

VILNIAUS UNIVERSITETAS

RASA SAVIČIŪTĖ

**SVEIKATOS IR SOCIALINIŲ VEIKSNIŲ SAŠAJŲ
TYRIMAS**

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (09 B)

Vilnius, 2013

Disertacija rengta 2008 – 2012 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institute ir Valstybiniame mokslinių tyrimų institute Inovatyvios medicinos centre.

Mokslinis vadovas:

Prof. habil. dr. Algirdas Juozulynas (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09 B)

TURINYS

SANTRUMPOS.....	7
LENTELĖS IR PAVEIKSLAI	8
ĮVADAS.....	11
LITERATŪROS APŽVALGA.....	16
1.1 Sveikatos, kaip socialinio proceso, vaidmuo visuomenėje	16
1.2 Ekonominių rodiklių įtaka sveikatai. Sveikatos netolygumai	19
1.3 Gyvenimo kokybės ir socialinės kokybės svarba sveikatai.....	22
1.4 Socialinių veiksnių įtaka psichikos sveikatai	27
1.5 Sveikatos sistemos politikos formavimo principai.....	31
1.6 Sveikatos ir aplinkos santykis	34
TYRIMO OBJEKTAS IR METODIKA.....	39
2.1 Tyrimo objektas	39
2.2 Tyrimo instrumentas	41
2.3 Tyrimo metodika.....	41
REZULTATAI.....	45
3.1 Tiriamojo objekto charakteristika	45
3.2 Sveikatos visuminė socialinė sklaida	48
3.2.1 Sveikatos bendros būklės ir socialinio statuso sąsajos.....	48
3.2.2 Sveikatos problemų socialinė sklaida	53
3.2.3 Subjektyviai vertinamo sergamumo socialiniai ryšiai.....	62
3.3 Psichikos sveikatos socialiniai bruožai	69
3.4 Sveikatos ir socialinių veiksnių integrali sąveika.....	103
REZULTATŲ APTARIMAS	112
IŠVADOS	129
PRAKTINĖS REKOMEDACIJOS.....	131
LITERATŪRA.....	132
PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS	151
PRIEDAI.....	155

Priedas 1: Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos išduoti leidimai.....	156
Priedas 2: Bioetikos komiteto leidimas atlikti tyrimą	158
Priedas 3: Asmens informavimo ir sutikimo forma	159
Priedas 4: Tyrimo anketa	160

PAGRINDINIAI TERMINAI IR SĄVOKOS

Sveikatos veiksniai	Tai veiksniai, lemiantys sveikatą (fizinė, biologinė, socialinė aplinka ir pan.).
Socialinis saitas	Tai visuomenę organizuojančių veiksmų visuma. Tai ryšys tarp įvairių visuomenės grupių, jų tarpusavio santykis [19, 20, 21, 22].
Socialinis statusas	Tai tam tikra bendra individo būklė visuomenėje, kurią atspindi lytis, amžius, išsilavinimas, profesija, materialinė padėtis, gyvenamoji vieta ir kt. Šiuo atveju tai tyrimo subjektas [184].
Socialinė kokybė	Ji yra daugiau orientuota į gerovės ir socialinių santykių pasiskirstymą visuomenėje. Ji reiškia lygybę, tarpusavio santykius ir bendradarbiavimą tarp vyriausybės ir viešojo sektoriaus organizacijų, socialinės lygybės, visuomenės, socialinio saito, partnerystės tarp verslo, visuomenės ir kitų institucijų ir gyvenimo kokybės. Tai išsamesnė gyvenimo kokybės samprata. Kitaip tai nuolatinės įtampos tarp individualios savirealizacijos ir dalyvavimo įvairiose kolektyvinio tapatumo santykiuose ryšys, kuris vyksta tam tikrame socialiniame kontekste ir veikia kasdieninį gyvenimą [69, 75, 76, 77, 78].
Sveikatos poreikis	Medicinos paslaugos (pagalba, reikalingi vaistai), socialinės ir dvasinės sveikatos poreikiai (valdžios dėmesys, tarpusavio supratimas, artimų žmonių pagalba, dvasinė ramybė, dėmesys vyresnio amžiaus žmonėms ir kt.) ir sveikatos būklė.
Socialinė sveikata	Tai integrali sąvoka ir vienareikšmiškai jos nustatyti neįmanoma. Ji formuojasi kaip daugelio veiksnių tarpusavio sąveikos rezultatas ir turi visuminių latentinių bruožų, kurie gali būti pozityvūs arba negatyvūs sveikatos socialinės plėtros, kaip bendro gėrio, atžvilgiu ir atitinkamai veikti visuomenės sveikatos procesą [14, 15].
Sveikatos problemos	Tai subjektyvus sveikatos vertinimas, kai sveikata vertinama blogiau negu gera.
Socialinio veikimo potencialas	Parodo ryšį tarp to, kas socialiai vyksta tarp žmonių, asmens ir visuomenės sveikatos erdvėje. Žmonių veiksmai priklauso nuo apsisprendimų, kurie remiasi jų suvoktais motyvais, įsitikinimais, vertybinėmis nuostatomis. Visa tai sudaro išankstinį socialinio veikimo potencialą [19, 20, 21, 22].
Gyvenimo kokybė	Tai visus individo gyvenimo aspektus apimanti koncepcija, kuri grindžiama plačia sveikatos perspektyva, kaip fiziniu, psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu bei gerove. Remiantis šiuolaikine darnios

plėtos koncepcija, gyvenimo kokybė yra socialinių, ekonominių ir aplinkos veiksnių sąveikos rezultatas [58, 59, 60, 61].

Pajamų kvartilinės grupės

Sudaromos į 4 lygias dalis dalijant eilutę, kurią sudaro visi asmenys, išdėstyti didėjimo tvarka pagal ekvivalentines disponuojamąsias pajamas sąlyginiam asmeniui. Pirmąją kvartilinę grupę sudaro asmenys, kurių ekvivalentinės disponuojamosios pajamos yra mažiausios (mažesnės už pirmąjį kvartilį), antrąją – asmenys, kurių pajamos yra didesnės už pirmąjį kvartilį, bet mažesnės už antrąjį kvartilį ir t. t. Kiekvienos kvartilinės grupės asmenų skaičius vienodas.

Sisteminė analizė

Tai mokslinio tyrimo metodologinė kryptis, kurios pagrindas yra sudėtingo vientiso objekto su daugybe elementų, jų visumos santykių ir ryšių nagrinėjimas. Remiasi sisteminiiais mokslo principais, reikalaujančiais analizuoti tikrovės reiškinius kaip tam tikros visumos komponentus (susijusius ir tarp savęs, ir su ta visuma) ir kaip visumą (sudarytą iš tarp savęs susijusių komponentų, bet jais nepaaiškinamą) [182].

Klasterinė analizė

Eksperimentinių duomenų ir klasių grupavimo metodas. Tai metodas identifikuoti homogenines objektų arba stebėjimų grupes (klasterius) — objektai suskirstomi taip, kad skirtumai klasterių viduje būtų kuo mažesni, o tarp klasterių – kuo didesni. Klasterinės analizės procedūros tipas priklauso nuo stebėjimų skaičiaus. [183].

Faktorinė analizė

Daugiamatis matematinės statistikos metodas, paprastai taikomas nustatant socialinių objektų tarpusavio ryšius ir, remiantis tai ryšiais, klasifikuojant požymius [183].

Dispersinė analizė

Metodas aiškina sisteminius tiesioginių matavimo rezultatų, atliktų besikeičiančiomis sąlygomis, skirtumus. Šiuo metodu analizuojama vieno arba kelių veiksnių tarpusavio sąveikos įtaka [183].

SANTRUMPOS

GK	Gyvenimo kokybė
Chi-kv.	Chi kvadratas
lks	laisvės laipsnis
n	absoliutus skaičius
SN	Standartinis nuokrypis arba vidutinis kvadratinis nuokrypis
Sign	Ženklių testas yra pagrįstas teigiamų ir neigiamų skirtumų tarp testavimo reikšmių skaičiaus nustatymu ir gali būti taikomas, kai skirtumas tarp dviejų imčių nėra žymus [183]. Jei gauta kriterijaus <i>p</i> -reikšmė (<i>Sign</i>) mažesnė už reikšmingumo lygmenį 0,05, tai dispersijos skiriasi esmiškai.
F	F testas – statistinis testas dispersijų lyginimui.
VMTI IMC	Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras
ES	Europos Sąjunga
NATO	Šiaurės Atlanto Sutarties Organizacija (NATO – <i>North Atlantic Treaty Organization</i>) – tarptautinė gynybinė sąjunga
JT	Jungtinės Tautos
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija

LENTELĖS IR PAVEIKSLAI

Lentelės	Puslapis
1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą ir lytį	45
2 lentelė. Imties pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir lytį	45
3 lentelė. Imties pasiskirstymas pagal profesiją ir lytį	46
4 lentelė. Pajamų kvartilinis pasiskirstymas vieno šeimos nario per mėnesį	46
5 lentelė. Respondentų išsilavinimo pasiskirstymas pagal lytį	47
6 lentelė. Šeimyninė padėtis atsižvelgiant į lytį	48
7 lentelė. Respondentų sveikatos bendros būklės socialinė sklaida	50
8 lentelė. Respondentų sveikatos problemų paplitimo socialinė sklaida	56
9 lentelė. Socialinio statuso veiksnių ir jų sąveikos poveikis sveikatos būklei ir sveikatos problemų sklaidai	57
10 lentelė. Sergamumas lėtinėmis ligomis	63
11 lentelė. Socialinio statuso veiksnių ir jų sąveikos poveikis sergamumui širdies-kraujagyslių ligomis	66
12 lentelė. Socialinio statuso veiksnių ir jų sąveikos poveikis sergamumui širdies-kraujagyslių ligomis	67
13 lentelė. Kreipimūsi į daktarus bei gydymosi specializuotose įstaigose procentinis pasiskirstymas	68
14 lentelė. Psichikos sveikatos būsenos identifikavimo procentinis pasiskirstymas (n = 1223)	70
15 lentelė. Psichikos sveikatos vidutinių reikšmių pasiskirstymas tarp vyrų ir moterų	71
16 lentelė. Psichikos sveikatos vidutinių reikšmių pasiskirstymas tarp miesto ir kaimo žmonių	72
17 lentelė. Psichikos sveikatos struktūrų priklausomybė nuo amžiaus grupių.	73
18 lentelė. Sveikatos bendros būklės priklausomybė nuo psichikos sveikatos	74
19 lentelė. Kreipimūsi į bendrosios praktikos gydytojus per pastaruosius metus dažnio ir psichikos sveikatos santykis	75
20 lentelė. Kreipimūsi į neurologą per pastaruosius dažnio ir psichikos sveikatos santykis	77
21 lentelė. Kreipimūsi į kardiologą per pastaruosius metus dažnio ir psichikos sveikatos santykis	78
22 lentelė. Kreipimūsi į psichiatrą per pastaruosius metus dažnio ir psichikos sveikatos santykis	80
23 lentelė. Kreipimūsi į onkologą per pastaruosius metus dažnio ir psichikos sveikatos santykis	81
24 lentelė. Psichikos sveikatos ir užimtumo tarpusavio sąveika	82
25 lentelė. Psichikos sveikatos ir išsilavinimo tarpusavio sąveika	85

26 lentelė. Psichikos sveikatos ir šeimyninės padėties tarpusavio priklausomybės	88
27 lentelė. Alkoholinių gėrimų vartojimo dažnumas tarp vyrų ir moterų	90
28 lentelė. Respondentų gyvenimo įpročių sukeliančių sveikatos problemas, paplitimo sklaida (per paskutinius 12 mėn.)	92
29 lentelė. Somatinių susirgimų ir alkoholio vartojimo tarpusavio priklausomybė	93
30 lentelė. Nerimo ir alkoholio vartojimo tarpusavio priklausomybė	94
31 lentelė. Socialinės disfunkcijos ir alkoholio vartojimo tarpusavio priklausomybė	95
32 lentelė. Depresijos ir alkoholio vartojimo tarpusavio priklausomybė	95
33 lentelė. Psichikos sveikatos ir rūkymo tarpusavio priklausomybės vidutinės reikšmės	96
34 lentelė. Psichikos sveikatos ir raminamųjų/migdomųjų vaistų vartojimo tarpusavio priklausomybės vidutinės reikšmės	98
35 lentelė. Psichikos sveikatos ir narkotikų vartojimo tarpusavio priklausomybės vidutinės reikšmės	99
36 lentelė. Amžiaus ir lyties sąveikos ir pajamų poveikio sveikatai sąsajos	101
37 lentelė. Pajamų, gyvenamosios vietos ir išsilavinimo sąveikos poveikio sveikatai sąsajos	102
38 lentelė. Sveikatos socialinio saito faktorinė struktūra	103
39 lentelė. Faktorinių reikšmių statistinė struktūra	106
40 lentelė. Teigiamų ir neigiamų faktorinių reikšmių pasiskirstymas pagal lytį	107
41 lentelė. Latentinių faktorių įtakos stiprumas pagal lytį	109
42 lentelė. Psichikos sveikatos socialinio saito klasterinė struktūra	110

Paveikslai

Puslapis

1 paveikslas. Otavos chartijos principai. Kasdieninės aplinkos veiksniai.	17
2 paveikslas. Sveikatą lemiantys veiksniai (šaltinis www.annualreviews.org Social Determinants of Health) [36].	18
3 paveikslas. Sąlyginis socialinės kokybės veiksnių keturkampis.	26
4 paveikslas. Sveikatos politikos formavimą lemiantys veiksniai [108].	33
5 paveikslas. Sveikatą lemiantys veiksniai.	36
6 paveikslas. Tyrimo principinė schema	42
7 paveikslas. Respondentų, subjektyvaus savo sveikatos vertinimo pasiskirstymas procentais	49
8 paveikslas. Respondentų savo sveikatos vertinimas išreikštas procentais, atsižvelgiant į išsilavinimą	52
9 paveikslas. Sveikatos problemų turinčių ir neturinčių respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes procentais	55
10 paveikslas. Lyties ir amžiaus sąveikos poveikis sveikatos būklei (a) ir sveikatos problemų sklaidai (b)	59

11 paveikslas. Amžiaus ir išsilavinimo sąveikos poveikis sveikatos būklei (a) ir sveikatos problemų sklaidai (b)	60
12 paveikslas. Amžiaus ir užimtumo sąveikos poveikis sveikatos būklei (a) ir sveikatos problemų sklaidai (b)	61
13 paveikslas. Amžiaus ir šeimos sąveikos poveikis sveikatos būklei (a) ir sveikatos problemų sklaidai (b)	62
14 paveikslas. Lėtinių ligų pasiskirstymas atsižvelgiant į amžiaus grupes	65
15 paveikslas. Užimtumo įtaka psichikos sveikatos sritims	84
16 paveikslas. Išsilavinimo įtaka psichikos sveikatos sritims	87
17 paveikslas. Šeimyninės padėties įtaka psichikos sveikatos sritims	89

IVADAS

Po Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimo šalis įsitraukė į daugelį naujų veiklų. Įstodama į tarptautines organizacijas (tokias kaip ES, NATO, JT, PSO ir kt.) bei priimdama įvairias deklaracijas, šalis įsitraukė į politinius, ekonominius, socialinius bei sveikatos skatinimo, gerinimo ir stiprinimo, prevencinius ir kitus procesus. Drauge atsivėrė lengvesni ir laisvesni keliai informacijos ir idėjų sklaidai bei jų įgyvendinimui, didesnės bendradarbiavimo galimybės, įsijungimas į tarptautinius projektus ir pan., o tai užtikrino visų gyvenimo sričių spartesnę augimą ir vystymąsi [1]. Atsiradus naujoms galimybėms ir ištekliams, Lietuvai aktualios tapo visos pasaulio bendruomenės problemos, tarp kurių nemažą dalį sudarė ir su sveikata bei sveikatos priežiūra susijusios problemos, pavyzdžiui sergamumas ir mirtingumas kraujagyslių ir širdies ligomis, piktybiniais navikais, nutukimas, alkoholio, tabako, psichoaktyvių medžiagų vartojimas, ekonominiai – socialiniai nelygumai, demografiniai gyventojų amžiaus pokyčiai, lėšos skirtos sveikatos priežiūrai ir kt. [1, 2, 3]. Šioms problemoms mažinti numatyti konkretūs tikslai. Pavyzdžiui, tarpsektorinio bendradarbiavimo skatinimas ir stiprinimas, įvairių sektorių integracija, nelygybių mažinimas, psichikos, fizinės ir socialinės sveikatos gerinimas, sveikas senėjimas, naujų mokslo žinių ir metodų paieška ir naudojimas, sveikatos politikos formavimas ir kt., yra aiškiai deklaruojami Eurostrategijoje sveikata visiems XXI a. [4]. Šiuo atveju vienas iš svarbiausių tikslų ir prioritetų yra visuomenės sveikata ir jos gerėjimas. Todėl būtina tinkamai investuoti į visuomenės sveikatą kaip sveikos gyvensenos plėtrą. Lietuvos įvairūs strateginiai tikslai bei darnaus vystymosi strateginiai prioritetai ir principai yra priimti ir išdėstyti atsižvelgiant į nacionalinius Lietuvos interesus ir tikslus, jų savitumą, o taip pat ir į ES prioritetus bei daugelį kitų programinių dokumentų nuostatų [5]. PSO „Veronos iniciatyvoje“ yra teigiama, jog investicija į sveikatą, kartu yra investicija ir į socialinę bei ekonominę klestėjimą, t.y., esant tinkamai,

veiksmingai ir efektyviai politikai būtų mažiau lėšų sunaudojama žmonių socialinėms reikmėms, sveikatos priežiūrai, žmonės būtų sveikesni ir savarankiškesni, dirbtų našiau ir taip valstybei mažėtų ekonominė našta, o taip pat jie galėtų būti įtraukti ir aktyviau dalyvauti socialiniame, ekonominiame bei politiniame gyvenime spręsdami įvairias problemas ir klausimus [6, 7].

Siekiant sukurti humanišką, teisingą ir saugančių vieni kitus žmonių visuomenę, šviesesnę ir geresnę pasaulį, būtina priimti bendrą atsakomybę tiek vietiniu, regioniniu ar nacionaliniu mastu, tiek ir pasauliniu. Taip pat tai sustiprintų darnų vystymąsi – ekonominę ir socialinę pažangą, aplinkos apsaugą ir kt. Tokie pagrindiniai tikslai bei daugelis kitų, buvo akcentuojami įvairių sveikatos gerinimo konferencijų metu (pavyzdžiui, Johanesburge, Stokholme, Rio de Žaneire), todėl, siekiant užtikrinti darnų vystymąsi buvo patvirtinta pasaulinė programa „Darbotvarke 21“ bei kitos svarbios deklaracijos reglamentuojančios saugą, stabilumą ir sveikatą [8, 9, 10, 11, 12]. Taip pat tai akcentuojama Lietuvos sistemos plėtros 2010 – 2015 metų matmenyse; numatyta nustatyti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos plėtrą, siekiant sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą, kuri skatintų sveikatos stiprinimą ir ugdymą, ligų prevenciją, sveikatos paslaugų rinkos plėtrą, užtikrintų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei tinkamumą, racionalų ir efektyvų išteklių naudojimą [13]. Tačiau tai pasiekti leistų tik efektyvi ir veiksminga sveikatos politika paremta socialiniais, mediciniais, ekonominiais ir aplinkos santykiais.

Šiuo metu daugelyje pasaulio šalių, o taip pat ir Lietuvoje, didžiausias dėmesys skiriamas visuomenės ir socialinei sveikatai bei medicinai. Medicinos pagrindinis tikslas gydyti ir išsaugoti žmonių sveikatą, o socialinei sveikatai svarbus yra bendravimas ir santykiai. Socialinė sveikata yra integrali sąvoka ir vienareikšmiškai jos nustatyti neįmanoma, ji formuojasi kaip daugelio veiksnių tarpusavio sąveikos rezultatas ir turi visuminių latentinių bruožų, kuri gali būti tiek pozityvūs, tiek ir negatyvūs sveikatos socialinės plėtros, kaip bendro gėrio,

atžvilgiu ir atitinkamai veikti visuomenės sveikatos procesą. Socialinę sveikatą galima įvardyti kaip ryšį tarp to, kas socialiai vyksta tarp žmonių, asmens ir visuomenės sveikatos erdvėje įtraukiant sveikatos priežiūros svarbą. Visa tai skatina pereiti nuo teorinio lygmens prie praktinio, kur medicinos ir sveikatos problemos nagrinėjamos socialiniame kontekste [14, 15, 16]. Visuomenės sveikata bando sujungti socialinę ir sveikatos palaikymo, gerinimo sritis, nes sveikatą lemiančių socialinių veiksnių įtakos suvokimas ir pagrindimas lemia požiūrio į sveikatą keitimą bei kitus reiškinius. Formuojamas socialinis saitas, t.y., tam tikra, visuomenę organizuojančių veiksnių, visuma, kuri labai svarbi tarpusavio santykiams palaikyti. Žmonių veiksmai ir pasirinkimas priklauso nuo apsisprendimų, kurie remiasi jų suvoktais motyvais, įsitikinimais, vertybinėmis nuostatomis. O tai sudaro išankstinį socialinio veikimo potencialą. Socialinis saitas – tai tam tikras instrumentas, santykis, kuris padeda siekti sveikatos ir kuris taip pat glaudžiai susijęs su tinkamos sveikatos politikos formavimu, jos veiksmingumu ir efektyvumu [19, 20, 21, 22]. Todėl sveikatos ir socialinių veiksnių ryšio nustatymas yra labai svarbus.

Lietuvoje tik labai neseniai buvo pradėta analizuoti sveikatos santykis su sociologija, socialiniais santykiais ir pan. Pradžioje sveikatos sociologijos plėtotei trukdė tiek savitos sovietinės visuomenės socialinės ir ekonominės sąlygos, tiek ir įvairūs apribojimai, todėl buvo sudėtinga identifikuoti tam tikrus socialinius procesus, kurie lėmė sveikatos sampratos bei sveikatos politikos kitimus bei jos atsiradimą. Dėl šios priežasties, sveikatos sociologijos vaidmuo politikoje buvo labai nedidelis, todėl kilo įvairių sveikatos priežiūros problemų [17, 18]. Tačiau atgavus Nepriklausomybę, modernėjant visuomenei bei bendradarbiaujant, vykdant įvairias programas ir mokantis iš jų, požiūris į sveikatą ir socialinį ryšį po truputį keitėsi. Pastaruoju metu visuomenės sveikatos tyrimai orientuojasi į tokias inovatyvias sritis kaip sveikatos kokybė, sveikatos paslaugų efektyvumas, veiklos solidarumas, integralumas, sveikatos politikos elementų diegimas visose

socialinės ir ekonominės veiklos srityse. Visuomenės senėjimas, socialiniai, ekonominiai pokyčiai, rinkos elementų skverbimasis į sveikatos paslaugų sferą keičia visuomenės sveikatos būklės ir integralios aplinkos sąveikos pobūdį. Šios aplinkybės keičia ir sveikatos politikos veiksmingumo prielaidas. Jos turi remtis mokslinių tyrimų informacija. Deja, Lietuvoje nėra daug atlikta šios panašios krypties mokslinių tyrimų. Šiuo tyrimu mes siekiame sistematiškai ištirti ir įvertinti svarbiausių sveikatos ir socialinių veiksnių bei jų tarpusavio sąveikų poveikio visuomenės sveikatos būklei skirtumus ir tuo pagrindu besiformuojančias sveikatos socialines struktūras. Tyrimo metu analizuota subjektyviai vertinama sveikatos būklė, sergamumas, vyraujančios sveikatos problemos ir psichikos sveikatos būklės. Visa tai buvo nagrinėta skirtingose socialinių veiksnių, bei jų integralios tarpusavio sąveikos, įtakos srityse. Gauti tyrimo rezultatai turėtų pasitarnauti veiksmingesnės sveikatos politikos formavimui.

Darbo tikslas:

Ištirti sveikatos ir socialinių veiksnių sąsajų ypatumus.

Darbo uždaviniai:

1. Ištirti socialinio statuso poveikį sveikatos būklės ir sveikatos problemų paplitimui.
2. Išanalizuoti svarbiausių socialinių veiksnių ryšį su subjektyviai vertinamu sergamumu.
3. Išanalizuoti socialinių veiksnių ir psichikos sveikatos santykį.
4. Ištirti sveikatos ir socialinių veiksnių integralią sąveiką

Darbo naujumas ir aktualumas:

Moksliniu požiūriu darbo naujumą rodo tai, kad buvo realizuotas sistemiškas, integralus požiūris į sveikatos būklės socialinę sąveiką ir jos metu besiformuojančias dinamiškas socialines struktūras, įvertinti jų skirtumai ir panašumai bei galimos kitimo tendencijos. Darbas aktualus, jo rezultatai gali būti panaudoti šiuolaikinės visuomenės sveikatos mokslo tolimesnei plėtotei, apimant medicinos, sveikatos ir kitų veiklos ir gyvenimo sričių integralias sąsajas.

Praktiniu požiūriu – gauti rezultatai gali būti panaudoti visuomenės sveikatos ir sveikatos priežiūros sistemos stebėsenai, tarpsektorinio bendradarbiavimo stiprinimui bei formuojant visuomenės sveikatos ir socialinės plėtros gerinimą ir kuriant naują veiksmingą bei efektyvią politiką, įtraukiant visus dalyvius: visuomenę, sveikatos priežiūros specialistus, politikus, verslo atstovus ir t.t. Atliktas tyrimas duoda naujų žinių apie visuomenės sveikatos socialinės plėtros situaciją remiantis svarbiausių sveikatos sistemos plėtros veiksnių tarpusavio sąveika. Socialinių ir ekonominių, aplinkos ir sveikatos veiksnių įvairios sąveikos gali būti sėkmingai taikomos įvairiuose sveikatos plėtros lygiuose, ypač kuriant naujas sveikatos politikos strategijas, gerinančias žmonių sveikatą ir gyvenimo kokybę.

LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Sveikatos, kaip socialinio proceso, vaidmuo visuomenėje

Sveikata yra daugiau nei vien tik ligos nebuvimas. Tai kasdieninio gyvenimo šaltinis, galimybė realizuoti viltis, patenkinti poreikius, kaupti ir kartu keistis gyvenimo patirtimi bei priklausyti bei būti visuomenės dalimi ir kartu dalyvauti visuomeninėje veikloje. Sveikata yra daugiau nei vien tik sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sistema [23]. Visuomenės sveikata susideda iš trijų pagrindinių dimensijų: gyventojų visapusės dvasinės, fizinės ir socialinės gerovės [24, 25].

Gyvenimo trukmė ir kokybė per pastarąjį šimtmetį išaugo ir pagerėjo, tačiau sveikatos ir socialiniai skirtumai tarp žmonių turinčių skirtingą išsilavinimą, pajamų kiekį ir profesiją ir pan., vis dar išliko [26]. Gerinant populiacijos sveikatą, reikia gerinti ir pačią sveikatos sistemą, kad ji galėtų veikti kaip viena vieninga ir visavertė sistema [27]. Sveikata yra svarbiausia žmogaus gyvenime ir turi būti remiama veiksminga politika ir efektyviais veiksmais valstybės narėse, Europos bendrijos lygiu ir pasauliniu mastu [28]. Reikalingas tarpsektorinis bendradarbiavimas. Pamatinė vertybė (kuri apima sveikatos skirtumų mažinimą) yra piliečių įtraukimas priimant sprendimus susijusius su sveikatos politika, priežiūra, mokymu ir pan. Nors daugelis europiečių gyvena ilgiau ir sveikiau negu ankstesnės kartos, vis dar yra didelių sveikatos skirtumų, kurių galima būtų išvengti kuriant politiką, pagrįstą geriausiais turimais moksliniais įrodymais [28].

Sukurti visai populiacijai vienodas socialines ir ekonomines sąlygas, kurios užtikrintų sveikatą ir sveikatai palankią aplinką yra sunkus uždavinys, kurį įgyvendinti ne visada pavyksta iš karto [29]. Norint įgyvendinti tokį uždavinį, būtina užtikrinti įvairių visuomenės grupių apsaugą, sumažinti jų pažeidžiamumą, suteikti jiems vienodas sąlygas bei didinti visuomenės įtaką sprendžiant įvairius su

sveikata susijusius klausimus. Tad labai svarbu, kad kuriant ir formuojant sveikatai palankia aplinka bei sveikatos politiką dalyvautų ir visuomenės nariai. Remiantis Mejo socialiniu modeliu, žmonių elgseną daugiausiai veikia grupių, kurioms jie priklauso, nariai, o ne valdymo kontrolė ir paskatos [30]. Tai buvo akcentuojama ir Otavos chartijoje, kur teigiama, kad savo kasdienėje aplinkoje sveikatą kuria ir palaiko žmonės (žiūrėti 1 paveikslą) [30]. Ne tik socialinė, ekonominė aplinka veikia visuomenės sveikatą, bet ir pati visuomenės sveikata veikia įvairius socialinius, ekonominius bei aplinkos procesus [31, 32].



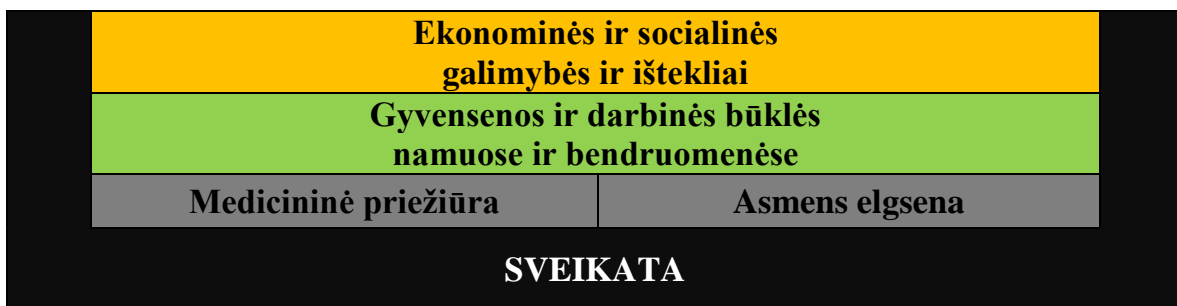
1 paveikslas. Otavos chartijos principai. Kasdieninės aplinkos veiksniai.

Būtina išsaugoti, plėtoti ir užtikrinti su socialiniu modeliu susijusias vertybes – lygybę, solidarumą, asmens teises ir atsakomybę, nediskriminavimą, dalijimąsi gerove ir galimybe visiems piliečiams naudotis kokybiškais

sveikatos, socialinėmis ir kitokiomis įvairiomis paslaugomis tiek šalies viduje, tiek ir Europoje. Norint tai pasiekti ir tam, kad būtų įgyvendintos įvairios reformos, turi būti sukurtas stipresnis ekonominis ir socialinis pagrindas (turi būti išsaugota ir išlaikyta jų sanglauda) [33]. Socialinių, ekonominių, aplinkos ir sveikatos veiksnių įvairios sąveikos gali būti taikomos įvairiuose visuomenės sveikatos plėtros lygiuose, kuriant strategijas, kurios daro įtaką geresnei gyvenimo kokybei arba ją formuoja [34].

Modernus šių dienų sveikatos supratimas remiasi ne vien ligų nebuvimu, bet ir daug platesne socialine koncepcija, pagal kurią sveikata kaip socialinis procesas, vis plačiau pripažįstama vienu svarbiausiu gyvenimo kokybės elementu [35]. Sveikata yra svarbi atskirų asmenų ir visuomenės gerovei, o sveiki gyventojai yra ir ekonomikos produktyvumo bei gerovės prielaida. Sveikatai išleisti pinigai nėra vien išlaidos – tai investicija. Būtina koordinuoti sveikatos problemų sprendimą atsižvelgiant į įvairių tarptautinių organizacijų (PSO, EBPO, ET, JT ir kt.) rekomendacijas ir veiklą [28].

Tinkama medicininė priežiūra viena gerinti sveikatą ar sumažinti jos skirtumų negali. Tai priklauso ir nuo paties žmogaus pasirinkimo bei daugelio kitų veiksnių, kurie daro įtaką gyvenimo kokybei (žiūrėti 2 paveikslą) [36].



2 paveikslas. Sveikatą lemiantys veiksniai (šaltinis www.annualreviews.org *Social Determinants of Health*) [36].

Socialiniai skirtumai yra viena opiausių problemų Europos šalyse ir pasaulyje. Išlieka ženkli socialinė atskirtis, sveikatos priežiūros paslaugos regionuose ir centruose skiriasi savo kokybe ir prieinamumu. Užtikrinti vienodas galimybes visiems šalies gyventojams, nesvarbu kokioje vietoje jie gyvena, tampa viena didžiausių problemų Lietuvoje. Vykstant intensyviai gyventojų judėjimui tiek šalies viduje, tiek tarp šalių, sutrinka paslaugų tęstinumas: jų sveikatos informacija, reikalinga kokybiškoms paslaugoms suteikti, vėluoja ir/arba yra nepakankama. Kylant išsilavinimui, gyventojai pasigenda didesnio informatyvumo sveikatos klausimais, paslaugų pasirinkimo alternatyvų bei kartu jie nori aktyviau dalyvauti sveikatinimo ir gydymo procesuose, tačiau ne visada tam yra sudaromos sąlygos, o tokių žmonių yra dar labai nedaug [37].

Didelis gyventojų neaktyvumas, augantis nedarbas bei kokybiškų ir gerai apmokytų specialistų stoka neigiamai veikia bendrą šalies gyventojų gyvenimo lygį, socialinės apsaugos būklę, socialinį stabilumą, gyvenimo kokybę ir sveikatą.

1.2 Ekonominių rodiklių įtaka sveikatai. Sveikatos netolygumai

Sveikata – pagrindinis rodiklis, atspindintis socialinius visuomenės pokyčius. Daugelyje ekonomiškai išsivysčiusių pasaulio šalių visų gyventojų socialinė-ekonominė padėtis, o taip pat ir sveikata gerėja, tačiau skirtingų grupių gerėjimo tempai yra nevienodi, dėl to daugėja sveikatos netolygumų [38]. Lietuvoje, pasikeitus socialinėms ekonominėms sąlygoms, tam tikros grupės žmonių jaučiasi nesaugios, jiems sunku prisitaikyti prie šiuolaikinio gyvenimo tempo bei socialinių-ekonominių ir politinių pokyčių [39]. Sveikata yra svarbiausias kiekvieno asmens gerovės, darbo ir socialinės veiklos, lyčių lygybės ir bet kurios visuomenės augimo ir vystymosi veiksnys. Sveikatos sistemų gerinimas ir socialinė sanglauda užtikrintų veiksmingus sveikatos priežiūros

paslaugų finansavimo mechanizmus bei sąžiningą vienodų galimybių gavimą visiems [40].

Lietuva, kurioje gyvena apie 3 milijonus žmonių, po Nepriklausomybės atgavimo 1991 m. patyrė sparčią socialinę ekonominę ir politinę transformaciją. Ekonominės veiklos struktūra Lietuvoje daugeliu požiūrių panaši į kaimyninių šalių struktūras, tačiau turi ir tam tikrų savitumų [41, 42]. Neigiamą poveikį siekiamiems sveikatos programos tikslams – vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei, sveikatos santykių teisumui ir gyvenimo kokybės pagerinimui – turi gilėjanti gyventojų socialinė nelygybė. Lietuva yra viena iš valstybių narių, turinčių didžiausius pajamų nelygybės rodiklius ir jų didėjimo tendencijas. Nacionalinės sveikatos tarybos duomenimis, kas penktas Lietuvos gyventojas, kas antras bedarbis, kas trečias kaimo gyventojas ar daugiavaikė šeima ir kas ketvirtas 65 metų ar vyresnis asmuo patiria skurdo riziką. Todėl, asmenys, patiriantys skurdo riziką, neturi galimybės skirti pakankamai pajamų kokybiškų gyvenimo sąlygų sudarymui ir sveikatos gerinimui [43].

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2010 m bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 6,7 mlrd. litų. Palyginti su 2009 m jos sumažėjo 257 mln. litų (4 %), taip pat buvo dešimtadaliu mažesnės nei 2008 m. Vieno šalies gyventojų sveikatos priežiūrai 2010 m vidutiniškai buvo išleistas 2031 litas, arba 57 litais mažiau nei 2009 m ir 171 litu mažiau nei 2008 m. 2010 m esant sudėtingoms ekonominėms sąlygoms, sveikatos priežiūros išlaidų lyginamoji dalis sudarė 7 procentus bendrojo vidaus produkto ir, palyginti su 2009 m, sumažėjo 0,6 procentinio punkto [44]. Tačiau Lietuva demografiniu požiūriu vis labiau tampa senstančia šalimi. Lietuvos statistikos departamentas duomenimis 2011 m pradžioje Lietuvoje gyveno 701,2 tūkst. pagyvenusių (60 metų ir vyresnio amžiaus) žmonių, o tai sudarė 21,6 % visų gyventojų. Per 2010 m pagyvenusių žmonių padaugėjo 4,1 tūkst. (0,6 %), o per pastaruosius dešimt metų – 32,6 tūkst. (4,9 %). Per pastaruosius trejus metus padidėjus pagyvenusių žmonių skaičiui,

pagyvenusių vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė taip pat pailgėjo. Moterys, 2010 m sulaukusios 60 metų, tikėtina, dar gyvens vidutiniškai 22,3 metų, vyrai – 16,2 metų (2007 m – atitinkamai 21,7 ir 15,4 metų) [45]. Taigi kartu didėja ir išlaidos sveikatos sistemoje.

Viena iš priežasčių, nulemianti tokį reiškinį yra vykstanti didelio masto emigracija, ypač jaunų ir išsilavinusių žmonių tarpe. To pasekmė – mažėjantis gimstamumas ir didėjantis vyresnio amžiaus žmonių skaičius, auga psichosocialinis stresas, didėja sergamumas ir mirtingumas. Visa tai skatina demografinės pusiausvyros praradimą, depopuliaciją, kuri kelia grėsmę nacionaliniam ir ekonominiam saugumui. Gyventojų senėjimas didina krūvį, tenkantį socialinės apsaugos sistemai [46, 47]. Kaip ir daugelyje Vidurio ir Rytų Europos šalių, Lietuvoje vykstantys politiniai, socialiniai bei ekonominiai pokyčiai iš esmės paveikė tarptautinės migracijos procesą. Tokia intensyvi ir įvairialypė migracija daro labai didelę įtaką visoms Lietuvos gyvenimo sritims. Net vertinant tik kiekybinius šio proceso aspektus, emigracija turi nemažos įtakos Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimui, o netiesiogiai – ir kitiems demografiniams bei socialiniams ir ekonominiams procesams [48]. 2011 m pradžioje Lietuvoje gyveno 3244,6 tūkstančiai gyventojų (2012 m balandį gyventojų skaičius sumažėjo iki 3190,1 tūkstančių [49]), t. y., 84,4 tūkstančiu mažiau negu 2010 m pradžioje. Šalies gyventojų skaičius mažėjo dėl dviejų pagrindinių priežasčių – neigiamos neto tarptautinės migracijos ir neigiamos natūralios kaitos. Tačiau net 92,3 % nulemia migracija. Pastaraisiais metais didesnę migraciją lėmė darbo trūkumas ir mažos pajamos (nedarbo lygis 2011 m IV ketvirtį sudarė 13,9 %, bedarbių skaičių gyventojų užimtumo statistinio tyrimo vertinimu sudarė 222,1 tūkstančiai žmonių [49, 50]). Per pastaruosius dešimt metų (nuo 2001 iki 2010 m) gyventojų sumažėjo 242,4 tūkstančių (7 %). Šiuo laikotarpiu dėl neigiamos neto migracijos gyventojų skaičius sumažėjo 140,5

tūkstančiais (tai sudarė 58 % bendro sumažėjimo), dėl neigiamos natūralios kaitos – 101,9 tūkstančiais (tai sudarė 42 % bendro sumažėjimo) [51].

Socialiniai-ekonominiai sveikatos veiksniai turi didelę reikšmę valstybės ir jos gyventojų vystymuisi tiek atskirai, tiek ir kartu. Taip pat socialinius-ekonominius sveikatos rodiklius nulemia aplinka, kurioje gimstame, gyvename, augame, dirbame ir senstame. Šios sąlygos daro įtaką asmens galimybėms išlikti sveikiems, mažinti riziką susirgti, prailginti gyvenimo trukmę. Tačiau tam tikri nelygumai sveikatos sistemoje didina skirtumus tarp įvairių visuomenės grupių, lemia neigiamą socialinių ir ekonominių veiksnių poveikį [52].

1.3 Gyvenimo kokybės ir socialinės kokybės svarba sveikatai

Žmonėms kokybiškas gyvenimas ir geri tarpusavio santykiai yra viena svarbiausių gyvenimo vertybių [53, 54]. Todėl socialinės ir gyvenimo kokybės tarpusavio santykis sveikatai yra labai svarbus. Tiek gyvenimo kokybė, tiek ir socialinė kokybė yra vienas pagrindinių visuomenės plėtros tikslų. Tai akcentuojama ir daugelyje svarbių teisinių dokumentų: Lietuvos Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijoje, Lietuvos sveikatos, Nacionalinės aplinkos sveikatinimo veiksnių, Valstybinėje visuomenės sveikatos stebėsenos bei kitose programose [55, 56, 57, 58]. Mūsų šalies pilnos integracijos į Europos ir pasaulinę ekonominę erdvę laikotarpiu kokybė yra ypatingai svarbi ne tik tradicinėms gamybos ir paslaugų šakoms ir įmonėms, bet ir visam visuomenės ūkiui, viešajam sektoriui bei valdžios institucijų veiklos veiksmingumui [59].

Gyvenimo kokybė yra svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros išteklių perskirstymo [56]. Iš sociologijos pozicijų gyvenimo kokybė gali būti traktuojama, kaip individo sugebėjimai kurti savo gyvenimą, pasirinkti atitinkamas galimybes ir veikti praktiškai, siekiant pagerinti savo gyvenimo

sąlygas bei realizuoti savo tikslus. Tačiau, kuriant gerą gyvenimą, būtina daugelis prielaidų – finansinė gerovė, sveikata, išsilavinimas, socialinė integracija ir kt. Neneigiant objektyvių ekonominių ir socialinių veiksnių svarbos ir jų įtakos gyvenimo kokybei, svarbiausi veiksniai yra individo gebėjimas formuoti savo gyvenimą, realizuoti savo tikslus atsižvelgiant į savo poreikius [54]. Gyvenimo kokybės koncepcija pasižymi daugeliu dimensijų. Tai visus individo gyvenimo aspektus apimanti koncepcija, kuri grindžiama plačia sveikatos perspektyva – fiziniu, psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu bei gerove [60, 61, 62, 63].

Taigi, gyvenimo kokybė – tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kuria remiasi individas, kontekste, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais ir interesais. Tai PSO pasiūlytas apibrėžimas, kuriame individo požiūris siejamas su aplinkos poveikiu. Ši sąvoka yra daug platesnė negu asmens fizinės sveikatos būklė, kuri apima taip pat ir socialinę sveikatą. Tai ne tik adekvati fizinė gerovė, bet ir gerovės suvokimas bei bendras savo vertės jautimas [64, 65, 66]. Šis apibūdinimas yra labai platus, nes apima daug gyvenimo sferų, tačiau medicinoje srityje dažniausiai įvardijama su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir nagrinėjama siauresniu aspektu, apimančiu fizinę, psichologinę ir socialinę sveikatos lygmenis, kaip atskiras sritis, veikiamas asmens patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių [64, 67, 68, 69]. Atsižvelgiant į tai, skiriamos tokios pagrindinės asmens gyvenimo kokybės sritys kaip fizinė būklė ir funkcinės galimybės, psichologinė būklė ir gerovė, socialiniai ryšiai ir ekonominė būklė [70]. Ši tarpusavio sąveika yra glaudžiai susijusi su sveikatos politika ir jų paslaugomis.

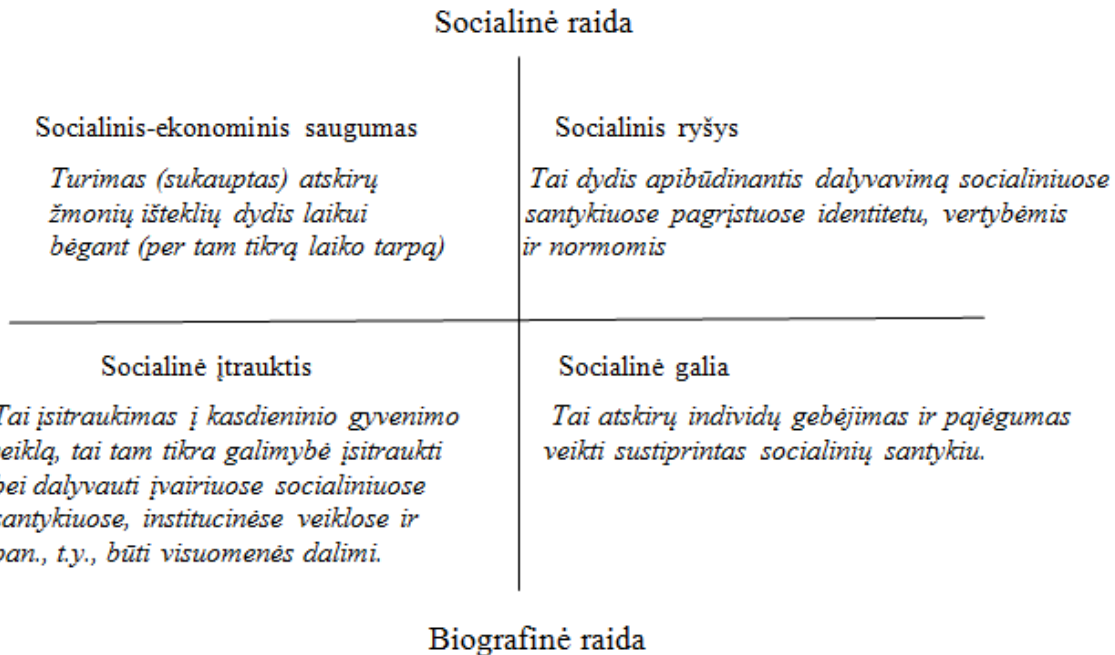
Subjektyvią gyvenimo kokybę galima vertinti kaip tam tikrą socialinį indikatorių. Subjektyvios prigimties indikatoriai dažniausiai atspindi individualiai išgyventą ar išgyvenamą gyvenimo kokybę (pavyzdžiui: laimė, pasitenkinimas ir pan.). Tam tikri objektyvūs bei statistiškai įvertinti ir agreguoti indikatoriai įvairiais lygmenimis atspindi realiai egzistuojančias gyvenimo kokybės prielaidas.

Taigi įvertinus šiuos du aspektus, tokios gyvenimo kokybės interpretacijos kaip jos susiejimas su atskiro individo jausmais, pojūčiais ir išgyvenimais, ryšys tarp jo asmeninių pozicijų, siekių ir tikslų, tai kartu ir ekonomikos, sociologijos ir politologijos sąvoka, apimanti žmogaus dvasinę (emocinę), socialinę bei fizinę gerovę. Taigi gyvenimo kokybė apima ir tam tikrus socialinius santykius, socialines prielaidas bei pozicijas, būtinas atskirų individų ar visos visuomenės tikslams ar siekiams įgyvendinti [71, 72].

Šiuo metu gyvenimo kokybė yra viską apimanti, plati ir gerai sukonstruota bei veikianti sistema. Ji atsirado kaip alternatyva turtingos visuomenės sampratai bei tuo pačiu metu tapo nauju, sudėtingesniu bei multidimesniu socialinės raidos tikslu [73, 74]. Tuo pat kyla natūralus klausimas, nuo ko priklauso geras ir kokybiškas gyvenimas (gyvenimo sąlygos) ar visuomenės gerovė. Gyvenimo kokybės koncepcija yra daugiau ar mažiau individualesnio požiūrio gerovė, o dėmesys visuomenei yra mažesnis nei kalbant apie socialinę kokybę. Socialinės kokybės koncepcija yra daugiau orientuota į gerovės ir socialinių santykių pasiskirstymą visuomenėje [75, 76].

Socialinė kokybė apima valdžios ir viešojo sektoriaus organizacijų veikos kokybę, žmogaus ir visuomenės kokybę, gyvenimo kokybę, organizacijų socialinę atsakomybę, verslo, valdžios institucijų bei visuomenės partnerystę ir kt. [59]. Ji reiškia lygybę, tarpusavio santykius ir bendradarbiavimą tarp vyriausybės ir viešojo sektoriaus organizacijų, socialinės lygybės, visuomenės, socialinio saito, partnerystės tarp verslo, visuomenės ir kitų institucijų ir gyvenimo kokybės [76]. Tai išsamesnė gyvenimo kokybės samprata. Kitaip tai nuolatinės įtampos tarp individualios savirealizacijos ir dalyvavimo įvairiose kolektyvinio tapatumo santykiuose ryšys, kuris vyksta tam tikrame socialiniame kontekste ir veikia kasdieninį gyvenimą. Socialinė kokybė tai ne vien socialinės politikos, bet taip pat ir ekonomikos, aplinkos, sveikatos ir kitų panašių sričių, kuriomis užtikrinama žmonių gerovė, laimė, santarvė ir tarpusavio lygybė tikslas.

Gyvendami modernioje visuomenėje, individai susiduria su įvairiais netikėtumais ir problemomis, tai lemia savarankišką ir sąmoningą tam tikrų sprendimų priėmimą. Socialinė kokybė leidžia individams laisvai reikštis bei suteikia svarbią padėtį kolektyvinio tapatumo formavimo procese. Socialinės kokybės koncepcijos šerdį sudaro įvairios socialinės problemos. Tai skatina pažvelgti plačiau į ekonomikos augimo, užimtumo, socialinės apsaugos ir kitas sritis. Socialinė kokybė rodo santykį tarp visuomenės ir jos vystymosi, t.y., socialinės ir biografinės raidos. Socialinis vystymasis (raida) dažniausiai taikosi prie iš anksto nustatytų taisyklių, modelių ir pan., o biografinis vystymasis nesilaiko iš anksto nustatyto gyvenimo krypties modelio. Tačiau abi šios struktūros neišvengiamai veikia viena kitą ir formuoja kolektyvinį tapatumą. Išskiriamos dvi šių struktūrų sritys, arba kitaip dar vadinamos kritinės įtampos – horizontalioji ir vertikalioji. Horizontalioji įtampa vyksta tarp suvaržytų ir nesuvaržytų pasaulio sistemų, šeimų, grupių, bendruomenių ir pan., o vertikali įtampa – tarp visuomenės ir biografinio vystymosi (žiūrėti 3 paveikslą) [77, 78, 79].



3 paveikslas. Sąlyginis socialinės kokybės veiksmų keturkampis.

Remiantis socialinės kokybės teorija, žodis socialinis yra suprantamas kaip socialinio savęs realizavimo sąveika tarp atskirų žmonių ir kolektyvinio tapatumo formavimo, kuris atsiranda abiejų pagrindinių santykių kontekste (tarpusavio priklausomybė) [78]. Pačią socialinę kokybę sudaro keturi pagrindiniai veiksniai, tai socialinis-ekonominis saugumas, socialinis ryšys, socialinė įtrauktis ir socialinė galia [80, 81]. Visi jie yra svarbūs tiek veikdami individo gyvenimą ir sveikatą atskirai, tiek ir sąveikaudami tarpusavyje.

Pastebėta, kad žmonės dažniausiai vertindami savo sveikatą, didelį dėmesį skiria socialiniams jos aspektams, ypač gyvenimo sąlygoms. Yra įvairių neigiamų aplinkos rizikos veiksnių. Iš esmės pati socialinė aplinka, kurioje žmogus gyvena, dirba, sąveikauja ir panašiai, kelia tam tikrą riziką, kuri gali paveikti sveikatą ir gerovę, socialinę ir gyvenimo kokybę [82]. Apibendrinant abi šias koncepcijas, tiek gyvenimo kokybė, tiek ir socialinė kokybė tai tam tikra pozityvi idėja, kuri neša didelę naudą visuomenei. Gyvenimo kokybės požiūriu per įvairius

socialinius rodiklius siekiama įvertinti objektyvių gyvenimo ir subjektyvių gerovės lygių pokyčių laipsnį. Tačiau vertinant gyvenimo kokybę visada yra keliami tam tikri klausimai, kuriais galima manipuliuoti priimant įvairius sprendimus sveikatos politikoje. Todėl čia labai svarbus tampa socialinės kokybės klausimas [77,78].

1.4 Socialinių veiksnių įtaka psichikos sveikatai

Šiuolaikinis psichikos sveikatos supratimas yra grindžiamas biopsichosocialiniu modeliu. Tai reiškia, kad psichikos sveikata yra susijusi ne tik su somatine paciento būkle, bet jai turi įtakos ir psichologiniai bei socialiniai veiksniai [83]. Postmodernus visuomenės būvis iš esmės keičia visuomenės sveikatos suvokimą, kai visuomenės sveikata yra identifikuojama kaip socialinio saito tikslas, kurį galima pasiekti tik sprendžiant įvairias socialines problemas [84]. Įrodyta, kad tarp socialinio saito ir sveikatos, o ypač psichikos sveikatos egzistuoja reikšmingas ryšys. Socialinis saitas užtikrina tam tikrą socialinį kapitalą, kurį supa tvirti socialiniai tarpusavio santykiai, ryšiai kartu su pačia socialine struktūra, tačiau jį yra sunku nustatyti praėjus ilgesniam laikotarpiui. Kitaip tariant socialiniai ryšiai kaip esamos socialinės struktūros funkcija. [27, 25, 85]. Žmonių psichikos sveikata, jos išsaugojimas, o susirgus pasveikimo galimybės priklauso nuo daugybės veiksnių – šeimos, aplinkos, ekonominės, kultūrinės, socialinės situacijos. Ši veiksnių visuma gali būti įvardijama psichikos sveikatos socialiniu saitu [83, 85, 86, 87].

Nustatyta, kad socialiniai santykiai tarp aplinkos kurioje gyveni (kaimynų, šeimos narių ir panašiai) bei integracija į bendruomenę gali būti labai svarbi socialinė funkcija formuojant teigiamas žmonių patirtis ir stiprinant psichinę gerovę. Daugelį metų yra ieškoma būdų kaip galima būtų gerinti tiek psichinę, tiek fizinę sveikatą esant tam tikriems socialiniams santykiams bei socialinei

paramai. Kai kurių mokslininkų duomenimis, socialiniai ryšiai atsispindi pagrindinėmis trimis formomis: socialinėmis normomis, vietiniais socialiniais ryšiais bei santykiais šeimoje; todėl yra siūlomi įvairūs mechanizmai, kurie padėtų įvertinti ir gerinti sveikatą [26, 85, 88, 89]. Asmens savijauta ir sveikata yra veikiami įvairių vidinių ir išorinių aplinkos santykių [24, 88], todėl tam tikras socialinis ryšys, santykis su aplinka sukuria apsauginę funkciją ir suteikia socialinį saugumą bei mažina sergamumą [23, 24, 89, 90, 91]. Nustatytas ryšys tarp socialinės gerovės ir psichikos sveikatos pozityvių ir negatyvių lygių. Ypač didelės reikšmės turi pajamų skirtumai. Tačiau pajamų didėjimas vis dėlto neužtikrina tiesioginio psichikos sveikatos gerėjimo. Autoriai pripažįsta, kad vis dėlto sunku nustatyti tiesioginį ryšį tarp socialinės gerovės ir psichikos sveikatos pozityvumo laipsnio, nes yra veiksniai, kurie veikia netiesiogiai, kaip pavyzdžiui, lyties skirtumai tiesioginio ryšio neturi, bet priešingas lytis skirtingai veikiančios socialiniai veiksniai gali netiesiogiai turėti įtakos vyrų ar moterų psichikos sveikatai [26].

Lietuvoje ir pasaulyje daugėja psichinių susirgimų atvejų. Įvairių tyrimų duomenimis yra nustatyta, kad apie 11 % gyventojų (o tai beveik 50 milijonų) turi tam tikrų psichinių sutrikimų pasireiškiančių įvairiais simptomais [93]. Taip pat yra apskaičiuota, kad daugiau kaip 27 % suaugusiųjų europiečių savo gyvenime yra patyrę bent vieną iš psichikos sveikatos sutrikimo formų. Dažniausiai pasireiškiančios formos nerimo ir depresijos [94]. Daugelyje valstybių depresija pripažinta kaip labiausiai paplitusi sveikatos problema, kuri sąlygoja kitų problemų atsiradimą, pavyzdžiui, mirtingumo didėjimą dėl savižudybių. Vien ES per metus įvyksta apie 58 tūkstančius savižudybių, yra paskaičiuota, kad dėl savižudybių kas 9 minutes miršta vienas žmogus [93, 95, 96].

Yra žinoma, kad psichikos sveikatos pagrindas yra formuojamas jau ankstyvame amžiuje. Vien 50 % visų psichinių sutrikimų prasideda paauglystės

metu. Psichikos sveikatos problemų galima nustatyti 10 % - 20 % jaunuolių, kurių didesniąją dalį sudaro nepasiturinčių gyventojų grupių atstovai. Tad labai svarbu šiuos sutrikimus pastebėti ir imtis atitinkamų veiksnių kuo anksčiau. Žemas išsilavinimas, prastesnė finansinė padėtis bei kiti rizikos veiksniai skatina atitinkamą išankstinį neigiamą nusistatymą, o tai sąlygoja didesnę socialinę atskirtį, tam tikrą stigmatizaciją, tai skatina psichinių sutrikimų, kurie sudaro pagrindines kliūtis ieškant pagalbos ir siekiant pasveikti, didėjimą [93, 95, 97]. Scott'o ir kitų mokslininkų atliktų tyrimų duomenimis buvo nustatyta, kad asmenims iki 28 metų, turintiems elgesio sutrikimų, išlaidos buvo 10,0 kartų didesnės nei tiems, kurie neturėjo jokių problemų (95% pasikliautinio intervalo pradinis santykis nuo 3,6 iki 20,9) ir 3,5 karto didesnis nei tiems, kurie turėjo tam tikrų elgesio problemų (atitinkamai nuo 1,7 iki 6,2) [98].

Gera piliečių psichikos sveikata padeda siekti gerovės, solidarumo ir socialinio teisingumo, kita vertus, dėl blogos psichikos sveikatos patiriama įvairių išlaidų, nuostolių yra sukuriama našta piliečiams ir visuomeninėms sistemoms. Todėl dėl blogos gyventojų psichikos sveikatos ekonominės, socialinės, švietimo ir kitos įvairios sistemos patiria didelių nuostolių ir neša sunkią tiek ekonominę, tiek ir socialinę naštą. Dėl prastos psichikos sveikatos būklės, vien ES netenkama nuo 3 iki 4 % bendro vidaus produkto, dažniausiai tai nutinka dėl prasto našumo. Psichikos sutrikimai tampa dažniausia ankstyvo išėjimo į pensiją ir neįgalumo pensijų priežastimi. Taip pat dėl vaikystėje būdingų asmens elgesio sutrikimų išlaidų patiria tiek socialinės, tiek švietimo bei kriminalinės ir teisingumo sistemos, kadangi yra susiduriama su asmenų turinčių psichikos sutrikimų socialine atskirtimi, smerkimu, diskriminacija arba jų pagrindinių teisių ir orumo negebimu [93, 94].

Gera psichikos sveikata suteikia žmonėms teisę mėgautis geresne gyvenimo kokybe, sveikata ir gerove. ES gyventojų psichikos sveikata ir jos gerovė yra vienas pagrindinių siekių, be to tai vienas iš svarbiausių veiksnių

siekiant įgyvendinti Lisabonos strategijos uždavinius ir tikslus, ypač todėl, kad daugelyje valstybių, o taip pat ir ES narėse, psichikos sveikatos priežiūros standartai vis dar skiriasi [36].

Pastaruoju metu visuomenės psichikos sveikatos problemos tampa vis aktualesnės, o psichikos sveikatos supratimas vis dažniau grindžiamas biopsichosocialiniu modeliu. Biopsichosocialinis modelis reiškia, kad individo psichikos sveikata priklauso ne tik nuo jo somatinės būklės, bet ir glaudžiai siejasi su socialiniais, politiniais, ekonominiais veiksniais ir ypač jų pokyčiais [93, 99, 100]. Mokslinėje literatūroje ši integrali būseną (t. y., daugialypę psichikos sveikatos ir socialinių veiksnių sąveiką) įvardijama kaip psichikos sveikatos socialinis saitas ir analizuojama ne tik kaip medicininė, bet ir socialinė problema. Tyrimais nustatyta, kad kai kurie socialinio saito elementai, pavyzdžiui, bendruomenės socialinio klimato būklė, kaimyniški santykiai ypač bendruomeninė integracija, yra labai svarbi socialinė funkcija kuriant teigiamas žmonių patirtis ir stiprinant psichinę gerovę [23, 26, 84, 87, 97, 99, 100, 101]. Nors įrodyta, kad savižudybių paplitimas priklauso nuo individų jautrumo socialiniams reiškiniams, kurie sukelia mintis apie savižudybę, ypač jauname amžiuje, bet naujausi šios srities tyrimai rodo, kad vis dėlto sunku nustatyti tiesioginį ryšį tarp socialinės gerovės elementų ir psichikos sveikatos pozityvumo laipsnio, nes, matyt, yra netiesioginių veikiančių veiksnių [90, 92, 100, 101, 102].

Kadangi Lietuvoje biopsichosocialiniai sveikatos modeliai palyginti rečiau taikomi sveikatos tyrimuose lyginant su biomedicininiais modeliais, todėl sudėtinga būtų kalbėti apie tai, ar pakankamai yra suvokiama biomedicininio ir biopsichosocialinio požiūrio į psichikos sveikatą priešprieša ir kuriuo laipsniu ji yra suvokiama ir kokios problemos iš to kyla.

1.5 Sveikatos sistemos politikos formavimo principai

Sveikatos sistemos politikos neefektyvumą dažniausiai nulemia įvairūs neigiami veiksniai, pavyzdžiui, prastas bendradarbiavimas tarp sektorių, didėjantis ligonių kiekis, sparčiai senstanti visuomenė, prasta socialinė-ekonominė padėtis valstybėje, lėšų trūkumas arba neadekvatus jų paskirstymas ir panašiai [103, 104]. Prisitaikyti prie nuolat kintančių aplinkos sąlygų yra pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos ir politikos uždavinys, įgyvendintas jis galėtų tapti tam tikru sėkmės veiksniu, padedančiu priimti tinkamus sprendimus tiek valstybės, tiek ir visuomenės lygmeniu [105]. Tačiau ne vien anksčiau paminėti veiksniai yra svarbiausi, didžiausią įtaką efektyvumo ir veiksmingumo pasiekimui daro veiksmingas pačios sveikatos valdymas. Įvairių technikos, ar naujų metodų, modernių įrangų, paslaugų ir t.t., neužtenka, kad pati sistema galėtų tinkamai funkcionuoti. Čia didelę įtaką daro tinkamai ir strategiškai apgalvotas sinergetiškas ir integralus valdymas, jo tarpusavio ryšiai, ištekliai, tinkamai suformuoti tikslai ir uždaviniai, ir aišku visuomenė. Visos šalys sprendžia arba bando spręsti problemas susijusias su nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos valdymu, atkreipdamos dėmesį ne tik į tam tikrų finansinių aspektų analizę, bet ir į strateginį mąstymą, jo analizę ir tarpusavio sąveiką su aplinka. Tinkamai strategiškai orientuotas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos modelio sukūrimas galėtų pasiekti sinergijos efektą. Pati sistema turėtų būti kaip efektinga ir veiksminga vienalytė struktūra, o ne atskiros jos dalys. Tačiau vien pačios strategijos parengimas neužtikrina sėkmės, tai tik nedidelė dalis viso darbo, o kai kurių autorių duomenimis tai sudaro tik apie 10% viso darbo), didžiausias darbas laukia realizuojant, įgyvendinant ją. Pasak Kaplan'o ir Norton'o, tam tikros strategijos įgyvendinimas dažnai yra susijęs su viso proceso arba atskirų jo dalių tobulinimu, o tam būtini yra specifiniai įgūdžiai ir žinios, taip sistema galėtų keistis pati savaime ir su minimaliaisiais nuostoliais, taigi būtų formuojamas

modelis, kuris verstų strategiją veikti bei keistis atkreipiant dėmesį į įvairiausių valdymo pokyčius [104, 105, 106].

Tiek visuomenės sveikatos tiek ir kitų įvairių sistemų strateginis problemų valdymas apima tam tikrus sistemos aspektus bei išteklius (pavyzdžiui, finansus, įvairias technologijas ir metodus, personalą, žinių patirtį ir kita). Taip valstybės sveikatingumas (arba sveikata) gali būti suprantama kaip tam tikra konkurencinga sistema siekianti savo gyventojų sveikatos apsaugą pakelti į aukštesnį lygį. Sveikatos apsaugos sistema turėtų apimti visas žmonių sveikatai įtaką darančias sritis (kas šiuo metu ir yra daroma arba bent bandoma padaryti), ir taip galima pasiekti, kad problemos būtų sprendžiamos kompleksiskai ir integruotai. Konkurencija sveikatos sistemoje padeda atlaikyti įvairias tiek vidines, tiek ir išorines grėsmes, auginti bei apginti savo rinką ir populiaciją, o taip pat padeda kurti naujus metodus, galimas išeitis, ieškoti naujų kryptių. Šiuo atveju konkurencija tiek pačioje sistemoje, tiek ir rinkoje padeda vystyti kompleksinius, dinamiškus ir tarpusavyje sąveikaujančius tam tikrus socialinius, tarpusavio suvokimo santykius ir panašiai [106, 107].



4 paveikslas. Sveikatos politikos formavimą lemiantys veiksniai [108].

Integruotas visuomenės sveikatos modelis, ar strategija, turi apimti daugelį sričių, kurios sąlygotų tinkamos politikos, įgūdžių ir įpročių formavimą. Kaip tai galėtų atrodyti, parodyta 4 paveiksle. Tad pirmiausia, kuriant naują sveikatos ar politikos modelį ar strategiją, reikėtų atsakyti į tris pagrindinius klausimus: Kokią problemą reikia spręsti pirmiausia? Kokių veiksmų reikėtų imtis? Su kuo mes turėtume bendradarbiauti, kad galėtumėme pasiekti savo tikslą (-us)? [108]

Visuomenės sveikata yra socialinio, ekonominio kapitalo ir gyvenimo kokybės komponentas, kuri kartu yra ir darnios sąveikos bei plėtros dalis [64]. Vienas iš svarbiausių visuomenės sveikatos tikslų yra mažinti skirtumus tarp įvairių gyventojų grupių ir siekti socialinio sveikatos santykių teisingumo, skatinti teisingos ir veiksmingos sveikatos politikos kūrimą, nes sveikata yra vienas brangiausių žmonijos turtų. Į visuomenės sveikatos sampratą kaip socialinio atsako galimybę, įtraukiamą naujesnių bruožų, susijusių su sveikatos būsenos saviorganizacija [84]. Sveikatos procese nuolat susipina įvairūs subjektyvūs ir

objektyvūs veiksniai, tokie kaip ekologiniai, ekonominiai, politiniai pokyčiai ir kiti, kurie veikia bei sukelia tam tikrą visuomenės sveikatos būseną [77, 84].

Visuomenės politikos problemos atsiranda arba yra sukuriamos kaip aplinkos kompleksas [109, 110, 111]. Siekiant sukurti veiksmingą ir tinkamą sveikatos politiką, kuri sistematiškai aprėptų socialinių, ekonominių, sveikatos paslaugų bei kitas sritis, būtina turėti tinkamus ir kiek įmanoma tikslesnius statistinius bei kitus svarbius duomenis, nusibrėžti aiškius ir svarbiausius tikslus, uždavinius, numatyti būdus kaip tai būtų galima pasiekti, modeliuoti situacijas, atkreipti dėmesį į tai kas yra daroma ar bent jau bandoma padaryti (pavyzdžiui, įvairios programos) ir pan.

1.6 Sveikatos ir aplinkos santykis

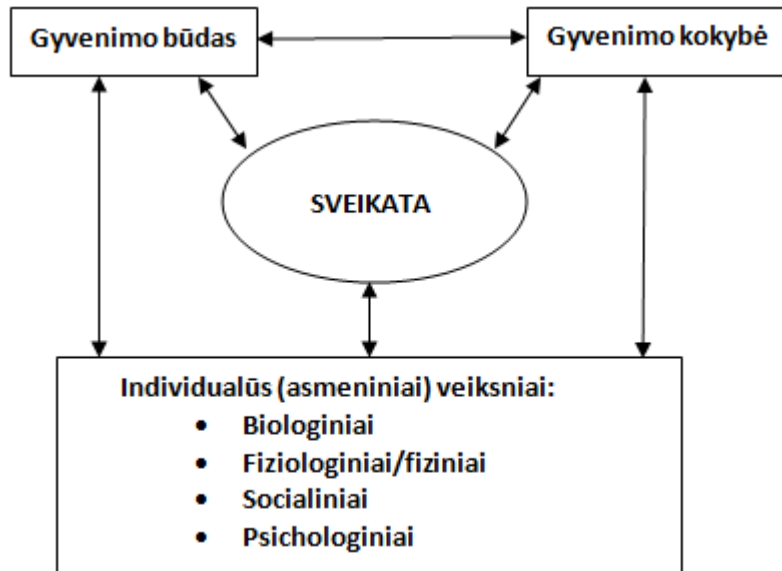
Visuomenės sveikata – tai ne tik ligų ar negalios nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė gerovė. Sveikata čia yra individuali asmens ir kartu socialinio subjekto savybė. Socialinio saito pokyčiai turi tam tikrų specifinių bruožų, iš kurių labiausiai išsiskiria vartojiškumas, kuris visuomenės sveikatą paverčia tam tikra gamybine jėga bei sveikatos išteklių talpykla. Kiekvienas individas, atsižvelgdamas į savo sveikatos būklę ir jį supančias aplinkos sąlygas, gyvenimo būdą, ekonomiką, politiką ir panašiai, pasirenka arba yra paveikiamas tam tikro atsako veiksmo [112].

Tačiau tokie tarpusavio ryšiai yra sudėtingas procesas, todėl tam, kad aiškiai suvoktume jų tarpusavio santykį, reikėtų atskleisti individo sveikatos, socialinio, ekonominio bei kitų saitų struktūrą [48]. Šiuo atveju individo gerovę bei socialinį saitą galima būtų apibūdinti:

- ✓ kaip socialinio subjekto, arba visuomenės atsaką į fizinę, socialinę bei dvasinę paskatą;
- ✓ kai investuojama į sveikatą, automatiškai veikiama ekonomika (bei kitos sritys);
- ✓ tai yra tam tikra socialinė galia. Tuo pačiu sveikata tampa sveikatos procesu.

Kai sveikatos problemų nėra, sveikata tampa „*Išteklis*“, kai problemų yra – tampa „*Rizika*“. Į sveikatą orientuojantis kaip į procesą, reikia nepamiršti ir to, kad šis procesas turi vykti tam tikru laiku, tam tikroje teritorijoje ir panašiai. Pats procesas gali turėti neigiamą rodiklį, kuris gali blogėti, kad to išvengtume, reikia sukurti tinkama mechanizmą. Tai reiškia, kad tam tikros, tiek socialiai, tiek ekonomiškai ar kaip kitaip sukurtos sveikatos problemos gali būti išspręstos tik atsižvelgiant į kiekvieną sritį tiek atskirai, tiek ir kartu. Tinkamai pasirinkti metodai turi padėti apsispręsti, kokius sprendimus ir tikslus tikslinga pasirinkti ar užsibrėžti formuojant sveikatai palankią politiką, kitaip tariant sveikatos atsaką dėl rizikos išvengimo, jos sumažinimo ar panaikinimo [84].

Sveikata yra įtakojama tokių svarbių veiksnių kaip fizinė aplinka, sveikatos praktika, įgūdžių formavimas ir įgijimas, biologiniai – genetiniai aspektai, sveikatos priežiūros sistema, socialinė ir ekonominė aplinka, kurioje žmogus gyvena ir egzistuoja [114]. Sveikatą lemiančius veiksnius galima pavaizduoti schematiškai (žiūrėti 5 paveikslą), tačiau tai nereiškia, kad jų negali būti ir daugiau. Sveikatai įtakos turi daugelis veiksnių, kurie yra integralūs ir glaudžiai susiję tarpusavyje. Individualūs veiksniai (socialiniai, fiziologiniai, biologiniai ir pan.) daro įtaką asmens gyvenimo būdui ir jo socialinei bei gyvenimo kokybei, o taip pat veikia sveikatą. Nuo to, kokį gyvenimo būdą pasirinko asmuo, priklauso jo sveikata. Taigi tai yra tam tikras uždaras ratas arba ciklas, kuris veikdamas viena ar kita kryptimi, kartu veikia ir savo egzistavimą.



5 paveikslas. Sveikatą lemiantys veiksniai.

Beveik visa visuomenės sveikatos koncepcija yra apibūdinama tuo, kad sveikatos būklė (gera savijauta) ir ligos atsiradimas (arba jos buvimas) priklauso nuo kiekvieno žmogaus individualių biologinių-genetinių savybių ir nuo gyvenimo būdo pasirinkimo [113]. Visuomenei būdingos tam tikros įvairios problemos labai priklauso nuo jų gyvensenos, elgsenos ir įpročių. Siekiant įvertinti esamą sveikatos būklę, analizuojami esami mirtingumo, sergamumo, invalidumo ir kiti rodikliai. Tačiau čia labai svarbus tampa ir paties žmogaus savo sveikatos būklės įvertinimas, t.y., subjektyvus savo sveikatos vertinimas – subjektyvus rodiklis, kuris atspindi ne tik individo požiūrį į savo sveikatą, bet ir biomedicininis, socialinius, psichologinius ir kitus sveikatos aspektus [82, 114, 115, 116]. Žmonių psichinė, fizinė ir socialinė gerovė veikia sveikatos būklę, tą nurodo ir PSO [116, 117, 118]. Visuomenės sveikatos pripažinimas yra dinamiškas rezultatas, adaptyvus sisteminių veiksnių kompleksas – infrastruktūra, santykis ir sąveika, kuri nurodo kaip gerinti sveikatos rezultatus [118].

Visuomenės sveikata, medicininė priežiūra – padeda išsaugoti – „suteikti“ sveikatą, kurios reikia visuomenei (tai yra tarpusavyje glaudžiai susijusi sistema). Visuomenės sveikata negali būti/gyvuoti be visuomenės ir atvirkščiai [116]. Tad į sveikatos gerinimo ir stiprinimo veiklą turi būti įtraukti visi: visuomenė, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, medikai, politikai, verslo atstovai ir pan., visi jie turi veikti kartu, priimti sprendimus bei ieškoti sprendimo būdų problemoms išspręsti. Būtinai efektyvus bendravimas ir bendradarbiavimas tarp visuomenės sveikatos specialistų, o taip pat būtina kaupti informaciją, kompetenciją ir įgūdžius, kurie padėtų tobulėti ir pagerintų jau esamas savybes. Būtina rasti lengviausius būdus, kaip šiuos įgūdžius ir kompetenciją perduoti paprasčiausiu būdu kitiems specialistams, kad vėliau nekiltų jokių nesusipratimų. Norint pasiekti užsibrėžtą tikslą, turi būti teikiamas kompleksinis dėmesys į įvairius kultūrinius, valdymo, techninius, teisinius, politinius ir ekonominius procesus [113, 116].

Apibendrinant galima teigti, kad nors sveikatos srityje buvo padaryta begalė darbų siekiant pagerinti šią sistemą ir taip pat yra pastebima pažanga, tačiau skirtumai tarp atskirų socialinių grupių, ekonominė bei socialinė nelygybė, sergamumas ir mirtingumas lėtinėmis ir psichikos ligomis išlieka nemaži. Todėl įvairūs sisteminiai trūkumai sveikatos sistemoje, žemas asmens savęs vertinimas (jei žmogaus savivertė yra žema, toks žmogus nebus patenkintas ir savo sveikata bei socialine ir ekonomine padėtimi) bei kiti svarbūs veiksniai kelia grėsmę ne tik žmonių sveikatai, bet ir daro įtaką šalies ekonomikai. Šalies gyventojų sveikatos gerėjimo galima pasiekti tik formuojant tinkamą sveikatos politiką, tačiau nereikia pamiršti, kad tai yra sunkus uždavinys, būtina apgalvoti visus procesus. Siekiant pagerinti gyventojų sveikatą, būtina ne tik gerinti gydymo ar sveikatos mokymo paslaugų tiekimą, profilaktiką, mokymą, bet ir gerinti bei keisti aplinką, kurioje asmuo gyvena, dirba ir panašiai, stiprinti socialinius ryšius, tarpusavio sąsają, ugdyti pilietiškumą ir stengtis sumažinti nelygybę visose srityse, nes socialinė ar

ekonominė nelygybė, gyventojų atskirtis ir kt., tik trukdo pasiekti tinkamą ir teisingą sistemos funkcionavimą. Svarbu tiek sveikatos, tiek kitose sistemose laikytis teisingumo ir lygybės principų.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODIKA

2.1 Tyrimo objektas

Tikslinė populiacija – suaugę (18 m ir vyresni) Lietuvos gyventojai. Siekiant imties reprezentatyvumo, kad pagal jos rezultatus būtų galima spręsti apie generalinę visumą, tyrimui respondentai buvo atrinkti atsitiktinės atrankos būdu. Tokiu būdu, kiekvieno individo tikimybė patekti į imtį buvo vienoda. Tačiau siekiant išvengti iškreiptų pogrupių (pavyzdžiui, tarp vyrų ir moterų), imtis buvo papildomai (taip pat atsitiktinės atrankos būdu) kvotuota pagal lytį, amžių ir gyvenamąją vietą. Taip buvo suderinta atsitiktinė imtis su poaibių kvotomis. Tyrimo metu iš anksto numatyta tikimybė, kad dėl tam tikrų aplinkybių tyrime galės dalyvauti ne visi tiriamieji, buvo suformuota didesnė respondentų imtis. Tyrimo metu kreiptasi į 1620 asmenų. Apklausti 1223 respondentai. Iš jų 346 vyrai, 877 moterys, iš kurių 973 sudarė miesto ir 250 kaimo gyventojai. Atsako lygis 75,5 %. Tyrimui naudotas anketinės apklausos interviu metodas. Imties apskaičiavimui taikyta matematinės statistikos lygtis [185]:

$$n = \frac{t_p^2 \times s^2}{\Delta^2}$$

n – tyrimų skaičius;

t_p - pasiklivimo koeficientas, lygus 1,96 (reikšmingumo lygmuo $\alpha=0,05$);

Δ - maksimali vidurkio pasikliautino intervalo absoliuti paklaida, numatyta tyrėjo;

s – vidutinis standartinis nuokrypis;

Siekiant užtikrinti tiriamų respondentų teises, buvo parengti imties formavimo ir įteisinimo dokumentai: **Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija,**

atlikusi išankstinę patikrą suteikė duomenų valdytojo identifikavimo kodą L33 (2008 m. liepos 4d.) bei davė leidimą atlikti asmens duomenų tvarkymo veiksmus mokslinio tyrimo tikslais be duomenų subjekto sutikimo (2008 m. birželio 30d.) (priedas 1). **Lietuvos bioetikos komitetas** suteikė leidimą (2008 m. rugsėjo 3d. Nr. 51) atlikti biomedicininį tyrimą tema “Socialinių, ekonominių, aplinkos veiksnių ir sveikatos paslaugų sąveikos tyrimas” (priedas 2).

Lietuvos gyventojų duomenys gauti iš **Gyventojų Registro Tarnybos** prie LR VRM, parengus ir pateikus prašymą atliekamo mokslinio darbo “Socialinių, ekonominių, aplinkos veiksnių ir sveikatos paslaugų sąveikos tyrimas” pagrindu informacijai gauti. Tyrimo imties respondentų sąrašas buvo parengtas, respondentus atrenkant atsitiktinės atrankos būdu pagal mūsų suplanuotą imties struktūrą, reprezentuojančią suaugusius Lietuvos gyventojus, kvotuota pagal lytį, amžių, gyvenamąją vietą.

Tyrimas buvo Valstybinio Mokslinių Tyrimų Instituto Inovatyvios Medicinos Centro (toliau - VMTI IMC) Inovatyvių diagnostikos, gydymo ir sveikatos stebėsenos technologijų skyriaus vykdomo darbo dalis. Tyrimą padėjo atlikti VMTI IMC, Sveikatos socialinių ir senėjimo problemų informacinio modeliavimo skyriaus darbuotojai. Šio skyriaus darbuotojai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, uždaviniais, tyrimo vykdymo eiga, tyrimo vykdymo instrukcijomis bei apmokyti vykdyti anketines apklausas.

Tiriamųjų apklausa vyko jų namuose, prieš tai susisiekus su respondentais asmeniškai arba nusiuntus informacinio pobūdžio laišką (perspėjantį respondentą), apie vykdomą tyrimą paštu ir tik tuomet, jeigu atrinktas tiriamasis sutiko dalyvauti apklausoje jis buvo apklausiamas (priedas 3). Duomenų konfidencialumas ir respondentų anonimiškumas buvo užtikrinamas suteikus kiekvienai anketai kodą, o respondentų asmens duomenys, tokie kaip vardas, pavardė, gyvenamosios vietos adresas, telefonas ir pan., nebuvo naudojami. Šie duomenys buvo sunaikinti pagal nustatytus reikalavimus.

Disertacija buvo vykdoma laikotarpiu nuo 2009 m iki 2012 m.

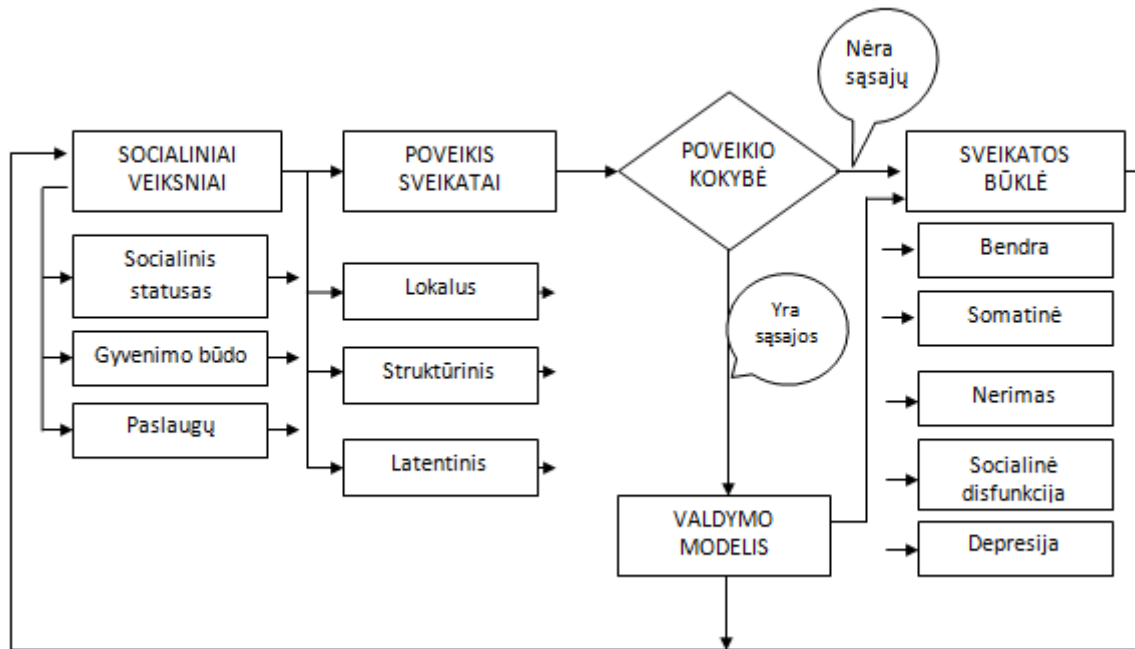
2.2 Tyrimo instrumentas

Siekiant ištirti svarbiausių socialinių veiksnių sisteminės sąveikos dėsningumus bei jų reikšmę sveikatos politikos veiksmingumui, buvo parengtas klausimynas „Sveikatos ir socialinių problemų sisteminis tyrimas“ (priedas 4). Anketa sudaryta remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos rekomenduojamų ir Lietuvoje adaptuotų klausimynų fragmentais. Panaudoti klausimynai: GHQ-28, PSO aplinkos vertinimo klausimynas, PSO mitybos klausimynas, PSO socialinės sveikatos klausimynas. Tyrimo schemą sudarė keli blokai: socialinių veiksnių, jų poveikio sveikatos būklei, sveikatos būklės ir sąveikos analizė (žiūrėti 6 paveikslą).

2.3 Tyrimo metodika

Poveikio kokybė atskiroms sritims (socialinių veiksnių, poveikio sveikatai ir sveikatos būklei) buvo analizuojama trimis lygiais, panaudojant dispersinės ir faktorinės analizės metodus (žiūrėti 6 paveikslą). Pirmą lygį sudarė lokalaus poveikio analizė – kai buvo tiriamas vieno veiksnio poveikis (naudota vienfaktorinės dispersinės analizės metodas). Antras lygis – struktūrinė poveikio analizė (panaudotas daugiafaktorinės dispersinės analizės metodas) – analizuojama dviejų ir daugiau veiksnių bei jų sąveikos poveikis sveikatai. Trečias lygis – nagrinėjamas latentinis poveikio būdas (naudotas faktorinės analizės metodas) – sukuriama integralus laukas, kurį sudaro atitinkamų požymių laukas priklausantis keturioms psichikos sveikatos sritims ir analizuojamas vertybinis blokas (čia analizuojama jų tarpusavio sąveika).

Socialinių veiksnių bloke išskirtos trys sritys: socialinio statuso, gyvenimo būdo ir paslaugų. Sveikatos būklės bloką sudarė bendra būklė ir psichikos sveikatos sritys: somatiniai susirgimai, socialinė disfunkcija, depresija ir nerimas.



6 paveikslas. Tyrimo principinė schema

Duomenys analizuoti dispersinės, faktorinės bei klasterinės analizės metodais. Dispersinė analizė naudota tirti socialinių veiksnių poveikį sveikatai. Priklausomais kintamaisiais imtos sveikatos sritys, nepriklausomais – socialiniai veiksniai. Bendra sveikatos būklė vertinta penkių balų rangine skale ir didėjant balui būklė vertinta kaip gerėjanti, o psichikos sveikatos sritys – keturių balų skale ir didėjant balui sveikata vertinta kaip prastėjanti. Analizės metu buvo lyginami nepriklausomų kintamųjų kelių imčių vidurkiai siekiant nustatyti, reikšmingus skirtumus. Analizuojant duomenis dispersinės analizės metodu, naudotas Livyno kriterijus, kuris buvo skirtas hipotezei apie dispersijų lygybę

tikrinti. Šis kriterijus parodo ar p reikšmės skiriasi viena nuo kitos: skirtumas reikšmingas kai $p < 0,05$, $\alpha = 0,05$.

Faktorinė analizė naudota integraliai socialinių ir sveikatą identifikuojančių veiksnių sąveikai analizuoti ir šioje sąveikoje susiformuojantiems naujiems latentiniams veiksniams išryškinti. Veiksniams surasti naudotas pagrindinių komponenčių metodas taikant sukimą varimax metodu. Ar kintamuosius galima sugrupuoti taikant faktorinę analizę įvertinta pagal Kaizerio-Mejerio-Olkino (KMO) kriterijų. Buvo įvertinama kokią dalį bendros skalės informacijos, glūdinčios jos požymių variacijoje, paaiškina surastieji veiksniai.

Psichikos sveikatos būklė buvo tirta GHQ-28 klausimynu. Cronbach'o alpha koeficiento skaičiavimas rodo anketos homogeniškumą. Somatinių susirgimų sričiai Cronbach'o alpha nustatyta 0,872, nerimo – 0,895, socialinės disfunkcijos – 0,874 ir depresijos – 0,869 (atitinkamai Spearman-Brown'o: 0,873, 0,895, 0,875 ir 0,885). Cronbach'o alpha koeficiento reikšmė gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnė už 0,6 - 0,7. Spearman-Brown'o padidinto patikimumo koeficiento reikšmė artima Cronbach'o alpha koeficiento reikšmei, kas reiškia, kad atsakymų į atskirus klausimus dispersijos yra panašios. Psichikos sveikatos būsenos yra identifikuojamos keturiomis grupėmis: tai somatiniai susirgimai (A1 – A7), nerimas (B1 – B7), socialinė disfunkcija (C1 – C7), depresija (D1 – D7).

Klasterinės analizės būdu, atsižvelgiant į išskirtus šešis latentinius veiksnius buvo suformuoti keturi klasteriai: psichosomatinių sveikatos poreikių, stiprios depresijos, nerimo būsenos ir sąlyginai sveiki. Suformuoti klasteriai buvo lyginami atsižvelgiant į lytį.

Analizuojant gauti duomenys buvo grupuojami taikant matematinės statistikos metodus. Išskirtos keturios amžiaus grupės: 18 – 29 metų labai jaunas; 30 – 44 jaunas; 45 – 59 vidutinis; 60 ir daugiau metų – pagyvenę ir seni. Socialiniai ir aplinkos rodikliai vertinti nominaline skale.

Pajamos suskirstytos į keturias kvartilines grupes, kurias sudarė visi asmenys, išdėstyti didėjimo tvarka pagal ekvivalentines disponuojamąsias pajamas sąlyginiam asmeniui. Pirmąją kvartilinę grupę sudarė asmenys, kurių ekvivalentinės disponuojamosios pajamos buvo mažiausios, antrąją – asmenys, kurių pajamos yra didesnės už pirmąją kvartilę, bet mažesnės už antrąją ir t.t. Pagal gautas kvartilines grupes, pajamos tenkančios vienam šeimos nariui per mėnesį buvo skirstomas į labai mažas, mažas, vidutines ir dideles pajamas

Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir paveiksluose. Daugumoje jų vertinamas atsakymų į anketos klausimus dažnis (procentais) skirtingose amžiaus grupėse: pagal lytį, socialines ir aplinkos sąlygas. Rezultatų statistinių hipotezių patikimumo lygmuo – $p < 0,05$. Duomenų analizei naudota SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programa (SPSS 16.0).

Doktoranto indėlis vykdant tyrimą

Vykdant tyrimą buvo dalyvauta atliekant šiuos darbus:

- Tyrimui vykdyti reikalingų dokumentų ir leidimų parengimas.
- Mokslinės literatūros rinkimas ir analizė.
- Anketinių duomenų rinkimas.
- Anketinių duomenų apdorojimas ir analizė.
- Mokslinių straipsnių susijusių su disertacija rengimas.
- Mokslinių pranešimų susijusių su disertacija rengimas ir pristatymas.

Rašant disertaciją buvo dalyvauta visuose mokslinio darbo rengimo, planavimo ir vykdymo etapuose.

REZULTATAI

3.1 Tiriamojo objekto charakteristika

Tyrimė dalyvavo 1223 Lietuvos gyventojai, iš kurių 28,3 % sudarė vyrai ir 71,7 % moterys. Atsižvelgiant į gyvenamąją vietą, apklausoje dalyvavo 79,6 % (973 respondentai) miesto gyventojų ir 20,4 % (250 respondentų) – kaimo (žiūrėti 1 lentelę).

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą ir lytį

Gyvenamoji vieta	Lytis				Viso:	
	Vyrai		Moterys			
	n	%	n	%	n	%
Miestas	250	25,7	723	74,3	973	100
Kaimas	96	38,4	154	61,6	250	100
Viso:	346	28,3	877	71,7	1223	100

Chi-kv. = 13,775, lls = 1, p = 0,001

Tyrimė dalyvavusių respondentų amžius siekė nuo 18 iki 90 metų. Bendras amžiaus vidurkis – 43,11. Remiantis socialinės statistikos patirtimi, duomenų analizei suformuotos keturios amžiaus grupės nuo 18 iki 29 m, nuo 30 iki 44 m, nuo 45 iki 59 m ir nuo 60 m ir vyresni. Respondentų pasiskirstymas keturiose amžiaus grupėse buvo apylygis (žiūrėti 2 lentelę).

2 lentelė. Imties pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir lytį

Lytis	n, %	Amžiaus grupės				Viso:
		19 – 29 m	30 – 44 m	45 – 59 m	60 m ir vyresni	
Vyrai	n	102	78	101	61	343
	%	29,8	22,8	29,5	17,8	100
Moterys	n	244	204	259	161	868
	%	28,1	23,5	29,8	18,5	100
Viso:	n	346	282	360	222	1210
	%	28,6	23,3	29,8	18,3	100

Chi-kv. = 0,378, lls = 3, p = 0,945

Atsižvelgiant į tyrimo dalyvavusių respondentų socialinę grupę arba profesiją, tyrime dalyvavo 1,2 % namų šeimininkių, 2 % vadovų, 3,8 % bedarbių, 10,2 % darbininkų, 13,6 % pensininkų, 24,8 % specialistų, 27,5 % tarnautojų bei 16,1 % kitų profesijų ar socialinių grupių atstovų. Detaliau 3 lentelėje.

3 lentelė. Imties pasiskirstymas pagal profesiją ir lytį

Socialinė grupė/ profesija	Lytis				Viso:	
	Vyrai		Moterys		n	%
	n	%	n	%		
Bedarbis	19	42,2	26	57,8	45	100
Pensininkas	46	28,0	118	72,0	164	100
Namų šeimininkė	2	13,3	13	86,7	15	100
Darbininkas	67	53,6	58	46,4	125	100
Tarnautojas	56	16,7	280	83,3	336	100
Specialistas	83	27,4	220	72,6	303	100
Vadovas	12	48,0	13	52,0	25	100
Kita	56	28,6	140	11,6	196	100
Viso:	341	28,2	868	71,8	1209	100

χ^2 -kv. = 72,856, lls = 7, $p = 0,001$

Tyrimo metu buvo analizuojamas pajamų kiekis tenkantis vienam šeimos nariui per mėnesį. Maksimalus pajamų kiekis tenkantis vienam šeimos nariui per mėnesį siekė 5000 Lt, minimalus – 100 Lt (vidurkis – 994,1). Kad būtų patogiau, pajamos suskirstytos į keturias kvartilines grupes, kurias sudarė visi asmenys, išdėstyti didėjimo tvarka pagal ekvivalentines disponuojamąsias pajamas sąlyginiam asmeniui (detaliau žiūrėti 4 lentelę).

4 lentelė. Pajamų kvartilinis pasiskirstymas vieno šeimos nario per mėnesį

n	Vidurkis	SN	Min, Lt	Max, Lt	Pajamos
230	333,9	191,9	0	600	Labai mažos
248	713,5	86,5	601	800	Mažos
249	1011,6	86,6	801	1200	Vidutinės
229	1942,1	572,7	1201	5000	Didelės

Respondentų pasiskirstymas pagal pajamas tenkančias vienam šeimos nariui per mėnesį pasiskirstė apylygiai: labai mažos pajamos sudarė 18,8 %, mažos – 20,3 %, vidutinės – 20,4 % ir didelės – 18,7 %.

Analizuojant respondentų pasiskirstymą atsižvelgiant į išsilavinimą, nustatyta, jog didesnę dalį tiriamųjų sudarė asmenys turintys nebaigtą aukštąjį – 39,8 %, nebaigtą vidurinį – 23,6 % bei vidurinį - 21,6 % išsilavinimą. Likusieji respondentai, pagal turimą išsilavinimą, atitinkamai pasiskirstė taip: nesimokė – 1,3 %, pradinį turėjo 1,6 % respondentų, aukštesnįjį – 8,3 % , o su aukštuoju buvo 3,8 %. Studentai, besimokantys aukštojoje mokykloje, savo išsilavinimą žymėdavo kaip turintys nebaigtą aukštąjį (žiūrėti 5 lentelę).

5 lentelė. Respondentų išsilavinimo pasiskirstymas pagal lytį

Išsilavinimas	Lytis				Viso	
	Vyrai		Moterys			
	n	%	n	%	n	%
Nesimokė	4	25,0	12	75,0	16	100
Pradinis	3	15,8	16	84,2	19	100
Nebaigtas vidurinis	103	35,9	184	61,4	287	100
Vidurinis	48	18,3	215	81,7	263	100
Aukštesnysis	25	24,8	76	75,2	101	100
Nebaigtas aukštasis	141	29,2	342	70,8	483	100
Aukštasis	16	34,8	30	65,2	46	100
Viso:	340	28,0	875	72,0	1215	100

Chi-kv. = 24,662, lls = 6, p = 0,001

Didesnę dalį tyrime dalyvavusių visų respondentų sudarė susituokę asmenys – 52,5 %. Nevedę asmenys sudarė 26,7 %, našliai – 9,8 %, išsituokę – 6,6 %, o gyvenantys nesusituokę – 4,4 % (žiūrėti 6 lentelę).

6 lentelė. Šeimyninė padėtis atsižvelgiant į lytį

Šeimyninė padėtis	Lytis				Viso	
	Vyrai		Moterys		n	%
	n	%	n	%		
Susituokę	200	31,1	443	68,9	643	100
Nesusituokę	102	31,4	223	68,6	325	100
Išsituokę	14	17,5	66	82,5	80	100
Našliai	21	17,4	100	82,6	121	100
Gyvena nesusituokę	9	16,7	45	83,3	54	100
Viso:	346	28,3	877	71,7	1223	100

Chi-kv. = 19,738, lls = 4, p = 0,001

3.2 Sveikatos visuminė socialinė sklaida

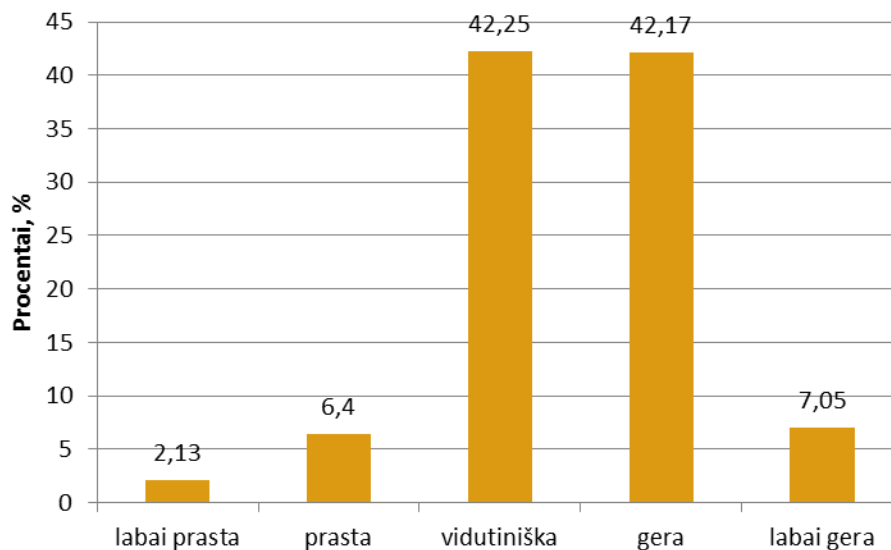
Analizuodami sveikatos visuminę socialinę sklaidą pradžioje sutelkėme dėmesį į bendrą subjektyviai vertinamą sveikatos būklę, suprasdami, kad ji akumuliuoja daugelį sveikatos problemų. Vėliau bandėme šią būklę dekomponuoti sutelkdami didesnę dėmesį į sveikatos problemas, subjektyviai vertinamą sergamumą ir kai kuriuos psichikos sveikatos bruožus. Galiausiai bandėme integraliai analizuoti kai kurių socialinių veiksnių ir psichikos sveikatos socialinę sąveiką. Toliau pateikiami tyrimo rezultatai apie subjektyviai vertinamos sveikatos būklės, sveikatos problemų ir sergamumo, išmatuoto skirtingose socialinių veiksnių įtakos srityse, vidutinių reikšmių sklaidos skirtumus.

3.2.1 Sveikatos bendros būklės ir socialinio statuso sąsajos

Socialinis statusas – tai tam tikras visuotinai pripažintas socialinis konstruktas, kurio pagrindiniai elementai yra lytis, amžius, išsimokslinimas, užimtumas, šeimos padėtis ir gyvenamoji vieta. Visi šie elementai sudaro tam tikrą socialinę visumą ir dažnai analizuojami kaip visuma. Visuomenės sveikatos

požiūriu socialinis statusas, kaip tam tikra socialinė visuma, taip pat produkuoja sveikatos bendrą būseną.

Analizuojant respondentų sveikatą, buvo panagrinėtas subjektyvus respondentų savo sveikatos vertinimas atsižvelgiant į amžių, išsilavinimą, šeimyninę bei finansinę padėtį ir gyvenamąją vietą. Subjektyvus savo sveikatos vertinimas buvo identifikuotas klausimu „Kokia yra Jūsų sveikata?“ (žiūrėti 7 paveikslą).



7 paveikslas. Respondentų, subjektyvaus savo sveikatos vertinimo pasiskirstymas procentais

7 paveiksle pateikiamas respondentų subjektyvus savo sveikatos vertinimas rodo, kad nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo šeimyninės ir finansinės padėties bei gyvenamosios vietos, vyrauja vidutiniškas (42,25 %) ir geras (42,17 %) savo sveikatos bendros būklės lygis.

Tirtoje populiacijos imtyje bendros sveikatos būklės tirtoje sklaida tarp svarbiausių socialinio statuso elementų pateikta 8 lentelėje. Tyrimo rezultatai rodo, kad tikrinant statistinę hipotezę chi kvadrato suderinamumo kriterijumi apie sveikatos būklės priklausomybę nuo socialinio statuso elementų gauta, kad

visiems elementams, išskyrus gyvenamąją vietą, buvo nustatyta statistiškai reikšminga priklausomybė ($p < 0,05$).

Analizuojant pagal lytį, didesnė dalis visų tyrime dalyvavusių respondentų savo sveikatą vertino kaip vidutinišką ir kaip gerą. Tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų, ryškių skirtumų nebuvo. Iš moterų vidutiniškai savo sveikatą vertino 43,4 % tiriamųjų, o vyrų – 39,9 %. Kaip gerą savo sveikatą įvertino 42,1 % moterų ir 41,9 % vyrų. Savo sveikatą neigiamai (t.y., kaip prastą arba labai prastą) vertino 104 respondentai (detaliau 7 lentelėje).

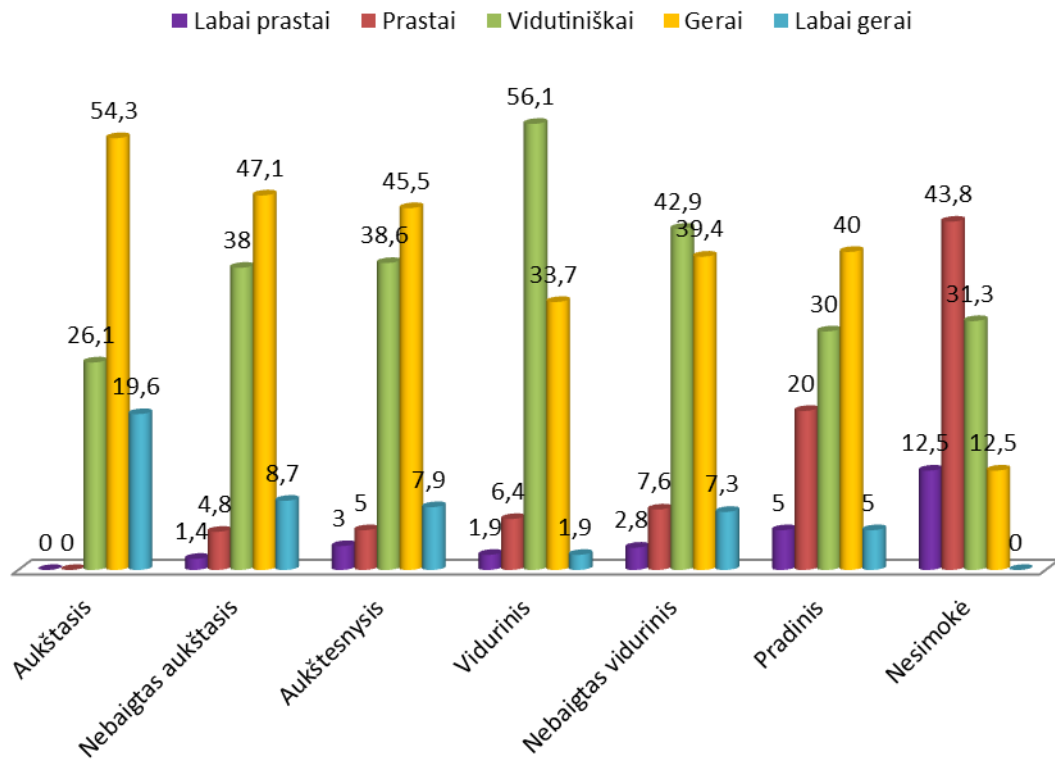
Vertinant pagal amžiaus grupes, jaunesnio ir vidutinio amžiaus respondentai savo sveikatą vertino geriau nei vyresnio amžiaus respondentai ir atvirkščiai, savo sveikatą prasčiau vertino vyresnio amžiaus žmonės. Taip pat amžiaus tarpsniu nuo 18 iki 44 metų, savo sveikatą tiriamieji vertino geriau, nei amžiaus tarpsniu nuo 45 iki 60 metų ir vyresnių. Amžiaus grupėje nuo 18 iki 29 metų, savo sveikatą kaip gerą vertino 56,1 % respondentų, labai gerai – 17,1 %, neigiamai savo sveikatą įvertino tik 2,1 %. Amžiaus grupėje nuo 60 m. ir vyresnių savo sveikatą neigiamai įvertino 24 % respondentų.

7 lentelė. Respondentų sveikatos bendros būklės socialinė sklaida

Socialinio statuso elementai	Sub struktūros	n	Sveikatos bendra būklė proc,					Chi-kv., lls	p
			Labai prasta	Prasta	Vidutiniška	Gera	Labai gera		
Lytis	Vyrai	346	2,6	5,2	39,9	41,9	10,4	10,106 lls=4	0,039
	Moterys	877	1,9	6,8	43,4	42,1	5,7		
Amžius	18-29	345	1,2	0,9	21,7	59,1	17,1	307,391 lls=12	0,001
	30-44	282	0,7	3,9	35,8	52,8	6,7		
	45-59	359	1,4	6,7	56,0	34,5	1,4		
	60<	223	6,7	17,9	59,2	14,8	1,3		
Išsilavinimas	Nebaigtas vidurinis	325	3,4	10,2	41,5	38,2	6,8	65,967, lls=12	0,001
	Vidurinis	264	1,9	6,4	56,1	33,7	1,9		
	Nebaigtas aukštasis	585	1,7	4,8	38,1	46,9	8,5		
	Aukštasis	46	0	0	26,1	54,3	19,6		
Užimtumas	Darbininkas	125	0,8	6,4	45,6	44,8	2,4	226,966 lls=28	0,001
	Bedarbis	45	2,2	4,4	28,9	48,9	15,6		
	Pensininkas	164	7,9	22,6	58,5	9,8	1,2		

	Namų šeim.	15	0	6,7	33,3	60,0	0		
	Tarnautojas	337	1,2	4,5	46,9	41,4	6		
	Specialistas	303	1,3	3,3	40,6	45,9	8,9		
	Vadovas	25	0	8,0	36,0	52,0	4,0		
	Kita	196	1,5	0,5	26,5	58,7	12,8		
Šeimos padėtis	Vedęs	640	0,9	4,7	48,2	41,4	4,8	245,856 lls=16	0,001
	Nevedęs	325	1,8	3,1	23,7	55,1	16,3		
	Išsituokęs	80	5,0	8,8	51,3	33,8	1,3		
	Našlys/ė	121	7,4	25,6	55,4	11,6	0		
	Gyvena nesituokę	54	1,9	0	44,4	51,9	1,9		
Pajamos Vienam Šeimos nariui	Labai mažos	6	2,6	4,8	48,3	37,4	7,0	47,478 lls=12	0,001
	Mažos	8	3,2	7,3	46,8	38,7	4,0		
	Vidutinės	6	2,4	10,0	38,2	43,0	6,4		
	Didelės	2	0,9	2,6	32,3	49,8	14,4		
Gyvenamoji vieta	Miestas	973	1,8	6,0	42,1	42,2	7,8	6,814 lls=4	0,143
	Kaimas	250	3,2	8,0	43,6	41,2	4,0		

Atsižvelgiant į išsilavinimą, taip pat pastebėta, jog didesnė dalis respondentų savo sveikatą labiau yra linkę vertinti kaip vidutinišką arba kaip gerą. Savo sveikatą kaip gerą įvertino 114 tiriamųjų turinčių nebaigtą vidurinį išsilavinimą, 89 – turintys vidurinį išsilavinimą, 228 – nebaigtą aukštąjį, ir 25 – turintys aukštąjį išsilavinimą (viso 512 respondentai). Savo sveikatą kaip vidutinišką įvertino 124 tiriamieji turintys nebaigtą vidurinį išsilavinimą, 148 – vidurinį ir 184 nebaigtą aukštąjį (viso 518 respondentų). Savo sveikatą kaip labai prastą iš viso pažymėjo 26 respondentai, o 78 kaip turintys prastą. 86 respondentai savo sveikatą vertino kaip labai gerą (procentaliai tai parodyta 8 paveiksle), Chi-kv. = 65,967, lls = 12, p = 0,001. Prasčiausiai savo sveikatą buvo linkę vertinti asmenys turintys žemą išsilavinimą, t.y., pradinį (25 %) arba nesimokę (56,3 %). Šiuo atveju pastebėta tendencija, kad kuo aukštesnis išsilavinimas, tuo labiau respondentai savo sveikatą linkę vertinti geriau.



8 paveikslas. Respondentų savo sveikatos vertinimas išreikštas procentais, atsižvelgiant į išsilavinimą

Egzistuoja santykis tarp profesijos, sveikatos ir gerovės. Svarbiausi veiksniai darantys įtaką dirbančiųjų sveikatai yra darbo aplinkos kokybė bei darbo sąlygos ir juos lemiantys veiksniai. Taigi tam tikros darbo sąlygos ir jų kitimas veikia dirbančiųjų sveikatą, o tai turi įtakos jų tolesniam gyvenimui. Analizuojant profesijos, arba tam tikrų socialinių grupių, ir sveikatos tarpusavio santykį, nustatėme, kad taip pat didesnė dalis respondentų nepriklausomai nuo profesijos ar socialinės grupės, savo sveikatą yra labiau linkę vertinti daugiau teigiamai nei neigiamai. Tarp pensininkų sveikata buvo vertinama žymiai prasčiau nei kitų profesijų ar socialinių grupių atstovų (kaip prastą – 22,6 %, kaip vidutinišką – 58,5 %). Kaip labai gerą savo sveikatą vertino nedidelė dalis bedarbių – 15,6 % bei kitų profesijų atstovai – 12,8 %. Kaip gerą savo sveikatą vertino 44,8 %

darbininkų, 41,4 % tarnautojų, 45,9 % specialistų, 48,9 % bedarbių, 44,8 % darbininkų, 52,0 % vadovų ir 60 % namų šeimininkių Nustatytas dėsniumas, kad didėjant žmonių pajamoms, mažėja jų sveikatos problemų (žiūrėti 8 lentelę).

Daugelio mokslininkų atliktų tyrimų duomenimis, šeimyninė padėtis taip pat turi įtakos sveikatai. Pagrindinių veiksnių, kurie gali turėti įtakos sveikatai atsižvelgiant į šeimyninę padėtį yra keletas: tai socialinė ir ekonominė padėtis, gyvensena, lytis, rasė ir kt. Atsižvelgiant į šeimyninę padėtį (žiūrėti 7 lentelę), didesnę dalis respondentų taip pat savo sveikatą vertino kaip gerą arba kaip vidutinišką Net 41,4 % vedusių respondentų savo sveikatą vertina kaip gerą, tarp nevedusių – 55,1 %. Prasčiausiai savo sveikatą įvertino našliai, kaip labai prastą ir prastą sveikatą iš jų įvertino 33% respondentų.

Analizuojant ryšį tarp sveikatos būklės ir pajamų vienam šeimos nariui dydžio kvartilinį pasiskirstymą, nustatyta, kad didėjant pajamoms vidutiniškai vertinamos sveikatos dažnis mažėjo nuo 48,3% iki 32,3%, o gerai vertinamos sveikatos didėjo nuo 37,4% iki 49,8%. Sveikatos būklės vidutinių reikšmių priklausomybė nuo pajamų kvartilijų buvo statistiškai reikšminga (žiūrėti 7 lentelę).

Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal gyvenimo vietą, tarp miesto ir kaimo gyventojų didelių skirtumų nebuvo, kiek prasčiau savo sveikatą vertino kaimo gyventojai Kaip gerą savo sveikatą įvertino 42,2 % miesto ir 41,2 % kaimo gyventojų (žiūrėti 8 lentelę).

3.2.2 Sveikatos problemų socialinė sklaida

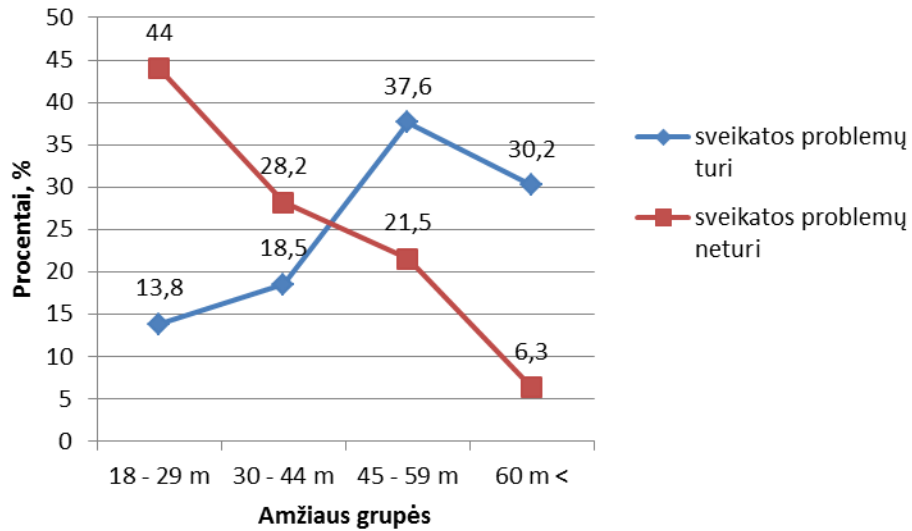
Sveikatos problemų sąvoka nedažna sveikatos analizės mokslinėje literatūroje. Tačiau ši sąvoka yra labai svarbi, nes leidžia aiškiau suvokti sveikatos bendros būklės išteklių ir rizikos situaciją. Praeitame skirsnyje parodėme, kad 84,4 % respondentų savo sveikatos būklę įvertino vidutiniškai ir gerai. Remiantis

šiais rezultatais sunku kokybiniu požiūriu įvertinti sveikatos situaciją. Todėl tikslinga įvesti naują vertinimo rodiklį, kuris išreikštų sveikatos problemų buvimą, kai akumuliuojamos įvairios rizikos, kurios turi neigiamos reikšmės sveikatos būklei ir kuris empiriškai išreiškiamas sveikatos būkle, blogesne negu gera. Šis klausimas yra ypač aktualus senstančiai visuomenei, kuriai priklauso ir Lietuva, nes senstantys žmonės dažnai kenčia nuo poliligotumo, kurį gydyti pakankamai sudėtinga. Sveikatos problemos sąvoka čia galėtų būti tam tikru sveikatos ir jos sąlygojamos gyvenimo kokybės indikatorium. Duomenų šia tema mokslinėje literatūroje rasti neteko, todėl tokie tyrimai yra labai aktualūs ir svarbūs.

8 lentelėje pateikta sveikatos problemų sklaida tarp socialinio statuso elementų. Duomenys leidžia mums išskirti tas socialinio statuso sritis, kurios labiausiai siejasi su sveikatos problemų paplitimu. Kad įvertintume situaciją vertinti atskaitos tašku imta vidutinė sveikatos problemų paplitimo reikšmė – 50,9 %. Ji rodo, kad vidutiniškai kas antras mūsų tirtas respondentas turi sveikatos problemų, o tai nėra labai džiuginantis rodiklis.

Daugelio mokslininkų atliktų tyrimų duomenys parodė, jog lyginant vyresnio amžiaus žmones su jaunesniais, pirmieji dažniausiai nurodo, kad turi sveikatos problemų bei serga lėtinėmis ligomis [129, 130]. Mūsų atliktas tyrimas parodė, kad tarp sveikatos problemų turinčių ir jų neturinčių yra nedidelis skirtumas (atitinkamai problemų turėjo 50,9 % respondentų, o neturinčių buvo 49,1 %). Tačiau pažvelgus į skirtingas amžiaus grupes, pastebėta, kad daugiausiai sveikatos problemų turėjo respondentai esantys amžiaus grupėje nuo 60 m ir vyresni, jų buvo 188 (30,2 %). Amžiaus grupėje nuo 45 iki 59 m sveikatos problemomis skundėsi 234 (37,6 %), o nuo 30 iki 44 m – 115 (18,5 %) respondentų. Amžiaus grupėje nuo 18 iki 29 metų tik 86 (13,8 %) respondentai pažymėjo, kad turi sveikatos problemų, $\text{Chi-kv.} = 230,372$, $\text{Ils} = 3$, $p = 0,001$ (žiūrėti 8 lentelę). Pastebima tendencija, kad didėjant amžiui, daugėja ir sveikatos

problemų. Lūžis, kai ženkliai pastebimas sveikatos problemų didėjimas, įvyksta apie 45 metus (žiūrėti 9 paveikslą).



9 paveikslas. Sveikatos problemų turinčių ir neturinčių respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes procentais

Nors, tarp tyrime dalyvavusių savo sveikatą vertinančių respondentų, atsižvelgiant į lytį (tiek vyrų, tiek ir moterų), didelių skirtumų nebuvo (žiūrėti 8 lentelę), tačiau analizuojant sveikatos problemų turinčių ir jų neturinčių pasiskirstymą tarp lyčių pastebėta, kad sveikatos problemų paplitimas tarp moterų (52,2 %) buvo didesnis nei tarp vyrų ir viršijo vidutinę paplitimo reikšmę, tačiau problemų paplitimas tarp vyrų ir moterų statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Amžius yra bene svarbiausias socialinio statuso veiksnys, labiausiai įtakojantis sveikatos problemų paplitimo situacijai. Pradedant 45 metų riba, sveikatos problemų paplitimas pradeda viršyti vidutinį paplitimo lygį ir nuo 60 metų ir vyresnių amžiaus ribos sudaro 83,2 %. Tarp turinčių aukštą ir žemą išsilavinimo lygį sveikatos problemų pasiskirstymas taip pat pasiskirstė netolygiai. Turintys aukštesnį išsilavinimą (pavyzdžiui, aukštesnįjį, nebaigtą aukštąjį ar aukštąjį), pažymėjo, kad neturi sveikatos problemų, o turintys žemesnį išsilavinimą

sveikatos problemų turėjo. Tarp nesimokiusių respondentų sveikatos problemos sudarė net 87,5 %, turinčių pradinį išsilavinimą 55 %, nebaigtą vidurinį – 53,3 % ir vidurinį – 64,4 %. Sveikatos problemų paplitimas viršijo vidutinį lygį tarp nebaigtą vidurinį ir vidurinį išsilavinimą turinčių žmonių.

Atsižvelgiant į šeimyninę padėtį tarp susituokusių, nevedusių, išsituokusių, našlių ir gyvenančių nesusituokus, šis pasiskirstymas taip pat buvo nevienodas. Daugiausiai sveikatos problemų buvo tarp susituokusių, išsituokusių ir našlių. Nors susituokę asmenys linkę savo sveikatą vertinti geriau, tačiau didesnė dalis jų turėjo sveikatos problemų (53,8 %). Mažiausiai sveikatos problemų pasitaikė tarp nevedusių (28,6 %) ir gyvenančių nesusituokus (46,3 %) asmenų. Žvelgiant į užimtumą, daugiausiai sveikatos problemų pasitaikė tarp pensininkų (89,6 %), tarnautojų (52,7 %), mažiausiai tarp bedarbių (62,2 %), namų šeimininkių (60,0 %) ir kitų specialybių atstovų (71,4 %). Kasmet, nors ir nežymiai, mažėja gyvenančių kaime ir daugėja gyvenančių mieste. Miesto gyventojų (tiek vyrų, tiek moterų) vidutinė gyvenimo trukmė yra ilgesnė nei kaimo gyventojų. Tarp jų išlieka vis dar nemažas skirtumas, o tai patvirtina, kad dauguma tokio rodiklio priešasčių yra skirtinga sveikatos priežiūra [43]. Atlikto tyrimo metu, palyginus miesto ir kaimo gyventojus, nustatyta, kad tarp kaimo gyventojų sveikatos problemų buvo daugiau nei tarp miesto (atitinkamai: 54,8 % ir 49,9 %). Atsižvelgiant į pajamas gaunamas vienam šeimos nariui per mėnesį, sveikatos problemų mažiausiai turėjo gaunantys dideles pajamas (35,8 %). Detaliau žiūrėti 8 lentelę.

8 lentelė. Respondentų sveikatos problemų paplitimo socialinė sklaida

Socialinio statuso elementai	Sub struktūros	n	Problemų proc.	Chi -kv., lls	p
Lytis	Vyrai	346	47,7	2,042 lls=1	0,086
	Moterys	877	52,2		
Amžius	18-29	350	24,6	230,372 lls=3	0,001
	30-44	284	40,5		
	45-59	363	64,5		

	60<	226	83,2		
Išsilavinimas	Nesimokė	16	87,5	42,080 Ils=3	0,001
	Pradinis	20	55,0		
	Nebaigtas vidurinis	289	53,3		
	Vidurinis	264	64,4		
	Aukštesnysis	101	46,5		
	Nebaigtas aukštasis	484	44,2		
	Aukštasis	46	26,1		
Užimtumas	Darbininkas	125	52,8	144,474 Ils=7	0,001
	Bedarbis	45	37,8		
	Pensininkas	164	89,6		
	Namų šeimininkė	15	40,0		
	Tarnautojas	336	52,7		
	Specialistas	303	45,2		
	Vadovas	25	44,0		
	Kita	196	28,6		
Šeimos padėtis	Susituokę	643	53,8	141,777 Ils=4	0,001
	Nesusituokė	325	28,6		
	Išsituokęs	80	65,0		
	Našlys/ė	121	88,4		
	Gyvena nesusituokę	54	46,3		
Pajamos vienam Šeimos nariui	Labai mažos	230	55,7	26,651 Ils=3	0,001
	Mažos	248	57,3		
	Vidutinės	249	50,6		
	Didelės	229	35,8		
Gyvenamoji vieta	Miestas	973	49,9	1,873 Ils=1	0,171
	Kaimas	250	54,8		
Vidutiniškai		1223	50,9		

Atskirų socialinio statuso ir svarbesnių elementų sąveikos poveikis sveikatos būklei ir problemų paplitimui parodytas 9 lentelėje.

9 lentelė. Socialinio statuso veiksnių ir jų sąveikos poveikis sveikatos būklei ir sveikatos problemų sklaidai

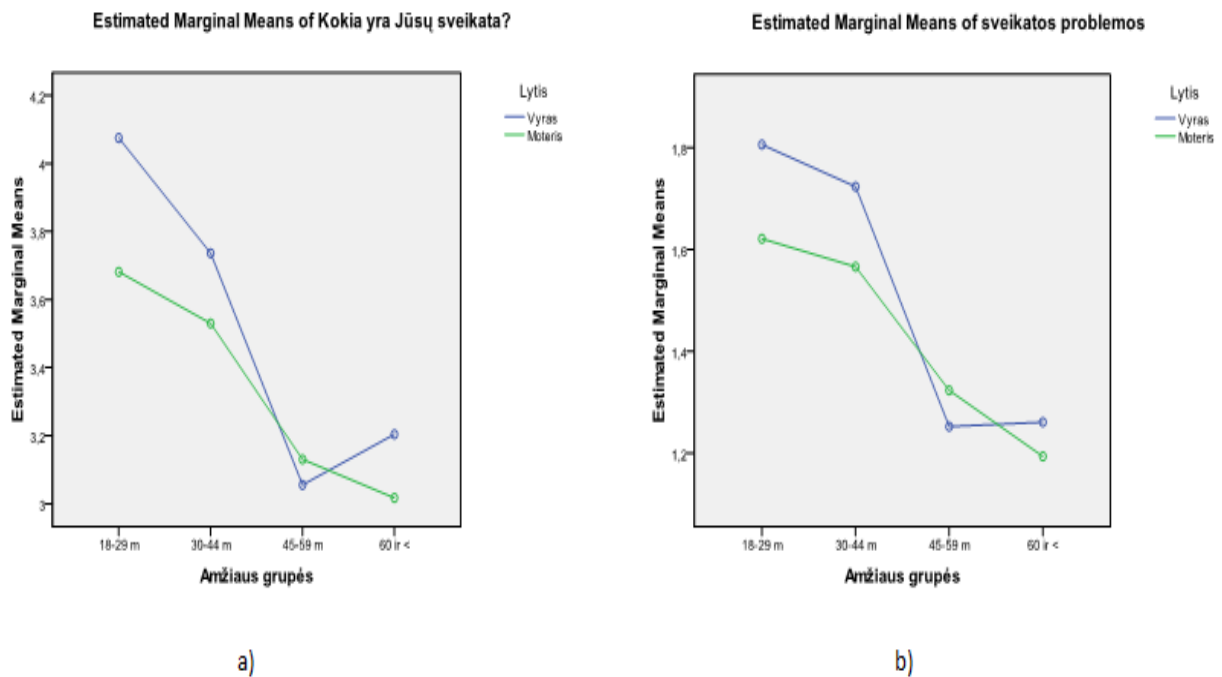
Socialinio statuso elementai ir jų sąveikos	Sveikatos būklė				Sveikatos problemos			
	Kvadratų suma	Ils	F	p	Kvadratų suma	Ils	F	p
Lytis	0,144	1	0,300	0,584	0,006	1	0,031	0,861
Amžius	3,101	3	2,152	0,092	0,937	3	1,620	0,183
Išsilavinimas	1,916	3	1,329	0,264	1,272	6	1,099	0,361
Užimtumas	7,399	6	2,567	0,018	2,003	7	1,483	0,169
Šeima	2,067	4	1,076	0,367	1,306	4	1,693	0,149

Lytis*amžius	5,687	3	3,946	0,008	2,334	3	4,032	0,007
Lytis*išsilavinimas	0,197	3	0,137	0,936	0,638	5	0,661	0,653
Lytis*užimtumas	2,074	5	0,863	0,505	0,399	6	0,345	0,913
Lytis*šeima	0,799	4	0,416	0,797	0,155	4	0,201	0,938
Amžius*išsilavinimas	4,739	9	1,096	0,363	3,680	12	1,590	0,089
Amžius*užimtumas	5,721	15	0,794	0,685	3,866	16	1,245	0,221
Amžius*šeima	6,725	10	1,400	0,175	1,398	10	0,725	0,702
Išsilavinimas*užimtumas	7,201	16	0,937	0,526	5,848	24	1,263	0,179
Išsilavinimas*šeima	2,446	9	0,566	0,826	2,833	17	0,864	0,618
Užimtumas*šeima	8,299	21	0,823	0,693	5,903	20	1,530	0,064
Lytis*amžius*išsilavinimas	0,562	7	0,167	0,992	0,797	8	0,516	0,845
Lytis*amžius*užimtumas	0,882	7	0,262	0,968	1,042	5	1,081	0,370
Lytis*amžius*šeima	8,161	3	5,663	0,001	2,071	3	3,579	0,014
Lytis*išsilavinimas*užimtumas	1,245	10	0,259	0,989	1,132	13	0,451	0,050
Lytis*išsilavinimas*šeima	1,401	7	0,417	0,892	0,495	8	0,321	0,958
Lytis*užimtumas*šeima	2,566	7	0,763	0,619	1,232	5	1,277	0,272
Amžius*išsilavinimas*užimtumas	4,845	14	0,720	0,755	4,215	13	1,681	0,060
Amžius*išsilavinimas*šeima	2,753	10	0,573	0,837	1,314	8	0,852	0,557
Amžius*užimtumas*šeima	7,155	16	0,931	0,533	1,857	12	0,802	0,649
Išsilavinimas*užimtumas*šeima	6,015	14	0,894	0,565	3,851	16	1,248	0,225
Lytis*amžius*išsilavinimas*užimtumas	3,350	6	1,163	0,324	1,425	6	1,231	0,288
Lytis*amžius*užimtumas*šeima	0,032	1	0,067	0,795	0,008	1	0,042	0,837
Lytis*išsilavinimas*užimtumas*šeima	0,390	2	0,406	0,667	9,104	2	0,271	0,763
Amžius*išsilavinimas*užimtumas*šeima	0,609	3	0,422	0,737	0,533	3	0,922	0,430

Daugiafaktorinėje dispersinėje analizėje tyrėme penkių svarbiausių socialinio statuso veiksnių - lyties, amžiaus, išsilavinimo, užimtumo, šeimyninės padėties – poveikį sveikatos būklei ir sveikatos problemų paplitimui. Pradžioje analizavome kiekvieno iš jų poveikį, po to – visų veiksnių tarpusavio sąveikas, dėl kurių gal būt kinta sveikatos būklė ir sveikatos problemų sklaida. Tiriant sveikatos būklės ir sveikatos problemų sklaidos vertinimo vidurkių priklausomybę nuo respondentų lyties (ar vyrų ir moterų sveikatos būklės ir problemų buvimo vertinimo vidurkiai vienodi) nustatyta, kad lyties skirtumai neturi reikšmingo poveikio sveikatos būklei ir sveikatos problemų buvimui ($p > 0,05$), tačiau vyrų ir

moterų sveikatos būklės vertinimai labiau skiriasi ($p = 0,58$), nei sveikatos problemų buvimo vertinimai ($p = 0,86$). Amžiaus skirtumų poveikis sveikatos būklei ($p = 0,09$) ir sveikatos problemų ($p = 0,18$) buvimui nebuvo statistiškai reikšmingas. Užimtumo skirtumų poveikis buvo reikšmingas sveikatos būklei ($p = 0,01$) ir statistiškai nereikšmingas sveikatos problemoms ($p = 0,16$). Išsilavinimo ir šeimos padėties skirtumai atskirai paimti reikšmingo poveikio nerodė nei sveikatos būklei nei sveikatos problemoms.

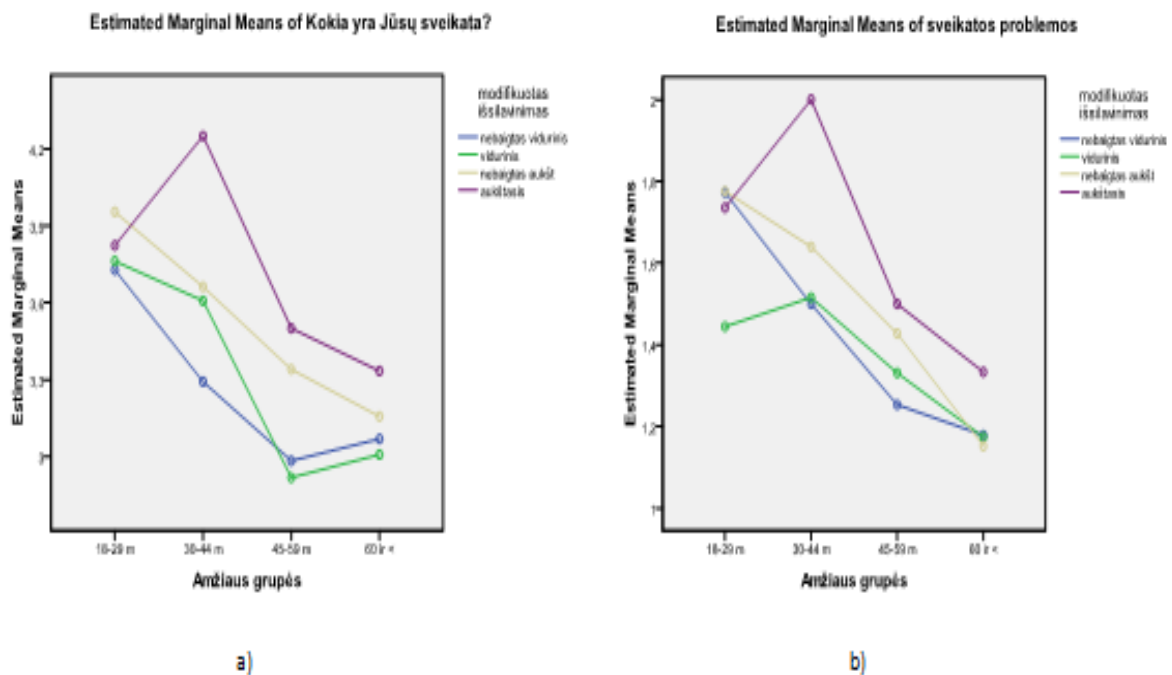
Analizuojant lyties ir amžiaus sąveiką rasta, kad ji turi įtakos sveikatos būklei ir sveikatos problemų buvimui ($p < 0,05$) (žiūrėti 10 paveiksle). Iš paveikslo matyti, kad tiek sveikatos būklės, tiek sveikatos problemų sklaidoje atskirose amžiaus grupėse matuojamų dydžių vidurkiai yra skirtingi ir moterų situacija yra prastesnė negu vyrų.



10 paveikslas. Lyties ir amžiaus sąveikos poveikis sveikatos būklei (a) ir sveikatos problemų sklaidai (b)

Lyties ir išsilavinimo, lyties ir užimtumo, lyties ir šeimos skirtumų sąveikos sveikatos būklei ir sveikatos problemų vidurkių sklaidai turėjo nežymų poveikį.

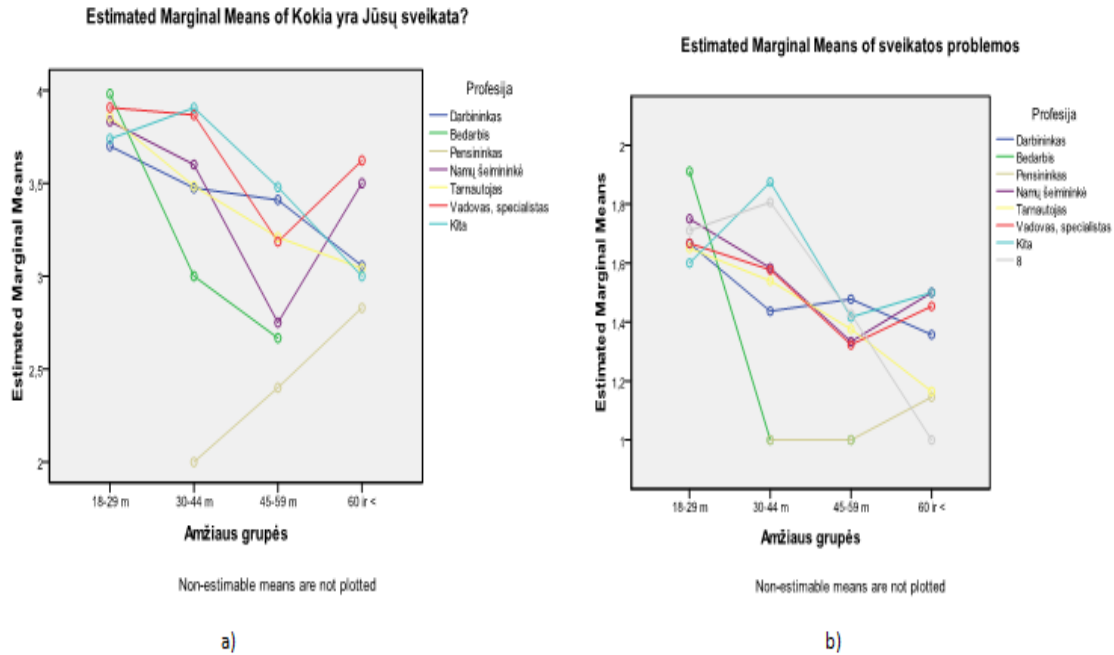
Amžiaus ir išsilavinimo sąveika nežymiai, statistiškai nereikšmingai, veikia sveikatos būklę ($p = 0,36$), tačiau sveikatos problemoms turi didesnės reikšmės ($p = 0,08$). 11 paveiksle matyti, kad didėjant amžiui blogėja visų išsilavinimo lygių sveikatos būklė ir sveikatos problemų. Taip pat matyti, kad ties 45 – 50 metų riba, įvyksta tam tikras lūžis sveikatos procese. Grafike ryškiai atsiskleidžia sveikatos ir jos problemų vidutinių reikšmių skirtumas tarp nebaigtą vidurinių ir aukštąjį išsilavinimą turinčių žmonių grupių.



11 paveikslas. Amžiaus ir išsilavinimo sąveikos poveikis sveikatos būklei (a) ir sveikatos problemų sklaidai (b)

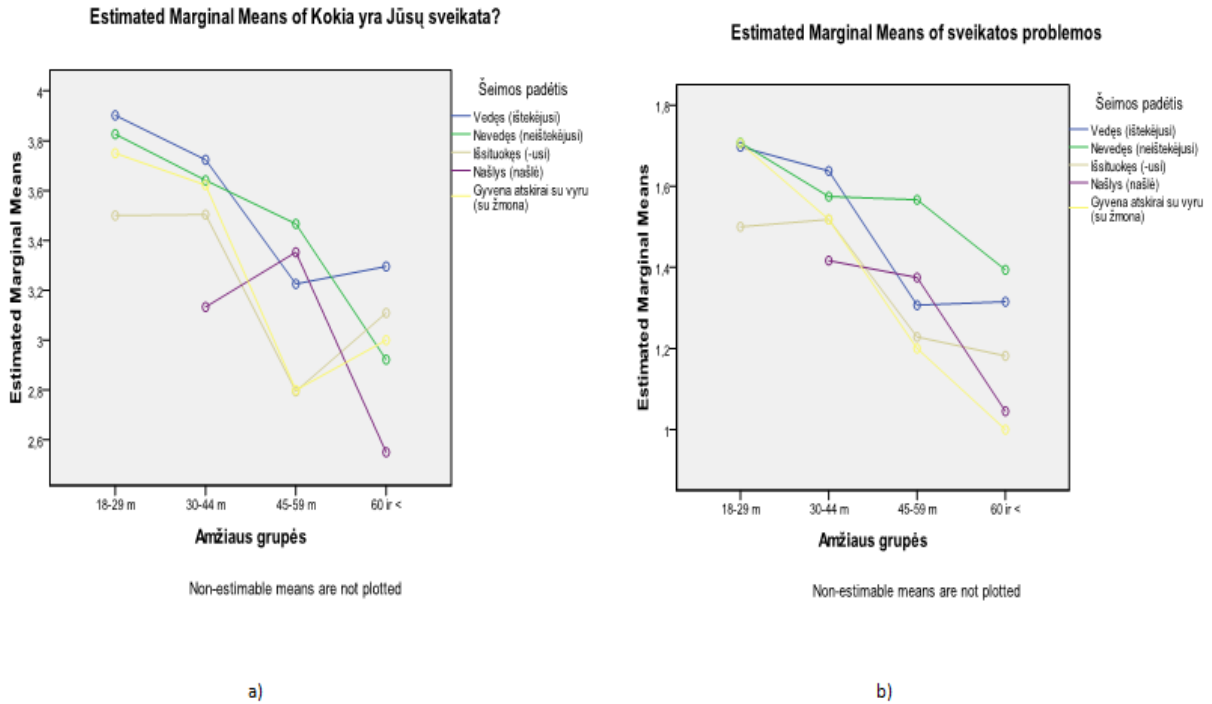
Analizuojant amžiaus ir užimtumo sąveikos poveikį sveikatai nustatėme, kad skirtingo užimtumo ir amžiaus sąveika nežymiai veikia sveikatos būklę ($p =$

0,36) ir žymiai stipriau, kaip ir amžiaus ir išsilavinimo sąveiką, čia sveikatos problemos turi didesnę reikšmę ($p = 0,08$). 12 paveiksle parodyta tirtos populiacijos amžiaus ir užimtumo sąveikos tendras. Jame ryškiau išsiskiria prastesnė pensininkų ir bedarbių sveikatos situacija ir geresnė – tarnautojų ir specialistų sveikatos būklė. Šiai sąveikai taip pat būdingas 45 – 50 metų lūžio taškas.



12 paveikslas. Amžiaus ir užimtumo sąveikos poveikis sveikatos būklei (a) ir sveikatos problemų sklaidai (b)

Tirtoje amžiaus ir šeimos sąveikos populiacijoje buvo stebimas naujas bruožas: ši sąveika stipriau veikė bendrą sveikatos būklę ($p = 0,17$) ir silpniau sveikatos problemų buvimą ($p = 0,70$). Šeima padeda išvengti socialinės sveikatos problemų ir gerina bendrą sveikatos būklę. 13 paveiksle pateikiamuose grafikuose matyti, kad prastesnę sveikatos situaciją turi našliai (našlės), o geriausią – nevedę respondentai.



13 paveikslas. Amžiaus ir šeimos sąveikos poveikis sveikatos būklei (a) ir sveikatos problemų sklaidai (b)

Didžiausia sąveika buvo rasta tarp lyties-amžiaus-šeimos. Ji turėjo reikšmingą poveikį sveikatos būklei ($p = 0,01$) ir sveikatos problemų paplitimui ($p = 0,01$). Reikšmingą poveikį sveikatos problemų formavimuisi taip pat turėjo lyties-išsilavinimo-užimtumo ($p = 0,05$) bei amžiaus-išsilavinimo-užimtumo ($p = 0,06$) sąveikos. Kitos analizuotos sąveikos turėjo nežymią įtaką sveikatos būklės struktūrai ir sveikatos problemų buvimui.

3.2.3 Subjektyviai vertinamo sergamumo socialiniai ryšiai

Sergamumas lėtinėmis ar kitomis ligomis bei įvairūs negalavimai veikia sveikatą ne tik neigiamai, bet ir sąlygoja socialinės kokybės prastėjimą, t.y., lemia skirtumų tarp atskirų socialinių grupių atsiradimą. Atlikę tyrimą, atsižvelgdami į lytį nustatėme, kad didesnę dalį tyrime dalyvavusių visų respondentų vargino padidėjęs kraujospūdis (36 %), širdies ir kraujagyslių (24 %), skrandžio ir

virškinimo (35,4 %), akių (22,5 %), sąnarių (25,7 %) sistemų ligos ir bronchitas (20,8 %). Viso lėtiniai susirgimai vargino 12,3 % respondentų, ūmūs atvejai pasireiškė 5,5 % tiriamųjų (žiūrėti 10 lentelę).

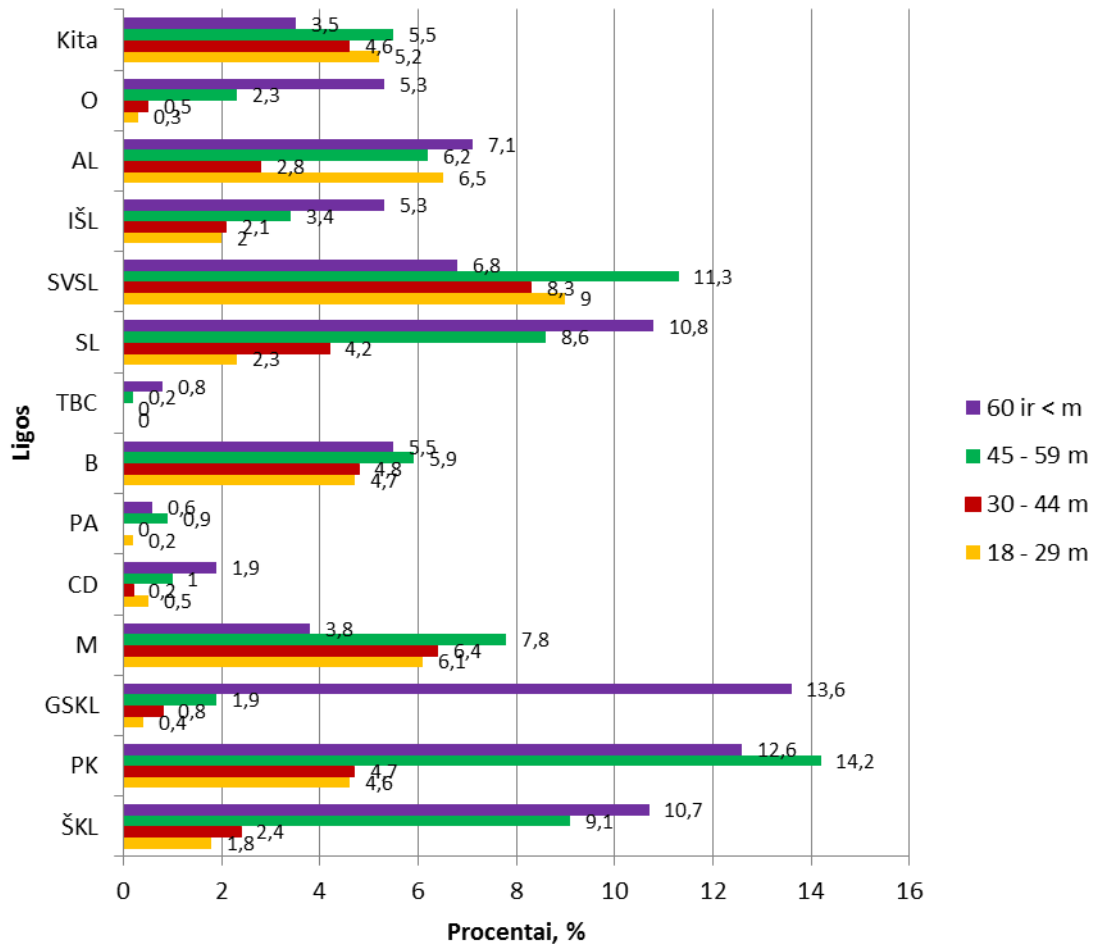
10 lentelė. Sergamumas lėtinėmis ligomis

Ligos	Vyrų		Moterų		Viso		Chi-kv., lls, p	
	n	%	n	%	n	%		
Širdies ir kraujagyslių ligos	Neserga	269	22,1	657	53,9	926	76,0	Chi-kv. =12,712 lls = 4 p = 0,13
	Serga	72	5,9	220	18,1	292	24,0	
	Viso:	341	28,0	877	72,0	1218	100	
Padidėjęs kraujospūdis	Neserga	226	18,6	551	45,4	777	64,0	Chi-kv. =2,156 lls = 4 p =0,707
	Serga	116	9,6	321	26,4	437	36,0	
	Viso:	342	28,2	872	71,8	1214	100	
Galvos smegenų kraujotakos ligos (insultas ir kt.)	Neserga	326	26,9	807	66,5	1133	93,4	Chi-kv. =8,214 lls = 4 p =0,084
	Serga	16	1,3	64	5,3	80	6,6	
	Viso:	342	28,2	871	71,8	1213	100	
Migrena, dažni galvos skausmai	Neserga	293	24,2	622	51,4	915	75,6	Chi-kv. =31,024 lls = 4 p =0,000
	Serga	49	4,1	246	20,3	295	24,4	
	Viso:	342	28,3	868	71,7	1210	100	
Cukraligė (diabetas)	Neserga	330	27,2	840	69,2	1170	96,4	Chi-kv. = 3,104 lls = 4 p =0,541
	Serga	11	0,9	133	2,7	44	3,6	
	Viso:	341	28,1	873	71,9	1214	100	
Piktybiniai augliai (t.p. leukemija ir limfoma)	Neserga	338	27,9	855	70,5	1193	98,4	Chi-kv. = 2,390 lls = 4 p =0,664
	Serga	3	0,3	17	1,3	20	1,6	
	Viso:	341	28,2	872	71,8	1213	100	
Bronchitas	Neserga	279	23,0	682	65,2	961	79,2	Chi-kv. =6,100 lls = 5 p =0,297
	Serga	61	5,0	192	15,8	253	20,8	
	Viso:	340	28,0	874	72,0	1214	100	
Tuberkuliozė	Neserga	335	27,6	863	71,1	1198	98,7	Chi-kv. =3,104 lls = 4 p =0,541
	Serga	6	0,5	10	0,8	16	1,3	
	Viso:	341	28,1	873	71,9	1214	100	
Sąnarių ligos	Neserga	265	21,9	635	52,4	900	74,3	Chi-kv. = 6,195 lls = 4 p =0,185
	Serga	76	6,2	236	19,5	312	25,7	
	Viso:	341	28,1	871	71,9	1212	100	
Skrandžio ir virškinimo sistemos ligos	Neserga	233	19,2	552	45,4	785	64,6	Chi-kv. = 6,823 lls = 4 p =0,146
	Serga	109	8,9	322	26,5	431	35,4	
	Viso:	342	28,1	874	71,9	1216	100	
Inkstų ir šlapimo sistemos ligos	Neserga	305	25,1	756	62,2	1061	87,3	Chi-kv. = 10,500 lls = 5 p =0,062
	Serga	37	3,0	118	9,7	155	12,7	
	Viso:	342	28,1	874	71,9	1216	100	
Akių ligos	Neserga	271	22,4	668	55,2	939	77,5	Chi-kv. = 2,226 lls = 4 p =0,694
	Serga	68	5,6	204	16,8	272	22,5	
	Viso:	339	28,0	872	72,0	1211	100	
Osteoporozė	Neserga	331	27,3	780	64,4	1111	91,7	Chi-kv. = 18,772 lls = 4 p =0,001
	Serga	10	0,8	91	7,5	101	8,3	
	Viso:	341	28,1	871	71,9	1212	100	
Kita	Neserga	277	23,5	683	57,8	960	81,3	Chi-kv. =4,394 lls = 4
	Serga	56	4,7	165	14,0	221	18,7	

	Viso:	333	28,2	848	71,8	1181	100	p =0,355
--	-------	-----	------	-----	------	------	-----	----------

Analizuojant sveikatos būklę, reikėtų atkreipti dėmesį, kad tiek vyrų, tiek ir moterų sveikata gali skirtis, nes jie gali sirgti skirtingomis ligomis dėl tam tikrų biologinių savybių, o kai kuriais atvejais juos veikia skirtingi veiksniai. Lietuvoje dažniausios vyrų ir moterų sergamumo bei mirties priežastys yra širdies ir kraujotakos sistemos ligos. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad širdies ir kraujagyslių sistemos problemos tarp vyrų sudarė 21,1 %, moterų – 25,1 %. Padidėjęs kraujospūdis vargino 33,9 % vyrų ir 36,8 % moterų, viso 437 respondentų, o sergančių piktybiniais navikais sudarė 1,6 % visų apklaustųjų – 0,9 % vyrų ir 1,8 % moterų.

Dažniausiai sergamumas įvairiomis ligomis vargino vyresnio ir vidutinio amžiaus respondentus. Tarp 60 m., ir vyresnių žmonių didesnę procentą susirgimų sudarė ŠKL*, PK*, GSKL*, CD*, SL*, O* ir AL* ligos. Respondentus, patekusius į amžiaus grupę nuo 45 iki 59 m., labiausiai vargino M*, PK*, B*, SVSL* ir kitos ligos. Nustatyta tendencija, jog didėjant amžiui, didėja sergamumas ŠKL*, GSKL*, PK*, SL* ir SVSL* (detaliau žiūrėti 14 paveikslą).



*ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos, PK – padidėjęs kraujo spaudimas, GSKL – galvos smegenų kraujotakos ligos, M – migrena, dažni galvos skausmai, CD – cukraligė (diabetas), PA – piktybiniai augliai, B – bronchitas, TBC – tuberkuliozė, SL – sąnarių ligos, SVSL – skrandžio ir virškinimo sistemos ligos, IŠL – inkstų ir šlapimo takų ligos, AL – akių ligos, O – osteoporozė.

14 paveikslas. Lėtinių ligų pasiskirstymas atsižvelgiant į amžiaus grupes

Kadangi sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis yra viena didžiausių ir dažniausių problemų tiek Lietuvoje, tiek ir kitose užsienio šalyse, nusprendėme panagrinėti, kokie veiksniai labiausiai lemia šių ligų atsiradimą. Analizuojant socialinio statuso poveikį sergamumui širdies kraujagyslių ligomis nustatėme, kad statistiškai reikšmingos įtakos turi respondentų amžius, užimtumas, lyties ir amžiaus sąveika ($p < 0,05$). Detaliau 11 lentelėje.

11 lentelė. Socialinio statuso veiksnių ir jų sąveikos poveikis sergamumui širdies-kraujagyslių ligomis

Socialinio statuso elementai ir jų sąveikos	Sergam.šird.krauj. ligomis			
	Kvadratų suma	lks	F	p
Lytis	0,699	1	1,265	0,261
Amžius	7,658	3	4,623	0,003
Išsilavinimas	0,941	3	0,568	0,636
Užimtumas	8,557	6	2,583	0,017
Šeima	4,751	4	2,151	0,073
Lytis*amžius	5,893	3	3,557	0,014
Lytis*išsilavinimas	0,670	3	0,404	0,750
Lytis*užimtumas	4,321	5	1,565	0,167
Lytis*šeima	1,841	4	0,833	0,504
Amžius*išsilavinimas	3,520	9	0,708	0,702
Amžius*užimtumas	7,893	15	0,956	0,504
Amžius*šeima	7,841	10	1,420	0,166
Išsilavinimas*užimtumas	4,614	16	0,522	0,937
Išsilavinimas*šeima	4,023	9	0,810	0,607
Užimtumas*šeima	14,262	21	1,230	0,217
Lytis*amžius*išsilavinimas	3,963	7	1,025	0,412
Lytis*amžius*užimtumas	5,498	7	1,422	0,192
Lytis*amžius*šeima	3,630	3	2,191	0,088
Lytis*išsilavinimas*užimtumas	6,097	10	1,104	0,356
Lytis*išsilavinimas*šeima	6,586	7	1,704	0,104
Lytis*užimtumas*šeima	0,364	7	0,094	0,999
Amžius*išsilavinimas*užimt.	8,794	14	1,138	0,320
Amžius*išsilavinimas*šeima	2,555	10	0,463	0,914
Amžius*užimtumas*šeima	8,091	16	0,916	0,551
Išsilavinimas*užimtumas*šeima	4,294	14	0,556	0,900
Lytis*amžius*išsilavinimas*užimtumas	2,867	6	0,865	0,520
Lytis*amžius*užimtumas*šeima	0,174	1	0,315	0,575
Lytis*išsilavinimas*užimtumas*šeima	0,037	2	0,034	0,967
Amžius*išsilavinimas*užimtumas*šeima	2,012	3	1,215	0,303

Problemų atsiradimui reikšmės turi amžius ir šeima ($p < 0,05$). Statistiškai nereikšmingos, bet svarbios reikšmės gali turėti amžiaus-šeimoms-užimtumo sąveika ($p = 0,08$) bei amžiaus-išsilavinimo-užimtumo-šeimoms socialinė sąveika ($p = 0,07$). Detaliau 12 lentelėje.

12 lentelė. Socialinio statuso veiksnių ir jų sąveikos poveikis sergamumui širdies-kraujagyslių ligomis

Socialinio statuso elementai ir jų sąveikos	Sergam.šird.krauj. ligomis				Sergamumo problemos			
	Kvadr atų suma	lls	F	p	Kvadr atų suma	lls	F	p
Lytis	0,699	1	1,265	0,261	7,122	1	0,001	0,982
Amžius	7,658	3	4,623	0,003	0,627	3	4,603	0,003
Išsilavinimas	0,941	3	0,568	0,636	0,226	3	1,660	0,174
Užimtumas	8,557	6	2,583	0,017	0,214	6	1,573	0,152
Šeima	4,751	4	2,151	0,073	0,331	4	2,433	0,046
Lytis*amžius	5,893	3	3,557	0,014	0,112	3	0,825	0,480
Lytis*išsilavinimas	0,670	3	0,404	0,750	0,077	3	0,567	0,637
Lytis*užimtumas	4,321	5	1,565	0,167	0,094	5	0,692	0,629
Lytis*šeima	1,841	4	0,833	0,504	0,040	4	0,294	0,882
Amžius*išsilavinimas	3,520	9	0,708	0,702	0,096	9	0,705	0,705
Amžius*užimtumas	7,893	15	0,956	0,504	0,197	15	1,448	0,118
Amžius*šeima	7,841	10	1,420	0,166	0,124	10	0,911	0,522
Išsilavinimas*užimtumas	4,614	16	0,522	0,937	0,114	16	0,837	0,644
Išsilavinimas*šeima	4,023	9	0,810	0,607	0,161	9	1,179	0,305
Užimtumas*šeima	14,262	21	1,230	0,217	0,163	21	1,197	0,245
Lytis*amžius*išsilavinimas	3,963	7	1,025	0,412	0,134	7	0,987	0,439
Lytis*amžius*užimtumas	5,498	7	1,422	0,192	0,168	7	1,235	0,280
Lytis*amžius*šeima	3,630	3	2,191	0,088	0,051	3	0,372	0,773
Lytis*išsilavinimas*užimtumas	6,097	10	1,104	0,356	0,097	10	0,714	0,712
Lytis*išsilavinimas*šeima	6,586	7	1,704	0,104	0,130	7	0,957	0,461
Lytis*užimtumas*šeima	0,364	7	0,094	0,999	0,009	7	0,070	0,999
Amžius*išsilavinimas*užimtumas	8,794	14	1,138	0,320	0,195	14	1,419	0,137
Amžius*išsilavinimas*šeima	2,555	10	0,463	0,914	0,127	10	0,934	0,501
Amžius.*užimtumas*šeima	8,091	16	0,916	0,551	0,209	16	1,534	0,081
Išsilavinimas*užimtumas*šeima	4,294	14	0,556	0,900	0,108	14	0,795	0,676
Lytis*amžius*išsilavinimas*užimtumas	2,867	6	0,865	0,520	0,104	6	0,763	0,599
Lytis*amžius*užimtumas*šeima	0,174	1	0,315	0,5750	0,040	1	0,291	0,589
Lytis*išsil*iužimtumas*šeima	0,037	2	0,034	0,967	0,023	2	0,169	0,845
Amžius*išsilavinimas*užimtumas*šeima	2,012	3	1,215	0,303	0,312	3	2,299	0,076

Detalizuotas sergamumo širdies kraujagyslių ligomis tyrimas parodė, kad 39,9 % nesergančių širdies kraujagyslių ligomis respondentų turi sveikatos problemų, kurias sukelia kitos ligos ir rizikos veiksniai. Tačiau nesergant kitomis ligomis, sveikatos problemų paplitimas svyruoja nuo 41 % iki 69,9 %. Todėl hipotetiškai galima teigti, kad kai kuriais atvejais širdies kraujagyslių ligos gali sukelti sveikatos problemų iki 30 % ($69,9-39,9=30$).

Tinkama sveikatos priežiūra užtikrina prieinamumą ir kokybę, o taip pat ir veiksmingą bei efektyvią sistemos veiklą. Veiksminga sistema užtikrina sergamumo ir mirtingumo mažėjimą, sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją ir panašiai. Šiame tyrime, atsižvelgiant į socialinius veiksnius buvo analizuojamas kreipimūsi į įvairios specializacijos daktarus bei gydymo įstaigas skaičius. Kreipimūsi skaičius į gydytojus bei gydymo įstaigas buvo identifikuotas klausimais „Į kokius gydytojus ir kiek kartų Jūs kreipėtės per pastaruosius vienerius metus?“ ir „Į kokias gydymo įstaigas ir kiek kartų per pastaruosius vienerius metus Jūs pats kreipėtės ar buvote nukreiptas gydytis?“. Gauti duomenys parodė, kad didesnė dalis respondentų per pastaruosius metus nesikreipė į gydytojus ir nesigydė (detaliau žiūrėti 13 lentelę). Analizuojant duomenis respondentų, kurie kreipėsi į gydytojus ir gydymo įstaigas, pastebėta, kad dažniausiai kreipiamasi nuo 1 iki 2 kartų. Taigi, hipotetiškai galime teigti, kad nedidelį kreipimosi į specialistus ir į sveikatos priežiūros įstaigas skaičių galėjo nulemti tokie veiksniai kaip tinkamai parinkta gydymo metodika ir kokybiškai suteiktos paslaugos. Tačiau galima ir kitą prielaidą, pavyzdžiui, tam įtakos galėjo turėti per mažas susirūpinimas savo sveikatos būkle.

13 lentelė. Kreipimūsi į daktarus bei gydymosi specializuotose įstaigose procentinis pasiskirstymas

Kreipimaisi į daktarus ir nukreipimai gydytis	Būseną %				
	<i>Nesigydyčiau</i>	<i>1-2 kartus</i>	<i>3-4 kartus</i>	<i>5-6 kartus</i>	<i>7 ir < kartų</i>
GD1. į bendrosios praktikos gydytoją	24,4	44,1	17,6	5,8	7,8
GD2. į neurologą	85,5	11,2	1,6	0,7	0,7
GD3. į kardiologą	79,8	15,2	2,0	1,4	1,1
GD4. į reumatologą	93,0	4,1	1,1	0,6	0,6
GD5. į chirurgą	86,5	10,6	1,4	0,6	0,2
GD6. į okulistą	65,2	29,4	4,2	0,3	0,7
GD7. į ausų, nosies, gerklės gydytoją	78,5	18,2	1,6	0,7	0,4
GD8. į dermatologą	88,6	9,2	1,4	0,2	0,1
GD9. į psichiatrą	96,1	2,1	0,5	0,3	0,4

GD10. į urologą	93,0	5,7	0,6	0,2	0,1
GD11. į ginekologą	66,3	28,5	3,4	0,7	0,6
GD12. į endokrinologą	89,0	8,1	1,1	0,6	0,5
GD13. į seksologą	99,0	0,2	0,1	0,2	0,1
GD14. į onkologą	91,8	6,0	0,7	0,3	0,3
GD15. į kitus specialistus	73,2	21,0	2,5	1,0	0,8
GD16. į odontologą	29,9	28,3	9,6	2,0	2,0
GI1. Kreipiausi į polikliniką	22,5	46,6	16,4	6,5	7,7
GI2. Gydžiausi bendro profilio ligoninėje	89,8	7,8	0,8	0,5	0,3
GI3. Gydžiausi slaugos ligoninėje	98,1	0,5	0,4	0,1	0,1
GI4. Gydžiausi privačioje klinikoje	85,6	10,6	2,1	0,6	0,2
GI5. Gydžiausi specializuotoje (universitetinėje) klinikoje	93,3	4,8	0,7	0,1	0,3
GI6. Kreipiausi į greitąją pagalbą	92,4	6,4	0,1	0,2	0,2
GI7. Gydžiausi ambulatoriškai	58,8	26,2	8,3	1,6	4,5

Dažniausiai buvo kreipiamasi į bendrosios praktikos gydytojus, tai sudarė – 75,3 %. Didžiausias kreipimūsi dažnis siekė nuo 1 iki 2 kartų – 44,1 % ir nuo 3 iki 4 kartų – 17,6 %. Atitinkamai dažniausiai buvo kreiptasi į kitus specialistus: okulistą – 29,4 %, odontologą - 28,3 %, ginekologą – 28,5 % ir kitus specialistus - 21 %. Apsilankymų skaičius pas šiuos specialistus daugiausiai siekė nuo 1 iki 2 ir nuo 3 iki 4 kartų. Į gydymo įstaigas didesnė dalis respondentų taip pat dažniausiai kreipdavosi nuo 1 iki 2 kartų per metus: į polikliniką kreiptasi 46,6 %, privačią kliniką 10,6 %, o gydomasi ambulatoriškai 26,2 %

3.3 Psichikos sveikatos socialiniai bruožai

Psichikos sveikata buvo tirta pateikiant atitinkamus klausimų blokus (somatinių susirgimų (A1 – A7), nerimo (B1 – B7), socialinės disfunkcijos (C1 – C7), depresijos (D1 – D7)) apie bendrą savijautą pastarosiom savaitėmis. Nustačius, kad didesnė dalis tyrime dalyvavusių respondentų subjektyviai savo sveikatą yra linkę vertinti pozityviau, atskirai buvo paanalizuotos psichikos sveikatos sritys. Išanalizavus respondentų savijautos pastarosiomis savaitėmis subjektyvų

vertinimą, atsižvelgiant į psichikos sveikatos sritis, nustatyta tendencija yra taip pat pozityvesnė arba daugiau pozityvesnė (žiūrėti 14 lentelę). Į klausimą ar respondentas gerai jautėsi pastarosiomis savaitėmis pozityviai ar daugiau pozityviai atitinkamai atsakė 10 % ir 67 % visų tyrime dalyvavusių respondentų, o 21 % respondentų savo sveikatos būseną vertino daugiau negatyviai. Daugiau Labiau nei paprastai pasiligojusių buvo 16 %, išsekę jautėsi 21,9 %, 19 % respondentų jautė nuolatinę įtampą, 20,8 % buvo sudirgę ar blogos nuotaikos, o 19,1 % nebuvo patenkinti savo darbu.

14 lentelė. Psichikos sveikatos būsenos identifikavimo procentinis pasiskirstymas (n = 1223)

Klausimai apie bendrą savijautą pastarosiomis savaitėmis (GHQ-28 klausimai)	Būseną %				Bendr umai
	Pozity vi	Daugiau pozityvi	Daugiau negatyvi	Nega tyvi	
A1. Ar gerai jautėtės?	10,0	67,0	21,0	2,0	0,542
A2. Ar teko vartoti vaistus, kad pasijustumėte geriau?	43,9	37,7	16,1	2,3	0,627
A3. Ar jautėtės išsekęs (-usi)?	34,9	38,0	21,9	5,2	0,588
A4. Ar jautėtės pasiligojęs (-usi)?	53,5	29,0	16,0	1,9	0,677
A5. Ar skaudėjo galvą?	49,7	34,7	13,3	2,4	0,558
A6. Ar jautėte galvoje sunkumą ar spaudimą?	48,8	33,8	14,8	2,5	0,585
A7. Ar Jus pylė karštis ir krėtė šaltis?	68,8	20,1	9,5	1,6	0,492
B1. Ar dėl jaudinimosi sutriko miegas?	49,3	30,3	16,8	3,5	0,580
B2. Ar negalavimas trukdė miegoti?	54,5	27,9	15,4	2,2	0,527
B3. Ar jautėte nuolatinę įtampą?	44,0	33,6	19,0	3,4	0,690
B4. Ar buvote sudirgęs (-usi) ir blogos nuotaikos?	32,5	43,4	20,8	3,3	0,662
B5. Ar be priežasties jautėte baimę ir panikavote?	68,5	20,1	9,4	2,0	0,579
B6. Ar jautėtės beviltiškai?	72,4	17,6	7,5	2,6	0,630
B7. Ar visą laiką buvote nervingas (-a) ir įsitemęs (-usi)?	53,7	32,8	11,2	2,3	0,621
C1. Ar sugebėjote dirbti ir užsiimti savo reikalais?	8,2	78,0	12,3	1,5	0,576
C2. Ar sugebėjote greitai atlikti įprastus kasdienius darbus?	6,5	77,3	14,5	1,7	0,632
C3. Ar manėte, kad viskas gerai?	5,9	74,1	17,8	2,2	0,604

C4. Ar buvote patenkintas (-a) savo darbu?	8,5	69,9	19,1	2,5	0,607
C5. Ar jautėtės esąs (-anti) naudingas (-a)?	11,4	73,8	12,8	1,9	0,592
C6. Ar jautėtės galįs (-inti) priimti sprendimus?	9,6	80,4	9,0	1,0	0,490
C7. Ar sugebėjote džiaugtis įprastine kasdiene veikla?	9,7	69,9	17,7	2,7	0,573
D1. Ar manėte esąs (-anti) bevertis (-ė)?	75,7	18,0	4,7	1,6	0,556
D2. Ar galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas?	76,8	17,0	4,6	1,6	0,676
D3. Ar galvojote, kad neverta gyventi?	88,8	8,8	1,7	0,7	0,733
D4. Ar svarstėte galimybę pasitraukti iš gyvenimo?	90,9	6,1	2,8	0,3	0,656
D5. Ar kartais atrodė, kad dėl pernelyg didelio nervingumo nieko negalite daryti?	66,1	24,8	7,9	1,6	0,556
D6. Ar norėjote mirti ir viską baigti?	91,6	6,6	1,5	0,3	0,753
D7. Ar Jūsų nepersekiojo mintis apie mirtį?	88,7	10,5	5,7	1,1	0,543
Vidutiniškai	47,2	38,6	12,3	2,1	0,603

Toliau panagrinėjome atskirų psichikos sveikatos sričių įtaką sveikatai, atsižvelgdami į lytį ir gyvenamąją vietą. Vidurkiai paskaičiuoti atsižvelgiant į respondentų subjektyvų bendros savijautos vertinimą skalėje nuo 0 iki 3 balų.

Tiriant psichikos sveikatos sričių ir lyties priklausomybę, nustatėme, kad lyties skirtumai turi reikšmingą poveikį sveikatos būklei somatinių susirgimų ir nerimo srityse ($p < 0,05$). Tarp vyrų somatinių susirgimų vidurkis yra didesnis nei moterų, o nerimo ir depresijos atveju mažesnis. Socialinės disfunkcijos srityje vidurkis pasiskirsto apylygiai (žiūrėti 15 lentelę).

15 lentelė. Psichikos sveikatos vidutinių reikšmių pasiskirstymas tarp vyrų ir moterų

Somatiniai susirgimai					
Reikšmės	Vyrai	Moterys	t	lls	p
n	346	877	-4,006	1221	0,001
Vidurkis	4,65	3,69			
Standartinis nuokrypis	3,69	4,06			
Nerimas					
Vidurkis	3,89	4,93	-3,76	1221	0,001
Standartinis	3,92	4,52			

nuokrypis					
Socialinė disfunkcija					
Vidurkis	7,56	7,76	-1,08	1221	0,277
Standartinis nuokrypis	2,92	2,92			
Depresija					
Vidurkis	1,71	1,91	-1,01	1221	0,310
Standartinis nuokrypis	3,17	3,13			

Analizuojant psichikos sveikatos sričių ir gyvenamosios vietos priklausomybę (16 lentelėje), nustatyta, kad statistiškai reikšmingų skirtumų nėra ($p > 0,05$). Gauti vidurkiai kaip ir vertinant psichikos sveikatos vidutinių reikšmių pasiskirstymą tarp vyrų ir moterų, taip pat pasiskirsto nevienodai. Labiausiai išsiskyrė miesto ir kaimo gyventojų vidurkiai depresijos srityje. Kaimo didesnis nei miesto (atitinkamai 1,81 ir 2,01). Kitose srityse, nors ir nežymia persvara, taip pat didesni vidurkiai gauti tarp kaimo gyventojų.

16 lentelė. Psichikos sveikatos vidutinių reikšmių pasiskirstymas tarp miesto ir kaimo žmonių

Somatiniai susirgimai					
Reikšmės	Miestas	Kaimas	t	Ils	p
n	973	250	-0,742	1221	0,458
Vidurkis	5,33	5,54			
Standartinis nuokrypis	3,96	4,90			
Nerimas					
Vidurkis	4,60	4,78	-0,562	1221	0,574
Standartinis nuokrypis	4,36	4,49			
Socialinė disfunkcija					
Vidurkis	7,65	7,91	-1,271	1221	0,204
Standartinis nuokrypis	2,90	3,01			
Depresija					
Vidurkis	1,81	2,01	-0,907	1221	0,364
Standartinis nuokrypis	3,07	3,41			

Siekiant įvertinti psichikos sveikatos paplitimą tarp įvairaus amžiaus respondentų, dispersinės analizės būdu buvo tiriamos amžiaus formuojamos gyventojų grupės atskirose psichikos sveikatos srityse (žiūrėti 17 lentelėje).

17 lentelė. Psichikos sveikatos struktūrų priklausomybė nuo amžiaus grupių.

Psichikos sveikatos sritys	Livyno kriterijus	Struktūrų pogrupiai*	Pograpių vidutinės reikšmės			
			18-29m. n=284	30-44m. n=350	45-59m. n=363	60<m. n=226
Somatiniai susirgimai	0,123	1	5,075	4,683		
		2			5,751	6,097
Nerimas	0,479	1	4,547	4,423	4,842	4,743
Socialinė disfunkcija	0,012	1	7,630	7,316	7,804	
		2			7,804	8,174
Depresija	0,016	1	1,714	1,759	1,812	
		2		1,759	1,812	2,271

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Somatinių susirgimų, socialinės disfunkcijos ir depresijos srityse išsiskyrė po du struktūrų pogrupius, nerimo – vienas. Sveikatos struktūrų vidutinės reikšmės didėjo didėjant amžiui. Reikšmingai išsiskyrė socialinės disfunkcijos ($p = 0,012$) ir depresijos ($p = 0,016$) sritys. Amžiaus grupėje nuo 45 iki 59 m, socialinės disfunkcijos ir depresijos srityse tarp struktūrų pogrupių stebimas pogrupių vidutinių reikšmių sutapimas, kuris rodo, kad šioje respondentų grupėje, amžius gali turėti ar neturėti įtakos tam tikrų būsenų paplitimui. Didžiausios pogrupių vidutinės reikšmės, išskyrus nerimo sritį, gautos 60 m ir vyresnių amžiaus grupėje. Lyginant atskirų sričių vidutines reikšmes skirtinguose pogrupiuose, matyti, kad visose psichikos sveikatos srityse (struktūrose) statistiškai reikšmingai besiskiriančios vidutinės reikšmės kito apie 45 m (jos didėjo). Tai parodo, kad didėjant amžiui, prastėja psichinė sveikata, vyresnio amžiaus žmonės patiria daugiau somatinių susirgimų, tarp jų jaučiasi didesnė socialinė disfunkcija, slepia depresija. Žvelgiant į pogrupių vidutinių reikšmių pasiskirstymą lentelėje matyti, kad nerimo srityje vidutinės reikšmės visuose

pogrūpiuose buvo apylygės (nuo 4,423 iki 4,842) ir per daug neišsiskyrė, todėl amžius šioje srityje respondentus veikė vienodai ir didelės reikšmės neturėjo.

Dispersinės analizės būdu taip pat buvo tirta sveikatos bendros būklės priklausomybė nuo psichikos sveikatos. Tai iliustruoja 18 lentelė. Analizės metu buvo išskirti nuo 3 iki 4 struktūrų pogrupiai: keturis somatinių susirgimų ir po tris nerimo, socialinės disfunkcijos ir depresijos.

18 lentelė. Sveikatos bendros būklės priklausomybė nuo psichikos sveikatos

Psichikos sveikatos sritys	Livyno kriterijus	Struktūrų pogrupiai *	Pogrūpių vidutinės reikšmės				
			Labai prasta n=86	Prasta n=514	Vidutinišk a n=519	Gera n=78	Labai gera n=26
Somatiniai susirgimai	0,001	1					2,236
		2				4,059	
		3			6,408		
		4	9,846	9,115			
Nerimas	0,001	1				3,398	2,174
		2			5,589		
		3	7,884	8,964			
Socialinė disfunkcija	0,001	1					5,852
		2			8,025	7,246	
		3	10,386	9,815			
Depresija	0,001	1				1,044	0,720
		2			2,270		
		3	5,038	4,649			

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Didžiausios pogrupių vidutinės reikšmės, atsižvelgiant į skirtingas psichikos sveikatos sritis, apskaičiuotos tarp savo sveikatą labai prastai ir prastai vertinusių respondentų, šiek tiek mažesnės – tarp sveikatą vertinusių vidutiniškai. Atsižvelgiant į pogrupių vidutines reikšmes, daugiausiai neigiamo poveikio tyrime dalyvavusieji respondentai patiria somatinių susirgimų, ir socialinės disfunkcijos srityse ($p < 0,05$). Tokiam vidutinių reikšmių pasiskirstymui tarp struktūrų pogrupių galėjo turėti įvairūs veiksniai, pavyzdžiui, amžius, lytis, socialinė padėtis, gyvenamoji vieta ir panašiai.

Toliau buvo analizuotas ryšys tarp sveikatos ir sveikatos priežiūros. Buvo analizuojamas sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos santykis ir nagrinėjamas kreipimusi į gydytojus dažnis per pastaruosius vienerius metus (žiūrėti 19 lentelėje). Atskiroms psichikos sveikatos sritims buvo išskirtos tarp savęs panašios homogeninės grupės: keturios somatinių susirgimų, po tris nerimo ir socialinės disfunkcijos bei dvi depresijos sritims. Visose grupėse gauti duomenys yra statistiškai reikšmingi. Grupių vidutinės reikšmės atitinkamai buvo vertinamos atsižvelgiant į kreipimusi į bendrosios praktikos gydytojus dažnį per metus.

19 lentelė. Kreipimusi į bendrosios praktikos gydytojus per pastaruosius metus dažnio ir psichikos sveikatos santykis

Kreipimusi į bendrosios praktikos gydytojus dažnis per pastaruosius vienerius metus	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *			
			1	2	3	4
SOMATINIAI SUSIRGIMAI						
Nesikreipė	299	0,001	4,525			
1-2 kartus	539		4,868			
3-4 kartus	215			6,062		
5-6 kartus	71				7,061	
7 ir daugiau kartų	95					8,186
Sign				0,448	1,000	1,000
NERIMAS						
Nesikreipė	299	0,040	3,951			
1-2 kartus	539		4,390	4,390		
3-4 kartus	215			5,092		
5-6 kartus	71			5,260		
7 ir daugiau kartų	95				6,833	
Sign				0,389	0,107	1,000
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA						
Nesikreipė	299	0,001	7,391			
1-2 kartus	539		7,469	7,469		
3-4 kartus	215		7,804	7,804		
5-6 kartus	71			8,129		
7 ir daugiau kartų	95				9,063	
Sign				0,256	0,066	1,000
DEPRESIJA						
Nesikreipė	299	0,001	1,642			
1-2 kartus	539		1,578			
3-4 kartus	215		2,221			
5-6 kartus	71		1,719			

7 ir daugiau kartų	95			3,326		
Sign			0,110	1,000		

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Somatinių susirgimų srityje pirmoje homogeninėje grupėje tarp kreipusiųjų į bendrosios praktikos gydytojus ir nesikreipusių ryškių skirtumų nėra. Didesni vidutinių reikšmių skirtumai matomi tarp pirmos ir likusiųjų trijų grupių. Į pirmą grupę pateko tie asmenys, kurie nesikreipė ar kreipėsi į bendrosios praktikos gydytojus 1 – 2 kartus, į antrąją – 3 – 4 kartus, trečiąją – 5 – 6 kartus ir ketvirtąją – nuo 7 ir daugiau kartų. Lyginant ketvirtos grupės vidutines reikšmes su pirmąja matyti, kad jų vidutinės reikšmės skiriasi 2 kartus (atitinkamai nuo 4,525 iki 8,186). Somatinių susirgimų srityje vidutinės reikšmės keitėsi didėjant kreipimūsi į gydytojus skaičiui. Didesnį kreipimūsi skaičių somatinių susirgimų srityje galėjo nulemti keletas priežasčių, tokių kaip amžius, lėtinis sergamumas tam tikra liga, netinkama gydymo metodika ir kt.

Nerimo ir socialinės disfunkcijos srityse išsiskyrė po tris homogenines grupes. Čia taip pat pastebėta tendencija, kai vidutinės reikšmės didėjo/keitėsi didėjant kreipimūsi skaičiui. Lentelėje matyti, kad tarp pirmos ir antros grupių, šiose srityse vyksta persidengimai (t.y., tie patys vidurkiai gauti abejose grupėse). Tai rodo didesnę žmonių, turinčių vienodus požymius, pasiskirstymą, tarp grupių. Galima būtų svarstyti, kad tokie sutapimai tarp pirmos ir antros grupių rodo, kad gydymas buvo efektyvus ir davė naudos, ir kad yra ryšys tarp sveikatos ir jos priežiūros. Depresijos sritis didelės įtakos kreipimūsi skaičiui neturėjo.

Lentelėje 20 pateiktos kreipimūsi į neurologą per pastaruosius metus vidutinės reikšmės atskiroms psichikos sveikatos sritims. Vertinant kreipimūsi dažnį, buvo išskirtos dvi homogeninės grupės. Daugiausiai respondentų pateko į pirmąją grupę. Antrojoje grupėje išsiskyrė tik tie respondentai, kurių apsilankymo dažnis pas gydytojo siekė nuo 7 ir daugiau kartų, ir kurių vidutinės reikšmės buvo didžiausios: somatinių susirgimų srityje – 13,875, nerimo – 11,000, socialinės disfunkcijos – 11,625, depresijos – 8,125. Mažiausios vidutinės reikšmės buvo

išskirtos depresijos srityje. Šioje lentelėje taip pat matyti, kad didėjant kreipimūsi į neurologą dažniui, didėja ir vidutinės reikšmės. Nors kreipimūsi į neurologus žmonių skaičius visose srityse yra mažas, tačiau vidutinės reikšmės yra didelės, o tai leidžia manyti, kad šiems pacientams taikomas gydymas (šiuo atvejų tai parodo apsilankymų skaičius) norimos naudos neduoda.

20 lentelė. Kreipimūsi į neurologą per pastaruosius dažnio ir psichikos sveikatos santykis

Kreipimūsi į neurologą dažnis per pastaruosius vienerius metus	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *	
			1	2
SOMATINIAI SUSIRGIMAI				
Nesikreipė	1045	0,088	5,027	
1-2 kartus	137		7,149	
3-4 kartus	19		7,088	
5-6 kartus	9		7,759	
7 ir daugiau kartų	8			13,875
Sign				0,060
NERIMAS				
Nesikreipė	1045	0,021	4,351	
1-2 kartus	137		6,058	
3-4 kartus	19		6,703	
5-6 kartus	9		6,947	
7 ir daugiau kartų	8			11,000
Sign				0,113
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA				
Nesikreipė	1045	0,001	7,565	
1-2 kartus	137		8,350	
3-4 kartus	19		9,157	
5-6 kartus	9		8,527	
7 ir daugiau kartų	8			11,625
Sign				0,147
DEPRESIJA				
Nesikreipė	1045	0,001	1,668	
1-2 kartus	137		2,500	
3-4 kartus	19		2,635	
5-6 kartus	9		2,500	
7 ir daugiau kartų	8			8,125
Sign				0,242

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Kreipimūsi į kardiologą per pastaruosius metus vidutinės reikšmės pateiktos 21 lentelėje. Analizuojant kiekvienos srities – somatinių susirgimų, nerimo, socialinės disfunkcijos, depresijos – vidutines reikšmes, buvo išskirtos trys homogeninės grupės. Didžiausios vidutinės reikšmės buvo išskirtos socialinės disfunkcijos srityje. Apžvelgus visas keturias sritis, galima pastebėti, kad tarp visų homogeninių grupių vyksta gautų reikšmių sutapimas, kurį galima interpretuoti labai įvairiai. Pavyzdžiui, tokių gautų rezultatų priežastis, nepriklausomai nuo kreipimūsi skaičiaus, iš vienos pusės galėtų būti traktuojama, kad taikomas gydymo metodas yra efektyvus ir užtikrina sveikatos būklės kokybę socialiniams veiksniams, arba priešingai – galėtų reikšti, kad daliai respondentų kardiologo teikiamos paslaugos neatneša naudos. Vienu ir kitu atveju reikėtų išsiaiškinti kokie išoriniai ir vidiniai veiksniai sąlygoja tokį pasiskirstymą tarp respondentų ir kas nulemia gydymo efektyvumą arba neefektyvumą (kadangi sergamumas ir mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų yra vieni iš didžiausių tiek pasaulyje, tiek ir Lietuvoje, reikėtų paanalizuoti kokią įtaką kiekvienai grupei daro lytis, amžius, mitybos ir kiti įpročiai).

21 lentelė. Kreipimūsi į kardiologą per pastaruosius metus dažnio ir psichikos sveikatos santykis

Kreipimūsi į kardiologą dažnis per pastaruosius vienerius metus	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė*		
			1	2	3
SOMATINIAI SUSIRGIMAI					
Nesikreipė	976	0,006	4,968		
1-2 kartus	186		6,551	6,551	
3-4 kartus	24			8,284	
5-6 kartus	17			7,852	
7 ir daugiau kartų	14				10,500
Sign				0,127	0,115
NERIMAS					
Nesikreipė	976	0,128	4,306		
1-2 kartus	186		5,711	5,711	
3-4 kartus	24			6,958	6,958
5-6 kartus	17			6,294	6,294

7 ir daugiau kartų	14				8,428
Sign			0,105	0,313	0,081
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA					
Nesikreipė	976	0,001	7,494		
1-2 kartus	186		8,367	8,367	
3-4 kartus	24			9,166	
5-6 kartus	17			9,294	
7 ir daugiau kartų	14			9,785	
Sign			0,258	0,094	
DEPRESIJA					
Nesikreipė	976	0,001	1,638		
1-2 kartus	186		2,459	2,459	
3-4 kartus	24		2,500	2,500	
5-6 kartus	17			3,872	3,872
7 ir daugiau kartų	14				4,500
Sign			0,330	0,107	0,448

**p<0,05; α=0,05*

Didžiausia vidutinė reikšmė buvo gauta somatinių susirgimų srityje trečioje homogeninėje grupėje (10,500). Šią grupę sudarė asmenys į kardiologą per pastaruosius metus kreipėsi nuo 7 ir daugiau kartų. Tai rodo, kad ši grupė turi daugiausiai problemų susijusių su somatinėmis ligomis. Todėl galime teigti, kad tam tikrų socialinių veiksnių poveikis sveikatos būklės kokybei daro nemažą įtaką.

Analizuojant kreipimūsi į psichiatrą per pastaruosius metus vidutinės reikšmės atsižvelgiant į psichikos sveikatos sritis buvo išskirtos tris homogeninės grupės, kurios tarpusavyje atsižvelgiant į kreipimūsi dažnį ir atskiras psichikos sveikatos sritis buvo persipynusios tarpusavyje. Tokį rezultatą interpretuoti galėtume dvejopai: psichiatro teikiamos konsultacijos ar gydymas, vienoms žmonių grupėms, atsižvelgiant į tam tikrus požymius ar veikiamas aplinkos sąlygas, yra efektyvus (pavyzdžiui, respondentams pakanka kreiptis į specialistą nuo 1 iki 2 ar iki 6 kartų), arba tai galėtų reikšti, kad esama problema yra jau įsisenėjusi norimas rezultatas (t.y., sveikatos gerėjimas) nebus pasiektas (žiūrėti 22 lentelę).

22 lentelė. Kreipimusi į psichiatrą per pastaruosius metus dažnio ir psichikos sveikatos santykis

Kreipimusi į psichiatrą dažnis per pastaruosius vienerius metus	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *		
			1	2	3
SOMATINIAI SUSIRGIMAI					
Nesikreipė	1175	0,001	5,885		
1-2 kartus	27		7,203	7,203	
3-4 kartus	6			9,833	
5-6 kartus	4			9,750	
7 ir daugiau kartų	5		9,200	9,200	
Sign			0,068	0,242	
NERIMAS					
Nesikreipė	1175	0,001	4,519		
1-2 kartus	27		8,037	8,037	
3-4 kartus	6			10,166	
5-6 kartus	4		8,250	8,250	
7 ir daugiau kartų	5		8,400	8,400	
Sign			0,112	0,390	
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA					
Nesikreipė	1175	0,001	7,630		
1-2 kartus	27		9,333	9,333	
3-4 kartus	6				13,458
5-6 kartus	4		8,750	8,750	
7 ir daugiau kartų	5			11,200	11,200
Sign			0,280	0,118	0,126
DEPRESIJA					
Nesikreipė	1175	0,001	1,742		
1-2 kartus	27		3,814	3,814	
3-4 kartus	6			6,750	6,750
5-6 kartus	4				7,500
7 ir daugiau kartų	5			5,400	5,400
Sign			0,190	0,079	0,212

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Nerimo srityje išsiskyrė antroji homogeninė, kur kreipimosi dažnis siekė nuo 3 iki 4 kartų (10,166) bei socialinės disfunkcijos srities antroji ir trečioji grupės (atitinkamai 11,200 – kreipimusi dažnis siekia nuo 7 ir daugiau kartų, ir 13,458 – kreipimusi dažnis siekia nuo 3 iki 4 kartų). Socialinės disfunkcijos srityje taip pat pastebimas antrosios ir trečiosios homogeninės grupės sutapimas (gautos vienodos vidutinės reikšmės abeiose grupėse).

Vertinant kreipimusi į onkologą per pastaruosius metus vidutines reikšmes, atsižvelgiant į psichikos sveikatos sritis, buvo išskirta tik viena homogeninė grupė (žiūrėti 23 lentelę). Labiausiai išsiskyrė, palyginti su kreipimusi dažnumu somatinių susirgimų (9,500), nerimo (8,000), ir socialinės disfunkcijos (10,250) srityse, vidutinės kreipimusi į onkologą reikšmė (nuo 5 į iki kartų 6).

23 lentelė. Kreipimusi į onkologą per pastaruosius metus dažnio ir psichikos sveikatos santykis

Kreipimusi į onkologą dažnis per pastaruosius vienerius metus	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *
			1
SOMATINIAI SUSIRGIMAI			
Nesikreipė	1123	0,270	5,260
1-2 kartus	73		6,648
3-4 kartus	9		6,666
5-6 kartus	4		9,500
7 ir daugiau kartų	4		6,750
Sign			0,056
NERIMAS			
Nesikreipė	1123	0,257	4,535
1-2 kartus	73		5,988
3-4 kartus	9		5,200
5-6 kartus	4		8,000
7 ir daugiau kartų	4		4,750
Sign			0,163
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA			
Nesikreipė	1123	0,074	7,692
1-2 kartus	73		7,790
3-4 kartus	9		8,222
5-6 kartus	4		10,250
7 ir daugiau kartų	4		7,500
Sign			0,096
DEPRESIJA			
Nesikreipė	1123	0,173	1,813
1-2 kartus	73		2,359
3-4 kartus	9		2,555
5-6 kartus	4		2,750
7 ir daugiau kartų	4		2,750
Sign			0,056

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Apibendrinant didesnė dalis išskirtų homogeninių grupių rodo didesnę ryšį tarp sveikatos ir sveikatos priežiūros. Tačiau, didėjant vidutinėms reikšmėms ir kreipimusi į gydytojus skaičiui, kylą klausimas, ar didesnis kreipimusi skaičius duoda naudos, t.y., ar gydymas yra efektyvus, ir ar tarp sergamumo ir gydymo yra ryšys.

Socialinių veiksnių (tokių kaip užimtumas, išsilavinimas, šeimyninė padėtis) ir psichikos sveikatos santykis

Kadangi dispersinės analizės būdu buvo tirta sveikatos bendros būklės priklausomybė nuo psichikos sveikatos, todėl taip pat nusprendėme panagrinėti socialinio statuso veiksnių (užimtumo, išsilavinimo bei šeimyninės padėties) ir psichikos sveikatos sričių priklausomybę. Kitaip tariant, šioje dalyje bus paanalizuotas ryšys tarp sveikatos ir kai kurių socialinių veiksnių.

Analizuojant psichikos sveikatos sričių ir užimtumo tarpusavio santykį buvo išskirtos trys homogeninės grupės kiekvienoje psichikos sveikatos srityje (žiūrėti 24 lentelę). Lentelėje matyti, kad gautos vidutinės reikšmės nerimo, socialinės disfunkcijos ir depresijos srityje sutampa tarp visų grupių. Somatinių susirgimų srityje išskirta tik viena homogeninė grupė. Joje didžiausia vidutinė reikšmė vyrauja tarp pensinio amžiaus žmonių (6,609). Tarp kitų profesijų atstovų vidutinių reikšmių pasiskirstymas yra panašus.

24 lentelė. Psichikos sveikatos ir užimtumo tarpusavio sąveika

Psichikos sveikatos priklausomybė nuo užimtumo	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *		
			1	2	3
SOMATINIAI SUSIRGIMAI					
Vadovas, specialistas	301	0,001	5,027		
Tarnautojas	335		5,101		
Darbininkas	125		5,373		

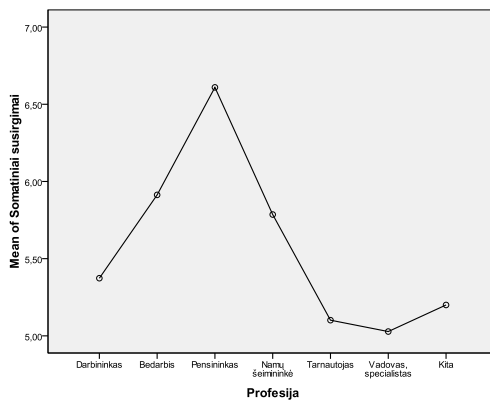
Bedarbis	46		5,913		
Pensininkas	166		6,609		
Namų šeimininkė	14		5,785		
Kita	235		5,200		
Sign			0,060		
NERIMAS					
Vadovas, specialistas	301	0,147	4,206		
Tarnautojas	335		4,638	4,638	
Darbininkas	125		4,848	4,848	
Bedarbis	46		4,663	4,663	
Pensininkas	166		5,060	5,060	
Namų šeimininkė	14			6,428	
Kita			4,662	4,662	
Sign					
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA					
Vadovas, specialistas	301	0,001	7,357		
Tarnautojas	335		7,384		
Darbininkas	125		7,856	7,856	
Bedarbis	46			8,717	8,717
Pensininkas	166		8,471	8,471	8,471
Namų šeimininkė	14				9,142
Kita	235		7,720	7,720	
Sign			0,061	0,087	0,237
DEPRESIJA					
Vadovas, specialistas	301	0,001	1,714	1,714	
Tarnautojas	335		1,586	1,586	
Darbininkas	125		2,304	2,304	
Bedarbis	46			2,587	
Pensininkas	166		2,383	2,383	
Namų šeimininkė	14		1,285		
Kita	235		1,714	1,714	
Sign			0,098	0,132	

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

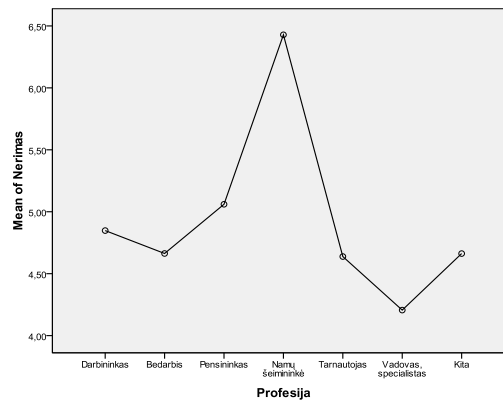
Nerimo srityje labiausiai išsiskiria namų šeimininkių ir pensininkų vidutinės reikšmės (atitinkamai 6,428 ir 5,060). Šioje srityje buvo išskirtos dvi homogeninės grupės. Beveik visų respondentų vidutinės reikšmės tarp abiejų homogeninių grupių sutapo (išskyrus namų šeimininkių). Toks sutapimas rodo didesnę respondentų išsibarstymą. Socialinės disfunkcijos srityje didžiausios vidutinės reikšmės stebimos taip pat tarp namų šeimininkių (9,142), o depresijos srityje tarp pensininkų (2,383), darbininkų (2,304) ir bedarbių (2,587). Aiškesnis atskirų vidutinių reikšmių pasiskirstymas grafiškai yra pateiktas 15 paveiksle. Paveiksle

matyti, kad skirtingas užimtumo tipas, psichikos sveikatos sritis veikia nevienodai. Iš grafiko matyti, kad somatinių susirgimų, socialinės disfunkcijos ir depresijos sritims įtakos turi ($p < 0,05$) pensininkai (tam įtakos galėtų turėti senatvinės, profesinės ar atsiradusios dėl gyvenimo būdo ligos, jie jaučiasi vieniši, atskirti nuo visuomenės, niekam nebereikalingi ir pan.). Taigi iš principo tai galėtų lemti finansinę padėtis, sveikatos būklė, aplinkos poveikis, požiūris į senatvę ir kt.

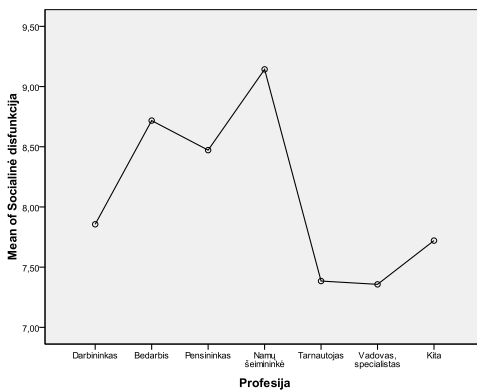
Somatiniai susirgimai



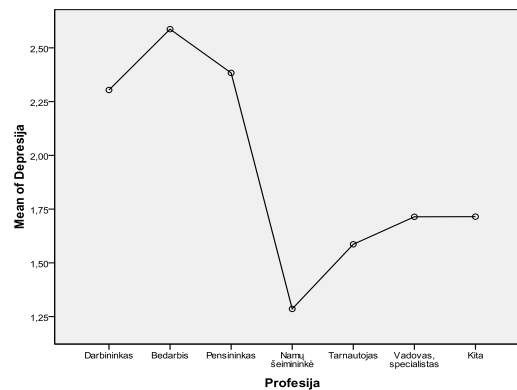
Nerimas



Socialinė disfunkcija



Depresija



15 paveikslas. Užimtumo įtaka psichikos sveikatos sritims

Nerimo ($p > 0,05$) ir socialinės disfunkcijos ($p < 0,05$) sričiai taip pat įtakos turi namų šeimininkų socialinė grupė. Greičiausiai tai susiję su savęs vertinimo, finansinės būklės, statuso, bendravimo ir kitais veiksniais. Tačiau depresijos sričiai ši socialinė grupė turi mažiausiai įtakos ($p < 0,05$). Bedarbių, nerimo srityje vidutinės reikšmės yra nedidelės lyginant su kitomis sritimis. Šių profesijų atstovai daugiausiai susiduria su depresija (greičiausiai tai nulemia darbo nebuvimas), socialine disfunkcija (prasta finansinė padėtis, paramos stoka ir panašiai) bei somatiniais susirgimais. Tarp likusių profesijų atstovų (t.y., tarnautojai, specialistai, vadovai ir kita) vidutinės reikšmės yra mažesnės nei anksčiau analizuotų profesijų atstovų, tačiau ir čia didesnė įtaka pasireiškia nerimo (išskyrus vadovus ir specialistus) ir depresijos srityse.

Vertinant psichikos sveikatos ir išsilavinimo priklausomybę buvo taip pat išskirtos trys homogeninės grupės, kurių vidutinės reikšmės, atskirose psichikos sveikatos srityse, tarpusavyje sutapo. Todėl galima daryti išvadą, kad išsilavinimas turi įtakos tyrime dalyvavusių respondentų grupėms, tam tikroms psichikos sveikatos sritims (žiūrėti 16 paveikslą). Didžiausios vidutinės reikšmės gautos tarp pradinį išsilavinimą turinčių asmenų (žiūrėti 25 lentelę).

25 lentelė. Psichikos sveikatos ir išsilavinimo tarpusavio sąveika

Psichikos sveikatos priklausomybė nuo išsilavinimo	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *		
			1	2	3
SOMATINIAI SUSIRGIMAI					
Aukštasis	46	0,707	4,427		
Nebaigtas aukštasis	484		5,047	5,047	
Vidurinis	264		5,521	5,521	
Nebaigtas vidurinis	287		5,566	5,566	
Aukštesnysis	101		5,851	5,851	5,851
Pradinis	20			6,808	6,808
Nesimokė	16				7,562
Sign				0,130	0,058
NERIMAS					
Aukštasis	46	0,434	4,422		
Nebaigtas aukštasis	484		4,401		

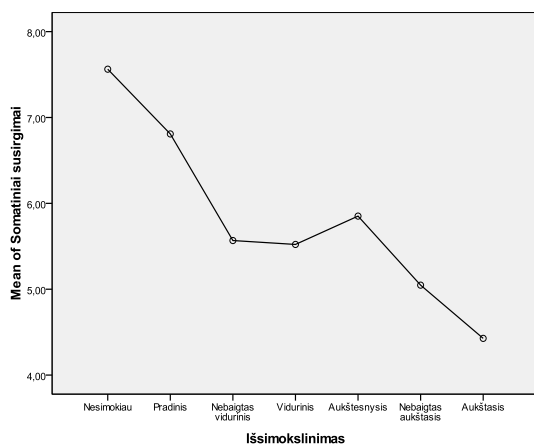
Vidurinis	264		4,631		
Nebaigtas vidurinis	287		4,765		
Aukštesnysis	101		5,358		
Pradinis	20		5,250		
Nesimokė	16		5,459		
Sign			0,334		
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA					
Aukštasis	46	0,089	7,094		
Nebaigtas aukštasis	484		7,558		
Vidurinis	264		7,439		
Nebaigtas vidurinis	287		8,035	8,035	
Aukštesnysis	101		7,993	7,993	
Pradinis	20			9,000	
Nesimokė	16			9,062	
Sign			0,174	0,111	
DEPRESIJA					
Aukštasis	46	0,004	1,130		
Nebaigtas aukštasis	484		1,679		
Vidurinis	264		1,762		
Nebaigtas vidurinis	287		2,024	2,024	
Aukštesnysis	101		2,227	2,227	2,227
Pradinis	20			3,300	3,300
Nesimokė	16				3,562
Sign			0,139	0,066	0,054

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

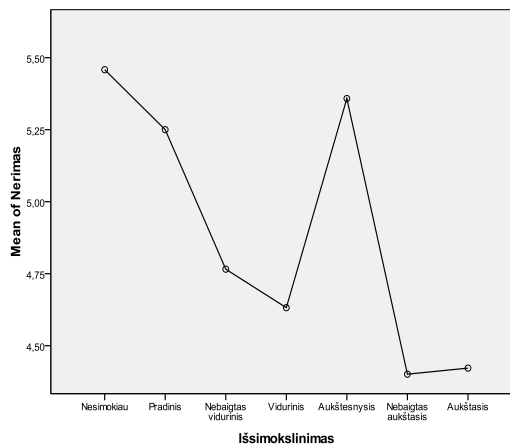
Iš lentelėje ir paveiksle pateiktų duomenų matyti, kad asmenų turinčiųjų aukštesnį išsilavinimą, didžiausios vidutinės reikšmės gautos nerimo (5,358), somatinių susirgimų (5,851), socialinės disfunkcijos (7,993) ir depresijos (2,227) srityse lyginant skirtingą išsilavinimą turinčių žmonių grupes.

Iš 16 paveiksle pateiktų diagramų matyti, kad nerimo, socialinės disfunkcijos ir depresijos sritims įtakos turi žemas išsilavinimas arba jo nebuvimas, o mažiausiai – aukštas. Apibendrinus gautus duomenis, pasitvirtino teiginys, kad asmenys, turintys žemą išsilavinimą, serga daugiau, yra žemesnės profesinės padėties, jaučia didesnę socialinę atskirtį bei nėra užtikrinti savo ateitimi [119, 151].

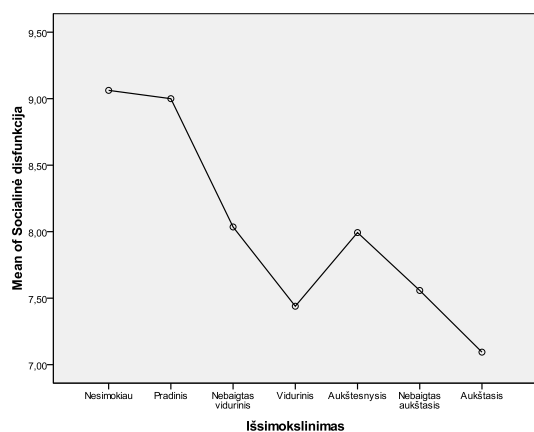
Somatiniai susirgimai



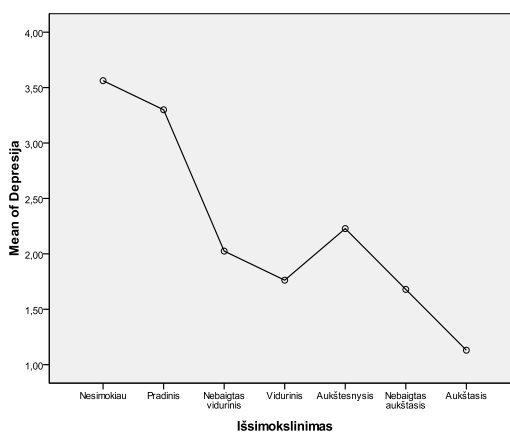
Nerimas



Socialinė disfunkcija



Depresija



16 paveikslas. Išsilavinimo įtaka psichikos sveikatos sritims

Analizuojant psichikos sveikatos ir šeimyninės padėties tarpusavio priklausomybę, atsižvelgiant į vidutines reikšmes buvo išskirtos dvi homogeninės grupės. Didžiausios vidutinės reikšmės tarp grupių gautos socialinės disfunkcijos srityje, mažiausios depresijos (žiūrėti 26 lentelę), tarp jų taip pat stebimas sutapimas.

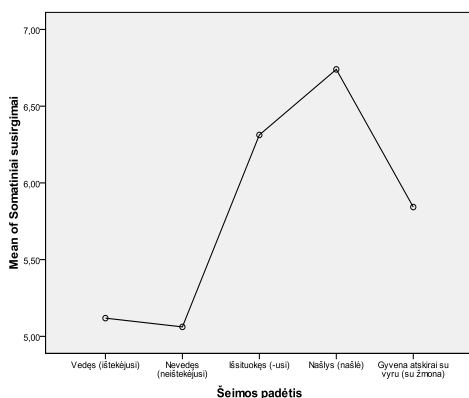
26 lentelė. Psichikos sveikatos ir šeimyninės padėties tarpusavio priklausomybės

Psichikos sveikatos priklausomybė nuo šeimyninės padėties	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *	
			1	2
SOMATINIAI SUSIRGIMAI				
Vedęs (ištekejusi)	643	0,048	5,118	
Nevedęs (netekėjusi)	325		5,061	
Išsituokę	80			6,312
Našlys (-ė)	121			6,739
Gyvena nesusituokę	54			5,842
Sign			0,161	0,106
NERIMAS				
Vedęs (ištekejusi)	643	0,204	4,448	
Nevedęs (netekėjusi)	325		4,412	
Išsituokę	80		5,412	
Našlys (-ė)	121		5,438	
Gyvena nesusituokę	54		5,407	
Sign			0,117	
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA				
Vedęs (ištekejusi)	643	0,001	7,532	
Nevedęs (netekėjusi)	325		7,726	7,726
Išsituokę	80		7,837	7,837
Našlys (-ė)	121			8,429
Gyvena nesusituokę	54		7,910	7,910
Sign			0,382	0,098
DEPRESIJA				
Vedęs (ištekejusi)	643	0,001	1,590	
Nevedęs (netekėjusi)	325		1,879	
Išsituokę	80		2,372	2,372
Našlys (-ė)	121			2,987
Gyvena nesusituokę	54		1,592	
Sign			0,085	0,138

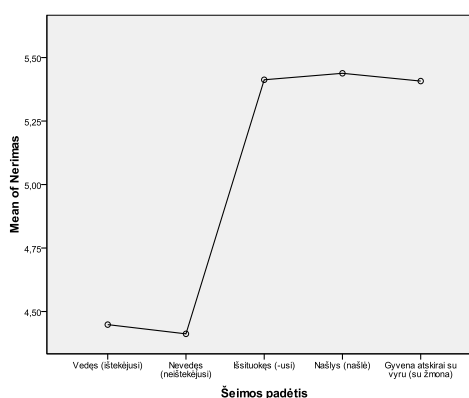
* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Visose keturiuose psichikos sveikatos srityse labiausiai išsiskyrė našliai (somatinių susirgimų – 6,739 , nerimo – 5,438, socialinės disfunkcijos – 8,429, depresijos – 2,987). Mažiausios vidutinės reikšmės buvo tarp vedusių ir nesusituokusių respondentų. Atkreipiant dėmesį į vedusių respondentų gautas vidutinės reikšmės, reikėtų paminėti, kad atliktų kitų mokslininkų tyrimų duomenimis yra nustatyta, jog santuoka daro teigiamą įtaką sveikatai.

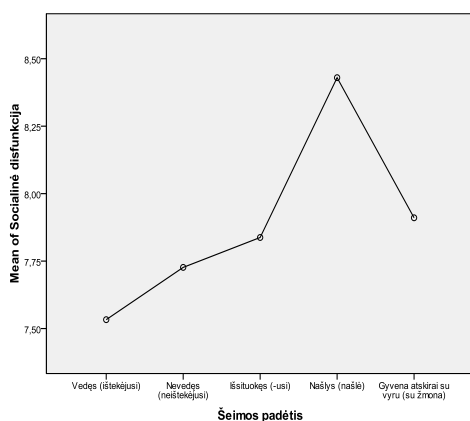
Somatiniai susirgimai



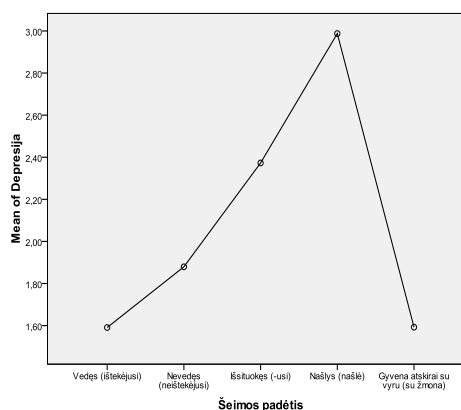
Nerimas



Socialinė disfunkcija



Depresija



17 paveikslas. Šeimyninės padėties įtaka psichikos sveikatos sritims

Žvelgiant į grafikus, atsižvelgiant į respondentų šeimyninę padėtį, matyti, kad visose psichikos sveikatos srityse ryškiausiai išsiskyrė našliai (žiūrėti 17 paveikslas). Gyvenantys nesusituokę, labiausiai darė įtaką nerimo sričiai. Čia vidutinės reikšmės lyginat su kitų asmenų šeimyninę padėtimi buvo vienos iš didžiausių. Galima numanyti, kad tokią situaciją galėjo, pavyzdžiui, nulemti nerimas dėl ateities ar pan. Tačiau depresijos srityje tarp gyvenančių nesusituokus vidutinės reikšmės buvo vienos iš mažiausių, lyginant su kitų. Todėl galima daryti prielaidą, kad tokie žmonės jaučiasi geriau ir daugiau rūpinasi savimi.

Žalingi įpročiai (alkoholio, psichoaktyvių medžiagų ir tabako gaminių vartojimas) ir psichikos sveikata

Siekiant įvertinti žalingų įpročių pasiskirstymą tarp tiriamųjų, buvo išanalizuotas alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimo duomenų pasiskirstymas tarp respondentų. Tyrimo metu nustatyta, kad didesnė dalis respondentų alkoholio nevartojo. Stipriuosius alkoholinius gėrimus ir vyną keletą kartų per metus arba 2 – 3 kartus per mėnesį dažniau vartojo moterys, o vyrai stipriuosius alkoholinius gėrimus (54,3 %) ir vyną (65,6 %) buvo linkę vartoti 2 – 3 kartus per savaitę. Alų dažniau vartojo moterys (detaliau žiūrėti 27 lentelėje).

27 lentelė. Alkoholinių gėrimų vartojimo dažnumas tarp vyrų ir moterų

Alkoholio vartojimas	n, %	Lytis			Chi.-kv., IIs, p	
		Vyrai	Moterys	Viso		
Stiprus alkoholiniai gėrimai						
Nevartojo	n	44	230	274	Chi.-kv.= 44,543 IIs= 5 p=0,001	
	%	16,1	93,9	100		
Keletą kartų per metus	n	165	434	599		
	%	27,5	72,5	100		
2 – 3 k./mėn.	n	109	185	294		
	%	37,1	62,9	100		
2 – 3 k./sav.	n	19	16	35		
	%	54,3	45,7	100		
Kiekvieną dieną	n	2	3	5		
	%	40,0	60,0	100		
Alus						
Nevartojo	n	96	176	272		Chi.-kv.= 35,587 IIs= 5 p=0,001
	%	35,3	64,7	100		
Keletą kartų per metus	n	166	358	524		
	%	31,7	68,3	100		
2 – 3 k./mėn.	n	66	300	366		
	%	18,0	82,0	100		
2 – 3 k./sav.	n	5	38	43		
	%	11,6	88,4	100		
Kiekvieną dieną	n	1	1	2		
	%	50,0	50,0	100		
Vynas						
Nevartojo	n	67	417	484	Chi.-kv.= 1,400 IIs= 6 p=0,001	
	%	13,8	86,2	100		
Keletą kartų per metus	n	100	252	352		

	%	28,4	71,6	100
2 – 3 k./mėn	n	98	160	258
	%	38,0	62,0	100
2 – 3 k./sav.	n	63	33	96
	%	65,6	34,4	100
Kiekvieną dieną	n	7	2	9
	%	77,8	22,2	100

Vertinant rūkymo paplitimą tarp respondentų, nustatyta, kad rūkantys asmenys sudarė 23,8 %, nerūkantys – 76,2 %. Kasdien rūkė 16 % respondentų. Dažniausiai surūkoma buvo iki 5 – 6 cigarečių per dieną (atitinkamai tai sudarė 9,5 %). Tarp rūkančiųjų moterų buvo daugiau nei vyrų (atitinkamai 75,9 % ir 24,1 %), $p = 0,001$. Dažniausiai moterys surūko nuo 5 iki 6 cigarečių per dieną (71,6 %), o tarp vyrų dažniausiai buvo surūkoma iki 20 cigarečių (61,4 %) ir nuo 20 ir daugiau (66,7 %), $p = 0,001$.

Į klausimą, ar yra kada nors bandę vartoti narkotinių medžiagų, neigiamai atsakė 93,8 % respondentų. 6,2 % respondentų bandė vartoti narkotikus (atitinkamai vieną kartą bandė 3 % respondentų, keletą kartų – 3 % ir retai, bet reguliariai – 0,2 %). Vertinant pagal lytį, 64,9 % sudarė moterys nors kartą vartojusios narkotikus, tarp vyrų – 35,1 %. Keletą kartų narkotinių medžiagų buvo pavartoję 37,8 % vyrų ir 62,2 % moterų ($p = 0,046$). Dažniausiai narkotikus vartojo nebaigtą aukštąjį ir nebaigtą vidurinį išsilavinimą turintys asmenys (atitinkamai jų buvo 28 ir 20). Tarp nebaigtą vidurinį išsilavinimą turinčių asmenų, bent kartą narkotikų pabandė 48,6 % respondentų, o 27 % narkotikų vartojo keletą kartų. O tarp turinčių nebaigtą vidurinį išsilavinimą asmenų keletą kartų narkotikų pavartojo 29,7 %, o pabandė bent vieną kartą – 24,3 % respondentų ($p = 0,006$).

Taip pat buvo paanalizuota respondentų žalingų įpročių ir sveikatos problemų paplitimo sklaida (žiūrėti 28 lentelę).

28 lentelė. Respondentų gyvenimo įpročių sukeliančių sveikatos problemas, paplitimo sklaida (per paskutinius 12 mėn.)

Įpročiai	Vartojimo dažniai	n	Problemų proc.	Chi kv.	p
Stiprūs alkoholiniai gėrimai	Nevartoja	158	57,5	12,145 lls=5	0,033
	Kelis kartus per metus	293	48,8		
	2-3 kartus per mėnesį	139	47,3		
	2-3 kartus per savaitę	23	65,7		
	Kasdien	4	80,0		
	Vidutiniškai	618	51,0		
Vynas	Nevartoja	168	61,8	20,747 lls=5	0,001
	Kelis kartus per metus	254	48,4		
	2-3 kartus per mėnesį	175	47,6		
	2-3 kartus per savaitę	19	44,2		
	Kasdien	0	0		
	Vidutiniškai	616	50,8		
Alus	Nevartoja	294	60,7	34,146 lls=5	0,001
	Kelis kartus per metus	162	45,6		
	2-3 kartus per mėnesį	111	43,0		
	2-3 kartus per savaitę	40	41,2		
	Kasdien	4	44,4		
	Vidutiniškai	614	50,9		
Rūkymas	Nerūko	498	53,1	14,752 lls=5	0,011
	Kelis kartus per metus	20	55,6		
	2-3 kartus per mėnesį	6	31,6		
	2-3 kartus per savaitę	8	27,6		
	Kasdien	89	45,4		
	Vidutiniškai	621	51,0		
Migdomieji vaistai	Nevartoja	369	41,0	147,780 lls=4	0,001
	Kartą per mėnesį	97	70,8		
	2-4 kartus per mėnesį	64	75,3		
	2-3 kartus per savaitę	36	85,7		
	Beveik kasdien	55	98,2		
	Vidutiniškai	621	50,9		
Narkotikai	Nevartoja	596	52,1	12,852 lls=3	0,005
	Kartą bandė	11	29,7		
	Bandė keletą kartų	13	35,1		
	Vartoja reguliariai	2	100		
	Vidutiniškai	622	50,9		

Duomenų analizė parodė, kad nepriklausomai nuo esamų įpročių (šiuo atveju alkoholio, tabako gaminių, narkotikų ir migdomųjų vaistų vartojimas arba jų nevartojimas), sveikatos problemų paplitimas, lyginant su vidurkiu yra didelis. Pavyzdžiui, atsižvelgiant į sveikatos problemų paplitimo visos populiacijos vidurkį (apie 51 %), tarp alkoholio, tabako gaminių ir narkotikų nevartojančių

žmonių grupės, sveikatos problemos viršija populiacijos vidurkį nuo 52,1 % iki 61,8 %. O tarp vartojančių migdomuosius vaistus, jis yra mažesnis – 41 %.

Dispersinės analizės būdu buvo tiriama alkoholio vartojimo ir psichikos sveikatos tarpusavio priklausomybė. Analizuojant tarpusavio ryšius buvo išskirtos keturios pagrindinės psichikos sveikatos sritys: somatinių susirgimų, nerimo, socialinės disfunkcijos ir depresijos. Kiekvienoje srityje buvo išskirtos trys skirtingos grupės: vartojantys stiprius gėrimus, vartojantys vyną ir vartojantis alų. Vartojimo dažnis buvo vertinamas rangine skale, pasirenkant vieną iš pateiktų atsakymo variantų (visai nevartoja; kelis kartu per metus; 2 – 3 kartus per mėnesį; 2 – 3 kartus per savaitę; kasdien).

Lentelėje 29 parodyta alkoholio vartojimo ir somatinių susirgimų tarpusavio priklausomybė. Analizuojant duomenis, matyti, kad reikšmingo skirtumo tarp vartojusių stipriuosius alkoholinius gėrimus, vyną ir alų, nėra. Somatinių susirgimų srityje labiausiai išsiskyrė kasdien vartojančių stipriuosius alkoholinius gėrimus (6,600). Tai parodo, kad stipriųjų alkoholinių gėrimų vartojimas daro didesnę įtaką somatiniams susirgimams. Vertinant kitų alkoholinių gėrimų vartojimo vidutinių vidurkių tendenciją tarp nevartojančių ir vartojančių kelis kartus per metus, mėnesį ar savaitę, reikšmės reikšmingai nesiskiria – tendencija išlika panaši visose grupėse.

29 lentelė. Somatinių susirgimų ir alkoholio vartojimo tarpusavio priklausomybė

SOMATINIAI SUSIRGIMAI									
Vartojimo dažnis	STIPRŪS GĖRIMAI			VYNAS			ALUS		
	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė $\alpha=0,05$	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė $\alpha=0,05$	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė $\alpha=0,05$
Visai nevartoja	275	0,950	5,447	272	0,816	5,655	484	0,325	5,725
Kelis kartus per metus	606		5,287	526		5,102	355		5,070

2-3 kartus per mėnesį	294		5,401	370		5,485	262		5,248
2-3 kartus per savaitę	35		6,119	43		5,938	97		5,115
Kasdien	5		6,600	2		5,500	9		4,111
Sign			0,352			0,694			0,116

Vertinant nerimo srities ir vartojančių alkoholinius gėrimus tarpusavio priklausomybę (žiūrėti 30 lentelę), kaip ir somatinių susirgimų srityje, labiausiai išsiskyrė vartojantys stipriuosius gėrimus kasdien (6,000) bei juos vartojančius 2 – 3 kartus per savaitę (6,161). Tarp vartojančių vyną, nors ir nereikšmingai, taip pat labiausiai išsiskyrė vartojantys 2 – 3 kartus per savaitę (5,697) ir kasdien (5,000).

30 lentelė. Nerimo ir alkoholio vartojimo tarpusavio priklausomybė

NERIMAS									
Vartojimo dažnis	STIPRŪS GĖRIMAI			VYNAS			ALUS		
	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homo geninė grupė $\alpha=0,05$	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homo geninė grupė $\alpha=0,05$	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homo geninė grupė $\alpha=0,05$
Visai nevartoja	275	0,431	4,429	272	0,671	4,669	484	0,325	5,725
Kelis kartus per metus	606		4,543	526		4,410	355		5,070
2-3 kartus per mėnesį	294		4,893	369		4,847	262		5,246
2-3 kartus per savaitę	35		6,161	43		5,697	97		5,115
Kasdien	5		6,000	2		5,000	9		4,111
Sign			9,261			0,582			0,116

Socialinės disfunkcijos srityje labiausiai išsiskiriančių grupių tarp vartojančių stipriuosius alkoholinius gėrimus, vyną ar alų, nebuvo. Gautos vidutinės reikšmės pasiskirstė apylygiai (žiūrėti 31 lentelę). Stiprius alkoholinius gėrimus ir alų vartojančių grupėje labiausiai išsiskyrė vartojantys 2 – 3 kartus per

savaite (atitinkamai 8,914 ir 8,147). Alų vartojančiųjų grupėje – kasdien vartojančių (7,777) ir nevartojančių (7,818).

31 lentelė. Socialinės disfunkcijos ir alkoholio vartojimo tarpusavio priklausomybė

SOCIALINĖ DISFUNKCIJA									
Vartojimo dažnis	STIPRŪS GĖRIMAI			VYNAS			ALUS		
	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homo geninė grupė $\alpha=0,05$	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homo geninė grupė $\alpha=0,05$	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homo geninė grupė $\alpha=0,05$
Visai nevartoja	275	0,015	7,962	272	0,691	8,061	484	0,170	7,818
Kelis kartus per metus	606		7,490	526		7,521	355		7,565
2-3 kartus per mėnesį	294		7,785	370		7,686	262		7,719
2-3 kartus per savaitę	35		8,914	43		8,147	97		7,745
Kasdien	5		8,200	2		8,000	9		7,777
Sign			0,163			0,688			0,744

Analizuojant depresijos sritį, pastebėta, kad čia, lyginant su prieš tai buvusiomis trimis psichikos sveikatos sritimis, mažiausios vidutinės reikšmės pasireiškė tarp alkoholi vartojančių kasdien, o didesnės tarp jų vartojančių 2 – 3 kartus per savaitę. Taip pat didesnės vidutinės reikšmės gautos tarp alkoholio nevartojančių asmenų (žiūrėti 32 lentelę).

32 lentelė. Depresijos ir alkoholio vartojimo tarpusavio priklausomybė

DEPRESIJA									
Vartojimo dažnis	STIPRŪS GĖRIMAI			VYNAS			ALUS		
	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homo geninė grupė $\alpha=0,05$	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homo geninė grupė $\alpha=0,05$	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homo geninė grupė $\alpha=0,05$
Visai nevartoja	275	0,112	2,022	272	0,105	1,968	484	0,291	1,981
Kelis kartus per	606		1,743	526		1,757	355		1,687

metus								
2-3 kartus per mėnesį	294	1,913	370	1,862	262	1,835		
2-3 kartus per savaitę	35	2,371	43	2,608	97	1,919		
Kasdien	5	1,800	2	0,500	9	1,555		
Sign		0,575		0,202		0,606		

Alkoholio vartojimas kelia grėsmę šeimai, darbui, skatina tokias socialines problemas kaip alkoholizmas, nelaimingi atsitikimai, kriminalinė elgsena, smurtas, žmogžudystės, savižudybės. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, apie 40–60 % visų mirčių dėl tyčinių ir netyčinių traumų priežastis – alkoholio vartojimas [170, 171]. Atlikus tyrimą, nustatyta, kad alkoholio vartojimas didžiausią įtaką sveikatos būklės kokybei turėjo somatinių susirgimų, nerimo ir socialinės disfunkcijos srityse, mažiausiai – depresijos. Taip pat didžiausios vidutinės reikšmės nustatytos tarp asmenų, vartojančių alkoholinius gėrimus kasdien arba 2 – 3 kartus per savaitę, ypač vartojančių stipriuosius gėrimus.

Rūkymas yra vienas iš svarbiausių rizikos veiksnių, darančių įtaką plaučių ligų formavimuisi. Analizuojant psichikos sveikatos ir rūkymo tarpusavio priklausomybę, keturiose psichikos sveikatos srityse buvo išskirta po dvi homogenines grupes. Didžiausios vidutinės reikšmės nustatytos socialinės disfunkcijos srityje, mažiausios - depresijos (žiūrėti 33 lentelę). Visose srityse išsiskyrė respondentų rūkančių daugiau nei 20 cigarečių per dieną (somatinių susirgimų srityje – 7,500, nerimo – 7,569, socialinės disfunkcijos – 8,166 ir depresijos – 4,166).

33 lentelė. Psichikos sveikatos ir rūkymo tarpusavio priklausomybės vidutinės reikšmės

Vartojimo dažnis	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *	
			1	2
SOMATINIAI SUSIRGIMAI				
Iki 5 cigarečių per dieną	116	0,409	5,481	

Iki 10 cigarečių per dieną	65		4,492	
Iki 20 cigarečių per dieną	57		5,771	5,771
Daugiau 20 cigarečių per dieną	12			7,500
Cigarečių nerūko	882		5,420	
Sign			0,201	0,056
NERIMAS				
Iki 5 cigarečių per dieną	116	0,913	4,801	
Iki 10 cigarečių per dieną	65		4,948	
Iki 20 cigarečių per dieną	57		4,900	
Daugiau 20 cigarečių per dieną	12			7,569
Cigarečių nerūko	882		4,570	
Sign			0,733	1,000
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA				
Iki 5 cigarečių per dieną	116	0,618		8,000
Iki 10 cigarečių per dieną	65			7,815
Iki 20 cigarečių per dieną	57			8,052
Daugiau 20 cigarečių per dieną	12			8,166
Cigarečių nerūko	882			7,653
Sign				0,502
DEPRESIJA				
Iki 5 cigarečių per dieną	116	0,004	2,211	
Iki 10 cigarečių per dieną	65		1,923	
Iki 20 cigarečių per dieną	57		2,035	
Daugiau 20 cigarečių per dieną	12			4,166
Cigarečių nerūko	882		1,785	
Sign			0,593	1,000

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Analizuojant raminamųjų/migdomųjų vaistų vartojimo ir psichikos sveikatos santykį, somatinių susirgimų, nerimo ir depresijos srityse buvo išskirtos trys homogeninės grupės. Socialinės disfunkcijos – dvi. Didėjant raminamųjų/migdomųjų vaistų vartojimo dažniui, beveik tolygiai didėja ir vidutinių reikšmių skirtumai atskirose grupėse. Somatinių susirgimų srityje didžiausios vidutinės reikšmės išsiskyrė trečioje homogeninėje grupėje, tarp asmenų vartojančių raminamuosius/migdomuosius vaistus keturis kartus per savaitę ir dažniau. Antrojoje ir trečiojoje grupėse tarp asmenų, vartojusių vaistus 2 – 3 kartus per savaitę stebimas vidutinių reikšmių sutapimas ir tai rodo didesnę išsibarstymą tarp respondentų (žiūrėti 34 lentelę).

34 lentelė. Psichikos sveikatos ir raminamųjų/migdomųjų vaistų vartojimo tarpusavio priklausomybės vidutinės reikšmės

Vartojimo dažnis	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *		
			1	2	3
SOMATINIAI SUSIRGIMAI					
Nevartoja	900	0,876	4,776		
Kartą per mėn. ir rečiau	137			6,565	
2-4 kartus per mėn.	85			6,709	
2-3 kartus per sav.	42			7,500	7,500
4 kartus per savaitę ir dažniau	56				8,345
Sign				1,000	0,146
NERIMAS					
Nevartoja	900	0,002	3,962		
Kartą per mėn. ir rečiau	137			5,745	
2-4 kartus per mėn.	85			6,621	
2-3 kartus per sav.	42			6,285	
4 kartus per savaitę ir dažniau	56				8,631
Sign				1,000	0,214
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA					
Nevartoja	900	0,001	7,464		
Kartą per mėn. ir rečiau	137			7,808	
2-4 kartus per mėn.	85			8,074	
2-3 kartus per sav.	42			8,285	
4 kartus per savaitę ir dažniau	56				10,367
Sign				0,097	1,000
DEPRESIJA					
Nevartoja	900	0,001	1,445		
Kartą per mėn. ir rečiau	137			2,517	
2-4 kartus per mėn.	85			2,595	
2-3 kartus per sav.	42				3,809
4 kartus per savaitę ir dažniau	56				4,276
Sign	900			1,000	0,871

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Nerimo srityje didžiausia vidutinė reikšmė buvo trečiosios homogeninės grupės (8,631). Socialinės disfunkcijos srityje buvo išskirtos dvi homogeninės grupės. Lyginant abi grupes, didžiausia vidutinė reikšmė išskirta antrojoje homogeninėje grupėje (10,367) vartojančių vaistus keturis kartus per savaitę ir dažniau. Didesnį vaistų vartojimą (pavyzdžiui, keturis kartus per savaitę ir

dažniau) nulemia daugelis veiksnių. Tai gali sietis su amžiumi, tam tikrų ligų buvimu, ar patiriamom emocijom.

Nagrinėjant narkotikų vartojimo ir psichikos sveikatos tarpusavio santykį, kiekvienoje psichikos sveikatos srityje buvo išskirtos po vieną arba dvi homogenines grupes. Somatinių susirgimų ir socialinės disfunkcijos srityse išskirta tik viena homogeninė grupė, nerimo ir depresijos – dvi. Nustatyta, kad tarp psichoaktyvių medžiagų vartojimo ir psichikos sveikatos esmingai skyrėsi ($p < 0,05$) somatinių susirgimų, nerimo, socialinės disfunkcijos ir depresijos sritys. Visose keturiose grupėse labiausiai išsiskyrė vartojančių retai, bet reguliariai grupė. Jų vidutinės reikšmės buvo didžiausios (somatinių susirgimų srityje – 9,500, nerimo srityje – 10,500, socialinės disfunkcijos srityje – 8,000, depresijos – 10,000). Didžiausios vidutinės reikšmės išsiskyrė socialinės disfunkcijos srityje (žiūrėti 35 lentelę).

35 lentelė. Psichikos sveikatos ir narkotikų vartojimo tarpusavio priklausomybės vidutinės reikšmės

Vartojimo dažnis	n	Livyno kriterijus (Sign.)	Homogeninė grupė *	
			1	2
SOMATINIAI SUSIRGIMAI				
Nevartoja	1145	0,859	5,357	
Vieną kartą bandė	37		5,319	
Kelis kartus bandė	37		5,522	
Vartoja retai, bet reguliariai	2		9,500	
Sign			0,069	
NERIMAS				
Nevartoja	1145	0,006	4,620	
Vieną kartą bandė	37		5,189	
Kelis kartus bandė	37		4,351	
Vartoja retai, bet reguliariai	2			10,500
Sign			0,732	1,000
SOCIALINĖ DISFUNKCIJA				
Nevartoja	1145	0,028	7,701	
Vieną kartą bandė	37		8,279	
Kelis kartus bandė	37		7,270	
Vartoja retai, bet reguliariai	2		8,000	
Sign			0,559	

DEPRESIJA				
Nevartoja	1145	0,001	1,835	
Vieną kartą bandė	37		2,243	
Kelis kartus bandė	37		1,648	
Vartoja retai, bet reguliariai	2			10,000
Sign			0,737	1,000

* $p < 0,05$; $\alpha = 0,05$

Sveikatos statuso ir jo sąveikos pobūdis psichikos sveikatos sritims

Tyrimo metu taip pat buvo analizuojama tam tikrų veiksnių poveikio sveikatai dydis ir tarpusavio sąveika. Šis dydis ir tarpusavio sąveika buvo analizuojama atsižvelgiant į keturias psichikos sveikatos sritis: somatinių susirgimų, nerimo, socialinės disfunkcijos ir depresijos. Poveikio sveikatai dydis buvo lyginamas tarp tokių veiksnių kaip lytis (vyrai, moterys), amžius (amžiaus grupės: 18 – 29 m, 30 – 44 m, 45 – 59 m, 60 m ir <), pajamos vienam šeimos nariui (pagal pajamų kvartilius), gyvenamoji vieta (miestas, kaimas) ir išsilavinimas (nesimokė, pradinis, vidurinis, aukštesnysis, nebaigtas aukštasis, aukštasis).

Analizuojamas lyties ir amžiaus poveikio sveikatai didumas bei lyties ir amžiaus tarpusavio sąveika. 36 lentelėje, atsižvelgiant į gautą p reikšmę, matyti, kad lytis psichikos sveikatos sritis veikia nevienodai. Lytis daugiau veikia somatinių susirgimų bei nerimo sritis, o socialinės disfunkcijos ir depresijos sritims reikšmės neturi. Vertinant lyties ir amžiaus sąveiką ji būdinga taip pat tik somatiniams susirgimams ir nerimui. Amžius įtakos turi somatinių susirgimų ir socialinės disfunkcijos sritims. Pajamos reikšmingos visoms psichikos sveikatos sritims. Amžiaus, lyties ir pajamų tarpusavio sąveika visose srityse, sveikatai reikšmingos įtakos neturėjo. Socialinės disfunkcijos sričiai įtakos turi lyties ir pajamų tarpusavio sąveika (žiūrėti 36 lentelę).

36 lentelė. Amžiaus ir lyties sąveikos ir pajamų poveikio sveikatai sąsajos

Veiksniai	lls	F	P
Somatiniai susirgimai			
Lytis	1	14,270	0,001
Amžius	3	7,891	0,001
Pajamos	3	4,290	0,005
Lytis*Amžius	3	2,839	0,037
Lytis *pajamos	3	2,495	0,059
Amžius*pajamos	9	0,669	0,737
Amžius*lytis *pajamos	9	0,794	0,622
Nerimas			
Lytis	1	11,723	0,001
Amžius	3	1,745	0,152
Pajamos	3	3,981	0,008
Lytis*Amžius	3	5,268	0,001
Lytis *pajamos	3	0,907	0,437
Amžius*pajamos	9	1,062	0,389
Amžius*lytis *pajamos	9	0,418	0,926
Socialinė disfunkcija			
Lytis	1	0,752	0,386
Amžius	3	4,019	0,007
Pajamos	3	5,500	0,001
Lytis*Amžius	3	0,970	0,406
Lytis *pajamos	3	3,139	0,025
Amžius*pajamos	9	1,359	0,203
Amžius*lytis *pajamos	9	0,446	0,910
Depresija			
Lytis	1	1,034	0,309
Amžius	3	1,800	0,145
Pajamos	3	3,788	0,010
Lytis*Amžius	3	1,522	0,207
Lytis *pajamos	3	1,286	0,278
Amžius*pajamos	9	0,373	0,948
Amžius*lytis *pajamos	9	0,479	0,890

Taip pat analizuotas pajamų, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos poveikis psichikos sveikatai (žiūrėti 37 lentelę). Nustatėme, kad statistiškai reikšmingai socialinės disfunkcijos sričiai įtakos turi išsilavinimas ($p = 0,013$) bei gyvenamosios vietos ir išsilavinimo tarpusavio sąveika ($p = 0,045$). Depresijos sričiai – gyvenamosios vietos ir išsilavinimo sąveika ($p = 0,025$). Likusieji veiksniai psichikos sveikatos sritims reikšmingos įtakos neturėjo.

37 lentelė. Pajamų, gyvenamosios vietos ir išsilavinimo sąveikos poveikio sveikatai sąsajos

Veiksniai	lls	F	p
Somatiniai susirgimai			
Pajamos	3	1,820	0,142
Gyvenamoji vieta	1	0,281	0,596
Išsilavinimas	6	1,110	0,355
Pajamos*gyvenamoji vieta	3	1,374	0,249
Pajamos*išsilavinimas	16	0,816	0,668
Gyvenamoji vieta*išsilavinimas	6	1,616	0,139
Pajamos*gyvenamoji vieta*išsilavinimas	13	0,540	0,901
Nerimas			
Pajamos	3	1,423	0,235
Gyvenamoji vieta	1	0,257	0,613
Išsilavinimas	6	0,469	0,832
Pajamos*gyvenamoji vieta	3	0,363	0,780
Pajamos*išsilavinimas	16	1,442	0,115
Gyvenamoji vieta*išsilavinimas	6	0,532	0,784
Pajamos*gyvenamoji vieta*išsilavinimas	13	1,008	0,441
Socialinė disfunkcija			
Pajamos	3	0,105	0,957
Gyvenamoji vieta	1	0,545	0,461
Išsilavinimas	6	2,693	0,013
Pajamos*gyvenamoji vieta	3	0,324	0,808
Pajamos*išsilavinimas	16	0,901	0,569
Gyvenamoji vieta*išsilavinimas	6	2,155	0,045
Pajamos*gyvenamoji vieta*išsilavinimas	13	0,895	0,558
Depresija			
Pajamos	3	0,801	0,493
Gyvenamoji vieta	1	1,698	0,193
Išsilavinimas	6	1,258	0,274
Pajamos*gyvenamoji vieta	3	1,237	0,295
Pajamos*išsilavinimas	16	1,196	0,264
Gyvenamoji vieta*išsilavinimas	6	2,426	0,025
Pajamos*gyvenamoji vieta*išsilavinimas	13	0,790	0,671

3.4 Sveikatos ir socialinių veiksnių integrali sąveika

Šiame darbe hipotetiškai manome, kad svarbiausių psichikos sveikatos elementų (tokių kaip nerimo, depresijos, socialinės disfunkcijos) bei somatinių susirgimų ir socialinių veiksnių sąveika sukuria tam tikras netiesiogines, latentines psichikos sveikatos socialinio saito struktūras, kurios turi tam tikrą rizikos laipsnį ir nulemia psichikos sveikatos bendrą būseną, jos pozityvią ar negatyvią tendencijas. Tirtas psichikos sveikatos socialinis saitas sudarytas iš psichikos sveikatos, socialinių poreikių ir vertybinių orientacijų paaiškina tik dalį problemos, kuri išreiškia 53,1 % bendros dispersijos (žiūrėti 38 lentelę). Kita dalis priklauso kitiems biosocialiniams, aplinkos, sveikatos politikos klausimams. Lentelėje pateikti šeši latentiniai veiksniai (F1, F2, F3, F4, F5, F6) išdėstyti prioritetine tvarka. Kiekvienas iš latentinių veiksnių apjungia tam tikrus kintamuosius, kurie atitinkamai yra įvardijami atsižvelgiant į vyraujančias savybes.

38 lentelė. Sveikatos socialinio saito faktorinė struktūra

Kintamieji	Latentiniai veiksniai*ir jų faktoriniai svoriai						Bendr umai proc.
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	
A2 Ar teko vartoti vaistus, kad pasijustumėte geriau?	0,773						64,2
A4 Ar jautėtės pasiligojęs (-usi)?	0,749						67,0
A6 Ar jautėte galvoje sunkumą ar spaudimą?	0,678						55,4
A5 Ar skaudėjo galvą?	0,669						51,6
A7 Ar Jus pylė karštis ir krėtė šaltis?	0,652						47,4
A1 Ar gerai jautėtės?	0,584						52,7
A3 Ar jautėtės išsekęs (-usi)?	0,564						43,2
B2 Ar negalavimas trukdė miegoti?	0,470		0,450				50,2
C6 Ar jautėtės galįs (-inti) priimti sprendimus?		0,741					61,3
C5 Ar jautėtės esąs (-anti) naudingas		0,736					60,7
C2 Ar sugebėjote greitai atlikti įprastus kasdienes darbus?		0,721					64,4
C1 Ar sugebėjote dirbti ir užsiimti savo reikalais?		0,718					58,5
C4 Ar buvote patenkintas (-a) savo darbu?		0,716					60,7
C7 Ar sugebėjote džiaugtis įprastine kasdiene		0,654					57,8

veikla?							
C3 Ar manėte, kad viskas gerai?		0,640					59,9
B3 Ar jautėte nuolatinę įtampą?			0,710				66,0
B4 Ar buvote sudirgęs (-usi) ir blogos nuotaikos?			0,699				66,8
B7 Ar visą laiką buvote nervingas (-a) ir įsitempęs (-usi)?			0,688				60,5
B6 Ar jautėtės beviltiškai?			0,655				63,1
B5 Ar be priežasties jautėte baimę ir panikavote?			0,623				56,8
B1 Ar dėl jaudinimosi sutriko miegas?			0,621				53,2
D5 Ar kartais atrodė, kad dėl pernelyg didelio nervingumo nieko negalite daryti?			0,498		0,412		54,9
P6 Reikalingų vaistų				0,683			52,9
P7 Medicinos pagalbos				0,658			51,6
P14 Tarpusavio supratimo				0,647			52,3
P4 Draugų, su kuriais malonu bendrauti				0,630			46,1
P5 Artimų žmonių pagalbos				0,623			46,0
P3 Pinigų				0,622			40,0
P1 Tinkamo maisto				0,618			41,2
P10 Dvasios ramybės				0,588			50,8
P13 Sveikatos	0,415			0,546			50,8
P9 Tiesos ir teisingumo				0,497			29,1
D6 Ar norėjote mirti ir viską baigti?					0,853		75,3
D3 Ar galvojote, kad neverta gyventi?					0,794		72,6
D4 Ar svarstėte galimybę pasitraukti iš gyvenimo?					0,786		64,2
D7 Ar Jūsų nepersekiojo mintis apie mirtį?					0,705		54,9
D2 Ar galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas?					0,676		67,0
D1 Ar manėte esąs (-anti) bevertis					0,573		56,9
V9 Teisingumas						0,733	54,6
V11 Lygybė						0,674	46,9
V10 Visuomenės įtaka valdžiai						0,672	44,9
V12 Gyvenimo prasmė						0,661	44,9
V14 Viltis						0,642	41,7
V7 Galimybė laisvai reikšti nuomonę						0,636	40,7
V8 Tikėjimas						0,568	34,4
V6 Meilė						0,518	31,5
V4 Sveikata						0,511	27,6
Paaiškinamoji dispersija, proc.	9,4	9,3	9,2	9,0	8,4	7,6	
Nuosavos reikšmės	11	3	2	2	2	1	
Bendroji dispersija proc.							53,1
Fakt. analizės kriterijai							$\alpha=0,05$; Bart. kr.: $df=1081$, $p<0,000$; $KMO=0,925$

***Latentiniai veiksniai:** F1- Psichosomatika, F2 - Socialinė disfunkcija, F3- Nerimo būseną, F4- Sveikatos poreikiai, F5- Depresinė būseną, F6 Vertybinės orientacijos.

Pirmasis veiksnys F1 apjungia kintamuosius A2, A4, A6, A5, A7, A1, A3, B2. Šį F1 latentinį veiksnių įvardijome „**Psichosomatikos**“ latentiniu veiksniumi. Jį

sudarė somatinių susirgimų kintamieji. Antrasis latentinis veiksnys F2 apjungia kintamuosius C6, C5, C2, C1, C4, C7, C3. Šie kintamieji paaiškina 9,3 % bendros dispersijos ir yra susiję su respondentų veiklos galimybe ir vertinimo didėjimas rodo veiklos ribotumą. Veiklos esmė yra tai, kad žmogus, norėdamas užtikrinti savo egzistavimą, susiduria su įvairių poreikių tenkinimo problema. Visuomenėje susikuria universalios pagrindinių poreikių tenkinimo formos, kuriomis naudojami kiekvienas žmogus. Kad šis procesas vyktų normaliai, reikia, kad jis taptų asmenybės vidinio pasaulio įsisąmoninta dalimi, įgytų socialinių rolių ir statusų išraišką. Kai atsiranda nepakankamai aiškių veiklos tikslų, neapibrėžtų funkcijų, krenta veiklos aktyvumas ir socialinis prestižas – formuojasi socialinė disfunkcija. Tokią situaciją aprašo aukščiau minėti kintamieji, todėl šį latentinį veiksnį įvardijome „**Socialinės disfunkcijos**“ veiksnium. Trečią latentinį veiksnį F3 formulavo kintamieji B3, B4, B7, B6, B5, B1, D5. Didėjantis kintamųjų vertinimo balas reiškė didėjantį poveikį. Ši susiformavusi kintamųjų grupė paaiškina 9,2 % bendros dispersijos ir yra susijusi su subjektyviai vertinama nemalonia emocine būseną, bloga nuojauta, įtampa, neramumu, kai laukiama vidinio ar išorinio pavojaus. Mes jį šiame tyrime įvardijome „**Nerimo būseną**“. Nerimas paprastai yra pavojaus laukimas, kai pavojaus ištakos nežinomos. Dažnai nerimą kelia iracionalūs veiksniai, neturintys konkretaus stimulo. Ketvirtas latentinis veiksnys F4 apjungia kintamuosius P6, P7, P14, P4, P5, P3, P1, P10, P13, P9. Tai poreikių klausimai. Pateikiamas poreikių klausimas: ar labai jums trūksta šių dalykų? Didesnis vertinimo balas reiškė didesnę poreikio patenkinimo trūkumą. Mūsų tyrime poreikius charakterizuojantys kintamieji buvo susiję su sveikatos problemomis, todėl šį latentinį veiksnį įvardijome „**Sveikatos poreikiais**“. Jis paaiškina 9,0 % bendros dispersijos. Penktą latentinį veiksnį F5 sudarė kintamųjų grupė: D6, D3, D4, D7, D2, D1. Šie klausimai nagrinėjo respondentų gyvenimą apskritai ir vertinimo balo didėjimas buvo susietas su kintamuoju aptariamos situacijos blogėjimu per paskutinę savaitę. Pirmoje vietoje

buvo kintamasis, identifikuojantis mintis apie mirtį kaip esamos situacijos baigtį. Jo koreliacinis ryšys su latentiniu veiksmu pakankamai aukštas – faktorinis svoris 0,853. Šio kintamojo bendrumas taip pat aukštas – 75,3 %. Antroje vietoje kintamasis taip pat susijęs su gyvenimo neigimu, kurio faktorinis svoris 0,794 ir bendrumas 72,6 %. Kiti kintamieji yra panašaus pobūdžio ir charakterizuoja tirtų asmenų depresines nuotaikas. Šį latentinį veiksnį pavadiname „**Depresinė būseną**“. Jis paaiškina 8,4 % bendros dispersijos. Paskutinį šeštą latentinį veiksnį F6 formavo kintamieji V9, V11, V10, V12, V14, V7, V8, V6, V4 kuriais buvo klausama kaip svarbūs šie dalykai yra respondento gyvenime. Įvertinimo didėjimas buvo tapatinamas su svarbumo didėjimu. Mes šį latentinį veiksnį įvardijome „**Vertybinių orientacijų**“ veiksmu. Jis paaiškino 8,8 % bendros dispersijos.

Mūsų tyrime psichosomatinę būseną formuoja vaistai, kaip svarbus savijautos veiksnys (faktorinis svoris 0,773), nuolatinio pasiligojimo nuostata (faktorinis svoris 0,749), galvos skausmai (faktorinis svoris 0,678), išsekimas (faktorinis svoris 0,564), nemiga dėl negalavimo (faktorinis svoris 0,470). F1 latentinio veiksnio raiška visuomenėje turi negatyvią tendenciją, nes neigiamo vertinimo reikšmių procentas viršija teigiamo vertinimo reikšmes (atitinkamai 59 % ir 41 %), o vidutinės reikšmės svyruoja nuo -2,6268 iki 4,6142, o tai rodo aukštą psichosomatinio sergamumo lygį tirtoje populiacijoje (žiūrėti 40 lentelę). Vyrų psichosomatinis sergamumas (35,2 % teigiamų ir 64,8% neigiamų reikšmių) buvo mažesnis negu moterų (43,4 % teigiamų ir 56,6 % neigiamų reikšmių) (žiūrėti 39 lentelę).

39 lentelė. Faktorinių reikšmių statistinė struktūra

Latentiniai veiksniai	Faktorinės reikšmės			
	Min.	Max.	Pozityvo proc.	Negatyvo proc.
Psichosomatika	-2,6268	4,6142	41,0	59,0
Socialinė	-3,1204	4,9584	47,8	52,2

disfunkcija,				
Nerimo būseną	-2,9865	5,0152	41,6	58,4
Sveikatos poreikiai	-2,7438	3,7540	49,6	50,4
Depresinė būseną	-1,5548	7,5036	28,6	71,4
Vertybinių orientacijų	-5,7196	6,4510	51,6	48,4

F2 latentinis veiksnys – čia ypač sumažėjusi sprendimų priėmimo galimybė (faktorinis svoris 0,741), galimybė būti naudingam (faktorinis svoris 0,736), padidėjęs kasdienių darbų atlikimo netvarkingumas (faktorinis svoris 0,721), padidėjęs įsitikinimas, kad viskas yra blogai (faktorinis svoris 0,640). Socialinės disfunkcijos raiška labiau neigiami (52,2 %) negu pozityvi (47,8 %). Faktorinės reikšmės svyravo nuo -2,6268 iki 4,6142, kas rodo, kad socialinė disfunkcija pakankamai diferencijuota ir neigiamas jos poveikis žymiai didesnis už teigiamą.

Tyrimo rezultatai rodo, kad socialinė disfunkcija labiau veikia moteris (54,5 %) negu vyrus (46,7 %) ir šis skirtumas statistiškai reikšmingas, $p = 0,01$ (žiūrėti 40 lentelė).

40 lentelė. Teigiamų ir neigiamų faktoriinių reikšmių pasiskirstymas pagal lytį

Latentiniai veiksniai	Pozityvo reikšmių proc.		Negatyvo reikšmių proc.		Priklausomybė tarp lyties ir fakt.reikšmių		
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Cki.-kv.	Ils	p
Psichosomatika	35,2	43,4	64,8	56,6	6,247	1	0,007
Socialinė disfunkcija	53,3	45,5	46,7	54,5	5,474	1	0,012
Nerimo būseną	33,0	45,1	67,0	54,9	13,757	1	0,001
Sveikatos poreikiai	46,4	50,9	53,6	49,1	1,825	1	0,099
Depresinė būseną	31,8	27,2	68,2	72,8	2,297	1	0,075
Vertybinių orientacijų	46,4	53,7	53,6	46,3	4,844	1	0,016

F3 – mūsų tyrime nerimo būseną susijusi su nuolatiniu nemalonios įtampos didėjimu (faktorinis svoris 0,710), su blogos nuotaikos didėjimu (faktorinis svoris 0,699), su nuolatiniu nervingumo didėjimu (faktorinis svoris 0,688) su beviltiškumo tendencijomis (faktorinis svoris 0,655), nuolatinio jaudulio sukelta nemiga (faktorinis svoris 0,621). Nerimo būseną buvo labiau negatyvios tendencijos (58,4 %) negu pozityvios (41,6 %), o faktorinės reikšmės svyravo nuo -2,9865 iki 5,0152, kas rodo pakankamai stiprų šio latentinio veiksnio poveikį visuomenėje. Nerimas labiau veikė moteris (45,1 %) negu vyrus (33,0 %). Skirtumas statistiškai reikšmingas, $p = 0,00$. F4 - Svarbiausi iš jų yra reikalingų vaistų poreikis (faktorinis svoris 0,683), medicinos pagalbos poreikis (faktorinis svoris 0,658). Kiti poreikiai labiau susiję su socialine sveikata. Tai tarpusavio supratimo (faktorinis svoris 0,647), bendravimo su draugais (faktorinis svoris 0,630), artimų žmonių pagalbos (faktorinis svoris 0,623), dvasios ramybės (faktorinis svoris 0,588). Sveikatos poreikio raiška labiau negatyvi (50,4 %) negu pozityvi (49,6 %). Faktorinės reikšmės svyruoja nuo -2,7438 iki 3,7540, tai rodo, kad sveikatos poreikių lygis nėra labai aukštas, pakankamai diferencijuotas ir vyrauja negatyvus poveikis. F5 – depresinės būsenos raiška tirtu atveju buvo labiau negatyvi (71,4 %) negu pozityvi (28,6 %). Faktorinės reikšmės svyravo nuo -1,5548 iki 7,5036, tai rodo, kad depresinė būseną labai diferencijuota ir neigiamas jos poveikis žymiai stipresnis už teigiamą. Tyrimo rezultatai rodo, kad depresija labiau veikia vyrus (31,8 %) negu moteris (27,2 %). Skirtumas statistiškai reikšmingas, $p = 0,01$. F6 – vertybinių orientacijų raiška buvo labiau pozityvi (51,6 %) negu negatyvi (48,4 %). Kaip svarbiausias vertybes respondentai išskyrė teisingumą (faktorinis svoris 0,733), lygybę (faktorinis svoris 0,674), gyvenimo prasmę (faktorinis svoris 0,661), tikėjimą (faktorinis svoris 0,568), meilę (faktorinis svoris 0,518). Sveikata, kaip vertybė buvo devintoje vietoje (faktorinis svoris 0,511), o kaip poreikis – devintoje vietoje poreikių faktoriuje ir devintoje vietoje psichosomatikos faktoriuje. Taigi sveikatos

samprata socialinio saito kontekste nėra aukštai vertintina. Vertybinių nuostatų vaidmenį sveikatos socialiniame saite labiau vertino moterys (53,7 %) negu vyrai (46,4 %) ir šis skirtumas buvo statistiškai reikšmingas ($0,01 < 0,05$) (žiūrėti 40, 41 lentelės).

Lyginant vyrų ir moterų latentinio veiksnio F1 psichosomatinio sergamumo intensyvumą buvo nustatyta, kad moterų sergamumo intensyvumas didesnis negu vyrų. Labai silpnas poveikis pasireiškė vyrams – 31,2 %, moterims – 22,4 %. Labai stiprus – vyrams buvo 20,9 %, moterims – 26,7 %. Skirtumas statistiškai reikšmingas, $p = 0,01$ (skirtumas statistiškai reikšmingas, kai pasikliovimo lygmuo $p < 0,05$). Lyginant F2 socialinės disfunkcijos poveikio stiprumą vyrams ir moterims gauta, kad šis procesas stipriau veikia vyrus negu moteris: labai silpnas poveikis vyrams sudarė 20,6 %, o moterims – 26,7 %, o labai stiprus vyrams buvo 28,7 %, moterims – 23,5 %. Šis skirtumas statistiškai nereikšmingas, $p = 0,07$ (žiūrėti 41 lentelė).

41 lentelė. Latentinių faktorių įtakos stiprumas pagal lytį

Latentiniai veiksniai	Lytis	Veiksnių įtakos stiprumas proc.				Priklausomybė tarp lyties ir įtakos stiprumo		
		Labai silpnas	silpnas	stiprus	Labai stiprus	Chi.-kv.	lls	p
Psichosomatika	Vyrai	31,2	23,4	24,6	20,9	10,672	3	0,014
	Moterys	22,4	25,7	25,2	26,7			
Socialinė disfunkcija	Vyrai	20,6	23,7	27,1	28,7	6,976	3	0,073
	Moterys	26,7	25,6	24,2	23,5			
Nerimo būseną	Vyrai	24,6	33,0	24,3	18,1	20,442	3	0,001
	Moterys	25,1	21,7	25,3	27,9			
Sveikatos poreikiai	Vyrai	27,1	25,9	24,6	22,4	2,229	3	0,526
	Moterys	24,0	24,7	25,2	26,1			
Depresinė būseną	Vyrai	20,6	24,0	28,0	27,4	6,343	3	0,096
	Moterys	26,7	25,4	23,8	24,0			
Vertybinės orientacijos	Vyrai	29,0	24,9	21,2	24,9	5,634	3	0,131
	Moterys	23,3	25,1	26,6	25,1			

Palyginus nerimo (F 3) poveikio stiprumą vyrams ir moterims gauta, kad šis procesas stipriau veikia moteris negu vyrus: labai silpnas poveikis vyrams sudarė 24,6 %, moterims – 25,1 %; labai stiprus vyrams buvo 18,1 %, moterims – 27,9 %. Skirtumas statistiškai reikšmingas, $p = 0,00$. Sveikatos poreikių (F4) būtinybė labiau išreikšta moterims (50,9 %) negu vyrams (46,4 %). Lyginant sveikatos poreikių poveikį vyrams ir moterims gauta, kad moterims jis stipresnis negu vyrams: labai silpnas poveikis vyrams sudarė 27,1 %, o moterims – 24,0 %. o labai stiprus vyrams buvo 22,4 %, moterims – 26,1 %. Šis skirtumas statistiškai nereikšmingas, $p = 0,52$. Lyginant depresijos (F5) poveikį vyrams ir moterims gauta, kad šis procesas stipriau veikia vyrus negu moteris: labai silpnas poveikis vyrams sudarė 20,6 %, o moterims – 26,0 %, o labai stiprus vyrams buvo 27,4 %, moterims – 24,0 %. Skirtumas statistiškai nereikšmingas $p = 0,09$. Lyginant vertybinių orientacijų (F6) poveikį vyrams ir moterims gauta, kad vertybinių orientacijų reikšmę labiau vertina moterys negu vyrai: labai silpnas poveikis vyrams sudarė 29,0 %, moterims – 23,3 %; labai stiprus vyrams – 24,9 %, moterims – 25,1 %. Skirtumas statistiškai nereikšmingas $p = 0,13$.

Latentinė psichikos sveikatos socialinio saito struktūra išryškina ir visuomenės narių pasiskirstymą, 42 lentelėje pateiktas tokio pasiskirstymo vaizdas. Mūsų išskirti šeši latentiniai veiksniai suformuoja keturis klasterius – sąlygines visuomenės grupes pagal sergamumą psichikos sveikatos sutrikimais.

42 lentelė. *Psichikos sveikatos socialinio saito klasterinė struktūra*

Latentiniai veiksniai	Lytis	Klasteriai			
		Psichosomatinių sveikatos poreikių	Stiprios depresijos	Nerimo būsenos	Sąlyginai sveiki
Psichosomatika		0,43414	0,39088	0,44496	-0,56204
Socialinė disfunkcija		0,04561	0,24575	0,25532	-0,17332
Nerimo būseną		-0,47521	0,23530	1,56515	-0,27227
Sveikatos poreikiai		0,70159	0,26459	-0,15172	-0,51668
Depresinė būseną		-0,32525	2,86502	-0,40941	-0,10413

Vertybines nuostatos		-0,20090	-0,24245	0,09103	0,15930
	Vyrai	29,3%	7,8%	10,9%	52,0%
	Moterys	34,0%	7,5%	18,5%	39,9%
	Viso:	32,6%	7,6%	16,3%	43,4%
Klasterių ir lyties priklausomybė: Chi.-kv. = 17,424; IIs = 3; p = 0,001					

Didžiausia yra pirmoji grupė, 32,6 % tirtos imties. Ją charakterizuoja: sveikatos poreikių, psichosomatinių simptomų turintys, bet nejaučiantys didelio nerimo, socialinės disfunkcijos individai. Šioje grupėje moterys sudarė 34 %, vyrai – 29,3 %. Antrą grupę sudaro asmenys su labai stipriai išreikšta depresine simptomatika ir turintys psichosomatinių problemų. Ją sudaro 7,6 % tirtų asmenų. Tai depresinių susirgimų kontingentas, kuriame nežymiai vyrauja vyrai. Trečią grupę sudaro nerimo simptomų turintys asmenys, kurie taip pat turi psichosomatinių problemų, kuriems nėra labai svarbūs sveikatos poreikiai ir dar nėra depresinės būsenos. Jiems šiek tiek svarbios vertybinės orientacijos. Šiai grupei priklauso 16,3 % tirtų asmenų ir joje vyrauja moterys. Ketvirtą grupę, 43,4 % tirtų asmenų, tarp jų 52 % vyrų ir 39,9 % moterų, sudarė asmenys, kurie ryškesnių psichinės sveikatos socialinio saito problemų neturėjo.

REZULTATŲ APTARIMAS

Sveikata yra svarbi individo gyvenime. Visos trys sveikatą apibūdinančios sritys (fizinė, socialinė, dvasinė) yra laikomos prioritetinėmis. Kokia bus kiekvieno piliečio bei visos visuomenės, bendruomenės ar populiacijos sveikata, priklauso ne tik nuo individualių tam tikrų veiksnių (kultūrinių, rasinių, etninių) patirties, nuostatų, įpročių ir pan., bet ir nuo kiekvienos šalies socialinės-ekonominės padėties, gerovės ir plėtros [16].

Žmogus negali išgyventi be pagrindinių elementų: deguonies, vandens, maisto, o taip pat ir fizinio krūvio, bendravimo ir pan. Visa tai ir sudaro sveikatos sampratą. Geros sveikatos palaikymas yra kasdieninis ir nenutrūkstamas procesas. Sveikata yra pagrindinė nekintanti kryptis, siekiant sukurti tam tikrą visapusišką sveikatos potencialą. Jau daugelį metų bandoma įvairiais būdais bei modeliais parodyti ryšį tarp sveikatos ir įvairių veiksnių, kadangi sveikatos lygis kinta ne atsitiktinai, bet kaip jį lemiančių veiksnių pasiskirstymo sisteminių skirtumų rezultatas [119]. Šie skirtumai gali būti labai įvairūs, pradedant nuo skirtumų sveikatos priežiūros srityje, įvairių socialinių grupių ir kt., ir baigiant ekonomine padėtimi, psichine būkle ir kt.

Sudėtingos makroekonominės sąlygos taip pat gali turėti neigiamos įtakos sveikatai. Dėl to paprastai vystosi stresas bei didėja polinkis elgtis rizikingai (šiuo atveju turima omenyje rūkymą, alkoholio ir narkotikų vartojimą), o tai sukelia tokių neigiamų veiksnių kaip depresijos, nerimo, somatinių susirgimų, socialinės disfunkcijos, traumų ir nelaimingų atsitikimų didėjimą. Šie neigiami veiksniai gali daryti poveikį ateities kartoms bei jų sveikatai [119].

Visuomenės sveikatos požiūriu socialiniai veiksniai lemia daugiau negu pusę ligų, o šiuolaikinė urbanistinė sistema labai veikia miestų gyventojų sveikatą (užteršta aplinka, skurdas, gyventojų skaičiaus didėjimas ir pan.) [120]. Būtina atkreipti dėmesį į subjektyvų (tai kaip mes patys suvokiame, jaučiame) ir

objektyvų sveikatos vertinimą. Dažniausiai savo sveikatos būklės vertinimas būna susijęs su įvairiais socialiniais-ekonomineis veiksniais bei su tuo, kokį gyvenimo būdą propaguoja individas ir kokie jo įpročiai. Subjektyvus sveikatos vertinimas yra reikšmingas vertinant objektyvią sveikatos būklę, o taip pat tai yra geras prognostinis sveikatos veiksnys. Taigi subjektyvus asmens savo sveikatos vertinimas bei objektyvus jos įvertinimas gali būti laikomi savotiškais visuomenės sveikatos stebėsenos rodikliais [122, 123, 124, 125, 126]. Tarp Lietuvos gyventojų nuolat auga sergamumas ir mirtingumas nuo ligų, tiesiogiai susijusių su žmonių gyvensena (pagrindiniai rizikos veiksniai yra mityba ir žalingi įpročiai) [127, 128]. Pastebėta tendencija, kad didėjant amžiui, gyventojai savo sveikatą pradeda vertinti prasčiau. Lūžis įvyksta apie 45 metus [129, 130]. Nors šiame darbe savo sveikatos vertinimas yra ir subjektyvus dalykas, tačiau taip pat tai yra ir daugiareikšmė sąvoka, turinti ryšį su sveikatos būkle ir ją lemiančiais veiksniais. Tad pagrindinės sveikatos problemos ir jų atsiradimo žmonių tarpe priežastys dažniausiai priklauso nuo jų pačių pasirinkimo, gyvenamos ir elgsenos.

Gyventojų socialinė aplinka, tokia kaip išsilavinimas, gaunamų arba turimų pajamų lygis, gyvenamoji ir darbo aplinka, bendruomenės kurioms jie priklauso ir kt., taip pat veikia sveikatą [131]. Dideli socialinės aplinkos skirtumai tiek Lietuvoje, tiek ir kituose Europos miestuose nulemia skirtingą sveikatos būklę. Labai skiriasi turtingų ir neturtingų, gerai ir menkai išsilavinusių gyventojų, fizinį ar kitokio pobūdžio darbą dirbančių asmenų gyvenimo trukmė bei sergamumas.

Psichosocialiniai veiksniai (ekonominės ir socialinės problemos), stresas, susilpnėjęs imunitetas ir kt., vaidina svarbų vaidmenį širdies ir kraujagyslių ligoms, piktybiniam navikams, kvėpavimo takų bei kitų lėtinių ligų susidaryme ir paplitime. Prasta psichinė būklė, socialinė izoliacija ir kt., yra reikšmingi veiksniai, kurie nulemia ne tik sveikatos problemų atsiradimą, bet ir parodo sveikatos priežiūros skirtumus Lietuvoje ir pasaulyje [129].

Sveikatos vertinimas atsižvelgiant į lytį, amžių, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą, užimtumą, pajamas

Lietuvos statistikos departamento 2005 m atlikto tyrimo duomenimis, savo sveikatą (atsižvelgiant į lytį, amžių ir kt.) labai gerai arba gerai vertino 46,9 %, vidutiniškai – 39,6 %, blogai – 11,2 % ir labai blogai – 2,3 % respondentų. Geriausiai savo sveikatą vertino jaunesnio (nuo 15 iki 35 m) ir vidutinio (nuo 35 iki 54 m) amžiaus žmonės. Nuo 55 m. gyventojai savo sveikatą buvo linkę vertinti prasčiau. Nuo 75 iki 85 m. ir vyresnio amžiaus grupėje savo sveikatą kaip prastą ar labai prastą vertino nuo 45,8 % iki 54,4 % gyventojų [132, 133, 134]. Ši tendencija mažai kuo pasikeitė ir iki šių dienų. Mūsų atliktame tyrime dalyvavę respondentai, nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo, gyvenamosios vietos bei gaunamų pajamų, taip pat dažniausiai savo sveikatą vertino teigiamai: kaip gerą įvertino – 42,3 % ir kaip vidutinišką – 42,2 % respondentų. Taip pat mūsų atliktas tyrimas parodė, kad tarp sveikatos problemų turinčių ir jų neturinčių skirtumas buvo labai nedidelis: atitinkamai sveikatos problemų turėjo 50,9 % respondentų, o jų neturinčiųjų buvo 49,1 %. Išanalizavus subjektyvų sveikatos vertinimą tarp vyresnio ir jaunesnio bei vidutinio amžiaus respondentų, taip pat nustatyta, kad vyresnio amžiaus žmonių savo sveikatos vertinimas nepakito ir išliko vis dar neigiamas. Ypač tai aiškiai pastebima amžiaus grupėje nuo 60 m. ir vyresnių (šioje amžiaus grupėje savo sveikatą neigiamai įvertino net 24 % respondentų). Taip pat šioje amžiaus grupėje respondentai turėjo daugiausiai ir sveikatos problemų - 30,2 %. Jaunesnio amžiaus respondentai, savo sveikatą vis dar linkę vertinti labiau teigiamai nei neigiamai. Šie duomenys tik patvirtino daugelio kitų atliktų tyrimų rezultatus, pagal kuriuos nustatyta tendencija, jog didėjant amžiui, daugėja ir sveikatos problemų. Pastebėta tendencija, jog jaunesnio amžiaus respondentai savo sveikatą yra labiau linkę vertinti teigiamai iki 45 m., o po 45 m. matomas labiau neigiamas savo sveikatos vertinimas.

Kiekvienai bendruomenei, šaliai, valstybei ar regionui, tokie socialiniai veiksniai kaip pajamos, išsilavinimas, darbas, gyvenamoji vieta, aplinka ir pan., gali turėti įtakos ne tik gyvenimo kokybei, trukmei, bet ir sveikatai. Kai kurių tyrimų duomenimis, žmonės turintys aukštesnį išsilavinimą pasižymi geresne sveikata, nei tie, kurių išsilavinimas žemesnis, ar turintys mažas pajamas. Mokslininkų duomenimis, didėjant išsilavinimui, gerėja sveikata, o tai sąlygoja atitinkamą finansinį grįžtamumą. Skaičiavimai rodo, kad kiekvieni išsimokslinimo metai darbo užmokestį didina apie 10 %, o tai padeda užtikrinti tinkamą sveikatos palaikymą [135, 136, 137]. Tai reiškia, kad gerėjanti finansinė padėtis užtikrinta sveikata. Asmuo turintis aukštesnį išsilavinimą bei gaunantis pakankamas pajamas, užtikrinančias gerovę, atitinkamai gali priimti teisingesnius sprendimus renkantis gyvenimo būdą, maistą, sveikatos priežiūrą ir pan. Ekonomikos specialistai teigia, kad asmenys turintys aukštesnį išsilavinimą, gali geriau suprasti ir naudoti informaciją susijusią su sveikata, jos palikimu bei geriau pasinaudoti sveikatos priežiūros sistemos siūlomomis paslaugomis [138, 139, 140, 141].

Tyrimo metu nustatyta, kad prasčiausiai savo sveikatą vertina asmenys turintys žemą išsilavinimą. Iš nesimokiusiųjų, savo sveikatą kaip prastą įvertino 43,8 % ir kaip labai prastą – 12,5 % respondentų, turinčių tik pradinį išsilavinimą, prastai sveikatą vertino 20 %, labai prastai 5% respondentų. Geriausiai savo sveikatą vertino aukštesnį (t.y., aukštąjį, nebaigtą aukštąjį ir aukštesnįjį) išsilavinimą turintys respondentai. Analizuojant duomenis, pastebėta tendencija, kad didėjant išsilavinimui, savo sveikatos vertinimas yra geresnis nei žemą išsilavinimą turinčių asmenų. Tarp turinčių aukštą ir žemą išsilavinimo lygį, sveikatos problemų pasiskirstymas taip pat netolygus. Turintys aukštesnį išsilavinimą pažymėjo, kad sveikatos problemų neturi, o turintys žemesnį išsilavinimą sveikatos problemų turėjo nemažai.

Kai kurių mokslininkų atliktų tyrimų duomenimis, šeimyninė padėtis taip pat turi įtakos sveikatai. Daugelis jų pabrėžia santuokos naudą sveikatai bei

pritaria nuomonei, kad vedę žmonės yra sveikesni. Kadangi santuoka tampa vis svarbesne akademinio ir politikos mokslinių tyrimų tema, daugelis atliktų tyrimų rodo, kad santuoka turi tam tikras teigiamas išdavas: ekonominę gerovę, geresnę psichinę ir fizinę sveikatą ir kt. Atlikti daugelio tyrimų ir matavimų rezultatai parodė, kad nesusituokusių žmonių sveikata yra paprastai prastesnė už susituokusių. Tam įtakos gali turėti daugelis veiksnių, tai ir socialinė bei ekonominė padėtis, gyvensena, lytis, rasė ir panašiai. Kalėdienės ir kitų mokslininkų atlikto tyrimo metu nustatyta, kad Lietuvoje žemiausi mirtingumo rodikliai yra susituokusių asmenų tarpe, o aukščiausi – netekėjusių moterų ir našlių vyrų. Atliktų kitų mokslininkų tyrimų duomenimis yra nustatyta, jog santuoka daro teigiamą įtaką sveikatai. Įrodyta, kad santuoka suteikia galimybę žmonėms žymiai mažiau kentėti dėl psichinių susirgimų, ilgina gyvenimo trukmę, daro žmones sveikesnius ir laimingesnius [134, 142]. Taigi galime daryti prielaidą, kad vienišų žmonių sveikata yra blogesnė negu gyvenančių šeimoje, o liberali pažiūra į šeimą, partnerystės įteisinimas gali dar labiau susilpninti šeimos instituciją ir neigiamai atsiliepti gyventojų sveikatai [143, 144, 145, 146, 147, 148]. Mūsų atlikto tyrimų metu nustatyta, kad nepriklausomai nuo kitų mokslininkų atliktų tyrimų, daugiausiai sveikatos problemų vis dėlto turėjo vedę asmenys – 53,8 %. Tačiau, pažvelgus į vedusių respondentų subjektyvų savo sveikatos vertinimą, didesnė jų dalis savo sveikatą vertino labiau teigiamai – 48,2 % arba vidutiniškai – 46,2 % nei neigiamai. Prasčiausiai savo sveikatą vertino našliai – 33 %. Tarp jų buvo ir daugiausiai turinčių sveikatos problemų (net 88,4 %). Tai patvirtino kitų mokslininkų jau atliktų tyrimų rezultatus. Savo sveikatą daugiau teigiamai taip pat vertino ir asmenys gyvenantys nesusituokę.

Tarp profesijos, sveikatos ir gerovės taip pat egzistuoja tam tikras santykis. Visuomenės sveikata ir jos užtikrinimas bei stiprinimas yra prioritetinga kryptis, ir tai akcentuota PSO direktyvoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“. Šioje direktyvoje vienas tikslų yra sveikatai palankių sąlygų darbo vietose užtikrinimas

bei profesinių ligų profilaktika. Kasmet įvairiose šalyse įvyksta daug susirgimų ir mirčių susijusių su darbu bei profesine veikla. Svarbiausi veiksniai darantys įtaką dirbančiųjų sveikatai yra darbo aplinkos kokybė bei darbo sąlygos ir juos lemiantys veiksniai. Pagrindiniai dirbančiųjų sveikatos pažeidimai, atsižvelgiant į darbo pobūdį yra kvėpavimo organų ligos, traumos ir apsinuodijimai, kraujotakos sistemos ligos, kaulų ir raumenų bei periferinės nervų sistemos ligos, kaulų ir raumenų sistemos ligos, regos sutrikimai ir pan. Taigi tam tikros darbo sąlygos ir jų kitimas sąlygoja dirbančiųjų sveikatą, kuri vėliau turi įtakos jų tolesniam gyvenimui [149, 150, 151, 152].

Mūsų atlikto tyrimo metu nustatyta, kad tam tikros socialinės grupės atstovai savo sveikatą vertina nevienodai. Analizuojant respondentų duomenis atsižvelgiant į užimtumą labiausiai savo sveikata nepatenkinti buvo pensininkai. Jie, atsižvelgiant į tyrimo metų dalyvavusių respondentų skaičių savo sveikatą įvertino prasčiausiai (net 22,6 % pažymėjo savo sveikatą kaip prastą), toks požiūris galėjo atsirasti dėl būtiniausių poreikių neužtikrinimo šio amžiaus žmonėms. Tai galėjo nulemti prastos gyvenimo sąlygos ir mažos pensijos. Geriausiai (labai gerai arba gerai) savo sveikatą vertino tarnautojai, specialistai, vadovai ir kitų profesijų atstovai. Vertinant respondentų pasiskirstymą pagal sveikatos problemų buvimą ar jų nebuvimą, daugiausiai sveikatos problemų pasitaikė tarp pensininkų (89,6 %), tarnautojų (52,7 %), mažiausiai tarp bedarbių (62,2 %), namų šeimininkių (60,0 %) ir kitų specialybių atstovų (71,4 %).

Kaip jau buvo minėta anksčiau, tam tikri socialiniai veiksniai – išsilavinimas, profesija, finansinė padėtis – gali turėti įtakos savo sveikatos vertinimui bei sveikatos būklei. Tad, atsižvelgus į gautus tyrimo rezultatus bei kitų mokslininkų nustatytus pastebėjimus, galima tvirtinti, kad tokie socialiniai veiksniai kaip pajamos turi įtakos sveikatos būklės kokybei. Tam tikrų tyrimų metu nustatyta, kad gaunamų pajamų dydis yra susijęs su žmonių sveikata kas parodo, kad užimama tam tikra socialinė padėtis visuomenėje bei esama

ekonominė būklė turi įtakos žmogaus sveikatai ir jos būklei. Daugelis mokslininkų mano, kad pajamos yra vienas iš esminių veiksnių nulemiančių sveikatą. Pajamų įtaka sveikatai daugiausiai siejasi su bendru šalies produktu, gaunamomis pajamomis ir egzistuojančia nelygybe tarp turtingų ir neturtingų šalių, jų geografinių vietovių [43, 153, 154, 155]. Mažos pajamos sveikatai įtaką gali daryti, rybojant būtiniausius poreikius [156]. Nustatytas dėsniumas, kad didėjant žmonių pajamoms, mažėja jų sveikatos problemos. Tačiau tai yra tik iš dalies teisingas teiginys, kadangi kitų mokslininkų atliktų tyrimų duomenimis, tarp gaunamų pajamų dydžio bei užimamų pareigų yra integralus poveikis. Tyrimai parodė, kad didėjant pajamoms mažų ir vidutinių pajamų sluoksniuose, sveikatos problemų didėja kurį laiką (tai dažniausiai yra susiję su daugeliu įvairiausių veiksnių) [157, 158, 159, 160]. Vertinant pajamų įtaką sveikatai, mūsų atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad nepriklausomai nuo gaunamų pajamų kiekio (t.y., labai mažos, mažos, vidutinės arba didelės pajamos) didesnė dalis respondentų savo sveikatą vertino labiau teigiamai nei neigiamai (viso vidutiniškai vertino 40,4 %, o gerai – 42,8 %). Prastai savo sveikatą įvertino 8,5 % respondentų. Geriausiai savo sveikatą vertino asmenys gaunantys didesnes pajamas (teigiamai savo sveikatą įvertino net 64,2 % respondentų). Vidutiniškai savo sveikatą dažniausiai vertino respondentai gaunantys labai mažas, mažas ir vidutines pajamas. Tačiau, nepaisant teigiamo savo sveikatos vertinimo, sveikatos problemų vis dėlto daugiausiai turėjo labai mažas, mažas ir vidutines pajamas gaunantys respondentai.

Tarp miesto ir kaimo gyventojų irgi yra stebimų sveikatos skirtumų. Nacionalinės sveikatos tarybos 2011 m metinio pranešimo duomenimis vidutinis metinis gyventojų skaičius Lietuvoje kasmet mažėja, 2010 m Lietuvoje gyveno virš 3 milijonų gyventojų, iš jų 67 % mieste ir 33 % kaime. Nors ir nežymiai, kasmet mažėja gyvenančių kaime ir daugėja gyvenančių mieste. Miesto gyventojų (tiek vyrų, tiek moterų) vidutinė gyvenimo trukmė yra ilgesnė nei kaimo

gyventojų. Tarp jų išlieka vis dar nemažas skirtumas, o tai patvirtina, kad dauguma tokio rodiklio prižasčių yra skirtinga sveikatos priežiūra [43]. Kiekvienas žmogus turi teisę į sveikatą. Esminė šios teisės įgyvendinimo sąlyga – kiekvienam piliečiui prieinama sveikatos priežiūra, nepaisant amžiaus, gyvenamosios vietos, statuso ir kitų veiksnių [161]. Mūsų atlikto tyrimo metu gauti rezultatai parodė, kad kaimo gyventojai savo sveikatą vertina vis dar prasčiau nei miesto. Sveikatos problemų daugiau turėjo gyvenantys kaime, atitinkamai tai sudarė 54,8 %. Nepriklausomai nuo to, kad didesnė dalis tyrime dalyvavusių respondentų savo sveikatą buvo linkę vertinti labiau teigiamai nei neigiamai, tačiau net 11,2 % kaimo gyventojų savo sveikatą vertino neigiamai, o tarp miesto gyventojų tai sudarė tik 7,8 %.

Žmogaus sveikata gali būti vertinama dviem skirtingais būdais. Ją gali įvertinti gydytojas, pasitelkęs objektyvius tyrimo metodus, ir pats individas, pateikdamas savąjį subjektyvų sveikatos vertinimą. Tačiau subjektyvi sveikata ne visada sutampa su fizine žmogaus sveikatos būkle, nes ji priklauso nuo daugelio psichologinių, kultūrinių ir socialinių veiksnių. Sveikatos tyrimų instituto mokslininkų atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad vyrų ir moterų sveikatos vertinimas beveik nesiskyrė. Pusė Lietuvos gyventojų įvertino savo sveikatą kaip gerą ar gana gerą (53,3 % vyrų ir 51,7 % moterų). 7,2 % vyrų ir 6,7 % moterų nurodė, kad jie savo sveikatą vertina blogai ar labai blogai. Vidutiniškai sveikatą vertinančių vyrų ir moterų dalis buvo panaši – atitinkamai 39,5 % ir 41,6 % [162]. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad analizuojant respondentų subjektyvų savo sveikatos vertinimą pagal lytį, didesnė dalis visų tyrime dalyvavusių respondentų savo sveikatą įvertino kaip vidutinišką ir kaip gerą. Tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų, ryškių skirtumų taip nebuvo pastebėta. Savo sveikatą neigiamai (t.y., kaip prastą arba labai prastą) vertino 104 respondentai. Šie duomenys tik patvirtino tebevyraujančią sveikatos vertinimo tendenciją tarp lyčių.

Vertinant sveikatos būklę pagal sveikatos problemų pasiskirstymą atsižvelgiant į lytį, sveikatos problemų daugiau turėjo moterys (52,2 %) nei vyrai.

Atsižvelgus į kitų mokslininkų atliktus tyrimus, kurių metu buvo nustatyta, kad vyresnio amžiaus žmonės yra linkę daugiau sirgti lėtinėmis ligomis [14, 15], mūsų darbe buvo panagrinėtas tam tikrų ligų pasiskirstymas tarp tiriamųjų. Įvairių ligų atsiradimas ir eiga visuomenėje priklauso nuo daugelių veiksnių. Dažniausiai tai visiems gerai žinomi veiksniai: amžius, lytis, išsilavinimas, mityba, gyvenamoji aplinka ir pan. Pavyzdžiui, atsižvelgiant į amžių, vyresnio amžiaus žmonės yra labiau linkę sirgti sąnarių, širdies ir kraujagyslių, akių sistemų ligomis ir pan. Tačiau su kraujotakos ir širdies bei kraujagyslių sistemų problemomis susiduria asmenys, kurie netinkamai maitinasi, mažai juda, yra nutukę ir pan. Kadangi amžius, lytis ir paveldimumas yra veiksniai, kurių kontroliuoti neįmanoma, žmonės, norintys ilgesnį laiką išlikti sveikesni ir nepatekti į rizikos grupę, privalo pasirūpinti savo sveikata. Gyvensenos atliktų tyrimų duomenys rodo, kad jau kas dešimto 25 – 34 m ir kas penkto 35 – 44 m amžiaus vyro kraujospūdis yra padidėjęs. Tiek vyrų, tiek moterų cholesterolio kiekis kraujyje pradeda ženkliai didėti maždaug nuo 45 metų amžiaus. O riba, kai žmogus turi susirūpinti savo sveikata yra nuo 50 metų [142]. Taigi amžius tampa svarbiu sveikatos problemų veiksnium, kai didėjant amžiui daugėja ir sveikatos problemų [163, 164, 165, 166]. Lietuvoje dažniausios vyrų ir moterų sergamumo bei mirties priežastys yra širdies ir kraujotakos sistemos ligos (2011 m jos sudarė 56,3 %) bei piktybiniai navikai (19,8 %). Šios lėtinės ligos yra priskiriamos prie sunkių ligų kaip ir psichikos sveikatos sutrikimai, kvėpavimo takų ligos ir panašiai. Su šiomis problemomis susiduria visos Europos šalys [166, 167, 168, 169].

Atlikdami tyrimą, nustatėme, kad didesnę dalį tyrime dalyvavusių visų respondentų vargino padidėjęs kraujospūdis – 36 % ir širdies ir kraujagyslių sistemos ligos – 24 % bei skrandžio ir virškinimo – 35,4 %, akių – 22,5 %, sąnarių – 25,7 % sistemų ligos ir bronchitas – 20,8 %. Viso lėtiniai susirgimai vargino

12,3 % respondentų, ūmūs atvejai pasireiškė tarp 5,5 % tiriamųjų. Tyrimo metu, statistiškai reikšmingai išsiskyrė 60 metų ir vyresnių žmonių populiacija. Tarp jų didesnę procentą susirgimų sudarė širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (10,7 %), padidėjęs kraujospūdis (12,6 %), galvos smegenų kraujotakos ligos (13,6 %), diabetas (1,9 %), akių (7,1 %) ir sąnarių ligos (10,8 %). O respondentai patenkantys į vidutinio amžiaus grupę, daugiau buvo linkę skųstis galvos skausmu, plaučių ligomis, skrandžio ir virškinimo sistemos ligomis bei padidėjusiu kraujospūdžiu. Arterinis kraujo spaudimas reikšmingai didesnis dažniau buvo nustatomas vyresnio amžiaus gyventojų grupėse nei jaunesnio ar vidutinio. Taip pat pastebėta, kad didėjant amžiui didėja arterinis kraujo spaudimas, ypač tai išryškėja amžiaus grupėse nuo 45 iki 59 m (14,2 %) ir nuo 60 m ir vyresnių (12,6 %).

Tyrimo metu nustatyta, kad atitinkamai, atsižvelgdami į sveikatos būklę, respondentai kreipiasi į bendrosios praktikos gydytojus (apie 75,3 %). Į gydymo įstaigą, dažniausiai kreipiamasi nuo 1 iki 2 kartų. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad dažniausiai buvo kreiptasi į polikliniką (46,6 %), rečiau į privačią kliniką (10,6 %) bei gydomasi ambulatoriškai (26,2 %). Gauti duomenys nebuvo labai netikėti, žinant, kad tokiam pasiskirstymui įtakos galėjo turėti šiuo metu sveikatos gydymo ir priežiūros įstaigose galiojanti tvarka, kai pacientas norėdamas patekti pas tam tikrus specialistus (pavyzdžiui, okulistą, psichiatrą, chirurgą ir panašiai), pirmiausia turi kreiptis į savo šeimos gydytoją (šiuo atveju bendrosios praktikos gydytoją) ir tik gavęs jo siuntimą, kreiptis į kitus specialistus. Remiantis šiuo metu Lietuvoje galiojančia tvarka (vadovaujantis Lietuvos Respublikos Konstitucija, galiojančiais Lietuvos Respublikos įstatymais, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais ir kitais galiojančiais teisės aktais ir nuostatomis), sveikatos priežiūros įstaigose yra teikiamos tiek mokamos tiek ir nemokamos paslaugos. Nemokamas paslaugas gauna Lietuvos respublikos piliečiai ir mokantys mokesčius asmenys. Taip pat, lyginant privačių ir viešų įstaigų paslaugų kainas, didesnę dalis

respondentų pirmenybę teikia rinkdamiesi pigesnes arba nemokamas paslaugas teikiančias įstaigas, kaip šiuo atveju poliklinikas. Taip pat dažniausiai gydymo ir sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimas priklauso ne tik nuo finansinės padėties, bet ir nuo to, kokių sveikatos problemų yra kamuojamas žmogus. Dažniausiai į gydytojus ir į gydymo įstaigas kreipiamasi nuo vieno iki dviejų kartų per metus.

Taip pat reiktų atkreipti dėmesį, kad didžiąją dalį sveikatos problemų sudaro psichikos ir elgesio sutrikimai. Psichoaktyvių medžiagų (alkoholio, tabako gaminių, narkotikų) vartojimą lemia daugelis veiksnių. Svarbiausi iš jų yra biologiniai, psichologiniai ir socialiniai. Šių medžiagų vartojimas bei sąsajos su svarbiausiais socialiniais veiksniais sudaro integralią vartojimo rizikos erdvę, kuri turi išliekamąjį poveikį sveikatai ir socialiniams tarpusavio santykiams [170, 171, 172]. Psichoaktyvių medžiagų vartojimas (ypač alkoholio ir narkotikų) pirmiausia paveikia sveikatą, o vėliau ir socialinius santykius bei aplinką. Keičiantis žmogaus sveikatai, elgsenai, poreikiams – keičiasi ir socialiniai santykiai. Rūkymas yra vienas iš pagrindinių rizikos plaučių ligų formavimosi veiksnių (onkologinės plaučių ligos, lėtinės obstrukcinės, bronchinė astma ir panašiai). Rūkymas – labiausiai paplitusi narkomanijos forma visuomenėje. Dabar jau pripažinta, kad nikotinas yra stipriausią priklausomybę sukeltanti narkotinė medžiaga, o rūkymas – ne šiaip žalingas įprotis, tačiau priklausomybės liga, su kuria pačiam rūkančiajam kovoti ne visada pavyksta. Nors, Lietuvos statistikos departamento duomenimis, tabako gaminių suvartojimas ir mažėja, tačiau neigiamo poveikio sveikatai tai nesumažino. Pavyzdžiui, kasdien rūkančių gyventojų dalis (nuo 20 iki 64 m), vertinant pagal lytį ir metus, mažėjo nežymiai nuo 2004 iki 2010 m. Tarp moterų vartojimas kito (atitinkamai per keletą metų) nuo 14,2 iki 14,4 %, o tuo tarpų tarp vyrų šiek tiek mažėjo (nuo 39,4 iki 34,2 %) [173]. Rūkymo pandemija yra viena iš labiausiai aktualių visuomenės sveikatos problemų. Rūkymas žaloja beveik kiekvieną organą, sukeldamas daugelį ligų ir bendrai pablogindamas rūkalių sveikatą.

Įvertinus gautus duomenis, pastebėta, kad didėjant amžiui, prastėja psichinė sveikata, vyresnio amžiaus žmonės patiria daugiau somatinių susirgimų, tarp jų jaučiasi didesnė socialinė disfunkcija, slegia depresija. Taigi visuomenės senėjimas sukelia riziką visuomenės sveikatai. Kintant amžiui, gyvenimo kokybės ir socialinės sveikatos išteklių mažėja, o rizika didėja. Atsižvelgiant į psichikos sveikatos sritis, gauti duomenys rodo, kad didesnė dalis respondentų savo sveikatą vertina kaip labai prastą, prastą ar vidutinišką, ir tik maža dalis – kaip gerą ir labai gerą. Dažniausiai neigiamą poveikį tyrime dalyvavusieji respondentai patiria somatinių susirgimų ir socialinės disfunkcijos srityse. Nerimo sritis (lyginant su kitom psichikos sveikatos sritims) turi mažiau įtakos visoms amžiaus grupėms. Šiame darbe, palyginus atskirų sričių vidutines reikšmes skirtinguose pogrupiuose, matyti, kad visose psichikos sveikatos srityse (struktūrose) statistiškai reikšmingai besiskiriančios vidutinės reikšmės kito apie 45 m. (jos didėjo). Remiantis kitų mokslininkų atliktų tyrimų duomenimis buvo nustatytas nuo 45 m. amžiaus sinergetinis gyvenimo kokybės bifurkacijos taškas, kuriame įvyko esminiai gyvenimo kokybės prioritetų pokyčiai visose gyvenimo kokybės srityse [51]. Taigi galima teigti, kad yra pastebima tam tikra tendencija, kai didėjant žmonių amžiui psichikos sveikata prastėja, o didžiausi sveikatos pokyčiai vyksta apie 45 m.

Sveikata ir psichikos sveikatos sritys

Apibendrinant tyrimo rezultatus pažymėtina, kad psichikos sveikatos socialinių poreikių ir vertybinių orientacijų sąveika nėra labai stipri, bet vis tik formuoja tam tikrą psichikos sveikatos struktūrą. Mūsų atliktas tyrimas parodė, kad psichikos sveikatos socialinio saito erdvėje vyrauja psichosomatinis latentinis veiksnys, kuris rodo, kad medicininio požiūriu yra pakankamai stiprus somatinis komponentas: žmonės pakankamai plačiai įvardina save pasiligojusiais, tai reiškia, kad somatinių susirgimų paplitimas didelis (šio kintamojo bendrumas 67 %). Šis

latentinis veiksnys atspindi fizinę psichosomatinių sutrikimų komponentę. Prie psichosomatinių sutrikimų priskiriami bronchinė astma, reumatoidinis artritas, neurodermitas, hipertoninė liga, opaligė, cukrinis diabetas, distonijos, tikai, ir netgi miokardo infarktas. Kai kurie autoriai mano, kad psichosomatinės ligos sudaro 40 – 60 procentų visų vidaus ligų ir somatiniai simptomai mažai priklauso nuo socialinių gyvenimo sąlygų, pavyzdžiui, migracijos kaip rizikos veiksnio [174]. Teoriškai visos ligos turi psichosomatinį pagrindą, nes emociniai veiksniai nerviniu keliu veikia visus kūno procesus. Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad psichosomatinėje erdvėje stiprus yra psichologinis komponentas – stiprus įsitikinimas, kad susirgimą galima „suremontuoti“ vaistais (šio kintamojo bendrumas 64,2 %). Iš tiesų, mūsų visuomenė ir didelė dalis gydamosios praktikos yra stipriai medikalizuota.

Antroje vietoje mūsų tyrime galima išskirti socialinės sveikatos dimensiją, kuri apima socialinius sveikatos poreikius, socialinės disfunkcijos, nerimo ir depresijos būsenas. Žmogus, norėdamas išgyventi, užtikrinti savo egzistavimą, neišvengiamai susiduria su įvairių poreikių tenkinimo problema. Nors poreikių tenkinimo formos gali būti skirtingos ir gali keistis laikui bėgant, yra taip vadinami universalūs poreikiai, su kurių tenkinimo problemomis susiduria kiekvienas žmogus, kiekviena visuomenė. Mokslinės literatūros duomenimis, moterys yra linkusios daugiau pasisavinti poreikių iš socialinio kapitalo ir tai labiau paveikia jų psichikos sveikatą [161]. Mūsų tyrime moterų sveikatos poreikiai taip pat buvo didesni nei vyrų, o svarbiausi poreikiai buvo susieti su reikalingais vaistais, medicinos pagalba, tarpusavio santykių kokybe. Socialinė disfunkcija atsiranda, esant nepakankamai aiškioms poreikių patenkinimo galimybėms, neapibrėžtomis funkcijoms, kritus socialinio bendrabūvio prestižui, autoritetui ir pan. Tada žmogus pasijunta nenaudingas, nereikalingas, pradeda irti socialiniai ryšiai. Kai kurių autorių nuomone, ypač senstančioje visuomenėje socialiniai ryšiai atsispindi trimis formomis – socialinėmis normomis,

vietiniai socialiniai tinklai ir santykiai šeimoje – kurios susijungia vieną su kita ir taip garantuoja pagyvenusių žmonių gerovės užtikrinimą [88]. Tyrimais konstatuojama, kad darnūs socialiniai santykiai užtikrinami esant geriems kaimynystės santykiams, pasitikėjimu vieni kitais, bendradarbiavimu skatinant emocinę ir elgesio kultūrą ypač tarp jaunimo [23]. Didelės įtakos asmens psichinei ir fizinei gerovei, ypač miesto sąlygomis, ateityje turės subalansuotas dėmesys gyvenamajai aplinkai, saugioms žaliosioms zonoms, tvariai plėtrai [175].

Mūsų tyrimas parodė, kad socialinę disfunkciją tirtoje aplinkoje lemia tam tikro bejėgiškumo, nepasitikėjimo kompleksas, kurį galima sieti net su socialinės fobijos elementais. Gauti empiriniai rezultatai rodo socialinės disfunkcijos negatyvų pobūdį. Tai reiškia, kad ne pats gyvenimo lygis ar jo pokyčiai sukelia neigiamus psichinius ir fizinius padarinius, bet socialinio gyvenimo ypatumai, kurie keičia visuomenės narių gyvenimo kokybę ir skatina žmones jaustis bejėgiais, pažeidžiamais, pesimistiškai žvelgiančiais į ateitį.

Tyrimas išryškino pakankamai didelį nerimo būsenos lygį (9,2 % bendros dispersijos). Nerimas – subjektyviai nemaloni emocinė būseną. Tai bloga nuojauta, įtampa, neramumas, kai laukiama vidinio ar išorinio pavojaus. Nerimą kelia iracionalūs veiksniai, neturintys konkretaus stimulo. Nerimo požymiai yra motorinė įtampa (faktorinis svoris 0,710, bendrumas 66,0 %); bloga nuotaika, nervingumas, beviltiškumas, nemiga, sutrikusi dėmesio koncentracija. Į somatinius požymius ar simptomus nukreiptas nerimas nulemia baimę susirgti ar įsitikinimą, kad jau sergama.

Kai kurie nerimo simptomai persipina su depresinės būsenos simptomais. Depresija – viena dažniausių būklių, su kuriomis susiduria gydytojai. Bet kuriuo amžiaus tarpsniu 9 – 20 % visų žmonių turi mažiausiai keletą depresijos simptomų, o 4 – 6 % pasireiškia išsamus klinikinis depresijos vaizdas. Moterys serga du kartus dažniau negu vyrai. Naujausi tyrimai rodo, kad efektyvi depresijos profilaktika galėtų sėkmingai remtis socialinio sauto vystymo politika skiriant

ypatingą šeimos vaidmenį jame [176]. Sergant depresija grėsmingiausia yra savižudybė. Apie ją galvoja 50 % sergančiųjų depresija. 45 – 77 % nusižudžiusių asmenų sirgo depresija. Mūsų tyrime būdingiausi depresijos simptomais kaip tik ir buvo nuolatinis galvojimas apie mirtį (faktorinis svoris 0,853, bendrumas 75,3 %), ketinimas pasitraukti iš gyvenimo, kad gyvenimas yra beprasmiškas.

Trečioje vietoje mūsų tyrime buvo dvasinės sveikatos elementas, kurį formavo vertybinės orientacijos. Vertybinės orientacijos svarbios tuo, kad jomis remiasi pastaruoju metu vis dažniau keliamą gyvenimo prasmės problema. Psichikos sveikata bene labiausiai susijusi su žmogaus dvasine būseną, kurios pagrindą sudaro vertybinės orientacijos ir iš to plaukianti gyvenimo prasmė. Vertybinės orientacijos betarpiškai dalyvauja priimant sprendimus ir juos motyvuojant. Jos dalyvauja formuojantis socialinėms nuostatos, tokioms kaip savižudybės nuojauta, beprasmybės jausmas. Tokia pasaulėžiūra remiasi silpna vertybinių nuostatų, kaip svarbaus socialini, moralinio veiksnio įtaka. Iš vertybių labiausiai pasigendama teisingumo, lygybės, visuomenės ir valdžios glaudesnių santykių, tačiau tokios vertybės, kurios formuoja asmenybę ir jos egzistenciją, gyvenimo prasmė, viltis, meilė tikėjimas labai silpnai reiškiasi.

Apibendrinimas

Viena iš svarbiausių užduočių Lietuvos sveikatos politikoje yra sukurti efektyvų mechanizmą, kuris padėtų tinkamai priimti sprendimus, atsižvelgiant į gydytojų, pacientų pozicijas bei esamą situaciją. Todėl yra kuriami įvairūs konceptualūs dokumentai, įstatymai ir pan., kurie paremti valstybės siekiais išreikštais per sveikatos sistemos misiją, viziją ir pagrindinius principus, išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys [177, 178, 179]. Daugelis mokslininkų pripažįsta, kad akivaizdžiai pakitus pacientų poreikiams ir lūkesčiams, reikia tobulesnių ir naujesnių sveikatos priežiūros,

palikimo technologijų, kokybės užtikrinimo sistemų ir pan., o tai skatina sveikatos priežiūros reformas. Vykdamas įvairias sveikatos reformas susiduriama su daugybe įvairių problemų. Tačiau reikia nepamiršti, kad kitimas yra nuolatinis ir neišvengiamas procesas, todėl sveikatos sistemos nuolat kinta ir transformuojasi, siekiant gerinti gyventojų sveikatą [180, 181].

Kalbant apie Lietuvos sveikatos sistemos reformą, taip pat susiduriama su daugybe problemų, kurios susijusios ir su organizaciniais, ir ekonominiais, politiniais, teisiniais ir kitais pokyčiais šalies viduje ir išorėje. Kai kuriais atvejais į šiuos pokyčius reaguojama labai jautriai. Sveikatos sistemos restruktūrizavimas turi būti grindžiamas pusiausvyra tarp decentralizavimo ir centralizavimo bei tarp viešojo ir privataus sektorių. Tam reikalinga ir subalansuota bei veiksmingai ir efektyviai veikianti šalies politinė sistema [178, 180].

Nors sveikatos srityje buvo padaryta begalė darbų siekiant pagerinti šią sistemą ir taip pat yra pastebima pažanga, tačiau skirtumai tarp atskirų socialinių grupių, ekonominė bei socialinė nelygybė, sergamumas ir mirtingumas lėtinėmis ir psichikos ligomis išlieka nemaži. Todėl įvairūs sisteminiai trūkumai sveikatos sistemoje, žemas asmens savęs vertinimas (jei žmogaus savivertė yra žema, toks žmogus nebus patenkintas ir savo sveikata bei socialine ir ekonomine padėtimi) bei kiti svarbūs veiksniai kelia grėsmę ne tik žmonių sveikatai, bet ir daro įtaką šalies ekonomikai. Atlikus tyrimą pastebima tendencija, kad pagrindiniai veiksniai įtakojantys sveikatos būklę vis dar išlieka lytis, amžius, išsilavinimas bei gaunamos pajamos. Šie veiksniai bei jų tarpusavio sąveika žmones visose gyvenimo srityse veikia labai nevienodai. Žvelgiant labiau į sveikatą, tarp vyresnio amžiaus žmonių vis dar vyrauja tendencija savo sveikatą vertinti prasčiau nei ją vertina jaunesnio amžiaus respondentai. Atsižvelgiant į išsilavinimą, geriausiai savo sveikatą vertina turintys aukštesnį išsilavinimą asmenys. Atitinkama socialinė padėtis vis dar turi įtakos sveikatai.

Šalies gyventojų sveikatos gerėjimo galima pasiekti tik formuojant tinkamą sveikatos politiką. Siekiant pagerinti gyventojų sveikatą, būtina ne tik gerinti gydymo ar sveikatos mokymo paslaugų tiekimą, profilaktiką, mokymą, bet taip pat ir gerinti bei keisti aplinką, kurioje žmogus egzistuoja, stiprinti socialinius ryšius, tarpusavio saitą, ugdyti pilietiškumą bei stengtis sumažinti nelygybę visose srityse, šalinti neigiamus veiksnius, kurie tik trukdo pasiekti tinkamą ir teisingą sistemos funkcionavimą.

Šiuo metu visuomenės sveikatos tyrimai orientuojasi į kokybę, efektyvumą, solidarumą, integralumą kt. Šiame darbe socialinių bei sveikatos veiksnių įtaką žmonių sveikatai bandoma analizuoti sisteminių požiūriu. Šiuo tyrimu bandyta analizuoti sveikatos socialinės plėtros subalansuotumo problematiką, socialinio saito įtaką sveikatai, ir ypač psichikos sveikatai.

IŠVADOS

1. Sveikatos problemų indikatorius išskyrimas ir jo kiekybinė analizė yra svarbi integruota visuomenės sveikatos socialinės kokybės charakteristika. Tyrimo metu gauta jos reikšmė 50,9 % rodo, kad kas antras tirtos populiacijos žmogus turi subjektyviai vertinamų sveikatos problemų. Nustatyta, kad atskiri socialinio statuso elementai, kaip lytis, amžius, išsilavinimas užimtumas, šeimos padėtis tiesioginio poveikio sveikatos problemų atsiradimui neturi ($p > 0,05$), tačiau reikšmingą poveikį turi tokios socialinės sąveikos kaip: lytis-amžius, amžius-išsilavinimas, užimtumas-šeima, lytis-amžius-šeima, lytis-išsilavinimas-užimtumas, amžius-išsilavinimas-užimtumas ($p < 0,05$).
2. Širdies ir kraujagyslių ligomis serga 24 %, respondentų. 39,9 % turi sveikatos problemų, kurias sukelia kitos ligos ir rizikos veiksniai. Sveikatos problemų paplitimas svyravo nuo 41 % iki 69,9 %, o tai parodė, kad tam tikrais atvejais, širdies ir kraujagyslių ligos, sveikatos problemų gali sudaryti iki 30 %.
3. Širdies ir kraujagyslių ligų sergamumui statistiškai reikšmingos įtakos turi respondentų amžius, užimtumas, lyties ir amžiaus sąveika, ($p < 0,05$). Problemų atsiradimui reikšmės turi amžius ir šeima ($p < 0,05$). Statistiškai nereikšmingos, bet turinčios įtakos reikšmės gali turėti amžiaus-šeimos-užimtumo sąveika ($p = 0,08$) bei amžiaus-išsilavinimo-užimtumo-šeimos socialinė sąveika ($p = 0,07$).
4. Socialiniai veiksniai lytis, amžius, pajamos, išsilavinimas, gyvenamoji vieta ir jų tarpusavio integruotas poveikis psichikos sveikatos sritis veikia nevienodai. Somatinių susirgimų sričiai didžiausią įtaką turėjo lytis, amžius, pajamos bei lyties-amžiaus tarpusavio sąveika, nerimo sričiai – lytis, pajamos, lyties-amžiaus sąveika, socialinės disfunkcijos – amžius,

pajamos, išsilavinimas ir lyties-pajamų bei gyvenamosios vietos-išsilavinimo tarpusavio sąveika, depresijos sričiai – pajamos ir gyvenamosios vietos-išsilavinimo tarpusavio sąveika ($p < 0,05$).

5. Latentinio veiksnio psichosomatikos (59 %), socialinės disfunkcijos (52,2 %), nerimo būsenos (58,4 %), sveikatos poreikių (50,4 %) ir depresinės būsenos (71,4 %) raiška visuomenėje buvo labiau neigiami, tai rodo aukštą psichosomatinio sergamumo lygį tirtoje populiacijoje ir stiprų latentinių veiksnių poveikį visuomenėje, o vertybių orientacijų (51,6 %) – labiau teigiamą. Depresinės būsenos latentinis veiksnys, labiau palietė vyrus ($p = 0,012$), o likusieji latentiniai veiksniai labiau veikė moteris ($p < 0,05$).

PRAKTINĖS REKOMEDACIJOS

1. Darbo rezultatus siūlome panaudoti rengiant Lietuvos Respublikos ir Europos Sąjungos naujų teisės aktų projektus.
2. Rekomenduojame darbo rezultatus panaudoti formuojant sveikatos ir socialinių veiksnių kokybės poveikio sveikatai gerinimo bei visuomenės sveikatos politiką.
3. Sveikatos ir socialinių veiksnių analizės duomenis tikslinga panaudoti rengiant savivaldybių planus visuomenės sveikatos srityse.
4. Visuomenės sveikatos problemos yra socialinio pobūdžio, o tai reiškia, kad dauguma jų turi būti sprendžiamos socialinės politikos metodais. Duomenys pateikti Nacionalinės sveikatos tarybai, rengiant 2012 m metinę ataskaitą tema „Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai“.

LITERATŪRA

1. Guščinskaitė J, Novelskaitė A. Pagyvenusio amžiaus moterų kaip reikšmingos socialinės grupės raiškos visuomenėje ypatumai. Socialiniai mokslai. 1999, Nr. 2 (19).
2. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai. Prieiga per: <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=1521>
3. Gyventojai ir socialinė statistika. Prieiga per: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=1619>
4. Eurostrategija: sveikata visiems XXI a. Prieiga per: http://www.sos03.lt/Naujienos/Pasaulyje/Eurostrategija_sveikata_visiems_XXI_a
5. Nacionalinė darnaus vystymosi strategija. 2011, Vilnius. Prieiga per: <http://www.am.lt/files/Strategija.pdf>
6. The Verona Initiative. WHO European Health Communication Network, July. 2000. Prieiga per: <http://www.who.dk>
7. Tai svarbu žinoti ne tik sveikatos politikams. Šalies sveikatos programos įgyvendinimas. Informaciją parengė ir komentavo gyd. Violeta Kiguolienė, Visuomenės informavimo biuro vedėja, 2009. Prieiga per: http://www.sam.lt/go.php/lit/Tai_svarbu_zinoti_ne_tik_sveikatos_polit/517/1
8. Johannesburg Declaration on Health and Sustainable Development. Johannesburg. WHO. 2002. Prieiga per: <http://www.am.lt/VI/files/0.619165001106642578.pdf>
9. Jungtinių Tautų žmogaus aplinkos konferencijos ataskaita, Stokholmas, 1972 m. birželio 5-16 d.
10. Jungtinių Tautų aplinkos ir vystymosi konferencijos ataskaita, Rio de Žaneiras, 1992 m. birželio 3-14 d.

11. Endl A, Berger G, Sedlacko M. ESDN Quarterly Report N°24. Renewing the commitment for SD: Stock-taking of international and European SD objectives and goals pre-Rio+20. European Sustainable Development Network (ESDN) 2012.
12. Subalansuotos plėtros įgyvendinimo nacionalinė ataskaita. Nuo Rio de Žaneiro link Johanesburgo. Nuo pereinamojo laikotarpio link subalansuotos plėtros. 2002, Vilnius
13. Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007-2015 metmenys. Sveikatos apsaugos ministerija, 2010. Prieiga per:
[http://www.mruni.eu/mru_lt_dokumentai/fakultetai/politikos_ir_vadybos_fakultetas/konferencija/metmenys_\(sveikatos_sistemos_pletra\).pdf](http://www.mruni.eu/mru_lt_dokumentai/fakultetai/politikos_ir_vadybos_fakultetas/konferencija/metmenys_(sveikatos_sistemos_pletra).pdf)
14. Kaminskas R, Darulis Ž. Peculiarities of medical sociology: application of social theories in analyzing health and medicine Medicina (Kaunas) 2007; 43(2): 110 – 117.
15. Žemaitaitis A, Kaminskas R, Novelskaitė A. Medicininės sociologijos institucionalizacijos raida ir perspektyvos. Filosofija. Sociologija. 2004; 1: 39-48.
16. Žukauskienė R. Subjektyvi gyvenimo kokybė: priežastingumo ir sąveikos su sociodemografiniais veiksniais analizė. Mokslo darbai. Sociologija, 2000; 3: 37- 46
17. Leonavičius V. Sociologijos recepcija Lietuvoje: sveikatos sociologijos atvejis, Filosofija. Sociologija. 2003; 3: 35-40.
18. Leonavičius V, Baltrušaitytė G, Naujokaite I. Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas. Monografija. 2007. p. 320
19. Filipavičiūtė R, Jurgelėnas A, Butkienė B, Juozulynas A. Miesto pagyvenusių žmonių socialinės sveikatos visuminiai bruožai. Gerontologija 2008; 9(4): 229–234

20. Actine aging. A Policy Framework. Ženeva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
21. Lyotard JF. Postmodernus būvis. Vilnius: Baltos lankos, 1993.
22. Jurgelėnas A, Mačiūnas E, Juozulynas A, Venalis A, Norvaišas S. Sveikatos socialinė plėtra. Vilnius, 2007: 49 – 70.
23. Chung HL, Docherty M. The protective function of neighborhood social ties on psychological health. American Journal of Health Behavior. 2011
24. Jurgelėnas A, Norvaišas S, Juozulynas A, Prapiestis J, Venalis A, Savičiūtė R. Sveikatos socialinio saito kokybinis vertinimas. Gerontologija 2011; 12(2): 104 – 109
25. Wuchty S. What is a social ties? PNAS (proceeding of the National Academy of Science of the United State of America). 2009; 106 (35): 15099 – 15100.
26. Van Lente E, Barry MM, Molcho M, Morgan K, Watson D, Harrington J, McGee H. Measuring population mental health and social well-being, Swiss School of Public Health 2011. Published online. <http://www.springerlink.com/content/j838868131013046/fulltext.pdf>
27. Palla G, Barabasi AL, Vicsek T. Quantifying social group evolution. CrossRefMedline. 2007; 446: 664 – 667.
28. Baltoji knyga Kartu sveikatos labui, 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris. Briuselis, 23.10.2007 KOM (2007) 630 galutinis
29. Kaselienė S. Lietuvos gyventojų mirtingumo nuo retesnių mirties priežasčių pokyčiai ir demografiniai socialiniai netolygumai [daktaro disertacija], 2010 Kaunas.
30. Bugakovas M, Merkevičius J. Žmonių elgsenos suvokimas. Sociologinės mtyvacijos teorijos: Mejo socialinis modelis. Prieiga per:

http://distance.ktu.lt/kursai/verslumai/personalo_motyvacija_I/fcontent.html

31. Otavos Chartija, 1986m.
32. Jurgelėnas A, Juozulynas A, Norvaišas S, Šurkienė G. Visuomenės sveikatos plėtros integruotas tyrimas. Sveikatos mokslai 2004; 3 (34): 21 – 24.
33. P6_TA (2006) 0340 Būsimo Europos Socialinio Modelio. Europos Parlamento rezoliucija dėl Europos ateities socialinio modelio (2005/2248(INI)).
34. Jurgelėnas A, Juozulynas A, Norvaišas S, Šurkienė G. Visuomenės sveikatos plėtros valdymas. Sveikatos mokslai 2004; 3 (34): 38 – 40.
35. Jurgelėnas A, Čeremnych E, Filipavičiūtė R. Pagyvenusių žmonių ambulatorinis sergamumas ir sveikatos kokybės poreikis. Gerontologija. 2003; 4(1): 18 – 22.
36. Psichikos sveikata P6_TA(2009)0063. 2009 vasario 19 d. Europos Parlamento rezoliucija dėl psichikos sveikatos (2008/2209(INI)).
37. Pranešimas apie žmogaus socialinę raidą Lietuvoje 2000: Teritoriniai skirtumai ir žmogaus socialinė raida. Vilnius: JTVP/SPG, 2000.
38. Demografiniai, socialiniai ir teritoriniai sveikatos netolygumai. Prieiga per: <http://www.vsv.lt/statistika1/index.html>
39. Brazienė R, Guščinskienė J. Socialinės atskirties modeliai. Filosofija. Sociologija. 2004; (4): 50 – 56.
40. Europos Bendrijų Komisija. Komisijos komunikatas tarybai ir Europos parlamentui/ Investavimas į žmones/Komunikatas dėl Žmogaus ir socialinės raidos teminės programos ir 2007 – 2013 m. finansinių perspektyvų. Briuselis, 25.1.2006 KOM (2006) 18 galutinis
41. Lietuvos 2004 – 2006 Metų Bendrasis Programavimo Dokumentas. Prieiga per: www.esparama.lt/ES_Paramam/bpd_2004.../BPD_2009-04-15.doc

42. Buivydas R, Černiauskas G. Ar ekonominė nelygybė turi įtakos sveikatos ar kitiems socialiniams – ekonominiams šalims rodikliams? Sec Apžvalga. 2011m. kovas Nr.4
43. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados. Vilnius 2011.
44. Lietuvos statistikos departamentas. Sveikatos priežiūros išlaidos 2010 m. Prieiga per: <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=8870>
45. Lietuvos statistikos departamentas. Pagyvenę žmonės. Spalio 1-oji – tarptautinė pagyvenusių žmonių diena. Lietuvos gyventojai sparčiai senėja. 2011 09 30. Prieiga per: <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=9183>
46. LRV Nutarimas dėl Nacionalinės mokslo programos Socialiniai iššūkiai nacionaliniam saugumui patvirtinimo. 2009 m. lapkričio 4 d. Nr. 1424, Vilnius.
47. Lietuvos Statistikos Departamentas prie LRV. Deklaruotos ir nedeklaruotos emigracijos srautai. Prieiga per: <http://db1.stat.gov.lt>
48. Sipavičienė A. Tarptautinė gyventojų migracija Lietuvoje: modelio kaita ir situacijos analizė / Tarptautinė migracijos organizacija, Socialinių tyrimų institutas. Vilnius, 2006.
49. Lietuvos statistikos departamentas. Pagrindiniais sveikatos rodikliai. 2012 05 04.
50. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Socialinė statistika. 2012 Gegužė. Prieiga per: <http://www.socmin.lt/index.php?1713385148>
51. Lietuvos statistikos departamentas. Demografijos metraštis 2010. Vilnius 2011.
52. Socioeconomic determinants of health. Prieiga per: <http://www.euro.who.int/socialdeterminants>

53. Juozulynas A. Gyvenimo kokybės įvertinimo 2001-2004 metų programa. Vilnius. 2001: 14.
54. Juozulynas A, Jurgelėnas A, Prapiestis J, Butikis M. Gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių tarpusavio ryšys. Gerontologija 2010; 11(1): 37–42.
55. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 27 d. nutarimas Nr. 941 Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos patvirtinimo (Žin., 2001, Nr. 66- 418).
56. Lietuvos sveikatos programa. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Patvirtinta LRS 1998; VIII- 833: 5,9 -10.
57. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. sausio 21 d. nutarimas Nr. 66 Dėl Nacionalinės aplinkos sveikatinimo veiksnių 2003-2006 metų programos patvirtinimo (Žin., 2003, Nr. 8-288).
58. Valstybinės visuomenės sveikatos stebėsenos programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m.
59. Ruževičius J. Kokybės vadybos aprėpties plėtra. I dalis. Prieiga per: <http://www.kvalitetas.lt/lt/gyvenimo-kokybe-verslo-imoniui-pjuvis/> (paskelbta: 2010.03.16)
60. Butikis M. Sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės ir amžiaus sąveika [daktaro disertacija]. Vilnius, 2009.
61. Janulienė N, Čepienė J, Kalibatas J, Juozulynas A. Sveikatos ir aplinkos ryšys su gyvenimo kokybe. Sveikatos mokslai. 2003; 7(30): 8–10.
62. Juozulynas A. Gyvenimo kokybės įvertinimo 2001-2004 metų programa. Vilnius. 2001: 14.
63. Juozulynas A, Jurgelėnas A, Marcijonas A, Šurkienė G, Gocentas A, Butikis M. Visuomenės sveikatos darbuotojų gyvenimo kokybė. Sveikatos mokslai. 2005; 2(15): 125 – 130.
64. Juozulynas A, Jurgelėnas A, Venalis A, Sąlyga J. Sveikatos sąlygojama gyvenimo kokybė [monografija], Vilnius 2012.

65. WHO. Global Strategy: Health, Environment and Development: Approaches Drafting Country-Level Strategies for seaman Well-Being Agenda 21. Geneva: WHO, 1993.
66. Juozulynas A, Marcijonas A, Jurgelėnas A, Kaminskas KA. Dirbančiųjų ekologijos ir ergonomikos bei gyvenimo kokybės tyrimai. Sveikatos mokslai. 2004; 6(14): 58 – 61.
67. Buis S. Visuomenės sveikatos koncepcija: nuomonės ir aspektai. Sveikatos aplinka. 2003; (1):5
68. Jatulienė N, Čepienė J, Kalibatas J, Juozulynas A. Sveikatos ir aplinkos ryšys su gyvenimo kokybe. Sveikatos mokslai. 2003; 7(30): 8-10.
69. Juozulynas A, Jurgelėnas A, Prapiestis J. Slaugytojų gyvenimo kokybės įvertinimas. Sveikatos mokslai. 2004; 3(34): 58-68.
70. Caar AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectation or experience. B. M. J. 2001, 322, 1240-3.
71. Anderson R, Litske H, Krieger H. Quality of Life in Europe. European Foundation for the Improvement and Living and Working Conditions, 2004.
72. Merkys G, Brazienė R, Kondrotaitė G. Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis indikatorius: viešojo sektoriaus kontekstas. Viešoji politika ir administravimas. Kaunas. 2008; (23): 23 – 38.
73. Noll HH. Social indicators and social reporting: The international experience. Canadian council on social development (ed.): Symposium on measuring well-being and social indicators. Final report Ottawa 1996.
74. General paper on behalf of the first plenary meeting of the network “Indicators Social Quality”. Amsterdam, 25 – 27 October 2001.
75. Noll HH. The European system of social indicators: An instrument for social monitoring and reporting, ZUMA, Mannheim, 2000: 2 – 12. 68

76. Ruzevicius J, Sauciuniene J. Quality models and systems and their influence to the business. *Vadyba/ Management*. 2006; 2(11): 129 – 135.
77. Van der Maesen LJG, Walker AC. Indicators of social quality: outcomes of the European Scientific Network. *European journal of social quality*. 2005;5(½): 8 – 24.
78. Van der Maesen LJG, Walker AC, Keizer M. European Network Indicators of Social Quality. Final Report, April 2005.
79. McDonnell G, Heffernan M, Faulkner A. Using system dynamics to analyze health system performance within the WHO Framework. <http://www.anysims.com/>
80. Social and economic determinants of health (p. 31 – 33). Prieiga per: <http://www.health.state.mn.us/strategies/social.pdf>
81. Social Quality. Ministry of Social Affairs and Health. Prieiga per: <http://pre20031103.stm.fi/english/tao/publicat/pathways/path4htm> (žiūrėta 2010 05 04).
82. Šurkienė G, Stukas R, Kučingis Š, Strujeva O. Gyventojų gyvenančių ir dirbančių rizikos aplinkoje, požiūris į savo sveikatą bei kai kurių socialinių santykių įtaka savo sveikatos vertinimui. *Sveikatos mokslai*, 2004; 3(34): 6 – 9.
83. Jurgelėnas A, Juozulynas A, Venalis A, Stukas R. Jaunų ir senyvo amžiaus žmonių psichikos sveikatos, poreikių ir vertybių socialinė sąveika. *Gerontologija* 2012; 13(1): 15–21
84. Jurgelėnas A, Norvaišas S, Juozulynas A, Prapiestis J, Venalis A, Savičiūtė R. Sveikatos socialinio saito kokybinis vertinimas. *Gerontologija* 2011; 12(2): 104 – 109.
85. Kawachi I, Berkman LF. Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2001; 78 (3): 458 – 67.

86. Ryan AK, Willits FK. Family ties, physical health and psychological well-being. *Journal of Aging and Health*. 2007; 19 (6): 907 – 20.
87. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal Of Health And Social Behavior*. 2011; 52 (2): 145 - 61.
88. Blondel F, Delzescaux S, Soins. From one generation to another, the threats of the disintegration of social ties. *Soins. Gerontologie*. 2010; (86): 20 - 3.
89. Kloos B , Townley G. Investigating the Relationship Between Neighborhood. Experiences and Psychiatric Distress for Individuals with Serious Mental Illness. *Adm Policy Ment Health*. 2011; 38: 105 –116.
90. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 484 – 485.
91. Perry BL. The labeling paradox: stigma, the sic role, and social networks in mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 2011; 52 (4): 460 – 77.
92. Europos Paktas dėl psichinės sveiktos ir gerovės. ES aukščiausiojo lygio konferencija. Bendros pastangos siekiant psichinės sveiktos ir gerovės. Briuselis, 2008 m birželio 12 – 13 d. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_lt.pdf
93. Žalioji Knyga. Gyventojų psichikos sveiktos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveiktos strategijos kūrimas. Briuselis, 14.10.2005. KOM(2005) 484 galutinis
94. PSO: „Psichikos sveiktos skatinimo stiprinimas“ (angl. „Strengthening mental health promotion“), Ženeva, 2001 m. (Informacinis lapas Nr. 220).
95. Ekspertų ataskaita „Veiksmai kovojant su depresija. Psichikos ir bendros savijautos gerinimas kovojant su depresijos sukeltomis neigiamomis sveiktos, socialinėmis ir ekonominėmis pasekmėmis“, Komisija, 2004 m.

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/depression_en.htm

96. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood . British Medical Journal. 2001; 323: 191–196.
97. Lopis E, Anderson P. Mental health Promotion and mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen, 2005.
98. Kawachi I, Berkman LF. Social Ties and Mental Health, Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, September 2001; 78 (3): 458 – 467.
99. Kloos B, Townley G. Investigating the Relationship Between Neighborhood Experiences and Psychiatric Distress for Individuals with Serious Mental Illness, Adm Policy Ment Health. 2011; 38: 105 – 116.
100. Hunt K, Helen E et al. Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2006) 41:641 – 64.
101. Ellis JA. Social ties and health. American Journal of Public Health. Am J Public Health. 2006. 96(8): 1341.
102. Braithwaite J. Between-group behavior in health care: gaps, edges, boundaries, disconnections, weak ties, spaces and holes. A systematic review BMC Health Services Research. 2010; 10: 330.
103. Kaplan RS, Norton DP. Alignment: using the balanced Scorecard to create corporate synergies. Boston: Harvard business school press. 2006
104. Smilga E, Janušonienė K. Strategiška orientuotos organizacijos veikimo principai, sveikatos apsaugos sistemoje. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai: 2007; 4: 125 – 140.

105. Smilga E, Janušonienė K. The process of the strategic management model formation and application in the Lithuanian health care system. *Ekonomika*, 2009; 87: 124 – 140.
106. Smilga E, Janušonienė K. Sveikatingumo Konceptcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. Klaipėda. 2005: 45 – 53.
107. Smilga E, Janušonienė K. The problems of the formation public health keeping strategy. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, t. 25. Kaunas, 2003.
108. Population health promotion: An integral model of population health and health promotion. Public health agency of Canada. Prieiga per: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/php3-eng.php>
109. Ghaffarzadegan N, Lyneis J, Richardson GP. How small system dynamics models can help the public policy process. *System Dynamics Review*. Published online in Wiley Online Library 2010. DOI: 10.1002/sdr.442.
110. Milstein B, Homer J. Background on system Dynamics Simulation Modelling with a summary of Major Public Health Studies. CDC Syndemic Prevention Network. Revision: May 5, 2006. Prieiga per: <http://www.eval.org/SummerInstitute08/08SIHandouts/Uploaded/aea08.sijonesB.pdf>
111. European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Publications B-1049, Brussels, Belgium. The effectiveness and efficiency of public spending. Economic paper 301 /February 2008.
112. Sheridan L. Social and Economic Determinants of Health /from the Report of HIA on the Greater London Authority draft economic development strategy/ 31 – 36. Prieiga per: www.health.state.mn.us/strategies/

113. Midgley G. System Intervention for Public Health. American journal of Public Health /Opportunities and demands in Public Health systems/ 2006; 96(3): 466 – 471.
114. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. Įstatymas skelbtas: Žin., 2002, Nr. 56-2225. Aktuali redakcija nuo 2010.07.01
115. Social and Economic Determinants of Health. The Health of Washington State, 2007, Washington State Department of Health (updated: 08/10/2007): 1.3.1 – 1.3.7.
116. Fahey DK, Carson ER, Cramp DG, Muir Gray JA. Applying Systems Modeling to Public Health. System Research and Behavioral Science. 2004: 635 – 649.
117. Gaigalienė B. Fizinio pajėgumo, fizinio aktyvumo ir sveikatos tarpusavio ryšiai. Gerontologija. 2001; 2 (1): 17 – 24.
118. Van Wave TW, Scutchfield FD, Honore PA. Recent Advances in Public Health Systems Research in the United States. Review in Advance/The Annual Review of Public Health/ 2010; 31: 283 – 295.
119. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje. Europos Komisija. Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011.
120. Pasaulio Sveikatos Pranešimas (PSO, 2001). Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. [Vilnius]: Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002; 27-37.
121. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The Social Determinants of Health: Coming of Age. Review in Advance/The Annual Review of Public Health/ 2011; 32: 3.1 – 3.18.
122. Goštautas A, Miežienė B, Stakauskaitė J, Volkovienė T, Ivinkina E. Savo sveikatos vertinimas bei jo kitimai sergančiųjų depresija ir šizofrenija stacionarinio gydymo laikotarpiu. Visuomenės sveikata. 2010; 4(51): 80 – 89.

123. Sąlyga J, Norkienė S. Gyvensenos ir psichosocialinių veiksnių sąsajos su Lietuvos jūrininkų subjektyviai vertinama sveikata. Sveikatos mokslai. 2007; (1): 711 – 715.
124. Sąlyga J, Juozulynas A, Lukšienė A. Health problems of Lithuanian and Latvian seamen. Acta Medica Lituanica. 2006; 13: 38 – 46.
125. Pyragas K. Continuous control of chaos by self-controlling feedback. Physics Letters A 170 (1992): 421 – 428.
126. Jurgelėnas A, Norvaišas S, Juozulynas A, Butikis M. Stebėsenos vaidmuo sveikatos socialinės plėtros veiksnių grandinėje. Tarptautinės konferencijos „Biomedicininė inžinerija“ pranešimų medžiaga. Kaunas. 2006; 272 – 276.
127. Sakalauskas L, Kepenis D. Holistinė sveikatos ugdymo metodika. Matematikos ir informatikos institutas, Palangos sveikatos mokykla. <http://www.sveikuoliai.lt/old/holist-lt.htm>
128. Juškeliene V. Visuomenės sveikatos įvadas: Sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai. [Knyga] Vilnius. 2007; 1 – 50.
129. Homer JB, Hirsch GB. System dynamics modeling for public health: background and opportunities. Am J Publ Health. 2006; 96(3): 452–87.
130. Bagdžiūnienė D, Murauskienė L. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Sveikatos finansavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo reformų socialinių-ekonominių pasekmių vertinimas. Ataskaita. Sveikatos ekonomikos centras. V., 2001: 12-14.
131. Šurkienė G, Stukas R, Kučingis Š, Strujeva O. Gyventojų ir dirbančių rizikos aplinkoje požiūris į savo sveikatą bei kai kurių socialinių santykių įtaka savo sveikatos vertinimui. Sveikatos mokslai 2004; 3 (34): 6 – 9.
132. Europos komisija. Sveikata – ES. Mano aplinka. Socialinė aplinka. [http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/social_environment/index lt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/social_environment/index_lt.htm)

133. Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojų savo sveikatos vertinimas. Požymiai: lytis, amžius. <http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/saveselections.asp> (žiūrėta: 2012 m. liepos 19 d.)
134. 2005 m Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai. Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. Vilnius, 2006 www.stat.gov.lt/en/catalog/download_release/
135. Education and Health Calculator. Robert Wood Johnson Foundation. Commission to build a healthier America. <http://www.commissiononhealth.org/Calculator.aspx>
136. Picker L. The Effects of education on health. The national bureau of economic research. <http://www.nber.org/digest/mar07/w12352.html>
137. Cutler DM, Muney AL. Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. NBER Working Paper No. 12352. Issued in July 2006
138. Deaton A S. Health, Income, and Inequality. NBER Reporter: Research Summary. Spring 2003. The national bureau of economic research. Prieiga per: <http://www.nber.org/reporter/spring03/health.html>
139. Deaton A S, Paxson C. Mortality, Education, Income and Inequality among American Cohorts. NBER Working Paper No. 7140, May 1999, and in D. A. Wise, Themes in the Economics of Aging, Chicago: University of Chicago Press, 2001: 129 – 65.
140. Deaton A S. Inequalities in Income and Inequalities in Health. NBER Working Paper No. 7141, May 1999, and in F. Welch, The Causes and Consequences of Increasing Inequality, Chicago: University of Chicago Press, 2001: 285 – 313.
141. Deaton A S. Health, Inequality, and Economic Development. NBER Working Paper No. 8318, June 2001, and in Journal of Economic Literature. 2003; (41): 113 – 58.

142. Lietuvos širdies asociacija. Kelių ligoms gali užkirsti žinios apie giminės sveikatos istoriją.
http://www.heart.lt/pagrindinis_meniu/straipsniai/prevencija//7071/
143. Hayes BC, Prior PM. The Relationship between Marital Status and Health. An Empirical Investigation of Differences in Bed Occupancy within Health and Social Care Facilities in Britain, 1921-1991. *Social Science Computer Review.*, 2011; 29: 21-36 Prieiga per:
<http://jfi.sagepub.com/content/24/1/124.abstract>
144. Liu H, Umberson D J. The Times They Are a Changing': Marital Status and Health Differentials from 1972 to 2003*. *Jnl of Health and Social Behavior.* 2008; 49(3): 239 –253.
145. ASPE research brief. The effects of marriage on health. A synthesis of recent research evidence. U.S. Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation Office of Human Services Policy. June 2007 Prieiga per:
<http://aspe.hhs.gov/hsp/07/marriageonhealth/rb.htm>
146. Schoenborn, Charlotte A. Marital Status and Health: United States, 1999-2002. *Advance Data*, December 2004; 351
147. Kalėdinė R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Sveikatos politika ir valdymas. Mykolo Romerio Universitetas. Mokslo darbai. Vilnius. 2010; 1(2):15 – 33.
148. Petrauskienė J, Kalėdienė R, Starkuvienė S. Sveikatos netolygumų vertinimas remiantis mirtingumo statistika. Kn.: Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Kaunas. 2004: 27–33.
149. Law M, Steinwender S, Leclair L. Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of occupational therapy.* April 1998: 81 – 91.
150. Ustinavičienė R, Obelenis V, Ereminas D. Dirbančiųjų sveikata ir šiuolaikinės darbo sąlygos. *Medicina.* Kaunas. 2004; 40(9): 897 – 904.

151. Aplinkos veiksniai ir profesinės ligos. Aleksandro Stulginskio universitetas. Projektas Aplinka ir sveikata. Prieiga per: <http://www.asu.lt/nm/l-projektas/Aplinkairsveikata/34.htm>
152. Van der Wiel B, Crean AJM, Exel VE et al. Association between chronic diseases and disability in elderly subjects with low and high income: the Leiden 85-plus Study. *European Journal of Public Health*. 2005;1– 4.
153. Marmot M. The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist. *Income & Health. Health affairs*. 2002; 21(2): 31 – 46.
154. Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, Dalgard OS, Kovess V, Morgan A, Salize HJ. Review Article: Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003; 31: 451 – 459.
155. Sveikatos Apsaugos Ministerija. Sveikata ir socialiniai ekonominiai veiksniai, 2008. Prieiga per: <http://www.sena.sam.lt>
156. Juozulynas A, Goda G, Jurgelėnas A, Reklaitienė R. Užimtumas ir sveikatos santykių teisingumas. *Sveikatos mokslai* 2004; 3(34): 14 – 17.
157. Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Sergamumas ir mirtinguma <http://sic.hi.lt/webdps/?lang=lt>
158. Jurgelenas A, Mieliauskaite D, Filipaviciute R. From the former Soviet Union: Socioeconomic health inequalities exist in post-communist Lithuania. *BMJ*. 2005; 331(7510): 236.
159. Jurgelenas A, Mieliauskaite D, Filipaviciute R. Socioeconomic health inequalities in post-communist Lithuania. *BMJ* 2004; 329doi: 10.1136/bmj.329.7479.1355 (Published 9 December 2004). Cite this as: *BMJ* 2004: 329 – 1355. Prieiga per: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7479/1355>
160. Scott K. (2002). A Lost Decade: Income Equality and the Health of Canadians. Paper presented at The Social Determinants of Health across the Life Span Conference, Toronto, November 2002.

161. Kavanagh AM, Bentley R, Turrell G, Broom DH, Subramanian SV. Does gender modify associations between self rated health and the social and economic characteristics of local environments? *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 490 – 495.
162. Jakubaitytė L. Lietuvos gyventojų subjektyvios sveikatos ryšiai su socialiniais veiksniais. LSMU SMD JMTK, Sveikatos tyrimų institutas [tezių knyga], 2012.
163. Razbadauskas A, Brasaitė I, Žiliukas G, Strukčinskienė B. Vakarų Lietuvos gyventojų sveikatos rizikos veiksniai ir savo sveikatos vertinimas. *Sveikatos mokslai*. 2011; 21(4): 32-35.
164. Grabauskas V, Gaižauskienė A, Jaselionienė J. Lietuvos gyventojų sergamumo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis problema Europos Sąjungos kontekste. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. 2009; 7-18.
165. Jurgelėnas A, Čeremnych J, Juozulynas A, Alekna V, Filipavičiūtė R. Sveikatos problemų paplitimas ir reikšmė miesto pagyvenusių žmonių tarpe. *Gerontologija* 2006; 7(4): 208-213.
166. Europos komisija. Sveikata – ES. http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/index_lt.htm (žiūrėta 2012 m. liepos 16 d.)
167. Europos Komisija. Sveikatos ir vartotojų GD. Visuomenės sveikata. Pagrindinės ir lėtinės ligos. http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/policy/index_lt.htm
168. Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Sergamumas ir mirtinguma <http://sic.hi.lt/webdps/?lang=lt>
169. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija Higienos instituto sveikatos informavimo centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m. (išankstiniai duomenys). Vilnius, 2012 ISSN 1392-8155 <http://www.hi.lt/images/leid2011.pdf>

170. Juozulynas A, Jurgelėnas A, Asatrauskienė A, Prapiestis J, Butikis M, Savičiūtė R. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo integralus poveikio jaunų žmonių sveikatos problema. *Visuomenės sveikata* 2009; 1(44): 50 – 55
171. Narkauskaitė L, Juozulynas A, Jurgelėnas A, Venalis A. Psichiką veikiančių medžiagų vartojimo paplitimas tarp Lietuvos aukštųjų mokyklų studentų. *Visuomenės sveikata* 2011; 1(52): 91 – 97.
172. Juozulynas A, Astrauskienė A, Jurgelėnas A, Prapiestis J, Butikis M, Savičiūtė R. Psichoaktyvių medžiagų integrali vartojimo rizika ir sauga tarp jaunimo. *Gerontologija* 2008; 9(3): 157 – 161.
173. Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojų rūkymo įpročiai (požymiai: lytis, amžius, dažnumas).
<http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/Define.asp?Maintable=M3150501&PLanguage=0>
174. Mundt P, Aichberger MC, Kliewe T, Yayla S, et al. Migrants in socioeconomically deprived areas of Berlin Psychological distress and substance use Psychotherapeut. *Community Mental Health Journal*, 2012; 48. 29 – 35.
175. Tillett T. Summit ties sustainability to improved public Health. *Environmental Health Perspectives* 2012; 120 (1): 19.
176. Almeida J, Subramanian SV, Kawachi I, Molnar BE.. Is blood thicker than water? Social support, depression and the modifying role of ethnicity/nativity status. *Epidemiol Community Health* 2011. 51 – 56.
177. Health care systems in transitions. Lithuania. European Observatory on health care system. 2000.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/95127/E69920.pdf
178. Jakušovaitė I, Darulis Ž, Žekas R. Lithuanian health care in transitional state: ethical problems. *BMC Public Health*. 2005; 5: 117
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1310618/>

179. Sveikatos sistemos plėtros 2011 – 2015 metais matmenys. Lietuvos respublikos seimas.
180. Kalėdienė R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. *Medicina*. 2004; 40(9): 891 – 896. 170
181. Petraitytė D, Stankūnas M. Medicinos pliuralizmas ir integruotos medicinos galimybės Lietuvoje. *Medicinos teorija ir praktika*. 2007;13(4): 461 – 466.
182. Tidikis R. Socialinių mokslinių tyrimų metodologija. [mokomoji knyga] Vilnius, 2003.
183. Pukėnas K. Sportinių tyrimų duomenų analizė SPSS programa. [mokomoji knyga] Kaunas, 2005.
184. Giddens A. Sociologija. Poligrafija ir informatika. Vilnius, 2005, p. 101
185. Kandelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. [mokomoji knyga] Šiauliai 2005.

PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

Moksliniai straipsniai paskelbti disertacijos tema:

1. Jurgelėnas A, Juozulynas A, Butkienė B, Butikis M, **Savičiūtė R.** „Gyvenimo kokybės ir amžiaus integralumo bruožai“. Gerontologija, 2008; 9(4): 207 – 213.
2. Jurgelėnas A, Norvaišas S, Juozulynas A, Prapiestis J, Venalis A, **Savičiūtė R.** „Sveikatos socialinio saito kokybės vertinimas“. Žurnalas Gerontologija, 2011;12(2): 104 - 109.
3. **Savičiūtė R.**, Juozulynas A, Jurgelėnas A. „Relation of social and economic factors to health policy“. Acta Medica Lituanica. 2012; 19(1): 19 – 23.

Skaityti pranešimai disertacijos tema:

1. XXII Suvažiavimas – LKMA – 90. Lietuvos Katalikų Mokslo Akademija. Medicinos sekcijoje pristatyta tema „Rūkymo ir alkoholio ryšys su socialine sveikata“. Pranešėja: **Savičiūtė Rasa**. Bendraautorai: Juozulynas A, Jurgelėnas A, Venalis A. 2012 kovo 23 – 24 d. Vilnius.
2. Tarptautinė konferencija „Evoliucinė medicina: nauji senųjų problemų sprendimai“. Vilniaus Universitetas Medicinos fakultetas. Pristatyta tema „Identification of health process“. Pranešėja: **Savičiūtė Rasa**. Bendraautorai: Juozulynas A, Jurgelėnas A. 2012 m. birželio 12 – 15 d. Vilnius.

Kiti skaityti pranešimai:

1. Juozulynas A, Jurgelėnas A, Butikis M, **Savičiūtė R.** Vyresnio amžiaus žmonių senėjimo problemos Lietuvoje. XXI Suvažiavimas, Lietuvos Katalikų Mokslo Akademija, Vilnius. 2009 m. birželio 26 – 27d.
2. Juozulynas A, Jurgelėnas A, **Savičiūtė R,** Butikis M. Inovatyvus požiūris keičiant pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūrą. Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos Centras, Vilnius. 2010 m. gegužės 20 – 21 d.
3. Juozulynas A, **Savičiūtė R.** Naujas požiūris keičiant pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūrą. Vilniaus miesto savivaldybės tarybos Sveikatos komitetas, Lietuvos pensininkų sąjungos “Bočiai” Vilniaus skyrius, Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos Centras, Vilnius. 2010 m. sausio 28 d.
4. Juozulynas A, **Savičiūtė R.** Baigiamoji projekto CHNAGE (Inovatyvus požiūris keičiant pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūrą) konferencija. Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos Centras, Vilnius. 2010 m. lapkričio 26 d.
5. Szczerbinska K, Giustini M, **Savičiūtė R,** Chaloupka C. April 2011, IAGG Conference in Bologne. The new model of motivating older people to change their healthy behaviours.

Kiti moksliniai straipsniai:

1. Juozulynas A, Astrauskienė A, Jurgelėnas A, Prapiestis J, Butikis M, **Savičiūtė R.** Psichoaktyviųjų medžiagų integrali vartojimo rizika ir sauga tarp jaunimo. Gerontologija, 2008; 9 (3): 157 – 161.
2. Juozulynas A, Jurgelėnas A, Astrauskienė A, Prapiestis J, Butikis M, **Savičiūtė R.** Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo integralaus poveikio

- jaunų žmonių sveikatai problema. Visuomenės sveikata, 2009;1(44): 50 – 55.
3. Szczerbinska K, Cieslik MM, Piórecka B, Kijowska V, Cozzolino M, Tota FG, Giustini M, Simonova Z, Beggiato M, Risser R, Roche R, Escotorin P, Cirera M, Juozulynas A., **Savičiūtė R.**, Butikis M, Marotta DR, Salvator RD: The model of advertising of health goals for older people – presentation of CHANGE project. 2nd European Public Health Conference (EUPHA): “Human Ecology and Public Health”. 26-28.11.2009. Łódź, European Journal of Public Health, 2009, 19, (Suppl. 1), 198. (poster)
 4. Juozulynas A, Prapiestis J, Jurgelėnas A, Valeikienė V, **Savičiūtė R**, Miglinė J. Pensijinio amžiaus žmonių gyvenimo kokybės tyrimai Vilniaus mieste. Gerontologija, 2009; 10 (2): 83 – 91.
 5. Juozulynas A, **Savičiūtė R**, Butikis M, Jurgelėnas A, Filipavičiūtė R, Cozzolino M, Tota FG, Simonova Z, Arena R, Giustini M, Longo E, Marotta DR, Begiato M, Risser R, Szczerbińska K, Ciešlik MM, Piórecka B, Kijowska V, Roche R, Escotorin P, Cirera M Healthy lifestyle peculiarity of older people. Sveikatos mokslai, 2010; 20(5) : 3519 – 3623.
 6. Juozulynas A, Jurgelėnas A, Filipavičiūtė R, Butkienė B, Alekna V, **Savičiūtė R**. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. Gerontologija 2010; 11 (3): 141 – 147.
 7. Filipavičiūtė R, Jurgelėnas A, **Savičiūtė R**, Butkienė B. Socialinės paramos įtakos pagyvenusių neįgalių žmonių depresijai tyrimas. Gerontologija 2010; 11(3):172 – 179.
 8. Juozulynas A, **Savičiūtė R**, Jurgelėnas A, Prapeistienė R, Cozzolino M, Tota FG, Simonova Z, Arena R, Giustini M, Longo E, Marotta DR, Risser R, Risser CC, Sumper E, Szczerbińska K, Ciešlik MM, Piórecka B, Kijowska V, Roche R, Escotorin P, Cirera M. Penkių Europos Šalių

pagyvenusių žmonių sveikatos resursai ir pastangos juos didinti. Sveikatos mokslai. 2011; 21(2): 5 – 10.

9. Juozulynas A, Jurgelėnas A, **Savičiūtė R**, Venalis A. „Vilniaus miesto gyventojų gyvenamosios ypatumai“. Žurnalas Sveikatos mokslai. 2012; 22 (1): 49 – 54.

Straipsniai su ISI:

1. Juozulynas A, Jurgelėnas A, Butkienė B, Greičiūtė K, **Savičiūtė R**. Implications of soil pollution with heavy metals for public health. Geologija, 2008; 50 (2)/(62): 75 – 79.

Publikacijos populiariuose leidiniuose:

- ▶ **Inter-subjektyvumas ir jo vaidmuo gerinant pagyvenusių žmonių sveikatą.** Straipsnį parengė VMTI Inovatyviaus Medicinos Centro, Sveikatos socialinių ir senėjimo problemų informacinio modeliavimo skyriaus j.m.d. Rasa Savičiūtė (Straipsnis parengtas remiantis projekto CHANGE išleista medžiaga: „Summary of the State of the Art report“ ir „Didactical kit for Social and Health mediators“. Daugiau informacijos šia tema galite rasti tinklapyje www.changeonline.eu). Straipsnis publikuotas dienraščio „Lietuvos Aidas“ tinklapyje www.aidas.lt skyrelyje „Sveikata“ 2010 12 22.
- ▶ **Inovatyvus požiūris.** Straipsnį parengė VMTI Inovatyviaus Medicinos Centro, Sveikatos socialinių ir senėjimo problemų informacinio modeliavimo skyriaus j.m.d. Rasa Savičiūtė (Straipsnis parengtas remiantis projekto CHANGE išleista medžiaga: „Summary of the State of the Art report“. Daugiau informacijos šia tema galite rasti tinklapyje www.changeonline.eu). Straipsnis publikuotas dienraščio „Lietuvos Aidas“ tinklapyje www.aidas.lt skyrelyje „Sveikata“ 2010 12 22.

PRIEDAI

Priedas 1: Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos išduoti leidimai



VALSTYBINĖ DUOMENŲ APSAUGOS INSPEKCIJA

Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir
klinikinės medicinos institutui
Žygimantų g. 9, LT-01102 Vilnius

Vilniaus universiteto
Eksperimentinės ir klinikinės medicinos
institutui
2008-06-26
154

SPRENDIMAS DĖL VILNIAUS UNIVERSITETO EKSPERIMENTINĖS IR KLINIKINĖS MEDICINOS INSTITUTO ĮREGISTRAVIMO (L33)

2008 m. liepos 4 d. Nr. 2R-2144(9.1)
Vilnius

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, atsižvelgdama į Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos instituto 2008-06-25 raštu Nr. IS-196 pateiktame Pranešime dėl išankstinės patikros ir apie duomenų tvarkymą automatinio būdu (Inspekcijoje gauta 2008-06-26, reg. Nr. 1R-2000) pateiktą informaciją ir į tai, kad vadovaujantis Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo (Žin., 1996, Nr. 63-1479; 2003, Nr. 15-597; 2004, Nr. 60-2120) 26 straipsnio 2 dalimi, 2008 m. birželio 30 d. buvo priimtas sprendimas Nr. 2R-2077(2.6) „Dėl leidimo išdavimo“, bei vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. vasario 20 d. nutarimu Nr. 262 patvirtintų Asmens duomenų valdytojų valstybės registro nuostatų (Žin., 2002, Nr. 20-768; 2005, Nr. 144-5249) 19 ir 22 punktais,

n u s t a t ė,

kad duomenų valdytojo pateikta informacija atitinka Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. vasario 20 d. nutarimu Nr. 262 patvirtintose Duomenų valdytojų pranešimo apie duomenų tvarkymą taisyklėse (Žin., 2002, Nr. 20-768; 2005, Nr. 144-5249) nurodytus reikalavimus ir neprieštaruja teisėtam duomenų tvarkymui, ir

n u s p r e n d ž i a

Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutą įregistruoti Asmens duomenų valdytojų valstybės registre ir suteikti duomenų valdytojo identifikavimo kodą L33.

Atkreipiame dėmesį, kad Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos instituto įregistravimas bus panaikintas Jums pranešus apie duomenų subjektų asmens duomenų sunaikinimą.

Direktorius



dr. Algirdas Kunčinas

A. Krisenel, (8 5) 262 0220, el. p. a.krisenel@ada.lt

Valstybės biudžetinė įstaiga
Žygimantų g. 11-6a, 01102 Vilnius

Tel. (8 5) 278 1445
Faks. (8 5) 261 9434
El. p. adof@ada.lt

Duomenys kaupiami ir saugomi
Juridinių asmenų registre
Kodas 188607912



VALSTYBINĖ DUOMENŲ APSAUGOS INSPEKCIJA

Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir
klinikinės medicinos institutui
Žygimantų g. 9, LT-01102 Vilnius
registruotu laišku

Vilniaus universiteto
Eksperimentinės ir klinikinės medicinos
institutui
GAUTA
2008 m. birželio 30 d.
152-142

SPRENDIMAS DĖL LEIDIMO IŠDAVIMO

2008 m. birželio 30 d. Nr. 2R-2077(2.6)
Vilnius

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, išnagrinėjusi Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos instituto (toliau – Institutas) 2008-06-25 raštu Nr. 1S-196 pateiktą pranešimą dėl išankstinės patikros ir jo priedus (Inspekcijoje gauta 2008-06-26 reg. Nr. 1R-2000) (toliau – Pranešimas),

n u s t a t ė,

kad Institutas, tvarkydamas Pranešime nurodytus asmens duomenis, turi tinkamas priemones įgyvendinti duomenų subjektų teises ir teisėtus interesus bei tinkamas organizacines ir technines priemones, skirtas apsaugoti asmens duomenis nuo atsitiktinio ar neteisėto sunaikinimo, pakeitimo, atskleidimo, taip pat nuo bet kokio kito neteisėto tvarkymo.

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo (Žin., 1996, Nr. 63-1497; 2003, Nr. 15-597) 26 straipsniu, Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2006 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. 1T-6 „Dėl išankstinės patikros atlikimo taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 18-653) patvirtintų išankstinės patikros atlikimo taisyklių 10 punktu,

n u s p r e n d ė i a

Institutui suteikti leidimą atlikti asmens duomenų, dėl kurių pateiktas Pranešimas, tvarkymo veiksmus mokslinio tyrimo tikslais be duomenų subjekto sutikimo.

Direktorius



dr. Algirdas Kunčinas

B. Jurgelėvičienė, (8 5) 262 0320

Z. Medutis, (8 5) 262 6516

Valstybės biudžetinė įstaiga
Žygimantų g. 11-6a, LT-01102 Vilnius

Tel. (8 5) 279 1445
Faks. (8 5) 261 9494
El. p. ada@ada.lt

Duomenys kaupiami ir saugomi
Juridinių asmenų registre
Kodas 188607912

Priedas 2: Bioetikos komiteto leidimas atlikti tyrimą



LIETUVOS BIOETIKOS KOMITETAS

Valstybės biudžetinė įstaiga, Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius, tel./ faks. (8 5) 212 4565, el. p. lbek@sam.lt, http://bioetika.sam.lt
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188710595

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2008-09-03 Nr.: 51

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: „Socialinių, ekonominių, aplinkos veiksnių ir sveikatos paslaugų sąveikos tyrimai“
Protokolo Nr.: PR-9 Data: 2007 m. gruodžio 17 d.
Asmens informavimo forma bei informuoto asmens sutikimo forma Versija Nr.: 1
Anketa „Sveikatos socialinių problemų sisteminis tyrimas“ Versija Nr.: 1 Data: 2008 m. kovo 12 d.
Pagrindinis tyrėjas: Prof. habil. dr. Algirdas Juozulynas
Biomedicininio tyrimo vieta: Istaigos pavadinimas: Vilniaus Universiteto eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas Istaigos adresas: Žygimantų 9, Vilnius

Leidimas išduotas Lietuvos bioetikos komiteto posėdžio, įvykusio 2008 m. rugsėjo 02 d., sprendimu.

Lietuvos bioetikos komiteto biomedicininį tyrimų ekspertų grupės nariai			
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1	Gyd. Gintarė Breivienė	Pediatrija	taip
2	Gyd. Vytautas Čepulis	Onkologija	taip
3	Doc. Eugenijus Gefenas	Bioetika	ne
4	Prof. Zita Liubarskienė	Filosofija	taip
5	Prof. Andrius Narbekovas	Teologija	taip
6	Prof. Algimantas Raugalė	Pediatrija	taip
7	Doc. Krescentius Stoškus	Filosofija	taip
8	Gyd. Vytautas Tutkus	Mikrochirurgija	ne
9	Dalia Zeleckienė	Teisė	ne

Lietuvos bioetikos komitetas dirba vadovaudamasis Geros Klinikinės Praktikos taisyklėmis, kurias siūloma priimti Europos Sąjungos, Japonijos ir JAV valdžios struktūroms

Vyriausioji specialistė
l. e. pirmininko pareigas



Asta Čekanauskaitė

Priedas 3: Asmens informavimo ir sutikimo forma

ASMENS INFORMAVIMO FORMA BEI INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Vilniau Universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas vykdo svarbų tyrimą – „Socialinių, ekonominių, aplinkos veiksnių ir sveikatos paslaugų sąveikos tyrimas“, kurio tikslas - ištirti svarbiausių socialinių, ekonominių, aplinkos veiksnių, ir sveikatos paslaugų sisteminės sąveikos dėsningumus bei jų reikšmę žmonių sveikatai ir sveikatos sistemos plėtros kokybei. Tikslų įgyvendinimui vykdoma apklausa panaudojant Pasaulinės sveikatos organizacijos rekomenduojamų ir Lietuvoje adaptuotų klausimynų fragmentus (panaudoti klausimynai: GHQ-28, PSO aplinkos vertinimo klausimynas, PSO mitybos klausimynas, PSO socialinės sveikatos klausimynas).

Šiame tyrime dalyvauja 18 – 90 metų amžiaus Lietuvos gyventojai. Planuojama apklausti 1100 asmenų.

Dalyvavimas tyrime yra savanoriškas. Jūs gali laisvai apsispręsti ar dalyvauti tyrime, o taip pat pasitraukti iš jo bet kuriuo metu. Gautą informaciją išsipareigojame panaudoti tik moksliniams tikslams ir užtikriname visišką jos saugumą.

Atlikus apklausą ir apdorojus gautus duomenis, bus parengta mokslinė ataskaita ir praktinės rekomendacijos.

Galimas tyrimo nepatogumas, respondento sugaištas laikas.

Iš anksto dėkojame už tyrimo metu sugaištą Jums brangų laiką!

Tyrėjai: *prof., habil., dr. Algirdas Juozulynas, Rasa Savičiūtė*

Mūsų adresas: *Vilniaus Universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas, Žygimantų 9 g., Vilnius tel.: 2617985*

Data

Priedas 4: Tyrimo anketa

Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas

SVEIKATOS SOCIALINIŲ PROBLEMŲ SISTEMINIS TYRIMAS

Anketa
Vilnius, 2008
(B)

Gerbiamasis (-oji),

Tyrimu siekiame išryškinti svarbiausias šių dienų visuomenės sveikatos problemas. Tuo tikslu kviečiame ir jus bendradarbiauti užpildant šią anketa.

Gauti duomenys bus naudojami sveikatos mokslo tikslams ir teisingesnei sveikatos politikai formuoti Lietuvoje.

Atsakymų anonimiškumą garantuojame.

Pildydami anketą:

- 1. Atidžiai perskaitykite klausimą ar teiginį ir visus pateiktus atsakymo variantus.*
- 2. Išrinkite atsakymą, kuris labiausiai atitinka Jūsų nuomonę tuo klausimu ir pabraukite tą atsakymą arba jį atitinkantį skaičių.*

Daugiau informacijos apie tyrimą galima gauti adresu: Žygimantų 9, Vilnius, tel. (8-5) 2617985.

1. Nr.....

2. Visuomenės sveikata yra ne tik ligų nebuvimas, bet žmonių fizinė, socialinė ir dvasinė gerovė. Ji priklauso ne tik nuo medicinos paslaugų, bet ir nuo socialinių, ekonominių, aplinkos veiksnių ir jų tarpusavio sąveikos. Į tai reikia atsižvelgti formuojant teisingą sveikatos politiką.

Ar Jūs sutinkate su šia nuomone? (pabraukite vieną iš atsakymų)
Sutinku....1; Nesutinku.....2; Nežinau....3.

3. Ar sutinkate, kad ne tik medicinos specialistai, bet ir žmonės turėtų dalyvauti sprendžiant sveikatos problemas Lietuvoje? (pabraukite vieną iš atsakymų)
Sutinku.....1; Nesutinku.....2; Nežinau.....3.

BENDRA SVEIKATOS BŪKLĖ

G12. Kokia yra Jūsų sveikata? (pabraukite vieną iš atsakymų)

- Labai prasta _____1
Prasta _____2
Vidutiniška _____3
Gera _____4
Labai gera _____5

Ar PASTAROSIOMIS SAVAITĖMIS turėjote kokių nors nusiskundimų ir kaip apskritai jautėtės? Prašome atsakyti į VISUS klausimus – tiesiog pabrėžkite tą atsakymą, kuris, Jūsų nuomone, geriausiai atspindi Jūsų sveikatos būklę. (pabraukite vieną iš atsakymų)

A.Kokia buvo Jūsų bendra savijauta pastarosiomis savaitėmis?	0	1	2	3
A1. Ar gerai jautėtės?	geriau nei paprastai-0	taip pat-1	blogiau nei paprastai-2	daug blogiau nei paprastai-3
A2. Ar teko vartoti vaistus, kad pasijustumėte geriau?	ne-0	ne dažniau nei paprastai-1	daugiau nei paprastai-2	daug daugiau nei paprastai-3
A3. Ar jautėtės išsekęs (-usi)?	ne-0	ne labiau nei paprastai-1	labiau nei paprastai-2	daug labiau nei paprastai-3
A4. Ar jautėtės pasiligojęs (-usi)?	ne-0	ne labiau nei paprastai-1	labiau nei paprastai-2	daug labiau nei paprastai-3
A5. Ar skaudėjo galvą?	ne-0	ne stipriau nei paprastai-1	stipriau nei paprastai-2	daug stipriau nei paprastai-3
A6. Ar jautėte galvoje sunkumą ar spaudimą?	ne-0	ne stipriau nei paprastai-1	stipriau nei paprastai-2	daug stipriau nei paprastai-3
A7. Ar Jus pylė karštis ir krėtė šaltis?	ne-0	ne daugiau nei paprastai-1	daugiau nei paprastai-2	daug daugiau nei paprastai-3
A. Ar pastarosiomis savaitėmis buvo dėl ko nerimauti ir prastai miegojote?	0	1	2	3
B1. Ar dėl jaudinimosi sutriko miegas?	ne-0	ne labiau nei paprastai-1	labiau nei paprastai-2	daug labiau nei paprastai-3
B2. Ar negalavimas trukdė miegoti?	ne-0	ne daugiau nei paprastai-1	daugiau nei paprastai-2	daug daugiau nei paprastai-3

B3. Ar jautėte nuolatinę įtampą?	<i>ne-0</i>	<i>ne labiau nei paprastai-1</i>	<i>labiau nei paprastai-2</i>	<i>daug labiau nei paprastai-3</i>
B4. Ar buvote sudirgęs (-usi) ir blogos nuotaikos?	<i>ne-0</i>	<i>ne labiau nei paprastai-1</i>	<i>labiau nei paprastai-2</i>	<i>daug labiau nei paprastai-3</i>
B5. Ar be priežasties jautėte baimę ir panikavote?	<i>ne-0</i>	<i>ne labiau nei paprastai-1</i>	<i>labiau nei paprastai-2</i>	<i>daug labiau nei paprastai-3</i>
B6. Ar jautėtės beviltiškai?	<i>ne-0</i>	<i>ne labiau nei paprastai-1</i>	<i>labiau nei paprastai-2</i>	<i>daug labiau nei paprastai-3</i>
B7. Ar visą laiką buvote nervingas (-a) ir įsitempęs (-usi)?	<i>ne-0</i>	<i>ne labiau nei paprastai-1</i>	<i>labiau nei paprastai-2</i>	<i>daug labiau nei paprastai-3</i>

<i>C. Kaip Jums sekėsi per pastarąsias savaites dirbti įprastinius darbus?</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
C1. Ar sugebėjote dirbti ir užsiimti savo reikalais?	<i>daugiau nei paprastai-0</i>	<i>taip pat-1</i>	<i>mažiau nei paprastai-2</i>	<i>daug mažiau nei paprastai-3</i>
C2. Ar sugebėjote greitai atlikti įprastus kasdienes darbus?	<i>greičiau nei paprastai-0</i>	<i>taip pat-1</i>	<i>ilgiau nei paprastai-2</i>	<i>daug ilgiau nei paprastai-3</i>
C3. Ar manėte, kad viskas gerai?	<i>geriau nei paprastai-0</i>	<i>taip pat-1</i>	<i>blogiau nei paprastai-2</i>	<i>daug blogiau nei paprastai-3</i>
C4. Ar buvote patenkintas (-a) savo darbu?	<i>labiau patenkintas (-a)-0</i>	<i>taip pat-1</i>	<i>mažiau nei paprastai-2</i>	<i>daug mažiau nei paprastai-3</i>
C5. Ar jautėtės esąs (-anti) naudingas (-a)?	<i>labiau nei paprastai-0</i>	<i>taip pat-1</i>	<i>mažiau nei paprastai-2</i>	<i>daug mažiau nei paprastai-3</i>
C6. Ar jautėtės galįs (-inti) priimti sprendimus?	<i>geriau nei paprastai-0</i>	<i>taip pat-1</i>	<i>blogiau nei paprastai-2</i>	<i>daug blogiau nei paprastai-3</i>
C7. Ar sugebėjote džiaugtis įprastine kasdiene veikla?	<i>labiau nei paprastai-0</i>	<i>taip pat-1</i>	<i>mažiau nei paprastai-2</i>	<i>daug mažiau nei paprastai-3</i>

<i>D. Kokia pastarosiomis savaitėmis buvo Jūsų nuomonė apie gyvenimą apskritai?</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
D1. Ar manėte esąs (-anti) bevertis (-ė)?	<i>ne-0</i>	<i>ne labiau nei paprastai-1</i>	<i>labiau nei paprastai-2</i>	<i>daug labiau nei paprastai-3</i>
D2. Ar galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas?	<i>ne-0</i>	<i>ne labiau nei paprastai-1</i>	<i>labiau nei paprastai-2</i>	<i>daug labiau nei paprastai-3</i>
D3. Ar galvojote, kad neverta gyventi?	<i>ne-0</i>	<i>ne dažniau nei paprastai-1</i>	<i>dažniau nei paprastai-2</i>	<i>daug dažniau nei paprastai-3</i>
D4. Ar svarstėte galimybę pasitraukti iš gyvenimo?	<i>tikrai ne-0</i>	<i>nemanau-1</i>	<i>buvo tokia mintis-2</i>	<i>svarsčiau-3</i>
D5. Ar kartais atrodė, kad dėl pernelyg didelio nervingumo nieko negalite daryti?	<i>ne-0</i>	<i>ne dažniau nei paprastai-1</i>	<i>dažniau nei paprastai-2</i>	<i>daug dažniau nei paprastai-3</i>
D6. Ar norėjote mirti ir viską baigti?	<i>ne-0</i>	<i>ne labiau nei paprastai-1</i>	<i>labiau nei paprastai-2</i>	<i>daug labiau nei paprastai-3</i>
D7. Ar Jūsų nepersekiojo mintis apie mirtį?	<i>tikrai ne-0</i>	<i>nemanau-1</i>	<i>buvo tokia mintis-2</i>	<i>persekiojo-3</i>

Ar dažnai per praėjusį mėnesį Jūs:	<i>Visą laiką</i>	<i>Gana dažnai</i>	<i>Kartais</i>	<i>Retai</i>	<i>Taip nebuvo</i>
SS1. Vengėte ir šalinotės aplinkinių žmonių?	1	2	3	4	5
SS2. Buvote geranoriškai nusiteikęs (-usi) ir draugiškai bendravote su aplinkiniais žmonėmis?	1	2	3	4	5
SS3. Bendraudamas su žmonėmis sudirgdavote ir tapdavote irzlus (-i)?	1	2	3	4	5
SS4. Kėlėte nepagrįstus reikalavimus savo šeimos nariams ir draugams?	1	2	3	4	5
SS5. Gerai sutarėte su žmonėmis?	1	2	3	4	5
SP6. Jautėtės mylimas (-a) ?	1	2	3	4	5
SP7. Jautėtės vienišas (-a)?	1	2	3	4	5
SP8. Turėjote šalia žmogų, kuris kiekvieną akimirką galėjo Jums padėti?	1	2	3	4	5

Ar Jūs sirgote šiomis ligomis ar turėjote negalavimų ir kokio pobūdžio tai buvo per pastaruosius 12 mėnesių?	<i>Nesirgau</i>	<i>Lėtinė</i>	<i>Lėtinė su paūmėjimais</i>	<i>Ūmi (1-2 kartus)</i>	<i>Ūmi (3 ir daugiau kartų)</i>
S1. Širdies ir kraujagyslių ligos	1	2	3	4	5
S2. Padidėjęs kraujospūdis	1	2	3	4	5
S3. Galvos smegenų kraujotakos ligos (insultas ir kt)	1	2	3	4	5
S4. Migrena, dažni galvos skausmai	1	2	3	4	5
S5. Cukraligė (diabetas)	1	2	3	4	5
S6. Piktybiniai augliai (t.p. leukemija ir limfoma)	1	2	3	4	5
S7. Bronchitas	1	2	3	4	5
S8. Tuberkuliozė	1	2	3	4	5
S9. Sąnarių ligos	1	2	3	4	5
S10. Skrandžio ir virškinimo sistemos ligos	1	2	3	4	5
S11. Inkstų ir šlapimo sistemos ligos	1	2	3	4	5
S12. Akių ligos	1	2	3	4	5
S13. Osteoporozė	1	2	3	4	5
S14. Kiti	1	2	3	4	5

POREIKIAI

Ar labai Jums trūksta šiuo metu žemiau išvardintų dalykų?	<i>Visai netrūksta</i>	<i>Netrūksta</i>	<i>Vidutiniškai</i>	<i>Trūksta</i>	<i>Labai trūksta</i>
P1. Tinkamo maisto	1	2	3	4	5
P2. Drabužių	1	2	3	4	5
P3. Pinigų	1	2	3	4	5
P4. Draugų, su kuriais malonu bendrauti	1	2	3	4	5
P5. Artimų žmonių pagalbos	1	2	3	4	5
P6. Reikalingų vaistų	1	2	3	4	5

P7. Medicinos pagalbos	1	2	3	4	5
P8. Didesnio valdžios dėmesio	1	2	3	4	5
P9. Tiesos ir teisingumo	1	2	3	4	5
P10. Dvasios ramybės	1	2	3	4	5
P11. Laikraščių, knygų	1	2	3	4	5
P12. Pabūti teatre, koncerte	1	2	3	4	5
P13. Sveikatos	1	2	3	4	5
P14. Tarpusavio supratimo	1	2	3	4	5
P15. Pilietinės meilės	1	2	3	4	5
P16. Mokslo ir kitokių žinių	1	2	3	4	5
P17. Sekso, erotikos	1	2	3	4	5
P18. Informacinių technologijų, interneto	1	2	3	4	5

J1. PINIGAI

Kiek grynųjų pinigų vidutiniškai tenka vienam Jūsų šeimos nariui per mėnesį?

.....Lt (įrašykite sumą)

VERTYBĖS

Kaip svarbūs yra šie dalykai Jūsų gyvenimui?	Visai nesvarbu	Nesvarbu	Vidutiniškai	Svarbu	Labai svarbu	Nežinau
V1. Pinigai	1	2	3	4	5	9
V2. Kova su kainų augimu	1	2	3	4	5	9
V3. Tiesa	1	2	3	4	5	9
V4. Sveikata	1	2	3	4	5	9
V5. Šeima	1	2	3	4	5	9
V6. Meilė	1	2	3	4	5	9
V7. Galimybė laisvai reikšti nuomonę	1	2	3	4	5	9
V8. Tikėjimas	1	2	3	4	5	9
V9. Teisingumas	1	2	3	4	5	9
V10. Visuomenės įtaka valdžiai	1	2	3	4	5	9
V11. Lygybė	1	2	3	4	5	9
V12. Gyvenimo prasmė	1	2	3	4	5	9
V13. Sukauptas turtas	1	2	3	4	5	9
V14. Viltis	1	2	3	4	5	9
V15. Karjera darbe	1	2	3	4	5	9
V16. Tvarka ir ramybė šalyje	1	2	3	4	5	9

NAMŲ APLINKA

Ar turite problemų ar nepatogumų savo namuose dėl žemiau išvardintų dalykų visais metų laikais?	<i>Proble mų, nėra</i>	<i>Proble mų, nepato gumų nedaug</i>	<i>Viduti niškai</i>	<i>Dideli nepato gumai, proble mos</i>	<i>Labai didelės proble mos</i>
N1. Oro temperatūros bute (žiema, vasarą, rudenį, pavasarį)	1	2	3	4	5
N2. Šildymo	1	2	3	4	5
N3. Apšvietimo (langus užstoja pastatai, medžiai)	1	2	3	4	5
N4. Drėgnumo	1	2	3	4	5
N5. Oro kokybės (sausumas, dulkės, kvapai, dūmai)	1	2	3	4	5
N6. Ventiliacija (žiema, vasarą)	1	2	3	4	5
N7. Kenkėjų	1	2	3	4	5
N8. Dydžio ir išplanavimo poreikio Jūsų šeimai	1	2	3	4	5
N9. Triukšmo (kaimynai, transportas ir kt.)	1	2	3	4	5
N10. Vandens kokybės (šilto, šalto)	1	2	3	4	5
N11. Kanalizacijos įrangos	1	2	3	4	5
N12. Šiukšlių surinkimo	1	2	3	4	5
N13. Laiptinės ir kitų bendro naudojimo vietų švaros	1	2	3	4	5
N14. Buto pritaikymo seniems ir neįgaliems	1	2	3	4	5
N15. Kita	1	2	3	4	5

Ką Jūs manote apie kiekvieną iš žemiau pateiktų nuomonių, kurias žmonės gali turėti apie savo būstą? (Apibraukite kiekvieno teiginio vieną atsakymą)	<i>Visiškai sutinku</i>	<i>Sutinku</i>	<i>Nei sutinku, nei nesutinku</i>	<i>Nesu tinku</i>	<i>Visiškai nesutinku</i>
NN1. Jaučiu privatumą	1	2	3	4	5
NN2. Galiu nuo visko pabėgti	1	2	3	4	5
NN3. Galiu daryti, ką noriu ir kada noriu	1	2	3	4	5
NN4. Daugelis žmonių norėtų turėti tokį būstą, kaip mano	1	2	3	4	5
NN5. Manau, kad kontroliuoju padėtį	1	2	3	4	5
NN6. Mano būstas leidžia jaustis, kad mano gyvenime viskas klostosi gerai	1	2	3	4	5
NN7. Aš bijau prarasti savo namus	1	2	3	4	5
NN8. Mano gyvenimas mano namuose tampa rutina	1	2	3	4	5
NN9. Aš jaučiu, kad mano būste yra saugu	1	2	3	4	5
NN10. Mano būstas išreiškia mano asmenybę ir vertybes	1	2	3	4	5

MAISTAS

Kiek kartų per savaitę Jūs valgote žemiau išvardintus maisto produktus?	<i>Nė karto</i>	<i>1-2 kartus</i>	<i>3-4 kartus</i>	<i>5-6 kartus</i>	<i>Kiekvieną dieną</i>
M1. Šviežias daržoves (išskyrus bulves)?	1	2	3	4	5
M2. Bulves?	1	2	3	4	5
M3. Vaisius ir uogas?	1	2	3	4	5
M4. Žuvis ir jų produktus?	1	2	3	4	5
M5. Mėsą ir jos produktus?	1	2	3	4	5
M6. Pieną ir jo produktus?	1	2	3	4	5
M7. Grūdinius produktus?	1	2	3	4	5
M8. Vitaminų, mineralų ar kitus maisto papildus?	1	2	3	4	5
M9. Ar dažnai naudojate "Greitą maistą" (Mc Donald ir pan.)?	1	2	3	4	5
M10. Joduotą druską?	<i>Nieka da-1</i>	<i>Labai retai-2</i>	<i>Retai-3</i>	<i>Dažnai-4</i>	<i>Visada-5</i>
M11. Ar sūdote jau pagamintus patiekalus?	<i>Nieka da-1</i>	<i>Labai retai-2</i>	<i>Retai-3</i>	<i>Dažnai-4</i>	<i>Visada-5</i>

POTRAUKIAI

Ar dažnai vartojate šiuos alkoholinius gėrimus?	<i>Visai nevar-toju</i>	<i>Kelis kartus per metus</i>	<i>2-3 kartus per mėnesį</i>	<i>2-3 kartus per savaitę</i>	<i>Kas-dien</i>
AG1. Stiprius alkoholinius gėrimus (>22%)?	1	2	3	4	5
AG2. Vyną?	1	2	3	4	5
AG3. Alų?	1	2	3	4	5

AG4. Jei vartojate alkoholinius gėrimus, tai kiek taurelių ar butelių aukščiau išvardintų gėrimų išgėrėte praėjusią savaitę: (įrašykite)

Alaus (500 g talpos butelių) _____
 Vyno (100 g talpos taurių) _____
 Stiprių alkoholinių gėrimų (50 g talpos stikliukų) _____

R1. Ar dažnai dabar rūkote?	<i>Nerūkau-1</i>	<i>Kelis kartus per metus-2</i>	<i>2-3 kartus per mėnesį-3</i>	<i>2-3 kartus per savaitę-4</i>	<i>Kasdien-5</i>
R2. Jei rūkote, tai kiek cigarečių vidutiniškai per dieną surūkote:	<i>Iki 5-6 cigarečių per dieną</i>	<i>Iki 10 cigarečių per dieną</i>	<i>Iki 20 cigarečių per dieną</i>	<i>Daugiau kaip 20 cigarečių per dieną</i>	<i>Cigarečių nerūkau</i>
	1	2	3	4	5

NK1. Ar vartojate raminamuosius/migdomuosius vaistus per paskutinius 12 mėnesių?	<i>Ne</i> 1	<i>Kartą per mėn. ir rečiau</i> 2	<i>2-4 kartus per mėn.</i> 3	<i>2-3 kartus per savaitę</i> 4	<i>4 kartus per savaitę ir dažniau</i> 5
--	----------------	--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

NK2. Ar Jūs pats esate bandęs/vartojęs narkotikus?	<i>Niekada</i> 1	<i>Vieną kartą bandžiau</i> 2	<i>Bandžiau keletą kartų</i> 3	<i>Vartoju retai, bet reguliariai</i> 4	<i>4 Vartoju reguliariai ir dažniau</i> 5
--	---------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--	--

NK3. Ar dažnai per paskutinius 12 mėnesių teko vairuoti automobilį apsvaigus nuo alkoholio ar narkotikų?	<i>Niekada</i> 1	<i>Kartą per mėn. ir rečiau</i> 2	<i>2-4 kartus per mėn.</i> 3	<i>2-3 kartus per savaitę</i> 4	<i>4 kartus per savaitę ir dažniau</i> 5
--	---------------------	--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

Į kokius gydytojus ir kiek kartų Jūs kreipėtės per pastaruosius vienerius metus?	<i>Nesigydžiau</i>	<i>1-2 kartus</i>	<i>3-4 kartus</i>	<i>5-6 kartus</i>	<i>7 ir daugiau</i>
GD1. į bendrosios praktikos gydytoją	1	2	3	4	5
GD2. į neurologą	1	2	3	4	5
GD3. į kardiologą	1	2	3	4	5
GD4. į reumatologą	1	2	3	4	5
GD5. į chirurgą	1	2	3	4	5
GD6. į okulistą	1	2	3	4	5
GD7. į ausų, nosies, gerklės gydytoją	1	2	3	4	5
GD8. į dermatologą	1	2	3	4	5
GD9. į psichiatrą	1	2	3	4	5
GD10. į urologą	1	2	3	4	5
GD11. į ginekologą	1	2	3	4	5
GD12. į endokrinologą	1	2	3	4	5
GD13. į seksologą	1	2	3	4	5
GD14. į onkologą	1	2	3	4	5
GD15. į kitus specialistus	1	2	3	4	5
GD16. Į odontologą	1	2	3	4	5

Į kokias gydymo įstaigas ir kiek kartų per pastaruosius vienerius metus Jūs pats kreipėtės ar buvote nukreiptas gydytis?	<i>Nesigydžiau</i>	<i>1-2 kartus</i>	<i>3-4 kartus</i>	<i>5-6 kartus</i>	<i>7 ir daugiau</i>
GI1. Kreipiausi į polikliniką	1	2	3	4	5
GI2. Gydžiausi bendro profilio ligoninėje	1	2	3	4	5
GI3. Gydžiausi slaugos ligoninėje	1	2	3	4	5
GI4. Gydžiausi privačioje klinikoje	1	2	3	4	5

GI5. Gydžiausi specializuotoje (universitetinėje) klinikoje	1	2	3	4	5
GI6. Kreipiausi į greitąją pagalbą	1	2	3	4	5
GI7. Gydžiausi ambulatoriškai	1	2	3	4	5

Iš savo, ar artimųjų patirties Jūs turite nuomonę apie medicinos paslaugas. Įvertinkite kai kurių paslaugų kokybę.

Kaip Jūs vertinate žemiau išvardintas medicinos paslaugas?	<i>Labai gerai</i>	<i>Gerai</i>	<i>Nei gerai nei blogai</i>	<i>Blogai</i>	<i>Labai blogai</i>	<i>Nežinau</i>
KK1. Gydytojų darbą	1	2	3	4	5	6
KK2. Gydomo rezultatus	1	2	3	4	5	6
KK3. Galimybę patekti pas norimą specialistą	1	2	3	4	5	6
KK4. Galimybę patekti į pageidaujama gydymo įstaigą	1	2	3	4	5	6
KK6. Galimybę gauti reabilitacinį gydymą	1	2	3	4	5	6
KK7. Sveikatos reformos organizavimą	1	2	3	4	5	6
KK8. Sveikatos reformos rezultatus	1	2	3	4	5	6
KK9. Sveikatos priežiūros kokybę valstybinėse įstaigose	1	2	3	4	5	6
KK10. Sveikatos priežiūros kokybę privačiose įstaigose	1	2	3	4	5	6

AMŽIUS. Kiek Jums metų? _____

LYTIS? Vyras...1 Moteris....2

ISL. Koks Jūsų išsimokslinimas?

Pradinis _____ 1
 Nebaigtas vidurinis _____ 2
 Vidurinis (ir spec.) _____ 3
 Aukštesnysis _____ 4
 Nebaigtas aukštasis _____ 5
 Aukštasis _____ 6

PRP. Jūsų profesija

Darbininkas _____ 1
 Bedarbis _____ 2
 Pensininkas _____ 3
 Namų šeimininkė _____ 4
 Tarnautojas _____ 5
 Specialistas _____ 6
 Vadovas _____ 7
 Kita _____ 8

SMP. Šeima:

Vedęs (ištekėjusi) _____ 1
 Nevedęs (neištekėjusi) _____ 2
 Išsituokęs (-usi) _____ 3
 Našlys (našlė) _____ 4
 Gyvena nesusituokę _____ 5

GV. Gyvenamoji vieta:

Miestas _____ 1

Kaimas _____ 2

Ačiū už malonų bendradarbiavimą

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju už paramą ir pagalbą rengiant disertaciją:

Už mokslinę konsultaciją, pagalbą ir vadovavimą rengiant šį darbą, ypatingą padėką reiškiu savo vadovui, Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos instituto bei Valstybinio mokslinių tyrimo instituto Inovatyvios medicinos centro prof. habil. dr. Algirdui Juozulynei.

Nuoširdžiai dėkoju ir reiškiu ypatingą padėką už pagalbą bei mokslinę konsultaciją rašant darbą, Valstybinio mokslinių tyrimų instituto Inovatyvios Medicinos centro Inovatyvių diagnostikos, gydymo ir sveikatos stebėsenos technologijų skyriaus mokslo darbuotojui dr. Antanui Jurgelėnui.

Dėkoju Valstybinio mokslinių tyrimų instituto Inovatyvios Medicinos centro Inovatyvių diagnostikos, gydymo ir sveikatos stebėsenos technologijų skyriaus kolegėms Dianai Venslauskienei ir Birutei Korsakienei padėjusioms atlikti apklausas.

Valstybinio mokslinių tyrimo instituto Inovatyvios medicinos centro direktoriui prof. Algirdui Venaliui už galimybę rengti disertaciją jo vadovaujamoje įstaigoje.

Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos instituto kolektyvui už vertingus pasiūlymus ir pastabas.

Dėkoju recenzentams, komisijos nariams ir oponentams už pastabas ir patarimus.

Savo artimiesiems už visokeriopą paramą ir kantrybę.

