

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS

MAGISTRO DARBAS

Neringa Liaudanskaitė

**65 M. IR VYRESNIŲ VILNIAUS GYVENTOJŲ GYVENSENA IR SUBJEKTYVUS
SVEIKATOS VERTINIMAS**

Lifestyle and Self-rated Health in 65 Years and Older Vilnius Population

Leidžiama ginti _____
Visuomenės sveikatos instituto direktorius
Prof. dr.(HP) R. Stukas

Studentas _____
Neringa Liaudanskaitė

Darbo vadovai:
Prof. G. Šurkienė _____

Darbo įteikimo data _____
Registracijos Nr. _____

Vilnius – 2012

TURINYS

1. SANTRAUKA.....	4
2. SUMMARY.....	5
3. ĮVADAS.....	7
4. SAŲOKOS.....	8
5. LITERATŪROS APŽVALGA.....	9
5.1.Lietuvos demografinės raidos kaita ir dabartinė būklė.....	9
5.1.1. Mirtingumas.....	9
5.1.2. Migracija.....	10
5.1.3.Gimstamumas.....	11
5.1.4. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė.....	11
5.1.5. Ilgėjančios VGT ir sveikatos pokyčių paradigmos.....	12
5.2.Pagyvenusių žmonių veikatos priežiūra ir politika.....	13
5.3.Pagyvenusių asmenų gyvensena ir sveikata.....	16
5.3.1. Mityba.....	16
5.3.2. Fizinis aktyvumas.....	19
5.3.3. Alkoholio vartojimas.....	20
5.3.4. Tabako vartojimas.....	21
5.4.Gyventojų subjektyvus sveikatos vertinimas.....	23
6. TYRIMO METODIKA.....	26
7.REZULTATAI.....	28
7.1.Respondentų charakteristika.....	28
7.2. Respondentų sveikatos būklė.....	34
7.3 Subjektyvus sveikatos vertinimas.....	40
7.4 Respondentų gyvensena.....	44

7.4.1 Rūkymo paplitimas	44
7.4.2 Alkoholio vartojimas	45
7.4.3 Fizinis aktyvumas	47
7.4.4 Mityba.....	49
7.5. Respondentų gyvenamos ir sveikatos sąsajos	53
8. REZULTATŲ APTARIMAS.....	56
9. IŠVADOS.....	62
10. LITERATŪROS SĄRAŠAS :	63
11. PRIEDAI	72

1. SANTRAUKA

Visuomenės senėjimas rodo gerėjančias gyvenimo sąlygas, sveikatos priežiūros kokybės gerėjimą, tačiau visuomenės senėjimas turi ir neigiamų pasekmių. Visuomenei senstant daugėja lėtinių ligų, specifinių, seniems žmonėms būdingų būklių, todėl didėja poreikis pagyvenusių žmonių socialinei ir medicininei priežiūrai, atsiranda naujų ekonominių iššūkių šaliai. Pakeisti ar sureguliuoti gyventojų senėjimo procesus ir jų padarinius yra sunku, tačiau žinant sveikatą įtakojančius veiksnius ir jų padarinius galima geriau pasirengti šių problemų sprendimui.

Tyrimo tikslas: įvertinti 65 m. ir vyresnių Vilniaus gyventojų gyvenimą ir subjektyvų sveikatos vertinimą

Uždaviniai: 1. Nustatyti 65 m. ir vyresnių žmonių gyvenimo veiksnių (rūkymo, alkoholio vartojimo, mitybos ir fizinio aktyvumo) paplitimą. 2. Įvertinti 65 m. ir vyresnių žmonių sveikatos būklę 3. Nustatyti 65 m. ir vyresnių žmonių subjektyvų savo sveikatos būklės vertinimą. 4. Įvertinti 65 m. ir vyresnių žmonių subjektyvios sveikatos būklės sąsajas su gyvenimo veiksnių paplitimu. 5. Įvertinti 65 m. ir vyresnių žmonių gyvenimo sąsajas su bendra fizine sveikata.

Metodika. Darbo uždaviniams įgyvendinti ir tikslui pasiekti buvo panaudotas interviu apklausos metodas, naudojant šiam tyrimui sukurtas anketas (1 priedas). Anketos buvo anonimiškos. Apklausa vykdėta Antavilių pensionate, Vilniaus Gerontologijos ir reabilitacijos centre bei Vilniaus pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose. Į tyrimą buvo įtraukti asmenys 65 metų amžiaus ir vyresni, kurių protinės veiklos funkcija buvo ne mažesnė vidutinio kognityvinio pažeidimo (ne mažiau 20 balų).

Rezultatai. Apklausta 300 Vilniaus miesto 65 m. ir vyresnių asmenų. 103 respondentai (34,3 proc.) buvo iš globos įstaigų, 197 (65,7 proc.) – apsilankę Vilniaus pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose. Labai gerai savo sveikatą įvertino tik 1,01 proc. didžiausia dalis savo sveikatą vertino vidutiniškai – 53,69 proc. Šiuo metu rūkančiųjų respondentų dalis - 5,4 proc. 52,2 procentai alkoholio per paskutinius 6 mėn. nevartojo, 33 proc. vartojo rečiau nei kartą per mėnesį. Beveik kasdien vartojančių alkoholį buvo 1,7 proc. Daugumos respondentų fizinis aktyvumas yra mažas, mityba nėra tinkamai subalansuota.

Išvados. Rūkymo ir alkoholio vartojimas tarp respondentų yra nedidelis, mityba nesubalansuota, mažas fizinis aktyvumas. Dauguma savo sveikatą vertina vidutiniškai.

Raktažodžiai: 65 m. ir vyresnio amžiaus žmonės, rūkymas, alkoholio vartojimas, fizinis aktyvumas, mityba, subjektyvus sveikatos vertinimas

2. SUMMARY

Aging of the public population shows the improvement in living conditions and health care quality, still this process has its negative consequences as well. Because of aging, both the chronic diseases and specific conditions for the elderly are increasing, thus making bigger demands of older people for social and medical care and creating new economic challenges for the country. It is very difficult to replace or adjust the aging processes and their effects; however, if we take into account the factors that have an impact on health and their consequences the better preparation to solve these problems can be done.

The aim of the research: to assess the residents of Vilnius city at the age of 65 and older living and their own subjective health assessment.

Objectives : **1.** To define the living factors (smoking, alcohol consumption, nutrition and physical activity) distribution of the people at the age of 65 and older. **2.** To assess the people's health condition at the age of 65 and older. **3.** To ascertain people's at the age of 65 and older subjective assessment of their own health. **4.** To ascertain people's at the age of 65 and older subjective health condition links with the living factors distribution. **5.** To ascertain people's at the age of 65 and older subjective health condition links with their common physical health.

Methodology. In order to achieve the objectives and the aim of the study the interview method have been carried out, using the questionnaires developed for this study (Appendix 1). Questionnaires were anonymous. The survey was carried out at Antaviliai pension, Gerontology and Rehabilitation Center of Vilnius and primary health care facilities. The study included individuals at the age of 65 and older whose mental activity function was at least moderate cognitive impairments (at least 20 points).

Results. 300 people of Vilnius city at the age of 65 and older were interviewed. 103 respondents (34,3 proc.) were from care institutions, 197 (65,7 proc.) – have been visited Vilnius primary health care facilities. Only 1,01 percent of the respondents assessed their health as very good and the largest part assessed their health on average - 53,69 percent. At present, 5,4 percent of respondents are smoking, 52,2 percent did not use any alcohol in the last 6 months, 33 percent used less frequently than once in a month. Daily alcohol consumption includes 1,7 percent of

respondents. The majority of the respondents is of a low physical activity, the nutrition is not properly balanced.

Conclusion.The majority of respondents do not smoke and their alcohol consumption is moderate, but their physical activity is too low and diet is unbalanced. Most respondents assessed their health as average.

Key words : people at the age of 65 and older, smoking, alcohol consumption, physical activity, nutrition, subjective health assessment

3. ĮVADAS

Spartūs ir esminiai demografiniai procesai - mažėjantis gimstamumas, ilgėjanti vidutinė gyvenimo trukmė, aukštas mirtingumo lygis ir migracija lemia visuomenės senėjimą. Lietuvoje 2011 metų pradžioje 65 metų ir vyresni asmenys sudarė 16,51 procentą visų gyventojų [19]. Visuomenei senstant daugėja lėtinių ligų, specifinių, seniems žmonėms būdingų būklių, todėl didėja poreikis pagyvenusių žmonių socialinei ir medicininei priežiūrai, atsiranda naujų ekonominių iššūkių šaliai.

Sveikata didžiaja dalimi priklauso nuo žmonių gyvensenos. Gyvenseną sudaro mitybos, fizinio aktyvumo, alkoholio bei tabako vartojimo ir kiti įpročiai. Visi jie sąveikauja tarpusavyje, stiprindami arba žalodami sveikatą. Sveikatą žalojančius veiksnius net ir vyresniame amžiuje nevēlu nutraukti, o sveikatą stiprinančių veiksnių įtaką vyresniame amžiuje taip pat galima pastiprinti ir pagerinti gyvenimo kokybę bei sveikatą.

Nemažas dėmesys yra kreipiamas į pačių žmonių požiūrį į jų sveikatą ir subjektyvų sveikatos vertinimą. Subjektyvus sveikatos vertinimas turi sąsąją su asmens socialiniais bei demografiniais rodikliais, su sveikata susijusiais veiksniais bei sveikatos būkle.

Pakeisti ar sureguliuoti gyventojų senėjimo procesus ir jų padarinius yra sunku, tačiau žinant sveikatą įtakojančius veiksnius ir jų padarinius galima geriau pasirengti šių problemų sprendimui. Būtent šio darbo objektas yra pagyvenę žmonės ir jų gyvensena.

Tyrimo tikslas: įvertinti 65 m. ir vyresnių Vilniaus gyventojų gyvenseną ir subjektyvų sveikatos vertinimą

Uždaviniai:

1. Nustatyti 65 m. ir vyresnių žmonių gyvensenos veiksnių (rūkymo, alkoholio vartojimo, mitybos ir fizinio aktyvumo) paplitimą.
2. Įvertinti 65 m. ir vyresnių žmonių sveikatos būklę
3. Nustatyti 65 m. ir vyresnių žmonių subjektyvų savo sveikatos būklės vertinimą.
4. Įvertinti 65 m. ir vyresnių žmonių subjektyvios sveikatos būklės sąsąjas su gyvensenos veiksnių (rūkymo, alkoholio vartojimo, mitybos ir fizinio aktyvumo) paplitimu.
5. Įvertinti 65 m. ir vyresnių žmonių gyvensenos sąsąjas su bendra fizine sveikata.

4. SAŲOKOS

1. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT) – tikimybinis rodiklis, rodantis, kiek vidutiniškai metų gyvens kiekvienas gimęs arba tam tikro amžiaus sulaukęs žmogus, jeigu visą būsimą tiriamos kartos gyvenimą mirtingumo lygis kiekviename gyventojų amžiaus grupėje nekis.
2. Vyresnio amžiaus asmuo – 65 m. ir vyresnis asmuo
3. KMI – kūno masės indeksas
4. ES – Europos Sąjunga
5. PSO – pasaulio sveikatos organizacija
6. JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

5. LITERATŪROS APŽVALGA

5.1. Lietuvos demografinės raidos kaita ir dabartinė būklė

Spartūs, esminiai ir didžiuliai pagal mastus visų pagrindinių demografinių procesų – gimstamumo, mirtingumo, migracijos – pokyčiai, prasidėję Lietuvoje prieš dvidešimt metų, tebesitęsia iki šiol. Daugumos šių demografinių procesų pasikeitimo pasekmės yra neigiamos ar net labai neigiamos ir lemia spartų gyventojų skaičiaus mažėjimą, demografinės pusiausvyros praradimą, visuomenės senėjimą.

Gyventojų skaičius nuolat mažėja nuo 1992 m. ir pagal apimtį sugrįžo į praėjusio šimtmečio aštunto dešimtmečio vidurį. 2011 m. pradžioje Lietuvos gyventojų skaičius buvo maždaug toks, kaip prieš 45 metus (1975 m. pradžioje – 3,29 mln.). Tačiau pagal 2011 m. gyventojų ir būstų surašymo išankstinius duomenis, Lietuvos gyventojų skaičius yra dar gerokai mažesnis, nei buvo vertinama einamosios statistikos. Labai sparčiai keitėsi gyventojų amžiaus struktūra.

Mažėjant gimstamumui, o kartu vaikų ir jaunimo, emigruojant jaunimui, greitai daugėja pagyvenusių ir senų žmonių – vyksta spartus visuomenės senėjimas. Nuo šio šimtmečio pradžios pagyvenusių žmonių (60 metų ir vyresnių) dalis yra didesnė nei vaikų (0–14 metų) [1].

5.1.1. Mirtingumas

Mirtingumo lygis Lietuvoje svyruoja ir išlieka santykinai aukštas (2009 m. vidutinė tikėtina vyrų gyvenimo trukmė buvo 67,51, moterų – 78,56 metų, 2010 m. vyrų VGT yra 68 metai, moterų 78,8 m.) [2, 3], o kai kuriose subpopuliacijose (darbingo amžiaus vyrų) kai kuriais periodais (pvz., 2000–2007 m.) net didėjo. Tai nebūdinga panašaus išsivystymo lygio šalims. Vyrų mirtingumas Lietuvoje šiuo metu yra net didesnis už buvusį prieš keturis dešimtmečius (vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1965 m. siekė 68,2 metų). Neadekvačiai didelis vyrų mirtingumas pirmiausia sietinas su nesveiko ir sveikatai žalingo gyvenimo būdo paplitimu (nesaikingo alkoholio vartojimo, rūkymo, menko fizinio aktyvumo, antsvorio, prastos psichikos sveikatos) [4]. Nors per pastaruosius trejus metus vyrų mirtingumas dėl mirčių, susijusių su transporto įvykiais, mažėjo, bendras mirtingumo lygis toliau išlieka aukštas, o 2010 m. – net vėl padidėjo [5].

Lietuvai būdingi labai dideli mirtingumo sociodemografiniai skirtumai. Itin aukštu mirtingumu pasižymi kai kurios gyventojų grupės (menkiau išsilavinusių, nevedusių/netekėjusių, išsiskyrusių, našlių, kaimo gyventojų), o tai didele dalimi lemia ir prastus visos šalies mirtingumo

rodiklius. Pavyzdžiui, trisdešimtmečių Lietuvos vyrų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė daugiau nei 11 metų ilgesnė nei vyrų, turinčių žemesnį nei vidurinis išsilavinimą [6]. Mirtingumo koncentravimasis tam tikrose socioekonominėse grupėse turi didėjimo tendenciją [7].

Mirtingumo pokyčiai/lygis ir visuomenės sveikata Lietuvoje, kaip ir visoje posovietinėje erdvėje, yra išimtis iš žmonijos patirties mažinant mirtingumą [8], nes bendrosios visuomenės modernizacijos nelydi teigiami mirtingumo pokyčiai. Taigi Lietuva šiuo požiūriu gerokai skiriasi nuo Vakarų šalių, nuo praėjusio dešimtmečio ėmė skirtis ir nuo Vidurio Europos, o pastaraisiais metais – net ir nuo Baltijos šalių – Latvijos ir ypač Estijos. Čia akivaizdžios sovietinio palikimo (pirmiausia pasireiškiančio nesveikos gyvensenos paplitimu, menku sveikatos kaip vertybės vertinimu), o pastaruoju metu – ir nesėkmingos sveikatos apsaugos reformos bei socialinės nelygybės augimo pasekmės [9]. Šias nesėkmes iliustruoja 2000–2007 m. vyrų mirtingumo dėl ligų, kurias galima išgydyti, didėjimas bei tris kartus išaugęs vyrų mirtingumas dėl kepenų ligų, susijusių su alkoholio vartojimu. Nepaisant 2008–2009 m. priimtų antialkoholinių įstatymų teigiamo poveikio, vyrų mirtingumas dėl priežasčių, susijusių su alkoholio vartojimu, ir išorinių mirties priežasčių išlieka vienas aukščiausių Europos Sąjungoje [1].

5.1.2. Migracija

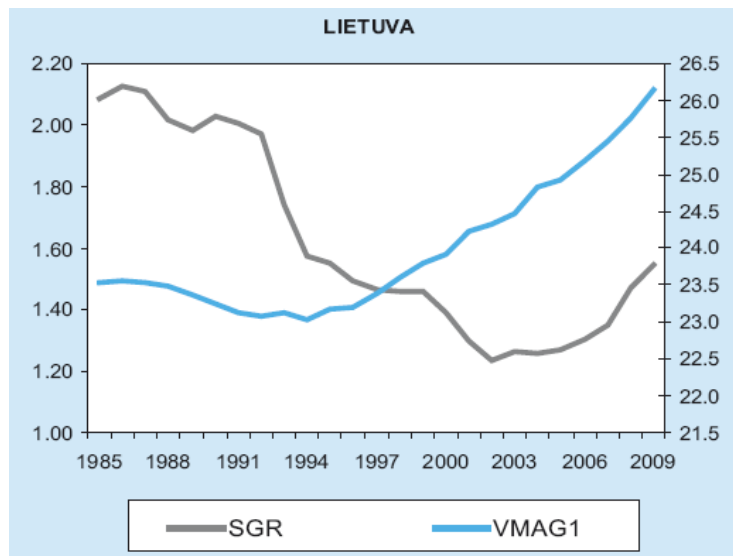
Statistikos departamento duomenimis, 1990–2010 m. iš Lietuvos emigravo per pusę milijono žmonių. Pagal intensyvumo rodiklius, Lietuvos emigracijos mastai yra gerokai didesni nei iš kitų Rytų ir Vidurio ES šalių. 2010 m. emigracijos rodikliai buvo ypač dideli – 83,2 tūkst. žmonių [10].

Dauguma emigrantų yra jauni, išsilavinę ir šeimos neturintys asmenys. 2010 m. duomenimis: 55 proc. emigrantų buvo 20–35 metų amžiaus; 52 proc. emigrantų sudarė moterys; 50 proc. turėjo specialųjį vidurinį išsilavinimą, o 25 proc. turėjo aukštąjį ar profesinį išsilavinimą. Pastaraisiais metais daugėja ir išvykstančių šeimų. Užsienyje įsikūrę tėvai vis dažniau kartu su savimi pasiima ir savo vaikus. Tokios emigracijos tendencijos gerokai sumažina grįžtamosios migracijos tikimybę ateityje [11].

Tokie emigracijos mastai atsiliepia gyventojų sudėčiai. Mažėja jaunų asmenų, pagyvenusių asmenų sąskaita. Tai atsiliepia šalies ekonomikai ir tuo pačiu sveikatos būklei. Senėjanti populiacija pareikalauja daugiau lėšų iš šalies biudžeto sveikatos ir socialiniai apsaugai bei priežiūrai.

5.1.3. Gimstamumas

Labai sparčiai ir didžiuliu mastu XX a. paskutinį dešimtmetį mažėjęs *gimstamumas*, XXI a. pradžioje pasiekė ypač žemą lygį (2002–2005 m. suminis gimstamumo rodiklis buvo mažesnis nei 1,3 ir labai nutolo nuo ribos - 2,1, galinčios užtikrinti kartų kaitą. 2006–2009 m. gimstamumas laipsniškai didėjo, ir 2009 m. suminis gimstamumo rodiklis buvo 1,55 [2]. Tačiau 2010 m. gimstamumas vėl sumažėjo [10]. Taip pat moterys vis vyresniame amžiuje gimdo pirmąjį vaiką, 1994m vidutinis moters amžius gimdant pirmą vaiką buvo 23, o 2009 m. 26 metai (1 pav.), [2,10].



1 pav. Lietuvos gimstamumo pokyčiai (suminis gimstamumo rodiklis – SGR, vidutinis moters amžius gimdant pirmą vaiką – VMAG1) * Suminis gimstamumo rodiklis (SGR) – vidutinis vaikų, kuriuos moteris pagimdė per visą savo gyvenimo reproduktyvų periodą, skaičius.

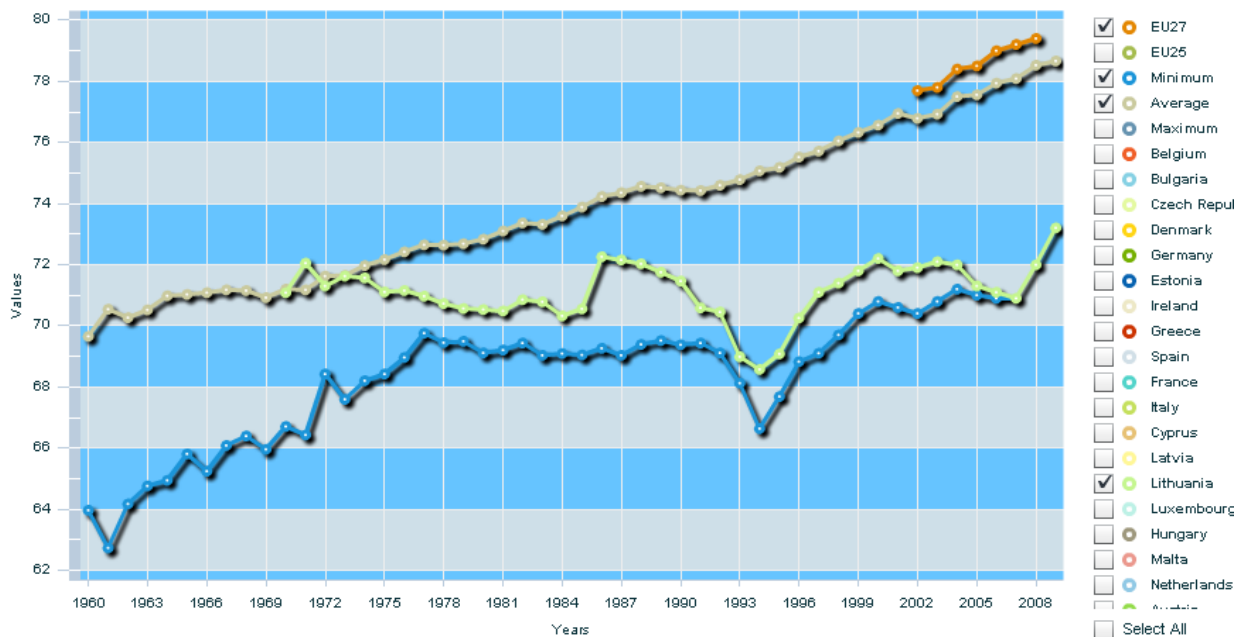
5.1.4. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

Pastarąjį šimtmetį žmonių vidutinė gyvenimo trukmė (VGT) pailgėjo keliomis dešimtėmis metų. Visame pasaulyje, neišskiriant Lietuvos, VGT ilgėjimą lydėjo vyresnio ir senyvo amžiaus gyventojų dalies augimas. 2011 metų pradžioje 65 metų ir vyresnių asmenų buvo 535 769, tai sudaro 16,51 procentą visų gyventojų [12]. Kai tuo tarpu 1989 m. 65-mečiai ir vyresni Lietuvoje sudarė 10,6%, 2004 m. –15,0% visų gyventojų [13, 14].

Lietuvoje 2010 m. vyrų VGT yra 68 metai, moterų 78,8 m. [3]. 2009 m. Europos Sąjungoje vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė buvo 76,4 metų, moterų – 82,4 metų. Lietuvos vyrų vidutinė

tikėtina gyvenimo trukmė buvo trumpiausia ES, o moterų tik nežymiai ilgesnė už Rumunijos, Bulgarijos ir Latvijos moterų vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę [15]. 2 paveiksle matyti, kad Lietuvos vidutinė gyvenimo trukmė nuo 2007m. yra lygi minimumui, ir labai skiriasi nuo Europos vidurkio [16].

Didžioji sveikatos nelygybė egzistuoja tarp šalių, ir tai atspindi vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Japonijoje ji siekia 82,2 m., tuo tarpu kai kuriose Afrikos šalyse nesiekia 40m. Šalių viduje taip pat egzistuoja sveikatos netolygumai tarp gyventojų. Pvz., JAV aukštos ekonominės ir socialinės grupės žmonės gali gyventi net 20 metų ilgiau nei iš žemesnės socialinės – ekonominės klasės [17].



2 pav. Vidutinė gyvenimo trukmė

5.1.5. Ilgėjančios VGT ir sveikatos pokyčių paradigmos

VGT ilgėjimas yra siejamas su sveikatos priežiūros kokybės gerėjimu. Tačiau ar ilgesnis gyvenimas užtikrina ir gerą sveikatos būklę?

Yra kelios nuomonės. Viena iš jų yra pesimistinė, kad ilgėjant gyvenimo trukmei, medicina padeda ilgiau išgyventi ligotiems senoliams ir tai blogina bendrą populiacijos sveikatos būklę ir gyvenimo kokybę [18, 19]. Kalėdienė, Petrauskienė ir Rimpela teigia, kad „ekonomiškai išsivysčiusiose ir daugelyje mažai išsivysčiusių šalių, ilgėjant VGT, didėja ir sergamumas lėtinėmis ligomis bei su jomis susijęs invalidumas. Natūraliai kyla konfliktas tarp ilgo gyvenimo ir blogesnės

gyvenimo kokybės senatvėje“ [20]. Pesimistinius argumentus pareiškė Olshansky su bendraautorais, teigdami, jog kartu su ilgesniu gyvenimu pridedamas ir ilgesnis negalios bei priklausomybės laikotarpis [21].

Atroji optimistinė mokslininkų nuomonė, kad ilgėjant gyvenimo trukmei, lėtines ligas susijusias su amžiumi, negalia galima „suspausti“ prie amžiaus pabaigos, taip sumažinant jų trukmę, tuo tarpu pailginant suaugusiojo sveikatos amžiaus tarpsnį [22]. Tai, kad ilgėjant VGT gali trumpėti „nesveikoji“ gyvenimo trukmė, patvirtina daugelio šalių gyventojų sveikatingumo raidos duomenys. JAV 1982–1999 metais VGT ilgėjo visose amžiaus grupėse, 30% išaugo 65 metų ir vyresnių žmonių skaičius, tačiau negalios paplitimo dažnis standartizuotoje pagal amžių 65 metų ir vyresnių žmonių grupėje sumažėjo nuo 26,2 iki 19,7%. Šio amžiaus grupėje gyvenančių slaugos namuose sumažėjo nuo 6,8 iki 4,2%. Negalios paplitimo atvejų mažėjo spartėjančiu tempu: metinis mažėjimas 1982–1989 m. sudarė 0,26%, 1989–1994 m. – 0,38%, 1994–1999 m. – 0,56% [23].

Gaigalienės teigimu, „nors pastaraisiais metais pensinio amžiaus žmonių skaičius didėja, tačiau ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse pastebima neįgalių dėl senatvės asmenų skaičiaus mažėjimo tendencija“ [24].

Lietuvoje didėjant vyresnio amžiaus žmonių, hospitalinis sergamumas 65 ir vyresnių asmenų grupėje intensyviai didėja nuo 2006 metų [25]. Valstybės ir savivaldybių globos namuose gyvenančių 65 m. ir vyresnių asmenų, skaičius beveik nekinta, o visuomeninių organizacijų, paraparijų bei kituose globos namuose šio amžiaus žmonių skaičius tik didėja [26]. Taigi šie rodikliai parodo didesnę atitikimą pirmajai - pesimistinei nuomonei, kad ilgėjant gyvenimo trukmei Lietuvoje, sveikatos būklė pagyvenusių asmenų negerėja taip intensyviai kaip kitose šalyse, bei daugėja žmonių, kuriems reikalinga nuolatinė priežiūra.

Neabejotina, kad išvystytose šalyse gerėjančios gyvenimo sąlygos, mityba, prevencinė medicina, sveikos gyvensenos plėtra, kiti sparčiai kintantys aplinkos ir gyvensenos veiksniai turi palankią įtaką senatvės ir sergamumo nutolinimui. Galima daryti prielaidą, kad šie veiksniai Lietuvoje rutuliojosi ne taip intensyviai ir tai galima pagrįsti VGT rodikliais, bei anksčiau minėtais rodikliais, rodančiais senyvo amžiaus žmonių sveikatos priežiūros poreikį.

Lietuvos gyventojų sudėtis sparčiai keičiasi, taip pat mažėja gyventojų skaičius. Visa tai vyksta dėl mažo gimstatumo, didelio emigracijos masto. Kaip ir daugelyje pasaulio valstybių, taip ir Lietuvoje dėl ilgėjančios gyvenimo trukmės ir neigiamo gyventojų prieaugio, vyksta populiacijos senėjimas.

5.2. Pagyvenusių žmonių veikatos priežiūra ir politika

Gyventojų senėjimas šiuolaikinės visuomenės triumfas. Tai rodo teigiamą sveikatos priežiūros darbą, efektyvumą, tačiau kyla kitų sunkumų, tarp jų susijusių su sveikatos priežiūra.

- Atsižvelgiant į gyventojų senėjimą Lietuvoje pradėta plėtoti geriatrinė pagalba: Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. spalio 18 d. įsakymu Nr. 453 (Žin., 1999, Nr. 89-2633) patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 71:1999 „Gydytojas geriatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.
- Įvertinus geriatrinių problemų aktualumą ir paslaugų poreikius, Sveikatos apsaugos ministras patvirtino „Geriatrinės pagalbos ir sveikatos priežiūros plėtojimo Lietuvoje programą 2003-2007 m.“.
- Lietuva įgyvendindama Jungtinių Tautų tarptautinį Madrido veiksmų planą dėl visuomenės senėjimo 2004 metais priėmė Nacionalinę gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategiją, kurioje konstatuojama:
 - medicinos pagalbos ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos vyresnio amžiaus žmonėms dar nėra deramai organizuotos;
 - sveikatos priežiūros paslaugų vyresnio amžiaus žmonėms reikia kur kas daugiau negu kitiems, taigi visuomenei senstant jų prireiks dar daugiau;
 - nepakanka sveikatinimo programų, skirtų vyresniems žmonėms;
 - per mažai vyresnio amžiaus žmonėms teikiama specializuotų geriatrijos paslaugų sveikatos apsaugos įstaigose (nėra specializuotų kabinetų ir skyrių, tarp jų – Alzheimerio ligos skyrių, interdisciplininio bendradarbiavimo stoka, pvz., blogas kooperavimasis su bendros praktikos gydytojais ir socialiniais darbuotojais).

Strategijos sveikatos ir socialinių paslaugų tikslas – pasiekti, kad vyresnio amžiaus žmonės būtų kuo sveikesni, o sergantiems užtikrinti geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas; sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų priemonėmis pasiekti, kad vyresnio amžiaus žmonės kuo ilgiau galėtų gyventi savo namuose, šeimoje ir bendruomenėje; užtikrinti, kad sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos būtų laisvai prieinamos visiems jų reikalingiems žmonėms [27].

2003 m. Švedijos nacionalinis visuomenės sveikatos institutas, remiamas Europos Komisijos ir 12 partnerių (įskaitant Pasaulio sveikatos organizaciją, Europos pagyvenusių žmonių platformą (AGE), „EuroHealthNet“ ir suinteresuotąsias organizacijas), inicijavo projektą „Sveikas senėjimas (2004–2007 m.)“ pagal Europos Sąjungos visuomenės sveikatos programą [28]. Sveikas senėjimas

apibrėžiamas kaip galimybių užsitikrinti fizinę, socialinę ir psichinę sveikatą optimizavimo procesas, kuriuo siekiama įgalinti pagyvenusius žmones aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime nepatiriant diskriminacijos ir džiaugtis savarankiškumu bei gyvenimo kokybe [29].

Sveikas senėjimas, skatinamas sistemingos sveikatinimo veiklos, paminėtas jau 1998 metais kaip Pasaulinės sveikatos organizacijos veiklos krypties „Sveikata visiems XXI amžiuje“ 5 tikslas [30].

2012 m. skelbiami Europos aktyvaus senėjimo ir kartų solidarumo metais (toliau – Europos metai). Jais siekiama skatinti visų asmenų gyvybingumą ir orumą.

Bendras Europos metų tikslas – padėti sukurti aktyvaus senėjimo kultūrą Europoje, remiantis įvairaus amžiaus visuomene. Siekiant šio tikslo, Europos metais skatinamas tarpsektorinis bendrabarbiavimas, skatinant aktyvų senėjimą ir aktyviau pasitelkti sparčiai didėjančios grupės žmonių, kuriems netrukus sukaks 60 ir daugiau metų, potencialą. Taip puoselėjamas kartų solidarumas ir bendradarbiavimas, atsižvelgiant į įvairovę ir lyčių lygybės principą. Skatinant aktyvų senėjimą vyresnio amžiaus vyrams ir moterims reikia sudaryti geresnes dalyvavimo darbo rinkoje galimybes, kovoti su skurdu, ypač moterų, taip pat su socialine atskirtimi, kad būtų skatinamas savanoriškas ir aktyvus dalyvavimas šeimos ir visuomenės gyvenime, ir skatinti sveiką ir orų senėjimą. Tam, be kita ko, reikia pritaikyti darbo sąlygas, kovoti su neigiamais stereotipais dėl amžiaus ir su diskriminacija dėl amžiaus, gerinti darbuotojų sveikatą ir saugą, mokymosi visą gyvenimą sistemas pritaikyti senėjančios darbo jėgos poreikiams ir užtikrinti, kad socialinės apsaugos sistemos būtų tinkamai pritaikytos bei teiktų tinkamas paskatas [31].

Taip pat šių metų Pasaulinės sveikatos dienos – balandžio 7 –osios tema yra sveikas senėjimas, o jos šūkis - „gera sveikata – ilgesnis gyvenimas“ (Good health adds life to years). Valstybės skatinamos šviesti visuomenę ir tikimasi, kad bus sulaužyti stereotipai apie vyresnio amžiaus žmones, kad jie bus labiau įtraukti į šeimyninį ir visuomeninį gyvenimą, taps aktyviais, gerbiamais ir sumaniais visuomenės nariais. Valstybės imsis įvairių strategijų, kurios pagerins pagyvenusių žmonių sveikatą ir gyvenimo kokybę [32].

Dauguma Europos šalių yra parengusios sveiko senėjimo strategiją, kaip visus gyventojus apimančios sveikatos priežiūros strategijos dalį arba kaip atskirą visuomenės sveikatos strategijos kryptį. Dauguma strategijų orientuotos į sveikatinimą ir ligų bei nelaimingų atsitikimų prevenciją. Tik nedaugelis jų remiasi sveikatos duomenimis; dažniausiai specialios lėšos sveikatinimui neskiriamos, ir tai gali trukdyti įgyvendinti strategiją vietos lygmeniu.

5.3. Pagyvenusių asmenų gyvenšana ir sveikata

Tarp vyresnio amžiaus žmonių labiau paplitusios ligos, kurios yra susijusios su organizmo pokyčiais senstant – tai kraujotakos sistemos ligos, regos sutrikimai (glaukoma, senatvinės ir kitos kataraktos), jungiamojo audinio ir skeleto-raumenų sistemos ligos (artropatijos), kvėpavimo sistemos sutrikimai (lėtinės apatinių kvėpavimo takų ligos, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos) [33].

Žmogaus sveikatą senatvėje lemia visas jo gyvenimas. Tai svarbiausia ES sveikatos strategijos „Kartu sveikatos labui“, kuria siekiama, kad žmonės kuo ilgiau būtų sveiki ir džiaugtųsi gyvenimu, mintis [34]. Pasaulio sveikatos organizacija taip pat teigia, kad keisti rizikingą elgesį nevēlu net ir vyresniame amžiuje, pvz. ankstyvos mirties rizika sumažėja 50 proc. jei asmuo meta rūkyti nuo 60 iki 75 amžiaus. Todėl reikalingos investicijos į sveikatą per visą gyvenimą [12]. Sveikatinimo ir prevencijos priemonės gali pailginti ne tik gyvenimo trukmę, bet ir pagerinti jo kokybę.

Gyvensena – tai įpročių ir papročių visuma, susidariusi veikiamą ir stiprinamą socializacijos proceso per visą žmogaus gyvenimą [35]. Sveika gyvensena – tai kasdienis gyvenimo būdas, kuris stiprina ir tobulina rezervines organizmo galimybes, padeda žmogui išlikti sveikam, saugoti ir gerinti savo sveikatą [36]. Svarbiausiais sveikos gyvensenos elementais PSO yra įvardiję šiuos:

- racionali mityba,
- žalingų įpročių atsisakymas,
- fizinis aktyvumas

5.3.1. Mityba

Senstant organizmui, reikalingų kalorijų kiekis mažėja. Taip yra todėl, kad sumažėja raumenų masė, o tai ypač pastebima nuo 60 metų. Žmonėms, kurie iki senatvės išlieka fiziškai aktyvūs, šis sumažėjimas nėra toks ryškus. Tačiau svarbių maisto medžiagų, nesuteikiančių energijos (vitaminų, mineralinių medžiagų, mikroelementų) poreikis išlieka toks pat ar gali net padidėti. Tai visų pirma pasakytina apie vitaminą A ir mineralines medžiagas - kalcį, magnį ir kalį [34].

Prasta mityba vyresniame amžiuje gali sukelti daug nepageidaujamų komplikacijų. Prasta mityba padidina imuninės sistemos ir jutiminių funkcijų pablogėjimą (pvz.: geltonosios dėmės degeneracija), padidėja rizika sirgti širdies – kraujagyslių sistemos ligomis, diabetu, osteoporozė,

onkologinėmis ligomis [37]. Neracionali mityba įtakoja kūno masės indekso didėjimą, kai kurie autoriai prie nutukimo mini ir depresijos grėsmę [38].

Daržovės ir vaisiai

Vyresnio amžiaus žmonių mitybos raciono pagrindą sudaryti turėtų angliavandeniai, kurių pagrinde reikia gauti iš kruopų, dribsnių, duonos, makaronų, vaisių ir daržovių. Taip pat vaisiuose ir daržovėse yra maistinių skaidulų, kurios ypač reikalingos vyresnio amžiaus žmonėms.

Epidemiologinių tyrimų duomenimis daržovių ir vaisių vartojimas apsaugo nuo išeminės širdies ligos, insulto, stemplės, skrandžio, storosios žarnos vėžio, cukrinio diabeto ir kitų ligų [39-45].

Olandų mokslininkai nustatė, kad vartojant kasdien po 400g (pagal PSO rekomendacijas) vaisių ir daržovių, naujų vėžinių susirgimų dažnį galima sumažinti 6-28 proc., mirčių nuo širdies – kraujagyslių mirčių – 6-22 procentais [46]. PSO teigia, kad 1,7 mln (2,8%) mirčių pasaulyje priskiriama dėl per mažo vaisių ir daržovių vartojimo [47]. Taip pat asmenys vartojantys daug vaisių ir daržovių, palyginti rečiau serga katarakta, praranda regą [48]. Kanadoje atlikto tyrimo duomenys, rodo, kad pagyvenę asmenys, vartojantys vaisius ir daržoves bent 5 kartus per dieną, pasižymi geresne sveikata, palyginti su asmenimis vartojančiais jų mažiau [49].

Riebalų vartojimas

Vyresniame amžiuje riebalų per vieną valgymą suvirškinama jau nebe taip gerai kaip jaunystėje. Taip yra dėl to, kad pavalgius riebalai išbūna kraujyje ilgiau, nes kraujas lėčiau išsivalo nuo riebalų. Virškinimo sultys išsiskiria taip pat gana vangiai. Dėl to pavalgius padidėja nuovargis [34].

Epidemiologinių tyrimų apžvalga apėmusi 27 tyrimus apie riebalų suvartojimą ir širdies – kraujagyslių ligų riziką, parodė, kad mažesnis riebalų vartojimas turi nedidelę, bet potencialią šių ligų sumažinimo tikimybę [50].

Nesočiųjų riebalų poreikis išlieka toks pat arba net padidėja. Todėl šios rūšies riebalų negalima atsisakyti. Būtina apriboti tik gyvulinių ir augalinių riebalų vartojimą [34]. Nesočiųjų riebalų rūgščių daug yra žuvyse. Lietuvoje vienas žmogus per metus žuvies suvartoja vidutiniškai 40,5 kg (1999-2001m.). Daugiausia Europos regione suvartoja Farerų salų gyventojas – 86,5kg [51]. Tačiau šis apskaičiavimas remiasi šalies eksportu ir importu, geriau tikrąjį žuvies suvartojimą atspindi gyventojų faktinės mitybos tyrimai. Didžioji dalis Lietuvos gyventojų (75,3 proc.) žuvį ir

žuvies produktus vartoja 1-2 kartus per savaitę, 3-5 kartus per savaitę juos vartoja 7,8 proc. respondentų, 11,2 proc. iš viso nevartoja žuvies ir jos produktų [52].

Vitaminai ir mikroelementai

Vyresnio amžiaus žmonėms yra labai svarbu gauti atitinkamą kiekį vitaminų antioksidantų, t.y. vitamino A (daugiausiai beta-karotino), vitamono C ir E, kurie kartu su flavonoidais (natūralus pigmentas) ir kitais fenolio junginiais, saugo žmogaus organizmą nuo laisvųjų radikalų žalingo poveikio.

Vitaminai B₉ ir B₆ atlieka svarbų vaidmenį neurodegeneracinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencijoje.

Vitamino B₁₂ stoka yra dažnai pasitaikanti tarp pagyvenusių žmonių problema. Tai galima priskirti 10-15% žmonėms, vyresniems nei 60 metų .

Kalcio stoka organizme gali pasireikšti dėl nepakankamo jo kiekio suvartojimo, sutrikusios absorbcijos arba jo netekimo. Kalcis ir vitaminas D – tai vieni iš pagrindinių elementų, naudojami osteoporozės prevencijoje, o kartu fizinės veiklos reguliavimo skatinime (fizinė veikla stimuliuoja osteoblastų gamybą, kurie yra svarbūs kaulams).

Vyresnio amžiaus žmonės yra linkę į geležies deficitą. Geležis priklauso tiems elementams, kurie nėra gerai absorbuojami (žemiau 25%, vartojant raudoną mėsą). Šio elemento deficito priežastimi gali būti prasta mityba, pavyzdžiui, nevartoja raudonos mėsos ar tam tikrų daržovių (špinatų, rūgštynių, burokėlių lapų) [53].

Vyresniame amžiuje cinko deficitas atsiranda dėl šio elemento absorbcijos sumažėjimo. Dažniausiai tai yra susiję su žmonėmis, kurie savo maisto racione mažina mėsos ir žuvies produktų vartojimą. Dėl cinko stokos organizme, gali sutrikti imuninė sistema bei uoslė, atsiranda rizika susirgti anoreksija bei pailgėja žaizdų gyjimo laikas [53, 54].

Viena iš pagrindinių mitybos rekomendacijų yra Natrio suvartojimo ribojimas, siekiant išvengti hipertenzijos ar chroninio širdies kongestinio sutrikimo. Natris yra vienas iš rizikos veiksnių turintis įtakos hipertenzijos atsiradimui, be to jis vaidina svarbų vaidmenį ir nutukimo bei tam tikrų navikų (pvz.; skrandžio vėžio) išsivystyme. Natrio vartojimo ribojimas yra taip pat susijęs su kepenų sutrikimu lydymu inkstų susilpnėjimu [55, 56].

5.3.2. Fizinis aktyvumas

Pasaulyje didėjant senyvo amžiaus gyventojų skaičiui ir ilgėjant gyvenimo trukmei, labai svarbu kuo ilgiau senėjant neprarasti savarankiškumo ir gyvenimo kokybės. Viena iš pagrindinių sąlygų, padedančių stiprinti sveikatą – fizinis aktyvumas.

Fizinis aktyvumas – tai kūno judesiai, kurių rezultatas yra didesnis nei ramybės lygmens energijos sunaudojimas [57]. Alternatyviai gali būti vartojama sąvoka „*sveikatą gerinantis fizinis aktyvumas*“, kuri apibrėžiama kaip sveikatai nerizikinga ir sveikatą bei funkcinį pajėgumą gerinanti fizinio aktyvumo forma [58].

Tyrimų bazė nurodo teigiamą ryšį tarp nuolatinio fizinio aktyvumo ir sveiko senėjimo. Nuolatinė fizinė veikla pagerina gyvenimo kokybę, teigiamai veikia funkcinį pajėgumą, psichikos sveikatą, mažina lėtinių ligų pasireiškimą [59, 60, 61].

Pasaulio sveikatos organizacija nurodo, kad vyresnio amžiaus žmonės, kurie yra fiziškai aktyvūs lyginant su fiziškai pasyviais asmenimis pasižymi mažesniu mirtingumu nuo visų priežasčių, rečiau serga koronarine širdies liga, hipertenzija, insultu, 2 tipo diabetu, gaubtinės žarnos vėžiu ir krūties vėžiu, turi geresnį kūno masės indeksą. Pasižymi aukštesnio lygio funkcinė sveikata, mažesne traumų rizika [62]. Tyrėjai tarp fizinio aktyvumo intensyvumo ir sveikatos nurodo U formos priklausomybę. Pasyviems žmonėms padidėja įvairių ligų rizika, o labai aktyviems gali padidėti traumų rizika [61, 63].

Europos Sąjunga ir jos valstybės narės, remdamosi Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijomis, ES fizinio aktyvumo gairėse nurodė, kad vaikams ir jaunimui rekomenduoja kasdien ne trumpiau kaip po 60 minučių, o suaugusiesiems ir pagyvenusiesiems žmonėms – ne trumpiau kaip po 30 minučių užsiimti vidutinio intensyvumo fizine veikla [64].

1986 m. priimta Otavos chartija pabrėžia, kad sveikata labai priklauso ne tik nuo asmens sveikos gyvensenos, bet ir nuo aplinkos sąlygų, kurios labiau priklauso nuo valstybės politikos, orientuotos į fizinio aktyvumo didinimą visuomenėje [65]. Pasaulio sveikatos organizacija 2004 metais parengė strategiją „Mityba, fizinis aktyvumas ir sveikata“, kurią pristatė 57 Pasaulio sveikatos asamblėjoje. Pagrindinis strategijos tikslas – sumažinti riziką susirgti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Dokumentas ragina šalių vyriausybes įgyvendinti įvairiapusę politiką, skatinančią gyventojų fizinį aktyvumą [66]. 2006 m. priimtoje Europos nutukimo mažinimo chartijoje, pažymima, kad žmonės dėl neteisingos mitybos ir mažo fizinio aktyvumo praranda sveikatą, todėl reikalingos aukšto lygio politikų, vyriausybių, profesionalų ir žiniasklaidos pastangos atitinkamiems sektoriams mobilizuoti [67].

Deja, PSO skelbia, kad Lietuva yra tarp šalių, kurios neturi parengusios jokio nacionalines nuostatas atspindinčio dokumento, skatinančio fizinį visuomenės aktyvumą. Seime užregistruotas Lietuvos gyventojų 2008-2020 metų fizinio aktyvumo skatinimo strategijos projektas, tačiau iki šiol nepatvirtintas.

2009 m. Eurobarometro atlikto tyrimo „Sportas ir fizinis aktyvumas“ duomenimis, Lietuvoje visiškai nesportavo ir nesimankštino 44 % gyventojų, Latvijoje – 44 %, Estijoje – 41 %, Lenkijoje – 49 %, Vengrijoje – 53 %, Portugalijoje – 55 %, Italijoje – 55 %, Švedijoje – 6 %, Suomijoje – 7 %, Danijoje – 18 %. ES šalių vidurkis – 39 %. Vyrai dažniau sportuoja, nei moterys. Vyresniame amžiuje sportuojančių skaičius mažėja, visgi virš 20 procentų fiziškai aktyvių asmenų yra vyresnių nei 70 m. [68].

5.3.3. Alkoholio vartojimas

Alkoholis užima trečią vietą tarp 26 sveikatos sutrikimų rizikos veiksnių ES šalyse, pralenkdamas viršsvorį/nutukimą ir atsilikdamas tik nuo tabako ir aukšto kraujospūdžio [69].

2002 m. JAV atliktų tyrimų duomenimis, piktnaudžiavimas ir priklausomumas nuo alkoholio pasireiškia 8–23 proc. vyresnių negu 65 m. amžiaus žmonių ir 14 proc. tarp patenkančių į priėmimo skyrius [70]. Taip pat didesnis alkoholio vartojimas nustatytas pacient, besigydančių stacionarinėse įstaigose lyginant su asmenimis gyvenančiais bendruomenėje 14 proc., didžiausias vartojimas pastebėtas psichiatrijos skyriuose – 23-44 proc. [71].

Pagyvenusiame amžiuje yra daug alkoholio vartojimo riziką didinančių veiksnių. Psichiatriniai ir elgesio rizikos veiksniai yra depresija, nerimas, kontrolės praradimo ar beviltiškumo jausmas, bendras sveikatos pablogėjimas, demencija, impulsyvumas ir rizikavimas, žemas socialinis ekonominis statusas. Pagyvenę vyrai dažniau yra priklausomi nuo alkoholio [72, 73]. Šeimyniniai ir socialiniai rizikos veiksniai yra bendraamžių ir šeimos narių piktnaudžiavimas alkoholiu (tarp jų ir suaugusių vaikų), šeimos kontaktų ir palaikymo praradimas dėl skyrybų, mirčių ar ligų [74-76], tikėjimas teigiamu alkoholio poveikiu (sedacija ir skausmo kontrolė), vyresnių žmonių nepriežiūra ar išnaudojimas [77].

Pagyvenusios moterys, kurios vertina savo sveikatą geriau, dažniau vartoja alkoholį, siekiant pagerinti širdies – kraujagyslių sistemos veiklą, bei pastebėtas tokių moterų mažesnis hospitalizacijų skaičius [78]. Kad alkoholis nėra žalingas parodė keli atlikti tyrimai. Nedideli jo kiekiai vyresnio amžiaus žmonėms gali būti naudingi, ypač širdies ir kraujagyslių sistemai. Taip pat

sumažinant Alzheimerio ligos, demencijos riziką. Tačiau tokie tyrimai yra priešaringi ir kritikuojami [79].

Eurobarometro 2009 m. tyrimo „ES piliečių požiūris į alkoholį“ duomenimis, vyresnio amžiaus europiečiai rečiau nei kitos amžiaus grupės vartoja alkoholį nesaikingai. 2009 m. iš per paskutinius metus vartojusių alkoholį 55 m. ir vyresnio amžiaus europiečių 82 proc. suvartodavo vienu kartu 1-2 ar mažiau gėrimų [80].

Nors alkoholį ir kitas psichoaktyvias medžiagas vyresnio amžiaus žmonės vartoja rečiau negu jauni, senstant visuomenei, daugėja alkoholiu piktnaudžiančių pagyvenusių asmenų dalis [81, 82].

Pagyvenusiems žmonėms, lyginant su jaunais, yra daug didesnė neuropsichiatrinių komplikacijų (delyro, demencijos, depresijos) rizika ir priklausomumas gali pasunkinti somatinių ligų eigą bei jų gydymą [77]. Taip pat pagyvenę asmenys yra jautresni neigiamam alkoholio poveikiui dėl prastesnės sveikatos būklės ir rizikos, kad alkoholį gali vartoti su vaistais [83]. Be to, normalus senėjimo procesas yra lydimas tam tikrų fiziologinių pokyčių, pvz.: sumažėjęs bendras vandens kiekis organizme ir padidėjęs riebalų kiekis. Tai įtakoja alkoholio absorbciją ir metabolizmą, todėl kraujyje alkoholio koncentracija būna didesnė, nei jaunų žmonių, išgėrus tą patį kiekį [84, 85].

5.3.4. Tabako vartojimas

PSO konstatuoja, kad rūkymas yra vis dar pirmaujanti priešlaikinių mirčių priežastis. Rūkymas kasmet pražudo beveik 6 milijonus žmonių, ir neša didelę ekonominę naštą šalims. Daugiausia mirčių dėl rūkymo vyksta šalyse, turinčiose mažą ir vidutinį biudžetą, ir šis skirtumas turėtų toliau didėti keletą dešimtmečių [86].

Tabako vartojimas Lietuvoje mažėja. Pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis, tabako suvartojimas, tenkantis 15 metų ir vyresniam Lietuvos gyventojui, nuo 2003 iki 2010 metų sumažėjo 1,7 karto. Nepaisant sumažėjusio vartojimo, sergamumas su rūkymu susijusiomis ligomis sparčiai nemažėja, o išlieka panašus (1 lentelė), [87].

1 lentelė. Sergamumas su rūkymu susijusiomis ligomis 2003 – 2010 metais. (Apskaičiuota 100 000 gyventojų tenkantys nauji susirgimai)

	2003 m	2004 m	2005 m	2006 m	2007 m	2008 m	2009 m	2010 m
Piktybiniai navikai	533	561.7	567.2	561.5	570.1	563.9	585.2	562.1
Lūpų, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	10.8	12.7	11.7	11	10.5	11.1	12.7	12.6
Gerklų piktybiniai navikai	7	7.2	6.6	6.4	7.3	6.6	6.8	6.5
Trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai	55.7	55	55.5	46.3	44.1	43.3	41.9	45.8
Kraujotakos sistemos ligos	4469.3	4596.2	4691.2	4589.9	4162.4	4353	4246.7	4325.8
Kvėpavimo sistemos ligos	25792.9	25245.4	26537.4	24586.3	27248	23226.4	24858.7	20253.4

Kaune atlikto pagyvenusio amžiaus miesto gyventojų sveikatos ir gyvensenos ypatumų tyrimo duomenimis, pagyvenusio amžiaus vyrai (67–74 metų) rūkė tris kartus rečiau palyginus su 45–54 metų grupe, atitinkamai – 15,5 ir 45,6 proc. Moterų grupėje pastebėta panaši rūkymo įpročio paplitimo, priklausomai nuo amžiaus, tendencija [88].

2009 m. Eurobarometro atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad Europos lygiu rūkė 17 proc. 55 m. ir vyresnio amžiaus žmonių. Lietuvoje šio amžiaus rūkančiųjų procentas kiek mažesnis – 14 proc. [89].

Lyginant rūkalių ir nerūkančių gyvenimo trukmę, nustatyta, kad 70 metų sulaukia 80 proc. asmenų, kurie niekada nerūkė ir 59 proc. rūkalių. O 85 metų sulaukia trečdalis nerūkiusių žmonių ir tik 12 proc. rūkalių [90].

Metusių rūkyti gyvenimo trukmė priklauso nuo to, kokio amžiaus būdami jie nustojo rūkyti. 35-44 metų žmonių, metusių rūkyti, gyvenimo trukmė panaši į nerūkančių. Vyresnių žmonių, metusių rūkyti, gyvenimo trukmė mažėja – metus rūkyti apie 50-uosius metus, gyvenimo trukmė pailgėja 6 metais, 60 metų – 3 metais [90]. Tačiau nustojusių rūkyti sulaukus 65 metų, gyvenimo trukmė ilgesnė negu toliau rūkančių asmenų [91, 92]. Metusiųjų rūkyti ne tik gyvenimo trukmė pailgėja, bet ir pagerėja gyvenimo kokybė [93]. Asmenys metę rūkyti po širdies infarkto, sumažina antrojo infarkto riziką 50proc. [94].

Europoje 28 proc. rūkančiųjų per paskutinius metus bandė mesti rūkyti. Pagrindinė priežastis – žala sveikatai (71 proc.). Lietuvoje beveik pusė (47 proc.) rūkančiųjų bandė mesti rūkyti, 18

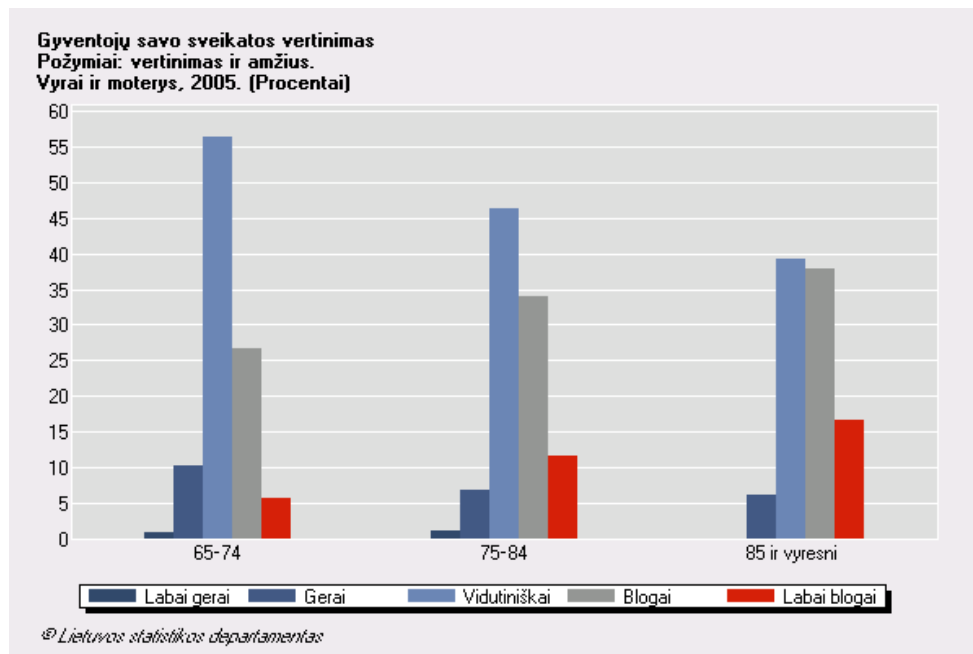
procentų lietuvių rūkė, bet metė [89]. Tai rodo, kad šio žalingo įpročio labai sunku atsisakyti. Labai retai tabako vartotojams pavyksta mesti rūkyti iš pirmojo bandymo.

Didžiąją dalimi žmogaus sveikata priklauso nuo gyvenosenos. Yra surinkta didelė tyrimų bazė, rodanti neigiamą tabako, alkoholio vartojimo įtaką sveikatai, teigiamą fizinio aktyvumo, racionalios mitybos naudą. Visi šie veiksniai daro įtaką sveikatai vyresniame amžiuje. Tačiau keisti gyveneseną niekada nevėlu, teigiamas rezultatas gali būti stebimas ir vyresniame amžiuje. Dėl fiziologinių ypatumų vyresnio amžiaus žmonėms rūkymas, alkoholio vartojimas, netinkama mityba turi didesnę poveikį, nei jauniems asmenims. Tačiau tyrimų apie vyresnio amžiaus asmenų gyveneseną nėra daug, o esantys rodo, kad gyvenesena yra prasta.

5.4. Gyventojų subjektyvus sveikatos vertinimas

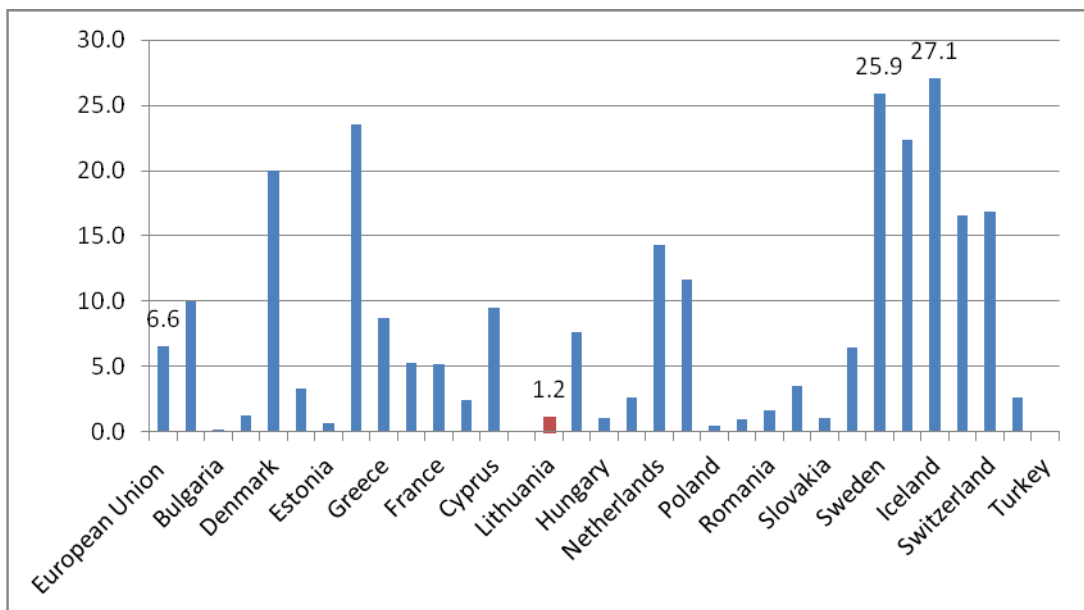
Šiuo metu visuomenei būdingos sveikatos problemos daugiausia priklauso nuo žmonių gyvenosenos ir elgsenos. Todėl vertinant sveikatą svarbu įvertinti pačių žmonių požiūrį į savo sveikatą.

Lietuvoje gyventojų dauguma savo sveikatą vertina vidutiniškai. Statistikos departamento duomenimis, 65 metų ir vyresni asmenys taip pat dažniausiai vertina savo sveikatą vidutiniškai, nors su amžiumi daugėja žmonių, vertinančių blogai ir labai blogai savo sveikatą. Labai gerai vertinančių savo sveikatą pagyvenusių asmenų yra labai nedidelis procentas, įdomu tai, kad 85 metų ir vyresnių asmenų taip vertinančių sveikatą, palyginti su 65-84 metų grupe, yra daugiau (3 pav.) [95].



3 pav. Gyventojų savo sveikatos vertinimas pagal amžiaus grupes, procentai

Lyginant pagal šalis, Lietuvoje 65-74 metų asmenų, vertinančių savo sveikatą labai gerai, dalis yra labai maža, siekia tik 1,2 procentus. Tuo tarpu Europos Sąjungos vidurkis siekia 6,6 proc., Islandijoje, Švedijoje labai gerai vertinančių savo sveikatą asmenų yra daugiausiai, iki 30 proc. (4 pav.) [96].



4 pav. 65-74 m. asmenys, vertinantys savo sveikata labai gerai, pasiskirstymas pagal šalis, 2010 m. (procentai)

Vyrai ir moterys savo sveikatą vertina skirtingai. Kaune atlikto tyrimo duomenys rodo, kad 65-72 metų grupėje 24, 6 proc. vyrų paminėjo, kad jų sveikata gera, tuo tarpu moterų tik 10,3 proc. [88].

Subjektyvus sveikatos vertinimas susijęs su išsimokslinimu. Didėjant išsimokslinimui, sveikatos vertinimas gerėja. Dvigubai daugiau aukštojo išsimokslinimo vyrų ir moterų vertina savo sveikatą gerai arba gana gerai palyginti su nebaigto vidurinio išsimokslinimo žmonėmis (aukštasis išsilavinimas : vyrai – 67,1 proc., moterys – 58,7 proc., nebaigtas vidurinis atitinkamai – 37,8 proc. ir 27,9 proc.)

Nustatyti kaimo ir miesto gyventojų subjektyvios sveikatos skirtumai. Mažiausiai žmonių gerai ar gana gerai vertina sveikatą kaimo vietovėse (39,3 proc. vyrų ir 34,8 proc. moterų). Tuo tarpu mieste taip vertina savo sveikatą 57,5 proc. vyrų ir 45,6 proc. moterų.

Nerūkantys vyrai vertina savo sveikatą geriau negu rūkantys. Moterų subjektyvi sveikata nėra susijusi su rūkymu. Nustatytos sąsajos tarp subjektyvios sveikatos ir fizinio aktyvumo. Daugiau fiziškai aktyvių žmonių vertina savo sveikatą gerai ar gana gerai palyginti su fiziškai pasyviais. Lietuvoje plinta nutukimas, kuris sukelia daug sveikatos problemų. Tyrimo duomenimis, antsvorį turinčios moterys (kūno masės indeksas $\geq 25 \text{ kg/ m}^2$) blogiau vertina savo sveikatą negu normalaus svorio moterys. Vyrų sveikatos vertinimas nuo kūno svorio nepriklauso. Nerasta ryšio tarp subjektyvios sveikatos ir stiprių alkoholinių gėrimų vartojimo dažnio [97].

Savo sveikatą pagyvenę žmonės vertina vidutiniškai ir blogiau. Tyrimai rodo, kad gyvensena ir subjektyvus savo sveikatos vertinimas yra susiję. Senstant visuomenei vis svarbesni tampa sveikatos būklė ir ją įtakojantys veiksniai. Vis didėjantis pagyvenusių žmonių skaičius daro didžiulę įtaką Europos šalių ekonomikai, rūpybai, socialinei plėtrai, gerovei ir gerai savijautai. Todėl atsiranda būtinybė kaupti ir gilinti žinias apie tai, kaip skatinti pagyvenusių žmonių sveikatingumą bei gyvenimo kokybę ir kaip išvengti brangiai kainuojančių šio proceso padarinių visiems gyventojams.

Apibendrinant mokslinės literatūros duomenis, galima teigti, kad pagyvenusių žmonių gyvensena yra aktuali visuomenės sveikatos problema. Įrodytos sąsajos tarp pagyvenusių žmonių gyvensenos ir sveikatos. Didžioji dalis tokių tyrimų atlikta užsienio mokslininkų. Lietuvoje daugėjant pagyvenusių žmonių skaičiui, aktualu vertinti jų gyvenseną ir sveikatos problemas.

6. TYRIMO METODIKA

Tyrimo tipas: biomedicininis tyrimas.

Etika. Gautas Vilniaus regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto leidimas 2010-01-06 Nr.158200-01-140-113 LPJ.

Metodika. Darbo uždaviniams įgyvendinti ir tikslui pasiekti buvo panaudotas interviu apklausos metodas, naudojant šiam tyrimui sukurtas anketas (1 priedas). Anketos buvo anonimiškos. Jas sudarė 68 klausimai, suskirstyti į 6 grupes, kurios padėjo išsiaiškinti respondentų protinės veiklos funkcijas, socialines ir ekonomines sąlygas, sveikatos būklę, sveikatai įtakos turinčių rizikos veiksnių (rūkymo, alkoholio vartojimo, fizinio aktyvumo ir mitybos) paplitimą, vidinės darnos lygį ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Šiame darbe analizuojamas fragmentas susijęs su socialinėmis ir ekonominėmis sąlygomis, sveikatos būkle ir sveikatai turinčių veiksnių paplitimu.

Duomenų rinkimas ir tvarkymas.

Į tyrimą buvo įtraukti asmenys 65 metų amžiaus ir vyresni, kurių protinės veiklos funkcija buvo ne mažesnė vidutinio kognityvinio pažeidimo (mažiau 20 balų būdinga sergantiems demencija). Gautas visų asmenų žodinis sutikimas dėl dalyvavimo tyrime. Tyrime dalyvavo lietuviškai kalbantys ir gerai kalbą suprantantys asmenys. Kitomis kalbomis kalbantys asmenys tyrime nedalyvavo, dėl galimų klaidų suprantant klausimus bei atsakymus.

Interviu apklausos metodas standartizuotas, t.y. visi tyrime dalyvavę tyrėjai apmokyti. Pavargus respondentui, jis turėjo galimybę nutraukti tyrimą ir toliau neatsakinėti į klausimus. Tokie apklausos rezultatai šiame darbe neanalizuojami.

Apklausa vykdyta Antavilių pensionate, Vilniaus Gerontologijos ir reabilitacijos centre bei Vilniaus pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose.

Šis tyrimas tęstinis. Respondentų apklausa vykdyta 2010 m. (apklausta 121 respondentai) ir 2011 m. (apklausta 179 respondentų).

Duomenų analizė. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 16.0. (Statistical Package for Social Sciences 16.0 for Windows).

Buvo skaičiuoti kintamųjų vidurkiai, procentinė jų išraiška bei vidurkių standartiniai nuokrypiai.

Kolmogorov-Smirnov testu buvo nustatyti normalieji kiekybinių dydžių skirstiniai, kad būtų galima pasirinkti, kokie bus naudojami parametriniai ar neparametriniai analizės metodai.

Kategorinių kintamųjų (nominalių ir ranginių) nepriklausomumo hipotezė tikrinta naudojantis Chi-kvadrato (χ^2) testu, o jeigu stebėjimų skaičius buvo mažas (daugiau kaip 20% visų kategorijų tikėtini dažniai mažesni už 5), taikytas Fišerio tikslusis kriterijus.

Skirtumui tarp dviejų nepriklausomų grupių nustatyti taikytas Mano-Vitnio (Mann-Whitney) testas.

Ryšiu tarp dviejų tolydžių su normaliuoju pasiskirstymu dydžių įvertinti buvo naudotas Pearson koreliacijos koeficientas. Koreliacija vertinta kaip labai silpna, jei r mažiau už 0,2, silpna – jei r reikšmės pateko į intervalą 0,2–0,39, vidutinė – jei r kito tarp 0,4 ir 0,69, stipri, jei r priklausė intervalui 0,7–0,79, ir labai stipri, jei r buvo 0,8 ar daugiau.

Tikrinant statistines hipotezes, reikšmingumo lygmuo pasirinktas 0,05.

7.REZULTATAI

7.1. Respondentų charakteristika

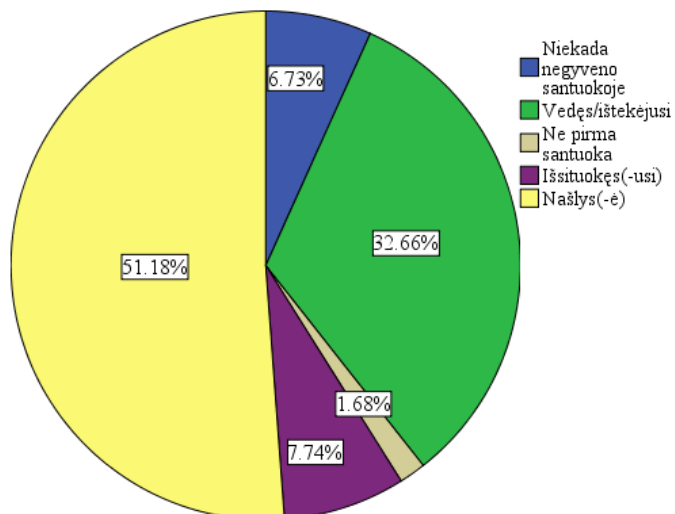
Anoniminės apklausos metu apklausta 300 Vilniaus miesto 65 m. ir vyresnių asmenų. 103 respondentai (34,3 proc.) buvo iš globos įstaigų, 197 (65,7 proc.) – apsilankę Vilniaus pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose (toliau darbe – ne globos įstaigų gyventojai).

Vidutinis respondentų amžius yra 77,4 ($\pm 7,49$) metai, maksimalus amžius 102 metai. Iš viso respondentų pagal amžiaus grupes:

- 65 – 73 m. – 34,6 proc.
- 74 – 81 m. – 32,9 proc.
- 82 ir daugiau metų – 32,6 proc.

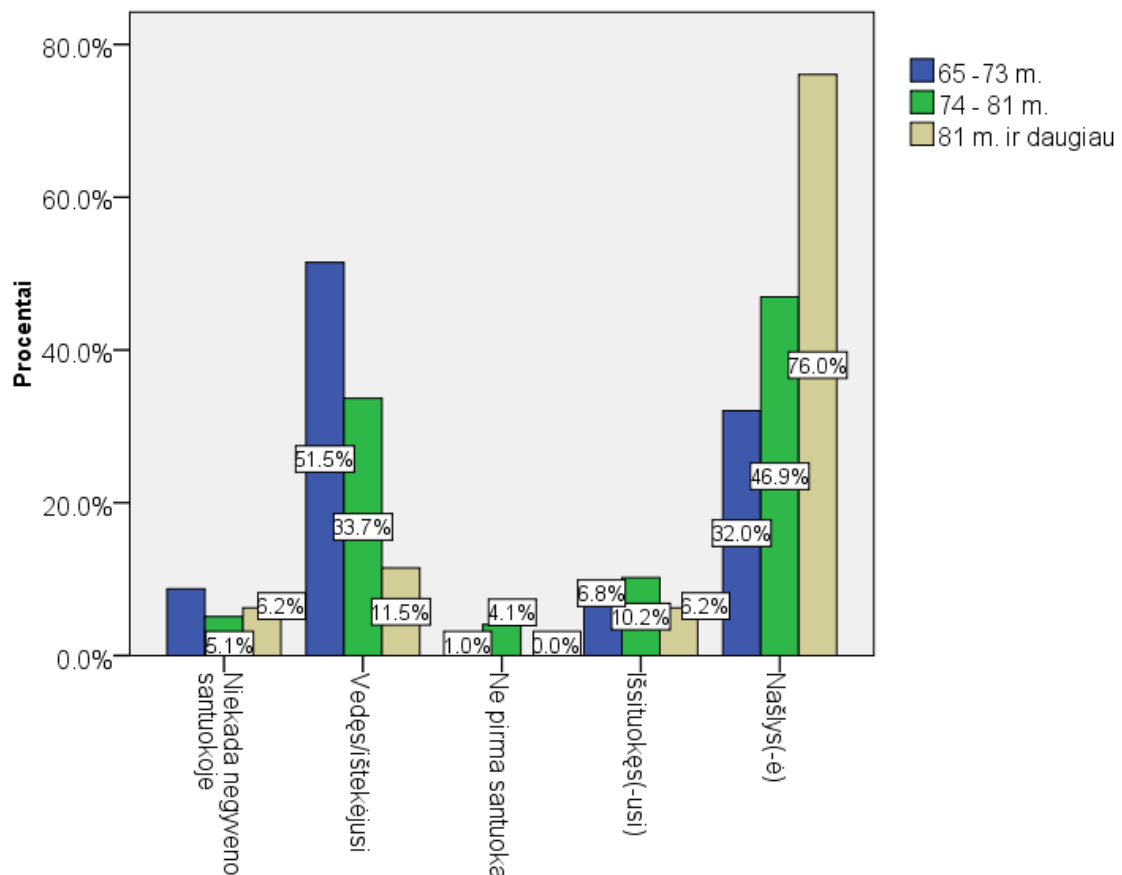
Tarp apklaustųjų moterys sudarė 61,7 proc., vyrai likusią dalį (38,3 proc.). Moterų dalyvavusių apklausoje, vidutinis amžius yra 78 ($\pm 7,24$) metai, vyrų – 76,4 ($\pm 7,79$) metai.

Daugiau kaip pusė respondentų neturi sutuoktinio: 51,18 proc. esą našliai, 7,74 proc. – išsituokę, 6,73 proc. – niekada negyveno santuokoje. 32,66 procentai turi sutuoktinį, o 1,68 procentai gyvena antroje santuokoje (1 pav.).



1 pav. Respondentų šeimyninė padėtis

Lyginant šeiminę padėtį pagal amžiaus grupes, nustatytas reikšmingas skirtumas ($\chi^2=51,170$; $df=6$; $p=0,001$). Daugiausia respondentų našlių yra 81 metų amžiaus ir vyresnių grupėje – 76 proc., 74 – 81 m. grupėje – 46,9 proc. 65 – 73 metų amžiaus respondentų daugiau kaip pusė (51,5 proc.) gyvena santuokoje, našlių šioje grupėje mažiau – 32 proc. (2 pav.).



2 pav. Skirtingų amžiaus grupių respondentų šeimininga padėtis

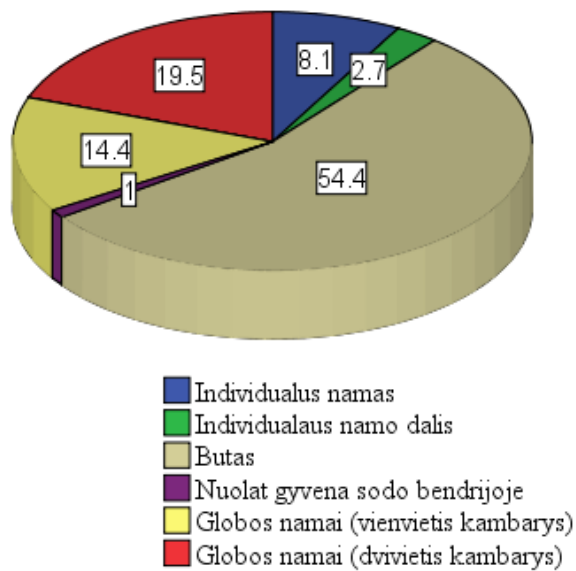
Lyginant pagal lytį, taip pat nustatytas reikšmingas skirtumas ($p = 0,005$). Moterų našlių yra dvigubai daugiau nei vyrų (atitinkamai 63,2 proc. ir 30,4 proc.). Tuo tarpu vyrų, gyvenančių santuokoje, yra daugiau nei moterų (vyrų 51,3 proc., moterų 20,5 proc.).

Lyginant globos įstaigose gyvenančių respondentų šeimininga padėtį su gyvenančiais kitur, rastas reikšmingas skirtumas ($p = 0,001$). Respondentų, gyvenančių globos įstaigose, žymiai mažiau yra vedusių/ ištekėjusių, o daugiausia našlių (1 lentelė).

1 lentelė. Respondentų šeimyninė padėtis pagal amžių ir gyvenamąją vietą

Šeimyninė padėtis	Lytis		Gyvenamoji vieta	
	Vyras N (proc.)	Moteris N (proc.)	Ne globos įstaiga N (proc.)	Globos įstaiga N (proc.)
Niekada negyveno santuokoje	8 (6,9)	12 (6,5)	9 (4,6)	11 (11)
Vedęs/ištekėjusi	59 (51,3)	38 (20,5)	90 (45,7)	7 (7)
Ne pirma santuoka	3 (2,6)	2 (1,1)	4 (2)	1 (1)
Išsituokęs(-usi)	9 (7,8)	14 (7,6)	11 (5,6)	12 (12)
Našlys(-ė)	35 (30,4)	117 (63,2)	83 (42,1)	69 (69)
	p = 0,001		p = 0,001	

Didžioji dalis respondentų gyvena bute – 54 proc., globos namuose gyvena 33,6 proc., iš jų vienvienčiame kambaryje – 14,3 proc., dvivienčiame – 19,3 proc.



3 pav. Respondentų būsto tipas (proc.)

Lyginant pagal amžiaus grupes, daugiausia 81 metų ir vyresnių respondentų gyvena globos namuose – 61,8 proc., bute gyvena 30,9 proc., tuo tarpu jaunesni – 65 – 73 metų respondentai gyvena bute – 68 proc., individualiame name – 11,7 proc., ar jo dalyje – 4,9 proc. (2 lentelė).

2 lentelė. Skirtingų amžiaus grupių respondentų būsto tipas

Būsto tipas	65-73 m.	74-81 m.	81 m. ir vyresni	
Individualus namas	12 (11,7)	5 (5,1)	7 (7,2)	
Individualaus namo dalis	5 (4,9)	3 (3,1)	0 (0)	
Butas	70 (68,0)	62 (63,3)	30 (30,9)	p<0,05
Nuolat gyvena sodo bendrijoje	1 (1,0)	2 (2,0)	0 (0)	
Globos namai (vienvietis kambarys)	2 (1,9)	8 (8,2)	33 (34,0)	
Globos namai (dvivietis kambarys)	13 (12,6)	18 (18,4)	27 (27,8)	

Dauguma respondentų turi išsilavinimą, iš jų aukštąjį – 33,3 proc., profesinį – 10,7 proc., vidurinį – 26,3 proc. Pradinį išsilavinimą turi 19 proc., o be išsilavinimo yra 0,7 proc. respondentų. Reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų išsilavinimo nenustatyta ($p=0,33$).

31 proc. respondentų gyvena vieni, likusieji: su sutuoktiniu – 33 proc., su vaiku (-ais) – 19,3 proc., su vaikais (-ais) – 10,6 proc. (2 lentelė).

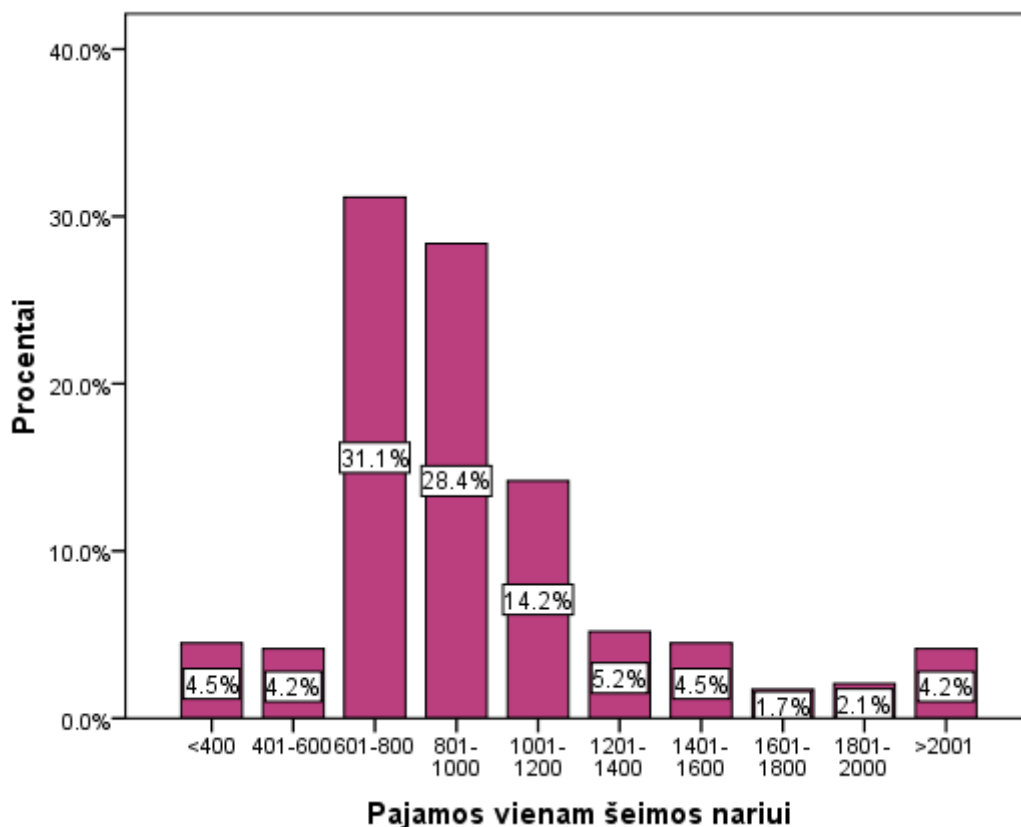
3 lentelė. Respondentų būsto gyventojai

Būsto gyventojai	Respondentai, N (proc.)
Gyvena vieni	93 (31)
Globos namų gyventojas (-a)	53 (17,6)
Vyras/žmona	99 (33)
Sūnus/duktė	58 (19,3)
Vaikaitis (-ė)	32 (10,6)
Žentas/marti	19 (6,3)
Sugyventinis (-ė)	2 (0,7)
Tėvai	3 (1)

Gyvenančių vienuoje daugėja su amžiumi. 65 – 73 metų grupėje, gyvenančių vienų – 18,4 proc., 74 – 81 m. – 27,6 proc., o virš 81 m. amžiaus grupėje vienišų beveik pusė – 48,5 proc.

Pagrindinis respondentų pragyvenimo šaltinis yra pensija, ją gauna 96,7 proc., 8 proc. apklaustųjų gauna pašalpą, darbo užmokestį gaunančių dalis yra – 4,7 proc., 2 proc. respondentų išlaikomi kitų šeimos narių. Iš nuosavo verslo, investicijų, žemės ūkio pajamas gaunančių respondentų dalis yra iki 1 proc.

Pajamų dydis vienam šeimos nariui pateiktas 4 paveiksle. 73,7 proc. respondentų pajamos vienam šeimos nariui viršija 600 lt, virš 1200 lt pajamų gauna – 17,7 proc., o iki 600 lt – 8,7 proc. respondentų.



4 pav. Pajamų dydis litais, vienam šeimos nariui

Nustatyta vidutinio stiprumo teigiama koreliacija tarp pajamų vienam šeimos nariui ir respondentų išsilavinimo ($r=0,411$; $p=0,001$) – didėjant išsilavinimui, didėja ir pajamos vienam šeimos nariui.

Globos įstaigoje gyvenančių respondentų pajamų vienam šeimos nariui gaunančių virš 1800 Lt yra 19,4 proc., tiek gaunančių gyvenančių ne globos įstaigoje – 4 proc. Iki 600 Lt gaunančių pajamų atitinkamai gauna - 13,6 proc. ir 5,6 proc. (4 lentelė).

4 lentelė. Respondentų, atsižvelgiant į gaunamų pajamų dydį vienam šeimos nariui, pasiskirstymas pagal gyvenimą globos įstaigoje ir savarankiškai (proc.)

Pajamos vienam šeimos nariui	Gyvena	
	Ne globos įstaiga, Proc.	Globos įstaiga, Proc.
<400	1.5	9.7
401-600	4.1	3.9
601-800	33.0	24.3
801-1000	28.9	24.3
1001-1200	15.7	9.7
1201-1400	4.1	6.8
1401-1600	4.6	3.9
1601-1800	1.5	1.9
1801-2000	3.0	9.7
>2001	1.0	9.7
p < 0,05		

Šiuo metu dirbančių respondentų yra 6 procentai. Prieš pensiją daugiausia respondentų dirbo protinio pobūdžio darbą – 51,7 proc., statybose ir pramonėje dirbo – 31 proc. Vyrų ir moterų dirbo panašaus pobūdžio darbą, kiek daugiau moterų nei vyrų dirbo protinį darbą, atitinkamai 61,1 proc. ir 40,5 proc., tuo tarpu beveik 12 proc. daugiau vyrų dirbo pramonėje ir statybose lyginant su moterimis (5 lentelė).

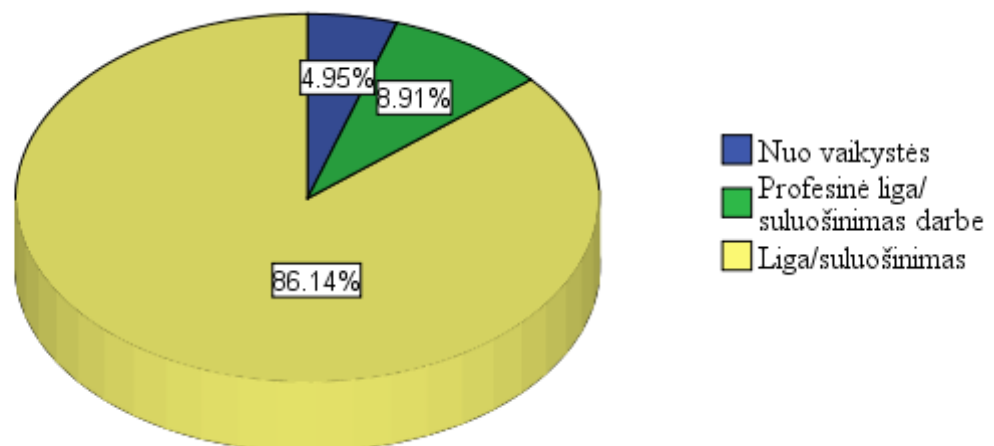
5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo pobūdį prieš išeinant į pensiją, atsižvelgiant į lytį

Darbo pobūdis	Respondentai iš viso, N (proc.)	Lytis	
		Vyrai, N (proc.)	Moterys, N (proc.)
Žemės ūkio/miško darbai	10 (3.3)	4 (3,6)	6 (3,3)
Pramonė/statybos	93 (31.0)	52 (55,9)	41 (44,1)
Protinis darbas	155 (51.7)	45 (40,5)	110 (61,1)
Namų šeimininkė (-as)	2 (0.7)	0 (0)	2 (1,1)
Kūrybinis	4 (1.3)	1 (0,9)	3 (1,7)
Darbininkė	10 (3.3)	1 (0,9)	9 (5)
kita	17 (5.7)	8 (7,2)	9 (5)
		p = 0,001	

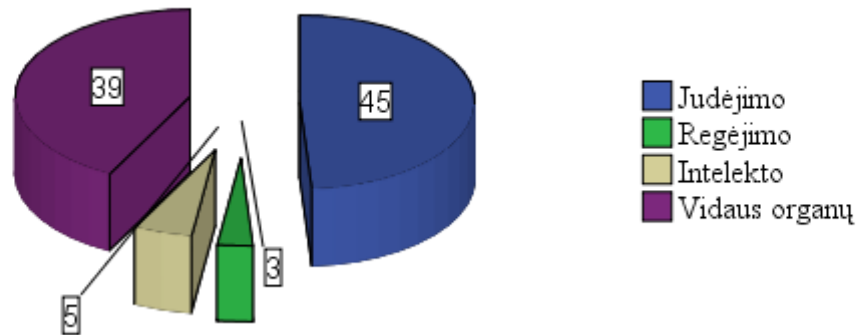
7.2. Respondentų sveikatos būklė

Neįgalumo grupė nustatyta 104 respondentams (34,7 proc.), iš 294 atsakiusiųjų. Nėra reikšmingo skirtumo tarp lyties ir neįgalumo ($p=0,67$). Daugiau respondentų, turinčių neįgalumą, gyvena globos namuose nei ne globos namuose ($p=0,001$), atitinkamai 58,7 proc. ir 41,3 proc.

Daugiausia respondentų nurodytė neįgalumo priežastį – ligą ar suluošinimą – 86,14 proc. Nuo vaikystės neįgalumas nustatytas beveik 5 procentams respondentų, 9 proc. neįgalumas dėl profesinės ligos ar suluošinimo darbe (5 pav.).

**5 pav.** Respondentų neįgalumo priežastys

Daugiausia neįgalumas nustatytas dėl judėjimo (45 proc.) ir vidaus organų (39 proc.) funkcijų pažeidimų (6 pav.).



6 pav. Funkcijų sutrikimai, dėl kurių buvo nustatytas neįgalumas, procentais

Vertinant neįgalumo paplitimą tarp lyčių, nebuvo nustatytas reikšmingas skirtumas ($p=0,67$), t.y. neįgalumas panašiai paplito tarp vyrų ir moterų.

Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp neįgalumo ir gyvenimo globos namuose. Respondentų, gyvenančių globos namuose ir turinčių nustatytą neįgalumą, daugiau, nei gyvenančių ne globos namuose (58,7 proc. ir 41,3 proc. atitinkamai, $p<0,05$), (6 lentelė).

6 lentelė. Neįgalumo paplitimas tarp lyčių ir gyvenamosios vietos

Ar nustatytas neįgalumas	Lytis		Gyvenamoji vieta	
	Vyras, N (proc.)	Moteris, N (proc.)	Globos įstaiga, N (proc.)	Ne globos įstaiga, N (proc.)
Taip	42 (40,4)	62 (59,6)	61 (58,7)	43 (41,3)
Ne	72 (37,9)	118 (62,1)	40 (21,1)	150 (78,9)
	$\chi^2=0,176$; $p=0,67$; $df=1$		$\chi^2=42,147$; $p=0,001$; $df=1$	

Respondentai buvo klausiami apie žinomas jiems diagnozuotas ligas. Daugiausia diagnozuota ligų, susijusių su širdies – kraujagyslių sistemos funkcijų sutrikimais, iš jų hipertenzija

diagnozuota 68,3 proc. apklaustųjų, širdies nepakankamumas – 50,3 proc., miokardo infarktas – 16,7 proc. Taip pat daug respondentų, kuriems nustatytas padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje – 28,7 proc., stuburo ligos – 46,7 proc., lėtinis bronchitas – 25 proc., krūtinės angina – 22,7 proc.

Reikšmingai skiriasi vyrų ir moterų sergamumas šiomis ligomis : hipertenzija, stuburo ligomis, reumatiniu artritu, osteoporoze serga daugiau moterys, taip pat daugiau moterų nei vyrų kraujyje yra padidėjęs cholesterolio ir cukraus kiekis. Tuo tarpu daugiau vyrų nei moterų sergančių lėtiniu bronchitu (7 lentelė).

Kitos dažniau minėtos ligos buvo skydliaukės sutrikimai, Parkinsono liga, plaučių uždegimas, glaukoma, podagra.

7 lentelė. Respondentų pateikti duomenys apie jiems nustatytas diagnozes, iš viso ir pagal lytį

	Diagnozė	Respondentai iš viso, proc.	Vyrai, proc.	Motery, proc.	
1.	Padidėjęs kraujo spaudimas, hipertenzija	68,3	60,0	74,3	$\chi^2 = 6,743$; $p=0,009$; $df=1$
2.	Širdies nepakankamumas	50,3	48,7	51,9	$\chi^2 = 0,292$; $p=0,589$; $df=1$
3.	Stuburo ligos, radikulitas	46,7	36,5	53,6	$\chi^2 = 8,223$; $p=0,009$; $df=1$
4.	Reumatinis artritas	38,7	24,3	48,1	$\chi^2 = 16,741$; $p=0,004$; $df=1$
5.	Osteoporozė	20,7	5,2	30,6	$\chi^2 = 27,617$; $p=0,001$; $df=1$
6.	Padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, hipercholesterolemija	28,7	19,1	35,0	$\chi^2 = 8,633$; $p=0,003$; $df=1$
7.	Miokardo infarktas, širdies smūgis	16,7	20,0	14,8	$\chi^2 = 1,392$; $p=0,238$; $df=1$
8.	Galvos smegenų insultas	17,7	19,1	16,9	$\chi^2 = 0,232$; $p=0,630$; $df=1$
9.	Depresija	9,0	6,1	10,9	$\chi^2 = 2,009$; $p=0,156$; $df=1$
10.	Lėtinis bronchitas, emfizema	25,0	34,8	19,1	$\chi^2 = 9,192$; $p=0,002$; $df=1$
11.	Skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opa	12,0	8,7	14,2	$\chi^2 = 2,020$; $p=0,155$; $df=1$
12.	Padidėjęs cukraus kiekis kraujyje, diabetas	16,0	11,3	19,1	$\chi^2 = 3,197$; $p=0,047$; $df=1$
13.	Krūtinės angina	22,7	22,6	23,0	$\chi^2 = 0,005$; $p=0,945$; $df=1$
14.	Astma (išskyrus alerginę)	5,7	6,1	5,5	$\chi^2 = 0,051$; $p=0,822$; $df=1$
15.	Alerginė astma	2,7	1,7	2,7	$p=0,711$
16.	Vėžys	3,7	5,2	2,7	$p=0,346$

Respondentai buvo klausiami apie nugaros bei sąnarių skausmus. Per paskutinius 6 mėnesius nugaros ar sąnarių skausmu skundėsi 80,8 proc. apklaustųjų. Vaistus nuo skausmo nurodė vartojantys 46,8 procentai. Asmenys, kurie skundėsi skausmu, jų reikšmingai daugiau vartojančių vaistus, lyginant kurie skausmu nesiskundė per paskutinius 6 mėnesius ($p=0,001$; $df=1$; $\chi^2=37,776$). 8 proc. apklaustųjų, nesiskundusių minėtu skausmu, vaistus nuo skausmo vartoja.

Ar vaistai padeda numalšinti skausmą, teigiamai atsakė 76,9 proc. geriančių skausmą malšinančius vaistus.

Nuo gripo praėjusiais metais skiepijosi 25,4 procentai apklaustųjų. Panašus procentas vyrų ir moterų skiepijasi vyrai ir moterys ($p=0,214$). Taip pat skiepijimasis nepriklauso nuo turimo išsilavinimo ($p=0,130$). Lyginant skiepijimosi paplitimą globos įstaigose ir savarankiškai gyvenančių asmenų, nustatytas reikšmingas skirtumas: globos įstaigoje gyvenančių daugiau pasiskiepijusių – 43,9 proc., ne globos įstaigoje gyvenančių tik – 16,1 proc. ($p=0,001$; $df=1$; $\chi^2=25,519$).

Be anksčiau minėtų vaistų nuo skausmo, buvo klausiama apie kitus vartojamus vaistus. 4,4 proc. respondentų atsakė nevartojantys jokių vaistų. Kitų vaistų vartojimas pateiktas 8 lentelėje. Daugiausia vaistų vartojama nuo kraujospūdžio – 64,8 proc., širdies ir kraujagyslių ligų – 58,4 proc. Vaistų vartojimas sutampa su nurodytomis respondentų dažniausiomis diagnozėmis, taip pat vaistų vartojimas pagal lytį sutampa su ligomis, kuriomis dažniau serga apklausti vyrai ir moterys (7 ir 8 lentelės).

8 lentelė. Respondentų vartojami vaistai, procentais

	Vaistai	Respondentai, proc.	Vyrai, proc.	Moterys, proc.	
1.	Nuo kraujospūdžio	64,8	54,8	71,0	$\chi^2= 1,227$; $p=0,268$; df=1
2.	Nuo širdies ir kraujagyslių ligų	58,4	50,4	63,4	$\chi^2= 4,877$; $p=0,027$; df=1
3.	Nuo miego	32,9	24,3	38,3	$\chi^2= 6,185$; $p=0,013$; df=1
4.	Nuo sąnarių skausmo ar jų uždegimo	32,2	16,5	42,1	$\chi^2= 21,120$; $p=0,001$; df=1
5.	Nuo kito skausmo (galvos, nugaros ir kt.)	28,2	21,7	32,2	$\chi^2= 3,847$; $p=0,05$; df=1
6.	Nuo padidinto cholesterolio kiekio	17,4	11,3	21,3	$\chi^2= 8,178$; $p=0,004$; df=1
7.	Nuo nerimo, depresijos	12,8	9,6	14,8	$\chi^2= 1,709$; $p=0,191$; df=1
8.	Nuo lėtinio bronchito	11,7	18,3	7,7	$\chi^2= 7,670$; $p=0,006$; df=1
9.	Nuo diabeto	9,1	7,0	10,4	$\chi^2= 1,006$; $p=0,316$; df=1
10.	Nuo osteoporozės	6,4	0,9	9,8	$\chi^2= 9,512$; $p=0,002$; df=1
11.	Nuo opaligės	3,7	4,3	3,3	$p=0,755$

Vertinant respondentų kūno masės indeksą (KMI), nustatyta, kad didesnės dalies KMI yra normalus – 36,3 proc., panašus procentas respondentų turi viršsvorį – 33,9 proc. Nutukimą turi 27 procentai apklaustųjų (9 lentelė).

Nėra reikšmingo skirtumo tarp KMI ir lyties ($p=0,706$). Tarp gyvenančių globos įstaigoje ir savarankiškai bei KMI, rastas reikšmingas skirtumas ($p=0,001$). Gyvenančių globos įstaigoje beveik

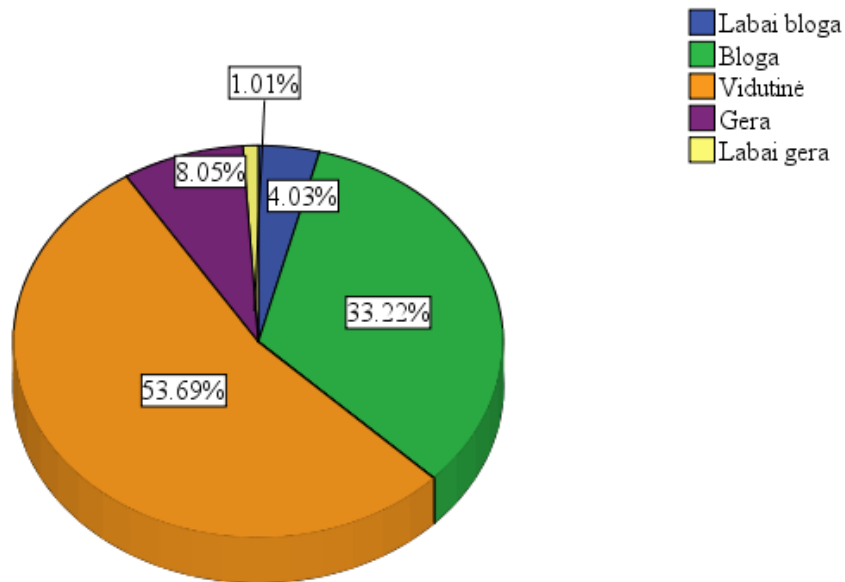
dvigubai daugiau su normaliu KMI, nei gyvenančių savarankiškai, taip pat dvigubai mažiau globos įstaigoje turinčių I laipsnio nutukimą (9 lentelė).

9 lentelė. Respondentų kūno masės indeksas

	Respondentai, N, (proc.)	Vyras, proc.	Moteris, proc.	Ne globos įstaiga, proc.	Globos įstaiga, proc.
Per mažas svoris (<18,5)	8 (2,8)	2,7	2,8	2,6	3,2
Normalus svoris (18,6- 24,9)	105 (36,3)	37,2	35,8	28,1	53,8
Viršsvoris (25-29,9)	98 (33,9)	38,1	31,2	37,8	25,8
I laipsnio nutukimas (30-34,9)	59 (20,4)	17,7	22,2	25,0	10,8
II laipsnio nutukimas (35-39,9)	15 (5,2)	3,5	6,2	5,1	5,4
III laipsnio nutukimas (40<)	4 (1,4)	0,9	1,7	1,5	1,1
		$\chi^2= 2,962; p=0,706; df=5$		$\chi^2= 20,602; p=0,001; df=5$	

7.3 Subjektyvus sveikatos vertinimas

Respondentų buvo prašyta įvertinti savo sveikatą šiuo metu. Labai gerai savo sveikatą įvertino tik 1,01 proc., didžiausia dalis asmenų savo sveikatą vertino vidutiniškai – 53,69 proc. (7 pav.)



7 pav. Subjektyvus respondentų savo sveikatos vertinimas

Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp savo sveikatos vertinimo ir lyties ($p=0,015$). Daugiau moterų savo sveikatą įvardijo kaip blogą nei vyrai, atitinkamai 38,8 ir 24,3 proc. Tačiau kaip labai blogą sveikatą įvardijo dvigubai daugiau vyrų (10 lentelė).

10 lentelė. Savo sveikatos vertinimas pagal lytį

Kaip vertinate savo sveikatą šiuo metu	Lytis	
	Vyras, N proc.	Moteris, N proc.
Labai bloga	7 6.1%	5 2.7%
Bloga	28 24.3%	71 38.8%
Vidutinė	64 55.7%	96 52.5%
Gera	15 13.0%	9 4.9%
Labai gera	1 0.9%	2 1.1%
	$p=0,015$	

Nustatytas skirtumas tarp sveikatos vertinimo ir gyvenimo globos namuose ($p<0,05$). Labai blogai savo sveikatą vertino 7,9 proc. globos namų gyventojų, tuo tarpu respondentai ne iš globos

namų, taip sveikatą vertino 2 proc. Blogai sveikatą taip pat daugiau vertino globos namų gyventojai, atitinkamai 39,6 ir 29,9 proc. (11 lentelė).

Asmenys, kuriems nustatytas neįgalumas, savo sveikatą vertina prasčiau ($p < 0,05$). Labai blogai įvertino 5,8 proc. neįgalumą turinčių asmenų, neturinčių taip vertino beveik per pusę mažiau – 3,2 proc., blogai vertino atitinkamai 48,1 ir 25,8 proc. (11 lentelė).

Respondentai, kurie per paskutinius 6 mėnesius jautė nugaros ar sąnarių skausmus, savo sveikatą vertino labai blogai – 4,7 proc., kurie nejautė skausmo, labai blogai sveikatos nevertino (0 proc.), blogai vertino 38,1 proc., kurie nejautė, blogai vertino – 16,1 proc. (11 lentelė).

11 lentelė. Respondentų savo sveikatos vertinimas, N (proc.)

Kaip respondentai vertina savo sveikatą šiuo metu						
	Labai blogai	Blogai	Vidutiniškai	Gerai	Labai gerai	
Gyvena globos namuose	4 (2,0)	59 (29,9)	117 (59,4)	15 (7,6)	2 (1)	$p < 0,05$
Gyvena ne globos namuose	8 (7,9)	40 (39,6)	43 (42,6)	9 (8,9)	1 (1)	
Nustatyta neįgalumo gr.	6 (5,8)	50 (48,1)	43 (41,3)	5 (4,8)	0 (0)	$p < 0,05$
Nenustatyta neįgalumo gr.	6 (3,2)	49 (25,8)	113 (59,5)	19 (10)	3 (1,6)	
Per paskutinius 6 mėn. skaudėjo nugarą, sąnarius	11 (4,7)	90 (38,1)	121 (51,3)	12 (5,1)	2 (0,8)	$p < 0,05$
Per paskutinius 6 mėn. neskaudėjo nugarą, sąnarius	0 (0)	9 (16,1)	36 (64,3)	10 (17,9)	1 (1,8)	

Respondentai, vertinę savo sveikatą kaip prastesnę, mitybą vertino taip pat prasčiau. Yra silpna teigiama koreliacija ($r = 0,196$; $p = 0,001$) tarp mitybos vertinimo ir savo sveikatos vertinimo. Kuo respondentas geriau vertina savo mitybą, tuo geriau vertina ir savo sveikatą.

Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp alkoholio vartojimo ir savo sveikatos vertinimo ($p = 0,02$). Respondentų, nevartojusių alkoholio per pastaruosius 6 mėnesius ir įvertinusių savo sveikatą blogai, buvo 41,9 proc. Tuo tarpu tarp vartojančių alkoholi rečiau kaip kartą per mėnesį ir

blogai vertinančių savo sveikatą buvo 28,6 proc. Mažiausiai blogai vertinančių savo sveikatą buvo tų respondentų, kurie alkoholį vartoja dažniau nei 1 kartą per mėnesį. Gerai ir labai gerai savo sveikatą įvertino 7,1 proc. nevartojusių alkoholio ir 13,6 proc. – vartojusių 1 kartą ir dažniau per mėnesį.

Lyginant subjektyvų sveikatos vertinimą tarp skirtingos šeiminės padėties respondentų nustatytas reikšmingas skirtumas ($p=0,02$). Išsituokusių respondentų buvo daugiausia, vertinusių savo sveikatą kaip labai blogą ir blogą – 56,5 proc. Tuo tarpu vedusių/ ištekėjusių respondentų mažiausiai vertino savo sveikatą kaip labai blogą ir blogą – 23,7 proc. (12 lentelė).

12 lentelė. Sąsajos tarp šeiminės padėties ir subjektyvaus sveikatos vertinimo

Savo sveikatos vertinimas	Šeiminė padėtis, N (proc.)			
	Niekada negyveno santuokoje	Vedęs/ ištekėjusi	Išsituokęs/ išsituokusi	Našlys/ našlė
Labai bloga ir bloga	9 (45)	23 (23,7)	13 (56,5)	63 (41,4)
Vidutiniška	10 (50)	65 (67)	9 (39,1)	75 (49,3)
Labai gera ir gera	1 (5)	9 (9,3)	1 (4,3)	14 (9,2)
p=0,02				

Nėra reikšmingo skirtumo ($p>0,05$) tarp amžiaus grupių ir subjektyvaus sveikatos vertinimo. Vidutiniškai savo sveikatą vertina 57,3 proc. – 65-73m., 54,1 proc. – 74-81m. ir 49,5 proc. 82 m. vyresni.

Nenustatytas reikšmingas skirtumas tarp rūkymo ir subjektyvaus sveikatos vertinimo ($p=0,3$). Labai blogai ir blogai savo sveikatą vertino rūkusių – 40 proc., nerūkusių – 36,3 proc., vidutiniškai atitinkamai: 48,2 proc. ir 56,1 proc., labai gerai ir gerai atitinkamai: 11,8 proc. ir 7,5 proc.

Tarp KMI ir to, kaip respondentai vertina savo sveikatą taip pat nebuvo nustatyto reikšmingo skirtumo ($p=0,8$). Vidutiniškai savo sveikatą vertino normalų KMI turintys respondentai – 51,1 proc., turintys viršsvorį – 43,3 proc., turintys nutukimą (I, II ir III laipsnio) – 58,3 proc. Panašus procentas tarp KMI grupių, buvo vertinusių savo sveikatą labai blogai ir blogai, ar labai gerai ir gerai (13 lentelė).

13 lentelė. Sąsajos tarp KMI ir subjektyvaus sveikatos vertinimo

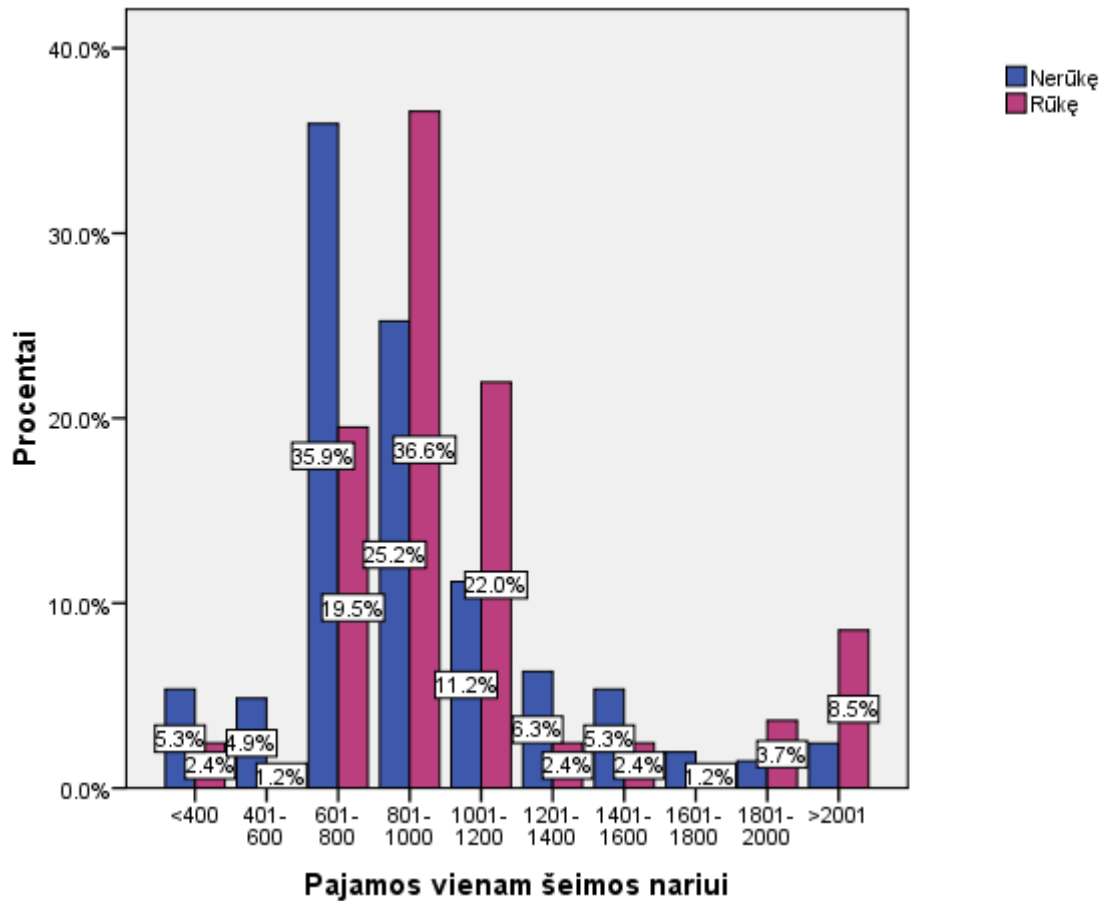
Subjektyvus sveikatos vertinimas	KMI grupės, N, proc.		
	Normalus	Viršsvoris	Nutukimas
Labai bloga ir bloga	18 40.0%	13 43.3%	12 33.3%
Vidutiniška	23 51.1%	13 43.3%	21 58.3%
Labai gera ir gera	4 8.9%	4 13.3%	3 8.3%
p=0,8			

7.4 Respondentų gyvensena

7.4.1 Rūkymo paplitimas

Respondentų buvo klausama, ar jie yra rūkę kasdien ar beveik kasdien ilgiau nei vienerius metus. Teigiamai atsakiusių buvo 28,6 proc., likusi dalis yra niekada nerūkiusių. Šiuo metu rūkančiųjų dalis yra 5,4 proc. (moterų – 1,2 proc., vyrų – 11,6 proc.)

Reikšmingas skirtumas nustatytas tarp respondentų rūkymo ir lyties ($p < 0,05$): vyrų 62,6 proc., moterų – 7,1 proc. yra rūkę kasdien ilgiau kaip metus. Taip pat rastas reikšmingas skirtumas tarp gaunamų pajamų vienam šeimos nariui ir rūkymo ($\chi^2 = 25,197$; $p = 0,003$; $df = 9$), gaunantys 800 - 1200 lt taip pat virš 1801lt, daugiau rūkančių. Tuo tarpu respondentų gaunančių mažiau 600 lt, mažiau rūkančių (8 pav.).



8 pav. Pajamos vienam šeimos nariui ir rūkymo paplitimas

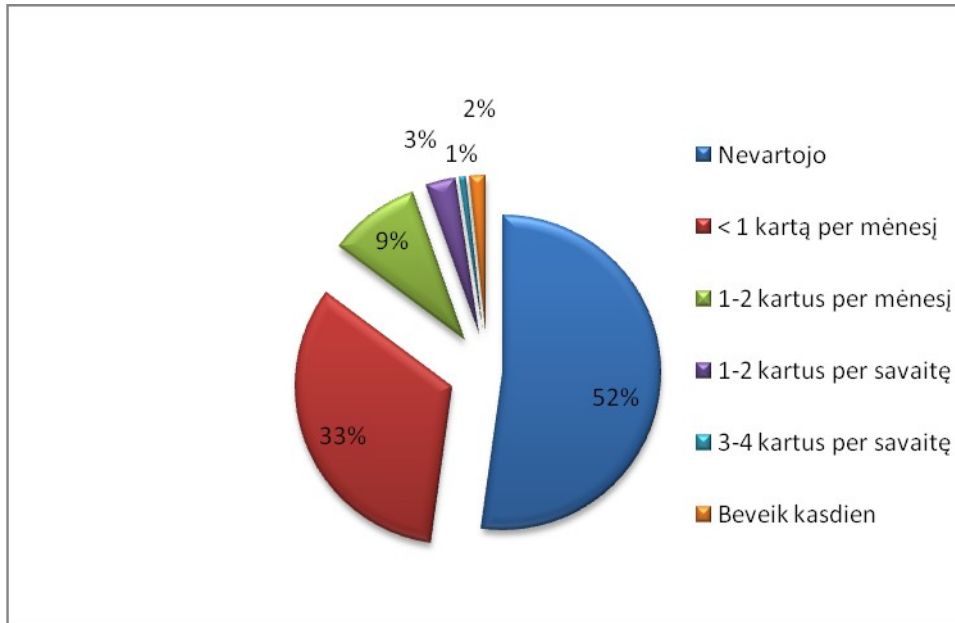
Nėra reikšmingo skirtumo tarp išsilavinimo ir rūkymo ($p=0,75$), gyvenimo globos įstaigoje/ savarankiškai ir rūkymo ($p=0,6$).

Anksčiausias amžius, kurį nurodė respondentai, nuo kada pradėjo rūkyti, buvo 4 metai, vėliausias amžius – 62 m. 61,5 procentai pradėjo rūkyti būdami pilnamečiais, likusieji – nepilnamečiais.

Rūkymo trukmės vidurkis 34,7 ($\pm 16,7$) metai. Minimali rūkymo trukmė 0,5 m., maksimali 67 m.

7.4.2 Alkoholio vartojimas

Respondentų buvo klausiama, kaip dažnai per paskutinius pusę metų vartojo alkoholinius gėrimus. 52,2 procentai alkoholio per minėtą laikotarpį nevartojo, 33 proc. vartojo rečiau nei kartą per mėnesį. Beveik kasdien vartojančių alkoholių buvo 1,7 proc. (9 pav.)



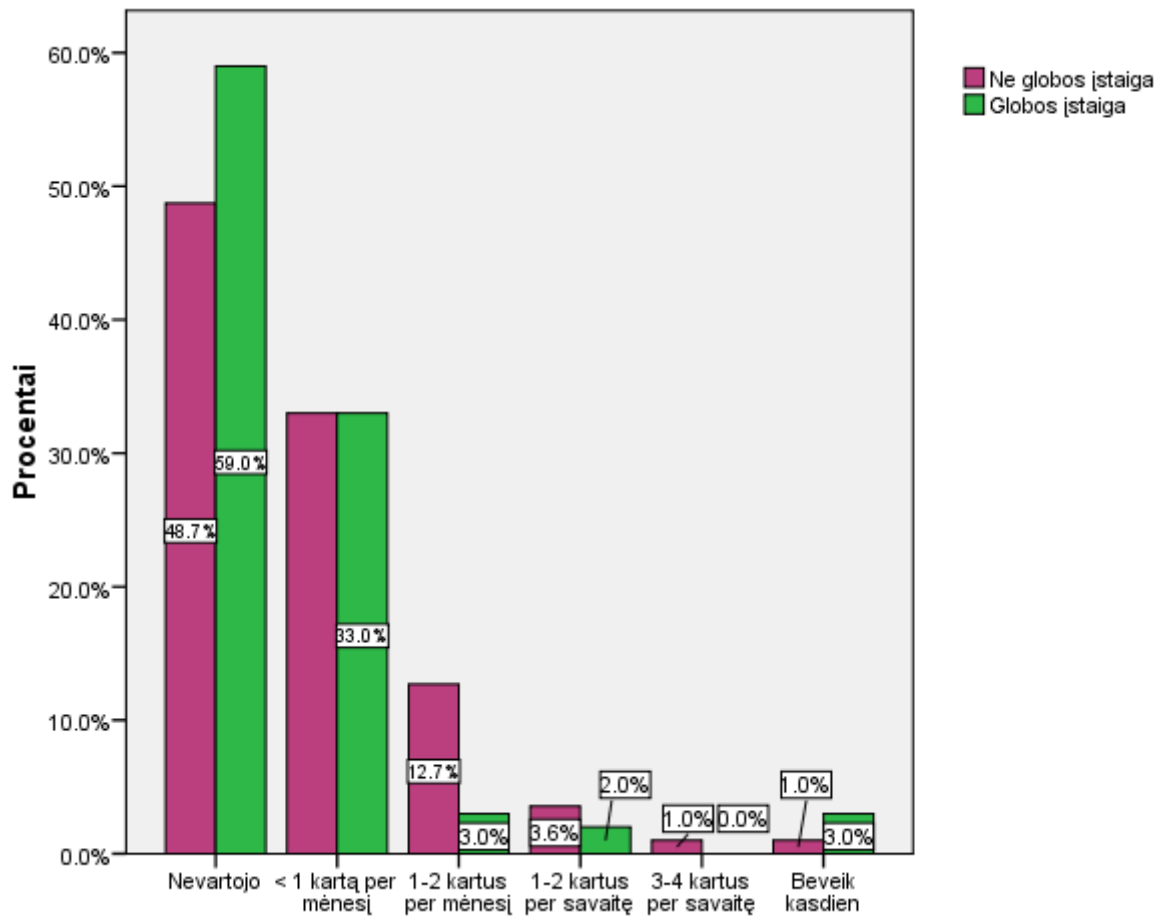
9 pav. Alkoholio vartojimas per paskutinius 6 mėnesius

Panašus procentas vyrų ir moterų alkoholių vartoja mažiau nei kartą per mėnesį (34,8 ir 31,9 proc.). Kitas alkoholio vartojimo dažnis tarp lyčių reikšmingai skiriasi (14 lentelė).

14 lentelė. Alkoholio vartojimo paplitimas lyginant pagal lytį

Alkoholio vartojimo dažnis per paskutinius 6 mėnesius	Lytis (proc.)		p=0,001, $\chi^2=38,941$, df=5
	Vyras	Moteris	
Nevartojo	35,7	62,6	
Rečiau kaip 1 kartą per mėn.	34,8	31,9	
1-2 kartus per mėn.	17,4	4,4	
1-2 kartus per savaitę	7	0,5	
3-4 kartus per savaitę	1,7	0	
Beveik kasdien	3,5	0,5	

Reikšmingas skirtumas tarp alkoholio vartojimo ir gyvenimo globos/ ne globos įstaigoje ($p=0,03$, $\chi^2=11,042$, $df=5$). 1-2 kartus per mėnesį alkoholi vartojo asmenys iš globos namų – 3 proc., o gyvenantys ne globos įstaigoje – 12,7 proc. Daugiau globos namų gyventojų per 6 mėnesius nevartojo iš viso alkoholio – 59 proc., gyvenantys ne globos įstaigoje – 48,7 proc. Tačiau beveik kasdien vartojusių alkoholi daugiau iš globos namų – 3 proc., lyginant su 1 proc. – gyvenančių ne globos įstaigoje (10 pav.).



10 pav. Kaip dažnai per paskutinius 6 mėnesius vartojo alkoholinius gėrimus respondentai gyvenantys globos įstaigose ir savarankiškai

7.4.3 Fizinis aktyvumas

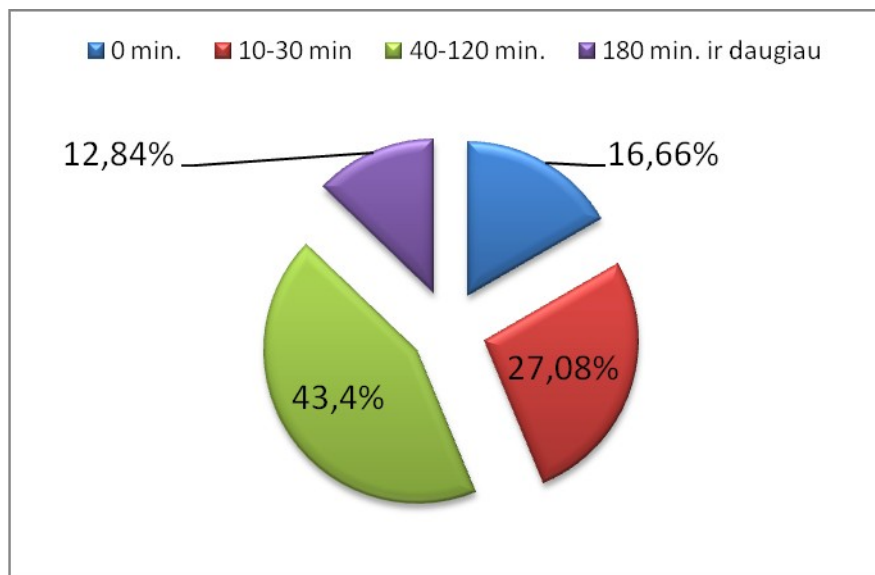
Vertinant respondentų fizinį aktyvumą praityje, judrų gyvenimo būdą propagavo 85,5 proc. respondentų, likusi dalis gyveno sėslų gyvenimą.

Respondentų buvo klausama, kiek laiko vidutiniškai per dieną užsiima tokia fizine veikla, kuri trunka be pertraukos mažiausiai 10 minučių ir kurios metu gerokai padažnėja kvėpavimas.

Daugiau kaip pusė respondentų – 53,1 proc., nurodė tokia veikla neužsiimantys, 19,18 proc. ne ilgiau kaip 30 min., likusios dalies – 27,73 proc. fizinė veikla užtrunka ilgiau. Vidutiniškai tokia fizine veikla respondentai užsiima 37,74 min. ($\pm 73,71$ min., Me = 0).

Moterų ir vyrų, užsiimančių minėta fizine veikla, skaičius panašus ($p=0,496$). Moterys vidutiniškai sportuoja 35,93 min. ($\pm 75,06$ min., Me = 0), vyrai – 40,65 min. ($\pm 71,72$ min., Me = 0). Reikšmingas skirtumas yra tarp respondentų, gyvenančių globos įstaigose ir negyvenančių jose, fizinio aktyvumo trukmės (Mann-Whitney $U= 5952,5$; $p= 0,001$). Globos įstaigoje gyvenančių vidutinė fizinės veiklos trukmė yra 9,55 min. ($\pm 20,95$ min., Me = 0), gyvenančių ne globos įstaigose – 52,42 min. ($\pm 86,13$ min., Me = 30). Nėra reikšmingo skirtumo tarp gyvenimo būdo anksčiau ir fizinio aktyvumo dabar ($p = 0,59$). Tiek didžiąją gyvenimo dalį buvusių judrių, tiek sėslių, dabar fizinio aktyvumo trukmė panaši, atitinkamai 38,54 min. ($\pm 75,19$ min., Me = 0), ir 33,95 min. ($\pm 65,9$ min., Me = 0).

Respondentai nurodė, kiek laiko per dieną vaikšto pėsčiomis. Vidutiniškai respondentai vaikšto 76,91 ($\pm 84,09$ min.) minutes (Me=60). Iš viso nevaikštančių pėsčiomis buvo 16,7 proc. Panašus procentas tiek vyrų tiek moterų, nevaikštančių pėsčiomis ($p = 0,634$), atitinkamai 14,3 ir 18,2 proc. Didžiausia dalis respondentų vaikšto nuo 40 iki 120 min. per dieną (43,4 proc.) (11 pav.).

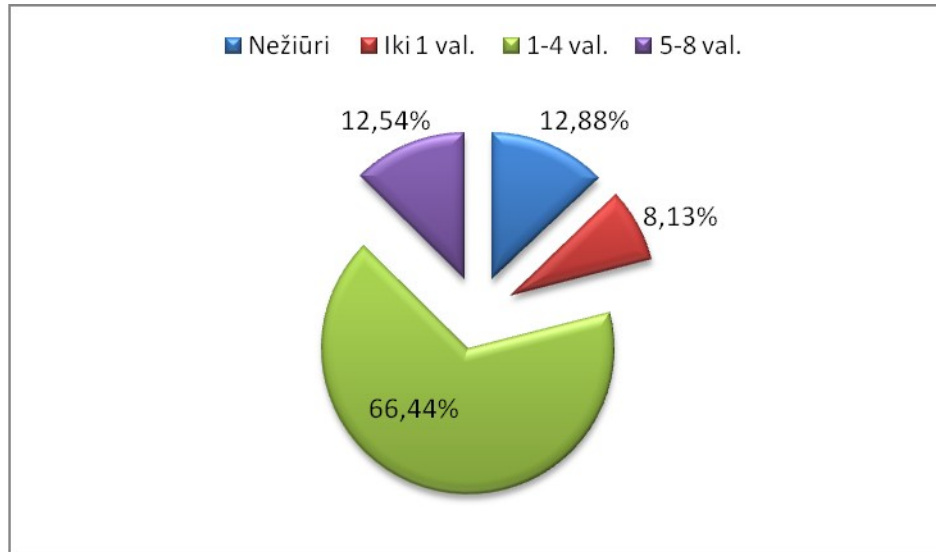


11 pav. Respondentų pasivaikščiojimų trukmė per dieną

Gyvenantys globos įstaigoje asmenys ne tik užsiima fizine veikla trumpiau, bet ir vaikšto pėsčiomis trumpiau už asmenis, gyvenančius ne globos įstaigose (Mann-Whitney $U=9532.500$;

$p=0,001$). Globos įstaigų gyventojai vidutiniškai vaikšto 48,09 min. ($\pm 63,83$ min., Me =30), gyvenantys ne globos įstaigose – 91,54 min. ($\pm 89,36$ min., Me =60).

Vidutiniškai respondentai per dieną žiūri televiziją 146 min. ($\pm 126,59$). Daugiausia respondentų žiūri televiziją 1-4 val. per dieną – 66,44 proc. Beveik 13 proc. televizijos nežiūri iš viso (12 pav.).



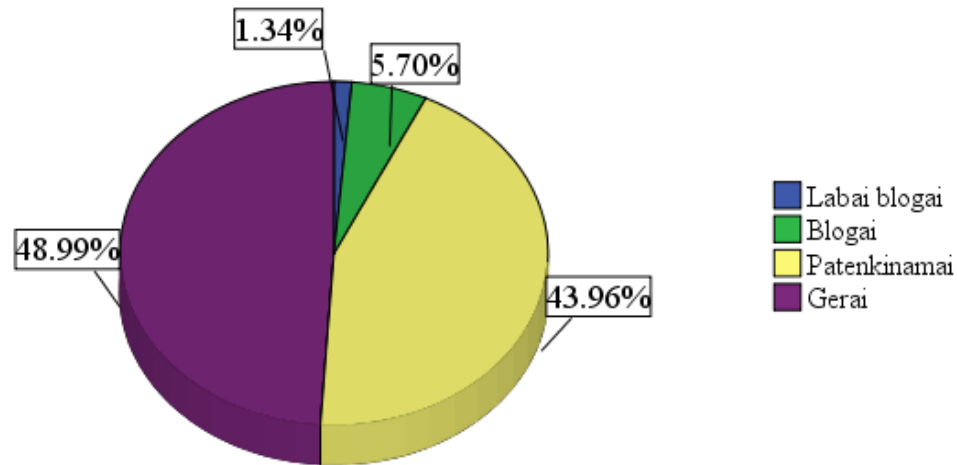
12 pav. Respondentų televizijos žiūrėjimo trukmė

Nėra reikšmingo skirtumo ($p>0,05$) tarp skirtingos lyties respondentų televizoriaus žiūrėjimo trukmės: moterys vidutiniškai žiūri televizorių 144,89 ($\pm 124,36$) min. (Me=120 min.) per dieną, o vyrai – 147,76 ($\pm 130,59$) min. (Me=120 min.).

Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp televizoriaus žiūrėjimo trukmės ir tarp globos įstaigoje gyvenančių ir jose negyvenančių asmenų (Mann-Whitney $U=7113,5$; $p=0,001$). Globos įstaigoje gyvenančių asmenų televizoriaus žiūrėjimo trukmė trumpesnė – 119,31 min. ($\pm 136,95$ min., Me = 60), ne globos įstaigoje gyvenančių – 159,90 min. ($\pm 118,85$ min., Me = 120).

7.4.4 Mityba

Respondentai subjektyviai vertino savo mitybą. Dauguma, net 92,95 proc. savo mitybą vertina patenkinamai ir gerai. 7,05 proc. ją vertina blogai ir labai blogai (13 pav.).



13 pav. Respondentų savo mitybos vertinimas

Vyrai ir moterys savo mitybą vertina panašiai ($p > 0,05$). Taip pat nenustatytas reikšmingas skirtumas savo mitybos vertinimo asmenų, gyvenančių globos namuose ir ne globos namuose.

Daugumos (94,9 proc.) respondentų valgymų skaičius per dieną atitinka sveikos mitybos rekomendacijas, iš jų 3-4 kartus valgo – 84,2 proc., 4 kartus ir daugiau – 10,7 proc. Mažiau nei 3 kartus per dieną valgo tik 5 proc. apklaustųjų.

Nustatytos sąsajos tarp gyvenimo/ negyvenimo globos įstaigoje ir valgymų skaičiaus per dieną (15 lentelė): 3-4 kartus valgančių per dieną buvo daugiau gyvenančių globos įstaigose, nei gyvenančių ne globos įstaigose.

15 lentelė. Respondentų valgymų skaičius per dieną, pagal gyvenamąją vietą

Valgymų sk. Per dieną	Globos įstaigų gyventojai, N (proc.)	Ne globos įstaigų gyventojai, N (proc.)
2 kartus	1 (1,0)	14 (7,1)
3-4 kartus	95 (94,1)	156 (79,2)
Daugiau nei 4	5 (5,0)	27 (13,7)
$\chi^2 = 11,482; p = 0,003; df = 2$		

Daugiausia respondentų maistui naudoja aliejų – 56,4 proc. Įvairius riebalus naudoja 23,8 proc. apklaustųjų, 13,8 – sviestą, 3 proc. – margariną ir 2 proc. – taukus.

Nustatytos reikšmingos sąsajos tarp riebalų vartojimo ir gyvenimo globos/ ne globos įstaigose ($p=0,001$). Daugiau globos įstaigų gyventojų vartojančių įvairius riebalus (50,5 proc.), tuo tarpu dauguma ne globos įstaigų gyventojų vartoja aliejų – 76,1 proc. Sviestą daugiau vartoja globos įstaigų gyventojai, atitinkamai 23,8 ir 8,5 proc. (16 lentelė).

16 lentelė. Riebalų vartojimas pagal gyvenamąją vietą

	Globos įstaigų gyventojai, N (proc.)	Ne globos įstaigų gyventojai, N (proc.)
Nevartoja	0 (0)	3 (1,5)
Aliejų	18 (17,8)	150 (76,1)
Margariną	5 (5,9)	3 (1,5)
Sviestą	24 (23,8)	17 (8,5)
Taukus	2 (2,0)	4 (2,0)
Įvairius	51 (50,5)	20 (10,2)
p=0,001		

Respondentai buvo klausiami apie druskos vartojimą, ar jos papildomai beria į jau paruoštą maistą. Beveik visada net neragavę papildomai beriasi druskos tik 3,4 proc. apklaustųjų. 51 proc. papildomai naudoja druską paragavęs, kai jos trūksta, 45,6proc. druskos papildomai neberia niekada.

Globos ir ne globos įstaigoje gyvenančių asmenų druskos vartojimas skiriasi ($p=0,001$). Globos įstaigų gyventojų didesnė dalis niekada papildomai nenaudoja druskos, atitinkamai 74,3 ir 31 proc., bei mažesnė dalis beria druską dar neparagavus maisto, atitinkamai 1,0 ir 4,6 proc.

Respondentų buvo klausama, kiek praeitą dieną suvalgė vaisių, daržovių ar jų patiekalų, išskyrus bulves. Į šį klausimą atsakė 97,3 proc. respondentų. Daugiausia – 49,3 proc. respondentai nurodė valgę 1 daržovę, vaisių ar jų patiekalą, 32,9 proc. – 2 kartus. Tik 10,9 proc. apklaustųjų jų valgė 3-5 kartus, o 6,8 proc. nevalgė nė karto. Vidutiniškai respondentai valgo 2 kartus (± 1 , $Me=1$).

Kasdien vaisius valgo pusė respondentų, retai ir iš viso nevalgančiųjų dalis yra gana didelė – 21,7 proc. Daržoves kasdien valgo tik šiek tiek daugiau kaip pusė respondentų – 56,4 proc., iš viso nevalgančių daržovių nėra daug, tik 0,7 proc. Žuvį vartoja retai net 76,6 proc., nevirta – 6,1 proc. Mėsą ir jos produktus respondentai vartoja kasdien – 39,7 proc., bei 3-4 kartus per savaitę – 38 proc. Lašinių vartojimas negausus, dauguma respondentų arba iš vis jų nevalgo – 52,1 proc., arba valgo

juos retai – 41,4 proc. Taukų vartojimas taip pat nežymus, jų nevartojančių dalis yra 85,5 proc. Aliejų ir sviestą vartojančių kasdien asmenų dalis yra panaši, atitinkamai 63,9 proc. ir 55,3 proc. Sviesto nevartoja 9,6 proc. respondentų. Kiaušinius retai vartoja net 67,8 proc. (17 lentelė).

17 lentelė. Respondentų maisto produktų vartojimo dažnis

Produktas	Nevalgo (proc.)	Retai (proc.)	3-4 kartus per savaitę (proc.)	Kasdien (proc.)
Vaisiai	2.7	19.0	27.3	50.0
Daržovės, išskyrus bulves	0.7	7.7	35.2	56.4
Bulvės	0.7	29.8	37.6	31.9
Žuvis	6.1	76.6	14.9	2.4
Mėsa	2.7	19.5	38.0	39.7
Lašiniai	52.1	41.4	5.1	1.4
Taukai	85.5	11.7	0.3	2.4
Aliejus	2.0	10.9	23.1	63.9
Sviestas	9.6	17.7	17.4	55.3
Kiaušiniai	2.7	67.8	25.1	4.4
Cukrus	21.6	9.5	2.7	66.2
Konditerijos gaminiai, kava	15.4	30.5	13.4	40.6

Gyvenančių globos įstaigose ir jose negyvenančių vaisių vartojimo dažnis skiriasi ($p = 0,001$). Kasdien vartojančių vaisius daugiau buvo savarankiškai gyvenančių grupėje, atitinkamai 59,2 ir 33,7 proc. Daržoves 3-4 kartus per savaitę valgo daugiau gyventojų ne iš globos namų – 40,1 proc., globos namų – 25,7 proc., tačiau kasdien valgančių šiek tiek mažiau, atitinkamai 53,8 ir 61,4 proc. ($p = 0,01$). Daugiau žuvies vartoja ne globos įstaigos gyventojai ($p = 0,001$). 3-4 kartus per savaitę valgančių ne globos įstaigoje buvo 21,6 proc., globos įstaigoje – 2 proc., kasdien valgančių atitinkamai – 3,6 ir 0 proc. Lašinius gausiau vartojo gyventojai ne iš globos namų ($p = 0,001$). Nevalgančių lašinių iš globos namų yra 80 proc., o ne iš globos namų – 37,5 proc., retai valgančių atitinkamai 18 ir 53,6 proc. Taukus vartojo taip pat daugiau gyventojų ne iš globos namų ($p = 0,01$). 95 proc. iš globos namų nevartojo taukų visiškai, o ne iš globos namų tokių buvo 80,4 proc.,

likusieji 15,9 proc. retai vartojo taukus ir 3,2 proc. – kasdien. Aliejų kasdien naudojo globos namų gyventojų 46,9 proc. , ne globos namų gyventojai – 72,4 proc. ($p = 0,001$). O sviestą atvirkščiai - kasdien jo naudojo daugiau globos namų gyventojai – 67 proc., ne globos namų – 49,2 proc. ($p = 0,005$). Kiaušinių vartojimas taip pat skiriasi ($p= 0,001$). 3-4 kartus per savaitę ir kasdien kiaušinius vartojančių dalis iš globos namų buvo 10 proc., ne iš globos namų – 39,5 proc.

7.5. Respondentų gyvenenos ir sveikatos sąsajos

Rūkymas turi įtakos kai kurių ligų atsiradimui. Nustatytos reikšmingos sąsajos tarp respondentų rūkymo ir smegenų insulto ($p=0,02$, $\chi^2=5,247$, $df=1$), tiems, kuriems daktaras yra nustatęs smegenų insultą, rūkusių buvo – 25,9 proc., nerūkusių – 14,6 proc. Daugiau rūkančių asmenų, kuriems nustatytas lėtinis bronchitas, nei tarp nerūkančių ($p=0,001$, $\chi^2=11,619$, $df=1$), atitinkamai 38,8 ir 19,8 proc.

Nustatytos reikšmingos sąsajos tarp alkoholio vartojimo ir lėtinio bronchito ($p=0,001$). 1-2 kartus per mėnesį vartoja alkoholį respondentai, kuriems nustatytas lėtinis bronchitas – 24 proc., nenustatytas – 4,5 proc. Sergančių lėtiniu bronchitu ir nevartojančių alkoholio buvo mažiau – 42,7 proc., kurie neserga ir nevartoja alkoholio – 55,4 proc.

Taip pat nustatytos reikšmingos sąsajos tarp alkoholio vartojimo ir onkologinės ligos ($p=0,001$). Respondentų, kuriems nustatytas vėžys, daugiau vartojo alkoholį, nevartojusiųjų alkoholio paskutinius 6 mėnesius buvo tik 27,3 proc., o 1-2, 3-4 kartus per savaitę ir beveik kasdien alkoholį vartojo po 9,1 proc. respondentų (18 lentelė).

18 lentelė. Sąsajos tarp alkoholio vartojimo ir onkologinės ligos

Ar gydytojas nustatęs vėžį	Per paskutinius 6 mėn. vartoti alkoholiniai gėrimai, N, proc.					
	Nevartojo	< 1 kartą per mėnesį	1-2 kartus per mėnesį	1-2 kartus per savaitę	3-4 kartus per savaitę	Beveik kasdien
Ne	152 53.1%	93 32.5%	28 9.8%	8 2.8%	1 0.3%	4 1.4%
Taip	3 27.3%	5 45.5%	0 0.0%	1 9.1%	1 9.1%	1 9.1%
p=0,001						

Nustatytas reikšmingas ryšys tarp papildomo druskos naudojimo maiste ir arterinės hipertenzijos, hipercholesterolemijos ($p=0,001$). Sergančių hipertenzija mažiau nei nesergančių niekada nesideda papildomai druskos į pagamintą maistą, atitinkamai 38,5 proc. ir 61,3 proc. Taip pat ir sergančių hipercholesterolemija niekada nesidedančių papildomai druskos yra mažiau, nei nesergančių, atitinkamai 31,4 proc. ir 51,4 proc. (19 lentelė).

19 lentelė. Sąsajos tarp papildomo druskos vartojimo ir ligų

	Ar dedate papildomai druskos į paruoštą maistą, N (proc.)			
	Niekada	Kai trūksta druskos	Beveik visada net neparagavus	
Hipertenzija:				
NE	57 (61,3)	33 (35,5)	3 (3,2)	p=0,001
TAIP	79 (38,5)	119 (58)	7 (3,4)	
Hipercholesterolemija				
NE	109 (51,4)	94 (44,3)	9 (4,2)	p=0,001
TAIP	27 (31,4)	58 (67,4)	1 (1,2)	

Taip pat nustatytos reikšmingos sąsajos tarp dažniausiai vartojamų riebalų rūšių ir kai kurių ligų (20 lentelė). Sergančių hipertenzija ir hipercholesterolemija respondentų daugiau vartoja aliejų, lyginant su respondентаis, kuriems šios diagnozės nenustatytos. Taip pat sergančiųjų mažiau vartojančių sviestą, bei taukus.

20 lentelė. Sąsajos tarp dažniausiai vartojamų riebalų rūšių ir kai kurių ligų

	Kokius riebalus respondentai dažniausia vartoja, N (proc.)					
	Aliejų	Margariną	Sviestą	Taukus	Įvairius	
Hipertenzija:						
NE	38 (40,9)	6 (6,5)	17 (18,3)	4 (4,3)	28 (30,1)	p=0,001
TAIP	130 (63,4)	3 (1,5)	24 (11,7)	2 (1)	43 (21)	
Hipercholesterolemija						
NE	106 (50)	7 (3,3)	33 (15,6)	5 (2,4)	59 (27,8)	p=0,027
TAIP	62 (72,1)	2 (2,3)	8 (9,3)	1 (1,2)	12 (14)	

Nustatytos reikšmingos sąsajos tarp daržovių valgymo dažnio ir insulto diagnozės ($p=0,001$). Insultą patyrę respondentai rečiau valgo daržoves, išskyrus bulves (iš viso nevalgančių 3,8 proc., lyginant su insulto nepatyrusiais – 0 proc., retai valgo atitinkamai 17 proc. ir 5,7 proc.

Vertinant vaikščiojimo trukmę tarp respondentų, kuriems nustatyta neįgalumo grupė ir nenustatyta, nustatytos reikšmingos sąsajos ($p=0,001$). Neįgalumą turinčių asmenų daugiau, nei neturinčių pėsčiomis nevaikšto visiškai (atitinkamai 32,7 proc. ir 8,2 proc.). Taip pat respondentai, kuriems nustatyta neįgalumo grupė mažiau užsiima fizine veikla, kuri trunka be pertraukos mažiausiai 10 minučių ir kurios metu gerokai padažnėja kvėpavimas, net 66 proc. tokia veikla neužsiima (21 lentelė).

21 lentelė. Sąsajos tarp neįgalumo grupės ir vaikščiojimo pėsčiomis trukmės

Ar nustatyta neįgalumo grupė	Kiek laiko respondantai vaikšto pėsčiomis per dieną (N, proc.)			
	0 min.	10-30 min.	40-60 min.	90-480 min.
Ne	15 (8,2)	51 (27,9)	47 (25,7)	70 (38,3)
Taip	33 (32,7)	25 (24,8)	19 (18,8)	24 (23,8)
$P = 0,001$				
	Kiek laiko respondantai užsiima fizine veikla (N, proc.)			
	0 min.	10-30 min.	40-90 min.	120-600 min.
Ne	85 (45,9)	43 (23,2)	29 (15,7)	28 (15,1)
Taip	68 (66)	14 (13,6)	14 (13,6)	7 (6,8)
$P = 0,001$				

8. REZULTATŲ APTARIMAS

Senėjimas yra normalus ir laipsniškas procesas, lydymas tam tikrų fiziologinių pokyčių. Gyventojų senėjimas sukelia socialinių ir ekonominių pokyčių – mažėja pagyvenusių žmonių užimtumas, daugėja skurstančių ir išlaikytinių skaičius, jie dažniau serga, dažniau naudojami sveikatos ir socialinės apsaugos paslaugomis, jiems reikia daugiau globos ir ilgalaikio gydymo.

Šio tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip skiriasi pagyvenusių žmonių sveikata bei gyvenama priklausomai nuo socioekonominės padėties.

Daugiau kaip pusė respondentų neturi sutuoktinio: 51,2 proc. esą našliai, 7,7 proc. – išsituokę, 6,7 proc. – niekada negyveno santuokoje. Sutuoktinį turi 32, 7 proc., o 1,7 procentai gyvena antroje santuokoje. Daugiausia respondentų našlių yra 81 metų amžiaus ir vyresnių grupėje – 76 proc. Moterų našlių yra dvigubai daugiau nei vyrų (atitinkamai 63,2 proc. ir 30,4 proc.). Globos įstaigose žymiai mažiau yra vedusių/ ištekėjusių – 7 proc., o daugiausia našlių – 69 proc.

Daugiausia 81 metų ir vyresnių respondentų gyvena globos namuose – 61,8 proc., bute gyvena 30,9 proc., tuo tarpu jaunesni – 65 – 73 metų respondentai gyvena bute – 68 proc., individualiame name – 11,7 proc., ar jo dalyje – 4,9 proc.

Dauguma respondentų turi išsilavinimą, iš jų aukštąjį – 33,3 proc., profesinį – 10,7 proc., vidurinį – 26,3 proc. Nustatyta, kad turint kuo aukštesnį išsilavinimą, didėja ir pajamos vienam šeimos nariui.

Kad dauguma pagyvenusių žmonių gyvena vieniši, paneigia mūsų tyrimo duomenys. 31 proc. gyvena vieni, likusieji: su sutuoktiniu – 33 proc., su vaiku (-ais) – 19,3 proc., su vaikaičiu (-ais) – 10,6 proc. Vis dėlto, gyvenimas vienumoje dažnėja su amžiumi. 65 – 73 metų grupėje, gyvenančių vieni – 18,4 proc., 74 – 81 m. – 27,6 proc., o virš 81 m. amžiaus grupėje vienišų beveik pusė – 48,5 proc.

Pagrindinis respondentų pragyvenimo šaltinis yra pensija, ją gauna 96,7 proc., 8 proc. gauna pašalpą, darbo užmokestį gaunančių dalis yra – 4,7 proc., 2 proc. respondentų išlaikomi kitų šeimos narių. Iš nuosavo verslo, investicijų, žemės ūkio pajamas gaunančių respondentų dalis yra iki 1 proc. 73,7 proc. respondentų pajamos vienam šeimos nariui viršija 600 lt, virš 1200 lt pajamų gauna – 17,7 proc., o iki 600 lt – 8,7 proc. respondentų

Gauti rezultatai rodo, kad santuokoje gyvenantys bei nevieniši asmenys rečiau apsigyvena globos namuose. Daugiau asmenų į globos namus atsiduria, kurie yra vyresni nei 81 metų, yra

vieniši, t.y. nėra kas jais galėtų pasirūpinti. Moterys dažniau lieka našlėmis, todėl jos dažniau gali susidurti su vienišumu ir reikme gauti priežiūrą.

Darbe buvo analizuojama pagyvenusių žmonių sveikata, subjektyvus sveikatos vertinimas.

Neįgalumas nustatytas asmenims daugiausia dėl ligos ar suluošinimo (87 proc.). Daugiau respondentų turi neįgalumą gyvenantys globos namuose nei savarankiškai ($p=0,001$), atitinkamai 58,7 proc. ir 41,3 proc.

Respondentai buvo klausiami apie jiems žinomas diagnozuotas ligas. Daugiausia diagnozuota ligų susijusių su širdies – kraujagyslių sistemos funkcijų sutrikimais, iš jų hipertenzija diagnozuota 68,3 proc. apklaustųjų, širdies nepakankamumas – 50,3 proc., miokardo infarktas – 16,7 proc. Taip pat daug respondentų, kuriems nustatytas padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje – 28,7 proc., stuburo ligos – 46,7 proc., lėtinis bronchitas – 25 proc., krūtinės angina – 22,7 proc.

Pagyvenę žmonės dažnai skundžiasi skausmais. Per paskutinius 6 mėnesius nugaros ar sąnarių skausmu skundėsi net 80,8 proc. apklaustųjų.

Nuo gripo praėjusiais metais skiepijosi 25,4 procentai apklaustųjų. Lyginant skiepijimosi paplitimą globos įstaigose ir ne globos įstaigoje gyvenančių asmenų, nustatytas reikšmingas skirtumas, kad globos įstaigoje gyvenančių daugiau pasiskiepijusių – 43,9 proc., ne globos įstaigoje gyvenančių tik – 16,1 proc. ($p=0,001$; $df=1$; $\chi^2=25,519$).

Rezultatai rodo, kad nemaža dalis pagyvenusių žmonių turi problemų su atsvoriu. Normalų KMI turi tik – 36,3 proc. respondentų, viršsvorį turi – 33,9 proc., nutukimą turi 27 procentai apklaustųjų. Vyrų ir moterų KMI yra panašus ($p=0,706$), tačiau įdomu tai, kad blogos įstaigoje gyvenančių respondentų yra dvigubai daugiau su normaliu KMI, nei asmenų ne iš globos namų ($p=0,001$).

Respondentų buvo prašyta įvertinti savo sveikatą šiuo metu. Labai gerai savo sveikatą įvertino tik 1,01 proc. didžiausia dalis savo sveikatą vertino vidutiniškai – 53,69 proc. Daugiau moterų savo sveikatą įvardijo kaip blogą nei vyrai, atitinkamai 38,8 ir 24,3 proc. ($p=0,015$). Lietuvoje gyventojų dauguma savo sveikatą vertina vidutiniškai. Statistikos departamento duomenimis, 65 metų ir vyresni asmenys taip pat dažniausiai vertina savo sveikatą vidutiniškai, nors su amžiumi daugėja žmonių, vertinančių blogai ir labai blogai savo sveikatą [95].

Nustatytas skirtumas tarp sveikatos vertinimo ir gyvenimo globos namuose ($p<0,05$). Labai blogai savo sveikatą vertino 7,9 proc. globos namų gyventojų, tuo tarpu respondentai ne iš globos namų, taip sveikatą vertino 2 proc. Blogai sveikatą taip pat daugiau vertino globos namų gyventojai, atitinkamai 39,6 ir 29,9 proc. Asmenys, kuriems nustatyta neįgalumo grupė, savo sveikatą vertina

prasčiau ($p < 0,05$). Labai blogai įvertino 5,8 proc. neįgalumą turinčių asmenų, neturinčių taip vertino beveik per pusę mažiau – 3,2 proc., blogai vertino atitinkamai 48,1 ir 25,8 proc.

Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp alkoholio vartojimo ir savo sveikatos vertinimo ($p = 0,02$). Respondentų, nevartojusių alkoholio per pastaruosius 6 mėnesius ir įvertinusių savo sveikatą blogai buvo 41,9 proc. Tuo tarpu tarp vartojančių alkoholį rečiau kaip kartą per mėnesį ir blogai vertinančių savo sveikatą buvo 28,6 proc. Mažiausiai blogai vertinančių savo sveikatą buvo tų respondentų, kurie alkoholį vartoja dažniau nei 1 kartą per mėnesį. Gerai ir labai gerai savo sveikatą įvertino 7,1 proc. nevartojusių alkoholio ir 13,6 proc. – vartojusių 1 kartą ir dažniau per mėnesį. Nors kitų tyrimų duomenimis, nėra nustatyto reikšmingo skirtumo tarp alkoholio vartojimo ir savo sveikatos vertinimo [97]. Tačiau skiriasi tiriamųjų kontingentas, dėl ko gali skirtis ir rezultatai. Minėtame tyrime dalyvavo asmenys nuo 20 m. iki 64 m. amžiaus.

Darbe buvo analizuojami pagrindiniai gyvenimo veiksniai: mityba, fizinis aktyvumas, rūkymo, alkoholio vartojimo paplitimas.

Respondentų buvo klausama ar jie yra rūkę kasdien ar beveik kasdien ilgiau nei vienerius metus. Teigiamai atsakiusių buvo 28,6 proc., likusi dalis yra niekada nerūkiusių. Šiuo metu rūkančiųjų dalis yra 5,4 proc. 2009 m. Eurobarometro atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad Lietuvoje 55 m. ir vyresnių amžiaus žmonių rūkančiųjų procentas yra – 14 proc. [89]. Skirtumą galima paaiškinti tiriamųjų amžiumi, Eurobarometro tyrime dalyvavo 10 metų jaunesni respondentai. Vakarų Lietuvos gyventojų žalingų įpročių ir jų sąsajų su sveikatos vertinimu tyrimo duomenimis 60-74 metų rūkančių asmenų yra 12 proc., o 75 – 89 m. – 8,8 proc. [99]. Taigi rūkymo paplitimas mažėja su amžiumi. Taip pat, rūkymo paplitimui gali turėti įtakos respondentų gyvenimo sąlygos globos namuose, ar netgi sveikatos būklė dėl, kurios jie buvo pakliuvę į pirminės sveikatos priežiūros įstaigą.

Reikšmingas skirtumas nustatytas tarp respondentų rūkymo ir lyties ($p < 0,05$), vyrų 62,6 proc., moterų – 7,1 proc. yra rūkę kasdien ilgiau kaip metus, o šiuo metu rūkančių vyrų - 11,6 proc., moterų – 1,2 proc. 2010 m. kasdien rūkė 34,2 proc. vyrų ir 15 proc. moterų [98]. Kitų tyrimų duomenimis vyrų rūkančių 49,3 proc., moterų – 13,2 proc. [99]. Procentinės tyrimų išraiškos skiriasi, tai gali lemti tiriamųjų kontingentas, tyrimo metodika, tačiau tendencija išlieka ta pati, kad vyrų rūkančių yra daugiau nei moterų.

Respondentų buvo klausama, kaip dažnai per paskutinius pusę metų vartojo alkoholinius gėrimus. 52,2 procentai alkoholio per minėtą laikotarpį nevartojo, 33 proc. vartojo rečiau nei kartą per mėnesį. Beveik kasdien vartojančių alkoholį buvo 1,7 proc. Vyrai alkoholį vartojo dažniau už

moteris ($p=0,001$, $\chi^2=38,941$, $df=5$). JAV atliktų tyrimų duomenimis, piktnaudžiavimas ir priklausomumas nuo alkoholio pasireiškia 8–23 proc. vyresnių negu 65 m. amžiaus žmonių [70].

Reikšmingas skirtumas tarp alkoholio vartojimo ir gyvenimo globos/ ne globos įstaigoje ($p=0,03$, $\chi^2=11,042$, $df=5$). 1-2 kartus per mėnesį alkoholį vartojo asmenys iš globos namų – 3 proc., o gyvenantys ne globos įstaigoje – 12,7 proc. Daugiau globos namų gyventojų per 6 mėnesius nevartojo iš viso alkoholio – 59 proc., gyvenantys ne globos įstaigoje – 48,7 proc. Tačiau beveik kasdien vartojusių alkoholį daugiau iš globos namų – 3 proc., lyginant su 1 proc. – gyvenančių ne globos įstaigoje. Alkoholio vartojimas globos įstaigose turi būti kontroliuojamas, todėl galima daryti prielaidą, kad dėl šios priežasties daugiau globos įstaigų gyventojų alkoholio nevartoja visiškai. Taip pat galima priežastis – sveikatos būklė. Tačiau kasdien vartojančių alkoholį daugiau iš globos įstaigų, galima spėti, kad dėl vienišumo.

Respondentų buvo klausama, kiek laiko vidutiniškai per dieną užsiima tokia fizine veikla, kuri trunka be pertraukos mažiausiai 10 minučių ir kurios metu gerokai padažnėja kvėpavimas. Daugiau kaip pusė respondentų – 53,1 proc., nurodė tokia veikla neužsiimantys, 19,18 proc. ne ilgiau kaip 30 min., likusios dalies – 27,73 proc. fizinė veikla užtrunka ilgiau. Vidutiniškai tokia fizine veikla respondantai užsiima 37,74 min. ($\pm 73,71$ min., $Me = 0$). 2010 metų suaugusiųjų Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimo rezultatai rodo, kad bent 30 min. mankšinosi kasdien vyrų 30,6 proc, moterų – 26,8 proc. 55-65 metų asmenų [98]. Rezultatai gana panašūs, skirtumai galimi dėl amžiaus grupių.

Globos įstaigoje gyvenančių vidutinė fizinės veiklos trukmė yra 9,55 min. ($\pm 20,95$ min., $Me = 0$), gyvenančių ne globos įstaigose – 52,42 min. ($\pm 86,13$ min., $Me = 30$).

Gyvenantys globos įstaigoje asmenys ne tik užsiima fizine veikla trumpiau, bet ir vaikšto pėsčiomis trumpiau už asmenis, gyvenančius ne globos įstaigose (Mann-Whitney $U=9532.500$; $p=0,001$). Globos įstaigų gyventojai vidutiniškai vaikšto 48,09 min. ($\pm 63,83$ min., $Me = 30$), gyvenantys ne globos įstaigose – 91,54 min. ($\pm 89,36$ min., $Me = 60$).

Taip pat respondantai, kuriems nustatyta neįgalumo grupė rečiau užsiima fizine veikla, kuri trunka be pertraukos mažiausiai 10 minučių ir kurios metu gerokai padažnėja kvėpavimas, net 66 proc. tokia veikla neužsiima.

Pagyvenę žmonės dažnai turi sveikatos problemų, dėl kurių jiems gali būti sunku užsiimti fizine veikla. Taip pat nustatyta, kad neįgalumą turintys asmenys rečiau mankštinasi ar vaikšto pėsčiomis, tai irgi yra susiję su prastesne sveikata. O tai, kad globos įstaigų gyventojai rečiau užsiima fizine veikla, galima paaiškinti ir tuo, kad globos įstaigose dažniau gyvena labiau ligoti, priežiūros reikalaujantys asmenys.

Respondentai subjektyviai vertino savo mitybą. Dauguma, net 92,95 proc. savo mitybą vertina patenkinamai ir gerai. 7,05 proc. ją vertina blogai ir labai blogai.

Daugumos (94,9 proc.) respondentų valgymų skaičius per dieną atitinka sveikos mitybos rekomendacijas, iš jų 3-4 kartus valgo – 84,2 proc., 4 kartus ir daugiau – 10,7 proc. Mažiau nei 3 kartus per dieną valgo tik 5 proc. apklaustųjų.

PSO rekomenduoja gyvulinius riebalus keisti į daug nesočiųjų riebalų rūgščių turinčius augalinius riebalus [100]. Daugiausia respondentų maistui naudoja aliejų – 56,4 proc. Įvairius riebalus naudoja 23,8 proc. apklaustųjų, 13,8 – sviestą, 3 proc. – margariną ir 2 proc. – taukus. 2007 m. atlikto suaugusiųjų faktinės mitybos tyrimo duomenimis augalinį aliejų vartoja - 74,9 proc., sviestą - 14,6 proc., taukus - 2,2 proc., margariną - 8,0 proc. [52].

Nustatytos reikšmingos sąsajos tarp riebalų vartojimo ir gyvenimo globos/ ne globos įstaigose ($p=0,001$). Daugiau globos įstaigų gyventojų vartoja įvairius riebalus (50,5 proc.), tuo tarpu dauguma ne globos įstaigų gyventojų vartoja aliejų – 76,1 proc. Taip pat daugiau sviestą vartoja globos įstaigų gyventojai - 23,8 proc., ne globos įstaigų - 8,5 proc. Šis skirtumas gali paaiškinti tyrimo rezultatų dalinius skirtumus lyginant su 2007 m. suaugusiųjų faktinės mitybos tyrimu.

PSO rekomenduoja suvartoti iki 5 g druskos per dieną [101]. Beveik visada net neragavę papildomai beriasi druskos 3,4 proc. apklaustųjų. 51 proc. papildomai naudoja druską paragavęs, kai jos trūksta, 45,6 proc. druskos papildomai neberia niekada.

Globos įstaigų gyventojų didesnę dalis niekada papildomai nenaudoja druskos, atitinkamai 74,3 ir 31 proc., bei mažesnę dalis beria druską dar neparagavus maisto, atitinkamai 1,0 ir 4,6 proc. ($p=0,001$). Tai galima paaiškinti globos namuose gyvenančių respondentų mažesniu savarankiškumo lygiu, jei asmeniui su pietumis nepateikiamas indas su druska, jis jos papildomai ir nepanaudos, ką gali laisvai padaryti savo namuose gyvenantis asmuo.

Kasdien vaisius valgo pusė respondentų, retai ir iš viso nevalgančiųjų dalis yra gana didelė – 21,7 proc. Daržoves kasdien valgo tik šiek tiek daugiau kaip pusė respondentų – 56,4 proc., iš viso nevalgančių daržovių nėra daug, tik 0,7 proc. Žuvį vartoja retai net 76,6 proc., nevartoja – 6,1 proc., panašus rezultatas nustatytas kitu tyrimu, kad Lietuvos gyventojų net 11,2 proc. žuvies nevartoja iš viso, tačiau amžiaus grupės tyrimų neatitinka [52]. Mėsą ir jos produktus respondentai vartoja kasdien – 39,7 proc., bei 3-4 kartus per savaitę – 38 proc.

Nuo gyvenamos didžiąja dalimi priklauso žmonių sveikata. Darbe vertintos sąsajos tarp gyvenamos ir respondentų sveikatos.

Rūkymas turi įtakos kai kurių ligų atsiradimui. Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp respondentų rūkymo ir smegenų insulto ($p=0,02$, $\chi^2=5,247$, $df=1$), tiems, kuriems daktaras yra nustatęs smegenų insultą, rūkusių buvo – 25,9 proc., nerūkusių – 14,6 proc. Daugiau rūkančių respondentų, kuriems nustatytas lėtinis bronchitas ($p=0,001$, $\chi^2=11,619$, $df=1$), atitinkamai 38,8 ir 19,8 proc.

Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp alkoholio vartojimo ir lėtinio bronchito ($p=0,001$). 1-2 kartus per mėnesį vartoja alkoholį respondentai, kuriems nustatytas lėtinis bronchitas – 24 proc., nenustatytas – 4,5 proc. Sergančių lėtiniu bronchitu ir nevartojančių alkoholio buvo mažiau – 42,7 proc., kurie neserga ir nevartoja alkoholio – 55,4 proc.

Nustatytas reikšmingas ryšys tarp papildomo druskos naudojimo maiste ir arterinės hipertenzijos, hipercholesterolemijos ($p=0,001$). Sergančių hipertenzija mažiau nei nesergančių niekada nesideda papildomai druskos į pagamintą maistą, atitinkamai 38,5 proc. ir 61,3 proc. Taip pat ir sergančių hipercholesterolemija niekada nesidedančių papildomai druskos yra mažiau, nei nesergančių, atitinkamai 31,4 proc. ir 51,4 proc.

Taip pat nustatytas reikšmingas skirtumas tarp dažniausiai vartojamų riebalų rūšių ir kai kurių ligų ($p=0,001$). Sergančių hipertenzija ir hipercholesterolemija respondentų daugiau vartoja aliejų, lyginant su respondентаis, kuriems šios diagnozės nenustatytos (hipertenzija atitinkamai: 63,4 proc. ir 40,9 proc., hipercholesterolemija : 72,1 proc. ir 50 proc.). Taip pat sergančiųjų mažiau vartojančių sviestą, bei taukus.

9. IŠVADOS

1. 65m. ir vyresnių žmonių rūkymo ir alkoholio vartojimo paplitimas nedidelis (5,4 proc. ir 1,7 proc. atitinkamai). Rūkymo ir alkoholio vartojimo paplitimas skiriasi pagal respondentų lytį (šiuo metu rūko moterų – 1,2 proc., vyrų – 11,6 proc.; visiškai nevalo alkoholio daugiau moterų – 62,6 proc., vyrų – 35,7 proc.). Rekomenduojama fizinio aktyvumo trukmė nebūdinga daugiau kaip pusei respondentų. Gyvenantys ne globos įstaigose yra fiziškai aktyvesni už gyvenančius globos įstaigose (vidutinė fizinės veiklos trukmė atitinkamai yra 52,42 min. ir 9,55 min. atitinkamai). 7,05 proc. respondentų savo mitybą vertina blogai ir labai blogai. Vyrų ir moterų savo mitybą vertina panašiai.
2. Daugiau kaip trečdaliui respondentų nustatytas neįgalumas. Didžioji dalis respondentų serga širdies-kraujagyslių ir stuburo ligomis. Daugumai respondentų padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje. 33,9 proc. respondentų turi problemų su viršsvoriu, 27 proc. – su nutukimu.
3. Didžioji dalis (53,7 proc.) respondentų savo sveikatą vertina vidutiniškai, o labai gerai – tik 1,01 proc. Nustatytos sąsajos tarp savo sveikatos vertinimo ir respondentų lyties (daugiau moterų savo sveikatą įvardijo kaip blogą nei vyrai, atitinkamai 38,8 ir 24,3 proc.); gyvenantys globos namuose, turintys neįgalumą, jaučiantys nugaros ar sąnarių skausmus respondentai vertina sveikatą prasčiau.
4. Nustatytos sąsajos tarp subjektyvios sveikatos būklės vertinimo ir gyvenamos veiksmų paplitimo: vartojantys alkoholį savo sveikatą vertina geriau nei nevartojantys. Rūkantys ir nerūkantys sveikatą vertina panašiai. Kuo respondentas geriau vertina savo mitybą, tuo geriau vertina ir savo sveikatą.
5. Nustatytos reikšmingos sąsajos tarp respondentų fizinės sveikatos ir gyvenamos veiksmų paplitimo: rūkantiems daugiau nei nerūkantiems respondentų diagnozuotas smegenų insultas ir lėtinis bronchitas (atitinkamai 25,9 proc., 14,6 proc.; 38,8 proc. ir 19,8 proc.); Taip pat nustatytos reikšmingos sąsajos tarp alkoholio vartojimo ir lėtinio bronchito, onkologinės ligos, tarp papildomos druskos vartojimo ir arterinės hipertenzijos bei hipercholesterolemijos.

10. LITERATŪROS SĄRAŠAS :

1. NACIONALINĖS SVEIKATOS TARYBOS metinis pranešimas 2011, prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1
2. Demografijos metraštis 2009. Statistikos departamentas. Vilnius; 2010
3. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Statistikos departamentas; 2011
4. Grabauskas V., Zaborskis A., Klumbienė J., Petkevičienė, J., Žemaitienė N. Changes in health behavior of Lithuanian adolescents and adults over 1994–2002. *Medicina*, 2007; Vol. 40(9) : 884–890.
5. Statistikos departamentas. 2011a. Pranešimas spaudai. Lietuvoje 2010 metais gyventojų sumažėjo 84,5 tūkst. 2011 m. vasario 25 d. www.stat.gov.lt.
6. Jasilionis D., Shkolnikov V. M., Andreev E. M., Jdanov D. A., Ambrozaitienė D., Stankūnienė V., Meslé F., Vallin J. Sociocultural mortality differentials in Lithuania: results obtained by matching vital records with the 2001 census data. *Population: English Edition*. 2007; Vol. 62 (4) :597–646.
7. Kalėdienė R., Petrauskienė J. Inequalities in mortality by education and socio-economic transition in Lithuania: equal opportunities? *Public Health*, 2005; Vol. 119: 808–815.
8. Bobadilla J.L., Costello Ch.A. Premature death in the independent states: overview. *Premature death in the new independent states*. Washington: National Academy Press. 1997.
9. Stankūnienė V., Jasilionis D., Baublytė M., *Demografija ir mes, informacinis biuletelis*, Nr. 1, 2011.
10. Statistikos departamentas, 2011. Pranešimas spaudai. 2010 m. išvykimą iš Lietuvos deklaravo 83,2 tūkst. emigrantų. 2011 m. kovo 25 d. interneto prieiga <http://www.stat.gov.lt>.
11. Migracija Lietuvoje: faktai ir skaičiai. Tarptautinės migracijos organizacijos Vilniaus biuras . 2011:7
12. Gyventojų skaičius metų pradžioje pagal lytį, amžių. Statistikos departamentas, 2011.
13. Demografijos metraštis 2002. Lietuvos Statistikos departamentas. Vilnius, 2003: 13.

14. Demografijos metraštis 2003. Lietuvos Statistikos departamentas. Vilnius, 2004: 28.
15. Statistikos departamentas 2011, pranešimas spaudai. Lietuvos gyventojų mirtingumas mažėja. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view?id=8869&PHPSESSID>
16. European Commission , Public health , ECHI. Prieiga per internetą : http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm?echisub=9#echi2
17. WHO. 10 facts on ageing and the life course. Prieiga per internetą: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en/index.html
18. Gruenberg EM. The failure of success. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1977; 55: 3–24.
19. Россет Э. Продолжительность человеческой жизни. Москва: Прогресс. 1981: 78.
20. Kalėdienė R, Petrauskienė J, Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas: „Šviesa“, 1999: 109
21. Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel C. In search of Methuselah: Estimating the upper limits for human longevity. Science. 1990; 250: 639. Cituojama Lemme BH. Suaugusiojo raida. Vilnius: Poligrafija ir informatika, 2003: 419
22. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine. 1980; (303): 130–5.
23. Evans JG. Live longer die faster: An attainable aim. Health and Age. UK, 2003. Prieiga per internetą: <http://www.healthandage.com/PHome/gm=0!gc=36!-gid2=2370>
24. Gaigalienė B. Pagyvenusių žmonių fizinis pajėgumas, aktyvus gyvenimo būdas ir sveikata. Eksperimentinės ir klinikinės medicinos instituto Gerontologijos ir reabilitacijos centras. Vilnius, 1999.
25. Lietuvos sveikatos statistika. Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/html/sv_statistika.htm
26. Gyventojai globos įstaigose seniems žmonėms metų pabaigoje. Statistikos departamentas. 2011.
27. Nacionalinė gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategija. Žin., 2004, Nr.95-3501

28. DECISION No 1786/2002/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). Official Journal of the European Communities. 2002; 1-11
29. Healthy Ageing (2004 - 2007). EuroHealthNet. Prieiga per internetą: <http://eurohealthnet.eu/http%3A/%252Feurohealthnet.eu/policy/healthy-ageing>
30. HEALTH 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series ; No. 5
31. Europos Parlamento Pozicija siekiant priimti Europos Parlamento ir Tarybos sprendimą Nr. .../2011/ES dėl Europos aktyvaus senėjimo ir kartu solidarumo metų (2012 m.). prieiga per internetą: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0332+0+DOC+XML+V0//LT>
32. World Health Day 2012 - Ageing and Health "Good health adds life to years". Toolkit for event organizers. Prieiga per internetą: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.1_eng.pdf
33. Lietuvos gyventojų sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apžvalga 2008 m. Higienos institutas sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2009
34. BALTOJI KNYGA. Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris, Briuselis, 23.10.2007
35. Zaborskis A., Makari J. Lietuvos moksleivių gyvenimo: raida 1994-1998 metais ir vertinimas tarptautiniu požiūriu.: E.Vaičkauskio leidykla. Panevėžys, 2001; 135.
36. Proškuvienė R. Sveikatos ugdymo įvadas. VPU leidykla. Vilnius, 2004; 47.
37. Dietitians of Canada. Eat Well, Live Well...For a Lifetime! A Resource Manual for Health Professionals. 1998
38. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas. Nuomonė dėl Nutukimo Europoje — pilietinės visuomenės partnerių vaidmuo ir atsakomybė. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:024:0063:0072:LT:PDF>
39. Apie kai kuriuos mitybos ypatumus senstant . Medicina visiems – Mityba, 04/02/2006

40. Food, nutrition and prevention of cancer : a global perspective// World Cancer Research Fund in association with American Institute for Cancer Research. Washington, 1997: 486
41. Klerk M., Jansen M., Van't Veer P., Kok F.J. Fruits and vegetables in chronic disease prevention Wageningen. Wageningen Agricultural University. 1998.
42. Law M.R., Morris K.J. By how much does fruit and vegetables consumption reduce the risk of ischaemic heart disease// European Journal of Clinical Nutrition. 1998; Vol. 52 :549-556
43. Ness A.R., Powles J.W. Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: a review// International J. Epidemiology. 1997; Vol. 26: 1-13
44. Voorrips L.E., Goldbohm R.A., Verhoeven D.T., Van Poppel G.A., Sturmans F., Hermus R.J., Van Den Brandt P.A. Vegetable and fruit consumption and lung cancer risk in the Netherlands Cohort Study on diet and cancer // Cancer Causes Control. 2000; Vol. 11: 101-15
45. Williams D.E., Wareham N.J., Cox B.D., Byrne C.D., Day N.E. Frequent salad vegetable consumption is associated with a reduction in the risk of diabetes mellitus// J. Clinical Epidemiology. 1999; Vol. 52: 35-329
46. Van't Veer P., Jansen M.C., Klerk M., Kok F.J. Fruit and vegetables in the prevention of cancer and cardiovascular disease // Public Health Nutrition. 2000; Vol.3:103-7
47. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Promoting fruit and vegetable consumption around the world. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/>
48. Healthy Aging through Healthy Living: Towards a Comprehensive Policy and Planning Framework for Seniors in B.C.: A Discussion Paper.20005; Victoria: B.C. Ministry of Health. Prieiga per internetą : http://www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/publications/healthy_aging.pdf
49. Shields M, Martel L. Healthy Living among seniors. Health Reports Supplement, 2006; 8: 7-20. Statistics Canada, Catalogue 82-003.

50. Lee Hooper, Carolyn D Summerbell, Julian P T Higgins, Rachel L Thompson, Nigel E Capps, George Davey Smith, Rudolph A Riemersma, Shah Ebrahim. Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review. *BMJ* .2001
51. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Per Capita Consumption. 2004. Prieiga per internetą: http://www.st.nmfs.noaa.gov/st1/fus/fus04/08_perita2004.pdf
52. Barzda A., Bartkevičiūtė R., Abaravičius J.A., Stukas R., Šatkutė R. Suaugusių Lietuvos gyventojų faktiškos mitybos bei mitybos ir gyvensenos įpročių tyrimas (2007 m.). *Medicinos teorija ir praktika*. 2009 ; T. 15 (1):53–58
53. Szczerbińska K., Piórecka B., Żychowicz A. MOKYMO MEDŽIAGA SKIRTA SVEIKATOS MEDIATORIAMS. Kai kurie aspektai, padedantys (pa)gerinti tarpasmeninį bendravimą su senyvo amžiaus žmonėmis. 2008
54. Vasto S, Mocchegiani E, Malavolta M, Cuppari I, Listì F, Nuzzo D, Ditta V, Candore G, Caruso C. Zinc and inflammatory/immune response in aging. *Ann N Y Acad Sci*. 2007 Apr;1100:111-22.
55. Cook N. R., Cutler J. A., Obarzanek E., Buring J. E., Rexrode K. M., Kumanyika S. K., Appel L. J., Whelton P. K. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*. 2007; 334(7599):885-8.
56. Sacco, Douglas R. Seals, Frank M. Sacks, Sidney C. Smith, Jr, Dorothea K. Vafiadis Lawrence J. Appel, Edward D. Frohlich, John E. Hall, Thomas A. Pearson, Ralph L. and Linda V. Van Horn. The Importance of Population-Wide Sodium Reduction as a Means to Prevent Cardiovascular Disease and Stroke : A Call to Action From the American Heart Association. 2011
57. Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100:126-31.
58. HEPA Europe. European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. Available from: URL http://www.euro.who.int/hepa/20050708_5

59. Health Canada. Physical Activity and Older Adults. Division of Aging and Seniors. Minister of Public Works and Government Services Canada. Ottawa, 2002. Prieiga per internetą: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-612-2002-4E.pdf>
60. Shields M, Martel L. Healthy Living among seniors. Health Reports Supplement, 8: 7-20. Statistics Canada, Catalogue,2006; 82-003.
61. Bassey, J. Exercise for the elderly: an update. Age and aging. 2002; 3-5.
62. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Physical Activity and Older Adult. Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. Resolution WHA55.23
63. Skelton, D. Effects of physical activity on postural stability. Age and aging. 2001; 4 (30), 33-39.
64. ES fizinio aktyvumo gairės. Rekomenduojami politiniai veiksmai, skirti remti sveikata gerinantį fizinį aktyvumą. Briuselis. 2008
65. The Ottawa Charter for Health Promotion. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
66. WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. 2004, the 57th World Health Assembly: 1-18
67. WHO. European Charter on counteracting obesity. Istanbul, 16 November 2006. EUR/06/5062700/8
68. Sport and physical activity. Eurobarometer. 2010
69. ALKOHOLIS EUROPOJE VISUOMENĖS SVEIKATOS POŽIŪRIU. Ataskaita Europos Komisijai. Alkoholio tyrimų institutas, Jungtinė Karalystė. 2006
70. Wetterling T., Backhaus J., Junghanns K. Addiction in the elderly – an underestimated diagnosis in clinical practice? Nervenarzt. 2002;73 (9): 861–866.
71. Goldstein MZ, Pataki A, Webb MT. 1996. Alcoholism among elderly persons. Psychiatr Serv. 1996; 47: 941-3

72. Saunders P.A., Copeland J.R., Dewey M.E., Davidson I.A., McWilliam C., Sharma V., et al. Heavy drinking as a risk factor for depression and dementia in elderly men. Findings from the Liverpool longitudinal community study. *Br J Psychiatry*. 1991;159: 213-6.
73. Iiffe S., Haines A., Booroff A., Goldenberg E., Morgan P., Gallivan S. Alcohol consumption by elderly people: a general practice survey. *Age Ageing*. 1991;20: 120-3.
74. Bristow MF, Clare AW. Prevalence and characteristics of at risk drinkers among elderly acute medical inpatients. *Br J Addiction*. 1992;87: 291-4.
75. Ganry O., Joly J., Queval M.P., Dubreuil A. Prevalence of alcohol problems among elderly patients in a university hospital. *Addiction*. 2000;95: 107-113.
76. Ekerdt D.J., deLabry L.O., Glynn R.J., Davis R. Change in drinking behaviours with retirement: findings from the normative ageing study. *J Stud Alcohol*. 1989;50: 347-53
77. Alseikienė Z. Pagyvenusių žmonių piktnaudžiavimas priklausomybę sukeliančiomis medžiagomis. Nervų ir psichikos ligos. Specializuotas „Gydymo meno“ priedas. 2005; Nr.1 (17)
78. Balsa A.I., Homer J.F., Fleming M.F., French M.T. Alcohol consumption and health among elders. *Gerontologist*. 2008; 48(5):622-36.
79. Rimm E. B., Klatsky A., Grobbee D., Stampfer M. J. Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine, or spirits. *Bmj*. 1996; 312(7033):731-6.
80. EU citizens' attitudes towards alcohol. Eurobarometer. 2010.
81. Bjork C., Vinther Larsen M., Thygesen L. C., Johansen D., & Gronbaek M. N. Alcohol consumption by middle-aged and elderly Danes from 1987 to 2003. *Ugeskrift for Laeger*. 2006; 168, 3317-3321.
82. Kim S., De La Rosa M., Rice C. P., & Delva J. Prevalence of smoking and drinking among older adults in seven urban cities in Latin America and the Caribbean. *Substance Use and Misuse*. 2007; 42, 1455-1475.

83. Fink A., Morton S. C., Beck J. C., Hays R. D., Spritzer K., Oishi S., et al. The alcohol-related problems survey: Identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *Journal of The American Geriatrics Society*. 2002; 50, 1717–1722.
84. Meier P., & Seitz H. K. Age, alcohol metabolism, and liver disease. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 2008; 11, 21-26.
85. Onder G., Landi F., Della Vedova C., Atkinson H., Pedone C., Cesari M., et al. Moderate alcohol consumption and adverse drug reactions among older adults. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2002; 11, 385–392.
86. WHO REPORT on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2011; 9
87. Statistikos departamentas. Tabako vartojimas ir padariniai. 2011. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=2605>
88. Daugėlienė E., Tamošiūnas A., Rėklaitienė R., Bacevičienė M., Radišauskas R., Jurėnienė K. Pagyvenusio amžiaus miesto gyventojų sveikatos ir gyvenamos ypatumai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2009; Nr. 2 (I XIII)
89. Tobacco. Eurobarometer. 2010.
90. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004; 328(7455):1519-1527
91. Jarvis M.J. Smoking cessation. *Eur. Respir. Rev.* 1997; 7(45): 230 – 4
92. Sunyer J., Lamarca R., Alonso J. Smoking after Age 65 Years and Mortality in Barcelona, Spain. *American Journal of Epidemiology*. 1998; Vol. 148 (6): 575-580
93. IUATLD news bulletin on tobacco and health. 1999; 12
94. Fact sheet about health benefits of smoking cessation. Prieiga per internetą: http://www.who.int/tobacco/quitting/en_tfi_quitting_fact_sheet.pdf
95. Gyventojų savo sveikatos vertinimas. Statistikos departamentas, 2005
96. Savo sveikatos vertinimas pagal lytį, amžių ir išsilavinimo lygį (%) prieiga per internetą : http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_02&lang=en

97. Lietuvos gyventojų skirstymas pagal savo sveikatos vertinimą 2002 m. Prieiga per internetą: sic.hi.lt/data/gyv2002.doc
98. Grabauskas V., Klumbienė J. ir bendraaut. Suaugusiųjų Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimas, 2010. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas, 2011; 3-143
99. Barzdauskas A., Sąlyga J., Brasaitė I., Žiliukas G., Istomina N. Vakarų Lietuvos gyventojų žalingi įpročiai ir jų sąsajos su sveikatos vertinimu. Sveikatos mokslai. 2011; Volume 21 (7):5–9
100. Healthy ageing – A Challenge for Europe. World Health Organization. 2007
101. Salt as a Vehicle for Fortification: Report of a WHO Expert Consultation. World Health Organization. 2008

11. PRIEDAI

1 priedas. Respondentų apklausai naudota anketa.

ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Gerbiamasis (-oji)

Didelė dalis pagyvenusių žmonių mirštamumo, sergamumo ir nedarbingumo atveju yra sąlygojami lėtinių ligų. Daugelio šių ligų būtų galima išvengti arba jas atitolinti pašalinus ar bent kiek sumažinus lėtinių ligų elgsenos rizikos veiksnių (rūkymo, nesaikingo alkoholio vartojimo, neracionalios mitybos, nepakankamo fizinio aktyvumo) paplitimą tarp vyresnio amžiaus gyventojų, kurių skaičius Lietuvoje didėja. Pastaraisiais metais domimasi, kiek gera fizinė ir psichinė sveikata priklauso nuo konkretaus asmens gebos kontroliuoti savo sveikatą, t.y. nuo taip vadinamos asmens vidinės darnos.

Mokslo tiriamojo darbo „Pagyvenusių žmonių sveikatos rizikos veiksnių ir vidinės darnos įvertinimas“, kurį vykdo Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos instituto tyrėjai, tikslas – nustatyti pagyvenusių žmonių (65 m. ir vyresnių), kurie kreipiasi į pirmines sveikatos priežiūros įstaigas arba gyvena globos įstaigose, minėtų elgsenos rizikos veiksnių paplitimą ir tiriamųjų asmenų vidinę darną, siekiant išsiaiškinti, kodėl dalis vyresnio amžiaus žmonių išlieka sveiki, o ne tik kodėl jie serga. Šio tikslo tyrėjai siekia apklausdami sutikusius dalyvauti anketinėje apklausoje 65 metų ir vyresnius asmenis, kurie dėl kokių nors priežasčių atvyksta į polikliniką arba gyvena slaugos ar globos namuose, ar kitose įstaigose.

Apklausa vienkartinė, visiškai anoniminė. Tai reiškia, kad niekas nesužinos apklausto žmogaus duomenų, vardo ar pavardės. Individualios apklausos rezultatai nebus perduodami kitiems apklausiamojo šeimos nariams, globos namų administracijai ar kitiems asmenims. Apklausos duomenys bus naudojami tik apibendrintai analizei. Apibendrinę apklausos rezultatus, tyrėjai siūlys valdžios institucijoms, globos namų vadovams, patiems pagyvenusio amžiaus asmenims, kaip nugyventi pilnavertį jiems likusį gyvenimą. Anketinę asmens apklausą tyrėjai atliks tik informuotam apie šį tyrimą asmeniui besąlygiškai sutikus.

Užduokite Jums iškilusius klausimus. Jei nesate tikri, paprašykite tyrimą atliekančio asmens apie tyrimą paaiškinti smulkiau.

Iškilus kokioms nors abejonėms dėl tyrimo, prašome kreiptis į Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutą adresu: M.K. Čiurlionio g. 21, 03101,

Vilnius. Tel./faks. 852398738., el.paštas:rimantas.stukas@mf.vu.lt arba į Vilniaus regioninį biomedicininį tyrimų etikos komitetą el pastas: rbtek@mf.vu.lt

Dėkojame už dalyvavimą tyrime ir linkime sveikatos.

Vilniaus universiteto biudžetinio mokslo tiriamojo darbo

PAGYVENUSIŲ ŽMONIŲ SVEIKATOS RIZIKOS VEIKSNIŲ IR VIDINĖS DARNOS ĮVERTINIMAS

Biomedicininio tyrimo

KLAUSIMYNAS

Interviu data □□ - □□ - □□

1. Protinė veikla

Protinės veiklos funkcija	Maksimalus balas	Vertinimas
1. <u>Orientacija</u>		
a) Kurie dabar metai?	1	()
b) Koks dabar metų laikas?	1	()
c) Koks dabar mėnuo?	1	()
d) Kuri mėnesio diena šiandien?	1	()
e) Kokia savaitės diena šiandien?	1	()
f) Kokioje valstybėje mes gyvename?	1	()
g) Kokiam mieste (kaime) mes dabar esame?	1	()
h) Kuriam rajone (kurioje gatvėje) Jūs gyvenate?	1	()
i) Kokioje ligoninėje (namuose, įstaigoje) mes dabar esame?	1	()
j) Kuriam aukšte mes dabar esame?	1	()
2. <u>Išmokimas (registracija)</u>		
Pasakyti ligoniui tris žodžius (daiktavardžius) ir paprašyti pakartoti iš eilės. Vertinamas pirmas bandymas: vienas balas už kiekvieną teisingą atsakymą. Po to kartojama, kol tiriamasis išmoksta teisingai pakartoti.	3	()
3. <u>Abstraktus mąstymas (dėmesys ir skaičiavimas)</u>		
Paprašykite pasakyti žodį „nulis“ iš kito galo.	5	()

<p>Arba Atimti paeiliui 7 iš 100 (100, 93, 86, 79, 72, 65). Vienas balas už kiekvieną teisingą skaičių ar raidę – iki penkių atsakymų</p>		
<p>4. Trumpalaikė atmintis Prašome pakartoti tris ligo 2 punkte išmokus daiktavardžius. Vienas balas už kiekvieną teisingą atsakymą.</p>	3	()
<p>5. Kalba (agnozijos, afazijos, aprakcijos testai) a) Parodykite pieštuką ir paklauskite, kas tai yra b) Parodykite laikrodį ir paklauskite, kas tai yra c) Paprašykite tiriamojo pakartoti sakinį „Žalia giria gražiai žaliuoja“ Vertinamas tik pirmas mėginimas – vienas balas už teisingą pakartojimą. d) Prašome tiriamojo perskaityti ir padaryti tai, kas parašyta, pvz., „Užsimerkite“ e) Tiriamojo paprašyti parašyti trumpą prasmingą sakinį (duodame popieriaus lapą ir rašiklį) f) Prašome nukopijuoti piešinį (du susikertančius penkiakampius, turi būti visi 10 kampų, 2 iš jų – susikertantys) g) Padėkite prieš ligo 1 popieriaus lapą ir paprašykite: „Paimkite popieriaus lapą į dešinę ranką, perlenkite jį pusiau ir padėkite ant kelių“ (sakinį pasakyti vieną kartą)</p>	1 1 1 1 1 1 3	() () () () () () ()
Iš viso:	30	()
<p>Vertinama: 0-10 ryškus pažinimo sutrikimas; 11-20 vidutinio sunkumo pažinimo sutrikimas; 21-24 lengvas pažinimo sutrikimas</p>		

2. Gyvenamoji vieta.

Apskritis _____ Savivaldybė _____

3. Lytis: vyras moteris

4. Gimimo metai _____

5. Šeiminė padėtis:

Niekada negyveno santuokoje

Vedęs, ištekėjusi

Ne pirma santuoka

Išsituokęs, (-usi)

Našlys (-ė)

6. Jūsų išsilavinimas:

Nebaigtas pradinis, pradinis

Pagrindinis

Vidurinis

Aukštojo išsilavinimo nesuteikiantis pavidurinis profesinis

Aukštasis išsilavinimas

7. Ar jūs tikintis (-i)?

Taip

Ne

Negali atsakyti

8. Gyvenamoji vieta:

Miestas/rajono centras

Miestelis/miesto tipo gyvenvietė

Kaimas

9. Būsto tipas:

Individualus namas

Individualaus namo dalis

Butas

Bendrabutis

Nuolat gyvena sodo bendrijoje

Globos namai

Jei gyvena globos namuose, tai:

vienviečiame kambaryje

daugiaviečiame kambaryje

Kita patalpa _____

10. Būsto gyventojai:

Vyras/žmona

Sugyventinis (-ė)

- Sūnus/duktė
- Tėvas/motina
- Uošvis (-ė)
- Brolis/sesuo
- Žentas/marti
- Vaikaitis (-ė)
- Globos namų gyventojas (a)
- Kita _____

11. Jūsų pragyvenimo šaltinis: (galimi keli atsakymo variantai)

- Darbo užmokestis
- Pajamos iš nuosavo verslo
- Pajamos iš žemės ūkio veiklos
- Pajamos iš nuosavybės ar investicijų
- Pensija
- Pašalpa
- Šeimos ar kitų asmenų išlaikomas
- Kitas pragyvenimo šaltinis _____

12. Ar Jūs dirbate?

- Taip
- Ne

13. Kokį darbą dirbote prieš išeidamas į pensiją? _____

14. Kokį darbą dirbote didesnę gyvenimo dalį?

- Žemės ūkio, miško darbai
- Pramonė, statybos
- Protinis darbas
- Namų šeimininkas/šeimininkė
- Kita _____

15. Pajamos vienam šeimos nariui:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Iki 400 Lt <input type="checkbox"/> | 1201 – 1400 <input type="checkbox"/> |
| 401 – 600 <input type="checkbox"/> | 1401 – 1600 <input type="checkbox"/> |
| 601 – 800 <input type="checkbox"/> | 1601 – 1800 <input type="checkbox"/> |
| 801 – 1000 <input type="checkbox"/> | 1801 – 2000 <input type="checkbox"/> |
| 1001 - 1200 <input type="checkbox"/> | 2001 ir daugiau <input type="checkbox"/> |

16. Ar Jums nustatyta invalidumo grupė?

Taip

Ne

17. Invalidumo priežastis

Invalidumas nuo vaikystės

Profesinė liga ar suluošinimas darbe

Liga ar suluošinimas

18. Dėl kokių funkcijų sutrikimų Jums nustatytas invalidumas?

Judėjimo

Klausos

Regėjimo

Intelektas

Vidaus organų

Kitų _____

19. Kaip Jūs įvertintumėte savo sveikatą šiuo metu?

Labai gera

Gera

Vidutiniška

Bloga

Labai bloga

20. Ar gydytojas yra sakęs, kad Jums nustatyta:

Padidėjęs kraujo spaudimas, hipertenzija

Padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, hipercholesterolemija

Padidėjęs cukraus kiekis kraujyje, diabetas (cukraligė)

Miokardo (širdies) infarktas, širdies priepuolis

Krūtinės angina (skausmai krūtinėje fizinio krūvio metu)

Širdies nepakankamumas

Galvos smegenų insultas (kraujo išsiliejimas į smegenis)

Reumatinis artritas (artrozė, sąnarių uždegimas)

Stuburo ligos, radikulitas

- Osteoporozė (kaulų retėjimas)
- Lėtinis bronchitas, emfizema (plaučių išsiplėtimas)
- Alerginė astma
- Astma (išskyrus alerginę astmą)
- Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opa
- Vėžys (piktybiniai navikai, įskaitant leukemiją ir limfomą)
- Depresija
- Kita _____

21. Ar Jums paskutinių 6 mėnesių laikotarpyje skaudėjo nugara (stuburas), ar klubo, kelių ar kiti sąnariai?

- Taip
- Ne

22. Ar šiuo metu vartojate vaistus nuo skausmo?

- Taip
- Ne

23. Ar vaistai sumažina skausmą?

- Taip
- Ne

24. Ar praėjusiais metais skiepijotės nuo gripo ?

- Taip
- Ne

25. Ar šiuo metu, mažiausiai vieną kartą per savaitę, vartojate vaistus nuo:

- Padidinto cholesterolio kiekio
- Vaistus nuo kraujospūdžio
- Širdies ir kraujagyslių ligų
- Vaistus nuo diabeto
- Vaistus nuo sąnarių skausmo arba jų uždegimo
- Vaistus kito skausmo (galvos, nugaros ir kt.)
- Vaistus nuo miego
- Vaistus nuo nerimo arba depresijos
- Vaistus nuo osteoporozės

- Vaistus nuo opaligės
- Vaistus nuo lėtinio bronchito
- Kitus vaistus _____
- Nevartoju

26. Koks Jūsų svoris lengvai apsirengus ? _____ (kg)

27. Koks Jūsų ūgis? _____ (cm)

28. Ar Jūs nešiojate akinius, kontaktinius lęšius?

- Taip
- Ne

29. Ar be akinių, kontaktinių lęšių Jūs aiškiai matote už 4 metrų nuo Jūsų stovinčio žmogaus veidą?

- Taip
- Ne

30. Ar su akiniais, kontaktiniais lęšiais Jūs aiškiai matote už 4 metrų nuo Jūsų stovinčio žmogaus veidą?

- Taip
- Ne

31. Ar Jūs galite su akiniais, kontaktiniais lęšiais aiškiai matyti laikraščio tekstą?

- Taip
- Ne

32. Ar Jūs nešiojate klausos aparata?

- Taip
- Ne

33. Ar Jūs galite be klausos aparato ar kitų klausą gerinančių pagalbinių priemonių aiškiai girdėti, kas yra sakoma, kai kalbate su vienu žmogumi?

- Taip
- Ne

34. Ar Jūs galite su klausos aparatu ar kitomis klausą gerinančiomis pagalbėmis priemonėmis aiškiai girdėti, kas yra sakoma, kai kalbate su vienu žmogumi?

- Taip
- Ne

35. Ar Jūs turite dantų protezą?

Taip

Ne

36. Ar su dantų protezu galite atsikąsti kieto maisto, pvz. obuolį?

Taip

Ne

37. Ar paskutinių trijų mėnesių laikotarpyje Jums buvo sunkumų daryti tai kas jums yra įprasta:

Vaikščioti (ne mažiau 100 metrų)

Sėdėti apie dvi valandas

Pasikelti nuo kėdės

Lipti keliais laiptais be poilsio

Atsiklaupti

Pakelti rankas aukščiau peties lygio

Patraukti, pastumti kėdę

Pakelti arba panešti svorį apie 5 kg. (pvz. pirkinų krepšelį)

Susirinkti mažas monetas nuo stalo

Nieko iš aukščiau paminėtų veiksmų nebuvo sunku atlikti

Apsirengti, apsiauti

Vaikščioti kambaryje

Praustis, maudytis duše, vonioje

Valgyti naudojantis pačiam valgymo instrumentais

Atsigulti į lovą ar atsikelti

Pasinaudoti tualetu

Pasigaminti karšto maisto

Nueiti į parduotuvę

Paskambinti telefonu

Išgerti vaistų

Dirbti namų ūkyje, darže ar sode

Tvarkyti savo pinigus, apmokėti sąskaitas

Nieko iš aukščiau paminėtų veiksmų nebuvo sunku atlikti

38. Ar Jūs kada nors esate kasdien rūkęs ilgiau nei vienerius metus

Taip

Ne

39. Kiek Jums buvo metų, kai pradėjote rūkyti? _____

40. Ar Jūs rūkote šiuo metu?

Taip

Ne

41. Kiek metų rūkote? _____

42. Kiek Jums buvo metų kai metėte rūkyti? _____

43. Per paskutinius šešis mėnesius kaip dažnai vartojote alkoholinius gėrimus (alų, vyną ir kt. daugiau kaip dvi taures, stiklines,)?

Beveik kiekvieną dieną

3-4 kartus per savaitę

1-2 kartus per savaitę

1-2 kartus per mėnesį

Rečiau nei kartą per mėnesį

Per šešis paskutinius mėnesius nevarčiau jokio alkoholio

44. Jūsų fizinis aktyvumas šiuo metu (per praėjusias 7 dienas):

Kiek laiko vidutiniškai per dieną užsiimate tokia fizine veikla (dirbate fizinį darbą namuose ir apie namus, važiuojate dviračiu ir pan.), kuri trunka be pertraukos mažiausiai 10 minučių ir kurios metu gerokai padažnėja kvėpavimas?

valandų minučių per dieną

Kiek laiko vidutiniškai per dieną vaikščiojate pėsčiomis?

valandų minučių per dieną

Kiek laiko vidutiniškai per dieną žiūrite televizorių?

valandų minučių per dieną

45. Koks Jūsų fizinis aktyvumas praeityje?

Didesnę gyvenimo dalį gyvenau judrų gyvenimo būdą, daug judėjau

Gyvenau sėslų gyvenimą ir vengiau fizinio aktyvumo

46. Ar kada nors anksčiau esate vartojęs narkotines medžiagas (išskyrus alkoholį ir tabaką)?

Taip

Ne

47. Ar per praėjusius metus (12 mėn.) buvo apėmusi itin prislėgta nuotaika, trukusi ne mažiau kaip dvi savaites ?

Taip

Ne

48. Ar per pastaruosius 12 mėn. bent kartą rimtai galvojote apie savižudybę?

Taip

Ne

49. Ar bent kartą anksčiau bandėte nusizudyti?

Taip

Ne

50. Kaip Jūs vertinate savo mitybą?

Gerai

Patenkinamai

Blogai

Labai blogai

51. Kiek kartų per dieną valgote?

Daugiau kaip 4 kartus

3-4 kartus

2 kartus

1 kartą

52. Kokius riebalus Jūs dažniausiai vartojate ruošdami maistą?

(Pažymėkite tik vieną atsakymą):

Dažniausiai aliejų

Dažniausiai margariną

Dažniausiai sviestą

Dažniausiai taukus

Įvairius

Nevartoju jokių riebalų

50. Ar papildomai dedate druskos į paruoštą maistą?

Beveik visada net neparagavęs

Kai trūksta druskos

Niekada

51. Kiek šaukštelių cukraus Jūs dedate į vieną puodelį kavos ar arbatos?

(Įrašykite. Jeigu cukraus nevartojate prašome įrašyti nulį „0“) _____

52. Kiek kartų vakar (dieną prieš užpildant šią anketą) valgėte vaisių ar daržovių (išskyrus bulves) arba jų patiekalų (žalių, virtų, salotų, mišrainių ir pan.)? Įrašykite _____

53. Kaip dažnai valgote šiuos produktus?

Produkto pavadinimas	Kasdien	3-4 kartus per savaitę	Retai	Nevalgau
vaisius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
daržoves, išskyrus bulves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bulves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
žuvį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mėsą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lašinius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
taukus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aliejų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sviestą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kiaušinius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cukrų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konditerijos gaminius, kavą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Ar dažnai randate išeitį iš padėties, kuri kitiems žmonėms atrodo beviltiška ?

Taip, dažnai

Taip, kartais

Ne

55. Ar dažnai kasdienis gyvenimas Jums teikia pasitenkinimą?

Taip, dažnai

Taip, kartais

Ne

56. Ar dažnai Jūsų kasdieniame gyvenime atsitinka tai, ką Jums sunku suprasti?

Taip, dažnai

Taip, kartais

Ne

57. Ar per pastaruosius 12 mėnesių teko patirti Jus stipriai sukrėtusių gyvenimo įvykių (pvz., laidotuvės, vestuvės, laimėjimas loterijoje, augintinio mirtis ir pan.)?

Taip

Ne

58. Kas Jūsų gyvenime dabar sukelia daugiausia rūpesčių (pažymėkite tik vieną atsakymą):

Materialinė padėtis

Bedarbystė

Neturėjimas nuosavo gyvenamo ploto

Buto, namo būklė

Sveikatos būklė

Vienišumas

Santykiai su vyru (žmona)

Vaikų globa

Santykiai su kaimynais

Artimųjų priežiūra, slauga

Kita _____ .

59. Kiek kartų per pastarąsias 4 savaites lankėtės pas gydytoją ambulatorijoje ar poliklinikoje? _____ kartų.

60. Kiek kartų gydėtės ligoninėje per pastaruosius 12 mėnesių? _____ kartų.

61. Ar Jūs galite pasirinkti gydytoją ir gydymo įstaigą?

Taip

Ne

62. Ar Jums per pastaruosius 12 mėn. susirgus visuomet buvo suteiktas reikiamas gydymas?

Taip

Ne

63. Kai susergate Jūs dažniausiai:

Bandote gydytis pats

Kreipiatės į šeimos gydytoją/apylinkės terapeutą pagal gyvenamą vietą

Ieškote gerų specialistų nepriklausomai nuo to, kurioje valstybinėje įstaigoje jie dirba

Kreipiatės į privačiai dirbantį gydytoją

64. Ar visada galite nusipirkti vaistų, kokių Jums reikia?

Taip, visada

Kartais negaliu

Dažniausiai negaliu

65. Ar lengvai gaunate medicininę pagalbą?

Taip, lengvai

Taip, vidutiniškai

Ne

Dėkojame už dalyvavimą tyrime ir linkime sveikatos!