

# Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros prieštaringi pokyčiai

VLADA STANKŪNIENĖ

Lietuvos socialinių tyrimų centro Demografinių tyrimų institutas, Saltoniškių g. 58, LT-08105 Vilnius  
El. paštas: vladast@ktl.mii.lt

DOMANTAS JASILIONIS

Makso Planko Demografinių tyrimų institutas, Konrad Zuse Str. 1, 18057 Rostock, Germany  
El. paštas: jasilionis@demogr.mpg.de

---

Šiame straipsnyje aptariami Lietuvos gyventojų mirtingumo pokyčių nukrypimai nuo teorinių modelių ir išsivysčiusių šalių mirtingumo raidos dėsningumų. Remiantis statistine palyginamąja ir sujungtų mikroduomenų bazių informacija vertinami mirties priežasčių struktūros ir mirtingumo pagal priežastis netolygumai; taikant komponentų metodą tiriami prieštaringi vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai pagal mirties priežastis ir amžių.

**Raktažodžiai:** mirtingumas, mirties priežastys, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, Lietuva

---

## ĮVADAS

Vykstant visuomenės modernizacijai gyventojų mirtingumas mažėja, kinta mirties priežasčių struktūra – mažėja mirtingumas nuo infekcinių ir didėja nuo degeneracinių ligų (kraujotakos sistemos, vėžio). Industriniame raidos etape žemas reikšmes pasiekęs mirtingumo lygis toliau mažėja. Šiam mažėjančio mirtingumo etapui didžiausią įtaką daro sparčiai mažėjantis mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų. Tokia yra pagrindinė įvairių šalių gyventojų mirtingumo raidos kryptis, kuri aptariama demografinio, epidemiologinio ir sveikatos perėjimo teorijose. Lietuvos, kaip ir kitų Rytų bei Vidurio Europos šalių gyventojų, mirtingumo raida, ilgą laiką buvusi panaši į teoriniuose modeliuose aprašytas schemas ir labiau išsivysčiusiose šalyse vykstančius procesus, nuo XX a. 7-ojo dešimtmečio tapo išimtimi – mirtingumo lygis nekito ar net didėjo. Daugelyje Vidurio Europos šalių tai tęsėsi iki paskutiniojo XX a. dešimtmečio, tačiau Lietuva ir toliau lieka išimtimi: jau daugiau nei keturiasdešimt metų bendras Lietuvos gyventojų mirtingumo lygis išlieka toks pat, o vyrų svyruodamas visą šį periodą yra didesnis nei XX a. 7-ojo dešimtmečio viduryje. Lietuvos ir užsienio tyrėjai daugelyje studijų vertino XX a. antrosios pusės ir XXI a. pradžios bendruosius Rytų ir Vidurio Europos šalių, tarp jų ir Lietuvos, gyventojų mirtingumo pokyčius (Petrauskienė ir Kalėdienė 2003; Jasilionis 2003; Meslé 2004). Yra darbų, kuriuose analizuojami kai kurie mirties priežasčių struktūrų pasikeitimo aspektai arba tiriami kurios nors vienos iš mirties priežasčių pokyčiai (Kurtinaitis ir Smailytė 2002; Gailienė 1999; Klumbienė ir Domarkienė 2004), tačiau iki šiol nėra darbų, kuriuose būtų atlikta Lietuvos mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros kaitos lyginamoji analizė bei vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės kaitos komponentų pagal mirties priežastis vertinimas svarbiausių mirtingumo raidos teorijų kontekste. Šio straipsnio tikslas

ir yra atlikti tokią analizę palyginant Lietuvos ir tarptautinių duomenų bazių bei sujungtų mikroduomenų bazių informaciją, taip pat taikant naujoviškus struktūros komponentų vertinimo metodus<sup>1</sup>.

## MIRTINGUMO KAITOS NUOSEKLUMAI IR IŠIMTYS: TEORINĖS ĮŽVALGOS

Ilgalaikių mirtingumo pokyčių dėsninumus visuomenės raidos kontekste aptaria demografinio perėjimo (*demographic transition, demographic revolution*; Landry 1934; Notestein 1945), epidemiologinio perėjimo (*epidemiologic transition*; Omran 1971; Olshansky 1986) ir sveikatos perėjimo (*health transition*; Frenk 1991; Vallin ir Meslé 2004) teorijos bei jų modifikacijos.

Pagal demografinio perėjimo teoriją, gyventojų mirtingumo lygis priklauso nuo visuomenės išsivystymo lygio, todėl pereinant nuo agrarinės prie industrinės visuomenės ir prasidėjus pramoninei raidai, tobulėjant žemės ūkiui ir medicinai, vykstant kultūros ir mokslo plėtrai mirtingumas mažėja (Vallin 2006) ir atitinkamai ilgėja vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VTGT). Nors mirtingumo mažėjimas yra bendro demografinio perėjimo dėmuo, neretai tai dar vadinama tiesiog mirtingumo perėjimu (Kirk 1996; Easterlin 1999; National 2000).

Atsižvelgiant į demografinio perėjimo, ar tiesiog mirtingumo perėjimo, ribotą teorinį modelį, XX a. 8-ajame dešimtmetyje plėtojama epidemiologinio perėjimo teorija (Omran 1971), detalizuojanti mirtingumo mažėjimą pagal mirties priežasčių pokyčius. Pagal šią teoriją, vykstant modernizacijai ir pereinant prie industrinės visuomenės, mirtingumas mažėja, nes pirmiausia labai sumažėja mirčių nuo infekcinių ligų. Šios mirties priežastys turėtų pirmą vietą užleisti mirties priežastims, susietoms su degeneracinėmis<sup>2</sup> ir „žmogaus sukurtomis“ (*man-made*) ligomis<sup>3</sup> (Omran 1971; Meslé, Vallin 1993). Atsižvelgiant į mirties priežasčių kaitos aplinką istoriniame kontekste, epidemiologinio perėjimo teorija išskiria tris mirtingumo mažėjimo ir mirties priežasčių kaitos stadijas (*ages*): 1) epidemijas ir badmečius; 2) epidemijų atsitraukimą; 3) degeracines ir „žmogaus sukurtas“ ligas (Omran 1971: 516–517).

XX a. 7-ajame dešimtmetyje įspūdingai mažėjantis mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų labiausiai išsivysčiusiose šalyse (dar vadinamas kraujotakos sistemos ligų revoliucija) (Vallin, Meslé 2004: 12, 22) buvo prielaida modifikuoti A. R. Omrano epidemiologinio perėjimo teoriją papildant ją ketvirtąja stadija – kai VTGT ilgina laimėjimai gydant kraujotakos sistemos ligas (Olshansky 1986). Tačiau J. Frenkas (1991), vėliau J. Vallinas ir F. Meslé (2004), nepritardami J. Olshansky'io pasiūlytai epidemiologinio perėjimo teorijos modifikacijai, konstruoja platesnį teorinį modelį – sveikatos perėjimo teoriją, pagal kurią epidemiologinis perėjimas yra tik pirmą sveikatos perėjimo stadiją. Sveikatos perėjimas ir jo stadijos siejamos su bendra sveikatos būkle, visuomenės reakcija į ją, tam tikrų mirties priežasčių „svorio“ kaita mažėjant mirtingumui ir ilgėjant VTGT. Sveikatos perėjimo pirmą stadiją (tapatinama su A. R. Omrano epidemiologiniu perėjimu) – sveikatos būklė ir mirtingumo lygis – keičiasi: pagrindinėmis mirties priežastimis buvusios infekcinės ligos užleisti vietą mirtims nuo chroninių ligų, pirmiausia kraujotakos sistemos ligų. Tačiau šioje stadijoje mirtingumo mažėjimą ir VTGT ilgėjimą pristabdo mirtys nuo „žmogaus sukurtų“ ligų, kurių poveikis

<sup>1</sup> Straipsnis parengtas pagal nacionalinės programos „Socialiniai iššūkiai nacionaliniam saugumui“ projektą, kurį finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. SIN-14/2010), įgyvendino Lietuvos socialinių tyrimų centro Demografinių tyrimų instituto mokslininkų grupė, vadovaujama Vlado Stankūnienės.

<sup>2</sup> Degeneracinės ligos – širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys (Omran 1971: 517).

<sup>3</sup> „Žmogaus sukurtos“ ligos – su alkoholio vartojimu ir rūkymu susijusios ligos, transporto įvykiai, smurtinės mirtys (savizudybės, nužudymai).

visuomenės sveikatai ir mirtingumui, vykstant bendram visuomenės progresui, didėja (Meslé, Vallin 1993; Valin, Meslé 2004). Antra sveikatos perėjimo stadija – laimėjimų prieš kraujotakos sistemos ligas periodas – išsivysčiusiose Vakarų šalyse prasidėjo XX a. 7-ojo dešimtmečio pabaigoje (Vallin, Meslé 2004: 22). Trečia stadija, kai kuriose išsivysčiusiose Vakarų šalyse matoma nuo paskutiniojo XX a. dešimtmečio, siejama su laimėjimais prieš biologinį senėjimą, t. y. mirčių nuo „žmogaus sukurtų“ ligų mažėjimu senyvame amžiuje (Vallin, Meslé 2004: 30–35). Prognozuojama, kad dar viena sveikatos perėjimo stadija, pasižyminti ženkliai mažėjančiu mirtingumu ir ilgėjančia VTGT, ateityje (tikėtina – netolimoje) galėtų būti susieta su pažanga gydant onkologines ligas (Vallin, Meslé 2004).

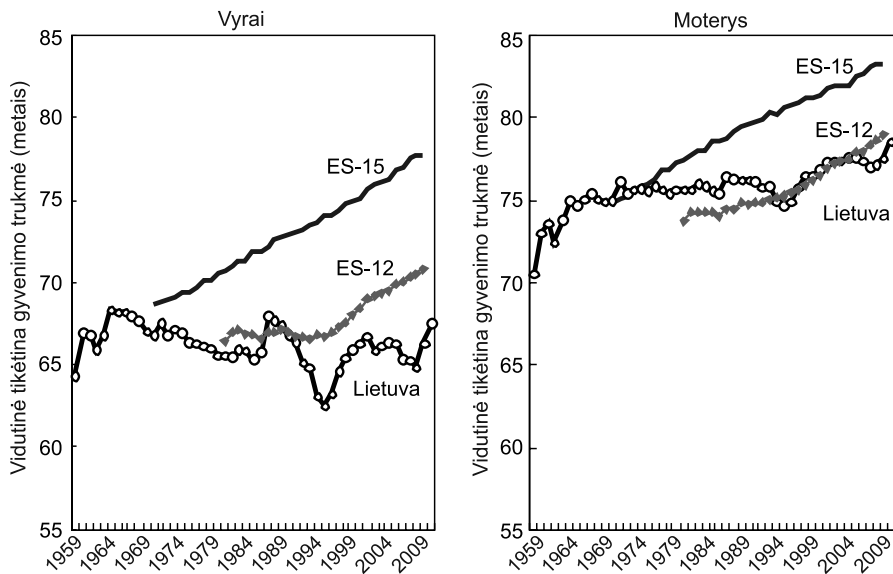
Demografinio, epidemiologinio ir galiausiai sveikatos perėjimo teorijos bando atskleisti ir paaiškinti mažėjančio mirtingumo ir ilgėjančios VTGT dėsninumus, vykstančius modernėjant visuomenei, tačiau šalys ir net didžiuliai regionai dėl konkrečių sąlygų daugiau ar mažiau nukrypsta nuo bendros mirtingumo kaitos linijos, todėl ji gerokai įvairuoja ar net atsiranda išimčių. Praėjusio šimtmečio antrojoje pusėje ir jo pabaigoje pasaulyje išryškėjo net du dideli mirtingumo raidos išimčių regionai: Rytų, iš dalies ir Vidurio Europos komunistinis / pokomunistinis (mirtingumo stagnacijos ir net didėjimo) regionas ir Sub-Sacharos (AIDS paplitimo) regionas (National 2000: 141; Vallin, Meslé 2004: 12–13).

## LIETUVOS GYVENTOJŲ MIRTINGUMO KAITA: BEVEIK PUSĖ AMŽIAUS IŠIMTIES KELIU

### Gyventojų mirtingumo specifiniai pokyčiai: „sovietinis“ mirtingumo modelis

Lietuva patenka į pirmąjį mirtingumo kaitos išimties regioną pasaulyje: nuo XX a. 7-ojo dešimtmečio vidurio Lietuvos (kaip ir visos Sovietų Sąjungos, iš dalies ir kitų komunistinio bloko šalių) gyventojų mirtingumo raida įgavo skirtingus nei išsivysčiusių industrinių šalių bruožus (Vallin, Meslé 2004; Meslé 2004). Nuo XX a. 7-ojo dešimtmečio pabaigos, kai daugelio išsivysčiusių šalių VTGT nuosekliai augo, Lietuvos VTGT rodikliai svyrnuodami mažėjo (vyrų) arba išliko beveik to paties lygio (moterų) (1 pav.). Tai tęsiasi iki šiol ir tai trunka jau daugiau nei keturis dešimtmečius. Nors pagerėjus padėčiai (XX a. 9-ojo dešimtmečio viduryje, 10-ojo dešimtmečio pabaigoje ir XXI a. 1-ojo dešimtmečio pabaigoje) VTGT rodikliai buvo panašūs į XX a. 7-ojo dešimtmečio viduryje pasiektus dydžius, vyrų mirtingumo rodikliai visada buvo blogesni. Lietuvos VTGT, XX a. 7-ojo dešimtmečio viduryje buvusi panaši į bendrą „senųjų“ Europos Sąjungos šalių (ES-15), per keturis su puse dešimtmečio „atsiliko“ net dešimčia, o moterų – penkeriais metais (1 pav.). Kas lėmė tokį mirtingumo kaitos krypties pokytį?

Įvairių tyrimų duomenimis, Lietuva nukrypo nuo epidemiologinio ir / ar sveikatos perėjimo modelių. Išsivysčiusioms šalims XX a. 7-ojo dešimtmečio pabaigoje įžengus į antrą sveikatos perėjimo stadiją, kai tolesnį mirtingumo mažėjimą lėmė laimėjimai prieš kraujotakos sistemos ligas, Lietuvoje, kaip ir visoje sovietinėje / posovietinėje erdvėje (Meslé 2004), susiformavo specifinis, „sovietinis“, mirtingumo modelis. Šio modelio bruožai – mirtingumo lygio stagnacija, svyravimai ar net didėjimas, selektyvūs pokyčiai, diferencija, mirties priežasčių struktūros kaitos kontrastai (išlieka didelis ir net toliau didėja mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, daugėja mirčių, nulemtų išorinių mirties priežasčių, kt.) (Bobadilla ir Costello 1997). Mažėjant kūdikių ir vaikų mirtingumui, jauno ir vidutinio amžiaus vyrų mirtingumas didėjo (Meslé 2004). Padidėjęs priešlaikinis (darbingo amžiaus gyventojų) mirtingumas yra vienas svarbiausių specifinių mirtingumo kaitos ir „sovietinio“ mirtingumo modelio bruožų (Stankūnienė, Jasilionis 2002). Išsamesni mirtingumo tyrimai, naudojant modernią mikroduomenis jungiančią metodiką (jungiant gyventojų surašymo ir statistinį mirtingumą registruojančias individualių duomenų bazes), atskleidė, kad „sovietinį“ mirtingumo modelį vis dėlto geriausiai apibūdina



1 pav. Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1959–2009 m. ES šalių kontekste

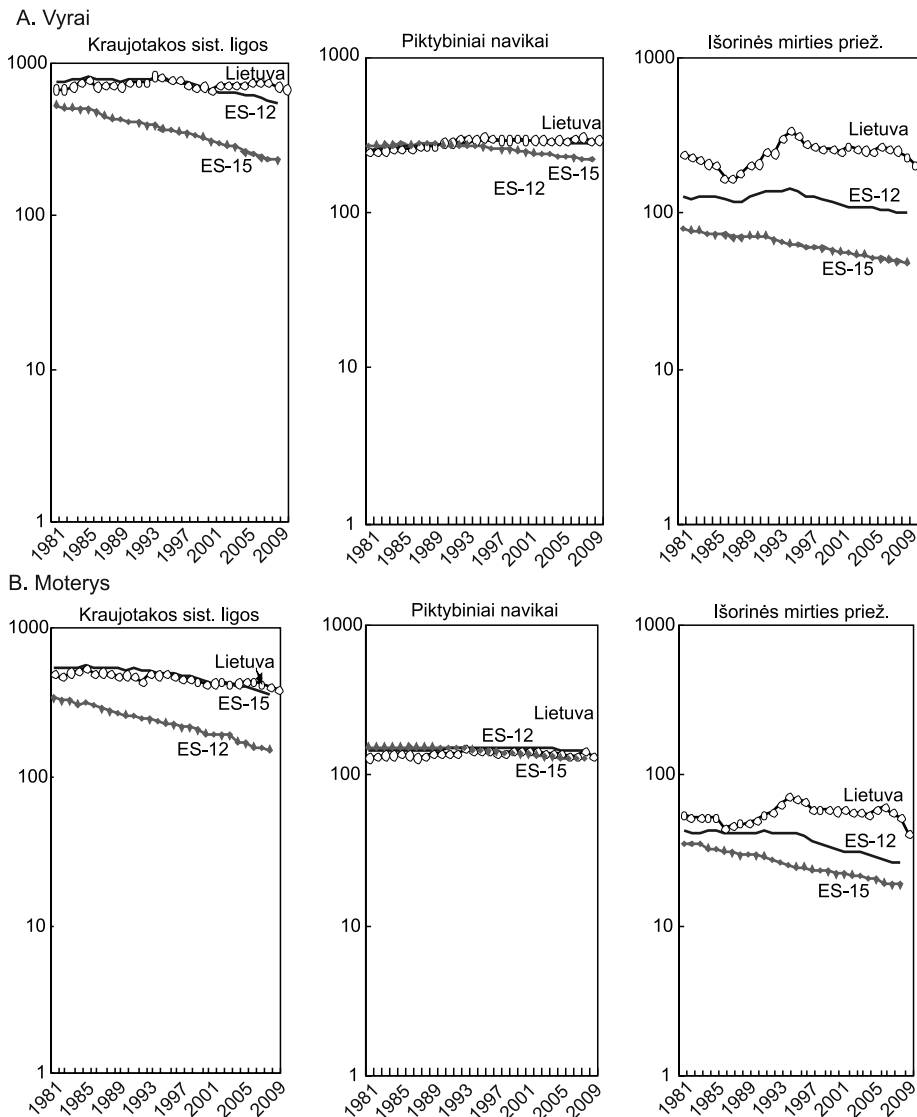
Šaltiniai: autorių skaičiavimai pagal Statistikos departamento duomenis; WHO Health for All Database 2011; ES-12 – ES šalys narės nuo 2004 arba 2007 m., ES-15 – ES šalys narės iki 2004 m.

ne bendrasis mirtingumo lygis ir jo specifinė kaita, o mirtingumo pokyčių selektyvumas ir ženkli diferenciacija pagal socialinius-demografinius požymius (Jasilionis ir kt. 2006). Santykinai aukštą Lietuvos bendrojo mirtingumo lygį sovietmečiu ir dabartiniu metu daugiausia lemia kai kurių gyventojų grupių (kaimo gyventojų, menkliau išsilavinusių ir nesusituokusių vyrų) itin nepalanki sveikatos būklė ir gerokai didesni mirtingumo rodikliai (Jasilionis ir kt. 2006). Gyventojų mirtingumo socialinių-ekonominių skirtumų tyrimo rezultatai, pagrįsti mikroduomenų bazės jungiančia metodika, išryškino ženkliai padidėjusį mirtingumo lygį tarp bedarbių, nekvalifikuotą rankinį darbą dirbančių ir žemės ūkio darbuotojų. Bendrojo mirtingumo lygį šiose gyventojų grupėse daugiausia lėmė itin išaugęs mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų bei su rūkymu susijusių mirties priežasčių, taip pat ypač aukštas mirtingumas dėl išorinių ir su alkoholio vartojimu susijusių mirties priežasčių.

Naudojant naują metodologiją, išsamūs socialinių-demografinių mirtingumo skirtumų tyrimai atskleidė, kad specifinius mirtingumo lygio pokyčius – jau daugiau nei keturiasdešimt metų trunkantį Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio svyravimą (tiek mirtingumo augimą, tiek ir mirtingumo mažėjimą) – lemia mirtingumo pokyčių selektyvumas. Įvairiose socialinėse-demografinėse gyventojų grupėse mirtingumas kinta labai skirtingai ar net priešinga kryptimi – vis labiau didėjantys mirtingumo skirtumai tarp mažesnės ir aukštesnės mirtingumo rizikos grupių (Kalėdienė ir kt. 2004; Jasilionis ir kt. 2007) pasiekė itin dideles reikšmes. Lietuvos gyventojų įvairių socialinių-demografinių mirtingumo skirtumų dydis yra išskirtinis mirtingumo skirtumų bruožas, palyginti su „senosiomis“ ES šalimis. Tai, kad didesnės mirtingumo rizikos gyventojų grupės sudaro gana didelę visų gyventojų dalį (pavyzdžiui, vyrų ir moterų, kurių išsilavinimas žemesnis nei vidurinis, dalis viršija 30 %) (Gyventojai 2002), taip pat labai nepalankūs šių gyventojų grupių mirtingumo rodikliai neigiamai veikia ir visos populiacijos (visų Lietuvos gyventojų) VTGT rodiklius (Jasilionis ir kt. 2006).

### Gyventojų mirtingumo pokyčiai pagal pagrindines mirties priežastis

Epidemiologinio perėjimo (Omran 1971) ir sveikatos perėjimo (Frenk ir kt. 1991; Vallin ir Meslé 2004) teorijų kontekste VTGT pokyčių kryptis priklauso nuo pagrindinių mirties priežasčių paplitimo ir mirtingumo dėl įvairių priežasčių kaitos. Lietuvos gyventojų mirtingumo pagal pagrindines mirties priežastis ilgalaikių pokyčių kryptis ir šiuolaikinę padėtį ES šalių kontekste vertinant pagal standartizuotus mirtingumo rodiklius, išryškėja ne tik nukrypimai nuo išsivysčiusių šalių („senųjų“ Europos Sąjungos šalių) bendrųjų tendencijų, bet ir atsiskleidžia Lietuvos sveikatos perėjimo „kelio vingiai“ (2 pav.).



2 pav. Standartizuoti mirtingumo pagal pagrindines mirties priežastis rodikliai (100 000 gyventojų) 1981–2009 m.  
Šaltiniai: autorių skaičiavimai pagal Statistikos departamento duomenis; WHO Health for All Database 2011.

Lietuvos, kaip ir visos sovietinės / posovietinės erdvės, „sovietinį“ gyventojų mirtingumo modelį apibūdina nuo XX a. 7-ojo dešimtmečio vidurio vykstanti labai specifinė mirties priežasčių struktūros kaita, kontrastuojanti su A. R. Omrano (1971) epidemiologinio perėjimo teorijoje, o vėliau ir sveikatos perėjimo teorijoje aprašytą išsivysčiusių industrinių šalių mirtingumo piežasčių kaitos dėsninumuais.

Nepalankią Lietuvos gyventojų VTGT raidą labiausiai lėmė (lėmia) nuo teorinių epidemiologinio ar sveikatos perėjimo modelių nukrypstantys mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų ir dėl išorinių mirties priežasčių pokyčiai (Jasilionis 2003), juolab kad dėl šių dviejų priežasčių kasmet mirusieji sudaro daugiau nei du trečdalius visų mirusiųjų (Demografijos 2010).

Įvairūs tyrimai rodo, kad komunistinio regiono šalys, tarp jų ir Lietuva, XX a. 7-ajame dešimtmetyje neižengė į antrąją sveikatos perėjimo stadiją: mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų ne tik nemažėjo, bet net didėjo (Вишнеvский 2005; Shkolnikov ir kt. 1997; Meslé 2004).

XX a. 7-ajame dešimtmetyje Lietuvai „įstrigus“ trečiame epidemiologinio perėjimo etape (pagal Omran 1971), t. y. neperėjus į antrą sveikatos perėjimo stadiją (pagal Vallin, Meslé 2004), skirtingai nuo „senųjų“ ES šalių, Lietuvos vyrų ir moterų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų dar ne vieną dešimtmetį augo svyruodamas arba nekito, labai atsilikdamas nuo „senųjų“, o nuo šio šimtmečio pradžios – ir nuo „naujųjų“ ES šalių (ES-12), ir tai tęsiasi iki dabar (2 pav.).

Dar sovietmečiu Lietuva buvo gerokai atsilikusi nuo „senųjų“ ES šalių pagal mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių lygį, o per pastaruosius dvidešimt metų šis atsilikimas dar labiau padidėjo, ypač paskutiniame praėjusio šimtmečio dešimtmetyje ir labiausiai vyrų atveju (2 pav.). Nuo kitų ES šalių („senųjų“ ir net nuo daugelio „naujųjų“) Lietuva labai skiriasi aukštais mirtingumo rodikliais dėl savižudybių ir dėl su transporto įvykiais susijusių mirčių (WHO 2011).

Mirtingumo nuo piktybinių navikų padėtis Lietuvoje yra stabilesnė ir gerokai palankesnė: Lietuvos gyventojų mirtingumo rodikliai dėl šios mirties priežasties iki XX a. 9-ojo dešimtmečio vidurio buvo mažesni nei penkiolikoje „senųjų“ ES šalių (2 pav.). 1990–2009 m. Lietuvos gyventojų mirtingumo nuo piktybinių navikų lygis mažai keitėsi (nepaisant nedidelių svyravimų, išliko gana stabilus), tačiau penkiolikoje „senųjų“ ES šalių jau nuo 9-ojo dešimtmečio vidurio (moterų – net anksčiau) mirtingumui dėl šių priežasčių nuosekliai mažėjant, Lietuva atsiliko ir šioje srityje, ypač vyrų mirtingumo rodikliais (2 pav.).

Taigi Lietuvos gyventojų mirtingumo rodikliai pagal pagrindines mirties priežastis – kraujotakos sistemos ligas, išorines mirties priežastis, piktybinius navikus (mirtys dėl šių trijų mirties priežasčių sudaro daugiau nei keturis penktadalius visų mirčių) – jau apie keturiasdešimt metų stagnuoja arba didėja. Lietuva vis labiau atsilieka, ypač pagal vyrų rodiklius, nuo „senųjų“ ES šalių, o pastaruju metu – ir nuo „naujųjų“ ES šalių (2 pav.).

## KAS NAUJO LIETUVOS GYVENTOJŲ MIRTINGUMO POKYČIUOSE 2000–2009 M.?

**Bendrieji gyventojų mirtingumo pokyčiai.** Naujausi gyventojų mirtingumo pokyčiai rodo, kad, nepaisant XXI a. 1-ojo dešimtmečio spartaus ekonominio augimo ir pozityvių socialinių, politinių permąnų, Lietuvos gyventojų mirtingumo pokyčiai 2000–2009 m. išliko labai prieštaringi – jiems tebebuvo būdinga sovietmečiu susiformavusio mirtingumo modelio tąsa. Ryškų Lietuvos gyventojų VTGT augimą 1995–2000 m. pakeitė stagnacija, svyravimai ir net padėties blogėjimas 2000–2007 m. (1 pav.). Šiuo periodu vyrų VTGT sutrumpėjo beveik dvejais metais, o moterų nepakito. Nors 2007–2009 m. vyrų ir moterų VTGT rodikliai vėl pastebimai augo (atitinkamai 2,6 ir 1,4 metų), vyrų VTGT išliko trumpiausia tarp Europos

Sąjungos šalių. 2009 m. Lietuvos vyrų VTGT buvo 67,5 metų, o moterų – 78,6 metų. Dabartiniu metu Lietuvos vyrai gyvena vidutiniškai 10 metų, o moterys beveik 5 metais trumpiau nei penkiolikoje „senųjų“ ES šalių. Šis atotrūkis taip pat yra ženklus lyginant Lietuvos ir dvylikos „naujųjų“ ES šalių vyrų VTGT rodiklius (skirtumas – apie 4 metus) (1 pav.). Pagal mirtingumo pokyčius ir lygį Lietuva pradėjo atsilikti ir nuo kaimyninių Baltijos šalių. Iki XXI a. pradžios Lietuva, palyginti su Latvija ir Estija, pagal VTGT trukmę lyderiavo, tačiau pastaraisiais metais šią poziciją prarado: 2009 m. duomenimis, Lietuvos vyrų VTGT buvo trumpiausia šiame regione, o moterų lenkė tik Latviją (1 lentelė).

**1 lentelė.** Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (metais) Lietuvoje, Latvijoje ir Estijoje 1980–2009 m.

	Lietuva		Latvija		Estija	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
1980	65,58	75,63	63,74	74,11	64,21	74,28
1990	66,44	76,27	64,21	74,58	64,53	74,67
1995	63,27	75,06	60,76	73,10	61,33	74,13
2000	66,77	77,45	64,93	75,98	65,13	75,99
2005	65,36	77,42	65,60	77,39	67,27	78,14
2009	67,50	78,58	68,30	78,08	69,74	80,03

Šaltiniai: Demografijos 2010; Human Mortality Database 2011.

Net ir esant pozityviems pastarųjų metų pasikeitimams, ilgalaikės raidos aspektu vyrų mirtingumo rodikliai Lietuvoje išliko nepalankūs: 2009 m. vyrų VTGT buvo trumpesnė nei XX a. 7-ojo dešimtmečio viduryje (1965 m. – 68,2, 2009 m. – 67,5 metų).

**Gyventojų mirtingumo pokyčiai pagal pagrindines mirties priežastis.** XXI a. pradžios nepalankią Lietuvos gyventojų VTGT raidą ir toliau daugiausia lemia mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų ir dėl išorinių mirties priežasčių pokyčiai (Jasilionis 2009). Išlikdamas trečioje vietoje tarp mirties priežasčių (sudarydamas apie 19 % visų mirčių; Demografijos 2010) mirtingumas nuo piktybinių navikų yra beveik stabilus ir nedaro didesnės įtakos bendro mirtingumo lygio pokyčiams.

Lietuvos vyrų ir moterų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų XXI a. pradžioje toliau svyravo išlikdamas aukštas (2 pav.). Nors 2007–2009 m. padėtis pagerėjo, mirtingumo dėl šių mirties priežasčių lygis išliko beveik tris kartus didesnis nei 15 „senųjų“ ES šalių. Dėl šių priežasčių pagal vyrų mirtingumo lygį nuo XX a. paskutiniojo dešimtmečio, moterų – nuo XXI a. pradžios Lietuva pradėjo atsilikti ir nuo „naujųjų“ ES šalių. Taigi nors Lietuvoje nuo 2008 m. padėtis šioje srityje gerėja, kol kas neaišku, ar šie teigiami pasikeitimai yra nuoseklaus gerėjimo ir sveikatos perėjimo į antrą stadiją pradžia, ar tik eilinis mirtingumo lygio dėl šių priežasčių susvyravimas, kuris buvo ir praėjusio dešimtmečio antroje pusėje (2 pav.)

Mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių, lėmęs staigius ir dramatiškus Lietuvos vyrų VTGT svyravimus XX a. 9-ajame ir 10-ajame dešimtmetyje, XXI a. 1-ąjį dešimtmetį išliko labai aukštas, ypač vyrų – beveik 5 kartus didesnis nei „senosiose“ ir net gerokai didesnis nei „naujosiose“ ES šalyse. Tik pastaraisiais metais mirtingumas dėl šių priežasčių, ypač susijęs su transporto įvykiais, pradėjo mažėti. Nepaisant šio pagerėjimo, vyrų mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių išlieka aukščiausias ES.

Mirtingumo lygiui nuo piktybinių navikų Lietuvoje toliau išliekant gana stabiliam, o „senosiose“ ES šalyse padėčiai gerėjant, atsilikimas didėja ir šioje srityje, ypač tarp vyrų

(2 pav.). Be to, išsamesni tyrimai rodo, kad bendras gyventojų mirtingumo nuo piktybinių navikų lygis slepia ženklius skirtumus pagal socialines-demografines grupes ir įvairias piktybinių navikų lokalizacijas. Pavyzdžiui, Lietuva iš kitų ES šalių išsiskiria mažesniais moterų ir gerokai didesniais mirtingumo nuo plaučių vėžio rodikliais; mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio yra vienas didžiausių (Smailyte ir Kurtinaitis 2007; Smailytė 2011). Iš kitų mirties priežasčių prieštaringa kaita išsiskiria virškinimo sistemos ligos. Nuosekliai mažėjantį vyrų mirtingumą 1981–1989 m. dėl šios mirties priežasties pakeitė pablogėjusi padėtis 1990–2007 metais. Vyrų ir moterų mirtingumas dėl virškinimo sistemos ligų ypač greitai augo 2000–2007 metais. Nors 2007–2009 m. mirtingumas dėl šios priežasties sumažėjo, palyginti su kitomis ES šalimis, padėtis išliko labai nepalanki: remiantis 2009 m. duomenimis, Lietuvos vyrų mirtingumas dėl šių priežasčių buvo atitinkamai 2,7 ir 1,4 karto didesnis nei penkiolikoje „senųjų“ ir dvylikoje „naujųjų“ ES šalių. Nustatyta, kad žvelgiant iš ilgalaikės raidos perspektyvos, šie rodikliai taip pat išliko itin nepalankūs. 2009 m. vyrų mirtingumo nuo virškinimo sistemos ligų lygis buvo daugiau nei dvigubai didesnis nei XX a. 8-ojo dešimtmečio pabaigoje.

Vyrų mirtingumo nuo kvėpavimo sistemos ligų pokyčiai taip pat buvo priešaringi. Iki 2000 m. nuosekliai mažėjantį mirtingumą dėl šių mirties priežasčių pakeitė blogėjanti 2000–2007 m. padėtis. Nors 2009 m. vyrų mirtingumas vėl mažėjo, standartizuoti mirtingumo nuo kvėpavimo sistemos ligų rodikliai išliko 25 % didesni nei kitose ES šalyse. Pažymėtina, kad, skirtingai nei vyrų, moterų mirtingumas nuo kvėpavimo sistemos ligų nuosekliai mažėjo (WHO 2011).

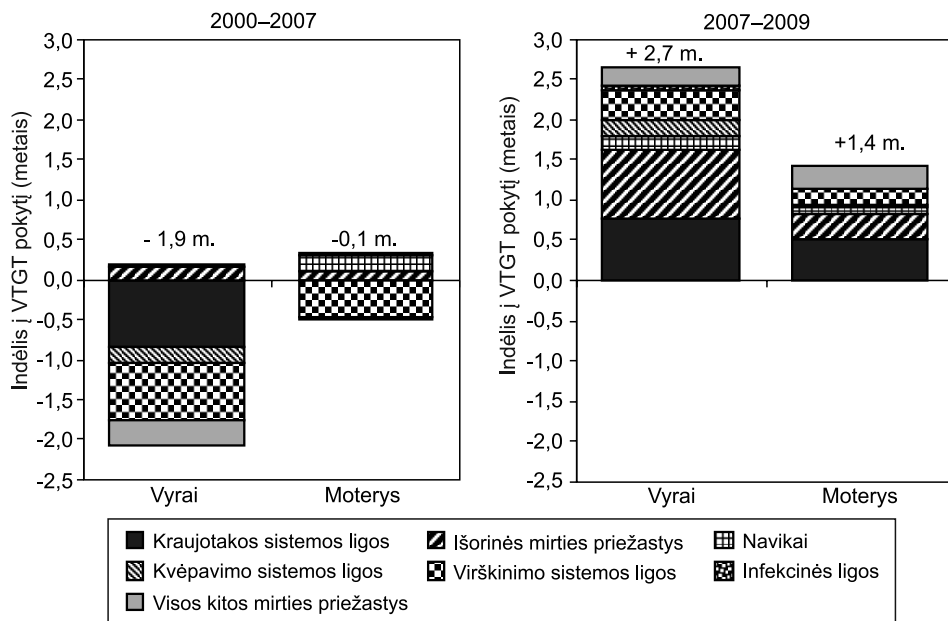
Infekcinės ir kvėpavimo sistemos ligos šiuolaikinėje mirties priežasčių struktūroje užima mažą dalį. Nors nuo XX a. 10-ojo dešimtmečio vidurio mirtingumas nuo infekcinių ligų nuosekliai mažėja, palyginti su kitomis ES šalimis, vyrų mirtingumo lygis dėl šios priežasties išlieka beveik du kartus didesnis (WHO 2011).

**Mirties priežasčių įtaka VTGT 2000–2009 m. pokyčiams.** Formaliosios (matematinės) demografijos komponentų metodas leidžia įvertinti, kiek ir kokiose amžiaus grupėse mirties priežasčių pokyčiai lemia VTGT kaitą (3, 4 pav., 2 lentelė). Vertinimui buvo pasirinkti du periodai: 2000–2007 m. (VTGT mažėjimo / stagnacijos periodas) ir 2007–2009 m. (VTGT augimo periodas).

Tyrimo taikant komponentų metodą rezultatai rodo (3 pav.), kad vyrų VTGT mažėjimą 2000–2007 m. dažniausia lėmė augantis mirtingumas nuo kraujotakos ir virškinimo sistemų ligų. Dėl šių dviejų mirties priežasčių VTGT praradimas sudarė net 1,6 metų iš 1,9 metų bendrai sumažėjusios vyrų VTGT (3 pav., 2 lentelė). Neigiami kvėpavimo sistemos ligų ir visų kitų mirties priežasčių kaitos indėliai į VTGT pokytį buvo mažiau reikšmingi. Vieninteliai nedideli teigiami pokyčiai šiuo periodu buvo užfiksuoti išorinių mirties priežasčių ir piktybinių navikų grupėse. Tuo tarpu moterų VTGT stagnaciją išimtinai lėmė išaugęs mirtingumas nuo virškinimo sistemos ligų, kuris visiškai atsivėrė nedidelių, bet teigiamų mirtingumo nuo piktybinių navikų, išorinių mirties priežasčių ir visų kitų mirties priežasčių pokyčių įtaką (3 pav., 2 lentelė).

2007–2009 m., t. y. VTGT ilgėjimo periodu, apie du trečdalius išaugusių vyrų ir moterų VTGT lėmė sumažėjęs mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių ir nuo kraujotakos sistemos ligų (2–3 pav.). Nors mirtingumo nuo virškinimo sistemos ligų pokyčiai irgi buvo pozityvūs, tačiau turėjo gerokai mažesnę poveikį ir lėmė tik 13–15 % bendro VTGT prieaugio. Navikų, infekcinių ir kvėpavimo sistemos ligų poveikis buvo labai mažas (3 pav., 2 lentelė).





3 pav. Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčius (2000–2007 ir 2007–2009 m.) nulėmusių mirties priežasčių komponentės

Šaltiniai: autorių skaičiavimai pagal Statistikos departamento duomenis; WHO Health for All Database 2010.

2 lentelė. Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčius (2000–2007 ir 2007–2009 m.) nulėmusių mirties priežasčių komponentės

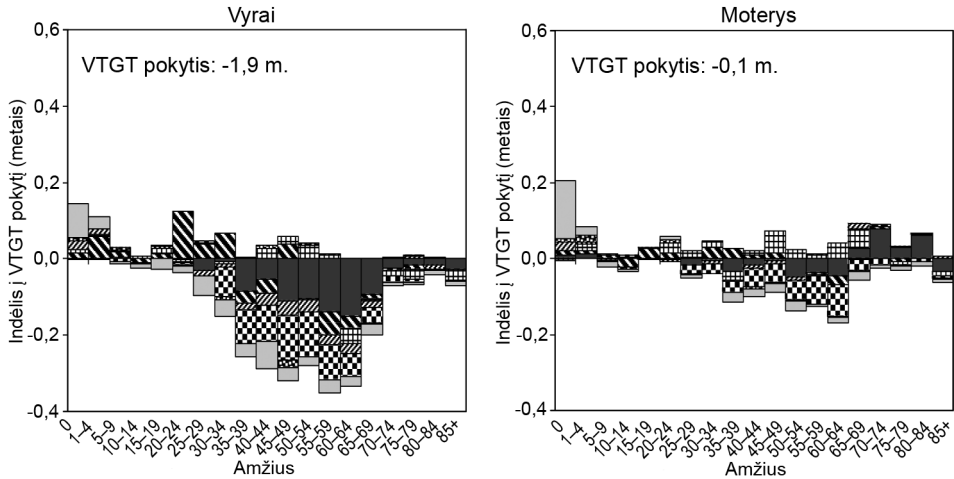
Mirties priežastys	2000–2007 m.		2007–2009 m.	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
Kraujotakos sistemos ligos	-0,85	-0,02	0,78	0,51
Išorinės mirties priežastys	0,16	0,10	0,87	0,31
Navikai	0,02	0,21	0,15	0,08
Kvėpavimo sistemos ligos	-0,19	0,01	0,20	0,03
Virškinimo sistemos ligos	-0,73	-0,44	0,35	0,21
Infekcinės ligos	0,01	0,02	0,05	0,00
Kitos mirties priežastys	-0,32	-0,01	0,24	0,28
Iš viso	-1,89	-0,14	2,65	1,42

VTGT kaitos pagal amžiaus grupes ir įvairias mirties priežastis analizė komponentių metodu (4 pav.) atskleidė sveikatos perėjimo teorijoje išryškėjančius aptartus svarbiausius pokyčius ir tebesitęsiančius specifinius svyravimus.

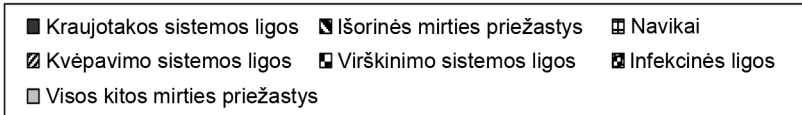
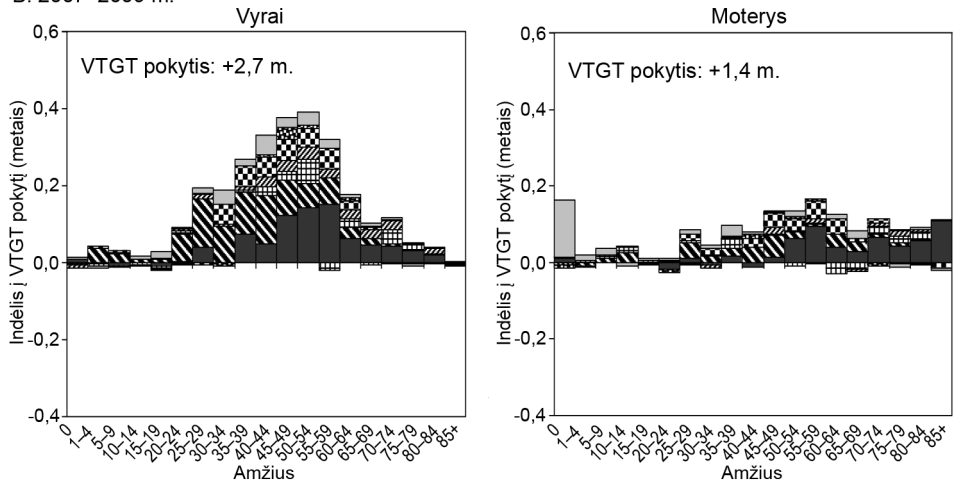
Moterų mirtingumo lygio pokyčiai pagal mirties priežastis ir amžiaus grupes tiek 2000–2007 m., esant didesniai mirtingumo lygiui, tiek 2007–2009 m., kai mirtingumo lygis mažėjo, nėra akivaizdžiai nuoseklūs, išskyrus kai kurias pagal indėlį į VTGT, atrodytų, gana nereikšmingas išimtis. Mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų pokyčiai vyresnėse amžiaus grupėse darė teigiamą poveikį (nors ir nedidelį) moterų VTGT trukmei visą XXI a. 1-ąjį dešimtmetį, net ir tuo metu, kai mirtingumas didėjo – dešimtmečio pradžioje (4 pav.). Ši in-

formacija vertinga: nors ir palengva, mažėja moterų mirčių nuo degeneracinių ligų. Galbūt tai yra sveikatos perėjimo į antrą stadiją pradžia Lietuvoje, juolab kad XXI a. 1-ojo dešimtmečio pabaigoje matome ir panašius vyrų VTGT pasikeitimus dėl šių priežasčių. Tik tarp vyrų mirčių nuo kraujotakos sistemos ligų teigiama kaitos įtaka VTGT prasideda gerokai jaunesniame nei moterų amžiuje (4 pav.). Ir tai nestebina, kadangi vyrų mirtingumas dėl šių priežasčių Lietuvoje jau ne vieną dešimtmetį yra labai „pajauinęs“, tad natūralu, kad laimėjimai kovoje su aukštais mirtingumo rodikliais dėl mirčių nuo kraujotakos sistemos ligų pradeda reikštis tarp

A. 2000–2007 m.



B. 2007–2009 m.

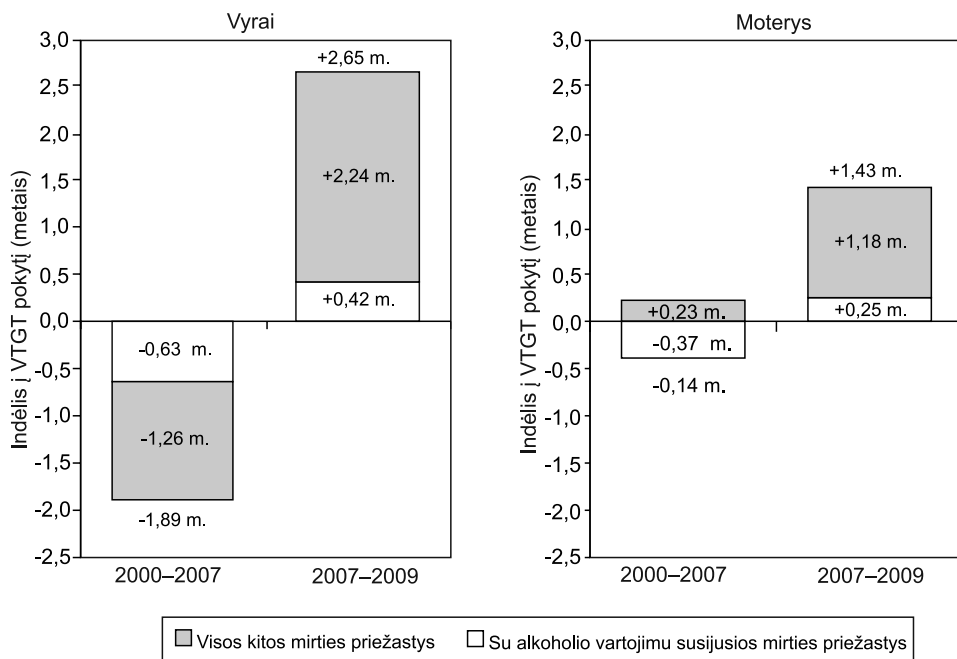


4 pav. Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčių komponentės (2000–2007 ir 2007–2009 m.) pagal amžių ir mirties priežastis

vidutinio amžiaus vyrų. Gal XXI a. 1-ojo dešimtmečio pabaiga – 2-ojo dešimtmečio pradžia žymės mirtingumo svyravimų Lietuvoje pabaigą ir, mažėjant mirtingumui nuo kraujotakos sistemos ligų (tai yra prasidėjus antram sveikatos perėjimo etapui), bendro mirtingumo lygio mažėjimas ir VTGT ilgėjimas taps nuoseklus? Daugelyje Vidurio Europos šalių (Vengrijoje, Lenkijoje, Čekijoje), jau „ištrūkusių“ iš „sovietinio“ mirtingumo modelio, tai prasidėjo beveik prieš dvidešimt metų (Meslé 2004: 52–57). Jau prieš keletą metų F. Meslé prognozavo, kad šie pokyčiai Baltijos šalyse prasidės artimiausiu metu (Meslé 2004: 45).

Mirties priežasčių analizė komponentų metodu pagal amžiaus grupes suteikia optimizmo: Lietuvoje yra teigiamų poslinkių kovojant su itin aukštais vyrų mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodikliais. Dar didėjančio mirtingumo metais, 2000–2007 m., prasidėjęs jauno amžiaus (20–34 metų) vyrų mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių mažėjimas tęsėsi ir 2007–2009 m., apimdamas ir vidutinio amžiaus vyrus (35–59 metų). Ši žinia yra labai svarbi, turint galvoje, kad vyrų mirtingumas Lietuvoje dėl išorinių mirties priežasčių yra didžiausias ES.

Vidutinio amžiaus ir pagyvenusių tiek vyrų, tiek ir moterų (vyrų labiau) mirtingumo nuo virškinimo sistemos ligų neigiamas poveikis VTGT 2000–2007 m. ir vėlesniais šio dešimtmečio metais išnyksta ir net įgauna teigiamą poveikį (nors ir nedidelį). Toks atskleistas mirtingumo pagal amžių svyravimas, atrodytų, kelia daugiau klausimų, nei pateikia atsakymų. Tačiau papildomi skaičiavimai padėjo atskleisti, kad ženklus ir prieštarigus VTGT pokyčius 2000–2007 m. ir 2007–2009 m. lėmė su alkoholio vartojimu susijusios virškinimo sistemos ligos. Mirtingumo lygis dėl visų su alkoholio vartojimu susijusių mirties priežasčių (kepenų cirozės, alkoholinės kepenų ligos, apsinuodijimai alkoholiu ir alkoholinės psichozės)



5 pav. Su alkoholio vartojimu susijusių mirties priežasčių poveikis Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiams (2000–2007 ir 2007–2009 m.)

Šaltiniai: autorių skaičiavimai pagal Statistikos departamento duomenis; WHO Health for All Database 2010.

daro ženklų neigiamą poveikį vyrų VTGT pokyčiams. Pavyzdžiui, jeigu 2000–2007 m. vyrų ir moterų mirtingumas dėl šių mirties priežasčių būtų išlaikęs 2000 m. lygį, vyrų VTGT sumažėjimas būtų trečdaliu mažesnis, o moterų VTGT net truputį išaugtų (5 pav.). Beveik 20 % ilgesnę vyrų ir moterų VTGT 2007–2009 m. galima paaiškinti su alkoholiu susijusio mirtingumo sumažėjimu. Galbūt tai įgyvendinamų antialkoholinių priemonių rezultatas?

Su alkoholio vartojimu susijusių mirties priežasčių vertinimas išryškino sveikatai žalingos elgsenos išliekančią įtaką prieštaringai Lietuvos gyventojų mirtingumo ir vidutinės tikėtinios gyvenimo trukmės raidai. Tyrimo metu nustatyta nauja tendencija – su alkoholiu susijusio mirtingumo poveikis moterų VTGT svyravimams. Nesaikingas alkoholio vartojimas gali būti susijęs ir su padidėjusiu mirtingumo lygiu kai kuriose socialinėse grupėse, todėl toliau tiriant mirtingumo skirtumus ir jų veiksnius būtina nuodugniau įvertinti mirties priežasčių socialinę-demografinę diferenciaciją.

## IŠVADOS

Demografinio, epidemiologinio ir sveikatos perėjimo teorijos, aptariančios mirtingumo, vidutinės tikėtinios gyvenimo trukmės ir mirties priežasčių kaitos trajektorijas istoriniame kontekste, suteikia galimybę labiau suprasti Lietuvos gyventojų mirtingumo kaitos specifiką ir net išimtis.

Lietuva kartu su visu komunistiniu / pokomunistiniu regioniu, t. y. Rytų, iš dalies ir Vidurio Europos šalimis, nuo praėjusio šimtmečio 7-ojo dešimtmečio pagal mirtingumo pokyčius ir lygį tapo išimtimi ir kontrastuoja su išsivysčiusių šalių epidemiologinio bei sveikatos perėjimo teorijose aptariamais mirtingumo raidos modeliais. Lietuvoje jau daugiau nei keturiasdešimt metų bendras gyventojų mirtingumo lygis nekinta, o vyrų visą šį periodą svyruodamas išlieka didesnis nei XX a. 7-ojo dešimtmečio viduryje, tuo tarpu išsivysčiusiose šalyse (tarp jų ir „senosiose“ ES šalyse) mirtingumas toliau mažėja.

XX a. 7-ajame dešimtmetyje Rytų Europos komunistinis regionas, tarp jų ir Lietuva, „neprisijungė“ prie išsivysčiusių šalių ir pagal mirtingumo pokyčius neperėjo į naują, antrą, sveikatos perėjimo etapą, kai mirtingumas toliau mažėja pirmaisia mažėjant mirčių nuo kraujotakos sistemos ligų skaičiui. Dauguma Vidurio Europos šalių, atsilikdamos nuo „senųjų“ ES šalių pora dešimtmečių, į antrą sveikatos perėjimo etapą žengė praėjusio šimtmečio paskutiniajame dešimtmetyje. Sprendžiant iš pasikeitusios vidutinės tikėtinios gyvenimo trukmės, nuo šio šimtmečio pradžios šiuo keliu pasuko ir Estija, o pastaraisiais metais – galbūt Latvija.

Tikėtina, kad pastaraisiais metais ir Lietuvoje prasidėjo sveikatos perėjimo antras etapas, tačiau tą slepia užsitęsęs mirtingumo ir vidutinės tikėtinios gyvenimo trukmės raidos nestabilumas bei specifika (kai kurių mirties priežasčių rodikliai itin dideli, pvz., išorinių mirties priežasčių rodikliai didžiausi ES).

Taikant komponentų metodą pavyko nustatyti, kad, nepaisant iki šiol tebesitęsiančių mirtingumo ir vidutinės tikėtinios gyvenimo trukmės svyravimų, jau keletą metų Lietuvoje mažėja mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų vyresnio darbingo amžiaus ir pensinio amžiaus moterų bei vidutinio (labiausiai) ir pensinio amžiaus vyrų grupėse. Šiuos naujus pokyčius mirties priežasčių struktūroje akivaizdžiai slepia su elgsena susietų (alkoholio vartojimu) mirties rodiklių svyravimai bei mikroduomenų jungimo metu atskleista didelė socialinė-demografinė mirtingumo diferenciacija.

## Literatūra

1. Bobadilla, J. L.; Costello, Ch. A. 1997. "Premature death in the independent states: overview", *Premature Death in the New Independent States*. Washington: National Academy Press.
2. *Demografijos metraštis 2009*. 2010. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.
3. Easterlin, R. A. 1999. *Growth Triumphant*. Chicago: The University of Michigan Press.
4. Frenk, J.; Bobadilla, J. L.; Stren, C.; Frejka, T.; Lozano, R. 1991. "Elements for a theory of the health transition", *Health Transition Review* 1(1): 21–38.
5. Gailienė, D. 1999. "Suicide trends in Lithuania", *Revue Baltique* 14: 131–139.
6. *Gyventojai pagal išsilavinimą, gimtąją kalbą ir kalbų mokėjimą*. 2002. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.
7. *Human Mortality Database*. 2011. Prieiga per internetą: <http://www.mortality.org>
8. Jasilionis, D.; Shkolnikov, V.M.; Andreev, E.M.; Jdanov, D.A.; Ambrozaitiene, D.; Stankuniene, V.; Meslé, F.; Vallin, J. 2007. "Sociocultural mortality differentials in Lithuania: results obtained by matching vital records with the 2001 census data", *Population: English Edition* 62(4): 597–646.
9. Jasilionis, D.; Stankuniene, V.; Shkolnikov, V. M. 2006. *Lietuvos gyventojų mirtingumo sociodemografiniai skirtumai 2001–2004*. Vilnius: Statistikos departamentas ir Socialinių tyrimų institutas.
10. Jasilionis, D. 2003. „Lietuvos gyventojų mirtingumo raida – epidemiologinio perėjimo teorijos išimtis“, *Filosofija. Sociologija* 2: 63–67.
11. Jasilionis, D. 2009. Mortality. *The Baltic Countries: Population, Family and Family Policy*, eds. V. Stankūnienė, D. Jasilionis. Vilnius: Institute for Social Research.
12. Kirk, D. 1996. "Demographic transition theory", *Population Studies* 50: 361–387.
13. Klumbienė, J.; Domarkienė, S. 2004. "Cardiovascular epidemiology in Lithuania", *Seminars in Cardiology* 10: 68–75.
14. Kurtinaitis, J.; Smailytė, G. 2002. "Cancer mortality trends in Lithuania 1978–1999", *Acta medica Lithuanica* 9(3): 149–153.
15. Landry, A. 1934. *La Révolution Démographique: Etudes et Essais sur les Problèmes de la Population*. Paris. (cit. iš *Dictionary of Demography Terms, Concepts, and Institutions*, 1986).
16. Meslé, F. 2004. "Mortality in Central and Eastern Europe: long-term trends and recent upturns", *Demographic Research Special collection* 2: 45–70.
17. Meslé, F.; Vallin, J. 1993. "Développement économique et espérance de vie: la transition sanitaire au tournant des années soixante", *Congrès international de la population. Montréal 1993* 2: 365–382. Liège: UIESP.
18. National Research Council. 2000. *Beyond Six Billion: Forecasting the World's Population*, eds. J. Bongaards, A. Bulatao. Committee on Population, Washington, D. C.: National Academy Press.
19. Notestein, F. W. 1945. "Population – the long view", in *Food for the World*, ed. T. W. Schultz. Chicago: Chicago University Press (cit. iš Van de Kaa 1996), p. 37–57.
20. Olshansky J.; Ault, B. 1986. "The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases", *The Milbank Quarterly* 64(3): 355–391.
21. Omran, A. R. 1971. "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4): 509–538.
22. Petrauskienė, J.; Kalėdienė, R. 2003. "Trends in mortality of Lithuanian population throughout the first decade of Independence", *Medicina* 39(8): 788–796.
23. Shkolnikov, V.; Meslé, F.; Vallin, J. 1997. "Recent trends in life expectancy and causes of death in Russia, 1970–1993", *Premature Death in the New Independent States*. Washington: National Academy Press.
24. Smailytė, G. 2011. „Mirtingumas nuo vėžio ir jo mažinimo galimybės“, *Demografija ir mes* 2. LSTC Demografinių tyrimų institutas.
25. Smailyte, G.; Kurtinaitis, J. 2007. "Cancer mortality trends in Lithuania 1978–2005: a joinpoint regression analysis", *Acta medica Lituanica* 14(3): 149–154.
26. Stankūnienė, V.; Jasilionis, D. 2002. Lietuvos gyventojų mirtingumo sociodemografinės diferenciacijos vertinimas dinamiškai kintančių socialinių institutų ir demografinės elgsenos periodu. Kompleksinio mokslo tyrimo *Lietuvos gyventojų mirtingumo priežasčių ir sociodemografinės diferenciacijos sąveikos su kintančia pirminės sveikatos priežiūros sistema tyrimas* galutinė ataskaita. Vilnius–Kaunas, LFSI, KMU KI, VU LVR, VDU, 12–68.

27. Vallin, J.; Mesle, F. 2004. "Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition", *Demographic Research* Special Collection 2: 11–44. Prieiga per internetą: [www.demographic-research.org/special/2/2/](http://www.demographic-research.org/special/2/2/).
28. Vallin, J. 2006. "Europe's Demographic Transition, 1740–1940", *Demography. Analysis and Synthesis. A Treatise in Population Studies* 3: 41–66.
29. WHO Health for All Database. 2011. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/hfad/>.
30. Вишнеvский, А. Г. 2005. „Восток и Запад Европы: разные демографические судьбы“, *Избранные демографические труды*. Том 2. Москва: Наука, с. 301–343.

VLADA STANKŪNIENĖ, DOMANTAS JASILIONIS

## **Contradictory trends in mortality and cause-specific mortality in Lithuania**

### *Summary*

The paper deals with deviations of mortality trends in Lithuania from both the trends described in the theoretical framework of health transition and the experience of the majority of developed countries. Using routine official statistics and census-linked longitudinal data, the study identifies peculiar patterns and features of cause-specific and differential mortality. The decomposition analysis allowed to identify the most important causes of death and the age groups responsible for the recent contradictory changes in life expectancy at birth in Lithuania.

**Key words:** mortality, causes of death, life expectancy, Lithuania