ISSN 2538-6832 online 2026/2(113)
DOI: https://doi.org/10.47458/VS.2026.2(113)-1

GYVENTOJŲ DALYVAVIMAS PREVENCINĖSE SVEIKATOS TYRIMŲ PROGRAMOSE PAGAL SOCIOEKONOMINES CHARAKTERISTIKAS

Evelina Petraitytė, Daiva Skučienė, Eugenijus Dunajevas
Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Sociologijos ir socialinio darbo instituto Socialinės politikos katedra

SANTRAUKA

Tikslas – įvertinti, kaip asmenų dalyvavimas prevencinėse sveikatos tyrimų programose (kraujospūdžio, mamografijos, gimdos kaklelio tepinėlio, cholesterolio) yra susijęs su asmens socioekonominėmis charakteristikomis (lytimi, išsilavinimu, ekonominio aktyvumo statusu, pajamomis).

Metodika. Tyrime analizuoti Valstybės duomenų agentūros 2019 m. Lietuvos gyventojų sveikatos statistinio tyrimo duomenys. Taikyti šie analizės metodai: aprašomoji statistika, vienfaktorinė ir daugiafaktorinė dispersinės analizės (ANOVA) bei aposteriorinis (*post hoc*) Bonferonio (Bonferroni) testas.

Rezultatai. Ekonominio aktyvumo statusas buvo svarbiausias veiksnys, diferencijuojantis dalyvavimą prevenciniuose tyrimuose: dirbantys asmenys tyrėsi vidutiniškai seniau nei senatvės pensininkai ar dėl negalios nedirbantys asmenys. Išsilavinimas turėjo sąsajų tik su cholesterolio tyrimo atlikimu. Pajamos bendrai nebuvo reikšmingas veiksnys, tačiau moterų grupėje nustatyta nedidelė tendencija, jog didesnes pajamas gaunančios moterys kraujospūdį tikrinosi seniau, palyginti su gaunančiomis mažesnes pajamas.

Išvados. Svarbiausias veiksnys, darantis įtaką prevencinių sveikatos tyrimų atlikimui, yra ekonominio aktyvumo statusas. Išsilavinimo įtaka ribota ir turėjo ryšį tik su cholesterolio tyrimo atlikimu. Pajamos neturėjo reikšmės prevencinių sveikatos tyrimų atlikimui. Nė viena iš tirtų socioekonominių charakteristikų neturėjo ryšio su gimdos kaklelio tepinėlio tyrimo atlikimu.

Reikšminiai žodžiai: prevenciniai sveikatos tyrimai, ekonominis aktyvumas, išsilavinimas, pajamos, lytis.

ĮVADAS

Pasaulio sveikatos organizacija sveikatą apibrėžia ne tik kaip ligos ar negalios nebuvimą, bet ir kaip visapusę fizinę, psichinę bei socialinę gerovę [1]. Sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija taip pat yra svarbi tarptautinių įsipareigojimų dalis – Jungtinių Tautų Darnaus vystymosi tikslų trečiasis tikslas orientuotas į gerą sveikatą ir gerovę, o 3.4 rodiklis numato iki 2030 m. reikšmingai sumažinti priešlaikinį mirtingumą nuo neinfekcinių ligų taikant prevenciją ir gydymą [2].

Mokslinėje literatūroje plačiai pabrėžiama prevencinių sveikatos tyrimų svarba siekiant ankstyvos ligų diagnostikos, geresnių gydymo rezultatų ir priešlaikinio mirtingumo mažinimo [3]. Prevenciniai sveikatos tyrimai laikomi viena svarbiausių sveikatos priežiūros strategijų, padedančių anksti nustatyti ligas, pagerinti gyvenimo kokybę ir sumažinti sveikatos priežiūros sistemos naštą. Ypatingas dėmesys literatūroje skiriamas onkologinių ligų prevencijai. Pasaulio sveikatos organizacija pabrėžia, kad ankstyvosios diagnostikos programų tikslas – sumažinti vėlyvose stadijose diagnozuojamų atvejų dalį [4]. Jungtinėse Amerikos Valstijose vėžio prevencijos ir atrankinės patikros pastangos 1975–2020 m. padėjo išvengti milijonų mirčių [5]. Europos mastu vykdomos prevencinės programos sudaro sąlygas didesnei mamo-

Adresas susirašinėti: Evelina Petraitytė
Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto
Sociologijos ir socialinio darbo instituto
Socialinės politikos katedra
Universiteto g. 9, 01122 Vilnius
El. p. evelinapetraityte@inbox.lt

grafijos tyrimų aprėpčiai – tyrimai rodo, kad dalyvavimas patikros programose padidėja apie 25 proc. Taip pat nustatyta, kad tokios programos siejamos su maždaug 10 proc. mažesniu mirtingumu nuo krūties vėžio [6]. Šie rezultatai rodo, kad ankstyva krūties vėžio diagnostika gali prisidėti prie palankesnių ligos baigčių.

Lietuvoje vykdomos penkios ligų prevencijos programos, kurių kainą kompensuoja ligonių kasos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo. Nemokamai prevenciškai išsitirti galima dėl gimdos kaklelio vėžio, prostatos vėžio, krūties vėžio, storosios žarnos vėžio bei kraujagyslių ir širdies ligų (ŠKL) [7]. Tačiau, nors šios paslaugos yra teikiamos, naudojimasis jomis yra gana netolygus. Pavyzdžiui, remiantis Kauno teritorinės ligonių kasos pateiktomis prevencinių priemonių finansavimo programos vykdymo ataskaitomis, 2025 m. I ketvirtį iš visų prie Kauno apskrities asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPĮ) prirašytų 25–34 m. (imtinai) moterų į prevencinę gimdos kaklelio vėžio programą įsitraukė apie dešimtadalis moterų [8]. Nors absoliučiais skaičiais dalyvavimo lygis išlieka žemas, lyginant su kitomis Lietuvoje vykdomomis prevencinėmis programomis, pagal gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą atliekamų tyrimų aprėptis yra santykinai didesnė. Tyrimą pagal storosios žarnos vėžio prevencinę programą tą patį 2025 m. ketvirtį atliko tik 556 gyventojai iš 242 601 tikslinės grupės gyventojo [9]. Dar mažesnis įsitraukimas buvo į priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programą – joje dalyvavo tik apie 76 iš 93 886 tikslinės grupės vyrų [10]. Šie duomenys rodo, jog moterų įsitraukimas į gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą yra daug aktyvesnis nei vyrų į priešinės liaukos ar bendrai gyventojų į storosios žarnos vėžio prevencines programas.

Epidemiologiniai duomenys rodo, kad tiek onkologinės, tiek širdies ir kraujagyslių ligos išlieka viena pagrindinių sergamumo ir mirtingumo priežasčių Lietuvoje [11, 12]. Deja, daugelio programų prevencinių tyrimų atlikimo rodikliai tebėra žemi, o tai rodo, kad prevencijos potencialas galimai neišnaudojamas.

Tačiau prevenciniai tyrimai neapima vien vėžio prevencijos – didelis dėmesys skiriamas ir širdies bei kraujagyslių ligų diagnostikai. Remiantis Higienos instituto duomenimis, 2024 m. mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų siekė 658,7 atvejo 100 000 gyventojų, o nuo išeminės širdies ligos – 393,5 atvejo 100 000 gyventojų [11].

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija sudaro svarbią visuomenės sveikatos dalį, nes šiomis ligomis serga reikšminga Lietuvos gyventojų dalis [11]. Pagal prevencines programas atliekami tyrimai leidžia nustatyti pagrindinius rizikos veiksnius ir identifikuoti didelės susirgimo rizikos asmenis, tačiau gyventojų įsitraukimas į šias programas taip pat nėra pakankamas [13].

Išsamia prevencine ŠKL tikimybės įvertinimo ir prevencijos paslauga Kauno apskrityje, remiantis Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2025 m. I ketvirtį pasinaudojo 3 751 asmuo iš prie ASPĮ prisirašiusių 119 638 asmenų [13]. Tyrėjai nustatė, jog 2009–2019 m. 46,8 proc. vidutinio amžiaus vyrų Lietuvoje sirgo arterine hipertenzija, o 26,7 proc. šių vyrų arterinė hipertenzija buvo pirmą sykį diagnozuota prevencinės sveikatos apžiūros metu [14]. Tai rodo, kad didelė dalis programos dalyvių anksčiau nežinojo apie savo širdies ir kraujagyslių sistemos sveikatos būklę.

Šiame straipsnyje prevencinės programos traktuojamos kaip aplinka, kurioje sudaromos galimybės atlikti prevencinius sveikatos tyrimus, o empirinėje analizėje nagrinėjamas gyventojų dalyvavimas konkrečiuose prevenciniuose tyrimuose.

Atsižvelgiant į prevencinių sveikatos tyrimų svarbą ir netolygų gyventojų dalyvavimą juose, kyla klausimas, kokie veiksniai lemia asmenų įsitraukimą į prevencines programas. Todėl šio tyrimo tikslas – išnagrinėti, kaip

1 lentelė. Mirtingumas nuo gimdos kaklelio, kolorektalinio, krūties vėžio ir kraujotakos sistemos ligų Lietuvoje, tenkantis 100 000 gyventojų, 2021–2024 m.

	Gimdos kaklelio vėžys	Kolorektalinis vėžys	Krūties vėžys	Kraujotakos sistemos ligos
2024	8,5	8,5	29,7	636,0
2023	8,8	7,7	27,4	659,1
2022	9,6	7,9	30,4	785,2
2021	9,3	7,2	29,5	805,2

asmenų dalyvavimas prevencinėse sveikatos tyrimų programose yra susijęs su asmens socioekonominėmis charakteristikomis.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrime naudoti Valstybės duomenų agentūros 2019 m. Gyventojų sveikatos statistinio tyrimo duomenys, viešai prieinami Lietuvos atvirų duomenų portale. Pasirinkti 2019 m. duomenys, nes tai naujausias viešai prieinamas nacionaliniu mastu reprezentatyvus duomenų rinkinys, apimantis informaciją apie gyventojų dalyvavimą prevenciniuose sveikatos tyrimuose ir pagrindines socioekonomines charakteristikas.

Bendrą tyrimo imtį sudarė 4 151 Lietuvos gyventojas. Atsižvelgiant į analizuojamą prevencinį tyrimą ir jam taikomą tikslinę populiaciją, analizės atliktos atskirose analitinėse imtyse. Tas pats respondentas galėjo patekti į daugiau nei vieną analizę, jei atitiko kelių prevencinių tyrimų įtraukimo kriterijus, nes kiekvienu atveju buvo analizuojamas skirtingas baigties kintamasis. Pirmajai imčiai priskirti 45–74 metų vyrai ir moterys (n = 2 377), jie analizuoti laikotarpiu nuo paskutinio kraujospūdžio ir cholesterolio kiekio tyrimo. Antrajai imčiai priskirtos 45–74 metų moterys (n = 1 456), analizuotos laikotarpiu nuo paskutinį kartą atliktos mamografijos. Trečiajai imčiai priskirtos 25–34 metų moterys (n = 318), analizuotos laikotarpiu nuo paskutinio gimdos kaklelio tepinėlio tyrimo.

Tyrime nagrinėti keturi priklausomi kintamieji: laikotarpis nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo, cholesterolio kiekio kraujyje matavimo, mamografijos ir gimdos kaklelio tepinėlio tyrimo. Šie kintamieji buvo vertinami pagal atsakymus į klausimą „Kada paskutinį kartą buvo atliktas atitinkamas tyrimas?“. Kintamieji interpretuoti kaip ranginės laikotarpio nuo paskutinio tyrimo atlikimo kategorijos: mažesnė reikšmė reiškė trumpesnį laikotarpį nuo paskutinįsyk atlikto tyrimo, didesnė – ilgesnį laikotarpį nuo paskutinio tyrimo arba tai, kad tyrimas niekada nebuvo atliktas.

Nepriklausomi kintamieji buvo lytis, amžius, išsilavinimo lygis, ekonominio aktyvumo statusas ir namų ūkio grynosios mėnesio ekvivalentinės pajamos. Išsilavinimas suskirstytas į tris kategorijas: vidurinis ir žemesnis, aukštesnysis bei aukštasis universitetinis. Ikimokyklinį išsilavinimą turintys respondentai nebuvo analizuojami dėl labai mažo jų skaičiaus imtyje. Pagal ekonominio aktyvumo statusą tiriamieji suskirstyti į užimtus, bedarbius, senatvės pensininkus, dėl negalios nedirbančius asmenis, namų šeimininkus ir kitus ekonomiškai neaktyvius asmenis. Mokinių ir privalomąją karo tarnybą atliekančių respondentų grupės neanalizuotos dėl mažų imčių. Namų ūkio grynųjų mėnesio ekvivalentinių pajamų kintamasis duomenų rinkinyje buvo pateiktas kvintilinėmis grupėmis: I kvintilis žymėjo mažiausias, o V kvintilis – didžiausias pajamas gaunančius respondentus. Tokia kvintilių interpretacija atitinka oficialiojoje statistikoje taikomą pajamų grupavimą pagal ekvivalentinių disponuojamųjų pajamų lygį.

Šiame tyrime buvo analizuojama, kada paskutinį kartą respondentams buvo atlikti prevenciniai sveikatos tyrimai (kraujospūdžio, cholesterolio kiekio, mamografijos ir gimdos kaklelio tepinėlio), o šis rodiklis analizuotas kaip ranginis kintamasis ir buvo koduotas 5 balų skale:

1 – per pastaruosius 12 mėn.;
2 – prieš 1–3 metus;
3 – prieš 3–5 metus;
4 – prieš 5 metus ir seniau;
5 – niekada.

Rezultatų skyriuje pateikiamos vidutinės kategorijų reikšmės, todėl didesnė vidutinė reikšmė reiškia, kad nuo vėliausio tyrimo buvo praėję daugiau laiko arba tyrimas niekada nebuvo atliktas.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant *IBM SPSS Statistics* programą. Taikyta aprašomoji statistika: apskaičiuoti vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai. Siekiant įvertinti sąsajas tarp socioekonominių charakteristikų ir dalyvavimo prevenciniuose sveikatos tyrimuose, taikyta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Nustačius statistiškai reikšmingus skirtumus, grupių poriniams palyginimams naudotas aposteriorinis Bonferonio (Bonferroni) testas. Dispersijų vienodumas vertintas Livyno (Levene) testu. Statistinis reikšmingumas nustatytas, kai $p < 0,05$.

TYRIMO REZULTATAI

Išsilavinimas. Atlikti skaičiavimai parodė, jog įgytas išsilavinimo lygis darė reikšmingą poveikį tam, kada paskutinį sykį apklaustieji tyrė cholesterolio kiekį kraujyje ($F = 6,869$; $p = 0,001$), tačiau neturėjo įtakos kraujospūdžio matavimo tyrimui ($p = 0,67$).

Vyrai. Gauti vidurkiai rodo, kad aukštesnįjį išsilavinimą įgijusių vyrų grupėje nuo paskutinio cholesterolio tyrimo buvo praėję mažiausiai laiko ($M = 1,72$). Aukštąjį uni-

versitetinį išsilavinimą įgijusių vyrų vidurkis buvo didesnis (M = 1,91), o vidurinį ir žemesnį išsilavinimą turinčių vyrų – didžiausias (M = 2,10), šiose grupėse nuo paskutinio tyrimo buvo praėję daugiau laiko.

Moterys. Moterų grupėje mažiausias vidurkis nustatytas tarp aukštesnįjį išsilavinimą įgijusių respondenčių, o tai rodo, kad šioje grupėje nuo paskutinio cholesterolio tyrimo buvo praėję mažiausiai laiko. Aukštąjį bei vidurinį ir žemesnį išsilavinimą turinčių moterų vidurkiai buvo panašūs, šiose grupėse nuo paskutinio tyrimo buvo praėję daugiau laiko.

Ekonominio aktyvumo statusas. Ekonominio aktyvumo statusas buvo reikšmingai susijęs su laikotarpio nuo paskutinio prevencinio sveikatos tyrimo kategorija. Moterų grupėje statistiškai reikšmingi skirtumai pagal ekonominio aktyvumo statusą nustatyti vertinant laikotarpį nuo paskutinės mamografijos ($F = 6,808$; $p < 0,001$). Didžiausi skirtumai nustatyti tarp dėl negalios nedirbančių moterų ir dirbančių bei bedarbių moterų: pirmojoje grupėje nuo paskutinio mamografijos tyrimo buvo praėję mažiau laiko.

Gimdos kaklelio tepinėlio tyrimo atlikimui ekonominio aktyvumo statusas neturėjo statistiškai reikšmingo poveikio.

Vyrų grupėje ekonominio aktyvumo statusas buvo statistiškai reikšmingai susijęs su laikotarpio nuo paskutinio cholesterolio tyrimo kategorija ($F = 25,53$; $p < 0,001$). Dėl negalios nedirbančių vyrų ir senatvės pensininkų grupėse nuo paskutinio tyrimo buvo praėję mažiau laiko nei bedarbių, užimtų asmenų ir namų šeimininkų grupėse.

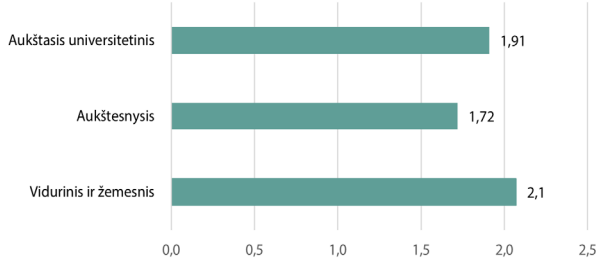
Moterų grupėje ekonominio aktyvumo statusas buvo statistiškai reikšmingai susijęs su laikotarpio nuo paskutinio cholesterolio tyrimo kategorija ($F = 34,05$; $p < 0,001$). Užimtų ir bedarbių moterų grupėse nuo paskutinio tyrimo buvo praėję daugiau laiko nei senatvės pensininkių ir dėl negalios nedirbančių moterų grupėse. Tačiau šiuos skirtumus reikėtų vertinti atsargiai, nes jie gali atspindėti amžiaus poveikį, kuris šioje analizėje nebuvo kontroliuojamas.

Vertinant kraujospūdžio matavimo tyrimus nustatyta, kad vyrų grupėje ekonominio aktyvumo statusas buvo statistiškai reikšmingai susijęs su laikotarpio nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo kategorija ($F = 26,25$; $p < 0,001$). Užimtų vyrų grupėje nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo buvo praėję mažiau laiko nei dėl negalios nedirbančių asmenų, namų šeimininkų ir kitų ekonomiškai neaktyvių vyrų grupėse. Tai rodo, kad darbo rinkoje nedalyvaujančių vyrų grupėse nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo buvo praėję daugiau laiko nei dirbančių vyrų grupėje.

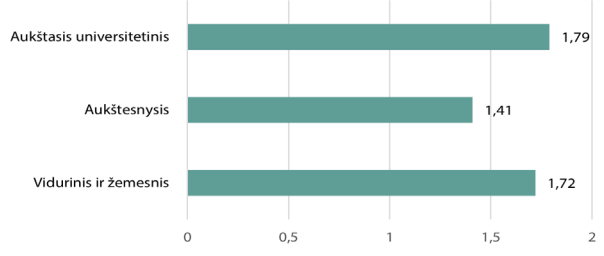
Moterų grupėje ekonominio aktyvumo statusas taip pat buvo statistiškai reikšmingai susijęs su laikotarpio nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo kategorija ($F = 18,60$; $p < 0,001$). Dėl negalios nedirbančių, namų šeimininkių ir bedarbių moterų grupėse nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo buvo praėję daugiau laiko nei užimtų ir kitų ekonomiškai neaktyvių moterų grupėse.

Pajamos. Gaunamų mėnesio pajamų lygis nebuvo statistiškai reikšmingai susijęs su prevencinių tyrimų atlikimo rodikliais. Vyrų grupėje laikotarpio nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo kategorija tarp pajamų kvintilių statistiškai reikšmingai nesiskyrė, o vidurkiai kito tik nežymiai – nuo 1,68 pirmame kvintilyje iki 1,60–1,63 ketvirtame ir penktame kvintiliuose.

Moterų grupėje nustatyti nedideli, tačiau statistiškai reikšmingi skirtumai tarp pajamų kvintilių ($F = 3,90$; $p = 0,004$). Didėjant pajamoms, didėjo ir laikotarpio nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo kategorijos vi-



1 pav. Laikotarpio nuo paskutinio cholesterolio kiekio tyrimo vidurkiai pagal vyrų išsilavinimo lygį



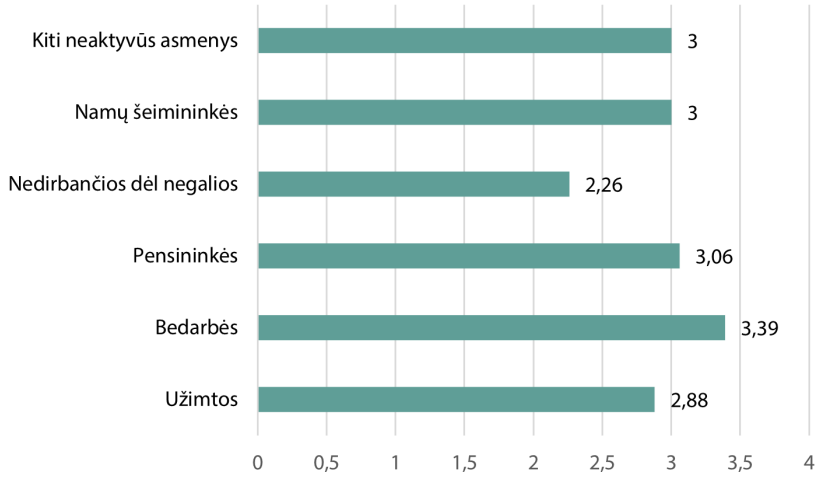
2 pav. Laikotarpio nuo paskutinio cholesterolio kiekio tyrimo vidurkiai pagal moterų išsilavinimo lygį

durkis – nuo 1,54 pirmame kvintilyje iki 1,63 penktame kvintilyje, o tai rodo, kad aukštesnes pajamas gaunančių moterų grupėse nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo buvo praėję daugiau laiko.

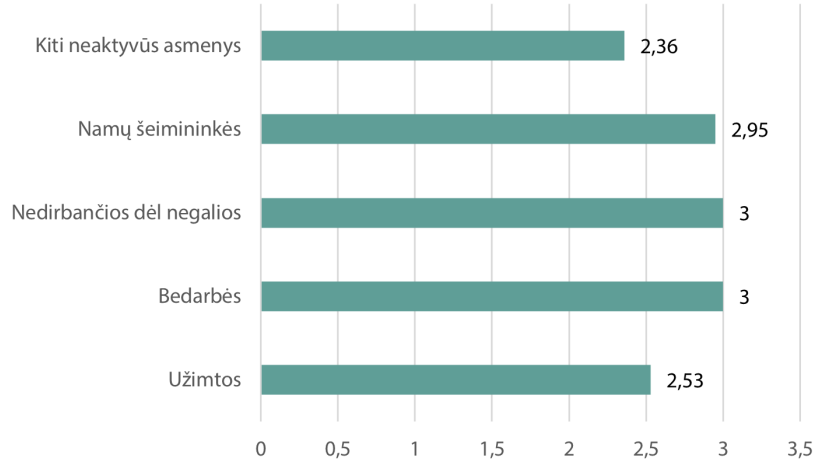
REZULTATŲ APTARIMAS

Remdamiesi mokslinėje literatūroje pateiktais duomenimis, Lietuvos tyrėjai teigia, jog prevencinius veiksmus savo sveikatos atžvilgiu (tyrimai, skiepijimasis) nulemia tai, kaip asmuo vertina savo galimų prevencinių veiksmų rezultatus, t. y. jo įsitikinimai [15]. Taip pat teigiama, jog lytis turi įtakos širdies ir kraujagyslių ligų prevencinių tyrimų atlikimui – moterys labiau nei vyrai suvokia prevencinių ŠKL tyrimų naudą, taip pat joms didesnę įtaką turi kiti asmenys [16]. Atlikti prevencinius vėžio tyrimus skatina ir visuomenės informuotumas – ne tik medicinos darbuotojų teikiama informacija apie galimus tyrimus ir jų naudą, bet ir artimos socialinės aplinkos palaikymas bei paskatinimas.

Šiame darbe atliktas tyrimas parodė, kad kraujospūdžio ir cholesterolio matavimo prevenciniams sveikatos tyrimams didžiausią įtaką turėjo ekonominio aktyvumo statusas. Šis rezultatas gali būti aiškinamas pirminės sveikatos priežiūros paslaugų naudojimosi ypatumais – dažnesni kontaktai su šeimos gydytoju siejami su didesniu naudojimusi profilaktinėmis paslaugomis [17]. Tyrime nustatytas didesnis senatvės pensininkų ir dėl negalios nedirbančių asmenų įsitraukimas į prevencines sveikatos programas gali būti aiškinamas didesniu šių asmenų naudojimusi sveikatos priežiūros paslaugomis – dažnesni apsilankymai pas gydytojus dėl sveikatos problemų, kurios kyla dėl senėjimo ar turimos negalios,



3 pav. Laikotarpio nuo paskutinės mamografijos vidurkiai pagal moterų ekonominio aktyvumo statusą

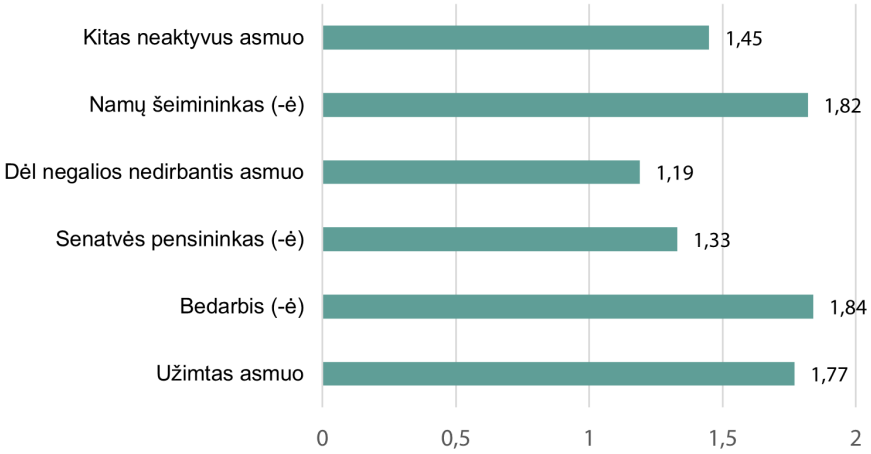


4 pav. Laikotarpio nuo paskutinio gimdos kaklelio tepinėlio tyrimo vidurkiai pagal moterų ekonominio aktyvumo statusą

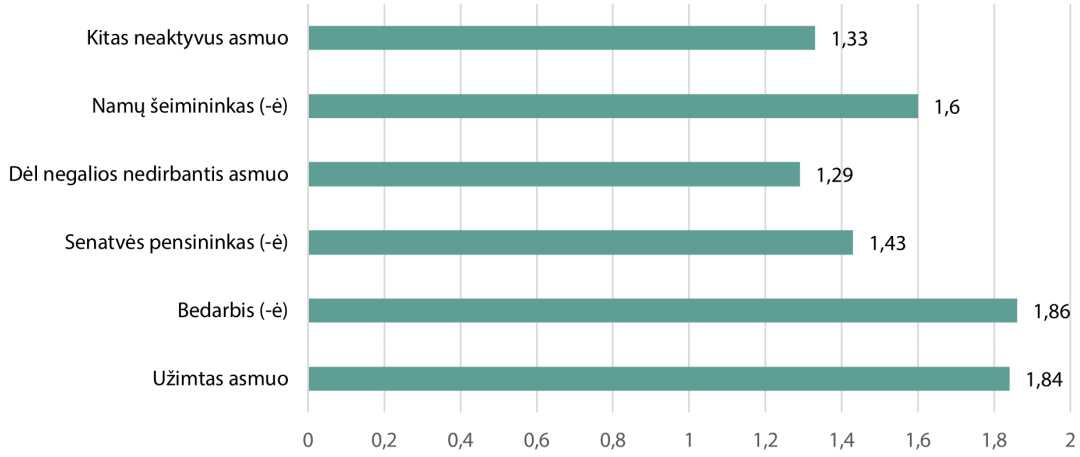
gali būti stimulu dažniau prevenciškai tikrintis sveikatą (didesnė prieiga prie informacijos, galimybės laiko atžvilgiu). 2010–2014 m. Jungtinėje Karalystėje atliktas tyrimas, kuriuo buvo siekiama įvertinti NHS sveikatos patikrų prieinamumą ir rezultatus, taip pat neparodė reikšmingų skirtumų tarp dalyvaujančiųjų prevencinėse sveikatos programose pagal socioekonominius rodiklius, tačiau buvo matomas didesnis vyresnio amžiaus moterų įsitraukimas į patikras [18].

Šiuo tyrimu nustatyta, kad išsilavinimo veiksnys buvo reikšmingas tik vertinant cholesterolio tyrimo prevencinę programą, bet ne kitas analizuotas programas. Ir vyrai, ir moterys, turintys aukštesnįjį išsilavinimą, cholesterolį tikrinosi ne taip seniai, palyginti su aukštąjį universitetinį bei vidurinį ir žemesnį išsilavinimą įgijusiais asmenimis. Tačiau užsienio literatūroje pateikiami kiek kitokie rezultatai – Austrijoje atlikto tyrimo socioekonominių ir demografinių veiksnių įtakos vertinimas parodė, kad profilaktinius sveikatos tyrimus dažniau atliko moterys, turinčios vidurinį išsilavinimą, arba vyrai, įgiję aukštąjį išsilavinimą [19].

Šis tyrimas atskleidė, kad kraujospūdžio matavimas moterų grupėje priklausė nuo gaunamų pajamų. Užsienio literatūra rodo, kad metabolinių tyrimų atlikimą mažina arba skatina ligų rizikos suvokimas ir kasdieniai elgsenos įpročiai (rūkymas, fizinis aktyvumas) [20], kurie neturi tiesioginio nustatyto ryšio su pajamomis, tačiau pajamas galima vertinti kaip veiksnį, susijusį su, pavyzdžiui, geresne prieiga prie fizinio aktyvumo veiklų ar sveiką elgseną skatinančių išteklių. Todėl šiame tyrime nustatytą pajamų ir kraujospūdžio tyrimų ryšį tikslinga vertinti kaip labiau atspindintį elgsenos bei prieigos prie sveikatinimo išteklių sąveiką, o ne tiesioginį pajamų poveikį tyrimų atlikimui.



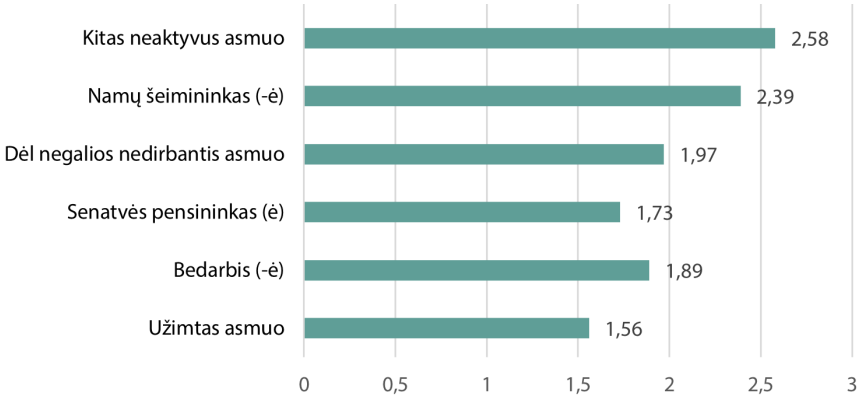
5 pav. Laikotarpio nuo paskutinio cholesterolio kiekio tyrimo vidurkiai pagal vyrų ekonominio aktyvumo statusą



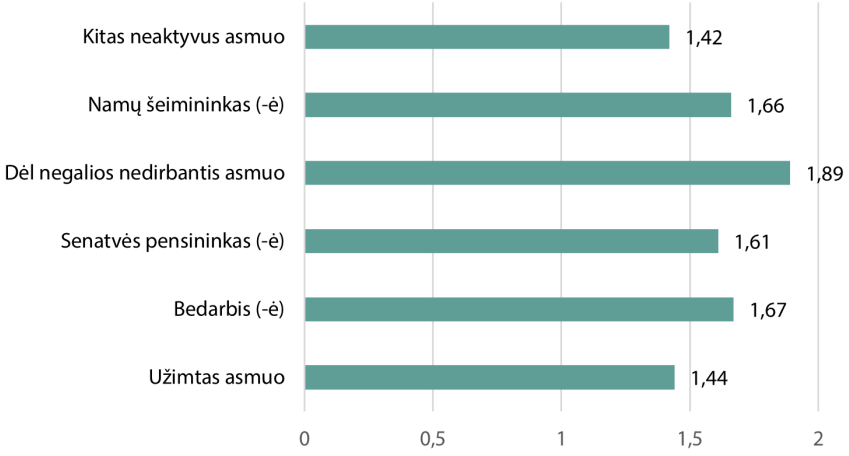
6 pav. Laikotarpio nuo paskutinio cholesterolio kiekio tyrimo vidurkiai pagal moterų ekonominio aktyvumo statusą

Šis tyrimas parodė, kad tirtoje imtyje gimdos kaklelio tepinėlio atlikimas neturėjo reikšmingo ryšio su tirtais socioekonominiais veiksniais. Užsienio literatūroje randama žinių apie socioekonominių veiksnių (patiriamas nepriteklius, žemesnis socioekonominis statusas bei gyvenimas kaimo vietovėje) įtaką šio tyrimo atlikimui [21], tačiau svarbu įvertinti ir skirtingų šalių sveikatos apsaugos sistemas – Lietuvoje šie tyrimai yra nemokami, todėl, tikėtina, pajamos neturi tokios didelės reikšmės kaip tose šalyse, kur prevenciniai tyrimai yra mokami. Tačiau kaip didesnę reikšmę turintys veiksniai dažniau įvardijami gėda, diskriminacijos patirtys ir asmeninės nuostatos. 2024 m. septyniose Europos Sąjungos šalyse atliktas tyrimas parodė, jog visose tirtose šalyse kaip didžiausi barjerai pasitikrinti nuo gimdos kaklelio vėžio buvo įvardijami pažeidžiamų moterų baimė, gėda ir prevencinės sveikatos priežiūros prioriteto stoka. Be to, įvardijamos ir kultūrinės kliūtys, įskaitant stigmą, religinius įsitikinimus ir sutuoktinio paramos stoką, kurie daro įtaką nuostatoms dėl prevencinių tyrimų, ypač tarp imigrantų ir etninių mažumų moterų [22].

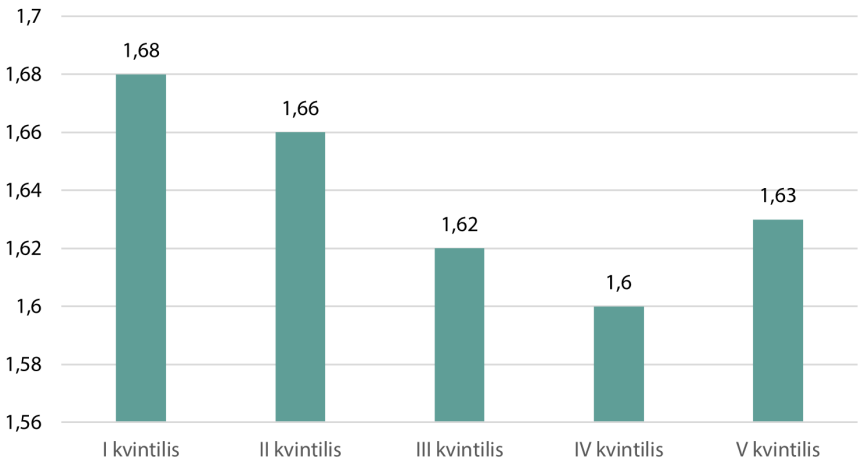
Mūsų atliktas tyrimas taip pat parodė, jog vieninteliu ekonominio aktyvumo statusas turėjo sąsają su mamografijos tyrimo atlikimu (užimtos moterys tikrinosi seniau, palyginti su kitomis tiriamųjų grupėmis). Šį rezultatą atliepia JAV 2015 m. atlikto tyrimo išvada, kad moterys, dirbančios ilgas valandas (>60 valandų per savaitę), žymiai rečiau atlikdavo mamografijos tyrimą (OR = 0,47; 95 proc. PI: 0,31–0,73). Nors šiame tyrime darbo valandų trukmė nebuvo analizuojama, tokia tyrimo išvada leidžia svarstyti, kad laiko trūkumas gali būti vienas iš veiksnių, ribojančių dirbančių moterų dalyvavimą prevenciniuose tyrimuose [23]. Ribotą tirtų socioekonominių charakteristikų įtaką mamografijos tyrimo atlikimui galima aiškinti kitų veiksnių svarba – užsienio literatūroje aprašoma, jog moterų dalyvavimą mamografijos programose



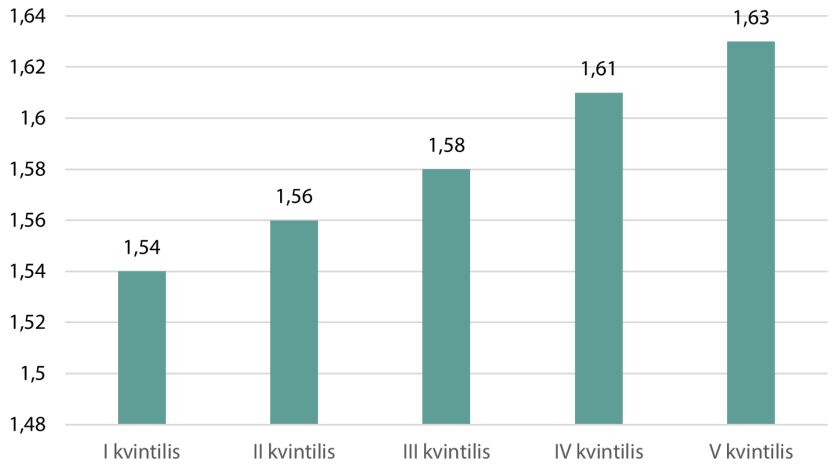
7 pav. Laikotarpio nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo vidurkiai pagal vyrų ekonominio aktyvumo statusą



8 pav. Laikotarpio nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo vidurkiai pagal moterų ekonominio aktyvumo statusą



9 pav. Laikotarpio nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo vidurkiai pagal vyrų pajamų kvintilius



10 pav. Laikotarpio nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo vidurkiai pagal moterų pajamų kvintilius

lėmė nuolatiniai įsitikinimai ir nepakankamos žinios apie krūties vėžį, įvairios psichologinės reakcijos ir neigiamas požiūris į krūties vėžio rizikos vertinimus [24].

Tyrimo ribotumu laikytinas tam tikrų išsilavinimo lygių sujungimas į bendresnes kategorijas dėl nepakankamo respondentų skaičiaus atskirose grupėse, o tai galėjo riboti analizės jautrumą silpnesniems ryšiams tarp kintamųjų nustatyti. Taip pat būtina atsižvelgti į tai, kad naudoti 2019 m. duomenys neatspindi galimų trumpalaikių prevencinių patikrinimų apimčių svyravimų, susijusių su COVID-19 pandemijos laikotarpiu. Vis dėlto tyrimo tikslas buvo analizuoti struktūrines sąsajas tarp dalyvavimo prevenciniuose sveikatos tyrimuose ir socioekonominių charakteristikų, kurios paprastai kinta lėčiau ir išlieka aktualios ilgesniu laikotarpiu.

Taip pat svarbu pažymėti, kad šiame tyrime amžiaus įtaka nebuvo atskirai įtraukta į visus analizės modelius. Amžius yra reikšmingas veiksnys, galintis turėti įtakos tiek prevencinių tyrimų atlikimui, tiek socioekonominių rodiklių pasiskirstymui (pvz., užimtumo statusui ar pajamoms). Dėl šios priežasties amžius galėjo veikti kaip klaidinantis veiksnys, galintis iš dalies paaiškinti nustatytas sąsajas tarp socioekonominių charakteristikų ir dalyvavimo prevenciniuose sveikatos tyrimuose. Todėl gauti rezultatai turėtų būti interpretuojami atsargiai, o ateities tyrimuose tikslinga numatyti amžiaus kontrolę arba analizes atskirose amžiaus grupėse.

Rekomenduojama atlikti papildomus tyrimus, į modelį

įtraukiant papildomus socialinius ir psichologinius veiksnius bei amžiaus įtaką. Taip pat, remiantis gautais tyrimo rezultatais, atlikti išsamesnę analizę, kokiomis priemonėmis būtų galima labiau įtraukti užimtus dirbančius asmenis į prevencines sveikatos programas.

IŠVADOS

1. Ekonominio aktyvumo statusas buvo reikšmingiausias veiksnys, darantis įtaką prevencinių sveikatos tyrimų atlikimui. Ryškiausios sąsajos nustatytos moterų grupėje, kur ekonominio aktyvumo statusas buvo statistiškai reikšmingai susijęs su mamografijos, cholesterolio ir kraujospūdžio tyrimų atlikimu, o vyrų grupėje – su cholesterolio ir kraujospūdžio tyrimų atlikimu.
2. Pajamos bendrai nebuvo reikšmingai susijusios su prevencinių tyrimų atlikimu, tačiau moterų grupėje nustatyta reikšminga sąsaja tarp pajamų ir kraujospūdžio matavimo: didėjant pajamoms, nuo paskutinio kraujospūdžio matavimo buvo praėję daugiau laiko.
3. Išsilavinimas darė įtaką tik cholesterolio tyrimui: aukštesnį išsilavinimą turintys vyrai cholesterolį buvo tyrėsi ne taip seniai kaip žemesnio išsilavinimo grupė, o gaunamos mėnesio pajamos bendrai nebuvo reikšminga determinantė tarp vyrų, nors moterų grupėje pastebėta reikšminga tendencija: kuo aukštesnes pajamas gauna moterys, tuo seniau jos buvo matavusios kraujospūdį.
4. Statistiškai reikšmingų sąsajų tarp tirtų socioekonominių charakteristikų ir gimdos kaklelio tepinėlio tyrimo atlikimo nenustatyta.

Straipsnis gautas 2025-10-24, priimtas 2026-03-30

Literatūra

1. Constitution of the World Health Organization [Internet] [cited 2025 Sept 5]. Available from: https://www.who.int/about/governance/constitution
2. Goal 3 | Department of Economic and Social Affairs [Internet] [cited 2025 Sept 5]. Available from: https://sdgs.un.org/goals/goal3#targets_and_indicators
3. Bell NR, Grad R, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, Kasperavicius D, et al. Better decision making in preventive health screening. Can Fam Physician. 2017 Jul;63(7):521–4. PMID: 28701435.
4. World Health Organization. Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity [Internet]. World Health Organization – Regional Office for the Eastern Mediterranean [cited 2025 Sept 5]. Available from: http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html
5. Goddard KAB, Feuer EJ, Mandelblatt JS, Meza R, Holford TR, Jeon J, et al. Estimation of cancer deaths averted from prevention, screening, and treatment efforts, 1975–2020. JAMA Oncol. 2025 Feb 1;11(2):162–7. DOI:10.1001/jamaoncol.2024.5381.
6. Guthmuller S, Carrieri V, Wübker A. Effects of organized screening programs on breast cancer screening, incidence, and mortality in Europe. J Health Econ. 2023 Dec;92:102803. DOI:10.1016/j.jhealeco.2023.102803.
7. Ligų prevencijos programos – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos [Internet] [cited 2025 Sept 5]. Available from: https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/ligu-prevencijos-programos/
8. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos [Internet] [cited 2025 Sept 5]. Available from: https://ligoniukasa.lrv.lt/.../gimdos-kaklelio-piktybiniu-naviku-prevenciniu-priemoniu-programa/
9. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos [Internet] [cited 2025 Sept 5]. Available from: https://ligoniukasa.lrv.lt/.../storosios-zarnos-vezio-ankstyvosios-diagnostikos-programa/
10. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos [Internet] [cited 2025 Sept 5]. Available from: https://ligoniukasa.lrv.lt/.../priesines-liaukos-vezio-ankstyvosios-diagnostikos-programa/
11. Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema [Internet] [cited 2025 Sept 5]. Available from: https://sveikstat.hi.lt/chart-summary-ctry.aspx
12. OECD, European Commission. Su vėžiu susijusios padėties šalyje apžvalga: Lietuva 2025. OECD Publishing; 2025 [cited 2025 Sept 5]. (EU Country Cancer Profiles). Available from: https://www.oecd.org/lt/publications/su-veziu-susijusios-padeties-salyje-apzvalga-lietuva-2025_72a821a7-lt.html
13. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos [Internet] [cited 2025 Sept 5]. Available from: https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/ligu-prevencijos-programos/sirdies-ir-kraujagysliu-ligu-prevencija/
14. Šileikienė V, Dženkevičiūtė V, Čypienė A, Šlapikas T, Puronaitė R, Badarienė J, et al. Analysis of cardiovascular high-risk profile in middle-aged Lithuanian men with arterial hypertension from 2009 to 2019. Biomedicines. 2025 Feb;13(2):272. DOI:10.3390/biomedicines13020272.
15. Bulotaitė L, Vičaitė S. Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: kas skatina keisti elgesį. Visuomenės sveikata. 2016;1(72):36–47.
16. Blažauskaitė G. Pacientų nuomonės apie širdies ir kraujagyslių ligų sveikatos patikrinimą. In: Tarptautinė studentų konferencija „Teorija ir praktika: studentiškos įžvalgos". Kaunas: Kolpingo kolegija; 2021:14–8.
17. Ares-Blanco S, López-Rodríguez JA, Polentinos-Castro E, Del Cura-González I. Effect of GP visits in the compliance of preventive services: a cross-sectional study in Europe. BMC Prim Care. 2024 May 15;25(1):165. DOI:10.1186/s12875-024-02434-1.
18. Coghill N, Garside L, Montgomery AA, Feder G, Horwood J. NHS Health Checks: a cross-sectional observational study on equity of uptake and outcomes. BMC Health Serv Res. 2018 Apr 3;18:238. DOI:10.1186/s12913-018-3027-8.
19. Brunner-Ziegler S, Rieder A, Stein KV, Koppensteiner R, Hoffmann K, Dorner TE. Predictors of participation in preventive health examinations in Austria. BMC Public Health. 2013 Dec 5;13(1):1138. DOI:10.1186/1471-2458-13-1138.
20. de Waard AKM, Wändell PE, Holzmann MJ, Korevaar JC, Hollander M, Gornitzki C, et al. Barriers and facilitators to participation in a health check for cardiometabolic diseases in primary care: a systematic review. Eur J Prev Cardiol. 2018 Aug 1;25(12):1326–40. DOI:10.1177/2047487318780751.
21. Aguiar-Ibáñez R, Mbous Y, Sharma S, Chakali R, Chawla E. Barriers to cancer screening uptake and approaches to overcome them: a systematic literature review. Front Oncol. 2025;15:1575820. DOI:10.3389/fonc.2025.1575820.
22. Bøje RB, Bardou M, Mensah K, Berrocal RR, Rossi PG, Bonvicini L, et al. What are the barriers towards cervical cancer screening for vulnerable women? A qualitative comparative analysis of stakeholder perspectives in seven European countries. BMJ Open. 2024 May 1;14(5):e079921. DOI:10.1136/bmjopen-2023-079921.
23. Yao X, Dembe AE, Wickizer T, Lu B. Does time pressure create barriers for people to receive preventive health services? Prev Med. 2015 May;74:55–8. DOI:10.1016/j.ypmed.2015.02.009.
24. Laza C, Niño De Guzmán E, Gea M, Plazas M, Posso M, Rué M, et al. "For and against" factors influencing participation in personalized breast cancer screening programs: a qualitative systematic review until March 2022. Arch Public Health. 2024 Feb 22;82(1):23. DOI:10.1186/s13690-024-01248-x.

PREVENTIVE HEALTH EXAMINATIONS ACCORDING TO THE SOCIOECONOMIC CHARACTERISTICS OF THE POPULATION

Evelina Petraitytė, Daiva Skučienė, Eugenijus Dunajevas
Vilnius University, Faculty of Philosophy, Institute of Sociology and Social Work, Department of Social Policy

SUMMARY

Objective - to assess how individuals' participation in preventive health screening programs (blood pressure, mammography, cervical smear, cholesterol) is related to the individual's socioeconomic characteristics (gender, education, economic activity status, income).

Methodology - the study analyzed data from the 2019 Lithuanian Population Health Survey of the State Data Agency. The applied analysis methods were descriptive statistics, univariate and multivariate analysis of variance (ANOVA) and Bonferroni post-hoc test.

Results - economic activity status was the most important factor differentiating participation in preventive screening: employed individuals were screened on average at an earlier age than old-age pensioners or persons not working due to disability. Education was associated only with cholesterol screening. Income was not a significant factor overall, but a slight trend was found in the female group that women with higher incomes had their blood pressure checked at an earlier age compared to those with lower incomes.

Conclusions - the most important factor influencing the performance of preventive health examinations is economic activity status. The influence of education is limited and was related only to the performance of cholesterol testing. Income was not significant for the performance of preventive health examinations. None of the studied socioeconomic characteristics was related to the performance of cervical smear testing.

Keywords: preventive health examinations; economic activity; education; income; gender.

Received 24 October 2025, accepted 30 March 2026

Correspondence to Evelina Petraitytė
Vilnius University, Faculty of Philosophy,
Institute of Sociology and Social Work,
Department of Social Policy
Universiteto g. 9, LT-01122 Vilnius, Lithuania
Email: evelinapetraityte@inbox.lt