

Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės netolygumai bei juos lemiančios mirties priežastys

Ramunė Kalėdienė, Skirmantė Starkuvienė, Jadvyga Petrauskienė, Snieguolė Kaselienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Sveikatos vadybos katedra

Raktažodžiai: vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, netolygumai, Lietuva.

Santrauka. Tyrimo tikslas. Įvertinti Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) netolygumų pokyčius 1990–2006 m. ir nustatyti juos lemiančias mirties priežastis.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Tyrimui naudoti duomenys apie mirusiuosius ir gyventojus, gauti iš Lietuvos statistikos departamento. Įvertinti vyrų ir moterų VGT netolygumai. Pagal išgyvenamumo lenteles apskaičiuotas vyrų ir moterų prarastų dėl svarbiausių mirties priežasčių VGT metų skaičius. Pagrindinių mirties priežasčių įtaka vyrų ir moterų VGT pokyčiams bei skirtumams nustatyta komponentinės analizės metodu. VGT pokyčių kritiniai laikotarpiai vertinti jungiamųjų taškų regresinės analizės metodu.

Rezultatai. Vyrų ir moterų VGT pokyčiams 1990–2006 m. būdingi du lūžio taškai, VGT kreivę suskirsčius į tris laikotarpius: mažėjančios, didėjančios ir vėl mažėjančios VGT. Vyrų VGT pokyčiai visais laikotarpiais buvo intensyvesni nei moterų. Bendras vyrų VGT pokytis 1990–2006 m. buvo statistiškai nereikšmingas, o moterų VGT didėjo vidutiniškai 0,2 proc. per metus. Ir vyrai, ir moterys daugiausia VGT metų prarado dėl mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų, kurių reikšmė buvo didesnė moterims. Darbingo amžiaus (15–65 metų) vyrų ir moterų VGT labiausiai trumpino nelaimingi atsitikimai, apsinuodijimai ir traumos. Nors vyrų ir moterų VGT skirtumas nuo 1994 m. iki 2006 m. sumažėjo nuo 12,3 iki 11,8 metų, jis yra vienas didžiausių Europoje. Nuo 1991 m. svarbiausia mirties priežastimi, lemiančia vyrų ir moterų VGT skirtumus, tapo nelaimingi atsitikimai, apsinuodijimai ir traumos, kurių reikšmė vyrų ir moterų VGT skirtumams pastaraisiais metais sumažėjo. 2006 m., palyginus su 1994 m., padidėjo širdies ir kraujagyslių ligų bei piktybinių navikų įtaka vyrų ir moterų VGT skirtumui.

Išvados. Demografinių ir socialinių gyventojų grupių sveikatos netolygumų mažinimas turi tapti valstybės socialinės ir sveikatos politikos prioritetu. Sveikatos, socialinių bei kitų valstybinių arba regioninių programų įgyvendinimo vertinimo kriterijuose turėtų atsispindėti vyrų ir moterų lygių sveikatos galimybių užtikrinimo aspektai.

Įvadas

Pagrindiniuose Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) dokumentuose lyčių lygybei skiriamas ypatingas dėmesys. Nacionalinės sveikatos sistemos tikslas – pagerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, garantuojant sveikatos santykių teisingumą bei lygybę, teisingai paskirstant išteklius. Norint pasiekti šį tikslą, būtina numatyti šaliai specifines priemones, o tam reikalinga objektyvi situacijos analizė. Daugelis demografinių sveikatos netolygumų, tokių kaip lyties ir amžiaus laikomi dėsningais ir neišvengiamais. Lietuva, išsiskirianti iš kitų Europos šalių prastais gyventojų sveikatos rodikliais, pasižymi ir vienais didžiausių vyrų ir moterų mirtingumo bei vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) skirtumų. Įvairių socialinių grupių vyrų ir moterų VGT ir mirtingumo skirtumai yra netolygūs (1, 2).

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, socialinė ekonominė suirutė palietė daugelį gyventojų ir nei-

giamai atsiliepė visos populiacijos, ypač vyrų, VGT. Norint planuoti sveikatos gerinimo ir jos netolygumų mažinimo intervencijas, būtina identifikuoti pagrindines priežastis, turinčias įtakos didesniai vyrų nei moterų mirtingumui bei trumpesnei VGT.

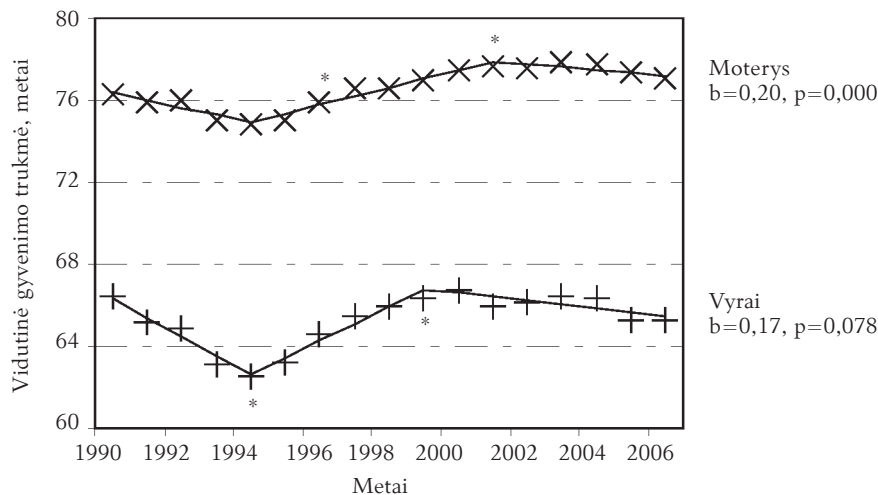
Šio tyrimo tikslas – įvertinti Lietuvos vyrų ir moterų VGT netolygumų pokyčius 1990–2006 m. ir nustatyti juos lemiančias mirties priežastis.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimui naudoti duomenys apie mirusiuosius ir gyventojus, gauti iš Lietuvos statistikos departamento. Pagal standartinę PSO metodiką sudarius išgyvenamumo lenteles, apskaičiuota VGT su 95 proc. pasikliautinaisiais intervalais bei nustatyti kiti parametrai, tokie kaip tikimybė mirti, išgyvenusiujų iki tam tikro amžiaus dalis, taip pat įvertinti dėl pagrindinių mirties priežasčių prarasti VGT metai. Pagrindinių mirties priežasčių įtaka vyrų ir moterų

Adresas susirašinėti: R. Kalėdienė, LSMU MA Sveikatos vadybos katedra, A. Mickevičiaus 9, 44307 Kaunas
El. paštas: kaleda@kaunas.omnitel.net

Correspondence to R. Kalėdienė, Department of Health Management, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, A. Mickevičiaus 9, 44307 Kaunas, Lithuania
E-mail: kaleda@kaunas.omnitel.net



1 pav. Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai 1990–2006 m.

* Kreivių lūžio taškai statistiškai reikšmingi.

VGT pokyčiams bei skirtumams nustatyta komponentinės analizės metodu (3).

VGT pokyčių 1990–2006 m. kritiniai laikotarpiai įvertinti jungiamųjų taškų (angl. *Jointpoint*) regresinės analizės metodu, naudojant JAV Nacionalinio vėžio instituto 2002 m. sukurtą jungiamųjų taškų regresijos kompiuterinę programą (4). Tai „Windows“ pagrindu sukurta statistinė programa, kuri randa VGT kreivių lūžio taškus ir permutacijos testu nustato jų statistinį patikimumą. Naudojant šią programą, galima analizuoti pokyčių kryptis be išankstinio lūžio taško nustatymo. Šio tyrimo metu, tikrinant permutacijos testu, nustatyti du reikšmingi VGT lūžio taškai, kurie 1990–2006 m. vyrų ir moterų kreives suskirstė į tris laikotarpius. Kiekvieno laikotarpio VGT kitimas įvertintas taikant logaritminės regresijos koeficientą, kurį apskaičiavus procentais, nustatytas vidutinis metinis VGT pokytis (b). Šis pokytis laikytas statistikai reikšmingu, kai $p < 0,05$.

Rezultatai

1990–2006 m. Lietuvos gyventojų VGT kito netolygiai. VGT analizė, taikant jungiamųjų taškų regresinės analizės metodą, parodė, kad vyrų ir moterų VGT kreivėms būdingi du lūžio taškai (kritiniai laikotarpiai): pirmasis 1994 m. – bendras vyrams ir moterims; antrasis – vyrams 1999 m., moterims – 2001 m. Šie lūžio taškai 1990–2006 m. VGT kreivę padalijo į tris laikotarpius: mažėjančios (1990–1994 m.), didėjančios (vyrų – 1994–1999 m.; moterų – 1994–2001 m.) ir vėl mažėjančios VGT (vyrų – 1999–2006 m.; moterų – 2001–2006 m.). Per pirmąjį laikotarpį vyrų VGT mažėjo 1,4 proc., moterų – 0,5 proc. per metus. Vėliau VGT rodikliai didėjo (vyrų – 1,3 proc., moterų – 0,6 proc. per metus). 1999–2006 m. vyrų VGT vėl mažėjo 0,3 proc. per metus, o moterų VGT

nuo 2001 m. mažėjo statistiškai nereikšmingai, t. y. nustatyta tik VGT mažėjimo tendencija. Bendras linijinis vyrų VGT pokytis 1990–2006 m. buvo statistiškai nereikšmingas, o moterų VGT didėjo vidutiniškai 0,2 proc. per metus (1 pav.).

Kokios mirties priežastys turėjo didžiausios įtakos neigiamiems VGT pokyčiams 1991–1994 m.? Komponentinės analizės metodu palyginus 1991 m. ir 1994 m. VGT rodiklius (1990 m. VGT rodiklių lyginimas dėl skirtingos kūdikių mirtingumo skaičiavimo metodikos būtų netikslus), paaiškėjo, kad vyrų VGT mažėjimą labiausiai sąlygojo nelaimingi atsitikimai, apsinuodijimai ir traumos (NAAT). Jų, kaip mirties priežasties „indėlis“ į vyrų VGT skirtumą 1991 m. ir 1994 m. buvo 1,14 metų (45,4 proc.), širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL) – 0,58 metų (23,2 proc.), piktybinių navikų (PN) įtaka VGT mažėjimui buvo nedidelė (1 lent.).

1995–2000 m. įvykę teigiami VGT pokyčiai labiausiai priklausė nuo mirtingumo dėl ŠKL ir NAAT sumažėjimo (2 lent.).

VGT trumpėjimo (trečiasis) laikotarpis labiau palietė vyrus. Vyrų VGT nuo 2000 m. iki 2006 m. sumažėjo 1,5 metų, o moterų – 0,4 metų. Tai lėmė darbingo amžiaus gyventojų mirtingumo nuo ŠKL didėjimas.

Vyrų VGT pokyčiai labiau nei moterų reagavo į socialinius ir ekonominius pokyčius šalyje. Nepalančiausio sveikatai laikotarpio – 1990–1994 m. vyrų ir moterų VGT pokyčių analizė parodė, kad nuo 1990 m. VGT trumpėjo netolygiai. Jeigu 1991 m. ir 1992 m. įvairaus amžiaus gyventojų VGT rodiklių skirtumas daugeliu atvejų buvo statistiškai nepatikimas, tai 1993 m., lyginant su 1992 m., vyrų ir moterų VGT sutrumpėjo statistiškai patikimai. 1994 m. VGT toliau mažėjo, bet, lyginant su 1993 m., mažėjimo tempas sulėtėjo. Darbingo amžiaus (15–65

1 lentelė. Pagrindinių mirties priežasčių įtaka vidutinės numatomos gyvenimo trukmės (VGT) sumažėjimui nuo 1991 iki 1994 m.

Mirties priežastys	Vyrų		Moterys	
	metai	proc.	metai	proc.
Širdies ir kraujagyslių ligos	0,58	23,2	0,36	29,8
Piktybiniai navikai	0,11	4,3	0,11	9,5
Nelaimingi atsitikimai ir traumos	1,14	45,4	0,32	27,0

Pastaba: vyrų VGT nuo 1991 iki 1994 m. sumažėjo 2,6 metų, moterų – 1,2 metų.

2 lentelė. Pagrindinių mirties priežasčių įtaka vidutinės numatomos gyvenimo trukmės (VGT) padidėjimui nuo 1994 iki 2000 m.

Mirties priežastys	Vyrų		Moterys	
	metai	proc.	metai	proc.
Širdies ir kraujagyslių ligos	1,36	31,8	1,19	44,9
Piktybiniai navikai	0,15	3,5	0,11	4,2
Nelaimingi atsitikimai ir traumos	1,41	32,9	0,34	13,0

Pastaba: vyrų VGT nuo 1994 iki 2000 m. padidėjo 4,3 metų, moterų – 2,7 metų.

metų) vyrų VGT nuo 1990 m. iki 1994 m. sutrumpėjo 1,9 metų, moterų – 0,5 metų. Sprendžiant iš VGT rodiklių pokyčio, labiausiai gyventojų sveikata pablogėjo 1994 m.

Ir vyrai, ir moterys daugiausia VGT metų prarado dėl mirčių nuo ŠKL, tačiau šių ligų reikšmė buvo didesnė moterims nei vyrams. PN įtaka vyrų VGT buvo šiek tiek didesnė nei moterų VGT (3 lent.). Labiausiai skyrėsi dėl NAAT prarastų VGT metų skaičius – moterų jis neviršijo 1,65 (1994 m.), o vyrų tuo metu 5,62 metų.

Nuo 1994 m. ir vyrų, ir moterų dėl NAAT prarastų VGT metų skaičius akivaizdžiai mažėjo, tuo tarpu ŠKL ir PN įtaka vyrų VGT kurį laiką didėjusi, nuo 2000–2001 m. pradėjo mažėti, o moterų – išliko panaši. 2006 m., lyginant su 1990 m., ŠKL, PN, įtaka VGT tapo mažesnė, o dėl NAAT prarandamų VGT metų skaičius liko didesnis nei 1990 m.

Per visą tyrimo laikotarpį darbingo amžiaus (15–65 metų) tarpsnyje vyrų VGT labiausiai trumpino NAAT, kurių reikšmė buvo didžiausia 1994 m. (3,47 metų). Darbingo amžiaus moterų daugiausia VGT metų iki 1993 m. prarado dėl PN, tačiau vėliau svarbiausia mirties priežastimi, trumpinančia jų VGT, tapo NAAT, kurių įtaka buvo didžiausia 1994 m. (0,69 metų). Pastaraisiais metais NAAT reikšmė darbingo amžiaus moterų VGT šiek tiek sumažėjo (2006 m. – 0,56 metų), tačiau išliko svarbiausia šio amžiaus moterų VGT trumpinančia priežastimi.

Didelius vyrų ir moterų sveikatos netolygumus atskleidė išgyvenamumo iki 45 ir 65 metų palyginimas (4 lent.). Mažiausia išgyvenamumo iki 65 metų tikimybė nustatyta 1994 m. (vyrų – 50,6 proc., moterų – 79,7 proc.), tuo tarpu didžiausia tikimybė sulaukti šio amžiaus buvo vyrams, gimusiems 1990 m. (60,7 proc.); moterims – 2000 m. bei 2002 m. (84,2 proc.). Moterų tikimybė išgyventi iki 45 m. siekė 94,2–96,3 proc. ir per visą tyrimo laikotarpį

3 lentelė. Vyrų ir moterų dėl svarbiausių mirties priežasčių prarastų VGT (e_0) metų skaičius 1990–2006 m.

Metai	Lytis	Mirties priežastys		
		ŠKL	PN	NAAT
1990	Vyrai	8,59	2,99	3,97
	Moterys	9,11	2,50	1,22
1991	Vyrai	8,38	2,86	4,72
	Moterys	9,08	2,54	1,35
1992	Vyrai	8,28	2,96	4,56
	Moterys	8,71	2,55	1,38
1993	Vyrai	8,31	2,70	5,11
	Moterys	8,65	2,52	1,50
1994	Vyrai	7,92	2,51	5,62
	Moterys	8,52	2,49	1,65
1995	Vyrai	7,78	2,65	5,33
	Moterys	8,84	2,45	1,63
1996	Vyrai	7,84	2,75	4,94
	Moterys	8,68	2,54	1,60
1997	Vyrai	7,81	2,88	4,88
	Moterys	8,54	2,47	1,43
1998	Vyrai	7,45	2,91	4,81
	Moterys	8,49	2,54	1,47
1999	Vyrai	7,60	3,01	4,77
	Moterys	8,30	2,66	1,48
2000	Vyrai	7,41	3,07	4,72
	Moterys	7,98	2,71	1,41
2001	Vyrai	7,47	2,87	4,96
	Moterys	7,88	2,66	1,41
2002	Vyrai	7,44	2,81	4,69
	Moterys	7,65	2,66	1,33
2003	Vyrai	7,37	2,76	4,56
	Moterys	7,59	2,68	1,36
2004	Vyrai	7,48	2,85	4,38
	Moterys	7,61	2,61	1,27
2005	Vyrai	7,41	2,55	4,58
	Moterys	7,31	2,48	1,37
2006	Vyrai	7,31	2,65	4,15
	Moterys	7,55	2,34	1,42

ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos, PN – piktybiniai navikai, NAAT – nelaimingi atsitikimai, apsinuodijimai ir traumos.

4 lentelė. Vyrų ir moterų išgyvenamumas iki 45 ir 65 metų (proc.)

Metai	Tikimybė sulaukti 45 metų		Tikimybė sulaukti 65 metų	
	vyrų	moterų	vyrų	moterų
1990	87,8	95,3	60,7	82,9
1991	85,8	94,7	57,8	82,0
1992	85,7	94,7	57,1	82,2
1993	84,0	94,6	52,6	80,6
1994	82,9	94,2	50,6	79,7
1995	83,9	94,3	51,8	79,8
1996	85,7	94,8	55,4	81,4
1997	86,6	95,4	58,0	83,3
1998	87,4	95,5	59,1	83,0
1999	87,7	95,5	59,8	83,7
2000	88,2	95,8	60,5	84,2
2001	87,3	95,9	58,4	84,1
2002	87,8	96,1	58,9	84,2
2003	88,2	96,1	59,4	84,1
2004	88,0	96,3	58,7	84,1
2005	87,3	96,1	56,1	83,7
2006	87,5	95,7	55,1	83,0

kito mažai, o vyrų tikimybė išgyventi iki šio amžiaus buvo gerokai mažesnė ir, nepaisant to, kad po 1994 m. krizės laipsniškai didėjo, 2006 m. nepasiekė 1990 m. rodiklio lygio.

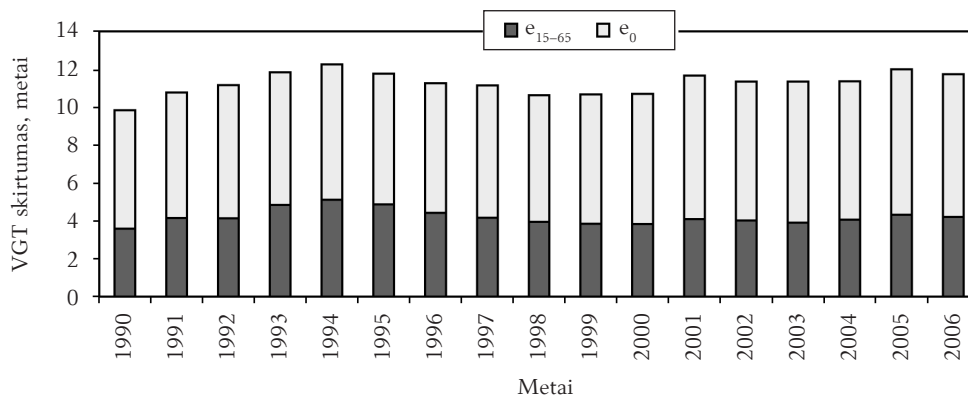
Vyrų ir moterų VGT labai skiriasi. Šis skirtumas 1994 m. buvo 12,3 m., o 2006 m. siekė 11,8 m. Darbingo amžiaus (15–65 metų) vyrų ir moterų VGT skirtumai 1990–2006 m. kito panašiai kaip ir gimusiųjų (e_0) VGT (2 pav.).

Komponentinė analizė, leidžianti įvertinti amžiaus ir mirties priežasčių svarbą vyrų ir moterų VGT netolygumams, parodė, kad 1994 m. labiausiai vyrų ir moterų VGT netolygumus lėmė 45–55 metų žmonių grupės mirtingumo skirtumai (30,8 proc., arba 3,73 metų). 1997 m., kai mirtingumas ėmė mažėti, didžiausios įtakos VGT netolygumams turėjo 55–65 metų vyrų ir moterų mirtingumo skirtumai (31,5 proc., arba 3,44 metų).

Komponentinės analizės metodu nustatyta ir pagrindinių mirties priežasčių įtaka vyrų ir moterų VGT netolygumams. 5 lentelėje pateikiami duomenys rodo, kad 1990 m. didžiausios reikšmės vyrų ir moterų VGT skirtumui turėjo ŠKL (34,8 proc., arba 3,43 metų). Nuo 1991 m. svarbiausia mirties priežastimi, lemiančia vyrų ir moterų VGT skirtumus, tapo NAAT, kurių reikšmė buvo didžiausia 1994 m. (37,9 proc., arba 4,7 metų). 2006 m., palyginus su 1994 m., padidėjo ŠKL ir PN įtaka vyrų ir moterų VGT skirtumui, sumažėjo NAAT reikšmė. Taigi, 2006 m. labiausiai vyrų ir moterų VGT skirtumus lėmė ŠKL (33,2 proc.) ir NAAT (28,8 proc.).

Rezultatų aptarimas

Vyrų ir moterų VGT labai skiriasi. Nors šis skirtumas nuo 1994 m. iki 2006 m. sumažėjo nuo 12,3 iki 11,8 metų, jis yra vienas didžiausių Europoje (5). 1990–2006 m. Lietuvos gyventojų išgyvenamumo analizė parodė, kad vyrų VGT labiau nei moterų reagavo į socialinius ir ekonominius pokyčius šalyje ir sąlygojo vyrų ir moterų VGT skirtumų netolygų kitimą. 1990–1994 m. socialinės ekonominės kri-



2 pav. Įvairaus amžiaus vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) skirtumai

5 lentelė. Svarbiausių mirties priežasčių įtaka vyrų ir moterų vidutinės numatomos gyvenimo trukmės skirtumams 1990, 1994 ir 2006 m.

Mirties priežastis	1990 m.		1994 m.		2006 m.	
	metai	proc.	metai	proc.	metai	proc.
Širdies ir kraujagyslių ligos	3,43	34,80	3,80	30,9	3,91	33,20
Piktybiniai navikai	1,77	18,00	1,65	13,4	1,98	16,80
Nelaimingi atsitikimai ir traumos	3,15	32,00	4,66	37,9	3,39	28,80

zės laikotarpiu, vyrų VGT trumpėjo intensyviau nei moterų ir 1994 m. tapo 12,3 metų trumpesnė nei moterų. Nuo 1995 m. iki 2000 m. (ekonomikos stiprėjimo laikotarpiu) vyrų VGT pailgėjo labiau nei moterų, todėl vyrų ir moterų VGT skirtumas buvo sumažėjęs iki 10,7 metų. Nuo 2001 m. dėl labiau trumpėjančios vyrų VGT šis skirtumas vėl padidėjo iki 11,8 metų (2006 m.), netiesiogiai rodantis, kad prasidėjo didesnis socialinis ir ekonominis nestabilumas. Europos Sąjungos šalyse senbuvėse vyrų ir moterų VGT skirtumas dukart mažesnis ir nuo 1990 m. nuosekliai mažėja (5). Jeigu nesikeistų socialinės ir ekonominės sąlygos ir žmonių gyvenamosios įpročiai, tik 55 proc. Lietuvos vyrų ir 83 proc. moterų, gimusių 2006 m., sulauktų 65 metų. Lietuva pagal globalų lyčių nelygybės indeksą, kuris buvo nustatytas įvertinus ekonomines vyrų ir moterų galimybes, išsilavinimą, politinį įgalinimą ir sveikatos aspektus, 2007 m. tarp 128 pasaulio šalių užėmė 14 vietą (6), tačiau mūsų ankstesniuose tyrimuose nustatyta ilgesnė moterų „nesveiko“ gyvenimo trukmė rodo, kad didžioji dalis jų ilgesnės nei vyrų VGT pasižymi bloga gyvenimo kokybe (7). Gyventojų apklausos taip pat rodo, kad moterų fizinės ir psichologinės gyvenimo kokybės sritis vertina prasčiau nei vyrai (8).

Vyrų ir moterų sveikatos skirtumų priežastys nėra visiškai aiškios. Manoma, kad vyrų biologinis amžius dvejais metais trumpesnis negu moterų (9). Valdomas priežastis, lemiančias vyrų ir moterų mirtingumo ir išgyvenamumo skirtumus, galima suskirstyti į dvi grupes. Pirmajai priklauso sveikatą žalojantis elgesys – nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas, rūkymas, nepalankūs sveikatai mitybos įpročiai, polinkis rizikuoti ir kt. dažnesnis tarp vyrų. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimai, atliekami nuo 1994 m., kas antrus metus, rodo, kad 2006 m. kasdien rūkė 43 proc. 20–64 metų vyrų ir 15 proc. moterų; stiprius alkoholinius gėrimus bent kartą per savaitę vartojo 30 proc. vyrų ir 10 proc. moterų; atsvarį turėjo 56 proc. vyrų ir 49 proc. moterų (10). Nesveikos mitybos įpročiai taip pat labiau paplitę tarp vyrų (11). Lietuvoje šios priežastys turi neabejotinai didžiulės reikšmės vyrų ir moterų sveikatos skirtumams. Tai akivaizdžiai parodė su 1986–1987 m. antialkoholine kampanija sutapę žymūs teigiami vyrų mirtingumo pokyčiai bei vyrų ir moterų VGT skirtumo sumažėjimas (12). Antrajai priežasčių grupei priklauso sveikatą stiprinantis elgesys, labiau būdingas moterims. Prieš keletą dešimtmečių daugelyje Vakarų Europos šalių didėjo vyrų ir moterų VGT skirtumai aiškinti žymiai greitesniu moterų VGT didėjimu (13). Pastaraisiais dešimtmečiais daugelyje šiaurės ir anglosaksų šalių šis skirtumas nustojo didėti ir netgi mažėja. Manoma, kad vyrai palaipsniui perima panašų į moterų palankesnę

sveikatai, mažiau pavojingą gyvenimo būdą (14). Tuo tarpu mažiau išsivysčiusiose šalyse pastebima ir atvirkštinė tendencija – vis didesnės dalies moterų gyvenama tampa panašesnė į vyrų: dažnėja rūkymas, alkoholinių gėrimų vartojimas. Prognostiniu požiūriu tokios nepalankios moterų sveikatai tendencijos pastebimos ir Lietuvoje: rūkymo paplitimas tarp moterų nuo 1994 m. iki 2006 m. padidėjo nuo 6 proc. iki 15 proc., o stiprių alkoholinių gėrimų vartojimo dažnis padidėjo nuo 6 proc. iki 10 proc. (10).

Nuo 1991 m. svarbiausia mirties priežastimi, lemiančia vyrų ir moterų, ypač darbingo amžiaus, VGT skirtumus, tapo NAAT. Tik pastaraisiais metais NAAT reikšmė vyrų ir moterų VGT skirtumams sumažėjo, o padidėjo ŠKL reikšmė (dėl didėjančio nuo 2001 m. darbingo amžiaus vyrų mirtingumo nuo ŠKL). Darbingo amžiaus (15–65 metų) vyrų ir moterų VGT labiausiai trumpina NAAT (vyrų – 2,41, moterų – 0,56 metų; 2006 m.). Apie pusę mirčių nuo NAAT yra susijusios su nesaikingu alkoholinių gėrimų vartojimu. Lietuvos teismo medicinos ekspertų 1985–2001 m. atliktų autopsijų analizės duomenimis, vidutiniškai 55,3 proc. asmenų, mirusių nuo NAAT, buvo neblaivūs (15). Tai iššūkis valstybei, kurios nepakankamai griežta alkoholio kontrolės politika sąlygojo girtavimo plitimą.

Vyraujančios gyventojų mirties priežasties – ŠKL, kaip ir PN, įtaka vyrų ir moterų, ypač darbingo amžiaus, VGT skirtumams mažesnė nei NAAT, tačiau ŠKL Lietuvos gyventojų VGT trumpina labiausiai (2006 m. – 7,75 metų). Sukaupta pakankamai įrodymų apie gyvenamosios (mitybos įpročių, tabako, alkoholinių gėrimų vartojimo, fizinės veiklos) ir socialinės aplinkos (išsilavinimo, šeiminės padėties, ekonominių veiksnių) įtaką šiai patologijai atsirasti. Tradiciniai ŠKL riziką didinantys veiksniai yra reikšmingi ir kitoms lėtinėms neinfekcinėms ligoms atsirasti bei mirtingumui nuo jų. Įrodyta, kad lėtinių neinfekcinių ligų ir traumų pirminė profilaktika daug veiksmingesnė ir ekonomiškai naudingesnė nei žalingų sveikatai įpročių bei socialinių ir ekonominių veiksnių sukeltomis ligomis sergančiųjų gydymas ir rehabilitacija. Turime mokslškai pagrįstą lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos strategiją, jungiančią poveikį visai populiacijai ir didelės rizikos gyventojų grupėms (16). Tačiau įrodymais pagrįstos mokslo tiesos sunkiai skinasi kelią į praktiką. Deklaruojama, kad visuomenės sveikatos priežiūros tarnybų pagrindinė misija – visuomenės sveikatos gerinimas ir išsaugojimas, tačiau visuomenės sveikatos priežiūros sistema yra neveiksminga – nepajėgia apsaugoti visuomenės nuo išvengiamų ligų ir ankstyvų mirčių. Valstybė neskaitina visuomenės narių suinteresuotumo sveikai gyventi ir aktyviai dalyvauti sveikatos palaikymo veikloje. Savivaldybių vykdomos visuomenės sveikatos priežiūros efekty-

vumas nepakankamas, šiai veiklai vykdyti adekvati infrastruktūra savivaldybėse dar tik pradeda kurti. Pirminės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros integracija yra nepakankama. Asmens sveikatos priežiūros specialistai, rengdami sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programas, dažnai apsiriboja sergančiųjų sveikatos priežiūros infrastruktūros gerinimo priemonėmis, neskirdami dėmesio ir investicijų ligų profilaktikai, be kurios ženklesnis gyventojų sergamumo ir mirtingumo sumažinimas negalimas.

Išvados

Vyrų ir moterų VGT pokyčiams 1990–2006 m. būdingi du lūžio taškai, VGT kreivę suskirsčius į tris laikotarpius – mažėjančios, didėjančios ir vėl mažėjančios VGT. Vyrų VGT pokyčiai visais laikotarpiais buvo intensyvesni nei moterų. Bendras vyrų VGT pokytis 1990–2006 m. buvo statistiškai nereikšmingas, o moterų VGT didėjo vidutiniškai 0,2 proc. per metus.

Ir vyrai, ir moterys daugiausia VGT metų prarado dėl mirčių nuo ŠKL, kurių reikšmė buvo didesnė

moterims. Darbingo amžiaus (15–65 metų) vyrų ir moterų VGT labiausiai trumpino nelaimingi atsitikimai, apsinuodijimai ir traumos.

Vyrų ir moterų VGT skirtumas nuo 1994 m. iki 2006 m. sumažėjo nuo 12,3 iki 11,8 metų, tačiau jis yra vienas didžiausių Europoje. Vyrams, gimusiems 2006 m., tikimybė sulaukti 65 metų buvo 55 proc., moterims – 83 proc.

Nuo 1991 m. svarbiausia mirties priežastimi, lemiančia vyrų ir moterų VGT skirtumus, tapo nelaimingi atsitikimai, apsinuodijimai ir traumos, kurių reikšmė vyrų ir moterų VGT skirtumams pastaraisiais metais sumažėjo. 2006 m., palyginus su 1994 m., padidėjo širdies ir kraujagyslių ligų bei piktybinių navikų įtaka vyrų ir moterų VGT skirtumui.

Demografinių ir socialinių gyventojų grupių sveikatos netolygumų mažinimas turi tapti valstybės socialinės ir sveikatos politikos prioritetu. Sveikatos, socialinių bei kitų valstybinių arba regioninių programų įgyvendinimo vertinimo kriterijuose turėtų atsispindėti vyrų ir moterų lygių sveikatos galimybių užtikrinimo aspektai.

Inequalities in life expectancy of Lithuanian males and females and contribution of major causes of death

Ramunė Kalėdienė, Skirmantė Starkuvienė, Jadvyga Petrauskienė, Snieguolė Kaselienė

Department of Health Management, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Key words: life expectancy; inequalities; Lithuania.

Summary. *The aim of this study* to assess inequalities in life expectancy of Lithuanian males and females throughout the period of 1990–2006 and to estimate the contribution of major causes of death to inequalities in life expectancy.

Material and methods. Information on deaths was obtained from the Lithuanian Department of Statistics. Life table analysis was carried out. Analysis of components was applied in order to assess the contribution of the major causes of death to the differences in life expectancy of males and females. The jointpoint regression analysis was used to identify the critical points, wherever a statistically significant change in life expectancy occurred.

Results. Two cut points, dividing the trends in life expectancy into three periods of decreasing, increasing, and again decreasing life expectancy, were characteristic of both males and females in 1990–2006. Changes in life expectancy were more pronounced for males in all three periods. Overall change in life expectancy was not statistically significant for males and was increasing by 0.2% annually for females throughout the period of investigation. The greatest number of years in life expectancy was lost due to cardiovascular diseases in both males and females. External causes contributed most to the difference in life expectancy of able-bodied (aged 15–64 years) males and females. Differences in life expectancy of males and females decreased from 12.3 to 11.8 years throughout the period of 1994–2006; however, it remained among highest in Europe. Since 1991, external causes of death have become the major, though decreasing, contributors to inequalities in life expectancy between males and females. In 2006, compared to 1994, contribution of cardiovascular diseases and cancer increased.

Conclusion. Attempts to reduce demographic and social inequalities in health should become a priority in social and health policy formulation. The criteria for evaluation of the national and regional health and social programs should reflect aspects of equal opportunities in health for males and females.

Literatūra

1. Kalėdienė R, Starkuvienė S, Petrauskienė J. Inequalities in life expectancy by education and socioeconomic transition in Lithuania. *Medicina (Kaunas)* 2008;44(9):713–22.
2. Kalėdienė R, Petrauskienė J, Starkuvienė S. Inequalities in mortality by marital status during socio-economic transition in Lithuania. *Public Health* 2007;121(5):385–92.
3. Pollard JH. Lifetime. A WHO/OMS package for analysing survivorship and cause of death. Geneva: WHO; 1989. p. 80.
4. Jointpoint regression program. Version 2.6. March 2002; U.S. National Cancer Institute.
5. WHO database. Available from: URL: <http://www.who.dk/>
6. Hausman R, Tyson LD, Zahidi S. Global gender gap. Report 2007. World Economic Forum; 2007.
7. Kalėdienė R, Petrauskienė J. Healthy life expectancy – an important indicator for health policy development in Lithuania. *Medicina (Kaunas)* 2004;40(6):582–8.
8. Jurgelėnas A, Šurkienė G, Juozulynas A, Stukas R, Buzytė V, Baubinas A ir kt. Socialiniai gyvenimo kokybės skirtumai Vilniuje. (Social inequalities in quality of life in Vilnius.) *Visuomenės sveikata* 2007;3(38):31–7.
9. Uralnis BS. *Evoliucija prodolzhtelenosti zhizni*. Moskva: Statistika; 1978.
10. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J ir kt. Health behaviour among Lithuanian adult population 2006. Helsinki: Finland; 2007.
11. Grabauskas V, Zaborskis A, Klumbienė J, Petkevičienė J, Žemaitienė N. Lietuvos paauglių ir suaugusių žmonių gyvensenos pokyčiai 1994–2002 metais. (Changes in health behavior of Lithuanian adolescents and adults over 1994–2002.) *Medicina (Kaunas)* 2004;40(9):884–90.
12. Kalėdienė R. Demografiniai, socialiniai ir teritoriniai Lietuvos gyventojų sveikatos netolygumai. Mirtingumo ir išgyvenamumo studija. (Demographic, social, and territorial inequalities in health of Lithuanian population. A study on mortality and survival.) [habilitacinis darbas] Kaunas: KMU; 1999.
13. Lopez AD, Ruzicka LT. Sex differentials in mortality: trends, determinants and consequences. Canberra, Australia: Australian National University; 1983.
14. Vallin J. Can sex differentials in mortality be explained by socio-economic mortality differentials? In: Lopez AD, Caselli G, Valtonen T, editors. *Adult mortality in developed countries: from description to explanation*. Oxford: Clarendon Press; 1995. p. 179–200.
15. Benošis A. Social, legal and forensic aspects of alcohol intoxication and mortality. [dissertation] Vilnius; 2004.
16. Grabauskas V. Populiaciniai metodai širdies ir kraujagyslių ir kitų neinfekcinių ligų profilaktikoje. (Population-based methods in prevention of cardiovascular and other noninfectious diseases.) [habilitacinis darbas] Kaunas: KMU; 1990.

Straipsnis gautas 2009 01 26, priimtas 2010 11 05

Received 26 January 2009, accepted 5 November 2010