

Lietuvos visuomenės sveikatos pokyčių apžvalga



Vilnius, 2019

LIETUVOS VISUOMENĖS SVEIKATOS POKYČIŲ APŽVALGA

Parengė:

Indrė Petrauskaitė, el. p. indre.petrauskaite@hi.lt, tel. (8 5) 277 3302;

Robertas Skrobotovas, el. p. robertas.skrobotovas@hi.lt, tel. (8 5) 277 3302;

Aušra Želviene, el. p. ausra.zelviene@hi.lt, tel. (8 5) 206 0738.

Higienos institutas

Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius

Tel. +370 5 262 4583

Fax. +370 5 262 4663

El. p. institutas@hi.lt

www.hi.lt

TURINYS

Įvadas.....	4
Metodika.....	6
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė.....	7
Sveiko gyvenimo trukmė.....	14
Kūdikių mirtingumas.....	19
Gimdyvių mirtingumas.....	24
Europos sveikatos vartotojų indeksas.....	27
Sveikatos priežiūra	39
Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų geografinis prieinamumas	39
Išvengiamos hospitalizacijos	41
Gyvensena	47
Sveikatos raštingumas	47
Sveika mityba	51
Fizinis aktyvumas	60
Rūkymas	64
Alkoholio vartojimas	71



IVADAS

Pasaulio laimingumo apžvalgoje (angl. *World happiness report*) nurodoma, jog Lietuva 2016–2018 m. lyginant su kitomis 155 pasaulio šalimis atsiduria 42-oje vietoje pagal laimės indeksą¹, kai 2010–2012 m. mūsų šalis buvo vos 71-oje vietoje. Akivaizdu, jog Lietuvos gyventojai jaučiasi vis laimingesni, o viena iš galimų to priežasčių – pamažu gerėjanti sveikata.

Gerėjančios sritys dažnai lieka neįvertintos ar per mažai įvertintos, labiausiai sutelkiant dėmesį į sritis, kurios reikalauja veikslių joms gerinti. Dėmesys probleminėms sritims iš esmės yra gerai, tačiau šio leidinio tikslas – ne, kaip įprasta, vertinti gyventojų mirtingumo ir sergamumo tendencijas, o apžvelgti sveikatos sritis, kuriose Lietuva dėjo pastangas, kad būtų pasiekta pažanga, ir įvertinti Lietuvos vietą Europos Sąjungos (toliau – ES) kontekste.

Leidinyje aptariamos šios sritys:

- Gyvenimo trukmė ir kokybė:
 - vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė;
 - sveiko gyvenimo trukmė.
- Motinos ir vaiko sveikata:
 - kūdikių mirtingumas;
 - gimdyvių mirtingumas.
- Gyvensena:
 - sveikatos raštingumas;
 - mityba;
 - fizinis aktyvumas;
 - rūkymas;
 - alkoholio vartojimas.
- Sveikatos priežiūra:
 - pirminių paslaugų geografinis prieinamumas;
 - išvengiamų hospitalizacijų skaičius.

¹ Helliwell J., Layard R., & Sachs J. (2019). *World Happiness Report 2019*, New York: Sustainable Development Solutions Network.

Leidinyje taip pat aptariamas Europos sveikatos vartotojų indeksas. Tai yra nuo 2006 m. atliekamas įvairių sveikatos priežiūros rodiklių palyginimas per pacientų arba vartotojų prizmę. Jis sudaromas atsižvelgiant į visuomenės sveikatos statistikos veiksnius, pacientų apklausas bei nepriklausomus tyrimus.²

Europos sveikatos vartotojų indeksas vertina šalių padėtį šešiose pagrindinėse kategorijose:

1. Pacientų teisės ir informacija;
2. Prieinamumas (gydymo laukimo laikas);
3. Sveikatos priežiūros rezultatai;
4. Suteikiamų paslaugų pasiūla bei pasiekiamumas;
5. Prevencija;
6. Farmacija.

² Gurevičius R., 2017. Europos sveikatos sistemų veikla 2016 m. pacientų požiūriu: Lietuva sugrįžo į savo ankstesnę trajektoriją. *Visuomenės sveikata*, 1 (76), p. 5–9.

METODIKA

Leidinyje, siekiant apžvelgti Lietuvos visuomenės sveikatos būklės pagerėjimą, naudotasi įvairiais duomenų šaltiniais: Higienos instituto, Lietuvos statistikos departamento, Finansų ministerijos, Eurostat, Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) bei Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) duomenų bazėmis.

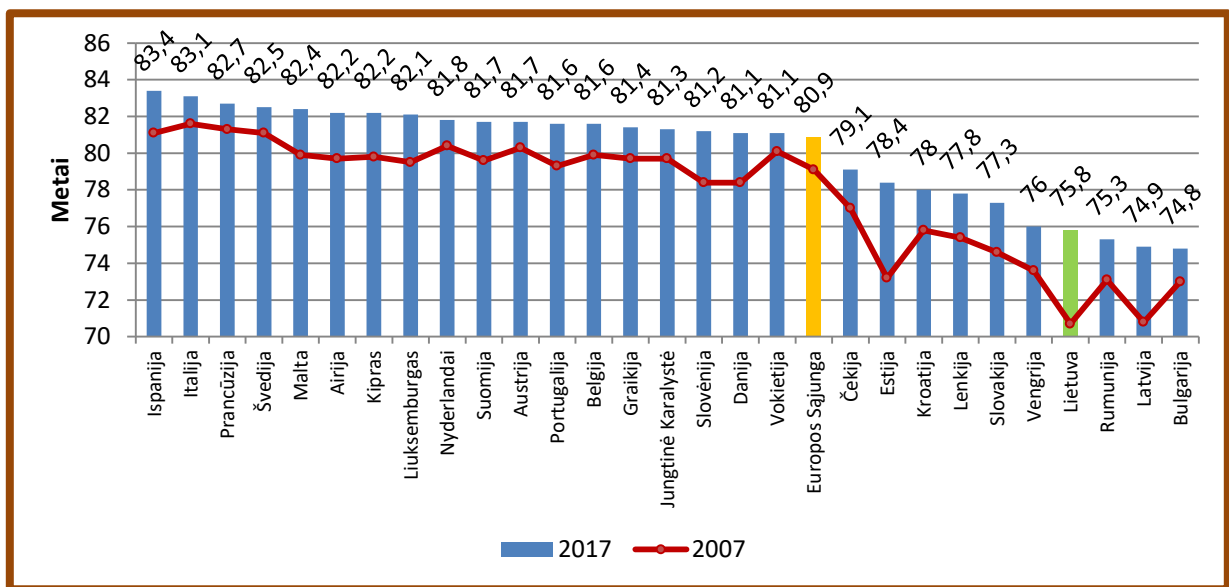
Siekiant įvertinti Lietuvos padėtį Europos kontekste, šalies rodikliai palyginti su ES vidurkiu bei kitų šalių rodikliais. Norint išanalizuoti rodiklių pokytį, siekiama palyginti paskutinius galimus duomenimis (dažniausiai 2017 m.) su prieš dešimtmetį buvusiaisiais (2007 m.), tačiau laikotarpis kai kur skiriasi dėl skirtingo duomenų prieinamumo. Palyginimui su ES rodikliais pateikiami 28 jai priklausančių šalių duomenys bei jų vidurkis. Šalys, kurių rodiklių negalima palyginti dėl trūkstamų duomenų, į analizę neįtrauktos.

Taip pat, remiantis turimais duomenimis, laiko eilutės principu detaliau analizuojamas rodiklių pokytis Lietuvoje dešimties metų laikotarpiu (2007–2017 m.) arba paskutiniai pateikiami duomenys (kai kurių alkoholio vartojimo bei rūkymo duomenų analizei naudojami 2018 m. išankstiniai duomenys). Taip pat buvo ieškoma galimų sąsajų tarp rodiklių, padedančių pažvelgti giliau į reiškinius, kurie galėjo būti reikšmingi Lietuvos visuomenės sveikatos rodiklių pokyčiams.

VIDUTINĖ TIKĖTINA GYVENIMO TRUKMĖ

Skaičiuojama, jog prieš 100 metų žmonės vidutiniškai išgyvendavo iki 30-ies metų, tuo tarpu dabar vis daugiau žmonių turi galimybę atšvęsti savo 100-ąjį gimtadienį. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VTGT) – dažnai minimas bei analizuojamas šalies demografinis rodiklis. Jis ne tik parodo tikėtiną naujagimio gyvenimo trukmę šalyje, tačiau yra ir svarbus indikatorius, atspindintis bendrą šalies gyventojų sveikatą. VTGT gali žymiai sumažėti dėl tokių masinių problemų kaip badas, karas, epidemijos bei prasta bendra gyventojų sveikata. Galima sakyti, jog kuo VTGT rodiklis didesnis, tuo šalis laikoma labiau pažengusia bei išsivysčiusia.

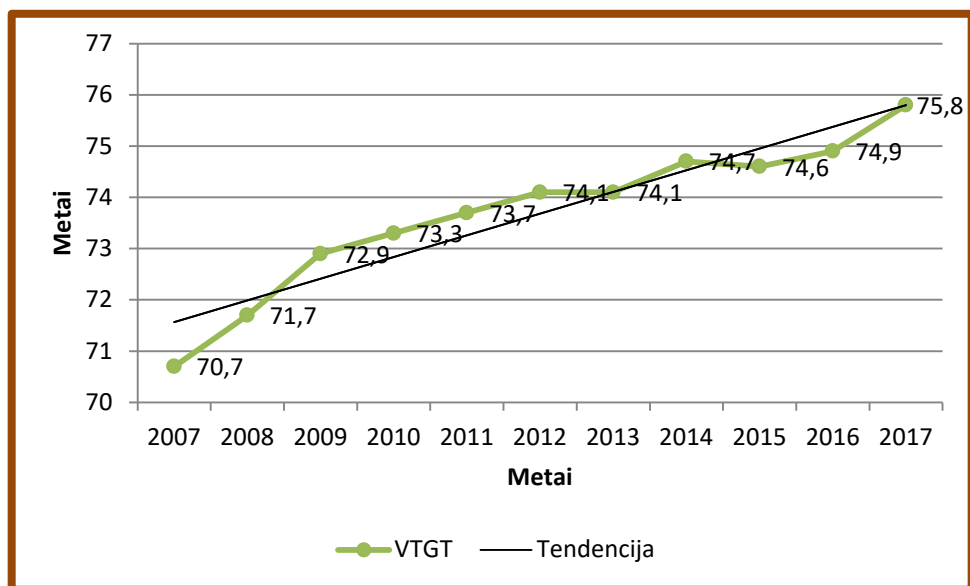
Eurostat [1] duomenimis, VTGT Europoje 2017 m. siekė 80,9 m., tuo tarpu Lietuvos rodiklis vis dar atsiliko nuo vidurkio ir buvo 75,8 m. (1 pav.). Verta atkreipti dėmesį, jog prieš dešimtmetį, Europoje VTGT vidurkis buvo 79,1 m., o Lietuvoje – 70,5 m. Vadinasi, per dešimtmetį Europos VTGT vidurkis pakito 1,8 m., o Lietuvos – 5,1 m.



1 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Europoje 2007 ir 2017 m. Šaltinis Eurostat.

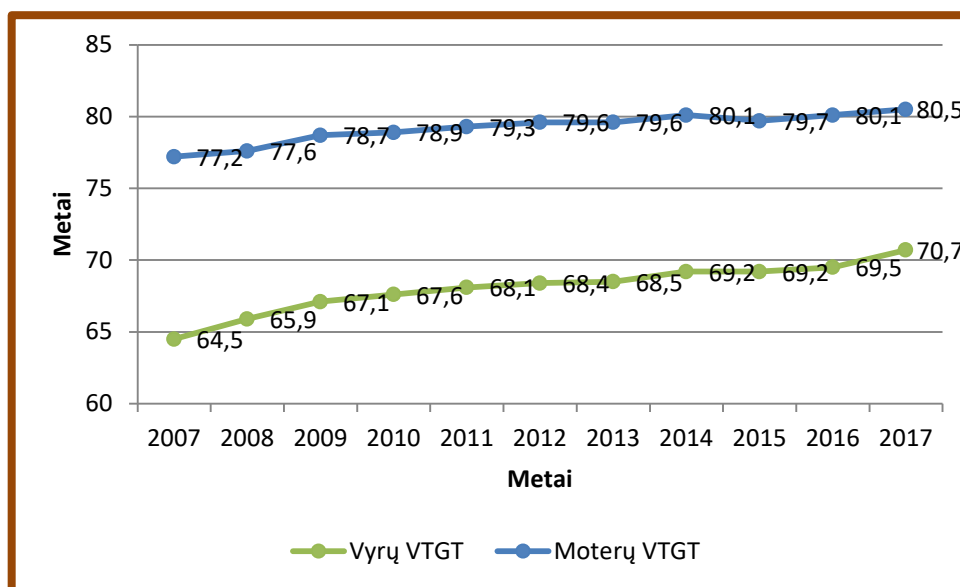
Akivaizdu, jog Lietuva tikriausiai niekada ir nepasivys lyderiaujančių šalių, visgi minėtas pokytis – vienas didžiausių Europoje. Lietuvą aplenkė tik Estija, kurioje per dešimtmetį VTGT

pailgėjo 5,2 m. Analizuojant 2007–2017 m. matoma, kaip sparčiai ilgėjo tikėtina gyvenimo trukmė. Tendencijos linija taip pat rodo didėjimą (2 pav.).



2 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje 2007–2017 m. Šaltinis Eurostat.

Kalbant apie VTGT, Lietuvoje pastarąjį dešimtmetį matomas didelis atotrūkis tarp lyčių. Šis skirtumas neišnyko, vis dėlto pastebimas jo sumažėjimas. 2017 m. VTGT skirtumas tarp lyčių buvo apie 10 m., tačiau prieš dešimtmetį, 2007 m. šis skirtumas siekė beveik 13 m. (3 pav.). Tendencijoms išliekant tokioms pat, galima tikėtis, jog skirtumas tarp lyčių tik mažės.



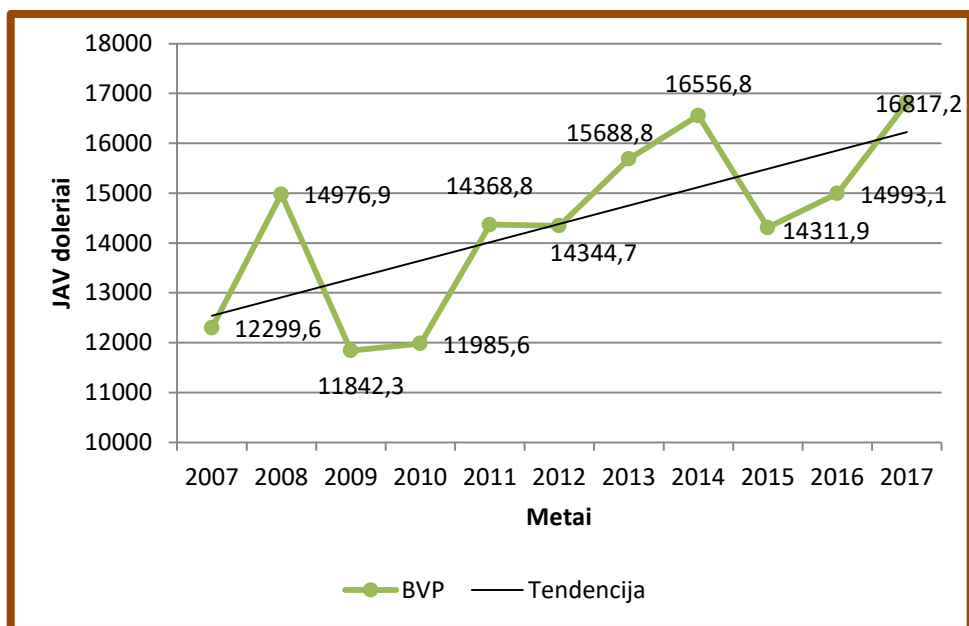
3 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pagal lytį Lietuvoje 2007–2017 m. Šaltinis Eurostat.

VTGT itin kompleksiškas, todėl net nedideli gyventojų sveikatos ir aplinkos pokyčiai gali turėti „drugelio efektą“³ šiam rodikliui. McDonnell [2] atlikti skaičiavimai atskleidė kelis svarbiausius indikatorius, statistiškai reikšmingai susijusius su VTGT pasauliniu mastu. Didžiausius koreliacinius įverčius turėjo VTGT ir sanitarinės sąlygos ($r=0.88$), bendrasis vidaus produktas (BVP) ($r=0.698$) ir išlaidos sveikatos reikmėms ($r=0.63$). Tiesa, šie indikatoriai dažnai veikia taip pat netiesiogiai. McDonnell žvelgia giliau, kaip sanitarinės sąlygos gali būti vienas labiausiai veikiančių VTGT veiksnių pasaulyje. Teigiama, jog jeigu 0,25 % populiacijos gyvena moderniose sanitarinėse sąlygose, VTGT pailgės vieneriais metais; jeigu 0,5 % – dvejais ir t. t. Galima daryti prielaidą, kad šis efektas atsiranda dėl to, kad tarp sanitarinių sąlygų bei vaikų mirtingumo rodiklių stipri neigiama koreliacija. Tai yra: kuo sanitarinės sąlygos geresnės, tuo mažesnis naujagimių bei vaikų iki 5 m. mirtingumas, o mažėjant mažamečių mirtingumui – ilgėja VTGT. Žinoma, nors tai vienas svarbiausių VTGT veiksnių, bet Europos regionui ir išsivysčiusioms šalims bendrai jis šiuo metu mažai reikšmingas, nes čia prastos sanitarinės sąlygos sutinkamos retai. Jas taip pat prižiūri atitinkamos institucijos, užtikrinančios maisto ir vandens kokybę ir švarą bei higieną.

Kalbant apie BVP, pastebimas taip pat gana stiprus ryšys su VTGT. Visame pasaulyje matoma tendencija, jog aukštesnės pajamos susijusios su ilgesne tikėtina gyvenimo trukme [2]. Remiantis Berlyno instituto [3] atlikta studija, žmonės, gyvenantys žemynuose, kuriuose dominuoja turtingi regionai, gyvena vidutiniškai 17 metų ilgiau nei Afrikos gyventojai. Žinoma, BVP rodiklis

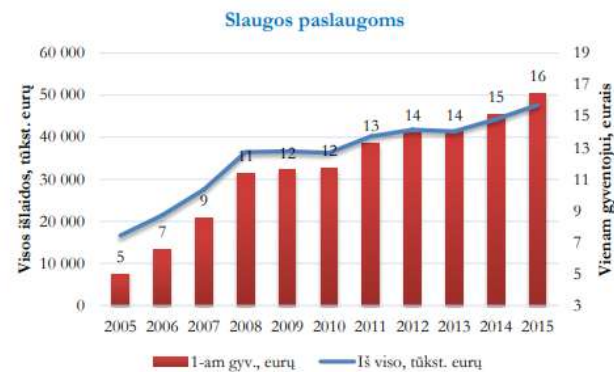
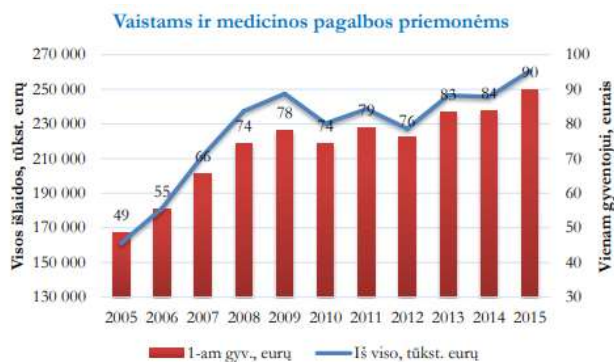
³ Teorija, teigianti jog net maži veiksmai gali lemti ženklų atoveiksmį.

VTGT neveikia tiesiogiai, todėl vos padidėjus BVP, ryškaus VTGT pailgėjimo pastebėta nebus. Nepaisant to, galima palyginti tam tikras tendencijas (2 ir 4 pav.). Pastebima, jog BVP rodiklis turi labai panašią tendencijos liniją kaip ir VTGT.



4 pav. Bendrasis vidaus produktas vienam gyventojui (to meto kainomis) Lietuvoje 2007–2017 m.
Šaltinis Lietuvos statistikos departamentas.

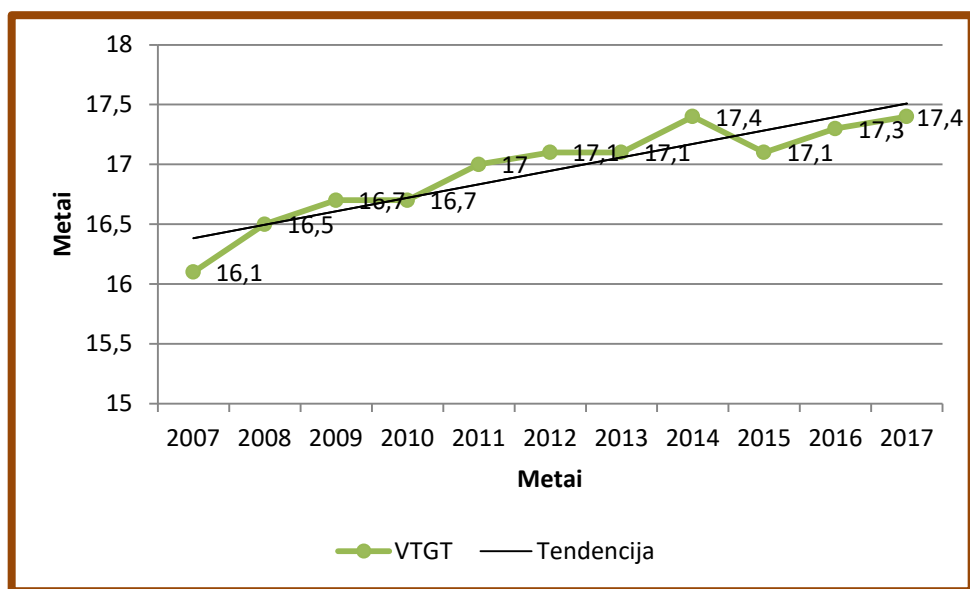
Dar vienas indikatorius, kaip minėta, galintis veikti VTGT, yra sveikatos priežiūros išlaidos. Tyrimai rodo, jog didesnės šios išlaidos reikšmingai ilgina VTGT ir mažina mirtingumo rodiklį [4]. Žvelgiant į grafikus, atspindinčius sveikatos priežiūros išlaidas Lietuvoje (5 pav.), matome taip pat didėjančias tendencijas, kaip ir VTGT (plačiau apie tai skyriuje „Sveikatos priežiūra“). Taigi galima daryti išvadą, jog gerėjant Lietuvos ekonominei padėčiai, gyventojai gyvena ilgiau.



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija

5 pav. Išlaidos sveikatos priežiūrai Lietuvoje 2005–2015 m. Šaltinis Finansų ministerija.

EBPO parengtame šalies profilyje apie Lietuvą nurodoma, jog „apie pusę tikėtinos gyvenimo trukmės ilgėjimo Lietuvoje nuo 2000 m. lėmė vyresnių nei 65 metų asmenų mirtingumas“ [5]. Iš tikrųjų, pažvelgus į 2007–2017 m. kreivę, galima matyti, kad 2007 m., buvo tikėtina, jog vyresni nei 65 m. asmenys vidutiniškai gyvens dar 16,1 m., o po dešimtmečio šis rodiklis padidėjo daugiau nei vieneriais metais – 17,4 m. (6 pav.).



6 pav. Vyresnių nei 65 m. žmonių vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje 2007–2017 m.

Šaltinis Eurostat.

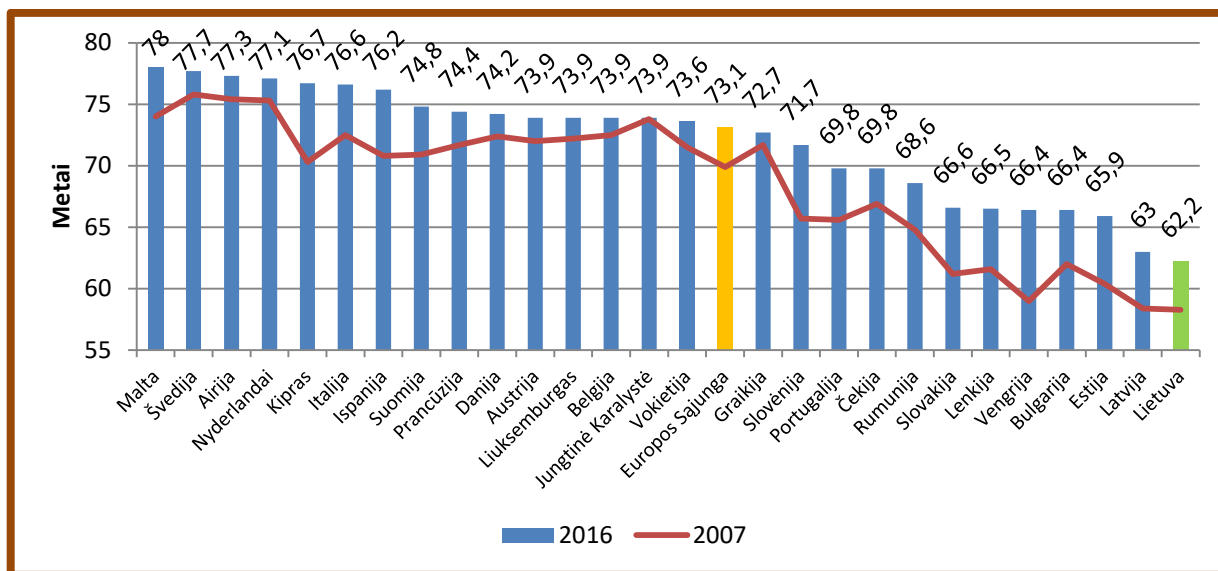
Literatūra

1. Eurostat duomenų bazė. Prieiga per internetą: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [Žiūrėta 2019 m. kovo 29 d.].
2. McDonnell C., 2018. Machine learning to predict life expectancy. Prieiga per internetą: <https://towardsdatascience.com/what-really-drives-higher-life-expectancy-e1c1ec22f6e1> [Žiūrėta 2019 m. kovo 26 d.].
3. Sutterlin S., 2017. A long lifespan but not for all. How social divisions affect life expectancy. Berlin Institute for Population and Development, p. 41. Prieiga per internetą: https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Hohes_Alter/Lebenserwartung_e_online.pdf [Žiūrėta 2019 m. balandžio 30 d.].
4. Jaba E., Balan Ch. B., Robu I. B., 2014. The Relationship between Life Expectancy at Birth and Health Expenditures Estimated by a Cross-country and Time-series Analysis. *Procedia Economics and Finance*, 15, 108-114.
5. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU. *OECD Publishing*, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285293-lt>.

SVEIKO GYVENIMO TRUKMĖ

Lietuva gali pasigirti ne tik didėjančiu VTGT rodikliu, bet ir ilgėjančia sveiko gyvenimo trukme. Vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė apskaičiuota iš pajamų ir gyvenimo sąlygų statistinio tyrimo, asmenims patiems vertinant savo sveikatą. Šis rodiklis apibrėžiamas kaip „vidutinė tikėtina sveiko žmogaus gyvenimo trukmė, remiantis savo sveikatos vertinimu, yra tikimybinis rodiklis, rodantis, kiek vidutiniškai metų tam tikro amžiaus sulaukęs žmogus nugyvens, būdamas, jo paties vertinimu, geros sveikatos“ [1]. Sveiko gyvenimo trukmė savo paties vertinimu yra pagrindinė ir dažniausiai naudojama sveiko gyvenimo trukmės skaičiavimo metodika, tačiau taip pat dažnas yra ir rodiklis vadinamas vidutine tikėtina gyvenimo be negalios trukme. Šis tikimybinis rodiklis parodo, kiek likusių gyventi metų tam tikro amžiaus žmogus gali tikėtis nugyventi be kasdienės veiklos apribojimų dėl jo sveikatos būklės arba negalios [1].

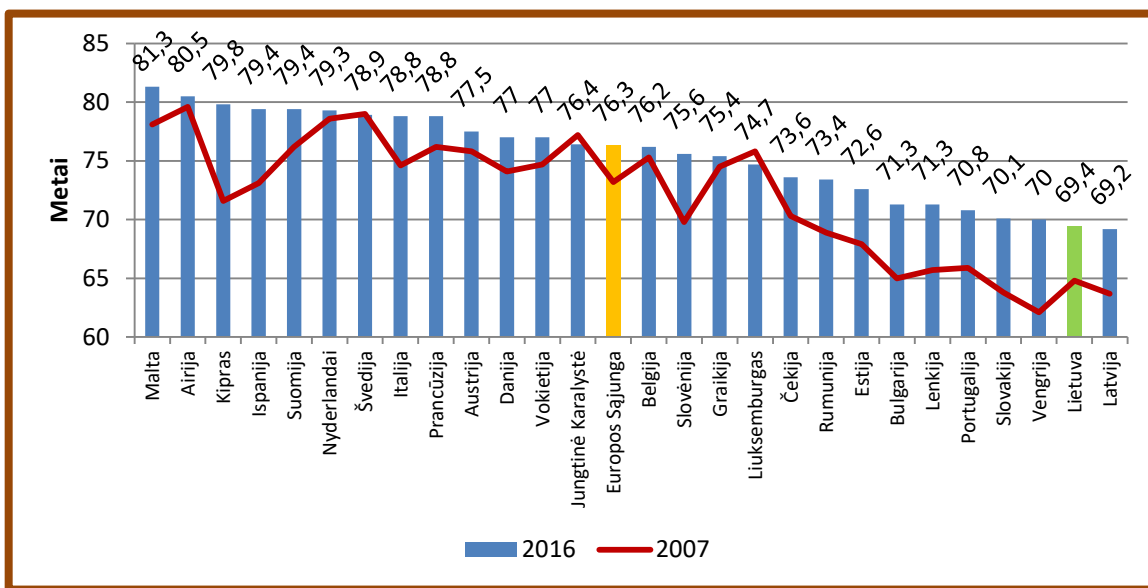
Lietuvos sveiko gyvenimo trukmės rodiklis, deja, žymiai prastesnis nei ES vidurkis (7–10 pav). Tiek moterų, tiek vyrų sveiko gyvenimo trukmė jų pačių vertinimu (moterų rodikliui aplenkiant tik Latviją) pati mažiausia Europoje. Vyrų rodiklis drastiškai nepakito per visą 2006–2017 m. laikotarpį. ES vidurkio pokytis, vertinant 2007 ir 2016 m. skirtumą, yra 3,2 m., o Lietuvos vos didesnis – 3,9 m. (7 pav.).



7 pav. Vyrų tikėtina sveiko gyvenimo trukmė jų pačių vertinimu Europoje tarp 2007 ir 2017 m.

Šaltinis Eurostat.

Moterų sveiko gyvenimo trukmės pokytis Lietuvoje per minėtą laikotarpį kiek ryškesnis nei vyrų. ES vidurkis nuo 2007 iki 2016 m. padidėjo 3,1 m., o Lietuvos – 4,6 m. (8 pav.). Visgi 10 Europos Sąjungos šalių per tą patį laikotarpį pasiekė geresnius rezultatus, nors reikėtų paminėti, jog Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje bei Liuksemburge moterų sveiko gyvenimo trukmė jų pačių vertinimu ne tik, kad nepailgėjo, bet net ir nežymiai sutrumpėjo.



8 pav. Moterų tikėtina sveiko gyvenimo trukmė jų pačių vertinimu Europoje tarp 2007 ir 2017 m.

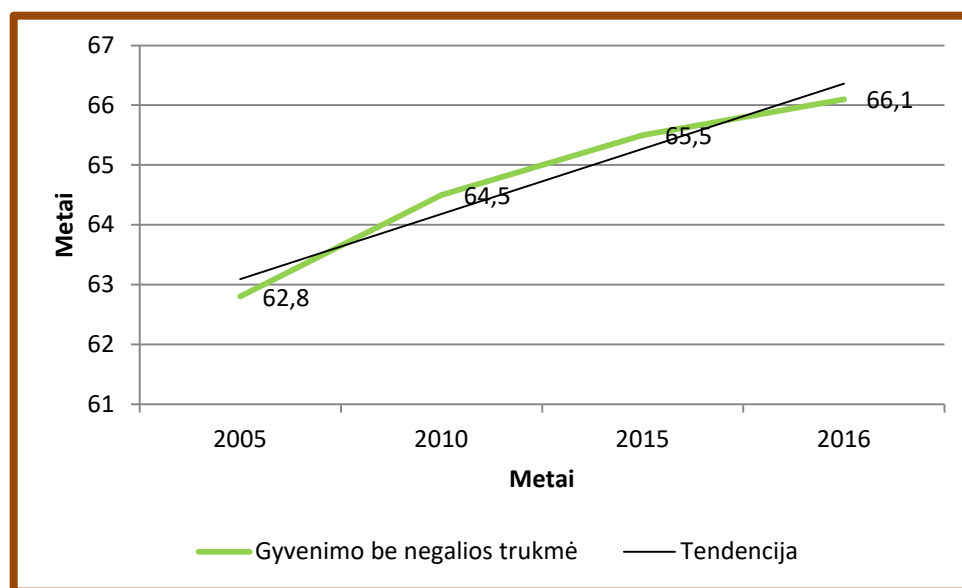
Šaltinis Eurostat.

Vidutinė sveiko gyvenimo trukmė apskaičiuojama remiantis pačių asmenų vertinimu nors ir yra gana subjektyvi, bet gerai atspindi visuomenės požiūrį į savo pačių sveikatą bei gyvenimo kokybę. Įdomu tai, jog palyginus gyvenimo be negalios rodiklius (10 pav.) su savo sveikatos vertinimo rodikliais (1 lent.), subjektyvus vertinimas panašus į realų rodiklį, tačiau skirtumas tarp vyrų ir moterų sumažėja iki 5–7 metų.

1 lent. Vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė, remiantis savo sveikatos vertinimu. Šaltinis Lietuvos statistikos departamentas.

Amžius	Metai											
	Vyrai						Moterys					
	2010	2011	2012	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2014	2015	2016
0	60.5	59.9	60.3	61.7	62.8	62.2	66.1	65.3	65.3	67.7	68.3	69.4
50	16.1	16	16.2	17.2	17.6	17.9	18.7	18.4	18.2	20.4	21	21.8
65	7.4	7.6	8	8.4	8.6	8.9	8.3	8.1	7.6	9.3	9.8	10.4

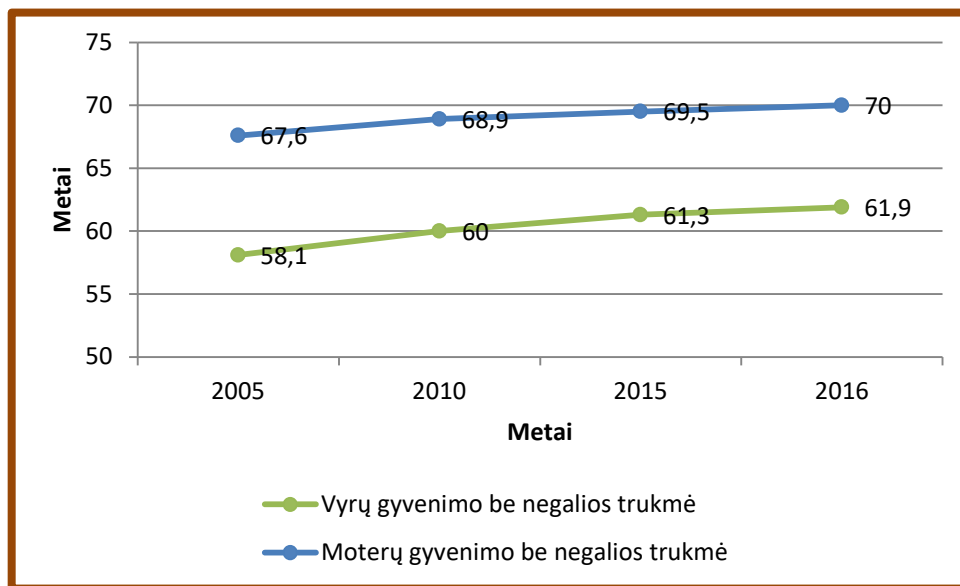
PSO duomenimis [2], Lietuvoje 2005–2016 m. matomas vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės be negalios šuolis (9 pav.). 2016 m. šis rodiklis siekė 66 metus – 3 metais daugiau nei 2005-aisiais. Vertinant tai, jog 11 metų gana trumpas laikotarpis pasireikšti itin žymiems šio rodiklio pokyčiams, tai galima vertinti kaip didelę pažangą.



9 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo be negalios trukmė Lietuvoje 2005–2016 m. Šaltinis PSO.

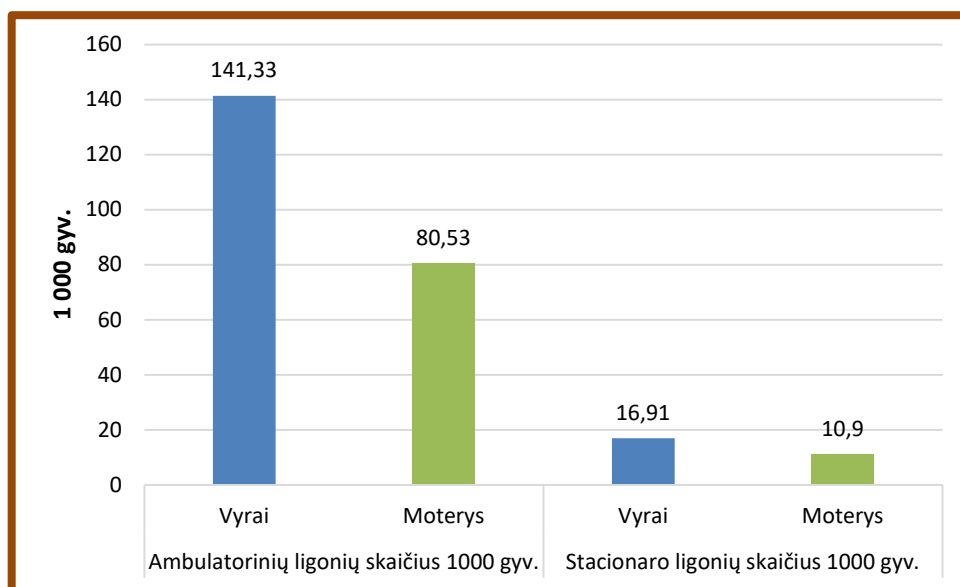
Toliau analizuojant vidutinės tikėtinos gyvenimo be negalios trukmės rodiklius, kaip ir VTGT, matomas nemažas atotrūkis tarp lyčių. Pastebima tendencija, jog moterų gyvenimo be negalios trukmė 2005–2016 m. buvo 8–10 metų ilgesnė nei vyrų (10 pav.). Galima daryti prielaidą,

jog taip yra dėl to, jog vyrai labiau linkę į rizikingą elgesį nei moterys [3]. Prie tokio elgesio galima priskirti fizinį neaktyvumą, nesveiką mitybą, alkoholio bei kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimą ir rūkymą. Šie su elgsena susiję veiksniai neretai tampa lėtinių ligų priežastimi. O lėtinės ligos – ne tik pagrindinė mirtingumo priežastis Lietuvoje, bet ir veiksnys, prastinantis sveikatos būklę ir taip mažinantis gyvenimo kokybę. Galiausiai jos tampa neįgalumo priežastimi, taip sumažindamos ir vidutinę tikėtiną gyvenimo be negalios trukmę.



10 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo be negalios trukmė pagal lytį Lietuvoje 2005–2016 m. Šaltinis PSO.

Taip pat prie rizikingo elgesio grupės priskiriamas ir elgesys, susijęs su netyčiais sužeidimais ir smurtu. L. Bulotaitės monografijoje pateikiami tokio elgesio pavyzdžiai – „dviračio šalmo nedėvėjimas, automobilio saugos diržų nesegimas, važiavimas su apsvaigusiu vairuotoju, vairavimas apsvaigus nuo alkoholio, SMS žinučių rašymas vairuojant, ginklo nešiojimas“ ir kita [3]. Šis elgesys gali sukelti traumas, kurių pasekmė taip pat ir galimas neįgalumas ar negrįžtamai suprastėjusi sveikatos būklė. Tai, jog vyrai kur kas dažniau patiria traumas, rodo ir statistika. Palyginus ambulatorinių ligonių, gydytų stacionaro priėmimo-skubios pagalbos skyriuje, ir ligonių, gydytų stacionare nuo traumų, skaičių Lietuvoje 2017 m., matyti, jog vyrų rodikliai beveik 2 kartus didesni nei moterų (11 pav.). Taigi, nepaisant to, jog atotrūkis tarp vyrų ir moterų gyvenimo be negalios trukmės nestebina, svarbu, jog jis didele dalimi galėtų būti išvengiamas.



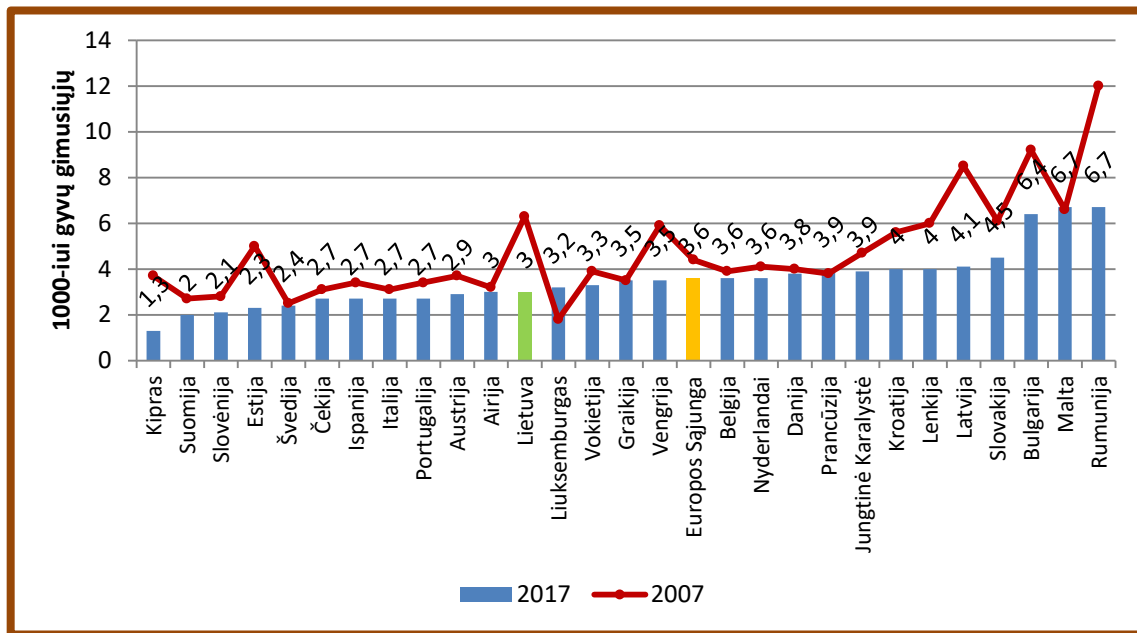
11 pav. Ambulatorinių ligonių, gydytų stacionaro priėmimo-skubios pagalbos skyriuje, ir ligonių, gydytų stacionare nuo traumų, skaičius Lietuvoje 2017 m.

Literatūra

1. Lietuvos statistikos departamentas. Tikėtina sveiko gyvenimo trukmė. Prieiga per internetą:
https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/0/sveiko+gyvenimo+trukme_metainfo
 [Žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d.].
2. World Health Organization, 2018. Healthy life expectancy (HALE). Data by country. Prieiga per internetą:
http://apps.who.int/gho/data/view.main.HALEXv?lang=en&fbclid=IwAR2g3E5yQa_gnAdZX324hSV49eVENOS72FYSScP7bJwkuq_gY9lo0woc4sRw [Žiūrėta 2019 m. balandžio 29 d.].
3. Bulotaitė L., 2014. Rizikingas elgesys: samprata, paplitimas, veiksniai. Monografija. Vilniaus universiteto leidykla, Vilnius.

KŪDIKIŲ MIRTINGUMAS

Galima sakyti, jog kūdikių mirtingumo rodiklis gali apimti ir atspindėti tiek moters gyvenimo sąlygas nėštumo metu, tiek akušerines sąlygas šalyje [1]. PSO duomenimis, 2017 m. 75 % visų vaikų mirčių (iki 5 m.) įvyko pirmaisiais vaiko gyvenimo metais. Tiesa, ES šis skaičius vienas mažiausių pasaulyje – 2014–2016 m. šiame regione vidutiniškai 3,6 iš 1 000 gyvų gimusių kūdikių mirė nesulaukę pirmojo gimtadienio [2] (12 pav.). Tai yra daugiau nei 14 kartų mažesnis rodiklis nei Afrikos regione, kur šis rodiklis didžiausias ir siekia net 51 iš 1 000 gyvų gimusių kūdikių [3].

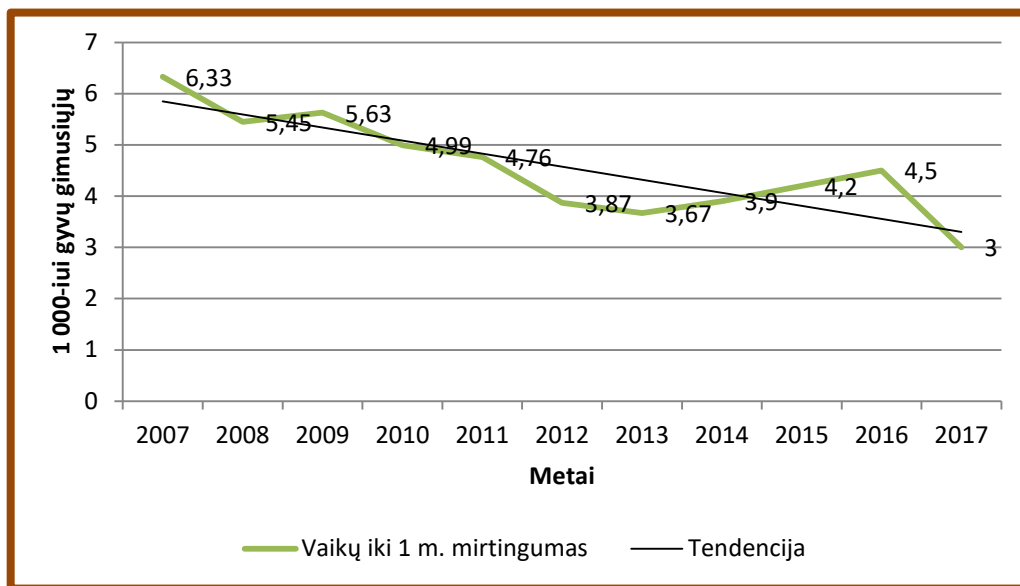


12 pav. Kūdikių mirtingumas Europoje tarp 2007 ir 2017 m. Šaltinis Eurostat.

Kūdikių mirtingumo rodikliai ES šalyse nuosekliai mažėja [2]. Nepaisant to, pažangiose šalyse kyla kita problema – mažėjantis vaisingumas bei didėjantis pirmo vaiko susilaukiančiųjų amžius. Kaip teigia Tavares, šie faktoriai didina spaudimą bei kelia iššūkį sveikatos sistemų tvarumui, nes vieno vaiko vertė šaliai pasidarė gerokai didesnė nei anksčiau [1].

2017 m. Lietuvoje kūdikių mirtingumo rodiklis ne tik buvo mažesnis nei Europos vidurkis, bet, pastarojo dešimtmečio duomenimis, akivaizdžiai turi tendenciją mažėti (13 pav.). Visgi verta

paminėti, jog 2014–2016 m. Lietuvoje buvo gana išskirtiniai, palyginus su bendra mažėjimo tendencija. Šiuo laikotarpiu vaikų iki 1 m. mirtingumas didėjo, bet 2017 m. jis jau buvo mažesnis nei 2014 m. Taigi, šis rodiklis Lietuvoje mažėja ilgą laiką. Pažvelgus į pastarojo dešimtmečio (2007–2016 m.) rodiklius, matoma, jog kūdikių mirtingumas svyravo tarp 3,7 ir 6,3 mirusiųjų 1 000-iui gyvų gimusiųjų, o 2017 m. šis rodiklis sumažėjo net 35,6 %, palyginus su 2016 m., ir tesiekė 2,9 iš 1 000 gyvų gimusiųjų.

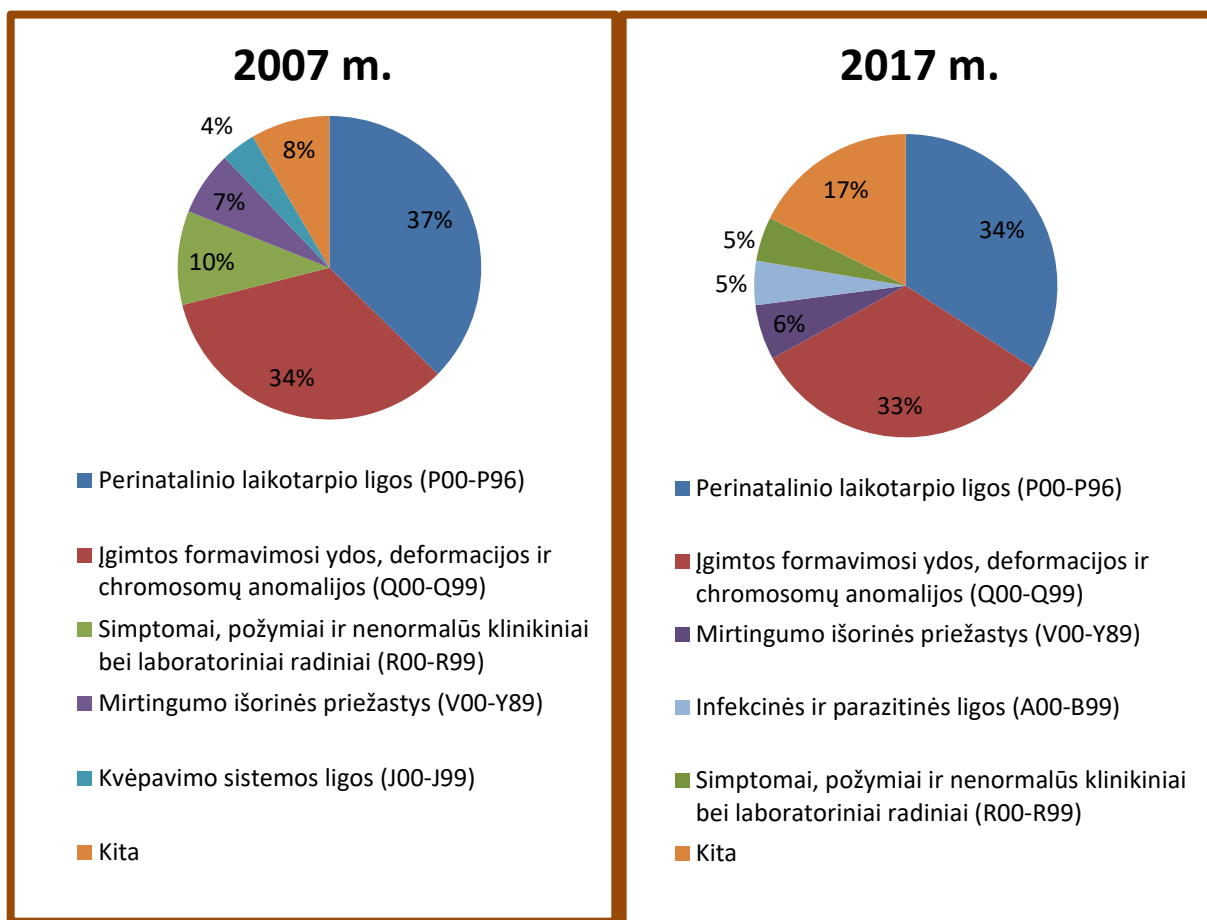


13 pav. Vaikų iki 1 m. mirtingumas Lietuvoje 2007–2017 m.

Kūdikių mirtingumo mažinimas – vienas iš 2014–2025 m. Lietuvos sveikatos strategijoje numatytų tikslų. Siekiama, jog 2020 m. šis rodiklis sumažėtų iki 3,7 mirčių 1 000-iui gyvų gimusiųjų. Nors nuo 2014 m., kaip minėta, vaikų iki 1 m. mirtingumas kito nepalankia linkme, visgi 2017 m. jis netgi pranoko iškeltą siekinį ir buvo 21,6 % mažesnis nei numatyta. Akivaizdu, jog šio rodiklio pokytį sudėtinga prognozuoti, tačiau dėl minėtos priežasties galima tikėtis, jog Lietuvos sveikatos strategijos tikslas bus pasiektas.

Sunku spręsti, kas lėmė tokį kūdikių mirtingumo padidėjimą 2014–2016 m. laikotarpiu bei kryptį pastaraisiais metais. Žvelgiant į vaikų iki 1 m. mirčių priežastis matyti, jog tiek 2007 m., tiek ir praėjus dešimtmečiui pagrindinės kūdikių mirčių priežastys – perinatalinio laikotarpio ligos, kurios atitinkamai sudarė 37 % 2007 m. ir 34% 2017 m. visų kūdikių mirčių priežasčių (14 pav.).

Svarbu ir tai, jog kūdikių mirties priežasčių struktūra išliko daugmaž stabili visą nurodytą dešimtmetį, ryškių pokyčių nematyti.



14 pav. Kūdikių mirties priežasčių struktūra Lietuvoje 2007 ir 2017 m.

2017 m. pagrindinių kūdikių mirties priežasčių penketuke atsidūrė infekcinės ir parazitinės ligos, kurių 2007 m. penketuke dar nebuvo. Galima teigti, jog 6 % mirčių, kurios įvyko dėl išorinių priežasčių, buvo galima išvengti. Visgi, nepaisant to, jog išorinės mirties priežastys 2017 m. buvo trečia mirties priežasčių grupė, ji pasitaikė 4 % rečiau nei 2007 m. Taigi, dar labiau sumažinti kūdikių mirtingumą gana sudėtinga.

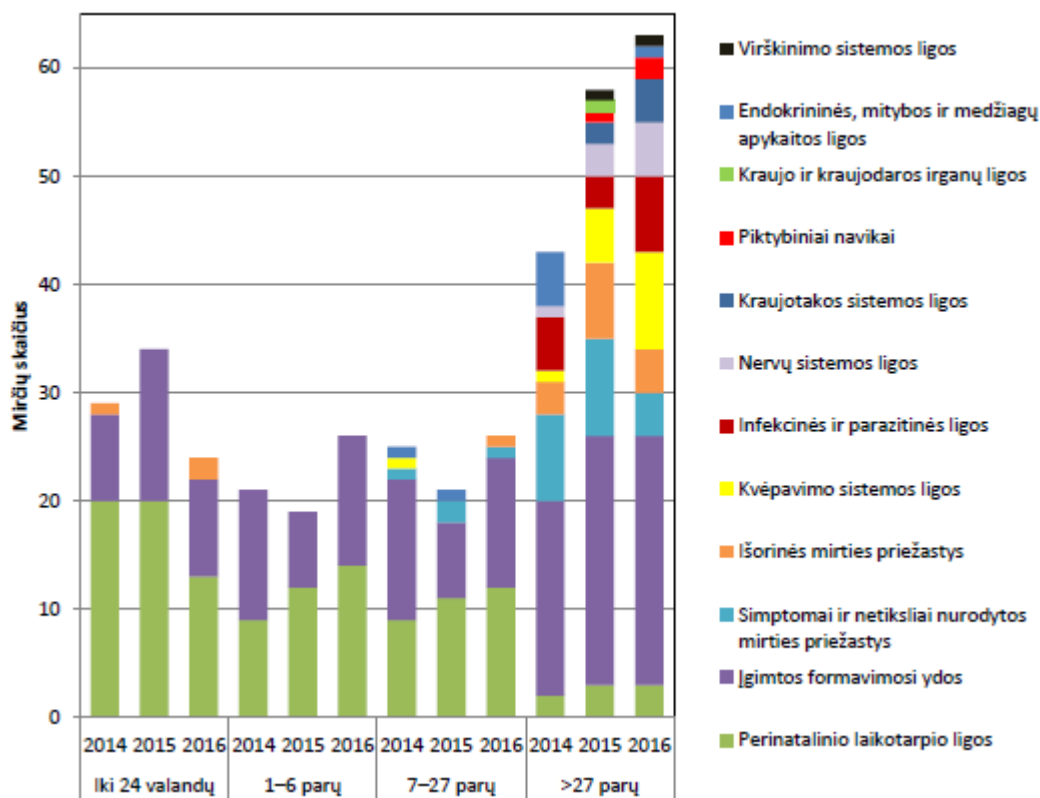
Norint objektyviai įvertinti kūdikių mirties priežasčių struktūrą, svarbu lyginti ir realius atvejų skaičius, besislepiančius po procentiniu rodikliu (2 lent.). Galima dar kartą įsitikinti, jog nepaisant to, kad struktūra išlieka panaši, atvejų skaičiai sumažėję. Kaip pavyzdį galima paanalizuoti infekcines ir parazitines ligas, kurios 2017 m. pateko į mirties priežasčių penketuką, o 2007 m. – ne. Pasirodo, jog 2017 m. užteko vos 4 mirčių tam, kad ligų grupė atsidurtų penketuke.

Tuo tarpu 2007 m. buvo tik vienu atveju mažiau, tačiau ši ligų grupė nepasiekė dažniausių mirties priežasčių penketuko. Taip pat ir bendras kūdikių mirčių skaičius 2017 m. Lietuvoje buvo daugiau nei du kartus mažesnis nei 2007 m.

2 lent. Pagrindinės kūdikių mirčių priežastys, atvejų skaičius Lietuvoje 2007 ir 2017 m.

Ligų grupės	2007 m.	2017 m.
<i>Perinatalinio laikotarpio ligos (P00-P96)</i>	71	29
<i>Įgimtos formavimosi ydos, deformacijos ir chromosomų anomalijos (Q00-Q99)</i>	64	28
<i>Simptomai, požymiai ir nenormalūs klinikiniai bei laboratoriniai radiniai (R00-R99)</i>	19	4
<i>Mirtingumo išorinės priežastys (V00-Y89)</i>	13	5
<i>Kvėpavimo sistemos ligos (J00-J99)</i>	7	2
<i>Infekcinės ir parazitinės ligos (A00-B99)</i>	3	4
<i>Iš viso</i>	190	85

2017 m. Higienos institutas publikavo leidinį, kuriame detalai aptariama kūdikių mirtingumo tema, remiantis 2016 m. statistiniais duomenimis [4]. Leidinyje pateikta atlikta analizė patvirtina, jog pagrindinės mirties priežastys 2014–2016 m. taip pat buvo įgimtos formavimosi ydos bei perinatalinio laikotarpio ligos (15 pav.). Šiuos duomenis suskirsčius pagal vaiko amžių, akivaizdu, jog kūdikių iki 27 parų amžiaus mirties priežastys bene išskirtinai vien minėtosios.



15 pav. Kūdikių mirties priežasčių struktūra pagal amžiaus grupes 2014–2016 m.

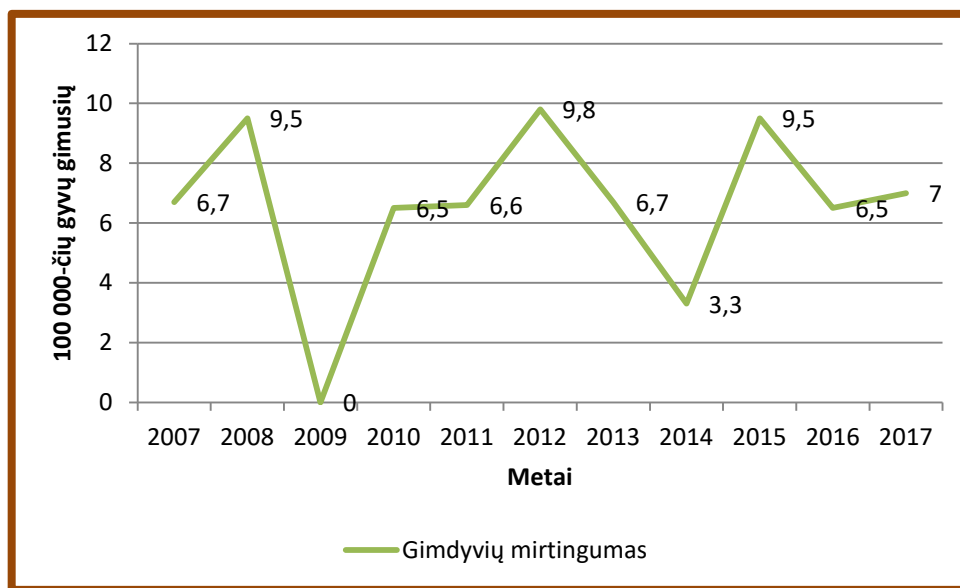
Literatūra

1. Tavares A. I., 2017. Infant mortality in Europe, socio-economic determinants based on aggregate data. *Applied Economics Letters*, 24(21), 1588-1596.
2. Eurostat duomenų bazė. Prieiga per internetą: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [Žiūrėta 2019 m. kovo 29 d.].
3. World Health Organization. Infant mortality: Situation and trends. Prieiga per internetą: https://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/.
4. Higienos institutas, 2017. Kūdikių mirtingumas 2016 m. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Kudikiu_mirtingumas_2016.pdf.

GIMDYVIŲ MIRTINGUMAS

Gimdyvių mirtingumas apibrėžiamas kaip nėščios, gimdyvės ar iki 42 dienų po gimdymo moters mirtis, kurią sąlygojo priežastys, susijusios su nėštumu, jo pasunkintos ar nuo jo priklausančios, bet ne dėl kitų priežasčių ar nelaimingų atsitikimų [1]. Šie mirties atvejai skirstomi į dvi grupes – mirtys tiesiogiai arba netiesiogiai susijusios su akušerinėmis priežastimis.

Nėščiųjų ir gimdyvių mirtingumą galima laikyti vienu svarbiausių šalies socialinio bei ekonominio lygio rodiklių, todėl motinos ir vaiko sveikata jau ilgą laiką Lietuvoje yra valstybės sveikatos politikos prioritetas bei vienas iš Lietuvos 2014–2025 m. sveikatos strategijos uždavinių. Vienas geros akušerinės pagalbos rodiklių – nėščiųjų ir gimdyvių mirtingumas, neviršijantis 10 iš 100 000 gyvų gimusiųjų. Verta paminėti, jog Lietuva atitinka šias gaires (16 pav.).



16 pav. Gimdyvių mirtingumas Lietuvoje 2007–2017 m.

Žvelgiant į gimdyvių mirtingumo Lietuvoje tendencijas, matyti, jog 2007–2017 m. rodiklis svyruoja nuo 0 iki 9,8 mirčių iš 100 000 gyvų gimusiųjų. Analizuojant mirties atvejų skaičių,

pasirodo, jog po šiuo rodikliu slepiasi vos nuo 0 iki 3 gimdyvių mirties atvejų per metus aptariamam laikotarpiui, kas rodo šalyje suteikiamą tikrai gerą bei kokybišką akušerinę pagalbą.

Lyginant su ES šalių vidurkiu, Lietuva neturi tvirtos pozicijos nei aukščiau, nei žemiau vidurkio. 2015 m. (paskutiniai turimi duomenys) ES gimdyvių mirtingumas buvo 4,4/100 000 gyvų gimusių [2], o Lietuvoje – net 9,5/100 000 gyvų gimusių. Tačiau ankstesniais metais (2014 m.) gimdyvių mirtingumas ES šalyse buvo 4,5 mirčių 100 000-čių gyvų gimusių, tuo tarpu Lietuvoje – 3,3/100 000 gyvų gimusių (16 pav.). Visgi, palyginus Lietuvos rodiklį su viso Europos regiono šalių vidurkiu, galima matyti didesnius skirtumus – 2015 m. Europos regione gimdyvių mirtingumas siekė net 16/100 000 gyvų gimusių [3].

PSO mirtingumo duomenų bazės duomenimis, Lietuvoje tiesioginės akušerinės mirtys pasitaiko dažniau nei netiesioginės [4]. Tiesioginės akušerinės mirtys atsitinka dėl akušerinių komplikacijų, procedūrų, aplaidumo, netinkamo gydymo ar šių veiksmų pasekmių nėštumo, gimdymo ar pogimdyminiu periodu. Tuo tarpu netiesioginės akušerinės mirtys, kurių per aptariamą laikotarpį (2007–2017 m.) pasitaikė vos viena (2007 m.), tai mirtys dėl anksčiau buvusių ligų ar ligų, pasireiškusių nėštumo periodu, tačiau ne dėl tiesioginių akušerinių priežasčių, veikiančių nėštumą [1].

Gimdyvių mirtys, nors ir retos, bet yra labai skaudžios, todėl nėščiųjų priežiūra nuolat tobulinama. Štai Lietuvos mokslų akademijos pranešime spaudai [5] minima, jog tobulinant nėščiųjų priežiūrą 2015 m. įdiegta visuotinė ultragarsinė pirmojo nėštumo trečdaliao patikra, vertinami galimi vaisiaus chromosominės patologijos žymenys. Be abejo, gimdyvių sveikatos priežiūra tiesiogiai susijusi su bendros sveikatos priežiūros gerinimu Lietuvoje, kuris aptariamam skyriuje „Sveikatos priežiūra“.

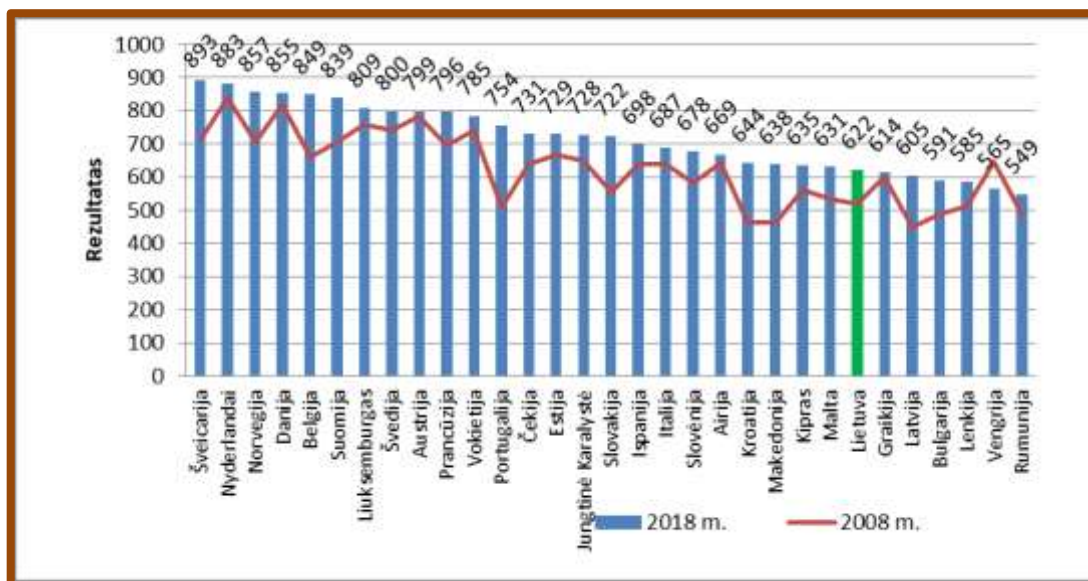
Literatūra

1. Higienos institutas, 2010. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Prieiga per internetą: http://hi.lt/data/stat_leid.pdf.
2. PORDATA. Maternal mortality rate. Prieiga per internetą: <https://www.pordata.pt/en/Europe/Maternal+mortality+rate-1825>.
3. World Health Organization. Maternal and newborn health. Data and statistics. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/data-and-statistics>.
4. World Health Organization. Mortality database. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/data-and-statistics>.
5. Lietuvos mokslų akademija, 2017. Medicinos pasiekimai išsaugo gyvybes. *Pranešimas spaudai*. Prieiga per internetą: http://www.lma.lt/uploads/files/2016_LMP_kandidatu_medziaga_/2016_LMP_kandidatu_pranesimai_spaudai_/20170204_Medicinos_pasiekimai_issaugo_gyvybes_.pdf.

EUROPOS SVEIKATOS VARTOTOJŲ INDEKSAS

Europos sveikatos vartotojų indeksas (angl. *Euro Health Consumer Index* (EHCI), pradėtas 2005 m., parodo bei palygina 35 Europos šalių įvertinimus pagal nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos veikimą. Šis indeksas apima įvairių sveikatos priežiūros sistemos dalių 46 rodiklius. Rodiklių palyginimas per pacientų ar vartotojų prizmę turi didžiulę reikšmę vertinant šias sistemas, nes gerina supratimą apie Europos sveikatos priežiūrą bei pacientų įgalinimą sprendžiant problemas ir šalinant trūkumus.

Rodikliai suskirstyti į 6 skirtingas grupes (pacientų teisė ir informacija, paslaugų prieinamumas, sveikatos priežiūros rezultatai, paslaugų pasiūla ir pasiekiamumas, prevencija, farmacija). Kiekvienas rodiklis vertinamas atskirai, jam suteikiamas rodiklio sveikatos indekso reikšmės įvertinimas. Susumavus visas reikšmes gaunama šalies sveikatos indekso reikšmė, kuri gali būti palyginama su kitomis šalimis. Minimalus galimas įvertinimas – 333, o maksimalus – 1000 [1]. Nepriklausoma Europos sveikatos vartotojų „jėgainė“ (ESVJ) (angl. *Health Consumer powerhouse*, HCP) 2019 m. vasario 25 d. išleido 12-ąjį leidinį. Pastebima, kad 2018 m. beveik visų šalių įvertinimai pagerėjo, palyginus su 2008 m. Paskutiniaisiais stebimais metais Lietuva užėmė 28 vietą iš 35 ir aplenkė tokias šalis kaip Graikija, Latvija, Bulgarija, Lenkija, Vengrija ir Rumunija. Lydinčias vietas užima Šveicarija, Nyderlandai ir Norvegija. 2008 m. Nyderlandai buvo pirmoje vietoje, antroje – Danija, trečioje – Austrija, o Lietuva užėmė 23 vietą. Lietuvos gerėjanti tendencija šiek tiek mažesnė nei kai kurių kitų Europos šalių (17 pav.).

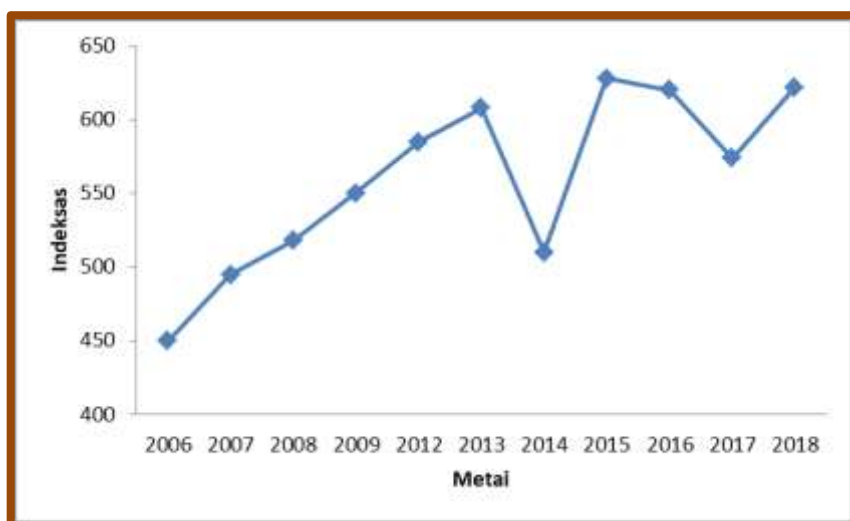


17 pav. Europos vartotojų sveikatos indekso pokyčiai tarp 2008 m. ir 2018 m.

Viena iš prasto bendro įvertinimo priežasčių ta, kad ESVJ įtraukė rodiklius, kurie nuo seno būna prasti Lietuvoje (pvz., lėtai mažėjantis mirtingumas nuo smegenų insulto, išeminės širdies ligos, mirtys dėl eismo įvykių). Tokiems rodikliams mažėti reikalingos ilgalaikės pastangos bei tinkamo investavimo į problemos sprendimą rezultatas. Antra priežastis – prastai įvertintas pirminės profilaktikos priemonių efektyvumas [4].

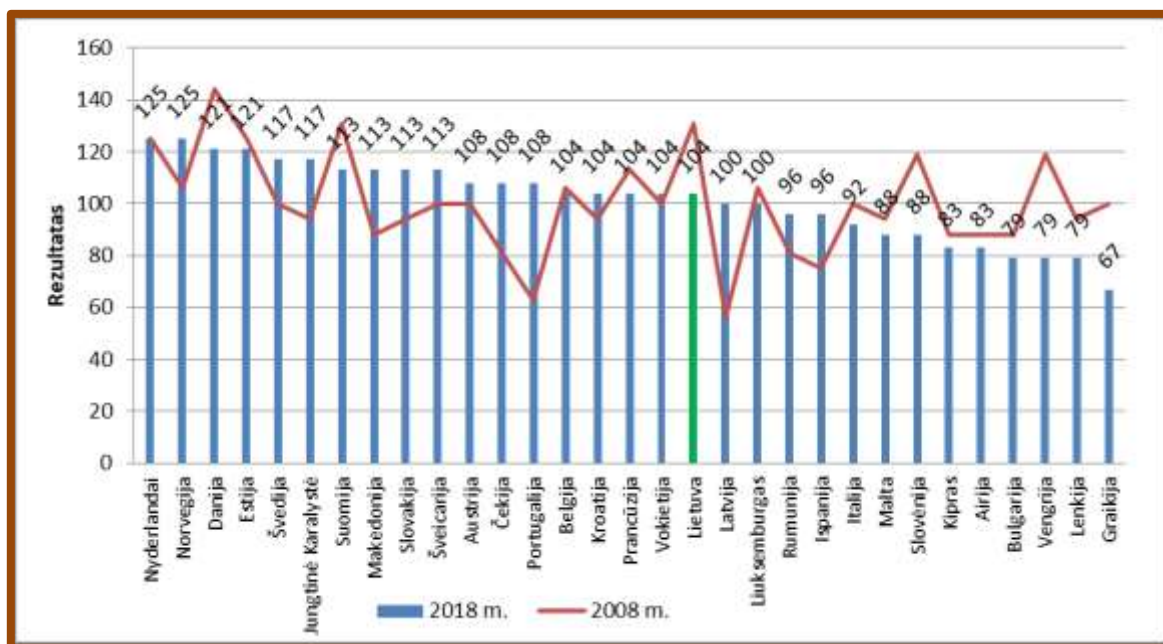
Dalis rodiklių yra labai konkretūs ir lengvai išmatuojami, tačiau norint juos pakeisti reikia investuoti, o efektas gali būti matomas ne po vienerių metų. Kai kurie rodikliai yra per daug subjektyvūs ir remiasi tik pacientų koordinacinės tarybos narių nuomone [4].

Per 12 metų (nuo 2006 m. iki 2018 m.) Lietuvos Europos sveikatos vartotojų indekso įvertinimas pagerėjo apie 40 proc. Sumažėjimas pastebėtas 2014 m. ir 2017 m., bet visu minėtu periodu tendencija išlieka didėjanti. (18 pav.).



18 pav. Lietuvos vartotojų sveikatos indekso reikšmės 2006–2018 m.

2018 m. Lietuva vidutiniškai atrodo pacientų teisių ir informacijos rodiklių grupėje, bet 2008 m. – net trečia šioje kategorijoje. 2008 m. ir 2018 m. buvo skirtingas rodiklių grupės maksimalus įvertis (2008 m. – 150, 2018 m. – 125), todėl lyginti rodiklių negalima. 2018 m. lydinčiausias vietas užėmė tokios šalys kaip Nyderlandai, Norvegija bei Danija, tuo tarpu 2008 m. – Danija, Suomija bei Lietuva (19 pav.).

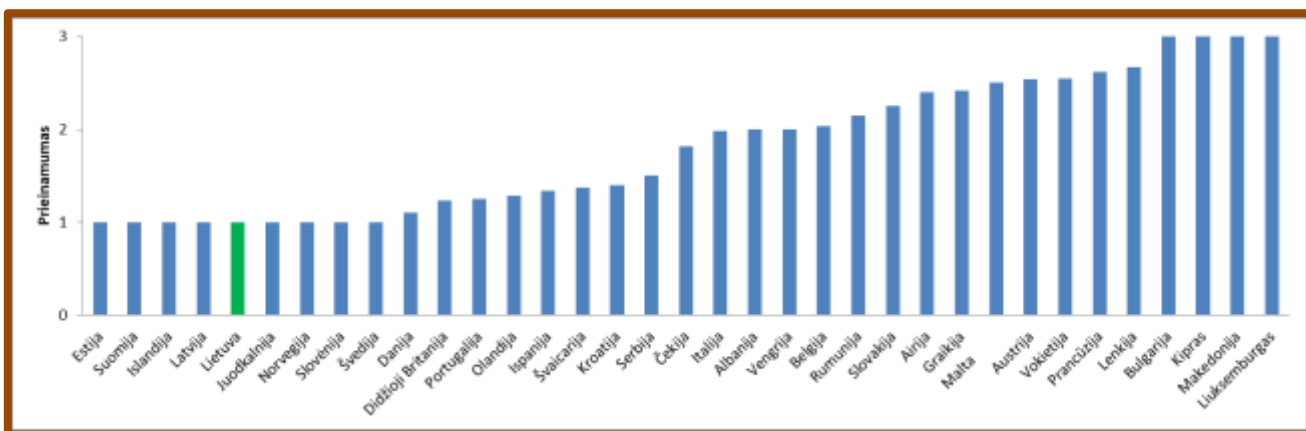


19 pav. Europos vartotojų sveikatos indekso pacientų teisės ir informacijos rodiklių grupės pokyčiai tarp 2008 m. ir 2018 m.

Lietuvoje esama daug pacientų organizacijų, ginančių pacientų interesus ir turinčių įtakos priimant sprendimus. Lietuvos valdžios sprendimai kartais sukelia neigiamas pasekmes, todėl įvairios pacientų organizacijos bando ištaisyti padėtį, išreikšdamos savo nepasitenkinimą. Organizacijos teikia siūlymus Lietuvos Respublikos Seimui, Vyriausybei ir kitoms valstybės institucijoms, rengiant, priimant naujus ar norint papildyti jau priimtus teisės aktus [2]. Lietuvos pacientų organizacijas galima suskirstyti į 4 lygmenis: valstybinį, regioninį, vietinį ir tarptautinį. Valstybinio lygmens pacientų organizacijos veikia Lietuvoje ir už jos ribų, konsultuojasi su užsienio partneriais, vykdo informacijos mainus ir bendrus projektus, daro didelę įtaką sprendimo priėmimo procesui. Regioninės pacientų organizacijos veiktos apsiriboja tik tam tikromis teritorijomis. Vietinio lygmens pacientų organizacijos – tai įvairios grupės ar klubai. Jos nuo valstybinio ir regioninio lygio skiriasi narių skaičiumi bei finansavimu. Visų lygmenų organizacijos bendradarbiauja tarpusavyje ir daro įtaką sprendimo priėmimui. [2]. Šiuo metu Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje yra užregistruotos 92 pacientų organizacijos [3].

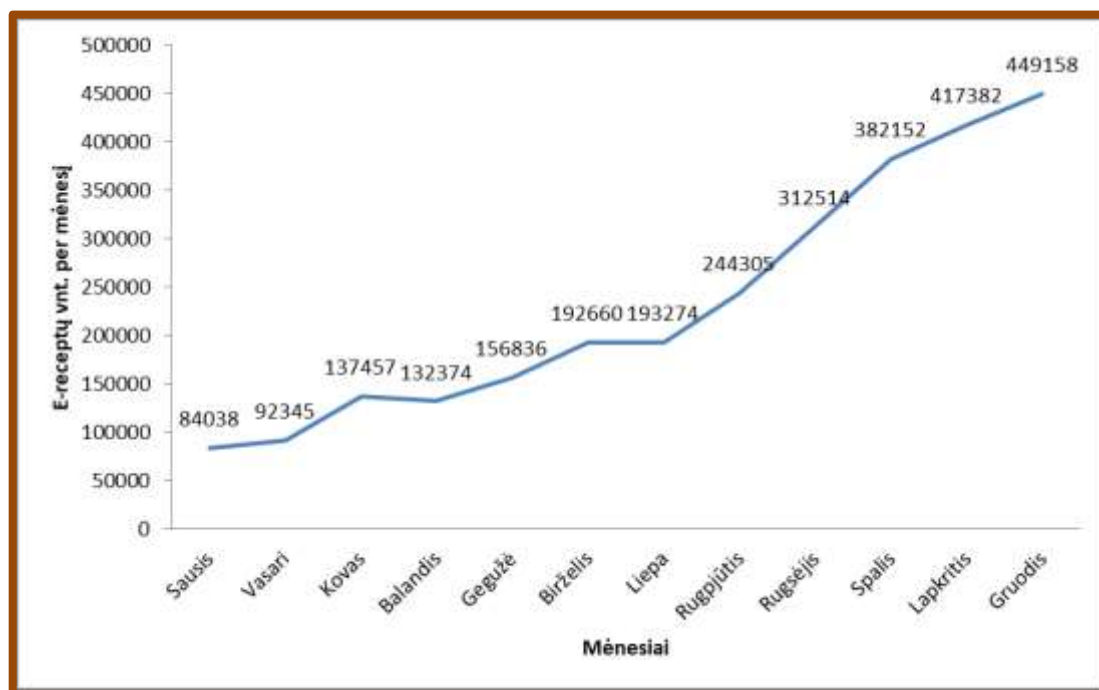
Taip pat neblogai įvertintos galimybės gauti daugiau informacijos apie gydytojo profesinę veiklą, išsilavinimą ir darbo licenciją. Lietuvoje visi gyventojai turi teisę išsirinkti gydytoją: informacija apie gydytojus lengvai prieinama sveikatos priežiūros įstaigų interneto puslapiuose, o gydytojų licencijų galiojimą galima bet kada patikrinti interneto svetainėje <https://licencijavimas.vaspvt.gov.lt/>.

E. receptas – svarbi bereikalingą susirašinėjimą bei klaidų tikimybę mažinanti e. sveikatos sistemos dalis, palengvinanti vaistų išrašymą ir įsigijimą. Vaistų išrašymo procedūra tapo paprastesnė, o gydytojas gali lengvai ir tiksliai sužinoti, kokie vaistai pacientui buvo skirti anksčiau. Remiantis Europos sveikatos vartotojų indeksu galima teigti, kad Lietuvoje e. recepto prieinamumas didelis, lyginant su kitomis ES šalimis. 15 pav. parodomas e. recepto prieinamumas Europos šalyse, kur 1 reiškia priemonės platus prieinamumas, 2 – priemonė yra, bet ją siūlo tik kelios vaistinės, 3 – priemonės nėra arba pasitaiko retai (20 pav.).



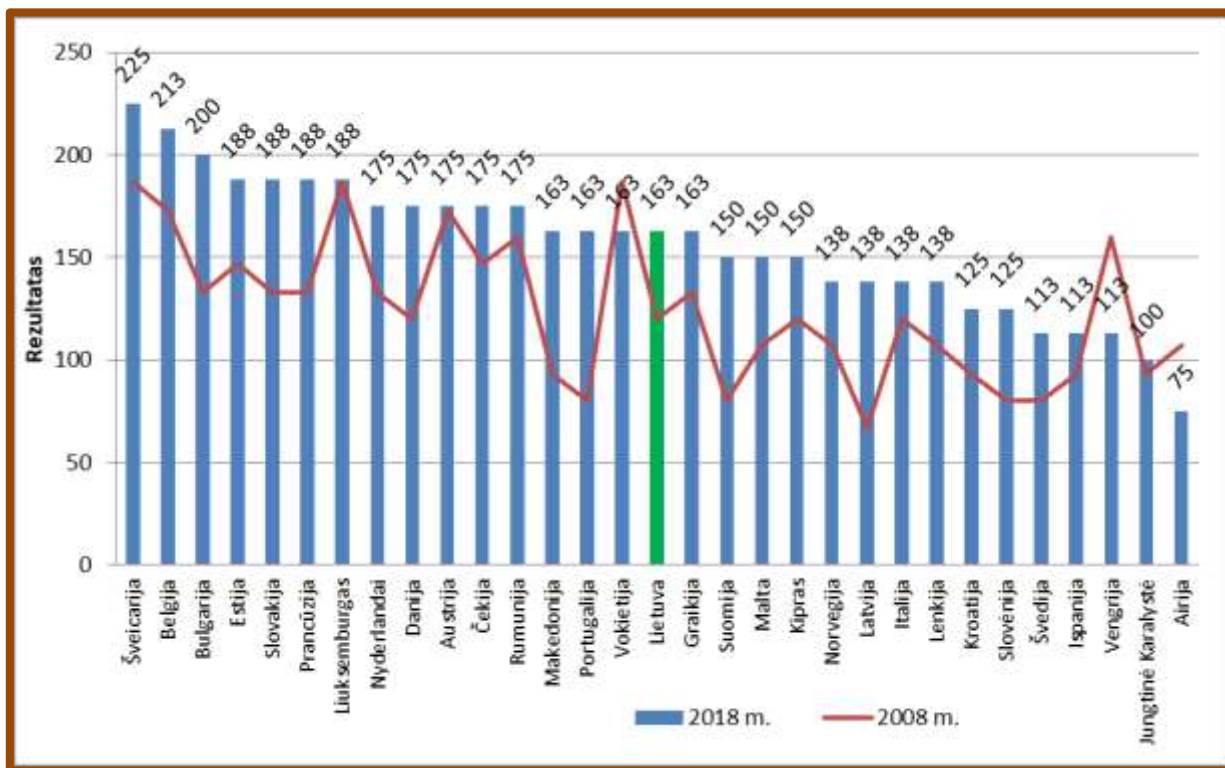
20 pav. E. recepto priėinamumas Europos šalyse 2018 m.

Lietuvoje vis didesnę išrašomų receptų dalį sudaro e. receptai. Vien per 2017 m. išrašytų e. receptų vienetų padidėjo nuo 84038 iki 449185 (apie 5 kartus) (21 pav.).



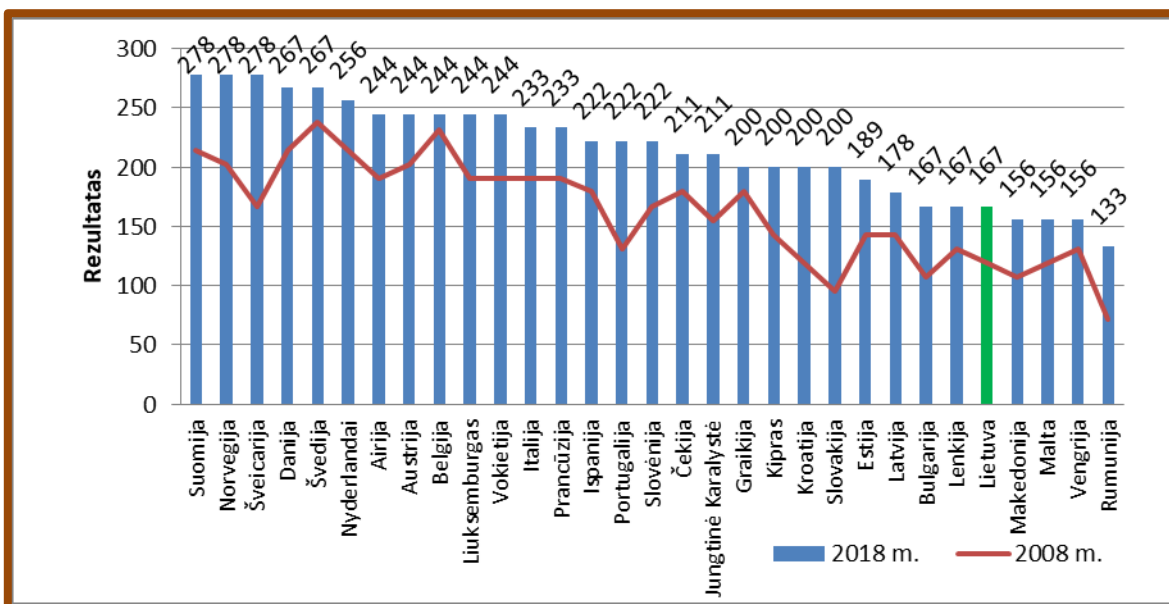
21 pav. Išrašytų e. receptų vienetų dinamika Lietuvoje pagal mėnesius 2017 m.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo rodiklių grupės maksimalūs įverčiai 2008 m. ir 2018 m. taip pat buvo skirtingi (2008 m. – 225, 2018 m. – 200), todėl negalima lyginti jų pokyčio. 2018 m. Lietuva šioje kategorijoje atrodė vidutiniškai – surinko 163 balų iš 200. Pirmoje vietoje buvo Šveicarija, antroje – Belgija ir trečioje – Bulgarija. 2008 m. pirmąsias tris vietas užėmė Šveicarija, Liuksemburgas ir Vokietija, o Lietuva taip pat įvertinta vidutiniškai (22 pav.).



22 pav. Europos vartotojų sveikatos indekso sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo rodiklių grupės pokyčiai tarp 2008 m. ir 2018 m.

Sveikatos priežiūros rezultatų rodiklių grupių maksimalūs įverčiai 2008 m. ir 2018 m. irgi nevienodi (2008 m. – 250, 2018 m. – 300). 2018 m. šioje kategorijoje Lietuva nebuvo gerai įvertinta – surinko 167 balų iš 300. Pavyko aplenkti tik Makedoniją, Malta, Vengriją bei Rumuniją. Pirmoje vietoje buvo Suomija, Norvegija ir Šveicarija, surinkę 278 balus. 2008 m. situacija išliko panaši – Lietuva aplenkė Rumuniją, Slovakiją, Makedoniją, Bulgariją bei Malta, surinkusi 119 balų iš 250. 2008 m. Švedija, Belgija ir Suomija pirmavo šioje kategorijoje (23 pav.).



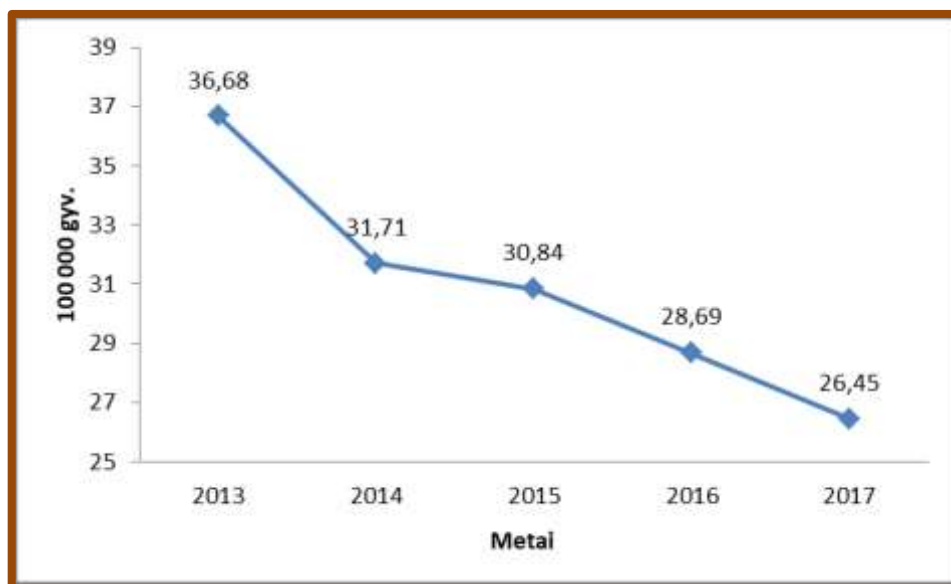
23 pav. Europos vartotojų sveikatos indekso sveikatos priežiūros rezultatų rodiklių grupės pokyčiai tarp 2008 m. ir 2018 m.

Lietuvoje nuo 2010 m. iki 2018 m. sumažėjo abortų skaičius 1000 vaisingo amžiaus (15–49 m.) moterims nuo 15,2 iki 10,4 bei 100 gyviems gimusiems nuo 37,8 iki 22,1 (3 lent.). Dirbtinio aborto rodiklis taip pat mažėjo 1000 vaisingo amžiaus (15–49 m.) moterims bei 100 gyviems gimusiems, atitinkamai nuo 9,1 iki 6,0 ir nuo 22,8 iki 12,7. Per 9 metus abortų struktūra beveik nepasikeitė: daugiausia abortų atliekama pagal moters norą, o mažiausiai pagal medicininės indikacijas. Savaiminių abortų procentas truputį sumažėjo, o kitų abortų priežastys padidėjo (3 lent.).

3 lent. Abortai Lietuvoje 2010–2018 m. [5]

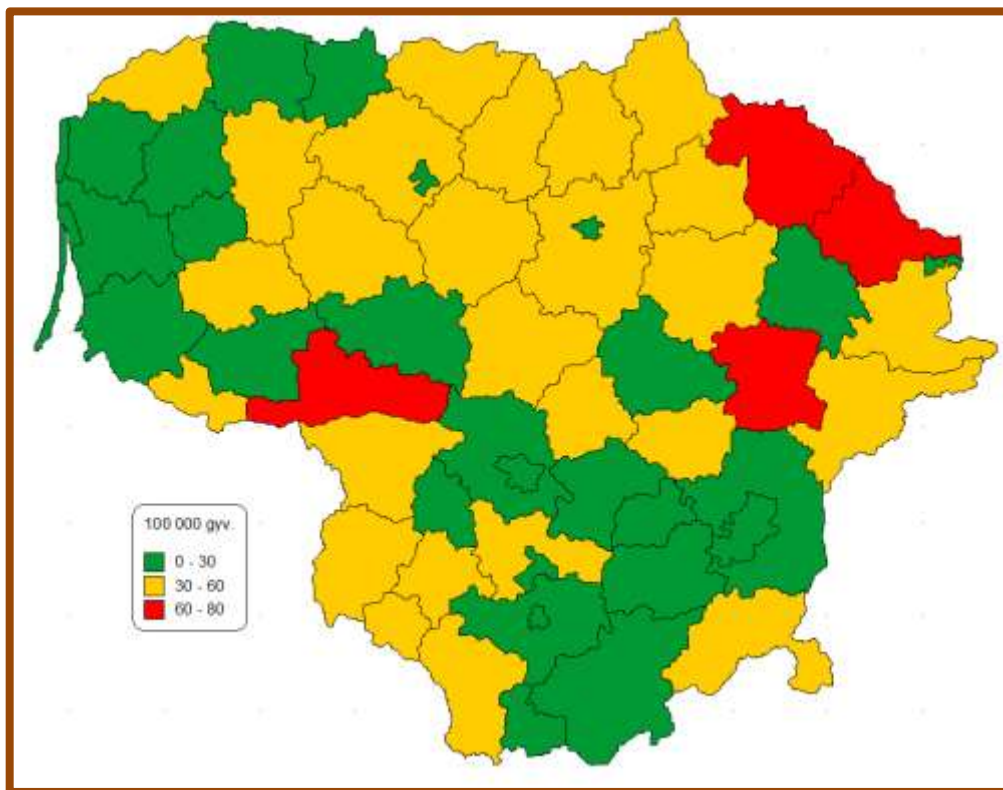
Abortai	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Abortų skaičius – iš viso	11590	10466	10312	9150	9253	8155	7478	7055	6247
<i>1000 vaisingo amžiaus (15–49 m.) moterų</i>	15,2	14,3	14,6	13,2	13,7	12,3	11,6	11,4	10,4
<i>100 gyvų gimusiųjų</i>	37,8	34,6	33,9	30,6	30,5	25,9	24,4	24,6	22,1
Dirbtiniai abortai – iš viso	6989	6205	6033	5353	5231	4735	4502	4294	3590
<i>1000 vaisingo amžiaus (15–49 m.) moterų</i>	9,1	8,5	8,5	7,7	7,7	7,2	7	6,9	6,0
<i>100 gyvų gimusiųjų</i>	22,8	20,5	19,8	17,9	17,2	15	14,7	15,0	12,7
Abortų struktūra, %:									
<i>Savaiminiai abortai</i>	26,3	26,5	24,9	24	24,7	26,9	22,9	22,7	22,0
<i>Abortai pagal moters norą</i>	58,9	57,7	56,1	57	54,5	56,1	58	58,3	55,3
<i>Abortai pagal medicininės indikacijas</i>	1,4	1,6	2,4	1,5	2	1,9	2,2	2,5	2,2
<i>Kiti abortai</i>	13,4	14,2	16,6	17,5	18,8	15,1	16,9	16,4	20,5

Per pastaruosius metus savižudybių skaičius Lietuvoje reikšmingai sumažėjo. Nuo 2013 m. iki 2017 m. mirtingumas dėl savižudybių sumažėjo 27,9 proc. Šis rodiklis dar didelis, lyginant su kitomis ES valstybėmis, bet matoma didelė pažanga (24 pav.).



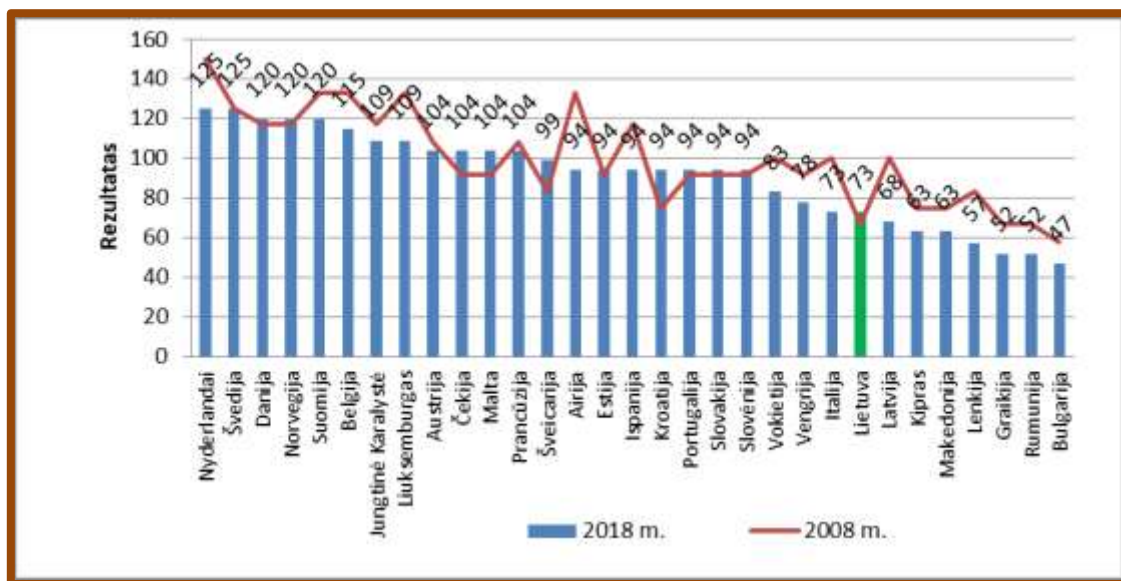
24 pav. Savižudybės 100 000 gyv. Lietuvoje 2013–2017 m.

Lietuvoje vis dar pastebimas didelis savižudybių skaičiaus netolygumas pagal gyvenamąją vietą. Didžiųjų miestų gyventojų savižudybių rodikliai mažesni nei rajonų (25 pav.).



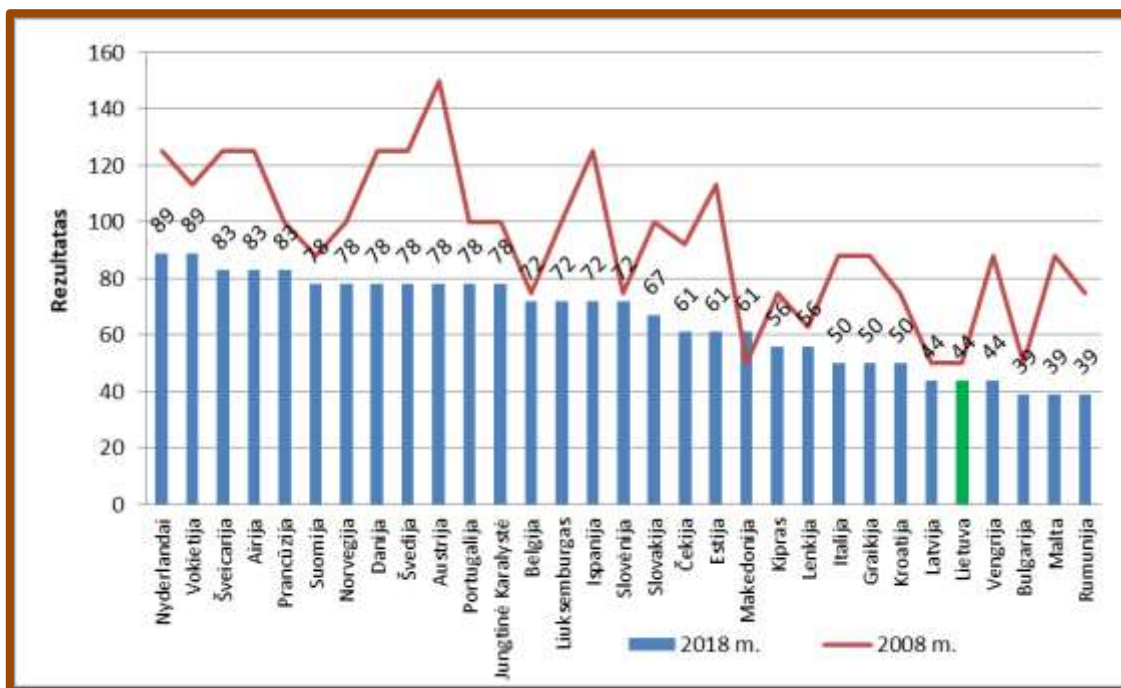
25 pav. Savižudybės 100 000 gyv. Lietuvoje pagal administracinę teritoriją 2017 m.

Sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos ir pasiekiamumo rodiklių grupės maksimalūs įverčiai skirtingi 2008 m. ir 2018 m. (2008 m. – 150, 2018 m. – 125). 2018 m. Lietuva nebuvo gerai įvertinta ir aplenkė tik 7 Europos šalis, surinkusi 73 balus iš 125. Tais metais geriausius rezultatus pasiekė Nyderlandai ir Švedija, surinkę po 125 balus. Antroje vietoje – Danija, Norvegija ir Suomija – 120 balų. 2008 m. Lietuva aplenkė tik 3 šalis: Bulgariją, Rumuniją ir Graikiją. Nyderlandai, kaip ir 2008 m., buvo pirmoje vietoje su maksimaliu įvertinimu – 150 balų (26 pav.).



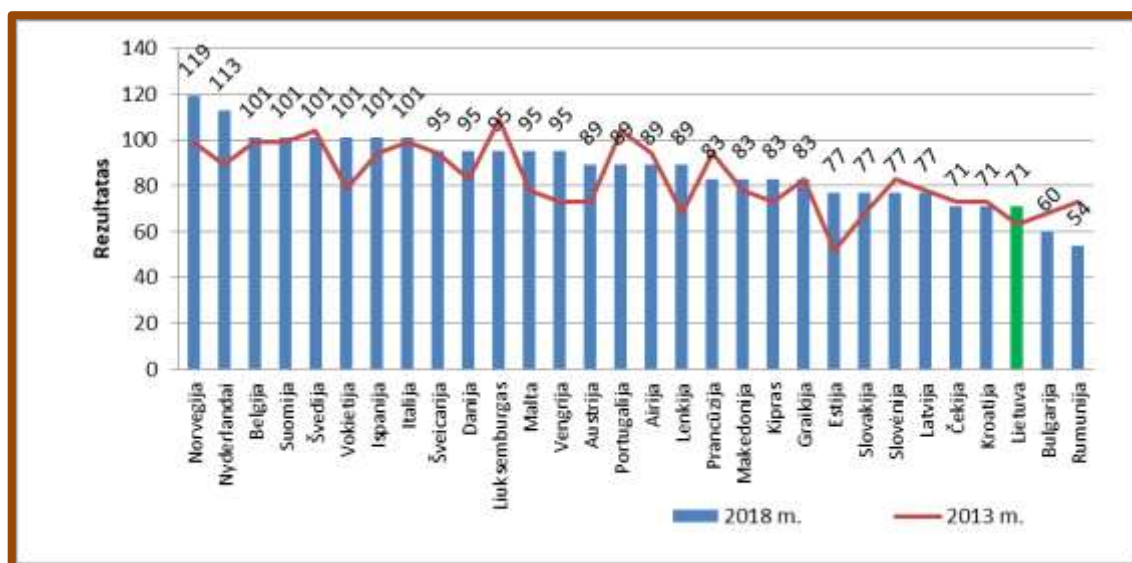
26 pav. Europos vartotojų sveikatos indekso sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos ir pasiekiamumo rodiklių grupės pokyčiai tarp 2008 m. ir 2018 m.

Farmacijos rodiklių grupės maksimalūs įverčiai taip pat skirtingi 2008 m. ir 2018 m. (2008 m. – 150, 2018 m. – 100). Lietuvai šioje kategorijoje 2018 m. pavyko aplenkti tik 4 šalis (Vengriją, Bulgariją, Malta ir Rumuniją) ir surinkti 44 balus iš 100. 11 balų iki maksimalaus įvertinimo pritrūko Nyderlandams ir Vokietijai, kurie šioje kategorijoje pirmauja. 2008 m. Lietuva kartu su Bulgarija, Latvija ir Makedonija buvo paskutinėje vietoje, o Austrijai pavyko surinkti maksimalų įvertinimą. Antroje vietoje liko 6 šalys (jų rezultatas – 125) – Nyderlandai, Šveicarija, Airija, Danija, Švedija ir Ispanija (27 pav.).



27 pav. Europos vartotojų sveikatos indekso farmacijos rodiklių grupės pokyčiai tarp 2008 m. ir 2018 m.

Prevencijos rodiklių grupė atsirado nuo 2013 m. Tada buvo nustatyti nauji įverčiai, naudoti iki pat 2018 m. Dėl šios priežasties galimi įvertinimų palyginimai 2013 m. ir 2018 m. 2018 m. Lietuvos įvertinimas (71 balas iš 125) buvo arti paskutinės vietos. Mūsų šalis aplenkė tik Bulgariją ir Rumuniją. Pirmoje vietoje buvo Norvegija (119 balų), antroje – Nyderlandai (113 balų), o trečioje – Belgija, Suomija, Švedija, Vokietija, Ispanija ir Italija (101 balas). 2008 m. Lietuvos įvertinimas buvo 8 vienetais mažesnis, palyginus su 2018 m., ir lenkė tik Estiją. Tad galima pastebėti gerėjančią tendenciją. Tuo tarpu pirmaujančios valstybės 2008 m. buvo Liuksemburgas, Švedija ir Portugalija (28 pav.).



28 pav. Europos vartotojų sveikatos indekso prevencijos rodiklių grupės pokyčiai tarp 2013 m. ir 2018 m.

Literatūra

1. Bjornberg A., Phang A.Y. Euro Health Consumer Index. Health Consumer Powerhouse 2019.
2. Raulinaitytė A. Pacientų organizacijų dalyvavimas sveikatos politikos sprendimų priėmimo procese. Mykolo Romerio universitetas. Vilnius, 2014.
3. Pacientų organizacijos. Prieiga per internetą: <http://sam.lrv.lt/lt/nuorodos/visuomenines-organizacijos/pacientu-organizacijos> [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].
4. Gurevičius R., 2017. Europos sveikatos sistemų veikla 2016 m. pacientų požiūriu: Lietuva sugrįžo į savo ankstesnę trajektoriją. *Visuomenės sveikata*, 1 (76), 5-9.
5. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2018 (išankstiniai duomenys). Higienos instituto sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2019.

SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų geografinis prieinamumas

Pagrindinis rodiklis, parodantis, per kiek laiko pacientas gali pasiekti gydytoją, atlikti procedūras, yra sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas [1]. Sveikatos priežiūros paslaugų komunikacinis prieinamumas – tai galimybė patekti į gydymo įstaigą arba su ja susisiekti. Šis prieinamumas taip pat gali būti vertinamas atsižvelgiant į laiką, per kurį gyventojas pasieks artimiausią sveikatos priežiūros įstaigą [2].

Ekonominis prieinamumas – matuojamas sveikatos draudimo mastais ir gyventojų galimybe patekti pas gydytoją [2].

Ankstesni tyrimai nustatė, kad pagrindinė prieinamumo nepasitenkinimo priežastis yra didelės eilės bei blogas pasiekiamumas kaimo vietovėse [1].

2016 m. Lietuvoje egzistavo 731 geografinis taškas, kuriame veikė pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (PAASPI), teikiančios šeimos medicinos ir (ar) pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Didžioji dalis jų (net 77,8 proc. šeimos medicinos (ŠM) paslaugas teikiančių PAASPI ir 81,7 proc. pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių PAASPI) buvo nutolusios ne toliau nei 4 km nuo seniūnijos centro, 59,7 proc. seniūnijų centrų – iki 4 km nuo artimiausios ŠM paslaugas teikiančios PAASPI ir nemažai seniūnijų centrų (66 proc.) – daugiau nei 10 km nuo artimiausios PPSP paslaugas teikiančios PAASPI (4 lent.) [3].

4 lent. PAASPI ir seniūnijų centrų pasiskirstymas vienas kito atžvilgiu pagal atstumą 2016 m. [3]

Atstumas	Atskaitos taškas – seniūnijos centras (N=527) Sumuojamos PAASPI (N=731)				Atskaitos taškas – PAASPI (N=731) Sumuojami seniūnijų centrai (N=527)			
	ŠM		PPSP		ŠM		PPSP	
	Abs. sk.	Dalis (proc.)	Abs. sk.	Dalis (proc.)	Abs. sk.	Dalis (proc.)	Abs. sk.	Dalis (proc.)
0–2 km	292	42,1	72	48,6	173	32,8	53	10,1
2–4 km	248	35,7	49	33,1	142	26,9	22	4,2
4–6 km	118	17,0	24	16,2	78	14,8	30	5,7
6–8 km	32	4,6	1	0,7	49	9,3	32	6,1
8–10 km	3	0,4	2	1,4	50	9,5	42	8,0
>10 km	1	0,1	0	0,0	35	6,6	348	66,0

75,6 proc. Lietuvos gyventojų gyvena ne toliau nei 2 km nuo artimiausio ŠM paslaugas teikiančios PAASPI, o 56,8 proc. gyventojų – ne toliau nei 2 km nuo artimiausios PPSP paslaugas teikiančios PAASPI. Laiko atžvilgiu 93,3 proc. gyventojų ŠM paslaugas teikiančias PAASPI galėjo pasiekti mažiau nei per 10 min. važiuodami automobiliu. Galima pastebėti, kad sveikatos priežiūros įstaigos gyventojų gan greitai ir lengvai pasiekiamos. Visgi ŠM paslaugos blogiau pasiekiamos kai kurių Zarasų r., Molėtų r., Biržų r., Ignalinos r., Varėnos r. sav. seniūnijų gyventojams, o PPSP paslaugos – kai kurių Neringos, Alytaus r., Radviliškio r., Švenčionių r., ir Kelmės r. sav. seniūnijų gyventojams [3].

Kaip minėta, savižudybių rodiklis Lietuvoje vienas iš didžiausių Europos šalyse, bet jis nuolat mažėja. Lyginant su prieš tai buvusių skubios psichologinės ir psichiatrinės pagalbos prieinamumu, pastebimas didelis jo pagerėjimas, bet tobulėti dar yra kur. 2017 m. nustatyta, kad gydytojo psichiatro konsultaciją tą pačią dieną gali teikti 64,7 proc., o psichologo – 58,6 proc. įstaigų (skaičiuojama nuo 111 ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų) [3].

Visą parą gydytojo psichiatro paslaugas užtikrina 13 Lietuvos ligoninių: Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras, VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė Marių sektorius, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VšĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė ir VšĮ Tauragės apskrities, VšĮ Mažeikių, VšĮ Visagino ligoninės. Regioninės ir rajonų ligoninės neužtikrina gydytojų psichiatro paslaugas visą parą. Dažnai ligoninei neturint

specialistų, pacientai siunčiami į Psichikos sveikatos centrus pagal sutartis, todėl pacientas gauna reikiamą pagalbą, prieinamą net atokiaje vietovėje (5 lent.) [4].

5 lent. Ligoninių specialistų skubios psichologinės ir psichiatrinės pagalbos paslaugų teikimo užtikrinimas

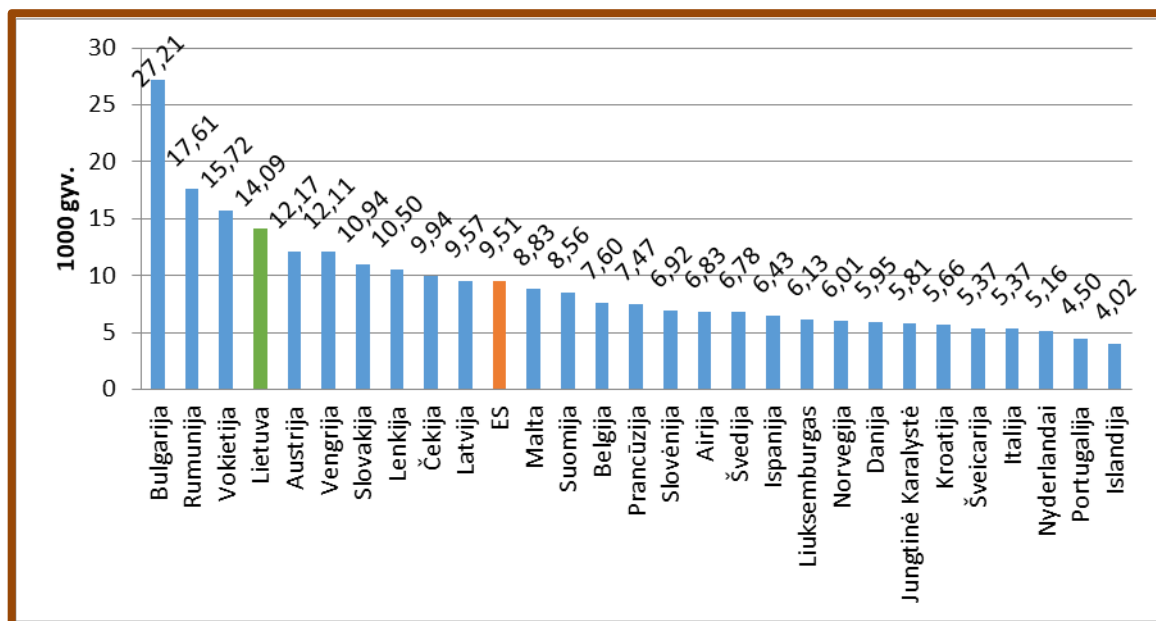
Paslaugų teikimo užtikrinimas	Gydytojas psichiatras	Medicinos psichologas
<i>Visą parą, N (proc.)</i>	13 (20,6)	1 (1,6)
<i>Dienos metu (nuo 8 iki 17 val.), N (proc.)</i>	24 (38,1)	33 (52,4)
<i>Nėra specialisto, N (proc.)</i>	10 (15,9)	7 (11,1)
<i>Duomenų nepateikė, N (proc.)</i>	16 (25,4)	22 (34,9)

Išvengiamos hospitalizacijos

Išvengiamos hospitalizacijos – tai hospitalizacijos dėl ligų, kurios gali būti išgydytos pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje (kitaip – ambulatoriškai valdomų ligų). Sergamumo ambulatoriškai valdomomis ligomis rodikliai plačiai naudojami visame PSO Europos regione įvertinti sveikatos priežiūros efektyvumą, kokybę, našumą, įstaigos veiklos koordinaciją bei prieinamumą [5].

Sveikatos priežiūros kokybiškos pirminės paslaugos padeda išvengti pacientų sveikatos pablogėjimo ir taip pat sumažina nereikalingo patekimo į ligonines atvejus. Tokiu būdu sumažėja antrinės sveikatos priežiūros išlaidos [5].

2015 m. ES šalyse išvengiamų hospitalizacijų vidurkis buvo 9,51/1000 gyv. Lietuvoje galimai išvengtų hospitalizacijų rodiklis buvo didesnis – 14,09/1000 gyv. Galimai efektyviausios pirminės paslaugos buvo Islandijoje, Portugalijoje bei Nyderlanduose, o Bulgarijoje, Rumunijoje ir Vokietijoje daugiau naudojamos antrinės sveikatos priežiūros išlaidos (29 pav.) [7].



29 pav. Išvengiamos hospitalizacijos Europoje 2015 m.

Labai svarbu, kad būtų efektyvi sveikatos priežiūros vadyba, atsakinga už pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimą. Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas gerėja, o kokybiškas prieinamumas laikomas pagrindine sveikatos sistemos siekiamybe daugelyje ES valstybių [5]. Lietuva taip pat siekia kokybiškesnio sveikatos priežiūros prieinamumo. Jis susijęs su šia medicinos praktika:

- Skiepijimu, siekiant išvengti tam tikrų ligų ir jų komplikacijų;
- Ankstyva ligų diagnostika bei gydymu;
- Skubiu ūmių ligų gydymu;
- Efektyviu lėtinių ligų valdymu.

Ir sveikatos priežiūros sistema:

- Optimaliu paslaugų prieinamumu atstumo, laiko ir kainos atžvilgiu;
- Tęstine sveikatos priežiūra;
- Skirtingų sričių ir lygių gydytojų bendradarbiavimu [6].

Lietuvoje išvengiamų hospitalizacijų stebėseną vykdoma pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą rodiklių sąrašą (6 lent.).

6 lent. Išvengiamų hospitalizacijų dėl tam tikrų ligų sąrašas.

Išvengiamos hospitalizacijos	Amžiaus grupės		
	1–17 m.	18–64 m.	65 m. ir vyresni
<i>Pneumonija</i>	Taip	Taip	Taip
<i>Astma ir astminė būklė</i>	Taip	Taip	Taip
<i>Stazinis širdies nepakankamumas</i>	Ne	Taip	Taip
<i>Cukrinis diabetas ir jo komplikacijos</i>	Ne	Taip	Taip
<i>I tipo cukrinis diabetas ir jo komplikacijos</i>	Ne	Taip	Ne
<i>II tipo cukrinis diabetas ir jo komplikacijos</i>	Ne	Taip	Taip
<i>Lėtinė konstrukcinė plaučių liga</i>	Taip	Taip	Taip
<i>Krūtinės angina</i>	Ne	Taip	Taip
<i>Hipertenzija</i>	Ne	Taip	Taip
<i>Pielonefritas</i>	Taip	Taip	Taip
<i>Ausų, nosies ir gerklės infekcijos</i>	Taip	Ne	Ne

Lietuvoje 2015 m. iš viso buvo daugiau kaip 97 tūkst. išvengiamų hospitalizacijų – 33,6 išvengiamos hospitalizacijos/1000 gyv. Tai sudarė 14,9 proc. visų aktyvaus gydymo stacionare atvejų. Didžiausią išvengiamų hospitalizacijų dalį sudarė išvengiamos hospitalizacijos dėl pneumonijos (22,4 proc.), stazinio širdies nepakankamumo (18,9 proc.) bei cukrinio diabeto ir jo komplikacijų (16,7 proc.) [6].

2015 m. dažniausia vaikų išvengiamų hospitalizacijų priežastis – ausų, nosies ir gerklės infekcijos, kurių skaičius siekė daugiau kaip 10 tūkst. Darbingo amžiaus gyventojus dažniausiai guldydavo į ligonines dėl šių ambulatoriškai valdomų ligų: cukrinio diabeto bei jo komplikacijų (6,2 tūkst.) ir pneumonijos (5,7 tūkst.). Dažniausios pensinio amžiaus gyventojų išvengiamų hospitalizacijų priežastys buvo dėl stazinio širdies nepakankamumo (15,6 tūkst) ir pneumonijos (12,9 tūkst.) [6].

2017 m. Lietuvoje užregistruota mažiau išvengiamų hospitalizacijų nei 2015 m. – 94 tūkst. 1000 gyv jau teko 33,1 atvejo, o išvengiamų hospitalizacijų dalis nuo visų aktyvaus gydymo

stacionare atvejų sumažėjo iki 13,7 proc. 2017 m. didžiausia išvengiamų hospitalizacijų dalis taip pat sudarė išvengiamos hospitalizacijos dėl pneumonijos (22,5 proc.), stazinio širdies nepakankamumo (16,8 proc.) bei cukrinio diabeto ir jo komplikacijų (16 proc.) [5].

2017 m. vaikų išvengiamos hospitalizacijos dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijos sumažėji iki 9,8 tūkst. Darbingo amžiaus gyventojų išvengiamos hospitalizacijos dėl cukrinio diabeto bei jo komplikacijų ir pneumonijos taip pat sumažėjo, atitinkamai: 5,3 tūkst., 5,6 tūkst. Tuo tarpu pensinio amžiaus gyventojų išvengiamų hospitalizacijų skaičius dėl pneumonijos išaugo iki 13,6 tūkst., bet sumažėjo patekusių į ligoninę dėl stazinio širdies nepakankamumo – 13,7 tūkst. [5].

Išvengiamų hospitalizacijų duomenys pradėti rinkti nuo 2012 m. Pastebima, kad per 6 metų laikotarpį bendras išvengiamų hospitalizacijų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų, sumažėjo nuo 35,4 iki 33,1 atvejo: nuo 2012 m. iki 2017 m. išvengiamų hospitalizacijų rodikliai labiau mažėjantys (13 rodiklių mažėjanti tendencija, 3 – didėjanti, 7 – nepastovi). Išvengiamų hospitalizacijų rodikliai dėl įvairių priežasčių kito nevienodai (7 lent.).

7 lent. Išvengiamos hospitalizacijos 1000 gyv. 2012–2017 m. Lietuvoje

Išvengiamų hospitalizacijų priežastys	Amžiaus grupė	2012 m.	2015 m.	2017 m.
		1000 gyv.		
Sumažėję rodikliai				
<i>Astma ir astminė būklė</i>	1–17 m.	3,4	3	2,3
<i>Krūtinės angina</i>	18–64 m.	2,8	1,5	1,2
<i>Pneumonija</i>	18–64 m.	3,2	3,1	3,1
<i>Krūtinės angina</i>	65+ m.	23,7	17,5	14,9
<i>Stazinis širdies nepakankamumas</i>	18–64 m.	2,5	1,6	1,2
<i>I tipo cukrinis diabetas ir jo komplikacijos</i>	18–64 m.	0,9	0,8	0,7
<i>II tipo cukrinis diabetas ir jo komplikacijos</i>	18–64 m.	3	2,5	2,3
<i>Lėtinė obstrukcinė plaučių liga</i>	18–64 m.	0,9	0,8	0,8
<i>Stazinis širdies nepakankamumas</i>	65+ m.	31,6	28,4	24,8
<i>Cukrinis diabetas ir jo komplikacijos</i>	18–64 m.	7,8	-	6,5
<i>Astma ir astminė būklė</i>	65+ m.	1,9	1,7	1,7
<i>II tipo cukrinis diabetas ir jo komplikacijos</i>	65+ m.	21	18,5	17,2
<i>Lėtinė obstrukcinė plaučių liga</i>	65+ m.	10,8	10	9,6
Padidėję rodikliai				
<i>Ausų, nosies ir gerklės infekcijos</i>	1–17 m.	17	20,4	20,5
<i>Pielonefritas</i>	65+ m.	4,5	6,2	7,3
<i>Pneumonija</i>	65+ m.	20,2	23,5	24,7
Nepastoviai kitę rodikliai				
<i>Lėtinė obstrukcinė plaučių liga</i>	1–17 m.	1,9	3,4	3,3
<i>Pielonefritas</i>	18–64 m.	1,2	1,1	1,2
<i>Pielonefritas</i>	1–17 m.	3,1	3,3	3,2
<i>Hipertenzija</i>	18–64 m.	1,6	1,3	1,3
<i>Astma ir astminė būklė</i>	18–64 m.	0,4	0,3	0,3
<i>Pneumonija</i>	1–17 m.	7,5	6,7	7,9
<i>Hipertenzija</i>	65+ m.	5,4	5,1	7,2

Literatūra

1. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. *Medicina* 38 tomas, Nr. 1 Vilnius, 2002.
2. Žvirblytė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje (VšĮ Kauno Dainavos poliklinikos atvejis) Vytauto Didžiojo universiteto Politikos mokslų ir diplomatijos fakulteto Viešojo administravimo katedra. Kaunas, 2011.
3. Mekšriūnaitė S., Gurevičius R. Šeimos medicinos ir pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmenų sveikatos priežiūros įstaigų geografinio prieinamumo rodiklių netolygumai. *Visuomenės sveikata*. Vilnius, 2017/3 (75: 29-37).
4. Sveikatos priežiūros paslaugų su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumo vertinimas. Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras, Vilnius.
5. Jaselionienė J. Išvengiamos hospitalizacijos. Higienos institutas. Visuomenės sveikatos netolygumai Nr. 4(31). Vilnius, 2018.
6. Mekšriūnaitė S. Išvengiamos hospitalizacijos. Ar „neserga“ ambulatorinė sveikatos priežiūra. Higienos institutas. Visuomenės sveikatos netolygumai Nr. 6(19). Vilnius, 2016.
7. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD, Paryžius. Prieiga per internetą: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

GYVENSENA

Sveikatos raštingumas

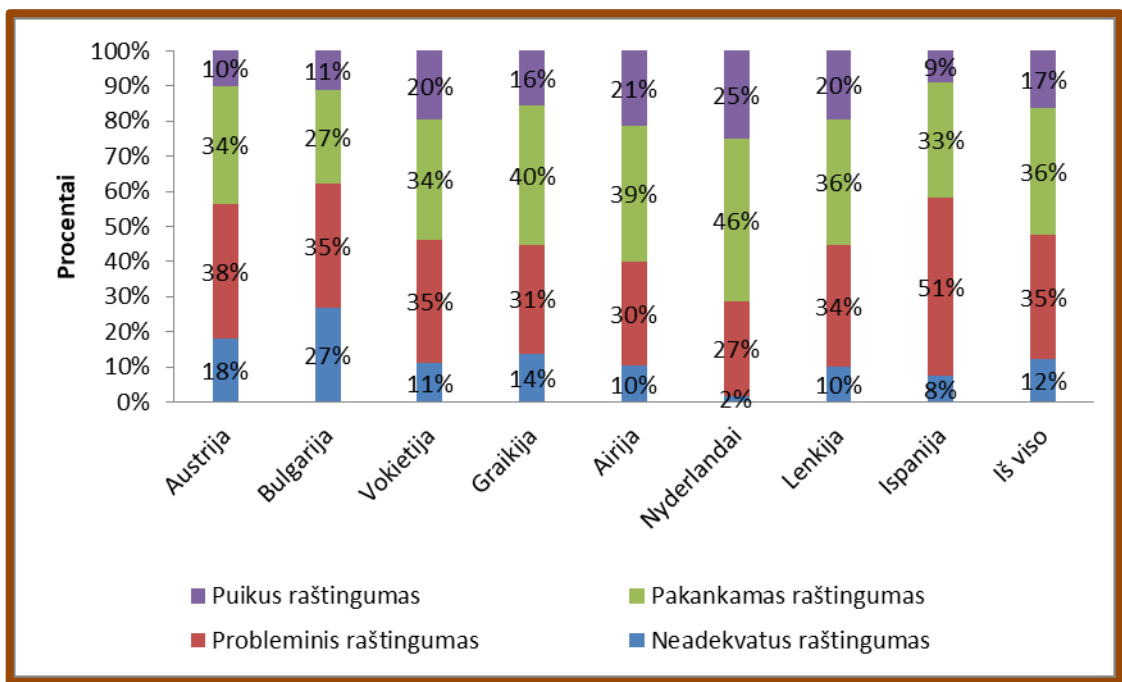
Sveikatos raštingumas – tai gebėjimas skaityti, suprasti ir panaudoti sveikatos priežiūros informaciją, norint priimti tinkamą gyvenimo sprendimą [1].

Skiriami trys sveikatos raštingumo lygiai: funkcinis, interaktyvusis ir kritinis:

- 1) Funkcinis raštingumo lygis – tenkinami skaitymo ir rašymo įgūdžiai, reikalingi kasdieniniame gyvenime, atspindi tradicinio sveikatos mokymo rezultatus ir remiasi faktine informacija apie sveikatos veiksnį ir sveikatos sistemos paslaugas (tradicinis visuomenės švietimas, pacientų mokymas, informacinių atmintinių leidimas);
- 2) Interaktyvusis sveikatos raštingumas – aukštesnio laipsnio raštingumo įgūdžiai, įgalinantys veikti nepriklausomai, remiantis įgytomis žiniomis ir patarimais (šiuolaikinių mokyklų sveikatos mokymo programos, ugdančios asmeninius ir socialinius įgūdžius);
- 3) Kritinis sveikatos raštingumas – aukščiausio laipsnio pažinimo ir socialiniai įgūdžiai, leidžiantys kritiškai vertinti ir kūrybiškai panaudoti sveikatos informaciją asmens ir bendruomenės pajėgumų didinimui, veikiant socialinius, ekonominius ir aplinkos sveikatos determinantus [2].

Jeigu žmogus yra funkcinio raštingumo lygyje, jis turi pagrindinius gebėjimus, kuriuos turi ir aukštesnio sveikatos raštingumo lygio individai. Tačiau – pagrindinis skirtumas tarp žemesnio ir aukštesnio sveikatos raštingumo lygio tas, kad aukštesnio sveikatos raštingumo lygio žmonės gali ne tik stiprinti savo sveikatą, bet ir skatinti tai daryti aplinkinius [3].

2011 m. atliktas tyrimas, kuris atskleidė aštuonių ES šalių gyventojų sveikatos raštingumo lygį. Daugiausiai puikaus sveikatos raštingumo lygio buvo Nyderlandų gyventojai, o mažiausiai – Ispanijos gyventojai. Didžiausia dalis gyventojų savo žinias vertino kaip pakankamas arba problemines. Neadekvatų sveikatos raštingumo lygį turėjo 27 proc. Bulgarijos gyventojų, o Nyderlanduose ši dalis buvo mažiausia (30 pav.) [26].



30 pav. Sveikatos raštingumo lygis kai kuriose Europos šalyse 2011 m.

2018 m. atliktas **pirmasis** tokio tipo suaugusių Lietuvos gyventojų gyvenimo tyrimas, vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro įsakymu [4]. Į tyrimo klausimyną buvo įtraukti ir sveikatos raštingumo klausimai. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, vadovaudamasis Europos sveikatos raštingumo metodika, apskaičiavo bendrąją Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumo lygį pagal 3 sritis (sveikatos priežiūrą, ligų prevenciją ir sveikatos stiprinimą). Apskaičiuoti sveikatos raštingumo lygiai, suskirstyti į 4 kategorijas: neadekvatus raštingumas, probleminis raštingumas, pakankamas raštingumas ir puikus raštingumas. Pirmoji ir antroji grupė buvo sujungtos ir sudarė riboto (nepakankamo) sveikatos raštingumo grupę [5].

Tyrimo duomenimis, 60 proc. suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumo lygis pakankamas arba puikus, o 40 proc. – ribotas (neadekvatus arba probleminis).

Riboto (nepakankamo) sveikatos raštingumo paplitimas įvairiose socialinėse grupėse pateiktas 9 lentelėje. Daugiausiai gyventojų, pasižyminčių nepakankamu sveikatos raštingumo lygiu, gyvena kaime, jie yra vyresnio amžiaus. Lytis sveikatos raštingumo lygiui įtakos neturėjo (8 lent.) [5].

8 lent. Riboto sveikatos raštingumo paplitimas atskirose gyventojų grupėse [5]

Grupė	Respondentų skaičius	Iš jų nepakankamas raštingumas, proc.
Lytis		
<i>Vyrai</i>	5902	39,12
<i>Moterys</i>	7646	40,7
Amžiaus grupė		
<i>18–24</i>	1039	28,97
<i>25–34</i>	2158	34,89
<i>35–44</i>	2594	35,43
<i>45–54</i>	3388	42,15
<i>55–64</i>	2637	43,38
<i>65+</i>	1336	54,34
Gyvenamoji vieta		
<i>Kaimas</i>	4300	42,79
<i>Miestelis</i>	2642	40,2
<i>Miestas</i>	6613	38,12

Pagal Europos sveikatos raštingumo metodiką atskirai skaičiuotas 3 sričių sveikatos raštingumas: sveikatos priežiūros, ligų prevencijos ir sveikatos stiprinimo. Pastebima, kad visose srityse nepakankamas sveikatos raštingumas vyravo tarp kaime gyvenančių bei vyresnio amžiaus gyventojų. Pasiskirstymas pagal lytį beveik vienodas (9 lent.).

9 lent. Riboto sveikatos priežiūros, ligų prevencijos bei sveikatos stiprinimo srities sveikatos raštingumo paplitimas atskirose gyventojų grupėse [5]

Grupė	Sveikatos raštingumo paplitimas					
	Riboto sveikatos priežiūros srities		Riboto ligų prevencijos srities		Riboto sveikatos stiprinimo srities	
	Respondentų skaičius	Iš jų nepakankamas raštingumas, proc.	Respondentų skaičius	Iš jų nepakankamas raštingumas, proc.	Respondentų skaičius	Iš jų nepakankamas raštingumas, proc.
	Lytis					
<i>Vyrai</i>	7566	34,62	7049	36,66	7438	36,66
<i>Moterys</i>	10181	35,35	9166	36,68	9814	36,68
	Amžiaus grupė					
<i>18–24</i>	1278	25,51	1249	27,3	1310	27,3
<i>25–34</i>	2667	29,88	2516	32,07	2606	32,07
<i>35–44</i>	3281	31,58	3062	32,69	3230	32,69
<i>45–54</i>	4410	36,62	4084	37,68	4342	37,68
<i>55–64</i>	3682	38,29	3231	39,49	3494	39,49
<i>65+</i>	1881	45,35	1593	51,6	1760	51,6
	Gyvenamoji vieta					
<i>Kaimas</i>	5621	37,27	5130	38,79	5510	33,41
<i>Miestelis</i>	3494	34,97	3234	36,77	3405	31,6
<i>Miestas</i>	8634	33,6	7859	35,17	8337	29,82

Didžiausias gyventojų ribotas sveikatos raštingumo lygis konstatuotas ligų prevencijos (36,7 proc.), mažiausias – sveikatos stiprinimo (31,3 proc.) srityse.

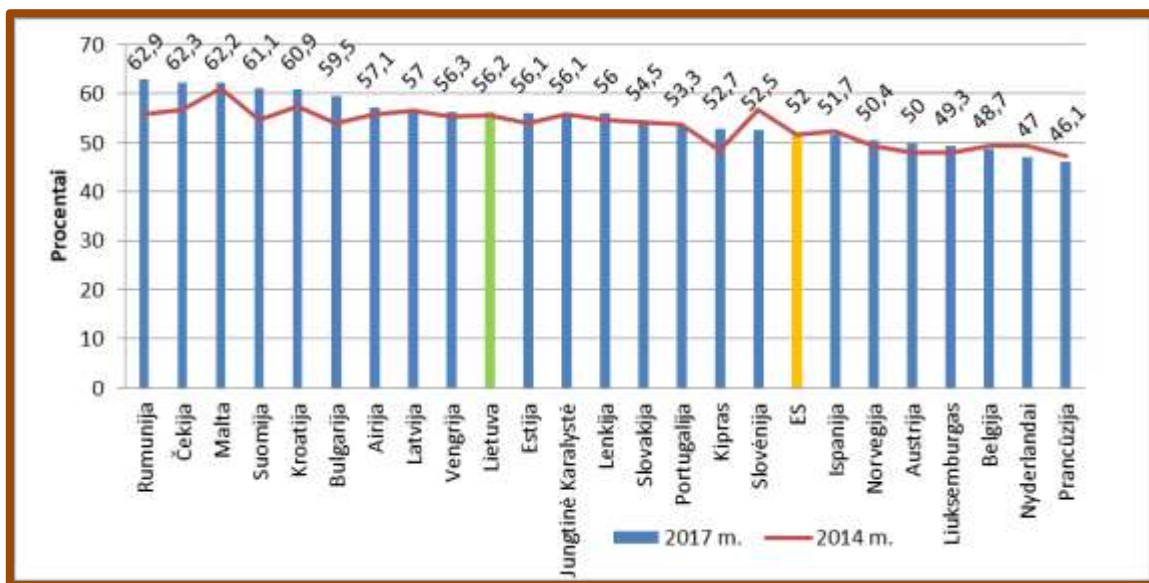
Nors, lyginant su kai kuriomis kitomis ES šalimis, Lietuvos sveikatos raštingumas nėra blogas, bet siekiant jį dar labiau pagerinti, patartina daugiau dėmesio skirti skleidžiant informaciją apie sveikatą vyresnio amžiaus bei kaimo gyventojams. Lyginant su ankstesniais metais, Lietuva jau pasistūmėjusi į priekį sveikatos raštingumo aspektu. Anksčiau Lietuvos sveikatos raštingumas nebuvo tirtas: 2005 m. pirmą kartą aprašytos sveikatos raštingumo ugdymo sistemos ypatybės, kurios padėjo Lietuvai suprasti sveikatos raštingumo būtinumą [2].

Sveika mityba

Sveika mityba – moksliskai pagrįsti valgomo maisto kiekis ir angliavandenių, baltymų bei riebalų santykis šiame maiste, lemiantis mažiausią lėtinių ligų riziką, o susirgus padedantys pasveikti [6].

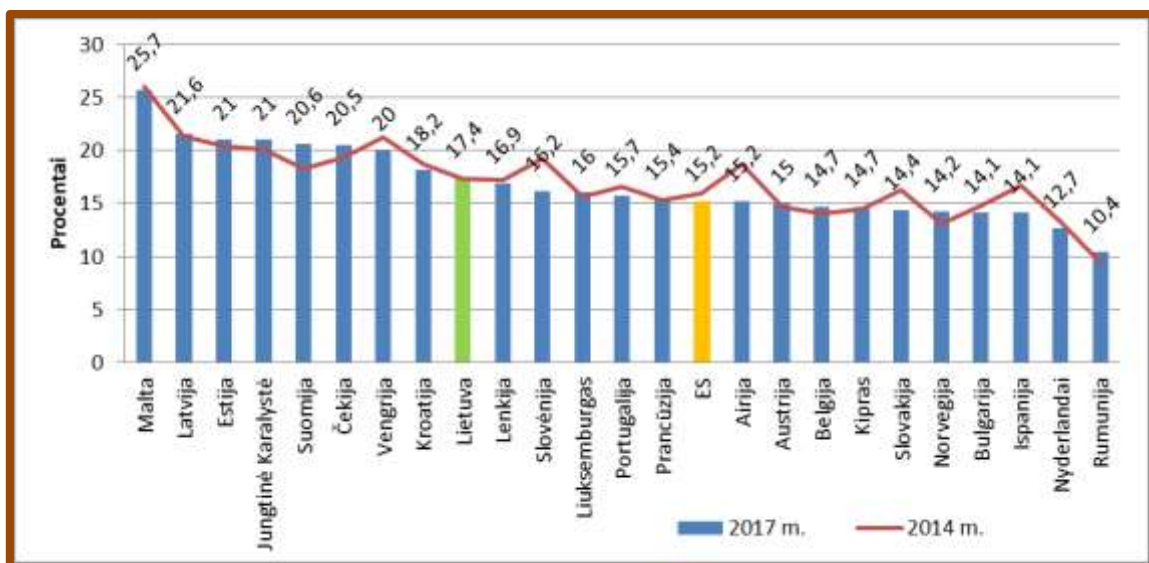
Pagrindinis sveikos mitybos tikslas – gauti tinkamą bei būtiną maistą (pagal Lietuvos Respublikos maisto įstatymą maistas – kiekviena medžiaga ar produktas, apdorotas, pusiau apdorotas, ar žaliava (neapdorotas produktas), skirta žmogaus mitybai. Maistui taip pat priskiriamas geriamasis vanduo, alkoholiniai gėrimai, kramtomoji guma ir kitos medžiagos bei produktai, skirti žmogui praryti, kramtyti ar vartoti, išskyrus vaistus ir kitus medicinos gaminius, narkotines bei psichotropines medžiagas, tabako gaminius [7]), norint išlikti sveikam bei fiziškai pasirengusiam. Subalansuotas baltymų, angliavandenių, riebalų, vitaminų, mineralinių medžiagų vartojimas bei tinkamas valgymo skaičiaus paskirstymas per dieną yra prielaida turėti geresnę sveikatą ir gyvenimo kokybę. Tinkami sveikos mitybos įpročiai padeda suvartoti reikiamą kiekį subalansuoto maisto medžiagų. Pagal sveikos mitybos principus kiekvienas gali sau sukurti tinkamą valgiaraštį, atsižvelgęs į skonį, motyvaciją bei kitas aplinkybes [8].

Asmenys, kurių kūno masės indeksas (KMI) yra 25 kg/m^2 ir didesnis (bet mažesnis už 30 kg/m^2) laikomi turinčiais antsvorį. Eurostato duomenimis, 2014 m. nutukusių 18 m. ir vyresnių ES gyventojų dalis buvo 51,6 proc. Iki 2017 m. ši dalis šiek tiek padidėjo – iki 52 proc. Pastebima, kad Lietuvoje nutukusiųjų dalis buvo kiek didesnė, palyginus su ES vidurkiu 2014 m. – 55,6 proc. ir 2017 m. – 56,2 proc. 2014 m. didžiausias nutukusiųjų 18 m. ir vyresnių dalis buvo Maltoje – 61 proc., o 2017 m. – Rumunijoje (62,9 proc.) (31 pav.).



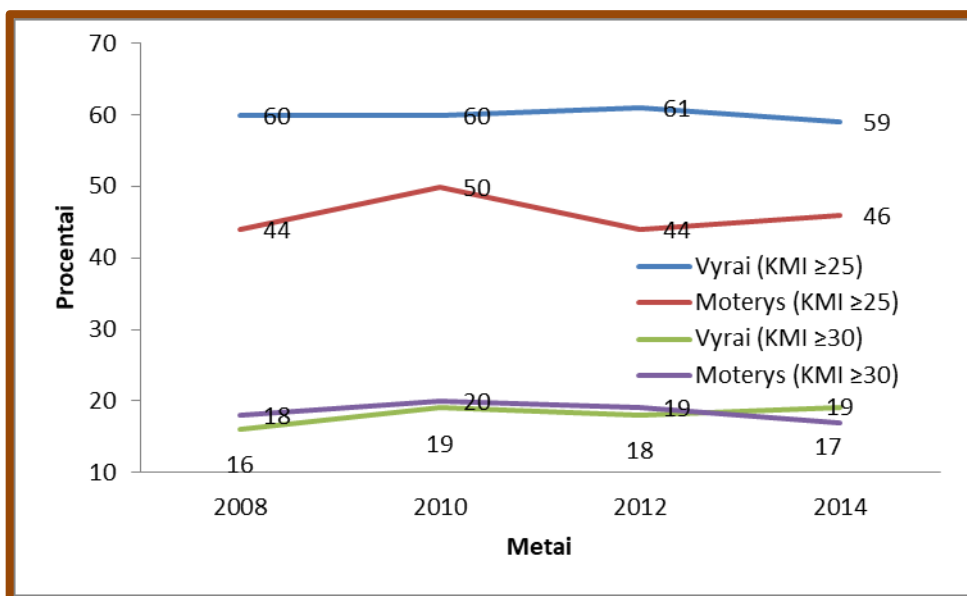
31 pav. Antsvorį turinčių 18 m. ir vyresnių gyventojų dalis Europoje 2014 m. ir 2017 m.

Asmenys, kurių kūno masės indeksas (KMI) yra 25 kg/m² arba didesnis laikomi nutukusiais. 2014 m. ES 18 m. ir vyresnių nutukusiųjų dalis buvo 15,9 proc., tačiau iki 2017 m. ši dalis sumažėjo iki 15,2 proc. Lietuvoje 18 m. ir vyresnių nutukusiųjų dalis buvo didesnė nei ES vidurkis 2014 m. – 17,3 proc. ir 2017 m. – 17,4 m. (pastebimas nedidelis padidėjimas). 2014 m. ir 2017 m. didžiausia nutukusiųjų 18 m. ir vyresnių gyventojų dalis buvo Maltoje (32 pav.).



32 pav. Nutukusių 18 m. ir vyresnių gyventojų dalis Europoje 2014 m. ir 2017 m.

Lietuvoje nuo 2008 m. iki 2014 m. pastebima beveik stabili antsvorio turinčių vyrų dalis. Tuo tarpu antsvorio turinčių moterų dalis nuo 2008 m. iki 2014 m. nuolat svyruoja, bet tendencija šiek tiek didėjanti. Nutukusių vyrų dalis 2014 m. padidėjo, palyginus su 2008 m., o moterų sumažėjo, tačiau pastebimi svyravimai (33 pav.) [14].



33 pav. Antsvorio ir nutukimo dažnis tarp Lietuvos 20–64 m. amžiaus vyrų ir moterų 2008–2014 m.

Netinkama mityba gali sukelti net mirtis dėl tam tikrų ligų. Sveikatos parametrų ir vertinimo instituto duomenimis (angl. *Institute for Health Metrics and Evaluation*), netinkama mityba gali padidinti riziką mirčių nuo išeminės širdies ligos, insulto, trachėjos, bronchų, plaučių, skrandžio, gaubtinės ir tiesiosios žarnos, lūpos ir burnos ertmės, gerklų, ryklės ir nosiaryklės bei stemplės piktybinių navikų, cukrinio diabeto, hipertenzinės širdies ligos, kardiomiopatijos ir miokardo, reumatinės širdies ligos, prieširdžių virpėjimo ir plazdėjimo, aortos aneurizmos, nereumatinės širdies vožtuvų ligos, endokardito ir lėtinės inkstų ligos [9].

Sveikatos parametrų ir vertinimo institutas nurodo, kad Lietuvoje nuo 2007 m. iki 2017 m. sumažėjo rizika numirti nuo insulto, trachėjos, bronchų, plaučių ir piktybiniais navikų, kuriems įtakos turėjo netinkama mityba. Instituto duomenimis, riziką mirti nuo insulto padidina nepakankamas daržovių bei vaisių vartojimas, didelis natrio vartojimas ir per mažas viso grūdo

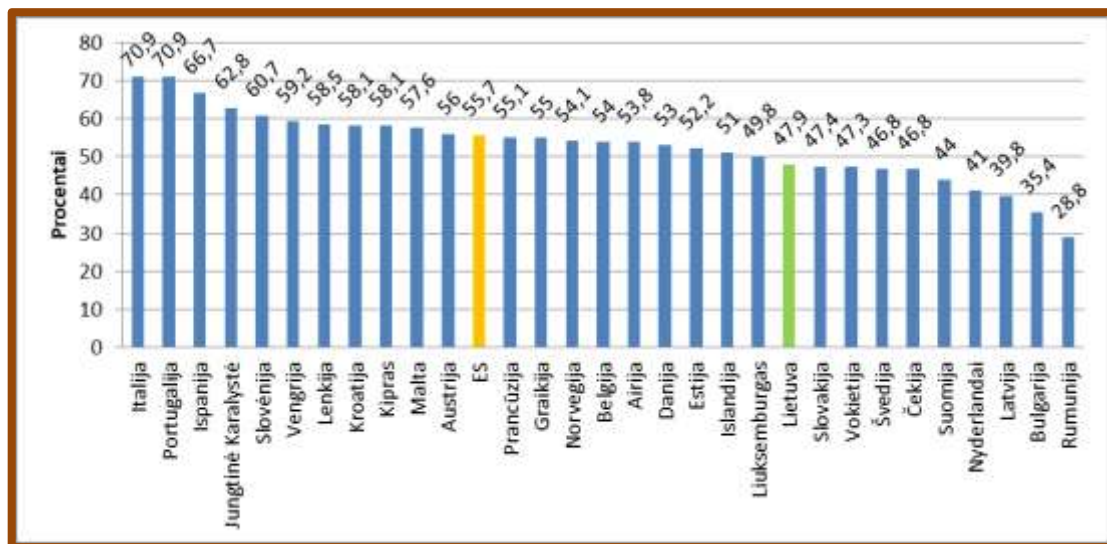
produktų vartojimas. Per mažas vaisių vartojimas taip pat didina riziką numirti nuo trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų [9].

Pritaikant ligoms priskiriamą dalį (riziką) apskaičiuotas 2007–2017 m. mirtingumas nuo su netinkama mityba susijusių ligų. Mirtingumas nuo insulto, nulemto netinkamos mitybos, 2007–2017 m. sumažėjo apie 20 proc., o nuo trachėjos, bronchų, plaučių piktybinių navikų – 9,5 proc. Vyrų mirtingumas nuo netinkamos mitybos nulemto insulto per visą stebėjimo laikotarpį buvo mažesnis nei moterų – 2007–2017 m. jis sumažėjo 20,5 proc. Tuo tarpu vyrų mirtingumas nuo netinkamos mitybos nulemtų trachėjos, bronchų, plaučių piktybinių navikų buvo didesnis nei moterų per visus stebėtus metus. Moterų mirtingumas nuo insulto, nulemto netinkamos mitybos, 2007–2017 m. sumažėjo 19,4 proc., bet mirtingumo rizika nuo trachėjos, bronchų, plaučių piktybinių navikų išlieka padidėjusi. Vyresnio amžiaus Lietuvos gyventojai dažniau mirdavo nuo netinkamos mitybos nulemto insulto ir trachėjos, bronchų, plaučių piktybinių navikų nei jaunesni gyventojai. Visų amžiaus grupių gyventojų mirtingumo nuo insulto bei trachėjos, bronchų, plaučių piktybinių navikų, nulemtų netinkamos mitybos, tendencijos mažėjančios (10 lent.).

10 lent. Mirtingumas nuo su netinkama mityba susijusių ligų pagal lytį ir amžiaus grupes 100 000 gyv. Lietuvoje 2007–2017 m.

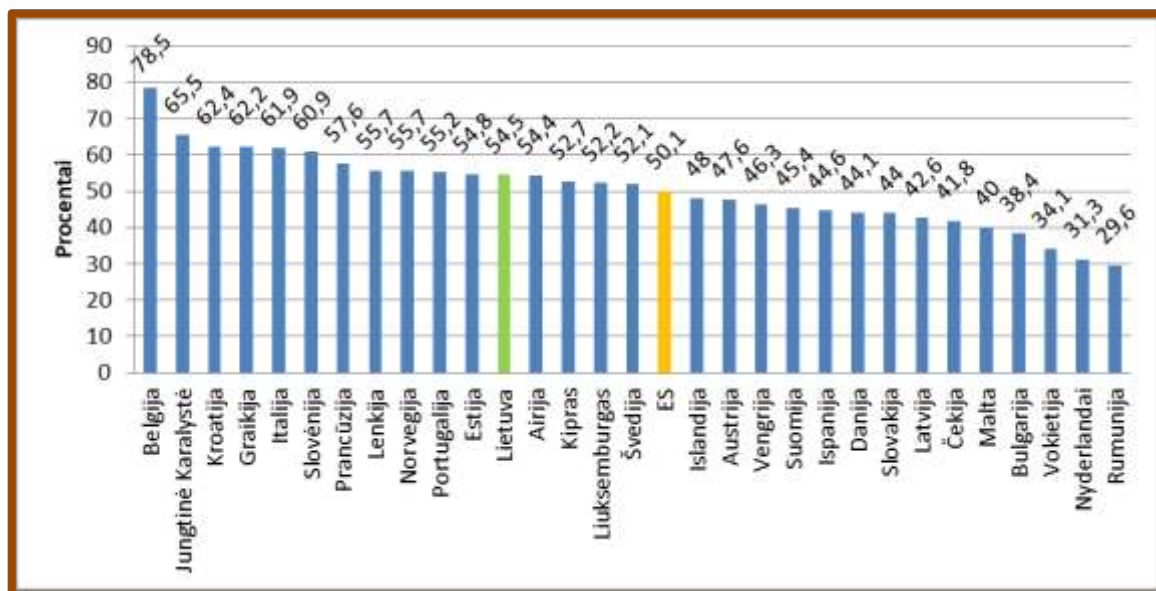
	Metai	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Iš viso	<i>Insultas</i>	53,15	52,66	51,34	48,41	47,23	45,67	47,62	44,40	46,44	44,65	42,58
	<i>Trachėjos, bronchų, plaučių piktybiniai navikai</i>	5,16	4,91	4,95	4,75	5,15	5,06	4,89	5,01	5,04	4,87	4,67
Vyrai	<i>Insultas</i>	52,95	50,08	49,26	47,42	45,49	43,92	47,71	42,87	44,16	44,11	42,12
	<i>Trachėjos, bronchų, plaučių piktybiniai navikai</i>	9,52	8,93	8,99	8,90	9,49	8,98	8,67	8,86	9,06	8,55	8,01
Moterys	<i>Insultas</i>	53,48	54,86	53,04	49,31	48,69	47,07	47,73	45,63	48,26	45,17	43,09
	<i>Trachėjos, bronchų, plaučių piktybiniai navikai</i>	1,40	1,44	1,49	1,21	1,45	1,70	1,65	1,72	1,62	1,73	1,79
15–49	<i>Insultas</i>	7,66	5,71	7,39	6,26	5,67	5,98	5,44	6,02	6,10	5,36	4,41
	<i>Trachėjos, bronchų, plaučių piktybiniai navikai</i>	0,38	0,47	0,47	0,49	0,48	0,48	0,42	0,34	0,35	0,30	0,32
50–69	<i>Insultas</i>	75,48	70,84	66,78	60,42	61,88	53,63	53,86	48,21	49,91	48,12	42,37
	<i>Trachėjos, bronchų, plaučių piktybiniai navikai</i>	11,40	10,45	10,58	9,72	9,55	9,37	9,32	9,39	9,17	8,57	7,88
70+	<i>Insultas</i>	282,59	283,22	270,18	250,68	233,69	225,92	235,13	220,89	227,76	217,27	209,53
	<i>Trachėjos, bronchų, plaučių piktybiniai navikai</i>	20,92	19,40	18,73	17,54	19,91	18,76	17,22	17,79	18,02	17,74	17,25

2014 m. 55,7 proc. ES gyventojų vaisius vartojo bent kartą per dieną. Lietuvos gyventojai vaisius vartojo šiek tiek rečiau – 47,9 proc. per dieną. Mažiausiai vaisių vartojo Rumunija, Bulgarija bei mūsų kaimynė – Latvija. Daugiausia vaisių vartojo šiltesnio klimato Europos šalys: Italija, Portugalija ir Ispanija (34 pav.).



34 pav. Vaisių vartojimas bent kartą per dieną Europoje 2014 m.

2014 m. bent kartą per dieną daržovių vartojimo ES vidurkis yra mažesnis nei vaisių – 50,1 proc., tačiau Lietuva linkusi daržoves valgyti dažniau. 54,5 proc. Lietuvos gyventojų bent kartą per dieną valgo daržoves. Mažiausiai daržovių valgo Rumunija, Nyderlandai ir Vokietija, o daugiausia – Belgija, Jungtinė Karalystė ir Kroatija (35 pav.).

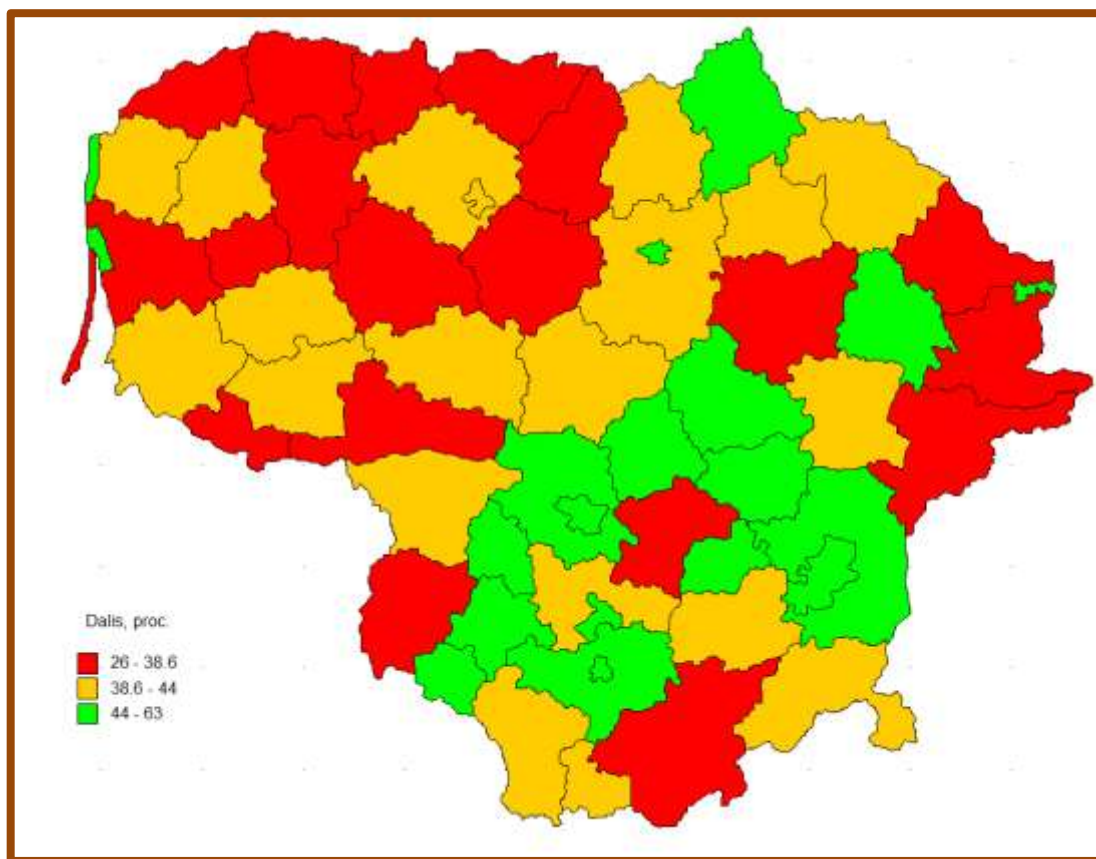


35 pav. Daržovių vartojimas bent kartą per dieną Europoje 2014 m.

2007 m. ir 2014 m. atliktų suaugusių ir pagyvenusių Lietuvos gyventojų faktinės mitybos ir mitybos įpročių tyrimų metu išsiaiškinta, kaip pakito Lietuvos gyventojų vaisių, daržovių bei natrio vartojimas.

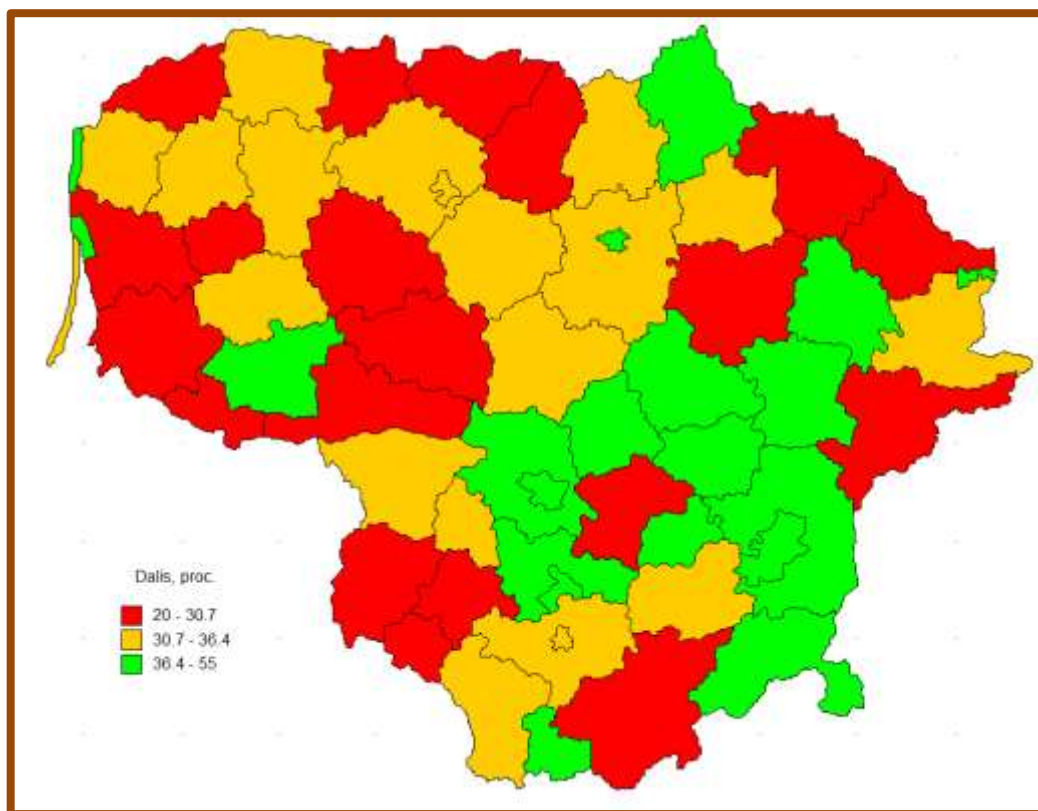
2007 m. atliktas tyrimas parodė, kad gyventojai vidutiniškai per parą suvartoja 86,06 g vaisių, 284,48 g daržovių, riešutų, ankštinių, įskaitant morkas, pomidorus ir lapines daržoves. Vyrai vartojo 4,3 g natrio vidutiniame paros maisto davinyje, o moterys – 2,8 g. Tuo tarpu 2014 m. gyventojai vidutiniškai per parą vartojo daugiau vaisių – 148,1 g, šiek tiek mažiau daržovių, riešutų, ankštinių, įskaitant morkas, pomidorus ir lapines daržoves – 226 g. Vyrai ir moterys vidutiniame paros maisto davinyje vartojo mažiau natrio (vyrai – 3,5 g, moterys – 2,3 g) [10–11].

2018 m., remiantis suaugusiųjų gyvenamosios suvestinės tyrimo duomenimis, valgančiųjų kasdien daržoves buvo 42,0 proc. [12]. 2018 m. daugiausia daržovių kiekvieną dieną vartojo Vilniaus miesto – 62,6 proc., Vilniaus rajono – 59,8 proc., Palangos miesto – 58 proc. bei Elektrėnų sav. gyventojai – 55,9 proc. Tuo tarpu mažiausiai PSO rekomendacijų laikosi Skuodo rajono sav. gyventojai – 26,2 proc., Rietavo sav. – 27 proc. ir Vilkaviškio rajono sav. – 30,4 proc. (36 pav.).



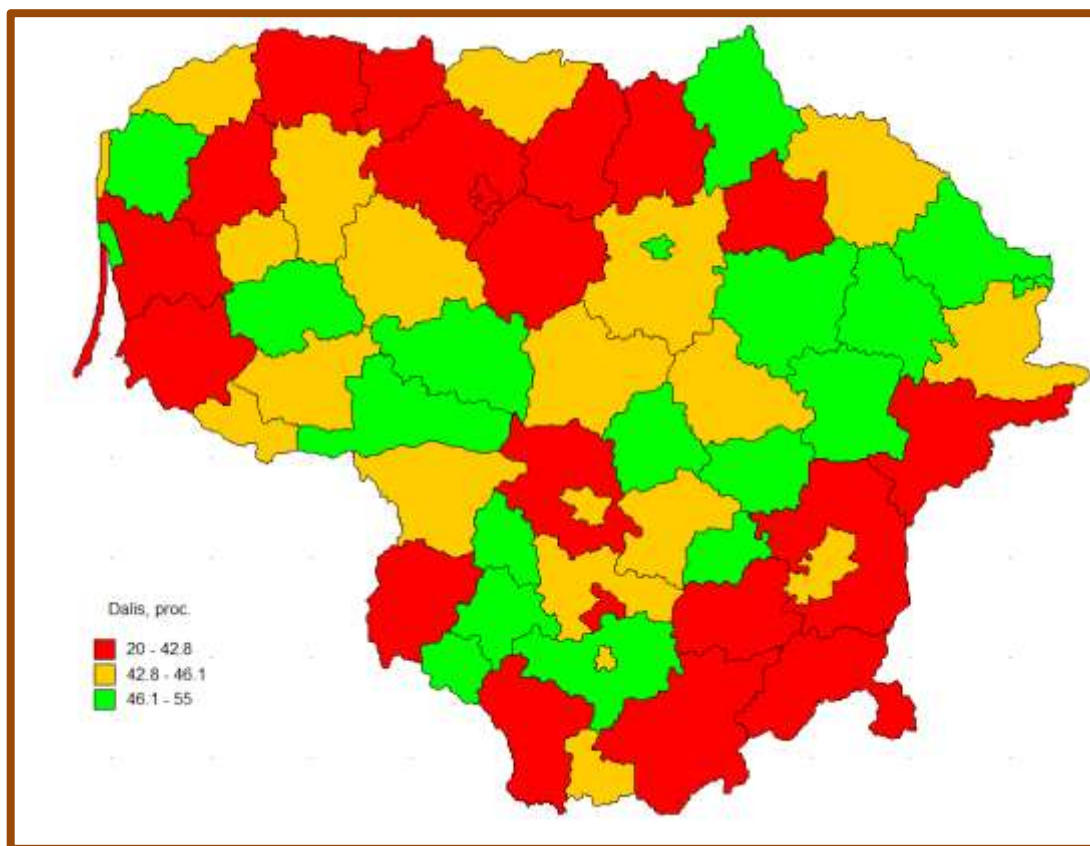
36 pav. Suaugusiųjų, kurie bent kartą per dieną valgo daržoves, dalis pagal Lietuvos savivaldybes 2018 m.

Gyventojų, vartojančių vaisius, yra šiek tiek mažiau nei daržoves. 2018 m. kasdien vaisius vartojo 34,7 proc. Daugiausia jų vartojo Elektrėnų sav. – 54,9 proc., Vilniaus rajono sav. – 54,9 proc. bei Vilniaus miesto gyventojai – 54,3 proc. Mažiausiai vaisių vartojo Anykščių rajono sav. – 20,4 proc., Rietavo sav. – 21,9 proc. bei Skuodo rajono sav. gyventojai – 22,8 proc. (37 pav.). Pastebima, kad Žemaitijoje žmonių, vartojančių vaisių ir daržovių, yra kur kas mažiau nei kituose etnografiniuose regionuose.



37 pav. Suaugusiųjų, kurie bent kartą per dieną valgo vaisius, dalis pagal Lietuvos savivaldybes 2018 m.

Remiantis kitu atliktu tyrimu, 2018 m. šis skaičius buvo didesnis – 43,8 proc. Daugiausiai gyventojų, papildomai nededančių druskos į jau pagamintą patiekalą, buvo Marijampolės sav. (54,6 proc.), Kazlų Rūdos sav. (54,21 proc.) ir Alytaus rajono sav. (49,7 proc.). Tuo tarpu mažiausiai gyventojų, papildomai nededančių druskos į jau pagamintą patiekalą, buvo Vilniaus rajono sav. (20,9 proc.), Neringos sav. (33 proc.) ir Šiaulių miesto sav. (36 proc.) (38 pav.).



38 pav. Suaugusiųjų, kurie papildomai nededa druskos į paruoštą maistą, dalis pagal Lietuvos savivaldybes 2018 m.

Fizinis aktyvumas

Fizinis aktyvumas dažniausiai apibūdinamas kaip bet kokie kūno judesiai, kuriuos sukelia raumenų susitraukimai. Fizinis efektyvumas yra vienas iš svarbiausių organizmo energijos sunaudojimo veiksnių, todėl jis būtinas energijos balansui palaikyti [13].

PSO rekomendacijose siūloma kasdieninė, bent jau vidutinio intensyvumo, fizinė veikla, kuriai nereikėtų ypatingų sąlygų ar didelių pastangų (suaugusiesiems – ne mažiau 30 min. vidutinio intensyvumo fizinio krūvio 5 kartus per savaitę) [13].

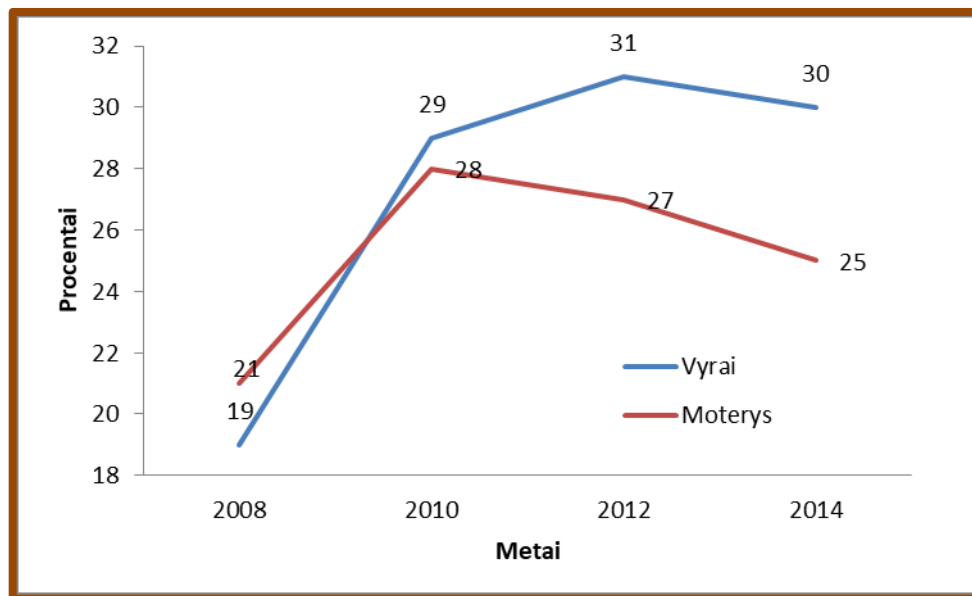
Eurostato duomenimis, 2014 m. net 63,7 proc. Lietuvos gyventojų neužsiiminėjo aerobiniu fiziniu aktyvumu, kai ES ši dalis – 48,8 proc. O Rumunija mažiausiai aerobiniu fiziniu aktyvumu užsiiminėjusi šalis – net 84,4 proc. gyventojų visiškai neskyrė tam laiko. Tuo tarpu Danijoje tokių gyventojų buvo mažiausiai – 18,7 proc. Daugiau nei 300 minučių aerobine fizine veikla užsiiminėjo Norvegijos gyventojai – 36,1 proc., o mažiausiai Rumunijos gyventojai – 4 proc. (11 lent.).

11 lent. Laikas, praleistas sveikatai stiprinti, su aerobiniu fiziniu aktyvumu Europoje 2014 m., proc.

Šalys	0 minučių	1–149 minutės	150–299 minutės	300+ minučių
<i>ES</i>	48,8	20,4	14,2	16,6
<i>Bulgarija</i>	82,7	7,3	4,5	5,5
<i>Čekija</i>	47,4	24,2	14,3	14,1
<i>Danija</i>	18,7	26,7	23,6	31,0
<i>Vokietija</i>	28,8	22,9	21,8	26,4
<i>Estija</i>	52,3	24,5	11,1	12,1
<i>Airija</i>	52,5	18,5	14,6	14,5
<i>Graikija</i>	74,1	9,2	7,6	9,1
<i>Ispanija</i>	51,0	15,0	12,9	21,1
<i>Prancūzija</i>	49,0	26,0	13,3	11,7
<i>Kroatija</i>	58,6	22,0	8,8	10,6
<i>Italija</i>	65,0	16,8	9,4	8,9
<i>Kipras</i>	60,2	14,6	14,8	10,4
<i>Latvija</i>	51,4	25,3	11,5	11,8
<i>Lietuva</i>	63,7	16,6	10,8	8,9
<i>Liuksemburgas</i>	36,5	21,9	19,7	21,9
<i>Vengrija</i>	43,4	27,9	11,8	16,8
<i>Malta</i>	47,3	17,7	15,5	19,4
<i>Austrija</i>	25,1	24,6	21,0	29,4
<i>Lenkija</i>	58,8	24,1	9,0	8,1
<i>Portugalija</i>	62,8	18,8	9,2	9,3
<i>Rumunija</i>	84,4	7,0	4,6	4,0
<i>Slovėnija</i>	39,1	23,0	15,5	22,4
<i>Slovakija</i>	47,7	22,9	14,0	15,4
<i>Suomija</i>	23,0	22,4	26,4	28,2
<i>Švedija</i>	24,6	21,3	23,4	30,7
<i>Jungtinė Karalystė</i>	41,2	21,8	16,3	20,7
<i>Islandija</i>	28,0	11,2	30,6	30,2
<i>Norvegija</i>	26,9	16,2	20,8	36,1

Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimo rezultatai rodo, kad Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas linkęs didėti. 2008 m. 19 proc. vyrų ir 21 proc. moterų mankštinosi bent keturis

kartus per savaitę, o 2014 m. šie skaičiai padidėjo atitinkamai iki 31 proc. moterų ir 25 proc. vyrų. Vyrų didžiausia reikšmė buvo 2012 m., o moterų 2010 m. (39 pav.) [14].



39 pav. Lietuvos gyventojų, sportuojančių bent 30 min 4 ir daugiau dienų per savaitę, dalis 2008–2014 m.

2017 m. fizinio aktyvumo tyrimo rezultatai [15] atskleidė, kad nuo 2013 m. iki 2017 m. sportuojančių / besimankštinančių gyventojų dalis didėja, o nesportuojančių / nesimankštinančių – mažėja (12 lent.).

12 lent. Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas 2013–2017 m.

Metai	Sportuoja / mankština, proc.	Nesportuoja / nesimankština, proc.	Nėra duomenų, proc.	Imtis, n
2013	50	47	3	1019
2014	38	61	1	1007
2015	59	40	1	1014
2016	56	41	3	1519
2017	60	39	1	1525

Lietuvoje, lyginant 2015 m. ir 2017 m., labai nežymiai padidėjo dažniau sportuojančių gyventojų dalis. Sportuojančių 5 kartus per savaitę ir dažniau padidėjo 2 procentiniais vienetais, sportuojančių 3–4 kartus per savaitę – 1 procentiniu vienetu, sportuojančių 1–2 kartus per savaitę – taip pat 1 procentiniu vienetu (13 lent.).

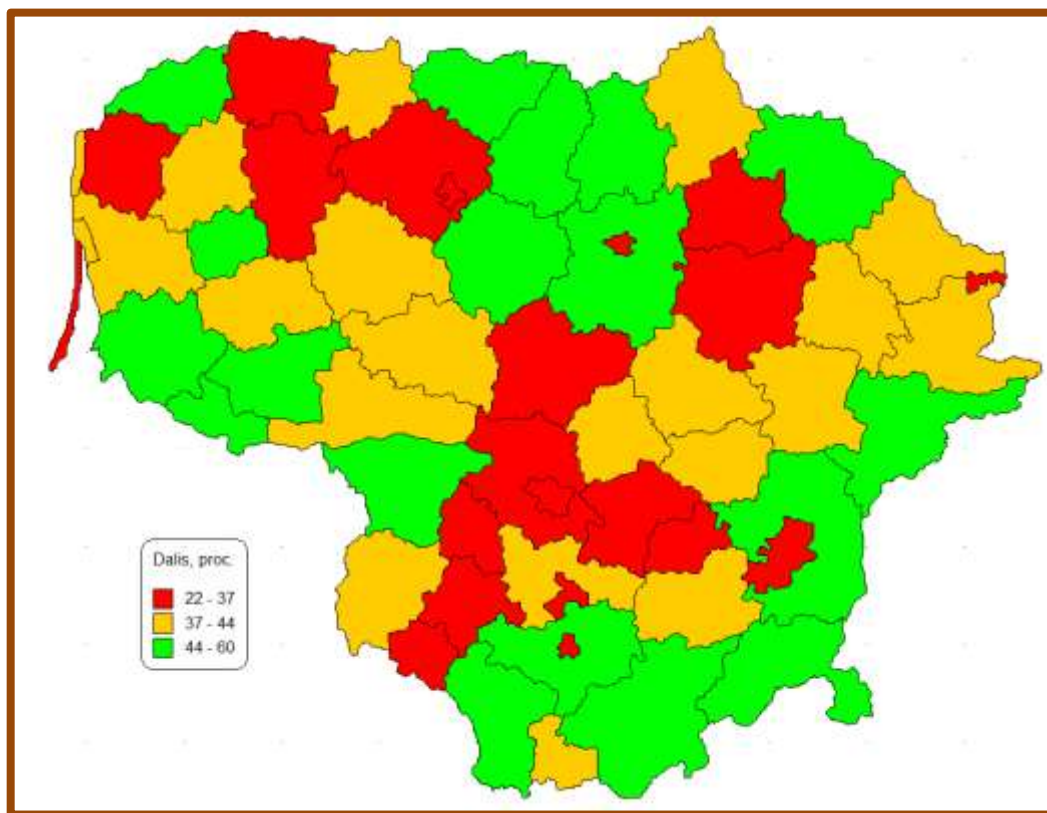
13 lent. Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo dažnumas 2015–2017 m.

Dažnumas, proc.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
<i>5 kartus per savaitę ir dažniau</i>	5	6	7
<i>3–4 kartus per savaitę</i>	11	9	12
<i>1–2 kartus per savaitę</i>	19	19	20
<i>1–3 kartus per mėnesį</i>	12	12	11
<i>Rečiau nei kartą per mėnesį</i>	11	10	10
<i>Niekada</i>	40	41	39
<i>Nenurodė</i>	1	3	1

„Spinter“ tyrimo duomenimis, 2013 m. 27 proc. respondentų 5 kartus per savaitę ar dažniau užsiiminėjo aktyvia fizine veikla. 2014 m. ši dalis respondentų išaugo iki 33 proc., bet 2016 m. sumažėjo iki 19 proc.

Suaugusiųjų gyvenamosios tyrimo metu pateikiama, kad 2018 m. aktyvia fizine veikla (bent po 30 min. 5 dienas per savaitę) užsiiminėjo 40,5 proc. Lietuvos gyventojų. O remiantis naujausiu tyrimu, pastebima, kad Lietuvos gyventojams fizinis aktyvumas yra vis labiau priimtinesnis. 2018 m. mažiausiai aktyvia fizine veikla užsiiminėjo Kalvarijos savivaldybės gyventojai – 27,3 proc., Telšių rajono – 27,3 proc. bei Vilniaus miesto – 29,4 proc. Labiausiai aktyvia fizine veikla

užsiiminėjo Vilniaus rajono – 59,6 proc., Panevėžio rajono– 55,2 proc. bei Pagėgių savivaldybės gyventojai – 53,8 proc. (40 pav.).

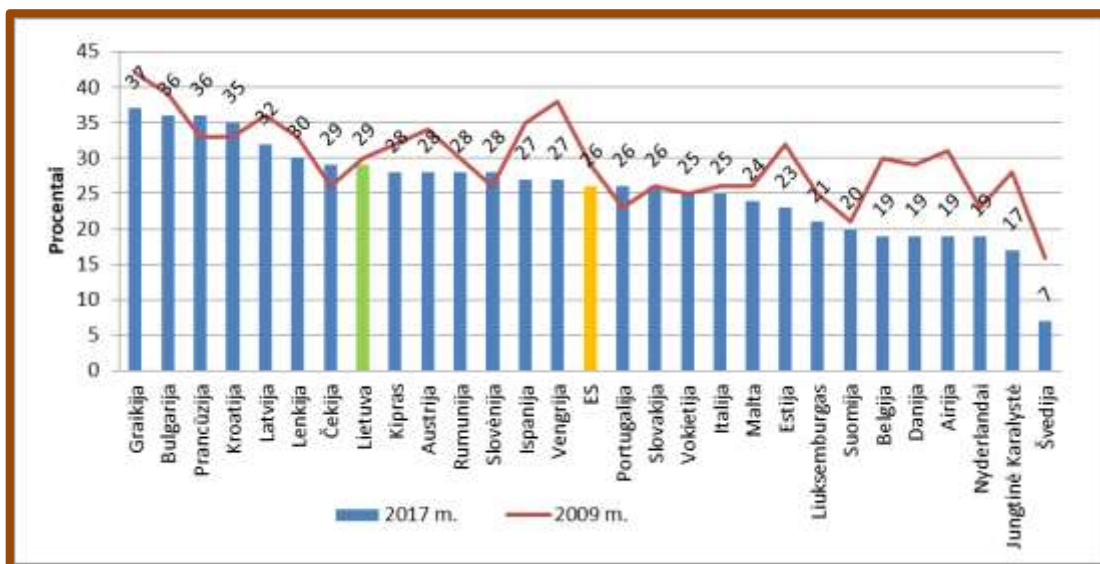


40 pav. Suaugusiųjų, kurie užsiima aktyvia fizine veikla bent 30 min. 5 dienas per savaitę ar dažniau, dalis pagal Lietuvos savivaldybes 2018 m.

Rūkymas

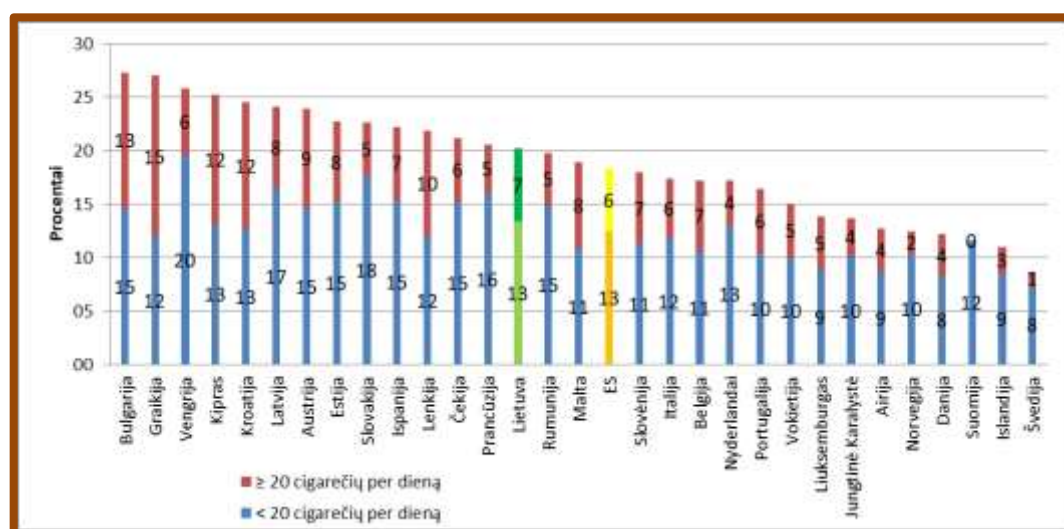
Rūkymas yra didelė problema visame pasaulyje. Jis lemia 5–7 proc. visos pasaulinės ligų naštos [33]. Tabako dūmuose randama apie 4000 cheminių junginių, iš kurių net keli šimtai laikomi kenksmingais sveikatai ir 40 iš jų – kancerogenais. Nikotinas – svarbiausia tabako dūmų veiklioji medžiaga, sąlygojanti priklausomybės atsiradimą [17].

Rūkančiųjų paplitimo rodiklis įvertina 15 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų, šiuo metu rūkančių cigaretes, cigarus, cigariles ar pypkę, dalį. 2009 m. ES buvo 29 proc. rūkančių gyventojų, kas yra 3 procentais daugiau nei 2017 m. Taigi Europoje sumažėjo rūkančių gyventojų. Lietuvoje 2009 m. rūkančiųjų taip pat buvo šiek tiek daugiau nei 2017 m. Graikija tiek 2009 m., tiek 2017 m. išlieka labiausiai rūkančiąja šalimi, o Švedija – mažiausiai (41 pav.).



41 pav. Rūkymo paplitimas Europoje 2009–2017 m.

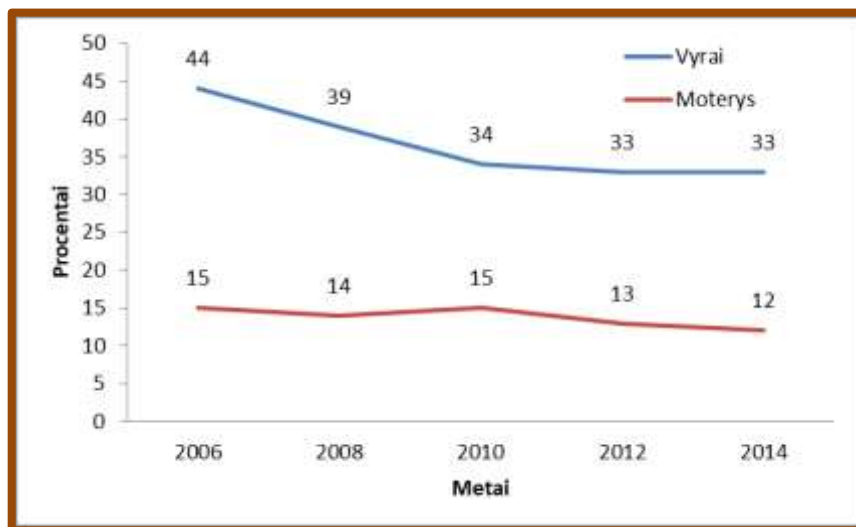
Lietuvos kasdieninių rūkorių paplitimas artimas ES vidurkiui (skaičiuojamas tik surūkytų cigarečių skaičius). 2014 m. Lietuvoje buvo apie 20 proc. kasdieninių rūkorių, iš kurių 13 proc. sudarė surūkantys mažiau nei 20 cigarečių per dieną ir 7 proc. – 20 ar daugiau cigarečių per dieną. Daugiausia tokių rūkorių buvo Bulgarijoje – 28 proc., tačiau 20 ar daugiau cigarečių per dieną daugiausia surūkė Graikijos gyventojai. Mažiausiai kasdieninių rūkorių Švedijoje – 9 proc. (42 pav.).



42 pav. Kasdieninių rūkorių paplitimas Europoje pagal surūkytų cigarečių skaičių 2014 m.

Kaip nurodo Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, cigarečių importas 2016 m., palyginus su 2015 m., sumažėjo net 15,2 proc. Taip pat tabako gaminių mažmeninės kainos 2016 m., palyginti su 2015 m., padidėjo 7,5 proc. (tokį padidėjimą lėmė didesnis akcizo tarifas) [18].

Kasdien rūkančių Lietuvos gyventojų dalis 2006–2014 m. mažėjo tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų. Per 5 metus kasdien rūkančių vyrų dalis sumažėjo nuo 44 proc. iki 33 proc., o moterų – nuo 15 proc. iki 12 proc. (43 pav.) [14].



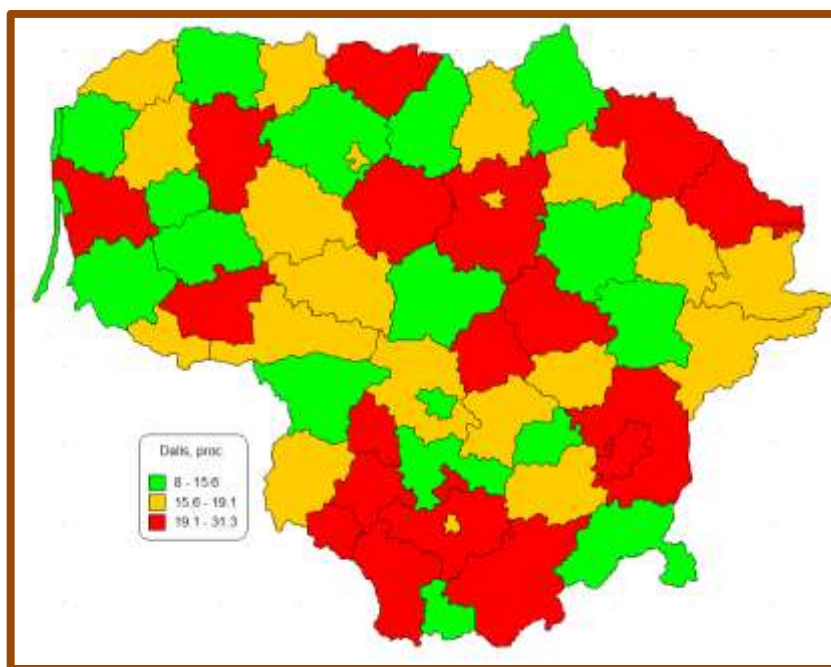
43 pav. Kasdien rūkančių Lietuvos gyventojų dalis pagal lytį 2006–2014 m.

Lyginant su 2005 m., 2014 m. sumažėjo kasdien rūkančių 15 metų ir vyresnių Lietuvos gyventojų vidutinis surūkomų cigarečių skaičius – nuo 15,4 iki 14. Kasdien rūkantys vyrai ir moterys vidutiniškai pradėjo rūkyti apie vieną cigaretę mažiau. Mieste gyvenantys kasdieniniai rūkoriai vidutiniškai surūko 1,5 cigaretės mažiau, o kaime – 1,3 cigaretės mažiau. Nors žemo ir vidutinio išsilavinimo žmonės rūko dažniau nei aukšto išsilavinimo gyventojai, bet visi jie pradėjo rūkyti vidutiniškai mažiau cigarečių per dieną. Didžiausias sumažėjimas pastebimas tarp aukštą išsilavinimą turinčių gyventojų – jie vidutiniškai surūko 1,8 cigaretės mažiau (14 lent.) [19].

14 lent. Kasdien rūkantys Lietuvos gyventojai pagal vidutinį surūkomų cigarečių skaičių 2005 m. ir 2014 m.

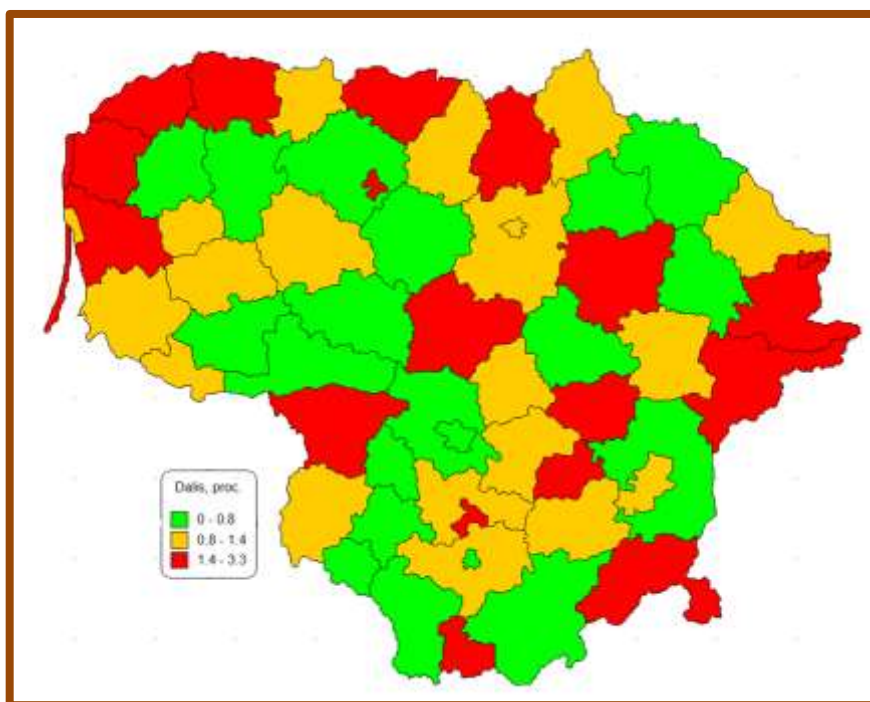
Metai	2005	2014	
Kasdien vidutinis surūkomų cigarečių skaičius			
15 metų ir vyresni gyventojai, iš viso	15,4	14	
Vyrai	16,6	15,4	
Moterys	10,9	9,9	
Miestas	14,8	13,3	
Kaimas	16,4	15,1	
Išsilavinimo lygis	<i>Žemas</i>	15,5	14,9
	<i>Vidutinis</i>	15,7	14,4
	<i>Aukštas</i>	13,7	11,9

2018 m. atliktas kitas tyrimas nustatė, kad rūkančiųjų dalis buvo mažesnė ir siekė 17,3 proc. Mažiausiai kasdien rūkančiųjų buvo Palangos miesto savivaldybėje – 8 proc., Biržų rajono savivaldybėje – 8,4 proc. ir Klaipėdos miesto savivaldybėje – 9 proc. Daugiausiai kasdien rūkančiųjų Vilniaus rajono savivaldybėje – 31,3 proc., Kalvarijos savivaldybėje – 26,4 proc. ir Visagino savivaldybėje – 25,1 proc. (44 pav.).



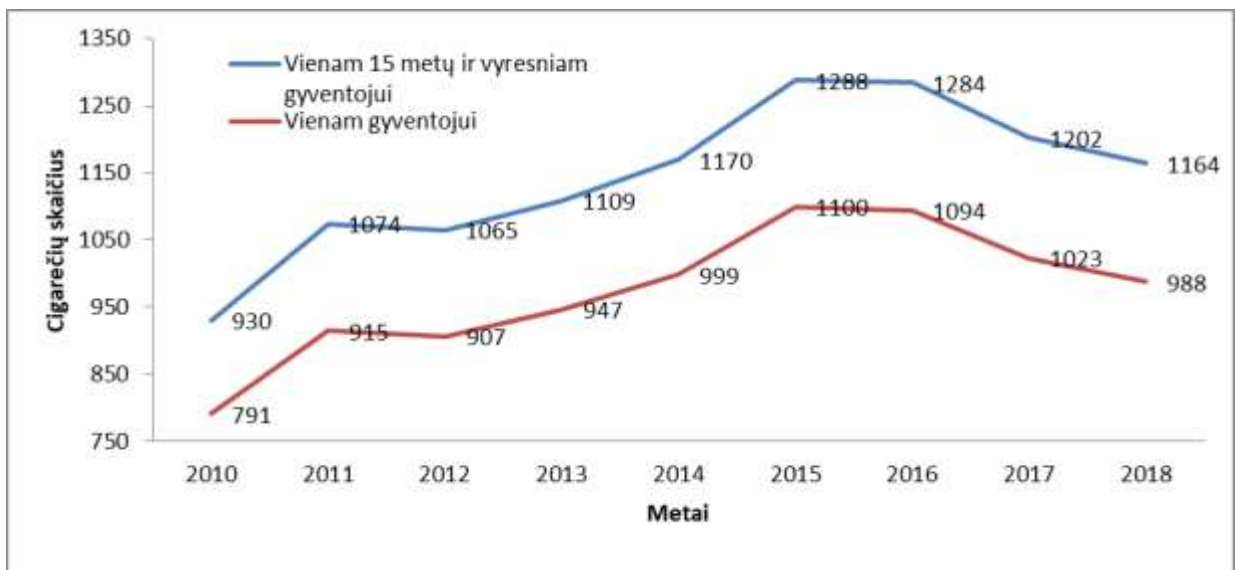
44 pav. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų kasdien rūkė tabako gaminius, dalis Lietuvoje 2018 m.

Nėra neįvalingo rūkymo būdo, todėl net ir pakeitus įprastas tabako cigaretes cigaru, pypke, elektronine cigarete ar kaljanu, neišvengiama su rūkymu susijusios rizikos sveikatai [17]. 2018 m. kasdien elektronines cigaretes rūkė 1,1 proc. Utenos rajono ir Kalvarijos savivaldybėse nebuvo kasdien elektronines cigaretes rūkančiųjų. Jurbarko r., Lazdijų r., Marijampolės, Plungės r. ir Šiaulių r. savivaldybėse kasdien elektronines cigaretes rūkančiųjų dalis buvo mažiausia – 0,2 proc. Daugiausiai elektronines cigaretes kasdien rūkė šių savivaldybių gyventojai: Birštono – 3,3 proc., Visagino – 3 proc. bei Elektrėnų – 2,8 proc. (45 pav.).



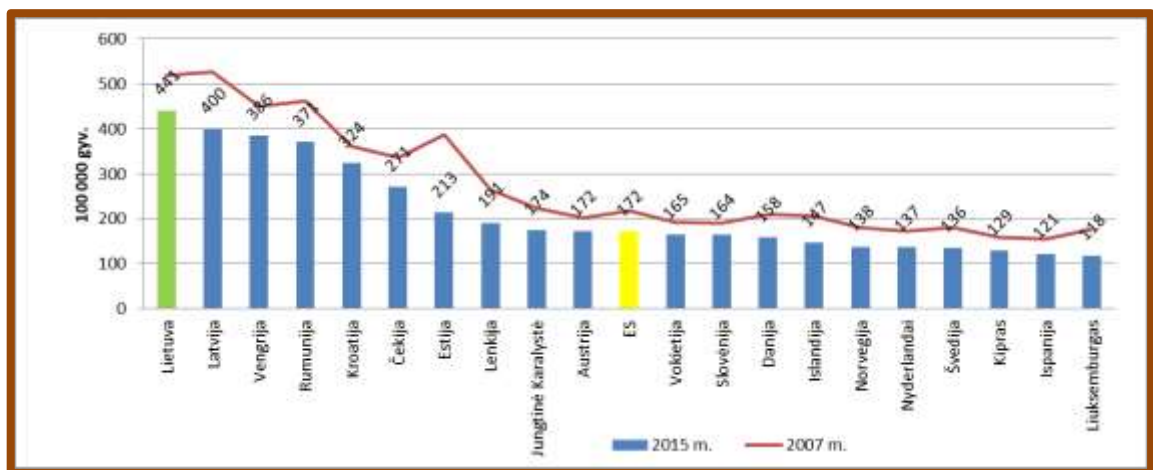
45 pav. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų kasdien rūkė elektronines cigaretes, dalis Lietuvoje 2018 m.

Lietuvoje iki pat 2015 m. didėjo legalaus tabako suvartojimas vienam bei vienam 15 m. ir vyresniam gyventojui, bet vėliau iki 2018 m. šis rodiklis mažėjo. 2018 m. Lietuvos gyventojai rūkė apie 25 proc. daugiau cigarečių nei 2010 m. (46 pav.).



46 pav. Legalaus tabako suvartojimas Lietuvoje 2010–2017 m.

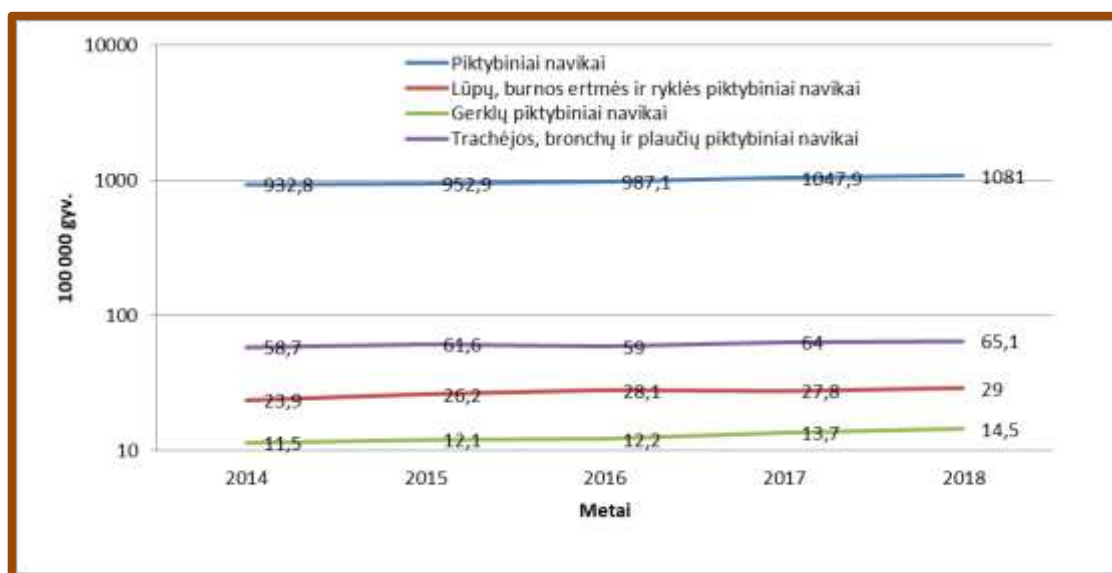
2007 m. ES standartizuotas mirtingumas dėl su rūkymu susijusių priežasčių siekė 217 mirčių/100 000 gyv. Visų šalių šis mirtingumo rodiklis sumažėjo ir 2015 m. siekė 172 mirtis/100 000 gyv. Lietuvos padėtis nėra gera: dėl su rūkymo susijusių priežasčių mirė daugiausiai gyventojų tiek 2007 m., tiek 2015 m. 2007 m. mažiausias mirtingumas buvo Ispanijoje, o 2015 m. – Liuksemburge (47 pav.) [27].



47 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl su rūkymu susijusių priežasčių Europoje 2007 m. ir 2015 m.

Lietuvoje nuo 2014 m. iki 2018 m. palaipsniui didėjo ligotumas piktybiniais navikais dėl rūkymo. 2018 m. šis rodiklis buvo apie 16,9 proc. didesnis nei 2014 m. Lupų, burnos ertmės ir

ryklės, gerklų bei trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai turėjo didėjančią tendenciją nuo 2014 m. iki 2018 m. (48 pav.) [28]



48 pav. Ligotumas piktybiniais navikais dėl rūkymo Lietuvoje 2014–2018 m.

Lietuvoje 2018 m. šiek tiek padidėjo mirtingumas dėl su rūkymu susijusių piktybinių navikų, palyginus su 2017 m., tačiau matomas sumažėjimas kaimo vietovėse. Rūkymo sukeltas trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų mirtingumas sumažėjo, bet tik ne tarp moterų ir miesto vietovėse. Su rūkymo susijęs lūpų, burnos ertmės ir ryklės piktybinių navikų mirtingumas turėjo didėjančią tendenciją. Rūkymo sukeltas gerklų piktybinių navikų mirtingumas padidėjo, tačiau tarp vyrų ir kaimo vietovėse pastebimas sumažėjimas [28] (15 lent.).

15 lent. Mirtingumas dėl su rūkymu susijusių piktybinių navikų 100 000 gyv. Lietuvoje 2017–2018 m.

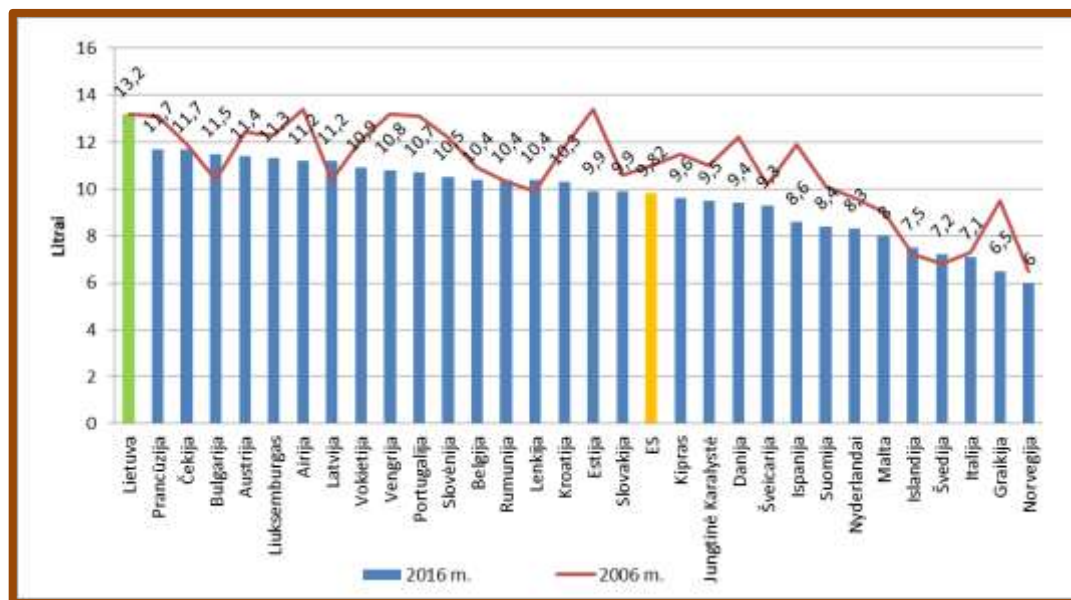
Ligos	2017 m.					2018 m.				
	Iš viso	Vyrai	Moterys	Miestas	Kaimas	Iš viso	Vyrai	Moterys	Miestas	Kaimas
<i>Piktybiniai navikai</i>	58,3	100,9	21,9	50,1	75,1	59,0	101,7	22,1	53,4	70,4
<i>Trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai</i>	43,5	73,7	17,7	38,6	53,6	42,8	71,8	17,9	40,0	48,7
<i>Lūpų, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai</i>	10,7	18,8	3,7	8,7	14,6	12,0	21,6	3,7	9,9	16,1
<i>Gerklų piktybiniai navikai</i>	4,1	8,4	0,5	2,8	6,9	4,2	8,3	0,6	3,5	5,6

Alkoholio vartojimas

Žalingas alkoholio vartojimas siejamas su daugeliu ligų (įvairių lokalizacijų vėžiai, insultas, kepenų cirozė, naujagimiui – įgimtos ydos bei proto negalia), taip pat su mirtimis ir neįgalumu dėl transporto avarijų, traumų, užpuolimų, smurto, žmogžudysčių bei savižudybių.

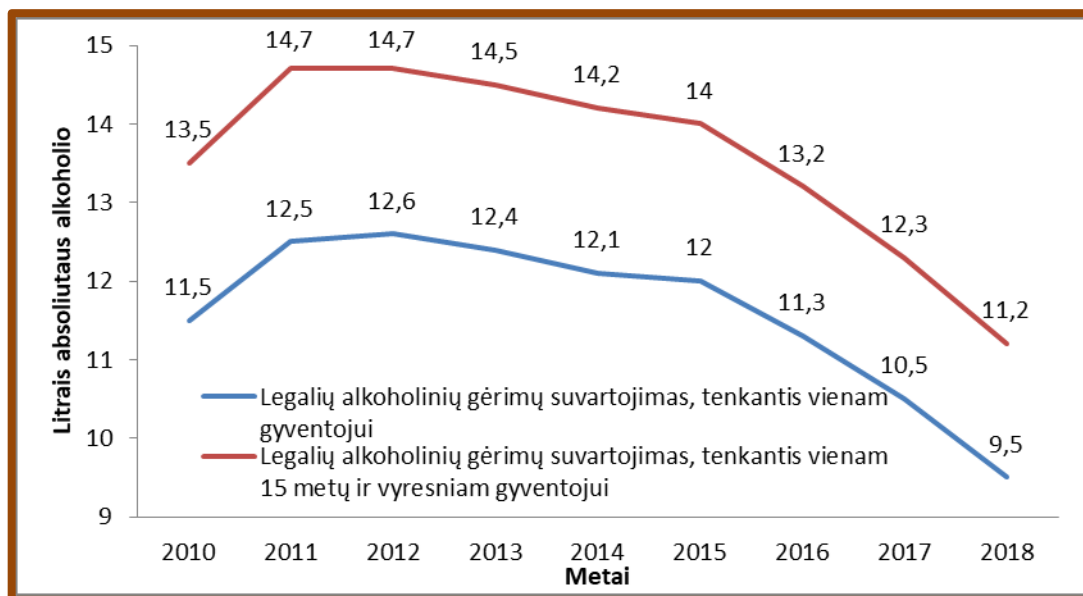
Alkoholio poveikis gali būti skirstomas į trumpalaikį ir ilgalaikį. Trumpalaikis – sulėtėjusi reakcija, sulėtėję refleksai, sutrikusi koordinacija, sutrikęs sugebėjimas aiškiai mąstyti, sutrikusi orientacija aplinkoje, sutrikusi atmintis, vėmimas, pablogėjęs regėjimas, padidėjusi galimybė susižeisti, sutrikusi sąmonė, koma, mirtis. Ilgalaikis – priklausomybė nuo alkoholio, atminties sutrikimas, kepenų cirozė, toksinis smegenų pažeidimas, nervų sistemos pažeidimas, širdies ligos, sutrikusi mityba, gyvenimo trukmės sutrumpėjimas, mirtis su alkoholiu susijusiuose nelaiminguose atsitikimuose [20].

2016 m. ES vidutiniškai vienas 15 m. ir vyresnio amžiaus gyventojas išgėrė 9,82 litro alkoholio. Lyginant su 2006 m., šis rodiklis sumažėjo 1,17 l. Lietuvos rodikliai 2006 m. ir 2016 m. buvo tokie patys – Lietuvos 15 m. ir vyresnio amžiaus gyventojai išgerdavo vidutiniškai po 13,2 l. alkoholio, kas buvo didžiausias rodiklis tarp ES šalių. 2006 m. tik Estija viršijo Lietuvos rodiklį – Estijos 15 m. ir vyresnio amžiaus gyventojai išgerdavo po 13,4 l. alkoholio (49 pav.) [30].



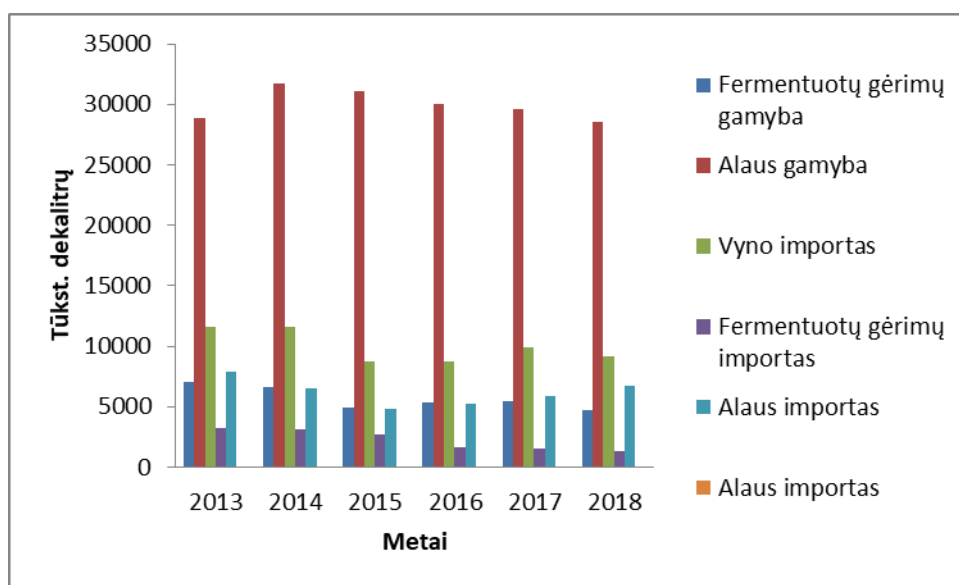
49 pav. Legalaus alkoholinių gėrimų suvartojimas, tenkantis vienam 15 m. ir vyresniam gyventojui Europoje 2006 m. ir 2016 m.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, legalių alkoholinių gėrimų suvartojimas, tenkantis vienam gyventojui, didėjo iki 2012 m., o vėliau mažėjo. Lyginant su 2010 m., 2018 m. rodiklis sumažėjęs 17,4 proc. Legalių alkoholinių gėrimų suvartojimas, tenkantis 15 metų ir vyresniam gyventojui, taip pat turėjo mažėjančią tendenciją nuo 2013 m. (50 lent.). Toki sumažėjimą lėmė daugybė veiksnių.



50 pav. Legalių alkoholinių gėrimų suvartojimas Lietuvoje 2010–2018 m.

Lyginant su 2013 m., 2018 m. 18,1 proc. sumažėjo vyno bei 32,8 proc. fermentuotų gėrimų gamyba. Alaus gamyba padidėjo 2014 m., bet vėliau pastebimas jos mažėjimas. Į Lietuvos Respubliką atvežama vis mažiau kitų šalių alkoholinių gėrimų. 2018 m. vyno, fermentuotų gėrimų bei alaus importas, palyginus su 2013 m., sumažėjo atitinkamai 20,7 proc., 60,1 proc. ir 14,1 proc. (51 pav.).



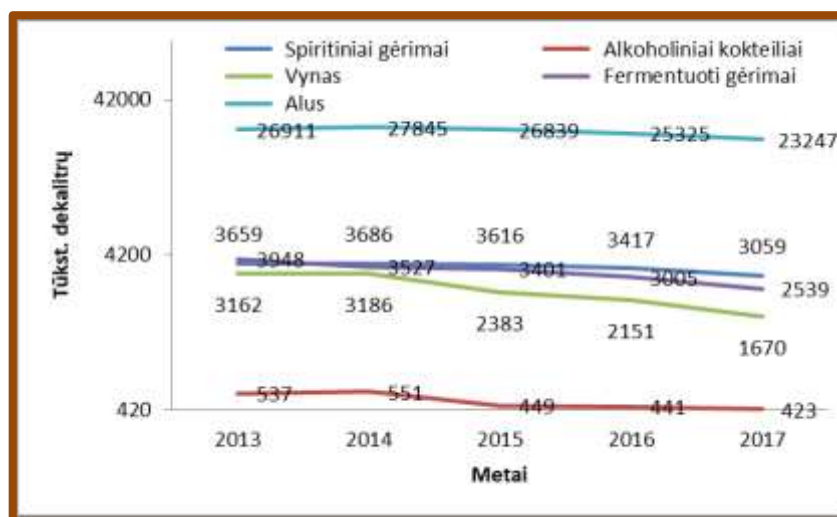
51 pav. Alkoholinių gėrimų gamyba ir importas Lietuvoje 2013–2018 m.

Lietuvoje 2014–2017 m. alkoholinių gėrimų kainos didėjo kasmet. Labiausiai alkoholinių gėrimų kainos šoktelėjo 2017 m. Vyno kainos nuolat didėjo, o alaus mažėjo (2015 m.), bet 2017 m. alaus kainos išaugo net 25,9 proc., palyginus su 2016 m. (16 lent.).

16 lent. Alkoholinių gėrimų mažmeninių kainų pokyčiai, palyginus su ankstesniu laikotarpiu, Lietuvoje 2014–2018 m.

Metai		2014	2015	2016	2017	2018
Alkoholinių gėrimų mažmeninių kainų pokyčiai, palyginti su ankstesniu laikotarpiu, proc.	<i>Alkoholiniai gėrimai, iš viso</i>	1,6	0,9	2,2	11,7	2,1
	<i>Vynas</i>	1,8	4,1	1,9	7,4	2,2
	<i>Alus</i>	4,7	-5,2	1,8	25,9	4,7

Lietuvoje alkoholinių gėrimų pardavimas prekybos ir maitinimo įmonėse 2013–2017 m. nuolat mažėjo. 2017 m. spiritinių gėrimų pardavimai sumažėjo 16,4 proc., palyginus su 2013 m. Alkoholinių kokteilių pardavimai krito 21,2 proc., palyginus su 2017 m. ir 2013 m. Vyno, fermentuotų gėrimų bei alaus pardavimai, palyginus 2017 m. ir 2013 m., atitinkamai sumažėjo 47,2 proc., 35,7 proc. ir 13,6 proc. (52 pav.).



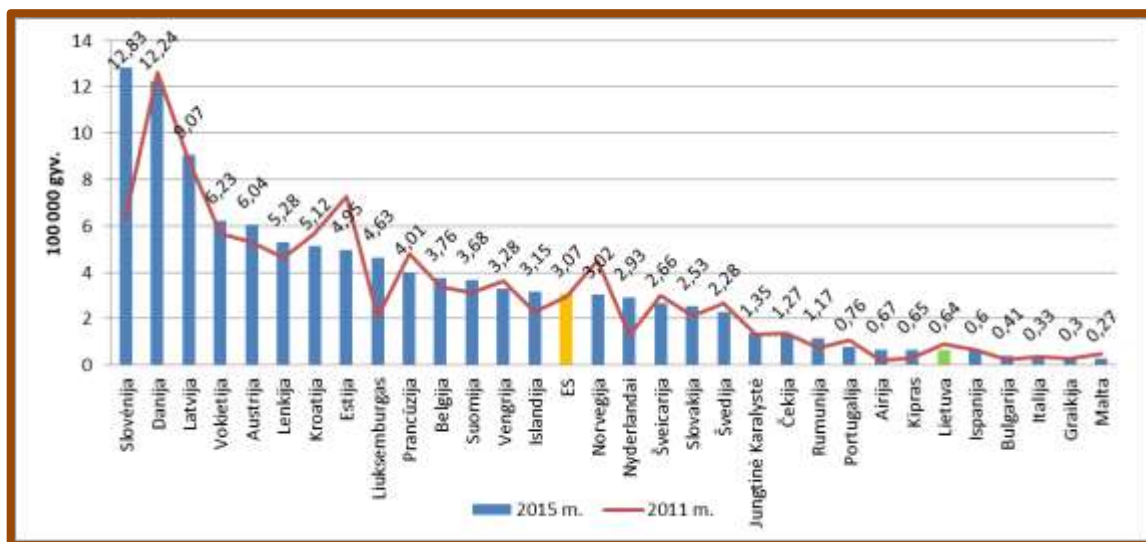
52 pav. Alkoholinių gėrimų pardavimas prekybos ir maitinimo įmonėse Lietuvoje 2013–2017 m.

Lietuvos automobilių kelių direkcijos prie Susisiekimo ministerijos duomenimis, Lietuvoje įsigaliojus naujiems įstatymams, sumažėjo kelių eismo įvykių dėl alkoholio skaičius. Neblaivių asmenų kaltė 2017 m. sumažėjo 24,7 proc., palyginus su 2016 m., o neblaivių vairuotojų kaltė sumažėjo 30,5 proc. Dėl neblaivių asmenų sužeistų bei žuvusių žmonių skaičius didėjo iki 2014 m., bet vėliau, įsigaliojus naujiems įstatymams, šie rodikliai pradėjo mažėti iki 2017 m. Dėl neblaivių vairuotojų sužeistų ir žuvusių žmonių skaičius taip pat didėjo iki 2014 m., bet vėliau jis pradėjo mažėti (17 lent.).

17 lent. Kelių eismo įvykių skaičius bei sužeistųjų ir žuvusiųjų dėl neblaivių asmenų ir vairuotojų skaičius Lietuvoje 2012–2017 m.

Metai		2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Kelių eismo įvykių skaičius bei sužeistųjų ir žuvusiųjų dėl neblaivių asmenų ir vairuotojų skaičius	Neblaivių asmenų kaltė	<i>Sužeistieji</i>	422	933	935	840	727	516
		<i>Žuvusieji</i>	88	95	120	102	77	44
		<i>Eismo įvykiai</i>	389	434	438	314	304	335
	Neblaivių vairuotojų kaltė	<i>Sužeistieji</i>	422	431	429	351	324	245
		<i>Žuvusieji</i>	40	32	49	17	18	16
		<i>Eismo įvykiai</i>	273	309	303	231	259	180

2011 m. ES standartizuoto mirtingumo dėl piktnaudžiavimo alkoholiu rodiklis siekė 2,95 mirčių/100 000 gyv. 2015 m. šis rodiklis šiek tiek padidėjo – iki 3,07 mirčių/100 000 gyv. Lietuvos standartizuotas mirtingumas dėl piktnaudžiavimo alkoholiu buvo apie 3,3 karto mažesnis 2011 m. ir apie 4,8 karto 2015 m. nei ES. Didžiausias rodiklis 2011 m. buvo Danijoje – 12,61 mirčių/100 000 gyv., o 2015 m. Slovėnijoje – 12,83 mirčių/100 000 gyv. (53 pav.) [30].



53 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl piktnaudžiavimo alkoholiu Europoje 2011 m. ir 2015 m.

Nuo 2013 m. iki 2017 m. Lietuvoje mažėjo mirtingumas dėl kai kurių su alkoholiu siejamų ligų. Per 5 metus šis rodiklis sumažėjo 22,8 proc. Mirtingumas dėl alkoholinės kardiomiopatijos, kepenų ligos, atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu bei jo poveikio 2017 m. atitinkamai sumažėjo 26,5 proc., 45,3 proc. ir 23,6 proc., palyginus su 2013 m. Vyrų bei moterų mirtingumas dėl kai kurių ligų, siejamų su alkoholiu, tolygiai mažėjo nuo 2013 m. iki 2017 m. Verta pabrėžti, kad nuo 2016 m. iki 2018 m. Lietuvoje pradėjo mažėti alkoholio sukeltas ligotumas, kas taip pat turėjo įtakos mirtingumo rodiklio sumažėjimui. Didžiausias metinis pokytis pastebimas būtent 2017 m. – palyginus su 2016 m., mirtingumas dėl kai kurių ligų, siejamų su alkoholio, sumažėjo labiausiai (18 lent.).

18 lent. Mirtingumas 100 000 gyv. dėl kai kurių ligų, siejamų su alkoholiu, pagal lytį
Lietuvoje 2013–2017 m.

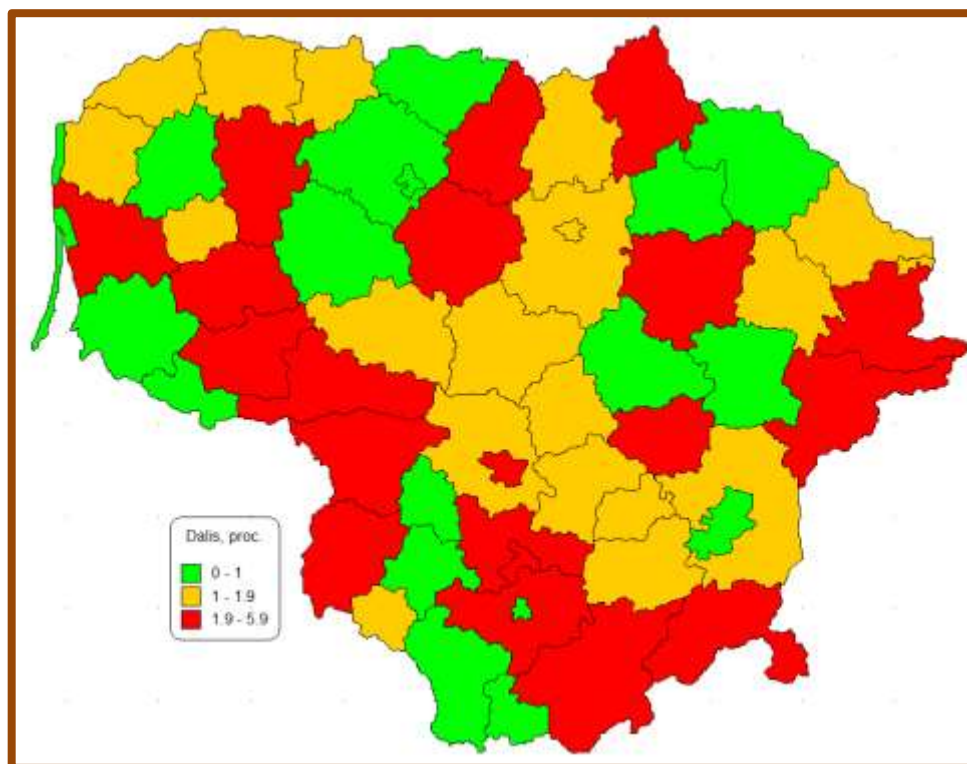
		Metai	2013	2014	2015	2016	2017
Mirtingumas 100 000 gyv.	Vyrai ir moterys	<i>Iš viso</i>	45,5	41,6	40,1	39	35,1
		<i>Alkoholinė kardiomiopatija</i>	3,4	3,3	3	2,9	2,5
		<i>Alkoholinė kepenų liga</i>	15,9	11,6	11	10,8	8,7
		<i>Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis</i>	8,9	8,3	8,7	6,7	6,8
	Vyrai	<i>Iš viso</i>	68	62,5	60	59,7	54,3
		<i>Alkoholinė kardiomiopatija</i>	5,3	5,8	5,5	5,1	4,9
		<i>Alkoholinė kepenų liga</i>	24	18,3	16,9	17	13,9
		<i>Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis</i>	15,9	14,2	14,3	10,7	11,9
	Moterys	<i>Iš viso</i>	26,4	23,8	23	21,3	18,8
		<i>Alkoholinė kardiomiopatija</i>	1,8	1,3	0,9	1	0,5
		<i>Alkoholinė kepenų liga</i>	8,9	5,8	5,9	5,5	4,1
		<i>Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis</i>	2,9	3,2	4	3,4	2,5

2014 m. ES kiekvieną dieną alkoholį vartojo 9,5 proc. gyventojų. Lietuvoje tokių gyventojų buvo tik 0,6 proc. O Portugalija buvo šalis, kurioje alkoholinius gėrimus geria kiekvieną dieną didžiausia dalis gyventojų – 25,1 proc. ES gyventojai dažniausiai alkoholinius gėrimus vartoja kiekvieną savaitę, o Lietuvos – kiekvieną mėnesį. Apie ketvirtadalį ES šalių gyventojų niekada arba per paskutinius 12 mėnesius nevirtavo alkoholinių gėrimų. Mūsų šalyje tokių gyventojų buvo didesnė dalis – 24,3 proc. (19 lent.) [30].

19 lent. Gyventojų dalis pagal alkoholio vartojimo dažnumą Europoje 2014 m.

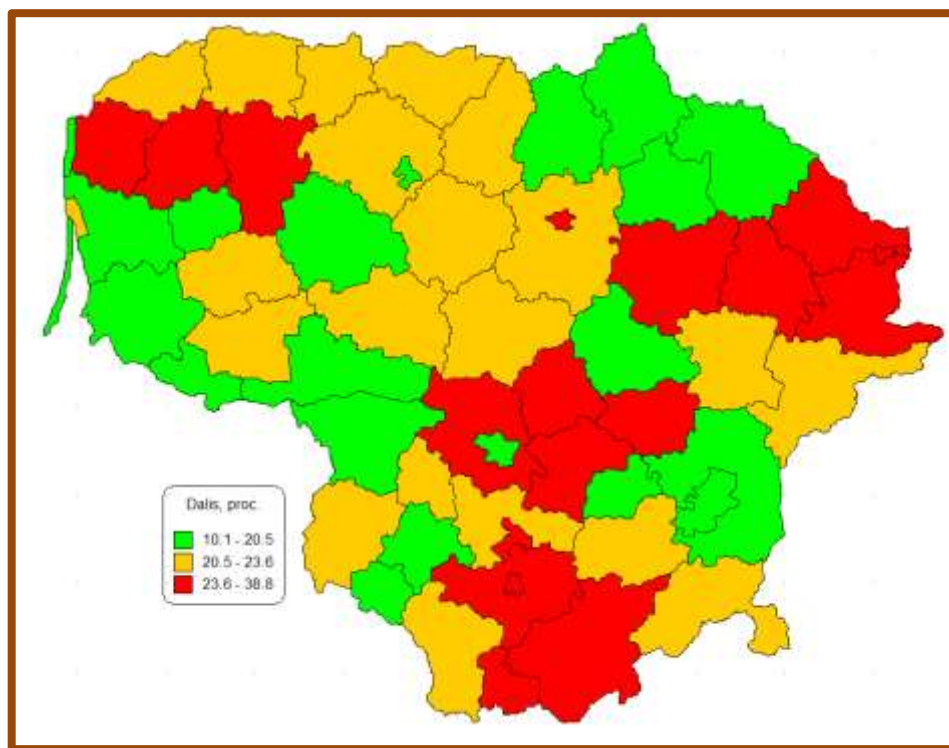
Šalys	Kiekviena dieną	Kiekviena savaitę	Kiekviena mėnesį	Mažiau nei kartą per mėnesį	Niekada arba nekartą per paskutinius 12 mėnesius
ES	9,5	29,9	23,3	14,2	23,2
Belgija	14,8	39,3	20,8	9,4	15,7
Bulgarija	8,8	19,6	25,3	12,2	34,0
Čekija	9,4	34,7	26,4	15,3	14,1
Danija	11,8	40,8	27,4	12,8	7,3
Vokietija	9,4	40,3	25,3	12,6	12,4
Estija	2,0	19,4	29,9	30,3	18,4
Airija	2,1	42,3	26,7	10,5	18,5
Graikija	7,0	23,7	26,0	11,5	31,8
Ispanija	16,3	22,5	18,6	12,2	30,3
Kroatija	9,0	14,8	20,2	12,2	43,9
Italija	14,6	24,7	20,1	8,7	31,9
Kipras	4,0	17,1	23,8	9,3	45,9
Latvija	1,4	14,3	34,4	28,7	21,3
Lietuva	0,6	13,0	37,7	24,4	24,3
Liuksemburgas	8,5	41,6	24,9	9,5	15,4
Vengrija	7,3	16,1	22,3	24,3	30,0
Malta	6,9	28,5	25,8	14,5	24,3
Austrija	6,4	33,2	32,7	12,6	15,1
Lenkija	1,8	16,0	28,6	25,9	27,6
Portugalija	25,1	18,7	14,5	11,7	30,1
Rumunija	3,8	15,2	27,0	11,9	42,0
Slovėnija	7,5	27,4	26,6	16,5	21,9
Slovakija	3,1	15,8	29,8	22,8	28,5
Suomija	2,8	36,9	29,6	16,0	14,7
Švedija	2,6	39,5	28,5	15,2	14,1
Jungtinė Karalystė	7,9	46,9	16,6	14,4	14,2
Islandija	0,5	19,2	39,9	21,2	19,1
Norvegija	2,3	31,5	49,9	0	16,4

2018 m. suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų kasdien vartojo alkoholinius gėrimus, daugiausiai buvo Anykščių rajono savivaldybėje – 5,9 proc. suaugusiųjų, Pakruojo rajono savivaldybėje – 5,2 proc. ir Ignalinos rajono savivaldybėje – 3,8 proc. Tuo tarpu Klaipėdos miesto, Neringos ir Šiaulių rajono savivaldybėse kasdien vartojančiųjų alkoholinius gėrimus nebuvo. Nustatyta, kad Lietuvos vidurkis – 1,5 proc. tokių suaugusiųjų (54 pav.).



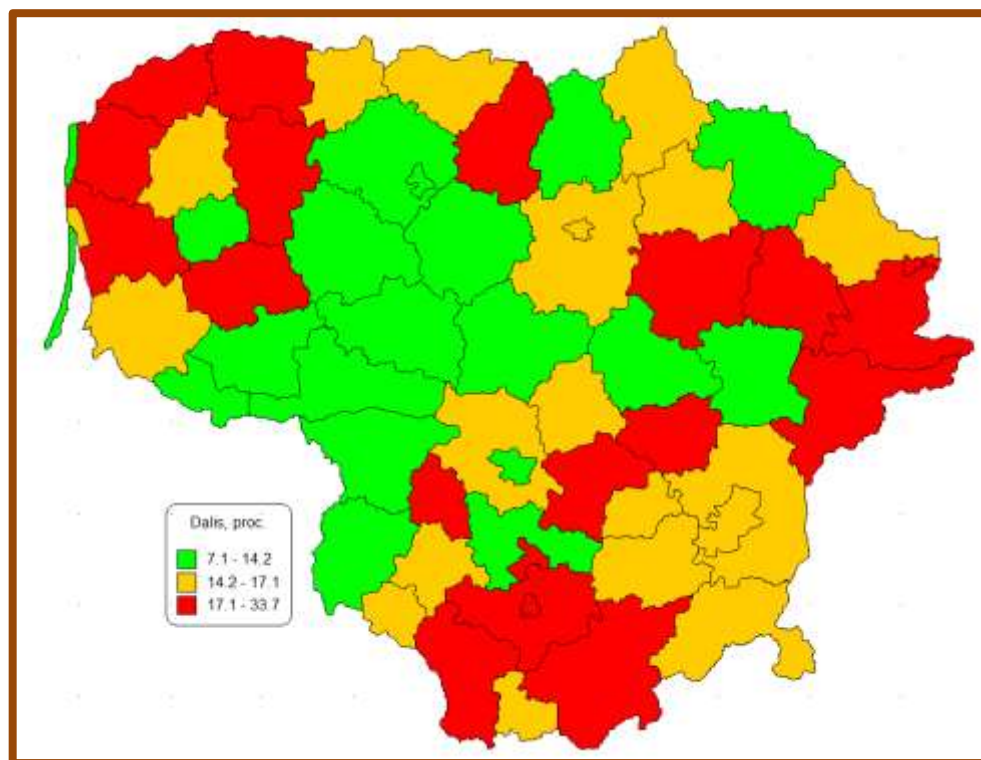
54 pav. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų kasdien vartojo alkoholinius gėrimus, dalis Lietuvos savivaldybėse 2018 m.

2018 m. suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų vartojo alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau, buvo kur kas daugiau. Lietuvos vidurkis siekė 22,0 proc. suaugusiųjų. Daugiausiai per paskutines 30 dienų alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau vartojo Visagino, Telšių rajono bei Birštono savivaldybėse, atitinkamai 38,8 proc., 36,8 proc. ir 29,9 proc. suaugusiųjų. Mažiausiai alkoholinius gėrimus per paskutines 30 dienų kartą per savaitę ar dažniau vartojo Pasvalio rajono savivaldybės suaugusieji – 10,1 proc., Neringos savivaldybės – 13,7 proc. ir Kelmės rajono savivaldybės – 13,8 proc. (55 pav.).



55 pav. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų vartojo alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau, dalis Lietuvos savivaldybėse 2018 m.

2018 m. per paskutinius metus Lietuvoje 15,7 proc. suaugusiųjų vartojo alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau. Per paskutinius metus mažiausiai alkoholio vartojo Pagėgių – 7,1 proc., Pasvalio rajono – 7,9 proc. bei Ukmergės rajono savivaldybės suaugusieji – 8,7 proc. Daugiausiai per paskutinius 12 mėnesių alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ar dažniau vartojo šių savivaldybių suaugusieji: Visagino – 33,7 proc., Telšių rajono – 26,6 proc. bei Klaipėdos rajono – 22,9 proc. (56 pav.).



56 pav. Suaugusiųjų, kurie per paskutinius 12 mėnesių vartojo alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau, dalis Lietuvos savivaldybėse 2018 m.

Literatūra

1. Matzke B., Marshall E. S., Melton B., Chopak-Foss J. Health Literacy Knowledge and Perceptions Among College Students. 2009. Prieiga per internetą: https://works.bepress.com/bridget_melton/34/ [Žiūrėta 2019 m. kovo 21 d.].
2. Javtokas Z., Sabaliauskas R., Žagminas K., Umbrasaitė J. Suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumas. Visuomenės sveikata. Nr. 4(63) 38-46. Vilnius, 2018.
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science and Medicine. 67(2008) 2072-2078.
4. 2003 m. rugpjūčio 11 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-488 „Dėl Bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“.
5. Javtokas Z., Žagminas K. Suaugusių gyvenimo tyrimas: sveikatos raštingumo duomenų apžvalga. Sveikatos mokymų ir ligų prevencijos centras. Vilnius, 2018.
6. Rumbutytė R. Studentų mityba ir jų žinių apie sveikos mitybos principus įvertinimas. Vilniaus universitetas. Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas. Vilnius, 2008.
7. Lietuvos Respublikos maisto įstatymas. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.5B99A78DA6C7> [Žiūrėta 2019 m. kovo 21 d.].
8. Andonova A. INFORMATION AND AWARENESS OF THE STUDENTS'HEALTHY EATING. Trakia J Sci. 2014; 12(1): 362-366.
9. GBD Compare | Institute for Health Metrics and Evaluation. Prieiga per internetą: <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare> [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].
10. Barzda A., Bartkevičiūtė R., Abaravičius J. A., Stukas R., Šatkutė R. Suaugusių Lietuvos žmonių faktinės mitybos tyrimas ir vertinimas. Medicinos teorija ir praktika. T. 15 (Nr.1) 53-58 9., 2018.
11. Barzda A., Bartkevičiūtė R., Baltušytė I., Stukas R., Bartkevičiūtė S. Suaugusių ir pagyvenusių Lietuvos gyventojų faktinės mitybos ir mitybos įpročių tyrimas. Visuomenės sveikata. 2016/1(72) 85-94.
12. Liuima V., Valentienė J.. Suaugusiųjų gyvenimo tyrimas. Higienos instituto Visuomenės sveikatos technologijų centro Visuomenės sveikatos tyrimų skyrius. Vilnius, 2018.
13. Fizinis aktyvumas. Prieiga per internetą: <http://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/fizinis-aktyvumas-mytyba-ir-fizinis-aktyvumas> [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].

14. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičiūtė J., Šakytė E., Kriaučionienė V., Veryga A. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimas tyrimas, 2014. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas, 2015.
15. Spinter tyrimai. Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo tyrimas. Kūno kultūros ir sporto departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Vilnius, 2017.
16. Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15; 380(9859): 2224-60
17. Žala sveikatai Archive Nerukysiu.lt | Pagalba metantiems rūkyti. Prieiga per internetą: <http://nerukysiu.lt/rukymo-zala-sveikatai/> [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].
18. Tabako vartojimas ir jo padariniai. Prieiga per internetą: <http://ntakd.lrv.lt/lt/statistika-ir-tyrimai/tabako-vartojimas-ir-jo-padariniai> [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].
19. 2014 m. Lietuvos gyventojų sveikatos statistinio tyrimo rezultatai. Lietuvos statistikos departamentas. Vilnius, 2015.
20. Alkoholio poveikis sveikatai. Kauno miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras.
21. Metinis pranešimas 2014. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. 2014. Prieiga per internetą: http://old.ntakd.lt/files/informacine_medzega/0-NTAKD_medziaga/1-MP/2014_LT.pdf [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].
22. Metinis pranešimas 2015. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. 2015. Prieiga per internetą: http://old.ntakd.lt/files/informacine/metiniai/2015/NTAKD_M.pdf [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].
23. Metinis pranešimas 2016. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. 2016. Prieiga per internetą: <https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/30826%20NTAKD%20metinis%20prane%C5%A1imas.pdf> [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].
24. Metinis pranešimas 2017. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. 2017. Prieiga per internetą: [https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/34862%20NTAKD%20Metinis%20prane%C5%A1imas\(1\).pdf](https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/34862%20NTAKD%20Metinis%20prane%C5%A1imas(1).pdf) [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].

25. Metinis pranešimas 2018. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. 2018. Prieiga per internetą: [https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/NTAKD_ataskaita\(1\).pdf](https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/NTAKD_ataskaita(1).pdf) [Žiūrėta 2019 m. balandžio 9 d.].
26. Sorensen K, Pelikan J.M, Rothlin F ir kiti. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health. 2015; 25(6): 1053-1058
27. European Health Information Gateway. Prieiga per internetą: <https://gateway.euro.who.int/en/>.
28. Oficialiosios statistikos portalas. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/>.
29. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD, Paryžius. Prieiga per internetą: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
30. Eurostat. Prieiga per internetą: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.