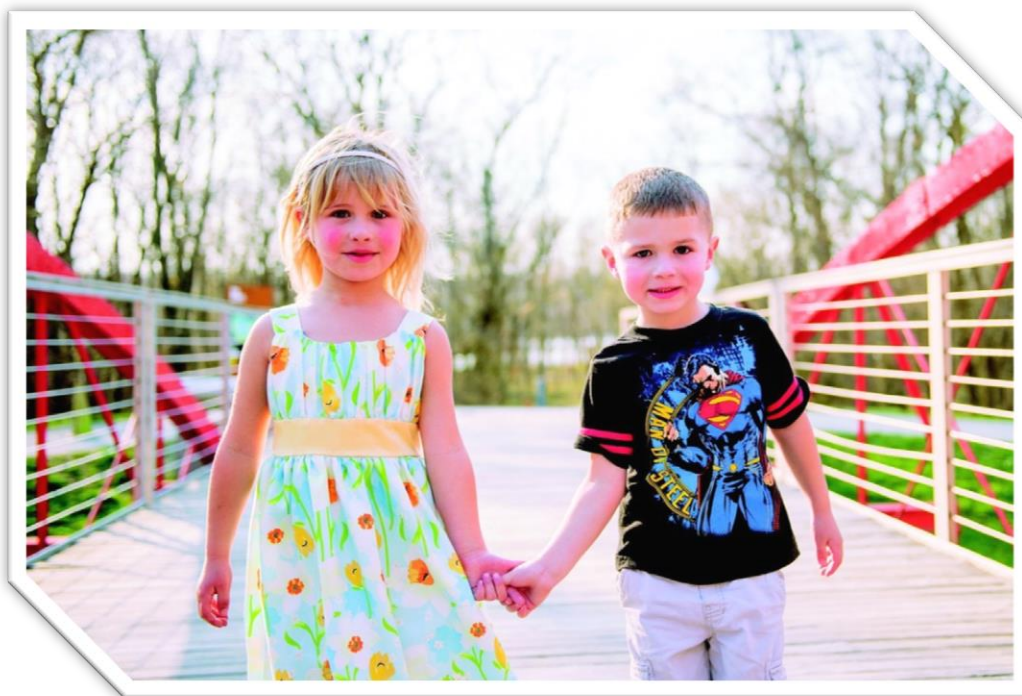




HIGIENOS INSTITUTAS  
SVEIKATOS INFORMACIJOS CENTRAS

# Lietuvos vaikų visuomenės sveikatos būklės pokyčiai ir netolygumai

---



Leidiny, skirtas Vaikų sveikatos metams (2014 m.)

*Lietuvos Respublikos Seimas, atsižvelgdamas į šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programą, 2014-uosius metus paskelbė Vaikų sveikatos metais. Higienos institutas, įgyvendindamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 271 patvirtinto „Vaikų sveikatos priemonių plano“ 28 punktą parengė leidinį „Lietuvos vaikų visuomenės sveikatos būklės pokyčiai ir netolygumai“. Leidinyje pateikiami vaikų sveikatos būklės ir ją įtakančių veiksnių pokyčiai Lietuvoje per 2001–2013 m. laikotarpį.*

**Parengė:**

Ugnė Balčiūnė,  
Sandra Mekšriūnaitė,  
Žilvinė Našlėnė,  
Aušra Želvienė

**Asmuo susisiekti:**

Aušra Želvienė  
Higienos instituto Sveikatos informacijos centro Biostatistinės analizės skyrius  
Tel. +370 5 277 3302  
El. paštas: Ausra.Zelviene@hi.lt

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

## IVADAS

Vaikai – labiausiai pažeidžiama visuomenės dalis. Suaugusių žmonių požiūris į sveikatą formuojasi vaikystėje, todėl svarbu, kad sveikos gyvensenos įgūdžiai būtų diegiami nuo pat mažumės. Tai turi tapti natūraliu gyvenimo būdu. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, daugelio sergamumo ir mirtingumo atvejų tarp vaikų ir jaunų žmonių galima išvengti. Atlikti tyrimai rodo, kad vien tik mažai ekonominių išteklių reikalaujančios priemonės, nukreiptos mažinti skurdą bei eismo įvykių skaičių, gali išgelbėti du trečdalius jaunų žmonių gyvybių.

Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programoje įtvirtintas siekis daug dėmesio skirti vaikų sveikatai, siekiant pagerinti jų sveikatos rodiklius. Siekiama valstybės mastu tęsti visuomenės sveikatinimo procesą, ypatingą dėmesį skiriant sveikos gyvensenos įpročių ugdymui, su sveikata susijusiems naudingiems įpročiams, vertybėms bei elgesio formavimuisi skatinti. LR Seimas, atsižvelgdamas į šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programą, 2014-uosius paskelbė Vaikų sveikatos metais. Per juos atlikta daug darbų vaikų sveikatos labui, ir, kas svarbiausia, nuspręsta juos tęsti. „Vaikų sveikatos metai nesibaigia gruodžio 31-ąją. Šie metai davė impulsą išryškinti problemines sritis ir numatyti tolesnes veiklos kryptis. O aš džiaugiuosi, kad sveikatos apsaugos sistemoje dirba specialistai, gydytojai, neabejingi vaikų sveikatos stiprinimui,“ – tokiais žodžiais tęsti pradėtus darbus skatina sveikatos apsaugos viceministrė Jadvyga Zinkevičiūtė.

Šis leidinys – viena iš Vaikų sveikatos metų sveikatos stiprinimo priemonių. Jame išanalizuoti vaikų sveikatos ir juos įtakančių rodiklių pokyčiai 2001–2013 metais. Leidinyje pirmiausia apžvelgiami sveikatą įtakojančios veiksniai: demografinė, socialinė–ekonominė padėtis, gyvensena (žalingi įpročiai, mityba, fizinis aktyvumas), ligų prevencija, vaikų sveikatos priežiūra, sergamumas ir ligotumas dažniausiomis ligų grupėmis (kvėpavimo sistemos, odos ir poodžio, virškinimo sistemos, akių, jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligomis), plačiau apžvelgiamos vaikams aktualiausios traumų ir jų aplinkybių, psichikos sveikatos temos, apžvelgiama vaikų sveikata perinataliniu periodu bei vaikų mirtingumas. Kiekvieno skyriaus pradžioje pateikiamos svarbiausios žinutės, kurios plačiau vystomos kiekviename skyriuje.

*Linkime įdomaus skaitymo, naujų žinių ir  
tolimesnių darbų vaikų sveikatos labui.*

*Higienos instituto Sveikatos informacijos centro kolektyvas*

## TURINYS

1. Demografija	4
2. Socialinė–ekonominė padėtis	9
3. Gyvensena	14
3.1. Rūkymas	14
3.2. Alkoholinių gėrimų vartojimas	16
3.3. Narkotinių medžiagų vartojimas	18
3.4. Mityba	19
3.5. Fizinis aktyvumas	22
4. Ligų prevencija	24
5. Vaikų sveikatos priežiūra	28
6. Sergamumas ir ligotumas	36
6.1. Kvėpavimo sistemos ligos	38
6.2. Odos ir poodžio ligos	40
6.3. Virškinimo sistemos ligos	42
6.4. Akių ligos	44
6.5. Jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligos	46
7. Traumos ir jų aplinkybės	49
8. Psichikos sveikata	58
8.1. Patyčios	59
8.2. Psichikos ir elgesio sutrikimai	60
8.3. Vaikų savižudybės	65
9. Vaikų sveikata perinataliniu periodu	69
10. Vaikų mirtingumas	73
10.1. Kūdikių mirtingumas	73
10.2. 1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas	75
10.3. 1–6 m. amžiaus vaikų mirtingumas	79
10.4. 7–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas	82

## 1. DEMOGRAFIJA

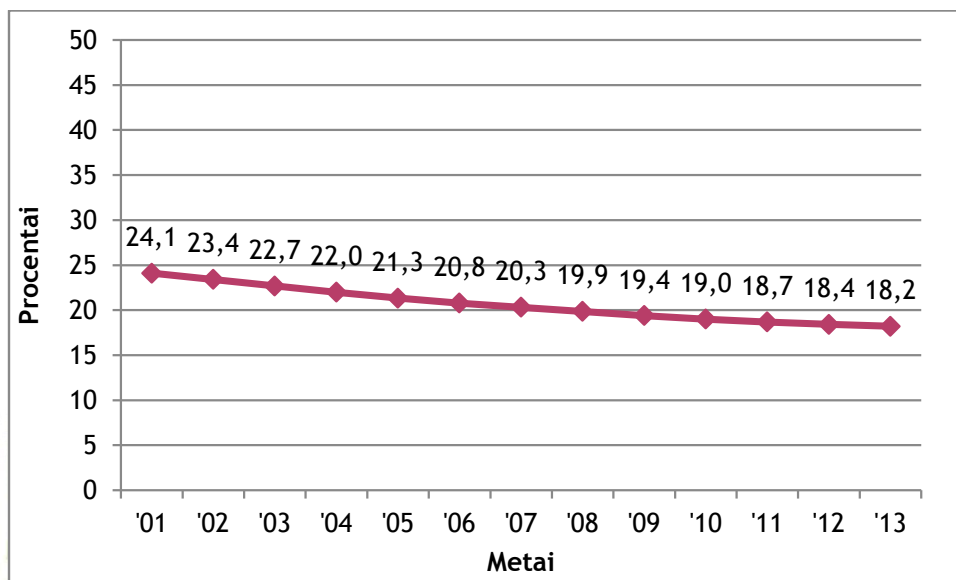
Lietuvoje ir daugelyje pasaulio šalių dėl pagerėjusios sveikatos priežiūros ilgėja vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, vyresnių gyventojų atsiranda vis daugiau ir jie senėja. Be to, mažėjant gyventojų skaičiui ateityje mažės ir darbingo amžiaus žmonių skaičius. Tai svarbu kalbant apie solidarumo principu paremtą šiuolaikinę socialinę apsaugą, kai darbingo amžiaus asmenims dėl gyventojų senėjimo tenka vis didesnė našta. Todėl svarbu suprasti, kad gimstamumo didinimui ir vaikų bei jų sveikatos priežiūrai palanki valstybės politika yra gyvybiškai svarbi.

Lietuvoje 2013 m. buvo 538 tūkst. vaikų, kurie sudarė 18,2 proc. visų gyventojų. Vaikų dalis (proc.) nuo visų šalies gyventojų per 13 metų sumažėjo nuo 24,1 iki 18,2 proc. (1.1 pav.). Iš viso vaikų šalyje sumažėjo 35,7 proc. (nuo 836,8 tūkst. iki 538,2 tūkst.), o visų gyventojų skaičius sumažėjo 14,8 proc. (nuo 3,47 mln. iki 2,96 mln.).

*Vaikų skaičius Lietuvoje mažėja sparčiau nei visų gyventojų skaičius*

*Dėl migracijos per 13 metų šalyje vaikų sumažėjo šiek tiek daugiau nei iš viso Tauragės apskrityje yra gyventojų*

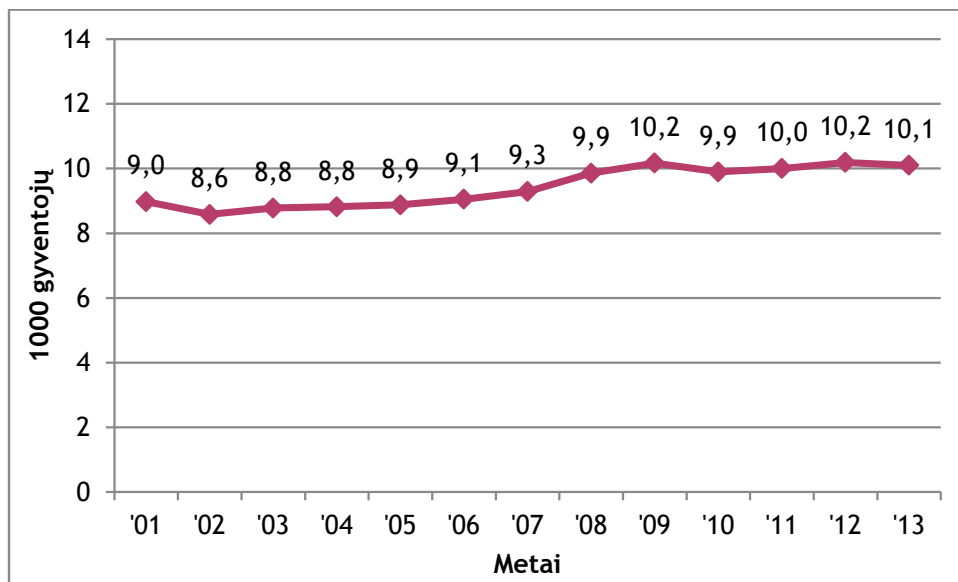
*Demografinės senatvės koeficiento didėjimas didina našta socialinei ir sveikatos apsaugos sistemoms*



1.1 pav. Vaikų dalies (proc.) nuo visų gyventojų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m.

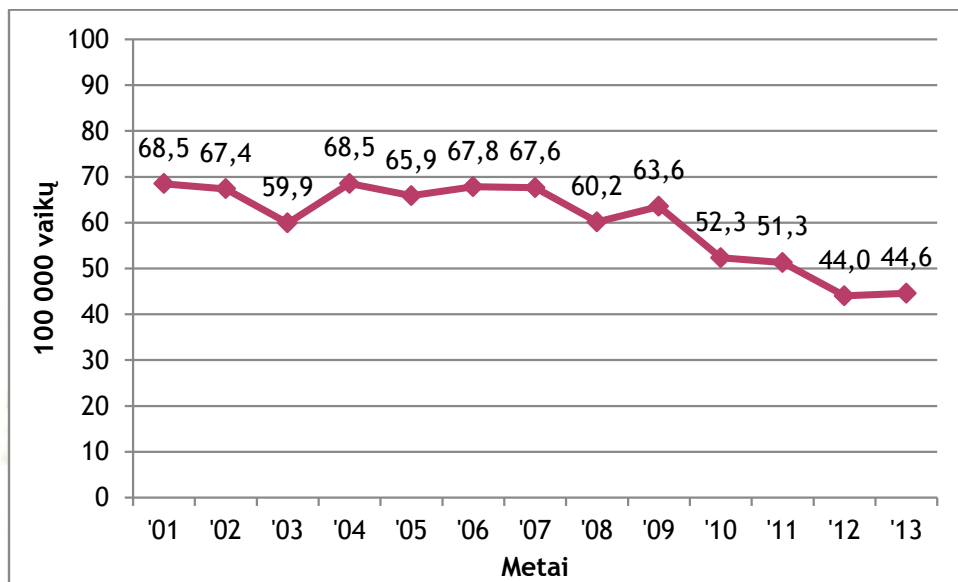
(Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

Per 2001–2013 m. kasmet gimdavo vidutiniškai 30 tūkst. gyvų naujagimių, o gimstamumas svyravo tarp 8,6 ir 10,2 gyvų gimusiųjų 1000 gyventojų (1.2 pav.). Maži gimstamumo ir aukšti visų gyventojų mirtingumo rodikliai lėmė neigiamą natūralų prieaugį šalyje.



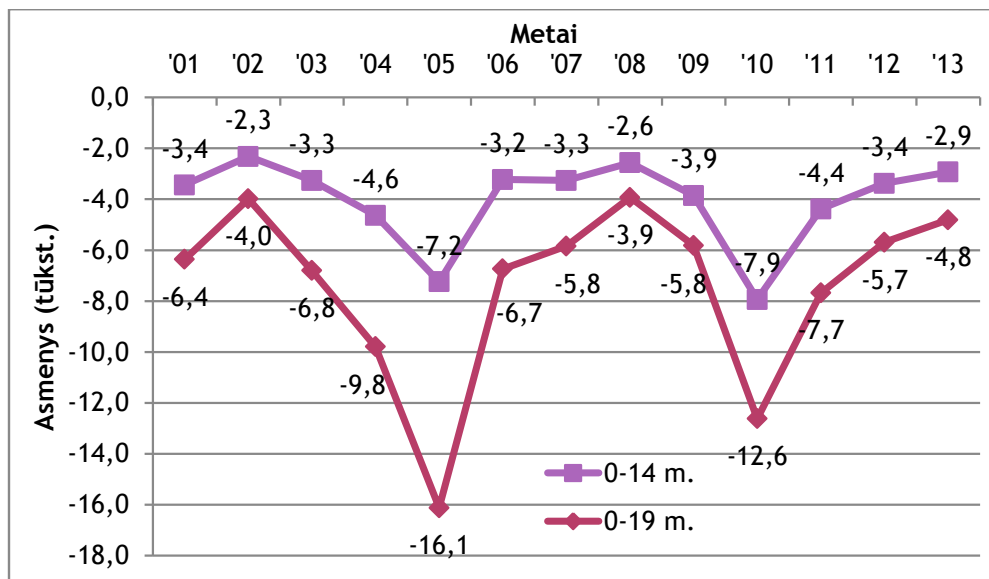
1.2 pav. Gimstamumo 1000 gyv. pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m.  
(Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

Vaikų skaičius per 13 metų sumažėjo ir dėl vaikų mirčių (1.3 pav.), nors vaikų mirtingumas per 13 metų mažėjo. 2001–2007 m. kasmet mirdavo 440–580 vaikų, 2008–2010 m. šis skaičius būdavo apie 300–390 vaikų mirčių, o 2011–2013 m. vaikų mirdavo 240–290. Daugiau informacijos apie vaikų mirtingumą ir jo priežastis pateikiama 10 skyriuje.



1.3 pav. Vaikų mirtingumo, tenkančio 100 000 vaikų, pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m.  
(Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

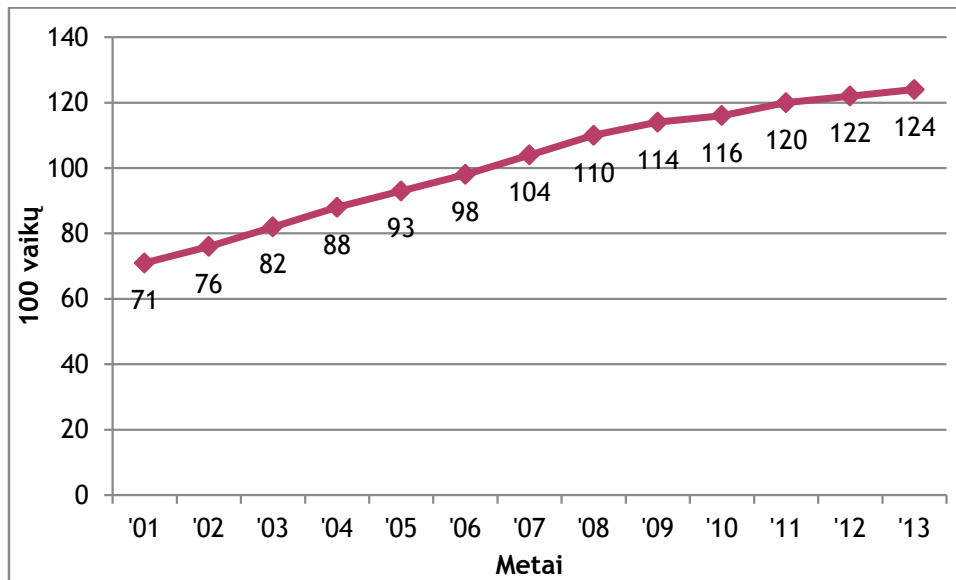
Prie vaikų skaičiaus mažėjimo prisidėjo ir migracija (1.4 pav.). Iš viso per 13 metų laikotarpį iš šalies išvyko 113,7 tūkst. asmenų iki 19 m. amžiaus (imtinais)<sup>1</sup>, atvyko – 17,5 tūkst. Iš viso dėl migracijos asmenų iki 19 m. amžiaus (imtinais) sumažėjo 96,2 tūkst., o daugiau nei pusė jų (52,4 tūkst.) buvo vaikai iki 14 m. amžiaus. Palyginimui: 105,5 tūkst. gyv. gyvena Tauragės apskrityje, 96,8 tūkst. gyventojų yra Panevėžio m. sav., o 51,4 tūkst. gyventojų yra visoje Kėdainių r. sav. Vaikų išvykimas iš šalies buvo ir pagrindinė mokyklinio amžiaus vaikų nesimokymo mokykloje priežastis (daugiau informacijos apie tai pateikiama 2 skyriuje).



1.4 pav. 0–14 m. ir 0–19 m. amžiaus asmenų (tūkst.) migracijos saldo pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

Demografinės senatvės koeficientas, kuris rodo pagyvenusių (60 metų ir vyresnio amžiaus) žmonių skaičių, tenkantį šimtui vaikų iki 15 metų amžiaus, didėjo (1.5 pav.). Iki 2006 m. 100 vaikų teko mažiau kaip 89 pagyvenę asmenys, o nuo 2007 m. vaikų šalyje kasmet buvo vis mažiau nei pagyvenusių žmonių.

<sup>1</sup> Migracijos duomenys pateikiami 0-19 m. amžiaus grupei, nes toks skirstymas pateikiamas oficialioje Lietuvos statistikos departamento statistikoje.

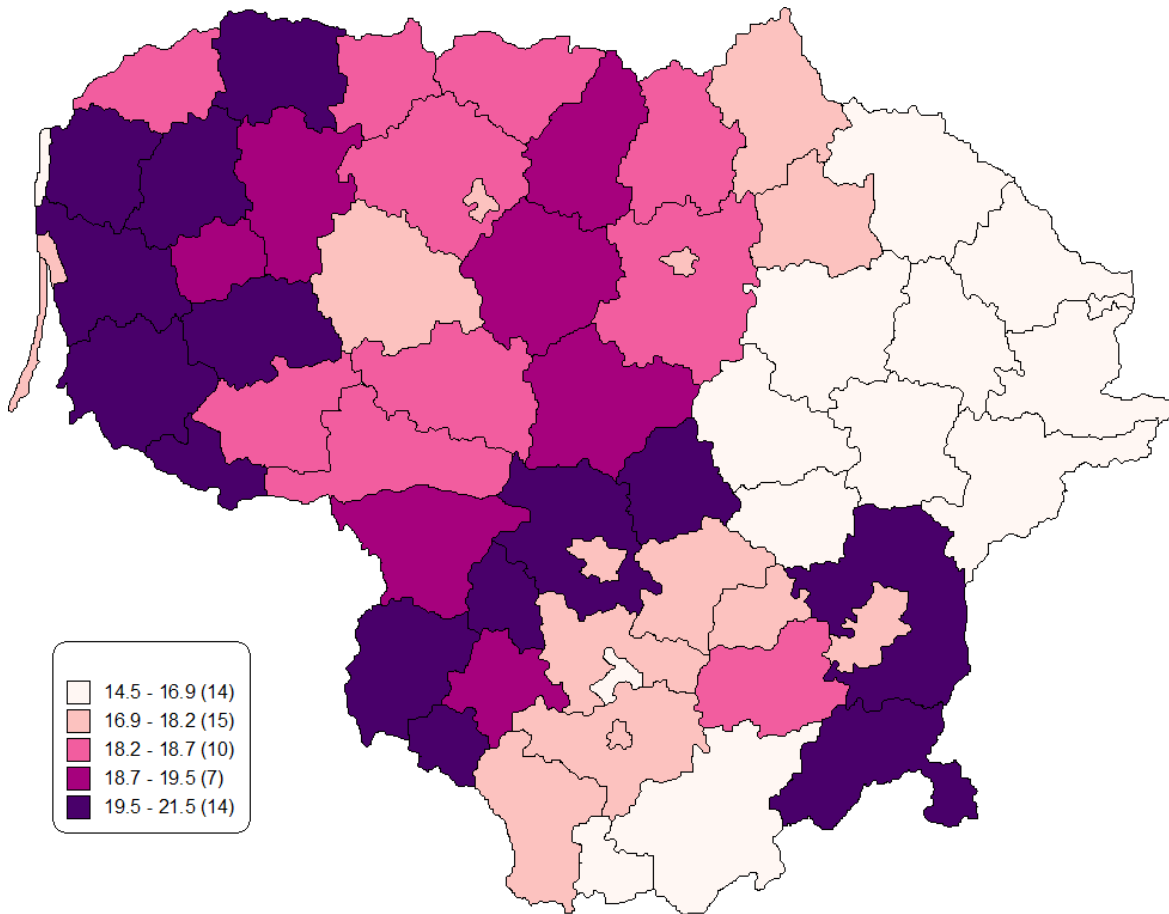


1.5 pav. Demografinės senatvės koeficiento (pagyvenusių (60 m. ir vyresnių) žmonių sk., tenkančio 100 vaikų iki 15 m.) pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. pradžioje (Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

Kaip minėta, Lietuvoje 2013 m. buvo 538 tūkst. vaikų, tai sudarė 18,2 proc. visų gyventojų. Savivaldybėse vaikų dalis buvo ne vienoda (1.6 pav.). Dešimtyje savivaldybių vaikų buvo daugiau nei 20,0 proc. Pastebima, kad didesnė dalis vaikų buvo tose savivaldybėse, kurios yra Vidurio ir Vakarų Lietuvoje bei aplink Vilnių, mažesnė dalis – Šiaurės Rytų ir Pietų Lietuvoje.

Berniukų 2013 m. buvo daugiau nei mergaičių: berniukai sudarė 51,3 proc., mergaitės – 48,7 proc. vaikų. Mieste gyveno dvigubai daugiau vaikų nei kaime (mieste – 65,8 proc., kaime – 34,2 proc.).





1.6 pav. Vaikų dalis (proc.) nuo visų savivaldybės gyventojų Lietuvos savivaldybėse 2013 m.  
(Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

Apibendrinus visus minėtus demografinius rodiklius, aišku, kad valstybės politika turėtų būti nukreipta pagerinti sąlygas vaikams gimdyti ir auginti. Nekreipiant dėmesio į vaikų skaičiaus mažėjimą ir vyresnio amžiaus asmenų skaičiaus didėjimą ateityje bus susiduriama su didele našta, susijusia su socialinės apsaugos užtikrinimu.



## 2. SOCIALINĖ—EKONOMINĖ PADĖTIS

Šalies gyventojų sveikata yra glaudžiai susijusi su socialine ir ekonomine padėtimi. Kai kuriose užsienio šalyse (Austrijoje, Belgijoje, Suomijoje, Švedijoje<sup>2</sup>) ši ryšį valdžios atstovai supranta, todėl sveikatos, darbo bei socialinę politiką kuria viena ministerija.

Žinoma, kad geresnės socialinės sąlygos sukuria tinkamas aplinkybes žmonėms rūpintis savimi ir artimaisiais. Gaudami geresnį išsilavinimą ir didesnes pajamas gyventojai galimai turi daugiau sveikatos žinių ir geba geriau save prižiūrėti. Prastos gyvenimo sąlygos daro tiesioginį neigiamą poveikį sveikatai, o menkas sveikatos raštingumas ir skurdas dažnai veda į save žalojantį elgesį, kuris taip pat neigiamai veikia gyventojų sveikatą<sup>3</sup>.

Nuo 2004 m. šalyje sumažėjo socialinės rizikos šeimų skaičius: 2004 m. jų buvo 16,9 tūkst. (5 šeimos 1000 gyventojų), o iki 2013 m. pabaigos šių šeimų skaičius nuosekliai sumažėjo iki 10,2 tūkst. (3 šeimos 1000 gyventojų). Kartu sumažėjo ir vaikų, augančių socialinės rizikos šeimose, skaičius. 2004 m. 50,1 vaikas iš 1000 gyveno socialinės rizikos šeimoje, o 2013 m. – 38,8 vaikai iš 1000 (absolūtus skaičius sumažėjo nuo 36,9 tūkst. 2004 m. iki 20,7 tūkst. 2014 m.). Tad vidutiniškai vienoje socialinės rizikos šeimoje augo 2 vaikai.

Paskutiniiais metais (2013 m.) apie ketvirtadalis vaikų gyveno žemiau skurdo rizikos ribos (2.1 pav.). Vaikų skurdo rizikos lygis<sup>4</sup> per paskutinius penkerius metus svyravo apie 24 proc., o skurdo rizikos gylis<sup>5</sup> – apie 29 proc. Skurdo riziką patyrė didesnė vaikų nei suaugusiųjų dalis. Tokios socialinės sąlygos galėjo padaryti neigiamą įtaką vaikų sveikatai.

Nuo 2001 m. šalyje buvo skiriama daugiau lėšų socialinėms išmokoms šeimoms ir vaikams (2.2 pav.): 2001 m. šeimoms ir vaikams buvo išleista 579 mln. Lt, o 2012 m. – 1 563 mln. Lt. Šios išlaidos buvo išmokamos natūra (prekėmis ir paslaugomis) arba pinigais, skirtais padengti išlaidas, susijusias su nėštumu, gimdymu, įsivaikinimu, vaikų auginimu ir kitų šeimos narių priežiūra. Kaip buvo aptariama 1 skyriuje, vaikų skaičius šalyje nuo 2001 m. sumažėjo, todėl padidėjusios socialinės apsaugos išlaidos šeimoms ir vaikams rodo, kad vienam asmeniui tenka didesnė išlaidų dalis nei anksčiau.

*Šalyje sumažėjo socialinės rizikos šeimų ir jose augančių vaikų skaičius*

*Skurdo riziką patiria didesnė dalis vaikų nei suaugusiųjų*

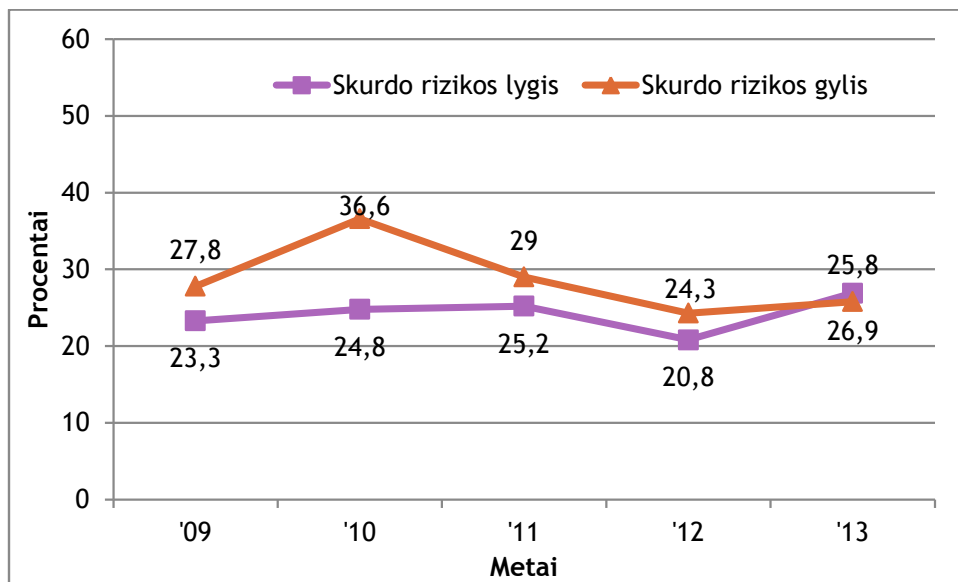
*Socialinės padėties gerinimas šalyje gali reikšmingai prisidėti prie sveikatos gerinimo*

<sup>2</sup> LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Interneto svetainė (anglų k.), useful links, international organizations ([www.socmin.lt/en/useful-links/international-organizations.html](http://www.socmin.lt/en/useful-links/international-organizations.html)).

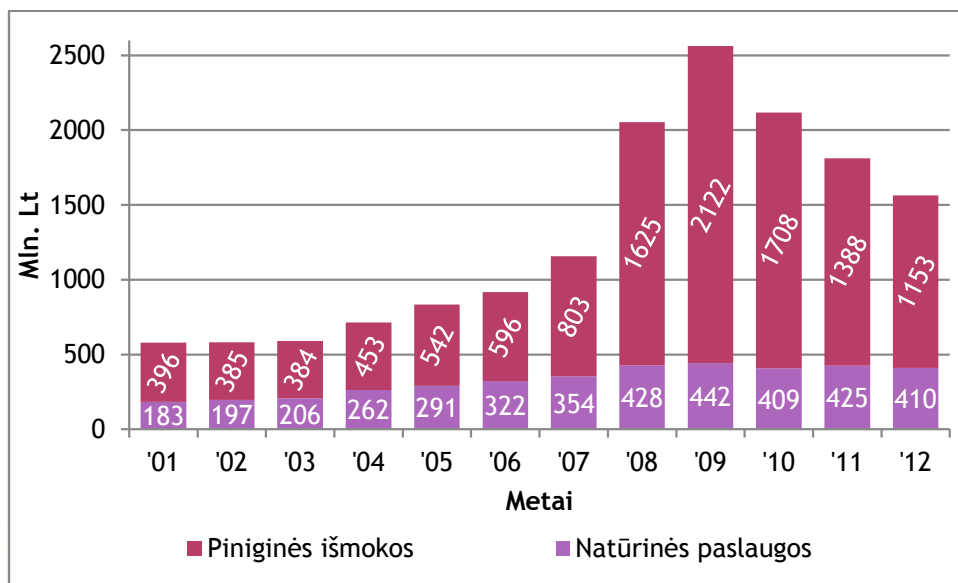
<sup>3</sup> World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2. Geneva, 2010.

<sup>4</sup> Skurdo rizikos lygis - gyventojų, esančių žemiau skurdo rizikos ribos, dalis.

<sup>5</sup> Skurdo rizikos gylis - procentais išreikštas vidutinis skurstančiųjų pajamų skirtumas už skurdo rizikos ribą.



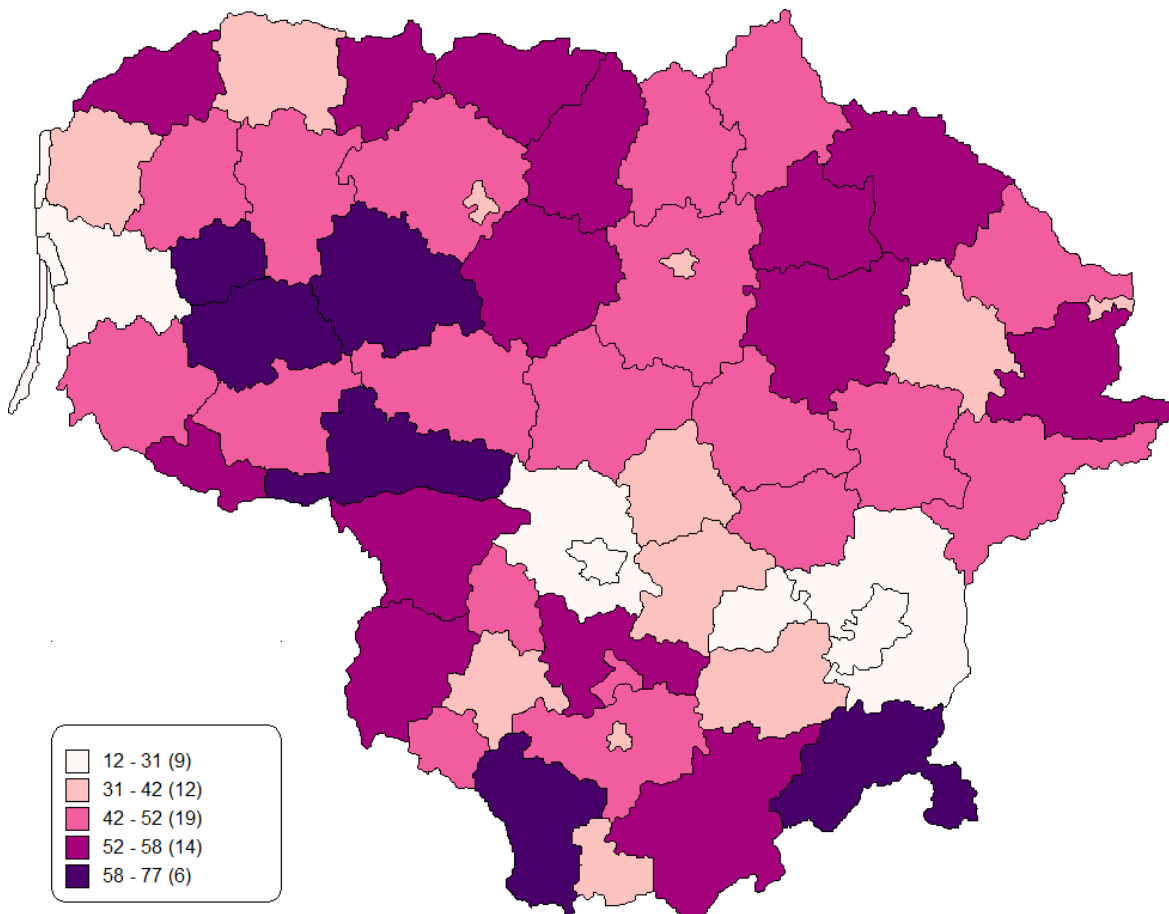
2.1 pav. Vaikų skurdo rizikos lygio ir gylio pokyčiai Lietuvoje 2009–2013 m.  
(Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)



2.2 pav. Išmokų šeimai ir (ar) vaikams pokyčiai pagal išmokų tipą Lietuvoje 2001–2012 m.  
(Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

Viena iš socialinės apsaugos rūšių yra nemokamas moksleivių maitinimas, kuris skiriamas atsižvelgiant į gaunamas šeimos pajamas. Nemokamai maitinamų moksleivių skaičius šalyje per 2005–2013 m. vidutiniškai buvo 129,7 tūkst. ir jų maitinimui buvo skiriama apie 78,4 mln. Lt kasmet. 2013 m. nemokamai maitinamų moksleivių skaičius buvo 108,8 tūkst., kuriems pamaitinti skirta 71,1 mln. Lt.

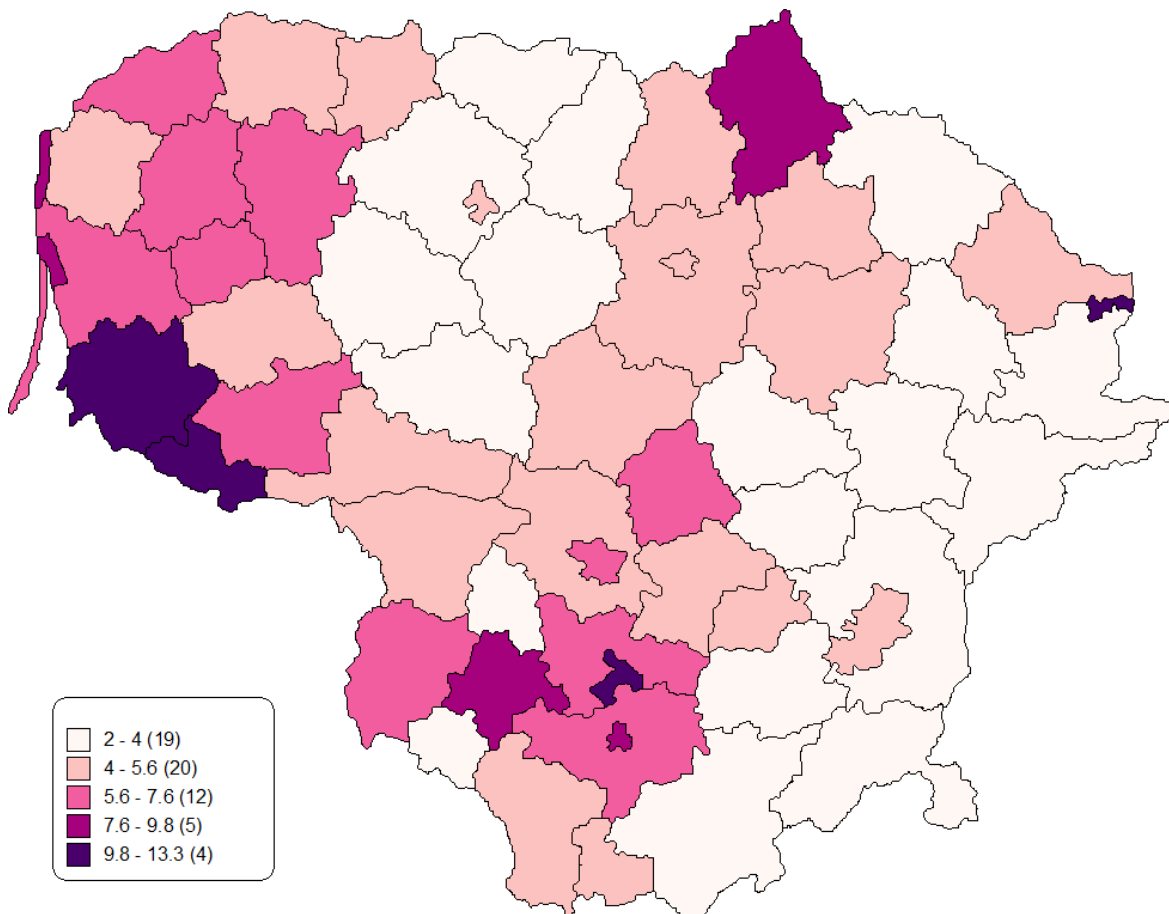
Šalyje 2013 m. 100 mokyklinio amžiaus (7–16 m.) vaikų teko 37,5 nemokamai maitinami mokiniai. Savivaldybėse šis skaičius skyrėsi ir svyravo nuo 12 iki 77 nemokamai maitinamų mokinių 100 mokyklinio amžiaus vaikų (2.3 pav.).



2.3 pav. Nemokamai maitinamų mokinių sk., tenkantis 100 mokyklinio amžiaus (7–16 m.) vaikų, Lietuvos savivaldybėse 2013 m. (Šaltinis: Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos)

2013–2014 mokslo metais šalyje buvo 291,0 tūkst. bendrojo ugdymo mokyklų mokinių iki 16 m. (įmtinai). Iš visų mokyklinio amžiaus vaikų (7–16 m.) mokykloje nesimokė 15,6 tūkst. mokinių ir tai sudarė 5,4 proc. nuo visų šio amžiaus vaikų šalyje, nors pagal LR Konstituciją, asmenims iki 16 m. mokslas yra privalomas. Nesimokymo mokykloje priežastys buvo įvairios: vaikai buvo išvykę iš šalies (75,5 proc. nesimokančių), nerasti (15,4 proc. nesimokančių) arba nelankė mokyklos dėl socialinių, psichologinių ir kitų priežasčių (9,1 proc.). Tai, kad pagrindinė mokyklose nelankymo priežastis buvo išvykimas iš šalies, dar kartą atspindi emigracijos mastą, aptartą 1 skyriuje.

Mokyklinio amžiaus vaikų, nesimokusių mokykloje, dalis Lietuvos savivaldybėse svyravo nuo 2 iki 13,3 proc. (2.4 pav.), tad kai kuriose savivaldybėse beveik kas dešimtas mokyklinio amžiaus vaikas nesimokė. Didžiausia dalis mokykloje nesimokusių mokyklinio amžiaus vaikų 2013 m. buvo mažosiose savivaldybėse: Pagėgių, Šilutės r., Visagino ir Birštono savivaldybėse.

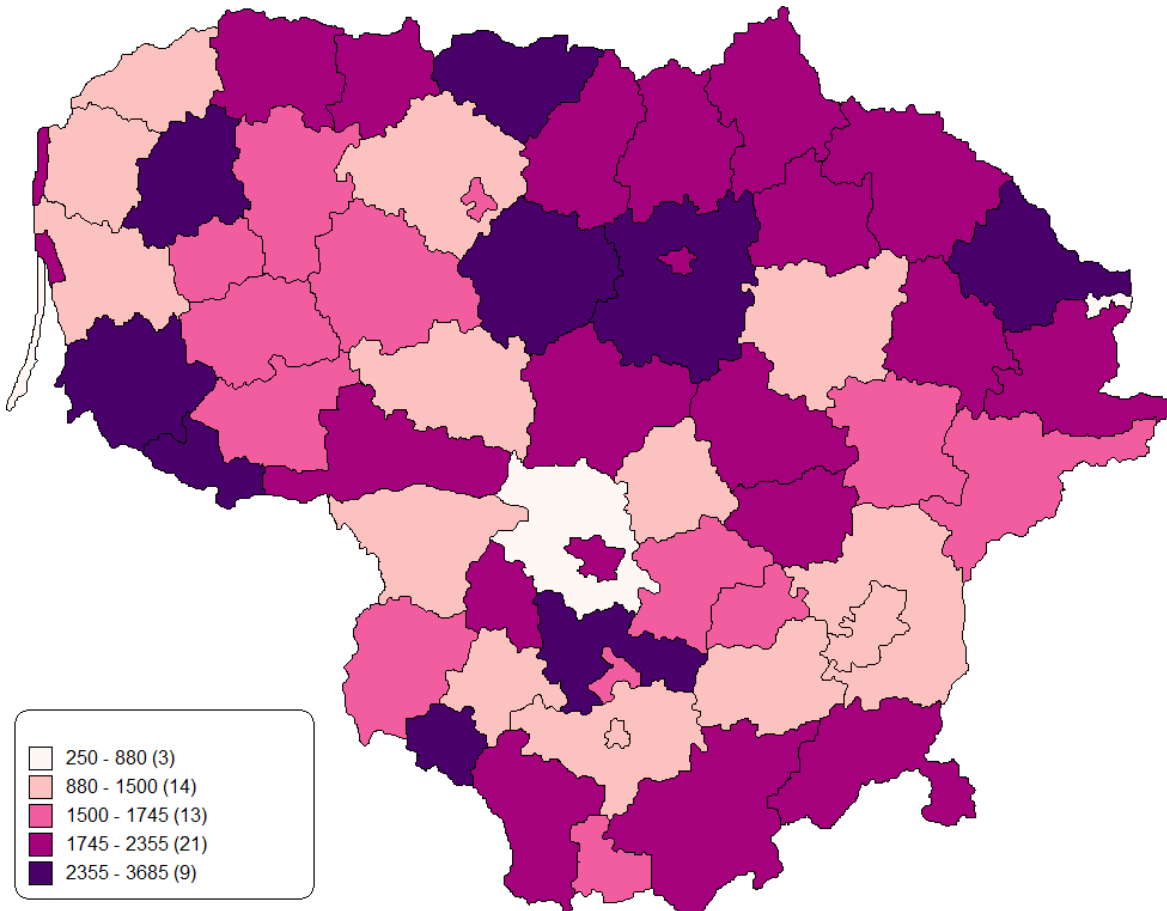


2.4 pav. Mokyklinio amžiaus (7–16 m.) vaikų, nesimokančių mokykloje, dalis (proc.) Lietuvos savivaldybėse 2013–2014 mokslo metais (Šaltinis: Švietimo informacinių technologijų centras)

Su socialine vaikų padėtimi yra susijusios vaikų nusikalstamos veikos. Nuo 2004 m. nepilnamečių, įtariamų padarius nusikalstamas veikas, skaičius, tenkantis 100 000 14–17 m. amžiaus vaikų, sumažėjo nuo 2 tūkst. iki 1,7–1,8 tūkst. Iš viso per 2011–2013 m. šalyje kasmet apie 2,5 tūkst. nepilnamečių buvo įtariamai padarę nusikalstamas veikas, o nusikalstamas veikas padariusių vaikų skaičius, tenkantis 100 000 14–17 m. amžiaus vaikų, savivaldybėse labai skyrėsi (2.5 pav.).

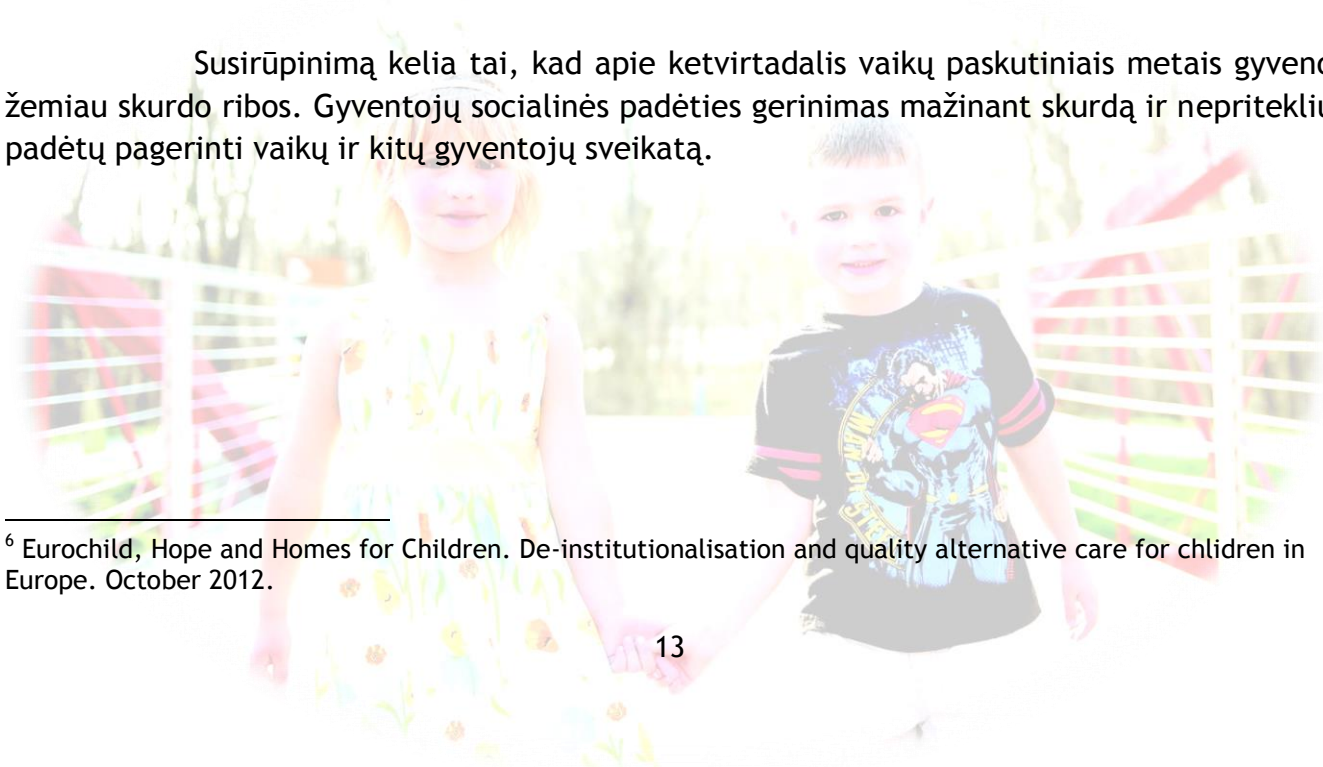
Kitas svarbus ir paprastai neigiamai vertinamas socialinis reiškinys yra vaikų globos įstaigos. Šalyje 2013 m. buvo 93 vaikų globos įstaigos, kuriose gyveno 4,4 tūkst. vaikų. Šis skaičius nuo 2007 m. buvo sumažėjęs, nes minėtais metais šalyje buvo 113 vaikų globos įstaigų, kuriose gyveno 5,8 tūkst. vaikų. Nepaisant globos įstaigose augančių vaikų skaičiaus sumažėjimo, tokių vaikų yra daug ir tai nėra laikoma gera praktika. Žinoma, kad nuo kūdikystės globos namuose gyvenančio vaiko raida atsilieka. Paaugęs jis susiduria su neigiamu visuomenės požiūriu, kartais – net su atskirtimi. Taip pat globos namuose augę vaikai yra linkę dažniau nusikalsti, nusižudyti. Kai kurie autoriai vaikų institucinę globą sieja

su smurtu vaikų atžvilgiu<sup>6</sup>. Dėl šių priežasčių yra svarbu mažinti vaikų, gyvenančių globos įstaigose, skaičių juos apgyvendinant šeimose.



2.5 pav. Vidutinis nepilnamečių, įtariamų padarius nusikalstamas veikas, skaičius, tenkantis 100 000 14–17 m. amžiaus vaikų Lietuvos savivaldybėse 2011–2013 m. (Šaltinis: Informatikos ir ryšių departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos)

Susirūpinimą kelia tai, kad apie ketvirtadalis vaikų paskutiniaisiais metais gyveno žemiau skurdo ribos. Gyventojų socialinės padėties gerinimas mažinant skurdą ir nepriteklių padėtų pagerinti vaikų ir kitų gyventojų sveikatą.



<sup>6</sup> Eurochild, Hope and Homes for Children. De-institutionalisation and quality alternative care for children in Europe. October 2012.

### 3. GYVENSENĄ

Paauglystė yra vienas sudėtingiausių vaiko raidos etapų. Jos laikotarpiu dažniausiai pirmą kartą išbandomos psichoaktyvios medžiagos: tabakas, alkoholis, lakiosios medžiagos ir narkotikai, kurie veikia žmogaus psichiką, keičia žmogaus elgesį ir gali sukelti psichinę ar fizinę priklausomybę<sup>7,8</sup>.

Kad psichoaktyvių medžiagų vartojimo problema egzistuoja ir tarp mūsų šalies paauglių rodo šalies mokyklose vykdomas Pasaulio sveikatos organizacijos koordinuojamas tarptautinis mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimas HBSC (angl. *Health behaviour in School-aged Children*)<sup>8</sup>. Vykdam šį tyrimą kas ketveri metai tuo pačiu metu pagal vieną metodiką atliekama reprezentatyvi 11, 13 ir 15 metų mokinių apklausa.

ESPAD – tarptautinis lyginamasis tyrimas, kas ketverius metus atliekamas daugelyje Europos valstybių nuo 1995 m. Pagrindinis ESPAD tyrimo tikslas – surinkti tinkamus palyginimui duomenis apie alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimą tarp 15–16 m. amžiaus vaikų įvairiose Europos valstybėse<sup>9</sup>.

*Nuo 2003 m. iki 2007 m. mažėjusi kasdien rūkančių 13 ir jaunesnio amžiaus vaikų dalis vėl padidėjo*

*Beveik visi Lietuvos moksleiviai, dalyvavę ESPAD tyrime, nurodė vartoję alkoholį bent 1–2 kartus per gyvenimą*

*Per pastarąsias 30 dienų vartojančių alkoholį mokinių dalis 2003–2011 m. laikotarpiu mažėja*

*Berniukai dažniau vartoja alų bei spiritinius gėrimus, mergaitės dažniau renkasi vyną*

*15 m. berniukų ir mergaičių, pripažinusių, kad nors kartą gyvenime vartojo kokius nors narkotikus, dalis didėja (2002–2010 m.)*

*Su amžiumi berniukai geriau galvoja apie savo kūno apimtį, mergaitės atvirkesčiai – kuo vyresnės, tuo labiau linkusios save vertinti kritiškai*

*Su amžiumi mažėja mokinių dalis, kurie pusryčiauja bei vaisius valgo kasdien, tačiau didėja vartojančiųjų gaiviuosius gėrimus dalis*

*Lietuvoje 11, 13 ir 15 m. amžiaus grupėse fiziškai aktyviausi 11 m. berniukai*

#### 3.1. Rūkymas

Apklausos (HBSC 2009/2010 m.) duomenimis, 11 m. amžiaus grupėje buvo 5,2 proc. rūkančių berniukų ir 1 proc. mergaičių, tačiau 13 m. amžiuje rūkančiais save laikė

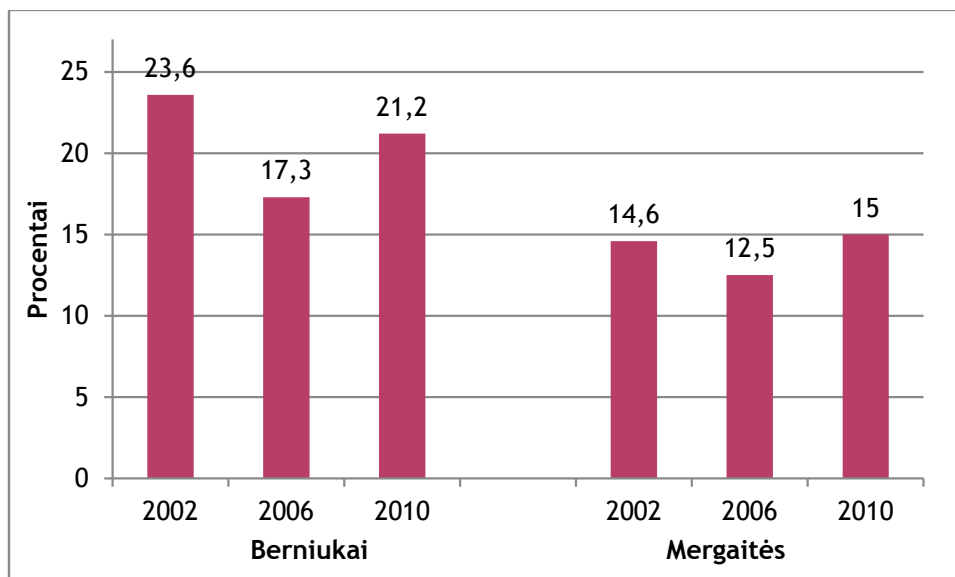
<sup>7</sup> Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A et al. (Eds.). (2009): The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Stockholm: Sweden, 2009.

<sup>8</sup> Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Currie D, Pickett W et al. (Eds.). Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. (Health Policy for Children and Adolescents, No 5).

<sup>9</sup> ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance use Among Students in 36 European Countries. 2012.

jau 16,5 proc. berniukų ir 11,2 proc. mergaičių, o 15 m. amžiuje – beveik kas antras (43 proc.) berniukas ir kas trečia (33,3 proc.) mergaitė.

2002 m. Lietuvoje rūkančių 11–15 m. amžiaus berniukų buvo 23,6 proc., o mergaičių – 14,6 proc. Rūkančiųjų dalis 2006 m. sumažėjo, tačiau 2010 m. tyrimo duomenimis, rūkančių mokinių dalis vėl praktiškai pasiekė 2002 m. lygį: 21,2 proc. tarp berniukų ir 15 proc. tarp mergaičių (3.1.1 pav.). Rūkymo paplitimo tarp paauglių sumažėjimas 2006 m. buvo siejamas su padidintomis valstybės pastangomis tabako kontrolės srityje (reklamos ir rūkymo viešose vietose uždraudimas, įspėjamųjų užrašų ant cigarečių pakuočių spausdinimas ir kt.)<sup>10</sup>.

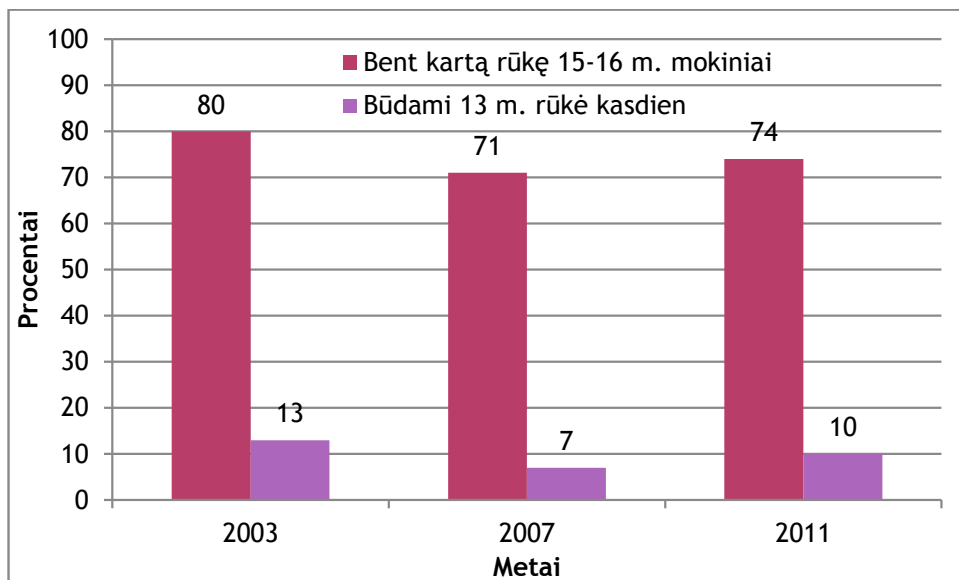


3.1.1 pav. 11–15 m. rūkančių berniukų ir mergaičių dalies (proc.) pokyčiai Lietuvoje 2002–2010 m. (Šaltinis: HBSC 2009/2010 m. tyrimas)

ESPAD tyrimo duomenimis, tarp 36 Europos šalių Lietuvos paaugliai pagal rūkymo bent kartą per 30 dienų rodiklį buvo 9-je vietoje. 54 proc. 2011 m. apklaustų Europos 15–16 m. moksleivių teigė, kad jie bent kartą buvo rūkę cigaretes, o 28 proc. teigė, kad jie rūkė cigaretes per paskutines 30 dienų. HBSC 2009/2010 m. duomenimis, tarp to paties amžiaus Lietuvos mokinių bent kartą gyvenime rūkusių cigaretę buvo 74 proc. (77 proc. berniukų ir 70 proc. mergaičių).

Bent kartą gyvenime rūkusiųjų 15–16 m. amžiaus mokinių dalis Lietuvoje didžiausia buvo 2003 m. – 80 proc. Mokinių, teigusių, kad rūkė kasdien būdami 13 m., Lietuvoje 2003 m. buvo didesnė dalis nei 2007 m. ar 2011 m. – iš viso 13 proc. 2007 m. 7 proc. mokinių teigė, kad rūkė kasdien būdami 13 m., o 2011 m. – 10 proc. (3.1.2 pav.). Lyginant su kitomis šalimis, Lietuva pagal šį rodiklį buvo vidutinėje pozicijoje.

<sup>10</sup> ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance use Among Students in 36 European Countries. 2012.



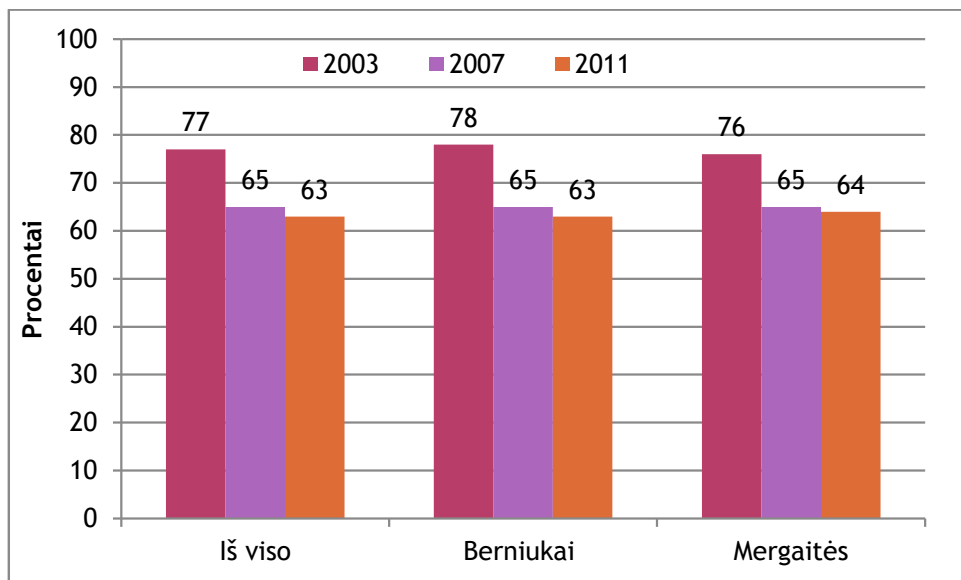
3.1.2 pav. Rūkančiųjų mokinių dalis (proc.) pagal amžių ir rūkymo įpročius Lietuvoje 2003–2011 m. (Šaltinis: ESPAD 2011 m. tyrimas)

### 3.2. Alkoholinių gėrimų vartojimas

Alkoholio vartojimas nuo vaikystės gali sukelti neigiamų pasekmių sveikatai dar jaunystėje arba jau suaugus. Taip pat šis žalingas įprotis neretai pakenkia asmens gerovei ir socialiniam gyvenimui. Bent 1–2 kartus per gyvenimą vartoję alkoholį nurodė 95 proc. Lietuvos 15–16 m. paauglių. Vartoję alkoholį bent 1–2 kartus per paskutinius 12 mėnesių nurodė 85 proc. paauglių. Per pastarąsias 30 dienų vartoję alkoholinius gėrimus nurodė 63 proc. paauglių.

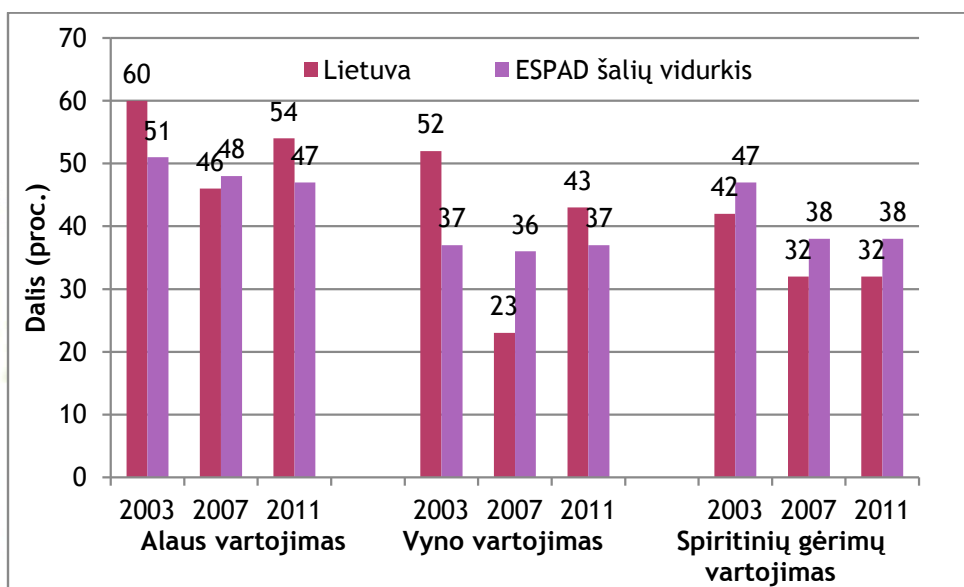
Per pastarąsias 30 dienų vartojusių alkoholį 15–16 m. mokinių dalis nuo 2003 m. iki 2011 m. sumažėjo 18 proc. Tarp lyčių šis rodiklis praktiškai nesiskyrė (3.2.1 pav.).

Lyginant Lietuvos mokinių dalį, kurie per pastarąsias 30 dienų vartojo alkoholį 3 ir daugiau kartų, su kitomis Europos šalimis, Lietuva buvo 11 vietoje (32 proc.) iš 18 šalių. Daugiausiai paauglių, vartojusių alkoholį 3 ir daugiau kartų per mėnesį, buvo Graikijoje (51 proc.), Belgijoje (49 proc.), Danijoje (49 proc.), o mažiausiai alkoholį vartojo šiaurės šalių paaugliai: Islandijos (5 proc.), Norvegijos (11 proc.), Švedijos (14 proc.).



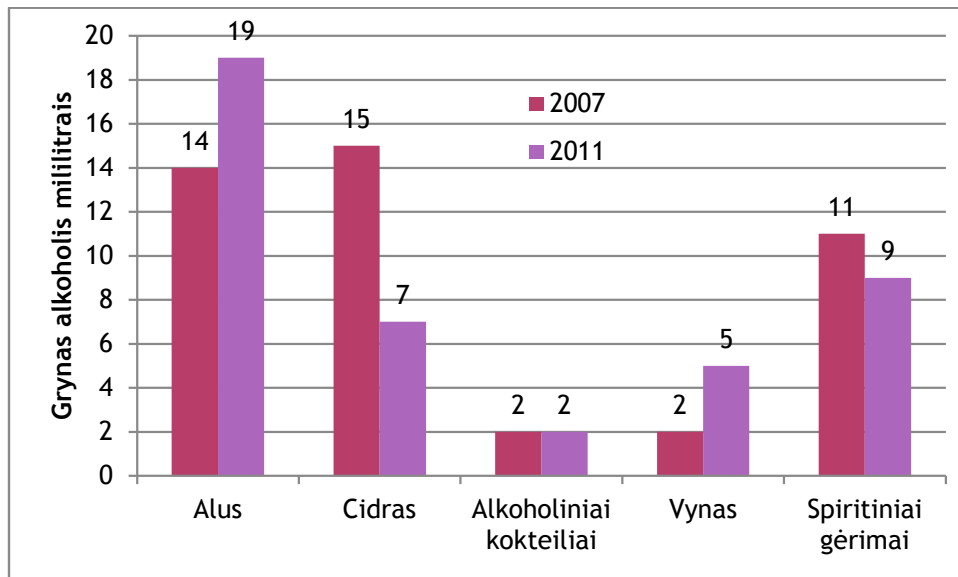
3.2.1 pav. Per pastarąsias 30 dienų vartojusių alkoholį 15–16 m. mokinių dalis (proc.) 2003–2011 m. (Šaltinis: ESPAD 2011 m. tyrimas)

Per paskutines 30 dienų daugiausiai mokiniai vartoja alų, mažiau vyną ir spiritinius gėrimus. Tarp Lietuvos mokinių alaus vartojimas per paskutines 30 dienų 2003 m. ir 2011 m. buvo didesnis nei tarp kitų ESPAD šalių mokinių. Nuo 2003 m. iki 2007 m. alaus ir spiritinių gėrimų vartojimas buvo sumažėjęs ketvirtadaliu, vyno vartojimas sumažėjo perpus. Nuo 2007 iki 2011 m. spiritinių gėrimų vartojimas nepakito, o alaus ir vyno vartojimas padidėjo. Alus buvo populiariausias tarp berniukų – 2011 m. 65 proc. jų vartojo alų, 42 proc. iš tyrime dalyvavusių mergaičių rinkosi alų, 52 proc. – vyną (3.2.2 pav.).



3.2.2 pav. Alkoholinių gėrimų vartojimas per paskutines 30 dienų pagal rūšį 2003–2011 m. Lietuvoje ir ESPAD šalyse (Šaltinis: ESPAD 2011 m. tyrimas)

Gryno alkoholio 2007 m. mokiniai daugiausiai suvartojo gerdami sidrą (15 ml gryno alkoholio), alų (14 ml) bei spiritinius gėrimus (11 ml). 2011 m. pirmoje vietoje taip pat buvo alus (19 ml), antroje – spiritiniai gėrimai (9 ml), trečioje – sidras (7 ml) (3.2.3 pav.).



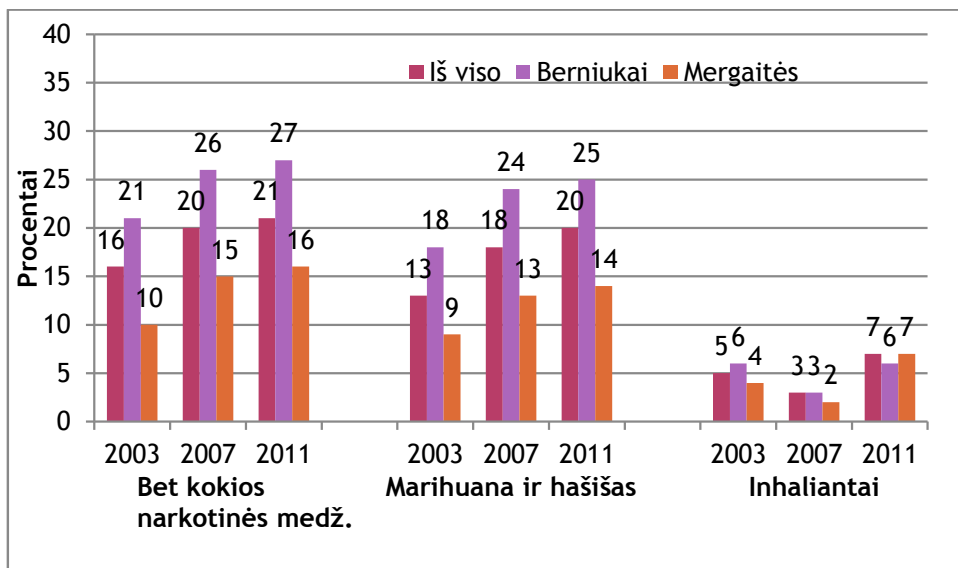
3.2.3 pav. Gryno alkoholio suvartojimas mililitrais pagal alkoholinių gėrimų rūšis 2007 m. ir 2011 m. Lietuvoje (Šaltinis: ESPAD 2011 m. tyrimas)

### 3.3. Narkotinių medžiagų vartojimas

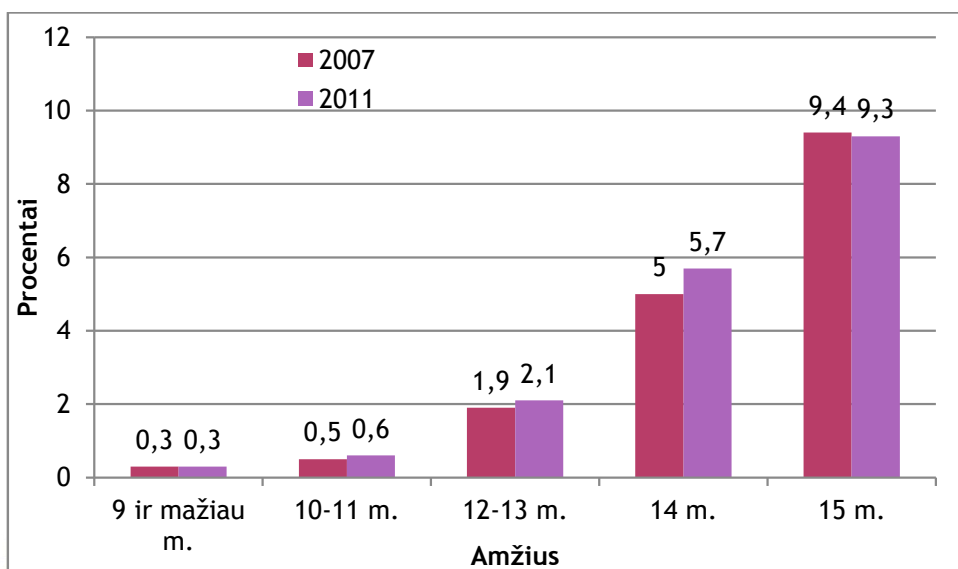
Lietuvoje 2011 m. 21 proc. mokinių buvo bandę bent kartą ar daugiau vartoti narkotines medžiagas. Berniukai buvo labiau linkę išbandyti narkotines medžiagas nei mergaitės. Nuo 2003 m. mokinių, kurie buvo bandę bet kokių narkotinių medžiagų, dalis padidėjo trečdaliu. Iš visų ESPAD tyrime dalyvavusių šalių, tokių mokinių mažiausiai buvo Norvegijoje – 5 proc., Albanijoje – 8 proc., Graikijoje – 11 proc.

Marihuanos ar hašišo vartojimas taip pat padidėjo. Šias narkotines medžiagas labiau vartojo berniukai. Inhaliantų vartojimas 2011 m., lyginant su 2003 m., buvo padidėjęs (3.3.1 pav.).

Pirmųjų bandymų vartoti populiariausius nelegalius narkotikus – kanapes/marihuaną/hašišą – skaičius didėja proporcingai amžiui ir labai padidėja laikotarpiu nuo 14 iki 15 metų. 2007 m. ir 2011 m. daugiausiai paauglių pabandė vartoti šiuos narkotikus būdami 15 metų (3.3.2 pav.).



3.3.1 pav. Nelegalių narkotikų vartojimas bent kartą per gyvenimą (proc.) Lietuvoje 2003–2011 m. (Šaltinis: ESPAD 2011 m. tyrimas)

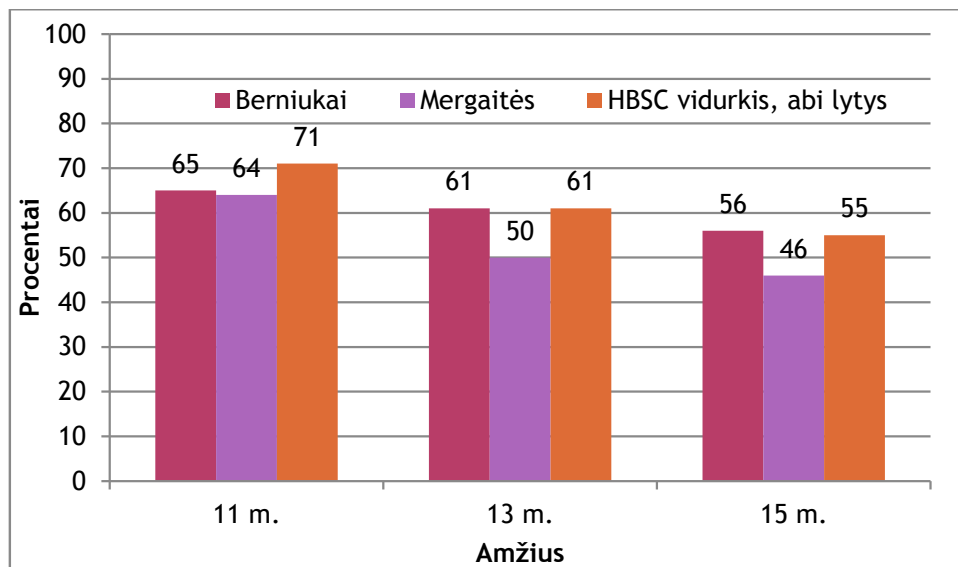


3.3.2 pav. Dalis mokinių, kurie minėtame amžiuje pirmą kartą pabandė vartoti marihuaną/hašišą 2007 m. ir 2011 m. (Šaltinis: ESPAD 2011 m. tyrimas)

### 3.4. Mityba

Pusryčių valgymas kiekvieną dieną turi įtakos didesniai gaunamų mikroelementų kiekiui, visavertiškesnei mitybai. Tam įtakos taip pat turi vaisių ir daržovių vartojimas, mažesnis gaiviųjų gėrimų vartojimas. Pusryčių atsisakymas yra labai paplitęs tarp jaunų žmonių Europoje ir tai koreliuoja su žalingais įpročiais, tokiais kaip rūkymas, alkoholio vartojimas ir mažas fizinis aktyvumas.

Didžiausia dalis Lietuvos ir kitų HBSC šalių mokinių kasdien nevalgė pusryčių būdami 15 m. amžiaus. Visose amžiaus grupėse didesnė dalis berniukų nei mergaičių kasdien pusryčiauvo. Lyginant su kitomis šalimis, Lietuvos moksleiviai nežymiai prasčiau suvokia pusryčių svarbą (3.4.1 pav.).



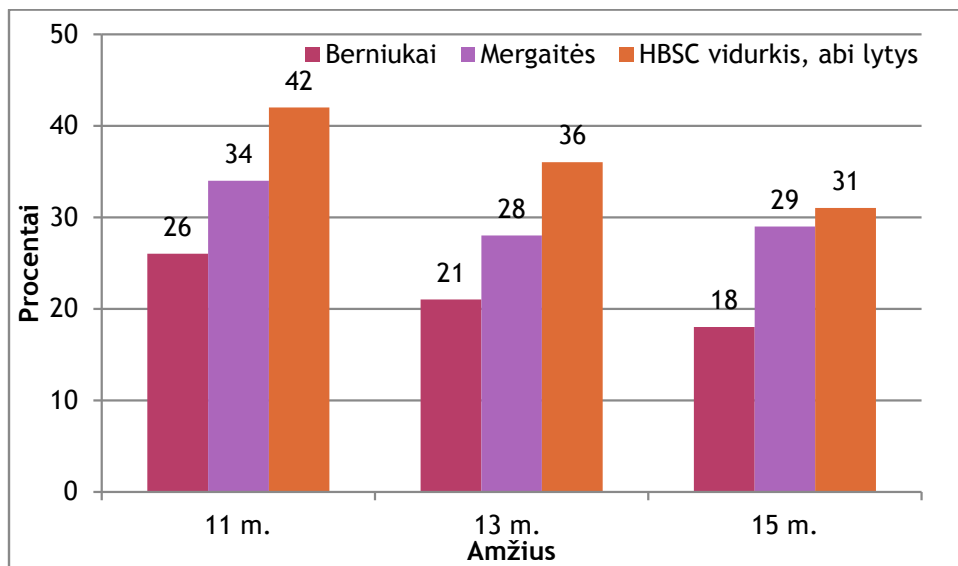
3.4.1 pav. Vaikų dalis (proc.) Lietuvoje, kurie valgo pusryčius kiekvieną dieną (Šaltinis: HBSC 2009/2010 m. tyrimas)

Sveikos mitybos įpročius daugelyje šalių atspindi vaisių ir daržovių vartojimas. Pasaulio sveikatos organizacija rekomenduoja per dieną suvalgyti bent 400 gramų įvairių daržovių, neskaitant bulvių<sup>11</sup>. HBSC tyrimo duomenimis, 26 proc. Lietuvos 11 m. berniukų vaisius valgė kiekvieną dieną, mergaičių – 34 proc. Tyrimas taip pat parodė, kad su amžiumi mažėjo mokinių dalis, kurie vaisius valgė kasdien (3.4.2 pav.). Kaime gyvenantys berniukai vaisius valgė rečiau, o daržoves dažniau nei mieste gyvenantys jų bendraamžiai. Kaime gyvenančios mergaitės vaisius valgė rečiau nei miesto mergaitės, tačiau daržovių vartojimas tarp jų nesiskyrė<sup>12</sup>.

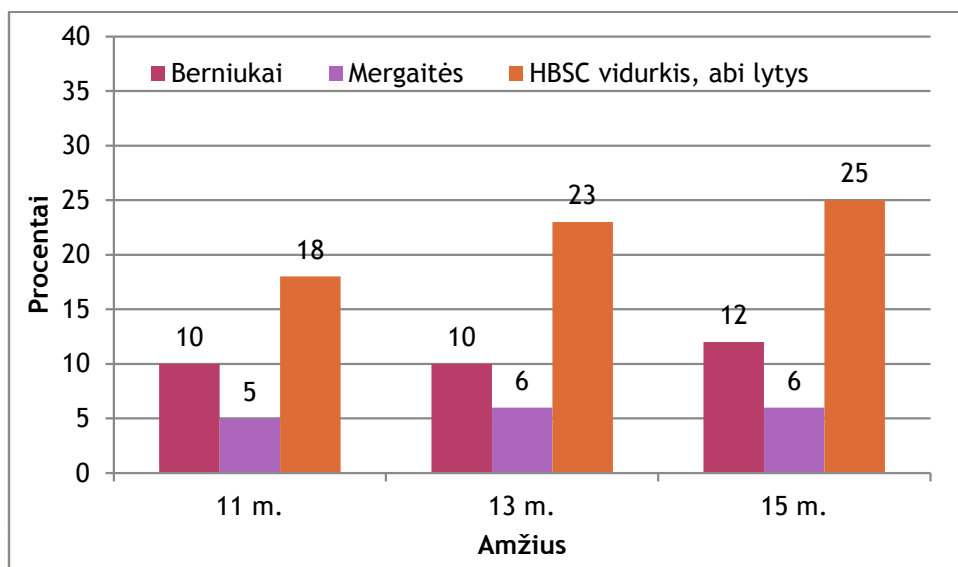
HBSC tyrimo duomenimis, Lietuvoje mažesnė 11–15 m. amžiaus vaikų dalis nei HBSC šalyse kasdien vartojo gaiviuosius gėrimus. Taip pat kasdien vartojančių gaiviuosius gėrimus dalis mūsų šalyje didėjant amžiui beveik nekito, o HBSC šalyse – su amžiumi šiek tiek padidėjo. Lietuvoje mažesnė dalis mergaičių nei berniukų kasdien vartojo gaiviuosius gėrimus (3.4.3 pav.).

<sup>11</sup> Metodinės rekomendacijos: sveikos mitybos rekomendacijos. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras ir kt. Vilnius, 2010.

<sup>12</sup> Zaborskis A, Lagūnaitė R. Vaisiai ir daržovės mokinio valgiaraštyje: mityba ir socialiniai netolygumai 2002–2010 metais, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademija.



3.4.2 pav. Vaikų dalis (proc.) Lietuvoje, kurie vaisius valgo kiekvieną dieną (Šaltinis: HBSC 2009/2010 m. tyrimas)



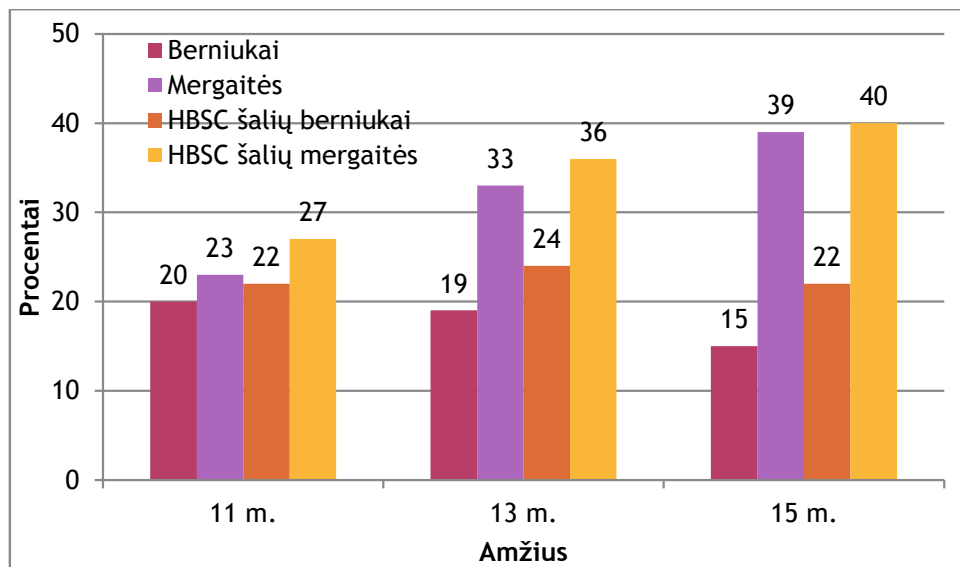
3.4.3 pav. Vaikų, kasdien geriančių gaiviuosius gėrimus, dalis Lietuvoje (proc.). (Šaltinis: HBSC 2009/2010 m. tyrimas)

Viršsvoris ir nutukimas tarp jaunų žmonių yra visuomenės sveikatos problema. Nutukimas ir viršsvoris sukelia tokius sveikatos sutrikimus kaip miego apnėja, ortopedinės problemos ar širdies ir kraujagyslių ligos bei diabetas, kurie atsiranda dėl sutrikusios medžiagų apykaitos. Taip pat galimos psichosocialinės problemos (patyčios, depresija, sutrikusi gyvenimo kokybė)<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Currie D, Pickett W et al. (Eds.). Inequalities in young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey.

Genetikos ir aplinkos veiksnių kompleksinės priežastys prisideda prie perteklinės energijos suvartojimo ir/ar nepakankamo energijos sunaudojimo. HBSC duomenys rodo, kad vaikai, kurie turi viršsvorio, yra labiau linkę atsisakyti pusryčių, yra mažiau fiziškai aktyvūs ir daugiau laiko praleidžia prie televizoriaus.

Lietuvoje panaši mokinių dalis kaip kitose HBSC šalyse mano, jog yra per stori. Mergaičių, manančių, jog yra per storos, dalis su amžiumi didėjo ir Lietuvoje, ir kitose HBSC šalyse. Berniukų, manančių, kad yra per stori, dalis Lietuvoje su amžiumi nežymiai mažėjo, o kitose HBSC šalyse beveik nepakito (3.4.4 pav.).



3.4.4 pav. Vaikų dalis (proc.) Lietuvoje, kurie mano, kad jie yra per stori (Šaltinis: HBSC 2009/2010 m. tyrimas)

Kitose Europos šalyse: Vokietijoje (53 proc.), Liuksemburge (52 proc.), Slovėnijoje (54 proc.) bei Škotijoje (52 proc.) taip pat didžiausią dalį manančių, kad yra per storos, sudaro 15 m. mergaitės.

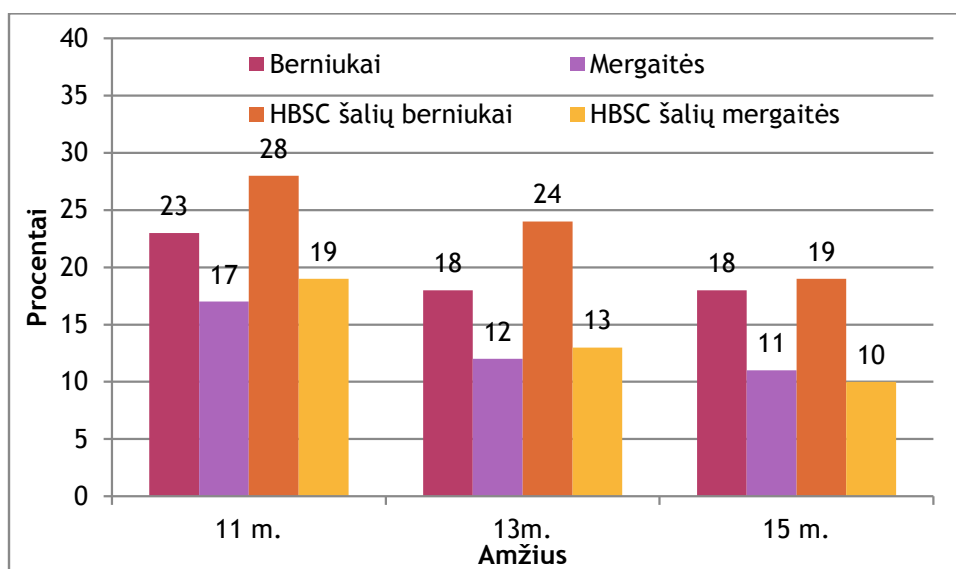
### 3.5. Fizinis aktyvumas

Šeimos įpročiai ir tradicijos tyrimuose akcentuojami kaip vieni svarbiausių veiksnių, formuojančių vaiko gyvenimą. Tyrimais nustatyta, kad sveikos gyvenimo įpročių formavimuisi svarbus tėvų (ypač motinos) asmeninis gyvenimo pavyzdys, tačiau kalbant apie fizinį aktyvumą, pastebėta, kad tėvų fizinio aktyvumo įpročiai patys savaime neturi reikšmingos įtakos vaikų fizinio aktyvumo poreikiui – norą mankštintis skatina tik ta fiziškai aktyvi tėvų veikla, kuria užsiimama kartu su savo vaikais<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> Norkus A. Sveika gyvenimo Lietuvos studentų populiacijoje: edukacinis diagnostinis aspektas. Daktaro disertacija, 2012.

Itin daug įtakos vaikų ir paauglių fiziniam aktyvumui turi bendraamžiai, draugai. Nustatyta, kad vaikams turintiems daugiau draugų būdingas didesnis fizinis aktyvumas, negu vienišiams jų bendraamžiams. Be to, pastebėta, kad daugiau draugų turintys vaikai renkasi įvairesnes fizinio aktyvumo alternatyvas. Pažymėtina, kad viršsvoris gali būti ne tik fizinio pasyvumo pasekmė, bet ir priežastis – viršsvorio turintys vaikai ir paaugliai yra mažiau fiziškai aktyvūs ir tai siejama su iš bendraamžių jaučiama marginalizacija, stigmatizacija viršsvorio turintiems vaikams<sup>15,16</sup>.

Lietuvoje fiziškai aktyvesni berniukai nei mergaitės. Moksleiviai fiziškai aktyvesni jaunesniame, t.y. 11 m. amžiuje. Lyginant su HBSC tyrimo šalių vidurkiu, Lietuvos moksleiviai šiek tiek mažiau fiziškai aktyvūs – 23 proc. 11 m. berniukų (HBSC – 28 proc.) ir 17 proc. to paties amžiaus mergaičių (HBSC – 19 proc.) (3.5.1 pav.).



3.5.1 pav. Moksleivių dalis (proc.), kurie kasdien mažiausiai 1 valandą užsiima vidutine ar intensyvia fizine veikla (Šaltinis: HBSC 2009/2010 m. tyrimas)

<sup>15</sup> Cadogan S.L, Keane E, Kearney P.M. The effects of individual, family and environmental factors on physical activity levels in children: a cross-sectional study. BMC Pediatr. 2014; 14: 107/ doi. 10.1186/1471-2431-14-107. PubMed PMCID: PMC4029993. PMID: 24745362.

<sup>16</sup> Salvy S.J, Haya K, Bowker J, Hermans R. Influence of peers and friends on children's and adolescents eating and activity behaviors. *Psychology and Behaviour* 106 (2012) 369-378.

#### 4. LIGŲ PREVENCIJA

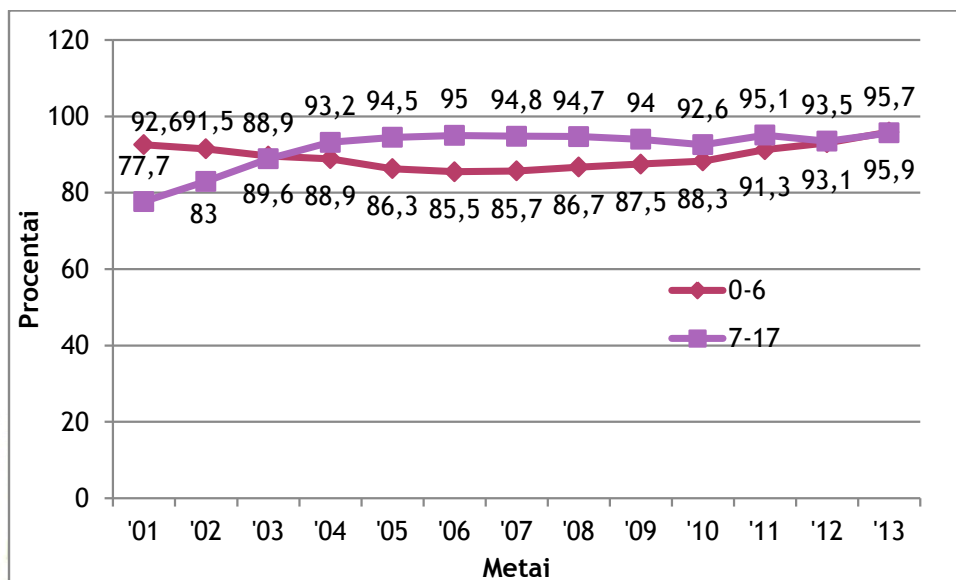
Ligų prevencijai svarbu, kad vaikai periodiškai lankytųsi pas savo šeimos gydytoją. Per 2001–2013 m. laikotarpį į ambulatorines asmens sveikatos priežiūros įstaigas kreipėsi 92,6–95,9 proc. jose prisirašiusių 0–6 m. amžiaus vaikų. Į šias įstaigas iki 2003 m. kreipėsi mažesnė dalis mokyklinio amžiaus (7–17 m.) vaikų nei ikimokyklinukų, tačiau nuo 2003 m. apsilankiusių vaikų dalis buvo didesnė 7–17 m. amžiaus grupėje.

2013 m. prie kurios nors asmens sveikatos priežiūros įstaigos buvo prisirašę 212 756 ikimokyklinio amžiaus (0–6 m.) vaikai. Iš jų 95,9 proc. minėtais metais apsilankė pas gydytoją, dirbantį ambulatorinėje grandyje. Iš 344 025 mokyklinio amžiaus (7–17) vaikų 2013 m. apsilankė taip pat didžioji dalis vaikų – 95,7 proc. (4.1 pav.).

Tokie duomenys rodo, kad didžioji dalis vaikų apsilanko sveikatos priežiūros įstaigose bent kartą per metus, todėl pirminė ir antrinė sveikatos priežiūra turi geras galimybes įgyvendinti ligų prevenciją tarp vaikų.

*Didžioji dalis vaikų apsilanko sveikatos priežiūros įstaigose bent kartą per metus*

*Vaikų profilaktinių skiepimų apimtys šalyje yra pakankamos, kad ir toliau būtų išlaikytas kolektyvinis imunitetas*



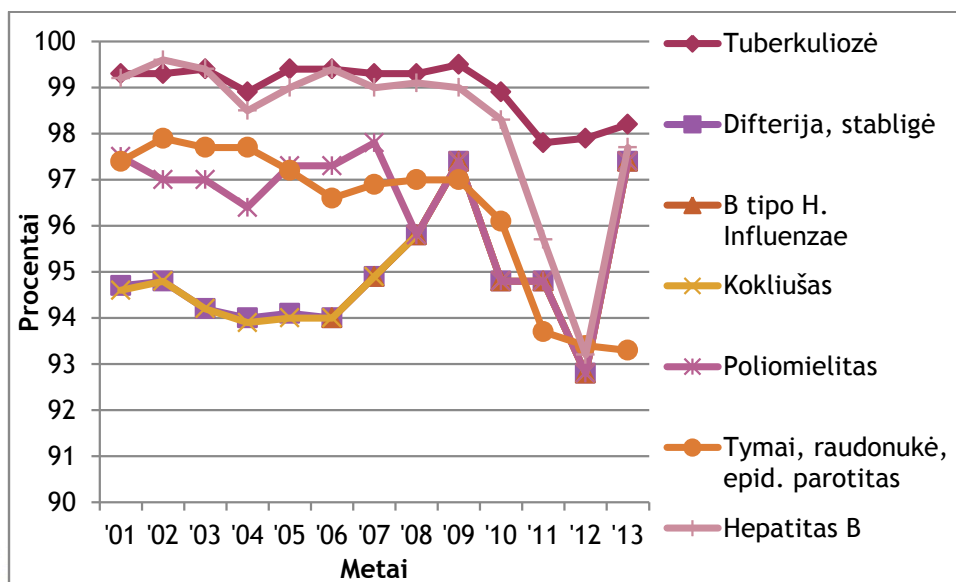
4.1 pav. Vaikų, kurie lankėsi ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose, dalies nuo visų prisirašiusių vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Vaikams aktuali užkrečiamųjų ligų problema, su kuria taip pat galima kovoti panaudojant pirminės sveikatos priežiūros išteklius. Vaikai yra visuomenės dalis, kuri ypatingai rizikuoja susirgti perduodamomis ligomis dėl to, kad jų higienos įgūdžiai dar vystosi ir būdami dideliuose vaikų kolektyvuose jie gali greitai perduoti ligos užkratą vienas

kitam. Todėl sprendžiant šią visuomenės sveikatos problemą negalima apsieiti be vakcinų, kurios yra patikimiausias būdas apsaugoti vaikus ir suaugusius nuo užkrečiamųjų ligų plitimo ir nereikalingų neigiamų padarinių sveikatai. Kuo daugiau gyventojų yra pasiskiepiję, tuo stipresnis kolektyvinis imunitetas ir mažesnė galimybė ligos užkratui plisti.

Lietuvoje galioja Vaikų profilaktinių skiepimų kalendorius<sup>17</sup>, pagal kurį atitinkamo amžiaus vaikai yra nemokamai skiepijami į profilaktinių skiepimų kalendorių įtrauktomis vakcinomis: tuberkuliozės, hepatito B, kokliušo, difterijos, stabligės, B tipo *Haemophilus influenzae*, poliomielito, tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina. Nuo 2014 m. pabaigos į profilaktinių skiepimų kalendorių įtraukta ir pneumokokinė vakcina.

Paskutiniai duomenys rodo, kad nuo 2001 m. skiepimų apimtys beveik visomis vakcinomis, kurios minėtais metais jau buvo įtrauktos į profilaktinių skiepimų kalendorių, buvo ne mažesnės nei 92 proc. (4.1 pav.). 2004 m., kai vaikai pradėti profilaktiškai skiepyti nuo B tipo *Haemophilus influenzae*, skiepimų nuo šios ligos apimtys buvo apie 30 proc., 2005 m. – apie 60 proc., ir 2006 m. pasiekė kitų ligų skiepimų apimtį (9.1 pav. pavaizduoti skiepimo šia vakcina pokyčiai nuo 2006 m.).



4.1 pav. Vaikų profilaktinių skiepimų apimčių pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m.

(Šaltinis: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras)

Maždaug nuo 2009 m. buvo pastebimas skiepimų apimčių mažėjimas, tačiau paskutiniaisiais metais paskiepytų vaikų dalis pasiekė didesnes nei 97 proc. skiepimų apimtį (išskyrus skiepimų nuo tymų, raudonukės ir epideminio parotito apimtį). Tokie skaičiai rodo stiprų kolektyvinį imunitetą ir padeda gerus pamatus įgyvendinant Nacionalinėje

<sup>17</sup> LR vaikų profilaktinių skiepimų kalendorius patvirtintas LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 27 d. įsakymu Nr. V-283 (TAR, 2014, Nr. 2014-02276)

imunoprofilaktikos 2014–2018 m. programoje<sup>18</sup> numatyta tikslą išlaikyti ne mažesnes kaip 90–95 proc. vaikų skiepijimo apimtis.

Svarbu paminėti ir tai, kad ateinančiais metais tikimasi skiepų nuo tymų, raudonukės ir poliomieliito apimčių padidėjimo, nes nuo 2016 m. į ikimokyklinio ir priešmokyklinio ugdymo įstaigą vaikas galės būti priimamas tik tokiu atveju, jeigu bus vakcinuotas nuo minėtų ligų (jeigu tam nebus kontraindikacijų)<sup>19</sup>.

Vaikai taip pat skiepijami kitomis vakcinomis, kurios nėra įtrauktos į profilaktinių skiepijimų kalendorių. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, 2013 m. vaikai dažniausiai buvo skiepijami sezoninio gripo, pneumokokinės, rotavirusinės infekcijos ir erkinio encefalito vakcinomis.

Daugiau nei 12 tūkst. vaikų 2013 m. paskiepyti bent viena<sup>20</sup> vakcinos nuo pneumokokinės infekcijos doze, nors tais metais minėta vakcina dar nebuvo įtraukta į profilaktinių skiepijimų kalendorių. 240 mergaičių paskiepytos bent viena doze vakcinos nuo žmogaus papilomos viruso, kas laikoma veiksminga profilaktika prieš gimdos kaklelio vėžį. Daugiau nei 9 tūkst. vaikų paskiepyti sezoninio gripo vakcina, iš kurių 6,2 tūkst. priklausė rizikos grupei, todėl buvo vakcinuoti valstybės lėšomis. Nuo rotavirusinės infekcijos 2013 m. bent viena vakcinos doze 2013 m. paskiepyti 1,6 tūkst. naujagimių. Vaikai taip pat buvo skiepijami nuo vėjaraupių – 2013 m. bent vieną vakcinos dozę nuo šios ligos gavo daugiau nei 900 vaikų. 5,9 tūkst. vaikų buvo skiepijami nuo erkinio encefalito ir daugiau nei 600 vaikų – nuo hepatito A. Mažiau vaikų (kelios dešimtys) buvo paskiepyti nuo meningokokinės infekcijos, geltonojo drugio, vidurių šiltinės, pasiutligės, stabligės.

Dalis išvardintų ligų, neįtrauktų į profilaktinių vaikų skiepijimų kalendorių, yra rekomenduojamos arba privalomos keliaujantiems į kai kurias užsienio šalis, tačiau įgytas imunitetas išlieka ir apsaugo nuo užkrečiamųjų ligų sugrįžus atgal į šalį. Manoma, kad nesant reikalavimo ar rekomendacijų skieptis prieš keliaujant į svečias šalis, vaikų skiepijimas dėl minėtų ligų būtų mažesnis.

Pakankamos vaikų profilaktinių skiepijimų apimtys šalyje leidžia teigti, kad ir toliau bus išlaikytas stiprus kolektyvinis imunitetas ir galėsime tikėtis, kad vaikai nebesirgs tokiomis pavojingomis ligomis kaip poliomielitas, tymai, raudonukė, difterija, epideminis parotitas ir kitos.

Dar viena ligų prevencijos priemonė valstybiniu mastu yra 2005 m. patvirtinta vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis finansavimo programa. Pradžioje pagal šią programą buvo vykdomas 5–13 metų amžiaus vaikų dantų silantavimas, vėliau (nuo 2008 m.) ši programa pradėta taikyti 6–14 metų amžiaus vaikams.

<sup>18</sup> Nacionalinė imunoprofilaktikos 2014-2018 metų programa patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 3 d. įsakymu Nr. V-8 (TAR, 2014, Nr. 2014-00061)

<sup>19</sup> Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2010 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-313 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 75:2010 „Įstaiga, vykdanči ikimokyklinio ir (ar) priešmokyklinio ugdymo programą. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“ pakeitimo (TAR, 2014, Nr. 2014-07604)

<sup>20</sup> Jeigu skiepijant reikalingos kelios dozės vakcinos su tam tikrai laiko tarpais, tai aprašant 2013 m. vaikų skiepijimų duomenis buvo naudojami skaičiai tik apie pirmą dozę.

Kasmet apie 15 proc. atitinkamo amžiaus vaikų pasinaudojo silantavimo programa, jiems buvo suteikta apie 50–60 tūkst. silantavimo paslaugų. Per 9 metus šia programa jau pasinaudojo 400 tūkst. vaikų, kuriems buvo suteikta 0,5 mln. silantavimo paslaugų. Šios paslaugos iš viso kainavo 14,2 mln. Lt.



## 5. VAIKŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

Rūpinantis gyventojų sveikata yra reikalingi ištekliai. Vaikai, kaip jautri visuomenės grupė, reikalauja specializuotos priežiūros, todėl pirmiausiai reikalingi gydytojai, kurie gali patarti tėvams dėl vaiko priežiūros pirmaisiais jo gyvenimo metais, padėti jiems pastebėti pirmuosius ligų simptomus, sugebėti užkirsti kelią naujoms ligoms, tinkamai gydyti ir išsaugoti vaikų sveikatą. Pakankami sveikatos priežiūros ištekliai ir tinkamas jų panaudojimas padeda įžengti į suaugusiųjų pasaulį sveikiems.

Įvairių specializacijų gydytojų mūsų šalyje 2013 m. iš viso buvo 13,6 tūkst. Gydytojų, kurių specializacija yra vaikų ligos, buvo 1 079. Šių skaičių daugiausiai sudarė vaikų ligų gydytojai (pediatrai), kitų specializacijų vaikų ligų gydytojai sudarė mažesnę dalį (neonatologai, vaikų kardiologai, vaikų endokrinologai, vaikų pulmonologai, vaikų nefrologai, vaikų hematologai, vaikų alergologai, vaikų gastroenterologai, vaikų intensyvios terapijos gydytojai, vaikų neurologai ir kiti ambulatoriniame ir stacionariniame lygyje dirbantys gydytojai). Prie pirminės vaikų sveikatos priežiūros taip pat prisideda ir šeimos gydytojai, kurių šalyje tais pačiais metais buvo 1 923. Šių gydytojų ypač padaugėjo vykdant Lietuvos sveikatos programą (1998–2010 m.), kurioje buvo numatyta pirminės sveikatos priežiūros plėtra perkvalifikuojant terapeutus, pediatus ir kitus specialistus į šeimos gydytojus.

Vaikų ligų gydytojų skaičius, tenkantis 10 000 vaikų, per 13 metų šiek padidėjo (5.1 pav.), tačiau tai lėmė ne vaikų ligų gydytojų skaičiaus padidėjimas, o vaikų skaičiaus sumažėjimas (žr. 1 skyrių). Tačiau tai nekeičia išvados, kad žmogiškųjų išteklių rūpintis vaikų sveikata padaugėjo.

Panaši situacija yra ir kalbant apie vaikų ligų lovas (5.1 pav.), kurių 2013 m. buvo 1 431 ir tai sudarė 5,4 proc. iš visų šalyje buvusių 26,6 tūkst. stacionaro lovų. Nepaisant to, kad paskutiniiais metais vaikų ligų lovų skaičius, tenkantis 10 000 vaikų, yra didesnis nei anksčiau, tokiems pokyčiams įtakos turėjo vaikų skaičiaus sumažėjimas, nes absoliutus vaikų ligų lovų skaičius nepadidėjo. Be to, vaikai gydomi ir bendruose skyriuose kartu su suaugusiais (vaikų lovos papildomai neišskiriamos).

*Gydytojų, kurių specializacija yra vaikų ligos, skaičius 100 vaikų per 13 metų padidėjo*

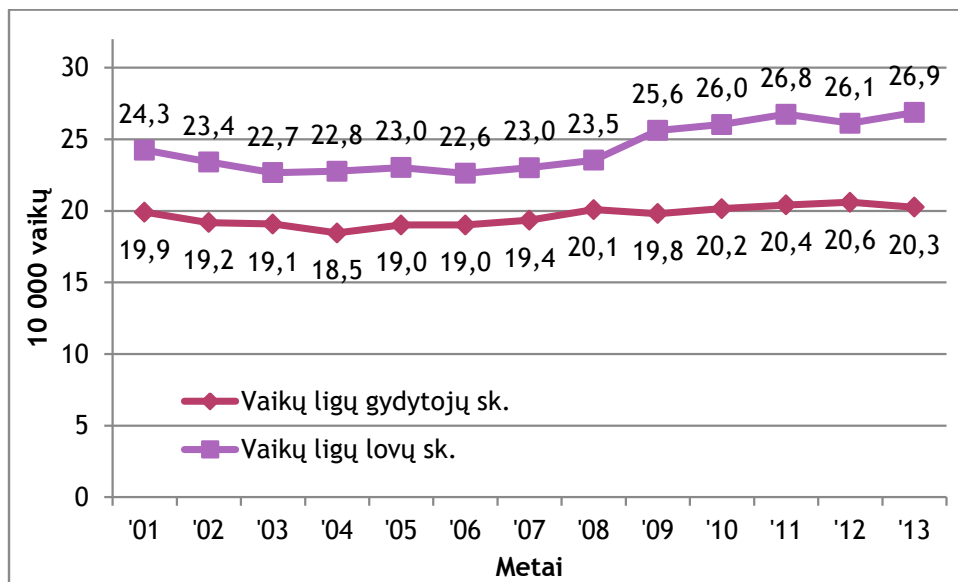
*Vaikai pas visus gydytojus ir atskirai pirminio lygio gydytojus lankėsi vis dažniau*

*Vaikų profilaktinių apsilankymų pas gydytojus dalis kasmet didėjo*

*Vaikų vidutinė gulėjimo trukmė sutrumpėjo apie 2 dienas*

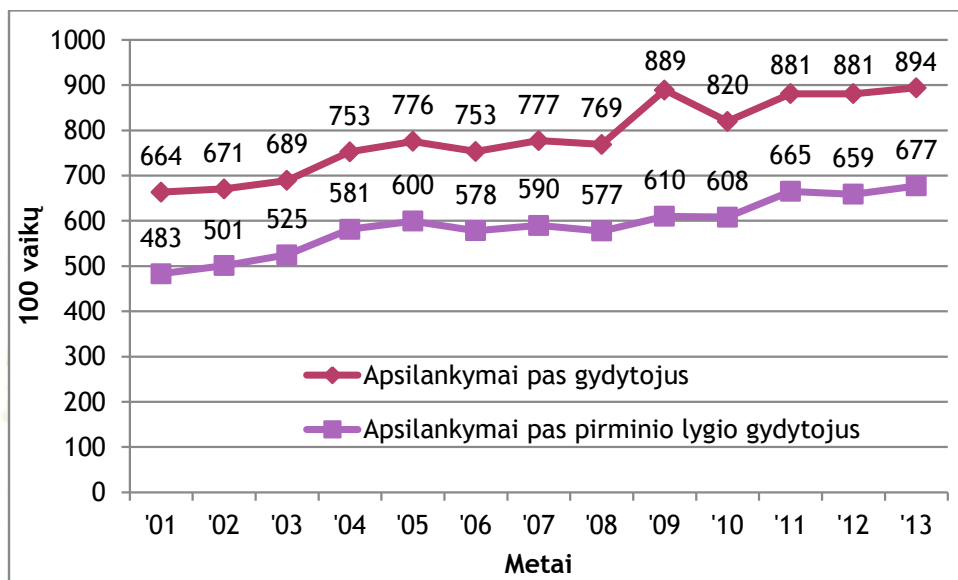
*Dažniausios vaikų hospitalinio sergamumo priežastys – infekcinės ir parazitinės, kvėpavimo ir virškinimo sistemos ligos*

*Vaikų hospitalinis sergamumas padidėjo nepaisant to, kad vaikų sveikatos priežiūros išteklių ir apsilankymų pas gydytojus padaugėjo*



5.1 pav. Vaikų ligų gydytojų ir vaikų ligų lovų skaičiaus 10 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras)

Sveikatos priežiūros veiklos rodikliai (vaikų apsilankymai pas gydytojus) papildoma išteklių rodiklius. Nuo 2001 m. vaikų apsilankymų pas gydytojus skaičius, tenkantis 100 vaikų, padidėjo, ypač nuo 2009 m. (5.2 pav.). Per 13 metų nuosekliai didėjo ir apsilankymų pas pirminio lygio gydytojus skaičius, tenkantis 100 vaikų. Tačiau absočius apsilankymų skaičius pas gydytojus nuo 2001 m. sumažėjo 0,7 mln., o pas pirminio lygio gydytojus – 0,4 mln.



5.2 pav. Vaikų apsilankymų pas visus gydytojus ir pirminio lygio gydytojus skaičiaus 100 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

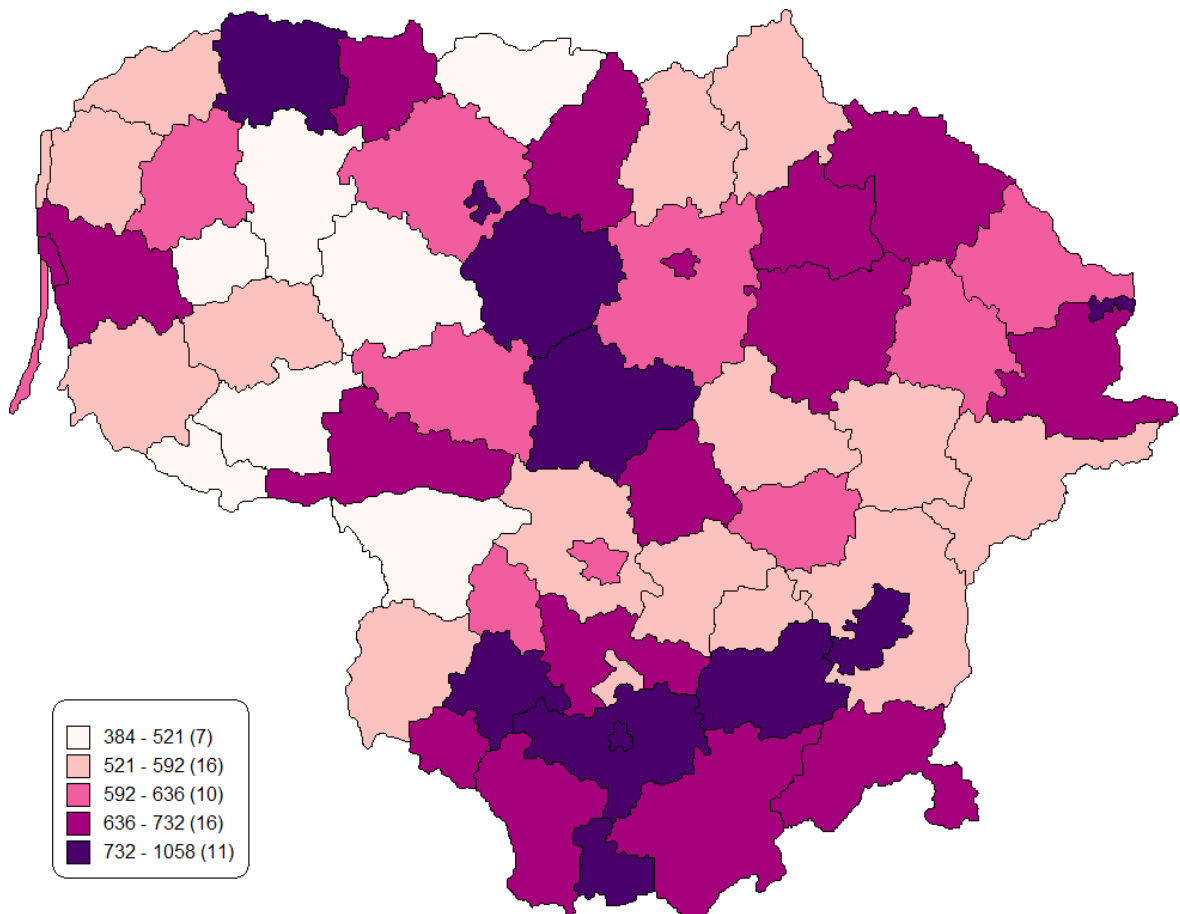
Pas gydytojus vaikai 2013 m. apsilankė iš viso 4,8 mln. kartų ir tai sudarė 21,4 proc. visų gyventojų apsilankymų pas gydytojus. 100 vaikų teko 894 apsilankymai, tad galima teigti, kad vienas vaikas pas gydytoją lankėsi vidutiniškai 9 kartus per metus.

Pas pirminio lygio gydytojus 2013 m. vaikai apsilankė 3,6 mln. kartų. 100 vaikų teko 677 apsilankymai pas pirminio lygio gydytojus (1 vaikas pas pirminio lygio gydytoją per metus apsilankė vidutiniškai 7 kartus).

21,7 proc. iš visų apsilankymų pas gydytojus 2013 m. buvo profilaktiniai, 77,8 proc. – dėl ligos. Profilaktinių apsilankymų dalis, lyginant su 2001 m., yra padidėjusi 41 proc. Tokį pokytį galėjo lemti griežtesnė bendrojo ugdymo mokyklų tvarka, kuri įpareigojo mokinius kiekvienais metais profilaktiškai pasitikrinti sveikatą ir į mokyklą pristatyti Vaiko sveikatos pažymėjimą (forma 027-1/a). Šį reikalavimą galima vertinti teigiamai, nes 2013 m. net 96 proc. visų vaikų buvo bent kartą apsilankę pas gydytoją ir tokia nuolatinė vaikų sveikatos priežiūra padidino galimybes išsaugoti kuo geresnę vaikų sveikatą.

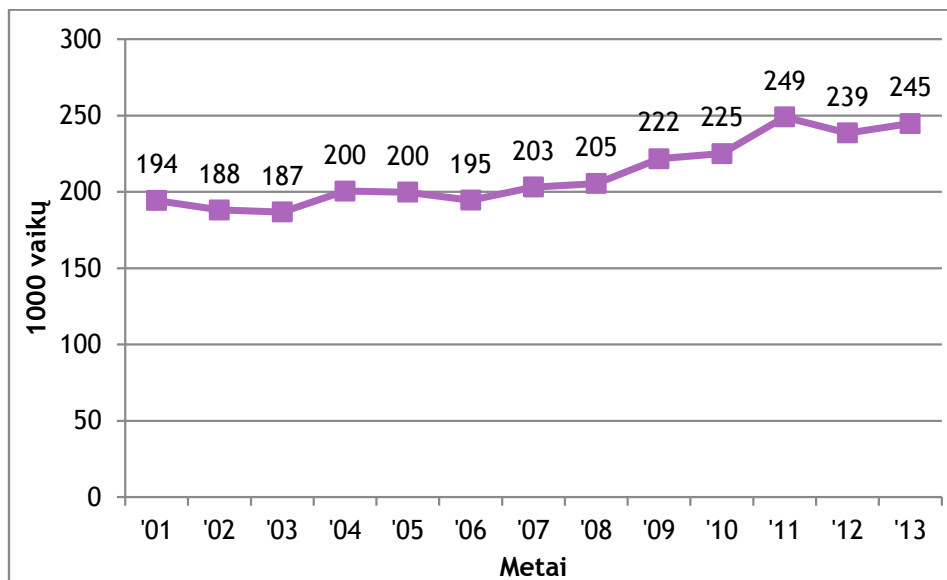
Šalies savivaldybėse vaikai nevienodai dažnai lankėsi pas pirminio lygio gydytojus (5.3 pav.), kuriems tenka didžiausia profilaktinių apsilankymų dalis. Vaikų apsilankymų pas pirminio lygio gydytojus skaičius, tenkantis 100 vaikų, tarp kai kurių savivaldybių skyrėsi beveik tris kartus. Pas pirminio lygio gydytojus daugiausiai lankėsi Alytaus m. savivaldybės vaikai (1 vaikas pas gydytoją apsilankė 10 kartų), nuo kurių beveik neatsilieka Visagino ir Šiaulių m. savivaldybių vaikai (1 vaikas pas gydytoją apsilankė 9 kartus). Rietavo savivaldybėje vaikai pas pirminio lygio gydytojus lankėsi mažiausiai (1 vaikas apsilankė vidutiniškai 3–4 kartus).





5.3 pav. Vaikų apsilankymai pas pirminio lygio gydytojus 100 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

2013 m. vaikų ligoninėje gulėjo 31 tūkst. (19 proc.) mažiau nei 2001 m., tačiau vaikų hospitalinis sergamumas palyginus su 2001 m. yra padidėjęs 26,3 proc. (5.4 pav.). Tikėtina, kad per 13 metų nedaug pakitus vaikų ligų lovų skaičiui išliko poreikis šias lovas išlaikyti, todėl vaikų į ligoninę guldoma sąlyginai daugiau, nes vaikų skaičius šalyje mažėjo greičiau nei absoliutus ligoninėse gulėjusių vaikų skaičius. Be to, nuo 2011 m. į stacionaro ligonių skaičių įtraukiami ir reabilitacijos ligoninėse gulėję asmenys, todėl nuo minėtų metų buvo pastebimas ryškesnis vaikų hospitalinio sergamumo padidėjimas.

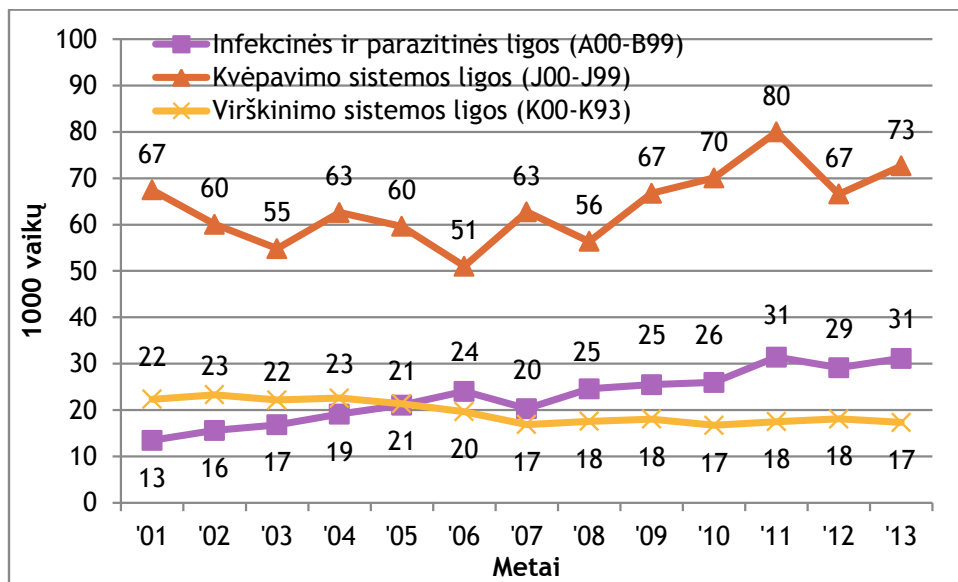


5.4 pav. Vaikų hospitalinio sergamumo 1000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m.  
(Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Daugiausiai hospitalizuojami kūdikiai (įskaitant vos gimusius sergančius naujagimius). Pagrindinė jų hospitalizacijos priežastis – perinatalinio periodo ligos (P00–P96), dėl kurių hospitalinis sergamumas 2013 m. buvo 360 iš 1000 kūdikių. Kalbant apie hospitalizacijas vyresnių vai 1 m. amžiaus vaikų grupėje, dažniausiai buvo hospitalizuojami 1–4 m. amžiaus vaikai – jų hospitalizacijos sudarė 38,7 proc. 1–17 m. amžiaus vaikų hospitalizacijų.

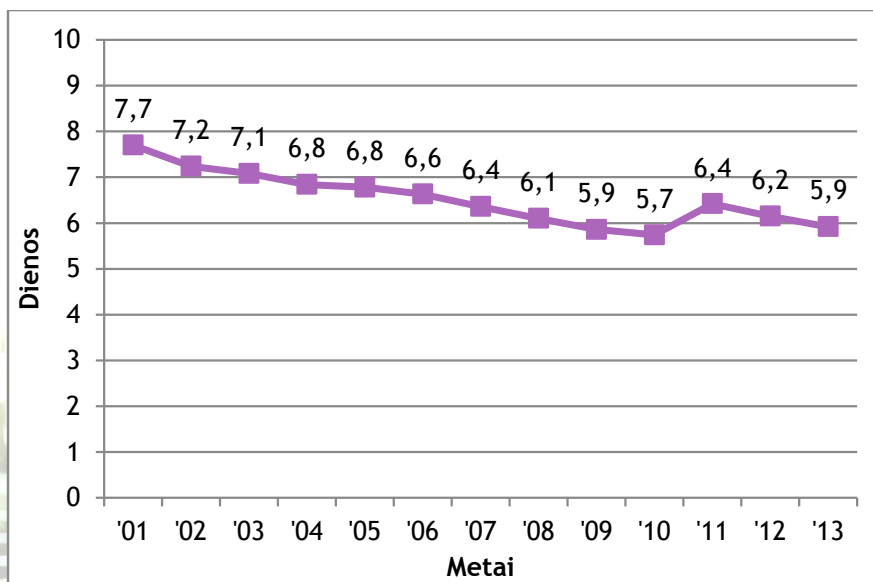
Kitos svarbios visų vaikų hospitalizacijų priežastys: kvėpavimo sistemos ligos (72,6 atvejai 1000 vaikų), infekcinės ir parazitinės ligos (31,1 atvejai 1000 vaikų) bei virškinimo sistemos ligos (17,3 atvejai 1000 vaikų). Vaikų hospitalinis sergamumas dėl kitų priežasčių tais pačiais metais neviršijo 17 atvejų 1000 vaikų.

Per 13 metų laikotarpį hospitalinis sergamumas kvėpavimo sistemos ligomis svyravo nuo 51 iki 80 hospitalizacijų, tenkančių 1000 vaikų (5.5 pav.). Vaikų hospitalinis sergamumas virškinimo sistemos ligomis sumažėjo, o infekcinėmis ir parazitinėmis ligomis padidėjo daugiau nei du kartus. Didžiąją dalį infekcinių ir parazitinių ligų, dėl kurių 2013 m. vaikai gulėjo ligoninėje, sudarė žarnyno infekcinės ligos, išskyrus kitą infekcinės ir nepatikslintos kilmės gastroenteritą ir kolitą (A00–A08; 61,6 proc.).



5.5 pav. Vaikų hospitalinio sergamumo infekcinėmis ir parazitinėmis, kvėpavimo sistemos ir virškinimo sistemos ligomis 1000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

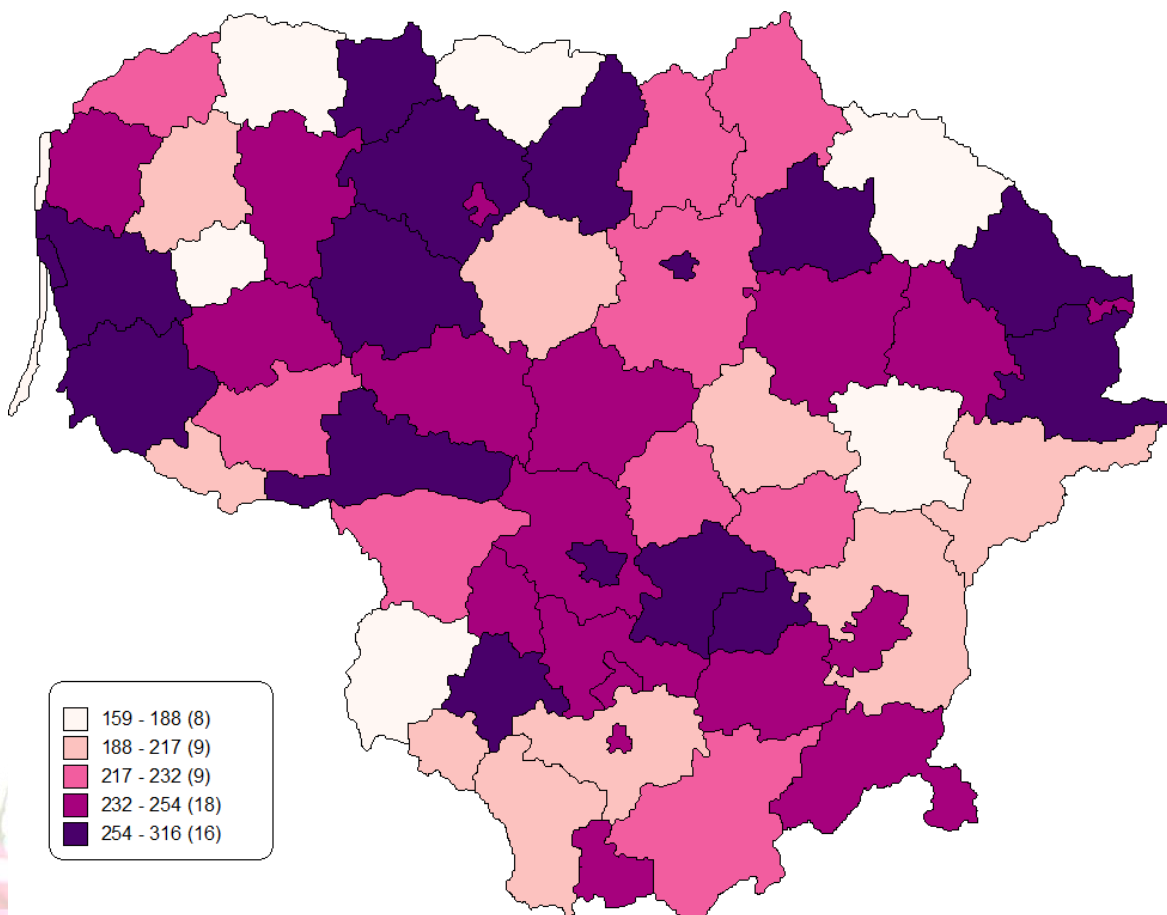
Nuo 2011 m. vaikų hospitalinis sergamumas yra didesnis nei suaugusiųjų. Tokį pokytį, tikėtina, lėmė į stacionaro ligonių sudėtį 2011 m. įtraukti rehabilitacijos ligoninių ligoniai. Nepaisant to, vaikų gulėjimo stacionare vidutinė trukmė nuo 2001 m. sumažėjo apie 2 dienas (5.6 pav.) ir visais metais buvo 2–3 dienomis trumpesnė nei suaugusiųjų.



5.6 pav. Vaikų vidutinės gulėjimo trukmės (dienomis) pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Ilgiausia vaikų vidutinė gulėjimo trukmė 2013 m. buvo dėl tuberkuliozės (A15–A19; 45,3 d.), psichikos ir elgesio sutrikimų (F00–F99; 11,4 d.), ypač nuotaikos (afektinių) sutrikimų (F30–F39; 16 d.) – tai yra normalus reiškinys, nes šių ligų gydymas ligoninėje dažniausiai yra ilgas procesas. Dėl kitų ligų vaikai ligoninėje vidutiniškai gulėdavo trumpiau: dėl nudegimų – 9,8 d., piktybinių navikų – 9,5 d., jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligų – 8,5 d., nervų sistemos ligų – 7,9 d. Taip pat 2013 m. vaikai ligoninėje ilgai gulėjo dėl neklasifikuojamų kitur simptomų (10,7 d.) ir sveikatos būklę veikiančių faktorių (8,5 d.).

Hospitalinio sergamumo rodiklis tarp savivaldybių 2013 m. skyrėsi taip pat apie tris kartus (5.7 pav.). Daugiausiai buvo hospitalizuojami Akmenės ir Pakruojo r. savivaldybių vaikai (10 vaikų teko 3 hospitalizacijos), mažiausiai – Neringos ir Vilkaviškio r. savivaldybių vaikai (10 vaikų teko apie 1,6 hospitalizacijos).



5.7 pav. Vaikų hospitalinis sergamumas 1000 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Apibendrinant galima teigti, kad dėl dažnesnio vaikų lankymosi pas gydytojus greičiausiai padidėjo vaikų sergamumo rodikliai, kurie aptariami 6 skyriuje. Tai rodo, kad griežtesnis reikalavimas profilaktiškai pasitikrinti sveikatą kasmet prieš mokslo metus

atnešė naudos – daugiau vaikų lankėsi pas gydytoją profilaktiškai ir dėl to jiems buvo anksčiau nustatomos naujos ligos (tai prisidėjo prie sergamumo ir ligotumo rodiklių padidėjimo). Dažnesni profilaktiniai sveikatos patikrinimai tikriausiai prisidėjo prie bendro hospitalizacijų rodiklio sumažėjimo.



## 6. SERGAMUMAS IR LIGOTUMAS

Esamą vaikų sveikatos būklę šalyje geriausiai apibūdina sergamumo ir ligotumo rodikliai. Sergamumas rodo, kokia dalis vaikų kasmet suserga naujomis ligomis, t.y. ūmiomis ligomis, kurių kiekvienas atvejis laikomas nauju, arba lėtinėmis pirmą kartą gyvenime registruojamomis ligos. Ligtumas rodo bendrą vaikų, kuriems diagnozuota bent viena liga, skaičių 100 vaikų. Šis rodiklis apibūdina, kokia vaikų dalis atitinkamais metais buvo ligoti.

Kalbant apie užregistruotas asmens sveikatos priežiūros įstaigose ligas, suvokiama, kad sergamumas ir ligotumas priklauso ne tik nuo gyventojų sveikatos būklės, bet ir nuo įstaigų galimybės diagnozuoti ligas, specialistų kvalifikacijos, teisingo ligų kodavimo ir registravimo pilnumo, nuo pacientų ar jų tėvų požiūrio į sveikatą (lankymosi ar nesilankymo asmens sveikatos priežiūros įstaigose).

Pastaraisiais metais, kai vaikams tapo privaloma į ugdymo įstaigą kasmet pristatyti pažymą apie sveikatą, padidėjo vaikų apsilankymų pas gydytoją skaičius per metus – beveik visi vaikai (95,8 proc.) bent kartą per metus atvyko pas gydytoją patikrinti sveikatos (daugiau informacijos apie vaikų apsilankymus pas gydytojus pateikiama 4 ir 5 skyriuose). Galimai dėl šios priežasties per 13 metų vaikų sergamumas ir ligotumas šiek tiek padidėjo (6.1 pav.). Paskutiniaisiais metais 1 vaikui buvo užregistruojamos vidutiniškai 2–3 naujos ligos, o iš viso sergančių bent viena liga vaikų buvo 8–9 iš 10 vaikų.

Vaikų ligotumo struktūroje (6.2 pav.) 2011–2013 m. didžiausią dalį sudarė kvėpavimo sistemos ligos (J00–J99), iš jų daugiausiai buvo ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų (ŪVKTI) ir gripo (J00–J11). Taip pat didelę dalį sudarė akių (H00–H59), odos ir poodžio (L00–L99), virškinimo sistemos (K09–K93), jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos (M00–M99) ligos, traumos (S00–T98) bei infekcinės ir parazitinės (A00–B99) ligos.

2013 m. 22,6 vaikams iš 100 vaikų nustatyti simptomai, požymiai ir nenormalūs klinikiniai laboratoriniai radiniai, neklasifikuojami kitur. Ligos, kurios priklauso kitoms ligų grupėms (nepavaizduotoms 6.2 pav.), 2013 m. sirgo ne daugiau nei 4 vaikai iš 100 vaikų. Didžiausią ligotumo dalį 2013 m. sudariusios ligos aptariamose šiame skyriuje, išskyrus traumas, kurios aprašytos 7 skyriuje „Traumos ir jų aplinkybės“.

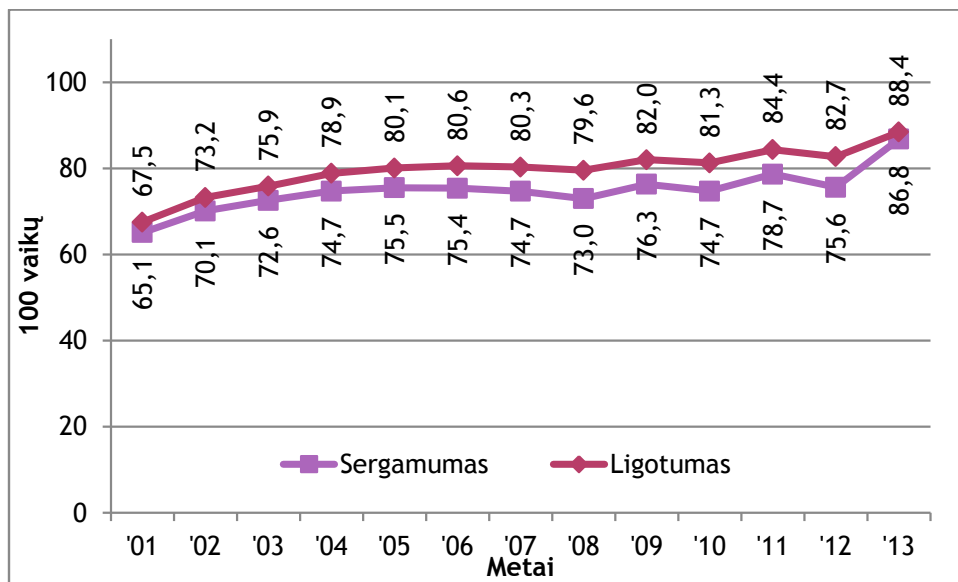
Vaikų sergamumo ir ligotumo rodikliai yra labai panašūs. Tai reiškia, kad vaikai arba sirgo ūmiomis ligomis, arba jiems pirmą kartą buvo diagnozuota lėtinė liga, todėl šiame skyriuje daugiau bus nagrinėjamas ligotumas, parodantis, kiek iš viso yra sergančių vaikų.

*Vaikų sergamumas nuo 2001 m. padidėjo*

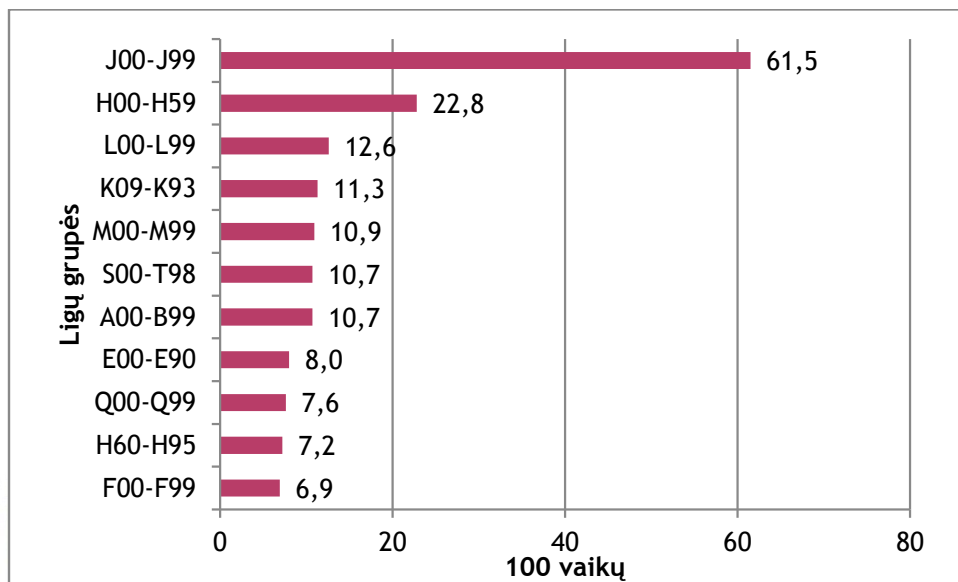
*Vaikai dažniausiai serga ūmiomis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis ir gripu, akių, virškinimo sistemos, odos ir poodžio, infekcinėmis ir parazitinėmis, jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligomis bei dažnai patiria traumas*

*Registruotas vaikų sergamumas susijęs su jų fiziologine raida ir socialiniais veiksniais*

*2013 m. vaikų ligotumas tarp savivaldybių skyrėsi 2–3 kartus*



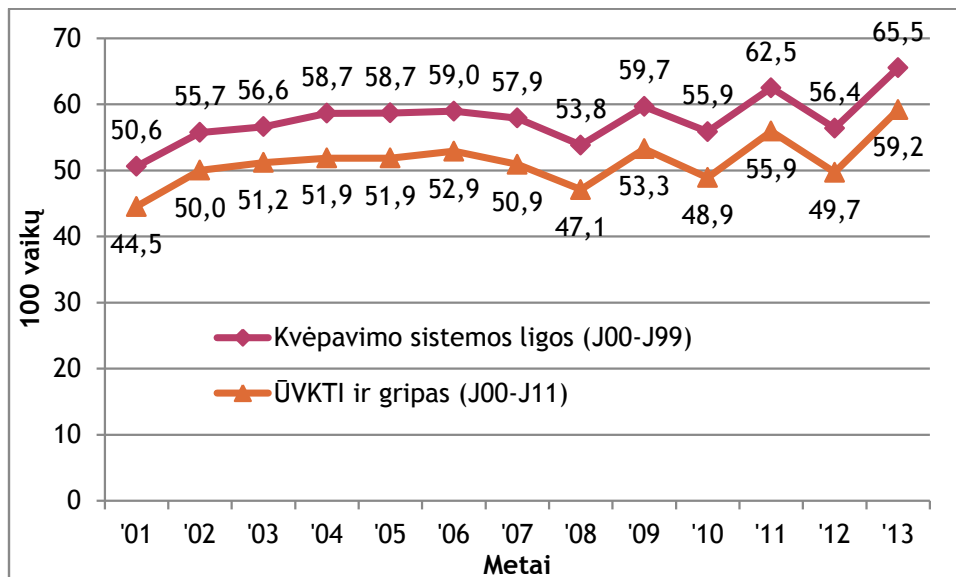
6.1 pav. Vaikų sergamumo ir ligotumo 100 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)



6.2 pav. Vidutinis vaikų ligotumas 100 vaikų pagal tam tikras ligų grupes Lietuvoje 2011–2013 m. Ligų grupės: J00–J99 – kvėpavimo sistemos ligos; H00–H59 – akių ligos; L00–L99 – odos ir poodžio ligos; K09–K93 – virškinimo sistemos ligos (be dantų ligų); M00–M99 – jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligos; S00–T98 – sužalojimai, apsinuodijimai ir tam tikri išorinių poveikių padariniai; A00–B99 – infekcinės ir parazitinės ligos; E00–E90 – endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos; Q00–Q99 – įgimtos formavimosi ydos, deformacijos ir chromosomų anomalijos; H60–H95 – ausų ligos; F00–F99 – psichikos ir elgesio sutrikimai (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

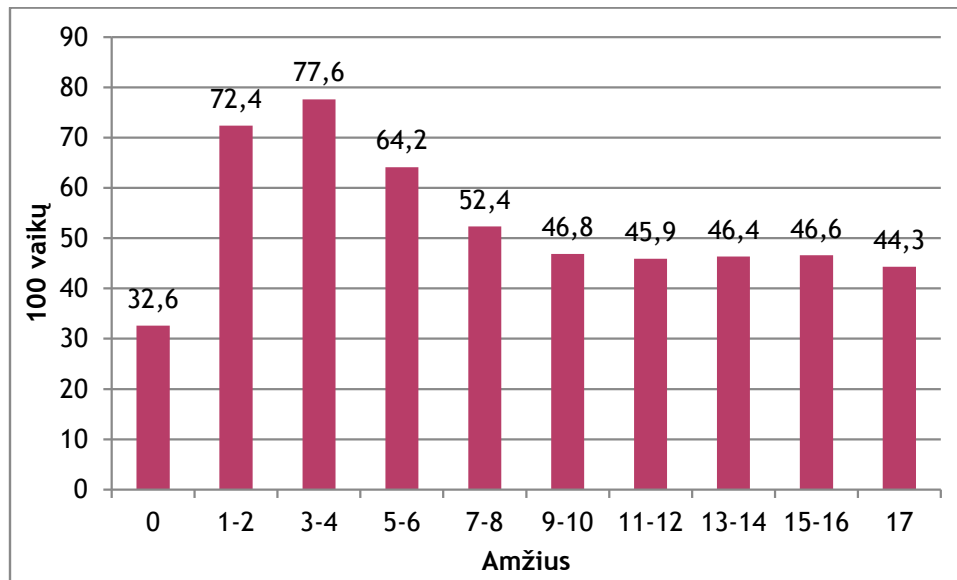
### 6.1. Kvėpavimo sistemos ligos (J00–J99)

Vaikų ligotumas kvėpavimo sistemos ligomis per 13 metų šiek tiek padidėjo (6.1.1 pav.). Kaip minėta, didžiausią dalį šių ligų visais metais sudarė ŪVKTI ir gripas (apie 80 proc.). Kasmet iš 100 vaikų kvėpavimo sistemos ligomis sirgdavo 50–65 vaikai, iš kurių 40–60 vaikų sirgdavo ŪVKTI ir gripu.



6.1.1 pav. Vaikų ligotumo kvėpavimo sistemos ligomis (J00–J99) ir ŪVKTI bei gripu (J00–J11) pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

2011–2013 m. duomenimis, dažniausiai dėl ŪVKTI ir gripo į gydymo įstaigas atvyko ikimokyklinio (1–6 m.) amžiaus vaikai (6.1.2 pav.), rečiausiai – kūdikiai. Mokyklinio amžiaus vaikų sergamumas ŪVKTI ir gripu išliko panašus nuo 7 iki 17 metų amžiaus. Gali būti, kad ikimokyklinio amžiaus vaikų sergamumas didesnis nei mokyklinio amžiaus vaikų dėl to, jog tėvai dažniau apsilanko pas gydytoją dėl mažesnio vaiko ligos nei vyresnio vaiko. Tai susiję su galimybe vaiką palikti namie sveikti vieną nesikreipus į gydytoją. Mažesnius vaikus tėvai dažniau neturi galimybės palikti namie, o lankančio dažrelį vaiko tėvai dažniausiai privalo pateikti pažymą apie vaiko ligą, jeigu dėl jos jis nelanko darželio. Todėl tėvai yra priversti lankytis pas gydytoją dėl nedarbingumo lapelio, o kartu vaikui yra užregistruojamas susirgimas. Mokyklinio amžiaus vaikų tėvai gali dažniau palikti vaiką gydytis vieną namie nevedant jo pas gydytoją, ypač jeigu ugdymo įstaigai pakanka raštiško tėvų raštelio pateisinant praleistas pamokas, todėl vaiko susirgimas yra neužregistruojamas. Prie mažesnio vaikų sergamumo ŪVKTI ir gripu vyresniame amžiuje taip pat gali prisidėti stipresnis vyresnių vaikų imunitetas arba augant gerėjantys asmens higienos įpročiai ir didėjantis supratimas, kaip reikia saugotis šaltuoju metų laiku.

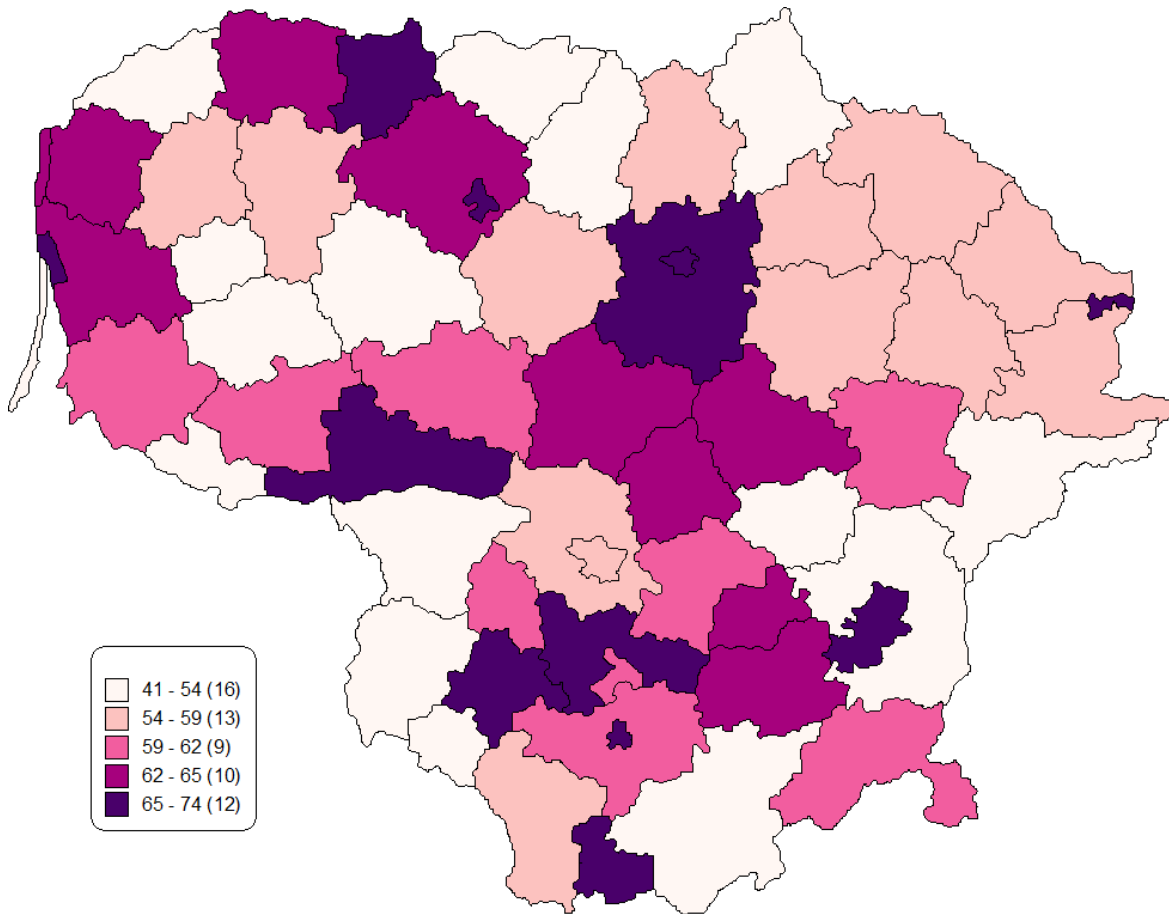


6.1.2 pav. Vidutinis vaikų sergamumas ŪVKTI ir gripu (J00–J11) skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Ne vienoda vaikų dalis Lietuvos savivaldybėse 2011–2013 m. sirgo įvairiomis kvėpavimo sistemos ligomis (J00–J99), nes tarp kai kurių savivaldybių vaikų ligotumas šiomis ligomis, tenkantis 100 vaikų, skyrėsi beveik du kartus (6.1.3 pav.). Kiekvienoje savivaldybėje ŪVKTI ir gripas sudarė ne mažiau nei 70 proc. visų kvėpavimo sistemos ligų, kuriomis tais metais sirgo vaikai.

2011–2013 m. didžiausias vaikų ligotumas kvėpavimo sistemos ligomis buvo Marijampolės, Alytaus m. ir Šiaulių m. savivaldybėse, mažiausias – Vilniaus r., Pakruojo r., Neringos ir Vilkaviškio r. savivaldybėse.



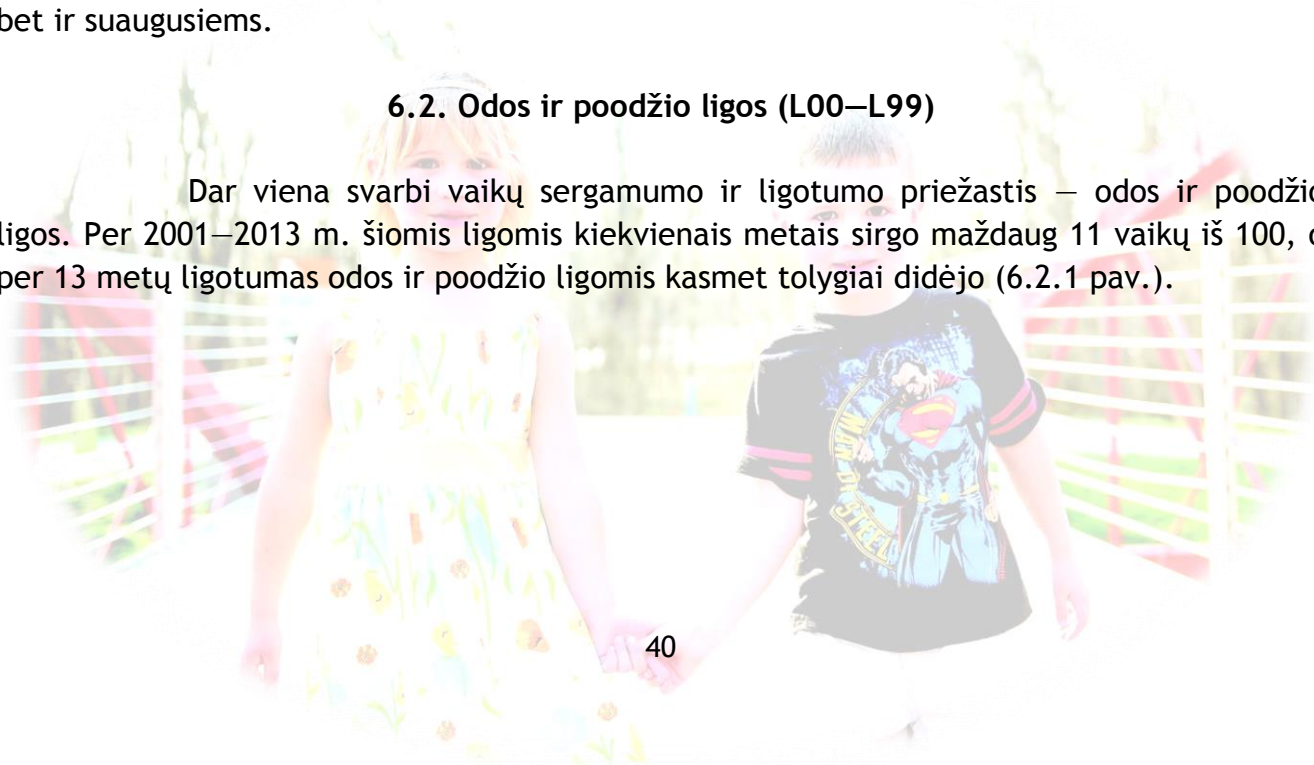


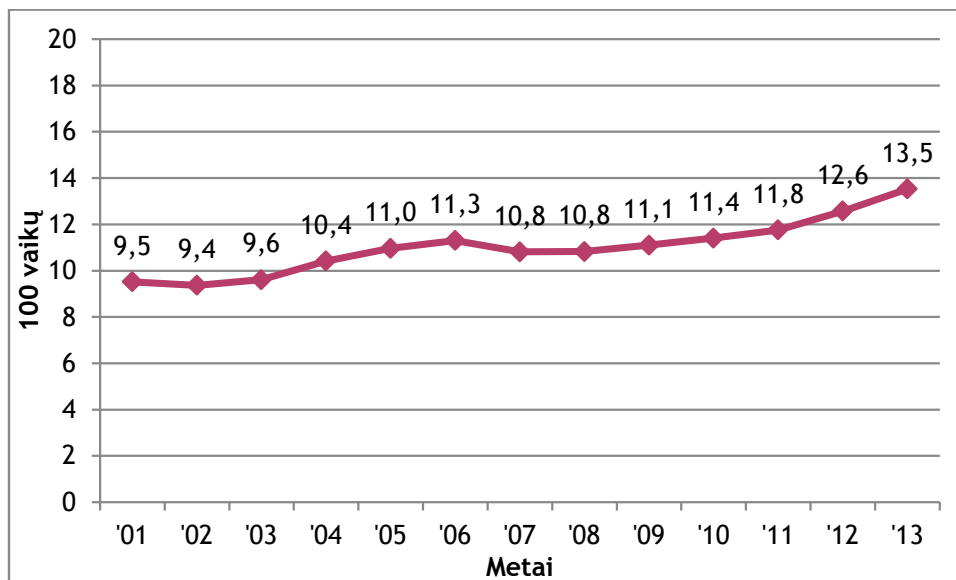
6.1.3 pav. Vidutinis vaikų ligotumas kvėpavimo sistemos ligomis (J00–J99) 100 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Siekiant išvengti bent dalies vaikų kvėpavimo sistemos ligų, kurių didžiąją dalį sudaro ŪVKTI ir gripas, svarbu didinti skiepų nuo gripo apimtį. Tai aktualu ne tik vaikams, bet ir suaugusiems.

## 6.2. Odos ir poodžio ligos (L00–L99)

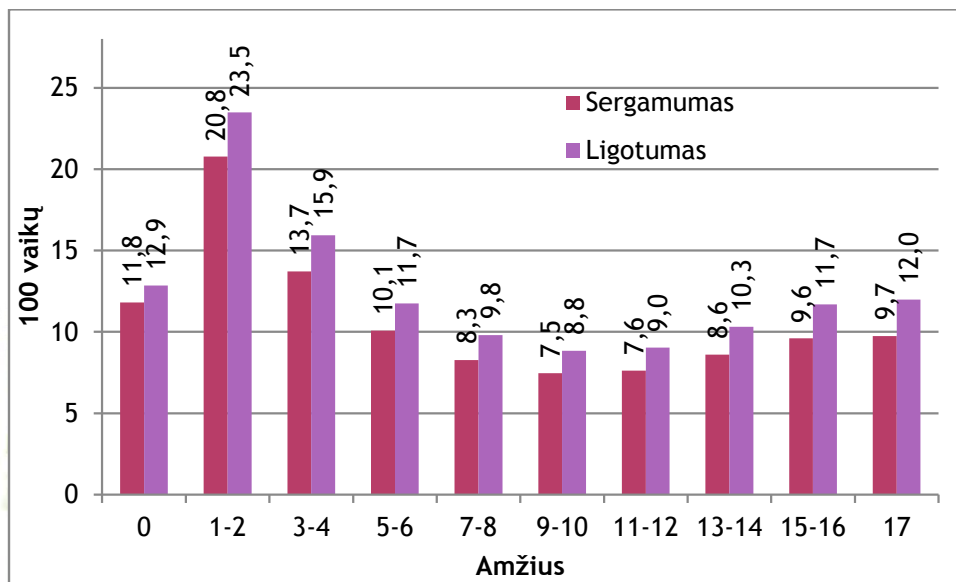
Dar viena svarbi vaikų sergamumo ir ligotumo priežastis – odos ir poodžio ligos. Per 2001–2013 m. šiomis ligomis kiekvienais metais sirgo maždaug 11 vaikų iš 100, o per 13 metų ligotumas odos ir poodžio ligomis kasmet tolygiai didėjo (6.2.1 pav.).





6.2.1 pav. Vaikų ligotumo odos ir poodžio ligomis (L00–L99) pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Dažniausiai vaikai susirgdavo odos ir poodžio ligomis būdami 1–2 m. amžiaus (6.2.2 pav.). Daugiausiai odos ir poodžio ligų sudarė dermatitas ir egzema (apie 60 proc. vaikų odos ir poodžio ligų).

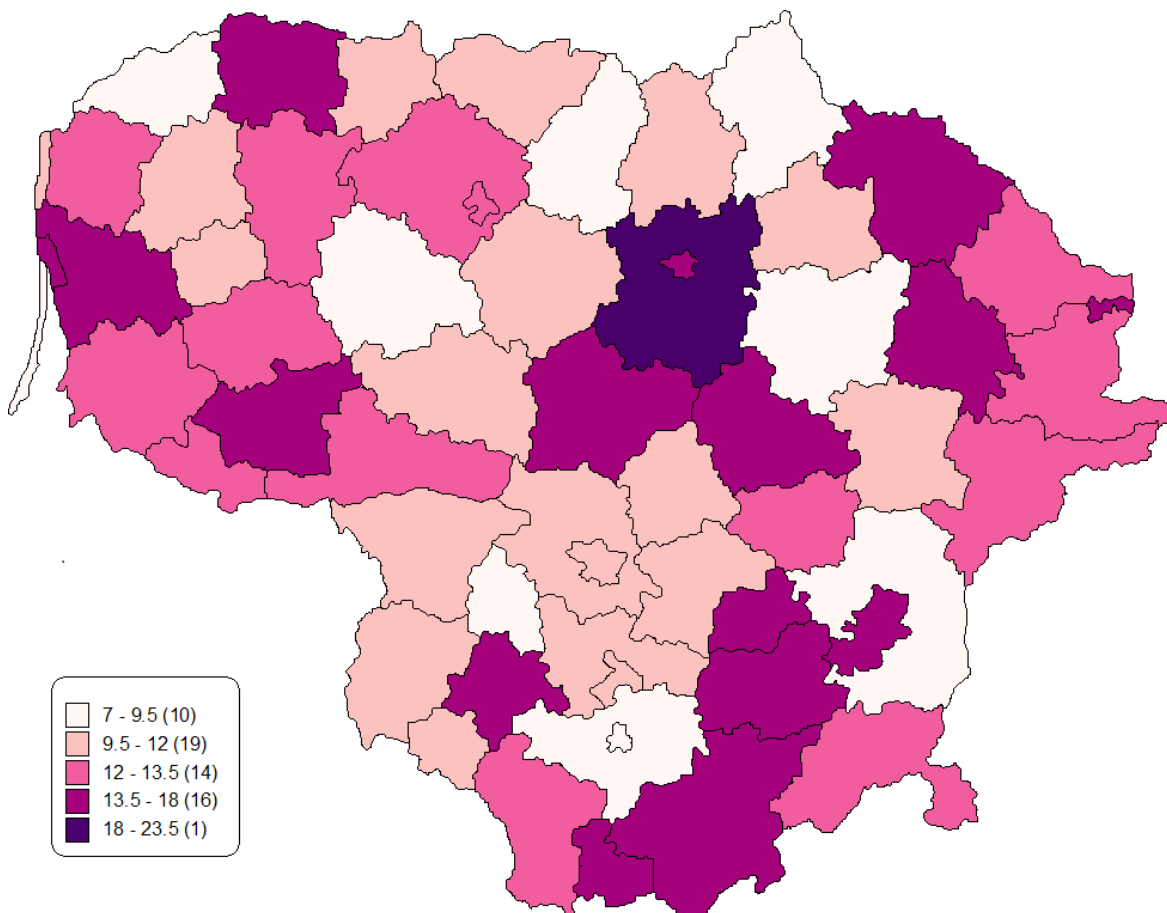


6.2.2 pav. Vidutinis vaikų sergamumas ir ligotumas odos ir poodžio ligomis (L00–L99) skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Kadangi jaunesnio amžiaus vaikų oda yra plonesnė ir jautresnė nei vyresnio amžiaus vaikų, jiems galimos dažnesnės odos reakcijos į tam tikrų veiksnių poveikį. Be to,

ilgalaikės odos problemos dažnai išryškėja jaunesniame amžiuje, todėl yra užregistruojamos ir tai atsispindi sergamumo struktūroje pagal amžių.

2011–2013 m. Lietuvos savivaldybėse vaikai odos ir poodžio ligomis sirgo ne vienodai dažnai (6.2.3 pav.). Tarp kai kurių savivaldybių ligotumas skyrėsi tris kartus. Daugiausiai sergančių odos ir poodžio ligomis vaikų buvo Panevėžio r. savivaldybėje, mažiausiai – Alytaus m. ir Alytaus r. savivaldybėse.



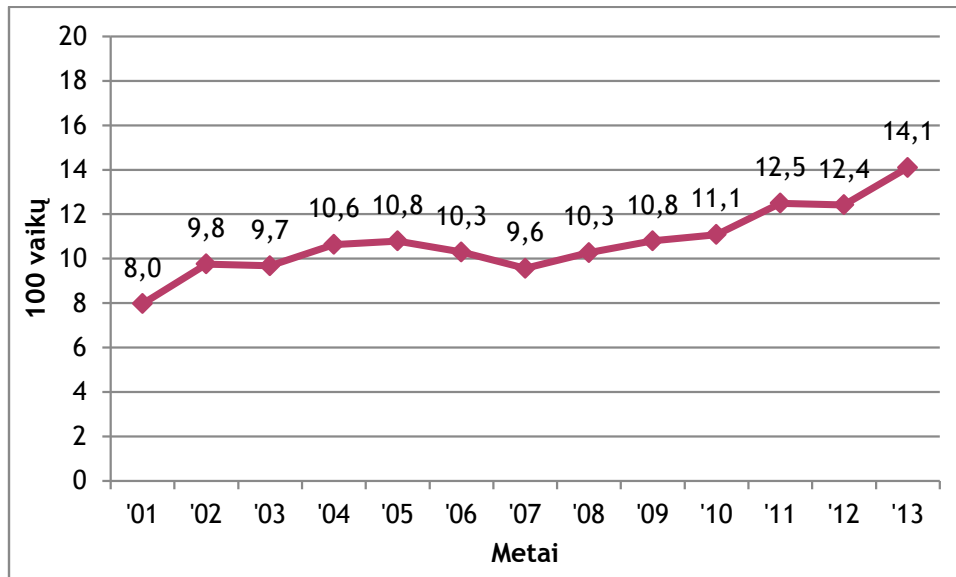
6.2.3 pav. Vidutinis vaikų ligotumas odos ir poodžio ligomis (L00–L99) 100 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

### 6.3. Virškinimo sistemos ligos (be dantų ligų; K09–K93)

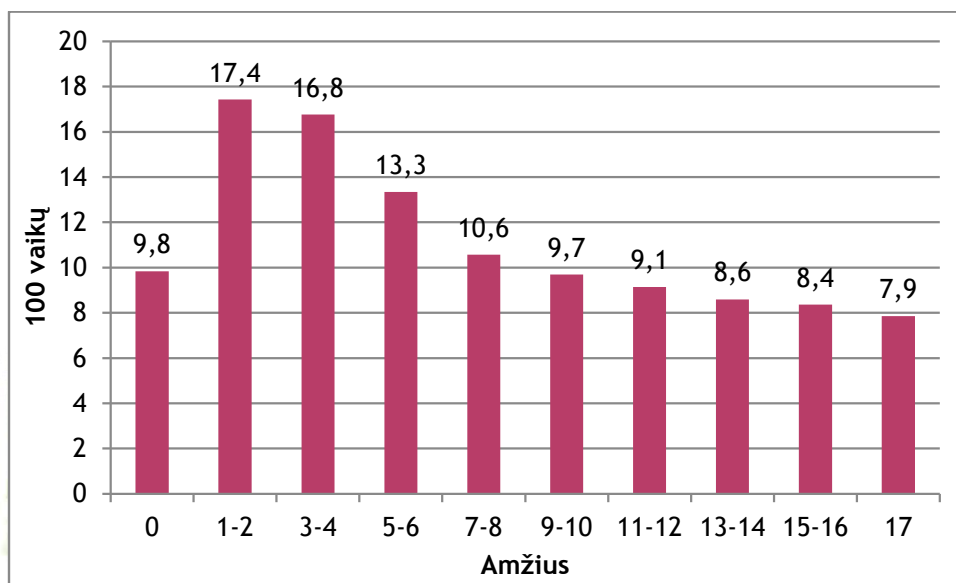
Per 2001–2013 m. kasmet virškinimo sistemos ligomis (be dantų ligų) sirgo maždaug 11 vaikų iš 100 (6.3.1 pav.). Ligtumas šiomis ligomis per 2001–2013 m. didėjo. Daugiausiai iš visų virškinimo sistemos ligų vaikai sirgo gastritu, duodenitu (K29), dispepsija ir kitomis skrandžio ir dvylikapirštės žarnos ligomis (K30–K31).

Vaikai virškinimo sistemos ligomis (be dantų ligų) dažniausiai susirgdavo būdami 1–2 metų amžiaus, vėliau su amžiumi sergamumas mažėjo (5.3.2 pav.). Tokių vaikų

sergamumą virškinimo sistemos ligomis skirtingose amžiaus grupėse būtų galima paaikškinti jų jautrumu ankstyvame amžiuje.

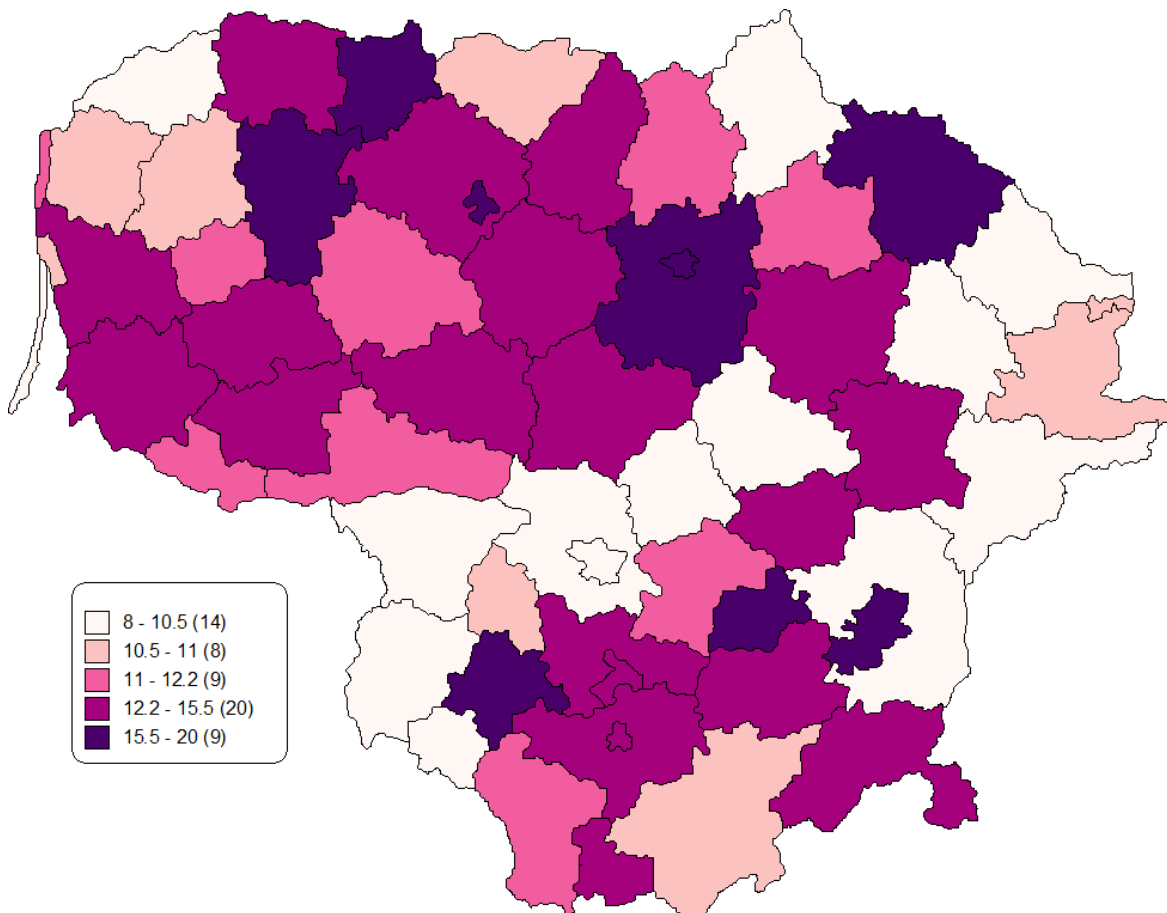


6.3.1 pav. Vaikų ligotumo virškinimo sistemos ligomis (be dantų ligų; K09–K93) pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)



6.3.2 pav. Vidutinis vaikų sergamumas virškinimo sistemos ligomis (be dantų ligų; K09–K93) skirtingose amžiaus grupėse 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Savivaldybėse sergančių virškinimo sistemos ligomis vaikų 2011–2013 m. buvo nuo 8 iki 20 iš 100 vaikų (6.3.3 pav.). Daugiausiai šiomis ligomis sirgo Panevėžio m. ir Panevėžio r. savivaldybėse gyvenantys vaikai.

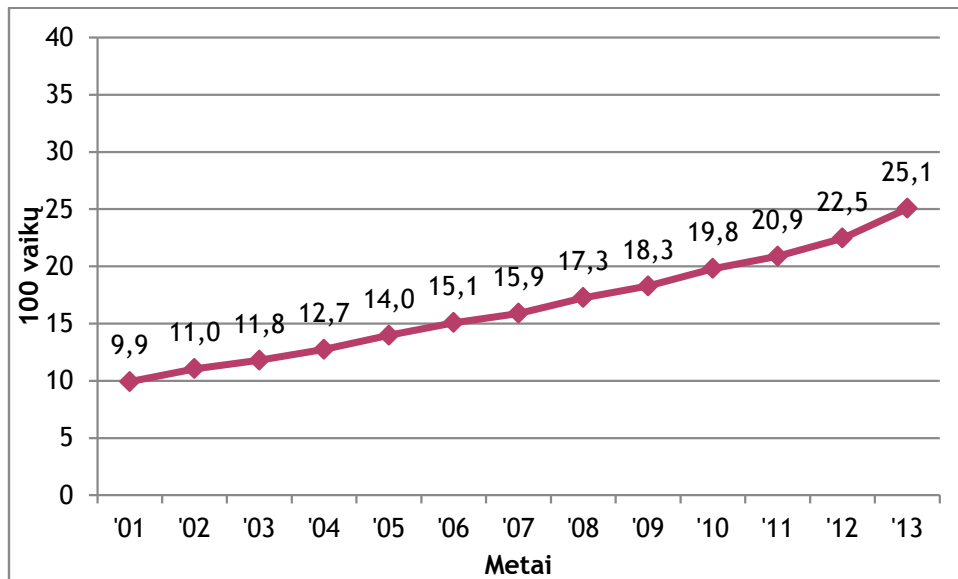


6.3.3 pav. Vidutinis vaikų ligotumas virškinimo sistemos ligomis (be dantų ligų; K09–K93) 100 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

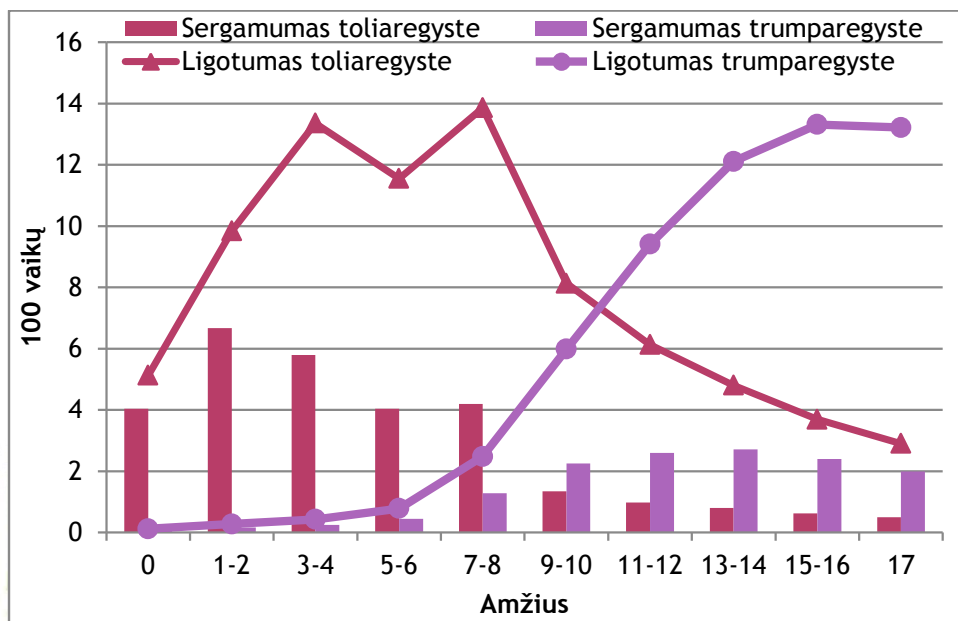
Virškinimo sistemos ligos (be dantų ligų) yra viena iš pagrindinių vaikų sergamumo priežasčių, todėl svarbu užtikrinti subalansuotą ir pilnavertę vaiko mitybą, kad jis augtų sveikas ir kuo mažiau sirgtų įvairiomis virškinimo sistemos ligomis.

#### 6.4. Akių ligos (H00–H59)

Akių ligomis nuo 2001 m. sirgo vis daugiau vaikų (6.4.1 pav.). Vaikams dažniausios iš akių ligų buvo vokų, ašarų sistemos, akiduobės, junginės ligos (H00–H13). Taip pat dažnai buvo užregistruojama toliaregystė (H52.0), tačiau tai yra normalu, nes vaikai jau gimsta būdami toliaregiais ir su amžiumi jų rega normalizuojasi, jeigu toliaregystė nebuvo labai didelė. Toliaregystė dažniausiai buvo užregistruojama ikimokyklinio amžiaus vaikams ir pirmaisiais mokslo metais (6.4.2 pav.). Trumparegystė išryškėja pirmaisiais mokslo metais arba šiek tiek vėliau, pradėjus lankyti mokyklą ir padidėjus krūviui akims. Ligotumas toliaregyste buvo didžiausias tarp 3–8 m. amžiaus vaikų, trumparegyste – tarp 13–17 m. amžiaus vaikų.



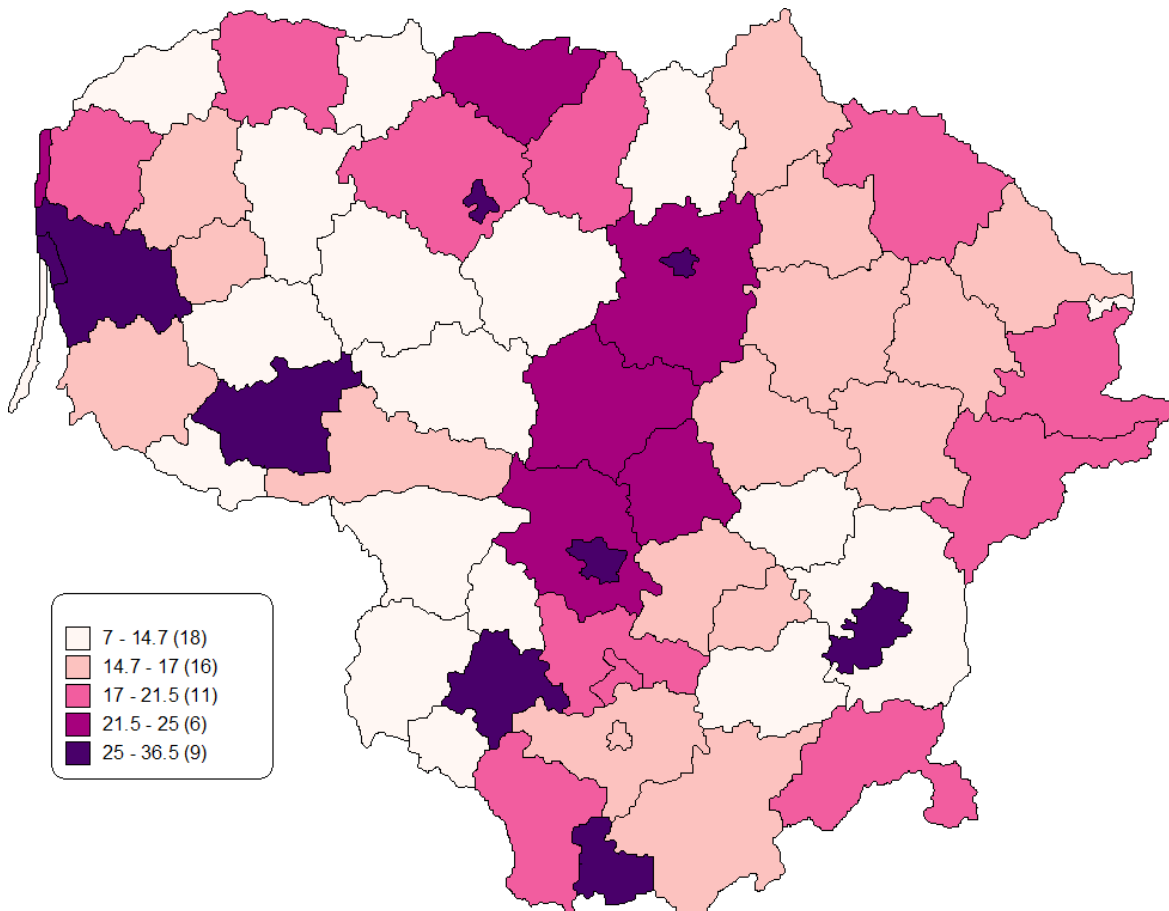
6.4.1 pav. Vaikų ligotumo akių ligomis (H00–H59) pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)



6.4.2 pav. Vidutinis vaikų sergamumas ir ligotumas toliaregyste (H52.0) ir trumparegyste (H52.1) skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Lietuvos savivaldybėse ne vienoda vaikų dalis sirgo akių ligomis (6.4.3 pav.). Tarp kai kurių savivaldybių šis rodiklis skyrėsi penkis kartus. Didžiausias ligotumas 2011–2013 m. buvo didesniuose miestuose – Vilniaus, Kauno, Panevėžio, Klaipėdos m., Klaipėdos r. ir Marijampolės savivaldybėse. Gali būti, kad didesnis vaikų ligotumas šiose

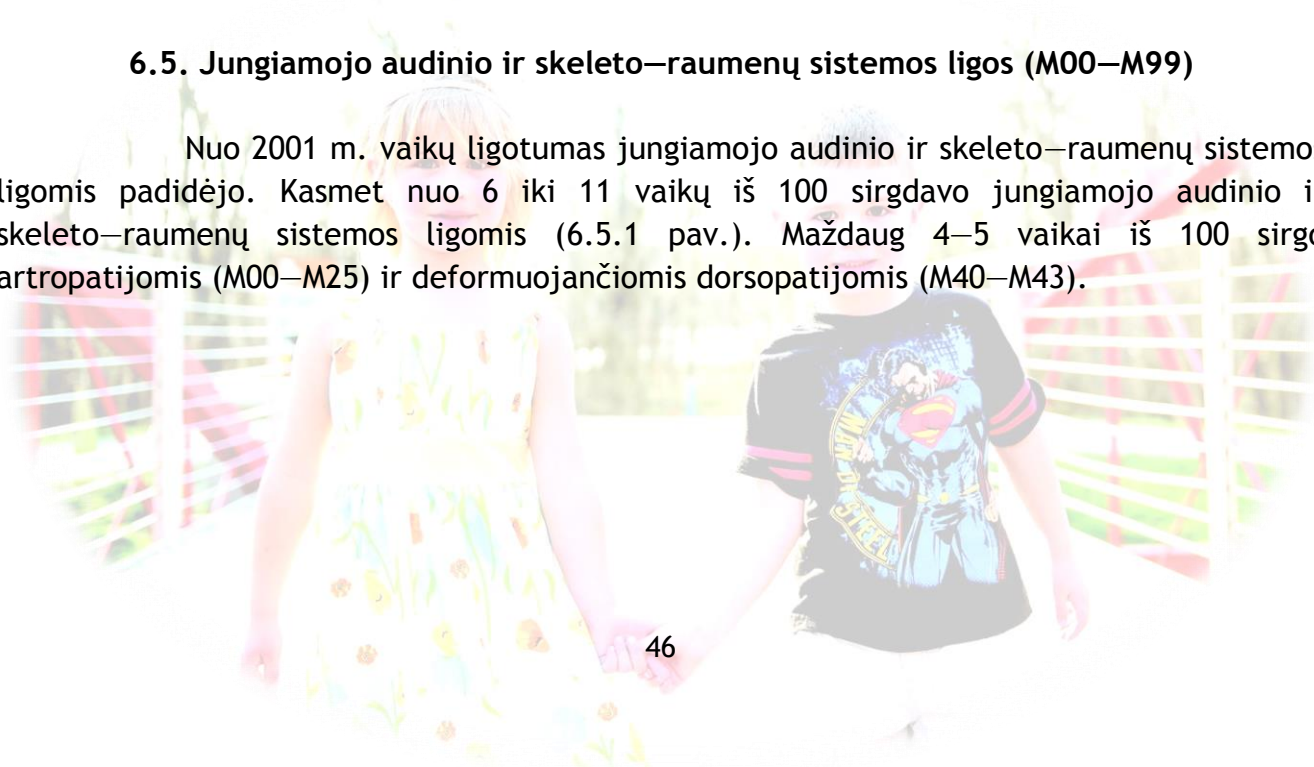
savivaldybėse yra susijęs su geresne asmens sveikatos, ypač akių ligų gydytojų, paslaugų pasiūla ir prieinamumu.

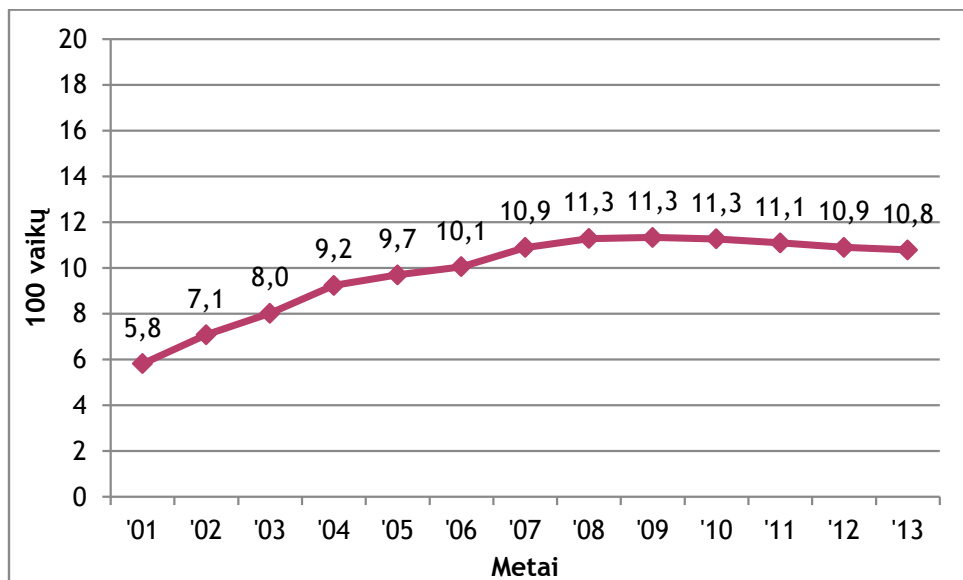


6.4.3 pav. Vidutinis vaikų ligotumas akių ligomis (H00–H59) 100 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

## 6.5. Jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligos (M00–M99)

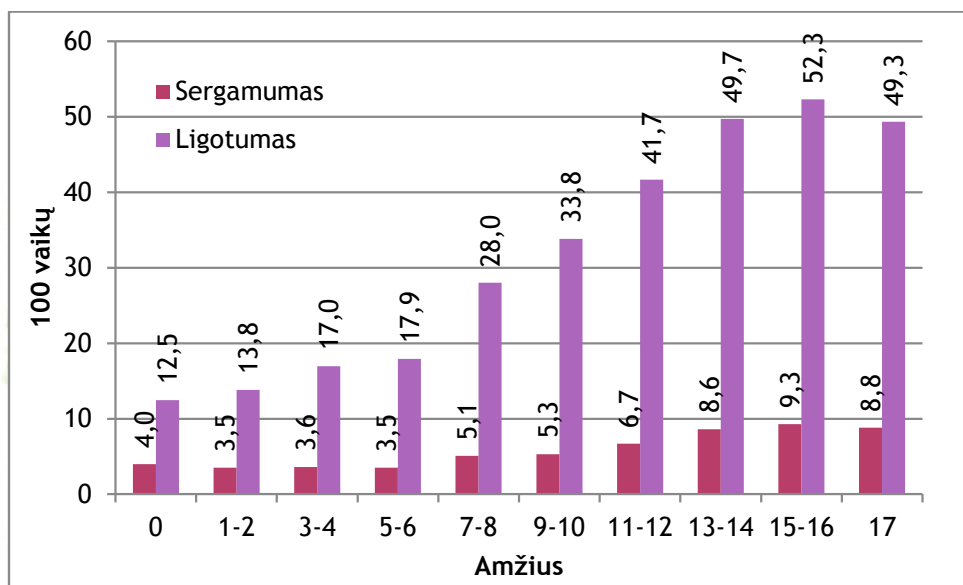
Nuo 2001 m. vaikų ligotumas jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligomis padidėjo. Kasmet nuo 6 iki 11 vaikų iš 100 sirgdavo jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligomis (6.5.1 pav.). Maždaug 4–5 vaikai iš 100 sirgo artropatijomis (M00–M25) ir deformuojančiomis dorsopatijomis (M40–M43).





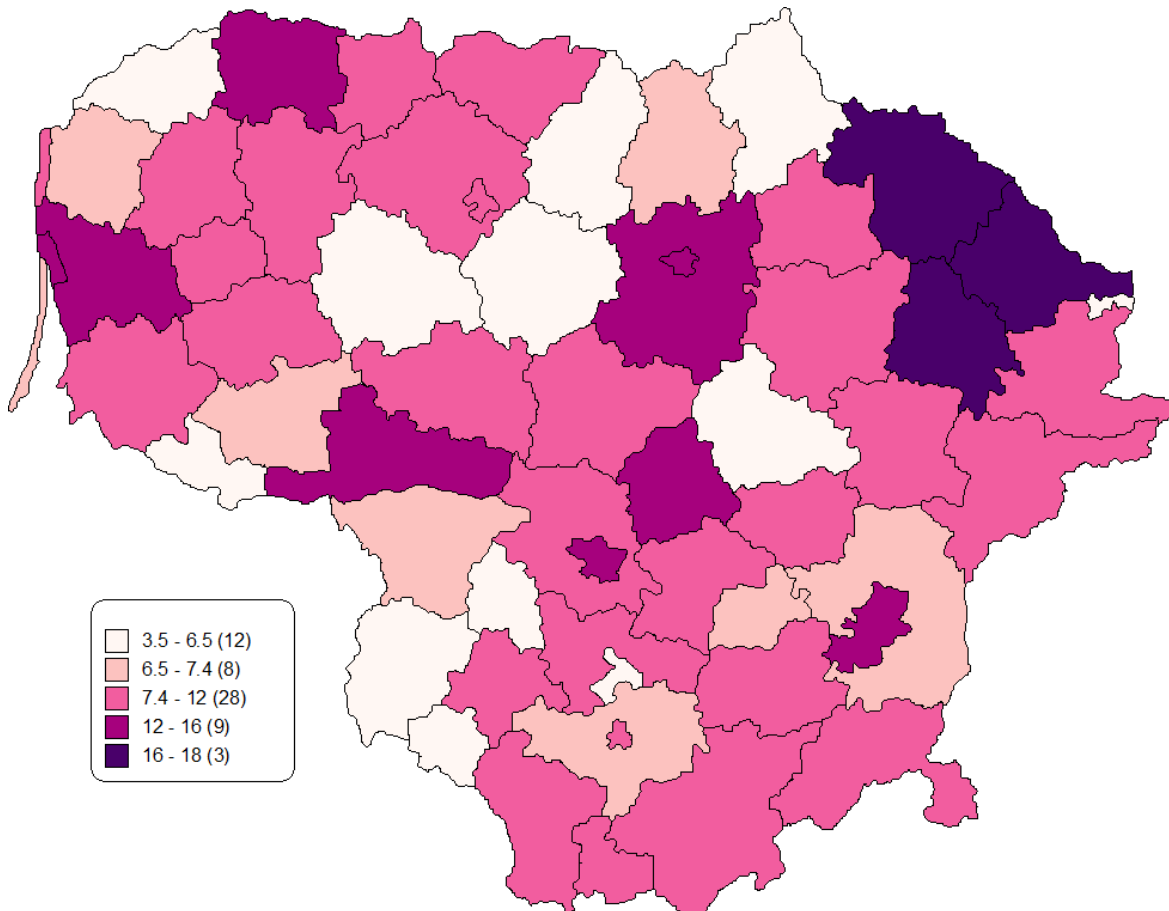
6.5.1 pav. Vaikų ligotumo jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligomis (M00–M99) pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligomis vaikai dažniau susirgavo vyresniame amžiuje, nuo 13 metų (6.5.2 pav.). Vaikų, dar nelankančių mokyklos, sergamumas buvo mažesnis nei mokyklinio amžiaus vaikų. Pradėjus lankyti mokyklą vaikų sergamumas pradeda didėti ir tampa 2–3 kartus didesnis nei ikimokyklinio amžiaus vaikų. Jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligos dažnai yra ilgalaikės, todėl su amžiumi vaikų ligotumas jomis didėja.

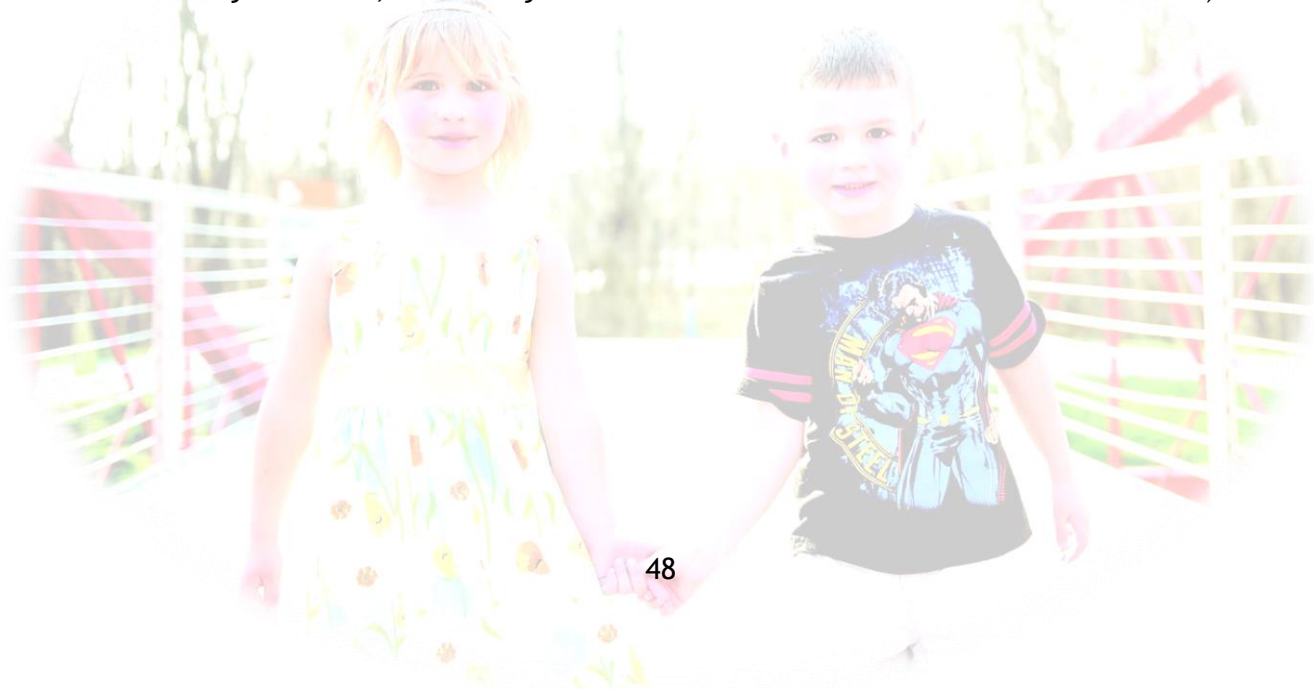


6.5.2 pav. Vidutinis vaikų sergamumas ir ligotumas jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligomis (M00–M99) skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Lietuvoje kai kuriose savivaldybėse vaikų ligotumas jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligomis skyrėsi beveik penkis kartus (6.5.3 pav.). Didžiausias ligotumas šiomis ligomis buvo Utenos r., Zarasų r. ir Rokiškio r. savivaldybėse.



6.5.3 pav. Vidutinis vaikų ligotumas jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų sistemos ligomis (M00–M99) 100 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)



## 7. TRAUMOS IR JŲ APLINKYBĖS

Išorinės priežastys (nelaimingi atsitikimai, tyčiniai susižalojimai, smurtas ir pan.) yra viena pagrindinių vaikų mirties priežasčių. Šių priežasčių padariniai kasmet užima aukštą vietą vaikų sergamumo struktūroje ir tampa pablogėjusios sveikatos ar net neįgalumo priežastimi.

Atsižvelgiant į tai, kad išorinių priežasčių atsiradimas dažnai priklauso nuo aplinkos, šių priežasčių ir jų padarinių būtų galima nesunkiai išvengti. Užtikrinus eismo saugumą sumažėtų transporto įvykių. Saugos rekomendacijų laikymasis mus supančioje aplinkoje, ypač joje esant vaikui, padėtų sumažinti nukritimų, apsinuodijimų, nusiplikinių, skendimų skaičių. Paauglystės metu aktualesnis tampa dėl psichinės sveikatos, emocinio auklėjimo ir visuomenės kultūros pasireiškiantis smurtas savo ar kitų atžvilgiu.

Šioje dalyje yra nagrinėjamos tik stacionare gulėjusių vaikų traumos<sup>21</sup> ir jų priežastys. Kadangi ligoninėje atsiduria vaikai, kurių traumas yra sunkesnės nei ambulatorinių ligonių, jų prevencijai derėtų skirti didesnę dėmesį.

Per 2001–2013 m. kasmet šalies ligoninėse būdavo gydoma apie 8,5–16,9 tūkst. vaikų traumų. Absolūtus traumų skaičius kasmet mažėjo, tačiau nuo 2001 m. traumų skaičius, tenkantis 10 000 vaikų, beveik nepasikeitė. Traumų struktūroje visu minėtu laikotarpiu daugiausiai buvo įvairių kūno sužalojimų (S00–T14), mažiau apsinuodijimų (T36–T65) ir kitų traumų (7.1 pav.).

2013 m. vaikai iš viso patyrė 8,5 tūkst. traumų, kurios buvo gydytos stacionare. Daugiausiai tarp jų buvo kūno sužalojimų (S00–T14; 70,1 proc.), penkis kartus mažiau apsinuodijimų (T36–T65; 14,1 proc.). Dar mažiau buvo nudegimų ir nuplikinimų atvejų (T20–T36; 8,5 proc.), patekusių pro natūralias angas svetimkūnių poveikio atvejų (T15–T19; 2,0 proc.) ir kitų traumų (T33–T35, T66–T98; 5,4 proc.).

*Dažniausiai vaikai nukenčia nuo įvairių kūno sužalojimų ir apsinuodijimų*

*Dažniausia vaikų traumų priežastis – nukritimai*

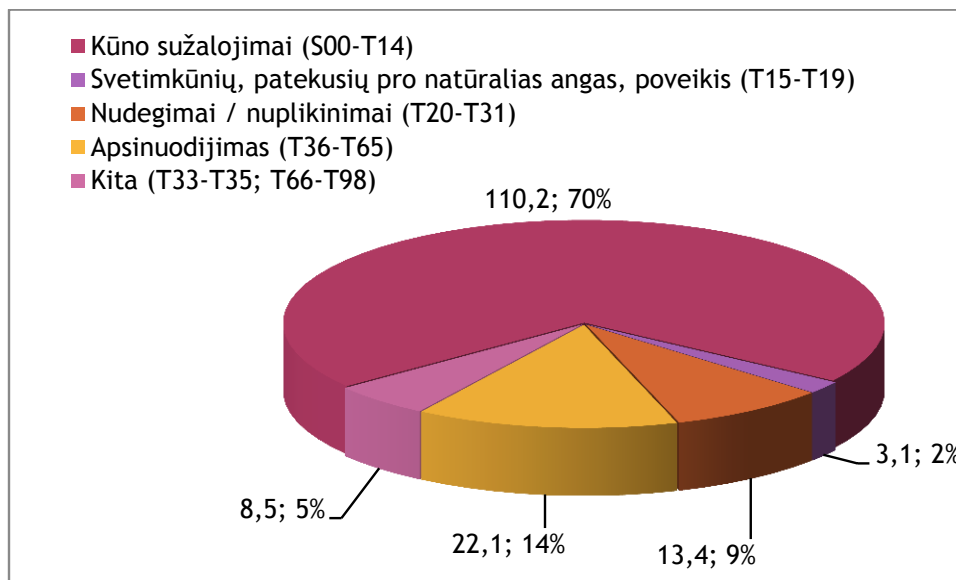
*Namai yra dažniausia vaikų traumos vieta. Trečdalis visų traumų įvykio vieta lieka nežinoma*

*Vaikų traumų priežastys skiriasi pagal amžių, lytį ir gyvenamąją vietovę*

*Nudegimai būdingiausi mažiausiems vaikams (0–4 m. amžiuje)*

*Apsinuodijimai dažniausi tarp 1–4 ir 15–17 m. amžiaus vaikų, tačiau skiriasi apsinuodijimo medžiagos*

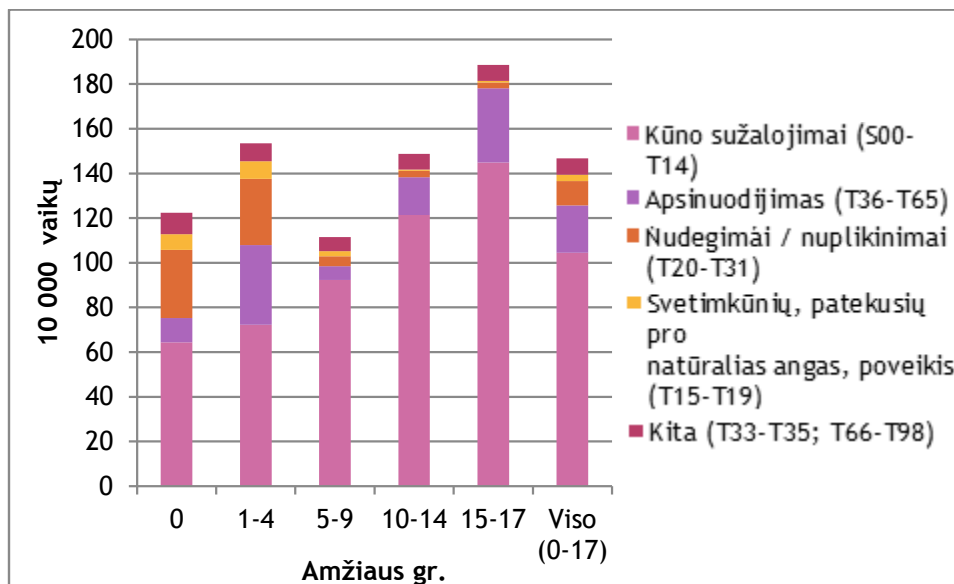
<sup>21</sup> Šioje dalyje žodžiu „traumos“ yra įvardijama TLK-10-AM grupė „Sužalojimai, apsinuodijimai ir tam tikri išorinių poveikių padariniai“ (S00–T98), kurią sudaro įvairūs kūno sužalojimai, pro natūralias angas patekusių svetimkūnių poveikis, nudegimai, nuplikinimai, apsinuodijimai, nušalimai ir kitų išorinių poveikių padariniai. Kalbant apie atskiras traumų grupes įvardijama konkreti grupė.



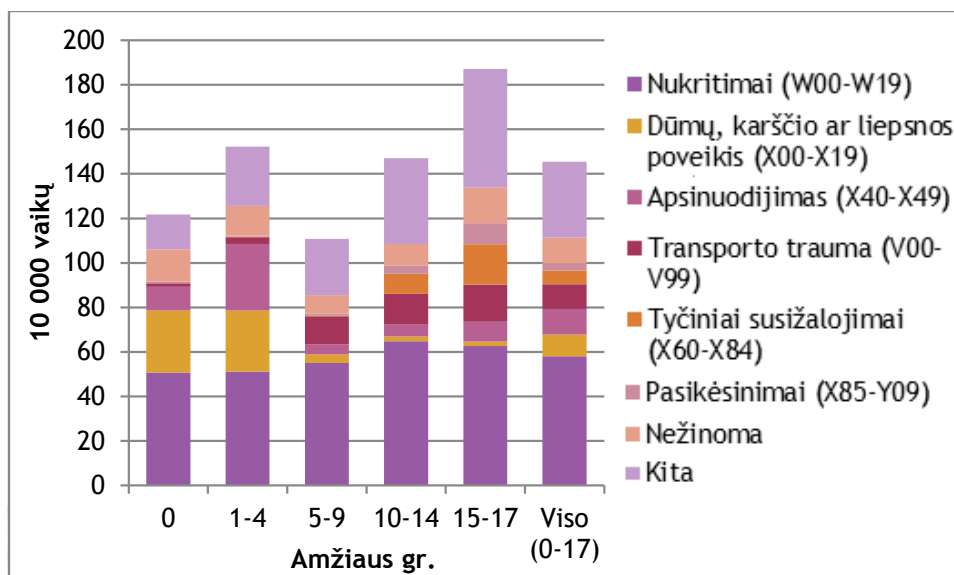
7.1 pav. Vaikų, gulėjusių stacionare, traumų pagal pobūdį (S00–T98) sk. 10 000 vaikų Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Kaip minėta, kūno sužalojimai sudarė didžiausią traumų dalį visose amžiaus grupėse (7.2 pav.). 5–17 m. amžiaus vaikų traumų struktūroje kūno sužalojimai sudarė net apie 80 proc. nuo visų patirtų traumų, 0–4 m. vaikams sudarė apie pusę visų traumų, o 5–9 m. amžiaus grupėje šios traumos sudarė net 83 proc. Vaikams iki 5 m. amžiaus didesnę dalį, palyginus su vyresniais vaikais, sudarė nudegimai ir nuplikinimai (20,3 proc.). 1–4 m. ir 15–17 m. amžiaus vaikai buvo apsinuodiję dažniau už kitų amžiaus grupių vaikus - apsinuodijimai šiose amžiaus grupėse sudarė atitinkamai 17,7 ir 23,2 proc. Dėl svetimkūnių, patekusių pro natūralias kūno angas, poveikio daugiausiai nukentėjo vaikai iki 5 m. amžiaus, tačiau šių traumų dalis buvo palyginus nedidelė.

Vaikų traumų, gydytų stacionare, priežastys 2013 m. buvo nurodytos 7,2 tūkst. atvejų (91,2 proc.). Dažniausia vaikų traumų priežastis visose amžiaus grupėse minėtais metais buvo nukritimai, kurie sudarė 43,4 proc. traumų priežasčių (7.3 pav.). Dažna vaikų iki 5 m. traumų priežastis buvo dūmų, karščio ar liepsnos poveikis (20,8 proc.). Apsinuodijimas buvo penktadalio 1–4 m. amžiaus vaikų traumų priežastis. Transporto traumos buvo dažnesnė 5–17 m. amžiaus vaikų traumų priežastis (10,6 proc. atvejų). Nuo 10 m. tarp vaikų traumų priežasčių išryškėjo tyčiniai susižalojimai ir pasikėsinimai, kurie iš viso buvo 12,5 proc. šio amžiaus vaikų traumų priežastis.



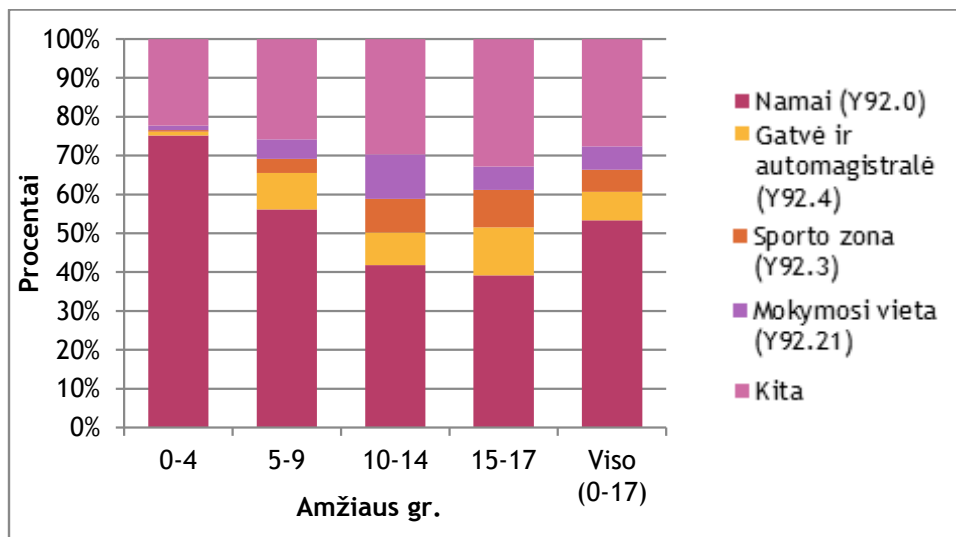
7.2 pav. Stacionare gydytų vaikų traumų pagal pobūdį (S00–T98) sk. 10 000 vaikų skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)



7.3 pav. Stacionare gydytų vaikų traumų pagal priežastis (V00–Y98) sk. 10 000 vaikų skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Vieta, kurioje įvyko trauma, 2013 m. buvo nurodyta 5,1 tūkst. atvejų (65,1 proc.; 7.4 pav.). Didžiausia dalis traumų įvykdavo namuose. Vaikų iki 5 m. amžiaus traumas, įvykusios namuose, sudarė 21,7 proc. visiems vaikams įvykusių traumų ir 75,2 proc. 0–4 m. amžiaus vaikų traumų, kurių vieta buvo žinoma. Didėjant amžiui traumų, įvykusių namuose, dalis mažėjo. Mokymosi vietoje vaikai traumas daugiausiai patyrė būdami 10–14 m. amžiaus. Sporto zonoje patiriamos traumas buvo dažnesnės 10–17 m. amžiaus

vaikams. Gatvėje ar automagistralėje patirtos traumos sudarė mažą dalį (7,4 proc.), tačiau jų buvo šiek tiek daugiau nei mokymosi vietoje ar sporto zonoje patirtų traumų. Tokios traumų aplinkybės rodo, kad vaikų traumų prevenciją yra tikslinga nukreipti į namų aplinką.



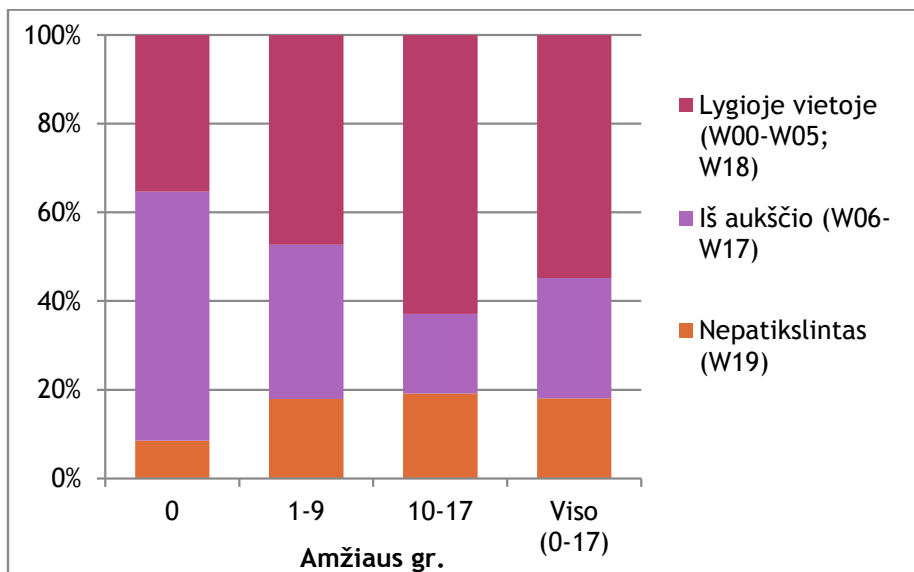
7.4 pav. Stacionare gydytų vaikų traumų struktūra pagal žinomą įvykio vietą (Y92) Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Kaip minėta anksčiau, daugiausiai traumų, kurias teko gydyti stacionare, 2013 m. buvo patirta dėl nukritimų. Daugiau nei pusė (54,8 proc.) šių nukritimų įvyko lygioje vietoje, perpus mažiau (27,2 proc.) – iš aukščio (7.5 pav.). Beveik penktadalio nukritimų pobūdis nepatikslintas. Dėl nukritimų iš aukščio daugiausiai ligoninėje gydomi kūdikiai. Pradėjus jiems vaikščioti (nuo 1 m.) nukritimų iš aukščio dalis mažėja, o 10–17 m. amžiaus vaikai daugiau nei 60 proc. atvejų nukrenta lygioje vietoje.

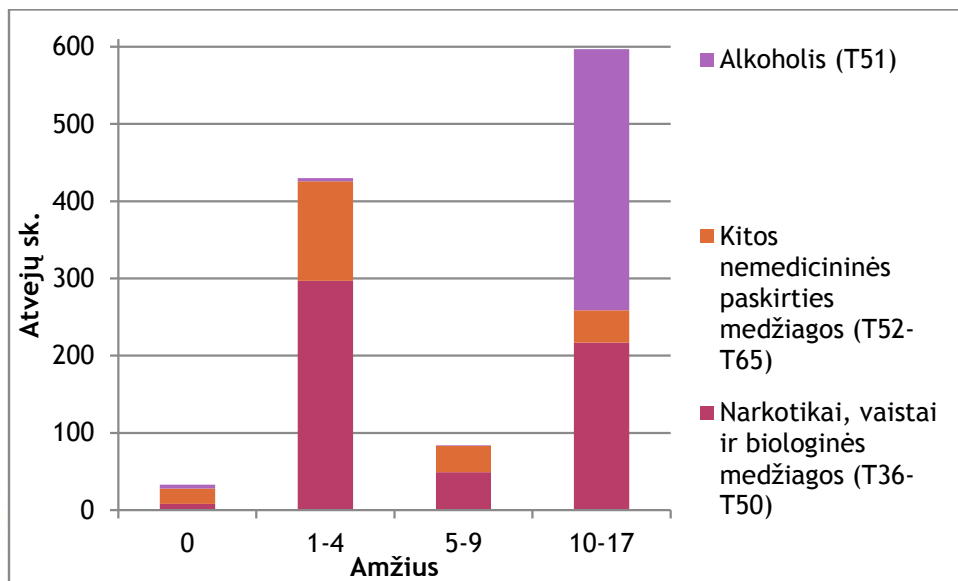
Kitas aktualus stacionarinio gydymo reikalaujantis vaikų išorinių priežasčių sukeltas padarinys – apsinuodijimas. Iš viso 2013 m. buvo 1,1 tūkst. vaikų apsinuodijimų (7.6 pav.), iš kurių pusė buvo dėl narkotikų, vaistų ir biologinių medžiagų, trečdalis dėl alkoholio, penktadalio dėl kitų nemedicininės paskirties medžiagų.

Daugiausiai buvo apsinuodijusių 10–17 m. amžiaus vaikų (597 atvejai), šiek tiek mažiau – 1–4 m. amžiaus vaikų (430 atvejų). Apsinuodijusių kūdikių ir 5–9 m. amžiaus vaikų buvo mažuma (atitinkamai 33 ir 84 atvejai).

10–17 m. paaugliai daugiau nei puse atvejų (338 atvejai) buvo apsinuodiję dėl alkoholio, nors nemažą dalį (36,3 proc.) šioje amžiaus grupėje sudarė ir apsinuodijimas dėl narkotikų, vaistų ir biologinių medžiagų. Daugiau nei pusė 1–9 m. amžiaus vaikų apsinuodijimų buvo dėl narkotikų, vaistų ir biologinių medžiagų, o kūdikiai dažniausiai patyrė apsinuodijimą dėl kitų nemedicininės paskirties medžiagų.



7.5 pav. Stacionare gydytų vaikų nukritimų (W00–W19) struktūra pagal pobūdį skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

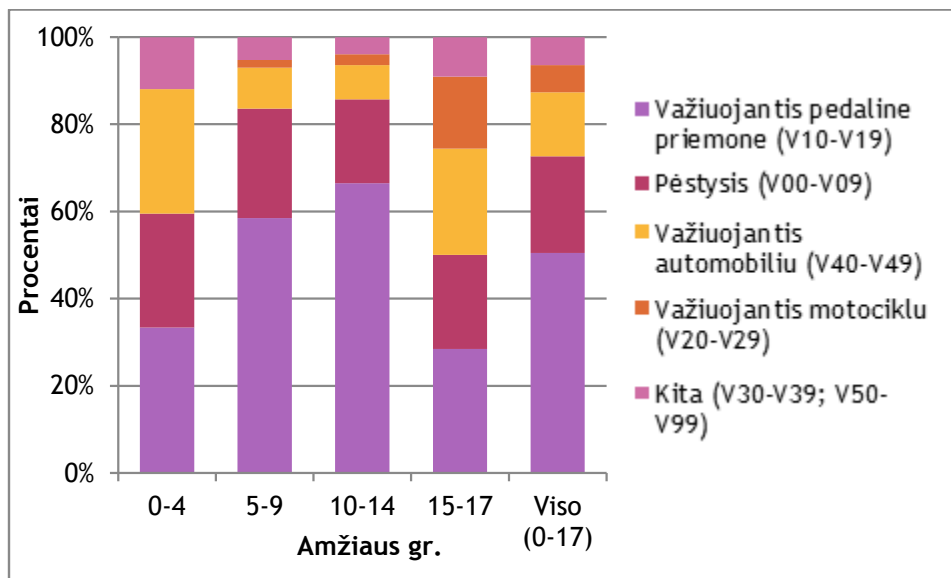


7.6 pav. Stacionare gydytų vaikų apsinuodijimų (T36–T65) sk. pagal apsinuodijimo medžiagą skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Šalyje 2013 m. dėl transporto traumų ligoninėje vaikai gulėjo 592 kartus. Kūdikiai, nukentėję dėl transporto traumų, buvo gydomi tik 5 kartus, 1–4 m. amžiaus vaikai – 37 kartus, 5–14 m. amžiaus vaikų traumų dėl transporto įvykių buvo 374, o 15–17 m. amžiaus vaikų – 176.

Pusė visų kelių eismo įvykiuose traumas patyrusių vaikų nukentėjo važiuodami pedaline priemone, daugiausiai tai buvo 10–14 m. amžiaus vaikai (7.7 pav.). Šiek tiek

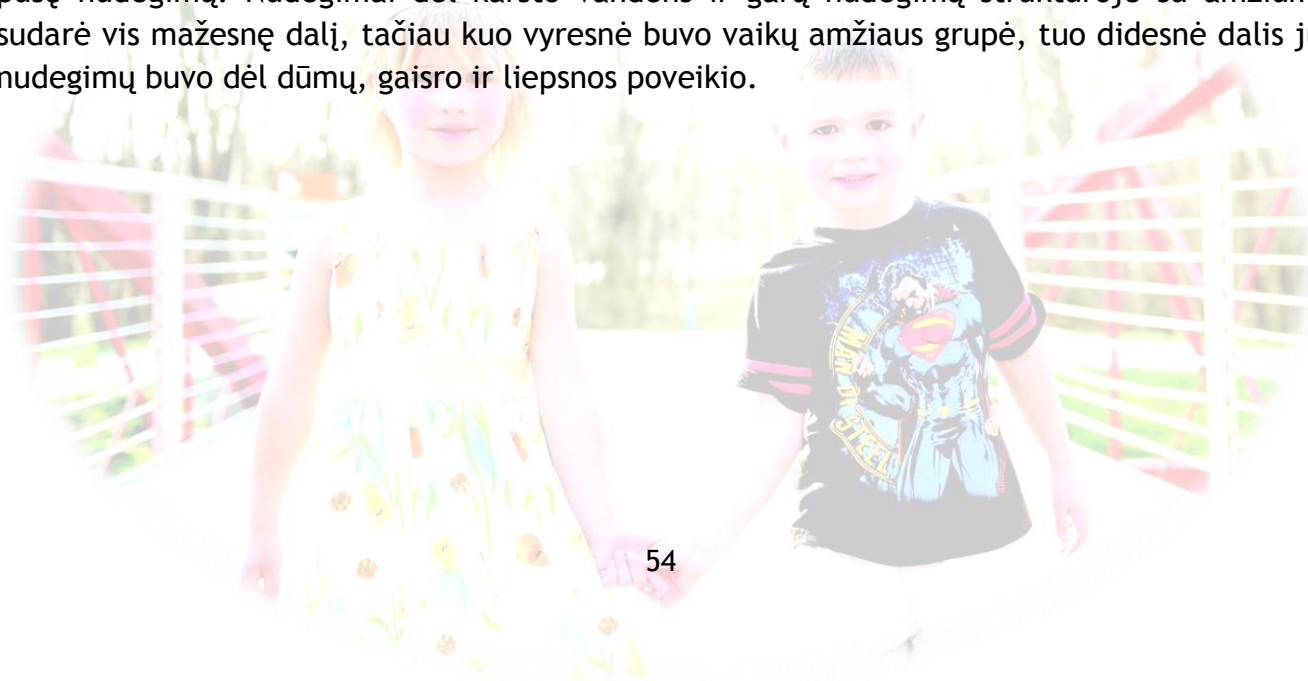
daugiau nei penktadalis visų vaikų patyrė transporto traumas dalyvaudami eisme kaip pėstieji. Didelė dalis 15–17 m. paauglių (40,1 proc.) nukentėjo važiuodami motociklu ar automobiliu.

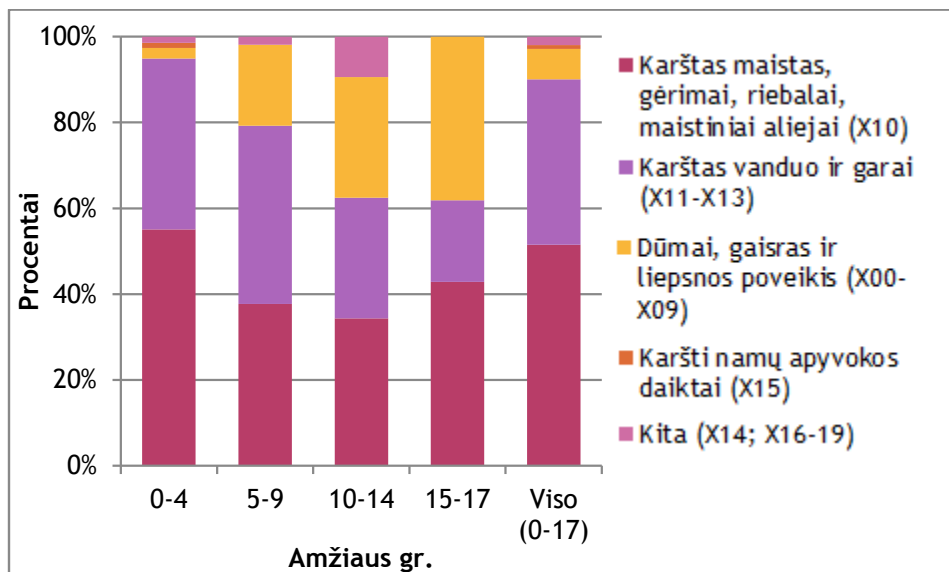


7.7 pav. Stacionare gydytų vaikų transporto traumų (V00–V99) struktūra pagal transporto įvykyje nukentėjusiojo statusą Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Gydytų stacionare vaikų nudegimų skaičius šalyje 2013 m. buvo nedaug mažesnis nei transporto traumų. Iš viso užregistruoti 522 nudegimų atvejai. Daugiausiai nudegimų patyrė vaikai iki 5 m. amžiaus (416 atvejų), likusių amžiaus grupių vaikų nudegimų atvejai sudaro mažesnę dalį (iš viso 5–17 m. amžiaus grupėje buvo 106 atvejai).

Vaikai iki 5 m. amžiaus dažniausiai nusidegindavo karštu maistu, gėrimais, riebalais ar maistiniais aliejais (55 proc.) bei karštu vandeniu ir jo garais (39,9 proc.; 7.8 pav.). Nudegimai dėl šių abiejų veiksnių vyresniems vaikams taip pat sudarė daugiau nei pusę nudegimų. Nudegimai dėl karšto vandens ir garų nudegimų struktūroje su amžiumi sudarė vis mažesnę dalį, tačiau kuo vyresnė buvo vaikų amžiaus grupė, tuo didesnė dalis jų nudegimų buvo dėl dūmų, gaisro ir liepsnos poveikio.





7.8 pav. Stacionare gydytų vaikų nudegimų (X00–X19) struktūra pagal nudegimo medžiagą Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Stacionare gydytų vaikų traumų priežastys 10 000 vaikų skyrėsi pagal lytį ir gyvenamąją vietovę (7.9 pav.). Šalyje 2013 m. berniukai patyrė 1,8 karto daugiau traumų nei mergaitės – tokia tendencija pastebima ir mieste, ir kaime.

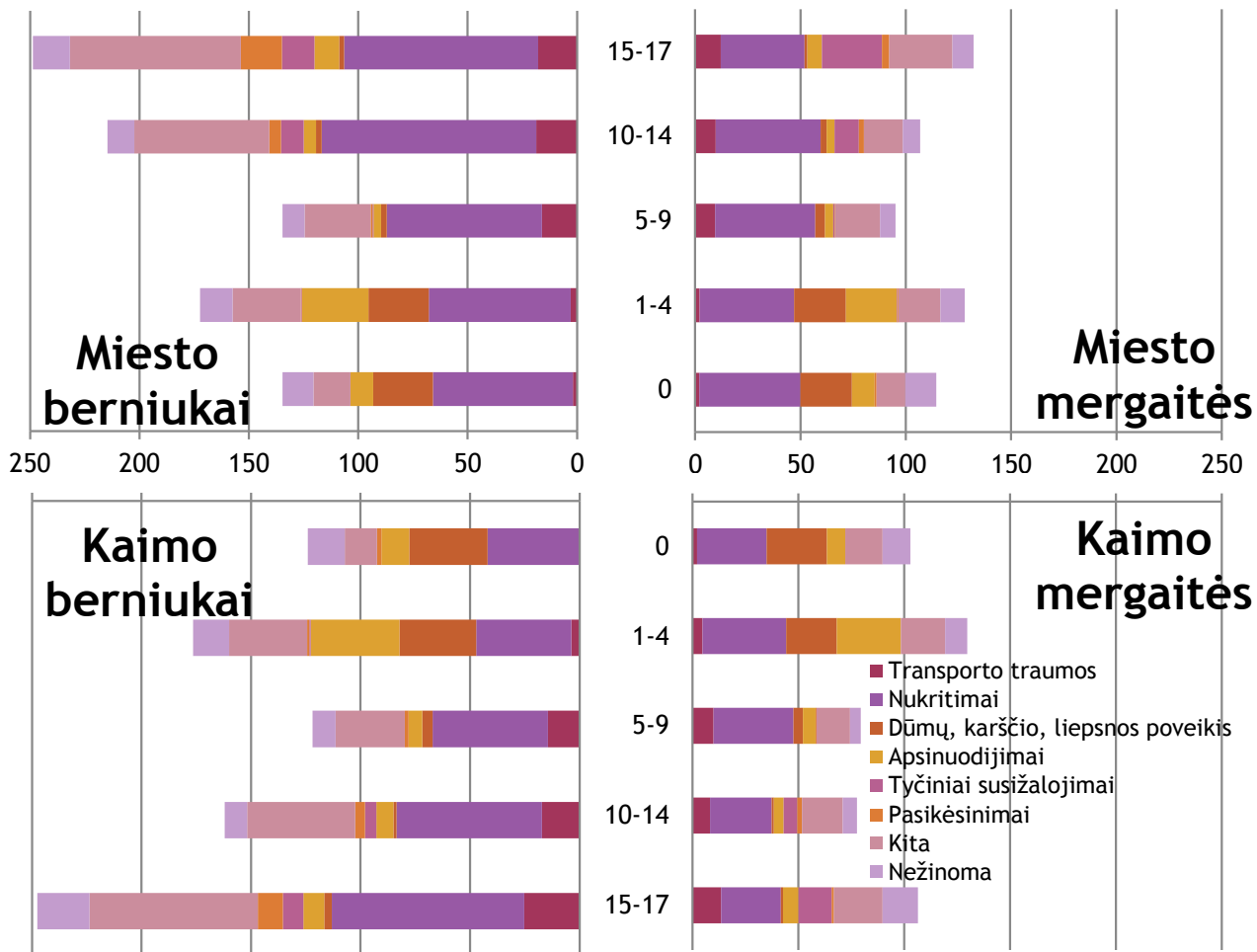
Miesto berniukai daugiausiai traumų patyrė 10–17 m. amžiaus grupėje. Kaimo berniukai daugiausiai traumų patyrė būdami 15–17 m., o 1–4 m. ir 10–14 m. amžiuje traumų rodikliai buvo panašūs. Galima atkreipti dėmesį į tai, kad miesto ir kaimo berniukų traumų rodikliai amžiaus grupėse buvo beveik vienodi, tik 10–14 m. amžiuje miesto berniukai patyrė akivaizdžiai daugiau traumų nei to paties amžiaus kaimo berniukai. Mergaičių traumų rodikliai skirtingose amžiaus grupėse mieste ir kaime svyravo nuo 71 iki 122 traumų, tenkančių 10 000 mergaičių. Miesto mergaitės daugiausiai traumų patyrė 1–4 m. ir 15–17 m. amžiuje, o kaimo mergaitės – 1–4 m. amžiuje.

Traumų priežasčių struktūra pagal lytį ir gyvenamąją vietovę atitiko anksčiau šiame poskyryje aprašytas bendras tendencijas – didžiausia dalis traumų buvo dėl nukritimų, vaikai iki penkerių metų dažnai nukentėdavo nuo apsinuodijimų ir dūmų, karščio ar liepsnos poveikio, o transporto traumų skaičius 10 000 vaikų didėdavo su amžiumi.

Berniukai dėl nukritimų nukentėjo beveik du kartus dažniau nei mergaitės. Tarp 0–4 m. amžiaus kaimo vaikų dūmų, karščio ir liepsnos poveikis buvo šiek tiek dažnesnė traumų priežastis nei tarp to paties amžiaus miesto vaikų. Šio amžiaus kaimo vaikai taip pat dažniau nei miesto vaikai buvo apsinuodiję.

15–17 m. miesto mergaičių tyčinių susižalojimų rodiklis labiausiai išsiskiria iš kitų grupių – jis beveik du kartus didesnis nei kitų to paties amžiaus vaikų. Tame pačiame amžiuje berniukai dažniau patyrė smurtą savo atžvilgiu iš kitų. Ši problema ypač svarbi miesto berniukams (į juos pasikėsinta buvo 5 kartus daugiau nei į miesto mergaites).

Atsižvelgiant į traumų priežasčių skirtumus pagal lytį ir gyvenamąją vietovę suprantama, kad kai kurių traumų priežastys yra nulemtos elgesio skirtumų, susijusių su lytimi. Taip pat galima įtarti jaunimo kultūros ir gyvenimo sąlygų poveikį, kurį nulemia vaikų gyvenamoji vietovė.

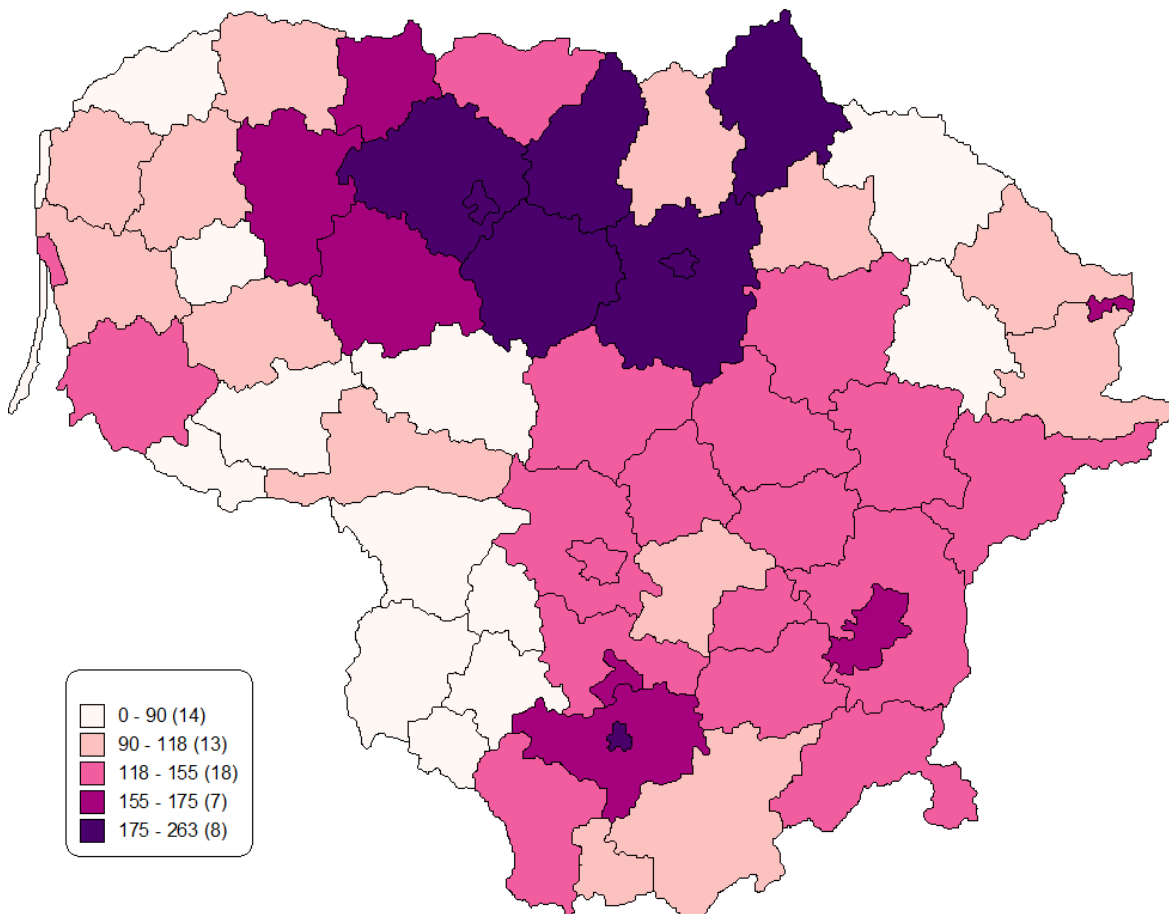


7.9 pav. Stacionare gydytų vaikų traumų pagal priežastį (V00–Y98) sk. 10 000 vaikų pagal lytį ir gyvenamąją vietovę Lietuvoje 2013 m. (vertikali ašis – amžiaus gr., horizontali ašis – traumų sk. 10 000 vaikų) (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Šalyje 2013 m. taip pat buvo ryškūs stacionare gydytų vaikų traumų (S00–T98) rodiklių skirtumai tarp savivaldybių (7.10 pav.). Ypatingai išsiskyrė savivaldybės, esančios šiaurinėje šalies dalyje. Taip pat dideli traumų rodikliai buvo dalyje Vilniaus, Alytaus ir Kauno apskričių savivaldybių. Palyginus nedideli vaikų hospitalizavimo dėl traumų rodikliai buvo tarp Utenos, Klaipėdos, Marijampolės ir Tauragės apskričių savivaldybių vaikų.

Tokius skirtumus tarp savivaldybių būtų sunku paaiškinti vien tuo, kad skirtingose savivaldybėse traumų dažnis buvo ne vienodas. Panašu, kad savivaldybės,

kuriuose buvo didesni traumų rodikliai lokalizuojasi viena šalia kitos ir yra išsidėsčiusios aplink apskričių centrus, todėl tikėtina, jog stacionare gydytų traumų skaičiui įtaką padarė ne tik traumų sunkumas, bet ir skirtinga gydymo įstaigų darbo praktika.



7.10 pav. Stacionare gydytų vaikų traumų (S00–T98) sk. 10 000 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

Vaikų traumų, gydytų stacionare, duomenys rodo, kad vaikų traumų skaičius ir jų priežastys yra susijusios su vaiko amžiumi, o tiksliau jo raida ir sugebėjimais saugiai elgtis aplinkoje, kurioje jis yra. Tai svarbu siekiant sumažinti vaikų traumų skaičių skirtinguose amžiaus tarpsniuose. Kartu nereikia pamiršti ir saugios aplinkos bei suaugusiųjų priežiūros, kuri padėtų išvengti vaikų traumų ir išsaugoti jų sveikatą.

## 8. PSICHIKOS SVEIKATA

Būdami geros fizinės ir emocinės sveikatos jauni žmonės lengviau sprendžia sunkumus, kilusius įvairiuose augimo etapuose, lengviau išgyvena paauglystės laikotarpį. Vaikų psichinės sveikatos formavimasis paauglystės metu yra itin svarbus ir vėlesniame gyvenime.

Tarptautinio tyrimo HBSC <sup>22</sup>, kuriame dalyvavo 43 Europos regiono šalys, 2009–2010 m. duomenimis, didžioji dalis dalyvavusių tyrime 11 m. Lietuvos moksleivių teigė, kad jie yra patenkinti savo gyvenimu (85 proc. berniukų ir 83 proc. mergaičių). Šiek tiek daugiau berniukų nei mergaičių buvo patenkinti savo gyvenimu. Teigiamai apie savo gyvenimą atsiliepė 76 proc. 13 ir 15 m. amžiaus mergaičių. Lyginant su kitomis šalimis, Lietuvos ir HBSC šalių berniukų skirtumai buvo labai nežymūs, didesni skirtumai pastebėti tarp 13 m. mergaičių (8.1 pav.).

*Nelaimingiausi ir labiausiai nepatenkinti savo gyvenimu iš 11, 13 ir 15 m. amžiaus moksleivių buvo 13 ir 15 m. mergaitės*

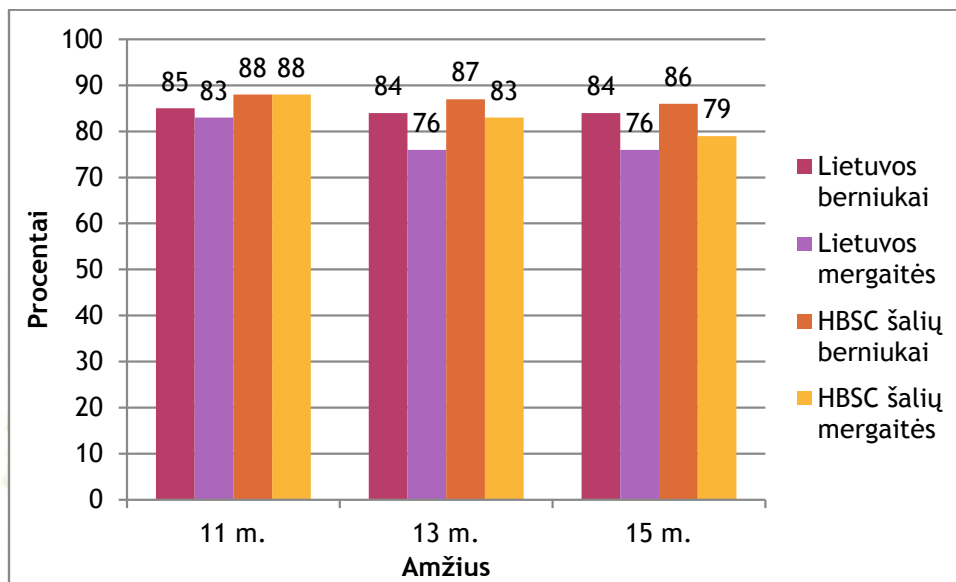
*Tyrimų duomenimis, Lietuvoje vyresni mokiniai tyčiojosi iš jaunesnių, o patyčias dažniausiai patyrė 11 m. berniukai*

*Vaikų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais per 2001–2013 m. didėjo*

*Sergamumas depresijomis 2001–2013 m. buvo didesnis tarp mergaičių*

*2011–2013 m. didžiausias vaikų ligotumas psichikos ir elgesio sutrikimais buvo Panevėžio m., mažiausias – Alytaus r. savivaldybėse*

*Vaikų savižudybių skaičius nuo 2001 m. iki 2013 m. mažai pakito*



8.1 pav. 11, 13 ir 15 m. amžiaus mokinių dalis (proc.) Lietuvoje ir HBSC šalyse, kurie yra patenkinti savo gyvenimu (Šaltinis: HBSC 2009/2010 m. tyrimas)

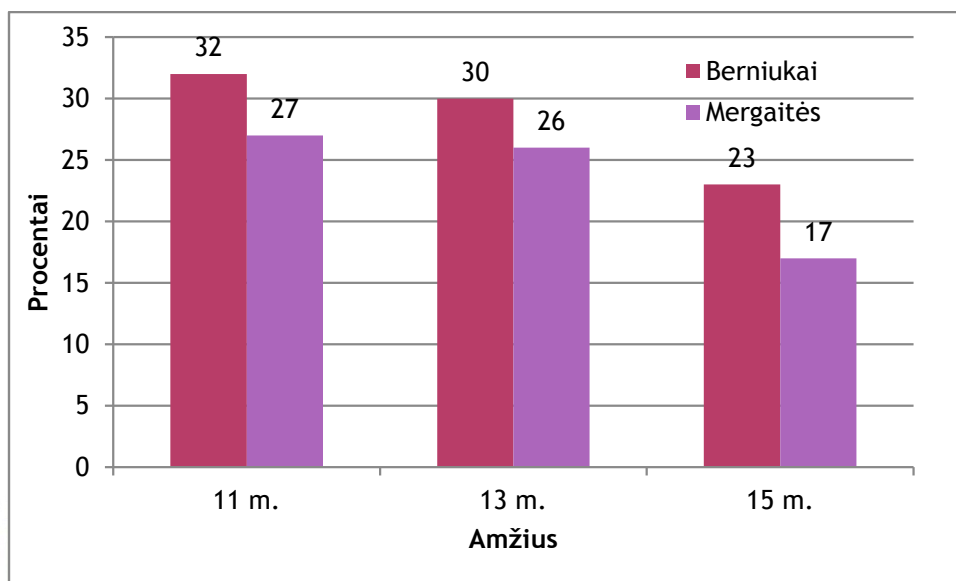
<sup>22</sup> Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

## 8.1. Patyčios

Patyčios yra asmeninės galios rodymas per agresiją. Tai apibrėžiama kaip neigiami fiziniai ar žodiniai veiksmai, sukeltys baimę aukai ir kartojami siekiant parodyti galios skirtumą tarp to, kuris tyčiojasi, ir aukos. Pakartotinos patyčios padeda asmenims padidinti savo galią ir jauni žmonės, kurie jas patiria, tampa vis labiau pažeidžiami<sup>23</sup>.

Nukentėjusieji patiria daug problemų, tokių kaip depresija bei nerimas. Šios problemos paskatina sunkumus mokykloje, kraštutiniais atvejais gali privesti prie savižudybės. Tyčiojimas yra susijęs su normalaus bendravimo stoka, sumažėjusiu gebėjimu draugauti, vienatve, prastu mokymusi, psichosomatiniais sutrikimais bei svaiginančių medžiagų vartojimu. Patyrę patyčias mokykliniame amžiuje vaikai dažnai susiduria su depresija vėliau paauglystėje ar suaugus<sup>23</sup>.

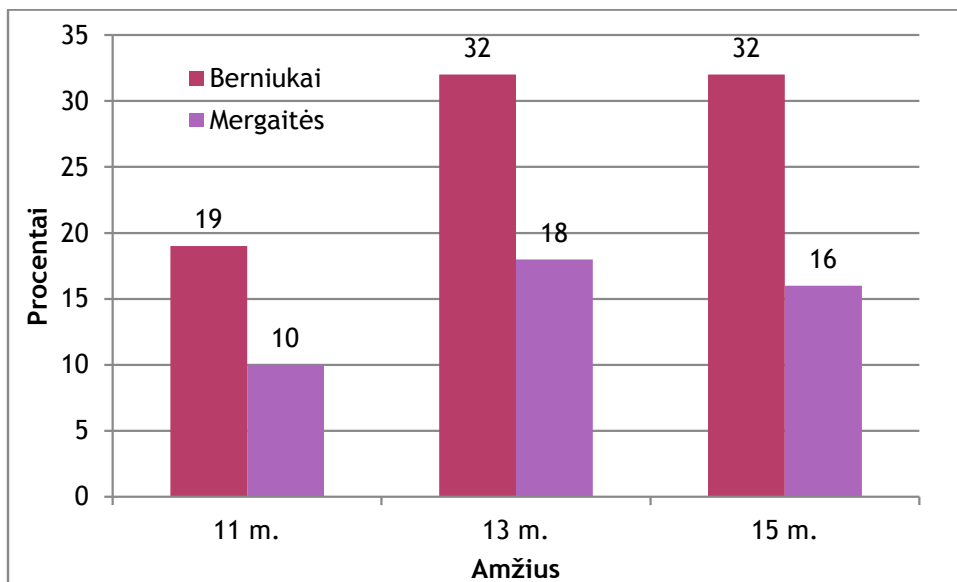
32 proc. Lietuvos 11 m. berniukų, dalyvavusių HBSC tyrime, bent du kartus per pastaruosius porą mėnesių patyrė patyčias mokykloje. Mergaitės patyrė mažiau patyčių nei berniukai. Taip pat pastebėta, kad didėjant mokinių amžiui, patyčias patiriančių mokinių dalis mažėjo (8.1.1 pav.).



8.1.1 pav. Lietuvos 11, 13 ir 15 m. mokinių, kurie bent du kartus per pastaruosius porą mėnesių patyrė patyčias mokykloje, dalis (Šaltinis: HBSC 2009/2010 m. tyrimas)

Iš kitų dažniau tyčiojosi vyresnio, t.y. 13 ir 15 m. amžiaus mokiniai, dažniausiai berniukai. Mergaitės iš kitų dažniausiai tyčiojosi būdamos 13 m. (8.1.2 pav.).

<sup>23</sup> Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).



8.1.2 pav. Lietuvos 11, 13 ir 15 m. amžiaus mokinių dalis (proc.), kurie tyčiojosi iš kitų mokykloje bent du kartus per pastaruosius porą mėnesių (Šaltinis: HBSC 2009/2010 m. tyrimas)

## 8.2. Psichikos ir elgesio sutrikimai

Vaikų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais (F00–F99) nuo 2001 m. (312,3 iš 10 000 vaikų) iki 2013 m. (431,8 iš 10 000 vaikų) padidėjo 1,4 karto. Tokiam sergamumo rodiklio padidėjimui įtakos galėjo turėti gerėjanti psichikos ir elgesio sutrikimų diagnostika, mažėjanti šių ligų stigmatizacija. Kiekvienais metais sergamumo rodiklis psichikos ir elgesio sutrikimais buvo nepastovus.

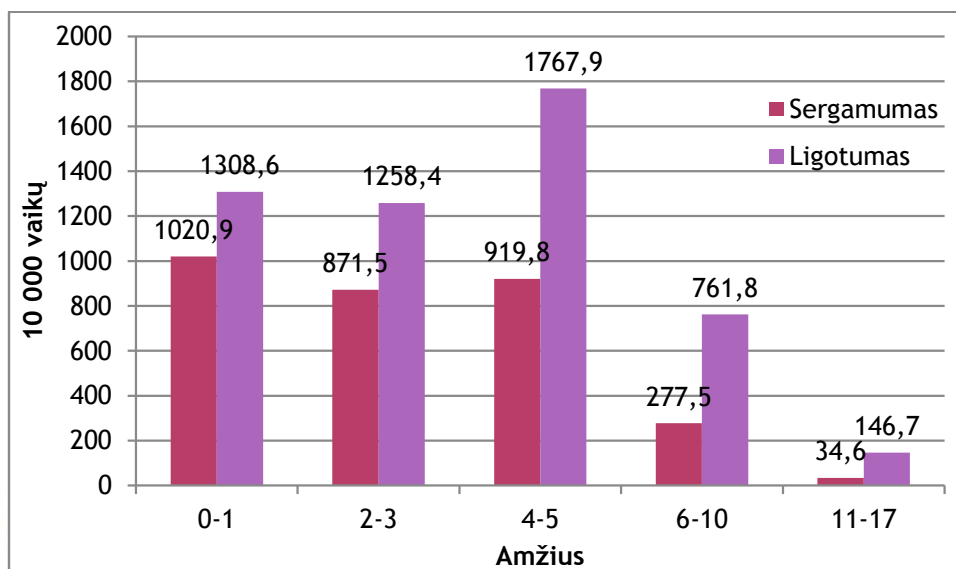
2013 m. didžiausias vaikų sergamumas iš psichikos ir elgesio sutrikimų grupės buvo protiniu atsilikimu ir psichologinės raidos sutrikimais (F70–F89) – 214,5 iš 10 000 vaikų (8.2.1 lentelė).

Psichologinės raidos sutrikimai dažniausiai buvo diagnozuojami iki 6 m., t.y. ikimokyklinio amžiaus vaikams (8.2.1 pav.). Didesnis ligotumas buvo 4–5 m. amžiaus grupėje. Su amžiumi vaikų ligotumas psichologinės raidos sutrikimais, kaip ir sergamumas, mažėjo.

2013 m. nerimo sutrikimais (fobiniai nerimo sutrikimai (F40) ir kiti nerimo sutrikimai (F41)) vaikai dažniausiai sirgo būdami 15–17 m. amžiaus (53,7 iš 10 000 vaikų; vidutiniškai po 34 berniukus ir 62 mergaites). 11–14 m. amžiaus grupėje 2013 m. nerimo sutrikimais sirgo 2,3 karto mažiau vaikų nei 15–17 m. amžiaus grupėje. Šie sutrikimai yra reti, tačiau jų išvis neturėtų būti tarp vaikų.

8.2.1 lentelė. Vaikų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais 10 000 vaikų Lietuvoje 2001 m. ir 2013 m. (Šaltinis: SVEIDRA)

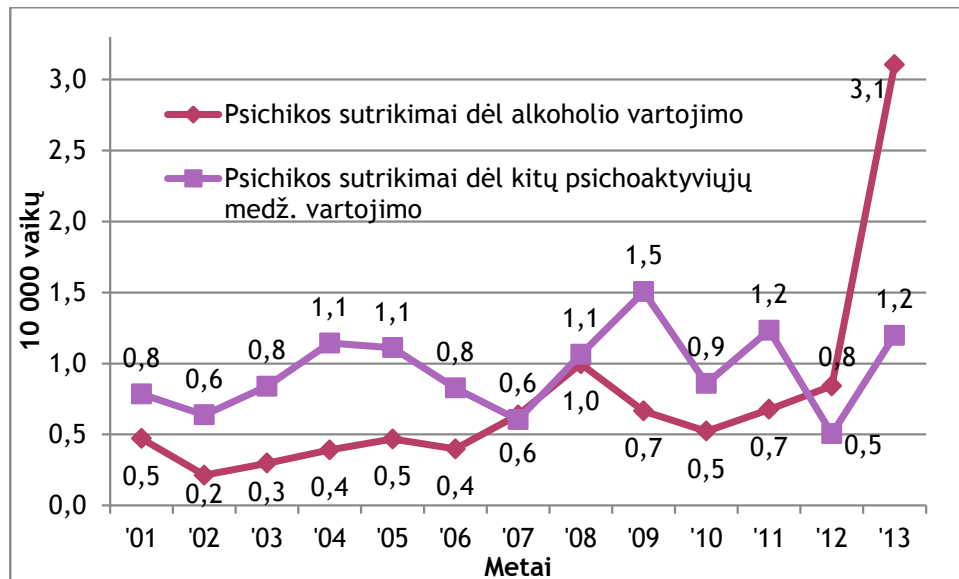
	Sergamumas 10 000 vaikų	
	2001 m.	2013 m.
<b>Psichikos ir elgesio sutrikimai, iš jų:</b>	<b>312,3</b>	<b>431,8</b>
❖ protinis atsilikimas ir psichologinės raidos sutrikimai	112,4	214,5
❖ elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje	93,3	121,7
❖ nuotaikos (afektiniai) sutrikimai, iš jų:	8,2	6,9
• depresijos	7,4	6,3
❖ nerimo sutrikimai, iš jų:	6,8	7,5
• fobiniai nerimo sutrikimai	2,9	2,5
• kiti nerimo sutrikimai	4,0	5,1
❖ psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo	0,3	1,4
❖ psichikos ir elgesio sutrikimai dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	0,5	0,5
❖ šizofrenija, šizotipinis ir kliesesiniai sutrikimai	0,8	1,1



8.2.1 pav. Vaikų sergamumas ir ligotumas psichologinės raidos sutrikimais 10 000 vaikų pagal amžiaus grupes Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

11–17 m. vaikų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį per 2001–2013 m. laikotarpį svyravo nuo 0,5 iš 10 000 vaikų iki 3,1 iš 10 000 vaikų (8.2.2 pav.). Šie sutrikimai dažniausiai buvo diagnozuojami nuo 13 metų amžiaus: 2013 m. 13–14 m. amžiaus grupėje susirgo 13 vaikų, 15–17 m. amžiaus grupėje – 56 vaikai, kurie sirgo psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį. Skirtumas tarp lyčių buvo nežymus: 29 berniukai, 27 mergaitės.

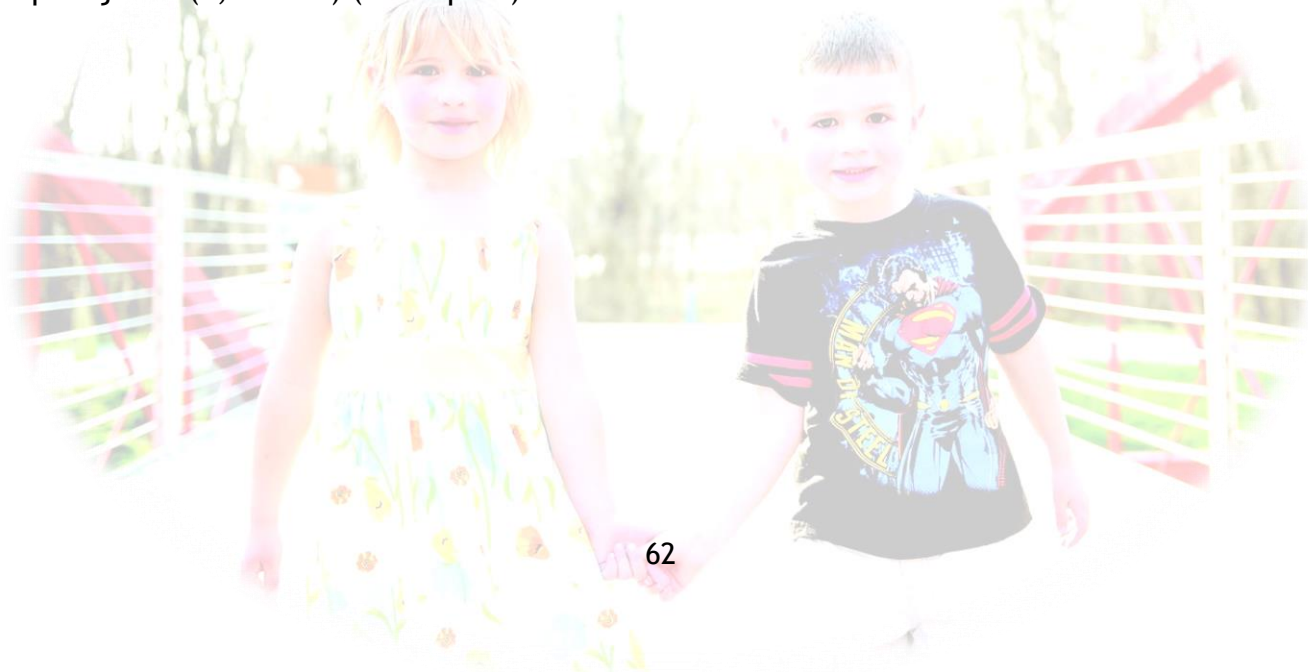
11–17 m. vaikų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant psichoaktyvias medžiagas 2013 m. buvo 0,8 iš 10 000 vaikų. Šis rodiklis nuo 2010 m. iki 2013 m. padidėjo 1,3 karto (8.2.2 pav.). Skirtumo tarp lyčių nebuvo: 10 berniukų ir 10 mergaičių.

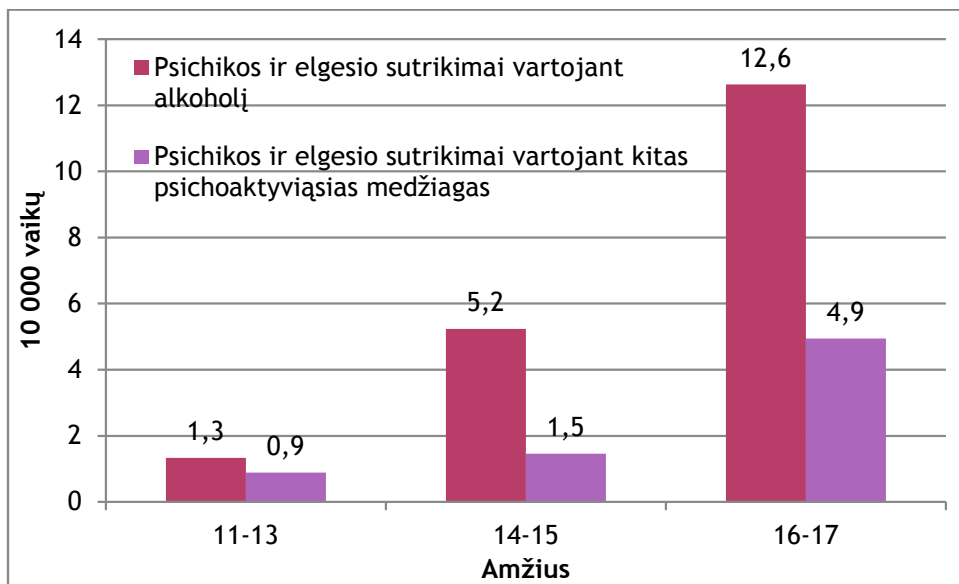


8.2.2 pav. 11–17 m. vaikų sergamumo psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant svaiginamąsias medžiagas 10 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

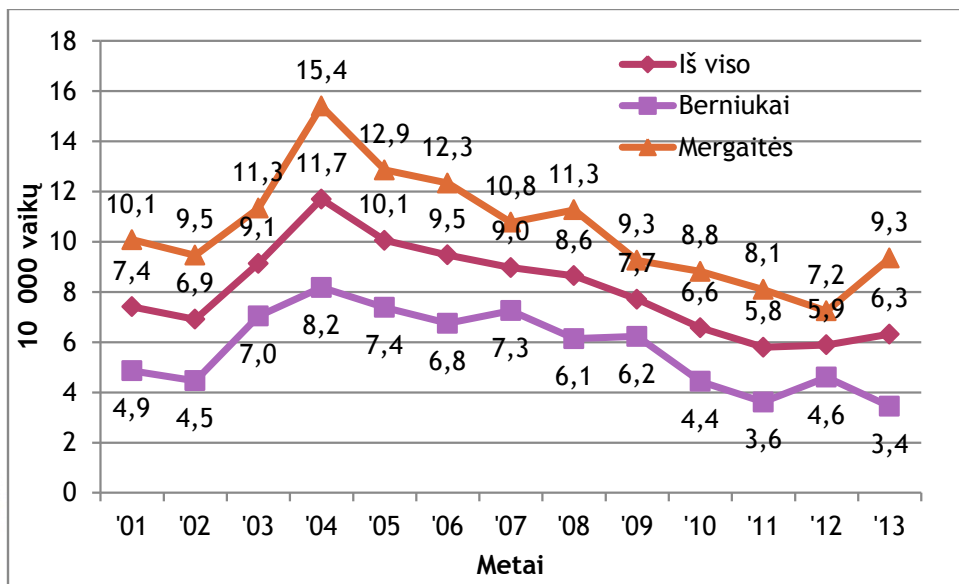
Daugiausiai naujų vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant svaiginamąsias medžiagas buvo registruojama 14–17 m. amžiaus grupėje. Psichikos sutrikimai vartojant alkoholį tarp vaikų pasireiškė žymiai dažniau nei vartojant psichoaktyvias medžiagas (8.2.3 pav.).

Vaikų sergamumas depresijomis nuo 2004 m. mažėjo ir 2013 m. pasiekė 6,3 iš 10 000 vaikų. Beveik trigubai daugiau mergaičių (245) nei berniukų (95) 2013 m. susirgo depresijomis (2,6 karto) (8.2.4 pav.).



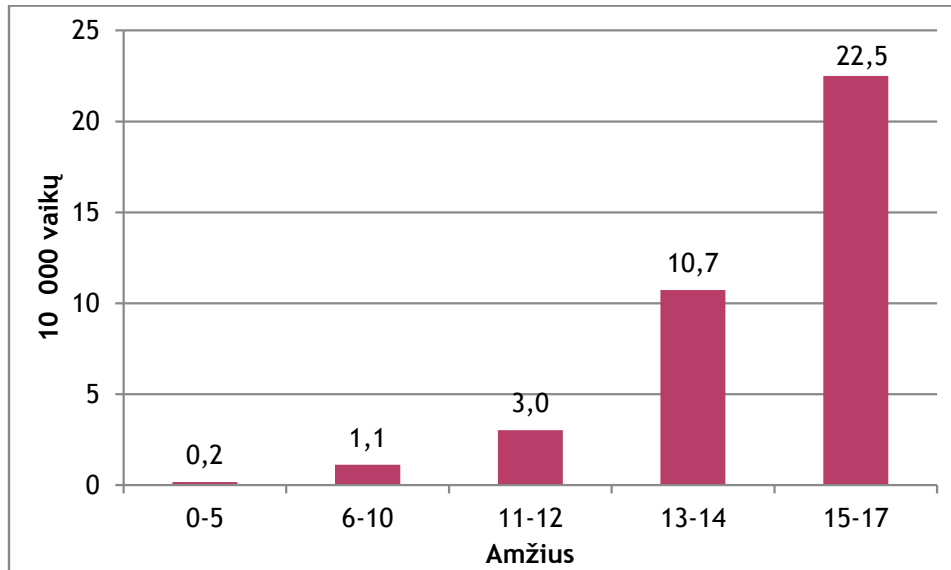


8.2.3 pav. Vaikų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant svaiginamąsias medžiagas 10 000 vaikų pagal amžiaus grupes 2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)



8.2.4 pav. Vaikų sergamumo depresijomis 10 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

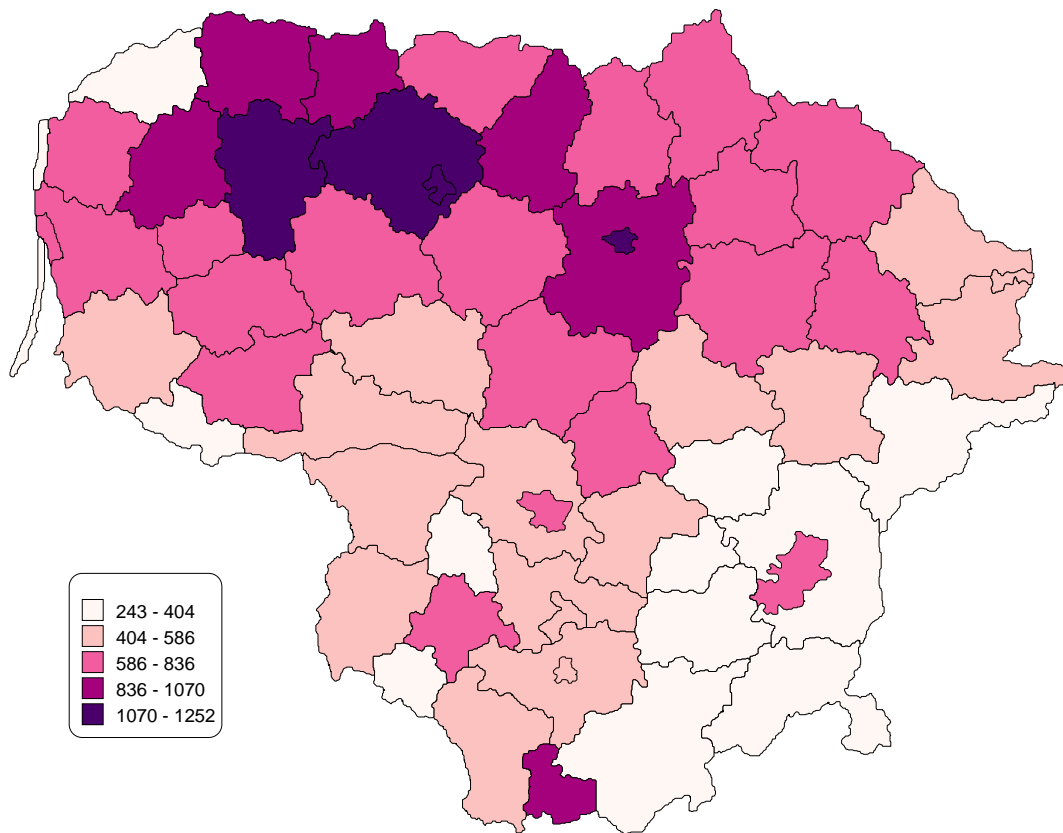
Depresija vaikai dažniausiai pradėdavo sirgti nuo 13 m. 2013 m. dėl depresijos kreipėsi 69 13–14 m. amžiaus vaikai. Didžiausias sergamumas depresijomis buvo tarp 15–17 m. amžiaus vaikų (8.2.5 pav.). 2013 m. šioje amžiaus grupėje iš 236 sergančių vaikų, 74,6 proc. sudarė mergaitės.



8.2.5 pav. Vaikų sergamumas depresijomis 10 000 vaikų pagal amžiaus grupes 2013 m. Lietuvoje (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

2011–2013 m. didžiausias vaikų ligotumas psichikos ir elgesio sutrikimais buvo šiose Lietuvos savivaldybėse: Šiaulių m. (1251 iš 10 000 vaikų), Šiaulių r. (1214,7 iš 10 000 vaikų), Panevėžio m. (1208,4 iš 10 000 vaikų). Mažiausias ligotumas šiais sutrikimais buvo Kazlų Rūdos (244 iš 10 000 vaikų), Varėnos r. (308,7 iš 10 000 vaikų), Vilniaus r. sav. (313 iš 10 000 vaikų) (8.2.6 pav.).





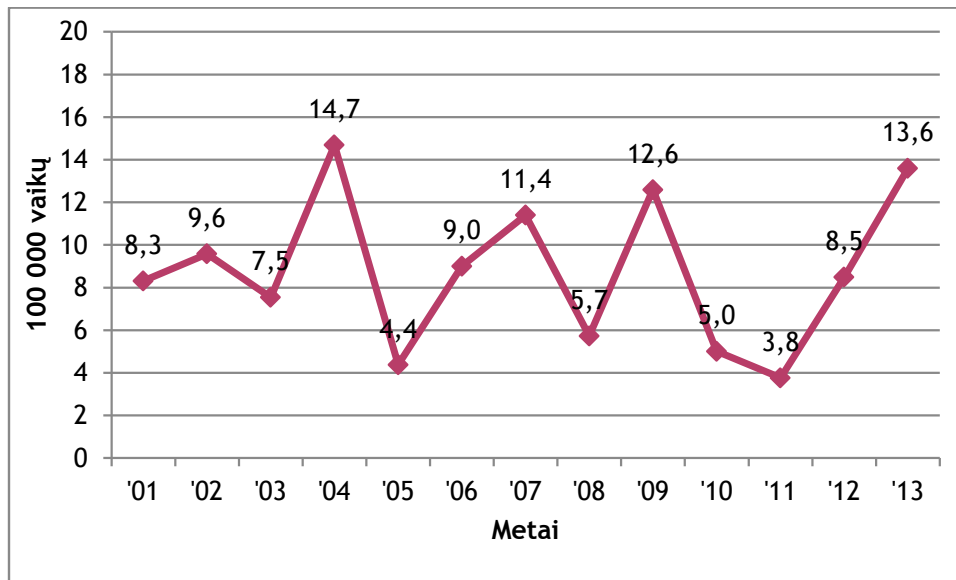
8.2.6 pav. Vidutinis vaikų ligotumas psichikos ir elgesio sutrikimais 10 000 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2011–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA)

### 8.3. Vaikų savižudybės

Savižudybė – sudėtinga problema, kuri neturi kokios nors vienintelės priežasties ar paaiškinimo. Ją dažniausiai sukelia biologinių, genetinių, psichologinių, kultūrinių bei aplinkos faktorių visuma. Dėl savižudybių įvyksta daugiausia ankstyvų mirčių, kurių įmanoma išvengti<sup>24</sup>.

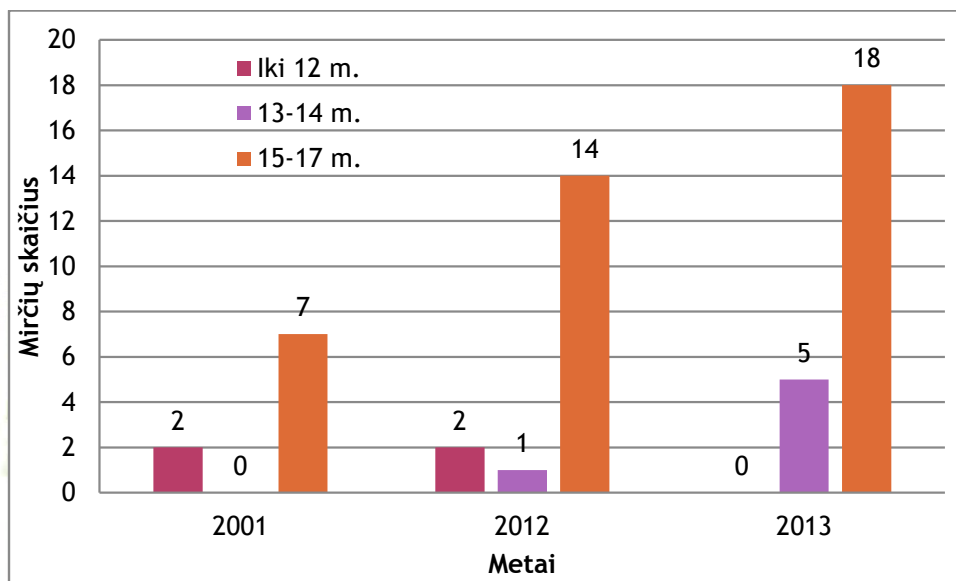
Nuo 2001 m. iki 2013 m. Lietuvoje nusižudė 262 vaikai, iš jų 188 berniukai ir 74 mergaitės. Berniukai žudėsi 2,5 karto dažniau nei mergaitės. Daugiausiai vaikų nusižudė 2004 m. (38 vaikai), mažiausiai – 2011 m. (11 vaikų). Mirtingumo rodiklis per 2001–2013 m. laikotarpį svyravo nuo 4 iki 15 iš 100 000 vaikų. Nuo 2011 m. savižudybių skaičius išaugo 3,5 karto (8.3.1 pav).

<sup>24</sup> Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).



8.3.1 pav. 13–17 m. amžiaus vaikų mirtingumo dėl savižudybių (X60–X84) 100 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras, Lietuvos statistikos departamentas)

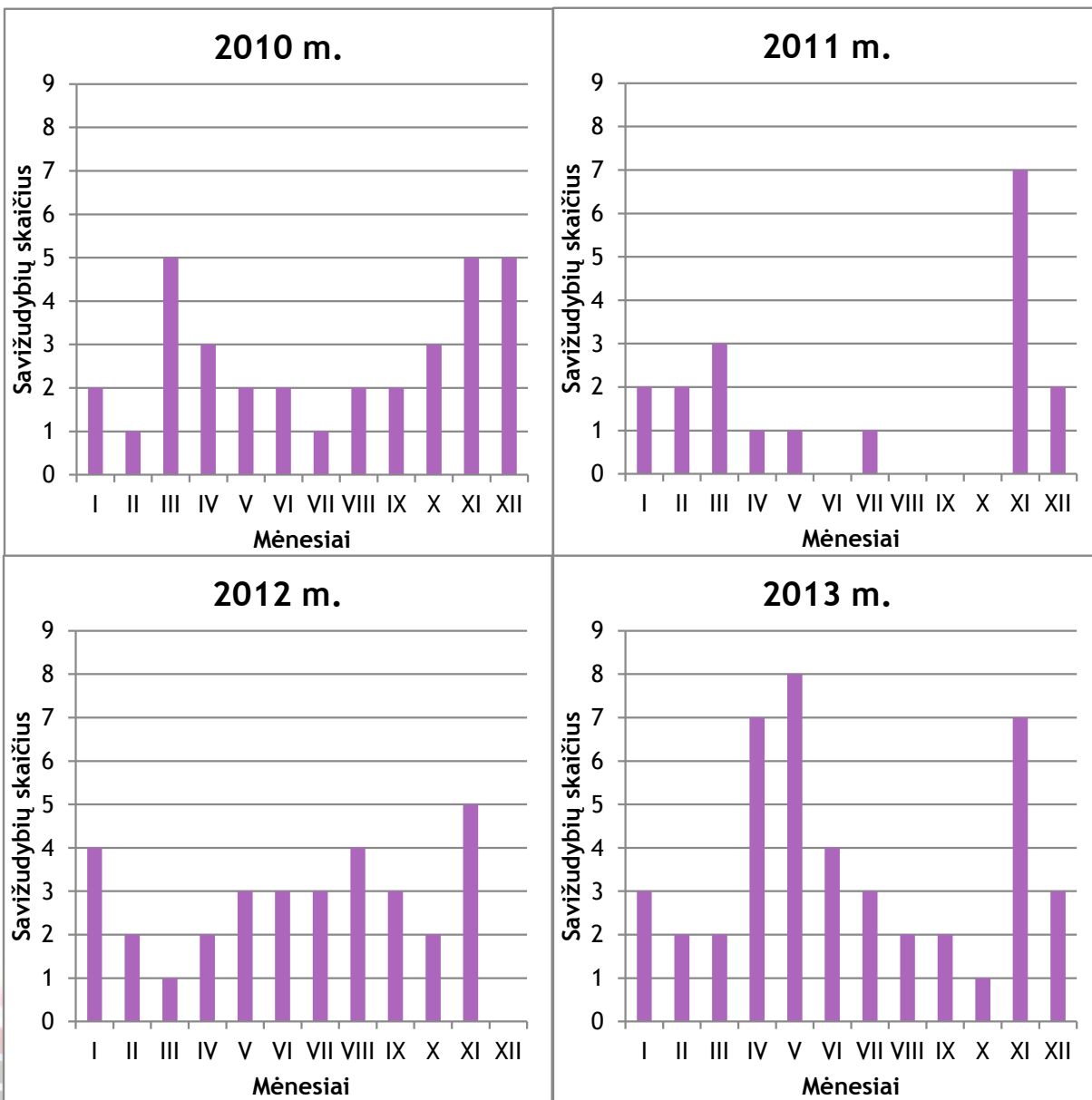
Dažniausiai nusižudė vyresni nei 13 m. vaikai. 13–17 m. amžiaus grupėje 2013 m. mirtingumas dėl savižudybių buvo 13,6 iš 100 000 vaikų (15 berniukų ir 8 mergaitės) (8.3.2 pav.). 2011 m. ir 2012 m. dėl savižudybių taip pat mirė daugiau berniukų (10) nei mergaičių (5).



8.3.2 pav. Vaikų mirčių skaičius dėl savižudybių (X60–X84) pagal amžiaus grupes 2011–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras)

Vertinant 13–19 m. amžiaus vaikų savižudybių skaičių, skirtingais metų mėnesiais jis buvo nevienodas<sup>25</sup>. Dažnesni savižudybių atvejai buvo pavasario (kovas, balandis, gegužė) ir rudens (lapkritis) mėnesiais.

2013 m. 13–17 m. amžiaus vaikai dažniausiai žudėsi pasikariant, pasismaugiant ir uždūstant (20 mirčių iš 23, 2 mirtys pasiskandinant ir 1 mirtis tyčia apsinuodijus vaistais).



8.3.3 pav. Vaikų savižudybių skaičius 2010–2013 m. pagal mėnesius 13–19 m. amžiaus grupėje (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras)

<sup>25</sup> Vertinami 13–19 m. vaikai, nes 13–17 m. skaičiai šiai analizei nepakankami.

Vertinant 13–17 m. vaikų savižudybes per 2010–2013 m. laikotarpį, pastebimos tam tikros tendencijos:

- Savižudžių amžius jaunėja. Iki 2013 m. nebuvo nusižudžiusių 13-mečių, 2013 m. jų buvo 3;
- Nusižudžiusių vaikų skaičius buvo nepastovus ir turėjo tendenciją didėti: 2010 m. nusižudė 10 vaikų, 2011 m. – 7 vaikai, 2012 m. – 15, 2013 m. – 23 vaikai;
- 2010–2012 m. nusižudė tiek pat miesto ir kaimo vaikų, o 2013 m. iš 23 nusižudžiusių vaikų 15-ka buvo iš kaimo;
- Berniukų nusižudė daugiau negu mergaičių.



## 9. VAIKŲ SVEIKATA PERINATALINIŲ PERIODU

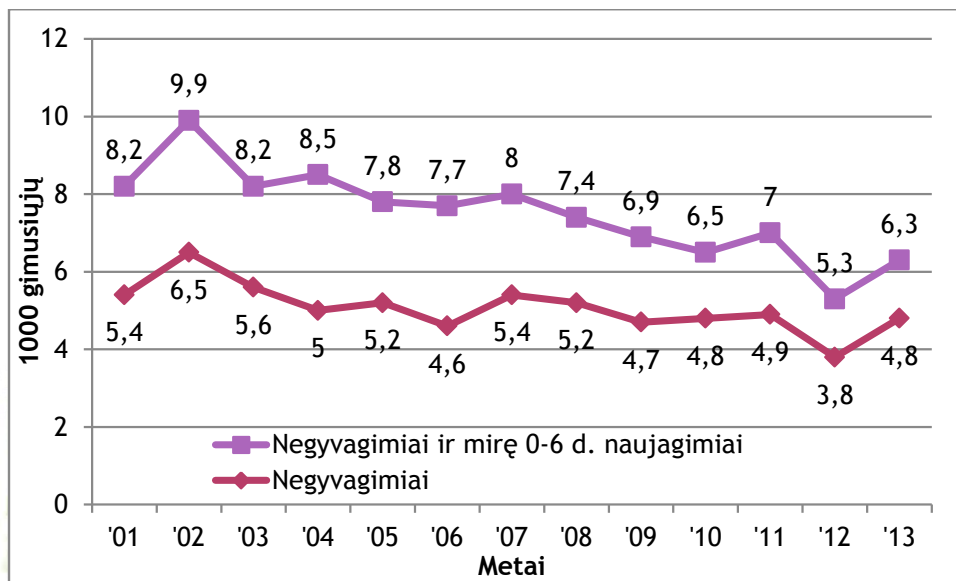
Perinatalinis periodas prasideda dar motinos įsčiose, nuo 22-os pilnos vaisiaus gyvenimo savaitės (vaisius sveria 500 g), ir baigiasi praėjus 7 dienoms po gimimo. Jei vaisius išsivysto iki perinatalinio periodo būdamas sveikas, tai šiuo laikotarpiu yra mažesnė įvairių vystymosi sutrikimų tikimybė, nes dauguma organų jau būna beveik susiformavę. Žinoma, tai dažnai priklauso nuo motinos sveikatos ir elgesio prieš nėštumą ir jo metu. Sveika vaiko gyvenimo pradžia, sveikas gimimas ir pirmos gyvenimo dienos padeda tvirtą pamatą gerai vaiko sveikatai kūdikystėje ir vėliau<sup>26</sup>.

*95 proc. naujagimių gimsta normalaus (2,5–3,5 kg) arba šiek tiek didesnio (3,5–4,5 kg) svorio*

*Kasmet gimdo vis vyresnio amžiaus moterys*

*Kūdikių, bent dalinai matintų krūtimi iki 3 arba 6 mėn., dalis didėjo*

Laikoma, kad ir prieš numatytą gimdymo laiką gimęs naujagimis gali išgyventi, jei yra sulaukęs perinatalinio periodo (jeigu jam sudaromos tinkamos sąlygos). Negyvagimių ir 0–6 dienų amžiaus naujagimių mirčių skaičius, tenkantis 1000 gimusiųjų, per 13 metų sumažėjo. Kasmet perinataliniu laikotarpiu mirdavo apie 228 vaikai – 1000 gimusiųjų teko 5,3–9,9 perinatalinės mirtys (9.1 pav.). Per 2001–2013 m. laikotarpį kasmet gimdavo apie 154 negyvagimiai<sup>27</sup> (1000 gimusiųjų teko 3,8–6,5 negyvagimiai).



9.1 pav. Mirusiųjų perinataliniu periodu ir negyvagimių skaičius, tenkančio 1000 gimusiųjų, pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras)

<sup>26</sup> HM Government. Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England. 2010.

<sup>27</sup> Negyvagimiai – vaisius, gimęs be gyvybės ženklų, sveriantis daugiau kaip 500 gramų, motinos nėštumo trukmė daugiau kaip 22 nėštumo savaitės (daugiau kaip 154 dienos nuo apvaisinimo).

Turimais duomenimis, 2013 m. iš visų 144 negyvagimių ir 63 naujagimių mirčių buvo galima visiškai išvengti tik 5. Sąlyginai išvengiamos buvo 26 mirtys, o neišvengiamų – 167 mirtys (9 atvejais nepažymėta išvengimo galimybė).

2013 m. gimusieji daugiausiai turėjo įgimtų formavimosi ydų (5,6 proc.) ir centrinės nervų sistemos pažeidimų (2,8 proc.). 16,0 proc. neišnešiotų naujagimių turėjo kvėpavimo sistemos sutrikimų. Perinatalinio periodo ligos (P00–P96) buvo dažna vaikų gulėjimo ligoninėje priežastis. Per 2001–2013 m. laikotarpį dėl šių ligų ligoninėje kasmet būdavo gydomi apie 11 tūks. vaikų<sup>28</sup> ir 2013 m. tai sudarė apie 360 vaikų gulėjimo ligoninėje atvejų, tenkančių 1000 kūdikių.

Lietuvoje neišnešiotų naujagimių<sup>29</sup> skaičius 100 gyvų gimusių per 13 metų beveik nesikeitė: jis nuolat vyravo tarp 4,5 ir 5,8. Gyvi naujagimiai, kurių svoris buvo mažesnis nei 2,5 kg, per tą patį laikotarpį sudarė 4,5–4,9 proc. gyvų naujagimių. 2013 m. iš visų gyvų naujagimių (27,4 tūkst.) didžioji dalis gimė normalaus (2,5–3,5 kg; 46,3 proc.) ir šiek tiek didesnio svorio (3,5–4,5 kg; 46,7 proc.). Mažesnio nei 2,5 kg svorio naujagimių buvo 5 proc., didesnio nei 4,5 kg svorio – 2 proc. Mažas naujagimio svoris susijęs su didesne rizika ateityje susirgti išemine širdies liga, hipertenzija, cerebrovaskulinėmis ligomis.

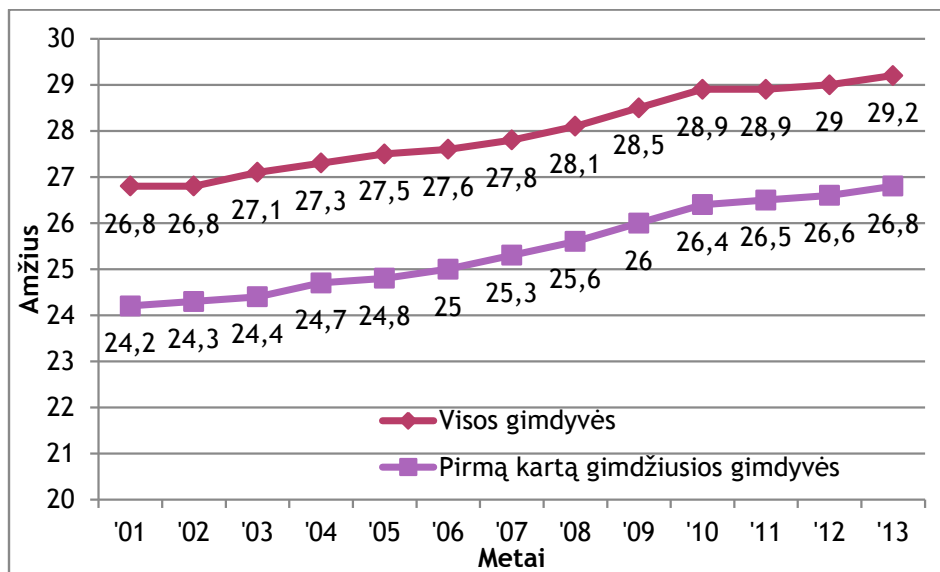
Kaip minėta anksčiau, vaikų sveikata perinataliniu laikotarpiu priklauso nuo motinos amžiaus, bendros būklės ir elgesio (žalingų įpročių, mitybos, fizinio aktyvumo, darbo ir kt.). Pasaulio sveikatos organizacija nurodo, kad jaunos mamos turi didesnę tikimybę pagimdyti mažesnio svorio vaikus. Paauglių gimdymai ir ankstyva tėvystė gali turėti neigiamos įtakos ne tik naujagimiui, bet ir tėvams - jiems sunkiau siekti išsilavinimo ir geresnės socialinės padėties visuomenėje.

Lietuvoje mažo svorio naujagimius dažniau gimdo merginos iki 19 metų amžiaus arba 35-rių ir vyresnio amžiaus gimdyvės. Nuo 2001 m. vidutinis gimdančių moterų amžius padidėjo daugiau nei dvejis metais ir pasiekė 29,2 metus (9.2 pav.). 2013 m. didžioji dalis gimdžiusiųjų buvo 25–29 m. (36,1 proc.) ir 30–34 m. (26,4 proc.) amžiaus. Pirmą kartą gimdžiusių moterų amžius per 13 metų padidėjo taip pat daugiau nei dvejis metais: nuo 24,2 m. iki 26,8 m.

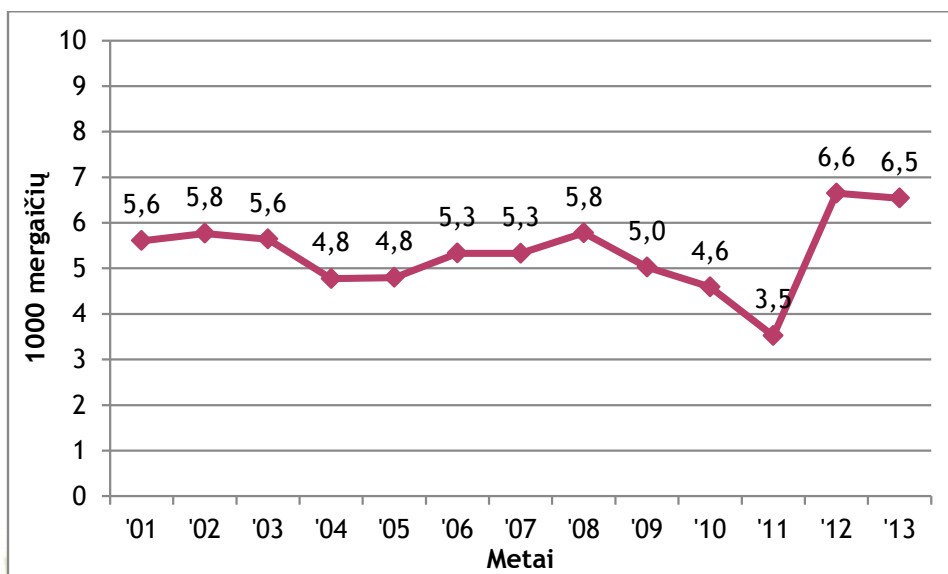
2013 m. iš viso pagimdė 334 nepilnamečių. Nepilnamečių gimdymai sudarė 1,3 proc. visų gimdymų – 1000 mergaičių (15–17 m.) teko 6,5 gimdymai (9.3 pav.). 2011 m. šis rodiklis buvo mažiausias per 13 metų laikotarpį.

<sup>28</sup> Dėl perinatalinių būklių gali būti stacionarizuojama ir vėliau nei perinataliniu periodu.

<sup>29</sup> Neišnešiotas naujagimis - tai prieš laiką gimęs naujagimis ar negyvagimis, sveriantis ypač mažai (500–999 g), labai mažai (1000–1499 g) ar mažai (1500–2499 g), turintis neišnešiotumo požymių, adaptacijos perinataliniu periodu sunkumų, atitinkančių neišnešiotumo laipsniui.



9.2 pav. Vidutinio gimdyvių amžiaus ir pirmą kartą gimdžiusių moterų amžiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas, Eurostat)

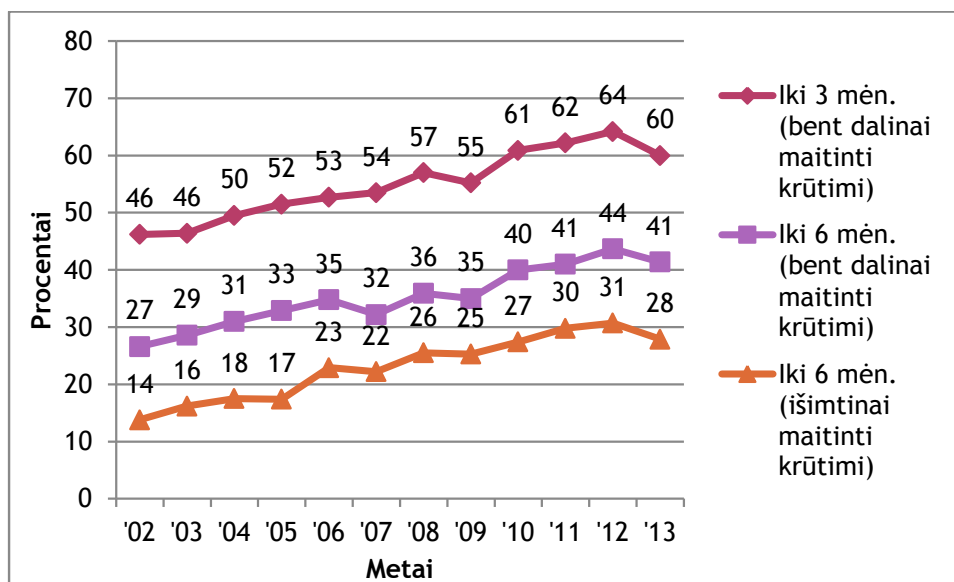


9.3 pav. Nepilnamečių mergaičių gimdymų skaičius, tenkančio 1000 mergaičių (15–17 m.), pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras)

Pasaulio sveikatos organizacija nurodo, kad jaunesnio amžiaus mamoms yra sunkiau užtikrinti vaikų žindymą pagal rekomendacijas. Žindymas yra pats geriausias būdas užtikrinti kūdikiui visavertę mitybą, suteikti visas jo augimui ir normaliam vystymuisi reikalingas medžiagas, todėl siekiama, kad kuo didesnė kūdikių dalis būtų maitinami krūtimi kuo ilgiau – mažiausiai 6 mėn.

Remiantis turimais duomenimis, nuo 2002 m. Lietuvoje kūdikių, maitintų krūtimi, dalis žymiai padidėjo: iki 6 mėn. išimtinais motinos pienu maitintų kūdikių dalis padvigubėjo, o dalinai maitintų krūtimi dalis per visą laikotarpį taip pat nuosekliai didėjo.

2013 m. daugiau nei pusė kūdikių buvo maitinti krūtimi bent dalinai iki 3 mėnesių (9.4 pav.). Bent iš dalies iki 6 mėnesių maitinti krūtimi buvo beveik pusė kūdikių, o išimtinai (be papildomo primaitinimo) iki 6 mėnesių krūtimi maitinti trečdalis kūdikių.



9.4 pav. Kūdikių, maitintų krūtimi bent dalinai iki 3 mėnesių, bent dalinai iki 6 mėnesių ir išimtinai iki 6 mėnesių, dalies (proc.) pokyčiai Lietuvoje 2002–2013 m. (Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras)

Vaikų sveikata taip pat priklauso nuo jų motinos išsilavinimo. Aukštesnį išsilavinimą turinčios motinos paprastai turi daugiau sveikatos žinių ir geba jas geriau panaudoti. Didžiausia 2013 m. gimdžiusių moterų dalis turėjo aukštąjį (46,9 proc.) arba vidurinį išsilavinimą (31,6 proc.). Mažiau buvo turinčiųjų auštesnįjį (11,1 proc.), pagrindinį (8,8 proc.) arba pradinį (1,5 proc.) išsilavinimą.

Kitas svarbus dalykas, darantis įtaką vaikui jau nuo jo pradėjimo, yra motinos žalingi įpročiai, kurie žaloja abiejų sveikatą. 2013 m. alkoholį neštumo metu vartojo (t.y., teigė vartojančios arba gydytojui tai buvo akivaizdu) 0,1 proc. moterų, narkotikus – tokia pati dalis moterų. 8,6 gimdžiusių iki neštumo rūkydavo, 5,1 proc. – rūkė ir neštumo metu. Tačiau tokie skaičiai kelia abejonių, nes nėra žinoma, ar gimdančios moterys sako tiesą apie savo žalingus įpročius prieš neštumą ir jo metu.

Iš visų 2013 m. gimdžiusių moterų 65,5 proc. buvo visiškai sveikos. Likusi dalis daugiausiai sirgo mažakraujyste (15,2 proc. iš visų gimdžiusių), lytinių organų ligomis (13,2 proc.), kvėpavimo organų ligomis (6,4 proc.) ar kt.

Kadangi vaiko sveikatai nuo pat vaisiaus pradėjimo daro įtaką daug veiksnių, yra svarbu rūpintis ne tik vaiko sveikata jam gimus, bet ir visų būsimų tėvų, ypač motinų, sveikata.

## 10. VAIKŲ MIRTINGUMAS

### 10.1. Kūdikių mirtingumas

Kūdikiu yra laikomas vaikas iki vienerių metų amžiaus. Šio amžiaus vaikų mirtingumas didžiausias pirmąją gyvenimo savaitę. Dėl šios priežasties yra svarbi gera motinos sveikata prieš nėštumą ir jo metu – tai padeda vaikui gimti sveikam ir padidina tikimybę išgyventi pirmąsias gyvenimo dienas, savaites bei metus<sup>30</sup>.

Kūdikių mirtingumo rodiklis dažnai naudojamas kaip šalies gyventojų bendros sveikatos indikatorius. Jeigu šis rodiklis neviršija 10 mirčių 1000 gyvų gimusiųjų, laikoma, kad kūdikių mirtingumas yra labai mažas<sup>31</sup>.

Lietuvoje per paskutinius 13 metų kūdikių mirtingumas nebuvo didesnis nei 8,1 kūdikių mirtys 1000 gyvų gimusiųjų (10.1.1 pav.). Nuo 2001 m. šis rodiklis šalyje sumažėjo daugiau nei dvigubai ir pasiekė 3,7 kūdikių mirtis 1000 gyvų gimusiųjų. Atsižvelgiant į amžių, daugiausiai mirdavo kūdikiai iki 6 dienų ir vyresni nei 1 mėn. amžiaus.

2013 m. šalyje mirė 110 kūdikių (10.1.2 pav.). Pagrindinės jų mirties priežastys buvo perinatalinio laikotarpio ligos (P00–P96; 37,3 proc.), įgimtos formavimosi ydos (Q00–Q99; 34,5 proc.). Mirties priežasčių struktūra pagal mirusių kūdikių skaičių šalyje per 13 metų laikotarpį beveik nepasikeitė. Taip pat kasmet būdavo ne daugiau nei 10 kūdikių mirčių nuo infekcinių ir parazitinių ligų (A00–B99), ne daugiau nei 20 mirčių nuo kvėpavimo sistemos ligų (J00–J99) ar įvairių simptomų ir netiksliai nurodytų priežasčių (R00–R99), tarp kurių dažnai išskiriamas naujagimio staigios (netikėtos) mirties sindromas (R95). Išorinių mirties priežasčių (V00–Y89) kasmet būdavo vis mažiau ir nuo 2003 m. jų skaičius neviršijo 20 mirčių per metus. Taip pat pasitaikydavo kūdikių mirčių nuo piktybinių navikų, nervų, virškinimo, kraujotakos sistemų ligų, endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligų.

*Nuo 2001 m. iki 2013 m. vaikų mirtingumas mažėjo*

*Didžiausias vaikų mirtingumas 2001–2013 m. buvo dėl išorinių mirties priežasčių*

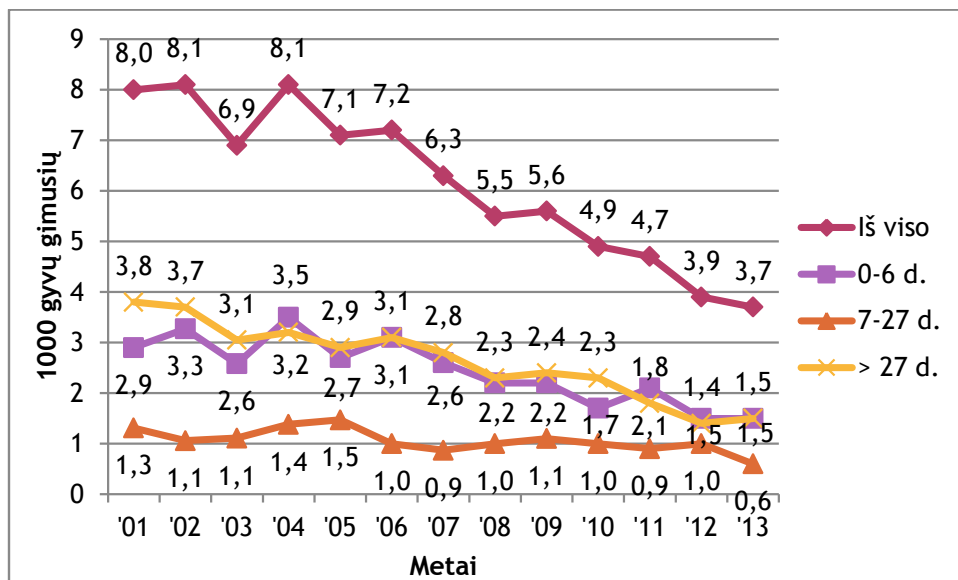
*Pagrindinės kūdikių mirties priežastys – įgimtos formavimosi ydos ir perinatalinio laikotarpio ligos*

*1–6 m. amžiaus vaikų mirtingumo struktūroje pirmąsias vietas užima išorinės mirties priežastys, įgimtos formavimosi ydos bei mirtys dėl piktybinių navikų*

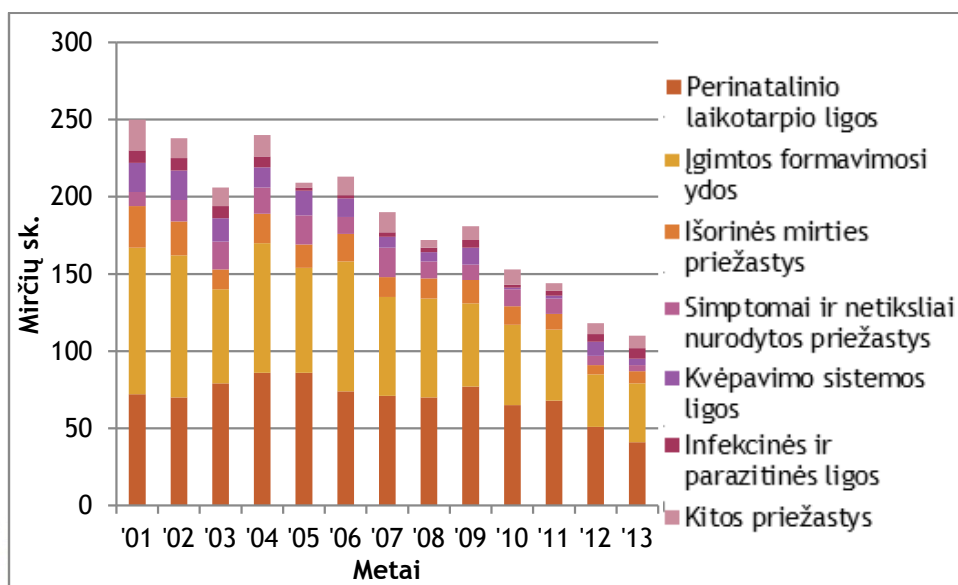
*7–17 m. amžiaus vaikų dažniausia mirties priežastis 2001–2013 m. buvo išorinės mirties priežastys*

<sup>30</sup> World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, 2006.

<sup>31</sup> Higienos institutas Sveikatos informacijos centras. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Vilnius, 2010.

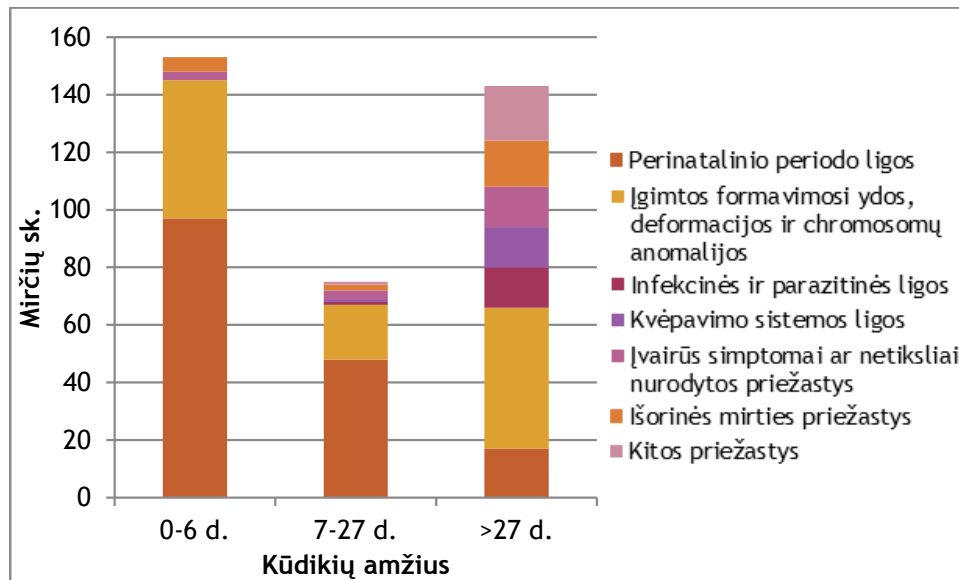


10.1.1 pav. Kūdikių mirtingumo pokyčiai pagal amžių Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras, Lietuvos statistikos departamentas)



10.1.2 pav. Kūdikių mirčių priežasčių skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras, Lietuvos statistikos departamentas)

Išvardintos kūdikių mirties priežastys skyrėsi pagal kūdikių amžių (10.1.3 pav.). Pagrindinės mirties priežastys kūdikystėje 2011–2013 m. buvo tos pačios visose amžiaus grupėse (perinatalinio periodo ligos ir įgimtos formavimosi ydos, deformacijos ir chromosomų anomalijos). Kūdikiams sulaukus mėnesio amžiaus mirčių struktūroje padidėjo mirčių dalis dėl išorinių priežasčių, kvėpavimo sistemos, infekcinių ir parazitinių ligų ar kitų priežasčių, kurių daugumos buvo galima išvengti ir taip sumažinti kūdikių mirtingumą.



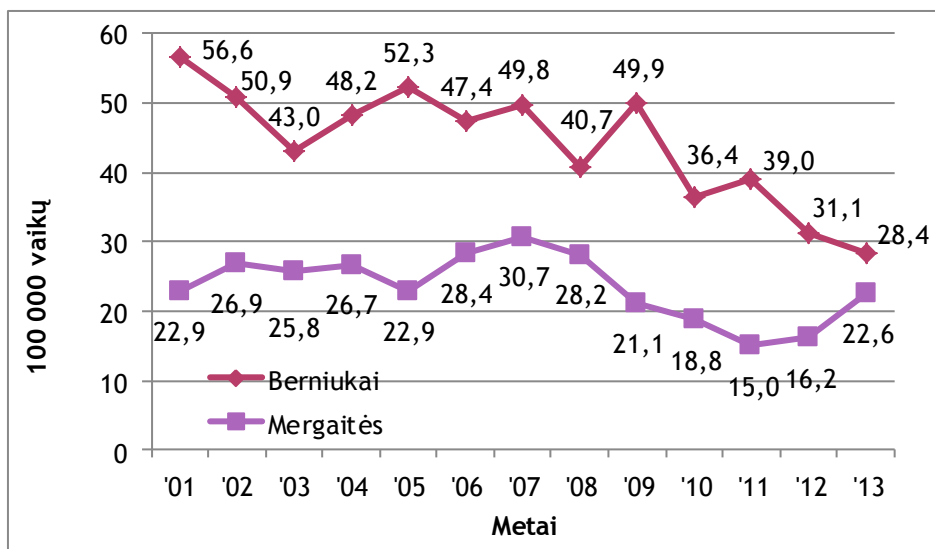
10.1.3 pav. Kūdikių mirties priežasčių struktūra pagal amžiaus grupes Lietuvoje 2011–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras)

Kadangi kūdikystė, ypač jos pradžia, yra labai svarbus laikotarpis vaiko išgyvenimui, svarbu užtikrinti sąlygas, padėsiančias naujagimiui prisitaikyti ir išlikti sveikam po gimimo. Todėl vaiko sveikata reikia rūpintis dar prieš jam gimstant.

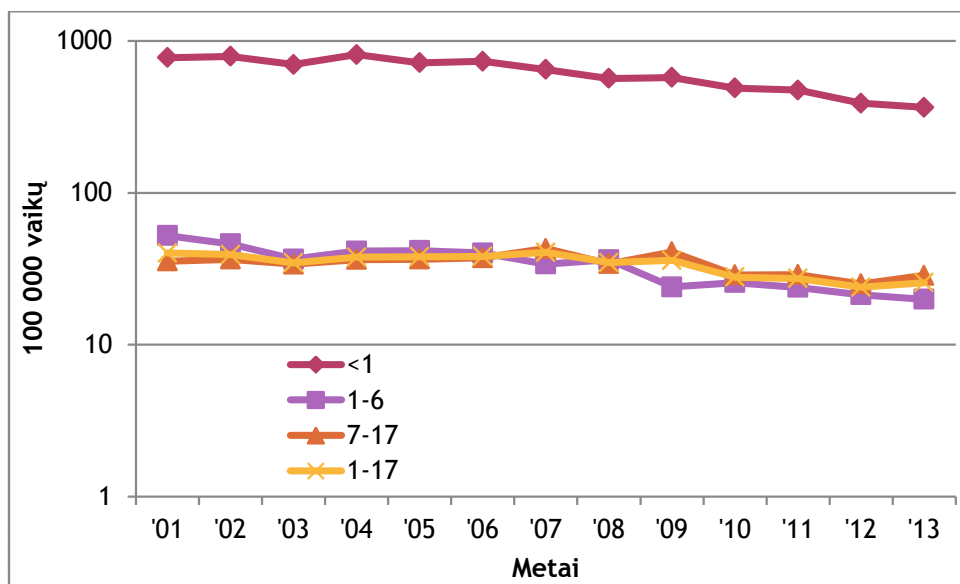
## 10.2. 1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas

Nuo 2001 m. iki 2013 m. 1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas sumažėjo 36,2 proc. 2001 m. 100 000 vaikų teko 40,1 mirčių, 2013 m. – 25,6 mirtys. Minėtu laikotarpiu mirusiųjų 1–17 m. berniukų skaičius sumažėjo nuo 233 iki 74, t.y. 68,2 proc., mergaičių – nuo 90 iki 56, t.y. 37,8 proc. (10.2.1 pav.). Lyginant vaikų mirtingumą pagal amžiaus grupės 2001–2013 m. visose amžiaus grupėse mirtingumas mažėjo (10.2.2 pav.).



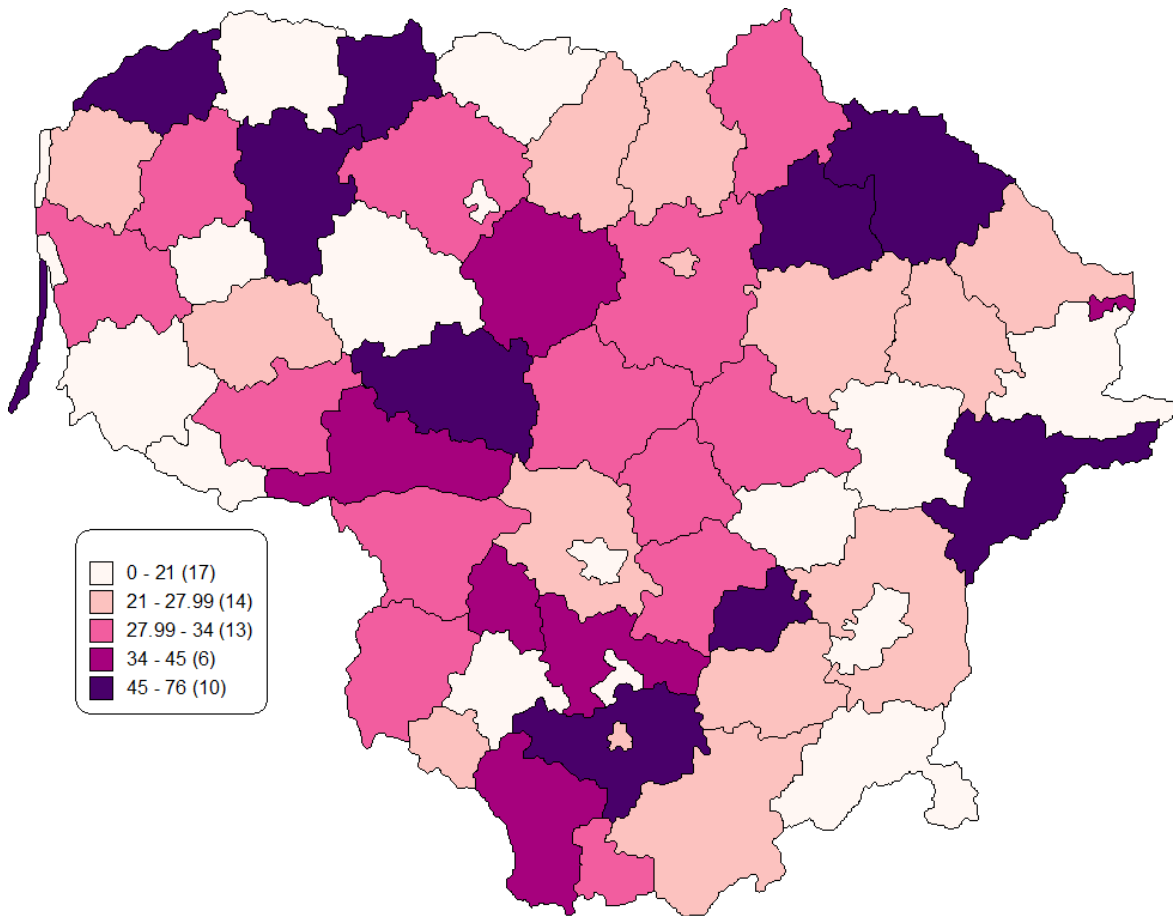


10.2.1 pav. 1–17 m. mergaičių ir berniukų mirtingumo 100 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)



10.2.2 pav. Vaikų mirtingumo 100 000 vaikų pokyčiai skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

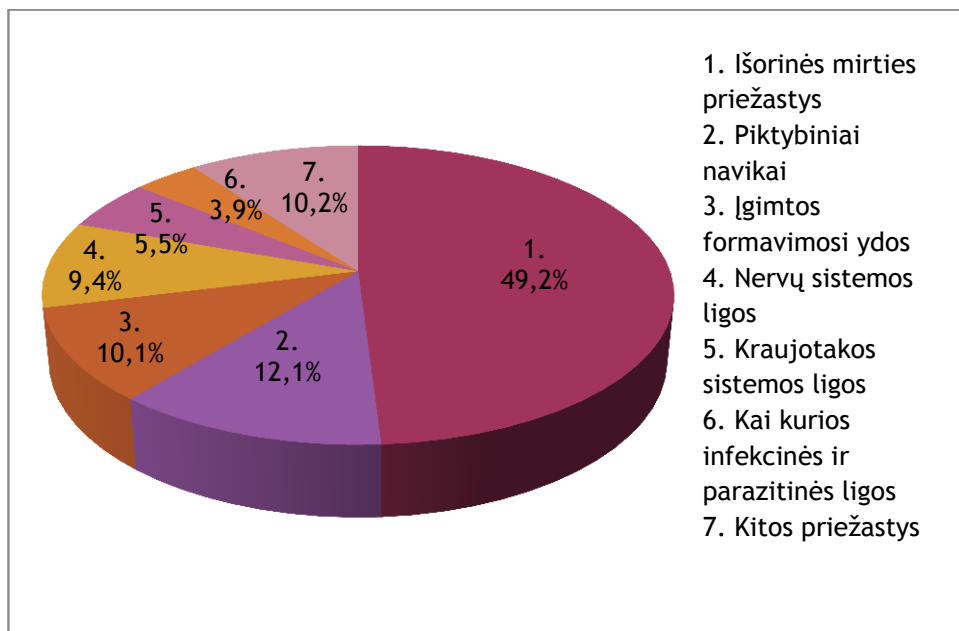
1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas savivaldybėse buvo nuo 0 iki 75,7 iš 100 000 vaikų. Mažosiose savivaldybėse (Rietavo r., Birštono) 2011–2013 m. neužfiksuotas nė vienas vaikų mirties atvejis. Didžiausias vaikų mirtingumas 100 000 vaikų 2011–2013 m. buvo šiose savivaldybėse: Neringos (75,7 iš 100 000 vaikų), Švenčionių r. (62,2 iš 100 000 vaikų), Rokiškio r. (56 iš 100 000 vaikų) (10.2.3 pav).



10.2.3 pav. Vidutinis 1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas 100 000 vaikų Lietuvos savivaldybėse 2011–2013 m. (Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

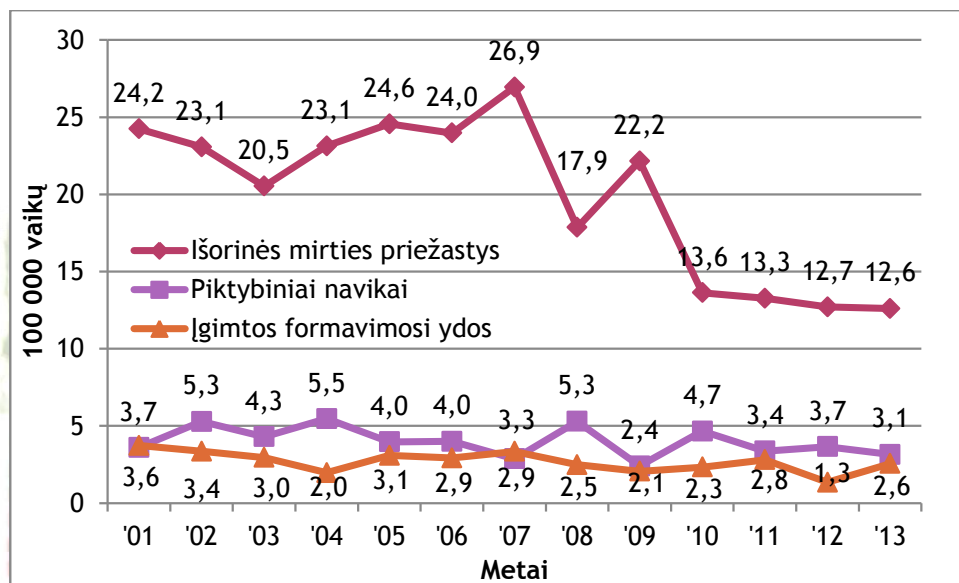
Dažniausios 1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumo priežastys 2001–2013 m. buvo išorinės mirties priežastys (įvairios traumos, sužeidimai, apsinuodijimai ir kt.), piktybiniai navikai bei įgimtos formavimosi ydos. 2013 m. ši vaikų mirtingumo struktūra išliko nepakitusi. Minėtais metais metais iš viso mirė 130 1–17 m. amžiaus vaikų (10.2.4 pav.).





10.2.4 pav. 1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumo priežasčių struktūra Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras)

1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių per 2001–2013 m. laikotarpį sumažėjo. Didžiausias mirtingumas dėl šių priežasčių buvo 2007 m. (26,9 iš 100 000 vaikų; iš viso 169 vaikai), mažiausias – 2013 m. (12,6 iš 100 000 vaikų; iš viso 64 vaikai). Nuo 2010 m. vaikų mirtingumas dėl išorinių priežasčių stabilizavosi (10.2.5 pav.).



10.2.5 pav. 1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumo 100 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras, Lietuvos statistikos departamentas)

Dažniausiai 2013 m. vaikai mirė dėl nelaimingų atsitikimų – 6,4 iš 100 000 vaikų (33 vaikai: 12 vaikų pateko į transporto įvykį, 21 vaikas mirė dėl kitų išorinių atsitiktinių sužeidimų), savižudybių – 4,5 iš 100 000 vaikų (23 vaikai) (10.2.1 lentelė).

10.2.1 lentelė. 1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas pagal išorines mirties priežastis Lietuvoje 2011–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras)

Išorinės mirties priežastys	2011 m.		2012 m.		2013 m.	
	Abs.sk.	Rodiklis 100 000 vaikų	Abs.sk.	Rodiklis 100 000 vaikų	Abs.sk.	Rodiklis 100 000 vaikų
Iš viso	71	13,3	66	12,7	64	12,6
Nelaimingi atsitikimai, iš jų:	51	9,5	39	7,5	33	6,4
• transporto įvykiai	23	4,3	14	2,6	12	2,4
• kiti išoriniai atsitiktiniai sužeidimai	28	5,2	25	4,8	21	4,1
Savižudybės	9	1,7	17	3,3	23	4,5
Pasikėsینimai	3	0,6	3	0,6	4	0,8
Kitos priežastys	8	1,5	7	1,3	4	0,8

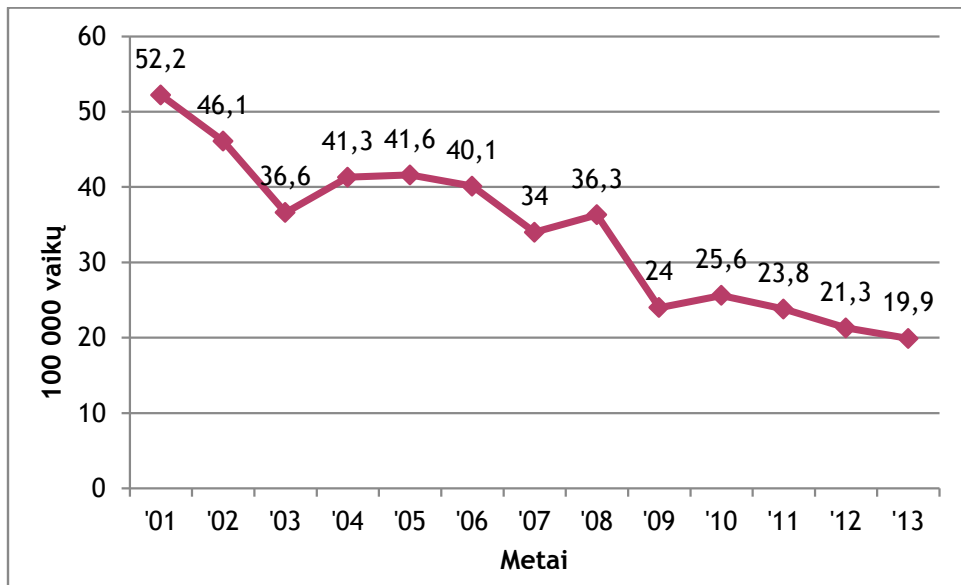
1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas nuo piktybinių navikų buvo antroje vietoje mirtingumo struktūroje šioje amžiaus grupėje. 2013 m. nuo šios priežasties mirė 16 vaikų (100 000 vaikų teko 3,1 mirtys). Nuo 2001 m. iki 2013 m. mirtingumas nuo piktybinių navikų sumažėjo 13,9 proc. (t.y. 13 vaikų mažiau mirė 2013 m. nei 2001 m.). 2013 m. dažniausiai vaikai mirė nuo smegenų (6 mirtys) bei kepenų ir intrahepatinių tulžies lataukų (3 mirtys) piktybinių navikų (10.2.5 pav.).

1–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas nuo įgimtų formavimosi ydų buvo trečioje vietoje mirtingumo struktūroje. 2013 m. nuo šios priežasties mirė 13 vaikų (100 000 vaikų teko 2,6 mirtys). Nuo 2001 m. iki 2013 m. mirtingumas nuo įgimtų formavimosi ydų sumažėjo 29,7 proc. (t.y., 2013 m. mirė 17 vaikų mažiau nei 2001 m.) (10.2.5 pav.).

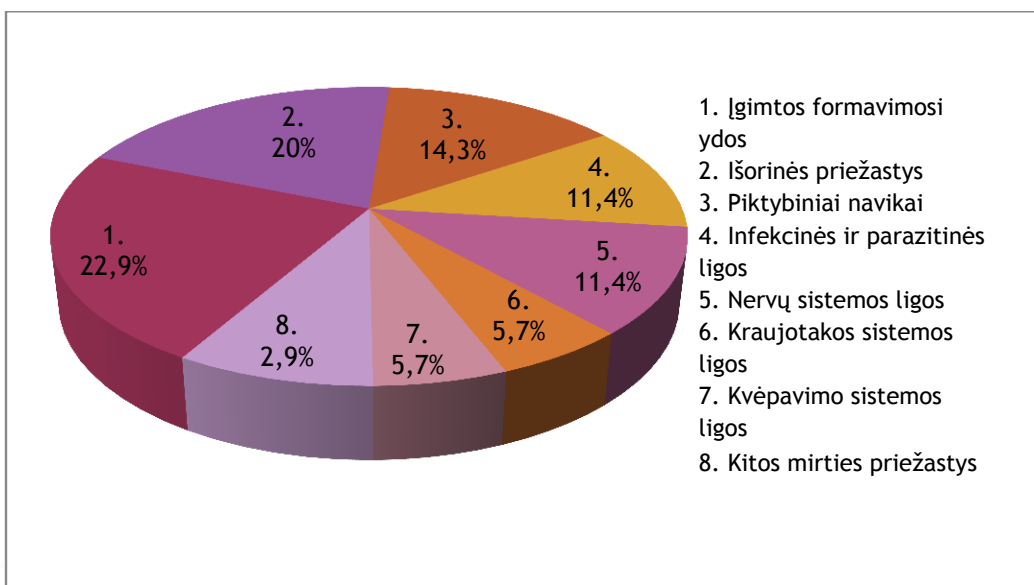
### 10.3. 1–6 m. amžiaus vaikų mirtingumas

Nuo 2001 m. iki 2013 m. 1–6 m. vaikų mirtingumas sumažėjo 61,9 proc. 2001 m. 1–6 m. amžiaus vaikų mirtingumas buvo didžiausias (52,2 iš 100 000 vaikų; 117 vaikų), 2013 m. – mažiausias (19,9 iš 100 000 vaikų; 35 vaikai) (10.3.1 pav.).

1–6 m. amžiaus vaikų mirtingumo 2001–2013 m. struktūroje pirmąsias vietas užėmė įgimtos formavimosi ydos, išorinės mirties priežastys bei mirtys dėl piktybinių navikų. 2013 m. 1–6 m. amžiaus vaikų mirtingumo struktūra išliko iš esmės nepakitusi nuo 2001 m. (10.3.2 pav.).

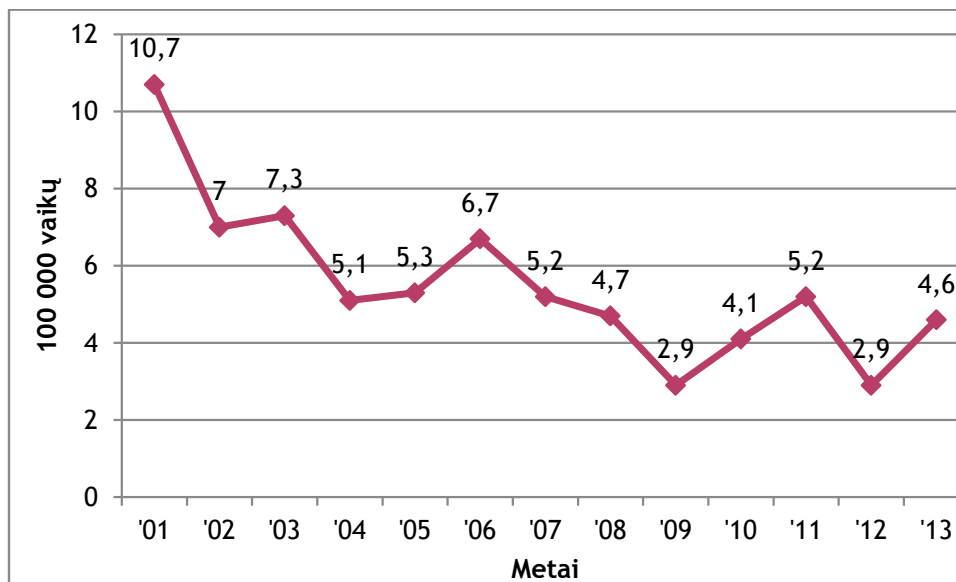


10.3.1 pav. 1–6 m. amžiaus vaikų mirtingumo 100 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)



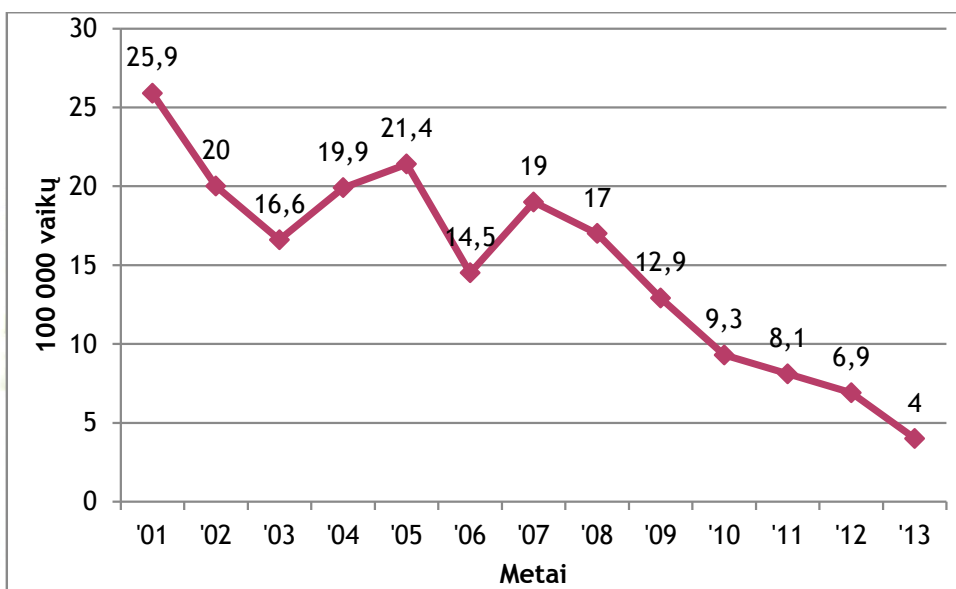
10.3.2 pav. 1–6 m. amžiaus vaikų mirtingumo priežasčių struktūra Lietuvoje 2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras)

Nuo 2001 m. iki 2013 m. 1–6 m. vaikų mirtingumas nuo įimtų formavimosi ydų sumažėjo 57 proc. Didžiausias vaikų mirtingumas buvo 2001 m. (10,7 iš 100 000 vaikų; 24 vaikai), mažiausias – 2013 m. (4,6 iš 100 000 vaikų; 8 vaikai) (10.3.3 pav.).



10.3.3 pav. 1–6 m. vaikų mirtingumo nuo įgimtų formavimosi ydų 100 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras, Lietuvos statistikos departamentas)

Nuo 2001 m. iki 2013 m. 1–6 m. vaikų mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių sumažėjo 84,6 proc. Didžiausias vaikų mirtingumas buvo 2001 m. (25,9 iš 100 000 vaikų; 58 vaikai). Mažiausias mirtingumas buvo 2013 m. (4 iš 100 000 vaikų; 7 vaikai) (10.3.4 pav.). 2013 m. visi 1–6 m. vaikai mirė nuo nelaimingų atsitikimų: į autoavariją pateko 2 vaikai (3 ir 4 m. amžiaus), sąlytį su nemotoriniais įrankiais turėjo 1 vaikas (5 m.), nuskendo 4 vaikai (1, 2, 4 ir 6 m. amžiaus).

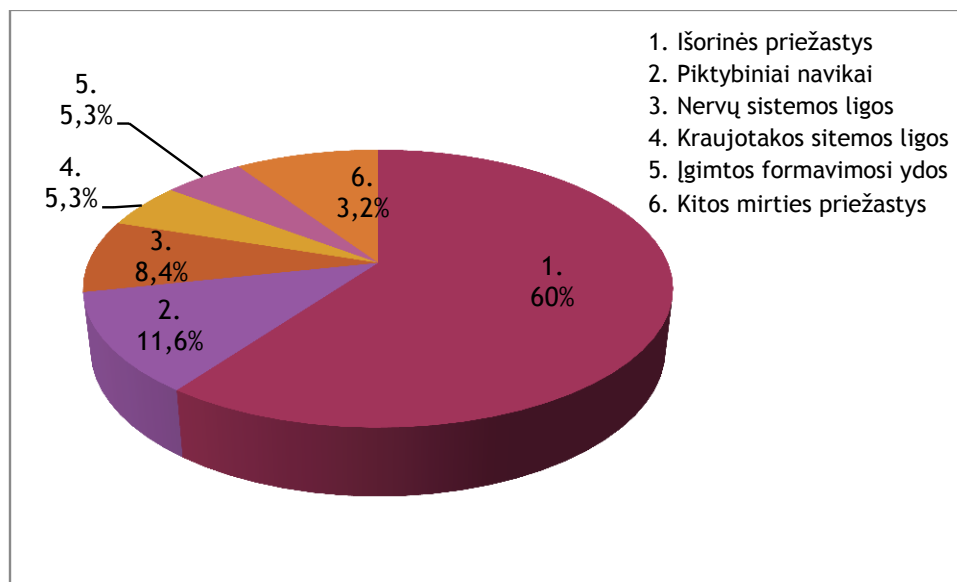


10.3.4 pav. 1–6 m. vaikų mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių 100 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras, Lietuvos statistikos departamentas)

### 10.4. 7–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas

7–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas nuo 2001 m. sumažėjo 19,4 proc. 2001 m. mirė 206 šio amžiaus vaikai (35,5 iš 100 000 vaikų). 2013 m. mirė 95 vaikai (28,6 iš 100 000 vaikų). Šioje amžiaus grupėje dažniausiomis mirties priežastimis 2001–2013 m. buvo išorinės mirties priežastys, piktybiniai navikai bei nervų sistemos ligos.

2013 m. 7–17 m. amžiaus vaikų mirtingumo priežasčių struktūra išliko nepakitusi (10.4.1 pav.).



10.4.1 pav. 7–17 m. amžiaus vaikų mirtingumo priežasčių struktūra Lietuvoje 2013 m.  
(Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras)

7–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas 100 000 vaikų dėl išorinių mirties priežasčių 2013 m. buvo 17,2 iš 100 000 vaikų (57 vaikai). Lyginant su 2001 m., šis rodiklis buvo sumažėjęs 27,1 proc. Didžiausias 7–17 m. amžiaus vaikų mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių buvo 2007 m. (30 iš 100 000 vaikų; 136 vaikai). 2010 m. šis rodiklis buvo mažiausias ir siekė 15,5 iš 100 000 vaikų (60 vaikų) (10.4.2 pav.).

Šioje amžiaus grupėje 2013 m. mirtys dėl išorinių priežasčių buvo pasiskirsčiusios nevienodai: autoįvykiuose žuvo 10 vaikų (9 m. – 3 vaikai, 17 m. – 2 vaikai, kito amžiaus vaikų mirtys buvo pavienės), dėl savižudybių mirė 23 vaikai (amžius nuo 13 m.), dėl paskendimų, uždusimų mirė 10 vaikų (dažniau nuo 13 m.), kitos mirtys buvo pavienės.



10.4.2 pav. 7–17 m. vaikų mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių 100 000 vaikų pokyčiai Lietuvoje 2001–2013 m. (Šaltinis: Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registras, Lietuvos statistikos departamentas)

