



SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENA IR VERTINIMAS

METODINĖS REKOMENDACIJOS

SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENA IR VERTINIMAS

Metodinės rekomendacijos

Vilnius, 2016

UDK

Leidinio autoriai:

Jolanta Valentienė, Higienos institutas

Dr. Laura Nedzinskienė, Higienos institutas

Vincentas Liuima, Higienos institutas

Sandra Mekšriūnaitė, Higienos institutas

Prof. Skirmantė Sauliūnė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Dr. Snieguolė Kaselienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas



Projekto finansinis šaltinis – Norvegijos finansinis mechanizmas.

Projekto pavadinimas „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas (NOR-LT11-SAM-01-TF-02-001)“.

Programa Nr. LT 11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“.

Projekto vykdytojai: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Higienos institutas, Vilniaus universitetas ir Klaipėdos universitetas.

Daugiau informacijos adresu <http://www.hi.lt/sveikatos-netolygumu-nustatymo-ir-mazinimo-gebejimu-stiprinimo-modelio-sukurimas.html>.

Išleido Higienos institutas

Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius

Tel. +370 5 262 4583

Faks. +370 5 262 4663

El. p. institutas@hi.lt

www.hi.lt

Parengė spaudai LĮ „Kriventa“

V. Pietario g. 5-3, LT-03122 Vilnius

Tel. / faks. +370 5 265 06 29

kriventa@takas.lt

www.kriventa.lt

Kalbos redaktorė Angelė Pletkuvienė

Dizainerė Ilona Chmieliauskaitė

Tiražas 150 vnt.

ISBN

ISSN 2424-3825

© Higienos institutas, 2016

© LĮ „Kriventa“, 2016

TURINYS

IVADAS	4
SANTRUMPOS	5
REKOMENDACIJŲ PASKIRTIS	6
1. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ SAMPRATA	6
2. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENA PAGAL DEMOGRAFINES, SOCIALINES IR EKONOMINES KATEGORIJAS	8
2.1. REKOMENDUOJAMOS SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENOS KATEGORIJOS	8
2.1.1. DEMOGRAFINĖ	8
2.1.2. SOCIALINĖ	13
2.1.3. EKONOMINĖ	17
3. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENA: DUOMENYS IR ŠALTINIAI	20
3.1. OFICIALIOSIOS STATISTIKOS INFORMACIJOS ŠALTINIAI	20
3.1.1. MIRTINGUMAS	21
3.1.2. SERGAMUMAS	23
3.1.3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS PRIEINAMUMO, POREIKIO IR TEISINGUMO BEI VARTOJIMO TINKAMUMO RODIKLIAI	25
4. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENA REMIANTIS APKLAUSŲ DUOMENIMIS	29
4.1. SUAUGUSIŲ GYVENTOJŲ GYVENSENOS TYRIMAS	29
4.1.1. TYRIMO KLAUSIMYNAS	29
4.1.2. IMTIES SUDARYMAS IR TYRIMO POPULIACIJA	29
4.1.3. APKLAUSOS VYKDYMAS	31
4.2. VAIKŲ GYVENSENOS TYRIMAS	32
4.2.1. TYRIMO KLAUSIMYNAS	32
4.2.2. IMTIES NUSTATYMAS IR TYRIMO POPULIACIJA	33
4.2.3. APKLAUSOS VYKDYMAS	34
5. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VERTINIMAS	34
5.1. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VERTINIMO PRINCIPAI	34
5.1.1. DVIEJŲ RODIKLIŲ SKIRTUMO SKAIČIAVIMAS IR VERTINIMAS	35
5.1.2. DVIEJŲ RODIKLIŲ SANTYKIO SKAIČIAVIMAS IR VERTINIMAS	36
5.1.3. PRISKIRTA RIZIKA IR GYVENTOJAMS PRISKIRTA RIZIKA	37
5.1.4. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VERTINIMO INDEKSAI	38
6. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VAIZDAVIMAS	46
6.1. KARTOGRAFAVIMAS	47
6.2. „SveNAS“ – SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VAIZDAVIMO SISTEMA	49
LITERATŪRA	51
PRIEDAI	57

IVADAS

Sveikata – pagrindinis rodiklis, atspindintis socialinius visuomenės pokyčius. Daugelyje ekonomiškai išsivysčiusių pasaulio šalių visų gyventojų socialinė ir ekonominė padėtis, taip pat ir sveikata, gerėja, tačiau įvairių grupių gerėjimo tempai yra nevienodi, dėl to daugėja sveikatos netolygumų [1]. Lietuvoje, pasikeitus socialinėms ir ekonominėms sąlygoms, tam tikros žmonių grupės jaučiasi nesaugios, joms sunku prisitaikyti prie šiuolaikinio gyvenimo tempo bei socialinių, ekonominių ir politinių pokyčių [2]. Sveikata yra svarbiausias kiekvieno asmens gerovės, darbo ir socialinės veiklos, lyčių lygybės ir bet kurios visuomenės augimo ir vystymosi veiksnys. Sveikatos sistemų gerinimas ir socialinė sanglauda užtikrintų veiksmingus sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo mechanizmus bei sąžiningas ir vienodas galimybes visiems [3].

Neigiamą poveikį siekiamiems Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos tikslams – vidutinei tikėtinai gyvenimo trukmei, sveikatos santykių teismumui ir gyvenimo kokybės pagerinimui – turi gilėjanti gyventojų socialinė nelygybė. Lietuva yra viena iš Europos Sąjungos (ES) valstybių narių, kurių didžiausi pajamų nelygybės rodikliai ir jų didėjimo tendencijos. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, kas penktas Lietuvos gyventojas, kas antras bedarbis, kas trečias kaimo gyventojas ar daugiavaikė šeima ir kas ketvirtas 65 metų ar vyresnis asmuo patiria skurdo riziką. Tokie žmonės neturi galimybės skirti pakankamai pajamų kokybiškoms gyvenimo sąlygoms sudaryti ir sveikatai gerinti [4].

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos pagrindinis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos strateginis tikslas – pailginti Lietuvos gyventojų sveiko gyvenimo metus, taip pat vienas iš šios programos tikslų yra stiprinti fizinę ir psichinę sveikatą – formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą, skatinti sveikatos raštingumą. Norint pasiekti šiuos tikslus, būtina numatyti šalyje specifines priemones, o tam reikalinga objektyvi situacijos analizė. Daugelis demografinių sveikatos netolygumų, tokių kaip lytis ir amžius, 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 (VTGT) skirtumais [5].

Norint planuoti sveikatos gerinimo ir jos netolygumų mažinimo intervencijas, būtina išaiškinti pagrindines priežastis, darančias įtaką atskirų socialinių ir demografinių gyventojų grupių sveikatos bei gyvensenos skirtumams.

Tikimasi, kad šios rekomendacijos bus pagalbinė sveikatos netolygumų stebėjimo priemonė, padėsianti išsiaiškinti pagrindines problemas atskirose savivaldybėse. Tai sudarytų prielaidas savivaldybėse tikslingai taikyti sveikatos netolygumų mažinimo intervencijas.

SANTRUMPOS

- ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga
- ES – Europos Sąjunga
- ILO – Tarptautinė darbo organizacija (angl. *International Labour Organization*)
- ISCO – Tarptautinis standartinis profesijų klasifikatorius (angl. *International Standard Classification of Occupations*)
- JTO – Jungtinių Tautų Organizacija
- KMI – kūno masės indeksas
- LR – Lietuvos Respublika
- LSRS – Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema
- PSO – Pasaulio sveikatos organizacija
- SN – sveikatos netolygumai
- TDO – Tarptautinė darbo organizacija
- ULAC – Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras
- VĮ – valstybės įmonė
- VSB – visuomenės sveikatos biuras
- VTGT – vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

REKOMENDACIJŲ PASKIRTIS

Rekomendacijose pateikiama informacijos apie sveikatos netolygumų stebėseną, analizavimą ir vertinimą, taip pat pridedamas sveikatos netolygumų rodiklių sąrašas, sudarytas remiantis oficialia sergamumo, mirtingumo, sveikatos priežiūros sistemos prieinamumo, poreikio, teisingumo ir vartojimo tinkamumo statistika bei sveikos gyvensenos apklausomis. Šių rekomendacijų tikslas – padėti visuomenės sveikatos stebėsenos specialistams,

dirbantiems įvairiuose sektoriuose, rinkti, stebėti ir vertinti pagrindinius sveikatos netolygumų rodiklius. Šiose rekomendacijose pateikiamas rodiklių sąrašas buvo sudarytas remiantis užsienio literatūra, taip pat atsižvelgiant į mūsų šalyje dominuojančias mirčių priežastis, pagrindines ligų diagnozes, epidemiologinę situaciją, žalingus įpročius bei pagrindines sveikai gyvensenai įtaką darančias priežastis.

1. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ SAMPRATA

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) sveikatą apibūdina kaip visišką fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, ne tik ligų ar negalios nebuvimą. Siekis būti sveiku yra viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių, nepaisant jo rasės, religijos, politinių įsitikinimų, ekonominės ar socialinės padėties [6].

Gyventojų sveikata priklauso nuo daugelio veiksnių. Šie veiksniai gali būti biologinės, socialinės ir ekonominės, psichosocialinės, elgesio ar socialinės kilmės. Įrodyta, kad didžiausią įtaką sveikatai turi ir gyventojų sveikatos skirtumus sąlygoja:

- genetiniai ir biologiniai veiksniai (genetika, lytis ir amžius) (20 proc.);
- gyvensena ir elgsena (alkoholio ir narkotikų vartojimas, rūkymas ir kt.) (50 proc.);
- aplinka (socialinė, fizinė) (20 proc.);
- sveikatos priežiūros paslaugos (kokybiškos sveikatos priežiūros prieinamumas, sveikatos draudimas) (10 proc.) [6–8].

Daugelį aukščiau minėtų sričių apima ir nagrinėja visuomenės sveikatos mokslas, orientuotas į sveikatos stiprinimą ir gerinimą.

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme pateikiamas visuomenės sveikatos apibrėžimas: „Visuomenės sveikata – gyventojų visapusė dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė“ [9]. Plačiausiai taikomas C. E. A. Winslow pateiktas visuomenės sveikatos apibrėžimas: „Visuomenės sveikata yra mokslas ir menas organizuotomis visuomenės pastangomis išvengti ligų, pailginti gyvenimą bei sustiprinti fizinę ir dvasinę sveikatą, rūpinantis aplinkos sauga, kontroliuojant užkrečiamas ligas, mokant individualios higienos, organizuojant medicinos bei slaugos tarnybas, anksti diagnozuojant ir gydant ligas, plečiant, tobulinant socialines tarnybas, garantuojančias, kad kiekvieno individo gyvenimo standartai sudarytų jam galimybes stiprinti sveikatą, taigi suteiktų teisę į sveikatą ir ilgą gyvenimą“ [10].

Įvairiose valstybėse stebimi sergamumo, mirtingumo, vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumai tarp šalies gyventojų, lyčių, skirtingo išsilavinimo ir nevienodas pajamas gaunančių žmonių. Tokius skirtumus galima apibrėžti sveikatos netolygumais.

Sveikatos netolygumai egzistuoja globaliai, Europos Sąjungoje, tarp šalių ir pačiose šalyse. Jiems įtaką daro asmenų, bendruomenių, valstybės politika [11]. Netolygumai egzistuoja dėl netolygaus socialinių, aplinkos ir ekonominių sąlygų pasiskirstymo, kuris ir nulemia susirgimų riziką, žmonių gebėjimus išvengti ligų ar galimybes gauti reikalingas paslaugas.

Moksliniuose šaltiniuose pateiktas ne vienas sveikatos skirtumas apibūdinantis terminas – sveikatos skirtumai, sveikatos netolygumai, sveikatos nelygybė, sveikatos lygybė. Šios skirtingos prasmės sąvokos dažnai painiojamos.

Sveikatos skirtumai (angl. *health differences*) – tai skirtumai, atsirandantys dėl neišvengiamų arba dėsningų priežasčių, pavyzdžiui, amžiaus ar lyties [12].

Sveikatos netolygumai (angl. *health inequality*) – sveikatos skirtumai, susiję su atsitiktinumu ar asmeniniu pasirinkimu (pavyzdžiui, asmeninis sprendimas pasiskiepyti arba rizikingai vairuoti) ir nebūtinai atspindintys nelygybę [12]. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintame Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane sveikatos netolygumai apibrėžiami kaip „diferenciacija tarp žmonių pagal sveikatos būklės (mirtingumo, būsimo gyvenimo trukmės rodikliai) skirtumus ir (ar) nevienodą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kurį sąlygoja gyvenamoji vieta, pajamos ir kitos priežastys“ [18].

Sveikatos nelygybė (angl. *health inequity*) atspindi socialinės neteisybės, etinius bei moralinius aspektus ir aiškiai nurodo, kad tokie sveikatos skirtumai yra nepriimtini ir jų būtina vengti [13]. Šie skirtumai nulemti socialinių, ekonominių ir aplinkos sąlygų.

Sveikatos lygybė (lygiateisiškumas) (angl. *health equity*) – tai ideali situacija, kai kiekvienam žmogui sudaromos

visapusiškos ir lygios galimybės pasiekti visą savo sveikatos potencialą ir gyventi sveiką gyvenimą. Dažnai sveikatos lygybė, arba lygiateisiškumas, apibrėžiami kaip socialiai neteisingų ir išvengiamų sveikatos netolygumų nebuvimas [14].

Sveikatos netolygumų priežastys:

1. neišvengiamos, nulemtos biologinių veiksnių;
2. išvengiamos, atsiradusios dėl paties žmogaus sąmoningo pasirinkimo arba dėl socialiniu požiūriu neteisingų priežasčių, pavyzdžiui, neigiamo fizinės ar socialinės aplinkos poveikio, riboto sveikatos paslaugų prieinamumo ar pan.

Pirmajai grupei priskiriami biologinių veiksnių (amžiaus, lyties, paveldėjimo), taip pat rizikingo elgesio, jei jis nepriklauso nuo paties žmogaus, nulemti sveikatos skirtumai.

Antrajai grupei priskiriami veiksnių, kurių galima ir būtina išvengti, nulemti sveikatos netolygumai. Tai sveikatai kenksmingas gyvenimo būdas, sąlygotas nepalankių socialinių ir ekonominių veiksnių (pvz., nepakankamų pajamų sąlygota bloga mityba ir gyvenimo sąlygos, žalingas aplinkos poveikis, ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas). Šių veiksnių sąlygoti sveikatos skirtumai atsiranda neatsitiktinai – juos lemia politiniai sprendimai, sveikatos priežiūros finansavimo sistema, visuomenės nuostatos, išteklių paskirstymas. **Ištekliai** gali būti **materialūs** (pvz., materialinių išteklių ir paslaugų prieinamumas) ir **socialiniai** (pvz., socialiniai ryšiai, socialinis kapitalas, socialinė parama, socialiniai tinklai). Taigi nesveikata šiuo požiūriu yra neteisingo ir netolygaus įvairių išteklių ir sveikatą lemiančių veiksnių paskirstymo rezultatas.

2. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENA PAGAL DEMOGRAFINES, SOCIALINES IR EKONOMINES KATEGORIJAS

Žmonės gimsta, auga, gyvena ir dirba įvairiomis sąlygomis, jie turi nevienodas elgesio pasirinkimo galimybes, nuo kurių daugiau ar mažiau priklauso jų sveikata. Sveikatos netolygumų stebėseną leidžia įvertinti, kaip gyventojų sveikata priklauso nuo šių sąlygų. Literatūroje minimos trys plačios sveikatos netolygumams stebėti skirtos kategorijos:

- demografinė (amžius, gyvenamoji vieta, lytis ir tautybė / rasė);

- ekonominė (užimtumas, pajamos, profesija, pareigos);
- socialinė (gyvenimo sąlygos, socialiniai ryšiai, socialinė parama) [19].

Tolesniame skyriuje apie kiekvieną kategoriją bus pateikta ši informacija:

- trumpas apibrėžimas ir apžvalga;
- kategorijos taikymas vertinant sveikatos netolygumus;
- įrodymais pagrįstas ryšys su sveikata;
- pagrindiniai duomenų šaltiniai.

2.1. REKOMENDUOJAMOS SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENOS KATEGORIJOS

2.1.1. DEMOGRAFINĖ

Amžius ir lytis

Amžius ir lytis yra demografinės kategorijos, glaudžiai susijusios su sergamumu ir mirtingumu, nors skirtumai tarp amžiaus grupių bei moterų ir vyrų paprastai nėra įvardijami kaip sveikatos nelygybės.

Amžius. Geografiniu atžvilgiu amžiaus kategorija gali būti naudinga norint išryškinti numatomus sveikatos ir mirtingumo pokyčius tam tikroje teritorijoje. Pavyzdžiui, didelė pensinio amžiaus asmenų ar mažų vaikų koncentracija gali parodyti tam tikrą sveikatos ar socialinių paslaugų poreikį. Populiacijose ar teritorijose, kuriose amžiaus grupės maždaug lygiai pasiskirsčiusios,

amžiaus kategorija nebūtų toks naudingas matas [19].

Gyventojai pagal amžių gali būti įvairiai grupuojami:

- kūdikis – vaikas iki vienu metų amžiaus;
- vaikas – 0–17 m. 11 mėn. 29 d. (iki 18 m.) asmuo; sveikatos statistikoje tarptautiniam palyginimui vaikais laikomi 0–14 m. asmenys;
- jaunimas – 16–29 m. asmenys;
- darbingo amžiaus gyventojai – pagal Lietuvos Respublikos (LR) įstatymus darbingas amžius iki 1995 m. buvo: vyrų 16–59 m., moterų 16–54 m. Nuo 1995 m. iki 2000 m. vyrų darbingas amžius buvo ilginamas 2 mėn. per metus, moterų –

4 mėn. per metus. Nuo 2001 m. vyrų ir moterų amžius ilginamas po 6 mėn.: vyrų iki 62 m., moterų iki 60 m.;

- vyresnio amžiaus gyventojai – Pasaulio senėjimo asamblėja, siekdama duomenų palyginamumo, pasiūlė demografiniu senumo kriterijumi laikyti 60-ies metų ribą.

Kalbant apie amžių svarbus ir gyventojų senėjimo rodiklis. Jis gali būti nustatomas keliais būdais. Jungtinių Tautų Organizacija (JTO) rekomenduoja gyventojų senėjimo rodikliu laikyti 65 m. ir vyresnių žmonių skaičių (proc.) tarp visų gyventojų. Kartais senėjimo rodikliu laikoma 60 m. amžiaus ir vyresnių žmonių dalis (proc.) tarp visų gyventojų arba skaičiuojamas demografinės senatvės koeficientas – pagyvenusių (60 m. amžiaus ir vyresnių) žmonių skaičius, tenkantis šimtui vaikų iki 15 m. amžiaus [20].

2014 m. Lietuvoje buvo 15,7 proc. 0–15 m. amžiaus, 61,9 proc. darbingo amžiaus ir 22,4 proc. pensinio amžiaus gyventojų [21]. 65 m. amžiaus ir vyresnių moterų buvo beveik du kartus daugiau negu to paties amžiaus vyrų [22]. Lietuvos gyventojai sensta. Šis procesas pradėjo ryškėti nuo praėjusio amžiaus pabaigos ir tebesitęsia iki šiol.

Amžius ir sveikata

Įvairiose amžiaus grupėse skiriasi gyventojų sveikata ir mirties priežasčių struktūra. Kūdikiai dažniausiai miršta nuo perinatalinio periodo ligų ir įgimtų formavimosi ydų, vaikai iki 14 m. – nuo išorinių mirties priežasčių ir piktybinių navikų, 15–44 m. asmenys – nuo išorinių mirties priežasčių ir kraujotakos sistemos ligų, vyresni nei 44 m. amžiaus gyventojai – nuo kraujotakos sistemos ligų ir piktybinių navikų [23]. Kartu su senstančia visuomene keičiasi ir ligų bei mirties priežasčių struktūra.

Duomenų šaltiniai

Informacija apie Lietuvos gyventojų pasiskirstymą pagal amžių pateikiama

Lietuvos statistikos departamento leidiniuose, Rodiklių duomenų bazėje ir teminėse lentelėse (<http://osp.stat.gov.lt/>) bei teikiama pagal individualias užklausas.

Lytis. Anglų kalba du terminai reiškia žodį „lytis“. Žodis „sex“ vartojamas kalbant apie biologinius vyrų ir moterų skirtumus, o „gender“ sakoma kalbant apie visuomenėje priimtas socialines vyrų ir moterų funkcijas, kultūrinius papročius, vaidmenis ir elgseną; šie veiksniai formuoja santykius tarp vyrų ir moterų bei berniukų ir mergaičių.

Paprastai gyventojų pasiskirstymas pagal lytį bendruomenėse yra gana tolygus, išskyrus tam tikrą aplinką, pavyzdžiui, mergaičių ar berniukų mokyklas, globos namus, vienuolių bendruomenes, įkalinimo įstaigas.

Lytis ir sveikata

Moterų ir vyrų sveikatos skirtumus sąlygoja biologinės ir socialinės ekonominės priežastys. Biologiškai lytis susijusi su skirtinga vyrų ir moterų ligų rizika, reprodukcine funkcija [24].

Pasaulyje paplitusi diskriminacija, kai su vienai demografinėi grupei (lyčiai) priskirtais asmenimis elgiamasi kitaip nei su kitais. Vyriškumo suvokimas gali būti žalingas berniukų ir vyrų sveikatai, kai, pavyzdžiui, alkoholio vartojimas ar smurtas tampa priimtinais vyrų elgsenos aspektais. Moterų ir mergaičių sveikatai neigiamą įtaką daro visuomenėse priimta su lytimi susijusi socialinė hierarchija. Moterys susiduria su kitais įvairiais veiksniais, kurie neigiamai veikia jų sveikatą. Daugelyje pasaulio šalių moterims sunkiau gauti taip pat gerai apmokamą darbą kaip vyrams, įgyti išsilavinimą. Galima teigti, jog, panaikinus lyčių netolygumus ir prieigų prie išteklių skirtumus, būtų įmanoma siekti lyčių lygybės sveikatos požiūriu [25].

Lytis yra svarbus sveikatą nulemiantis veiksnys. Statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje vyrai miršta jaunesni nei moterys, jiems dažniau nustatoma negalia, dažniau nukenčia per nelaimingus atsitikimus, bet rečiau serga kraujotakos sistemos ligomis [26].

Duomenų šaltiniai

Informacija apie Lietuvos gyventojų pasiskirstymą pagal lytį pateikiama Lietuvos statistikos departamento leidiniuose, Rodiklių duomenų bazėje ir teminėse lentelėse (<http://osp.stat.gov.lt/>) bei teikiama pagal individualias užklausas. Svarbu pažymėti, kad rutininiai sveikatos ir socialiniai duomenys retai renkami atsižvelgiant į lytines orientacijas (pavyzdžiui, transeksualus, homoseksualus, lesbietes).

Gyvenamoji vieta

Vadovaujantis LR teritorinių administracinių vienetų ir jų ribų įstatymo nuostatomis mūsų šalyje gyvenvietės skirstomos į miestus, miestelius, kaimus ir viensėdžius.

- Miestai yra kompaktiškai užstatytos gyvenamosios vietovės, turinčios daugiau kaip 3 tūkst. gyventojų, kurių daugiau kaip 2/3 dirbančiųjų dirba pramonėje, verslo bei gamybinės ir socialinės infrastruktūros srityse.
- Miesteliai yra kompaktiškai užstatytos gyvenamosios vietovės, turinčios nuo 500 iki 3 000 gyventojų, kurių daugiau kaip pusė dirbančiųjų dirba pramonėje, verslo bei gamybinės ir socialinės infrastruktūros srityse.
- Kaimai yra gyvenamosios vietovės, neturinčios miesto, miestelio ir viensėdžio požymių.
- Viensėdžiai yra istoriškai susiformavusios gyvenamosios vietovės, paprastai sudarytos arba kilusios iš vienos

sodybos ir turinčios ne daugiau kaip 20 objektų skirtingu adresu [27].

Tam tikra asmenų grupė gali būti apibrėžiama pagal gyvenamąją vietą, pavyzdžiui, kaimo / miesto / didmiesčio gyventojai ar nuosavų namų / daugiabučių gyventojai.

Statistikos departamento duomenimis, apie 2/3 Lietuvos gyventojų gyvena miestuose ir apie 1/3 – kaimiškose vietovėse ir ši proporcija per paskutinius du dešimtmečius beveik nesikeičia [28].

Gyvenamosios vietos sąsajos su sveikata

Stebimos gyvenamosios vietos ir sergamumo bei mirtingumo sąsajos. Galima teigti, jog tam tikra teritorija daro įtaką asmenų bei namų ūkių narių sveikatai [19]. Pagrindinės priežastys, lemiančios teritorinius sveikatos netolygumus: skirtinga fizinė ir socialinė aplinka, sveikatos ir socialinių paslaugų prieinamumas bei kokybė. Blogesnę kaimo (rajonų) gyventojų sveikatą sąlygoja sąmoningo rūpinimosi savo sveikata stoka. Dėl sunkios šių, mažas pajamas gaunančių, asmenų socialinės ir materialinės padėties nepakankamai prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, tarp jų profilaktinės ir prevencinės, netolygus sveikatos specialistų pasiskirstymas, efektyvių ir laiku teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir valdymo trūkumai. Tai ypač aktualu nuo didžiųjų miestų nutolusiuose Lietuvos pakraščiuose [18].

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2011 m. kaimo gyventojų standartizuoto mirtingumo rodiklis buvo 1,2 karto didesnis nei miesto, o vidutinė gyvenimo trukmė – 2,5 m. trumpesnė nei miesto gyventojų (mieste gyvenančių moterų (79,95 m.) ir vyrų (69,35 m.) buvo didesnė nei gyvenančių kaime (atitinkamai 77,46 m. ir 66,85 m.)). Miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo nuo visų pagrindinių mirties priežasčių skirtumai didėja [21]. Miesto ir kaimo (rajonų)

gyventojų mirtingumo rodiklių netolygumai ir jų pokyčiai netiesiogiai atspindi kaimo gyventojų patiriamą didesnę ir iki šiol vis didėjantį socialinį bei psichologinį stresą, susijusį su nepalankiais sveikatai ekonominiais, socialiniais ir kultūriniais veiksniais. Blogesnę kaimo (rajonų) gyventojų padėtį rodo ir mirtingumo nuo daugelio pagrindinių priežasčių rodiklių pokyčiai.

Duomenų šaltiniai

Informacija apie Lietuvos gyventojų pasiskirstymą pagal gyvenamąją vietą pateikiama Lietuvos statistikos departamento leidiniuose, Rodiklių duomenų bazėje ir teminėse lentelėse (<http://osp.stat.gov.lt/>) bei teikiama pagal individualias užklausas.

Etniškumas

„Etniškumo“ terminas dažniausiai nurodo tapatybę, grindžiamą bendra kilme ir bendruomeninio solidarumo jausmu [29]. Sąvoka „etniškumas“ dažnai tapatinama su „tautiškumu“. Kai kuriais atvejais etniškumas ištis yra sąvokos „tautybė“ atitikmuo, pavyzdžiui, gyventojų surašymuose, statistikoje. Tačiau analitiniuose tyrimuose rekomenduojama vartoti terminą „etniškumas“. Tai platesnė sąvoka, leidžianti visapusiškiau interpretuoti reiškinį [30]. Tam tikroje valstybėje ar administracinėje teritorijoje gyvenantys asmenys gali skirtis dėl savo gimtosios kalbos, tautybės, kilmės ir rasės.

Paskutiniojo Lietuvos gyventojų surašymo duomenimis, 2011 m. mūsų šalyje gyveno net 154 tautybių gyventojai. Lietuviai sudarė 84,2 proc., lenkai – 6,6 proc., rusai – 5,8 proc., baltarusiai – 1,2 proc., ukrainiečiai – 0,5 proc., kitų tautybių gyventojai – 0,6 proc. Per dešimt metų tarp paskutinių surašymų lietuvių dalis padidėjo, o kitų tautybių gyventojų – sumažėjo [31]. Analizuojant sveikatos netolygumus skirtingose etninėse grupėse, gyventojai dažniausiai skirstomi į šalies gyventojus

(lietuviai) ir etnines mažumas (visų kitų tautybių atstovai).

Etniškumo sąsajos su sveikata

Tyrimai rodo, kad egzistuoja mirtingumo, sergamumo, gyvenamosios įpročių skirtumai tarp etninių grupių. Etniškai skirtingų asmenų ar bendruomenių sveikatai įtaką gali daryti jų kilmė (gimimo vieta), dabartinė gyvenamoji vieta, jų tėvų gimimo vieta. Etninių grupių sveikatos skirtumus lemia asmeninės individo savybės, socialinė ekonominė padėtis, gebėjimas prisitaikyti prie gyvenamosios aplinkos, dalyvavimas bendruomenės veikloje, savirealizacija, šalies, kurioje gyvena, kalbos mokėjimas. Kita vertus, svarbus ir šalies gyventojų požiūris į etnines mažumas, rasizmo ir diskriminacijos lygis šalyje [19]. Mažumų atstovai dažniau kenčia dėl prastesnės sveikatos nei populiacijos daugumą sudarantys gyventojai [18].

Duomenų šaltiniai

Informacija apie mūsų šalies gyventojų etniškumą pateikiama Lietuvos statistikos departamento leidiniuose, Rodiklių duomenų bazėje ir teminėse lentelėse (<http://osp.stat.gov.lt/>) bei teikiama pagal individualias užklausas.

Šeiminė padėtis ir šeimos sudėtis

Tyrimai rodo, kad suaugusių asmenų sveikatos būklė priklauso nuo vaikystės išgyvenimų. Suaugusiojo ir vaiko sveikatos būklei įtaką daro tiek tėvų santuokinė padėtis, tiek šeimos ar namų ūkio sudėtis [19].

Šeiminė padėtis leidžia nustatyti susituokusius, išsiskyrusius, našlių ir niekada negyvenusiu santuokoje gyventojų skaičių, nagrinėti gyventojų šeiminių nuostatų kitimą [31]. Populiarėjantis kohabitacijos (gyvenimo kartu nesusituokus) fenomenas kintamąjį „susituokęs / susituokusi“ daro sunkiai įvertinamą. Todėl analizuojant sveikatos netolygumus pagal šeimines padėtis siūloma sujungti

kintamuosius „susituokę (-usi)“ bei „gyvenu kartu nesusituokę (-usi)“ ir lyginti šioms grupėms priklausančių gyventojų sveikatą su vienišų asmenų sveikata [25].

Statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje per paskutinį dešimtmetį didėjo niekada negyvenusių santuokoje asmenų dalis: vyrų – nuo 28,3 proc. 2001 m. iki 32,2 proc. 2011 m., moterų – atitinkamai nuo 21,2 iki 23,5 proc. Sumažėjo susituokusių vyrų ir moterų dalis. 2011 m. vedę vyrai sudarė 54,9 proc. visų vyrų, moterys – atitinkamai 45,9 proc. (2001 m. atitinkamai 60,7 ir 51,6 proc.). Per dešimtmetį padaugėjo išsituokusių asmenų (vyrų – 0,5 proc., moterų – 1,2 proc.) ir našlių (vyrų – 1,5 proc., moterų – 2,2 proc.). 2011 m. išsituokusių moterų buvo 1,6 karto, našlių moterų – 6 kartus daugiau negu tokių vyrų [31].

Šeiminės padėties sąsajos su sveikata

Ryšys tarp šeiminės padėties ir sveikatos pirmą kartą aprašytas praėjusiame amžiuje, kai buvo pastebėta, kad našlių mirtingumas didesnis nei šeimas turinčių asmenų [32]. Šeiminė padėtis turi didelę įtaką sveikatai, ryšys tarp sveikatos ir šeiminės padėties yra labai sudėtingas. Santuokos kūrimas – selektyvus procesas. Nustatyta, kad sveikatos problemų turintys ar negalūs asmenys turi gerokai mažesnę tikimybę sukurti šeimą, lyginant su sveikais žmonėmis. Kita vertus, gyvenimas šeimoje glaudžiai susijęs su ekonominės, socialinės ir psichologinės paramos mechanizmais [33]. Pastebėta, kad dėl geresnės socialinės integracijos gyvenimas šeimoje mažina stresą ir su juo susijusių ligų išsivystymą. Be to, įrodyta, kad santuokoje gyvenantys asmenys labiau rūpinasi savo sveikata, dažniau susirgę laiku kreipiasi į gydytojus. Susituokę stabiliau jaučiasi ir finansiškai, nes sujungiamos kelių asmenų pajamos [34]. Santuokos nutrūkimas (dėl skyrybų ar

sutuoktinio mirties) lemia padidėjusį psichosocialinį stresą [33].

Mokslinių tyrimų duomenimis, Lietuvoje mirtingumo rizikos skirtumai pagal šeiminių padėtį būdingesni vyrams nei moterims. Vienišų žmonių sveikata blogesnė nei gyvenančių šeimose. Didžiausia mirtingumo rizika nustatyta našliams vyrams ir netekėjusioms moterims [35, 36]. Duomenys rodo, kad, palyginti su sutuoktinių šeimomis, kohabitacijoje gyvenantys tėvai pasižymi prastesne sveikata, didesniu depresyvumu, dažnesniu narkotinių medžiagų vartojimu. Didesnis nestabilumas tokiose šeimose susijęs su prastesne motinų psichikos sveikata, o tai savo ruožtu yra nepalankus veiksnys ir vaikų psichikos sveikatai bei jų gerovei [25].

Duomenų šaltiniai

Apie gyventojų šeiminių padėtį sužinoma visuotinio Lietuvos gyventojų ir būstų surašymo metu. Šią informaciją galima rasti Lietuvos statistikos departamento svetainėje (<https://osp.stat.gov.lt/gyventoju-ir-bustu-surasymai1>). Pateikiama 15 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų šeiminė padėtis.

Šeimos sudėtis. Analizuojant gyventojų sveikatos netolygumus pagal šeimos sudėtį galima išskirti keletą šeimos narių sveikatą lemiančių dimensijų:

- namų ūkio dydis;
- suaugusiųjų bei vaikų skaičius namuose, jų pasiskirstymas pagal amžių ir lytį;
- šeimos narių giminystės ryšiai [19].

Šiuos veiksnius sunku įvertinti, nes kai kurie asmenys gali būti ne nuolatiniai gyventojai, bet šeimos nariai, reguliariai besilankantys ir apsistojoję šeimos namuose. Namiškių santykius sunku įvertinti kategoriniais matavimo vienetais [25].

Statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje 2011 m. namų ūkių gyventojų šeiminė padėtis pasiskirstė taip: sutuoktiniai

sudarė 38,9 proc., vaikai – 18,4 proc., asmenys, gyvenantys vieni, – 13,3 proc., sugyventiniai – 5 proc., vieniši tėvai su vaikais – 3,6 proc. Per dešimtmetį padaugėjo vienišų motinų ar tėvų su vaikais iki 18 m., sugyventinių, asmenų, kurie gyvena vieni, o sutuoktinių sumažėjo. 41,3 proc. šeimų sudarė du asmenys, 28,1 proc. – trys, 21,3 proc. – keturi, 9,3 proc. – penki ir daugiau asmenų. 42,1 proc. šeimų turėjo vaikų iki 18 m. Iš jų 58,2 proc. šeimų augino po vieną vaiką, 33,7 proc. – po du, 8,1 proc. – po tris ir daugiau vaikų. Kas penkioliktoje šeimoje vaikai iki 18 m. augo su vienu iš tėvų [31].

Šeimos sudėties sąsajos su sveikata

Šeimos sudėties poveikis šeimos narių sveikatai jau seniai domina mokslininkus. Nuo šeimos sudėties priklauso tiek šeimoje gyvenančių vaikų, tiek suaugusiųjų sveikata. Ankstyvoji vaiko aplinka, kurią vaikui suteikia tėvai, daro didelį poveikį beveik visiems raidos aspektams. Šeimos nesutarimai, tėvų išsiskyrimas, pakartotinės santuokos ar partnerystė bei vienišų mamų / tėvų šeimos dažnai siejamos su neigiama įtaka šeimos nariams [37–39]. Manoma, kad tai lemia mažos nepilnų šeimų pajamos [40], nepakankamas

vyro vaidmuo, laiko stygius, su kuriuo susiduria vieniši tėvai ir dėl to jie mažiau įsitraukia į vaiko veiklą. Šie veiksniai susiję su mažesne emocine parama ir žemesniu stimuliacijos lygiu namų aplinkoje [41].

Tyrimai rodo, kad pažeidžiamiausia šeimos struktūra – nepilna šeima [37]. Didžiojoje Britanijoje atlikto tyrimo duomenimis, nepilnos šeimos vaikai turėjo maždaug du kartus daugiau psichikos sveikatos sutrikimų nei susituokusių ar kohabitacijoje gyvenančių biologinių tėvų vaikai [42]. Ypač daug sveikatos ir psichologinių problemų atsiranda tėvų skyrybas išgyvenantiems vaikams. JAV atliktas valstybinis ilgalaikis jaunimo tyrimas parodė, kad tėvų skyrybos 7–14 m. vaikams apie tris kartus padidino vizito pas psichiatrą tikimybę, tris su puse karto padidino tikimybę kreiptis į psichiatrą dėl vaiko depresijos simptomų [38].

Duomenų šaltiniai

Apie gyventojų šeimų ir namų ūkių sudėtį (tipą, dydį, vaikų skaičių) informacija gaunama visuotinio Lietuvos gyventojų ir būstų surašymo metu ir ją galima rasti Lietuvos statistikos departamento svetainėje (<https://osp.stat.gov.lt/gyventoju-ir-bustu-surasymai1>).

2.1.2. SOCIALINĖ

Išsilavinimas

Išsilavinimas yra dažnai epidemiologijoje taikomas rodiklis. Formalus išsilavinimas dažniausiai įgyjamas jauname amžiuje, išsilavinimui didžiausią įtaką daro tėvų charakteristikos [25]. Išsilavinimo klasifikacija metams bėgant keitėsi. Lietuvoje iki 1991 m. veikė technikumai, specialiosios vidurinės mokyklos (pedagogikos, prekybos, medicinos, kultūros, muzikos ir kt.), kuriose vykdytas

mokymas pagal specialiojo vidurinio mokslo programas. Mokyti į šias programas buvo priimami baigusieji pagrindinę (9 kl.) mokyklą. Mokymo trukmė – 3,5–4 metai. Į technikumus buvo priimami ir baigusieji vidurinę mokyklą, jie mokėsi metais trumpiau nei įstojusieji po pagrindinės. Specialiojo vidurinio mokymo programas baigusiems asmenims buvo išduodami diplomai, liudijantys įgytą specialųjį vidurinį išsilavinimą

ir suteiktą profesinę kvalifikaciją (techniko, technologo, medicinos sesers, auklėtojo, saviveiklinių šokių kolektyvo vadovo, klubinių įstaigų darbuotojo ir kt.), pakankamą norint ne tik dirbti techninį darbą, bet ir vadovauti kitiems darbuotojams. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1991 m. kovo 12 d. potvarkiu Nr. 125P technikumai, specialiosios vidurinės mokyklos buvo likviduotos, o jų bazėje įsteigtos aukštesniosios mokyklos. Pagal specialiojo vidurinio mokslo programas buvo mokoma iki 1995 m.

Aukštesniųjų mokyklų studijų programos buvo skirtos tik vidurinį išsilavinimą įgijusiems asmenims. Studijų trukmė – 3–4 metai, aukštesniųjų studijų programos baigusiems asmenims išduodamas aukštesniojo mokslo diplomas. Pirmieji aukštesniojo mokslo diplomai išduoti 1994 m. Teisinių dokumentų, kurie leistų prilyginti specialųjį vidurinį išsilavinimą aukštesniajam, nėra. Vadovaujantis LR tarnybos įstatymu [43, 44], iki 1995 m. įgijus specialųjį vidurinį išsilavinimą galima gauti B lygio pareigybę.

2000 m. aukštesniųjų mokyklų bazėje pradėtos steigti pirmosios kolegijos. Kolegija – tai aukštoji mokykla, kurioje vyrauja neuniversitetinės studijos ir studijuojama pagal neuniversitetines studijų programas. Baigus studijas išduodamas aukštojo mokslo diplomas, liudijantis įgytą aukštąjį išsilavinimą ir profesinę kvalifikaciją [45].

Išsilavinimas dažniausiai vertinamas atsižvelgiant į mokymosi etapus. Nuo 2011 m. Lietuvoje skiriamos šios išsilavinimo grupės:

- pradinis (4 klasės);
- pagrindinis (10 klasių);
- vidurinis (12 klasių);
- specialus vidurinis (specialiojo vidurinio mokymo programa);
- profesinis (profesinė mokykla);
- aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla);

- aukštasis neuniversitetinis (kolegija);
- aukštasis universitetinis (universitetas) [46].

2011 m. gyventojų surašymų duomenimis, Lietuvos gyventojų išsilavinimo lygis sparčiai augo. Tik 1,7 proc. 10 m. ir vyresnių gyventojų buvo nebaigę pradinės mokyklos, jos nelankė arba buvo neraštingi, 21,2 proc. asmenų įgiję aukštąjį išsilavinimą (šis rodiklis, palyginti su 2001 m. surašymo rezultatais, padidėjo daugiau kaip 1,5 karto), 16,9 proc. žmonių turėjo aukštesnįjį ir specialųjį vidurinį išsilavinimą (2001 m. – 19,3 proc.), 30,6 proc. – vidurinį (2001 m. – 27,2 proc.), 14,9 proc. – pagrindinį (2001 m. – 15 proc.). Gyventojų, įgijusių pradinį išsilavinimą, per dešimtmetį sumažėjo trečdaliu – nuo 20,8 proc. 2001 m. iki 14,9 proc. 2011 m. Dauguma gyventojų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, gyvena mieste. Moterų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą, buvo daugiau nei vyrų [31].

Išsilavinimo sąsajos su sveikata

Išsilavinimas jauname amžiuje apibrėžia asmens socioekonominę poziciją, tačiau šis rodiklis siejamas ir su asmens sveikata. Išsilavinimas atspindi asmens perėjimą nuo tėvų (gautos) socioekonominės pozicijos iki suaugusiojo (savosios) socioekonominės pozicijos, taip pat galimą užimtumą ir pajamas ateityje. Išsilavinimas parodo šeimos, iš kurios asmuo yra kilęs, materialinius, intelektualius ir kitus išteklius. Kadangi mokymosi procesas prasideda jauname amžiuje, jis priklauso nuo galimybės mokytis ir asmens gabumų pradinėje ir vidurinėje mokykloje. Asmenys dažniausiai baigia mokslus jau būdami pilnamečiai, todėl išsilavinimo procesas atspindi aplinkybes, kurios veikia suaugusiojo sveikatą vaikystėje, taip pat ir suaugusiojo išteklių įtaką sveikatai (pavyzdžiui, profesija). Žinios ir įgūdžiai, gauti mokantis, gali pakeisti asmens kognityvųjį (pažintinį) elgesį, daryti

asmenį imlesnį sveikatos klausimams, įgalinti jį lengviau komunikuoti su sveikatos specialistais ir gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat remiantis atvirkštinio priežastingumo principu galima teigti, jog prasta asmens sveikata vaikystėje gali riboti asmens galimybes įgyti išsilavinimą ir pakenkti jo sveikatai ateityje [19].

Lietuvos gyventojų mirtingumo skirtumai pagal išsilavinimą buvo labai dideli jau devintojo dešimtmečio pabaigoje, o socialinių permainų laikotarpiu išaugo dar labiau [47]. Kaip ir kitose pasaulio šalyse, Lietuvoje žemiausio išsilavinimo asmenys pasižymi blogesne sveikata, trumpesne vidutine būsimo gyvenimo trukme, dažniau miršta nuo kraujotakos ir kvėpavimo sistemų ligų, piktybinių navikų, nelaimingų atsitikimų ir traumų. Ankstesni tyrimai parodė, kad 30 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų, kurių išsilavinimas yra žemesnis nei vidurinis, mirtingumas apie 2 kartus viršija aukštąjį išsilavinimą įgijusių asmenų mirtingumo lygį [47–50].

Duomenų šaltiniai

Apie gyventojų išsilavinimą sužinoma visuotinio Lietuvos gyventojų ir būstų surašymo metu. Šią informaciją galima rasti Lietuvos statistikos departamento svetainėje (<https://osp.stat.gov.lt/gyventoju-ir-bustu-surasy-mai1>). Pateikiamas 10 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų aukščiausias įgytas išsilavinimas.

Profesija / užsiėmimas

Asmens profesija yra plačiai taikomas rodiklis, atspindintis socioekonominę poziciją. Profesija apibūdina asmens vietą visuomenėje, jo socialinę padėtį, pajamas ir intelektą. Didžiojoje dalyje tyrimų asmens profesija naudojama nustatant suaugusiojo socioekonominį statusą.

Lietuvos profesijų klasifikatorius pradėtas rengti prasidėjus mūsų šalies integracijai

į ES. 1999 m. parengtas Lietuvos profesijų klasifikatorius rėmėsi tuo metu galiojusiu 1988 m. Tarptautinės darbo organizacijos (TDO) patvirtintu Tarptautiniu standartiniu profesijų klasifikatoriumi ISCO-88 ir šio klasifikatoriaus atnaujintu ES variantu ISCO-88 (COM). Nuo 2000 m. sausio 1 d. Lietuvos profesijų klasifikatorius buvo pradėtas taikyti statistiniams duomenims rinkti ir statistinei informacijai skelbti. 2008 m. TDO patvirtinus atnaujintą Tarptautinio standartinio profesijų klasifikatoriaus struktūrą (ISCO-08), pradėtas Lietuvos profesijų klasifikatoriaus atnaujinimas. 2009 m. patvirtinta Lietuvos profesijų klasifikatoriaus struktūra pagal ISCO-08 [51]. Nuo 2010 m. sausio 1 d. ši klasifikatoriaus struktūra pradėta naudoti statistiniam darbo užmokesčio struktūros tyrimui. Remiantis patvirtinta struktūra 2010 m. parengtas kodinis profesijų sąrašas [52]. Profesijų lygmeniu Lietuvos profesijų klasifikatorius statistiniuose tyrimuose pradėtas taikyti nuo 2011 m. sausio 1 d. Pagal ISCO-08 parengto Lietuvos profesijų klasifikatoriaus pagrindinę hierarchinę struktūrą sudaro 10 pagrindinių aukščiausio klasifikavimo lygmens profesijų grupių [53]:

- vadovai;
- specialistai;
- technikai ir jaunesnieji specialistai;
- tarnautojai;
- paslaugų sektoriaus darbuotojai ir pardavėjai;
- kvalifikuoti žemės, miškų ir žuvininkystės ūkio darbuotojai;
- kvalifikuoti darbininkai ir amatininkai;
- įrenginių ir mašinų operatoriai ir surinkėjai;
- nekvalifikuoti darbininkai;
- ginkluotųjų pajėgų profesijos.

Reikia pabrėžti, kad galimybę naudoti profesijos rodiklį riboja tai, jog negalima įvertinti asmenų, kurie šiuo metu nedirba.

Socialiniai ekonominiai skirtumai, remiantis tik profesijos rodikliu, gali būti netinkamai įvertinti, kadangi nebūtų vertinama visuomenės dalis (pensininkai, namuose dirbantys žmonės, neįgalieji, bedarbiai, studentai, asmenys, dirbantys neapmokamus, neformalius, nelegalius darbus).

Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis, 2012 m. Lietuvos gyventojai dažniausiai (46,9 proc.) dirbo įstaigose, veikiančiose aptarnavimo srityje. Vyrai dažniausiai dirbo pramonėje (38,1 proc.), o moterys – aptarnavimo srities įstaigose (57,1 proc.) [54].

Profesijos sąsajos su sveikata

Užimtumas su sveikata gali būti susijęs keliais būdais. Pirma, užimtumas lemia galimybes, kurios susijusios su darbo užmokesčio reguliarumu ir dydžiu. Ypač didelę įtaką žmogaus sveikatai daro nedarbas. Dauguma autorių nedarbo įtaką sveikatai sieja su stresu, patiriamu dėl kylančių materialinių problemų, socialinių ryšių pokyčių, pasikeitusio gyvenimo būdo ir dienotvarkės bei padidėjusio jautrumo kitiems negatyviems gyvenimo įvykiams [55–58]. Nedarbas veikia ne tik darbą praradusio asmens, bet ir jo sutuoktinio (-ės), vaikų sveikatą [59]. Antra, labai svarbus ir darbo pobūdis bei sąlygos – darbo laikas, ar darbas yra reguliarus, ar pamaininis, fiziškai sunkus, stovimas, sėdimas, protinis, kokia yra fizinė, ergonominė aplinka. Trečia, dirbančių žmonių sveikatą lemia ir psichologinė darbo aplinka [60].

Profesija atspindi asmens socialinę padėtį, kuri susijusi su sveikata. Geresnį darbą / profesiją turintis asmuo gali naudotis tam tikromis privilegijomis (lengviau gauti reikalingas aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, siekti išsilavinimo ir naudotis sveikatai palankesnėmis gyvenamosiomis patalpomis), kurias sau gali leisti uždirbdamas daugiau nei kiti asmenys. Profesija taip

pat gali daryti įtaką asmens sveikatai per psichosocialinius procesus, asmens užsiėmimas parodo galimus jo socialinius santykius, stresą, patiriamą darbe, kontrolę ir autonomiją. Profesija parodo, su kokia sveikata nepalankia aplinka, fiziniu krūviu, grėsmėmis darbe susiduria asmuo.

2001–2004 m. mirtingumo netolygumų analizė Lietuvoje atskleidė labai aukštus ūkininkų ir ūkio darbininkų mirtingumo rodiklius: šios grupės darbingo amžiaus vyrų ir moterų mirtingumas apie tris kartus didesnis nei aukštesnio rango tarnautojų. Dukart didesniu nei aukštesnio rango tarnautojų mirtingumu išsiskiria ir kvalifikuoti, ir nekvalifikuoti darbininkai vyrai. Moterų, išskyrus ūkininkų ir ūkio darbininkų grupę, mirtingumo skirtumai pagal profesijų grupes yra gerokai mažesni. Darbingo amžiaus bedarbių vyrų ir moterų mirtingumas yra daugiau kaip 2 kartus didesnis nei dirbančiųjų [61]. Be to, darbo praradimas sąlygoja ir rūkymo suintensyvėjimą bei alkoholio vartojimo padidėjimą [62].

Duomenų šaltiniai

Informacija apie Lietuvos gyventojų užimtumą (užimti ir bedarbiai) ir pasiskirstymą pagal profesiją skelbiama Lietuvos statistikos departamento leidiniuose, Rodiklių duomenų bazėje ir teminėse lentelėse (<http://osp.stat.gov.lt/>) bei teikiama pagal individualias užklausas.

Gyvenimo sąlygos

Gyvenimo sąlygos, kaip ir gyvenamoji vieta, yra vienas iš veiksnių, kurie gali žaloti sveikatą. Netinkamos, prastos gyvenimo sąlygos (gyvenamosios vietos perpildymas, užterštumas, netinkama šilumos varža), taip pat ir namų neturėjimas neigiamai veikia asmenų fizinę bei psichikos sveikatą, prastėja gyvenimo kokybė [19]. Gyvenamosios aplinkos ir sveikatos bei sveikatos netolygumų ryšiai yra kompleksiniai. Socialiniai veiksniai susiję

su individo gyvenamosios aplinkos sąlygomis, t. y. socialiai pažeidžiamesni asmenys ar jų grupės dažniau gyvena kenksmingoje ar mažiau sveikoje aplinkoje. Taip pat net ir esant toms pačioms aplinkos sąlygoms pažeidžiamesnės populiacijos grupės gali būti stipriau paveikiamos žalingų aplinkos veiksnių (taip pat ir pasekmės sveikatai gali būti gerokai didesnės) dėl mažesnio išsilavinimo ir labiau rizikingos elgsenos [63].

Socialinis kapitalas

Socialinis kapitalas apibrėžia visas socialinės struktūros dalis, kurios leidžia individams lengviau veikti pačioje socialinėje struktūroje. Pavyzdžiui, tėvų priežiūrą galima įvardyti kaip socialinę normą, kuri palengvina tolesnius vaikų veiksmus ir sprendimus, sukuria galimybes sėkmingam gyvenimui. Socialiniai santykiai savaime yra viena iš socialinio kapitalo formų, kadangi jie nustato įsipareigojimus, lūkesčius ir patikimumą [7].

Socialinis kapitalas turi teigiamą poveikį sveikatai. Individo lygmeniu tai pirmiausia geresnis sveikatos informacijos prieinamumas. Kuo platesni ir aktyvesni individo socialiniai ryšiai, tuo jam prieinamesnė informacija apie sveikatą ir jos stiprinimą. Antras svarbus aspektas yra tai, kad žmogus, kurio socialinis kapitalas didesnis, dažniau gauna geresnę neformalią sveikatos priežiūrą, pagalbą ir aplinkinių palaikymą, o tai svarbu net ir labai išvystylose sveikatos priežiūros sistemose [64]. Makrolygmeniu socialinis kapitalas taip pat gali padėti pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir efektyvumą dėl geresnių įvairių lygmenų bei sektorių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ryšių. Aukštesnis socialinio kapitalo lygis skatina ir ligų prevenciją. Socialiai darnioje visuomenėje nustatomas mažesnis rizikingos elgsenos, traumų, prievartos paplitimas, mažesnė aplinkos tarša [65]. Asmenys, kurių socialiniai ryšiai išplėtoti ir tvirti, paprastai yra geresnės psichikos sveikatos, laimingesni, mažiau linkę į sveikatai žalingą gyvenimą ir elgseną [7].

2.1.3. EKONOMINĖ

Pajamos

Pajamos yra socioekonominės pozicijos rodiklis, kuris parodo materialinius išteklius. Paprastai jos naudojamos kaip profesiją / užimtumą ir išsilavinimą papildantis rodiklis. Pajamų pasiskirstymas ir dydis yra tinkamas sveikatos netolygumų rodiklis bendruomenėje. Siekiant įvertinti galimybę patenkinti gyvybiškai būtinus poreikius, pajamų rodiklių nepakanka, todėl vertinami ne tik namų ūkio biudžetai ir skurdo rizika, bet ir asmenų gyvenimo sąlygos. Vertinant gyvenimo sąlygas skaičiuojami tokie rodikliai:

- asmenų, gyvenančių namų ūkiuose, kurie patiria ekonominių sunkumų, dalis (proc.);
- asmenų, gyvenančių namų ūkiuose, neturinčiuose ilgalaikio naudojimo daiktų dėl lėšų stokos, dalis (proc.);
- namų ūkių pasiskirstymas pagal tai, kaip namų ūkis verčiasi.

Namų ūkio biudžetas vertinamas pagal vidutines vartojimo išlaidas. Galima skaičiuoti:

- bendrąsias namų ūkio pajamas, kai sudedamos visos faktinės namiškių pajamos;

- disponuojamąsias namų ūkio pajamas – bendrosios namų ūkio pajamos atskaičius pajamų mokestį, nuolatinis turto mokesčius, darbuotojų, savarankiškai dirbančių asmenų ir bedarbių (jei taikoma) privalomojo socialinio draudimo įmokas ir reguliarius pervedimus kitiems namų ūkiams;
- ekvivalentines disponuojamąsias namų ūkio pajamas, kai namų ūkio disponuojamos pajamos dalijamos iš namų ūkių ekvivalentinio dydžio. Visiems to paties namų ūkio nariams priskiriamos vienos ekvivalentinės disponuojamosios pajamos [67, 68].

Analizuojant skurdo riziką vertinama:

- skurdo rizikos riba – sąlyginis pajamų dydis, už kurį mažesnes disponuojamąsias pajamas gaunantys namų ūkiai priskiriami prie skurstančiųjų;
- skurdo rizikos lygis – asmenų, kurių ekvivalentinės pinigines disponuojamosios pajamos mažesnės už skurdo rizikos ribą, dalis;
- skurdo rizikos gylis – procentais išreikšiamas skirtumas tarp skurdo rizikos ribos ir asmenų, gyvenančių žemiau skurdo ribos, disponuojamųjų pajamų medianos [66].

ES santykinio skurdo rodikliai rengiami pagal bendrą metodiką – santykinio skurdo riba apskaičiuojama kaip šalies gyventojų vidutinių pajamų lyginamoji dalis, už kurią mažesnes pajamas gaunantys gyventojai laikomi skurstančiais. Tačiau lyginant valstybių santykinį skurdą nepakankamai atsižvelgiama į gyvenimo lygio skirtumus, pvz., aukšto gyvenimo lygio šalyse žemiau santykinio skurdo ribos esantys gyventojai, nors turi gerokai menkesnes galimybes tenkinti savo poreikius nei likusi visuomenės dalis, vis dėlto gali patenkinti ne tik būtiniausias poreikius, todėl nesijaučia

skurstantys. ES pagal bendrą metodiką skaičiuojamus santykinio skurdo rodiklius sutarta vadinti skurdo rizikos rodikliais. Pagal Eurostato metodiką tarptautiniams palyginimams atlikti skurdo rizikos riba ES šalyse apskaičiuojama kaip 60 proc. ekvivalentinių piniginių disponuojamųjų pajamų medianos. Lietuvos statistikos departamentas iki 2004 m. skurdo rizikos rodikliams skaičiuoti naudojo namų ūkių biudžetų tyrimo duomenis apie disponuojamąsias pajamas pinigais ir natūra. Dėl metodinių skirtumų ir skirtingų apibrėžimų šiame leidinyje pateikiami skurdo rizikos rodikliai nėra visiškai palyginami su anksčiau (iki 2004 m.) skelbtais skurdo rizikos rodikliais [69].

Sunku pasakyti, kuris pajamų matas – ar faktinės pajamos (pavyzdžiui, pajamos, kurios prilyginamos gyvenimui žemiau skurdo ribos), ar santykinės pajamos (individo pajamos lyginant su bendruomenės pajamų vidurkiu / mediana) – tinkamesnės sveikatos netolygumams vertinti. Logiškiausia asmens pajamas vertinti sudedant visus pajamų šaltinius ir atimant mokesčius, kitaip tariant, apskaičiuojant faktines pajamas arba pajamas „į rankas“. Taip pat galima skaičiuoti bendrąsias namų ūkio pajamas, kai sudedamos visos faktinės namiškių pajamos, arba ekvivalentines faktines namų ūkio pajamas.

Reikia pasakyti, kad tyrimuose renkant duomenis apie gyventojų pajamas daug respondentų į klausimą apie materialinę padėtį neatsako arba pateikia klaidingus duomenis.

Pagal apibrėžimą, priimtą strategijoje „Europa 2020“, Lietuvoje tiek 2012 m., tiek 2013 m. beveik trečdalis gyventojų gyveno patirdami skurdo riziką ar socialinę atskirtį. Tai asmenys, kurie tenkina bent vieną iš šių sąlygų: patiria skurdo riziką, susiduria su dideliu materialiniu nepriteklumi arba gyvena labai mažo darbo intensyvumo namų

ūkiuose. Dalis skurdo riziką ar socialinę atskirtį patiriančių asmenų į šią grupę patenka pagal vieną iš trijų požymių, o 2,6 proc. – pagal visus tris požymius [69].

Vieno namų ūkio disponuojamosios pajamos 2013 m. Lietuvoje sudarė vidutiniškai 2 565 litus (742,88 Eur) per mėnesį, o disponuojamosios pajamos vienam namų ūkio nariui – 1 126 litus (326,11 Eur) per mėnesį. Didžiuosiuose miestuose vieno namų ūkio disponuojamosios pajamos buvo 29 proc. didesnės nei kaime. Ekvivalentinės disponuojamosios pajamos sudarė 1 651 litą (478,16 Eur) per mėnesį. 52 proc. namų ūkių pagrindinis pajamų šaltinis buvo samdomo darbo pajamos. Skurdo rizikos gylis 2013 m. buvo 24,8 proc. Tai reiškia, kad žemiau skurdo rizikos ribos esančių asmenų disponuojamosios pajamos pinigais buvo vidutiniškai 24,8 proc. mažesnės už skurdo rizikos ribą. Namų ūkiuose, kurie negalėtų apmokėti 690 litų (199,84 Eur) nenumatytų išlaidų iš savo lėšų, gyveno 57 proc. gyventojų. Su materialiniu nepriteklumi susidūrė 31,7 proc., o su dideliu materialiniu nepriteklumi – 16 proc. šalies gyventojų [69].

Atotrūkis tarp turtingiausių ir neturtingiausių Lietuvos gyventojų grupių didėja, taigi kartu didėja ir sveikatos netolygumai [70].

Pajamų sąsajos su sveikata

Pasaulyje vyrauja bendra nuomonė, kad asmens ekonominis statusas (vertinamas

pagal jo pajamas) ir sveikata yra glaudžiai susiję. Galima teigti, kad pajamas ir sveikatą sieja „dozės ir atsako“ santykis, pajamos daro įtaką materialinėms sąlygoms su tiesioginėmis pasekmėmis sveikatai. Nėra tikėtina, kad pinigai tiesiogiai veikia sveikatą, greičiau pinigai ir turtas leidžia įsigyti sveikatą stiprinančių prekių ir paslaugų. Didesnės pajamos leidžia individui įsigyti kokybiškesnio maisto, gyventi geresnėmis namų sąlygomis, naudotis paslaugomis, kurios tiesiogiai (sveikatos priežiūros paslaugos, laisvalaikio užsiėmimai) ir netiesiogiai (išsilavinimas) veikia sveikatą, didesnės pajamos dažnai reiškia ir aukštesnę savigarbą, geresnę padėtį visuomenėje. Taip pat remiantis atvirkštinio priežastingumo principu galima teigti, jog prasta asmens sveikata neigiamai veikia pajamas.

Tyrimų duomenys rodo, kad šalyje mažas pajamas turintys asmenys patiria daugiau psichologinių ir socialinių saugumo problemų, turi mažiau sveikos gyvensenos formavimosi ir sveikatos gerinimo galimybių ir atitinkamai susiduria su didesne ligų bei pirma laikų mirčių rizika [71].

Duomenų šaltiniai

Statistinė informacija apie gyventojų pajamas skelbiama Lietuvos statistikos departamento leidiniuose, Rodiklių duomenų bazėje ir teminėse lentelėse (<http://osp.stat.gov.lt/>) bei teikiama pagal individualias užklausas.

3. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENA: DUOMENYS IR ŠALTINIAI

Sveikatos netolygumų stebėsenai ir vertinimui naudojami dviejų tipų duomenys:

- oficialiosios statistikos duomenys, tarp jų sergamumo, mirtingumo bei sveikatos priežiūros rodikliai;

- gyvensenos rodikliai, kurie surenkami vykdant populiacinius arba specifinių grupių gyventojų tyrimus.

Šiame skyriuje pateikiama informacijos apie mirtingumo, sergamumo ir kities rodiklius, kurie kaupiami oficialiojoje statistikoje.

3.1. OFICIALIOSIOS STATISTIKOS INFORMACIJOS ŠALTINIAI

Oficialioji statistika – tai statistinių duomenų apie ekonominius, socialinius, demografinius, aplinkos reiškinius ir procesus rinkimo, tvarkymo ir statistinės informacijos rengimo, kaupimo bei skelbimo pagal patvirtintą oficialiąją statistikos darbų programą sistema, skirta valstybės valdymui ir visuomenės reikmėms. Lietuvoje oficialiąją statistiką tvarko Lietuvos statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir ministerijos bei kitos valstybės institucijos, įstaigos, jeigu jų darbai įtraukti į oficialiosios statistikos darbų programą.

Lietuvos statistikos departamentas rengia daugiau nei 60 proc. šalies oficialiosios statistikos, teikia ją visuomenei, valstybės institucijoms, ES statistikos tarnybai (Eurostatui), tarptautinėms organizacijoms. Maždaug 86 proc. Lietuvos statistikos departamento atliekamų statistikos darbų yra priskiriami Europos statistikai, t. y. jie vykdomi įgyvendinant su statistika susijusius ES teisės aktus arba atliekami remiantis ES valstybių narių susitarimais.

Ministerijos, kitos valstybės institucijos ir Lietuvos bankas pagal kompetenciją rengia apie 40 proc. šalies oficialiosios statistikos.

Maždaug pusė šių institucijų atliekamų statistikos darbų priskirtina Europos statistikai. Šios institucijos, suderinusios su Lietuvos statistikos departamentu, tvirtina statistinės atskaitomybės formas, jų pildymo nurodymus, nustato duomenų teikimo tvarką ir laiką, savarankiškai renka statistinius duomenis, rengia ir skelbia statistinę informaciją.

Lietuvoje visuomenės sveikatos stebėsenai naudojami šie pagrindiniai informacijos šaltiniai: **Higienos institutas** (sveikatos priežiūros nefinansiniai statistiniai rodikliai, profesinių ligų ir mirties priežasčių statistika; www.hi.lt) ir **Lietuvos statistikos departamentas** (demografinė, socialinė statistika; www.lsd.lt). Šių institucijų tvarkomi statistiniai duomenys yra viešai prieinami jų skelbiamose interneto duomenų bazėse ir (ar) oficialiuose statistikos leidiniuose.

Atsižvelgiant į statistinių duomenų pobūdį, informacija gali būti skelbiama ir atnaujinama įvairiu periodiškumu (kas mėnesį, kas ketvirtį, kas pusmetį, kas metus, kas kelerius metus), taip pat duomenys gali apimti skirtingus administracinius ir teritorinius vienetų (miestas, savivaldybė, apskritis, šalis).

3.1.1. MIRTINGUMAS

Mirtingumas gali būti nagrinėjamas kaip demografinis rodiklis arba kaip sveikatos rodiklis. Jeigu kalbama apie demografinę padėtį, bendrą mirtingumą aptarti būtina. Mirtingumas pagal priežastis dažniau nagrinėjamas kartu su kitais sveikatos statistikos rodikliais.

Informacijos šaltiniai

Oficialiąją statistiką apie mirtis Lietuvoje skelbia **Lietuvos statistikos departamentas** ir **Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras**, kurį tvarko Higienos institutas. Lietuvos statistikos departamentas skelbia bendrus mirtingumo duomenis, o Higienos institutas – duomenis apie mirtingumą pagal mirties priežastis. Tai svarbu nurodant oficialių statistinių duomenų šaltinį.

Mirtingumo rodikliai

Dažniausiai skaičiuojamas metinis mirtingumo rodiklis, į kurį įtraukiamos mirtys, įvykusios per vienus kalendorinius metus. Šis rodiklis paprastai parodo mirusiųjų skaičių 100 000 gyventojų. Jam apskaičiuoti būtina žinoti mirusių gyventojų skaičių per tam tikrą laikotarpį ir vidutinį gyventojų skaičių per tą patį laikotarpį [20]:

$$\frac{\text{mirusiųjų gyventojų skaičius per tam tikrą laikotarpį}}{\text{vidutinis gyventojų skaičius per tą patį laikotarpį}} \times 100\,000.$$

Vidutinis gyventojų skaičius – tai šalies (miesto, rajono, gyvenvietės ir pan.) gyventojų skaičiaus metų pradžioje ir pabaigoje vidurkis.

Mirtingumo rodiklis dažniausiai skaičiuojamas pagal lytį, mirties priežastį, amžių, administracinę teritoriją (taip pat ir Lietuvos oficialiojoje statistikoje).

Sveikatos netolygumams vertinti parengtame sąraše (1 priedas) dominuoja mirtingumo rodikliai, nes mirčių, kurios įvardytos sąraše, išvengimo galimybė yra nemaža ir ją galima padidinti taikant asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros priemones.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

Su mirtingumu, kaip demografiniu rodikliu, susijusi vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VTGT). Tai tikimybinis rodiklis, rodantis, kiek vidutiniškai metų gyvens kiekvienas gimęs arba sulaukęs tam tikro amžiaus žmogus, jeigu visą būsimą tiriamos kartos gyvenimą mirtingumo lygis kiekvienoje gyventojų amžiaus grupėje nekis. VTGT yra universalus išvestinis rodiklis, skaičiuojamas pagal paamžinius gyventojų mirtingumo rodiklius ir apibūdinantis bendrą gyventojų gerovę, gyvenimo kokybę [20]. Rodikliai, siūlomi taikyti atliekant netolygumų stebėseną, juos skelbiančios institucijos, šaltiniai, skelbimo periodiškumas ir lygmuo apibendrinti 3.1 lentelėje.

3.1 lentelė. Mirtingumo rodikliai

Duomenis skelbianči institucija	Prieinamumas	Rodikliai	Periodiškumas	Lygmuo
Lietuvos statistikos departamentas	Lietuvos statistikos departamento Oficialiosios statistikos portalas	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė	Kasmet	Apskritis
		Vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė	Kasmet	Apskritis
		Moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė	Kasmet	Apskritis
		Bendras mirtingumas 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų mirtingumas 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų mirtingumas 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
Higienos institutas	Leidinyš „Mirties priežastys savivaldybėse“ Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema (LSRS)	Vyrų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų mirtingumas nuo piktybinių navikų (C00–C96) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų mirtingumas nuo piktybinių navikų (C00–C96) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų mirtingumas nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų (C53) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų mirtingumas nuo priešinės liaukos piktybinių navikų (C61) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų (C50) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų mirtingumas nuo gerklų, trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų (C32–C34) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų mirtingumas dėl išorinių priežasčių (V01–Y98) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų mirtingumas dėl išorinių priežasčių (V01–Y98) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų mirtingumas dėl savižudybių (X60–X84) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų mirtingumas dėl savižudybių (X60–X84) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų mirtingumas nuo tuberkuliozės (A15–A19) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų mirtingumas nuo tuberkuliozės (A15–A19) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)	Kasmet	Savivaldybė

Standartizacija

Mirtingumas (kaip sergamumas ar ligotumas) labai priklauso nuo amžiaus. Dėl šios priežasties, jeigu norima palyginti mirtingumo rodiklius tarp skirtingų populiacijų (pvz., savivaldybių), mirtingumo rodikliai standartizuojami

pagal amžių. Tokiu būdu panaikinami įvairių populiacijų amžiaus struktūros skirtumai. Standartizavus mirtingumo rodiklį laikoma, kad toks mirtingumas būtų konkrečioje populiacijoje, jeigu jos gyventojų struktūra pagal amžių būtų tokia kaip pasirinktos standartinės

populiacijos. Pavyzdžiui, 2013 m. Vilniaus r. sav. mirtingumas nuo piktybinių navikų buvo mažesnis nei Ignalinos r. sav. (atitinkamai 219,9 ir 316,9 atv. 100 000 gyventojų). Tačiau standartizavus šiuos rodiklius nustatoma, kad Vilniaus r. sav. standartizuotas mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklis yra didesnis nei Ignalinos r. sav. (atitinkamai 181,5 ir 154,7 atv. 100 000 gyventojų). Taip atsitinka dėl to, kad Ignalinos r. sav. sąlyginai daugiau vyresnių gyventojų, tad mirtingumas dėl minėtos priežasties šioje savivaldybėje yra didesnis. Tačiau standartizavimo metu suvienodinus šių savivaldybių gyventojų amžiaus struktūrą ir perskaičiavus rodiklius nustatoma, kad mirtingumas nuo piktybinių navikų būtų mažesnis

Ignalinos r. sav., jeigu šių savivaldybių gyventojų amžiaus struktūra būtų vienoda.

Mirtingumo rodiklius taip pat patariama standartizuoti, jeigu lyginami tos pačios populiacijos mirtingumo rodikliai per ilgą laikotarpį, nes populiacijos amžiaus struktūra galėjo pasikeisti, o tai galėjo padaryti įtaką mirtingumo rodiklio palyginimui.

Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad šiuo metu Lietuvoje mirtingumo rodikliai standartizuojami naudojant Europos populiacijos standartą (1976 m.), todėl šiuos rodiklius galima lyginti tik su tais rodikliais, kurie standartizuoti naudojant tokį patį standartą. Rodikliai, kurie buvo standartizuoti taikant skirtingus standartus, yra nepalyginami.

3.1.2. SERGAMUMAS

Sergamumas, kaip sveikatos rodiklis, apibūdina ne tik gyventojų sveikatos būklę, bet netiesiogiai ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą. Didesni sergamumo rodikliai gali būti ne tik dėl blogesnės gyventojų sveikatos, bet ir dėl to, kad sveikatos priežiūros įstaigos, gydytojai turi geresnes galimybes diagnozuoti naujas ligas, gerėja paslaugų prieinamumas. Taip pat prie to gali prisidėti gyventojų įpročiai lankytis pas gydytojus (dėl dažnesnio gyventojų lankymosi pas gydytojus yra didesnė tikimybė, kad bus nustatyta nauja liga).

Informacijos šaltiniai

Didžiausią dalį visų sergamumo rodiklių šalyje skaičiuoja ir pateikia Higienos institutas, naudodamas Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis. Sergamumas

piktybiniais navikais ir užkrečiamosiomis ligomis gali būti skaičiuojami naudojant kitus šaltinius, nes apie naujus ligų atvejus pranešama ir pateikiant atskirą pranešimo formą. Nacionalinis vėžio institutas pateikia duomenis apie naujus susirgimus piktybiniais navikais, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras – apie susirgimus užkrečiamosiomis ligomis, Infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninė – apie naujus ar pakartotinius tuberkuliozės atvejus, taip pat apie antibiotikams atsparia tuberkulioze sergančius asmenis.

Sergamumo rodikliai

Sergamumo rodikliams apskaičiuoti reikia žinoti naujų susirgimų skaičių per tam tikrą laikotarpį (paprastai per metus). Šis rodiklis paprastai pateikiamas 100 000 gyv. ir skaičiuojamas pagal formulę [20]:

$$\frac{\text{naujai išaiškintų ligos atvejų skaičius per tam tikrą laikotarpį}}{\text{vidutinis gyventojų skaičius per tą patį laikotarpį}} \times 100\,000.$$

Sergamumo rodikliai gali būti pateikiami kaip atvejų arba kaip asmenų skaičius. Tai priklauso nuo nagrinėjamos ligos pobūdžio. Lėtinės ligos įtraukiamos į skaitiklį vieną kartą, nes jos yra ilgalaikės, o ūmios ligos (pavyzdžiui, užkrečiamosios ligos) ar traumos gali įvykti vienam žmogui kelis kartus, todėl jos į skaitiklį gali būti įtraukiamos kelis kartus. Į tai reikia atsižvelgti vertinant rodiklius.

Sveikatos netolygumams vertinti pateiktame sąraše sergamumas tuberkulioze ir 2-ojo tipo cukriniu diabetu turėtų būti vertinami kaip asmenų, kuriems šios ligos

užregistruotos pirmą kartą gyvenime, skaičius. Kitas sergamumo rodiklis (transporto įvykiuose patirtų traumų skaičius) turėtų būti vertinamas kaip atvejų, kurie galėjo įvykti tam pačiam asmeniui pakartotinai, skaičius.

3.2 lentelėje pateikti rodikliai į sveikatos netolygumų vertinimo sąrašą įtraukti atsižvelgiant į tai, kad sergamumą dėl šių prižasčių galima sumažinti taikant intervencines priemones, ypač tam tikrose gyventojų grupėse. Todėl šių rodiklių stebėseną yra naudinga siekiant mažinti sveikatos netolygumus.

3.2 lentelė. Sergamumo rodikliai

Duomenis skelbianti institucija	Prieinamumas	Rodikliai	Periodiškumas	Lygmuo
Higienos institutas	Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema (LSRS)	Vyrų sergamumas kraujotakos sistemos ligomis (I00–I99) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų sergamumas kraujotakos sistemos ligomis (I00–I99) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų sergamumas piktybiniais navikais (C00–C97) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų sergamumas piktybiniais navikais (C00–C97) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų sergamumas trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniais navikais (C32–C34) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų sergamumas trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniais navikais (C32–C34) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų sergamumas krūties piktybiniais navikais (C50) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų sergamumas gimdos kaklelio piktybiniais navikais (C53) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų sergamumas priešinės liaukos piktybiniais navikais (C61) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų sergamumas tuberkulioze (A15–A19) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų sergamumas tuberkulioze (A15–A19) 100 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Vyrų sergamumas 2-ojo tipo cukriniu diabetu (E11) 100 000 gyv.*	Kasmet	Savivaldybė
		Moterų sergamumas 2-ojo tipo cukriniu diabetu (E11) 100 000 gyv.*	Kasmet	Savivaldybė
		Transporto įvykiuose patirtų traumų (V01–V99) skaičius 100 000 gyv.*	Kasmet	Savivaldybė
		Dirbančių suaugusiųjų, kuriems pirmą kartą nustatytas 0–55 proc. darbingumo lygis, skaičius 100 000 darbingo amžiaus gyv.	Kasmet	Savivaldybė

* Tai rodikliai, kurie iki šiol nebuvo skaičiuojami, tačiau įtraukti į LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 19 d. įsakymu Nr. V-1387 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymo Nr. V-488 „Dėl Bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“ patvirtintą priedą, todėl bus pateikiami Higienos instituto skelbiamoje sveikatos statistikoje nuo 2015 m.

3.1.3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS PRIEINAMUMO, POREIKIO IR TEISINGUMO BEI VARTOJIMO TINKAMUMO RODIKLIAI

PSO strateginiame sveikatos politiką formuojančioje strategijoje „Sveikata 2020“ pagrindiniu tikslu iškelia sveikatos ir gerovės pagerinimą, mažinant nelygybę sveikatos priežiūros sektoriuje, stiprinant visuomenės sveikatos veikas ir užtikrinant prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios būtų universalios, teisingos, tvarios ir aukštos kokybės [72]. Sveikatos priežiūros prieinamumas, poreikis, teisingumas ir vartojimo tinkamumas yra neatsiejami ir glaudžiai susiję dalykai, formuojant sveikatos politiką bei vykdydant tinkamą stebėseną. Priimant tinkamus ir stebėsenos rezultatais pagrįstus sprendimus galima sumažinti sveikatos netolygumus. Šešioliktoji Lietuvos Vyriausybė 2012–2016 m. programoje taip pat akcentuoja, kad mažins sveikatos paslaugų teikimo netolygumus [73]. Norint vykdyti sveikatos priežiūros sistemos prieinamumo, poreikio, teisingumo ir vartojimo tinkamumo stebėseną, būtina apsibrėžti pagrindinius rodiklius.

Informacijos šaltiniai

Oficialiąją statistiką apie įvairius sveikatos priežiūros sistemos prieinamumo, poreikio, teisingumo ir vartojimo tinkamumo rodiklius Lietuvoje skelbia Higienos institutas, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) ir Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras (ULAC). Higienos institutas, naudodamas Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis, pateikia informaciją apie gydytojų, pacientų apsilankymų pas specialistus ir išvengiamų hospitalizacijų skaičių. Valstybinė ligonių kasa kaupia duomenis apie draudimo apimtis bei prevencinių programų vykdymą.

Duomenimis apie vakcinacijos apimtis disponuoja Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. Atsižvelgiant į rodiklių pobūdį, informacija gali būti skelbiama ir atnaujinama įvairiu periodiškumu (kas mėnesį, kas ketvirtį, kas pusmetį, kas metus, kas kelerius metus) bei pagal skirtingą teritorinį išsidėstymą (miestas, savivaldybė, apskritis, šalis).

Sveikatos priežiūros sistemos prieinamumo, poreikio, teisingumo ir vartojimo tinkamumo rodikliai

Sveikatos priežiūros prieinamumas – tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos apsaugos sistemos prieinamumas nagrinėjamas organizacine, komunikacine ir ekonomine prasme. Organizacinis prieinamumas parodo, ar prieinamos visos paslaugos, ar yra eilės, ar pakanka specialistų, tinkamas darbo laikas. Komunikacinio prieinamumo požiūriu vertinama, koks atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigos ir ar yra susisiekimo priemonės. Prieinamumas ekonomine prasme atspindi, ar gyventojams sveikatos priežiūra prieinama finansiškai, t. y. ar paslaugos nėra tokios brangios, kad būtų nepakeliamos šeimos biudžetui, ar gyventojams yra laiduojamos ir kokios nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kokia privalomojo sveikatos draudimo apimtimi apdrausti gyventojai. Ekonominis sveikatos priežiūros prieinamumas gali būti vertinamas pagal tai, kaip kinta gyventojų tiesioginės sveikatos apsaugos išlaidos ir pačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) finansavimas bei išlaidos paslaugoms teikti.

Sveikatos priežiūros poreikis priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos ir paklausos. O pastaruosius savo ruožtu lemia daug veiksnių: demografiniai, epidemiologiniai, ekonominiai ir kiti.

Teisingumas, kaip sveikatos priežiūros kokybės aspektas, glaudžiai susijęs su prieinamumu, tačiau čia vertinamas sveikatos priežiūros finansavimas ir teisingas, nešališkas sveikatos priežiūros teikiamos naudos paskirstymas visiems, kas yra ar gali būti suinteresuoti ja pasinaudoti. Sveikatos apsaugos sistemos vartojimo tinkamumas nėra aprašomas vienu ar keliais rodikliais, nes jis yra sudėtinė sveikatos sistemos poreikio, prieinamumo ir teisingumo dalis.

Sveikatos priežiūros vartojimo tinkamumas galėtų būti įvertintas analizuojant kelis parametrus savivaldybėse, šalies mastu išleidžiamos lėšos sveikatos priežiūrai pagal sritis vertinamos labiausiai paplitusių svei-

būtų galima išvengti, jeigu būtų pakankamai prieinama ir kokybiška ambulatorinė sveikatos priežiūra, apimanti ligų profilaktiką, anksstyvą diagnostiką ir suteikiamą tinkamą gydymą. Šios hospitalizacijos netiesiogiai atspindi ambulatorinės sveikatos priežiūros efektyvumą ir prieinamumą, vartojimo tinkamumą.

3.3 lentelėje pateikti pagrindiniai rodikliai, kurie padės vertinti sveikatos apsaugos sistemos prieinamumą, teisingumą, poreikį ir vartojimo tinkamumą. Tai gydytojų skaičius, apsilankymai pas gydytojus, išvengiama hospitalizacija, draudimo apimtis, naujagimių ir vaikų skiepijimo apimtys pagal vaikų profilaktinių skiepijų programą bei prevencinės programos.

Gydytojų skaičius apskaičiuojamas pagal principą: tam tikros specialybės gydytojų skaičius (skaitiklis) dalijamas iš gyventojų skaičiaus metų pabaigoje (vardiklis) bei padauginamas iš 10 000. Šitaip nustatomas rodiklis – gydytojų skaičius, tenkantis 10 000 gyventojų [20], pvz.:

$$\frac{\text{bendrosios praktikos odontologų skaičius}}{\text{gyventojų skaičius metų pabaigoje}} \times 10\,000.$$

katos būklių atžvilgiu. Vartojimo tinkamumą galima nagrinėti vertinant išleidžiamas lėšas prevencinėms programoms vykdyti ir kaip metams bėgant kinta sergamumas bei mirtingumas nuo tų ligų.

Žinoma, kad gydymas ligoninėje daug brangesnis už ambulatorinės grandies tei-

Apsilankymai pas gydytojus apskaičiuojami apsilankymų pas tam tikros specialybės gydytojus per metus skaičių (skaitiklis) dalijant iš vidutinio metinio gyventojų skaičiaus (vardiklis) bei dauginant iš 100. Šitaip apskaičiuojamas rodiklis 100 gyventojų [20]:

$$\frac{\text{apsilankymų pas gydytojus skaičius per metus}}{\text{vidutinis gyventojų skaičius per metus}} \times 100.$$

kiamas paslaugas, todėl šalys, kurios siekia efektyviai panaudoti turimus išteklius, stengiasi, jog ligos, kurios gali būti pagydytos ambulatorinėje grandyje, ten ir būtų gydomos. Išvengiama hospitalizacijos – tai tokios hospitalizacijos, kurių visiškai arba didele dalimi

Išvengiama hospitalizacijos (skaitiklis) dalijant iš vidutinio metinio gyventojų skaičiaus (vardiklis) ir dauginant iš 1 000 apskaičiuojamas išvengiamos hospitalizacijos rodiklis 1 000 gyventojų [20]:

$$\frac{\text{išvengiamos hospitalizacijos}}{\text{vidutinis gyventojų skaičius per metus}} \times 1\,000.$$

3.3 lentelė. Sveikatos priežiūros prieinamumo, poreikio ir teisingumo bei vartojimo tinkamumo rodikliai

Duomenis skelbianti institucija	Prieinamumas	Rodikliai	Periodiškumas	Lygmuo
Higienos institutas	Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema (LSRS)	Šeimos gydytojų skaičius 10 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Bendrosios praktikos odontologų skaičius 10 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Ginekologų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Pulmonologų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Endokrinologų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Kardiologų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Psichiatrų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Slaugytojų skaičius (įskaitant akušerius) 10 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
Valstybinė ligonių kasa	SVEIDRA / Higienos institutas (LSRS)	Apsilankymai pas šeimos gydytojus 100 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Apsilankymai pas ginekologus 100 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Apsilankymai pas endokrinologus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Apsilankymai pas psichiatrus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Apsilankymai pas pulmonologus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Apsilankymai pas kardiologus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
		Išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1 000 gyv.	Kasmet	Savivaldybė
Valstybinė ligonių kasa	<i>Pareikalavus*</i>	Draudimo apimties rodiklis (proc.)*	Kasmet	Savivaldybė
Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras (ULAC)	ULAC, Nacionalinis visuomenės sveikatos centras	Naujagimių skiepavimo tuberkuliozės vakcina (BCG) apimtis (proc.)	Kasmet	Savivaldybė
		1 metų vaikų skiepavimo difterijos, stabligės ir kokliušo vakcina (DTaP3) apimtis (proc.)	Kasmet	Savivaldybė
		1 metų vaikų skiepavimo poliomielioto vakcina (IPV3) apimtis (proc.)	Kasmet	Savivaldybė
		1 metų vaikų skiepavimo B tipo <i>Haemophilus influenza</i> vakcina (Hib3) apimtis (proc.)	Kasmet	Savivaldybė
		1 metų vaikų skiepavimo hepatito B vakcina (HepB3) apimtis (proc.)	Kasmet	Savivaldybė
		2 metų vaikų skiepavimo tymų, raudonukės, epideminio parotito vakcina (MMR2) apimtis (proc.)	Kasmet	Savivaldybė
		6–7 metų vaikų skiepavimo tymų, raudonukės, epideminio parotito vakcina (MMR2) apimtis (proc.)	Kasmet	Savivaldybė
		2 metų vaikų skiepavimo pneumokokinės infekcijos vakcina (PCV3) apimtis (proc.)	Kasmet	Savivaldybė
Valstybinė ligonių kasa	SVEIDRA	Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas	Kasmet	Savivaldybė
		Krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas	Kasmet	Savivaldybė
		Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos vykdymas	Kasmet	Savivaldybė
		Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas	Kasmet	Savivaldybė
		Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas	Kasmet	Savivaldybė
		Vaikų krūminių dantų dengimo silantais (6–14 m. vaikų nuolatinių krūminių) programos vykdymas	Kasmet	Savivaldybė

* Pateikus užklausą Valstybinei ligonių kasai.

Draudimo apimtys rodiklis (procentais) skaičiuojamas pagal formulę [20]:

$$\frac{\text{vidutinis metinis apsidraudusiųjų privalomuoju sveikatos draudimu skaičius} + \text{apdraustųjų valstybės lėšomis skaičius}}{\text{vidutinis gyventojų skaičius per metus}} \times 100.$$

Vaikų skiepijimo apimtys apskaičiuojamos paskiepytų nuo tam tikros ligos tam tikros amžiaus grupės vaikų skaičių (skaitiklis) dalijant iš visų tam tikros amžiaus grupės vaikų skaičiaus (vardiklis) bei padauginant iš 100, pvz. [20]:

$$\frac{\text{paskiepytų nuo tuberkuliozės naujagimių skaičius}}{\text{visų naujagimių skaičius}} \times 100.$$

Profilaktikos programų vykdymas apskaičiuojamas skirtingai, todėl toliau pateikiami visų rodiklių apskaičiavimai.

1. Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas apskaičiuojamas nustatant pacienčių, kurioms buvo suteikta informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos paslauga, gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslauga per programoje nustatytą laikotarpį, dalį ir palyginant su visomis prisirašiusiomis prie ASPJ moterimis, dalyvaujančiomis šioje programoje [74].
2. Krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas apskaičiuojamas nustatant pacienčių, kurioms buvo suteikta informavimo dėl krūties piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimo atlikti mamografijos paslaugą per programoje nustatytą laikotarpį, dalį ir palyginant su visomis prisirašiusiomis prie ASPJ moterimis, dalyvaujančiomis šioje programoje [75].
3. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos vykdymas apskaičiuojamas nustatant pacientų, kuriems buvo suteikta informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga per programoje numatytą laikotarpį, dalį ir palyginant su visais prisirašiusiais prie ASPJ asmenimis, dalyvaujančiais šioje programoje [76].
4. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas apskaičiuojamas nustatant pacientų, kuriems suteikta informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir prostatos specifinio antigeno nustatymo paslauga per programoje nustatytą laikotarpį, dalį ir palyginant su visais prisirašiusiais prie ASPJ asmenimis, dalyvaujančiais šioje programoje [77].
5. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas apskaičiuojamas nustatant pacientų, kuriems suteikta informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose rezultatų įvertinimo paslauga per programoje numatytą laikotarpį, dalį ir palyginant su visais prisirašiusiais prie ASPJ asmenimis, dalyvaujančiais šioje programoje [78].
6. Vaikų krūminių dantų dengimo silantais (6–14 m. vaikų nuolatinių krūminių) programos vykdymas apskaičiuojamas nustatant 6–14 m. amžiaus vaikų, kurių nuolatiniai krūminiai dantys buvo padengti silantais, dalį ir palyginant su visais prisirašiusiais prie ASPJ 6–14 m. vaikais [79].

4. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ STEBĖSENA REMIANTIS APKLAUSŲ DUOMENIMIS

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje keliami šie pagrindiniai tikslai: gyventojų sveikatos gerinimas ir mirtingumo mažinimas bei vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas. Šiuos tikslus tikimasi pasiekti kuriant saugesnę socialinę aplinką, mažinant sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį, formuojant šalies piliečių sveiką gyvenseną ir jos kultūrą,

sukuriant sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką bei užtikrinant kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius. Didžiąją dalį šių veiksnių, sąlygojančių sveikatos netolygumus, galima išsiaiškinti tik vykdant gyventojų apklausas apie jų gyvenseną, aplinką bei jų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimą.

4.1. SUAUGUSIŲ GYVENTOJŲ GYVENSENOS TYRIMAS

4.1.1. TYRIMO KLAUSIMYNAS

Tyrimo klausimynas sudarytas iš dviejų dalių (2 priedas):

1) klausimų apie gyvenseną, kurie apima fizinį aktyvumą, mitybos ypatumus, alkoholio, tabako gaminių ir narkotikų vartojimą bei nuomonę apie savo sveikatą, gyvenimo kokybę, laimingumą, ryšio palaikymą su giminėmis, šeimos nariais ir draugais, supančią aplinką;

2) bendrųjų klausimų, kuriais gaunama informacijos apie pagrindinius demografinius

veiksnius (lytį, amžių, gyvenamąją vietą), socialines charakteristikas (šeiminę padėtį, išsilavinimą, užimtumą) bei pajamas.

Rekomendacijų prieduose taip pat pateikiamas papildomas klausimų apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą blokas, kuris esant poreikiui gali būti naudojamas (3 priedas). Šis ar kiti papildomų klausimų blokai gali būti pateikiami tik gyvensenos klausimyno pabaigoje.

4.1.2. IMTIES SUDARYMAS IR TYRIMO POPULIACIJA

Tyrimo populiacija – 18 m. amžiaus ir vyresni asmenys.

Apklaunami kiekvienos savivaldybės atsitiktiniu būdu atrinkti 18 m. amžiaus ir vyresni gyventojai. Planuojant tyrimus svarbu nustatyti reprezentatyvią imtį, kuri leistų daryti

statistiškai reikšmingas išvadas. Tyrimo imtį reikia apskaičiuoti atsižvelgiant į populiacijos dydį, pasirinkus 5 proc. paklaidą ir 95 proc. tikimybę. Skaičiuojant galima naudoti internetines imties skaičiuokles (pvz., <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) (4.1 pav.).

Determine Sample Size

Confidence Level: 95% 99%

Confidence Interval:

Population:

Sample size needed:

Pasikliautinis intervalas (įrašome skaičių 5)

Populiacijos dydis

Spausti „Calculate“ (suskaiciuoti)

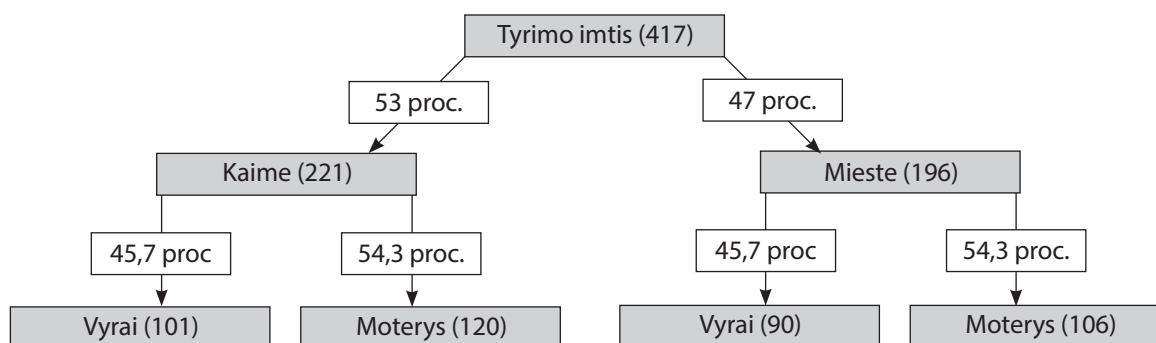
Apskaiciuotas imties dydis

4.1 pav. Imties dydžio skaičiavimas

Planuojant suaugusiųjų gyvenimo tyrimą ir norint apskaičiuoti bei sudaryti savivaldybę reprezentuojančią tyrimo imtį, reikia atsižvelgti į Lietuvos Respublikos statistikos departamento pateiktus paskutiniojo šalyje atlikto visuotinio gyventojų surašymo duomenis apie bendrą gyventojų skaičių ir jų procentinį pasiskirstymą pagal demografinius požymius: lytį (vyrai, moterys), gyvenamąją vietą (miestas, kaimas).

Pavyzdys. Planuojamas gyvenimo tyrimas X savivaldybėje, kurioje, Lietuvos Respublikos statistikos departamento duomenimis, 18 m. ir vyresnių gyventojų yra 28 997 (N). Imties skaičiavimo skaičiuoklėje pasirinkę 5 proc. paklaidą ir 95 proc. tikimybę apskaičiuojame 379 asmenų tyrimo

imtį. Šios tyrimo imties užpildytos anketos turi būti tinkamos analizei, todėl, siekiant išvengti kokybiškai užpildytų anketų trūkumo dėl jų atmetimo, rekomenduojama apklausti 10 proc. daugiau respondentų nei apskaičiuotas imties dydis. Šiuo atveju galutinis imties dydis yra $379 * 1,1 = 417$. Lietuvos Respublikos statistikos departamento duomenimis, X savivaldybėje 53 proc. gyventojų gyvena kaime, o 47 proc. mieste, vadina si, reikia apklausti 221 asmenį kaime ir 196 asmenis mieste (4.2 pav.). Atitinkamai apskaičiuojame, kiek vyrų ir moterų reikia apklausti mieste ir kiek kaime, žinodami, kad X savivaldybėje vyrų yra 45,7 proc., o moterų – 54,3 proc. Taigi kaime iš 221 asmens turi būti apklausti 101 vyras ir 120 moterys, mieste – 90 vyrų ir 106 moterys.



4.2 pav. Tyrimo imties skaičiavimo ir sudarymo pavyzdys X savivaldybėje

4.1.3. APKLAUSOS VYKDYMAS

Apklausa kaimiškose vietovėse. Visuomenės sveikatos biuras kiekvienoje aptarnaujamoje savivaldybėje sudaro abėcėlinį kaimų sąrašą. Iš sąrašo pasirenkamas kas 10 kaimas, kuriuose bus vykdoma kaimo gyventojų apklausa:

- viensėdžiuose pasirenkami visi namai;
- gatviniuose kaimuose pasirenkama kas antra gatvė, kuriose, pradedant nuo pirmo namo (pažymėtas nr. 1) – pradinio atrankos punkto, aplankomas kas 5-as namas, kol surenkamas reikiamas respondentų skaičius.

Name neradęs respondento apklausą vykdančias asmuo eina į kitą atrinktą namą ir negrįžta apklausti respondento (-ų) į namą, kur jo (-ų) nerado. Jeigu nesurenkamas pakankamas respondentų skaičius, tuomet reikia pradėti nuo antro namo (pasirenkant jį kaip pradinį punktą) ir vėl apklausti kas 5 namą, kol apklausiamas reikiamas respondentų kiekis.

Kiekviename pasirinktame name respondentas atrankamas atsitiktinai, vadovaujantis „paskutinio gimtadienio“ taisykle, t. y. jei name gyvena daugiau nei vienas 18 m. ir vyresnis žmogus, atrankamas tas, kuris gimtadienį šventė paskutinis.

Jeif kaime yra mažiau nei 10 gyventojų, reikia apklausti visus asmenis, kurie atitinka respondentų atrankos kriterijus (tinkamo amžiaus ir lyties).

Apklausa savivaldybei priklausančiuose didmiesčiuose, miestuose ir miesteliuose. Apklausa atliekama pasirinktose gatvėse. Iš valstybės įstaigos Registrų

centro Adresų registro (<http://www.registrucentras.lt/adr/p/>) viešosios prieigos sudaromas miesto savivaldybės abėcėlinis gatvių sąrašas. Naudojant atsitiktinių skaičių generatorių (<https://www.random.org/sequences/>), atsitiktinai atrankami pirminiai atrankos punktai, t. y. gatvės, nuo kurių pradedamas atrankos maršrutas. Pasirenkame 10 pradinių atrankos punktų (10 pradinių gatvių) (4.3 pav.).

Toliau atranka atliekama naudojant maršrutinės atrankos metodą. Atrinktose gatvėse pasirenkami namai su nelyginiais numeriais. Jei pasirinktas namas yra daugiabutis, tuomet jame pasirenkamas kas antras nelyginis butas. Name ar bute apklausiamas asmuo, vadovaujantis „paskutinio gimtadienio“ taisykle, t. y. jei name ar bute gyvena daugiau nei vienas 18 m. ir vyresnis žmogus, atrankamas tas, kuris gimtadienį šventė paskutinis iš tuo metu esančių name / bute ir ten gyvenančių asmenų. Name / bute neradęs respondento apklausą vykdančias asmuo eina į kitą atrinktą namą ir negrįžta apklausti respondento (-ų) į namą / butą, kuriame jo (-ų) nerado. Jei pasirinktose gatvėse apklausus visus namus nesurenkama reikiama respondentų imtis, tuomet reikia tęsti apklausą, pasirenkant tose pačiose gatvėse esančius namus su lyginiais numeriais, o pasirinktuose daugiabučiuose pasirinkti kas antrą nelyginį butą. Jeigu vis dar nesurenkama tyrimui reikalinga imtis, tuomet naudojantis atsitiktinių skaičių generatoriumi reikia pasirinkti dar 5 gatves ir taikyti analogišką metodiką, kol bus surinkta visa reikalinga imtis.

Part 1: Sequence Boundaries

Smallest value (limit -1,000,000,000) ← 1. Mažiausia reikšmė. Įrašome skaičių 1, tai pirmoji gatvė abėcėliniame sąraše.

Largest value (limit +1,000,000,000) ← 2. Didžiausia reikšmė. Įrašome tokį skaičių, kiek gatvių iš viso yra abėcėliniame sąraše. Tarkime, kad mieste yra 100 gatvių.

Format in column(s)

The length of the sequence (the largest minus the smallest value plus 1) can be no greater than 10,000.

Part 2: Go!

Be patient! It may take a little while to generate your sequence...

Get Sequence

Reset Form

Switch to Advanced Mode

3. Spaudžiame „Get sequence“, kad gautume atsitiktinę skaičių seką nuo 1 iki 100.
4. Gauname atsitiktinę skaičių seką nuo 1 iki 100. Pasirenkame pirmus 10 skaičių iš šios sekos, t. y. 64-a, 58-a, 32-a, 16-a, 87-a, 23-ia, 54-a, 10-a, 79-a ir 38-a gatvės iš abėcėlinio gatvių sąrašo. Šios gatvės yra pradiniai atrankos punktai.

4.3 pav. Atsitiktinis pradinių atrankos punktų atrinkimas

Isidėmėkite. Vykdamas apklausas turi būti apklausta proporcingai vyrų ir moterų, atsižvelgiant į savivaldybės populiacijos pasiskirstymą pagal lytį. Apklausų metu reikia atsižvelgti į tai, kiek jau apklausta vyrų ir moterų bei, vadovaujantis „paskutinio gimtadienio“ taisykle, atitinkamai apklausti pagal poreikį. Į tyrimą 18 m. amžiaus ir vyresni asmenys įtraukiami tik gavus jų sutikimą, pabrėžiant, kad jų dalyvavimas tyrime yra savanoriškas ir jie turi teisę apklausoje nedalyvauti.

Apklausa (klausimynų pildymas). Klausimynus pildo patys respondentai. Prireikus pagalbos, apklausėjas gali tik padėti perskaityti klausimyno tekstą (jei tai vyresnio amžiaus žmogus), nedarydamas įtakos respondento pasirinkimui. Respondentus reikia informuoti, kad apklausa yra anoniminė (savo vardo, pavardės, kitos informacijos, leidžiančios identifikuoti respondentą, anketoje žymėti nereikia) ir duomenys bus analizuojami tik apibendrinant. Taip pat svarbu paprašyti respondentų atsakyti į visus anketoje pateiktus klausimus.

4.2. VAIKŲ GYVENSENOS TYRIMAS

4.2.1. TYRIMO KLAUSIMYNAS

Tyrimo klausimynas sudarytas iš dviejų dalių (4 priedas):

1) klausimų apie gyvenimą, kurie apima fizinį aktyvumą, mitybos ypatumus, televizoriaus žiūrėjimą bei naudojimąsi kompiuteriu, alkoholio ir tabako gaminių, elektroninių cigarečių, narkotikų vartojimą, prevencijos

programas mokyklose, patyčias, smurtą šeimoje ir traumas, saugumą kelyje, asmens higieną, savo sveikatos vertinimą;

2) bendrųjų klausimų, kuriais gaunama informacijos apie pagrindinius demografinius veiksnius (lytį, amžių, klasę, gyvenamąją vietą), ir klausimų apie šeimą, namų aplinką, kalbą, tautybę.

4.2.2. IMTIES NUSTATYMAS IR TYRIMO POPULIACIJA

Apklausiami kiekvienos savivaldybės atsitiktiniu būdu atrinkti 5-ų, 7-ų ir 9-ų (pirmųjų gimnazijos) klasių mokiniai. Planuojant tyrimus svarbu nustatyti reprezentatyvios imties dydį, kuri leistų daryti statistiškai reikšmingas išvadas. Savivaldybėse, kuriose yra 250 arba mažiau vienos klasės mokinių, imties dydis neskaičiuojamas – apklausiami visi apklausos metu mokykloje buvę tos klasės mokiniai. Savivaldybėse, kuriose mokinių skaičius atitinkamose klasėse bendrai viršija 250, skaičiuojamas imties dydis. Kiekvienoje savivaldybėje, atliekant mokinių apklausą, skaičiuojamos trys imtys – penktokų, septintokų ir devintokų.

Imtis apskaičiuojama atsižvelgiant į populiacijos dydį, atitinkantį vaikų skaičių savivaldybėje, kurie mokosi vienoje klasėje, pasirinkus 5 proc. paklaidą ir 95 proc. tikimybę. Skaičiuojant galima naudoti internetines imties skaičiuokles (pvz., <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) (4.1 pav.).

Apskaičiuotą imties dydį reikia proporcingai paskirstyti pagal savivaldybėje skirtingose (visose) mokyklose besimokančių mokinių skaičių, kad apklausos rezultatai geriau atspindėtų tyrimo populiaciją savivaldybėje.

Pavyzdys. X savivaldybėje yra 2 010 penktokų, imties skaičiavimo skaičiuoklėje pasirinkę 5 proc. paklaidą ir 95 proc. tikimybę apskaičiuojame 323 penktokų imtį. Žinome, kad X savivaldybėje yra trys mokyklos, kuriose mokosi penktokai: I mokosi 1 000 penktokų, II – 600 penktokų, III – 410 penktokų. Proporcingai apskaičiuojame, kad I mokykloje mokosi 50 proc. visų savivaldybės penktokų, II – 30 proc., o III – 20 proc. Atitinkamai visoms mokykloms paskirstome gautą imties dydį ir sužinome, kad I mokykloje reikia apklausti 162 penktokus, II – 97, o III – 64 penktokus.

Taikant tokią pačią imties dydžio skaičiavimo ir paskirstymo procedūrą nustatoma reikiama septintokų ir devintokų imtis.

4.1 lentelė. Penktokų imties dydžio paskirstymo pavyzdys

Populiacija	Populiacijos dydis	Respondentų dalis mokyklose (proc.)	Respondentų skaičius mokyklose
Iš viso	2 010	100	323
I mokykla	1 000	49,8	162
II mokykla	600	29,9	97
III mokykla	410	20,4	64

4.2.3. APKLAUSOS VYKDYMAS

Vienos mokyklos mokiniai apklausiami tą pačią dieną. Į apklausą klasės įtraukiamos paprastosios tikimybinės atrankos metodu („urnos“ būdu). Pavyzdžiui, III mokykloje yra 5a, 5b, 5c, 5d ir 5e klasės. Užrašius kiekvienos klasės pavadinimą ant lapelio ir jį sulenkus, visi lapeliai sudedami į vieną krūvą. Iš jos ištraukiamos trys klasės, nes pagal imties skaičiuoklę reikia apklausti 72 mokinius. Jeigu reikalingų apklausti mokinių skaičius apklausos

dieną atrinktoje klasėje yra nepakankamas, tai turi būti visiškai apklausta ir dar viena atsitiktinai atrinkta klasė (principas – mokinių turi būti ne mažiau nei reikalauja imties skaičiavimas, o apklausiami visi apklausos metu buvę parinktos klasės mokiniai).

Apklausa vyksta išdalijus klausimynus ir surinkus iškart, kai jie užpildomi. Apklausos metu mokytojo (-s) neturėtų būti klasėje, nes tai gali daryti įtaką mokinių atsakymams.

5. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VERTINIMAS

Sveikatos rodikliai išreiškiami koeficientais, procentais, santykiais, vidurkiais ar kitais kiekybiniais matmenimis, kaip, pavyzdžiui, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Gali būti apskaičiuojami skirtingų grupių, kurios sudaro grupių domeną, sveikatos rodikliai. Domeną galima įvardyti kaip rinkinį grupių, kurias apibrėžia specifinės asmenų charakteristikos tam tikroje populiacijoje. Pavyzdžiui, lyties domeną sudaro vyrai ir moterys [11].

Sveikatos skirtumai ir netolygumai tampa regimi, kai kiekybiniai sveikatos duomenys lyginami tarp grupių domene.

Sveikatos netolygumai dažniausiai yra kompleksiniai ir nevienareikšmiai, tačiau juos išmatuoti ir vertinti galima pasitelkiant keletą statistinių metodų. Sveikatos netolygumų vertinimo tikslas iš esmės visada vienodas – pateikti kiekybinį sveikatos netolygumo įvertinimą tam tikroje populiacijoje [81].

5.1. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VERTINIMO PRINCIPAI

Sveikatos netolygumų vertinimo metodus galima skirstyti į paprastus ir kompleksinius. Paprasti metodai (pavyzdžiui, absoliutus skirtumas, santykinis skirtumas ar santykis) parodo sveikatos skirtumus tarp dviejų grupių, pavyzdžiui, tarp daugiausiai ir mažiausiai pajamų gaunančių asmenų grupių. Paprasti netolygumų vertinimo metodai naudojami plačiausiai,

kadangi juos galima tiesiogiai interpretuoti ir skaičiavimuose naudojamiems duomenims netaikomi ypatingi apribojimai [25].

Kompleksiniams metodams (pavyzdžiui, absoliutus netolygumų indeksas ar koncentracijos indeksas), skirtingai nei paprastiems, reikalingi visų tam tikros populiacijos grupių sveikatos duomenys norint įvertinti netolygumą [25].

Vertinant netolygumus regionuose ar lyginant skirtingas socialines ekonomines gyventojų grupes, paprasti, dviejų rodiklių lyginimo, metodai gali parodyti netolygumą tarp dviejų pasirinktų regionų ar grupių, pavyzdžiui, tarp sveikatos rodiklio atžvilgiu prasčiausio

ir geriausio regiono ar grupės. Kompleksiniai metodai parodo netolygumą, egzistuojantį visuose regionuose ir visose socialinio ekonominio statuso grupėse iš karto, todėl paprasti metodai dažniau pasirenkami situacijose, kai reikia atskleisti netolygumo pokyčius [25].

5.1.1. DVIEJŲ RODIKLIŲ SKIRTUMO SKAIČIAVIMAS IR VERTINIMAS

Absoliutus skirtumas (angl. *Absolute Change, AC*) yra dviejų skaičių skirtumas. Šiuo atveju išreiškiamas dviejų, aukščiausios ir žemiausios, rodiklių reikšmių skirtumas, iš didesnio skaičiaus atimant mažesnį [81]. Apskaičiuojama pagal formulę:

$$AC = \text{rodiklis}_1 - \text{rodiklis}_2$$

1 pavyzdys. Tarkime, kad 2013 m. moterų ir vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VTGT) tam tikroje savivaldybėje buvo atitinkamai 79,38 ir 68,53 metų. Absoliutus skirtumas apskaičiuojamas šitaip:

$$AC = VTGT_m - VTGT_v = 79,38 - 68,53 = 10,85$$

Interpretacija. Matome, kad 2013 m. šioje savivaldybėje moterų VTGT buvo 10,85 metų ilgesnė nei vyrų. Šiuo atveju egzistuoja ryškūs sveikatos netolygumai tarp vyrų ir moterų.

2 pavyzdys. Tarkime, kad tam tikroje savivaldybėje 2012 m. asmenų, turinčių nebaigtą vidurinę išsilavinimą, mirtingumas (M) dėl kraujotakos sistemos ligų buvo 789,9 atv. skaičiuojant 100 000 gyventojų (M_1), o asmenų, turinčių vidurinę išsilavinimą, – 775,5 atv. 100 000 gyventojų (M_2). Taigi absoliutus skirtumas yra:

$$AC = M_1 - M_2 = 789,9 - 775,5 = 14,4$$

Interpretacija. Matome, kad asmenų, turinčių nebaigtą vidurinę išsilavinimą, mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis buvo 14,4 atv. 100 000 gyventojų didesnis nei asmenų, įgijusių vidurinę išsilavinimą. Darome prielaidą, kad išsilavinimo lygis gali turėti įtakos vyrų mirtingumui nuo kraujotakos sistemos ligų, stebimi sveikatos netolygumai. Šiuo atveju kraujotakos sistemos ligomis dažniau serga žemesnio išsilavinimo asmenys.

Santykinis skirtumas (angl. *Relative Change, RC*) parodo dviejų rodiklių reikšmių santykinį koeficientą, kuris dažnai išreiškiamas procentais [81]. Tai atskleidžia tikrąjį skirtumo, pokyčio mastą tarp dviejų rodiklių reikšmių. Santykinis skirtumas apskaičiuojamas pagal formulę:

$$RC = (\text{rodiklis}_1 - \text{rodiklis}_2) / \text{rodiklis}_2 * 100$$

1 pavyzdys. Tam tikroje savivaldybėje 2014 m. vyrų sergamumas 2-ojo tipo cukriniu diabetu buvo atitinkamai 881,3 atv. 100 000 gyventojų (S_1) ir 778,5 atv. 100 000 gyventojų (S_2) pagal vidutines mažiausias (<100 Eur) ir didesnes (300–399 Eur) pajamas,

skaičiuojamas vienam šeimos nariui per mėnesį „į rankas“. Santykinis skirtumas apskaičiuojamas šitaip:

$$RC = (S_1 - S_2) / S_2 * 100 = (881,3 - 778,5) / 778,5 * 100 = 13,2 \%$$

Interpretacija. Matome, kad vyrų, kurių šeimose vidutinės mėnesinės pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“ buvo <100 Eur, sergamumo rodiklis 13,2 proc. didesnis nei vyrų, kurių šeimose vidutinės mėnesinės pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“ buvo 300–399 Eur. Galime teigti, kad vidutinės mėnesinės asmens pajamos, kaip socialinio ekonominio statuso atspindys, susijusios su sveikatos būkle. 2-ojo tipo cukriniu diabetu dažniau serga vyrai, gaunantys mažesnes pajamas.

2 pavyzdys. Tarkime, kad, lygindami moteris, turinčias pradinį ir universitetinį išsilavinimą,

norime sužinoti, kaip tam tikroje savivaldybėje skyrėsi moterų mirtingumo nuo krūties piktybinių navikų rodikliai 2014 m. Mirtingumo rodikliai atitinkamai yra 789,9 atv. 100 000 gyventojų (M_1) ir 712,5 atv. 100 000 (M_2) gyventojų. Tuomet santykinis skirtumas yra:

$$RC = (M_1 - M_2) / M_2 * 100 = (789,9 - 712,5) / 712,5 * 100 = 10,86 \%$$

Interpretacija. Matome, kad mirtingumo nuo krūties piktybinių navikų lyginant moteris, turinčias pradinį ir universitetinį išsilavinimą, rodiklis per metus apytiksliai skyrėsi 10,86 proc. Galime teigti, jog egzistuoja sveikatos netolygumai dėl socialinio ekonominio statuso – moterys, kurios turi pradinį išsilavinimą, dažniau miršta nuo krūties piktybinių navikų nei universitetinį išsilavinimą įgijusios moterys, atsižvelgiant į atitinkamus rodiklius.

5.1.2. DVIEJŲ RODIKLIŲ SANTYKIO SKAIČIAVIMAS IR VERTINIMAS

Dviejų rodiklių reikšmių (dviejų skaičių) **santykis** parodo, kiek kartų vienas rodiklis yra didesnis už kitą. Aukščiausios ir žemiausios rodiklių reikšmių santykis apskaičiuojamas didesnį skaičių dalijant iš mažesnio. Skaičiuojama pagal formulę:

$$AC = \text{rodiklis}_1 / \text{rodiklis}_2$$

3 pavyzdys. Tarkime, kad 2013 m. moterų ir vyrų VTGT tam tikroje savivaldybėje buvo atitinkamai 79,38 ir 68,53 metų. Absoliutus skirtumas apskaičiuojamas šitaip:

$$AC = VTGT_m / VTGT_v = 79,38 / 68,53 = 1,16$$

Interpretacija. Matome, kad 2013 m. šioje savivaldybėje moterų VTGT buvo 1,16 karto ilgesnė nei vyrų. Šiuo atveju egzistuoja ryškūs sveikatos netolygumai tarp vyrų ir moterų.

4 pavyzdys. Tarkime, kad tam tikroje savivaldybėje 2012 m. asmenų, turinčių nebaigtą vidurinį išsilavinimą, mirtingumas (M) dėl kraujotakos sistemos ligų buvo 789,9 atv. 100 000 gyventojų (M_1), o asmenų, turinčių vidurinį išsilavinimą, – 775,5 atv. 100 000 gyventojų (M_2). Absoliutus skirtumas apskaičiuojamas šitaip:

$$AC = M_1 / M_2 = 789,9 / 775,5 = 1,02$$

Interpretacija. Matome, kad asmenų, turinčių nebaigtą vidurinį išsilavinimą, mirtinumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis buvo 1,02 karto didesnis nei asmenų, įgijusių vidurinį išsilavinimą. Galima daryti prielaidą,

jog egzistuoja skirtumai tarp nagrinėtų grupių, tačiau sveikatos netolygumus įžvelgti sunku. Vertindami santykio reikšmę galime teigti, kad šiuo atveju sveikatos netolygumų nenustatyta.

5.1.3. PRISKIRTA RIZIKA IR GYVENTOJAMS PRISKIRTA RIZIKA

Priskirta rizika (angl. *Attributable Risk, AR*) nurodo asmenų, paveiktų ekspozicijos arba socioekonominės, demografinės kategorijos, ligos atvejų skaičių, kuris gali būti priskirtas tai ekspozicijai arba atitinkamai socialinei ekonominei, demografiniai kategorijai [82]. Apskaičiuojama pagal formulę:

$$AR = I_e - I_n$$

čia AR – priskirta rizika, I_e – susirgimų dažnis esant ekspozicijai, I_n – susirgimų dažnis, kai nėra ekspozicijos. Šiuo atveju parodoma, kiek daugiau susirgimų sukėlė tam tikras sveikatai neigiamas veiksnys (ekspozicija). Ekspozicijai galime priskirti žemą socioekonominį statusą. Priskirtą riziką taip pat galima apskaičiuoti santykiu:

$$AR = (I_e - I_n) / I_e$$

čia AR – priskirta rizika, I_e – sveikatos veiksnio dažnis esant ekspozicijai, I_n – sveikatos veiksnio dažnis, kai nėra ekspozicijos.

5 pavyzdys. Tarkime, kad norime įvertinti priskirtą riziką atsižvelgdami į asmenų grupę, neturinčią vidurinio išsilavinimo, pagal transporto įvykiuose patirtų traumų skaičių 100 000 gyventojų tam tikroje savivaldybėje. Patirtų traumų rodikliai yra atitinkamai

117 atv. 100 000 gyventojų (I_e), kurie neturi vidurinio išsilavinimo, ir 97 atv. 100 000 gyventojų (I_n) likusiai šios savivaldybės populiacijai. Priskirta rizika apskaičiuojama šitaip:

$$AR = I_e - I_n = 117 - 97 = 20,$$

$$AR = (I_e - I_n) / I_e = (117 - 97) / 117 = 0,171 (17,1 \%).$$

Interpretacija. Palyginę rodiklius galime teigti, jog asmenų, turinčių nebaigtą vidurinį išsilavinimą, transporto įvykiuose patirtų traumų skaičius būtų 20 atv. 100 000 gyventojų, arba 17,1 proc., mažesnis, jei šiems asmenims būtų galima taikyti tokį dydį, kuris būdingas asmenims, įgijusiems vidurinį ir aukštesnį išsilavinimą (97 atv. 100 000 gyventojų).

Populiacijai priskirta rizika (angl. *Population Attributable Risk, PAR*) nurodo atvejų skaičių (arba proporciją), kurie neįvyktų tam tikroje populiacijoje, jei sveikatai neigiamas veiksnys būtų pašalintas arba sveikatai neigiamo veiksnio, ligos dažnio perteklių populiacijoje lyginant su ligos dažniu grupėje, paveiktoje ekspozicijos [82]. Populiacijai priskirta rizika priklauso nuo rizikos veiksnio paplitimo ir nuo to, kaip stipriai tam tikras veiksnys susijęs su tam tikra liga. Apskaičiuojama pagal formulę:

$$PAR = P_e (RR_e - 1) / [1 + P_e (RR_e - 1)],$$

$$RR = I_e / I_r$$

čia PAR – populiacijai priskirta rizika, P_e – ekspozicijos dažnis (pavyzdžiui, dalis populiacijos, kuri gauna mažas pajamas, turi žemą išsilavinimą), RR_e – dažnių santykis, susijęs su ekspozicija, I_e – susirgimų dažnis esant ekspozicijai, I_n – susirgimų dažnis, kai nėra ekspozicijos.

6 pavyzdys. Tarkime, kad norime įvertinti priskirtą riziką atsižvelgdami į asmenų grupę, neturinčią vidurinio išsilavinimo, pagal transporto įvykiuose patirtų traumų skaičių 100 000 gyventojų tam tikroje savivaldybėje. Patirtų traumų rodikliai yra atitinkamai 117 atv. 100 000 gyventojų (I_e), kurie neturi vidurinio išsilavinimo, ir 97 atv.

100 000 gyventojų (I_n) likusiai šios savivaldybės populiacijai. Asmenys, neturintys vidurinio išsilavinimo, sudaro 14 proc. savivaldybės populiacijos. Priskirta rizika apskaičiuojama šitaip:

$$PAR = P_e (RR_e - 1) / [1 + P_e (RR_e - 1)] =$$

$$0,14 (117 / 97 - 1) / [1 + 0,14 (117 / 97 - 1)] =$$

$$0,028 (2,8 \%).$$

Interpretacija. Įvertinę populiacijai priskirtą riziką galime teigti, jog transporto įvykiuose patirtų traumų skaičius būtų 2,8 proc. mažesnis, jei šiems asmenims, neturintiems vidurinio išsilavinimo, būtų galima taikyti tokį dydį, kuris būdingas asmenims, įgijusiems vidurinį ir aukštesnį išsilavinimą (97 atv. 100 000 gyventojų).

5.1.4. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VERTINIMO INDEKSAI

Santykinis netolygumų indeksas

Santykinis netolygumų indeksas (angl. *Relative index of inequality, rii*) naudojamas norint palyginti mirtingumo ir sergamumo rodiklius taikant natūraliai suranguotas (paprastai pagal išsilavinimą ar pajamas) populiacijos grupes. Santykinis netolygumų indeksas parodo santykinį numanomų sveikatos veiksmo reikšmių skirtumą tarp aukščiausios socioekonominio statuso grupės (pavyzdžiui, aukščiausio išsilavinimo) ir žemiausios socioekonominio statuso grupės (pavyzdžiui, žemiausio išsilavinimo) bei socialinio ekonominio statuso pasiskirstymą naudojant regresijos modelį [8].

Santykinio netolygumų indekso apskaičiavimas

7 pavyzdys. Tarkime, kad tam tikroje savivaldybėje suaugusius asmenis pagal išsilavinimą galima suskirstyti į penkias grupes (5.1 lentelė),

kuriose skiriasi mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodikliai 100 000 gyventojų. Norime sužinoti santykinio netolygumų indekso reikšmę (5.2 lentelė). Santykiniam netolygumų indeksui apskaičiuoti ir vertinti reikalingi žingsniai:

- visa populiacija (šiuo atveju 10 000 gyventojų) yra ranguojama nuo žemiausios socioekonominės grupės (0 rangas) iki aukščiausios socioekonominės grupės (1 rangas) pagal išsilavinimą (5.1 lentelė);
- rangavimas atliekamas atsižvelgiant į proporcinį populiacijos pasiskirstymą (kiekvienos grupės dalį nuo bendros populiacijos skaičiaus) (5.1 lentelė);
- apskaičiuojami kumuliaciniai (sukauptieji) populiacijos proporcijų nuotoliai (žemesnės ranginės grupės proporcinės dalies populiacijoje reikšmė ir šios reikšmės bei esamos proporcinės dalies populiacijoje reikšmės suma (5.1 lentelė));

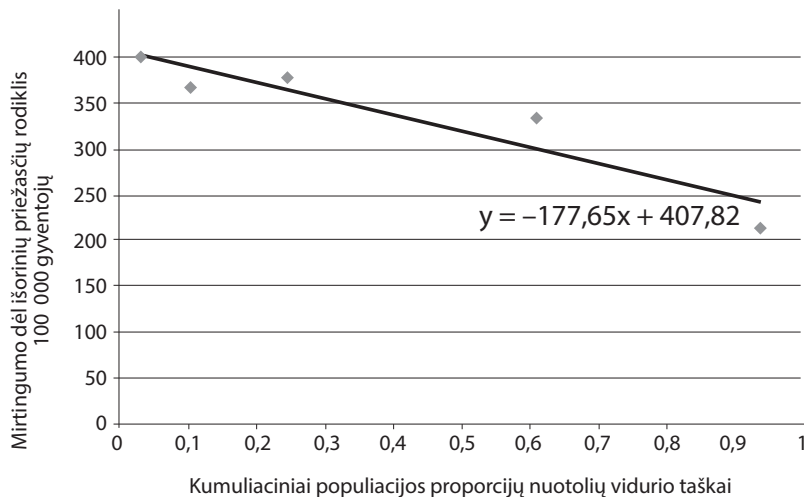
5.1 lentelė. Suaugusių asmenų, gyvenančių tam tikroje savivaldybėje, suskirstymas pagal išsilavinimą į penkias grupes

Socioekonominė grupė pagal išsilavinimą	Suaugusių asmenų skaičius	Proporcinis populiacijos pasiskirstymas	Kumuliaciniai populiacijos proporcijų nuotoliai	Kumuliacinių populiacijos proporcijų nuotolių apskaičiavimas
Nebaigtas vidurinis	610	0,0610	a–b	a = 0,0000 b = 0,0610
Vidurinis	856	0,0856	b–c	b = 0,0610 c = 0,0610 + 0,0856 = 0,1466
Aukštesnysis	1 980	0,1980	c–d	c = 0,1466 d = 0,1466 + 0,1980 = 0,3446
Aukštasis (kolegija)	5 287	0,5287	d–e	d = 0,3446 e = 0,3446 + 0,5287 = 0,8734
Universitetinis	1 266	0,1266	e–f	e = 0,8734 f = 0,8734 + 0,1266 = 1,000

5.2 lentelė. Suaugusių asmenų skaičius, proporcinis populiacijos pasiskirstymas, kumuliaciniai populiacijos proporcijų nuotoliai, proporcijų nuotolių vidurio taškai, mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodikliai 100 000 gyventojų pagal socioekonominės išsilavinimo grupes

Socioekonominė grupė pagal išsilavinimą	Suaugusių asmenų skaičius	Proporcinis populiacijos pasiskirstymas	Kumuliaciniai populiacijos proporcijų nuotoliai	Kumuliaciniai populiacijos proporcijų nuotolių vidurio taškai (x ašis)	Mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis 100 000 gyventojų (y ašis)
Nebaigtas vidurinis	610	0,0610	0,0000–0,0610	0,0305	400
Vidurinis	856	0,0856	0,0610–0,1466	0,1038	367
Aukštesnysis	1 980	0,1980	0,1466–0,3446	0,2456	378
Aukštasis (kolegija)	5 287	0,5287	0,3446–0,8734	0,6090	334
Universitetinis	1 266	0,1266	0,8734–1,000	0,9367	218

- apskaičiuojami šių nuotolių vidurio taškai (kumuliacinių nuotolių kraštutinių reikšmių aritmetiniai vidurkiai) (5.2 lentelė);
- kitame etape atliekama tiriamojo sveikatos veiksnio regresija (5.1 pav.) naudojant nuotolio vidurio taškus (x ašis) ir sveikatos veiksnio reikšmes – šiuo atveju mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis 100 000 gyventojų (y ašis) (5.2 lentelė); nustatoma regresijos lygtis (5.1 pav.);
- apskaičiuojamos numanomos sveikatos rodiklio reikšmės dviem kraštutiniams rangams (1 rangas ir 0 rangas) naudojantis regresijos lygtimi ($y = -177,65x + 407,82$) ir kumuliaciniais populiacijos proporcijų nuotolių vidurio taškais (atitinkamai 0,9367 ir 0,0305);
- numanoma asmenų, įgijusių universitetinį išsilavinimą (1 rangas), sveikatos rodiklio reikšmė apskaičiuojama šitaip: $-177,65 * 0,9367 + 407,82 = 241,42$, o asmenų, turinčių nebaigtą vidurinį išsilavinimą (0 rangas), taip: $-177,65 * 0,0305 + 407,82 = 402,40$;
- 1 rango ir 0 rango numanomų reikšmių (iš regresijos formulės) santykis yra santykinio netolygumų indekso reikšmė: $241,42 / 402,40 = 0,60$.



5.1 pav. Santykinis netolygumų indeksas pagal mirtingumą dėl išorinių priežasčių

Interpretacija. Kai santykinio netolygumų indekso linija yra horizontali, indekso reikšmė yra lygi 0. Jei indekso reikšmė yra >1 , tiriamas reiškinys labiau paplitęs aukščiausiose socioekonominėse grupėse, jei reikšmė <1 – tiriamas reiškinys labiau paplitęs žemiausiose socioekonominėse grupėse [8]. Kadangi santykinio netolygumų indekso reikšmė yra $241,42 / 402,40 = 0,60$ (<1), galima teigti, kad mirtingumas dėl išorinių priežasčių labiau vyrauja žemiausiose socioekonominėse grupėse, dėl išorinių priežasčių dažniau miršta asmenys, turintys žemesnį ar žemiausią išsilavinimą. Tai rodo, kad asmenų socioekonominis statusas, šiuo atveju išsilavinimas, daro įtaką jų sveikatai, stebimi sveikatos netolygumai lyginant visas socioekonominio statuso (išsilavinimo) grupes atsižvelgiant į mirtingumą dėl išorinių priežasčių.

Absoliutus netolygumų indeksas

Absoliutus netolygumų indeksas (angl. *Slope index of inequality, sii*) naudojamas norint parodyti sveikatos gradientą per natūraliai suranguotas (paprastai pagal išsilavinimą ar pajamas) populiacijos grupes. Absoliutus

netolygumų indeksas parodo absoliutų numanomų sveikatos veiksnio reikšmių skirtumą tarp aukščiausios socioekonominio statuso grupės (pavyzdžiui, didžiausias pajamas gaunančių asmenų) ir žemiausios socioekonominio statuso grupės (pavyzdžiui, mažiausias pajamas gaunančių asmenų) ir socioekonominio statuso pasiskirstymą naudojant regresijos modelį [8].

Absoliutaus netolygumų indekso apskaičiavimas

8 pavyzdys. Tarkime, kad tam tikroje savivaldybėje suaugusius asmenis pagal gaunamas pajamas galima suskirstyti į penkias grupes (5.3 lentelė), kuriose skiriasi vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai. Norime sužinoti absoliutaus netolygumų indekso reikšmę (5.4 lentelė). Absoliučiam netolygumų indeksui apskaičiuoti ir vertinti reikalingi žingsniai:

- visa populiacija (šiuo atveju 10 000 gyventojų) ranguojama nuo žemiausios socioekonominės grupės (0 rangas) iki aukščiausios socioekonominės grupės (1 rangas) pagal pajamas (5.3 lentelė);
- rangavimas atliekamas atsižvelgiant į proporcinį populiacijos pasiskirstymą (kiekvienos grupės dalį nuo bendros populiacijos skaičiaus) (5.4 lentelė);
- apskaičiuojami kumuliaciniai (sukauptieji) populiacijos proporcijų nuotoliai (žemesnės ranginės grupės proporcinės dalies populiacijoje reikšmė ir šios reikšmės bei esamos proporcinės dalies populiacijoje reikšmės suma (5.4 lentelė));

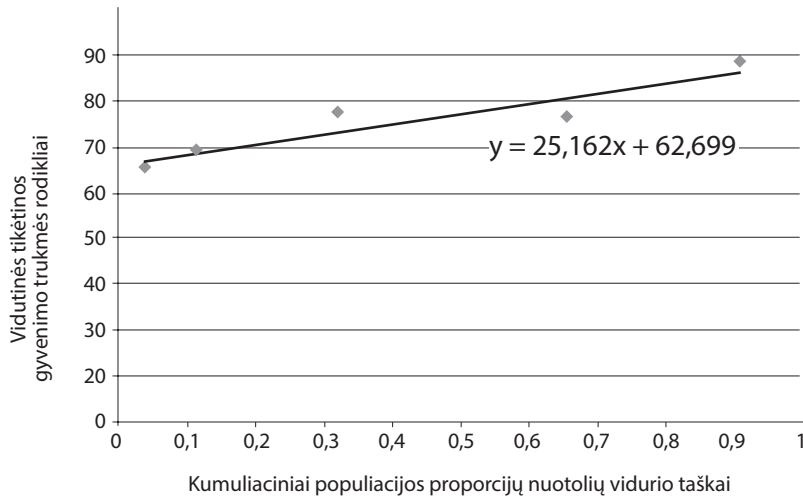
5.3 lentelė. Suaugusių asmenų, gyvenančių tam tikroje savivaldybėje, suskirstymas į penkias grupes pagal gaunamas pajamas

Socioekonominė grupė pagal pajamas	Suaugusių asmenų skaičius	Proporcinis populiacijos pasiskirstymas	Kumuliaciniai populiacijos proporcijų nuotoliai	Kumuliacinių populiacijos proporcijų nuotolių apskaičiavimas
100–299 Eur	816	0,0816	a–b	a = 0,0000 b = 0,0816
300–399 Eur	650	0,0650	b–c	b = 0,0816 c = 0,0816 + 0,0650 = 0,1466
400–499 Eur	3 487	0,3487	c–d	c = 0,1466 d = 0,1466 + 0,3487 = 0,4953
500–699 Eur	3 280	0,3280	d–e	d = 0,4953 e = 0,4953 + 0,3280 = 0,8233
700 Eur ir daugiau	1 767	0,1767	e–f	e = 0,8233 f = 0,8233 + 0,1767 = 1,000

5.4 lentelė. Suaugusių asmenų skaičius, proporcinis populiacijos pasiskirstymas, kumuliaciniai populiacijos proporcijų nuotoliai, proporcijų nuotolių vidurio taškai, vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai pagal socioekonominės pajamų grupes

Socioekonominė grupė pagal išsilavinimą	Suaugusių asmenų skaičius	Proporcinis populiacijos pasiskirstymas	Kumuliaciniai populiacijos proporcijų nuotoliai	Kumuliaciniai populiacijos proporcijų nuotolių vidurio taškai (x ašis)	Mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis 100 000 gyventojų (y ašis)
100–299 Eur	610	0,0610	0,0000–0,0816	0,0408	62
300–399 Eur	856	0,0856	0,0816–0,1466	0,1141	66
400–499 Eur	1 980	0,1980	0,1466–0,4953	0,3210	75
500–699 Eur	5 287	0,5287	0,4953–0,8233	0,6593	74
700 Eur ir daugiau	1 266	0,1266	0,8233–1,0000	0,9117	88

- apskaičiuojami šių nuotolių vidurio taškai (kumuliacinių nuotolių kraštutinių reikšmių aritmetiniai vidurkiai) (5.4 lentelė);
- kitame etape atliekama tiriamojo sveikatos veiksnio regresija (5.2 pav.) naudojant nuotolio vidurio taškus (x ašis) ir sveikatos veiksnio reikšmes, šiuo atveju – VTGT rodiklius (y ašis) (5.4 lentelė); nustatoma regresijos lygtis (5.2 pav.);
- naudojantis regresijos lygtimi ($y = 25,162x + 62,699$) ir kumuliaciniais populiacijos proporcijų nuotolių vidurio taškais (atitinkamai 0,9117 ir 0,0408) apskaičiuojamos numanomos dviejų kraštutinių rangų (1 ir 0 rangų) sveikatos rodiklio reikšmės;
- numanoma asmenų, gaunančių didžiausias pajamas (700 Eur ir daugiau; 1 rangas), sveikatos rodiklio reikšmė apskaičiuojama šitaip: $25,162 * 0,9117 + 62,699 = 85,64$, o asmenų, gaunančių mažiausias pajamas (0 rangas), – $25,162 * 0,0408 + 62,699 = 63,73$;
- 1 rango ir 0 rango numanomų reikšmių (iš regresijos lygties) skirtumas yra absoliutaus netolygumų indekso reikšmė: $85,64 - 63,73 = 21,91$.



5.2 pav. Absolūtus netolygumų indeksas pagal vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklius

Interpretacija. Kai absoliutaus netolygumų indekso linija yra horizontali, indekso reikšmė lygi 0. Jei indekso reikšmė yra >1 , tiriamas reiškinys labiau paplitęs aukščiausiose socioekonominėse grupėse, jei reikšmė <1 – tiriamas reiškinys labiau paplitęs žemiausiose socioekonominėse grupėse [8]. Kadangi absoliutaus netolygumų indekso reikšmė yra $85,64 - 63,73 = 21,91 (>1)$, galima teigti, jog VTGT yra ilgesnė aukščiausiose socioekonominėse grupėse, didžiausias pajamas gaunantys asmenys gyvena ilgiau nei gaunantieji mažesnes pajamas. Tai rodo, kad asmenų socioekonominis statusas, šiuo atveju pajamos, daro įtaką jų sveikatai, VTGT, stebimi sveikatos netolygumai lyginant visas socioekonominio statuso (pagal pajamas) grupes.

Koncentracijos indeksas

Koncentracijos indeksas (angl. *Concentration index, c*) yra santykinis netolygumo rodiklis, kuris parodo sveikatos gradientą tarp skirtingų natūraliai ranginių grupių (paprastai pagal pajamas ar išsilavinimą). Šis indeksas parodo, koku mastu sveikatos veiksnys koncentruotas tarp nepalankioje ar palankioje situacijoje esančių grupių. Populiacija ranguojama pagal socioekonominį statusą

nuo žemiausio iki aukščiausio. Jei koncentracijos indeksas turi neigiamą reikšmę, nesvarbu, ar tiriamas sveikatos veiksnys yra palankus (pavyzdžiui, pagyvenusių asmenų vakcinacija nuo gripo) ar žalojantis (pavyzdžiui, rūkymas), tai reiškia, kad sveikatos veiksnys koncentruotas prie nepalankioje situacijoje esančių grupių (pavyzdžiui, mažas pajamas gaunančių asmenų). Kitu atveju, kai sveikatos veiksnys koncentruotas prie palankioje situacijoje esančių grupių (pavyzdžiui, didesnes pajamas gaunančių asmenų), koncentracijos indekso reikšmė bus teigiama [8].

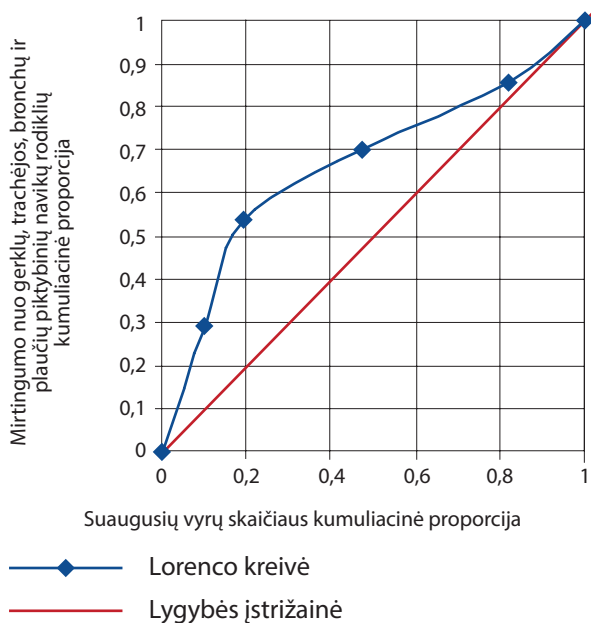
nys koncentruotas prie palankioje situacijoje esančių grupių (pavyzdžiui, didesnes pajamas gaunančių asmenų), koncentracijos indekso reikšmė bus teigiama [8].

Kai netolygumų nėra, koncentracijos indekso reikšmė yra 0. Teoriškai koncentracijos indekso reikšmė yra nuo -1 iki 1 , tačiau praktikoje ši reikšmė retai būna mažesnė už $-0,5$ ar didesnė už $0,5$. Kai koncentracijos indekso reikšmė yra $\pm 0,2$ ar $\pm 0,3$, tai rodo gana aukšto lygio santykinį netolygumą. Koncentracijos indeksas apskaičiuojamas pagal formulę:

$$c = \sum_{i=0}^{k-1} (X_{n-1} Y_n - X_n Y_{n-1}),$$

čia c – koncentracijos indeksas, X – kumuliacinė (sukauptoji) populiacijos kintamojo proporcija, Y – kumuliacinė (sukauptoji) sveikatos kintamojo proporcija.

Koncentracijos indeksas susijęs su Lorenco, arba koncentracijos, kreive (5.3 pav.). Lorenco kreivė yra kumuliacinio dažnumo kreivė, kuri parodo tam tikro kintamojo išsidėstymą lyginant su diagonale, atspindinčia visišką lygybę (45° įstrižainė). Kuo labiau Lorenco kreivė nukrypusi nuo 45° įstrižainės, tuo ryškesnis netolygumas [83].



5.4 pav. Koncentracijos (Lorenco) kreivė

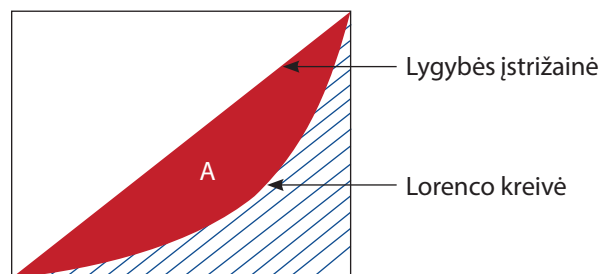
Interpretacija. Koncentracijos indekso reikšmė $-0,3269$ rodo egzistuojančius netolygumus vertinant vyrų mirtingumą nuo gerklų, trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų. Kadangi koncentracijos indeksas turi neigiamą reikšmę, galima teigti, kad mirtingumas nuo gerklų, trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų labiau paliečia mažesnes pajamas gaunančius vyrus. Išanalizavę grafiką matome, kad asmenų, kurių pajamos yra mažesnės už 400 Eur, mirtingumas nuo gerklų, trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų sudaro net apie 55 proc. viso vyrų mirtingumo nagrinėtoje savivaldybėje dėl šių ligų.

Gini koeficientas

Gini indeksas (angl. *Gini coefficient*, G) naudojamas visame pasaulyje norint parodyti pajamų netolygumus nacionaliniu lygiu, tačiau šis indeksas sėkmingai pritaikomas ir vertinant sveikatos netolygumus, kai tam tikra populiacija (jos grupės) lyginama pagal sveikatos veiksnių ir socioekonominį statusą.

Gini koeficientas yra paremtas Lorenco kreive (5.5 pav.). Lorenco kreivė yra kumuliacinė

dažnumo kreivė, kuri parodo tam tikro kintamojo išsidėstymą lyginant su diagonale, atspindinčia visišką lygybę (45° įstrižainė). Kuo labiau Lorenco kreivė nukrypusi nuo 45° įstrižainės, tuo ryškesnis netolygumas [83].



5.3 pav. Lygybės įstrižainė ir Lorenco kreivė bei plotas tarp įstrižainės ir kreivės

Kai Gini koeficientu norima parodyti egzistuojančius sveikatos netolygumus, paprastai populiacijos kumuliacinė proporcija pateikiama X ašimi, o kumuliacinė sveikatos rodiklio (kintamojo) – Y ašimi. Lorenco kreivė gali būti tiek virš 45° įstrižainės, tiek žemiau jos [83].

Gini koeficiento intervalas yra nuo 0 iki 1: 0 parodytų tobulą lygybę, o 1 – visišką netolygumą. Galima sakyti, kad Gini koeficiento reikšmė lygi dukart didesniai plotui negu tas, kuris yra tarp Lorenco kreivės ir 45° įstrižainės (A) (5.5 pav.). Gini koeficientą galima apskaičiuoti pagal formulę:

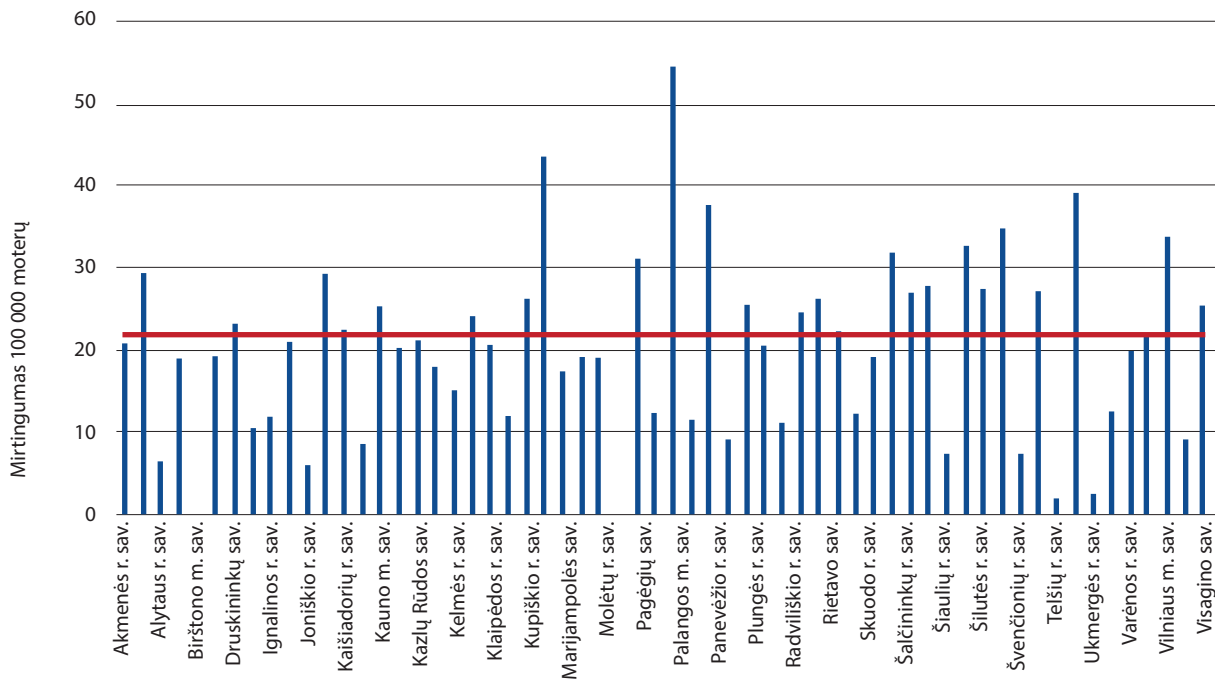
$$G = 1 - \sum_{i=0}^{n-1} (Y_{i+1} + Y_i) (X_{i+1} - X_i)$$

čia G – Gini koeficientas, Y – kumuliacinė sveikatos kintamojo proporcija, X – kumuliacinė populiacijos kintamojo proporcija.

Gini koeficiento apskaičiavimas

10 pavyzdys. Tarkime, kad tam tikroje savivaldybėje gyvenančius suaugusius asmenis galima suskirstyti į penkias grupes pagal amžių, šiose grupėse skiriasi mirtingumo nuo piktybinių navikų rodikliai 100 000 gyventojų

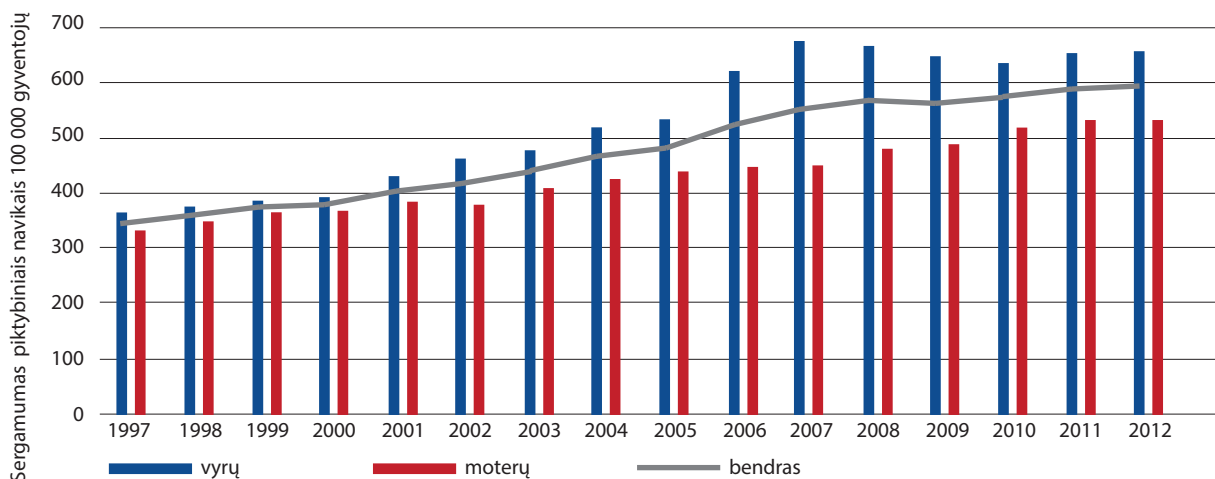
6. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VAIZDAVIMAS



6.1 pav. Moterų mirtingumas nuo piktybinių krūties navikų savivaldybėse 2012 m. [LSSRS]

Vykdamas sveikatos ir jos netolygumų stebėseną svarbu, kad duomenys būtų pateikiami vartotojui prieinamomis ir suprantamomis priemonėmis. Vienas tokių būdų yra sveikatos netolygumų rodiklių vaizdavimas.

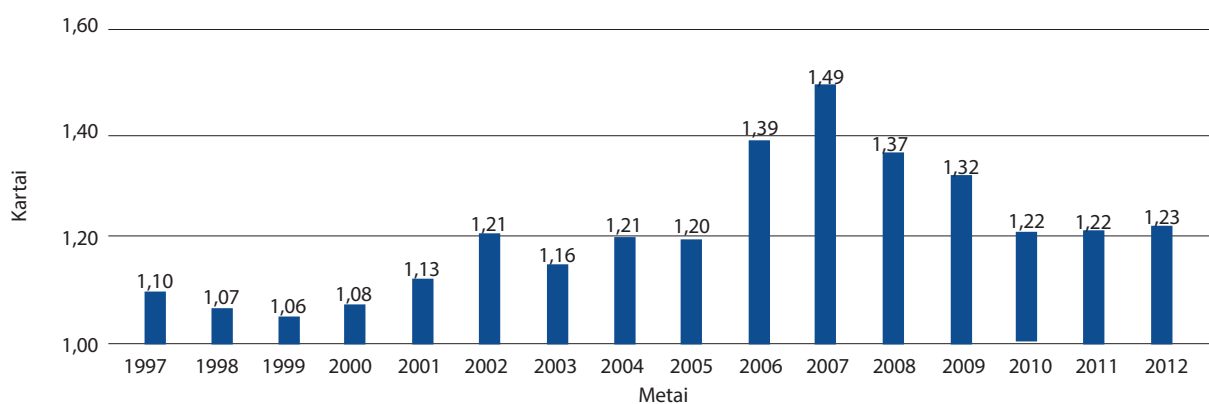
Norint palyginti įvairių administracinių teritorijų (pvz., savivaldybių, apskričių) rodiklius, sudaroma diagrama su Lietuvos vidurkio linija (6.1 pav.). Tokiu būdu galime vertinti ir palyginti, kaip vieni teritoriniai administraciniai vienetai atrodo kitų atžvilgiu, kaip pasiskirsto pagal bendrą Lietuvos vidurkį.



6.2 pav. Sergamumas piktybiniais navikais Lietuvoje 1997–2012 m. [HI, SIC]

6.2 pav. pavaizduota vyrų ir moterų (taip pat ir bendras šalies rodiklis) sergamumo piktybiniais navikais dinamika 1997–2012 m. Nors dinamika matoma, tačiau tik statistiniais metodais galime vertinti rodiklio tendencijos patikimumą. Gali būti pateikiama visų rekomendacijose siūlomų sveikatos netolygumų rodiklių (1 priedas) dinamika, taip pat galima rinktis bendrus ar konkrečios savivaldybės, seniūnijos rodiklius.

6.3 pav. matome tuos pačius duomenis, kaip ir 2 pav., tik čia jau apskaičiuotas paprastas išvestinis rodiklis – santykis. Vyrų ir moterų sergamumo piktybiniais navikais rodiklių santykis parodo, kiek kartų vienas rodiklis yra didesnis už kitą. Iš 6.3 pav. matome, kad vyrų sergamumas piktybiniais navikais 1997–2012 m. laikotarpiu buvo didesnis nei moterų. 2007 m. vyrų sergamumas piktybiniais navikais 1,49 karto didesnis nei moterų sergamumas piktybiniais navikais.



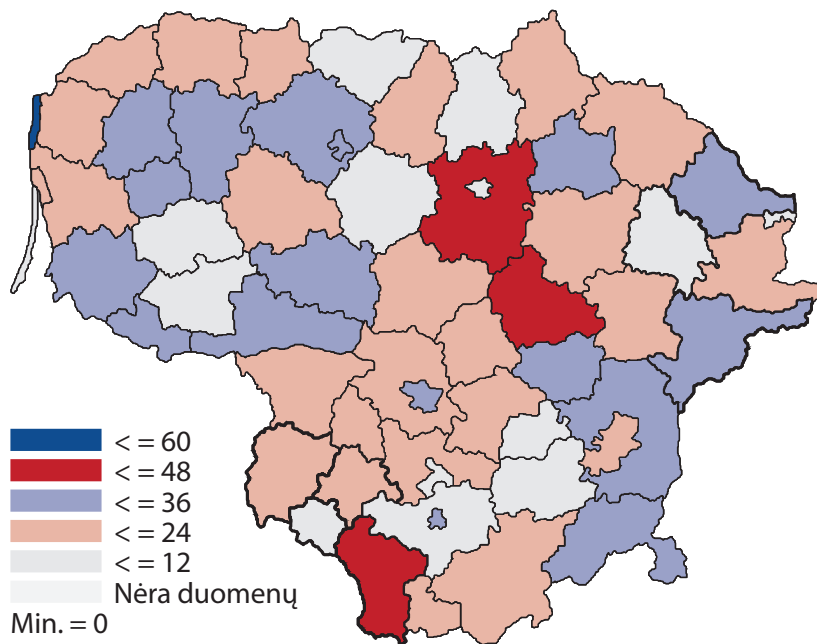
6.3 pav. Vyrų ir moterų sergamumo piktybiniais navikais santykis Lietuvoje 1997–2012 m.

6.1. KARTOGRAFAVIMAS

Sergamumo kartografavimas panaudojant bendrus (nestandardizuotus) rodiklius gali būti atliekamas sveikatos priežiūros vadybos tikslais. Žinodami, kad Kauno apskrityje moterų sergamumas krūties piktybiniais navikais yra didesnis nei šalies vidurkis, galime įvertinti, kaip sergamumas pasiskirsto toje apskrityje (6.1 lentelė). Taip įvertinsime, kaip pasiskirsto sergamumas savivaldybėse ne šalies mastu, o iš Kauno apskrities perspektyvos [84]. Iš 6.1 lentelės matome, kad didesni rodikliai yra Kauno miesto ir rajono bei Raseinių rajono savivaldybėse.

6.1 lentelė. Moterų sergamumas krūties piktybiniais navikais 100 000 moterų Kauno apskrityje ir jai priklausančiose savivaldybėse 2014 m.

Teritorija	Atvejai	Rodiklis
Kauno m. sav.	673	380,59
Kauno r. sav.	106	235,46
Jonavos r. sav.	49	195,84
Kaišiadorių r. sav.	27	161,45
Kėdainių r. sav.	57	194,83
Prienų r. sav.	26	163,98
Birštono sav.	5	197,08
Raseinių r. sav.	49	243,45
Kauno apskritis	992	299,36
Lietuva	3 501	212,78

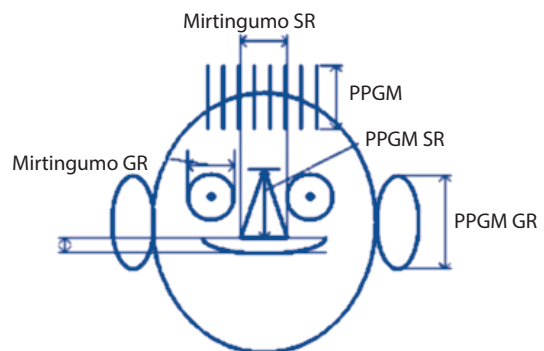


6.4 pav. Mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų Lietuvoje 2013 m. [LSSRS]

Vaizdavimas žemėlapiuose (6.4 pav.) informatyvus, nes matyti, kaip rodikliai atrodo kiekvienoje savivaldybėje (seniūnijoje) Lietuvos žemėlapyje. Šiuo būdu iškart pastebimos išsiskiriančios savivaldybės. 6.4 pav. matyti, kad Lazdijų r., Ukmergės r. ir Panevėžio r. savivaldybėse moterų mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų skaičiuojant 100 000 moterų yra didžiausias Lietuvoje.

Vienas iš sudėtingesnių vaizdavimo metodų yra H. Shernoff'o veido (angl. *Shernoff face*) metodas. Taikant šį metodą viename grafike galima pavaizduoti daug rodiklių ir tuos rodiklius vizualiai palyginti su kitu tokio pat mastelio grafiku. Vaizduojant naudojamas žmogaus veidas. Atskiroms populiacijoms „nupiešiamas“ atskiras veidas, kurio bruožai, tokie kaip nosies plotis ar lūpų išlenkimas, atspindi tam tikrus mirtingumo rodiklius. Bruožų aukštis ir plotis tiesiogiai proporcingas mato dydžiui. Išimtis – prarastų potencialaus gyvenimo metų vertė ir

ją atspindinčios lūpos: neigiama vertė nudinga visuomenei, todėl lūpų kampučiai pakelti į viršų (šypsosi), o teigiama išreiškia potencialų praradimą, lūpų kampučiai nusileidę žemyn (liūdi) (6.5 pav.) [85].



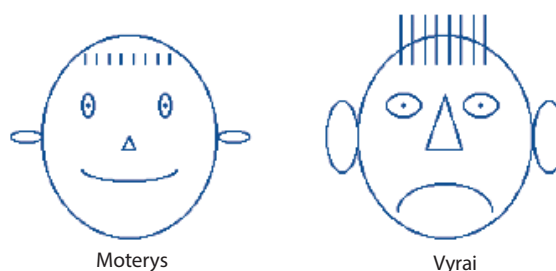
6.5 pav. Mirtingumo matų vaizdavimas veido bruožais

Mirtingumo SR – standartizuotas mirtingumo rodiklis; *PPGM* – prarasti potencialaus gyvenimo metai; *PPGM SR* – standartizuotas prarastų potencialaus gyvenimo metų rodiklis; *PPGM GR* – nestandartizuotas prarastų potencialaus gyvenimo metų rodiklis; *mirtingumo GR* – nestandartizuotas mirtingumo rodiklis; *PPGMV* – prarastų potencialaus gyvenimo metų vertė.

Palyginus vyrų ir moterų mirtingumą nuo išorinių priežasčių, stebimas ryškus visų matų skirtumas tarp dviejų šių populiacijų (6.6 pav.). Vyrų mirtingumo rodikliai ir prarasti potencialaus gyvenimo metai nuo šios priežasties buvo didesni, tai akivaizdžiai matyti iš veidų bruožų.

Šis sveikatos netolygumų vaizdavimo būdas tikrai turėtų būti aiškiai suprantamas visiems žmonėms. Tokiu būdu pavaizduoti sveikatos netolygumus galima pasinaudojant internete pateikiama programa „The R Project for Statistical Computing“ (<https://www.r-project.org/>;

<https://flowingdata.com/2010/08/31/how-to-visualize-data-with-cartoonish-faces/>).



6.6 pav. Įvairūs Lietuvos gyventojų mirtingumo nuo išorinių priežasčių matai pagal lytį 2000–2006 m.

6.2. „SveNAS“ – SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VAIZDAVIMO SISTEMA

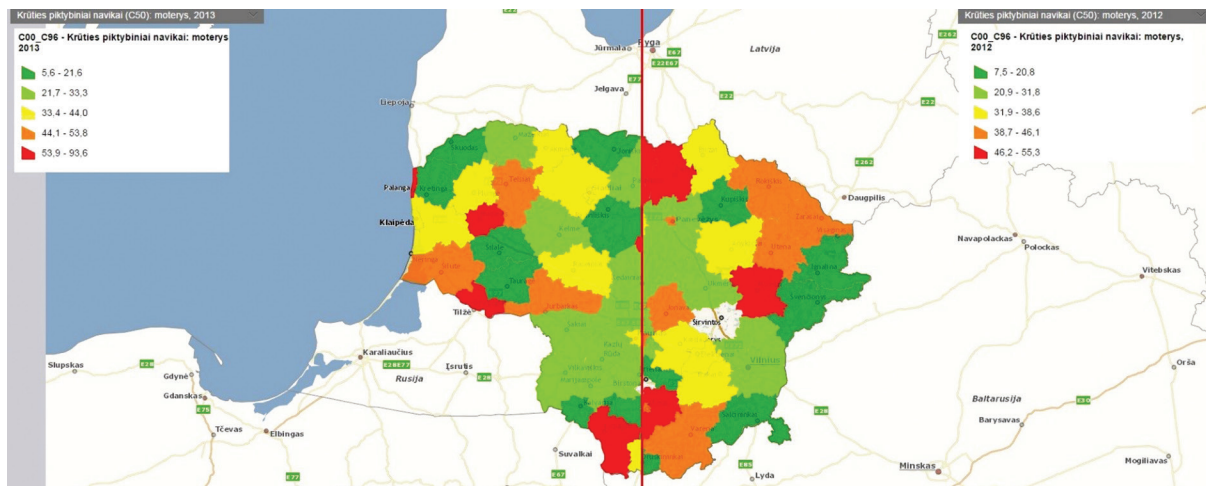
Sveikatos netolygumų vaizdavimo sistemoje „SveNas“ (<http://svenas.lt/>) pateikiami Lietuvos gyventojų mirtingumo 100 000 gyv. duomenys.

Norint atlikti palyginamąją analizę reikia pasirinkti standartizuotą mirtingumo rodiklį. Jį galima gauti paspaudus ant konkrečios administracinės teritorijos iššokančiame lange.

„SveNE“ galima atlikti analizę pagal dažniausias mirties priežastis (visos mirties priežastys; piktybiniai navikai; trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai (vyrai); krūties piktybiniai navikai (moterys); kraujotakos sistemos ligos; išeminės širdies ligos; cerebrovaskulinės ligos; išorinės mirties priežastys), pasirenkant mirties metus (2010, 2011, 2012, 2013) bei lytį. Atliekant sveikatos netolygumų vertinimą Lietuvoje, svarbu apžvelgti įvairių administracinių

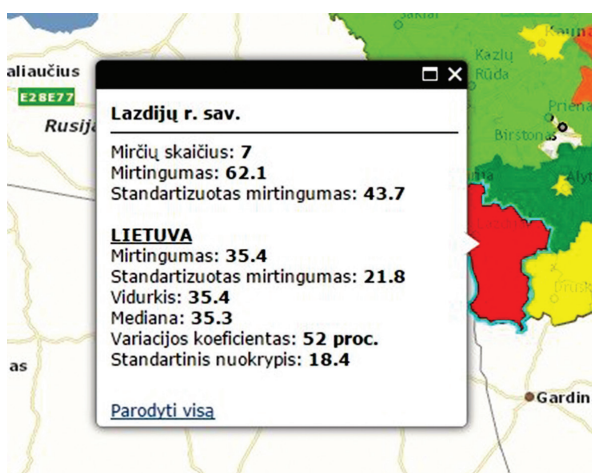
teritorijų rodiklius. „SveNAS“ suteikia tokią galimybę – keičiant mastelį galima matyti apskritis, savivaldybes ar seniūnijas.

„SveNE“ pasirenkame žemėlapius pagal rodiklius, kuriuos norime analizuoti (vienas žemėlapis – moterų krūties piktybiniai navikai 2013 m., kitas – moterų krūties piktybiniai navikai 2012 m.). Naršyklės lange vienu metu matomi du žemėlapiai, perskirti raudona vertikalia linija. Ją slenkant į kairę arba į dešinę, galima lyginti skirtingose linijos pusėse esančius žemėlapius. Žemėlapis spalvotas, spalvų reikšmės pavaizduotos legendose, pvz., 2013 m. moterų mirtingumą nuo krūties vėžio Lietuvoje žyminčios spalvos reiškia: tamsiai žalia – 5,6–21,6 atv. 100 000 gyv., žalia – 21,7–33,3, geltona – 33,4–44, oranžinė – 44,1–53,8, raudona – 53,9–93,6 atv. 100 000 gyventojų (6.7 pav. kairėje).



6.7 pav. Naršyklės „SveNAS“ žemėlapių langas

Norint sužinoti duomenis apie konkrečią teritoriją, reikia spustelėti toje žemėlapių vietoje. 2013 m. didelis mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų buvo Lazdijų r. savivaldybėje.



6.8 pav. Duomenys apie Lazdijų r. savivaldybę

Matome, kad Lazdijų r. savivaldybės moterų mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų yra 62,1 atv. 100 000 gyventojų, standartizuotas mirtingumo rodiklis – 43,7 atv. 100 000 gyventojų (6.8 pav.). Lygindami su Lietuvos bendru standartizuotu rodikliu (21,8), matome, kad Lazdijų r. savivaldybėje šis rodiklis dvigubai didesnis.

Ši sistema leidžia mums apžvelgti ir palyginti duomenis tarp lyčių (vyrų, moterų, bendrai) pagal skirtingus metus (2010, 2011, 2012, 2013) bei pagal teritorinius administracinius vienetus (apskritis, savivaldybes, seniūnijas), o tai būtina norint atlikti įvairiapusę sveikatos netolygumų analizę.

LITERATŪRA

1. Demografiniai, socialiniai ir teritoriniai sveikatos netolygumai. Prieiga per internetą: <<http://www.vsv.lt/statistika1/index.html>>.
2. Brazienė R, Guščinskienė J. Socialinės atskirties modeliai. Filosofija. Sociologija. 2004; (4): 50-6.
3. Europos Bendrijų Komisija. Komisijos komunikatas Tarybai ir Europos Parlamentui. Investavimas į žmones. Komunikatas dėl Žmogaus ir socialinės raidos teminės programos ir 2007–2013 m. finansinių perspektyvų. Briuselis, 2006-01-26. KOM (2006) 18 galutinis.
4. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados. Vilnius, 2011.
5. Kalėdienė R, Starkuvienė S, Petrauskienė J ir kt. Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės netolygumai bei juos lemiančios mirties priežastys. Medicina. 2010; 46(11): 774-80.
6. Lalonde M. A New perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of Supply and Services, 1974.
7. WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 1948. Prieiga per internetą: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>.
8. WHO. Handbook on Health Inequality Monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. Luxembourg: World Health Organization, 2013 [cituota 2015 m. balandžio 5 d.]. Prieiga per internetą: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf?ua=1>.
9. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886. Žin. 2002; 56-2225.
10. Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science. 1920; 51(1306): 23-33.
11. European portal for action on health inequalities, EuroHealthNet [cituota 2015 m. gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/about_hi/health_inequalities/>.
12. Kawachi I. A glossary for health inequalities. Journal of Epidemiology and Community Health. 2002; 56(9): 647.
13. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003; 57: 254-8. Prieiga per internetą: <<http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full.pdf+html>>.
14. Oliver A, Mossialos E. Equity of Access to health care: outlining the foundations for action. J Epidemiol Community Health. 2004; 58: 655-658. Prieiga per internetą: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732867/pdf/v058p00655.pdf>>.

15. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*. 1991; 6(3): 217.
16. WHO. Equity [interaktyvus]. [Žiūrėta 2015 m. gegužės 25 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>>.
17. Braveman P. Monitoring equity in health: a policy oriented approach in low- and middle-income countries. Geneva: Department of Health Systems World Health Organization, 1998; 92. (WHO/CHS/HSS/98.1) [cituota 2015 m. gegužės 15 d.]. Prieiga per internetą: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65228/1/WHO_CHS_HSS_98.1.pdf?ua=1>.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. V-815 „Dėl Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ [cituota 2015 m. balandžio 15 d.]. Prieiga per internetą: <<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/682b6f200d7111e4adf3c8c5d7681e73>>.
19. Car-Hill R, Chalmers-Dixon P. *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*. Oxford: Sepho, 2005.
20. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Vilnius, 2010. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf>.
21. Lietuvos statistikos departamentas. Lietuvos statistikos metraštis, 2014. Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas, 2014.
22. Lietuvos statistikos departamentas. Demografijos metraštis, 2013. Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas, 2014.
23. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Mirtingumas pagal priežastis ir amžiaus grupes [interaktyvus]. [cituota 2015 m. gegužės 27 d.]. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/php/dm6.php?dat_file=dem6.txt>.
24. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation, 2007 [cituota 2015 m. gegužės 23 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf>.
25. WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva: World Health Organization, 2012.
26. Lietuvos statistikos departamentas. Moterys ir vyrai Lietuvoje, 2013. Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas, 2014.
27. Lietuvos Respublikos teritorijos administracinių vienetų ir jų ribų įstatymas, priimtas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-558. Žin. 1994; 60-1183.
28. Lietuvos statistikos departamentas. Oficialiosios statistikos portalas [interaktyvus]. [cituota 2015 m. gegužės 27 d.]. Prieiga per internetą: <<https://osp.stat.gov.lt/>>.
29. Connor W. *Ethnonationalism. The Quest for Understanding*. Princeton, 1994.

30. Kasatkina N. Etniškumo tyrimai: tendencijos ir esminės sąvokos. *Filosofija. Sociologija*. 2007; 18(4): 1-11.
31. Lietuvos statistikos departamentas. Lietuvos Respublikos 2011 metų gyventojų ir būstų surašymas [interaktyvus]. [cituota 2015 m. gegužės 24 d.]. Prieiga per internetą: <<https://osp.stat.gov.lt/2011-m.-surasymas>>.
32. Farr W. The influence of marriage on the mortality of the French people. In: Hastings GW, editors. *Transactions of the National Association for the Promotion of Social Sciences*. London: John W. Parker and Son; 1858; 504-13.
33. Goldman N. Mortality differentials: selection and causation. In: *Contribution to the International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Elsevier Science Ltd, 2001; 10068-70.
34. Gardner J, Oswald A. How is mortality affected by money, marriage, and stress? *Journal of Health Economics*. 2004; 23: 1181-207.
35. Shkolnikov V, Jasilionis D, Andreew E, Jdanov D, Stankūnienė V, Ambrozaitienė D. Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by marital status, education, and ethnic group: evidence from the first record linkage study in Lithuania. *Soc Sci Med*. 2007; 64: 7.
36. Kalediene R, Petrauskiene J, Starkuviene S. Inequalities in mortality by marital status during socio-economic transition in Lithuania. *Public health*. 2007; 121: 385-92.
37. Bramlett M, Blumberg S. Family structure and children's physical and mental health. *Health Aff (Millwood)*. 2007; 26(2): 549-58.
38. Zimmerman FJ. Social and economic determinants of disparities in professional help-seeking for child mental health problems: evidence from a national sample. *Health Serv Res*. 2005; 40(5 Pt 1): 1514-33.
39. Campbell SC. *Behavior problems in preschool children-clinical and developmental issues*. 2nd ed. New York: Guilford press, 2006.
40. McLanahan S, Sandefur G. *Growing up with a single parent. What hurts, what helps*. Cambridge, MA; London: Harvard University Press, 1995.
41. Shonkoff J, Phillips D, editors. *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*. National Research Council and Institute of Medicine. Washington: National Academy Press, 2000.
42. Acs G. Can we promote child well-being by promoting marriage? *J Marriage Fam*. 2007; 69(5): 1326-44.
43. Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymas, priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1999 m. liepos 8 d. Nr. VIII-1316. *Žin.* 1999; 66-2130.
44. Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymo 2, 7, 16, 17, 19, 39, 41, 42, 43, 44, 46 straipsnių pakeitimo bei įstatymo papildymo 5(1) įstatymas, priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2003 m. spalio 7 d. Nr. IX-1747. *Žin.* 2003; 101-4534.

45. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Vilnius: Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, 2013 [cituota 2015 m. gegužės 22 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.smm.lt/web/lt/trumpa_informacija_apie_specialuji_vidurini_aukstesniji_auktaji_neuniversitetini_isilavinima>.
46. Dėl švietimo ir mokslo ministro 2005 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. 522 „Dėl išsilavinimo klasifikatoriaus patvirtinimo“ pakeitimo. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2010 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-988. Žin. 2005; 45-1487.
47. Kalediene R, Starkuviene S, Petrauskiene J. Inequalities in life expectancy by education and socioeconomic transition in Lithuania. *Medicina* (Kaunas). 2008; 44(9): 713-22.
48. Kalediene R, Petrauskiene J. Inequalities in mortality by education and socio-economic transition in Lithuania: equal opportunities? *Public Health*. 2005; 119: 808-15.
49. Kalediene R, Starkuviene S, Petrauskiene J. Social dimensions of mortality from external causes in Lithuania: do education and place of residence matter? *Soz Preventiv Med*. 2006; 51: 232-9.
50. Lietuvos statistikos departamentas. Lietuvos gyventojai: struktūra ir demografinė raida. Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas, 2006.
51. Lietuvos darbo rinkos mokymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Lietuvos Respublikos profesijų klasifikatoriaus struktūra pagal tarptautinį profesijų klasifikatorių ISCO-08. Žin. 2009; 152-6877 (negalioja).
52. Lietuvos darbo rinkos mokymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Įsakymas dėl Lietuvos Respublikos profesijų klasifikatoriaus atnaujintos šešiaženklės struktūros pagal ISCO-08 patvirtinimo. Žin. 2010; 117-5989 (negalioja).
53. Lietuvos Respublikos ūkio ministerija. Lietuvos profesijų klasifikatorius. 3-iasis leidimas. Vilnius: Lietuvos Respublikos ūkio ministerijos Žmogiškųjų išteklių plėtros skyrius, 2012.
54. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Šakytė E, Kriaučionienė V, Veryga A. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2012. Kaunas: LSMU Medicinos akademija, 2013.
55. Hamilton VL, Hoffman WS, Broman CL, Rauma D. Unemployment, distress and coping: A panel study of autoworkers. *Journal of Personality and Social Behavior*. 1993; 65: 234-47.
56. Jacobson D. Models of stress and meaning of unemployment: reactions to job loss among technical professionals. *Social Science & Medicine*. 1987; 24: 13-21.
57. Nordenmark M, Strandh M. Towards a sociological understanding of mental well-being among the unemployed: the role of economic and psychosocial factors. *Sociology*. 1999; 33: 577-97.

58. Siegrist J, Theorell T. Socio-economic position and health: the role of work and employment. *Social inequalities in health: New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
59. Bartley M et al. Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58: 501-6.
60. Siegrist J, Benach J, McKnight A, Goldblatt P. Employment arrangements, work conditions and health inequalities: Report on new evidence on health inequality reduction, produced by Task group 2 for the Strategic review of health inequalities post 2010. London: Marmot Review, 2009.
61. Jasilionis D, Stankūnienė V. Socioeconomic differences in adult mortality in Lithuania: a census-linked study. Vilnius: Lithuanian Social Research Centre, 2012.
62. Stankūnas M. Bedarbystės sąsaja su sveikata ir sveikatos priežiūros prieinamumu: daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2006.
63. WHO Regional Office for Europe. Socioeconomic inequalities – scenarios, recommendations and tool for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
64. Rocco L, Suhrcke M. Is social capital good for health? A European perspective. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
65. D’Hombres B, Rocco L, Suhrcke M, McKee M. Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. Institute for the Protection and Security of the Citizen, 2007.
66. Skurdo rodiklių skaičiavimo metodika. Lietuvos statistikos departamento generalinio direktoriaus 2011 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. DJ-163.
67. Pajamų ir gyvenimo sąlygų statistinio tyrimo metodika. Lietuvos statistikos departamento generalinio direktoriaus 2010 m. rugsėjo 29 d. įsakymas Nr. DJ-184.
68. Namų ūkių ir biudžetų statistinio tyrimo metodika. Lietuvos statistikos departamento generalinio direktoriaus 2012 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. DJ-62.
69. Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojų pajamos ir gyvenimo sąlygos, 2013. Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas, 2014.
70. Jurgelenas A. Socioeconomic health inequalities in post-communist Lithuania. *BMJ*. 2004; 329: 1355.
71. Jasilionis D, Stankūnienė V. Suaugusių Lietuvos gyventojų socioekonominiai mirtingumo skirtumai. Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras, 2011.
72. WHO Regional Office for Europe. Health 2020 Policy Framework and Strategy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 [cituota 2015 m. balandžio 3 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/171209/RC61sc3-Eng.pdf>.

73. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos. LR Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XII-51. Žin. 2012; 149-7630.
74. Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482. Žin. 2004; 104-3856.
75. Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729. Žin. 2005; 117-4249.
76. Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913. Žin. 2005; 145-5288.
77. Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973. Žin. 2005; 152-5617.
78. Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508. Žin. 2009; 79-3321.
79. Dėl Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo bei krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų bazinių kainų patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 16 d. įsakymas Nr. V-713. Žin. 2005; 114-4179.
80. Stukas R, Šurkienė G. Mityba ir jos vertinimas. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2009.
81. Keppel K, Pamuk E, Lynch J et al. Methodological issues in measuring health disparities. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat. 2005; 2(141).
82. Rockhill B et al. Use and misuse of population attributable fractions. Am J Public Health. 1998; 38: 15-9.
83. Pan American Health Organization. Measuring Health Inequalities: Gini Coefficient and Concentration Index. Epidemiological Bulletin. 2001; 22(1) [cituota 2015 m. kovo 13 d.]. Prieiga per internetą: <http://www1.paho.org/English/SHA/be_v22n1-Gini.htm>.
84. Gurevičius R. Sveikatos netolygumų paplitimo erdvėje tinkamiausi tyrimo ir vaizdavimo metodai. Mokslo darbai. 2011; 2.
85. Gurevičius R, Drūtytė G. Prarastų gyvenimo metų dėl išorinių mirties priežasčių kiekis, dažnis ir vertė Lietuvoje 2000–2006 m. Visuomenės sveikata. 2009; 4(47): 61-73.

1 PRIEDAS

SVEIKATOS NETOLYGUMŲ VERTINIMO RODIKLIAI

RODIKLIŲ GRUPĖ	RODIKLIAI
Mirtingumo rodikliai	1. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė
	2. Vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė
	3. Moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė
	4. Bendras mirtingumas 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	5. Vyrų mirtingumas 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	6. Moterų mirtingumas 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	7. Vyrų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	8. Moterų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	9. Vyrų mirtingumas nuo piktybinių navikų (C00–C96) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	10. Moterų mirtingumas nuo piktybinių navikų (C00–C96) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	11. Moterų mirtingumas nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų (C53) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	12. Vyrų mirtingumas nuo priešinės liaukos piktybinių navikų (C61) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	13. Moterų mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų (C50) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	14. Vyrų mirtingumas nuo gerklų, trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų (C32–C34) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	15. Vyrų mirtingumas dėl išorinių priežasčių (V01–Y98) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	16. Moterų mirtingumas dėl išorinių priežasčių (V01–Y98) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	17. Vyrų mirtingumas dėl savižudybių (X60–X84) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	18. Moterų mirtingumas dėl savižudybių (X60–X84) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	19. Vyrų mirtingumas nuo tuberkuliozės (A15–A19) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
	20. Moterų mirtingumas nuo tuberkuliozės (A15–A19) 100 000 gyv. (standartizuotas rodiklis)
Sergamumo rodikliai	21. Vyrų sergamumas kraujotakos sistemos ligomis (I00–I99) 100 000 gyv.
	22. Moterų sergamumas kraujotakos sistemos ligomis (I00–I99) 100 000 gyv.
	23. Vyrų sergamumas piktybiniais navikais (C00–C96) 100 000 gyv.
	24. Moterų sergamumas piktybiniais navikais (C00–C96) 100 000 gyv.
	25. Vyrų sergamumas trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniais navikais (C32–C34) 100 000 gyv.

RODIKLIŲ GRUPĖ	RODIKLIAI
Sergamumo rodikliai	26. Moterų sergamumas trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniais navikais (C32–C34) 100 000 gyv.
	27. Moterų sergamumas krūties piktybiniais navikais (C50) 100 000 gyv.
	28. Moterų sergamumas gimdos kaklelio piktybiniais navikais (C53) 100 000 gyv.
	29. Vyrų sergamumas priešinės liaukos piktybiniais navikais (C61) 100 000 gyv.
	30. Vyrų sergamumas tuberkulioze (A15–A19) 100 000 gyv.
	31. Moterų sergamumas tuberkulioze (A15–A19) 100 000 gyv.
	32. Vyrų sergamumas 2-ojo tipo cukriniu diabetu (E11) 100 000 gyv.*
	33. Moterų sergamumas 2-ojo tipo cukriniu diabetu (E11) 100 000 gyv.*
	34. Transporto įvykiuose patirtų traumų (V00–V99) skaičius 100 000 gyv.*
	35. Dirbančių suaugusiųjų, kuriems pirmą kartą nustatytas 0–55 proc. darbingumo lygis, skaičius 100 000 darbingo amžiaus gyv.
Sveikatos priežiūros prieinamumo, poreikio ir teisingumo bei vartojimo tinkamumo rodikliai	36. Bendrosios praktikos odontologų skaičius 10 000 gyv.
	37. Šeimos gydytojų skaičius 10 000 gyv.
	38. Pulmonologų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.
	39. Ginekologų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.
	40. Endokrinologų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.
	41. Kardiologų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.
	42. Psichiatrų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, skaičius 10 000 gyv.
	43. Slaugytojų skaičius (įskaitant akušerius) 10 000 gyv.
	44. Apsilankymai pas šeimos gydytojus 100 gyv.
	45. Apsilankymai pas endokrinologus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.
	46. Apsilankymai pas psichiatrus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.
	47. Apsilankymai pas pulmonologus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.
	48. Apsilankymai pas kardiologus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.
	49. Apsilankymai pas bendrosios praktikos odontologus 100 gyv.
	50. Apsilankymai pas pediatus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.
	51. Apsilankymai pas ginekologus (ambulatoriniu lygiu) 100 gyv.
	52. Draudimo apimties rodiklis (proc.) **
	53. Išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1 000 gyv.
	54. Pacientų nepatenkinti poreikiai
	55. Naujagimių skiepavimo tuberkuliozės vakcina (BCG) apimtis (proc.)
	56. 1 metų vaikų skiepavimo difterijos, stabligės ir kokliušo vakcina (DTaP3) apimtis (proc.)
	57. 1 metų vaikų skiepavimo poliomielite vakcina (IPV3) apimtis (proc.)
	58. 1 metų vaikų skiepavimo B tipo Haemophilus influenza vakcina (Hib3) apimtis (proc.)
	59. 1 metų vaikų skiepavimo hepatito B vakcina (HepB3) apimtis (proc.)
	60. 2 metų vaikų skiepavimo tymų, raudonukės, epideminio parotito vakcina (MMR2) apimtis (proc.)
	61. 6–7 metų vaikų skiepavimo tymų, raudonukės, epideminio parotito vakcina (MMR2) apimtis (proc.)
62. 2 metų vaikų skiepavimo pneumokokinės infekcijos vakcina (PCV3) apimtis (proc.)	

RODIKLIŲ GRUPĖ	RODIKLIAI
Sveikatos priežiūros prieinamumo, poreikio ir teisingumo bei vartojimo tinkamumo rodikliai	63. Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas
	64. Krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas
	65. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos vykdymas
	66. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas
	67. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas
	68. Vaikų krūminių dantų dengimas silantais (6–14 metų vaikų nuolatinių krūminių) programos vykdymas
	69. Priemoka už sveikatos priežiūros paslaugas
	70. Neformali priemoka už sveikatos priežiūros paslaugas
Suaugusiųjų gyvenimo stebėsenos rodikliai	71. Suaugusiųjų, kurie bent kartą per dieną valgo vaisių (neįskaitant sulčių, pagamintų iš koncentrato), dalis*
	72. Suaugusiųjų, kurie per dieną penkis kartus valgo vaisių, dalis*
	73. Suaugusiųjų, kurie bent kartą per dieną valgo daržovių (neįskaitant bulvių ir sulčių, pagamintų iš koncentrato), dalis*
	74. Suaugusiųjų, kurie per dieną penkis kartus valgo daržovių, dalis*
	75. Suaugusiųjų, kurie papildomai nededa druskos į paruoštą maistą, dalis*
	76. Suaugusiųjų, kurie kasdien rūko tabako gaminius arba elektronines cigaretes, dalis*
	77. Suaugusiųjų, kurie per paskutinius 12 mėnesių bent kartą rūkė tabako gaminius arba elektronines cigaretes, dalis*
	78. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų bent kartą rūkė tabako gaminius arba elektronines cigaretes, dalis*
	79. Suaugusiųjų, kurie kasdien vartoja alkoholinius gėrimus, dalis*
	80. Suaugusiųjų, kurie per paskutinius 12 mėnesių bent kartą vartojo alkoholinius gėrimus, dalis*
	81. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų bent kartą vartojo alkoholinius gėrimus, dalis*
	82. Suaugusiųjų, kurie per paskutinius 12 mėnesių bent kartą vartojo marihuanos ar hašišo (kanapių / „žolės“), dalis*
	83. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų bent kartą vartojo marihuanos ar hašišo (kanapių / „žolės“), dalis*
	84. Suaugusiųjų, kurie per paskutinius 12 mėnesių bent kartą vartojo narkotikų, išskyrus marihuaną ar hašišą (kanapes / „žolę“), dalis*
	85. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų bent kartą vartojo narkotikų, išskyrus marihuaną ar hašišą (kanapes / „žolę“), dalis*
	86. Suaugusiųjų, kurie užsiima energinga fizine veikla bent po 30 min. 5 dienas per savaitę ar dažniau, dalis*
	87. Suaugusiųjų, kurie bendrauja su šeimos nariais, giminaičiais ar draugais bent kelis kartus per mėnesį, dalis*
	88. Suaugusiųjų, kuriuos per paskutinius 12 mėnesių buvo apėmusi prislėgta nuotaika šiek tiek labiau nei anksčiau ar kur kas smarkiau nei anksčiau, dalis*
	89. Suaugusiųjų, kurie savo gyvenimo kokybę vertina kaip gerą ir labai gerą, dalis*
	90. Suaugusiųjų, kurie vertina savo sveikatą kaip gerą ar gana gerą, dalis*
	91. Suaugusiųjų, kurie jaučiasi laimingi ir labai laimingi, dalis*

RODIKLIŲ GRUPĖ	RODIKLIAI
Vaikų gyvenimo stebėsenos rodikliai	92. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie kasdien, ne pamokų metu, sportuoja apie 60 min. ir ilgiau, dalis*
	93. Mokyklinio amžiaus vaikų, kasdien valgančių pusryčius, dalis*
	94. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie bent kartą per dieną valgo vaisių, dalis*
	95. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie bent kartą per dieną valgo daržovių, dalis*
	96. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie per paskutinius 12 mėnesių bent kartą rūkė tabako gaminius arba elektronines cigaretes, dalis*
	97. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie per paskutines 30 dienų bent kartą rūkė tabako gaminius arba elektronines cigaretes, dalis*
	98. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie per paskutinius 12 mėnesių bent kartą vartojo alkoholinius gėrimus, dalis*
	99. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie per paskutines 30 dienų bent kartą vartojo alkoholinius gėrimus, dalis*
	100. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie per paskutinius 12 mėnesių bent kartą vartojo marihuanos ar hašišo (kanapių / „žolės“), dalis*
	101. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie per paskutines 30 dienų bent kartą vartojo marihuanos ar hašišo (kanapių / „žolės“), dalis*
	102. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie per paskutinius 12 mėnesių bent kartą vartojo narkotikų, išskyrus marihuaną ar hašišą (kanapes / „žolę“), dalis*
	103. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie per paskutines 30 dienų bent kartą vartojo narkotikų, išskyrus marihuaną ar hašišą (kanapes / „žolę“), dalis*
	104. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie vidutiniškai 4 ir daugiau valandų per dieną žiūri televizorių, žaidžia kompiuteriu, dalis*
	105. Mokyklinio amžiaus vaikų, iš kurių tyčiojosi per paskutinius du mėnesius, dalis*
	106. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie patys tyčiojosi iš kitų vaikų per paskutinius du mėnesius, dalis*
	107. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie valosi dantis šepetėliu ir pasta dažniau nei kartą per dieną, dalis*
	108. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie visada tamsiuoju paros metu būdami lauke nešioja atšvaitus, dalis*
	109. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie visada segi saugos diržą važiuodami automobilyje, dalis*
	110. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie jaučiasi labai laimingi arba pakankamai laimingi galvodami apie savo dabartinį gyvenimą, dalis*
	111. Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie savo sveikatą vertina puikiai arba gerai, dalis*

* Rodikliai, kurie iki šiol nebuvo skaičiuojami, tačiau įtraukti į LR sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymu Nr. V-488 „Dėl Bendrųjų visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“ (kartu su 2014 m. gruodžio 19 d. įsakymu Nr. V-1387 ir 2016 m. gegužės 16 d. įsakymu Nr. V-637) patvirtintus priedus, todėl bus pateikiami Higienos instituto skelbiamoje sveikatos statistikoje nuo 2016 m.

** Pateikus užklausą Valstybinei ligonių kasai.

2 PRIEDAS

SUAUGUSIŲJŲ GYVENSENOS KLAUSIMYNAS

Gerbiamieji,

šiuo metu Lietuvoje vykdomi gyvensenos stebėsenos tyrimai. Jūsų savivaldybėje tyrimą atlieka visuomenės sveikatos biuras. Jūsų nuomonė labai svarbi teikiant pasiūlymus situacijai gerinti, todėl prašome užpildyti šį klausimyną. Apklausa anoniminė, konfidencialumas garantuojamas, duomenys bus panaudoti tik apibendrintai statistinei analizei ir tyrimo išvadoms.

Kaip pildyti anketą?

Atidžiai perskaitykite kiekvieną klausimą ir pažymėkite Jums priimtina variantą kryželiu „X“, kur reikia, įrašykite savo atsakymą. Iš anksto dėkojame už sąžiningumą ir nuoširdumą.

1 DALIS. GYVENSENA

1. Kaip dažnai valgote vaisių (neskaitant sulčių, pagamintų iš koncentrato)?

- Vieną ar daugiau kartų per dieną
- 4–6 kartus per savaitę
- 1–3 kartus per savaitę
- Mažiau nei kartą per savaitę
- Niekada

2. Kiek kartų per dieną valgote vaisių?

- Nė karto
- 1 kartą
- 2 kartus
- 3 kartus
- 4 kartus
- 5 kartus

3. Kaip dažnai valgote daržovių (neskaitant bulvių ir sulčių, pagamintų iš koncentrato)?

- Vieną ar daugiau kartų per dieną
- 4–6 kartus per savaitę
- 1–3 kartus per savaitę
- Mažiau nei kartą per savaitę
- Niekada

4. Kiek kartų per dieną valgote daržovių?

- Nė karto
- 1 kartą
- 2 kartus
- 3 kartus
- 4 kartus
- 5 kartus

5. Ar Jūs per paskutinę savaitę papildomai dėjote druskos į paruoštą maistą?

- Nedėjau
- Taip, kai trūko druskos
- Beveik visada net neragavęs (-usi)

6. Ar rūkėte tabako gaminius? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Ne	Taip		
		Kasdien	Retkarčiais	Bent kartą
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ar rūkėte elektronines cigaretes? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Ne	Taip		
		Kasdien	Retkarčiais	Bent kartą
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ar vartojote kokio nors alkoholinio gėrimo? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Ne	Taip				Kelis kartus per metus
		Kasdien	2–3 kartus per savaitę	Kartą per savaitę	2–3 kartus per mėnesį	
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Ar buvo atveju, kai buvote apsinuodijęs (-usi) / stipriai apsvaigęs (-usi) nuo alkoholinio gėrimo, pvz., svirduliavote, nerišliai kalbėjote, vėmėte ar negalėjote prisiminti, kas nutiko? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Per savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ar bent kartą vartojote marihuanos ar hašišo (kanapių / „žolės“)? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Per savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ar bent kartą vartojote nors vieno iš žemiau išvardytų narkotikų? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Per savo gyvenimą		Per paskutinius 12 mėnesių		Per paskutines 30 dienų	
	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne
Ekstazio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetaminų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD ar kokių nors kitų haliucinogenų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokaino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haliucinogeninių grybų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB („gomkos“, skystojo ekstazio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Švirkščiamųjų narkotikų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholio kartu su raminamaisiais, siekdamas (-a) apsvaigti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Kiek kartų per savaitę mažiausiai 30 min. užsiimate energinga fizine veikla (mankštinatės, sportuojate, bėgiate, greitai einate, važiuojate dviračiu, energingai dirbate namų ūkio darbus ir pan.) taip, kad pagreitėtų kvėpavimas ir pulsas? (30 min. trukmė vienos paros metu gali susidėti iš kelių dalių, pvz., 15+15 min.).

- Neužsiimu tokia fizine veikla
- 1 dieną
- 2 dienas
- 3 dienas
- 4 dienas
- 5 dienas
- 6 dienas
- 7 dienas

13. Kiek laiko per dieną trunka energinga fizinė veikla, kai ja užsiimate?

- Neužsiimu tokia fizine veikla
- Mažiau nei 30 min.
- 30 min.
- 1 val.
- 2 val.
- Daugiau kaip 2 val.

14. Ar dažnai Jūs vidutiniškai per praėjusius 12 mėnesių bendravote („gyvai“, elektroniniu paštu, telefonu, socialiniuose tinkluose ir pan.) su...? Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Kasdien	Kiekvieną savaitę (ne kasdien)	Kelis kartus per mėnesį	Kartą per mėnesį	Bent kartą per metus	Niekada
... šeimos nariais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... giminaičiais (ne šeimos nariais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... draugais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Ar per praėjusius 12 mėnesių Jus buvo apėmusi prislėgta nuotaika?

- Ne, nebuvo
- Taip, bet ne labiau nei anksčiau
- Taip, ir šiek tiek labiau nei anksčiau
- Taip, ir daug labiau nei anksčiau

16. Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?

- Labai gera
- Gera
- Patenkinama
- Bloga
- Labai bloga

17. Kaip bendrai įvertintumėte triukšmą iš lauko (keliamą automobilių, traukinių, lėktuvų, gamyklų, kaimynų, gyvūnų, restoranų / barų / klubų ir t. t.), kurį Jūs girdėjote būdamas namie per praėjusius 12 mėnesių?

- Triukšmo negirdėjau
- Girdėjau vidutinį triukšmą
- Girdėjau stiprų triukšmą

18. Įvertinkite žemiau pateiktus teiginius apie žaliuosius plotus. Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Sutinku	Nesutinku
Žalieji plotai mano kaimynystėje yra prieinami ir jais galiu naudotis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žalieji plotai mano kaimynystėje saugūs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aš galiu pailsėti / atsipalaiduoti žaliuosiuose plotuose, esančiuose mano kaimynystėje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aš galiu užsiimti aktyvia veikla (vaikščioti, vedžioti šunį, sportuoti, žaisti ir t. t.) žaliuosiuose plotuose, esančiuose mano kaimynystėje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano kaimynystėje yra pakankamai žaliųjų plotų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Kaip Jūs vertinate dabartinę savo sveikatos būklę?

- Gera
- Gana gera
- Vidutiniška
- Gana bloga
- Bloga

20. Ar jaučiatės laimingas (-a)?

- Labai laimingas (-a)
- Laimingas (-a)
- Neturiu nuomonės
- Nelaimingas (-a)
- Labai nelaimingas (-a)

2 DALIS. BENDROJI INFORMACIJA

21. Koks Jūsų ūgis? *Įrašykite _____ cm*

22. Koks Jūsų svoris? *Įrašykite _____ kg*

23. Jūsų lytis?

- Vyras
- Moteris

24. Jūsų amžius (pilni metai). *Įrašykite _____*

25. Jūsų tautybė

- Lietuvis / lietuvė
- Rusas / rusė
- Lenkas / lenkė
- Kita

26. Gyvenamoji vietovė

- Viensėdis (vienkiemis)
- Kaimas
- Miestelis
- Miestas
- Didmiestis

27. Kokia Jūsų šeiminė padėtis?

- Vedęs (ištėkėjusi) arba gyvenate nesusituokęs (-usi)
- Nevedęs (netekėjusi)
- Išsiskyręs (-usi)
- Našlys (-ė)

28. Koks Jūsų išsilavinimas?

- Pradinis
- Pagrindinis
- Vidurinis
- Specialusis vidurinis
- Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)
- Aukštasis koleginis
- Aukštasis universitetinis
- Aukštasis

29. Koks Jūsų pagrindinis užsiėmimas?

- Dirbu
- Bedarbis (-ė)
- Studentas (-ė)
- Pensininkas (-ė)
- Kita (*įrašykite*) _____

30. Kokios vidutinės mėnesio pajamos tenka vienam Jūsų šeimos nariui „į rankas“?

(Sudėkite visų su Jumis gyvenančių šeimos narių mėnesio pajamas ir padalykite iš šeimos narių skaičiaus.)

- Mažiau nei 100 Eur
- 100–299 Eur
- 300–399 Eur
- 400–499 Eur
- 500–699 Eur
- 700 Eur ir daugiau

Ačiū už skirtą laiką!

3 PRIEDAS

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO KLAUSIMYNAS

Gerbiamieji,

Šiuo metu Lietuvoje vykdomi gyvensenos stebėsenos tyrimai. Jūsų savivaldybėje tyrimą atlieka visuomenės sveikatos biuras. Jūsų nuomonė labai svarbi teikiant pasiūlymus situacijai gerinti, todėl prašome užpildyti šį klausimyną. Apklausą anoniminę, konfidencialumą garantuojamas, duomenys bus panaudoti tik apibendrintai statistinei analizei ir tyrimo išvadoms.

Kaip pildyti anketą?

Atidžiai perskaitykite kiekvieną klausimą ir pažymėkite Jums priimtina variantą kryželiu „X“, kur reikia, įrašykite savo atsakymą. Iš anksto dėkojame už sąžiningumą ir nuoširdumą.

1. Ar Jums patogiu nuvykti pas savo šeimos gydytoją / terapeutą?

- Visiškai patogiu
- Patogiu
- Neturiu nuomonės
- Nepatogiu
- Visiškai nepatogiu

2. Kiek dažniausiai laiko trunka Jūsų kelionė pas šeimos gydytoją / terapeutą?

- Mažiau nei 1 val.
- Daugiau nei 1 val.

3. Kiek dažniausiai Jums reikia laukti atvykus pas šeimos gydytoją / terapeutą už durų?

- Nereikia visai laukti
- Mažiau nei 30 min.
- Daugiau nei 30 min.

4. Atsakykite į žemiau pateiktus klausimus. Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Visai nereikia laukti	Iki 1 savaitės	1–2 savaites	3–4 savaites	Mėnesį ir ilgiau
Kiek dažniausiai ūmaus susirgimo (staiga pablogėjus sveikatos būklei: pakilus aukštai temperatūrai, pakilus aukštam kraujospūdžiui, stiprus skausmas širdies plote ir kt.) atveju reikia laukti nuo registracijos iki patekimo pas šeimos gydytoją / terapeutą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiek dažniausiai neūmaus susirgimo atveju (kai sergama ilgesnį laiką arba lėtine liga) reikia laukti nuo registracijos iki patekimo pas šeimos gydytoją / terapeutą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiek dažniausiai Jums tenka laukti nuo registracijos iki patekimo pas gydytoją specialistą (endokrinologą, pulmonologą ir pan., bet ne odontologą)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Atsakykite į žemiau pateiktus klausimus. Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Ar Jums teko mokėti sveikatos priežiūros įstaigos nustatytą priemoką už suteiktas šeimos gydytojo / terapeuto paslaugas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar Jums teko mokėti sveikatos priežiūros įstaigos nustatytą priemoką už suteiktas gydytojų specialistų (ne odontologo) paslaugas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar Jums teko atsisakyti odontologinių paslaugų dėl per didelės paslaugos kainos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar buvo atvejų, kai teko atsisakyti gydytojo paskirto gydymo ar vaistų dėl per didelės kainos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ar duodate gydytojui ar kitam sveikatos priežiūros darbuotojui pinigų norėdamas (-a) atsidėkoti arba tikėdamasis (-si) gauti geresnę paslaugą?

- Visada
- Dažnai
- Kartais
- Niekada

4 PRIEDAS

VAIKŲ GYVENSENOS KLAUSIMYNAS

Moksleivi,

visame pasaulyje suprantama, kad sveikata yra labai svarbi. Atsakydamas į šios anketos klausimus, padėsi mums daugiau sužinoti apie jaunų žmonių gyvenimo būdą. Šiuo metu tokia pati apklausa vykdoma visose Lietuvos savivaldybėse. Tavo savivaldybėje ją atlieka visuomenės sveikatos biuras.

Anketoje nereikia rašyti savo **vardo ir pavardės**, tavo atsakymus analizuos tik tyrėjai, jų nematys nei tėvai, nei mokytojai.

Kaip pildyti anketą?

Atidžiai perskaityk kiekvieną klausimą ir pasistenk kiek įmanoma tiksliau atsakyti. Mus domina tavo nuomonė. Priimtina variantą žymėk kryželiu „X“, kur reikia, įrašyk atsakymą. Tikimės, kad su malonumu užpildysi anketą!

1 DALIS. GYVENSENA

1. Ar dažnai ne pamokų metu, laisvalaikiu, mankštini ir sportuoji taip, kad suprakaituotum, padažnėtų kvėpavimas?

- Kasdien
- 4–6 kartus per savaitę
- 2–3 kartus per savaitę
- Kartą per savaitę
- Kartą per mėnesį
- Rečiau nei kartą per mėnesį
- Niekada

2. Kiek valandų per savaitę ne pamokų metu mankštini ir sportuoji taip, kad suprakaituotum, padažnėtų kvėpavimas?

- Nė vienos valandos per savaitę
- Apie pusę valandos per savaitę
- Apie 1 valandą per savaitę
- Apie 2–3 valandas per savaitę
- Apie 4–6 valandas per savaitę
- 7 ir daugiau valandų per savaitę

3. Kiek vidutiniškai dienų per savaitę tu pusryčiauji (ne tik išgeri arbatos, sulčių ar kita)?

Atskirai pažymėk atsakymus apie savaitės darbo dienas, kai eini į mokyklą, ir savaitgalius.

Darbo dienomis

- Niekada nepusryčiauju prieš mokyklą
- Vieną dieną
- Dvi dienas
- Tris dienas
- Keturias dienas
- Penkias dienas

Savaitgaliais

- Niekada nepusryčiauju savaitgaliais
- Paprastai pusryčiauju vieną savaitgalio dieną (šeštadienį ARBA sekmadienį)
- Paprastai pusryčiauju abi savaitgalio dienas (šeštadienį IR sekmadienį)

4. Kaip dažnai tu valgai šių maisto produktų? Pažymėk vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Niekada	Rečiau nei kartą per savaitę	Kartą per savaitę	2–4 dienas per savaitę	5–6 dienas per savaitę	Kasdien, kartą per dieną	Kasdien, kelis kartus per dieną
Vaisių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daržovių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ar esi bent kartą rūkęs (-iusi) tabako gaminius? Pažymėk vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Per savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ar esi bent kartą rūkęs (-iusi) elektronines cigaretes? Pažymėk vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Per savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ar bent kartą vartojai kokio nors alkoholinio gėrimo? Pažymėk vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Per savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ar bent kartą buvai išgėręs (-usi) tiek daug alkoholinių gėrimų, kad pasijustum apsvaigęs (-usi)? Pažymėk vieną tau tinkantį atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Per savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Ar bent kartą vartojai marihuanos ar hašišo (kanapių / „žolės“)? Pažymėk vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Per savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ar bent kartą vartojai kitų narkotikų nei „žolė“, marihuana ar hašišas? Pažymėk vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Taip	Ne
Per savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutinius 12 mėnesių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per paskutines 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Kiek vidutiniškai laiko per dieną laisvalaikiu žiūri televizorių, filmus, vaizdo įrašus („Youtube“ ir DVD), naudojiesi asmeniniu kompiuteriu, žaidimų automatais, planšetiniais kompiuteriais ar išmaniaisiais telefonais?

Darbo dienomis

- Visai to nedarau
- Apie pusę valandos per dieną
- Apie 1 valandą per dieną
- Apie 2 valandas per dieną
- Apie 3 valandas per dieną
- Apie 4 ir daugiau valandų per dieną

Savaitgaliais

- Visai to nedarau
- Apie pusę valandos per dieną
- Apie 1 valandą per dieną
- Apie 2 valandas per dieną
- Apie 3 valandas per dieną
- Apie 4 ir daugiau valandų per dieną

12. Ar tavo mokykloje skiriama pakankamai dėmesio sveikos gyvensenos pagrindams? Pažymėk vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Per daug	Pakankamai	Per mažai	Nežinau
Sveikai gyvensenai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiziniam aktyvumui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitybos įpročiams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rūkymo prevencijai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholio prevencijai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narkotikų prevencijai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ar dažnai tu pats (-i) tyčiojaisi iš kitų mokinių mokykloje per paskutinius du mėnesius?

- Aš nesityčiojau iš kitų mokinių per paskutinius du mėnesius
- Kartą arba du kartus
- 2 ar 3 kartus per mėnesį
- Maždaug kartą per savaitę
- Keletą kartų per savaitę

14. Ar dažnai iš tavęs tyčiojosi kiti mokiniai mokykloje per paskutinius du mėnesius?

- Aš nepatyrčiau patyčių per paskutinius du mėnesius
- Kartą arba du kartus
- 2 ar 3 kartus per mėnesį
- Maždaug kartą per savaitę
- Keletą kartų per savaitę

15. Ar tave per paskutinius du mėnesius mušė ar kitaip fiziškai baudė tėvai?

- Ne, nė vieno karto
- Kartą arba du kartus
- 2 ar 3 kartus per mėnesį
- Maždaug kartą per savaitę
- Keletą kartų per savaitę

16. Ar dažnai valaisi dantis šepetėliu ir pasta?

- Dažniau nei kartą per dieną
- Vieną kartą per dieną
- Nors kartą per savaitę, bet ne kasdien
- Rečiau nei kartą per savaitę
- Niekada

17. Kiek kartų per paskutinius 12 mėnesių tu buvai susižeidęs (-usi) arba patyręs (-usi) kitų nelaimingų atsitikimų, kai teko kreiptis pagalbos į medikus (gydymo įstaigoje ar mokykloje)?

- Per pastaruosius 12 mėnesių nebuvo susižeidęs (-usi)
- 1 kartą
- 2 kartus
- 3 kartus
- 4 ir daugiau kartų

18. Ar visada būdamas (-a) lauke tamsiu paros metu nešioji atšvaitą (-us)?

- Taip
- Ne
- Kartais

19. Ar visada segi saugos diržą važiuodamas (-a) automobilyje?

- Taip
- Ne
- Kartais

20. Apskritai, kaip tu jautiesi galvodamas (-a) apie savo dabartinį gyvenimą?

- Jaučiuosi labai laimingas (-a)
- Jaučiuosi pakankamai laimingas (-a)
- Nesijaučiu laimingas (-a)
- Esu visiškai nelaimingas (-a)

21. Kaip apibūdintum savo sveikatą?

- Puiki
- Gera
- Patenkinama
- Bloga

2 DALIS. BENDROJI INFORMACIJA

22. Koks tavo ūgis (be batų)? *Jei neprisimeni, praleisk šį klausimą.*

Mano ūgis centimetrų

23. Kiek tu sveri (be drabužių)? *Jei neprisimeni, praleisk šį klausimą.*

Aš sveriu kilogramų

24. Kas tu esi: berniukas ar mergaitė?

- Berniukas
- Mergaitė

25. Kiek tau metų? *Irašyk* _____

26. Kelintoje klasėje mokaisi? *Irašyk* _____

27. Kur gyveni?

- Viensėdis (vienkiemis)
- Kaimas
- Miestelis
- Miestas
- Didmiestis

28. Kokia tavo tautybė?

- Lietuvis / lietuvė
- Rusas / rusė
- Lenkas / lenkė
- Kita
-

29. Kokiomis kalbomis dažniausiai kalbate savo namuose? Jei reikia, gali pažymėti ir kelis atsakymus.

- Lietuvių
- Rusų
- Lenkų
- Kita (jei nori, gali įrašyti) _____

30. Kuris iš žemiau pateiktų apibūdinimų geriausiai nusako dabartinę tavo šeimos padėtį?

- Šiuo metu gyvenu su abiem savo tėvais
- Šiuo metu gyvenu su vienu iš tėvų
- Kita (gali įrašyti) _____

31. Kaip dažnai tu turi kišenpinigių?

- Kasdien
- 4–6 kartus per savaitę
- 2–3 kartus per savaitę
- Kartą per savaitę
- Kartą per mėnesį
- Rečiau nei kartą per mėnesį
- Niekada

32. Ar tu turi savo atskirą kambarį?

- Taip
- Ne

33. Ar tavo namuose yra indaplovė?

- Taip
- Ne

34. Kiek vonios ar dušo kambarių yra tavo namuose?

- Nė vieno
- Vienas
- Du arba daugiau

35. Ar tavo šeima turi automobilį?

- Ne
- Taip, vieną
- Taip, du arba daugiau

36. Kiek kompiuterių turi tavo šeima (įskaitant nešiojamuosius ir planšetinius; neįskaitant žaidimų kompiuterių)?

- Nė vieno
- Vieną
- Du
- Tris arba daugiau

37. Ar tavo tėvai turi darbą? Atskirai pažymėk atsakymus apie mamą ir tėvą.Mama

- Taip
- Ne
- Nežinau
- Mamos neturiu

Tėvas

- Taip
- Ne
- Nežinau
- Tėvo neturiu

Ačiū už Tavo laiką!

Higienos institutas
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius
Tel. +370 5 262 4583
Faks. +370 5 262 4663
El. p. institutas@hi.lt
www.hi.lt



Lietuvos sveikatos mokslų universitetas



Higienos institutas



Vilniaus universitetas



Klaipėdos universitetas