

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
SOCIALINĖS POLITIKOS FAKULTETO
SOCIALINĖS POLITIKOS KATEDRA**

JOANA KLIMIENĖ

**LYGIŲ GALIMYBIŲ UŽTIKRINIMAS VYRESNIO
AMŽIAUS ŽMONĖMS TEIKIANT SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS PASLAUGAS**

Magistro baigiamasis darbas

**Vadovė
doc. dr. S. Mikulionienė**

VILNIUS

2011

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
SOCIALINĖS POLITIKOS FAKULTETO
SOCIALINĖS POLITIKOS KATEDRA**

**LYGIŲ GALIMYBIŲ UŽTIKRINIMAS VYRESNIO
AMŽIAUS ŽMONĖMS TEIKIANT SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS PASLAUGAS**

**Socialinės gerontologijos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 621L51001**

**Vadovė
() doc. dr. Sarmitė Mikulionienė
2011 12**

**Recenzentas
() doc. dr.
2011 12**

**Atliko
SGmns0-01gr. stud.
() Joana Klimienė
2011 12 07**

**VILNIUS
2011**

TURINYS

ĮVADAS.....	4
1 TEORINIS INDIVIDO SENĖJIMO IR VYRESNIO AMŽIAUS ŽMONIŲ LYGIŲ GALIMYBIŲ ANALIZĖS PAGRINDIMAS	9
1.1. Individo biologinio senėjimo teorinė samprata.....	10
1.2. Senyvo amžiaus žmonių lygių galimybių analizės teorinės prielaidos.....	12
2 VEIKSNIAI, TURINTYS ĮTAKOS VYRESNIO AMŽIAUS ŽMONIŲ LYGIOMS GALIMYBĖMS.....	15
2.1. Senyvo amžiaus žmonių stereotipai ir visuomenės požiūris.....	15
2.2. Diskriminacija dėl amžiaus – <i>ageismas</i>	17
3 LIETUVOS VYRESNIO AMŽIAUS ŽMONIŲ LYGIŲ GALIMYBIŲ UŽTIKRINIMAS: PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMA.....	21
3.1 Teisinė bazė.....	21
3.2 Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos senyvo amžiaus žmonėms.....	24
3.3 Lietuvos sveikatos priežiūros stiprybės ir silpnybės: tarptautinis palyginimas.....	27
4 BENDROSIOS PRAKTIKOS GYDYTOJŲ POŽIŪRIS Į VYRESNIO AMŽIAUS PACIENTUS.....	30
4.1 Empirinio tyrimo metodika.....	30
4.2 Tyrimo dalyvių sociodemografinis apibūdinimas.....	31
4.3 Gydytojų darbas su vyresnio amžiaus pacientais.....	33
4.4 Gydytojų požiūris į senatvę ženklinantį kalendorinį amžių	37
4.5 Gydytojų požiūris į senų žmonių vaidmenis visuomenėje	38
4.3 Gydytojų požiūris į senyvo amžiaus žmonėms būdingas savybes	40
4.7 Gydytojų požiūris į vyresnio amžiaus žmonių teisių įgyvendinimą.....	47
4.8 Gydytojų požiūris į darbą su vyresnio amžiaus pacientais pagal dominuojančias pacientų grupes.....	50
IŠVADOS.....	56
LITERATŪRA.....	59
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	66
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	67
PRIEDAS.....	69

ĮVADAS

Pastaruosius dešimtmečius visa Europa, kartu ir Lietuva susiduria su gyventojų senėjimu. Didėjantis senyvo amžiaus žmonių skaičius – sudėtingas reiškinys, sukeltas įvairių socialinių ir ekonominių pasekmių. Dvidešimtajame amžiuje išsivysčiusiose šalyse visuomenė įgijo apie 30 papildomų gyvenimo metų. Tai didžiausias laimėjimas, kurio nebuvo pasiekę per praėjusius 5000 metų žmonijos istorijoje. Šis pokytis pakoregavo tai, kas kažkada buvo įprasta ir nekito dešimtmečiais (Butler, 2006, p. 1) Politikai, mokslininkai, visuomenės veikėjai ieško būdų, kaip išvengti problemų, kylančių dėl pasikeitusios demografinės padėties, ir kaip tas problemas spręsti. Mokslininkai vertina ir tiria, kaip tikslingai pasinaudoti naujomis galimybėmis, kurias atveria pailgėjusi piliečių gyvenimo trukmė, ir kokie veiksniai neleidžia vyresnio amžiaus žmonėms būti pilnaverčiais visuomenės dalyviais. Ieškoma būdų ir priemonių, kaip spręsti demografinio senėjimo problemą, kaip sukurti visuomenę, tinkančią įvairaus amžiaus žmonėms, ir didinti kartų solidarumą.

Siekiant strategiškai spręsti visuomenės senėjimo problemas, 2002 m. priimtas Jungtinių Tautų tarptautinis Madrido veiksmų planas, Berlyne patvirtinta Tarptautinio Madrido veiksmų plano dėl visuomenės senėjimo regioninė įgyvendinimo strategija (UNECE Ministrų konferencija visuomenės senėjimo klausimais, 2011). Šioje strategijoje akcentuojama, kad įvairių sričių politika turi būti pritaikyta visokio amžiaus žmonių socialinei raidai – gerovei, sveikatai, gyvenimo kokybei ir garantuoti teisę į sveiką gyvenimą, sveikatos priežiūros paslaugas. Galima teigti, kad susirūpinimas demografiniais pokyčiais ir dėl jų kylančiomis problemomis vis didėja. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas (2007) nutarė parengti nacionalines ataskaitas, kaip užkirsti kelią senyvo amžiaus žmonių orumą žeminančiam elgesiui namuose, stacionarios globos ir gydymo įstaigose. Ištirti ar valstybėse narėse taikomi privalomi globos ir slaugos standartai, ar yra sukurti institucinės kontrolės būdai ir ar sėkmingai šie nurodymai dėl senyvo amžiaus žmonių apsaugos taikomi globaliai namuose ir įstaigose (Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl Senyvo amžiaus žmonių orumą žeminančio elgesio, 2011). Susirūpinimas senyvo amžiaus žmonių diskriminavimu vis auga, tačiau problema dar mažai svarstyta.

2008 metais publikuotas Europos Sąjungoje atliktas tyrimas (Eurobarometer, 2008) parodė, kad Lietuvos gyventojų nuomone, Lietuvoje labiausiai yra diskriminuojami žmonės dėl amžiaus. Net 45 proc. lietuvių mano, jog diskriminacija dėl amžiaus Lietuvoje yra pakankamai paplitusi. Lyginant su 2006m. Eurobarometro duomenimis, kur 53 proc. lietuvių pripažino, kad jų šalyje yra paplitusi diskriminacija dėl amžiaus – situacija šiek tiek gerėja, tačiau vis vien išlieka svarbiausia diskriminacijos forma. Taigi galima teigti, kad ši problema išlieka aktuali. Diskriminacija dėl amžiaus apima daugybę gyvenimo ir veiklos sričių, ypatingai aktuali sveikatos priežiūros įstaigose. Beveik du trečdaliai ES piliečių mano, kad gydytojai ir profesionalūs slaugytojai jų šalyje yra pakankamai gerai

apmokėti, kad galėtų rūpintis specialiais pagyvenusių žmonių poreikiais. Taip mano šiek tiek mažiau nei pusė respondentų Graikijoje, Lietuvoje ir Estijoje (46% -47%) ir kiek daugiau nei 8 iš 10 (82%) respondentų Austrijoje (Eurobarometer, 2009). Taigi Lietuvos gyventojai, lyginant su ES, ne ypatingai pasitiki medicinos personalu, teikiančiu paslaugas pagyvenusiems žmonėms. Europos Parlamento rezoliucijoje dėl ilgalaikės vyresnio amžiaus asmenų priežiūros (2010) valstybės narės raginamos atsižvelgti į gyventojų senėjimo reiškinį. Senstant visuomenei, didėja tobulesnės sveikatos ir socialinės priežiūros poreikis. Galimybė naudotis adekvačiomis sveikatos ir priežiūros paslaugomis yra svarbiausia, tačiau daugeliu atvejų vyresnio amžiaus asmenims teikiamų priežiūros paslaugų kokybė suprastėjo, o tai lemia šių asmenų diskriminaciją. Europos Parlamento rezoliucijoje teigiama, kad pravartu nuolat stebėti šią padėtį bei keistis informacija, politikos idėjomis, pažangiausia šios srities praktika. Tirti ir analizuoti diskriminavimo dėl amžiaus reiškinius raginami Europos mokslininkai, įvairių su šiomis problemomis susijusių sričių tyrėjai. Taigi galima teigti, kad tirti lygių galimybių užtikrinimo problemas sveikatos priežiūros įstaigose yra ypatingai aktualu Europoje ir Lietuvoje.

Pastaraisiais metais Lietuvoje padaugėjo straipsnių, tyrimų diskriminacijos senyvame amžiuje tema. G.Navaičio, A.Burneikienės, R.Trinkūnienės (2008) „Lygių galimybių pažeidimai (amžiaus aspektas)“ tyrimo duomenys atskleidė Lietuvai būdingo diskriminavimo dėl amžiaus tendencijas: žmonės labiausiai jaučiasi diskriminuojami dėl amžiaus profesinėje veikloje; vyresni žmonės jaučiasi labiau diskriminuojami nei jaunesni. S.Mikulionienė (2008) „Diskriminacijos dėl amžiaus samprata viešajame diskurse: asmenų, dirbančių viešajame sektoriuje, atvejis“; S.Mikulionienė (2008) „Diskriminacija dėl amžiaus: samprata, raiškos formos ir sritys“. S.Mikulionienė, I.Mačernytė-Panomariovienė (2007) „Amžiaus diskriminacija viešajame sektoriuje“ nagrinėjama diskriminacija dėl amžiaus šalyje bei tyrimo metodų, tinkamų reiškinio pažinimui, teisės aktų, draudžiančių diskriminaciją dėl amžiaus ar sudarančių pagrindą diskriminacijai dėl amžiaus, nuostatų analizė. V.Kanopienė, S.Mikulionienė (2006) „Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai“ moksliniame straipsnyje analizuojami demografinės padėties pokyčiai ir struktūra Lietuvoje, iššūkiai bei sritys, pareikalausiančios didžiausio valdžios dėmesio ir įsikišimo. Straipsnyje pateikiama išvada, kad dėl negrįžtamo gyventojų senėjimo ir pasireiškimo masto iš esmės keičiasi visuomenės demografinė ir socialinė struktūra bei gamybos, paskirstymo ir vartojimo sistemos. Autorės akcentuoja, kad demografinio senėjimo sąlygomis svarbu minimizuoti papildomas sąnaudas gyventojų senėjimo pasekmių įveikimui ir, kiek įmanoma, maksimizuoti ilgesnės gyvenimo trukmės teikiamą naudą visuomenei ir individams. A.Jurgelėno ir L.Juozulyno (2009) „Visuomenės sveikatos rizikos ir išteklių įvertinimas lygių galimybių aspektu“ tyrime lygios galimybės analizuojamos visuomenės sveikatos socialinės politikos mastu. Tyrime teigiama, kad teisinga visuomenė turi užtikrinti lygias galimybes visiems gyventojams. Mažesnių galimybių sluoksniui priskirtini rizikos, o didesnių – sveikatos išteklių grupėms. Jų santykis parodo lygių galimybių politikos veiksmingumą. Anot autorių,

visuomenės plėtroje yra reiškinių, kurie rizikos požiūriu turi specifinių bruožų. Iš vienos pusės, pagyvenę žmonės patiria didesnę pavojų dėl socialinių, ekonominių, sveikatos veiksnių, iš kitos – senėjanti populiacija yra rizika valstybinių finansų saugumui. Tyrime teigiama, kad senstančioje visuomenėje senėjimo procesas iškreipia išteklių ir rizikos santykį ir padidina sveikatos socialinius skirtumus. Sėkmingai juos įveikti gali sveikatos ir lygių galimybių politika, tikslingai išbalansuodama išteklius ir vertindama rizikas. D.Petkevičienė ir S.Mikulionienė (2005) „Senatvės įvaizdžiai ir stereotipai žiniasklaidoje“ tyrime atskleidė, kad labiau neigiamus, nei teigiamus įvaizdžius ir stereotipus apie senatvės sulaukusius žmones formuoja žiniasklaida - institucija, kuria labiausiai pasitiki Lietuvos visuomenė. S.Mikulionienė (2003) atliko požiūrio į pagyvenusius žmones analizę, kuri parodė, kad valstybės gyventojų nepakankamos žinios apie visuomenės senėjimą kuria terpę neigiamiems jausmams senyvo amžiaus žmonių atžvilgiu, o deklaruojama pagarba senoliams sunkiai dera su diskriminacijos apraiškomis jų atžvilgiu. V.Beresnevičiūtė ir T.Leončikas (2009) „Diskriminacijos suvokimas Lietuvos visuomenėje“ tyrė, kokios diskriminacijos formos Lietuvoje paplitę labiausiai ir analizavo, koks lietuvių požiūris ir šio reiškinio suvokimo mastas.

Lietuvos medikai taip pat yra susidomėję senyvo amžiaus asmenų sveikatos priežiūros kokybe (Brogaitė J., Kairys J., Gaižauskienė A., 2007), paslaugų prieinamumu, gyvenimo kokybe, sveikatos priežiūros organizavimu, gydytojo ir paciento santykiais (Leonavičius V., Plieskis M., Petrauskienė J., 2003; Giedraitytė R., 2008; Danusevičienė L., Jurkuvienė R., 2010), ligotumu (Filipavičiūtė R., Juozulynas A., Butikis M., Butkienė B., Jurgelėnas A., 2008). Apžvelgus šiuos straipsnius, galima daryti išvadą, kad tyrimų, kurių objektai yra įvairūs senatvės aspektai ir diskriminavimas dėl amžiaus, yra nemažai, tačiau mažai tirtas medicinos paslaugų prieinamumas, lygių galimybių užtikrinimas ir medikų požiūris į pagyvenusį pacientą.

Remiantis statistikos duomenimis (Sveikatos informacijos centras, 2010), pagyvenę žmonės dažniausiai lankosi pas bendrosios praktikos gydytojus (toliau – BPG), daugiausiai sergama kraujotakos sistemos ligomis, todėl šiame tyrime dalyvaujantys respondentai: BPG ir vidaus ligų gydytojai.

Tyrimo problema. Remiantis atliktais požiūrio į vyresnio amžiaus žmones, jų įvaizdžio bei diskriminacijos dėl amžiaus tyrimų rezultatais, kurie rodo, kad Lietuvoje vyresnio amžiaus žmonės patiria nevienareikšmį požiūrį į save, o kartais ir diskriminuojantį elgesį savo atžvilgiu, galima numanyti, kad ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigose jie gali susidurti su eidžistinėmis nuostatomis, o gal ir diskriminuojančiu elgesiu. Kadangi pirminės sveikatos priežiūros įstaigos yra gausiai vyresnio amžiaus gyventojų lankomos vietos, jų efektyvus funkcionavimas yra be galo svarbus minėtos kategorijos gyventojų visapusiškos gerovės užtikrinimui. Tyrimo problemą sudaro tai, kad a) iki šiol nėra atlikta mokslinių tyrimų, siekiančių atskleisti, kokia vyresnio amžiaus pacientų situacija pirminės sveikatos priežiūros įstaigose – ar jie kartais nekenčia dėl netinkamo elgesio su jais, eidžistinių

nuostatų bei diskriminuojančios elgsenos iš personalo pusės; b) tyrimų duomenimis, vyresnio amžiaus pacientai vertina gydytojo, pas kurį lankėsi, darbo kokybę žemiau nei vidutiniškai (Černiauskas G., 2010); c) pirminės sveikatos priežiūros įstaigų klientų daugumą sudaro būtent vyresnio amžiaus žmonės.

Pirminės sveikatos priežiūros grandies gydytojai, dažnai patys to nesuvokdami, diskriminuoja senatvės sulaukusius žmones. Gydytojų požiūris į vyresnio amžiaus žmones yra neigiamas. Medicinos personalas remiasi išankstinėmis nuostatomis ir stereotipais apie senus žmones. Galima numanyti, kad Lietuvoje, kaip ir kitose pasaulio šalyse, kuriose buvo atlikti eidžistinių nuostatų ir vyresnio amžiaus žmonių stereotipų tyrimai, vyrauja neigiami stereotipai (Davis, Bond, Howard, Sarkisian, 2011).

Tyrimo tikslas – atskleisti ir įvertinti Lietuvos vyresnio amžiaus žmonių lygių galimybių įgyvendinimą pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrimo objektas –Vyresnio amžiaus žmonių lygios galimybės/diskriminacija pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti teorines individo senėjimo ir vyresnio amžiaus žmonių lygių galimybių analizės prielaidas.
2. Nustatyti veiksnius turinčius įtakos vyresnio amžiaus žmonių lygioms galimybėms.
3. Įvertinti Lietuvos vyresnio amžiaus žmonių lygių galimybių užtikrinimą pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.
4. Įvertinti bendrosios praktikos gydytojų požiūrį į senyvo amžiaus pacientus.

Hipotezės:

1. Vyresnio amžiaus pacientų diskriminavimo apraiškos kyla iš pirminės sveikatos priežiūros sistemos ydų.
 - Bendrosios praktikos gydytojai ir terapeutai gali turėti diskriminacines nuostatas senyvo amžiaus pacientams dėl jiems tenkančio per didelio krūvio.
 - Bendrosios praktikos gydytojai ir terapeutai gali turėti diskriminacines nuostatas senyvo amžiaus pacientams dėl per didelio senyvo amžiaus žmonių kiekio, tenkančio aptarnauti vienam gydytojui.
 - Bendrosios praktikos gydytojai ir terapeutai gali turėti diskriminacines nuostatas senyvo amžiaus pacientams dėl per didelių jų lūkesčių sveikatai ir medicinos galimybėms.
2. Vyresnio amžiaus pacientų diskriminavimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose kyla dėl BPG ir terapeutų subjektyvių nuostatų; stereotipinio požiūrio į vyresnio amžiaus žmones.

Sąvokos:

Diskriminacija – veiksmai, konkrečios grupės nariams uždraudžiantys naudotis ištekliais bei atlygiais, kuriuos gali gauti kiti (Giddens A. 2005).

Diskriminacija dėl amžiaus – išankstinis nusistatymas prieš asmenį ar diskriminavimas dėl amžiaus (Giddens A. 2005).

Lygios galimybės – tarptautiniuose žmogaus ir piliečių teisių dokumentuose ir Lietuvos Respublikos įstatymuose įtvirtintų žmogaus teisių įgyvendinimas nepaisant lyties, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos (Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymas).

Lygybės principas – visuomenės sutvarkymo principas, pagal kurį įvairių socialinių grupių (pavyzdžiui, etninių mažumų, moterų, senyvo amžiaus ir pan.) diskriminacija yra neleidžiama.

Netiesioginė diskriminacija – veikimas ar neveikimas, teisės norma ar vertinimo kriterijus, akivaizdžiai neutrali sąlyga ar praktika, kurie formaliai yra vienodi, bet juos įgyvendinant ar pritaikant atsiranda ar gali atsirasti faktinis naudojimosi teisėmis apribojimas arba privilegijų, pirmenybės ar pranašumo teikimas lyties, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos pagrindu, nebent ši veikimą ar neveikimą, teisės normą ar vertinimo kriterijų, sąlygą ar praktiką pateisina teisėtas tikslas, o šio tikslo siekiama tinkamomis ir būtinomis priemonėmis (Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymas).

Senyvo amžiaus žmonėmis šiame tyrime įvardijami asmenys virš 70 metų, nors PSO (Pasaulinė sveikatos organizacija) pagyvenusio ir senyvo amžiaus žmones skirsto į tokias grupes: nuo 60 iki 74 metų – pagyvenę žmonės, nuo 75 iki 90 metų – seni žmonės. Šiam tyrimui aktualūs asmenys jau pasitraukę iš darbo rinkos, kurių amžius sietinas su didžiausiu sergamumu ir mirštamumu.

Socialinė padėtis – fizinio asmens įgytas išsilavinimas, kvalifikacija ar mokymasis ir studijos mokslo ir studijų sistemai priklausančiose įstaigose, turima nuosavybė, gaunamos pajamos, teisės aktuose nustatytos valstybės paramos poreikis ir (arba) kiti su asmens finansine (ekonomine) padėtimi susiję veiksniai (Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymas).

Tiesioginė diskriminacija – elgesys su asmeniu, kai lyties, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos pagrindu jam taikomos mažiau palankios sąlygos, negu panašiomis aplinkybėmis yra, buvo ar būtų taikomos kitam asmeniui (Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymas).

Ageism – išskyrimas ir išankstinis vertinimas pagal amžių, ignoruojant kitas asmens savybes. Ageismu paprastai yra vadinamas diskriminacinis elgesys, nesvarbu, kokia amžiaus grupė yra diskriminuojama. (T.Nelson, 2005)

Ageizmas yra nusistatymas prieš asmenį ar grupę dėl amžiaus (Europos teisingumo komisijos terminų žodynas).

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (PSP) – tai nespecializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (ASPI) (Sveikatos informacijos centras).

Bendrosios praktikos gydytojas (BPG) – gydytojas, baigęs bendrosios praktikos gydytojo specialybės antrinę arba pertraukiamąją rezidentūrą (iki 1995 metų perkvalifikavimo kursus) ir turintis bendrosios praktikos gydytojo licenciją, galintis savarankiškai vykdyti asmenų pirminę sveikatos priežiūrą nuo gimimo iki mirties, neatsižvelgiant į jų amžių ir lytį.

Asmeninis Ageizmas – neigiamos idėjos, nuostatos, įsitikinimai ir veikla, kuri yra nukreipta prieš asmenis ar grupes, remiantis vien jų amžiumi (Butler, 2006).

Institucinis Ageizmas – diskriminuojantys nurodymai, taisyklės, praktika ar veikla, nukreipta prieš asmenį ar grupę dėl vyresnio amžiaus instituciniu lygiu (Butler, 2006).

Tyčinis Ageizmas – idėjos, nuostatos, taisyklės arba veikla, atliekama žinant, kad tai nukreipta prieš vyresnio amžiaus asmenis ar grupes. Tai pasinaudojimas vyresnio amžiaus asmenų pažeidžiamumu (Butler, 2006).

Netyčinis Ageizmas – idėjos, nuostatos, taisyklės arba veikla atliekami kaltininkui nesuvokiant, kad tai nukreipta prieš asmenis ar grupes dėl jų vyresnio amžiaus (Butler, 2006).

Amžiaus ribojimas – mažiausio ir (arba) didžiausio amžiaus ceno nustatymas kuriuo nors tikslu (Socialinės Apsaugos terminų žodynas).

Asmens sveikatos priežiūra – valstybės pripažįstamų fizinių ar juridinių asmenų veikla, kuria siekiama laiku nustatyti asmens sveikatos sutrikimus, užkirsti jiems kelią ir padėti asmeniui atgauti bei sustiprinti sveikatą (Socialinės Apsaugos terminų žodynas).

1. TEORINIS INDIVIDO SENĖJIMO IR VYRESNIO AMŽIAUS ŽMONIŲ LYGIŲ GALIMYBIŲ ANALIZĖS PAGRINDIMAS

Šiame skyriuje pateikiamas teorinis tyrimo modelis. Siekiama išskirti, apibrėžti ir išanalizuoti veiksnius, turinčius įtakos lygių galimybių užtikrinimui vyresnio amžiaus žmonėms (PSP) srityje, apibrėžti priežastinius analizuojamus ryšius tarp visuomenės sveikatos sistemos ir senyvo amžiaus žmogaus. Šiuolaikinis socialinis mokslas skatina nuolatinį pasirinkimą tarp įvairių paradigmu ir teorijų tam, kad patį reiškinių galima būtų analizuoti skirtingais variantais, ginčytis. Tam turi reikšmės

daugiapasmė, kintanti, dažnai miglota socialinių reiškinių prigimtis, o taip pat vertybinės tyrėjų pozicijos. Taigi šis tyrimas analizuoja, kaip visuomenės požiūris į vyresnio amžiaus asmenis įtakoja sveikatos priežiūros sistemą ir patį senyvo amžiaus žmogų. Kitas abipusis ryšys - tai senstantis žmogus ir sveikatos priežiūra. Kokiomis teorijomis galima paaiškinti šiuos ryšius ir bandyti išvelgti, prognozuoti vyresnio amžiaus žmonių lygių galimybių užtikrinimo galimybių gerinimą (PSP) įstaigose?

Analizuoti lygių galimybių užtikrinimą sveikatos sistemoje galima makro ir mikro lygmeniu. Makro lygyje pagal valstybės nustatytus socialinių projektų prioritetus numatoma, koks procentas valstybės lėšų, skiriamų transportui, krašto gynybai, švietimui ir sveikatos apsaugai turėtų atitekti biomedicininiam tyrimams bei klinikinei praktikai. Taip pat valstybės įstatymų leidėjai, sveikatos organizacijos, privatūs fondai, sveikatos draudimo kompanijos sprendžia, kiek biudžeto lėšų, skiriamų medicinai, turėtų būti investuojama į kiekvieną atskirą projektą. Pavyzdžiui, būtina pasirinkti, kam skirti pirmenybę – onkologinių susirgimų tyrimui, prevencinei medicinai, reabilitacijai, sveikos gyvensenos propagavimui ar gydymo įrangai. Daugeliu atvejų šių lėšų nepakanka visoms sveikatos priežiūros sistemos sritims. Galima pasvarstyti, kaip vyksta lėšų skirstymas, kai jaučiamas jų stygius. Lietuvoje diskutuojama apie paslaugų normavimą, kvotavimą priklausomai nuo paciento amžiaus. Tai daugiausiai nerašytos rekomendacijos, atkeliaujančios iš valstybinių institucijų.

Mikro lygyje prioritetus nustato atskirų sveikatos institucijų darbuotojai, suinteresuoti skirti lėšas konkrečiam ligoniui. Pavyzdžiui, jie turi nuspręsti, kuris iš kelių potencialių pacientų gaus lovą intensyvios priežiūros palatoje. Arba, kam skirti reabilitaciją, insultą patyrusiam keturiasdešimtmečiui ar tokios pat būklės septyniasdešimtmečiui. Ar verta atstatyti sutrikusį širdies ritmą septyniasdešimtmečiui? Tokių klausimų medikams iškyla dažnai. Susirinkimų metu kartais atsiranda tam tikri nerašyti susitarimai, diskriminuojantys senyvo amžiaus pacientus.

1.1. Individo biologinio senėjimo teorinė samprata

Šiuolaikinėje visuomenėje siekiama užtikrinti lygias galimybes senyvo amžiaus visuomenės nariams, nes tai būtina demokratiškos, humaniškos ir saugios visuomenės kūrimo prielaida. Poreikis užtikrinti skirtingo amžiaus visuomenės narių lygias teises yra tiesioginė visuomenės demografinio senėjimo proceso išdava. Labai svarbi sritis senyvo amžiaus žmogui yra sveikatos priežiūra (Nacionalinė gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategija, 2004). Sveikata – tai fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne vien ligos ar negalios nebuvimas, skelbia dar 1948m. priimta PSO Konstitucija.

Šiame skyriuje pristatomos biologinės senėjimo teorijos, nes jomis vadovaujasi didžioji dalis medikų ir visuomenės. Analizuojant šias teorijas, ryškėja medikų požiūris į senstantį žmogų, kaip į niekuo neišsiskiriančią gamtos dalį, užimančią tam tikrą savo vietą ir neturinčią išskirtinės vertės.

Lietuvoje vyrauja kritikuojamas biomedicininis sveikatos modelis, orientuotas į susirgimą (senyvo amžiaus pacientas-biologinis objektas). Biomedicininis požiūris senatvė - tai tarsi patologinė problema. Ji siejama su nykimu, priklausomybe, nenormalumu bei nusidėvėjimu (Phillipson, 1998). Šiuolaikinės biologinio senėjimo teorijos yra dvejopos: 1) stochastinės (teigiančios, kad senėjimo pokyčiai atsiranda atsitiktinai ir kaupiasi laikui bėgant): 2) nestochastinės, teigiančios, kad senėjimas yra iš anksto determinuotas (Bagdonas ir kt., 1998)

Stochastinės senėjimo teorijos. Klaidų katastrofos teorija teigia, kad laikui bėgant atsiranda ir kaupiasi baltymo sintezės klaidos, nulemiančios ląstelių funkcionavimo sutrikimus. Didėjantis ydingos informacijos ląstelėse kiekis ir su tuo susijęs paveldimųjų savybių bei organizmo medžiagų sintezės ydingo poveikio augimas viršija organizmo gebėjimą atkurti ir jo atsparumą. O tai sąlygoja senėjimą ir mirtį (Bagdonas ir kt., 1998, 2001). Jungčių teorija teigia, kad senėjimą sąlygoja proteinų ir kitų ląstelės makromolekulių jungčių susidarymas (Večkienė ir kt., 2002). Nusidėvėjimo teorija teigia, kad organizmas sudarytas iš nepakeičiamų komponentų, kurie laikui bėgant nusidėvi, ir taip žūsta ląstelės, audiniai, organai ir organizmas (Bagdonas ir kt., 1998). Laisvųjų radikalų teorija. Jos tvirtinimu, per tam tikrą laiką susikaupia pažeidimai, sąlygoti laisvųjų radikalų poveikio, ir taip atsiranda senėjimo pokyčiai. Teorija tapo populiari ypač pastaraisiais dešimtmečiais. Ja iš dalies galima paaiškinti senėjimą ir daugelį senatvės ligų (aterosklerozę, išeminę širdies ligą, insultą, demenciją, kataraktą, auglius, artrozę) (Večkienė ir kt., 2002).

Nestochastinės senėjimo teorijos. Stimuliatorių teorija teigia, kad kai kurie organai ir sistemos (ypač imuninė ir neuroendokrininė) yra vidiniai senėjimo stimulatoriai, suprogramuoti senatviniams pokyčiams tam tikru organizmo gyvavimo laikotarpiu. Senėjimo greitis labai priklauso nuo imuninės sistemos – geresnis imuninės sistemos aktyvumas susijęs su ilgaamžiškumu (Večkienė ir kt., 2002). Genetiniai veiksniai, be abejo, smarkiai sąlygoja senėjimo procesą ir ilgaamžiškumą, tačiau jų veikimo mechanizmas nėra gerai perprastas. Žinoma apie 7000 paveldimų sutrikimų, tačiau nė vienas jų ypatingai gyvenimo nepailgina, o kai kurie gyvenimą gerokai sutrumpina. Šie sindromai vadinami priešlaikinės senatvės sindromai (Bagdonas ir kt., 1998). Be minėtų teorijų, literatūroje galima rasti ir kitų senėjimo teorijų.

Biologinių senėjimo teorijų negalima atmesti analizuojant lygių galimybių užtikrinimą vyresnio amžiaus sveikatos priežiūros įstaigose ypač todėl, kad būsimieji medikai studijuoja žmogaus kūną, fiziologiją, biologines senėjimo teorijas, kurios suformuoja būsimajam gydytojui biomedicininį požiūrį. Apžvelgus šias biologinio senėjimo teorijas, galima teigti, kad jos patvirtina tik vieną tiesą-visi gyvi organizmai, tuo tarpu ir žmogus, sensta ir miršta. Jomis besiremianti sveikatos apsaugos sistema dažnai senstančius asmenis įvertina kaip potencialius atvejus ar priklausimą tam tikrai rizikos grupei, eilės tvarka pagal tam tikras amžiaus grupes surūšiuotus kūnus, kuriuos reikia kontroliuoti, normuoti pagal amžių, lytį, socialinę ekonominę padėtį, jiems teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Nors

gyvenimo baigtis yra aiški nuo pat gimimo, tačiau senyvo amžiaus pacientas gydytojui suvokiamas kaip asmuo, kurio laikas greitai baigsis. Dažnai medikas, vadovaudamasis biomedicininio požiūriu, prioritetu pasirenka jaunesnį asmenį ir skiria jam pirmenybę, daugiau dėmesio, resursų ir tokiu būdu neužtikrina lygių galimybių.

1.2. Senyvo amžiaus žmonių lygių galimybių analizės teorinės prielaidos

Dabar aptarsime socialines teorijas aiškinančias priežastis, dėl kurių ne visada pavyksta užtikrinti lygias galimybes senyvo amžiaus žmonėms sveikatos priežiūros įstaigose. A. Roadburgo (1989) nuomone, negali būti suformuluota visa apimanti senėjimo teorija, kaip nėra vienos visa apimančios teorijos apie vaikystę, paauglystę ar suaugystę. Sociologijos paradigmos, tokios kaip struktūrinio funkcionalizmo, konflikto, simbolinės sąveikos, poststruktūralizmo, feminizmo, aiškina Lietuvos senstančioje visuomenėje vykstančius sveikatos priežiūros pokyčius (Kaminskas, 2007). Analizuojant lygių galimybių užtikrinimą vyresnio amžiaus žmonėms, medicinos įstaigose galima remtis ir kitomis socialinės gerontologijos teorijomis: stratifikacijos dėl amžiaus, modernizacijos ir kaupiamosios nelygybės teorijomis, stigmatizacijos arba etikečių klijavimo teorija. Stigmatizacijos ir ageismo teorijomis daugiausiai remiamasi empirinėje darbo dalyje.

Amžiaus stratifikacijos teorija. Žmonių socialiniai sluoksniai ir su amžiumi susiję vaidmenys yra socialinės organizacijos pamatai, kuriais grindžiamas sociokultūrinis, psichologinis ir biologinis gyvenimas (Riley 1996). Socialiniai skirtumai visuomenėje yra hierarchinio pobūdžio, viena grupė asmenų gali turėti palankesnę poziciją nei kita. Taigi stratifikacija pagal amžių - struktūriškai užprogramuota nelygybė. Vyresnis amžiaus visuomenės nariams tampa priežastimi patekti į žemesnę socialinę klasę, prarasti statusą ar tam tikrus vaidmenis (Večkienė ir kt., 2002). Priklausymas vyresnio amžiaus grupei siejamas su pajamų ir sveikatos mažėjimu. Taigi vyresnio amžiaus žmonių grupė gali susidurti su lygių galimybių praradimu tiek visuomeniniame gyvenime, tiek valstybinėse institucijose, paslaugų (taip pat ir medicinos) sektoriuje.

Modernizacijos teorija aiškina senyvo amžiaus žmonių statuso mažėjimą. Sociologai Donaldas Kaugilas ir Lovelas Holmsas (Cowgill ir Holmes, 1972, 1974, 1986) išskyrė vyresniųjų autoriteto mažėjimo modernioje visuomenėje veiksniai: medicinos, gamybos, prekių / paslaugų technologijų pažangą, urbanizacijos plėtrą, raštingumo bei išsimokslinimo įsigalėjimą (Mikulionienė, 2011). Pažangios medicinos technologijos pailgino žmonių gyvenimo trukmę ir prisidėjo prie senyvo amžiaus žmonių dalies visuomenėje didėjimo, o tai sustiprino kartų konkurenciją darbo rinkoje. Tam, kad ji sumažėtų, atsirado senatvės pensijos kaip vyresnio amžiaus žmonių atitraukimo iš darbo rinkos mechanizmas. Mokslinių technologijų pažanga gamyboje ir prekių / paslaugų paskirstyme kuria naujas darbo vietas jauniems asmenims, nes vyresnieji paprastai yra žemesnio arba nepaklausaus

išsilavinimo. Taigi vyresnio amžiaus žmonės nesugeba atlikti socialiai vertinamų naudingų vaidmenų ir jaučiasi atstumti. Urbanizacijos plėtra nulėmė tai, kad jaunimui patraukus į industrinius ir mokslo centrus, senimui likus kaimuose, susilpnėjo ryšiai tarp skirtingų kartų. Tai, savo ruožtu, didina socialinę distanciją tarp kartų, dėl to sumenkėja senų žmonių statusas. Masinis išsilavinimas nulėmė tai, kad jaunimas, tobulėjant švietimui ir mokslui, gauna šiuolaikiškesnį išsilavinimą ir darbo rinkoje aplenkia vyresnius ir užima aukštesnio statuso pozicijas (Mikulionienė, 2011). Tačiau, pasak tyrinėtojų Palmore, Whittington, Watson ir Maxwell, visuomenėms įveikus pradinę modernizacijos stadiją, statusų skirtumai tarp kartų sumažėja (Mikulionienė, 2011). Tai, savo ruožtu, mažina nelygybę. Taigi tam, kad vyresnio amžiaus asmenys nesusidurtų su lygių galimybių pažeidimais bei gerėtų jų socialinis statusas, vertėtų pasitelkti švietimo sistemą, socialinės politikos priemones bei žiniasklaidą.

Kaupiamosios nelygybės teorija K. F. Feraras kartu su kolegomis nagrinėjo, kaip per tam tikrą gyvenimo laikotarpį žmonės susirinko skirtingus pranašumų ir nepalankumų rinkinius. Jie apjungė kaupiamąją pranašumų / nepalankumų, gyvenimo raidos, simbolinės sąveikos, kaupiamojo streso proceso ir lėtinių uždegimų teorijas, sukūrė naują teoriją ir pasiūlė ją vadinti kaupiamosios nelygybės teorija (Mikulionienė, 2011). Minėtoji teorija skatina sociologus, gydytojus, socialinius darbuotojus ir kitus specialistus, dirbančius vyresnio amžiaus žmonių labui, atkreipti dėmesį į vyresnio amžiaus žmogaus nepalankios padėties ištakas: šeimos liniją, paveldimus genus, laiką, praleistą motinos iščiose, vaikystės patirtį. Tai svarbu palankiai / nepalankiai padėčiai ankstyvajame ir vėlesniuose gyvenimo tarpsniuose (Schafer ir kiti, 2011). K.F.Feraras ir T.P.Šipi (Ferraro ir Shippee, 2009, p. 337) suformulavo penkias šios teorijos aksiomas: 1. Socialinės sistemos generuoja nelygybę, kuri pasireiškia demografiniuose ir raidos procesuose per visą žmogaus gyvenimą; 2. Nepalanki situacija didina žmogaus riziką, o pranaši situacija didina palankias progas (galimybes); 3. Gyvenimo raidos trajektorijoms įtakos turi sukaupta rizika, prieinami išteklių ir žmogaus veiksniai; 4. Gyvenimo trajektorijų suvokimas veikia vėlesnio gyvenimo trajektorijas; 5. Kaupiamoji nelygybė gali išprovokuoti ankstyvą mirtį, todėl tiriamųjų atrankos atsitiktinumo pažeidimas gali sudaryti vaizdą, jog tarp vyriausiųjų gyventojų nelygybė mažėja (Mikulionienė, 2011). Teorija aiškina, kaip socialinės sistemos sukuria žmonių nelygybę, ypatingą dėmesį skirdama palankios / nepalankios padėties, nelygybės subjektyviam suvokimui. Taigi ši teorija gali padėti analizuoti lygių galimybių pažeidimus sveikatos priežiūros įstaigose mikro ir makro lygmenimis.

Stigmatizavimo teorija. E. Goffmano (1963) stigmatizavimo teorijoje teigiama, kad stigma yra savybė, elgsena arba reputacija, kuri tam tikru būdu socialiai diskredituoja asmenį: dėl stigos individas kitų žmonių klasifikuojamas, remiantis nepageidaujamais, atstumiančiais stereotipais. Autorius skirsto stigos ženklus į kūniškus (kūno defektai, kūno fizinio grožio stoka), psichinės kilmės (psichikos liga) ir socialinės kilmės (Mikulionienė, 2011).

Stigmatizavimo teorija svarbi ir socialinės gerontologijos tyrimuose (Kuypers, Bengston, 1972). Vyresnio amžiaus žmonių elgesys dažnokai priklauso nuo jų aplinkoje esančių ir jiems svarbių asmenų reakcijos, o aplinkinių reakciją lemia tai, kaip jie suvokia ir vertina vyresnio amžiaus žmones. Stereotipiniai vyresnio amžiaus žmonių įvaizdžiai: „ligotas“, „užmaršus“, „senamadiškas“ ir „nekompetingas“, „visuomenės našta“, gali nulemti išankstinę aplinkos (taip pat ir gydytojų) požiūrį ir nusiteikimą vyresnio amžiaus žmonių atžvilgiu. Vyresnio amžiaus žmogus, kuris priima sau šias neigiamas etiketes, įstumiamas į nepatrauklų silpno, nesigaudančio, praradusio pasitikėjimą asmens socialinį statusą (Mikulionienė, 2011).

Konflikto teorinė perspektyva. Lygių galimybių užtikrinimą vyresnio amžiaus žmonėms sveikatos priežiūroje įstaigose galima nagrinėti remiantis konflikto teorija. Konflikto teorija formavosi Karlo Markso darbų pagrindu, kurio nuomone, klasinis konfliktas sudaro pačią visuomenės esmę. Klasinis konfliktas išskyla todėl, kad žmonės pasiskirstę į skirtingus sluoksnius pagal jų padėtį ekonominėje sistemoje. Mūsų šimtmetyje buvo pasiūlyti keli konflikto teorijos variantai. Viena žymiausių šiuolaikinių teorijų yra vokiečių sociologo Ralfo Darendorfo koncepcija. R. Darendorf atmeta Markso mintį, kad pagrindinės konfliktuojančios visuomenės grupės yra klasės, kurios skiriasi pagal ekonominę poziciją. R. Darendorfo nuomone, pagrindinė konflikto priežastis yra faktas, kad vieni žmonės turi valdžią kitų atžvilgiu.

Gydytojų grupėse susiformavę stereotipai: pacientai dažnai kreipiasi „dėl niekų“ ir perdėtai rūpinasi savo sveikata, „piktinaudžiauja“ sveikatos priežiūros paslaugomis, nevykdo nurodymų. Pacientai savo ruožtu nepaklūsta gydytojo rekomendacijoms, skundžiasi gydytoju. Taigi gydytojas, turintis tam tikras nuostatas senyvo paciento atžvilgiu, turi žinių ir galią bei gali formuoti sveikatos ir ligos apibrėžimus ir taip kontroliuoti situaciją. Kartais ši kontrolė peržengia medicininės kompetencijos ribas ir pereina į organizacijų valdymo, sveikatos priežiūros finansavimo ar kitas sritis, nesusijusias su medicina, todėl išskyla pavojus lygioms galimybėms (E. Peičius, 2005). Senyvo paciento nuomonė vertinama kaip subjektyvi ir neturinti vertės. Be to, reikalaujama besąlygiškai paklusti nurodymams. Šie socialiniai santykiai suteikia daug galios gydytojui ir mažai pacientui. Konflikto teorijos šalininkai akcentuoja kapitalistinio konteksto poveikį gydytojo – paciento santykiams. Galima teigti, kad gydytojo pacientų santykių esmė geriau išreiškiama konfliktu, o ne konsensu. „Atskiri gydytojo ir paciento pasauliai visuomet yra potencialiai konfliktuojantys“ (Freidson, 1970). Peršasi išvada, kad priešiška į senyvo amžiaus pacientus nusiteikęs gydytojas nebūtinai užtikrina lygybę.

2. VEIKSNIAI, TURINTYS ĮTAKOS VYRESNIO AMŽIAUS ŽMONIŲ LYGIOMS GALIMYBĖMS.

Vyresnių kaip 60 metų amžiaus gyventojų ėmė daugėti pastarąjį šimtmetį. 1920 m. Vidutinė baltaodžio vyro gyvenimo trukmė nuo gimimo buvo 54 m., o moters 56 m. 1991 m. tie patys žmonės tikėtasi gyvens 73m. ir 80m.(Barrow, 1996). Prognozuojama, kad 2025 m. kas penktas žmogus bus virš 65 m. amžiaus.

Senėjimui ir pagyvenusių žmonių statusui bei lygybei įtakos turi kultūriniai veiksniai, rasė, tautybė, lytis. Tyrimai parodė, kad senyvo amžiaus kinai, turintys daugiau susiformavusių teigiamų stereotipų apie senatvę, geriau atliko atminties patikros testus, negu tokio paties amžiaus amerikiečiai (Levy; Langer, 1994). Taigi galima teigti, kad kinų kultūra, iš kartos į kartą suformavusi daugiau teigiamų senėjimo stereotipų, padeda išsaugoti tautos senolių psichinę sveikatą.

Senyvo amžiaus žmonės, taip kaip ir visa visuomenė, yra nevienalytė grupė. Svarbu suprasti, kokie veiksniai turės neigiamos įtakos individo senėjimui, kokių veiksmų reikia imtis ir kokias programas įdiegti, kad neutralizuotųsi neigiamas tų veiksmų poveikis senatvei.

R. A. Wienclaw (2009) savo straipsnyje rašo apie du mažumų senėjimo scenarijus. Analizuojant literatūrą pastebėta, kad tam tikrų grupių asmenų tikėtina žymiai didesnė ligų, skurdo ir kitų neigiamų pasekmių rizika senatvėje. Daugialypė diskriminacija – tai kai vienu metu asmens gerovę ir sveikatą įtakoja du reiškiniai: senėjimo procesas ir vienas veiksnys, kuris gali turėti neigiamą poveikį (pvz. rasė, tautybė). Jei veiksmų daugiau, nepalankios rizikos tikimybė gali išaugti keturis kartus (pvz., senstanti moteris, mažumos atstovė, serganti psichikos liga). Vyresnio amžiaus moterys turi didesnę riziką gyventi žemiau skurdo ribos, negu vyrai. Andersen and Taylor (2002) teigia, kad vyresnio amžiaus juodaodės ir ispaniškos kilmės moterys turi didesnę riziką nei vyresni baltaodžiai vyrai ir moterys sirgti hipertenzija, diabetu, kardiovaskulinėmis ligomis, vėžiu.

Kitos hipotezės, priešingai, teigia jaunystėje didelę įtaką individo statusui turėję veiksniai: rasė, tautybė, lytis, senstant praranda savo svarbą. Senyvas amžius išlygina skirtumus tarp žmonių (Richardson,2005). Mažumų statuso įtaka senėjimui tyrinėjama siekiant išsiaiškinti ir numatyti problemas, su kuriomis tenka susidurti įvairioms senstančios visuomenės grupėms.

Taigi senstant visuomenei, labai svarbu ir toliau tirti įvairių veiksmų įtaką senatvei, diegti programas, kurios užtikrintų sveiką ir orų senėjimo procesą visuomenėje.

2.1 Senyvo amžiaus žmonių stereotipai ir visuomenės požiūris

Dvasinė senstančio žmogaus būseną priklauso nuo dviejų dalykų: paties asmens požiūrio į senatvę ir mirtį ir visuomenės požiūrio į senatvę ir senyvo amžiaus žmones. Visuomenės požiūrį

atspindi susiformavę stereotipai. Iš daugybės mitų apie senus žmones galėtume išskirti kelis svarbiausius: senas žmogus ligotas, silpnas, nerangus, neturintis pakankamai lėšų vienišas niurgzlys, prietaringas ir bijantis mirties, palaipsniui prarandantis gebėjimus pasirūpinti savimi ir priimti teisingus sprendimus. S. Collette-Pratl (1976) teigimu, teigiamas požiūris į gyvenimą ir pasitenkinimas priklauso nuo trijų veiksnių: socialinių santykių tęstinumo, finansinės nepriklausomybės ir geros sveikatos. Senatvėje dauguma žmonių susiduria su artimųjų ryšių praradimu, socialine izoliacija, finansiniu bejėgiškumu ar prastėjančia sveikata. Dabartinėje visuomenėje labiausiai vertinamas pasitikėjimas savo jėgomis, savarankiškumas ir nepriklausomybė, todėl asmuo, kuriam reikalinga pagalba, nebeturi vertės.

Svarbu atskleisti, kaip ir kada formuojasi neigiami senyvo amžiaus žmonių stereotipai. Pasak Barrow (1996), vaikai nuo pat mažens mokosi iš pasakų, kad piktadariai yra seni, negražūs. Šimtametės baisiosios raganos, šiek tiek išprotėję ir vieniši pilių seniai, nemirtingasis piktadarys Koščėjus, šykštuolis Skrudžas Makdakas. Snieguolei užnuodytą obuolį paduoda taip pat senė. Reiškia, Joniukas ir Grytutė, Snieguolė, Pelenė, gražuolės princesės ir visi mes turime vengti blogo, seno ir baisaus priešininko. Be to, retai pamatysi teigiamus vyresnio amžiaus žmonių įvaizdžius ir žiniasklaidoje - pažymi Barrow (1996). Lietuvoje taip pat buvo tirti senyvo amžiaus asmenų įvaizdžiai ir stereotipai. Dalia Petkevičienė savo tyrime „Senatvės įvaizdžiai ir stereotipai žiniasklaidoje“ (2005) išskyrė labiausiai paplitusius neigiamus senatvės stereotipus spaudoje. Senyvo amžiaus žmonės vaizduojami kaip besiskundžiantys, neturtingi, prietaringi ir nelankstūs, nuolat nuobodžiaujantys moralizuotojai. Be to – potencialios aukos. Žiniasklaida tiksliausiai atspindi visuomenės požiūrį ir pati jį formuoja. Taigi senatvės stereotipai, bėgant metams, vis įgauna labiau neigiamą atspalvį.

Stereotipai dažnokai perdėtai iškreipia informaciją, tačiau negalima atmesti, kad jie atspindi dalį tiesos. Senyvo amžiaus žmonės priklauso tam tikrai amžiaus grupei, kuri turi savo ypatybių ir poreikių, kaip ir kiekviena kita amžiaus grupė. Senukai tikrai susiduria su problemomis įvairiose gyvenimo srityse. Jiems reikia daugiau dėmesio skirti savo sveikatai, tenka sumažinti savo vartojimo ir bendravimo poreikius. Jaunimas stebi senyvo amžiaus žmones, bijo vientvės, silpnumo, bejėgiškumo, mirties ir stengiasi ją atitolinti. Senatvė primena apie tai, kas neišvengiama.

Gerontologinėje literatūroje sąvoka „stereotipas“ turi neigiamą prasmę. M. Kermis (1984) išskyrė gajausius pagyvenusių žmonių stereotipus šiuolaikinėje visuomenėje: senyvi žmonės yra vargšai, prastos sveikatos, vieniši ir depresuoti silpnapročiai, negalintys produktyviai funkcionuoti visuomenėje ir yra našta savo artimiesiems. Žinoma, visi senyvi žmonės yra vienodi. Taigi šis neigiamas seno pasyvaus žmogaus įvaizdis formuoja nuomonę, kad senyvo amžiaus žmonės – našta sveikiems ir jauniems, o tai sukelia diskomfortą ir kaltės jausmą patiems senukams. Daugelį metų šis stereotipas tik stiprėja. Tai parodo, kad visuomenė nesugeba suformuoti teisingo pozityvaus požiūrio.

Įdomų požiūrį į senėjimo įvaizdžius savo straipsnyje atskleidžia E.K.Mchugh, (2003). Jis teigia, kad 19-ojo amžiaus pradžioje senatvės stereotipai buvo padalinti į du priešingus poliūs: į teigiamą (sveikata, aktyvi senatvė, savarankiškumas, efektyvumas), ir neigiamą (senatvinis ligotumas, nusidėvėjimas, priklausomumas, pasmerkimas) (Mchugh E.K., 2003). Galima prielaida, kad teigiamas poliūs skatina vartotojiškumą ir trečiojo amžiaus gyvenimo būdo klestėjimą (Featherstone and Hepworth, 1991; Blaikie, 1999). Požiūrio centre esantys teigiami stereotipai - antisenėjimas, amžina jaunystė, sėkmingas senėjimas, labai susiję su ilgalaikiais neigiamais senatvės stereotipais: priklausomybė, irimu ir ligomis. Neįmanoma, kad tarp priešingų polių neatsirastų įtampa, kuri neleidžia priimti dviprasmiško ir paradoksalaus senėjimo suvokimo. Visuomenė blaškosi tarp teigiamų ir neigiamų stereotipų, kurie abu yra prisotinti ageismo (Cole, 1992). Sėkmingos kovos su senėjimo įvaizdžiai yra klastingi tuo, kad jie ugdo ir demonstruoja neįmanomus visuomenės idealus. Cole (1992) teigia, kad "mums visiems lemta gyventi baimėje patirti nesėkmę", kur sveikata – kertinis sėkmingo senėjimo pagrindas. Sėkmingas senėjimas yra beprasmiškas idealas, nes „tai negali sumažinti, pakeisti mirties realumo“ Blaikie (1999). Reiktų sutikti su įspėjimu: "Kai amžina jaunystė tampa panacėja, išnyksta gyvenimo prasmė“ Baumann (1992). Taigi tiek neigiami, tiek kraštutiniai teigiami stereotipai gali sukelti senstantiems asmenims įtampą.

Stereotipai išsiskynę ir medicinoje. Vienas populiariausių – senatvė - traktuojama kaip liga. Dažnas asmuo, kuriam virš 60m. yra susidūręs su gydytojais, kurie nenori tirti ir diagnozuoti nugaros ar sąnarių skausmo priežasčių (E. D. Palmore, 2001). Pacientui paaiškinama, kad senatvėje turi skaudėti. Dar pajuokaujama – „jei skauda, gali būti tikras, kad esi gyvas“ arba pašaipiai pasiūloma pasižiūrėti į veidrodį. Gydytojai turėtų pakeisti klinikinį mąstymą. Liga nėra normalus senėjimas. Seni žmonės kenčia ne nuo senatvės, o nuo ligų ir nuo stereotipinio požiūrio.

Medikai dažnai klysta manydami, kad senas reiškia neprotingas. Asmenys, kuriems teko lydėti senyvo amžiaus giminaitį pas gydytojus, neretai stebi keistą situaciją. Medikas apie sveikatos skundus klausinėja ne senyvą pacientą, o jį atlydėjusį asmenį. Elgiasi tarsi senuko visai nebūtų kabinete. Stereotipas, kad senas tolygu silpnaproty, medicinoje pasitaiko gana dažnai.

2.2 Diskriminacija dėl amžiaus – ageismas

Šiame skyriuje analizuojama diskriminacija dėl amžiaus ir jos apibrėžimas. Gerontologas Robert Butler studijavo ageismą daugiau kaip trisdešimt metų. Jis ir sugalvojo terminą "ageism" 1968 metais. Lietuvoje analogiško termino, apimančio visą šio reiškinio prasmę, vis dar nėra. Taigi nesant sąvokos lietuviško atitikmens, toliau bus naudojamas skolinys iš anglų kalbos – ageismas. Dr. Robert Butler ilgus metus vadovavo kovos su ageismu darbo grupei Tarptautiniame Ilgaamžiškumo Centre (Anti-Ageism Taskforce of the International Longevity Center). Darbo grupė įvertino senėjimo sąlygas ir

parengė 2006 m. ataskaitą pavadinimu "Ageizmas Amerikoje." Darbo grupė (Butler, 2006) išskyrė keturis ageizmo tipus:

- Asmeninis Ageizmas – neigiamos idėjos, nuostatos, įsitikinimai ir veikla, kuri yra nukreipta prieš asmenis ar grupes remiantis jų vyresniu amžiumi. Tai atskirtis, ignoravimas, neigiamų amžiaus stereotipų taikymas, žeminimas, smurtas.
- Institucinis Ageizmas - diskriminuojantys nurodymai, taisyklės, praktika ar veikla, nukreipta prieš asmenį ar grupę dėl vyresnio amžiaus instituciniu lygiu. Tai pvz., privalomas išleidimas į pensiją, klinikinių tyrimų vyresnio amžiaus asmenims nebuvimas.
- Tyčinis Ageizmas - idėjos, nuostatos, taisyklės arba veikla, atliekama žinant, kad tai nukreipta prieš vyresnio amžiaus asmenis ar grupes. Tai pasinaudojimas vyresnio amžiaus asmenų pažeidžiamumu (Butler, 2006). Neigiamų stereotipų naudojimą galima sutikti žiniasklaidoje ir rinkodaroje.
- Netyčinis Ageizmas - idėjos, nuostatos, taisyklės arba veikla, atliekami kaltininkui nesuvokiant, kad tai nukreipta prieš asmenis ar grupes dėl jų vyresnio amžiaus. Nepritaikyta, nesaugi kritinėse situacijose aplinka senyvo amžiaus asmenims (potvyniai, karščio bangos, gaisrai).

Tačiau 2007m. straipsnyje "Advancing the Sociology of Ageism" W. Marshall siūlo išskirti dar vieną ageizmo interpretaciją ar tipą – suvokiamą ageizmą. Pasak autoriaus, vien paties asmens ageizmo suvokimas gali paveikti žmogaus sveikatą, jo gerovę, jo elgesį. Diskriminacijos suvokimas gali atrodyti tarsi paranoja. Bet tik todėl, kad kažkas yra paranojikas, nereiškia, jog jis negali pasakyti, kad su juo yra elgiama neteisingai. Nesąžiningo elgesio galima rasti visose gyvenimo srityse, tačiau sudėtingiausiai ir labiausiai išreikštas ageizmas, kai senyvas asmuo yra priklausomas nuo kito asmens už savo priežiūrą. Šiam atvejui galima priskirti ir sveikatos priežiūrą. Pasak R. Butler, yra pravartu pasvarstyti, kaip išmokti gyventi be ageizmo.

Diskriminacija dėl amžiaus Lietuvoje: tyrimų apžvalga. Tyrime diskriminacijos dėl amžiaus terminas siejamas su elgesiu asmens atžvilgiu, kai dėl asmens amžiaus taikomos ne tokios palankios sąlygos, negu panašiomis aplinkybėmis būtų taikomos kitam asmeniui (V. Beresnevičiūtė, 2009). Tai yra gana nauja tyrinėjimo sritis, todėl susiduriama su sąvokų ir terminų painiojimu ir nesupratimu. Diskriminacija yra sudėtingas reiškinys, susijęs su socialiai nepriimtiniu elgesiu, todėl keblumų, tyrinėjant diskriminacijos apraiškas, kyla pateikiant respondentams nepatogius klausimus. Lietuviai nelinkę kalbėti šia tema ir atvirai atsakyti. Apie tai, kad yra diskriminuojami ar elgiasi diskriminuojančiai, dažnai patys nesuvokia.

Pasak 2009m. Socialinių tyrimų instituto kartu su Etninių tyrimų centro paskelbtų tyrimo išvadų, labiausiai paplitusiomis diskriminacijos rūšimis 2008 m. tyrime dalyvavę Lietuvos gyventojai įvardija: diskriminaciją dėl amžiaus (labai paplitusi, gana paplitusi nurodo 43 proc.), negalios (39 proc),

seksualinės orientacijos (35 proc.), žemesnės socialinės padėties (31 proc.), dėl rasės (odos spalvos) ir tautybės (30 proc.), lietuvių kalbos nemokėjimo (27 proc.), dėl lyties (25 proc.), finansinės padėties (25 proc.). Tame pačiame tyrime teigiama, kad sritys, kuriose diskriminacija paplitusi labiausiai, yra darbo santykiai (ieškant darbo, įsidarbinant) (50 proc.), teisėsauga (policija, teismai) (40 proc.), sveikatos priežiūra (35 proc.) (V.Beresnevičiūtė 2009).

Taigi galima teigti, kad senyvo amžiaus pacientas sveikatos priežiūros įstaigose turi didelę riziką patekti į diskriminuojamųjų gretas. Ypatingai, jeigu tai moteris, menkus finansinius išteklius ar žemą socialinę padėtį turintis asmuo. Daugelis žmonių yra patyrę tam tikros rūšies diskriminaciją. Remiantis „Eurobarometro“ duomenimis, kas penktas asmuo nurodė patyręs vienokią ar kitokią diskriminaciją (Eurobarometer, 2008). Tačiau, skirtingai nei kitas diskriminacijos formas, diskriminaciją dėl amžiaus gali patirti kiekvienas ir tikriausiai jau patiria arba patirs ateityje.

Lietuvoje pagyvenę žmonės skundžiasi, kad, sulaukę septyniasdešimties, privalo mokėti už kai kuriuos sveikatos patikrinimus, kurie jaunesniems yra nemokami. Anot Sveikatos apsaugos ministerijos, valstybė įsipareigoja daryti tik tuos profilaktinius sveikatos patikrinimus, kurie naudingi visuomenei ir padeda taupyti. Lygių galimybių kontrolieriai išvelgia diskriminaciją pagal amžių. Lietuvoje vykdoma ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, kurios tikslas – pagerinti ankstyvųjų vėžio stadijų išaiškinamumą ir sumažinti mirtingumą nuo šios ligos, bet yra įtrauktas amžiaus kriterijus. Pagal programą numatytos paslaugos, kurių išlaidos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. Remiantis medicinos mokslo ir praktikos pagrįstais rezultatais, daugelio šalių patirtimi ir ekonominio efektyvumo kriterijais, pagal programą kas 2 metai, reguliariai, turėtų būti tikrinami 50–74 metų amžiaus asmenys, atliekant slauto kraujavimo testą. Prireikus pacientas siunčiamas pas gydytoją specialistą atlikti storosios žarnos tyrimą ir, jei reikia, paimti biopsijos medžiagą. Taip pat pagal šią programą reguliariai turėtų būti tikrinamos 50 – 69 metų amžiaus moterys dėl krūties vėžio, 25 – 60 metų amžiaus moterys – dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų, o širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai skirta programa vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų (Valstybinė ligonių kasa). Taigi šioje programoje tikrai galima išvelgti diskriminaciją dėl amžiaus, nors Sveikatos apsaugos ministerija atmeta šiuos kaltinimus, tikindama, kad savo sprendimus grindžia žmogaus fiziologija.

Daugiausiai tirtos diskriminacijos dėl amžiaus sritys. Pasaulis turi didelį susidomėjimą įvairiomis ageismo apraiškomis. Tyrėjai domisi lygių galimybių pažeidimais dėl amžiaus darbo santykiuose (Mcmullin A., Marshall V., 2001; Loretto W., Duncan C., White P. J., 2000). Šioje srityje pastebima diskriminacija dėl amžiaus yra aktuali didelei visuomenės daliai, todėl ši sritis yra gerai ištirta. Tyrimai rodo, kad senyvo amžiaus asmenys yra vertinami kaip mažiau kompetentingi ir praradę gebėjimus, galimybę įsigyti naujų žinių, aktyvumą. Senyvo amžiaus asmenys įvardijami kaip prasti vairuotojai vien tik todėl, kad priklauso senyvo amžiaus žmonių grupei (Zebrowitz; Montepare, 2000).

Kita ageismo tyrėjų susidomėjimo sritis – senatvės ir senyvo amžiaus asmenų įvaizdžio formavimas žiniasklaidoje. Tyrimai rodo, kad žiniasklaida vyresnio amžiaus asmenis ir senėjimo procesą vaizduoja negatyviai (Cohen ir Kruschwitz, 1990; Dillon ir Jones, 1981; J. D. Robinson, 1995).

Neigiami stereotipai prastai veikia senyvo amžiaus asmenis (Chasteen, 2005; Levy, 1996, 2003; Hess, 2003), todėl yra nemažai tyrimų, kurie analizuoja, kokią įtaką šių stereotipų suvokimas daro asmenų fizinei sveikatai ir pažintinėms funkcijoms (Levy, 2003). Neigiami senėjimo stereotipai gali sukelti elgsenos pokyčius, tokius, kaip vaikščiojimo greičio sulėtėjimas (Hausdorff, Levy & Wei, 1999) arba rašysenos kokybės mažėjimas. Yra įrodymų, kad neigiami senėjimo stereotipai neigiamai veikia senyvo amžiaus asmenų sveikatą: pažinimo pokyčius, padidėjusį širdies ir kraujagyslių stresą (Levy Hausdorff, Hencke, ir Wei, 2000), atminties sutrikimus (Levy, 1996). Tyrėjai domisi, kurie vyresnio amžiaus asmenys yra labiau pažeidžiami (Kang ir Chasteen, 2009) ir kokie veiksniai turi įtakos. Baimė patirti neigiamą senėjimo stereotipą iššaukia stigmatizaciją ir sveikatos sutrikimus. Vyresnio amžiaus žmonių nerimas dėl galimo atminties praradimo gali sukelti didelį atminties našumo sumažėjimą (Chasteen, Bhattacharyya, Horhota, 2005; Hess, Auman, Colcombe ir Rahhal, 2003).

Didelį susidomėjimą tyrėjams kelia ageismo apraiškos sveikatos priežiūroje. Pirminės sveikatos priežiūros gydytojai yra gerai pasirengę palengvinti senėjimą, padėti išsaugoti pagrindinius funkcinis pajėgumus, teikti savo pacientams kokybišką sveikatos priežiūrą ir strategijas (Haberio, 2007; Inui, 2003). Tačiau medicinos gydytojas, kaip ir bet koks žmogus, gali turėti neigiamą požiūrį į senėjimą ir senyvo amžiaus asmenis (Gunderson, Tomkowiak, Menachemi ir Brooks, 2005; Lee, Rubenas, Ferrell, 2005; Richeson; Shelton, 2006; Davis, Bond, Howard, Sarkisian, 2011). Du labiausiai išsiskiriančių medikų grupėje lygių galimybių pažeidimai yra tokie: ligos, skausmas yra „normali“ senyvo amžiaus būseną ir dauguma medikų prioritetu pasirinktų vaikų ir jaunimo gydymą, negu senyvo amžiaus pacientus (Palmore, 1998).

Vaistų skyrimo vyresnio amžiaus britams po miokardo infarkto ir krūtinės anginos antrinei gydymo prevencijai ypatumų tyrimuose pastebėta, kad vyresnio amžiaus pacientams skiriama mažiau vaistų, kurių nauda sveikatai įrodyta (statinai ir beta adrenoblokatoriai). Priežastys, dėl kurių nepakankamai išnaudojama senyvo amžiaus žmonių antrinė prevencija – gydymas vaistais, lieka neaiškios. Tačiau autoriai teigia, kad ribotas vaistų (statinų) skyrimas vyresnio amžiaus žmonėms gali atspindėti specialistų nuomonę, kad neverta pratęsti gyvenimo vyresnio amžiaus žmonėms, arba priešastimi gali būti normavimas, sąnaudos ir kvotos (Ramsay, 2005).

Senyvo amžiaus asmenys patiria ageismą slaugos ir globos institucijose (Dobbs, 2008), sirgdami sunkiomis ligomis: AIDS (Emlet, 2006) arba krūties vėžiu (Hall, 2006). Visame pasaulyje daug diskutuojama apie senyvų žmonių diskriminaciją onkologijoje. Tačiau moksliniai tyrimai išreiškia

labai prieštarinę nuomonę. Vieni tyrimai rodo, kad ageizmas pasireiškia renkantis tam tikrus vėžio gydymo metodus, kiti tai neigia arba kalba labai atsargiai. Be abejonės, tai labai subtili tema.

Rūpinimasis senyvo amžiaus žmonių gerove išsakytas 2011 vasario 8-9 dienomis vykusioje Jungtinių Tautų sesijoje, kurioje buvo diskutuojama pasaulinės sveikatos ir visuomenės senėjimo klausimais. Buvo kalbama ir apie pasaulio senyvo amžiaus žmonių problemas ir diskriminavimą. Niujorko medicinos akademijos pirmininkas, Dr Jo Ivey Boufford pasisakė už tai, kad reikia skirti daugiau dėmesio vyresnių nei 65 metai asmenų ligų diagnostikai, prevencijai ir gydymui.

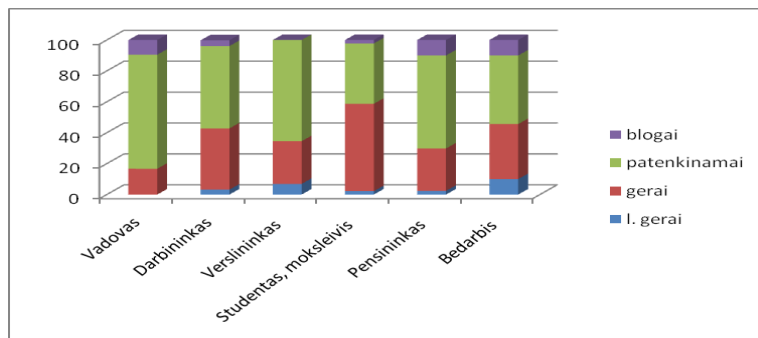
3 VYRESNIO AMŽIAUS ŽMONIŲ LYGIŲ GALIMYGIŲ UŽTIKRINIMAS LIETUVOJE: SITUACIJOS ANALIZĖ.

3.1. Teisinė bazė

Lygių galimybių užtikrinimą ir kokybiškų sveikatos paslaugų teikimą vyresnio amžiaus žmonėms sveikatos priežiūros srityje reglamentuoja šie galiojantys Lietuvos Respublikos ir Europos Sąjungos teisės aktai:

- Lietuvos Respublikos Konstitucija (Žin., 1992, Nr. 33-1014);
- Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. I-1939 (Žin., 1991, Nr. 33-893);
- Sveikatos sistemos įstatymas (Žinios, 1994, Nr. 63-123);
- Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. 64-1842);
- Valstybės ilgalaikės raidos strategija, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimu Nr. IX-1187 (Žin., 2002, Nr. 113-5029);
- Lygių galimybių įstatymas;
- Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas (Žinios, 2002, Nr.: 72-3022);
- Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „DI2003, Nr. 28-1147; Nr. 114-5132);
- Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymu Nr. V-718 (Žin., 2004, Nr. 160-5860);
- Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 metų strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 19 d. nutarimu Nr. 600;
- Jungtinių Tautų Organizacijos Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas 1966m.;
- Jungtinių Tautų Žmogaus teisių 2002 metų rezoliucija Nr. 2002/31 „Dėl kiekvieno teisės naudotis aukščiausio pasiekiamo lygio fizine ir psichine sveikata“;
- ES Lisabonos strategiją ir 2020 m. ES strategija;
- Bendrijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje programa, apimanti 2003 - 2008 m.
- Spalio 23 d. 2007 m. Europos Komisija priimta strategiją "Kartu sveikatos labui: strateginis požiūris 2008-2013m. ES“;
- Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas;
- Europos socialinė chartija;
- Pasaulinės sveikatos organizacijos visuomenės sveikatos priežiūros Europos regione „Sveikata visiems XXI amžiuje“ pagrindiniai principai;
- ES sveikatos strategija.

Nepaisant visų šių dokumentų, Sveikatos ekonomikos centro, Mykolo Romerio ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetų 2010 metais atliktame Lietuvos sveikatos reformos vertinimo tyrime (1. pav), didžioji dauguma pensininkų sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertino patenkinamai arba blogai. Peršasi išvada, kad būtent senyvo amžiaus pacientai medicinos įstaigose negauna deramos priežiūros ir dėmesio.



Šaltinis: sudaryta pagal G. Černiauskas, 2010

1. pav. Respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimą, atsakant į klausimą, kaip yra vertinamas dabartinis sveikatos priežiūros įstaigų darbas (procentais)

Dauguma respondentų teigia, kad medicinos įstaigų darbą vertina patenkinamai. Taigi galima teigti, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje ne viskas gerai.

2010 m. vykdytoje apklausų analizėje matoma, kad pasiektas didžiausias nepasitikėjimas sveikatos apsauga, kuris siekia 33 proc.. Mažiausias nepasitikėjimas buvo 2000 m. –15 proc. Taip pat pasiektas itin mažas pasitikėjimas 30. proc. Didžiausias pasitikėjimas buvo 2000m. – 63 proc. (Sveikatos ekonomikos centras, 2010).

Daugiau nei trys ketvirtadaliai šalies gyventojų yra nepatenkinti sveikatos apsaugos sistemos darbu, o susirgę, į valstybines gydymo įstaigas kreipiasi maždaug 23 proc. žmonių. Pateikiamais savaitraščio Veidas apklausos, kurią atliko "Prime Consulting" duomenimis, tik 6 proc. šalies gyventojų pasitiki Lietuvos sveikatos apsauga, 76,4 proc.apklaustųjų pareiškė esą nepatenkinti, 16,6proc. – patenkinti tik iš dalies.

Turime ir kuo pasididžiuoti - pažanga pacientų teisių srityje. 2009 metais atliktas "Health Consumer Power house" tyrimas parodė, kad Lietuva Europoje pagal pacientų teisių gerbimą yra antroje vietoje po Šveicarijos (Sveikatos ekonomikos centras, 2010).

Verta pasvarstyti, kas turėjo įtakos tokiam neigiamam sveikatos priežiūros vertinimui. Vykstant sveikatos reformai Lietuvoje, pereita prie šeimos gydytojų pirminės sveikatos priežiūros (PSP) modelio. Tačiau pirminėje grandyje šeimos gydytojai išsprendžia mažiau sveikatos problemų nei galėtų. Tai lemia daugelis faktorių: per dideli darbo krūviai, kompetencijos stoka, finansavimo stoka, paciento socialinių sprendimų ir pagalbos ieškojimas, pacientų nepasitikėjimas. Ženkliai sumažėjo

apsilankymų pas gydytoją, tenkančių vienam Lietuvos gyventojui, nuo 13 (1985m.) iki 7 (2009m.). Visų šių veiksnių dėka mažėja šeimos gydytojų pasitenkinimas darbu, nors ir planuoti bruto gydytojų atlyginimai padidėjo. Naudinga pamąstyti, gal vertėtų Lietuvai turėti daugiau geriatrijos specialistų ir įtraukti juos į pirminės sveikatos priežiūros komandą. Tai galėtų palengvinti BPG darbą, sumažinti darbo krūvį, pagelbėti tada, kai jiems trūksta kompetencijos gydyti senyvo amžiaus pacientus. Atsižvelgiant į gyventojų senėjimą, per pastaruosius dvidešimtmečius 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“. Į medicinos ir slaugos studijų programas įtraukti geriatrijos kursai, rezidentūroje rengiami gydytojai geriatrai. Įvertinus geriatrinių problemų aktualumą ir paslaugų poreikius, Sveikatos apsaugos ministras patvirtino „Geriatrinės pagalbos ir sveikatos priežiūros plėtojimo Lietuvoje programą 2003-2007 m.“. Tačiau, ieškant geriatrų veiklos statistinių duomenų analizėse, pastaraisiais metais niekur nepavyksta rasti profesionalių geriatrinių paslaugų teikimo ar geriatro veiklos pėdsakų pirminės sveikatos priežiūros centruose. Gydytojo geriatro konsultacijos teikiamos tik pavienėse specializuotose ilgalaikio gydymo ir geriatrijos centruose. Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje, kuri patvirtinta 2004 m., 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 (Lesauskaitė V., 2005) 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).

Taigi galima teigti, kad taip reikalinga senyvo amžiaus pacientams ambulatorinė geriatrinė pagalba Lietuvoje praktiškai neteikiama, nėra praktikuojančių geriatrijos specialistų netgi didžiosiose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Apie nedidelius geriatrijos centrus, įsteigtus gausiai senyvo amžiaus asmenų gyvenamose teritorijose, taip pat galima tik pasvajoti.

Paminėtina ir tai, kad Lietuvoje neplanuotai mažėja medicinos personalo, o ypač gydytojų. Medikų skaičius 100 tūkst. gyventojų Lietuvoje 1995m. buvo 1250 ir palaipsniui sumažėjo iki 2008m. 1141,5. Palyginimui Europos Sąjungoje 1995m buvo 950 ir išaugo iki 1142,5/100 tūkst. gyventojų. JAV 100 tūkst. gyventojų tenka 1300 gydytojų ir slaugytojų (Sveikatos ekonomikos centras). Išlieka siekiamybė Lietuvoje turėti daugiau gydytojų ir slaugytojų. Nuo 2001 m. įvairių specialybių gydytojų skaičius kito nevienodai. Remiantis higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, per

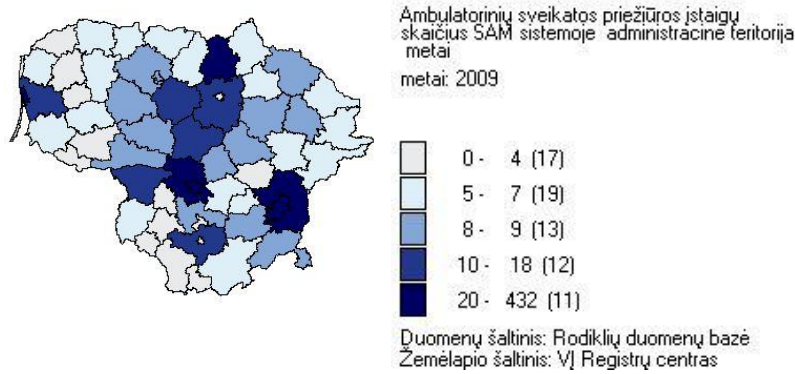
2001-2009 m. laikotarpį šeimos (bendrosios praktikos) gydytojų skaičius padidėjo daugiau kaip 2 kartus, anesteziologų – 20,5 proc., ortopedų traumatologų – 13,8 proc., akušerių ginekologų - 11,6 proc. Labiausiai sumažėjo vaikų (27 proc.) ir vidaus ligų gydytojų (19,5 proc.), nes dalis jų persikvalifikavo į šeimos gydytojus. Nuo 2001 m. specialistų su aukštesniu ar aukštesniu medicininu išsilavinimu (ne gydytojų) sumažėjo 13 proc. 2009 m. jų buvo 31567 arba 94,8/ 10 000 gyv., tarp jų 23383 slaugytojai arba 70,2/10 000 gyventojų (Sveikatos ekonomikos centras, 2010).

Planuotai sutrumpėjo vidutinė gydymosi trukmė stacionare - nuo 19 iki 10 dienų. Taip pat sumažėjo ir stacionarių lovų skaičius (Sveikatos ekonomikos centras, 2010). 2009 m. iš viso Lietuvoje funkcionavo 27155 lovos (81,6/10 000 gyv.). Nuo 2001 m. stacionaro lovų skaičius sumažėjo 15,4 proc. Daugiausiai sumažėjo infekcinių ligų (43 proc.), otorinolaringologijos (44,9 proc.), tuberkuliozės (41,5 proc.), akušerijos ginekologijos (36,9 proc.) lovos, padidėjo slaugos (39,5proc.) lovų skaičius (Sveikatos ekonomikos centras, 2010). Anksčiau stacionarinis gydymas išsprėsdavo daug senyvo amžiaus asmenų sveikatos, o taip pat ir socialinių problemų. Dabar ši našta visiškai perleista PSP įstaigoms.

3.2 Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos senyvo amžiaus žmonėms

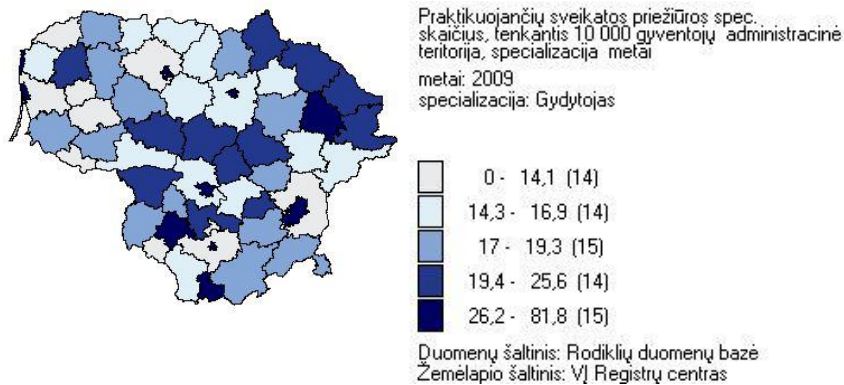
Nacionalinė sveikatos taryba 2000 m. lapkričio 22 d. rezoliucijoje „Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis“ atkreipė dėmesį į būtinumą stiprinti bendrosios praktikos gydytojų instituciją, skatinti privačių bendrosios praktikos gydytojų (nepriklausomų rangovų) veiklos plėtrą, decentralizuoti pirminės sveikatos priežiūros sistemą, skatinti bendrosios praktikos gydytojų motyvaciją atlikti profilaktinį darbą, sveikatos mokymą ir ugdymą, remti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kaimo vietovėse plėtrą (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas). Šioje rezoliucijoje aiškiai matomas valstybės susirūpinimas gyventojų sveikata, siekiama, kuo greičiau sukurti galimybę sveikatos įstaigoms būti arčiau žmogaus. Tai ypatingai svarbu pagyvenusiems asmenims, gyvenantiems kaimo vietovėse. Taigi galima teigti, kad pirminės sveikatos priežiūros institucijos užima pagrindinę vietą sveikatos apsaugoje. Tyrimai patvirtina šios institucijos svarbą. Net 69 proc. visų apsilankymų sudaro apsilankymai pas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius gydytojus: suaugusiems teko 418,8 apsilankymai 100 gyventojų. 61,4 proc. pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikė šeimos (bendrosios praktikos) gydytojai, 12,8 proc. – vidaus ligų gydytojai (Higienos instituto sveikatos informacijos centro statistiniai duomenys, 2009).

Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, daugiausia ambulatorinės sveikatos priežiūros institucijų susitelkę didžiausiuose Lietuvos miestuose, mažiausiai – labiau nutolusiuose nuo pagrindinių miestų rajonuose, rajonų centruose, miesteliuose, kaimuose, šalies pakraščiuose (2 pav.).



2 pav. Ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius SAM sistemoje. Požymiai: administracinė teritorija ir 2009 metai.

Šaltinis: parengta pagal statistikos departamento duomenis(<http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1024>)



3 pav. Praktikuojančių sveikatos priežiūros gydytojų skaičius, tenkantis 10 000 gyventojų 2009m.

Šaltinis: parengta pagal statistikos departamento duomenis(<http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1024>)

Panaši situacija atsiskleidžia analizuojant ir 2009 m. statistikos duomenis apie sveikatos priežiūros specialistų skaičių, tenkanti 10 000 gyventojų. Didžiausias skaičius gydytojų, tenkantis 10000 gyventojų susitelkęs Kaune, Vilniuje, Klaipėdoje, Panevėžyje, Šiauliuose (3 pav.). Tačiau beveik pusė vyresnio amžiaus žmonių (virš 65m.) 2010m. gyveno kaimo teritorijose. Remiantis statistikos duomenimis, Lietuvoje gyveno 534401 vyrų ir moterų, sulaukusių virš 65m. Iš jų net 198854 asmenys gyvena kaimo teritorijose. Taigi galima daryti išvadą, kad labiau nutolusiuose rajonuose senyvo amžiaus pacientai negauna deramos pirminės sveikatos priežiūros, o tai, remiantis R. Butler ageizmo klasifikacija, galima priskirti netyčiniam ageizmui. Senyvo amžiaus, silpnesnės sveikatos, vieniši asmenys neturi galimybės gauti deramą medicinos priežiūrą. Padėtis ypač prastėja esant blogoms klimato sąlygoms, sudėtingam keleivinio transporto organizavimui.

Sveikatos apsaugos ministerijos pavedimu Valstybinė ligonių kasa atliko Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų biudžetų analizę. Surinkti duomenys parodė, kad į pirminės asmens sveikatos

priežiūros įstaigas kartą per 2005 m. kreipėsi 99,4 proc. vaikų iki 17 m., prisirašiusių prie šeimos gydytojų, 82 proc. gyventojų, kuriems per 50 metų ir 68,5 proc. žmonių nuo 18 iki 49 m. Šie skaičiai pagrindžia didesnę gydytojų krūvį, tenkančią prižiūrinti senyvo amžiaus žmones. Išvada paprasta: daugiau nei 30 proc. darbingo amžiaus žmonių nė karto per praėjusius metus nesikreipė pas gydytoją, o dažniausiai besilankantys pacientai yra pagyvenę ir ligoti žmonės. Pagyvenusių žmonių sveikatos vertinimo tyrimas, atliktas 2005m. tai patvirtina – sveikata nėra gera (Juozulynas ir kt., 2005). Net 71,8 proc. pacientų (60m.-98m.) savo sveikatą vertino blogai ir nurodė įvairius susirgimus. Regėjimo sutrikimus nurodė 65,9 proc., aukštą kraujospūdį – 56,1 proc.; nugaros skausmais skundėsi 53,7 proc.; sąnarių ligomis sirgo 54,4 proc.; klausa sutrikusi 38,57 proc. Lietuvos gyventojų sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis yra gana didelis – 61,1 proc. respondentų nurodė širdies-kraujagyslių ligas. Tai patvirtina ir SAM pateikti duomenys. Senyvo amžiaus pacientams būdingas polisergamumas ir turėtų būti skiriamas deramas dėmesys. Problemų struktūroje poliligotumas nuo 2 iki 4 ligų apima 60 proc. miesto gyventojų. Labiausiai paplitusios geriatrinės būklės – šlapimo nelaikymas, galvos skausmai, galvos svaigimas, užimas ausyse, nugaros skausmai – būdingos kas trečiam–penktam gyventojui bei yra pagyvenusių ir senų vyrų ir ypač moterų sveikatos būklės kritinės prielaidos (Jurgelėnas ir kt., 2006). Todėl verta pamąstyti, kas gali turėti įtakos tokiai prastai senyvų lietuvių sveikatai. Tai galėtų būti Lietuvos sveikatos politika, kuri orientuota į ligų gydymą, jos nepakankamas veiksmingumas bei silpnas sveikatos sistemos darbuotojų ir pacientų bendradarbiavimo lygis sveikatos socialinių santykių sferoje (Jurgelėnas ir kt., 2006). Vienas iš daugelio kitų veiksnių galėtų būti neigiami amžiaus stereotipai, ypač, jeigu jais grindžiami gydytojo ir paciento santykiai. JAV atlikti tyrimai parodė, kad senyvo amžiaus kinai, turintys daugiau susiformavusių teigiamų stereotipų apie senatvę, geriau atliko atminties patikros testus, negu tokio paties amžiaus amerikiečiai (Levy & Langer, 1994). Tai paskatino mokslininkus tirti toliau, kokią įtaką senėjimo stereotipai daro vyresnio amžiaus asmenų mąstymui, elgesiui ir sveikatai. Vėlesni Levy ir kolegų tyrimai parodė, kad vyresnio amžiaus asmenys, veikiami neigiamų stereotipų, turėjo prastesnę atmintį, gebėjimą savimi pasirūpinti, suprastėjusius rašymo įgūdžius, menkesnį norą gyventi (Levy, 1996; Levy, 2000; Levy, Ashman, ir Dror, 1999). Tuo tarpu vyresnio amžiaus asmenys, veikiami teigiamų amžiaus stereotipų, dažnai parodė teigiamus pokyčius tose pačiose srityse. Nesąmoningai veikiami neigiamų amžiaus stereotipų dalyviai parodė padidėjusį širdies ir kraujagyslių atsaką į stresą (jiems buvo matuojamas kraujo spaudimas ir širdies susitraukimų dažnis), palyginti su tais, kurie buvo veikiami teigiamų amžiaus stereotipų (Levy et al., 2000). Taigi neigiami amžiaus stereotipai veikė kaip tiesioginiai stresoriai, o teigiami amžiaus stereotipai padėjo apsaugoti dalyvius nuo širdies streso. Autoriai akcentuoja, kad neigiami amžiaus stereotipai gali turėti didelę reikšmę įvairioms organizmo funkcinėms ir psichikos sritims. Pavyzdžiui, jei senam žmogui, veikiamam neigiamo amžiaus stereotipo, sutriko atminties funkcija, tai sukėlė jam

stresą, o stresas, savo ruožtu, dar pablogino atmintines funkcijas. Taigi tyrimai parodė, kad ageismas pavojingas tuo, kad gali pakenkti senyvo amžiaus asmenims, jų psichikai ar sveikatai.

Norint panaikinti ageismą, reikia tirti ir suvokti ne tik didžiulias ir gerai pastebimas diskriminacijos dėl amžiaus pažeidimo formas, bet ir kur kas subtilesnes, kurios veikia mus visus, nepriklausomai nuo amžiaus ar nuomonės apie lygybę. Siekiant sumažinti neigiamų senėjimo stereotipų poveikį, patys gydytojai turėtų išsiaiškinti savo stereotipinį požiūrį į senyvo amžiaus pacientus ir santykį su senatve, o taip pat galėtų prisidėti formuojant teigiamus senėjimo stereotipus.

Europos parlamento ir tarybos sprendimas (1350/2007/EB 2007m. spalio 23d.) ragina skatinti iniciatyvas, siekiant padidinti sveikų gyvenimo metų rodiklį ir skatinti sveiką senėjimą; remti iniciatyvas, skirtas nelygybės sveikatos apsaugos srityje nustatymui, spręsti ir mažinti nelygybę sveikatos srityje, nacionaliniu ir tarpvalstybiniu lygiu, siekiant prisidėti prie gerovės ir sanglaudos.

3.3 Lietuvos sveikatos priežiūros stiprybės ir silpnybės: tarptautinis palyginimas.

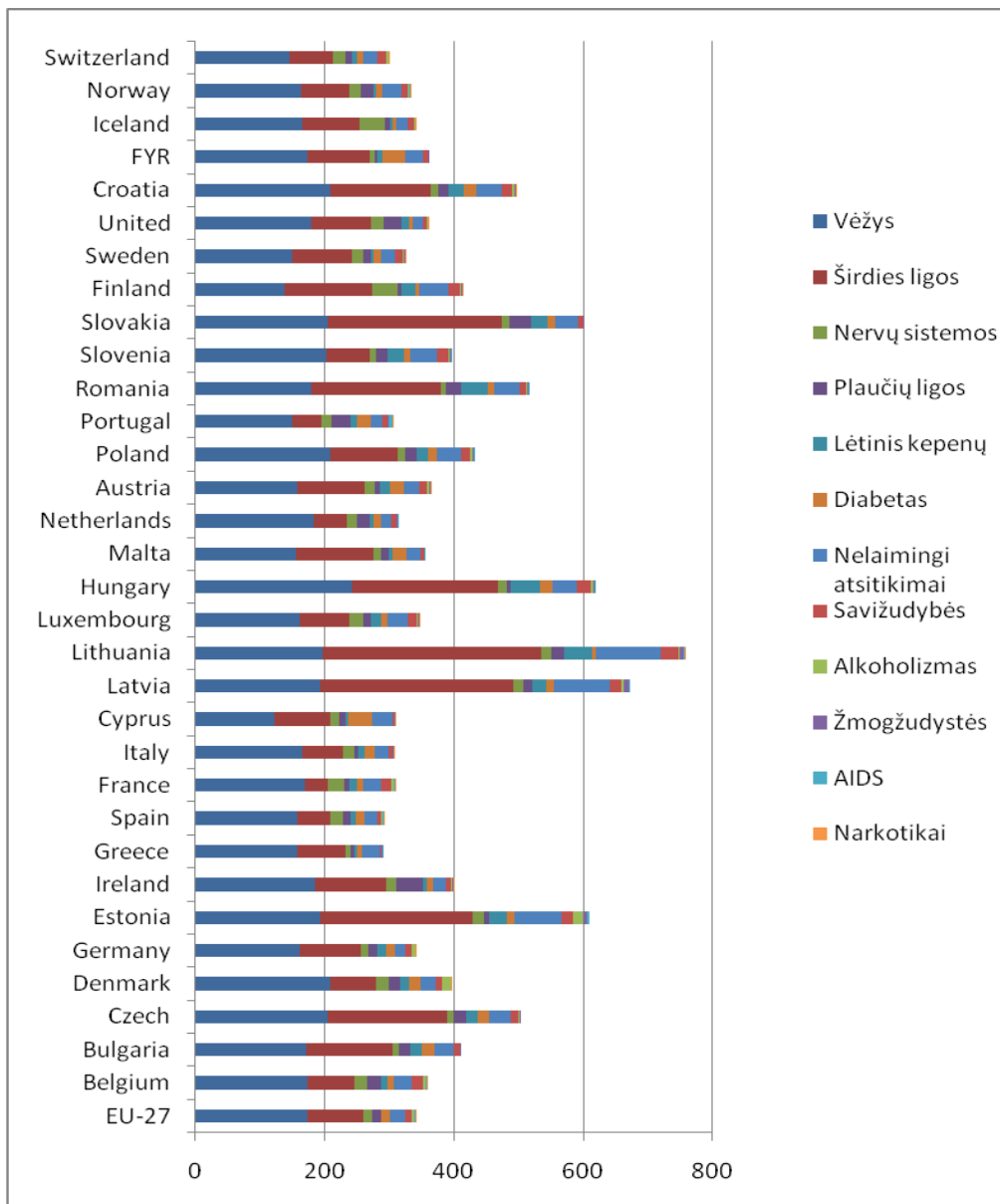
Svarbus ir dažniausiai įvardinamas rodiklis yra vidutinė gyvenimo trukmė. Ji sparčiai ilgėja visoje Europoje. Vis daugėja senų žmonių, auga reikalavimai sveikatos priežiūrai. Tačiau gyventojų sveikatos būklę yra gana sunku išmatuoti, nes ją nulemia daugybė veiksnių: populiacija, geografinė vieta, kultūra, tautybė. Siekiant apibrėžti kokybiško gyvenimo koncepciją, buvo sukurtas dar vienas rodiklis – sveikai išgyventi gyvenimo metai. Tai yra metai, kada asmuo gali gyventi pilnavertį gyvenimą be sunkių lėtinių, fizinių ar psichinių ligų ar invalidumo. Nors šis rodiklis nėra tobulai nusakantis sveikatos situaciją šalyje, jis informatyvesnis nei vidutinio amžiaus ar mirštamumo rodikliai. Siekiant analizuoti Lietuvos gyventojų sveikatos būklę, bus aptarti visi turimi rodikliai ir duomenys.

Analizuodami 2007m. Eurostato duomenis galime pastebėti, kad išgyventi sveikai (be invalidumo), skaičiuojant nuo gimimo, gali tikėti panašus skaičius lietuvių - moterų ir vyrų. Lietuva šiame kontekste atitinka žemesnius, lyginant su kitomis Europos šalimis, rodiklius. Taigi lietuvių moterų, tikėtina, išgyvens be invalidumo maždaug 69m., o lietuviai vyrai apie 59m. (Eurostat yearbook, 2010). Visų Europos šalių šie rodikliai yra panašūs, tik Islandijos, Norvegijos ir Maltos žmonės gali tikėtis ilgesnio sveiko gyvenimo.

Kitas amžiaus rodiklis yra labai svarbus, atsižvelgiant į galimą būsimą sveikatos priežiūros paslaugų paklausą. Tai rodiklis, nusakantis, kiek žmonių gali tikėtis nugyventi sveiką gyvenimą be invalidumo skaičiuojant po 65m. Remiantis Eurostat 2007m. duomenimis ir vertinant šį rodiklį, galima stebėti tai, kad Lietuva kartu su Latvija, Estija, Slovakija yra šalys, kurių gyventojai, tikėtina, pragyvens be invalidumo trumpiausią laikotarpį po 65m. Taigi lietuviai, vyrai ir moterys, gali tikėtis gyventi be invalidumo po 65m. tik penkerius metus. Islandijos žmonės maždaug 16m. Norvegijoje,

Danijoje ir Švedijoje apie 13m. (Eurostat yearbook 2010). Galima daryti išvadą, kad Lietuvoje ateityje didės sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, o taip pat ir išlaidos.

Visas pasaulis, Europos sąjunga, o kartu ir Lietuva, siekia sumažinti mirštamumą nuo įvairių ligų. Dauguma ligų yra susiję su senu amžiumi. Tam, kad Lietuvos žmonės kuo ilgiau gyventų, reikalingos puikios sveikatos paslaugos ir išteklių. Aktualu analizuoti duomenis, kokiomis ligomis labiausiai serga ir dėl ko miršta Europos ir Lietuvos gyventojai. Mirties priežastys yra klasifikuojamos pagal tarptautinį statistinį ligų klasifikavimą (TLK). Bendra ligų ir su jomis susijusių sveikatos problemų klasifikacija reikalinga tam, kad būtų plėtojama ir palaikoma Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenų bazė. Mirties priežasčių statistika yra grindžiama informacija, gauta iš medicininių pažymų. Metiniai duomenys pateikiami absoliučiais skaičiais, kaip standartizuoti mirtingumo rodikliai (4 pav).



4 pav. Mirties priežastys - standartizuotas mirtingumo rodiklis, 2007

Šaltinis: parengta pagal Eurostat yearbook 2010 duomenis

Lietuvoje daugiau nei vidutiniškai žmonių miršta nuo vėžio. Mažiausiai jų nuo šios ligos miršta Kipre, o daugiausiai - Vengrijoje, Danijoje ir Lenkijoje. Standartizuotas mirtingumo nuo prostatos vėžio rodiklis per pastaruosius aštuonerius metus padidėjo 1,2 karto ir buvo vienas didžiausių ES. Daugiausia Lietuvos moterų mirė nuo krūties, skrandžio, gaubtinės žarnos, kiaušidžių ir gimdos kaklelio piktybinių navikų (toliau - PN). 2008 m., lyginant su 2007 m., mirtingumas nuo šių PN padidėjo nežymiai, tačiau standartizuoti mirtingumo rodikliai buvo vieni didžiausių ES (Kalėdienė R., 2010). Paskutiniaisiais metais Lietuvoje įvedama vis daugiau vėžio prevencinės diagnostikos programų: ankstyvosios stadijos prostatos, krūtų, gimdos kaklelio, tiesiosios žarnos nustatymui. Nustatytos skirtingos moterų mirtingumo nuo tiesiosios žarnos vėžio pokyčių kryptys – kaimuose mirtingumas reikšmingai didėjo, o miestuose – mažėjo. Galima manyti, kad miesto senyvo amžiaus žmonės geriau informuojami apie prevencines programas, jiems lengviau pasiekiamos medicinos diagnostikos įstaigos, todėl prevencinė programa duoda teigiamą rezultatą. Vyrų mirtys nuo piktybinių navikų nulėmė 19,7%, o moterų 18,0% iš visų mirčių. Piktybinių navikų dalis mirčių struktūroje nuo 2000 m. nežymiai sumažėjo (Kalėdienė R., 2004). Nepaisant visų pastangų, vyrų Lietuvoje nuo vėžio miršta dvigubai daugiau, nei moterų.

Analizuojant kardiovaskulinių mirčių statistiką, aiškiai matyti, kad Lietuva pirmauja šioje srityje. Tai daugiau nei dvigubai lenkia Europos vidurkį. Vyrų nuo šios ligos miršta dvigubai daugiau nei moterų. Mažiausias mirštamumas nuo šių ligų yra Prancūzijoje, Ispanijoje, Portugalijoje, Nyderlanduose. Tam gali turėti įtakos daugelis veiksnių, kuriuos stengiasi išsiaiškinti tyrinėtojai: sociopsichoekonominė aplinka, klimatas, kultūra, mityba ir t.t. Mirties priežasčių struktūra 2008 m., lyginant su 2000 m., mažai pakito. Pagrindine mirties priežastimi išliko širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (ŠKL), kurių svoris vyrų mirčių struktūroje 2008 m. didžiausias (Kalėdienė R., 2010). Analizuojant Lietuvos sveikatos informacijos centro 2009 m. pateiktus statistinius duomenis, pagrindinė vyresnio amžiaus žmonių virš 64 metų mirties priežastis - kraujotakos ligos (moterų mirštamumas 73,3%, vyrų 58,2%). Piktybinių navikų sukelta mirtis 14,4 proc. tarp moterų ir 23,5 proc. tarp vyrų (Higienos instituto sveikatos informacijos centras, 2009)

Nelaimingų atsitikimų, apsinuodijimų ir traumų (toliau - NAAT) dalis 2008 m. mirčių struktūroje, lyginant su 2000 m., kiek sumažėjo ir sudarė vyrų 16,0 proc., o moterų – 5,3 proc.. Nepaisant to, NAAT procentinė dalis Lietuvos gyventojų mirčių struktūroje išlieka viena didžiausių ES. Ketvirtąją vietą mirties priežasčių struktūroje užėmusios kvėpavimo organų ligos šią poziciją nuo 2005 m. užleido virškinamojo trakto ligoms, kurios 2008 m. mirties priežasčių struktūroje lėmė 5,8 proc. visų mirčių (Eurostat yearbook, 2010).

Lietuvoje nuo plaučių ligų ir nervų sistemos ligų mirštamumas atitinka Europos vidurkį, tačiau pirmajame mirštamumu nuo lėtinių kepenų susirgimų. Šis rodiklis mažiausias Islandijoje, Norvegijoje ir Kipre (Eurostat yearbook, 2010).

Lietuva taip pat pirmauja mirštamumu dėl nelaimingo atsitikimo, nužudymo ar užpuolimo ir savižudybės. Didžiausias vyrų mirtingumo nuo savižudybių rodiklis Lietuvoje nustatytas 1994 m. (81,9/100 000 vyrų), o moterų – 1996 m. (17,1/100 000 moterų) (Kalėdienė R., 2004). Nors savižudybių skaičius Lietuvoje nuo 1996 m. stabilizavosi, autodestrukcinio elgesio epidemija tęsėsi. Nuo 1997 m. savižudybių rodiklis buvo pradėjęs mažėti, tačiau 2000 m. vėl padidėjo. Savižudžių vyrų Eurostato duomenimis (Eurostat yearbook, 2010) 2007 m. buvo daugiau nei penkis kartus daugiau nei moterų, o nukentėjusiųjų dėl nelaimingo atsitikimo - keturis kartus daugiau. Labai panašūs mirštamumo skirtumai tarp vyrų ir moterų pastebėti ir kitose Baltijos šalyse. Taigi pasauliui galime pasirodyti, kaip nelaiminga ir liūdna tauta su nestabilia kriminogenine padėtimi. Galima pasidžiaugti, kad nepirmaujame narkotikų ar alkoholio sukelta mirtimi ir turime vieną žemiausių AIDS mirštamumo rodiklių.

4 BENDROSIOS PRAKTIKOS GYDYTOJŲ POŽIŪRIS Į VYRESNIO AMŽIAUS PACIENTUS

4.1 Empirinio tyrimo metodika

Lygių galimybių užtikrinimo vyresnio amžiaus žmonėms PSP įstaigose tyrimo metodu pasirinkta apklausa, naudojant tyrimo instrumentą – sudarytą anketą (Priedas). Tam, kad tinkamai būtų sudaryta anketa, kad ji būtų aiški ir patikima, remtasi jau išbandytomis užsienio tyrimuose skalėmis: M. Fraboni ageismo skalės (Fraboni Scale of Ageism(FSA), 1990) ir L.R. Aiken(1995) klausimais. Anketinė apklausa garantuoja respondentų anonimiškumą, ji pateikiama užklijuojamuose vokuose, o tai padidina informacijos teisingumą, objektyvumą. Siekiant, kad apklausiamojo pastangos pateikti atsakymus būtų minimalios, anketoje naudojami klausimai yra konkretūs, o atsakymų variantai paprasti ir suprantami. Tyrimo anketa sudaryta, pateikiant klausimus su uždariais, daugiavariantiniais ir skaliniais atsakymų variantais. Anketoje yra pateikti trys atviri klausimai (rizikuojama, kad respondentai juos ignoruos), kuriais siekiama sužinoti jautriausius, ypač aktualius klausimus, neturinčius vieno atsakymo. Tikimasi, kad nors nedidelė dalis respondentų į juos pateiks atsakymus ir suteiks vertingos informacijos tyrimui.

Anketos klausimai (teiginiai) suskirstyti į grupes. Anketa sudaryta iš 12 klausimų. Respondentams pateikti 8 daugiavariantiniai klausimai, iš kurių 5 yra demografiniai ir 4-ios Liketo skalės.

Bendrieji demografiniai respondentų duomenys. Pateikiami paskutiniai penki anketos klausimai, norint išsiaiškinti respondentų lytį, amžių, aptarnaujamos apylinkės dydį, apylinkės pacientų sudėtį pagal amžių, gyvenamąją vietą.

Apklauso organizavimas ir vykdymas.

Tyrimo dalyvių atranka. Kadangi nėra galimybės apklausti visos visumos, respondentams atrinkti buvo pasirinkta tikimybinė sisteminė atranka. 2011 metų birželio – liepos mėnesiais kiekvieną trečiadienį ir ketvirtadienį buvo apklausiami Vilniaus, Kauno, Ukmergės, Utenos, Varėnos, Zarasų, Klaipėdos, Mažeikių, Panevėžio, Telšių, Širvintų, Trakų, Elektrėnų, Molėtų rajonų ir miestų bendrosios praktikos ir vidaus ligų gydytojai.

Tyrimas buvo atliekamas, siekiant neperžengti 5 procentų paklaidos. Norint tenkinti šią sąlygą, reikėjo apklausti tam tikrą respondentų skaičių. Jis apskaičiuotas remiantis žemiau pateikta imties dydžio formule (Paulauskaitė; Vanagas, 1998):

$$n = \frac{1}{(\Delta)^2 + 1} N$$

- n – atrankinės visumos dydis, reikiamas apklausti respondentų skaičius;
- Δ – leidžiamas paklaidos dydis (socialinių mokslų tyimuose standartinė paklaida laikomas 5 %, kurią gauname su 0,95 tikimybe);
- N – generalinė visuma – 6640 Lietuvoje praktikuojantys bendrosios praktikos ir vidaus ligų gydytojai;
- Pagal šią formulę reikalingų apklausti respondentų skaičius lygus:
- $n = 1 / ((0,05)^2 + 1 / 6640) = 194$ respondentų

Duomenų rinkimas. Tyrimą planuota vykdyti 2011 metų birželio – liepos mėnesiais. Paruoštos 200 anketų ir tikimybinės sisteminės atrankos būdu (t.y. viso laikotarpio trečiadieniais ir ketvirtadieniais) pateiktos respondentams. Jas pateikė visoje Lietuvoje lankantys gydytojus 10 (X) farmacinės kompanijos medicinos atstovai. Grįžo 134 anketos. Dalis gydytojų atsisakė pildyti anketas, nes neturėjo laiko dėl per didelio darbo krūvio. Mažiau nei planuota anketų sugrįžo dar ir dėl prasidėjusio atostogų sezono.

4.2 Tyrimo dalyvių sociodemografinis apibūdinimas

Tyrimo rezultatai atskleidžia, kad didžiąją apklaustų gydytojų dalį sudaro moterys. Iš 134 gydytojų buvo apklaustos 123 moterys, o tai sudaro 92 proc. Gydytojų pasiskirstymas pagal lytį atspindi bendrąsias tendencijas – gydytojų profesinėje grupėje ryškus moterų dominavimas. Dėl per mažai į atranką patekusių vyrų gydytojų negalima tinkamai statistiškai įvertinti požiūrio skirtumų tarp abiejų lyčių gydytojų, todėl skirtumai bus vertinami kaip tendencijos.

Kalbant apie gydytojų amžiaus struktūrą, dauguma apklaustųjų gydytojų yra 50 metų ir vyresni. Iki 49 metų gydytojų apklausta 37 proc. Tikėtina, kad gydytojai virš 50 metų mokslus yra baigę tarybiniais laikais, todėl savo praktikoje dažnai dar vadovaujasi tų laikų nuostatomis. Čia taip pat galima išvelgti ir psichologinį aspektą - gydytojas virš 50 metų jau nėra pirmos jaunystės. Atsižvelgiant į šiuos aspektus, amžiaus grupės yra suskirstytos į gydytojus, kurių amžius iki 49 metų, ir gydytojus, kurių amžius virš 50 metų. Tolesnėje analizėje šios grupės bus naudojamos, ieškant požiūrio į senovo amžiaus pacientus skirtumų.

Beveik kas antro (49 proc.) gydytojo aptarnaujamai apylinkei priskiriami 1501-2000 pacientų. Iki 1000 pacientų priklauso 4 proc. gydytojų apylinkėms. 22 proc. gydytojų apylinkei priskirta 1001-1500 pacientų, 19 proc. gydytojų apylinkių priklauso 2001-2500 pacientų. 2500 ir daugiau pacientų krūvis tenka 5 proc. apklaustųjų gydytojų(1 lentelė).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių socialinės ir demografinės charakteristikos.

		N	%
Lytis	Vyras	11	8,2
	Moteris	123	91,8
Amžius	Iki 29 m.	0	0,0
	30-39 m.	12	9,0
	40-49 m.	37	27,6
	50-59 m.	59	44,0
	60-69 m.	25	18,7
	Daugiau nei 70 m.	1	0,7
Pacientų skaičius	Iki 1000 pacientų	5	3,7
	1001-1500 pacientų	30	22,4
	1501-2000 pacientų	65	48,5
	2001-2500 pacientų	26	19,4
	2500 ir daugiau pacientų	6	4,5
	Nenurodė	2	1,5
Pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	54	40,3
	Dominuoja vaikai	1	0,7
	Dominuoja darbingo amžiaus pacientai	19	14,2
	Dominuoja vyresnio amžiaus pacientai	59	44,0
	Nenurodė	1	0,7
Apylinkė aptarnauja	Miesto gyventojus	81	60,4
	Rajono centro gyventojus	21	15,7
	Kaimo gyventojus	29	21,6
	Nenurodė	3	2,2

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu.

Kaip galima pastebėti iš gautų duomenų, 40 proc. gydytojų dirba su įvairaus amžiaus pacientais. 44 proc. gydytojų darbe dominuoja vyresnio amžiaus pacientai. Ši tendencija rodo, kad vyresnio

amžiaus pacientai yra gan dažnai dominuojanti pacientų grupė. Kad gydytojo darbe dominuoja darbingo amžiaus pacientai, nurodė 14 proc. respondentų.

61 proc. tyrimo dalyvių aptarnauja miesto gyventojus, 16 proc. gydytojų dirba su rajono centro gyventojais. Kaimo gyventojus aptarnauja 22 proc. gydytojų.

Detalesnis gydytojų – tyrimo dalyvių socialinių ir demografinių charakteristikų apibūdinimas pateikiamas 1 lentelėje.

Tyrimo rezultatai atskleidžia, kad rajono centro ir kaimo gyventojų gydytojų kontingentas yra vyresnio amžiaus. Didžioji dalis gydytojų yra virš 50 metų. Miestuose gydytojų virš 50 metų dalis mažesnė. Pacientų priskiriamų skaičius daugmaž panašus visose trijose geografinėse vietovėse. Kalbant apie dominuojančias pacientų grupes, kaime ryškiai dominuoja vyresnio amžiaus pacientai, tuo tarpu tiek mieste, tiek rajono centre gydytojai dažniau priima įvairaus amžiaus pacientų. Detalūs pasiskirstymai pagal geografinę vietovę 2 lentelėje.

2 lentelė. Gydytojų socialinių demografinių bruožų pasiskirtymas pagal aptarnaujamą gyvenamąją vietą.

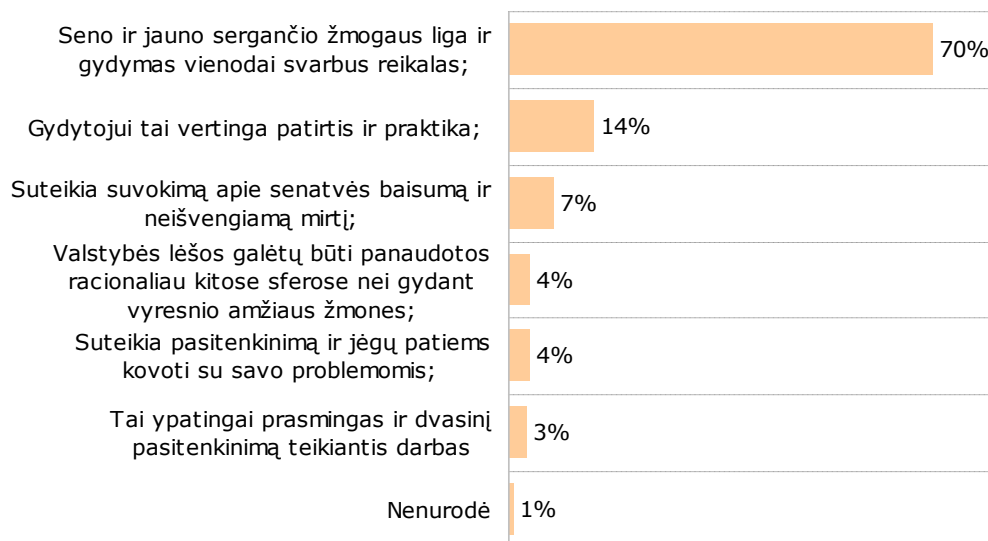
Gydytojai		Miesto gyventojus		Rajono centro gyventojus		Kaimo gyventojus	
		%	N	%	N	%	N
		Lytis	Vyras	4,9	4	9,5	2
	Moteris	95,1	77	90,5	19	86,2	25
	Viso	100	81	100	21	100	29
Amžius	Iki 49 m.	40,7	33	23,8	5	34,5	10
	50 m. ir daugiau	59,3	48	76,2	16	65,5	19
	Viso	100	81	100	21	100	29
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	30,9	25	14,3	3	24,1	7
	1501-2000 pacientų	48,1	39	57,1	12	44,8	13
	2001 pacientas ir daugiau	21	17	28,6	6	27,6	8
	Viso	100	81	100	21	100	28
Aptarnaujamų pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	46,3	37	47,6	10	24,1	7
	Darbingo amžiaus pacientai	16,3	13	19	4	6,9	2
	Vyresnio amžiaus pacientai	37,5	30	33,3	7	69	20
	Viso	100	81	100	21	100	29

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

4.3 Gydytojų darbas su vyresnio amžiaus pacientais

Tyrimo metu gydytojų buvo klausama, kokių minčių kyla, galvojant apie gydytojo darbą su vyresnio amžiaus pacientais. Gauti rezultatai atskleidžia, kad faktiškai tarp gydytojų vyrauja teigiamos nuostatos, t.y., kad seno ir jauno sergančio žmogaus liga ir gydymas vienodai svarbus reikalas. Tokios pozicijos laikosi 70 proc. gydytojų.

14 proc., gydytojų mano, kad vyresnio amžiaus pacientai – gydytojui vertinga patirtis ir praktika. Kiek rečiau gydytojams kilo minčių, kad darbas su vyresnio amžiaus pacientais leidžia susimąstyti apie senatvės baisumą ir neišvengiamą mirtį (8 proc.), valstybės lėšos galėtų būti panaudotos racionaliau kitose sferose nei gydant vyresnio amžiaus žmones (4 proc.), suteikia pasitenkinimą ir jėgų patiems kovoti su savo problemomis (4 proc.), tai ypatingai prasmingas ir dvasinį pasitenkinimą teikiantis darbas (3 proc.) 5 paveikslas.



5 pav. Gydytojų požiūris į darbą su vyresnio amžiaus pacientais

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Lyginant gydytojų požiūrį į darbą su vyresnio amžiaus pacientais buvo patikrinti amžiaus, lyties, aptarnaujamų pacientų skaičiaus bei aptarnaujamų pacientų gyvenvietės tipo kintamieji, nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų. Nors didesnių skirtumų nėra, tačiau pastebimos tam tikros tendencijos, kad gydytojai virš 50 metų (72 proc.) bei tie, kurie turi įvairių pacientų (72 proc.) arba dominuoja vyresnio amžiaus pacientai (73 proc.) dažniau nurodė, kad seno ir jauno sergančio žmogaus liga ir gydymas vienodai svarbus reikalas. Galima tik spėlioti, kas galėtų lemti šias tendencijas: ar gydytojo solidarizacija su vyresnio amžiaus pacientu, nes gydytojas jau garbaus amžiaus, ar darbo praktika su šiais pacientais, ar pacientų pasirinkimas pagal amžių ir humanišką požiūrį. Detalesni rezultatai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Gydytojų požiūris į vyresnio amžiaus pacientus, pagal gydytojų charakteristikas

		N	Seno ir jauno sergančio žmogaus liga ir gydymas vienodai svarbus reikalas; %	Gydytoji tai vertinga patirtis ir praktika; %	Suteikiama suvokimą apie senatvės bausimą ir neišvengiamą mirtį; %	Valstybės lėšos galėtų būti panaudotos racionaliau kitose sferose nei gydant vyresnio amžiaus žmones; %	Suteikia pasitenkimą ir jėgų patiekti kovoti su savo problemomis; %	Tai ypatingai prasmingas ir dvasinį pasitenkinimą teikiantis darbas %
Visi		134	70,1	14,2	7,5	3,7	3,7	3,0
Lytis	Vyras	11	72,7	27,3	0,0	9,1	0,0	0,0
	Moteris	123	69,9	13,0	8,1	3,3	4,1	3,3
Gydytojo amžius	Iki 49 m.	49	67,3	14,3	8,2	4,1	6,1	6,1
	50 m. ir daugiau	85	71,8	14,1	7,1	3,5	2,4	1,2
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	35	62,9	11,4	2,9	2,9	8,6	8,6
	1501-2000 pacientų	65	70,8	13,8	10,8	6,2	0,0	0,0
	2001 pacientas ir daugiau	32	75,0	15,6	6,3	0,0	6,3	3,1
Dominuojančios pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	54	72,2	13,0	9,3	1,9	1,9	5,6
	Darbingo amžiaus pacientai	19	57,9	15,8	10,5	5,3	10,5	0,0
	Vyresnio amžiaus pacientai	59	72,9	13,6	5,1	5,1	3,4	1,7
Aptarnaujama apylinkė	Miesto gyventojus	81	70,4	13,6	7,4	1,2	6,2	3,7
	Rajono centro gyventojus	21	71,4	14,3	4,8	9,5	0,0	0,0
	Kaimo gyventojus	29	65,5	13,8	10,3	6,9	0,0	3,4

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Siekiant ištirti gydytojų požiūrį į vyresnio amžiaus pacientus, buvo užduoti keli šalutiniai klausimai. Tyrimo duomenimis, 2 iš 3 (68 proc.) gydytojų, jei turėtų galimybę, norėtų dirbti su įvairaus

amžiaus asmenimis. 24 proc. gydytojų, jei turėtų galimybę rinktis, kokiai žmonių grupei teikti gydymo paslaugas, mieliau rinktųsi darbingo amžiaus žmones. 6 proc. gydytojų minėjo, kad, esant galimybei rinktis, norėtų dirbti su vyresnio amžiaus žmonėmis. 2 proc. gydytojų mieliau rinktųsi gydymo paslaugas teikti vaikams. Tyrimo rezultatai rodo, kad gydytojai, bent jau deklaratyviai, tarsi nediskriminuoja pacientų, dauguma jų norėtų dirbti su įvairaus amžiaus pacientais (4 lentelė).

Su kokio amžiaus pacientais gydytojai labiau norėtų dirbti žymesnių skirtumų tarp gydytojų charakteristikų nenustatyta. Pastebimos tendencijos, kad su įvairaus ir senyvo amžiaus pacientais dažniau norėtų dirbti gydytojai virš 50 metų (80 proc.), tuo tarpu gydytojai, kurių amžius iki 49 metų (96 proc.) dažniau norėtų dirbti su įvairaus arba darbingo amžiaus žmonėmis. Taigi, vyresnio amžiaus gydytojai patys noriai aptarnauja vyresnio amžiaus pacientus. Gydytojai, kurių apylinkei priskirta 1501 – 2000 pacientų (74 proc.) taip pat dažniau išreiškė norą dirbti su įvairaus amžiaus žmonėmis. Gydytojai, kurie aptarnauja daugiausiai vyresnio amžiaus pacientų, juos ir norėtų aptarnauti (10 proc.) labiau, lyginant su kitomis respondentų grupėmis Galima teigti, kad labiausiai aptarnauti vyresnio amžiaus pacientus norėtų vyresnio amžiaus gydytojai ir gydytojai, kurių aptarnaujamose apylinkėse tyrimo metu dominuoja vyresnio amžiaus pacientai (4 lentelė).

4 lentelė. Gydytojų požiūris į darbą su įvairaus amžiaus pacientus pagal gydytojų charakteristikas

		N	Įvairaus amžiaus asmenimis %	Darbingo amžiaus žmonėmis %	Vyresnio amžiaus žmonėmis %	Vaikais %
Visi		134	67,9	23,9	6,0	2,2
Lytis	Vyras	11	63,6	36,4	0,0	0,0
	Moteris	123	68,3	22,8	6,5	2,4
Gydytojo amžius	Iki 49 m.	49	61,2	34,7	2,0	2,0
	50 m. ir daugiau	85	71,8	17,6	8,2	2,4
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	35	54,3	37,1	5,7	2,9
	1501-2000 pacientų	65	73,8	18,5	6,2	1,5
	2001 pacientas ir daugiau	32	68,8	21,9	6,3	3,1
Dominuojančios pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	54	70,4	24,1	1,9	37
	Darbingo amžiaus pacientai	19	78,9	15,8	5,3	0,0
	Vyresnio amžiaus pacientai	59	62,7	27,1	10,2	0,0
Aptarnaujama apylinkė	Miesto gyventojus	81	69,1	22,2	4,9	3,7
	Rajono centro gyventojus	21	57,1	38,1	4,8	0,0
	Kaimo gyventojus	29	69,0	20,7	10,3	0,0

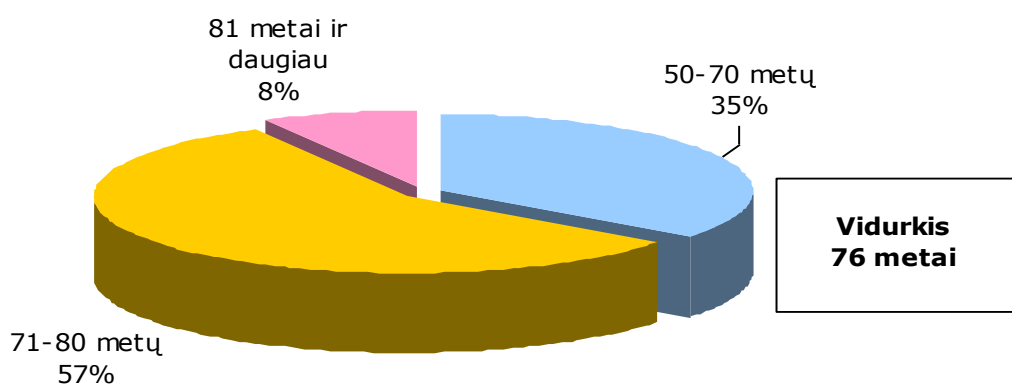
Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

4.4 Gydytojų požiūris į senatvę ženklinantį kalendorinį amžių

Siekiant visapusiškiau iširti gydytojų požiūrį ir nuostatas į vyresnio amžiaus pacientus, svarbu ir išsiaiškinti tai, kaip gydytojai suvokia senatvę ženklinantį kalendorinį amžių. Iš 134 gydytojų 125 gydytojai nurodė amžių, nuo kurio žmogus, jų nuomone, yra senas. Likusieji 9 gydytojai negalėjo įvardinti amžiaus ribos, kada jų nuomone, žmogus laikomas senu. Jie minėjo, kad senatvė priklauso nuo žmogaus, nuo to, kaip jis pats jaučiasi, kad tai priklauso nuo asmenybės, kad žmonės skirtingai sensta ir t.t.

Gydytojų įvardintas amžius, nuo kada žmogus yra senas, buvo suskirstytas į tris grupes. 35 proc. gydytojų nurodė, kad senas žmogus yra 50-70 metų. Daugiau nei pusė (57 proc.) gydytojų nuomone, senas žmogus yra 71-80 metų. Kad senas žmogus yra 81 metų ir vyresnis nurodė 8 proc. apklausoje dalyvavusių gydytojų.

Iš gydytojų pateiktų atsakymų buvo išvestas bendras vidurkis, kada žmogus yra laikomas senu, t.y. 76 metai. (6 pav.)



6 pav. Gydytojų požiūris į senatvę ženklinantį kalendorinį amžių

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Tyrimo rezultatai atskleidžia, kad skirtingos lyties, amžiaus gydytojai panašiai supranta senatvę. Pastebimos nežymios tendencijos, kad tie gydytojai, kurių amžius 50 metų ir daugiau senatvę supranta maždaug 77 metus, o tuo tarpu gydytojai iki 49 metų – 74 metus. Nors skirtumas atrodo nežymus, tačiau duoda motyvų spėlionėms, kad senatvės suvokimas yra ne vien biologinis žmogaus amžiaus suvokimas, bet ir pereina per psichologinę gydytojo prizmę – kuo vyresnis gydytojas, tuo, jo manymu, senatvės amžius yra toliau (5 lentelė).

5 lentelė. Senatvės suvokimas gydytojų akimis. Pagal gydytojų charakteristikas

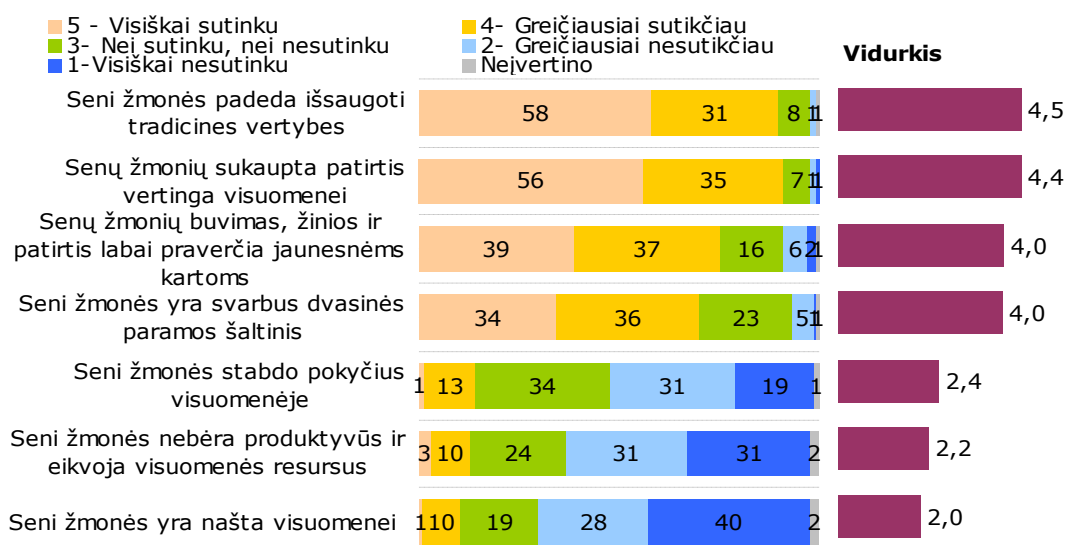
		Nurodyto amžiaus vidurkis
Lytis	Vyras	74,1
	Moteris	75,8
Gydytojo amžius	Iki 49 m.	73,7
	50 m. ir daugiau	76,8
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	74,2
	1501-2000 pacientų	77,1
	2001 pacientas ir daugiau	74,3
Dominuojančios pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	76,0
	Darbingo amžiaus pacientai	77,9
	Vyresnio amžiaus pacientai	74,8
Aptarnaujama apylinkė	Miesto gyventojus	74,9
	Rajono centro gyventojus	78,6
	Kaimo gyventojus	75,8

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

4.5 Gydytojų požiūris į senų žmonių vaidmenį visuomenėje

Gydytojams buvo pateikti teiginiai apie senų žmonių vaidmenį visuomenėje ir prašyta juos įvertinti. Vertinimui gydytojai naudojo 5 balų skalę (7 pav). Kaip galima pastebėti iš tyrimo duomenų, bent jau teoriškai gydytojų grupėje vyrauja teigiamos nuostatos senyvo amžiaus žmonių atžvilgiu. Gydytojai labiausiai pritaria mintims, kad seni žmonės padeda išsaugoti tradicines vertybes (4,5 balo iš 5), senų žmonių sukaupta patirtis vertinga visuomenei (4,4 balo iš 5) (7 pav). Taip pat gana dažnai gydytojai sutiko, kad senų žmonių buvimas, žinios ir patirtis labai praverčia jaunesnėms kartoms (4,0 balo iš 5) bei seni žmonės yra svarbus dvasinės paramos šaltinis (4,4 balo iš 5) (7 pav). Taigi galima daryti išvadą, kad dauguma gydytojų pritaria pozityviems teiginiams apie senus žmones. Galima tik spėlioti, ar šis humaniškas požiūris nėra apsimestinis.

Gydytojai nesutiko su neigiamomis mintimis apie senų žmonių vaidmenį visuomenėje – seni žmonės stabdo pokyčius visuomenėje (2,4 balo iš 5), seni žmonės yra neproduktyvūs ir eikvoja visuomenės resursus (2,2 balo iš 5), seni žmonės yra našta visuomenei (2,0 balo iš 5) (7 pav).



Procentai

7 pav. Gydytojų požiūris į senų žmonių vaidmens visuomenėje

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Nagrinėjant gydytojų atsakymus pagal įvairias charakteristikas, nustatyta, kad gydytojai, kurių apylinkei priskirta iki 1500 pacientų (2,5 balo iš 5) statistiškai reikšmingai dažniau pritarė teiginiui, kad seni žmonės nebėra produktyvūs ir eikvoja visuomenės resursus, lyginant su tais gydytojais, kurių apylinkėje yra daugiau nei 2000 pacientų, šie teiginį įvertino 1,7 balo iš 5, ($p=0,004$, $p<0,05$). Kitų teiginių vertinimas tarp skirtingų grupių gydytojų panašus. Išsamūs rezultatai 6 lentelėje.

6 lentelė. Senų žmonių vaidmens visuomenėje vertinimas. Pagal gydytojų charakteristikas

		Seni žmonės padeda išsaugoti tradicines vertybes*	Senų žmonių sukauptą patirtį vertinga visuomenei*	Seni žmonės yra svarbus dvasinės paramos šaltinis*	Seni žmonės yra našta visuomenei*	Seni žmonės nebėra produktyvūs ir eikvoja visuomenės resursus*	Senų žmonių buvimas, žinios ir patirtis labai praverčia jaunesnėms kartoms *	Seni žmonės stabdo pokyčius visuomenėje*
Visi	Vidurkis	4,5	4,4	4,0	2,0	2,2	4,0	2,4
Lytis	Vyras	4,3	4,2	3,6	1,8	2,4	4,0	2,9
	Moteris	4,5	4,5	4,0	2,0	2,2	4,0	2,4
Gydytojo amžius	Iki 49 m.	4,4	4,4	4,1	2,0	2,2	4,0	2,3
	50 m. ir daugiau	4,5	4,5	3,9	2,0	2,2	4,1	2,5
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	4,4	4,3	3,9	2,4	2,5	4,0	2,5
	1501-2000 pacientų	4,5	4,4	4,0	1,9	2,3	4,1	2,5
	2001 pacientas ir daugiau	4,5	4,5	4,2	1,8	1,7	4,0	2,3
Dominuojančios pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	4,5	4,5	3,9	2,0	2,4	4,0	2,6
	Darbingo amžiaus pacientai	4,5	4,5	3,8	2,2	2,2	3,9	2,5
	Vyresnio amžiaus pacientai	4,4	4,4	4,1	2,0	2,1	4,1	2,3
Aptarnaujama aplinkė	Miesto gyventojus	4,5	4,3	4,0	2,1	2,3	3,9	2,4
	Rajono centro gyventojus	4,5	4,6	4,0	2,3	2,5	4,3	2,9
	Kaimo gyventojus	4,4	4,6	4,0	1,7	1,8	4,4	2,4

* vertinimų vidurkiai skalėje nuo „1“ (visiškai nesutinku) iki „5“ (visiškai sutinku)

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

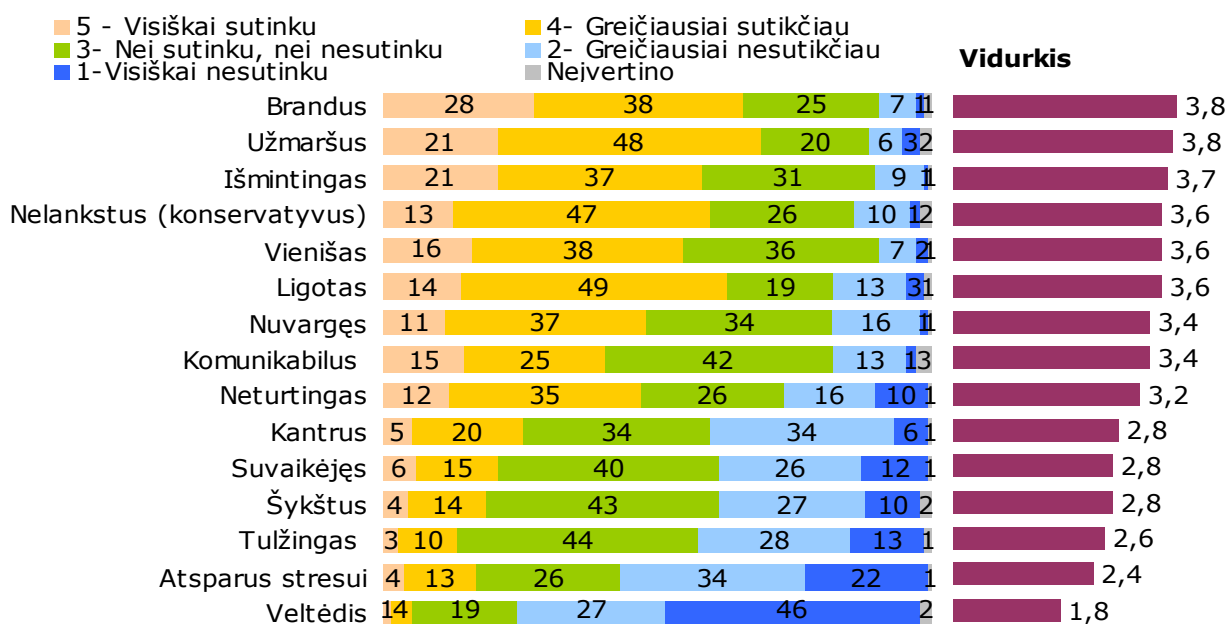
4.6. Gydytojų požiūris į senovo amžiaus žmonėms būdingas savybes

Siekiant visapusiškai ištirti gydytojų požiūrį į senovo amžiaus pacientus, jiems buvo pateiktas asmeninių savybių sąrašas ir prašoma įvertinti, koku mastu iš šios savybės apibūdina senovo amžiaus

žmones. Gauti rezultatai atskleidžia tendenciją, kad gydytojų požiūris yra stereotipizuotas. Jie vadovaujasi daugiausiai neigiamais stereotipais.

Gydytojai dažniausiai pritaria, kad senyvo amžiaus žmogus yra brandus (3,8 balo iš 5), užmaršus (3,8 balo iš 5), išmintingas (3,7 balo iš 5), nelankstus (konservatyvus) (3,6 balo iš 5), vienišas (3,6 balo iš 5), ligotas (3,6 balo iš 5), nuvargęs (3,4 balo iš 5), komunikabilus (3,4 balo iš 5), neturtingas (3,2 balo iš 5) (8 pav.). Taigi gydytojai senyvo amžiaus asmenims priskiria daugiau neigiamų nei teigiamų savybių. Dauguma (63 proc.) pritaria teiginiui, kad senyvas žmogus ligotas, taip sutapatindami senėjimo procesą su liga (8 pav.). Sunku pasakyti, kaip ši išankstinė nuostata įtakoja gydytojo elgesį su senyvo amžiaus pacientais atliekant savo profesinę pareigą. Tam reikėtų atlikti kokybinį tyrimą. Antrą ir penktą vietą užimantys pritarimai, kad senyvo amžiaus žmogus yra užmaršus (69 proc.) ir vienišas (54 proc.), rodo išankstinius negatyvius nuostatas, prie kurių dar kartą bus sugrįžtama, analizuojant 9 paveiksle atspindėtus rezultatus.

Gydytojai linkę nesutikti, kad senyvo amžiaus žmogus „veltėdis“ (1,8 balo iš 5), „atsparus stresui“ (2,4 balo iš 5), „tulžingas“ (2,6 balo iš 5) (8 pav.).



Procentai

8 pav. Gydytojų požiūris į senyvo amžiaus žmonėms būdingas savybes

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empyriniu tyrimu

Asmeninių savybių vertinimas tarp gydytojų charakteristikų iš esmės skiriasi nežymiai. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, tačiau galima įžvelgti tendencijas, kad gydytojai iki 50 metų dažniau priskiria senyvo amžiaus žmogui apibūdinimą brandus (4,0 balo iš 5). Tuo tarpu gydytojai, kurių darbe dominuoja darbingo amžiaus žmonės, rečiau mano, kad senyvo amžiaus žmogus yra išmintingas (3,4 balo iš 5). Detalesni rezultatai pateikiami 7-8 lentelėse.

7 lentelė. Senyvo amžiaus žmonėms būdingų savybių vertinimas pagal gydytojų charakteristikas

		Ligot as*	Išmin tingas *	Nuva rgęs*	Komu nikab ilus*	Bran dus*	Vieni šas*	Kant rus*	Tulži ngas*
Visi	Vidurkis	3,6	3,7	3,4	3,4	3,8	3,6	2,8	2,6
Lytis	Vyras	3,5	3,7	3,4	3,3	3,4	3,4	3,1	2,8
	Moteris	3,6	3,7	3,4	3,4	3,9	3,6	2,8	2,6
Gydytojo amžius	Iki 49 m.	3,5	3,7	3,2	3,4	3,7	3,5	2,8	2,6
	50 m. ir daugiau	3,6	3,7	3,5	3,4	4,0	3,6	2,9	2,6
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	3,8	3,7	3,5	3,2	4,0	3,8	2,8	2,6
	1501-2000 pacientų	3,6	3,7	3,4	3,4	3,8	3,6	3,0	2,6
	2001 pacientas ir daugiau	3,2	3,7	3,3	3,6	3,8	3,4	2,7	2,6
Dominuojan čios pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	3,7	3,8	3,5	3,3	3,9	3,4	2,8	2,7
	Darbingo amžiaus pacientai	3,3	3,4	3,5	3,4	3,7	3,8	3,1	2,7
	Vyresnio amžiaus pacientai	3,6	3,6	3,3	3,4	3,8	3,7	2,9	2,5
Aptarnauja ma apylinkė	Miesto gyventojus	3,7	3,7	3,4	3,4	3,9	3,7	2,8	2,6
	Rajono centro gyventojus	3,7	3,6	3,6	3,4	3,6	3,3	2,8	2,8
	Kaimo gyventojus	3,5	3,7	3,2	3,4	3,9	3,5	2,9	2,4

* vertinimų vidurkiai skalėje nuo „1“ (visiškai nesutinku) iki „5“ (visiškai sutinku)

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

8 lentelė. Senyvo amžiaus žmonėms būdingų savybių vertinimas pagal gydytojų charakteristikas

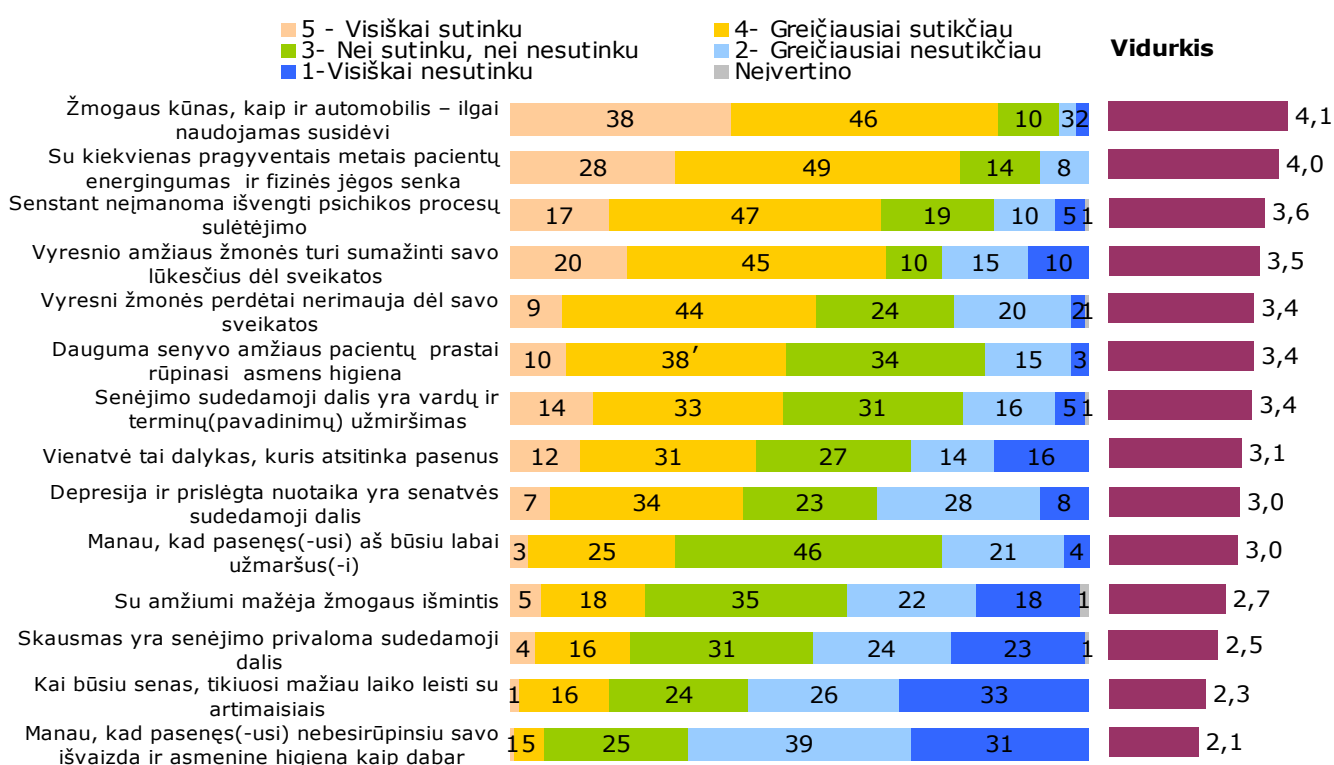
		Veltėdis	Neturtingas	Užmaršus	Atsparus stresui	Nelankstus	Šykštus	Suvaikėjęs
Visi	Vidurkis	1,8	3,2	3,8	2,4	3,6	2,8	2,8
Lytis	Vyras	2,0	2,5	3,6	2,7	3,4	2,5	2,8
	Moteris	1,8	3,3	3,8	2,4	3,6	2,8	2,8
Gydytojo amžius	Iki 49 m.	2,0	3,2	3,6	2,4	3,5	2,7	2,8
	50 m. ir daugiau	1,8	3,2	3,9	2,4	3,7	2,8	2,8
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	1,8	3,6	4,2	2,3	3,8	2,8	2,6
	1501-2000 pacientų	1,9	3,2	3,8	2,5	3,6	2,9	3,0
	2001 pacientas ir daugiau	1,7	2,9	3,3	2,4	3,4	2,4	2,4
Dominuojančios pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	1,8	3,1	3,8	2,4	3,5	2,7	2,7
	Darbingo amžiaus pacientai	1,9	3,4	3,7	2,7	3,6	3,0	2,9
	Vyresnio amžiaus pacientai	1,8	3,3	3,8	2,4	3,6	2,7	2,8
Aptarnaujama apylinkė	Miesto gyventojus	1,9	3,4	3,9	2,4	3,6	2,9	2,8
	Rajono centro gyventojus	1,7	3,0	3,6	2,6	3,7	2,8	2,8
	Kaimo gyventojus	1,8	3,1	3,6	2,3	3,6	2,4	2,7

* vertinimų vidurkiai skalėje nuo „1” (visiškai nesutinku) iki „5” (visiškai sutinku)

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Tyrimo buvo pasinaudota teiginiais (Davis ir kt., 2011), tiriančiais požiūrį į amžių ir senatvę. Gauti rezultatai atskleidžia, kad labiausiai gydytojai sutinka su teiginiais, kad žmogaus kūnas, kaip ir automobilis – ilgai naudojamas susidėvi (4,1 balo iš 5) ir su kiekvienais išgyventais metais pacientų energingumas ir fizinės jėgos senka (4,0 balo iš 5) (9 pav.). Pakankamai dažnai gydytojai pritaria teiginiams, kad senstant neįmanoma išvengti psichikos procesų sulėtėjimo (3,6 balo iš 5), vyresnio amžiaus žmonės turi sumažinti savo lūkesčius dėl sveikatos (3,5 balo iš 5), vyresni žmonės perdėtai nerimauja dėl savo sveikatos (3,4 balo iš 5), dauguma senyvo amžiaus pacientų prastai rūpinasi asmens higiena (3,4 balo iš 5), senėjimo sudedamoji dalis yra vardų ir terminų (pavadinimų) užmiršimas (3,4 balo iš 5) (9 pav.). Taigi net 65 proc. gydytojų pritaria, kad senyvo amžiaus pacientai turi sumažinti savo lūkesčius dėl sveikatos ir 53 proc. vyresni žmonės perdėtai nerimauja dėl savo sveikatos, tuo patvirtindami tyrimo hipotezę, kad bendrosios praktikos gydytojai ir terapeutai diskriminuoja senyvo amžiaus pacientus dėl per didelį jų lūkesčių sveikatai (9 pav.). Vidurio pozicijos, t.y. nei sutinka, nei nesutinka gydytojai, vertindami šiuos teiginius - vienatvė tai dalykas, kuris atsitinka pasenus (3,1 balo

iš 5), depresija ir prislėgta nuotaika yra senatvės sudedamoji dalis (3,0 iš 5), manau, kad pasenęs (-usi) aš būsiu labai užmaršus(-i) (3,0 iš 5) (9 pav.). Taigi neigiamos išankstinės nuostatos vyrauja daugumos gydytojų atsakymuose. Rečiau gydytojai sutiko su šiais teiginiais - su amžiumi mažėja žmogaus išmintis (2,7 balo iš 5), skausmas yra senėjimo privaloma sudedamoji dalis (2,5 balo iš 5), kai būsiu senas, tikiuosi mažiau laiko leisti su artimaisiais (2,3 balo iš 5), manau, kad pasenęs (-usi) nebesirūpinsiu savo išvaizda ir asmenine higiena kaip dabar (2,1 balo iš 5). Svargu pastebėti, kad dauguma gydytojų suvokia, kad skausmas nėra privaloma senėjimo proceso dalis, todėl tikėtina, kad skausmą sieja su liga, o ne su senatve ir imasi atsakomybės. (9 pav.)



Procentai

9 pav. Teiginių apie senyvo amžiaus asmenis vertinimas

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Atlikti testai parodė, kad statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, tačiau iš duomenų, pateiktų 9 - 10 lentelėse, galima įžvelgti tam tikrą tendenciją. Gydytojai, kuriems 50 metų ir daugiau, dažniau sutiko su teiginiais, kad su kiekvienais nugyventais metais pacientų energingumas ir fizinės jėgos senka (4,1 balo iš 5), dauguma senyvo amžiaus pacientų prastai rūpinasi asmens higiena (3,5 balo iš 5),

depresija ir prislėgta nuotaika yra senatvės sudedamoji dalis (3,5 balo iš 5), vienatvė tai dalykas, kuris atsitinka pasenus (3,3 balo iš 5) (9 lentelė).

9 lentelė. Teiginių apie senyvo amžiaus asmenis vertinimas. Pagal gydytojų charakteristikas

		Vyresnio amžiaus žmonės turi sumažinti savo lūkesčius dėl sveikatos*	Žmogus kūnas, kaip ir automobilis – ilgai naudojamas susidėvi*	Skaumas yra senjimo privaloma sudedamoji dalis*	Su kiekvienais metais pacientų energingumas ir fizinės jėgos senka*	Dauguma senyvo amžiaus pacientų prastai rūpinasi asmens higiena*	Depresija ir prislėgta nuotaika yra senatvės sudedamoji dalis*	Vyresni žmonės perdėtai nerimauja dėl savo sveikatos*
Visi	Vidurkis	3,5	4,1	2,5	4,0	3,4	3,0	3,4
Lytis	Vyras	3,1	3,8	2,2	4,4	3,6	2,9	3,5
	Moteris	3,5	4,2	2,6	3,9	3,3	3,0	3,4
Gydytojo amžius	Iki 49 m.	3,4	4,1	2,4	3,8	3,2	2,8	3,2
	50 m. ir daugiau	3,5	4,2	2,6	4,1	3,5	3,2	3,5
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	3,7	4,3	2,6	4,0	3,3	3,1	3,3
	1501-2000 pacientų	3,6	4,1	2,6	4,0	3,5	3,0	3,5
	2001 pacientas ir daugiau	3,1	4,1	2,4	3,9	3,2	2,9	3,2
Dominuojančios pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	3,6	4,2	2,5	3,9	3,3	3,0	3,6
	Darbingo amžiaus pacientai	3,4	4,0	2,9	3,9	3,4	3,0	3,4
	Vyresnio amžiaus pacientai	3,4	4,1	2,5	4,0	3,5	3,0	3,2
Aptarnaujama apylinkė	Miesto gyventojus	3,6	4,2	2,5	4,0	3,4	3,1	3,5
	Rajono centro gyventojus	3,8	4,4	2,9	4,0	3,6	3,2	3,5
	Kaimo gyventojus	3,1	3,8	2,4	3,9	3,2	2,7	3,0

* vertinimų vidurkiai skalėje nuo „1“ (visiškai nesutinku) iki „5“ (visiškai sutinku)

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Būtina atkreipti dėmesį į tai, kad didelė dalis gydytojų, pritarusių teiginiui, kad dauguma senyvo amžiaus asmenų prastai rūpinasi asmenine higiena (3,4 balo iš 5), mąstydami apie savo senatvę, nelinkę pritari teiginiui „manau, kad pasenęs(-usi) nebesirūpinsiu savo išvaizda ir asmenine higiena kaip dabar“ (2,1 balo iš 5) (10 lentelė). Galima daryti prielaidą, kad gydytojai apie savo senėjimą galvoja pozityviau, negu apie savo pacientų – taigi vadovaujasi išankstinėmis neigiamomis nuostatomis. Analogiška situacija kartojasi ir su teiginiu, kad senstant neįmanoma išvengti psichikos procesų sulėtėjimo (10 lentelė). Jam pritarė (3,6 balo iš 5). Tačiau vėliau esančiame kitame teiginyje, kuris nukreiptas tiesiai į respondentą „manau, kad pasenęs (-usi) aš būsiu labai užmaršus (-i)“ pritarimas ženkliai sumažėja (3 balo iš 5) (10 lentelė).

10 lentelė. Teiginių apie senyvo amžiaus asmenis vertinimas. Pagal gydytojų charakteristikas

		Kai būsiu senas, tikiuosi mažiau laiko leisti su artimaisiais*	Senėjimo sudedamoji dalis yra vardų ir terminų (pavadinimų) užmiršimas*	Vienatvė tai dalykas, kuris atsitinka pasenus*	Senstant neįmanoma išvengti psichikos procesų sulėtėjimo*	Su amžiumi mažėja žmogaus išmišimi*	Manau, kad pasenęs(-usi) aš būsiu labai užmaršus(-i)*	Manau, kad pasenęs(-usi) nebesirūpinsiu savo išvaizda ir asmenine higiena kaip dabar*
Visi	Vidurkis	2,3	3,4	3,1	3,6	2,7	3,0	2,1
Lytis	Vyras	2,9	3,3	2,7	3,7	2,7	3,3	2,5
	Moteris	2,2	3,4	3,1	3,6	2,7	3,0	2,0
Gydytojo amžius	Iki 49 m.	2,1	3,1	2,6	3,6	2,7	3,0	2,2
	50 m. ir daugiau	2,4	3,5	3,3	3,6	2,7	3,0	2,0
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	2,3	3,6	3,1	3,8	2,5	3,1	2,4
	1501-2000 pacientų	2,2	3,4	3,1	3,5	2,9	3,0	2,0
	2001 pacientas ir daugiau	2,2	3,0	2,9	3,7	2,6	2,9	1,8
Dominuojančios pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	2,3	3,2	3,0	3,5	2,5	2,9	2,1
	Darbingo amžiaus pacientai	2,6	3,6	3,3	3,7	2,9	3,0	2,6
	Vyresnio amžiaus pacientai	2,2	3,4	3,1	3,7	2,8	3,1	1,9
Aptarnaujama aplinkė	Miesto gyventojus	2,3	3,3	3,0	3,6	2,6	3,0	2,0
	Rajono centro gyventojus	2,4	3,4	3,4	3,9	3,0	3,2	2,1
	Kaimo gyventojus	2,2	3,6	3,1	3,5	2,7	3,0	2,2

* vertinimų vidurkiai skalėje nuo „1“ (visiškai nesutinku) iki „5“ (visiškai sutinku)

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis atliktu empiriniu tyrimu

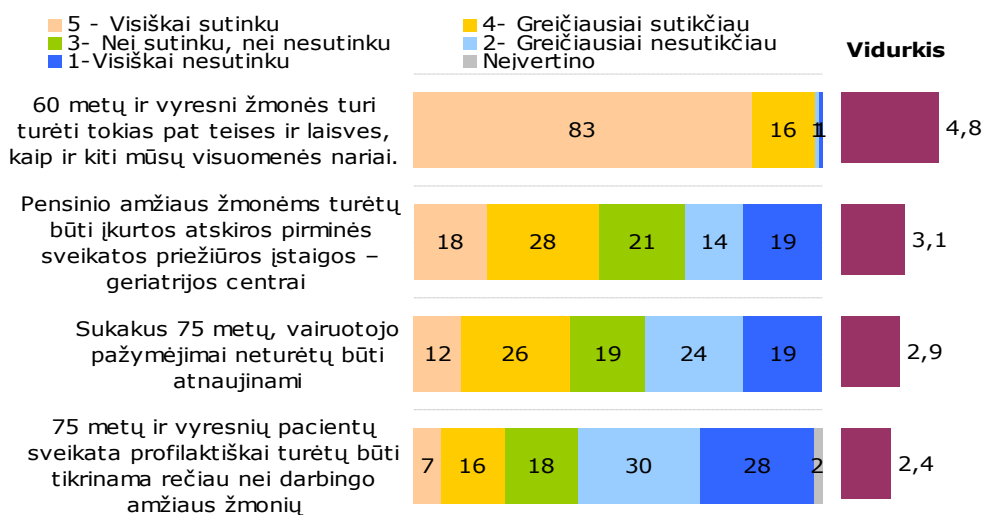
Vienatvės senatvėje tyrimo teiginys „vienatvė tai dalykas, kuris neišvengiamai atsitinka pasenus“ sulaukė kur kas didesnio pritarimo (3,1 balo iš 5), negu asmeninis teiginys - “kai būsiu senas(-a), tikiuosi mažiau laiko praleisti su artimaisiais“ (2,3 balo iš 5) (10 lentelė). Taigi galima padaryti išvadą,

kad daugeliu klausimų gydytojų nuostatos yra neigiamos ir labai skiriasi nuo asmeninio savęs kaip senstančio asmens senėjimo proceso įsivaizdavimo ir vertinimo. Šią išvadą patvirtina ir anksčiau aptarti rezultatai (8 pav.) Senyvo amžiaus žmonėms būdingų savybių vertinime dauguma respondentų pritarė, kad senyvo amžiaus žmogus yra užmaršus (69 proc.) ir vienišas (54 proc.).

Išvada: selektyvus senatvės stereotipų vartojimas.

4.7 Gydytojų požiūris į vyresnio amžiaus žmonių teisių įgyvendinimą

Gydytojų buvo prašoma įvertinti teiginius, susijusius su senyvo amžiaus žmonėmis, kuriais siekiama išsiaiškinti gydytojų (ne)pritarimą diskriminuojančiai elgsenai su vyresnio amžiaus žmonėmis. Pastebėta, kad tyrimo dalyviai deklaruoja teigiamą, humanišką senyvo amžiaus žmonių suvokimą. Tai patvirtina tai, kad gydytojai pritaria, kad 60 metų ir vyresni žmonės turi turėti tokias pat teises ir laisves, kaip ir kiti mūsų visuomenės nariai (83 proc. gydytojų visiškai sutinka su teiginiu), bendras teiginio vertinimas (4,8 balo iš 5) (10 pav.). Vadinasi, su šiuo teiginiu absoliuti dauguma gydytojų sutinka. Kad pensinio amžiaus žmonėms turėtų būti įkurtos atskiros pirminės sveikatos priežiūros įstaigos – geriatrijos centrai - bendras sutikimo vidurkis (3,1 balo iš 5). Kad, sukakus 75 metams, vairuotojo pažymėjimai neturėtų būti atnaujinami, gydytojai laikosi neutralios nuomonės, tai rodo ir bendras vertinimas (2,9 balo iš 5). Vis tik svarbu pažymėti, kad 38% respondentų greičiausiai arba visiškai sutiko su šiuo teiginiu, kas parodo, kad diskriminacijos apraiškų PSP įstaigose gali pasitaikyti.



Procentai

10 pav. Gydytojų požiūris į vyresnio amžiaus žmonių teisių įgyvendinimą.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Gydytojai nesutinka su vyresnio amžiaus žmonių diskriminavimu, teikiant sveikatos paslaugas – teiginiu, kad „75 metų ir vyresnių pacientų sveikata profilaktiškai turėtų būti tikrinama rečiau nei darbingo amžiaus žmonių“ (2,4 balo iš 5) (10 pav.). Visgi sutinkančių su šiuo teiginiu yra kas penktas 23%.

Analizuojant gydytojų pažiūras pagal jų socialines demografines charakteristikas atsiskleidė kai kurie ypatumai. Gydytojai, kurių apylinkėse yra daugiau nei 1501 pacientų statistiškai dažniau nurodė, kad 60 metų ir vyresni žmonės turi turėti tokias pat teises ir laisves, kaip ir kiti mūsų visuomenės nariai, lyginant su tais gydytojais, kuriems tenka mažesnis pacientų skaičius iki 1500 pacientų ($p=0,014$, $p<0,05$) (11 lentelė).

Taip pat iki 1500 pacientų apylinkes aptarnaujantys gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nurodė, kad 75 metų ir vyresnių pacientų sveikata profilaktiškai turėtų būti tikrinama rečiau nei darbingo amžiaus žmonių ($p=0,002$, $p<0,05$). Taigi peršasi išvada, kad gydytojai, aptarnaujantys daugiau pacientų, turi mažiau diskriminuojantį ir humaniškesnį požiūrį į senyvo amžiaus pacientus. Gautas rezultatas paneigia iškeltą hipotezę, kad bendrosios praktikos gydytojai ir terapeutai diskriminuoja senyvo amžiaus pacientus dėl jiems tenkančio per didelio krūvio (11 lentelė).

11 lentelė. Gydytojų požiūris į vyresnio amžiaus žmonių teisių įgyvendinimą atsižvelgiant į jų socialines, demografines charakteristikas, balais.

		60 metų ir vyresni žmonės turi turėti tokias pat teises ir laisves, kaip ir kiti mūsų visuomenės nariai*	Sukakus 75 metų, vairuotojo pažymėjimai neturėtų būti atnaujinami *	75 metų ir vyresnių pacientų sveikata profilaktiškai turėtų būti tikrinama rečiau nei darbingo amžiaus žmonių*	Pensinio amžiaus žmonėms turėtų būti įkurtos atskiros pirminės sveikatos priežiūros įstaigos – geriatrijos centrai*
Visi	Vidurkis	4,8	2,9	2,4	3,1
Lytis	Vyras	4,7	2,9	2,9	3,9
	Moteris	4,8	2,9	2,4	3,0
Gydytojo amžius	Iki 49 m.	4,8	2,9	2,2	3,1
	50 m. ir daugiau	4,8	2,8	2,5	3,1
Pacientų skaičius	Iki 1500 pacientų	4,5 ¹	3,1	2,6	3,5
	1501-2000 pacientų	4,8 ²	3,0	2,7	3,0
	2001 pacientas ir daugiau	4,9	2,5	1,7	2,7
Dominuojančios pacientų grupės	Yra įvairaus amžiaus pacientų	4,7	2,9	2,3	3,0
	Darbingo amžiaus pacientai	4,8	2,7	2,8	3,5
	Vyresnio amžiaus pacientai	4,8	2,9	2,4	3,0
Aptarnaujama apylinkė	Miesto gyventojus	4,8	3,0	2,4	3,3
	Rajono centro gyventojus	5,0	3,0	2,6	2,8
	Kaimo gyventojus	4,8	2,6	2,4	2,6

* vertinimų vidurkiai skalėje nuo „1“ (visiškai nesutinku) iki „5“ (visiškai sutinku)

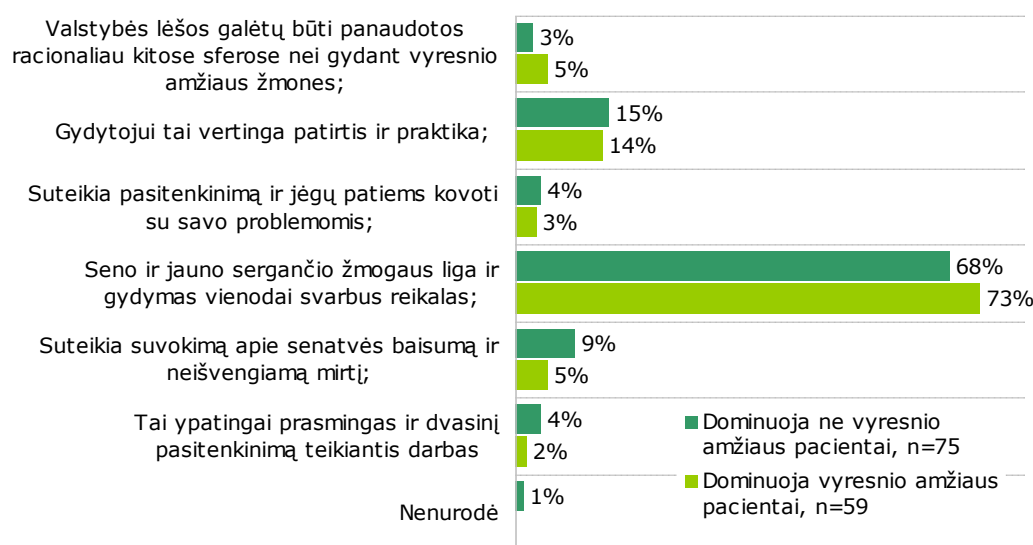
Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis atliktu empyriniu tyrimu

¹ Mėlynas langelis rodo, kad vertinimas statistiškai reikšmingai žemesnis.

² Rausvas langelis rodo, kad vertinimas statistiškai reikšmingai aukštesnis.

4.8 Gydytojų požiūris į darbą su vyresnio amžiaus pacientais pagal dominuojančias pacientų grupes

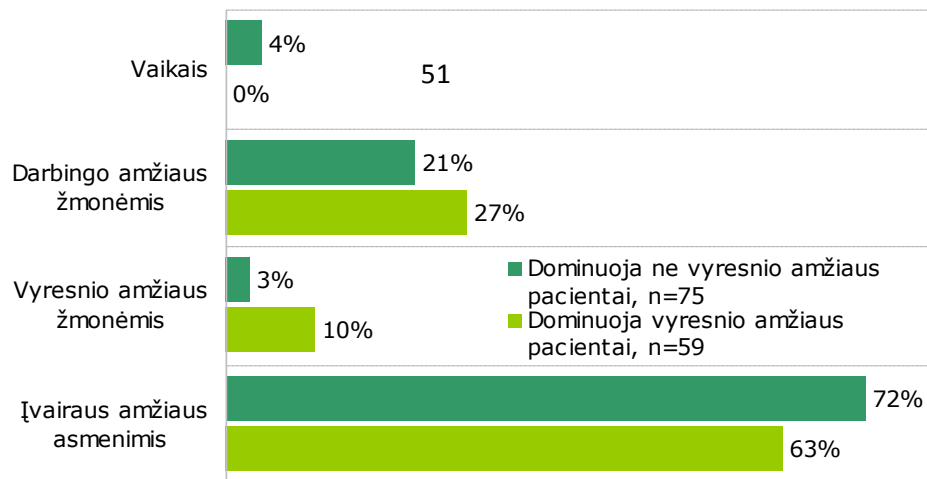
Analizuojant duomenis ir atsižvelgiant į dominuojančių pacientų amžių, galima pastebėti, kad požiūris į vyresnio amžiaus pacientus panašus tiek tarp tų gydytojų, kurių pacientai dažniau ne vyresnio amžiaus žmonės ir tarp tų, kurių darbe dominuoja vyresnio amžiaus pacientai. Kiek ryškiau išsiskiria požiūris į tai, kad seno ir jauno sergančiojo žmogaus liga ir gydymas vienodai svarbus reikalas. Šį atsakymą dažniau nurodė gydytojai, dirbantys su vyresnio amžiaus asmenimis (73%) (11 pav.).



11 pav. Gydytojų požiūris į darbą su vyresnio amžiaus pacientais pagal dominuojančias pacientų grupes

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis atliktu empiriniu tyrimu

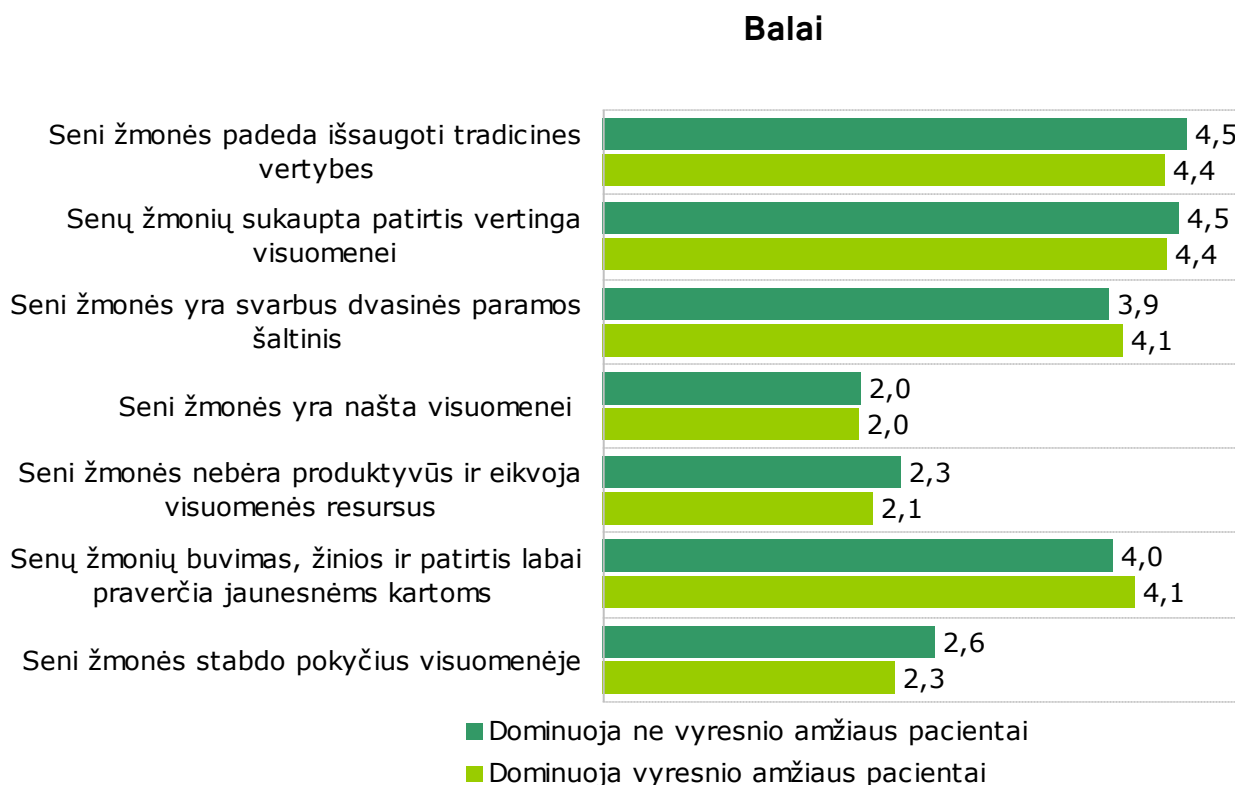
Gydytojų paklausta, jei turėtų galimybę pasirinkti, kokiai žmonių grupei teiktų gydymo paslaugas, su kokia žmonių grupe jie norėtų labiausiai dirbti. Pastebimos tendencijos, kad gydytojai, kurių apylinkėje dominuoja vyresni pacientai, labiau būtų linkę su jais dirbti (10%), tuo tarpu gydytojai, kurių darbe vyresnio amžiaus pacientai nėra dominuojanti grupė, dažniau norėtų dirbti su įvairaus amžiaus žmonėmis (12 pav.).



12 pav. **Preferencijos su kuria pacientų grupe norėtų dirbti pagal gydytojų aptarnaujamų pacientų amžiaus grupes.**

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis atliktu empiriniu tyrimu

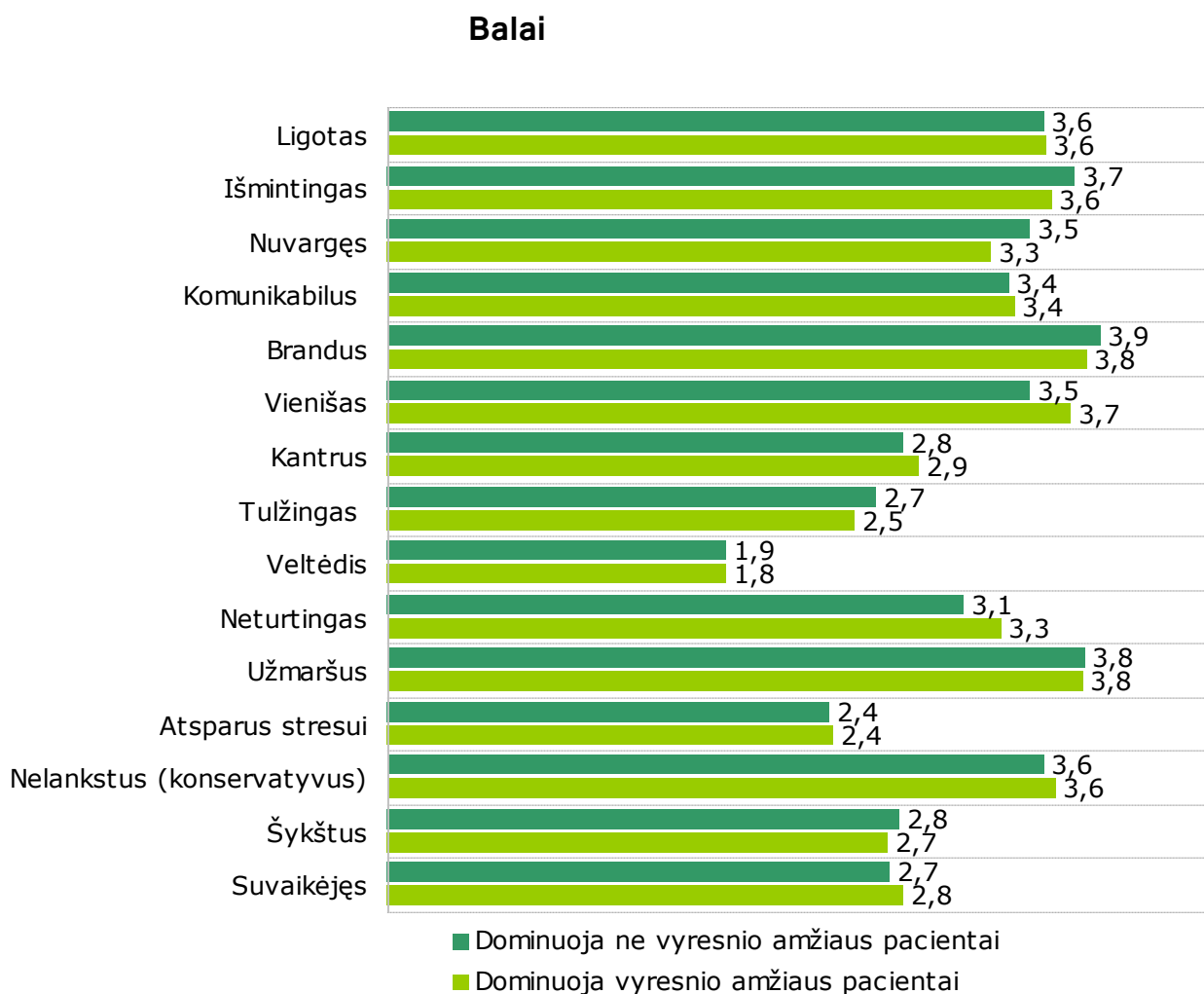
Palyginome gydytojų požiūrį, kurių darbe dominuoja vyresnio amžiaus pacientai ir kurių ne, nepastebima ryškesnių požiūrio skirtumų. Abi gydytojų grupės gana pozityviai vertina senų žmonių vaidmenį visuomenėje. (13 pav)



13 pav. **Senų žmonių vaidmens visuomenėje vertinimas pagal dominuojančias pacientų grupes**

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Lyginant, kaip abi gydytojų grupės vertina senyviems žmonėms būdingas savybes, taip pat reikšmingų skirtumų nenustatyta, požiūris labai panašus (14 pav.). Galime teigti, kad pacientų grupė, su kuria gydytojai dirba dažniausiai, mažai lemia gydytojų požiūrį į vyresnio amžiaus žmones. Taigi galima paneigti iškeltą hipotezę, kad bendrosios praktikos gydytojai ir terapeutai diskriminuoja senyvo amžiaus pacientus dėl per didelio senyvo amžiaus žmonių skaičiaus, tenkančio aptarnauti vienam gydytojui.

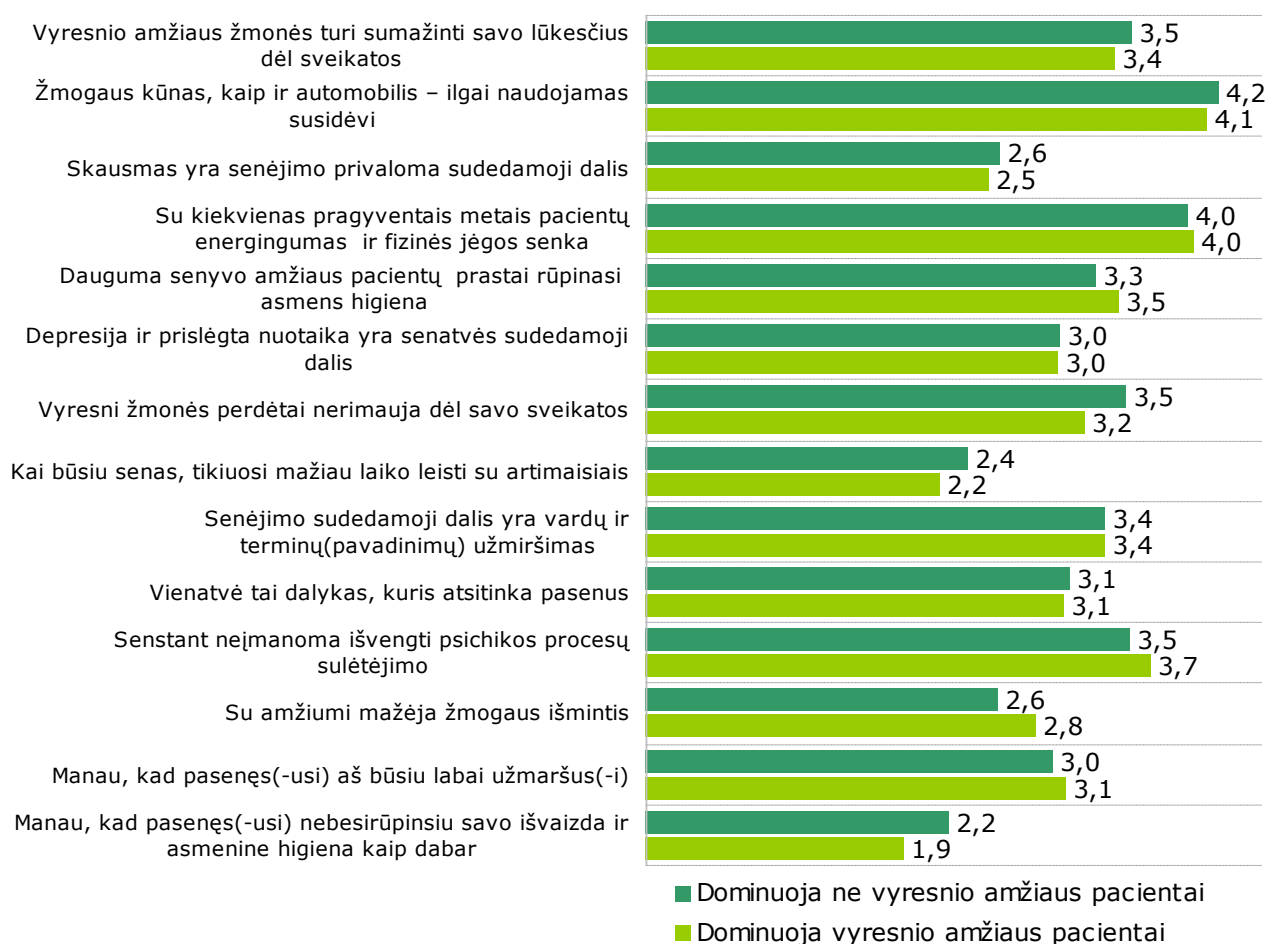


14 pav. Senyvo amžiaus žmonėms būdingų savybių vertinimas pagal dominuojančias pacientų grupes

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis atliktu empiriniu tyrimu

15 pav. pateikiami vertinimai pagal gydytojų grupes, kurie daugiau dirba su vyresnio amžiaus pacientais ir tų, kurių darbe ši pacientų grupė nėra dominuojanti. Vertinimai iš esmės panašūs, tačiau išryškėja tam tikra tendencija, kad tie gydytojai, kurių darbe vyresni pacientai nėra dominuojanti grupė, dažniau mano, kad vyresni žmonės perdėtai nerimauja dėl savo sveikatos (3,5 balo iš 5) (15

pav.). Reikšmingiau išsiskyrė nuomenė, kad teiginiui „manau, kad pasenusi(-ęs) nebesirūpinsiu savo išvaizda ir asmenine higiena kaip dabar. Gydytojai, kurių aptarnaujamose apylinkėse dominuoja vyresnio amžiaus žmonės, šiam teiginiui pritarė labiau (2,2 balo > 1,9 balo). Sunku pasakyti, kodėl būtent šiuo klausimu atsakymai išsiskyrė. Galima tik spėti, kad gydytojai aptarnaujantys daugiau vyresnio amžiaus pacientų, juos geriau pažįsta, geriau suvokia senėjimo proceso keliamus rūpesčius, į juos žvelgia pozityviai, todėl pozityviau vertina ir savo, kaip senstančio asmens galimybes ateityje.



* vertinimų vidurkiai skalėje nuo „1” (visiškai nesutinku) iki „5” (visiškai sutinku)

15pav. Teiginių apie senyvo amžiaus asmenis vertinimas pagal dominuojančias pacientų grupes

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis atliktu empiriniu tyrimu

Kaip galima pastebėti iš atlikto tyrimo rezultatų abi gydytojų grupės vertina senyvo amžiaus žmonių galimybes labai panašiai, taigi požiūris reikšmingai neišsiskiria.

Apibendrinant požiūrį pagal grupę gydytojų, kurie daugiau dirba su vyresnio amžiaus pacientais ir tie, kurių darbe ši grupė nėra dominuojanti, nepastebima ryškių požiūrio skirtumų taškų, vadinasi, gydytojų požiūriui mažai įtakos turi pacientų grupė, su kuria jis dažniausiai dirba.

Atmetame suformuluotą hipotezę, kad tarp gydytojų, kurie daugiau dirba su vyresnio amžiaus žmonėmis, vyrauja labiau teigiamas, mažiau stereotipizuotas požiūris į vyresnio amžiaus žmogų.

1) Taigi nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp gydytojų, kurie kasdienėje veikloje susiduria su vyresnio amžiaus pacientais ir tų kurie susiduria mažiau. Galima daryti prielaidą, kad ši patirtis nėra reikšminga gydytojų pažiūroms į vyresnio amžiaus pacientus. 2) Tačiau taip pat galima spėti, kad gydytojai atsakinėdami buvo nenuoširdūs. Jie pateikė atsakymus, kaip teigiamai galvoti apie senyvo amžiaus žmones, remiantis nusiteikimu. Vadovaudamiesi Hipokrato priesaika, jie turėtų į visus savo pacientus žiūrėti vienodai. Siekiant išsiaiškinti, ar taip yra iš tiesų, reiktų atlikti kokybinį tyrimą focus grupėje ar atlikti bandymą, stebėjimą.

Tyrimo metu gydytojų taip pat buvo klausama apie tai, ar yra tekę susidurti su atvejais, kurie pažeidžia senyvo amžiaus pacientų teises. Kad yra susidūrę su tokiais atvejais, nurodė 30 tyrime dalyvavusių gydytojų. Nors gydytojai minėjo skirtingus atvejus, tačiau galima atrasti ir bendrumų šiuose atsakymuose.

Vienas dažniausiai gydytojų minėtų atvejų yra prevencinių programų apribojimas asmenims, vyresniems nei 75 metai. Šį atvejį paminėjo 11 gydytojų. Jų teigimu, nemokamai prevencinių programų tyrimai skiriami tik asmenims iki 75 metų, vėliau šie tyrimai yra mokami. Gydytojų nuomone, tai yra vyresnio amžiaus pacientų teisių pažeidimas.

Gydytojai taip pat pastebi, kad, siunčiant reabilitaciniam gydymui, pirmenybė suteikiama darbingo amžiaus pacientams „*pasibaigus lėšoms, skirtoms ambulatorinei reabilitacijai, gauname rekomendaciją pirmiausiai reabilitaciją skirti darbingiems žmonėms*“, taigi kelialapiai vyresnio amžiaus pacientams smarkiai ribojami.

Keli gydytojai nurodė, kad pacientus virš 80 metų, sergančius lėtinėmis paūmėjusiomis ligomis, dažnai atsisakoma guldyti į II lygio stacionarus ir reanimacijos skyriai dažniausiai neturi laisvų vietų tokiems pacientams. Vienas respondentas teigė, kad įstaiga, kurioje jis dirba „*nepriregistruoja senyvu ligotų pacientų, nes taip įstaiga viršys kvotas*“. Tai šiurkštus diskriminacijos atvejis.

Remiantis šiais gydytojų atsakymais, galima pastebėti, kad yra tam tikra diskriminacija vyresnio amžiaus pacientų atžvilgiu. Šie diskriminaciniai sprendimai dažnai yra daromi taupant sveikatos apsaugai skirtas lėšas, dėl to dažnai nukenčia vyresnio amžiaus pacientų interesai. Tam, kad detaliau ir giliau išanalizuotume lygių galimybių pažeidimus, vertėtų atlikti kokybinį tyrimą.

Kai kurie gydytojai taip pat pateikė rekomendacijų, kaip galima būtų pagerinti vyresnio amžiaus žmonių pirminės sveikatos priežiūros kokybę. Vienos dažniausių gydytojų pateiktų rekomendacijų buvo atnaujinti geriatro specialybę, taip pat įkurti geriatrijos centrų. Dalis savo rekomendacijas

pateikusių gydytojų pabrėžė glaudesnę bendradarbiavimą tarp gydytojo ir socialinio darbuotojo. Gydytojai taip pat pastebėjo, kad neužtenka laiko vizito metu suteikti visas reikiamas paslaugas, todėl reiktų prailginti vizito laiką, ypač vyresniems žmonėms, nes šie paprastai turi daug ligų. Respondentai iš savo praktikos pastebi, kad dalis senyvo amžiaus pacientų pas gydytoją ateina tik pratęsti vaistų recepto, todėl gydytojams ypač palengvintų darbą, jei receptą galima būtų pratęsti kitais būdais, taip sutaupant laiko ir skiriant tą laiką kitiems pacientams.

IŠVADOS

Atlikta individo biologinio senėjimo teorinė analizė leidžia daryti išvadas, kad a) biologinio senėjimo teorijomis vadovaujasi visuomenė, sveikatos apsaugos sistema bei didžioji dalis medikų; b) Lietuvoje vyrauja kritikuojamas biomedicininis sveikatos modelis, orientuotas į ligą; c) Senyvo amžiaus pacientas gydytojui suvokiamas kaip asmuo, kurio laikas greitai baigsis, todėl vadovaudamasis biomedicininio požiūriu, prioritetu pasirenka jaunesnį pacientą ir skiria jam pirmenybę, daugiau dėmesio, resursų ir tokiu būdu neužtikrina lygių galimybių.

Atlikus vyresnio amžiaus žmonių lygių galimybių teorinę analizę paaiškėjo, kad a) mokslinėje literatūroje yra gausybė teorijų, tačiau nėra vienos visa apimančios senėjimo teorijos; b) remiantis konflikto teorine perspektyva, amžiaus stratifikacijos, kaupiamosios nelygybės, stigmatizavimo sociologinėmis senėjimo teorijomis galima paaiškinti vyresnio amžiaus klientų diskriminavimo prielaidas sveikatos priežiūros sistemoje; c) empirinį tyrimą prasminga grįsti stigmatizacijos teorija: neigiami stereotipai vyresnio amžiaus žmonių atžvilgiu gali nulemti išankstinį gydytojų požiūrį ir nusiteikimą vyresnio amžiaus žmonių atžvilgiu; d) gyventojų senėjimui, vyresnio amžiaus žmonių statusui bei lygybei įtakos turi kultūriniai veiksniai, rasė, tautybė, lytis; e) gajausi-vyresnio amžiaus žmonių stereotipai šiuolaikinėje visuomenėje yra: vargšai, prastos sveikatos (senatvė siejama su liga ir skausmu), vieniši ir depresuoti, silpnapročiai, negalintys produktyviai funkcionuoti visuomenėje, našta savo artimiesiems.

Atlikta Lietuvos situacijos analizė leidžia teigti, jog a) lygių galimybių užtikrinimą ir kokybiškų sveikatos paslaugų teikimą vyresnio amžiaus žmonėms sveikatos priežiūros srityje reglamentuoja galiojantys Lietuvos Respublikos ir Europos Sąjungos teisės aktai, tačiau jie nėra pakankamai veiksmingi ar sunkiai realizuojami, nes Lietuvos gyventojai pirmiausiai praneša apie diskriminaciją dėl amžiaus šiose gyvenimo srityse: darbo santykiuose, teisėsaugoje ir sveikatos priežiūroje; b) daugiausia ambulatorinės sveikatos priežiūros institucijų ir jose praktikuojančių sveikatos priežiūros specialistų susitelkę didžiausiuose Lietuvos miestuose, mažiausiai – labiau nutolusiuose nuo pagrindinių miestų rajonuose, rajonų centruose, miesteliuose, kaimuose, šalies pakraščiuose, taigi, labiau nutolusiuose rajonuose senyvo amžiaus pacientai negauna deramos sveikatos priežiūros, juk beveik pusė vyresnio amžiaus žmonių (65 metų ir vyresnių) 2010 m. gyveno kaimo teritorijose; c) Lietuvos vyresnio amžiaus žmonės pasižymi poliligotumu: nuo 2 iki 4 ligų apima 60% asmenų. 2009 m. pagrindinė vyresnio amžiaus žmonių virš 64 metų mirties priežastis - kraujotakos ligos (moterų mirštamumas 73,3 proc., vyrų 58,2 proc.), piktybinių navikų sukelta mirtis 14,4 proc. tarp moterų ir 23,5 proc. tarp vyrų; d) didžiąją dalį visų apsilankymų pas BPG sudaro vyresnio amžiaus pacientų apsilankymai; e) pastaruosius dešimtmečius Lietuvoje plėtota specializuota sveikatos priežiūra, tačiau geriatrinė pagalba PSP centruose neteikiama.

Autorės atliktas gydytojų požiūrio į vyresnio amžiaus pacientus empirinis tyrimas leidžia daryti šias išvadas.

Gydytojų požiūrį į vyresnio amžiaus asmenis galima apibūdinti kaip stereotipizuotą. Gydytojai dažniausiai pritaria, kad senyvo amžiaus žmogus yra brandus (3,8 balo iš 5), užmaršus (3,8 balo iš 5), išmintingas (3,7 balo iš 5), nelankstus (konservatyvus) (3,6 balo iš 5), vienišas (3,6 balo iš 5), ligotas (3,6 balo iš 5), nuvargęs (3,4 balo iš 5), komunikabilus (3,4 balo iš 5), neturtingas (3,2 balo iš 5). Taigi gydytojai senyvo amžiaus asmenims priskiria daugiau neigiamų nei teigiamų stereotipų. Dauguma (63 proc.) pritaria teiginiui, kad senyvas žmogus ligotas, taip sutapatindami senėjimo procesą su liga.

Gydytojų nuostatos į žmogaus senėjimą yra daugialypės. Labiau vyrauja išankstinės neigiamos nuostatos. Daugiausiai gydytojai sutinka su teiginiais, kad žmogaus kūnas, kaip ir automobilis – ilgai naudojamas susidėvi (4,1 balo iš 5) ir su kiekvienais išgyventais metais pacientų energingumas ir fizinės jėgos senka (4,0 balo iš 5) (9 pav.). Pakankamai dažnai gydytojai pritaria teiginiams, kad senstant neįmanoma išvengti psichikos procesų sulėtėjimo (3,6 balo iš 5), vyresnio amžiaus žmonės turi sumažinti savo lūkesčius dėl sveikatos (3,5 balo iš 5), vyresni žmonės perdėtai nerimauja dėl savo sveikatos (3,4 balo iš 5), dauguma senyvo amžiaus pacientų prastai rūpinasi asmens higiena (3,4 balo iš 5), senėjimo sudedamoji dalis yra vardų ir terminų (pavadinimų) užmiršimas (3,4 balo iš 5). Tačiau gydytojų požiūris į vyresnio amžiaus žmonių vaidmenį visuomenėje - teigiamas. Jie labiausiai pritaria teiginiams, kad vyresnio amžiaus žmonės padeda išsaugoti tradicines vertybes (4,5 balo iš 5), vyresnio amžiaus žmonių sukauptą patirtį vertinga visuomenei (4,4 balo iš 5). Taip pat gana dažnai gydytojai sutiko, kad vyresnio amžiaus žmonių buvimas, žinios ir patirtis labai praverčia jaunesnėms kartoms (4,0 balo iš 5) bei seni žmonės yra svarbus dvasinės paramos šaltinis (4,4 balo iš 5).

Tarp gydytojų vyrauja teigiamas požiūris į darbą su vyresnio amžiaus žmonėmis. Pozicijos, kad seno ir jauno sergančio žmogaus liga ir gydymas vienodai svarbus reikalas, laikosi 70 proc. tyrime dalyvavusių gydytojų.

Empirinio tyrimo metu stereotipinis senatvės požymių suvokimas buvo tikrinamas kontroliniais klausimais. Tokiu būdu atsiskleidė, kad didelė dalis gydytojų, pritarusių teiginiui, kad dauguma vyresnio amžiaus asmenų prastai rūpinasi asmenine higiena (3,4 balo iš 5), mąstydami apie savo senatvę, nelinkę pritarti teiginiui „manau, kad pasenęs(-usi) nebesirūpinsiu savo išvaizda ir asmenine higiena kaip dabar“ (2,1 balo iš 5). Analogija kartojasi ir su teiginiu, kad senstant neįmanoma išvengti psichikos procesų sulėtėjimo. Jam pritarė (3,6 balo iš 5). Tačiau vėliau pateiktame kitame teiginyje, kuris nukreiptas tiesiai į respondentą „manau, kad pasenęs (-usi) aš būsiu labai užmaršus (-i)“ pritarimas ženkliai sumažėja (3 balo iš 5). Išvada - gydytojai apie savo senėjimą galvoja pozityviau, negu apie savo pacientų – taigi vadovaujasi išankstinėmis neigiamomis nuostatomis pacientų bet ne savo atžvilgiu ir tai yra selektyvus senatvės stereotipų vartojimas.

65 proc. gydytojų pritaria, kad senyvo amžiaus pacientai turi sumažinti savo lūkesčius dėl sveikatos ir 53 proc., kad vyresni žmonės perdėtai nerimauja dėl savo sveikatos, tuo patvirtindami tyrimo hipotezę, kad bendrosios praktikos gydytojai ir terapeutai vadovaujasi nuostatomis, kurios sudaro prielaidą diskriminuoti vyresnio amžiaus pacientus dėl per didelių jų lūkesčių sveikatai. Tai pat dauguma (63 proc.) pritaria teiginiui, kad senyvas žmogus yra ligotas, taip sutapatindami senėjimo procesą su liga.

Reminatis autorės atlikto empirinio tyrimo duomenimis, tikėtina, kad tam tikra dalis gydytojų, turėdami diskriminacines nuostatas vyresnio amžiaus pacientų atžvilgiu, gali priimti šio amžiaus pacientų teises ribojančius sprendimus. Nors dauguma gydytojų laikosi neutralios nuomonės dėl teiginio, kad, sukakus 75 metams, vairuotojo pažymėjimai neturėtų būti atnaujinami, vis tik daugiau nei trečdalis jų (38proc.) greičiausiai arba visiškai sutiko su šiuo teiginiu, kas parodo, kad diskriminacijos apraiškų PSP įstaigose gali pasitaikyti. Kita vertus, dauguma gydytojų nepitaria teiginiui, kad „75 metų ir vyresnių pacientų sveikata profilaktiškai turėtų būti tikrinama rečiau nei darbingo amžiaus žmonių“, vis dėlto beveik kas ketvirtas jų (23 proc.) šiam teiginiui pritarė.

Svarbu pažymėti, kad dalis tyrime dalyvavusių gydytojų nuoširdžiai sureagavo į pateiktus atvirus klausimus. Maždaug ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad jiems yra tekę susidurti su atvejais, kurie pažeidžia vyresnio amžiaus pacientų teises. Vienas dažniausiai gydytojų minėtų atvejų yra prevencinių programų prieinamumo apribojimas asmenims, vyresniems nei 75 metai. Gydytojai taip pat pastebi, kad, siunčiant reabilitaciniam gydymui, pirmenybė suteikiama darbingo amžiaus pacientams. Keli gydytojai nurodė, kad pacientus virš 80 metų, sergančius lėtinėmis paūmėjusiomis ligomis, dažnai atsisakoma guldyti į II lygio stacionarus ir reanimacijos skyriai dažniausiai neturi laisvų vietų tokiems pacientams. Anot respondentų, labiausia paplitęs diskriminacinių sprendimų motyvas - sveikatos apsaugai skiriamų lėšų nepakankamumas ir būtinybė taupyti. Tam, kad detaliau ir giliau išanalizuotume vyresnio amžiaus pacientų lygių galimybių pažeidimus sveikatos apsaugos sistemoje, vertėtų atlikti giluminius intervių su gydytojais ir pacientais, atvejų analizes, fokus grupių diskusijas ir pan.

Gydytojai, aptarnaujantys daugiau pacientų, turi mažiau diskriminuojantį ir humaniškesnį požiūrį į senyvo amžiaus pacientus. Gydytojai, kurių apylinkėse yra daugiau nei 1501 pacientų dažniau nurodė, kad 60 metų ir vyresni žmonės turi turėti tokias pat teises ir laisves, kaip ir kiti mūsų visuomenės nariai, lyginant su tais gydytojais, kuriems tenka mažesnis pacientų skaičius iki 1500 pacientų ($p=0,014$, $p<0,05$). Taip pat iki 1500 pacientų apylinkes aptarnaujantys gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nurodė, kad 75 metų ir vyresnių pacientų sveikata profilaktiškai turėtų būti tikrinama rečiau nei darbingo amžiaus žmonių ($p=0,002$, $p<0,05$). Gautas rezultatas paneigia iškeltą hipotezę, kad bendrosios praktikos gydytojai ir terapeutai galėtų turėti diskriminacines nuostatas senyvo amžiaus pacientams dėl jiems tenkančio per didelio krūvio.

LITERATŪRA:

1. **Adomaitienė R.** Neįgaliųjų sporto sociologiniai aspektai. Sociologija: praeitis, dabartis, perspektyvos: mokslinės konferencijos pranešimų medžiaga. (p. 505-516).- Kaunas, 2001.
2. **Advancing the Sociology of Ageism.** 2007. Social Forces, 86 (1), p. 257-264.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=26297703&site=ehost-live>
3. **Bagdonas G., Čygaitė -Buožienė I., Indrelienė N.** ir kt. Geriatrija. Vilnius, 1998
4. **Beresnevičiūtė V., Leončikas T.,** Diskriminacijos suvokimas Lietuvos visuomenėje// Filosofija. Sociologija. 2009. T. 20. Nr. 4, p. 335–343 <http://www.minfolit.lt/arch/21501/21949.pdf> [žiūrėta 2011.03.22]
5. **Butler R.** Anti-Ageism Taskforce/ Ageism in America (p. 1-5) 2006.
<http://www.ilcusa.org/media/pdfs/Ageism%20in%20America%20-%20The%20ILC%20Report.pdf> [žiūrėta 2010.11.23]
6. **Čelkis P.** Asmens teisės į sveikatos priežiūrą realizavimas visuomenės sveikatos priežiūros vadyboje, 2010. Vilnius: Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba / Mykolo Romerio universitetas.
7. **Čeremnych J., Valeikienė V., Alekna V.,** Pagyvenusių žmonių sveikatos vertinimas 2004, Sveikatos mokslai (3)- 34p. [http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3\(1-82\).pdf](http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3(1-82).pdf)
8. **Černiauskas G.** ir kt. Antrasis sveikatos reformų dešimtmetis, 2011.
http://www.sec.lt/sec_apzvalga/SEC_apzvalga_nr3.pdf [žiūrėta 2011.03.26]
9. **Davis M. M., Bond L.A, Howard A., Sarkisian C. A.** Primary Care Clinician Expectations Regarding Aging 2011, Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America. The Gerontologist Vol. 49, No. 3, 303–316// Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org at Mykolas Romeris University on May 7, 20
10. **Discrimination in the European Union. (Eurobarometer 2007)** http://www.ces.lt/wp-content/uploads/2007/04/euro_baro_summary_en-DISCR-Jan2007.pdf [žiūrėta 2011.03.23]
11. **Dobbs D., Eckert J. K., Rubinstein B., Keimig L., Clark L., Frankowski A. Ch., Zimmerman Sh.** An ethnographic study of stigma and ageism in residential care or assisted living 2008, The Gerontologist No. 4, 517–526// Copyright by The Gerontological Society of America// Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org at Mykolas Romeris University on May 7, 20
12. **Erdman Palmore PhD.** The Ageism Survey: First Findings// The Gerontologist Copyright 2001 by The Gerontological Society of America Vol. 41, No. 5, 572–575 Prenumeruojama DB
13. **ES sveikatos strategija.** http://eur-lex.europa.eu/lt/dossier/dossier_36.htm
http://ec.europa.eu/health/strategy/implementation/index_lt.htm

14. **European Parliament and of the Council** Decision No 1350/2007/EC of 23 October 2007 Official Journal of the European Union <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>
15. **Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl senyvo amžiaus žmonių orumą žeminančio elgesio (Europos Sąjungos oficialusis leidinys 2008.02.16)** <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:044:0109:0109:LT:PDF> [žiūrėta 2011.03.23]
16. **Europos Komisijos strategiją "Kartu sveikatos labui: strateginis požiūris 2008-2013m. ES"** Spalio 23 d. 2007 m. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF> [žiūrėta [2010.11.28]
17. **Europos Parlamento rezoliucija dėl ilgalaikės vyresnio amžiaus asmenų priežiūros (2010 m. rugsėjo 9d.)** <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2010-0313+0+DOC+XML+V0//LT&language=LT> [žiūrėta 2011.04.01]
18. **Europos socialinė chartija** <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/035.htm>
19. **Eurostat, Europe in figures- Eurostat yearbook 2010** http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/CH_03_2010/EN/CH_03_2010-EN.PDF
20. **Flash Eurobarometer** European Commission Intergenerational solidarity, Analytical report, 2009 http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_269_en.pdf
21. **Giddens A.** Sociologija 2005, Kaunas—684
22. **Guadagnoli E., Shapiro C., Gurwitz J.H., Silliman R.A., Weeks J.C., Borbas C., Soumerai S.B.,** Age-related patterns of care: evidence against ageism in the treatment of early-stage breast cancer//Journal of Clinical Oncology 1997, Vol 15, 2338-2344 <http://171.66.121.246/content/15/6/2338.abstract?sid=d2cc1a1e-b060-4638-8339-119924ac80d0> [žiūrėta 2011.03.22]
23. **Gunderson, A., Tomkowiak, J., Menachemi, N., & Brooks, R.** (2005). Rural physicians' attitudes toward the elderly: Evidence of ageism? Quality Management in Health Care, 14, 167–176.
24. **Health-for-all policy for the twenty-first century/** Fifty-first world health assembly 1998 http://www.emro.who.int/mei/pdf/topic/phc/healthforall_resolution.pdf
25. **Higienos instituto sveikatos informacijos centras;** Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos sveikatos statistika, 2009 <http://sic.hi.lt/data/la2009.pdf> [žiūrėta 2011.10.23]
26. **Intergenerational solidarity.(Eurogarometer analytical report 2009)** http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_269_en.pdf [žiūrėta 2011.03.23]
27. **Įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999, Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė.**

<http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=D4E8BFB0-0D61-4689-A178-5098571C779B>

28. **Jankauskienė D.** ir kt. Sveikatos politika ir valdymas//Mokslo darbai.—Vilnius: Mykolo Romerio universitetas 2010. Nr.1(2) - ISSN 2029-3569
29. **Jungtinių Tautų Organizacijos Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas 1966m.** //Žmogaus teisės: Jungtinių Tautų dokumentai. Vilnius: Lietuvos žmogaus teisių centras, 2000. p.45-57.
30. **Juozulynas A, Čeremnych E, Kurtinaitis J., Jankauskienė K., Reklaitienė R.** Gyvenimo kokybė ir sveikata 2005 Sveikatos mokslai Nr 1 http://www.e-library.lt/resursai/Ziniasklaida/SAM/Sveikatos%20mokslai/sm_2005_01_2.pdf#page=20 [žiūrėta 2011.03.30]
31. **Jurgelėnas A., Čeremnych J, Juozulynas A., Alekna V., Filipavičiūtė R.**//Sveikatos problemų paplitimas ir reikšmė miesto pagyvenusių žmonių tarpe.- Mokslinis straipsnis - Gerontologija 2006; 7(4): 208–213 http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2006/nr_4/2006_208_212.pdf
32. **Jurgelėnas A. Juozulyvas L.** Visuomenės sveikatos rizikos ir išteklių įvertinimas lygių galimybių aspektu 2009, Sveikatos mokslai: Visuomenės sveikata Nr. 6. 2730-2732
33. **Kairys J., Žėbienė E., Zokas I.** (2007) Paciento nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje priklausomai nuo socialinės – ekonominės paciento padėties.
34. **Kalėdienė R.** Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Vilnius: Lietuvos Sveikatos mokslų universitetas, Sveikatos politika ir valdyba. Mokslo darbai. 2010 1(2) Vilnius.
35. **Kalėdienė R., Petrauskienė J.** Inequalities in daily variations of deaths from suicide in Lithuania: identification of possible risk factors. Suicide&life-threatening behavior 2004; 34(2):138–164
36. **Kalėdienė R., Starkuvienė S., Petrauskienė J.** Social dimensions of mortality from external causes inLithuania: does education and place of residence matter? Soz Praventiv Med 2006: 51:232–239.
37. **Kaminskas R., Darulis Ž.,**Medicina Medicinos sociologijos ypatybės: socialinių teorijų taikymas analizuojant sveikatą ir mediciną //Medicina.—Kaunas, 2007, 43 (2), 110-117p. <http://medicina.kmu.lt/0702/0702-041.htm>
38. **Kang S. K., Chasteen A. L.** The Development and Validation of the Age-Based Rejection Sensitivity Questionnaire 2009// Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America. The Gerontologist Vol. 49, No. 3, 303–316// America Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org at Mykolas Romeris University on May 7, 2011
39. **Kanopienė V., Mikulionienė S.** Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai,2006.http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2006/nr_4/2006_188_200.pdf[žiūrėta 2010.12.22]

40. **Lesauskaitė V., Macijauskienė J.** Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai // Sveikatos mokslai—Vilnius: Kauno medicinos universitetas, 2005, Nr.3 97-100p. [http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3\(iii%20dalis\).pdf](http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3(iii%20dalis).pdf)
41. **Levy B. R.** Mind Matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes 2003, Journal of Gerontology: Psychological Sciences No. 4, P203–P211//Copyright 2003 by The Gerontological Society of America// Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org at Mykolas Romeris University on May 7, 20
42. **Levy B. R.**, Eradication of Ageism Requires Addressing the Enemy Within//The Gerontologist Copyright 2001 by The Gerontological Society of America Vol. 41, No. 5, 578–579//Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org. at Mykolas Romeris University on May 7, 2011.
43. **Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla**// Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius 2010 <http://sic.hi.lt/>
44. **Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategija**, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 19 d. nutarimu Nr. 600 http://www.lrv.lt/Posed_medz/2009/090218/06.pdf
45. **Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcija**, patvirtinta Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. I–1939 - Vilnius: Valstybės žinios,1991. Nr. 33–893) <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=FE92E8D9-E1EF-4661-AFF2-66813A09EB5B> [žiūrėta 2011.04.20]
46. **Lietuvos Respublikos Konstitucija** – Vilnius: Valstybės žinios, 1992. Nr. 33-1014 <http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm> [žiūrėta 2011.04.20]
47. **Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymas** http://www.skelbimas.lt/istatymai/lygiu_galimybiu_istatymas.htm [žiūrėta 2011.03.26]
48. **Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas** http://www.skelbimas.lt/istatymai/pacientu_teisiu_ir_zalos_sveikatai_atlyginimo_istatymas.htm
49. **Lietuvos Respublikos Seimas** Nutarimas dėl vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūros ir slaugos paslaugų plėtros 2004 http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=37702&p_k=1
50. **Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros** http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=37454&p_k=1
51. **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija** http://www.sam.lt/popup2.php?ru=bS9tX2ZhcS9maWxlcy92X2ZhcV9wcmludC5waHA=&tmpl_name=m_faq_print&m_faq_id=1574 [žiūrėta 2011.03.30]
52. **Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos ministro įsakymas** Lietuvos medicinos normos MN 71:1999 "Gydytojas geriatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo. 1999 http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=88626&p_query=&p_tr2=

53. **Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas** – Vilnius: Valstybės žinios, 2002. Nr.: 72-3022
54. **Lietuvos Sveikatos Apsaugos Ministerija** Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo pokyčių rezultatai, 2005 <http://sena.sam.lt/lt/main/news?id=2950>
55. **Lietuvos sveikatos programa**, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII–833 Vilnius: Valstybės žinios, 1998. Nr. 64–1842
56. **Lietuvos sveikatos statistika**. Vilnius: Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, 2009
57. **Loretto W., Duncan C., White P. J.** Ageism and employment: controversies, ambiguities and younger people's perceptions 2000 Ageing and Society, No 20, 279-302// Cambridge University Press Printed in the United Kingdom
58. **Mchugh E.K.** Three faces of ageism: society, image and place 2003 Ageing and Society No 23, 165–185 Cambridge University Press 165 Printed in the United Kingdom
59. **McMahon M.S.** Aging Challenges: Ageism 2009 EBSCO Publishing Inc.
60. **McMullin J. A., Marshall V. W.** Ageism, age relations, and garment industry work in Montreal 2001, The Gerontologist No. 1, 111–122//Copyright 2001 by The Gerontological Society of
61. **Mikulionienė S** Diskriminacijos dėl amžiaus samprata viešajame diskurse: asmenų, dirbančių viešajame sektoriuje, atvejis. – Socialinis darbas. Vilnius: MRU, 2008, Nr. 7 (1), ISSN 1648-4789 https://www.mruni.eu/lt/mokslo_darbai/sd/archyvas/?l=100773 [žiūrėta 2010.12.22]
62. **Mikulionienė S.** Pagarba, diskriminacija, neišprusimas? Požiūrio į pagyvenusius žmones analizė. // Filosofija. Sociologija, 2003, Nr. 2, p. 59-62.
63. **Mikulionienė S., Mačernytė-Panomariovienė I.** Amžiaus diskriminacija viešajame sektoriuje, 2007. http://www.google.lt/search?hl=lt&q=Mikulionien%C4%97+S.%2C+Ma%C4%8Dernyt%C4%97-Panomariovien%C4%97+I.+%282007%29+%E2%80%9DAm%C5%BEiaus+diskriminacija+vie%C5%A1ajame+sektoriuje&btnG=Ie%C5%A1koti&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=&gs_rfai=
64. **Mikulioniene S.**, Socialine gerontologija. MRU leidybos centras, 2011.
65. **Mikulionienė S.** Diskriminacija dėl amžiaus: samprata, raiškos formos ir sritys. – Socialinis darbas. Vilnius: MRU, 2008, Nr. 7 (1), ISSN 1648-4789 https://www.mruni.eu/lt/mokslo_darbai/sd/archyvas/?l=100773 [žiūrėta 2010.12.22]
66. **Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas**, 2010
67. **Navaitis G., Burneikienė A., Trinkūnienė R.** Lygių galimybių pažeidimai (amžiaus aspektas), 2008. http://www.mruni.eu/lt/padaliniai/centrai/mokslo_centras/leidiniai/dl_n.php?sfile=107854&id=46505 [žiūrėta 2011.03.23]
68. **Nelson D.T.** Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self, Journal of Social Issues number 2/ 2005. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x/abstract>

69. **Nelson D.T.** Ageism: stereotyping and prejudice against older persons 2002, Cambridge 372
70. **Palmore E.B., Maddox G.** Ageism, negative and positive, second edition 1999, New York
http://www.google.com/books?id=Cg4_DTUuV4IC&pg=PR8&lpg=PR7&ots=83uvAaacdi&dq=ageism&lr=&hl=lt#v=onepage&q&f=false [žiūrėta 2011.05.23]
71. **Parsons T.** The systems of Modern Societies. Prentice Hall. 1971.
<http://www.minfolit.lt/arch/14001/14099.pdf>
72. **Peičius E.** ir kt Lietuvos gyventojų dalyvavimo galimybės priimant sveikatos priežiūros sprendimus. Daktaro disertacija. Kaunas: KMU, 2005 <http://medicina.kmu.lt/0411/0411-10l.pdf> [žiūrėta 2011.02.12]
73. **Petkvičienė D. Mikulionienė S.** Senatvės įvaizdžiai ir stereotipai žiniasklaidoje, 2005.
http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D_20060320_164833-92988/DS.005.0.01.ETD [žiūrėta 2011.03.23]
74. **Phillipson C.** Reconstructing Old Age, London, 1998.
75. **Powell, J. L. and Biggs, S.** „Foucauldian Gerontology: A Methodology for Understanding Aging 2003// Electronic Journal of Sociology - ISSN: 1198 3655
http://www.sociology.org/content/vol7.2/03_powell_biggs.html. [žiūrėta 2010.11.23]
76. **Ramsay S. E., Morris, O. Papacosta R. W., Lennon L. T., Thomas M. C., Whincup P. H.** Secondary prevention of coronary heart disease in older British men: extent of inequalities before and after implementation of the National Service Framework 2005, Journal of Public Health No. 4, pp. 338–343// Published by Oxford University Press on behalf of Faculty of Public Health. All rights reserved. // Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org at Mykolas Romeris University on May 7, 20
77. **Richardson, V. E. & Barusch, A. S.** 2005. Poverty and aging.
[http://www.google.com/books?hl=lt&lr=&id=85Sgtgc4SpcC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Richardson,+V.+E.+%26+Barusch,+A.+S.+\(2005\).+Poverty+and+aging.&ots=ox6QLiXR2o&sig=J1pokCv6CdN3MnA-TP34_wg1gEc#v=onepage&q&f=false](http://www.google.com/books?hl=lt&lr=&id=85Sgtgc4SpcC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Richardson,+V.+E.+%26+Barusch,+A.+S.+(2005).+Poverty+and+aging.&ots=ox6QLiXR2o&sig=J1pokCv6CdN3MnA-TP34_wg1gEc#v=onepage&q&f=false) [žiūrėta 2011.04.20]
78. **Roadburg A.** Aging, Retirement, Leisure and Work in Canada. Methuen publications. Toronto, 1989.
79. **Scandinavian Journal of Public Health,** 2008, 36, 265-271p.
<http://sjp.sagepub.com/content/36/3/265.abstract>
80. **Socialinės Apsaugos terminų žodynas** <http://www.sec.lt/pages/zodynas/index.html> [žiūrėta 2011.06.26]
81. **Socialinės apsaugos terminų žodynas** <http://www.sec.lt/pages/zodynas/index.html>
82. **Sociologijos žodynas** / Leonavičius J.. 1993. Vilnius: Academia., – 405 p.
83. **Special Eurobarometer 263** European Commission Discrimination in the European Union; Publication: January 2007 http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_263_en.pdf.

84. **Special Eurobarometer 296** ,‘Discrimination in the European Union: Perceptions, Experiences and Attitudes’ July 2008 European Commission
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_296_en.pdf
85. **Sveikatos informacijos centras.** http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/Pirmin/pirmin.html
[žiūrėta 2011.03.30]
86. **Sveikatos priežiūros reformos tikslu ir uždaviniu įgyvendinimo strategija**, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymu Nr. V-718 –Vilnius: Valstybės žinios, 2004. Nr. 160–5860
87. **Sveikatos sistemos įstatymas** - Vilnius: Valstybės žinios, 1994. Nr. 63-123
88. **Tarptautinio Madrido veiksmų plano dėl visuomenės senėjimo regioninė įgyvendinimo strategija (UNECE 2002 m. rugsėjo 11-13 d.).**
http://www.google.lt/search?hl=lt&lr=lang_lt&tbs=lr%3Alang_lt&q=Sen%C4%97jimo+problema+uri+b%C5%ABti+sprend%C5%BEiama+priemon%C4%97mis%2C+pad%C4%97sian%C4%8Diomis+sukurti+visuomen%C4%99+%C4%AFvairaus+am%C5%BEiaus+%C5%BEmon%C4%97ms%2C+kurios+didint%C5%B3+kart%C5%B3+solidarum%C4%85.+%28UNECE+Berlynas%2C+2002%29&btnG=Ie%C5%A1koti&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai[žiūrėta 2011.03.20]
89. **Terminų žodynas. Europos teisingumo komisija.**
<http://ec.europa.eu/justice/fdad/cms/stopdiscrimination/resources/glossary/?langid=lt>
90. **Tylienė V., Kairys J., Žėbienė E., Tomkevičius V.** Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių, 2008.
91. **Valstybės ilgalaikės raidos strategija**, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimu Nr. IX-1187 Vilnius: Valstybės žinios, 2002. Nr. 113–5029
92. **Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos**
<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=137> [žiūrėta 2011.03.30]
93. **Večkienė N.** ir kt. Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos. Mokymo knyga- Kaunas VDU, 2002
94. **Wienclaw R. A.**, Aging&Culture, Race & Ethnicity, 2009 EBSCO Publishing Inc.
95. **World Health Organization Europa** The European Health Report, 2009 Health and health systems
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf
96. **Краснова О. В.** Стереотипы пожилых и отношение к ним // Психология зрелости и старения, весна. 1998 (1). М.: Центр Геронтолог. С. 10—18 http://pedlib.ru/Books/1/0062/1_0062-455.shtm

SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA

Senstant visuomenei, didėja tobulesnės sveikatos ir socialinės priežiūros poreikis. Atlikus mokslinės literatūros analizę, autorei nepavyko aptikti, kad iki šiol Lietuvoje būtų atlikta tyrimų, siekiančių atskleisti, kokia yra būtent vyresnio amžiaus Lietuvos gyventojų situacija pirminės sveikatos priežiūros įstaigose – ar užtikrinamas jų orumas ir lygios galimybės, ar jie nesusiduria su netinkamo elgesio su jais, eidžistinių nuostatų bei diskriminuojančios elgsenos iš personalo pusės apraiškomis. Taigi, tyrimas „lygių galimybių užtikrinimas vyresnio amžiaus žmonėms teikiant sveikatos priežiūros paslaugas“ yra savalaikis ir naujoviškas.

Tyrimo tikslas – atskleisti ir įvertinti Lietuvos vyresnio amžiaus žmonių lygių galimybių įgyvendinimą pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimo uždaviniai: 1. atskleisti teorines individo senėjimo ir vyresnio amžiaus žmonių lygių galimybių analizės prielaidas; 2. nustatyti veiksnius turinčius įtakos vyresnio amžiaus žmonių lygioms galimybėms; 3. įvertinti Lietuvos vyresnio amžiaus žmonių lygių galimybių užtikrinimą pirminės sveikatos priežiūros įstaigose; 4. įvertinti bendrosios praktikos gydytojų požiūrį į senyvo amžiaus pacientus. Empirinio tyrimo metodu pasirinkta apklausa raštu. Anketa sudaryta remiantis jau išbandytomis užsienio tyrimuose skalėmis: M. Fraboni ageismo skalės (Fraboni Scale of Ageism(FSA), 1990), M.M.Davis (2011) ir L.R. Aiken (1995) klausimais. Anketinė apklausa pasirinkta tam, kad garantuoti respondentų anonimiškumą, informacijos teisingumą ir objektyvumą. Respondentams atrinkti buvo taikoma tikimybinė sisteminė atranka. Atlikus vyresnio amžiaus žmonių lygių galimybių teorinę analizę paaiškėjo, kad: a) remiantis konflikto teorinė perspektyva, amžiaus stratifikacijos, kaupiamosios nelygybės, stigmatizavimo sociologinėmis senėjimo teorijomis galima paaiškinti vyresnio amžiaus klientų diskriminavimo prielaidas sveikatos priežiūros sistemoje; b) empirinį tyrimą prasminga grįsti stigmatizacijos teorija: neigiami stereotipai vyresnio amžiaus žmonių atžvilgiu gali nulemti išankstinį gydytojų požiūrį ir nusiteikimą vyresnio amžiaus žmonių atžvilgiu; c) gyventojų senėjimui, vyresnio amžiaus žmonių statusui bei lygybei įtakos turi kultūriniai veiksniai, rasė, tautybė, lytis. Atlikta Lietuvos situacijos analizę leidžia teigti, jog a) lygių galimybių užtikrinimą ir kokybiškų sveikatos paslaugų teikimą vyresnio amžiaus žmonėms sveikatos priežiūros srityje reglamentuoja galiojantys Lietuvos Respublikos ir Europos Sąjungos teisės aktai, tačiau jie nėra pakankamai veiksmingi ar sunkiai realizuojami; b) daugiausia ambulatorinės sveikatos priežiūros institucijų ir jose praktikuojančių sveikatos priežiūros specialistų susitelkę didžiausiuose Lietuvos miestuose, mažiausiai – labiau nutolusiuose nuo pagrindinių miestų rajonuose, rajonų centruose, miesteliuose, kaimuose, šalies pakraščiuose, taigi, labiau nutolusiuose rajonuose senyvo amžiaus pacientai negauna deramos sveikatos priežiūros, juk beveik pusė vyresnio amžiaus žmonių (65 metų ir vyresnių) 2010 m. gyveno kaimo teritorijose.

Autorės atliktas empirinis tyrimas leido atskleisti Lietuvos gydytojų požiūrį į vyresnio amžiaus pacientus: a) gydytojų požiūrį į vyresnio amžiaus asmenis galima apibūdinti kaip stereotipizuotą,

gydytojai senyvo amžiaus asmenims priskiria daugiau neigiamų nei teigiamų stereotipų; b) bendrosios praktikos gydytojai ir terapeutai vadovaujasi nuostatomis, kurios sudaro prielaidą diskriminuoti vyresnio amžiaus pacientus dėl per didelių jų lūkesčių sveikatai; dauguma gydytojų sutapatina senėjimo procesą su liga; c) gydytojai, aptarnaujantys daugiau pacientų, turi mažiau diskriminuojantį ir humaniškesnį požiūrį į senyvo amžiaus pacientus.

SANTRAUKA ANGLŲ KALBA

SUMMARY

As the society is getting old, we observe an increasing need for greater health and social care. After conducting an analysis of science literature, the author failed to detect that Lithuania had any prior research done focusing on finding the current conditions of service provided particularly to older adults in primary healthcare institutions: is their dignity and equal rights ensured; do they encounter signs of inappropriate behavior towards them, prejudice or discrimination. Consequently, the study on the equal rights for older adults in provision of healthcare service is timely and innovative.

The purpose of the research: to reveal and assess implementation of equal rights for older adults in primary healthcare institutions in Lithuania. The tasks of the research: 1. to reveal the assumptions of theoretical organism aging and analysis of older adult equal possibilities; 2. to determine the factors which have influence on equal possibilities for older adults; 3. to assess the assurance of equal possibilities for Lithuanian older adults in primary healthcare institutions; 4. to evaluate the attitude of common doctors towards geriatric patients. By the method of empirical research it was chosen to use written survey. The questionnaire was based on scales already tested in foreign researches: M. Fraboni Ageism scale (Fraboni Scale of Ageism (FSA), 1990), M. M. Davis (2011) and L. R. Aiken (1995) questions. This type of survey was adopted because it ensures the anonymity of respondents, objectivity and correctness of information. Participants were gathered by random assignment. After conducting the theoretical analysis of equal possibilities of older adults it is clear that: a) on the basis of conflict perspective, age stratification, consolidated inequality, stigmatization, and social aging theories it is possible to explain the background for the discrimination of older adults in healthcare system; b) empirical research can be based on stigmatization theory: negative stereotypes about older adults can determine forward attitude and prejudice towards older adults; c) cultural factors like race, ethnicity, or gender can have impact on population aging, older adult status and equality. The analysis of situation in Lithuania allows to say that a) the guarantee of equal possibilities and provision of quality service for older adults in healthcare system are regulated by Lithuanian and European Union legislation; however, they are difficult to realize or not effective enough; b) majority of ambulant healthcare institutions and specialists working in them are located in the biggest Lithuanian cities; minority of them are located further from the main cities: in districts,

district centers, small towns, villages, and near country borders. Therefore, older patients living in remote areas do not receive appropriate healthcare. It is established that more than a half of older adults (65 years and older) in 2010 lived in rural territories.

The empirical research led to revelation of the attitude of Lithuanian doctors towards older patients: a) the attitude of doctors towards older adults can be categorized as stereotypical; people attribute more negative stereotypes to older adults than positive ones; b) because of their expectations for health common practice doctors and therapists follow the norms which lead to discrimination of older patients; majority of doctors compare aging process with a disease; c) doctors who service many patients have less discriminatory and more humanistic attitude towards older patients.

PRIEDAS

Sveiki gerbiamieji,

Ar savo darbe tenka susidurti su vyresnio amžiaus (70 metų ir vyresniais) žmonėmis? Kokia Jūsų nuomonė apie juos?

Kviečiame dalyvauti tyrime, kurio tikslas yra atskleisti bendrosios praktikos ir vidaus ligų gydytojų požiūrį į vyresnio amžiaus pacientus. Anketos pildymas neužims daug laiko, tačiau Jūsų nuomonė yra labai svarbi ir padės geriau suprasti vyresnio amžiaus žmonių pirminės sveikatos priežiūros ypatumus.

Apklausa - anoniminė. Tyrimo duomenų konfidencialumas garantuojamas. Duomenys bus apibendrinti ir panaudoti tik mokslinei analizei.

Kaip pildyti anketą? Atsakydami į klausimus apibraukite rutuliuku Jūsų nuomonę labiausiai atspindintį atsakymo variantą. Jeigu nepažymėta kitaip, pasirinkite TIK VIENĄ Jūsų nuomonę labiausiai atspindintį variantą.

Iš anksto dėkoju už bendradarbiavimą!

Esu Mykolo Romerio universiteto magistrantė Joana Klimienė. Kilus klausimams ar neaiškumams su manimi galite susiekti: mob. tel. 868043747; e-paštas: joana.klimiene@krka.biz.

1. Kokių minčių kila galvojant apie gydytojo darbą su vyresnio amžiaus pacientais?

- a. Valstybės lėšos galėtų būti panaudotos racionaliau kitose sferose nei gydant vyresnio amžiaus žmones;
- b. Gydytojui tai vertinga patirtis ir praktika;
- c. Suteikia pasitenkinimą ir jėgų patiems kovoti su savo problemomis;
- d. Seno ir jauno sergančio žmogaus liga ir gydymas vienodai svarbus reikalas;
- e. Suteikia suvokimą apie senatvės baisumą ir neišvengiamą mirtį;
- f. Tai ypatingai prasmingas ir dvasinį pasitenkinimą teikiantis darbas;
- g. kita (*parašykite*).....

2. Jei turėtumėte galimybę pasirinkti, kokiai žmonių grupei teikti gydymo paslaugas, pasirinktumėte darbą su:

- a. vaikais;
- b. paaugliais;
- c. darbingo amžiaus žmonėmis;
- d. vyresnio amžiaus žmonėmis(60 m. ir vyresniais);
- e. įvairaus amžiaus asmenimis.

3. Kaip manote, kelerių metų sulaukęs žmogus yra senas?

- a.(*parašykite metų skaičių*)
- b. kita (*parašykite*).....

4. **Ką manote apie senų žmonių vaidmenį visuomenėje? Išreikškite savo nuomonę apie kiekvieną pateiktą teiginį** (kiekvienoje eilutėje pasirinkite Jūsų nuomonę geriausiai atspindintį atsakymo variantą, apveddami atitinkamą skaičių)

<i>Teiginiai</i>	Visiškai sutinku	Greičiausiai sutikčiau	Nei sutinku, nei nesutinku	Greičiausiai nesutikčiau	Visiškai nesutinku
Seni žmonės padeda išsaugoti tradicines vertybes	1	2	3	4	5
Senų žmonių sukauptą patirtį vertinga visuomenei	1	2	3	4	5
Seni žmonės yra svarbus dvasinės paramos šaltinis	1	2	3	4	5
Seni žmonės yra našta visuomenei	1	2	3	4	5
Seni žmonės nebėra produktyvūs ir eikvoja visuomenės resursus	1	2	3	4	5
Senų žmonių buvimas, žinios ir patirtis labai praverčia jaunesnėms kartoms	1	2	3	4	5
Seni žmonės stabdo pokyčius visuomenėje	1	2	3	4	5

5. **Kaip manote, kokie yra senyvo amžiaus žmonės? Kokios asmeninės savybės, Jūsų požiūriu, labiausiai tinkamos apibūdinti senyvo amžiaus žmones.** (kiekvienoje eilutėje pasirinkite Jūsų nuomonę geriausiai atspindintį atsakymo variantą, apveddami atitinkamą skaičių)

<i>Savybės</i>	Visiškai sutinku	Greičiausiai sutikčiau	Nei sutinku, nei nesutinku	Greičiausiai nesutikčiau	Visiškai nesutinku
Ligotas	1	2	3	4	5
Išmintingas	1	2	3	4	5
Nuvargęs	1	2	3	4	5
Komunikabilus (linkęs bendrauti)	1	2	3	4	5
Brandus	1	2	3	4	5
Vienišas	1	2	3	4	5
Kantrus	1	2	3	4	5
Tulžingas (priešiškas žmonėms)	1	2	3	4	5
Veltėdis	1	2	3	4	5
Neturtingas	1	2	3	4	5
Užmaršus	1	2	3	4	5
Atsparus stresui	1	2	3	4	5
Nelankstus (konservatyvus)	1	2	3	4	5
Šykštus	1	2	3	4	5
Suvaikėjęs	1	2	3	4	5

6. **Išreikškite savo nuomonę pateiktiems teiginiams apie senyvo amžiaus žmones (prie kiekvieno teiginio pažymėkite Jums tinkantį atsakymo variantą)**

	Visiškai sutinku	Greičiausiai sutikčiau	Nei sutinku, nei nesutinku	Greičiausiai nesutikčiau	Visiškai nesutinku
Vyresnio amžiaus žmonės turi sumažinti savo lūkesčius dėl sveikatos.	1	2	3	4	5
Žmogaus kūnas, kaip ir automobilis – ilgai naudojamas susidėvi.	1	2	3	4	5
Skausmas yra senėjimo privaloma sudedamoji dalis.	1	2	3	4	5
Su kiekvienas pragyventais metais pacientų energingumas ir fizinės jėgos senka.	1	2	3	4	5
Dauguma senyvo amžiaus pacientų prastai rūpinasi asmens higiena.	1	2	3	4	5
Depresija ir prislėgta nuotaika yra senatvės sudedamoji dalis.	1	2	3	4	5
Vyresni žmonės perdėtai nerimauja dėl savo sveikatos.	1	2	3	4	5
Kai būsiu senas, tikiuosi mažiau laiko leisti su artimaisiais.	1	2	3	4	5
Senėjimo sudedamoji dalis yra vardų ir terminų(pavadinimų) užmiršimas.	1	2	3	4	5
Vienatvė tai dalykas, kuris atsitinka pasenus.	1	2	3	4	5
Senstant neįmanoma išvengti psichikos procesų sulėtėjimo.	1	2	3	4	5
Su amžiumi mažėja žmogaus išmintis.	1	2	3	4	5
Manau, kad pasenęs(-usi) aš būsiu labai užmaršus(-i).	1	2	3	4	5
Manau, kad pasenęs(-usi) nebesirūpinsiu savo išvaizda ir asmenine higiena kaip dabar.	1	2	3	4	5

7. Išreikškite savo nuomonę pateiktiems teiginiams apie senyvo amžiaus žmones (prie kiekvieno teiginio pažymėkite Jums tinkantį atsakymo variantą)

	Visiškai sutinku	Greičiau siai sutikčiau	Nei sutinku, nei nesutinku	Greičiau siai nesutikčiau	Visiškai nesutinku
60 metų ir vyresni žmonės turi turėti tokias pat teises ir laisves, kaip ir kiti mūsų visuomenės nariai.	1	2	3	4	5
Sukakus 75 metų, vairotojo pažymėjimai neturėtų būti atnaujinami	1	2	3	4	5
75 metų ir vyresnių pacientų sveikata profilaktiškai turėtų būti tikrinama rečiau nei darbingo amžiaus žmonių	1	2	3	4	5
Pensinio amžiaus žmonėms turėtų būti įkurtos atskiros pirminės sveikatos priežiūros įstaigos – geriatrijos centrai (taip pat, kaip turime vaikų poliklinikas)	1	2	3	4	5
Su kokiais lygiais teisiais pažeidžiančiais (raštiškais ar nerašytais) nurodymais vyresnio amžiaus pacientams jums teko susidurti Jūsų įstaigos(<i>parašykite</i>).				
Apie kokius (rašytus ar nerašytus) lygiais teises pažeidžiančius nurodymus (įsakymus) teikiant gydymo paslaugas, diagnostiką ar prevenciją vyresnio amžiaus pacientams Jums teko girdėti kitose gydymo įstaigose (<i>parašykite</i>).				
Gal būt turite kokių pasiūlymų, kaip galima būtų pagerinti vyresnio amžiaus žmonių pirminės sveikatos priežiūros kokybę? (<i>parašykite</i>)				

Dabar norėčiau sužinoti šiek tiek demografinių ir statistikos duomenų.

Apie Jus

8. Jūsų lytis:

1. Vyras
2. Moteris

9. Kiek Jums metu?

1. Iki 29
2. 30 - 39
3. 40 - 49
4. 50 - 59
5. 60 - 69
6. 70 metų ir vyresnis(-ė)

Apie Jūsų aptarnaujamą apylinkę

10. Apylinkei priskirta:

1. Iki 1000 pacientų;
2. 1001-1500 pacientų;
3. 1501-2000 pacientų;
4. 2001 -2500 pacientų;
5. 2500 ir daugiau.

11. Apylinkės pacientų sudėtis pagal amžių:

1. Yra įvairaus amžiaus pacientų
2. Dominuoja vaikai;
3. Dominuoja darbingo amžiaus pacientai.
4. Dominuoja vyresnio amžiaus (60 m. ir vyresni) pacientai.

12. Apylinkė aptarnauja:

1. Miesto gyventojus.
2. Rajono centro gyventojus.
3. Kaimo gyventojus.

Dėkoju už nuoširdų bendradarbiavimą

Darbo autentiškumo patvirtinimas

Atliko SGmns0-01gr. stud.

Joana Klimienė

joana.klimiene@krka.biz; joana.klimiene@gmail.com

Parašas ()

2011 12 07