



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds



I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

SABIEDRISKĀS DOMAS PĒTĪJUMU CENTRS SKDS

LATVIJAS IEDZĪVOTĀJU VIRS DARBASPĒJAS VECUMA VESELĪBU IETEKMĒJOŠO PARADUMU UN FUNKCIONĀLO SPĒJU PĒTĪJUMS

GALA ZIŅOJUMS

ESF PROJEKTA „KOMPLEKSI VESELĪBAS VEICINĀŠANAS UN SLIMĪBU PROFILAKSES PASĀKUMI” (IDENTIFIKĀCIJAS NR.9.2.4.1/16/I/001) IETVAROS” (ID. NR. VM 2017/28/ESF)

Rīga
2020

Autori: Signe Tomsone, Maruta Pranka, Iveta Briška

Veselības ministrija

Sabiedriskās domas pētījumu centrs SKDS

„Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījums" īstenots ESF projekta „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” (Identifikācijas Nr.9.2.4.1/16/I/001)” ietvaros.

“Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījuma” teorētisko pamatojumu, metodoloģiju un instrumentāriju izstrādāja Rīgas Stradiņa universitāte, 2017.

Izsakām pateicību visiem pētījuma dalībniekiem par atbalstu un dalību šajā pētījumā.

Pateicamies Veselības ministrijai un Slimību profilakses un kontroles centram par atbalstu pētījuma tapšanā.

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce uz VM obligāta.

© Veselības ministrija

Brīvības iela 72, Rīga,

Latvija, LV - 1010

Tālrunis: +371 67 876 000

Fakss: 67876002

E-pasts: vm@vm.gov.lv

© Signe Tomsone, Maruta Pranka, Iveta Briška

ISBN 978-9934-8845-2-8

ISBN 978-9934-8845-3-5(PDF)

SATURS

SATURS.....	3
IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI	5
IZMANTOTO TERMINU SKAIDROJUMS	6
SOCIĀLDEMOGRĀFISKO TERMINU SKAIDROJUMS	7
IEVADS UN PĒTĪJUMA AKTUALITĀTE	9
PĒTĪJUMA MATERIĀLI UN METODES	12
VESELĪGAS NOVECOŠANAS KONCEPTUĀLAIS MODELIS	13
PĒTĪJUMA INSTRUMENTĀRIJS.....	14
PĒTĪJUMA IZLASE.....	15
PĒTĪJUMĀ SASNIEGTĀ IZLASE UN NERESPONDENCE	21
SAGATAVOŠANĀS DATU SAVĀKŠANAS PROCESAM	25
PĒTĪJUMA DATU SAVĀKŠANAS PROCESA APRAKSTS	26
DATU KVALITĀTES KONTROLES NODROŠINĀŠANAS APRAKSTS	27
DATU TĪRĪŠANA.....	29
DATU APSTRĀDE.....	30
PĒTĪJUMA REZULTĀTI.....	31
A. DEMOGRĀFIJA	32
B. VESELĪBA UN DZĪVES KVALITĀTE	36
BA. VESELĪBAS PAŠVĒRTĒJUMS.....	36
BB. HRONISKU SLIMĪBU VAI VESELĪBAS PROBLĒMU IZPLATĪBA	38
BC. VESELĪBAS PROBLĒMU IZRAISĪTI ILGLAICĪGI AKTIVITĀŠU IEROBEŽOJUMI	40
BD. MUTES DOBUMA VESELĪBA	43
BE. SĀPES.....	47
BF. DEPRESIJA.....	51
BG. DZĪVES KVALITĀTE	56
C. FUNKCIONĒŠANAS NOVĒRTĒJUMS	60
CA. AKTIVITĀTES UN DALĪBA.....	60
CAA. IKDIENAS AKTIVITĀTES	60
CAB. SOCIĀLAIS ATBALSTS	63
CB. ĶERMEŅA FUNKCIJAS UN STRUKTŪRAS.....	66
CBA. FIZISKĀ FUNKCIONĒŠANA	66
G. KRĒSLA TESTS	69

CBB. KOGNITĪVĀ FUNKCIONĒŠANA.....	72
CBC. SENSORĀS FUNKCIJAS.....	73
CC. KRITIENI.....	77
CD. MĀJAS VIDES DROŠĪBA.....	80
D. DZĪVESVEIDA MODULIS.....	84
DA. UZTURS.....	84
G. ĶERMEŅA MASAS INDEKSS.....	88
DB. FIZISKĀ AKTIVITĀTE.....	90
DC. MIEGA ILGUMS UN KVALITĀTE.....	95
DD. SMĒĶĒŠANA.....	99
DE. ALKOHOLA LIETOŠANA.....	101
F. VESELĪBAS VEICINĀŠANA SENIORIEM.....	105
SECINĀJUMI.....	108
PRIEKŠLIKUMI.....	113
IZMANTOTO AVOTU UN LITERATŪRAS SARAKSTS.....	117
PĒTĪJUMI, RAKSTI, ZIŅOJUMI.....	117
INTERNETA VIETNES.....	120
STATISTIKAS RESURSI.....	120
KOPSAVILKUMS.....	122
SUMMARY.....	126
PIEZĪMES.....	130

IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI

ECHI	Eiropas kopienas veselības indikators (angl.val. - <i>European Community Health Indicators</i>)
ES	Eiropas Savienība
EUROHIS-QoL	Skala dzīves kvalitātes mērīšanai
GDS	Geriatrijas depresijas skala (angl.val. – <i>Geriatric Depression Scale</i>)
HLY	Veselīgais mūža ilgums (angl.val. – <i>Healthy Life Years</i>)
HOME FAST	Kritienu un negadījumu mājas vidē novērtēšanas instruments, kuru pielieto kā skrīningu mājas vides drošības izvērtēšanai potenciālo kritienu riska noteikšanai senioriem
IASP	Starptautiskā Sāpju izpētes asociācija (angl. val. – <i>International Association of the Study of Pain</i>)
IeM PMLP	Iekšlietu ministrijas Pilsonības un migrācijas lietu pārvalde
IPAQ	Starptautiskā fiziskās aktivitātes anketa (angl. val. – <i>International Physical Activity Questionnaire</i>)
IQR	Starpkvartīļu intervāls
ĶMI	Ķermeņa masas indekss
LR	Latvijas Republika
Me	Mediāna
PVO	Pasaules Veselības organizācija
SFK	Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (PVO)
SN	Standarta novirze
SPSS	Datu apstrādes un statistiskās analīzes programmatūras pakotne (angļu val.- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>)

IZMANTOTO TERMINU SKAIDROJUMS

Dzīves kvalitāte	PVO dzīves kvalitāti definējusi kā indivīda personīgo savas dzīves pozīcijas novērtējumu kontekstā ar kultūras un vērtību sistēmu, kurā indivīds dzīvo, un saistībā ar individuāliem mērķiem, gaidām, standartiem un bažām.
Funkcionālās spējas	PVO veselīgas novecošanas kontekstā funkcionālās spējas tiek definētas kā indivīda fiziskās un mentālās kapacitātes, un vides faktoru mijiedarbība.
Funkcionēšana	Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas ¹ kontekstā funkcionēšana ir visaptverošs termins, kas ietver ķermeņa funkcijas un struktūras, aktivitātes un daļību.
Hroniska slimība vai hroniska veselības problēma	Ilgstoša slimība vai veselības problēma, kas indivīdam ir bijusi, ilgusi, vai domājams, ka varētu ilgt, pēdējo sešu mēnešu laikā.
Iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums	Paredzamā mūža ilguma aprēķinu pamatā ir vīriešu, sieviešu un kopējie mirstības koeficienti piecgadu vecuma grupās (mirušo skaits uz vienu attiecīgā dzimuma un vecuma iedzīvotāju).
Paredzamais mūža ilgums	Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums ir gadu skaits, kādu vidēji nodzīvotu attiecīgajā gadā dzimušie, ja viņu turpmākās dzīves laikā mirstības līmenis katrā vecumā paliktu tāds pats, kāds tas bija dzimšanas gadā.
Sāpes	Starptautiskā Sāpju izpētes asociācija ² sāpes definē kā „nepatīkamu sajūtu un emocijas, kas var būt saistītas ar reālu vai potenciāli iespējamu audu bojājumu, vai arī tiek aprakstītas kā šāds bojājums”.
Sociālais atbalsts	Ģimenes, draugu, kaimiņu un kopienas tīklojums, kas indivīdam ir pieejams psiholoģiskas, fiziskas vai materiālas nepieciešamības gadījumā.
Veselības pašvērtējums	Būtisks veselības indikators gan populāciju, gan individuālā līmenī. Veselības pašvērtējuma mērījums pēc būtības ietver sevī visas trīs veselības dimensijas – fizisko, garīgo un sociālo.
Veselīga novecošana	PVO veselīgu novecošanos definējusi kā procesu, kurā tiek attīstītas un uzturētas indivīda funkcionālās spējas dzīves kvalitātes un labklājības nodrošināšanai vecumdienās ³ .
Veselīgais mūža ilgums	Kopējais mūža ilgums iedalās dzīves periodos ar atšķirīgu veselības stāvokli, no labas veselības līdz sliktai. Šie periodi ienes dzīves kvalitātes dimensiju nodzīvoto gadu skaitā.

¹ Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija: SFK. PVO, Ženēva. Rīga, 2003, 3.lpp.

² Angl. val. – International Association of the Study of Pain – IASP, 1994.

³ World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015

SOCIĀLDEMOGRĀFISKO TERMINU SKAIDROJUMS

Izlase	Latvijas iedzīvotāju kopuma mikromodelis attiecīgajā vecuma grupā.
Izglītība	<p><i>Nav izglītības</i> – respondents/-e nekad nav apmeklējis/-usi izglītības iestādes/nav iegūta pamatizglītība.</p> <p><i>Sākumskola</i> – respondents/-e ir pabeidzis/-usi pamatizglītības pirmo posmu (pabeigtas klases: līdz 2005. g. - 4 klases).</p> <p><i>Pamatizglītība/ nepabeigta vidējā/ arodizglītība bez vidējās izglītības</i> – respondents/-e ir pabeidzis/-usi pamatizglītības otro posmu (pabeigtas klases: līdz 1940. g. - 6 klases, līdz 1961. g. - 7 klases)</p> <p><i>Vidējā</i> - respondents ar vispārējo vidējo izglītību (pabeigtas klases: līdz 1989. g. - 10-11 klases, no 1990. g. - 12 klases).</p> <p><i>Profesionālā vidējā/ vidējā speciālā</i> – respondents/-e ir pabeidzis/-usi profesionālās vidējās izglītības iestādi (piem., profesionālo vidusskolu vai amatniecības vidusskolu, profesionālās izglītības kompetences centru) vai ieguvis/-usi profesionālo vidējo izglītību pēc vispārējās vidējās izglītības.</p> <p><i>Augstākā</i> – respondents/-e ir ieguvis/-usi pirmā līmeņa profesionālo augstāko (koledžas) izglītību, akadēmisko izglītību (bakalaura, maģistra, doktora grāds), otrā līmeņa profesionālo augstāko izglītību (profesionālais bakalaura grāds, profesionālais maģistra grāds), otrā līmeņa profesionālo augstāko izglītību (studiju ilgums 5 gadi). Ārsti, farmaceiti, zobārsti u.c. garās programmas. Uz šo attiecas arī padomju laika augstākā izglītība, kur studiju ilgums mazāks par 5 gadiem un kur studiju ilgums ir 5 gadi.</p>
Ienākumu līmenis	<p>Vidējie ienākumi uz vienu mājsaimniecības locekli mēnesī, ieskaitot visus ienākumus (algas, stipendijas, pabalstus, pensijas u.t.t.) pēc nodokļu nomaksas.</p> <p><i>Zemi</i> – 18 - 279 EUR</p> <p><i>Vidēji</i> - 280 - 339 EUR</p> <p><i>Augsti</i> - 340 - 1900 EUR</p>
Pamatnodarbošanās	<p><i>Augstākā vai vidējā līmeņa vadītājs</i> - uzņēmuma, firmas, organizācijas, nodaļas vadītājs, vadošais speciālists uzņēmumā, iestādē.</p> <p><i>Speciālists, ierēdnis</i> – ierēdnis vai darbinieks valsts, pašvaldību iestādē vai privātā uzņēmumā; nestrādā fizisku darbu.</p> <p><i>Strādnieks</i> – ierindas darbinieks rūpniecībā, celtniecībā, lauksaimniecībā, tirdzniecībā, apkalpojošajā sfērā, sabiedriskajā ēdināšanā; strādā fizisku darbu.</p> <p><i>Lauksaimnieks</i> – persona, kas strādā sev piederošā lauku saimniecībā.</p> <p><i>Ir savs uzņēmums, individuālais darbs</i> – pats sev darba devējs, arī profesionāls speciālists (advokāts, ārsts u.tml.), uzņēmuma īpašnieks.</p>

<p>Reģioni</p>	<p><i>Rīga</i> - Rīgas pilsēta</p> <p><i>Vidzeme</i> – Ādažu novads, Alojas novads, Alūksnes novads, Amatas novads, Apes novads, Babītes novads, Baldones novads, Beverīnas novads, Burtnieku novads, Carnikavas novads, Cesvaines novads, Cēsu novads, Ērgļu novads, Garkalnes novads, Gulbenes novads, Ikšķiles novads, Inčukalna novads, Jaunpiebalgas novads, Jūrmala, Krimuldas novads, Ķeguma novads, Ķekavas novads, Lielvārdes novads, Limbažu novads, Līgatnes novads, Lubānas novads, Madonas novads, Mālpils novads, Mārupes novads, Mazsalacas novads, Naukšēnu novads, Ogres novads, Olaines novads, Pārgaujas novads, Priekuļu novads, Raunas novads, Rūjienas novads, Ropažu novads, Salacgrīvas novads, Salaspils novads, Saulkrastu novads, Sējas novads, Siguldas novads, Smiltenes novads, Stopiņu novads, Strenču novads, Valkas novads, Valmiera, Valmieras novads, Varakļānu novads, Vecpiebalgas novads</p> <p><i>Kurzeme</i> – Aizputes novads, Alsungas novads, Brocēnu novads, Dundagas novads, Durbes novads, Grobiņas novads, Liepāja, Nīcas novads, Mērsraga novads, Pāvilostas novads, Priekules novads, Rojas novads, Rucavas novads, Saldus novads, Skrundas novads, Talsu novads, Vaiņodes novads, Ventspils, Ventspils novads.</p> <p><i>Zemgale</i> – Aizkraukles novads, Aknīstes novads, Auces novads, Bauskas novads, Dobeles novads, Engures novads, Iecavas novads, Jaunjelgavas novads, Jaunpils novads, Jelgava, Jelgavas novads, Jēkabpils, Jēkabpils novads, Kandavas novads, Kokneses novads, Krustpils novads, Neretas novads, Ozolnieku novads, Pļaviņu novads, Rundāles novads, Salas novads, Skrīveru novads, Tērvetes novads, Tukuma novads Vecumnieku novads, Viesītes novads.</p> <p><i>Latgale</i> – Aglonas novads, Baltinavas novads, Balvu novads, Ciblas novads, Dagdas novads, Daugavpils, Daugavpils novads, Ilūkstes novads, Kārsavas novads, Krāslavas novads, Līvānu novads, Ludzas novads, Preiļu novads, Rēzekne, Rēzeknes novads, Riebiņu novads, Rugāju novads, Vārkavas novads, Viļakas novads, Viļānu novads, Zilupes novads.</p>
<p>Apdzīvotās vietas tips</p>	<p><i>Rīga</i> – Rīgas pilsēta.</p> <p><i>Cita pilsēta</i> – Daugavpils, Liepāja, Jelgava, Ventspils, Rēzekne, Jūrmala, Valmiera, Jēkabpils, citas pilsētas.</p> <p><i>Lauki</i> – pagasti, lauku viensētas.</p>

IEVADS UN PĒTĪJUMA AKTUALITĀTE

Sabiedrības novecošanās ir viena no sabiedrības veselības aktualitātēm mūsdienās. Veselības politikas dokumentos bieži lietots ir termins „veselīga novecošanās”. Veselīgas novecošanās koncepcija aizstāj Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk - PVO) iepriekšējo koncepciju par aktīvu novecošanu (2002. gadā izstrādātais politikas ietvars⁴). “Veselīga novecošanās”, tāpat kā “aktīva novecošana”, uzsvēr nepieciešamību rīkoties vairākās nozarēs un radot iespēju vecāka gadagājuma cilvēkiem saglabāt savas spējas kā resursu viņu ģimenēm, kopienām un ekonomikai. Akcentējot novecošanās procesus sabiedrībā, 2016. gadā apstiprināja Novecošanas un veselības globālo stratēģiju un darbības plānu⁵ (angļu val.- *Global strategy and action plan on ageing and health*) laika posmam no 2016. gada līdz 2020. gadam, kas bija sagatavošanās posms PVO iniciētajai Dekādei darbībām, lai veicinātu veselīgu novecošanos (angļu val. - *Decade of Actions on Healthy Ageing*) laika posmā 2020. - 2030.⁶ Dekādes mērķi saistīti ar iespēju apvienot valdības, pilsonisko sabiedrību, starptautiskās aģentūras, speciālistus, akadēmiskās aprindas, plašsaziņas līdzekļus un privāto sektoru saskaņotai sadarbībai, lai uzlabotu vecāka gadagājuma cilvēku, viņu ģimeņu un kopienu dzīvi.

PVO veselīgu novecošanos definējusi kā procesu, kurā tiek attīstītas un uzturētas indivīda funkcionālās spējas dzīves kvalitātes un labklājības nodrošināšanai vecumdienās⁷. Funkcionālās spējas ir būtisks priekšnosacījums, kas nodrošina iespēju visiem cilvēkiem darīt to, kas viņiem ir svarīgs, piemēram: nodrošināt ikdienas dzīves pamatvajadzības; mācīties, pieņemt lēmumus; būt mobilam; veidot un uzturēt attiecības; dot ieguldījumu sabiedrībā. Veselīgas novecošanās procesu ietekmē katra indivīda ģenētiskais fonds, personu raksturojošie faktori (dzimums, nodarbošanās, izglītība, veselības stāvoklis), bet vides un individuālo faktoru mijiedarbība nosaka katra indivīda gan objektīvās, gan subjektīvās funkcionālās spējas. Pēc pašu indivīdu domām pētījumos kā būtiski veselības novecošanās elementi konstatēti (1) spēja saglabāt savu identitāti, (2) veidot attiecības, (3) spēja priecāties, (4) spēja saglabāt savu autonomiju, (5) būt drošībā un (6) joprojām izmantot potenciālu personības attīstīšanai.

Līdz ar paredzamā mūža ilguma palielināšanos no sabiedrības veselības viedokļa kā veselības indikators aizvien nozīmīgāks kļūst paredzamais veselīgais mūža ilgums (angl.val. –

⁴ Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

⁵ Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017.

⁶ <https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing>.

⁷ World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015

Healthy Life Years – HLY). Eiropas Savienībā (turpmāk- ES) vidēji paredzamais mūža ilgums palielinājies straujāk nekā paredzamo veselīgi nodzīvoto gadu ilgums⁸. Dažādu pētījumu rezultāti par veselīgi nodzīvoto gadu skaita izmaiņām un nespējas izplatību pasaulē kopumā ir ļoti pretrunīgi, taču pēdējais PVO ziņojums par novecošanos un veselības stāvokli pasaulē liecina, ka esošās sabiedrības veselības politikas un veselības sistēmas kopumā līdz šim nav bijušas pietiekoši efektīvas un atbilstošas, veicinot veselīgu novecošanos.⁹ Efektīvi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi senioru mērķgrupā ir būtisks priekšnoteikums veselīgi nodzīvoto dzīves gadu palielināšanā un dzīves kvalitātes uzlabošanā.¹⁰

Latvijā zemā dzimstība ir zem nepieciešamā paaudžu nomaiņas līmeņa, bet paredzamā mūža ilguma palielināšanās ir sekmējusi iedzīvotāju sastāva izmaiņas, novērojot vīrs darbaspējas vecuma iedzīvotāju īpatsvara palielināšanos. Latvija ir to 7 (septiņu) valstu vidū, kur iedzīvotāju īpatsvars vecumā no 65 gadiem pārsniedz ES vidējo rādītāju (19,2%), un laikā no 2005. gada līdz 2019. gadam iedzīvotāju īpatsvars vecumā no 65 gadiem Latvijā ir pieaudzis no 16,6% līdz 20,3%.¹¹

Kopumā 28 ES valstīs vidējais paredzamais mūža ilgums jaundzimušajiem 2017. gadā bija 80,9 gadi. Sievietēm tie bija 83,5 gadi, bet vīriešiem - 78,3 gadi. Attiecīgi Latvijā vidējais jaundzimušo paredzamā mūža ilgums rādītājs bija 74,9 gadi; sievietēm - 79,7, bet vīriešiem - 69,8 gadi¹². Nozīmīgi, ka Latvijā bija vislielākās atšķirības starp dzimumiem - tās sasniedz 9,9 gadus (ES-28 valstu vidējais rādītājs bija 5,4 gadi).

ES pēdējo 50 gadu laikā jaundzimušo paredzamais mūža ilgums ir palielinājies vidēji par 10 gadiem gan sievietēm, gan vīriešiem. Turpmākā paredzamā mūža ilguma palielināšanās galvenokārt sagaidāma, samazinot iedzīvotāju mirstību vecākās vecumgrupās.

Iedzīvotājiem 65 gadu vecumā paredzamais mūža ilgums Eiropas Savienībā 2017. gadā bija vidēji 19,9 gadi (2004.gadā – 18,3 gadi), variējot no 16,1 gadiem Bulgārijā līdz 21,7 gadiem Francijā. Latvijā 65 gadu vecumā vidējais paredzamais mūža ilgums 2017. gadā bija 17,0 gadi (2004.gadā – 15,2 gadi). Iedzīvotājiem 65 gadu vecumā atšķirības starp dzimumiem paredzamā

⁸ Rechel B, Grundy E, Robine J, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, McKee M. Aging in the European Union. *Lancet*, 2013; 13;381(9874):1312-22.

⁹ World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015

¹⁰ Rechel B, Grundy E, Robine J, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, McKee M. Aging in the European Union. *Lancet*, 2013; 13;381(9874):1312-22.

¹¹ https://data1.csb.gov.lv/pxweb/lv/iedz/iedz_iedzrakst/IRG010.px/table/tableViewLayout1/

¹² [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,1980-2017_\(years\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,1980-2017_(years).png)

mūža ilguma rādītājos nav vairs tik būtiskas – Eiropas Savienībā vidēji 3,3 gadi (Latvijā 4,9 gadi)¹³, kā arī atšķirību starp dzimumiem variēšana starp valstīm vairs nav tik liela kā jaundzimušo paredzamā mūža ilguma rādītāja gadījumā – no 0,5 gadiem Slovākijā līdz 5,2 gadiem Igaunijā. Eiropas Savienības veselības politikas mērķis ir palielināt paredzamos veselīgi nodzīvotos gadus. Eiropas Savienībā 2017. gadā tika paredzēti šādi veselīgi nodzīvoto gadu rādītāji – 63,5 gadi vīriešiem un 64,0 gadi sievietēm¹⁴. Latvijā rādītāji bija viszemākie – 50,6 gadi vīriešiem un 52,2 gadi sievietēm.

Latvijā mirstība uz 1000 attiecīgā vecuma iedzīvotājiem vecumgrupās no 65 gadu vecuma (senioriem) laikā no 1990. līdz 2015. gadam ir samazinājusies. Analizējot galvenos nāves cēloņus, iedzīvotājiem vecumā no 65 gadiem strauji pieaug mirstība no asinsrites sistēmas slimībām. Otrs biežākais nāves cēlonis gan Latvijas populācijai kopumā, gan arī iedzīvotājiem vecumā no 65 gadiem ir ļaundabīgi audzēji, bet trešais – ārējie nāves cēloņi. Kā biežākie ārējie nāves cēloņi iedzīvotājiem vecumā no 65 gadiem ir kritieni, tīšs paškaitējums un pakļautība dūmu, uguns un liesmu iedarbei. Salīdzinājumā ar kopējiem mirstības rādītājiem Latvijas populācijā, senioriem būtiski lielāka ir mirstība no elpošanas sistēmas slimībām – pneimonijas, hroniskām dziļāko elpceļu slimībām un gripas.

Aktīvās novecošanas stratēģijas izstrādē, ko piedāvā Latvijas Republikas (turpmāk – LR) Labklājības ministrija, ir minēti trīs nosacījumi, kuriem būtu jābūt sabiedrības novecošanas procesā:

- Ilgāk jāstrādā;
- Pastāvīgi jāmacās;
- Jādzīvo aktīvi un veselīgi.

Lai varētu realizēt pirmos divus nosacījumus, ir nepieciešams rūpīgi pārdomāt savu dzīves stilu, lai cilvēks varētu dzīvot aktīvi un veselīgi, t.i., veselīgi novecot. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014. – 2020. gadam¹⁵ ir teikts, ka sabiedrības veselības rādītāju būtiska uzlabošanās valstī iespējama tikai tad, ja veselība ir iekļauta visās politikās, kā arī, ja visiem valsts iedzīvotājiem ir nodrošinātas vienlīdzīgas iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Veselības nodrošināšana, saglabāšana un uzlabošana ir sabiedrības, katra indivīda un arī valsts kopīga atbildība, realizējot dažādu nozaru politiku. Latvijas Sabiedrības

¹³ <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/>

¹⁴ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics

¹⁵ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020. g. Ministru kabineta 2011. gada 5.oktobra rīkojums Nr. 504 http://veselibaspolitika.lv/faili/1361360614---SVP_2011_2017.pdf (skatīts 18. aprīlī, 2017.)

veselības pamatnostādņēs 2014. – 2020. gadam kā virsmērķis norādīts ir veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaita palielināšana, priekšlaicīgas nāves novēršana, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību. Efektīvi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi senioru mērķgrupā ir būtisks priekšnoteikums veselīgi nodzīvoto dzīves gadu palielināšanā un dzīves kvalitātes uzlabošanā. Taču gan veselības veicināšanas pasākumu plānošanā, gan izvērtēšanā ir būtiska reprezentatīvas veselības informācijas iegūšana un analīze specifiskajā senioru mērķgrupā. Ir zināms, ka arī senioru vecumgrupā pastāv nozīmīgas variācijas gan veselības stāvokļa, gan individuālo funkcionālo spēju rādītājos, ko iespējams novērot tikai ar reprezentatīvas kopas apsekošanu senioru populācijā.

Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījuma **mērķis** ir iegūt informāciju par veselību ietekmējošiem paradumiem un funkcionālām spējām Latvijas iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma, noskaidrojot to savstarpējās sakarības, kā arī sadalījumu sociāli-demogrāfiskās grupās Latvijas iedzīvotājiem vecumā no 65 gadu vecuma.

Pētījuma uzdevumi:

1. Noskaidrot veselības pašvērtējuma rādītāju izplatību saistībā ar demogrāfiskiem un sociālekonomiskiem rādītājiem Latvijas iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma.
2. Analizēt veselību ietekmējošo paradumu izplatību saistībā ar demogrāfiskiem un sociālekonomiskiem rādītājiem Latvijas iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma.
3. Analizēt funkcionālo spēju rādītāju izplatību saistībā ar demogrāfiskiem un sociālekonomiskiem rādītājiem Latvijas iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma.
4. Pētīt veselības rādītāju, dzīvesveida faktoru un funkcionālo spēju rādītāju savstarpējās sakarības Latvijas iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma dažādās sociāli-demogrāfiskās grupās.

Pētījuma mērķgrupa ir personas vecumā no 65 gadiem Latvijas vispārējā populācijā.

PĒTĪJUMA MATERIĀLI UN METODES

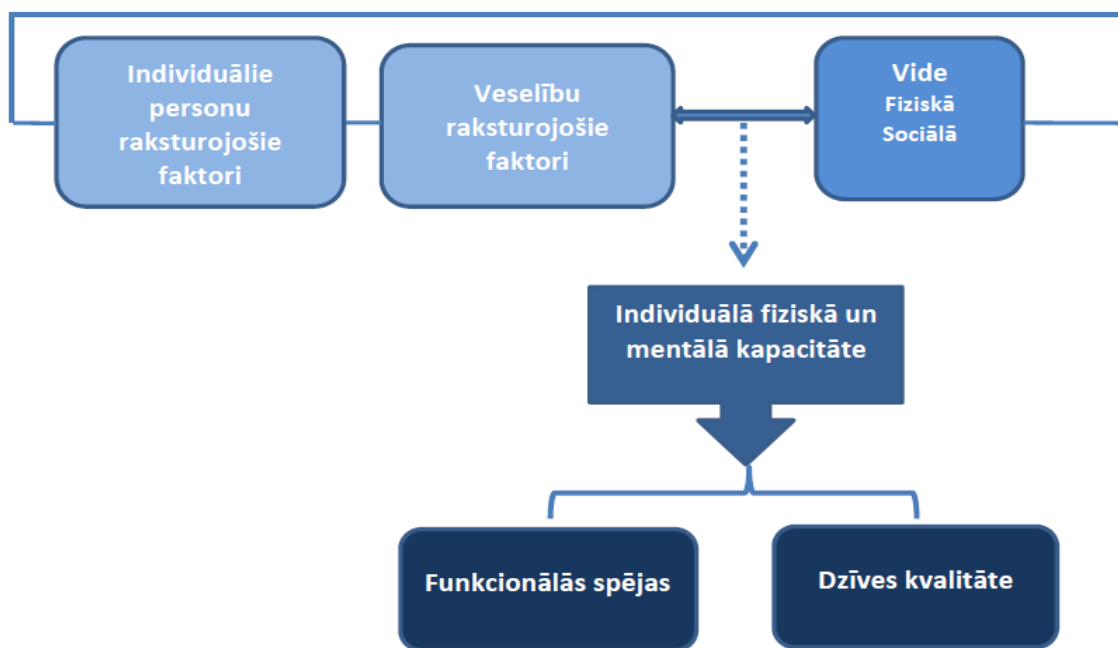
Pētījums tika organizēts saskaņā ar LATVIJAS IEDZĪVOTĀJU VIRS DARBASPĒJAS VECUMA VESELĪBU IETEKMĒJOŠO PARADUMU UN FUNKCIONĀLO SPĒJU PĒTĪJUMA teorētisko pamatojumu, t.sk. veselīgas novecošanas konceptuālo modeli, metodoloģiju un instrumentāriju, ko 2017. gadā izstrādāja Rīgas Stradiņa universitāte.

VESELĪGAS NOVECOŠANAS KONCEPTUĀLAIS MODELIS

Indikatoru un mērinstrumentu izvēle veselības informācijas vākšanā un pētniecībā lielā mērā atkarīga no izvēlētās teorētiskās koncepcijas. Ņemot vērā PVO izstrādāto veselīgas novecošanās koncepciju, veselīgas novecošanās procesu lielā mērā ietekmē:

- 1) Iedzimtība;
- 2) Personu raksturojošie lielumi kā: dzimums, vecums, izglītība, ienākumi, nodarbošanās;
- 3) Veselību raksturojošie lielumi kā: slimības, traumas, ar veselību saistītie dzīvesveida paradumi;
- 4) Individuālā fiziskā un mentālā kapacitāte;
- 5) Sociālās un fiziskās vides apstākļi.

Indivīdu raksturojošo un vides faktoru mijiedarbība ietekmē ne tikai subjektīvo indivīda fizisko un mentālo kapacitāti, bet arī veselīgas novecošanās procesa rezultātu, ko raksturo indivīda funkcionālās spējas un dzīves kvalitāte (1.att.).



1.attēls. Veselīgas novecošanās determinantes (adaptēts no WHO. World Report on Ageing and Health, 2015)¹⁶

¹⁶ World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015

PĒTĪJUMA INSTRUMENTĀRIJS

Pētījuma instrumentārijs tika veidots, informācijas blokos (moduļos) iekļaujot jautājumus, skalas un mērījumus, lai pētījumā iegūtu informāciju par veselību ietekmējošiem paradumiem un funkcionālām spējām Latvijas iedzīvotājiem vīrs darbaspējas vecuma atbilstoši veselīgas novecošanas konceptuālajam modelim.

Individuālo personu raksturojošo faktoru modulī tika iekļauti jautājumi par personas dzimumu, vecumu, tautību, izglītību, ģimenes stāvokli, mājsaimniecību raksturojošiem faktiem (mājsaimniecībā dzīvojošo personu skaits, mājsaimniecībā dzīvojošo personu nodarbinātība, mājsaimniecībā dzīvojošo personu ienākumi).

Veselības un dzīves kvalitātes modulī tika iekļauti jautājumi par veselības pašvērtējumu, par ilgstošām slimībām vai veselības problēmām, par veselības problēmu izraisītiem ilglaicīgiem aktivitāšu ierobežojumiem, par mutes dobuma veselību, par sāpēm (sāpju ilgums, biežums, intensitāte, sāpju ietekmes indekss), par depresijas simptomiem (Geriatriskā depresijas skalas īsā versija) un par dzīves kvalitāti (skala dzīves kvalitātes mērīšanai – EUROHIS-QoL).

Funkcionēšanas modulī tika iekļauti jautājumi par personas funkcionālajām spējām un jautājumi, kas raksturo personas individuālo fizisko un mentālo kapacitāti. Jautājumi par personas funkcionālajām spējām raksturo personas spēju veikt ikdienas aktivitātes (Lavtona instrumentālo ikdienas aktivitāšu skala) un sociālo vidi raksturojošu informāciju (sociālais atbalstu, ko persona saņem ikdienā). Savukārt, lai raksturotu personas individuālo fizisko un mentālo kapacitāti, tika iekļauti jautājumi par personas spēju pārvietoties ārpus mājas un nepieciešamo palīdzību, un objektīvs mērījums (krēsla tests), jautājumi par atmiņu, redzi un dzirdi, kritieniem un bailēm no kritieniem (kritienu pašefektivitātes skala), kā arī mājas fizisko vidi raksturojoša informācija — mājas vides drošība (kritienu un negadījumu mājas vidē novērtēšanas instruments HOME FAST).

Dzīvesveida modulī tika iekļauti jautājumi par uzturu un objektīvie antropometrisko parametru mērījumi (personas augums un svars, no kuriem datu bāzē tika aprēķināts ķermeņa masas indekss), personas fizisko aktivitāti (Starptautiskā fiziskās aktivitātes anketa), smēķēšanu, alkohola lietošanu un personu dalību organizētās grupu aktivitātēs. Papildus tika iekļauti jautājumi par miega ilgumu un kvalitāti.

PĒTĪJUMA IZLASE

Lai nodrošinātu pētījuma rezultātu reprezentativitāti, izlases veidošanas procesā tika apzināts mērķa populācijas ģenerālais kopums atbilstoši pētījuma metodoloģijas prasībām. Par mērķa populāciju, atbilstoši pētījuma mērķiem, izvēlēti Latvijas pastāvīgie iedzīvotāji vecumā no 65 gadiem.

Kā pamats pētījuma izlases aprēķiniem izmantoti LR Iekšlietu ministrijas Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes (turpmāk- IeM PMLP) Iedzīvotāju reģistra statistikas dati. Pēc Iedzīvotāju reģistra datiem, 2019. gada janvārī Latvijas iedzīvotāju ģenerālais kopums vecumā no 65 gadiem bija 400488 iedzīvotāji. Aptaujas izlase tika plānota, ietverot darba uzdevuma nosacījumiem atbilstošu mērķa populāciju (N= 2551). Šis izlases apjoms nodrošina, ka statistiskā kļūda kopējās izlases ietvaros ar 95% varbūtību ir 2% robežās.

Saskaņā ar darba uzdevuma prasībām pētījums notika visos Latvijas reģionos (Rīga, astoņas LR pilsētas, 67 novadu pilsētas un lauku teritorijas). Aptaujas izlase tika veidota kā stratificētā nejaušā izlase (stratificēta pēc reģiona un urbanizācijas līmeņa (turpmāk, arī apdzīvotas vietas tips) ar kvotu izlases elementiem. Lai nodrošinātu vienmērīgu un reprezentatīvu ģeogrāfisko pārklājumu, izlases veidošanas procesā aptaujas vietas katra reģiona ietvaros sistemātiskas varbūtības izlases ceļā izvēlētas atbilstoši urbanizācijas līmenim.

Lai aptaujā iegūtu datus, kas reprezentē mērķa grupu, izlase veidota proporcionāli ģenerālajam kopumam (Latvijas iedzīvotājiem vecumā no 65 gadiem), pamatojoties uz statistikas datiem par Latvijas iedzīvotāju skaitu un sadalījumu. Aprēķinot izlasi, ņemti vērā pieci demogrāfiskie rādītāji: dzimums; vecums, tautība, reģionālais sadalījums un apdzīvotās vietas tipa (pēc urbanizācijas līmeņa) dalījums (skat. 1.tabulu).

1.tabula. Mērķa populācija dzimuma, vecuma, etniskās piederības, reģionālajā un urbanizācijas līmeņa dalījumā, LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.2019.

	Iedzīvotāju skaits (n)	Pazīmes kategorijas sadalījums(%)	Plānotā izlase (n)
Vīrieši	133611	33,4	851
Sievietes	266877	66,6	1700
Latvieši	216865	54,2	1381
Citi	183623	45,8	1170
Rīga	136327	34,0	868
Pierīga	68012	17,0	433
Vidzeme	40080	10,0	255
Kurzeme	51868	13,0	330
Zemgale	46010	11,5	293
Latgale	58191	14,5	371
Rīga	136327	34,0	868
Lielās pilsētas	80023	20,0	510
Citas pilsētas	68164	17,0	434
Lauki	115974	29,0	739
65 - 69	115136	28,7	733
70 - 74	88506	22,1	564
75 - 79	85910	21,5	547
80 +	110936	27,7	707
Kopā	400488	100	2551

Plānotās izlases apjoms (1.tabula) vecuma grupās ir norādīts atbilstoši statistikai. Tomēr, lai nodrošinātu iespēju veikt datu analīzi atsevišķi katras vecuma grupas ietvaros, tika noteiktas kvotas katrā vecumgrupā, proporcionāli palielinot vai samazinot kādas grupas īpatsvaru izlasē (skat. 2.tabulu).

2.tabula. Mērķa populācijas vecuma struktūra un kvotu dalījums, LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.2019.

	Ģenerālais kopums	Plānotā izlase atbilstoši statistiskajam sadalījumam	Izlases apjoms pēc kvotu noteikšanas pie statistiskās kļūdas robežas 5%
65 – 69 gadi	115136	733	638
70 – 74 gadi	88506	564	638
75 – 79 gadi	85910	547	638
80 gadi un vairāk	110936	707	637
Kopā	400488	2551	2551

Katras vecumgrupas ietvaros tika aprēķināts nepieciešamais izlases apjoms atbilstoši LR IeM PMLP Iedzīvotāju reģistra statistikas datiem. No 3. līdz 6.tabulai attēlots katras atsevišķās vecuma grupas statistiskais dalījums dzimuma, etniskās piederības, reģiona un urbanizācijas līmeņa griezumā.

3.tabula. 65 – 69 gadīgo vecuma grupas iedzīvotāju statistiskais dalījums, LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.2019.

65 – 69 gadu vecuma grupa	Skaitis (n)	Pazīmes kategorijas sadalījums (%)	Plānotā izlase (n)
Vīrieši	46119	40,1	256
Sievietes	69017	59,9	382
Latvieši	55583	48,3	308
Citi	59553	51,7	330
Rīga	38577	33,5	214
Pierīga	19976	17,3	111
Vidzeme	10793	9,4	60
Kurzeme	14918	13,0	83
Zemgale	13462	11,7	75
Latgale	17410	15,1	96
Rīga	38577	33,5	214
Lielās pilsētas	23356	20,3	129
Citas pilsētas	19899	17,3	110
Lauki	33304	28,9	185
Kopā	115136	100	638

4.tabula. 70 – 74 gadīgo vecuma grupas iedzīvotāju statistiskais dalījums, LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.2019.

70 – 74 gadu vecuma grupa	Skaitis (n)	Pazīmes kategorijas sadalījums (%)	Plānotā izlase (n)
Vīrieši	32128	36,3	232
Sievietes	56378	63,7	406
Latvieši	46338	52,4	334
Citi	42168	47,6	304
Rīga	30421	34,4	219
Pierīga	15562	17,6	112
Vidzeme	8414	9,5	61
Kurzeme	11529	13,0	83
Zemgale	10058	11,4	73
Latgale	12522	14,1	90
Rīga	30421	34,4	219
Lielās pilsētas	18031	20,4	130
Citas pilsētas	14938	16,9	108
Lauki	25116	28,4	181
Kopā	88506	100	638

5.tabula. 75 – 79 gadīgo vecuma grupas iedzīvotāju statistiskais dalījums, LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.2019.

75 – 79 gadu vecuma grupa	Skaitis (n)	Pazīmes kategorijas sadalījums (%)	Plānotā izlase (n)
Vīrieši	27297	31,8	203
Sievietes	58613	68,2	435
Latvieši	52189	60,7	388
Citi	33721	39,3	250
Rīga	27678	32,2	206
Pierīga	14926	17,4	111
Vidzeme	9440	11,0	70
Kurzeme	11569	13,5	86
Zemgale	10175	11,8	76
Latgale	12122	14,1	90
Rīga	27678	32,2	206
Lielās pilsētas	17052	19,8	127
Citas pilsētas	14965	17,4	111
Lauki	26215	30,5	195
Kopā	85910	100	638

6.tabula. 80 gadu un vecāku grupas iedzīvotāju statistiskais dalījums, LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.2019.

80 + gadu vecuma grupa	Skaitis (n)	Pazīmes kategorijas sadalījums (%)	Plānotā izlase (n)
Vīrieši	28067	25,3	161
Sievietes	82869	74,7	476
Latvieši	62755	56,6	360
Citi	48181	43,4	277
Rīga	39651	35,7	228
Pierīga	17548	15,8	101
Vidzeme	11433	10,3	66
Kurzeme	13852	12,5	80
Zemgale	12315	11,1	71
Latgale	16137	14,5	93
Rīga	39651	35,7	228
Lielās pilsētas	21584	19,5	124
Citas pilsētas	18362	16,6	105
Lauki	31339	28,2	180
Kopā	110936	100	637

Izlase veidota kā vairākpakāpju nejaušā stratificētā izlase:

1. pakāpe: Apdzīvotās vietas izvēlētas pēc reģiona un urbanizācijas līmeņa, nodrošinot atbilstošās proporcijas izlasē. Urbanizācijas līmeņa griezumā ir izdalītas četras kategorijas – Rīga, republikas nozīmes pilsētas, citas pilsētas un lauku teritorijas.

Rīga izlasē izdalīta kā atsevišķs reģions un ar īpašu urbanizācijas līmeni. Katrā no pārējiem reģioniem izdalīti 3 urbanizācijas līmeņi (republikas nozīmes pilsētas, citas pilsētas, lauki). Katra reģiona urbanizācijas līmeņa ietvaros no visu apdzīvoto vietu saraksta sistemātiskas varbūtības izlases ceļā izvēlētas konkrētas aptaujas vietas (pilsētas, pagasti) un noteikts pētījumam nepieciešamais aptaujas punktu skaits, izmantojot iedzīvotāju skaitu apdzīvotajās vietās kā proporcionalitātes mēru. Nejaušības kārtā tika izvēlēti 300 izlases punkti, izmantojot iedzīvotāju skaitu apdzīvotajās vietās kā proporcionalitātes mēru.

2. pakāpe: Katrā apdzīvotajā vietā tika noteikts nepieciešamais respondentu skaits, kurus bija plānots sasniegt, ietverot izlasē pēc noteiktas metodoloģijas izvēlētas mājsaimniecības.

Katrā apdzīvotajā vietā tika noteikts izlases punktu skaits, un intervētājam piešķīra izlases punkta starta adresi. No vienas starta adreses, pielietojot maršruta metodes nejaušības principu, intervētājs aptaujāja ne vairāk kā 10 respondentus. Starta adreses pilsētās iegūtas no LR IeM PMLP Iedzīvotāju reģistra, lauku apvidos maršruta sākuma punktus noteica pētījuma organizētāji. Mazākā teritoriālā vienība bija pagasts.

3. pakāpe: Aptaujai respondents māsaimniecībā izvēlēts pēc tuvākās dzimšanas dienas principa.

Iedzīvotāju aptaujas tika veiktas tikai privāto personu māsaimniecībās. Aptaujas netika veiktas birojos, sabiedriskajās institūcijās (ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās (pansionātos), viesnīcās, slimnīcās, kopmītnēs u.tml.). Pasūtītājs nebija definējis vienā māsaimniecībā aptaujājamo personu skaitu. Ņemot vērā to, ka šajā pētījumā tika pētītas katra respondenta individuālās funkcionālās spējas, pēc vienošanās ar Pasūtītāju, tika pieņemts lēmums, ka māsaimniecībās, kurās dzīvo vairāk nekā viens respondents vecumā no 65 gadiem, tika atļauts aptaujāt ne vairāk kā divus respondentus šajā vecuma grupā.

Māsaimniecības izvēle notika saskaņā ar maršruta metodi. Pilsētā vai pagasta centrā intervētājs pārvietojās mājas numuru pieaugšanas secībā, izvēloties katru trešo māju ielas vienā pusē. Kad intervētājs nonāca līdz ielas galam, maršrutu turpināja pa šķērsielas pāra vai nepāra pusi atkarībā no starta adreses, veicot aptauju tikai ielas vienā pusē. Mājās ar pāra numuriem, aptauja tika uzsāktas ar pirmajām kāpnēm, t.i., ar tām kāpnēm, kur atradās dzīvoklis Nr.1. Mājās ar nepāra numuriem aptauja tika uzsāktas ar pēdējo kāpņu telpu un dzīvokli ar lielāko numuru šajā mājā. Turpinot aptauju, to veica katrā trešajā dzīvoklī, bet ne vairāk kā 5 dzīvokļos vienā kāpņutelpā. Individuālo māju rajonā intervētājs veica aptauju katrā otrajā mājā ielas vienā pusē. Laukos aptauju veica pagastu centros un lauku viensētās; maršruta sākuma punktus pētījuma organizētāji bija noteikuši. Lauku teritorijās, lai aptaujātu viensētu iedzīvotājus, intervētājs gāja katrā viensētā.

Gadījumos, ja respondenta nebija mājās, intervētājs vismaz 3 reizes dažādos laikos atkārtoja apmeklējumus. Ja izvēlētais respondents nebija sastopams, tika izvēlēta nākamā māsaimniecība saskaņā ar instrukcijām.

PĒTĪJUMĀ SASNIEGTĀ IZLASE UN NERESPONDENCE

Sasniegtās izlases un nerespondences raksturojuma dati apkopoti no 7. līdz 12. tabulai.

7.tabula. Sasniegtās izlases salīdzinājums ar iedzīvotāju statistikas rādītājiem

ĢENERĀLAIS KOPUMS	Latvijas pastāvīgie iedzīvotāji vecumā no 65 gadiem
PLĀNOTĀS IZLASES APJOMS	2551 respondenti (ģenerālajam kopumam reprezentatīva izlase)
SASNIEGTĀS IZLASES APJOMS	2568 respondenti
IZLASES METODE	Vairākpakāpju stratificētā nejaušā izlase ar kvotu elementiem
STRATIFIKĀCIJAS PAZĪMES	Administratīvi teritoriālā
APTAUJAS VEIKŠANAS METODE	Tiešās intervijas respondentu dzīvesvietās
ĢEOGRĀFISKAIS PĀRKLĀJUMS	Visi Latvijas reģioni (304 izlases punkti)
APTAUJAS VEIKŠANAS LAIKS	No 01.04.2019. līdz 10.06.2019.

	Plānotās izlases apjoms (n)	Sasniegtās izlases apjoms (n)	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pirms svēršanas	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pēc svēršanas*	LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.19. (%)
KOPĀ	2551	2568	100,0	100,0	100,0

VECUMGRUPAS

65-69	638	640	24,9	28,7	28,7
70-74	638	641	25,0	22,1	22,1
75-79	638	640	24,9	21,5	21,5
80 gadi un vairāk	637	647	25,2	27,7	27,7

DZIMUMS

Vīrieši	851	857	34,1	33,4	33,4
Sievietes	1700	1711	65,9	66,6	66,6

TAUTĪBA

Latvieši	1381	1391	54,6	54,2	54,2
Citi	1170	1177	45,4	45,8	45,8

REĢIONS

Rīga	868	874	33,9	34,0	34,0
Pierīga	433	436	17,4	17,0	17,0
Vidzeme	255	257	9,9	10,0	10,0
Kurzeme	331	333	12,7	13,0	13,0
Zemgale	293	295	11,4	11,5	11,5
Latgale	371	373	14,7	14,5	14,5

APDZĪVOTĀS VIETAS TIPS

Rīga	868	874	33,9	34,0	34,0
Citas pilsētas	944	950	37,0	37,0	37,0
Lauki	739	744	29,0	29,0	29,0

* Dati tika svērti pēc pazīmēm: vecums, dzimums, tautība, reģions, apdzīvotas vietas tips.

8.tabula. Sasniegtās izlases salīdzinājums ar iedzīvotāju statistikas rādītājiem vecuma grupā 65 – 69 gadi

65 – 69 gadu vecuma grupa	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pirms svēršanas	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pēc svēršanas	LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.19. (%)
KOPĀ	100,0	100,0	100,0
DZIMUMS			
Vīrieši	39,5	40,1	40,1
Sievietes	60,5	59,9	59,9
TAUTĪBA			
Latvieši	48,3	48,3	48,3
Citi	51,7	51,7	51,7
REĢIONS			
Rīga	33,6	33,5	33,5
Pierīga	17,8	17,3	17,3
Vidzeme	9,5	9,4	9,4
Kurzeme	12,2	13,0	13,0
Zemgale	11,9	11,7	11,7
Latgale	15,0	15,1	15,1
APDZĪVOTĀS VIETAS TIPS			
Rīga	33,6	33,5	33,5
Citas pilsētas	37,2	37,6	37,6
Lauki	29,2	28,9	28,9

9.tabula. Sasniegtās izlases salīdzinājums ar iedzīvotāju statistikas rādītājiem vecuma grupā 70 – 74 gadi

70 – 74 gadu vecuma grupa	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pirms svēršanas	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pēc svēršanas	LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.19. (%)
KOPĀ	100,0	100,0	100,0
DZIMUMS			
Vīrieši	37,3	36,3	36,3
Sievietes	62,7	63,7	63,7
TAUTĪBA			
Latvieši	53,4	52,4	52,4
Citi	46,6	47,6	47,6
REĢIONS			
Rīga	34,3	34,4	34,4
Pierīga	17,6	17,6	17,6
Vidzeme	9,7	9,5	9,5
Kurzeme	12,3	13,0	13,0
Zemgale	11,5	11,4	11,4
Latgale	14,5	14,1	14,1
APDZĪVOTĀS VIETAS TIPS			
Rīga	34,3	34,4	34,4
Citas pilsētas	37,4	37,3	37,3
Lauki	28,2	28,4	28,4

10.tabula. Sasniegtās izlases salīdzinājums ar iedzīvotāju statistikas rādītājiem vecuma grupā 75 – 79 gadi

75 – 79 gadu vecuma grupa	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pirms svēršanas	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pēc svēršanas	LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.19. (%)
KOPĀ	100,0	100,0	100,0
DZIMUMS			
Vīrieši	33,3	31,8	31,8
Sievietes	66,7	68,2	68,2
TAUTĪBA			
Latvieši	60,8	60,7	60,7
Citi	39,2	39,3	39,3
REĢIONS			
Rīga	32,3	32,2	32,2
Pierīga	17,8	17,4	17,4
Vidzeme	10,2	11,0	11,0
Kurzeme	13,6	13,5	13,5
Zemgale	11,3	11,8	11,8
Latgale	14,8	14,1	14,1
APDZĪVOTĀS VIETAS TIPS			
Rīga	32,3	32,2	32,2
Citas pilsētas	37,3	37,3	37,3
Lauki	30,3	30,5	30,5

11.tabula. Sasniegtās izlases salīdzinājums ar iedzīvotāju statistikas rādītājiem vecuma grupā 80 gadi un vairāk

80 + gadu vecuma grupa	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pirms svēršanas	Respondentu īpatsvars sasniegtajā izlasē (%) pēc svēršanas	LR IeM PMLP Iedz. reģ. dati uz 17.01.19. (%)
KOPĀ	100,0	100,0	100,0
DZIMUMS			
Vīrieši	26,4	25,3	25,3
Sievietes	73,6	74,7	74,7
TAUTĪBA			
Latvieši	55,8	56,6	56,6
Citi	44,2	43,4	43,4
REĢIONS			
Rīga	35,4	35,7	35,7
Pierīga	16,2	15,8	15,8
Vidzeme	10,2	10,3	10,3
Kurzeme	12,5	12,5	12,5
Zemgale	11,1	11,1	11,1
Latgale	14,5	14,5	14,5
APDZĪVOTĀS VIETAS TIPS			
Rīga	35,4	35,7	35,7
Citas pilsētas	36,2	36,0	36,0
Lauki	28,4	28,2	28,2

Nerespondence un to iemesli tika reģistrēti intervētāju atskaites lapā.

Atteikumus reģistrēja sekojošās pozīcijās:

1. Respondents, kurš atbilst izlases kritērijiem, bet nav intervēts (nevēlas atbildēt, aizņemts, slims, pārtraukta intervija, respondents ir alkohola un/vai narkotisko vielu ietekmē, valodas barjera u.c.);

2. Respondents, kura atbilstība izlases kritērijiem nav zināma/ nav notikusi intervija (nav nosakāms, vai respondents ir uz vietas pēc trīsreizēja apmeklējuma noteiktajā adresē, konkrētā/dotā adrese nav sasniedzama);

3. Respondents nav sasniedzams (izvēlēta ēka nav apdzīvota, ir tukša, ēka neatbilst dzīvojamo telpu prasībām, valsts, pašvaldības institūciju telpas, biroju telpas, sezonālās/ brīvdienų dzīvesvietas, mājsaimniecībā nav mērķgrupai atbilstoša respondenta).

Pētījuma nerespondence un to iemesli ir apkopoti 12.tabulā.

12.tabula. Nerespondences raksturojums (n)

1. Respondents, kurš atbilst izlases kritērijiem, bet nav intervēts	
1.1. Nevēlas atbildēt	953
1.2. Nav laika/ aizņemts	271
1.3. Slims, noguris	146
1.4. Atbilstošais respondents nav uz vietas*	7
1.5. Pārtraukta intervija	28
1.6. Alkohola/ narkotisko vielu iespaidā	17
1.7. Psihiski nepiemērots	7
1.8. Valodas barjera	2
Kopā:	1431
2. Respondents, kura atbilstība izlases kritērijiem nav zināma/nav intervēts	
2.1. Nav nosakāms vai respondents ir uz vietas/ mājās*	2686
2.2. Nevar iekļūt ēkā/ sasniegt respondenta dzīvesvietu	151
Kopā:	2837
3. Respondents nav sasniedzams	
3.1. Izvēlēta ēka nav apdzīvota/ tukša/ nav apdzīvojama	58
3.2. Ēka neatbilst dzīvojamajām platībām	3
3.4. Biroja telpas	75
3.5. Pašvaldību telpas	1
3.6. Sezonālās/ brīvdienų dzīvesvietas	1
3.3. Mājsaimniecībā nav mērķgrupai atbilstoša respondenta	2372
Kopā:	2510
Kopējais kontaktu mēģinājumu skaits	9350
Realizēto interviju skaits	2572
Kopējais neveiksmīgo kontaktu skaits	5347
Kopējais nerespondences skaits	1431

* Pēc trīsreizēja apmeklējuma noteiktajā adresē

SAGATAVOŠANĀS DATU SAVĀKŠANAS PROCESAM

Pirms datu vākšanas sākuma tika veikta intervētāju atlase un apmācības, kurās intervētāji apguva pētījuma metodiku, praktiskas iemaņas antropometrisko mērījumu (auguma garums, ķermeņa masa) noteikšanā, kā arī krēsla testa veikšanā. Pētījumu centrs SKDS izstrādāja pētījuma datu vākšanas metodiku, ko saskaņoja ar Pasūtītāju, sagatavoja un iesniedza dokumentus Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (turpmāk arī RAKUS) atbalsta fonda Medicīnisko un biomedicīnisko pētījumu Ētikas komitejai atzinuma saņemšanai par pieteikuma atbilstību zinātnisko pētījumu ētikas prasībām, kā arī saņēma RAKUS atbalsta fonda Medicīnisko un biomedicīnisko pētījumu Ētikas komitejas pozitīvu atzinumu par „Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījuma” veikšanai.

Pētījuma **pilotāža tika veikta divos posmos**. Pilotāžas **pirmā posma gaitā** no Pasūtītāja saņemtajai anketai tika veikta audiālā pārbaude un anketas rediģēšana.

Anketas audio testā tika rekrutēti 8 respondenti, lai pārbaudītu jautājumu un atbilžu variantu izpratni un uztveramību. Testēšanas rezultātā tika mainīts vairāku jautājumu un atbilžu variantu formulējums, nemainot jautājuma/atbilžu jēgu un nozīmi.

Pēc anketas pielāgošanas pētnieciskajai struktūrai sākās **pilotāžas otrais posms**, kura gaitā tika pārbaudīta plānotā datu savākšanas procesa atbilstība pētījuma mērķiem, kā arī atkārtoti testēta pilnveidotā anketas versija, pārbaudītas loģiskās pārejas, anketas jautājumu uztvere un izpratne, veicot tiešās testa intervijas respondentu dzīvesvietās. Anketas pilotēšanas otrajā posmā tika iesaistīti 4 intervētāji, kas veica testa intervijas Rīgā, Zemgales, Kurzemes, Latgales un Vidzemes reģionos, kontaktējot 243 Latvijas iedzīvotājus.

Lai iegūtu 48 testa intervijas, kopējais kontaktu mēģinājumu skaits bija 243, no tiem neveiksmīgo kontaktu skaits sasniedza 144 gadījumus (78 gadījumos nevarēja noteikt, vai respondents atbilst izlases kritērijiem, jo respondents nebija sastopams mājās pēc trīsreizējās adreses apmeklēšanas, 62 respondenti neatbilda mērķa grupai un 4 gadījumos ēka bija neapdzīvota). Nerespondences skaits sasniedza 51 gadījumu (37 respondenti nevēlējās piedalīties pētījumā, 12 personas bija aizņemtas, tātad nebija laika piedalīties aptaujā, un 2 potenciālie respondenti bija slimi).

Intervētāji pie respondentiem veica tiešās testa intervijas, uzdodot anketas jautājumus, veica antropometriskos mērījumus un krēsla testu. Intervijas laikā katrs intervētājs fiksēja anketā

(PAPI) vai datorizēti (CAPI) respondentu atbildes un mērījumus, kā arī izdarīja piezīmes par intervijas gaitu, respondentu izpratni par uzdotajiem jautājumiem un saņemtajām atbildēm.

Rezultātā tika iegūtas 48 intervijas, mērījumi un vērtīgi ieteikumi anketas izpratnes uzlabošanai un reālā datu savākšanas procesa atainošanai.

Tiešo interviju ilgums pilotēšanas laikā bija: garākā intervija - 145 minūtes, īsākā intervija – 45 minūtes, vidējais intervijas garums pilotāžas intervijām bija 82,5 minūtes.

Pēc aptaujas anketas un pētījuma datu savākšanas pilotēšanas procesā, projekta pētījuma grupa tika pieņemts lēmums, ka aptaujas tiešās intervijas (face-to-face) veiks, izmantojot datorizētas anketas (CAPI jeb *Computer-assisted personal interviewing*). Pētījumu centrs SKDS patstāvīgi veica aptaujas anketu programmēšanu, nodrošinot Pasūtītāja līgumā norādītajai kontaktpersonai pieeju programmas saitei, lai Pasūtītājs pārliecinātos par programmas darbaspējīgumu un anketas korektu programmēšanu. Lai nodrošinātu maksimālu iegūto datu kvalitāti, interviju veikšana notika RM PLUS WARP-IT programmā speciāli šai aptaujai izstrādātā CAPI intervēšanas modulī, kurā tika izveidoti respondentiem uzdodamie jautājumi, definēts iespējamo ievadāmo vērtību diapazons atvērtajos jautājumos, kā arī paredzētas loģiskās pārejas, kas nepieļauj iepriekšējām atbildēm pretrunīgu atbilžu reģistrēšanu.

PĒTĪJUMA DATU SAVĀKŠANAS PROCESA APRAKSTS

Aptauju veica tiešās (*face-to-face*) intervijās respondentu dzīves vietā. Aptaujas anketas tika sagatavotas latviski un tulkotas krieviski, ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju etnisko sastāvu. Tiešās intervijas notika valodā, kādā respondentiem bija ērtāk komunicēt, tādējādi nodrošinot viņiem pilnīgu aptaujas jautājumu izpratni un adekvātu atbilžu formulējumu.

Tiešās intervijas tika veiktas laika posmā no 2019. gada 1.aprīļa līdz 2019. gada 10. jūnijam. Intervijas vidējais ilgums bija 43,8 minūtes (garākā intervija – 187,0 min., īsākā intervija – 24,0 min.). Aptauju veica 36 pētījumu centra SKDS intervētāji. Pētījumu centrs SKDS pētījuma veikšanas procesā iesaistīja tikai darbiniekus, kuri iepriekš bija piedalījušies dažādos ar veselības jautājumiem saistītos pētījumos. Aptaujas datu savākšanā bija nodarbināti intervētāji, kuri jau iepriekš bija veikuši ne tikai tiešās intervijas iedzīvotāju dzīvesvietās, bet arī noteikuši respondentu antropometriskos parametrus - auguma garumu un ķermeņa svaru. Intervētāji tika izvēlēti, izvērtējot kandidātu izglītības līmeni, latviešu un krievu valodas zināšanas, datorprasmes un komunikācijas prasmes, intervētāju sarakstu saskaņojot ar Pasūtītāju. Lai veiktu antropometriskos mērījumus un krēsla testu, katram intervētājam tika

izsniegts mērinstrumentu komplekts, kurā ietilpa elektroniskie svāri, digitālais auguma mērītājs un palīgaprīkojums auguma mērījumiem, un hronometrs.

Dalībai projektā iesaistītie 36 intervētāji pirms datu savākšanas darba uzsākšanas klātienē piedalījās apmācību semināros. Pēc apmācībām intervētāji sāka darbu pētījuma datu vākšanā atbilstoši maršrutam, kas tika saskaņots ar lauka darba vadītājiem. Uzrunājot potenciālo pētījuma respondentu (-i), pētījumā iesaistītie un apmācītie intervētāji izskaidroja savas vizītes mērķi, sekojoši noskaidroja, vai apmeklētajā mājāsaimniecībā ir 65 gadus vai vecāka persona. Pēc konkrēta cilvēka apzināšanas, intervētājs vēlreiz atkārtoja pētījuma mērķi, sniedza īsu aptaujas norises aprakstu, pētījuma nozīmības raksturojumu un izskaidroja datu konfidencialitātes drošību, un intervijas norises ilgumu. Pēc tam respondentam piedāvāja iepazīties ar informāciju par pētījumu un piekrišanas formu dalībai pētījumā, lūdzot parakstīt piekrišanas formu dalībai pētījumā (2 eksemplāros). Viens parakstītais eksemplārs palika pie respondenta, otrs pie intervētāja.. Pēc dokumenta parakstīšanas intervētājs ar respondenta (-es) atļauju sagatavoja vietu un mērinstrumentus (elektroniskos svarus un aprīkojumu auguma garuma mērīšanai) respondenta auguma garuma, ķermeņa svara noteikšanai, kā arī hronometru un krēslu, krēsla testa veikšanai, pēc tam veica interviju ar respondentu.

Ja respondents (-e) pēc abu dokumentu izlasīšanas atteicās piedalīties pētījumā, intervētājs pateicās par veltīto laiku, devās prom no respondenta (-es) mājāsaimniecības uz nākamo maršrutā paredzēto mājāsaimniecību.

Tādā veidā intervētāji visas Latvijas teritorijā aptaujāja 2572 respondentus. Četru respondentu dati tika dzēsti no iegūto datu masīva, jo divu dienu laikā no intervijas brīža respondents (-e) atsauca savu dalību šajā pētījumā. Gala rezultātā datu masīvā palika 2568 intervijas. Pēc interviju pabeigšanas intervētāji elektroniski pārsūtīja iegūtos datus uz pētījumu centra SKDS serveri.

DATU KVALITĀTES KONTROLES NODROŠINĀŠANAS APRAKSTS

- Lauka darba procesā Pētījuma vadības grupas pārstāvji veica projekta norises monitoringu, sazinoties ar katru intervētāju vairākas reizes nedēļā lauka darba laikā, tādējādi noskaidrojot un novēršot iespējamās problēmas datu savākšanas procesā, kontrolējot pētījuma norises plānotos termiņus.
- Lai nodrošinātu intervētāju darba kvalitātes kontroles iespējas, intervētāji katra respondenta, kurš piekrita šādiem nosacījumiem, adresi un telefona numuru fiksēja interviju

atskaites lapās. Ar respondenta piekrišanu tika fiksēti arī respondenta īstie vai aptaujā pieņemtie vārdi (gadījumos, kuros respondents (-e) nevēlējās nosaukt savu vārdu). Respondentiem tika izskaidrots, ka tas nepieciešams, lai pētījuma darba grupa pārliecinātos par intervētājs darba kvalitāti respondenta mājvietā.

- Intervētāju darba kontrole notika, veicot vismaz 20% respondentu telefonisku kontaktēšanu, uzdodot viņiem kontroljautājumus. t.i., pārbaudot, vai viņu sociāldemogrāfiskais raksturojums, dzīves vietas adrese, kā arī atbildes uz dažādu tēmu jautājumiem saskan ar intervijās fiksētajām.

- Zvanot respondentiem, noskaidroja:
 - ✓ vai respondents atbilst pētījuma mērķa grupai;
 - ✓ vai intervija notikusi atbilstoši intervijas metodikai;
 - ✓ antropometrisko mērījumu norises gaitu,
 - ✓ vai intervētāja uzvedība ir bijusi korekta.

- Aptaujas gaitā katrs intervētājs aizpildīja atteikumu lapas, kurās norādīja potenciālo respondentu atteikumu iemeslus. Tādējādi tika kontrolēts, vai intervētājs ir ievērojis noteiktus respondentu atlases kritērijus un maršruta metodi.

- Intervētāju darba kontrole notika arī pēc datu iesūtīšanas pētījumu centra serverī, pārbaudot sakarības atbildēs uz jautājumiem katra intervētāja savāktajā datu materiālā.

- Kvalitātes kontroles izpildes rezultāti tika apkopoti aptaujas datu savākšanas noslēguma posmā, par tiem sagatavota tehniskā informācija, kas ietvēra:

- ✓ informāciju par sasniegtās izlases atbilstību plānotajai izlasei;
- ✓ nerespondences un tās iemeslu detalizētu raksturojumu;
- ✓ datu masīva pārbaudes rezultātus;
- ✓ respondentu telefoniskās kontroles rezultātus (kopējais kontaktu skaits, realizēto pārbaudes interviju skaits, neveiksmīgo kontaktu skaits).

Kvalitātes kontroles kopsavilkums ir apkopots 13.tabulā.

13.tabula. Kvalitātes kontrole

Iegūto datu pārskats	2572	100
Datu masīvā paliekošās intervijas	2568	99,84
Pēc respondentu pieprasījuma dzēstās intervijas	4	0,16
Respondentu pārzvanīšana	Respondentu skaits	Respondentu īpatsvars (% no izlases)
Kopējais kontaktu mēģinājumu skaits	549	21,37
Realizētās pārbaudes intervijas	508	19,78
Neveiksmīgo kontaktu skaits**	41	1,59

**Pēc trīsreizējas pārzvanīšanas respondents neceļ telefonu, aizņemta līnija, vajadzīgais respondents nav sasniedzams

DATU TĪRĪŠANA

Intervēšanas procesā iegūtais materiāls tika pārņemts no RM PLUS WARP-IT DATA ENTRY programmas uz SPSS programmas datu matricu. Datu masīva pārbaudes procesā tika kontrolēta sasniegtās izlases kvalitāte un atbilstība izvirzītajām prasībām.

Pirms datu analīzes uzsākšanas tika veikta datu tīrīšana, kurā tika pārbaudītas gan interviju laikā pieļautās ievades kļūdas atvērtajos jautājumos, gan loģiskās nesakritības datu masīvā.

Datu tīrīšanas procesā tika veikta:

- nelegālo vērtību identificēšana atvērtajos jautājumos. Tās tika pārbaudītas un, gadījumos, kad tas iespējams, labotas;
- atkārtota pāreju/ filtru pārbaude;
- loģiskā pārbaude;
- pārbaude, izveidojot jaunus mainīgos. Jauni mainīgie tika izveidoti, piemēram, veicot respondentu mērījumu pārbaudi, fizisko aktivitāšu laika patēriņa pārbaudi u.tml.

Veicot iegūto datu analīzi, tika kontrolēta intervētāju darba kvalitāte. Tika veikta datu neatkārtojāmības pārbaude, pārbaudīta katra intervētāja ievāktā materiāla atbilstība pētījuma prasībām, kā arī pārbaudīts, vai konkrētā intervētāja iegūtie dati nav pretrunā kopējām datu tendencēm.

Lai reducētu izlases izkliedi un izlases rāmja neatbilstību ģenerālajam kopumam (Latvijas Republikas (LR) pastāvīgie iedzīvotāji vecumā no 65 gadi) un panāktu lielāku iegūto

datu reprezentativitāti, tika izrēķināti katrai stratai atbilstoši svaru koeficienti, kas izlīdzina datus atbilstoši ģenerālās kopas sadalījumam.

Veidojot izlasi, tika noteiktas kvotas katrai vecuma grupai. Izmantojot svaru koeficientus, katras vecuma grupas īpatsvars izlasē tika līdzsvarots atbilstoši LR IeM PMLP Iedzīvotāju reģistra statistikas datiem par mērķa populāciju. Lai katra vecuma grupa būtu atsevišķi analizējama, papildus kopējiem svāriem tika veidoti balansa svāri vecuma grupas ietvaros, par svēršanas kritērijiem izmantojot dzimumu, tautību, reģionu un apdzīvotās vietas tipu.

DATU APSTRĀDE

Datu apstrāde notika saskaņā ar Rīgas Stradiņa universitātes izstrādāto pētījuma metodoloģiju. Atbilstoši pētījumā lietotajam veselīgas novecošanās konceptuālajam modelim un pētījuma instrumentārija un metodikas aprakstam uz sākotnējā aptaujas instrumentārija bāzes tika izveidota virkne rādītāju: funkcionālo spēju, dzīves kvalitātes, veselības pašvērtējuma, aktivitāšu ierobežojuma, zobu higiēnas varianti, sāpju rādītājs, sāpju ietekmes rādītājs, depresijas skala, dzīves kvalitātes vidējais un summārais rādītājs, ikdienas aktivitāšu summa, krēsla testa rezultātu atbilstība vecuma grupas normai¹⁷, bailes nokrist summārais rādītājs un baiļu ietekmes līmeņu rādītāji, ĶMI vērtības un to grupējums pēc PVO rekomendētā iedalījuma, fiziskās aktivitātes rādītāji saskaņā ar *IPAQ* metodiku¹⁸.

Datu apstrādē un analizē tika izmantota *IBM SPSS for Windows* programmas. Datu analizē tika izmantotas aprakstošās un secinošās statistikas metodes. Ar aprakstošās statistikas metodēm tika noteikts dažādu mainīgo kategoriju īpatsvars kopējā izlasē, un sadalītie rādītāji pēc vecuma, dzimuma, izglītības līmeņa, ienākumu līmeņa (vidējie ienākumi uz vienu mājsaimniecības locekli pēdējo sešu mēnešu laikā) un urbanizācijas līmeņa. Secinošās statistikas metodes tika izmantotas, lai noteiktu atšķirības starp rādītājiem demogrāfiskajās grupās un izpētītu sakarības starp atsevišķiem mainīgajiem viena koncepta ietvaros vai starp mainīgajiem no dažādiem konceptiem. Nominālās skalas datiem tika analizēts kategoriju biežums, kategoriju biežumu salīdzināšanai starp grupām lietots Pīrsona hī kvadrāta kritērijs. Rangu skalas un

¹⁷ Buatois S1, Perret-Guillaume C, Gueguen R, Miget P, Vançon G, Perrin P, Benetos A. 2010. A simple clinical scale to stratify risk of recurrent falls in community-dwelling adults aged 65 years and older. *Phys Ther.* 90(4):550-60.

¹⁸ Vadlīnijas fiziskās aktivitātes līmeņa datu apstrādē skatīt:
http://www.institutferran.org/documentos/scoring_short_ipaq_april04.pdf

attiecību skalas datiem noteikts biežuma sadalījums un atsevišķiem mainīgajiem arī aritmētiskās vidējās vērtības, standartnovirze (SN) kā datu kopas variācijas rādītājs, mediāna kā centrālās tendences rādītājs un arī starpkvartīļu intervāls (IQR), starpība starp 75 kvartīli un 25 kvartīli kā datu kopas izkliedes rādītājs. Intervālu skalas datiem noteikta biežuma sadalījuma atbilstība normālajam sadalījumam, un atšķirības starp divām grupām izvērtētas ar Manna-Vitnija testu vai T testu neatkarīgām grupām, starp trīs un vairāk grupām - ar Kruskola - Volisa testu vai dispersijas analīzi ANOVA. Atšķirības tika uzskatītas par statistiski nozīmīgām, ja nozīmības līmenis bija $p < 0,05$. Mainīgo sakarību analīzē tika izmantotas korelāciju diagrammas, kārbu diagrammas, kā arī pēc kategorijām sadalītas histogrammas, kā arī atbilstoši korelācijas koeficienti un asociāciju mēri.

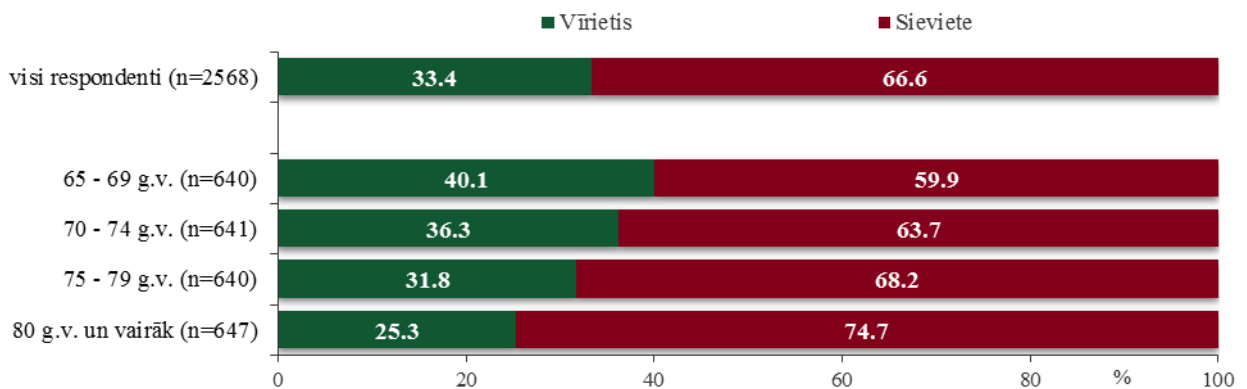
PĒTĪJUMA REZULTĀTI

Šajā ziņojuma sadaļā sniegts “LATVIJAS IEDZĪVOTĀJU VIRS DARBASPĒJAS VECUMA VESELĪBU IETEKMĒJOŠO PARADUMU UN FUNKCIONĀLO SPĒJU PĒTĪJUMA” rezultātu apraksts, norādot uz būtiskākajiem pētījuma rezultātiem un statistiski nozīmīgākajām atšķirībām un sakarībām respondentu apakšgrupās. Rezultātu tabulās, kas ir pievienotas šī ziņojuma pielikumā, atspoguļoti pētījuma rezultātu kopējie rādītāji un sadalītie rādītāji pēc vecuma, dzimuma, izglītības līmeņa, ienākumu līmeņa un urbanizācijas līmeņa. Datu apkopošanas gaitā urbanizācijas līmeņa sadalījuma: Rīga, lielās pilsētas, citas pilsētas un lauki, kategorijas „*lielās pilsētas*” un „*citas pilsētas*” tika apvienotas kategorijā „*citas pilsētas*”. Šī kategorija ir pielietota visas analīzes gaitā atskaitē. Rezultātu tabulu identifikācijas sistēma veidota pēc alfabēta principa, kas izmantots arī apakšnodaļu numerācijā. Tabulu identifikatorā (burtu un ciparu kombinācija) norādītais burts vai burtu kombinācija atbilst šeit aprakstīto rezultātu attiecīgajai apakšnodaļai.

A. DEMOGRĀFIJA

Pētījumā piedalījās 2568 respondenti, no tiem 33,4% vīrieši (n=876) un 66,6% sievietes (n=1692). Pamatinformācija par respondentiem atainota 3.attēlā.

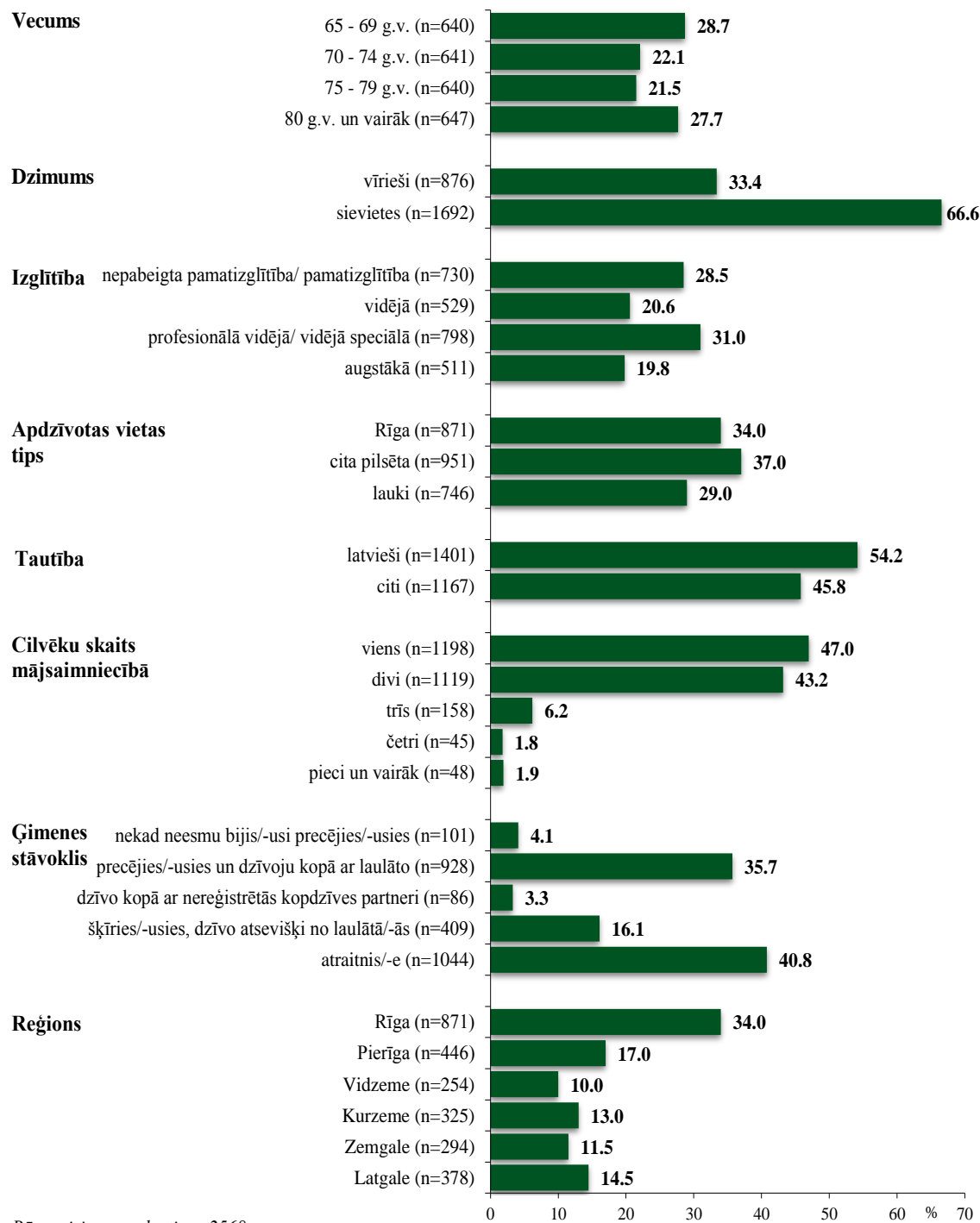
Respondentu vecuma mediāna bija 75 gadi (IQR= 10), jaunākajiem respondentiem bija 65 pilni gadi, bet vecākajam 98 pilni gadi. Senioru lielākais īpatsvars (40,1%) bija vecuma grupā 65-69 gadi, bet sieviešu lielākais īpatsvars (74,7%) bija vecuma grupā 80 gadi un vairāk. Statistiski nozīmīgi lielāks sieviešu īpatsvars bija visās vecuma grupās (2.attēls).



Bāzes: visi respondenti, n=2568

2.attēls. Vīriešu un sieviešu sadalījums vecuma grupās (%)

31,3% respondentu bija profesionālā vidējā/ vidējā speciālā izglītība - gan vīriešiem (30,9%), gan sievietēm (31,2%). 28,5% respondentu bija nepabeigta pamatizglītība/ pamatizglītība, un tādu vairāk bija vecuma grupā 80+ (attiecīgi 46,9% vīriešu un 46,3% sieviešu). Respondentu īpatsvars, kuriem bija nepabeigta pamatizglītība vai pamatizglītība, bija augstāks ar zemiem ienākumiem (40,1%). Apmēram trešdaļai respondentu ar profesionālo vidējo/ vidējo speciālo un augstāko izglītību bija augsti ienākumi, attiecīgi 34,1% un 33,7%. Respondentu, kuriem bija nepabeigta pamatizglītība vai pamatizglītība īpatsvars lielāks bija laukos (42,7%), savukārt respondentu, kuriem bija augstākā izglītība, īpatsvars lielāks bija Rīgā (30,0%).



3.attēls. Respondentu sociāldemogrāfiskie rādītāji (%)

Respondentu vidējais izglītības ilgums gados bija 11 gadi (Me, IQR3 = 5). 37,4% respondentu savu izglītības ilgumu norādīja 13 un vairāk gadu. Izglītībā ilgāk pavadītā laika īpatsvars bija augstāks respondentiem no Rīgas (46,2%), kā arī respondentiem ar augstiem ienākumiem (52,9%). Augstāks respondentu īpatsvars ar izglītības ilgumu no 0 līdz 9 gadiem dzīvo laukos (39,5%). Izglītības līmenis atšķirās vecumu grupās, ienākumu grupās, dzīvesvietas grupās, un šīs atšķirības bija statistiski nozīmīgas.

Vairākums respondentu bija pilsētnieki, 34,0% bija rīdzinieki, un 37,0% bija no citām Latvijas pilsētām. Proporcioniāli vairāk respondentu bija no Rīgas (34,0%) un šāda proporcija saglabājās arī starp dzimumiem, 32,9% vīriešu un 34,6% sieviešu bija no Rīgas. Ar augstāko izglītību lielāks īpatsvars dzīvo Rīgā (30,0%), kā arī augstāks īpatsvars Rīgā dzīvojošo respondentu ir ar augstiem ienākumiem (51,2%).

Liela daļa (40,8%) respondentu bija atraitņi/-es, attiecīgi 18,3% vīriešu un 52,1% sieviešu. Vecuma grupā virs 80 gadiem atraitņu īpatsvars bija augstāks – 40,6% vīriešu un 74,2% sieviešu. Augtāks bija vīriešu īpatsvars, kuri bija precējušies (56,0%).

Mēneša vidējo ienākumu mediāna pēc nodokļu nomaksas uz vienu mājsaimniecības locekli, ņemot vērā visus ienākumus, bija 300 EUR (visiem respondentiem IQR= 111 EUR, vīriešiem IQR=140 EUR, sievietēm IQR= 100 EUR). Ienākumus uz vienu ģimenes locekli 34,2% respondentu raksturoja kā augstus, 33,5% respondentu tos raksturoja kā vidējus, bet 32,3% respondentu ienākumus raksturoja kā zemus.

Vīriešiem bija augstāks īpatsvars ar augstiem ienākumiem uz vienu mājsaimniecības locekli (41,4%), savukārt sievietēm bija gandrīz līdzīgs īpatsvars starp vidējiem (35,2%) un zemiem (34,1%) ienākumiem (statistiski nozīmīgas atšķirības starp dzimumiem tādās pozīcijās kā augsti ienākumi un vidēji zemi ienākumi). Respondentiem ar nepabeigtu pamatizglītību vai pamatizglītību bija augstāks īpatsvars ar zemiem ienākumiem (44,7%), savukārt respondentiem ar augstāko izglītību bija augstāks īpatsvars ar augstiem ienākumiem (58,5%). Rīgā dzīvojošiem respondentiem bija augstāks īpatsvars ar augstiem ienākumiem (51,2%), bet respondentiem no laukiem bija augstāks īpatsvars ar zemiem ienākumiem (47,9%). Statistiski nozīmīgas atšķirības rādītājos par vidējiem ienākumiem uz vienu mājsaimniecības locekli tika konstatētas dzimumu grupās, vecumu grupās, izglītības grupās un dzīvesvietas grupās.

Kopumā 47% respondentu dzīvo vieni, attiecīgi 55,3% sieviešu un 30,4% vīriešu. Divu

personu mājsaimniecībā dzīvo 43,3% respondentu, attiecīgi 59,6% vīriešu un 35,1% sievietes. Augstākais respondentu īpatsvars (51,5%), kuri dzīvo divu personu mājsaimniecībā ir ar augstiem un vidējiem ienākumiem uz vienu mājsaimniecības locekli, savukārt augstāks ir personu īpatsvars ar zemiem un vidējiem ienākumiem, kuri dzīvo vieni - attiecīgi 53,2% un 58,1%. Zems bija respondentu īpatsvars, kuri dzīvo trīs personu mājsaimniecībā (6,2%), četru personu mājsaimniecībā (1,7%) vai piecu un vairāk personu mājsaimniecībā (1,9%). Seniori, kuri dzīvoja vairāku personu mājsaimniecībā, 72,2% gadījumu norādīja, ka vismaz vēl viena persona ir 65 gadus veca vai vecāka.

Vairākums respondentu (73,4%) norādīja, ka viņu mājsaimniecībā nedzīvo strādājoša persona. Aptaujas laikā tikai 10,6% respondentu (15,8% vīriešu un 8% sievietes) turpināja strādāt algotu darbu. Respondenti, kuri turpināja strādāt algotu darbu, galvenokārt bija ar augstāko izglītību un augstākiem ienākumiem. Strādājošo respondentu vidū augstāks bija to īpatsvars, kuri norādīja, ka ir strādnieki vai strādā fizisku darbu (43,0%), ir speciālisti/ ierēdņi vai nestrādā fizisku darbu (41,9%). Strādājošajiem vīriešiem un sievietēm statistiski nozīmīgas atšķirības starp dzimumiem tika konstatētas visos anketā norādītajos nodarbinātības veidos, izņemot individuālā darba veikšanu/ ir savs uzņēmums.

B. VESELĪBA UN DZĪVES KVALITĀTE

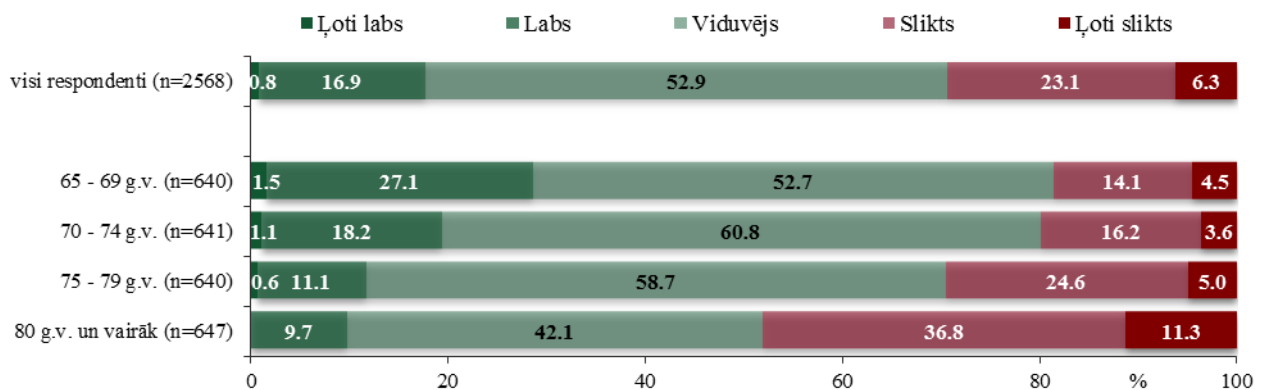
BA. VESELĪBAS PAŠVĒRTĒJUMS

Veselības pašvērtējums ir būtisks veselības indikators gan populāciju, gan individuālā līmenī. Veselības pašvērtējuma ietver sevī visas trīs veselības dimensijas – fizisko, garīgo un sociālo.

Lai noskaidrotu respondentu vispārējo veselības stāvokli, anketā uzdots jautājums “Kāds ir Jūsu vispārējais veselības stāvoklis?” ar iespēju vispirms respondentam atbildēt spontāni un tikai tad izvēlēties piedāvātos atbilžu variantus: “ļoti labs”, “labs”, “viduvējs”, “slikts”, “ļoti slikts”. Tālākā datu analīzē šī jautājuma atbilžu varianti “ļoti labs” un “labs” tika apvienoti, izveidojot atbilžu variantu “labs”, kā arī atbilžu varianti “slikts” un “ļoti slikts” tika apvienoti, izveidojot atbilžu variantu “slikts”.

Kopumā 17,7% senioru novērtē savu veselību kā ļoti labu vai labu, attiecīgi 0,8% kā ļoti labu un 16,9% kā labu. Vairāk nekā puse respondentu (52,9%) norādīja, ka viņu veselības stāvoklis ir viduvējs, bet 29,4% savu veselību novērtēja kā sliktu vai ļoti sliktu, attiecīgi 23,1% un 6,3%. Rezultāti parāda, ka būtiski palielinās slikta un ļoti slikta veselības pašvērtējuma īpatsvars senioriem vecuma grupās virs 75 gadiem. Kā arī vecumgrupā virs 80 gadiem būtiski palielinās respondentu īpatsvars, kuri novērtē savu veselību kā ļoti sliktu (4.attēls).

Kāds ir Jūsu vispārējais veselības stāvoklis?

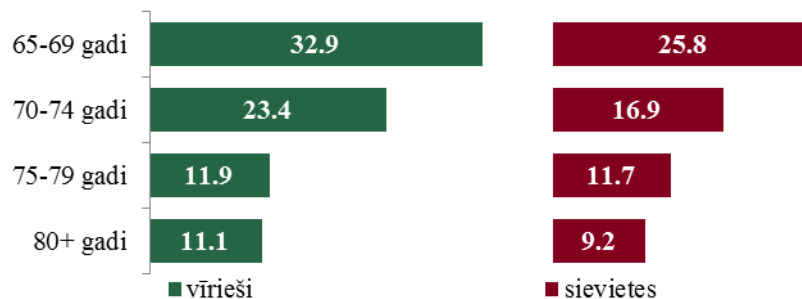


Bāzes: visi respondenti, n=2568

4.attēls. Respondentu atbilžu sadalījums, novērtējot vispārējo veselības stāvokli (%)

Kā sliktu (*slikta+ļoti slikta*) savu veselību novērtēja 26,4% vīriešu un 30,9% sievietes. Lielāks senioru īpatsvars abās dzimuma grupās ir vecuma grupā virs 80 gadiem, kuri savu veselību raksturoja kā sliktu, attiecīgi 47,8% vīriešu un 48,2% sievietes.

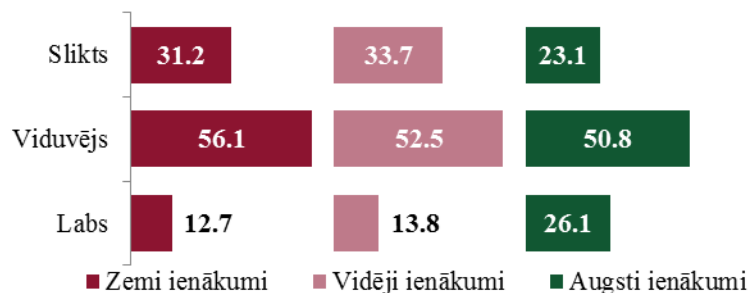
Kopumā 21,7% vīriešu un 15,7% sievietes savu veselību novērtēja kā labu (*laba+ļoti laba*). Jaunākajā vecumgrupā vairāk nekā trešā daļa vīriešu un ceturtdaļa sievietes savu veselību novērtēja kā labu. Kā 5.attēlā redzams, ka ar katru nākamā vecumgrupu abiem dzimumiem var novērot samērā strauju labas veselības pašvērtējuma samazinājumu.



Bāze: respondenti, kuri vērtē savu veselību kā labu, n=445

5.attēls. Labas veselības pašvērtējuma īpatsvars vecuma un dzimuma grupās (%)

Augstu ienākumu grupā ir visaugstākais respondentu īpatsvars, kuri novērtē savu veselību kā labu – 26,1% un viszemākais respondentu īpatsvars, kuri savu veselību novērtē kā sliktu – 23,1%. Atšķirības ienākumu grupās saistībā ar respondentu veselības pašvērtējumu ir statistiski nozīmīgas. Respondentiem ar zemiem un vidējiem ienākumiem labas veselības pašvērtējums ir ievērojami zemāks nekā respondentiem ar augstiem ienākumiem (6.attēls).



Bāzes: visi respondenti

*Bāze: respondenti, kuri ir norādījuši mēneša vidējos ienākumus uz vienu savas mājsaimniecības locekli pēdējo sešu mēnešu laikā, n=2294

6.attēls. Veselības pašvērtējums vidējo ikmēneša ienākumu grupās (%)

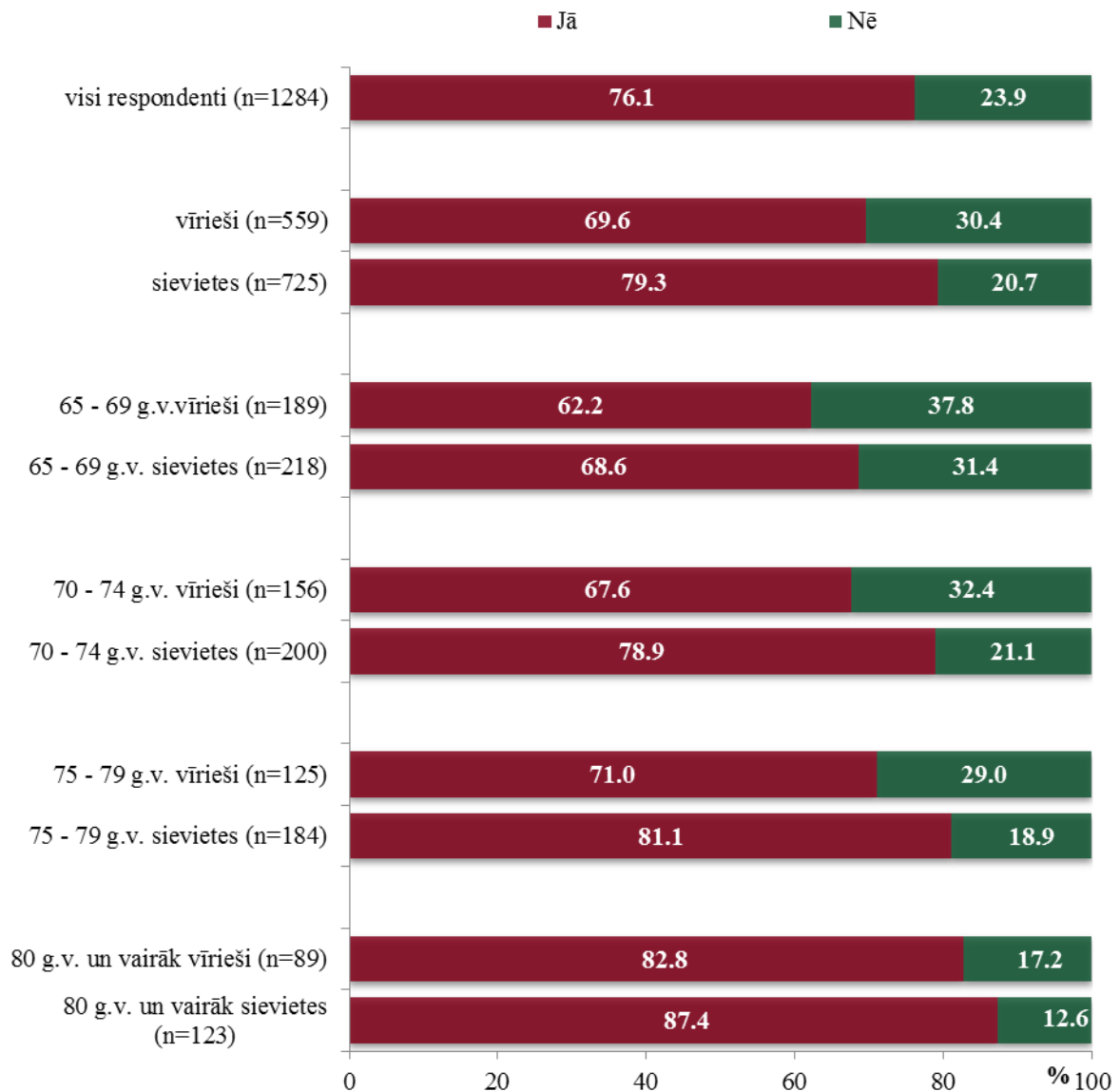
BB. HRONISKU SLIMĪBU VAI VESELĪBAS PROBLĒMU IZPLATĪBA

Palielinoties vecumam, dažādu hronisku slimību vai veselības problēmu varbūtība būtiski pieaug. Palielinoties dzīves ilgumam un, uzlabojoties veselības aprūpes iespējām, pieaug to hroniski slimo indivīdu īpatsvars, kuri slimo ar vairākām – vismaz divām hroniskām slimībām vienlaicīgi. Pasaulē veiktajos pētījumos ir konstatēts, ka neatkarīgi no slimību diagnozes un hronisku veselības problēmu specifikas, hroniskas slimības un veselības problēmas atstāj ietekmi uz indivīda ikdienas funkcionēšanu un dzīves kvalitāti¹⁹.

Lai noskaidrotu senioru īpatsvaru, kuriem ir hroniskas slimības vai ilgstošas veselības problēmas, pētījumā respondentiem uzdots jautājums: “*Vai Jums ir kāda ilgstoša slimība vai ilgstoša veselības problēma?*”, paskaidrojot, ka ilgstoša ir domāta slimība vai veselības problēma, kas ir ilgusi vai domājams, varētu ilgt, vismaz 6 mēnešus. Ilgstošu slimību vai ilgstošu veselības problēmu esamību norādīja 76,1% respondentu. Augstāks ir sieviešu īpatsvars visās vecuma grupās, kuras atzīmēja, ka viņām ir kāda ilgstoša slimība vai veselības problēma. Analizējot datus vecuma grupās, redzams, ka pieaugot senioru vecumam, palielinās arī senioru īpatsvars, kuri norāda, ka viņiem ir kāda ilgstoša slimība vai veselības problēma (7.attēls).

¹⁹ Vogeli, C., Shields, A. E., Lee, T. A., Gibson, T. B., Marder, W. D., Weiss, K. B., et al. (2007). Multiple chronic conditions: Prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *Journal of General Internal Medicine*, 22(Suppl. 3), 391–395.

Vai Jums ir kāda ilgstoša slimība vai ilgstoša veselības problēma?



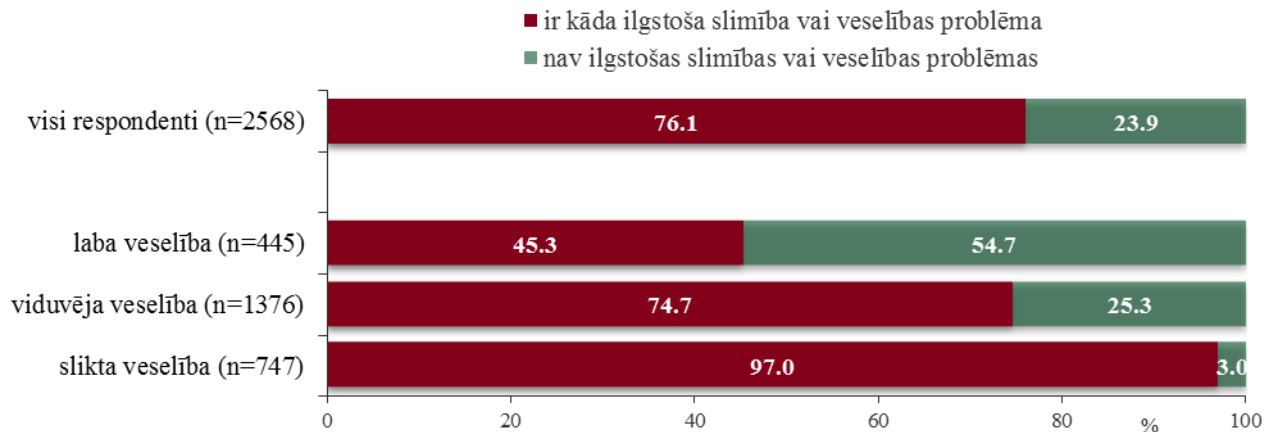
Bāze: visi respondenti, n=2568

7.attēls. Ilgstošu veselības problēmu izplatība dzimuma un vecuma grupās (%)

Uz ilgstošu slimību vai ilgstošu veselības problēmu esamību biežāk norāda respondenti ar zemāku izglītību (81,2% ar nepabeigtu pamata/ pamata izglītību), vidējiem ienākumiem (80,4%) un Rīgā dzīvojoši respondenti (78,6%).

Tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp veselības pašvērtējumu un ilgstošas saslimšanas vai veselības problēmas esamību – ir augstāks respondentu īpatsvars ar sliktu (*sliktu + ļoti sliktu*) veselības pašvērtējumu, kuriem ir ilgstošas saslimšanas vai ilgstošas

veselības problēmas, salīdzinot ar respondentiem, kuri savu veselību novērtē kā labu vai viduvēju (8.attēls).



Bāze: visi respondenti, n=2568

8.attēls. Respondentu īpatsvars veselības pašvērtējuma grupās, kuriem ir vai nav kāda ilgstoša slimība vai veselības problēma (%)

BC. VESELĪBAS PROBLĒMU IZRAISĪTI ILGLAICĪGI AKTIVITĀŠU IEROBEŽOJUMI

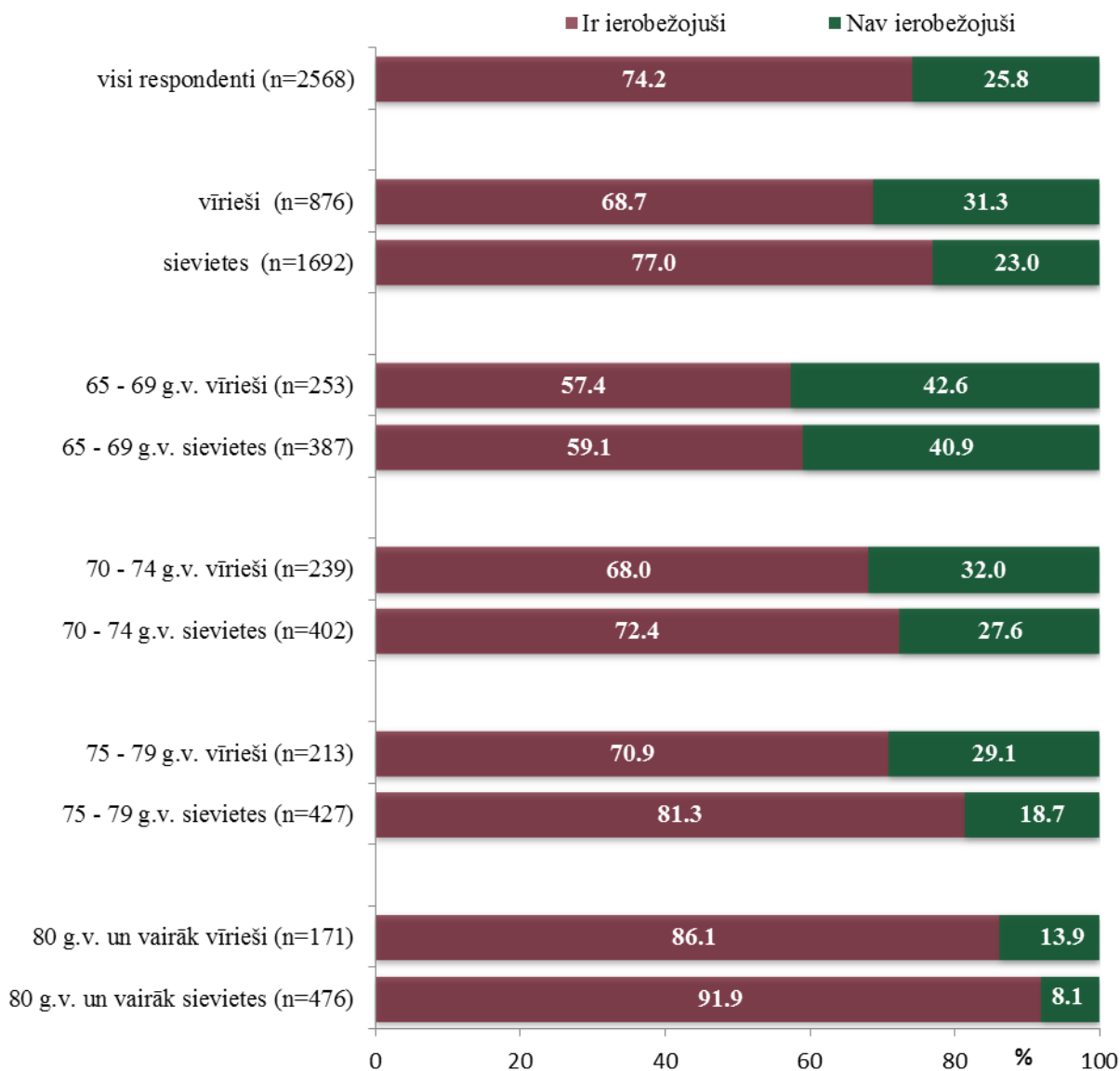
Būtiska ir ne tikai hroniskas slimības vai ilgstošas veselības problēmas izplatība, bet arī dažādu veselības problēmu (arī akūtu) izraisīti ilgstoši aktivitāšu ierobežojumi indivīdam. Hronisku veselības problēmu izraisīti ikdienas aktivitāšu ierobežojumi iedzīvotājiem pēc darbaspējas vecuma ir izplatīti, jo īpaši, ņemot vērā multiplu veselības problēmu izplatības pieaugumu²⁰. Lai noskaidrotu veselības problēmu ietekmi uz respondentu spēju veikt ikdienas aktivitātes, aptaujā tika uzdots jautājums: “Cik lielā mērā kāda veselības problēma ir Jūs ierobežojusi veikt aktivitātes, ko cilvēki parasti dara, vismaz pēdējo 6 mēnešu laikā?” ar trim iespējamām atbildēm: “stipri ierobežojusi”, “ierobežojusi, bet ne pārāk stipri” un “nav ierobežojusi”. Iegūtie dati analizēti dihotomi: ir bijuši aktivitāšu ierobežojumi vai nav bijuši aktivitāšu ierobežojumi.

Lielākā daļa respondentu (74,2%) atzīst, ka pēdējo 6 mēnešu laikā veselības problēmas viņiem ir ierobežojušas veikt ierastās ikdienas aktivitātes. Pēdējo sešu mēnešu laikā veselības problēmu dēļ ierobežota ikdienas aktivitāšu veikšana ir 68,7% vīriešu un 77,0% sieviešu. Palielinoties respondentu vecumam, būtiski pieaug senioru īpatsvars, kuriem veselības problēma

²⁰ Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Aging Research Reviews*, 2001;10: 430–439.

pēdējā pusgada laikā ir radījusi ierobežojumus ierastajās aktivitātēs. Abiem dzimumiem būtisks respondentu īpatsvara pieaugums ir sākot ar 70 gadu vecumu, tomēr sievietēm šis īpatsvara pieaugums, palielinoties vecumam, ir straujāks (9.attēls).

Vai veselības problēmas ir Jūs ierobežājušas vismaz pēdējo 6 mēnešu laikā veikt aktivitātes, ko Jūs darāt parasti?

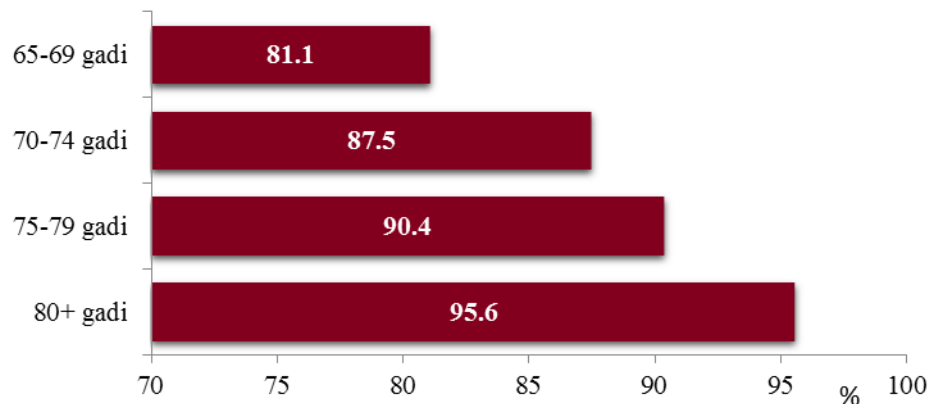


Bāze: visi respondenti, n=2568

9.attēls. Veselības problēmu izraisītu ilglaicīgu aktivitāšu ierobežojumu izplatība dzimuma un vecuma grupās (%)

Analizējot veselības problēmu izraisītu ilglaicīgu aktivitāšu ierobežojumu sociāldemogrāfiskajās grupās, augstāks īpatsvars ir respondentiem ar nepabeigtu pamata/pamata izglītību (84,2%), salīdzinot ar augstāko izglītību ieguvušajiem (62,9%), kuriem ir šādi aktivitāšu ierobežojumi. Kā arī 79,5% respondentu ar zemiem ienākumiem un 64,7% ar augstiem ienākumiem norāda, ka viņiem veselības problēmas ir radījušas ilgstošus ikdienas aktivitāšu ierobežojumus. Laukos dzīvojošo senioru īpatsvars (79,0%) ir augstāks, salīdzinot ar Rīgā (73,2%) un pilsētās dzīvojošiem senioriem (71,4%), kuriem ir ilgstoši aktivitāšu ierobežojumi veselības problēmu dēļ. Atšķirības šajās grupās ir statistiski nozīmīgas.

Analizējot veselības problēmu izraisītu ilglaicīgu aktivitāšu ierobežojumu izplatību respondentiem, kuri ir norādījuši, ka viņiem ir kāda ilgstoša veselības problēma, kopumā gandrīz deviņi no desmit respondentiem (89,1%) norāda, ka cieš no ikdienas aktivitāšu ierobežojuma, attiecīgi 88,4% vīriešu un 89,4% sieviešu. 10.attēlā redzams, ka visās vecuma grupās ir augsts respondentu īpatsvars ar hroniskām veselības problēmām, kuriem šīs problēmas izraisa ilgstošus aktivitāšu ierobežojumus, un, palielinoties vecumam, šo respondentu īpatsvars pieaug.



Bāze: respondenti ar hroniskām slimībām, kuriem ir veselības problēmu izraisīti ilglaicīgi aktivitāšu ierobežojumi, n=1744

10.attēls. Senioru īpatsvars ar hroniskām slimībām, kuriem ir veselības problēmu izraisīti ilglaicīgi aktivitāšu ierobežojumi (%)

BD. MUTES DOBUMA VESELĪBA

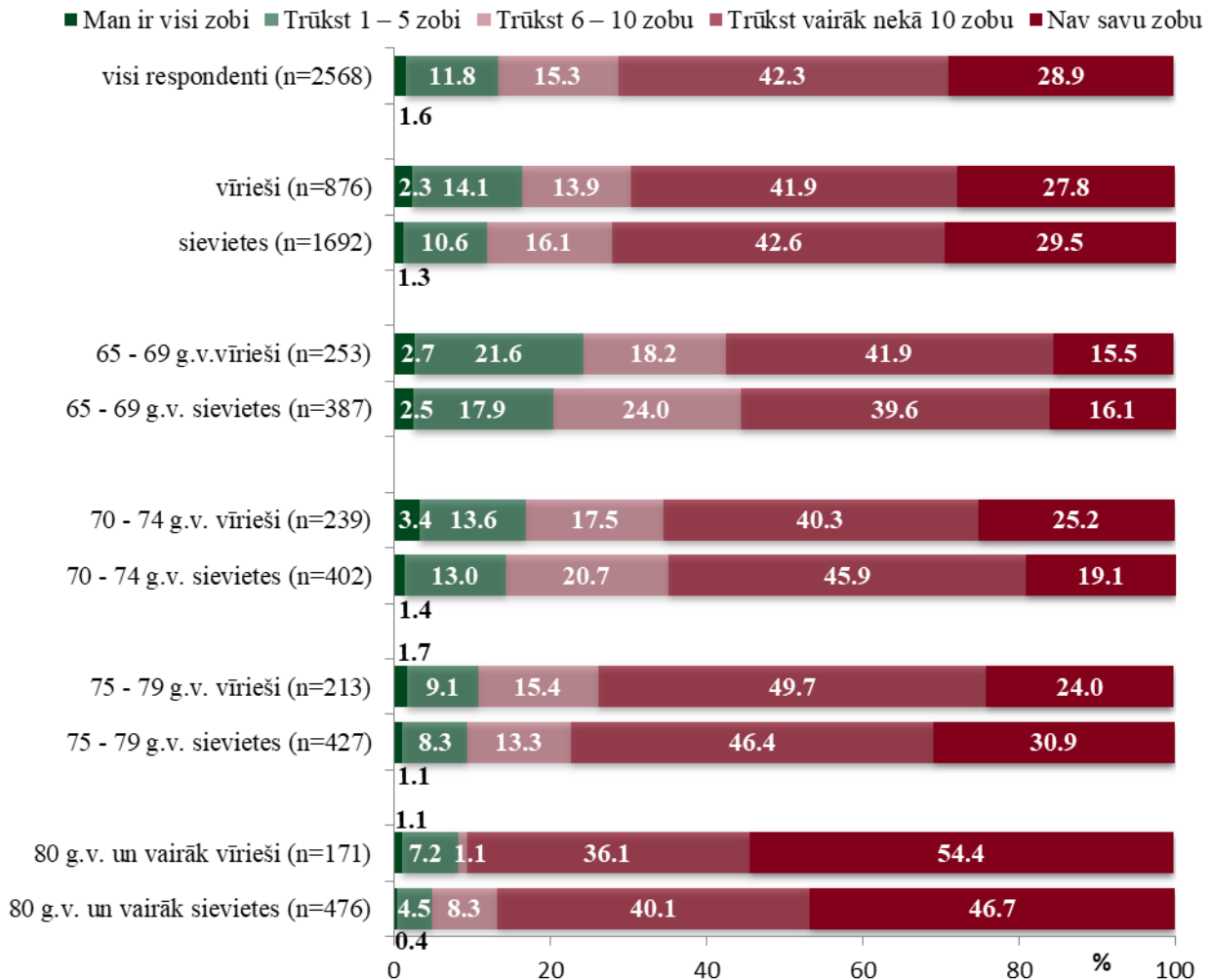
Mutes dobuma veselība senioriem ir viena no prioritātēm PVO Globālajā Mutes dobuma veselības programmā. Pēc PVO aprēķiniem pasaulē vidēji 30% iedzīvotāju vecumā no 65 līdz 74 gadiem nav neviena pastāvīgā zoba²¹. Slikts mutes dobuma stāvoklis var negatīvi ietekmēt gan barības uzņemšanu, gan veselību kopumā. Īsto zobu esamība vai atbilstošu protēžu lietošana ir cieši saistīta ar lielāku uztura dažādību, jo īpaši šķiedrvielām bagātāku uztura produktu lietošanu.

Pēdējo 20 gadu laikā, attīstītajās valstīs iedzīvotāju īpatsvars, kuriem ir pilnīgs pastāvīgo zobu iztrūkums, ir samazinājies, taču arī daļējs zobu iztrūkums tiek uzskatīts par nozīmīgu mutes dobuma veselības indikatoru. Pilnīgu vai daļēju zobu iztrūkumu iespējams kompensēt ar zobu protēzēm vai implantiem. Zobu kariess ir izplatīta problēma senioriem, kas palielina gan smaganu problēmu, gan zobu iztrūkuma risku.

Kopumā 57,7% respondentu norāda, ka viņiem trūkst sešu un vairāk zobu (55,8% vīriešu un 58,7% sieviešu). Palielinoties vecumam abiem dzimumiem, protams, pieaug senioru īpatsvars, kuriem trūkst sešu un vairāk zobu. Savukārt gandrīz trešdaļai (28,9%) senioru savu zobu vairs nav, no tiem 27,8% vīriešu un 29,5% sieviešu. Vecumgrupā virs 80 gadiem vairāk nekā pusei (54,4%) vīriešu un 46,7% sieviešu nav savu zobu (11.attēls).

²¹ Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people – Call for public health action. Community Dental Health,2010; 27, (Supplement 2) 257–268.

Cik daudz īsto zobu Jums iztrūkst (ir izrauti)?



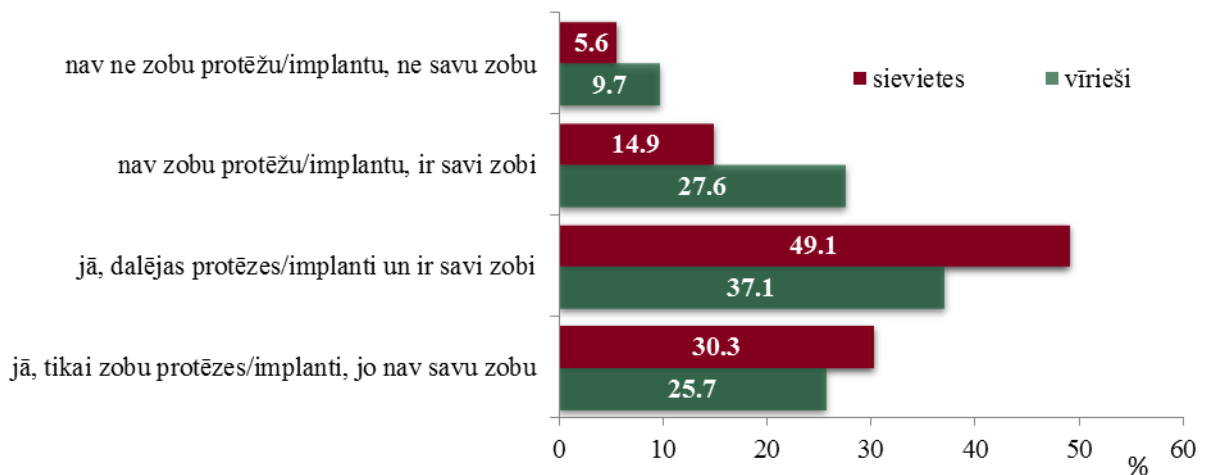
Bāze: visi respondenti, n=2568

11.attēls. Īsto zobu īpatsvars respondentiem dzimuma un vecuma grupās (%)

Analizējot datus sociāldemogrāfiskajās grupās, lielākais senioru īpatsvars, kuriem nav savu zobu, ir starp laukos dzīvojošajiem – 39,1%, attiecīgi Rīgā – 22,9% un citās pilsētās - 26,3%. Tāpat, lielāks respondentu īpatsvars, kuriem nav savu zobu, ir ar pamatzglītību – 46,2%, attiecīgi ar augstāko izglītību – 13,9%. Lielāks respondentu īpatsvars, kuriem nav savu zobu, ir ar zemiem un vidējiem ikmēneša vidējiem ienākumiem, attiecīgi 33,7% un 34,2%, bet ar augstiem ikmēneša ienākumiem – 19,4%. Atšķirības šajās grupās ir statistiski nozīmīgas.

Analizējot jautājumu par protēžu vai implantu esamību respondentiem, kuriem nav savu zobu vai trūkst 6 un vairāk zobu (n=2225), kopumā 45,2% senioru norādīja, ka viņiem daļēji ir protēzes/ implantanti un ir savi zobi, 28,9% respondentu ir tikai zobu protēzes un implantanti, jo nav neviena sava zoba, 25,4% respondentu nav zobu protēžu, bet ir tikai savi zobi, savukārt

6,9% respondentu atzina, ka viņiem nav ne zobu protēžu/ implantu, ne savu zobu. 12.attēlā redzams, ka augstāks ir sieviešu īpatsvars, kuras nēsā zobu protēzes/implantus, ja nav savu zobu (30,3%) vai, ja ir savi zobi (49,1%), attiecīgi vīrieši tikai 25,7% un 37,1%. Būtiski augstāks ir vīriešu īpatsvars, kuri norāda, ka viņiem nav zobu protēžu/implantu, jo ir savi zobi – 27,6%, attiecīgi sievietēm – 14,9%.



Bāze: respondenti, kuriem trūkst vismaz sešu zobu vai arī zobu nav nemaz, n=2225

12.attēls. Zobu protēžu/ implantu izplatība respondentiem, kuriem trūkst vismaz sešu zobu vai arī zobu nav nemaz (%)

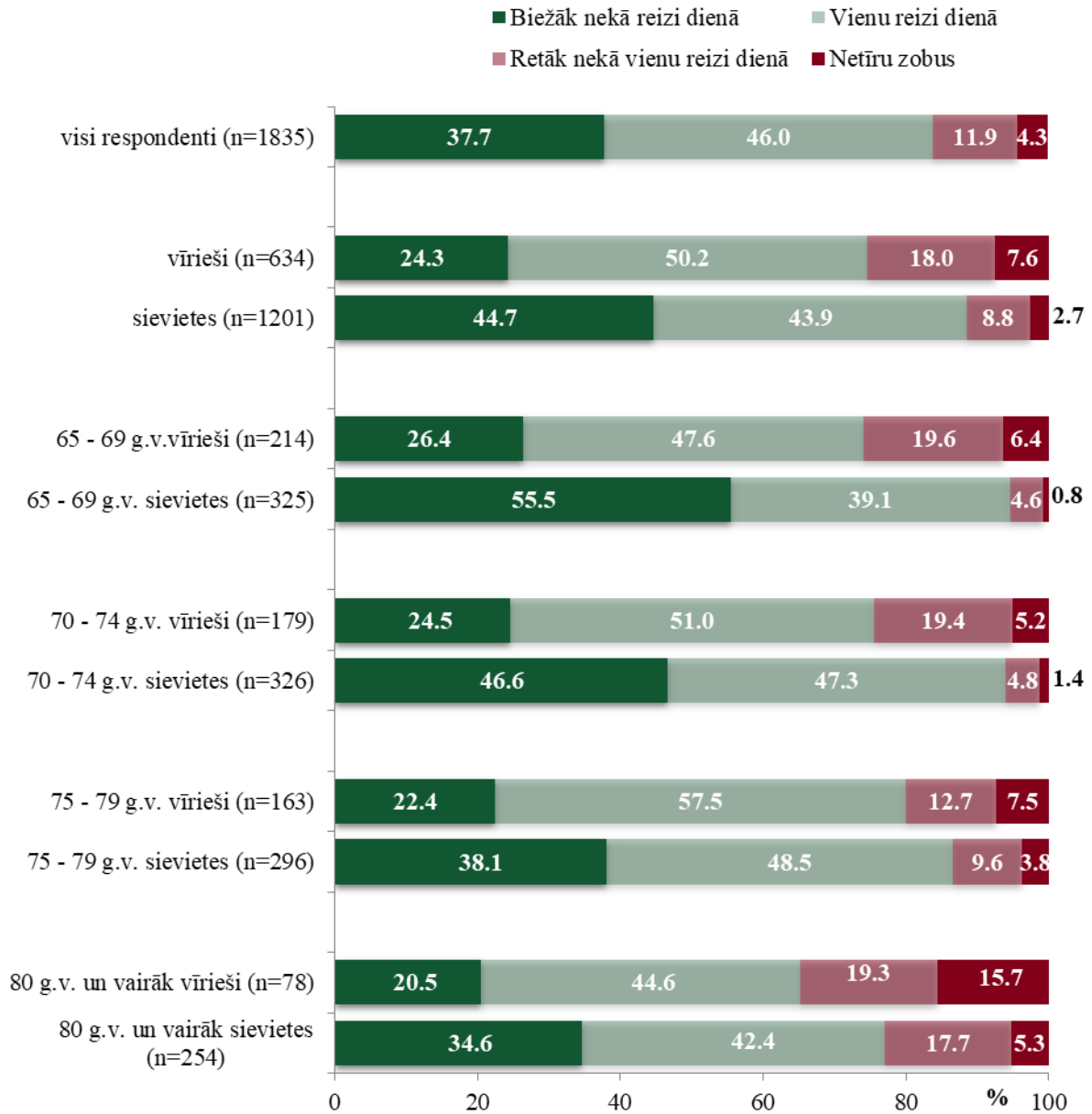
Tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp veselības pašnovērtējumu un mutes dobuma stāvokli. Respondenti, kuri savu veselību novērtēja kā sliktu vai ļoti sliktu, biežāk norādīja, ka viņiem trūkst vairāk nekā 10 zobu vai nav savu zobu.

Regulāra zobu tīrīšana ir pamats mutes dobuma higiēnai un ir būtiska mutes veselībai. Aptaujas anketā respondentiem jautāts par to, cik bieži viņi tīra zobus. Šis jautājums uzdots visiem respondentiem, kuriem ir vismaz kāds pastāvīgais zobs.

Kopumā tikai 37,7% senioru, kuriem ir vismaz kāds pastāvīgais zobs, zobus tīra biežāk nekā reizi dienā, 24,3% vīriešu un 44,7% sieviešu (13.attēls).

Analizējot zobu tīrīšanas biežumu vecuma grupās, redzams, ka palielinoties vecumam, būtiski samazinās senioru īpatsvars, kuri zobus tīra biežāk nekā vienu reizi dienā. Visās vecuma grupās augstāks ir sieviešu īpatsvars, kuras zobus tīra biežāk nekā vienu reizi dienā. Atšķirības dzimuma un vecuma grupās ir statistiski nozīmīgas (13.attēls).

Cik bieži Jūs tīrāt savus zobus?



Bāze: respondenti, kuriem ir vismaz viens savs zobs (n=1835)

13.attēls. Zobu tīrīšanas īpatsvars dzimuma un vecuma grupās (%)

Analizējot, zobu tīrīšanas biežumu sociāldemogrāfiskajās grupās, atšķirības ir statistiski nozīmīgas. Būtiski augstāks ir senioru īpatsvars ar augstāko izglītību, kuri zobus tīra biežāk nekā reizi dienā, salīdzinot ar pamatskolas izglītību ieguvušajiem senioriem, attiecīgi 52,1% un 18,8%. Ar augstiem ikmēneša vidējiem ienākumiem 44,3% respondentu tīra zobus biežāk nekā

vienu reizi dienā, salīdzinot ar respondentiem, kuriem ir zemi vidējie ikmēneša ienākumi – 31,4%. Tikai ceturtdaļa laukos dzīvojošo respondentu norāda, ka tīra zobus biežāk kā reizi dienā, attiecīgi Rīgā - 43,9% un citās pilsētās – 39,8%.

BE. SĀPES

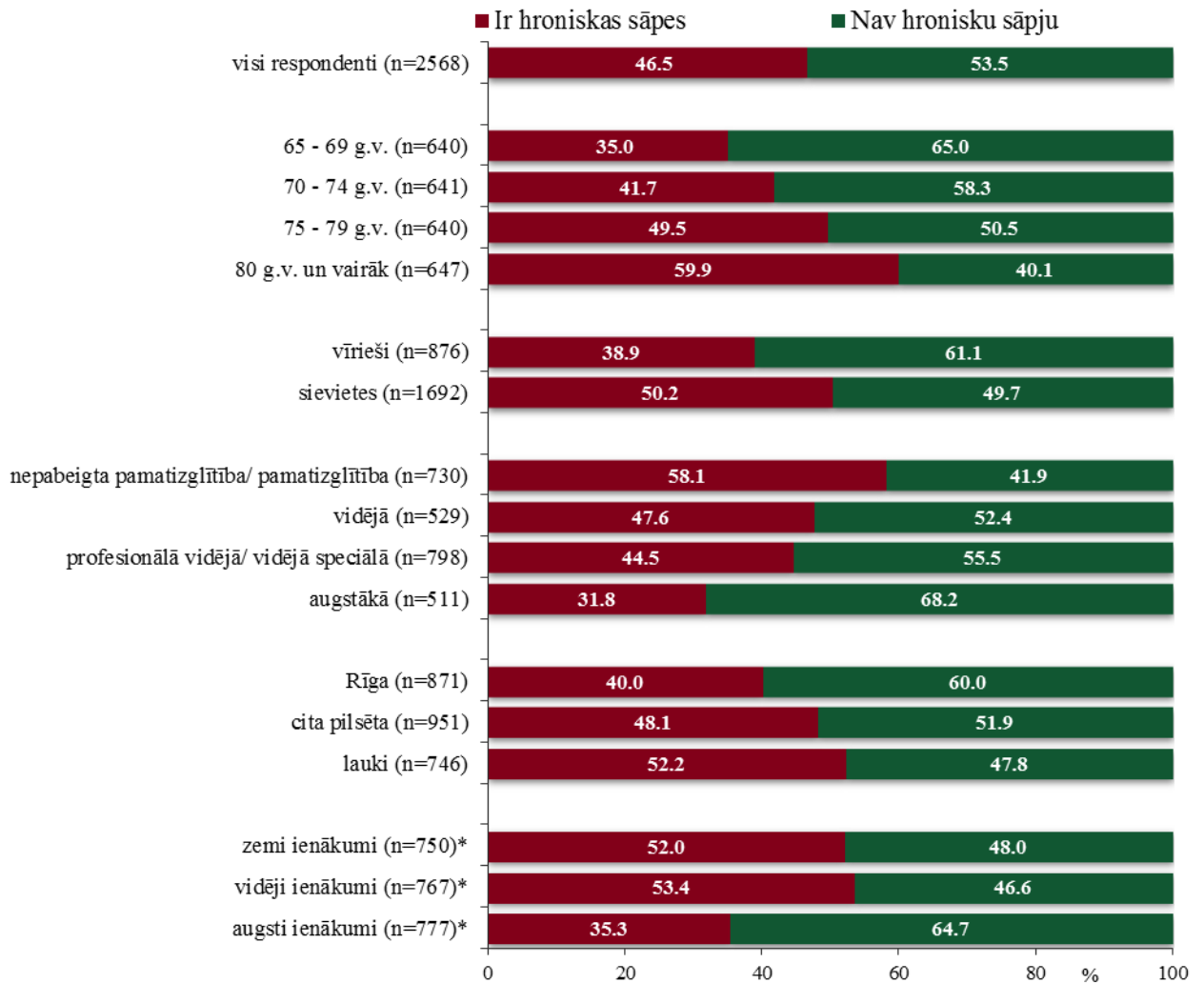
Starptautiskā Sāpju izpētes asociācija (angl. val. – *International Association of the Study of Pain – IASP*, 1994. g.) sāpes definē kā „nepatīkamu sajūtu un emocijas, kas var būt saistītas ar reālu vai potenciāli iespējamu audu bojājumu, vai arī tiek aprakstītas kā šāds bojājums”²². Ņemot vērā augsto sāpju izplatību senioriem, ir svarīgi saprast kā sāpes ietekmē viņu ikdienas funkcionēšanu un dzīves kvalitāti. Zinātniskos pētījumos konstatē būtisku hronisku sāpju ietekmi uz senioru funkcionēšanas spējām, miegu, kā arī dzīves kvalitāti kopumā²³. Hroniskas sāpes palielina arī depresijas risku.

Pētījuma ietvaros respondentiem par sāpēm tika uzdoti vairāki jautājumi. Hroniskas sāpes šajā pētījumā tika definētas, apvienojot vairāku jautājumu atbilžu kombinācijas: sāpes, kas izjūstas pēdējā mēneša laikā (1), sāpes, ko seniori ir cietuši vismaz pēdējos sešus mēnešus (2), sāpes, kas izjūstas vismaz vairākas reizes nedēļā (3) un sāpes, kas ir bijušas pēdējo reizi vai ir šobrīd novērtētas no vidējām līdz maksimāli stiprām (4).

Kopumā no hroniskām sāpēm cieš 46,5% no visiem respondentiem. Palielinoties vecumam, pieaug hronisku sāpju izplatība. Sievietēm ir augstāka hronisku sāpju izplatība. Senioriem ar zemu izglītības līmeni ir gandrīz divreiz augstāka hronisku sāpju izplatība, salīdzinot ar senioriem, kuriem ir augstākā izglītība. Puse no senioriem, kuri dzīvo laukos, cieš no hroniskām sāpēm (14.attēls).

²² Latvijas sāpju izpētes biedrība. Īsi par sāpēm // <http://www.sapes.lv/?p=6089&pp=7713&lang=1240>

²³ Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2001; 17(3):457-478.



Bāzes: visi respondenti, n=2568

*Bāze: respondenti, kuri ir norādījuši mēneša vidējos ienākumus uz vienu savas mājsaimniecības locekli pēdējo sešu mēnešu laikā, n=2294

14.attēls. Hronisku sāpju izplatība (%)

Vidējais laiks, cik sen respondentus nomoka dažādas fiziskas sāpes, bija 10 gadi (Me, IQR= 13), minimālais ilgums ir 0,02 gadi un maksimālais ilgums - 75 gadi. No senioriem, kuriem ir hroniskas sāpes, kopumā 19,1% respondentu norāda, ka no šīm sāpēm cieš vairāk nekā 20 gadus, 38,0% senioru ar hroniskām sāpēm sadzīvo no 10 līdz 20 gadiem, 20,5% norāda, ka hroniskas sāpes izjūt no 5 līdz 10 gadiem, līdz 5 gadiem no hroniskām sāpēm cieš 22,3% senioru.

Aptaujas anketā tika ietverts jautājums par to, cik bieži seniori izjūt dažādas fiziskas sāpes. Analizējot datus par senioriem ar hroniskām sāpēm, kopumā 26,1% norāda, ka dažādas fiziskas sāpes izjūt gandrīz visu laiku, 41,1% sāpes izjūt katru dienu un 32,8% - vairākas reizes

nedēļā. Statistiski nozīmīgas atšķirības senioriem ar hroniskām sāpēm ir dzimuma un vecuma grupās attiecībā uz sāpju biežumu.. Augstāks ir sieviešu ar hroniskām sāpēm īpatsvars, kuras sāpes izjūt gandrīz visu laiku vai katru dienu. Vecākajā vecumgrupā respondenti ar hroniskām sāpēm ir augstākais īpatsvars, kuri sāpes izjūt gandrīz visu laiku vai katru dienu (14.tabula).

14.tabula. Sāpju biežums senioriem ar hroniskām sāpēm dzimuma un vecuma grupās (%)

	vīrieši	sievietes	65-69 gadi	70-74 gadi	75-79 gadi	80 + gadi	KOPĀ
Gandrīz visu laiku	21,0	28,1	23,6	27,8	23,1	28,9	26,1
Katru dienu	37,4	42,4	42,1	38,4	41,0	42,0	41,1
Vairākas reizes nedēļā	41,6	29,4	34,4	33,8	35,9	29,1	32,8

Aptaujā respondenti novērtē pēdējā reizē izjusto sāpju stiprumu. Kopumā 65,9% senioru, kuri cieš no hroniskām sāpēm, tās novērtēja kā vidēji stipras, 28,0% šīs sāpes izjuta kā stipras. Kā redzams 15.tabulā, augstāks ir sieviešu īpatsvars, kuras pēdējā reizē izjustās sāpes novērtē kā stipras vai ļoti stipras. Vecākajā vecumgrupā ir augstāks īpatsvars respondentu, kuri pēdējā reizē izjustās sāpes novērtē kā stipras vai maksimāli stipras.

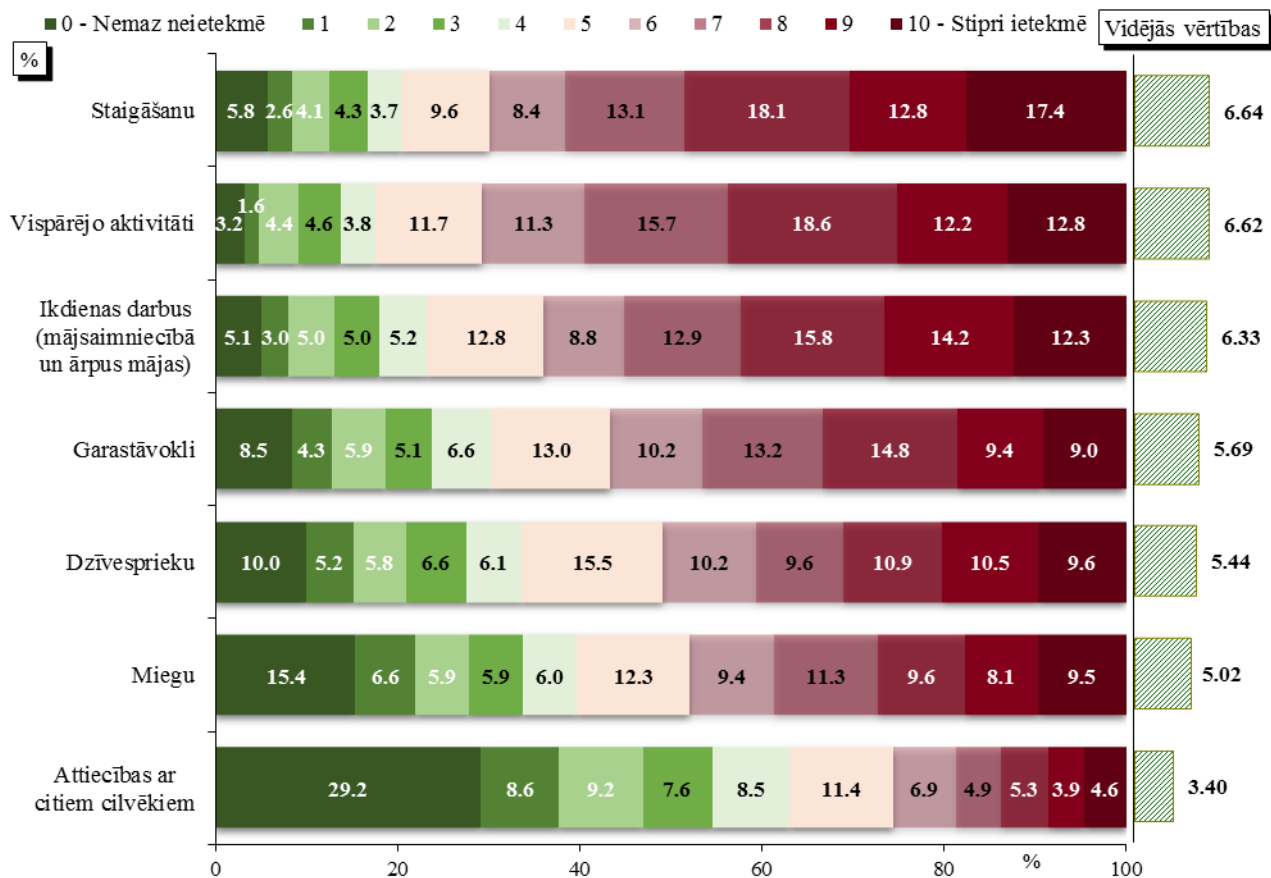
15.tabula. Sāpju stipruma novērtējums senioriem ar hroniskām sāpēm dzimuma, vecuma grupās (%)

	vīrieši	sievietes	65-69 gadi	70-74 gadi	75-79 gadi	80 + gadi	KOPĀ
Vidēji stipras sāpes	72,8	63,2	69,8	67,1	67,8	61,6	65,9
Stipras sāpes	24,0	29,6	23,6	28,7	26,7	31,1	28,0
Ļoti stipras sāpes	2,1	5,6	6,6	3,4	4,4	4,2	4,6
Maksimāli stipras sāpes	1,2	1,6	0	0,8	1,1	3,0	1,5

Aptaujas anketā tika iekļauti sāpju ietekmes skalas jautājumi, kas ļauj noteikt respondentu sāpju ietekmes indeksu. Tie bija septiņi jautājumi par pēdējās 24 stundās izjusto sāpju ietekmi uz vispārējo aktivitāti, garastāvokli, staigāšanu, ikdienas darbu veikšanu, attiecībām ar citiem cilvēkiem, miegu un dzīvesprieku. Respondentiem katra no šīm aktivitātēm jānovērtē skalā no 0 līdz 10, kur 0 ir, ka sāpes šīs aktivitātes nemaz neietekmē un 10, ka sāpes šīs aktivitātes stipri traucē. Sāpju indeksu aprēķina respondentiem, kuri ir atbildējuši uz vismaz četriem no šiem septiņiem jautājumiem. Tiek summēts iegūto punktu skaits no 0 līdz 10 uz katru no atbildētajiem jautājumiem, tādējādi iegūstot indeksa vērtību amplitūdu no 0 līdz 70, kur 0 nozīmē, ka sāpes vispār neietekmē cilvēka ikdienas funkcionēšanu, bet 70 – sāpes ļoti traucē

ikdienas funkcionēšanu. 15.attēls parāda respondentu atbilžu sadalījumu, atbildot uz sāpju ietekmes indeksa skalas jautājumiem.

Atzīmējiet ciparu, kurš raksturotu, cik stipri sāpes pēdējo 24 stundu laikā ir ietekmējušas Jūsu:



Bāze: respondenti, kuri norādīja, ka fiziskas sāpes izjūti šodien vai tagad, vai pēdējo 24 stundu laikā, n=930

15.attēls. Sāpju ietekmes skalas jautājumu atbilžu sadalījums (%)

Kopumā sāpju ietekmes indeksa aprēķināšanā tika iekļautas 930 respondentu atbildes. Vidējais sāpju ietekmes indeksa rādītājs bija 41 (Me, IQR= 23).

16.tabula. Sāpju ietekmes indeksa saistība ar respondentu depresīvajiem simptomiem un dzīves kvalitātes novērtējumu (%)

Sāpju ietekmes indekss						
0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70

Dzīves kvalitātes novērtējuma skala

slikta	1,7	4,0	2,2	7,8	10,6	38,8	60,0
ne slikta, ne laba	31,0	44,0	51,1	63,9	74,5	49,1	38,8
laba	67,2	52,0	46,7	28,3	14,9	12,1	1,2

Depresīvie simptomi Geriatriskās depresijas skalā

simptomu nav (0-4 punkti)	65,5	65,3	60,3	57,1	28,5	18,1	8,2
viegli izteikti (5-8 punkti)	32,8	21,3	24,3	33,3	35,3	32,5	25,9
mēreni izteikti (9-11 punkti)	1,7	9,3	13,2	10,6	20,9	22,9	24,7
stipri izteikti (12-15 punkti)	0	4,0	2,2	4,4	15,3	26,5	41,2

Kā redzams 16.tabulā, sāpes ietekmē senioru dzīves kvalitātes novērtējumu un depresīvos simptomus. Senioriem, kuru sāpju ietekmes indekss uz ikdienas aktivitātēm ir virs 50 punktiem (sāpes stipri vai ļoti stipri ietekmē šo cilvēku dzīvi), ir būtiski augstāks īpatsvars to, kuri savu dzīves kvalitāti novērtē kā sliktu. Kā arī, šiem senioriem ir augstākais mēreni vai stipri izteiktu depresīvo simptomu īpatsvars. Atšķirības sāpju ietekmes indeksa grupās ir statistiski nozīmīgas saistībā ar dzīves kvalitātes novērtējumu un depresīviem simptomiem.

BF. DEPRESIJA

Psihiskā veselība un emocionālā labklājība ir svarīga vispārējās veselības dimensija iedzīvotājiem. Senioru vecumgrupā viena no biežāk sastopamām psihiskās veselības problēmām ir depresija. Ir vairāki depresijas riska faktori, kuri kļūst aktuāli tieši senioru vecumā. Piemēram, fiziskā veselības stāvokļa un funkcionālo spēju pasliktināšanās, hroniskas sāpes, pensijā aiziešana, sociāli-ekonomiskā stāvokļa pasliktināšanās, sociālo kontaktu samazināšanās u.c., kas var būtiski palielināt iespējamās depresijas risku senioru vecumā²⁴. Senioriem ar depresiju biežāk novēro sāpju sūdzības, savukārt depresīvo traucējumu un hronisku sāpju kombinēšanās

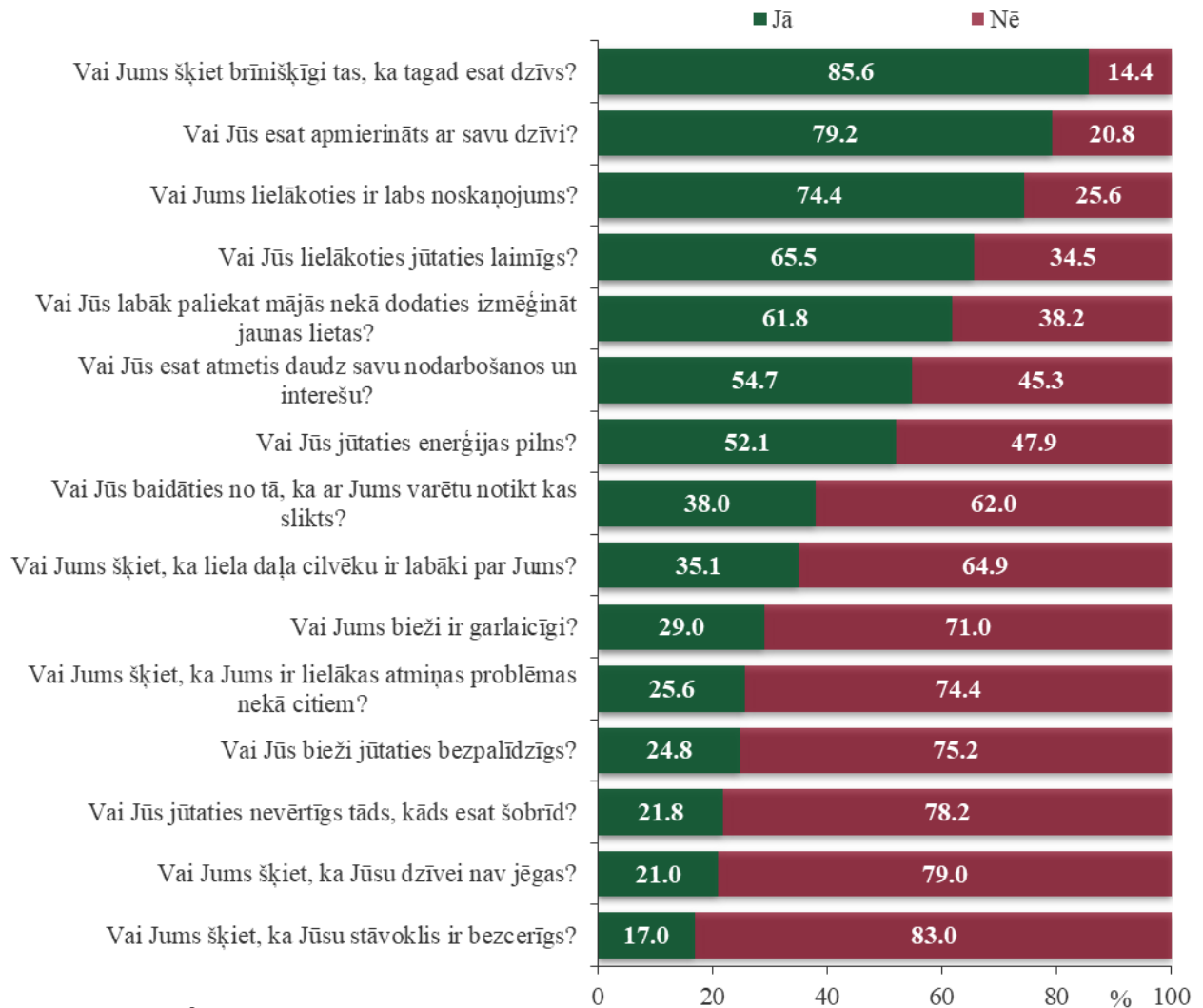
²⁴ WHO. Mental health and older adults. Fact sheet, 2016.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

būtiski pasliktina šādu indivīdu funkcionālās spējas²⁵. Populācijas pētījumos depresīvo simptomu skrīningam senioriem bieži tiek izmantota Geriatriskās depresijas skala (angl.val. – *Geriatric Depression Scale* - GDS) un arī šajā pētījumā tika izmantota šīs skolas īsā versija (15 jautājumi).

16.attēls ilustrē respondentu atbilžu sadalījumu, atbildot uz Geriatriskās depresijas skolas jautājumiem.

Lūdzu, atbildiet uz šādiem jautājumiem ar “jā” vai “nē”

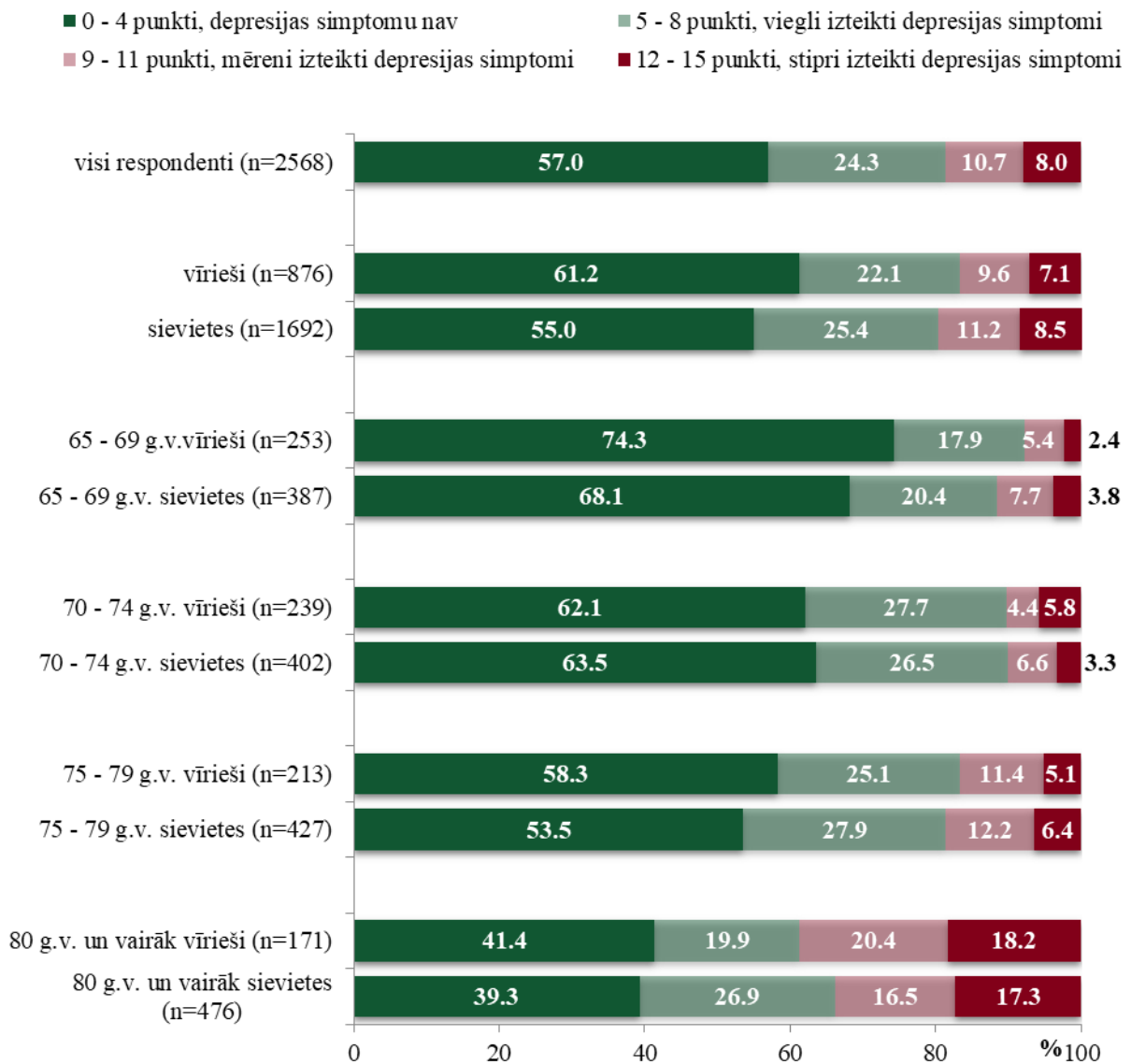


Bāze: visi respondenti, n=2568

16.attēls. Respondentu atbilžu sadalījums, atbildot uz Geriatriskās depresijas skolas jautājumiem (%)

²⁵ Emptage NP, Sturm R, & Robinson RL. (2005). Depression and comorbid pain as predictors of disability, employment, insurance status, and health care costs. *Psychiatric Services*, 56(4): 468–74.

Analizējot aprēķinātos Geriatriskās depresijas skalas rezultātus (skalā no 0 līdz 15 punktiem), 57,0% senioru depresīvo simptomu nav (0-4 punkti), 24,3% ir viegli izteikti depresīvie simptomi (5-8 punkti), mēreni izteikti depresijas simptomi (9-11 punkti) ir 10,7% respondentu, savukārt stipri izteikti depresijas simptomi (12-15 punkti) ir 8,0% respondentu. Kā 17.attēlā redzams, gan vīriešu, gan sieviešu īpatsvars ar mēreni un stipri izteiktiem depresīviem simptomiem būtiski pieaug, palielinoties vecumam, īpaši pēc 75 gadu vecuma abu dzimumu respondentiem.



Bāze: visi respondenti, n=2568

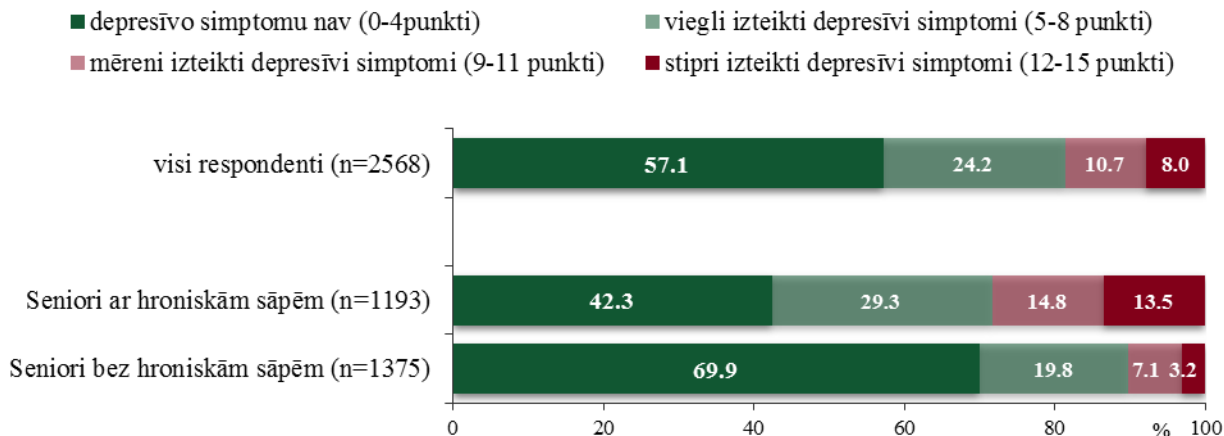
17.attēls. Geriatriskās depresijas skalas sadalījums senioru dzimuma un vecuma grupās (%)

Statistiski nozīmīgas atšķirības depresijas simptomu rādītājos ir izglītības grupās, mēreni izteiktu, stipri izteiktu depresijas simptomu īpatsvars visaugstākais ir respondentiem ar pamatizglītību. Kā arī statistiski nozīmīgas atšķirības ir senioru ienākumu grupās, kur mēreni izteiktu un stipri izteiktu depresīvo simptomu izplatība ir augstāka senioriem ar zemiem un vidējiem ienākumiem, salīdzinot ar senioriem, kuru ienākumi ir augsti. Depresīvo simptomu izplatībā nozīme ir arī tam, ka cilvēks dzīvo viens. Starp senioriem, kuri dzīvo vieni paši, ir augstāks īpatsvars respondentu ar mēreni vai stipri izteiktiem depresīviem simptomiem salīdzinājumā ar tiem, kuru mājsaimniecībā ir vismaz divi cilvēki (17.tabula).

17.tabula. Geriatriskās depresijas skalas sadalījums senioru izglītības līmeņa, ienākumu līmeņa un pēc cilvēku skaita mājsaimniecībā (%)

	Izglītības līmenis				Ienākumu līmenis			Cilvēku skaits mājsaimniecībā		
	pamata	vidējā	vidējā speciālā/ profesionālā	augstākā	zemi	vidēji	augsti	viens	divi	trīs un vairāk
Depresīvo simptomu nav (0-4 punkti)	39,4	57,0	61,3	76,0	51,8	53,6	65,9	48,6	65,7	59,7
Viegli izteikti depresīvie simptomi (5-8 punkti)	29,5	26,1	23,8	15,3	27,8	25,5	19,6	28,4	19,8	23,7
Mēreni izteikti depresīvie simptomi (9-11 punkti)	16,9	10,6	8,4	5,3	12,3	12,2	8,5	13,0	8,3	9,9
Stipri izteikti depresīvie simptomi (12-15 punkti)	14,2	6,3	6,5	3,3	8,1	8,7	6,0	10,0	6,1	6,7

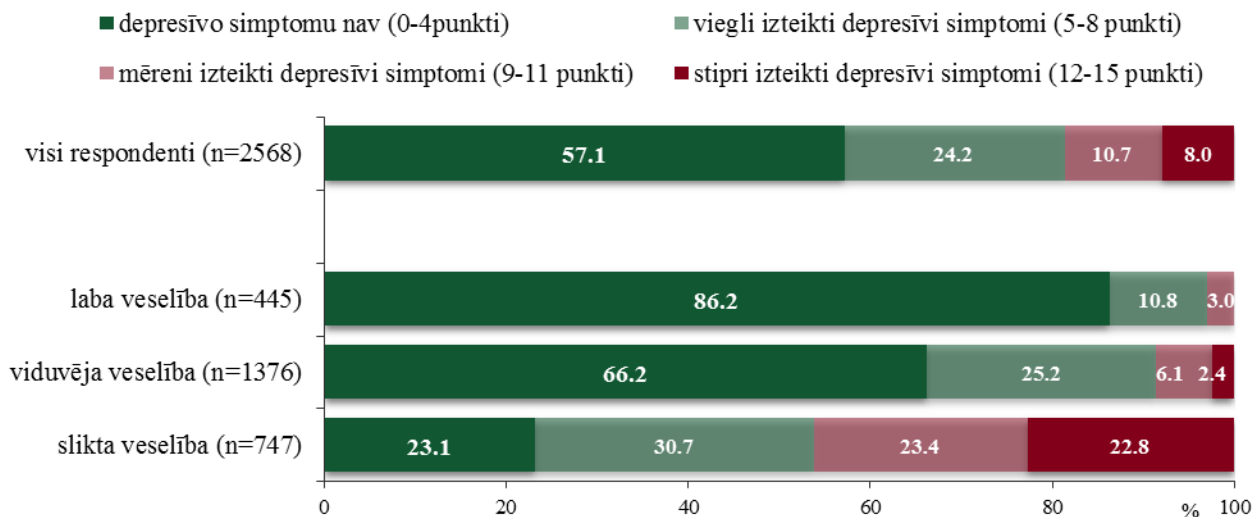
18.attēlā redzam, ka pastāv statistiski nozīmīga saistība hroniskām sāpēm ar augstāku depresīvu simptomu izplatību senioru populācijā. Senioru grupā ar hroniskām sāpēm, ir divreiz augstāks īpatsvars ar mēreni izteiktiem depresīviem simptomiem un četrreiz augstāks īpatsvars ar stipri izteiktiem depresīviem simptomiem nekā senioru grupā, kuriem nav hronisku sāpju. Gandrīz trešdaļai senioru ar hroniskām sāpēm ir viegli izteikti depresīvi simptomi.



Bāze: visi respondenti, n=2568

18.attēls. Depresīvo simptomu izplatība senioriem ar hroniskām sāpēm (%)

Analizējot depresīvo simptomu izplatību saistībā ar respondentu veselības pašvērtējumu, redzams, ka respondentiem, kuri savu veselību novērtē kā labu, stipri izteiktu depresīvo simptomu nav un mēreni izteikti depresīvie simptomi ir tikai 3% aptaujāto. Savukārt respondentiem, kuri savu veselību novērtē kā sliktu, mēreni izteikti depresīvie simptomi ir 23,4% un stipri izteikti depresīvie simptomi – 22,8% respondentu (19.attēls). Atšķirības veselības pašvērtējuma grupās ir statistiski nozīmīgas.



Bāze: visi respondenti, n=2568

19.attēls. Depresīvo simptomu izplatība senioriem saistībā ar veselības pašvērtējumu (%)

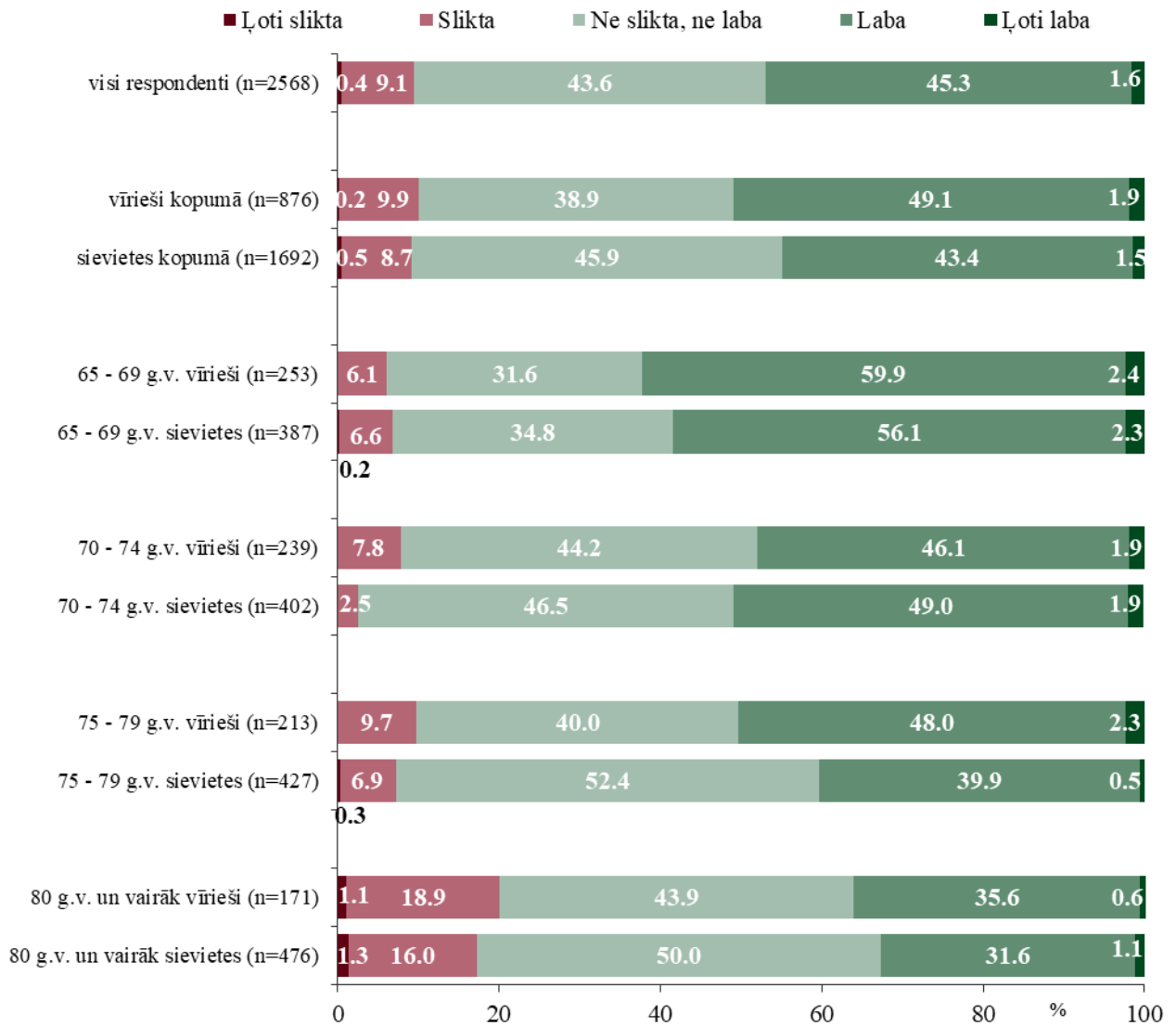
BG. DZĪVES KVALITĀTE

Pēc PVO definīcijas veselīga novecošanās ir process, kurā tiek attīstītas un uzturētas indivīda funkcionālās spējas dzīves kvalitātes un labklājības nodrošināšanai vecumdienās²⁶. Senioru dzīvē sociālai videi un kontaktiem ir īpaša nozīme, jo, līdz ar vecumu sociālo kontaktu un komunikācijas līmenis samazinās. Aktīva novecošanās ir aktīvās senioru dzīves pagarināšana, tā ir indivīda spēja un iespēja maksimāli ilgi dzīvot pietiekami pilnvērtīgi un aktīvi. Tā ir saistīta ar cilvēka fizisko aktivitāti, dalību intelektuālos un sociālos pasākumos, viņa profesionālo darbošanos, kā arī emocionālo un garīgo veselību.

Šajā pētījumā tika izmantota EUROHIS-QoL astoņu jautājumu skala dzīves kvalitātes mērīšanai. Uz katru dzīves kvalitātes novērtējuma jautājumu atbilžu varianti ir Likerta skalā no 1-5, kur 1 nozīmē ļoti neapmierināts(-a)/nav nemaz un 5 nozīmē ļoti apmierināts(-a)/pilnībā. Katra jautājuma izvēlētais atbildes tiek summētas saskaņā ar Likerta skalas skaitli. Katra respondenta izvēlēto atbilžu variantu punktu summa uz šiem astoņiem jautājumiem var būt amplitūdā no 8 līdz 40. Jo lielāka punktu summa tiek iegūta, jo labāka ir respondenta dzīves kvalitāte.

Analizējot dzīves kvalitātes indeksa datus, kopējais vidējais punktu skaits par visiem skalā ietvertajiem 8 jautājumiem ir 27 punkti (Me, IQR= 6,5), kas ir vidū starp neitrālu viedokli (ne apmierināts(-a)/ne neapmierināts(-a)) un apmierinātību ar savu dzīves kvalitāti kopumā. 20.attēlā redzams, ka kopumā 46,9% senioru Latvijā savu dzīves kvalitāti novērtē kā labu vai ļoti labu. Būtiski augstāks pozitīvs savas dzīves kvalitātes novērtējums ir vīriešiem un senioriem vecumā no 65 gadiem līdz 74 gadiem. Vecumgrupā virs 80 gadiem būtiski palielinās senioru īpatsvars, kuri savu dzīves kvalitāti novērtē negatīvi.

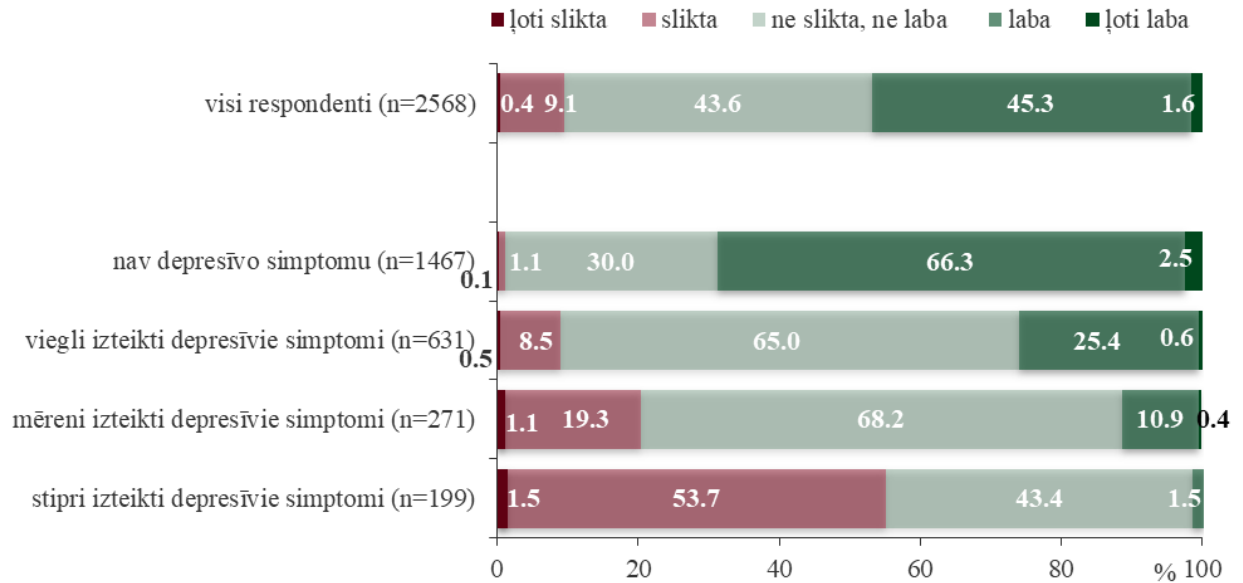
²⁶ World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015



Bāze: visi respondenti, n=2568

20. attēls. Dzīves kvalitātes novērtējums (indekss) dzimuma un vecuma grupās (%)

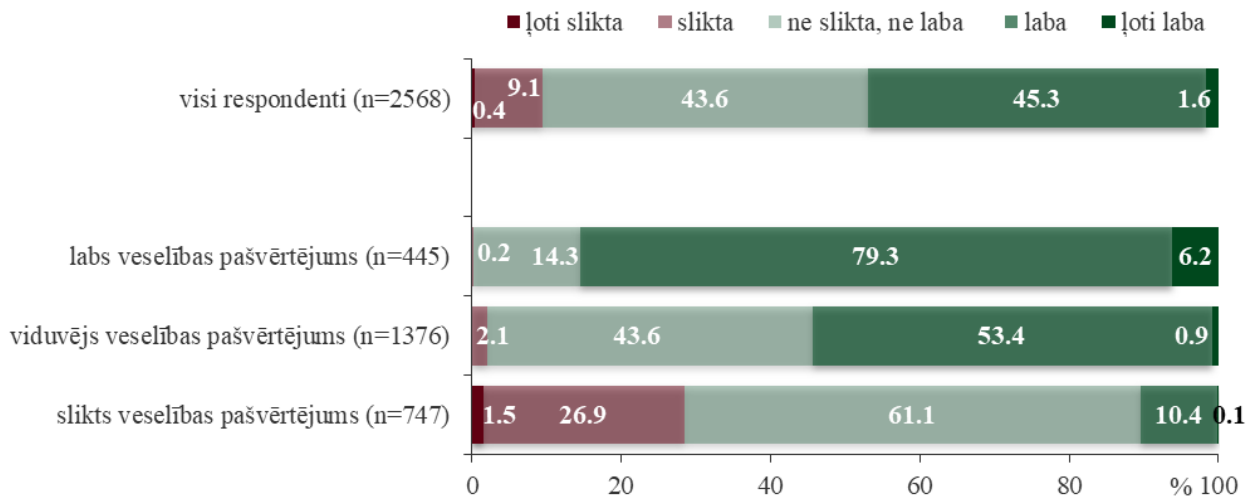
Kā redzams 21.attēlā, ir statistiski nozīmīgas atšķirības respondentiem ar depresīviem simptomiem un respondentiem, kuriem to nav, saistībā ar dzīves kvalitātes indeksa kopējo novērtējumu. Palielinoties depresīvo simptomu intensitātei, būtiski palielinās arī respondentu negatīvais savas dzīves kvalitātes novērtējums.



Bāze: visi respondenti, n=2568

21.attēls. Dzīves kvalitātes indekss respondentiem ar depresīviem simptomiem (%)

Arī 22.attēlā redzams, ka pastāv sakarība starp senioru veselības pašvērtējumu un dzīves kvalitātes indeksa novērtējumu. Starp senioriem ar sliktu veselības pašvērtējumu ir būtiski augstāks īpatsvars to, kuri savu dzīves kvalitāti vērtē kā sliktu vai ļoti sliktu, kā arī ir augstākais neitrālas dzīves (ne laba, ne slikta) kvalitātes vērtējums.



Bāze: visi respondenti, n=2568

22.attēls. Dzīves kvalitātes indekss respondentiem veselības pašvērtējuma grupās (%)

18.tabulā var redzēt respondentu atbilžu īpatsvaru uz katru no dzīves skalas astoņiem jautājumiem. Analizējot atsevišķi jautājumu “Kā Jūs vērtējat savas dzīves kvalitāti?” 16,8% respondentu norādīja, ka tā ir ļoti slikta vai slikta. Savukārt 44,3% senioru uz jautājumu, vai pietiek naudas savām vajadzībām, atzīmēja, ka tās nav nemaz vai nauda ir mazliet. Ceturtajai daļai (25,4%) respondentu nav pietiekami enerģijas ikdienas dzīvei. Vairāk nekā trešdaļa (32,3%) senioru ir neapmierināti ar savu veselību.

18.tabula. Respondentu atbilžu sadalījums atbildot uz dzīves kvalitātes skalas jautājumiem (%)

	Ļoti neapmierināts/-a	Neapmierināts/-a	Ne apmierināts/-a ne neapmierināts/-a	Apmierināts/-a	Ļoti apmierināts/-a
Cik apmierināts(-a) esat ar savu veselību?	7,6	24,7	31,6	34,8	1,3
Cik apmierināts(-a) esat ar Jūsu spēju veikt parastās ikdienas darbības?	5,3	17,1	24,9	48,4	4,2
Cik apmierināts(-a) esat pats(-i) ar sevi?	3,2	14,2	25,0	51,5	6,1
Cik apmierināts(-a) Jūs esat ar savām attiecībām ar citiem cilvēkiem?	1,2	3,2	12,6	67,2	15,8
Cik apmierināts(-a) esat ar saviem dzīves apstākļiem?	1,2	4,9	13,7	68,7	11,4
	Nav nemaz	Mazliet	Vidēji	Pārsvarā	Pilnībā
Vai Jums pietiek enerģijas ikdienas dzīvei?	5,3	20,1	36,9	29,5	8,3
Vai Jums ir pietiekami naudas savām vajadzībām?	11,4	32,9	35,2	16,3	4,2
	Ļoti slikta	Slikta	Ne slikta, ne laba	Laba	Ļoti laba
Kā vērtējat savu dzīves kvalitāti?	3,3	13,5	47,5	33,9	1,8

C. FUNKCIONĒŠANAS NOVĒRTĒJUMS

Skaidrojot veselīgu novecošanu kā procesu, lai attīstītu un uzturētu funkcionālās spējas, kas veicina labklājību vecāka gadagājuma cilvēkiem, funkcionālās spējas tiek definētas kā indivīda fiziskās un mentālās kapacitātes un vides faktoru mijiedarbība²⁷. Zināmā mērā šī koncepcija par funkcionālajām spējām sasaucas ar PVO Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas (SFK) piedāvāto skaidrojumu par funkcionēšanu kā indivīda un vides mijiedarbības rezultātu²⁸. SFK piedāvā noteiktu sistēmu, lai aprakstītu ar veselības stāvokli saistīto funkcionēšanu dažādos līmeņos (ķermenis, indivīds, sabiedrība), tāpēc Funkcionēšanas modulī ietvertie novērtējumi un mērījumi sagrupēti atbilstoši SFK komponentēm. SFK komponente Aktivitātes un dalība aptver pilnu domēnu diapazonu, kuri apzīmē funkcionēšanas aspektus individuālās (indivīda uzdevumu vai darbību veikums) un sabiedrības (indivīda iesaistīšanās dzīves situācijās) perspektīvas un veselīgas novecošanas kontekstā, lielā mērā sasaucoties ar koncepta modelī definētajām funkcionālajām spējām (angļu val.- *functional ability*). Savukārt SFK komponentes Ķermeņa funkcijas un struktūras faktiski sasaucas ar koncepta modelī definēto fizisko un mentālo kapacitāti (angļu val.- *intrinsic capacity*). Saskaņā ar Nespējas modeli (angl.val. - *disablement model*) funkcionālie ierobežojumi tiek definēti kā ierobežojumi veikt būtiskus ikdienas dzīves uzdevumus, bet nespēja saistās ar ierobežojumiem papildīt sociālās lomas veselības stāvokļa vai fizisku traucējumu dēļ²⁹. Vispusīgs funkcionēšanas novērtējums, nevis tikai atsevišķu saslimšanu identificēšana, ir svarīga pieeja sabiedrībai kopumā, lai plānotu un sniegtu atbilstošus atbalsta pasākumus veciem cilvēkiem, kuru skaits populācijā pieaug³⁰.

CA. AKTIVITĀTES UN DALĪBA

CAA. IKDIENAS AKTIVITĀTES

Veciem cilvēkiem ārkārtīgi nozīmīga ir spēja būt neatkarīgiem savās ikdienas aktivitātēs, jo tā lielā mērā ietekmē indivīda autonomijas izjūtu un dzīves kvalitāti³¹, kā arī

²⁷ World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015

²⁸ Paules Veselības organizācija. Starptautiskā funkcionēšanas nespējas un Veselības klasifikācija. PVO, 2002

²⁹ Verbrugge L. M., Jette A. M. The disablement process. *Social Science and Medicine*, 2004; 38: 1–14.

³⁰ World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015

³¹ Tomson S, Zalkalns J, Nygre12,7n C, Iwarsson S. The Meaning of Everyday Activity Performance Among Old People in Latvia. *RSU Zinātniskie raksti 2006.gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas*, 210.- 217. lpp.

veicina iespēju dzīvot patstāvīgi ierastajā mājās vidē pēc iespējas ilgāk. Bieži vien tas saistīts ar ierobežotiem ekonomiskajiem resursiem un sociālo atbalstu senioriem. Ikdienas aktivitāšu veikšanas spēju novērtējums ļauj spriest par personas darbību un funkcionēšanu, kā arī papildus sniedz informāciju par personas dzīves vidi. Ikdienas aktivitāšu novērtējumos iegūtā informācija ļauj spriest, vai persona uzskaitītās aktivitātes veic neatkarīgi vai arī to veikšanai nepieciešama palīdzība.

Novērtējot respondentu spēju veikt ikdienas aktivitātes ar Lavtona skalu (angļu val.- *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale*), kas ietver 8 instrumentālās ikdienas aktivitātes, tādas kā telefona lietošana, iepirkšanās, ēdiena gatavošana, mājas uzkopšana, veļas mazgāšana, transporta lietošana, medikamentu lietošana, finanšu pārvaldīšana, rezultāti tika analizēti kā indekss, kur 0 ir pilnīga atkarība ikdienas aktivitātes līdž 8 - pilnīga neatkarība ikdienas aktivitātēs.

Vidējais punktu skaits ikdienas aktivitāšu novērtējumam ir 7,03 (SD1,83), ko varētu vērtēt kā gandrīz pilnīgu neatkarību. Kopumā, 67,1% no visiem respondentiem bija neatkarīgi visās astoņās ikdienas aktivitātēs. Pilnīgi atkarīgi visās ikdienas aktivitātēs bija 1,5% no visiem respondentiem, savukārt vienu un divas aktivitātes spēja veikt vienlīdzīgs skaits respondentu - 1,7%.

19.tabula. Senioru spēja veikt ikdienas aktivitātes dzimuma un vecuma grupās (%)

	vīrieši	sievietes	65-69 gadi	70-74 gadi	75-79 gadi	80 + gadi	KOPĀ
0 - pilnīga atkarība	1,8	1,3	0,3	0,7	0,7	3,9	1,5
1	2,3	1,3	0,5	0,5	1,1	4,2	1,7
2	2,0	1,5	0,5	0,9	1,1	3,9	1,7
3	3,3	2,3	0,5	1,4	2,7	5,8	2,6
4	2,9	3,3	1,5	1,4	2,5	6,9	3,2
5	3,0	4,4	1,9	3,2	4,7	6,6	4,0
6	8,1	7,2	2,8	3,7	7,8	15,2	7,5
7	12,7	9,7	6,6	9,9	12,1	14,6	10,7
8 - pilnīga neatkarība	63,9	68,7	85,2	78,3	67,8	38,7	67,1

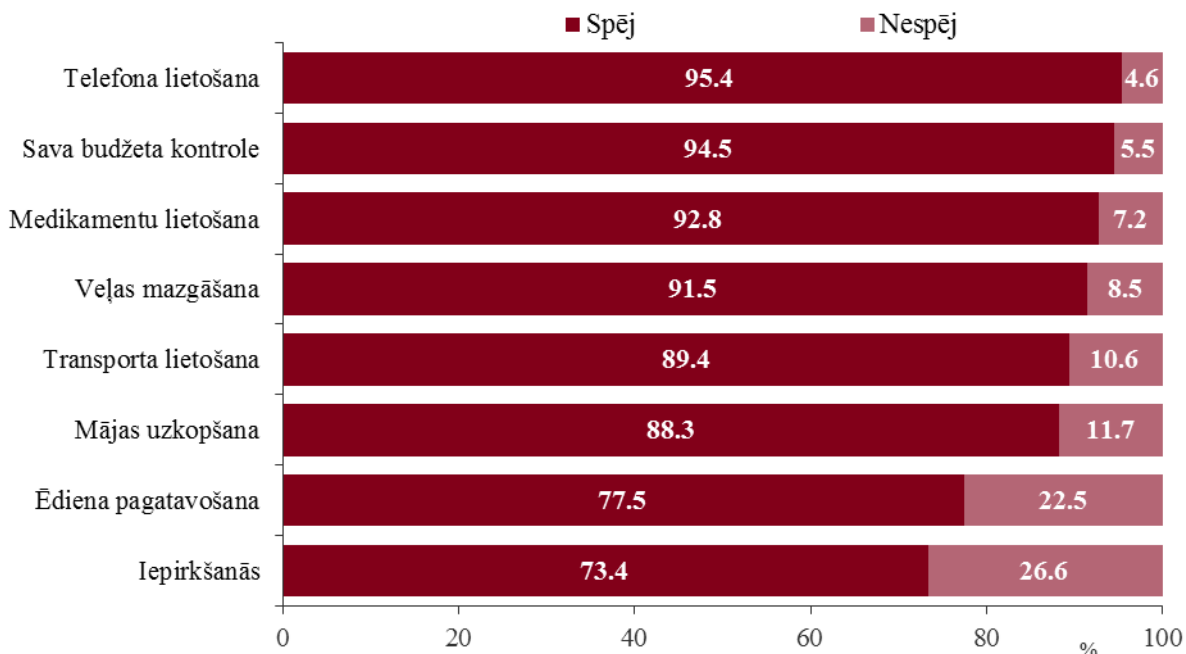
Kā redzams 19.tabulā, tad ierobežojumi ikdienas aktivitātēs visbiežāk ir respondentiem vecuma grupā virs 80 gadiem, kurā ir arī mazākais īpatsvars respondentu, kuri bija pilnībā neatkarīgi – 38,7%. Salīdzinot respondentu spējas veikt ikdienas aktivitātes dzimuma grupās, nedaudz augstāks ir sieviešu īpatsvars, kurām nav nepieciešama nekāda palīdzība ikdienas aktivitāšu veikšanā.

Analizējot iegūtos ikdienas aktivitātes skalas punktus saistībā ar veselības pašvērtējumu, redzams, ka respondenti, kuri savu veselību novērtē kā labu, gandrīz visi (89,6%) ir pilnīgi neatkarīgi savās ikdienas aktivitātēs. Savukārt tie, kuri savu veselību novērtē kā sliktu, tikai nedaudz vairāk nekā trešdaļa (36,0%) ir pilnīgi neatkarīgi savās ikdienas aktivitātēs, bet pārējiem respondentiem kādā no ikdienas aktivitātēm ir nepieciešama palīdzība (20.tabula). Atšķirības veselības pašvērtējuma grupās saistībā ar ikdienas aktivitāšu spēju ir statistiski nozīmīgas.

20.tabula. Senioru spēja veikt ikdienas aktivitātes veselības pašvērtējuma grupās (%)

	Laba veselība	Viduvēja veselība	Slikta veselība
0 - pilnīga atkarība	0,2	0,1	4,6
1	0,2	0,1	5,2
2	0,2	0,7	4,2
3	0,2	1,1	6,9
4	1,5	1,5	7,3
5	0,7	2,6	8,5
6	2,0	6,1	13,2
7	5,3	10,8	14,2
8 - pilnīga neatkarība	89,6	76,9	36,0

23.attēlā ir parādīts respondentu atbilžu sadalījums katrā no ikdienas aktivitāšu novērtējuma skalas jautājumiem. Lielākās grūtības senioriem ir ar iepirkšanos, nespējot neatkarīgi iepirkties. Kā arī 22,5% ir nepieciešama palīdzība ēdiena pagatavošanā, jo nespēj to pagatavot vispār, vai arī spēj pagatavot ēdienu, ja ir sagādātas nepieciešamās sastāvdaļas, vai nespēj uzsildīt pagatavotu ēdienu. Vairāk nekā viens no desmit (11,7%) senioriem nespēj uzskopt mājokli, kā arī 10,6% nespēj izmantot transportu bez pavadoņa vai arī vispār nedodas no mājām ārā.



Bāze: visi respondenti, n=2568

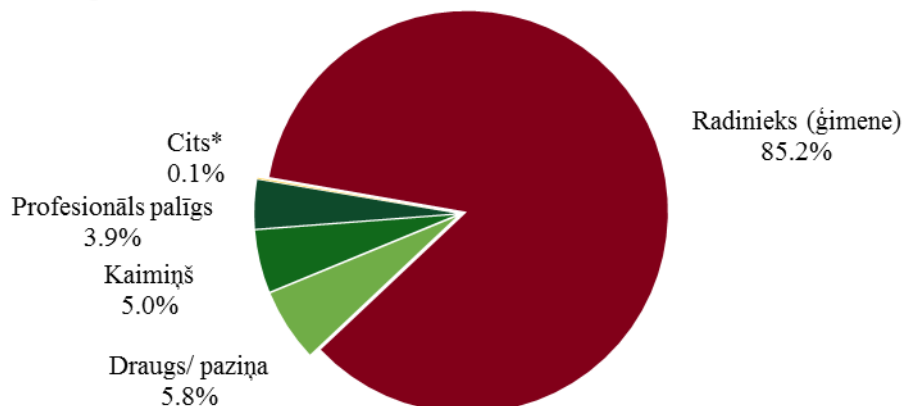
23.attēls. Respondentu spēja veikt ikdienas aktivitātes (%)

CAB. SOCIĀLAIS ATBALSTS

Līdz ar vecumu, samazinoties cilvēka spējām patstāvīgi tikt galā ar ikdienas dzīves uzdevumiem, nozīmīgs kļūst viņam pieejamais emocionālais, materiālais un informatīvais atbalsts no līdzcilvēkiem.

Kopumā 92,0% respondentu (92,3% vīriešu un 91,9% sieviešu) norādīja, ka viņiem ir kāds, kurš var palīdzēt gadījumā, ja nepieciešama palīdzība un atbalsts. Lai noskaidrotu to personu loku, kuri senioriem palīdz nepieciešamības gadījumā, anketā iekļauts jautājums: “*Kura persona Jums palīdz visvairāk?*”. Galvenokārt (85,2%) seniori atzīmēja, ka persona, kura visvairāk palīdz, ir radnieks/ģimenes loceklis (24.attēls).

Kura persona Jums palīdz visvairāk?



Bāze: respondenti, kuri norādīja, ka viņiem ir kāda persona, kas var palīdzēt gadījumā, ja nepieciešama palīdzība un atbalsts, n=2366

**Kategorijā "Cits" ietilpst: "aizbildnis" (minēts 2 reizes).*

24.attēls. Persona, kura visvairāk palīdz, ja nepieciešama palīdzība un atbalsts (%)

Respondentiem aptaujas anketā lūgts norādīt, kādu tieši palīdzību viņi saņem no cilvēka, kurš viņiem palīdz visvairāk. 86,4% senioru norāda, ka saņem funkcionālu/ praktisku palīdzību, 82,1% senioru saņem emocionālu atbalstu/ sociālos kontaktus un 45,2% senioru saņem finansiālu palīdzību.

21.tabula. Palīdzības veids, kuru seniori saņem no personas, kura viņiem palīdz visvairāk (%)

	Dzimums		Vecuma grupas				Dzīvesvietas grupas			Ienākumu grupas		
	vīrieši	sievietes	65-69 gadi	70-74 gadi	75-79 gadi	80 + gadi	Rīga	cita pilsēta	lauki	zemi	vidēji	augsti
Funkcionāla/ praktiska palīdzība	84,2	87,4	78,9	80,6	89,8	95,8	79,3	87,6	93,0	90,2	90,9	78,7
Finansiāla palīdzība	40,5	47,6	45,6	44,3	45,2	45,5	55,1	40,3	39,9	45,6	42,1	42,3
Emocionāls atbalsts/ sociālie kontakti	80,7	82,9	82,4	81,4	83,3	81,7	90,5	80,4	74,6	76,1	79,1	87,7

21.tabulā redzams, ka augstākais īpatsvars senioru saņem funkcionālu/praktisku palīdzību no personas, kura viņiem palīdz visvairāk. Atšķirības tabulā redzamajās grupās ir statistiski nozīmīgas. Palielinoties respondentu vecumam, pieaug senioru īpatsvars, kuri šāda veida palīdzību saņem, kā arī augstāks ir laukos dzīvojošo respondentu īpatsvars. Senioru ar zemiem vai vidējiem ikmēneša ienākumiem, kuriem nepieciešama šāda palīdzība, īpatsvars ir visaugstākais. Arī emocionālā atbalsta/sociālo kontaktu izplatība ir augsta 21.tabulā atspoguļotajās grupās. Statistiski nozīmīgas atšķirības ir dzīvesvietas un ienākumu grupās: augstāks īpatsvars, kuri saņem emocionālo atbalstu /sociālos kontaktus, dzīvo Rīgā, un ir ar augstiem ikmēneša ienākumiem. Vismazākais ir respondentu īpatsvars, kas saņem finansiālu palīdzību. Statistiski nozīmīgas atšķirības ir dzimuma un dzīvesvietas grupās: augstāks ir Rīgā dzīvojošo respondentu un sieviešu īpatsvars, kas saņem finansiālu palīdzību no personas, kura viņiem palīdz visvairāk.

Aptaujas anketā tika jautāts par to, cik bieži šī persona senioriem palīdz. Kopumā 44,2% respondentu atbild, ka šī persona viņiem palīdz katru dienu, 32,7% - palīdz vismaz reizi nedēļā, 16,9% palīdzību saņem vismaz reizi mēnesī, un 6,1% tikai pāris reizes gadā.

CB. ĶERMEŅA FUNKCIJAS UN STRUKTŪRAS

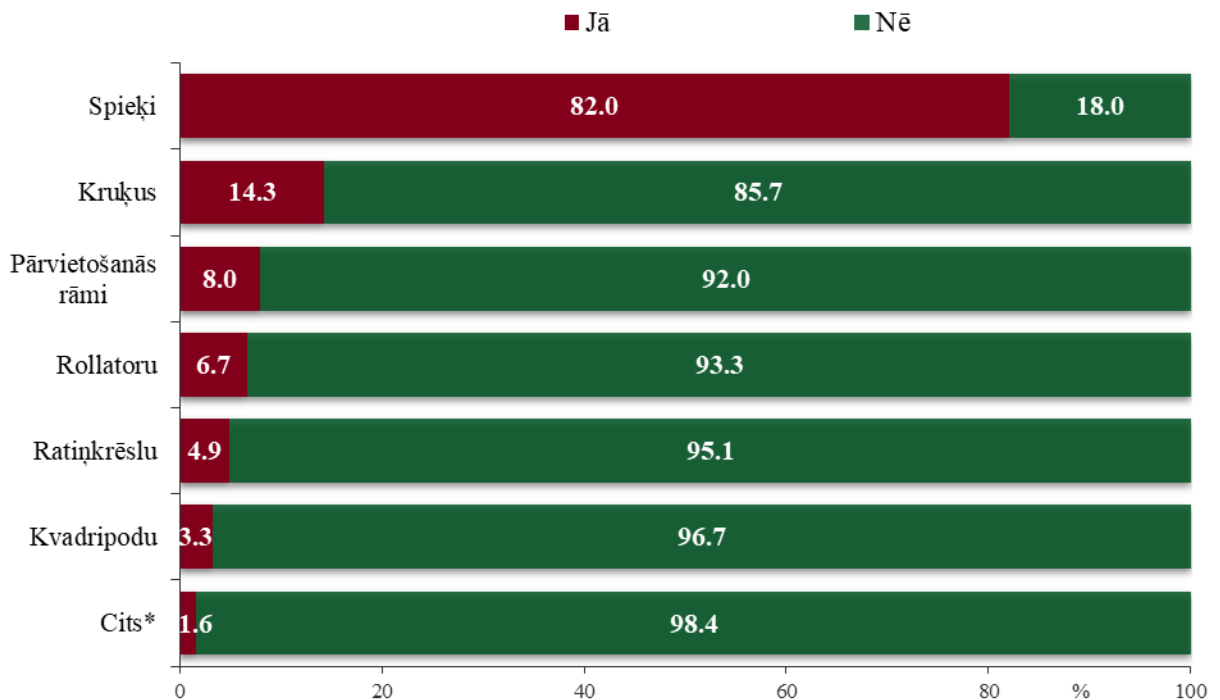
CBA. FIZISKĀ FUNKCIONĒŠANA

Normāls novecošanās process iezīmējas ar pārmaiņām cilvēka organismā un dažādu orgānu sistēmu funkcionēšanas izmaiņām. Bioloģiskā novecošana ietekmē sirds un asinsrites darbību, muskuļu darbību, izziņas procesus, sensorās spējas u.c. Fiziskās funkcijas aptver plašu darbību klāstu, kas ietver dažādu muskuļu grupu aktivizāciju un darbības, ko var raksturot ar tādiem parametriem, kā muskuļu spēks, izturība, u.c. Spēja pārvietoties vai mobilitāte ir viens no izplatītākajiem funkcionēšanas ierobežojumu veidiem cilvēkiem vecumā virs 65 gadiem, bet tā ir būtisks priekšnosacījums ikdienas uzdevumu veikšanai un patstāvīgai dzīvei kopienā, ņemot vērā, ka ierobežojumu biežums palielinās līdz ar vecumu.

Pētījumā lielākā daļa senioru norādīja, ka viņiem nav nekādu grūtību (40,8%) vai ir nelielas grūtības (34,6%) fiziski pārvietoties, staigāt vai kāpt pa kāpnēm. Tomēr gandrīz ceturtdaļa senioru atzina, ka viņiem ir lielas grūtības (22,3%) fiziski pārvietoties, staigāt vai kāpt pa kāpnēm vai viņi vispār nevar to izdarīt (2,3%). Respondentu, kuriem bija grūtības fiziski pārvietoties, staigāt vai kāpt pa kāpnēm, īpatsvars augstāks bija vecuma grupā 80 gadi un vecāki; šajā vecuma grupā 36,7% vīriešu un 41,1% sieviešu atzīmēja lielas grūtības šajā jomā, 3,3% vīriešu un 6,0% sieviešu atzīmēja, ka vispār nevar staigāt.

Mūsdienās ir pieejami tehniskie palīglīdzekļi, kas paredzēti dažādu zaudēto funkciju kompensēšanai un neatkarības ikdienas dzīvē veicināšanai. Nepieciešamību lietot kādu palīglīdzekli staigāšanai norādīja 24,3% respondentu, un biežāk šādu nepieciešamību norādīja respondenti vecuma grupā 80+ gadi, attiecīgi 48,9% vīriešu un 49,5% sieviešu šajā vecuma grupā. Starp senioriem, tehnisko palīglīdzekļu lietotājiem, 15,7% lietoja vairāk nekā vienu tehnisko palīglīdzekli. Senioru, kas izmantoja kādu palīglīdzekli staigāšanai, lielākais īpatsvars (41,3%) bija grupā ar nepabeigtu pamata vai pamata izglītību. Seniori kā pārvietošanās palīglīdzekli visbiežāk izmantoja spieķi (82,0%), kruķus izmantoja 14,3% senioru, kvadripodu izmantoja 3,3% senioru, pārvietošanās rāmi izmantoja 8,0% senioru, rollatoru izmantoja 6,7% senioru, ratiņkrēslu izmantoja 4,9% senioru un citus palīglīdzekļus (piem., ortozes vai dažādus sadzīves priekšmetus atbalstam) izmantoja 1,6% senioru (25.attēls).

Lūdzu, atzīmējiet, kādus staigāšanas palīgīdzekļus Jūs izmantojat:



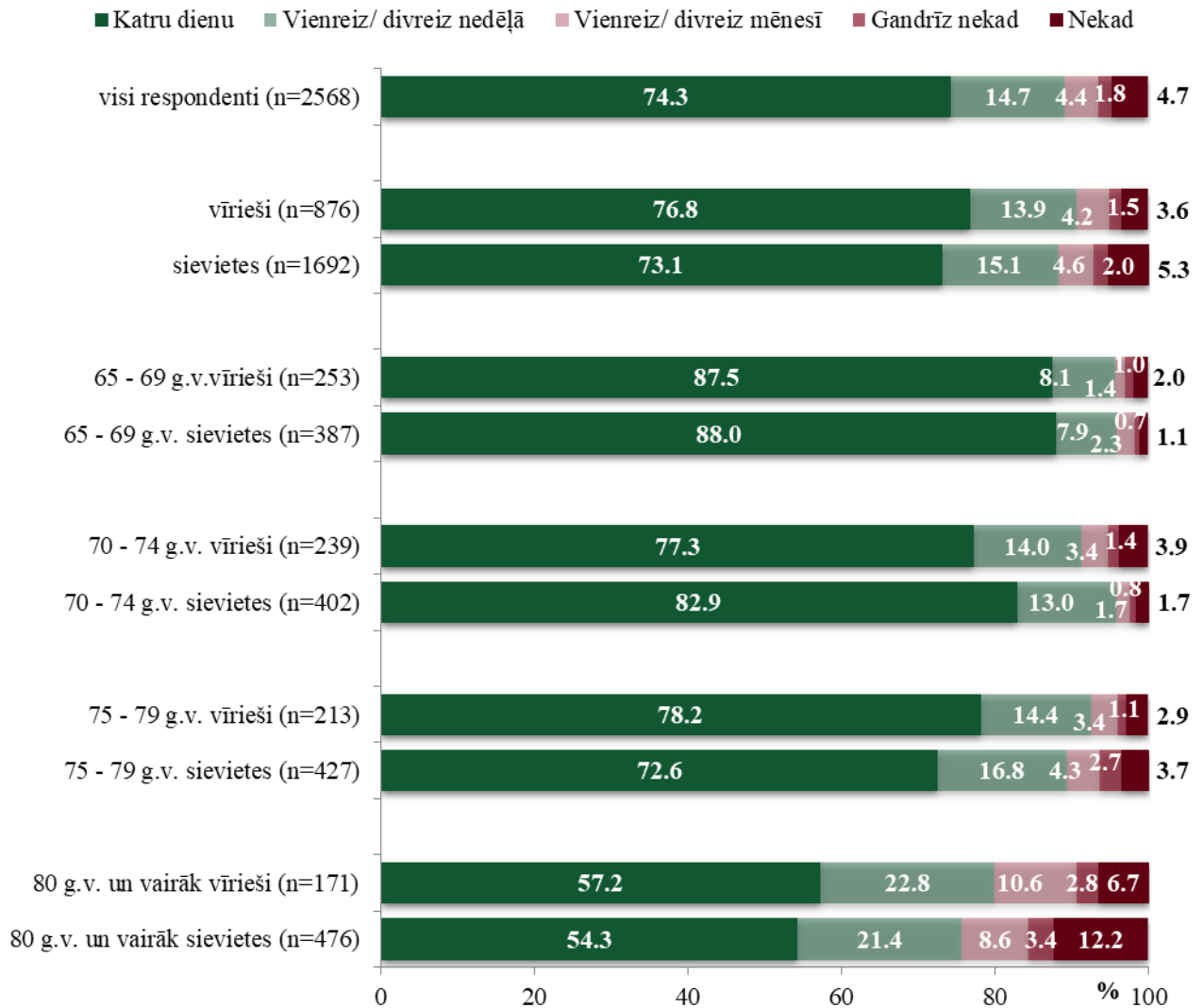
Bāze: respondenti, kuri norādīja, ka lieto kādu palīgīdzekli staigāšanai, n=609

*Kategorijā "Cits" ietilpst: "atbalstam izmanto sadzīves priekšmetus" (minēts 3 reizes); "ortozes" (minēts 3 reizes); "balto spieķi" (minēts 1 reizi); "lietussargu" (minēts 1 reizi); "skūteris, datorkrēsls" (minēts 1 reizi); "speciāli apavi, kas fiksē kājas apakšstilbus" (minēts 1 reizi).

25.attēls. Palīgīdzekļi, ko respondenti izmanto staigāšanai (%)

Uz jautājumu "Cik bieži Jūs esat izgājis (-usi) ārpus mājas telpām pēdējā mēneša laikā?" 74,3% respondentu atbildēja, ka to dara "katru dienu" (76,8% vīriešu un 73,1% sieviešu) (skat. 26.attēlu). Zemākais respondentu īpatsvars, kuri norādīja, ka katru dienu iziet ārpus mājas, bija abu dzimumu vecākajā vecuma grupā (80 un vairāk gadu), attiecīgi 57,2% vīriešu un 54,3% sieviešu. Kopumā 14,7% respondentu atzina, ka iziet no mājas vienreiz/ divreiz nedēļā, savukārt no mājas pēdējā mēneša laikā nekad nebija izgājuši 4,7% respondentu.

Cik bieži Jūs esat izgājis (-usi) ārpus mājas telpām pēdējā mēneša laikā?



Bāze: visi respondenti, n=2568

26.attēls. Senioru pārvietošanās ārpus mājas pēdējā mēneša laikā (%)

73,3% senioru kā galveno iemeslu, kāpēc nekad nav izgājuši no mājas pēdējā mēneša laikā, minēja būtiskus kustību ierobežojumus (pārvietojas tikai pa māju), šai atbildei bija lielākais īpatsvars visās dzimuma, vecuma, izglītības līmeņa, ienākumu līmeņa un dzīvesvietas grupās. Uz jautājumu “Ja ejat ārpus mājas, vai varat viens (-a) iziet bez citu cilvēku palīdzības?” lielākā daļa respondentu (87,4%) atbildēja, ka “Jā, vienmēr”, savukārt 7,7% respondentu atzina, ka tikai dažreiz var iziet ārpus mājas vieni paši, bet 4,9% respondentu nevarēja vieni paši iziet ārpus mājas.

G. KRĒSLA TESTS

Krēsla tests tika pielietots pārvietošanās spēju (mobilitātes) novērtēšanai, jo tā veikšanai ir nepieciešama muskuļu spēka, ātruma, un līdzsvara kontroles kombinācija. Ikvienam respondentam tika dota iespēja vienu reizi izmēģināt kustības (piecelšanās un apsēšanās), pirms testā fiksējot laiku (nepieciešamības gadījumā intervētājs kustības nodemonstrēja). Testa sākumā dalībnieks apsēdās uz krēsla (rekomendētais krēsla augstums 43-45 cm, krēsls ar/ vai bez roku balstiem). Dalībniekam lūdza apsēsties un piecelties no krēsla, cik ātri iespējams, piecas reizes pēc kārtas. Testa laikā brīdī, kad respondents piecēlās no krēsla, augums bija pilnībā jāiztaisno (ja tas iespējams), un tas bija jāpaveic, pēc iespējas neatbalstoties pret krēsla atzveltni (ja tāda bija). Ar hronometra palīdzību tika fiksēts laiks, sākot no brīža, kad dota komanda “Sākt!” (sēdus pirms pirmās piecelšanās) līdz pat pēdējai pozīcijai, apsēžoties krēslā piektajā reizē. Nespēja veikt piecus piecelšanās/ apsēšanās mēģinājumus, vai roku izmantošana atbalstam nozīmēja negatīvu testa rezultātu.

Krēsla testu pilnā apjomā – 5 reizes - spēja veikt 78,3% respondentu (80,5% vīriešu un 77,2% sieviešu), 15,6 % respondentu krēsla testu neveica (13,2% vīriešu un 16,7% sieviešu), bet 6,2% to veica nepilnā apjomā, attiecīgi 6,4% vīriešu un 6,1% sieviešu (22.tabula). Lielāks senioru īpatsvars, kuri krēsla testu veica pilnā apjomā, bija respondentu vecuma grupā 65 - 69 gadi (86,8% vīriešu un 88,0% sieviešu). Savukārt vecuma grupā 80+ gadi bija mazāks senioru īpatsvars, kuri veica krēsla testu pilnā apjomā (69,8% vīriešu un 62,9% sieviešu), kā arī šajā vecuma grupā bija augstākais senioru īpatsvars, kuri testu veica mazāk nekā 5 reizes (9,5% vīriešu un 9,9% sieviešu) vai vispār neveica (20,7% vīriešu un 27,1% sieviešu).

22.tabula. Krēsla testa rādītāji - testā izpildīto piecelšanās un apsēšanās reižu skaits (%)

	Vīrieši					Sievietes					Kopā
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 + gadi	Kopā	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 + gadi	Kopā	
Veica krēsla testu 5 reizes	86,8	83,0	77,8	69,8	80,5	88,0	83,1	78,9	62,9	77,2	78,3
Veica krēsla testu 4 reizes	0,7	1,9	1,7	3,4	1,8	0,7	2,2	2,9	1,5	1,8	1,8
Veica krēsla testu 3 reizes	1,4	1,9	4,0	3,9	2,6	0,2	1,4	1,9	4,1	2,0	2,2
Veica krēsla testu 2 reizes	1,4	1,0	1,1	1,1	1,2	0,2	1,1	1,6	2,6	1,5	1,4
Veica krēsla testu 1 reizes	0,7	0,5	1,1	1,1	0,8	0,2	0,6	0,5	1,7	0,8	0,8
Krēsla tests netika veikts	9,2	11,7	14,2	20,7	13,2	10,6	11,7	14,1	27,1	16,7	15,6
Kopā (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kopā (N)	253	239	213	171	876	387	402	427	476	1692	2568

Krēsļa testa veikšanai nepieciešamā laika aritmētiskais vidējais rādītājs bija 17,28 sekundes (SN=10,79 sekundes). 23.tabulā uzrādīti krēsļa testa veikšanas laika vidējie un izkliedes rādītāji (sekundes) sociāldemogrāfiskajās grupās. Pieaugot senioru vecumam, palielinās krēsļa testa veikšanai nepieciešamā laika vidējie rādītāji (vidējā vērtība un mediāna) un izkliedes rādītāji (standartnovirze un starpkvartiļu intervāls). Ilgāks nepieciešamais laiks krēsļa testa veikšanai un lielākas rezultātu variācijas bija senioriem ar zemāku izglītības līmeni, zemākiem ienākumiem.

23.tabula. Krēsļa testa veikšanas laika vidējie un izkliedes rādītāji sociāldemogrāfiskajās grupās (sekundes)

	Vidējā vērtība (sek.)	Standartnovirze (sek.)	25 kvartīle (sek.)	Mediāna (sek.)	75 kvartīle (sek.)	Starpkvartiļu intervāls (sek.)
Vīrieši	16,29	9,67	12,00	14,00	19,00	7,00
Sievietes	17,80	11,31	12,00	15,00	19,00	7,00
65-69	15,57	10,29	11,00	14,00	17,00	6,00
70-74	16,31	9,52	12,00	14,00	18,00	6,00
75-79	18,00	11,07	12,00	16,00	19,50	7,50
80+	19,61	11,92	14,00	17,00	22,00	8,00
Nepabeigta pamatizglītība vai pamatizglītība	19,29	12,85	13,00	16,00	21,00	8,00
Vidējā izglītība	17,25	9,48	12,00	16,00	19,00	7,00
Profesionālā vidējā/vidējā speciālā	17,08	11,45	12,00	15,00	19,00	7,00
Austākā izglītība	15,07	7,056	11,00	14,00	17,00	6,00
Zemi ienākumi	17,54	10,47	12,00	15,00	20,00	8,00
Vidēji ienākumi	17,81	11,69	12,00	15,00	19,00	7,00
Augsti ienākumi	16,68	10,28	12,00	15,00	19,00	7,00
Rīga	16,57	9,65	12,00	15,00	19,00	7,00
Cita pilsēta	17,44	10,98	12,00	15,00	18,00	6,00
Lauki	17,90	11,74	13,00	16,00	19,25	6,25

Saskaņā ar R. Bohanona (2006) sniegtajiem datiem³² senioriem virs 60 gadu vecuma krēsļa testa normatīvie rādītāji vecumgrupās ir sekojoši:

- 60-69 gadi - 11,4 sek.;
- 70-79 gadi - 12,6 sek.;
- 80-89 gadi - 14,8 sek.

³² Bohannon RW. Reference values for the five-repetition sit-to-stand test: a descriptive meta-analysis of data from elders. Percept Mot Skills. 2006 Aug;103(1): 215-22.

Starp respondentiem, kuri krēsla testu veica pilnā apjomā, 61,3% neiekļāvās testa laika normatīvā atbilstoši savam vecumam, attiecīgi 55,2% vīriešu un 64,5% sieviešu. Lielāks bija respondentu īpatsvars ar augstāko izglītību (51,7%), kuri testu veica atbilstoši vecuma normai, salīdzinot ar pārējām izglītības grupām (atšķirības bija statistiski nozīmīgas). Starp respondentu rezultātiem krēsla testā saistībā ar atbilstību vecuma normai netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības, analizējot ienākumu grupās. Savukārt, analizējot rezultātus respondentu dzīvesvietas grupās, citās pilsētās (izņemot Rīgu) un laukos bija lielāks respondentu īpatsvars, kuri krēsla testu veica ilgākā laikā nekā atbilstošā vecuma norma (attiecīgi 62,2% un 67,4%), šīs atšķirības bija statistiski nozīmīgas. Jāatzīmē, ka analizējot sakarības starp vismaz diviem sociāldemogrāfiskajiem rādītājiem un krēsla testa rezultātu atbilstību normai, tika konstatētas atšķirības dažu kategoriju līmenī, piemēram, Rīgā un citās pilsētās dzimumu atšķirības starp senioriem, kuri iekļāvās testa normatīvos, bija statistiski nozīmīgas (vīriešu īpatsvars lielāks), bet laukos atšķirības starp dzimumiem nebija statistiski nozīmīgas.

Saskaņā ar S. Buatoisas un kolēģu (2010) sniegtajiem datiem, krēsla testa veikšana mazāk nekā 15 sekundēs, norāda uz zemu atkārtotu kritienu risku³³. Pētījumā 53,7% respondentu testu veica mazāk nekā 15 sekundēs. Vīriešu, kuri krēsla testu veica mazāk nekā 15 sekundēs, bija vairāk (59,8%) nekā sieviešu (50,5%), un šīs atšķirības ir statistiski nozīmīgas. Analizējot krēsla testa rezultātus respondentu vecuma grupās, konstatēts, ka palielinoties senioru vecumam, pieaug respondentu īpatsvars, kuri krēsla testu izpildīja ilgāk nekā 15 sekundēs, līdz ar to šiem respondentiem ir augsts atkārtotu kritienu risks. Atšķirības vecuma grupās ir statistiski nozīmīgas, 61,0% respondentu vecuma grupā virs 80 gadiem, attiecīgi 52,0% vīriešu un 64,4% sieviešu, krēsla testu veica ilgāk nekā 15 sekundēs. Krēsla testa rezultātos statistiski nozīmīgas atšķirības pastāv arī izglītības grupās. Ir lielāks īpatsvars senioru ar zemāku izglītības līmeni, kuriem krēsla testa rezultāts norādīja uz augstu atkārtotu kritienu risku (nepabeigta pamatizglītība vai pamatizglītība - 56,4%; vidējā izglītība- 51,2%; profesionālā vidējā vai vidējā speciālā- 43,3%; augstākā izglītība- 34,9%). Savukārt ienākumu un dzīvesvietas grupās senioriem krēsla testa rezultātos atšķirības nebija statistiski nozīmīgas. Jāatzīmē, ka analizējot sakarības starp vismaz diviem sociāldemogrāfiskajiem rādītājiem un krēsla testa rezultātu atbilstību zemam vai augstam kritienu riskam, konstatētas atšķirības dažu kategoriju līmenī,

³³ Buatois S1, Perret-Guillaume C, Gueguen R, Miget P, Vançon G, Perrin P, Benetos A. A simple clinical scale to stratify risk of recurrent falls in community-dwelling adults aged 65 years and older. *Phys Ther.* 2010 Apr;90(4):550-60.

piemēram, Rīgā dzīvojošiem senioriem bija statistiski nozīmīgas atšķirības kritienu riskam saistībā ar ienākumiem (senioru ar zemākiem ienākumiem vidū bija lielāks īpatsvars tādu, kuriem kritienu risks bija zems).

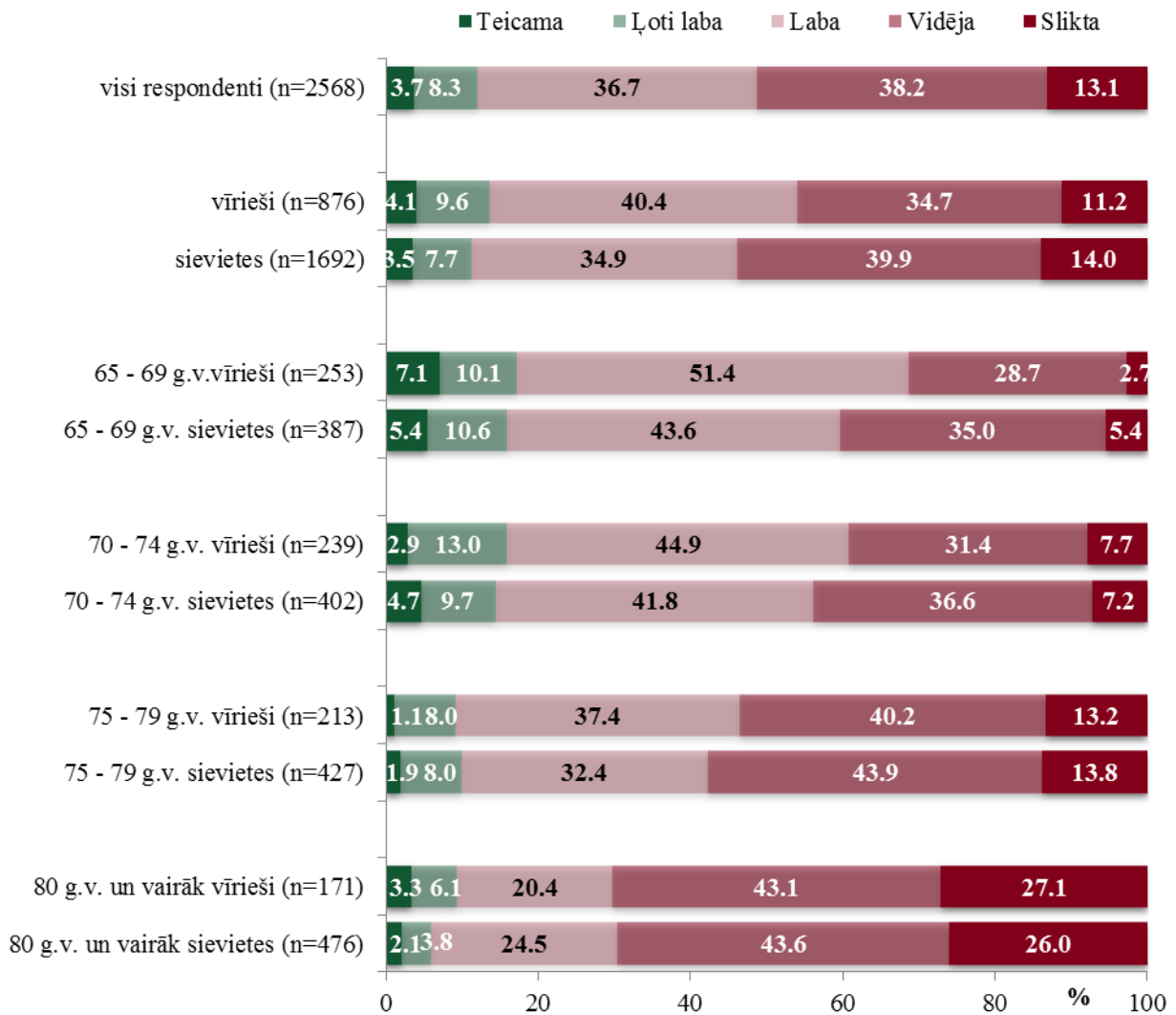
CBB. KOGNITĪVĀ FUNKCIONĒŠANA

Izziņas spēju pasliktināšanās ir izteikta novecošanās pazīme. Neatkarība ikdienas dzīvē vecumā ir saistīta kā ar izziņas, tā arī ar fiziskajām indivīda spējām³⁴. Starp brieduma gadu un vecāka gadagājuma cilvēkiem var novērot plaša spektra izziņas traucējumus. Atbilstošas izziņas spējas senioriem ir priekšnosacījums spējai veikt personīgās ikdienas aktivitātes. Tomēr kognitīvo funkciju pasliktināšanās ir ļoti komplekss process, un ne vienmēr tas tiek pilnībā izprasts. Kā viens no iemesliem ir nepietiekamā informācija par kognitīvo funkcionēšanu pieaugušajiem, no kuras iespējams spriest par kognitīvo traucējumu izplatību populācijā un ar tiem saistītajām sekām.

Lai iegūtu respondentu subjektīvo novērtējumu par savu atmiņu, aptaujā uzdots jautājums “*Kā Jūs vērtējat savu atmiņu šobrīd?*”, piedāvājot atbilžu variantus “*Teicama*”, “*Ļoti laba*”, “*Laba*”, “*Vidēja*”, “*Slikta*”. Kopumā 38,2 % respondentu savu atmiņu novērtēja kā vidēju, 36,7% kā labu, 13,1% kā sliktu, 8,3% kā ļoti labu un tikai 3,7% kā teicamu. Palielinoties vecumam, abās dzimuma grupās pieaug respondentu īpatsvars, kuri novērtē, ka viņu atmiņa ir sliktā. Vecuma grupā virs 80 gadiem ir augstākais sieviešu un vīriešu īpatsvars ar sliktas atmiņas pašvērtējumu, attiecīgi 26,0% un 27,1%. Vecuma grupā virs 80 gadiem ir augstāks respondentu īpatsvars, kas savu atmiņu vērtē kā vidēju, attiecīgi 43,1% vīriešu un 43,6% sieviešu (skat. 27.attēls). Atšķirības dzimuma un vecuma grupās ir statistiski nozīmīgas.

³⁴ Ofstedal MB, Fisher GG, Herzog AR. Documentation of Cognitive Functioning. Measures in the Health and Retirement Study. 2005; HRS Documentation Report DR-006.

Kā Jūs vērtējat savu atmiņu šobrīd?



Bāze: visi respondenti, n=2568

27.attēls. Respondentu atmiņas pašnovērtējums dzimuma un vecuma grupās (%)

CBC. SENSORĀS FUNKCIJAS

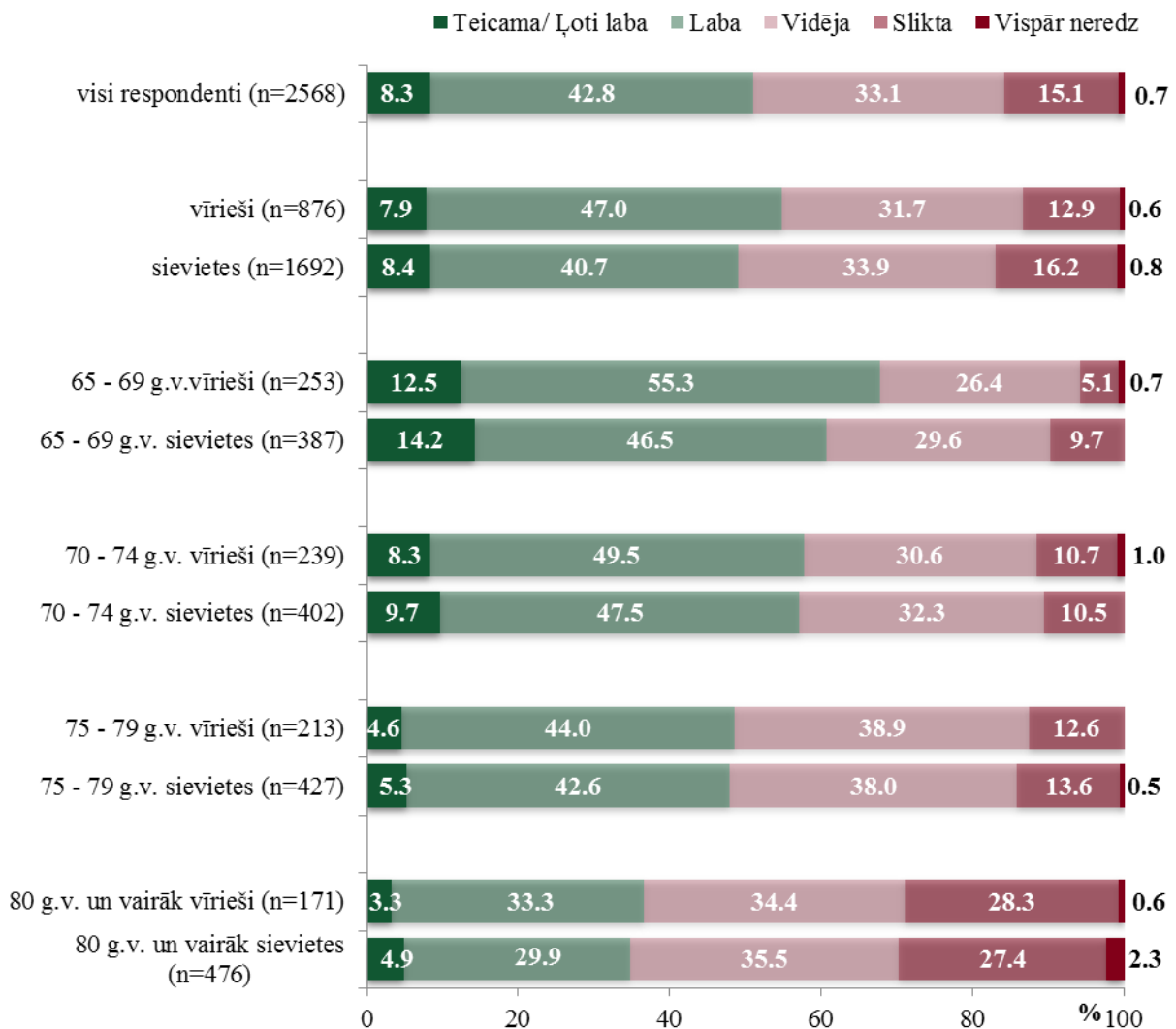
Vecumdienās cilvēki saskaras ar izmaiņām maņu orgānu funkcionēšanā, piemēram, redzes un dzirdes pasliktināšanās, kas var traucēt veikt ikdienas mājas darbus (gatavot ēdienu, uzkopt telpas u.c.), kā arī var būt par cēloni vientulības izjūtai un depresijai.

Aptaujas anketā iekļauts jautājums, kur lūgts respondentiem novērtēt savu šī brīža redzi. Kopumā 34,8% senioru savu redzi novērtēja kā labu, 41,8% - kā vidēju, 4,6% kā teicamu un ļoti labu, bet 18,8% kā sliktu. Lielākā daļa no visiem respondentiem (74,0%) norādīja, ka valkā

brilles vai kontaktlēcas. Aptaujas anketā tika iekļauti divi jautājumi, atbildot uz tiem, seniori novērtēja savu redzi gan tālumā, gan tuvumā.

Savu redzi tālumā 51,1% respondentu novērtēja kā teicamu vai labu, 33,1% kā vidēju, 15,1% kā sliktu 0,7% respondentu atzīst, ka vispār neredz. Kā redzams 28.attēlā, augstāks ir vīriešu īpatsvars, kuri savu redzi tālumā novērtē kā teicamu vai labu. Jaunākajā vecumgrupā vēl pastāv atšķirības dzimuma grupās pašvērtējumam par redzi tālumā, bet, palielinoties vecumam, šīs atšķirības dzimuma grupās vairs nav. Ar katru nākamo vecuma grupu būtiski pieaug respondentu īpatsvars, kuri savu redzi tālumā novērtē kā vidēju vai sliktu.

Kā Jūs vērtējat savu redzi tālumā?

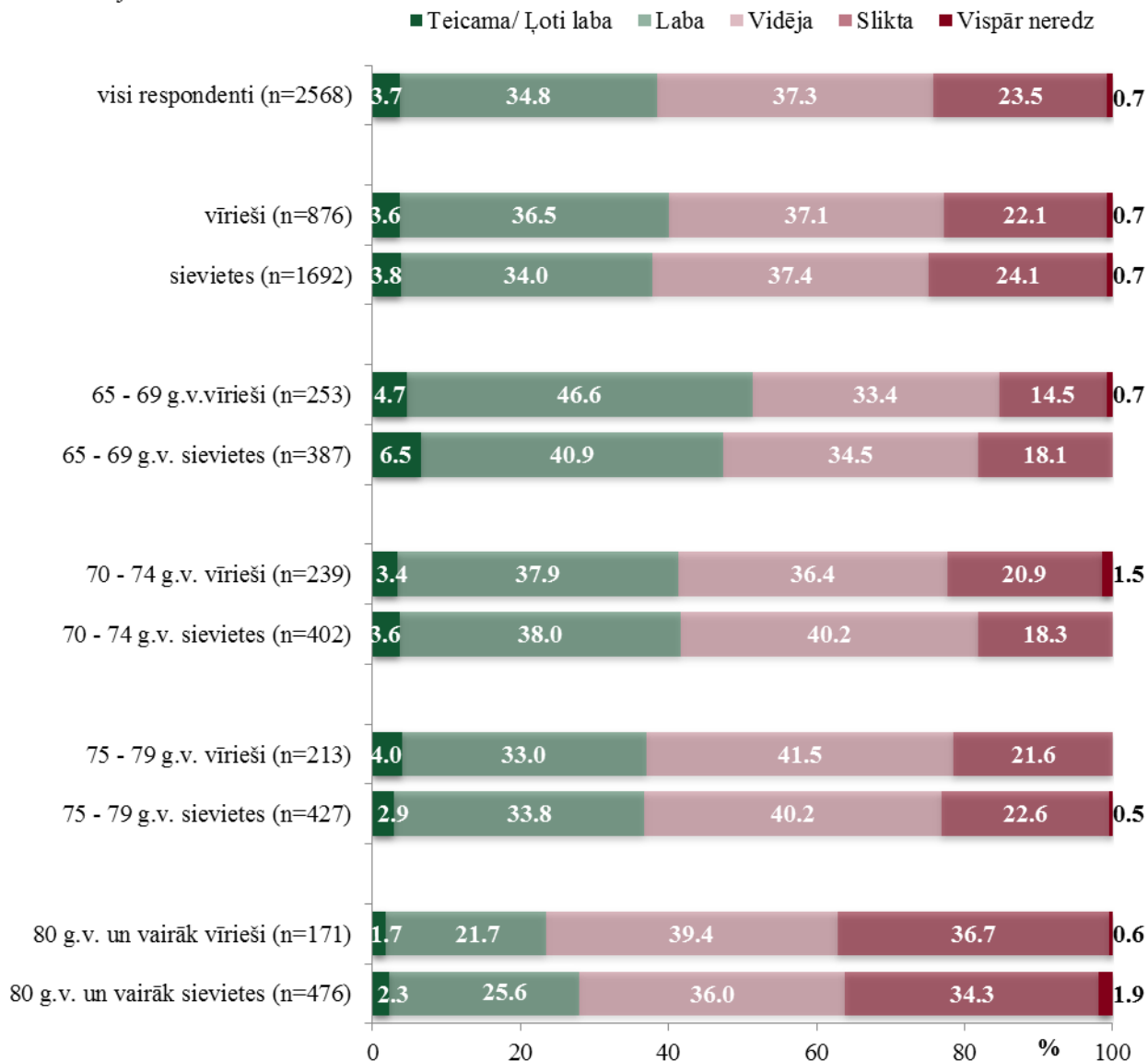


Bāze: visi respondenti, n=2568

28.attēls. Respondentu pašnovērtējums redzei tālumā dzimuma un vecuma grupās (%)

Savukārt savu redzi tuvumā 37,3% respondentu novērtēja kā vidēju, 34,8% kā labu, 3,7% kā teicamu/ ļoti labu, 23,5% kā sliktu, 0,7% respondentu atzina, ka vispār neredz. 29.attēlā redzams, ka, palielinoties vecumam, abās dzimuma grupās būtiski pieaug vidējas un sliktas redzes tuvumā pašvērtējums, īpaši vecumgrupā virs 80 gadiem, kur redzi tuvumā kā sliktu novērtē vairāk nekā trešā daļa sieviešu un vīriešu.

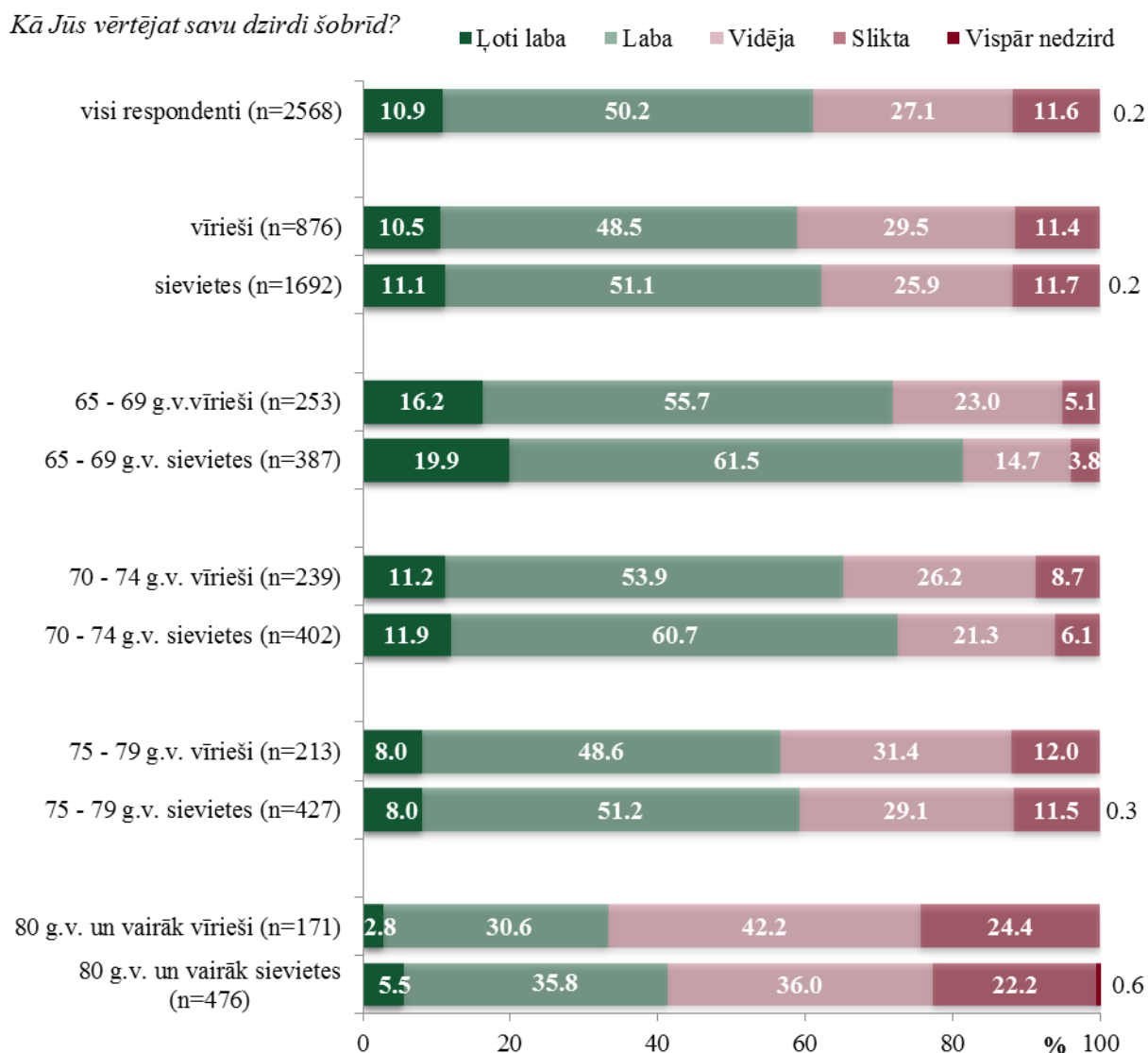
Kā Jūs vērtējat savu redzi tuvumā?



Bāze: visi respondenti, n=2568

29.attēls. Respondentu pašvērtējums redzei tuvumā dzimuma un vecuma grupās (%)

Aptaujā ietverts jautājums par respondentu subjektīvo šī brīža dzirdes novērtējumu. Kopumā 50,2% respondentu savu šī brīža dzirdi novērtēja kā labu, 10,9% dzirdi novērtēja kā teicamu un ļoti labu, 27,1% kā vidēju, 11,6% kā sliktu, bet 0,2% respondentu atzina, ka vispār nedzird (30.attēls). Šī brīža dzirdes pašvērtējumam statistisku atšķirību dzimuma grupās nav. Atšķirības ir vecuma grupās. Pieaugot respondentu vecumam, palielinās senioru īpatsvars, kuri savu dzirdi novērtē kā vidēju vai sliktu. Vecuma grupā virs 80 gadiem būtiski pieaug senioru īpatsvars ar sliktas dzirdes pašvērtējumu.



Bāze: visi respondenti, n=2568

30.attēls. Respondentu pašnovērtējums dzirdei dzimuma un vecuma grupās (%)

Uz jautājumu “*Vai Jums ir dzirdes aparāts?*” apstiprinoši atbildēja tikai 4,4% (n=111) respondentu, 4,3% vīriešu (n=38) un 4,4% sieviešu (n=73). 24.tabulā redzams, ka ar katru nākamo vecumgrupu palielinās senioru īpatsvars, kuriem ir dzirdes aparāts, tomēr kopumā respondentu īpatsvars, kuriem ir dzirdes aparāts, ir ļoti zems.

24.tabula. Respondentu īpatsvars vecuma grupās, kuriem ir dzirdes aparāts (%)

		65-69 gadi	70-74 gadi	75-79 gadi	80+ gadi	Kopā
Ir dzirdes aparāts	%	1,4	2,3	4,4	9,1	4,4
	<i>n</i>	9	15	28	59	111
Nav dzirdes aparāta	%	98,6	97,7	95,6	90,9	95,6
	<i>n</i>	631	626	612	588	2457

Kā jau tika iepriekš minēts, kopumā savu dzirdi kā sliktu novērtēja 11,6% (n=296). Kā redzams 25.tabulā, tikai ceturtdaļa (25,3%, n=75) no respondentiem ar sliktu dzirdes pašvērtējumu norāda, ka viņiem ir dzirdes aparāts. Statistiski ticamu atšķirību vecuma grupās nav. Kopumā vairums (71,4%, n=53) senioru, kuri uzskata, ka viņiem ir slikta dzirde un ir dzirdes aparāts, to ikdienā lieto.

25.tabula. Dzirdes aparāta izplatība senioriem ar sliktas dzirdes pašvērtējumu un tā lietošana vecuma grupās (%)

		65-69 gadi	70-74 gadi	75-79 gadi	80+ gadi	Kopā
Vai Jums ir dzirdes aparāts?						
Ir dzirdes aparāts	%	21,2	20,0	28,1	26,4	25,3
	<i>n</i>	6	9	21	39	75
Nav dzirdes aparāta	%	78,8	80,0	71,9	73,6	74,7
	<i>n</i>	22	36	54	109	221
Tie, kuriem ir dzirdes aparāts, vai to lieto ikdienā?						
Jā	%	71,4	55,6	83,3	69,8	71,4
	<i>n</i>	4	5	17	27	53
Nē	%	28,6	44,4	16,7	30,2	28,6
	<i>n</i>	2	4	4	12	22

CC. KRITIENI

No visiem negadījumiem un traumām, kritieni ir biežākais nāves cēlonis iedzīvotājiem virs 65 gadu vecuma. Kritienu iemesli iedzīvotājiem vecumā virs 65 gadiem ir vairāki, ieskaitot līdzsvara – kustību traucējumus, redzes problēmas, hroniskas slimību izplatības pieaugumu, medikamentu lietošanu u.c. Pētījumos ir konstatēta savstarpēja saistība starp kritieniem un funkcionāliem traucējumiem. Vairāku pētījumu rezultāti liecina, ka grūtības senioriem veikt

vismaz vienu personīgu ikdienas aktivitāti (mazgāšanās, apģērbšanās) vai instrumentālās aktivitātes (patstāvīga tālruņa izmantošana, mājas uzkopšana, maltīšu pagatavošana u.c.)³⁵. Taču arī lielāka pašu kritienu varbūtība, gan arī bailes no kritieniem var būtiski ierobežot senioru ikdienas aktivitāti, lai izvairītos no iespējamajiem atkārtotiem kritieniem³⁶. Gan klīniskajā praksē, gan epidemioloģiskos pētījumos plaši izmanto pašu senioru pašiņoto informāciju par kritienu incidenci noteiktā laika periodā (visbiežāk pēdējo 12 mēnešu laikā). Ņemot vērā, ka lielāka daļa šādu pētījumu ir retrospektīvi, šādā veidā iegūtā informācija vismaz daļēji ļauj gūt priekšstatu par kritienu izplatības problēmu senioru populācijā.

Pētījumā vairākums respondentu (71,7%) atzina, ka pēdējā gada laikā nav krituši. Taču par vismaz vienu kritienu pēdējo 12 mēnešu laikā ziņoja 16,9% respondentu, bet par vairāk nekā vienu kritienu - 11,4% respondentu. Vairāk nekā vienu reizi pēdējo 12 mēnešu laikā kritienu īpatsvars lielāks bija vecuma grupā virs 80 gadiem, to norādīja 12,8% vīriešu un 19,2% sieviešu šajā vecuma grupā.

Liela daļa senioru piedzīvo bailes no kritieniem, kas nerada problēmas tikmēr, kamēr nekļūst tik nozīmīgas, ka sāk ietekmēt ikdienas funkcionēšanu. Iepriekšēja kritiena pieredze ir būtiski saistīta ar turpmākām bailēm no kritieniem, taču ir daļa cilvēku, kuri piedzīvo bailes no kritieniem, nav reālu kritienu piedzīvojuši.

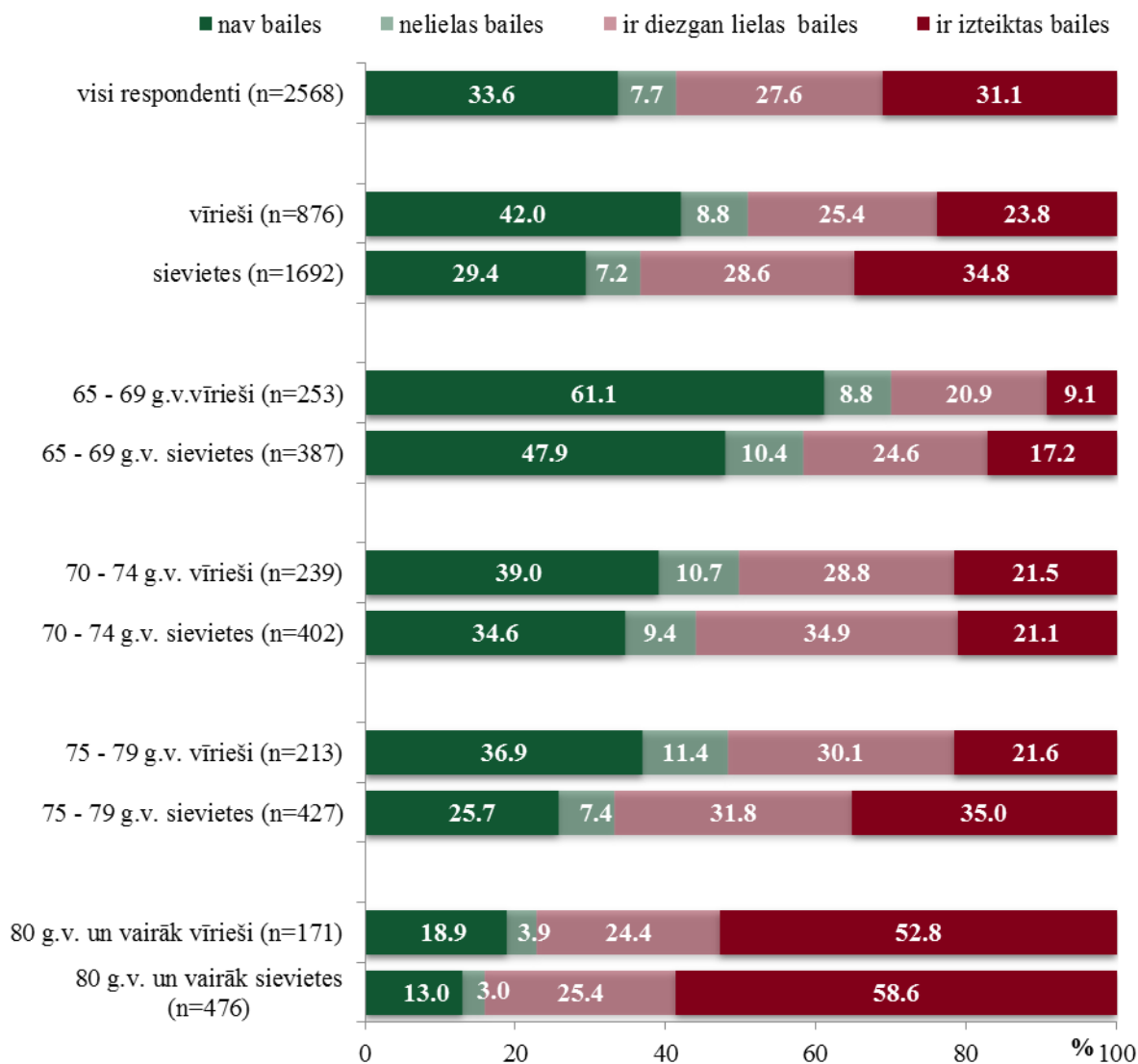
Lai izvērtētu bailes no kritieniem, senioriem tika izmantota Kritienu pašefektivitātes skalas īsā versija ar 7 jautājumiem. Uz katru skalas jautājumu bija iespējams iegūt no 1 līdz 4 punktiem. Skalu analizējot, iegūst visas skalas jautājumu kopsummu robežās amplitūdā no 7 punktiem (nav baiļu no kritienu iespējamības) līdz 28 punktiem (ir izteiktas bailes no kritienu iespējamības). Iegūto punktu interpretācija: 7 punkti - baiļu no kritieniem nav; 8 punkti - ir nelielas bailes no kritieniem; 9 – 13 punkti - ir diezgan lielas bailes no kritieniem; 14 – 28 punkti - ir izteiktas bailes no kritieniem.

Kritienu pašefektivitātes skalas vidējais rādītājs bija 10 (Me, IQR= 7). Kopumā 31,1% respondentu ir izteiktas bailes no kritiena, un 27,6% respondentu ir diezgan lielas bailes, savukārt 33,6% respondentu nav bailes nokrist. Izteiktas bailes nokrist raksturīgas respondentiem vecākajā vecuma grupā - vairāk nekā pusei respondentu vecuma grupā 80+ gadi (52,8% vīriešu

³⁵ Bloch F, Thibaud M, Dugue B, Breque C, Rigaud AS, Kemoung G. Episodes or falling among elderly people: a systematic review and meta-analysis of social and demographic pre-disposing characteristics. *Clinics*, 2010; 65(9): 895-903.

³⁶ Lusardi MM, Fritz S, Middleton A, et al. Determining Risk of Falls in Community Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis Using Posttest Probability. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2017;40(1):1-36.

un 58,6% sieviešu), un tā ir statistiski nozīmīga atšķirība, salīdzinot ar citām vecuma grupām (31.attēls). Izteiktas bailes nokrist ir gandrīz pusei respondentu (49,8%) ar zemāku izglītības līmeni (nepabeigta pamatizglītība/ pamatizglītība). Savukārt lielāks īpatsvars respondentu, kuriem nav bailes nokrist, ir grupā ar augstāko izglītību (41,5%).



Bāze: visi respondenti, n=2568

31.attēls. Kritienu pašefektivitātes skalas sadalījums, dzimuma un vecuma grupās (%)

CD. MĀJAS VIDES DROŠĪBA

Veciem cilvēkiem visbūtiskākā ir mājas vide un tās tuvākā apkārtnē, kas lielā mērā nosaka dalību un neatkarību ikdienas dzīvē^{37,38}. Mājas nozīme var mainīties situācijās, kad gados vecs cilvēks saskaras ar pieaugošu nespēju. Samazinātās funkcionēšanas spējas var kompensēt ar atbilstošiem pielāgošanās rīkiem dzīvojamā vidē vai pārcelšanos uz citu piemērotāku vidi³⁹. Mājas vides raksturojošiem faktoriem ir ļoti liela nozīme kritienu risku mazināšanā, jo liela daļa kritienu notiek mājas vidē. Starptautiski pazīstams ir Kritienu un negadījumu mājas vidē novērtēšanas instruments HOME FAST, kuru pielieto kā skrīninga instrumentu mājas vides drošības izvērtēšanai potenciālo kritienu riska noteikšanai senioriem⁴⁰. Validējot HOME FAST skrīninga instrumentu tika konstatēts, ka no 275 respondentiem ar vidējo vecumu 75 gadi 86,0% mājsaimniecību tika konstatēts vismaz viens riska faktors (šķērslis), kas varbūtēji palielina traumatisma risku.

Tā kā HOME FAST ir skrīninga instruments, tad jautājumus aptaujā uzdeva pašam respondentam. Uz katru no jautājumiem respondentam bija jāizvēlas “jā” vai “nē” atbilžu variants. HOME FAST instrumentam atbildes “nē” uz jautājumiem, norāda uz mājas vidē esošiem šķēršļiem, jo lielāks “nē” atbilžu skaits, jo vairāk ir šķēršļu respondenta mājas vidē. Minimālais iespējamais “nē” punktu skaits ir 0 un maksimālais - 25.

Analizējot HOME FAST jautājumus, riska faktoru/šķēršļu daudzums šajā pētījumā variēja no 0 līdz 13 (maksimālais iespējamais punktu skaits bija 25). Visbiežāk tie bija divi (22,0%), trīs (19,2%), viens (17,0%) vai četri (12,7%) faktori (26.tabula). Augstāks ir sieviešu īpatsvars, kuras identificēja vairāk nekā trīs šķēršļus mājas vidē, salīdzinot ar vīriešiem. Vecuma grupā vīrs 80 gadiem ir augstāks senioru īpatsvars, kuri identificēja šķēršļus mājas vidē, nekā jaunākās vecuma grupās, kā arī vecākas vecuma grupas seniori identificēja vairāk nekā trīs šķēršļus. Augstāks senioru īpatsvars, kuri identificēja vairāk nekā trīs šķēršļus mājas vidē, bija grupās ar nepabeigtu pamatizglītību vai pamatizglītību, zemāku ienākumu līmeni un starp citu pilsētu iedzīvotājiem. Visas minētās atšķirības bija statistiski nozīmīgas.

³⁷ Lilja M. Elderly Disabled Persons in the Home Setting: aspects of activities in daily Life. Doctoral thesis. Department of clinical neuroscience, occupational therapy and elderly care research, division of occupational therapy, Karolinska Institute, Stockholm, 2000.

³⁸ Haak M, Fange A, Iwarsson S, Dahlin Ivanoff S. Home as a signification of independence and autonomy. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2007; 14, 16-24.

³⁹ World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015

⁴⁰ Mackenzie L., Byles J. & Higginbotham N. Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): Selecting the items. British Journal of Occupational Therapy, 2000; 63, (6), 260-269.

26.tabula. Respondentu identificēto šķēršļu daudzums (0- 13) mājas vidē sociāldemogrāfiskajās grupās (%)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	(%)	(N)
Kopā	5,7	17,0	22,0	19,2	12,7	7,8	5,4	4,1	2,6	1,5	0,9	0,6	0,4	0,3	100,0	2568
Virieši																
65 - 69	6,4	20,9	26,7	20,9	11,1	5,1	4,1	1,7	2,4	0,3		0,3			100,0	253
70 - 74	7,2	15,5	28,0	18,8	14,0	6,8	1,9	1,0	3,4	1,4	1,0	0,5	0,5		100,0	239
75 - 79	6,3	19,4	21,1	21,7	14,3	5,1	3,4	4,6	1,1	0,6		0,6	1,1	0,6	100,0	213
80 gadi un vairāk	4,5	15,1	14,0	22,3	12,3	8,4	7,8	6,1	3,4	1,7	2,2	1,7	0,6		100,0	171
Virieši kopā	6,2	18,1	23,2	20,9	12,7	6,2	4,2	3,0	2,6	0,9	0,7	0,7	0,5	0,1	100,0	876
Sievietes																
65 - 69	5,9	19,6	20,8	23,3	11,5	9,0	3,4	3,4	1,8	0,7	0,5	0,2			100,0	387
70 - 74	5,8	20,5	27,1	16,6	13,3	6,9	3,6	2,2	1,4	1,4	0,8		0,3		100,0	402
75 - 79	5,3	15,5	23,5	17,6	14,1	5,9	6,9	4,3	3,5	1,1	0,5	1,1	0,5	0,3	100,0	427
80 gadi un vairāk	4,9	11,7	16,8	15,8	12,1	11,1	9,0	7,5	3,6	3,4	2,1	0,8	0,4	0,9	100,0	476
Sievietes kopā	5,4	16,4	21,5	18,3	12,6	8,5	6,0	4,6	2,6	1,8	1,1	0,5	0,3	0,4	100,0	1692
Izglītība																
Nepabeigta pamatzglītība/ Pamatizglītība	4,2	13,5	17,7	18,5	12,7	8,2	8,2	6,4	4,0	2,9	1,9	0,7	1,1	0,1	100,0	730
Vidējā	7,0	18,1	21,2	17,6	12,3	7,4	6,8	4,7	2,3	0,6	0,8	0,9		0,4	100,0	529
Profesionālā vidējā/ vidējā speciālā	4,6	17,6	24,0	20,3	13,8	8,0	3,4	3,1	2,4	1,3	0,6	0,4	0,1	0,4	100,0	798
Augstākā	8,0	19,8	25,9	20,0	11,2	7,1	2,7	1,6	1,8	1,0	0,2	0,6	0,2		100,0	511
Apdzīvotas vietas tips																
Rīga	4,7	18,1	24,1	19,6	11,1	6,9	4,6	4,2	2,9	1,0	1,0	0,8	0,5	0,5	100,0	871
Citas pilsētas	3,2	13,2	23,4	20,7	14,3	9,4	5,6	4,4	2,0	2,0	1,1	0,5	0,3		100,0	951
Lauki	10,0	20,6	18,0	16,7	12,4	6,7	5,8	3,4	3,1	1,5	0,7	0,5	0,4	0,3	100,0	746
Ienākumi																
Ienākumi kopā	5,8	17,4	22,6	18,8	12,2	7,5	5,3	4,3	2,4	1,5	1,0	0,6	0,3	0,3	100,0	2294
Zemi	5,1	17,8	20,8	15,9	13,1	8,0	6,7	5,0	2,3	2,3	1,5	0,7	0,7	0,1	100,0	750
Vidēji	6,4	13,8	22,1	18,5	12,9	7,9	6,5	5,1	3,0	1,6	0,9	0,8	0,1	0,4	100,0	767
Augsti	6,0	20,4	24,7	21,7	10,7	6,8	2,8	2,8	2,0	0,6	0,6	0,4	0,1	0,3	100,0	777

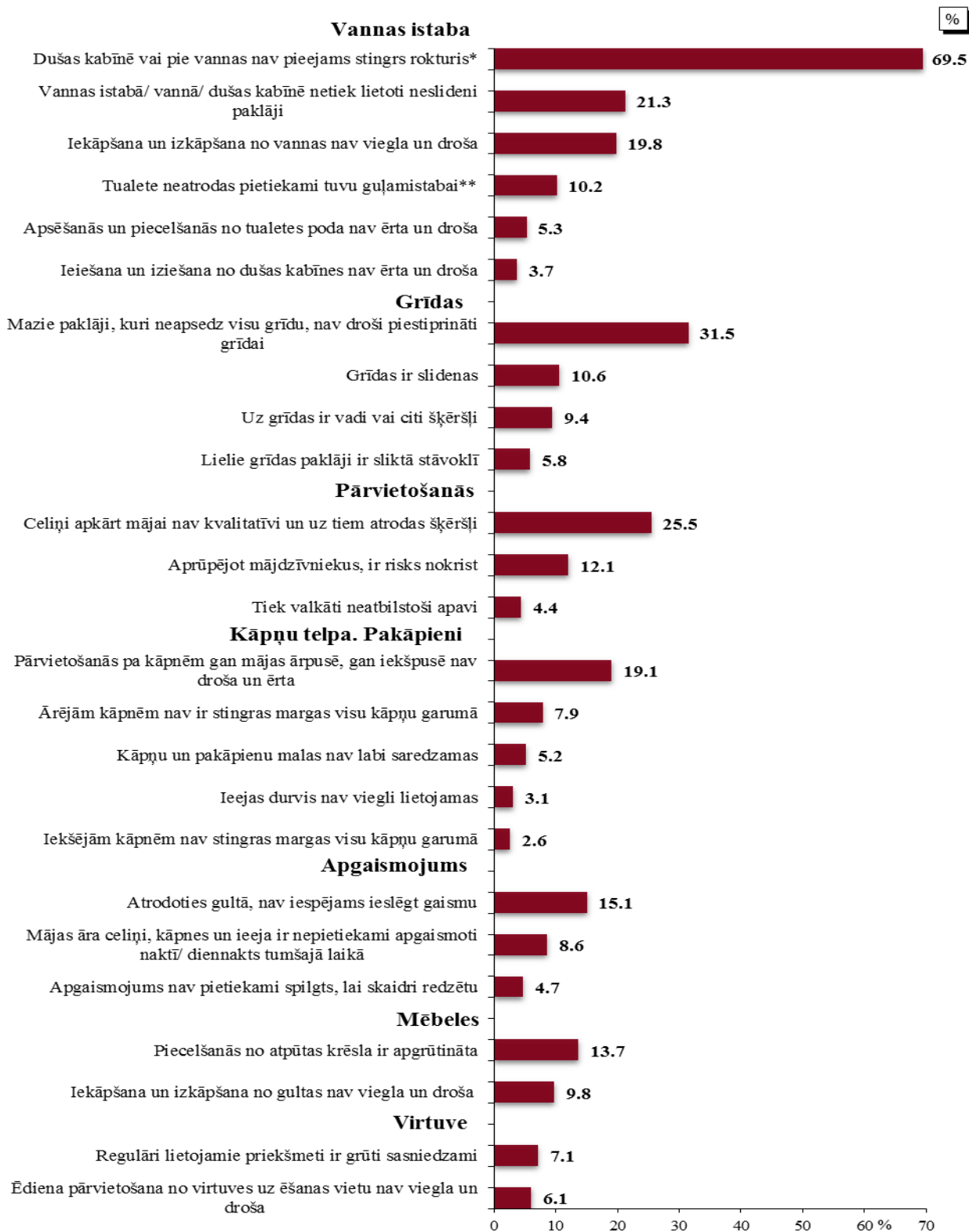
Šķēršļu, ko respondenti identificēja savā mājas vidē, skaita vidējie rādītāji apkopoti 26.tabulā. HOME FAST instruments apkopo informāciju par paša seniora mājas vides subjektīvu vērtējumu, tomēr jāņem vērā, ka rezultāts var atšķirties no profesionālu, piem., ergoterapeitu, objektīva mājas vides izvērtējuma. Palielinoties senioru vecumam, mājas vidē subjektīvā vērtējumā identificēto šķēršļu skaits palielinās (vecuma grupās augošā secībā palielinās skaita aritmētiskās vidējās vērtības no 2,84 līdz 4,1, palielinās standartnovirzes (SN) vērtības, kā arī starpkvartīļu intervāla (IQR) vērtības no 2 līdz 4). Subjektīvi identificēto šķēršļu skaits mājas vidē ir lielāks senioriem ar zemāku izglītības līmeni (vidējā vērtība ir 3,85; SN= 2, 617; Me= 3;

IQR= 3), senioriem ar zemiem ienākumiem (vidējā vērtība ir 3,45; SN= 2, 419; Me= 3; IQR= 3) un senioriem, kuri dzīvo citās pilsētās (vidējā vērtība ir 3,42; SN= 2,204; Me= 3; IQR= 2).

27.tabula. Respondentu mājas vidē šķēršļu vidējais daudzums sociāldemogrāfiskajās grupās (min - 0 un max- 13)

	Vidējā vērtība	Standartnovirze	25 kvartīle	Mediāna	75 kvartīle	Starpkvartīļu intervāls
Vīrieši	3,06	2,24	2,00	3,00	4,00	2,00
Sievietes	3,35	2,38	2,00	3,00	5,00	3,00
65-69	2,84	1,96	1,00	3,00	4,00	3,00
70-74	2,89	2,08	2,00	2,00	4,00	2,00
75-79	3,26	2,37	2,00	3,00	4,00	2,00
80+	4,01	2,69	2,00	3,00	6,00	4,00
Nepabeigta pamatizglītība vai pamatizglītība	3,85	2,62	2,00	3,00	5,00	3,00
Vidējā izglītība	3,17	2,33	1,00	3,00	4,00	3,00
Profesionālā vidējā/ vidējā speciālā	3,10	2,16	2,00	3,00	4,00	2,00
Austākā izglītība	2,71	1,99	1,00	2,00	4,00	3,00
Zemi ienākumi	3,45	2,49	2,00	3,00	5,00	3,00
Vidēji ienākumi	3,39	2,39	2,00	3,00	5,00	3,00
Augsti ienākumi	2,84	2,08	1,00	2,00	4,00	3,00
Rīga	3,23	2,40	2,00	3,00	4,00	2,00
Cita pilsēta	3,42	2,20	2,00	3,00	4,00	2,00
Lauki	3,05	2,42	1,00	3,00	4,00	3,00

Vērtējot grīdu stāvokli, biežāk identificētie šķēršļi ir slidenas grīdas, vadi uz grīdas un nenostiprināti paklāji. Vērtējot mēbeles, biežāk identificētais šķērslis ir senioram aprūtināta piecelšanās no atpūtas krēsla. Vērtējot apgaismojumu, biežāk identificētie šķēršļi ir, atrodoties savā gultā, respondents nevar viegli ieslēgt gaismu; mājas āra celiņi, kāpnes un ieeja nav labi apgaismoti naktī/ diennakts tumšajā laikā. Vērtējot vannu, biežāk identificētie šķēršļi – respondents nevar viegli un droši iekāpt vannā un izkāpt no tās, nav pieejams stingrs rokturis dušas kabīnē vai pie vannas, vannas istabā/vannā/ dušas kabīnē tiek lietoti slideni paklāji vai vispār nav paklāju. Vērtējot virtuvi, kā biežāk identificētie šķēršļi nosaukts tas, ka respondents nevar viegli sasniegt priekšmetus, ko regulāri lieto un respondents nevar viegli un droši pārvietot ēdienu no virtuves uz vietu, kur ēd. Vērtējot kāpņu telpu un pakāpienus, biežāk identificētie šķēršļi ir – respondents nevar droši un ērti kāpt augšā un lejā pa kāpnēm gan mājas ārpusē, gan iekšpusē. Biežākie šķēršļi, kas saistās ar pārvietošanos ārpus mājas - celiņi apkārt mājai nav kvalitatīvi, uz tiem atrodas šķēršļi un, ja mājās ir mājdzīvnieki, tos aprūpējot, respondents riskē nokrist (32.attēls).



Bāze: visi respondenti, n=2568

*Bāze: respondenti, kuri norādīja, ka viņiem mājās ir pieejama dušas kabīne un/vai vanna, n=2381

**Bāze: respondenti, kuri norādīja, ka neizmanto tualetes krēslu, n=2532

32.attēls. Identificētie šķēršļi respondentu mājās vidē (%)

D. DZĪVESVEIDA MODULIS

Hronisku ne-infekciju slimību riska faktoru mazināšana joprojām ir svarīgs veselības veicināšanas uzdevums visiem iedzīvotājiem, arī vīrs darbaspējas vecuma. Tomēr, pētot noteiktu dzīvesveida faktoru izplatību un to saistību ar saslimstību un dzīvildzes pagarināšanos senioriem, jāņem vērā, ka pētījumos iekļauti tiek līdz šim vecumam izdzīvojošie. Veselības paradumu ietekmējošās uzvedības dažādība ir liela, taču zinātniskajā literatūrā un citu valstu sabiedrības veselības uzraudzības ziņojumos viennozīmīgi kā veselību raksturojošie indikatori senioru vecumgrupā tiek izmantoti uztura un fiziskās aktivitātes, smēķēšanas un alkohola lietošanas izplatības indikatori.

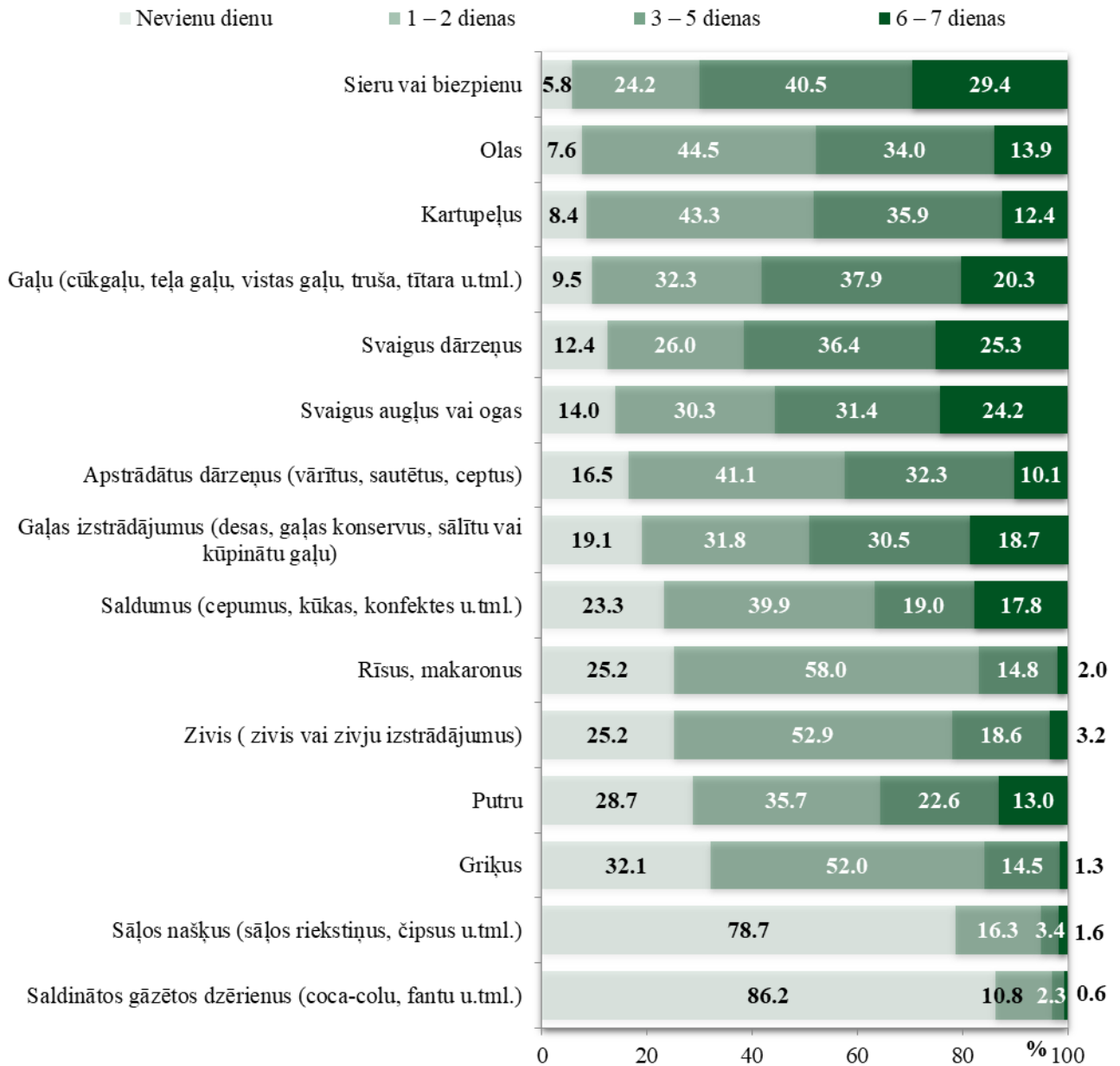
DA. UZTURS

Ņemot vērā bioloģisko novecošanos, hronisko slimību pieaugumu un mutes dobuma problēmu izplatības palielināšanos, uztura paradumi senioriem mainās. Vielmaiņas un fizioloģisko funkciju izmaiņas, muskuļu masas samazināšanās ir zināmā mērā saistītas ar uzņemtā kaloriju daudzuma samazināšanos iedzīvotājiem pēc darbaspējas vecuma. Senioriem ar uzturu saistītā problēma bieži vien ir pārāk mazs proteīnu, vitamīnu un minerālvielu uzņemtais daudzums. Latvijā izstrādātajos veselīga uztura ieteikumos iedzīvotājiem senioru vecumā ir uzsvērta nepieciešamība lietot ar enerģētisko vērtību bagātus produktus – vairāk ogļhidrātus, mazāk taukus, priekšroku dodot pilngraudu produktiem. Arī senioriem uztura piramīdā joprojām svarīga ir pietiekama augļu un dārzeņu lietošana – vismaz 3 porcijas dienā.

Senioru vecumā īpaša uzmanība jāpievērš pietiekamai ūdens uzņemšanai. Ieteicamais uzņemtā šķidrums senioriem ir 2 l dienā, neieskaitot tējas, kafijas un alkohola lietošanu. Optimāls uzturs un uztura dažādība paralēli ar atbilstošām fiziskām aktivitātēm palīdz uzturēt optimālu ķermeņa masu, veicinot ar veselību saistīto senioru dzīves kvalitāti kopumā.

Aptaujas anketā senioriem tika iekļauts jautājums par noteiktu pārtikas produktu patēriņu pagājušās nedēļas laikā.

Cik dienas pagājušās nedēļas laikā Jūs esat ēdis (-usi) sekojošus produktus?



Bāze: visi respondenti, n=2568

33.attēls. Pārtikas produktu lietošanas biežums pagājušās nedēļas laikā (%)

33.attēlā redzam, ka 6-7 dienas pēdējās nedēļas laikā 25,3% (21,4% vīriešu un 27,2% sievietes) senioru norāda, ka patērēja svaigus dārzeņus, 24,2% (18,6% vīriešu un 27% sievietes) uzturā lietoja svaigus augļus vai ogas, 29,4% ēda sieru vai biezpienu, un 20,3% uzturā lietoja gaļu. Samērā augsts ir gaļas produktu patēriņš: 49,2% (60,5% vīriešu un 43,5% sievietes) desas, gaļas konservus, sālītu vai kūpinātu gaļu lieto biežāk nekā trīs dienas nedēļā. Diezgan augsts

Īpatsvars senioru, kuri pēdējās nedēļas laikā uzturā nemaz nelietoja graudaugu produktus: 32,1% nelietoja griķus, 28,7% nelietoja putras, un 25,2% nelietoja rīsus un makaronus. Kā arī ceturtdaļa (25,2%) senioru pēdējās nedēļas laikā nebija lietojuši zivis. Pozitīvi, ka seniori uzturā nelieto sāļos našķus, piemēram, čipsus, sāļos riekstiņus u.tml., kā arī saldinātos gāzētos dzērienus, jo 78,7% respondentu pēdējās nedēļas laikā nav lietojuši sāļos našķus un 86,2% saldinātos gāzētos dzērienus.

Svaigu dārzeņu un svaigu augļu, ogu patēriņš ir indikators veselīga uztura novērtēšanai iedzīvotājiem. Svaigu dārzeņu patēriņš 6-7 dienas nedēļā ir zems respondentu grupā ar pamata izglītību, salīdzinot ar augstāko izglītību ieguvušajiem, attiecīgi 13,4% un 33,5%. Tikai 21,7% respondentu ar zemiem ikmēneša ienākumiem 6-7 reizes nedēļā uzturā lieto svaigus dārzeņus, attiecīgi ar vidējiem ienākumiem 22,6% un augstiem – 29,2%. Laukos dzīvojošie seniori tikai 21,1% gandrīz katru dienu uzturā lieto svaigus dārzeņus, attiecīgi Rīgā dzīvojošie - 29,7% un citās pilsētās - 24,3%. Atšķirības minētajās grupās ir statistiski nozīmīgas.

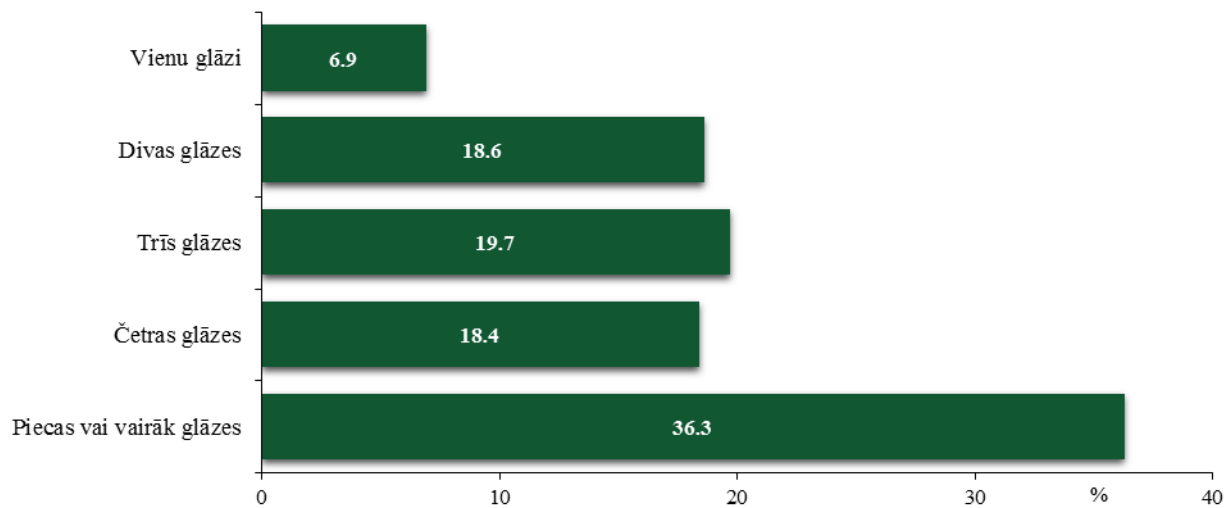
Ar svaigu augļu un ogu patēriņu 6-7 dienas nedēļā ir līdzīgi. Tikai 16,9% senioru ar pamatizglītību katru dienu uzturā lieto svaigus augļus vai ogas, attiecīgi ar augstāko – 32,5%. Respondenti ar zemiem ikmēneša ienākumiem gandrīz katru dienu svaigus augļus, ogas lieto tikai 18,3% salīdzinot ar respondentiem, kuriem ir augsti vidējie ienākumi – 31,0%. No Rīgā dzīvojošajiem 27,1% gandrīz katru dienu uzturā lieto svaigus augļus un ogas, bet laukos dzīvojošie tikai 20,3%. Atšķirības minētajās grupās ir statistiski nozīmīgas.

Kopumā 86,0% respondentu ikdienā lieto tīru ūdeni dzeršanai, bet 14,0% senioru nelieto tīru ūdeni dzeršanai, bet dzer sulas, limonādes, tēju, kafiju u.tml..

Respondentiem, kuri lieto ūdeni dzeršanai, dienā vidēji izdzer 4 tīra ūdens glāzes vai krūzes (Me, IQR= 3). Trešdaļa respondentu (36,3%) norādīja, ka izdzer piecas, vai vairāk glāzes/krūzes tīra ūdens dienā. Ceturtdaļa senioru (25,5%) vidēji dienā izder vien 1-2 glāzes tīra ūdens (34.attēls).

Cik daudz kopumā Jūs dienā vidēji izdzerat tīru ūdens glāzes vai krūzes?

%



Bāze: respondenti, kuri norādīja, ka ikdienā dzeršanai lieto tīru ūdeni, n=2209

34.attēls. Vidēji dienā izdzerto tīra ūdens glāžu/krūžu skaits (%)

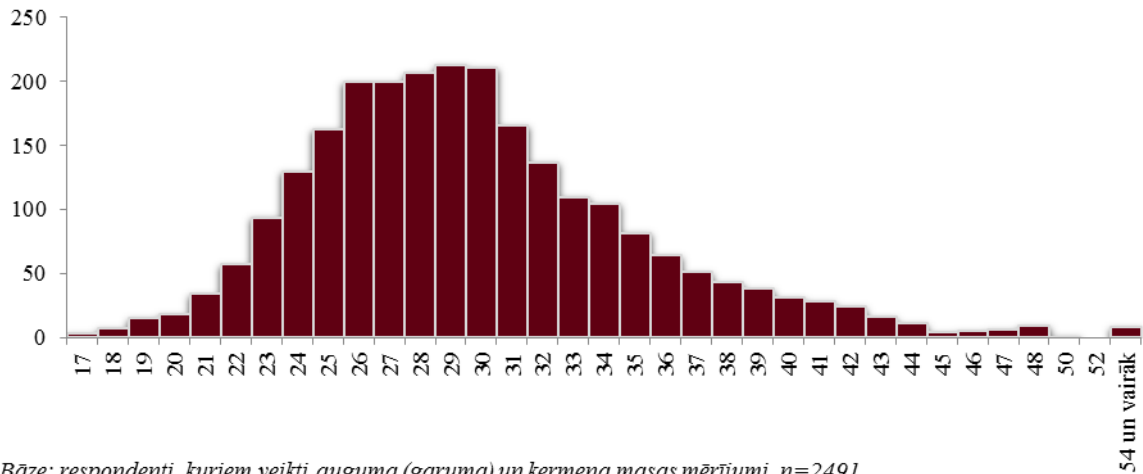
G. ĶERMEŅA MASAS INDEKSS

Ķermeņa masas indekss (ĶMI) tiek plaši izmantots kā viens no vienkāršākajiem objektīvajiem veselības rādītājiem, lai noteiktu liekās ķermeņa masas un aptaukošanās izplatību iedzīvotājiem. Lieka ķermeņa masa un aptaukošanās ir strauji progresējoša globāla sabiedrības veselības problēma. Neatkarīgi no vecuma cilvēks pieņemas svarā, ja uzņemtais kaloriju daudzums pārsniedz patērēto kaloriju daudzumu. Liekais svars un aptaukošanās būtiski ietekmē cilvēka veselību, jo palielinās risks saslimt ar metabolo sindromu, 2. tipa cukura diabētu, arteriālo hipertensiju, sirds un asinsvadu slimībām, dažādiem audzējiem, artrītu un citām slimībām.

Pētījumā, izmantojot vienādu mērinstrumentu komplektus, senioriem tika noteikti antropometriskie parametri: auguma garums un ķermeņa masa. No šiem rādītājiem datu bāzē tika aprēķināts Ķermeņa masas indekss pēc formulas $\text{ĶMI} = \text{svars (kg)} : \text{augums (m)}^2$, un šī indeksa novērtēšanai tika izmantota Pasaules Veselības organizācijas 1995. gadā izstrādātā klasifikācija:

Novērtējums	ĶMI (kg/m ²)
Pazemināts	< 18.5
Normāls	18,5-24,9
Lieks svars	25,0-29,9
Aptaukošanās	>30
Aptaukošanās I	30,0-34,9
Aptaukošanās II	35,0-39,9
Aptaukošanās III	>40,0

Kopumā respondentiem vidējā ķermeņa masa ir 79,67 kg (SN=15,38). Vīriešiem ķermeņa masas rādītāji ir no 49,2kg līdz 137,9kg (izkliedes intervāls ir 88,7kg), savukārt sievietēm ķermeņa masas rādītāji ir no 37,5kg līdz 164,0kg (izkliedes intervāls 126,5kg). Kopumā respondentiem vidējais auguma garums ir 165,08cm (SN=9,37). Vīriešiem auguma garuma rādītāji ir no 148,8cm līdz 205,0cm un sievietēm no 132,7cm līdz 185,1cm.



Bāze: respondenti, kuriem veikti auguma (garuma) un ķermeņa masas mērījumi, n=2491

35.attēls. Normālsadalījums senioru ķermeņa masas indeksam

Senioru ķermeņa masas indeksa vidējais aritmētiskais rādītājs ir 29,26 (SN= 5,49), kas atbilst liekas ķermeņa masas indeksa robežu maksimālajam līmenim, attiecīgi KMI vidējais rādītājs vīriešiem ir 27,9 un sievietēm – 29,9. Izveidojot histogrammu ķermeņa masas indeksam (35.attēls), redzams, ka nobīde no vidējā KMI rādītāja ir aptaukošanās virzienā.

Kopumā normāla ķermeņa masa ir tikai 20,5% senioru, savukārt lieka ķermeņa masa un aptaukošanās ir attiecīgi 41,2% un 37,6%. Nepietiekama ķermeņa masa ir 0,6% senioru.

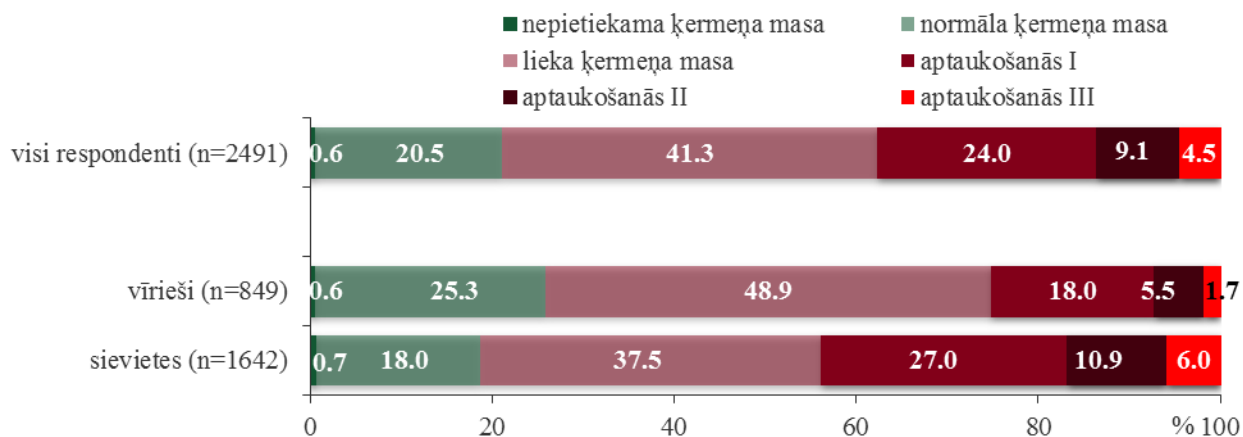
Kā redzams 28.tabulā, vīriešiem par 7,3%-punktiem ir augstāka normālas ķermeņa masas izplatība nekā sievietēm. Tomēr kopumā diemžēl dzimuma abās grupās ir ļoti augsts senioru īpatsvars ar lieko ķermeņa masu un aptaukošanos: 74,4% vīriešu un 81,3% sieviešu. Jāatzīmē, ka augstāks īpatsvars ar lieko ķermeņa masu ir vīriešiem, bet sievietēm – ar aptaukošanos. Atšķirības dzimuma grupās ir statistiski nozīmīgas.

28.tabula. Senioru ķermeņa masas indeksa novērtējums (%)

	vīrieši					sievietes					KOPĀ
	65-69	70-74	75-79	80+	kopā	65-69	70-74	75-79	80+	kopā	
Nepietiekama ķermeņa masa	0,3	0,5	0,6	1,2	0,6	0	0,3	1,1	1,2	0,7	0,6
Normāla ķermeņa masa	27,6	28,4	22,2	32,7	25,3	18,1	13,8	16,8	21,9	18,0	20,5
Lieka ķermeņa masa	47,2	51,2	50,3	47,6	48,9	35,6	35,4	40,8	38,0	37,5	41,3
Aptaukošanās	24,8	29,9	26,9	18,5	25,2	46,3	50,6	41,4	38,8	43,8	37,6

Tā kā ir ļoti augsts senioru īpatsvars ar aptaukošanos, 36.attēlā redzams ķermeņa masas indeksa sadalījums, kur ir parādīta aptaukošanās pakāpju izplatība senioru populācijā dzimuma

grupās. Sieviešu īpatsvars ar aptaukošanos ir ievērojami augstāks, īpaši ar I un III pakāpes aptaukošanos.



Bāze: respondenti, kuriem veikti ķermeņa masas un auguma garuma mērījumi, n=2491

36.attēls. Senioru ķermeņa masas indeksa novērtējums dzimuma grupās, ietverot aptaukošanās pakāpes (%)

DB. FIZISKĀ AKTIVĪTĀTE

Fiziskai aktivitātei visa mūža garumā ir liela nozīme. Vairāku longitudinālu pētījumu meta analīze liecina, ka iesaistīšanās mērenas slodzes fiziskās aktivitātēs vismaz 150 minūtes nedēļā par 31,0% samazina mirstību, bet vēl lielāks efekts fiziskām aktivitātēm novērots indivīdiem vecumā virs 60 gadiem⁴¹. Senioriem, kuriem ir pietiekama fiziskā aktivitāte, funkcionālo traucējumu risks ir vidēji par 50,0% mazāks^{42,43}. Fiziskā aktivitāte senioriem ir iespējami saistīta pat ar kognitīvo spēju uzlabošanu vai arī ar kognitīvo spēju pazemināšanās profilaksi par trešdaļu^{44,45}. Minēto pētījumu rezultātos atrasta arī devas – efekta sakarība, kas

⁴¹ Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, Campbell PT, Freedman M, Weiderpass E, Adami HO, Linet MS, Lee IM, Matthews CE. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Internal Medicine*, 2015; 175(6):959-967.

⁴² Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 2010; 11;7:38.

⁴³ Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 2013; 12:329-338.

⁴⁴ Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 2010; 11;7:38.

nozīmē, ka fiziskās aktivitātes līmeņa palielināšana senioriem, ņemot vērā organisma spējas un veselības stāvokli, no veselības veicināšanas viedokļa ir ieteicama.

Saskaņā ar PVO rekomendācijām iedzīvotājiem vecumā no 65 gadiem mērenās slodzes fiziskām aktivitātēm nedēļās laikā jāvelta vismaz 150 minūtes vai vismaz 75 minūtes intensīvas slodzes fiziskām aktivitātēm. Veiktām aerobām fiziskām aktivitātēm ir jābūt vismaz 10 minūšu ilgām bez pārtraukuma. Lai noskaidrotu pētījuma respondentu fiziskās aktivitātes līmeņus, aptaujā tika iekļauti jautājumi no Starptautiskās fiziskās aktivitātes anketas un datu apstrāde notika saskaņā ar instrumenta autoru izstrādātajām vadlīnijām⁴⁶. Apstrādājot respondentu sniegto informāciju (kādas intensitātes aktivitātes un cik ilgi tās vienā dienā veiktas pēdējo septiņu dienu laikā), iegūst rezultātu, kas izteikts trīs dažādos fizisko aktivitāšu līmeņos: augsts, vidējs, zems. Augsts fizisko aktivitāšu līmenis nozīmē, ka veiktās aktivitātes atbilst vienam no izvirzītajiem diviem kritērijiem - intensīvas slodzes fiziskās aktivitāte vismaz 3 dienas, uzkrājot vismaz 1500 MET minūtes⁴⁷ /nedēļā VAI 7 vai vairāk dienas nedēļā, kombinējot staigāšanu, mērenas un intensīvas slodzes fiziskās aktivitātes, sasniedzot vismaz 3000 MET minūtes / nedēļā. Vidējs fizisko aktivitāšu līmenis nozīmē, ka veiktās aktivitātes atbilst vienam no izvirzītajiem trīs kritērijiem - trīs vai vairāk dienu intensīvas slodzes fiziskās aktivitātes, vismaz 20 minūtes dienā vai piecas vai vairāk dienu mērenas slodzes fiziskās aktivitātes, vai vismaz 30 minūšu pastaiga dienā vai piecas vai vairāk dienas nedēļā, kombinējot staigāšanu, mērenas un intensīvas slodzes fiziskās aktivitātes, sasniedzot vismaz 600 MET minūtes nedēļā. Savukārt zems fizisko aktivitāšu līmenis nozīmē, ka persona neveic fiziskās aktivitātes, kas atbilst augstam vai vidējam fizisko aktivitāšu līmenim. Pētījumā atsevišķi tika izdalīta arī respondentu grupa, kura vispār neveica fiziskās aktivitātes.

Interpretējot rezultātus (skatīt 29.tabulu), vairākumam respondentu (74,3%) bija vidējs fizisko aktivitāšu līmenis. Vidējam fizisko aktivitāšu līmenim bija augstākais īpatsvars visās senioru grupās neatkarīgi no vecuma, izglītības līmeņa, ienākumu līmeņa un urbanizācijas līmeņa. Senioru grupā, kuriem fizisko aktivitāšu līmenis bija vidējs, bija lielāks sieviešu

⁴⁵ Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. BMC Public Health, 2014;14:510. doi: 10.1186/1471-2458-14-510.

⁴⁶ <https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>

⁴⁷ MET vērtības tika iegūtas IPAQ izveides laikā veiktā instrumenta drošuma pētījuma ietvaros (Craig CL, Marshall A, Sjoström M et al. International Physical Activity Questionnaire: 12 country reliability and validity Med Sci Sports Exerc 2003;August). MET rādītājs aprēķināts katram fizisko aktivitāšu veidam: staigāšana = 3,3 MET, mērenas slodzes fiziska aktivitāte = 4,0 MET un intensīvas slodzes fiziska aktivitāte = 8,0 MET.

īpatsvars (66,9% vīriešu un 78,0% sievietes), savukārt senioru grupā, kuriem bija augsts fizisko aktivitāšu līmenis, bija lielāks vīriešu īpatsvars (19,7% vīriešu un 8,3% sievietes). Augsts fizisko aktivitāšu līmenis bija 12,1% respondentu, savukārt 9,6% respondentu vispār neveica fiziskas aktivitātes. 19,2% senioru vecumā grupā virs 80 gadiem vispār neveica fiziskās aktivitātes, vai veica zema līmeņa fiziskās aktivitātes (6,3%). Fizisko aktivitāšu līmeņu atšķirības dzimuma grupās un vecuma grupās bija statistiski nozīmīgas. Fizisko aktivitāšu līmeņi statistiski nozīmīgi atšķīrās arī izglītības grupās. Senioru īpatsvars ar zemāku izglītības līmeni bija lielāks grupā, kas neveic fiziskās aktivitātes (16,9%) vai kuriem fizisko aktivitāšu līmenis ir zems (6,8%), savukārt senioru ar augstāko izglītību īpatsvars bija lielāks grupās ar vidēju fizisko aktivitāšu līmeni (80,9%) un augstu fizisko aktivitāšu līmeni (11,6%). Arī 14,8% senioru ar vidējo izglītību uzrādīja augstu fizisko aktivitāšu līmeni. Salīdzinot ar citām ienākumu grupām, senioru ar zemiem ienākumiem īpatsvars bija mazāks starp tiem, kuri uzrādīja vidēju fizisko aktivitāšu līmeni (68,8%) un lielāks starp tiem, kuri vispār neveica fiziskas aktivitātes (10,3%), uzrādīja zemu fizisko aktivitāšu līmeni (4,7%), kā arī uzrādīja augstu fizisko aktivitāšu līmeni (16,2%).

29.tabula. Senioru fiziskās aktivitātes līmenis sociāldemogrāfiskajās grupās (%)

	Augsts fiziskās aktivitātes līmenis	Vidējs fiziskās aktivitātes līmenis	Zems fiziskās aktivitātes līmenis	Neveic fiziskās aktivitātes
Visi respondenti	12,1	74,3	4,0	9,6
Vīrieši	19,7	66,9	3,8	9,5
Sievietes	8,3	78,0	4,0	9,6
65-69	17,8	76,2	1,8	4,3
70-74	13,2	77,6	3,2	6,0
75-79	11,8	76,0	4,4	7,8
80+	5,3	69,1	6,3	19,2
Nepabeigta pamatizglītība vai pamatizglītība	10,2	66,0	6,8	16,9
Vidējā izglītība	14,8	72,5	2,1	10,6
Profesionālā vidējā/ vidējā speciālā	12,3	79,4	2,8	5,5
Austākā izglītība	11,6	80,9	3,1	4,3
Zemi ienākumi	16,2	68,8	4,7	10,3
Vidēji ienākumi	9,0	77,4	4,2	9,5
Augsti ienākumi	11,2	77,7	2,8	8,3
Rīga	8,2	80,1	3,1	8,6
Cita pilsēta	11,9	75,9	3,6	8,6
Lauki	16,9	65,9	5,1	12,1

30.tabulā uzrādīts respondentu skaits un vidējie rādītāji, cik bieži respondenti ir veikuši dažādas intensitātes fiziskās aktivitātes pēdējo 7 dienu laikā. Pēdējās nedēļas laikā 2245 respondenti nostaigāja vidēji katru dienu vismaz 10 minūtes bez pārtraukuma (Me= 7, IQR= 1), 2027 respondenti vidēji četras dienas pēdējo 7 dienu laikā veltījuši mērenas slodzes fiziskām aktivitātēm (Me=4, IQR= 5,00) un 519 respondenti vidēji divas dienas nedēļā veltījuši intensīvas slodzes fiziskajām aktivitātēm (Me= 2,00, IQR= 3,00).

30.tabula. Dienas, ko pēdējo 7 dienu laikā respondenti vidēji pavadīja, veicot dažādas intensitātes fiziskās aktivitātes

	Respondenti (n)	Vidējā vērtība (dienas)	SN	25 kvartīle	Mediāna	75 kvartīle	Starp kvartīļu intervāls
Pēdējo 7 dienu laikā, cik dienas Jūs esat nogājis (-usi) kājām vismaz 10 minūtes bez pārtraukuma?	2245	6,02	1,72	6,00	7,00	7,00	1,00
Pēdējo 7 dienu laikā, cik dienas Jūs esat veltījis (-usi) mērenas slodzes fiziskām aktivitātēm, piemēram, mājas uzkopšanai, strādāšanai dārzā, riteņbraukšanai mērenā ātrumā, peldēšanai vai tml.?	2027	4,51	2,30	2,00	4,00	7,00	5,00
Pēdējo 7 dienu laikā, cik dienas Jūs esat veltījis intensīvas slodzes fiziskām aktivitātēm, piemēram, smagumu celšanai, būvdarbiem, malkas ciršanai, skriešanai, aerobikai vai ātrai riteņbraukšanai?	519	3,06	2,05	1,00	2,00	4,00	3,00

31.tabulā redzams respondentu skaits un uzrādītas vidējās vērtības laikam (minūtēs), ko respondenti pavadīja dažādas intensitātes fiziskajās aktivitātēs. Pēdējo 7 dienu laikā 2568 respondenti sēžot dienā vidēji pavadīja 290 minūtes (Me, IQR= 180 minūtes). Pēdējo 7 dienu laikā 2245 respondenti, staigājot kājām, vienā dienā nostaigāja vidēji 120 minūtes (Me, IQR= 120). Pēdējo 7 dienu laikā 2027 seniori vienā dienā mērenas slodzes fiziskām aktivitātēm veltīja vidēji 120 minūtes (Me, IQR= 120), un 519 seniori intensīvas slodzes fiziskām aktivitātēm veltīja vidēji 120 minūtes (Me, IQR= 90).

31.tabula. Ilgums (laiks minūtēs), ko respondenti vidēji pavadīja, veicot dažādas intensitātes fiziskās aktivitātes

	Respondenti (n)	Vidējā vērtība (min.)	SN (min.)	25 kvartīle (min.)	Mediāna (min.)	75 kvartīle (min.)	Starpkvartīļu intervāls (min.)
Pēdējo 7 dienu laikā, cik daudz laika Jūs vidēji dienā pavadāt sēžot? (minūtes)	2568	299,79	141,18	180,00	290,00	360,00	180,00
Cik daudz laika Jūs vidēji esat pavadījis (-usi), staigājot kājām vienā dienā, pēdējo 7 dienu laikā? (minūtes)	2245	122,80	82,26	60,00	120,00	180,00	120,00
Cik daudz laika Jūs vidēji esat veltījis (-usi) mērenas slodzes fiziskām aktivitātēm vienā dienā pēdējo 7 dienu laikā? (minūtes)	2027	138,12	98,11	60,00	120,00	180,00	120,00
Cik daudz laika Jūs vidēji esat veltījis (-usi) intensīvas slodzes fiziskām aktivitātēm vienā dienā pēdējo 7 dienu laikā? (minūtes)	519	118,35	87,85	60,00	120,00	150,00	90,00

Dzimuma un vecuma grupās, analizējot vidējos rādītājus laikam (minūtes), ko respondenti vidēji dienā pavada dažādās aktivitātēs pēdējo septiņu dienu laikā - sēdēšana, iešana, mērenas fiziskas aktivitātes, intensīvas fiziskas aktivitātes - konstatēts, ka vecuma grupā vīrs 80 gadiem seniori vairāk laika velta sēdēšanai (vīriešiem Me= 300 minūtes un IQR= 185 minūtes, sievietēm Me= 330 minūtes, IQR= 240 minūtes), mazāk laika velta pastaigām (vīriešiem Me= 80 minūtes un IQR= 60 minūtes, sievietēm Me= 70 minūtes, IQR= 80 minūtes), kā arī mazāk laika mērenas (vīriešiem Me= 90 minūtes un IQR= 120 minūtes, sievietēm Me= 80 minūtes, IQR= 60 minūtes) un intensīvas slodzes (vīriešiem Me= 120 minūtes un IQR= 80 minūtes, sievietēm Me= 60 minūtes, IQR= 90 minūtes) fiziskajām aktivitātēm nekā gados jaunāki seniori (32.tabula). Visās vecuma grupās vīrieši vidēji dienā veltīja vairāk laika (minūtes) intensīvas slodzes fiziskajām aktivitātēm kā sievietes.

32.tabula. Vidējais ilgums (laiks minūtēs), ko respondenti pavadīja, veicot dažādas intensitātes fiziskās aktivitātēs vecuma un dzimuma grupās

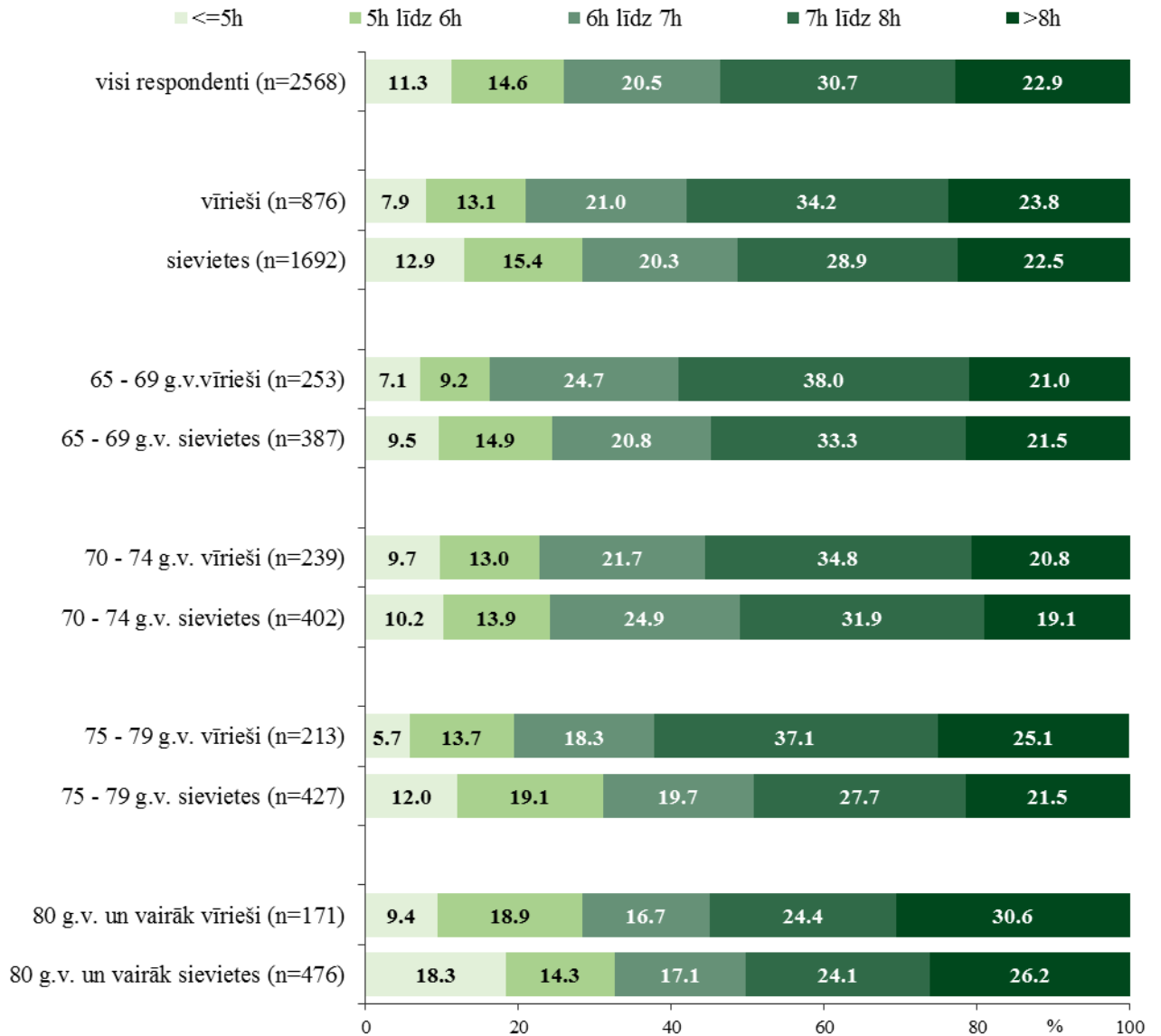
		N	Vidējā vērtība	SN	Minimālā vērtība	Maksimālā vērtība	25 kvartīle	Mediāna	75 kvartīle	Strap kvartīļu intervāls
Vīrietis										
65 – 69 gadi	sēdēšana	296	277	127	30	720	180	240	330	150
	iešana	275	137	87	20	420	60	120	180	120
	mērena	257	164	105	20	600	90	135	225	135
	intensīva	147	140	105	10	540	60	120	180	120
70 – 74 gadi	sēdēšana	206	277	124	30	780	180	240	360	180
	iešana	181	131	83	10	360	60	120	180	120
	mērena	154	153	95	10	520	80	120	210	130
	intensīva	71	141	86	15	480	90	120	180	90
75 – 79 gadi	sēdēšana	175	282	122	60	720	180	290	360	180
	iešana	162	121	83	10	360	60	110	180	120
	mērena	137	133	100	10	550	60	120	180	120
	intensīva	48	116	73	20	360	60	120	155	95
80 gadi un vairāk	sēdēšana	180	340	132	60	720	240	300	425	185
	iešana	140	106	80	10	360	60	80	120	60
	mērena	105	125	98	10	480	60	90	180	130
	intensīva	25	122	83	30	420	60	120	140	80
Sieviete										
65 – 69 gadi	sēdēšana	443	278	140	60	840	180	240	360	180
	iešana	416	136	81	10	420	80	120	180	100
	mērena	397	155	107	20	600	60	120	185	125
	intensīva	102	118	90	20	510	60	90	120	60
70 – 74 gadi	sēdēšana	361	286	129	30	720	180	270	360	180
	iešana	335	127	82	10	390	60	120	180	120
	mērena	317	142	100	10	600	60	120	180	120
	intensīva	62	76	46	15	225	40	60	120	80
75 – 79 gadi	sēdēšana	376	298	145	40	870	180	270	360	180
	iešana	328	121	80	10	390	60	120	150	90
	mērena	303	130	88	10	480	60	120	180	120
	intensīva	42	99	87	10	480	60	60	120	60
80 gadi un vairāk	sēdēšana	531	348	161	0	990	240	330	480	240
	iešana	402	99	77	10	360	40	70	120	80
	mērena	355	105	80	10	600	60	80	120	60
	intensīva	25	89	61	20	240	30	60	120	90

DC. MIEGA ILGUMS UN KVALITĀTE

Pētījumi liecina, ka senioriem optimāla miega ilgums 7–8 stundas, ir saistīts ar labas veselības uzturēšanu. Miega kvalitāte ir saistīta ar psiholoģisko labsajūtu, kā arī psihisko un fizisko veselību. Pētījumos par miegu tradicionāli tiek pārbaudīts miega ilgums (daudzums), tomēr ir būtiska atšķirība starp stundu skaitu, ko cilvēks velta miegam un šī miega kvalitāti.

Kopumā 38,8% respondentu norādīja, ka pēdējā mēneša laikā viņiem nav gadījušās grūtības iemigt (grūtības iemigt nozīmē, ka respondents nevar iemigt 30 minūšu laika posmā). Savukārt 40,1% sieviešu vecuma grupā 80+ gadi norādīja, ka grūtības iemigt ir bijušas trīs reizes nedēļā vai biežāk. Vairākums respondentu (41,5%) norādīja, ka trīs reizes nedēļā vai biežāk viņiem nakts laikā gadās pamosties vairākas reizes. Nav bijušas grūtības ar miegu/ bezmiegu pēdējā mēneša laikā 32,9% respondentu, bet 48,7% respondentu pēdējā mēneša laikā nav gadījies pēc gulēšanas nakts pamosties ar noguruma vai neizgulēšanās sajūtu. Respondenti atbild, ka parastā nedēļas naktī miegā vidēji pavada 7 stundas (Me, IQR= 2). Gandrīz trešā daļa respondentu (30,7%) norādīja, ka miegā pavada 7-8 stundas. Respondenti vecuma grupā 80+ gadi vidēji miegā pavada vairāk nekā 8 stundas - attiecīgi 30,6% vīriešu un 26,2% sieviešu šajā vecuma grupā. Respondentu norādītais laiks, kas tiek pavadīts miegā, dzimumu un vecumu grupās, atspoguļots 37.attēlā.

Cik stundas Jūs vidēji pavadāt miegā parastajā nedēļas naktī?



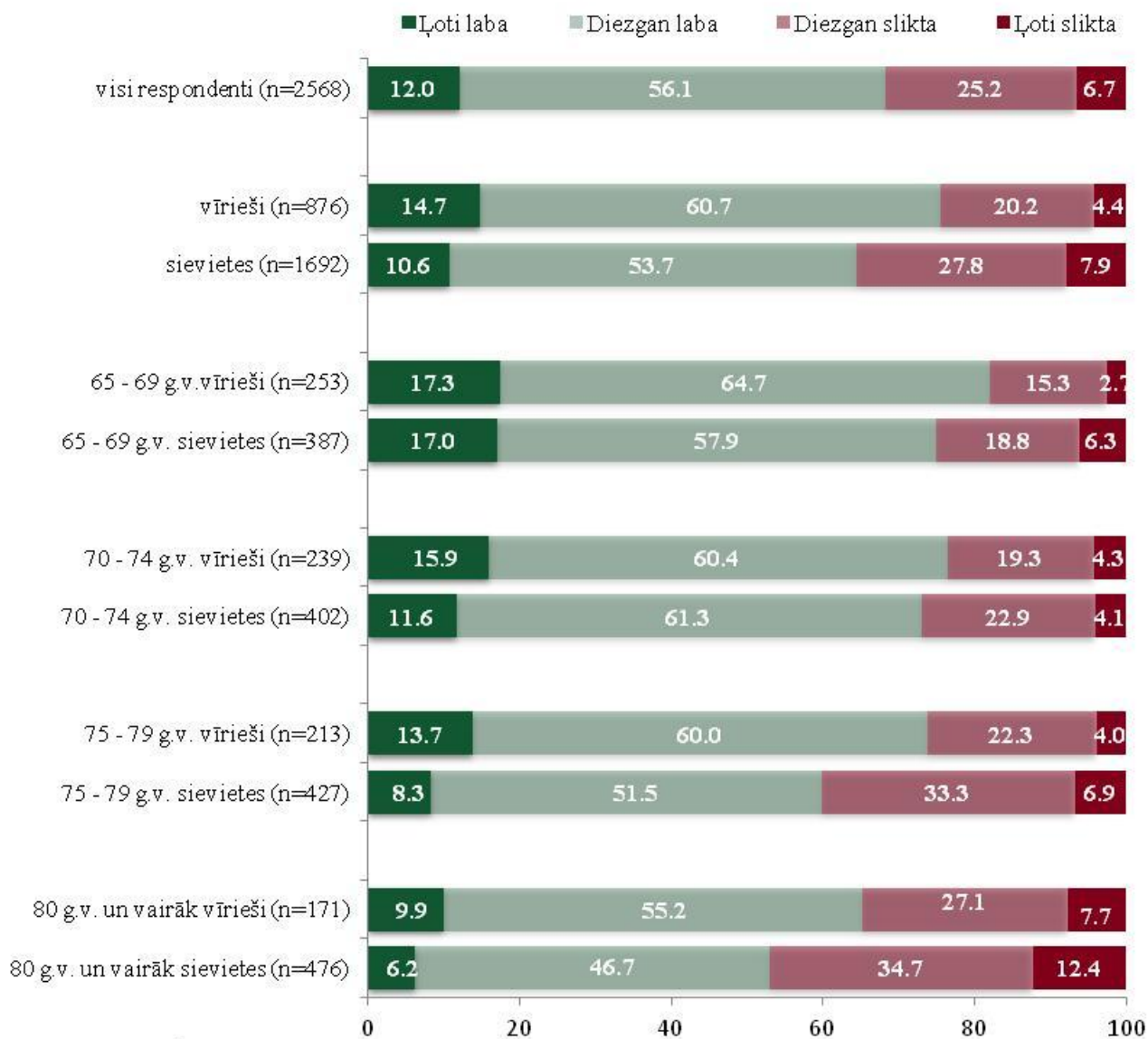
Bāze: visi respondenti, n=2568

37.attēls. Vidēji naktī miegā pavadītais laiks parastā nedēļā dzimuma un vecuma grupās (%)

36,0% respondentu norādīja, ka pēdējā mēneša laikā viņiem nav gadījies iesnausties vai nosnausties rīta stundās vai pēcpusdienā. Savukārt 30,0% respondentu atzīmēja, ka tā gadījies trīs reizes nedēļā vai biežāk; biežāk to norādīja respondenti vecuma grupā 80+ gadi (46,7% vīriešu un 38,8% sieviešu). Vairāk nekā puse respondentu (56,1%) sava miega kvalitāti pēdējā mēneša laikā vērtēja kā diezgan labu (38.attēls). Kopumā vīriešu īpatsvars, kuri savu miega kvalitāti vērtē kā labu (60,7%) vai ļoti labu (14,7%) ir augstāks kā sieviešu (attiecīgi 53,7% un

10,6%), un visās vecuma grupās vīrieši miega kvalitāti biežāk novērtē kā labu (izņēmums ir vecuma grupa 70- 74 gadi, kurā ir nedaudz augstāks sieviešu īpatsvars, kuras miega kvalitāti novērtē kā labu, (vīrieši 60,4% un sievietes 61,3%). Palielinoties senioru vecumam, abās dzimumu grupās palielinās sliktas miega kvalitātes vērtējumu īpatsvars.

Kā Jūs kopumā vērtējat savu miega kvalitāti pēdējā mēneša laikā?



38. attēls Miega kvalitātes vērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās (%)

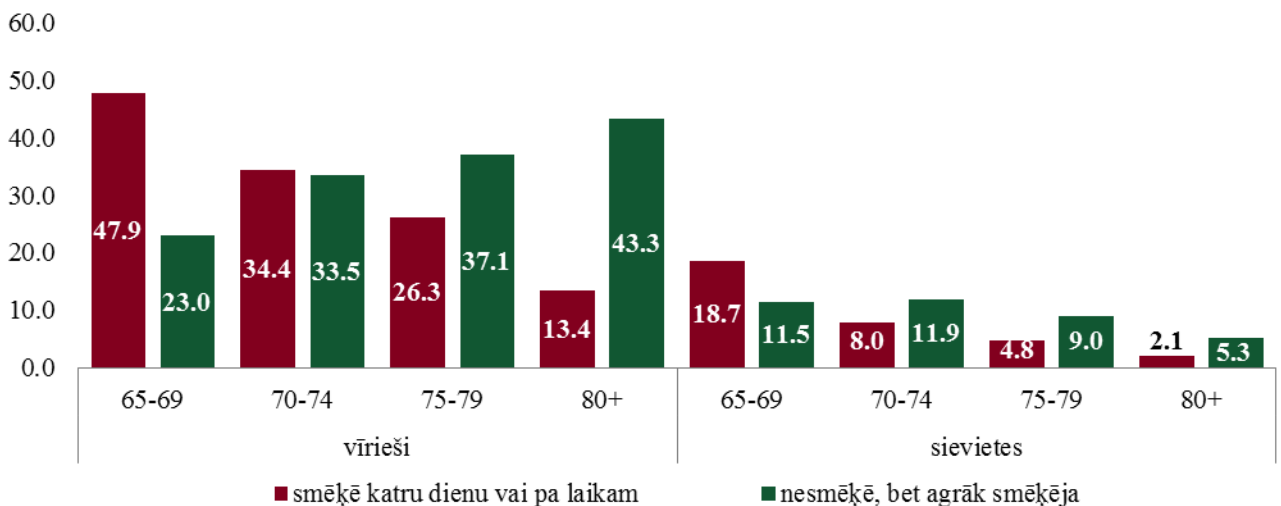
DD. SMĒĶĒŠANA

Latvijā ikdienas smēķētāju īpatsvars ir augsts. Saskaņā ar Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas datiem, vecumgrupā no 65 līdz 74 gadiem ikdienas smēķētāji ir 24,7% vīriešu un 6,5% sieviešu.

Pētījuma aptaujas anketā senioriem ietverti jautājumi, lai noskaidrotu smēķēšanas izplatību, smēķēšanas atmešanas izplatību un smēķēšanas atmešanas iemeslus senioru populācijā.

Kopumā 12,5% senioru norāda, ka smēķē katru dienu, no tiem 26,5% vīriešu un 5,4% sieviešu. Laiku pa laikam smēķē - 4,0% respondentu. Smēķēšanu atmetuši 17,0%, no tiem 32,7% vīriešu un 9,1% sieviešu. Nekad nav smēķējuši 66,5% senioru no tiem 34,3% vīriešu un 82,7% sieviešu.

39.attēlā redzams, ka smēķējošo respondentu īpatsvars, palielinoties vecumam, krītas un attiecīgi pieaug smēķēšanu atmetušo respondentu īpatsvars. Īpaši vīriešiem redzams straujš smēķētāju īpatsvara samazinājums ar katru nākamo vecumgrupu un smēķēšanu atmetušo īpatsvara pieaugums. Sievietēm novēro līdzīgu ainu, lai gan smēķēšanas izplatība ievērojami zemāka.



Bāze: respondenti, kuri jebkad ir smēķējuši, n=864

39.attēls. Smēķēšanas izplatība dzimuma un vecuma grupās (%)

Aptaujas anketā jautāts, cik gadus smēķējošie respondenti kopumā ir smēķējuši. Gandrīz visiem senioriem, kuri šobrīd smēķē ikdienā vai palaikam, smēķēšanas ilgums ir vairāk

nekā 20 gadi. Analizējot vecumgrupās, smēķētāju īpatsvars, kuri smēķē vairāk nekā 40 gadus, palielinās līdz ar vecuma pieaugumu. Smēķējošo sieviešu grupā augstākais īpatsvars ir smēķētājiem ar 21-40 gadu pieredzi, vīriešiem – vairāk nekā 40 gadus ilgi (33.tabula).

33.tabula. Smēķēšanas ilgums senioriem, kuri šobrīd smēķē ikdienā vai palaikam (%)

	Vīrieši	Sievietes	65-69 gadi	70-74 gadi	75-79 gadi	80 + gadi	KOPĀ
Smēķēšanas ilgums no 1 līdz 20 gadiem	6,4	17,6	12,9	6,1	6,2	8,6	9,9
Smēķēšanas ilgums no 21 līdz 40 gadiem	34,6	52,8	49,3	35,4	26,6	28,6	40,9
Smēķēšanas ilgums 41 gads un vairāk	59,0	29,6	37,8	58,6	67,2	62,9	49,2

Lai noskaidrotu šobrīd smēķējošo un smēķēšanu atmetušo respondentu iemeslus smēķēšanas atmešanai, ja viņi ir mēģinājuši vai atmetuši smēķēšanu pēdējo 12 mēnešu laikā, aptaujas anketā uzdots jautājums: “*Ja esat atmetis/-usi smēķēšanu vai mēģinājis /-usi atmet smēķēšanu pēdējā gada laikā, kas bija tā galvenais iemesls?*”. Kā galvenais iemesls smēķēšanas atmešanā 15,3% nosaukts respondentu veselības problēmas, 6,3% tie ir ekonomiskie iemesli, 4,6% - zināšanas par smēķēšanas kaitīgumu, 3,9% respondentu minēja citu iemeslu, kas galvenokārt bija “*personiski iemesli*”, 1,4% respondentu smēķēšanu atmeta citu cilvēku ieteikuma dēļ. Tikai 0,7% smēķēšanu atmeta pēdējo 12 mēnešu laikā ārsta-speciālista ieteikuma dēļ, 0,7% ģimenes ārsta ieteikuma dēļ. Pēdējo 12 mēnešu laikā 44,3% smēķēšanu nebija mēģinājuši atmet, bet 22,8% respondentu atbildēja, ka smēķēšanu atmeta jau agrāk.

No respondentiem, kuri smēķēšanu atmetuši agrāk nekā pirms 12 mēnešiem, 12,8% norādīja, ka smēķēšanu atmetuši pēdējo 5 gadu laika periodā, 24,5% - sešus līdz desmit gadus atpakaļ, bet 62,8% smēķēšanu atmetuši pirms vairāk nekā 10 gadiem.

DE. ALKOHOLA LIETOŠANA

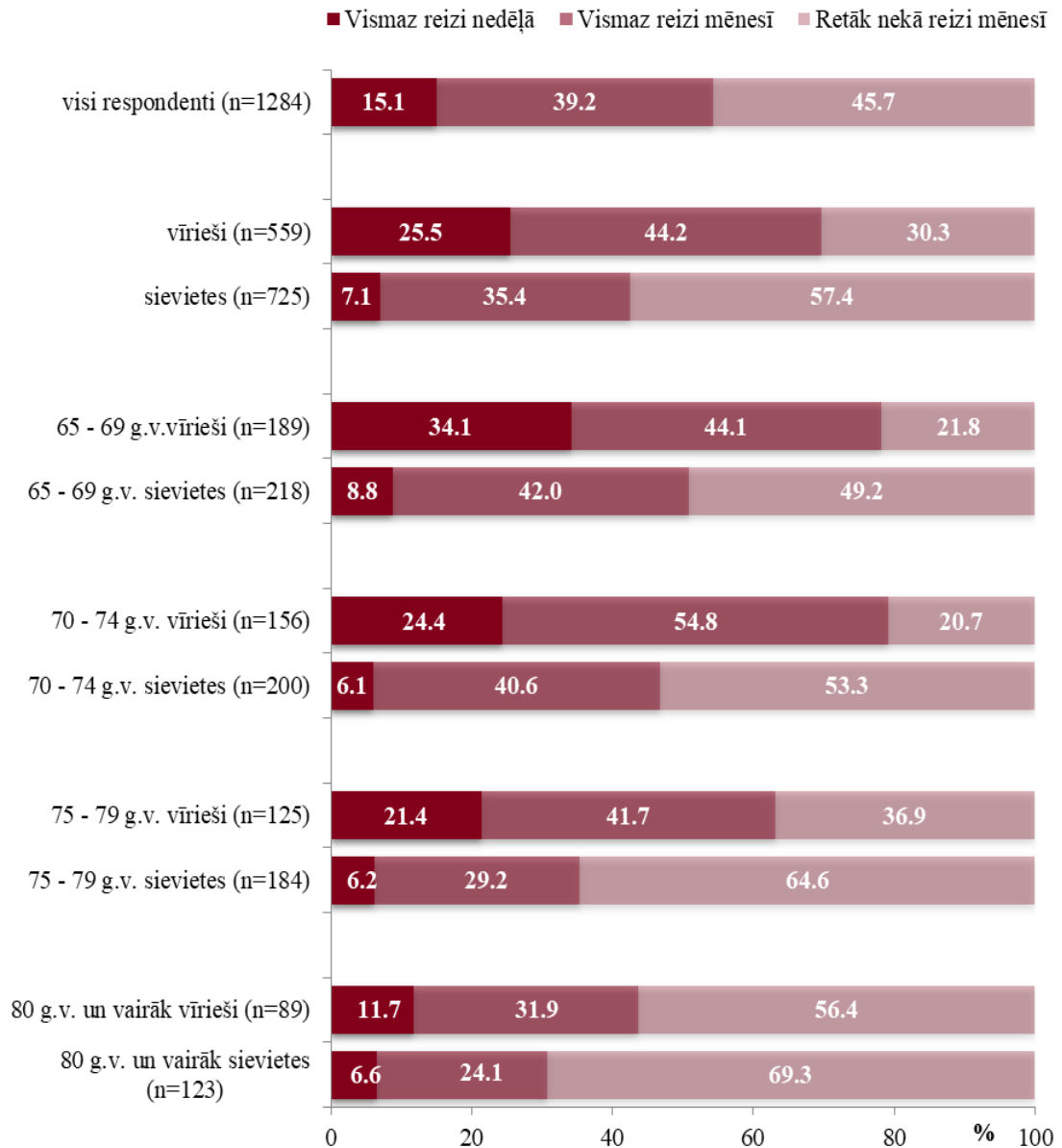
Pārmērīga alkohola lietošana ir viens no būtiskiem novēršamas nāves cēloņiem. Senioriem alkohola lietošanas izplatība kļūst zemāka, tam par iemeslu ir medikamentu lietošanas un veselības problēmu augstais īpatsvars šajā vecuma grupā.

ASV Nacionālais alkohola atkarības un alkoholisma institūts (angl. val. – *The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*) vīriešiem vecumā no 65 gadiem iesaka lietot ne vairāk kā vienu alkohola devu dienā (7 devas nedēļā), bet sievietēm – mazāk nekā vienu alkohola devu vienā dienā (4 devas nedēļā). Ar vienu devu saprot 1glāzīti (30g) degvīna, vai 1 glāzīti (50g) liķiera, vai 1glāzi (150g) sausā vīna. Kā riskanta vai pārmērīga alkohola lietošana vīriešiem tiek uzskatīta, sākot no piecām devām, bet sievietēm – no četrām devām vienā iedzeršanas reizē⁴⁸.

Uz jautājumu “*Cik bieži pēdējo 12 mēnešu laikā Jūs esat lietojis (-usi) jebkāda veida alkoholiskos dzērienus?*”, 39,8% respondentu atzīmēja, ka nav dzēruši ne reizi pēdējos 12 mēnešos, jo alkoholu vairs nelieto, attiecīgi 31,6% vīriešu un 43,9% sieviešu. Retāk nekā reizi mēnesī alkoholu pēdējā gada laikā lietoja 22,9%, savukārt vismaz reizi mēnesī alkoholu bija lietojuši 19,7%: 28,7% vīriešu un 15,2% sieviešu. Vismaz reizi nedēļā pēdējā gada laikā alkoholu lietoja kopumā 7,6% senioru, no tiem 16,5% vīriešu un 3,1% sieviešu. Kopumā 10,1% respondentu norādīja, ka alkoholu lietojuši dažus malkus mūža laikā vai nekad.

⁴⁸ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). The physicians' guide to helping patients with alcohol problems. NIH publication No. 95-3769. Bethesda, MD: NIAAA; 1995.

Cik bieži pēdējo 12 mēnešu laikā Jūs esat lietojis (-usi) jebkāda veida alkoholiskos dzērienus (alu, vīnu, stipros alkoholiskos dzērienus, alkoholiskos kokteiļus, pašbrīvētus alkoholiskos dzērienus)?



Bāze: respondenti, kuri ir lietojuši alkoholu pēdējā gada laikā (n=1284)

40.attēls. Respondentu īpatsvars dzimuma un vecuma grupās, kuri lietojuši alkoholu pēdējo 12 mēnešu laikā (%)

Lai analizētu pēdējo 12 mēnešu alkoholu lietojušo respondentu īpatsvaru, anketā uzdotā jautājuma atbilžu varianti tika apvienoti. Tika izveidots atbilžu variants “vismaz reizi nedēļā”, kas apvienoja anketas atbilžu variantus “katru dienu vai gandrīz katru dienu”, “5-6 reizes

nedēļā”, “3-4 reizes nedēļas”, “1-2 reizes nedēļā”. Atbilžu variants ” vismaz reizi mēnesī” ietver anketas atbilžu variantus “2-3 reizes mēnesī” un “reizi mēnesī”. 40.attēlā redzams, ka no tiem respondentiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā lietojuši jebkādu alkoholiskos dzērienus, vairāk nekā puse alkoholu lietoja katru mēnesi. Ceturtā daļa (25,5%) vīriešu alkoholu lietoja vismaz vienu reizi nedēļā un 44,2% vismaz reizi mēnesī, attiecīgi sievietes 7,1% un 35,4%. Vīriešu īpatsvars, kuri lieto alkoholiskos dzērienus vismaz reizi nedēļā vai vismaz reizi mēnesī, visās vecuma grupās būtiski pārsniedz attiecīgo sieviešu īpatsvaru.

34.tabula. Alkoholisko dzērienu lietošanas apjoms pēdējās nedēļas laikā dzimuma grupās (%)

	Vīrieši	Sievietes	Kopā
Alus lietošana pēdējās nedēļas laikā			
Nevienu	57,7	93,9	78,3
1-2 pudeles	23,6	5,0	13,0
3-4 pudeles	12,4	0,7	5,7
5 un vairāk	6,3	0,4	2,9
Vīna lietošana pēdējās nedēļas laikā			
Nevienu	89,9	63,2	74,7
1-2 glāzes	6,3	29,5	19,5
3-4 glāzes	2,3	6,0	4,4
5 un vairāk glāzes	1,4	1,2	1,3
Stipro alkoholisko dzērienu lietošana pēdējās nedēļas laikā			
Nevienu	41,7	68,2	56,9
1-2 glāzes	17,7	22,9	20,7
3-4 glāzes	20,8	7,2	13,0
5 un vairāk glāzes	19,9	1,6	9,5

Kopumā visvairāk pēdējās nedēļas laikā respondenti ir lietojuši stipros alkoholiskos dzērienus, īpaši vīrieši. Ja skatāmies dzimuma grupās, tad augstāks ir vīriešu īpatsvars, kuri pēdējās nedēļas laikā ir lietojuši stipros alkoholiskos dzērienus un alu, sievietes vairāk ir lietojušas vīnu (34.tabula).

Respondentiem aptaujas anketā tika uzdots jautājums par to, cik bieži viņi lieto vismaz piecas alkohola devas vīriešiem un četras alkohola devas sievietēm vienā alkohola lietošanas reizē, kas parāda pārmērīgu alkohola lietošanas biežumu. 34.tabulā redzams, ka kopumā vairāk nekā puse (53,3%) senioru nekad nav lietojuši tik daudz alkohola vienā dzeršanas epizodē. Būtiski augstāks ir vīriešu īpatsvars visās vecuma grupās, kuri reizi mēnesī un reizi nedēļā vienā dzeršanas epizodē izdzer vismaz piecas alkohola devas.

35.tabula. Pārmērīga alkohola lietošana dzimuma un vecuma grupās (%)

	Vīrieši					Sievietes					Kopā
	65-69	70-74	75-79	80+	kopā	65-69	70-74	75-79	80+	kopā	
nekad	23,2	32,6	36,8	53,2	33,2	59,4	70,1	71,4	79,4	68,5	53,3
retāk nekā reizi mēnesī	41,4	37,8	44,3	41,5	41,1	32,3	26,1	24,8	14,9	25,8	32,4
vienu reizi mēnesī	25,0	21,5	10,4	5,3	18,0	6,8	2,2	2,5	5,0	4,3	10,2
vienu reizi nedēļā	6,8	7,4	6,6	0	5,8	1,2	1,1	0,6	0	0,8	2,9
vairākas reizes nedēļā	3,6	0,7	1,9	0	2,0	0,4	0,5	0,6	0,7	0,5	1,2

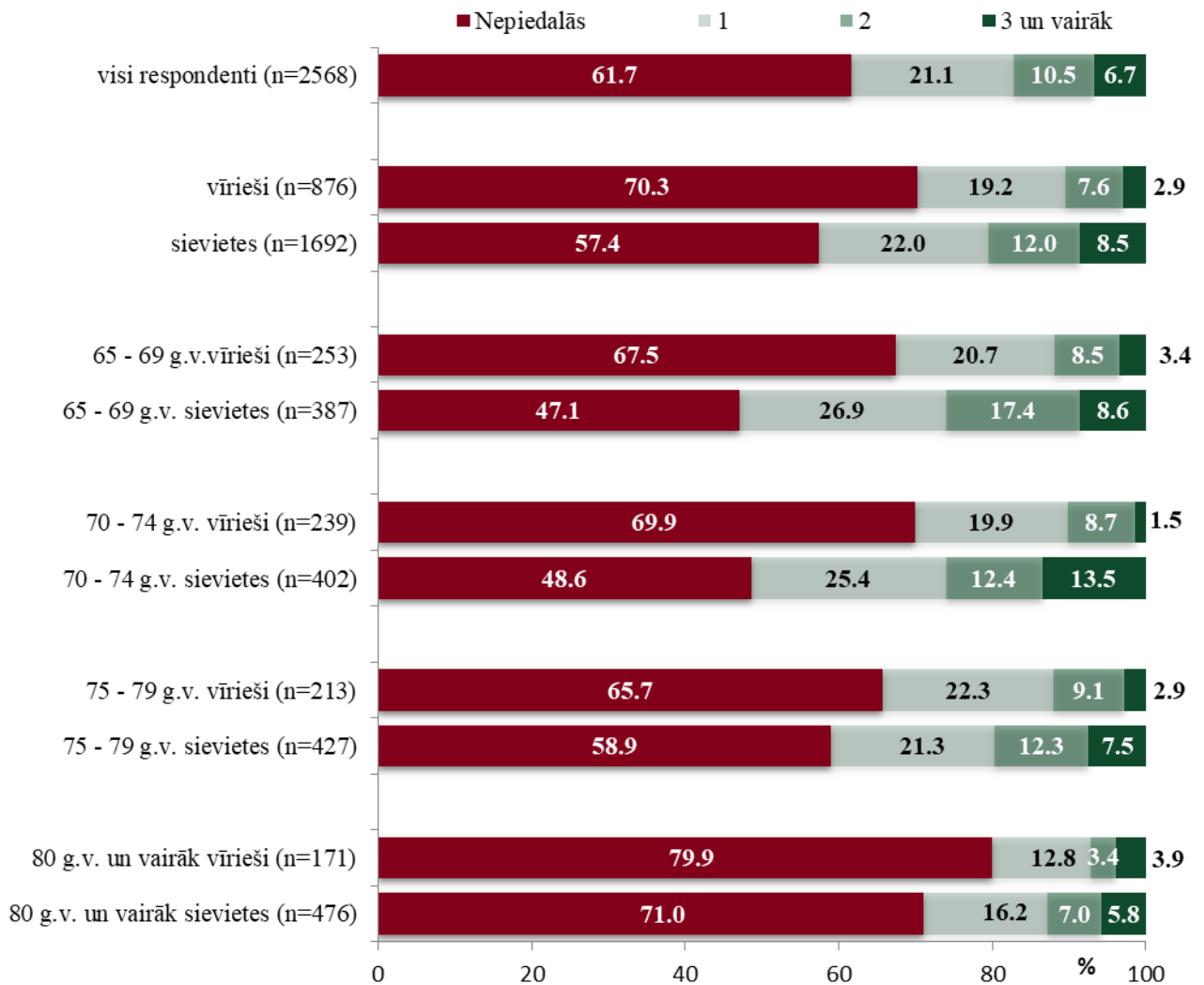
F. VESELĪBAS VEICINĀŠANA SENIORIEM

Citu valstu pētījumu rezultāti liecina, ka optimāla fiziskās aktivitātes līmeņa saglabāšana, smēķēšanas atmešana, alkohola lietošanas samazināšana ir būtiski un var būt rezultatīvi veselības veicināšanas programmu mērķi arī senioriem⁴⁹. Tāpat seniori dot priekšroku neatkarībai un dzīvošanai savās mājās tik ilgi, cik vien iespējams, taču nereti nav informēti par lokālajā kopienā pieejamām iespējām un resursiem, kas būtu izmantojami šī mērķa sasniegšanai. Informācijas sniegšana un prasmju attīstīšana veselīga dzīvesveida maiņai, kā arī sociālo kontaktu iespēju nodrošināšana lokālajā sabiedrībā, organizējot dažādas atbalsta vai interešu grupas, var būt nozīmīgi faktori gan funkcionālo spēju saglabāšanā, gan dzīves kvalitātes uzlabošanā senioriem⁵⁰. Veselības veicināšanas programmu ilgtermiņa ietekme uz senioru veselību un dzīves kvalitāti ir sarežģīts un laikietilpīgs process, taču dažādu veselības veicināšanas pasākumu iespēju piedāvāšana un pašu senioru līdzdalība ir priekšnoteikums sekmīga rezultāta sasniegšanai nākotnē.

Pētījumā respondentiem tika vaicāts, vai pēdējā gada laikā viņi ir piedalījušies veselības veicināšanas aktivitātēs (organizētas grupu aktivitātes vai apmācību kursi/ semināri). Vairākums respondentu (61,7%) norādīja, ka nepiedalās nevienā no pētījuma anketā iekļautajām aktivitātēm. Analizējot dzimumu atšķirības starp senioriem, lielāks bija sieviešu īpatsvars (42,5%) nekā vīriešu (29,7%) kuri norādīja, ka iesaistās vienā vai vairāk no anketā nosauktajām veselības veicināšanas aktivitātēm (41.attēls). Seniori ar nepabeigtu pamatizglītību vai pamatizglītību biežāk norādīja, ka nepiedalās aktivitātēs, savukārt seniori ar augstāku izglītību biežāk norādīja, ka piedalās vairāk nekā vienā aktivitātē.

⁴⁹ Golinowska S, Groot W, Baji P, Pavlova M. Health promotion targeting older people. BMC Health Services Research. 2016; 16(Suppl 5):345.

⁵⁰ World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015.



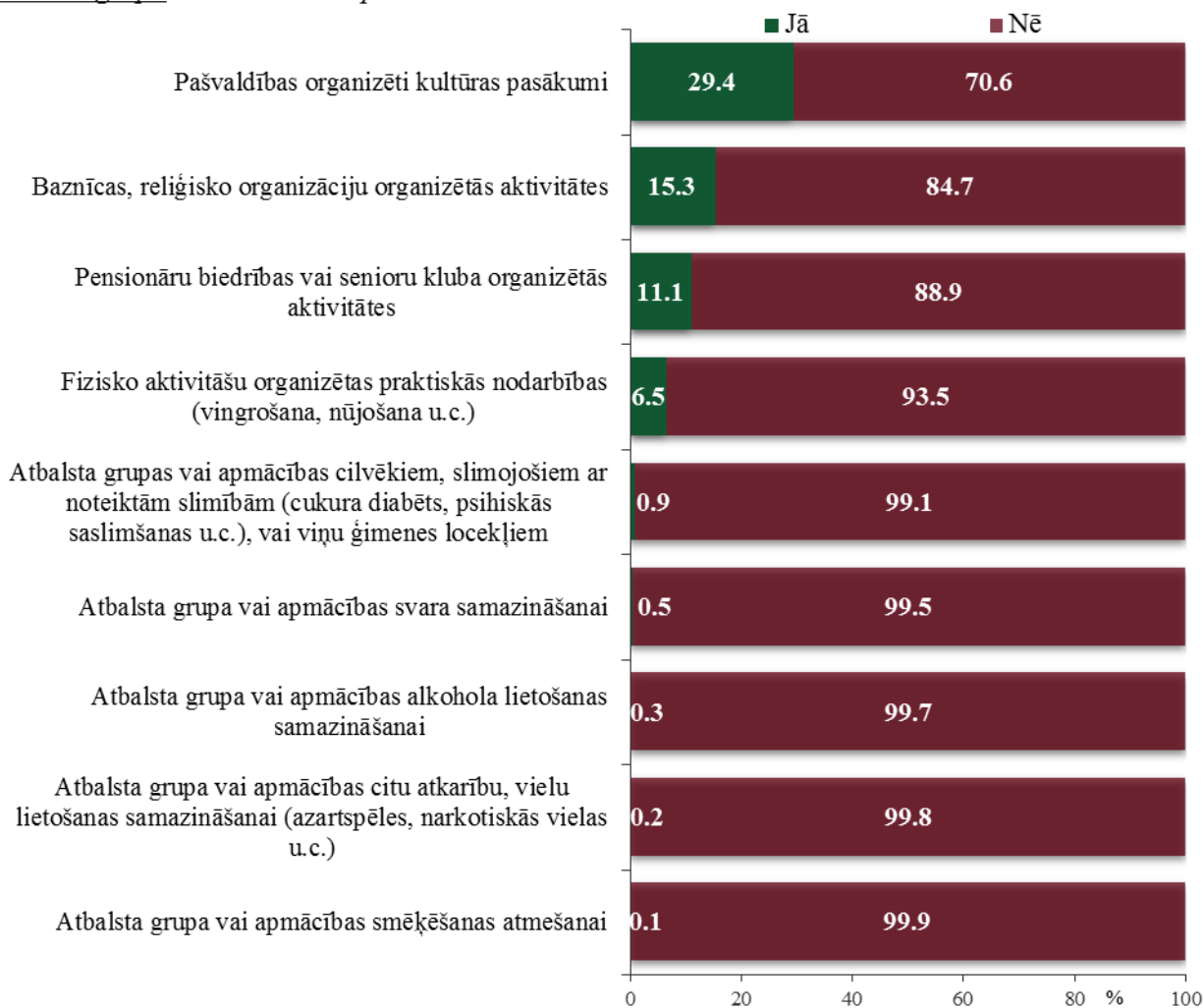
Bāze: visi respondenti, n=2568

41.attēls. Respondentu dalība organizētās atbalsta grupās vai apmācībasursos/ semināros dzimuma un vecuma grupās (%)

Lielāks bija to respondentu īpatsvars, kuri regulāri piedalījies pašvaldības organizētos kultūras pasākumos - 29,4% respondentu (23,5% vīriešu un 32,3% sieviešu, retāk seniori vecuma grupā virs 80 gadiem - 13,9% vīriešu un 16,9% sieviešu). Biežāk dalību pašvaldības organizētajos kultūras pasākumos norādīja seniori ar augstāku izglītības līmeni (47,5%), seniori ar augstākiem ienākumiem (37,0%). Baznīcas vai reliģisko organizāciju organizētās aktivitātēs regulāri piedalījās 15,3% respondentu (8,9% vīriešu un 18,4% sieviešu). Pensionāru biedrības vai senioru kluba organizētās aktivitātēs regulāri piedalījās 11,1% respondentu (6,9% vīriešu un

13,3% sieviešu, augstāks īpatsvars ir senioru, kuriem augstāka izglītība - 18,8% vai dzīvo laukos - 14,5%). Savukārt regulārās fizisko aktivitāšu nodarbībās (vingrošana, nūjošana, u.c.) iesaistījās vien 6,5% respondentu (3,5% vīriešu un 8,0% sieviešu), retāk seniori vecuma grupā virs 80 gadiem - 1,1% vīriešu un 3,0% sieviešu). Biežāk dalību fizisko aktivitāšu nodarbībās norādīja seniori ar augstāku izglītību (14,5%), seniori ar augstākiem ienākumiem (10,8%) un seniori, kuri dzīvo Rīgā (8,5%). Jāatzīmē, ka ļoti neliels bija respondentu īpatsvars (< 1%), kuri piedalījušies dažādās atbalsta grupās vai apmācībās veselības uzturēšanai (piem., svāra samazināšana, alkohola lietošanas samazināšana, atkarību mazināšana, smēķēšanas atmešana) (42.attēls).

Vai Jūs pēdējā gada laikā esat regulāri piedalījies (-usies) kādā no turpmāk minētajām organizētajām atbalsta grupu aktivitātēm vai apmācību kursiem/semināriem?



Bāze: visi respondenti, n=2568

42.attēls: Respondentu dalība organizētās atbalsta grupās vai apmācībasursos/semināros (%)

SECINĀJUMI

Secinājumi sakārtoti atbilstoši veselīgas novecošanas konceptuālā modeļa komponentēm. Atsevišķos gadījumos secinājumā iekļautās informācijas piederība noteiktai komponentei ir nosacīta, jo pēc būtības tā var būt kompleksa, vairāku faktoru mijiedarbība (piemēram, personas dzīvesveidu raksturojoša informācija). Senioru individuālie, personu raksturojošie faktori detalizēti ir aprakstīti ziņojumā, demogrāfiskās informācijas sadaļā.

Senioru veselību raksturojošie faktori

- Vairāk nekā puse respondentu (52,9%) novērtēja savu vispārējo veselības stāvokli kā viduvēju, bet 23,1% senioru savu vispārējo veselības stāvokli novērtēja kā sliktu un 6,3% kā ļoti sliktu. Senioriem vecumā virs 75 gadiem būtiski palielinās slikta un ļoti slikta veselības pašvērtējuma īpatsvars.
- Vecuma grupā virs 80 gadiem 47,8% vīriešu un 48,2% sieviešu savu veselības stāvokli novērtēja kā sliktu. Augsts slikta veselības pašvērtējuma īpatsvars ir gados vecākajiem respondentiem, senioriem ar nepabeigtu pamata/ pamata izglītību un ar zemiem vidējiem ikmēneša ienākumiem.
- Hroniskas slimības vai ilgstošas veselības problēmas ir 76,1% senioru un to īpatsvars ir lielāks respondentiem vecākajā vecumgrupā, respondentiem ar zemu izglītības līmeni (nepabeigtu pamata/ pamata izglītību) un ar vidējiem ienākumiem, kā arī respondentiem, kuri dzīvo Rīgā.
- Lielākā daļa respondentu (74,2%) atzīst, ka pēdējo 6 mēnešu laikā veselības problēmas ir ierobežojušas veikt ierastās ikdienas aktivitātes. Ierobežojumu īpatsvars lielāks bija respondentiem vecākajā vecumgrupā, respondentiem ar nepabeigtu pamata/ pamata izglītību, ar zemu un vidēju ienākumu līmeni, un senioriem, kuri dzīvo laukos.
- Palielinoties vecumam, pasliktinās mērķa grupas mutes veselības stāvokli. Pieaug senioru īpatsvars (28,9%), kuriem nav savu zobu (27,8% vīriešu un 29,5% sieviešu) , bet vecumgrupā virs 80 gadiem - 54,4% vīriešu un 46,7% sieviešu. Zobu stāvoklis ir sliktāks – nav savu zobu grupās ar zemāku izglītības līmeni (nepabeigta pamata/ pamata izglītība) un ar zemiem ienākumiem.

- Veselības pašvērtējums saistīts ar respondentu zobu stāvokli. Respondentu grupā, kuri savu veselību vērtē kā sliktu vai ļoti sliktu, lielāks senioru īpatsvars, kuriem trūkst vairāk nekā 10 zobu vai nav savu zobu.
- Tikai 37,7% senioru, kuriem ir vismaz kāds pastāvīgais zobs, zobus tīra biežāk nekā reizi dienā (24,2% vīriešu un 44,6% sieviešu). Veselīgāki mutes dobuma kopšanas paradumi ir senioriem jaunākās vecumgrupās, ar augstāko izglītību, ar augstiem ikmēneša ienākumiem un dzīves vietu - tie ir Rīgā dzīvojošie.
- Kopumā no hroniskām sāpēm cieš 46,5% respondentu. Hronisku sāpju izplatība augstāka ir sievietēm, palielinoties senioru vecumam, senioriem ar zemu izglītības līmeni un senioriem, kuri dzīvo laukos.
- Ar hroniskām sāpēm no 10 līdz 20 gadiem sadzīvo 38,0% senioru. Sievietēm un senioriem vecākajā vecumgrupā ar hroniskām sāpēm, ir augstāks īpatsvars, kuriem sāpes ir gandrīz visu laiku vai katru dienu.
- Senioru vidū, kuriem sāpju ietekmes indekss ir virs 50 punktiem (sāpes stipri vai ļoti stipri ietekmē šo cilvēku ikdienas dzīvi) ir būtiski augstāks īpatsvars to, kuri savu dzīves kvalitāti novērtē kā sliktu, kā arī, viņiem ir augstākais mēreni vai stipri izteiktu depresīvo simptomu īpatsvars.
- Mēreni un stipri izteikti depresijas simptomi ir 18,7% respondentu (10,7% mēreni un 8% stipri izteikti). Šādu simptomu īpatsvars būtiski pieaug, palielinoties senioru vecumam, tas ir augstāks senioriem ar pamata izglītību, kā arī senioriem, kuri dzīvo vieni, cieš no hroniskām sāpēm un/vai savu veselību novērtē kā sliktu.
- Gandrīz katru dienu (6-7 reizes nedēļā) svaigus dārzeņus lieto 25,3% senioru, svaigas ogas lieto 24,2%. Augstāks svaigu dārzeņu vai svaigu ogu patēriņš ir senioriem ar augstāku izglītību un senioriem ar augstākiem ienākumiem, kā arī Rīgā dzīvojošajiem.
- Vairākums respondentu (86,0%), ikdienā lieto tīru ūdeni dzeršanai un vidēji dienā izdzer četras tīra ūdens glāzes/ krūzes.
- Senioru ķermeņa masas indeksa vidējais aritmētiskais rādītājs ir 29,26 (SD= 5,49), kas atbilst liekas ķermeņa masas indeksa robežu maksimālajam līmenim, attiecīgi KMI vidējais rādītājs vīriešiem ir 27,9 un sievietēm – 29,9.
- Normāla ķermeņa masa ir 20,5% senioru. Vīriešiem par 7,3%-punktiem ir augstāka normālas ķermeņa masas izplatība nekā sievietēm.

- Lieka ķermeņa masa ir 41,2% un aptaukošanās - 37,6% iedzīvotāju vīrs darbaspējas vecuma. Augstāks īpatsvars ar lieko ķermeņa masu ir vīriešiem, bet sievietēm – ar aptaukošanos.
- Gandrīz trešā daļa senioru (30,7%) norādīja, ka miegā pavada 7-8 stundas. Gandrīz trešdaļa senioru vecuma grupā 80 un vairāk gadu vidēji miegā pavada vairāk nekā 8 stundas (30,6% vīriešu un 26,2% sieviešu šajā vecuma grupā). Tas vērtējams kā vecuma grupai atbilstošs miega ilgums.
- 12,5% senioru norāda, ka smēķē katru dienu, no tiem 26,5% vīriešu un 5,4% sieviešu. Augstāks ikdienas smēķētāju īpatsvars ir starp vīriešiem vecuma grupā 65- 69 gadi - 41,2%. Gandrīz visiem (90,1%) senioriem, kuri šobrīd smēķē ikdienā vai palaikam, smēķēšanas ilgums ir vairāk nekā 20 gadi.
- Galvenais iemesls smēķēšanas atmešanai šobrīd smēķējošiem un smēķēšanu atmetušajiem senioriem ir veselības problēmas (15,3%).
- Pēdējos 12 mēnešos vismaz reizi nedēļā lietoja alkoholu 15,1% un vismaz reizi mēnesī – 39,2%. Vīriešu īpatsvars, kuri lieto alkoholiskos dzērienus vismaz reizi nedēļā vai vismaz reizi mēnesī visās vecuma grupās būtiski pārsniedz attiecīgo sieviešu īpatsvaru.
- Kopumā 14,3% senioru vismaz reizi mēnesī un biežāk ir lietojuši pārāk lielas alkohola devas, attiecīgi 25,8% vīriešu un 5,6% sieviešu.

Vides faktori

- No aptaujātajiem 92,0% atbild, ka viņiem ir kāds, kurš var palīdzēt, ja nepieciešama palīdzība un atbalsts. Visvairāk palīdz radnieki (ģimene) - 85,2%.
- Nepieciešamības gadījumā palīdzība tiek saņemta regulāri - katru dienu (44,2%) vai vismaz reizi nedēļā (32,7%).
- Galvenokārt (86,4%) seniori saņem funkcionālu/ praktisku palīdzību. Palielinoties respondentu vecumam, pieaug senioru īpatsvars, kuri saņem šādu palīdzību, kā arī augstāks īpatsvars ir senioriem, kuri dzīvo laukos, un senioriem ar zemiem vai vidējiem ikmēneša ienākumiem.
- Senioriem mājas vidē kritienu riska faktoru (šķēršļu) daudzums variē no 0 līdz 13 (maks. 25) un visbiežāk tie ir divi (22,0%), trīs (19,2%), viens (17,0%) vai četri (12,7%) faktori.

- Senioru, kuri mājās vidē identificēti vairāk nekā trīs šķēršļi, īpatsvars augstāks bija sievietēm, vecuma grupā 80 un vairāk gadu, grupās ar nepabeigtu pamatizglītību vai pamatizglītību, ar zemāku ienākumu līmeni, un tiem, kuri dzīvo citās pilsētās (ne Rīgā).
- Senioriem mājās vidē visbiežāk sastopamais šķērslis ir tas, ka vannas istabā nav pieejams stingrs rokturis dušas kabīnē vai pie vannas (69,5%).

Senioru individuālā fiziskā un mentālā kapacitāte

- Vairākums respondentu norādīja, ka viņiem nav nekādu grūtību (40,8%) vai ir nelielas grūtības (34,6%) fiziski pārvietoties, staigāt vai kāpt pa kāpnēm. Grūtības fiziski pārvietoties, staigāt vai kāpt pa kāpnēm biežāk atzīmēja respondenti vecuma grupā 80 un vairāk gadu.
- Nepieciešamību lietot kādu palīgīdzekli staigāšanai norādīja 24,3% respondentu, un šādas nepieciešamības īpatsvars bija augstāks respondentiem vecuma grupā 80 un vairāk gadu. Visvairāk lietotais palīgīdzeklis bija spieķis (82,0%).
- Salīdzinoši zems ir senioru īpatsvars, kuri neiziet vai gandrīz nekad neiziet no mājas (6,5%). Kā galvenais iemesls, kāpēc respondents nekad nav izgājis no mājas pēdējā mēneša laikā, bija būtiski kustību ierobežojumi (73,3%).
- Krēsla testu pilnā apjomā (5 reizes) spēja veikt 78,3% senioru (80,5% vīriešu un 77,2% sievietes), taču no viņiem 61,3% neiekļāvās testa laika normatīvā atbilstoši savam vecumam (55,2% vīriešu un 64,5% sievietes).
- 53,7% respondentu testu veica mazāk nekā 15 sekundēs, kas norāda uz zemu atkārtotu kritienu risku. Lielāks bija vīriešu īpatsvars, kuri krēsla testu veica mazāk nekā 15 sekundēs, kā arī jaunākiem senioriem un senioriem ar augstāku izglītības līmeni.
- Vecuma grupā 80 un vairāk gadu bija augstāks senioru īpatsvars, kuri savu atmiņu vērtēja kā “viduvēju” un “sliktu” un senioriem ar zemāku izglītības līmeni bija arī augstāks īpatsvars atmiņas vērtējumam “slikta”.
- Subjektīvi savu redzi kā sliktu šobrīd novērtēja 18,8% respondentu. Kā sliktu savu redzi tālumā vērtēja 15,1% respondentu, bet redzi tuvumā kā sliktu novērtēja 23,5% aptaujāto. Lielākā daļa respondentu (74,0%) valkā brilles vai kontaktlēcas.
- Subjektīvi savu dzirdi kā sliktu novērtēja 11,6% respondentu. Vecuma grupā 80 un vairāk gadu būtiski pieaug senioru īpatsvars ar sliktu dzirdes pašvērtējumu.

- Dzirdes aparāts bija tikai 4,4% respondentu un ikdienā no tiem, kuriem ir dzirdes aparāts, to lietoja 71,4% respondentu.
- 71,7% respondentu pēdējā gada laikā nav krituši. 31,1% respondentu ir izteiktas bailes, un 27,6% respondentu ir diezgan lielas bailes no kritiena.

Senioru funkcionālās spējas

- Pilnīgi neatkarīgi ikdienas aktivitātēs bija vairāk nekā puse respondentu (67,1%). Ierobežojumi ikdienas aktivitātēs biežāk bija raksturīgi respondentiem vecuma grupā 80+ gadi un respondentiem ar zemāku izglītības līmeni.
- Senioriem bieži ir grūtības neatkarīgi iepirkties (26,6%), kā arī ir nepieciešama palīdzība ēdiena pagatavošanā (22,5%).
- Vecuma grupā 80 un vairāk gadu augstāks ir senioru īpatsvars, kuri vispār neveic fiziskās aktivitātes (19,2%) vai veic zema līmeņa fiziskās aktivitātes (6,3%).
- Augsts fizisko aktivitāšu līmenis bija 12,1% senioru un šajā grupā augstāks ir vīriešu īpatsvars.
- 38,3% respondentu piedalījās organizētās grupu aktivitātēs vai apmācībasursos (sabiedriskos un veselību veicinošos pasākumos). Grupā ar zemāku izglītības līmeni ir lielāks īpatsvars senioru, kuri nepiedalās aktivitātēs, savukārt grupā ar augstāku izglītību ir lielāks īpatsvars respondentu, kuri piedalās vairāk nekā vienā aktivitātē.

Senioru dzīves kvalitāte

- Kopumā 46,9% senioru savu dzīves kvalitāti novērtē kā labu vai ļoti labu. Būtiski augstāks pozitīvs savas dzīves kvalitātes novērtējums salīdzinājumā ar sievietēm ir vīriešiem un senioriem vecuma grupā 65 līdz 74 gadi, bet vecumgrupā virs 80 gadiem būtiski palielinās personu īpatsvars, kuri savu dzīves kvalitāti novērtē kā sliktu vai ļoti sliktu.
- Senioriem, kuri savu dzīves kvalitāti novērtē kā sliktu vai ļoti sliktu, ir arī lielāks īpatsvars ar stipri izteiktiem depresīviem simptomiem un sliktu veselības pašnovērtējumu.

PRIEKŠLIKUMI

➤ Veselības politikai

- Veselīgas novecošanas koncepts (PVO, 2015) vērš uzmanību uz globālo tendenci, ka dzīves ilgums populācijā palielinās, un ilgāka dzīve, ja tās lielākā daļa ir veselīgi nodzīvotie dzīves gadi, uzskatāma par nozīmīgu resursu gan katram indivīdam, gan sabiedrībai kopumā. Tā kā veselīga novecošana ir salīdzinoši jauns koncepts, jāpievērš uzmanība iespējām veselīgas novecošanas konceptu skaidrot plašāk sabiedrībai un darbībām, lai konceptu integrētu veselības un citu jomu politikas dokumentos.
- Tā kā iedzīvotāji virs darbaspējas vecuma ir nozīmīga sabiedrības daļa, kuriem ir nepieciešami veselības aprūpes pakalpojumi un veselības veicināšanas pasākumi, jāņem vērā, ka senioru populācija ir ar neviendabīgu veselības stāvokļa un funkcionālo spēju raksturojumu, izstrādājot veselības aprūpes un veselības veicināšanas pasākumu modeļus, jāvērš uzmanība uz šīm atšķirībām un dažādajiem individuālajiem sociāli ekonomiskajiem aspektiem (dzimums, vecums, izglītība, ienākumi, ģimenes stāvoklis, dzīves vieta u.c.).
- Iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma veselības problēmas (slikts veselības pašvērtējums, hroniskas slimības vai ilgstošas veselības problēmas, hroniskas sāpes, ierobežojumi ikdienas aktivitātēs) novecošanas procesā kļūst izteiktākas gados vecākajiem senioriem. Pētījums rāda, ka šīs problēmas biežāk izplatītas senioru grupās ar zemāku izglītības līmeni un zemākiem ienākumiem. Būtu ieteicams pievērst pastiprinātu uzmanību veselības skrīningam senioriem ar zemu izglītības līmeni un zemiem ienākumiem.
- Iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma veselības problēmu risināšanai raksturīgas hroniskas un kompleksas vajadzības, nosakot nepieciešamību pēc papildus resursiem - finansējuma, cilvēkresursiem, pakalpojumu pieejamības, koordinētas dažādu pakalpojumu pēctecības (piem., medicīniskie pakalpojumi un sociālie pakalpojumi), u.c.). Atbilstoši PVO minētajiem risinājumiem, jaunajām pieejām un intervences modeļiem, senioru primārajā veselības aprūpē jāmeklē risinājumi funkcionēšanas ierobežojumu un aprūpes nepieciešamības mazināšanai un seniora iekšējās kapacitātes saglabāšanai.
- Lai savlaicīgi atpazītu iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselības un funkcionālo spēju pasliktinājuma risku, PVO rekomendē nepieciešamību īstenot integrētas veselības aprūpes principus senioriem. Senioru veselības stāvokļa monitorēšanai ieteicams izstrādāt un ieviest

kompleksu pieeju, primārajā veselības aprūpē iekļaujot skrīninga metodes sāpju, depresijas, izzīņas, sensoro spēju, miega traucējumu un pārvietošanās spēju novērtēšanai.

- Iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselības problēmu hroniskās un kompleksās vajadzības, kā arī paaugstināts risks strauji mainīties veselības stāvoklim, nosaka nepieciešamību sagatavot veselības aprūpes profesionāļus darbam ar senioriem, lai nodrošinātu cieņas pilnu attieksmi saskarsmē un efektīvu saziņu atbilstoši seniora funkcionēšanas ierobežojumu līmenim, un veicināt profesionāļu kompetences īstenot integrētas veselības aprūpes principus senioriem.
- Daudzas hroniskas veselības problēmas, kas raksturīgas iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma, ir iespējams aizkavēt, īstenojot efektīvas veselības veicināšanas stratēģijas (piem., fiziskās aktivitātes palielināšana, sabalansēts veselīgs uzturs, smēķēšanas un alkohola lietošanas samazināšana, u.c.) jaunākā vecumā, kad individuālā kapacitāte ir salīdzinoši augstāka, jo šie faktori ir veselībai nozīmīgi visas dzīves garumā.
- Iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma, kuriem ir saglabājusies salīdzinoši augsta individuālā kapacitāte, plānojot un īstenojot veselības veicināšanas pasākumus, jāņem vērā, ka tiem jābūt kompleksiem - ietverot tādus aspektus kā fiziskās aktivitātes, sabalansēts uzturs, psihiskā veselība, mutes veselība, u.c.
- Plānojot un īstenojot veselības veicināšanas pasākumus iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma, tiem jābūt pieejamiem senioru dzīvesvietā (pašvaldībā). Ņemot vērā, ka senioriem lielāka interese ir par pašvaldības organizētām sabiedriskām un kultūras aktivitātēm, tad veselības veicināšanas pasākumus vēlams integrēt šajās aktivitātēs.
- Iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma, kuriem ir izteiktas hroniskas veselības problēmas un būtiski funkcionēšanas ierobežojumi, biežāk ir grūtības iziet no mājas un piedalīties pašvaldības rīkotajos pasākumos, t.sk. arī veselības veicināšanas pasākumos, tādēļ šiem senioriem veselības veicināšanas pasākumus nepieciešams īstenot kā daļu no integrētas veselības aprūpes.
- Iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma funkcionālās spējas nosaka ne tikai katras personas individuālā kapacitāte, bet arī vides faktori. Plānojot un īstenojot veselības veicināšanas pasākumus iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma, jāiekļauj arī tādas aktivitātes, kas vērstas uz sabiedrības pozitīvas attieksmes veidošanu (vecuma diskriminācijas mazināšana) un fiziskās vides pieejamības un drošības veicināšanu (gan personas privātā dzīves vidē, gan publiskajā vidē).

➤ **Praksei**

- Programmas veselību pozitīvi ietekmējošu paradumu veicināšanai (piem., smēķēšanas mazināšana/ atmešana) būtu mērķtiecīgi organizēt personām pusmūžā (pēc iespējas jaunākā vecumā) un jāņem vērā dzimuma īpatnības. Pētījuma rezultāti norāda, ka iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma grupā vairāk smēķē vīrieši un tie ir ilgstoši smēķētāji.
- Programmas veselību pozitīvi ietekmējošu paradumu veicināšanai (piem. sabalansēts uzturs, liekā ķermeņa svara mazināšana) būtu mērķtiecīgi organizēt personām pusmūžā (pēc iespējas jaunākā vecumā). Pētījuma rezultāti norāda, ka iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma grupā ir augsta liekā svara un aptaukošanās izplatība, kā arī svaigu augļu un dārzeņu patēriņš neatbilst rekomendētajām normām.
- Iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma vēlams izstrādāt un ieviest programmas hronisku sāpju pašpārvaldīšanai, jo hroniskas sāpes ietekmē senioru spēju pārvietoties, kas ir priekšnosacījums citām aktivitātēm.
- Iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma vēlams izstrādāt un ieviest programmas kritienu profilaksei un kritiena baiļu mazināšanai. Bailes no kritieniem ietekmē senioru spēju pārvietoties, kas ir priekšnosacījums citām aktivitātēm.
- Seniori, kuriem ir pārvietošanās ierobežojumi vai citi ikdienas aktivitāšu ierobežojumi, jāinformē par pieejamiem tehniskiem palīgīdzekļiem (TP) ierobežojumu kompensēšanai, par TP aprites sistēmu, kā arī jānodrošina TP lietošanas monitorēšana ikdienā.
- Pētījuma rezultāti norāda uz tendenci, ka liela daļa senioru, kuriem ir dzirdes aparāts, to ikdienā nelieto, kas rada paaugstinātu risku komunikācijas ierobežojumiem un sociālai izolācijai. Būtu nepieciešams pārskatīt un atvieglot esošās procedūras dzirdes aparāta saņemšanai, lai nodrošinātu lielāku atbalstu personai piemērota dzirdes palīgīdzekļa izvēlē, lietošanas apmācībā un tā lietošanas monitorēšanai.
- Lai veicinātu iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma spējas neatkarīgi un droši pārvietoties, jāatbalsta iespējas mājas vides un publiskās vides novērtēšanai. Subjektīvs vides novērtējums, ko veic pats seniors, ne vienmēr atspoguļo reālo šķēršļu esamību vidē, tāpēc paralēli jāveic arī objektīvs vides novērtējums, ko īsteno speciālisti. Tas atbilst arī PVO rekomendācijām par drošas un pieejamas vides nozīmi veselīgai novecošanai.

- Vēlams izstrādāt un ieviest programmas, kas nepieciešamības gadījumā sniedz informatīvu un praktisku atbalstu (informācija, apmācība, u.c.) piederīgajiem, kas ikdienā nodrošina palīdzību senioriem.
- Plānojot un īstenojot veselības veicināšanas pasākumus iedzīvotājiem virs darbaspējas vecuma, vēlams paredzēt labās prakses piemēru apzināšanu un popularizēšanu.

➤ **Pētniecībai**

- Lai nodrošinātu veselību ietekmējošo paradumu monitorēšanu visiem Latvijas iedzīvotājiem, plānojot un īstenojot plaša mēroga tematiskās aptaujas, izlasē vēlams iekļaut arī iedzīvotājus virs darbaspējas vecuma. Tas atbilst arī PVO rekomendācijām par nepieciešamību globāli uzlabot pieejamību datiem, kas raksturo veselīgu novecošanu.
- Pētījuma rezultāti norāda, ka vairākiem respondentu bija vidējs fizisko aktivitāšu līmenis, tomēr pētījumam izvēlētā metodoloģija ļāva izvērtēt tikai vispārīgu informāciju par fiziskās slodzes intensitāti un aktivitātēm veltīto laiku. Būtu nepieciešama plašāka informācija par dažādiem fizisko aktivitāšu veidiem, ko veic seniori un fizisko aktivitāšu regularitāti.
- Pētījumam izvēlētā metodoloģija ļauj iegūt vispārīgu informāciju par senioru uzturu, tomēr būtu nepieciešama plašāka informācija par senioru ēdienkarti un uztura paradumiem ikdienā, kas ļautu rezultātus salīdzināt ar aktuālajām rekomendācijām par veselīgu un sabalansētu uzturu.
- Īstenojot pētījumus, iekļaujot iedzīvotājus virs darbaspējas vecuma, nākotnē jāņem vērā sezonas aspekts, kas var nozīmīgi ietekmēt dažādus senioru ikdienas paradumus. Pētījums tika īstenots pavasarī, kas, iespējams, ietekmēja rezultātus par svaigu augļu un dārzeņu patēriņu (senioriem nebija pieejama pašu audzētā raža).
- Īstenojot pētījumus, iekļaujot iedzīvotājus virs darbaspējas vecuma, nākotnē jāņem vērā atsevišķi aspekti, kas apgrūtina piekļuvi izvēlētajai mērķa grupai, piemēram, piederīgo attieksme: aizdomas un vēlme pasargāt senioru no iespējamās ļaunprātības. Pirms līdzīgu pētījumu uzsākšanas būtu nepieciešama vēl plašāka sabiedrības informēšana un sagatavošana paredzētajam pētījumam.
- Lai iegūtu precīzāku informāciju par Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošiem paradumiem un funkcionālām spējām un izmaiņām novecošanas procesā, būtu nepieciešami longitudināli pētījumi, kas ļautu regulāri sekot konkrētai personai ilgākā laika periodā.

IZMANTOTO AVOTU UN LITERATŪRAS SARAKSTS

PĒTĪJUMI, RAKSTI, ZIŅOJUMI

- Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, Campbell PT, Freedman M, Weiderpass E, Adami HO, Linet MS, Lee IM, Matthews CE. 2015. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Internal Medicine*. 175 (6):959-967.
- Bauman A, Merom D, Bull FC, Buchner DM, Fiatarone Singh MA. 2016. Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote "Active Aging". *Gerontologist*. 56 Supplement 2: S268-280.
- Bloch F, Thibaud M, Dugue B, Breque C, Rigaud AS, Kemoung G. 2010. Episodes of falling among elderly people: a systematic review and meta-analysis of social and demographic predisposing characteristics. *Clinics*. 65(9): 895-903.
- Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. 2014. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 14:510. doi: 10.1186/1471-2458-14-510.
- Bohannon RW. 2006. Reference values for the five-repetition sit-to-stand test: a descriptive meta-analysis of data from elders. *Percept Mot Skills*. 103(1): 215-22.
- Boyd CM, Fortin M. 2010. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews*. Vol. 32, No 2, 451-474.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. 2006. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 10 (4):287-333.
- Buatois S1, Perret-Guillaume C, Gueguen R, Miget P, Vançon G, Perrin P, Benetos A. 2010. A simple clinical scale to stratify risk of recurrent falls in community-dwelling adults aged 65 years and older. *Phys Ther*. 90(4):550-60.
- Cohen S. 1988. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*. 7 (3):269–29.
- Craig CL, Marshall A, Sjoström M et al. 2003. International Physical Activity Questionnaire: 12 country reliability and validity *Med Sci Sports Exerc*. 35(8):1381-95.
- Drewnowski A, Evans WJ. 2001. Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: summary. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 56 Spec No 2:89-94.
- Emptage NP, Sturm R, & Robinson RL. 2005. Depression and comorbid pain as predictors of disability, employment, insurance status, and health care costs. *Psychiatric Services*. 56(4): 468–74.
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. 2016. *Older Americans: Key Indicators of Well-being*. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, DC:U.S. Government Printing Office.

- Gellert C, Schöttker B, Brenner H. 2012. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*. 172(11):837-444.
- Giles LC, Glonek GFV, Luszcz MA, Andrews GR. 2005. Effect of social networks on 10 years survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59: 574-579.
- Golinowska S, Groot W, Baji P, Pavlova M. 2016. Health promotion targeting older people. *BMC Health Services Research*. 16(Suppl 5):345.
- Haak M, Fange A, Iwarsson S, Dahlin Ivanoff S. 2007. Home as a signification of independence and autonomy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 14, 16-24.
- Herr KA, Garand L. 2001. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*. 17(3):457-478.
- Holm-Pedersen P, Schultz-Larsen K, Christiansen N et al. 2008. Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age. *J Am Geriatr Soc*. 56: 429-435.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. 1969. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 9, 179-186.
- Lilja M. 2000. Elderly Disabled Persons in the Home Setting: aspects of activities in daily Life. Doctoral thesis. Department of clinical neuroscience, occupational therapy and elderly care research, division of occupational therapy, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.
- Lowsky DJ, Olshansky SJ, Bhattacharya J, Goldman DP. 2014. Heterogeneity in healthy aging. *Journal of Gerontology, Series A. Biological science and medical science*. 69:640–649.
- Lugo A, La Vecchia C, Boccia S, Murisic B, Gallus S. 2013. Patterns of Smoking Prevalence among the Elderly in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 10(9): 4418–4431.
- Lusardi MM, Fritz S, Middleton A, et al. 2017. Determining Risk of Falls in Community Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis Using Posttest Probability. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 40 (1):1-36.
- Mackenzie L., Byles J. & Higginbotham N. 2000. Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): Selecting the items. *British Journal of Occupational Therapy*. 63, (6), 260-269.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., et al. 2001. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Aging Research Reviews*. 10: 430–439.
- Marshall T, Warren JJ, Hand JS, Xie XJ, Stumbo PJ. 2002. Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *Journal of American Dental Association*. 133:369-379.
- de Mata C, McKenna G, Burke FM. 2011. Caries and the older patient. *Dent Update*. 38(6):376-8, 381.
- Merskey H. and Bogduk N. (Eds.). 1994. IASP Task Force on Taxonomy. *Classification of Chronic Pain*. – Seattle: IASP Press.
- Michael YL, Berkman LF, Colditz GA, Holmes MD, Kawachi I. 2002. Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. *J Psychosom Res*. 52:285–293.

- Mossey JM, Gallagher RM. 2004. The longitudinal occurrence and impact of comorbid chronic pain and chronic depression over two years in continuing care retirement community residents. *Pain Medicine*. 5 (4):335-348.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). 1995. The physicians' guide to helping patients with alcohol problems. NIH publication No. 95-3769. Bethesda, MD: NIAAA.
- Nicklett EJ, Kadell AR. 2013. Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. *Maturitas*. 75: 305 – 312.
- Ofstedal MB, Fisher GG, Herzog AR. 2005. Documentation of Cognitive Functioning. Measures in the Health and Retirement Study. HRS Documentation Report DR-006.
- Pasaules veselības organizācija. 2003. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija: SFK.
- Paterson DH, Warburton DE. 2010. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*. 11;7:38.
- Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. 2010. Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dental Health*. 27, (Supplement 2) 257–268.
- Polzer I, Schimmel M, Müller F, Biffar R. 2010. Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. *International Dental Journal*. 60 (3):143-55.
- Razak PA, Richard KMJ, P Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN, , Sameer KM. 2014. Geriatric Oral Health: A review article. *Journal of International Oral Health*. 6 (6): 110 – 116.
- Rechel B, Grundy E, Robine J, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, McKee M. 2013. Aging in the European Union. *Lancet*. 13;381(9874):1312-22.
- Reid MC, Boutros NN, O'Connor P, Cadariu A, Concato J. 2002. The health-related effects of alcohol use in older persons: a systematic review. *Substance Abuse*. 23 (3):149-164.
- Rizzuto D, Fratiglioni L. 2014. Lifestyle factors related to mortality and survival: a mini-review. *Gerontology*. 60 (4):327-335.
- Rizzuto D, Orsini N, Qiu C, Wang HX, Fratiglioni L. 2012. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. *BMJ*. 29:345:e5568.
- Russell RM, Rasmussen H & Lichtenstein AH. 1999. Modified Food Guide Pyramid for People over Seventy Years of Age. *Issues and Opinions in Nutrition*. *Journal of Nutrition*. 129: 751 – 753.
- Saczynski, J. S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P. A., & Au, R. 2010. Depressive symptoms and risk of dementia: The Framingham Heart Study. *Neurology*. 75 (1): 35–41.
- Seeman TE, Berkman LF. 1988. Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. *Social Science and Medicine*. 26:737–749.
- Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, r Selbæk G, Helvik AS. 2015. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 40:311–339.
- Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. 2013. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*. 12:329-338.

- The WHOQOL Group. 1995. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 41:1403–9.
- Tomson S, Zalkalns J, Nygren C, Iwarsson S. 2006. The Meaning of Everyday Activity Performance Among Old People in Latvia. RSU Zinātniskie raksti. 2006.gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas, 210 - 217.
- Vogeli, C., Shields, A. E., Lee, T. A., Gibson, T. B., Marder, W. D., Weiss, K. B., et al. 2007. Multiple chronic conditions: Prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. Journal of General Internal Medicine. 22(Suppl. 3), 391–395.
- Vuorisalmi M, Lintonen T, Jylhä M. 2005. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. Journal of Clinical Epidemiology. 58(7):680-6877.
- White AM, Philogene GS, Fine L, Sinha S. 2009. Social Support and Self-Reported Health Status of Older Adults in the United States. American Journal of Public Health. 99(10):1872-1878.
- World Health Organization. 2015. World Report on Ageing and Health.
- World Health Organization. 2017. Global strategy and action plan on ageing and health.

INTERNETA VIETNES

- Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf [sk. 18.12.2019.]
- European Core Health Indicators. https://ec.europa.eu/health/indicators/echi_en [sk. 18.12.2019.]
- The Decade of Healthy Ageing (2020-2030). <https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing> [sk. 09.01.2020.]
- The National Cancer Institute. NCD Dictionary. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?cdrid=440116> [sk. 18.12.2019.]
- Latvijas sāpju izpētes biedrība. Īsi par sāpēm // <http://www.sapes.lv/?p=6089&pp=7713&lang=1240> [sk. 09.01.2020.]
- Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020. g. Ministru kabineta 2011. gada 5.oktobra rīkojums Nr. 504. <https://likumi.lv/ta/id/269591-par-sabiedribas-veselibas-pamatnostadnem-20142020gadam> [sk. 18.12.2019.]
- Vadlīnijas fiziskās aktivitātes līmeņa datu apstrādē skatīt: http://www.institutferran.org/documentos/scoring_short_ipaq_april04.pdf [sk. 08.09.2019.]
- WHO. Mental health and older adults. Fact sheet, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/> [sk. 18.12.2019.]

STATISTIKAS RESURSI

- Jaundzimušo paredzamais mūža ilgums. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,1980-2017_\(years\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,1980-2017_(years).png) [sk. 16.02.2020.]
- Veselīgie dzīves gadi. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics [sk. 16.02.2020.]

- Eurostat database. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [sk. 16.02.2020.]
- Ageing Europe. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/> [sk. 27.02.2020.]
- Iedzīvotāju skaits līdz darbaspējas, darbaspējas un virs darbaspējas vecuma grupās statistiskajos reģionos, republikas pilsētās, 21 attīstības centrā un novados gada sākumā.
https://data1.csb.gov.lv/pxweb/lv/iedz/iedz_iedzrakst/IRG010.px/table/tableViewLayout1/ [sk. 27.02.2020.]

KOPSAVILKUMS

Sabiedrības novecošanās ir viena no sabiedrības veselības aktualitātēm mūsdienās. PVO veselīgu novecošanos definējusi kā procesu, kurā tiek attīstītas un uzturētas indivīda funkcionālās spējas dzīves kvalitātes un labklājības nodrošināšanai vecumdienās. Efektīvi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi senioru mērķgrupā ir būtisks priekšnoteikums veselīgi nodzīvoto dzīves gadu palielināšanā un dzīves kvalitātes uzlabošanā. Lai izstrādātu pamatotus veselības veicināšanas pasākumus un izvērtētu to efektivitāti laika gaitā, ir nepieciešams iegūt un analizēt reprezentatīvu ar veselību un novecošanu saistītu informāciju specifiskajā senioru mērķgrupā.

Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījums tika īstenots ar mērķi iegūt uz pierādījumiem balstītu informāciju par veselību ietekmējošiem paradumiem un funkcionālām spējām reprezentatīvā populācijā Latvijas iedzīvotājiem vecumā no 65 gadu vecuma.

Šo pētījumu 2019. gadā ESF projekta “Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” (ID Nr 9.2.4.1/16/I/001) ietvaros īstenoja pētījumu centra SKDS speciālisti, izmantojot Rīgas Stradiņa universitātes 2017. gadā izstrādāto teorētisko pamatojumu, metodoloģiju un instrumentāriju. Pētījuma izlasē tika iekļauti Latvijas pastāvīgie iedzīvotāji vecumā no 65 gadiem un izlase veidota proporcionāli ģenerālajam kopumam (Latvijas iedzīvotājiem vecumā no 65 gadiem), pamatojoties uz statistikas datiem par Latvijas iedzīvotāju skaitu un sadalījumu. Pētījums notika visos Latvijas reģionos (Rīga, astoņas LR pilsētas, 67 novadu pilsētas un lauku teritorijas). Aptaujas izlase tika veidota kā stratificētā nejaušā izlase (stratificēta pēc reģiona un urbanizācijas līmeņa) ar kvotu izlases elementiem. Aptauju veica ar datorizētām (CAPI) tiešajām (*face-to-face*) intervijām respondentu dzīves vietā, aptaujas anketas tika sagatavotas latviski un tulkotas krieviski, un intervijas notika valodā, kādā respondentiem bija ērtāk komunicēt. Datu apstrāde notika saskaņā ar Rīgas Stradiņa universitātes izstrādāto pētījuma metodoloģiju.

Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījumā piedalījās 2568 respondenti, no tiem 33,4% vīrieši (n=876) un 66,6% sievietes (n=1692). Statistiski nozīmīgi lielāks sieviešu īpatsvars bija visās vecuma grupās.

Vairāk nekā puse respondentu (52,9%) norādīja, ka viņu veselības stāvoklis ir viduvējs, bet 29,4% senioru savu veselību novērtēja kā sliktu vai ļoti sliktu. Būtiski palielinās sliktā un ļoti sliktā veselības pašvērtējuma īpatsvars senioriem vecuma grupās virs 75 gadiem. Ilgstoša slimība vai ilgstoša veselības problēma ir 76,1% respondentu. Visās vecuma grupās bija augstāks sieviešu īpatsvars, kurām ir kāda ilgstoša slimība vai veselības problēma. Tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp veselības pašvērtējumu un ilgstošas saslimšanas vai ilgstošas veselības problēmas esamību – respondenti, kuri savu veselību novērtēja kā sliktu vai ļoti sliktu biežāk norādīja uz ilgstošas saslimšanas vai ilgstošas veselības problēmas esamību. Lielākā daļa respondentu (74,2%) atzīst, ka pēdējo 6 mēnešu laikā veselības problēmas viņiem ir ierobežojušas veikt ierastās ikdienas aktivitātes. Līdz ar vecumu būtiski pieaug senioru īpatsvars, kuriem veselības problēmas pēdējā pusgada laikā ir radījušas ierobežojumus ierastajās aktivitātēs.

Kopumā 57,7% respondentu norāda uz sliktu zobu stāvokli, atzīmējot, ka viņiem trūkst sešu un vairāk zobu. Vecākajā vecumgrupā vairāk nekā pusei 54,4% vīriešu un 46,7% sieviešu nav savu zobu. Kopumā senioriem ir veselības prasībām neatbilstoši mutes un zobu kopšanas paradumi - tikai 37,7% senioru, kuriem ir vismaz kāds pastāvīgais zobs, zobus tīra biežāk nekā reizi dienā, 24,2% vīriešu un 44,6% sieviešu.

No hroniskām sāpēm cieš 46,5% senioru. Līdz ar vecumu, pieaug hronisku sāpju izplatība un sievietēm ir augstāka hronisku sāpju izplatība nekā vīriešiem. Vidējais laiks, cik sen seniorus nomoka dažādas fiziskas sāpes, bija 10 gadi un kopumā 19,1% senioru, norāda, ka no hroniskām sāpēm cieš vairāk nekā 20 gadus. Sāpju indekss ir augstāks senioriem, kuri savu dzīves kvalitāti novērtē kā sliktu vai ļoti sliktu un ir ar izteiktiem depresīviem simptomiem.

57,0% senioru nav depresīvo simptomu, 24,3% aptaujāto ir viegli izteikti depresīvie simptomi, mēreni izteikti depresijas simptomi ir 10,7% respondentu, savukārt stipri izteikti depresijas simptomi ir 8,0% respondentu. Senioru īpatsvars ar mēreni un stipri izteiktiem depresīviem simptomiem būtiski pieaug palielinoties vecumam. Statistiski nozīmīgas atšķirības depresijas simptomu rādītājos ir izglītības un ienākumu grupās, mēreni izteiktu un stipri izteiktu depresijas simptomu īpatsvars augstāks ir respondentiem ar pamatizglītību un respondentiem ar zemiem un vidējiem ienākumiem, kā arī mēreni vai stipri izteikti depresīvie simptomi vairāk ir senioriem, kuri dzīvo vieni. Tas vedina secināt, ka zems izglītības līmenis un zemāki ienākumi ir faktori, kas ietekmē depresijas simptomu attīstību.

Kopumā gandrīz puse (46,9%) senioru Latvijā savu dzīves kvalitāti novērtē kā labu vai ļoti labu, būtiski augstāks pozitīvs savas dzīves kvalitātes novērtējums ir vīriešiem un senioriem

vecumā no 65 gadiem līdz 74 gadiem. Vecākajā vecumgrupā būtiski palielinās senioru īpatsvars, kuri savu dzīves kvalitāti novērtē negatīvi.

Kopumā, 67,1% no visiem respondentiem ir neatkarīgi astoņās ikdienas aktivitātēs. Pilnīgi atkarīgi visās astoņās ikdienas aktivitātēs ir tikai 1,5% no visiem respondentiem; ierobežojumi ikdienas aktivitātēs visvairāk ir respondentiem vecākajā vecuma grupā. Lielākās grūtības senioriem sagādā iepirkšanās un ir nepieciešama palīdzība ēdiena pagatavošanā. Deviņiem no desmit (92,0%) senioriem ir kāds, kas var palīdzēt gadījumā, ja nepieciešama palīdzība un atbalsts, galvenokārt palīdz radnieki (ģimene) - 85,2%.

Lielākā daļa senioru norādīja, ka viņiem nav nekādu grūtību (40,8%) vai ir nelielas grūtības (34,6%) fiziski pārvietoties, staigāt vai kāpt pa kāpnēm, tomēr gandrīz ceturtda daļa senioru (22,3%) atzina, ka pārvietošanās viņiem sagādā lielas grūtības vai vispār nevar to izdarīt (2,3%); biežāk tās atzīmēja respondenti vecākajā vecuma grupā. Galvenais iemesls, kāpēc 6,5% senioru nekad nav izgājuši no mājas pēdējā mēneša laikā, ir būtiski kustību ierobežojumi (73,3%). Gandrīz ceturtdaļai (24,3%) senioru ir nepieciešamība lietot kādu palīglīdzekli staigāšanai. Tie, kuri izmanto kādu tehnisko palīglīdzekli visbiežāk lieto spieķi (81,9%), 15,7% izmanto vairāk kā vienu tehnisko palīglīdzekli.

Krēsla testu pilnā apjomā – 5 reizes - spēja veikt 78,3% respondentu, 15,6 % respondentu krēsla testu neveica, bet 6,2% to veica nepilnā apjomā. Vecākajā vecuma grupā seniori biežāk testu veica mazāk nekā 5 reizes vai vispār neveica. 61,3% respondentu, kuri krēsla testu veica pilnā apjomā, neiekļāvās testa laika normatīvā (R. Bohanons, 2006) atbilstoši savam vecumam.

Latvijā ir ļoti augsts senioru īpatsvars ar lieko ķermeņa masu (41,2%) un aptaukošanos (37,6%). Normāla ķermeņa masa ir tikai piektdaļai (20,5%) senioru. Augstāks īpatsvars ar lieko ķermeņa masu ir vīriešiem, bet sievietēm – ar aptaukošanos.

12,5% senioru smēķē katru dienu, no tiem 26,5% vīriešu un 5,4% sieviešu. Augstākais ikdienas smēķētāju īpatsvars ir vīriešiem vecuma grupā 65 - 69 gadi - 41,2%. Gandrīz visiem (90,1%) senioriem, kuri šobrīd smēķē ikdienā vai palaikam, smēķēšanas ilgums ir vairāk nekā 20 gadi.

Kopumā 54,3% respondentu, kuri pēdējā gada laikā lietoja alkoholu, to darīja vismaz reizi mēnesī. Vīriešu īpatsvars, kuri lieto alkoholiskos dzērienus vismaz reizi nedēļā vai vismaz reizi mēnesī visās vecuma grupās būtiski pārsniedz attiecīgo sieviešu īpatsvaru. Kopumā 14,3% senioru vismaz reizi mēnesī un biežāk ir pārmērīgi lietojuši alkoholu, galvenokārt vīrieši.

Senioriem mājās vidē kritienu riska faktoru (šķēršļu) daudzums variēja no 0 līdz 13 un visbiežāk tie bija divi (22,0%), trīs (19,2%), viens (17,0%) vai četri (12,7%) faktori. Visbiežāk sastopamais šķērslis senioriem mājās vidē bija tas, ka vannas istabā nav pieejams stingrs rokturis dušas kabīnē vai pie vannas (69,5%). 71,7% respondentu pēdējā gada laikā nav krituši. Trešdaļai (31,1%) respondentu ir izteiktas bailes un 27,6% respondentu ir diezgan lielas bailes no kritiena.

Vecuma grupā 80 un vairāk gadu bija augstāks senioru īpatsvars, kuri savu atmiņu vērtēja kā viduvēju un sliktu un senioriem ar zemāku izglītības līmeni bija arī augstāks īpatsvars atmiņas vērtējumam “slikta”. Subjektīvi savu redzi šajā brīdī kopumā 18,8% respondentu novērtēja kā sliktu; savu redzi tālumā kā sliktu novērtēja 15,1% senioru un kā sliktu redzi tuvumā – gandrīz ceturtdaļa (23,5%) respondentu. Lielākā daļa respondentu (74,0%) valkāja brilles vai kontaktlēcas. Kopumā viens no desmit respondentiem (11,6%) savu dzirdi subjektīvi novērtēja kā sliktu. Dzirdes aparāts bija tikai 4,4% respondentu un no tiem to ikdienā lieto 71,4% respondentu.

Vairākumam senioru (74,3%) bija vidējs fizisko aktivitāšu līmenis. Vecuma grupā virs 80 gadiem bija augstāks senioru īpatsvars, kuri vispār neveic fiziskās aktivitātes (19,2%) vai veic zema līmeņa fiziskās aktivitātes (6,3%).

Zems ir senioru īpatsvars (38,3%), kuri piedalījās sabiedriskos un veselību veicinošos pasākumos: organizētās grupu aktivitātēs vai apmācībasursos.

Pamatojoties uz pētījuma rezultātiem, izvirzīti secinājumi atbilstoši pētījuma metodoloģijā iekļautā veselīgas novecošanas konceptuālā modeļa komponentēm, kā arī izvirzītas rekomendācijas veselības politikai, praksei un pētniecībai, kas vērsta uz veselīgas novecošanas aspektu izpratni, iedzīvināšanu un tālāku izpēti.

SUMMARY

Ageing is one of the actual public health related issues. WHO has defined healthy aging as the process of developing and maintaining an individual's functional abilities to ensure quality of life and well-being in old age. Effective health promotion and disease prevention measures for the senior target population are an essential prerequisite for increasing number of healthy life years and improving quality of life. In order to develop actual and sound health promotion measures and evaluate their effectiveness over time, it is necessary to obtain and analyse representative health and aging-related information in a seniors target group.

The study of the health habits and functional abilities of the Latvian population over the working age was conducted with the aim of obtaining evidence-based information on the health habits and functional abilities in a representative population of the Latvian population aged 65 and over.

This study was carried out in 2019, within the framework of the ESF project “Complex Health Promotion and Disease Prevention Measures” (ID No 9.2.4.1/16/I/001), by specialists of the research centre SKDS, using the theoretical framework and methodology developed by Rīga Stradiņš University in 2017. The study sample included residents of Latvia aged 65 and over and was proportional to the general population (Latvian population aged 65 and over), based on statistical data on the population and distribution in Latvia. The study was carried out in all regions of Latvia (Riga, eight cities of the Republic of Latvia, 67 municipalities and rural territories). The survey sample was constructed as a stratified random sample (stratified by region and urbanization level) with quota sampling elements. The survey was conducted by face-to-face interviews at the respondents' place of residence, the questionnaires were prepared in Latvian and translated into Russian, and the interviews were conducted in a language that was more convenient for the respondents to communicate. Data processing was carried out according to the research methodology developed by Rīga Stradiņš University.

2568 respondents participated in the survey on the habits and functional abilities of the Latvian population over working age, of which 33.4% were men (n = 876) and 66.6% were women (n = 1692). Statistically significant proportion of women was in all age groups.

More than half of the respondents (52.9%) indicated that their health status was average, while 29.4% of seniors rated their health as bad or very poor. The proportion of poor and very poor self-rated health among seniors over 75 years of age is significantly increasing. 76.1% of

seniors had a long-term illness or a long-term health problem. There was a higher proportion of women in all age groups who had a longstanding illness or health problem. Statistically significant differences were found between self-rated health and the presence of a long-term illness or a long-term health problem - respondents who rated their health as poor or very poor more often indicated that they had a long-term illness or a long-term health problem. Most of respondents (74.2%) admitted that during the past 6 months they have been restricted by their health problems to perform their usual daily activities. With increasing age, the proportion of seniors for whom health problems over the past six months have caused restrictions on their usual activities, is growing.

Overall, 57.7% of respondents reported having six or more teeth, and in the older age group, more than half (54.4%) of men and 46.7% of women no longer have their teeth. In general, seniors have poor oral health habits - only 37.7% of seniors clean their teeth more often than once a day, 24.2% of men and 44.6% of women.

46.5% of seniors suffer from chronic pain. By increasing age, the incidence of chronic pain also increasing and women have a higher incidence of chronic pain than men. The average time span for experience of various physical pain was 10 years and in total 19.1% of seniors indicated that they have been suffering from chronic pain for more than 20 years. The pain index was higher in seniors who rated their quality of life as poor or very poor and had severe depressive symptoms.

57.0% of seniors had no depressive symptoms, 24.3% had mild depressive symptoms, moderate depressive symptoms had 10.7%, and severe depressive symptoms had 8.0%. The proportion of seniors with moderate to severe depressive symptoms increases significantly with increasing age. There were statistically significant differences in depression symptoms scores between education and income groups, with a higher prevalence of moderate to severe depressive symptoms among respondents with primary education and low and middle income, and a higher prevalence of moderate to severe depressive symptoms among older adults living alone.

Overall, almost half (46.9%) of seniors in Latvia rate their quality of life as good or very good, significantly higher positive rating of their quality of life was among men and seniors aged 65 to 74 years. The proportion of seniors who negatively evaluate their quality of life is significantly increasing in the oldest age group.

Overall, 67.1% of all respondents were independent in eight of their daily activities. Only 1.5% of all respondents were completely dependent on all eight daily activities; respondents

in the oldest age group had more restrictions in daily activities. The most difficult for seniors are shopping and food preparation. Nine out of ten seniors (92.0%) said they had someone who could help if they needed help and support and relatives (family) help the most - 85.2%.

Most of seniors reported having no difficulty (40.8%) or slight difficulty (34.6%) in moving around, walking or climbing stairs, yet nearly a quarter of seniors (22.3%) admitted that they have great difficulty in mobility or are unable to move around (2.3%); respondents in the oldest age group more often noted that. The main reason why 6.5% of seniors never left home during the past month was due to significant movement restrictions (73.3%). 24.3% of seniors indicated the need to use some walking aids and the most commonly used aid is the walking stick (81.9%). 15.7% users of technical aids, used more than one technical aid.

78.3% of the respondents were able to perform the full test of the chair – stand up and sit down 5 times, while 15.6% of the respondents did not performed the chair test, but 6.2% did test not in full range. In the older age group, seniors were more likely to perform the test less than 5 times or not to perform the test at all. 61.3% of respondents who did a full chair test did not fit in the time norms for the test (R. Bohanon, 2006) according to their age.

Latvian seniors have a very high proportion of those who are overweight (41.2%) and obese (37.6%). Normal body weight was only among 20.5% of seniors. Higher proportion of overweight was among men but obesity among women.

12.5% of seniors report smoking every day, of which 26.5% are men and 5.4% women. The highest proportion of daily smokers is in men aged 65-69 - 41.2%. Almost all seniors (90.1%) who smoke today, whether daily or occasionally, have a smoking history of more than 20 years.

Alcohol consumption is also a major problem for Latvian seniors. In total, 54.3% of respondents who used alcohol in the last year did so at least once a month. The proportion of men who drink alcohol at least once a week or at least once a month in all age groups is significantly higher than that of women. Overall, 14.3% of seniors reported alcohol abuse at least once a month and more often, mostly men.

In the home environment, the number of risk factors (barriers) for falls ranged from 0 to 13, with the most common presence two (22.0%), three (19.2%), one (17.0%) or four (12.7%) factors. The most common barrier for seniors in the home environment was the lack of a firm handle in the bathroom or in the shower (69.5%). 71.7% of respondents have not fallen during the

past year but one third (31.1%) of the respondents are very afraid and 27.6% are quite afraid of falling.

In the age group 80 years and older, there was a higher proportion of seniors who rated their memory as medium and poor, among seniors with a lower level of education was higher proportion of those who rated memory as poor. Overall, 18.8% of respondents at this point self-rated their eyesight as poor; 15.1% of the respondents rated their long-distance vision and 23.5% of the respondents rated their short-distance vision as poor. 74.0% of respondents wore glasses or contact lenses. 11.6% of respondents subjectively rated their hearing as poor. Only 4.4% of the respondents had a hearing aid and 71.4% of them used it daily.

Most seniors (74.3%) had moderate levels of physical activity. In the age group of 80 years and older there was a higher proportion of seniors who did not exercise at all (19.2%) or had low level physical activity (6.3%). Only 38.3% of the respondents took part in organized group activities or training courses (social and health promotion events).

Based on the study results, conclusions are drawn according to the components of the conceptual model of healthy aging, included in the research methodology, as well as recommendations for health policy, practice and research enabling understanding, invigorating and further exploring aspects of healthy aging.

PIEZĪMES

Papildus ziņojumam tiek pievienoti:

- SPSS iztīrīts datu fails;
- Tabulu grāmata;
- Respondentu piekrišanas formas;
- PPT prezentācija par pētījumu un galvenajiem rezultātiem.