

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS

Simona Bobinaitė

MAGISTRO DARBAS

**PSIČIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS
65 M. IR VYRESNIEMS VILNIAUS MIESTO GYVENTOJAMS**

Accessibility to Mental Health Services for Elderly Residents of Vilnius

Leidžiama ginti _____

Visuomenės sveikatos

instituto direktorius

Prof. dr. (HP) R. Stukas

(parašas)

Studentė Simona Bobinaitė

(parašas)

Darbo vadovė Dr. M. Jakubauskienė

(parašas)

Darbo įteikimo data _____

Registracijos Nr. _____

Vilnius – 2017

TURINYS

1.	SANTRAUKA	3
5.	SUMMARY	5
6.	SANTRUMPOS	7
7.	ĮVADAS.....	8
8.	LITERATŪROS APŽVALGA	10
8.1.	SENYVAS AMŽIUS.....	10
8.2.	SENĖJANTI VISUOMENĖ	12
8.3.	SENYVO AMŽIAUS ŽMONIŲ DEMOGRAFIJA LIETUVOJE IR VILNIUJE	14
8.4.	SENYVO AMŽIAUS ASMENŲ PSICHIKOS SVEIKATA	17
8.5.	65 M. IR VYRESNIŲ ASMENŲ SERGAMUMAS PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIM AIS VILNIUJE	20
8.6.	PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS. JŲ PRIEINAMUMAS	25
8.7.	PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMO SENYVO AMŽIAUS ASMENIMS GALIMYBĖS LIETUVOJE.....	27
9.	TYRIMO METODIKA	28
10.	TYRIMO REZULTATAI	30
10.1.	RESPONDENTŲ CHARAKTERISTIKA	30
10.2.	DARBARTINĖS SAVO SVEIKATOS VERTINIMAS	32
10.3.	LAIMINGUMO VERTINIMAS	33
10.4.	ARTIMŲ ŽMONIŲ SKAIČIUS, SU KURIAIS GALI PASIKALBĖTI APIE SVEIKATĄ.....	34
10.5.	ŠEIMOS GYDYTOJŲ DĖMESYS RESPONDENTŲ PSICHIKOS SVEIKATAI.....	36
10.6.	RESPONDENTŲ SAVIJAUTA.....	37
10.7.	RECEPTINIŲ IR NERECEPTINIŲ VAISTŲ VARTOJIMAS	42
10.8.	ŽINIOS, KUR KREIPTIS ATSIKADUS PSICHIKOS SVEIKATOS PROBLEMOMS	44
10.9.	PASITENKINIMAS GAUNAMOMIS PASLAUGOMIS	46
10.10.	PSICHIKOS LIGŲ STIGMATIZAVIMAS.....	48
11.	REZULTATŲ APTARIMAS	50
12.	IŠVADOS	52
13.	PASIŪLYMAI	53
14.	LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	54
15.	PRIEDAI.....	57

1. SANTRAUKA

Vykstant pokyčiams pasaulyje, keičiasi demografinė situacija, mažėja vaikų, o senų žmonių daugėja, ilgėja gyvenimo trukmė, todėl yra būtina sudaryti sąlygas sveikam senėjimui. Taip būtų ne tik pagerinta žmonių gyvenimo kokybė, bet ir sumažintos sveikatos priežiūros išlaidos.

Tyrimo tikslas: įvertinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą 65 m. ir vyresniems Vilniaus miesto gyventojams.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų poreikį;
2. Įvertinti senyvo amžiaus asmenų informuotumą apie tai, kur kreiptis prireikus psichikos sveikatos priežiūros specialistų pagalbą;
3. Sužinoti dėl kokių priežasčių asmenys atsisako poreikio kreiptis į psichikos sveikatos priežiūros specialistus;
4. Įvertinti asmenų nuomonę į psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir į psichikos ligomis sergančius.

Metodika. Anoniminės apklausos būdu buvo apklausti 389 65 m. ir vyresni Vilniaus miesto gyventojai. Atlikta statistinė analizė – aprašomoji statistika. Skaičiuotas taškinis paplitimo įvertis ir jo 95 proc. pasikliautiniai intervalai. Kategorinių duomenų analizei naudotas Pirsono Chi2 testas. Duomenų suvedimui naudota EpiData 3.1 programinė įranga. Statistinei analizei atlikti naudoti IBM SPSS Statistics 19 ir WinPepi statistiniai paketai. Lentelių sudarymui naudotas Microsoft Excel 2013. Pasirinktas statistinis reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$. Skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

Rezultatai. Gydytojo išrašytus, psichikos sveikatą veikiančius receptinius vaistus vartojo 29,2 proc., gydytojo išrašytus nereceptinius vaistus, papildus - 25,2 proc., gydytojo neišrašytus nereceptinius vaistus, papildus – 43 proc. respondentų ir net 15,8 proc. respondentų vartojo gydytojo neišrašytus receptinius vaistus.

Dažniausiai paminėtos priežastys, dėl kurių respondentai atsisakė kreiptis į psichologus, psichoterapeutus ar psichiatrus, nors tokį poreikį turėjo, buvo: šeimos gydytojais atsakė į jų klausimus (58,8 proc.), jautėsi nesmagiai ar jautė gėdą (44,8 proc.), būtų reikėję mokėti už paslaugas (41,4 proc.), būtų reikėję per ilgai laukti konsultacijos (34,5 proc.).

Išvados. 1. Senyvo amžiaus asmenys turi daug nusiskundimų, kuriuos galima susieti su psichikos sveikatos sutrikimais, todėl 65 m. ir vyresniems asmenims yra būtinos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos. 2. Senyvo amžiaus asmenims trūksta informacijos, kur kreiptis dėl psichikos sveikatos nusiskundimų. 3. Dažniausios priežastys, dėl kurių respondentų teigė, jog

atsisakė minties kreiptis į specialistus nors tokį poreikį turėjo, buvo: šeimos gydytojų atsakymas į jų klausimus, gėdos jausmas, nenoras ilgai laukti ar mokėti už konsultacijas. 4. 1 iš 6 respondentų išreiškė nepasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, 34,7 proc. mano, jog senjorams yra sunkiai prieinami reikalingi medikamentai (nors 15,8 proc. respondentų vartojo psichiką veikiančius gydytojo neišrašytus receptinius vaistus), 12,4 proc. respondentų manė, jog medikamentų kaina yra neprieinama senjorams.

Raktiniai žodžiai: 65 m. ir vyresni asmenys, psichikos sveikata, psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

5. SUMMARY

With the changes in today's world we are faced with new issues that need to be addressed. The shifts in the demographic situation means that there are less children being born and because of increased life span we have more seniors and there must be methods implemented that ensure a healthy aging process to any and all. It is not limited to just enhance the quality of life in seniors but also cost reductions in healthcare services.

The aim of this study: evaluate the availability of psychic health services to the 65 old or older citizens of Vilnius.

Tasks of the research:

1. Evaluate the need for psychic health services.
2. Evaluate the amount of information available to the elderly regarding where to get psychic health services.
3. Researching the reasons why citizens refuse to seek help from psychic health specialists.
4. Evaluate people's opinion regarding the availability of psychic health services and people having health issues in psychic health.

Methods used. An anonymous survey was issued to a target group of 389 citizens of Vilnius the age of 65 and older. A standard analysis was carried out – descriptive statistics. The categorized data was analyzed using the Pearson Chi2 test. The data entry was carried out using EpiData 3.1 software. Statistical analysis was carried out using IBM SPSS version 19 and WinPepi statistic packs. The tables were drawn using Microsoft Excel 2013. The chosen statistical significant level was $\alpha = 0,05$. The differences were deemed relevant when the $p < 0,05$.

Results. The physician prescribed medicine that effect psychic health were used by 29.2 percent. Supplements for psychic health that were prescribed by physicians were used by 25.2 percent. Supplements not prescribed by doctors – 43 percent of the respondents and a staggering 15.8 percent used medicine that was not issued by any physician.

The main reasoning given by respondents why they did not seek the help of a psychic health professional, psychiatrists or psychologists, even though there was a need for such services were : 58.8 percent said that their family doctor answered all their questions, 44.8 felt shame or uncomfortable to seek such services, 41.4 percent did not seek professional help because of the costs of said services and 34.5 percent stated that waiting for a consult would have taken too long.

Findings:

1. Elderly citizens have a lot of complaints that can be associated with psychic health issues, that is why citizens that are 65 and older require mental health services.
2. Elderly citizens require more information on where to seek such services and who can help them with mental health issues.
3. The most common reasons that respondents avoided seeking help from specialists even though there was a need for such services was that their primary health doctor answered all their questions, the costs of said services, feeling ashamed, and the reluctance to pay or wait a long time for consultations.
4. 1 out of 6 respondents stated disappointment with the availability of mental health services. 34.7 percent think that senior citizens have a hard time getting the necessary medication (even though 15.8 percent of respondents used prescription medication for psychic health problems that were not issued by their physician. 12.4 percent thought that the prices of said medication were too high for seniors to afford.

Key words: 65 and older, mental health, psychic health, the availability of mental health services.

6. SANTRUMPOS

PSO – Pasaulio Sveikatos Organizacija

JTO – Jungtinių Tautų Organizacija

m. – metai

proc. – procentai

mln. – milijonas

atv. – atvejis

gyv. - gyventojų

HI – Higienos institutas

HI SIC – Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

pav. - paveikslas

lent. – lentelė

abs. sk. – absoliutus skaičius

7. ĮVADAS

Vykstant pokyčiams pasaulyje, keičiasi demografinė situacija, mažėja vaikų, o senų žmonių daugėja, ilgėja gyvenimo trukmė. Kadangi gyvenimo trukmė ilgėja yra būtina kalbėti ne tik apie ilgesnį gyvenimą, bet ir apie sveiką senatvę ir būdus, kaip jos pasiekti.

Pasaulio sveikatos organizacijos programos „Sveikata visiems XXI amžiuje“ 5-asis tikslas skirtas sveikam senėjimui. Sveikas senėjimas tai galimybių užsitikrinti fizinę, socialinę ir psichikos sveikatą optimizavimo procesas, kuriuo siekiama įgalinti pagyvenusius žmones aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime nepatiriant diskriminacijos ir džiaugtis savarankiškumu bei gyvenimo kokybe.

Nors, senatvės samprata skirtinga, tačiau visos sampratos apibrėžia, kad senatvėje vyksta daug pokyčių, kurie daro įtakos paties žmogaus pasaulėžiūrai, pasaulėjautai ir savijautai. Senatvė yra natūralus procesas, tačiau kiekvienam žmogui sukelia skirtingas emocijas: nuo labai neigiamų iki teigiamų. Tie, kurie senatvę vertina teigiamai, lengviau prisitaiko prie pasikeitusio gyvenimo būdo, priešingai išgyvena tie, kurie senatvę sieja su neigiamomis emocijomis. Visus tuos pokyčius kiekvienas žmogus išgyvena skirtingai, tačiau dėl pasikeitusių gyvenimo sąlygų, dažnai lydimų neigiamų emocijų, paveldėtų faktorių ir kitų priežasčių didėja rizika susirgti psichikos ligomis.

Svarbiausias nuotaikos sutrikimų bruožas yra pakitusi nuotaika. Nuotaikos sutrikimus paprastai lydi sutrikimai visose gyvenimo srityse (motyvacija, darbingumas, bendravimas ir t.t.). Nors skiriami įvairūs nuotaikos sutrikimų tipai (depresija, manija, bipolinis sutrikimas ir kt.), daugeliu atvejų sutrikimų simptomai yra persipynę, todėl tiksliai juos diagnozuoti yra labai sunku.

Sergamumas nuotaikos sutrikimais Vilniaus mieste 2015 m. buvo 275 atv. 100 000 gyv. Didžiausias sergamumas nuotaikos sutrikimais Vilniuje registruojamas 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenų grupėje (482,5atv./100 000 gyv.). Dažnai nuotaikos sutrikimai ir psichikos ligos tampa savižudybių priežastimis, pagal kurias Lietuva „pirmauja“ visoje Europoje: per metus šalyje nusižudo beveik 1000 žmonių, iš kurių apie 30 proc. 65 m. ir vyresnio amžiaus žmonės.

Nepaisant to, jog psichikos sveikatos sritį Lietuvoje reglamentuoja 115 teisės aktų, tačiau galima daryti prielaidas, jog psichikos sveikatos priežiūros paslaugos yra nepakankamai kokybiškos ir neprieinamos.

Mokslinių tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamas 65 m. ir vyresnių asmenų psichikos sveikata bei psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, Lietuvoje trūksta. Šios amžiaus grupės atstovų nuomonės tyrimai suteiktų galimybes identifikuoti vyresnio amžiaus asmenų problemas ir poreikius. Gauta informacija būtų naudinga tobulinant sveikatos priežiūros

paslaugų organizavimą, didinant sveikatos priežiūros sistemos veikimo efektyvumą bei paslaugų vartotojų pasitenkinimą.

8. LITERATŪROS APŽVALGA

8.1. SENYVAS AMŽIUS

Senatvė – natūralus žmogaus gyvenimo tarpsnis, kuris dar visai neseniai pasak vyraujančių visuomenėje mitų buvo vertinamas kaip neefektyvus, nedidinantį visuomenės išteklių. Tai paskutinis žmogaus gyvenimo etapas, kuomet kiekvienas nori būti savarankiškas ir nugyventi likusius metus kuo kokybiškiau ir laimingiau. Senstant žmogaus gyvenimas įgauna išskirtinių bruožų, ir ne visada malonių: socialinių ryšių siaurėjimas, susvetimėjimas, mirties baimė, užimtumo trūkumas, depresija, silpnėjanti sveikata, lėtinės ligos ir pan. Išėjimas į pensiją, sumažėjusios pajamos – tai veiksniai, keičiantys žmogaus gyvenimo ritmą, nuotaiką ir galimybes. [1,6]

Ganėtinais sunku yra pateikti universalų senatvės apibrėžimą. Skirtingi autoriai skirtingai apibrėžia šį amžiaus tarpsnį, bet visi sutaria, kad ši žmogaus gyvenimo dalis atneša daug pasikeitimų gyvenime. Senatvės supratimas sunkina ir šios sąvokos daugiaprasmiškumas. Priklausomai nuo kultūros vienur senstančiojo žmogaus statusas visuomenėje kyla, kitur smunka. [6]

J. Kairys (2002) apibūdina senatvę kaip gyvenimo tarpsnį, kai natūraliam išgyvenimui būtina pagalba ir palaikymas iš šalies. Kai silpsta kūnas, senka fizinės (kartu ir protinės) jėgos, seną labiau negu jauną apima apatijos jausmas, lengviau puola naujos ir sergama viena ar keletu lėtinių ligų. Tai yra tikri faktai, į kuriuos neatsižvelgti negalima. Tačiau senatvė – tai dar ne tragedija (ypač socialine prasme). Atvirksčiai – senatvė - tai turtas, tai gyvenimo patirtis ir sukaupta išmintis. [6] Mokslininkai pastebi, kad senėjimas yra nevienalytis procesas, o senėjimo padariniai gali būti tiek teigiami, tiek neigiami. Kai kuriems žmonėms senėjimas – teigiamas patyrimas, kitiems – neigiamas, tretiems senatvė – kažkas, kas sudaryta iš teigiamų ir neigiamų išgyvenimų. Anot autorių, nė vienas šių požiūrių nėra klaidingas. [8]

M. Furst (1999) pabrėžia, kad senėjimui tiesioginę įtaką daro socialiniai bruožai, pavyzdžiui: išsilavinimas, profesija, šeima, draugai ir pažįstami, turimos pajamos arba nuosavybė ir visas gyvenimo stilius. Taigi, kai kurių žmonių senatvė labai skiriasi tiek kokybės, tiek kiekybės požiūriu: labai aktyvių žmonių, optimistiškai nusiteikusių, socialinė padėtis yra gera ir senatvėje jie neturi jokių prisitaikymo problemų. [6]

B. H. Lemme (2003) pastebi, kad žmonės sensta nevienodai laiko ir pobūdžio prasme. Be to, bėgant laikui šie skirtumai didėja, nes kaupiasi genetinių ir patirtinių kintamųjų poveikis. Žmonės sensta labai skirtingai ir ši įvairovė metams bėgant nuolat kinta. Vis dar nei mokslininkai, nei eilinei žmonės nesutaria, kaip tiksliai pavadinti šį amžiaus tarpsnį, tad literatūroje

ir kasdieniame gyvenime sutinkama daug terminų: pensininkai, pagyvenę žmonės, senimas, vyresnio amžiaus žmonės, seneliai, senukai. [6]

Taip pat sunku apibrėžti ir įvardyti suaugusio žmogaus gyvenimo tarpsnius. PSO siūlomą suaugusio žmogaus gyvenimo tarpsnių skirstymą, pagyvenusiais yra laikomi žmonės nuo 60 iki 74 metų, senais – nuo 75 iki 90 metų, o sulaukusieji daugiau kaip 90 metų vadinami ilgaamžiais. [6] A. Gučas (1990) suaugusiojo žmogaus gyvenimo tarpsnius suskirstė į: 20-40 m. – jauno suaugusiojo amžiaus tarpsnis, 40-64 m. pagyvenusio suaugusiojo, nuo 65 m. seno amžiaus tarpsnis. Taip pat ir JTO senėjimo procesus populiacijoje rekomenduoja vertinti, skaičiuojant asmenų nuo 65 m. amžiaus dalį. [1] Populiariojoje literatūroje senatvės savokos dažniausiai tapatinamos su pensinio amžiaus žmonėmis, tačiau priimtina pensinio amžiaus riba mūsų šalyje ilgėja taigi yra klaidinga be išlygų tapatinti pensinio amžiaus žmogų su pagyvenusiu žmogumi. [9]

Nors, senatvės samprata skirtinga, tačiau visos sampratos apibrėžia, kad senatvėje žmogaus gyvenime vyksta daug pokyčių, kurie daro įtakos paties žmogaus pasaulėžiūrai, pasaulėjautai ir savijautai. Senatvė yra natūralus procesas, kiekvienam žmogui sukeliantis skirtingas emocijas: nuo labai neigiamų iki teigiamų. Tie, kurie senatvę vertina teigiamai, lengviau prisitaiko prie pasikeitusio gyvenimo būdo, priešingai išgyvena tie, kurie senatvę sieja su neigiamomis emocijomis. Aišku, nėra gerai vien tik idealizuoti senatvę ar vien neigiamai žvelgti į ją, tinkamiausiai mąsto tie, kurie senatvėje išvelgia ir teigiamų, ir neigiamų pusių, nes senatvė žmogaus gyvenime padaro daug pokyčių, kurie anaipol nėra vien tik geri ar vien tik blogi. Visus tuos pokyčius kiekvienas žmogus išgyvena skirtingai [10], tačiau visuomenėje didėjantis pagyvenusių ir senų žmonių skaičius verčia atkreipti dėmesį į šios amžiaus grupės ypatumus.

8.2. SENĖJANTI VISUOMENĖ

Vykstant pokyčiams pasaulyje, keičiasi demografinė situacija, mažėja vaikų, o senų žmonių daugėja, ilgėja gyvenimo trukmė. Ilgėjant gyventojų amžiui, keičiasi ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis: reikalinga sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, gydymo, globos ir slaugos paslaugų plėtra.[10]

Demografiniu požiūriu gyventojų senėjimas tai yra procesas, kurio metu vyresnio amžiaus žmonių dalis populiacijoje didėja. JTO siūlo gyventojų senėjimo rodikliu laikyti 65 m. ir vyresnių žmonių dalį populiacijoje, ir pagal tai skirstyti šalis į demografiškai jaunas, demografiškai subrendusias ir demografiškai senas. [1]

Šiuo metu pasaulyje gyvena apie 7 milijardus gyventojų, iš kurių maždaug 8 proc. (daugiau kaip 500 mln.) yra 65 m. ir vyresni. Prognozuojama, kad iki 2050 m. ši dalis išaugs dvigubai. [2] PSO Europos regiono biuro duomenimis, Lietuvoje taip pat matoma gyventojų senėjimo tendencija. 1990 m. vyresnių nei 65 m. žmonių Lietuvoje buvo 11 proc., 2000 m. – apie 14 proc., 2009 m. – 16 proc., [3] 2015 m. – 18,9 proc.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis Lietuvos gyventojai sensta – nors bendras šalies gyventojų skaičius mažėja, pagyvenusių (65 m. ir vyresnių) dalis didėja. 2015 m. Lietuvoje gyveno 2904910 gyventojų, iš kurių 18,9 proc. buvo 65 m. ir vyresni. Palyginti su 2014 m. pagyvenusių žmonių padidėjo 0,3 proc., o šalies gyventojų skaičius sumažėjo 22403 (0,8 proc.). [22]

Didžiausia pagyvenusių žmonių dalis 2013 m. buvo Italijoje (21,2 proc.), Vokietijoje (20,7 proc.), Graikijoje (20,1 proc.) ir Portugalijoje (19,4 proc.), o mažiausia – Airijoje (12,2 proc.), Slovakijoje (13,1 proc.) ir Kipre (13,2 proc.).

Lietuvos kaimo gyventojai senesni, bet miesto gyventojai senėja sparčiau. 2014 m. pradžioje mieste gyveno 355 tūkst. (65,4 proc.) pagyvenusių žmonių, kaime – 187,7 tūkst. (34,6 proc.). Mieste jie sudarė 18 procentų visų miesto gyventojų, o kaime – 19,4 procento visų kaimo gyventojų (2004 m. pradžioje – atitinkamai 13,8 ir 18,7 proc.). Pagyvenusių moterų yra beveik du kartus daugiau negu to paties amžiaus vyrų. 2014 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 182,4 tūkst. (33,6 proc.) 65 metų ir vyresnių vyrų bei 360,3 tūkst. (66,4 proc.) šio amžiaus moterų, 2004 m. pradžioje – atitinkamai 179,8 tūkst. (34,3 proc.) ir 344,3 tūkst. (65,7 proc.). 2014 m. pradžioje kas septintas vyras ir kas ketvirta moteris buvo peržengę 65 metų ribą (2004 m. pradžioje – atitinkamai kas devintas ir kas penkta). Pagyvenusios kaimo moterys sudaro ketvirtadalį (24,6 proc.) visų kaimo moterų (mieste – 21,8 proc.), o pagyvenę kaimo vyrai 13,9 procento visų kaimo vyrų (mieste – 13,2 proc.). [4]

Taigi pagal JTO gyventojų sveikatos rodiklį Lietuva yra demografiškai sena (65 m. ir vyresnių gyventojų populiacijos dalis sudaro daugiau nei 18 proc.).

Taip pat ilgėja ir vidutinė gyvenimo trukmė. 2011 m. Lietuvoje ji buvo 68,47 metai, 2015 m. – 74,51 metai. [11] Vis dar išlieka didelis skirtumas tarp vyrų (69,14) ir moterų (79,63) vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės – 10,49 metai. [22] Tačiau demografai prognozuoja, kad ateityje vyrų ir moterų skirtumas sumažės. [13] Ryškūs skirtumai stebimi ir tarp skirtingo išsivystymo šalių vidutinės gyvenimo trukmės. Europoje vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 2011 m. buvo 76 metai, o Afrikos regione – 58 metai. [2]

Demografiniai pokyčiai ir gyventojų senėjimas yra viena iš aktualiausių visuomenės sveikatos problemų. Visų pirma pagyvenusių žmonių gausėjimas kelia iššūkius socialinių institucijų, sukurtų demografiškai jaunos visuomenės poreikiams, funkcionavimui: darbo rinkos senėjimas, vyresnio amžiaus gyventojų dalyvavimas priimant sprendimus, ilgėjanti darbingo amžiaus trukmė, didėjanti mokymosi visą gyvenimą reikšmė, draudimo ir paramos sistemų adaptavimas kintantiems poreikiams ir naujoms finansavimo galimybėms. Ir ypač daug gyventojų senėjimas kelia iššūkių sveikatos apsaugai – reikalinga prevencijos, gydymo, sveikatos stiprinimo, ilgalaikės globos ir slaugos paslaugų subalansuota plėtra, kadangi viena pagrindinių problemų tarp pagyvenusių žmonių – įvairūs negalavimai bei lėtinės ligos [14].

Silpstant sveikatai organizmas anksčiau ar vėliau nebepajėgia priešintis ligoms ir negalėms, todėl sulaukus vyresnio amžiaus, daugelį vargina įvairūs sveikatos sutrikimai. Nustatyta, kad žmonėms, vyresniems nei 65 metai, kas penkerius metus prisideda po vieną lėtinę neinfekcinę ligą. Šių ligų paplitimo didėjimas kai kurių mokslininkų yra vadinamas XXI amžiaus pandemija, reikalaujančia daug materialinių ir sveikatos priežiūros resursų [15].

Su amžiumi daugėja ne tik širdies ir kraujagyslių sistemos ar onkologinių susirgimų, bet ir psichikos sveikatos sutrikimų, tokių kaip depresija, nerimas, demencija ir kt. PSO duomenimis, sergančių demencija pasaulyje yra maždaug 35,6 mln. Manoma, kad šis skaičius gali dvigubėti kas 20 metų ir pasiekti 65,7 mln. 2030 m. ir 115,4 mln. sergančių 2050 m. Sergančiųjų demencija būklė blogėja palaipsniui su amžiumi, kol galiausiai dauguma ligonių tampa priklausomais nuo kitų pagalbos. Ligų našta yra didelė tiek ligoniams bei jų artimiesiems, atsiranda dideli priežiūros poreikiai. [16]

8.3. SENYVO AMŽIAUS ŽMONIŲ DEMOGRAFIJA LIETUVOJE IR VILNIUJE

Lietuvos statistikos departamento duomenimis 2015 m. Vilniaus mieste gyveno 543 060 žmonių, jie sudarė 18,69 proc. Lietuvos populiacijos. Lietuvoje 2010-2015 m. nuolatinių gyventojų skaičius kasmet mažėjo (tam įtakos galėjo turėti emigracija ir tai jog mirtingumas buvo didesnis nei gimstamumas).

Vilniaus mieste 2010-2011 m. laikotarpiu sumažėjęs nuolatinių Vilniaus gyventojų skaičius nuo 2012 m. pradėjo augti ir 2015 m. buvo 543 060. Lyginant su 2014 m., Vilniaus miestas pagausėjo 1 893 gyventojais.

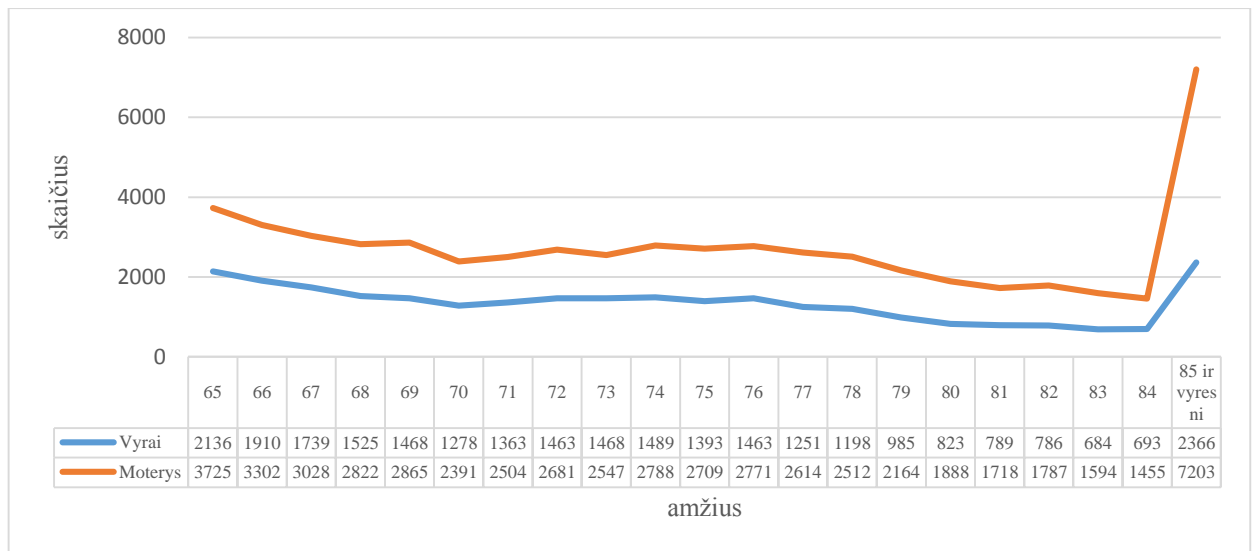
Vilniuje 2015 m. gyveno 44,77 proc. vyrų ir 55,23 proc. moterų, 1000-ui vyrų teko 1236 moterys. 2010-2015 m. laikotarpiu tiek Lietuvos, tiek Vilniaus gyventojų struktūra pagal lytį kito nežymiai. Lyginant Vilniaus ir Lietuvos gyventojų struktūrą pagal lytį, Vilniuje 1000-ui vyrų tenka daugiau moterų negu Lietuvoje.

Vilniuje 2015 m. vaikai (0 – 17 metų) sudarė 18,49 proc., 18 – 44 m. asmenys – 41,06 proc., 45 – 64 m. asmenys – 24,65 proc., 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenys sudarė 15,8 proc. Vilniaus miesto populiacijos. (2 pav.) 2010-2015 m. laikotarpiu Vilniaus gyventojų struktūra pagal amžiaus grupes kito nežymiai: padidėjo 0,91 proc. vaikų (0 – 17 m.) dalis ir 0,8 proc. vyriausio amžiaus (65 m. ir vyresnių) asmenų dalis ir sumažėjo 18 – 44 m. bei 45 – 64 m. amžiaus asmenų dalis (atitinkamai -0,57 proc. ir -1,14 proc.). Tai rodo tendenciją, kad Vilniuje didėjo išlaikomų asmenų (vaikų ir pensininkų) dalis (1 lentelė).

1 lentelė. Pagrindinių demografinių rodiklių dinamika Vilniaus mieste ir Lietuvoje 2010-2015 m. (Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas)

Rodiklis	Vietovė	2010 m.	2011 m.	2012 m.	2013 m.	2014 m.	2015 m.
Nuolatiniai gyventojai	Vilnius	539659	534703	535216	538430	541167	543060
	Lietuva	3097282	3028115	2987773	2957689	2932367	2904910
Gyventojai pagal lytį (proc.)							
Vyrai	Vilnius	44,84	44,79	44,79	44,8	44,8	44,77
	Lietuva	46,13	46,08	46,06	46,06	46,08	46,06
Moterys	Vilnius	55,16	55,21	55,21	55,2	55,2	55,23
	Lietuva	53,87	53,92	53,94	53,94	53,92	53,94
Moterų, tenkančių 1000-iiui vyrų	Vilnius	1232	1233	1232	1233	1231	1236
	Lietuva	1169	1171	1171	1171	1170	1172
Gyventojai pagal amžiaus grupes (proc.)							
0 - 17 m.	Vilnius	17,58	17,74	17,87	18,02	18,2	18,49
	Lietuva	19,01	18,68	18,41	18,02	18,03	17,95
18 - 44 m.	Vilnius	41,63	41,87	41,63	41,57	41,37	41,06
	Lietuva	37,1	36,48	36,09	35,77	35,47	35,07
45 - 64 m.	Vilnius	25,79	25,23	25,19	25,01	24,81	24,65
	Lietuva	26,29	26,87	27,34	27,69	27,92	28,12
65 m. ir vyresni	Vilnius	15	15,17	15,31	15,43	15,62	15,8
	Lietuva	17,6	17,98	18,17	18,34	18,58	18,86
Kiti demografiniai rodikliai							
Gimstamumas 1000 gyventojų	Vilnius	12,38	12,09	11,89	11,68	12,4	12,9
	Lietuva	9,9	10	10,19	10,1	10,3	10,8
Natūralus prieaugis 1000 gyventojų	Vilnius	1,91	1,47	1,17	0,88	1,7	2
	Lietuva	-3,69	-3,56	-3,51	-3,93	-3,4	-3,6
Darbingo amžiaus (15-64 m.) žmonių dalis, proc.	Vilnius	70,59	70,07	69,66	69,29	68,87	68,37
	Lietuva	67,48	67,19	67,1	67,01	66,83	66,53

Pagal lytį ir amžiaus struktūrą asmenų 65 m. ir vyresnių populiacijoje, matomas skirtumas. To paties amžiaus moterų yra daugiau nei vyrų (1 pav.).



I pav. Senyvo amžiaus Vilniaus miesto gyventojų skaičius pagal lytį ir amžių 2015m. (Šaltinis: H1 SIC)

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ilgėja. Vilniaus mieste 2015 m. ji buvo 76,44 metai (Lietuvoje – 74,51 metai). Pagal ilgiausią vidutinio tikėtino gyvenimo trukmę tarp visų Lietuvos savivaldybių Vilniaus gyventojai užima 5-ą vietą: vilniečius lenkia Neringos, Birštono, Panevėžio miesto bei Klaipėdos rajono savivaldybių gyventojai.

Darbingo amžiaus (15 – 64 m.) gyventojų, kurie išlaiko vaikus ir pensininkus, Vilniaus mieste dalis 68,37 proc., Lietuvoje - 66,3 proc. 2010-2015 m. laikotarpiu darbingo amžiaus gyventojų dalis tiek Vilniaus mieste, tiek Lietuvoje sumažėjo (atitinkamai 2,22 proc. ir 0,95 proc.).

8.4. SENYVO AMŽIAUS ASMENŲ PSICHIKOS SVEIKATA

Kadangi pagyvenusių, o tuo pačiu išlaikomų asmenų skaičius didėja, jų gyvenimo trukmė ilgėja yra būtina kalbėti apie sveiką senatvę. Pasaulio sveikatos organizacijos programos „Sveikata visiems XXI amžiuje“ 5-asis tikslas skirtas sveikam senėjimui. Sveikas senėjimas tai galimybių užsitikrinti fizinę, socialinę ir psichikos sveikatą optimizavimo procesas, kuriuo siekiama įgalinti pagyvenusius žmones aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime nepatiriant diskriminacijos ir džiaugtis savarankiškumu bei gyvenimo kokybe [17].

Psichinė sveikata – tai ne vien psichikos ligos ar sutrikimo nebuvimas. Psichinė sveikata yra neatskiriama bendrosios individo ir visuomenės sveikatos dalis. Nėra ir negali būti sveikatos be psichinės sveikatos. Geros psichinės sveikatos individai sukuria gerą psichikos sveikatą turinčią bendruomenę ir visuomenę. Sveikos bendruomenės ir visuomenės pasižymi dideliu socialiniu kapitalu ir žemu socialinės patologijos lygiu, mažesniais savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar į kitus, rodikliais.

Anot PSO, pagyvenusių žmonių sveikata ir gyvenimo kokybė gali būti pagerinta, jei jiems bus užtikrintas tolesnis aktyvus gyvenimas, pasikeis neigiamas požiūris į senėjimą, piliečiai bus skatinami gyventi sveikai. PSO ne tik siūlo suaktyvinti informacijos sklaidą apie sveiko senėjimo svarbą, bet ir konkrečiai veikti, t. y. skatinti visus žmones vertinti vyresnio amžiaus žmones kaip neįkainojamą turtą, sudaryti jiems sąlygas būti aktyviems, padėti ir sudaryti sąlygas visą gyvenimą iki senatvės saugoti ir stiprinti sveikatą, supažindinti kuo daugiau asmenų su pagyvenusiais žmonėmis, jų patirtimi, naudinga veikla. [17].

Žmogui senstant biologiniame lygmenyje juntamas fizinės sveikatos blogėjimas. Dažnai silpsta rega, klausa, skonio pojūtis, atsiranda įvairių neurologinių problemų, judėjimo sutrikimų. Blogėja psichikos sveikata.[18] Tik XIX a. buvo atkreiptas dėmesys, kad pagyvenusių psichikos sveikata blogėja ne tik dėl fiziologinių senėjimo priežasčių, ne tik dėl paveldimumo, tiksliau, paveldimos rizikos susirgti, bet ypač išryškėja socialinės aplinkos svarba, nepalankūs aplinkos veiksniai, kurių tokiame amžiuje dažniausiai susikaupia nemažai. [17]

Taip pat seni žmonės patiria kaupiamąjį negatyvios gyvenimo patirties efektą. Socialiniame lygmenyje dažnai patiriamas besikeičiantis socialinis statusas, išeinama į pensiją, mažėja aktyvumas. Ryškūs negatyvus veiksnys susijęs su senatve yra diskriminacija dėl amžiaus, kuri gali būti tiek tiesioginė (pavyzdžiui, žmogus atleidžiamas iš darbo, nes yra pensijinio amžiaus, neatsižvelgiant į tai, ar jis realiai su darbu susidoroja) ir netiesioginė (pavyzdžiui, šeimos spaudimas atsisakyti įdomių veiklų, apeliuojant į amžių). Pagyvenę žmonės neretai yra stigmatizuojami. [18].

Priežastys sukeliančios psichikos sutrikimus: amžiaus fiziologiniai pokyčiai, galvos smegenų senėjimas; vienatvė, saugumo stoka – vaikams tapus savarankiškiems, susiduriama ir su artimų žmonių praradimais – miršta sutuoktiniai, draugai, siaurėja socialinių kontaktų ratas, emociniai išgyvenimai, susiklosčius nepalankioms gyvenimo situacijoms dėl trumpalaikių, stiprių emocinių sukrėtimų, ar nestiprių, tačiau trunkančių ilgą laiką, pavyzdžiui, sunkisomatinė liga; nuolatiniai konfliktai šeimoje, nerimas dėl ateities; turtiniai-finansiniai praradimai; socialinės padėties pasikeitimas dėl aplinkos ar darbo pakeitimo (netekimo); lėtinės somatinės ligos ir kt. [18,19,20]

Psichikos sveikatos sutrikimai, kurie dažniausiai ištinka pagyvenusio ir senyvo amžiaus žmones yra neurozinio spektro (baimė, nerimas, panika, įkyrios būsenos, potrauminio streso sutrikimas, generalizuotas nerimo, miego, valgymo ir kt. sutrikimai), afektiniai sutrikimai (depresija, manija, dvipolis afektinis sutrikimas), demencijos (Alzheimerio liga, multiinfarktinė demencija, Picko liga ir kt). Netikėtai pablogėjus psichinei būklei, tai tampa rimta problema, didžiuliu išbandymu artimiesiems bei visiems slaugantiems ir globojantiems žmogų. [19] Didėja savižudybių rizika.

Normaliai senėjant sulėtėja visi psichiniai procesai, ypač mąstymas, atsiranda lengvas atminties susilpnėjimas, energijos bei poreikių neryškus mažėjimas. Vargina daug somatinių negalavimų – silpnumas, nuovargis, galvos, širdies skausmai, apetito, svorio pokyčiai, miego sutrikimai. Tačiau tai nesutrikdo žmogaus darbingumo, jo visuomeninio gyvenimo. Esant patologijai, išryškėja įvairūs pokyčiai psichinėje veikloje. Reikia atminti, kad psichinės būklės pablogėjimą nustatyti nelengva, nes prasideda iš lėto, dažnai sąveikauja su įvairiomis somatinėmis ligomis. Be to žmonės vengia pasipasakoti savo pojūčius – gal būt, nesuvokdami kas su jais vyksta, gal dėl baimės būti nesuprastais ar pažemintais, ar tiesiog norėdami išlaikyti savo žmogiškąjį orumą. [19,20]

Be to, pagyvenę žmonės vartoja daug įvairių vaistų, tame tarpe psichotropinių (antidepresantų, benzodiazepinų, neuroleptikų ir kt.), kurie taip pat gali sukelti atminties, pažintinės funkcijos ar net sąmonės sutrikimus. Apie depresiją, apie demencijas, ypač Alzheimerio ligą, kasdien mirga straipsniai dienraščiuose, televizijos laidose, populiariose medicininės literatūros leidiniuose. Tačiau mažai kalbama apie pagyvenusių ir senų žmonių baimes, nerimą, įkyrias būsenas, panikos priepuolius. Be abejo, ne kiekviena baimė, nerimas ar liūdesys jau yra psichikos sutrikimo požymis, tačiau reikėtų laiku pastebėti pagyvenusių žmonių būklės pablogėjimą, informuoti artimuosius, laiku nukreipti gerontopsichiatro konsultacijai.[19]

Moksliniuose tyrimuose, kuriuose nagrinėra pagyvenusių ir senyvų žmonių gyvenimo kokybę bei jai įtaką darantys veiksniai, nustatyta, kad pagyvenusių žmonių gerovę veikia daugybė veiksnių: sveikata, tarpusavio santykiai šeimoje, užimtumas, finansinė gerovė ir kt.

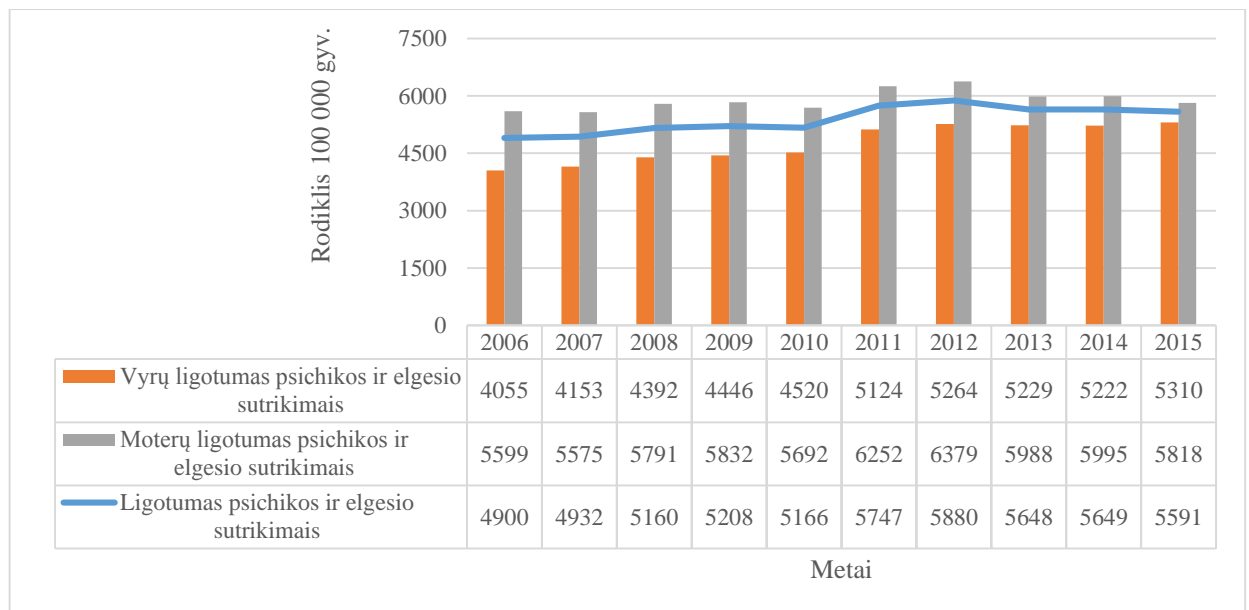
[29**Error! Reference source not found.**] Daugelio autorių nuomone, sveikata yra viena pagrindinių gyvenimo kokybės sudėtinių dalių. 2014 m. atlikto tyrimo duomenimis emociniai sutrikimai (nerimas, depresija ir pan.) gali paveikti gyvenimo kokybę ir kasdieninį gyvenimą. [32]

Tam kad pagyvenę žmonės galėtų gyventi visavertį ir sveiką gyvenimą, turi būti užtikrinamas psichikos sveikatos priežiūros paslaugų ir psichikos sveikatos stiprinimo prieinamumas.

8.5. 65 M. IR VYRESNIŲ ASMENŲ SERGAMUMAS PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIMAIS VILNIUJE

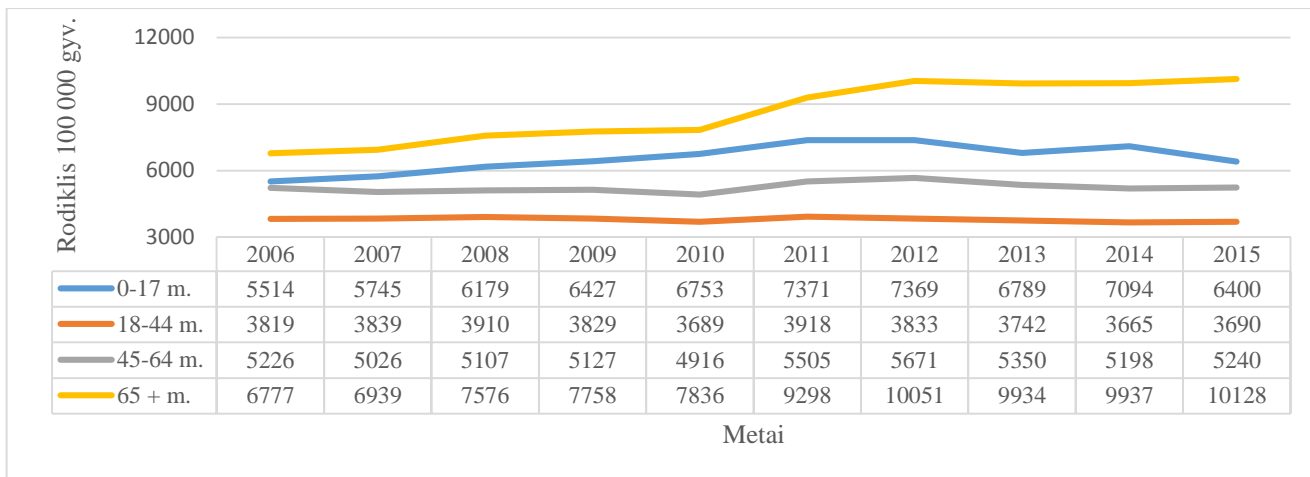
Lietuva yra tarp valstybių, kuriose ligotumas psichikos ir elgesio sutrikimais yra didelis, daug savižudybių, aukšti su prievarta susiję rodikliai – nužudymai, smurtiniai nusikaltimai, patyčios tarp vaikų, „jaunėjantis“ nusikalstamumas. Dažniausiai suaugusiesiems užregistruojami nuotaikos sutrikimai, šizofrenija, šizotopinis ir kliesesiniai sutrikimai, organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai.[34]

450 mln. Pasaulio žmonių kenčia nuo psichikos ar elgesio sutrikimų, nuo psichologinių problemų, susijusių su piktnaudžiavimu alkoholiu ar narkotikais, o psichikos ar elgesio sutrikimų bent kartą gyvenime patiria kas ketvirtas pasaulio gyventojas. Vilniaus mieste asmenų, sergančių psichikos ir elgesio sutrikimais, paplitimas 2015 m. buvo 5591 atvejis 100 000 gyv. Lyginant su 2006 m., šių sutrikimų paplitimas didėjo. Moterys psichikos ir elgesio sutrikimais serga šiek tiek dažniau (1,1 karto) negu vyrai (atitinkamai 5818 gyv. ir 5310/100 000 gyv.)(2 pav.). [11,34]



2 pav. Ligotumas psichikos ir elgesio sutrikimais pagal lytį Vilniaus mieste 2006-2015 m. (Šaltinis: HI SIC)

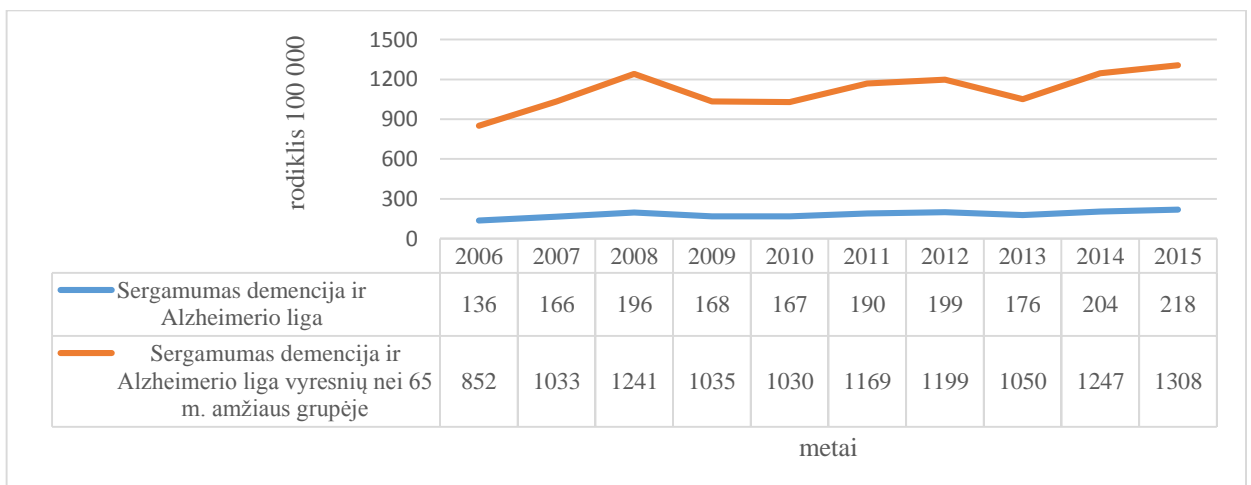
Labiausiai psichikos ir elgesio sutrikimai paplitę tarp 65 m. ir vyresnio amžiaus žmonių – 10128 atv. 100 000 gyventojų (3 pav.).



3 pav. *Psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas pagal amžiaus grupes Vilniaus mieste 2006-2015 m. (Šaltinis: HI SIC)*

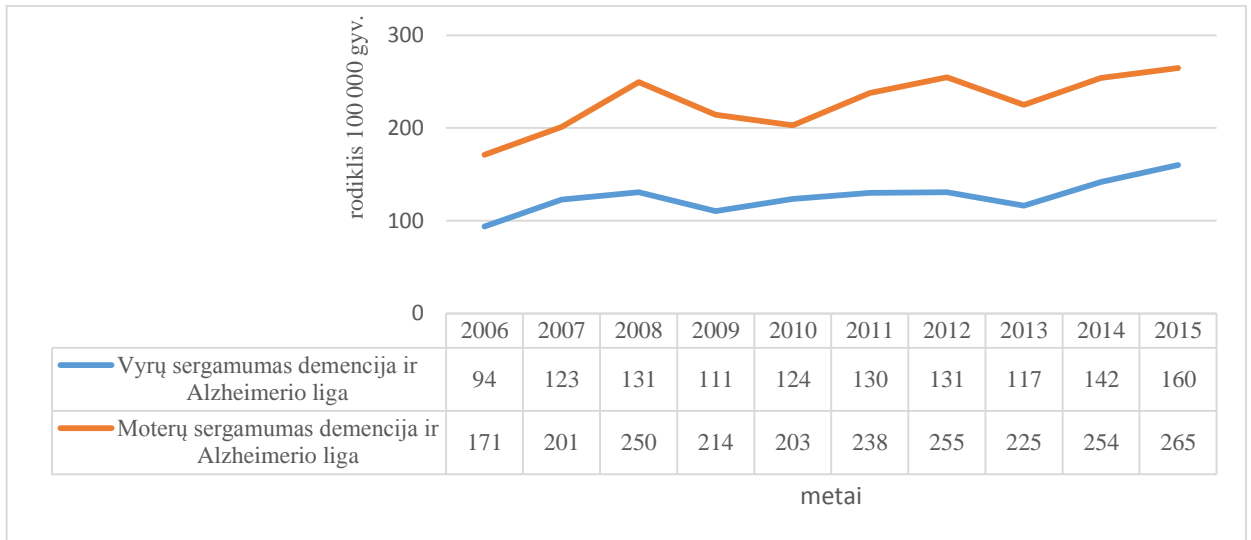
Demencija (įgyta silpnaprotystė) – tai būklė, išstinkanti normalios psichikos žmogų ir sukianti intelekto susilpnėjimą: atminties, orientacijos bei suvokimo sutrikimus. Tai nėra konkreti liga, o tik simptomų, pasireiškiančių, kai pažeidžiamos ir žūva smegenų ląstelės, visuma. Demencija serga apie 5 proc. vyresnių nei 65 metai ir daugiau nei 20 proc. vyresnių nei 80 metų asmenų. Demencija galima susiaurėjus ar užsikimšus smegenų kraujagyslėms (kraujagyslinė demencija), dažnai ir ilgą laiką vartojant alkoholį. Dažniausias demencijos tipas – Alzheimerio liga. Tai - ne psichinė liga, o neurologinis susirgimas. Dažniausiai susergama sulaukus 65–70 metų amžiaus. Jei šia liga sergo artimi giminaičiai, ligos rizika padidėja 4 kartus, sunki galvos trauma šį susirgimą gali paankstinti 5 – 7 metais. Pastebėta, kad asmenys, ankstyvame amžiuje gavę didesnę išsilavinimą, Alzheimerio liga serga rečiau. [34]

Asmenų, sergančių demencija ir Alzheimerio liga, paplitimas Vilniaus mieste 2015 m. buvo 218/100000 gyv. Labiausiai šie sutrikimai paplitę tarp 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenų – 1308/100000 gyv. (4 pav.).



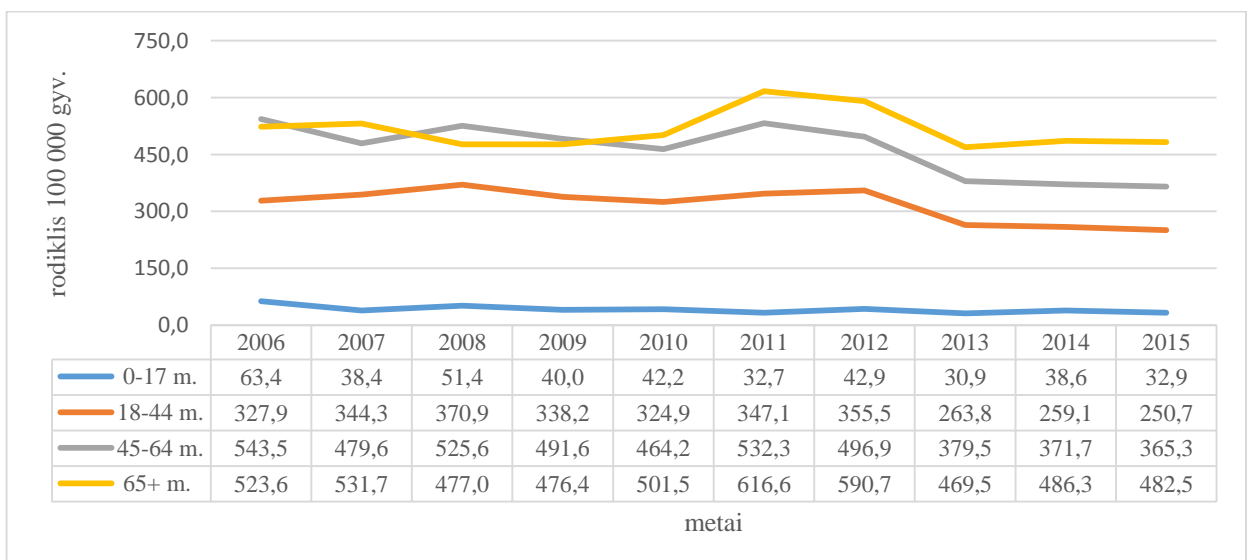
4 pav. *Sergamumas demecija ir Alzheimerio liga Vilniaus mieste 2006-2015 m. (Šaltinis: HI SIC)*

Dažniau demecija ir Alzheimerio liga serga moterys (265/100 000 gyv.) negu vyrai (160/100 000 gyv.), greičiausiai dėl galimo hormonų poveikio bei didesnės mutacijų, pasitaikančių X chromosomoje, tikimybės. (5 pav.)



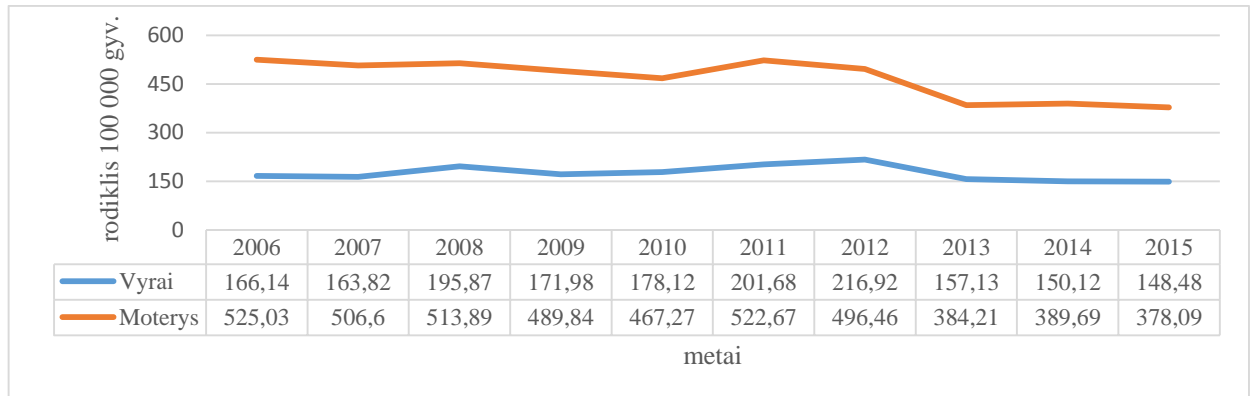
5 pav. Sergamumas demecija ir Alzheimerio liga pagal lytį Vilniaus mieste 2006-2015 m. (Šaltinis: HI SIC)

Sergamumas nuotaikos sutrikimais Vilniaus mieste 2015 m. buvo 275 atv. 100 000 gyv. Svarbiausias nuotaikos sutrikimų bruožas yra pakitusi nuotaika. Nuotaikos sutrikimus paprastai lydi sutrikimai visose gyvenimo srityse (motyvacija, darbingumas, bendravimas ir t.t.). Nors skiriami įvairūs nuotaikos sutrikimų tipai (depresija, manija, bipolinis sutrikimas ir kt.), daugeliu atvejų sutrikimų simptomai yra persipynę, todėl tiksliai juos diagnozuoti yra labai sunku.[19,20] Didžiausias sergamumas nuotaikos sutrikimais Vilniaus mieste registruojamas 65 m. ir vyresnių amžiaus grupėje (482,5atv./100 000 gyv.) (6pav.).



6 pav. Sergamumas nuotaikos sutrikimais pagal amžiaus grupes Vilniuje 2006-2015 m. (Šaltinis: HI SIC)

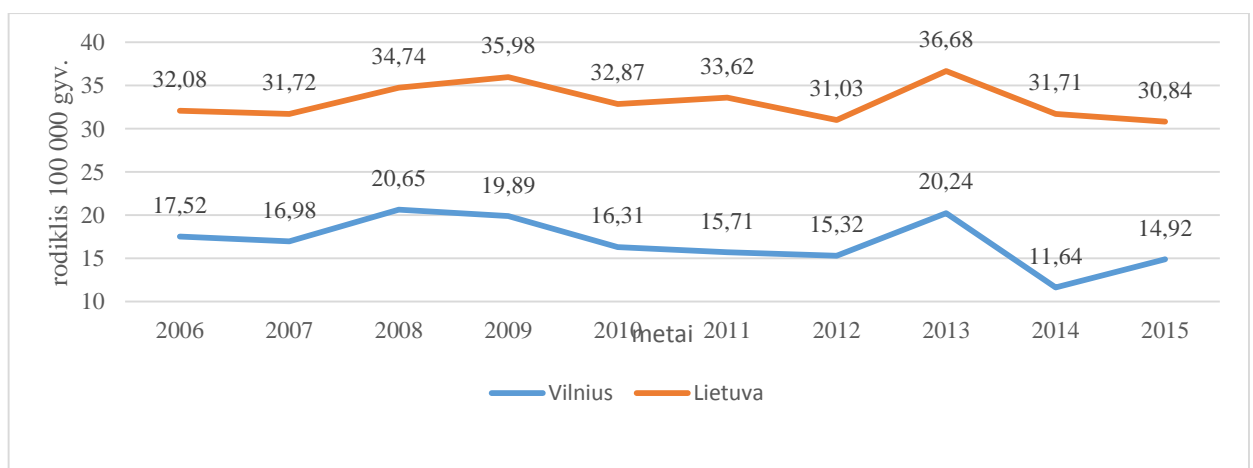
Nuotaikos sutrikimais daugiau nei du kartus dažniau serga moterys nei vyrai (atitinkamai 2015 m. moterų sergamumas buvo 378,09 atv./100 000 gyv., o vyrų – 148,48 atv./100 000 gyv.) (7 pav.).



7 pav. Sergamumas nuotaikos sutrikimais pagal lytį Vilniuje 2006-2015 m. (Šaltinis: HI SIC)

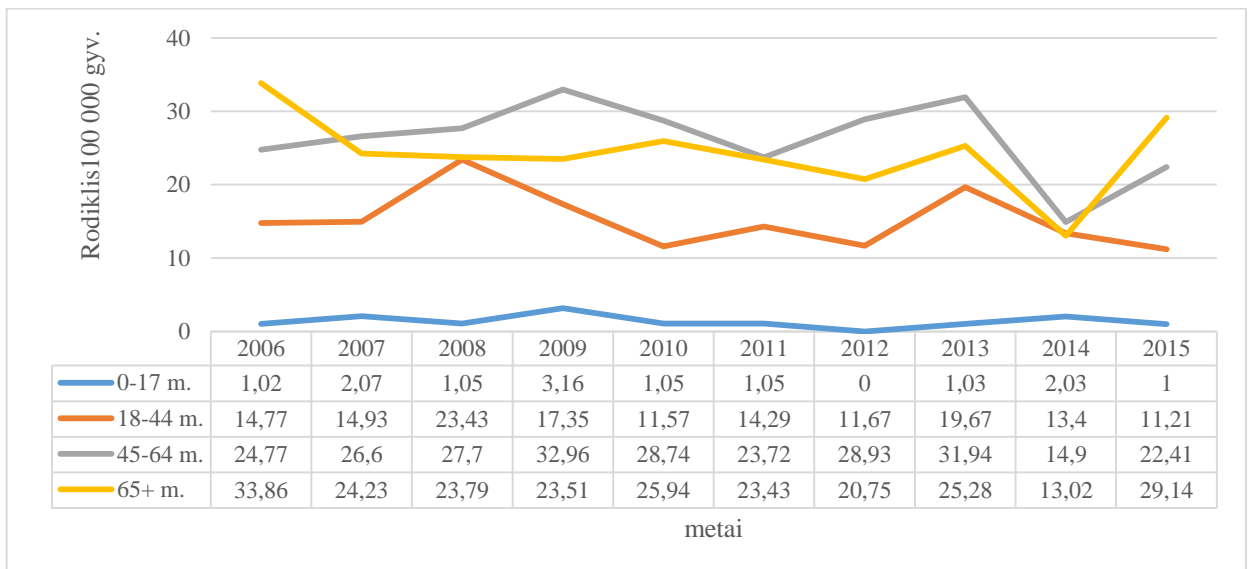
Savižudybės yra akivaizdus psichinę sveikatą charakterizuojantis rodiklis. Lietuva pagal šį rodiklį „lyderiauja“ Europoje jau daugelį metų. Per metus Lietuvoje nusižudo apie 900 žmonių. Specialistai pabrėžia savižudybių sąsają su nesaikingu alkoholio vartojimu, psichikos ir somatinėmis ligomis, lėtinėmis ligomis, stipriais emociniais sukrėtimais, patirtu smurtu, staigiais gyvenimo polyčiais, tokiais kaip prarastu darbu, artimųjų praradimu ir kt.[34]

Savižudybių mastas visoje Lietuvoje, o taip pat ir Vilniaus mieste yra labai didelis. 2015 m. Vilniaus mieste nusižudė 81 asmuo (2014 m. – 63), tai sudarė 9 proc. visų Lietuvoje nusižudžiusių (896, 2014 m. - 930). Savižudybių rodiklis 100 000 gyv. nuo 2013 m. Lietuvoje mažėjo (nuo 36,68 atv. Iki 30,84 atv./100 000 gyv.), o Vilniaus mieste 2015 m. didėjo lyginant su 2014 m. (nuo 11,64 atv. Iki 14,96 atv. 100 000 gyv.) (8 pav.).



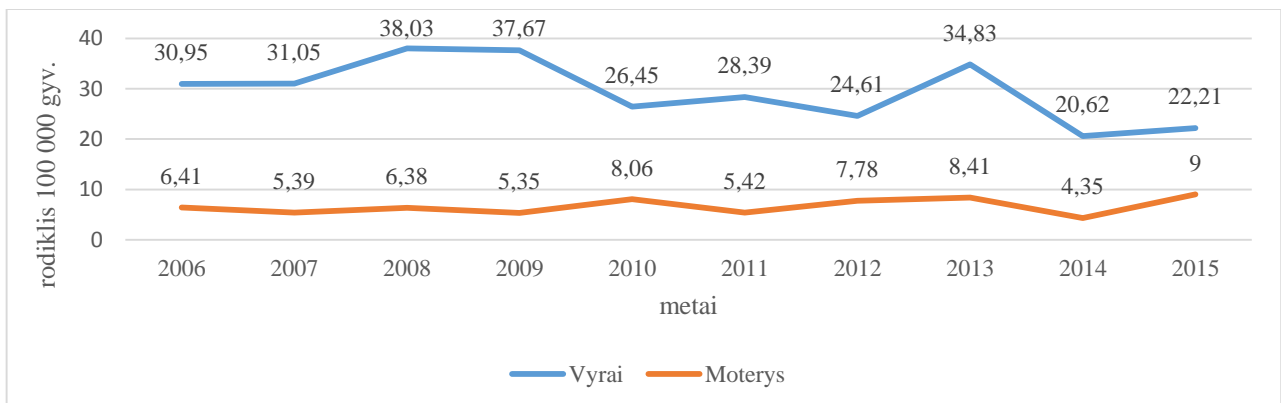
8 pav. Savižudybių skaičius 100 000 gyv. Lietuvoje ir Vilniaus mieste 2006-2015 m. (Šaltinis: HI SIC)

2015 m. Vilniaus mieste pagal amžiaus grupes 100000 gyv. Daugiausia nusižudė 65 m. ir vyresnių asmenų – 29,14. (9 pav.).



9 pav. Savižudybių skaičius pagal amžiaus grupes 100 000 gyv. Vilniaus mieste 2006-2015 m. (Šaltinis: HI SIC)

Lietuvoje stebima tendencija, jog vyrų nusižudo kelis kartus daugiau nei moterų. 2015 m. buvo 22,21 atvejo vyrų savižudybių ir 9 – moterų 100 000 gyv. (10 pav.).



8 pav. Savižudybių skaičius pagal lytį 100 000 gyv. Vilniaus mieste 2006-2015 m. (Šaltinis: HI SIC)

8.6. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS. JŲ PRIEINAMUMAS

Sveikatos priežiūros kokybė, jos valdymas ir pritaikymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio šalyse. Sveikatos priežiūros įstaigos teikia sveikatos priežiūros paslaugas, vykdo užtikrindamos ligų prevenciją, gyventojų sveikatos kokybę, visos visuomenės gerovę. [30]

Lietuvoje psichikos sveikatos sritį reguliuoja šimtas penkiolika teisės aktų [33]. Pagrindinis psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą reglamentuojantis teisės aktas yra psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, kuris reglamentuoja asmenų, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūra, teises, tvarką ir kontrolę. Įstatymas numato, kad psichikos sveikatos priežiūra vykdoma psichikos sveikatos centruose pagal gyvenamąją vietą, kitose psichiatrijos, globos ir rūpybos įstaigose.

Psichikos sveikatos priežiūra – specializuota sveikatos priežiūra, vykdoma pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus standartus. Šios priežiūros tikslas – teikti psichiatrijos pagalbą (diagnozuoti, gydyti sutrikusias žmogaus psichikos funkcijas, laiku perspėti psichikos ligų paūmėjimus), padėti žmogui prisitaikyti prie visuomenės gyvenimo ir į jį grįžti.[30]

Vyresnio amžiaus asmenys yra pagrindinė sveikatos ir socialinių paslaugų vartotojų grupė [9], tad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir jį ribojantys barjerai tampa aktualia sveikatos sektoriaus tema. PSO pažymi, jog sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos kiekvienam žmogui [27]. Šių paslaugų prieinamumo būtinybė taip pat akcentuojama ir nacionalinio lygmens dokumentuose, pavyzdžiui, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje, pabrėžiant poreikį plėtoti sveikatos infrastruktūrą, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą [28].

Mokslinių tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamas 65 m. ir vyresnių asmenų sveikatos ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, Lietuvoje trūksta. Šios amžiaus grupės atstovų nuomonės tyrimai suteikia galimybes identifikuoti vyresnio amžiaus asmenų problemas ir poreikius. Gauta informacija gali būti naudinga tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, didinant sveikatos priežiūros sistemos veikimo efektyvumą bei paslaugų vartotojų pasitenkinimą. [29]

2013 m. atlikto tyrimo metu apklausti 65 m. ir vyresni 28 Lietuvos savivaldybių gyventojai. 93,6 proc. apklaustų asmenų per pastaruosius 12 mėn. naudojos sveikatos priežiūros paslaugomis. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimas įstaigoje, į kurią dažniausiai kreipiasi, tenkino arba visiškai tenkino daugiau kaip du trečdalius respondentų (68,8 proc.). 20,7

proc. apklausos dalyvių buvo nepatenkinti ir 2,7 proc. – visiškai nepatenkinti. Moteris dažniau nei vyrus visiškai tenkino šių paslaugų organizavimas ($p = 0,003$). Taip pat nustatyta, kad aukštesnį išsilavinimą įgiję respondentai geriau vertino sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ($p < 0,001$). Šeimos / vidaus ligų gydytojas / terapeutas buvo pagrindiniai pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros specialistai, į kuriuos per paskutinius 12 mėn. kreipėsi didžioji dauguma tyrimo dalyvių (91,3 proc.). Daugiau kaip pusei apklausos dalyvių (62,1 proc.) nekilo problemų registruojantis pas šeimos gydytoją. Daugiau kaip pusei tyrimo dalyvių (56,8 proc.), kreipiantis į pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros specialistus, ilgiausiai teko laukti vizito pas šeimos / vidaus ligų gydytoją / terapeutą. Beveik du trečdalius respondentų (57,7 proc.) laukimo laikas nuo registracijos iki patekimo pas šeimos gydytoją tenkino arba visiškai tenkino. Respondentų teigimu, vizito metu šeimos gydytojai dažniausiai domėjosi paciento svoriu (65,5 proc.) ir fiziniu aktyvumu (52,8 proc.). Rečiausiai teiravosi apie žalingus įpročius: rūkymą (40 proc.) ir alkoholinių gėrimų vartojimą (38,1 proc.). Šeimos gydytojai respondentus dažniausiai informuodavo apie tyrimo rezultatus (84,9 proc.) ir sveikatos būklę (78,5 proc.), kiek rečiau – apie sveikatos stiprinimo galimybes (63,6 proc.). Beveik kas antras respondentas (48,2 proc.) teigė, kad nebuvo atvejų, kai diagnostikos procedūrų teko atsisakyti dėl per didelės paslaugos kainos. Būtent dėl šios priežasties paslaugų atsisakė 32,7 proc. tirtų asmenų. Likusiems respondentams (19,1 proc.) už procedūras mokėti nereikėjo. Pastebėti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp asmenų, gaunančių skirtingas pajamas. Apklausos dalyviai, kurių vidutinės mėnesio pajamos vienam šeimos nariui. [29]

8.7. PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMO SENYVO AMŽIAUS ASMENIMS GALIMYBĖS LIETUVOJE

Vienas pagrindinių visuomenės sveikatos prioritetų – psichikos sveikatos gerinimas. Siekiant užtikrinti psichosocialinę žmonių gerovę ir įvairiapusiškesnę pagalbą psichikos sveikatos problemų turintiems žmonėms, rengiama Lietuvos psichikos sveikatos strategija.[31]

2007 m. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino „Psichikos sveikatos strategiją“, kurioje buvo paminėta, jog būtina biopsichosocialinio modelio plėtra. Kadangi psichikos sutrikimų genėzė priklauso nuo biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių, būtina stebėti, kad vienodas dėmesys būtų skiriamas investicijoms tiek į naujas biomedicinos technologijas, tiek į psichologijos (psichoterapijos) ir socialines technologijas. Kadangi Lietuva išgyveno pereinamąjį laikotarpį, jos visuomenė patirė didelį socialinį stresą, ypač svarbu plėtoti psichosocialines technologijas, kurios: stiprina visuomenės socialinį kapitalą; stiprina individų, šeimų ir bendruomenių psichologinį atsparumą; didina visuomenės supratimą apie psichikos bei elgesio sutrikimus ir stiprina toleranciją pažeidžiamoms gyventojų grupėms; mažina stigmatizaciją ir socialinę atskirtį.[32]

Tačiau prabėgus dešimtmečiui yra sudėtinga teigiamai vertinti psichikos sveikatos rodiklių pagerėjimus, vis dar nemažėjančius savižudybių skaičius Lietuvoje, psichikos sveikatos piežiūros paslaugų plėtrą bendruomenėje, savivaldybių vykdomas tęstines psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programas ir kt.

Nors yra skiriama dėmesio vaikų psichikos sveikatai – Lietuva, pasinaudodama Europos Sąjungos struktūrinių fondų finansine parama, įgyvendins projektą „Vaikų ir paauglių psichikos sveikata Europos Sąjungoje po plėtros: efektyvios politikos ir praktikos plėtojimas“. Tačiau pagyvenusiems asmenims sunku Lietuvoje gauti psichikos sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos paslaugas.

9. TYRIMO METODIKA

Tyrimas atliktas bendradarbiaujant su Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuru. Tyrime dalyvauti buvo pakviesti senjorai, dalyvaujantys Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro sveikatos stiprinimo veiklose.

Vilniaus mieste Statistikos departamento duomenimis 2016 m. gyveno 85803 65 m. ir vyresnio amžiaus asmenys. Realiai pasiekiamą tyrimo imtis buvo sudaryta remiantis 95 proc. pasikliovimo lygmeniu ir 5 proc. paklaidos tikimybe (p). Taikant šias prielaidas, tyrimo imtis buvo skaičiuojama naudojantis respondentų skaičiuokle, kuri buvo sudaryta remiantis T. Yamane, V. A. Jadov, bei Factus tyrimų kompanijos (<http://www.factus.lt/main-calculator/>). Gautas imties dydis – 382.

Apklausa vykdyta 2017 m. kovo-balandžio mėnesiais. Buvo išdalinta 500 anketų. Tyrimo atsakomumas – 83,2 proc. Galutiniam tyrimui pasirinktos 389 tyrimo kriterijus atitinkančios anketos.

Respondentais pasirinkti asmenys kuriems yra 65 ar daugiau metų. Siekiant įvertinti senyvo amžiaus asmenų psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą bei žinias, specialiai šiam tyrimui buvo parengta anketa. Parengus pirminį anketos variantą, atliktas bandomasis anketos tyrimas. Anketos klausimai koreguoti, atsižvelgiant į bandomojo tyrimo rezultatus, kurio metu patikrintas anketos patikimumas ir validumas (tyrimo kokybei užtikrinti), taip pat klausimyno tinkamumas. Išskyrus smulkius rašybos ir stiliaus koregavimus, taisymų anketoje nebuvo atlikta.

Anketą sudarė trys klausimų grupės:

1. Pirmoji klausimų dalis - skirta gauti informaciją apie asmenų savijautą ir savo sveikatos vertinimą.
2. Antroje klausimyno dalyje buvo siekiama gauti informaciją apie sveikatos priežiūros paslaugų ir medikamentų prieinamumą, bei sužinoti asmenų pasitenkinimą, galimybes gauti paslaugas, jų nuomonę apie gaunamų paslaugų kokybę.
3. Trečioje dalyje respondentų buvo prašoma pateikti informaciją apie bendrus demografinius, šeimos socialinius ir ekonominius rodiklius,

Atlikta statistinė analizė – aprašomoji statistika. Skaičiuotas taškinis paplitimo įvertis ir jo 95 proc. pasikliautiniai intervalai. Kategorinių duomenų analizei naudotas Pirsono Chi² testas.

Duomenų suvedimui naudota *EpiData 3.1* programinė įranga. Statistinei analizei atlikti naudoti *IBM SPSS Statistics 19* ir *WinPepi* statistiniai paketai. Lentelių sudarymui naudotas

Microsoft Excel 2013. Pasirinktas statistinis reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$. Skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

10. TYRIMO REZULTATAI

10.1. RESPONDENTŲ CHARAKTERISTIKA

Tyrimui buvo atrinkti 389 respondentai. Vidutinis jų amžius – 70,69 metų, jauniausiam buvo 65 metai, vyriausiam – 84 metai. Tiriamieji pagal amžių buvo suskirstyti į dvi grupes: 65-70 m. – 52,7 proc. (95% PI [47,73-57,63]) bei 71 m. ir vyresni – 47,3 proc. (95% PI [42,37-52,27]).

Nors vyresnių žmonių populiacijoje pagal lytį asmenys yra pasiskirstę netolygiai: moterų yra maždaug 2 kartus daugiau nei vyrų, tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį buvo dar netolygesnis: tarp respondentų buvo 19 proc. vyrų ir 81 proc. moterų.

Kadangi pagal Lietuvos Respublikos įstatymus tiriamieji yra sulaukę pensijinio amžiaus, jų pagrindinis užsiėmimas buvo senatvės pensininkas – 329 (85,7 proc. (95% PI [80,73-87,91])), dalis buvo senatvės pensininkai, kurie dirba – 52 (13,5 proc. (95% PI [0,2-2,11])) ir 3 nurodė kita (0,8 proc. (95% PI [0,2-1,22])). 5 respondentai į šį klausimą atsakyti nepanoro.

Pagal išsilavinimą, daugiausiai respondent buvo turinčių aukštąjį išsilavinimą 221 (56,8 proc. (95% PI [51,85-61,68])), aukštesnįjį – 95 (24,4 proc. (95% PI [20,35-28,88])), vidurinį – 43 (11,1 proc. (95% PI [8,22-14,47])), nebaigtą vidurinį – 20 (5,1 proc. (95% PI [3,26-7,69])), pradinį – 10 asmenų (2,6 proc/ (95% PI [1,31-4,53])).

Gyvenančių su antrąja puse buvo šiek tiek daugiau nei gyvenančių vienišų. Vedę (ištekęsios) buvo 156 (40,7 proc. (95% PI [35,89-45,71])), su partneriu (partnerė) nesusituokę gyveno 15 (3,9 proc. (95% PI [2,29-6,24])), išsiskyrusių buvo 47 (12,3 proc. (95% PI [9,26-15,98])), našliais (našlėmis) buvo 122 (31,9 proc. (95% PI [27,33-36,65])), niekada nebuvo vedę (ištekęsios) – 43 (12,2 proc. (95% PI [8,35-14,69])), 6 respondai į šį klausimą atsakyti nepanoro.

Pagal pajamas vienam šeimos nariui „į rankas“ daugiausia 35,5 pr. (137) buvo gaunantys 300-399 eurus ir 26,4 proc. (102) – 200-299 eurus. 600 eurų ir daugiau teigė gaunantys 4,4 pr. (17), o mažiau nei 100 eurų – 1 proc. (4). 3 respondantai į klausimą apie gaunamas pajamas vienam šeimos nariui „į rankas“ atsakyti nepanoro.

2 lentelė. Respondentų charakteristika

	N	Proc.
Amžius (N – 389)		
65-70 m.	205	52,7
71 + m.	184	47,3
Lytis (N – 389)		
Vyras	74	19
Moteris	315	81
Išsilavinimas (N – 389)		
Pradinis (3-4 klasė)	10	2,6
Nebaigtas vidurinis	20	5,1
Vidurinis	43	11,1
Aukštesnysis	95	24,4
Aukštasis	221	56,8
Pagrindinis užsiėmimas (N – 384)		
Senatvės pensininkas	329	85,7
Senatvės pensininkai, kurie dirba	52	13,5
Kita	3	0,8
Šeiminė padėtis (N – 383)		
Vedęs (ištekęs)	156	40,7
Gyvena su partneriu (partnerė) nesusituokę	15	3,9
Išsiskyręs/ -usi	47	12,3
Našlys/ -ė	122	31,9
Nevedęs/ netekėjęs	43	11,1
Vidutinės pajamos vienam šeimos nariui „į rankas“ (386)		
Mažiau nei 100 eurų	4	1
100-199 eurų	26	3,7
200-299 eurų	102	26,4
300-399 eurų	137	35,5
400-499 eurų	73	18,9
500-599 eurų	27	7
600 eurų ir daugiau	17	4,4

10.2. DARBARTINĖS SAVO SVEIKATOS VERTINIMAS

Pagal savo dabartinės sveikatos vertinimą respondentai buvo suskirstyti į dvi grupes: vertinantys teigiamai ir neigiamai. Teigiamai sveikatą įvertino 56,6 proc. respondentų (n = 220, 95% PI [51.59-61.42]), neigiamai – 43,4 proc. (n = 169, 95% PI [38.58-48.41]).

Statistiškai reikšmingas skirtumas ($\text{Chi}^2=4,25$, $\text{df}=1$, $p=0.039$) buvo nustatytas tarp savo sveikatą neigiamai skirtingose amžiaus grupėse vertinančių asmenų: 75 proc. 65-70 m. amžiaus (n =79, 95% PI [39,31-54,29]), 53,25 proc. 71 m. ir vyresnių asmenų (n =, 95% PI [45,71-60,69]) (3 lentelė).

3 lentelė. Savo dabartinę sveikatą neigiamai vertinantys pagal amžiaus grupes.

	Abs. Sk.	Proc.	95 % PI
65-70 metų	79	46.75	[39,31-54,29]
71 + metų	90	53.25	[45,71-60,69]

$\text{Chi}^2=4,25$, $\text{df}=1$, $p=0.039$

Tarp savo dabartinę sveikatą vertinančių teigiamai ar neigiamai nei pagal lytį, nei išsilavinimą, nei šeimyninę padėtį statistiškai reikšmingi skirtumai nebuvo nustatyti (4 lentelė).

4 lentelė. Savo dabartinę sveikatą teigiamai vertinantys pagal lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį.

	Abs. Sk.	Proc.	95 % PI
Pagal lytį (N=169)			
Vyrai	32	18,93	[13,56-25,37]
Moterys	137	81,07	[74,63-86,44]
$\text{Chi}^2=0,002$, $\text{df}=1$, $p=0,969$			
Pagal išsilavinimą (N= 169)			
Neaukštasis	75	44,38	[37.01-51.93]
Aukštasis	94	55,62	[48.07-62.99]
$\text{Chi}^2=0,173$, $\text{df}=1$, $p=0,678$			
Pagal šeimyninę padėtį (N= 166)			
Vedę/su partneriu	71	42,77	[35.40-50.39]
Vieniši	95	57,23	[49.33-64.87]
$\text{Chi}^2=0,417$, $\text{df}=1$, $p=0,518$			

10.3. LAIMINGUMO VERTINIMAS

Atsakymai į klausimą „Kaip jūs jaučiatės galvodami apie savo dabartinį gyvenimą?“ buvo sugrupuoti į dvi grupes: laimingų (jaučiasi labai laimingas ir jaučiasi pakankamai laimingas) ir nelaimingų (nesijaučia laimingas ar jaučiasi labai nelaimingas). Didžioji dalis respondentų 82,5 proc. atsakė, kad yra laimingi (n = 321, 95% PI [78,50-86,05]), likusieji 17,5 proc. – nelaimingi (n = 68, 95% PI [13,95-21,50]).

Statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2=5,581$, $df=1$, $p=0.018$) tarp save laimingais laikančių asmenų buvo nustatytas skirtingose amžiaus grupėse: 55,45 proc. 65-70 m. amžiaus (n =178, 95% PI [49,98-60,83]), 44,55 proc. 71 m. ir vyresnių asmenų (n =143, 95% PI [39,17-50,02]) (5 lentelė).

5 lentelė. Savo laimingumą teigiamai vertinantys pagal amžiaus grupes.

	Abs. Sk.	Proc.	95 % PI
65-70 metų	178	55,45	[49,98-60,83]
71 + metų	143	44,55	[39,17-50,02]

$\chi^2=5,581$, $df=1$, $p=0.018$

Tarp savo laimingumą vertinančių teigiamai nei pagal lytį, nei išsilavinimą, nei šeimyninę padėtį statistiškai reikšmingi skirtumai nebuvo nustatyti (6 lentelė).

6 lentelė. Savo laimingumą teigiamai vertinantys pagal lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį.

	Abs. Sk.	Proc.	95 % PI
Pagal lytį (N=321)			
Vyrai	61	19	[14,99-23,57]
Moterys	260	81	[76,43-85,01]
Chi2=0,00, df=1, p=0,983			
Pagal išsilavinimą (N= 321)			
Neaukštasis	133	41,43	[36,13-46,89]
Aukštasis	188	58,57	[53,11-63,87]
Chi2=2,304, df=1, p=0,129			
Pagal šeimyninę padėtį (N= 318)			
Vedę/su partneriu	140	44,03	[38,64-49,52]
Vieniši	178	55,97	[50,48-61,36]
Chi2=,294, df=1, p=0,588			

10.4. ARTIMŲ ŽMONIŲ SKAIČIUS, SU KURIAIS GALI PASIKALBĖTI APIE SVEIKATĄ

Į klausimą „Kiek turite artimų žmonių, su kuriais galite pasikalbėti apie savo sveikatą?“, 5,7 proc. (n=22) atsakė, kad nė vieno, 51,4 proc. – 1-2 asmenis (n=200), 35,5 proc. – 3-4 asmenis (n=138), 7,5 proc. teigė turintys 6 ir daugiau asmenų su kuriais gali pasikalbėti apie savo sveikatą (n=29).

Statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2=8,761$, $df=3$, $p=0,033$) buvo nustatytas, tarp vyrų ir moterų: 12,16 proc. vyrų neturėjos nė vieno žmogaus, su kuriuo galėtų pasikalbėti apie savo sveikatą, o taip teigiančių moterų buvo tik 4,13 proc. (7 lentelė.).

Taip pat statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2=13,410$, $df=3$, $p=0,004$) buvo nustatytas ir tarp asmenų turinčių antrąją pusę ir neturinčių: gyvenantys vieni turi iki 2 asmenų su kuriais gali pasikalbėti apie savo sveikatą, o vedę ar gyvenantys su partneriu turi nuo 1 iki 5 (7 lentelė).

7 lentelė. Asmenų, su kuriais respondentai gali pasikalbėti apie savo sveikatą skaičius pagal lytį, šeimyninę padėtį.

	Nei vieno	1-2	3-5	6 ir daugiau
Pagal lytį (N=389)				
Vyrai	9	39	20	6
	12,16	52,70	27,03	8,11
	[6,10-21,14]	[41,33-63,87]	[17,85-37,97]	[3,35-16,10]
Moterys	13	161	118	23
	4,13	51,11	37,46	7,30
	[2,31-6,78]	[45,59-56,61]	[32,24-42,91]	[4,8-10,59]
Chi2=8,761, df=3, p=0,033				
Pagal šeimyninę padėtį (N= 383)				
Vedę/su partneriu	8	74	75	14
	4,68	43,27	43,86	8,19
	[2,2-8,69]	[35,99-50,78]	[36,56-51,37]	[4,74-13,05]
Vieniši	14	126	57	15
	6,60	59,43	26,89	7,08
	[3,81-10,58]	[52,72-65,89]	[21,24-33,16]	[4,17-11,15]
Chi2=13,410, df=3, p=0,004				

Besidominčių respondentų sveikata artimųjų skaičius nei pagal išsilavinimą, nei amžių statistiškai reikšmingų skirtumų neturėjo (8 lentelė).

8 lentelė. Asmenų, su kuriais respondentai gali pasikalbėti apie savo seikatą skaičius pagal išsilavinimą ir amžių.

	Nei vieno	1-2	3-5	6 ir daugiau
Pagal išsilavinimą (N= 389)				
Neaukštasis	13	79	59	17
	7,74	47,02	35,12	10,12
	[4,37-12,55]	[39,56-54,59]	[28,18-42,57]	[6,21-15,4]
Aukštasis	9	121	79	12
	4,07	54,75	35,75	5,43
	[2,00-7,34]	[48,15-61,23]	[29,63-42,23]	[2,98-9,05]
Chi ² =6,202, df=3, p=0,102				
Pagal amžių (N=389)				
65-70 metų	12	100	79	14
	5,85	48,78	38,54	6,83
	[3,21-9,74]	[41,98-55,62]	[32,06-45,34]	[3,94-1,93]
71 + metų	10	100	59	15
	5,43	54,35	32,07	8,15
	[2,79-9,04]	[47,11-61,45]	[25,62-39,07]	[4,81-12,80]
Chi ² =1,987, df=, p=0.575				

10.5. ŠEIMOS GYDYTOJŲ DĖMESYS RESPONDENTŲ PSICHIKOS SVEIKATAI

Didžioji dalis – 71 proc. respondentų teigė, jog šeimos gydytojas vizito metu nesiteirauja (n=167) jų psichikos sveikata (miego kokybe, nuotaika ir t.t.).

Respondentai neturintys aukštojo išsilavinimo dažniau teigė, jog šeimos gydytojas teiraujasi apie jų psichikos sveikatą, nei turintys aukštąjį ($\text{Chi}^2=9,096$, $\text{df}=1$, $p=0,03$), taip pat ir jaunesnio (65-70 m.) amžiaus respondentai dažniau teigė, jog šeimos gydytojai vizito metu teiraujasi apie jų psichikos sveikatą t.y. nemigą, nuotaiką ir t.t. ($\text{Chi}^2=3,834$, $\text{df}=1$, $p=0,05$). Pagal lytį ir šeimyninę padėtį statistiškai reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (9 lentelė).

9 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimos gydytojų teiravimąsi jų psichikos sveikata (nuotaika, miego kokybe ir kt.)

	Abs. Sk.	Proc.	95 % PI
Pagal lytį (N=109)			
Vyrai	18	16,51	[10,41-24,38]
Moterys	91	83,49	[75,62-89,05]
Chi ² =0,974, df=1, p=0,324			
Pagal išsilavinimą (N= 109)			
Neaukštasis	61	55,96	[46,55-65,07]
Aukštasis	48	44,04	[34,93-53,45]
Chi ² =9,096, df=1, p=0,03			
Pagal šeimyninę padėtį (N= 106)			
Vedę/su partneriu	46	43,40	[34,20-52,95]
Vieniši	60	56,60	[47,05-65,8}
Chi ² =,2086, df=1, p=0,769			
Pagal amžių (N= 109)			
	Abs. Sk.	Proc.	95 % PI
65-70 metų	66	60,55	[51,15-69,39]
71 + metų	43	39,45	[30,61-48,85]
Chi ² =3,834, df=1, p=0,05			

10.6. RESPONDENTŲ SAVIJAUTA

Respondentų buvo paprašyta įvertinti savo psichikos sveikatą pagal 13 skirtingų požymių patirtį per pastaruosius 3 metus. Buvo nustatyta, kad bent du asmenys iš trijų, per pastaruosius 3 metus, jautė nerimą, įtampą, skundėsi suprastėjusiu miegu, jautė liūdesį, energijos trūkumą, bent vienas iš trijų jautė apatiją, vienatvės jausmą, blogą nuojautą ar patyrė baimės priepuolius, turėjo sunkumų susikaupti ar sutelkti dėmesį.

4,8 proc. (18 asmenų) gavojo apie savižudybę (10 lentelė).

10 lentelė. Respondentų patirti jausmai per pastaruosius 3 metus.

Požymis	N	Dažnai/kartais		Retai/niekada	
		Abs. Sk.	Proc.	Abs. Sk.	Proc.
Jautėte nerimą	371	232	62,5	139	37,5
Jautėte įtampą	373	220	59	153	41
Jautėte apatiją	367	139	37,9	228	62,1
Jautėte vienatvės jausmą	374	164	43,9	210	56,1
Jautėte blogą nuojautą	369	155	42	214	58
Patyrėte baimės priepuolius	371	78	21	293	79
Skundėtės prastu miegu	377	231	61,3	146	38,7
Jautėte liūdesį	372	225	60,5	147	39,5
Jautėte energijos trūkumą	377	233	61,8	144	38,2
Turėjote minčių apie savižudybę	375	18	4,8	357	95,2
Turėjote minčių, kad visi paliko	372	52	14	320	86
Galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas	371	51	13,7	320	86,3
Turėjote sunkumų susikaupti, sutelkti dėmesį	374	140	37,4	234	62,6

Statistiškai reikšmingi skirtumai amžiaus grupėse buvo nustatyti tarp: jautusių įtampą (58,6 proc. 65-70 m. amžiaus asmenų 95% PI [52.04-65.01]), vienatvės jausmą (54,3 proc.

71 m. ir vyresnių asmenų 95% PI [43.73-58.53]), ir turėjusių sunkumų susikaupti (55,7 proc. 71 m. ir vyresnių asmenų 95% PI [47.41-63.78]) (11 lentelė).

11 lentelė. Respondentų patirti jausmai per pastaruosius 3 metus pagal amžiaus grupes.

Požymis	Paplitimas				Chi ²	p
	65-70		71+			
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.		
Jautėte nerimą	126	54,3	106	45,7	0,005	0,945
Jautėte įtampą	129	58,6	91	41,4	3,838	0,05
Jautėte apatiją	83	59,7	56	40,3	2,208	0,137
Jautėte vienatvės jausmą	75	45,7	89	54,3	7,541	0,006
Jautėte blogą nuojautą	84	54,2	71	45,8	0,007	0,931
Patyrėte baimės priepuolius	38	48,7	40	51,3	1,071	0,301
Skundėtės prastu miegu	125	54,1	106	45,9	0	1
Jautėte liūdesį	111	49,3	114	50,7	4,495	0,034
Jautėte energijos trūkumą	126	54,1	107	45,9	0,258	0,611
Turėjote minčių apie savižudybę	13	72,2	5	27,8	2,636	0,104
Turėjote minčių, kad visi paliko	34	65,4	18	34,6	3,284	0,07
Galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas	25	49	26	51	0,45	0,503
Turėjote sunkumų susikaupti, sutelkti dėmesį	62	44,3	78	55,7	8,051	0,005

Buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp vyrų ir moterų jautusių apatiją (87,8 proc. moterų 95% PI [81.51-92.47]), vienatvės jausmą (75,6 proc. moterų 95% PI [68.6-81.72]), besiskundusių prastu miegu (84,8 proc. moterų 95% PI [79.78-89.04]) (12 lentelė).

12 lentelė. Respondentų patirti jausmai per pastaruosius 3 metus pagal lytį

Būklė	Paplitimas				Chi ²	p
	vyras		moteris			
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.		
Jautėte nerimą	37	15,9	195	84,1	1,865	0,172
Jautėte įtampą	40	18,2	180	81,8	0,018	0,895
Jautėte apatiją	17	12,2	122	87,8	5,444	0,02
Jautėte vienatvės jausmą	40	24,4	124	75,6	6,18	0,013
Jautėte blogą nuojautą	23	14,8	132	85,2	1,981	0,159
Patyrėte baimės priepuolius	11	14,1	67	85,9	1,045	0,307
Skundėtės prastu miegu	35	15,2	196	84,8	4,604	0,032
Jautėte liūdesį	36	16	189	84	1,559	0,212
Jautėte energijos trūkumą	45	19,3	188	80,7	0,224	0,636
Turėjote minčių apie savižudybę	2	11,1	16	88,9	0,711	0,399
Turėjote minčių, kad visi paliko	9	17,3	43	82,7	0,062	0,804
Galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas	10	19,6	41	80,4	0,021	0,884
Turėjote sunkumų susikaupti, sutelkti dėmesį	30	21,4	110	78,6	1,082	0,298

Analizuojant respondentų savijautą per pastaruosius 3 metus, reikšmingi skirtumai grupėse pagal išsilavinimą buvo nustatyti tarp jautusių: nerimą (52,2 proc. turinčių žemesnį nei aukštasis išsilavinimas 95% PI [45.72-58.54]), įtampą (50,9 proc. turinčių aukštąjį išsilavinimą 95% PI [44.31-57.48]), apatiją (53,2 proc. turinčių aukštąjį išsilavinimą 95% PI [44.92-61.42]) ir vienatvės jausmą (53 proc. turinčių aukštąjį išsilavinimą 95% PI [45.39-6.60]) (13 lentelė).

13 lentelė. Respondentų patirti jausmai per pastaruosius 3 metus pagal išsilavinimą.

Būklė	Paplitimas				Chi ²	p
	aukštasis		neakštasis			
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.		
Jautėte nerimą	111	47,8	121	52,2	3,842	0,05
Jautėte įtampą	112	50,9	108	49,1	12,206	<0,001
Jautėte apatiją	74	53,2	65	46,8	7,507	0,006
Jautėte vienatvės jausmą	87	53	77	47	8,881	0,003
Jautėte blogą nuojautą	73	47,1	82	52,9	0,926	0,336
Patyrėte baimės priepuolius	41	52,6	37	47,4	2,798	0,094
Skundėtės prastu miegu	96	41,6	135	58,4	1,481	0,224
Jautėte liūdesį	101	44,9	124	55,1	0,149	0,7
Jautėte energijos trūkumą	94	40,3	139	59,7	2,904	0,088
Turėjote minčių apie savižudybę	6	33,3	12	66,7	0,916	0,338
Turėjote minčių, kad visi paliko	25	48,1	27	51,9	0,446	0,504
Galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas	28	54,9	23	45,1	2,603	0,107
Turėjote sunkumų susikaupti, sutelkti dėmesį	70	50	70	50	3,747	0,053

Pagal šeimyninį statusą reikšmingi skirtumai buvo nustatyti tik tarp asmenų jautusių vienatvės jausmą (67,1 proc. gyvenančių be antrosios pusės jautėsi vieniši 95% PI [59.48-74.08]), energijos trūkumą (61,7 proc. vienišų žmonių 95% PI [55.33-67.86]) ir turėjusių sunkumų susikaupti ir sutelkti dėmesį (65 proc. vienišų respondentų 95% PI [56.70-72.60]) (14 lentelė).

14 lentelė. Respondentų patirti jausmai per pastaruosius 3 metus pagal šeimyninį statusą.

Būklė	Paplitimas				Chi ²	p
	vedęs/su partneriu		vinišas			
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.		
Jautėte nerimą	99	43,8	127	56,2	0,174	0,676
Jautėte įtampą	92	43	122	57	0,276	0,599
Jautėte apatiją	55	40,4	81	59,6	1,956	0,162
Jautėte vienatvės jausmą	52	32,9	106	67,1	14,537	<0,001
Jautėte blogą nuojautą	60	40,3	89	59,7	2,195	0,138
Patyrėte baimės priepuolius	39	50	39	50	1,268	0,26
Skundėtės prastu miegu	93	40,8	135	59,2	1,989	0,158
Jautėte liūdesį	93	42,5	126	57,5	0,514	0,474
Jautėte energijos trūkumą	88	38,3	142	61,7	10,28	0,001
Turėjote minčių apie savižudybę	7	38,9	11	61,1	0,214	0,643
Turėjote minčių, kad visi paliko	17	32,7	35	67,3	2,993	0,084
Galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas	26	51	25	49	1,11	0,287
Turėjote sunkumą susikaupti, sutelkti dėmesį	48	35	89	65	6,734	0,009

10.7. RECEPTINIŲ IR NERECEPTINIŲ VAISTŲ VARTOJIMAS

Gydytojo išrašytus, psichikos sveikatą veikiančius receptinius vaistus vartojo 29,2 proc. (112), gydytojo išrašytus nereceptinius vaistus, papildus - 25,2 proc. (94), gydytojo neišrašytus nereceptinius vaistus, papildus – 43 proc. (161) respondentų ir net 15,8 proc. respondentų vartojo gydytojo neišrašytus receptinius vaistus (58).

Buvo nustatyta, kad moterys yra dažniau linkusios vartoti gydytojų išrašytus receptinius vaistus (74,1 proc.) nei vyrai (95% PI [68.08-83.15]) (15 lentelė).

15 lentelė. Respondentų vaistų vartojimo ypatumai pagal lytį.

Būklė	Paplitimas				Chi ²	p
	vyras		moteris			
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.		
Gydytojo išrašyti receptiniai vaistai	29	25,9	93	74,1	4,385	0,036
Gydytojo išrašyti nereceptiniai vaistai	24	25,5	70	74,5	2,2561	0,11
Gydytojo neišrašyti receptiniai vaistai	15	25,9	43	74,1	1,361	0,243
Gydytojo neišrašyti nereceptiniai vaistai	32	19,9	129	80,1	0,001	0,97

Vaistų vartojimo įpročių reikšmingų skirtumų pagal amžių nustatyta nebuvo (16 lentelė).

16 lentelė. Respondentų vaistų vartojimo ypatumai pagal amžių.

Būklė	Paplitimas				Chi ²	p
	65-70		71+			
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.		
Gydytojo išrašyti receptiniai vaistai	57	50,9	55	49,1	0,283	0,595
Gydytojo išrašyti nereceptiniai vaistai	48	51,1	46	48,9	0,206	0,65
Gydytojo neišrašyti receptiniai vaistai	34	58,6	24	41,4	0,709	0,374
Gydytojo neišrašyti nereceptiniai vaistai	81	50,3	80	49,7	0,633	0,426

Nustatyta, kad turintys aukštąjį išsilavinimą yra dažniau linkę vartoti gydytojų išrašytus receptinius vaistus (65,2 proc.) (95% PI [56.01-73.57]) (17 lentelė).

17 lentelė. Respondentų vaistų vartojimo ypatumai pagal išsilavinimą.

Būklė	Paplitimas				Chi ²	p
	neaukštasis		aukštasis			
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	Proc.		
Gydytojo išrašyti receptiniai vaistai	39	34,8	73	65,2	5,257	0,022
Gydytojo išrašyti nereceptiniai vaistai	43	45,7	51	54,3	0,116	0,733
Gydytojo neišrašyti receptiniai vaistai	31	53,4	27	46,6	2,357	0,125
Gydytojo neišrašyti nereceptiniai vaistai	70	43,5	91	56,5	0,001	0,972

Nustatyta, kad be antrosios pusės gyvenantys yra dažniau linkę vartoti gydytojų išrašytus nereceptinius vaistus, papildus (63,2 proc.) (95% PI [55.42-70.54]) (18 lentelė).

18 lentelė. Respondentų vaistų vartojimo ypatumai pagal šeimyninį statusą.

Būklė	Paplitimas				Chi ²	p
	vedęs/su partneriu		vienišas			
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	Proc.		
Gydytojo išrašyti receptiniai vaistai	53	47,3	59	52,7	0,591	0,442
Gydytojo išrašyti nereceptiniai vaistai	40	42,6	54	57,4	0,089	0,766
Gydytojo neišrašyti receptiniai vaistai	23	41,8	32	58,2	0,221	0,638
Gydytojo neišrašyti nereceptiniai vaistai	57	36,8	98	63,2	5,295	0,021

10.8. ŽINIOS, KUR KREIPTIS ATSIKIRADUS PSICHIKOS SVEIKATOS PROBLEMOMS

Kur kreiptis atsiradus psichikos sveikatos problemoms žino 42,6 proc. (161), šiek tiek žino, bet nelabai tiksliai 39,9 proc. (151), nežino 17,5 proc. (66).

Statistiškai reikšmingas skirtumas buvo nustatytas tik pagal lytį, tarp asmenų atsakiusių ar žino kur kreiptis dėl psichikos sveikatos problemų (20 lentelė, 19,21,22 lentelės).

19 lentelė. Respondentų žinojimas kur kreiptis, dėl psichikos sveikatos problemų pagal amžių.

Būklė	Paplitimas			
	65-70		71+	
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	Proc.
Žino	89	55,3	72	44,7
Šiek tiek žino	75	49,7	76	50,3
Nežino	37	56,1	29	43,9

$\chi^2=1,253$, $df=2$, $p=0,535$

20 lentelė. Respondentų žinojimas kur kreiptis, dėl psichikos sveikatos problemų pagal lytį.

Būklė	Paplitimas			
	vyras		moteris	
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	Proc.
Žino	31	19,3	130	80,7
Šiek tiek žino	23	15,2	128	84,8
Nežino	20	30,3	46	69,7

$\chi^2=6,644$, $df=2$, $p=0,036$

21 lentelė. Respondentų žinojimas kur kreiptis, dėl psichikos sveikatos problemų pagal išsilavinimą.

Būklė	Paplitimas			
	neaukštasis		aukštasis	
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	Proc.
Žino	67	41,6	94	58,4
Šiek tiek žino	60	39,7	91	60,3
Nežino	34	51,5	32	48,5

$\chi^2=2,716$, $df=2$, $p=0,257$

22 lentelė. Respondentų žinojimas kur kreiptis, dėl psichikos sveikatos problemų pagal šeimyninį statusą.

Būklė	Paplitimas			
	vedęs/su partneriu		vienišas	
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	Proc.
Žino	75	47,5	83	52,5
Šiek tiek žino	63	41,7	88	58,3
Nežino	29	46	34	54

$\text{Chi}^2=1,070$, $\text{df}=2$, $p=0,586$

Respondentai taip pat teigė, jog jiems trūksta informacijos apie psichikos sveikatos stiprinimo galimybes Lietuvoje: 55,1 proc (210) bei apie psichikos sveikatos paslaugų gavimo galimybes 51,9 proc.(195).

Į klausimą apie kreipimąsi dėl psichikos sveikatos problemų į šeimos gydytoją atsakė 383 respondentai, iš kurių 20,8 proc. teigė, jog kreipėsi, nes buvo toks poreikis; 69,7 proc. – nesikreipė, nes poreikio nebuvo; o 9 proc. atsisakė kreipimosi, nors buvo poreikis.

Į klausimą dėl kreipimosi į psichologą ar psichoterapeutą atsakė 375 respondentai, iš kurių: 6,4 prc. teikė jog kreipėsi, 82,4 proc. nesikreipė, nes nebuvo poreikio, o 10,5 proc. atsisakė sprendimo kreiptis, nors buvo toks poreikis.

Į klausimą dėl kreipimosi į psichiatrą atsakė 372 respondentai, iš kurių: 3,5 proc. buvo kreipėsi, nes buvo toks poreikis, 87,1 proc. nesikreipė, nes nebuvo poreikio, o 9,4 proc. nesikreipė, nors poreikis buvo.

Dažniausiai paminėtos priežastys, dėl kurių respondentai atsisakė kreiptis į psichologus, psichoterapeutus ar psichiatrus, nors tokį poreikį turėjo, buvo: šeimos gydytojai atsakė į jų klausimus (58,8 proc.), jautėsi nesmagiai ar jautė gėdą (44,8 proc.), būtų reikėję mokėti už paslaugas (41,4 proc.), būtų reikėję per ilgai laukti konsultacijos (34,5 proc.).

Rečiau minėtos priežastys buvo tai, jog buvo sudėtinga užsiregistruoti (ši problema, taip pat kaip ir kelionė iki gydymo įstaigos Vilniuje yra mažiau aktuali nei rajonuose), 42,4 proc. respondentų, atsisakusių minties kreiptis į psichikos sveikatos priežiūros specialistus, nors turėjo tokį poreikį, teigė, jog neturėjo informacijos, kur turėtų kreiptis.

10.9. PASITENKINIMAS GAUNAMOMIS PASLAUGOMIS

Prieinamumu pas šeimos gydytoją patenkinti buvo 47, 7 proc. respondentų, nepatenkinti 11,6 proc.

Prieinamumu pas psichikos sveikatos specialistus patenkinti buvo 13, 8 proc..

Šeimos gydytojo tikiamų paslaugų kokybe patenkinti buvo mažiau nei pusė respondentų – 46,4 proc.

42 proc. respondentų buvo nepatenkinti laukimo laiko iki pakliuvimo pas gydytoją. (23 lentelė).

23 lentelė. Respondentų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu.

	Patenkintas		Nei patenkintas, nei nepatenkintas		Nepatenkintas		Neteko kreiptis/negaliu įvertinti	
	Abs.sk.	Proc.	Abs.sk.	Proc.	Abs.sk.	Proc.	Abs.sk.	Proc.
Prieinamumu pas šeimos gydytoją (n=386)	184	47.7	152	39.1	45	11.6	5	1.3
Prieinamumu pas psichikos sveikatos specialistus (n=363)	50	13.8	58	16	28	7.7	227	62.5
Šeimos gydytojo suteikiamų paslaugų kokybe (n=379)	176	46.4	136	35.9	51	13.5	16	4.2
Psichikos sveikatos priežiūros specialistų suteikiamų paslaugų kokybe (n=365)	29	7.9	64	17.5	23	6.3	249	68.2
Laukimo laiku iki pakliuvimo pas gydytoją (n=374)	72	19.3	108	28.9	157	42	37	9.9
Gydytojo Jums skiriamu laiku konsultacijos metu (n=377)	125	33.2	134	35.5	75	19.9	43	11.4

Su teiginiu, kad senjorams yra prieinamos psichologo/psichoterapeuto paslaugos nesutiko arba visiškai nesutiko 13,5 proc. respondentų. Kad prieinamos psichiatro paslaugos nesutiko arba visiškai nesutiko 11,8 proc. respondentų. 12,3 proc. respondentų mano, jog psichikos sveikatą veikiantys vaistai yra per brangūs, o 14 proc. mano, kad per daug sudėtinga juos įsigyti.

Vertinant respondentų pasitenkinimą gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2=6,498$, $df=2$, $p=0.0399$) buvo nustatytas pagal

respondentų amžių. Jaunesni senjorai (65 – 70 m. amžiaus) yra labiau patenkinti paslaugų prieinamumu nei vyresnį nei 71 m. amžiaus (24 lentelė).

24 lentelė. Respondentų pasikinkimas sveikatos prižiūros paslaugų prieinamumu pagal amžių, lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį.

	Abs. Sk.	Proc.	95 % PI
Pagal lytį (N=176)			
Vyrai	30	17,05	[12,02-23,14]
Moterys	146	82,95	[76,86-87,98]
Chi2=3,998, df=2, p=0,135			
Pagal išsilavinimą (N= 176)			
Neaukštasis	73	41,48	[34,37-48,87]
Aukštasis	103	58,52	[51,13-65,63]
Chi2=2,108, df=2, p=0,348			
Pagal šeimyninę padėtį (N= 170)			
Vedę/su partneriu	75	44,12	[36,78-51,65]
Vieniši	95	55,88	[48,35-63,22]
Chi2=,017, df=2, p=0,992			
Pagal amžių (N= 176)			
	Abs. Sk.	Proc.	95 % PI
65-70 metų	94	53,41	[46,01-60,69]
71 + metų	82	46,59	[39,31-53,99]
Chi ² =6,498, df=2, p=0.0399			

10.10. PSICHIKOS LIGŲ STIGMATIZAVIMAS

Su teiginiu, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintys asmenys yra smerkiami visiškai sutiko arba sutiko 34,5 proc. respondentų, nesutiko – 22,6 proc. Kad psichikos ligomis sergantys asmenys yra diskriminuojami visiškai sutiko arba sutiko 30,5 proc. respondentų, nesutiko 21,4 proc. Kad yra negerbiamos psichikos ligomis sergančių teisės ir orumas sutiko 33 proc. respondentų, 18,1 proc. nesutiko.

Stattistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas tik tarp vyrų ir moterų, manančių, jog psichikos ligomis sergantys visuomenėje yra smerkiami. Vyrai dažniau nei moterys mano, jos psichikos ligomis sergantys asmenys yra smerkiami, diskriminuojami ar negerbiamas jų orumas (45,95 proc. vyrų ir 31,83 proc. moterų) (24 lentelė).

24 lentelė. Visuomenės nuomonė apie psichikos ligomis sergančius.

Būklė	Paplitimas				Chi2	p
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	Proc.		
	65-70		71+			
Smerkiami	68	33,17	65	36,11	3,16	0,206
Diskriminuojami	59	28,92	58	32,4	1,06	0,588
Negerbiamos teisės ir orumas	65	32,02	61	34,08	0,234	0,89
	vyras		moteris			
Smerkiami	34	45,95	99	31,83	6,41	0,04
Diskriminuojami	27	36,48	90	29,12	1,783	0,41
Negerbiamos teisės ir orumas	28	37,83	98	31,81	0,998	0,607
	neaukštasis		aukštasis			
Smerkiami	69	41,07	64	29,49	5,662	0,059
Diskriminuojami	55	33,13	62	28,57	2,564	0,277
Negerbiamos teisės ir orumas	55	33,33	71	32,72	4,386	0,112
	vedęs/su partneriu		vienišas			
Smerkiami	52	31,14	81	38,2	3,624	0,163
Diskriminuojami	49	29,52	68	32,22	0,58	0,748
Negerbiamos teisės ir orumas	56	33,73	70	33,33	0,157	0,925

Respondentų skirtingose ažiaus grupėse, skirtingo išsilavinimo ar šeimyninės padėties požiūris į psichikos ligomis sergančius, jų dmerkimą, diskriminaciją, teisių ir orumo negerbimą - statistiškai reikšmingų skirtumų neturėjo.

11. REZULTATŲ APTARIMAS

Senyvo amžiaus asmenų sergamumas psichikos ligomis yra opi visuomenės sveikatos problema. Dėl to blogėja jų gyvenimo kokybė, atsiranda negalia, didėja savižudybių rizika.

Atlikus psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tyrimą, paaiškėjo, kad 65 m. ir vyresni asmenys, turi daugybę psichikos sveikatos nusiskundimų, tačiau dažnai net nežino, kur kreiptis pagalbos arba atsisako tokios minties, dėl psichikos ligonių stigmatizacijos, dėl nepakankamo nemokamų paslaugų prieinamumo, dėl ilgo laukimo eilėse ir t.t. Dar viena opi problema visuomenės sveikatai yra receptinių ir nereceptinių vaistų vartojimas, prieš tai nepasitarus su gydytoju.

Nors tyrimų apie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą trūksta, 2013 m. buvo atliktas tyrimas apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Tyrimo metu apklausti 65 m. ir vyresni 28 Lietuvos savivaldybių gyventojai. 93,6 proc. apklaustų asmenų per pastaruosius 12 mėn. naudojo sveikatos priežiūros paslaugomis. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimas įstaigoje, į kurią dažniausiai kreipiasi, tenkino arba visiškai tenkino daugiau kaip du trečdalius respondentų (68,8 proc.). 20,7 proc. apklausos dalyvių buvo nepatenkinti ir 2,7 proc. – visiškai nepatenkinti. Moteris dažniau nei vyrus visiškai tenkino šių paslaugų organizavimas ($p = 0,003$). Taip pat nustatyta, kad aukštesnį išsilavinimą įgiję respondentai geriau vertino sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ($p < 0,001$). Šeimos / vidaus ligų gydytojas / terapeutas buvo pagrindiniai pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros specialistai, į kuriuos per paskutinius 12 mėn. kreipėsi didžioji dauguma tyrimo dalyvių (91,3 proc.). Daugiau kaip pusė apklausos dalyvių (62,1 proc.) nekilo problemų registruojantis pas šeimos gydytoją. Daugiau kaip pusė tyrimo dalyvių (56,8 proc.), kreipiantis į pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros specialistus, ilgiausiai teko laukti vizito pas šeimos / vidaus ligų gydytoją / terapeutą. Beveik du trečdalius respondentų (57,7 proc.) laukimo laikas nuo registracijos iki patekimo pas šeimos gydytoją tenkino arba visiškai tenkino. Respondentų teigimu, vizito metu šeimos gydytojai dažniausiai domėjosi paciento svoriu (65,5 proc.) ir fiziniu aktyvumu (52,8 proc.). Beveik kas antras respondentas (48,2 proc.) teigė, kad nebuvo atvejų, kai diagnostikos procedūrų teko atsisakyti dėl per didelės paslaugos kainos. Būtent dėl šios priežasties paslaugų atsisakė 32,7 proc. tirtų asmenų. Likusiems respondentams (19,1 proc.) už procedūras mokėti nereikėjo. Pastebėti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp asmenų, gaunančių skirtingas pajamas. Apklauso dalyviai, kurių vidutinės mėnesio pajamos vienam šeimos nariui. [29]

Statistiškai reikšmingas skirtumas ($\text{Chi}^2=4,25$, $\text{df}=1$, $p=0.039$) buvo nustatytas tarp savo sveikatą neigiamai skirtingose amžiaus grupėse vertinančių asmenų: 75 proc. 65-70 m. amžiaus ($n=79$, 95% PI [39,31-54,29]), 53,25 proc. 71 m. ir vyresnių asmenų ($n=$, 95% PI [45,71-60,69]).

Statistiškai reikšmingas skirtumas ($\text{Chi}^2=5,581$, $\text{df}=1$, $p=0.018$) tarp save laimingais laikančių asmenų buvo nustatytas skirtingose amžiaus grupėse: 55,45 proc. 65-70 m. amžiaus ($n=178$, 95% PI [49,98-60,83]), 44,55 proc. 71 m. ir vyresnių asmenų ($n=143$, 95% PI [39,17-50,02]).

Gydytojo išrašytus, psichikos sveikatą veikiančius receptinius vaistus vartojo 29,2 proc., gydytojo išrašytus nereceptinius vaistus, papildus - 25,2 proc., gydytojo neišrašytus nereceptinius vaistus, papildus – 43 proc. respondentų ir net 15,8 proc. respondentų vartojo gydytojo neišrašytus receptinius vaistus.

Dažniausiai paminėtos priežastys, dėl kurių respondentai atsisakė kreiptis į psichologus, psichoterapeutus ar psichiatrus, nors tokį poreikį turėjo, buvo: šeimos gydytojais atsisakė į jų klausimus (58,8 proc.), jautėsi nesmagiai ar jautė gėdą (44,8 proc.), būtų reikėję mokėti už paslaugas (41,4 proc.), būtų reikėję per ilgai laukti konsultacijos (34,5 proc.).

12. IŠVADOS

1. Senyvo amžiaus asmenys turi daug nusiskundimų, kuriuos galima susieti su psichikos sveikatos sutrikimais, 43,4 proc. vertina savo sveikatą neigiamai, 17,8 proc. jaučiasi nelaimingi, 4,8 proc. galvojo apie savižudybę ir t.t. – visi šie bruožai pagrindžia, jog 65 m. ir vyresniems asmenims yra būtinos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos.
2. Senyvo amžiaus asmenims trūksta informacijos, kur kreiptis dėl psichikos sveikatos sutrikimų (Kur kreiptis atsiradus psichikos sveikatos problemoms nežino 17,5 proc. (66), šiek tiek žino, bet nelabai tiksliai 39,9 proc. (151)).
3. Dažniausios priežastys, dėl kurių respondentų teigė, jog atsisakė minties kreiptis į specialistus nors tokį poreikį turėjo, buvo: šeimos gydytojų atsakymas į jų klausimus (58,8 proc.), jautėsi nesmagiai ar jautė gėdą (44,8 proc.), nenorėjo mokėti už paslaugas (41,4 proc.), būtų reikėję per ilgai laukti konsultacijos (34,5 proc.).
4. 1 iš respondentų išreiškė nepasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, 34,7 proc. mano, jog senjorams yra sunkiai prieinami reikalingi medikamentai (nors 15,8 proc. respondentų vartojo psichiką veikiančius gydytojo neišrašytus receptinius vaistus), 12,4 proc. respondentų manė, jog medikamentų kaina yra neprieinama senjorams.

13. PASIŪLYMAI

1. Atlikti reprezentatyvų tyrimą Lietuvoje, siekiant išaiškinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų poreikį senyvo amžiaus asmenų grupėje.
2. Išaiškinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų neprieinamumo priežastis.
3. Reorganizuoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, užtikrinti paslaugų prieinamumą, pakankamą kvalifikuotų specialistų skaičių.
4. Ugdyti visuomenės sveikatos raštingumą, neigti mitus, pasiekti, kad žmonės rūpintųsi ne tik savo fizine, bet ir psichikos sveikata.
5. Sukurti psichikos sveikatos stiprinimo programą Vilniaus mieste ir visoje Lietuvoje visų amžiaus grupių, o ypač senyvo amžiaus asmenims.

14. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Higienos instituto informacijos centras. Vilnius. 2010.
2. 2011 World Population Data Sheet. Population Reference Bureau. 2011.
3. European health for all database. World Health Organization Regional Office for Europe. Interneto prieiga <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>. Žiūrėta 2017-02-10
4. Lietuvos statistikos departamento duomenys. Pagyvenę žmonės Lietuvoje. 2014. Interneto prieiga <https://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=3030>. Žiūrėta 2017-02-10
5. Mikėlionienė R., pagyvenusių ir senų žmonių laisvalaikio organizavimas Lazdijų rajono globos įstaigose. Vilniaus pedagoginis universitetas. 2009.
6. Čepėnaitė A. D. Senyvo amžiaus žmonių socialinė aprėptis ir demokratinio pilietiškumo apraiškos. Socialinis darbas. 2008 m. Nr. 7 (1)
7. Abraitienė B. Psichologijos žodynas / Abraitienė B., Butienė G. Vilnius, 1993.
8. Almonaitienė J. Bendravimo psichologija / J. Almonaitienė, D. Antinienė, N. Ausmanienė, R. Lekavičienė, G. Matulienė, L. Ruibytė, Z. Vasiliauskaitė. Kaunas, 2005. ISBN 9955–09–33–2
9. Bikmanienė R. Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos. R. Bikmanienė, L. Danusevičienė, A. Jagelavičius ir kt. Kaunas, 2002. ISBN 9955-530-46-6
10. Šurkienė G., Stukas R., Alekna V., Melvidaitė A. Populiacijos senėjimas kaip visuomenės sveikatos problema. Gerontologija 2012. 13(4):235-239
11. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro Lietuvos sveikatos rodiklių Sistema. Internetinė prieiga: <http://sic.hi.lt/webdps/?lang=lt>
12. Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimas. Metodinės rekomendacijos. Higienos institutas. Vilnius. 2016
13. Lietuvos statistikos metraštis 2011. Lietuvos statistikos departamentas, Vilnius, 2011.
14. Kanopienė V., Mikulionienė S., Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos pasaugos sistemai. Gerontologija. 2006; 7(4): 188-200
15. Filipavičiūtė R., Gaigalienė B., Čeremnych J., ir kt. Ilgaamžių žmonių sergamumas etinėmis ligomis. Gerontologija. 2010; 11(1): 14-20
16. Dementia: a public health priority. World Health Organization, 2012.

17. 2012 m. balandžio 7 d. – Pasaulinė sveikatos diena. Dienos tema – „Sveikas senėjimas“. Dienos šūkis – „Gera sveikata – ilgesnis gyvenimas“. Prieiga internete: http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Metodine_medziaga/Sveikas_senejimas.pdf
18. Mikulionienė S. Trijų kartų požiūris į senatvę ir senus žmones. Lietuva socialinių pokyčių erdvėje. Vilnius:LSD, LFSI, 1996.
19. Lapkauskienė S. Pagyvenusių ir senų žmonių psichikos sveikatos pokyčiai. Prieiga internete: http://elibrary.lt/resursai/Mokslai/VIKO/SPF_050114/SPF_050114_09.pdf
20. Aranauskas R., Deksnytė A. Geriatrinė depresija ir jos gydymo ypatumai. Gydymo meno priedas. Nervų ir psichikos ligos. – Vilnius, 2003 m. Nr. 1 (9).
21. Blonsky H., Boerner R. J. ir kolektyvas. Senų žmonių baimės. – Vilnius, 2003.
22. Statistikos departamento Oficialiosios statistikos portalas. Prieiga internete: <https://osp.stat.gov.lt/>
23. Juozulynas A., Jurgelėnas R., Filipavičiūtė B., Butkienė V., Alekna R. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. Gerontologija. 2010; 11(3):141-147
24. Jenciūtė V., Žuravliova T., Razbadauskas A., Mažrimas A. Pagyvenusių žmonių su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Visuomenės sveikata. 2015/priedas Nr.1 51-55
25. Štaras K., Vedlūga T., Kalvelytė N. Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. Sveikatos mokslai. 2013, 23 tomas, Nr. 4. 27-33
26. Department of Health. National Service Framework for Older People. London. 2001
27. Who. The Right to Health. 2013. Internetinė prieiga: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>
28. LRS. Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. programa. Internetinė prieiga: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>
29. Zolubienė E., Beržanskytė A., Aguonytė V., Nedzinskienė L. 65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Visuomenės sveikata. 2014/3(66) 109-114
30. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Prieiga internete: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4043B97881A2/TAIS_259559
31. Sveikatos apsaugos ministerija. Prieiga internete: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/psichikos-sveikatos-stiprinimas>
32. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų. Higienos institutas Visuomenės sveikatos technologijų centras tyrimų ir technologijų vertinimo skyrius. Projekto ataskaita. Internetinė prieiga:

<http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Ivykdyti%20projektai/90.Tyrimo%20baigiamoji%20ataskaita-pilna.pdf>

33. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-475 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“. Valstybės žinios, 2013; 50-2507.
34. Veiksmai visuomenės sveikatos srityje vykdant savižudybių prevenciją. Bendrosios gairės. PSO. 2012

15. PRIEDAI



Sveiki,

Esu Vilniaus Universiteto, Medicinos fakulteto, Visuomenės instituto studentė Simona Bobinaitė. Atlieku tyrimą, kurio tikslas nustatyti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą senjorams. Maloniai prašau užpildyti šią anketą: atidžiai skaitykite klausimus ir pildymo instrukcijas, Jums tinkamą atsakymą apibraukite. Anketa yra anoniminė. Tyrimo gauti duomenys bus apibendrinti ir panaudoti studijų programos baigiamajame darbe.

1. Kaip apibūdintumėte dabartinę savo sveikatą?

1. Puiki
2. Gera
3. Patenkinama
4. Bloga

2. Kaip Jūs jaučiatės galvodami apie savo dabartinį gyvenimą?

1. Jaučiuosi labai laimingas
2. Jaučiuosi pakankamai laimingas
3. Nesijaučiu laimingas
4. Esu visiškai nelaimingas

3. Kiek turite artimų žmonių, su kuriais galėtumėte pasikalbėti apie savo sveikatą?

1. Nei vieno
2. 1 – 2 asmenys
3. 3 – 5 asmenys
4. 6 ir daugiau asmenų

4. Ar Jūsų vizito pas šeimos gydytoją metų jis teiraujasi ir domisi apie Jūsų psichikos sveikatą (nemigą, nuotaiką ir kt.)?

1. Taip
2. Ne

5. Kaip dažnai per pastaruosius 3 metus Jūs: (kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą)

	Dažnai	Kartais	Retai	Niekada
Jautėte nerimą	1	2	3	4
Jautėte įtampą	1	2	3	4
Jautėte apatiją	1	2	3	4
Jautėte vienatvės jausmą	1	2	3	4
Jautėte blogą nuojautą	1	2	3	4
Patyrėte baimės priepuolius	1	2	3	4
Skundėtės prastu miegu	1	2	3	4
Jautėte liūdesį	1	2	3	4
Jautėte energijos trūkumą	1	2	3	4
Turėjote minčių apie savižudybę	1	2	3	4
Turėjote minčių, kad visi paliko	1	2	3	4
Galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas	1	2	3	4
Turėjote sunkumų susikaupti, sutelkti dėmesį	1	2	3	4
Kita (įrašykite).....	1	2	3	

6. Ar per pastaruosius 3 metus Jūs vartojote psichikos sveikatą veikiančių vaistų: raminamųjų, migdomųjų, antidepresantų ir kt.? (kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą)

	Taip	Ne
Gydytojo išrašytų receptinių vaistų	1	2
Gydytojo išrašytų nereceptinių vaistų, vitaminų, vaistažolių preparatų	1	2
Gydytojo neišrašytų receptinių vaistų	1	2
Gydytojo neišrašytų nereceptinių vaistų, vitaminų, vaistažolių preparatų	1	2

7. Ar žinote kur reikia kreiptis, jeigu turite psichikos sveikatos problemų (depresiškumas, nemiga, nuotaikos svyravimai ir kt.)?

1. Žinau gerai
2. Šiek tiek žinau, bet nelabai tiksliai
3. Nežinau

8. Ar Jums pakanka informacijos apie: (kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą)

	Pakanka	Nepakanka
Šeimos gydytojo teikiamas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas	1	2
Psichikos sveikatos paslaugų gavimo galimybes	1	2
Psichikos sveikatos stiprinimo galimybes	1	2

9. Ar per pastaruosius 3 metus dėl savo psichikos sveikatos problemų Jūs: (kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą)

	Taip, nes buvo poreikis	Nesikreipiau/ atsisakiau tokio sprendimo, nors buvo poreikis	Ne, nes nebuvo poreikio
Kreipėtės į šeimos gydytoją	1	2	3
Kreipėtės į psichologą ar psichoterapeutą	1	2	3
Kreipėtės psichiatrą	1	2	3

Pastaba: į 10 klausimą atsakinėkite tuo atveju, jeigu 9 kl. pažymėjote, kad nesikreipėte/ atsisakėte sprendimo kreiptis į psichologą, psichoterapeutą ar psichiatrą, nors Jums ir buvo toks poreikis

10. Dėl kokių priežasčių Jūs nesikreipėte arba atsisakėte savo ketinimo kreiptis dėl psichikos sveikatos problemų į psichikos sveikatos specialistus? (kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą)

	Taip	Ne
Nes į Jūsų klausimus atsakė šeimos gydytojas	1	2
Nes negavote siuntimo iš šeimos gydytojo	1	2
Nes nenorėjote laukti eilėje, kad gautumėte siuntimą	1	2
Nes buvo sudėtinga užsiregistruoti	1	2
Nes būtų reikėję per ilgai laukti konsultacijos	1	2
Nes būtų reikėję mokėti už paslaugas	1	2
Nes neturėjote informacijos, kur reikia kreiptis	1	2
Nes bijojote, buvo nesmagu ar gėda	1	2
Kita (įrašykite).....	1	

11. Ar Jūs, remdamasis savo asmenine patirtimi, esate patenkintas: (kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą):

	Patenkintas	Nei patenkintas, nei nepatenkintas	Nepatenkintas	Neteko kreiptis/ negaliu įvertinti
Prieinamumu pas šeimos gydytoją	1	2	3	9
Prieinamumu pas psichikos sveikatos specialistus	1	2	3	9
Šeimos gydytojo suteikiamų paslaugų kokybe	1	2	3	9
Psichikos sveikatos priežiūros specialistų suteikiamų paslaugų kokybe	1	2	3	9
Laukimo laiku iki pakliuvimo pas gydytoją	1	2	3	9
Gydytojo Jums skiriamu laiku konsultacijos metu	1	2	3	9

12. Ar sutinkate su šiais teiginiais? (kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą):

	Visiškai sutinku	Sutinku	Neturiu nuomonės	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Senjorams yra prieinamos psichologo/psichoterapeuto konsultacijos	1	2	3	4	5
Senjorams yra prieinamos gydytojo psichiatro konsultacijos	1	2	3	4	5
Senjorams yra prieinami psichikos sveikatą veikiančys vaistai (paprasčiausios) (įsigyti)	1	2	3	4	5
Senjorams psichikos sveikatą veikiančių vaistų kaina nėra per didelė	1	2	3	4	5

13. Ar sutinkate su šiais teiginiais? (kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą):

	Visiškai sutinku	Sutinku	Neturiu nuomonės	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Psichikos sveikatos sutrikimų turintys asmenys yra smerkiami	1	2	3	4	5
Psichikos ligomis sergantys asmenys yra diskriminuojami	1	2	3	4	5
Negerbiamos psichikos ligomis sergančių asmenų teisės ir orumas	1	2	3	4	5

Pabaigai keletas klausimų apie Jus

14. Jūsų lytis:

1. Vyras
2. Moteris

15. Jūsų amžius:

Jums sukakusių metų skaičius (*parašykite*) _____

16. Koks Jūsų pagrindinis užsiėmimas:

1. Senatvės pensininkas
2. Senatvės pensininkas, kuris dirba
3. Kita (*parašykite*) _____

17. Koks Jūsų išsilavinimas:

1. Pradinis (3-4 klasės)
2. Nebaigtas vidurinis (pagrindinė ar profesinė mokykla, kai nėra vidurinės mokyklos atestato)
3. Vidurinis (vidurinė ar profesinė mokykla su vidurinės mokyklos atestatu)
4. Aukštesnysis (aukštesnioji mokykla, technikumai)
5. Aukštasis

18. Kokia Jūsų šeimtinė padėtis:

1. Vedęs (ištekėjusi)
2. Gyvenate su partneriu (partnerė) nesusituokę
3. Išsiskyrę/ -usi
4. Našlys/ -ė
5. Nevedęs/netekėjusi

19. Kiek asmenų, įskaitant Jus, gyvena Jūsų būste (*parašykite*) _____**20. Kokios vidutinės pajamos tenka vienam Jūsų šeimos nariui „į rankas“ (*sudėkite visų su Jumis kartu gyvenančių šeimos narių mėnesio pajamas ir padalinkite iš šeimos narių skaičiaus*):**

1. Mažiau nei 100 eurų
2. 100-199 eurų
3. 200-299 eurų
4. 300-399 eurų
5. 400-499 eurų
6. 500-599 eurų
7. 600 eurų ir daugiau

Dėkojame už atsakymus ir linkime būti kuo sveikesniais!