

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS

MIGLĖ BACEVIČIENĖ

**VIDUTINIO AMŽIAUS KAUNO GYVENTOJŲ
GYVENIMO KOKYBĖ, SUBJEKTYVUSIS
SVEIKATOS VERTINIMAS IR JO REIKŠMĖ
PROGNOZUOJANT MIRTĮ**

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B)

Kaunas, 2005

Disertacija rengta 2001-2005 metais Kauno medicinos universiteto Kardiologijos institute

Mokslinis vadovas:

doc. habil. dr. Regina Rėklaitienė (Kauno medicinos universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 10 B)

Konsultantė:

prof. dr. Irayda Jakušvaitė (Kauno medicinos universitetas, humanitariniai mokslai, filosofija – 01 H)

TURINYS

SANTRUMPOS	5
1. ĮVADAS	6
2. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	8
3. LITERATŪROS APŽVALGA.....	10
3.1 Gyvenimo kokybės samprata, istorinė raida, teoriniai modeliai	10
3.2 Gyvenimo kokybės tyrimo metodika	16
3.2.1. Gyvenimo kokybės klausimynai, jų rūšys, trūkumai ir privalumai	16
3.2.2. Gyvenimo kokybės tyrimo metodika: klausimyno vertimas, pagrįstumo ir stabilumo nustatymas	19
3.3. Populiacijos gyvenimo kokybės tyrimai	21
3.3.1. Populiacijos gyvenimo kokybės tyrimų metodika	21
3.3.2. Gyvenimo kokybės ir socialinių bei ekonominių netolygumų sąsajos	22
3.3.3. Rizikos veiksniai, sveikata ir gyvenimo kokybė	23
3.4. Gyvenimo kokybės tyrimai Lietuvoje	25
3.5. Požiūris į savo sveikatą ir subjektyvusis vertinimas	26
4. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI.....	29
4.1. Tiriamojo kontingento apimtis ir tyrimo eiga	29
4.2. Gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 struktūra	29
4.3. Objektyviųjų sveikatos rodiklių nustatymo metodika.....	30
4.4. Statistinės analizės metodai.....	33
5. DARBO REZULTATAI	36
5.1. Klausimyno PSO-100 tinkamumo Kauno vidutinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybei tirti įvertinimas	36
5.1.1. Klausimyno PSO-100 stabilumo įvertinimas	36
5.1.2. Klausimyno PSO-100 pagrįstumo įvertinimas.....	36
5.1.3. Klausimyno PSO-100 faktorinė analizė.....	38
5.2. Kauno vidutinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybė ir sąsajos su demografiniais rodikliais bei socialine ir ekonomine padėtimi	42
5.2.1. Gyvenimo kokybės vertinimas atsižvelgiant į lytį ir amžių.....	42
5.2.2. PSO-100 sričių ir posričių įtaka bendrai gyvenimo kokybei ir subjektyviajam sveikatos vertinimui	46

5.2.3. Socialinės ir ekonominės padėties įtaka Kauno 35-64 m. gyventojų gyvenimo kokybei.....	48
5.3. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų paplitimas tarp Kauno vidutinio amžiaus vyrų ir moterų bei įtaka gyvenimo kokybei.....	52
5.3.1 Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų paplitimas tarp Kauno vidutinio amžiaus vyrų ir moterų (2001-2002 m. sveikatos patikros duomenimis).....	52
5.3.2 Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų įtaka Kauno vidutinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybei.....	53
5.4. Subjektyvusis sveikatos vertinimas.....	57
5.4.1. Subjektyviojo sveikatos vertinimo priklausomybė nuo amžiaus ir lyties 2001-2002 m. sveikatos patikros duomenimis	57
5.4.2. Subjektyviojo sveikatos vertinimo sąsajos su socialine ir ekonomine padėtimi 2001-2002 m. sveikatos patikros duomenimis.....	60
5.4.3. Subjektyviojo sveikatos vertinimo ir objektyviųjų rodiklių sąsajos 2001-2002 m. sveikatos patikros duomenimis	62
5.4.4. Subjektyvusis sveikatos vertinimas ir mirties tikimybė (20-ies metų stebėjimo duomenys).....	69
5.4.5. Subjektyvusis sveikatos vertinimas ir mirties rizika 1983-1984 m., 1986-1987 m. ir 1992-1993 m. sveikatos patikrų duomenimis	73
6. REZULTATŲ APTARIMAS	76
7. IŠVADOS	91
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	93
9. DISERTACIJOS TEMA SPAUSDINTŲ DARBŲ SĄRAŠAS	105
10. PRIEDAI	107

SANTRUMPOS

AH – arterinė hipertenzija

AKS – arterinis kraujo spaudimas

CD – cukrinis diabetas

EKG - elektrokardiograma

FA – faktorinė analizė

FD – fizinis darbas

GK – gyvenimo kokybė

GSI – galvos smegenų insultas

Hchol - hipercholesterolemija

IŠL – išeminė širdies liga

KA – krūtinės angina

KMI – kūno masės indeksas

KMU – Kauno medicinos universitetas

LNL - lėtinės neinfekcinės ligos

MI – miokardo infarktas

PD – protinis darbas

PI – pasikliautinis intervalas

PSO – pasaulinė sveikatos organizacija

SAV – standartiniai alkoholio vienetai

SR – santykinė rizika

ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos

ŠS – šansų santykis

TLK-9 – tarptautinė statistinė ligų, traumų ir mirties priežasčių klasifikacija, 9-a peržiūra

TLK-10 – tarptautinė statistinė ligų, traumų ir mirties priežasčių klasifikacija, 10-a peržiūra

1. ĮVADAS

Gyvenimo kokybė (GK) – tai plati sąvoka, apimanti ir fizinę žmogaus sveikatą, ir psichologinę būseną, nepriklausomumą, socialinius santykius, asmenines pažiūras, tikėjimą bei aplinką [1]. Dauguma žmonių GK sieja su sveikata, tačiau tai nėra vien sveikatos būklė, gyvenimo būdas, pasitenkinimas gyvenimu, tam tikra psichinė būsena ar gerovė. GK – tai kiekvieno žmogaus individualiai suvokiamas įvairių gyvenimo aspektų kompleksas. Todėl, tiriant bei vertinant GK, būtina atsižvelgti ir į žmogaus fizinę bei psichinę sveikatą, ir į socialinius, ekonominius, kultūrinius, religinius, politinius bei kitus aspektus.

Sparčiai tobulėjant technikai, diegiant naujas diagnostikos bei gydymo galimybes, buvo kuriamas mechaninis medicinos modelis, kuriame trūko humanizmo elementų, dėmesys buvo kreipiamas tik į ligą ir jos simptomus, todėl prireikė sukurti metodiką, kuri padėtų įvertinti ligos ir negalios poveikį bendrai žmogaus būklei ir GK [2]. Klinikinėje praktikoje dažniau kalbama apie sveikatos sąlygotą GK. Paciento subjektyviai vertinama sveikata ir gyvenimo kokybė tapo bene svarbiausiais rodikliais, vertinant gydymo efektyvumą ir planuojant taktiką [3]. Sveikatos sąlygotos gyvenimo kokybės vertinimas tapo svarbus ne tik klinikiniuose, bet ir populiaciniuose tyrimuose [4]. Vertinant GK populiacijoje, nustatoma vadinamoji „populiacinė norma“, su kuria vėliau lyginama specifinių žmonių grupių GK [bedarbių, pagyvenusių, sergančių tam tikromis ligomis] [5]. Kartotiniai GK tyrimai profilaktinių sveikatos patikrų metu galėtų suteikti vertingos informacijos apie populiacijos sveikatą, jos pokyčius, numatyti GK gerinimo gaires [6].

GK tiriama naudojant bendruosius, o tam tikroms pacientų grupėms – specifinius klausimynus [2]. Šiame tyrime taikytas bendrojo pobūdžio GK PSO-100 klausimynas, kuris leidžia susidaryti nuomonę apie tiriamojo savijautą ir subjektyviąją nuomonę apie savo sveikatą, įvertina GK šešiose srityse. Būtina metodinė psichometrinių tyrimų dalis – klausimyno pagrįstumo ir stabilumo įvertinimas [2].

Visame pasaulyje GK tyrinėjama jau daugiau nei du dešimtmečius, o Lietuvoje šia problema domimasi palyginti neseniai. Pagrindiniai tikslai įgyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI a.“ bei Lietuvos Sveikatos programą, yra gyvenimo kokybės pagerinimas bei sveikatos ir sveikatos priežiūros netolygumų sumažinimas [7]. Iki 2010 m. Lietuvoje siekiama 25 proc. sumažinti sveikatos ir jos priežiūros skirtumus tarp įvairių socialinių ir ekonominių populiacijos grupių. Daugiau dėmesio turėtų būti kreipiamas į tas socialines ir ekonomines žmonių grupes, kuriose labiau paplitę rizikos veiksniai ir padidėjusi blogos sveikatos rizika. Socialinių ir ekonominių sąlygų pagerinimas galėtų būti labai efektyvus būdas siekiant užkirsti kelią žalingų sveikatai rizikos veiksnių atsiradimui bei paplitimui, o tai

sudarytų prielaidas pagerinti ne tik šių grupių, bet ir visos populiacijos sveikatą bei GK [8].

Ilgėjant gyvenimo trukmei ir senstant populiacijai, didėja lėtinių ligų paplitimas. Teigiama, kad JAV 7 žmonės iš 10 miršta dėl lėtinių ligų, kurios sudaro 72 proc. visų mirties priežasčių [9]. Lėtinės neinfekcinės ligos (LNL), o ypač širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL), išlieka svarbiausia aukšto ekonominio lygio šalių gyventojų mirties ir invalidumo priežastimi [10]. Išeminė širdies liga (IŠL) ir galvos smegenų insultas (GSI) yra pagrindinės vidutinio amžiaus Lietuvos gyventojų mirties priežastys širdies ir kraujagyslių ligų struktūroje bei vienos pagrindinių darbingo amžiaus žmonių invalidumo priežasčių [11, 12]. Asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis, dažniau nurodo neigiamą jų įtaką sveikatos sąlygotai GK [13]. Nustatyta, kad ŠKL rizikos veiksnių buvimas vidutiniame amžiuje turi įtakos mirtingumui, invalidumui bei GK vyresniame amžiuje [14]. Šie tyrimų duomenys kelia susirūpinimą, nors kai kurie Lietuvos žmonių gyvensenos rodikliai (mityba ir fizinis aktyvumas) gerėja, lyginant su 1994 ir 1996 m. gyvensenos analizės rezultatais. Sunku tikėtis, kad ligų, susijusių su gyvensena, dažnis Lietuvoje sumažės, jei nebus įdiegtos programos, keičiančios gyvenseną sveikatai palankia linkme, kadangi šiuo metu taikomos profilaktikos priemonės yra nepakankamos [15]. Taigi, planuojant sveikatos politiką, kuriant strategijas bei rengiant sveikatos stiprinimo programas, svarbu atsižvelgti ir į objektyviųjų sveikatos rodiklių, ir į subjektyviai žmonių suvokiamos GK pagerinimą.

2. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas

Įvertinti vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybę, nustatyti jai įtakos turinčius veiksnius, subjektyvųjį sveikatos vertinimą ir jo reikšmę prognozuojant mirtį.

Darbo uždaviniai

1. Įvertinti klausimyno PSO-100 tinkamumą vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybei tirti.
2. Įvertinti vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybę ir nustatyti sąsajas su demografiniais rodikliais, socialine bei ekonomine padėtimi.
3. Įvertinti rizikos veiksnių ir lėtinių ligų paplitimą tarp Kauno 35-64 m. amžiaus vyrų ir moterų bei nustatyti sąsajas su gyvenimo kokybe.
4. Nustatyti Kauno vidutinio amžiaus vyrų ir moterų subjektyviojo sveikatos vertinimo ir objektyviųjų rodiklių sąsajas bei reikšmę prognozuojant mirtį nuo bet kokios priežasties, nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir nuo išeminės širdies ligos.

Mokslinis darbo naujumas

Lietuvoje gyvenimo kokybė vidutinio amžiaus gyventojų populiacijoje ištirta ir įvertinta pirmą kartą. Pirmą kartą Lietuvoje naudotas gyvenimo kokybės klausimynas PSO-100, kuris naudojamas įvairių žmonių grupių GK tyrimuose visame pasaulyje. Pirmą kartą analizuotas klausimyno tinkamumas minėtajam kontingentui tirti – pagrįstumas ir stabilumas, atlikta faktorinė analizė. Nustatytos demografinių, socialinių, ekonominių rodiklių, rizikos veiksnių bei lėtinių ligų ir GK sąsajos Kauno vidutinio amžiaus gyventojams. 2003 m., bendradarbiaujant su KMU Neurologijos skyriumi, PSO-100 klausimynas buvo pirmą kartą taikytas sergančiųjų išsėtine skleroze gyvenimo kokybės tyrimuose.

Asmeninis indėlis

Autorė įsisavino standartinius epidemiologinius tyrimo metodus – standartinę epidemiologinę apklausą, standartinę epidemiologinę kraujo spaudimo matavimą, EKG kodavimą Minesotos kodu. 2001-2002 m. dalyvavo, renkant duomenis Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų profilaktinėje sveikatos patikroje. Aktyviai dalyvavo, kuriant elektroninę duomenų bazę bei įvedant GK klausimynų duomenis. Autorė įsisavino pagrindinius darbe taikytus statistikos metodus ir atliko statistinę duomenų analizę.

Praktinė darbo reikšmė

Išsamus Kauno vidutinio amžiaus gyventojų GK įvertinimas leido detaliau, neapsiribojant vien sveikatos rodikliais, pažvelgti į daugelio veiksnių visumą, lemiančių žmogaus gerovę bei pasitenkinimą gyvenimu. Šis darbas galėtų būti naudingas sveikatos priežiūros specialistams, socialiniams darbuotojams bei sveikatos politikams, ruošiant ir įdiegiant praktikoje įvairias programas. Gydytojams praktikams būtina atsižvelgti į subjektyviąją žmogaus būklę bei GK ir jos pokyčius, parenkant gydymo taktiką, taikant gydymo metodus bei vertinant jų efektyvumą.

Kauno vidutinio amžiaus populiacijos GK rodikliai galėtų būti naudojami, siekiant palyginti su atitinkamais įvairių specifinių grupių duomenimis (pacientų, sergančių įvairiomis ligomis, bedarbių, neįgalių asmenų, sportininkų, asmenų, grįžusių iš įkalinimo įstaigų, emigrantų ir t. t.) bei pritaikomi ruošiant sveikatos stiprinimo, reabilitacijos ir socialinės adaptacijos programas tam tikroms asmenų grupėms.

3. LITERATŪROS APŽVALGA

3.1 Gyvenimo kokybės samprata, istorinė raida, teoriniai modeliai

Gyvenimo kokybė daugeliui žmonių asocijuojasi su pozityviomis sąvokomis, tokiomis kaip laimė, sėkmė, gerovė ir pasitenkinimas. Sąvoka *gyvenimo kokybė* apima daugelį komponentų: kultūrinės, politinės, ekonominės vertybės, išsimokslinimą, gyvenimo standartus, sveikatą. Vieni iš pirmųjų 1970 m. GK pabandė apibrėžti A. Campbell ir P. Converse [16]. Teigiama, kad GK – tai kiekvieno žmogaus individualiai suvokiamas sudėtinis fizinės, psichinės ir socialinės gerovės bei laimės ir pasitenkinimo matas. Šis matas gali apimti tiek visapusišką pasitenkinimą gyvenimu, tiek atskirus jo aspektus – sveikatą, santuoką, šeimą, darbą, gyvenimo sąlygas, finansinę padėtį, išsimokslinimą, savigarbą, kūrybingumą, sugebėjimus, priklausomybę ir tikėjimą kitais [17]. Istorškai GK tyrimų poreikis augo tobulėjant medicinai, diegiant naujas, sudėtingas diagnostikos ir gydymo technologijas. Buvo vystomas mechaninis medicinos modelis, kuriame trūko humanizmo elementų, buvo kreipiamas dėmesys tik į ligą ir jos simptomus, todėl prireikė sukurti metodiką, kuri padėtų įvertinti ligos ir negalios poveikį bendrai žmogaus būklei ir GK. Pirmasis apibrėžti GK savo darbuose bandė Aristotelis (384-322 m. pr. Kr.). Jis pažymi, jog visos žmonių grupės suvokia sąvokų „gerai gyventi“ ir „būti laimingu“ tapatumą. Iki XX a. GK medicininėje literatūroje retai minima. Pirmieji bandymai objektyvizuoti ne vien fiziologinę ir klinikinę žmogaus būklę buvo Karnovskio skalė (1947 m.), pajėgumui įvertinti – Bartelio indeksas [2]. 1970-1980 m. atsirado nauja klausimynų karta – buvo kreipiamas dėmesys į psichinę sveikatą, emocinę būklę bei bendrą žmogaus GK. Vieni pirmųjų bandymų visapusiškai aprėpti žmogaus būklę buvo Notingemo sveikatos vertinimo klausimynas (*Nottingham Health Profile – NHP*) ir ligos poveikio vertinimo klausimynas (*Sickness Impact Profile - SIP*), sukurti 1981 m. [18, 19]. Tuo pat metu buvo kuriami bendrieji ir specifiniai tam tikros ligos ar būklės klausimynai. GK klausimynas PSO-100 buvo sukurtas PSO iniciatyva dėl daugelio priežasčių. Visu pirma, reikėjo praplėsti sveikatos vertinimo supratimą, akcentuojant ne tik sergamumą ir mirtingumą, bet ir ligos poveikį kasdieniam žmogaus gyvenimui bei aktyvumui. Kadangi vis daugiau dėmesio buvo kreipiamas į žmogų ir jo individualų gerovės suvokimą, tapo būtina sukurti tarptautinę ne tik fizinės bei psichinės sveikatos, bet ir socialinių, ekonominių, kultūrinių, religinių ir kitus aspektų vertinimo metodiką [20].

„Sveikata“ ir „gyvenimo kokybė“ – glaudžiai tarpusavyje susiję terminai. 1948 m. PSO apibūdino sveikatą kaip fizinę, psichinę bei socialinę gerovę, o ne vien ligos ar negalios nebuvimą [21]. 1993 m. PSO ***GK apibrėžė kaip individualų savo vietos gyvenime suvokimą tam tikroje kultūros ir vertybių sistemoje, kurioje gyvenama ir susijusį su asmens tikslais,***

lūkesčiais, standartais bei interesais [22]. Šis apibrėžimas koncentruojamas į subjektyvų paties žmogaus GK vertinimą.

Įvairūs autoriai skirtingai apibrėžia GK. Ir terminui „sveikata“, ir „gyvenimo kokybė“ suteikiamos nevienodos reikšmės. J. Maeland teigia, kad sąvoka „sveikata“ turi mažiausiai tris reikšmes: ligos nebuvimas, asmeninis žmogaus vertinimas arba tiesiog gerovė, o GK apibendrina kaip pasitenkinimą gyvenimu, poreikių patenkinimą, laimę bei saviraiškos, tobulėjimo galimybę [23]. Autorius taip pat mano, kad šie du terminai neatsiejami. Klinikinėje praktikoje dažniau vartojamas terminas ***sveikatos sąlygota GK***, apibūdinama kaip integrali fizinė, psichologinė, emocinė ir socialinė paciento būseną, paremta jo subjektyviaisiais pojūčiais. Akcentuojama, kad pagrindinės sveikatos sąlygotos GK dalys yra psichologinė, socialinė, fizinė ir dvasinė gerovė [24, 25, 26]. Subjektyvioji sveikatos būklė ar sveikatos sąlygota GK apima įvairius simptomus: skausmą, fiziologinius duomenis (kraujo spaudimą, gliukozės koncentraciją kraujyje), fizinę būklę (vaikščiojimą, judrumą), jutimo funkcijas, lytinį aktyvumą, negalią, fizinius trūkumus, pažinimo funkciją bei emocinę būklę – depresiją, nerimą ar priešingai – teigiamus pojūčius, suvokimą apie savo esamą ir būsimą sveikatą; pasitenkinimą sveikatos priežiūra [27]. Nėra vieningos nuomonės, kurias sritis reikėtų įtraukti tiriant GK. Šioje srityje dirbantys ekspertai mano, kad būtinos GK vertinimo metodikų dalys yra fizinė sveikata, psichinė sveikata, socialiniai ryšiai, bendra fizinė būklė ir bendras savo sveikatos vertinimas. Kai kurie autoriai kaip atskirą sritį siūlo įtraukti skausmo įvertinimą [28, 29]. Kiti autoriai teigia, jog GK turėtų būti apibrėžta vien kaip laimė, akcentuoja psichologinius ligos aspektus bei apibūdina sveikstančio paciento GK kaip reintegraciją į normalų gyvenimą [30, 31, 32]. Panašų terminą – gerovė – autoriai J. Breda ir K. Goyvaerts apibrėžia kaip dalyvavimą visuomenės veikloje, ekonominę gerovę, socialumą [33].

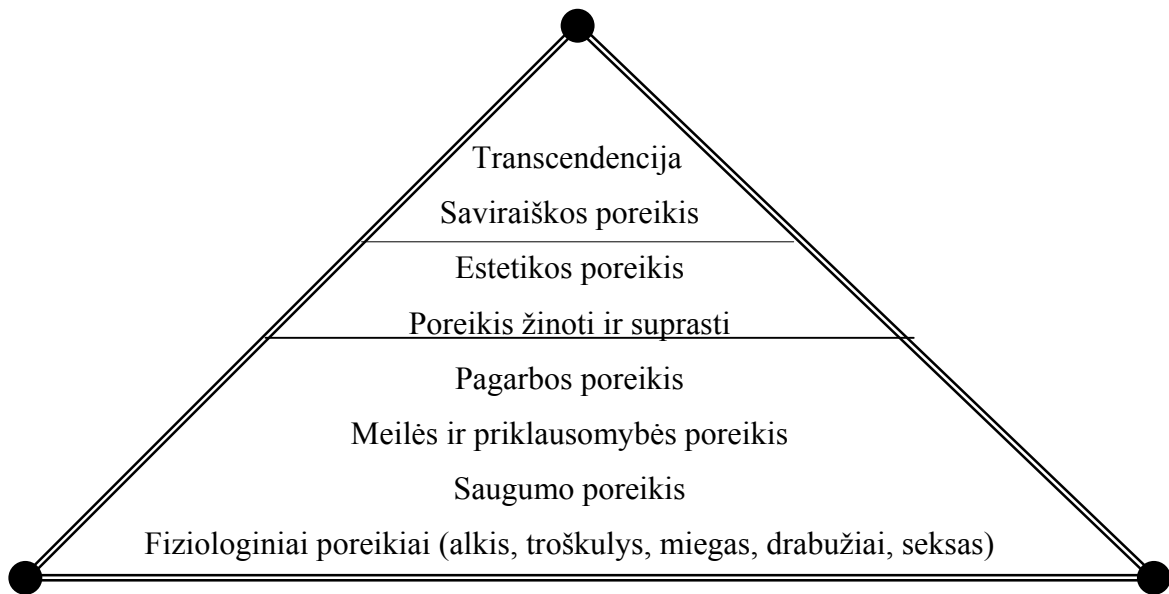
Filosofiniu požiūriu GK apibūdinama kaip žmogaus gyvenimo gerumo laipsnis arba vertė [34]. Autoriai pateikia dvi gero gyvenimo teorijas – *hedonistinę ir troškimų išsipildymo*. Hedonistiniu požiūriu geras gyvenimas charakterizuojamas daugiausiai maloniais patyrimais, troškimų išsipildymo teorija pabrėžia asmens troškimų išsipildymo svarbą.

Sociologiniu požiūriu GK apibūdinama kaip žmonių materialinių, socialinių ir kultūrinių sąlygų įvertinimas, palyginus su tam tikru visuomenėje pasiektu standartu [35].

Sveikatos ***ekonomikoje*** naudojama sąvoka „kokybiškai pragyventi metai“ – Quality Adjusted Life Years (QUALY). Įvedus šį matą, galima palyginti įvairių gydymo priemonių ekonominę naudą – atlikti kainos naudingumo analizę, racionaliai skirstyti lėšas, ypač, kai taikomi brangūs gydymo metodai [36].

Siūlomi šie teoriniai **GK modeliai**:

1. **M. Jahodos** (1958 m.) modelis pabrėžia būtinybę sukurti geras sąlygas žmogaus psichinei sveikatai, kad šis būtų pajėgus pats turėti įtakos savo GK – būti aktyvia asmenybe, ugdyti savo gabumus, užmegzti tvirtus asmeninius santykius, teigiamai save vertinti, priimti savarankiškus sprendimus [37].
2. **A. Maslow** (1968 m.) pasiūlė žmogaus poreikių hierarchijos piramidės modelį (3.1.1 pav.) [38]:



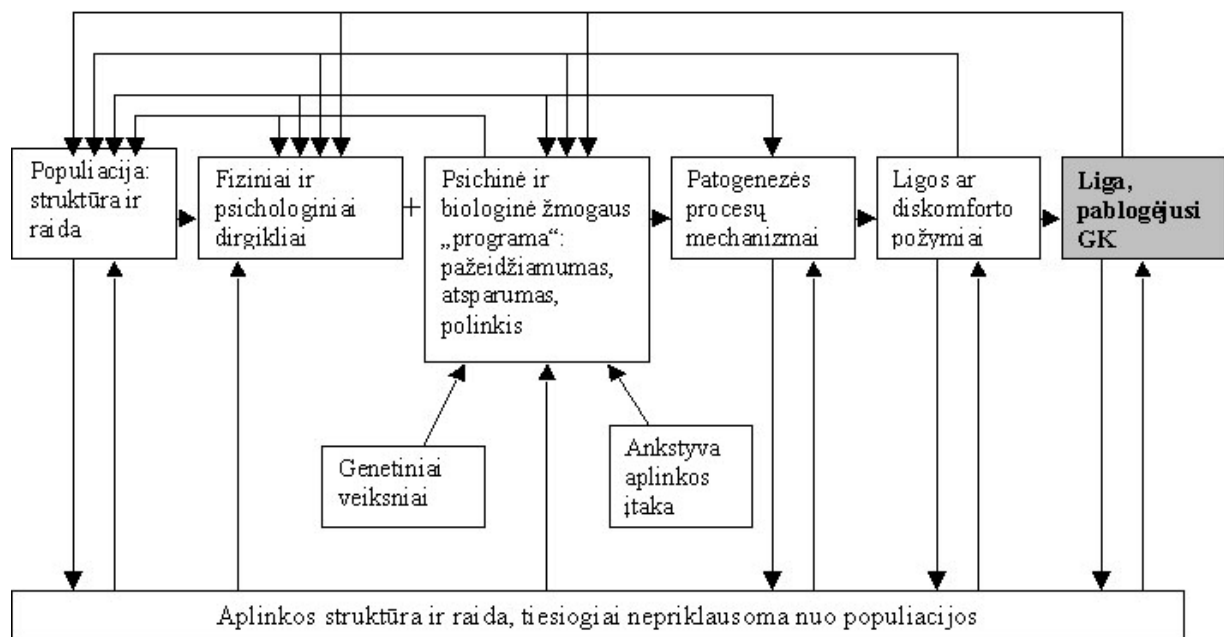
3.1.1 pav. Žmogaus poreikių hierarchijos piramidė pagal A. Maslow

Aukščiausieji žmogaus poreikiai:

- 2.1. Transcendencijos poreikis – tai poreikis tapti integruota ir vertinga pasaulio dalimi.
- 2.2. Saviraiškos poreikis – poreikių forma, paremta įgimtais gabumais ir pasireiškianti siekiu gerai atlikti savo vaidmenį. Pabrėžiami ne patys vaidmenys, bet žmogaus patirtis juos atliekant.
- 2.3. Estetikos ir kūrybos poreikis – tai noras žinias ir talentą panaudoti kūrybai.
- 2.4. Žinių ir supratimo poreikis – tai žmogaus noras suprasti save ir supantį pasaulį.

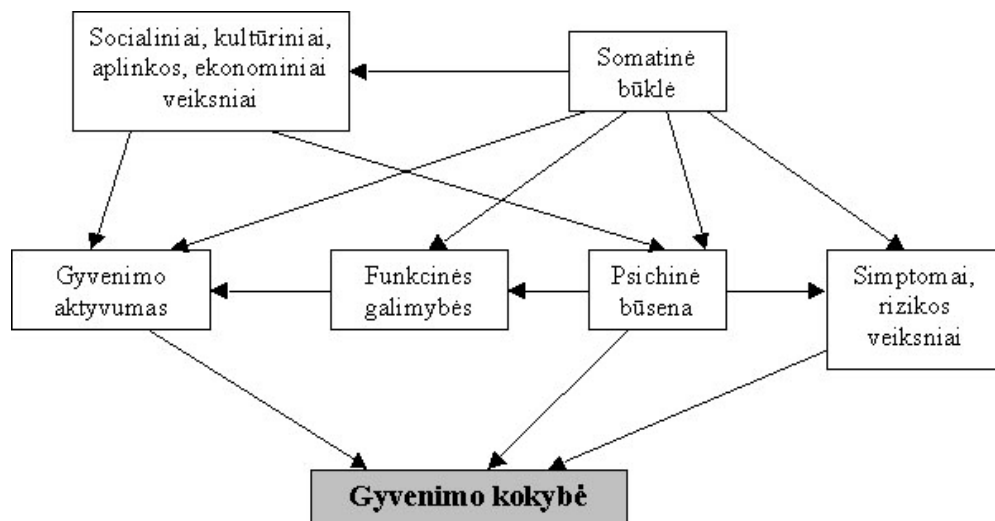
Pagrindiniai, žemiausieji žmogaus poreikiai, be kurių negali egzistuoti aukštesnieji, yra šie:

- 2.5. Pagarbos, orumo ir savo vertės pajutimo poreikis – tai žmogaus siekis būti pripažintu ir gerbiamu už tai, kas ir koks jis yra. Nepatenkinus šio poreikio, kyla menkavertiškumo, silpnumo ir bejėgiškumo jausmas.
 - 2.6. Priklausomybės ir meilės poreikis labai svarbus žmogui. Žmogus trokšta gerų ir nuoširdžių kontaktų su aplinkiniais, draugais, šeimos nariais. Kad patenkintų savo poreikius ir būtų savimi, žmogui reikia kitų žmonių.
 - 2.7. Saugumo poreikis – tai ieškojimas to, kas žmogui pažįstama ir įprasta. Saugumą padeda užsitikrinti pastovus darbas, nuosavybė, šeima, draugai.
 - 2.8. Fiziologiniai poreikiai – patys žemiausieji poreikių piramidėje, tačiau jų nepatenkinus, neįmanoma realizuoti ir aukštesniųjų. Aukštesniųjų ir žemesniųjų poreikių galima siekti ir vienu metu, o hierarchinė poreikių tenkinimo tvarka gali būti ir suardyta.
3. **S. Naess** (1974 m.) „vidinės GK“ modelis – M. Jahodos modelio papildymas ir tęsia. Mokslininkas visus gyvenimo pilnatvės veiksnius laikė vienodai svarbiais ir kritikavo jų diferencijavimą [39].
 4. **L. Levi ir L. Andersson** (1974 m.) teorinis populiacijos, aplinkos ir GK sąsajų modelis pabrėžia ryšius tarp populiacijoje vykstančių procesų, aplinkos, ekologijos bei žmogaus individualių savybių [17]. Teigiama, kad populiacijoje vykstantys procesai bei jos raida individui yra psichologiniai bei fiziniai dirgikliai. Sąveika tarp žmogaus psichinės ir biologinės „programos“ bei aplinkos procesų, kurie tiesiogiai nepriklauso nuo populiacijos, nulemia psichologines ir fiziologines reakcijas (pvz.; stresas). Pastarieji tam tikromis aplinkybėmis išprovokuoja ligą ar sukelia diskomfortą, susergama ir pablogėja GK. Ši seka nėra tik viena kryptimi vykstantis procesas, o tik dalis sudėtingos sistemos, kurioje vyksta ir atsakomosios reakcijos (3.1.2 pav.).



3.1.2 pav. Teorinis populiacijos, aplinkos ir GK sąsajų modelis (pagal L. Levi ir L. Andersson)

5. **Kajandi** (1981 m.) pirmasis išplėtė GK modelį, įtraukdamas ekonominius bei socialinius veiksnius bei išskyrė tris svarbiausias GK sritis: išorinę, tarpasmeninę ir asmeninę.
6. **B. Lindstrom** (1993 m.) – universalų GK modelį rekomenduojama taikyti tiek atskiro individo, tiek žmonių grupės, tiek visos populiacijos GK tyrimuose. Modelis apibrėžia objektyviasias sąlygas ir subjektyvųjų jų vertinimą. Šis universalus GK modelis apima globalinę (makroaplinką, politiką), išorinę (darbą, būstą, pajamas), tarpasmeninę (šeimą, tarpasmeninius ryšius) bei asmeninę (fizinę, psichinę, dvasinę) sritis [40].
7. **A. Kriščiūnas** (1993 m.) pabrėžia funkcinių žmogaus galimybių bei sveikatos svarbą GK (3.1.3 pav.) [41].



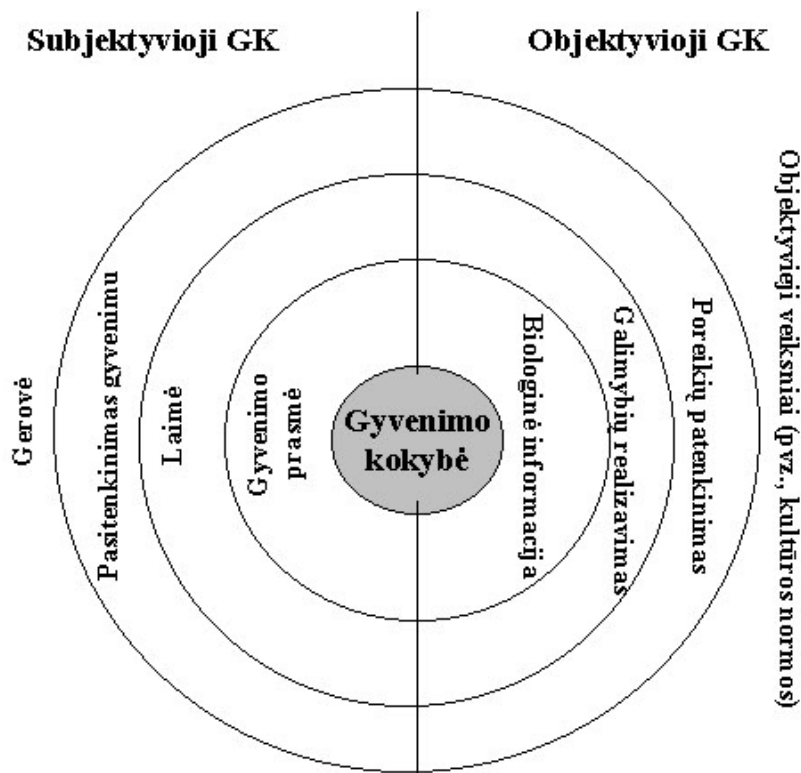
3.1.3 pav. Veiksnių, lemiančių gyvenimo kokybę, tarpusavio ryšys (pagal A. Kriščiūną)

8. **S. Ventegodt** (2003 m.) ir kt. pateikia išplėstą filosofinį GK modelio supratimą, priimtina medicinoje [42] (3.1.1 lentelė).

3.1.1 lentelė. Sąvokos, susijusios su GK (pagal S. Ventegodt)

Egzistencija	gyvenimas, mirtis, protas, jausmai, kūnas, meilė, džiaugsmas, motyvacija, būtis, veikla, ego, gėris ir blogis, visuma, vienybė, dvasia, tiesa, prigimtis, lytis, vystymasis, pasirinkimas
Pasaulio kūrimas	darna, ketinimai, tikslas ir prasmė, interpretacija ir formuluotė, suvokimas, veiksmas, sąmoningumas, jėga, atsakomybė, sėkmė
Būtis	gerovė, pasitenkinimas, laimė, poreikiai ir išsipildymas, saviraiška
Kasdienis gyvenimas	smagumas, viltis, svajonės, juokas ir liūdesys, tylą, nuostaba, pagarba
Talentai	talentas (dovana), intuicija, supratimas, jausmas, žinojimas, sugebėjimas, išmintis, kūrybingumas
Santykiai	gailestis, išgyvenimas, tikėjimas, pokalbis, elgsena, priklausomybė, laisvė, gerumas, sąžiningumas, bendrumas, seksas, aistra, malonumas, nekaltumas
Sveikata	funkcinės galimybės, psichosomatizmas, gydymas (jutimas, supratimas, leidimas išeiti), pakantumas, fragmentacija, sąmonė, sulaikymas
Asmenybės vystymasis	kančia, vystymasis ir gijimas, šešėlis (anti-aš), išradingumas, apmąstymas, perspektyva, gyvenimo filosofija, savęs išreiškimas, išprusimas
Terapija	gyvenimo įvykis, konfrontacija, gyvenimo skausmas, polėkis ir pabėgimas, mirties artumas, egzistencijos terapija, įtaka, rūpinimasis, pagarba, supratimas, priėmimas, pripažinimas, sugrįžimas, sveikimas

9. **S. Ventegodt** (2003 m.) ir kt. išskiria objektyviąją ir subjektyviąją GK sritis [43] (3.1.4 pav.). Subjektyviąją GK lemia asmeninis kiekvieno individo suvokimas. Objektyviajai GK turi reikšmės kultūra, kurioje gyvenama. Objektyvioji GK atskleidžia asmens gebėjimą adaptuotis prie kultūros vertybių ir šiek tiek pasako apie žmogaus gyvenimą. Pavyzdžiui, norėdamas būti geru kultūros sistemos nariu, žmogus privalo pasiekti tam tikrą socialinę padėtį. Objektyvioji GK yra susijusi su išorinėmis ir lengvai sudaromomis gyvenimo sąlygomis, kurias dauguma pastebi ir vertina vienodai.



3.1.4 pav. Integruota gyvenimo kokybės teorija (pagal S. Ventegodt)

3.2 Gyvenimo kokybės tyrimo metodika

3.2.1. Gyvenimo kokybės klausimynai, jų rūšys, trūkumai ir privalumai

GK vertinama ir epidemiologiniuose, ir klinikiniuose tyrimuose, vertinant naujo gydymo metodo privalumus ir trūkumus. Epidemiologiniuose tyrimuose siekiama nustatyti, kaip demografiniai, socialiniai, ekonominiai veiksniai, vienų ar kitų rizikos veiksnių, lėtinių ligų paplitimas veikia tam tikros žmonių populiacijos GK. Klinikiniuose tyrimuose GK labai dažnai vertinama onkologijos srityje, sprendžiant sudėtingą klausimą – ar skirti toksišką chemoterapiją, žymiai pabloginančią GK, ar paliatyvų gydymą, pagerinantį GK, bet neprailginantį gyvenimo trukmės. Ypač dažnai ši dilema iškyla esant pažengusiam piktybiniam procesui. Kita svari priežastis tirti GK – objektyvizuoti paciento savijautą ir nuomonę apie gydymo efektyvumą, kuri dažnai skiriasi nuo medikų nuomonės. Taip pat buvo nustatyta, kad GK gali pranašauti ir gydymo sėkmę. Skirtingi tyrimai parodė, jog tokie veiksniai kaip bendra GK, fizinis pajėgumas, nuotaika, skausmas yra svarbūs prognoziniai rodikliai. Nėra visiškai aišku, ar GK tyrimo rezultatai parodo ankstyvą paciento suvokimą apie ligos progresavimą, ar esamas GK lygis turi reikšmės ligos eigai. Tokiu atveju GK gerinimą būtų galima naudoti kaip terapijos metodą [2]. GK tyrimo priemonės – tai įvairūs klausimynai, skirstomi į šias grupes [2]:

1. **Bendrieji GK klausimynai.** Šios grupės klausimynai dažnai naudojami populiacijos GK ir sveikatos stebėsenai epidemiologiniuose tyrimuose, bet yra tinkami ir įvairių specifinių pacientų grupių GK vertinimui. Dažniausiai naudojami šie klausimynai:

1. Pasaulinės sveikatos organizacijos GK 100 (GK PSO-100) (World Health Organization Quality of Life 100 – WHOQOL-100) bei jo sutrumpintas variantas PSO-BREF-26 – vieni dažniausiai visame pasaulyje naudojamų bendrojo pobūdžio klausimynų. Šis klausimynas buvo sukurtas PSO iniciatyva ir ilgainiui tapo tarptautinių GK tyrimų modeliu. Buvo atrinkta 100 klausimų, kurie suskirstyti į 24 posričius (kiekvienam po 4 klausimus). 4 klausimais vertinama bendra GK ir sveikatos būklė [44]. 24 GK posričiai sugrupuoti į šešias sritis: fizinę, psichologinę, nepriklausomumo, socialinių santykių, aplinkos bei dvasingumo [45]. Nors PSO-100 leidžia detaliam įvertinti kiekvieną GK aspektą, tačiau praktiškai naudojant dažnai užima per daug laiko. Atliekant faktorinę klausimyno PSO-100 analizę, įvairių tyrimų duomenimis, dažniausiai išskiriami 4-6 bendrieji faktoriai [20]. Įvertinus šios analizės rezultatus, fizinė sritis buvo sujungta su nepriklausomumo, o dvasingumo sritis priskirta psichologinei. Taip buvo sukurtas sutrumpintas šio klausimyno variantas – WHOQOL-BREF, kurią sudaro 26 klausimai, suskirstyti į 4 sritis: fizinės sveikatos, psichinės sveikatos, socialinių santykių bei aplinkos. Iš kiekvieno PSO-100 posričio buvo atrinkta po vieną klausimą, įtraukti du bendrieji klausimai apie bendrą GK ir sveikatą [46]. PSO-BREF metodika tapo plačiai naudojama GK vertinimo priemone ir tarptautiniuose populiaciniuose, ir klinikiniuose GK tyrimuose.

PSO-100 klausimyno panaudojimo galimybės labai plačios. Jis gali būti naudojamas klinikiniuose tyrimuose, stebint ligos pokyčius gydymo eigoje, taikant paliatyvų gydymą [47, 48, 49, 50, 51]. Epidemiologiniuose tyrimuose šis klausimynas leidžia analizuoti GK, surinkus tam tikros populiacijos duomenis. Tarptautinės epidemiologinės studijos, naudojančios PSO-100 ar jo sutrumpintą variantą PSO-BREF, gali atlikti GK tyrimus daugelyje centrų ir palyginti jų rezultatus [1].

2. Trumpoji forma SF-36 (Short Form SF-36) – tai bendrojo pobūdžio klausimynas, sukurtas J. Ware ir kt. 1993 m., skirtas bendrai sveikatos būklei įvertinti [52]. Jis užpildo spragą tarp ilgų, ištėtų bei labai abstrakčių, teturinčių po kelis klausimus, klausimynų. Šis klausimynas sudarytas taip, kad būtų vertinami bendrieji sveikatos aspektai, netipiški nei amžiui, nei pacientų grupei. Pabrėžiamos fizinės, socialinės ir emocinės funkcijos. Klausimynas įvertina fizinę ir psichinę sveikatą, jį sudaro aštuonios sritys: fizinis aktyvumas (4 kl.), veiklos apribojimas dėl fizinių sunkumų (10 kl.), veiklos apribojimas dėl emocinių sunkumų (3 kl.), socialinės funkcijos (2 kl.), psichinė sveikata (5 kl.), gyvybingumas (4 kl.), skausmas (2 kl.) ir bendras sveikatos vertinimas (5 kl.) bei globalinis klausimas – paciento nuomonė apie jo bendrą sveikatos būklę. Taip pat naudojamas ir trumpesnis šio klausimyno variantas – SF-12, kurį sudaro dvylika klausimų.

Klausimynas SF-8 sudarytas tik iš aštuonių klausimų ir yra SF-36 pirmasis variantas – aštuonias GK sritis vertinantys klausimai vėliau buvo išskaidyti, detalizuoti ir papildyti. Šis klausimynas turi kai kurių trūkumų. Jame yra klausimų apie įtemptą, sunkią fizinę veiklą. Jeigu pacientas šių veiksmų niekada neatlieka, jis negali atsakyti, ar galėtų bėgioti, kelti sunkius daiktus, daug vaikščioti. Šie klausimai apriboja galimybes klausimyną taikyti kiekvienam.

3. Europos GK tyrimo klausimyną (EQ-5) 1996 m. sukūrė R. Brooks [53]. Tai bendrojo pobūdžio klausimynas, apimantis šias sritis: judrumą, gebėjimą save aptarnauti, įprastą kasdienį aktyvumą, skausmą ir diskomfortą bei nerimą ir depresiją. Tiriamasis vertina savo GK 0-1 skalėje (0 – mirtis, 1 – puiki sveikata). Šis klausimynas taikomas tiek populiacijos tyrimuose, tiek specifinėse pacientų grupėse, ypač atliekant ekonominį gydymo efektyvumo įvertinimą [54].

4. Bendrasis sveikatos klausimynas (General Health Questionnaire – GHQ) – tai bendrojo pobūdžio GK klausimynas, dažniausiai naudojamas sergančiųjų psichikos ligomis GK įvertinti, taip pat ir populiacijos tyrimuose [55, 56].

5. Ligos poveikio vertinimo klausimynas (Sickness Impact Profile – SIP) 1981 m. sukūrė M. Bergner ir kt. [18]. Klausimynas buvo naudojamas naujiems gydymo metodams įvertinti, populiacijos sveikatai stebėti. Šis klausimynas sudarytas iš 12 sričių, vertinančių kasdienį aktyvumą, tačiau jame nėra bendrojo klausimo apie sveikatą ir GK. Buvo pastebėta, kad šis klausimynas pakankamai jautrus sveikatos pokyčiams, tačiau jie vertinami pagal žmogaus aktyvumą, o ne pagal jausmus bei pojūčius.

6. Notingemo sveikatos vertinimo klausimynas (Nottingham Health Profile - NHP) – tai bendrojo pobūdžio GK tyrimo instrumentas, kurį 1981 m. sukūrė S. Hunt ir kt. [19]. Klausimynas vertina fizinį, emocinį ir socialinį išsekimą. Jame daugiau paliečiami žmogaus jausmai ir emocijos nei elgesio pokyčiai. Tai pirmasis klausimynas, paremtas vien subjektyviuoju sveikatos vertinimu. Klausimyną sudaro 6 sritys: miegas, skausmas, socialinė izoliacija, emocijos bei fizinis judrumas ir energingumas. Šis GK tyrimo instrumentas tik padeda nustatyti, kad tiriamasis turi sveikatos problemų, bet nėra specifiškas jokioms ligoms. Notingemo sveikatos klausimynas dažnai naudojamas populiacijos tyrimuose, klinikiniuose taikomas retai.

2. Specifiniai klausimynai skirti pacientų, sergančių tam tikromis ligomis, GK tyrimui. Bendrojo pobūdžio klausimynai puikiai įvertina bendrą žmogaus būklę, tačiau nėra pakankamai jautrūs specifiniams sutrikimams, atsirandantiems sergant tam tikromis ligomis arba lyginant skirtingus gydymo metodus, todėl tam tikroms ligoms tirti kuriami specifiniai klausimynai. Bendrojo pobūdžio klausimynai geriau apibūdina bendrą GK bei jos pokyčius, o specifiniai tam tikrai ligai – subtilesnį ligos poveikį GK. Iš dažniausiai naudojamų šios grupės klausimynų galima paminėti Europos Organizacijos vėžio tyrimuose ir gydyme naudojamą klausimyną (*EORTC QLQ-C30*), sergančiųjų epilepsija GK klausimyną (*QOLIE-89*). Sukurta nemažai metodikų, skirtų

sergančiųjų astma, širdies nepakankamumu, hipertenzija, artritais, depresija, vaikų GK vertinti. Kartais dar išskiriama atskira klausimynų grupė tam tikroms būklėms vertinti (nuovargiui, nuotaikai, skausmui ir kt.) [2].

Bendras visų klausimynų sudarymo principas – klausimų arba teiginių rinkinys bei atsakymų variantai, išdėstyti hierarchine tvarka. Kad būtų galima palyginti naudojant įvairius klausimynus tirtą GK (juos sudaro nevienodos skalės), rezultatai standartizuojami, dažniausiai perskaičiuojant juos į 0-100 balų sistemą [2].

3.2.2. Gyvenimo kokybės tyrimo metodika: klausimyno vertimas, pagrįstumo ir stabilumo nustatymas

Dauguma GK tyrimo instrumentų buvo sukurti Anglijoje ir JAV, todėl juos būtina tiksliai ir suprantamai išversti iš anglų kalbos. Klausimyno turėtų versti mažiausiai du vertėjai. Vienas arba du vertėjai turėtų versti klausimyną iš anglų kalbos į lietuvių atskirai vienas nuo kito, vėliau savo vertimus suderinti. Vertėjai turėtų gerai suprasti verčiamą dokumentą bei žmonių grupę, kuri bus tiriamą. Keleto žmonių (mažiausiai 4), atstovaujančių kontingentui, kuriam ruošiamas GK tyrimo instrumentas, paprašoma perskaityti ir pakomentuoti išverstą klausimyną. Jie skaito dokumentą savo gimtąja kalba ir nežino, kaip buvo sudaryti klausimai anglų kalba. Pagal šios grupės pastabas klausimynas taisomas ir atiduodamas atgalinam vertimui iš lietuvių kalbos į anglų. Šį darbą atlieka kitas vertėjas, kuris žino, kam klausimynas bus naudojamas, tačiau nėra matęs jo originalo kalba. Originalusis ir verstasis iš lietuvių kalbos į anglų kalbą klausimynai sulyginami. Radus neatitikimų, šis procesas kartojamas tol, kol paruošiamas tikslus, aiškus ir priimtinas klausimyno variantas. Prieš taikant klausimyną visam kontingentui, atliekamas bandomasis tyrimas nedidelėje žmonių grupėje ir neaiškūs klausimai dar kartą koreguojami (kultūrinė adaptacija) [57].

Pritaikant GK PSO-100 ar PSO-BREF klausimyną naujam kontingentui, turėtų būti tiriamą ne mažiau kaip 300 žmonių. Tiriamieji turėtų būti suaugę asmenys, atrinkti pagal amžių, lytį bei sveikatos būklę pagal šiuos reikalavimus [57]:

1. Amžius: 50 proc. <45 m. ir 50 proc. ≥45 m.
2. Lytis: 50 proc. vyrų ir 50 proc. moterų.
3. Sveikatos būklė: 250 žmonių su įvairiais sveikatos sutrikimais ir 50 sveikų. Tarp žmonių, turinčių sveikatos problemų, turėtų būti sunkesnės būklės, sergančių lėtinėmis ligomis, kiti – lengvesnės būklės, besilankantys pas bendrosios praktikos gydytoją.

Tiriamųjų prašoma atsakyti į klausimus, vertinant savo sveikatą, savijautą bei paskutinių 2 savaičių GK. Klausimyną turėtų pildyti patys pacientai, o jei jie negali to padaryti, apklausia kitas žmogus (interviu).

Būtina psichometrinių tyrimų dalis – klausimyno stabilumo ir pagrįstumo įvertinimas [58].

Stabilumas (reliability) – tai matavimo kokybės apibūdinimas, rodantis, kaip kartotinių matavimų reikšmės išsidėsto apie medianą. Jei matavimų reikšmės yra panašios į medianos, vadinasi, matavimų stabilumas yra didelis [59]. Stabilumas vertinamas vidiniu pastovumu (koreliacijos koeficientų tarp klausimų vidurkis), *Kronbacho alfa* rodikliu (reikšmės nuo 0,7 iki 0,9 priimta laikyti labai aukštomis) ir testo-retesto metodu [2]. Testo-retesto stabilumas nustatomas, įvertinus sąsajas tarp pirminio ir pakartotinio, atlikto po 2-4 savaičių, tyrimo, taikant tą pačią metodiką [58]. Pakartotinai turėtų būti apklausiami mažiausiai 50 žmonių (25 sveiki ir 25 turintys sveikatos problemų), kurių sveikata per pastarąsias 2 savaites iš esmės nepasikeitė.

Pagrįstumas (validity) skirstomas į tyrimo ir matavimo pagrįstumą.

1. Matavimo pagrįstumas – matavimo kokybės apibūdinimas, rodantis, ar tikrai išmatuojama tai, kas norima išmatuoti. Matavimo pagrįstumas skirstomas į turinio, konstrukcijos ir kriterijaus pagrįstumą [59]. **Turinio** pagrįstumas – matas, kuriuo matuojami visi tiriamojo reiškinio dėmenys. Norint sukurti tinkamą GK instrumentą, būtina siekti, kad jis aprėptų visus svarbiausius aspektus. Tiriant GK, būtina vertinti kasdieninę, darbinę asmens veiklą, santykius šeimoje, socialinius santykius ir t. t. **Konstrukcijos** pagrįstumas – matavimo ir teoriško tiriamojo reiškinio modelio standarto atitikimas. Pirmiausiai bandoma nustatyti, ar teisingai parinktas teorinis GK modelis, vėliau tikrinama, ar sudaryta GK vertinimo skalė jį atitinka. Konstrukcijos pagrįstumas tiesiogiai neišmatuojamas ir tik ilgalaikė įvairių duomenų analizė jį patvirtina arba paneigia. Išskiriamas konvergentinis bei divergentinis konstrukcijos pagrįstumas. **Konvergentinis** pagrįstumas rodo, kaip tarpusavyje koreliuoja tos pačios srities ar giminingų sričių klausimai (pvz.; fizinė ir nepriklausomumo arba psichologinė ir dvasingumo sritys). **Divergentinis** pagrįstumas nustatomas, įvertinus ryšius tarp skirtingų sričių klausimų ar tarpusavyje nesusijusių sričių. Jei GK tyrimo metodika parengta tinkamai, koreliacija tarp skirtingų sričių klausimų turėtų būti silpnesnė nei srities viduje. **Kriterijaus** pagrįstumas rodo, ar gauti GK klausimyno tam tikros srities vertinimai atitinka standartą ir skirstomas į konkurencinį ir prognozuojamąjį. **Konkurencinis** kriterijaus pagrįstumas rodo matavimo ir tam tikro standarto atitikimą tuo pačiu laiko momentu. Tiriant GK, konkurencinis kriterijaus pagrįstumas vertinamas ieškant sąsajų tarp skirtingų metodikų giminingų sričių. **Prognozuojamasis** kriterijaus pagrįstumas – tai galimybė numatyti matavimo standartą (pvz.; intelekto testo naudojimas profesinei karjerai numatyti).

2. Tyrimo pagrįstumas – tai tyrimo apibūdinimas, rodantis nustatytą tirtos žmonių grupės dėsningumą tikrumą ir tinkamumą visai populiacijai. Tyrimo pagrįstumas skirstomas į vidinį ir išorinį. **Vidinis** tyrimo pagrįstumas – tai tyrimo apibūdinimas, rodantis tirtos grupės nustatytą dėsningumą tikrumą. **Išorinis** tyrimo pagrįstumas – tai tyrimo apibūdinimas, rodantis, ar dėsningumai, nustatyti tiriant tam tikrą asmenų grupę, tinka visai populiacijai [59].

3.3. Populiacijos gyvenimo kokybės tyrimai

3.3.1. Populiacijos gyvenimo kokybės tyrimų metodika

GK tyrimas populiacijoje – tai tarptautiniu mastu pripažintas, patikimas, daug informacijos suteikiantis ir ekonomiškai metodas, vertinant tiek tam tikros teritorijos, tiek atskirų jos socialinių grupių sveikatą [6]. GK tyrimai profilaktinių sveikatos patikrų metu bei GK stebėseną gali suteikti tokios informacijos apie populiacijos sveikatą, kurios neįmanoma surinkti kitais metodais. Tokių tyrimų metu nustatomos „populiacinės normos“, būdingos tam tikrai kultūrai. Šie rodikliai laikomi šalies GK standartu, su kuriuo gali būti lyginama įvairių nepalankių veiksnių veikiamų asmenų grupių ar tam tikromis ligomis sergančių pacientų GK. GK normas turi visos išsivysčiusios pasaulio šalys [60]. GK norminiai rodikliai gali būti panaudojami [6]:

- lyginant tam tikrų asmenų grupių GK su populiacijos duomenimis;
- atliekant tam tikrų visuomenės sluoksnių GK stebėseną;
- lyginant sergančių tam tikromis ligomis pacientų GK su populiacijos rodikliais;
- vertinant sveikatos programų efektyvumą;
- rengiant reabilitacijos ir socialinės adaptacijos programas tam tikroms asmenų grupėms.

GK tyrimai populiacijose atliekami laikantis bendrų GK tyrimo principų. Šių tyrimų pagrindas – tinkamo instrumento parinkimas. Tiriant GK populiacijoje, naudojami bendrojo pobūdžio klausimynai. GK klausimynai, kuriais naudojantis nustatomos populiacinės GK normos, turėtų atitikti šiuos reikalavimus:

- turėtų apimti kuo daugiau GK sričių;
- būti lengvai užpildomi;
- turėti tam tikras psichometrinės ypatybes;
- klausimynas turėtų būti tinkamas tarptautiniams bei klinikiškiams GK tyrimams.

Paprastai vertinamos šios psichometrinės GK tyrimo instrumento savybės:

- praleistų atsakymų procentas visiems klausimynams;
- respondentų, atsakiusių mažiau nei į 50 proc. anketos klausimų, skaičius;
- klausimynų be loginių nesutapimų procentas;
- statistiškai reikšmingi klausimyno stabilumo duomenys;
- daugumos klausimų koreliacija turėtų būti stipresnė su ta sritimi, kuriai jie priklauso ir silpnesnė su kitomis sritimis.

Sudarant imtį, būtina atsižvelgti į šiuos dalykus:

- minimalią atrankos apimtį;
- atrankos reprezentatyvumą;
- duomenų rinkimo metodus;
- specialiai paruoštą klausimyną, pritaikytą tam tikros vietovės ypatumams.

Atranka vykdoma atsižvelgiant į pilotinio tyrimo rezultatus. Pagal pilotinio tyrimo duomenis galima nustatyti požymio kintamumą amžiaus ir lyties grupėse. Pagal tai apskaičiuojamas būtinų atvejų skaičius kiekvienoje grupėje. Imtis turėtų reprezentuoti populiaciją bent pagal du požymius – amžių ir lytį.

GK tyrimo instrumentas turėtų būti ruošiamas, atsižvelgiant į vietovės, kurioje bus tiriamas GK, ypatumus. GK klausimynas turėtų būti papildytas demografiniais (amžius, lytis), socialiniais (užimtumas, išsimokslinimas, šeiminė padėtis) bei ekonominiais (pajamos, gyvenimo sąlygos) duomenimis apie tiriamąjį. Dažnai į bendrojo pobūdžio GK klausimynus įtraukiami klausimai apie medicininės priežiūros poreikio dažnumą bei specialistų diagnozuotas lėtines ligas. Galutinis klausimyno variantas parengiamas po bandomojo tyrimo. Renkant GK duomenis, dažnai naudojami elektroniniai klausimynai, kurie leidžia iš karto po duomenų įvedimo stebėti kiekvieno tiriamojo GK rodiklius bei apsaugo nuo įvedimo klaidų.

3.3.2. Gyvenimo kokybės ir socialinių bei ekonominių netolygumų sąsajos

Pagrindiniai socialinės bei ekonominės padėties rodikliai yra išsimokslinimas, profesija, pajamos, disponuojamas turtas bei užsiėmimas. Visi šie rodikliai yra tarpusavyje glaudžiai susiję. Žinoma, kad socialiniai ir ekonominiai netolygumai populiacijoje sąlygoja nevienodas žmonių galimybes būti sveikais. Socialinių bei aplinkos sąlygų pagerinimas šiuo metu yra pagrindinis sveikatos politikos tikslas visame pasaulyje [61].

Ekonominiai rezervai – vienas pačių svarbiausių GK rodiklių. Ekonominiai resursai skirstomi į nekilnojamąjį turtą – butas, sodas, namas, žemė (ilgalaikės investicijos) bei lėšas, reikalingas kasdieniams poreikiams patenkinti: maistui, drabužiams, transportui ir t. t. Kiek pinigų gali būti leidžiama įvairioms pramogoms, paslaugoms, laisvalaikiui ir netgi socialinių ryšių palaikymui, priklauso nuo to, kokia pinigų suma individas disponuoja. Turėdamas pinigų, žmogus pats nusprendžia, kur juos leisti ir kaip save realizuoti.

Teigiama, kad socialiniai sveikatos netolygumai prasideda dar negimus kūdikiui. Nustatyta, kad mažo gimimo svorio, perinatalinio bei ankstyvojo ir vėlyvojo neonatalinio mirtingumo rizika susijusi su žemu motinos išsimokslinimu, profesinių įgūdžių neturėjimu ir bedarbyste [62]. Teigiama, kad moterys, neturinčios išsimokslinimo ir nuolatinio apmokamo darbo, prasčiau maitinasi ir dažniau turi žalingų įpročių – rūko, vartoja alkoholį ir narkotikus, dažniau serga

lėtinėmis ligomis ir nepakankamai rūpinasi savo sveikata nėštumo metu. Pabrėžiama ir šeiminių padėties svarba – vienišos netekėjusios motinos, našlės ar išsituokusios moterys dažniau patiria emocinį stresą, kenčia dėl skurdo ir yra priklausomos nuo valstybės paramos. Visi šie veiksniai turi neigiamos reikšmės vienišų moterų bei jų vaikų sveikatai ir yra susiję su blogesne GK. Nustatyta, kad moterys, turinčios žemesnį išsimokslinimą, dažniau dirba nekvalifikuotą sunkų fizinį darbą, kuris neretai būna įvairių perinatalinių komplikacijų priežastimi. Teigiama, kad dirbančios ir daugiau uždirbančios moterys „investuoja“ į savo vaiką daugiau negu vyrai ir materialiniu, ir intelektualiniu požiūriu, o tai turi reikšmės jau suaugusių vaikų GK [62]. Tarp vyresnių vaikų, augančių bedarbių šeimose, dažniau stebimi įvairūs psichosomatiniai, nerviniai sutrikimai, jie dažniau hospitalizuojami, turi mokymosi sunkumų ir dažniau turi polinkį savižudybei. Yra atlikta studijų, kurios įrodė, kad programos, skirtos pažeidžiamoms populiacijos grupėms, yra efektyvios. Meksikoje vykdytos programos metu moterims, gyvenančioms vargingiausiose šalies šeimose, reguliariai buvo išmokamos tam tikros pinigų sumos, kurias jos galėjo naudoti savo ir šeimos narių mokymuisi, mitybai ir sveikatai pagerinti [63]. Nustatyta, kad vaikų sergamumas šiose šeimose sumažėjo 12 proc., lyginant su panašiomis sąlygomis gyvenančiomis šeimomis, kurios nedalyvavo programoje.

Žymus GK pablogėjimas stebimas išėjus į pensiją – staigus socialinio statuso pasikeitimas, buvusio visuomeninio vaidmens ir autoriteto netekimas, nuobodulys, vienišumas, pablogėjusi finansinė padėtis – tai stresinės situacijos požymiai, trikdančios psichinę žmogaus sveikatą. Pensininkai priklauso pažeidžiamai populiacijos grupei, reikalaujančiai specialaus dėmesio.

Taigi ankstyvo išsimokslinimo skatinimas, vaikų globa, parama vargingai gyvenančioms šeimoms ir sveikatos priežiūra galėtų padėti pagerinti nepalankiomis ekonominėmis sąlygomis gyvenančių asmenų GK.

3.3.3. Rizikos veiksniai, sveikata ir gyvenimo kokybė

Kalbant apie sveikatą ir planuojant sveikatos priežiūrą, Lietuvoje dažniausiai remiamasi objektyviaisiais sergamumo, mirtingumo ir invalidumo rodikliais. Tačiau visapusiškas populiacijos sveikatos įvertinimas turėtų būti pagrįstas ir subjektyviuoju žmonių sveikatos vertinimu bei GK [64]. Todėl, atsižvelgiant tiek į mirtingumą, tiek į subjektyvųjį požiūrį į sveikatą, vidutinės sveiko būsimąjo žmogaus gyvenimo trukmės įvertinimas suteikia svarbios informacijos apie populiacijos sveikatą. Nustatyta, kad Lietuvoje vidutinė sveiko būsimąjo žmogaus gyvenimo trukmė yra 53,7 m. vyrams ir 55,3 m. moterims [64]. Nors moterų bendroji vidutinė būsimąjo gyvenimo trukmė yra 10-11 m. ilgesnė už vyrų (moterų – 78 metai, vyrų – 67 metai), tačiau vidutinė sveikų vyrų gyvenimo trukmė populiacijoje sudaro didesnę dalį negu moterų, taigi moterų nesveikų gyvenimo metų tikimybė yra žymiai didesnė.

Pažymima, kad įvairūs lėtiniai sveikatos sutrikimai, turintys neigiamos reikšmės GK, prasideda jauname amžiuje. 1996-1997 m. Kanados populiacijos nacionalinio sveikatos tyrimo duomenimis, 58 proc. 12 m. ir vyresnių apklaustųjų skundėsi bent viena lėtine sveikatos problema, o daugiau negu pusė šių asmenų nurodė du ar daugiau sveikatos sutrikimų [155]. Jauniausia tirtųjų asmenų grupė dažniausiai skundėsi ne maisto sukeliomomis nuolat pasikartojančiomis alergijomis, vidutinėje amžiaus grupėje dažniausiai GK bloginanti sveikatos problema buvo nugaros skausmai ir sąnarių ligos, o vyriausių asmenų GK daugiausiai neigiamos reikšmės turėjo Alzheimerio liga ir liekamieji insulto reiškiniai. Analizuojant lėtinių ligų įtaką vyrų ir moterų GK, nustatyta, kad labiausiai GK blogino Alzheimerio liga, insulto liekamieji reiškiniai ir šlapimo nelaikymas, moterims – ir virškinimo sutrikimai, o vyrams – artritai, katarakta, lėtinė obstrukcinė plaučių liga, emfizema ir epilepsija. Autoriai nurodo, kad tos pačios lėtinės būklės įvairiame amžiuje turi nevienodos reikšmės GK, kadangi įvairių ligų įtaka sumuojasi.

Su gyvensena susiję rizikos veiksniai, tokie kaip rūkymo bei alkoholio vartojimo įpročiai, mitybos ypatumai bei nepakankamas fizinis aktyvumas yra pagrindiniai lėtinių neinfekcinių ligų etiologijoje, turi įtakos sergamumui, invalidumui, mirtingumui bei GK. Lietuvos suaugusių žmonių 2002 m. gyvensenos tyrimo duomenimis, nuolat rūkė 12,8 proc. 20-64 m. moterų ir 43,5 proc. vyrų, o stiprius alkoholinius gėrimus vartojo kartą per savaitę ir dažniau 28,7 proc. vyrų ir 8,2 proc. moterų [15]. Rūkymas yra svarbiausia mirtingumo nuo plaučių vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų priežastis. PSO duomenimis, išsivysčiusiose pasaulio šalyse rūkymo sukeltų ligų, invalidumo bei mirčių skaičius yra didesnis nei dėl kitų rizikos veiksnių įtakos (alkoholio vartojimo, hipertenzijos, nesaugių lytinių santykių ir nepakankamo fizinio aktyvumo) [65]. Rūkymas labiau paplitęs vyrų bei žemesnių socialinių sluoksnių atstovų populiacijose.

Alkoholio vartojimas, įvairių studijų duomenimis, susijęs su žemesniu išsimokslinimu [65]. Tarp alkoholio vartojimo ir mirtingumo, įvairių tyrimų duomenimis, nustatoma „U“ tipo priklausomybė [65]. Nesaikingas alkoholio vartojimas sukelia kepenų cirozę, virškinamojo trakto ir kitų lokalizacijų onkologinius susirgimus, sąlygoja padidėjusį kraujo spaudimą, alkoholinę kardiomiopatiją, padidina riziką susirgti galvos smegenų insultu, be to, yra daugelio nelaimingų atsitikimų ir eismo nelaimių priežastis. Esant priklausomybei nuo alkoholio, atsiranda psichologinių problemų – nesutarimų šeimoje, darbe, pamažu vystosi asmenybės degradacija, tai tampa ne tik sveikatos, bet ir socialine problema. Visos šios priežastys turi neigiamos įtakos žmogaus GK.

Labai svarbūs sveikatai veiksniai yra mitybos įpročiai ir fizinis aktyvumas. Netaisyklinga mityba (per mažas šviežių vaisių ir daržovių vartojimas, per didelis gyvulinių riebalų, cukraus, druskos vartojimas, per didelis suvalgomo maisto kaloringumas) bei nepakankamas fizinis aktyvumas sąlygoja antsvorio ir nutukimo atsiradimą. Lietuvos suaugusių žmonių 2002 m. gyvensenos tyrimo duomenimis, kasdien šviežias daržoves valgė 18,1 proc. vyrų ir 24,1 proc.

moterų, vaisius atitinkamai 12,0 ir 17,7 proc., laisvalaikiu mankštinosi bent 30 min. du kartus per savaitę ir dažniau 48,2 proc. vyrų ir 42,1 proc. moterų [15]. Nustatyta, kad antsvorį turėjo 41,2 proc. 20-64 m. vyrų ir 26,6 proc. moterų, nutukę buvo atitinkamai 16,2 ir 15,8 proc. [66]. Nutukimas didina hipertenzijos, išeminės širdies ligos, cukrinio diabeto, kai kurių lokalizacijų vėžio, kaulų ir raumenų sistemos ligų, tulžies pūslės akmenligės, kvėpavimo sutrikimų riziką, pablogina GK [65]. Įrodyta, kad nutukimas dažniau nustatomas žemesnio išsimokslinimo žmonėms ir siejamas su nesveikais gyvensenos įpročiais [67].

Šie tyrimų duomenys kelia susirūpinimą, nors kai kurie Lietuvos žmonių gyvensenos rodikliai (mityba ir fizinis aktyvumas) gerėja, lyginant su 1994 ir 1996 m. gyvensenos tyrimo rezultatais. Sunku tikėtis, kad ligų, susijusių su gyvensena, dažnis Lietuvoje sumažės, jei nebus įdiegtos programos, keičiančios gyvenseną sveikatai palankia linkme, kadangi šiuo metu taikomos profilaktikos priemonės yra nepakankamos [15]. Planuojant sveikatos politiką, kuriant strategijas bei rengiant sveikatos stiprinimo programas, svarbu atsižvelgti į vidutinę būsimą populiacijos sveiko gyvenimo trukmę [64].

3.4. Gyvenimo kokybės tyrimai Lietuvoje

Iki šiol Lietuvoje GK tyrimų atlikta nedaug. Tai vienkartiniai tyrimai įvairiose specifinėse grupėse – neįgalių vaikų bei jų šeimų, studentų, įvairiomis ligomis sergančių ligonių GK vertinimai. Reprezentuojančių Lietuvos populiaciją GK tyrimų nebuvo atlikta, nebuvo nustatyti ir populiacinių GK normų rodikliai. Trūksta ir ilgalaikės GK stebėsenos ir jos pokyčių vertinimo studijų.

V. Puzaras ir kt. vienas pirmųjų ištyrė ir nustatė gyvenimo kokybės, sveikatos, ypač dvasinės, ir religingumo sąsajas [68]. S. Gradeckienė atskleidė neįgalių cerebriniu paralyžiumi sergančių vaikų ir jų šeimų GK ypatumus [69]. T. Furmonavičius, naudodamasis GK klausimynu RAND-36, ištyrė ir įvertino 59-78 m. vyrų GK septyniuose mažuose miesteliuose, išsidėsčiusiuose 100 km spinduliu aplink Kauną ir nustatė jų GK įtakos turinčius veiksnius [70]. D. Dučinskienė plačiai nagrinėjo sutrumpinto PSO GK klausimyno tinkamumą studentų GK tirti ir nustatė požiūrio į studijas, gyvensenos, subjektyviojo sveikatos vertinimo bei gyvenimo kokybės sąsajas [71]. L. Malcienė, naudodamasi PSO-100 klausimynu, įvertino 108 Kaune gyvenančių ir išsėtine skleroze sergančių ligonių GK ir palygino su kontroline grupe [72]. Autorė nustatė, kad sergantieji išsėtine skleroze asmenys blogiau GK vertino fizinėje, nepriklausomumo bei dvasingumo srityse, lyginant su kontroline grupe. J. Šumskienė, naudodamasi GK klausimynu SF-36, išnagrinėjo sergančių kepenų ciroze GK ypatumus ir palygino su kontroline grupe [73]. Ž. Logminienė, naudodamasi klausimynu EQ-5, ištyrė sergančiųjų I tipo cukriniu diabetu darbingo amžiaus žmonių GK bei įvertino su liga susijusias tiesiogines ir netiesiogines išlaidas [74]. Buvo vertinta sergančių išemine

širdies liga GK [75, 76], ieškota sąsajų tarp GK ir aplinkos veiksnių [77]. Naudojant PSO-100 klausimyną buvo ištirta sergančių IŠL asmenų GK, o rezultatai palyginti su kontroline grupe [75]. Nustatyta, kad IŠL sergantys pacientai GK blogiau vertino fizinėje, psichologinėje, nepriklausomumo ir socialinių santykių srityje, lyginant su kontroline grupe. V. Valeikienė įvertino sergančių parkinsonizmu, sąnarių ligomis vyresnio amžiaus pacientų judėjimo sutrikimus ir ryšį su GK [78]. V. Čeremnych, bendradarbiaudama su PSO, pritaikė naują klausimyną pagyvenusių žmonių GK tirti [79, 80]. Tirta sergančių krūties vėžiu moterų GK, nagrinėta sergančių osteoporoze GK, taip pat analizuota turinčių miego sutrikimų bei sergančių depresija GK [81, 82, 83]. R. Rugienė su bendraautoriais nustatė klausimyno SF-36 tinkamumą sergančių reumatoidiniu artritu pacientų GK tirti [84]. Buvo gauti statistiškai reikšmingi vidinio pastovumo bei pagrįstumo duomenys. Palyginus su kontroline grupe, paaiškėjo, kad sergantieji reumatoidiniu artritu visose klausimyno SF-36 srityse GK vertino blogiau.

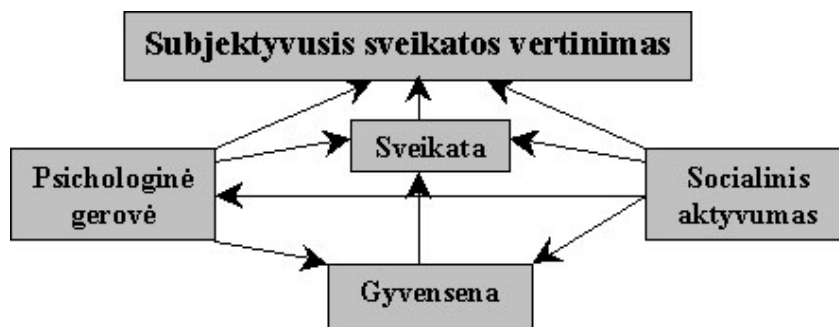
3.5. Požiūris į savo sveikatą ir subjektyvusis vertinimas

PSO apibūdino sveikatą kaip fizinę, psichinę bei socialinę gerovę, o ne vien ligos ar negalios nebuvimą [21]. Tai idealizuotas sveikatos apibrėžimas, kadangi realiame gyvenime kiekvienas iš mūsų ją suvokiame skirtingai ir visiška gerovė daugumai mūsų atrodo nepasiekiamo. Sveikata gali egzistuoti ir esant ligai ar net negaliai, tai priklauso nuo mūsų subjektyviųjų pojūčių [34]. Pastaruoju metu diskutuojama, ar nevertėtų sveikatą apibūdinti kaip kintančią būseną, o ne tiesiog gerovę. Be to, siūloma fizinę, psichinę ir socialinę gerovę papildyti dvasine. Taigi, išplečiant PSO sveikatos apibrėžimą, galima teigti, kad šalia fizinės, psichinės bei socialinės gerovės labai svarbi ir subjektyviai kiekvieno žmogaus suvokiama sveikata, laimė bei dvasinė būseną.

Kalbant apie sveikatą dažnai pabrėžiamas lyčių skirtumas. Lyčių skirtumai lemia nevienodą vyrų ir moterų elgseną, o fiziologiniai organizmo ypatumai – skirtingą organizmo reakciją į patogeninius aplinkos veiksnius bei pažeidžiamumą: moterys gyvena ilgiau, tačiau dažniau serga įvairiomis lėtinėmis ligomis nei vyrai. [85]. Todėl moterys savo sveikatą linkusios vertinti blogiau. Didžiausi vyrų ir moterų sveikatos vertinimo skirtumai nustatomi 45-54 m. amžiuje, jauname amžiuje šie skirtumai nereikšmingi. Sveikatos vertinimo skirtumai siejami su menopauzės sukeliama pokyčiais moters organizme ir atsiradusiomis emocinėmis bei fizinėmis problemomis [86]. Nuo 65 m., kai kurių studijų duomenimis, vyrai savo sveikatą vertina netgi blogiau negu moterys [34]. Vyresni vyrai ir moterys savo sveikatą vertina blogiau nei jaunesni.

Teigiama, kad gyvenimo būdas gali tausoti arba bloginti sveikatą. Pavyzdžiui, moterų rūkymas ir nesaikingas alkoholio vartojimas visuomenėje netoleruojamas, tuo tarpu vyrų polinkis rizikingai elgsenai dažnai laikomas natūralia vyriškos prigimties apraiška, todėl jie dažniau serga plaučių vėžiu. J. House neigiamą socialinės izoliacijos įtaką sveikatos vertinimui net palygina su rūkymo keliama rizika [87]. Socialinė izoliacija turi įtakos sergamumui ir mirtingumui, blogesniai subjektyviajam sveikatos vertinimui bei blogesnei emocinei būklei. Tuo tarpu religingumas dažniau būna susijęs su sveika gyvensena – vengiama žalingų įpročių, labiau rūpinamasi savo kūnu, be to, lankant bažnyčią, aktyviau dalyvaujama socialiniame gyvenime ir žmogus apsaugomas nuo socialinės izoliacijos bei neigiamos įtakos sveikatai. Elgsena bei psichologinė būseną turi reikšmės fizinei sveikatai bei subjektyviajam jos vertinimui: Vakarų Europos šalių duomenimis, santuoka turi teigiamos įtakos tiek vyrų, tiek moterų sveikatos vertinimui, tačiau esama įrodymų, kad svarbesnis vaidmuo tenka santuokinei laimei [88].

M. Szaflarski nustatė, kad šeiminė padėtis, žmogaus užimtumas, socialinis aktyvumas ir religingumas turi įtakos subjektyviajam sveikatos vertinimui lenkų populiacijoje [89]. Nustatyta, kad laiminga santuoka turėjo teigiamos įtakos moterų, bet neturėjo reikšmės vyrų sveikatos vertinimui, o turintys vaikų vyrai ir moterys sveikatą vertino blogiau nei neturintys. Šį fenomeną bandoma aiškinti emocinėmis moterų problemomis, susijusiomis su motinyste bei didesniais vyrų finansiniais įsipareigojimais gausesnei šeimai. Nuolatinio apmokamo darbo turėjimas buvo svarbus veiksnys, turintis teigiamos įtakos vyrų sveikatai, o tokių sąsajų moterims nebuvo nustatyta. Religingi vyrai ir moterys mažiau vartojo alkoholio bei rečiau rūkė, buvo socialiai aktyvesni ir geriau vertino savo sveikatą, o nelaiminga santuoka skatino vyrų nesaikingą alkoholio vartojimą ir blogesnę sveikatos vertinimą. Nuolatinis darbas mažino vyrų, o įsipareigojimai šeimai – moterų dalyvavimą socialiniame gyvenime. Autorė teigia, kad subjektyviajam sveikatos vertinimui socialinis aktyvumas turi tiesioginės įtakos ir netiesioginės – per gyvenseną bei psichologinę gerovę (3.5.1 pav.). Psichologinė gerovė turi tiesioginės įtakos sveikatai, o netiesioginės – per gyvenseną.



3.5.1 pav. Sveikatą ir subjektyvųjį jos vertinimą lemiantys veiksniai (M. Szaflarski)

Nustatyta, kad užimama aukštesnė socialinė ir ekonominė padėtis – aukštesnis išsimokslinimas, geriau apmokamas darbas yra susiję su geresniu sveikatos vertinimu. Aukštesnio išsimokslinimo asmenys paprastai turi daugiau žinių apie sveiką gyvenseną – fizinį aktyvumą, mitybą, apie rūkymo ir alkoholio žalą sveikatai, o didesnės pajamos leidžia geriau rūpintis sveikata – rinktis įvairesnį maistą, vartoti daugiau šviežių vaisių ir daržovių, sportuoti [34]. Nustatyta, kad pakankamai fiziškai aktyvūs asmenys dažniausiai buvo didžiausias pajamas gaunantys vyrai, tuo tarpu nesaikingas alkoholio vartojimas ir rūkymas labiau paplitęs žemesnių socialinių klasių vyrų grupėse [89]. Paradoksalu, tačiau dažniausiai nesaikingai alkoholį vartoja aukščiausią išsimokslinimą turinčios bei didžiausias pajamas gaunančios moterys [90]. Tai bandoma aiškinti didesniais įsipareigojimais bei patiriamu stresu darbe ir su tuo susijusiomis psichologinėmis problemomis. Mažiausiai alkoholio vartoja vyresnio amžiaus vyrai ir moterys. Tai aiškinama prastesne sveikata, dėl kurios ir atsisakoma žalingų įpročių.

Kaip jau buvo minėta, rūkymas daugiau paplitęs žemesnių socialinių sluoksnių atstovų grupėse ir dažnai būna susijęs su prastesniu sveikatos vertinimu.

Tarp alkoholio vartojimo ir sveikatos vertinimo paprastai nustatoma J tipo priklausomybė – geriausiai sveikatą vertina saikingai alkoholį vartojantys asmenys [91]. Visiškai alkoholio atsisako asmenys, turintys sveikatos problemų, o nesaikingas vartojimas paprastai būna susijęs tiek su psichologinėmis, tiek su fizinėmis alkoholizmo sukeliama problemomis, dėl to blogiau vertinama sveikata.

Nustatyta, kad pakankamas fizinis aktyvumas susijęs su geresniu sveikatos vertinimu. Tarp pakankamai fiziškai aktyvių asmenų daugiau jaunų ir mažiau vyresnio amžiaus žmonių, kadangi jų aktyvumą riboja blogesnė sveikata [34].

Analizuojant subjektyviojo sveikatos vertinimo bei kūno masės indekso priklausomybę nustatoma, kad nutukę vyrai ir moterys savo sveikatą vertina blogiau. Tai aiškinama įvairiomis su nutukimu susijusiomis sveikatos problemomis – cukriniu diabetu, hipertenzija, išemine širdies liga, sąnarių ligomis, moterims – ir su prasta psichologine būsena, susijusia su nepasitenkinimu savo kūnu. Vyrams tarp kūno svorio ir sveikatos vertinimo gana dažnai nustatoma J tipo priklausomybė – labiausiai savo sveikata patenkinti vyrai, turintys atsvario, o nepatenkinti – nutukę bei normalaus ar per mažo kūno svorio vyrai. Per mažas kūno svoris taip pat gali būti sąlygotas tam tikrų sveikatos problemų (onkologinių, plaučių ligų).

Subjektyvusis sveikatos vertinimas yra svarbus ne tik sergamumo, bet ir mirtingumo prognozės rodiklis [92]. Nors įrodymų apie blogo sveikatos vertinimo ir mirties sąsajas netrūksta, šio fenomeno mechanizmai nėra galutinai išaiškinti. Manoma, kad subjektyvusis savo būklės bei ligos progresavimo suvokimas yra daug ankstyvesnis nei objektyviaisiais metodais nustatomi pakitimai.

4. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

4.1. Tiriamojo kontingento apimtis ir tyrimo eiga

Tiriamąjį kontingentą sudarė atsitiktinai atrinkti bei sugrupuoti pagal amžių ir lytį 2001-2002 m. KMU Kardiologijos instituto Populiacinių tyrimų laboratorijoje ištirti 1403 35-64 m. Kauno gyventojai – 778 moterys ir 625 vyrai. Pagal amžių tiriamieji pasiskirstė gana vienodai: 35-44 m. grupėje – 425 (30,3 proc.), 45-54 m. – 482 (34,4 proc.), 55-64 – 496 (35,4 proc.). Tyrimas atliktas gavus KMU Etikos komisijos leidimą. Ištirtų asmenų atsako dažnis 62,4 proc. Gyvenimo kokybė buvo ištirta, naudojant PSO-100 klausimyną, kurį sutiko užpildyti 1347 asmenys. Kadangi 51 klausimynas buvo užpildytas mažiau nei 50 proc., tolesnei analizei buvo panaudoti 1296 (570 vyrų ir 726 moterų) asmenų duomenys. Profilaktinės sveikatos patikros ir GK tyrimo duomenys buvo renkami į atskirus klausimynus, vėliau suvesti į atskiras elektronines duomenų bazines. Asmenys buvo identifikuojami pagal suteiktus asmens numerius. Po duomenų sujungimo GK ir objektyviųjų sveikatos rodiklių analizei buvo panaudoti 1260 tirtųjų asmenų duomenys (552 vyrų ir 708 moterų).

Prognozinė mirčių rizika atsižvelgiant į subjektyvųjį sveikatos vertinimą analizuota pagal tarptautinės programos MONICA (*Multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease*) 1983-84 m. (ištirta 1163 vyrai ir 1287 moterys, atsako dažnis 70,2 proc.), 1986-87 m. (ištirta 894 vyrai ir 868 moterys, atsako dažnis 69,6 proc.) ir 1992-93 m. (ištirta 611 vyrų ir 628 moterys, atsako dažnis 58,6 proc.) sveikatos patikrų duomenis.

Du nepriklausomi vertėjai atliko GK PSO-100 klausimyno vertimą iš anglų kalbos į lietuvių ir atgalinį vertimą, o nesutampantys klausimai buvo suderinti. Kultūrinė klausimyno adaptacija atlikta po bandomojo 45 asmenų tyrimo. Klausimyno tinkamumas minėtojo kontingento GK tyrimui vertintas pagrįstumu, vidiniu ir matavimo stabilumu (testas-retestas). Retestui buvo panaudoti 72 po 2 savaitių pakartotinai užpildyti ir paštu atsiųsti klausimynai.

4.2. Gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 struktūra

GK PSO-100 klausimyną sudaro 100 klausimų, suskirstytų į septynias sritis: bendra gyvenimo kokybė ir sveikata, fizinė, psichologinė, nepriklausomumo, socialinių santykių, aplinkos ir dvasingumo bei religinių įsitikinimų. Visas sritis, išskyrus bendrąją GK ir dvasingumo, sudaro smulkesnės dalys – posričiai (4.2.1 lentelė) (klausimyną žr. prieduose).

Klausimyną PSO-100 sudaro bendrieji klausimai, kuriais tiriamasis įvertina savo GK, sveikatą; fizinę būklę – skausmą ir nemalonius pojūčius, energiją ir nuovargį, miegą ir poilsį; psichologinę būklę – savo teigiamus ir neigiamus pojūčius, mąstymą, dėmesį, savo vertės jautimą;

nepriklausomybės laipsnį – galimybę judėti, dirbti, priklausomybę nuo vaistų ar gydymo; socialinius santykius – socialinę paramą, asmeninius santykius, lytinį gyvenimą; aplinkos poveikį – saugumą, finansinius resursus, sveikatos ir socialinės priežiūros prieinamumą ir kokybę, galimybę įgyti informacijos; dvasingumo, tikėjimo ir asmeninių pažiūrų reikšmę įveikiant gyvenimo sunkumus (išsamų klausimyno aprašymą žr. prieduose). Atsakymų į klausimus variantai išdėstyti didėjančia tvarka: 1 – žemiausias galimas įvertinimas, 5 – aukščiausias. Pildydami dokumentinę dalį, tiriamieji atsakė į klausimus apie šeiminę, socialinę padėtį (dirbantys, bedarbiai, pensininkai, invalidai), išsimokslinimą bei pajamas litais, vidutiniškai tenkančias vienam namų ūkio nariui per mėnesį.

4.2.1 lentelė. Gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 struktūra

PSO-100 sritys	PSO-100 posričiai
I. Bendra gyvenimo kokybė ir sveikata	
II. Fizinė:	1. Skausmas ir nemalonūs pojūčiai 2. Energija ir nuovargis 3. Miegas ir poilsis
III. Psichologinė:	4. Teigiami pojūčiai 5. Mąstymas, mokymasis, atmintis ir dėmesio sutelkimas 6. Savo vertės pajutimas 7. Išvaizda 8. Neigiami pojūčiai
IV. Nepriklausomumo	9. Judrumas 10. Kasdienis aktyvumas 11. Priklausomybė nuo vaistų ar gydymo 12. Gebėjimas dirbti
V. Socialinių santykių	13. Asmeniniai santykiai 14. Praktinė socialinė parama 15. Lytinis aktyvumas
VI. Aplinkos	16. Fizinė sauga ir saugumas 17. Namų aplinka 18. Finansiniai resursai 19. Sveikata ir socialinė priežiūra: prieinamumas ir kokybė 20. Galimybė įgyti informacijos ir įgūdžių 21. Dalyvavimas rekreacijos ir laisvalaikio veikloje 22. Išorinė (fizinė) aplinka 23. Transportas
VII. Dvasingumo	24. Dvasingumas, tikėjimas, asmeninės pažiūros

4.3. Objektiviųjų sveikatos rodiklių nustatymo metodika

Tiriamieji buvo apklausiami pagal standartinį epidemiologinį klausimyną (žr. prieduose), nustatomas jų ūgis, svoris. Atvykusieji buvo sveriami medicininėmis svarstyklėmis 100 g tikslumu, ūgis matuotas standartiniu metru. Arterinis kraujo spaudimas (AKS) buvo matuojamas gyvsidabrio

sfigmomanometru dešinėje rankoje du kartus, duomenų analizei išvestas šių matavimų vidurkis. Lipidų tyrimui kraujas buvo imamas iš alkūninės venos tiesiai į paruoštus mėgintuvėlius. Tiriamieji turėjo būti nevalgę bent 12 val. Po 20-30 minučių sukrešėjęs kraujas buvo centrifuguojamas 15 min. 1500 apsisukimų/min. greičiu. Serumas buvo užšaldomas -25° C temperatūroje. Bendrojo cholesterolio koncentracija kraujo serume nustatyta fermentiniu (CHOD-PAP) metodu. Lipidų tyrimai atlikti KMU Kardiologijos instituto Klinikinės biochemijos laboratorijoje. Tyrimų kokybė vertinta pagal vidinės kokybės kontrolės sistemos kriterijus. Gliukozės koncentracija kapiliariniame kraujyje buvo nustatoma individualiu „Gliukotrent“ matuokliu nevalgius ir po 2 val. po 75 g gliukozės krūvio. Tiriamiesiems užrašyta 12-os derivacijų ramybės EKG, o jose esantys pokyčiai užkoduoti dviejų gydytojų, nepriklausomai vienas nuo kito, pagal Minesotos kodą [93].

Apklausiant tiriamuosius, buvo vertinami šie rodikliai: išsimokslinimas – pradinis ir nebaigtas vidurinis, vidurinis, aukštesnysis, aukštasis; profesija – nedirbantys, darbininkai, vairuotojai, tarnautojai, profesiniai darbuotojai; šeiminė padėtis – vieniši (išsituokę, našliai, viengungiai), gyvenantys su sutuoktiniu (arba partnerystėje). Tiriamieji pagal profesijas skirstyti į šias grupes: protinio darbo (PD) – aukštos ir vidutinės kvalifikacijos, žemos kvalifikacijos; fizinio darbo (FD) – kvalifikuoti ir nekvalifikuoti, pagal tarptautinę standartinę profesijų klasifikaciją (ISCO-88) [94]. Buvo vertinami rūkymo, alkoholio vartojimo įpročiai, fizinis aktyvumas. Nuolat rūkančiais buvo laikomi asmenys, kurie kasdien surūkydavo bent po vieną cigaretę.

Vertinant vidutiniškai suvartojamo alkoholio kiekį, buvo atsižvelgta į vartojamo gėrimo stiprumą, vartojimo dažnį bei išgeriamą kiekį. Įprastai vartojamas alkoholio kiekis buvo perskaičiuojamas į standartinius alkoholio vienetus (SAV) pagal formulę: alkoholio kiekio (litrais) ir alkoholio stiprumo (laipsniais) sandauga: alaus – 5 proc., vyno bei šampano – 12 proc., degtinės ir kitų stipriųjų gėrimų – 40 proc. [95].

Vertinant fizinį aktyvumą, tiriamųjų buvo klausama, kiek valandų per savaitę laisvalaikio metu jie skiria pasivaikščiojimui, bėgiojimui, darbui sode ar darže, sportui. Apie fizinį aktyvumą žiemą ir vasarą buvo klausama atskirai, o analizuojant duomenis, buvo apskaičiuotas fiziškai aktyviai praleistų valandų vidurkis. Nepakankamai fiziškai aktyviu buvo laikomas asmuo, kuris laisvalaikio metu saikingam ar sunkiam fiziniam darbui skirdavo mažiau nei 10 val. per savaitę.

Kiekvienas tiriamas asmuo buvo prašomas subjektyviai įvertinti savo sveikatą pagal šiuos variantus: 1 – labai gera, 2 – gera, 3 – vidutinė, 4 – bloga, 5 – labai bloga (2001-2002 m.); 1 – „absoliučiai sveikas“, 2 – „geros sveikatos“, 3 – „sveikas“, 4 – „nevisiškai sveikas“, 5 – „sergu“ (1983-1984 m., 1986-1987 m. ir 1992-1993 m. tyrimuose). Kadangi vertinusių savo sveikatą labai gerai ir labai blogai buvo nedaug, analizuojant duomenis, šios grupės buvo sujungtos atitinkamai su geros ir blogos subjektyviojo sveikatos vertinimo grupėmis („absoliučiai sveikas“ su „geros sveikatos“ ir atitinkamai „nevisiškai sveikas“ su „sergu“).

Arterinė hipertenzija (AH) nustatyta, kai sistolinis AKS nustatytas ≥ 140 mm Hg ir/arba diastolinis AKS ≥ 90 mm Hg. [96]. AH grupei buvo priskirti ir asmenys, kuriems nustatytas normalus AKS ($< 140/90$ mm Hg), tačiau per pastarąsias dvi savaites jie vartojo kraujo spaudimą mažinančius vaistus. Hipercholesterolemija (Hchol) nustatyta, kai cholesterolio koncentracija kraujo serume buvo $\geq 5,0$ mmol/l [97]. Kūno svoris buvo vertinamas kūno masės indeksu (KMI), kuris išreiškiamas kūno svorio (kg) ir ūgio (m^2) santykiu. Normaliu kūno svoris buvo laikomas, kai KMI nustatytas 18,5-24,9 kg/m^2 . Antsvoris nustatytas, kai KMI 25,0-29,9 kg/m^2 , nutukimas – KMI $\geq 30,0$ kg/m^2 [98].

Analizuojant išeminės širdies ligos (IŠL) paplitimą, tiriamieji buvo suskirstyti į grupes, atsižvelgiant į išaiškinto IŠL tipo svarbą: 1. Persirgtas miokardo infarktas (MI); 2. Įtampos stenokardija (be persirgto MI); 3. Išeminiai pokyčiai EKG (be persirgto MI ir įtampos stenokardijos). Persirgtas MI buvo nustatytas pagal tiriamųjų apklausos duomenis bei papildomai surinktus medicininius dokumentus – ligos istorijas, ambulatorines korteles ir (arba) randinius EKG pokyčius, būdingus galimam MI (Minesotos kodas 1-1, 1-2). Įtampos stenokardija nustatyta pagal teigiamą standartinį G. Rose klausimyną [99]. Išeminiai pokyčiai EKG vertinti pagal Minesotos kodą: 1-3, 4-1, 4-2, 4-3, 5-1, 5-2, 5-3, 6-1, 6-2, 7-1, 8-3. Analizuojant duomenis, visi IŠL tipai buvo vertinami bendrai (nustatyta IŠL).

Sergančiais cukriniu diabetu (CD) laikyti asmenys, kurių glikemija nevalgius buvo $\geq 6,1$ mmol/l [100] ir tie, kuriems CD buvo diagnozuotas anksčiau (pagal anamnezės duomenis).

Persirgtas galvos smegenų insultas (GSI) buvo nustatytas pagal tiriamųjų apklausos duomenis, medicininę dokumentaciją (ligos istorijas, ambulatorines korteles) bei insulto registrą.

Rodikliai standartizuoti pagal amžių, standartu laikant vidutinę Europos gyventojų amžiaus struktūrą [101].

Pagal Kauno gyventojų mirčių registrą mirtys nuo visų galimų priežasčių buvo stebimos individualiai kiekvienam tiriamajam nuo pirminio sveikatos patikrinimo datos iki 2004 m. sausio 1 dienos. Kauno gyventojų mirčių registre duomenys apie mirusius Kauno gyventojus buvo registruojami kiekvieną mėnesį pagal medicininius mirties liudijimus (statistinė forma Nr.106/a), išduotus nuolat Kaune gyvenusių asmenų artimiesiems. Iki 1997 m. mirties liudijimai buvo koduojami 9-os peržiūros Tarptautinės statistinės mirties priežasčių klasifikacijos kodais (TLK-9). Nuo 1997 m. mirties kodavimui buvo pradėta taikyti 10-os peržiūros Tarptautinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija (TLK-10). Analizuotos šios mirties priežasčių grupės: *mirtys nuo visų priežasčių* (kodai 001-E999 – TLK-9; kodai A00-Y98 – TLK-10), *mirtys nuo širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL)* (kodai 390-459 – TLK-9; kodai I00-I99 – TLK-10) ir *mirtys nuo IŠL* (kodai 410-414 – TLK-9; kodai I20-I25 – TLK-10). ŠKL buvo priskirta IŠL ir kitos ŠKL. Iki nurodyto laiko tirtajame kontingente mirė 345 moterys (nuo ŠKL ir IŠL atitinkamai mirė 153 ir 77 moterys),

ir 635 vyrai (nuo ŠKL ir IŠL atitinkamai mirė 314 ir 205 vyrai). Vidutinis stebėjimo laikas moterims – $16,2 \pm 4,2$ m., vyrams – $15,0 \pm 5,0$ m.

Tikimybė numirti subjektyviojo sveikatos vertinimo grupėse analizuota pagal 1983-1984 m. profilaktinės sveikatos patikros duomenis. Kadangi duomenų analizė buvo atliekama 2002 m., analizuotos mirtys tik iki 2002 m. sausio 1 d. Iki nurodyto laiko tirtajame kontingente mirė 197 moterys (nuo ŠKL ir IŠL atitinkamai mirė 94 ir 44 moterys) ir 303 vyrai (nuo ŠKL ir IŠL atitinkamai mirė 154 ir 98 vyrai).

4.4. Statistinės analizės metodai

Kiekvieno tiriamojo užpildyto GK PSO-100 klausimyno sričių atsakymų variantai (skalė nuo 1 iki 5) buvo perskaičiuoti į standartizuotus balus visoms septynioms GK sritims, kur minimalus galimas balų skaičius 0, o maksimalus – 100 [2]. Atliekant detalesnę analizę, pagal tą pačią metodiką balai buvo apskaičiuoti ir klausimyno posričiams. Klausimynai, kuriuose buvo daugiau nei 50 proc. neatsakytų klausimų, nebuvo analizuojami. Sritims ir posričiams, kuriuose buvo atsakyta mažiau nei į 50 proc. klausimų, balai skaičiuojami nebuvo ir analizei nenaudoti (pvz., dvasingumo sritį sudaro 4 klausimai, todėl šioje srityje GK analizei tinkami tik tie klausimynai, kuriuose atsakyta bent į du). Skaičiuojant balus, buvo vertinti ir neatsakyti klausimai pagal individualų atsakymų ir maksimalų galimą klausimų skaičių srityje (imputation). Eilutės balai apskaičiuoti pagal formulę [2]:

$$RS = \frac{\sum_{i=1}^L Q_i}{L},$$

kur RS (*row score*) – eilutės balas, Q_i – individualaus atsakymo dažnis, L – atsakytų klausimų srityje (posrityje) skaičius.

Standartizuoti balai apskaičiuoti pagal formulę:

$$SS = \frac{(RS - \min) \times 100}{\text{plotis}},$$

kur SS (*standard score*) – standartizuotas balas, $\min$ – galima minimali atsakymo reikšmė (1), skalės plotis – skirtumas tarp maksimalios ir minimalios atsakymo reikšmės ($5-1=4$).

Nustačius, kad atskirų sričių ir posričių balai pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį (*Kolmogorovo-Smirnov*o testas), klausimyno pagrįstumo įvertinimui buvo apskaičiuoti *Pirsono* koreliacijos koeficientai tarp klausimų, posričių bei sričių balų [102]. Tyrimo instrumento stabilumas vertintas *Kronbacho alfa* rodikliu bei homogeniškumu (koreliacijos koeficientų tarp PSO-100 klausimyno sritį sudarančių klausimų vidurkiu). Matavimo stabilumas vertintas pirminio ir pakartotinio tyrimo sričių koreliacijos koeficientais (testas-retestas) [2].

Siekiant patikrinti GK klausimyno PSO-100 vienarūšiškumą, atlikome faktoriinę analizę (FA). Taikydami FA, ieškojome keleto bendrųjų faktorių, būdingų tiriamajam reiškiniui [102]. Ar tarp kintamųjų yra statistiškai reikšmingai koreliuojančių, padeda nustatyti Bartleto sferiškumo kriterijus, o ar duomenys tinkami FA, įvertina Kaizerio-Mejerio-Olkino (KMO) matas. KMO – tai empirinių koreliacijos koeficientų didumų ir dalinių koreliacijos koeficientų didumų palyginamasis indeksas. Naudojama ši KMO reikšmių gradacija: <0,5 – FA nepriimtina; ≥0,5-0,6 – tinka blogai; >0,6-0,7 – tinka pakenčiamai; >0,7-0,8 – tinka patenkinamai; >0,8-0,9 – gerai tinka; >0,9 – FA puikiai tinka. Jei požymių grupėje išryškėja vienas bendrasis faktorius (apie tai sprendžiama iš to, ar visi požymiai vienodai gerai koreliuoja tarpusavyje), taikomas modelis:

$$F=c_1X_1+ c_2X_2+...+ c_kX_k ,$$

kur k – analizuojamų požymių skaičius; X_i – i -tojo požymio reikšmė; F – bendrasis faktorius; c_i – požymių svoriai, apskaičiuojant faktoriaus reikšmes, kur $i=1,2,...,k$.

Šiuo atveju bendrojo faktoriaus ieškota, analizuojant visus 100 klausimų, vėliau – į modelį įtraukiant 25-ių klausimyno posričių balus, o pabaigoje – sričių balus, kurie buvo sujungti į vieną bendrąjį faktorių (jį pavadino *gyvenimo kokybe*).

Kitais atvejais paaiškėjo, kad atrinktos požymių grupės nėra vienarūšės (tai nustatoma iš koreliacinės matricos). Tada buvo ieškoma daugiau bendrųjų faktorių, būdingų tiriamajam reiškiniui:

$$F_1=c_{11}X_1+ c_{12}X_2+...+ c_{1k}X_k ,$$

$$F_2= c_{21}X_1+ c_{22}X_2+...+ c_{2k}X_k ,$$

kur k – analizuojamų požymių skaičius; X_i – i -tojo požymio reikšmė, kur $i=1,2,...,k$; F_1 ir F_2 – pirmasis ir antrasis bendrieji faktoriai (bendrųjų faktorių gali būti ir daugiau nei du, bet visada mažiau nei analizuojamų požymių); c_{1i} ir c_{2i} – požymių svoriai, apskaičiuojant pirmojo ir antrojo faktorių reikšmes.

FA metu įvertinami koeficientai c_{1i} ir c_{2i} ir kiekvienam tiriamajam apskaičiuojamos bendrųjų faktorių reikšmės. Gavus šių koeficientų įverčius, galima pastebėti, kad vieni požymiai turi didelį svorį apskaičiuojant pirmojo bendrojo faktoriaus reikšmes, bet mažą – apskaičiuojant antrojo bendrojo faktoriaus reikšmes, o likusieji požymiai – atvirkščiai. Tada galima teigti, kad pirmasis bendrasis faktorius jungia minėtus pirmuosius požymius, o antrasis – likusius požymius ir t. t. Faktorių išskyrimui naudotas *pagrindinių komponentų* metodas, koeficientų c_{1i} ir c_{2i} suradimui – *varimax* metodas.

Kolmogorovo-Smirnovo testu tikrinta, ar kiekybinių dydžių skirstinys normalus. Hipotezės apie dviejų proporcijų lygybę tikrinimui naudotas z kriterijus. Skirtumas tarp požymių vidurkių tikrintas parametriniu *Stjudento* (t) kriterijumi. Daugiau nei dviejų grupių vidurkių skirtumams nustatyti naudotas *post hoc Bonferroni* kriterijus [102]. Analizuojant neturinčių normaliojo

skirstinio duomenis, naudotas neparametrinis *Kruskal-Wallis* testas [102]. Analizuojant skirtumus tarp kokybinių dydžių, naudotas χ^2 kriterijus – nustatyta, ar skiriasi požymių skirstiniai populiacijose [103]. Tikrinant atskirų požymių grupių statistinių rodiklių – vidurkių, dažnumų lygybės hipotezes, ir nustačius, kad $p < 0,05$, skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu.

Tiesinės regresijos metodu buvo nustatyta, kiek atskirų GK sričių vertinimai (nepriklausomi kintamieji) turėjo reikšmės atsakymams į klausimus: „Kaip Jūs įvertintumėte savo gyvenimo kokybę?“ ir „Kaip labai Jūs patenkinti savo sveikata“ (priklausomi kintamieji) [102].

Socialinių bei ekonominių požymių, rizikos veiksnių bei lėtinių ligų įtaka GK vertinta logistinės regresijos metodu [102]. Atskaitos tašku pasirinkus medianą, klausimyno PSO-100 sričių balai suskirstyti į dvi – blogesnės ir geresnės GK grupes (0 – geresnė, 1 – blogesnė GK). Priklausomu kintamuoju pasirinkta kiekviena iš GK sričių, nepriklausomais – amžius, socialiniai, ekonominiai rodikliai, rizikos veiksniai bei lėtinės ligos. Atskaitine grupe, skaičiuojant šansų santykį, pasirinkta sąlyginai geresnioji: aukštesnio išsimokslinimo, dirbančių protinį darbą, turinčių partnerį, gaunančių didesnes pajamas ir t. t., o analizuojant sveikatos rodiklių įtaką – rizikos veiksnio neveikiama ir tam tikra liga nesergančių asmenų grupė. Amžius (m.) į modelį įtrauktas kaip tolydusis, visi kiti – kaip kategorijų požymiai. Galimybė patekti į geriau ar blogiau vertintos GK grupę, atsižvelgiant į socialinius, ekonominius bei sveikatos rodiklius, nustatyta atskirai vyrams ir moterims.

Tikimybė numirti atskirose subjektyviojo sveikatos vertinimo grupėse buvo analizuota Kaplano-Mejerio metodu [104], o kreivių palyginimui naudotas *log-rank* testas. Skirtumas tarp kreivių laikytas statistiškai reikšmingu, jei $p < 0,05$. Prognozinė mirčių rizika atsižvelgiant į subjektyvų sveikatos vertinimą ir kitus rizikos veiksnius buvo apskaičiuota Cox'o proporcingų rizikų modeliu [102, 105].

$$h[(t), (z_1, z_2, \dots, z_m)] = h_0(t) \times e^{p(b_1 * z_1 + \dots + b_m * z_m)}$$

kur m – požymių skaičius, kur $m=1,2,\dots,m$; $h_0(t)$ – nespecifinė bazinė rizikos funkcija; z_i – i -tojo požymio reikšmė.

Analizuojant m požymių Cox'o modelio formulė:

Formulėje pateikiami du daugikliai: vienas – charakterizuojantis objektą, antrasis – bazinę staigios rizikos funkciją. Į modelį įtraukti šie tolydieji požymiai: amžius (1-eri metai) ir per mėnesį suvartojami standartiniai alkoholio vienetai; kategorijų požymiai: arterinė AH, Hchol, rūkymas, antsvoris, nutukimas, nepakankamas fizinis aktyvumas, IŠL, CD, persirgta insultas, išsimokslinimas, profesija (darbo pobūdis – protinis arba fizinis darbas), šeiminė padėtis ir subjektyvusis sveikatos vertinimas.

Skaičiavimai atlikti, naudojant standartinius EXEL, SPSS 11.5 ir STATISTICA 6.0 programų paketus.

5. DARBO REZULTATAI

5.1. Klausimyno PSO-100 tinkamumo Kauno vidutinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybei tirti įvertinimas

5.1.1. Klausimyno PSO-100 stabilumo įvertinimas

Vertinant klausimyno PSO-100 stabilumą, silpnas homogeniškumas nustatytas fizinėje (0,30), psichologinėje (0,27), socialinių santykių (0,28) ir aplinkos (0,20) srityse (5.1.1.1 lentelė). Kronbacho alfa rodiklio lygmenys rodė labai stiprų sričių vidinį stabilumą – nuo 0,77 (gyvenimo kokybė) iki 0,91 (nepriklausomumo sritis), visos skalės – 0,97. Testo-retesto stabilumas svyravo nuo 0,64 (dvasingumo sritis) iki 0,89 (nepriklausomumo sritis) (5.1.1.2 lentelė).

5.1.1.1 lentelė. Klausimyno PSO-100 vidinio stabilumo įvertinimas

PSO-100 sritys	Homogeniškumas	r		Kronbacho alfa rodiklis
		min.	maks.	
Gyvenimo kokybė	0,45	0,35	0,68	0,77
Fizinė	0,30	0,09	0,81	0,84
Psichologinė	0,27	0,06	0,77	0,88
Nepriklausomumo	0,41	0,17	0,81	0,91
Socialinių santykių	0,28	0,04	0,72	0,82
Aplinkos	0,20	-0,16	0,76	0,89
Dvasingumo	0,56	0,47	0,68	0,83
Visa PSO-100 skalė	0,19	-0,16	0,82	0,96

r – koreliacijos koeficientai, min. – minimalios reikšmės, maks. – maksimalios reikšmės.

5.1.1.2 lentelė. Klausimyno PSO-100 matavimo stabilumo įvertinimas

PSO-100 sritys	r
Gyvenimo kokybė	0,74
Fizinė	0,86
Psichologinė	0,68
Nepriklausomumo	0,89
Socialinių santykių	0,76
Aplinkos	0,79
Dvasingumo	0,64

r – koreliacijos koeficientai.

5.1.2 Klausimyno PSO-100 pagrįstumo įvertinimas

Klausimyno PSO-100 pagrįstumas buvo įvertintas ryšio stiprumu tarp klausimų, apskaičiuojant Pirsono koreliacijos koeficientus. Konvergentinis pagrįstumas vertintas ryšio stiprumu tarp tos pačios srities klausimų, divergentinis – tarp kiekvienos srities ir visų kitų sričių klausimų (5.1.2.1 lentelė). Stipriausiai tarpusavyje buvo susiję dvasingumo srities klausimai

(koreliacijos koeficientų vidurkis $r=0,56$), silpniausiai – aplinkos ($r=0,20$). Visas GK sritis sudarantys klausimai buvo labiau susiję tarpusavyje nei su kitų sričių klausimais.

5.1.2.1 lentelė. Konvergentinio ir divergentinio GK klausimyno PSO-100 pagrįstumo įvertinimas

PSO-100 sritys	Klausimų skaičius srityje	Konvergentinis pagrįstumas			Divergentinis pagrįstumas		
		r	min.	maks.	r	min.	maks.
Gyvenimo kokybė	4	0,45	0,35	0,68	0,23	-0,06	0,47
Fizinė	12	0,30	0,09	0,81	0,16	-0,12	0,51
Psichologinė	20	0,27	0,06	0,77	0,18	-0,16	0,51
Nepriklausomumo	16	0,41	0,17	0,81	0,18	-0,06	0,51
Socialinių santykių	12	0,28	0,04	0,72	0,17	-0,07	0,43
Aplinkos	32	0,20	-0,16	0,76	0,15	-0,16	0,47
Dvasingumo	4	0,56	0,47	0,68	0,18	-0,11	0,51

r – koreliacijos koeficientai, min. – minimalios reikšmės, maks. – maksimalios reikšmės.

Vertinant GK klausimyno PSO-100 pagrįstumą, Pirsono koreliacijos koeficientais taip pat buvo nustatyti ryšiai tarp sričių ir posričių (5.1.2.2 lentelė). Stiprus ryšys buvo nustatytas tarp fizinės ir nepriklausomumo ($r=0,69$) bei tarp socialinių santykių ir aplinkos sričių ($r=0,62$), vidutinio stiprumo – tarp psichologinės ir dvasingumo ($r=0,51$), o silpnas ryšys tarp dvasingumo ir fizinės ($r=0,25$) bei tarp dvasingumo ir nepriklausomumo sričių ($r=0,33$). Kaip ir tikėtasi, visų posričių ryšiai buvo stipriausi su tomis sritimis, kurioms jie priklausė. Tarp nepriklausomumo srities posričių ir fizinės srities nustatyti vidutinio stiprumo ir stiprūs ryšiai ($r=0,52-0,63$), o tarp energijos ir nuovargio (fizinė sritis) bei nepriklausomumo srities nustatyta stipri koreliacija ($r=0,71$). Vidutinio stiprumo ryšiai nustatyti tarp neigiamų pojūčių (psichologinė sritis) ir fizinės srities ($r=0,57$) bei tarp asmeninių santykių (socialinių santykių sritis) ir psichologinės srities ($r=0,59$).

5.1.2.2 lentelė. Klausimyno PSO-100 sričių ir posričių tarpusavio ryšys

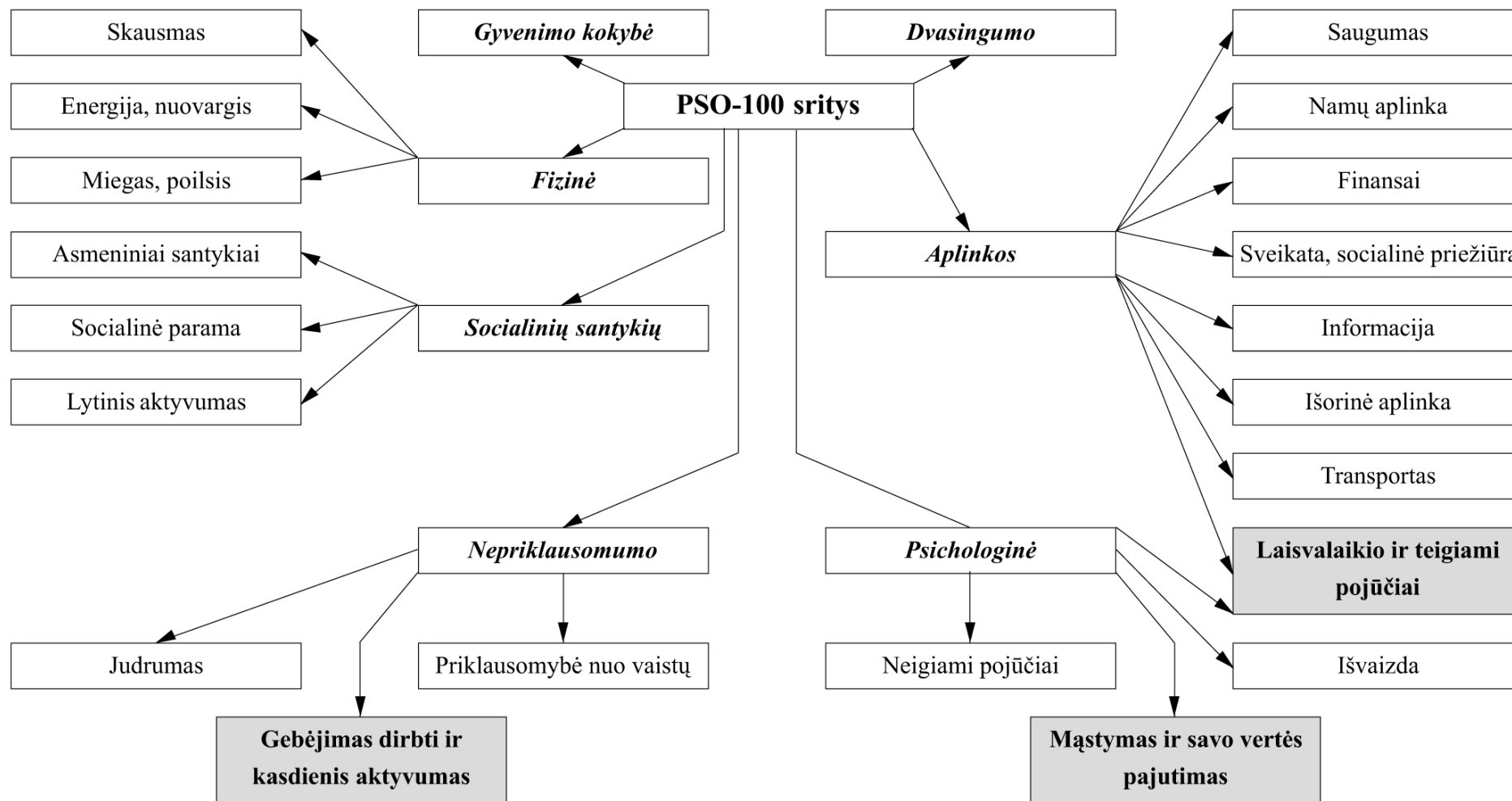
PSO-100 sritys ir posričiai	GK	FS	PS	NL	SS	APL	DVA S
Gyvenimo kokybė (GK)	1	0,47	0,61	0,49	0,53	0,61	0,43
Fizinė (FS):	0,47	1	0,56	0,69	0,36	0,40	0,25
skausmas, nemalonūs pojūčiai	0,25	0,70	0,31	0,46	0,19	0,23	0,01
energija ir nuovargis	0,48	0,77	0,59	0,71	0,39	0,43	0,31
miegas ir poilsis	0,33	0,79	0,37	0,40	0,24	0,24	0,20
Psichologinė (PS):	0,61	0,56	1	0,57	0,57	0,59	0,51
teigiami pojūčiai	0,53	0,29	0,69	0,38	0,55	0,53	0,57
mąstymas, atmintis, dėmesys	0,41	0,37	0,71	0,41	0,43	0,45	0,42
savęs vertinimas	0,49	0,34	0,78	0,40	0,43	0,45	0,45
išvaizda	0,36	0,34	0,70	0,38	0,32	0,32	0,24
neigiami pojūčiai	0,38	0,57	0,67	0,45	0,35	0,35	0,17
Nepriklausomumo (NL):	0,49	0,69	0,57	1	0,39	0,43	0,33
judrumas	0,37	0,52	0,44	0,77	0,31	0,32	0,24
kasdienis aktyvumas	0,46	0,63	0,58	0,83	0,39	0,43	0,30
priklausomybė nuo vaistų	0,34	0,52	0,33	0,80	0,24	0,24	0,18
gebėjimas dirbti	0,44	0,53	0,54	0,83	0,38	0,44	0,40
Socialinių santykių (SS):	0,53	0,36	0,57	0,39	1	0,62	0,43
asmeniniai santykiai	0,51	0,35	0,59	0,37	0,80	0,54	0,37
praktinė socialinė parama	0,43	0,20	0,36	0,23	0,76	0,53	0,36
lytinis aktyvumas	0,34	0,31	0,44	0,35	0,79	0,41	0,27
Aplinkos (APL):	0,61	0,40	0,59	0,43	0,62	1	0,43
fizinė sauga ir saugumas	0,40	0,31	0,38	0,27	0,36	0,59	0,20
namų aplinka	0,34	0,18	0,33	0,18	0,36	0,65	0,25
finansiniai resursai	0,46	0,24	0,36	0,26	0,37	0,65	0,23
sveikata: prieinamumas, kokybė	0,38	0,21	0,31	0,21	0,39	0,63	0,31
informacija, nauji įgūdžiai	0,42	0,27	0,46	0,37	0,49	0,71	0,40
laisvalaikis	0,53	0,33	0,56	0,41	0,56	0,69	0,44
išorinė (fizinė) aplinka	0,25	0,26	0,25	0,22	0,29	0,55	0,15
transportas	0,30	0,23	0,28	0,26	0,35	0,64	0,22
Dvasingumo (DVAS)	0,43	0,25	0,51	0,33	0,43	0,44	1

5.1.3. Klausimyno PSO-100 faktorinė analizė

Kaizerio-Mejerio-Olkinio testu (KMO) nustatyta, kad GK klausimynas PSO-100 yra puikiai tinkamas taikyti faktorinę analizę ($KMO=0,93$, $p=0,000$). Kintamaisiais pasirinkus GK klausimyno 100 klausimų, buvo išskirti 22 faktoriai, kurie atitiko klausimyno posričius (klausimyną sudaro 5 sričių 23 smulkesni posričiai ir dvi sritys – gyvenimo kokybė bei dvasingumo, kurios posričių neturi). Dvasingumo sritį sudarantys klausimai buvo priskirti tam pačiam faktoriui. Į vieną faktorių buvo sujungti šie savo turiniu artimi posričiai: mąstymas ir savo vertės pajutimas (psichologinė sritis), gebėjimas dirbti ir kasdienis aktyvumas (nepriklausomumo sritis), bei teigiami pojūčiai (psichologinė sritis) ir dalyvavimas rekreacijos ir laisvalaikio veikloje (aplinkos sritis) (5.1.3.1 pav.).

Kintamaisiais pasirinkus 23 klausimyno posričius bei gyvenimo kokybės ir dvasingumo

sritis ($KMO=0,93$, $p=0,000$), buvo išskirti 5 faktoriai (5.1.3.1 lentelė). Faktorių, kurį pavadino **fizine sveikata**, sujungė fizinę bei nepriklausomumo sritis. Šiam faktoriui didžiausią svorį (0,293) turėjo priklausomybė nuo vaistų ir gydymo procedūrų. **Psichinė sveikata** sujungė dalį psichologinės ir dvasingumo sritis. Didžiausią svorį turėjo savo vertės pajutimas (0,326). Nemažą svorį šiam faktoriui turėjo ir laisvalaikio veikla (0,102). **Socialinės aplinkos** faktoriui buvo priskirta praktinė socialinė parama (socialinių santykių sritis) bei finansiniai resursai, galimybė įgyti informacijos ir įgūdžių, laisvalaikio ir rekreacijos veikla bei transportas (aplinkos sritis). Didžiausią svorį turėjo finansiniai resursai (0,394). Šiam faktoriui didelį svorį turėjo ir sveikata bei socialinė priežiūra (0,126). **Asmeninei sferai** buvo priskirti įvairių sričių posričiai – skausmas ir nemalonūs pojūčiai (fizinė sritis), išvaizda, neigiami pojūčiai (psichologinė sritis), asmeniniai santykiai, lytinis aktyvumas (socialinių santykių sritis), fizinė sauga ir saugumas (aplinkos sritis). Didžiausią svorį turėjo neigiami pojūčiai (0,390). Penktasis faktorius, kurį pavadino **gyvenamąja aplinka**, sujungė namų aplinką, sveikatos ir socialinės priežiūros prieinamumą ir kokybę bei išorinę (fizinę) aplinką, pastaroji turėjo didžiausią svorį (0,592). Šiam faktoriui didelį svorį turėjo ir fizinė sauga ir saugumas (0,217). Visi šie posričiai priklauso aplinkos sričiai. Gyvenimo kokybės sritis buvo priskirta keliems faktoriams, todėl galime pagrįstai teigti, kad tai yra rodiklis, apimantis visą gyvenimo kokybę.



5.1.3.1 pav. Klausimyno PSO-100 faktorinė analizė

5.1.3.1 lentelė. Klausimyno PSO-100 posričių svoriai išskirtiesiems faktoriams

PSO-100 posričiai	Išskirtieji faktoriai				
	fizinė sveikata	psichinė sveikata	socialinė aplinka	asmeninė sfera	gyvenamoji aplinka
Gyvenimo kokybė		0,05	0,11	0,11	
Skausmas ir nemalonūs pojūčiai	0,15			0,26	
Energija ir nuovargis	0,20				
Miegas ir poilsis	0,13				
Teigiami pojūčiai		0,21			
Mąstymas, dėmesys, atmintis		0,27			
Savo vertės pajutimas		0,33			
Išvaizda				0,34	
Neigiami pojūčiai				0,39	
Judrumas	0,25				
Kasdienis aktyvumas	0,25				
Priklausomybė nuo vaistų	0,29				
Gebėjimas dirbti	0,28				
Asmeniniai santykiai				0,20	
Praktinė socialinė parama			0,29		
Lytinis aktyvumas				0,21	
Fizinė sauga ir saugumas				0,31	0,22
Namų aplinka					0,44
Finansiniai resursai			0,39		
Sveikata: prieinamumas, kokybė			0,13		0,23
Informacija			0,23		
Laisvalaikis		0,10	0,16		
Išorinė (fizinė) aplinka					0,59
Transportas			0,30		
Dvasingumas		0,23			

Kintamaisiais pasirinkus šešias GK sritis (KMO=0,82), buvo išskirtas vienas faktorius (5.1.3.2 lentelė). Šį faktorių pavadino gyvenimo kokybe. Didžiausią svorį (0,251) turėjo psichologinė sritis.

5.1.3.2 lentelė. Klausimyno PSO-100 sričių svoriai gyvenimo kokybei

PSO-100 sritys	Gyvenimo kokybė
Psichologinė	0,25
Aplinkos	0,23
Nepriklausomumo	0,22
Socialinių santykių	0,22
Fizinė	0,21
Dvasingumo	0,19

5.2. Kauno vidutinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybė ir sąajos su demografiniais rodikliais bei socialine ir ekonomine padėtimi

5.2.1. Gyvenimo kokybės vertinimas atsižvelgiant į lytį ir amžių

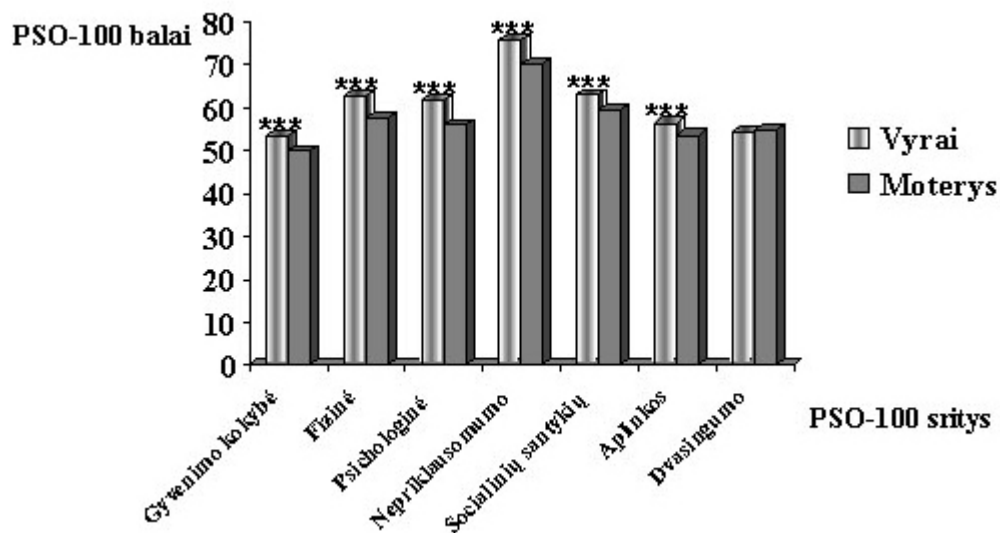
Moterų ir vyrų pasiskirstymas pagal amžių ir gaunamas pajamas nesiskyrė. (5.4.2.1 lentelė). Turinčių partnerę daugiau buvo vyrų, o vienišų – moterų ($p<0,001$). Moterų, įgijusių aukštesnįjį išsimokslinimą buvo statistiškai reikšmingai daugiau negu vyrų (atitinkamai 34,4 ir 22 proc., $p<0,001$). Vyrų, įgijusių vidurinį, nepilną vidurinį ir pradinį išsimokslinimą, buvo daugiau negu moterų ($p<0,01$). Vyrai dažniau dirbo fizinį, o moterys – protinį darbą ($p<0,001$). Dirbančių daugiau buvo vyrų negu moterų (atitinkamai 72,6 ir 64,3 proc., $p<0,01$), o pensininkų – moterų (atitinkamai 20,7 ir 11,1 proc., $p<0,001$).

5.2.1.1 lentelė. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal amžių, socialinę ir ekonominę padėtį

Požymiai		Vyrai, n=552		Moterys, n=708	
		n	proc.	n	proc.
Amžius:	35-44 m.	161	29,2	200	28,2
	45-54 m.	191	34,6	261	36,9
	55-64 m.	200	36,2	247	34,9
Šeiminė padėtis:	vedę (ištekėjusios), gyvena su partnere (-iu)	462	83,7	459	65,0***
	vieniši (-os), išsituokę (-usios), našliai (-ės)	90	16,3	247	35,0***
Išsimokslinimas:	aukštasis	148	27,0	205	29,1
	aukštesnysis	121	22,0	242	34,4***
	vidurinis	190	34,5	183	26,0**
	pradinis ir nebaigtas vidurinis	91	16,5	74	10,5**
Darbo pobūdis (profesijų grupės):	aukštos ir vidutinės kvalifikacijos PD	174	33,1	296	42,9***
	žemos kvalifikacijos PD	55	10,5	210	30,4***
	kvalifikuotas FD	219	41,7	57	8,3***
	nekvalifikuotas FD	77	14,7	127	18,4
Pajamos ¹ :	≥700 Lt	71	13,3	81	11,7
	500-699 Lt	103	19,3	113	16,3
	300-499 Lt	195	36,5	270	38,8
	0-299 Lt	165	30,9	231	33,2
Socialinė padėtis:	dirbantieji (-čiosios)	392	72,6	451	64,3**
	pensininkai (-ės)	60	11,1	145	20,7***
	invalidai (-ės)	7	1,3	18	2,6
	bedarbiai (-ės)	81	15,0	87	12,4

¹ – pajamos, vidutiniškai tenkančios vienam namų ūkio nariui per mėnesį (Lt); PD – protinis darbas, FD – fizinis darbas; ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$ palyginus su vyrais.

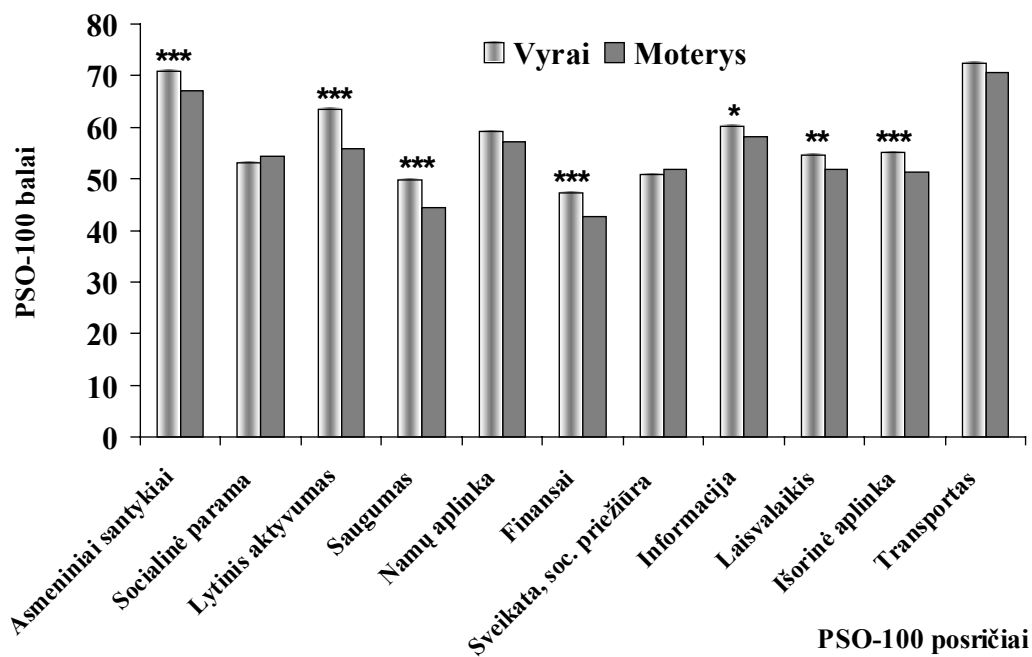
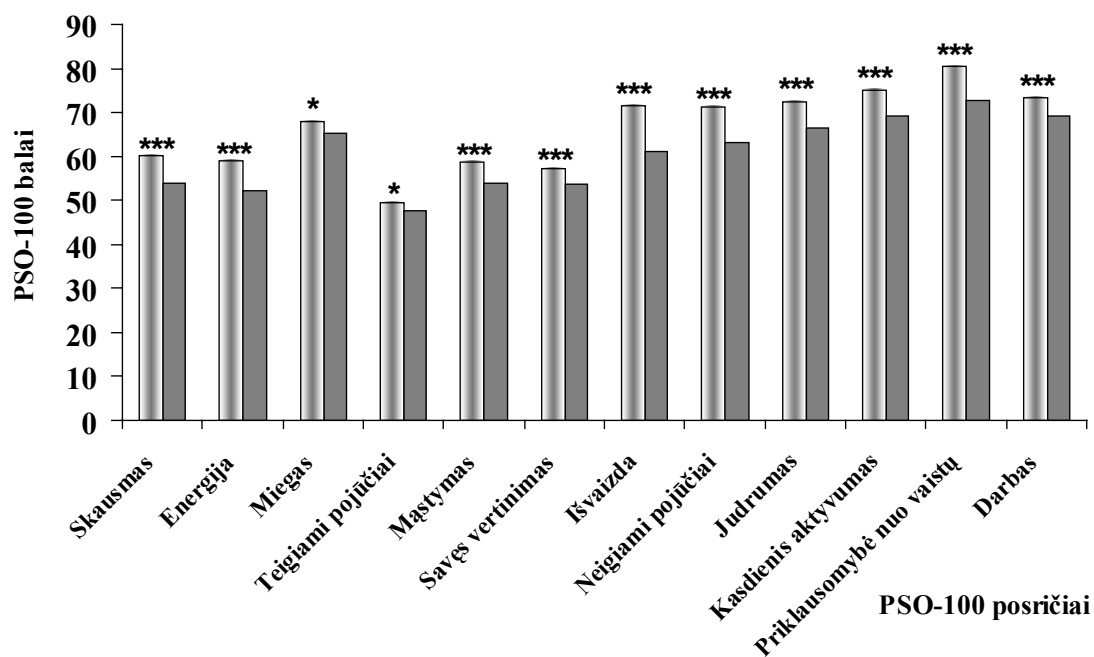
Palyginus vyrų ir moterų GK balų vidurkius, paaiškėjo, kad pastarosios visose srityse, išskyrus dvasingumo, gyvenimo kokybę vertino statistiškai reikšmingai blogiau, negu vyrai (5.2.1.1 pav.).



*** – $p < 0,001$ palyginus su moterimis.

5.2.1.1 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų gyvenimo kokybės vertinimas

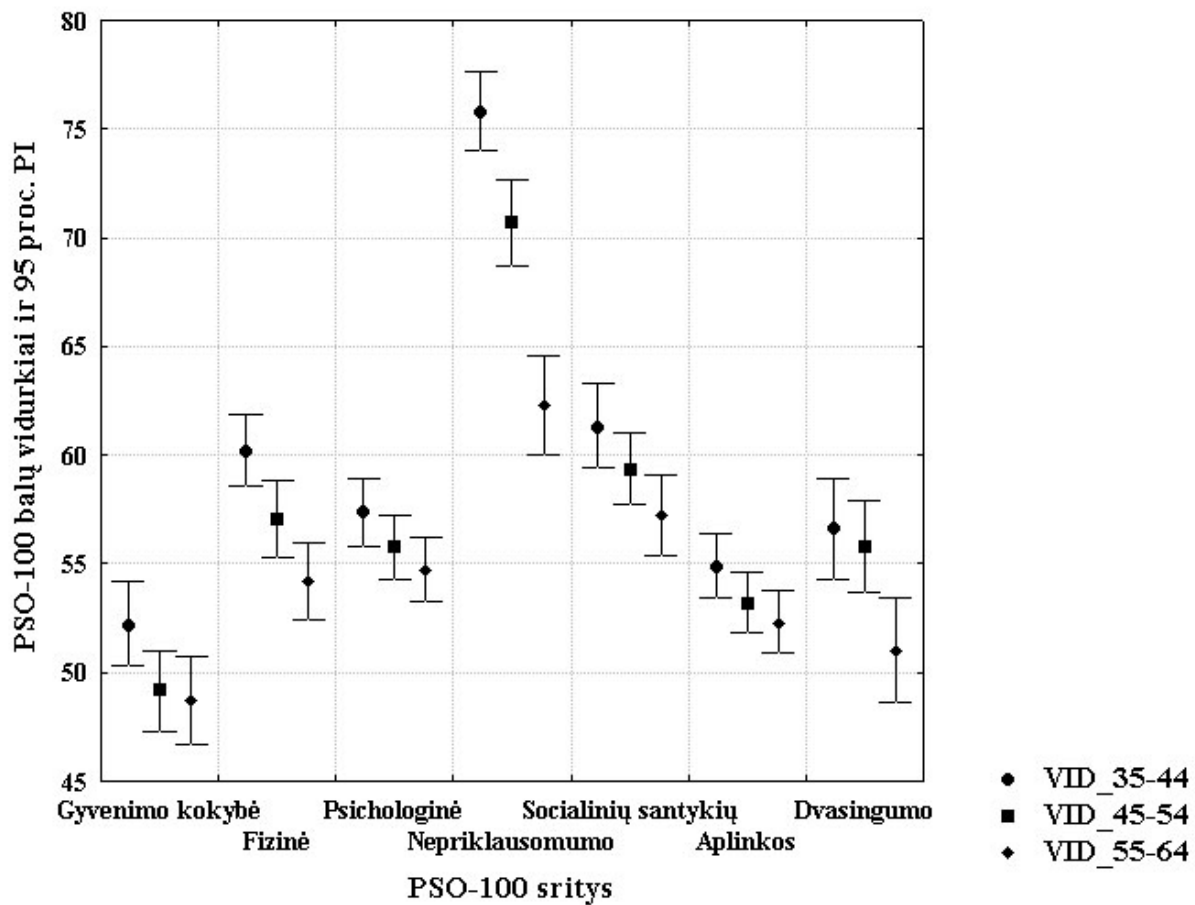
Siekiant detalesnės analizės, buvo palyginti ir klausimyno PSO-100 sritis sudarančių posričių balai. Paaiškėjo, kad visuose fizinės, psichologinės bei nepriklausomumo sričių posričiuose vyrai gyvenimo kokybę vertino statistiškai reikšmingai geriau negu moterys (5.2.1.2 pav.). Praktinės socialinės paramos (socialinių santykių sritis), namų aplinkos, sveikatos ir socialinės priežiūros bei transporto (aplinkos sritis) vertinimas vyrams ir moterims nesiskyrė.



* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ palyginus su moterimis.

5.2.1.2 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 posričių vertinimas

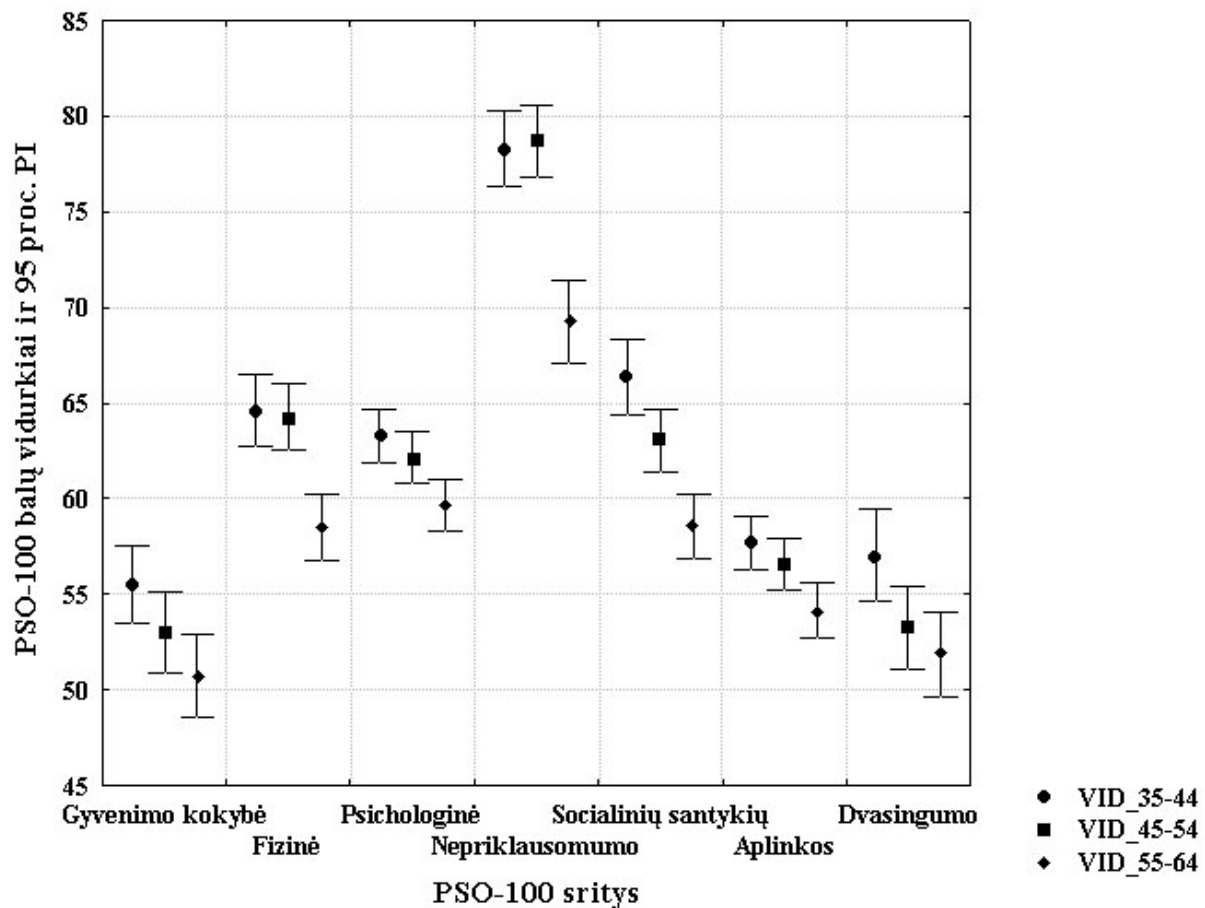
Analizuojant GK priklausomybę nuo amžiaus, nustatyta, kad 45-54 m. amžiaus moterų grupėje fizinės (57,1) bei nepriklausomumo (70,7) sričių balų vidurkiai buvo statistiškai reikšmingai mažesni negu 35-44 m. grupėje (60,2 ir 75,8, atitinkamai, $p < 0,05$) (5.2.1.3 pav.).



VID_35-44, VID_45-54, VID_55-64 – atitinkamų amžiaus grupių balų vidurkiai ir jų 95 proc. pasikliautiniai intervalai (PI).

5.2.1.3 pav. Kauno 35-64 m. moterų gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 sričių balų vidurkiai atsižvelgiant į amžių

45-54 m. vyrai gyvenimo kokybę tik socialinių santykių (63,1) ir dvasingumo (53,3) srityse vertino blogiau nei 35-44 m. (atitinkamai 66,4 ir 57,0, $p < 0,05$) (5.2.1.4 pav.). 55-64 m. moterys ir vyrai visose srityse GK vertino statistiškai reikšmingai blogiau, lyginant su 35-44 m. amžiaus vyrų ir moterų grupėmis.



VID_35-44, VID_45-54, VID_55-64 – atitinkamų amžiaus grupių balų vidurkiai ir jų 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI).

5.2.1.4 pav. Kauno 35-64 m. vyrų gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 sričių balų vidurkiai atsižvelgiant į amžių

5.2.2 PSO-100 sričių ir posričių įtaka bendrai gyvenimo kokybei ir subjektyviajam sveikatos vertinimui

Tiesinės regresijos metodu buvo nustatyta, kiek atskiros GK sritys turėjo įtakos atsakymams į klausimą: „Kaip Jūs įvertintumėte savo gyvenimo kokybę?“ (GK sritys, įvertintos balais, šiame modelyje buvo pasirinktos nepriklausomais kintamaisiais). Kadangi žymesnių skirtumų vyrams ir moterims nebuvo, įtaka vertinta bendrai. Nustatyta, kad gyvenimo kokybei didžiausios įtakos turėjo aplinkos, psichologinė ir socialinių santykių sritys (5.2.2.1 lentelė). Fizinės ir dvasingumo sričių įtaka GK taip pat buvo reikšminga.

5.2.2.1 lentelė. Kauno 35-64 m. gyventojų gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 sričių įtaka gyvenimo kokybei

PSO-100 sritys	β	p
Aplinkos	0,31	0,0001
Psichologinė	0,18	0,0001
Socialinių santykių	0,17	0,0001
Fizinė	0,08	0,002
Dvasingumo	0,07	0,007

Priklausomu kintamuoju tiesinės regresijos modelyje pasirinkus klausimą „Kaip labai Jūs patenkinti savo sveikata“, nustatyta, kad tiriamųjų atsakymams didžiausios įtakos turėjo nepriklausomumo, fizinė ir psichologinė sritys (5.2.2.2 lentelė).

5.2.2.2 lentelė. Kauno 35-64 m. gyventojų gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 sričių įtaka subjektyviajam sveikatos vertinimui

PSO-100 sritys	β	p
Nepriklausomumo	0,33	0,0001
Fizinė	0,18	0,0001
Psichologinė	0,13	0,0001
Aplinkos	0,06	0,021

Kadangi dauguma klausimyno PSO-100 sričių sudarytos iš keleto smulkesnių posričių, pastarųjų įtaka gyvenimo kokybei ir subjektyviajam sveikatos vertinimui taip pat buvo analizuota, pritaikius tiesinės regresijos modelį. Nustatyta, kad gyvenimo kokybei didžiausią įtaką iš visų aplinkos sritį sudarančių posričių turėjo galimybė dalyvauti laisvalaikio veikloje ($\beta=0,31$) bei finansiniai resursai ($\beta=0,26$) (5.2.2.3 lentelė). Psichologinėje srityje didžiausią įtaką GK turėjo teigiami pojūčiai ($\beta=0,35$) bei savo vertės pajutimas ($\beta=0,18$), socialinių santykių srityje – asmeniniai santykiai ($\beta=0,39$) bei praktinė socialinė parama ($\beta=0,18$), fizinėje srityje – energija ir nuovargis ($\beta=0,33$).

5.2.2.3 lentelė. Kauno 35-64 m. gyventojų gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 posričių įtaka gyvenimo kokybei

PSO-100 sritys ir posričiai	Gyvenimo kokybė	
	β	p
Aplinkos sritis		
Dalyvavimas rekreacijos ir laisvalaikio veikloje	0,31	0,0001
Finansiniai resursai	0,26	0,0001
Fizinė sauga ir saugumas	0,10	0,0001
Namų aplinka	0,09	0,0001
Sveikata ir socialinė priežiūra: prieinamumas ir kokybė	0,06	0,01
Išorinė (fizinė) aplinka	0,06	0,03
Psichologinė sritis		
Teigiami pojūčiai	0,35	0,0001
Savo vertės pajutimas	0,18	0,0001
Išvaizda	0,09	0,001
Mąstymas, mokymasis, atmintis ir dėmesio sutelkimas	0,07	0,02
Socialinių santykių sritis		
Asmeniniai santykiai	0,39	0,0001
Praktinė socialinė parama	0,18	0,0001
Lytinis aktyvumas	0,09	0,001
Fizinė sritis		
Energija ir nuovargis	0,33	0,0001
Miegas ir poilsis	0,15	0,0001

Kaip jau buvo minėta, subjektyviajam sveikatos vertinimui didžiausios reikšmės turėjo nepriklausomumo sritis. Visų šią sritį sudarančių posričių įtaka buvo reikšminga (5.2.2.4 lentelė). Didžiausios reikšmės tirtųjų nuomonei apie jų sveikatą turėjo priklausomybė nuo vaistų ar gydymo ($\beta=0,24$) bei kasdienis aktyvumas ($\beta=0,17$). Fizinėje srityje didžiausią įtaką sveikatos vertinimui turėjo energija ir nuovargis ($\beta=0,46$) bei miegas ir poilsis ($\beta=0,13$), psichologinėje srityje – išvaizda ($\beta=0,19$) bei mąstymas, atmintis ir dėmesio sutelkimas ($\beta=0,14$), aplinkos srityje – galimybė dalyvauti laisvalaikio veikloje ($\beta=0,23$).

5.2.2.4 lentelė. Kauno 35-64 m. gyventojų gyvenimo kokybės klausimyno PSO-100 posričių įtaka subjektyviajam sveikatos vertinimui

PSO-100 sritys ir posričiai		Sveikatos vertinimas	
		β	p
Nepriklausomumo sritis	Priklausomybė nuo vaistų ar gydymo	0,24	0,0001
	Kasdienis aktyvumas	0,17	0,0001
	Judrumas	0,16	0,0001
	Gebėjimas dirbti	0,12	0,0001
Fizinė sritis	Energija ir nuovargis	0,46	0,0001
	Miegas ir poilsis	0,13	0,0001
	Skausmas ir nemalonūs pojūčiai	0,07	0,008
Psichologinė sritis	Išvaizda	0,19	0,0001
	Mąstymas, mokymasis, atmintis ir dėmesio sutelkimas	0,14	0,0001
	Savo vertės pajutimas	0,13	0,0001
	Neigiami pojūčiai	0,13	0,0001
Aplinkos sritis	Dalyvavimas rekreacijos ir laisvalaikio veikloje	0,23	0,0001
	Fizinė sauga ir saugumas	0,14	0,0001
	Galimybė įgyti informacijos ir įgūdžių	0,09	0,005
	Išorinė (fizinė) aplinka	0,07	0,02

5.2.3. Socialinės ir ekonominės padėties įtaka Kauno 35-64 m. gyventojų gyvenimo kokybei

Siekiant nustatyti amžiaus, išsimokslinimo, šeiminės padėties, gaunamų pajamų, socialinės padėties ir darbo pobūdžio įtaką GK, minėti požymiai įtraukti į modelį kaip nepriklausomi kintamieji. Priklausomais kintamaisiais iš eilės pasirinktos visos GK sritys. PSO-100 sričių balai suskirstyti į dvi – blogesnės ir geresnės GK grupes (0 – geresnė GK, 1 – blogesnė GK). Atskaitine grupe, skaičiuojant šansų santykį, pasirinkta sąlyginai geresnioji: aukštesnio išsimokslinimo, dirbančių protinį darbą, turinčių partnerį, gaunančių didesnes pajamas ir dirbančių. Pajamos buvo padalintos į dvi grupes pagal medianą: mažiau medianos – mažesnės, daugiau medianos – didesnės pajamos. Amžius (m.) į modelį įtrauktas kaip tolydusis, visi kiti – kaip kategorijų požymiai. Lentelėse vaizduojami tik statistiškai reikšmingos įtakos GK turėję požymiai.

Priklausomu kintamuoju pasirinkus *gyvenimo kokybę*, vyrų amžiui padidėjus 1-eriais m., galimybė patekti į blogiau vertintos GK grupę didėjo 3 proc. (5.2.3.1 lentelė). Vyrai, įgiję

pradinį ar vidurinį išsimokslinimą, turėjo 70 proc. didesnę galimybę blogiau vertinti GK negu įgiję aukštesnįjį ar aukštąjį. Vienių vyrų galimybė patekti į blogiau vertintos GK grupę buvo 77 proc. didesnė negu gyvenančių su partnere, o gaunančių mažesnes pajamas – 68 proc. didesnė, lyginant su gaunančiais didesnes pajamas. Priklausomu kintamuoju pasirinkus *fizinę sritį*, amžiui padidėjus 1-eriais m., vyrų galimybė patekti į blogiau vertintos GK grupę didėjo 3 proc. Vienių vyrų galimybė blogiau vertinti GK buvo 68 proc. didesnė negu turinčių partnerę. Bedarbių, pensininkų ar turinčių invalidumo grupę galimybė blogiau vertinti GK buvo 60 proc. didesnė negu dirbančių vyrų. Analizuojant tų pačių požymių įtaką GK *psichologinėje srityje*, nustatyta, kad vyrai, įgiję pradinį ar vidurinį išsimokslinimą, turėjo 78 proc. didesnę galimybę blogiau vertinti GK negu įgiję aukštesnįjį ar aukštąjį. Bedarbių, pensininkų ar turinčių invalidumo grupę tikimybė blogiau vertinti GK buvo 86 proc. didesnė negu dirbančių vyrų. *Nepriklausomumo srityje* amžiui padidėjus 1-eriais m., vyrų galimybė patekti į blogiau vertinamos GK grupę didėjo 5 proc. Nustatyta, kad vyrai, įgiję pradinį ar vidurinį išsimokslinimą, turėjo 80 proc. didesnę galimybę patekti į blogesnės GK grupę negu įgiję aukštesnįjį ar aukštąjį. Bedarbių, pensininkų ar turinčių invalidumo grupę vyrų galimybė blogiau vertinti GK buvo 88 proc. didesnė negu dirbančių. Vyrų, gyvenančių šeimose, gaunančiose mažesnes pajamas, galimybė patekti į blogesnės GK grupę buvo 72 proc. didesnė negu gaunančių didesnes pajamas. *Socialinių santykių srityje* amžiui padidėjus 1-eriais m., vyrų galimybė patekti į blogiau vertinamos GK grupę didėjo 7 proc. Vienių vyrų galimybė blogiau vertinti GK buvo 2 kartus didesnė negu gyvenančių su partnere. *Aplinkos srityje*, amžiui padidėjus 1-eriais m., vyrų galimybė patekti į blogesnės GK grupę didėjo 5 proc. Fizinį darbą dirbančių vyrų tikimybė šioje srityje blogiau vertinti GK buvo 77 proc. didesnė negu dirbančių protinį darbą. Vyrų, gyvenančių šeimose, gaunančiose mažesnes pajamas, galimybė patekti į blogiau vertinamos GK grupę buvo 2,5 karto didesnė negu gaunančių didesnes pajamas. Vyrų GK vertinimui *dvasingumo srityje* neigiamos įtakos turėjo žemesnis išsimokslinimas ($\bar{S}S=1,66$; 95 proc. $PI=1,03-2,69$).

5.2.3.1 lentelė. Socialinės bei ekonominės padėties įtaka Kauno 35-64 m. vyrų gyvenimo kokybei

PSO-100 sritys ir požymiai		Geriau vertintos GK grupė		Blogiau vertintos GK grupė		ŠS	95 proc. PI
		n	proc.	n	proc.		
Gyvenimo kokybė ir sveikata							
Amžius, metai						1,03	1,00-1,05
Išsimokslinimas:	aukštasis ir aukštesnysis	190	70,6	79	29,4	1,0	
	pradinis, nepilnas vidurinis ir vidurinis	144	51,2***	137	48,8***	1,70	1,03-2,80
Šeiminė padėtis:	gyvena su partnere	289	62,6	173	37,4	1,0	
	vieniši	45	50,0*	45	50,0*	1,77	1,06-2,98
Pajamos ¹ :	didesnės už medianą	182	69,5	80	30,5	1,0	
	mažesnės už medianą	139	51,1***	133	48,9***	1,68	1,12-2,53
Fizinė sritis							
Amžius, metai						1,03	1,01-1,06
Šeiminė padėtis:	gyvena su partnere	277	60,1	184	39,9	1,0	
	vieniši	44	48,9	46	51,1	1,68	1,01-2,79
Socialinė padėtis:	dirbantieji	241	61,5	151	38,5	1,0	
	bedarbiai, invalidai, pensininkai	73	49,7*	74	50,3*	1,60	1,03-2,50
Psichologinė sritis							
Išsimokslinimas:	aukštasis ir aukštesnysis	198	73,6	71	26,4	1,0	
	pradinis, nepilnas vidurinis ir vidurinis	152	54,3***	128	45,7***	1,78	1,07-2,97
Socialinė padėtis:	dirbantieji	272	69,4	120	30,6	1,0	
	bedarbiai, invalidai, pensininkai	71	48,3***	76	51,7***	1,86	1,19-2,91
Nepriklausomumo sritis							
Amžius, metai						1,05	1,03-1,08
Išsimokslinimas:	aukštasis ir aukštesnysis	175	65,3	93	34,7	1,0	
	pradinis, nepilnas vidurinis ir vidurinis	142	50,7***	138	49,3***	1,80	1,08-3,01
Pajamos ¹ :	didesnės už medianą	171	65,5	90	34,5	1,0	
	mažesnės už medianą	133	49,1***	138	50,9***	1,72	1,15-2,59
Socialinių santykių sritis							
Amžius, metai						1,07	1,04-1,10
Šeiminė padėtis:	gyvena su partnere	263	56,9	199	43,1	1,0	
	vieniši	34	37,8***	56	62,2***	2,28	1,34-3,88
Aplinkos sritis							
Amžius, metai						1,05	1,02-1,08
Darbo pobūdis (profesijų grupės):	protinis darbas	161	70,3	68	29,7	1,0	
	fizinis darbas	141	47,6***	155	52,4***	1,77	1,06-2,95
Pajamos ¹ :	didesnės už medianą	186	71,0	76	29,0	1,0	
	mažesnės už medianą	113	41,5***	159	58,5***	2,45	1,62-3,71
Dvasingumo sritis							
Išsimokslinimas:	aukštasis ir aukštesnysis	150	55,8	119	44,2	1,0	
	pradinis, nepilnas vidurinis ir vidurinis	90	32,1***	190	67,9***	1,66	1,03-2,69

¹ – pajamos litais, vidutiniškai tenkančios vienam namų ūkio nariui per mėnesį; * – $p < 0,05$, *** – $p < 0,001$ palyginus su atskaitine grupe; ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinasis intervalas.

Bedarbių, pensininkų ir invalidumo grupę turinčių moterų galimybė blogiau vertinti **bendrają GK** buvo 53 proc. didesnė negu dirbančių, o gyvenančių šeimose, gaunančiose mažesnes pajamas – 69 proc. didesnė, lyginant su gaunančiomis didesnes pajamas moterimis (5.2.3.2 lentelė). **Fizinėje srityje** moterų GK neigiamos įtakos turėjo tik vyresnis amžius (ŠS=1,05; 95 proc. PI 1,02-1,07). Moterų amžiui padidėjus 1-eriais m., galimybė patekti į blogiau vertinamos GK grupę **nepriklausomumo srityje** didėjo 7 proc. Bedarbių, pensininkų ar turinčių invalidumo grupę galimybė blogiau vertinti GK buvo 2 kartus didesnė negu dirbančių moterų. **Socialinių santykių** srityje moterims, amžiui padidėjus 1-eriais m., galimybė patekti į blogesnės GK grupę didėjo 4 proc. Vieniųjų moterų galimybė blogiau vertinti GK buvo 90 proc. didesnė negu gyvenančių su partneriu. Vieniųjų moterų galimybė blogiau vertinti GK **aplinkos srityje** buvo 48 proc. didesnė negu turinčių partnerį, o dirbančių fizinį darbą – 60 proc. didesnė negu dirbančių protinį darbą. Moterų, gyvenančių šeimose, gaunančiose mažesnes pajamas, galimybė blogiau vertinti GK buvo 2 kartus didesnė, lyginant su gaunančiomis didesnes pajamas. Į logistinės regresijos modelį neįtraukus pajamų, išryškėjo socialinės padėties įtaka GK vertinimui – bedarbių, pensininkų bei invalidumo grupę turinčių moterų galimybė blogiau vertinti GK buvo 81 proc. didesnė negu dirbančių moterų (ŠS=1,81, 95 proc. PI=1,25-2,61). Moterys, dirbančios fizinį darbą, **dvasingumo srityje** GK vertino blogiau negu dirbančios protinį darbą (ŠS=2,05; 95 proc. PI=1,30-3,22).

5.2.3.2 lentelė. Socialinės bei ekonominės padėties įtaka Kauno 35-64 m. moterų gyvenimo kokybei

PSO-100 sritys ir požymiai		Geriau vertintos GK grupė		Blogiau vertintos GK grupė		ŠS	95 proc. PI
		n	proc.	n	proc.		
Gyvenimo kokybė ir sveikata							
Socialinė padėtis:	dirbančiosios	246	54,5	205	45,5	1,0	
	bedarbės, invalidės ir pensininkės	98	39,2***	152	60,8***	1,53	1,04-2,26
Pajamos ¹ :	didesnės už medianą	195	58,4	139	41,6	1,0	
	mažesnės už medianą	147	40,7***	214	59,3***	1,69	1,20-2,38
Fizinė sritis							
Amžius, metai						1,05	1,02-1,07
Nepriklausomumo sritis							
Amžius, metai						1,07	1,05-1,10
Socialinė padėtis:	dirbančiosios	243	54,0	207	46,0	1,0	
	bedarbės, invalidės ir pensininkės	65	26,0***	185	74,0***	2,02	1,34-3,03
Socialinių santykių sritis							
Amžius, metai						1,04	1,01-1,06
Šeiminė padėtis:	gyvena su partneriu	229	50,0	229	50,0	1,0	
	vienišos	82	33,2***	165	66,8***	1,90	1,36-2,67
Aplinkos sritis							
Šeiminė padėtis:	gyvena su partneriu	226	49,2	233	50,8	1,0	
	vienišos	97	39,3*	150	60,7*	1,48	1,05-2,08
Pajamos ¹ :	didesnės už medianą	197	59,0	137	41,0	1,0	
	mažesnės už medianą	123	34,1***	238	65,9***	2,21	1,56-3,13
Dvasingumo sritis							
Darbo pobūdis (profesijų grupės):	protinis darbas	255	50,4	251	49,6	1,0	
	fizinis darbas	50	27,5***	132	72,5***	2,05	1,30-3,22

¹ – pajamos litais, vidutiniškai tenkančios vienam namų ūkio nariui per mėnesį; * – p<0,05, *** – p<0,001 palyginus su atskaitine grupe; ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.

5.3. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų paplitimas tarp Kauno vidutinio amžiaus vyrų ir moterų bei įtaka gyvenimo kokybei

5.3.1 Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų paplitimas tarp Kauno vidutinio amžiaus vyrų ir moterų (2001-2002 m. sveikatos patikros duomenimis)

Arterinė hipertenzija buvo nustatyta pusei tirtųjų vyrų ir 39 proc. moterų (p<0,001) (5.3.1.1 lentelė). Turinčių antsvorį daugiau buvo vyrų negu moterų (47 ir 33,7 proc., atitinkamai, p<0,001). Nutukusių daugiau buvo moterų nei vyrų (37,1 ir 25,6 proc., atitinkamai, p<0,001). Hipercholesterolemija (cholesterolio konc. $\geq 5,0$ mmol/l) nustatyta 80,4 proc. vyrų ir 82,1 proc. moterų. Nepakankamai fiziškai aktyvių buvo 34,8 proc. vyrų ir 36,2 proc. moterų. Nuolat rūkančių bei vartojančių alkoholį keletą kartų savaitėje arba kasdien daugiau buvo vyrų negu moterų (40,7 ir 11 proc., 31,4 ir 7,3 proc., atitinkamai, p<0,001). Lėtinių ligų paplitimas, pateikiamas 5.3.1 lentelėje, vyrams ir moterims statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

5.3.1.1 lentelė. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų paplitimas tarp Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų (2001-2002 m. sveikatos patikros duomenimis)

Veiksniai	Vyrų, n=552		Moterų, n=708	
	n	proc.	n	proc.
Arterinė hipertenzija	286	49,4	299	39,0***
Antsvoris	259	47,0	239	33,7***
Nutukimas	145	25,6	277	37,1***
Hipercholesterolemija	439	80,4	589	82,1
Rūkymas	217	40,7	72	11,0***
Vartoja alkoholį keletą k./sav. ar kasdien	168	31,4	48	7,3***
Nepakankamas fizinis aktyvumas	187	34,8	261	36,2
Išeminė širdies liga	84	14,3	133	17,6
Cukrinis diabetas ir/arba glikemija nevalgius $\geq 6,1$ mmol/l	95	16,5	100	13,5
Persirgtas insultas	6	0,9	5	0,6

*** – $p < 0,001$ palyginus su vyrais.

5.3.2 Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų įtaka Kauno vidutinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybei

Sujungus GK klausimyno PSO-100 ir 2001-2002 m. profilaktinės sveikatos patikros duomenis, analizuota rizikos veiksnių bei lėtinių ligų įtaka GK ($n=1260$: 552 vyrai ir 708 moterų). Minėtų požymių įtaka GK vertinta logistinės regresijos metodu. PSO-100 sričių balai suskirstyti į dvi – blogesnės ir geresnės GK grupes. Priklausomais kintamaisiais pasirinktos GK sritys, nepriklausomais – amžius, rizikos veiksniai bei lėtinės ligos. Amžius (1-eri metai), modelyje analizuotas kaip tolydusis, o rizikos veiksniai ir lėtinės ligos – kaip kategorijų požymiai (arterinė hipertenzija – 1. Nėra, 2. Yra; kūno svoris – 1. Normalus, 2. Antsvoris 3. Nutukimas; hipercholesterolemija – 1. Nėra, 2. Yra; rūkymas – 1. Nerūko, 2. Rūko; fizinis aktyvumas – 1. Pakankamas, 2. Nepakankamas; išeminė širdies liga – 1. Nenustatyta, 2. Nustatyta; cukrinis diabetas – 1. Nenustatytas, 2. Nustatytas (ir/arba glikemija nevalgius $\geq 6,1$ mmol/l); persirgtas insultas – 1. Nėra, 2. Yra). Suvartojamas alkoholio kiekis, atsižvelgiant į vartojimo dažnį ir gėrimo rūšį, perskaičiuotas į SAV, o visi vartojantys (atskirai vyrai ir moterų) padalinti į keturias dalis (kvartilius). Priskirtieji pirmajam kvartiliui sąlyginai buvo laikomi saikingai vartojančiais alkoholį (1), o priskirtieji kitiems trimis kvartiliams – vidutiniškai ir nesaikingai vartojančiais (2). Atskaitine grupe, skaičiuojant šansų santykį, pasirinkta geresnioji, rizikos veiksnio neveikiama ir sveikų asmenų grupė. Galimybė patekti į geriau ar blogiau vertintos GK grupę kiekvienoje srityje nustatyta atskirai vyrams ir moterims. Lentelėse vaizduojami tik statistiškai reikšmingos įtakos GK turėję požymiai.

Priklausomu kintamuoju pasirinkus *gyvenimo kokybę*, vyrų amžiui padidėjus 1-eriais m., galimybė patekti į blogesnės GK grupę didėjo 3 proc. (5.3.2.1 lentelė). Vyrų, turinčių antsvorio galimybė patekti į blogesnės GK grupę buvo 41 proc., o nutukusių – 46 proc. **mažesnė** negu normalaus kūno svorio vyrų. Sergančių CD vyrų galimybė blogiau vertinti bendrąją GK didėjo 68 proc. Moterų bendrajai GK statistiškai reikšmingos įtakos turinčių požymių nebuvo nustatyta.

5.3.2.1 lentelė. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų įtaka Kauno 35-64 m. vyrų gyvenimo kokybei

Požymiai		Geriau vertintos GK grupė		Blogiau vertintos GK grupė		ŠS	95 proc. PI
		n	proc.	n	proc.		
Amžius, m.						1,03	1,01-1,06
Normalus kūno svoris		77	52,0	71	48,0	1,0	
Atsavoris		166	64,1*	93	35,9*	0,59	0,37-0,93
Nutukimas		91	62,8	54	37,2	0,54	0,31-0,94
Cukrinis diabetas:	nenustatytas	285	62,4	172	37,6	1,0	
	nustatytas CD ir/arba glikemija nevalgius $\geq 6,1$ mmol/l	49	51,6	46	48,4	1,68	1,02-2,76

* – $p < 0,05$ palyginus su atskaitine grupe; ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.

Fizinėje srityje vyresnis amžius turėjo neigiamos reikšmės ir vyrų, ir moterų GK (5.3.2.2 lentelė). Vidutiniškai ir nesaikingai alkoholį vartojančių moterų galimybė blogiau vertinti GK buvo 40 proc. mažesne negu saikingai vartojančių.

5.3.2.2 lentelė. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų įtaka Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų gyvenimo kokybei fizinėje srityje

Požymiai		Geriau vertintos GK grupė		Blogiau vertintos GK grupė		ŠS	95 proc. PI
		n	proc.	n	proc.		
Vyrai							
Amžius, m.						1,03	1,01-1,06
Moterys							
Amžius, m.						1,04	1,02-1,07
Alkoholio vartojimas:	saikingas	55	33,3	110	66,7	1,0	
	vidutinis ir nesaikingas	239	48,8***	251	51,2***	0,60	0,41-0,88

*** – $p < 0,001$ palyginus su atskaitine grupe; ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.

Psichologinėje srityje neigiamos įtakos vyrų ir moterų GK vertinimui taip pat turėjo vyresnis amžius (5.3.2.3 lentelė). Moterys, kurioms buvo nustatyta AH, turėjo 42 proc. mažesnę galimybę blogiau vertinti GK negu moterys, kurių AKS buvo normalus. Nutukusių bei rūkančių moterų galimybė blogiau vertinti GK buvo atitinkamai 2,4 ir 2,1 karto didesnė negu turinčių normalų kūno svorį bei nerūkančių moterų.

5.3.2.3 lentelė. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų įtaka Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų gyvenimo kokybei psichologinėje srityje

Požymiai		Geriau vertintos GK grupė		Blogiau vertintos GK grupė		ŠS	95 proc. PI
		n	proc.	n	proc.		
Vyrai							
Amžius, m.						1,03	1,01-1,06
Moterys							
Amžius, m.						1,03	1,00-1,05
Arterinė	nenustatyta	165	40,6	241	59,4	1,0	
hipertenzija:	nustatyta	128	42,8	171	57,2	0,58	0,40-0,84
Normalus kūno svoris		98	51,0	94	49,0	1,0	
Antsvoris		103	43,1	136	56,9	1,36	0,90-2,06
Nutukimas		92	33,5***	183	66,5***	2,41	1,54-3,78
Rūkymas:	nerūko	270	42,6	364	57,4	1,0	
	rūko	23	31,9	49	68,1	2,10	1,20-3,67

*** – $p < 0,001$ palyginus su atskaitine grupe; ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.

Nepriklausomumo srityje vyrų ir moterų GK neigiamos įtakos turėjo vyresnis amžius (5.3.2.4 lentelė). Nutukusių vyrų galimybė blogiau vertinti GK buvo 83 proc. didesnė negu normalaus kūno svorio vyrų. Vidutiniškai ir nesaikingai alkoholį vartojančių vyrų ir moterų galimybė blogiau vertinti GK buvo atitinkamai 54 ir 40 proc. mažesnė negu saikingai vartojančių. Sergantys IŠL vyrai ir moterys turėjo atitinkamai 83 ir 62 proc. didesnę galimybę blogiau vertinti GK negu tie, kuriems IŠL nebuvo nustatyta. Galimybę patekti į blogesnės GK grupę nepriklausomumo srityje moterims 2 kartus didino nutukimas ir 61 proc. – nepakankamas fizinis aktyvumas.

Socialinių santykių srityje vyrų ir moterų amžiui padidėjus 1-eriais m., galimybė blogiau vertinti GK didėjo atitinkamai 7 ir 5 proc. (5.3.2.5 lentelė). Vidutiniškai ir nesaikingai alkoholį vartojantys vyrai turėjo 38 proc. **mažesnę** galimybę blogiau vertinti GK negu saikingai vartojantys. Moterims, atvirkščiai negu vyrams, socialinių santykių srityje vidutinis ir nesaikingas alkoholio vartojimas **padidino** galimybę blogiau vertinti GK 65 proc., lyginant su saikingai alkoholį vartojančiomis moterimis.

5.3.2.4 lentelė. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų įtaka Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų gyvenimo kokybei nepriklausomumo srityje

Požymiai		Geriau vertintos GK grupė		Blogiau vertintos GK grupė		ŠS	95 proc. PI
		n	proc.	n	proc.		
Vyrai							
Amžius, m.						1,05	1,02-1,07
Normalus kūno svoris		88	59,5	60	40,5	1,0	
Antsvoris		168	65,4	89	34,6	0,72	0,45-1,16
Nutukimas		61	42,1**	84	57,9**	1,83	1,05-3,20
Alkoholio vartojimas:	saikingas	61	45.5	73	54.5	1.0	
	vidutinis ir nesaikingas	248	62,9***	146	37,1***	0,46	0,30-0,70
Išeminė	nenustatyta	285	61.2	181	38.8	1.0	
širdies liga:	nustatyta	32	38,1***	52	61,9***	1,83	1,07-3,11
Moterys							
Amžius, m.						1,06	1,03-1,08
Normalus kūno svoris		120	62,8	71	37,2	1,0	
Antsvoris		107	44,8***	132	55,2***	1,46	0,95-2,25
Nutukimas		85	30,7***	192	69,3***	2,30	1,46-3,62
Alkoholio vartojimas:	saikingas	54	32.5	112	67.5	1.0	
	vidutinis ir nesaikingas	246	50,2***	244	49,8***	0,60	0,40-0,89
Fizinis	pakankamas	222	49.7	225	50.3	1.0	
aktyvumas:	nepakankamas	90	34,6***	170	65,4***	1,61	1,13-2,29
Išeminė	nenustatyta	272	47.3	303	52.7	1.0	
širdies liga:	nustatyta	40	30,3***	92	69,7***	1,62	1,026-2,55

** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ palyginus su atskaitine grupe; ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.

5.3.2.5 lentelė. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų įtaka Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų gyvenimo kokybei socialinių santykių srityje

Požymiai		Geriau vertintos GK grupė		Blogiau vertintos GK grupė		ŠS	95 proc. PI
		n	proc.	n	proc.		
Vyrai							
Amžius, m.						1,07	1,05-1,10
Alkoholio vartojimas:	saikingas	60	44.4	75	55.6	1.0	
	vidutinis ir nesaikingas	227	57,5**	168	42,5**	0,62	0,41-0,95
Moterys							
Amžius, m.						1,05	1,03-1,07
Alkoholio vartojimas:	saikingas	85	51.2	81	48.8	1.0	
	vidutinis ir nesaikingas	212	43,3	278	56,7	1,65	1,13-2,41

** – $p < 0,01$ palyginus su atskaitine grupe; ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.

Aplinkos srityje, amžiui padidėjus 1-eriais m., vyrų galimybė blogiau vertinti GK didėjo 5 proc. (5.3.2.6 lentelė). Rūkantys vyrai ir moterys turėjo atitinkamai 51 ir 77 proc. didesnę galimybę blogiau vertinti savo GK negu nerūkantys. Nepakankamai fiziškai aktyvių moterų galimybė patekti į blogesnės GK grupę buvo 55 proc. didesnė negu pakankamai fiziškai aktyvių.

5.3.2.6 lentelė. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų įtaka Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų gyvenimo kokybei aplinkos srityje

Požymiai		Geriau vertintos GK grupė		Blogiau vertintos GK grupė		ŠS	95 proc. PI
		n	proc.	n	proc.		
Vyrai							
Amžius, m.						1,05	1,02-1,07
Rūkymas:	nerūko	197	58,8	138	41,2	1,0	
	rūko	112	51,6	105	48,4	1,51	1,04-2,21
Moterys							
Rūkymas:	nerūko	298	46,9	338	53,1	1,0	
	rūko	26	36,1	46	63,9	1,77	1,04-3,01
Fizinis aktyvumas:	pakankamas	227	50,8	220	49,2	1,0	
	nepakankamas	97	37,2***	164	62,8***	1,55	1,11-2,15

*** – $p < 0,001$ palyginus su atskaitine grupe; ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.

Dvasingumo srityje moterų, turinčių atsvario, galimybė blogiau vertinti GK buvo 58 proc. didesnė negu normalaus kūno svorio moterų (5.3.2.7 lentelė). Tuo tarpu moterys, kurioms buvo nustatyta hipercholesterolemija, turėjo 37 proc. mažesnę galimybę blogiau vertinti GK negu tos, kurių cholesterolio koncentracija nebuvo padidėjusi. Vyrams dvasingumo srityje statistiškai reikšmingos įtakos GK turėjusių požymių nebuvo nustatyta.

5.3.2.7 lentelė. Rizikos veiksnių ir lėtinių ligų įtaka Kauno 35-64 m. moterų gyvenimo kokybei dvasingumo srityje

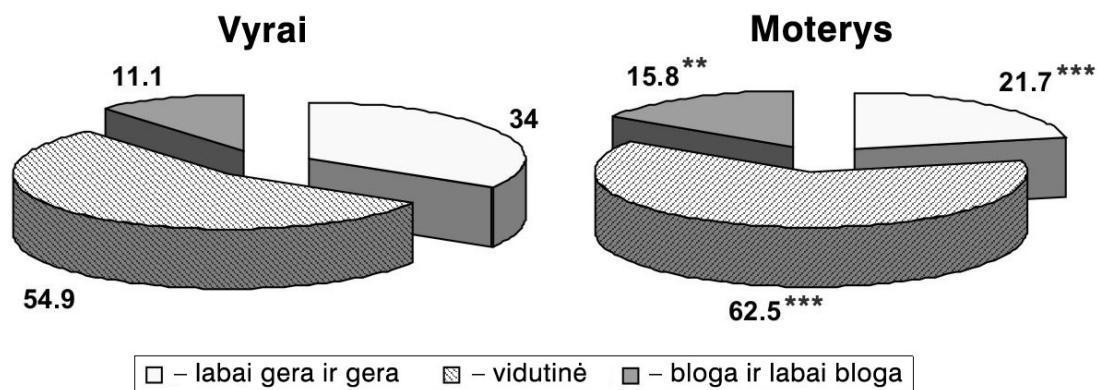
Požymiai		Geriau vertintos GK grupė		Blogiau vertintos GK grupė		ŠS	95 proc. PI
		n	proc.	n	proc.		
Normalus kūno svoris		103	53,6	89	46,4	1,0	
Atsvaris		92	38,5**	147	61,5**	1,58	1,04-2,38
Nutukimas		116	42,2*	159	57,8*	1,33	0,86-2,06
Hipercholesterolemija:	nenustatyta	46	38,7	73	61,3	1,0	
	nustatyta	265	45,1	322	54,9	0,63	0,41-0,97

* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$ palyginus su atskaitine grupe; ŠS – šansų santykis, PI – pasikliautinis intervalas.

5.4. Subjektyvusis sveikatos vertinimas

5.4.1. Subjektyviojo sveikatos vertinimo priklausomybė nuo amžiaus ir lyties 2001-2002 m. sveikatos patikros duomenimis

Moterų, vertinusių savo sveikatą labai gerai ir gerai, buvo statistiškai reikšmingai mažiau nei vyrų (atitinkamai 21,7 ir 34 proc., $p < 0,001$), o vyrai rečiau sveikatą vertino vidutiniškai ir blogai bei labai blogai ($p < 0,01$) (5.4.1.1 pav.). Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp subjektyviojo sveikatos vertinimo ir lyties.

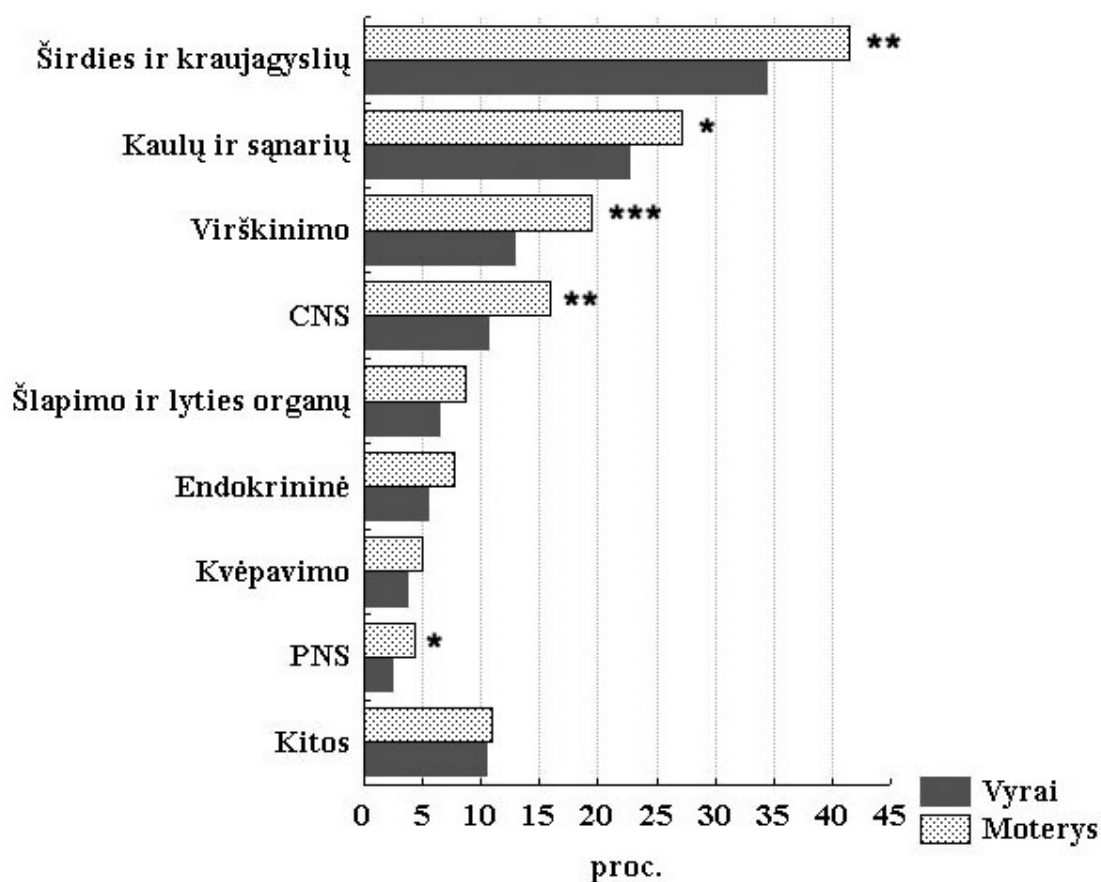


$\chi^2 = 30,6, p < 0,001$; ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ palyginus su vyrais.

5.4.1.1 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų subjektyvusis sveikatos vertinimas (proc.)

Moterys ir vyrai dažniausiai skundėsi širdies ir kraujagyslių (atitinkamai 41,5 ir 34,4 proc.) bei kaulų ir sąnarių (27,2 ir 22,6 proc.) ligomis (5.4.1.2 pav.). Išsakiusių nusiskundimų dėl širdies ir kraujagyslių, kaulų ir sąnarių, virškinimo, centrinės ir periferinės nervų sistemų moterų buvo statistiškai reikšmingai daugiau negu vyrų ($p < 0,05$).

SISTEMOS



PNS – periferinė nervų sistema, CNS – centrinė nervų sistema. * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ palyginus su vyrais.

5.4.1.2 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų subjektyviai išsakomi nusiskundimai sveikata

Tarp vyrų, vertinusių savo sveikatą labai gerai ir gerai, nusiskundimų sveikata neišsakė 61,1 proc., tarp vertinusių vidutiniškai – tik 11,2 proc., $p<0,001$ (tarp moterų atitinkamai 54,5 ir 8,6 proc., $p<0,001$) (5.4.1.1 ir 5.4.1.2 lentelės). Vyrų ir moterų, vertinę sveikatą vidutiniškai, blogai ir labai blogai, dažniau skundėsi ir įvairiais sveikatos sutrikimais. Ryšys tarp sveikatos vertimo bei išsakomų nusiskundimų buvo statistiškai reikšmingas ir vyrams, ir moterims.

5.4.1.1 lentelė. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų subjektyvusis sveikatos vertinimas atsižvelgiant į nusiskundimus sveikata

Vyrai

Subjektyvusis sveikatos vertinimas	Nusiskundimai sveikata								Iš viso	
	Neturi		Iš vienos sistemos		Iš dviejų		Iš trijų ir daugiau			
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Labai gera ir gera	124	61,1	63	31,0	10	4,9	6	3,0	203	100
Vidutinė	39	11,2***	201	57,6***	81	23,2***	28	8,0*	349	100
Bloga ir labai bloga	0	0,0	40	54,8***	21	28,8***	12	16,4*	73	100
Iš viso	163	26,1	304	48,6	112	17,9	46	7,4	625	100

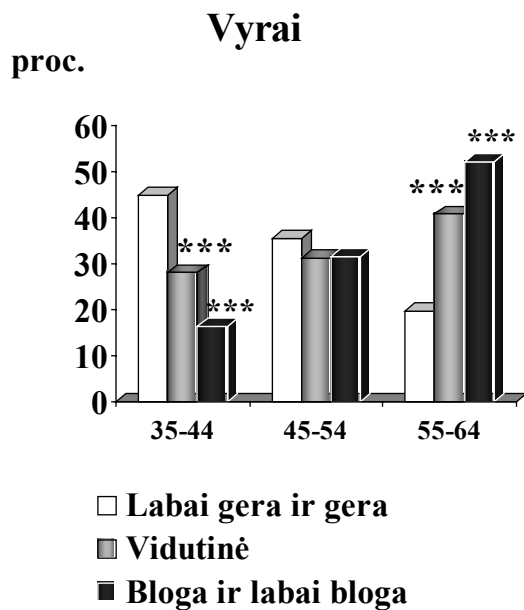
* – $p<0,05$, *** – $p<0,001$ palyginus su labai gerai ir gerai vertintos sveikatos grupe. $\chi^2=206,5$; $p<0,001$.

Moterys

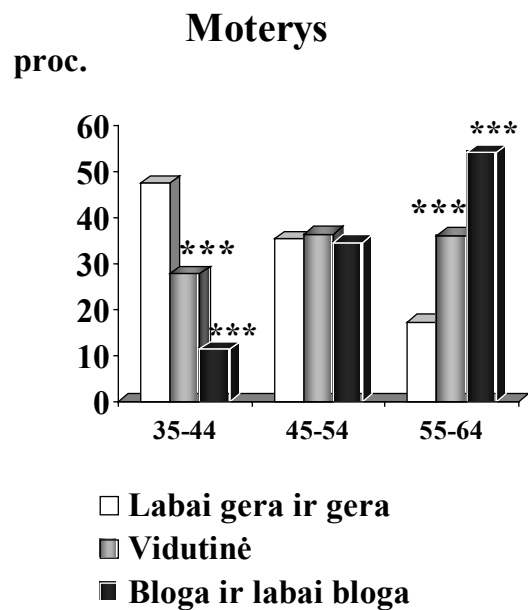
Subjektyvusis sveikatos vertinimas	Nusiskundimai sveikata								Iš viso	
	Neturi		Iš vienos sistemos		Iš dviejų		Iš trijų ir daugiau			
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Labai gera ir gera	85	54,5	58	37,2	9	5,8	4	2,5	156	100
Vidutinė	42	8,6***	243	49,8**	142	29,1***	61	12,5***	488	100
Bloga ir labai bloga	0	0,0	53	39,8	42	31,6***	38	28,6***	133	100
Iš viso	127	16,3	354	45,6	193	24,8	103	13,3	777	100

** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$ palyginus su labai gerai ir gerai vertintos sveikatos grupe. $\chi^2=249,8$; $p<0,001$.

Tarp vyrų, vertinusių savo sveikatą labai gerai ir gerai, 35-44 m. asmenų buvo 44,8 proc., tarp vertinusių vidutiniškai – 28,1 proc., o tarp sveikatą vertinusių blogai ir labai blogai – 16,4 proc., $p<0,001$ (tarp moterų atitinkamai 47,4, 27,7 ir 11,3 proc., $p<0,001$) (5.4.1.3 pav.). Savo sveikatą labai gerai ir gerai vertino 19,7 proc. 55-64 m. vyrų, vidutiniškai – 40,7 proc., o blogai ir labai blogai – 52,1 proc., $p<0,001$ (moterų atitinkamai 17,3, 36,1 ir 54,1 proc., $p<0,001$). Tarp subjektyviojo sveikatos vertinimo ir amžiaus nustatyta statistiškai reikšminga priklausomybė ir vyrų, ir moterų populiacijose.



$$\chi^2=41,0, p<0,001.$$



$$\chi^2=61,0, p<0,001.$$

*** – $p<0,001$ palyginus su labai gerai ir gerai vertintos sveikatos grupe.

5.4.1.3 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų amžiaus ir subjektyviojo sveikatos vertinimo sąsajos

5.4.2. Subjektyviojo sveikatos vertinimo sąsajos su socialine ir ekonomine padėtimi 2001-2002 m. sveikatos patikros duomenimis

Vertinant priklausomybę tarp subjektyviojo sveikatos vertinimo ir socialinės bei ekonominės padėties, moterims nustatyti skirtumai visų analizuotų veiksnių grupėse (5.4.2.1 lentelė). Moterys, turinčios pradinį ir nepilną vidurinį išsimokslinimą, statistiškai reikšmingai rečiau vertino savo sveikatą labai gerai ir gerai (3,5 proc.) nei įgijusios aukštąjį išsimokslinimą (24,8 proc., $p<0,01$). Moterys, įgijusios aukštąjį išsimokslinimą, 2,2 karto rečiau vertino savo sveikatą blogai ir labai blogai nei turinčios aukštesnįjį, 2,7 karto rečiau nei turinčios vidurinį ir 3,3 karto rečiau nei įgijusios pradinį ir nepilną vidurinį išsimokslinimą ($p<0,01$). Aukštos ir vidutinės kvalifikacijos protinio darbo (PD) atstovės dažniau savo sveikatą vertino labai gerai ir gerai nei dirbančios nekvalifikuotą fizinį darbą (FD) (atitinkamai 23,7 ir 12,8 proc., $p<0,05$). Taip pat aukštesnės kvalifikacijos PD moterys rečiau manė, kad jų sveikata bloga bei labai bloga nei žemesnės kvalifikacijos PD ir FD atstovės. Vienišos moterys dažniau sveikatą vertino blogai ir labai blogai (21,9 proc.) nei gyvenančios su partneriu (15,2 proc., $p<0,05$). Moterų, gyvenančių šeimose, kurios gauna mažiausias pajamas ir sveikatą vertusių blogai ar labai blogai buvo 2,2 karto daugiau nei tų, kurių šeimose vienam nariui per mėnesį tenka ≥ 700 Lt. Dirbančios dažniau manė, kad jų sveikata yra labai gerai ir gerai ir rečiau, kad bloga ir labai bloga nei pensininkės ar invalidumo grupę turinčios moterys.

Vyrams reikšmingos sąsajos nustatytos tik tarp sveikatos vertinimo bei išsimokslinimo, šeiminės ir socialinės padėties (5.4.2.2 lentelė). Įgiję tik pradinį ar nepilną vidurinį išsimokslinimą vyrai 3 kartus rečiau vertino sveikatą labai gerai ir gerai ir 3 kartus dažniau blogai ir labai blogai nei turintieji vidurinį, aukštesnįjį ar aukštąjį išsimokslinimą. Vieniši vyrai dažniau sveikatą blogai ir labai blogai (28,8 proc.) nei gyvenantys su partnere (9,7 proc., $p<0,001$). Dirbantys vyrai dažniau manė, kad jų sveikata labai gera ir gera (34,7 proc.) nei pensininkai (15,0 proc., $p<0,01$) ir rečiau sveikatą vertino kaip blogą ar labai blogą (7,9 proc.) nei pensininkai (25,0 proc.) ar invalidumo grupę turintys vyrai (57,1 proc., $p<0,001$).

5.4.2.1 lentelė. Kauno 35-64 m. moterų subjektyvusis sveikatos vertinimas atsižvelgiant į socialinę ir ekonominę padėtį

Veiksniai		Subjektyvusis sveikatos vertinimas								χ^2
		Labai gera ir gera		Vidutinė		Bloga ir labai bloga		Iš viso		
		n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	
Išsimokslinimas:	aukštasis	62	24,8	167	66,8	21	8,4	250	100	35,3, p<0,0001
	aukštesnysis	60	23,1	152	58,4	48	18,5**	260	100	
	vidurinis	32	15,3	129	61,7	48	23,0***	209	100	
	pradinis ir nebaigtas vidurinis	2	3,5**	39	68,4	16	28,1***	57	100	
Darbo pobūdis (profesijų grupės):	aukštos ir vidutinės kvalifikacijos PD	75	23,7	207	65,5	34	10,8	316	100	23,9, p=0,001
	žemos kvalifikacijos PD	53	22,6	130	55,6	51	21,8 ^{oo}	234	100	
	kvalifikuotas FD	8	13,3	37	61,7	15	25,0 ^{oo}	60	100	
	nekvalifikuotas FD	18	12,8 ^o	97	68,8	26	18,4 ^o	141	100	
Šeiminė padėtis:	gyvena su partneriu	118	21,6	346	63,2	83	15,2	547	100	6,3, p=0,043
	vienišos	38	16,7	140	61,4	50	21,9 [#]	228	100	
Pajamos: ¹	≥700 Lt	21	25,9	51	63,0	9	11,1	81	100	19,7 p=0,003
	500-699 Lt	27	23,9	75	66,4	11	9,7	113	100	
	300-499 Lt	59	21,9	173	64,3	37	13,8	269	100	
	0-299 Lt	36	15,6	139	60,2	56	24,2 [•]	231	100	
Socialinė padėtis:	dirbančios	118	26,2	295	65,4	38	8,4	451	100	126,6 p<0,0001
	pensininkės	9	6,3 ^{▼▼▼}	85	59,0	50	34,7 ^{▼▼▼}	144	100	
	invalidės	0	0,0	3	16,7 ^{▼▼▼}	15	83,3 ^{▼▼▼}	18	100	
	bedarbės	16	18,4	57	65,5	14	16,1	87	100	

¹ – pajamos, vidutiniškai tenkančios vienam namų ūkio nariui per mėnesį; PD – protinis darbas, FD – fizinis darbas; ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$ palyginus su aukštojo išsimokslinimo grupe; ^o – $p<0,05$, ^{oo} – $p<0,01$ palyginus su aukštos ir vidutinės kvalifikacijos PD grupe; [#] – $p<0,05$ lyginant su gyvenančių su partneriu grupe; [•] – $p<0,05$ palyginus su ≥ 700 Lt grupe; ^{▼▼▼} – $p<0,001$ palyginus su dirbančiųjų grupe.

5.4.2.2 lentelė. Kauno 35-64 m. vyrų subjektyvusis sveikatos vertinimas atsižvelgiant į socialinę ir ekonominę padėtį

Veiksniai		Subjektyvusis sveikatos vertinimas								χ^2
		Labai gera ir gera		Vidutinė		Bloga ir labai bloga		Iš viso		
		n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	
Išsimokslinimas:	aukštasis	68	38,6	91	51,7	17	9,7	176	100,0	30,4, p<0,0001
	aukštesnysis	59	34,9	95	56,2	15	8,9	169	100,0	
	vidurinis	67	31,5	124	58,2	22	10,3	213	100,0	
	pradinis ir nebaigtas vidurinis	8	12,1***	39	59,1	19	28,8***	66	100,0	
Darbo pobūdis (profesijų grupės):	aukštos ir vidutinės kvalifikacijos PD	69	36,3	104	54,7	17	8,9	190	100,0	8,5, p=0,202
	žemos kvalifikacijos PD	23	39,0	32	54,2	4	6,8	59	100,0	
	kvalifikuotas FD	75	29,8	140	55,6	37	14,7	252	100,0	
	nekvalifikuotas FD	26	28,6	57	62,6	8	8,8	91	100,0	
Šeiminė padėtis:	gyvena su partnere	188	33,3	322	57,0	55	9,7	565	100,0	19,1, p<0,0001
	vieniši	15	25,4	27	45,8	17	28,8###	59	100,0	
Pajamos: ¹	≥700 Lt	23	32,4	41	57,7	7	9,9	71	100,0	6,3 p=0,39
	500-699 Lt	36	35,0	59	57,3	8	7,8	103	100,0	
	300-499 Lt	65	33,3	106	54,4	24	12,3	195	100,0	
	0-299 Lt	40	24,2	312	58,4	19	11,5	165	100,0	
Socialinė padėtis:	dirbantieji	136	34,7	225	57,4	31	7,9	392	100,0	36,7 p<0,0001
	pensininkai	9	15,0♥♥	36	60,0	15	25,0♥♥♥	60	100,0	
	invalidai	2	28,6	1	14,3	4	57,1♥♥♥	7	100,0	
	bedarbiai	24	29,6	48	59,3	9	11,1	81	100,0	

¹ – pajamos, vidutiniškai tenkančios vienam namų ūkio nariui per mėnesį; PD – protinis darbas, FD – fizinis darbas; *** – p<0,001 palyginus su aukštojo išsimokslinimo grupe; ### – p<0,001 palyginus su gyvenančių su partnere grupe; ♥♥ – p<0,01, ♥♥♥ – p<0,001 palyginus su dirbančiųjų grupe.

5.4.3. Subjektyviojo sveikatos vertinimo ir objektyviųjų rodiklių sąsajos 2001-2002 m. sveikatos patikros duomenimis

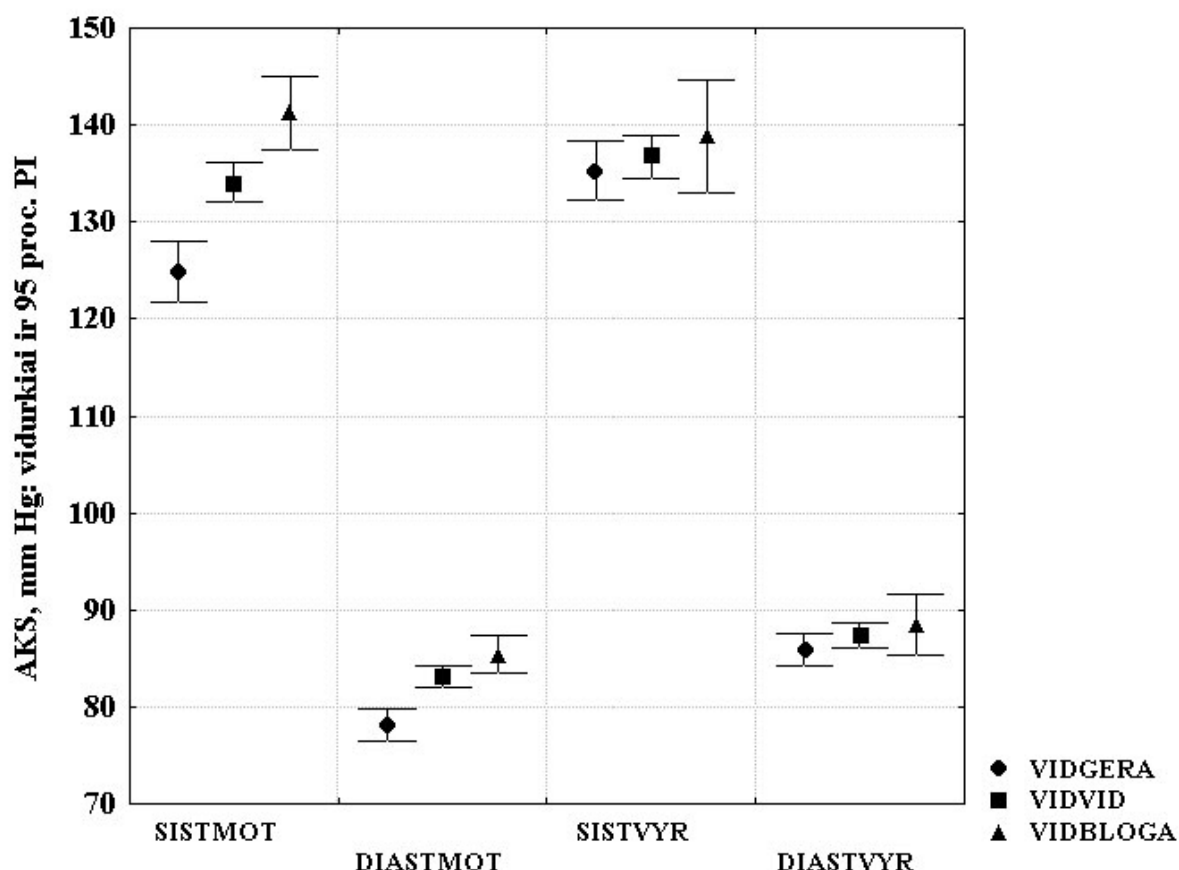
Tiek moterims, tiek vyrams, vertinusiems savo sveikatą vidutiniškai bei blogai ir labai blogai nustatytas reikšmingai didesnis amžiaus vidurkis negu vertinusiems labai gerai ir gerai (p<0,001) (5.4.3.1 lentelė). Moterims, kurios vertino savo sveikatą vidutiniškai bei blogai ir labai blogai, nustatytas didesnis vidutinis kūno masės indeksas, aukštesnė gliukozės koncentracija, tačiau mažesnis per mėnesį suvartojamo alkoholio kiekis (*Kruskal Wallis* testas 47,4, p<0,001). Vyrams, vertinusiems savo sveikatą blogai ir labai blogai, nustatyta didesnė gliukozės koncentracija kraujyje ir mažesnis alkoholio vartojimas (*Kruskal Wallis* testas 22,7, p<0,001), lyginant su vyrais, kurie savo sveikatą vertino labai gerai ir gerai. Vidutinė cholesterolio koncentracija ir per dieną surūkomų cigarečių skaičius subjektyviojo sveikatos vertinimo grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė nei vyrams, nei moterims.

5.4.3.1 lentelė. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų objektyvių sveikatos rodiklių charakteristikos subjektyviojo sveikatos vertinimo grupėse

Objektyvieji rodikliai		Subjektyvusis sveikatos vertinimas							
		Labai gera ir gera		Vidutinė		Bloga ir labai bloga		Iš viso	
		m	95 proc. PI	m	95 proc. PI	m	95 proc. PI	m	95 proc. PI
Amžius, m.:	vyrų	47,0	45,9-48,1	50,7***	49,8-51,6	52,9***	51,0-54,7	49,7	49,1-50,4
	moterų	45,8	44,6-47,0	50,2***	49,5-50,9	53,3***	52,1-54,6	49,8	49,3-50,4
Cholesterolio konc., mmol/l:	vyrų	6,1	5,9-6,3	6,2	6,0-6,3	5,9	5,6-6,2	6,1	6,0-6,2
	moterų	6,2	6,0-6,4	6,3	6,2-6,4	6,5	6,2-6,7	6,3	6,2-6,4
Rūkomų cig./d. skaičius ¹ :	vyrų	16,0		15,0		10,0		15,0	
	moterų	6,0		9,0		10,0		9,0	
Kūno masės indeksas, kg/m ² :	vyrų	26,9	26,5-27,4	27,7	27,3-28,2	27,4	26,2-28,7	27,4	27,1-27,8
	moterų	27,0	26,2-27,7	28,9***	28,3-29,4	31,5***	30,4-32,6	28,9	28,5-29,3
Gliukozės konc. nevalgius, mmol/l:	vyrų	5,4	5,3-5,6	5,6	5,4-5,7	5,6	5,3-5,8	5,5	5,4-5,6
	moterų	5,3	5,1-5,6	5,5	5,4-5,6	6,1***	5,7-6,5	5,6	5,5-5,7
Po 2 val. 75,0 g gliukozės krūvio, mmol/l:	vyrų	5,1	4,8-5,3	5,3	5,1-5,5	5,6*	5,2-6,1	5,3	5,1-5,4
	moterų	5,7	5,4-5,9	6,1**	5,9-6,3	6,1*	5,8-6,4	6,0	5,9-6,1
SAV/mėn. ¹ :	vyrų	36,3		24,3		12,5***		25,8	
	moterų	5,6		3,6		1,8***		3,6	

m – vidurkis, PI – pasikliautinas intervalas; ¹ – mediana; SAV/mėn. – per mėnesį suvartojami standartiniai alkoholio vienetai; * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001 palyginus su labai gerai ir gerai vertintos sveikatos grupe.

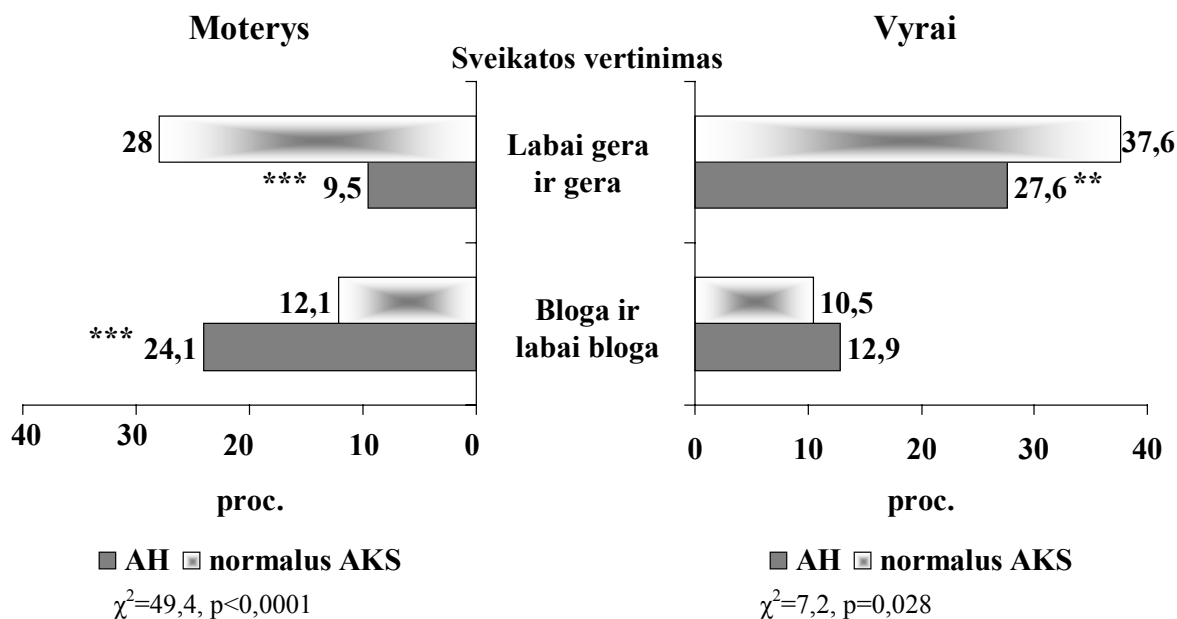
Moterų, vertinusių sveikatą labai gerai ir gerai buvo reikšmingai žemesnis kraujo spaudimas negu tų, kurios manė, kad jų sveikata vidutinė, bloga bei labai bloga (5.4.3.1 pav.).



AKS – arterinis kraujo spaudimas, SISTMOT – moterų sistolinis AKS, DIASTMOT – moterų diastolinis AKS, SISTVYR – vyrų sistolinis AKS, DIASTVYR – vyrų diastolinis AKS; VIDGERA, VIDVID, VIDBLOGA – labai gerai ir gerai, vidutiniškai bei blogai ir labai blogai sveikatą vertinusių AKS vidurkiai ir 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI).

5.4.3.1 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų, subjektyviai vertinusių savo sveikatą, arterinio kraujo spaudimo vidurkiai ir 95 proc. pasikliautinieji intervalai

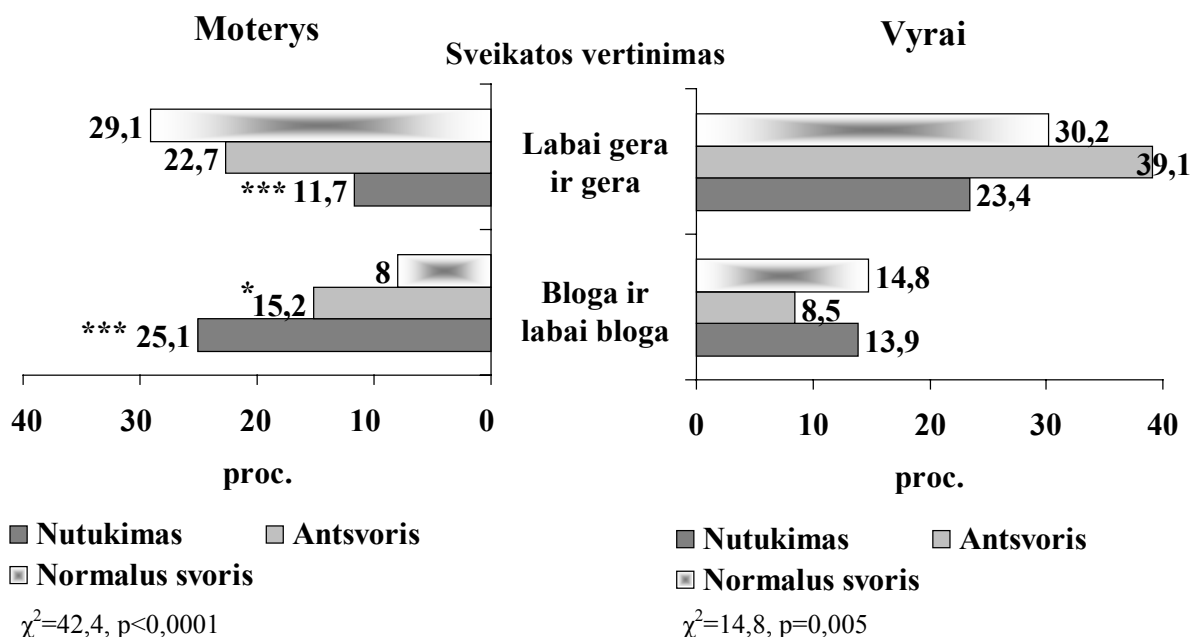
Moterų, savo sveikatą vertinusių labai gerai ir gerai buvo statistiškai reikšmingai daugiau tarp turėjusių normalų AKS, lyginant su moterimis, kurioms buvo nustatyta arterinė hipertenzija (AH) (atitinkamai 28,0 ir 9,5 proc., $p < 0,001$) (5.4.3.2 pav.). Sveikatą blogai ir labai blogiau dažniau vertino moterys, kurioms nustatyta AH negu moterys, kurių AKS buvo normalus (atitinkamai 24,1 ir 12,1 proc., $p < 0,001$). Tarp vyrų, sveikatą vertinusių labai gerai ir gerai, buvo daugiau turėjusių normalų AKS negu tų, kuriems buvo nustatyta AH (atitinkamai 37,6 ir 27,6 proc., $p < 0,01$). Vidutiniškai sveikatą vertinusių moterų ir vyrų pasiskirstymas įvairių veiksnių grupėse piešiniuose nevaizduojamas, kadangi statistiškai reikšmingai nesiskyrė (žr. priedus 1 ir 2 lenteles).



AH – arterinė hipertenzija; ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$ palyginus su vyrų ir moterų grupėmis, kurių AKS buvo normalus.

5.4.3.2 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų arterinio kraujo spaudimo ir subjektyviojo sveikatos vertinimo sąsajos

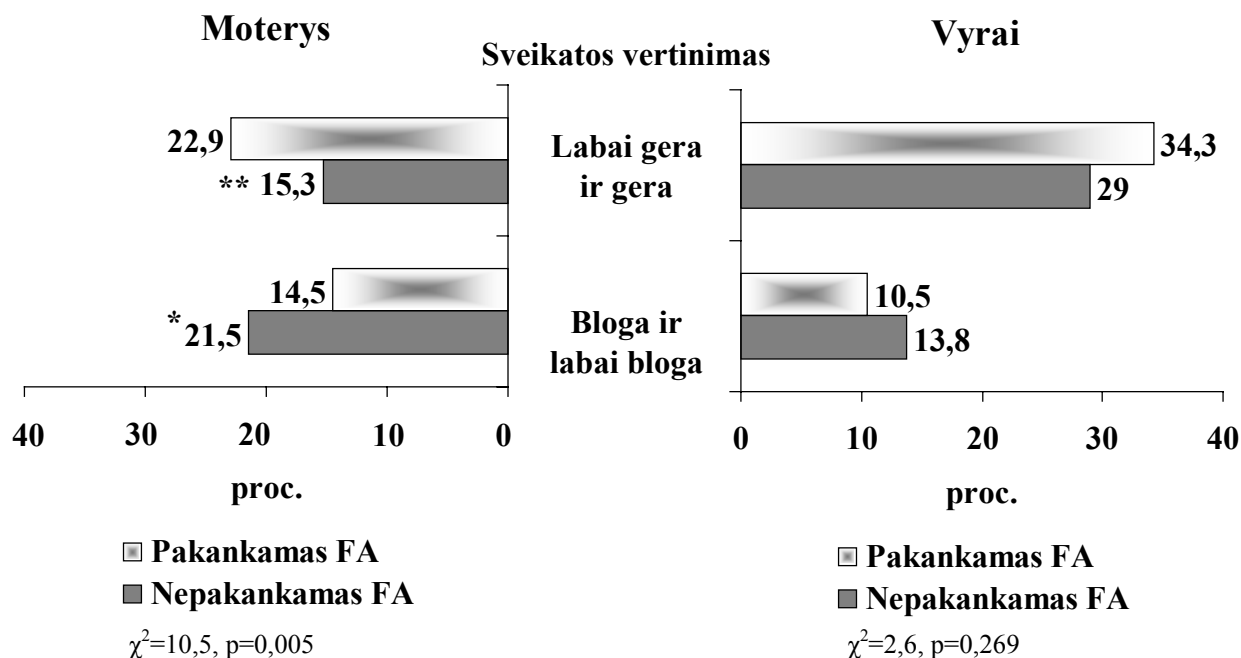
Moterys, kurių KMI buvo $<25,0 \text{ kg/m}^2$, dažniau manė, kad jų sveikata labai gera ir gera negu nutukusios (atitinkamai 29,1 ir 11,7 proc., $p<0,001$) (5.4.3.3 pav.). Nutukusios moterys 3, o turinčios antsvorio – 2 kartus dažniau vertino savo sveikatą blogai ir labai blogai negu normalaus kūno svorio moterys ($p<0,05$). Vyrams taip pat buvo nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp kūno svorio ir subjektyviojo sveikatos vertinimo.



* – $p<0,05$, *** – $p<0,001$ palyginus su turinčių normalų kūno svorį moterų grupe.

5.4.3.3 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų kūno svorio ir subjektyviojo sveikatos vertinimo sąsajos

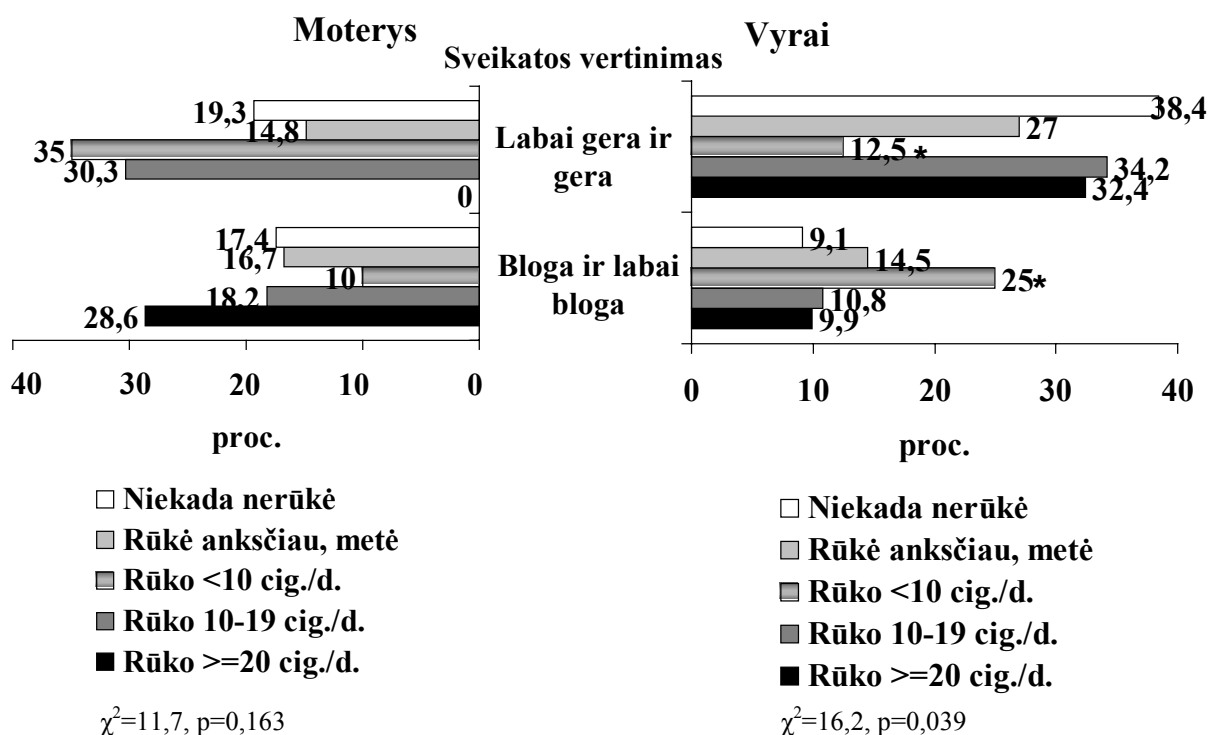
Pakankamai fiziškai aktyvios moterys dažniau savo sveikatą vertino labai gerai ir gerai negu nepakankamai fiziškai aktyvios moterys (atitinkamai 22,9 ir 15,3 proc., $p<0,01$) (5.4.3.4 pav.). Nepakankamai fiziškai aktyvių moterų grupėje daugiau buvo sveikatą vertinusių blogai ir labai blogai negu pakankamai fiziškai aktyvių moterų ($p<0,05$). Vyrams sąsajų tarp subjektyviojo sveikatos vertinimo ir fizinio aktyvumo nebuvo nustatyta.



FA – fizinis aktyvumas; * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$ palyginus su pakankamai fiziškai aktyvių moterų grupe.

5.4.3.4 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų fizinio aktyvumo ir subjektyviojo sveikatos vertinimo sąsajos

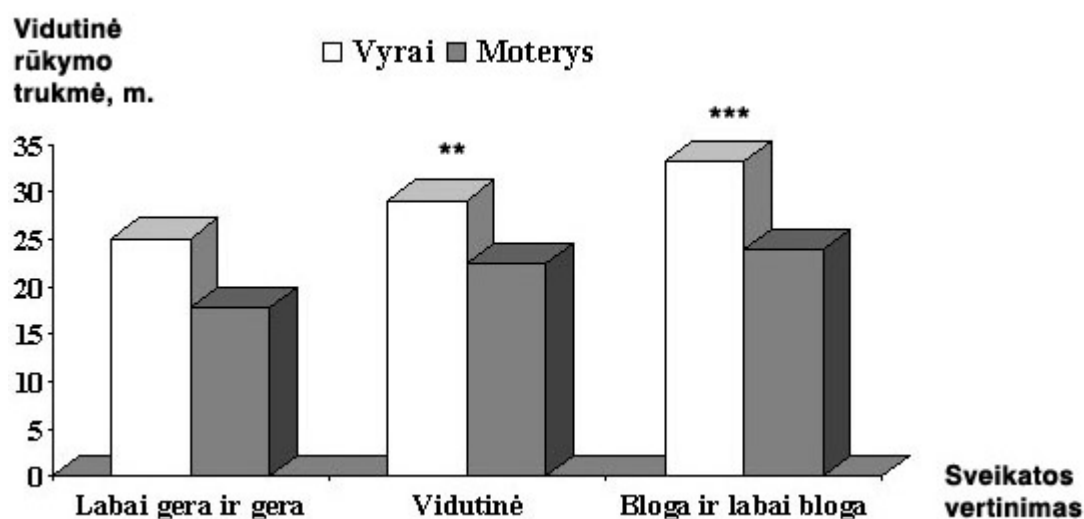
Moterų, surūkančių 20 ir daugiau cig./d. ir vertinančių savo sveikatą labai gerai ir gerai, nebuvo (5.4.3.5 pav.). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp kitų analizuotų grupių moterims nebuvo nustatyta ($p>0,05$). Tuo tarpu vyrų, rūkusių iki 10 cig./d ir vertinusių savo sveikatą labai gerai ir gerai, buvo statistiškai reikšmingai mažiau negu niekada nerūkusių vyrų (atitinkamai 12,5 ir 38,4 proc., $p<0,05$). Vyrai, rūkę iki 10 cig./d., beveik 3 kartus dažniau vertino savo sveikatą blogai ir labai blogai negu niekada nerūkę vyrai ($p<0,05$).



* – $p<0,05$ palyginus su niekada nerūkiusių vyrų grupe.

5.4.3.5 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų rūkymo įpročių ir subjektyviojo sveikatos vertinimo sąsajos

Nustatyta, kad vyrai, vertinę savo sveikatą blogai, labai blogai ir vidutiniškai, rūkė ilgiau negu vertinusieji labai gerai ir gerai (atitinkamai 33,3, 29,2 ir 25,1 m., $p<0,01$) (5.4.3.6 pav.).

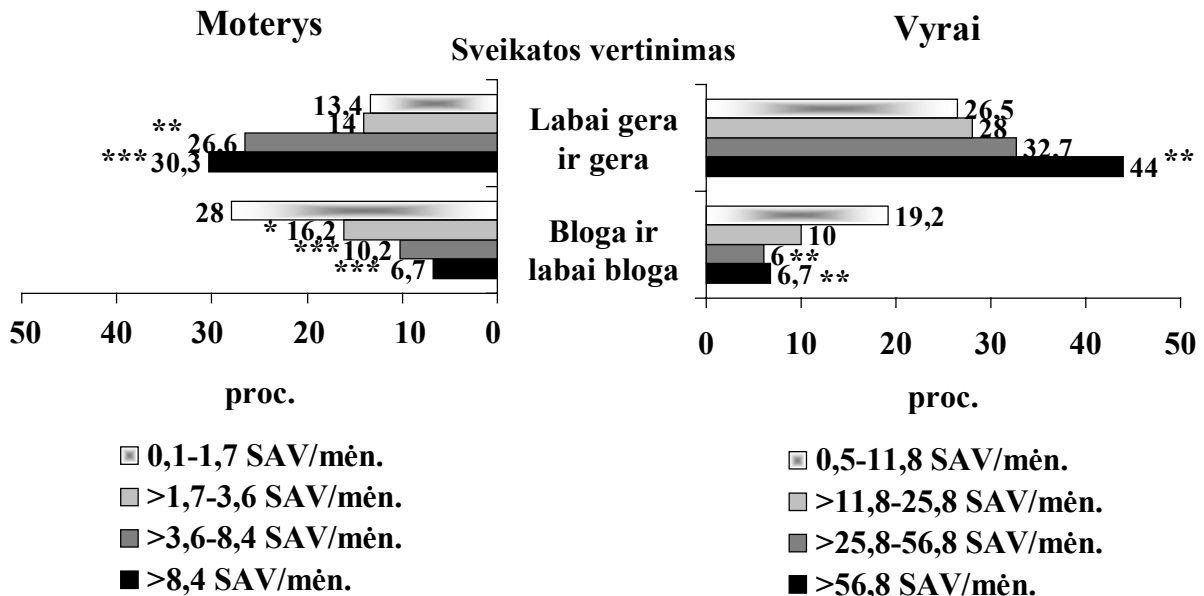


** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$ palyginus su labai gerai ir gerai vertintos sveikatos grupe.

5.4.3.6 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų vidutinė rūkymo trukmė subjektyviojo sveikatos vertinimo grupėse

Analizuojant alkoholio vartojimo įpročius, tiriamieji vyrai ir moterys pagal per mėnesį suvartojamus standartinius alkoholio vienetus (SAV) suskirstyti į keturias lygias grupes (kvartilius). Kadangi vyrų suvartojamo alkoholio kiekiai buvo gerokai didesni negu moterų,

grupės buvo sudaromos atskirai. Ir vyrai, ir moterys, kurie vartojo daugiau alkoholio, dažniau teigė, kad jų sveikata yra labai gera ir gera negu vartoję mažiausią alkoholio kiekį. Tuo tarpu mažiausiai alkoholio vartojantys asmenys dažniau skundėsi bloga ir labai bloga sveikata, lyginant su vartojančiais daugiausiai alkoholio (5.4.3.7 pav.).



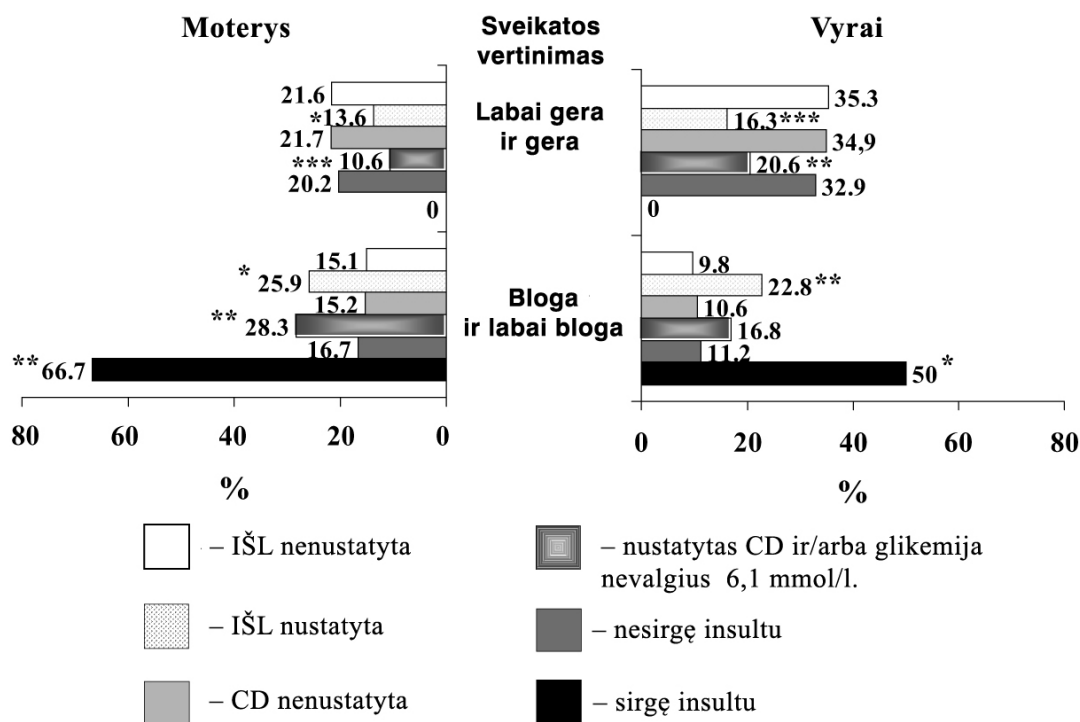
$$\chi^2=52,0, p<0,0001$$

$$\chi^2=27,5, p<0,0001$$

SAV/mėn. – per mėnesį suvartojami standartiniai alkoholio vienetai; * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$ palyginus su mažiausią alkoholio kiekį per mėnesį suvartojančių asmenų grupe.

5.4.3.7 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų alkoholio vartojimo įpročių ir subjektyviojo sveikatos vertinimo sąsajos

Tiek moterys, tiek vyrai, sergantys IŠL, CD, persirgę insultu rečiau manė, kad jų sveikata yra labai gera ir gera, o dažniau skundėsi bloga ir labai bloga sveikata (5.4.3.8 pav.). Nustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp subjektyviojo sveikatos vertinimo ir visų analizuotų lėtinių būklių – IŠL: moterims $\chi^2=12,0$, $p=0,002$, vyrams $\chi^2=20,7$, $p<0,0001$; CD: moterims $\chi^2=15,6$, $p<0,0001$, vyrams $\chi^2=9,6$, $p=0,008$; persirgto insulto: moterims $\chi^2=10,7$, $p=0,005$, vyrams $\chi^2=12,9$, $p=0,002$.



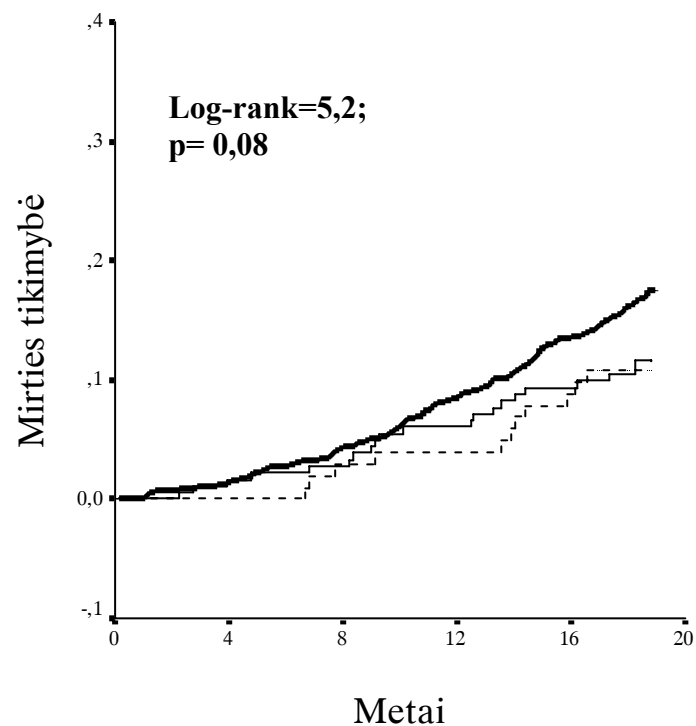
IŠL – išeminė širdies liga, CD – cukrinis diabetas; * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ palyginus su sveikų asmenų grupe.

5.4.3.8 pav. Kauno 35-64 m. vyrų ir moterų nustatytų lėtinių ligų ir subjektyviojo sveikatos vertinimo sąsajos

5.4.4. Subjektyvusis sveikatos vertinimas ir mirties tikimybė (20-ies metų stebėjimo duomenys)

Per 20-ies metų stebėsenos laikotarpį mirė 197 moterys (15,4 proc.), išgyveno – 1086 (84,6 proc.); 303 (26,2 proc.) vyrai mirė, o išgyveno – 854 (73,8 proc.). 20-ies metų stebėsenos duomenimis, moterų, kurios savo sveikatą vertino „nevisiškai sveikos“ ir „sergu“ „sveikos“, „absoliučiai sveikos“ ir „geros sveikatos“ mirė atitinkamai 16,6, 11,0 ir 10,8 proc. (log-rank=5,2; $p=0,08$); nuo ŠKL atitinkamai mirė 8,4, 3,8 ir 2,9 proc. (log-rank=7,7; $p=0,02$); nuo IŠL atitinkamai mirė 4,0, 0,6 ir 2,9 proc. (log-rank=5,7; $p=0,06$) (5.4.4.1, 5.4.4.2 ir 5.4.4.3 pav.). Tose pačiose sveikatos vertinimo grupėse vyrų mirė atitinkamai 31,4, 21,1 ir 15,7 proc. (log-rank=24,2; $p < 0,0001$); nuo ŠKL atitinkamai mirė 16,5, 9,4 ir 7,8 proc. (log-rank=16,4; $p=0,0003$); nuo IŠL atitinkamai mirė 10,4, 7,0 ir 4,1 proc. (log-rank=10,4; $p=0,006$). Vyrų subjektyviojo sveikatos vertinimo grupėse nustatyta statistškai reikšmingų skirtumų pagal mirties tikimybę bei mirties tikimybę nuo ŠKL ir nuo IŠL. Nustatyta, kad vyrams, įvertinusiems savo sveikatą „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“, palyginus su „absoliučiai sveikas“ ir „geros sveikatos“ buvo statistškai reikšmingai didesnė mirties tikimybė, tikimybė mirti nuo ŠKL ir nuo IŠL (log-rank=18,5, 10,8 ir 8,9, atitinkamai, $p < 0,01$). Moterų, vertinusių sveikatą „nevisiškai sveika“ bei „sergu“, mirties nuo ŠKL tikimybė buvo statistškai reikšmingai didesnė, lyginant su moterimis, kurios manė, jos yra sveikos (log-rank=4,5, $p < 0,05$).

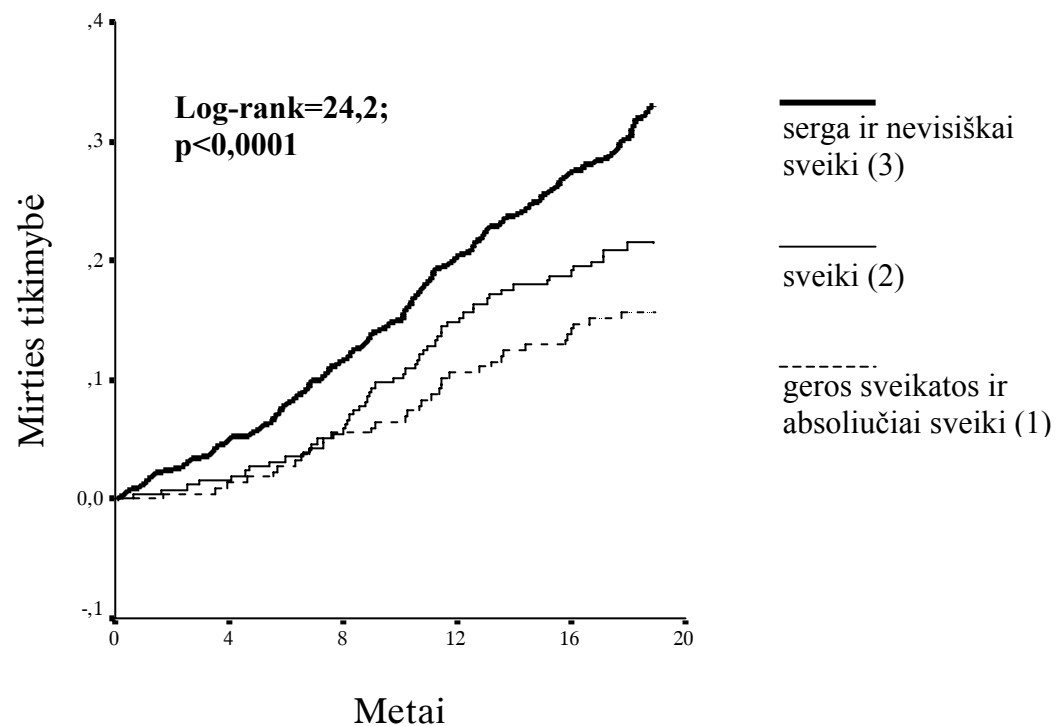
Moterys



Mirties tikimybė:

- 1-2 – Log-rank=0,0; p=0,98.
- 1-3 – Log-rank=2,1; p=0,15.
- 2-3 – Log-rank=3,5; p=0,06.

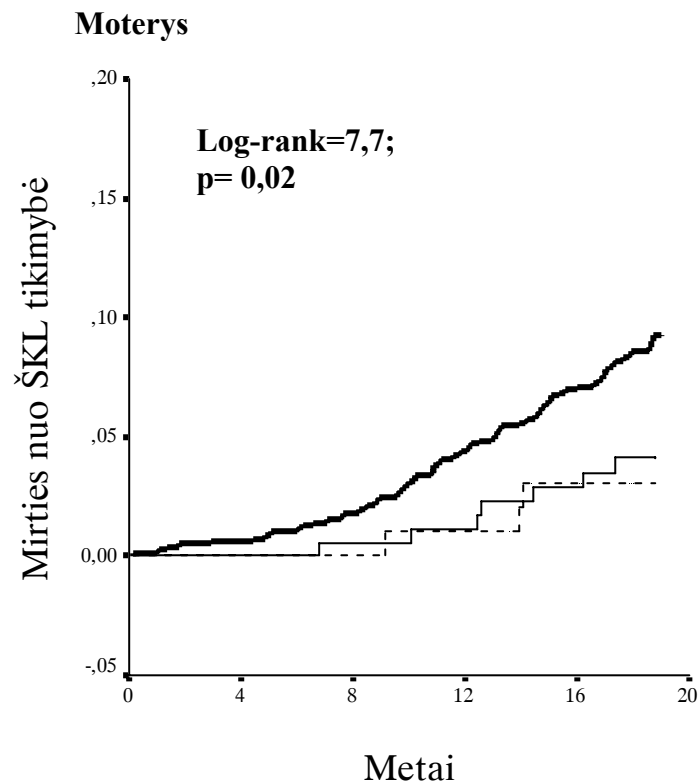
Vyrai



Mirties tikimybė:

- 1-2 – Log-rank=2,3; p=0,13.
- 1-3 – Log-rank=18,5; p<0,001.
- 2-3 – Log-rank=9,3; p=0,002.

5.4.4.1 pav. Kauno 35-64 m. moterų ir vyrų mirties tikimybė 20-ties metų stebėsenos duomenimis, atsižvelgiant į subjektyvųjį sveikatos vertinimą

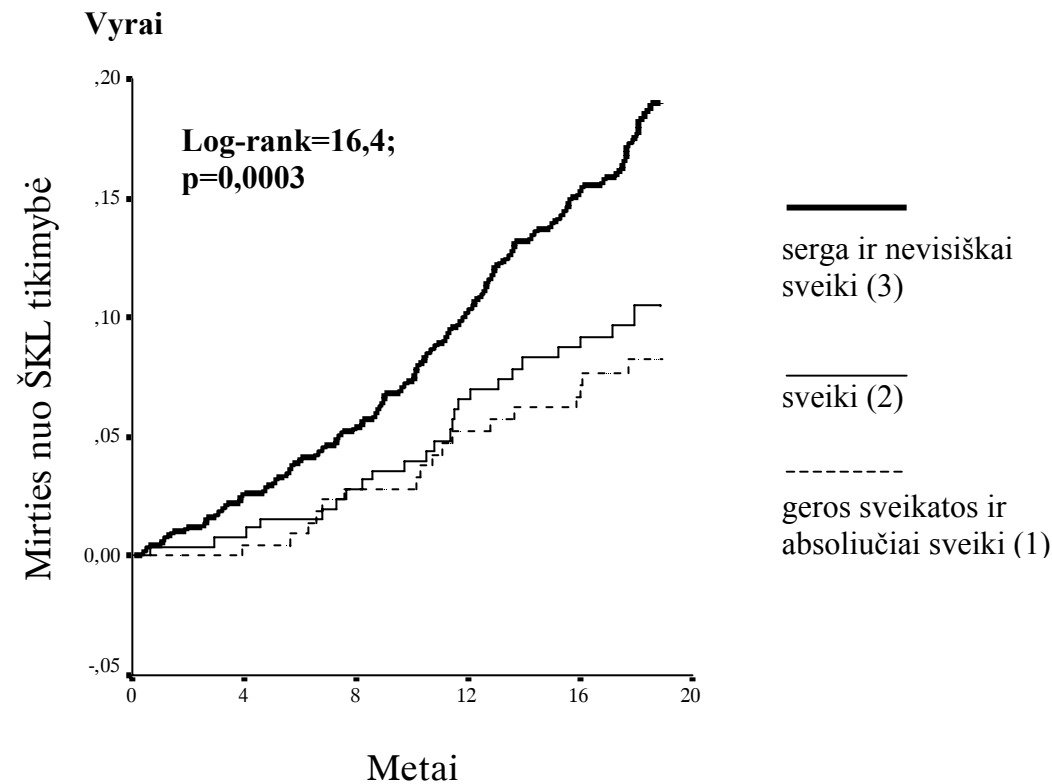


Mirties nuo ŠKL tikimybė:

1-2 – Log-rank=0,2; p=0,69.

1-3 – Log-rank=3,6; p=0,06.

2-3 – Log-rank=4,5; p=0,03.



Mirties nuo ŠKL tikimybė:

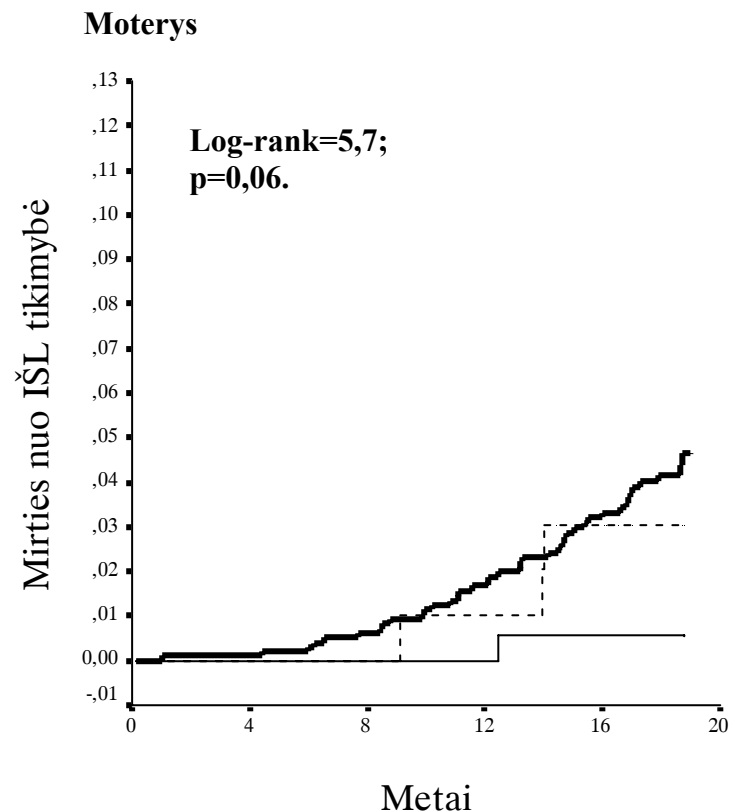
1-2 – Log-rank=0,4; p=0,52.

1-3 – Log-rank=10,8; p=0,001.

2-3 – Log-rank=8,1; p=0,005.

ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos

5.4.4.2 pav. Kauno 35-64 m. moterų ir vyrų mirties nuo širdies ir kraujagyslių ligų tikimybė 20-ties metų stebėsenos duomenimis, atsižvelgiant į subjektyvųjį sveikatos vertinimą



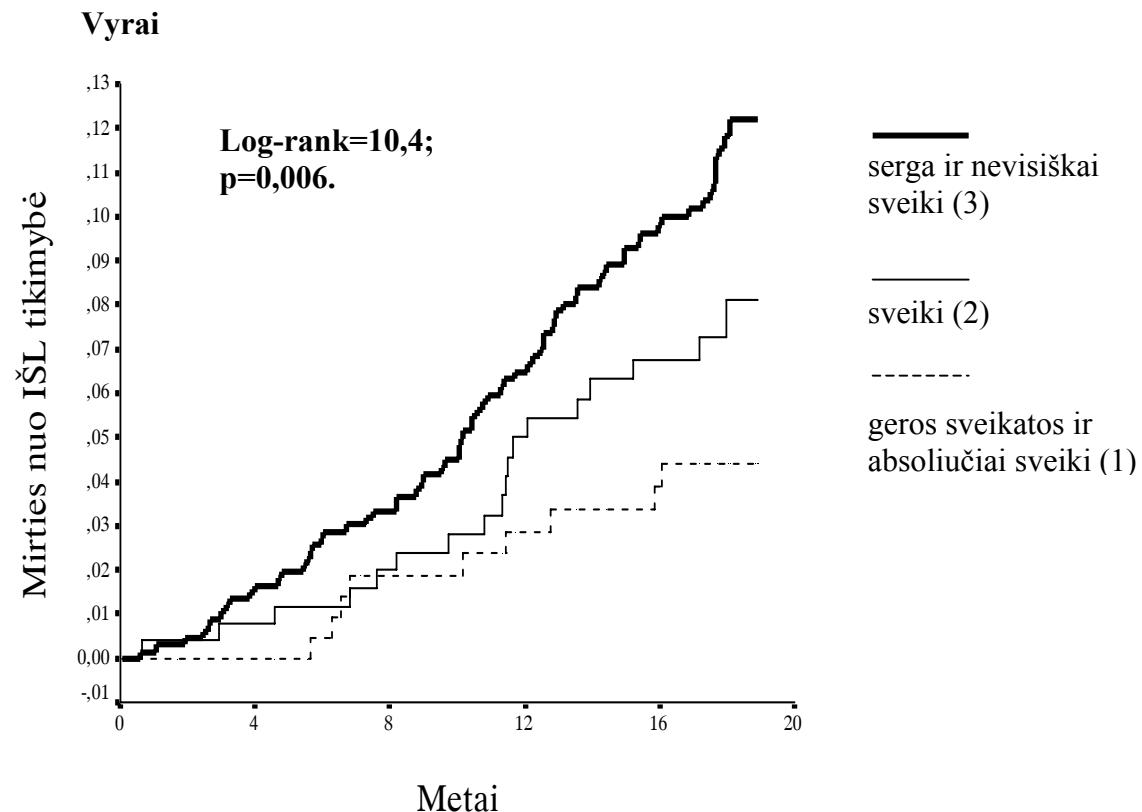
Mirties nuo IŠL tikimybė:

1-2 – Log-rank=2,6; p=0,11.

1-3 – Log-rank=0,3; p=0,59.

2-3 – Log-rank=5,5; p=0,19.

IŠL – išeminė širdies liga



Mirties nuo IŠL tikimybė:

1-2 – Log-rank=1,8; p=0,18.

1-3 – Log-rank=8,9; p=0,003.

2-3 – Log-rank=3,0; p=0,09.

5.4.4.3 pav. Kauno 35-64 m. moterų ir vyrų mirties nuo išeminės širdies ligos tikimybė 20-ties metų stebėsenos duomenimis, atsižvelgiant į subjektyvųjį sveikatos vertinimą

5.4.5. Subjektyvusis sveikatos vertinimas ir mirties rizika 1983-1984 m., 1986-1987 m. ir 1992-1993 m. sveikatos patikrų duomenimis

Daugiaveiksnės Cox'o analizės duomenimis, tarp visų analizuotų požymių subjektyvusis sveikatos vertinimas tik vyrams buvo statistiškai reikšmingas, įvertinant prognozinę reikšmę mirtims nuo bet kurios priežasties. Vyrų, vertinusių savo sveikatą „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“, mirties nuo bet kurios priežasties rizika buvo 50 proc. didesnė negu tų, kurie vertino „absoliučiai sveikas“ ir „geros sveikatos“ (5.4.5.1 lentelė). Didėjant amžiui, didėjo ir mirties rizika nuo visų analizuotų priežasčių ir vyrams, ir moterims. Vyrų, kuriems nustatyta AH, mirties nuo bet kurios priežasties rizika buvo didesnė 33 proc., lyginant su vyrais, kurių AKS buvo normalus. Rūkymas, nepakankamas fizinis aktyvumas ir diagnozuota IŠL didino vyrų mirties riziką nuo visų analizuotų mirties priežasčių. Nustatytas CD vyrams didino mirties nuo bet kurios priežasties riziką 77 proc. Dirbančių fizinį darbą vyrų rizika numirti nuo IŠL buvo 2 kartus didesnė nei dirbančių protinį darbą.

Moterų, kurioms nustatyta AH, mirties nuo bet kurios priežasties ir mirties nuo ŠKL rizika buvo didesnė atitinkamai 56 proc. ir 2 kartus, lyginant su moterimis, kurių AKS buvo normalus (5.4.5.2 lentelė). Rūkymas moterims mirties nuo bet kurios priežasties riziką didino 2,7 karto. Sergančių IŠL moterų rizika mirti nuo ŠKL buvo didesnė 2 kartus nei tų, kurioms IŠL nebuvo nustatyta. Moterų, kurioms buvo nustatytas CD, rizika mirti nuo bet kurios priežasties buvo didesnė 3,5, nuo ŠKL – 4, nuo IŠL – net 6 kartus. Įgijusių vidurinį ir aukštąjį išsimokslinimą moterų mirties nuo bet kurios priežasties rizika buvo statistiškai reikšmingai mažesnė nei pradinio ir nebaigto vidurinio išsimokslinimo grupėje.

5.4.5.1 lentelė. Įvairių požymių prognozinė reikšmė mirtims nuo bet kurios priežasties, nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir nuo išeminės širdies ligos tarp Kauno 35-64 m. vyrų (daugiaveiksnė analizė)

Požymiai		Mirtis nuo bet kurios priežasties		Mirtis nuo širdies ir kraujagyslių ligų		Mirtis nuo išeminės širdies ligos	
		SR	95 proc. PI	SR	95 proc. PI	SR	95 proc. PI
Amžius, m.		1,07	1,06-1,09	1,10	1,07-1,12	1,11	1,08-1,14
Arterinė hipertenzija		1,33	1,05-1,68	1,33	0,94-1,87	1,10	0,72-1,67
Hipercholesterolemija		0,87	0,66-1,13	0,90	0,61-1,34	1,26	0,73-2,16
Rūkymas		1,76	1,40-2,21	1,99	1,43-2,75	1,83	1,22-2,75
Antsvoris		0,76	0,58-1,00	0,89	0,59-1,34	0,79	0,48-1,31
Nutukimas		1,04	0,77-1,40	1,53	0,10-2,36	1,38	0,82-2,34
Nepakankamas fizinis aktyvumas		1,53	1,22-1,93	1,86	1,32-2,61	1,51	1,01-2,28
Per mėnesį suvartojami standartiniai alkoholio vienetai		1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,01	1,00	0,99-1,01
Išeminė širdies liga		2,17	1,68-2,82	3,19	2,26-4,49	3,87	2,57-5,82
Cukrinis diabetas		1,77	1,27-2,466	1,55	0,96-2,50	1,49	0,83-2,68
Persirgęs insultas		1,02	0,38-2,78	1,39	0,43-4,48	1,69	0,40-7,08
Darbo pobūdis:	protinis	1,0		1,0		1,0	
	fizinis	0,11	0,78-1,60	1,35	0,81-2,26	2,12	1,09-4,12
Šeiminė padėtis:	gyvena su partnere	1,0		1,0		1,0	
	vieniši	0,77	0,43-1,38	0,72	0,32-1,65	0,66	0,24-1,81
Išsimokslinimas:	pradinis ir nebaigtas vidurinis	1,0		1,0		1,0	
	vidurinis	0,95	0,69-1,30	1,20	0,75-1,92	1,08	0,61-1,91
	aukštesnysis	0,79	0,56-1,10	1,11	0,68-5,80	1,25	0,70-2,20
	aukštasis	0,79	0,49-1,28	1,38	0,70-2,74	1,56	0,67-3,63
Subjektyvusis sveikatos vertinimas:	„absoliučiai sveikas ir geros sveikatos“	1,0		1,0		1,0	
	„sveikas“	1,17	0,78-1,77	1,45	0,80-2,63	2,06	0,92-4,62
	„nevisiškai sveikas ir serga“	1,50	1,05-2,15	1,52	0,89-2,59	1,92	0,92-4,03

Tolydieji požymiai ir jų matavimo vienetai modelyje: amžius – 1-eri metai; per mėnesį suvartojami standartiniai alkoholio vienetai. Kategoriju požymiai: arterinė hipertenzija – 1. Nenustatyta, 2. Nustatyta; hipercholesterolemija – 1. Nėra, 2. Yra; rūkymas – 1. Nerūko, 2. Rūko; kūno masės indeksas – 1. Normalus svoris, 2. Antsvoris, 3. Nutukimas; fizinis aktyvumas – 1. Pakankamas, 2. Nepakankamas; išeminė širdies liga – 1. Nenustatyta, 2. Nustatyta; cukrinis diabetas – 1. Nenustatytas, 2. Nustatytas; persirgęs insultas – 1. Nėra, 2. Yra.

SR – santykinė rizika; PI – pasikliautinasis intervalas.

5.4.5.2 lentelė. Įvairių požymių prognozinė reikšmė mirtims nuo bet kurios priežasties, nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir nuo išeminės širdies ligos tarp Kauno 35-64 metų moterų (daugiaveiksė analizė)

Požymiai		Mirtis nuo bet kurios priežasties		Mirtis nuo širdies ir kraujagyslių ligų		Mirtis nuo išeminės širdies ligos	
		SR	95 proc. PI	SR	95 proc. PI	SR	95 proc. PI
Amžius, m.		1,07	1,05-1,10	1,10	1,05-1,15	1,14	1,07-1,22
Arterinė hipertenzija		1,56	1,08-2,27	2,44	1,24-4,82	2,41	0,95-6,16
Hipercholesterolemija		1,00	0,59-1,70	0,66	0,31-1,42	0,67	0,22-1,99
Rūkymas		2,69	1,44-5,00	2,09	0,61-7,10	3,44	0,78-15,22
Antsvoris		1,20	0,71-2,03	1,17	0,48-2,84	1,60	0,44-5,85
Nutukimas		1,00	0,59-1,70	0,81	0,34-1,95	0,86	0,23-3,19
Nepakankamas fizinis aktyvumas		1,20	0,87-1,66	1,51	0,89-2,55	1,44	0,71-2,92
Per mėnesį suvartojami standartiniai alkoholio vienetai		1,01	0,97-1,05	1,01	0,93-1,09	0,86	0,67-1,12
Išeminė širdies liga		1,28	0,89-1,85	2,14	1,25-3,66	1,87	0,89-3,93
Cukrinis diabetas		3,45	2,22-5,38	4,12	2,18-7,77	6,02	2,68-13,51
Persirgęs insultas		1,41	0,34-5,76	1,49	0,20-11,09	2,85	0,36-22,66
Darbo pobūdis:	protinis	1,0		1,0		1,0	
	fizinis	1,03	0,66-1,61	1,37	0,65-2,87	2,35	0,80-6,87
Šeiminė padėtis:	gyvena su partneriu	1,0		1,0		1,0	
	vienišos	1,88	0,69-5,10	0,93	0,29-3,03	1,71	0,23-12,94
Išsimokslinimas:	pradinis ir nebaigtas vidurinis	1,0		1,0		1,0	
	vidurinis	0,54	0,34-0,87	0,74	0,38-1,45	0,36	0,13-1,02
	aukštesnysis	0,74	0,45-1,21	0,83	0,38-1,80	0,99	0,37-2,67
	aukštasis	0,47	0,22-0,97	0,48	0,14-1,73	0,85	0,16-4,62
Subjektyvus sveikatos vertinimas:	„absoliučiai sveika ir geros sveikatos“	1,0		1,0		1,0	
	„sveika“	0,63	0,23-1,67	0,37	0,07-1,89	0,67	0,06-7,80
	„nevisiškai sveika ir serga“	1,32	0,60-2,90	0,87	0,26-2,92	1,22	0,16-9,63

Tolydieji požymiai ir jų matavimo vienetai modelyje: amžius – 1-eri metai; per mėnesį suvartojami standartiniai alkoholio vienetai. Kategoriju požymiai: arterinė hipertenzija – 1. Nenustatyta, 2. Nustatyta; hipercholesterolemija – 1. Nėra, 2. Yra; rūkymas – 1. Nerūko, 2. Rūko; kūno masės indeksas - 1. Normalus svoris, 2. Antsvoris, 3. Nutukimas; fizinis aktyvumas – 1. Pakankamas, 2. Nepakankamas; išeminė širdies liga – 1. Nenustatyta, 2. Nustatyta; cukrinis diabetas – 1. Nenustatytas, 2. Nustatytas; persirgęs insultas – 1. Nėra, 2. Yra.

SR – santykinė rizika; PI – pasikliautinasis intervalas.

6. REZULTATŲ APTARIMAS

GK tyrimuose naudojama daug klausimynų, tiriančių įvairius GK aspektus, naudojamos skirtingos skalės bei rezultatų interpretavimo metodikos, kurių autoriai savo tyrimuose dažniausiai nepateikia, todėl gana sunku tiesiogiai palyginti savo duomenis su kitų, tiek Lietuvoje, tiek užsienyje atliktų tyrimų rezultatais. Didžiausias dėmesys kreiptas į studijas, kuriose buvo naudojamas PSO-100 klausimynas arba jo sutrumpintas variantas PSO-BREF bei GK tyrimus įvairių šalių populiacijose.

Šiame tyrime taikytas bendrojo pobūdžio GK PSO-100 klausimynas, kuris plačiai apibūdina tiriamojo savijautą ir subjektyviąją nuomonę apie savo sveikatą, įvertina GK šešiose srityse. Būtina metodinė psichometrinių tyrimų dalis – klausimyno pagrįstumo ir stabilumo įvertinimas. Mūsų atliktame tyrime nustatytas klausimyno GK PSO-100 pagrįstumas (vidutinis ir stiprus ryšys tarp sričių ir joms priklausančių posričių), stabilumas (labai geras ryšys tarp sričių klausimų) bei testo-retesto stabilumas (labai geras ir geras ryšys tarp pirminio ir kartotinio tyrimo GK sričių) leido atlikti tolimesnę analizę bei gautus rezultatus lyginti su kitų šalių panašių tyrimų rezultatais. PSO sukurta GK vertinimo metodika PSO-BREF buvo testuojama 23-ose šalyse, skirtingas kultūras reprezentuojančiose suaugusių žmonių populiacijose ($n=11830$, amžiaus vidurkis 45 ± 16 m.) [106]. Nustatyti vidutiniai ir aukšti stabilumo rodikliai atskirose šalyse, o visiems tirtiesiems Kronbacho alfa lygmenys buvo nuo 0,68 (socialinių santykių sritis) iki 0,82 (fizinė sritis) (6.1 lentelė). Mūsų tyrimo duomenimis, išrinkus klausimus, esančius sutrumpintame klausimyno variante, nustatyti vidutiniai ir aukšti stabilumo duomenys: socialinių santykių srityje Kronbacho alfa rodiklis buvo 0,57, psichologinėje – 0,69, aplinkos – 0,72, o fizinėje srityje – 0,73. Tarptautinės PSO studijos duomenimis, didesnė dalis apklaustųjų GK vertino gerai bei labai gerai ir mažesnė – vidutiniškai, blogai ir labai blogai, palyginus su mūsų atlikto tyrimo duomenimis (6.2 lentelė). Kadangi šiame tarptautiniame tyrime buvo naudojamas sutrumpintas PSO-100 klausimynas (PSO-BREF-26) ir GK balai pateikti skalėje nuo 4 iki 20, kad būtų galima palyginti, mūsų tyrimo rezultatai taip pat buvo perskaičiuoti pagal tą pačią metodiką ir atrinkti tik tie klausimai, kurie yra sutrumpintame klausimyno variante, o balų vidurkiai standartizuoti pagal amžių [19]. Geriausia GK nustatyta Olandijoje, blogiausia – Argentinoje (6.3 lentelė).

6.1 lentelė. Gyvenimo kokybės klausimyno PSO-BREF pagrįstumas įvairių šalių duomenimis

Šalis	Kronbacho alfa rodiklis				
	N	Fizinė sritis (7 klausimai)	Psichologinė sritis (6 klausimai)	Socialinių santykių sritis (3 klausimai)	Aplinkos sritis (8 klausimai)
Iš viso	11830	0,82	0,81	0,68	0,80
Argentina	106	0,55	0,79	0,65	0,76
Australija	211	0,73	0,81	0,65	0,72
Brazilija	306	0,84	0,78	0,68	0,71
Bulgarija	216	0,83	0,83	0,56	0,74
D. Britanija	50	0,82	0,89	0,76	0,70
Graikija	406	0,69	0,81	0,61	0,75
Indija, Delis	2408	0,88	0,83	0,76	0,78
Indija, Madrasas	48	0,84	0,84	0,71	0,87
Ispanija	471	0,82	0,75	0,64	0,76
Italija	420	0,77	0,83	0,72	0,82
Izraelis	1456	0,76	0,80	0,63	0,84
Japonija	751	0,72	0,73	0,68	0,69
JAV	379	0,80	0,75	0,65	0,73
Kinija	1453	0,71	0,75	0,66	0,75
Kroatija	320	0,81	0,65	0,59	0,74
Malaizija	41	0,79	0,75	0,77	0,85
Nigerija	50	0,85	0,85	0,67	0,83
Norvegija	1047	0,86	0,83	0,51	0,77
Olandija	50	0,87	0,87	0,76	0,65
Rumunija	300	0,83	0,79	0,74	0,80
Rusija	659	0,81	0,80	0,74	0,78
Turkija	48	0,88	0,85	0,58	0,67
Vengrija	475	0,87	0,74	0,55	0,74
Vokietija	159	0,87	0,87	0,69	0,84
Lietuva, Kaunas	1290	0,73	0,69	0,57	0,72

6.2 lentelė. Gyvenimo kokybės ir sveikatos vertinimas (proc.) tarptautinės PSO studijos ir Kauno duomenimis

	1 – blogiausias vertinimas	2	3	4	5 – geriausias vertinimas
Gyvenimo kokybė:					
Tarptautinė PSO studija (n=11830)	2,3	9,1	35,0	43,4	10,1
Lietuva, Kaunas (n=1290)	1,5*	11,9**	54,3***	30,9***	1,4***
Sveikata:					
Tarptautinė PSO studija (n=11830)	4,7	18,5	26,4	39,6	10,8
Lietuva, Kaunas (n=1290)	4,6	22,9***	44,4***	27,3***	0,8***

* – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001 palyginus su PSO tarptautinės studijos duomenimis.

6.3 lentelė. Gyvenimo kokybės vertinimas įvairiose šalyse tarptautinės PSO studijos duomenimis

Šalis	Fizinė sritis		Psichologinė sritis		Socialinių santykių sritis		Aplinkos sritis	
	m	SD	m	SD	m	SD	m	SD
Argentina	12,1	2,2	10,6	2,9	10,8	3,5	10,7	2,3
Australija	15,7	3,2	15,6	2,7	15,3	3,4	13,1	2,3
Brazilija	15,2	2,5	15,1	2,7	14,8	3,1	12,9	2,7
Bulgarija	17,9	2,9	16,5	2,6	15,3	3,0	14,8	2,3
D. Britanija	15,8	3,8	14,7	3,4	14,2	3,5	14,1	2,3
Graikija	15,2	2,2	12,8	2,6	14,0	2,5	11,9	2,1
Indija, Delis	15,9	2,9	14,2	2,7	13,9	3,7	12,1	2,8
Indija, Madrasas	14,8	2,3	15,4	2,2	14,8	2,9	14,8	2,5
Ispanija	16,0	3,3	14,8	3,3	13,6	3,4	12,4	3,0
Italija	16,8	3,3	15,0	2,4	15,1	2,6	14,3	2,0
Izraelis	15,5	3,0	14,2	3,0	13,0	3,8	12,6	2,6
Japonija	16,0	2,4	14,2	2,4	12,8	2,5	12,4	2,2
JAV	15,5	3,2	13,8	3,2	13,2	3,6	11,7	2,7
Kinija	15,8	2,9	14,3	2,5	13,7	3,0	13,2	2,4
Kroatija	17,1	2,3	15,8	2,1	15,1	3,1	14,3	2,1
Malaizija	15,6	2,5	13,9	2,8	12,7	3,3	13,5	2,2
Nigerija	15,4	3,2	13,9	3,1	13,3	3,6	12,8	2,0
Norvegija	17,0	3,5	14,7	3,2	13,9	4,7	13,8	3,4
Olandija	18,3	3,0	16,6	2,8	15,8	3,3	15,9	2,8
Rumunija	15,6	2,6	14,2	2,8	13,8	3,1	12,7	2,8
Rusija	16,2	3,4	14,8	3,2	14,8	4,0	15,7	3,0
Turkija	15,3	3,4	13,2	2,9	12,3	3,4	13,2	2,0
Vengrija	14,9	2,5	15,4	1,8	14,8	2,1	13,6	1,8
Vokietija	16,8	2,6	15,7	2,4	14,4	2,9	13,0	2,3
Lietuva, Kaunas	14,3	2,3	12,7	2,0	13,6	2,4	12,1	2,1

m – balų vidurkis, SD – standartinis nuokrypis.

Adaptuojant PSO-100 klausimyną Danijos gyventojų populiacijoje, buvo tirta 268 asmenų GK (amžiaus vidurkis 47,2 m.) [107]. Kronbacho alfa rodikliai svyravo nuo 0,78 (nepriklausomumo sritis) iki 0,92 (aplinkos sritis), visos skalės – 0,97. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, Kronbacho alfa rodikliai nustatyti nuo 0,77 (gyvenimo kokybė) iki 0,91 (nepriklausomumo sritis), visos skalės – 0,96. Danų duomenimis, testo-retesto stabilumas buvo labai aukštas visoms PSO-100 sritims (0,71-0,91), mūsų – svyravo nuo 0,64 (dvasingumo sritis) iki 0,89 (nepriklausomumo sritis). Šioje studijoje autoriai naudoja tą pačią balų skaičiavimo metodiką (0-100), o tai leidžia rezultatus palyginti su Kauno vidutinio amžiaus populiacijos rezultatais (6.4 lentelė). Danijos gyventojai visose srityse, išskyrus dvasingumo, GK vertino geriau nei Kauno gyventojai. Kaip ir mūsų tyrime, aukščiausi balai nustatyti nepriklausomumo, žemiausi – dvasingumo srityje.

6.4 lentelė. Gyvenimo kokybės palyginimas tarp vidutinio amžiaus Kauno ir Danijos gyventojų (klausimyno PSO-100 vertinimas)

	PSO-100 sritys: m							Visa skalė
	GK	FS	PS	NLS	SSS	APLS	DVAS	
Kauno gyventojai ¹	51,5	59,7	58,6	72,7	61,0	54,8	54,5	59,6
Danijos gyventojai	84,3	84,4	78,2	93,8	74,5	79,9	43,5	80,4

GK – gyvenimo kokybė, FS – fizinė sritis, PS – psichologinė sritis, NLS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, APLS – aplinkos sritis, DVAS – dvasingumo sritis; m – balų vidurkiai; ¹ – standartizuota pagal amžių.

Kinijoje 1998-2000 m. atliktos studijos metu, naudojant PSO-100 klausimyną, buvo ištirta 476 populiacijos atstovų GK [108]. Nustatyti aukšti Kronbacho alfa rodikliai visose klausimyno srityse (0,76-0,90). Konvergentinį tyrimo instrumento pagrįstumą autoriai vertino nustatydami ryšius tarp PSO-100 ir kito, kultūrai jau adaptuoto GK klausimyno (*General Quality of Life Inventory-GQOLI*) giminingų sričių. Mūsų tyrimo duomenimis, visų posričių ryšiai buvo stipriausi su tomis sritimis, kurioms jie priklausė. Kinijoje atlikto tyrimo duomenimis, penkiems klausimyno posričiams stipriausi ryšiai nustatyti su kitomis sritimis: skausmas ir nemalonūs pojūčiai labiausiai buvo susiję su nepriklausomumo sritimi ($r=0,72$), priklausomybė nuo vaistų ir gydymo – su fizine sritimi ($r=0,61$), savo vertės pajutimas, išvaizda ir laisvalaikis – su socialinių santykių sritimi (atitinkamai $r=0,72$, $0,67$ ir $0,65$). Kinijos tyrimo duomenimis, atlikus faktorinę klausimyno analizę, išskirti keturi faktoriai (mūsų – penki). Pirmajam faktoriui buvo priskirti posričiai, priklausantys fizinei ir nepriklausomumo sričiai, antrajam – psichologinė ir dvasingumo sritys bei gebėjimas įgyti informacijos, trečiajam – dauguma aplinkos srities posričių. Ketvirtasis faktorius sujungė socialinių santykių srities posričius, gebėjimą dirbti, savo vertės pajutimą ir laisvalaikį. Vėliau, atsižvelgiant į kinų ir vakarietiškos kultūros skirtumus, PSO-100 klausimynas buvo papildytas specifiniais klausimais [109].

Adaptuojant PSO-BREF klausimyną Korėjoje, buvo ištirta 171 populiacijos atstovas ($n=367$) [110]. Nustatyti statistškai reikšmingi stabilumo (Kronbacho alfa 0,61-0,90 atskirose srityse ir 0,96 visai skalei), testo-retesto duomenys ($r=0,75$ -0,86) bei pagrįstumo duomenys.

M. Fleck ir kitų autorių aprašomame tyrime buvo atlikta GK klausimyno PSO-BREF kultūrinė adaptacija Portugalijos populiacijoje, nustatyti statistškai reikšmingi stabilumo duomenys (Kronbacho alfa 0,71-0,91) [111]. Stipriausia koreliacija nustatyta tarp psichologinės ir fizinės bei aplinkos sričių (atitinkamai $r=0,62$ ir $r=0,53$) bei tarp socialinių santykių ir aplinkos sričių ($r=0,53$). Mūsų tyrimo duomenimis, taip pat buvo nustatytas stiprus ryšys tarp socialinių santykių ir aplinkos sričių ($r=0,62$) bei vidutinio stiprumo ryšys tarp psichologinės ir fizinės sričių ($r=0,56$).

Adaptavus PSO-100 klausimyną JAV suaugusių žmonių populiacijoje, nustatyti aukšti vidinio ir matavimo stabilumo rodikliai (Kronbacho alfa 0,82-0,95, testas-retestas $r=0,83$ -0,96) [112]. Dauguma posričių stipriau buvo susiję su tomis sritimis, kurioms jie priklausė.

London PSO-100 klausimyno pagalba buvo ištirta 212 asmenų, kenčiančių lėtinį skausmą, GK [113]. Tirtųjų amžius buvo 22-79 m. Nustatyti aukšti Kronbacho alfa lygmenys visoms sritims (0,7-0,9), tačiau asmeninių santykių ir skausmo bei diskomforto posričiuose jie buvo žemesni (atitinkamai 0,65 ir 0,67). Autoriai pabrėžia, kad tokiais atvejais tolimesnio tyrimo rezultatai turėtų būti vertinami atsargiai. Teigiama, kad vienintelės dvasingumo srities vertinimai nebuvo susiję su skausmo intensyvumu [114].

D. Britanijoje PSO-100 klausimyno pagalba buvo tiriami 18-65 m. įvairaus sunkumo depresija sergantys pacientai, besilankantys pirminės sveikatos priežiūros įstaigose [115]. Nustatyti aukšti stabilumo duomenys (Kronbacho alfa 0,82-0,91 atskirose srityse ir 0,96 visai skalei) leido taikyti klausimyną minėtajam kontingentui. Visų klausimyno sričių balai, išskyrus dvasingumo, stipriai koreliavo tarpusavyje. Visas GK sritis sudarantys posričiai buvo labiau susiję tarpusavyje nei su kitų sričių posričiais (konvergentinis pagrįstumas), išskyrus namų aplinką ir informaciją, kurių ryšys nebuvo reikšmingas. Ryšys tarp skirtingų sričių posričių buvo silpnesnis (divergentinis pagrįstumas). Panašūs rezultatai nustatyti ir mūsų tirtajame kontingente, tik konvergentinis bei divergentinis pagrįstumas nustatytas, vertinant ryšius tarp klausimų.

Olandijoje PSO-BREF klausimynas buvo adaptuotas suaugusių psichiatrinių pacientų populiacijos GK tyrimams [116]. Nustatyti aukšti stabilumo rodikliai (Kronbacho alfa 0,66-0,80), o koreliacijos koeficientų vidurkis tarp PSO-100 ir PSO-BREF klausimynų sričių balų buvo 0,92. Atlikus faktorinę analizę, buvo išskirti keturi faktoriai. PSO-100 klausimynas Olandijoje buvo naudojamas kenčiančių lėtinį skausmą pacientų GK tyrimams, taip pat buvo nustatyti statistiškai reikšmingi pagrįstumo ir stabilumo rodikliai [117].

Tarptautinės PSO studijos duomenimis, didžiausią įtaką GK turėjo psichologinė ($\beta=0,29$), o sveikatos vertinimui – fizinė sritis ($\beta=0,43$) [106]. Kaune atlikto tyrimo duomenimis, didžiausią įtaką gyvenimo kokybei turėjo aplinkos ($\beta=0,31$) ir psichologinė ($\beta=0,18$), o sveikatos vertinimui – nepriklausomumo ($\beta=0,33$) ir fizinė sritys ($\beta=0,18$). Portugalijoje atlikto tyrimo duomenimis, didžiausią įtaką GK bei sveikatos vertinimui turėjo fizinė ($\beta=0,43$), aplinkos ($\beta=0,27$) bei psichologinė ($\beta=0,21$) sritys; socialinių santykių srities įtaka nebuvo statistiškai reikšminga [111].

Apibendrinant galima teigti, kad PSO sukurtas GK tyrimo instrumentas yra tinkama ir patikima metodika, adaptuota įvairiose kultūrose, naudojama tiek klinikiniuose, tiek epidemiologiniuose tyrimuose sergančių ir sveikų žmonių GK tirti [118].

Daugelyje GK tyrimų aprašoma lyties įtaka, teigiama, kad moteris dažniau vargina depresija, o su amžiumi šie skirtumai vyrų ir moterų tampa dar didesni [119, 120, 121, 122]. Pažangesnių socialinių ir ekonominių grupių atstovai turi geresnę sveikatą ir gyvenime patiria mažiau nuostolių ar žalos nei kiti bendruomenės nariai [123]. Analizuojant literatūrą, kurioje nagrinėjami sveikatos ir GK skirtumai tarp įvairių socialinių ir ekonominių grupių žmonių, randama duomenų, kad sąsajos

tarp individo socialinės, ekonominės padėties bei sveikatos ir GK yra įvairių susijusių veiksnių kompleksas [124, 125]. Kai kuriose Europos šalyse stebimi labiau išreikšti mirtingumo rodiklių ir sveikatos skirtumai tarp socialinių klasių vyrų populiacijose [126].

Kaune atlikto tyrimo duomenimis, moterys visose srityse, išskyrus dvasingumą, GK vertino statistiškai reikšmingai blogiau negu vyrai, o, didėjant amžiui, GK vertinimas blogėjo. Analizuojant socialinių bei ekonominių rodiklių įtaką Kauno gyventojų GK, nustatyta, kad įgiję aukštesnį išsimokslinimą, dirbantys bei daugiau uždirbantys asmenys savo GK vertino geriau, lyginant su įgijusiais žemesnį išsimokslinimą, nedirbančiais (pensininkais, invalidais, bedarbiais) bei gaunančiais mažesnes pajamas. Vieniši Kauno vyrai ir moterys (išsituokę, našliai, viengungiai) GK vertino blogiau negu turintys pastovų gyvenimo partnerį.

SF-36 klausimyno pagalba ištyrus norvegų populiaciją, nustatyta, kad moterų rezultatai visose srityse, išskyrus bendrąją GK, buvo prastesni, o amžius didžiausios įtakos GK turėjo fizinėje srityje, šeiminė padėtis – psichologinėje, o išsimokslinimas – visose GK srityse [127].

Danijoje, naudojant sutrumpintą PSO-100 klausimyną, (WHOQOL-BREF) buvo ištirta populiaciją atstovaujančių gyventojų imtis, sugrupuota pagal amžių ir lytį (n=1607) [128]. Nustatyta, kad GK vertinimui moteriškoji lytis ir vyresnis amžius neigiamos įtakos turėjo fizinėje ir psichologinėje srityje, o psichikos ligos ir žemesnis išsimokslinimas – visose srityse. Kauno gyventojų GK vyresnis amžius ir žemesnis išsimokslinimas taip pat turėjo neigiamos reikšmės.

Vengrijoje atlikto GK tyrimo duomenimis (ištirti 5503 žmonės, atstovaujantys vengrų populiaciją), nustatyta, kad vyresnis amžius, moteriškoji lytis, žemesnis išsimokslinimas ir mažesnis uždarbis yra pagrindiniai blogesnę GK lemiantys veiksniai [129]. Autoriai teigia, kad, vertinant GK 0-100 skalėje, kiekvieni nugyventi metai blogina GK 0,4 balo, moteriškoji lytis – 3 balais. Šeimos pajamoms vidutiniškai padidėjus 10000 forintų (Vengrijos piniginis vienetas), GK pagerėtų 0,5 balo, o žmonių, turinčių aukštesnį išsimokslinimą, GK būtų geresnė 5 balais, lyginant su tais, kurių išsimokslinimas žemesnis nei vidurinis.

Švedijoje EQ-5D klausimyno pagalba ištirta 4950 20-88 m. bendrąją populiaciją atstovaujančių asmenų GK [130]. EQ-5D klausimynas dažniausiai taikomas specifinių pacientų grupių GK tyrimuose, nors sėkmingai naudojamas ir populiacijoms, siekiant įvertinti GK skirtumus įvairiose socialinėse ir ekonominėse grupėse [131, 132]. Straipsnyje teigiama, kad vidutinių ir didelių sveikatos problemų dažnis didėja su amžiumi. Depresija labiausiai buvo paplitusi jauniausioje tirtų asmenų grupėje, o problemos, susijusios su savęs priežiūra ir kasdieniu aktyvumu, dažniau stebėtos vyriausioje grupėje. Šiuo atveju „sveikiausia“ buvo vidutinio amžiaus grupė. Amžiaus grupėje iki 69 m. moterys dažniau negu vyrai skundėsi nerimu ir depresija, o iki 39 m. – skausmu ir diskomfortu ($p<0,05$), tačiau 70-79 m. grupėje GK prasčiau vertino vyrai. Dirbančių fizinį darbą GK buvo prastesnė negu dirbančių protinį darbą ($p<0,0001$). Mūsų tyrimo duomenimis,

fizinį darbą dirbantys vyrai psichologinėje, socialinių santykių, aplinkos ir dvasingumo srityse GK vertino blogiau negu dirbantys protinį darbą, o žemos kvalifikacijos protinį darbą bei fizinį darbą dirbančios moterys visose srityse GK vertino prasčiau negu dirbančios aukštos ir vidutinės kvalifikacijos protinį darbą. Autoriai skirsto tiriamuosius į tas pačias grupes pagal kvalifikaciją ir darbo pobūdį, tačiau pažymi, kad GK skirtumai išryškėja tik sujungus į protinio ir fizinio darbo grupes. Šios švedų studijos duomenimis, žmonių, maniusių, kad jų sveikata bloga ir labai bloga, GK buvo prastesnė visose analizuotose srityse. Kauno vidutinio amžiaus populiacijoje, analizuojant subjektyviojo sveikatos vertinimo ir GK priklausomybę, nustatyti tokie patys skirtumai – kuo blogiau vertinta sveikata, tuo prastesnė ir GK.

Kitos studijos metu Švedijoje buvo ištirta 4008 suaugusių žmonių GK (amžius 18-79 m.), naudojant EORTC QLQ-C30 klausimyną (*European Organization on Research and Treatment of Cancer*) [133]. Šis klausimynas buvo sukurtas tirti bendrąją sveikatos sąlygotą GK ir specifines sergančiųjų vėžiu problemas [134]. Vyriausioji tirtųjų grupė žymiai blogiau vertino fizinę, pažinimo funkcijas ir bendrąją GK, o nuovargio ir skausmo srityse – geriau negu jaunesnieji. Moterų rezultatai buvo prastesni fizinėje, emocinėje srityse ir vertinant bendrąją GK, o skausmo, nuovargio ir miego srityse – geresni negu vyrų. Turintys nuolatinį gyvenimo partnerį vyrai ir moterys geriau vertino GK daugumoje sričių. Kaune atlikto tyrimo duomenimis, vieniši vyrai savo GK vertino blogiau fizinėje, psichologinėje ir socialinių santykių srityse nei gyvenantys santuokoje ar partnerystėje, o vienišų moterų balai buvo žemesni GK, socialinių santykių ir aplinkos srityse negu turėjusių partnerį. Švedų tyrimo duomenimis, išsituokusių asmenų GK vertinimai buvo labai įvairūs, o našlių – gerokai prastesni. Tai aiškinama tuo, kad dauguma šių žmonių buvo vyresni nei 60 m. ir turėjo daugiau sveikatos problemų. Kaip ir mūsų tyrime, Švedijoje buvo nustatyta, kad bedarbiai ir gaunantys mažesnes pajamas GK vertino blogiau nei dirbantieji ir uždirbantys daugiau. Teigiama, kad bedarbystė dažnai būna susijusi su sveikatos problemomis ir moteriškosios lyties diskriminacija. Taip pat pažymima, kad mažesnes pajamas gaunantys asmenys dažniau yra vyresnio amžiaus žmonės, pensininkai, kurie turi ir sveikatos problemų. Be to, mažesnės pajamos riboja galimybes geriau rūpintis sveikata. Vertinant sveikatos sutrikimų įtaką švedų populiacijoje, blogiausia GK nustatyta sergantiems lėtinėmis ligomis ir nuolat vartojantiems vaistus. Net 31,3 proc. tirtųjų išsakė nusiskundimų dėl širdies ir kraujagyslių sistemos problemų (mūsų duomenimis 38 proc.) ir 43,7 proc. teigė turintys regėjimo sutrikimų.

Ištyrus Australijos moterų populiaciją (n=42000), buvo nustatyti GK vertinimai trijose amžiaus grupėse – 18-22, 45-49 ir 70-74 metų [135]. Tyrimui buvo naudojamas bendrojo pobūdžio klausimynas SF-36, kurį sudaro aštuonios sritys. Paaiškėjo, kad vyresnės moterys fizinėje srityje GK vertino blogiau, o socialinių santykių, emocinės bei psichinės sveikatos sričių vertinimai buvo aukštesni.

Sankt-Peterburge atlikto tyrimo duomenimis, didėjant amžiui, statistiškai reikšmingai blogėjo GK rodikliai, o moterų GK vertinimai buvo žemesni negu vyrų visose aštuoniose GK klausimyno SF-36 srityse [6].

Analizuojant Azijos miesto gyventojų GK ypatumus, buvo naudojamas SF-36 klausimynas [136]. Eliminavus tik etninėms grupėms (kinų, malaiziečių ir indų) būdingų požymių įtaką, buvo nustatyta, kad vieni papildomi studijų metai GK pagerino 0,5-0,6 balo, o geresnės gyvenimo sąlygos – 3,5-4,0 balo. Geresnė GK taip pat buvo susijusi su didesne šeimos parama, o blogesnė – su lėtinėmis ligomis ir didesniu sergant praleistų dienų skaičiumi. Taivanyje, ištyrus pagyvenusių žmonių populiaciją, nustatyta, kad kaimo gyventojų klausimyno SF-36 vertinimai buvo prastesni, lyginant su miesto gyventojais [137]. Moterys visose srityse, išskyrus socialinių santykių, GK vertino blogiau negu vyrai ($p<0,05$). Žemesnis išsimokslinimas ir lėtinės būklės bei nuolatinis sveikatos priežiūros paslaugų poreikis turėjo neigiamos reikšmės GK. Malaizijos vidutinio amžiaus gyventojų populiacijoje GK priklausė nuo amžiaus ir lyties – vyresnių tiriamųjų bei moterų GK buvo blogesnė, o populiacinės GK normos stipriai skyrėsi nuo JAV, Kanados ir Australijos normų [138]. Kinijoje atlikto tyrimo duomenimis, klausimyno SF-36 balai skyrėsi tarp miesto bei kaimo populiacijų bei skirtingose amžiaus ir lyties grupėse. GK vertinimui visose SF-36 srityse turėjo įtakos lėtinės ligos, išsimokslinimas, šeiminių padėtis, užimtumas, pajamos, šeimos narių skaičius bei kartų, gyvenančių šeimoje, skaičius [139, 140].

Švedijoje, SF-36 klausimyno pagalba ištyrus 20-34 m. dirbančių vyrų ir moterų grupę, buvo nustatyta, kad vyrai, dirbantys fizinį darbą, blogiau GK vertino tik fizinėje ir skausmo srityje negu dirbantys protinį darbą, o moterims statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta [141]. Tiriamųjų paprašius įvertinti savo gyvenimą 1-10 balų skalėje, ir vyrai, ir moterys, dirbantys fizinį darbą, vertino blogiau, palyginus su dirbančiais protinį darbą. Skirtingose išsimokslinimo grupėse statistiškai reikšmingų GK vertinimo skirtumų nebuvo nustatyta. Autoriai teigia, kad sveikatos skirtumai, sąlygoti ekonominių bei socialinių veiksnių, atsiranda tik vyresniame amžiuje [142]. Kita priežastis, kodėl jauname amžiuje nestebėti tokie dideli skirtumai, galėtų būti ta, kad jauni žmonės yra linkę galvoti apie ateities perspektyvas ir mažiau skūstis dabartimi [143].

E. Bardasi ir kt. teigia, kad dirbančiųjų sveikatos vertinimas, GK bei pasitenkinimas darbu ir gyvenimu priklauso ne tik nuo dirbamo darbo pobūdžio [144]. D. Britanijoje buvo tiriami dirbantys atsitiktinius bei sezoninius darbus, turintys terminuotą darbo sutartį bei dirbantys nepilną darbo dieną vyrai ir moterys. Buvo nustatyta, kad pastarieji mažiau buvo patenkinti savo sveikata, GK bei jautė mažesnę pasitenkinimą dirbamu darbu bei gyvenimu negu turintys nuolatinį darbą bei dirbantys visą darbo dieną. Teigiama, kad tam tikros žmonių grupės (jauni, pagyvenę, moterys, turinčios mažų vaikų) dažnai renkasi darbą, kuris neatima viso laiko, tačiau yra mažiau apmokamas ir ne toks patikimas [145].

Švedijoje buvo tiriami veiksniai, turintys įtakos 18-64 m. asmenų pasitenkinimui gyvenimu [146]. Nustatyta, kad 92 proc. vyrų ir moterų gyvenimu buvo patenkinti ir tik 8 proc. – nepatenkinti. Didėjant amžiui, didėjo pasitenkinimas gyvenimu šeimoje, profesine bei finansine padėtimi, o moterims – dar ir laisvalaikio (p<0,01). Vyrų su amžiumi buvo vis mažiau patenkinti savo fizine sveikata ir kasdieniu aktyvumu. Neturintys pastovaus partnerio išsakė mažesnę pasitenkinimą sveikata, ekonomine, profesine padėtimi, seksualiniu gyvenimu, šeima bei gyvenimu apskritai.

Suomijoje 20-ies metų stebėjimo duomenimis, nustatyta, kad asmenų, jautusių nepasitenkinimą gyvenimu, savižudybių rizika buvo didesnė negu tų, kurie gyvenimu buvo patenkinti ($\bar{X}=3,02$, 95 proc. PI=1,83-4,98) [147]. Didesnis pasitenkinimas gyvenimu buvo susijęs su moteriškąja lytimi, jaunesniu amžiumi, geresne sveikata, nuolatinio partnerio turėjimu, pakankamu fiziniu aktyvumu, nerūkymu bei aukštesne socialine klase. Teigiama, kad pasitenkinimas gyvenimu, kaip ir subjektyviai vertinama sveikata, yra reikšmingas mirties tikimybės prognozės rodiklis [148, 149]. Moterims savižudybių ir nepasitenkinimo gyvenimu ryšys buvo silpnesnis, o tai aiškinama geresniu moterų gebėjimu prisitaikyti ir į esamas nepalankias aplinkybes dažniau reaguoti sumažėjusiu nedarbingumu negu savižudybe [150]. Manoma, kad nepasitenkinimas gyvenimu gali būti pirmasis psichikos sutrikimų požymis, kuris pasireiškia tam tikrais gyvensenos ir socialinių santykių ypatumais, o rizikos veiksniai savižudybei gali sumuotis per visą gyvenimą [151].

Apibendrinant galima teigti, kad, analizuojant GK įvairiose populiacijose, stebima kultūrinių skirtumų įtaka. Lytis, amžius bei socialiniai ir ekonominiai rodikliai yra susiję su GK vertinimais, tad, norint vertinti GK skirtumus įvairiose grupėse, būtina atsižvelgti į šių požymių įtaką.

Mažėjant mirtingumui ir ilgėjant gyvenimo trukmei, populiacijoje didėja lėtinių ligų paplitimas, kurios sukelia negalią ir turi neigiamos reikšmės žmonių GK [152, 153, 154].

Kanadoje, ištyrus 73402 suaugusius populiacijos atstovus buvo nustatyta, kad net 58 proc. nurodė bent vieną lėtinę ligą [155]. Nustatyta, kad jaunesniame amžiuje labiausiai GK blogino šlapimo nelaikymas ir sąnarių ligos, o vyresniame – Alzheimerio liga bei insulto liekamieji reiškiniai.

Tarptautinės GK studijos metu (*International Quality of Life Assessment Project*) buvo tiriama lėtinių būklių įtaka GK (gyventojų atsitiktinės atrankos, atstovaujančios JAV, Prancūzijos, Italijos, Vokietijos, Olandijos, Norvegijos, Danijos ir Japonijos populiacijas) [156]. 44,9 proc. tirtų asmenų nenurodė nei vienos lėtinės būklės, 24,9 proc. – vieną, 13,4 proc. – dvi, o 16,8 proc. – tris ir daugiau. 25,3 proc. skundėsi širdies ir kraujagyslių ligomis (mūsų duomenimis – 38 proc.). Kaune atlikto tyrimo duomenimis tik 19,7 proc. tirtų asmenų neišsakė nusiskundimų sveikata, 47,1 proc. – išsakė iš vienos sistemos, 22,3 proc. – iš dviejų, o 11 proc. – iš trijų ir daugiau sistemų. Autoriai

pažymi, kad dėl bendro keletu ligų poveikio bendrai žmogaus sveikatai ir GK labai sunku išskirti ir kalbėti tik apie vienos ligos įtaką [157].

Atlikta nemažai tyrimų, kuriuose analizuojama viršsvorio ir nutukimo įtaka GK bei tikimasi subjektyviojo sveikatos pagerėjimo, mažinant svorį [158, 159, 160]. Mūsų tyrimo duomenimis, vyrų, turinčių antsvorį, galimybė blogiau vertinti GK buvo 41 proc., nutukusių – 46 proc. mažesnė negu normalaus kūno svorio vyrų, o nepriklausomumo srityje nutukusių vyrų galimybė blogiau vertinti GK buvo 83 proc. didesnė negu normalaus svorio vyrų (moterų 2,3 karto). Moterų GK nutukimas turėjo neigiamos reikšmės ir psichologinėje srityje.

Ispanijoje, ištyrus 3605 60 m. ir vyresnius populiacijos atstovus, paaiškėjo, kad fizinėje srityje savo GK nutukę asmenys vertino žymiai blogiau negu normalaus svorio vyrai ir moterys [161]. Tuo tarpu turinčių antsvorio bei normalaus svorio tirtųjų asmenų GK vertinimai nesiskyrė. Nutukusių moterų GK psichologinėje srityje buvo blogesnė negu normalaus svorio moterų, o vyrų – geresnė. Tenka pastebėti, kad šiandienos mada propaguoja net per mažą moterų kūno svorį, kuris siejamas su patrauklumu, seksualumu ir didesne sėkme gyvenime [162]. Literatūros duomenimis, net 95 proc. apklaustų moterų manė, kad jų svoris yra didesnis negu siekiamas idealas, tuo tarpu iš jų tik 45 proc. svoris buvo objektyviai didesnis nei PSO rekomenduojamos normos [163]. Manoma, kad dėlto moterys dažniau negu vyrai jaučia nepasitenkinimą savo kūnu ir tai blogina jų GK [164].

JAV buvo tiriama 45-64 m. vyrų antsvorio bei nutukimo ir GK sąsajos. Taip pat buvo atsižvelgiama į amžiaus, AH, širdies, nervų, plaučių, virškinamojo trakto ir kitų lėtinių ligų bei fizinio aktyvumo įtaką GK. Autoriai pastebi, kad fizinėje srityje tik tų vyrų, kurių KMI buvo 40 kg/m² ir didesnis, GK vertinimai buvo prastesni negu turinčių normalų kūno svorį [165]. Šį fenomeną autoriai aiškina tuo, kad buvo tiriama išimtinai vyriška populiacija, nes moterų GK vertinimas pablogėja, esant daug mažesniai KMI. Pažymima, kad tyrimo metu nebuvo atsižvelgta į rūkymą, jo intensyvumą, alkoholio vartojimą bei CD. Tiriant lėtinių ligų bei nutukimo sąsajas, stipriausios nustatomos būtent su CD [166]. Teigiama, kad daugiau nei 60 proc. sergančiųjų II-ojo tipo CD yra nutukę, todėl, tiriant nutukusių asmenų GK, į tai būtina atsižvelgti [167].

Mūsų studijos duomenimis, sergantieji CD vyrai turėjo didesnę galimybę blogiau vertinti GK nei nesergantys ($\bar{S}=1,68$, 95 proc. PI=1,02-2,76). JAV, ištyrus 2800 suaugusių CD sergančius asmenis (amžiaus vidurkis 59 m.), paaiškėjo, kad jų GK blogino žemesnis uždarbis, ligos komplikacijų ir gretutinių ligų skaičius, medicininio draudimo neturėjimas ir nepakankamas fizinis aktyvumas [168].

Stokholme, naudojant Švedijoje adaptuotą klausimyną *SWED-QUAL*, buvo tiriama CD bei IŠL įtaka GK (amžius 45-84 m.) [169]. Nustatyta, kad asmenų, sergančių CD ir lengvesne bei sunkesne IŠL forma, GK buvo žymiai blogesnė visose srityse, lyginant su bendrąja populiacija. Sergančių CD, bet nesergančių IŠL GK buvo tik kai kuriose srityse blogesnė nei kontrolinės grupės,

o asmenų, kuriems buvo diagnozuotos abi ligos, GK balai buvo gerokai žemesni. Kaune atlikto tyrimo duomenimis, sergantys IŠL vyrai ir moterys turėjo atitinkamai 83 ir 62 proc. didesnę galimybę patekti į blogiau vertintos GK grupę nepriklausomumo srityje negu tie, kuriems IŠL nebuvo nustatyta. Manoma, kad tokiems rezultatus turėjo reikšmės šių žmonių priklausomybė nuo vaistų, sumažėjęs jų darbingumas bei funkcinis pajėgumas, o tai riboja kasdienio aktyvumo galimybes.

Švedijos populiacijoje EQ-5D klausimyno pagalba vertinant GK asmenims, kuriems diagnozuota krūtinės angina, žemiausi rezultatai buvo nustatyti judrumo ir gebėjimo pasirūpinti savimi srityse, o skausmo ir diskomforto srities rezultatai buvo blogesni kenčiančių nugaros skausmus grupėje [130]. Mūsų tyrimo duomenimis, vyrų ir moterų, kuriems buvo IŠL, galimybė blogiau vertinti GK buvo didesnė nepriklausomumo srityje.

Prancūzijoje, ištyrus 3954 IŠL sergančių pacientų GK, paaiškėjo, kad fizinėje srityje šie asmenys savo GK vertino blogiau, lyginant su bendrąja populiacija [170]. Tuo tarpu sergančiųjų IŠL ir bendrosios populiacijos GK psichologinėje srityje beveik nesiskyrė. Žemesni GK rezultatai fizinėje srityje stebėjimo pradžioje tirtiesiems asmenims buvo susiję su padidinta mirties rizika nuo širdies ir kraujagyslių ligų ($\bar{S}S=2,44$, 95 proc. $PI=1,25-4,74$).

Ispanijoje atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, kad 60 m. ir vyresnių žmonių populiacijoje 42,7 proc. laisvalaikio metu buvo nepakankamai fiziškai aktyvūs, 54,2 proc. šiek tiek aktyvūs ir 3 proc. vidutiniškai ir labai aktyvūs [171]. Mūsų tirtame kontingente laisvalaikio metu nepakankamai fiziškai aktyvūs buvo 34,8 proc. vyrų ir 36,2 proc. moterų. Nustatėme, kad nepakankamai fiziškai aktyvios moterys blogiau vertino GK nepriklausomumo ir aplinkos srityje. Ispanijoje buvo nustatyta, kad laisvalaikio vidutiniškai fiziškai aktyvių vyrų ir moterų GK vertinimai buvo aukštesni vidutiniškai 3 balais daugumoje klausimyno SF-36 sričių negu nepakankamai aktyvių. Fiziškai aktyviausių žmonių grupėje GK buvo geriausia.

[vairių autorių duomenimis, AH turi neigiamos reikšmės GK [172, 173]. Mūsų tyrimo duomenimis, 49,4 proc. vyrų ir 39,0 proc. moterų nustatyta AH.

Lenkijoje atlikto populiacinio tyrimo duomenimis, vyrai, vyresni nei 65 m. ir sergantys AH, GK vertino geriau, o moterys – blogiau nei turintys normalų AKS vyrai ir moterys [174]. Asmenų, kuriems AH nebuvo gydoma, GK buvo blogesnė nei tokio paties amžiaus sveikų žmonių. Iki 40 m. grupėje asmenų su negydyta AH GK buvo geresnė nei naudojančių AKS mažinančius vaistus. Kiti autoriai teigia, kad GK labiau blogina AH gydymui naudojamų medikamentų šalutinis poveikis nei pati liga (pvz.: sukelia nuovargį, silpnumą, depresiją, vyrams mažina potenciją [175, 176]. Mūsų atliktame tyrime AH įtakos GK neturėjo, išskyrus psichologinę sritį – moterys, kurioms nustatyta AH, GK vertino geriau. T. Furmonavičius teigia, kad antihipertenzinis gydymas teigiamai veikia kai kuriuos GK aspektus – pagerina nuotaiką ir šis poveikis gali priklausyti nuo skiriamo vaisto

grupės [175]. F. Mena-Martin teigia, kad pacientai, nežinantys apie turimą padidėjusį AKS, GK vertina geriau nei tie, kurie žino [177].

Kanadoje atlikto tyrimo duomenimis, širdies ligomis sergantiems pacientams buvo nustatyta neigiama AH įtaka GK, o asmenys, turėję Hchol, GK vertino geriau [178]. Autoriai nepateikia galimų šio fenomeno priežasčių. Mūsų tirtajame kontingente apie 80 proc. vyrų ir moterų buvo nustatyta Hchol, todėl sunku kalbėti apie įtaką GK.

Pitsburge SF-36 klausimyno pagalba buvo tiriama asmenų, turinčių hiperlipidemiją, GK [179]. Gautuosius rezultatus palyginus su kontrolinės grupės GK rezultatais, reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta.

JAV, apklausus 18 m. ir vyresnius populiacijos atstovus, ieškota sąsajų tarp rūkymo bei GK [180]. Nustatyta, kad 22,4 proc. apklaustųjų rūkė nuolat, 24 proc. rūkė anksčiau ir metė, o 53,6 proc. niekada nerūkė. Mūsų duomenimis, nuolat rūkė 41 proc. vyrų ir 11 proc. moterų. Buvo nustatyta, kad rūkančių asmenų fizinė sveikata bei GK fizinėje srityje buvo blogesnė nei nerūkančių vyrų ir moterų. Be to, rūkymas buvo susijęs su nesaikingu alkoholio vartojimu, depresija, miego sutrikimais, dažniau juntamu skausmu, nepakankamu fiziniu aktyvumu bei nepakankamu vaisių ir daržovių vartojimu. Mūsų tirtame kontingente rūkančios moterys turėjo 2,1 karto didesnę galimybę patekti į blogiau vertintos GK grupę psichologinėje srityje, o aplinkos srityje – 1,5 karto didesnę galimybę blogiau vertinti GK turėjo tiek rūkančios moterys, tiek ir vyrai. Todėl galima manyti, kad dažniau rūko psichologinių problemų turintys bei prastesnėse sąlygose gyvenantys asmenys. D. Taira teigia, kad rūkančių pacientų, kuriems buvo atlikta perkutaninė koronarinė revaskuliarizacija, GK pagerėjimas buvo ne toks žymus, kaip nerūkančiųjų [181].

Analizuojant alkoholio vartojimo įpročių įtaką, pabrėžiama, kad nesaikingas alkoholio vartojimas bei alkoholizmo sukeltos problemos turi neigiamos reikšmės GK ir sveikatai [182]. Kaune atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, kad 31,4 proc. vyrų ir 7,3 moterų alkoholį vartojo keletą kartų savaitėje arba kasdien.

JAV buvo apklausti 8578 55-97 m. populiacijos atstovai ir pagal alkoholio vartojimą suskirstyti į abstinencius (61 proc.), žemos rizikos vartotojus (31 proc.) ir rizikingai vartojančius (7 proc., moterys, vartojančios ≥ 9 SAV, vyrai ≥ 12 SAV per savaitę) [183]. Nustatyta, kad abstinencų GK buvo prasčiau vertinta daugumoje klausimyno SF-36 sričių, palyginus su mažos rizikos vartotojais. Tai galėtų būti aiškinama tuo, kad abstinencija vyresnio amžiaus žmonėms dažnai būna susijusi su bloga sveikata. Rizikingai alkoholį vartojantiems (moterims, vartojančioms ≥ 9 SAV, vyrai, vartojantys ≥ 12 SAV per savaitę) asmenims nustatyta geresnė fizinė, bet blogesnė psichinė sveikata nei žemos rizikos vartotojams. Kauno vyrai ir moterys, alkoholį vartojantys vidutiniškai ir nesaikingai, turėjo mažesnę galimybę blogiau vertinti GK nepriklausomumo bei socialinių santykių srityje, lyginant su vartojančiais saikingai.

Suomijos populiacijoje tarp alkoholio vartojimo bei pasitenkinimo gyvenimu nustatyta J tipo priklausomybė: didesnę pasitenkinimą jautė saikingai vartojantys, o mažesnę – visiškai abstinentai ir nesaikingai alkoholį vartojantys asmenys [147].

Nustatyta, kad Vokietijoje nesaikingas alkoholio vartojimas buvo labiausiai paplitęs vidutinio amžiaus bei užimančių aukštą socialinę ir ekonominę padėtį moterų grupėje, o vyrams nesaikingas alkoholio vartojimas buvo susijęs su jaunesniu amžiumi, žemesne socialine padėtimi, rūkymu bei depresija [184]. S. Ventegodt teigia, kad po psichoterapijos kurso, turinčių priklausomybę alkoholiui pacientų GK, subjektyviai vertinama psichinė būklė bei pasitenkinimas savo sveikata pagerėjo [185]. Šis GK pagerėjimo efektas išliko ir pakartotinai apklausus tiriamuosius po mėnesio laiko.

Apibendrinant galima teigti, kad GK rizikos veiksniai bei lėtiniai sveikatos sutrikimai turi neigiamos reikšmės. Vertinant įvairių veiksnių įtaką GK, būtina atsižvelgti į bendrą jų visų poveikį, o ne pavienius rodiklius.

Pripažįstama, kad moterys savo sveikatą vertina blogiau negu vyrai [186]. Tarp moterų yra žymiai didesnis sergamumas lėtinėmis ligomis, funkciniais sutrikimais, labiau išreikšta organizmo reakcija į stresines gyvenimo situacijas, vėliau pasireiškiančias depresija, tuo tarpu vyrams būdingi ūmūs susirgimai, dažnai turintys letalinę baigtį [187, 188, 189]. Kaune atlikto tyrimo duomenimis, blogai bei labai blogai sveikatą vertinusių moterų buvo statistiškai reikšmingai daugiau nei vyrų (15,8 ir 11,1 proc., atitinkamai; $p < 0,01$).

Lietuvos suaugusių žmonių gyvensenos tyrimo 2002 m. duomenimis, (FINBALT studija, nuo 1994 m. kas 2 metai ištiriama 3000 20-64 m. Lietuvos žmonių gyvensena) mažiau nei dešimtadalis apklaustųjų savo sveikatą vertino kaip blogą ar gana blogą [190]. Skirtumą nuo mūsų tyrimo rezultatų galėjo lemti tai, kad į FINBALT studiją buvo įtraukta ir dalis jaunesnio amžiaus žmonių, kurie rečiau turi nusiskundimų sveikata. Analizuojant subjektyviojo sveikatos vertinimo ir amžiaus priklausomybę, nustatėme, kad 35-44 m. grupėje labai gerai ir gerai sveikatą vertino 33,0 proc. moterų ir 45,3 proc. vyrų, o blogai ir labai blogai – atitinkamai 6,7 proc. moterų ir 6,0 proc. vyrų. Tuo tarpu 55-64 m. grupėje labai gerai ir gerai sveikatą vertino tik 9,8 proc. moterų ir 18,2 proc. vyrų, o blogai ir labai blogai – atitinkamai 26,2 ir 17,3 proc. FINBALT tyrimo duomenimis, didėjant amžiui, gerai vertinančių savo sveikatą žmonių dalis mažėjo: tarp vyrų nuo 68,3 proc. 20-34 m. grupėje iki 24,5 proc. 50-64 m. amžiaus grupėje, o tarp moterų atitinkamai nuo 63,1 proc. iki 17,8 proc. [190]. A. Molarius teigia, kad švedų populiacijoje, lyginant vidutinio ir vyresnio amžiaus žmonių grupes, 65-79 m. grupėje sveikatos vertinimas pablogėjo dėl įvairių lėtinių ligų įtakos [191].

Kaune atlikto tyrimo duomenimis, blogiau sveikatą buvo linkę vertinti asmenys, turintys žemesnę išsimokslinimą, vieniši, lyginant su turinčiais partnerį bei bedarbiai, pensininkai ir invalidai, lyginant su dirbančiais žmonėmis. Moterims blogesnė sveikata taip pat buvo susijusi su

mažesnėmis pajamomis ir žemesne profesine kvalifikacija. FINBALT suaugusių žmonių gyvenamosios tyrimo duomenimis, gerai ir gana gerai sveikatą dažniau vertino žmonės, turintys aukštąjį išsimokslinimą [190]. R. Lund ir kt. teigia, kad, net ir atsižvelgus į amžių, sveikatą bei kitus veiksnius, vienių asmenų mirties rizika 8 m. stebėjimo duomenimis, buvo didesnė, lyginant su nevienišais (SR=1,42, 95 proc. PI=1,04-1,95) [192]. P. Carlson teigia, kad subjektyvusis sveikatos vertinimas Rusijoje priklauso nuo ekonominės situacijos, o blogesnėse sąlygose gyvenantiems asmenims dažniau nustatomi rizikos veiksniai – rūkymas, nesaikingas alkoholio vartojimas, todėl blogiau vertinama sveikata [193]. P. M. Lantz ir kt. teigia, kad tiek aukštesnis išsimokslinimas, tiek didesnės pajamos turi įtakos geresniems sveikatos vertinimo rezultatams, nes žemesnių socialinių sluoksnių atstovams dažniau nustatomi rizikos veiksniai [194]. Ištyrus subjektyviojo sveikatos vertinimo ir socialinių bei demografinių rodiklių tarpusavio priklausomybę keturiose postkomunistinėse šalyse (Lenkijoje, Lietuvoje, Čekijoje ir Vengrijoje) nustatyta, kad asmenų, įgijusių aukštesnį išsimokslinimą ir vertinusių savo sveikatą blogai ir labai blogai buvo mažiau nei turinčių žemesnį išsimokslinimą, be to, autoriai pabrėžia neigiamą patiriamo streso įtaką sveikatai [195]. Augsburgio MONICA studijos duomenimis, 15,7 proc. vienių vyrų ir 37,1 proc. moterų manė, kad jų sveikata yra bloga [196]. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, blogai ir labai blogai savo sveikatą vertino 28,8 proc. vienių vyrų ir 21,9 proc. moterų. FINBALT duomenimis, ir vyrai, ir moterys, gyvenantys santuokoje, dažniau manė, kad jų sveikata gera ar gana gera nei išsituokę ar našliai [190].

K. Manderbacka ir kt. nurodo, kad rizikos veiksniai ir elgsenos ypatumai nėra pagrindiniai veiksniai, nulemiantys subjektyvųjį sveikatos vertinimą [197]. Žymiai didesnės įtakos subjektyviajam sveikatos vertinimui turi tuo metu esanti sveikatos būklė ir funkcinis asmens pajėgumas. Autoriai diskutuoja svarbiu klausimu – ar rizikos veiksniai veikia nepriklausomai, vertinant savo sveikatą, ar jie yra tik esančio susirgimo priežastis ir todėl blogiau vertinama sveikata. Nustatyta, kad jaunesniems respondentams rūkymas, nepakankamas daržovių vartojimas bei atsvaris buvo susiję su blogesniu sveikatos vertinimu. Švedijoje apklausus 3843 25-74 m. respondentus nustatyta, kad nepakankamas fizinis aktyvumas, rūkymas, o moterims – ir nutukimas buvo susiję su blogu savo sveikatos vertinimu [198]. Augsburgio MONICA studijos duomenimis, blogai sveikatą vertinusiems vyrams ir moterims buvo nustatyti aukštesni AKS vidurkiai nei vertinusiems labai gerai [196]. Kaune tyrimo duomenimis, blogai ir labai blogai sveikatą vertinusių moterų AKS vidurkiai buvo statistiškai reikšmingai didesni nei vertinusių gerai ir labai gerai, o vyrams tokių skirtumų nenustatyta. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, vidutinio amžiaus Kauno moterims, vertinusioms savo sveikatą blogai ir labai blogai, nustatytas didesnis KMI, lyginant su moterimis, vertinusiomis savo sveikatą labai gerai ir gerai. Vokiečių populiacijoje moterims nustatytas didesnis KMI vidurkis vertinusioms savo sveikatą blogai – $28,2 \pm 6,5 \text{ kg/m}^2$ nei

vertinusioms labai gerai – $24,8 \pm 3,7$ kg/m² [196]. Mūsų tirtajame kontingente visi persirgę GSI asmenys nurodė, kad jų sveikata bloga arba labai bloga. Literatūros duomenimis, sirgusieji GSI blogiau vertina sveikatą ir GK dėl susilpnėjusios pažinimo funkcijos, kalbos sutrikimų, invalidumo reiškinių bei dažniau jaučiamo skausmo [199, 200]. Teigiama, kad būtina atsižvelgti į sirgusių GSI subjektyviąją nuomonę apie GK, kadangi dauguma žmonių sunkų insultą traktuoja kaip tolygią mirčiai būklę [201].

Daugiaveiksnės Cox'o analizės duomenimis, Kauno vyrų, vertinusių savo sveikatą „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“, mirties nuo bet kurios priežasties rizika buvo 50 proc. didesnė nei tų, kurie vertino „absoliučiai sveikas“ ir „geros sveikatos“. S. Muters ir kt. teigia, kad subjektyvusis sveikatos vertinimas labiau susijęs su mirties rizika nei objektyvioji pacientų būklė [202]. Augsburgio MONICA studijos Cox'o analizės (stebėjimo trukmė – 11 m.) duomenimis, vyrų, maniusių, kad jų sveikata vidutinė bei bloga, mirties nuo bet kurios priežasties rizika taip pat buvo 50 proc. (ŠS=1,5; 95 proc. PI=1,1-2,2) didesnė nei sveikatą vertinusių kaip gerą bei labai gerą [196]. Moterims nei mūsų, nei vokiečių tyrimo duomenimis, statistškai reikšmingų sąsajų tarp sveikatos vertinimo ir mirties rizikos nebuvo nustatyta. Švedijoje 26 m. stebėjimo duomenimis, jaunų vyrų, vertinusių sveikatą gana gerai, vidutiniškai bei gana blogai ir blogai, mirties nuo bet kurios priežasties rizika buvo atitinkamai 30 proc. (ŠS=1,3; 95 proc. PI=1,2-1,5), 50 proc. (ŠS=1,5; 95 proc. PI=1,3-1,8) ir 90 proc. (ŠS=1,9; 95 proc. PI=1,4-2,4) didesnė, lyginant su maniusiais, kad jų sveikata labai gera ir gera (203). Suomijoje 23 m. stebėjimo duomenimis, tiek vyrų, tiek moterų, vertinusių savo sveikatą vidutiniškai ir blogai, mirties nuo bet kurios priežasties ir nuo ŠKL rizika buvo didesnė, lyginant su vertinusiaisiais gerai [204]. Analizuojant mirties tikimybę tarp Kauno moterų, savo sveikatą įvertinusių „absoliučiai sveika“ ir „geros sveikatos“, „sveika“, „nevisiškai sveika“ ir „sergu“, tik pagal mirties tikimybę nuo ŠKL tarp grupių nustatėme statistškai reikšmingų skirtumų (log-rank=7,7; p=0,02). Nustatyta, kad vyrams, įvertinusiems savo sveikatą „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ ir „sveikas“ palyginus su „absoliučiai sveikas“ ir „geros sveikatos“ buvo statistškai reikšmingai didesnė mirties tikimybė, tikimybė mirti nuo ŠKL ir nuo IŠL. Švedijoje 12 m. stebėjimo duomenimis, mažiausia mirties tikimybė buvo nustatyta gerai savo sveikatą vertinusiems bei ŠKL nesirgusiems asmenims [205]. Mirties tikimybę švedų populiacijoje didino blogai vertinta sveikata, nustatyta ŠKL bei naudojamas medikamentinis gydymas. Vengrijos vyrų ir moterų populiacijoje nustatyta atvirkštinė sąsaja tarp subjektyviojo sveikatos ir socialinės padėties vertinimo, bei mirtingumo – kuo blogiau vertinta sveikata ir socialinė padėtis, tuo aukštesni buvo mirtingumo rodikliai [206].

Apibendrinant galima teigti, kad subjektyvusis sveikatos vertinimas yra susijęs su amžiumi, lytimi bei objektyviaisiais sveikatos rodikliais ir yra reikšmingas mirties prognozės rodiklis.

7. IŠVADOS

1. Nustatytas geras GK klausimyno PSO-100 konvergentinis ir divergentinis pagrįstumas bei aukštas vidinis ir matavimo stabilumas. Klausimynas PSO-100 yra tinkamas Kauno vidutinio amžiaus gyventojų GK tirti.
2. Vyrai gyvenimo kokybę vertino geriau negu moterys. Vyresnio amžiaus vyrai ir moterys GK vertino blogiau. Vienių vyrų ir moterų galimybė blogiau vertinti GK buvo didesnė negu gyvenančių su partneriu. Dirbantys vyrai ir moterys GK vertino geriau negu bedarbiai, invalidai ir pensininkai. Pradinis ir vidurinis išsimokslinimas didino vyrų galimybę patekti į blogiau vertintos GK grupę, lyginant su įgijusių aukštesniąją bei aukštąją išsimokslinimą vyrų grupę. Mažesnės pajamos turėjo neigiamos reikšmės vyrų ir moterų GK. Dirbantys fizinį darbą vyrai ir moterys turėjo didesnę galimybę blogiau vertinti GK aplinkos srityje, lyginant su dirbančiais protinį darbą vyrais ir moterimis.
3. 2001-2002 m. (atsako dažnis 62,4 proc.) sveikatos patikros duomenimis, arterinė hipertenzija nustatyta pusei vidutinio amžiaus Kauno vyrų ir 39 proc. moterų. Turinčių antsvorį daugiau buvo vyrų (47 ir 33,7 proc., $p < 0,001$), o nutukusių – moterų (37,1 ir 25,6 proc., $p < 0,001$). Hipercholesterolemija nustatyta 80,4 proc vyrų ir 82,1 proc. moterų. Nepakankamai fiziškai aktyvių buvo trečdalis vyrų ir moterų, rūkymas ir nesaikingas alkoholio vartojimas dažniau nustatytas vyrams negu moterims. IŠL nustatyta 14 proc. vyrų ir 18 proc. moterų, cukrinis diabetas (ir/arba glikemija nevalgius $\geq 6,1$ mmol/l) – atitinkamai 16,5 ir 13,5 proc.
4. Vyresnis amžius turėjo neigiamos reikšmės vyrų ir moterų GK vertinimui. Antsvoris ir nutukimas turėjo neigiamos įtakos moterų GK, o vyrai, turintys antsvorio, buvo linkę GK vertinti geriau. IŠL vyrams ir moterims, o cukrinis diabetas – tik vyrams statistiškai reikšmingai didino blogesnės GK galimybę. Nepakankamas fizinis aktyvumas turėjo neigiamos reikšmės moterų GK. Rūkymas didino, o gausesnis alkoholio vartojimas mažino vyrų ir moterų galimybę blogiau vertinti GK.
5. Moterys savo sveikatą vertino blogiau negu vyrai. Subjektyvusis sveikatos vertinimas priklausė nuo amžiaus: 33-45 m. vyrai ir moterys dažniau manė, kad jų sveikata labai gera ir gera, o 55-64 m. asmenys dažniau sveikatą vertino labai blogai, blogai ir vidutiniškai negu gerai ir labai gerai. Moterims, vertinusioms savo sveikatą blogai ir labai blogai, nustatytas aukštesnis AKS, didesnė gliukozės koncentracija kraujyje, didesnis KMI, jos mažiau vartojo alkoholio, palyginus su moterimis, kurios savo sveikatą vertino gerai ir labai gerai. Pakankamai fiziškai aktyvios moterys dažniau sveikatą vertino labai gerai ir gerai negu nepakankamai fiziškai aktyvios.

6. Vyrai, vertinę savo sveikatą blogai ir labai blogai, palyginus su vyrais, vertinusiai sveikatą labai gerai ir gerai, mažiau vartojo alkoholio, tačiau turėjo didesnę gliukozės kiekį kraujyje. Rūkančių ir savo sveikatą vertinusių labai gerai ir gerai vyrų buvo statistiškai reikšmingai mažiau negu niekada nerūkiusių vyrų, o blogai ir labai blogai vertintos sveikatos grupėje buvo beveik 3 kartus daugiau vyrų, kurie rūkė negu niekada nerūkiusių vyrų. Nustatyta, kad rūkantys vyrai, vertinę savo sveikatą blogai, labai blogai ir vidutiniškai, rūkė ilgiau negu vertinusieji labai gerai ir gerai. Ir moterys, ir vyrai, sergantys IŠL, CD, sirgę insultu rečiau manė, kad jų sveikata yra labai gera ir gera, o dažniau skundėsi bloga ir labai bloga sveikata.
7. Vyrams, kurie savo sveikatą vertino „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“, palyginus su vyrais, vertinusiai sveikatą „absoliučiai sveikas“ ir „geros sveikatos“ buvo statistiškai reikšmingai didesnė mirties tikimybė bei tikimybė mirti nuo ŠKL ir nuo IŠL. Moterų, vertinusių sveikatą „nevisiškai sveika“ bei „sergu“, mirties nuo ŠKL tikimybė buvo statistiškai reikšmingai didesnė, lyginant su moterimis, kurios manė, jos yra sveikos. Tarp visų analizuojamų veiksnių tik vyrų subjektyvusis sveikatos vertinimas buvo statistiškai reikšmingas, įvertinant prognozinę reikšmę mirtims nuo bet kokios priežasties – vertinusių savo sveikatą „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“, mirties rizika nuo bet kokios priežasties buvo 1,5 karto didesnė nei tų, kurie vertino „absoliučiai sveikas“ ir „geros sveikatos“.

8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. WHOQOL Annotated Bibliography. World Health Organization, Department of Mental Health, Geneva; 1999.
2. Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. John Wiley & sons, England; 2000.
3. Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. Lancet 2002; 359:187-8.
4. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. MA: The Health Institute, Boston; 1993.
5. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodriguez C, de la Fuente L. Population reference values of the Spanish version of the Health Questionnaire SF-36. Med Clin (Barc) 1998; 111:410-6.
6. Novik AA, Ionova TI. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine. Olma-Press Zvezdny mir, Moskva; 2002.
7. Lietuvos Sveikatos programa (1997-2010): patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2d. nutarimu Nr. VIII-833. Medikų žinių leidykla, Vilnius; 1998.
8. House JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. J Health Soc Behav 2002; 43:125-142.
9. National Center for Health Statistics. Health, United States, 1995. Hyattsville, MD: Public Health Service; 1995.
10. Kalėdienė R, Petrauskienė J. Lietuvos gyventojų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų pokyčiai pereinamuoju į rinkos ekonomiką laikotarpiu. Medicina 2001; 12:1537-43.
11. Radišauskas R, Rastenytė D. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų struktūros dinamika (1971-1997). Lithuan J Cardiol 1999; 6:307-11.
12. Radišauskas R, Rastenytė D, Bernotienė G, Šopagienė D, Jančaitytė L. Kauno gyventojų sergamumas ir mirtingumas nuo pagrindinių širdies ir kraujagyslių ligų 1983-2002 m. Medicina 2003; 12:1208-14.
13. Strandberg A, Strandberg TE, Salomaa VV, Pitkala K, Hapola O, Miettinen TA. A follow-up found that cardiovascular risk in the middle age predicted mortality and quality of life in old age. J Clin Epidemiol 2004; 57:415-21.
14. Daviglus ML, Liu K, Pirzada A, Yan LL, Garside DB, Feinglass J, et al. Favorable cardiovascular risk profile in middle age and health-related quality of life in older age. Arch Intern Med 2003; 163:2460-8.
15. Grabauskas V, Zaborskis A, Klumbienė J, Petkevičienė J, Žemaitienė N. Lietuvos paauglių ir suaugusių žmonių gyvensenos pokyčiai 1994-2002 metais. Medicina 2004; 9:884-90.
16. Campbell A, Converse P. Monitoring the Quality of American Life. A Proposal to the Russell Sage Foundation. Survey research Center, University of Michigan; 1970.
17. Levi L, Andersson L. Population, Environment and Quality of Life. A Contribution to the United Nations World Population Conference. Allmanna Forlaget, Stockholm; 1974.

18. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB. The sickness impact profile: development and final revision of health status measure. *Med Care* 1981; 19:787-805.
19. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15A:221-29.
20. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. World Health Organisation, Geneva; 1996.
21. WHO basic documents. Geneva: World Health Organization. Constitution of the World Health Organization; 1948.
22. Measuring quality of life: the development of World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: World Health Organization; 1993.
23. Maeland JG. Health and the quality of life. Concepts and definitions. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1989; 109:1311-5.
24. Novik AA, Ionova TI, Kaind P. Koncepcija issledovanija kachestva zhizni v medicine. Elbi, Moskva; 1999.
25. Spilker B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Lippincott-Raven, New York, Philadelphia; 1996.
26. Staquet MJ. Quality of life assessment in clinical trials. Oxford University Press: Oxford, New York, Tokyo; 1998.
27. Lohr KN. Outcome measurement: Concepts and questions. *Inquiry* 1988; 25:37-50.
28. Mostseller F, Ware JE, Levine S. Finale panel. Comments on the conference on advances in health status assessment. *Medical Care* 1989; 27:282-94.
29. Ware JE. Standards for validating health measures: Definition and content. *J Chron Diseases* 1987; 40:473-80.
30. Beckmann J, Ditlev G. Conceptual views on quality of life. *WHO Reg Publ Eur* 1992; 44:133-7.
31. Aaronson NK. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. *Control Clin Trials* 1989; 10:1995-208.
32. Wood-Dauphinee S, Williams JS. Reintegration to Normal Living as a proxy to quality of life. *J Chronic Dis* 1987; 40:491-502.
33. Breda J, Goyvaers K. A general measure of well-being: outline of a quantative approach. *Sante Publique* 1999; 11:103-26.
34. Nilsson P, Orth-Gomer K. Self-rated health in a European perspective. Stockholm, 2000.
35. Matulionis AV. Sociologija. Homo Liber, Vilnius; 2003.
36. Billingham LJ, Abrams KR, Jones DR. Methods of analysis of quality of life and survival data in health technology assessment. *Health Technol Assess* 1999; 3:55-63.
37. Jahoda M. Current concept of positive mental health. Basic Book. New York; 1958.
38. Maslow A. Toward a Psychology of being. Van Nostrand, New York; 1962.
39. Naess S. Quality of life research, concepts, methods and applications. Oslo; 1987.

40. Lindstrom B. The essence of existence on the quality of life of children in the Nordic countries. Theory and practice in public health. Goteborg: Nordic school of Public Health; 1994.
41. Kriščiūnas A. Reabilitacija. Kaunas; 1993.
42. Ventegodt S, Andersen NJ, Merrick J. Quality of Life Philosophy VI. The Concepts. Scientific World Journal 2003; 3:1230-40.
43. Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. Scientific World Journal 2003; 3:1030-40.
44. WHOQOL-100 Field Trial. The 100 questions with response scales. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva; 1995.
45. Annex IX. WHO QOL (quality of life) user manual: facet definitions and response scales. World Health Organization, Geneva, Programme on Mental Health 1998:61-71.
46. WHOQOL-BREF. Programme on mental health. World Health Organisation, Geneva; 1996.
47. Pibernik-Okanovic M. Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. Diabetes Res Clin Pract 2000; 51:133-43.
48. Tazaki M, Nakane Y, Endo T, Kalikawa F, Kano K, Kawano H, et al. Results of a Qualitative and Field Study Using the WHOQOL-100 Instrument for Cancer patients. Japanese Journal of Clinical Oncology 1998; 28:134-41.
49. O'Carroll RE, Smith K, Couston M, Cossar JA, Hayes PC. A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. Qual Life Res. 2000; 9:121-4.
50. Wesolowski T, Szyber P. Usage of the WHOQOL-100 as a trial of objective estimation of quality of life in end-stage renal disease patients treated with renal transplantation. Pol Merkuriusz Lek. 2004;17:260-6.
51. Uliukin I, Vedmed E, Voronin E. Quality of life of mothers having nosocomially HIV-infected children in Russia. Disabil Rehabil. 2003 Oct 21;25(20):1147-52.
52. Ware JE, Sherbourne SD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30:473-83.
53. Brooks R. EuroQoL: the current state of play. Health Policy 1996; 37:53-72.
54. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Medical Publications, Oxford; 1997.
55. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson, Windsor; 1988.
56. Pevalin DI. Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 11:508-12.
57. The WHOQOL group. Resources for new WHOQOL centres. Introduction and background. World Health Organisation, Geneva; 1994.

58. Nosikov A, Gudex C. EUROHIS: developing common instruments for health surveys. Chapter 11. Development of a common instrument for quality of life. IOS Press, UK; 2003.
59. Klumbienė J, Petkevičienė J, Tamošiūnas A, Grabauskas V, Misevičienė I, Milašauskienė Ž ir kt. Pagrindinės epidemiologinės sąvokos. Profilaktinės medicinos katedra, KMU, Kaunas; 2001.
60. Gandek B, Ware J. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: The IQOLA Project approach. J Clin Epidemiol 1998; 11:953-59.
61. Vega J, Irwin A. Tackling health inequalities: new approaches in public policy. Bull World Health Organ 2004; 82:482.
62. Pedersen CR, Madsen M. Parents' labour market participation as a predictor of children's health and well-being: a comparative study in five Nordic countries. J Epidemiol Community Health 2002; 56:861-7.
63. Coady D. Alleviating structural poverty in developing countries: the approach of PROGRESA in Mexico. Washington (DC): World Bank; 2003.
64. Kalėdienė R, Petrauskienė J. Healthy life expectancy – an important indicator for health policy development in Lithuania. Medicina 2004; 6:582-8.
65. Health and behaviour. Institute of medicine. National academy press, Washington; 1982.
66. Grabauskas V, Petkevičienė J, Klumbienė J, Vaisvalavičius V. Antsvorio ir nutukimo dažnio priklausomybė nuo socialinių bei gyvensenos veiksnių (Lietuvos suaugusių žmonių gyvensenos tyrimas). Medicina 2003; 12:1223-30.
67. Lidfeldt J, Nyberg P, Nerbrand C, Samsioe G, Schersten B, Agardh CD. Socio-demographic and psychosocial factors are associated with features of the metabolic syndrome. The Women's Health in the Lund Area (WHILA) study. Diabetes Obes Metab 2003; 5:106-12.
68. Puzaras P, Ančerytė D, Martinkėnas A, Varoneckas G. Katalikiškasis tikėjimas ir gyvenimo kokybė. Sveikatos mokslai 2000; 2:28-35.
69. Gradeckienė S. Lietuvos neįgaliųjų vaikų ir jų šeimų gyvenimo kokybė. Daktaro disertacija. Kaunas; 2002.
70. Furmonavičius T. Gyvensenos, biologinių ir socialinių veiksnių įtaka vyresnio amžiaus vyrų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. Daktaro disertacija, Kaunas; 2003.
71. Dučinskienė D. Lietuvos aukštųjų mokyklų studentų gyvenimo kokybė ir jai įtakos turintys veiksniai. Daktaro disertacija. Kaunas; 2004.
72. Malcienė L. Išsėtinė sklerozė: epidemiologija ir sergančiųjų gyvenimo kokybė Kauno mieste. Daktaro disertacija. Kaunas; 2004.
73. Šumskienė J. Sergančiųjų kepenų ciroze klinikinės ypatybės, gyvensena ir gyvenimo kokybė bei ligonių, atrinktų kepenų transplantacijai, išgyvenimo įvertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas; 2004.
74. Logminienė Ž. Su liga susijusios tiesioginės ir netiesioginės išlaidos darbingo amžiaus sergantiesiems 1 tipo cukriniu diabetu bei jų gyvenimo kokybė Lietuvoje. Daktaro disertacija, Kaunas, 2004.

75. Rėklaitienė R, Juozulynas A. Sergančių išemine širdies liga gyvenimo kokybės įvertinimas. *Sveikatos mokslai* 2003; 13:2-7.
76. Stasiūtė M, Varoneckas G. Sergančių išemine širdies liga gyvenimo kokybės priklausomybė nuo funkcinės būklės ilgalaikės reabilitacijos metu. *Sveikatos mokslai* 2003; 7:11-14.
77. Jatulienė N, Čepienė J, Kalibatas J, Juozulynas A. Sveikatos ir aplinkos ryšys su gyvenimo kokybe. *Sveikatos mokslai* 2003; 7: 8-10.
78. Valeikienė V, Juozulynas A, Alekna V. Pagyvenusių pacientų gyvenimo kokybė, esant judėjimo sutrikimams. *Sveikatos mokslai* 2003; 13:8-11.
79. Čeremnych E. Naujas klausimynas pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybei įvertinti (EU FRAME V WHOQOL-OLD programa). *Sveikatos mokslai* 2003; 7:52-54.
80. Čeremnych J. Health-related quality of life in older males and females of Vilnius (results of a pilot study). *Acta Medica Lituanica* 2004; 3:56-61.
81. Bulotienė G, Praleikienė L, Vesėliūnas J. Krūties vėžiu sergančių ligonių gyvenimo kokybės vertinimas. *Sveikatos mokslai* 2003; 7:26-30.
82. Alekna V, Tamulaitienė M, Būtėnaitė V. Sergančių osteoporoze kaulų lūžių įtaka gyvenimo kokybei. *Sveikatos mokslai* 2003; 7:22-25.
83. Varoneckas G, Blavieščiūnienė L, Čepukienė L, Duobinis D, Gadeikis E, Jocienė I ir kt. Ligonį su miego sutrikimais ir depresija gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai* 2003; 7:39-44.
84. Rugienė R, Dadonienė J, Venalis A. Gyvenimo kokybės klausimyno adaptavimas, jo tinkamumo kontrolinei grupei ir reumatoidiniu artritu sergantiems ligoniams įvertinimas. *Medicina* 2005; 3:232-39.
85. Kaplan HB. Health, disease, and the social structure. *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1989.
86. Outram S, Mishra GD, Schofield MJ. Sociodemographic and health related factors associated with poor mental health in midlife Australian women. *Women Health* 2004; 39:97-115.
87. House JS, Landis KR, Lumberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241:540-45.
88. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The impact of the family on health: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family* 1990; 52:1059-78.
89. Szaflarski M. Gender, self-reported health, and health-related lifestyles in Poland. *Health Care Women Int* 2001; 22:207-27.
90. Stelmach W, Kaczmarczyk-Chalas K, Bielecki W, Drygas W. The impact of income, education and health on lifestyle in a large urban population of Poland (CINDI Programme). *Int J Occup Environ Health* 2004; 17:393-401.
91. Poikolainen K, Vartiainen E, Korhonen HJ. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol* 1996; 144:346-50.
92. Mansson NO, Rastam L. Self-rated health as predictor of disability, pension and death – A prospective study of middle-aged men. *Scand J Public Health* 2001; 29:151-58.

93. Prineas RJ, Crow RS, Blackburn H. The Minnesota code manual of electrocardiographic findings. Standards and procedures for measurement and classification. University of Minnesota; 1982.
94. International Standard Classification of Occupations (ISCO-88). Geneva: International Labour Office; 1991.
95. Misevičienė I, Tamošiūnas A, Milašauskienė Ž ir kt. Alkoholio vartojimo įpročių bei jo sukeltų problemų poveikio tyrimas. Kauno medicinos universitetas; 1999.
96. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens 1999; 17:151- 83.
97. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Eur Heart J 1998; 19:1434-1503.
98. World Health Organisation. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Consultation on Obesity: Report of a WHO consultation on obesity, Geneva, 3-5 June 1997. – Geneva, World Health Organisation, 1998 (document WHO/NUT/NCD/98.1).
99. Rose GA, Blackburn H, Gillum RF, Prineas RJ. Cardiovascular survey methods. World Health Organization, Geneva; 1982.
100. WHO/NCD/NCS/99.2: Definition, Diagnosis and classification at Diabetes Mellitus and its complications. Part1: Diagnosis and classification at Diabetes Mellitus. WHO, Geneva, 1999, 59 p.
101. Waterhouse J, Miur C, Carreo P. Cancer incidence in five continents. Vol II. IARC, scientific publication, N 15. Intern Agency Res Cancer 1976; 7:456.
102. Čekanavičius G, Murauskas G. Statistika ir jos taikymas. Vilnius; 2000.
103. Sapagovas J, Vitkauskas L, Rašymas A, Šaferis V. Informatikos ir matematinės statistikos pradmenys. Kauno medicinos universitetas; 2000.
104. SAS Institute Inc. SAS Procedures Guide for personal computers. Version 6, 3rd ed. Cary, NC: SAS Institute Inc.;1985.
105. Borovikov V. Statistika: iskusstvo analiza dannych v kompiutere. V kn: Dlia profesionalov. Sankt-Peterburg; 2001.
106. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res 2004; 13:299-310.
107. Norholm V, Bech P. The WHO Quality of Life (WHOQOL) Questionnaire: Danish validation study. Nord J Psychiatry 2001; 55:229-35.
108. Li L, Young D, Xiao S, Zhou X, Zhou L. Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. Bull World Health Organ 2004; 82:493-502.
109. Leung KF, Liu FB, Zhao L, Fang JQ, Chan K, Lin LZ. Development and validation of the Chinese Quality of Life Instrument. Health Qual Life Outcomes 2005; 3:26.

110. Min SK, Kim KI, Lee CI, Jung YC, Suh SY, Kim DK. Development of the Korean versions of WHO Quality of Life scale and WHOQOL-BREF. *Qual Life Res* 2002; 11:593-600.
111. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 2000; 34:178-83.
112. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol* 2000; 53:1-12.
113. Skevington SM, Carse MS, Williams AC. Validation of the WHOQOL-100: pain management improves quality of life for chronic pain patients. *Clin J Pain* 2001; 17:264-75.
114. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain* 1998; 76:395-406.
115. Skevington SM, Wright A. Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry* 2001; 178:261-7.
116. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiamont PP, De Vries J. Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Qual Life Res* 2005; 14:151-60.
117. Hoitsma E, De Vries J, van Santen-Hoeufft M, Faber CG, Drent M. Impact of pain in a Dutch sarcoidosis patient population. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2003; 20:33-9.
118. Skevington SM, O'Connell KA; WHOQOL Group. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. *Qual Life Res* 2004; 13:23-34.
119. Fountoulakis K, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Kaprinis SG, Sitzoglou K, St Kaprinis G, Bech P. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry* 2001; 1:3.
120. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. The Swedish SF-36 Health Survey--I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med* 1995; 41:1349-58.
121. Hjermstad MJ, Fayers PM, Bjordal K, Kaasa S. Health-related quality of life in the general Norwegian population assessed by the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality-of-Life Questionnaire: the QLQ=C30 (+ 3). *J Clin Oncol* 1998; 16:1188-96.
122. Brorsson B, Ifver J, Hays RD. The Swedish Health-Related Quality of Life Survey (SWED-QUAL). *Qual Life Res* 1993; 2:33-45.
123. Laflame L. Social inequality in injury risks, accumulated knowledge and strategies for the future. National Institute of Public health, Stockholm; 1998.
124. Blane D, Smith GD, Bartley M. Social class differences in years of potential life lost: size, trends, and principal causes. *BMJ* 1990; 301:429-32.

125. Vgero D. Inequality in health – some theoretical and empirical problems. *Soc Sci Med* 1991; 32:367-71.
126. Koskinen S, Martelin T. Why are socioeconomic mortality differences smaller among women than among men? *Soc Sci Med* 1994; 38:1385-96.
127. Loge JH, Kaasa S. Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med* 1998; 26:250-8.
128. Noerholm V, Groenvold M, Watt T, Bjorner JB, Rasmussen NA, Bech P. Quality of life in the Danish general population--normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models. *Qual Life Res* 2004; 13:531-40.
129. Szende A, Nemeth R. Health related quality of life of the Hungarian population. *Orv Hetil* 2003; 144:1667-74.
130. Burstrom K, Johannesson M, Diderichsen F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Qual Life Res* 2001;10:621-35.
131. McDowell I, Newell C. *Measuring health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press, New York; 1996.
132. Fryback DG, Dasbach EJ, Klein R. The Beaver Dam health outcomes study: Initial catalog of health state quality factors. *Med Decis Making* 1993; 13:89-102.
133. Michelson H, Bolund C, Nilsson B, Brandberg Y. Health-related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30--reference values from a large sample of Swedish population. *Acta Oncol* 2000; 39:477-84.
134. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85:365-76.
135. Mishra G; Schofield MJ. Norms for the physical and mental health component summary scores of the SF-36 for young, middle-aged and older Australian women. *Qual Life Res* 1998;7: 215-20.
136. Thumboo J, Fong KY, Machin D, Chan SP, Soh CH, Leong KH, Feng PH, Thio S, Boey ML. Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethnicity and socio-economic status. *Soc Sci Med*. 2003; 56:1761-72.
137. Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2004; 103:196-204.
138. Azman AB, Sararaks S, Rugayah B, Low LL, Azian AA, Geeta S, Tiew CT. Quality of life of the Malaysian general population: results from a postal survey using the SF-36. *Med J Malaysia* 2003; 58:694-711.
139. Li N, Liu C, Li J, Ren X. The norms of SF-36 scale scores in urban and rural residents of Sichuan province. *Hua Xi Yi Ke Da Xue Xue Bao* 2001; 32: 43-7.
140. Li N, Liu C, Li J, Ren X. Factors that influence the quality of life of Sichuan population. *Hua Xi Yi Ke Da Xue Xue Bao*. 2001; 32:247-9.

141. Vaez M, Ekberg K, Laflamme L. Ratings of health and quality of life by young working people: Are there occupational or education-based differences? *Work* 2004; 23:193-98.
142. Power C, Manor O, Matthews S. The duration and timing of exposure: effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health* 1999; 89:1059-65.
143. Rahkonen O, Arber S, Lahelma E. Health inequalities in early adulthood: A comparison of young men and women in Britain and Finland. *Soc Sci Med* 1995; 41:163-71.
144. Bardasi E, Francesconi M. The impact of atypical employment on individual wellbeing: evidence from a panel of British workers. *Soc Sci Med* 2004; 58:1671-88.
145. Blossfeld HP, Hakim C. Between equalization and marginalization: women working part-time in Europe and the United States. Oxford University Press, Oxford; 1997.
146. Fugl-Meyer AR, Melin R, Fugl-Meyer KS. Life satisfaction in 18- to 64- year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *J Rehabil Med* 2002; 34:239-46.
147. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J, Koskenvuo M. Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2001; 158:433-9.
148. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.
149. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J, Koskenvuo M. Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finish adults. *Am J Epidemiol* 2000; 152:983-91.
150. Appelberg K, Romanov K, Honkasalo ML, Koskenvuo M. Interpersonal conflicts at work and psychosocial characteristics of employees. *Soc Sci Med* 1991;32:1051-56.
151. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behaviour. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25:22-35.
152. Manuel DG, Schultz SE. Adding years to life and life to years: life and health expectancy in Ontario. Atlas reports – the health in Ontarians. Institute for clinical evaluative studies, Toronto; 2001.
153. Mo F, Choi BC, Li FC, Merrick J. Using Health Utility Index (HUI) for measuring the impact on health-related quality of life (HRQOL) among individuals with chronic diseases. *Scientific World Journal* 2004; 4:746-57.
154. Ferrucci L, Baldasseroni S, Bandinelli S, de Alfieri W, Cartei A, Calvani D, Baldini A, Masotti G, Marchionni N. Disease severity and health-related quality of life across different chronic conditions. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:1490-5.
155. Schultz SE, Kopec JA. Impact of chronic conditions. *Health Rep* 2003; 14:41-53.
156. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004; 13:283-98.
157. Hyder AA, Rotllant G, Morrow RH. Measuring the burden of disease: healthy life-years. *Am J Public Health* 1998; 88:196-202.

158. Ni Mhurchu C, Bennett D, Lin R, Hackett M, Jull A, Rodgers A. Obesity and health-related quality of life: results from a weight loss trial. *N Z Med J* 2004; 117:1207-11.
159. Kaukua J, Pekkarinen T, Sane T, Mustajoki P. Health related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: a 2-y follow-up study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27:1233-41.
160. Karlson J, Taft C, Sjostrom L, Torgerson JS, Sullivan M. Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27:617-30.
161. Lopez-Garcia E, Banegas Banegas JR, Gutierrez-Fisac JL, Perez-Regadera AG, Ganán LD, Rodriguez-Artalejo F. Relation between body weight and health-related quality of life among the elderly in Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27:701-9.
162. Kjaerbye-Thygesen A, Munk C, Ottesen B, Kruger Kjaer S. Why do slim women consider themselves too heavy? A characterization of adult women considering their body weight as too heavy. *Int J Eat Disord* 2004; 35:275-85.
163. Crawford D, Campbell K. Lay definitions of ideal weight and underweight. *Int J Obes* 1999; 23:738-45.
164. Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 179:236-42.
165. Yancy WS Jr, Olsen MK, Westman EC, Bosworth HB, Edelman D. Relationship between obesity and health-related quality of life in men. *Obes Res* 2002; 10:1057-64.
166. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity *JAMA*. 1999; 282:1523-9.
167. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res* 1998; 6:97-106.
168. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes care* 1997; 20:562-7.
169. Wandell P, Brorsson B, Aberg H. Functioning and well-being of patients with type 2 diabetes or angina pectoris, compared with the general population. *Diabetes Metab* 2000; 26:465-71.
170. Consoli SM, Guize L, Ducimetiere P, Duprat-Lomon I, Girod I. Characteristics and predictive value of quality of life in a French cohort of angina patients. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2001; 94:1357-66.
171. Guallar-Castillon P, Santa-Olalla Peralta P, Banegas JR, Lopez E, Rodriguez-Artalejo F. Physical activity and quality of life in older adults in Spain. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:606-10.
172. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life. An epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol* 2001; 54:172-81.
173. Kobalava ZhD, Shkolnikova EE, Moisejev VS. Osobennosti kachestva zhizni u pozhiykh bolnykh s izolirovannoy sistolicheskoy arterialnoy gipertonijej. *Kardiologiya* 1999; 10:27-31.

174. Kłoczek M, Kawecka-Jaszcz K. Quality of life in patients with essential arterial hypertension. Part I: the effect of sociodemographic factors. *Przegl Lek* 2003;60:92-100.
175. Furmonavičius T. Fiziologinių veiksmų įtaka vyresnio amžiaus vyrų kai kuriems gyvenimo kokybės aspektams. *Medicina* 2003;39:896-901.
176. Bardage C, Isacson DG. Self-reported side effects of antihypertensive drugs: an epidemiological study on prevalence and impact on health-state utility. *Blood J Press* 2000; 9:328-34.
177. Mena-Martin FJ, Martin-Escudero JC, Simal-Blanco F, Carretero-Ares JL, Arzua-Mouronte D, Herreros-Fernandez V. Health-related quality of life with known and unknown hypertension: results from the population-based Hortega study. *J Hypertens* 2003; 21:1283-9.
178. Lalonde L, O'Connor A, Joseph L, Grover SA. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. *Qual Life Res* 2004;13:793-804.
179. Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J, McDowell J, Engberg S, Sereika SM, Rohay JM, Bernier MJ. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Qual Life Res* 1998; 7:57-65.
180. Strine TW, Okoro CA, Chapman DP, Balluz LS, Ford ES, Ajani UA, et al. Health-related quality of life and health risk behaviours among smokers. *Am J Prev Med* 2005;28:182-7.
181. Taira DA, Seto TB, Ho KK, Krumholz HM, Cutlip DE, Berezin R, Kuntz RE, Cohen DJ. Impact of smoking on health-related quality of life after percutaneous coronary revascularization. *Circulation* 2000; 102:1369-74.
182. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21:899-905.
183. Blow FC, Walton MA, Barry KL, Coyne JC, Mudd SA, Copeland LA. The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:769-74.
184. Burger M, Mensink GB, Bergmann E, Pietrzik K. Characteristics associated with alcohol consumption in Germany. *J Stud Alcohol* 2003; 64:262-9.
185. Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of life as medicine. II. A pilot study of a five-day "quality of life and health" cure for patients with alcoholism. *Scientific World Journal* 2003; 3:842-52.
186. Lahelma E, Martikainen P, Rankonen O, Silventoinen K. Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Soc Cci Med* 1999; 48:7-19.
187. Hoeymans N, Feskens EJM, Kromhout D, Van Den Bos GAM. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1527-36.
188. McDonough P, Walters V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Soc Sci Med* 2001; 52:547-59.
189. Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women in a five year longitudinal study. *Soc Sci Med* 1998; 46:591-97.

190. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J ir kt. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2002. Kauno medicinos universitetas; 2003.
191. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002; 55:364-70.
192. Lund R, Due P, Modvig J, et al. Cohabitation and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. *Soc Sci Med* 2002; 55:673-679.
193. Carlson P. Risk behaviours and self-rated health in Russia 1998. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:806-17.
194. Lantz PM, Lynch JW, House JS, et al. Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviours. *Soc Sci Med* 2001; 53: 29-40.
195. Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, et al. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 624-630.
196. Heidrich J, Liese AD, Lowel H, Keil U. Self-rated health and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in Southern Germany. Results from the MONICA Augsburg Cohort Study 1984-1995. *Ann Epidemiol* 2002; 12:338-45.
197. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med* 1999; 48:1713-1720.
198. Johansson SE, Sundquist J. Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 1073-1080.
199. Grootendorst P, Feeny D, Furlong W. Health Utilities Index Mark 3: evidence of construct validity for stroke and arthritis in a population health survey. *Med Care* 2000; 38:290-9.
200. Widar M, Ahlstrom G, Ek AC. Health-related quality of life in persons with long-term pain after stroke. *J Clin Nurs* 2004; 13:497-505.
201. Murphy R, Sackley CM, Miller P, Harwood RH. Effect of experience of severe stroke on subjective valuations of quality of life after stroke. *J Neurol Neurosurg* 2001;70:679-81.
202. Muters S, Lampert T, Maschewsky-Schneider U. Self-rated health as predictor for mortality. *Gesundheitswesen* 2005; 67:129-36.
203. Larsson D, Hemmingsson T, Allebeck P, Lundberg I. Self-rated health and mortality among young men: what is the relation and how may it be explained? *Scand J Public Health* 2002; 30:259-66.
204. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:227-32.
205. Bardage C, Isacson D, Pedersen NL. Self-rated health as a predictor of mortality among persons with cardiovascular disease in Sweden. *Scand J Public Health* 2001; 29:13-22.
206. Kopp M, Skrabski A, Rethelyi J, Kawachi I, Adler NE. Self-rated health, subjective social status, and middle-aged mortality in a changing society. *Behav Med* 2004; 30:65-70.

9. DISERTACIJOS TEMA SPAUSDINTŲ DARBŲ SĄRAŠAS

1. M. Kazlauskaitė, R. Rėklaitienė. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė. *Medicina* 2005, t. 41, Nr. 2, p. 155-161.
2. R. Rėklaitienė, M. Kazlauskaitė. Kauno vidutinio amžiaus gyventojų subjektyvus sveikatos vertinimas ir mirties tikimybė (20-ties metų stebėjimo duomenys). *Medicina* 2004, t. 40, Nr. 8, p. 807-815.
3. L. Malcienė, M. Kazlauskaitė. Išsėtine skleroze sergančių ligonių gyvenimo kokybės tyrimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004, t. 8, Nr. 1, p. 11-16.
4. R. Rėklaitienė, A. Juozulynas, M. Kazlauskaitė, A. Lukšienė, D. Petrylaitė D. Virvičiūtė. Quality of life and perceived health among CHD patients and in general population. *Acta medica Lituanica* 2004, vol. 11, no. 2, p. 39-44.
5. M. Kazlauskaitė, R. Rėklaitienė, A. Tamošiūnas, S. Domarkienė. Subjektyvus sveikatos vertinimas ir jo sąsajos su sociodemografiniais bei objektyviais sveikatos rodikliais tarp Kauno vidutinio amžiaus vyrų ir moterų. *Gerontologija* 2003, t. 4, Nr. 2, p. 72-80.
6. A. Tamošiūnas, M. Kazlauskaitė, S. Domarkienė, R. Rėklaitienė. Kauno vidutinio amžiaus gyventojų fizinis aktyvumas ir jo pokyčiai per 20 metų. *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas* 2003, Nr. 5(50), p. 76-83.

Kitos publikacijos

1. K. Buivydaitė, S. Domarkienė, R. Radišauskas, A. Tamošiūnas, G. Bernotienė, Rėklaitienė, M. Kazlauskaitė. Sergamumas ūminiu miokardo infarktu, rizikos veiksniai ir išemijos rizika. *Medicina* 2005, t. 41, Nr. 2, p. 162-170.
2. S. Domarkienė, A. Tamošiūnas, R. Rėklaitienė, D. Šidlauskienė, K. Jurėnienė, L. Markevičienė, K. Buivydaitė, M. Kazlauskaitė. Širdies ir kraujagyslių ligų svarbiausių rizikos veiksnių pokyčiai tarp vidutinio amžiaus Kauno gyventojų 1983–2002 metais. *Medicina* 2003, t. 39, Nr. 12, p. 1193-1199.
3. S. Domarkienė, A. Tamošiūnas, R. Rėklaitienė, K. Buivydaitė, M. Kazlauskaitė, D. Šidlauskienė, K. Jurėnienė. Arterinės hipertenzijos paplitimo, žinių apie ją, gydymo ir kontrolės pokyčiai vidutinio amžiaus Kauno gyventojų grupėje per 20 metų. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004, t. 8, Nr. 11, p. 713-717.
4. J. Blužas, A. Tamošiūnas, S. Domarkienė, R. Rėklaitienė, K. Jurėnienė, D. Šidlauskienė, L. Markevičienė, K. Buivydaitė, M. Kazlauskaitė. Динамика основных факторов риска ишемической болезни сердца среди населения Каунаса за 20 лет (по данным программы МОНИКА). *Кардиология* 2004, т. 44, №. 10, с. 25—31.

5. A. Tamošiūnas, S. Domarkienė, R. Rėklaitienė, M. Kazlauskaitė, K. Buivydaitė, R. Radišauskas, G. Bernotienė. Употребление алкоголя и смертность среди населения 35-64 лет Каунаса в 1983 -2002 гг. Терапевтический архив 2005, № 1, с. 37-41.
6. A. Tamošiūnas, R. Rėklaitienė, S. Domarkienė, M. Bacevičienė, D. Virvičiūtė. Rizikos veiksnių paplitimas ir mirtingumo rizika tarp vidutinio amžiaus Kauno gyventojų priklausomai nuo darbo pobūdžio. Medicina 2005, t. 41, Nr. 8, p. 705-712.

10. PRIEDAI

Klausimyno PSO-100 struktūra ir turinys

Fizinė sritis

1. Skausmas ir nemalonūs pojūčiai

Šiame skyriuje nagrinėjami nemalonūs fiziniai pojūčiai, kuriuos patiria žmogus. Analizuojama, kiek šie pojūčiai žmogų sekina, trukdo gyventi, kaip skausmas kontroliuojamas ir pasiekiamas palengvėjimas. Daroma prielaida, kad kuo lengviau skausmas praeina, tuo mažiau jo bijoma ir tuo mažiau nukenčia GK. Skausmo laipsnio pokyčiai gali daugiau išsekinti nei pats skausmas. Netgi kai žmogui neskauda, GK gali nukentėti dėl nuolatinės skausmo grėsmės (pasikartojantys migrenos priepuoliai). Pripažįstama, kad žmonės skirtingai reaguoja į skausmą, o skirtingas skausmo toleravimas gali daryti nevienodą įtaką GK. Šie klausimai apima ne tik ilgalaikį ar trumpalaikį skausmą (reumatoidinis artritas), bet ir tokius nemalonus fizinius pojūčius, kaip nelankstumas, diegliai, niežėjimas, peršėjimas.

2. Energija ir nuovargis

Čia nagrinėjama, kiek žmogus turi energijos, entuziazmo ir ištvermės dirbti būtinus kasdieninius darbus, dalyvauti poilsio veikloje. Nuovargis, kurį gali sukelti įvairios ligos, depresijos arba tiesiog persitempimas, gali būti sekinantis. Nuovargio poveikis socialiniams santykiams, priklausomybė nuo kitų bei kitos jo priežastys čia nenagrinėjamos. Klausimyne pažymima energijos ir nuovargio pakitimai, kuriuos nurodo pacientas, nesigilinant į priežastis. Pavyzdžiai: fizinė būklė – virusinė infekcija, kepenų problemos; tėvai, turintys mažus vaikus.

3. Miegas ir poilsis

Nagrinėjama, kaip miegas ir poilsis bei šios srities problemos veikia žmogaus GK. Miego problemoms galima priskirti atvejus, kai sunkiai užmiegame, prabundama naktį ar anksti ryte, nesugebama užmigti, jaučiamas nuovargis. Akcentuojama, ar esama miego sutrikimų, kuriuos gali sukelti bet kokios priežastys, susijusios ir su tuo asmeniu, ir su aplinka. Klausimai nereikalauja nurodyti specifinių miego aspektų, kaip ankstyvas pabudimas, tablečių miegui vartojimas. Be to, klausimas apie žmogaus priklausomybę nuo preparatų, padedančių jam miegoti, įtrauktas į nepriklausomumo sritį. Pavyzdžiai: tėvai, turintys mažus vaikus; asmenys, dirbantys pamainomis.

Psichologinė sritis

Šioje srityje nagrinėjama, kiek žmogus patiria teigiamų jausmų, pasitenkinimo, dvasinės pusiausvyros, ramybės, laimės, optimizmo, džiaugsmo ir kiek džiaugiasi maloniais pojūčiais gyvenime. Svarbi dalis yra žmogaus nuomonė ir jausmai dėl ateities. Daugeliui respondentų ši sritis gali reikšti tą patį, ką ir GK (žmogus, pasiekęs dvasinę pusiausvyrą).

5. Mąstymas, mokymasis, atmintis ir dėmesio sutelkimas

Šiuo aspektu tiriama, ką asmuo galvoja apie savo mąstymą, mokymąsi, atmintį, dėmesio sutelkimą bei gebėjimą priimti sprendimus. Tai apima mąstymo greitį ir minties aiškumą. Nekreipiama dėmesio į tai, ar asmuo yra budrus, nuovokus, ar orientuojasi, nors tai ir susiję su mąstymu, atmintimi ir dėmesio sutelkimu. Pripažįstama, kad kai kurie žmonės, turintys pažinimo sunkumų, gali ir neįžvelgti šių problemų, tad tokiais atvejais šalia asmens subjektyviojo vertinimo gali būti būtina ir specialistų nuomonė. Panaši situacija galima tais atvejais, kai respondentai nenori pripažinti turį šių problemų. Pavyzdžiai: asmenys, gyvenantys ypatingo streso sąlygomis; jaučiantys nerimą ar depresiją; kenčiantys dėl silpnaprotystės; turintys trauminių smegenų pakenkimų; persirgę insultu; piktnaudžiaujantys alkoholiu.

6. Savo vertės pajutimas

Šiuo aspektu nagrinėjama, ką žmonės galvoja apie save, kaip vertina save kaip asmenį. Tai apima teigiamą ir ypatingai neigiamą savęs vertinimą. Dėmesio centre yra asmens savigarbą. Siekiama ištirti, ar asmuo jaučiasi esąs veiksmingas, patenkintas savimi, ar gali save kontroliuoti. Klausimai liečia žmonių nuomonę apie save įvairiose srityse: kaip jie sutaria su kitais žmonėmis, koks jų išsimokslinimas, kaip jie vertina savo gebėjimą pasikeisti arba atlikti ypatingas užduotis, kokie santykiai jų šeimose, kaip jie vertina savo orumą. Kai kuriems žmonėms savigarbą daugiausiai priklauso nuo to, kokias funkcijas jie atlieka darbe ar namie ir kaip jie yra vertinami kitų. Kai kuriose kultūrose šeimos garbė yra svarbesnė už asmens savigarbą. Šiuos klausimus respondentai interpretuoja pagal tai, kiek šeimos garbė ir asmeninė savigarbą yra svarbūs jų užimamai padėčiai gyvenime. Kadangi kai kuriems žmonėms sunku kalbėti apie savigarbą, formuluojant klausimus į tai buvo atsižvelgta. Pavyzdžiai: sergantieji depresija; negalintys rasti darbo.

7. Išvaizda

Nagrinėjama asmens nuomonė apie savo kūną, išvaizdą. Siekiama ištirti, ar asmuo yra patenkintas tuo, kaip atrodo, ir kaip tai veikia savęs vertinimą. Išsiaiškiname, kiek galime pakoreguoti „manomus“ ar tikrus kūno defektus (pritaikant makiažą, drabužius, dirbtines galūnes ir kt.). Kitų vertinimas daro didelę įtaką žmogaus savo paties kūno vertinimui. Klausimai yra suformuluoti taip, kad skatintų respondentus atsakyti, kaip iš tikrųjų jie jaučiasi, o ne kaip jie turėtų atsakyti į klausimus. Vienodai lengvai į klausimus galės atsakyti ir tie, kurie patenkinti savo išvaizda, ir tie, kurie turi rimtą fizinę negalią. Pavyzdžiai: turintieji antsvorio; nutukę; sergantys odos ligomis; po galūnių amputacijų; turintys fizinių trūkumų.

8. Neigiami pojūčiai

Šiuo aspektu nagrinėjama, kiek asmuo patiria neigiamų pojūčių, įskaitant nusiminimą, kaltės jausmą, liūdesį, neviltį, nerimą bei malonumo stoką gyvenime. Be to, nagrinėjama, kaip tokie neigiami pojūčiai išsekina asmenį ir kokį poveikį daro kasdieninei jo veiklai. Klausimai suformuluoti taip, kad į juos gali atsakyti žmonės, turintys tokių psichologinių sutrikimų, kaip sunkios formos depresija, manija, panikos priepuoliai. Pavyzdžiai: sergantieji lėtiniais susirgimais, dėl kurių išsivysčiusi depresija arba depresija, atsiradusi po gimdymo, traumos ar nelaimės.

Nepriklausomumo sritis

9. Judrumas

Šiuo aspektu yra nagrinėjama asmens nuomonė apie savo sugebėjimą vykti iš vienos vietos į kitą, judėti namuose ar darbo vietoje, naudotis transporto paslaugomis. Dėmesys kreipiamas į asmens gebėjimą vykti ten, kur nori, be kitų pagalbos, neatsižvelgiant į naudojamas pagalbines judėjimo priemones. Daroma prielaida, kad tuomet, kai asmens judrumas priklauso nuo kito žmogaus, labai nukenčia GK. Be to, klausimai yra skirti žmonėms su judėjimo sunkumais, neatsižvelgiant į tai, ar jų judėjimo pakitimai įvyko staiga, ar palaipsniui. Žmogaus negalia nebūtinai mažina jo judrumą. Pavyzdžiui, sėdint invalido vežimėlyje galima pakankamai gerai judėti atitinkamai įrengtame bute ar darbo vietoje. Čia nenagrinėjamos transporto paslaugos (automobilis, autobusas), kadangi šis klausimas yra pateiktas kitame skyriuje („Transportas“). Pavyzdžiai: seni žmonės, sergantys lėtinėmis ligomis, artritu; turintys regėjimo sutrikimų.

10. Kasdieninis aktyvumas

Šiuo aspektu tiriamas asmens sugebėjimas atlikti įprastus kasdieninius darbus. Tai gebėjimas pasirūpinti savimi ir savo nuosavybe. Žmogaus priklausomybė nuo kitų pagalbos daro įtaką jo GK. Čia nenagrinėjami kasdieninio gyvenimo klausimai, t.y. specifinė veikla, kuriai daro įtaką nuovargis, miego sutrikimai, depresija, nerimas, judrumas ir t.t. Nekreipiama dėmesio ir į tai, ar žmogus gyvena vienas, ar su šeima. Pavyzdžiai: benamiai; pabėgėliai; turintys proto negalią.

11. Priklausomybė nuo vaistų ar gydymo

Šiuo aspektu nagrinėjama asmens priklausomybė nuo medikamentų ar alternatyvaus gydymo (akupunktūra, vaistažolės) tam, kad būtų užtikrinta gera psichinė ir fizinė savijauta. Kartais medikamentai gali neigiamai veikti žmogaus GK (pvz.; šalutiniai reiškiniai, gydant vėžinius susirgimus chemoterapija), o kitais atvejais jie gali ją pagerinti (pvz.; sergantieji vėžiu vartoja nuskausminamuosius preparatus). Šiam skyriui taip pat priklauso medicininės intervencinės priemonės, kurios nėra farmakologinės, tačiau asmuo yra nuo jų priklausomas (širdies stimulatorius, dirbtinis sąnarys). Naudojamų medikamentų ar medicininių priemonių rūšis nedetalizuojama. Pavyzdžiai: sergantieji diabetu yra priklausomi nuo insulino; asmuo, kuriam įstatytas stimulatorius ar paskirtas antibiotikų kursas.

12. Gebėjimas dirbti

Šiame skyriuje nagrinėjamos asmens energijos sąnaudos darbui atlikti. Darbas reiškia bet kokią veiklos rūšį, kurią atlieka žmogus. Tai gali būti apmokamas, neapmokamas ar savanoriškas darbas, mokslo studijos, vaikų priežiūra, buities darbai. Dėmesys kreipiamas į asmens gebėjimą atlikti darbą, neatsižvelgiant į jo rūšį. Nereikalaujama atsakyti, ką žmonės galvoja apie tą darbą ar apie šio darbo aplinkos kokybę. Pavyzdžiai: sergantieji Alzheimerio ar Parkinsono ligomis; asmuo, dėl avarijoje patirtų sužalojimų negalintis rūpintis namų darbais, bet pagal savo galimybes galintis dirbti kitokius darbus.

Socialinių santykių sritis

13. Asmeniniai santykiai

Šiuo aspektu nagrinėjama, kiek žmonės jaučia draugiškumo, meilės ir paramos, kurios jie trokšta iš savo intymių santykių. Taip pat nagrinėjama, kaip atliekamos pareigos rūpinantis kitais žmonėmis. Į šį aspektą įtrauktas sugebėjimas ir galimybė mylėti, būti mylimam ir bendrauti su kitais intymiai tiek emociniu, tiek fiziniu požiūriu. Nagrinėjama, kiek žmonės gali džiaugtis ir laime, ir nelaime su mylimais žmonėmis, jausmu, kad myli ir yra mylimi. Tokie intymumo aspektai, kaip apsikabinimas ir lietimasis taip pat yra įtraukti. Tačiau pripažįstama, kad šis aspektas gali sutapti su lytiniu gyvenimu, kuris nagrinėjamas dalyje „Lytinis aktyvumas“. Klausimais norima išsiaiškinti, kiek pasitenkinimo gauna asmuo, ar jis jaučia našta besirūpindamas kitais. Šiuo atveju numatoma, kad tai gali būti ir teigiami, ir neigiami pojūčiai. Šiame skyriuje nagrinėjamos visos meilės rūšys – artima draugystė, vedybos, heteroseksualus ir homoseksualus bendravimas. Pavyzdžiai: gyvenantys vedybinį gyvenimą; asmuo, sergantis paskutine ligos stadija; motinos, kurios turi vaikus su kalbos defektais ir jaučiasi atstumtos visuomenės arba šeimos narių, kuriems reikėjo ilgą laiką rūpintis ja ir jos vaiku.

14. Praktinė socialinė parama

Šiame skyriuje nagrinėjama, kiek asmuo patiria atsidavimo, pritarimo ir praktinės pagalbos iš šeimos narių ir draugų. Klausimais tiriama, kiek šeima ir draugai prisiima atsakomybės ir kiek drauge yra pasirengę spręsti asmenines ir šeimos problemas. Dėmesys kreipiamas į tai, ar asmuo jaučia šeimos ir draugų teikiamą paramą, o ypač, kiek galėtų jos

sulaukti kritiniu atveju. Į šį aspektą yra įtrauktas ir galimas neigiamas šeimos ir draugų vaidmuo asmens gyvenime. Klausimai yra taip suformuluoti, kad galima būtų įrašyti ir tokį neigiamą šeimos ir draugų poveikį, kaip žodinis ir fizinis įžeidimas. Pavyzdžiai: asmuo, netekęs darbo; žmogus, kuriam nustatyta paskutinė ligos stadija; įžeistas asmuo.

15. Lytinis aktyvumas

Šiame skyriuje nagrinėjamas asmens lytinis potraukis ir sugebėjimas jį išreikšti bei juo džiaugtis. Daugelis žmonių lytinį aktyvumą sieja su intymiais santykiais. Tačiau čia klausiama tik apie potraukį lytiniam santykiams, kaip jie išreiškiami ir kiek jaučiama pasitenkinimo, o kitos fizinio intymumo formos nagrinėjamos kitur. Kai kuriose kultūrose vaisingumas ir vaikų gimdymas yra labai vertinami. Dėmesys kreipiamas į tai, ar lytinis aktyvumas yra svarbus asmens GK. Nėra svarbi asmens seksualinė orientacija ir lytinio gyvenimo praktika, svarbu, ar yra noras turėti lytinius santykius ir kiek gaunama pasitenkinimo. Pripažįstama, kad sunku klausinėti apie lytinį aktyvumą ir atsakymai gali būti atsargūs. Skirtingo amžiaus žmonės bei vyrai ir moterys į šiuos klausimus atsako skirtingai. Kai kurie respondentai gali nurodyti, kad jie tik šiek tiek trokšta arba visai netrokšta lytinių santykių, nepatirdami jokio poveikio GK. Pavyzdžiai: asmuo, vartojantis vaistus, kurie veikia seksualinį potraukį; asmuo, turintis seksualinių sunkumų (anorgasmija).

Aplinkos sritis

16. Fizinė sauga ir saugumas

Šiame skyriuje nagrinėjama, kiek žmogus jaučiasi saugus ir apsaugotas nuo fizinės žalos. Grėsmę saugai ir saugumui gali sukelti bet kokie veiksniai: kiti žmonės, politinė priespauda. Pateiktieji klausimai daugiau susiję su asmens laisvės pojūčiu. Taigi klausimai yra taip suformuluoti, kad galimi įvairūs atsakymai, į kuriuos gali atsakyti asmuo, nejaučiantis jokių gyvenimo suvaržymų, ir asmuo, gyvenantis tokioje valstybėje ar kaimynystėje, kad jaučia priespaudą ir yra nesaugus. Klausimais aiškinamasi, ar asmuo mano, kad esama „rezervų“, kurie saugo ir gali jį apsaugoti, kad jis jaustųsi saugus. Ypač šis aspektas gali būti svarbus tam tikroms grupėms – katastrofų aukoms, benamiams, rizikingų profesijų žmonėms, nusikaltėlių giminėms ir prievartos aukoms. Šioje dalyje giliau nenagrinėjamas sergančių psichinėmis ligomis tariamas nesaugumas, persekiojimas. Dėmesys kreipiamas į tai, ar asmuo jaučiasi saugus, ar ne, ar saugumo trūksta ir kaip tai veikia GK. Pavyzdžiai: kaliniai; pabėgėliai; asmenys, patiriantys politinį persekiojimą.

17. Namų aplinka

Šiame skyriuje nagrinėjama, kokioje vietoje asmuo gyvena (ir bent jau kur miega ir laiko savo daiktus) ir kokią tai daro poveikį GK. Namų kokybė bus vertinama pagal tai, ar jie patogūs, ar tai saugi vieta. Taip pat klausiama apie tai, kiek žmonių gyvena bute, kiek turima erdvės, kokia švara, asmeninio gyvenimo galimybė, turimi patogumai (elektra, tualetas, vandentiekis) ir pastato konstrukcijų kokybė. Labai svarbi artimiausia aplinka prie namų, todėl, sudarant klausimus, buvo atsižvelgta ir į tai. Klausimai buvo sudaryti taip, kad į juos galėtų atsakyti ir tie, kurie gyvena su savo šeima (kadangi namais paprastai vadinama vieta, kur asmuo gyvena su savo šeima), ir tie, kurie negyvena. Tačiau klausimų nebuvo įmanoma formuluoti taip, kad ir benamiai galėtų į juos atsakyti prasmingai. Pavyzdžiai: asmuo, gyvenantis lūšnoje, po tiltu, gatvėje; asmenys, gyvenantys įvairiose institucijose.

18. Finansiniai resursai

Šiame skyriuje nagrinėjamas asmens požiūris į turimus finansinius resursus ir kiek jie patenkina sveiko ir patogaus gyvenimo poreikius. Dėmesys kreipiamas į tai, kiek asmuo turi finansinių resursų, kurie daro įtaką jo GK. Klausimais aiškinamasi, ar asmuo jaučia

pasitenkinimą tais daiktais, kuriuos jo pajamos leidžia jam įsigyti. Klausima, ar asmuo jaučia nepriklausomybę, kurią suteikia finansiniai resursai, ir ar jų pakanka. Vertinama neatsižvelgiant į respondento sveikatą, ar asmuo turi darbą, ar ne. Turimų finansinių resursų vertinimai, kaip „pakankami“, „patenkina poreikius“ ir t.t. yra labai įvairūs. Pavyzdžiai: asmenys su protine ar fizine negalia; pabėgėliai; bedarbiai.

19. Sveikata ir socialinė priežiūra: prieinamumas ir kokybė

Šiame skyriuje nagrinėjamas asmens požiūris į sveikatą ir socialinę apsaugą jam artimiausioje aplinkoje. „Artimiausia“ reiškia, kad jai pasiekti ir gauti pagalbą būtų sugaišta mažiausiai laiko. Klausimais siekiama nustatyti asmens požiūrį į sveikatos ir socialinių paslaugų prieinamumą, kokybę ir visapusiškumą, kurias žmogus gauna arba tikisi gauti, jei jų prireiktų. Į klausimus įtraukta ir savanoriška visuomeninė parama (labdara bažnyčiose), kuri papildo sveikatos priežiūrą arba gali būti vienintelė prieinama parama asmens gyvenamoje aplinkoje. Klausima, ar lengva pasiekti vietinės sveikatos ir socialines tarnybas bei į šias įstaigas nuvesti gimines ir draugus. Pavyzdžiai: asmuo, gyvenantis kaimo vietovėje, kurioje nėra medicinos pagalbos; asmenys be socialinio draudimo.

20. Galimybė įgyti informacijos ir įgūdžių

Šiame skyriuje yra nagrinėjamos asmens galimybės ir norai įgyti naujų įgūdžių, žinių. Tai galima pasiekti per formalias švietimo programas, suaugusiųjų mokymo centrus, per rekreacijos veiklą grupėse ar atskirai (pvz.; skaitant). Šiuo aspektu kalbama apie žengimą pirmyn ir domėjimąsi tuo, kas vyksta tiek plačiąja (pasaulio naujienomis), tiek ir siaurąja prasme (vietinės reikšmės įvykiais). Daugeliui žmonių labai svarbu jaustis dalimi to, kas vyksta aplinkui. Dėmesys kreipiamas į žmogaus galimybės patenkinti informacijos ir žinių poreikį, nesvarbu, ar tai būtų mokslo žinios, ar vietinės, nacionalinės bei tarptautinės naujienos, kurios turėtų reikšmės asmens GK. Klausimai yra pateikti taip, kad būtų galima suprasti šiuos skirtingus naujos informacijos ir įgūdžių įgijimo aspektus, kurie svyruoja nuo pasaulio naujienų ir vietinių apkalbų iki formalių mokymo programų ir profesinio tobulėjimo. Pavyzdžiai: asmuo, gyvenantis kaimo vietovėje, kurio galimybes įgyti naujų žinių ribotos; suaugęs žmogus, tęsiantis pertrauktas studijas.

21. Dalyvavimas rekreacijos ir laisvalaikio veikloje

Šiame skyriuje tiriamas asmens sugebėjimas, galimybės ir polinkis dalyvauti laisvalaikio ir poilsio užsiėmimuose. Klausimais nagrinėjamos visos laisvalaikio, relaksacijos ir rekreacijos formos. Tai apima draugų lankymą, sportą, skaitymą, televizijos žiūrėjimą, laiko su šeima leidimą ar tiesiog nieko neveikimą. Dėmesio centre yra trys aspektai: gebėjimas ilsėtis, galimybės tai daryti ir patiriamas malonumas ilsintis. Pavyzdžiai: asmenys, turintys fizinių trūkumų; asmenys, negalintys palikti namų.

22. Išorinė (fizinė) aplinka

Šiame skyriuje nagrinėjamas žmogaus požiūris į aplinką – triukšmą, užterštumą, klimata, estetinį aplinkos įvertinimą, kuris gali teigiamai ar neigiamai veikti GK. Kai kuriose kultūrose tam tikri aplinkos aspektai gali būti ypač svarbūs GK (aprūpinimas vandeniu, oro užterštumas). Šioje dalyje nenagrinėjama „Namų aplinka“ ar „Transporto paslaugos“, kurie analizuojami kituose skyriuose. Pavyzdžiai: asmuo, gyvenantis užterštoje aplinkoje; asmuo, gyvenantis natūraliame gamtos pavojuje (potvynių, žemės drebėjimų).

23. Transportas

Šiame skyriuje analizuojama asmens nuomonė apie tai, ar jam lengvai prieinamas naudojimasis transporto priemonėmis. Klausimai apima bet kokias transporto priemones, kurias asmuo gali įsigyti ir naudotis (dviratis, lengvoji mašina, autobusas). Dėmesys kreipiamas į tai,

kaip turima transporto priemonė leidžia asmeniui atlikti būtinus kasdieninius darbus, ar laisvai jis gali dalyvauti pasirinktoje veikloje. Nereikalaujama nurodyti transporto rūšies, netiriamos priemonės, kurios naudojamos namų aplinkoje. Šiame skyriuje netiriamas asmens judrumas (skyrius „Judrumas“). Pavyzdžiai: asmenys, gyvenantys toli nuo miesto, tačiau dirbantys mieste; asmuo, norintis pasiekti medicinos įstaigas viešuoju transportu.

Dvasingumo sritis

24. Dvasingumas (tikėjimas), asmeniniai įsitikinimai

Šiame skyriuje yra nagrinėjami asmens įsitikinimai, galintys veikti GK. Tikėjimas gali padėti asmeniui įveikti gyvenimo sunkumus, įgyti naujos patirties, suteikti prasmės dvasiniams ir asmeniniams klausimams ir leisti žmogui gerai jaustis. Ši sritis skiriasi įvairių religijų atstovams, taip pat tiems, kurių asmeniniai ir dvasiniai įsitikinimai yra priešingi vyraujančiai religinei orientacijai. Daugeliui žmonių religija, įsitikinimai ir dvasingumas yra komforto, gerovės, saugumo, prasmės, tikslo ir stiprybės šaltinis. Tačiau kai kurie žmonės nurodo, kad religija daro neigiamą įtaką jų gyvenimui. Pavyzdžiai: musulmonai, gyvenantys Indijoje; misionieriai; asmenys, sergantys paskutine ligos stadija.

1 lentelė. Kauno 35-64 m. moterų subjektyvusis sveikatos vertinimas atsižvelgiant į rizikos veiksnius ir lėtines ligas

Veiksniai		Subjektyvusis sveikatos vertinimas								χ^2
		Labai gera ir gera		Vidutinė		Bloga ir labai bloga		Iš viso		
		n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	
Arterinė hipertenzija	nenustatyta	125	28,0	268	60,0	54	12,1	447	100	49,4, p<0,0001
	nustatyta	31	9,5***	218	66,5	79	24,1***	328	100	
Kūno masės indeksas, kg/m ²	<25,0	62	29,1	134	62,9	17	8,0	213	100	42,4, p<0,0001
	25,0-29,9	58	22,7	159	62,1	39	15,2*	256	100	
	≥30,0	36	11,7***	194	63,2	77	25,1***	307	100	
Cholesterolis , mmol/l	<5,0	26	20,6	85	67,5	15	11,9	126	100	3,0, p=0,228
	≥5,0 mmol/l	130	20,0	402	61,8	118	18,2	650	100	
Rūkymas	nerūko	132	18,9	444	63,7	121	17,4	697	100	5,5, p=0,065
	rūko	24	30,0	44	55,0	12	15,0	133	100	
Fizinis aktyvumas	pakankamas	112	22,9	306	62,6	71	14,5	489	100	10,5 p=0,005
	nepakankamas	44	15,3**	182	63,2	62	21,5*	288	100	
Alkoholio vartojimas, SAV/mėn.	0,1-1,7	25	13,4	109	58,6	52	28,0	186	100	52,0 p<0,0001
	>1,7-3,6	25	14,0	125	69,8	29	16,2 [#]	179	100	
	>3,6-8,4	47	26,6 ^{###}	112	63,3	18	10,2 ^{####}	177	100	
	>8,4	54	30,3 ^{####}	112	62,9	12	6,7 ^{####}	178	100	
Išeminė širdies liga:	nenustatyta	136	21,6	399	63,3	95	15,1	630	100	12,0 p=0,002
	nustatyta	20	13,6*	89	60,5	38	25,9*	147	100	
Cukrinis diabetas:	nenustatytas	144	21,7	419	63,1	101	15,2	664	100	15,6 p<0,0001
	nustatytas	12	10,6***	69	61,1	32	28,3**	113	100	
Persirgtas insultas:	nėra	156	20,2	486	63,0	129	16,7	771	100	10,7 p=0,005
	yra	0	0,0	2	33,3	4	66,7**	6	100	

SAV/mėn. – per mėnesį suvartojami standartiniai alkoholio vienetai. * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001 palyginus su atitinkama rizikos veiksnio neveikiama ar tam tikra liga nesergančių asmenų grupe; [#] – p<0,05, ^{###} – p<0,01, ^{####} – p<0,001 palyginus su vartojančių 0,1-1,7 SAV/mėn. grupe.

2 lentelė. Kauno 35-64 m. vyrų subjektyvusis sveikatos vertinimas atsižvelgiant į rizikos veiksnius ir lėtines ligas

Veiksniai		Subjektyvusis sveikatos vertinimas								χ^2
		Labai gera ir gera		Vidutinė		Bloga ir labai bloga		Iš viso		
		n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	
Arterinė hipertenzija	nenustatyta	115	37,6	159	52,0	32	10,5	306	100	7,2, p=0,028
	nustatyta	88	27,6**	190	59,6	41	12,9	319	100	
Kūno masės indeksas, kg/m ²	<25,0	55	30,2	100	54,9	27	14,8	182	100	14,8, p=0,005
	25,0-29,9	111	39,1	149	52,5	24	8,5	284	100	
	≥30,0	37	23,4	99	62,7	22	13,9	158	100	
Cholesterolis , mmol/l	<5,0	42	34,1	63	51,2	18	14,6	123	100	1,9, p=0,391
	≥5,0 mmol/l	161	32,3	283	56,8	54	10,8	498	100	
Rūkymas	nerūko	125	33,7	204	55,0	42	11,3	371	100	0,6, p=0,729
	rūko	78	30,7	145	57,1	31	12,2	254	100	
Fizinis aktyvumas	pakankamas	140	34,3	225	55,1	43	10,5	408	100	2,6 p=0,269
	nepakankamas	63	29,0	124	57,1	30	13,8	217	100	
Alkoholio vartojimas, SAV/mėn.	0,1-1,7	40	26,5	82	54,3	29	19,2	151	100	27,5 p<0,0001
	>1,7-3,6	42	28,0	93	62,0	15	10,0	150	100	
	>3,6-8,4	49	32,7	92	61,3	9	6,0 ^{##}	150	100	
	>8,4	66	44,0 ^{##}	74	49,3	10	6,7 ^{##}	150	100	
Išeminė širdies liga:	nenustatyta	188	35,3	293	55,0	52	9,8	533	100	20,7 p<0,0001
	nustatyta	15	16,3***	56	60,9	21	22,8**	92	100	
Cukrinis diabetas:	nenustatytas	181	34,9	282	54,4	55	10,6	518	100	9,6 p=0,008
	nustatytas	22	20,6**	67	62,6	18	16,8	107	100	
Persirgtas insultas:	nėra	203	32,9	345	55,9	69	11,2	617	100	12,9, p=0,002
	yra	0	0,0	4	50,0	4	50,0*	8	100	

SAV/mėn. – per mėnesį suvartojami standartiniai alkoholio vienetai. * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001 palyginus su atitinkama rizikos veiksnio neveikiama ar tam tikra liga nesergančių asmenų grupe; ^{##} – p<0,01 palyginus su vartojančių 0,5-11,8 SAV/mėn. grupe.