

Vienas svarbiausių bet kurios šalies išsivystymo požymių yra gyventojų sveikata, dažnai vertinama integraliu sveikatos ir mirtingumo rodikliu – vidutine tikėtina gyvenimo trukme. Šiuo rodikliu neretai naudojama lyginant valstybių ar regionų socialinį išsivystymo lygį. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra vienas iš žmogaus socialinės raidos indekso skaičiavimui naudojamų rodiklių. Pagal žmogaus socialinės raidos indeksą Lietuva užima 52 vietą pasaulyje (2000 m.) (Pranešimas, 2001). Viena iš svarbių tokio žemo vertinimo priežasčių – gana aukštas mirtingumo lygis, kuris lemia mažesnius nei daugelio išsivysčiusių šalių vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklius. Lietuvos gyventojų mirtingumas tebėra aukštesnis nei Vakarų šalyse bei daugelyje Centrinės Europos valstybių (Čekijoje, Slovakijoje, Lenkijoje, Slovėnijoje) (Pranešimas, 2001) (4.1 pav.).

Šio skyriaus tikslas yra aptarti gyventojų mirtingumo lygio ir socialinių demografinių mirtingumo skirtumų pokyčius bei priežastis šiuolaikinių transformacijų periodu. Tyrimai rodo, kad dabartinį gyventojų mirtingumo lygį bei tendencijas iš dalies lemia sovietmečiu susidariusios priežastys bei rizikos veiksniai, todėl pastarųjų metų mirtingumo raida apžvelgiama ilgesnės retrospektyvos kontekste.

4.1. MIRTINGUMO LYGIO POKYČIAI

4.1.1. Bendroji mirtingumo kitimo kryptis

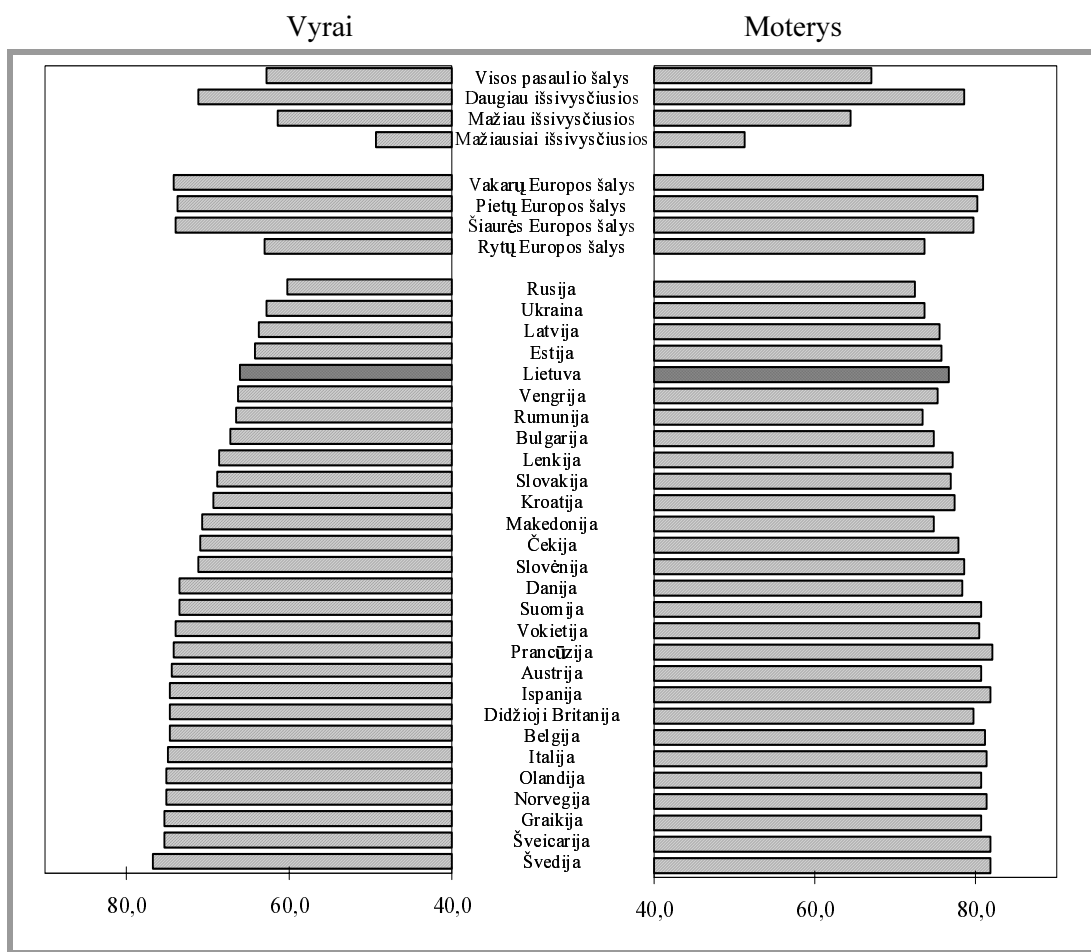
Lietuvos gyventojų mirtingumo dinamika po Antrojo pasaulinio karo yra panaši į kitų Rytų Europos šalių, kuriose pozityvūs mirtingumo pokyčiai vyko tik iki XX a. septintojo dešimtmečio vidurio (maždaug iki 1965 m.). Vėliau mirtingumo lygis augo arba išliko beveik nepakitęs. Be to, mirtingumo lygiui buvo būdingi dideli rodiklių svyravimai.

Ši Rytų Europos, tarp jų ir Lietuvos, gyventojų mirtingumo tendencija iš esmės skiriasi nuo demografinio ir epidemiologinio perėjimo teorijose aptartų mirtingumo raidos modelių, kurie suformuluoti remiantis labiau išsivysčiusių Vakarų šalių demografinė patirtimi.

Toks mirtingumo lygio augimas taikos metu, koks yra būdingas Lietuvai (bent jau iki 1995 m.¹) ir kitoms posovietinėms ir iš dalies Vidurio Europos posocialistinėms šalims, yra unikalus pasaulio demografinės raidos reiškinys. Tai kelia didelį visos pasaulio mokslo bendruomenės, tiriančios mirtingumo procesus, susidomėjimą. Pagal vieną iš hipotetinių idėjų, posovietinės teritorijos gyventojų, tarp jų ir Lietuvos, sovietmečio ilgalaikių mirtingumo tendencijų deformacijos lėmė neigiamus mirtingumo pokyčius XX a. paskutiniajame dešimtmetyje. Todėl siekiant objektyviau ir išsamiau vertinti dabartinę Lietuvos gyventojų mirtingumo situaciją ir jos priežastis, būtina tirti ilgesnio laikotarpio mirtingumo dinamikos dėsningumus.

4.1 pav.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė įvairiose šalyse 1995-2000 m.
(metais)



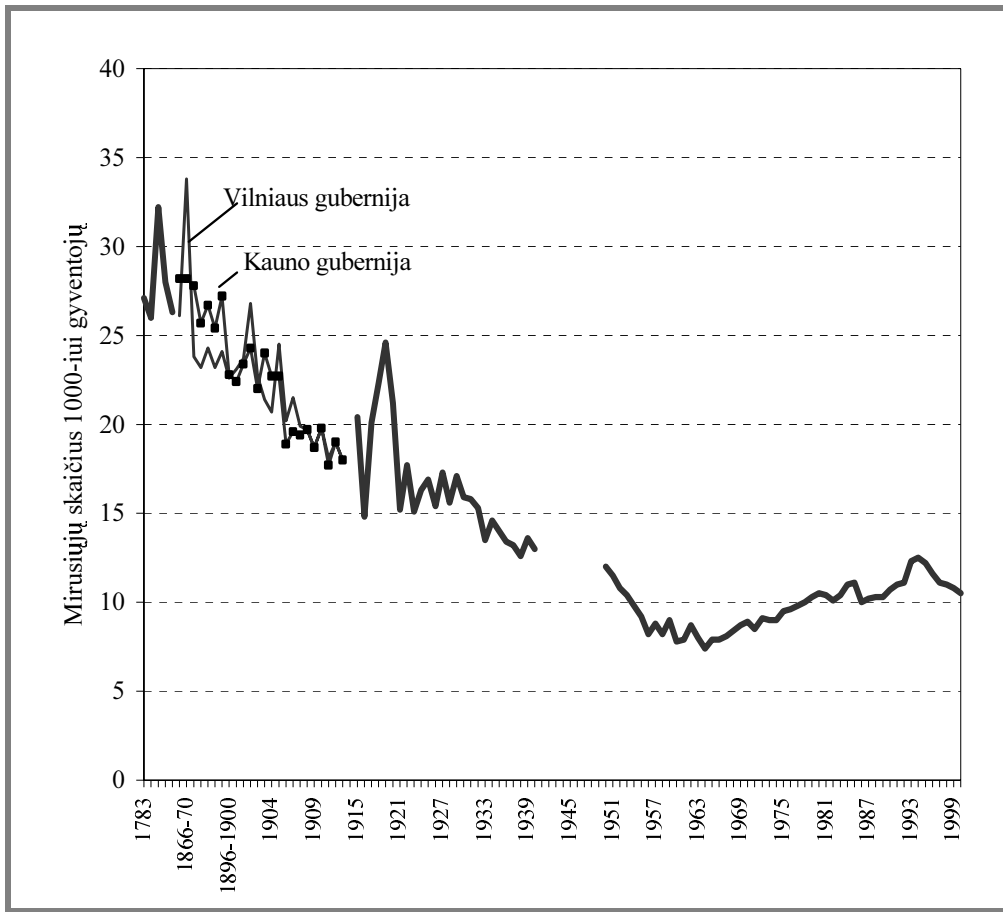
Šaltinis: World, 2001.

¹ Atsižvelgiant į paskutiniojo, 2001 m. balandžio 6 d., gyventojų surašymo rezultatus (6 proc. mažesnis gyventojų skaičius nei pagal einamąją statistiką) galimi mirtingumo, o kartu ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės perskaičiavimai akivaizdžiai sumažintų nuo 1995 m. vykstančius, atrodytų, teigiamus pokyčius šioje srityje.

Ilgalaikė Lietuvos gyventojų bendrųjų mirtingumo rodiklių¹ (mirusiųjų skaičius 1000-iui gyventojų) dinamika rodo, kad mirtingumas Lietuvoje mažėjo iki XX a. septintojo dešimtmečio vidurio. Vėlesniais metais mirtingumas augo, išskyrus devintojo dešimtmečio vidurį ir antrąją dešimtojo dešimtmečio pusę (4.2 pav.). Nors nuo septintojo dešimtmečio vidurio prasidėjęs bendrųjų mirtingumo rodiklių augimas pirmiausia yra susijęs su gyventojų senėjimo procesu (pagyvenusių žmonių dalies didėjimu bendrame gyventojų skaičiuje), tačiau šių mirtingumo rodiklių pokyčių kryptis ir svyravimai (ypač paskutiniajame XX a. dešimtmetyje) atspindi ir neigiamas Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio tendencijas.

4.2 pav.

Lietuvos gyventojų ilgalaikė mirtingumo dinamika
(mirusiųjų skaičius 1000-iui gyventojų)



Šaltiniai: Jasas, Truska, 1972; Biržiška, 1922; Rašin, 1956; Stankūnienė, 1989; Demografijos, 2001.

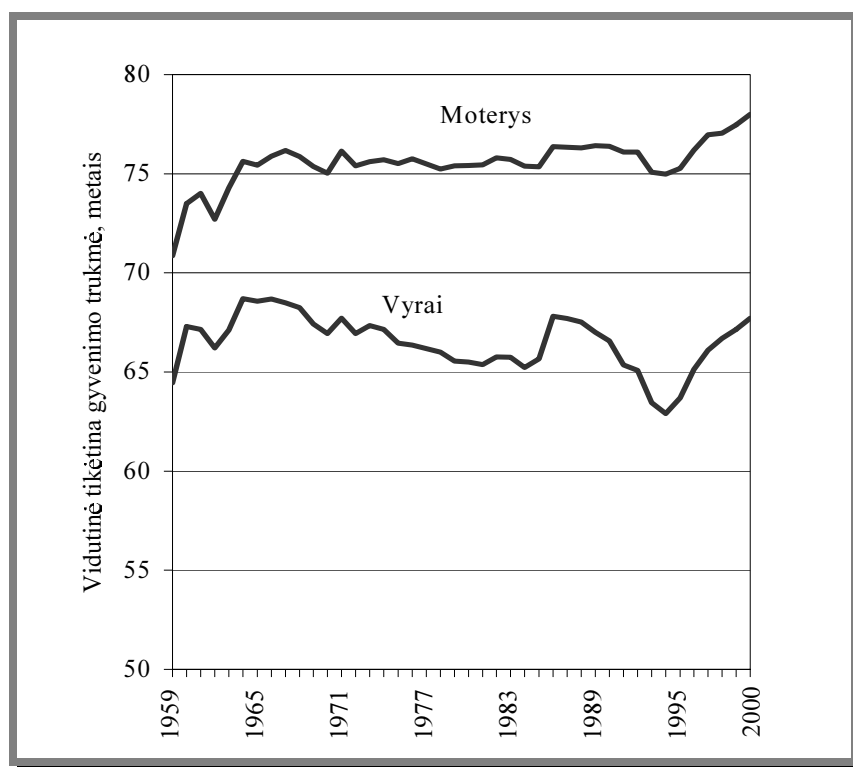
¹ Dažni atvejai, kai vertinant mirtingumo lygį naudojami tik bendrieji mirtingumo rodikliai. Tačiau būtina pabrėžti, kad šis rodiklis labai priklauso nuo gyventojų amžiaus struktūros pokyčių, todėl mirtingumo lygį atspindi tik labai apytiksliai. Bendrųjų mirtingumo rodiklių naudojimas pateisinamas tais atvejais, kai dėl duomenų trūkumo nėra galimybių apskaičiuoti mirtingumo lygį objektyviau vertinančius rodiklius (vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės, standartizuotų mirtingumo rodiklių ir pan.) arba kai mirtingumo pokyčiai tiriami ilgesnėje istorinėje retrospektyvoje.

4.1.2. Mirtingumo raida 1959-2000 m.

Trumpa vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčių 1959-1990 m. apžvalga. Tiksliausiai mirtingumo lygį apibūdina vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VTGT) rodiklis. Mirtingumą vertinant pagal šį rodiklį aiškėja, kad pozityvūs Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio pokyčiai vyko tik iki XX a. septintojo dešimtmečio vidurio (vyrų iki 1964 m., moterų iki 1967 m.) (4.3 pav.). Nuo 1965 iki 1984 m. Lietuvos vyrų VTGT mažėjo, o devintojo dešimtmečio viduryje ir dešimtajame dešimtmetyje vyko ženklūs šio rodiklio svyravimai. Lietuvos moterų VTGT dinamika buvo stabilesnė nei vyrų: 1967-1984 m. neženkliai svyravo, iš esmės likdama to paties lygio (4.3 pav.). Ir devintojo dešimtmečio viduryje moterų VTGT rodiklių svyravimo amplitudė buvo gerokai mažesnė nei vyrų.

4.3 pav.

Vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1959-2000 m.



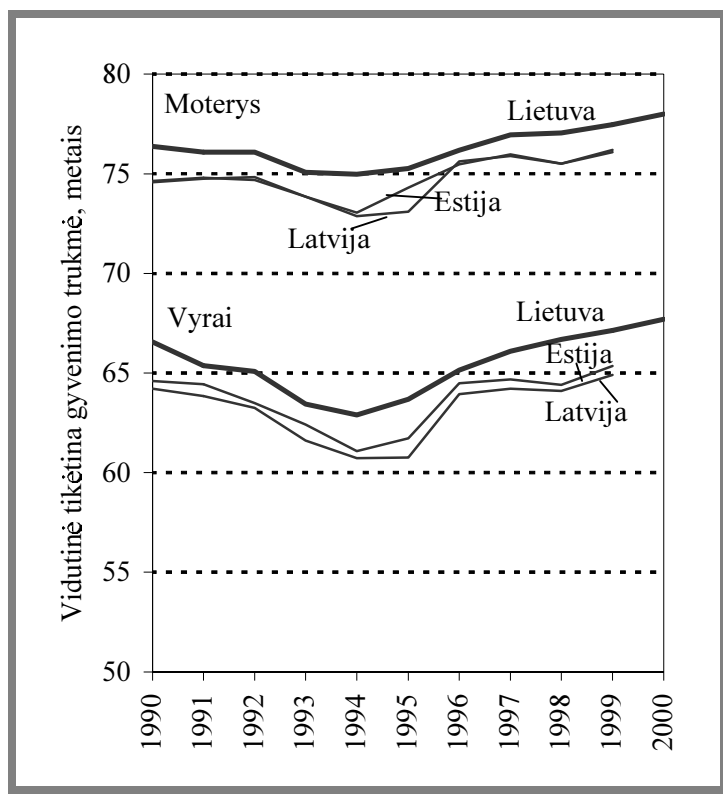
Šaltiniai: Statistiniai duomenys; Demografijos, 2000; autoriaus skaičiavimai.

Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai socialinių transformacijų periodu (1990-2000 m.). Socialinių transformacijų periodu (1990-2000) Lietuvoje dar labiau išryškėjo sovietmečiu susiformavę neigiami mirtingumo raidos bruožai. Be to, šiam periodui būdingi dideli mirtingumo lygio svyravimai. Kaip ir kitose buvusios Sovietų Sąjungos šalyse, dešimtojo dešimtmečio pradžioje Lietuvos gyventojų mirtinumas ženkliai padidėjo. Per pirmuosius penkerius dešimtojo dešimtmečio metus (1990-1994) vyrų VTGT sumažėjo net 4,2 metų, moterų – 1,4 metų. 1994 m. Lietuva pagal vyrų mirtingumo lygį buvo “sugrįžusi” daugiau nei 30 metų (Stankūnienė,

1995): 1994 m. vyrų VTGT buvo 2,1 metų trumpesnė nei 1959 m. Tačiau lyginant su Latvija ir Estija, Lietuvos gyventojų VTGT rodikliai šiuo periodu buvo sumažėję ne taip ženkliai (4.4 pav.).

4.4 pav.

Baltijos šalių gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1990-2000 m.



Šaltiniai: Statistiniai duomenys; autoriaus skaičiavimai.

Dešimtojo dešimtmečio pradžioje Lietuvoje bei kitose Baltijos šalyse sovietmečiu susiformavę dideli vyrų ir moterų mirtingumo skirtumai tapo dar ryškesni, nes moterų mirtingumo didėjimas buvo gerokai mažesnis nei vyrų. Dešimtmečio viduryje skirtumas tarp vyrų ir moterų VTGT viršijo net 12 metų (1994 m. – 12,16 metų) (Demografijos, 2001).

Einamosios statistikos pagrindu apskaičiuoti mirtingumo rodikliai rodo, kad nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio VTGT ilgėja. Lietuvos vyrų VTGT pailgėjo nuo 62,7 metų 1994 m. iki 67,6 metų 2000 m. (pailgėjo 4,9 metų), o moterų, atitinkamai, nuo 74,9 iki 77,9 metų (pailgėjo 3 metais). Dėl to atsirado optimistinių prielaidų, kad nuo 1995 m. Lietuvos demografinė situacija stabilizuojasi ir ryškėja grįžimo į demografinę pusiausvyrą galimybė (Stankūnienė, Eidukienė, 1999). Panašūs mirtingumo pokyčiai nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio vyko ir Latvijoje bei Estijoje, tik mažiau ženklūs, o VTGT ir toliau buvo žemesnio lygio nei Lietuvoje (4.4 pav.). Tačiau 2001 m. gyventojų surašymo rezultatai kelia abejonių, ar iš tikrųjų mirtingumo rodiklių gerėjimas dešimtojo dešimtmečio antroje pusėje buvo toks ženklus ir ar minėti pozityvūs

pokyčiai yra esminis lūžis Lietuvos gyventojų mirtingumo raidoje. 2001 m. gyventojų surašymo rezultatai rodo, kad Lietuvoje gyvena mažiau žmonių nei buvo apskaičiuota pagal einamąją statistiką. Tikėtina, kad šis skirtumas tarp einamosios statistikos ir gyventojų surašymo metu apskaičiuoto gyventojų skaičiaus susidarė dėl nelegalios gyventojų migracijos į Vakarų šalis, kuri galėjo būti intensyviausia nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio (maždaug nuo 1995 m.). Akivaizdu, kad jei mirtingumo rodiklius ir VTGT perskaičiuotume remdamiesi gyventojų surašymo duomenimis, šio periodo mirtingumo mažėjimo, o VTGT ilgėjimo mastai išeitų gerokai kuklesni. Be to, optimizmą dėl, atrodytų, staigaus mirtingumo mažėjimo riboja ir VTGT dinamikos vertinimas kelių dešimtmečių retrospektyvoje: vyrų VTGT 2000 m. tebebuvo trumpesnė nei 1964 m. (2000 m. – 67,62; 1964 m. – 68,69 metų), t. y. iki pradedant reikštis taip vadinamai sveikatingumo krizei (*health crisis*) buvusioje sovietinėje teritorijoje (Meslé, 1996; Shkolnikov, Meslé, Vallin, 1996; Bobak, Marmot, 1996; McKee, 1999).

Nepaisant galimai mažesnių pozityvių pokyčių pastarųjų metų gyventojų mirtingumo dinamikoje, vis dėlto dešimtas dešimtmetis pasižymėjo dideliais mirtingumo lygio ir VTGT svyravimais: staigiu situacijos pablogėjimu dešimtmečio pradžioje ir jei ne jos gerėjimu tai bent stabilizacija, antrojoje dešimtmečio pusėje. Akivaizdu, kad šiuos svyravimus galėjo lemti kelios veiksnių grupės. Remiantis viena iš prielaidų, galima teigti, kad, kaip ir daugelyje kitų pokomunistinių šalių, sparčių politinių, socialinių ir ekonominių transformacijų metu, ypač jų pradžioje, Lietuvoje vyko socioekonominių praradimų (deprivacijos) procesai (Bobak et al, 2000; Mackenbach ir kt., 1999). Įvairių tyrimų duomenys (Lietuva, 1996; Lietuva, 2000) rodo, kad tuo metu blogėjo didelės visuomenės dalies socioekonominė padėtis, t. y. sumažėjo šeimų pajamos ir perkamoji galia, plito skurdas, ypač kai kuriose visuomenės grupėse (pvz., kaimo gyventojų). Šios neigiamos permainos neišvengiamai turėjo įtakos gyventojų sveikatai ir mirtingumo augimui. Daugelio tarptautinių tyrimų rezultatai (Mackenbach ir kt., 1999; Bobak ir kt., 2000) patvirtina tiesioginį ryšį tarp socioekonominio statuso blogėjimo ir gyventojų mirtingumo augimo. Atrodytų, kad ši hipotezė nepaaiškina ilgalaikių neigiamų gyventojų mirtingumo tendencijų bei didelių mirtingumo skirtumų pagal amžiaus grupes. Socialinių transformacijų laikotarpiu mirtingumas mažiausiai didėjo socialiai jautriausiose vaikų ir senyvo amžiaus gyventojų grupėse, tuo tarpu socialiai ir ekonomiškai atspariausioje vidutinio amžiaus vyrų grupėje mirtingumas išaugo labiausiai.

Didelius dešimtojo dešimtmečio mirtingumo svyravimus kai kurie tyrinėtojai grindžia psichosocialinio streso poveikiu. Ši hipotezė remiasi prielaida, kad streso būseną visuomenėje plinta tada, kai padidėja skirtumas tarp realybės ir idealių gyvenimo sąlygų (Goldberger, Breznitz, 1993), formuojasi specifinė individuali psichinė būklė – plinta pesimistinės nuotaikos, depresija. Per ilgesnį laikotarpį psichosocialinis stresas neišvengiamai veikia gyventojų sveikatą (silpnėja žmogaus imuninė sistema – didėja rizika susirgti infekcinėmis ligomis, vėžiu bei kraujotakos sistemos ligomis; daugėja depresijos atvejų – didesnė savižudybių tikimybė) (Glaser, Kiecolt, 1994). Galima teigti, kad socialinių transformacijų laikotarpiu Lietuvos gyventojai taip pat jautė psichosocialinio streso poveikį ir tai atsispindi mirtingumo (ypač savižudybių) rodiklių raidoje.

Pozityvūs pokyčiai Vakarų šalių gyventojų mirtingumo dinamikoje yra susiję ir su efektyvesne, moderniomis technologijomis bei įvairių prevencinių priemonių taikymu pagrįsta sveikatos apsaugos sistema, kurios dėka nuosekliai mažėja mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ir vėžinių ligų. Rytų Europos šalyse, tarp jų ir Lietuvoje, mirtingumas dėl minėtų priežasčių nuolat augo, iš dalies atspindėdamas sveikatos apsaugos sistemos problemas ir trūkumus. Kai kurių tyrinėtojų nuomone, tai buvo vienas svarbiausių veiksnių, lėmusių gyventojų sveikatos blogėjimą ir mirtingumo augimą (Cockerham, 1999).

Sveikatos apsaugos sistemos reformavimo problemos tapo ypatingai aktualios socialinių transformacijų pradžios periodu. Perėjimas nuo sovietmečiu egzistavusios sveikatos apsaugos sistemos prie efektyvesnės buvo labai apribotas finansinių išteklių. Todėl Lietuvoje, kaip ir daugelyje Rytų Europos šalių, sveikatos apsaugos sistemos reformų tempai yra lėti, o kai kurių prevencinių priemonių taikymas net sumažėjo. Tuo iš dalies galima paaiškinti mirtingumo dėl kai kurių mirties priežasčių padidėjimą. Pavyzdžiui dešimtojo dešimtmečio pradžioje Lietuvoje išaugo susirgimo atvejų ir mirčių skaičius dėl tuberkuliozės ir kitų infekcinių ligų.

Įvairių tyrimų rezultatai rodo, kad sveikos gyvensenos stiliaus paplitimas Vakarų šalyse taip pat buvo labai reikšmingas pozityviems pokyčiams šių šalių gyventojų mirtingumo raidoje. Tuo tarpu su sveikata susijusios elgsenos tyrimai rodo, kad daugelio Lietuvos žmonių gyvenimo stiliui yra būdingi žalingi įpročiai (nesaikingai vartojamas alkoholis, rūkoma) ir nesveika mityba (maistui gaminti naudojami gyvuliniai riebalai, mažai vartojama daržovių) (Grabauskas, Klumbienė, 1997, 1998, 2000), o tai didina riziką susirgti kai kuriomis ligomis (pvz., arterine hipertenzija, plaučių vėžiu).

4.1.3. Pastarųjų dešimtmečių Lietuvos gyventojų mirtingumo pokyčių periodizacija¹

Remiantis trumpa minėtų Lietuvos gyventojų mirtingumo ir VTGT pokyčių apžvalga, galima išskirti keletą mirtingumo raidos periodų. Modifikavus demografo J.Krūminšo pasiūlytą Latvijos gyventojų mirtingumo periodizaciją (Krūminš, 1997) galima išskirti penkis pastarųjų penkerių dešimtmečių Lietuvos gyventojų mirtingumo dinamikos periodus:

- **Pirmas periodas** (šeštojo dešimtmečio pabaiga – septintojo dešimtmečio vidurys):
 - mirtingumas mažėja;
 - vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ilgėja (vyrų VTGT ilgėjo iki 1964 m., moterų – iki 1967 m.);
 - skirtumas tarp vyrų ir moterų VTGT palengva didėja.
- **Antras periodas** (septintojo dešimtmečio vidurys – devintojo dešimtmečio pradžia):
 - moterų mirtingumo lygis stagnuoja (nuo 1968 iki 1985 m.);

¹ 4.1.3. skyrelį parengė D.Jasilionis ir V.Stankūnienė.

- vyrų mirtingumas auga, kartu trumpėja vyrų VTGT (1965-1984) ;
- skirtumas tarp vyrų ir moterų VTGT sparčiai didėja.
- **Trečias periodas** (devintojo dešimtmečio pradžia – devintojo dešimtmečio pabaiga):
 - mirtingumo lygio ir VTGT rodikliai svyruoja. Devintojo dešimtmečio viduryje vykusios antialkoholinės kampanijos metu VTGT buvo pailgėjusi, tačiau nuo 1987 m. vyrų ir nuo 1990 m. moterų VTGT vėl trumpėja;
 - skirtumas tarp vyrų ir moterų VTGT tebėra didelis.
- **Ketvirtas periodas** (devintojo dešimtmečio pabaiga – dešimtojo dešimtmečio vidurys):
 - fundamentalių socialinių, ekonominių, politinių pokyčių periodo pradžioje mirtingumas sparčiai auga, o VTGT rodikliai sparčiai mažėja;
 - ypatingai sparčiai mažėja vyrų VTGT;
 - skirtumas tarp vyrų ir moterų VTGT pasiekia rekordinį lygį (viršija 12 metų).
- **Penktas periodas** (nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio):
 - mirtingumas mažėja, vyrų ir moterų VTGT ilgėja;
 - skirtumas tarp vyrų ir moterų VTGT palengva mažėja (Stankūnienė, Jasilionis, 2000).

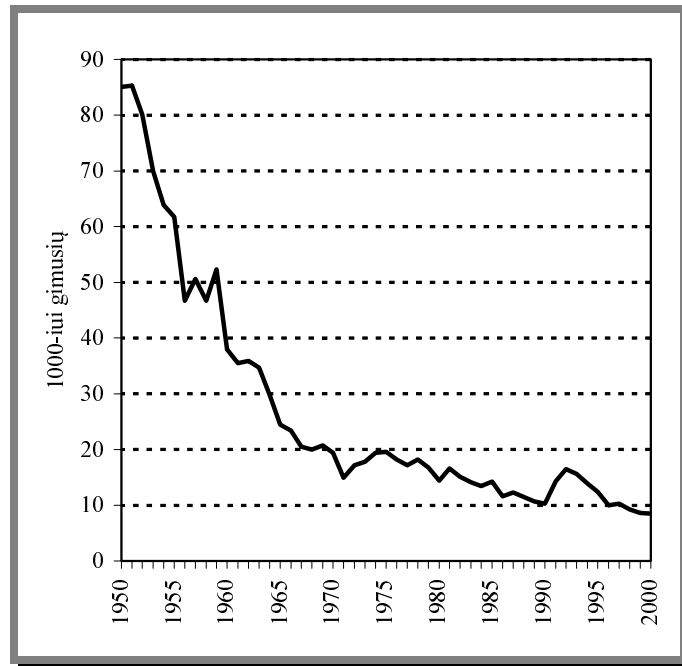
4.2. MIRTINGUMAS ĮVAIRIOSE AMŽIAUS GRUPĖSE

4.2.1. Kūdikių mirtingumas

Nors bendrasis mirtingumo lygis augo, kūdikių mirtingumo pokyčiai Lietuvoje sovietmečiu buvo pozityvūs. Po Antrojo pasaulinio karo mūsų šalyje, kaip ir kitose buvusios Sovietų Sąjungos šalyse, infekcinių ligų profilaktikai ir kūdikių mirtingumui buvo skiriama daug dėmesio. Nauji vaistai bei skiepų programos lėmė itin greitą mirtingumo dėl infekcinių ligų mažėjimo tempus šeštajame ir septintajame dešimtmečiuose. Šios priemonės didžiausią poveikį turėjo kūdikių ir vaikų mirtingumo mažėjimui, kuris labiausiai priklausė nuo infekcinių ligų paplitimo lygio. Be to, minėtu periodu Lietuvoje buvo plečiamas sveikatos apsaugos įstaigų tinklas. Tai gerino gimdymo sąlygas ir kūdikių priežiūrą.

1950-1970 m. kūdikių mirtingumo rodikliai Lietuvoje sumažėjo daugiau nei 4 kartus: nuo 85,1 iki vienerių metų mirusių vaikų 1000-iui gimusių (1950 m.) iki 19,4 (1970 m.). Vėliau kūdikių mirtingumo mažėjimo tempai sulėtėjo: 1970-1990 m. kūdikių mirtingumas sumažėjo nuo 19,4 iki 10,3 (4.5 pav.).

Tačiau čia reikia pastebėti, kad sovietmečiu buvo taikoma kitokia nei tarptautinėje praktikoje priimta kūdikių mirčių registravimo tvarka. Remiantis sovietine sistema, tam tikra mirusių kūdikių dalis nepatekdavo į bendrąjį mirusių kūdikių skaičių. Tai dirbtinai mažino kūdikių mirtingumo rodiklius.

Kūdikių mirtingumas 1950-2000 m.

Šaltiniai: Stankūnienė, 1989; Estestvennoje, 1966-1988; Demografijos, 2001.

Lietuvos kūdikių mirtingumas 1991 m. ženkliai padidėjo (nuo 10,3 1990 m. iki 14,3 1991 m.) (4.5 pav.); jis didėjo dar ir 1992 m. (iki 16,5). Tokį staigų kūdikių mirtingumo rodiklių šuolį daugiausia lėmė perėjimas nuo sovietinės prie tarptautinėje praktikoje naudojamos Pasaulinės sveikatos organizacijos kūdikių mirčių registravimo tvarkos. Be to, neigiamiems pokyčiams galėjo turėti įtakos ir pereinamojo laikotarpio pradžios sunkumai: sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo problemos, itin pablogėjusios gyvenimo sąlygos (tarp jų ir sanitarijos būklė).

Nuo 1993 m. Lietuvos kūdikių mirtingumas vėl mažėja. 1993-2000 m. šis rodiklis sumažėjo beveik 2 kartus (nuo 15,6 iki 8,5) (4.5 pav.). Tačiau nepaisant šių pozityvių perversmų, Lietuvos kūdikių mirtingumo rodikliai yra vidutiniškai 1,5-2 kartus didesni nei daugumoje Europos Sąjungos valstybių.

4.2.2. Įvairių amžiaus grupių gyventojų mirtingumas ir vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

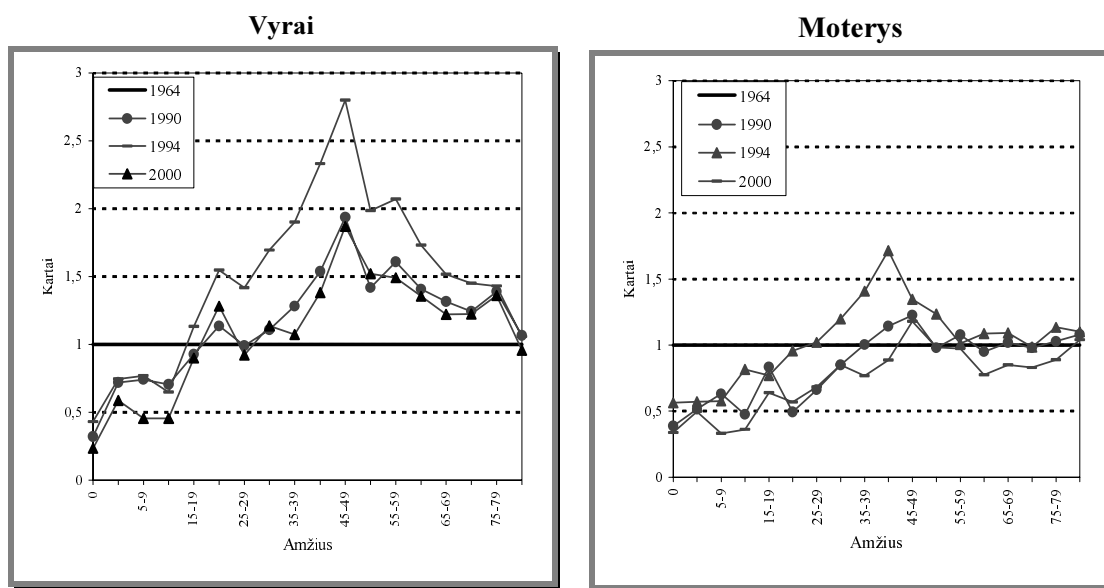
Tyrimų metu yra pastebėta, kad sveikatos krizę Rytų Europos šalyse geriausiai charakterizuoja ne bendrojo mirtingumo lygio stagnacija ar augimas, pradėjęs reikštis septintojo dešimtmečio viduryje, bet įvairių amžiaus grupių gyventojų mirtingumo deformacijos (Krūminš, 1994; Katus, Puur, 1997).

1964-1990 m. vyko prieštaringi specifinių mirtingumo rodiklių pagal amžių ir lytį pokyčiai. Šiuo laikotarpiu sumažėjo vyrų mirtingumas jauniausiose amžiaus grupėse (0-19 metų), tačiau ženkliai augo (1,3-1,9 karto) vidutinio ir vyresnio amžiaus (35-64 metų) vyrų mirtingumo rodikliai. 1990 m. 45-49 metų amžiaus vyrų grupėje mirtingumas buvo 1,9 karto didesnis nei 1964 m. Kiek mažiau mirtingumas padidėjo

tarp senyvo amžiaus vyrų. Moterų mirtingumas šiuo periodu ženkliai sumažėjo 0-34 metų amžiaus grupėje, o kai kuriose vyresnio amžiaus grupėse kiek padidėjo, pavyzdžiui, 1990 m. 40-49 metų bei 55-59 metų amžiaus grupėse jis buvo 1,1-1,2 karto didesnis nei 1964 m. (4.6 pav.).

4.6 pav.

1990, 1994 ir 2000 m. specifinių mirtingumo rodiklių pagal amžių santykinis palyginimas su 1964 m. rodikliais (1964=1)



Šaltiniai: Statistiniai duomenys; autoriaus skaičiavimai.

1990-2000 m. didžiausi specifinių mirtingumo rodiklių pagal amžių svyravimai vyko 20-59 metų vyrų amžiaus grupėse, o moterų – 20-29 ir 45-54 metų amžiaus grupėse. 1990-1994 m. šiose amžiaus grupėse mirtingumas didėjo ženkliai (1,3-1,5 karto) (4.7 pav.).

1995-2000 m. vyrų ir moterų mirtingumas mažėjo visose amžiaus grupėse, ypač vaikų ir paauglių (5-14 metų), taip pat 35-44 metų vyrų ir moterų bei 15-19 metų moterų amžiaus grupėse. Nepaisant šių pozityvių pokyčių, 2000 m. kai kuriose amžiaus grupėse mirtingumas buvo aukštesnio lygio nei 1990 m. (20-24 ir 50-54 metų amžiaus vyrų ir moterų, 25-29 metų amžiaus moterų bei 30-34 metų amžiaus vyrų grupėse) (4.7 pav.).

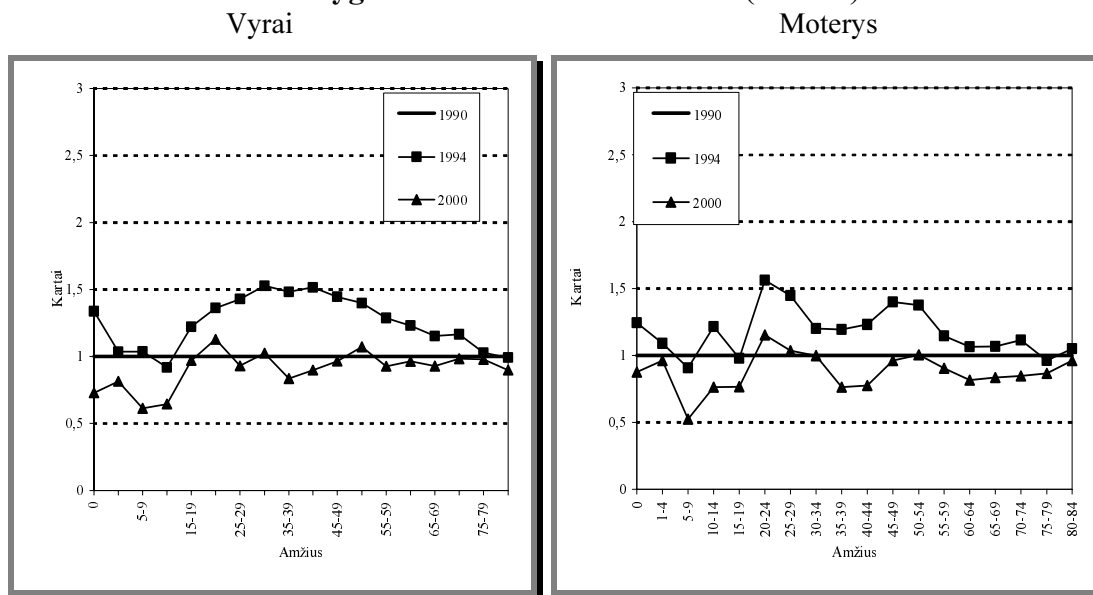
Specifinių mirtingumo rodiklių pagal amžiaus grupes raidos ypatumai atsispindi įvairių amžiaus grupių gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dinamikoje. Šiuo atveju VTGT rodikliai rodo, kiek vidutiniškai metų gyvens tam tikro amžiaus žmogus, išlikus konkrečių metų mirtingumo lygiui (visose amžiaus grupėse).

1988-2000 m. didžiausi vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklių svyravimai vyko amžiaus grupėse iki 64 metų. Senyvo amžiaus (vyresnių nei 65 metų) gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės raida buvo gerokai stabilesnė (4.8 pav.). 80 metų ir vyresnių gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1992-1993 m. mažė-

jo palyginti nežymiai, vėliau lėtai augo. Reikia pastebėti, kad šioje amžiaus grupėje vyrų ir moterų VTGT rodiklių skirtumai išliko labai nedideli (4.8 pav.).

4.7 pav.

1994 ir 2000 m. specifinių mirtingumo rodiklių pagal amžių santykinis palyginimas su 1990 m. rodikliais (1990=1)



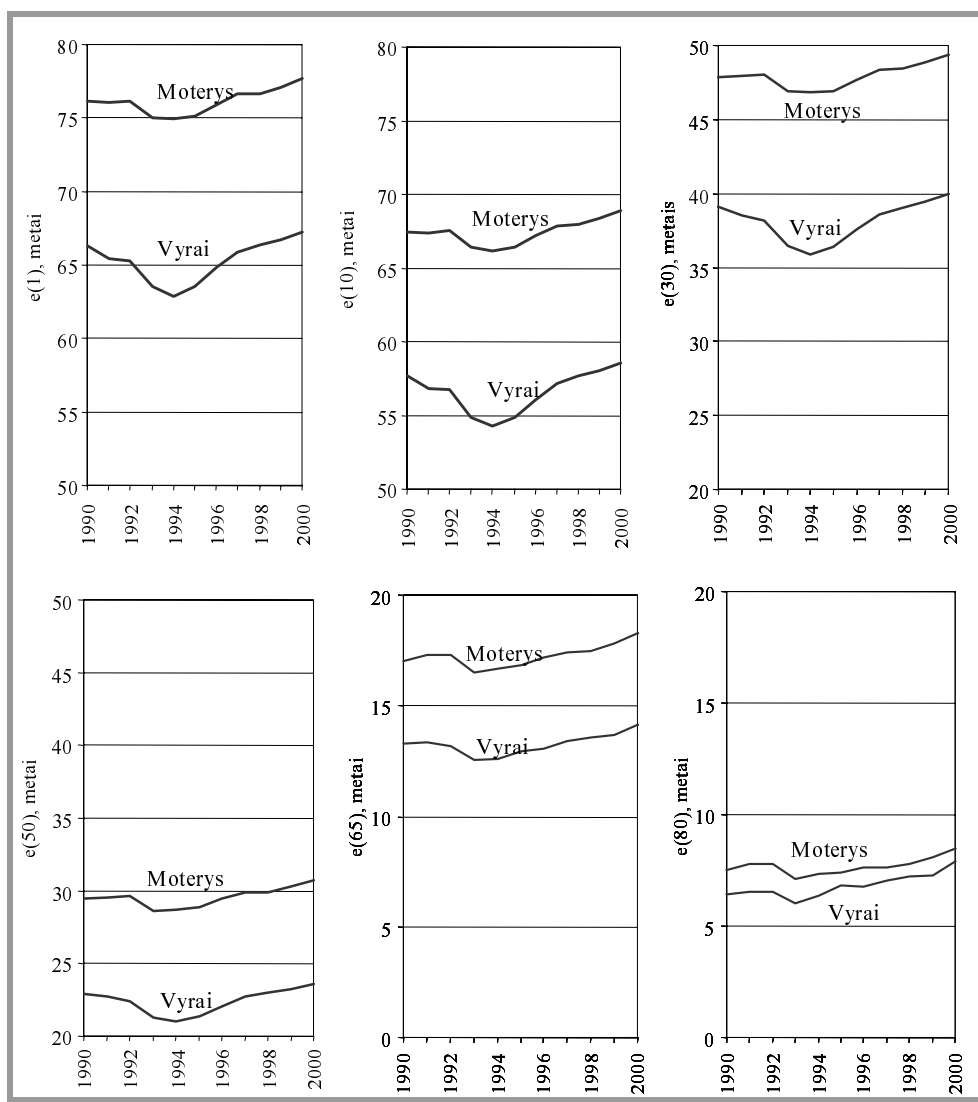
Šaltiniai: Statistiniai duomenys; autoriaus skaičiavimai.

1988-2000 m. didžiausi vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklių svyravimai vyko amžiaus grupėse iki 64 metų. Senyvo amžiaus (vyresnių nei 65 metų) gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės raida buvo gerokai stabilesnė (4.8 pav.). 80 metų ir vyresnių gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1992-1993 m. mažojo palyginti nežymiai, vėliau lėtai augo. Reikia pastebėti, kad šioje amžiaus grupėje vyrų ir moterų VTGT rodiklių skirtumai išliko labai nedideli (4.8 pav.).

**4.3. MIRTINGUMAS DĖL PAGRINDINIŲ MIRTIES PRIEŽASČIŲ:
ILGALAIKĖS TENDENCIJOS IR SVYRAVIMAI SOCIALINIŲ
TRANSFORMACIJŲ PERIODU**

Ilgalaikiai bendrojo mirtingumo ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai yra tiesiogiai susiję su mirties priežasčių struktūra. Mirties priežasčių struktūros ir mirtingumo lygio sąveikos dėsningumus apibūdina epidemiologinio perėjimo teorija (Omran, 1971). Epidemiologinis perėjimas Europoje vyko penktajame ir šeštajame dešimtmetyje, kai infekcinių ligų dominavimą mirties priežasčių struktūroje pakeitė kraujotakos sistemos ligos (Caselli, 1995). Dideli mirtingumo dėl infekcinių ligų mažėjimo tempai pirmiausia lėmė staigų kūdikių mirtingumo lygio kritimą daugelyje šalių (tarp jų ir Lietuvoje) bei sparčius pozityvius pokyčius vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dinamikoje.

**Įvairių amžiaus grupių gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė
1990-2000 m.**



Šaltiniai: Statistiniai duomenys; autoriaus skaičiavimai.

Greitus mirtingumo ir mirties priežasčių struktūros pokyčius po Antrojo pasaulinio karo lėmė sėkmingai įdiegtos naujos medicininės technologijos ir prevencinės programos. Šios priemonės sėkmingai taikytos buvusioje Sovietų Sąjungoje, taip pat ir Lietuvoje. Jau 1959 m. Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūroje dominavo kraujotakos sistemos ligos (t. y. epidemiologinis perėjimas jau buvo įvykęs).

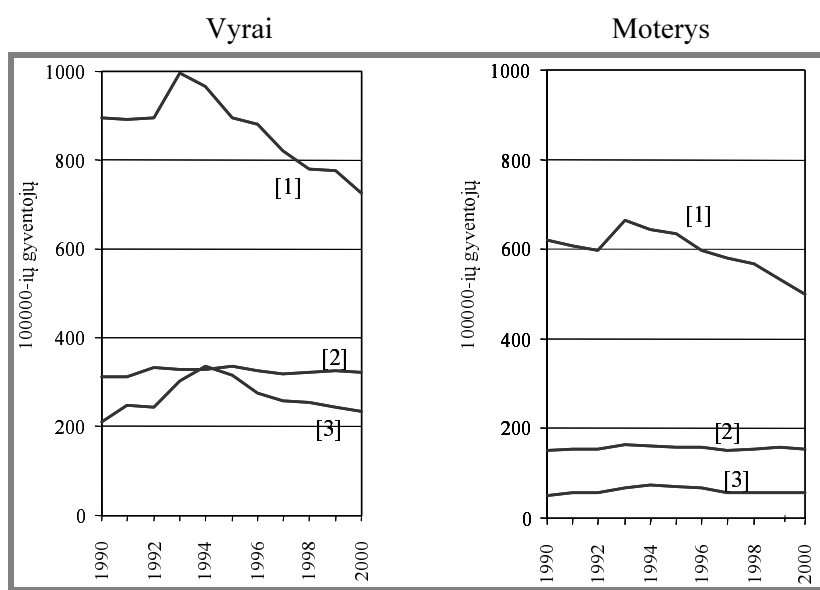
Mirties priežasčių struktūroje kraujotakos sistemos ligoms tapus svarbiausiomis, mirtingumo lygio dėl šios priežasties pokyčiai daugiausia lemia VTGT raidos ypatumus. Mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų Vakarų šalyse nuosekliai mažėja, o tai tiesiogiai susiję su VTGT augimu. Nuo 1967-1968 m. iki devintojo dešimtmečio pabaigos Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Rytų Europos šalių, mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų nuolat augo (išskyrus trumpą svyravimą devintojo dešimtmečio viduryje) (4.1 priedas). Šio proceso tiesioginė pasekmė – bendrojo mirtingumo

lygio augimas arba stagnacija. Vidutinio ir vyresnio amžiaus vyrų mirtingumas dėl kraujotakos ligų augo sparčiausiai ir tai buvo svarbiausia vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didelių skirtumų susiformavimo priežastis (Meslé, Hertrich, 1999). Socialinių transformacijų laikotarpiu (1990-2000) vyrų ir moterų standartizuoti mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų rodikliai sparčiausiai augo 1992-1993 m. (per metus padidėjo 1,1 karto), tačiau nuo 1994 m. šie rodikliai mažėja (4.9 pav.). Nors 1994-2000 m. vyrų ir moterų standartizuoti mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų rodikliai vidutiniškai sumažėjo 1,3 karto, vyrų mirtingumas dėl šios priežasties 2000 m. buvo vis dar daug didesnis nei 1965 m. (4.1 priedas).

Po epidemiologinio perėjimo mirties priežasčių struktūroje antrąją pagal svarbą mirties priežastimi tapo vėžinės ligos. 1965-1990 m. mirtingumo dėl vėžio dinamika Lietuvoje buvo stabilesnė: standartizuoti mirtingumo rodikliai lėtai, bet pastoviai didėjo, vyrų kiek greičiau (4.1 priedas). Iki aštuntojo dešimtmečio pabaigos mirtingumas dėl vėžio buvo ženkliai mažesnis nei Vakarų šalyse, nes Lietuvoje paplitusios "tradicinio" tipo vėžinės ligos (pvz., susijusios su netinkama mityba) (Meslé, Hertrich, 1999). Vakarų šalyse mirtingumo dėl vėžio augimas daugiau susijęs su žalingu modernaus gyvenimo būdo poveikiu (stresu, rūkymu), kuris didina riziką susirgti tam tikromis vėžio formomis (pvz., plaučių, krūties vėžiu) (Meslé, Hertrich, 1999). Įgyvendinus prevencines programas bei sudarius geresnes sąlygas gyventi sveikai, Vakarų šalyse mirtingumas dėl vėžinių ligų pradėjo mažėti (Casseli, 1995). Tyrimai rodo, kad Lietuvoje taip pat plinta "modernusis" vėžio tipas (Kurtinaitis, 1999). Praeitame dešimtmetyje vyrų ir moterų mirtingumas dėl vėžinių ligų nedideliais tempais augo, išskyrus 1995-1998 m., kai jis buvo kiek sumažėjęs (4.9 pav.).

4.9 pav.

Vyrų ir moterų standartizuoti* mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų [1], vėžinių susirgimų [2] ir išorinių mirties priežasčių [3] rodikliai 1990-2000 m.



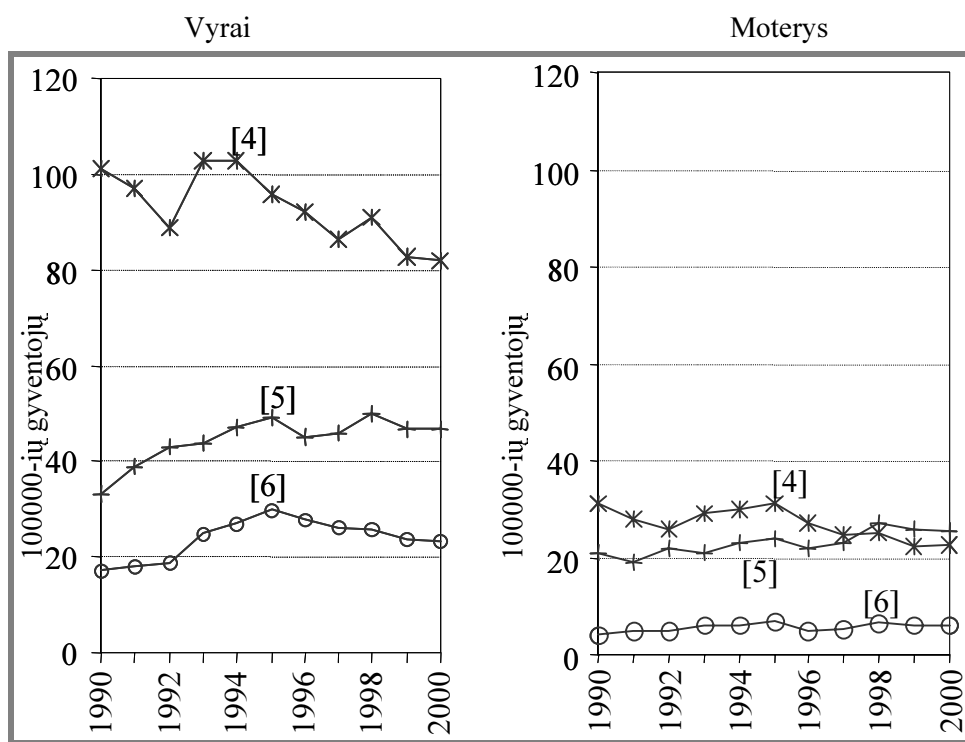
Šaltiniai: Statistiniai duomenys; Meslé, Hertrich, 1999; autoriaus skaičiavimai.

*PSO Europos gyventojų standartas

Mirtingumas dėl infekcinių ligų Lietuvoje nuolat mažėjo iki 1989-1990 m. (4.1 priedas). Gyvenimo sąlygų blogėjimas, higienos kontrolės sumažėjimas bei profilaktinių priemonių stoka padarė neigiamą įtaką mirtingumo dėl infekcinių ligų pokyčiams dešimtojo dešimtmečio pradžioje. 1990-1994 m. mirtingumas dėl šios priežasties išaugo 59 proc. (dėl tuberkuliozės – 63 proc.), o nuo 1995 m. šie rodikliai lėtai tempais mažėja (4.10 pav.).

4.10 pav.

Vyrų ir moterų standartizuoti* mirtingumo dėl kvėpavimo [4] ir virškinimo [5] sistemų ligų bei infekcinių susirgimų [6] rodikliai 1990-2000 m.



Šaltiniai: Statistiniai duomenys; Meslé, Hertrich, 1999; autoriaus skaičiavimai.

*PSO Europos gyventojų standartas

Bendrojo mirtingumo lygio ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiams mažesnę poveikį turi mirtingumas dėl kvėpavimo ir virškinimo sistemų ligų. Vyrų ir moterų mirtingumas dėl kvėpavimo sistemos ligų mažėjo visą 1965-2000 m. laikotarpį, išskyrus dešimtojo dešimtmečio vidurį, kai mirtingumas dėl šios priežasties šiek tiek išaugo (4.1 priedas, 4.10 pav.). 1965-1990 m. vyrų ir moterų mirtingumui dėl virškinimo sistemos ligų būdinga stagnacija, išskyrus devintojo dešimtmečio pradžią, kai vyrų mirtingumas dėl šios priežasties nesmarkiai didėjo. Dešimtajame dešimtmetyje mirtingumo dėl virškinimo sistemos ligų lygis svyravo: vyrų mirtingumas didėjo iki 1990-1994 m., o vėliau stabilizavosi, moterų – kasmet po truputį augo iki 1998 m., 1999-2000 m. – labai nesmarkiai mažėjo (4.1 priedas, 4.10 pav.).

Didelio tyrinėtojų dėmesio susilaukė prieštaringa mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių dinamika buvusioje Sovietų Sąjungoje. Lietuvoje ši mirties priežasčių grupė taip pat turėjo didelę įtaką staigiems ir dramatiškiems vyrų mirtingumo pokyčiams dešimtajame ir dešimtajame dešimtmečiuose. 1965-1990 m. vyrų ir moterų standartizuoti mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodikliai augo, išskyrus trumpą 1985-1987 m. periodą, kuris sutapo su Gorbačiovo antialkoholine kampanija (4.1 priedas). Be to, vyrų standartizuoti mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodikliai yra 4-5 kartais (priklausomai nuo periodo) didesni nei moterų, o tai daugiausia lemia ženklus VTGT skirtumus pagal lytį (Meslé, Hertrich, 1999; Stankūnienė, Jasilionis, 2000).

Mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių didžiausiais tempais augo 1990-1994 m. (vyrų mirtingumo rodikliai padidėjo 1,6 karto, o moterų – 1,4 karto). Nors nuo 1995 m. mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių mažėja, tačiau 2000 m. vyrų ir moterų mirtingumo lygis tebebuvo ženkliai aukštesnis nei 1965 m.

Vertinant įvairias išorines mirties priežastis atskirai pastebimi itin dideli mirtingumo rodiklių svyravimai. Lietuvos gyventojų savižudybių rodiklių raida daugiausia lėmė mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių ir iš dalies bendrojo mirtingumo svyravimus. 1965-1984 m. standartizuoti vyrų savižudybių rodikliai padidėjo 2,6 karto, o moterų – 1,7 karto. 1985-1988 m. vyrų ir 1985-1990 m. moterų savižudybių rodikliai mažėjo (4.2 priedas). Socialinių transformacijų laikotarpiu (1990-2000) savižudybių lygis pasiekė kritinę ribą – pagal šį rodiklį Lietuva atsidūrė pirmoje vietoje tarp Europos šalių (Nizard, 1998). Per ketverius metus (1990-1994) vyrų savižudybių rodiklis išaugo 1,9 karto (4.11 pav.). Moterų savižudybių daugėjo iki 1996 m., tačiau moterų savižudybių rodikliai yra kur kas mažesni: pavyzdžiui, 1994 m. buvo net 6,8 karto mažesni nei vyrų (4.11 pav.). Lietuvos gyventojų mirtingumas dėl nužudymų sparčiausiai augo 1987-1994 metais (4.2 priedas). Vyrų ir moterų nužudymų rodikliai šiuo periodu padidėjo 2,3 karto, tačiau moterų rodikliai buvo apie 3 kartus mažesni nei vyrų. Nuo praėjusio dešimtmečio vidurio savižudybių ir nužudymų rodikliai mažėja, tačiau 1998-1999 m. šie pozityvūs pokyčiai sulėtėjo, o 2000 m. vyko mirtingumo dėl šių priežasčių augimas (4.11 pav.).

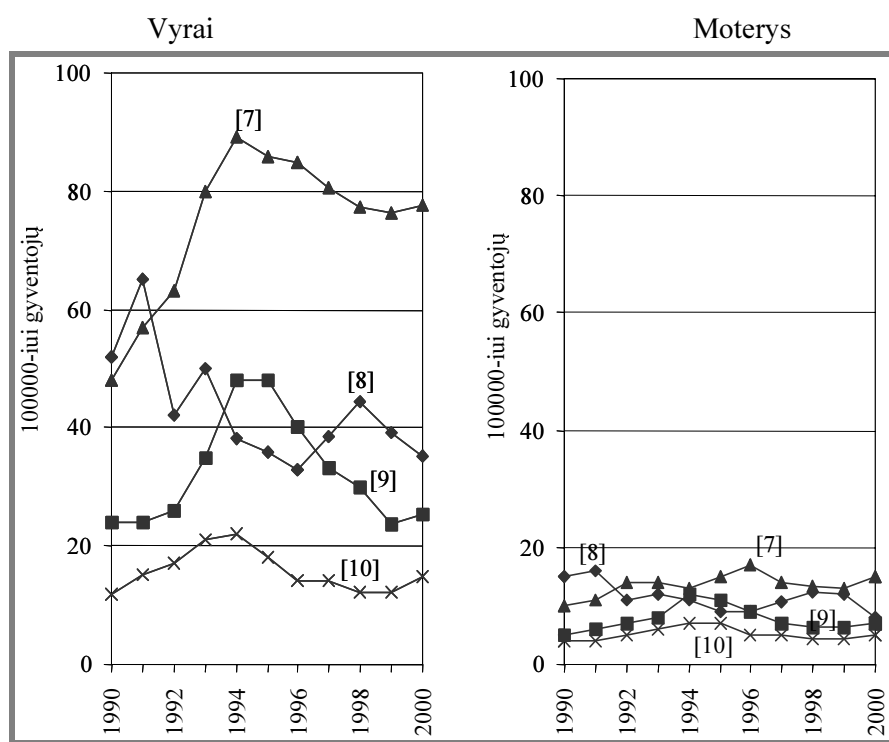
Galima teigti, kad savižudybių ir nužudymų rodiklių ženklų augimą socialinių transformacijų laikotarpiu lėmė socialinė įtampa ir nuolatinė stresinė būsena (psichosocialinis stresas), ypač tose gyventojų grupėse, kuriose dauguma žmonių nesugebėjo prisitaikyti prie sparčiai kintančių gyvenimo sąlygų (pvz., vidutinio ir vyresnio amžiaus kaimo vyrų grupėje). Staigus gyvenimo lygio ir kitų socioekonominių sąlygų, o kartu ir kriminogeninės būklės blogėjimas taip pat galėjo turėti įtakos šiems neigiamiems pokyčiams. Be to, kyla abejonių dėl savižudybių ir nužudymų duomenų patikimumo. 1990-1999 m., lyginant su Estija ir Latvija, kuriose ekonominė, socialinė ir kriminogeninė padėtis panaši, standartizuoti savižudybių rodikliai Lietuvoje yra kur kas didesni, tuo tarpu žmogžudysčių – apie du kartus mažesni nei Estijoje. Matyt, yra tikslinga atlikti savižudybių ir žmogžudysčių duomenų patikimumo tyrimus (Stankūnienė, Jasilionis, 2000).

Pastaruoju metu vyksta gana aktyvi mokslinė diskusija ir atliekami tyrimai siekiant išsiaiškinti, kokią reikšmę mirtingumo augimui buvusios Sovietų Sąjungos vals-

tybėse turėjo alkoholio vartojimo paplitimas. Daugelio tyrinėtojų nuomone, mirtingumo sumažėjimas devintojo dešimtmečio viduryje visose buvusios Sovietų Sąjungos valstybėse buvo tiesioginė Gorbačiovo antialkoholinės kampanijos pasekmė. Įvairių tyrimų rezultatai rodo, kad nesaikingas alkoholio vartojimas yra labai susijęs su mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių (ypač smurtinių) rodiklių svyravimais devintajame bei dešimtajame dešimtmetyje.

4.11 pav.

**Vyrų ir moterų standartizuoti* mirtingumo dėl savižudybių [7],
transporto įvykių [8], atsitiktinių apsinuodijimų [9] ir nužudymų [10]
rodikliai 1990-2000 m.**



Šaltiniai: Statistiniai duomenys; Meslé, Hertrich, 1999; autoriaus skaičiavimai.

*PSO Europos gyventojų standartas

Pagal Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimų rezultatus alkoholio vartojimo paplitimo lygis mūsų šalyje yra gana aukštas, nors ir žemesnis nei Latvijoje bei Estijoje (Grabauskas, Klumbienė ir kiti, 1997, 1998, 2000). Nustatyti alkoholio suvartojimo mastus dėl nelegalios alkoholio gamybos ir “pilstuko” paplitimo yra sudėtinga. Vienas iš netiesioginių alkoholio surogatų vartojimo lygio rodiklių – mirtingumas dėl atsitiktinio apsinuodijimo. Vyrų mirtingumo dėl atsitiktinio apsinuodijimo standartizuoti rodikliai labiausiai augo 1992-1995 m., todėl galima daryti prielaidą, kad minėtu laikotarpiu alkoholio (ypač surogatų) vartojimas buvo padidėjęs.

Dideli mirtingumo dėl transporto įvykių svyravimai dešimtajame dešimtmetyje gali būti siejami su keliomis priežastimis. Šiuo laikotarpiu Lietuvoje transporto priemonių ir vairuojančiųjų skaičius sparčiai augo, tačiau eismo saugumo sąlygos ir kelių

kokybė prastėjo (ypač laikotarpio pradžioje). Streso plitimas tarp gyventojų taip pat galėjo nulemti transporto nelaimių skaičiaus augimą. Kai kurie gyvensenos tyrimų rezultatai rodo, kad vairavimas išgėrus Lietuvoje gana dažnas reiškinys, o tai neišvengiamai didina mirtingumo dėl eismo nelaimių riziką.

IŠVADOS

Tyrimų rezultatai rodo, kad Lietuvos mirtingumo raidai socialinių transformacijų laikotarpiu (1988-2000) yra būdingas sovietmečiu susiformavusio mirtingumo modelio tęstinumas. Šio mirtingumo modelio pagrindiniai bruožai – ryškūs mirtingumo lygio svyravimai, vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės mažėjimas arba stagnacija, dideli ar net didėjantys mirtingumo amžiaus ir lyties požiūriu skirtumai, prieštaringos mirtingumo pagal amžių ir lytį tendencijos (mažėjant kūdikių ir vaikų mirtingumui, ženkliai auga jauno, vidutinio ir vyresnio amžiaus vyrų mirtingumas).

Socialinių transformacijų periodo pradžioje (1988-1994) Lietuvoje buvo dar labiau išryškėję neigiami sovietmečio mirtingumo raidos bruožai. 1994 m. Lietuva pagal vyrų mirtingumo lygį buvo “sugrižusi” daugiau nei 30 metų (Stankūnienė, 1995), vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos trukmės skirtumas viršijo net 12 metų. Nuo antros dešimtojo dešimtmečio pusės Lietuvos gyventojų mirtingumo situacija stabilizuojasi, tačiau dar anksti teigti, kad šie trumpalaikiai pozityvūs pokyčiai yra esminis lūžis mirtingumo raidoje: 2000 m. vyrų mirtingumo lygis tebebuvo didesnis nei 1964 m.

1988-2000 m. vyko prieštaringi mirtingumo pagal amžiaus grupes pokyčiai. Kūdikių mirtingumas mažėjo, išskyrus 1991-1992 m. (dėl perėjimo nuo sovietinės prie tarptautinėje praktikoje naudojamos kūdikių mirčių registravimo tvarkos, kuri remiasi PSO rekomenduojama metodika). Socialinių transformacijų periodo pradžioje (1990-1994) mirtingumas labiausiai didėjo tarp 20-59 metų vyrų ir 20-29 bei 45-54 metų moterų. Tuo tarpu 1995-2000 m. pozityviausi mirtingumo pokyčiai vyko vaikų ir paauglių amžiaus grupėse (iki 14 m.), taip pat tarp jaunų moterų bei vidutinio amžiaus (35-44 m.) vyrų ir moterų. Labiausiai vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė svyravo amžiaus grupėse iki 64 metų, t. y. iki šios amžiaus ribos labiausiai reiškėsi prieštaringi specifinių mirtingumo rodiklių pagal amžių pokyčiai.

Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio ilgalaikiai pokyčiai yra tiesiogiai susiję su mirties priežasčių struktūros raida. Nuo šeštojo dešimtmečio Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dinamikos ypatumus lemia mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų raida. Sovietmečiu ir socialinių transformacijų laikotarpio pradžioje mirtingumas dėl šios mirties priežasčių grupės augo (išskyrus trumpą svyravimų periodą devintojo dešimtmečio viduryje). 1994-2000 m. vyrų ir moterų mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų mažėjo, tačiau remiantis 2000 m. statistiniais duomenimis, vyrų mirtingumo dėl šios priežasties lygis tebebuvo aukštesnis nei 1965 m.

Antrajai pagal svarbą mirties priežastiai – vėžinėms ligoms būdinga stabilėsinė dinamika: dešimtajame dešimtmetyje mirtingumas dėl vėžio pamažu didėjo (išskyrus 1995–1998 m.). Socialinių transformacijų periodo pradžioje ir viduryje mirtingumas taip pat augo dėl infekcinių ir virškinimo bei kvėpavimo sistemų ligų, tačiau vėliau mirtingumo dėl šių priežasčių lygis stabilizavosi arba nesmarkiai svyravo. Pastarosios mirties priežastys mažiau veikia bendrojo mirtingumo lygį.

Dešimtajame dešimtmetyje Lietuvoje vyko itin prieštaringi mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių pokyčiai. 1990–1994 m. mirtingumas dėl išorinių priežasčių didėjo itin greitai. Ši mirties priežasčių grupė bei mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų iš esmės lėmė staigų bendrojo mirtingumo lygio augimą šiuo periodu. Itin dideli rodiklių svyravimai pastebimi vertinant mirtingumą dėl savižudybių, nužudymų, transporto įvykių ir atsitiktinio apsinuodijimo. Socialinių transformacijų periodu Lietuvos savižudybių lygis išaugo beveik 2 kartus ir pasiekė kritinę ribą – pagal šį rodiklį Lietuva atsidūrė pirmoje vietoje tarp Europos šalių (tačiau čia būtini duomenų patikimumo tyrimai). Nepaisant pozityvių pokyčių pastarojo dešimtmečio pabaigoje, Lietuvos gyventojų mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių lygis yra kur kas aukštesnis nei prieš 40 metų bei palyginus su Europos Sąjungos valstybėmis.

Akivaizdu, kad tokius prieštarigus Lietuvos gyventojų mirtingumo pokyčius socialinių transformacijų laikotarpiu galėjo lemti kelios veiksnų grupės. Remiantis socioekonominės deprivacijos (praradimų) teorija mirtingumo lygio augimą galima paaiškinti staigiu gyventojų socioekonominės padėties pablogėjimu (Bobak ir kt., 2000; Mackenbach ir kt., 1999). Specialių tyrimų duomenys rodo, kad praėjusio dešimtmečio pradžioje Lietuvoje ženkliai mažėjo namų ūkių pajamos ir perkamoji galia, plito skurdas. Šie procesai neišvengiamai turėjo neigiamos įtakos gyventojų sveikatai. Psichosocialinis stresas, formuodamas specifinę negatyvią psichinę būklę, veikia gyventojų imuninę sistemą (atsparumą infekcinėms ir kraujotakos sistemos ligoms bei vėžiui). Stresinės situacijos taip pat tiesiogiai lemia depresijas, savižudybių bei agresijos (žmogžudysčių) plitimą. Daugelio tyrinėtojų nuomone, sveikatos apsaugos sistemos krizė bei reformavimo problemos, higienos ir sanitarijos būklės blogėjimas taip pat lėmė gyventojų sveikatos blogėjimą, tuo iš dalies galima paaiškinti mirtingumo dėl infekcinių ligų (ypač dėl tuberkuliozės) augimą dešimtojo dešimtmečio pradžioje. Su sveikata susijusios elgsenos tyrimų rezultatai rodo, kad Lietuvos žmonių gyvenimo stiliui būdingi žalingi įpročiai ir nesveika mityba, o tai sudaro sąlygas mirtingumui didėti.

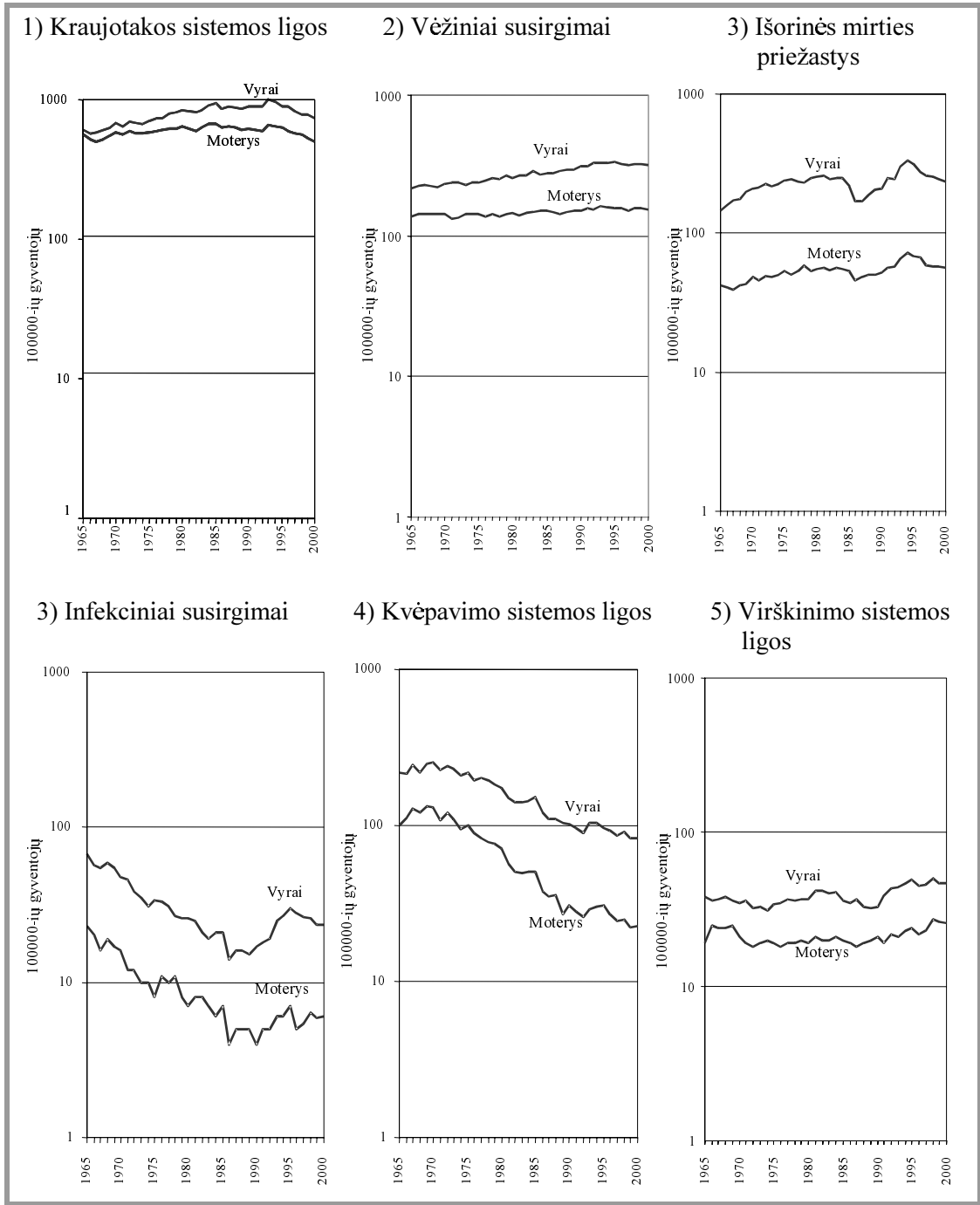
Kitų šalių patirtis rodo, kad siekiant esminių pozityvių pokyčių gyventojų mirtingumo raidoje, būtina kuo skubiau baigti formuoti efektyvią, prevencinių priemonių taikymu bei moderniomis technologijomis pagrįstą sveikatos apsaugos sistemą bei aktyviau propaguoti sveiko gyvenimo stilių. Daugelio pasaulio mirtingumo tyrinėtojų bei tarptautinių organizacijų nuomone, būtina tęsti sovietmečio ir šiuolaikinio aukšto mirtingumo lygio priežasčių bei duomenų patikimumo tyrimus, kurie leis objektyviau vertinti mirtingumo raidos prielaidas ir perspektyvas.

LITERATŪRA

- Biržiška V., (1922). Iš Lietuvos gyventojų statistikos XVIII amžiaus gale. Mūsų senovė, 4/5. Tilžė.
- Bobak M., H. Pikhart, R. Rose, C. Hertzman, M.Marmot, (2000). Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-related health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science and Medicine* 51(9).
- Bobak M., M. Marmot, (1996). East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *British Medical Journal*, Vol. 312.
- Caselli G., (1995). The key phases of the European health transition. *Polish Population Review*, Nr. 7, Warsaw.
- Cockerham W.C., (1999). *Health and social change in Russia and Eastern Europe*. Routledge, New York.
- Demografijos metraštis 1999, (2000). Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos vyriausybės, Vilnius.
- Demografijos metraštis 2000, (2001). Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos vyriausybės, Vilnius.
- Estestvenoje i mechaničeskoje dviženije naselenija Litovskoj SSR, (1966-1988). Statistikos skyrius, Vilnius [*rusų kalba*].
- Glaser R., J.Kiecolt-Glaser, (1994). *Handbook of human stress and immunity*. Academic press, San Diego.
- Goldberger L., Breznitz, (1993). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Free Press, New York.
- Grabauskas V., J. Klumbienė, J. Petkevičienė, L. Dregval, I. Nedzelskienė, R. Prattala, V.Helasoja, A. Uutela, and P. Puska, (1998). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 1996. Kauno medicinos akademija, National Public Health Institute, Finland, Helsinki.
- Grabauskas V., J.Klumbienė, J.Petkevičienė, L.Dregval, V.Šaferis, R.Prattala, V.Helasoja, P.Puska, (1999). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 1998. Kauno medicinos akademija, National Public Health Institute, Finland, Helsinki.
- Grabauskas V., J.Klumbienė, J.Petkevičienė, L.Dregval, Ž.Čepaitis, I.Nedzelskienė, R.Prattala, V.Helasoja, A.Uutela, P.Puska, S.Helakorpi, (1997). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 1994. Kauno medicinos akademija, National Public Health Institute, Finland, Helsinki.
- Katus K., A.Puur, (1997). Mortality development and economic transition: case of Estonia. *RU Series B No 35*, Tallinn.
- Krūmiņš J., (1994). Changing mortality patterns in Latvia, Lithuania and Estonia. In: W.Lutz, S.Scherbov, and A.Volkov, (Eds.). *Demographic trends and patterns in the Soviet Union before 1991*. IIASA, Austria, Routledge, London, New York.
- Krūmiņš J., (1997). Health and mortality during a transition to a market economy: case of Latvia. *Revue Baltique*, vol.10, Vilnius.
- Kurtinaitis J. Cancer mortality in Lithuania: features of preventable death. *Revue Baltique*, vol. 14, Vilnius.
- Jasas R., L. Truska, (1972). Lietuvos Didžiosios kunigaikštystės gyventojų surašymas 1790m. Vilnius.
- Lietuva 1994: gyvenimo sąlygos, (1996). FAFO, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ministerija, Vilnius.
- Lietuva 1999: gyvenimo sąlygos, (2000). Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ministerija. Vilnius.
- Lietuvos gyventojai 1991, (1992). Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos vyriausybės, Vilnius.
- Mackenbach J.P., A.E.Kunst, J.-K.Groenhouf, G.Borgan, F.Costa, F.Faggiano, P.Jozan, M.Leinsalu, J.Rychtarikova, T.Valkonen, (1999). Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *American Journal of Public Health* 89(12).

- McKee M., (1999). Unraveling the enigma of the Russian mortality crisis: a review essay on Charles M.Becker and David Bloom (eds.). The demographic crisis in the former Soviet Union. *Population and Development Review*, 25(2).
- Meslé F., (1996). Mortality in Eastern and Western Europe: a widening gap. In: *Europe's population in the 1990s*. ed. D.Coleman. Oxford University Press.
- Meslé F., V. Hertrich, (1999). Sex mortality differences in the Baltic countries. *Revue Baltique*, vol.14, Vilnius.
- Nizard A., (1998). Standartizovanýj koeficient smertnosti ot samoubistv ha 100000 žytelei v nekotorych stranach, poslednyje imejuščijesia dannyje. *Naselenije I obsčestvo*, No 25. INED, Paris [*rusų kalba*].
- Omran A.R., (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbenck Memorial Fund Quarterly*, vol.49.
- Pranešimas apie žmogaus socialinę raidą Lietuvoje, (2001). JTVP/SPG, Vilnius.
- Rašin A.T., (1956). *Naselenie Rosii za 100 let. Moskva* [*rusų kalba*].
- Shkolnikov V., F.Meslé, J.Vallin, (1996), Health crisis in Russia. Recent trends in life expectancy and causes of death from 1970 to 1993. *Population: An English Selection*, 8.
- Stankūnienė V., (1989). *Vosproizvodstvo naselenie Litvy. Demografičeskoje razvitije Litvy*, Vilnius [*rusų kalba*].
- Stankūnienė V., (1995). *Demografinių procesų valdymas: teorija ir patyrimas*. Vilnius, Technika.
- Stankūnienė V., (1995). *Lietuvos demografinė raida: depopuliacijos prieangyje. Lietuvos demografiniai pokyčiai ir gyventojų politika*. Vilnius.
- Stankūnienė V., V.Eidukienė (1999). Demographic changes in the Baltic states during the period of transition. *Revue Baltique*, vol. 13, Vilnius.
- Stankūnienė, D. Jasilionis, (2000). *Lietuvos gyventojų mirtingumo ilgalaikių tendencijų ir šiuolaikinio mirtingumo lygio priežasčių bei rizikos veiksnių palyginamasis tyrimas. Lietuvos gyventojų mirtingumo tendencijų, priežasčių, rizikos veiksnių ir duomenų patikimumo tyrimas (Kompleksinis mokslo tyrimo darbas)*. Vilnius, Kaunas [*rankraštis*].
- World Population Prospects, (2001). *The 2000 Revision. Vol.1: Comprehensive tables*. United Nations, New York.

Lietuvos vyrų ir moterų standartizuoti* mirtingumo rodikliai pagal pagrindines mirties priežastis 1965-2000 m.

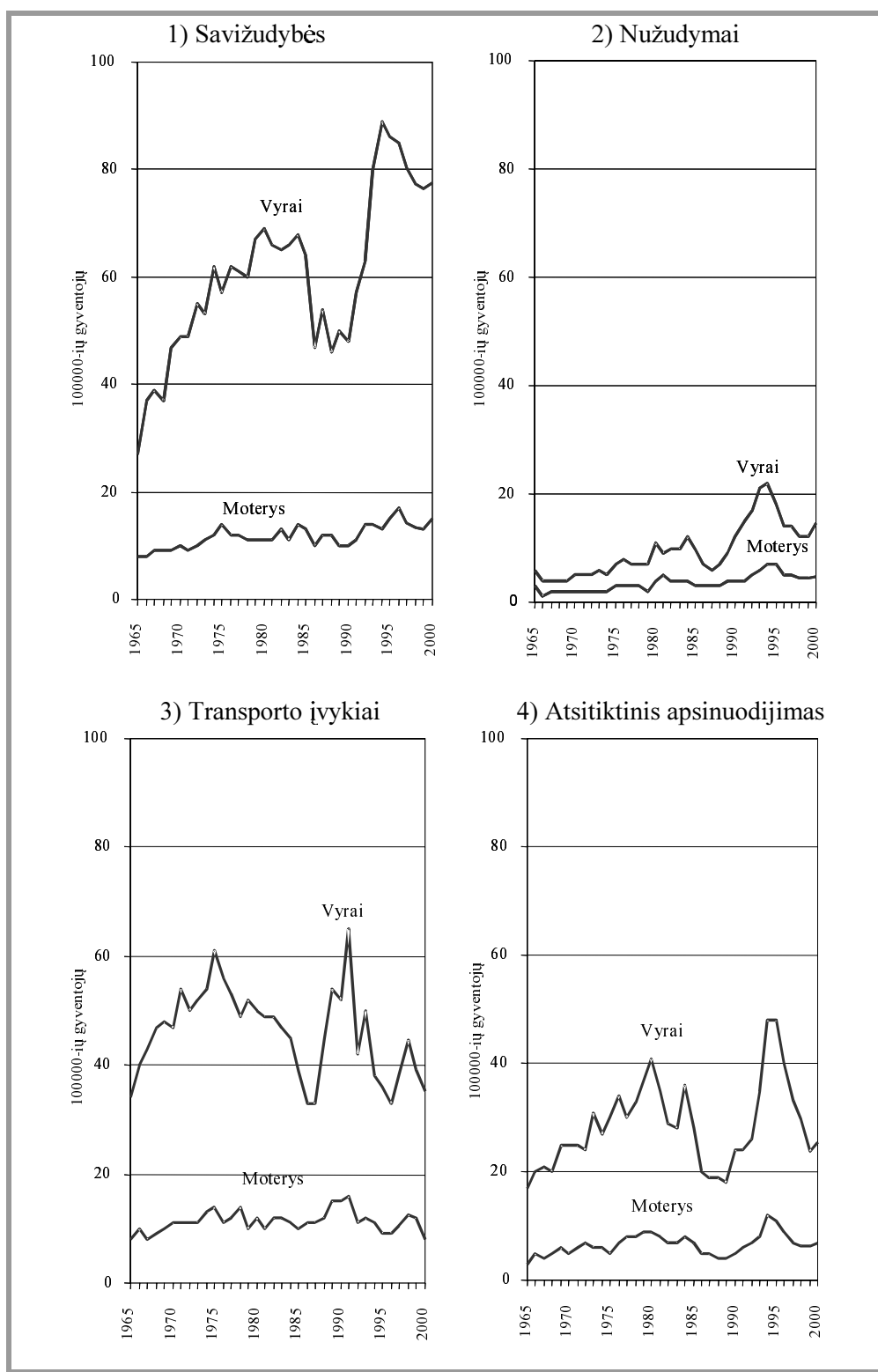


Šaltiniai: Statistikos, 1965-2001; Meslé, Hertrich, 1999; autoriaus skaičiavimai

*PSO Europos gyventojų standartas

4.2 priedas

Lietuvos vyrų ir moterų standartizuoti* mirtingumo dėl savijudybių, nužudymų, transporto įvykių ir atsitiktinių apsinuodijimų 1965-2000 m.



Šaltiniai: Statistikos, 1965-2001; Meslé, Hertrich, 1999; autoriaus skaičiavimai

*PSO Europos gyventojų standartas

4.3 priedas

Lietuvos gyventojų mirtingumo rodiklių dinamika 1950-2000 m.

Metai	Bendrieji mirtingumo rodikliai 1000-iui gyventojų			Kūdikių mirtingumo rodiklis	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė	
	Viso	Vyrų	Moterų		Vyrų	Moterų
1950	12,0	-	-	85,1	-	-
1955	9,2	-	-	61,8	-	-
1960	7,8	8,4	7,3	38	64,44*	70,86*
1965	7,9	8,5	7,4	24,5	68,57	75,42
1970	8,9	9,8	8,1	19,4	66,92	75,02
1975	9,5	10,5	8,5	19,6	66,45	75,51
1980	10,5	11,8	9,4	14,4	65,49	75,42
1985	11,1	12,1	10,1	14,2	65,66	75,34
1986	10,0	10,7	9,4	11,6	67,80	76,37
1987	10,2	10,9	9,6	12,3	67,69	76,34
1988	10,3	11,0	9,6	11,5	67,53	76,31
1989	10,3	11,3	9,5	10,7	66,99	76,42
1990	10,7	11,7	9,8	10,3	66,56	76,38
1991	11,0	12,3	9,8	14,3	65,36	76,10
1992	11,1	12,5	9,8	16,5	65,08	76,10
1993	12,3	14,0	10,8	15,6	63,44	75,08
1994	12,5	14,4	10,8	13,9	62,89	74,98
1995	12,2	13,8	10,7	12,4	63,69	75,26
1996	11,6	13,1	10,2	10	65,14	76,19
1997	11,1	12,4	10,0	10,3	66,09	76,95
1998	11,0	12,1	10,0	9,2	66,70	77,04
1999	10,8	12,0	9,7	8,6	67,13	77,47
2000	10,5	11,7	9,5	8,5	67,71	77,99

Šaltiniai: Demografijos, 2001; Statistiniai duomenys; Autoriaus skaičiavimai

* 1959 metai