

Senų žmonių funkcionavimo, senatvės ir senėjimo tyrimų gairės: biopsichosocialinio modelio prieiga¹

Albinas BAGDONAS,
Antanas KAIRYS,
Olga ZAMALIJEVA

*Vilniaus universitetas,
Specialiosios psichologijos laboratorija
Vilnius 01513, Universiteto g. 9*

Santrauka. Straipsnyje analizuojamos Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Tarptautinės funkcionavimo klasifikacijos (TFK) biopsichosocialinės prieigos taikymo senatvės ir senų žmonių gyvenimo problemoms tirti galimybės. Glaustai pristatoma Lietuvos gyventojų senėjimo statistika ir pateikiama žmogaus gyvenimo kelio, taip pat ir senatvės etapo, periodizacija. Pabrėžiama būtinybė susitarti dėl tokios periodizacijos standartizavimo – sutarimo laikytis vienodo žmogaus gyvenimo kelio skirstymo į amžiaus tarpsnius. Pristatomas TFK ir tam tikrų jos komponentų (funkcijų, struktūrų, veiklų, dalyvumo ir aplinkybių) panaudojimas, atliekant seno žmogaus socialinius, psichologinius ar sveikatos tyrimus. Į sėkmingą („sveiką“) ar nesėkmingą senėjimą žvelgiama iš funkcionavimo rezervo, sukaupto ankstesniais amžiaus tarpsniais, pozicijų. Pateikiamas modifikuotas TFK modelis, į kurį įtrauktas funkcionavimo integralinių aspektų blokas (pvz., objektyvi ir subjektyvi gyvenimo kokybė, psichologinė gerovė). Glaustai pristatomi keli senų žmonių psichologinės gerovės tyrimai Lietuvoje. Straipsnio esminės idėjos sutampa su neseniai Pasaulio sveikatos organizacijos paskelbtais senatvės, kaip socialinio reiškinių, vertinimais.

Pagrindiniai žodžiai: senatvė, senėjimas, biopsichosocialinis modelis, funkcionavimo rezervas, psichologinė gerovė.

Per pastaruosius du dešimtmečius labai suintensyvėjo senatvės tyrimai visais lygmenimis: kūniškuoju, psichologiniu ir socialiniu ekonominiu. Tai rodo gausybė senatvės problematikai skirtų žurnalų, knygų, dėstomų dalykų. Netgi Lietuva – neturtinga šalis randa lėšų senatvės tyrimams finansuoti – Lietuvos mokslų tarybos (LMT) parengta Nacionalinė programa *Sveikas senėjimas*. Finansišškai remiami senatvės tyrimams skirti projektai ir pagal kitas nacionalines ar žinybų programas. Lietuva tolydžio įsitraukia į Europos periodinių senėjimo ir išėjimo pensijon tyrimų programą SHARE (*Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe*). Plėtojantis senatvės tyrimams, kuriant tokių tyrimų priemonės ar pateikiant viešam diskursui jų rezultatus, būtina susitarti dėl tam skirtų terminų vartojimo, tyrimo planavimo, leidžiančių palyginti gautus rezultatus su jau atliktais ar kitose šalyse vykdomais tyrimais. Tiek biomedicinoje, tiek psichologijoje

¹ Finansuotas Lietuvos mokslo tarybos projektas *Vyresnio amžiaus asmenų gerovė: biopsichosocialiniai veiksniai* (sutartis Nr. MIP-010/2015).

ir kituose socialiniuose moksluose į tyrimų lauką sparčiai skverbiasi biopsichosocialinė prieiga: biomedicinos sričių tyrėjams nebeapakanka anatominių, fiziologinių ar biocheminių senatvės ir su senėjimu susijusių ligų rodiklių, psichologams, sociologams, socialiniams darbuotojams ar net socialinės politikos sričių tyrėjams, kuriantiems senstančio žmogaus psichinio ar socialinio funkcionavimo prognostinius modelius, prireikia ir kūniškojo lygmens indikatorių. PSO vos ne prieš 20 metų pasiūlė biopsichosocialinę prieigą asmens funkcionavimui įvertinti. Ši prieiga, arba biopsichosocialinis modelis, pirmiausiai buvo skirtas negalios reiškiniams klasifikuoti ir konkretaus asmens funkcionavimui trimis pagrindiniais lygmenimis (kūno funkcijų, veiklos ir dalyvumo) įvertinti. Senų žmonių ir senėjimo tyrimai tampa vis kompleksiškesni, tokių tyrimų projektų vykdymo vis dažniau imasi įvairių disciplinų tyrėjų komandos.

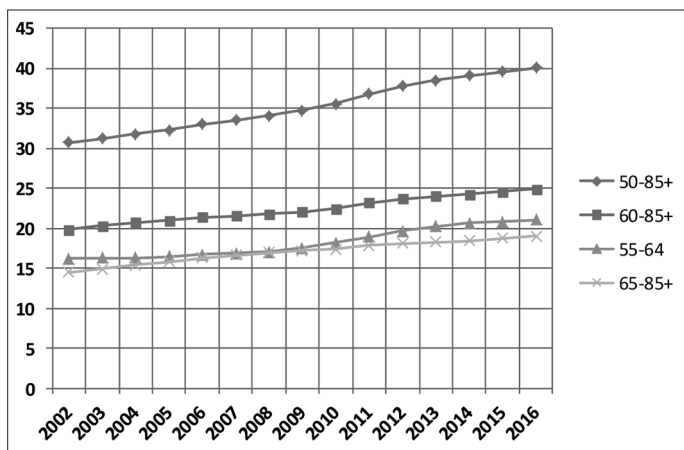
Šio teorinio analitinio pobūdžio straipsnio tikslas – atkreipti Lietuvos senatvės tyrėjų ir tyrimų duomenų naudotojų dėmesį į keturis svarbius aspektus:

- 1) senatvės terminiją (žmogaus raidos periodizavimo kontekste);
- 2) galimybę pritaikyti ir taikyti PSO parengtą žmogaus biopsichosocialinio funkcionavimo modelio prieigą senatvės problematikai tirti (ši prieiga suponuoja tyrimų metodologijos standartus ir kompleksškumą);
- 3) PSO biopsichosocialinio funkcionavimo modelį papildyti integralinių rodiklių bloku, atkreipiant dėmesį į žmogaus funkcionavimo rezervo plėtrą ankstyvesniaisiais gyvenimo tarpsniais;
- 4) glaustai apžvelgti senų žmonių psichologinės gerovės (vieno iš integralių rodiklių) tyrimus Lietuvoje.

1. Senatvės tyrimų svarba ir senėjimo statistika

Senatvė – paskutinysis stambus ir neapibrėžtos trukmės žmogaus individualios raidos tarpsnis. Nors šio tarpsnio tiek pradžia, tiek pabaiga yra individuali, manoma, kad žmogaus amžius – biologinio, psichologinio ir socialinio funkcionavimo integralas atitinka normalųjį skirstinį ir apie 65-uosius gyvenimo metus maždaug 70 proc. žmonių pasiekia lygį, kurį Pasaulio sveikatos organizacija (WHO, 2002) ir įvardija senatvės pradžia. Apie 15 proc. žmonių tokį funkcionavimo lygį pasiekė dar iki savo 65-ųjų gyvenimo metų, kiti 15 proc. žmonių pasieks jį po 65-ųjų gyvenimo metų. Šis skaičius (65) paimtas vadovaujantis žmonijos patirtimi, sveiku protu ir ekonominiais kriterijais (kiek valstybės gali išlaikyti pensininkų). Taigi nėra aiškių senatvės kriterijų, išvedamų iš žmogaus biologinio, psichologinio ir socialinio funkcionavimo krevių kismo senstant. Senatvės, kaip ir kitų amžiaus tarpsnių, ribos nulemtos ne tik raidos kokybinių pokyčių, bet yra ir susitarimo reikalas ir dėl to jos hipotetinės, nors ir objektyviais rodikliais žymimos ribos, nukrypsta tai į vieną, tai į kitą pusę.

Senatvės ir senų žmonių tyrimai yra svarbūs dėl visuomenės senėjimo sukeliamų socialinių ir ekonominių iššūkių. Tai ypač svarbu ir Lietuvai, kurios visuomenės senėjimas itin spartus: didėja tiek pagyvenusių (priešpensinio amžiaus) ir tiek senų (65 m. ir daugiau) žmonių skaičius (1 lentelė, kuri sudaryta remiantis OSP – Oficialiosios statistikos portalo duomenimis apie gyventojų skaičių nurodytų metų pradžioje; OSP, 2016). Iš lentelės matome, kad per 14 metų visų vyresnių nei 50 m. amžiaus grupių žmonių skaičius padidėjo nuo 5 iki 10 proc. (skaičiuojant nuo visų gyventojų) ir, regis, tokio kismo tendencijos išlieka. Senatvės problematika nėra izoliuota



1 pav. Keturių amžiaus grupių asmenų skaičiaus dinamika 2002–2016 metais (nurodomas amžiaus tarpsnio gyventojų skaičius procentais nuo visų gyventojų metų pradžioje)

nuo viso socialinio konteksto. Sudėtingėjant naujausioms technologijoms, artinantis dar vienai technologinei – sintezuoto intelekto, arba transhumanistinei, revoliucijai, daug mažesnių intelektinių gebėjimų žmonių taip pat atsidurs darbo rinkos užribyje. Kai kurios išsivysčiusios šalys tam jau rengiasi ir rengia bazinių pajamų projektus. Vadinasi, iš darbo rinkos vis stipriau bus išstumiami ir vyresnio amžiaus asmenys bei pensininkai. Nedideliu skaičiumi dirbančiųjų teks uždirbti pajamas, kurios padengtų vaikų, senų, neįgalų ir didesnio riboto darbingumo žmonių išlaikymo išlaidas.

1 lentelė. Demografinis senatvės koeficientas – senų (65 m. ir vyresnio amžiaus) žmonių skaičius, tenkantis šimtui vaikų iki 15 m. amžiaus, pagal apskritis 2010–2016 metais

Apskritis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ*	
								Sk.	Proc.
Vilniaus apskritis	108	106	106	105	106	106	106	-2	-1,85
Klaipėdos apskritis	108	111	113	114	116	118	119	11	10,19
Lietuvos Respublika	116	120	122	124	126	129	129	13	11,21
Kauno apskritis	118	123	126	128	131	134	134	16	13,55
Marijampolės apskritis	110	117	119	122	125	128	130	20	18,18
Panevėžio apskritis	133	140	145	149	153	157	160	27	20,30
Tauragės apskritis	111	122	125	127	130	134	135	24	21,62
Šiaulių apskritis	117	125	130	134	137	141	144	27	23,10
Telšių apskritis	97	105	107	110	113	117	120	23	23,71
Utenos apskritis	156	167	171	177	182	188	193	37	23,72
Alytaus apskritis	132	144	149	153	159	165	169	37	28,00

*Pokytis (2016 ir 2010 m. demografinio senatvės koeficientų skirtumas)

1 lentelėje pateikiama demografinio senatvės koeficiento (senų žmonių skaičiaus, tenkančio 100 vaikų iki 15 m. amžiaus) dinamika 2010–2016 metais (apskaičiuota remiantis OSP 2016 m. duomenimis). Vienintelėje Vilniaus apskrityje jo pokytis per 6 metus buvo neigiamas (100 vaikų teko 106 65 m. ir vyresni asmenys). Kitose apskrityse demografinis senatvės koeficientas per tą laiką padidėjo nuo 10 iki 28 proc. (1 lentelė). Vykdamas senų žmonių tyrimus, planuojant jiems paramą svarbi dar viena demografinė charakteristika – vyrų ir moterų skaičiaus santykis. Dėl ilgesnės tikėtinos gyvenimo trukmės pensinio amžiaus moterų turime dvigubai daugiau negu vyrų (2 lentelė; OPS, 2016).

2 lentelė. *Visų ir trijų amžiaus tarpnių Lietuvos gyventojų vyrų ir moterų santykis 2016 m. pradžioje*

Amžiaus tarpnis	Vyrai	Moterys	1000 vyrų tenka moterų
Visi amžiaus tarpniai	1 329 607	1 558 951	1172
0–15 metų	232 438	221 066	951
Darbingo amžiaus	887 165	903 179	1018
Pensinio amžiaus	210 004	434 706	2070

2. Senatvė: ją įvardijančios sąvokos ir amžiaus tarpniai

Ne tik lietuvių, bet ir kitų kalbų plėtros eigoje susiformavo gausybė sąvokų, įvardijančių žmones skirtingais amžiaus tarpniais. Ne išimtis yra paskutinysis – gyvenimo baigos tarpnis – senatvė. Šio tarpsnio žmonėms įvardyti prikurta aibė žodžių, metaforų, eufemizmų ir tropų: *senas žmogus, pagyvenęs žmogus, senstantis žmogus, senolis, vyresnio amžiaus žmogus, pensinio amžiaus žmogus, senjoras, pensininkas, žilos senatvės sulaukęs žmogus, senystė, žilas plaukas, seno amžiaus žmogus, trečiojo amžiaus žmogus* ir pan. Mokslinėje literatūroje, skirtoje senų žmonių fiziniam, psichologiniam ar socioekonominiam funkcionavimui analizuoti, taip pat matomas senatvės srities sąvokų neapibrėžtumas: 1) pirmenybė teikiama tai vienai, tai kitai sąvokai; 2) dažnai nenurodoma senatvės amžiaus riba arba smulkesnių senatvės amžiaus tarpnių ribos – juk senatvė nėra tolydus reiškiny; 3) jei amžiaus ribos ir nurodomos arba senatvės tarpnis skirstomas dar smulkiau, dažniausiai tai būna autoriaus pasirinkimas. Viena iš tokios painiavos priežasčių – mėginimas surasti neutraliausią, mažiausiai diskriminuojančią ir stigmatizuojančią sąvoką. Kitaip tariant, tiek daugybė kitų žmogaus funkcionavimo sričių, tiek senatvės arba seno žmogaus funkcionavimo sampratos yra ne tik objektyvios tikrovės elementai, bet ir socialiniai konstruktai, kuriuose daug individualaus subjektyvumo, sociokultūrinio savumo ir tuo grįsto neapibrėžtumo. Tai puikiai išanalizuota ir parodyta G. Rapolienės (2007, 2012) darbuose.

PSO (WHO, 2002) skelbia, kad išsivysčiusių šalių senatvės pradžios riba yra 65 metai. Besivystančioms šalims, kuriose numatoma vidutinė gyvenimo trukmė yra mažesnė, senatvės riba sumažinama iki 60 metų. Kitaip tariant, žmogaus gyvenimo trukmės rodiklis, kartu ir senatvės amžius kaip rūšies – kaip visos žmonijos universalija, kurios tikrasis rodmuo dar nėra iki galo aiškus, tampa susitarimo reikalu. Mums regis, kad žmogaus kaip rūšies amžiaus periodizacija turėtų būti grįsta kokybiniais pokyčiais, pereinant iš vieno tarpsnio į kitą tarpinį. Tie tarpniai turėtų įgyti nuolatinius pavadinimus, kad, planuojant tyrimus, pateikiant jų rezultatus ar rašant

tekstus būtų laikomasi tam tikro terminijos standarto. Tokių mėginimų yra ir lietuviškoje raidos psichologijos literatūroje (Vaičiulienė ir Navickas, 2011; Garbačiauskiene, 2015). Remdamiesi žmogaus fizinės ir psichosocialinės raidos kokybiniais šuoliais (apvaisinimo, vaisiaus susiformavimo, gimimo, smegenų svorio padvigubėjimo, savarankaus vaikščiojimo, lytinės brandos, moterų menopauzės, senatvės ligų – tarp jų ir smegenų degeneracinių ligų suintensyvėjimu ir pan.) siūlome tokią žmogaus amžiaus tarpsnių seką, kuri pateikiama 3 lentelėje. Neabejojame, kad ji gali būti koreguojama, reikia platesnės biomedicinos ir socialinių mokslų specialistų diskusijos ir sutarimo. Ją pateikdami mes tik deklaruojame tokio (bent laikino) standarto reikalingumą, kad viešame diskurse bendrautume tikslesnėmis sąvokomis, kad būtų galima lyginti tyrimų rezultatus. Kai amžiaus tarpsniai neturi nustatytų ar griežtai sutartų chronologinių ribų, tyrimų duomenų lyginimas apsunkinamas arba beveik neįmanomas.

Šiame straipsnyje kalbame apie paskutinį stambų žmogaus gyvenimo tarpsnį – senatvę, kuri nevykusiai kartais įvardijama trečiuoju amžiumi. Skaičiuojant tik nuo gimimo tai būtų jau 4-asis, kokybiškai savitas, amžiaus tarpsnis (po vaikystės, jaunystės ir brandos). Todėl vėlyvosios brandos ir senų žmonių amžiaus tarpsnį reikėtų vadinti bent jau *ketvirtuoju amžiumi*, o ne *trečiuoju*

3 lentelė. *Žmogaus gyvenimo periodizacija (stambieji ir smulkesnieji amžiaus tarpsniai)*

Raidos periodas	Laikas
I. PRENATALINIS (ikigimdyminis) PERIODAS	1–39 SAVAITĖ
1. Zigotos	1 nėštumo savaitė
2. Gemalo	2 nėštumo savaitė
3. Embriono	3–8 nėštumo savaitės
4. Vaisiaus	9–39 nėštumo savaitės
II. PERINATALINIS (gimdyminis) PERIODAS	(1 sav. iki ir 1 sav. po gimimo)
III. POSTNATALINIS (pogimdyminis) PERIODAS	2 SAVAITĖ PO GIMIMO+
VAIKYSTĖ	2 SAVAITĖ – 16 METAI
5. Naujagimystė	2 savaitė – 1 mėnuo
6. Kūdikystė	2–12 mėnuo
7. Ankstyvoji vaikystė	2–3 metai
8. Ikimokyklinis / priešmokyklinis amžius	4–7 metai
9. Vidurinioji vaikystė	8–11 metų
10. Vėlyvoji vaikystė (ankstyvoji paauglystė)	12–16 metų
JAUNYSTĖ	16–30 METŲ
11. Ankstyvoji jaunystė (vėlyvoji paauglystė)	16–18 metų
12. Vidurinioji jaunystė	19–22 metai
13. Vėlyvoji jaunystė	23–30 metų
BRANDA	31–65 METAI
14. Ankstyvoji branda	31–40 metų
15. Vidurinioji branda	41–50 metų
16. Vėlyvoji branda	51–60 metų
17. Priešpensinė branda	61–65 metai
SENATVĖ	65+ metų
18. Ankstyvoji senatvė	66–74 metai
19. Vidurinioji senatvė	75–84 metai
20. Vėlyvoji senatvė	85–100 metų
21. Ilgaamžystė	101+ metų

amžiumi, kaip dabar praktikuojama. Jei ikigimdyminę raidą įtrauktume į žmogaus raidų kontinuumą kaip savarankišką ir specifinį etapą, išeitų, kad senatvė yra *penktasis amžius*. Tiesa, senatvės problematikai skirtoje literatūroje ketvirtuoju amžiumi mėginama įvardyti 80 m. ir vyresnius asmenis – asmenis, kurių funkcionavimas yra ženkliai sutrikęs (Grenier A and Phillipson Ch., 2014). Nors sveikatos menkėjimo ryšys su amžiumi yra akivaizdus, vargu ar teisinga sergamumo kriterijų naudoti amžiaus tarpsnių diferenciacijai.

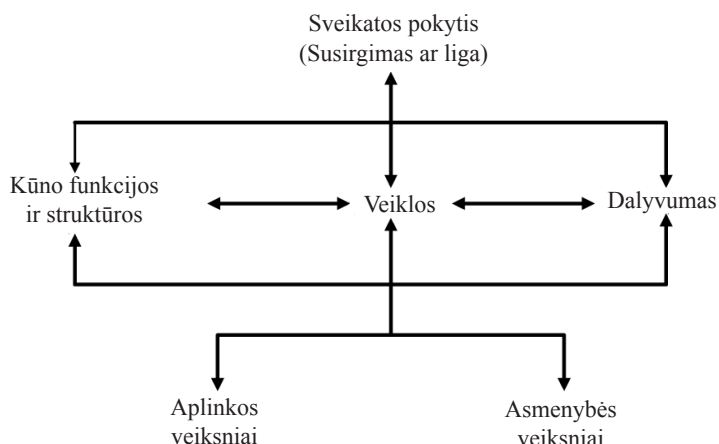
Neapibrėžtumo sumažinimo tikslais siūlome vartoti pagrindines sąvokas pagal pagrindinius amžiaus tarpsnius: vaikystė – *vaikas*, jaunystė – *jaunas žmogus* (jaunuolis, jaunuolė), branda – *brandos amžiaus žmogus*, senatvė – *senas žmogus*. Reikalui esant gali būti nurodomi ir smulkesni, specifiskai svarbūs arba metaforiški tarpsnių pavadinimai (pvz., *priešpensinio* ir *pensinio amžiaus žmogus*, *pensininkas*, *ilgaamžis*, *senolis*, *senjoras*). Nurodomos 3 lentelėje amžiaus ribos yra tik formalios – chronologinio laiko atkarpos. Mes neturime integralinių žmogaus fizinio, psichinio ir socialinio funkcionavimo standartizuotų normų ir akivaizdu, kad konkretaus asmens biologinio (ne chronologinio) amžiaus rodikliai gali gerokai skirtis nuo hipotetinių vidutinių tendencijų tiek į vieną, tiek į kitą skirstinių pusę. Kaip tas puses vertinsime (pvz., „blogoji“ ir „geroji“), priklausys nuo to, kokio chronologinio amžiaus skirstinio dalį analizuojame. Augimo ir brendimo laikotarpiu teigiamai vertintinas ankstyvesnis ir aukštesnių funkcionavimo standartų pasiekimas, involiuciniu laikotarpiu – senstant teigiamiau vertintinas kuo ilgesnis išlikimas pasiekto funkcionavimo maksimumo lygmeniu ir kuo lėtesnis funkcijų silpnėjimas.

3. TFK: Žmogaus funkcionavimo biopsichosocialinis modelis

Pasaulio sveikatos organizacijos Asamblėja 2001 metų gegužę patvirtino TFK: *Tarptautinę funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikaciją (2004)*, kuri angliškai pavadinta ICF: *International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001). Trumpesnis jos pavadinimas yra *Tarptautinė funkcionavimo klasifikacija (International Classification of Functioning)* ir dažniau vartojama santrumpos TFK (angliškai ICF) pavadinimu. Nors TFK viso pasaulio sveikatos priežiūros, psichologijos ir kitų specialistų kurta sveikatos sutrikimų padariniams klasifikuoti ir įvertinti, ji tinka apskritai kiekvieno asmens funkcionavimo problemoms nustatyti, aprašyti ir suprasti. Po trejų metų TFK (TFK, 2004) buvo išversta į lietuvių kalbą ir mėginta diegti NDNT nustatant darbingumą ir neįgalumą, studijų procese taikyta mokant įvairių specialybių studentus naujos neįgalumo sampratos.

TFK sistemoje yra per 3000 kategorijų, aprėpiančių žmogaus kūno funkcijas ir struktūras, veiklas ir dalyvumą, bei aplinkybes (aplinkos veiksnius ir asmenybę). Visi pagrindiniai TFK komponentai pateikiami 2 paveiksle.

Yra šimtai tūkstančių žmonių tiesiogine prasme jau nesergančių arba nebesergančių konkrečia liga, bet turinčių problemų dėl būto susirgimo, traumos, apsigimimo arba senatvės. Tos problemos yra ne vien medicininės: kalbama apie ligų, traumų ir natūralaus senėjimo padarinius, pasekmes. Nesunku suvokti, kad tų padarinių įvairovė didžiulė. Tad, norint pagelbėti tokiems žmonėms socialiai, garantuoti jiems lygias galimybes, būtinas ir tokių padarinių sisteminimas bei jų raiškos laipsnio įvertinimas. Deja, ilgą laiką, o pas mus dar iki dabar, žmogaus socialinio gyvenimo efektyvumas (ir jo gyvenimo kokybė) prognozuojamas tiesmukai iš jo fiziologinių funkcijų nuokrypių (biomedicininė žmogaus funkcionavimo samprata).



2 pav. TFK pagrindinių komponentų sąveikos schema (išsamesni paaiškinimai tekste)

Pirmoji tokia sveikatos sutrikimų padarinių klasifikacijos sistema buvo pavadinta ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (1980)). Šios sistemos sukūrimas ir platinimas (daug šalių nedelsdamos mėgino ją adaptuoti) buvo pirmas reikšmingas žingsnis į labiau socialią žmogaus funkcionavimo sampratą. Nors šioje klasifikacijoje negalia, invalidumas ir apskritai žmogaus funkcionavimas dar tiesiogiai išvedami iš pataloginių būklių, tačiau jau šnekama mažiausiai apie keturis žmogaus funkcionavimo lygmenis: 1) pataloginių procesų (liga, trauma); 2) organų ir funkcijų (yda, defektas, disfunkcija); 3) asmens (negalė – veiksmų ir veiklos sutrikimai, veiklos ribotumas); 4) socialinį (neįgalumas – socialinio funkcionavimo sutrikimai, dalyvumo varžymas, negalėjimas atlikti socialinių vaidmenų – darbininko, tarnautojo, specialisto ir kt.).

1997 m. PSO parengė iš esmės naują ICIDH redakciją ir pavadino ją ICIDH-2. Su šia naująja redakcija žengtas dar vienas tvirtas žingsnis tarpdisciplininės (arba, kaip jos autoriai sako, biopsichosocialinės) žmogaus funkcionavimo sampratos link. Naujasis ICIDH-2 variantas skiriasi nuo 1980 m. ICIDH varianto ne tik skyrių ir išskirtų kategorijų skaičiumi, bet ir savo ideologija. Pirmą, naujajame variante pabrėžiamas sutrikimų, veiklų ir dalyvumo varžymo sąveikų sudėtingumas. Antra, ICIDH-2 variante atsiranda visiškai naujas didelis *Aplinkybių* skyrius. Juk ne vien sveikatos problemos, o ir aplinkos veiksniai (o kartais vien tik jie) nulemia tai, kaip žmogus gyvens ir veiks, kaip bus realizuotos lygios galimybės (pvz., daugelyje šalių dalyvauti rinkimuose moterims buvo suteikta tik 20-ojo amžiaus pradžioje, o kai kur jos tos teisės neturi iki dabar). Trečia, vietoje neigiamo atspalvio sąvokų (*negalia, invalidumas*) siūloma vartoti teigiamo atspalvio sąvokas (*funkcija, veikla, dalyvumas*). Nors *Klasifikacijos* santrumpa liko ta pati (ICIDH-2), tačiau naujos redakcijos išskleistas pavadinimas yra *Tarptautinė sutrikimų, veiklų ir dalyvumo klasifikacija*. 1997 m. *Klasifikacijos* variantas išverstas į lietuvių kalbą (ICIDH-2, 1999) tiek supažindinimo su naująja koncepcija, tiek terminijos norminimo tikslais.

1999 m. balandžio 21–24 dienomis PSO organizuoto seminaro Londone metu nutarta ir neigiamo atspalvio sąvoką *impairment* (*yda, sutrikimas*) pakeisti neutraliais terminais *funkcija* ir *struktūra*. Paties naujausio – 1999 metų pabaigoje parengto varianto pavadinimas tapo *Tarp-*

tautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija (ICF, 2001). Parengti pilnasis ir trumpintasis TFK variantai. Yra tokios TFK dalys: *Kūno funkcijų* – 8, *Kūno struktūrų* – 8, *Veiklų* (ir *Dalyvumo*) – 9 ir *Aplinkos veiksnių* – 5 skyriai. Būtent šį variantą (trumpinys ICF, lietuviškai TFK) PSO ir patvirtino naudoti.

Pagrindinė TFK paskirtis – pateikti unifikuatą ir standartizuotą kalbą sveikatos ir su ja susijusioms būklėms aprašyti. Tos dvi pagrindinės sričių grupės – *sveikatos sritys* ir *su sveikata susijusios sritys* pateikiamos iš trijų žmogaus funkcionavimo lygmenų – kūno (ir jo organų), asmens (individo) ir socialinio funkcionavimo pozicijų. Įvairios funkcionavimo sritys (arba domenai) grupuojamos pagal sveikatos būkles (pvz., ką žmogus gali daryti). Sąvoka *funkcionavimas* yra skėtinė sąvoka, aprėpianti *funkcijas, struktūras, veiklas* ir *dalyvumą*. Skėtinė sąvoka *neįgalumas* aprėpia funkcijų sutrikimus (*disfunkcijas*, t. y. kūno funkcijų ir struktūrų trūkumus), *veiklos ribotumą* ir *dalyvumo (su)varžymus*. TFK taip pat klasifikuoja aplinkos veiksnius, sąveikaujančius su minėtais funkcionavimo konstruktais. Ši klasifikacijos sistema padeda jos vartotojui sudaryti įvertinamo arba tiriamo asmens funkcionavimo profilį. Akivaizdu, kad tokia daugiamatė asmens aprašymo ir įvertinimo sistema labai tinka įvertinti ir seną žmogų – sudaryti jo ligų (patologinių procesų), funkcijų (pvz., klausos, regos, pažinimo), veiklų (pvz., fizinio ar protinio darbingumo) ir socialinio aktyvumo (pvz., atliekamų socialinių vaidmenų) profilį.

TFK iš „ligų pasekmių klasifikacijos“ (1980 metų ICDH variantas) virto „sveikatos komponentų“ klasifikacija. Sveikatos komponentai pabrėžia sveikatos sudedamąsias dalis, o pasekmės orientuoja į ligos ar kitų sveikatos būklių rezultatą. Taigi TFK yra neutrali etiologijos požiūriu ir tyrėjas gali daryti priežastines išvadas, taikydamas atitinkamus mokslinius metodus. Šis požiūris skiriasi ir nuo vadinamojo sveikatos determinančių arba rizikos veiksnių požiūrio. Sveikatos determinančių ar rizikos veiksnių tyrimui TFK pateikia aplinkos veiksnių klasifikaciją, kuri padeda nustatyti, kokiomis aplinkybėmis žmogus gyvena.

Kadangi TFK genetiškai susijusi su sveikatos ir su ja susijusiais reiškiniais, ji taip pat taikoma tokiose srityse, kaip antai draudimas, socialinė rūpyba, darbas, švietimas, ekonomika, socialinė politika, teisėtvara, aplinkosauga. Jungtinės Tautos ją priėmė kaip vieną iš socialinių klasifikacijų. Tokiu būdu TFK yra svarbus žmogaus teisių įgyvendinimo ir nacionalinių įstatymų kūrimo pagalbininkas.

Galėtinai paplitusi neteisinga nuomonė, kad TFK liečia tik neįgalius žmones. Iš tikrųjų ši TFK skirta visiems žmonėms. Ji aprėpia visus sveikatos aspektus. Šiuo požiūriu TFK universali. TFK, leisdamą aprašyti žmogaus funkcionavimą ir jo suvaržymus, yra tarsi informacijos organizavimo rėmai. Jos dėka informacija įprasminama ir tampa lengvai prieinama. Pavyzdžiui, žmogus gali būti nepriskirtas neįgalųjų kategorijai (jo neįgalumo arba darbingumo laipsnis nenustatytas), tačiau remiantis TFK sistema gali būti įvertinti specialieji jo poreikiai, galima įvertinti visiškai sveiko asmens dalyvumo varžymo laipsnį dėl kitų priežasčių (pvz., dėl diskriminacijos, o tai dažnai pasitaiko pasiekus priešpensinį ir pensinį amžių), nes TFK klasifikuoja visas žmogaus galimas veiklas ir dalyvumus.

Minėta, TFK informacija skiriama į dvi dalis: 1 dalis aprėpia *Funkcionavimą ir neįgalumą*, 2 dalis – *Aplinkybes*. Kiekviena dalis savo ruožtu turi taip pat po du komponentus.

Funkcionavimo ir neįgalumo komponentai. Pirmasis kūno lygmens komponentas yra *Kūno funkcijos* ir *Kūno struktūros*. Abi sritys skirstomos į smulkesnius skyrius pagal labiausiai priimtą kūno sistemų klasifikaciją. Kitas komponentas – *Veikla* ir *Dalyvumas* aprėpia įvairius žmogaus funkcionavimo aspektus asmens ir socialiniu lygmenimis.

Aplinkybių komponentai. *Aplinkos veiksniai* yra pirmasis parengtas *Aplinkybių* komponentas. Aplinkos veiksniai veikia visus funkcionavimo ir neįgalumo aspektus. Jie pateikiami nutolimo nuo asmens tvarka. Kitas *Aplinkybių* komponentas būtų *Asmenybės veiksniai*, tačiau jie kol kas neklasifikuojami ir čia nepateikiami (tokią klasifikaciją sunku parengti dėl didelių socio-kultūrinių ir individualių skirtumų, skirtingų psichologijos kryptių nesutarimo dėl asmenybės sampratos).

Funkcionavimo ir neįgalumo komponentai gali būti išreiškiami dviem būdais. Viena vertus, jų pagalba galima nurodyti problemas (pvz., disfunkciją, veiklos ribotumą, dalyvumo varžymus). Tokių išraiškų skėtinė sąvoka yra *neįgalumas*. Kita vertus, jais galima parodyti neprobleminius (neutralius) sveikatos ir su sveikata, taip pat ir su senėjimu susijusių būklių aspektus. Pastaruosius jungia skėtinė sąvoka *funkcionavimas*.

Funkcionavimo ir neįgalumo komponentai interpretuojami remiantis keturiais susijusiais *konstruktais*. Tikrovėje šie konstruktai operacionalizuojami *kvalifikatorių (qualifier)* pavidalu. Kūno lygmeniu tokie kvalifikatoriai padeda įvertinti funkcijų ir anatominių struktūrų pokyčius. Veiklos ir dalyvumas apibūdinami *pajėgumo (capacity)* ir *atliekies (performance)* konstruktais.

Asmens funkcionavimas suprantamas kaip sveikatos būklių (ligų, sutrikimų, pažeidimų, traumų ir kt.) ir aplinkybių sąveika. Minėta, aplinkybėms priskiriami aplinkos ir asmenybės veiksniai. TFK pateikiamas pakankamai išsamus aplinkos veiksmių sąrašas. Jie yra svarbus visos sistemos komponentas. Aplinkos veiksniai sąveikauja su visais funkcionavimo ir neįgalumo komponentais. Aplinkos veiksmių įvertinimo konstruktai yra fizinės, socialinės ir nuostatinės aplinkų *lengviniai ir kliūviniai*.

TFK klasifikuoja sveikatos ir su ja susijusias būkles. Todėl pagrindinis klasifikacijos vienetas čia yra *kategorija* (sąvoka, įvardijanti konkrečią funkciją, kūno struktūrą, veiklą ar aplinkybę). Svarbu pažymėti, kad čia klasifikacijos vienetas nėra asmuo. TFK neklasifikuoja žmonių, bet nustato žmogaus situaciją sveikatos ir su ja susijusių būklių srityse. Maža to, tas situacijos nustatymas atliekamas siejant su aplinkybėmis (aplinkos ir asmenybės veiksmių fone). Kaip klasifikacija TFK nemodeliuoja funkcionavimo proceso ir jo nuokrypių. Tačiau ją galima naudoti tam procesui aprašyti, schemiškai sujungiant konstruktus ir funkcionavimo sritis į visumą. TFK leidžia daugiatisliškai pažvelgti į pačią funkcionavimo sričių klasifikaciją kaip interaktyvų ir plėtros procesą. Ji suteikia galimybę vartotojams konstruoti modelius ir tirti įvairius proceso aspektus. Šiuo požiūriu į TFK gali būti žiūrima kaip į tyrimams svarbių kategorijų (sąvokų) sistemą: tekstai (pvz., testai, klausimynai, skalės) kuriami atsižvelgiant į vartotojų praktinius tikslus, jų kūrybiškumą ir mokslines orientacijas. Tokių mėginimų Lietuvoje jau yra (Kriščiūnas, Keizeris ir Urbonienė, 2010; Zakarevičė, Janonienė ir Aučynienė, 2014).

4. Senatvė TFK požiūriu

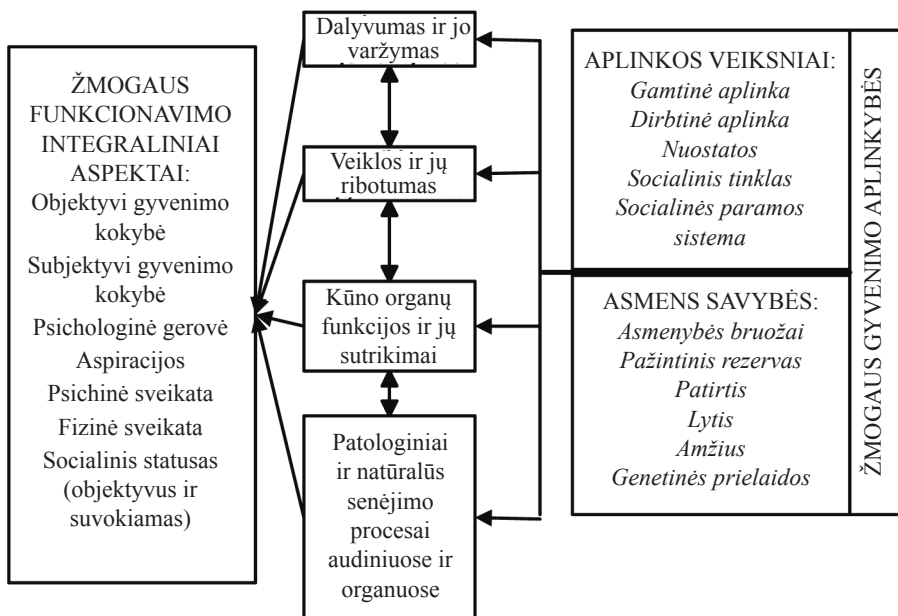
TFK grįsta dviejų priešpriešinių žmogaus funkcionavimo modelių – biomedicininio ir socialinio integracija. Tai integracijai pabrėžti ir siūloma sąvoka *biopsichosocialinė prieiga*. **Kitais tariant, TFK siekia sintezės – skirtingo požiūrio (biologinio, psichologinio ir socialinio) į žmogaus sveikatą dermės.**

Pateikiame (3 pav.) modifikuotą – senatvės problematikai adaptuotą TFK modelį. Pagrindiniai jo komponentai išlieka tie patys kaip ir originaliame PSO 2001 m. modelyje (ICF, 2001; TFK, 2004).

Minėta, kad kiekvienas komponentas, išskyrus asmenybės savybes, patologinius ir natūralaus senėjimo procesus bei žmogaus funkcionavimo integralinius aspektus, yra suklasifikuotas, t. y. suskirstytas į hierarchinius taksonominius kompleksus, kuriais galima pasinaudoti planuojant įvairaus lygmens biomedicininis, sociologinius ar psichologinius, na ir, žinoma, kompleksinius, pavyzdžiui, SHARE (2014), tyrimus. Glaustai paanalizuokime kiekvieno komponento turinį ir jo panaudojimo galimybes senatvės tyrimuose.

4.1. Patologiniai ir natūralaus senėjimo procesai audiniuose ir organuose

TFK sistemoje šis pirmasis lygmuo neklasifikuojamas. Tai žmogaus galimų ligų ir su senatve susijusių natūralių pokyčių lygmuo. Patologinius procesus arba ligas klasifikuoja vadinamoji Tarptautinė ligų klasifikacija (TLK). Dabartiniu metu naudojama dešimtoji šios klasifikacijos redakcija (TLK-10, 1992) su kai kuriomis modifikacijomis, o nuo 2017 m. pradėdama diegti vienuoliktoji jos redakcija (ICD-11, 2017). Kita svarbi senatvės tyrimams ligų klasifikacija – DSM-5 (2013). Senatvės aspektu ypač svarbus DSM-5 yra *Neurokognityvinių sutrikimų (Neurocognitive disorders)* skyrius, aprėpiantis tokias nuo senėjimo neatsiejamą ligas, kaip antai Alzheimer'io, frontotemporalinės skilties degeneracinę, Lewy kūnelių, galvos smegenų kraujagyslines, Parkinson'o, Huntingtono, priono ir kitas smegenų ligas. Žinoma, išvardytos ligos, nors jų raiškos senatvėje dažnis ir skaičiuojamas dešimtimis procentų, nėra baigtinis su senatve susijusių pataloginių problemų skaičius. Senstant prasideda ne tik degeneraciniai procesai, bet silpsta ir neuroplastiškumas – nervų sistemos gebėjimas keisti nervinius ryšius (naikinti nebereikalingus ir formuoti naujus, stiprinti tampančius svarbiais). Dėl to nukenčia ne tik pažintinės (atminties, dėmesio, mąstymo, kalbinės, vaizduotės), bet ir integraliosios – vykdomosios funkcijos (veikloji



3 pav. Senstančio ir seno žmogaus funkcionavimo biopsichosocialinis modelis (išsamesnis aiškinimas tekste)

atmintis, emocinės ir motyvacinės sistemų savireguliacija, informacijos apdorojimo greitis). Silpnėja periferinės nervų sistemos grandys (regos, klausos, somatosensorikos, somatomotorikos), neuroendokrininės funkcijos (Patrick Hof ir Charles Mobbs, 2009; Deborah Attix ir Kathelin Welsh-Bohmer, 2006). Lietuvoje tokius tyrimus dažniausiai vykdo biomedicinos specialistai. Čia mes konkrečių tyrimų necituosime – didesniąją jų dalį galima rasti Lietuvos periodikoje: gerontologijos, gerontologijos ir geriatrijos aktualijų bei bendresnio pobūdžio medicinos žurnaluose (*Medicina, Sveikata, Sveikatos mokslai, Acta medica Lithuanica*). O kitose šalyse leidžiamų ir tarptautinių periodinių leidinių, skirtų senatvės problematikai, yra per šimtą.

Šio lygmens tyrimai tik iš dalies prognozuoja galimus padarinius funkcijų sutrikimų, veiklų ir socialinio dalyvumo lygmenimis, nes vis daugiau ligų (iš jų ir psichikos ligų) paklūsta klinikinėms intervencijoms, o jeigu jų ir gydymu nesustabdoma, ligų neigiami padariniai bent iš dalies gali būti kompensuoti psichologine ir socialine parama. Tačiau kalbant apie pokyčių audiniuose ir organuose lygmenį kyla vienas teorinis klausimas: ***ar senėjimo procesai ir tai, ką vadiname patologiniais procesais, yra tapatūs reiškiniai, ar senėjimo procesai yra kas nors kokybiškai kitokia ir gali būti nesietini su patologija?*** Toks klausimas kyla, kai susiduriama su tokiais terminais, kaip antai *sveikas senėjimas* (taip pavadinta viena LMT nacionalinė tyrimų programa), arba *normalus senėjimas* (dažnas žodžių derinys daugelyje senatvei skirtų straipsnių, pvz., C. V. Mobs ir P. R. Hof, 2009). Vis dažniau vartojama ir *sėkmingo senėjimo* sąvoka, ieškoma sėkmingo senėjimo požymių (Pruchno et al, 2010). Sveiko ir ligoto, sėkmingo ir nesėkmingo bei normalaus ir nenormalaus senėjimo priešpriešos skatina kito lygmens – priežastinių priešpriešų atsiradimą: paveldėjimas ar aplinka, periferiniai ar centriniai pokyčiai nulemia senėjimą. Šio straipsnio paskirtis ne šių dilemų sprendimas. Norime tik pabrėžti, kad netgi žemiausias žmogaus funkcionavimo lygmuo – procesai ląstelėse, audiniuose ir organuose nėra izoliuoti nuo kitų funkcionavimo lygmenų – funkcijų, veiklų, dalyvumo ir aplinkybių. Organo funkcijų perteklinis ar nepakankamas naudojimas, veiklos ribojimas, dalyvumo varžymas (pvz., kultūriškai determinuojamo dėl amžiaus) arba tinkamų aplinkybių stoka (pvz., menka asmenybės motyvacija, lėšų trūkumas tinkamiems vaistams) skatina patologinių procesų plėtotę. Tačiau galima ją ir lėtinti, ypač prevenciškai. Vadinasi, ir minėtų dilemų sprendimas gali būti pasiektas tik kompleksiniais senatvės ir senėjimo tyrimais, kurie ir padėtų nustatyti vieną iš trijų galimų tiesų: 1) senatvė yra natūrali, genetiškai determinuota žmonių rūšies universalija (savybė, būdinga visoms žmonių rasėms ir kultūroms); 2) senatvė yra genetiškai determinuotų natūralių senėjimo procesų, patologinių būklių ir gyvenimo aplinkybių sąveikos rezultatas; 3) senatvė yra patologinių būklių ir jų padarinių kaupimo rezultatas.

4.2. Kūno struktūros ir funkcijos, jų senėjimas ir sutrikimai

Tai dvi pirmosios klasifikuojamos ir iš dalies dubliuojančios viena kitą funkcionavimo dalys, taip pat tai – funkcionavimo lygmuo, iš kurio pirminių požymių (simptomų) identifikuojami patologiniai procesai. Iš tų požymių ir patologinių procesų objektyvaus ištyrimo diagnozuojama konkreti liga bei funkcijų ar kūno struktūrų sutrikimo laipsnis. Abi dalys turi po 8 vienas kitą atitinkančius skyrius (f. – funkcijos; s. – struktūros): 1) psichikos f. / nervų sistemos s.; 2) jutimo ir skausmo f. / jutimo organų s.; 3) balso ir šnekos f. / s.; 4) širdies ir kraujagyslių, kraujo, imuninės ir kvėpavimo sistemų f. / s.; 5) virškinimo, medžiagų apykaitos ir belatakų liaukų sistemų f. / s.; 6) šlapimo lyties ir dauginimosi sistemų f. / s.; 7) griaučių neuromotorinės ir su judesiais susi-

jusios f. / s.; 8) odos ir su ja susijusios f. / s. Šių poskyrių detaliosios klasifikacijos aprėpia visus organus ir jų pagrindines bei smulkesnes funkcijas. Tokia detali klasifikacija labai naudinga planuojant tyrimus – tyrėjui nebereikia galvoti, kokias funkcijas ar struktūras reikėtų įvertinti. Funkcijas ir struktūras įvardijančių kategorijų sistema gali būti standartu, o tai padidintų skirtingų autorių tyrimų rezultatų palyginamumą (TFK, 2004).

Kitas TFK sistemos taikymo pranašumas – funkcijų vertinimo skalės. Po kodo, nurodančio funkcijos ar struktūros vietą, dedamas taškas, o po jo įrašomas įvertis. Pavyzdžiui, funkcijų sutrikimams įvertinti siūloma tokia skalė: 0 – nėra sutrikimo (nuokrypis 0–4 %); 1 – nedidelis (5–24 %); 2 – vidutinis (25–49 %); 3 – didelis (50–95 %); 4 – visiškas (96–100 %) sutrikimas; 8 – nepatikslinkta; 9 – netaikytina. Tyrėjai į šią skalę gali pervesti standartizuotus objektyvių tyrimų rezultatus arba naudoti ją ir atliekant subjektyviais vertinimais arba savistata grįstus tyrimus (pvz., vertinant kurios nors funkcijos sutrikimo laipsnį, skausmo stiprumą).

4.3. Veiklos ir dalyvumas

Svarbiausias žmogaus funkcionavimo efektyvumo rodiklis yra veiklos rezultatas, kuris nustatomas matavimu to, ką žmogus pajėgus daryti ir ką padaro. Lygindami jo veiklos rodiklius (pvz., ar geba tai atlikti, koks galutinis rezultatas, kiek sugaištama laiko) su nustatyta ar gyvenimo praktikos patikrinta vidutine tendencija, galime pasakyti, kaip sėkmingai žmogus veikia vienoje ar kitoje srityje. Jei žmogus patiria sunkumų atlikdamas veiklas, rezultatai gerokai atsilieka nuo vidutinių tendencijų, toks atsilikimas vertinamas kaip **veiklos ribotumas**. Geras to pavyzdys – neįgalumo nustatymas, grįstas darbingumo lygmeniu. Remiantis Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymu (2005) darbingumas nustatomas tik darbingo amžiaus žmonėms, o pensinio amžiaus asmenims nustatomi specialieji poreikiai, nuolatinė priežiūra arba nuolatinė slauga, teikiamos pinigine forma (*Dėl specialiųjų nuolatinės slaugos, nuolatinės priežiūros (pagalbos), lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos ir transporto išlaidų kompensacijos poreikių nustatymo kriterijų sąrašo, tvarkos aprašo ir pažymų formų patvirtinimo*, 2005). Yra kelios priežastys, kurios riboja galimybę sukurti išsamų Lietuvos senų (65+ metų amžiaus) fizinės ir psichinės sveikatos pablogėjimo (t. y. 4.1 ir 4.2 skirsniuose nagrinėtų patologinių procesų ir funkcijų bei struktūrų sutrikimo padarinių) vaizdą: a) tokio amžiaus žmonių darbingumas nebenustatomas; c) pajėgumo atlikti konkrečias veiklas įvertinimo sistemos nėra; 3) nuolatinės priežiūros ir slaugos poreikiai nustatomi grynai iš medicininių rodiklių; 4) daugelio kitų specialiųjų poreikių nustatymo statistikos taip pat nėra.

Minėta, kad veiklos ir dalyvumas TFK sistemoje klasifikuojamas identišškai: tik veiklos ribotumas nustatomas pagal skalę, o dalyvumo varžymas – iš veiklos atlikčių įprastomis ir idealiomis aplinkybėmis skirtumo. Šią dalį sudaro aštuoni skyriai: 1) Mokymasis ir žinių taikymas; 2) Bendrosios užduotys ir reikalai; 3) Bendravimas; 4) Judamumas; 5) Savipriežiūra; 6) Namų veiklos; 7) Tarpasmeniniai santykiai ir veiklos; 8) Pagrindinės gyvenimo sritys (ugdymasis, darbas, ekonominis gyvenimas); 9) Bendruomeninis, visuomeninis ir pilietinis gyvenimas. Atskirų veiklų ribotumas vertinamas panašia skale kaip ir funkcijų sutrikimas: 0 – problemos nėra (0–4 %); 1 – problema nedidelė (5–24 %); 2 – problema vidutinė (25–49 %); 3 – problema didelė (50–95 %); globali (visiška) problema (96–100 %); 8 – nepatikslinkta; 9 – netaikytina.

Dalyvumas – tai ne tik asmens gebėjimas veikti, bet ir įsitraukimas į tas veiklas ir gyvenimo situacijas, t. y. tam tikrų socialinių vaidmenų atlikimas. Viename iš pradinių TFK variantų –

ICIDH-2 (ICIDH-2, 1997) veikla ir dalyvumas (žmogaus įtrauktumas į tą veiklą) yra tas funkcionavimo lygmuo, kuriame reiškiasi ne tik ligos ir funkcijų sutrikimo padariniai (kaip paveikiamas žmogaus gyvenimas), bet ir parodo, ką daro visuomenė, kad tie padariniai būtų sušvelninti. Veiklą ir dalyvumo skyriuje TFK turi dvi skales: atlikties ir pajėgumo. **Pajėgumo** skale nustatomos asmens potencinės galimybės, tikrasis gebėjimas atlikti veiklą. Tačiau tam reikalinga standartizuota aplinka. Įvertinant asmens veiklas **atlikties** skale, žiūrima į tai, ką žmogus realiai daro savo gyvenamoje aplinkoje dabartiniu metu, kaip efektyviai joje funkcionuoja – vaikšto, maitinasi, tvarkosi namuose, mokosi, dirba ir pan. Atsižvelgiama ir į pritaikymus ar kitų asmenų pagalbą. Pavyzdys: tik ratkėde judantis Jonas gyvena bute ketvirtame aukšte. Problemiškai yra išvažiuoti su ratkėde net į laiptinę namo, kuris neturi lifto (arba per siauros jo durys). Be abejo, kad Jono *judėjimo už namų ir kitų pastatų ribų* atliktis bus įvertinta 4 balais (visiškas sunkumas). Jona ir jo ratkėdę gali nešioti kiti asmenys (pagalbininkai, draugai, giminės), tačiau jo paties dalyvavimas judamumo veikloje bus minimalus. Skirtumas tarp pajėgumo ir atlikties įverčių rodo asmens dalyvavimo varžymą, kuris išplaukia iš to, kad nepritaikyta aplinka, veikia kitų žmonių nuostatos ir pan. Tačiau kol nėra standartizuotų ir pritaikytų aplinkos matavimų, lieka tik galimybė matuoti atliktį žmogaus gyvenamoje aplinkoje.

4.4. Aplinkos veiksniai

Minėta, kad žmogaus funkcionavimo aplinkybės suskirstytos į dvi – asmenybės savybių ir aplinkos veiksmų dalis. Asmenybės savybės formuojasi gyvenimo eigoje (ypač vaikystės ir brendimo laikotarpiais), sąveikaujant genetinėms prielaidoms ir raidos aplinkai. Žmogaus funkcionavimo modeliuose asmenybės vieta yra dviprasmiška: viena vertus, ji yra tarsi ir elgesio bei psichikos integralas – funkcionavimo individualių ypatumų visetas, kita vertus, nuo asmenybės savybių priklauso ir asmens funkcionavimo visais lygmenimis raiška. Į neurotiškumą linkusio asmens gyvenimas ir pasitenkinimas juo senatvėje labai skirsis nuo emociškai stabilios asmenybės gyvenimo esant pastovioms kitoms aplinkybėms. Tačiau tyrimai rodo, kad asmenybinis veiksnys yra labai svarbus naudojant savistatos metodus, vertinant pasitenkinimą gyvenimu ar jo aspektais, subjektyvią gyvenimo kokybę, psichologinę gerovę. Asmenybiniai veiksniai gali būti kur kas stipresni už ekonominius, socialinius ar net sveikatos veiksmus (Bagdonas ir bendraaut., 2013). TFK sistemoje klasifikuojami tik aplinkos veiksniai, suskirstyti į penkis skyrius: 1) Gaminiai ir technika; 2) Gamtinė ir žmogaus sukurtoji aplinka; 3) Parama ir ryšiai; 4) Nuostatos; 5) Palslaugos, sistemos ir politikos. Aplinkos veiksniai įvertinami bipoline skale: veiksnys, teigiamai veikiantis veiklą ir dalyvumą, vadinamas **lengviniu**, neigiamai – **kliuviniu**. Įvertinant būtina atsižvelgti, ar įvardytas veiksnys yra asmens aplinkoje ir kiek jis veikia asmens funkcionavimą. Esant neigiamam veikimui, pvz., neturi *draugų* (kategorija *e320*), *asmens judamumo ir jo transportavimo patalpose ir už jų technikos stoka* (kategorija *e120*) skalėje žymima ženklu „-“ šalia atitinkamo įverčio (pvz., 4 – visiškai neturi draugų, visiškai nėra judamumo technikos – neturi ratkėdės). Draugų buvimas keičia situaciją: jei tų draugų labai daug, veiksnys vertintinas +4 balais. Kategorija *e320* įvertinama 4, prieš skaitmenį parašant ženkla „+“ . Tik ženkla „-“ (kliuvins) ir „+“ (lengvins) pažymėtos kategorijos ir jų reikšmės bus analizuojamos:

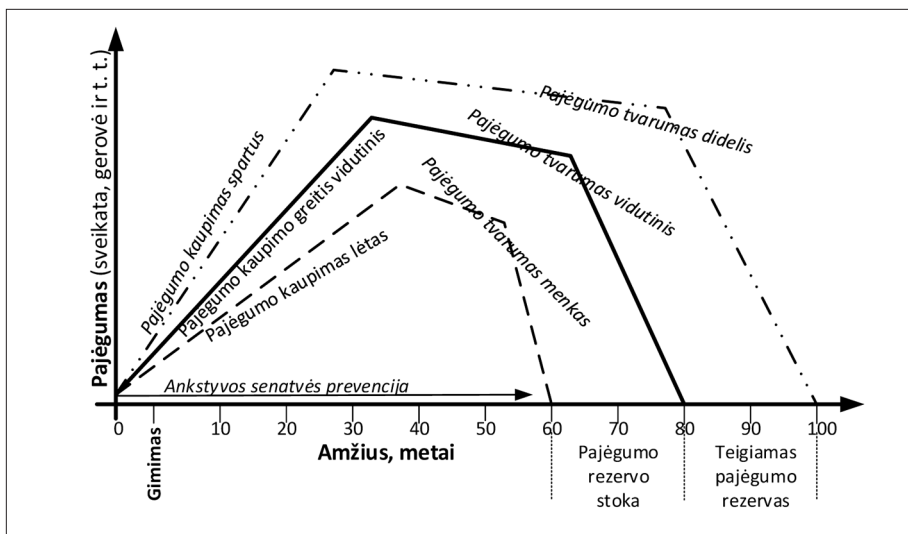
1. -4 – visiškai kliuvins, -3 – didelis kliuvins, -2 – vidutinis kliuvins, -1 – nedidelis kliuvins; 0 – nėra kliuvinio;
2. +4 – visiškai lengvins, +3 – didelis lengvins, +2 – vidutinis lengvins, +1 – nedidelis lengvins, +0 – lengvins nėra.

5. Žmogaus funkcionavimo integraliniai aspektai

Žmogaus funkcionavimo integralinis aspektas – sąvoka, kuri aprėpia žmogaus (mūsų atveju seno žmogaus) viso gyvenimo ar svarbiausių jo sričių objektyvius ir / arba subjektyvius rodiklius. Dažniausiai pasirenkami integraliniai funkcionavimo aspektai yra sveikata ir gerovė (Larkin, 2013). Abu šie konstruktai gali būti skaidomi į smulkesnes kintamųjų grupes (pvz., fizinė sveikata, psichinė sveikata, psichologinė gerovė, objektyvi / subjektyvi gyvenimo kokybė). Kaip matome iš 3 pav., šie suminiai gyvenimo aspektai yra žmogaus funkcionavimo keturių lygmenų ir aplinkybių sąveikos rezultatas. Tačiau žmogaus gyvenimas nėra tik momentinis taškas laiko atžvilgiu, jis trunka tiek laiko, kiek trunka pats gyvenimas. Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė yra maždaug 74 m. (OSP, 2017). Vadinasi, žmogaus funkcionavimo efektyvumo (pvz., pajėgumo atlikti tam tikras užduotis arba pasiektų rezultatų priklausomybė nuo amžiaus) kreivė koordinatių ašyje apibrėš plotą, kurį ir galima vadinti viso gyvenimo integralu. Literatūroje (Santrock, 2011) tokia integrali kreivė vadinama gyvenimo trajektorija, gyvenimo eiga, gyvenimo perspektyva, gyvenimo keliu (*life span / course / perspective*). Kadangi visų gyvenimo aspektų sudėti į suminę kreivę neįmanoma, vaizdinei iliustracijai paėmėme tik vieną aspektą – pajėgumą atlikti tam tikras veiklas per visą gyvenimą (4 pav.). Tokie integraliniai konstruktai galėtų būti ir gyvenimo kokybė, ir sveikata, ir psichologinė gerovė. Žinoma, šių konstrukto trajektorijos skirtingos. Nuo 4 pav. pateikiamų hipotetinių pajėgumo raidos per gyvenimą kreivių skirtingos ir realios, empiriniais duomenimis grįstos, analogiškos kreivės. 4 pav. mums reikalingas tolesnei funkcionavimo senatvės laikotarpiu kai kurių konstrukto analizei.

5.1. Gyvenimo kelias ir senatvė

Gyvenimo kelias – tai biologiškai ir kultūriškai determinuota ir prognozuojama amžiaus tarpsnių seka nuo gimimo ar net apvaisinimo (zigotos susidarymo) iki mirties. Amžiaus tarpsnių seka pateikta 3 lentelėje. Ši seka yra ne tik žmonių rūšies ar primatų, bet visų žinduolių natūralios at-



4 pav. Žmogaus gyvenimo kelias: hipotetinio pajėgumo atlikti užduotis kismą bėgant laikui

rankos būdu susiformavusi universalija. Tačiau didžiulė žmogaus gyvenimo aplinkybių įvairovė labai stipriai modifikuoja tai, ką „numato“ genetinė raidos programa. Senatvė nėra savarankiškas, tuščioje erdvėje atsiradęs raidos etapas: tai ankstesnių raidos etapų tąsa. Būtina pabrėžti, kad tai ne paprasta, o viso ankstesniojo gyvenimo determinuota tąsa. Metaforiškai galima pasakyti taip: **senatvė yra ne tik natūralus gyvenimo kelio etapas, bet ir ankstesniųjų etapų atspindys ir priklausinys.**

5.2. Sveikata ir funkcionavimo rezervas

Per pastaruosius du dešimtmečius senėjimo procesams smegenyse skirtoje literatūroje vis dažniau diskutuojama pažintinio rezervo (*cognitive / brain reserve*) klausimais (Manly, 2006; Stern, 2002; Tucker-Drob, Johnson, Jones, 2009). Žmogaus pažintinio ir galvos smegenų funkcionavimo silpnėjimas senatvėje siejamas su tuo, kaip tos funkcijos buvo puoselejamoms brendimo ir brandos laikotarpiais. Mokyklinis ugdymasis ir vėlesnės studijos, aktyvi protinė veikla atitolina smegenų degeneracinių procesų pradžią ir sumažina jų mastą senatvėje. Galima teigti, kad ši prielaida gali būti taikoma visoms kūno funkcijoms, struktūroms ir žmogaus veikloms. Ligų (ypač chroniškų ligų) išvengimas, sveika mityba ir apskritai sveika gyvensena atitolina senatvę ir išsaugo didesnę pajėgumą vykdyti žmogui svarbias gyvenimo užduotis. Ir atvirkščiai, žalingi įpročiai (pvz., rūkymas, alkoholio vartojimas dideliais kiekiais), užkrečiamos ligos, dažnai realiai patiriamas ar subjektyvus stresas, neracionali mityba skatina į senėjimą panašius ar su juo susijusius procesus. Siūlome tokį užtęstą pajėgumą veikti ir visavertiškai gyventi vadinti **teigiamu pajėgumo rezervu**. Ankstyvas pajėgumo veikti ir savarankumo praradimas rodo pajėgumo rezervo stoką. Apibendrintai abu juos galima jungti į bendrą **funkcionavimo rezervo konstrukciją**. Taigi bendra žmogaus gyvenimo trukmė priklauso ne tik nuo genetiškai determinuotos ir rūšiai būdingos senatvės trukmės, bet ir nuo to, kaip buvo gyventa kitais amžiaus tarpsniais. Funkcionavimo rezervo rodikliu galėtų būti: 1) sveiko gyvenimo metų kiekis; 2) nugyventų metų kiekis sergant; 3) 2 ir 1 santykis. Tačiau visi trys rodikliai neatspindi asmens visos gyvenimo trukmės. 2 ir 1 punktų santykis gali būti mažas tiek ilgai, tiek trumpai gyvenant. Į suminių rodiklį turėtų būti įtrauktas ir visas nugyventų metų skaičius. Toks rodiklis, tinkamas visokio amžiaus žmonėms, galėtų būti: 1) santykinis sveiko gyvenimo metų skaičius procentais nuo visų pragyventų metų arba 2) ligoto (neįgalumo) gyvenimo metų skaičius procentais nuo pragyventų metų. Panašius rodiklius naudoja PSO ir įvairios kitos tyrimo ir statistinių duomenų rinkimo institucijos, taikantios išgyvenamumo (tikėtinos gyvenimo trukmės) bei tikėtinų sveikų gyvenimo metų, gyvenimo metų sergant ar esant ribotai veiklai, rodiklius. Viena iš tokių ES duomenų kaupimo ir periodinio jų skelbimo organizacijų (tiksliau periodiškai atnaujinamas BRIDGE projektas) yra EHLEIS (*Joint Action European Health and Life Expectancy Information System*). Paskutinioji 2013 metų EHLEIS ataskaita pateikta 2015 m. (EHLEIS, 2015). Pateikiami ne tik suminiai 28 ES šalių rodikliai, bet ir kiekvienos šalies ataskaitos anglų ir nacionaline kalbomis. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT), taip pat metų skaičius sergant, esant ribotai veiklai arba blogai jaučiantis skaičiuojama asmenims, pasiekusiems chronologinės senatvės amžių – 65 m. Šie rodikliai parodo ne tik kiek tikėtina žmogus (vyras arba moteris) dar gyvens sulaukęs 65 m. amžiaus, bet ir kokia bus jo gyvenimo kokybė (sveikatos aspektu). Remiantis šia ataskaita (EHLEIS, 2015) galima teigti, kad 2004–2013 m. laikotarpiu 65 m. amžiaus Lietuvos vyrų VGT pailgėjo 0,6, o moterų – 1,1 metais (2013 m. buvo atitinkamai 14,1 ir 19,2 m). ES28 VGT 2013 m. buvo 17,9 (vyrų) ir

21,3 m. (moterys). 2013 m. Lietuvos 65 m. amžiaus vyrai ir moterys gali tikėtis praleisti, atitinkamai, 42% ir 33% likusio gyvenimo be ilgalaikių veiklos apribojimų. Nors 65 m. amžiaus moterų tikėtina gyvenimo trukmė maždaug 5 metais ilgesnė negu vyrų, jos likusius gyvenimo metus praleis tiek absoliučiai metais, tiek santykinai ilgiau sirgdamos chroniškėmis ligomis, tiek su sunkesniais veiklos ribojimais, tiek blogiau vertins savo sveikatą (4 lentelė).

4 lentelė. Lietuvos vyrų ir moterų tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai nuo 65 m. amžiaus (2013 m. duomenys*)

Rodiklis	Lietuva	
	Vyrai	Moterys
Vidutinė gyvenimo trukmė, metai	14,1 (22)	19,2 (30)
Sveiko gyvenimo metai	5,9 (42)	6,3 (33)
Vidutinio veiklos apribojimo metai (proc.)	5,6 (40)	7,9 (41)
Sunkaus veiklos apribojimo metai (proc.)	2,6 (18)	5,1 (26)
Nesergant lėtinėmis ligomis, metai (proc.)	5,2 (37)	5,1 (27)
Sergant lėtinėmis ligomis, metai (proc.)	8,9 (63)	14,1 (73)
Vertinant savo sveikatą gerai ir labai gerai, metai (proc.)	1,3 (9)	0,6 (3)
Vertinant savo sveikatą vidutiniškai, metai (proc.)	7,2 (51)	8,0 (42)
Vertinant savo sveikatą blogai ar labai blogai, metai (proc.)	5,7 (40)	10,6 (55)

*Pateikti rezultatai turėtų būti vertinami atsargiai, nes į skaičiavimus neįtraukti asmenys, gyvenantys globos ir slaugos ar panašaus pobūdžio namuose.

5.3. Psichologinė gerovė

Psichologinę gerovę mes priskiriame prie integralinių žmogaus funkcionavimo rodiklių. Lietuvių kalboje iš esmės turime tik vieną dažnai vartojamą terminą, aprėpiantį atsakymus į klausimą *kaip žmogus gyvena*. Tai terminas *gerovė*. Kiti vienažodžiai atitikmenys (pvz., *labas, klestėjimas, laimė* ir pan.) vartojami dažniau buitiniėje kalboje ir atspindi tik atskirus gerovės aspektus (visų jų analizę žr. Bagdonas ir bendraaut., 2013). Kalbant apie seno žmogaus gyvenimo kokybę svarbiausi yra trys gerovės aspektai, kurie anglų kalboje įvardijami terminais *health* (sveikata; apie ją kalbėta 3.2 skirsnyje), *wellbeing* (psichologinė gerovė) ir *welfare* (socioekonominė gerovė). S. Krutulienė (2012) gerovės konstrukta mėgina analizuoti platesniame gyvenimo kokybės konstrukto kontekste. Šiame skirsnyje kalbėsime apie psichologinę gerovę – apie tai, kaip senas žmogus patenkintas ir gyvenimu apskritai, ir tam tikrais jo aspektais. Vykdamas senų žmonių aptariamų trijų gyvenimo aspektų tyrimus, svarbu atsižvelgti į stiprią jų sąveiką. Ypač tai liečia psichologinę gerovę, kuri yra ne tik amžiaus, bet ir žmogaus sveikatos bei jo socioekonominės gerovės funkcija. Metodologiniu požiūriu psichologinės gerovės, kaip ir kitų funkcionavimo integralinių aspektų, tyrimai turi būti kompleksiniai, t. y. aprėpiantys visus asmens funkcionavimo lygmenis (kūno funkcijas, veiklas, socialinius vaidmenis) ir, žinoma, aplinkybes, kuriomis žmogus gyvena (pvz., materialinė padėtis, aplinka, parama, socialinė politika). Toks kompleksinis visų Lietuvos gyventojų psichologinės gerovės tyrimas mūsų (Bagdonas ir bendraaut., 2013) buvo atliktas 2010–2013 metais. Tyrimas parodė, kad amžius nėra svarbiausias psichologinės gerovės prognostinis kintamasis. Taip, amžiaus nulemta suminė psichologinė gerovė mažėja, ypač stiprus neigiamas amžiaus ir pasitenkinimo fizine sveikata ryšys. Svarbiausias psichologinės gerovės prognostinis veiksnys pasirodė besantis asmenybinis veiksnys (paaiškina iki 50 proc. psicholo-

ginės gerovės dispersijos). Socioekonominiai veiksniai paaiškina tik apie 10 proc. psichologinės gerovės dispersijos (Bagdonas ir bendraaut., 2013). Mūsų atliktas tyrimas buvo grįstas koreliacine prieiga. Todėl toliau išsamiau paanalizuosime Oficialios statistikos portalo (2016) pateikiamus Lietuvos gyventojų 2013 m. atliktų psichologinės gerovės – pasitenkinimo įvairiais gyvenimo aspektais tyrimų rezultatus. Tolesniuose psichologinės gerovės tyrimuose reikėtų atsižvelgti dar į keturis – taip pat integralinius aspektus, kuriuos J. Baars ir Ch. Phillipson (2014) analizuoja gyvenimo prasmės reikmių aspektu: 1) gyvenimo tikslo reikmė; 2) moralinio teisingumo reikmė (gyventi taip, kad gyvenimas morališkai būtų vertinamas kaip teisingas); 3) savivertės reikmė; 4) veiksmingumo (suvoktos kontrolės) reikmė. Praktiškai visi konkretūs žmogaus veiksmai, siekiai ir pan. ir skirti išvardytoms reikmėms tenkinti. Jos susišaukia su tuo, ką A. Maslow (2009) vadino saviaktualizacijos reikme – aukščiausiu siekiniu reikmių hierarchijoje.

Skirtingų amžiaus tarpsnių gyventojų pasitenkinimo socioekonominiais gyvenimo aspektais rezultatai pateikiami 5 lentelėje. Kaip matome, skirtingų amžiaus tarpsnių žmonių pasitenkinimo išvardytais aspektais esminių skirtumų nėra (Oficialus statistikos portalas, 2016). Pažymėtina gal tik tai, kad 50–64 m. bei 65 m. ir vyresni asmenys tik labai nežymiai blogiau vertina savo dabartinį gyvenimą ir namų ūkio finansinę padėtį. Apskaičiavę septynių aspektų vertinimų vidurkius, matome, kad palankiausiai tuos gyvenimo aspektus vertina 16–24 m. asmenys (3 lentelė). Tai patvirtino ir mūsų minėtas kompleksinis tyrimas (Bagdonas ir bendraaut., 2013).

Atsakymai į kitą bendresnę klausimą, *kiek, respondentų nuomone, prasminga tai, ką jie veikia gyvenime*, labiau diferencijuoti tiek pagal pasirinkusiųjų vertinimo balą asmenų skaičių, tiek pagal balų vidurkį (6 lentelė). 65 m. ir vyresni asmenys, vertindami savo veiklos gyvenime prasmingumą, dažniau renka mažesnius bei vidutinius balus ir rečiau didesnius balus. Balų vidurkis ilgainiui mažėja nuo 8 balų (16–24 m. asmenys) iki 6,9 (65 m. ir vyresni asmenys). Didelės apimties 60 m. ir vyresnių asmenų (dalyvavo 602 tiriamieji) subjektyvios gyvenimo kokybės tyrimą atliko G. Vazonienė (2010). Tarp pasitenkinimo įvairiais gyvenimo

5 lentelė. Skirtingo amžiaus Lietuvos gyventojų pasitenkinimas įvairiais gyvenimo aspektais (balais nuo 0 – visiškai nepatenkinti, iki 10 – labai patenkinti)

Amžiaus tarpsnis	Dabartiniu gyvenimu	Namų ūkio finansinė padėtimi	Būstu	Poilsui skirtomis vietomis gyvenamajame rajone (kaime)	Gyvenamąją aplinką (parduotuvėmis, viešuoju transportu ir pan.)	Asmeniniai ryšiai (su giminėmis, draugais, bendradarbiais ir pan.)	Mėgstamai veiklai skiriamo laiko trukme	Septynių aspektų vertinimų vidurkis
16+ m.	6,7	5,8	7,4	7,4	7,8	8	6,8	7,1
16–24 m.	7,8	6,4	7,6	7,5	7,8	8,5	7,6	7,6
25–49 m.	6,9	6	7,3	7,3	7,8	8	6,6	7,1
50–64 m.	6,3	5,5	7,3	7,3	7,8	7,9	6,6	7,0
65+ m.	6,3	5,6	7,5	7,5	7,8	8	7	7,1

6 lentelė. Skirtingo amžiaus Lietuvos gyventojų pasiskirstymas pagal tai, kiek, jų nuomone, prasminga yra tai, ką jie veikia gyvenime (vertinimas balais, nuo 0 – visiškai neprasminga, iki 10 – labai prasminga)

Amžius tarpniai	Grupuoti balai ir atsakiusių proc.			Balų vidurkis
	0–4	5–7	8–10	
16+ m.	6,9	37,5	55,5	7,4
16–24 m.	3,1	25,3	69,8	8
25–49 m.	5,4	32,2	62,4	7,7
50–64 m.	8,6	41,3	50,2	7,2
65+ m.	9,1	51,1	39,9	6,9

7 lentelė. Lietuvos 16 metų ir vyresnių gyventojų, kurie per 4 savaites iki apklausos dažnai arba nuolat buvo laimingi, ramūs, liūdni, nervingi, neturi su kuo pasikalbėti ir neturi artimųjų, kurių galėtų paprašyti pagalbos, skaičius procentais

	Laimingi	Ramūs ir taikūs	Nervingi	Prastos nuotaikos	Liūdni ir prislėgti	Neturi su kuo pasikalbėti asmeninėmis temomis	Neturi giminių, draugų ar kaimynų, kurių galėtų paprašyti pagalbos
16 – 65+ m.	48	76,5	12,2	10,5	11	5,9	3,6
16–24 m.	73,7	82,8	8,2	6,1	3,8	1,5	2,4
25–49 m.	55,1	77,3	12,4	8,1	7,8	4,1	2,4
50–64 m.	36,4	73,1	12,9	12,6	12,6	6,3	4,2
65+ m.	34,7	76,1	12,6	14,7	18,8	11,0	5,9

aspektais buvo ir klausimų apie laimingumą ir pasitenkinimą dabartiniu gyvenimu apskritai. Gaila, kad palyginti nebuvo įtraukti kitų amžiaus tarpnių asmenys. Tačiau laimės jausmo ir pasitenkinimo gyvenimu balų skirstinys normalus, t. y. nėra akivaizdaus nuokrypio neigiamo ar teigiamo vertinimų link (vyraujantis balas abiem atvejais 5 iš 10). 60 m. ir vyresnių Vilniaus miesto asmenų vidinę darną tyrė R. Stukas, G. Šurkienė, K. Žagminas, V. Alekna ir A. Melvidaitė (2013). Vidinė darna buvo nustatoma pagal 6 balų skalę, atsakant į tris klausimus, reiškiančius gebėjimą valdyti situaciją, gyvenimo prasmingumą ir suprantamumą dalykų, kurie atsitinka kasdiniame gyvenime. Atsakymų sumuoti balų skirstiniai normalūs (ir šiuo atveju nebuvo lyginama su kitais amžiaus tarpniais).

Patekti 7 lentelėje duomenys apie įvairius savijautos aspektus per pastarąsias keturias savaites (Oficialus statistikos portalas, 2016). 60 m. ir vyresni respondentai rečiau jautėsi laimingi, bet dažniau buvo prislėgti, blogos nuotaikos, neturėjo su kuo pasikalbėti. V. Maslenikova ir L. Bulotaitė (2013) siūlo emocinius išgyvenimus senatvėje vertinti diferencijuotai: namuose gyvenantys seni žmonės patiria daugiau teigiamų emocijų nei kontrolinės grupės asmenys, o globos įstaigų

seni gyventojai teigiamų emocijų patiria mažiau. Aktyvesniu socialiniu dalyvumu pasižymintys vyresnio amžiaus asmenys yra ir mažiau depresyvūs (Croezen., Avendano, Burdorf, van Lenthe, 2015).

6. PSO paskelbtos senatvės ir sveikatos klaidingos sampratos

2016 m. PSO paskelbė dešimt klaidingų senatvės ir sveikatos sampratų (WHO, 2016), kurios labai susijusios su tuo, kas buvo dėstoma šiame straipsnyje. Šios sampratos arba deklaracijos nėra tik pažodinis vertimas: šalia juodu šriftu rašomų teiginių po dvitaškio teikiami komentarai yra apibendrinami, kai kur pridodant ir šio straipsnio autorių įžvalgas.

1. **Nėra tipiško seno žmogaus:** senų, kaip ir visų kitų asmenų, įvairovė didžiulė. Vadinasi, ir parama senam žmogui, kaip ir ligos ar neįgalumo atveju, turi būti individualizuota – atsižvelgiant į konkretų asmenį.
2. **Individualūs skirtumai senatvėje nėra atsitiktiniai:** šiuos skirtumus nulemia nevienodas teigiamo ir neigiamo funkcionavimo rezervo kaupimas, apie kurį buvo kalbėta analizuojant 3 pav.
3. **Tik nedidelė senų žmonių dalis yra priklausomi nuo slaugos ir globos:** didesnioji jų dalis yra socialiai ir ekonomiškai aktyvūs, turi nedidelius ūkius ar verslus, išleidžia savo uždirbtas pensijas ar tęsia mokamą darbą. Tai tik priminimas, kad apskritai senatvė negali būti suprantama kaip našta visuomenei.
4. **Visuomenės senėjimas padidins žmonių globos ir slaugos senatvėje kaštus:** faktai rodo, kad taip atsitiks ne tokiu mastu, koku buvo tikėtasi. Tai patvirtina ir 3 punkte išsakyta mintis.
5. **70-mečiai nėra naujieji 60-mečiai:** 30 metų trukmės tęstiniai tyrimai rodo, kad didelio neįgalumo paplitimas senatvėje, kai reikalinga kito žmogaus pagalba valgant ar prausiantis, sumažėjo tik šiek tiek. Vidutinio ir nedidelio neįgalumo paplitimas senų žmonių kohortose visiškai nesumažėjo. Priminsime, kad ilgėjant amžiui didėja ir tikimybė susirgti neurodegeneracine ar lėtine somatine liga. Todėl investicijos socialinei paramai ir sveikatos priežiūrai senatvėje gali didėti.
6. **Gera sveikata senatvėje nereiškia tik kad nėra ligos.** Žmogus, peržengęs 70-ies metų ribą, dažniausiai serga viena ar kita liga, tačiau jis tęsia jam svarbias veiklas, o dažnai ir darbą. Žmogaus fizinis ir psichinis pajėgumas yra geresnis sveikatos ir gerovės prediktorius negu liga ar tai, kad jos nėra. Kaip žinoma, biopsichosocialinė (ir TFK deklaruojama) prieiga taip pat pabrėžia būtinybę matuoti tai, ką žmogus gali daryti, o ne prognozuoti jo pajėgumo iš sutrikimų ar patologinių požymių (deja, kol kas Lietuvoje tuo grįstas vaikų neįgalumo, darbingo amžiaus žmonių darbingumo ir senų žmonių poreikių nustatymas).
7. **Šeima yra svarbi žmogaus funkcionavimo aplinkybė.** Tačiau ji viena nepajėgi tenkinti visų seno žmogaus poreikių. Ilgalaikė globa ir slauga reiškia daugiau negu pagrindinių poreikių tenkinimas: turi būti nepamiršta ir žmogaus teisės, laisvės bei orumas. Globėjai turi mokėti tai daryti, todėl ilgalaikė globa ir slauga yra ne tik šeimos, bet ir valstybės viešojo sektoriaus reikalas. Dar reikėtų pridurti bendruomenės atsakomybę. Mūsų nuomone, senų žmonių priežiūra, globa ir slauga turėtų būti grįsta šeimos, bendruomenės ir valstybės koordinuotomis jėgomis. Svarbu, kad būtų racionaliai pasidalyta funkcijomis.

8. **Senatvei skirtos valstybės lėšos yra investicija, o ne išlaidos.** Lėšos, skiriamos žmonių sveikatai ir gerovei, turi būti vertinamos kaip naudingas investavimas. Tokia investicija skatina senų žmonių dalyvumą, vartojimą ir socialinę santalką.
9. **Ne viską lemia genai.** Genai paaiškina tik 25 proc. gyvenimo trukmės ir ilgaamžiškumo įvairovės. 75 proc. tos įvairovės lemia fizinės ir socialinės aplinkos bei individo gyvenimo senos kaupiamasis poveikis: asmenybės savybės, ekonominis ir šeiminiškas statusas, lytis, tautybė, gyvenimo stilius, darbo pobūdis, išsilavinimas ir kt.
10. **Priverstinis išėjimas į pensiją nedidina galimybių įsidarbinti jaunimui.** Daugelyje šalių teisiškai įtvirtintas priverstinis išėjimas į pensiją. Tačiau patirtis rodo, kad ši diskriminacija dėl amžiaus tiek socialiniu, tiek ekonominiu požiūriu nėra pagrįsta: pensinio amžiaus dirbantieji rodo didelį produktyvumą ir aukštą kvalifikaciją, iš to organizacijos tik išlošia.

Išvados

Nors išvadomis įprasta baigti empirinių tyrimų duomenimis grįstus straipsnius, tačiau keliomis apibendrinančiomis išvadomis baigsime ir šį teorinį straipsnį.

1. Visuomenės (ir ypač Lietuvos visuomenės) senėjimas yra realus ir svarbus faktas: santykinai daugės senų žmonių, nepaisant to, kad ilginamas išėjimo pensijon amžius, santykinai didės nedirbančių ir dirbančių žmonių santykis, tarp pensinio amžiaus asmenų daugės sveikatos problemų turinčių asmenų, dėl vėlyvame amžiuje atsirandančių neurodegeneracinių ligų didės sveikatos priežiūros ir socialinės globos sistemų apkrova. Iššūkių šalies finansinei sistemai akivaizdūs. Konkretesnis finansinis prognozavimas turėtų prasidėti jau dabar.
2. Pirmoji išvada suponuoja ir senatvės bei senėjimo kompleksiškesnius tyrimus. Tokiems tyrimams netinkamos vyravusios siauros, vienmatės priegigos. Siūlytume finansuoti tik daugiamatę – biopsichosocialinę priegigą grįstus senėjimo tyrimus. Biopsichosocialinė priegiga turėtų būti grįstas ir seno žmogaus funkcionavimo įvertinimas.
3. Žmogaus sveikata (ir nesveikata) iš dalies yra atspindys to, kaip gyventa anksčiau: kaip maitintasi, kiek vengta ar nevangta žalingų įpročių, kiek laiko skirta mokymuisi ir savišvietai ir pan. Kognityvus (pažintinio) rezervo kaupimas atitolina psichikos ir smegenų senėjimo laiką. Tas pats pasakytina apie visą kūną: sveikatos rezervas pradėdamas kaupti nuo lytinių ląstelių susiformavimo ir apvaisinimo pradžios. Raidos pradžioje atsakomybė tenka tėvams, o bręstant asmens sąmoningumui atsakomybė perkeliama pačiam asmeniui. Tiek pažintinio (žinojimo), tiek sveikatos rezervo didinimas turėtų būti svarbi jauno žmogaus ugdymo sudedamoji dalis. Senatvės periodu tai atsipirks su kaupu tiek asmeniškai, tiek valstybės mastu.
4. Vykdam kompleksinius, biopsichosocialinę priegigą grįstus tyrimus būtina matuoti ne tik kūno funkcijų, asmens veiklos ar socialinių vaidmenų atlikties, bet ir integralinius rodiklius: gyvenimo trajektorijas (pasitelkiant tęstinius tyrimus), subjektyviąją (psichologinę) ir objektyviąją geroves ir, žinoma, jų veiksnis. Susiklostė tradicija žmogaus laimę sieti su materialine gerove – pajamomis, turimu turtu. Sveikatos kintamieji taip pat nėra laimę arba psichologinę gerovę lemiantys veiksniai. Gausybė tyrimų rodo, kad laimės dispersi-

jos didelę dalį nulemia asmenybė ir genetinė smegenų aktyvumo organizacija. Inventorizuojant psichologinės gerovės veiksnius šių dviejų aspektų – asmenybės ir paveldėjimo galimos įtakos nereikėtų pamiršti.

LITERATŪRA

Bagdonas, A., Kairys, A., Linauskaitė, A., Pakalniškienė, V., 2013. *Lietuvos gyventojų psichologinė gerovė ir jos veiksniai*. Monografija. Vilnius: VU I-kla. 330 p.

Baars, J. and Phillipson, Ch., 2014. Connecting meaning with social structure: Theoretical foundations. In: *Aging, Meaning and Social Structure: Connecting Critical and Humanistic Gerontology*. Eds. J. Baars, J. Dohmen, A. Grenier and Ch. Phillipson. Bristol: Policy Press. P. 11–30.

Croezen, S., Avendano, M., Burdorf, A., van Lenthe Frank, 2015. Social Participation and Depression in Old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10 European Countries. *American Journal Epidemiology*, Vol. 182 (2), p. 168–176.

Dėl specialiųjų nuolatinės slaugos, nuolatinės priežiūros (pagalbos), lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos ir transporto išlaidų kompensacijos poreikių nustatymo kriterijų sąrašo, tvarkos aprašo ir pažymų formų patvirtinimo, 2005. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-120/V-346.

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition., 2013. Washington etc.: American Psychiatric Publishing.

EHLEIS, 2015. Sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje (Health Expectancy in Lithuania). EHLEIS Country Reports. Issue 9. Internetinė prieiga (žr. 2016-12-28): http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9_translated/Lietuvos.pdf

Garbačiauskienė, M., 2015. Pamaštymai apie žmogaus gyvenimo tarpsnius psichologinėje literatūroje lietuvių kalba. *Ugdymo psichologija*, t. 26, p. 75–85.

Geriatric Neuropsychology: assessment and intervention., 2006. Edited by Debora K. Attix and Kathleen A. Welsh-Bohmer). New York [N.Y.] : Guilford Press. 467 p.

Gerontologija. Internetinė prieiga (žr. 2016 12 10) http://www.gerontologija.lt/test/lt/?content_id=7

Gerontologijos ir geriatrijos aktualijos. Internetinė prieiga (žr. 2016 12 10). http://www.emedicina.lt/lt/zurnalai/gerontologijos_ir_geriatrijos_aktualijos.html http://www.emedicina.lt/index.php?s_id=7870&arch=1&lang=lt

Grenier, A. and Phillipson, CH., 2014. Rethinking Agency in Late Life: Structural and Interpretative Approches. In: *Aging, Meaning and Social Structure: Connecting Critical and Humanistic Gerontology*. Eds. J. Baars, J. Dohmen, A. Grenier and Ch. Phillipson. Bristol: Policy Press. P. 55–79.

Handbook of the Neuroscience of Aging., 2009. (edited by Patrick R. Hof, Charles V. Mobbs). Amsterdam [etc.] : Elsevier. Xix. 690 p. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/11e48660c0f411e4bac9d73c75fc910a>

ICD-11-MMS: International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh edition., 2017. Geneva: WHO.

ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health., 2001. Geneva: WHO. 299 p.

ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of Classification of the Consequences of Disease., 1980. Geneva: WHO. 206 p.

ICIDH-2: International Classification of Impairments, Activities, and Participation. A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning. Beta-1 Draft for Field Trials., 1997. Geneva: WHO.

Irnius, A., 2009. *Geriatrinųjų pacientų virškinamojo trakto ligos*. Vilnius: [A. Irnius], 33 p.

Kriščiūnas, A., Keizeris, A. ir Urbonienė, A., 2010. Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija bei jos diegimo į praktiką patirtis. *Medicina*, t. 46, 1 priedas, p. 1–7.

- Krutulienė, S., 2012. Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais. *Kultūra ir visuomenė (Socialinių tyrimų žurnalas)*, t. 3 (2).
- Larkin, M., 2013. *Health and Well-Being across the Life Course*. Los Angeles et al.: SAGE. 197 p.
- Lichtenberg, Peter A. (2010). *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*. Amsterdam: Elsevier. xvii, 734 p.
- Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 2005. Suvestinė redakcija nuo 2016-10-07.
- LMT, 2015 *Nacionalinė mokslo programa „Sveikas senėjimas“*. TAR, 2005-02-05, Nr. 1775.
- LMT, 2015. *Nacionalinė mokslo programa „Gerovės visuomenė“*. TAR, 2005-03-03, Nr. 3288.
- Manly, J. J. Cultural Issues., 2006. *Geriatric neuropsychology: Assessment and intervention*. Eds. Attix D. K. and Welsh-Bohmer K. A. N. Y. and L.: The Guilford Press, p. 198–222.
- Maslenikova, V. ir Bulotaitė, L., 2013. Emociniai išgyvenimai, emocijų reguliacija ir depresiškumas senatvėje. *Gerontologija*, t. 14 (3), p. 159–165.
- Maslow, A. H., 2009. *Motyvacija ir asmenybė*. Vilnius: Apostrofa. 405 p.
- Mobbs, C. V. and Hof, P. R., 2009. Environment versus Heredity in Normal and Pathological Aging of Neurological Functions. In: *Handbook of the Neuroscience of Aging*. (edited by Patrick R. Hof, Charles V. Mobbs). Amsterdam [etc.]: Elsevier. P. 1–4.
- OSP: Oficialiosios statistikos portalas, 2016. *Skurdo rizikos rodikliai*. Internetinė prieiga <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?articleId=3684738>
- OSP: Oficialiosios statistikos portalas, 2017. *Gyventojai*. Internetinė prieiga. Žr. 2017-01-02, <http://osp.stat.gov.lt/temines-lenteles19>
- Pruchno, R., Wilson-Genderson M., Rose M. and Cartwright F. 2010. Successful Aging: Early Influences and Contemporary Characteristics. *Gerontologist*, Vol. 50, N 6, p. 821–833.
- Rapolienė, G. L., 2007. Lietuvos pagyvenusių žmonių identitetas iš postmodernizmo perspektyvos. *Gerontologija*, t. 8 (2), p. 109–116.
- Rapolienė, G., 2012. *Ar senatvė yra stigma? Senėjimo tapatumas Lietuvoje*. Daktaro disertacija. Vilnius: Vilniaus universitetas, 427 p.
- SHARE, 2014. Annual Activity Report. Internetinė prieiga (žr. 2017-04-7) http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE-ERIC/share_eric_report_2014_web.pdf
- Stern, Y., 2002. What is Cognitive Reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, Vol. 8, p. 448–460.
- Stukas, R., Šurkienė, G., Žagminas, K., Alekna, V. ir Melvidaitė, A. 2013. Pagyvenusių žmonių vidinė darna. *Gerontologija*, t. 14, Nr. 3, p. 131–140.
- TFK: *Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija*. (2004). Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija. 312 p.
- The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias.*, 2014. Edited by Andrew E. Budson and Neil W. Kowall. Chichester [etc.]: Wiley-Blackwell. xiv, 629 p.
- The Paradoxical Brain.*, 2012. Edited by Narinder Kapur with Alvaro Pascual-Leone). Cambridge [N.Y.] : Cambridge University Press. 466 p.
- TLK-10: *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija*. Dešimtoji redakcija, 1992. Ženeva: PSO. 378 p.
- Tucker-Drob, E. M., Johnson, K. E., Jones, R. N., 2009. The Cognitive Reserve Hypothesis: A Longitudinal Examination of Age-Associated Declines in Reasoning and Processing Speed. *Developmental Psychology*, 45 (2), p. 431–436.
- Vaičiulienė, A., Navickas V., 2011. *Žmogaus raidos psichologija*. Vilnius: Versus aureus. 464 p.
- Vazonienė, G. 2010. Subjektyvios pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės socialiniai ekonominiai veiksniai. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, t. 27, Nr. 2, p. 186–204.
- WHO, 2016. Fact file: Misconceptions on ageing and health. Internetinė prieiga (žr. 2016-12-20). <http://www.who.int/ageing/features/misconceptions/en/>

Zakarevičė, V., Janonienė, D. ir Aučynien, L., 2014. Skirtingo amžiaus pacientų, sergančių galvos smegenų infarktu, kineziterapijos poveikio vertinimas naudojant tarptautinę funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikaciją. *Gerontologija*, t. 15 (2), p. 103–110.

WHO, 2002. *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Internetinė prieiga (žr. 2017-04-6) <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Santrock, John W., 2011. *Life-span development*. N.Y.: McGraw-Hill. xlv, 643 p.

THE GUIDELINES OF RESEARCHES OF SENILITY, AGING AND FUNCTIONING OF OLD PEOPLE: A BYOPSYCHOSOCIAL APPROACH

Albinas Bagdonas,

Antanas Kairys,

Olga Zamalijeva

Summary

The application of the WHO biopsychosocial approach to the researches of senility, aging and life problems of old people (ICF) is reviewed. After a brief presentation of aging statistics in Lithuania, the semantic field of using terms in the area of life periodization is discussed and the names for each period and sub-period are proposed. The composition of the ICF model (body structures and functions, activities, participation and contextual factors) is presented, together with the usage of components of the ICF model in researches regarding senility. New conceptions of a “functioning reserve” and the “integral aspects of functioning” are proposed and incorporated in the ICF model. A review of researches of psychological well-being of old people – one of the integral aspects of functioning of old people in Lithuania – is presented. There is a very good coherence of views between the authors of this paper on the topic of senility and the misconceptions of aging and health, which were recently presented by WHO.

Keywords: senility, aging, functioning, biopsychosocial model, reserve of functioning.