžiui, vienoje savivaldybėje atliktas tyrimas Lietuvos mastu apie visuomenės nuostatas, susijusias su savižudybėmis, organizuoti įvairūs renginiai savižudybių prevencijos tematika.

Paminėtina, kad savižudybių prevencijos koordinatoriai savo veikloje susiduria su keliais iššūkiais, kurie apsunkina savižudybių prevencijos įgyvendinimą savivaldybėse. Vienas iš jų yra tai, kad savivaldybėse veikiančių institucijų specialistai vis dar iki galo nesupranta koordinatoriaus vaidmens. Praktikoje pastebima, kad savižudybių prevencijos veiklos kartais klaidingai sutapatina su vieno specialisto – koordinatoriaus – atsakomybe. Toks požiūris mažina tarpsektorinio bendradarbiavimo potencialą ir apsunkina prevencijos priemonių įgyvendinimą. Svarbu, kad savižudybių prevencija būtų suvokiama

kaip bendra institucijų atsakomybė, kai kiekvienas sektorius veikia pagal savo kompetenciją, o koordinatoriaus vaidmuo – telkti šias pastangas į bendrą sistemą.

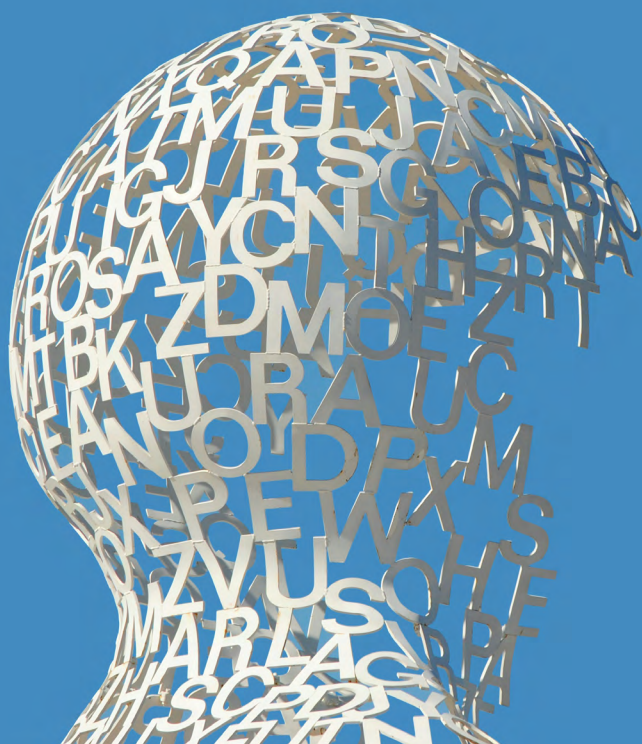
Kitas reikšmingas iššūkis – vis dar gajį savižudybės temos stigma ir mitai, kurie trukdo specialistams bendradarbiauti ir veiksmingai užtikrinti savižudybių prevenciją. Tikslingai identifikavus specialistų grupes ir organizuojant bazinius savižudybių prevencijos mokymus, galima sustiprinti gebėjimą atpažinti savižudybės riziką ir skatinti aktyvesnį tarpinstitucinį bendradarbiavimą.

Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad savižudybių prevencijos srityje vis dar trūksta tarpinstitucinio bendradarbiavimo, tad didesnis savivaldybių administracijų įsitraukimas į tarpininkavimą tarp institucijų, politinio palaikymo užtikrinimas ir darbo grupių veiklos stiprinimas prisidėtų prie koordinuoto ir efektyvesnio savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimo vietos lygmeniu. Nacionaliniu lygmeniu aktualu skatinti dialogą tarp skirtingų ministerijų, siekiant užtikrinti bendrą ir nuoseklią savižudybių prevencijos politiką Lietuvoje.

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos savivaldybėse kryptingai stiprinama savižudybių prevencija. Ją įgyvendinant svarbu užtikrinti nuoseklų tarpinstitucinį bendradarbiavimą, mažinti stigmą kreipiantis pagalbos, organizuoti savižudybių prevencijos mokymus tikslinėms grupėms ir tikslingai planuoti prevencines priemones atsižvelgiant į savivaldybės ypatumus. Paminėtina, kad vis daugiau savivaldybių įgyvendina reagavimo į savižudybės grėsmę algoritmus. Higienos instituto 2024 m. duomenimis, 28 iš 60 savivaldybių (tarp jų – 16 savivaldybių, kuriose dirba savižudybių prevencijos koordinatoriai) jau yra patvirtinusios šiuos algoritmus, o tai rodo augantį savivaldybių įsitraukimą stiprinant savižudybių prevenciją.

Lalita Hacker

*Higienos instituto Psichikos sveikatos centro
Savižudybių prevencijos skyrius*



ŽODŽIAI, KEIČIANTYS REALYBĘ: HIGIENOS INSTITUTO METODINĖS PRIEMONĖS ŽINIASKLAIDAI, SKIRTOS PSICHIKOS SVEIKATOS STIGMAI MAŽINTI

Su psichikos sveikata susijusios publikacijos, ypač kai jomis galima pasidalyti socialiniuose tinkluose ar cituoti kituose portaluose vienu kompiuterio pelės spustelėjimu, nebėra tik informavimo, nuomonės ar žodžio meno klausimas – jos tiesiogiai susijusios su žmonių savijauta tą informaciją perskaičius ar pamačius, su kreipimosi pagalbos tikimybe ir visuomenės nuostatų apie psichikos sveikatą formavimu.

2022 m. Higienos institutas atliko tyrimą, siekdamas įvertinti stigmatizuojančias Lietuvos gyventojų nuostatas psichikos sveikatos srityje. Gauti duomenys atskleidė, kad tik pusė šalies gyventojų yra pozityviai nusiteikę dėl psichikos sveikatos sutrikimų turinčių asmenų, o net trečdalis tiriamųjų nežinojo arba neturėjo aiškiai išreikštos nuomonės apie psichikos sveikatos sutrikimų turinčius asmenis. Siekiant didinti gyventojų žinias apie psichikos sveikatą, ugdyti tolerantišką Lietuvos visuomenę, nuo 2023 m. įgyvendinama iniciatyva „Žvelk giliau“. Šia iniciatyva siekiama mažinti neigiamas visuomenės nuostatas

į asmenis, kurie susiduria su psichikos sveikatos sunkumais, įgalinti šiuos asmenis drąsiai kalbėti apie savo patirtis ir parodyti, kad psichikos sveikatos sunkumai yra natūrali žmogiškoji patirtis. Apie šias patirtis visoje Lietuvoje vykstančiuose renginiuose viešai kalba iniciatyvos „Žvelk giliau“ psichikos sveikatos ambasadoriai, kurių 2025 metais yra daugiau nei 120.

Projektas „Žvelk giliau“ remiasi daugiau nei dešimtmetį Jungtinėje Karalystėje vykdyta psichikos sveikatos stigmati mažinti skirta programa „Time to Change“. Projekto „Žvelk giliau“ partnerių Jungtinėje Karalystėje patirtis parodė, kad „Time to Change“ sėkmę lėmė ne vien plačios komunikacinės kampanijos ar ambasadorių (žmonių, turinčių psichikos sveikatos sunkumų patirties) istorijos, bet ir nuoseklus darbas su žurnalistais ir komunikacijos specialistais. Šis glaudus bendradarbiavimas lėmė žiniasklaidos praktikos pokytį: atsakingesnę istorijų pasakojimą, antraštes, akcentuojančias atsigavimą, žmogaus istorijos nesusaprašinimą tik iki diagnozės ir didesnę dėmesį tam, kaip psichikos sunkumų turintys žmonės atsigauja ir gyvena.

Higienos institutas 2024–2025 m. sistemingai rengė edukacinius ir praktinius susitikimus žurnalistams, redakcijoms ir institucijų komunikacijos specialistams, skatindamas atsakingai kalbėti psichikos sveikatos ir savižudybių temomis. Mokymų metu žiniasklaidos ir institucijų komandos nagrinėjo realius savo ar kolegų tekstus: buvo diskutuojama dėl antraščių, turinio, vizualų, identifikuojami stigmą didinantys žodžių junginiai, vizualai ir ieškoma alternatyvų. Mokymų dalyviai, pateikdami grįžtamąjį ryšį, šiuos mokymus apibūdino kaip aiškius, praktiškus ir naudingus. Vykdam mokymus bei tiesiogiai bendradarbiaujant su žiniasklaida, šiai rengiant straipsnius, 2025 m. buvo parengtas iniciatyvos „Žvelk giliau“ metodinis leidinys „Balsas, kuris padeda: komunikacija apie psichikos sveikatą“, siekiant susisteminti informaciją apie psichikos sveikatą palankią kalbą. Šiame leidinyje pateikiamos praktinės gairės bei pavyzdžių, kaip tinkamai perteikta viešoji komunikacija gali mažinti stigmą ir didinti psichikos sveikatos raštingumą. Naudojantis šiomis rekomendacijomis žurnalistams ir komunikacijos specialistams sutrumpėja sprendimų kelias: mažiau kyla vidinių diskusijų, atsiranda daugiau aiškių kriterijų.

Rengiant straipsnius ar komunikacines žinutes apie psichikos sveikatos sutrikimus ar juos patyrusių žmonių istorijas svarbu išvengti dviejų kraštutinumų: nejaukaus nutylėjimo ir dramatiškos, vaizdingos retorikos. Pasinaudojus vos keliais patarimais rengiamos publikacijos gali tapti tiek svarbiu įkvėpimu bent vienam žmogui nelikti vienam su sunkumais, tiek visos visuomenės nuostatas teigiama linkme formuojančia žinute. Mokymuose ir rekomendacijose į bet kokią viešą komunikaciją psichikos sveikatos tema kviečiama pažvelgti kaip į intervenciją prisidedant prie iniciatyvos „Žvelk giliau“ tikslų. Keletas rekomendacijų rengiantiesiems publikacijas psichikos sveikatos tema:

- **Įtraukite į tekstą publikacijų herojų pasakojimus** – leiskite kalbėti patiems žmonėms, patyrusiems psichikos sveikatos sunkumų, akcentuokite atsigavimo aplinkybes ir įveikos kelius. Būtent šie žmonės yra autentiškiausi savo patirties ekspertai, o ne tie, kurie jų elgesį ar diagnozę komentuoja iš šalies.
- **Rinkitės žmogų akcentuojančią kalbą** – „žmogus, turintis psichikos sveikatos sutrikimą / depresiją / priklausomybę“, o ne žmogaus orumą žeidžiančius ir etiketes formuojančius pasakymus. Suteikite publikacijoje erdvės platesnei nei diagnozė asmens tapatybei.

- **Paneikite stereotipus ir mitus** – patikrinkite savo teiginius, statistiką ir remkitės faktais (pavyzdžiui, ar iš tiesų šiuo metu depresijos sutrikimų daugėja?), pateikite paaiškinimus ir alternatyvų požiūrį (pavyzdžiui, kad daugumą nusikaltimų padaro asmenys, neturintys jokių psichikos sveikatos sutrikimų, taip mažinant stigmą, jog psichikos sveikatos sutrikimų turintys asmenys yra pavojingi).
- **Visada pateikite informaciją apie galimą pagalbą** – niekad nežinia, kokioje gyvenimo situacijoje esantis ir ką išgyvenantis žmogus skaitys straipsnį ar žinutę. Krizę išgyvenantis žmogus yra labiau pažeidžiamas, tad žinutė apie psichikos sveikatos sunkumus jam gali turėti stipresnę įtaką nei kitu gyvenimo etapu, kai žmogus jaučiasi ramus ir tvirtas. Visais atvejais – ar straipsnis teigiamas, ar mažiau pozityvus – nurodykite kontaktus, kur esant poreikiui asmuo galėtų gauti pagalbą, pavyzdžiui adresą www.pagalbasau.lt arba emocinės paramos linijų lentelę su kontaktais (patebima, kad daugelyje publikacijų šios informacijos vis dar trūksta).
- **Pasirūpinkite vizualais** – naudokite straipsnio herojaus nuotrauką ar nuotrauką, atspindinčią jo gyvenimo įvairovę: pomėgius, darbą, įprastą kasdienybę, šeimą ar draugus ir pan.; venkite vizualų, vaizduojančių tik sunkiausias asmens emocijas – tai žmogų itin supaprastinantis požiūris, nes net sunkumų patiriantis asmuo išgyvena platų emocijų spektrą, taip pat ir ramias, pozityvias emocijas; vaizduokite atsigavimo momentus – bendruomenės paramą, apkabinimą, palaikymą; venkite klišių ir sensacingumo, tai gali tapti stigmą didinančiu veiksmu.
- **Atlikite etikos „patikrą“ prieš publikuodami tekstą** – net ir gerų ketinimų turinčios žinutės gali sustiprinti stigmą, kelti baimę ar skatinti diskriminaciją, todėl peržiūrėkite formuluotes, kontekstą ir vizualus dar kartą – įvertinkite, ar skaitantysis (ypač krizę patiriantis asmuo) pajus daugiau vilties, kad galima atsigauti, ar nevilties, jog išėties nėra?

Kviečiame išsamiau susipažinti su iniciatyvos „Žvelk giliau“ metodiniu leidiniu „[Balsas, kuris padeda: komunikacija apie psichikos sveikatą](http://www.pagalbasau.lt)“.

*Lina Adomavičiūtė
Higienos instituto Psichikos sveikatos centro
Psichikos sveikatos stiprinimo skyrius*



Asociatyvinė unsplash.com nuotr.

NUO ŽINIŲ PRIE KONKREČIŲ VEIKSMŲ: PSICHIKOS SVEIKATOS RAŠTINGUMO SVARBA ŠIUOLAIKINĖJE VISUOMENĖJE

Psichikos sveikatos raštingumas (PSR) – vienas kertinių veiksnių, padedančių asmeniui suprasti psichikos sveikatos reikšmę gyvenimo kokybei, atpažinti psichikos sunkumų ir sutrikimų požymius, turėti (arba gebėti susirasti) patikimą informaciją apie juos, taip pat žinoti apie egzistuojančią savipagalbą bei profesionalią pagalbą ir būdus joms pasiekti. PSR taip pat apima ir palankų požiūrį į psichikos sveikatą (1), kai skatinama pripažinti psichikos sveikatos sunkumus ir nevengti kreiptis pagalbos. Atlikti tyrimai leidžia kelti prielaidą, kad egzistuoja sąsaja tarp psichikos sveikatos raštingumo lygio ir kreipimosi ankstyvesnės pagalbos, todėl manoma, kad didinant psichikos sveikatos raštingumą formuojamas palankus požiūris į psichikos sveikatą, ugdomas psichikos sveikatos sunkumų ar sutrikimų supratimas

bei ženklų atpažinimas, akcentuojama kreipimosi profesionalios pagalbos svarba, kartu gerinant profesionalios pagalbos prieinamumą simptomus pajutusiesiems asmenims (2). 1997 m. žurnale „The Medical Journal of Australia“ pasirodė australų psichikos sveikatos mokslininko A. F. Jorm ir bendraautorių straipsnis (3), kuriame, apibendrinant atliktą tyrimą, teigiama, jog tam, kad psichikos ir elgesio sutrikimai visuomenėje būtų atpažįstami anksti ir juos atpažinus būtų ieškoma tinkamos pagalbos, būtina didinti PSR lygį. Vienas iš būtų tai daryti – šviesti visuomenę psichikos sveikatos tema. Tyrimo metu buvo nustatyta, kad šviečiant visuomenę galima pagerinti visuomenės supratimą apie psichiatrinis gydymo būdus. Šis straipsnis svarbus tuo, kad jame pirmą kartą apibrėžta PSR sąvoka – kaip „žinios ir įsitikinimai apie psichikos sutrikimus, padedantys juos atpažinti, gebėti valdyti ar užkirsti jiems kelią“. Nors

straipsnis pasirodė prieš beveik tris dešimtmečius, ši nuostata išliko plačiai pripažinta ir nenuginčyta.

Laikui bėgant PSR sąvoka kito ir plėtėsi. Pagal šiuo metu galiojantį Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugų teikimo tvarkos aprašą Nr. V-1733 (4), PSR apibrėžiamas kaip amžiui adekvačios žinios ir nuostatos apie psichikos sveikatą ir jos rizikos veiksnius, psichikos sveikatos sutrikimus ir jų prevenciją, atpažinimą bei valdymą. Šiandien PSR taip pat apima ir palankų požiūrį į psichikos sveikatą, kai yra skatinama priimti patiriamus psichikos sveikatos sunkumus. PSR gali būti didinamas organizuojant tikslinius mokymus, paskaitas, diskusijas, bendruomenines veiklas įstaigose, įgyvendinant informacines kampanijas bei socialines iniciatyvas, diegiant skaitmenines priemones, stiprinant partnerystes su ugdymo įstaigomis, darbdaviais bei žiniasklaida. PSR didinimas, kaip priemonė stiprinti visuomenės psichikos sveikatą, tampa vis aktualesne tema, nes psichikos sveikatos temoms skiriamas vis didesnis dėmesys, o psichikos sutrikimai išlieka plačiai paplitę pasauliniu mastu. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, vienas iš keturių pasaulio gyventojų skirtingais savo gyvenimo etapais gali turėti kokį nors psichikos sveikatos sutrikimą. Tai reiškia, kad apie 25 proc. gyventojų bent kartą gyvenime susiduria su psichikos sveikatos sunkumais. Higienos instituto duomenimis, 2024 m. Lietuvoje psichikos ir elgesio sutrikimai buvo diagnozuoti 12 proc. gyventojų. Statistinės tendencijos rodo, kad psichikos sveikatos raštingumas turi būti nuosekliai ugdomas visose gyventojų grupėse, o psichikos sveikatos politika laikoma vienu iš strateginių prioritetų.

Lietuvoje valstybiniu lygmeniu nuosekliai dirbama visuomenės raštingumo didinimo ir stigmos mažinimo kryptimis. Psichikos sveikatos raštingumas ir jo didinimas yra įtrauktas į dvidešimtosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programą, kurioje planuojama parengti priemones, kuriomis siekiama mažinti visuomenės psichikos sveikatos stigmą ir didinti visuomenės psichikos sveikatos raštingumą (5). Šis tikslas įtrauktas ir į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2025–2027 metų strateginio veiklos plano penktąjį veiklos prioritetą. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija inicijuoja, koordinuoja ir

prižiūri daugumą PSR didinimo bei stigmos mažinimo priemonių. Vienas svarbiausių grandies elementų – savivaldybių visuomenės sveikatos biurai (VSB), įgyvendinantys atitinkamas veiklas vietos lygmeniu. Jų teikiamų paslaugų spektras labai platus – nuo psichologinės gerovės paslaugų, apimančių tiek grupinius, tiek individualius užsiėmimus, kurių tikslas – stiprinti visuomenės psichologinę gerovę, gerinti streso valdymo įgūdžius ir diegti psichikos sveikatos raštingumo pagrindus, iki veiklų ugdymo įstaigose (pavyzdžiui, mokymų, skirtų mokyklų darbuotojų kompetencijoms psichikos sveikatos srityje stiprinti, ir įvairių užsiėmimų vaikams bei paaugliams). VSB teikia savižudybių prevencijos, konsultavimo dėl priklausomybių ir anksstyvosios intervencijos paslaugas. Vyresnio amžiaus asmenims keliolikoje šalies savivaldybių įgyvendinama socialinio recepto iniciatyva, skirta senatvės pensijos amžiaus sulaukusiems žmonėms, siekiant stiprinti jų psichologinę gerovę ir psichikos sveikatą per įtraukimą į ilgalaikes nemokamas kultūros, sveikatingumo, neformaliojo švietimo ar kitas bendruomenėje ir savivaldybėje prieinamas veiklas.

Lietuvoje nėra nacionaliniu mastu naudojamos PSR didinimo mokymų programos (egzistuoja pavienės, dažnai inicijuotos ir sukurtos nevyriausybinių sektoriaus organizacijų), tačiau 2026 m. Higienos instituto vykdomo projekto „Psichikos sveikatos stiprinimas, stigmatizavimo mažinimas, savižudybių prevencija Vidurio ir vakarų Lietuvos ir Sostinės regionuose“ metu bus sukurta psichikos sveikatos raštingumo ir pirmosios emocinės pagalbos mokymų programa visuomenės grupėms bei specialistams. Planuojama sukurti ir nuotolinius mokymus, kurie bus pasiekiami projektui pasibaigus. Prieš kuriant programą ir rengiant tikslinių grupių mokymus bei po jų planuojami visuomenės tyrimai, kurie padės įvertinti visuomenės psichikos sveikatos raštingumo lygį ir jo pokytį po mokymų.

Didelį vaidmenį didinant psichikos sveikatos raštingumą atlieka žiniasklaida bei informacinės priemonės – įvairios komunikacinės žinutės, žinomų asmenų įsitraukimas, asmeninių istorijų pasakojimai ir pan. Veiklos, kurios padeda užmegzti kontaktą su skirtingo amžiaus ir patirčių auditorijomis, stiprina pasitikėjimą gaunama informacija (ypač jeigu ją perteikia visuomenėje žinomas žmogus) ir normalizuoja kalbėjimą apie psichikos sunkumus. Higienos instituto Psichikos

sveikatos centras ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija įgyvendina psichikos sveikatos ambasadorių iniciatyvą (ji – viena iš projekto „Žvelk giliau“ veiklų). Psichikos sveikatos ambasadorių tikslas – dalijantis savo patirtimi per socialinius ryšius bendruomenėje ar socialiniuose tinkluose keisti žmonių požiūrį į psichikos sveikatos sunkumus bei sutrikimus, skatinti pozityvias nuostatas ir elgesį juos patiriančių žmonių ar artimųjų atžvilgiu, mažinti mitus ir klaidingus įsitikinimus apie psichikos sveikatą.

Be valstybinio lygmens priemonių, prie PSR didinimo reikšmingai prisideda organizacinės iniciatyvos ugdymo įstaigose, darbovietėse ir nevyriausybiniuose organizacijose. Lietuvoje jau esama sektinų praktinių pavyzdžių, tarkim, įmonės „Telia Lietuva“ vidinės emocinės gerovės iniciatyvos ir gerovės ambasadorių projektas, kuriuo sistemingai stiprinama vidinė komunikacija apie psichikos sveikatą; banko „Swedbank“ darbuotojams siūloma emocinės paramos telefono linija, pasitelkiant profesionalus psichologus, ir kitos emocinę gerovę palaikančios priemonės; Vytauto Didžiojo universiteto studentai ir darbuotojai gali gauti psichikos sveikatos pagalbą per specialiai jiems įkurtus pirminius psichikos sveikatos centrus. Be to, įvairios įstaigos PSR temą integruoja į viešąją komunikaciją, minėdamos tarptautines ir europines temines dienas (pvz., Pasaulinę psichikos sveikatos dieną, Europos depresijos dieną), taip didindamos informuotumą, mažindamos stigmą ir skatindamos kuo anksčiau ieškoti pagalbos. Vienas iš gerųjų pavyzdžių – emocinės pagalbos linijos „Jaunimo linija“ iniciatyva „Žalia šviesa gyvenimui“, kuri sulaukia vis platesnio institucijų ir visuomenės dalyvavimo bei aktyvaus žiniasklaidos įsitraukimo. Kitų, pavyzdžiui, ugdymo įstaigų veikla psichikos sveikatos stiprinimo srityje daugiausia priklauso nuo pa-

čios įstaigos požiūrio ir sprendimo integruoti šią temą į ugdymo procesus. Esminę reikšmę turi nuoseklus įvairių specialistų (VSB specialistų, dirbančių ugdymo įstaigose, psichologų, socialinių darbuotojų ir kt.) ir pačios mokyklos bendradarbiavimas bei kryptingas veikimas. Panašus modelis taikomas ir daugumoje viešojo sektoriaus įstaigų: vadovybė nustato, kiek ir kokio dėmesio turi būti skiriama psichikos sveikatos temoms. Dažnai iniciatyvas palaiko profesinės sąjungos, o darbuotojų dalyvavimas šiose veiklose paprastai yra savanoriškas.

Nors iniciatyvų netrūksta, nerimą kelia ribotas tarpinstitucinis bendradarbiavimas: veiklos dažnai vykdomos fragmentiškai, poveikis nematuojamas arba vertinamas tik vietos lygmeniu. Dėl to stokojama struktūruotos, nuoseklios ir integruotos politikos su aiškiais tikslingų priemonių gairėmis, kurios leistų pasiekti didesnę poveikį.

PSR vaidmuo modernioje visuomenėje tampa vis aktualesnis, todėl labai svarbu, kad jis būtų nuosekliai integruotas į sveikatos stiprinimo politiką. Lietuvoje tam skiriamas vis didesnis dėmesys, tačiau reikia kryptingo, sistemingo priemonių įgyvendinimo tarp skirtingose srityse veikiančių įstaigų ar organizacijų bei tarpinstitucinio bendradarbiavimo – tikslingų mokymų, bendruomeninių veiklų, informacinių kampanijų, skaitmeninių priemonių ir aiškių pagalbos teikimo schemų. Tvarumui užtikrinti būtina reguliari stebėseną – matuoti PSR žinių lygį bei stigmą rodiklius ir pagal tai koreguoti veiksmus užtikrinant pasiekiamumą regionuose ir skirtingoms visuomenės grupėms.

Lina Chmieliauskienė

*Higienos instituto Psichikos sveikatos centro
Psichikos sveikatos stiprinimo skyrius*

Literatūra

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Psichikos sveikatos stigmą mažinimas ir raštingumo didinimas. Prieiga per internetą: Psichikos sveikatos stigmą mažinimas ir raštingumo didinimas – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
2. Zajanauskas V, Musneckis A. Psichikos sveikatos raštingumas. Problemos bei ryšys su sociodemografiniais veiksniais. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2023.028>
3. Jorm AF, et al. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. MJA. 1997;166:182–186. Prieiga per internetą: The Medical Journal of Australia
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. liepos 31 d. įsakymas Nr. V-1733 „Dėl Psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: V-1733 Dėl Psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvi...
5. Lietuvos Respublikos Seimo 2025 m. rugsėjo 25 d. nutarimas Nr. XV-439 „Dėl dvidešimtosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“. Prieiga per internetą: XV-439 Dėl Dvidešimtosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos

INFORMACIJA STRAIPSNŲ AUTORAMS

„Visuomenės sveikata“ yra periodinis mokslo žurnalas, leidžiamas keturis kartus per metus nuo 1996 m. Žurnalo steigėjas ir leidėjas – Higienos institutas.

1997-11-10 Lietuvos mokslo tarybos nutarimu žurnalas įtrauktas į Lietuvos mokslo tarybos patvirtintą recenzuojamų mokslo žurnalų sąrašą.

Nuo 2005 m. žurnalas indeksuojamas tarptautinėje duomenų bazėje *Index Copernicus* (<http://www.indexcopernicus.com/>). Žurnalas skirtas mokslininkams, studentams, sveikatos apsaugos organizatoriams ir administratoriams, visuomenės sveikatos specialistams, edukologams, gydytojams ir kitiems skaitytojams, besidomintiems visų šalies gyventojų ar atskirų jos grupių sveikatos ir ją veikiančių veiksnių problemomis.

Žurnale lietuvių ir anglų kalbomis spausdinami recenzuojami originalūs biomedicinos mokslų srities visuomenės sveikatos krypties ir jai artimų kryptų straipsniai. Taip pat spausdinami nerecenzuojami trumpi pranešimai (tezės), atvejų aprašymai, mokslinės diskusijos. Ne mokslinėse žurnalo rubrikose („Redakcijos skiltis“, „Visuomenės sveikatos praktikai“, „Metodinė medžiaga“) pristatoma informacija apie svarbiausius politinius įvykius visuomenės sveikatos srityje, geros praktikos pavyzdžius, išleistas metodines ir praktines rekomendacijas.

Už straipsnio spausdinimą imamas 50 Eur mokestis.

REIKALAVIMAI RANKRAŠČIUI

Redakcijai elektroniniu paštu visuomenes.sveikata@hi.lt arba per žurnalo interneto svetainę pateikiama:

- straipsnio elektroninė versija *Microsoft Word* (.doc, .docx) formatu;
- skenuotas dokumentas (PDF formatu), pasirašytas visų autorių. Pasirašydami autoriai garantuoja, kad straipsnis yra originalus, nepažeidžia kitų asmenų autorių teisių ir nėra anksčiau skelbtas spaudoje, ir perduoda visas straipsnio autorių teises leidėjui, jeigu straipsnis bus spausdinamas.

Straipsnio tituliname lape turi būti nurodyti visi straipsnio autoriai. Atskirai lietuvių ir anglų kalbomis nurodomas atsakingas autorius (kontaktinis asmuo), jo kontaktai: įstaiga, įstaigos adresas, miestas, šalis, pašto kodas, el. paštas ir telefonas.

Straipsnio tekstas turi būti parengtas 12 punktų šriftu, tarp eilučių paliekant viengubus tarpus. Bendroji (su visais priedais) straipsnio apimtis – ne daugiau kaip 30 puslapių. Puslapiai turi būti numeruoti.

STRAIPSNIO STRUKTŪRA:

- straipsnio pavadinimas (iki 150 ženklų, įskaitant tarpus ir skyrybos ženklus),
- autorių vardai ir pavardės,
- įstaigų, kuriose atliktas darbas, pavadinimai.

STRAIPSNIO TEKSTO SKYRIAI:

- struktūruota santrauka lietuvių kalba (straipsnio pavadinimas, autoriai, jų įstaigos, tikslas, tyrimo medžiaga ir metodai, tyrimo rezultatai, išvados, reikšminiai žodžiai, iš viso 300 žodžių),
- 1–6 reikšminiai žodžiai (paminėti santraukoje),
- įvadas, kuris baigiasi darbo tikslo suformulavimu,
- tyrimo medžiaga ir metodai,
- rezultatai,
- rezultatų aptarimas,
- išvados arba apibendrinimas,
- literatūra,
- struktūruota santrauka anglų kalba (straipsnio pavadinimas, autoriai, jų įstaigos, tikslas, tyrimo medžiaga ir metodai, rezultatai, išvados, reikšminiai žodžiai, iš viso iki 300 žodžių).

INFORMUOJAME

Lentelės, schemas, brėžiniai ir pan., pateikiami tekste, turi turėti atskirą numeraciją. Ilustracijos ir paveikslai turi būti kompaktiški, ryškūs, tekstas juose aiškiai įskaitomas; grafikų ir paveikslų pageidautina pateikti *Excel* formatu, sudarant galimybę juos koreguoti.

Pirmą kartą tekste minimi sutrumpinimai turi būti paaiškinti. Skaičių trupmeninė dalis skiriama kableliu (pavyzdžiui, 2,15, ne 2.15).

Literatūros šaltiniai sąrašė pateikiami ta kalba, kuria buvo išspausdinti, straipsnyje jie nurodomi laužtiniuose skliaustuose, pradedant citavimą nuo [1]. Literatūros sąrašas sudaromas remiantis Vankuverio sistema ir vienodais reikalavimais biomedicinos mokslo žurnalų rankraščiams („Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals“ JAMA. 1997;277:927–34).

Šaltinio gale turi būti nurodomas cituojamo straipsnio DOI. Siekiant išvengti spausdinimo klaidų ir pasikartojančių nuorodų, rekomenduojama citavimo šaltinių sąrašą rengti naudojantis bibliografinių nuorodų tvarkymo programomis, pvz., *EndNote*, *ReferenceManager*, *Zotero* ar kt. Kiekvienas straipsnyje cituojamas literatūros šaltinis turi būti susietas nuoroda su straipsniu (nuoroda įterpiama taip: tekstiniame dokumente pelės žymeklis nustatomas ties šaltinio numeriu, spustelimas dešinysis pelės klavišas, iš meniu pasirenkama parinktis „Hipersaitas“ ir į atsivėrusio lango laukelį „Adresas“ įterpiamas nukopijuotas straipsnio adresas).

Straipsniai, parengti neatsižvelgus į minėtus reikalavimus, nepriimami.

Informacija teikiama:

tel. (0 ~ 5) 262 5479, faks. (0 ~ 5) 262 4663,

el. paštas visuomenes.sveikata@hi.lt

Žurnalo svetainė internete

<https://visuomenessveikata.hi.lt/>

INFORMATION FOR AUTHORS

"Public Health" is a periodical scientific journal published quarterly since 1996. The founder and publisher of the journal is the Lithuanian Institute of Hygiene. The journal "Public Health" was established by the Institute of Hygiene in 1996 in Lithuania. It is a unique scientific journal in the country, specialized purely in public health. It is intended for researchers, public health managers and administrators, experts working in the field of epidemiology, biostatistics, occupational health, health promotion, environmental health as well as other readers interested in the health status of the population and the factors affecting it. The journal is published quarterly. An electronic version of each issue is placed on the website <http://www.hi.lt/>. The journal publishes peer-reviewed original articles in Lithuanian and English. It also publishes non-peer-reviewed short articles (theses), case reports, and scientific discussions. The non-scientific sections of the journal ('Editorial column', 'For public health practitioners', 'Methodological material') present information on major policy developments in public health, examples of good practice, and published methodological and practical guidelines. Each issue includes a peer-reviewed section with original articles, including topic-related reviews, and non-peer-reviewed sections: editorial and information for public health practice, presenting important health policy news, good practice examples, guidelines, and recommendations. Since 1996, the journal has been on the official list of scientific journals recognized by the Academy of Science of Lithuania and it has been in the Index Copernicus database since 2005 (<http://journals.indexcopernicus.com>). A fee of EUR 50 is charged for the publication of an article.

MANUSCRIPT PREPARATION

To the editors by e-mail visuomenes.sveikata@hi.lt or via the journal's website, the following must be submitted:

- Electronic version of the article in Microsoft Word (.doc, .docx) format;
- A scanned document (in PDF format), signed by all authors, guaranteeing that the article is original, does not interfere with copyright regulations, has not been previously published, and transfers all copyrights of the article to the publisher if the article is accepted for publication.

All authors of the article must be listed on the title page. Separately in Lithuanian and English, the responsible author (contact person), along with their contact details: institution, institution address, city, country, postal code, e-mail, and telephone number must be indicated.

The text of the article must be typed in size 12-point font, single-spaced between lines. The total length of the article (with all appendices) should be no more than 30 pages. Pages must be numbered.

STRUCTURE OF THE ARTICLE

- Title (up to 150 characters, including spaces and punctuation)
- Authors
- Institution(s) to which the work should be attributed

SECTIONS OF THE TEXT

- Summary in the same language as the article (should not exceed 300 words)
- Keywords (mentioned in the summary)
- Introduction, where the purpose of the work is stated
- Objectives and methods of the study
- Results
- Discussion
- Conclusions
- References
- Summary in the other language up to 300 words (Lithuanian, if the article is in English), including the title, authors, institutions, objective, methods, short presentation of the findings, main conclusions, keywords

ADDITIONAL INFORMATION

- Tables, figures, diagrams, etc., presented in the text must have a separate enumeration. Illustrations must be of good quality; the text of the illustrations should be clear.
- Abbreviations mentioned in the text for the first time must be explained.
- The fractional part of the number in Lithuanian is separated by a comma (i.e., 2,16 instead of 2.16).
- References to other works should be consecutively numbered in the text using square brackets and listed in the original language by number in the reference list. The list of references should be based on the Vancouver system and on "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals" (JAMA 1997; 277:927-34). The DOI of the cited article must be indicated at the end of the source. To avoid errors and duplicate references, it is recommended that you prepare a list of citation sources using bibliographic reference management programs such as EndNote, Reference Manager, Zotero, or others. Each literary source cited in the article must be associated with a link to the article.

Articles not complying with these requirements will not be accepted.

For more information:

Phone +370 649 51 350; Fax +370 5 262 4663.

E-mail: visuomenes.sveikata@hi.lt

Website: <https://visuomenessveikata.hi.lt/>

ISSN 2538-6832 online

<https://visuomenessveikata.hi.fi/>