

**VILNIAUS UNIVERSITETAS**

Mindaugas Butikis

**SVEIKATOS SĄLYGOJAMOS GYVENIMO KOKYBĖS IR AMŽIAUS  
SĄVEIKA**

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B)

Vilnius, 2009

Disertacija rengta 2005-2009 metais Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir  
klinikinės medicinos institute  
Disertacija ginama eksternu

Moksliniai konsultantai:

Prof. habil. dr. Algirdas Juozulynas (Vilniaus universitetas, biomedicinos  
mokslai, visuomenės sveikata – 10B)

Dr. Antanas Jurgelėnas (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai,  
visuomenės sveikata – 10B)

## Turinys

SANTRUMPOS.....	5
PAGRINDINIAI TERMINAI IR SĄVOKOS.....	6
ĮVADAS .....	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA .....	13
1.1. Gyvenimo kokybės socialiniai bruožai .....	13
1.2. Sveikatos ir gyvenimo kokybės sąsajos.....	18
1.3. Išteklių-rizikos principas sveikatos ir gyvenimo kokybėje.....	28
1.4. Integralus, sisteminis požiūris į gyvenimo kokybės socialinę plėtrą..	30
2. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAS .....	36
2.1. Tyrimo objektas.....	36
2.2. Tyrimo metodas.....	36
3. REZULTATAI .....	45
3.1. Tiriamojo objekto charakteristika.....	45
3.2. Gyvenimo kokybės prioritetų tendencijos amžiaus grupėse.....	47
3.2.1. Gyvenimo kokybės sričių raidos tendencijos .....	48
3.2.2. Gyvenimo kokybės integralių veiksnių raidos tendencijos .....	56
3.3. Gyvenimo kokybės socialinė sąveika amžiaus grupėse .....	71
3.3.1. Gyvenimo kokybės socialinės sąveikos struktūra .....	71
3.3.2. Gyvenimo kokybės integralių socialinių veiksnių raiška amžiaus grupėse .....	74
3.4. Gyvenimo kokybės ištekliai ir rizika.....	77
3.4.1. Gyvenimo kokybės išteklių-rizikos santykis.....	78
3.4.2. Gyvenimo kokybės riziką įtakojantys veiksniai.....	82
3.5. Gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių tarpusavio sąveika.....	84
3.5.1. Demografiniai veiksniai .....	84
3.5.2. Aplinkos veiksniai .....	95
3.5.3. Psichinės sveikatos veiksniai.....	113
3.6. Gyvenimo kokybės plėtros tendencijų galimybė .....	117
4. REZULTATŲ APTARIMAS .....	122

5. IŠVADOS.....	140
7. PRAKTINĒS REKOMENDACIJOS .....	142
8. LITERATŪRA .....	143
9. PUBLIKACIJŪ SARAŠAS .....	152
10. PRIEDAI .....	154

## SANTRUMPOS

BVP	– bendrasis vidaus produktas
ES	– Europos Sąjunga
KMU	– Kauno medicinos universitetas
PSO	– Pasaulio sveikatos organizacija
GK	– gyvenimo kokybė
FS	– fizinio funkcionavimo sritis
PS	– psichinio funkcionavimo sritis
NS	– nepriklausomumo sritis
SSS	– socialinių santykių sritis
AS	– aplinkos sritis
DS	– dvasingumo sritis

## PAGRINDINIAI TERMINAI IR SAŲOKOS

GK sritys	– šešios GK sritys identifikuojančios klausimyną WHOQoL-100
GK aspektai	– kiekvienos GK srities sudėtinės dalys identifikuojamos WHOQoL-100 klausimynu
Integralūs GK veiksniai	– faktorinės analizės metodu gauti latentiniai integralūs veiksniai panaudojant visus WHOQoL-100 anketos rodiklius
Integralūs GK socialiniai veiksniai	– faktorinės analizės metodu gauti latentiniai integralūs veiksniai panaudojant GK aspektus, socialinės sveikatos, aplinkos, socialinius ir ekonominius rodiklius
GK prioritetai	– GK, kaip tikslingos socialinės sistemos plėtros svarbiausios kryptys (latentiniai tikslai, atraktoriai). Šiame darbe jais įvardijami didžiausius kiekybinius faktorinius svorius turintys GK sritys, integralūs GK veiksniai ir integralūs GK socialiniai veiksniai
GK ištekliai	– GK būseną, kurią formuoja GK sritis sudarančių klausimų vertinimai 4 ir 5 balais, bei integralių veiksmių reikšmių eilutės kvintilių 4 ir 5 balų vertinimai
GK rizika	– GK būseną, kurią formuoja GK sritis sudarančių klausimų vertinimai 1, 2, 3 balais, bei integralių veiksmių reikšmių eilutės kvintilių 1, 2, 3 balų vertinimai
Netiesiniai procesai	– GK procesai, kai poveikiai ir jų rezultatai tampa neadekvatūs
Bifurkacijos momentas	– laikas, kai GK procesas, paveiktas atsitiktinio veiksnio, keičia plėtros kokybinius parametrus

Determinacijos  
principas

– visi GK formuojantys reiškiniai yra dėsningai  
nulemti savo priežasčių ir skirtingos determinacijos  
formos suponuoja jomis įgyjamo determinizmo  
skirtumus

## IVADAS

Gyvenimo kokybės vertinimas yra sudėtingas uždavinys. Kiekvienas žmogus patenkintas ar nepatekintas gyvenimu daugiausia dėl asmeninių priežasčių. Žmonėms reikia bent elementarios materialinės gerovės, kuri kiekvienam atrodo skirtingai. Tačiau materialinė gerovė dar nedaro žmogaus laimingu. Žmogui geresnis tas gyvenimas, kuriame jis gali sėkmingiau išspręsti jam iškylančias problemas. Kadangi problemų yra daug ir įvairių, žmogaus ir visuomenės gyvenimo kokybei matuoti atsirenkami svarbiausi ir universaliausi veiksniai. Tokiais veiksniais pirmiausia buvo materialiniai dalykai. Tačiau žmogus ne vien duona sotus. Žmonių laimę apsprendžia ne vien sąlygos, kuriomis jie gyvena ir paskirsto materialinius išteklius, bet ir subjektyvus savo gyvenimo vertinimas apibūdinant fizinę, socialinę ir dvasinę sveikatą, jausmus, vertybes, gyvenimo prioritetus, sprendimų galimybę ir laisvę, politinį, kultūrinį, ekonominį ir ekologinį idealą. Gyvenimas kaip integrali žmonių buvimo ir būties visuma apima kasdieniškumą, darbą, iškilmes, šventes, socialinius ir ekonominius santykius, vertybinę sferą. Remiantis šiuolaikine darnios plėtros koncepcija, gyvenimo kokybė yra socialinių, ekonominių ir aplinkos veiksnių sąveikos rezultatas [12, 47, 48, 95]. Jis priklauso ne tik nuo aukšto technikos ir ekonomikos išsivystymo lygio, bet ir nuo jo santykio su taip vadinamu žmoniškuoju kapitalu. Šiuolaikinė gyvenimo kokybės samprata suvokiama ...” kaip tam tikras socialinis konstruktas, susidedantis iš savitų socialinių dimensijų” [28]. Pati visuomenė konstruoja savitą, jiems priimtina gyvenimo kokybės modelį, kur gyvenimo kokybė reiškia visapusiško pasitenkinimo gyvenimu laipsnį.

Gyvenimo kokybės plėtra yra susijusi su žmogaus ir visuomenės galimybėmis ir pavojais. Kai gamybos ir vartojimo tikslai stengiasi užvaldyti gyvenimo visumą, o racionalus mąstymas nukreipiamas tik į gamybos ir vartojimo efektyvumo didinimą, atsiranda pavojai žmogiškumui [41, 95]. Žymus šių laikų sociologas A. Giddens sako kad “gyventi brandaus modernumo pasaulyje reiškia gyventi galimybių ir rizikos sąlygomis” [17].



Anot M. Bec, gyvenimo rizika ypač paliečia tas gyventojų grupes, kurios kenčia dėl prastos savo socialinės padėties [5, 63].

Tačiau grėsmės ir pavojai gali būti bent dalinai išvengiami ar kontroliuojami [66]. Mat „...rizikos esmė yra ne tai, kad ji *atsitinka*, bet tai, kad ji *gali* atsitikti“. Iš čia kyla gyvenimo kokybės supratimo ir analizės tikslingumas.

Senstanti visuomenė turi rizikos bruožų. Senstant visuomenei mažėja jos fizinė ir socialinė galia, o tai reiškia, kad mažėja jos potenciali aktyviai ir produktyviai veikti. Kitaip tariant visuomenės senėjimas neišvengiamai sukelia pavojų visuomenės sveikatai.

Sveikatos sureikšminimas gyvenimo kokybei yra svarbus tuo, kad ją galima vertinti kaip pagrindinį gyvenimo kokybės komponentą, kuris turi įtakos kitoms gyvenimo sritims. Sveikata yra fizinė, socialinė ir dvasinė žmogaus ir visuomenės galia ir investicijos į sveikatą yra kartu investicija į visuomenės plėtros kokybę. Sveikata, kaip gyvenimo kokybės komponentas, tampa svarbiu tiek fiziniu, tiek socialiniu veiksniu, kuris įtrauktas ir į Žmogaus socialinės raidos indeksą [11, 30, 90]. Viename pirmųjų gyvenimo kokybės apibrėžimų, kurį pateikė Pasaulio sveikatos organizacija dar 1993 metais sakoma, kad gyvenimo kokybė yra individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros, ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, jo nepriklausomumo laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka [83]. PSO strategijoje “Sveikata 21” jau kalbama ne tik apie gyvenimo kokybę kaip gyvenimo išteklių, bet ir kaip apie galimą gyvenimo riziką, kuri atsiranda dėl socialinės ir ekonominės nelygybės, aplinkos taršos įtakos sveikatai [75]. Sveikatos ištekliai ir rizika tampa šiuolaikinės sveikatos teorijos sąvokomis [45, 77], todėl jos gali būti priimtinos ir šiuolaikinei gyvenimo kokybės analizės ir vertinimo sistemai.

Šiuo metu Vakarų Europos šalyse ir JAV sukurta daug metodikų gyvenimo kokybei vertinti. Dauguma jų remiasi multidisciplininiais,

sisteminiiais principais. G. Janušauskaitė, aptardama šiuolaikines gyvenimo kokybės tyrimų problemas ir galimybes pažymi, kad dabar skiriamas dėmesys ne tiek į kiekybinius kiek į kokybinius gyvenimo subalansuotumo vertinimus [28], Tuo tarpu kai kuriose šalyse ir Lietuvoje gyvenimo kokybės tyrimai daugiau koncentruojasi sveikatos ir medicinos srityse. [4, 25, 34, 58]. Dauguma jų susiję su klinikinio pobūdžio problemomis ir skiriami atskirų dažniausia su sveikata susijusių situacijų analizei. Tai svarbūs lokaliniai tyrimai. Tačiau problemą sudaro tai, kad panašių lokaliųjų tyrimų suma negali duoti visuminio vaizdo apie gyvenimo kokybę kaip bendrą gėrį.

Šiame darbe, bent dalinai spręsdami paminėtą problemą, mes siekiame sistemiškai susieti du svarbius šiuolaikinės gyvenimo kokybės plėtros veiksnius – visuomenės senėjimą kaip svarbų šių dienų socialinių reiškinių ir sveikatos poveikio reikšmingumą gyvenimo kokybei. Hipotetiškai formuluojame tezę: senstant visuomenei didėjanti socialinė rizika viršija jos gyvenimo išteklius ir sukelia gyvenimo kokybės blogėjimo tendenciją. Procesą koreguoti galima didinant socialinės plėtros išteklių-rizikos santykį rizikos mažinimo sąskaita

Mūsų darbe ši problema bandoma spręsti remiantis sisteminiu požiūriu. Juo remiantis apibrėžiame gyvenimo kokybę kaip tikslingą socialinę sistemą [6]. Tokį pasirinkimą grindžiame metodologinio holizmo, (sistemio požiūrio), paradigma [80]. Apibrėždami gyvenimo kokybę kaip tikslingą socialinę sistemą mes ją įvardiname kaip aukštesnio, kokybiškai kitokio, lygmens socialinį konstrukta, kurį galima suprasti kaip žmonių sveikatos ir socialinės plėtros elementų sąveikos produkuojamą sisteminių rezultatą. Socialinė sąveika suprantama kaip procesas, kuris apima sąveikoje dalyvaujančių subjektų tarpusavio veiksmus ir atoveiksmius [18]. Jų veiksmi ir atoveiksmi suprantami plačiąja prasme t.y. suvokiant ir valdant save, kaip socialinį subjektą, gyvenimo erdvėje. Subjektais mūsų darbe yra skirtingo amžiaus individai ir jų populiacijos. Gyvenimo kokybės socialinį tikslingumą šiame darbe tapatiname su gyvenimo kokybės sisteminiiais prioritetais.

### **Darbo tikslas**

Ištirti miesto gyventojų sveikata sąlygojamos gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių sisteminės sąsajos amžiaus grupėse.

### **Uždaviniai**

1. Ištirti gyvenimo kokybės prioritetų kaitos tendencijas didėjant žmonių amžiui.
2. Išanalizuoti gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių sąveikos ypatumus.
3. Įvertinti integralių gyvenimo kokybės veiksnių ir amžiaus sąsajas.
4. Palyginti gyvenimo kokybės išteklių ir rizikos santykį kintant amžiui.
5. Numatyti socialinių veiksnių prognostinę įtaką gyvenimo kokybės plėtrai.

### **Naujumas**

*Moksliniu požiūriu* šiame darbe nauja tai, kad sveikatos priežastinė gyvenimo kokybės kaita su amžiumi analizuojama visuminiu požiūriu kai vienu metu veikia daug, tarpusavyje susijusių veiksnių kurie suformuoja naujus integralius tiesiogiai neišmatuojamus veiksnus. Sukurta nauja originali tyrimo metodika, kurioje apjungiami priežastiniai ir tikimybiniai gyvenimo kokybės, sveikatos, socialiniai, ekonominiai, aplinkos veiksniai į vieningą visumą, duodančią pagrindą inovatyviam moksliniam požiūriui į visuomenės sveikatos socialinius procesus.

*Praktiniu požiūriu* - gauti rezultatai gali būti panaudoti visuomenės sveikatos ir gyvenimo kokybės kaitos stebėsenai mūsų siūlomoje „stebėsenos grandinėje“ [42]. O nauji veiksniai – formuojant gyvenimo kokybės ir visuomenės sveikatos plėtros politiką.

### **GINAMIEJI TEIGINIAI**

1. Skirtingos determinacijos formos nulemia skirtingus gyvenimo kokybės kaitos su amžiumi prioritetus
2. Gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių sąveika su amžiumi formuoja latentinius integralius gyvenimo kokybės veiksnus

3. Gyvenimo kokybės ir amžiaus sąsajų kaita yra netiesinis socialinis procesas
4. Didėjant amžiui didėja gyvenimo kokybės socialinė rizika
5. Vilniaus miesto gyventojų gyvenimo kokybę labiausiai įtakoja fizinės psichinės ir socialinės sveikatos integralus poveikis

## LITERATŪROS APŽVALGA

### 1.1. Gyvenimo kokybės socialiniai bruožai

Geras gyvenimas – ši kategorija visuomet buvo viena pamatinių temų įvairiose mokslo srityse ir asmeniniame kiekvieno individo gyvenime. Su tuo susiję svarbūs egzistenciniai ir tuo pačiu praktiniai klausimai – ką reiškia „geras gyvenimas“? Kaip gali būti suderinami troškimai ir galimybės? Šie klausimai susiję su įvairiais vidiniais prieštaravimais, nes jie apima skirtingas gyvenimo dimensijas, įvairius gyvenimo prasmės aspektus bei specifinius, ilgalaikėmis strategijomis grindžiamus, veiksmus ir prieinamus išteklius [76].

Nuo XX a. 7-ojo dešimtmečio pradžios moksle ir politikoje, ekonomikoje buvo pradėta svarstyti ir analizuoti socialinė raida. Pastebėta, kad telkiant dėmesį tik į ekonominius gyvenimo kokybės komponentus neišsprendžiama socialinių visuomenės problemų. Manoma, kad sociologinis gyvenimo kokybės supratimas dažniausiai orientuotas į tai, kaip gyvenimo kokybę suvokia visuomenė, socialinės grupės ar asmenys (tai yra subjektyvus gyvenimo kokybės vertinimas). Be to, gyvenimo kokybę, vertinant ją iš sociologijos mokslo pozicijų, suvokiama kaip tam tikras socialinis konstruktas, susidedantis iš savitų socialinių dimensijų. Pati visuomenė arba asmenys konstruoja savitą ir tik jiems priimtą gyvenimo kokybės modelį. Tuo tarpu psichologai šią koncepciją sieja su vidinėmis individo charakteristikomis (laimės pojūtis, savirealizacijos galimybės, teigiami / neigiami gyvenimo įvykiai ir kt.) [28, 47, 70].

Kokybiški tarpusavio santykiai Lietuvos gyventojams yra viena svarbiausių gyvenimo vertybių [68, 71].

Vertybės bei jų realizavimasis per žmonių gyvenimo normas atlieka labai svarbų vaidmenį, o jų pokyčiai vienaip ar kitaip veikia gyvenimo tėkmę.

Pažymėtina tai, kad lėčiausiai kinta požiūriai į tokias vertybes, kurios žmonių vertybių sistemoje užima išskirtinę vietą, glaudžiai susijusią su pagrindiniais žmonių gyvenimo dalykais – sveikata, šeima, vaikais ir kt.

Tačiau, traktuojant ir šias vertybes, tarp šalių arba socialinių grupių gali būti skirtumų.

Faktiškas gyvenimo pasikeitimas automatiškai nekeičia įsitvirtinusių vertybių. Realijų ir jų vertinimų sąryšių pokyčiai laiko atžvilgiu nėra sinchroniški. Vertinimai bei požiūriai daugeliu atvejų konservatyvesni už realijų pokyčius [56].

Viena iš gyvenimo kokybės socialiniuose moksluose samprata - žmogaus gebėjimai yra pagrindinė varomoji jėga siekiant geresnio gyvenimo. Gyvenimo kokybę apibrėžia individo sugebėjimai kurti savo gyvenimą, pasirinkti atitinkamas galimybes ir veikti praktiškai, siekiant pagerinti savo gyvenimo sąlygas ir realizuoti savo tikslus. Geram gyvenimui 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, atsižvelgiant į savo poreikius, ir gebėjimas realizuoti savo tikslus. Gyvenimo kokybė iš esmės priklauso nuo kūrybiško požiūrio į gyvenimą. [76]

Kita socialinio pobūdžio visuomenės sveikatos tyrimų sritis yra medicinos sociologija. Medicinos sociologijos, kaip mokslo, institucionalizacija Vakarų pasaulyje prasidėjo nuo 1950-ųjų [91]. Atskiros sritys yra sociologija medicinoje ir medicinos sociologija. Apžvelgdamas šiuos reiškinius, A. Žemaitaitis su bendraautoriais nurodo: „Sociologija medicinoje atspindi taikomąjį medicinos sociologijos pobūdį ir suprantama kaip sociologinių (tiksliau – socialinių mokslų) metodų taikymas nagrinėjant tokias medicinos ir sveikatos problemas, kaip ligų gydymas bei prevencija, išteklių skirstymas ir pan. Tad sociologija medicinoje suvokiama kaip taikomieji tyrimai, kurių pagrindinis objektas – ne sociologinės, o medicininės kilmės problemos ir reiškiniai.

Medicinos sociologijos atveju į pačią mediciną žvelgiama kaip į socialinę instituciją – tokią pat, kaip, pavyzdžiui, šeima, religija, švietimas, ekonomika ir pan. Sociologinio pobūdžio studijos, atliekamos tyrinėjant mediciną, leidžia išplėtoti tam tikras įžvalgas apie socialinius ryšius, socialinę

organizaciją ir panašiai. Šiandieniniame Vakarų mokslo pasaulyje medicinos sociologija, nagrinėjanti mediciną, kaip iš dalies savarankišką socialinę posistemę, kuri užtikrina visuomenės sveikatingumą ir leidžia jai normaliai funkcionuoti bei plėtotis, yra visiškai institucionalizuota, savarankiška mokslo šaka“. Toliau analizuodami padėtį Lietuvoje, autoriai pažymi, kad „...tuo tarpu netgi be sistemingos mokslinių publikacijų sociologiniuose bei medicininiuose leidiniuose analizės, be mokslo ir studijų institucijų apžvalgos ir kitų panašių dalykų galima pastebėti, kad Lietuvoje terminas *medicinos sociologija* nėra plačiai paplitęs“ [85]. Autoriai nurodo, kad sovietmečiu Lietuvoje aiškiai vyravo vadinamoji *sociologija medicinoje*. Tai buvo orientacija į kiekybinius medicinos ir socialinių reiškinių tyrimus. Tokią situaciją lėmė kelios priežastys. Pirma, tuo laikmečiu Lietuvos (ir visų kitų sąjunginių respublikų) visuomenė, mokslas bei sveikatos priežiūros sistema, kaip ir beveik visos kitos viešojo bei privataus gyvenimo sritys, buvo ypač stipriai ideologizuoti. Tai reiškia, jog nebuvo galima jokia kita ideologija ar socialinė teorija, išskyrus dogmatinį marksizmą su jo idealios (tarybinės) visuomenės, kuriai nebūdingos jokios socialinės problemos, koncepcija. Objektyvi kokybinė sveikatos socialinių problemų ar institucijų (taip pat ir visų kitų socialinių reiškinių) analizė buvo nepalanki to meto politinei konjunktūrai, todėl praktiškai neįmanoma. Antra, sovietinio valdymo metais iš tiesų nebuvo tinkamos terpės akademinės sociologijos plėtrai. Realūs sociologinius medicinos tyrimus vykdė sveikatos profesionalai, kurie sociologiją dažniausiai siejo tik su matematine-statistine analize ir socialine epidemiologija.

Tokios situacijos pasekmių šiandien gausu. Kaip nurodo V. Leonavičius, „Atrodo, kad Lietuvoje nebereikėtų įrodinėti sveikatos sociologijos reikšmės formuojant sveikatos politiką, tačiau čia dar nėra išplėtos sveikatos sociologijos, jeigu tarsime, kad šią discipliną formuoja sociologinės perspektyvos taikymas, o ne epidemiologiniai, nors ir plačiai apimantys visuomenės gyvenimą, tyrimai. Sveikatos sociologijos vaidmuo šiandieninėje sveikatos politikoje, deja, yra minimalus arba problemiškas. Iš čia kyla įvairios – tiek suvoktos, tiek nesuvoktos – sveikatos priežiūros

problemos. Pavyzdžiui, būtų sudėtinga kalbėti apie tai, ar Lietuvos sveikatos priežiūroje suvokiama biomedicininio požiūrio į ligą priešprieša, ir jei suvokiama, tai koku laipsniu“ [55]. Autorius, apibendrinamas socialinių ir ekonominių procesų įtaką moderniajai sveikatos sampratai, daro išvadą: „Nepaisant sąlygiškai intensyvaus Lietuvos medikų dalyvavimo tarptautiniuose sveikatos tyrimo projektuose, įtraukti sociologiją į tyrimus trukdė ne tik ideologiniai apribojimai, bet ir skirtingos Vakarų bei sovietinės socialinės ir ekonominės sąlygos, galėjusios riboti galimybę išvelgti socialinius sveikatos aspektus. Darytina prielaida, kad medikai negalėjo pasitelkti sociologijos, nes iki galo nesuvokė tų socialinių procesų, kurie lėmė sveikatos sampratos ir sveikatos politikos pokytį Vakaruose“. Šios pasekmės jaučiamos ir šiandien, kai socialiniai sveikatos aspektai ir sveikatos politika integruojama į naujosios sveikatos paradigmos sampratą ir Europos sveikatos socialinių tyrimų erdvę.

Socialinių ir ekonominių veiksnių santykį su sveikata parodo sveikatos skirtumų struktūra. Žmonės užima skirtingą padėtį socialinėje hierarchijoje pagal savo profesinį užimtumą, išsilavinimą, pajamas. Jų padėtis pagal tai, kokiam visuomenės sluoksniui jie priklauso, apibendrintai vadinama socialiniu statusu. Profesinis užimtumas ir įgytas išsilavinimas yra svarbiausi socialinės stratifikacijos veiksniai ir esminės sveikatos socialinių netolygumų prielaidos. Nors sveikatos socialiniai netolygumai paprastai išreiškiami kiekybiniais rodikliais, jie taip pat yra svarbūs gyvenimo kokybės rodikliai.

Profesija arba užsiėmimo prestižas lemia žmonių vietą socialinėje hierarchijoje. Žemiausiam prestižo lygmeniui priklauso bedarbiai ir kiti socialiai nesaugūs asmenys. Nedarbas gali būti ligos ir ankstyvos mirties priežastis, jis taip pat gali sukelti psichikos sutrikimus ar tapti savižudybės priežastimi. Ilgalaikio nedarbo grėsmė yra didžiausia neprivilegiuotose gyventojų grupėse, kurioms priskiriamos vienišos motinos, šeimos, gaunančios mažas pajamas, nekvalifikuoti darbininkai.

Socialinės medicinos darbuose socialiniai ir ekonominiai aspektai dažniausiai analizuojami epidemiologinės legitimacijos požiūriu. Jie traktuojami kaip sveikatą lemiantys veiksniai. Sveikatos sociologijoje kai kada



analizuojami ir atvirkštiniai reiškiniai – sveikatos įtaka visuomenės raidai. Prof. R. Grigas „sveikatingumą – nesveikatą“ įvardija kaip socialinės įtampos lauko samplaiką. Anot R. Grigo, „socialinę įtampą derėtų suprasti kaip tam tikroje socialinių santykių erdvėje ir laike išsidėstančius faktus, įvykius, procesus ir jų konfiguraciją, išreiškiančius priešingus polius, skirtingas socialinio vyksmo tendencijas“ [21]. Sveikatingumo – nesveikatos priešpriešos polius jis priskiria demografinių santykių bei procesų įtampos laukų klasei. Jai priklausytų tokios priešpriešos: migracija – sėslumas, santuoka – ištuoka, gimstamumas – mirtingumas ir kitos.

Iš tiesų visuomenės sveikata – nesveikata pasižymi skirtingomis socialinio vyksmo tendencijomis. Tačiau vargu ar tai tik demografinių santykių elementai, veikiau atvirkščiai: demografiniai santykiai ir procesai yra visuomenės sveikatos – nesveikatos santykių elementai. Kita vertus, sveikatingumas – nesveikata gali būti identifikuojama pagal demografinių vienetų – individų sveikatos būklę. Individai yra sveikatos būklės rezultatų kūrėjai. Šie rezultatai nulemia situaciją, bet jos nepaaiškina. Narkomanų statistika nepaaiškina narkomanijos motyvacijos. Lygiai kaip ir sveikatos skirtumai turi ne tik kiekybinę, bet ir kokybinę dimensiją [8, 52]. Kokybinius sveikatos skirtumus galima paaiškinti remiantis prof. R. Grigo kokybinių struktūrų idėja. Autorius sako, kad „egzistuoja tik gebančios save kokybiškai išreikšti ir kokybės atžvilgiu nuolat kintančios struktūros, kurių neįmanoma aprašyti remiantis ne tik kiekybiniais, bet ir kitais įprastiniais metodais“ [21]. Toks požiūris dera su naująja sveikatos paradigma grindžiama sveikatos socialinės plėtros idėja. Sveikatos socialinė plėtra galėtų būti nuolatinis „kokybinis virsmas“, kokybinių sveikatos struktūrų tarpusavio kova.

Tačiau kyla klausimas, ar kokybinio virsmo reiškinys, įskaitant sveikatos socialinę plėtrą, yra kryptingas ir tikslingas, ar šis vyksmas paremtas žmogiškuoju orumu, bioetikos, visuotinio gėrio ir kitomis vertybinėmis nuostatomis, ar tai tėra Brauno dalelių judėjimą primenantis procesas? Tuo tikslu trumpai apžvelkime keletą svarbių sveikatos proceso kokybę formuojančių bruožų.

## 1.2. Sveikatos ir gyvenimo kokybės sąsajos

Yra nustatyta, kad aplinkos sąveika su sveikatos būkle reikšmingai lemia gyvenimo kokybę [27]. Sveikatos apibrėžime išryškinamos trys jos dalys: fizinė, socialinė ir dvasinė. Žmonių tarpusavio santykiai, tų santykių moraliniai pagrindai yra ne tik daugelio ligų, bet ir geros sveikatos sąlygos. Fizinė negalia kelia socialinių ir dvasinių problemų. Geri žmonių santykiai palengvina fizinės negandos. Pagaliau tvirti moraliniai ir etiniai pagrindai padeda plačiau suvokti savo ir visuomenės sveikatos esmę ir gyvenimo prasmę ir kartu suponuoja gyvenimo kokybę. Gera sveikata, teisinga gyvensena yra vienas svarbiausių gyvenimo kokybės elementų. Vienas iš PSO reikalavimų yra tas, kad valstybės-narės rūpintųsi savo piliečių sveikata, kad būtų sudarytos sąlygos, leidžiančios žmogui vystytis ir bręsti [43, 67].

Žmogus, vertinantis savo sveikatą kaip laikiną vertybę, kartu nurodo, kad pripažįsta tai, kas yra amžina. Sveikata jam yra tai, kas laikui bėgant išnyks. Atsiradus fiziniams negalavimams jis mažiau jaudinasi, todėl turi mažiau emocinių problemų. Žmogus, manantis, kad sveikata yra absoliuti vertybė, tarsi pažymi, kad sveikata jam tampa gyvenimo tikslu. Todėl toks emociškai sunkiau išgyvena įvairius fizinius negalavimus ir atsiranda įvairios problemos, kurios trukdo normaliai žmogaus socialinei veiklai [67].

Žmogaus dvasinis gyvenimas, paremtas tikėjimu, religingumu ir malda, teigiamai atsiliepia mūsų sveikatai ir padeda išvengti ligų, kylančių iš Dekalogui priešingo gyvenimo (girtavimo, ištvirkavimo, pykčio, neapykantos ir panašiai). Vadinasi, katalikiškasis religinis gyvenimas turi teigiamą įtaką žmogaus sveikatai ir gyvenimo kokybei [67].

Plačiąja prasme gyvenimo kokybė – tai holistinis subjektyvus pasitenkinimo svarbiais individui dalykais įvertinimas. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė – tai gyvenimo kokybės dalis, kurią įtakoja sveikata ar sveikatos priežiūra. Funkcinė būklė apibūdina asmens fizinį pajėgumą, gebėjimą bendrauti ir emocinę būseną. Ji rodo žmogaus gebėjimą atlikti kasdieninius uždavinius, o su sveikata susijusi gyvenimo kokybė apibūdina

subjektyvų pojūtį, kaip sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę. Sveikatos būklė – tai žmogaus fizinės sveikatos poveikis gebėjimui atlikti kasdieninės veiklos uždavinius ir jausti pasitenkinimą juos atlikus. Ši sąvoka yra platesnė ir apima žmogaus funkcinę būklę bei su sveikata susijusią gyvenimo kokybę [23, 46].

K. C. Calman siūlo su sveikata susijusios gyvenimo kokybės modelį, pagrįstą skirtumu tarp lūkesčių ir patirties. Pagal K. C. Calman, gyvenimo kokybę lemia tai, kiek patirtis atitinka viltį ir troškimus. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra neatitikimas tarp sveikatos, kokios mes tikimės ir kokia ji yra [9, 23]. Jis paaiškina, kodėl gyvenimo kokybę kiekvienas žmogus supranta skirtingai: skiriasi jų lūkesčiai, kurie priklauso ir nuo įgytos patirties sergant, tampančios atskaitos tašku naujoms viltims kitais ligos etapais. To paties žmogaus gyvenimo kokybės suvokimas laikui bėgant kinta (žmogus adaptuojasi). Todėl nebūtinai sunkia liga sergantis žmogus savo gyvenimo kokybę apibūdina kaip blogą [9, 10].

M. Bullinger ir kt. su sveikata susijusią gyvenimo kokybę apibrėžia kaip sveikatos suvokimo poveikį žmogaus gebėjimui gyventi visavertį gyvenimą [84].

Gyvenimo kokybę apsprendžia daugybė veiksnių ir aplinkybių: būstas, užimtumas, pajamos, gyvenimas šeimoje, socialinė parama, stresai ir krizės, sveikatos kokybė, sveikatos priežiūros galimybės, sanitarinės sąlygos, mityba, išsilavinimo galimybės, ekologiniai veiksniai ir kt. [27, 35, 38, 41]. Todėl gyvenimo kokybė svarbia dalimi lemia žmogaus sveikatą. Tik sveikas žmogus gali fiziškai, protiškai ir socialiai veikti bei pajusti teigiamą emocinę būseną – pasitenkinimą ir laimę, kas yra subjektyvūs gyvenimo kokybės svarbiausi komponentai.

Valstybei pereinant iš vienos ekonominės formacijos į kitą, nors ir žymiai pažangesnę bei perspektyvesnę, išskyla daug sunkumų ekonominėje, socialinėje ir kitose srityse [35, 41]. Išryškėja nemaži socialiniai gyventojų sveikatos skirtumai. Suaugusių gyventojų tyrimai rodo, kad subjektyvi žmonių, gaunančių mažas pajamas, sveikata yra blogesnė nei gaunančių didesnes

pajamas. Apie 49% vyrų ir 43% moterų, gaunančių dideles pajamas nurodo, kad jų sveikata yra gera ar gana gera. Tuo tarpu mažas pajamas gaunančiųjų grupėje gerai jaučiasi 40% vyrų ir 21,9% moterų. Beveik pusė mažas pajamas turinčių žmonių skursta [41].

Tiriant gyvenimo kokybę, iš esmės siekiama dvejopos informacijos; apie tiriamojo funkcinę būklę ir jo paties įvertinimo, kaip sveikata įtakoja jo gyvenimo kokybę [79].

Liga dažnai tampa invalidumo priežastimi, ir to negalima paaiškinti vien ekologiniais, socialiniais ar medicinos aspektais. Individui susirgus, keičiasi jo santykiai su aplinka ir savimi. Dėl ligos neretai pablogėja ne tik savijauta, galimybė veikti, dirbti, bet ir santykiai su artimaisiais. Keičiasi ir ekonominės konkurencinės individo galimybės. Liga daro įtaką kasdieninei fizinei, socialinei, emocinei, intelektualinei ir kt. veiklai. Labiau sutrikus šioms biosocialinėms funkcijoms, ribojamas individo gyvenimo būdas, jo veiklos rūšys, saviraiška. Tai lemia ir gyvenimo kokybės pablogėjimą [3].

Sergant lėtinėmis, luošinančiomis ligomis, gyvenimo kokybė, o ne gyvenimo trukmė gali būti svarbesnis gydymo tikslas [23, 44]. Gyvenimo kokybę imta vertinti kaip priemonę gydymo tikslingumui įvertinti [20]. Su sveikata susijusią gyvenimo kokybę imta taikyti sveikatos priežiūros kokybei ir gydymo veiksmingumui vertinti [6].

Gyvenimo kokybei turi įtakos ir socialiniai skirtumai, teigiama, kad gyvenimo kokybės gerėjimą pirmiausia patiria antreprenieriai, įmonių savininkai, profesionalai, aukštos kvalifikacijos darbuotojai ir išsilavinę jauni žmonės, turintys ambicijų ir galimybių kontroliuoti savo gyvenimą. Šie žmonės taip pat turi gebėjimų mobilizuoti svarbius išteklius, reikalingus gyvenimo kokybei užtikrinti, tokius kaip žinios, mobilumas, socialiniai kontaktai bei politinė galia. Vyresniosios kartos gyvenimo kokybė, priešingai, yra kritiškai žemesnė [53, 76].

Šiandieninė statistika liudija, kad Lietuvoje tiek fizinė, tiek dvasinė bei socialinė visuomenės būklė nėra gera. Įsigalėjęs šabloniškas sveikatos vertinimas – tik pagal fizinę būseną; vertinimas vyksta izoliuotai – tik pavienio

asmens, kuriam konstatuojama negalia. Medicina ir sveikatos apsauga bei priežiūra yra netolygūs dalykai. Daugelis ligų, sužalojimų turi išorinę – egzogeninę priežastį, kai nepaisoma privalomos tvarkos gamtos, visuomenės, proto-valios-jausmų darnos atžvilgiu. Su gyvenimo kokybe susiję rodikliai yra nustatinėjami skirtingais tikslais ir nenaudojami gyvenimo kokybei įvertinti [41].

*„Sveikata visiems 21 amžiuje“ ir gyvenimo kokybė*

"Investicija į sveikatą yra investicija į ekonominį ir socialinį klestėjimą"[98].

Pagal PSO pagrindinius visuomenės sveikatos priežiūros principus Europos regione: "Sveikata visiems siekia užtikrinti galimybę visiems žmonėms siekti geresnės gyvenimo kokybės. Žmonių gerovė glaudžiai susijusi su jų sveikatos būkle. Būtent nuo jos priklauso, kaip aktyviai žmogus gali dalyvauti gyvenime". Sveikata ir gyvenimo kokybė priklauso viena nuo kitos: „...pajamų skirtumai ir išsimokslinimo, užimtumo laimėjimai yra glaudžiai susiję su sveikatos rodikliais ir gyvenimo kokybe...“.

Vienas iš „Sveikata 21“ tikslų (10) yra sveika ir saugi fizinė aplinka – tiesiogiai susijęs su individo fizine sveikata ir gyvenimo kokybe. Čia kalbama apie nepalankių išorinės aplinkos rizikos veiksnių įtaką žmonių gyvenimui. „Gera sveikata ir gerovė reikalauja švarios ir harmoningos aplinkos, kurioje būtų visi, atsižvelgiant į jų svarbą fiziniai, psichologiniai, socialiniai ir estetiniai veiksniai. Fizinė aplinka turi būti skirta gyvenimo sąlygų gerinimui ir gerovės kėlimui. Žmonių sveikata priklauso nuo kokybiško maisto, vandens, oro pastogės“. Teigiama, kad skurdesnės socialinės – ekonominės grupės labiau veikiamos sveikatos rizikos faktorių [32, 75].

Sveikai aplinkai sukurti numatyta veikla yra pagrįsta Europos Chartijos aplinkai ir sveikatai strategija (Frankfurto Chartija) [83].

Aplinka sveikatos prasme yra apibrėžiama kaip visa tai, kas supa žmogų ir gali turėti įtakos sveikatai. Išskiriama biologinė aplinka, psichosocialinė aplinka, darbo aplinka ir kt. [62].

Žmogaus aplinka – tai laiko ir erdvės ribojama visuma veiksnių, sąlygojančių žmogaus būties gerovę fizine, dvasine ir socialine prasme. Aplinka formuoja žmogaus asmenybę ir jo sveikatą.

Sveikatos lygis turi netrukdyti aktyviam socialiniam gyvenimui, ekonominei gerovei užtikrinti. Žmogus bus sveikas tuo atveju, jei resursai atitiks poreikius ir kai namų ir darbo aplinkoje nebus gyvenimą trumpinančių, sveikatos pakenkimus sukeliančių cheminių teršalų, biologinio užkrato ir fizikinės taršos.

PSO aplinkos kokybei nusakyti naudoja terminą aplinkos sveikata. Aplinkos sveikata – tai fizinių, biologinių, socialinių ir psichosocialinių aplinkos veiksnių visuma, kuri lemia žmonių sveikatą ir gyvenimo kokybę [61].

Aplinkos sukeliams sveikatos sutrikimams yra mažai skiriama dėmesio nustatant atskiro regiono ar šalies vystymo planus. Sveikata ir šalies vystymasis yra tarpiai susiję, nes šalies gyventojų sveikatos lygis yra laikomas šalies išsivystymo rodikliu.

#### *Lietuvos sveikatos programa ir gyvenimo kokybės teisinis reglamentavimas Lietuvoje*

Vienas iš trijų pagrindinių Lietuvos sveikatos programos (1997–2010 m.) tikslų yra gyvenimo kokybės pagerinimas [49]. Programoje teigiama, kad „gyvenimo kokybė – svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros išteklių perskirstymo. Būtina sudaryti sąlygas socialiai remtinų, invalidų ir žmonių, sergančių lėtinėmis ligomis, gyvenimo kokybei pagerinti. Gyvenimo kokybė turi būti sistemingai stebima ne tik visoje visuomenėje, bet ir nepalankiomis ekonominėmis ir socialinėmis sąlygomis gyvenančių žmonių grupėse“.

Apie gyvenimo kokybę kalbama ir Lietuvos nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros strategijoje [20]. Ši strategija numato visuomenės sveikatos priežiūros sistemos tolesnio plėtojimo kryptis, kuriomis siekiama gerinti gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę.

Vienas iš Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos strategijos uždavinių yra parengti moksliskai pagrįstą rizikos veiksnių sveikatai įvertinimo metodiką [20]. Pagal Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos programą kaupiama informacija apie gyvenimo kokybę ir jos ryšį su sveikata [49].

Lietuvoje pagal PSO rekomendacijas buvo parengta gyvenimo kokybės vertinimo ir gerinimo programa (2000 m.). Joje nurodoma, kad įdiegus gyvenimo kokybės nuolatinio stebėjimo ir analizės sistemą būtų galima kompleksiskai vertinti visuomenės sveikatą ir efektyviau planuoti jos stiprinimo priemones [87].

#### *Gyvenimo kokybės problemos Lietuvai integruojantis į Europos Sąjungą*

Lygindami save su kaimynais, dažniausiai apie Lietuvą kalbame Baltijos valstybių kontekste. Atlikus Lietuvos, Estijos ir Latvijos socialinės – ekonominės raidos 1996 – 1998 metais analizę, paaiškėjo, kad pagal gyvenimo kokybės rodiklius (1. Vidutinė laukiama gyvenimo trukmė; 2. Gimusių skaičius tūkstančiui gyventojų; 3. Į šalį įvažiuojančių ir ją paliekančių žmonių santykis; 4. Savižudybių skaičius/ nužudytųjų skaičius 100 000 gyventojų) pirmauja Lietuva [15].

Gyvenimo kokybę Lietuvoje tampa vienu iš svarbiausių ir aktualiausių klausimų. Svarbu, kad Lietuva kiek įmanoma greičiau pasiektų Europos Sąjungos šalių žmonių gyvenimo kokybės lygį [92]. Europoje gyvenimo kokybę reiškia mūsų visų, kaip atskirų individų, gyvenimo kokybę (ypač sveikatos atžvilgiu), aplinkos, kurioje gyvename kokybę, visuomenės gyvenimo kokybę, pasinaudojant gamtos mokslų ir technologijų pasiekimais. Gyvenimo kokybės programa susijusi su gyvenimo sąlygų ir aplinkos gerinimu. Tai apima Europos politiką biotechnologijos, medicinos, maisto, žemės ir miškų ūkio, žuvininkystės, sveikatos ir aplinkos srityse. Jos įgyvendinimo tikslas – kuo racionaliau naudoti gyvenimiškuosius išteklius, gerinant gyvenimo sąlygas ir gyvenimo kokybę [97].

Tarptautinėje aukštųjų mokyklų jaunųjų absolventų konferencijoje „To the European Union for the better quality of life“ (2002 m. rugsėjo mėn., Lenkija) jauni konferencijos dalyviai pabrėžė, kad gyvenimo kokybę galima gerinti tik integruojantis į Europos Sąjungą [26].

Gyvenimo kokybės gerinimas sveikatos sistemoje tampa svarbus klausimas ne tik pacientų sveikatos požiūriu, bet ir ekonominių resursų atžvilgiu. Ši problema aktuali visose šalyse, todėl 2003 metais daugelis Europos šalių atstovų buvo susirinkę į Krokuvos Jogailos universiteto Slaugos fakultetą. Tarptautinėje konferencijoje „Sauga ir gyvenimo kokybė“ buvo nagrinėjami pagrindiniai klausimai: 1. Ligonių, sergančių sunkiomis ligomis fizinės ir dvasinės gyvenimo kokybės užtikrinimas; 2. Ligonių ir jų šeimų mokymas, siekiant maksimalios gyvenimo kokybės; 3. Visos šeimos gyvenimo kokybės užtikrinimas; 4. Mokslinių tiriamųjų darbų reikšmė gyvenimo kokybei nustatyti, propaguoti ir užtikrinti [96].

#### *Moksliniai gyvenimo kokybės tyrimai Lietuvoje*

Kaip buvo minėta pradžioje, vienas iš Lietuvos sveikatos programos, skirtos svarbiausioms šalies žmonių sveikatos problemoms spręsti, tikslų – gyvenimo kokybės gerinimas. Programoje nurodyta, kad „GK – svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros resursų perskirstymo“. Pabrėžiama, kad „turimų lėšų negalima naudoti vien ligoms gydyti ir gyvenimui ilginti“. Programoje siūloma sudaryti sąlygas socialiai remtinų žmonių, neįgaliųjų, sergančių lėtinėmis ligomis pacientų GK pagerinti.

Lietuvos sveikatos programos rengėjai atkreipė dėmesį, kad GK iki šiol Lietuvoje beveik nebuvo tiriama ir vertinama. Todėl Programa rekomenduoja vykdyti nuolatinę GK stebėseną ir, remiantis jos duomenimis, rengti GK gerinimo programą. Norint sėkmingai įgyvendinti GK gerinimo strategiją, būtina įdiegti GK stebėsenos sistemą; suaktyvinti piliečių dalyvavimą sveikatos politikos formavime; gerinti visuomenės narių



išsilavinimą; sveikatą pripažinti socialine norma; sveikatos priežiūros srityje daugiau dėmesio skirti gyvenimo kokybei.

Tik pastaraisiais metais Lietuvoje pradėta nustatyti žmonių GK, pritaikant įvairius GK matavimo instrumentus. GK pradėjo tirti tiek klinicistai, tiek visuomenės sveikatos tyrinėtojai, epidemiologai: Kauno populiacijos gyvenimo kokybės vertinimas, kuriame nustatyta, jog su amžiumi gyvenimo kokybės vertinimas blogėjo, bei gyvenantys ne vieni, turintys aukštesnį išsimokslinimą, dirbantys asmenys fizinę ir psichinę sveikatą vertino geriau nei gyvenantys vieni, turintys žemesnį išsimokslinimą arba nedirbantys [14, 33, 74]. Pietinės Klaipėdos gyventojų gyvenimo kokybės tyrimas, kasos vėžio kompleksinio gydymo įtaka ligonių gyvenimo kokybei, Kauno ir Vilniaus dvimiesčio gyvenimo kokybės tyrimai, slaugos poreikių, gyvenimo kokybės įvertinimas, sveikatos priežiūros ir mokymo tobulinimas, Lietuvos aukštųjų mokyklų dėstytojų gyvenimo kokybė ir ją įtakojuojantys veiksniai, dirbančiųjų darbo bei gyvenimo kokybės tyrimai, pagyvenusių žmonių sergamumas ir sveikatos kokybės poreikis, slaugytojų gyvenimo kokybės įvertinimas, studentų (KMU) gyvenimo kokybės įvertinimas, vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė, neįgaliųjų ir sergančių įvairiomis ligomis gyvenimo kokybė, Priekulės seniūnijos gyventojų gyvenimo kokybė, Naujamiesčio bendruomenės gyvenimo kokybės tyrimas ir kiti.

Galima teigti, kad iki šiol atlikti tik gana fragmentiški GK tyrimai. Iki šiol nėra atlikta pakankamai reprezentacinių nacionalinio lygio GK mokslinių tyrimų, galinčių plačiai ir išsamiai atspindėti problemą.

#### *Gyvenimo kokybės tyrimų praktinė reikšmė ir perspektyvos*

Skirtingai nuo Vakarų šalių visuomenių, Lietuvoje neįvyko radikalūs visuomenės nuostatų pokyčiai, atspindintys gyventojų sveikatos vertybinių prioritetų kaitą ir įsisąmoninimą, kad sveikatos priežiūros sistema, arba medicina, jau nebėra tas vienintelis veiksnys, galintis apsaugoti asmens sveikatą nuo visokios grėsmės, kad sveikata vis labiau priklauso nuo paties

individo atsakomybės už savo sveikatą (kultūrinio veiksnio). Šiandien elgsenos reikšmė kaip viena iš svarbiausių sveikatos sąlygų vis dar neįsisąmoninta, nors moksliniais tyrimais yra įrodyta fundamentali jos reikšmė užkertant kelią lėtinių neinfekcinių ligų plitimui [29, 72].

Didžiausią įtaką žmonių sveikatai pastaruojų metu ėmė daryti šiuolaikinės epochos ligos, susijusios su gyvenimo ir aplinkos pokyčiais [43]. Tai onkologinės ligos, širdies kraujagyslių ligos, nelaimingi atsitikimai ir traumos, psichinės būklės. Tyrinėtojai atkreipė dėmesį, kad, pailgėjus vidutinei populiacijos gyvenimo trukmei, padaugėjo dėl organizmo senėjimo atsirandančių ligų. Paradoksalu tai, kad, pailgėjus gyvenimo trukmei, paskutinius gyvenimo metus ar net dešimtmečius seni žmonės pragyvena nekokybiškai, skųsdamiesi įvairiais negalavimais bei GK pablogėjimu tiek fizinės, tiek psichinės gerovės srityse.

Į tai atkreipė dėmesį sociologai, sveikatos ekonomikos tyrinėtojai, pradėję naudoti sudėtingesnius populiacijos sveikatos vertinimo žymenis, pvz., QALY (Quality Adjusted Life Year) – kokybiškai pragyventų gyvenimo metų praradimą, sveikatos technologijų vertinimui. QALY sveikatos ekonomikoje padeda gauti bendrą GK matą, susumuodamas sveikai pragyventus metus (jie prilyginami 1) su sergant praleistais metais (nuo 0 iki 1, jei 0 = mirtis, 1 = visiškai sveikas gyvenimas). Tai leidžia įvertinti, kiek kainuoja išgydyto paciento gyvenimo metai, ir atlikti kainos naudingumo analizę. Ekonominiai paskaičiavimai tampa ypač svarbūs, kai gydymo metodai ypač brangūs – organų transplantacija, gydymas brangiais medikamentais [7, 20, 61].

Visuomenės sveikatos srityje GK žymenis naudojami gyventojų grupių sveikatos pokyčiams stebėti, vykdomos sveikatos apsaugos ir socialinės politikos programų poveikiui visuomenei įvertinti. Gyventojų sveikatos rodiklių ir GK stebėjimas yra svarbus Lietuvos sveikatos programos uždavinys. Sveikatos, gyvenimo ir GK žymenų stebėsena turi padėti vertinti įvairių gyventojų grupių būklę ir nustatyti sveikatos priežiūros bei

ekonomikos prioritetus. Populiacinių ir didelės rizikos prevencinės strategijos priemonių taikymo efektyvumą leis įvertinti pakartotiniai GK tyrimai.

Ligonio problemų įvertinimas ypač svarbus, kai vertinama lėtinėmis ligomis sergančių ligonių būklė, kai yra pažeista tiek fizinė, tiek psichinė, tiek socialinė ligonio gyvenimo sferos. Bendravimo su ligoniu, jo šeima pagerinimas dažnai suteikia papildomos informacijos apie socialines problemas, slaugos galimybes, gyvenimo namuose sąlygas, ligonio fizinius ir psichologinius poreikius. Subjektyvus ligonio gydymo metodų vertinimas bei savo sveikatos vertinimas dažnai medikams nėra svarbūs kriterijai, nes šiuolaikiniai gydytojai daugiau pasitiki technologijomis bei laboratorinių tyrimų rezultatais.

Tuo tarpu įdiegti GK tyrimai gydytojui ar slaugos personalui gali padėti nustatyti svarbiausias paciento problemas, kurios iš pirmo žvilgsnio gali atrodyti kliniškai nereikšmingos. Toks bendras klinikinių sprendimų priėmimo kelias pagerintų gydymo rekomendacijų laikymąsi ir ligonių pasitenkinimą gydymu. Be to, GK stebėseną leistų sekti gydymo poveikį ligoniui ir ligos dinamiką. Tačiau dėl daugelio priežasčių toks GK matavimo pritaikymas gali likti tik teorinis.

Tobulėjantys GK tyrimo instrumentai turėtų skatinti medikus mokytis naujų socialinio, psichologinio darbo įgūdžių. Tokia į pacientą orientuota medikų strategija prisideda prie sveikatos paslaugų kokybės gerinimo bei Sveikatą stiprinančios liginės principų įdiegimo į praktiką.

Literatūros duomenimis, šiuo metu medicinoje pagrindinė GK panaudojimo sritis yra klinikiniai eksperimentiniai tyrimai. Jie daro nemažą įtaką naujų gydymo technologijų įdiegimui. Bonkovsky H. L. [24, 73] tyrinėjo sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu GK prieš gydymą ir po gydymo interferonu. Buvo vertintos fizinės, protinės funkcijos, miegas ir kitos GK sritys bei nustatytas teigiamas gydymo poveikis GK. Moore K. A. ir kt. [24, 41, 46, 57, 58, 63], tyrę sergančiųjų lėtinėmis kepenų ligomis GK, įrodė, kad praėjus 3 mėnesiams po kepenų transplantacijos šių ligonių GK smarkiai pagerėjo.

Lietuvoje klinikinių eksperimentinių tyrimų, kurių metu naudoti specialūs GK tyrimo instrumentai, atlikta nedaug. Grigonienė J. [22], tyrusi vaikų, sergančių epilepsija, GK, įrodė, kad vartojusieji trijų ar daugiau rūšių vaistų nuo epilepsijos jautė didesnę nepageidaujamą vaistų poveikį ir blogesnę GK nei vartojusieji vienos ar dviejų rūšių vaistų. Taigi nėra abejonės, kad ir ateityje eksperimentiniai klinikiniai tyrimai, panaudojant bendrinius ir specifinius GK tyrimo instrumentus, plėsis ir sudarys sąlygas platesniam GK tyrimų taikymui klinikiniame darbe.

Vis modernėjančiame medicinos moksle didėja dėmesys ne tik ligai, bet ir žmogui bei jo gerovei. Tai yra labai pažangus reiškinys ir geriausiai atspindi medicinos mokslo humanistinę filosofiją. Todėl manoma, kad GK tyrimų skaičius ateityje turėtų didėti. Be abejo, vienas svarbiausių uždavinių – tai racionalaus teorinio GK modelio sukūrimas, kuris padėtų tinkamai pasirinkti klinikinio tyrimo instrumentą, leistų tyrėjams tikrinti hipotezes apie paciento ypatybių, intervencijos ir baigties ryšį. Toks modelis turėtų pasitarnauti multidiscipliniams tyrimams ir daugiaplaniams GK tyrinėjimams vystyti. Be to, GK instrumentų tobulinimas leistų įtraukti svarbiausius komponentus, kurie yra informatyvūs, pagrįsti konstrukcijos, turinio požiūriu, kurie pakankamai jautriai kinta dėl atliktos intervencijos. Tai supaprastintų ir statistinės duomenų analizės atlikimą

Šiuo metu nemažai dėmesio skiriama ir trumpesnių bei patogesnių naudoti GK tyrimų instrumentų sukūrimui. Tačiau tai nėra lengvas uždavinys, kadangi tenka tiek kurti ir tobulinti teorinį modelį, tiek bandyti pačius tyrimo instrumentus, vertinti jų pagrįstumą, jautrumą ir pritaikomumą praktikoje. Nesudėtingų pacientui ir gydytojui instrumentų sukūrimas turėtų paskatinti gydytojus jais plačiau naudotis praktikoje.

### **1.3. Išteklių-rizikos principas sveikatos ir gyvenimo kokybėje**

Sveikatos apsaugos ministerija savo parengtuose „Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007-2015 metų metmenyse“, kuriais inicijuojama nuosekli ir

kryptinga sveikatos sistemos pertvarka ir plėtra, išskiria keturias pagrindines problemas, susijusias su nenuoseklia sveikatos politika, neefektyvia sveikatos priežiūros organizavimo sistema, atsainiu visuomenės požiūriu į sveikatą ir nepakankama paslaugų kokybe ir prieinamumu [99]. Metmenyse akcentuojama ne tik medicinos paslaugų, socialinių, ekonominių, aplinkos veiksnių sąveikos svarba paslaugų kokybei ir prieinamumui, bet galutinis sveikatos sistemos plėtros tikslas yra žmonių gyvenimo kokybės gerinimas. Metmenyse iškeliami nauji, šiuolaikiniai europiniai sveikatos ir gyvenimo kokybės principai: *integralumas, teisumas, solidarumas, prieinamumas, visapusiškumas*.

Kitas svarbus dokumentas „2007-2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programa“, Sveikatos paslaugų srityje akcentuoja tokia socialines sveikatos plėtros grėsmes, kaip visuomenės senėjimą, socialinę atskirtį, specialistų migraciją, demografinius pokyčius iš vienos pusės ir naujas medicinos technologijas, medicinos etikos problemas, medicinos paslaugų restruktūrizavimą ir pan. [86]. Numatoma, kad optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos tinklą bus siekiama plėtoti tokią sveikatos sistemą, kuri leistų ne tik sparčiau diagnozuoti ligas, bet ir sukurti tvarią sveikatos sistemą, kuri siektų bendro tikslo – gyvenimo kokybę.

Šie ir kiti dokumentai ypatingai akcentuoja esamą žemą žinių ir jų valdymo bei informacinių technologijų vartojimo lygį, sveikatos stebėsenos, kuri sudarytų prielaidas analizuoti sistemos pokyčius, nebuvimą, nuolat vykstančių sveikatos sistemos ir ją įtakančių veiksnių sąveikos mokslinės analizės, sistemos veiklos efektyvumo, teikiamų paslaugų kokybės vertinimo. Šie klausimai yra susiję su visiškai nauja visuomenės sveikatos paradigma, kurioje tampriai persipina medicinos, sveikatos, socialiniai, ekonominiai, aplinkos, ekologijos veiksniai.

ES sveikatos sistemų optimizavimo moksliniai tyrimai 2007-2013 m. apibrėžti 7BP programoje ir koncentruojasi ties sergamumo, sveikatos ir sveikatos paslaugų kokybės, efektyvumo, veiksmingumo, solidarumo problemomis atsižvelgiant į senėjimo, migracijos, vaikų sveikatos, integralių strategijų ir integralios rizikos problemas [89] ypatingą dėmesį skiriant naujų

*integralių sveikatos ir sveikatos paslaugų determinantų, veiklos strategijų, integralios rizikos paieškoms [93].*

Šiuose strateginiuose sveikatos mokslo ir praktinės veiklos dokumentuose nesunku pastebėti du svarbius dalykus: juose kalbama apie tradicines sveikatos išteklių ir rizikos sąvokas iš vienos pusės ir visiškai naujas integralaus pobūdžio sąvokas iš kitos. Gyvenimo kokybė yra šių struktūrų jungiamoji grandis ir kartu jų raidos tikslas. Tradicinių sąvokų ryšiai daugumoje deterministiniai, naujų – tikimybiniai, stochastiniai, jiems būdingi sinergetiniai ryšiai.

Todėl kyla klausimas: kaip identifikuoti ir analizuoti gyvenimo kokybės ir ją įtakančių veiksnių sąveiką, kurioje reiškiasi abiejų aukščiau minėtų sąveikų sąveika?

#### **1.4. Integralus, sisteminis požiūris į gyvenimo kokybės socialinę plėtrą**

Gyvenimo kokybė yra vienas svarbiausių visuomenės plėtros tikslų. Ji yra viena pagrindinių Lietuvos sveikatos programos [51], Lietuvos Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos [49], Nacionalinės aplinkos sveikatinimo veiksnių programos [50], Valstybinėje visuomenės sveikatos stebėsenos programos [82] ir daugelio kitų teisinių dokumentų pagrindinis komponentas. Gyvenimo kokybės samprata dažnai siejama ir tapatinama su ekonomine žmonių gerove ir sveikata. Gyvenimo kokybė – sudėtinga ir plati sąvoka. Jos turinį aptaria daug mokslo sričių: antropologija, psichologija, filosofija, sociologija, ekonomika, medicina. Ypač tampriai yra susijusi gyvenimo kokybė su asmens ir visuomenės sveikata. Lietuvos sveikatos programoje sakoma, kad gyvenimo kokybė yra svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros išteklių perskirstymo [51]. Žmogaus sveikata yra labai svarbus gyvenimo kokybės rodiklis, nors lemiamos reikšmės gyvenimo kokybės vertinimui gali ir neturėti.

Gyvenimo kokybė – tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, kontekste, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais [31]. Taigi gyvenimo kokybė – platesnė sąvoka negu asmens fizinės sveikatos būklė. Ji apima taip pat ir socialinę sveikatą. Tai ne tik adekvati fizinė gerovė, bet ir gerovės suvokimas bei bendras savo vertės jausmas.

Gyvenimo kokybės koncepcija pasižymi daugeliu dimensijų. Tai visus individo gyvenimo aspektus apimanti koncepcija, kuri grindžiama plačia sveikatos perspektyva, kaip fiziniu, psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu bei gerove. Kartais visi neklinikiniai duomenys apie žmogų prilyginami gyvenimo kokybei. Tai sukelia didelę painiavą. Sveikata ir žmogaus funkcinė būklė – tai tik dvi gyvenimo kokybės dimensijos. Yra tamprus ryšys tarp sveikatos ir gyvenimo kokybės. Sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę, tačiau jos nelemia [45]. Net ir žmogaus su negalia gyvenimo kokybė gali būti gera ir, priešingai, sveikas žmogus gali būti nepatenkintas savo gyvenimo kokybe, jausti nusivylimą, depresiją, vienišumą, jei jo egzistenciniai poreikiai nėra patenkinami.

Daug diskusijų kelia žodis “kokybė”. Apskritai kokybė gali būti apibrėžiama kaip gėrio laipsnis. Gyvenimo kokybė atspindi individo subjektyvų atsaką į fizinius, psichinius ir socialinius kasdieninio gyvenimo pokyčius, kuris lemia pasitenkinimo gyvenimo aplinkybėmis laipsnį. Tai ne tik adekvati fizinė gerovė, bet ir gerovės suvokimas bei bendras savo vertės jausmas. Ši koncepcija yra abstrakti ir kompleksiška, nes apima visas tas gyvenimo sritis, kurios veikia asmeninį pasitenkinimą ir savigarbą. Gyvenimo kokybė tiesiogiai susijusi su pozityviomis vertybėmis ir neturi nieko bendra su specifinėmis disciplinomis todėl būtina vengti per didelio koncepcijos medicininio monopolizavimo [60].

Apie 1990 m. buvo išskirta subjektyvi ir objektyvi gyvenimo kokybė. Subjektyvi gyvenimo kokybė susijusi su tuo, kaip asmuo suvokia tokias sferas: sveikatos, išsilavinimo, darbo ir laisvalaikio. Objektyvūs gyvenimo kokybės įvertinimo tyrimai rodo, kad išskirtiniai rodikliai, pvz., fizinė aplinka ir

pajamos, yra tinkami svertai gyvenimo kokybei nustatyti, kad egzistuoja absoliučios šių kintamųjų rodiklių matavimų normos [69]. Tačiau tokio tyrimo duomenys gali būti klaidingi, nes nėra atsižvelgiama į kultūros, vertybių, požiūrių ir ideologijos poveikį. Čia sudėtinga nustatyti ryšį tarp objektyvių kriterijų ir gyvenimo kokybės, kurią patiria pats žmogus. Išskyla nuostata, kad gyvenimo kokybė turi būti nagrinėjama iš individo perspektyvos. Atsiranda tokie gyvenimo kokybės apibrėžimai: „gyvenimo kokybė yra tai, kaip jaučiasi atskiras asmuo“ [13]; „gyvenimo kokybė yra atstumas tarp asmens pozicijos ir jo arba jos tikslų/siekių“ [2]; „gyvenimo kokybė yra tai, kaip patys individai ją vertina“ [54].

Goode teigė, kad gyvenimo kokybė yra žmonių tarpusavio santykių kiekviename gyvenimo sutvarkyme produktas [84]. Kaip tik iš šio teiginio kyla, kad subjektyvi gyvenimo kokybė susideda iš dviejų elementų: socialinio ir psichologinio. Tačiau žmogus nėra vien psichologinė ar socialinė būtybė, jis turi ir kūną, kuris daro įtaką žmogaus gyvenimo kokybei, nes yra neatsiejama žmogaus dalis. Aaronson su savo kolegomis nustatė, kad gyvenimo kokybę tiksliausiai galima apibūdinti pagal fizinį, psichologinį ir socialinį funkcionavimą [1].

Lietuvoje, kaip ir užsienyje, dažniausiai tiriama su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, t.y. atliekamas pacientų, sergančių įvairiomis ligomis (bronchinė astma, cukrinis diabetas, psichikos ligos, fizinė negalia), gyvenimo kokybės įvertinimas [7, 16, 20, 76] bei vertinama gyvenimo kokybės priklausomybė nuo psichologinių ar socialinių – ekonominių veiksnių [20, 76]. Taip pat gyvenimo kokybė tampa gydymo ar įvairių medikamentų efektyvumo kriterijumi [69]. Mokslinėse publikacijose teigiama, kad vertinti sveikatą reikėtų ne pagal mirtingumą ir sergamumą, o reikėtų įtraukti gyvenimo kokybės sąvoką, todėl buvo sukurti kokybiško ir nekokybiško gyvenimo rodikliai QALY ir DALY [2, 78].

Kadangi gyvenimo kokybė yra vienas iš svarbiausių veiksnių, turinčių įtakos visuomenės sveikatai, todėl Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos



priežiūros strategija numato visuomenės sveikatos priežiūros sistemos tolesnio plėtojimo kryptis, kuriomis siekiama gerinti gyventojų gyvenimo kokybę [49].

Gyvenimo kokybė, jos įvertinimas ir gerinimas bei aplinkos sveikatinimas šiuo metu Europoje ir Lietuvoje yra viena iš prioritetinių sveikatos politikos ir strategijos sričių, todėl svarbu atlikti savo šalies gyventojų gyvenimo kokybės įvertinimą bei nustatyti nepalankių aplinkos rizikos veiksnių įtaką gyvenimo kokybei.

Apie gyvenimo pilnatvę, žmogaus laimingumą savo veikaluose kalbėjo graikų filosofai, tarp jų ir Aristotelis (384–322 pr. Kr.). Visuomenės raidoje gyvenimo ir jo kokybės samprata visada buvo aktualios rašytojams ir filosofams. XX a. pradžioje GK terminą paminėjo A. C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerbūvį [64]. Ši nauja sąvoka mokslo visuomenėje didesnio susidomėjimo nesukėlė ir buvo dažniausiai vartojama kaip paaiškinimo nereikalaujanti sąvoka. Tuo laikotarpiu atsirado ir pirmosios gyvenimo kokybės vertinimo priemonės – pirmieji instrumentai, išplėtę klinikinių tyrimų spektrą [19, 64].

Iki pat 20 amžiaus pabaigos įvairiausiuose lygiuose buvo diskutuojama, ar iš viso gyvenimo kokybę galima išmatuoti ir kokie kriterijai tinkamiausi gyvenimo kokybei vertinti [51]. Septintojo dešimtmečio viduryje gyvenimo kokybė paminėta Prezidento komisijos nacionaliniams Jungtinių Valstijų tikslams ataskaitoje. Tuo pat metu J. R. Elkington parašė vedamąjį straipsnį medicinos žurnale „Annals of Internal Medicine“, pavadintą „Medicina ir gyvenimo kokybė“. Jame nagrinėta medikų atsakomybė už gyvenimo kokybę. Aštuntojo dešimtmečio viduryje Mičigano universiteto sociologai pradėjo įvairių gyventojų grupių gyvenimo kokybės tyrimus, nagrinėdami tokių veiksnių, kaip išsimokslinimas, sveikata, šeima, darbas, asmeninis gyvenimas, aplinka ir materialinės sąlygos, įtaką žmonių gerovei. 1977 metais gyvenimo kokybė tapo JAV Nacionalinės medicinos bibliotekos kompiuterizuotos paieškos sistemos Medline raktažodžiu [84].

PSO 1993 m. pasiūlė gyvenimo kokybės apibrėžimą, kuriame individo požiūris siejamas su aplinkos poveikiu: „Gyvenimo kokybė – tai individualaus

savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka“ [83].

Šis apibūdinimas yra labai platus, nes apima daug gyvenimo sferų. Tačiau medicinoje gyvenimo kokybė dažniausiai vadinama su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir nagrinėjama siauresniu aspektu, apimančiu fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygmenis, kaip atskiras sritis, įtakojamas asmens patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių [7]. Pagrindinės asmens gyvenimo kokybės sritys:

- Fizinė būklė ir funkcinės galimybės;
- Psichologinė būklė ir gerovė;
- Socialiniai ryšiai;
- Ekonominė būklė [9].

B. Haas atliko asmens gyvenimo kokybės koncepcijos analizę ir pateikė penkis šią sąvoką apibūdinančius kriterijus:

- Gyvenimo kokybė yra dabartinių individo gyvenimo aplinkybių įvertinimas.
- Gyvenimo kokybė savo požiūriu yra daugialypė.
- Gyvenimo kokybė yra pagrįsta individualiomis vertybėmis ir kintanti.
- Gyvenimo kokybė apima subjektyvius ir objektyvius vertinimus.
- Gyvenimo kokybę geriausiai gali įvertinti asmenys, gebantys atlikti subjektyvią analizę [23].

Taigi, gyvenimo kokybė yra įvairiapusis kiekvieno žmogaus gyvenimo aplinkybių įvertinimas kultūros, kuriai jis priklauso, ir jo vertybių sistemos požiūriu. Gyvenimo kokybė – tai pirmiausia subjektyvus asmens gerovės suvokimas, apimantis fizinį, psichologinį, socialinį ir dvasinį lygmenis [7].

Taip pat B. Haas pasiūlė keletą blogos gyvenimo kokybės požymių: a) prievartos požymiai; b) gyvenimo sąlygos, nesuderinamos su gyvybe, c) gyvybės palaikymas nepagydomos ligos, lydimos didelių kančių, atveju [23].

Gyvenimo kokybę lemia tai, kiek patirtis atitinka viltis ir troškimus. Su sveikata susijusi asmens gyvenimo kokybė yra neatitikimas tarp sveikatos, kokios mes tikimės ir kokia ji yra [6, 20]. Jis paaiškina, kodėl gyvenimo kokybę kiekvienas žmogus supranta skirtingai: skiriasi jų lūkesčiai, kurie priklauso ir nuo patirties sergant, tampančios atskaitos tašku naujoms viltims kitais ligos etapais. To paties žmogaus gyvenimo kokybės suvokimas, laikui bėgant, kinta (žmogus adaptuojasi). Todėl nebūtinai sunkia liga sergantis žmogus savo gyvenimo kokybę apibūdins kaip blogą [59].

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra gyvenimo kokybės dalis, kurią įtakoja sveikata ir sveikatos priežiūra. Sveikatos būklė – tai žmogaus sveikatos įtaka/poveikis gebėjimui atlikti kasdieninės veiklos uždavinius ir jausti pasitenkinimą juos atlikus. Ši sąvoka yra platesnė, nes apima funkcinę būklę ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

Pagal Ferrans (1990), gyvenimo kokybės koncepcija apima keturias dimensijas, sveikatos ir funkcionavimo, dvasinę, psichologinę, socialinę/ekonominę bei šeimos, kurios tarpusavyje susijusios ir gali įtakoti asmens gerovę, nežiūrint į tai, kad skirtingi žmonės nevienodai vertina minėtų gyvenimo sričių svarbą.

Gyvenimo kokybė nėra diskretiškas dalykas, tai vienaip ar kitaip susijęs su daugeliu sričių. Tai reiškia, kad gyvenimo kokybės reiškinys yra integralus gyvenimo procesas, o daugelis tyrimų orientuojasi į atskirus elementus, tad yra tikslingas naujas, sisteminis gyvenimo kokybės tyrimo požiūris.

## 2. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAS

### 2.1. Tyrimo objektas

Remiantis didelių skaičių teorija buvo suformuota imtis iš 1200 asmenų, kvotuota pagal amžių ir lytį (2 Priedas).

Buvo parengtas užsakymas Lietuvos Valstybinei Duomenų apsaugos inspekcijai dėl atsitiktinės imties suformavimo. Valstybinė Duomenų inspekcija priėmė sprendimą dėl leidimo išdavimo 2005 m. sausio 27 d. Nr. 2R-275(2.6). Sudarius duomenų teikimo sutartį Nr. 29 grt-s-367 buvo suformuota dvigubai didesnė, 2400 asmenų nuo 18 metų ir vyresnių imtis, nes iš anksto buvo numatyta, kad tyrime dalyvaus ne visi respondentai.

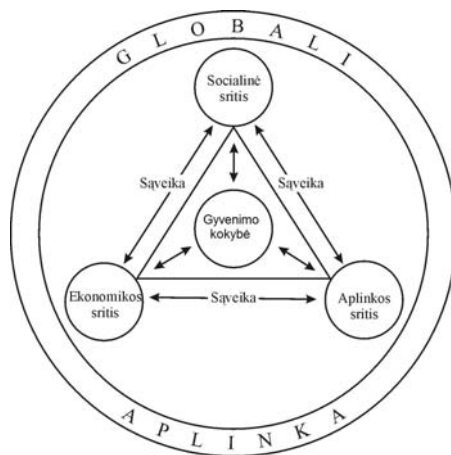
Tirta 18 metų ir vyresni Vilniaus miesto gyventojai. Imtis reprezentatyvi, atsitiktinė, tikimybinė, kvotuota pagal amžių ir lytį, formuota pagal Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenis apie Vilniaus miesto gyventojų demografinę sudėtį 2004 m. sausio mėn. 1 d. (1 Priedas).

Taip pat buvo gautas Lietuvos Bioetikos komiteto Leidimas 2005-02-25 Nr. 8 atlikti tyrimą.

### 2.2. Tyrimo metodas

#### *Teorija*

Darbo metodologinis pagrindas – sisteminis požiūris. Jo esmė ta, kad gyvenimo kokybę formuojančių sveikatos, socialinių, ekonominių, aplinkos ir amžiaus elementų socialinė sąveika yra *integrali, tikslinga socialinė sistema* [36, 37]. Šios sistemos funkcionavimo tikslas yra gyvenimo kokybė (2.1 pav.).



**2.1 pav.** Gyvenimo kokybės produkavimo sistema

Sistemos funkcionavimas neatskiriamas nuo jos plėtros, kuri bendru atveju gali būti pozityvi ar negatyvi. Plėtros veiksmingumą apibrėžia *Darnios plėtros, jos pozityvių ir negatyvių elementų subalansuotumas* [12, 36, 47, 48, 88, 94], kuris mūsų tyrime identifikuojamas gyvenimo kokybės plėtra formuojančių elementų išteklių ir rizikos santykiu. Jeigu plėtros išteklius pažymėsime raide I, o riziką raide R, tai gyvenimo kokybės plėtros indeksas bus išreiškiamas tokia nelygybe [36]:

$$dI < d(I/R).$$

Tai reiškia, kad plėtros kokybė yra pozityvi tada, kai išteklių pokyčiai yra mažesni už išteklių ir rizikos santykio pokyčius.

### ***Kokybės indeksas***

Socialinės plėtros išteklių ir rizikos supratimas ir identifikavimas remiasi objektyviu ir subjektyviu reiškinų (savybių) vertinimu [39]. Mūsų tyrime gyvenimo kokybę formuojančių elementų (gyvenimo kokybės sričių, socialinės sveikatos) kokybės indekso skaičiavimui buvo parengtas specialus algoritmas. Jo esmė tokia: kokybės indeksui apskaičiuoti buvo imami anketos klausimų atsakymai. Riziką reiškė būklė “blogesnė negu gera” (vertinimai 1,2,3 balai). Išteklius – būklė “geresnė negu patenkinama” (vertinimai 4,5

balai). Rizika ir ištekliai buvo sumuojami visiems atitinkamą požymi charakterizuojantiems klausimams ir suma dalijama iš atitinkamų atsakymų skaičiaus apskaičiuojant “vienetinę” riziką ir išteklius pagal formulę

$$k = \frac{\frac{\sum_1^m [(4 \times n_4) + (5 \times n_5)]}{\sum_1^m (n_4 + n_5)}}{\frac{\sum_1^m [(3 \times n_3) + (2 \times n_2) + (1 \times n_1)]}{\sum_1^m (n_3 + n_2 + n_1)}}$$

Čia:

k – kokybės indeksas

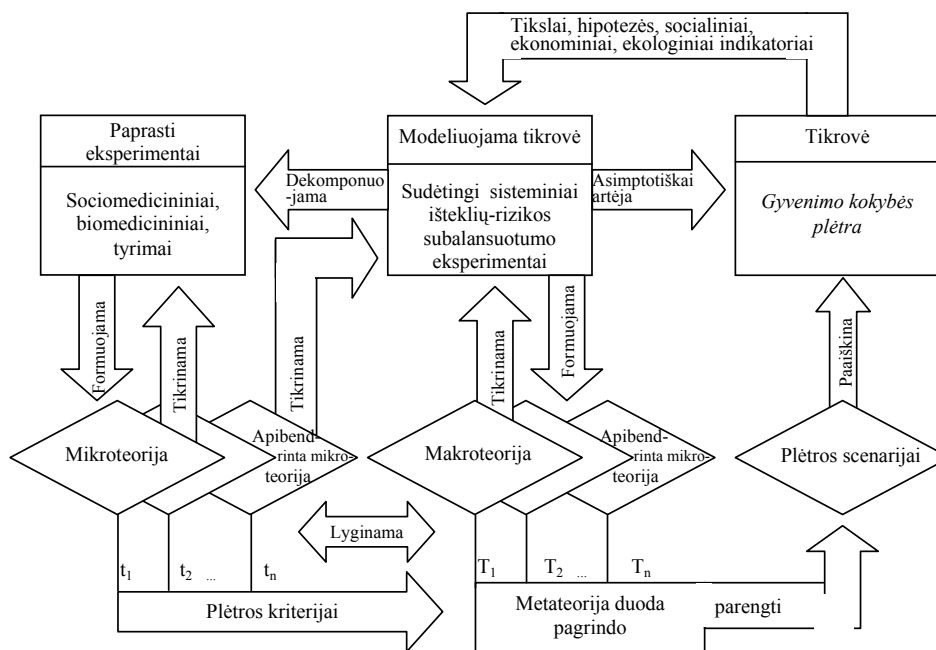
m – klausimų skaičius

$n_4, n_5$  – keturiais ir penkiais balais vertinimų skaičius

$n_3, n_2, n_1$  – trim, dviem ir vienu balu vertinimų skaičius

### ***Tyrimo metodologinė schema***

2.2 paveiksle parodytos integralios, sisteminės schemos naujas esminis bruožas yra tas, kad joje bandoma derinti visuomenės sveikatos srityje neefektyvų biomedicininį, deterministinį tyrimo modelį su šiuolaikiniu sinergetiniu nelinejiniu modeliu. Remiantis šiuo modeliu ir sisteminiu požiūriu yra keičiama analizės kryptis nuo visumos į elementus, bet ne kaip anksčiau, biomedicininiame modelyje – iš elementų bandant konstruoti visumą [37]. Remiantis tyrimo tikslu yra formuojama integrali visuma, jos funkcionavimo tikslai, rodikliai, hipotezės, išryškinami prioritetai.



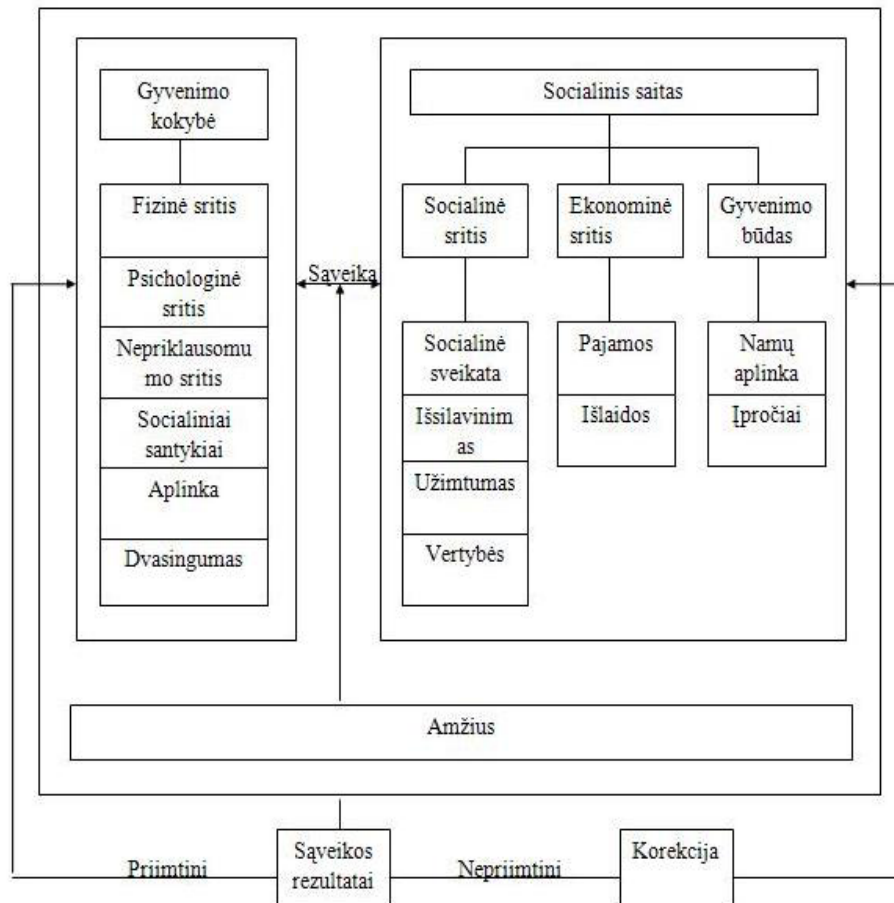
2.2 pav. Gyvenimo kokybės integruoto tyrimo schema (šaltinis: lit. [83])

Mes tą bandėme spręsti pirmu uždaviniu (2.2 pav., tikrovės blokas). Antru uždaviniu faktorinės analizės metodu iš parinktų pirmame uždavinyje rodiklių išskirti integralūs gyvenimo kokybės ir socialinio saito sąveikoje besiformuojantys latentiniai faktoriai. Trečiu uždaviniu buvo dekomponuojama gauta sisteminė gyvenimo kokybės visuma į atskirus sisteminius elementus plėtos išteklių-rizikos santykio pagrindu. Toliau prasideda gautų rezultatų sintetinimas lyginant juos su visumos situacija. Rezultatų sintezė duoda pagrindo apibendrinti plėtos kokybę ir rengti galimus scenarijus.

### ***Tyrimo anketos apibūdinimas***

Tikrovės blokui identifikuoti buvo parengta anketa „Sveikatos, aplinkos ir gyvenimo kokybės integruotas tyrimas“ (žr. priedą Nr. 3). Klausimyną sudarė tarptautinis gyvenimo kokybės klausimynas WHOQoL-100; trumpas PSO socialinės sveikatos klausimynas; psichinės sveikatos

klausimynas GHQ-28, Valstybiniame aplinkos sveikatos centre adaptuoto PSO klausimyno “Būstas ir sveikata” bei “Gyventojas ir jo aplinka” fragmentai ir socialiniai bei demografiniai rodikliai (žr. 2.3 pav.) Rengiamas integruoto tyrimo klausimynas buvo svarstytas ir koreguotas darbo grupėje ir VU MF Visuomenės sveikatos institute.



**2.3 pav.** Gyvenimo kokybės ir socialinio saito tarpusavio sveikos schema

Gyvenimo kokybės situacija formuojantys požymiai buvo vertinami atitinkamomis skalėmis ar grupuojami taikant matematinės statistikos metodus. Bendra sveikatos būklė vertinta penkių balų rangine skale. Pajamos skaičiuotos pinigų kiekiu vienam šeimos nariui. Analizuojant pajamos grupuotos kvintiliniu principu. Socialiniai ir aplinkos rodikliai vertinti



nominaline skale. Amžius grupuotas į keturias amžiaus grupes: iki 29 metų labai jaunas; 30-44 jaunas; 45-59 vidutinis; 60 ir daugiau metų- pagyvenę ir seni.

#### ***Išvestiniai požymiai (kokybės indeksai)***

Remiantis aukščiau pateiktu ***kokybės indekso*** skaičiavimo algoritmu buvo skaičiuojami žemiau išvardinti kokybės indeksai. Indekso skaičiavimui imti tam skirtas savybes identifikuojantys požymiai, kuriems yra skirti atitinkami anketos klausimai.

#### ***Integralus kokybės indeksas (IGKSR)***

Taikant indekso apskaičiavimo algoritmą integraliam gyvenimo kokybės indeksui apskaičiuoti buvo panaudoti penki integralaus pobūdžio klausimai – G1, G2, G3, G4, G12 – apjungti į vieną integralų išvestinį kintamąjį šiame darbe pavadintą IGKSR indeksu. Teigiamos šio indekso reikšmės rodo geresnę, o neigiamos atvirkščiai – blogesnę žmonių gyvenimo kokybę

#### ***Gyvenimo kokybės rizikos galimybė (GKGR)***

Gyvenimo kokybės socialinės rizikos galimybė įvardijama dichotomiškai: “rizika” (2) ir “ištekliai” (1). Tuo tikslu GKGR kintamasi padalintas į penkis procentilius ir trys mažiausi procentiliai prilyginti požymiui “rizika” (2), o du paskutiniai didesni procentiliai – “ištekliams” (1).

#### ***Socialinės sveikatos indeksas (SSV)***

Taikant indekso apskaičiavimo algoritmą penki socialinės sveikatos identifikavimo požymiai (SSV1, SSV2, SSV3, SSV4, SSV5) apjungti į vieną integralų išvestinį kintamąjį šiame darbe pavadintą SSV INDEKSU. Teigiamos šio indekso reikšmės rodo geresnius o neigiamos atvirkščiai – blogesnius tarpasmeninius santykius.

#### *Socialinės paramos indeksas (SPR)*

Taikant indekso apskaičiavimo algoritmą trys socialinės paramos identifikavimo požymiai (SP6, SP7, SP8) apjungti į vieną integralų išvestinį kintamąjį šiame darbe pavadintą SPR INDEKSU. Teigiamos šio indekso reikšmės rodo geresnius o neigiamos atvirkščiai – blogesnius žmonių tarpusavio paramos santykius.

#### *Gyvenimo kokybės fizinės sveikatos indeksas (GKFS)*

Taikant indekso apskaičiavimo algoritmą dvylika šios srities identifikavimo požymių (F11, F12, F13, F14; F21, F22, F23, F24; F31, F32, F33, F34) apjungti į vieną integralų išvestinį kintamąjį šiame darbe pavadintą GKFS INDEKSU. Teigiamos šio indekso reikšmės rodo geresnę o neigiamos atvirkščiai – blogesnę žmonių gyvenimo kokybę, susijusios su jų fizine sveikata, sritį.

#### *Gyvenimo kokybės psichinės sveikatos indeksas (GKPS)*

Taikant indekso apskaičiavimo algoritmą dvidešimt šios srities identifikavimo požymių (F41, F42, F43, F44; F51, F52, F53, F54; F61, F62, F63, F64; F71, F72, F73, F74; F81, F82, F83, F84) apjungti į vieną integralų išvestinį kintamąjį šiame darbe pavadintą GKPS INDEKSU. Teigiamos šio indekso reikšmės rodo geresnę o neigiamos atvirkščiai – blogesnę žmonių gyvenimo kokybę, susijusios su jų psichine sveikata, sritį.

#### *Gyvenimo kokybės nepriklausomumo indeksas (GKNS)*

Taikant indekso apskaičiavimo algoritmą šešiolika šios srities identifikavimo požymių (F91, F92, F93, F94; F101, F102, F103, F104; F111, F112, F113, F114; F121, F122, F123, F124) apjungti į vieną integralų išvestinį kintamąjį šiame darbe pavadintą GKNS INDEKSU. Teigiamos šio indekso reikšmės rodo geresnę o neigiamos atvirkščiai – blogesnę žmonių gyvenimo kokybę, susijusios su jų nepriklausomumu nuo aplinkos, sritį.

#### *Socialinių santykių indeksas (GKSS)*

Taikant indekso apskaičiavimo algoritmą dvylika šios srities identifikavimo požymių (F131, F132, F133, F134; F141, F142, F143, F144; F151, F152, F153, F154) apjungti į vieną integralų išvestinį kintamąjį šiame darbe pavadintą GKSS INDEKSU. Teigiamos šio indekso reikšmės rodo geresnę o neigiamos atvirkščiai – blogesnę žmonių gyvenimo kokybę, susijusios su jų tarpusavio santykiais, sritį.

#### *Gyvenimo kokybės aplinkos indeksas (GKAS)*

Taikant indekso apskaičiavimo algoritmą trisdešimt du šios srities identifikavimo požymiai (F161, F162, F163, F164; F171, F172, F173, F174; F181, F182, F183, F184; F191, F192, F193, F194; F201, F202, F203, F204; F211, F212, F213, F214; F221, F222, F223, F224; F231, F232, F233, F234 ) apjungti į vieną integralų išvestinį kintamąjį šiame darbe pavadintą GKAS INDEKSU. Teigiamos šio indekso reikšmės rodo geresnę, o neigiamos atvirkščiai – blogesnę žmonių gyvenimo kokybę, susijusios su jų fizine aplinka, sritį.

#### *Dvasingumo indeksas (GKDV)*

Taikant indekso apskaičiavimo algoritmą keturi šios srities identifikavimo požymiai (F241, F242, F243, F242) apjungti į vieną integralų išvestinį kintamąjį šiame darbe pavadintą GKDV INDEKSU. Teigiamos šio indekso reikšmės rodo geresnę, o neigiamos atvirkščiai – blogesnę žmonių gyvenimo kokybę, susijusios su jų fizine aplinka, sritį.

#### ***Požymių tarpusavio priklausomybės analizė***

Naudojant kokybinę analizę buvo nustatyti ryšiai tarp požymių susietų lentelių metodu. Remiantis lentelės reikšmėmis buvo apskaičiuojama Chi kvadrato ( $\chi^2$ ) statistika ir jos laisvės laipsnių skaičius (df). Šie rodikliai leido nustatyti hipotezes, kad požymiai nėra susieti, tikimybę p. Jei  $p < 0,05$ ,

tikrinamą hipotezę buvo galima atmesti ir teigti, kad ryšys tarp požymių yra statistiškai reikšmingas.

Siekiant įvertinti ryšius tarp kokybinių požymių taip pat buvo naudojama vienfaktorinė dispersinė analizė (Anova), skaičiuojamas *t*, *Mann-Whitney* kriterijai. Keleto veiksnių tarpusavio ryšiams nustatyti naudojome daugybinę dispersinę analizę.

Kiekybiniams požymiams vertinti buvo skaičiuojamas aritmetinis vidurkis, standartinis nuokrypis ir 95 proc. pasikliautinis intervalas.

### ***Regresinė analizė***

Veiksnių tarpusavio ryšiams vertinti ir sąveikos rezultatų prognozei naudoti tiesinės ir logistinės regresijos metodai.

***Faktorinė analizė.*** Siekiant sumažinti veiksnius charakterizuojančių kintamųjų skaičių buvo atlikta faktorinė analizė (Narušis, 1986, Čekanavičius, Murauskas 2000; 2001). Taikant šį metodą ieškota bendrųjų veiksnių. Veiksnių suradimui naudotas *pagrindinių komponentų metodas* taikant sukimą *varimax* metodu. Ar kintamuosius galima sugrupuoti taikant faktorinę analizę įvertinta pagal Kaizerio-Mejerio-Olkinio (KMO) kriterijų. Suradus veiksnius buvo įvertinama kokią dalį bendros skalės informacijos, glūdinčios jos požymių variacijoje, paaiškina surastieji veiksniai.

### ***Tyrimo rezultatų pateikimas***

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).

### 3. REZULTATAI

#### 3.1. Tiriamojo objekto charakteristika

Šiame skirsnyje pateikiamas tirtos imties svarbiausių parametru vidutinės reikšmės ir struktūra.

##### *Amžius ir lytis*

Tyrimo metu buvo apklausta 1233 respondentas Vilniaus mieste. Jų tarpe 518 vyrų ir 715 moterų. 3.1.1 lentelėje pateikti duomenys apie imties pasiskirstymą pagal lytį ir amžių. Vyrai sudarė 42,0%, moterys – 58,0%. Šis santykis yra artimas generalinės aibės pasiskirstymui pagal lytį. (40 ir 60%).

**3.1.1 lentelė.** Imties amžiaus vidutinės reikšmės

<i>Lytis</i>	<i>n</i>	<i>Proc.</i>	<i>Amžiaus vidurkis</i>	<i>St. nuokr.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Vyrai	518	42,0	44,81	16,486	18	90
Moterys	715	58,0	42,56	15,369	18	87
Vyr. ir mot.	1233	100	43,5	15,880	18	90

Tyrimo atsakymų gavimo procentas – 51,3%. Surinktų duomenų paklaida neviršijo 5%, išskyrus kai kurias amžiaus grupes, todėl reprezentatyvumui pilnai koreguoti buvo panaudoti matematiniai metodai ir gauta pakoreguota imtis pakankamai gerai reprezentuoja generalinę aibę. Duomenų analizei, remiantis socialinės statistikos patirtimi, buvo suformuotos keturios amžiaus grupės (3.1.2 lentelė).

**3.1.2 lentelė.** Imties pasiskirstymas pagal lytį ir amžiaus grupes

	n, %	Amžius m.				Viso
		18- 29	30-44	45-59	60 <	
Vyrai	n	119	151	107	141	518
	% lytis	23,0	29,2	20,7	27,2	100,0
	% amžius	40,8	40,7	35,9	51,8	42,0
Moterys	n	173	220	191	131	715
	% lytis	24,2	30,8	26,7	18,3	100,0

	% amžius	59,2	59,3	64,1	48,2	58,0
Viso	n	292	371	298	272	1233
	% lytis	23,7	30,1	24,2	22,1	100,0
	% amžius	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

### ***Pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį***

3.1.3 lentelėje parodyta pajamų vienam šeimos nariui per mėnesį vidutinės reikšmės rodo, kad

**3.1.3 lentelė.** Pajamų vienam šeimos nariui vidutinės reikšmės

	<i>N</i>	<i>Vidurkis</i>	<i>St. nuokr.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Vyr. ir mot.	1233	765,5	525,2	20	7000

### ***Išsilavinimas***

**3.1.4 lentelė.** Imties respondentų išsilavinimo sklaida

<i>IŠSILAVINIMAS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nebaigtas vidurinis	42	3,4
Vidurinis	178	14,4
Aukštesnysis	189	15,3
Nebaigtas aukštasis	170	13,8
Aukštasis	654	53,0
Viso	1233	100

3.1.4. lentelės duomenys rodo, kad didesnę pusę respondentų sudarė didesni nei aukštesnis išsilavinimas turintys žmonės.

### ***Profesija***

Pagal profesijas ir užimtumą imtis nebuvo kvotuojama, todėl pensininkų ir bedarbių skaičius gali neatitikti šios kategorijos žmonių generalinėje aibėje.

**3.1.5 lentelė.** Profesijų sklaida

<i>PROFESIJA</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Darbininkas	175	14,2
Bedarbis	31	2,5
Pensininkas	104	8,4

Namų šeimininkė	23	1,9
Tarnautojas	415	33,6
Vadovas, specialistas	287	23,3
Kita	199	16,1
Viso	1233	100,0

### *Šeimos padėtis*

Pusę imties sudarė vedę ir trečdalį nevedę respondentai. Pagal šeimos padėtį imtis taip pat nebuvo kvotuota.

**3.1.6 lentelė.** Šeimos padėties sklaida

<i>ŠEIMOS PADĖTIS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Vedęs (ištekęjusi)	693	56,2
Nevedęs (netekėjusi)	333	27,0
Išsituokęs (-usi)	94	7,6
Našlys (-ė)	62	5,0
Gyvena atskirai	32	2,6
Gyvena nesusituokę	20	1,6
Viso	1233	100,0

### **3.2. Gyvenimo kokybės prioritetų tendencijos amžiaus grupėse**

Visuomenės gyvenimo kokybė yra tikslinga socialinė sistema. Vieni ar kiti jos elementai tam tikromis sąlygomis gali būti akcentuojami kaip svarbesni, lyg numanomi traukos centrai kur link dreifuoja gyvenimo kokybės raida. Jie parodo gyvenimo kokybės plėtros tendencijas – plėtros prioritetus. Prioritetų pasiskirstymas gali priklausyti nuo socialinių, ekonominių, kultūros sąlygų. Galima spėti, kad ir kintant amžiui taip pat kinta ir gyvenimo prioritetai. Todėl gyvenimo kokybės prioritetai nėra absoliutus dalykas: kas vieniems žmonėms tam tikru laiku ir tam tikroje vietoje svarbu, kitiems gali būti visai nesvarbu. Tai reiškia, kad gali būti skirtingi požiūriai į tuos pačius gyvenimo reiškinius. Šiame skirsnyje pateikiame du požiūrius. Pirmasis būdas remiasi gyvenimo kokybės matavimo instrumentu – standartinė gyvenimo kokybės anketa. Juo nustatėme gyvenimo kokybės situaciją pagal išankstinį anketoje paruoštą modelį – formalią gyvenimo kokybės struktūrą, sudarytą iš

šešių gyvenimo kokybės sričių ir dvidešimt keturių aspektų. Ši struktūra identifikuojama šimtu pirminių anketos klausimų ir metodas atitinka mūsų tyrimo schemos bloką „Paprasti eksperimentai“ ( 2.2 pav.). Jis remiasi gyvenimo kokybės rodiklių reikšmių sumavimu.

Kitas požiūris sisteminis, realizuojamas kaip „Modeliuojama plėtra“ (2.2 pav.). Sisteminiu požiūriu gyvenimo kokybė nėra atskirų jos elementų suma, nes elementai nėra izoliuoti, jie veikdami vieni kitus sukuria naujus integralius latentinius bendruosius veiksnius ir naują, modeliuojamą, gyvenimo kokybės struktūrą. Lyginant abi struktūras galima formuoti mikroteorijas (žr. 2.2 pav.).

### **3.2.1. Gyvenimo kokybės sričių raidos tendencijos**

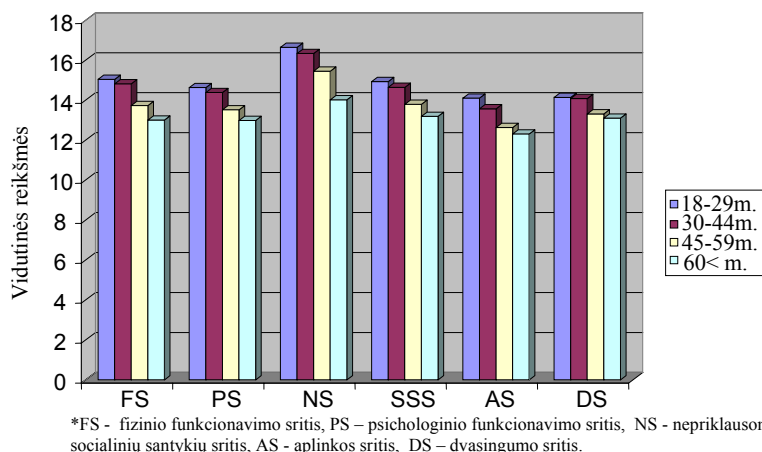
Šio fragmentu siekėme išryškinti formalią gyvenimo kokybės struktūrą pagal išankstinį gyvenimo kokybės vertinimo modelį, kuri sudaryta iš gyvenimo kokybės sričių ir jas sudarančių aspektų.

#### *Gyvenimo kokybės svarbesnės sritys ir aspektai*

3.1 paveiksle pateiktas gyvenimo kokybės sričių vidutinių reikšmių pasiskirstymas amžiaus grupėse rodo, kad žmonėms senstant gyvenimo kokybė visose srityse prastėja. Jeigu 18-29 amžiaus metų grupėje vidutinė fizinio funkcionavimo srities reikšmė buvo 15,04 (st. nuokr. 2,14), tai 60 ir vyresniame amžiuje ši reikšmė sumažėjo iki 13,00 (st. nuokr. 2,34). Psichologinio funkcionavimo srities vidutinės reikšmės svyravo atitinkamai nuo 14,62 (st. nuokr. 2,03) iki 12,98 (st. nuokr. 1,87). Paveiksle pateikti duomenys rodo, kad mažiausiai pažeidžiama nepriklausomumo sritis, kurios vidutinės reikšmės yra didžiausios lyginant su kitomis sritimis. Tačiau didėjant amžiui nepriklausomumas mažėja nuo 16,65 (st. nuokr. 1,46) 18-29 amžiaus metų grupėje iki 14,02 (st. nuokr. 2,62) tarp 60 metų ir vyresnių žmonių. Panaši padėtis buvo ir socialinių santykių srityje, kurios vidutinės reikšmės mažėjo nuo 14,93 (st. nuokr. 2,16) jauname amžiuje iki 13,19 (st. nuokr. 2,15)



reikšmės senyvų žmonių tarpe. Mažiausios gyvenimo kokybės vidutinės reikšmės buvo gautos aplinkos srityje. Jos svyravo nuo 14,09 (st. nuokr. 1,87) 18-29 amžiaus metų populiacijoje iki 12,31 (st. nuokr. 1,75) 60 metų ir vyresnių žmonių tarpe. Didėjant amžiui žmonių dvasinis polėkis mažėjo nuo 14,13 (st. nuokr. 2,97) jauname, 18-29 metų amžiuje, iki 13,10 (st. nuokr. 2,97) pagyvenusių ir senų žmonių tarpe. Paveiksle pateiktos gyvenimo kokybės sričių vidutinės reikšmės rodo, kad jų kaita apie 40-sius amžiaus metus įgyja lūžį.



**3.1 pav.** Gyvenimo kokybės sričių vidutinių reikšmių pasiskirstymas amžiaus grupėse

3.1 lentelėje pateikiamas detalesnė gyvenimo kokybės sritis sudarančių aspektų vidutinių reikšmių analizė. Fizinio funkcionavimo sritį formuoja trys aspektai: skausmo ir diskomforto nebuvimas, žmonių energingumas bei miegas ir poilsis. Prasčiausios vidutinės reikšmės gautos analizuojant skausmo ir diskomforto nebuvimą. Jos svyruoja nuo 8,85 jauname, 18-29 metų amžiaus tarpsnyje iki 10,72 reikšmės 60 metų ir vyresniame amžiuje. Žmonių energija atitinkamai sumažėja nuo 14,22 vidutinės reikšmės iki 12,37. Analogiškai sumažėja miego kokybė nuo 15,77 iki 13,35.

**3.1 lentelė.** Gyvenimo kokybės aspektų vidutinių reikšmių kaita amžiaus grupėse

GK sritys	Aspek- tai*	18-29 m		30-44m.		45-59m.		60<m.	
		Vid. reikšmė	Stand. nuokr.	Vid. reikšmė	Stand. nuokr.	Vid. reikšmė	Stand. nuokr.	Vid. reikšmė	Stand. nuokr.
FS	ASP1	8,85	2,53	9,29	2,82	10,30	2,58	10,72	2,59
	ASP2	14,22	2,77	14,15	2,65	13,02	2,78	12,37	2,63
	ASP3	15,77	3,09	15,58	2,97	14,48	3,32	13,35	3,36
PS	ASP4	14,05	2,37	13,19	2,61	12,01	2,42	11,52	2,30
	ASP5	13,89	2,51	13,88	2,43	13,17	2,24	12,53	2,36
	ASP6	14,23	2,43	13,94	2,50	12,98	2,34	12,13	2,43
	ASP7	15,46	2,92	15,24	3,10	14,44	3,26	14,02	2,70
NS	ASP8	8,51	2,95	8,34	2,62	8,97	2,80	9,31	2,75
	ASP9	17,15	2,48	16,45	2,92	15,48	2,96	14,64	3,65
	ASP10	14,06	1,50	14,12	1,96	13,53	1,91	13,05	2,22
	ASP11	5,40	2,56	5,99	2,80	7,47	3,67	9,58	4,06
SSS	ASP12	16,79	2,40	16,80	2,71	16,28	2,52	13,96	3,38
	ASP13	15,48	2,22	15,50	2,37	14,59	2,47	14,19	2,40
	ASP14	14,88	2,65	14,18	2,83	13,44	2,82	12,99	2,84
AS	ASP15	14,43	3,28	14,23	3,37	13,32	2,86	12,40	2,73
	ASP16	13,41	2,58	12,49	2,64	11,64	2,65	11,21	2,51
	ASP17	13,67	3,42	13,59	3,37	12,64	3,11	12,47	2,87
	ASP18	13,72	3,48	12,70	3,98	11,68	3,64	11,74	3,58
	ASP19	12,95	2,49	12,55	2,66	11,64	2,44	11,49	2,28
	ASP20	15,52	2,15	14,70	2,54	14,07	2,46	13,69	2,47
	ASP21	15,11	2,57	14,54	2,93	12,93	2,93	12,74	2,74
ASP22	13,57	2,47	13,09	2,36	12,32	2,58	11,86	1,99	
PS	ASP23	14,76	3,03	14,87	3,05	14,14	3,35	13,28	2,90
	ASP24	14,13	2,97	14,08	3,09	13,31	2,94	13,10	2,97

\*ASP1 – skausmo ir diskomforto nebuvimas; ASP2 – energingumas; ASP3 – miegas ir poilsis; ASP4 – teigiami jausmai; ASP5 – kognityvinės funkcijos; ASP6 – pasitikėjimas savimi; ASP7 – kūno suvokimas ir išvaizda; ASP8 – neigiamų jausmų nebuvimas; ASP9 – gebėjimas judėti; ASP10 – gebėjimas atlikti kasdienius darbus; ASP11 – priklausomybės nuo vaistų ir gydymo nebuvimas; ASP12 – darbingumas; ASP13 – tarpasmeniniai santykiai; ASP14 – socialinis palaikymas; ASP15 – lytinis gyvenimas; ASP16 – fizinis saugumas; ASP17 – namų aplinka; ASP18 – finansiniai ištekliai; ASP19 – sveikatos ir socialinė priežiūra: kokybė ir pasitenkinimas; ASP20 – galimybė gauti naujų žinių ir įgūdžių; ASP21 – laisvalaikio leidimas ir poilsio galimybės; ASP22 – fizinė aplinka; ASP23 – transportas; ASP24 – dvasingumas, religiniai įsitikinimai;

Psichologinio funkcionavimo sritį formuoja teigiamų jausmų buvimas, kognityvinės funkcijos, pasitikėjimas savimi, savo kūno ir išvaizdos suvokimo ypatumai, ir neigiamų jausmų nebuvimas. Tyrimo duomenys rodo, kad psichologinio funkcionavimo sritį labiausiai įtakoja neigiami jausmai, nes jų nebuvimo vidutinės reikšmės yra mažiausios visose amžiaus grupėse. Neigiamų jausmų buvimo vidutinė reikšmė didėja nuo 8,51 balo 18-29 metų amžiaus tarpsnyje iki 9,31 senų žmonių tarpe. Geresnės įtakos šiai gyvenimo kokybės sričiai turi savo kūno ir išvaizdos suvokimas. Šio aspekto vidutinės reikšmės su amžiumi mažėja nuo 15,46 iki 14,02.

Gyvenimo nepriklausomumą mūsų tyrime formavo žmonių gebėjimas judėti, jų gebėjimas atlikti kasdienius darbus, priklausomybė nuo vaistų ir

gydymo, jų darbingumas. Didžiausią įtaką žmonių nepriklausomumui ir apskritai gyvenimo kokybei turi žmonių dinamiškumo, jų judrumo bruožas. Jo vidutinė reikšmė su amžiumi sumažėja nuo 17,15 jauname amžiuje iki 14,64 pagyvenusių ir senų žmonių tarpe. Didelės įtakos turi polinkis dirbti, darbingumo bruožas. Jo vidutinė reikšmė sumažėja su amžiumi atitinkamai nuo 16,79 iki 13,96. Tačiau labiausiai varžo žmonių nepriklausomumą ir gyvenimo kokybę apskritai priklausomumas nuo vaistų ir medicinos. Jo vidutinė reikšmė su amžiumi didėja nuo 8,51 jauname 18-29 metų amžiuje iki 9,31 60 metų ir vyresniame amžiuje.

Didelės reikšmės gyvenimo kokybei turi žmonių tarpusavio santykiai. Pasaulinės sveikatos organizacijos gyvenimo kokybės modelyje socialinius santykius formuoja žmonių tarpasmeniniai santykiai, socialinis tarpusavio palaikymas ir lytinis gyvenimas. Mūsų tyrime gyvenimo kokybę geriau įtakoja tarpasmeniniai žmonių santykiai. Su amžiumi jie šiek tiek blogėja ir vidutinės reikšmės sumažėja nuo 15,48 jauname amžiuje iki 14,19 tarp senovo amžiaus žmonių. Blogiau gyvenimo kokybę įtakoja žmonių lytinis gyvenimas. Šio svarbaus gyvenimo kokybės bruožo vertinimo vidutinės reikšmės mažėja atitinkamai nuo 14,43 iki 12,40.

Gyvenimo aplinka yra labai įvairi ir jos įtaka gyvenimo kokybei yra taip pat įvairialypė. Mūsų naudojamame tyrimo modelyje šią sritį formuoja net aštuoni aspektai – nuo ASP16 iki ASP23. Šioje srityje nėra labai ryškiai išsiskiriančių bruožų. Didesnės įtakos turi sveikatos ir socialinės priežiūros kokybė. Šio gyvenimo kokybės bruožo vertinimo lygis nėra aukštas ir vidutinė reikšmė nuo 12,95 jauname amžiuje mažėja iki 11,49 60 metų ir vyresniame amžiuje. Su amžiumi sparčiai mažėja fizinis žmonių saugumas. Jo reikšmė sumažėja 13,41 iki 11,21. Panašiai kinta ir finansiniai ištekliai nuo 13,72 iki 11,74.

Žmoniškumui didesnės įtakos turi vertybinės orientacijos, žmonių nuostatos įvairiais gyvenimo klausimais, jų dvasiniai polėkiai. Šiems klausimams mūsų naudojamame modelyje skiriama pakankamai kukli reikšmė. Dvasingumo sritį formuoja tik vienas aspektas, kuris rodo žmogiškų

įsitikinimų reikšmę gyvenimui. Gauti duomenys rodo, kad tokių įsitikinimų, žmogiškų polėkių vidutinė reikšmė su amžiumi mažėja nuo 14,89 jaunystėje iki 12,41 vyresniame amžiuje.

#### *Gyvenimo kokybė ir amžius*

Kitas mūsų analizės etapas skirtas išryškinti amžiaus formuojamas gyventojų grupes atskirose gyvenimo kokybės srityse. Analizės duomenys pateikiami 3.2 lentelėje. Jie rodo, kad žmonių gyvenimo kokybė yra labai stipriai susijusi su jų amžiumi visose gyvenimo kokybės srityse (tarpsubjektinio lyginimo  $p=0,000$ ) ir galima išskirti 2-3 tarp savęs besiskiriančias žmonių grupes kiekvienoje gyvenimo kokybės srityje.

**3.2 lentelė.** Gyvenimo kokybės ir amžiaus sąveika

GK sritys**	Srities pogrupiai	GK pogrupių vidutinės reikšmės amžiaus grupėse			
		18-29m. n=372	30-44m. n=327	45-59m. n=350	60<m. n=272
FS	1				13,04*
	2			13,73*	
	3	15,02	14,81		
PS	1				13,01*
	2			13,53*	
	3	14,60	14,38		
NS	1				14,02*
	2			15,45*	
	3	16,64	16,34		
SSS	1				13,11*
	2			13,79*	
	3	14,92	14,63		
AS	1			12,64	12,28
	2		13,57*		
	3	14,08*			
DS	1			13,32	13,04
	2	14,14	14,07		

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

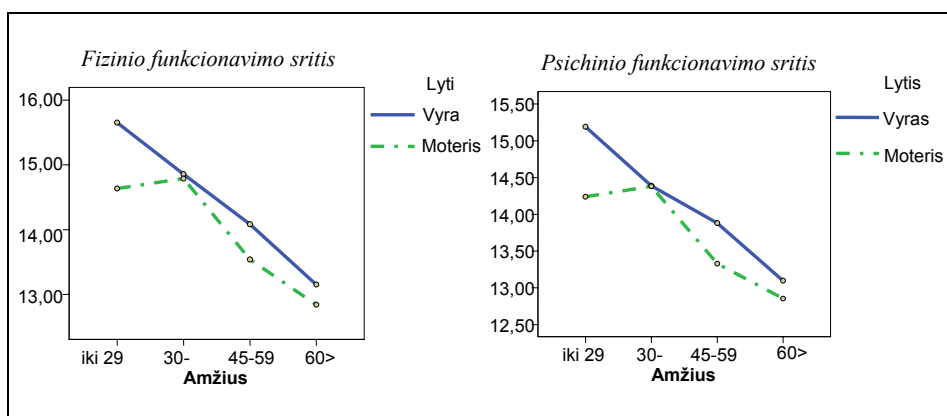
\*\*FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

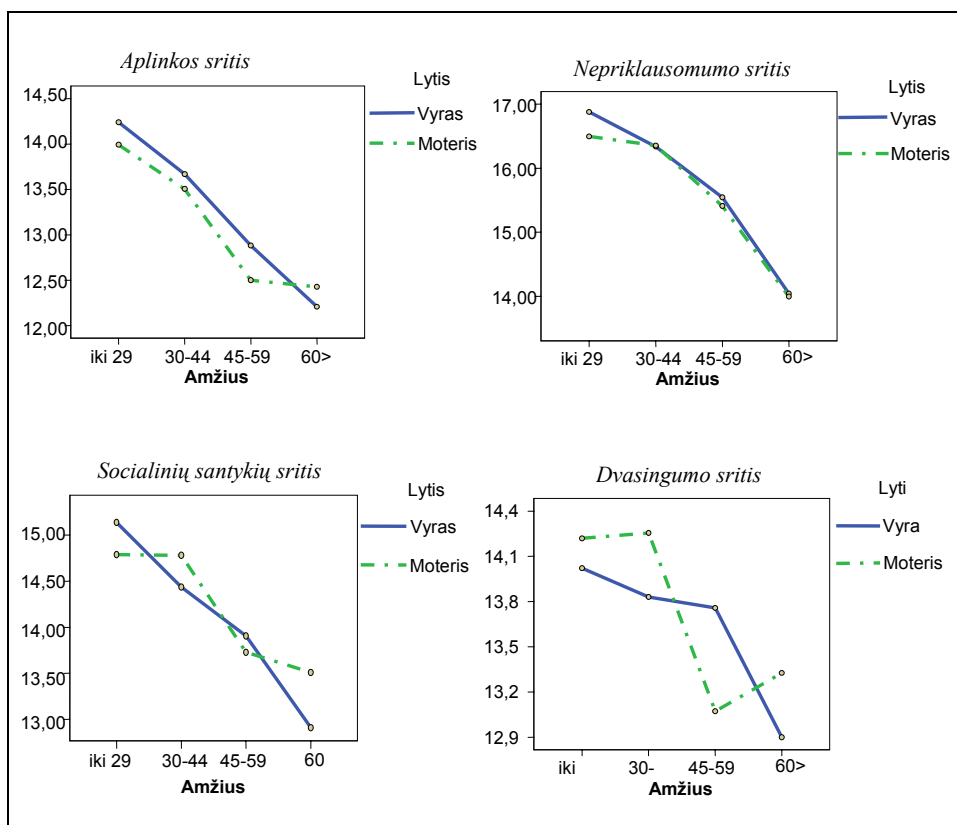
Nors išskiriamos grupės nėra labai homogeniškos (išskyrus FS ir AS srityse, kur atitinkamai  $p=0,205$  ir  $p=0,177$ ), vis tik galima išskirti pakankamai skirtingas gyvenimo kokybės ir amžiaus sąsajų grupes. 3.2 lentelėje matyti,

kad visose gyvenimo srityse išskyrus dvasingumo sritį, išsiskyrė trys skirtingi vidutinių reikšmių pogrupiai. Visose gyvenimo kokybės srityse, išskyrus dvasingumo ir aplinkos sritis, statistiškai reikšmingai išsiskiria 60 metų ir vyresnių žmonių populiacija, kurios gyvenimo kokybė prasčiausia. Taip pat analogiškai statistiškai reikšmingai išsiskiria 45-59 metų amžiaus grupė, kurios gyvenimo kokybė geresnė negu vyresnių žmonių, bet prastesnė negu už juos jaunesnių. Kitose dviejose amžiaus grupėse – nuo 18 iki 29 metų ir nuo 30 iki 44 metų FS, PS, NS ir SSS srityse statistiškai reikšmingai išsiskiriančių grupių nėra ir jose gyvenimo kokybės vidutinės reikšmės persidengia. Aplinkos srityje atvirkščiai – statistiškai reikšmingai išsiskiria 18-29 metų amžiaus grupės gyvenimo kokybė ir taip pat statistiškai reikšmingai išsiskiria 30-44 metų gyvenimo kokybė. Dvasingumo srityje statistiškai reikšmingai išsiskiriančių gyvenimo kokybės ir amžiaus sąveikos grupių negauta. Taip pat nesunku pastebėti, kad apie 45 metų ribą visose gyvenimo kokybės srityse randasi statistiškai reikšmingai besiskiriančios gyvenimo kokybės vidutinės reikšmės.

#### *Gyvenimo kokybė ir lytis*

3.2. paveiksle pateiktas dispersinės analizės metodu gautų gyvenimo kokybės sričių vidutinių reikšmių pasiskirstymo priklausomybė nuo lyties grupėse vaizdas.



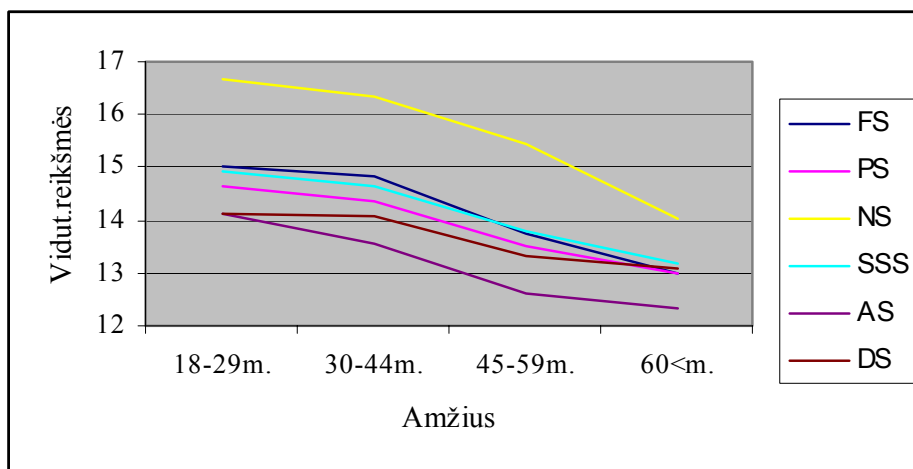


3.2 pav. Gyvenimo kokybės sričių vidutinių reikšmių pasiskirstymas pagal lytį

Duomenys rodo, kad bendra tendencija yra tokia: didėjant amžiui vyrų ir moterų gyvenimo kokybė visose jos struktūrinėse srityse prastėja. Kitas bendresnis bruožas yra tas, kad jauno amžiaus, iki 29 metų, vyrų gyvenimo kokybė penkiose srityse, išskyrus dvasinę, yra geresnė negu moterų. Apskritai, vyrų gyvenimo kokybė visose srityse su amžiumi blogėja beveik tiesiškai, tuo tarpu moterų – stebimi kai kurie pakilimai ir kritimai. Vyrų gyvenimo kokybė fizinio, psichinio funkcionavimo, aplinkos ir nepriklausomumo srityse buvo geresnė negu moterų visose amžiaus grupėse.

Gautas panašus fizinio ir psichinio funkcionavimo kitimo su amžiumi vaizdas srityse. 18-29 metų tarpsnyje moterų šios srities gyvenimo kokybė prastesnė, negu vyrų, bet tarpsnyje iki 30 metų ji gerėja ir susilygina su vyrų. Toliau vyrų ir moterų gyvenimo kokybė šiose srityse prastėja vienodai, bet moterims ji prastesnė, negu vyrams.

Aplinkos ir nepriklausomumo srityse vidutinių reikšmių kitimas beveik tolygus visose amžiaus grupėse, išskyrus tai, kad moterims virš 45 metų aplinkos poveikis tampa visiškai nežymiu.



3 pav. Gyvenimo kokybės sričių prioritetai amžiaus grupėse

Apibendrinant verta pastebėti, kad aptartos gyvenimo kokybės sritys ir jas formuojantys veiksniai nėra diskretiški dalykai, bet vienaip ar kitaip susiję vieni su kitais. Tai reiškia, kad gyvenimo kokybės reiškinys yra integralus gyvenimo procesas. Taip pat reikia pripažinti, kad amžiaus įtaka šio proceso eigai yra labai reikšminga. Ji rodo tendenciją, kad didėjant žmonių amžiui gyvenimo kokybė turi tendenciją blogėti (3 pav.). Taip pat tyrimas parodė, kad gyvenimo kokybės lygis tirtos skalės ribose nėra aukštas. Geriausiai reprezentuojama gyvenimo kokybės sritis buvo nepriklausomumo sritis. Pagrindiniai šios srities veiksniai yra žmonių gebėjimas judėti, gebėjimas atlikti kasdienes darbus, priklausomybės nuo vaistų ir gydymo nebuvimas bei žmonių darbingumas. Blogiausiai buvo reprezentuojama dvasingumo sritis, kurią formuoja įsitikinimai apie gyvenimo prasmę, kiek žmogaus įsitikinimai padeda jam suprasti ir nugalėti gyvenimo sunkumus, džiaugtis jo malonumais ir kitais žmogaus orumą atspindinčiais veiksniais.

Tokiu būdu pateikti rezultatai rodo, kad gyvenimo kokybės prioritetai daugiau orientuojasi į žmonių laisvės siekį kasdienėje buityje nekreipiant

didesnio dėmesio į būties ir transcendentiško problemas. Socialinės etikos ir vertybių prioritetų požiūriu vertinant šiuos rezultatus hipotetiškai galima tvirtinti, kad turime reikalo su nauju reiškiniu - gyvenimo kokybės rizika.

### **3.2.2. Gyvenimo kokybės integralių veiksnių raidos tendencijos**

Modeliuojamą latentinę gyvenimo kokybės struktūrą formuoja tie patys anketos kintamieji, tik dabar juos analizuojame įvertindami jų tarpusavio koreliacijas. Remiantis koreliaciniais ryšiais formuojami latentiniai veiksniai ir iš jų sukonstruota nauja integrali latentinė gyvenimo kokybės struktūra. Tą mes realizavome faktorinės analizės metodu. Siekdami tam tikros analogijos su ankstesne gyvenimo kokybės sričių struktūra, mes formavome taip pat šešis latentinius veiksnius (3.3 lentelė).



**3.3 lentelė. Gyvenimo kokybės latentinių veiksnių struktūra**

Išitikinimų pozicija			Emocinis diskomfortas			Skausmo pojūtis			Medicinos paslaugų poreikis			Sveikatos paslaugų kokybė			Gyvenimo aplinkos kokybė		
F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**
F242	,676	DS	F64	,667	PS	F83	-,619	PS	F112	-,751	NS	F194	,724	AS	F173	,664	AS
F243	,660	DS	F52	,590	PS	F82	-,614	PS	F111	-,744	NS	F193	,683	AS	F172	,61	AS
F244	,631	DS	F54	,586	PS	F84	-,595	PS	F114	-,691	NS	F192	,618	AS	F171	,647	AS
F142	,592	SSS	F63	,576	PS	F73	,552	PS	F113	-,680	NS	F203	,570	AS	F174	,596	AS
F41	,591	PS	F103	,569	NS	F24	,547	FS	F121	,646	NS	F191	,533	AS	F232	,591	AS
F241	,585	DS	F74	,537	PS	F12	-,538	FS	F122	,626	NS	F204	,514	AS	F234	,572	AS
F44	,584	PS	F23	,496	FS	F13	-,522	FS	F123	,552	NS	F162	,489	AS	F181	,508	AS
F144	,561	SSS	F91	,491	NS	F14	-,519	FS	F124	,524	NS	F164	,484	AS	F183	,480	AS
F133	,516	SSS	F71	,471	PS	F72	,501	PS	F101	,473	NS	F141	,45	AS	F184	,479	AS
F143	,501	SSS	F51	,466	PS	F22	,496	FS	F34	,473	FS	F202	,443	AS	F182	,476	AS
F42	,490	PS	F93	,461	NS	F131	,489	SSS	F32	,426	FS	F201	,439	AS	F231	,475	AS
F153	,486	SSS	F92	,442	NS	F104	,451	NS							F224	,456	AS
F151	,485	SSS	F62	,438	PS	F154	,444	SSS							F223	,434	AS
F43	,484	PS	F53	,409	PS	F81	-,433	PS							F222	,400	AS
F213	,474	AS	F94	,401	NS												
F152	,465	SSS															
F132	,449	SSS															
F61	,440	PS															
F212	,431	AS															
F161	,408	PS															
Nuosavos reikšmės		25,9	5,0			4,2			2,8			2,6			2,3		
Paišk. dispers. proc.		10,51	9,20			6,74			6,57			6,31			6,20		

Bendrosios dispersijos proc. – 45,55

$\alpha=0,05$ ; Bart. kr.:  $df=4465$ ,  $p<0,000$ ;  $KMO=0,945$

\* Kintamojo numeris anketoje

\*\* FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Pirmą, bendrą visoms amžiaus grupėms, integralų latentinį veiksnį formuoja aštuoni socialinių santykių srities kintamieji, šeši psichologinės sveikatos keturi dvasingumo bei aplinkos sričių kintamieji. Čia vyrauja asmeninių išitikinimų, šeimos ir draugų socialinio palaikymo, pasitikėjimo savimi, teigiamų jausmų ir seksualinio gyvenimo kintamieji.

Šis integralus kintamasis, sudarytas iš keturių gyvenimo kokybės sričių paprastų kintamųjų gali būti pavadintas *įsitikinimų pozicija* integraliu veiksmiu.

Žmonės yra įsitikinę, kad jie nėra visiškai vieniši, jie turi teigiamų vilčių ir esant reikalui gali būti adekvačiai suprasti. Veiksnyms paaiškina 10,51 proc. bendros dispersijos. Jos vidutinės reikšmės svyruoja nuo -3,72 iki 2,96 (3.4 lentelė). Neigiamos reikšmės reiškia įsitikinimų pozicijos silpnėjimą, teigiamos – atvirkščiai, įsitikinimų stiprėjimą. Teigiamos reikšmės sudarė 51,8 proc., o neigiamos – 48,2 proc. Teigiamų ir neigiamų reikšmių vidurkių skirtumas buvo statistiškai reikšmingas. Tai rodo, kad žmonių pasitikėjimo savimi lygis yra šiek tiek didesnis už nepasitikėjimo lygį, nors nepasitikėjimas turi „aštresnį“ pobūdį (neigiamų reikšmių vidurkis didesnis už teigiamų reikšmių vidurkį).

Antrą bendrą integralų latentinį veiksnį formavo psichologinės srities, nepriklausomumo srities ir fizinės srities kintamieji. Psichologinės srities kintamieji buvo daugiau susiję su kognityvine funkcija, pasitenkinimu savimi, savo kūnu, gebėjimais sutelkti dėmesį. Nepriklausomumo kintamieji buvo susiję su gebėjimu judėti.

**3.4.lentelė** Integralių latentinių veiksmių vidutinės reikšmės

Integralūs latentiniai veiksniai	Veiksmių vidurkių				Teig/neig vid. skirtum.		
	min	max	Teig. %	Neig. %	t	df	p
1. Įsitikinimų pozicija	-3,72	2,96	51,8	48,2	-46,36	1222	0,000
2. Emocinis diskomfortas	-3,47	2,93	51,1	48,9	-46,46	1222	0,000
3. Nerimo ir skausmo pojūtis	-3,95	3,46	55,6	44,4	-46,01	1222	0,000
4. Medicinos poreikis	-4,18	2,59	57,4	42,6	-42,86	1222	0,000
5. Sveikatos paslaugų kokybė	-3,98	3,44	52,4	48,9	-42,24	1222	0,000
6. Namų aplinkos kokybė	-3,38	3,37	49,2	50,8	-46,34	1222	<b>0,000</b>

Tai tam tikros psichologinės nuostatos, galimi emociniai nepatogumai, tam tikras galimas diskomfortas kuris jaučiamas kai susiduria du svarbūs įsitikinimai ar požiūriai susiję su galimybe judėti dėl senatvės ar ligos, dėl savo išvaizdos ar kūno problemų. Mes šį integralų latentinį veiksnį šiame darbe pavadiname *emociniu diskomfortu*. Jis pagal svarbumą yra antroje vietoje ir paaiškina 9,20proc. bendros dispersijos. Jo vidutinės reikšmės svyravo nuo -

3,47 iki 2,93 ir jų skirtumas buvo statistiškai 0,005 lygmeniu esminis. Teigiamos reikšmės reiškia mažesnę, neigiamos – didesnę emocinę diskomfortą. Teigiamos reikšmės sudarė 51,1 proc. neigiamos – 48,9 proc. atvejų.

Trečią integralų veiksnį formavo psichologinės, fizinės, socialinių santykių ir nepriklausomumo sričių kintamieji. Psichologinės srities kintamieji susiję su neigiamų jausmų buvimu. Fizinės srities kintamieji – su skausmo ir su tuo susijusio diskomforto buvimu. Nepriklausomumo srities kintamasis buvo siejamas su galimybe atlikti kasdienes darbus. Atsižvelgiant į šių kintamųjų pobūdį mūsų darbe gautą trečia integralų kintamąjį pavadiname **nerimo ir skausmo pojūtis** veiksnium. Jis paaiškino 6,74 proc. bendros dispersijos ir vidutinės reikšmės svyravo nuo -3,95 iki 3,46. Neigiamos reikšmės reiškė nerimo ir skausmo pojūčio didėjimą, teigiamos – mažėjimą. Teigiamos reikšmės sudarė 55,6 proc. neigiamos – 44,4 proc. Buvo gautas esminis ( $p < 0,05$ ) skirtumas tarp vidutinių reikšmių, aprašančių teigiamą ir neigiamą nerimo ir skausmo pojūčio situaciją.

Ketvirtą integralų veiksnį formavo nepriklausomumo ir fizinės srities kintamieji. Nepriklausomumo srities kintamieji buvo susiję su priklausomybe nuo gydymo ir vaistų, bei su tuo susijusia darbingumo problema, o fizinės srities kintamieji – su miego ir poilsio problemomis. Šį integralų veiksnį mūsų darbe pavadiname **medicinos poreikio** veiksnium. Jis paaiškino 6,57 proc. bendros dispersijos, vidutinės reikšmės svyravo nuo -4,18 iki 2,59. Teigiamos reikšmės sudarė 57,4 proc. ir reiškė mažesnę priklausomybę nuo gydymo, o neigiamos reikšmės sudarė 42,6 proc. ir reiškė priklausomybės didėjimą. Buvo gautas esminis ( $p < 0,05$ ) skirtumas tarp vidutinių reikšmių, reiškiančių teigiamą ir neigiamą priklausomybės nuo gydymo situaciją.

Penktą integralų latentinį veiksnį formavo aplinkos ir socialinių santykių sričių kintamieji. Aplinkos srities kintamieji buvo susiję su sveikatos ir socialinės priežiūros kokybe bei galimybe gauti informacijos, kuri reikalinga naujiems iššūkiams įgyti bei kasdienėms problemoms spręsti. Šį integralų kintamąjį mūsų darbe pavadiname **sveikatos paslaugų kokybe**. Jis paaiškino 6,31 proc. bendros dispersijos, vidutinės reikšmės svyravo nuo -3,98 iki 3,44.

Teigiamos reikšmės sudarė 52,4 proc. ir reiškė geresnę paslaugų kokybę, o neigiamos reikšmės sudarė 48,9 proc. ir reiškė prastesnę kokybę. Buvo gautas esminis ( $p < 0,05$ ) skirtumas tarp vidutinių reikšmių, reiškiančių teigiamą ir neigiamą sveikatos paslaugų kokybės situaciją.

Šeštą integralų veiksnį formavo keturiolika iš trisdešimt dviejų aplinkos srities kintamųjų. Jie charakterizavo gyvenamąją namų aplinką, finansų situaciją, bei transporto nesklandumus. Šį integralų veiksnį mūsų darbe įvardijome ***namų aplinkos kokybe***. Veiksnyje paaiškino 6,20 proc. bendros dispersijos, vidutinės reikšmės svyravo nuo -3,38 iki 3,37. Teigiamos reikšmės sudarė 49,2 proc. ir reiškė geresnę namų aplinkos kokybę, o neigiamos reikšmės sudarė 50,8 proc. ir reiškė prastesnę kokybę. Buvo gautas esminis ( $p < 0,05$ ) skirtumas tarp vidutinių reikšmių, reiškiančių teigiamą ir neigiamą namų aplinkos situaciją. Beje, šio integralaus veiksnio neigiamas reikšmių vidurkis buvo didesnis už teigiamą, kas rodo, kad mūsų atvejų gyvenimo aplinkos kokybės situacija turi daugiau neigiamos nei teigiamos tendencijos.

Visi šie šeši integralūs gyvenimo kokybės veiksniai paaiškina 45,5 proc. bendros dispersijos. Tai nėra aukštas bendrumo lygis, nes 54,4 proc. sudaro specifiniai gyvenimo kokybės aspektai. Kita vertus, čia mes tiriamo daugiau sveikatos įtakojamą gyvenimo kokybę, o ne gyvenimo kokybę, kurią formuoja platesni socialiniai, ekonominiai ir ekologiniai visuomenės plėtros veiksniai, todėl toks bendrumo laipsnis gali būti pakankamas šio pobūdžio situacijai apibrėžti.

3.5 lentelėje pateikta latentinių integralių veiksnų pasiskirstymas amžiaus grupėse rodo, kad homogeniškai (statistiškai reikšmingai) išsiskiriančių grupių integralių veiksnų atskirose amžiaus grupėse nėra. Skirtumo negauta ir tiems veiksniams, kurių dispersijos skirtingose amžiaus grupėse lygios (Livino kriterijus  $< 0,05$ ). Tai reiškia, kad amžius, nors yra svarbus gyvenimo kokybę modeliuojantis veiksnys, bet jo įtaka nėra lemianti formuoti atskiroms latentinių veiksnų grupėms. Todėl galima teigti, kad skirtingose amžiaus grupėse formuojasi skirtingi latentiniai veiksniai. (Šią hipotezę tikriname skirsnyje *latentinė struktūra amžiaus grupėse*).

**3.5 lentelė.** Gyvenimo kokybės integralių veiksmų struktūros priklausomybė nuo amžiaus

Integralūs latentiniai veiksniai	Dispersijos %	Livyno kriterijus	Integralių veiksmų pogrupiai *	Integralių veiksmų vidutinės reikšmės			
				18-29m. n=372	30-44m. n=327	45-59m. n=350	60<m. n=272
Įsitikinimų pozicija	10,51	0,366	1			-0,100	-0,298
			2	0,150	0,139		
Emocinis diskomfortas	9,20	0,000	1			-0,095	-0,154
			2	0,112	0,120	-0,095	
Nerimo ir skausmo pojūtis	6,74	0,712	1	0,029	0,037	-0,095	0,046
Medicinos poreikis	6,57	0,000	1				-0,784
			2			0,470	
			3	0,339	0,257		
Sveikatos paslaugų kokybė	6,31	0,009	1			-0,290	-0,172
			2		0,043		
			3	0,399			
Namų aplinkos kokybė	6,20	0,465	1		0,039	-0,004	-0,132
			2	0,100	0,039	-0,047	

*Viso bendroji dispersija – 45,55%; \* $p < 0,05$ ;  $\alpha = 0,05$*

3.5 lentelės duomenys rodo, kad įsitikinimų poziciją skiriasi tarp žmonių nuo 18 iki 44 metų ir vyresnių nei 45 metai, tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas. Emocinio diskomforto statistiškai nereikšmingas skirtumas išryškėja nuo 45 amžiaus metų ir ypač išryškėja virš 60 amžiaus metų. Skausmo pojūtis būdingas visais amžiaus tarpsniais. Medicinos paslaugų poreikis išsiskiria į tris pogrupius – mažiausias iki 45 metų, didesnis nuo 45 iki 59 metų ir didžiausias virš 60 metų. Panašiai išsiskaido ir sveikatos paslaugų kokybės latentinis veiksnys – didžiausias nuo 45 amžiaus metų, mažesnis 30-44 amžiaus metų tarpsnyje ir mažiausias iki 30 metų amžiuje.

Taip pat duomenys aiškiai rodo, kad apie 45 – uosius metus latentiniai veiksniai įgyja neigiamas vidutines reikšmes. Tai reiškia, kad šiame amžiuje vyksta kokybiniai gyvenimo kokybės pokyčiai.

3.6 lentelėje parodyta amžiaus įtaka, lyties įtaka ir amžiaus ir lyties sąveikos įtaka integraliems latentiniams veiksniams. Statistinių hipotezių apie šių faktorių vidutinių reikšmių lygybę  $\alpha = 0,05$  lygmeniu rezultatai pateikti paskutiniame stulpelyje p reikšmių pavidalu.

Įsitikinimų pozicijai statistiškai reikšmingą poveikį turi amžiaus tarpiniai, lytiškumas ir amžiaus ir lyties sąveika.

**3.6 lentelė** Amžiaus ir lyties įtakos reikšmingumas ( $p < 0,05$ ) integraliems gyvenimo kokybės veiksniams

Integralūs latentiniai veiksniai	Parametrai	df	f	p
Įsitikinimų pozicija	Amžius	3	9,413	0,000
	Lytis	1	7,786	0,005
	Amžius*Lytis	3	3,770	0,010
Emocinis diskomfortas	Amžius	3	8,487	0,000
	Lytis	1	21,523	0,000
	Amžius*Lytis	3	1,784	0,148
Nerimo ir skausmo pojūtis	Amžius	3	1,715	0,162
	Lytis	1	21,430	0,000
	Amžius*Lytis	3	2,619	0,050
Medicinos poreikis	Amžius	3	83,156	0,000
	Lytis	1	4,518	0,034
	Amžius*Lytis	3	0,304	0,823
Sveikatos paslaugų kokybė	Amžius	3	31,304	0,000
	Lytis	1	2,853	0,091
	Amžius*Lytis	3	1,246	0,292
Namų aplinkos kokybė	Amžius	3	2,331	0,073
	Lytis	1	1,871	0,172
	Amžius*Lytis	3	2,776	0,040

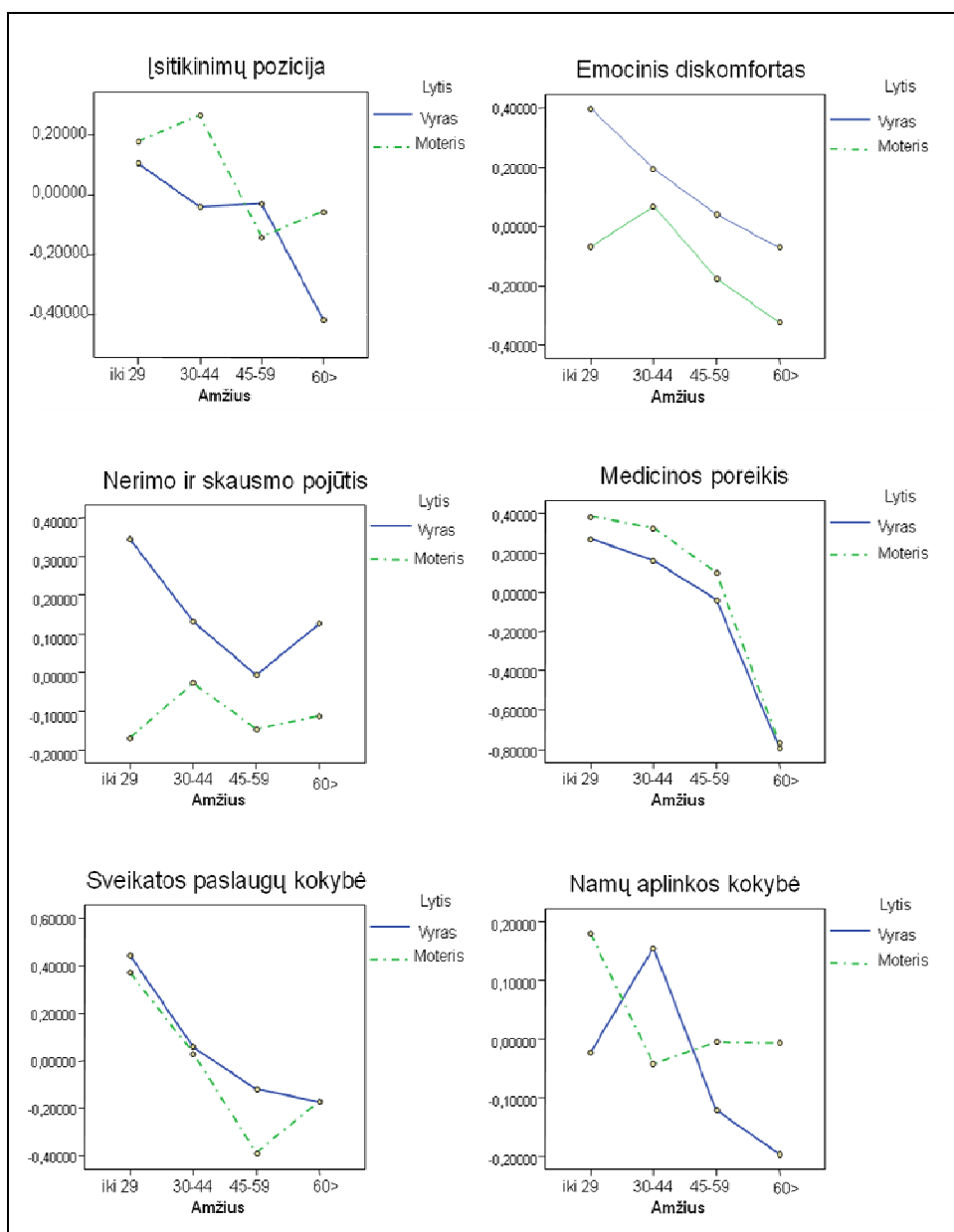
$\alpha = 0,05$

Emociniam diskomfortui poveikį turi amžius ir lytis, o tuo tarpu priklausomybė nuo amžiaus ir lyties sąveikos nėra statistiškai reikšminga. Nerimo ir skausmo pojūčiui – lytiškumas bei lyties ir amžiaus sąveika. Medicinos paslaugų poreikiui ir sveikatos paslaugų kokybei reikšmingą poveikį turi amžius ir lytis atskirai, o gyvenimo aplinkos kokybei – amžiaus ir lyties sąveika.

#### *Gyvenimo kokybės latentiniai veiksniai ir lytis*

3.3 paveiksle pavaizduota gyvenimo kokybės latentinių integralių veiksnių vidutinių reikšmių pokytis priklausomai nuo nepriklausomo kintamojo amžiaus reikšmių. Dvi kreivės atitinka vyrų ir moterų latentinių veiksnių reikšmes. Iš grafiko matyti, kad atskirų veiksnių kreivių formos ir postūmiai vyrams ir moterims yra skirtingos ir gerokai skiriasi nuo kreivių, gautų formaliam atvejui (3.2 pav.). Tačiau yra ir bendrumų: visi gyvenimo kokybės latentiniai integralūs veiksniai kaip ir anksčiau analizuotos gyvenimo

kokybės sritys su amžiumi turi tendenciją blogėti. Kitas bendrumas – nesunku pastebėti, kad apie 40-45 amžiaus metus vyksta latentinių veiksmų ryškesni kokybiniai pokyčiai, kurie daugeliu atvejų vyrams ir moterims yra skirtingi.



3.3 pav. Gyvenimo kokybės latentinių integralių veiksmių vidutinių reikšmių pasiskirstymas pagal lytį

Įsitikinimų pozicijos latentinio veiksnio vidutinės reikšmės, kurias formuoja dvasinės, psichologinės ir socialinių santykių rodikliai, vyrams yra prastesni, negu moterims. Jauname amžiuje, mūsų tyrime iki 29 metų, moterų dvasingumas turi tendenciją didėti, o vyrų – atvirkščiai, mažėti. Vėliau moterų dvasiniai ir socialiniai įsitikinimai krenta, o vyrų – šiek tiek kyla, jų pasitikėjimas ir įsitikinimai stiprėja. Tačiau apie 40-45 metus vyrų įsitikinimai dėl gyvenimo galimybių krenta, o moterų šiek tiek gerėja. 60 metų riboje gyvenimo prasmės, gyvenimo sunkumų nugalėjimo galimybė vyrams labai stipriai krinta, tuo tarpu moterų optimizmas net šiek tiek padidėja lyginant su viduriniu amžiumi.

Moterų kognityvinė funkcija (emocinis diskomfortas), paremta daugiausia pasitikėjimu savimi, savo sugebėjimais, visose amžiaus grupėse yra prastesnė, negu vyrų. Šis skirtumas ypač ryškus jauname amžiuje.

Panaši situacija ir nerimo ir skausmo pojūčio latentinio veiksnio atveju. Liūdesys, depresija, neigiami jausmai ypač veikia jauno amžiaus merginas. Vidutiniame amžiuje situacija šiek tiek pagerėja, tačiau išlieka neaukštame lygmenyje. Tuo tarpu vyrų gyvenime neigiami jausmai didėja iki 45 metų ribos, po to jų įtaka pradeda mažėti.

Suvokimas apie medicinos paslaugų poreikio nebuvimas su amžiumi mažėja beveik vienodai vyrams ir moterims.

Moterų pasitenkinimas sveikatos paslaugų kokybe prastėja iki 45 metų ir vėlesniame amžiuje nuomonė keičiasi į gerą pusę. Vyrai kokybę pradeda vertinti anksčiau, nuo 45 metų ir 60 metų riboje vyrų ir moterų vertinimai sutampa.

#### *Latentinė struktūra amžiaus grupėse*

Šiame skirsnyje ieškojome – skirtumų ir panašumų tarp skirtingame amžiuje susiformuojančių integralių latentinių veiksnių.



18-29 metų amžiaus grupėje (3.7 lentelė) pirmą integralų veiksnį formavo NS, PS,FS sričių kintamieji, kuriais identifiкуotas darbingumas ir pasitikėjimas savimi. Jį galima įvardinti latentiniu *gebėjimo dirbti* veiksmiu. Antrą veiksnį formavo AS srities kintamieji, kurie daugiau identifikavo *namų aplinką*. Trečią veiksnį formavo FS ir PS sričių kintamieji, kuriais buvo akcentuojama *poilsis*. Ketvirtą veiksnį formavo AS ir PS sričių kintamieji, kuriais buvo identifiкуota *įsitikinimų pozicija*. Penktą integralų latentinį veiksnį formavo SSS srities kintamieji, charakterizuojantis respondentų *seksualinį gyvenimą*. Ir pagaliau šeštą integralų veiksnį formavo NS srities kintamieji, charakterizuojantis *medicinos poreikį*.

3.7 lentelė. Gyvenimo kokybės latentinių veiksmių struktūra 18-29 metų amžiaus grupėje

Gebėjimas dirbti			Namų aplinka			Poilsis			Įsitikinimų pozicija			Seksualinis gyvenimas			Medicinos poreikis		
F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**
F122	,715	NS	F173	,676	AS	F34	,734	FS	F243	,739	AS	F153	,791	SSS	F112	,760	NS
F124	,695	NS	F172	,650	AS	F32	,658	FS	F242	,695	AS	F151	,779	SSS	F114	,735	NS
F121	,679	NS	F181	,634	AS	F83	-,610	PS	F241	,683	AS	F15	,770	SSS	F111	,694	NS
F123	,658	NS	F183	,621	AS	F24	,585	FS	F244	,645	AS	F154	,591	SSS	F113	,665	NS
F103	,643	NS	F193	,620	AS	F84	-,579	PS	F63	,472	PS	F131	,555	SSS			
F64	,609	PS	F194	,595	AS	F31	,563	FS	F41	,459	PS	F133	,510	SSS			
F21	,579	FS	F171	,583	AS	F33	,541	FS	F44	,457	PS	F142	,416	SSS			
F101	,573	NS	F182	,581	AS	F82	-,536	PS	F43	,427	PS						
F23	,556	FS	F184	,566	AS	F73	,532	PS	F62	,419	PS						
F52	,536	PS	F231	,538	AS				F61	,405	PS						
F54	,521	PS	F174	,532	AS												
			F224	,528	AS												
			F191	,526	AS												
			F162	,526	AS												
			F223	,525	AS												
			F164	,511	AS												
Nuosavos reikšmės	20,1		5,8			4,6			3,5			2,8			2,6		

Paišk. dispers. proc.	9,79	9,23	7,67	5,76	5,01	4,24
Bedrosios dispersijos proc. – 41,73						

$\alpha=0,05$ ; Bart. kr.:  $df=4465$ ,  $p<0,000$ ;  $KMO=0,885$

\* Kintamojo numeris anketoje

\*\* FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

30-44 metų amžiaus grupėje (3.8 lentelė) pirmą integralų veiksnį formavo PS, NS, AS, DS, FS, SSS sričių kintamieji. Jie formavo **pasitikėjimo savimi** latentinį veiksnį. Antrąjį integralų veiksnį formavo AS srities kintamieji charakterizuojantis daugiau **sveikatos paslaugų kokybę**. Trečią veiksnį formavo FS, PS, AS, NS kintamieji charakterizuojantis daugiau **nerimo ir skausmo pojūtį**. Ketvirtam veiksmui priklausė SSS srities kintamieji, charakterizuojantis **seksualinį gyvenimą**. Penktą integralų veiksnį formavo NS, FS, kintamieji, charakterizuojantis daugiau **medicinos poreikį**. Ir pagaliau šeštą integralų veiksnį formavo AS srities kintamieji, charakterizuojantis daugiau **namų aplinkos kokybę**.

**3.8 lentelė.** Gyvenimo kokybės latentinių veiksnių struktūra 30-44 metų amžiaus grupėje

Pasitikėjimas savimi			Sveikatos paslaugų kokybė			Skausmo ir nerimo pojūtis			Seksualinis gyvenimas			Medicinos poreikis			Namų aplinkos kokybė		
F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**
F63	,747	PS	F194	,772	AS	F24	,600	FS	F152	,692	SSS	F111	-,679	NS	F172	,683	AS
F62	,696	PS	F193	,709	AS	F12	-,589	FS	F153	,685	SSS	F112	-,670	NS	F173	,675	AS
F61	,667	PS	F192	,651	AS	F14	-,568	FS	151	,665	SSS	F121	,611	NS	F174	,616	AS
F71	,667	PS	F203	,623	AS	F13	-,553	FS	F143	,564	SSS	F122	,590	NS	F171	,593	AS
F64	,656	PS	F191	,548	AS	F73	,543	PS	F131	,518	SSS	F113	-,543	NS	F232	,543	AS
F74	,655	PS	F162	,533	AS	F22	,530	FS	F132	,508	SSS	F114	-,515	NS	F181	,539	AS
F103	,650	NS	F204	,527	AS	F82	-,516	PS	F154	,498	SSS	F32	,501	FS	F234	,533	AS
F243	,642	DS	F164	,527	AS	F163	,501	AS	F151	,435	SSS	F34	,496	FS	F231	,478	AS
F244	,623	DS				F184	,499	AS				F101	,491	NS	F183	,459	AS
F124	,617	NS				F11	-,468	FS				F31	,460	FS	F182	,447	AS
F212	,606	AS				F83	-,459	PS				F33	,411	FS	F221	,424	AS
F41	,597	PS				F84	-,427	PS				F104	,407	NS	F223	,418	AAS
F43	,595	PS				F94	,414	NS									
F242	,573	DS				F222	,412	AS									
F54	,570	PS															
F123	,566	NS															

F44	,565	PS															
F241	,54	DS															
F21	,537	FS															
F214	,533	AS															
F53	,523	PS															
F72	,516	PS															
F23	,511	FS															
F133	,503	SSS															
Nuosavos reikšmės	27,48	5,0				4,3				3,0				2,9			2,4
Paaišk. dispers. proc.	14,41	7,54				7,51				6,69				6,03			5,81
Bedrosios dispersijos proc.. – 48,01																	

$\alpha=0,05$ ; Bart. kr.:  $df=4465$ ,  $p<0,000$ ;  $KMO=0,915$

\* Kintamojo numeris anketoje

\*\* FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

45-59 metų amžiaus grupėje (3.9 lentelė) pirmą integralų veiksnį formavo AS srities kintamieji, charakterizuojantis daugiau **socioekonominę nesaugumą**. Antrą veiksnį formavo DS, PS, SSS sričių veiksniai, kurie buvo susiję daugiau su **įsitikinimų pozicija**. Trečią veiksnį formavo FS, NS, PS sričių veiksniai, charakterizuojantis daugiau **medicinos poreiki**.

3.9 lentelė. Gyvenimo kokybės latentinių veiksnų struktūra 45-59 metų amžiaus grupėje

Socioekonominis nesaugumas			Įsitikinimų pozicija			Medicinos poreikis			Emocijų diskomfortas			Gebėjimas dirbti			Kūno ir išvaizdos suvokimas		
F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**
F223	,596	AS	F242	,655	DS	F34	,711	FS	F64	,711	PS	F121	,646	NS	F73	,727	PS
F181	,563	AS	F244	,60	DS	F32	,659	FS	F52	,611	PS	F122	,627	NS	F72	,701	PS
F164	,553	AS	F243	,619	DS	F112	-,632	NS	F63	,575	PS	F124	,603	NS	F7	,571	PS
F192	,550	AS	F41	,590	PS	F31	,609	FS	F54	,566	PS	F123	,597	NS	F71	,528	PS
F193	,543	AS	F151	,572	SSS	F113	-,593	NS	F51	,559	PS	F91	,522	NS	F94	,403	NS
F194	,533	AS	F241	,558	AS	F114	-,591	NS	F61	,542	PS	F92	,518	NS			
F183	,529	AS	F44	,550	PS	F111	-,578	NS	F62	,526	PS						
F173	,528	AS	F143	,539	SSS	F24	,575	FS	F53	,497	PS						
F162	,525	AS	F153	,536	SSS	F33	,552	FS									
F203	,525	AS	F152	,521	SSS	F22	,544	FS									

F211	,521	AS	F131	,521	SSS	F14	-,540	FS									
F224	,519	AS	F42	,518	PS	F84	-,525	PS									
F202	,513	AS	F133	,505	SSS	F83	-,512	PS									
F172	,511	AS	F132	,499	SSS	F82	-,503	PS									
F202	,505	AS	F144	,485	SSS	F12	-,500	FS									
			F241	,412	AS	F13	-,485	FS									
			F142	,410	SSS	F81	-,461	PS									
						F11	-,458	FS									
Nuosavos reikšmės	20,		5,8			4,6			3,5			2,8				2,6	
Paaišk. dispers. proc.	9,29		8,93			8,33			6,96			5,01				3,86	
Bedrosios dispersijos proc. – 42,41																	

$\alpha=0,05$ ; Bart. kr.:  $df=4465$ ,  $p<0,000$ ;  $KMO=0,889$

\* Kintamojo numeris anketoje

\*\* FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Ketvirtą integralų veiksnį formavo PS srities kintamieji, charakterizuojantys **emocinį diskomfortą**. Penktą veiksnį formavo NS srities kintamieji, charakterizuojantis daugiau **gebėjimą dirbti**. Šeštą veiksnį formavo PS ir NS sričių kintamieji, charakterizuojantys daugiau **kūno ir išvaizdos suvokimą**.

60 ir daugiau metų amžiaus grupėje (3.10 lentelė) pirmą integralų veiksnį formavo NS, FS, PS, SSS kintamieji, kurie daugiau charakterizavo gebėjimą dirbti, judėti, priklausomybę nuo vaistų ir gydymo, todėl jį galima pavadinti **medicinos poreikio** latentiniu veiksniumi.

**3.10 lentelė.** Gyvenimo kokybės latentinių veiksnų struktūra 60 ir < metų amžiaus grupėje

Medicinos poreikis			Išitikinimų pozicija			Socioekonominis nesaugumas			Neigiami jausmai			Sveikatos paslaugų kokybė			Emocinis diskomfortas		
F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**	F*	Fakt. svoris	GK sritis**
F123	,720	NS	F242	,777	DS	F184	,673	AS	F82	-,658	PS	F194	,718	AS	F204	,708	AS
F124	,697	NS	F243	,742	DS	F181	,643	AS	F72	,639	PS	F162	,669	AS	F203	,69	AS
F91	,689	NS	F244	,700	DS	F182	,622	AS	F73	,606	P	F193	,667	AS	F54	,560	PS
F112	-,679	NS	F241	,682	DS	F171	,604	AS	F84	-,583	PS	F164	,593	AS	F202	,510	AS

F113	-,677	NS	F142	,656	SSS	F183	,598	AS	F83	-,566	PS	F161	588	AS	F201	,503	AS
F103	,659	NS	F41	,602	PS	F173	,565	AS	F131	,514	SSS	F192	,472	AS			
F111	-,657	NS	F43	,555	PS	F231	,565	AS	F234	,475	AS	F191	,425	AS			
F114	-,657	NS	F44	,541	PS	F174	,497	AS	F154	,468	SSS	F223	,401	AS			
F22	,645	FS	F143	,538	SSS	F172	,492	AS	F13	-,443	FS						
F121	,633	NS	F61	,532	PS	F232	,442	AS									
F24	,632	FS	F62	,520	PS	F33	,433	AS									
F122	,627	NS	F144	,476	SSS	F34	,425	FS									
F23	,604	FS	F213	,470	AS												
F64	,602	PS	F132	,431	SSS												
F34	,574	NS	F133	,405	SSS												
F11	-,572	FS															
F93	,567	NS															
F63	,566	PS															
F92	,561	NS															
F153	,509	SSS															
F52	,508	PS															
F21	,504	FS															
Nuosavos reikšmės	23,3		6,6			5,4			4,4			3,2			2,8		
Paaššk.dispers. proc.	14,45		8,97			7,57			6,59			5,37			5,33		
Bedrosios dispersijos proc. – 48,31																	

$\alpha=0,05$ ; Bart. kr.:  $df=4465$ ,  $p<0,000$ ;  $KMO=0,768$

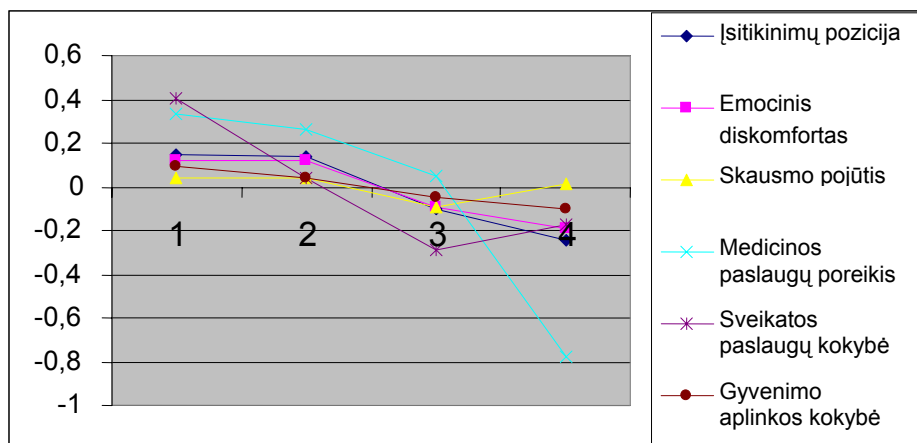
\* Kintamojo numeris anketoje

\*\* FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Antrą integralų veiksnį formavo DS, SSS, PS, AS sričių kintamieji, charakterizuojantys daugiau *įsitikinimų pozicijos* latentinį veiksnį. Trečią veiksnį formavo AS ir FS sričių kintamieji, atspindintys daugiau *socioekonominių nesaugumą*. Ketvirto integralaus veiksnio kintamieji, priklausantys PS, SSS, AS, FS sritims atspindėjo daugiau *neigiamus jausmus*. Penktą integralų veiksnį formavo AS srities kintamieji, atspindintys daugiau *sveikatos paslaugų kokybę*. Ir šeštą integralų veiksnį formavo taip pat AS ir PS sričių kintamieji, atspindintys daugiau pasitenkinimą savo galimybėmis priimti sprendimus. Turint galvoje šios populiacijos amžių, šį veiksnį galima tapatinti su *emocinio diskomforto* latentiniu veiksnium.

Apibendrinant sisteminių požiūrį į gyvenimo kokybės plėtros tendencijas galima teigti, kad pateikti rezultatai patvirtina mūsų hipotezę apie tai, jog amžius struktūrizuoja gyvenimo kokybės prioritetus

Bendras gyvenimo kokybės latentinių veiksnių prioritetų pasiskirstymas amžiaus grupėse parodytas 3.4 paveiksle (1, 2, 3, 4 – amžiaus grupės).



3.4 pav. Gyvenimo kokybės latentinių veiksnių pasiskirstymas pagal amžių

Čia yra gauta nauji prioritetai ir nauji dėsniumai. Aiškiai matyti, kad 45 metų amžiaus tarpsnyje įvyksta labai žymūs gyvenimo kokybės pokyčiai, kurie iš esmės pakeičia gyvenimo kokybės prioritetus. Remiantis 3.2.1 skirsnio analizės rezultatais 18 metų amžiaus riboje pirmąją paslaugų kokybės problema, o skausmo pojūtis yra žemiausiame lygyje. Apie dvidešimtuosius metus pradeda ryškėti sveikatos kokybės prioritetinė problema, kuri tęsiasi maždaug iki 45 metų ribos. Čia prioritetai pasikeičia ir pradeda pirmauti skausmo pojūčio problema. Tuo tarpu sveikatos kokybės problema, atrodo, pradeda prarasti prasmę.

Šie tyrimo rezultatai patvirtina teiginį, kad sveikatos sąlygojama gyvenimo kokybė nepaklūsta deterministiniai plėtros paradigmai, bet yra netiesinė sistema. Nors didėjant amžiui išlieka bendra gyvenimo kokybės blogėjimo tendencija, tačiau apie 45 –sius gyvenimo metus įvyksta taip vadinamas bifurkacinis procesas, kai kvazilinijinė gyvenimo kokybės tėkmė

turi pasirinkti tolesnės plėtros kryptį. Hipotetiškai galima teigti, kad tai yra išsisklaidymo taškas, kuriame dėl susikaupę nestabilumai pereina į kokybiškai naują gyvenimo kokybės tarpsnį.

### **3.3. Gyvenimo kokybės socialinė sąveika amžiaus grupėse**

Šiame skirsnyje analizavome gyvenimo kokybės anketos kintamųjų ir socialinių veiksnių tarpusavio sąveikos ypatumus, kurie galėtų formuoti makroteorinį požiūrį į gyvenimo kokybės plėtros dinamiką amžiaus grupėse (žr. 2.2 pav. metodikos skirsnyje).

#### **3.3.1. Gyvenimo kokybės socialinės sąveikos struktūra**

Sprendžiant šį uždavinį buvo panaudota faktorinė analizė, kurios kintamaisiais buvo imti tyrimo schemeje (žr. 2.3 pav. metodikos skirsnyje) parodytų gyvenimo kokybės ir socialinių sričių kintamieji, identifikuojami anketos pagalba.. Tačiau buvo imti ne visi kintamieji, bet tik tie, kurių bendrumai buvo didesni už 0,4. Gyvenimo kokybei identifikuoti buvo panaudotos apskaičiuotų aspektų reikšmės. Socialinės srities kintamuosius sudarė socialinės sveikatos, socialinės paramos, dvasingumo bei vertybių kintamieji ir gyvenamosios aplinkos kintamieji. Tokiu būdu buvo analizuojama tokia kintamųjų tarpusavio sąveikos sistema: ASP1...ASP24; SS1...SP8; V1; V4; V5; V8; V9; V13; V14; V16; NN1; NN2; NN3; NN4; NN5; NN6; NN7; NN8; NN10; AG1; AG2; AG3; R21; R22; R23; R24; R25; J1; P3.

Faktorinės analizės būdu buvo išskirti penki integralūs latentiniai veiksniai, kurie paaiškino 45,3 proc. bendros dispersijos.

Tyrimo duomenys pateikti 3.12 lentelėje.

Pirmąjį latentinį veiksnį sudarė trylika gyvenimo kokybės aspektų tarpusavio koreliacinė sąveika. Svarbiausi jų buvo fizinio funkcionavimo srities aspektai: energingumo (ASP2), priklausomumo nuo vaistų ir gydymo nebuvimo (AS11), gebėjimo judėti (ASP9), darbingumo (ASP12), skausmo ir

diskomforto nebuvimo (ASP1) bei psichinio funkcionavimo srities – kognityvinės funkcijos (ASP5), pasitikėjimo savimi (ASP6), savo kūno ir išvaizdos suvokimo (ASP7), neigiamų jausmų nebuvimo (ASP8) aspektai. Šių kintamųjų sąveiką, atsižvelgiant į jų prasmę šiame darbe, pavadiname *fizine ir psichine galia*. Ji paaiškino 24,4 proc. bendros dispersijos. Jo reikšmės kito nuo -3,347 iki 2,473. Teigiamos veiksnio reikšmės, bylojančios apie fizinės ir psichinės sveikatos požymius, nustatytos 54,2 proc.

**3.12 lentelė.** Gyvenimo kokybės socialinės sąveikos latentinių veiksnių bendra struktūra

Kintamieji*	Latentiniai veiksniai				
	Fizinė-psichinė galia	Socialinė sveikata	Socialinis saugumas	Namų aplinka	Vertybinių orientacijos
ASP2	0,735				
ASP11	-0,658				
ASP9	0,649				
ASP12	0,643				
ASP1	-0,627				
ASP10	0,591				
ASP3	0,584				
ASP25	0,568		0,496		
ASP7	0,556				
ASP6	0,527				
ASP5	0,503				
ASP8	-0,480	-0,459			
ASP23	0,416				
SP6		-0,750			
SP7		0,691			
SP8		0,685			
ASP13		0,658			
SS3		0,648			
SS5		-0,608			
SS4		0,588			
SS1		0,587			
ASP15		0,489			
SS2		-0,471			
ASP24		0,406			
ASP18			0,603		
ASP14		0,512	0,577		
ASP19			0,538		
P3			-0,522		
ASP21	0,437		0,504		
ASP20	0,411		0,502		
ASP16	0,400		0,497		
ASP4		0,455	0,461		
ASP22	0,406		0,449		
J1			0,448		
NN3				0,759	
NN1				0,757	
NN2				0,743	
NN6				0,735	
NN4				0,729	
NN5				0,690	
ASP17				0,572	
NN7				-0,469	
V6					0,739
V8					0,715
V16					0,715
V5					0,687
V4					0,684
V14					0,679



V13					0,660
V9					0,638
Nuosavos reikšmės	14,2	4,3	3,6	2,2	1,9
Paaišk. dispers. proc.	24,44	7,38	6,31	3,81	3,37
Bedrosios dispersijos proc. – 45,38					

$\alpha=0,05$ ; Bart. kr.:  $df=16535$ ,  $p<0,000$ ;  $KMO=0,910$ . Pagrindinių komponentų metodas, Varimax sukimas, 7 iteracijos.

\*ASP – aspektų numeriai: \*ASP1 – skausmo ir diskomforto nebuvimas; ASP2 – energingumas; ASP3 – miegas ir poilsis; ASP4 – teigiami jausmai; ASP5 – kognityvinės funkcijos; ASP6 – pasitikėjimas savimi; ASP7 – kūno suvokimas ir išvaizda; ASP8 – neigiamų jausmų nebuvimas; ASP9 – gebėjimas judėti; ASP10 – gebėjimas atlikti kasdienes darbus; ASP11 – priklausomybės nuo vaistų ir gydymo nebuvimas; ASP12 – darbingumas; ASP13 – tarpasmeniniai santykiai; ASP14 – socialinis palaikymas; ASP15 – lytinis gyvenimas; ASP16 – fizinis saugumas; ASP17 – namų aplinka; ASP18 – finansiniai ištekliai; ASP19 – sveikatos ir socialinė priežiūra: kokybė ir pasitenkinimas; ASP20 – galimybė gauti naujų žinių ir igūdžių; ASP21 – laisvalaikio leidimas ir poilsio galimybės; ASP22 – fizinė aplinka; ASP23 – transportas; ASP24 – dvasingumas, religiniai įsitikinimai.

Kitų kintamųjų numeriai atitinka anketos klausimus.

Antrąjį latentinį integralų veiksnių sudarė socialinės sveikatos ir socialinės paramos kintamieji. Svarbiausi kintamieji- ar per praėjusį mėnesį jautėtės mylimas ir geidžiamas? (SP6), ar jautėtės vienišas? (SP7), at turėjote šalia žmogų, kuris kiekvieną akimirką galėjo jums padėti? (SP8), tarpasmeninių santykių kokybė (ASP13), ar būdavote irzlus bendraudamas su aplinkiniais žmonėmis? (SS3), vengėte ir šalinotės žmonių (SS1). Į šią sritį taip pat pateko tokie intymūs dalykai, kaip seksualinis gyvenimas (ASP15) ir dvasingumo dalykai (ASP24). Šių kintamųjų sąveiką, atsižvelgiant į jų prasmę šiame darbe, pavadiname *socialine sveikata*. Jis paaiškino 7,3 proc. bendros dispersijos. Jo reikšmės kito nuo -3,576 iki 2,321. Teigiamos veiksnio reikšmės, bylojančios apie socialinės sveikatos požymius, nustatytos 55,3 proc.

Trečią integralų latentinį veiksnių formavo gyvenimo kokybės aspektų kintamieji. Dauguma aspektų priklausė gyvenimo kokybės aplinkos sričiai. Didžiausios reikšmės turėjo priklausomybė nuo turimų finansinių išteklių (ASP18), socialinio palaikymo iš aplinkos žmonių (ASP14), sveikatos ir socialinės priežiūros kokybės (ASP19), laisvalaikio praleidimo galimybė (ASP21), galimybė tobulėti (ASP20), gyvenimo saugumo jausmu (ASP16) ir kitais panašaus pobūdžio kintamaisiais. Šiame latentiniame veiksnyje dalyvauja ir pagrindiniai ekonominės srities rodikliai – pinigų poreikis (P3) ir vieno šeimos nario vidutinės pajamos (J1). Šių kintamųjų sąveiką, atsižvelgiant į jų prasmę šiame darbe, pavadiname *socialiniu saugumu*. Jis paaiškino 6,3 proc. bendros dispersijos. Jo reikšmės kito nuo -2,865 iki 2,707. Teigiamos

veiksnių reikšmės, bylojančios apie socialinio saugumo požymius, nustatytos 48,8 proc.

Ketvirtą latentinį veiksnį formavo mūsų atrinktų namų aplinkos kintamųjų bei namų aplinkos kokybės aspekto iš gyvenimo kokybės aplinkos srities tarpusavio sąveika. Svarbiausi kintamieji buvo – veiklos namuose privatumas (NN3), buvimo privatumas (NN1), namų aplinkos saugumas (NN2), namų užtikrinamas gyvenimo gėris (NN6), pasitenkinimas savo būstu (NN4), manymas, kad žmogus yra savo būsto šeimininkas (NN5), todėl yra baimė prarasti savo namus (NN7). Į šį veiksnį taip pat įeina ne tik būsto, kuriame gyvenama aplinka, bet ir gyvenamosios vietos aplinkos patogumas, gyvenimo poreikių tenkinimo galimybė (ASP). Šių kintamųjų sąveiką, atsižvelgiant į jų prasmę šiame darbe, pavadiname *namų aplinka*. Jis paaiškino 3,8 proc. bendros dispersijos. Jo reikšmės kito nuo -2,592 iki 3,325. Teigiamos veiksnio reikšmės, bylojančios apie namų aplinkos požymius, nustatytos 49,7 proc.

Penktą integralų latentinį veiksnį formavo vertybinės nuostatos. Didžiausią faktorinį svorį turėjo laisvė (V6). Toliau buvo tikėjimas (V8), asmens orumas (V16), šeima (V5), sveikata (V4), teisingumas (V14), pagarba gyvybei (V13), viltis (V9). Šių kintamųjų visumos sąveiką šiame darbe įvardijome *vertybinės orientacijos* latentiniu veiksniumi. Jis paaiškino 3,4 proc. bendros dispersijos. Jo reikšmės kito nuo -3,833 iki 7,155. Teigiamos veiksnio reikšmės, bylojančios apie vertybinių orientacijų požymius, nustatytos 58,0 proc.

### **3.3.2. Gyvenimo kokybės integralių socialinių veiksnių raiška amžiaus grupėse**

Integralių veiksnių poveikis gyvenimo kokybei amžiaus grupėse (tiksliau – jų raiška produkuojant gyvenimo kokybę) buvo analizuojamas suskirstant veiksnius į keturias procentilių grupes – kvartilius. Kvartiliams

buvo priskirtos poveikio reikšmės: pirmam – nėra, antram – silpnas, trečiam – vidutinis ir ketvirtam - stiprus. Reikšmių dažniai pateikti 3.13-3.17 lentelėse.

**3.13 lentelė.** Gyvenimo kokybės ir socialinės sąveikos fizinės-psichinės galios latentinio veiksnio raiška amžiaus grupėse

Amžius m.	Poveikis								Viso	
	Nėra		Silpnas		Vidutinis		Stiprus			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Iki 29	14	13,1	27	25,2	23	21,5	43	40,2	107	100
30-44	31	20,7	34	22,7	41	27,3	44	29,3	150	100
45-59	28	27,2	31	30,1	29	28,2	15	14,6	103	100
60<	35	50,0	15	21,4	15	21,4	5	7,1	70	100
Viso	108	25,1	107	24,9	108	25,1	107	24,9	430	100

*Chi-kvadratas=52,681; df=9; p=0,000*

3.13 lentelėje parodyta kad fizinė-psichinė galia labiausiai reiškiasi jauname amžiuje ir senstant mažėja nuo 40,2 proc. iki 7,1 proc. Kita vertus, neigiamas poveikis (jį rodo neigiamos integralių veiksnių reikšmės) didėjant amžiui didėja nuo 13,1 proc. iki 50,0 proc. Šis galios poveikio su amžiumi ryšys buvo statistiškai reikšmingas.

**3.14 lentelė.** Gyvenimo kokybės ir socialinės sąveikos socialinės sveikatos latentinio veiksnio raiška amžiaus grupėse

Amžius m.	Poveikis								Viso	
	Nėra		Silpnas		Vidutinis		Stiprus			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Iki 29	21	19,8	30	28,3	33	31,1	22	20,8	106	100
30-44	40	26,8	37	24,8	35	23,5	37	24,8	149	100
45-59	27	21,4	26	25,2	23	22,3	32	31,1	100	100
60<	24	34,3	14	20,0	17	24,3	15	21,4	70	100
Viso	107	25,0	107	25,0	108	25,2	106	24,8	428	100

*Chi-kvadratas=10,137; df=9; p=0,340*

Socialinės sveikatos integralaus veiksnio raiška produkuojant gyvenimo kokybę amžiaus grupėse nėra skirtingai reikšminga (3.14 lentelė). Neigiamas poveikis vis tik didėja didėjant amžiui nuo 19,8 proc. iki 19 metų amžiuje iki 34,3 proc. 60 metų ir vyresniame amžiuje.

**3.15 lentelė.** Gyvenimo kokybės ir socialinės sąveikos socialinio saugumo latentinio veiksnio raiška amžiaus grupėse

Amžius m.	Poveikis								Viso	
	Nėra		Silpnas		Vidutinis		Stiprus		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Iki 29	13	12,2	22	20,6	30	28,0	42	39,3	107	100
30-44	41	27,3	35	23,8	40	26,7	34	22,7	150	100
45-59	36	35,0	27	26,2	21	20,4	19	18,4	103	100
60<	18	25,7	23	32,9	17	24,3	12	17,1	70	100
Viso	108	25,1	107	24,9	108	25,1	107	24,9	430	100

*Chi-kvadratas=28,26; df=9; p=0,001*

Socialinio saugumo reikšmių dažnis didėjant amžiui mažėja nuo 39,3 proc. labai jauname amžiuje iki 17,1 proc. 60 metų ir vyresniame amžiuje, o neigiamos reikšmės didėja nuo 12,2 proc. iki 25,7 proc. (3.15 lentelė). Šis ryšys buvo statistiškai reikšmingas.

**3.16 lentelė.** Gyvenimo kokybės ir socialinės sąveikos namų aplinkos latentinio veiksnio raiška amžiaus grupėse

Amžius m.	Poveikis								Viso	
	Nėra		Silpnas		Vidutinis		Stiprus		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Iki 29	25	23,6	26	24,5	23	21,7	32	30,2	106	100
30-44	44	29,5	40	26,8	37	24,8	28	18,8	149	100
45-59	21	20,4	23	22,3	34	33,0	25	24,3	103	100
60<	17	24,3	18	25,7	14	20,0	21	30,0	70	100
Viso	107	25,0	107	25,0	108	25,2	106	24,8	428	100

*Chi-kvadratas=10,672; df=9; p=0,299*

3.16 lentelės duomenys rodo, kad namų aplinka neturėjo didelės reikšmės produkuojant gyvenimo kokybę.

**3.17 lentelė.** Gyvenimo kokybės ir socialinės sąveikos vertybinių orientacijų latentinio veiksnio raiška amžiaus grupėse

Amžius m.	Poveikis								Viso	
	Nėra		Silpnas		Vidutinis		Stiprus		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Iki 29	33	30,8	24	22,4	31	29,0	19	17,8	107	100
30-44	33	22,0	37	24,7	40	26,7	40	26,7	150	100
45-59	29	27,9	25	24,0	24	23,1	26	25,0	104	100
60<	14	19,7	22	31,0	12	16,9	23	32,4	71	100
Viso	109	25,2	108	25,0	107	24,8	108	25,0	432	100

*Chi-kvadratas=11,287; df=9 p=0,257.*

3.17 lentelėje pateikti tyrimo rezultatai rodo, kad statistiškai reikšmingo ryšio tarp vertybinių orientacijų produkuojamos gyvenimo kokybės ir amžiaus negauta, bet matyti nežymi tendencija, kad didėjant amžiui teigiamas vertybių poveikis didėja, o neigiamas mažėja.

### 3.4. Gyvenimo kokybės ištekliai ir rizika

Gyvenimo kokybės ištekliai ir rizika buvo apskaičiuoti pagal mūsų parengtą metodiką trimis požiūriais į gyvenimo kokybės struktūrą: pagal gyvenimo kokybės anketą, pagal gyvenimo kokybės anketos kintamųjų tarpusavio ryšiais suformuotus bendrus veiksnius ir pagal gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių tarpusavio sąveikoje susiformuojančius integralius latentinius veiksnius.

3.4.1 ir 3.4.2 lentelėse yra pateikti mūsų metodikoje aprašyto originalaus metodo būdu gauti gyvenimo kokybės ir socialinės sveikatos išteklių ir rizikos rezultatai.

**3.4.1 lentelė.** Gyvenimo kokybės ir socialinės sveikatos išteklių-rizikos pasiskirstymas amžiaus grupėse

I/R	n,%	Amžius m.				Viso
		Iki 29	30-44	45-59	60<	
Ištekliai	n	151	170	96	75	492
	%	51,7	45,8	32,2	27,6	39,9
Rizika	n	141	201	202	197	741
	%	48,8	54,2	67,8	72,4	60,1
Viso	n	292	371	298	272	1233
	%	100	100	100	100	100

$\chi^2=46,990, df=3, p=0,000$

Jauname, iki 30 metų amžiuje gyvenimo kokybės ir socialinės sveikatos ištekliai viršija riziką, tačiau šis skirtumas yra labai mažas, apie 3 proc. sename, 60 ir daugiau metų amžiuje sveikatos ištekliai sudarė tik 27.6 proc. o rizika – 72,4 proc. Skirtumas išaugo iki 44,8 proc.

Ryšys tarp amžiaus ir išteklių/rizikos santykio statistiškai reikšmingas, tai reiškia, kad sveikatos ištekliai stipriai priklauso nuo amžiaus.

**3.4.2 lentelė.** Gyvenimo kokybės ir socialinės sveikatos išteklių-rizikos kaita tarp vyrų ir moterų didėjant amžiui (%)

I/R	Lytis	Amžius m.				Viso
		Iki 29	30-44	45-59	60<	
Ištekliai	Vyrai	27,8	34,9	17,5	19,8	100
	Moterys	33,1	34,2	31,1	25,0	100
Rizika	Vyrai	19,6	25,2	22,9	32,4	100
	Moterys	18,4	28,6	30,2	22,8	100

Vyrai -  $\chi^2 = 16,783$ ,  $df=3$ ,  $p=0,000$

Moterys -  $\chi^2 = 33,625$ ,  $df=3$ ,  $p=0,000$

Vyrų sveikatos ir gyvenimo kokybės ištekliai iki 30 metų mažesni negu moterų, 30-44 metų amžiaus tarpsnyje susilygina, o vėlesniame amžiuje vėl mažesni lyginant su moterimis. Vyrų gyvenimo kokybės ir sveikatos rizika padidėja 30-44 ir 60 ir daugiau metų tarpsniuose, o moterų – nuo 30 iki 60 metų tarpsnyje. Tiek vyrų tiek moterų gyvenimo kokybės ir socialinės sveikatos priklausomybė nuo amžiaus statistiškai reikšminga.

### 3.4.1. Gyvenimo kokybės išteklių-rizikos santykis

Gyvenimo kokybės išteklių-rizikos rezultatai pateikti 3.18-3.20 lentelėse.

**3.18 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių išteklių-rizikos santykis

GK sritys	Ištekliai		Rizika		I/R
	n	%	n	%	
Fizinio funkcionavimo	500	40,6	732	59,4	0,68
Psichinio funkcionavimo	493	40,0	740	60,0	0,66
Nepriklausomumo	494	40,1	739	59,9	0,66
Socialinių santykių	493	40,0	740	60,0	0,66
Aplinkos	492	39,9	741	60,0	0,66
Dvasingumo	408	33,1	826	66,9	0,49

Apskaičiuotos pagal gyvenimo kokybės anketos sritis išteklių ir rizikos integralių reikšmių santykis buvo nuo 0,49 dvasingumo srityje iki 0,68 fizinio funkcionavimo srityje (3.18 lentelė)

**3.19 lentelė.** Gyvenimo kokybės integralių veiksmų išteklių-rizikos santykis

GK integralūs veiksniai	Ištekliai		Rizika		I/R
	n	%	n	%	
Įsitikinimų pozicija	488	39,9	735	60,1	0,66
Emocinis diskomfortas	489	40,0	734	60,0	0,66
Skausmo pojūtis	488	39,9	735	60,1	0,66
Medicinos paslaugų poreikis	484	40,0	734	60,0	0,65
Sveikatos paslaugų kokybė	490	40,01	733	59,9	0,67
Gyvenimo aplinkos kokybė	489	40,0	735	60,0	0,66

Gyvenimo kokybės integralių veiksmų išteklių ir rizikos santykis buvo nuo 0,65 medicinos paslaugų poreikio srityje iki 0,67 sveikatos paslaugų kokybės srityje (3.19 lentelė).

**3.20 lentelė.** Gyvenimo kokybės socialinės sąveikos veiksmų išteklių-rizikos santykis

GK integralūs socialinės sąveikos veiksniai	Ištekliai		Rizika		I/R
	n	%	n	%	
Fizinė-psichinė galia	172	40,1	257	59,9	0,67
Socialinė sveikata	172	39,9	259	60,1	0,66
Socialinis saugumas	171	39,9	258	60,1	0,66
Namų aplinka	171	39,8	259	60,2	0,66
Vertybinės orientacijos	172	39,9	259	60,1	0,66

Apskaičiavus gyvenimo kokybės socialinės sąveikos penkių latentinių veiksmų išteklių rizikos santykį buvo gauta viena 0,67 reikšmė fizinės-psichinės galios veiksmui ir 0,66 kitiems veiksmams. Lyginant visais trim požūriais gautas išteklių-rizikos santykio reikšmes matyti, kad gyvenimo kokybės plėtros rizika sudaro vidutiniškai 60 procentų, ištekliai – 40 procentų.

Šių rezultatų tikslumą patvirtina logistinės analizės metodu atlikta socialinės sąveikos veiksmų klasifikavimo teisingumo patikrinimas. Gauta, kad bendras klasifikavimo teisingumas atskiriems veiksmams yra nuo 59 iki 68 procentų, kas reiškia, kad klasifikavimo uždavinys yra pakankamai teisingas (3.21 lentelė).

**3.21 lentelė.** Gyvenimo kokybės socialinės sąveikos rizikos veiksmų prognozavimo teisingumo klasifikacija

GK integralūs socialinės sąveikos veiksniai	Klasifikavimo teisingumo procentas		
	Išteklių	Rizikos	Bendras
Fizinė-psichinė galia	56,6	77,0	68,0

Socialinė sveikata	57,0	94,9	59,2
Socialinis saugumas	45,8	75,1	63,4
Namų aplinka	31,6	84,9	63,7
Vertybinės orientacijos	23,3	88,6	62,6

Toliau analizuojant gyvenimo kokybės išteklių ir rizikos santyki nustatyta, kad tarp gyvenimo kokybės sričių išteklių ir rizikos yra statistiškai reikšmingas skirtumas (3.22 lentelė).

**3.22 lentelė.** Gyvenimo kokybės anketos sritis formuojančių kintamųjų indekso vidutinės reikšmės

GK Sritis	Indekso grupė	Grupės indekso vidurkis	St nuokrypis.	Statistiniai įverčiai		
				t	df	p
FS (GKFS)	Ištekliai	2,00	0,07	63,81	1231	0,000
	Rizika	1,59	0,12			
PS (GKPS)	Ištekliai	1,93	0,08	63,74	1231	0,000
	Rizika	1,56	0,10			
NS (GKNS)	Ištekliai	2,50	0,53	22,46	1231	0,000
	Rizika	1,94	0,34			
SSS (GKSS)	Ištekliai	1,94	0,11	77,69	1231	0,000
	Rizika	1,46	0,09			
AS (GKAS)	Ištekliai	1,84	0,16	53,19	1231	0,000
	Rizika	1,47	0,07			
DS (GKDV)	Ištekliai	3,25	0,96	22,22	1231	0,000
	Rizika	2,15	0,73			
(SSV)	Ištekliai	2,49	0,51	20,79	1231	0,000
	Rizika	1,98	0,34			
(SPR)	Ištekliai	2,78	0,83	17,94	1231	0,000
	Rizika	2,07	0,45			

Didžiausia išteklių indekso reikšmė buvo gauta dvasingumo srityje, socialinės sveikatos, socialinės sveikatos fizinio funkcionavimo srityse. Didžiausia rizika – socialinių santykių, aplinkos srityse. Daugeliu atveju gautas pakankamai didelis standartinis nuokrypis, kas rodo didelį reikšmių išsibarstymą.

Analizuojant gyvenimo kokybės anketos kintamaisiais formuojamų išteklių ir rizikos indeksų vidutinių reikšmių skirtumus nustatyta, kad išteklių ir rizikos vidutinės reikšmės skiriasi statistiškai reikšmingai (3.23 lentelė). Rasta, kad medicinos paslaugų poreikio veiksnio išteklių vidutinė reikšmė buvo



žymiai mažesnė lyginant su kitų veiksnių vidutinėmis reikšmėmis ir jos išsibarstymas taip pat mažesnis lyginant su kitų veiksnių išsibarstymais.

**3.23 lentelė.** Gyvenimo kokybės anketos kintamųjų bendroje sąveikoje suformuotų integralių veiksnių indekso vidutinės reikšmės

GK integralūs veiksniai	Indekso grupė	Grupės indekso vidurkis	St nuokrypis.	Statistiniai įverčiai		
				t	df	p
Isitikinimų pozicija	Ištekliai	0,95	0,52	43,29	1221	0,000
	Rizika	-0,63	0,69			
Emocinis diskomfortas	Ištekliai	0,94	0,54	42,89	1221	0,000
	Rizika	-0,63	0,68			
Skausmo pojūtis	Ištekliai	0,92	0,41	39,84	1221	0,000
	Rizika	-0,61	0,77			
Medicinos paslaugų poreikis	Ištekliai	<b>0,57</b>	<b>0,38</b>	35,82	1221	0,000
	Rizika	-0,58	0,84			
Sveikatos paslaugų kokybė	Ištekliai	0,91	0,54	39,86	1221	0,000
	Rizika	-0,61	0,72			
Gyvenimo aplinkos kokybė	Ištekliai	0,96	0,55	45,20	1221	0,000
	Rizika	-0,64	0,64			

Gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių kintamųjų tarpusavio sąveikos latentinių rizikos ir išteklių indeksų vidutinės reikšmės taip pat statistiškai reikšmingai skiriasi tarp savęs.

**3.24 lentelė.** Gyvenimo kokybės anketos ir socialinių veiksnių kintamųjų sąveikos suformuotų integralių veiksnių indekso vidutinės reikšmės

GK integralūs socialinės sąveikos veiksniai	Indekso grupė	Grupės indekso vidurkis	St nuokrypis.	Statistiniai įverčiai		
				t	df	p
Fizinė-psichinė galia	Ištekliai	0,91	0,40	23,13	427	0,000
	Rizika	<b>-0,06</b>	<b>0,79</b>			
Socialinė sveikata	Ištekliai	0,91	0,38	23,51	427	0,000
	Rizika	-0,61	0,79			
Socialinis saugumas	Ištekliai	0,92	0,62	23,83	427	0,000
	Rizika	-0,61	0,67			
Namų aplinka	Ištekliai	0,96	0,58	26,53	427	0,000
	Rizika	-0,64	0,63			
Vertybinės orientacijos	Ištekliai	0,78	0,76	17,29	427	0,000
	Rizika	-0,52	0,76			

Pati mažiausia rizikos indekso reikšmė buvo gauta fizinės-psichinės galios prioritetiniam veiksniai (3.24 lentelė).

### 3.4.2. Gyvenimo kokybės riziką įtakojantys veiksniai

Šiame skirsnyje buvo aiškinamasi, ar žinant respondentų bendra sveikatos būklę, amžių, pajamas, išsilavinimą galima įvertinti tikimybę, kad jis pateks į integralių veiksmų rizikos sritį.

**3.25 lentelė.** Rizikos tikimybė integralių veiksmų srityse pagal respondentų sveikatos būklę, amžių, pajamas, ir išsilavinimą

GK integralūs socialinės sąveikos veiksniai	Socialiniai veiksniai	B	S.E.	Voldo kriterijus	df	p	Exp(B)
Fizinė-psichinė galia	Sveikatos būklė	-0,98	0,17	33,50	1	<b>0,000</b>	0,37
	Amžius	0,38	0,11	11,55	1	<b>0,001</b>	1,46
	Pajamos	-0,14	0,13	1,21	1	0,271	0,86
	Išsilavinimas	0,14	0,08	2,80	1	0,094	1,15
	Konstanta	2,86	0,76	13,96	1	0,000	17,50
Socialinė sveikata	Sveikatos būklė	-0,28	0,14	3,93	1	<b>0,047</b>	0,75
	Amžius	-0,02	0,10	0,04	1	0,840	0,97
	Pajamos	-0,09	0,17	0,57	1	0,447	0,91
	Išsilavinimas	-0,17	0,08	4,58	1	<b>0,032</b>	0,83
	Konstanta	2,37	0,69	11,55	1	0,001	10,70
Socialinis saugumas	Sveikatos būklė	-0,34	0,14	5,27	1	<b>0,022</b>	0,71
	Amžius	0,29	0,10	7,13	1	<b>0,008</b>	1,33
	Pajamos	-0,62	0,13	20,70	1	<b>0,000</b>	0,53
	Išsilavinimas	-0,14	0,08	2,84	1	0,091	0,86
	Konstanta	3,08	0,74	16,96	1	0,000	21,76
Namų aplinka	Sveikatos būklė	0,37	0,14	6,94	1	<b>0,008</b>	1,45
	Amžius	0,06	0,10	0,43	1	0,510	1,07
	Pajamos	-0,20	0,12	2,68	1	0,101	0,81
	Išsilavinimas	0,32	0,08	16,07	1	<b>0,000</b>	1,38
	Konstanta	-1,84	0,68	7,13	1	0,008	0,15
Vertybinės orientacijos	Sveikatos būklė	-0,05	0,14	0,13	1	0,714	0,95
	Amžius	-0,04	0,10	0,19	1	0,662	0,95
	Pajamos	0,26	0,11	5,12	1	<b>0,024</b>	1,30
	Išsilavinimas	0,20	0,07	6,46	1	<b>0,011</b>	1,22
	Konstanta	-0,72	0,67	1,17	1	0,278	0,48

Atlikus logistinę regresijos analizę buvo nustatyta, kad statistiškai reikšmingai fizinę-psichinę galią veikia sveikatos bendra būklė ir amžius, socialinę sveikatą bendra sveikatos būklė ir išsilavinimas, socialinį saugumą sveikatos būklė, amžius ir pajamos, namų aplinką sveikatos būklė ir išsilavinimas ir vertybinės orientacija – pajamos ir išsilavinimas (3.25 lentelė).

**3.26 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių indekso priklausomybė nuo amžiaus (n;(proc.))

GK Sritys	Indekso grupė	Iki 29 m	30-44 m.	45-59 m.	60< m.	Statistiniai įverčiai		
						$\chi^2$	df	p
FS (GKFS)	Ištekliai	151(30,2)	169(33,8)	94(18,8)	86(17,2)	37,694	3	<b>0,000</b>
	Rizika	141(19,3)	202(27,6)	<b>203(27,7)</b>	186(25,4)			
PS (GKPS)	Ištekliai	129(26,2)	<b>158(32,0)</b>	100(20,3)	106(21,5)	8,151	3	<b>0,043</b>
	Rizika	163(22,0)	<b>214(28,9)</b>	197(26,6)	166(22,4)			
NS (GKNS)	Ištekliai	167(33,8)	<b>200(40,5)</b>	87(17,6)	40(8,1)	152,78	3	<b>0,000</b>
	Rizika	125(16,9)	171(23,1)	211(28,6)	<b>232(31,4)</b>			
SSS (GKSS)	Ištekliai	124(25,2)	157(31,8)	106(21,5)	106(21,5)	4,127	3	0,248
	Rizika	168(22,7)	<b>214(28,9)</b>	192(25,9)	166(22,4)			
AS (GKAS)	Ištekliai	102(20,7)	143(29,1)	141(28,7)	106(21,5)	10,527	3	<b>0,015</b>
	Rizika	190(25,6)	<b>228(30,8)</b>	156(21,1)	167(22,5)			
DS (GKDV)	Ištekliai	113(27,7)	147(36,0)	79(19,4)	69(16,9)	24,639	3	<b>0,000</b>
	Rizika	178(21,5)	<b>225(27,2)</b>	219(26,5)	204(24,7)			
(SSV)	Ištekliai	93(19,2)	156(32,2)	116(24,0)	119(24,6)	10,147	3	<b>0,017</b>
	Rizika	199(26,6)	<b>216(28,8)</b>	181(24,2)	153(20,4)			
(SPR)	Ištekliai	128(26,5)	158(32,7)	102(21,1)	95(19,7)	9,596	3	<b>0,022</b>
	Rizika	164(21,9)	<b>213(28,4)</b>	196(26,1)	177(23,6)			

Analizuojant gyvenimo kokybės sričių išteklių-rizikos ryšį su amžiumi nustatyta, kad statistiškai reikšmingas ryšys būdingas visoms gyvenimo kokybės sritims išskyrus socialinių santykių sritį. Taip pat nustatyta, kad maksimali rizika visose srityse išskyrus fizinio funkcionavimo ir socialinių santykių yra ties 45 metų riba.

**3.27 lentelė.** Gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių sąveikos integralių veiksnių indekso priklausomybė nuo amžiaus (n;(proc.))

GK integralūs socialinės sąveikos veiksniai	Indekso grupė	Iki 29 m	30-44 m.	45-59 m.	60< m.	Statistiniai įverčiai		
						$\chi^2$	df	p
Fizinė-psichinė galia	Ištekliai	59(34,3)	69(40,1)	29(16,9)	15(8,7)	28,614	3	<b>0,000</b>
	Rizika	48(18,7)	<b>80(31,1)</b>	75(29,2)	54(21,0)			
Socialinė sveikata	Ištekliai	43(25,0)	60(34,9)	46(26,7)	23(13,4)	2,266	3	0,519
	Rizika	64(24,7)	<b>90(34,7)</b>	58(22,4)	47(18,1)			
Socialinis saugumas	Ištekliai	61(35,7)	55(32,2)	29(17,0)	26(15,2)	20,810	3	<b>0,000</b>
	Rizika	45(17,4)	<b>94(36,4)</b>	75(29,1)	44(17,1)			
Namų aplinka	Ištekliai	44(25,7)	55(32,2)	40(23,4)	32(18,7)	1,696	3	0,638
	Rizika	63(24,3)	<b>94(36,3)</b>	64(24,7)	38(14,7)			
Vertybinės orientacijos	Ištekliai	38(22,1)	65(37,8)	40(23,3)	29(16,9)	1,754	3	0,625
	Rizika	69(26,6)	<b>85(32,8)</b>	64(24,7)	41(15,8)			

Analizuojant gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių tarpusavio sąveikoje atsirandančių veiksnių išteklių-rizikos ryšį su amžiumi nustatyta, kad statistiškai reikšmingas ryšys būdingas fizinės-psichinės galios ir socialinio

saugumo integraliems veiksniams. Taip pat nustatyta, kad maksimali rizika visose srityse buvo ties 45 metų riba.

### 3.5. Gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių tarpusavio sąveika

Praėjusiame skirsnyje formavome gyvenimo kokybės ir socialinio saito modeliuojamą tikrovę. Šiame skirsnyje aptarsime gautos modeliuojamos tikrovės dekomponavimą į paprastesnius elementus, kurie dažniausiai tarp savęs susiję priežastiniais ryšiais.

#### 3.5.1. Demografiniai veiksniai

Vertinant gyvenimo kokybės sričių priklausomybės nuo lyties hipotezes ir tikrinant reikšmių vidurkių skirtumus tarp vyrų ir moterų buvo naudojamas Stjudento kriterijus ir gauta statistiškai reikšmingas skirtumas, tarp vyrų ir moterų FS ir PS srityse (3.28 lentelė).

**3.28lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių vidutinių reikšmių priklausomybė nuo lyties (vidurkis ± st.nuokr.)

GKsritis*	Vyrai N=518	Moterys N=715	p Stjudent
FS	14,62±2,42	14,21±2,37	0,008
PS	14,37±2,06	13,89±2,11	0,000
NS	15,84±2,27	15,86±1,99	0,903
SSS	14,37±2,38	14,39±2,32	0,920
AS	13,46±2,19	13,31±2,02	0,271
DS	13,63±3,20	13,89±2,95	0,191

\*FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Dispersinė analizė rodo, kad gyvenimo kokybės sričių skirtumai priklausomai nuo išsilavinimo lygio yra statistiškai reikšmingi FS, NS, SSS ir

AS srityse ( $p=0,000$ ), dvasingumo srityje duomenys taip pat gauti statistiškai reikšmingi –  $p=0,018$  (3.29 lentelė).

**3.29 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių priklausomybė nuo išsilavinimo (vidurkis  $\pm$  st.nuokr.)

GK rodikliai*	Neb. vidur. N=42	Vidur. N=178	Aukštesn. N=189	Neb. aukšt. N=170.	Aukšt. N=654	P dispers.	p homog.
FS	12,20 $\pm$ 1,53	12,24 $\pm$ 1,19	12,40 $\pm$ 1,06	12,78 $\pm$ 1,05	12,55 $\pm$ 1,03	0,000	0,003
PS	12,45 $\pm$ 2,60	12,77 $\pm$ 1,79	13,03 $\pm$ 1,56	13,48 $\pm$ 1,94	13,23 $\pm$ 1,71	0,001	0,004
NS	14,17 $\pm$ 2,29	14,10 $\pm$ 1,95	14,47 $\pm$ 1,64	14,70 $\pm$ 1,53	14,84 $\pm$ 1,57	0,000	0,005
SSS	11,70 $\pm$ 1,65	12,42 $\pm$ 1,84	12,42 $\pm$ 1,54	13,12 $\pm$ 1,69	12,88 $\pm$ 1,70	0,000	0,306
AS	12,25 $\pm$ 1,82	12,24 $\pm$ 1,49	12,14 $\pm$ 1,31	12,88 $\pm$ 1,44	12,52 $\pm$ 1,48	0,000	0,245
DS	11,93 $\pm$ 3,94	13,31 $\pm$ 3,21	13,81 $\pm$ 2,67	14,15 $\pm$ 3,09	13,85 $\pm$ 3,03	0,018	0,518

\*FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Vertinant hipotezę apie dispersijų lygybę statistiškai reikšmingai buvo išskirtos trys gyvenimo kokybės sritys: fizinė gyvenimo kokybės sritis ( $p=0,003$ ), psichologinė –  $p=0,004$  bei nepriklausomumo sritis –  $p=0,005$ . Vertinant gyvenimo kokybei taip pat svarbią aplinkos sritį statistiškai reikšmingų duomenų hipotezei tarp dispersijų patikrinti, kad aplinkos įtaka gyvenimo kokybei priklausomai nuo išsilavinimo skiriasi, negavome.

**3.30 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių priklausomybės nuo išsilavinimo Poct hoc Dunkano testas,  $\alpha=0,05$

Sritis		Išsilavinimas				
		Neb. Vid N=42	Vid N=178	Aukšt. esn N=189	Neb. Aukšt. N=170	Aukšt. N=654
FS	1	12,20	12,24	12,40		12,55
	2			12,40	12,78	12,55
PS	1	12,45	12,77	13,03		
	2		12,77	13,03		13,29
	3			13,03	13,48	13,29
NS	1	14,17	14,10	14,47	14,70	
	2	14,17		14,47	14,70	14,82
SSS	1	11,70				
	2		12,42	12,42		12,88
	3				13,12	12,88
AS	1	12,25	12,24	12,14		12,52
	2				12,88	12,52

	3					
DS	1	11,93				
	2		13,31	13,81	14,15	13,85

\*FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Fizinės sveikatos lygyje Poct hoc Dunkano testu buvo išskirtos dvi homogeninės grupės su reikšmingumo lygmeniu  $\alpha=0,05$ : pirma apjungiant išsilavinimo neturinčius, vidurinio, aukštesniojo ir dalį aukštojo išsilavinimo respondentus, antra – aukštesniojo, nebaigto aukštojo ir kitą dalį aukštojo išsilavinimo respondentų. Psichologinėje GK srityje buvo išskirtos trys homogeninės grupės visose apjungiant neturinčius išsilavinimo su viduriniu ir aukštesniuoju išsilavinimo respondentais, antroji grupė apjungė vidurinį, aukštesnįjį ir dalį aukštąjį išsilavinimą turinčius respondentus, o trečioji – aukštesnįjį, nebaigtą aukštąjį ir kitą dalį aukštąjį išsilavinimą turinčius respondentus. Nepriklausomumo GK srityje buvo išskirtos dvi homogeninės grupės, pirmoji: apima turinčius aukštesnįjį, vidurinį, nebaigtą aukštąjį išsilavinimus bei neturinčius išsilavinimo, o antroji grupė apima nebaigtą aukštąjį, aukštąjį, aukštesnįjį išsilavinimą turinčius asmenis, bei neturinčius išsilavinimo. (3.30 lentelė).

Prasčiausia FS sritį vertina žmonės, priklausantys pirmajai homogeninei grupei (vidurkis 12,28), geriausiai vertino antrosios homogeninės grupės respondentai (vidurkis 12,58). Galima manyti, jog taip yra todėl, kad turintys didesnę išsilavinimą asmenys labiau supranta fizinio aktyvumo naudą sveikatai, nuotakai ir gyvenimo kokybei, nei turintys žemesnę išsilavinimo lygį.

Psichologinę GK sritį prasčiausiai vertina taip pat žemesnįjį išsilavinimą trintys respondentai, t.y. priklausantys pirmajai homogeninei grupei asmenys (vidurkis – 12,75), šiek tiek geriau vertina antrosios homogeninės grupės respondentai (13,03), geriausiai vertina asmenys turintys geresnę išsilavinimo lygį, t.y. priklausantys trečiajai homogeninei grupei, į kurią įeina asmenys turintys aukštesnįjį, aukštąjį ir nebaigtą aukštąjį išsilavinimus (13,3).

Socialinių santykių gyvenimo kokybės sritis vertinant Poct hos Dunkano testu statistiškai reikšmingai buvo išskirtos 3 grupės. pirma: neturintys

išsilavinimo, antra turintys vidurinį, aukštesnį ir aukštą išsilavinimą, trečia: asmenys su nebaigtu aukštuoju ir aukštuoju išsilavinimu. Geriausiai socialinių santykių GK sritį vertino trečiosios homogeninės grupės respondentai (13), prasčiausiai vertino neturintys išsilavinimo asmenys (11,70).

Aplinkos srityje vertinant šiuo metodu buvo išskirtos dvi homogeninės grupės: pirmoji, į kurią įėjo visus išsilavinimus turintys asmenys, išskyrus nebaigtą aukštąjį turinčius, o antrąją grupę sudarė nebaigtą aukštąjį ir aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys. Geriausiai aplinkos GK sritį vertino antrosios homogeninės grupės respondentai (12,7), prasčiau pirmoji grupė (12,3).

Nepriklausomumo srityje vertinant šiuo metodu buvo išskirtos dvi homogeninės grupės: pirmoji, į kurią įėjo visus išsilavinimus turintys asmenys, išskyrus aukštąjį, o antrąją grupę sudarė asmenys neturintys išsilavinimo, su aukštesnį, nebaigtą aukštąjį ir aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys. Geriausiai nepriklausomumo GK sritį vertino antrosios homogeninės grupės respondentai (14,54), prasčiau pirmoji grupė (14,36).

**3.31 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių priklausomybė nuo pajamų vienam šeimos nariui (vidurkis ± st.nuokr.)

GK rodikliai*	Iki 500 Lt N=286	501-650 Lt N=142	651+ Lt N=797	p dispers.	p homog.
FS	13,80±2,32	13,66±2,46	14,72±2,34	0,000	0,507
PS	13,67±2,09	13,65±2,02	14,31±2,09	0,000	0,954
NS	15,60±2,09	15,67±2,14	15,99±2,08	0,029	0,966
SSS	13,79±2,33	14,02±2,47	14,69±2,26	0,000	0,779
AS	12,58±2,01	13,09±2,04	13,73±2,03	0,000	0,827
DS	13,58±3,13	13,62±2,99	13,91±3,03	0,284	0,877

\*FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Dispersinė analizė rodo, kad gyvenimo kokybės sričių skirtumai priklausomai nuo išsilavinimo lygio yra statistiškai reikšmingi FS, SSS, DS ir AS srityse ( $p=0,000$ ), nepriklausomumo srityje duomenys taip pat gauti statistiškai reikšmingi –  $p=0,029$  (3.31 lentelė).

Vertinant hipotezę apie dispersijų lygybę tarp pajamų grupių statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta nei vienoje gyvenimo kokybės srityje.

3.31 lentelė leidžia daryti išvadas, kad gyvenimo kokybė visose srityse, išskyrus fizinę ir psichologinę, prasčiausiai vertinama vidutinės pajamas gaunančių žmonių grupėje (501-650 Lt. per mėnesį), fizinę ir psichologinę sritis prasčiausiai vertina mažiausias pajamas gaunantys respondentai (iki 500 Lt. per mėnesį).

Geriausiai visas GK sritis vertina didžiausias pajamas gaunantys asmenys (651 ir daugiau Lt. per mėnesį), taip yra todėl, kad asmenys gaunantys didesnes pajamas gali labiau patenkinti savo poreikius, nei asmenys, gaunantys mažesnes mėnesines pajamas.

Fizinės sveikatos lygyje Poct hoc Dunkano testu buvo išskirtos dvi homogeninės grupės su reikšmingumo lygmeniu  $\alpha=0,05$ : pirma asmenys gaunančius iki 500 Lt./mėnesį ir 501-650 Lt./mėnesį, antra – virš 651 Lt./mėnesį gaunantys asmenys. Aplinkos srityje buvo išskirtos trys homogeninės grupės skirtingas pajamas gaunančių asmenų grupėse: pirma iki 500 Lt./mėnesį, antra 501 – 650 Lt./mėnesį, trečia – virš 651 Lt./mėnesį (3.32 lentelė).

Prasčiausia FS sritį vertina žmonės, priklausantys pirmajai homogeninei grupei (vidurkis 13,73), geriausiai vertino antrosios homogeninės grupės respondentai (vidurkis 14,72). Galima manyti, jog taip yra todėl, kad asmenys turintys didesnes pajamas turi didesnes galimybes būti labiau fiziškai aktyviems, nei turintys mažesnes pajamas, bei turi didesnes galimybes pasinaudoti visomis teikiamomis fizinio aktyvumo paslaugomis ir galimybėmis.

**3.32 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių priklausomybės nuo pajamų vienam šeimos nariui Poct hoc Dunkano testas,  $\alpha=0,05$

Sritis		Pajamos		
		Iki 500 Lt N=286	501-650 Lt N=142	651+ Lt N=797
FS	1	13,80	13,66	
	2			14,72



PS	1	13,67	13,65	
	2			14,31
	3			
NS	1	15,66	15,67	15,99
	2			
SSS	1	13,79	14,02	
	2			14,69
	3			
AS	1	12,58		
	2		13,09	
	3			13,73
DS	1			
	2	13,58	13,62	13,91

\* *FS* – fizinio funkcionavimo sritis, *PS* – psichinio funkcionavimo sritis, *NS* – nepriklausomumo sritis, *SSS* – socialinių santykių sritis, *AS* – aplinkos sritis, *DS* – dvasingumo sritis

Psichologinę GK sritį prasčiausiai vertina taip pat mažesnes pajamas gaunantys respondentai t.y. priklausantys pirmajai homogeninei grupei asmenys (vidurkis – 13,66), geriausiai vertina asmenys gaunantys didesnes pajamas, t.y. priklausantys antrajai homogeninei grupei (14,31), galima manyti, kad tai yra todėl, kad mažesnes pajamas gaunantys asmenys jaučia psichologinį barjerą, kad uždirba mažiau, negali pilnai patenkinti savo poreikių, o tai žinoma atsiliepia ir gyvenimo kokybės vertinimui.

Geriausiai socialinių santykių GK sritį vertino respondentai gaunantys 651 ir daugiau litų per mėnesį (vidurkis 14,69), prasčiausiai vertino asmenys gaunantys iki 500 Lt./mėnesį (13,79).

Aplinkos srityje vertinant Post hoc Dunkano buvo išskirtos trys homogeninės grupės: pirmoji – iki 500 Lt. Per mėnesį pajamų gaunantys asmenys, antra- 501-650Lt./mėnesį, trečia virš 651 Lt./mėnesį gaunantys respondentai. Geriausiai aplinkos GK sritį vertino didžiausias pajamas gaunantys asmenys (13,73), prasčiau vertino asmenys turintys mažesnes pajamas (13,09), prasčiausiai – mažiausias pajamas per mėnesį gaunantys asmenys (12,58).

Nepriklausomumo srityje vertinant šiuo metodu buvo išskirta viena homogeninė grupė, kurią sudarė visi respondentai nepriklausomai nuo pajamų gaunamų per mėnesį. Geriausiai nepriklausomumo GK sritį vertino

respondentai gaunantys virš 651 lt./mėnesį (15,99), prasčiausiai mažiausias pajamas gaunantys respondentai (15,66).

**3.33 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių priklausomybė nuo profesijos (vidurkis ± st.nuokr.)

GK rodikliai*	Darbinink. N=175	Bedarb. N=31	Pensinink. N=104	Tarnaut. N=415	Vad.,spec. N=287	p dispers.	p homog.
FS	12,55±1,14	12,45±1,24	11,88±0,94	12,40±0,98	12,70±1,10	0,000	0,004
PS	13,11±1,78	12,92±1,19	11,76±1,91	13,03±1,71	13,58±1,66	0,000	0,024
NS	14,69±1,64	14,48±1,44	12,01±2,39	14,61±1,41	15,13±1,37	0,000	0,000
SSS	12,46±1,82	12,45±2,00	12,01±1,41	12,61±1,63	13,01±1,70	0,000	0,398
AS	12,22±1,70	12,11±1,34	11,95±1,31	12,32±1,36	12,67±1,49	0,000	0,477
DS	13,25±3,17	12,78±4,11	13,39±3,67	13,56±2,67	14,19±2,86	0,007	0,001

\*FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Dispersinė analizė rodo, kad gyvenimo kokybės sričių skirtumai priklausomai nuo profesijos lygio yra statistiškai reikšmingi FS, PS, NS, SSS ir AS srityse ( $p=0,000$ ), dvasingumo srityje duomenys taip pat gauti statistiškai reikšmingi –  $p=0,007$  (3.33. lentelė).

Vertinant hipotezę apie dispersijų lygybę statistiškai reikšmingai buvo išskirtos trys gyvenimo kokybės sritys: fizinė GK sritis,  $p=0,004$ , psichologinė –  $p=0,024$ , nepriklausomumo GK sritis  $p=0,000$  ir dvasinė GK sritis -  $p=0,001$  (3.33. lentelė). Vertinant gyvenimo kokybei taip pat svarbias aplinkos bei socialinių santykių sritis statistiškai reikšmingų duomenų hipotezei tarp dispersijų patikrinti, kad aplinkos bei socialinių santykių sritys turi įtakos gyvenimo kokybei priklausomai nuo profesijos lygio skiriasi, negavome, nors tikrinant vidurkius gavome, kad tai yra statistiškai reikšmingi duomenys ( $p=0,000$ ).

Šie duomenys leidžia daryti išvadas, kad gyvenimo kokybė visose srityse prasčiausiai vertinama pensininkų, išskyrus dvasingumo sritį, kuri prasčiausiai yra vertinama darbininkų. Geriausiai visas GK sritis vertina asmenys priklausantys vadovų ar specialistų grupei.

Fizinės sveikatos lygyje Poct hoc Dunkano testu buvo išskirtos keturios homogeninės grupės su reikšmingumo lygmeniu  $\alpha=0,05$ : pirmą grupę sudarė pensininkai, antrajai priklauso darbininkai, bedarbiai bei tarnautojai, trečiajai – darbininkai ir tarnautojai, ketvirtajai – darbininkai, tarnautojai, vadovai ir specialistai.

Psichologinėje GK srityje buvo išskirtos homogeninės grupės, pirmai priklauso pensininkai, o antrajai – darbininkai, bedarbiai, tarnautojai bei vadovai ir specialistai.

Aplinkos srityje buvo išskirtos 4 homogeninės grupės: pirma – darbininkai, bedarbiai, pensininkai bei tarnautojai, antrai – darbininkai, bedarbiai, tarnautojai, trečiai – tarnautojai bei vadovai ir specialistai, o ketvirtai – vadovai, specialistai (3.34 lentelė).

**3.34 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių priklausomybės nuo profesijos Poct hoc Dunkano testas,  $\alpha=0,05$

Sritis		Profesija				
		Darbininkai N=175	Bedarbiai N=31	Pensininkai N=104	Tarnautojai N=415	Vad., spec N=287
FS	1			11,90		
	2	14,41	13,54		14,22	
	3	14,41			14,22	
	4	14,41			14,22	14,83
PS	1			12,58		
	2	13,92	13,70		13,90	14,54
NS	1			12,38		
	2		15,28		15,80	15,98
	3	15,98			15,80	16,25
SSS	1	13,94	13,69	13,23		
	2	13,94	13,69		14,27	
	3	13,94			14,27	14,74
AS	1	12,87	12,48	12,38	13,08	
	2	12,87	12,48		13,08	
	3				13,08	13,75
	4					13,75
DS	1	13,25	12,78	13,39	13,56	
	2	13,25	13,39		13,56	14,19

\* FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

3.34 lentelėje matome, kad prasčiausia FS sritį vertina žmonės, priklausantys pirmajai homogeninei grupei, t.y. pensininkai (vidurkis 11,90), geriausiai vertino ketvirtosios homogeninės grupės respondentai (vidurkis 14,49). Galima manyti, jog taip yra todėl, kad asmenys turintys didesnes pajamas turi didesnes galimybes būti labiau fiziškai aktyviems, nei turintys mažesnes pajamas (t.y. pensininkai), bei turi didesnes galimybes pasinaudoti visomis teikiamomis fizinio aktyvumo paslaugomis ir galimybėmis, o be to dažnai pensininkai yra pasyvūs, todėl yra mažai fiziškai aktyvūs.

Psichologinę GK sritį prasčiausiai vertina pensininkai t.y. priklausantys pirmajai homogeninei grupei asmenys (vidurkis – 12,58), geriausiai vertina dirbantys, bedarbiai, pensininkai, vadovai ir specialistai, t.y. asmenys priklausantys antrajai homogeninei grupei (14,01).

Geriausiai socialinių santykių GK sritį vertino respondentai priklausantys ketvirtajai homogeninei grupei, t.y. asmenys, kurie yra darbininkai, tarnautojai, vadovai ir specialistai (vidurkis – 14,32), prasčiausiai šią sritį vertino pirmosios homogeninės grupės atstovai: darbininkai, bedarbiai bei pensininkai (vidurkis – 13,62), šiek tiek geriau vertino antrosios homogeninės grupės respondentai, kurią sudarė darbininkai, bedarbiai bei tarnautojai (13,97).

Aplinkos srityje vertinant Post hoc Dunkano buvo išskirtos keturios homogeninės grupės: pirmoji – darbininkai, bedarbiai, pensininkai ir tarnautojai, kurie aplinkos sritį vertino prasčiausiai (vidurkis 12,70), antra-darbininkai, bedarbiai ir tarnautojai, GK aplinkos sritį vertina geriau, nei pirmosios homogeninės grupės atstovai (12,81), trečia –tarnautojai ir vadovai, specialistai. Ši homogeninė grupė GK aplinkos sritį vertina geriau, nei antrosios grupės atstovai – 13,41 bei ketvirtoji homogeninė grupė, kuriai priklauso vadovai ir specialistai, ši grupė gyvenimo kokybės aplinkos sritį vertina geriausiai (vidurkis 13,75).

**3.35 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių priklausomybė nuo šeimos padėties (vidurkis  $\pm$  st.nuokr.)

GK rodikliai*	Vedę N=693	Nevedę N=333	Išsituokę N=94	Našliai N=62	Gyv atskirai N=32	p dispers.	p homog.
FS	14,23 $\pm$ 2,37	14,86 $\pm$ 2,20	14,11 $\pm$ 2,42	11,97 $\pm$ 2,64	14,39 $\pm$ 2,67	0,000	0,182
PS	14,02 $\pm$ 1,95	14,37 $\pm$ 2,19	13,93 $\pm$ 2,23	12,09 $\pm$ 1,82	13,96 $\pm$ 2,48	0,000	0,394
NS	15,63 $\pm$ 2,12	16,49 $\pm$ 1,67	15,77 $\pm$ 1,83	13,27 $\pm$ 2,85	15,77 $\pm$ 2,39	0,000	0,000
SSS	14,46 $\pm$ 2,31	14,66 $\pm$ 2,27	13,56 $\pm$ 2,46	12,15 $\pm$ 1,89	13,69 $\pm$ 2,42	0,000	0,007
AS	13,14 $\pm$ 1,97	14,03 $\pm$ 1,98	12,92 $\pm$ 2,13	11,55 $\pm$ 1,99	12,75 $\pm$ 2,79	0,000	0,134
DS	13,86 $\pm$ 2,89	13,85 $\pm$ 3,06	13,98 $\pm$ 3,20	11,97 $\pm$ 3,65	13,76 $\pm$ 3,93	0,009	0,616

\* FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Nepriklausomumo GK sričių prasčiausiai vertina pensininkai (vidurkis – 12,38), geriausiai vertina asmenys priklausantys trečiajai homogeninei grupei, t.y. darbininkai, tarnautojai bei vadovai ir specialistai (16,01).

Dispersinė analizė rodo, kad gyvenimo kokybės sričių skirtumai priklausomai nuo šeiminių padėties lygio yra statistiškai reikšmingi FS, PS, NS, SSS ir AS srityse ( $p=0,000$ ), dvasingumo srityje duomenys taip pat gauti statistiškai reikšmingi –  $p=0,009$  (3.35 lentelė).

Vertinant hipotezę apie dispersijų lygybę statistiškai reikšmingai buvo išskirtos dvi gyvenimo kokybės sritys: nepriklausomumo GK sritis  $p=0,000$  ir socialinių santykių sritis –  $p=0,007$ . Vertinant gyvenimo kokybei taip pat svarbias aplinkos bei fizinę sritis statistiškai reikšmingų duomenų hipotezei tarp dispersijų patikrinti, kad aplinkos bei fizinės srities įtaka gyvenimo kokybei priklausomai nuo šeiminių padėties skiriasi, negavome.

Šie duomenys leidžia daryti išvadą, kad gyvenimo kokybė visose srityse prasčiausiai vertinama našlių žmonių grupėje, tai leidžia daryti išvadą, kad fizinė, psichologinė, dvasingumo, nepriklausomumo, aplinkos ir socialinių santykių sritys yra vertinamos prasčiau našlių.

**3.36 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių priklausomybės nuo šeiminės padėties Poct hoc Dunkano testas,  $\alpha=0,05$

Sritis	Šeiminės padėtis						
		Vedę N=693	Nevedę N=333	Išsit. N=94	Našliai N=62	Gyv. Atsk N=32	Gyv nesusit N= 20
FS	1				11,94		
	2	14,23	14,86	14,11		14,39	14,89
PS	1				12,09		
	2	14,02	14,37	13,93		13,96	14,85
NS	1				13,27		
	2	15,63	16,49	15,77		15,77	16,32
SSS	1				1,15		
	2	14,46		13,56		13,69	
	3	14,46	14,66			13,69	
	4						15,63
AS	1				11,55		
	2	13,14		12,92		12,75	
	3	13,14					1,95
	4	14,03					13,95

\*FS – fizinio funkcionavimo sritis, PS – psichinio funkcionavimo sritis, NS – nepriklausomumo sritis, SSS – socialinių santykių sritis, AS – aplinkos sritis, DS – dvasingumo sritis

Geriausiai visas GK sritis, išskyrus dvasingumo, vertina nevedę asmenys, taip yra todėl, kad tai daugiausia yra jauno amžiaus asmenys, kurie į gyvenimą dar žiūri kitomis akimis ir nėra nusivylę juo, todėl GK sritis ir vertinamos geriau.

Fizinės sveikatos lygyje Poct hoc Dunkano testu buvo išskirtos dvi homogeninės grupės su reikšmingumo lygmeniu  $\alpha=0,05$ : pirmą grupę sudarė našliai, antrajai priklauso visų šeiminių padėčių žmonės išskyrus našlius. Psichologinėje GK srityje bei nepriklausomumo buvo išskirtos taip pat dvi homogeninės grupės, tokios pačios kaip ir fizineje gyvenimo kokybės srityje. (3.36 lentelė).

Šioje lentelėje matome, kad prasčiausia FS sritį vertina žmonės, priklausantys pirmajai homogeninei grupei, t.y. našliai (vidurkis 11,94), geriausiai vertino antrosios homogeninės grupės respondentai (vidurkis 14,96). Galima manyti, jog taip yra todėl, kad našliai likę vieni ne taip džiaugiasi gyvenimo teikiamais malonumais, o ir dažnai našliais tampama senyvame amžiuje, o senyvame amžiuje dažnai fizinis aktyvumas būna užleidžiamas,

žmonės yra mažai fiziškai aktyvūs, todėl ir fizinė GK sritis yra vertinama prastai.

Psichologinę GK sritį prasčiausiai vertina taip pat našliai t.y. respondentai priklausantys pirmajai homogeninei grupei asmenys (vidurkis – 12,09), geriausiai vertina asmenys priklausantys antrajai homogeninei grupei (14,22), galima manyti, kad taip yra todėl, kad našliai jaučiasi psichologiškai blogiau, nes yra vieniši, neturi su kuo pasidalinti gyvenimo džiaugsmu.

Geriausiai socialinių santykių GK sritį vertino respondentai priklausantys ketvirtajai homogeninei grupei, t.y. asmenys, kurie gyvena nesusituokę (vidurkis - 15,63), prasčiausiai šią sritį vertino našliai (vidurkis – 1,15), šiek tiek geriau vertino antrosios homogeninės grupės respondentai, kurių sudarė vedę, išsituokę ir gyvenantys atskirai, bet susituokę asmenys (13,90), dar geriau vertino trečiosios homogeninės grupės atstovai ( vedę, nevedę ir gyvenantys atskirai, bet susituokę) (vidurkis – 14,27).

Aplinkos srityje vertinant Post hoc Dunkano buvo išskirtos keturios homogeninės grupės: pirmoji – našliai, kurie aplinkos sritį vertina prastai, tačiau neprasčiausiai (vidurkis 11,55), antra- vedę, išsituokę ir gyvenantys atskirai, GK aplinkos sritį vertina geriau, nei našliai (12,94), trečia –vedę ir gyvenantys kartu, bet nesusituokę. Ši homogeninė grupė GK aplinkos sritį vertina prasčiausiai – 7,55 bei ketvirtoji homogeninė grupė, kuriai priklauso vedę ir gyvenantys kartu, bet nesusituokę, ši grupė gyvenimo kokybės aplinkos sritį vertina geriausiai (vidurkis 13,99).

Nepriklausomumo GK sritį prasčiausiai vertina taip pat našliai t.y. respondentai priklausantys pirmajai homogeninei grupei asmenys (vidurkis – 13,27), geriausiai vertina asmenys priklausantys antrajai homogeninei grupei (15,99).

### **3.5.2. Aplinkos veiksniai**

Namų aplinkos veiksnių reikšmė buvo vertinta penkių balų rangine skale: 1 – problemų nėra, 2 – problemų, nepatogumų nedaug, 3 – vidutiniškai,

4 – dideli nepatogumai, problemos, 5 – labai didelės problemos. Vertinant namų aplinką dažniausiai pasikartojanti vertinimo reikšmė buvo “1 – problemų nėra”, tik dėl temperatūros bute ir triukšmo “2 – problemų nedaug”

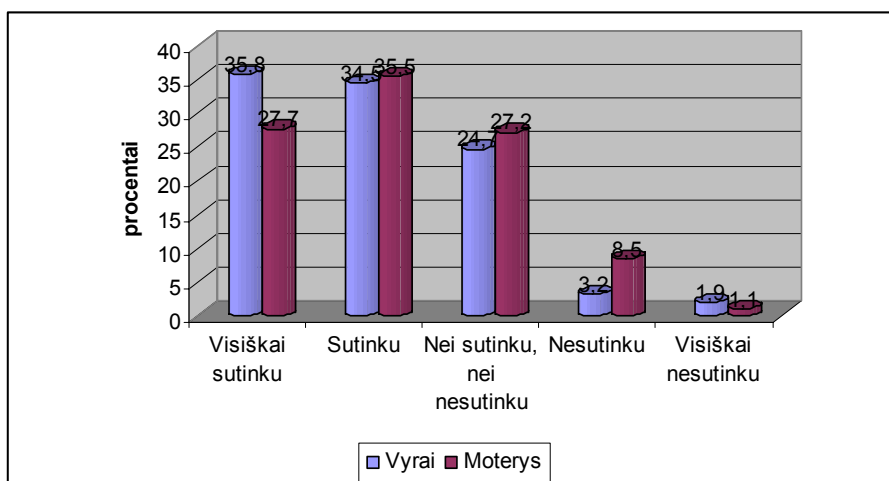
**3.37 lentelė.** Namų aplinkos vertinimų vidutinės reikšmės

Ar turite problemų ar nepatogumų savo namuose dėl žemiau išvardintų dalykų visais metų laikais?	Vidut balas	Md	St. nuokr.
Oro temperatūros bute (žiema, vasarą, rudenį, pavasarį)	2,13	2,00	0,970
Šildymo	2,13	2,00	1,020
Apšvietimo (langus užstoja pastatai, medžiai)	1,77	1,00	0,954
Drėgnumo	1,86	2,00	1,009
Oro kokybės (sausumas, dulkės, kvapai, dūmai)	2,17	2,00	1,023
Ventiliacija (žiema, vasarą)	2,05	2,00	1,004
Kenkėjų	1,91	2,00	1,034
Dydžio ir išplanavimo poreikio Jūsų šeimai	2,36	2,00	1,219
Triukšmo (kaimynai, transportas ir kt.)	2,33	2,00	1,147
Vandens kokybės (šilto, šalto)	2,04	2,00	1,082
Kanalizacijos įrangos	1,93	2,00	1,054
Šukšlių surinkimo	1,93	2,00	1,043
Laiptinės ir kitų bendro naudojimo vietų švaros	2,36	2,00	1,233
Buto pritaikymo seniems ir neįgaliems	2,48	2,00	1,430
Kita	1,65	1,00	1,001

Taigi vertinimas bimodalinis: 50 procentų respondentų nurodė, kad problemų nėra ir tiek pat – kad problemų ar nepatogumų nedaug (3.37 lentelė).

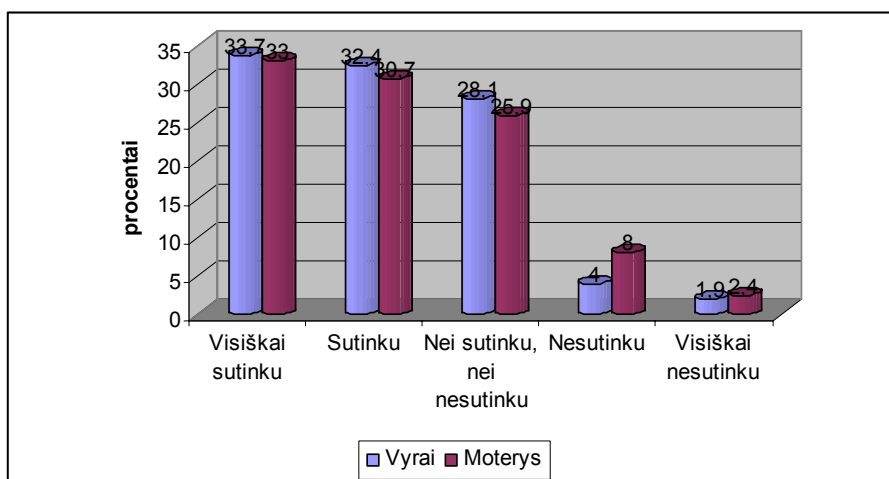
Geriausiai visas GK sritis, išskyrus dvasingumo, vertina nevedę asmenys, taip yra todėl, kad tai daugiausia yra jauno amžiaus asmenys, kurie į gyvenimą dar žiūri kitomis akimis ir nėra nusivylę juo, todėl GK sritys ir vertinamos geriau.





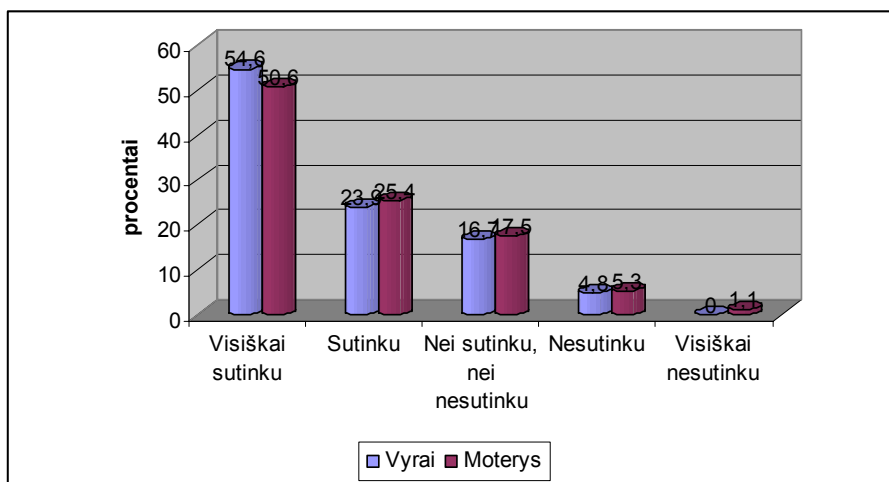
**3.4 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų, kuriuos sukelia oro temperatūra bute pasiskirstymas pagal lytį.

35,8% vyrų nurodė, kad dėl oro temperatūros bute (žiema, vasarą, rudenį, pavasarį) problemų nėra, tuo 27,7% moterų taip pat nesiskundė dėl oro temperatūros bute. Kad problemų nedaug teigė 24,5% vyrų ir 35,5% moterų, vidutiniškai yra problemų su oro temperatūra bute turi 24,7% vyrų ir 27,2% moterų. Kad yra didelės ir labai didelės problemos dėl oro temperatūros bute atitinkamai nurodė visai nedidelė apklaustųjų dalis 3,2% ir 1,9% vyrų ir 8,5% bei 1,1% moterų. (3.4 pav.)



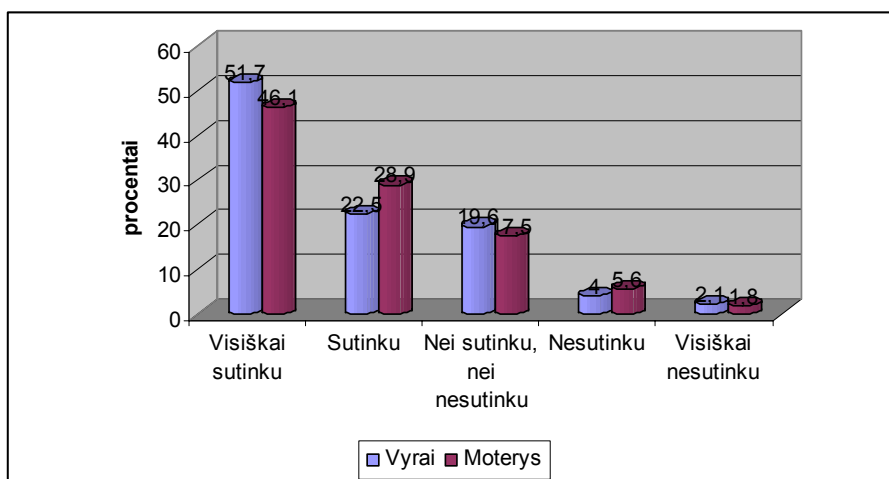
**3.5 pav.** Respondentų atsakymų dėl problemų, kurios kyla dėl šildymo, pasiskirstymas pagal lytį.

33,7% vyrų ir 33,0% moterų nurodė neturintys problemų dėl šildymo, atitinkamai 32,4% ir 30,7% nurodė, kad problemos gyvenamojoje aplinkoje susijusios su šildymu yra nedidelės. Vidutiniškai turintys problemų dėl šildymo teigė 28,1% vyrų ir 25,9% moterų. Kad bute yra didelės ir labai didelės problemos susijusios su šildymu bute atitinkamai nurodė 4% ir 1,9% vyrų bei 8% ir 2,4% moterų (3.5 pav).



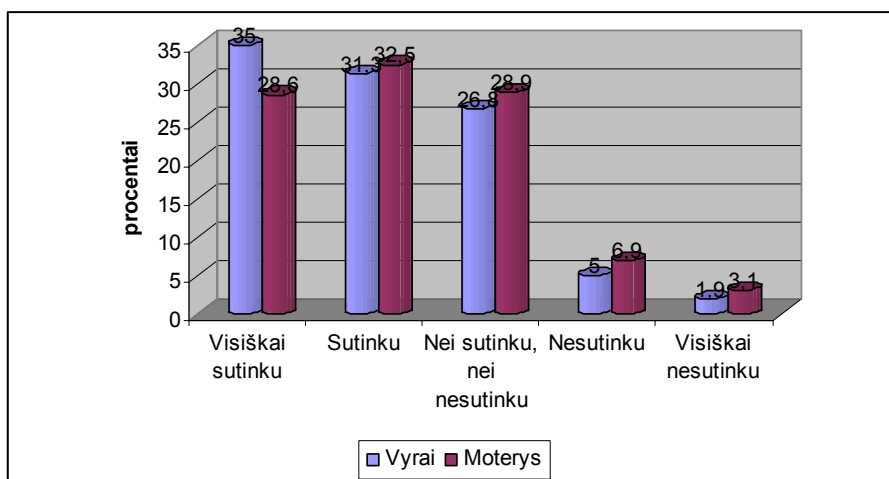
**3.6 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų, kuriuos problemos susijusios su buto apšvietimu, pasiskirstymas pagal lytį.

Esant labai didelėms problemoms susijusioms su apšvietimu bute, dėl langus užstojančių pastatų, medžių, skundėsi tik 1,1% moterų, vyrams tuo tarpu ši problema nesukėlė labai didelių nepatogumų. Kad yra didelės problemos susijusios su apšvietimu teigė 4,8% vyrų ir 5,3% moterų. Vidutiniškai diskomfortą dėl nepakankamo apšvietimo bute jautė 16,7% vyrų ir 17,5% moterų. Daugiausia respondentų buvo, kurie nurodė, kad problemų susijusių su buto apšvietimu nėra visai arba jų yra nedaug, atitinkamai 54,6% ir 23,9% vyrų bei 50,6% ir 25,4% moterų (3.6 pav.).



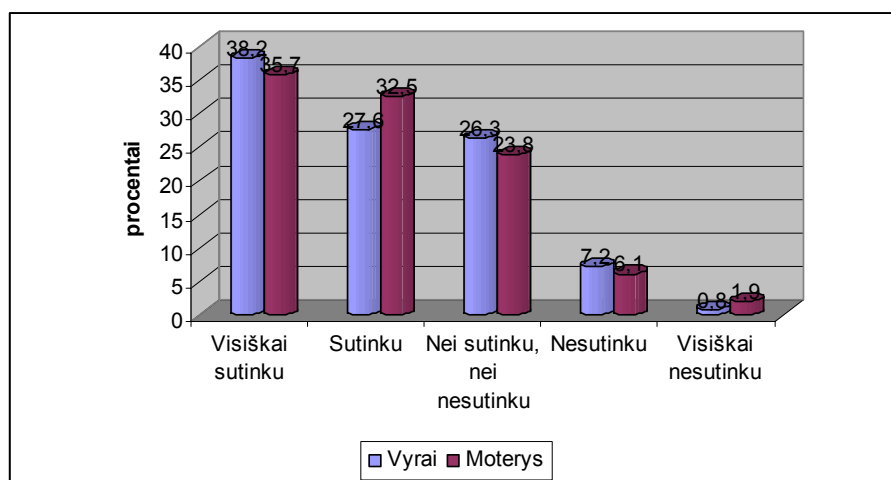
**3.7 pav.** Respondentų atsakymų dėl problemų susijusių su drėgnumu bute pasiskirstymas pagal lytį.

Net 51,7% apklaustų vyrų ir 46,1% moterų nurodė, kad problemų su buto drėgnumu nėra visai, 22,5% vyrų ir 28,9% moterų teigė, kad problemų nedaug, 19,6% vyrų ir 17,5% moterų nurodė, kad problemų dėl bute esančio drėgnumo turi vidutiniškai ir 4,0% bei 2,1% vyrų ir 5,6% ir 1,8% moterų atitinkamai nurodė, kad problemos susijusios su drėgnumu yra didelės arba labai didelės (3.7 pav.).



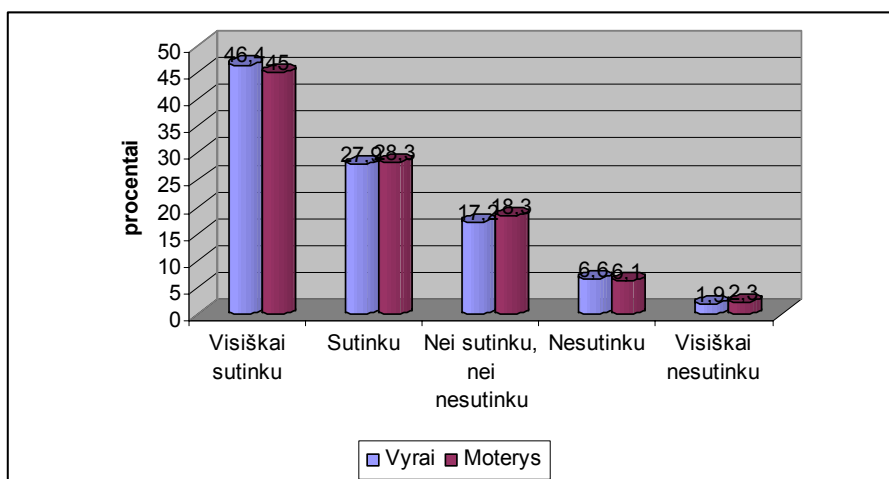
**3.8 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų susijusių su oro kokybe bute pasiskirstymas pagal lytį.

35,0% ir 31,3% vyrų, 28,6% ir 32,5% moterų atitinkamai teigė neturintys problemų visai arba jos yra nedidelės dėl oro kokybės bute (sausumo, dulkių, kvapų, dūmų). 26,8% vyrų ir 28,9% moterų nurodė, kad dėl oro kokybės bute vidutiniškai susiduria su problemomis ir 5,0% vyrų bei 6,9% moterų nurodė esant didelėms problemoms, bei 1,9% vyrų ir 3,1% moterų teigė, kad problemos susijusios su oro kokybe gyvenamojoje aplinkoje jiems sukelia labai dideles problemas (3.8 pav.).



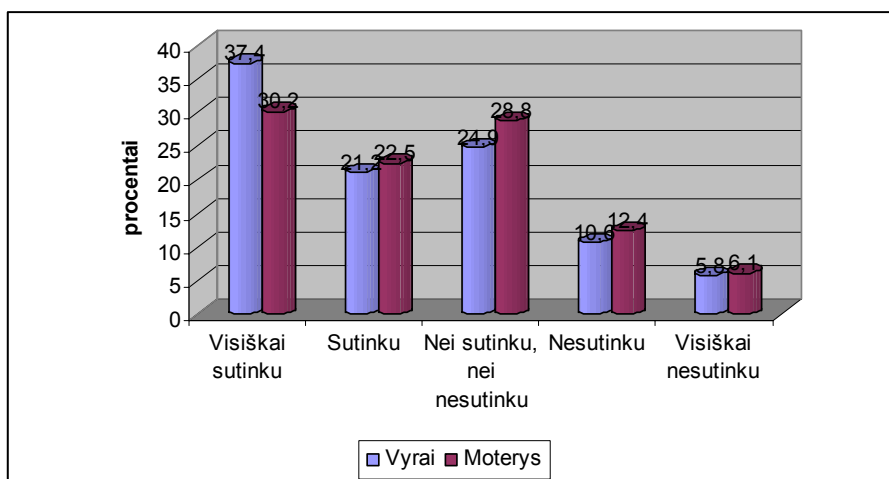
**3.9 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų, kuriuos sukelia ventiliacija bute pasiskirstymas pagal lytį.

38,2% vyrų ir 35,7% moterų nurodė, kad jų gyvenamojoje aplinkoje ventiliacijos sistema tiek žiemą, tiek vasarą yra labai gera ir tai jiems nesukelia jokių problemų. 27,6% vyrų ir 32,5% moterų teigė, kad dėl ventiliacijos sistemos problemų turi nedaug, 26,3% vyrų ir 23,8% moterų nurodė turintys vidutiniškai problemų, o 7,2% vyrų ir 6,1% moterų teigė turintys didelių problemų ir tik 0,8% vyrų ir 1,9% moterų nurodė, kad ventiliacijos sistema jiems sukelia labai dideles problemas tiek žiemą, tiek vasarą (3.9 pav.).



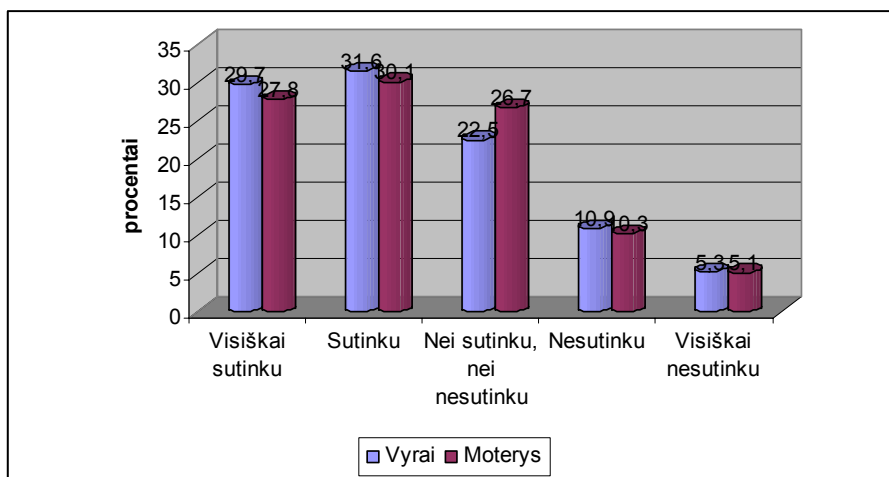
**3.10 pav.** Respondentų atsakymų dėl problemų susijusių su kenkėjais bute, pasiskirstymas pagal lytį.

46,4% vyrų ir 45,0% moterų teigė, kad visai neturi problemų susijusių su kenkėjais, 27,9% vyrų ir 28,3% moterų nurodė, kad problemų yra nedaug, 17,2% vyrų, 18,3% moterų sakė, kad problemų susijusių su kenkėjais turi vidutiniškai, 6,6% vyrų ir 6,1% moterų bei 1,9% vyrų ir 2,3% moterų atitinkamai teigė, kad turi dideles ir labai dideles problemas susijusias su kenkėjais jų gyvenamojoje aplinkoje (3.10 pav.).



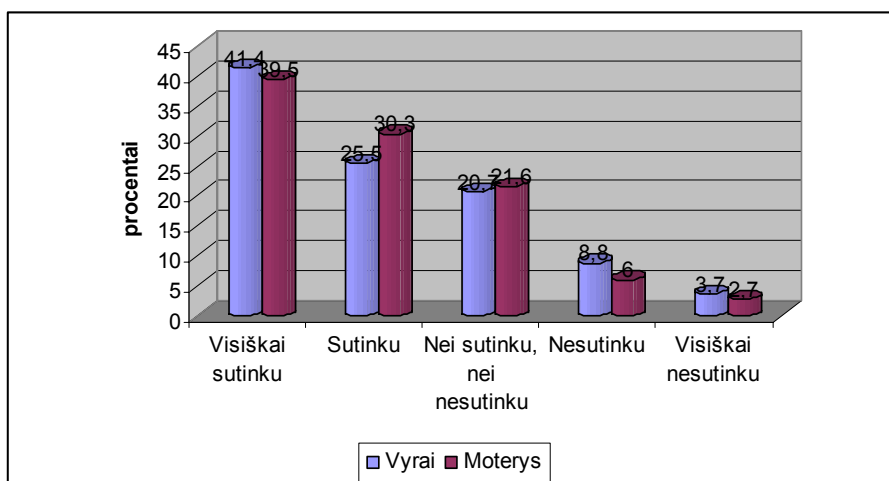
**3.11 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų, kuriuos sukelia nepakankamas buto dydis ir išplanavimo poreikis respondentų šeimoms, pasiskirstymas pagal lytį.

Dėl dydžio ir išplanavimo poreikio respondentų šeimai problemų neturėjo visai 37,4% vyrų ir 30,2% moterų, nedaug problemų iškyla 21,2% apklaustų vyrų ir 22,5% moterų, vidutiniškai problemų turi 24,9% vyrų ir 28,8% moterų, dideles problemas turi 10,6% apklaustųjų vyrų ir 12,4% apklaustų moterų ir tik 5,8% vyrų bei 6,1% moterų nurodė, kad dėl buto dydžio ir išplanavimo iškyla labai didelės problemos (3.11 pav.).



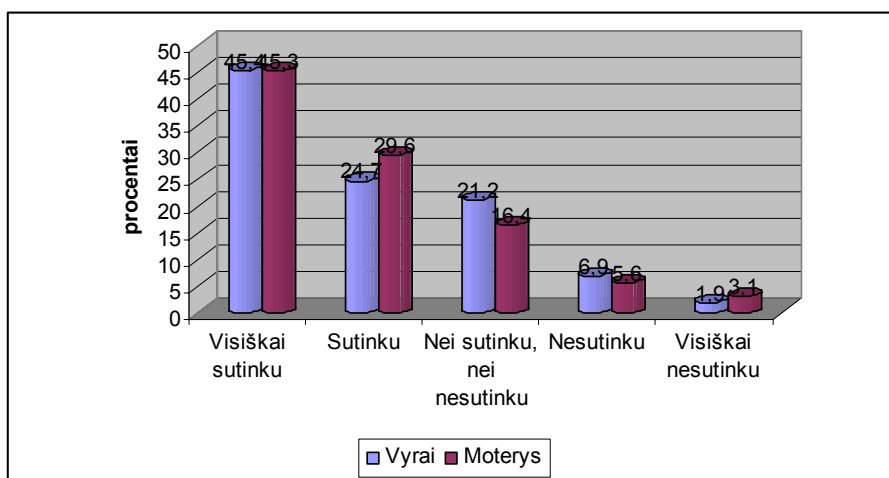
**3.12 pav.** Respondentų atsakymų dėl problemų susijusių su triukšmu bute (kaimynai, transportas) pasiskirstymas pagal lytį.

Labai didelių problemų susijusių su triukšmu (kaimynų, transporto) iš apklaustų žmonių teturi tik 5,3% vyrų ir 5,1% moterų. 10,9% vyrų ir 10,3% moterų teigė, kad yra didelės problemos susijusios su aplinkos triukšmu, 22,5% vyrų ir 26,7% moterų nurodė, kad aplinkos triukšmas jiems sukelia vidutiniškai problemų, o problemų nedaug arba nėra visai problemų atitinkamai nurodė 31,6% ir 29,7% vyrų bei 30,1% ir 27,8% moterų (3.12 pav.).



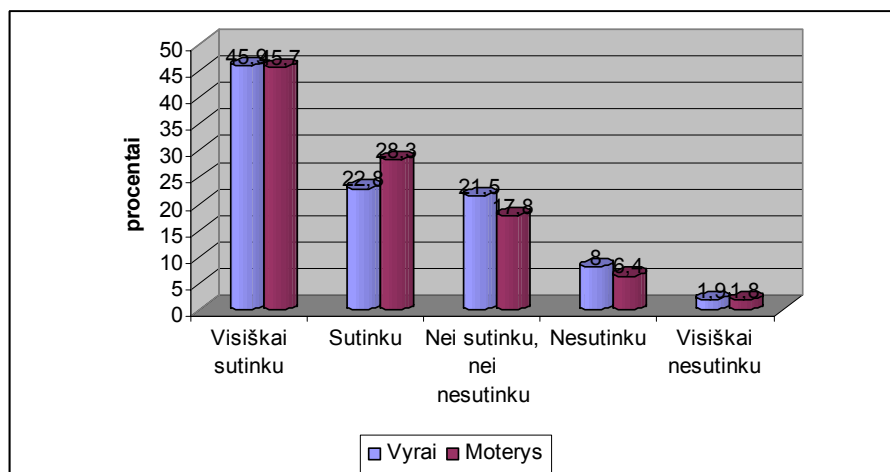
**3.13 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų, kuriuos sukelia vandens kokybė, pasiskirstymas pagal lytį.

41,4% vyrų ir 39,5% moterų nurodė, kad neturi visai problemų dėl vandens kokybės, 25,5% vyrų ir 30,3% moterų teigė, kad problemų yra nedaug, vidutiniškai turi problemų 20,7% vyrų ir 21,6% moterų, didelės problemos išskyla 8,8% vyrų ir 6,0% moterų, labai didelės – 3,7% vyrų ir 2,7% moterų (3.13 pav.)



**3.14 pav.** Respondentų atsakymų dėl problemų, kurias sukelia buvę esanti kanalizacijos įranga, pasiskirstymas pagal lytį.

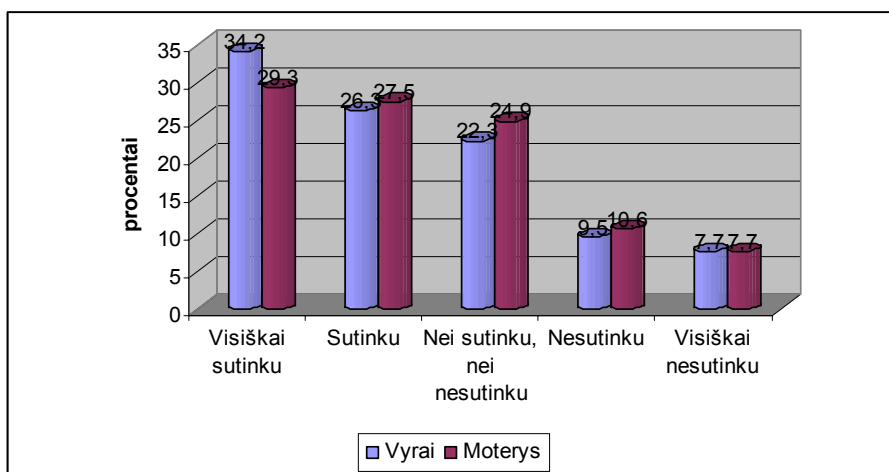
Dėl kanalizacijos įrangos beveik pusė respondentų problemų neturi visai (45,4% vyrų ir 45,3% moterų), problemų nedaug – 24,7% vyrų ir 29,6% moterų, vidutiniškai turintys problemų nurodė 21,2% vyrų ir 16,4% moterų, didelių problemų turi 6,9% vyrų bei 5,6% moterų, labai didelių – 1,9% vyrų ir 3,1% moterų (3.14 pav.).



**3.15 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų, kuriuos sukelia šiukšlių surinkimas, pasiskirstymas pagal lytį.

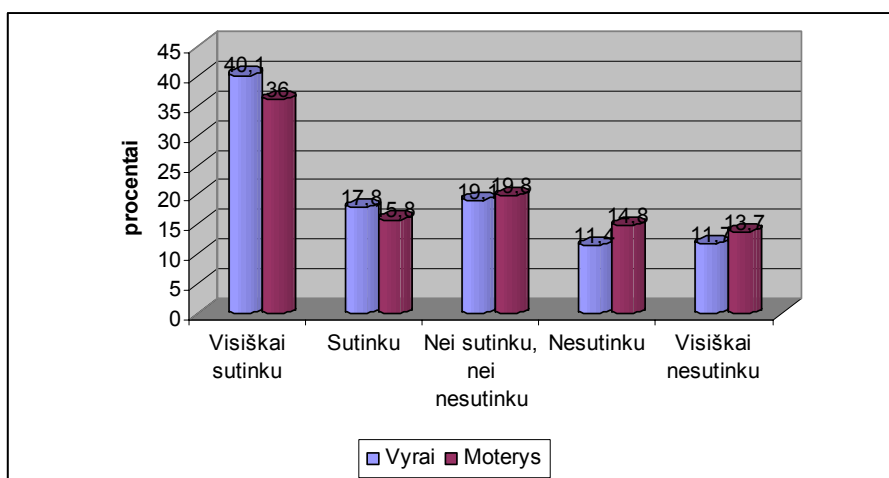
Problemų dėl šiukšlių surinkimo visai neturi 45,9% vyrų ir 45,7% moterų, nedaug problemų iškyta 22,8% vyrų ir 28,3% moterų, vidutiniškai – 21,5% vyrų ir 17,8% moterų, didelės problemas šiukšlių surinkimas sukelia 8% vyrų ir 6,4% moterų, labai didelės problemos iškyta 1,9% vyrų ir 1,8% moterų (3.15 pav.).





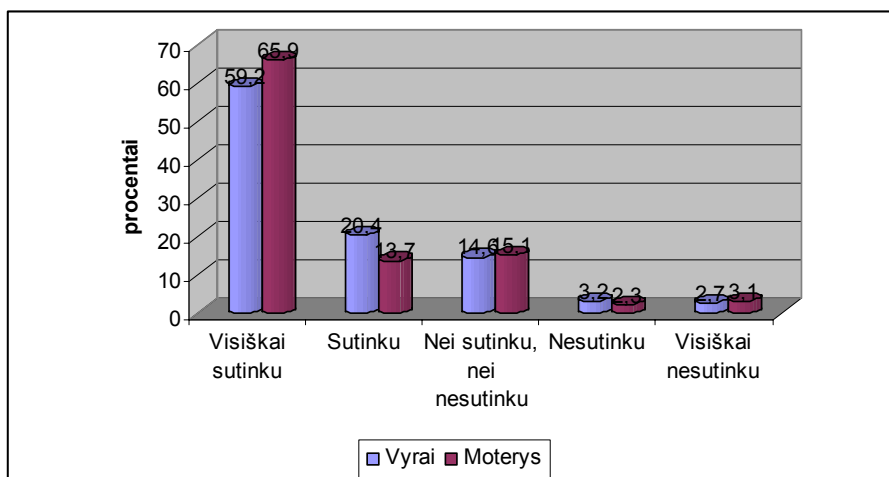
**3.16 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų kylančių dėl laiptinės ir kitų bendro naudojimo vietų švaros, pasiskirstymas pagal lytį.

Problemų visai neturi dėl laiptinės ir kitų bendro naudojimo vietų švaros 31,2% apklaustų gyventojų, nedaug problemų turi 26,3% vyrų ir 27,5% moterų. Vidutiniškai problemų laiptinės ar kitų bendro naudojimo vietų švara sukelia 23,9% apklaustųjų (22,3% vyrų ir 24,9% moterų). Kad šių vietų švara sukelia dideles problemas nurodė 10,2% respondentų (9,5% vyrų ir 10,6% moterų), labai dideles problemas sukelia 7,7% apklaustųjų (3.16 pav).



**3.17 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų, kuriuos sukelia oro temperatūra bute pasiskirstymas pagal lytį.

Dėl buto pritaikymo seniems ir neįgaliems skundėsi 26,5% respondentų (labai didelės problemas sukelia 12,9%, didelės – 13,5%). Vidutiniškai problemų dėl buto pritaikymo neįgaliems ir seniems turi 19,1% vyrų ir 19,8% moterų, nedaug problemų turi 17,8% vyrų bei 15,8% moterų, o problemų visai neturi 40,1% vyrų ir 36,0% moterų (3.17 pav.).



**3.18 pav.** Respondentų atsakymų dėl nepatogumų, kuriuos sukelia kitos problemos, esančios butuose, pasiskirstymas pagal lytį.

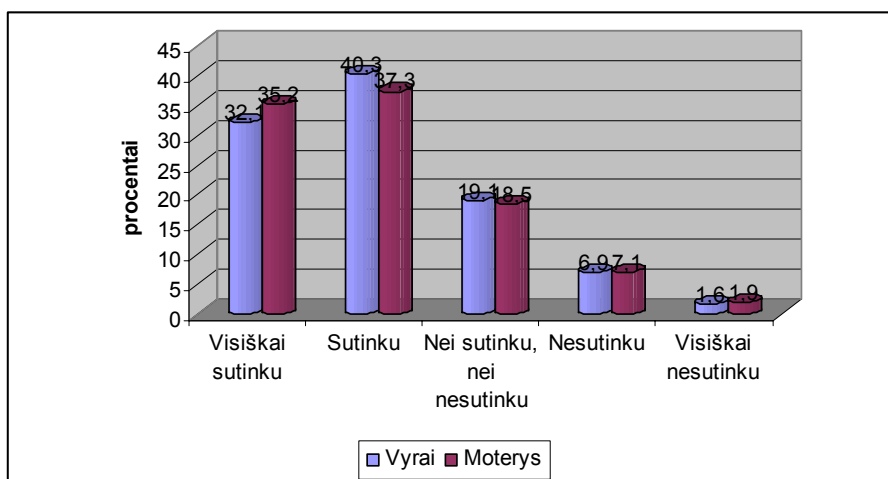
Problemų dėl kitų gyvenamojoje aplinkoje veikiančių veiksnių daugiau nei pusė respondentų visai neturėjo (59,2% vyrų ir 65,9% moterų), nedaug problemų turėjo 20,4% vyrų ir 13,7% moterų, vidutiniškai problemų buvo pas 14,6% apklaustų vyrų ir 15,1% moterų. Didelės ir labai didelės problemos dėl kitų aplinkos veiksnių buvo pas 2,6% ir 2,9% respondentų (atitinkamai) (3.18 pav.).

**3.38 lentelė.** Asmens ir būsto santykio vidutinės reikšmės

Ką Jūs manote apie kiekvieną iš žemiau pateiktų nuomonių, kurias žmonės gali turėti apie savo būstą?	Vidut. balas	Md (mediana)	St. nuokr.
Jaučiu privatumą	2,04	2,00	0,984
Galiu nuo visko pabėgti	2,35	2,00	1,066
Galiu daryti ką noriu ir kada noriu	2,63	3,00	1,132
Daugelis žmonių norėtų turėti tokį būstą kaip mano	2,81	3,00	1,077
Manau, kad kontroliuoju padėtį	2,56	3,00	0,907

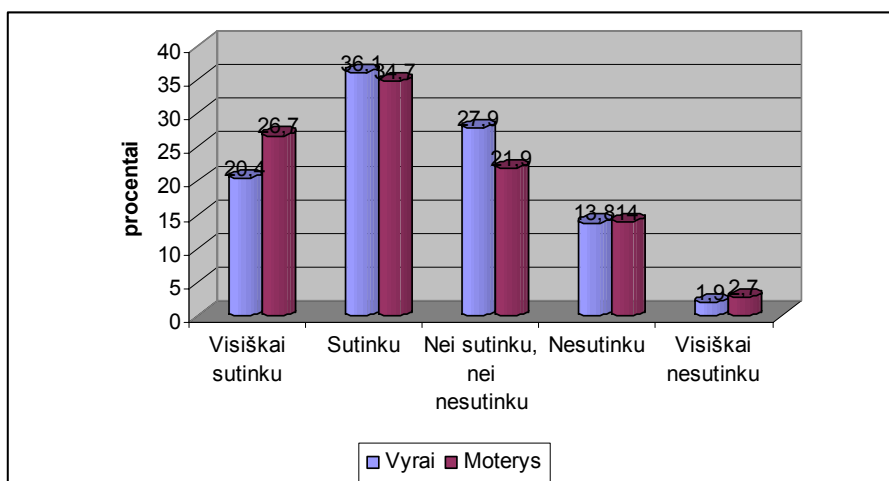
Mano būstas leidžia jaustis, kad mano gyvenime viskas klostosi gerai	2,70	3,00	1,000
Aš bijau prarasti savo namus	2,31	2,00	1,075
Mano gyvenimas mano namuose tampa rutina	3,12	3,00	0,995
Aš jaučiu, kad mano būste yra saugūs	2,37	2,00	0,875
Mano būstas išreiškia mano asmenybę ir vertybes	2,69	3,00	1,019

Asmens ir būsto santykio vidutinės reikšmės gautos vertinant situaciją penkių balų rangine skale: 1 – visiškai sutinku, 2 – sutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – nesutinku, 5 – visiškai nesutinku. Rezultatai rodo, kad asmens ir būsto santykis yra vertinamas šiek tiek prasčiau, negu būsto komfortabilumas, nes vertinimo moda ir mediana yra šiek tiek pasislinkusi į prastesnių vertinimų pusę (3.38 lentelė).



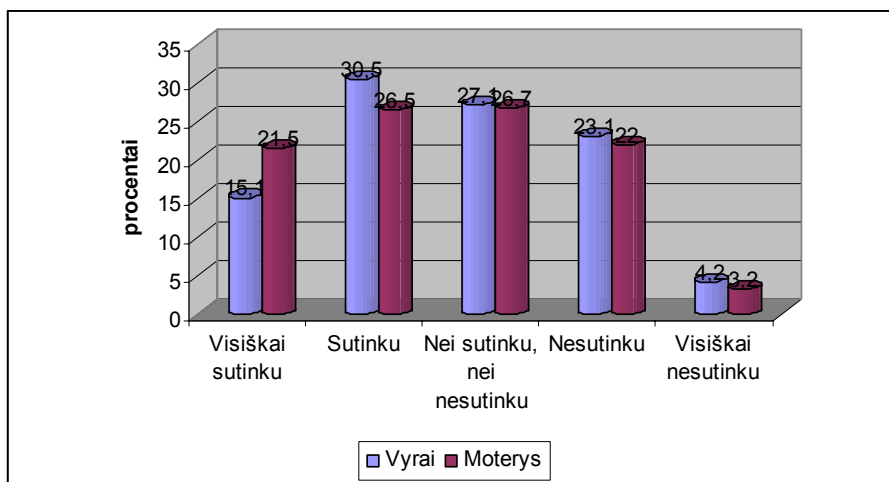
3.19 pav. Respondentų sutikimas su teiginiu, kad savo namuose jie jaučia privatumą

32,1% vyrų bei 35,2% moterų visiškai sutinka su teiginiu, kad savo namuose jie jaučia privatumą, 40,3% vyrų ir 37,3% moterų su šiuo teiginiu sutinka, 19,1% vyrų ir 18,5% moterų su šiuo teiginiu nei sutinka, nei nesutinka, 6,9% vyrų ir 7,1% moterų nesutinka ir visiškai nesutinka 1,6% vyrų ir 1,9% moterų (3.19 pav.).



**3.20 pav.** Respondentų sutikimas su teiginiu, kad savo namuose gali nuo visko pabėgti

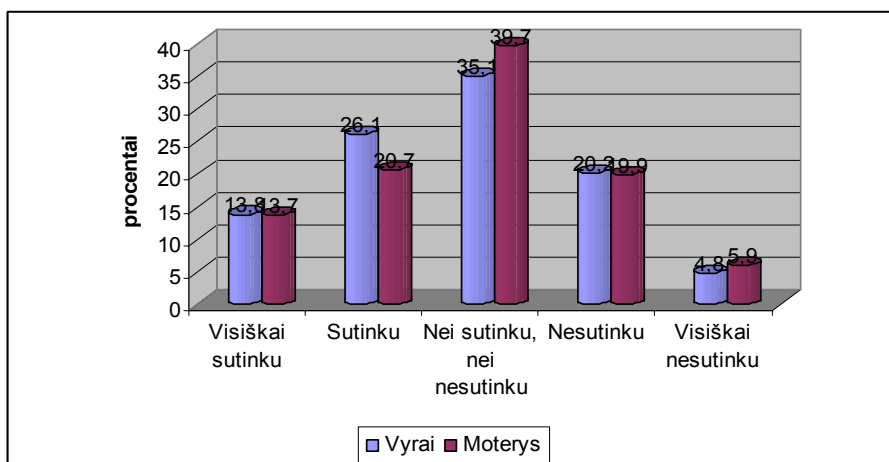
20,4% vyrų ir 26,7% moterų teigė visiškai sutinkantys su teiginiu, kad savo namuose gali pabėgti nuo visko. 36,1% vyrų ir 34,7% sutinkantys su šiuo teiginiu, 27,9% vyrų ir 21,9% moterų su šiuo teiginiu nei sutinka, nei nesutinka, 13,8% vyrų ir 14,0% moterų nesutinka ir 1,9% vyrų bei 2,7% moterų su šiuo teiginiu visiškai nesutinka (3.20 pav.)



**3.21 pav.** Respondentų sutikimas su teiginiu, kad savo namuose gali daryti ką nori

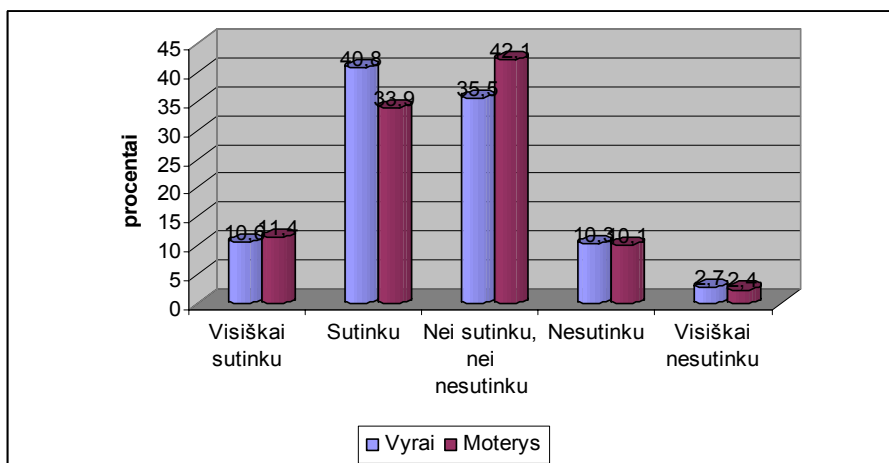
15,1% vyrų ir 21,5% moterų visiškai sutiko su teiginiu, kad savo namuose gali daryti ką nori. 30,5% vyrų ir 26,5% moterų su šiuo teiginiu

sutinka, 27,1% vyrų ir 26,7% moterų su šiuo teiginiu nei sutinka, nei nesutinka, 23,1% vyrų ir 22,0% moterų nesutinka ir 4,2% vyrų bei 3,2% moterų visiškai nesutinka (3.21 pav.).



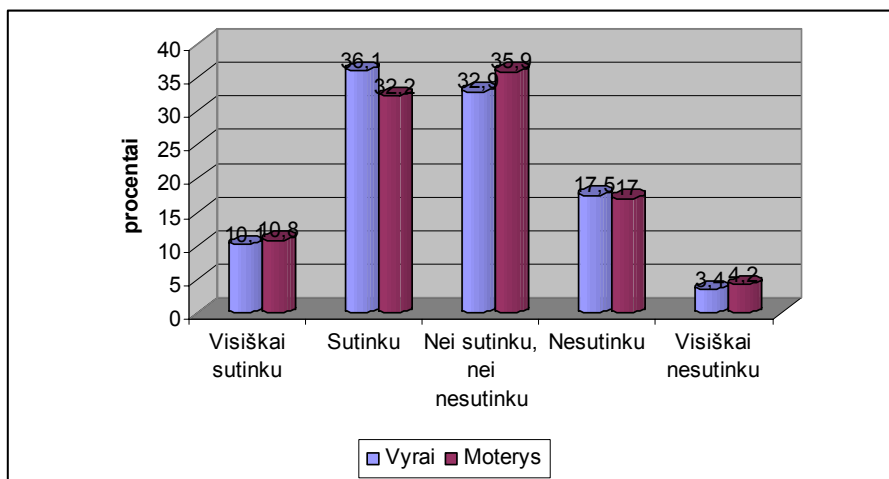
**3.22 pav.** Respondentų sutikimas su teiginiu, kad daugelis žmonių norėtų turėti tokį būstą kaip apklaustojo

Iš apklaustų žmonių 13,8% vyrų ir 13,7% moterų visiškai sutinka su teiginiu, kad daugelis žmonių norėtų turėti tokį būstą kaip jų, su šiuo teiginiu sutinka 26,1% vyrų ir 20,7% moterų, nei sutinka, nei nesutinka 35,1% vyrų ir 39,7% moterų, nesutinka 20,2% vyrų ir 19,9% moterų bei visiškai nesutinka su šiuo teiginiu 4,8% vyrų ir 5,9% moterų (3.22 pav).



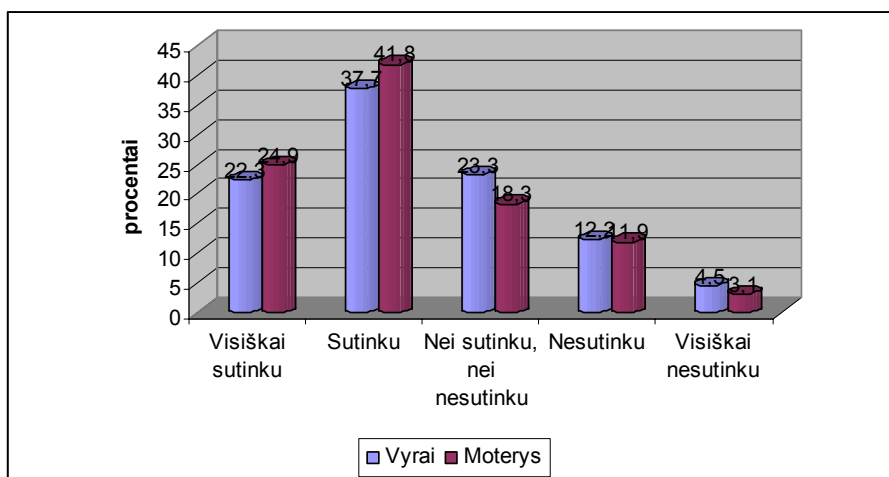
**3.23 pav.** Respondentų sutikimas su teiginiu, kad jie mano, jog kontroliuoja padėtį

10,6% vyrų ir 11,4% moterų visiškai sutinka su teiginiu, kad savo namuose jie kontroliuoja padėtį. Su šiuo teiginiu sutinka 40,8% vyrų ir 33,9% moterų, nei sutinka, nei nesutinka 35,5% vyrų ir 42,1% moterų, nesutinka 10,3% vyrų ir 10,1% moterų, visiškai nesutinka 2,7% vyrų ir 2,4% moterų (3.23 pav.).



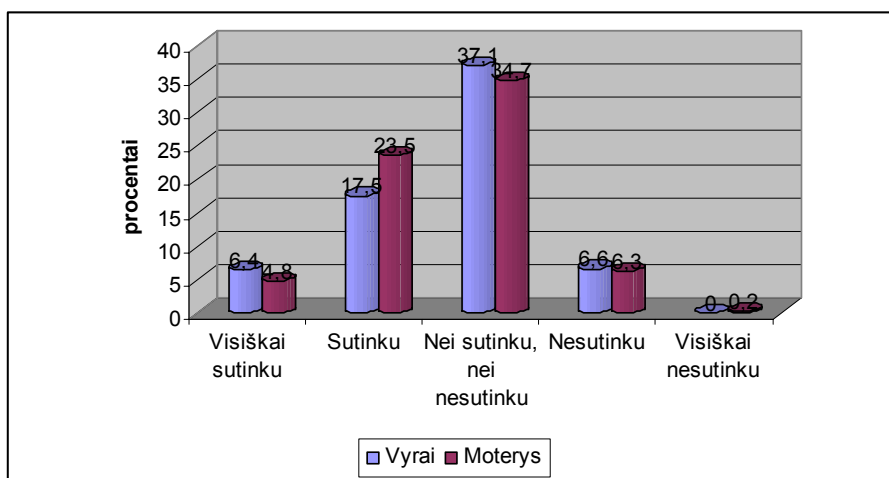
**3.24 pav.** Respondentų sutikimas su teiginiu, kad jų būstas leidžia jaustis, kad jų gyvenime viskas klostosi gerai

Su teiginiu, kad mano būstas leidžia jaustis, kad mano gyvenime viskas klostosi gerai visiškai sutinka 10,1% vyrų ir 10,8% moterų, sutinka – 36,1% vyrų bei 32,2% moterų, nei sutinka, nei nesutinka – 32,9% vyrų bei 35,9% moterų, nesutinka – 17,5% vyrų bei 17,0% moterų, visiškai nesutinka – 3,4% vyrų ir 4,2% moterų (3.24 pav.).



**3.25 pav.** Respondentų sutikimas su teiginiu, kad apklaustieji bijo prarasti savo namus

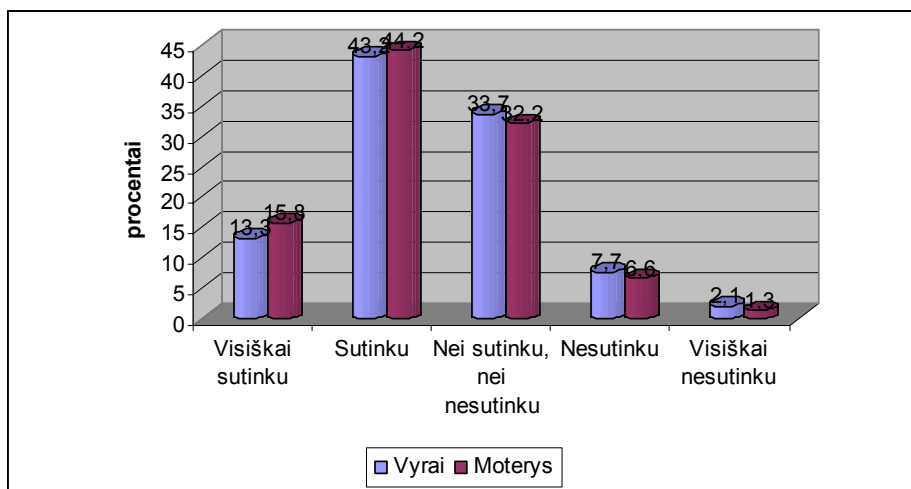
22,3% vyrų ir 24,9% moterų visiškai sutiko su teiginiu, kad bijo prarasti savo namus, su šiuo teiginiu sutiko 37,7% vyrų ir 41,8% moterų, nei sutiko, nei nesutiko 23,3% vyrų ir 18,3% moterų, nesutiko 12,2% vyrų ir 11,9% moterų, visiškai nesutiko 4,5% vyrų ir 3,1% moterų (3.25 pav.).



**3.26 pav.** Respondentų sutikimas su teiginiu, kad mano gyvenimas mano namuose tampa rutina

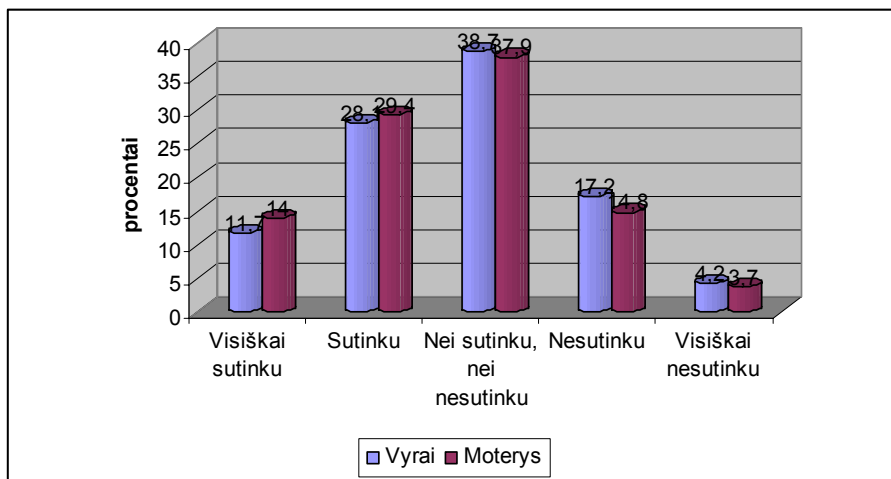
Teiginys, mano gyvenimas mano namuose tampa rutina visiškai priimtinas yra tik 6,4% vyrų ir 4,8% moterų. Su šiuo teiginiu sutinka 17,5%

vyrų ir 23,5% moterų, nei sutinka, nei nesutinka 37,1% vyrų ir 34,7% moterų, nesutinka 32,4% vyrų ir 30,5% moterų, visiškai nesutinka 6,6% vyrų bei 6,3% moterų (3.26. pav.).



3.27 pav. Respondentų sutikimas su teiginiu, aš jaučiu, kad mano būstas yra saugus

13,3% vyrų ir 15,8% moterų visiškai sutinka su teiginiu, kad savo būste jie jaučiasi saugūs, su šiuo teiginiu sutinka 43,2% vyrų ir 44,2% moterų, nei sutinka, nei nesutinka – 33,7% vyrų ir 32,2% moterų, nesutinka – 7,7% vyrų bei 6,6% moterų, visiškai nesutinka 2,1% vyrų ir 1,3% moterų (3.27 pav.).



3.28 pav. Respondentų sutikimas su teiginiu, kad jų būstas išreiškia jų asmenybę ir vertybes



Mano būstas išreiškia mano asmenybę ir vertybes visiškai priimtinas yra 11,7% vyrų ir 14,0% moterų. Su šiuo teiginiu sutinka 28,1% vyrų ir 29,4% moterų, nei sutinka, nei nesutinka - 38,7% vyrų ir 37,9% moterų, nesutinka – 17,2% vyrų ir 14,8% moterų, visiškai nesutinka – 4,2% vyrų ir 3,7% moterų (37%) (3.28 lentelė).

### 3.5.3. Psichinės sveikatos veiksniai

Psichologinė sveikatos būklė tirta GHQ-28 klausimynu, kurio tinkamumas parodytas 3.39 lentelėje.

**3.39 lentelė.** GHQ-28 klausimyno tinkamumas

Klausimyno subskalės	Cronbacho alpha
Somatika	0,907
Nerimas	0,880
Disfunkcija	0,878
Depresija	0,820

Procentinis atsakymų kokybės pasiskirstymas parodytas 3.40 lentelėje rodo, kad respondentų psichologinės nuostatos savo sveikatos atžvilgiu aiškiai struktūrizuojasi. Struktūrų skirtumai dar labiau išryškėja pateikiamuose paveiksluose.

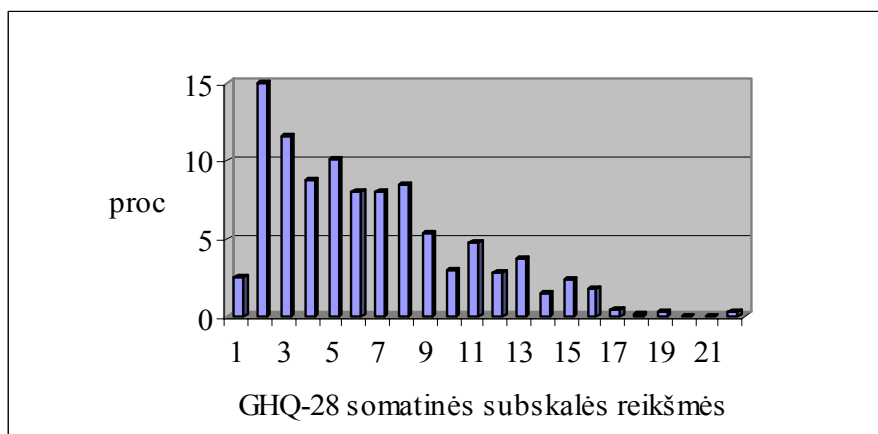
**3.40 lentelė.** Procentinis atsakymų pasiskirstymas į klausimyno GHQ-28 klausimus

Kl Nr.	GHQ-28 klausimai	0*	1*	2*	3*
1	A1. Ar gerai jautėtės?	7,7	67,0	22,7	2,4
2	A2. Ar teko vartoti vaistus, kad pasijustumėte geriau?	44,2	36,8	16,6	2,4
3	A3. Ar jautėtės išsekęs (-usi)?	33,5	38,2	24,3	4,0
4	A4. Ar jautėtės pasiligojęs (-usi)?	50,8	27,1	19,6	2,4
5	A5. Ar skaudėjo galvą?	51,5	30,9	14,8	2,7
6	A6. Ar jautėte galvoje sunkumą ar spaudimą?	49,0	30,6	17,9	2,4
7	A7. Ar Jus pylė karštis ir krėtė šaltis?	67,7	19,6	10,6	2,1
8	B1. Ar dėl jaudinimosi sutriko miegas?	51,1	26,9	19,0	2,8
9	B2. Ar negalavimas trukdė miegoti?	54,9	24,8	18,3	2,0
10	B3. Ar jautėte nuolatinę įtampą?	39,9	34,5	20,7	5,0
11	B4. Ar buvote sudirgęs (-usi) ir blogos nuotaikos?	29,8	43,6	22,6	4,0

12	B5. Ar be priežasties jautėte baimę ir panikavote?	63,5	23,9	10,8	1,7
13	B6. Ar jautėtės beviltiškai?	69,5	18,8	8,6	3,0
14	B7. Ar visą laiką buvote nervingas (-a) ir įsitemęs (-usi)?	50,2	35,7	11,6	2,4
15	C1. Ar sugebėjote dirbti ir užsiimti savo reikalais?	5,6	77,9	14,4	1,9
16	C2. Ar sugebėjote greitai atlikti įprastus kasdienes darbus?	5,5	76,1	16,1	2,1
17	C3. Ar manėte, kad viskas gerai?	4,6	73,1	20,0	2,3
18	C4. Ar buvote patenkintas (-a) savo darbu?	8,1	65,7	23,2	2,9
19	C5. Ar jautėtės esąs (-anti) naudingas (-a)?	9,1	74,5	13,6	2,8
20	C6. Ar jautėtės galįs (-inti) priimti sprendimus?	8,9	79,1	10,6	1,2
21	C7. Ar sugebėjote džiaugtis įprastine kasdiene veikla?	7,7	67,1	21,9	3,2
22	D1. Ar manėte esąs (-anti) bevertis (-ė)?	66,6	25,2	6,3	1,9
23	D2. Ar galvojote, kad gyvenimas yra beviltiškas?	75,1	17,6	5,9	1,4
24	D3. Ar galvojote, kad neverta gyventi?	86,0	11,0	2,8	0,3
25	D4. Ar svarstėte galimybę pasitraukti iš gyvenimo?	88,4	8,1	2,9	0,5
26	D5. Ar kartais atrodė, kad dėl pernelyg didelio nervingumo nieko negalite daryti?	62,4	28,8	7,1	1,6
27	D6. Ar norėjote mirti ir viską baigti?	89,7	7,7	2,5	0,1
28	D7. Ar Jūsų nepersekiojo mintis apie mirtį?	80,6	12,7	5,6	0,7

0\* – taip nebuvo; 1\* – ne labiau, kaip paprastai; 2\* – labiau, nei paprastai; 3\* – daug labiau, nei paprastai.

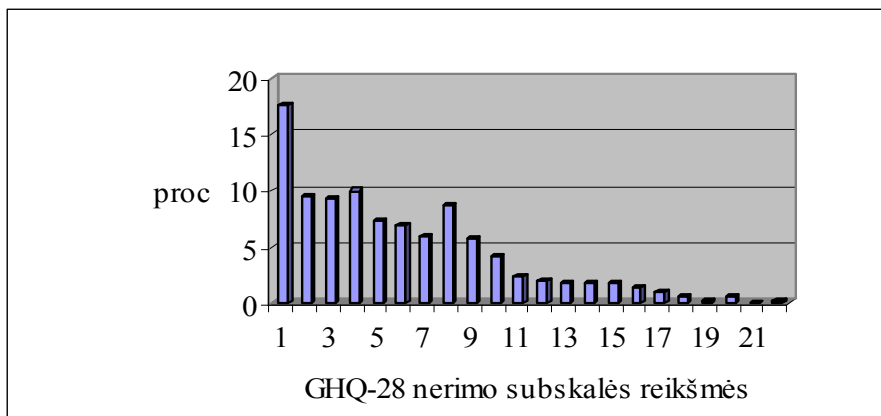
3.29 paveiksle parodyta somatinės būsenos situacija, kuri identifikuota klausimu: Kokia buvo jūsų bendra savijauta pastarosiomis savaitėmis? Atsakymų išsidėstymas blogėjančia dažnumų tvarka rodo, kad geresnę savijautą turėjo nedaug respondentų (2,6%).



3.29 pav. GHQ-28 somatinės subskalės vidutinių reikšmių pasiskirstymas

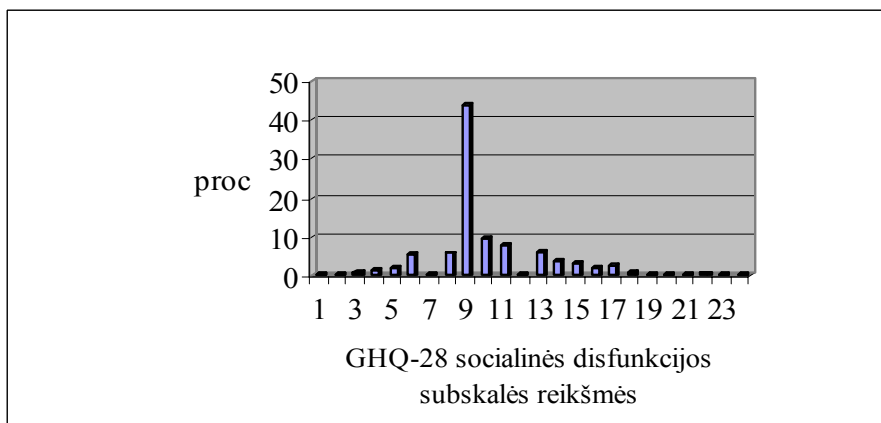
Daugumos respondentų savijauta buvo tokia pati, kaip ir anksčiau (15%). Likusioji dažnumų dalis priklauso somatinės būsenos blogėjimo tendencijai.

3.30 paveiksle pavaizduota nerimo subskalės dažnumų pasiskirstymas rodo, kad 17,6% nejautė per pastarąsias savaites didesnio nerimo, tačiau 10% jautėsi blogiau, nei paprastai, o likusioji dalis – daug prasčiau, nei paprastai.



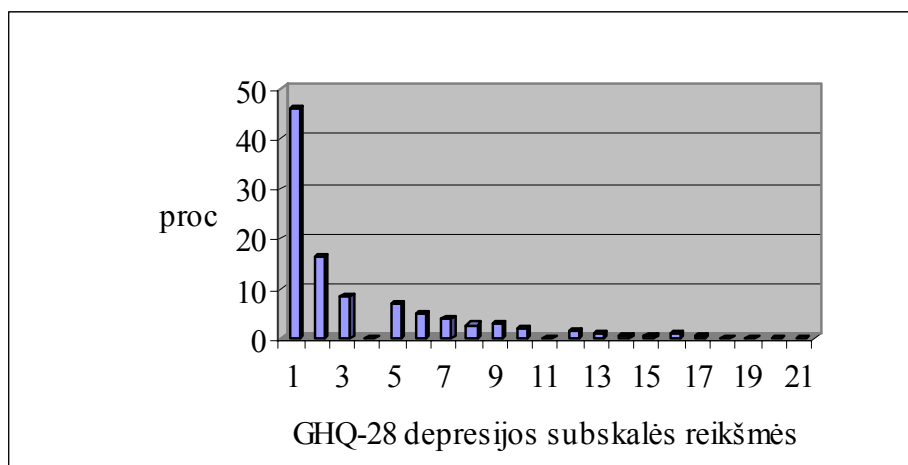
**3.30 pav.** GHQ-28 nerimo subskalės vidutinių reikšmių pasiskirstymas

3.31 paveiksle parodyta socialinės disfunkcijos sklaida rodo, kad 43,9% respondentų pastarosiomis tyrimo savaitėmis nepatyrė nei pablogėjimo nei pagerėjimo savo įprastinėje veikloje. Vis tik galima išžiūrėti, kad blogėjimo tendencija buvo didesnė nei gerėjimo.



**3.31 pav.** GHQ-28 socialinės disfunkcijos subskalės vidutinių reikšmių pasiskirstymas

3.32 paveiksle parodyta respondentų depresijos būklės situacija, kuri buvo identifikuota klausimu: Kokia pastarosiomis savaitėmis buvo Jūsų nuomonė apie gyvenimą apskritai?



3.32 pav. GHQ-28 depresijos subskalės vidutinių reikšmių pasiskirstymas

45,9% arba šiek tiek mažiau nei pusė respondentų buvo įsitikinę, kad jie nemano, jog jų gyvenimas yra beprasmiškas. 16,2% manė, kad jų įsitikinimas gyvenimo prasmingumu nedidėja. Likusieji manė, kad situacija prastėja.

3.41 lentelė. Sveikatos būklės požymių faktoriniai svoriai ir integralūs indikatoriai (pagal GHQ-28)

Požymis	Integralūs indikatoriai			
	F1 Nerimas	F2 Disfunkcija	F3 Somatika	F4 Depresija
Ar jautėte nuolatinę įtampą?	0,790			
Ar buvote sudirgęs (-usi) ir blogos nuotaikos?	0,721			
Ar be priežasties jautėte baimę ir panikavote?	0,711			
Ar visą laiką buvote nervingas (-a) ir įsitempęs (-usi)?	0,697			
Ar dėl jaudinimosi sutriko miegas?	0,679			
Ar jautėtės beviltiškai?	0,661			
Ar negalavimas trukdė miegoti?	0,583			
Ar kartais atrodė, kad dėl pernelyg didelio nervingumo nieko negalite daryti?	0,503			
Ar buvote patenkintas (-a) savo darbu?		0,745		
Ar sugebėjote džiaugtis įprastine kasdiene veikla?		0,703		
Ar jautėtės esąs (-anti) naudingas		0,701		

<i>(-a)?</i>				
<i>Ar sugebėjote greitai atlikti įprastus kasdienes darbus?</i>		0,692		
<i>Ar jautėtės galįs (-inti) priimti sprendimus?</i>		0,644		
<i>Ar sugebėjote dirbti ir užsiimti savo reikalais?</i>		0,633		
<i>Ar manėte, kad viskas gerai?</i>		0,595		
<i>Ar jautėtės pasiligojęs (-usi)?</i>			0,772	
<i>Ar teko vartoti vaistus, kad pasijustumėte geriau?</i>			0,741	
<i>Ar skaudėjo galvą?</i>			0,711	
<i>Ar jautėte galvoje sunkumą ar spaudimą?</i>			0,696	
<i>Ar gerai jautėtės?</i>			0,612	
<i>Ar Jus pylė karštis ir krėtė šaltis?</i>			0,599	
<i>Ar jautėtės išsekęs (-usi)?</i>			0,597	
<i>Ar norėjote mirti ir viską baigti?</i>				0,858
<i>Ar svarstėte galimybę pasitraukti iš gyvenimo?</i>				0,835
<i>Ar galvojote, kad neverta gyventi?</i>				0,800
<i>Ar Jūsų nepersekiojo mintis apie mirtį?</i>				0,732
<i>Tikrinė reikšmė</i>	9,965	2,690	2,030	1,666
<i>Paaškinamos dispersijos proc.</i>	15,868	14,688	14,389	13,449
<i>Kaupiamoji dispersija</i>	15,868	30,556	44,945	58,395

3.41 lentelėje parodytas visuminis, integralus respondentų psichinės sveikatos vaizdas rodo, kad tarp žmonių vyrauja nerimas, antroje vietoje yra socialinė disfunkcija, po to somatinės ligos ir depresija. Nesunku pastebėti, kad šie duomenys susiškaukia su gyvenimo kokybės kai kurių aspektų duomenimis. Tai, kad nerimas vyrauja žmonių tarpe, leidžia daryti hipotetinę prielaidą apie tai, kodėl visuomenėje taip plinta opiatų poreikis, kuris teikia nusiramimą.

Pastaruoju metu pasirodo tyrimų, kur konstatuojama, kad polinkis opiatams yra koduojamas genetiškai, tačiau šis polinkis priklauso akcentuacijų sričiai. Mūsų tyrimai duoda pagrindo hipotetiškai manyti, kad nerimas gali būti tas veiksnys, kuris opiatų polinkį paverčia jų poreikiu.

### 3.6. Gyvenimo kokybės plėtros tendencijų galimybė

Ankstesniame skirsnyje nustatėme, kad yra pakankamai stiprus, statistiškai reikšmingai patikimas ryšys tarp gyvenimo kokybės sričių bei sveikatos būklės ir socialinių, demografinių ir aplinkos veiksnių. Tačiau tokios informacijos nepakanka jeigu mes norime įtakoti gyvenimo kokybės ir

sveikatos būklės plėtrą pozityvia linkme. Reikėtų bent apytiksliai žinoti kuriuos veiksnius tikslingiausia veikti, kad minimalesnėmis pastangomis būtų gaunamas kuo geresnis rezultatas. Trumpai tariant reikia modelio, apibrėžiančio gyvenimo kokybės ir sveikatos būklės bei rizikos veiksnių priklausomybę ir leidžiančio ne tik įvertinti priklausomybės stiprumą, bet ir leidžiančio prognozuoti galimas gyvenimo kokybės ir sveikatos būklės reikšmes. Kadangi visi čia kalbami parametrai yra atsitiktiniai dydžiai, galima gauti tik gana tikėtinas reikšmių prognozes. Sakysim, padidinus pajamas vienam šeimos nariui du kartus nebūtinai gyvenimo kokybė apskritai, ar kai kurios jos sritys padidės taip pat du kartus. Tačiau tokie modeliai duoda pakankamai informacijos ypač strateginiams sprendimams, todėl jie praktikoje plačiai taikomi.

Regresijos modeliai yra statistinio pobūdžio modeliai, kurie leidžia vieno kintamojo reikšmes prognozuoti pagal kitų kintamųjų pokyčius. Mes naudosime daugialypės tiesinės regresijos modelį. Priklausomais kintamaisiais imsime gyvenimo kokybės sritis, bendrą gyvenimo kokybės subjektyvaus vertinimo reikšmę ir sveikatos bendros būklės reikšmę, o nepriklausomais kintamaisiais – demografinius, socialinius ir aplinkos veiksnius. Kadangi šių veiksnių mūsų tyrime yra daug iškilo klausimas, ar visi nepriklausomi kintamieji būtini analizei, kurie iš jų yra svarbiausi. Gali būt, kad kai kurie nepriklausomi kintamieji tarp savęs stipriai koreliuoja (apie tai kalbėsime kitame skirsnyje), todėl ši savybė gali pakenkti prognozei, iškreipti prognostinį modelį. Todėl pradžioje buvo atlikta parengiamoji analize ir pagal tam tikrus regresinės analizės metodikos kriterijus išskirti tokie svarbiausi nepriklausomi parametrai: amžius, pajamos, triukšmas (aplinkos rodiklis) ir privatumas (būsto rodiklis).

Regresinio modelio tikslumas vertinamas pagal tai, kaip stebimos priklausomų kintamųjų reikšmės skiriasi nuo tų reikšmių, kurias gautume prognozei naudodami šį modelį. Jeigu šis skirtumas pasirodytų labai didelis, tai reikštų, kad modelis blogas, o gauti rezultatai – netikslūs ir netinkami. Modelio tikslumas įvertinamas tam tikrais kriterijais, kurie pateikti 3.42 lentelėje.

**3.42 lentelė.** Daugialypės regresijos modelio tinkamumo įvertinimas

Kintamieji*	R <sup>2</sup>	R <sub>ADJ</sub>	Tolerance	Durbino-Vatsono kriterijus	p H <sub>0</sub> :B <sub>1</sub> ...B <sub>K</sub> =0 ANOVA
FS	0,080	0,079	0,927	1,914	0,000
PS	0,182	0,178	0,907	1,879	0,000
NS	0,154	0,152	0,973	1,748	0,000
SSS	0,182	0,179	0,927	1,849	0,000
AS	0,246	0,243	0,927	1,740	0,000
DS	0,038	0,034	0,927	1,895	0,000
GK	0,254	0,2851	0,927	1,860	0,000
SB	0,179	0,176	0,994	2,012	0,000

Kintamieji\*: *FS - Fizinė sritis, PS - Psichologinė sritis, NS - Nepriklausomumo sritis, SSS - Socialinių santykių sritis, AS - Aplinkos sritis, DS - Dvasingumo sritis, GK – gyvenimo kokybės bendra būseną, SB – Sveikatos bendra būklė.*

Trumpai aptarkime pateikiamus kriterijus. Čia  $r^2$  yra determinacijos koeficientas, kuris parodo ar tiesinės regresijos modelis tinka duomenims. Praktiškai reikalaujama kad  $r^2 \geq 0,25$ . Daugialypėje regresijoje naudojamas pataisytas determinacijos koeficientas  $r_{adj}$ . Modelio tinkamumui nustatyti determinacijos koeficiento nepakanka, jis yra derinamas su kitais kriterijais bei grafiniais duomenų pasiskirstymais. Smulkiai neanalizuodami šių kriterijų pateikiame tik ribines jų reikšmes. Tolerance  $\geq 0,25$ ; Durbino-Vatsono kriterijus artimas 2. Paskutiniame stulpelyje parodytos p-reikšmės rodo, kad  $b_j \neq 0$ .

Toliau pateikiame tyrimo rezultatus. 3.43 lentelėje parodyta FS srities svarbiausi daugialypės tiesinės regresijos parametrų įverčiai. Amžiaus, pajamų, aplinkos (triukšmo) ir būsto (privatumo) b koeficientų reikšmės nėra didelės, bet statistiškai reikšmingos. Amžiaus, aplinkos ir būsto koeficientai neigiami, todėl jiems didėjant prognozuojamas gyvenimo kokybės FS srities įverčio mažėjimas, jeigu to mažėjimo neatsvers pajamų teigiamas poveikis. Standartizuotas koeficientas  $\beta$  rodo, kad didžiausio neigiamo poveikio šiai sričiai turi amžius. Pajamų vienam šeimos nariui didėjimas siejamas su FS srities įverčio didėjimu,

**3.43 lentelė.** Daugialypės regresijos modelis FS sričiai

Sritis FS	Kintamieji	Nestandardizuoti koeficientai				Standartizuoti koeficientai		
		b	a	F	p H <sub>0</sub> :b <sub>1</sub> ...b <sub>k</sub> =0 ANOVA	β	t	p H <sub>0</sub> :b <sub>j</sub> = 0
	Amžius	-0,019	13,315	47,755	0,000	-0,255	-8,700	0,000
	Pajamos	0,001				0,233	8,007	0,000
	Aplinka	-0,110				-0,116	-3,803	0,000
	Būstas	-0,076				-0,019	-2,276	0,000

3.44 lentelėje pateikti standartizuoti regresinės  $\beta$  koeficiento įverčiai visoms gyvenimo kokybės sritims rodo, kad amžius didžiausios neigiamos įtakos turi sveikatos būklei ( $\beta = -0,382$ ), bendrai gyvenimo kokybei ( $\beta = -0,354$ ), nepriklausomumo sričiai ( $\beta = -0,323$ ) ir mažiausia – dvasinei sričiai ( $\beta = -0,092$ ). Panašiai analizuojamos ir kitos sritys.

**3.44 lentelė.** Daugialypės regresijos modelis gyvenimo kokybės sritims ir sveikatos būklei

Kintamieji*	Const	Amžius	Pajamos	Aplinka	Būstas
FS	13,315	-0,255	0,233	-0,116	-0,069
PS	14,761	-0,280	0,226	-0,085	-0,133
NS	15,916	-0,323	0,174	-0,079	—
SSS	14,339	-0,288	0,217	-0,115	-0,101
AS	14,059	-0,259	0,254	-0,183	-0,167
DS	15,000	-0,092	0,105	-0,077	-0,068
GK	17,199	-0,354	0,202	-0,155	-0,140
SB	4,264	-0,382	0,156	—	0,084

Kintamieji\*: FS - Fizinė sritis, PS - Psichologinė sritis, NS - Nepriklausomumo sritis, SSS - Socialinių santykių sritis, AS - Aplinkos sritis, DS - Dvasingumo sritis, GK – gyvenimo kokybės bendra būseną, SB – Sveikatos bendra būklė.

3.45 lentelėje pateikiamos visų gyvenimo kokybės sričių ir sveikatos būklės prognozavimo lygtys, kurios įvertina amžiaus, pajamų, aplinkos ir būsto integralų poveikį. Kaip abstraktų pavyzdį apskaičiuokime FS srities prognostinį įvertį jeigu senstant Vilniaus miesto visuomenei vidutinis amžius padidės 5 metais, triukšmo vertinimas padidės vidutiniškai 2 balais, vidutinės



vieno šeimos nario pajamos per mėnesį padidės 10 Lt ir privatumo vertinimas sumažės 2 balais. Dabartinė FS vertinimo reikšmė yra 14,3.

**3.45 lentelė.** Gyvenimo kokybės sričių prognostinės lygtys

$FS=13,315-0,255 \cdot \text{amžius} +0,233 \cdot \text{pajamos} -0,116 \cdot \text{aplinka} -0,069 \cdot \text{būstas}$
$PS=14,761-0,280 \cdot \text{amžius} +0,226 \cdot \text{pajamos} -0,085 \cdot \text{aplinka}-0,133 \cdot \text{būstas}$
$NS=15,916-0,323 \cdot \text{amžius} +0,174 \cdot \text{pajamos} -0,079 \cdot \text{aplinka}$
$SSS=14,339-0,288 \cdot \text{amžius} +0,217 \cdot \text{pajamos} -0,115 \cdot \text{aplinka}-0,101 \cdot \text{būstas}$
$AS=14,059-0,259 \cdot \text{amžius} + 0,254 \cdot \text{pajamos} -0,183 \cdot \text{aplinka}-0,167 \cdot \text{būstas}$
$DS=15,000-0,092 \cdot \text{amžius} +0,105 \cdot \text{pajamos} -0,077 \cdot \text{aplinka}-0,068 \cdot \text{būstas}$
$GK=17,199-0,354 \cdot \text{amžius} +0,202 \cdot \text{pajamos} -0,155 \cdot \text{aplinka}-0,140 \cdot \text{būstas}$
$SB=4,264-0,382 \cdot \text{amžius} +0,156 \cdot \text{pajamos} +0,084 \cdot \text{būstas}$

*FS - Fizinė sritis, PS - Psichologinė sritis, NS - Nepriklausomumo sritis, SSS - Socialinių santykių sritis, AS - Aplinkos sritis, DS - Dvasingumo sritis, GK – gyvenimo kokybės bendra būseną, SB – Sveikatos bendra būklė.*

Sudarykime prognostinę lygtį FS sričiai pagal aukščiau pateiktus kintamųjų pokyčius.

$$FS=13,315-0,255 \cdot 5 +0,233 \cdot 10 -0,116 \cdot 2 -0,069 \cdot 1,5 =14,0,$$

Kaip matome, FS srities prognostinis įvertis turėtų sumažėti nuo 14,3 iki 14,0 reikšmės.

#### 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Būdingi šių dienų gyvenimo bruožai – didelis gyvenimo tempas, nuolatinė gyvenimo sąlygų kaita, socialinių ir ekonominių situacijų nestabilumas, tradicijų kaita. Vyksta intensyvi gyvenimo sąlygų ir gyvenimo būdo transformacija, kinta žmonių vertybinių orientacijų skalė. Mokslininkai siekia išaiškinti problemas, rasti priemones kurios užtikrintų ne tik minimalią gyvenimo kokybę, bet skatintų siekti vis aukštesnės gyvenimo kokybės. Sprendžiant šį uždavinį susiduriama su sunkumais, nes gyvenimo kokybė yra integrali daugialypė sąvoka ir suvokiama labai įvairiai. Todėl kiekvienas tyrimas gali būti paremtas tam tikra jam būdinga teorine koncepcija ar paradigma bei tam tikrais “atskaitos taškais” į kuriuos atsižvelgiama konkrečiu atveju. Toliau trumpai pateikiame metodinius akcentus, į kuriuos bandomė remtis mūsų tyrime.

Daugelio mokslininkų šiuolaikiniuose gyvenimo kokybės tyrimuose apibendrintai teigiama, kad gyvenimo kokybė visada apima dvi jos dedamąsias: subjektyviają gerovę ir objektyviają gerovę. Kiekvienas patenkintas ar nepatenkintas gyvenimu gali būti dėl asmeninių priežasčių, daugiausia dėl asmenybės struktūros. Bet tik vienetai gali būti patenkinti gyvenimu skursdami, normaliems žmonėms reikia bent elementarios materialinės gerovės, kuri savo ruožtu kiekvienam atrodo skirtingai. Materialinė gerovė dar nedaro žmogaus laimingo: ne piniguose laimė. Žmogui geresnis tas gyvenimas, kuriame jis gali lengviau išspręsti jam kylančias problemas. Kas padeda tenkinti galimas daugumos žmonių reikmes, nėra sunku išvardyti. Keblumų randasi dėl to, kad reikmės ir požiūris į jas priklauso nuo šalies išsivystymo ir istorijos, bei dėl to, kad "teigiamų veiksmų" yra labai daug.

Kita svarbi gyvenimo kokybės problema yra susijusi su žmogaus antropologinė prigimtimi. Žmogus kaip asmuo turi kūniškumo ir dvasingumo dimensijas ir pagal tai jo gyvenimo kokybę sudaro šių dimensijų integralumo, subalansuotumo laipsnis, kuris įvardijamas žmogaus orumu. Gyvenimas yra

tiesiogiai kokybiškas, kiek jis turi prasmę ir vertę. Jau nuo Imanuelio Kanto laikų įprasta skirti dvi vertės atmainas. Kantas skiria santykinę vertę ir absoliučiąją vertę. Pirmąją, kurią dar vadina ir kaina, jis pripažįsta viskam, kieno vertingumas randasi dėl mūsų polinkių, dėl to, pavyzdžiui, kad tai mums naudinga arba patinka. Antrąją, taigi orumą, Kanto nuomone, turi tik žmogus, kaip protu apdovanota, dorovinė būtybė. Paties Kanto žodžiais tariant: „Tikslų viešpatijoje viskas turi arba kainą, arba orumą. Tai, kas turi kainą, gali būti pakeista kažkuo kitu, kas jam ekvivalentiška, o tai, kas aukščiau bet kokios kainos, ir nieko ekvivalentiško jam nėra, turi orumą.“ Šis orumo ir kokybės lygmuo priklauso ontologinei tvarkai ir negali būti ignoruojamas analizuojant gyvenimo kokybės fenomeną. Gyvenimo kokybės tikslais mes tapatiname mūsų išryškinamus prioritetus, savotiškus gyvenimo kokybės plėtros traukos centrus, kurių juda gyvenimo kokybės procesas ypač atsižvelgiant į žmonių amžiaus pokyčius.

Būtina pažymėti dar vieną svarbų gyvenimo kokybės sistemos elementą – sveikatą. Sveikata apima visas žmogaus egzistencijos plotmes – fizinę, socialinę, psichinę, dvasinę – darniai ir abipusiškai sąveikojančias vienybėje. Nors sveikatos samprata turi antropologinės prasmės, tačiau ji nėra absoliutus gėris, ypač tada, kai akcentuojama tik fizinė jos prasmė. Gyvenimo kokybei yra svarbus moralinis ir etinis sveikatos aspektai, kai būtina rūpintis ne tik savo, bet ir kitų sveikata. Kita vertus, sveikata abipusiais saitais yra susijusi su socialiniais ir ekonominiais visuomenės plėtros bruožais, o tai reiškia, kad visokeriopai subalansuotos investicijos į sveikatą yra kartu investicijos ir į socialinę, ekonominę, kultūrinę, dvasinę visuomenės plėtrą ir gyvenimo kokybę.

Visi šie gyvenimo kokybės bruožai reiškiasi vienu metu ir įvairiais santykiais. Iš čia kyla gyvenimo kokybės matavimo sudėtingumo problema. Dažniausia gyvenimo kokybei matuoti atsirenkami svarbiausi ir universaliausi veiksniai. Gerai žinomas žmogaus socialinės raidos indeksas sudarytas tik iš trijų rodiklių: būsimo gyvenimo trukmės, išsilavinimo ir BVP vienam gyventojui. Tyrimų padalinys prie žurnalo "The Economist" pasiūlė gyvenimo

kokybei matuoti indeksą, sudarytą iš devynių rodiklių: gyvenimo lygio, sveikatos, politinio stabilumo, šeimos, visuomeninio gyvenimo, klimato (geografinių sąlygų), darbo saugumo, politinės laisvės, lyčių lygybės [100]. Iš rodiklių pasirinkimo matome, kad kalbama apie šiuolaikišką (vakarietišką) gyvenimo kokybės supratimą. Akivaizdu, kad kiekvieną iš minėtų rodiklių galima matuoti įvairiai, tačiau svarbu, kad lyginant įvairias šalis būtų matuojama vienodai.

Gyvenimo kokybės matavimai nėra savitiksliai. G. Janušauskaitė, aptardama gyvenimo kokybės tyrimų problemas ir galimybes pažymi, kad „Gyvenimo kokybės sampratos raida atskleidžia, jog šios sąvokos interpretacijos dažnai siejamos su atitinkamos šalies visuomenės raida. Kita vertus, asmens / visuomenės gyvenimo kokybės suvokimas atskleidžia tam tikros gyvenimo srities maksimalaus išvystymo laipsnį. Gyvenimo kokybės sampratos vertinimas dažnai siejamas su daugeliu aspektų: gyvenimo kokybė vertinama kaip objektyvi (kai tiriama visuomenės arba tam tikros teritorijos gyventojų gyvenimo kokybė remiantis realiai prieinama statistika) ar subjektyvi (atsižvelgiama į asmens nuomonę apie jo gyvenimo kokybę), jos sampratai turi įtakos tyrėjo patirtis, pastebimas nevienodas gyvenimo kokybės suvokimas tam tikrose šalyse ir pan.“ [28].

Čia pateikti gyvenimo kokybės matavimo ir vertinimo bruožai rodo, kad gyvenimo kokybės palyginamieji tyrimai, dėl proceso sudėtingumo, sunkiai vienareikšmiškai argumentuoti. Kiekvienas gyvenimo kokybės tyrimas gali labai stipriai priklausyti nuo jo determinacijos formos. Be to ta pati determinacijos forma skirtingu laiku ir skirtingose vietose gali duoti skirtingus rezultatus.

Mūsų tyrime yra bandomos gyvenimo kokybės sudėtingumo sisteminės analizės užuomazgos. Jos remiasi kai kuriais sinergetikos elementais ir apima tris determinacijos formas: gyvenimo kokybės klausimynu determinuojama gyvenimo kokybė, gyvenimo kokybės integralių veiksnių determinuojama forma ir gyvenimo kokybės socialinės sąveikos integralių veiksnių determinuojama gyvenimo kokybės forma. Kadangi mes rėmėmės tikslingų

sistemų koncepcija, kiekvienos determinacijos atveju mus domino gyvenimo kokybės kryptingumo tendencijos ir to kryptingumo traukos centrai, savotiški plėtos prioritetai arba taip vadinami atraktoriai.

*Gyvenimo kokybės sričių prioritetai ir juos produkuojantys veiksniai*

Analizuojant gyvenimo kokybės anketos sritis, kaip ir buvo galima tikėtis, nustatyta, kad didėjant amžiui visų gyvenimo kokybės sričių vidutinės reikšmės mažėja. Tyrimas parodė, kad svarbiausios prioritetinės gyvenimo kokybės sritys buvo *nepriklausomumo, fizinio funkcionavimo ir psichinio funkcionavimo* sritys.

Pagrindiniai *nepriklausomumo srities* veiksniai yra žmonių gebėjimas judėti, atlikti kasdienius darbus, priklausomybės nuo vaistų ir gydymo nebuvimas ir darbingumas. Gyvenimas yra dinamiškas procesas. Jauni žmonės judėjimo problemų neturi arba turi labai mažai. Senesnių žmonių judėjimo galimybės mažėja dėl ligų ar kitų priežasčių. Judėjimo nepriklausomumą apsprendžia asmens sveikatos būklė. Ligos taip pat įtakoja žmonių gebėjimą atlikti kasdienius darbus ir darbingumą apskritai. Tyrimas parodė, kad daugiausia problemų nepriklausomumo srityje sukelia priklausomybė nuo vaistų ir gydymo, kuri didėja kartu su amžiumi.

*Fizinis žmogaus funkcionavimas* yra tampriai susijęs su skausmu, kuris atsiranda dėl ligos ar kitokio sveikatos rizikos veiksnio. Tyrimais įrodyta, kad sergamumo įtaka gyvenimo kokybei yra didelė [40]. Ji reiškiasi dažnais skausmais, kuriuos sunku įveikti, ypač vyresniame amžiuje. Tas sukelia nuolatinį jaudulį ir trukdo daryti tai, kas reikia daryti kasdien gyvenime. Skausmas nėra įrašytas į Pasaulinės sveikatos organizacijos paskelbtų dešimties dažniausių mirtingumo ir invalidumo priežasčių sąrašą, bet žymiausieji pasaulio skausmo medicinos specialistai tvirtina, kad skausmas invalidizuoja ir net žudo. Išsivysčiusiose pasaulio šalyse lėtinis skausmas kamuoja apie 20 proc. gyventojų. Šiuo metu Lietuvoje veikia penkios skausmo gydymo klinikos didžiuosiuose miestuose. Skausmas pavadintas tyliąja XXI amžiaus epidemija. Senėjant visuomenei, didėjant sergamumui lėtinėmis

degeneracinėmis ligomis, augant traumų, onkologinių susirgimų skaičiui, didėja skausmo medicinos poreikis ir Lietuvoje. Apie 60 proc. pacientų pas medikus ateina dėl skausmo simptomų”,- sako Lietuvos skausmo tarybos narė Kauno medicinos universiteto Reumatologijos klinikos gydytoja Margarita Pileckytė. Skausmas, tiek ūmus, tiek ir lėtinis, visame pasaulyje labai dažnai yra blogai gydomas. Tai lemia įvairios priežastys – politinės, ekonominės, kultūrinės, įsitikinimai, labai daug lemia ir nepakankamas medikų pasirengimas padėti skausmą kenčiantiesiems. Iš jų 1-2 proc. ligonių serga onkologinėmis, 30-40 proc. - sąnarių ir raumenų ligomis, tiek pat kenčia kaklo ir nugaros skausmus, apie 10 proc. - galvos skausmą.

Šioje sudėtingoje posistemėje svarbią vietą užima skausmo problema, kuri ypač aktuali senstančiai visuomenei, kai skausmo su amžiumi atsiranda daugiau. Skausmas yra tiek realus, kiek asmuo jį jaučia ir gali perteikti kitam. Sakoma, kad skausmas yra nematomas, t. y. jis yra pojūtis, galvos smegenų veiklos produktas. Nors dažniausiai jis kyla dėl aiškiai apibrėžto audinio pažeidimo (ligos, sužalojimo), gali būti ir priešingai – aiškios skausmo priežasties nėra.

Kodėl šiandien dar taip dažnai nepavyksta skausmo suvaldyti? Taip yra pirmiausia dėl to, kad medikai mažai susipažinę su naujausiomis žiniomis ir jų nedegia į praktiką. Būtina suprasti, kad skausmas yra pripažintas penktuoju gyvybės signalu, todėl būtina jį išmokti vertinti taip, kaip mokame sekti savo širdies pulsą, matuoti arterinį kraujospūdį. Skausmas gali būti jaučiamas kaip trumpalaikis signalas ir atsakas į žalojantį audinį stimulą. Jei skausmas kyla dėl audinio sužalojimo (ligos, traumos ar chirurginės intervencijos), jis tęsiasi ilgiau ir medicinine terminologija vadinamas ūminiu skausmu. Šiuo atveju jis laikomas simptomu ir egzistuoja kartu su jį sukėlusia priežastimi. Pastarajai išnykus, skausmas irgi praeina, bet taip paprastai būna tik tuomet, jei skausmas buvo gydomas kartu kaip ir pati jį sukėlusią ligą (trauma). Besitęsiantį skausmo pojūtį lemia atsiradę patologiniai pakitimai nervų sistemoje. Kita vertus, pačios nervų sistemos struktūros gali būti pažeidžiamos tiesiogiai ir tokie pat patologiniai pakitimai atsiranda jose neišvengiamai. Tai jau lėtinis skausmas,

atskira liga. Lėtinį, besitęsiantį skausmą lydi visa eilė kitų svarbių požymių: depresija, nerimas, baimė, darbo ir kiti gyvenimo veiklos sutrikimai, šeimyninių santykių pašlijimas, blogas apetitas, miego sutrikimai, nejudrumas, savęs izoliacija ir kt.

Skausmas ir ligotumas mažina žmonių energiją, jų darbingumą. Visa tai atsiliepia poilsio ir ypač miego kokybei. Miegas yra svarbus gyvenimo kokybės fizinio funkcionavimo srities reiškinys. Dažni miego sutrikimai ar lėtinė nemiga pasireiškia daugiau nei 10 proc. suaugusių gyventojų, o miego kokybė yra svarbi sveikatos problema [65]. Tyrimais nustatyta, kad sergančių žmonių miego sutrikimai stipriai įtakoja jų gyvenimo kokybę lyginant su sveikais žmonėmis.

*Psichologinio funkcionavimo* srities formavimo svarbiausi veiksniai yra teigiamos ir neigiamos emocijos ir jausmai. Gyvenimo džiaugsmas ir pasitenkinimas yra susijęs su daugeliu dalykų, kurie priklauso nuo paties žmogaus, bet ir aplinkos sąlygų, kurių neįmanoma niekaip įtakoti. Žmogaus psichologinę būseną įtakoja sveikatos sutrikimai, kurie su amžiumi yra dažnesni. Gyvenimo kokybę ypač įtakoja kai kurios specifiskesnės sergamumo problemos, kurios susijusios su kitomis psichologiškai artimomis problemomis [81]. Viena tokių problemų yra depresija, kuri šiuo metu yra plačiai paplitusi. Ji susijusi su nerimu, bloga nuotaika, neigiamomis emocijomis. Kaip gyva būtybė žmogus turi pamatinį poreikį išlikti ir gyventi. Tačiau, žinome, kad būna atvejų, kai žmonės dėl kažkokių tai dalykų, kaip savigraužos ar nepakeldamas kitų atstūmimo, pasiryžta savižudybei. Tos saviagresijos priežastimi kai kas vadina neteisingą gyvenimo prasmės supratimą, kai pirmenybė atiduodama ekonomikos ir technologijų vystymui, ir pasiektam socialiniam statusui. Tada šiais dalykais pradedamas matuoti ir žmogaus vertingumas. Taigi, kalbant apie gyvenimo kokybę kyla labai svarbus klausimas: kaip mes save ir kitus suvokiame, kuo save ir kitus laikome ką mums reiškia vartojimo, kaip svarbaus gyvenimo kriterijaus pripažinimas? Nėra abejonės, kad skirtingo amžiaus žmonės skirtingai save suvokia ir skirtingai vertina.

Su psichologinio funkcionavimo sritimi artimai yra susijusi *socialinių santykių sritis*. Čia labai svarbūs tokie dalykai, kaip žmonių vienišumas. Dabar žmonės taip užsiėmę gamyba ir vartojimu, kad tarpusavio santykiams beveik nelieka laiko ir noro. Vienišas žmogus tampa svetimu ir pats sau. Susvetimėjimo sindromas gali būti susijęs ir su savęs sureikšminimo siekimu, o iš kitos pusės – kito asmens neįvertinimu, ar nuvertinimu. Iš čia kyla pasiklivimo artimais žmonėmis, ar net draugais stygius, nekalbant jau apie paramą, kai jos labiausiai reikia. Tada kiekvienas rūpinasi tik savimi. Tačiau rūpestis savimi kartais apsiriboja tik savo kūno rūpesčiu. Viešai masinei kultūrai dabar daugiausia rūpi jaunumas, kūniškumas, seksualumas, paviršutiniškumas. Šios vertybės žinomoje Maslow poreikių teorijoje užima žemiausią lygmenį. Jis teigė, kad aukštesnių poreikių galima siekti tik patenkinus žemesnius. Bet šiandien šis procesas, atrodo, užs ciklina nesistengiama pereiti prie aukštesnių poreikių, bet liekama prie tų pačių, tik siekiant vis didesnio kiekio. Taip sakant kokybę keičia kiekybė.

Vyro ir moters bendrumai ir specifiškumai, lytinis gyvenimas yra labai svarbus gyvenimo kokybės elementas. Kad čia yra rimtų problemų, parodo pastarojo meto visuomenės demonstracijos prieš smurtą šeimoje ir smurtą prieš moteris, vyrų ir moterų lygybę ir net lyties keitimo problemas. Kita vertus, mes gyvename visuomenės seksualizacijos laikmetį. Jam, atrodo, tampa būdingas tam tikras susvetimėjimas kūnui ir tuo pačiu gilesniam žmogaus, kaip integralios fizinės, socialinės ir dvasinės visumos, suvokimui. Mes, tarsi užmirštam, kad vyras ir moteris yra sukurti vienas kito meilei, kaip aukštos prabos jausmui, bet ne kaip daiktiškai vienas kito priemonei. Nors su amžiumi keičiasi meilės pobūdis, bet nesikeičia jos esmė.

Yra nustatyta, kad aplinkos sąveika su sveikatos būkle reikšmingai lemia gyvenimo kokybę [27]. *Aplinkos sričiai* priklauso žmonių fizinis saugumas, patogi gyvenamoji vieta, geras, poreikius atitinkantis būstas. Prie aplinkos sąlygų taip pat priskiriami finansiniai žmonių ištekliai ir jų galimybės patenkinti elementarius gyvenimo poreikius. Lietuvoje, kaip žinome nemaža žmonių dalis gyvena ties santykinio skurdo riba. Labai svarbi gyvenimo



kokybei aplinkos sritis yra sveikatos ir socialinės priežiūros sistema. Kaip visi žinome, šios sritys Lietuvoje taip pat yra problemiškos. Svarbios reikšmės gyvenimo kokybei turi laisvalaikio turėjimas ir jo praleidimo galimybė bei kokybė. Ne paslaptis, kad gyvenamuoju momentu kultūringo laisvalaikio praleidimo galimybės daugeliui yra dėl įvairių priežasčių pakankamai problemiškos.

Socialinį saugumą, kaip svarbų socialinės aplinkos veiksnį labiausiai įtakoja finansų problemos: pinigų stygius, pinigai – svarbiausias gyvenimo nesaugumo rūpestis. Taip pat žmonės jaučia tam tikrą nepasitenkinimą sveikatos ir socialinės pagalbos kokybe. Socialiai nesaugūs buvo kas antras respondentas (51,2 proc.) ir šis veiksnys turėjo statistiškai reikšmingą ryšį su amžiumi.

Prasčiau buvo reprezentuojama *dvasingumo sritis*, kurią formuoja įsitikinimai apie gyvenimo prasmę, kiek žmogaus įsitikinimai padeda jam suprasti ir nugalėti gyvenimo sunkumus, džiaugtis jo malonumais ir kitais žmogaus orumą atspindinčiais veiksniais. Dvasinis šiuolaikinio žmogaus gyvenimas yra vertas atskiros analizės. Jo reikšmė gyvenimo kokybei, atrodo, vis dar nėra pilnai suvokiama. Ne eilinį vaidmenį čia turėtų atlikti žmonių religinis tikėjimas [67]. Šiame tyrime buvo apsiribojama daugiausia žmogaus įsitikinimų galia ieškant gyvenimo prasmės. Gyvenimo prasmės paieška yra žmogaus veiksmų ir veiklos dvasinio kryptingumo kriterijus. Tačiau gyvenimo prasmės suvokimas yra savaimė sudėtingas procesas, kuris gali tęstis ir keistis visą gyvenimą tokiu būdu atitinkamai koreguoti gyvenimo kokybę.

Nors gyvenimo kokybė yra integralus reiškinys, tačiau ją skirtingai formuoja atskiri, kartais labai smulkūs, gyvenimiški dalykai, tokie kaip lytis, išsilavinimas, namų aplinka, net namų parazitai ar kenkėjai, triukšmas, laiptinių švara ir panašiai. Mūsų tyrimo atveju fizinės ir psichinės gyvenimo kokybės funkcijos esmingai skiriasi tarp vyrų ir moterų. Šios funkcijos moterų tarpe buvo prastesnės negu vyrų. Amžius yra bene svarbiausias veiksnys, kuris įtakoja visas gyvenimo kokybės sritis. FS srityje pagal amžiaus grupes statistiškai reikšmingai išsiskiria trys grupės: viena grupė, kurių amžius iki 44

metų, antra grupė – 45-59 metų amžiaus žmonės, ir trečia grupė, kurie yra 60 ir daugiau metų. Prasčiausia FS sritį vertina žmonės, kurie yra 60 metų ir vyresni (vidurkis 12,69), geriausiai vertino iki 44 metų amžiaus asmenys (vidurkis 14,95). Galima manyti, kad taip yra todėl, kad jauni asmenys yra labiau fiziškai aktyvūs, nei 60 metų ir vyresni, bei labiau patenkinti savo gebėjimu judėti.

NS srityje pagal amžiaus grupes statistiškai reikšmingai išsiskiria trys grupės: viena grupė, kurių amžius iki 44 metų, antra grupė – 45-59 metų amžiaus žmonės, ir trečia grupė, kurie yra 60 ir daugiau metų. Prasčiausia NS sritį vertina žmonės, kurie yra 60 metų ir vyresni geriausiai vertino iki 44 metų amžiaus asmenys.

Gyvenimo kokybė visose srityse, išskyrus aplinkos ir nepriklausomumo, prasčiausiai vertinama neturinčių išsilavinimo žmonių grupėje. Geriausiai visas GK sritis, išskyrus nepriklausomumo, vertina nebaigtą aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys. Taip yra todėl, kad tai yra jauno amžiaus asmenys, kurie dar studijuoja, o jauniems iškyla daug mažiau problemų negu vyresnio amžiaus asmenims.

Gyventojų pajamos taip pat turi didelės reikšmės gyvenimo kokybei. Tyrimo metu nustatyta, kad gyvenimo kokybė visose srityse, išskyrus fizinę ir psichologinę, prasčiausiai vertinama vidutinės pajamas gaunančių žmonių grupėje, fizinę ir psichologinę sritis prasčiausiai vertina mažiausias pajamas gaunantys respondentai. Geriausiai visas GK sritis vertina didžiausias pajamas gaunantys asmenys. Didesnės pajamos geriau tenkina gyvenimo poreikius.

Gyvenimo kokybę visose srityse prasčiausiai vertinama pensininkų, išskyrus dvasingumo sritį, kuri prasčiausiai yra vertinama darbininkų.

Vertinant gyvenimo kokybę pagal šeimos padėtį buvo nustatyta, kad gyvenimo kokybė visose srityse prasčiausiai vertinama našlių. Geriausiai visas GK sritis, išskyrus dvasingumo, vertina nevedę asmenys. Taip yra todėl, kad jie yra jauno amžiaus ir į gyvenimą dar žiūri kitomis akimis, nėra nusivylę juo, todėl GK sritys ir vertinamos geriau.

Mūsų tyrimu nustatyta, kad tirta populiacija visai neturi problemų susijusių su kenkėjais, arba jų yra nedaug. Literatūros duomenimis pagal 2002

metais atlikto būsto tyrimo duomenis įvairūs kenkėjai perneša žmogui ligas sukeliančius parazitus, užteršia maistą patogeniniais mikroorganizmais ir virusais, sukelia alergijas. 62,7 proc. tirtų namų ūkių teigė, kad yra turėjusios problemų dėl kenkėjų, pelių ar žiurkių, gyvenamos šiame name. Dažniausia gyventojai skundėsi tarakonais (57,8 proc.). Tarakonų antigenai yra vieni iš pagrindinių alergenų, sukeliančių astmą mieste gyvenantiems vaikams. Šie antigenai gali išbūti net iki 5 metų aplinkoje. Tik 48,4 proc. atvejų už kenkėjų naikinimą buvo atsakinga namo bendrija, 42,2 proc. atvejų - patys buto gyventojai, o 6,3 proc. niekas tuo nesirūpina [55]. Tuo pačiu tyrimu nustatyta, kad triukšmas yra bene viena akivaizdžiausių ir svarbiausių panelinių blokinių gyvenamųjų namų problemų. Net 87,3 proc. namų ūkių nurodė, kad jiems trukdo triukšmas, sklindantis iš lauko ar kaimyninių butų (esant uždariems langams). Net 15,7 proc. gyventojų teigia, kad triukšmas jiems trukdo nuolat. Dažniausi triukšmo šaltiniai yra triukšmas iš kaimyninių butų (t.y. kalbos, muzika, TV, darbai, gyvūnai ir kt.), iš lauko (barai, žaidimų aikštelės ir kt.) bei transporto keliamas triukšmas. Dėl to 66,7 proc. gyventojų garso izoliaciją bute vertino blogiau. Daugiausia gyventojų mano, kad bloga garso izoliacija yra buto vidaus sienose, languose ir lubose. 54,2 proc. apklaustų namų valdų sutiktų mokėti papildomai kas mėnesį tam tikrą pinigų sumą už galimybę gyventi tylioje aplinkoje.

To paties būsto tyrimo duomenimis gauta, kad patalpų oro kokybė daugiausia priklauso nuo išorės oro taršos, dirvožemio savybių, statybinių ir apdailos medžiagų, naudojamų įrenginių, baldų, užsiėmimų, gyvūnų bei žmogaus gyvybinės veiklos. Oro kokybė bute skundėsi 64,4 proc. namų ūkių. Dauguma jų minėjo sausą orą, drėgmę, dulkes, kvapus, nepakankamą oro kaitą. Namų valdos, kurios nurodė, kad oro kokybė bute yra bloga, gana bloga ar vidutiniška, žymiai dažniau buvo mažiau patenkintos savo butu bei buvo linkusios sieti gyventojų sveikatos sutrikimus su buto sąlygomis, lyginant su tomis namų valdomis, kurios oro kokybę bute vertino kaip gana gerą ar gerą. Oro kokybei didelę įtaką turi ventiliacijos sistema. Tyrimo duomenimis,

mechaninė vėdinimo sistema buvo įrengta tik 20,6 proc. butų, tačiau tik pusė manė, kad ji veikia patenkinamai [55].

#### *Gyvenimo kokybės integralūs prioritetai*

Gyvenimo kokybės integralūs veiksniai buvo gauti skaičiuojant realiai egzistuojančius koreliacinius ryšius tarp gyvenimo kokybės aspektus sudarančių rodiklių. Taip buvo suvokiama praktinė gyvenimo kokybės egzistencija. Pasirodė, kad teoriškai sukonstruotas gyvenimo kokybės identifikavimo modelis nėra tapatus praktinei situacijai. Jeigu pirmu atveju prioritetine sritimi buvo nepriklausomumo reiškinys, tai čia svarbiausią prioritetinę sritį sudarė kelių aspektų kintamieji, kurie priklausė tokioms gyvenimo sritims kaip asmens tapatumas susijęs su įsitikinimų svarba įvairiais gyvenimo atvejais, socialinių santykių susvetimėjimo požiūriu, socialinės sąveikos pasitenkinimu, seksualinio gyvenimo pasitenkinimu, fizinės aplinkos kokybe, tokiais reiškiniais kaip triukšmas, aplinkos švara. Visa tai mes įvardijome kaip įsitikinimų pozicija.

Kitas svarbus integralus latentinis veiksnys buvo siejamas pirmiausia su pasitikėjimu savimi, savo sugebėjimais šiuolaikiniame sudėtingame ir dinamiškame pasaulyje, ypač gaunant ir įsisavinant naujas žinias ir naujus gebėjimus. Gauti duomenys rodė, kad pasitikėjimo savimi lygis vidutiniškai viršijo nepasitikėjimo lygį, tačiau nepasitikėjimo savimi buvimas kėlė didesnę asmens disonansą negu pasitikėjimo džiaugsmas. Tai rodo, kad turimas pasitikėjimas yra pakankamai trapus, lyginant su nepasitikėjimo išgalėjimu. Tyrimas parodė, kad egzistuoja pakankamai stiprus kognityvinis disonansas, tam tikri emociniai nepatogumai, susiję su savo kūno problemomis, ypač kurių daugiau atsiranda vyresniame amžiuje. Visa tai sukelia gana didelį emocinį diskomfortą.

Atskirą integralų veiksnį sudarė neigiamų jausmų ir su jais susijusio nerimo, depresijos simptomai. Bloga nuotaika, depresija dažnai buvo susijusi su skausmu ir tam tikru diskomfortu. Senstančioje visuomenėje tai beveik neišvengiami dalykai. Tačiau mūsų tyrimas taip pat parodė, kad nerimo ir

skausmo buvimas tirtoje populiacijoje turi didesnę reikšmingumą, negu medicinos paslaugų poreikis. Tai rodo, kad skausmo ir nerimo gydymo problema tirtoje populiacijoje egzistuoja. Ją formuoja priklausomybė nuo vaistų ir gydymo kokybės. Tyrimas atskleidė, kad ši priklausomybė yra didelė ir yra tampriai susijusi su žmonių darbingumu, jų galimybe atlikti savo pareigas.

Tyrimas parodė, kad namų aplinka turi didelės reikšmės gyvenimo kokybei ir ji formuoja integralų gyvenimo kokybės veiksnį. Pagal mūsų parengtą klausimyną gauti rezultatai rodo, kad apskritai 50 procentų respondentų gyvenamo būsto problemų neturi ir tiek pat – kad problemų ar nepatogumų turi nedaug. Žinoma, atskirais konkrečiais klausimais šis pasiskirstymas yra skirtingas. Tai yra svarbu analizuojant atskiras gyvenamo būsto, jo aplinkos ir tame būste gyvenančių asmenų santykį.

Tyrimas parodė, kad mūsų išskirti šeši integralūs gyvenimo kokybės veiksniai statistiškai reikšmingai neišsiskiria atskirose amžiaus grupėse. Vis tik galima matyti, kad įsitikinimų pozicija iki 45 metų šiek tiek skiriasi nuo įsitikinimų pozicijos po 45 amžiaus metų. Panašiai yra ir su emocinio komforto integraliu veiksniumi. Medicinos poreikio integralus veiksnys iki 45 metų skiriasi nuo 45 iki 60 ir po 60 metų. Tai suprantamas dalykas. Tuo tarpu nerimas ir skausmas vienodai vargina žmones visose amžiaus grupėse. Sveikatos paslaugų kokybė skirtingai vertinama labai jauname ir jauname amžiuje ir beveik vienodai po 45 metų.

Tačiau tyrimo rezultatai rodo, kad po 45 metų visų integralių gyvenimo kokybės reikšmės įgijo neigiamas charakteristikas. Tai reiškia, kad 45 metų riboje keičiasi integralių latentinių veiksnių kokybinės charakteristikos. Šioje amžiaus riboje keičiasi gyvenimo kokybės prioritetai. Labai jauname iki 20 metų amžiuje pripažįstama sveikatos paslaugų kokybės prioritetas, o nerimo ir skausmo pojūtis yra nereikšmingas. Apie dvidešimtuosius metus pradeda ryškėti medicinos poreikis, kuris didėja iki 45 metų. Čia prioritetai pasikeičia ir prioritetiniu veiksniumi tampa nerimo ir skausmo pojūčio integralus veiksnys. Tuo tarpu medicinos poreikio veiksnys tampa mažiau reikšmingu. Įdomu tai,

kad 45 metų riboje įsitikinimų pozicija yra žemiausiame lygyje ir po to pradeda nežymiai kilti.

Mūsų atlikto tyrimo rezultatai atskleidžia labai svarbų ir įdomų sinergetinį faktą, kad 45 metų riba yra bifurkacinis gyvenimo kokybės taškas, kuriame įvyksta sveikata sąlygojamos gyvenimo kokybės esminiai kokybiniai pokyčiai.

Tyrimas parodė, kad nors amžius neformuoja integralių veiksmų skirtingų grupių, tačiau jis esmingai įtakoja įsitikinimų poziciją, emocinį diskomfortą, medicinos poreikį ir sveikatos paslaugų kokybę.

Analizuojant anksčiau aprašytą integralių gyvenimo kokybės veiksmų susiformavimą atskirose amžiaus grupėse buvo gauta, kad kiekvienoje amžiaus grupėje realiomis gyvenimo sąlygomis formuojasi skirtingi integralūs latentiniai gyvenimo kokybės veiksniai.

**4.1 lentelė.** Gyvenimo kokybės integralių latentinių veiksmų struktūra amžiaus grupėse

Amžius m.	1 veiksnys	2 veiksnys	3 veiksnys	4 veiksnys	5 veiksnys	6 veiksnys
18-90	Įsitikinimų pozicija	Emocinis diskomfortas	Nerimo ir skausmo pojūtis	Medicinos poreikis	Sveikatos paslaugų kokybė	Namų aplinkos kokybė
18-29	Gebėjimas dirbti	Namų aplinka	Nuotaikingas poilsis	Įsitikinimų pozicija	Lytinis gyvenimas	Medicinos poreikis
30-44	Pasitikėjimas savimi	Sveikatos paslaugų kokybė	Nerimo ir skausmo pojūtis	Lytinis gyvenimas	Medicinos poreikis	Namų aplinkos kokybė
45-59	Socioekonominis nesaugumas	Įsitikinimų pozicija	Medicinos poreikis	Emocinis diskomfortas	Gebėjimas dirbti	Kūno ir išvaizdos suvokimas
60 ir <	Medicinos poreikis	Įsitikinimų pozicija	Socioekonominis nesaugumas	Neigiami jausmai	Sveikatos paslaugų kokybė	Emocinis diskomfortas

Kiekvienoje amžiaus grupėje yra skirtingi gyvenimo kokybės prioritetai. 18-29 amžiaus metų grupėje gautas integralus veiksnys buvo pavadintas gebėjimu dirbti (4.1 lentelė). Šiame amžiuje tai yra svarbus gyvenimo tikslas. Vėlesniame amžiuje svarbios reikšmės įgyja pasitikėjimo savimi nuostata. 30-44 metų amžiaus tarpsnyje atsiranda sveikatos problemų, todėl aktualiu veiksmu tampa sveikatos paslaugų kokybė. Įdomu pasekti, kaip keičiasi

medicinos poreikio prioritetas. 18-90 metų grupėje jis užima ketvirtą vietą integralių veiksmų tarpe. 18-29 metų žmonės yra sveikiausi, todėl medicinos poreikis yra paskutinėje, šeštoje vietoje. 30-44 amžiaus metų grupėje jis užima penktą vietą, kitoje – trečią ir 60 ir vyresnių amžiaus metų grupėje pirmąją vietą.

Šie tyrimo rezultatai atskleidė labai svarbų gyvenimo kokybės plėtros dėsninę – gyvenimo kokybė yra netiesinis dinaminis socialinis procesas. Tai reiškia, kad gyvenimo kokybės analizė ir jos rezultatų interpretacija turi remtis nauja mokslinė paradigma, kuri užtikrina galimybę įvertinti situaciją duotu laiko momentu ir duotoje vietoje, nes kitu laiku ir kitoje vietoje tų pačių gyvenimo kokybės parametrų tarpusavio sąveika duoda visiškai skirtingus rezultatus.

#### *Integralūs socialiniai gyvenimo kokybės prioritetai*

Sujungus gyvenimo kokybės parametrus su svarbiausiais socialiniais veiksniais ir paanalizavus jų tarpusavio sąveiką buvo sukurta dar viena determinacijos forma, kurios tikslu buvo patikrinti kokie integralūs socialinės sąveikos veiksniai susiformuoja šiomis sąlygomis ir kaip keičiasi jų raiška amžiaus grupėse. Pradiniais parametrais buvo imta pagrindinių gyvenimo kokybės ir su ja sąveikojančių socialinės, ekonominės ir aplinkos sričių (žr 2.3. pav. metodikos skyriuje) kintamieji. Koreliacijų principu apdorojus didelį kiekį kintamųjų buvo gauta penki integralūs socialiniai gyvenimo kokybės veiksniai.

Prioritetinių veiksmų suformavo fizinio ir psichinio funkcionavimo sričių kintamieji, kuris mūsų manymu, atspindi fizinę ir psichinę žmonių gyvenimo kokybės galią. Ją labiausiai charakterizuoja žmonių energingumo priklausomybė nuo gydymo ir vaistų bei skausmo ir diskomforto problema.

Socialinė sveikata ir socialinė parama bei žmonių tarpusavio santykiai yra antroje gyvenimo kokybę formuojančių veiksmų vietoje. Didelės reikšmės čia turi žmonių religiniai ir kiti įsitikinimai, tarpusavio bendravimo ir susvetimėjimo problemos, lytinis ir seksualinis gyvenimas.

Šiuo metu ypač aktuali gyvenimo kokybės sritis tampa socialinis saugumas, kurį užtikrina žmonių finansinės galimybės, laisvalaikio praleidimo galimybė. Į socialinio saugumo veiksnio veikimo sritį patenka ir sveikatos paslaugų sistema bei medicinos pagalbos kokybė. Taip pat ypač jauniems žmonėms svarbi socialinio saugumo sritis yra galimybė tobulėti.

Namų aplinka irgi yra svarbi gyvenimo kokybės sritis. Namai taip pat suteikia žmogui socialinį saugumą, šeiminingumą, gyvenimo gėrį.

Labai gaila, bet paskutinėje vietoje tyrimo metu atsidūrė gyvenimo vertybinės orientacijos. Tai liudija, kad gyvenimo kokybės bendras kryptingumas yra daugiau orientuotas kasdienio materializmo link.

Kintant amžiui kinta ir gyvenimo kokybės socialinių veiksnių raiškos intensyvumas. Jaunystėje stipriau pasireiškia vieni, vyresniame amžiuje kiti integralūs veiksniai. Suskirsčius veiksmų reikšmes į keturias dalis didėjančia tvarka nuo silpnos iki stiprios raiškos gavome, kad stipri fizinės-psichinės galios raiška 60 metų riboje sumažėja 5,7 karto su ta raiška, kuri buvo iki 29 metų laikotarpyje. Analogiškai socialinio saugumo raiška sumažėjo 2,3 karto, vertybinių orientacijų veiksnio raiška padidėjo 1,8 karto. Socialinės sveikatos ir namų aplinkos integralių veiksnių raiška su amžiumi nekito.

Veiksnių reikšmių kitimo ribos, teigiamų ir neigiamų vertinimo dažnių pasiskirstymas ir ryšys su amžiumi parodyta 4.2 lentelėje rodo, kad visų integralių veiksnių Teigiamų ir neigiamų reikšmių pasiskirstymo procentai yra beveik lygūs.

**4.2 lentelė.** Gyvenimo kokybės latentinių veiksnių reikšmių kitimo ribos

Latentiniai veiksniai	Veiksnių reikšmės					Ryšys su amžiumi		
	Dispersijos proc.	min	max	Teigiamų Proc.	Neigiamų Proc.	Chi-kvadr.	df	p
Fizinė-psichinė galia	24,44	-3,347	2,473	54,2	45,8	52,681	9	0,000
Socialinė sveikata	7,38	-3,576	2,321	55,3	44,7	10,137	9	0,340
Socialinis saugumas	6,31	-2,865	3,707	48,8	51,2	28,226	9	0,001
Namų	3,81	-2,592	3,325	49,7	50,3	10,672	9	0,299



aplinka								
Vertybines orientacijos	3,37	-3,833	7,155	58,0	42,0	11,287	9	0,257

Tai reiškia, kad gyvenimo kokybės teigiami ir neigiami bruožai tirtoje visuomenėje yra beveik vienodi, kitaip tariant vienodai nutolę nuo teorinio vidurkio. Panaši situacija buvo gauta ir analizuojant gyvenimo kokybės sričių ir aspektų vidutines reikšmes, kur jos varijavo apie teorinį gyvenimo kokybės sričių ir aspektų vidurkį. Remdamiesi šiuo dėsningumu mes nagrinėsime situacija nauju išteklių-rizikos požiūriu.

#### *Gyvenimo kokybės socialinė rizika*

Sveikatos teorijoje ir praktikoje gerai žinoma rizikos veiksnio sąvoka, kuri reiškia, kad yra tam tikros sąlygos ar veiksniai, kurie neigiamai veikia tam tikras organizmo funkcijas ir sukelia nepageidautinas pasekmes. Todėl tokių sąlygų ar veiksmų reikia vengti. Visuomenės gyvenime taip pat yra tam tikrų aplinkybių, kurios neigiamai veikia tam tikras gyvenimo sritis. Gerai žinomos ekonominės veiklos rizikos, kurių negalima išvengti. Tada stengiamasi taip veikti, kad pasekmės būtų kuo mažesnės. Rizika beveik visada yra susijusi su pavojais. Kiekvienas veiksmas yra susijęs su galimais pavojais. Jeigu pasiseka pavojų išvengti, rizika sumažėja arba visai išnyksta. Kartais gali susikaupti pavojingos veiklos tendencijos, tada rizika tampa neišvengiama. Mokslininkai įrodo, kad pvz. kai gamybos ir vartojimo tikslai stengiasi užvaldyti gyvenimo visumą, o racionalus mąstymas nukreipiamas tik į gamybos ir vartojimo efektyvumo didinimą, atsiranda pavojai žmogiškumui [67]. Šiuolaikinė medicina yra daug pasiekusi gydant anksčiau neišgydomas ligas ir kartu jos pasiekimai gali būti panaudoti kai kuriems veiksmams, kurie yra nepateisinami etiniu požiūriu ir visuomeniškai nepriimtini. Arba modifikuoti augalai ekonomiškai yra pelningi, tačiau sveikatai gali būti žalingi. Todėl teisingas yra žymus šių laikų sociologas A. Giddens sakydamas, kad “gyventi brandaus modernumo pasaulyje reiškia gyventi galimybių ir rizikos sąlygomis” [17].

Gyvenimo kokybės rizika ypač stipriai paliečia tas gyventojų grupes, kurių sveikatos, ekonominės ar socialinės galimybės yra ribotos.

Tačiau grėsmės ir pavojai gali būti bent dalinai išvengiami ar kontroliuojami [66]. Mat „...rizikos esmė yra ne tai, kad ji *atsitinka*, bet tai, kad ji *gali* atsitikti”. Sinergetikos teorija sako, kad tam tikri pavojai ar grėsmės, ar aplinkybės vienu metu ir tam tikroje aplinkoje gali duoti rezultatų, o kitoje aplinkoje ir kitu laiku jokio rezultato gali nebūti. Tai reiškia, kad rizika yra daugiau atsitiktinis nei fatališkas reiškinys.

Tačiau gyvenimo tam tikros populiacijos gyvenimo kokybė, kaip socialinė sistema, turi sisteminio uždarumo bruožų. Tai reiškia, kad tokiai sistemai galioja socialinės entropijos dėsnis. Todėl tokių sistemų rizika turi tendenciją didėti. Tam tikros populiacijos gyvenimo kokybė, modeliuojama kaip socialinė sistema, turi uždarumo bruožų, todėl jos išteklių ir rizikos santykio analizė yra prasminga.

Gyvenimo kokybės išteklių-rizikos analizė metodologiškai yra prasminga dar ir todėl, kad gyvenimo kokybė, kurią charakterizuoja, kaip matėme, labai daug veiksnių, yra suintegruojama į du integralius kintamuosius. Tai strateginiai kintamieji, kurie gali būti sėkmingai naudojami strateginiam gyvenimo kokybės valdymui ir jo veiksmingumui.

Mūsų tyrime, kaip minėjome, buvo taikytos trys skirtingos determinacijos formos ir pagal jas gautiems rezultatams buvo apskaičiuotas išteklių-rizikos santykis. Gyvenimo kokybės sričių, gyvenimo kokybės integralių veiksnių ir gyvenimo kokybės socialinės sąveikos veiksnių išteklių-rizikos santykis buvo apie 0,66. Tai rodo, kad mūsų tirtoje populiacijoje gyvenimo kokybės rizika yra didesnė už gyvenimo kokybės išteklius ir kad šis santykis yra statistiškai reikšmingas.

Analizuojant išteklių-rizikos priklausomybę nuo amžiaus nustatyta, kad senstanti visuomenė turi rizikos bruožų. Senstant visuomenei mažėja jos fizinė ir socialinė galia, o tai reiškia, kad mažėja jos potenciali aktyviai ir produktyviai veikti. Kitaip tariant visuomenės senėjimas neišvengiamai sukelia pavojų visuomenės sveikatai.

Gyvenimo kokybės ištekliai ir rizika yra naujas, originalus mūsų tyrimo rezultatas. Gyvenimo ar atskirų jo sričių rizikos problema šiuo metu yra pradedama plačiai diskutuoti ir analizuoti ne tik sociologijos moksluose, bet ir visuomenės sveikatos mokslų srityje. Kol kas nėra aiškesnio mokslinio požiūrio šiuo klausimu. Mūsų siūloma metodika, atrodo, pasiteisina, nes gauti rezultatai, atrodo neprieštarauja logikai.

Gauti duomenys rodo, kad kintant amžiui gyvenimo kokybės ir socialinės sveikatos ištekliai mažėja, o rizika didėja. Mažėjimo ir didėjimo dinamika nėra tiesinės priklausomybės. Jeigu jauname, iki 29 metų amžiuje ištekliai ir rizika yra pasiskirstę beveik per pusę (52 ir 49 proc.), tai 60 metų ir vyresniame amžiuje šis skirtumas labai padidėja: ištekliai 27,6 proc, o rizika – 72,4 proc.

Taip pat nustatyta, kad vyrų gyvenimo kokybės rizika jauname (iki 29m.) ir sename (60 ir > metų) didesnė negu moterų, o viduriniame amžiuje (30-59 metai) moterų gyvenimo kokybės rizika didesnė negu vyrų.

Gauti duomenys sukelia naujų klausimų, kurių tyrinėjimai gali būti pakankamai prasmingi ir inovatyvūs.

## 5. IŠVADOS

1. Gyvenimo kokybės klausimynu nustatyta, kad svarbiausios prioritetinės sritys buvo nepriklausomumo sritis (vid.=15,69±2,24), fizinio funkcionavimo sritis (vid.=14,20±2,40), ir psichinio funkcionavimo sritis (vid.=13,92±2,10). Prasčiausiai vertinama aplinkos sritis (vid.=13,19±2,06). Visų gyvenimo kokybės sričių vidutinės reikšmės statistiškai reikšmingai ( $p<0,05$ ) skiriasi tarp trijų amžiaus grupių: 18-45 metai, 45-60 metų ir virš 60 metų.
2. Analizuojant gyvenimo kokybę daugiau praktiniu požiūriu nustatyti svarbiausi prioritetai integralūs veiksniai: įsitikinimų pozicija (10,51 proc. dispersijos), emocinis diskomfortas (9,20 proc. dispersijos) ir skausmo pojūtis (6,74 proc. dispersijos). Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai ( $p<0,05$ ) amžius įtakoja įsitikinimų pozicijos, emocinio diskomforto, medicinos poreikio ir sveikatos paslaugų kokybės integralius gyvenimo kokybės veiksnius, o amžiaus ir lyties integralus reikšmingas poveikis gautas įsitikinimų pozicijos, nerimo ir skausmo pojūčio, ir namų aplinkos kokybės integraliems veiksniams.
3. Tyrimu nustatytas sinergetinis gyvenimo kokybės bifurkacijos taškas 45 amžiaus metų riboje, kuriame įvyksta esminiai gyvenimo kokybės prioritetų pokyčiai visose gyvenimo kokybės srityse.
4. Gyvenimo kokybės plėtra yra netiesinis socialinis procesas. Kiekvienoje amžiaus grupėje susiformuoja skirtingi integralūs gyvenimo kokybės veiksniai su skirtingais prioritetais: 18-29 metų grupėje gebėjimas dirbti (9,79 proc. dispersijos); 30-44 metų grupėje pasitikėjimas savimi (14,41 proc. dispersijos); 45-59 metų grupėje socioekonominis nesaugumas (9,29 proc. dispersijos); 60 ir < metų grupėje medicinos poreikis (14,45 proc. dispersijos).
5. Gyvenimo kokybės raidai yra būdingos materialinės krypties tendencijos. Jos integralios socialinės sąveikos prioritetinį veiksnių formavo fizinio ir psichinio funkcionavimo sričių kintamieji, kuris atspindi fizinę ir psichinę

žmonių gyvenimo kokybės galią (24,44 proc. dispersijos). Didelės įtakos turėjo žmonių energingumo priklausomybė nuo gydymo ir vaistų bei skausmo ir diskomforto problema. Antroje vietoje buvo socialinės sveikatos integralus veiksnys (7,38 proc. dispersijos) ir paskutinėje vietoje vertybinių orientacijų veiksnys (3,37 proc. dispersijos).

6. Analizuojant gyvenimo kokybės plėtros išteklių ir rizikos santykį buvo nustatyta, kad su amžiumi sparčiai mažėja plėtros ištekliai ir didėja rizika. Jauname, iki 29 metų amžiuje ištekliai sudarė 51,7 proc, rizika – 48,8 proc., o 60 metų ir vyresniame amžiuje – ištekliai buvo 27,6 proc., o rizika 72,4 proc. Tai rodo, kad tirtos populiacijos gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių sąveika turi socialinės rizikos bruožų.

## 7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Gauti rezultatai gali būti taikomi gyvenimo kokybei ir socialinei plėtrai prognozuoti.
2. Gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių stebėsenos duomenis galima panaudoti formuojant visuomenės sveikatos politiką.
3. Tyrimo rezultatai tinkami naudoti formuojant socialinės paramos, ypač pagyvenusiems žmonėms, politiką.
4. Socialinių veiksnių analizės ir stebėsenos duomenis tikslinga panaudoti rengiant savivaldybių planus visuomenės sveikatos ir socialinės paramos srityse.

## 8. LITERATŪRA

1. Aaronson N. K., Ahmedzai S., Bullinger m. et al. The EORTC core quality of life questionnaire: Interim results of our international field study. In: *Effects of Cancer on Quality of Life* / Ed. D. Osoba. Boca Raton, CA :CRC Press. 1991: 293-305.
2. Andrews F. M. Stability and change in levels and structure of subjective well- being: USA 1972 and 1988. *Social Indicators Research*. 1991; 25: 1-30.
3. Badura B., Waltz M. Social support and quality of life following myocardial infarction. *Social Indicators Research*. 1984; 14: 295-311.
4. Bauer G. et al. The EUHPID Health Development Model. *Health Promotion International*. 2006; 21(2): 153-154.
5. Beck M. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sasse. 1992: 33.
6. Broom L., Bonjean Ch. M., Broom D. H. *Sociologija: Esminiai tekstai ir pavyzdžiai*. Kaunas. Litera Universitatis Vytauti Magni. 1992: 109-129.
7. Buis S. Visuomenės sveikatos koncepcija : nuomonės ir aspektai. *Sveikatos aplinka*. 2003; 1: 5.
8. Buivydaite K., Domarkienė S. ir kt. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų rūkymo įpročių paplitimas, pokyčiai per 20 metų ir sąsaja su sociodemografiniais rodikliais. *Medicina*. 2003; 39(10): 999 – 1006.
9. Caar A. J., Gibson B. Robinson P. G. Is quality of life determined by expectation or experience. *B. M. J.* 2001, 322, 1240-3.
10. Carr A. J., Higginson I. J. Are quality of life measures patient centred? *BMJ*. 2001; 322: 1357-1360.
11. Crafts N. The human development index and changes in standard of living: some historical comparisons. *European Review of Economic History*. 1977.
12. *Darbotvarkė 21: Subalansuotos plėtros veiksmų programa*. Vilnius. 2001.

13. De Vries J. Beyond Health Status. Construction and Validation of the Dutch Who Quality of life Assessment Instrument. *Katolieke Universiteit Brabant*. 1996: 196 - 219.
14. Dučinskienė D., Kalėdienė R., Petrauskienė J., Šumskas L. Pasaulio Sveikatos Organizacijos klausimyno tinkamumo įvertinimas studentų gyvenimo kokybei tirti. *Sveikatos mokslai*. 2002; 3: 53-58.
15. Europos Bendrijos Penktoji bendroji programa (FP5). 1998 – 2002.
16. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. *Biomedicina*. 2001; 2: 128 –132.
17. Giddens A. *Modernybė ir asmens tapatumas. Pradai*. Vilnius. 2000: 141-187.
18. Giddens A. *Sociologija*. Kaunas. UAB poligrafija ir informatika, 2005: 88-110.
19. Goode D. A. Thinking about and discussing quality of life. In: *Quality of Life : Perspectives and Issues/ Ed. R. L. Schalock*. Washington D.C: American Association on Mental Retardation. 1990: 41-57.
20. Gradeckienė S. Vaiko negalės įtaka visos šeimos gyvenimo kokybei. *Biomedicina*. 2002; 2(1).
21. Grigas R. *Sociologinė savivoka*. Rosma. 2001: 133–152.
22. Grigonienė J. *Epilepsija sergančių vaikų gyvenimo kokybė*. Daktaro disertacija. 2002.
23. Haas B. K. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*. 1999; 21(6): 782-42.
24. Herbert L Bonkovsky, Kristin K Snow, Peter F Malet , Carla Back-Madruga. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis. *Journal of hepatology*. 2007; 46(3): 420-431.
25. Higgins I. J., Carr A.J. The clinical utility of quality of life measures. In: Higgins I. J., Carr A. J., Robbins P. G., eds. *Quality of life*. London: BMJ Books, 2003: 63-78.



26. Į Europos Sąjungą geresniam gyvenimui (" To the European Union the better quality of life"). Tarptautinė aukštųjų mokyklų jaunųjų absolventų konferencija. Lenkija. 2002.
27. Janulienė N., Čepienė J., Kalibatas J., Juozulynas A. Sveikatos ir aplinkos ryšys su gyvenimo kokybe. Sveikatos mokslai. 2003; 7(30): 8–10.
28. Janušauskaitė G. Gyvenimo kokybės tyrimai: problemos ir galimybės. Filosofija. Sociologija. 2008; 19(4): 34-44.
29. Javtokas Z., Goštautas A., Žagminas K. Suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos žinių, elgsenos ir įpročių 1997 ir 2001 metų tyrimų duomenys. – Visuomenės sveikatos ugdymo centro leidykla "Sveikata". – V., - 1997, 2002.
30. Johannesburg Declaration on Health and Sustainable Development. Johannesburg. WHO. 2002.
31. Juozulynas A. Gyvenimo kokybės įvertinimo 2001-2004 metų programa. Vilnius. 2001: 14.
32. Juozulynas A., Jurgelėnas A. Sveikata ir rizika visuomenės požiūriu. Visuomenės sveikata. 1998; 2-3(5-6): 42-45.
33. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Arcijonas A., Šurkienė G., Gocentas A., Butikis M. Visuomenės sveikatos darbuotojų gyvenimo kokybė. Sveikatos mokslai. 2005; 2(15): 125 – 130.
34. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Prapiestis J. Slaugytojų gyvenimo kokybės įvertinimas. Sveikatos mokslai. 2004; 3(34): 58-68.
35. Juozulynas A., Marcijonas A., Jurgelėnas A., Kaminskas K. A. Dirbančiųjų ekologijos ir ergonomikos bei gyvenimo kokybės tyrimai. Sveikatos mokslai. 2004; 6(14): 58 – 61.
36. Jurgelėnas A, Mačiūnas E, Juozulynas A, Venalis A. Norvaišas S. Sveikatos socialinė plėtra. Vilnius. 2007: 49-70.
37. Jurgelėnas A, Juozulynas A, Norvaišas S, Šurkienė G. Visuomenės sveikatos plėtros integruotas tyrimas. Sveikatos mokslai. 2004; 3(34): 21–24.

38. Jurgelėnas A., Čeremnych E., Filipavičiūtė R. Pagyvenusių žmonių ambulatorinis sergamumas ir sveikatos kokybės poreikis. *Gerontologija*. 2003; 4(1): 18-22.
39. Jurgelėnas A. Socialinės plėtros kokybės indeksas. *Sveikatos mokslai*. 2005; 2: 35.
40. Jurgelėnas A., Čeremnych E., Filipavičiūtė R. Pagyvenusių žmonių sergamumas ir sveikatos kokybės poreikis. *Sveikatos mokslai*. 2002; 7(23): 25–28.
41. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Norvaišas S., Šurkienė G. Visuomenės sveikatos plėtros valdymas. *Sveikatos mokslai*. 2004; 3(14): 38 - 40.
42. Jurgelėnas A., Norvaišas S., Juozulynas A., Butikis M. Stebėsenos vaidmuo sveikatos socialinės plėtros veiksmų grandinėje. Tarptautinės konferencijos „Biomedicininė inžinerija“ pranešimų medžiaga. Kaunas. 2006: 272-276.
43. Kadziauskienė K., Bartkevičiūtė R. ir kt. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamos ir faktiškos mitybos tyrimas. 1999: 43.
44. Kalėdienė R., Petrauskienė J. Vidutinė sveiko būsimo gyvenimo trukmė Lietuvoje. *Medicina*. 1998; 34: 801–7.
45. Kalėdinė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas. 1999: 20-35.
46. Kusakabe T, Irie S, Ito N, Kazuma K. Feelings of living donors about adult-to-adult living donor liver transplantation. *Gastroenterolgy Nurs*. 2008; 31(4): 263-72.
47. Leonavičius V. Sociologijos recepcija Lietuvoje: sveikatos sociologijos atvejis, *Filosofija. Sociologija*. 2003; 3: 35-40.
48. Lietuvos mokslo ir technologijų Baltoji knyga. Vilnius. 2002: 21.
49. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 27 d. nutarimas Nr. 941 “Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos patvirtinimo” (*Žin.*, 2001, Nr. 66- 418).

50. 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).
51. Lietuvos sveikatos programa. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Patvirtinta LRS 1998; VIII- 833: 5,9 -10.
52. Livingston M. Effects of alcohol consumption in spousal relationships on health-related quality of life and life satisfaction. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009; 70(3): 383-90.
53. Lledo R., Martin E. et al. Characteristics of elderly inpatients at high risk of need supportive social and health care services. *Eur J Epidemiol*. 1997: 13(8): 907-7.
54. Merkys G., Brazienė R., Kondrotaitė G. Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis indikatorius: viešojo sektoriaus kontekstas. *Viešoji politika ir administravimas*. 2008; 23: 23-38.
55. Milašauskienė Z., Šileikienė L. Juvenilinės hipertenzijos programa: rizikos veiksnių paplitimas tarp 32 – 33 metų Kauno miesto gyventojų. *Medicina*. 1998; 34: 722 – 727.
56. Mitrikas A. A. Šeima ir vaikai: realijos ir vertinimai. *Sociologija*. Mintis ir veiksmai. 2006; 1: 61-75.
57. Moore K. A., McL Jones R., Burrows G. D. Quality of life and cognitive function of liver transplant patients: a prospective study. *Liver Transplantation*. 2000; 6(5): 633-642.
58. Moore K. A., Gelling L. Quality of life following liver transplantation: physical and functional recovery. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 28(4): 779-785.
59. Muldon M. F., Barger S. D., Flory J. D., Manuck S. B. What Are Quality of life Measurements Measuring. *B. M. J*. 1998; 316: 542-545.
60. Orley J., Saxena S., Herrman H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*. 1998: 291-293.

61. Our Planet, Our Health Report of the WHO Commission on health and environment. WHO. Geneva. 1992: 282.
62. Petkevičienė J., Klumbienė J. Sveikatą veikiančios gyvenamosios priklausomumas nuo gyvenamosios vietos. *Medicina*. 1998; 34: 1036-1043.
63. Petkevičienė J., Milašauskienė Ž., Klumbienė J. Elgesio ir somatinių rizikos veiksnių dažnio priklausomybė nuo lyties, amžiaus ir išsilavinimo. *Medicina*. 1997; 33: 619 – 627.
64. Pigou A. C. Clark and modern economics the quality of the workforce *Stabile Camb. J. Econ*. 1996; 20: 277-288.
65. Podlipskytė A., Varoneckas G., Žilinskas A. Sveikų ir sergančių išemine širdies liga miego ir gyvenimo kokybės įvertinimas daugiamačių skalių metodu. *Sveikatos mokslai*. 2004; 3(34): 10–14.
66. Powwel J., Wahidin A., Corporate Crime, Aging and Pensions in Great Britain. *Journal of Social and Social Policy*. 2004; 3(1): 37-55.
67. Puzaras P., Ančerytė D., Martinkėnas A., Varoneckas G. Katalikiškas tikėjimas ir gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai*. 2000; 2(12): 28–33.
68. Rėgalienė G., Jatulienė N. ir kt. Sveikatą veikiančių elgsenos veiksnių paplitimas tarp Šiaurės Lietuvos regiono gyventojų. *Medicina*. 2002; 38(2): 214 – 222.
69. Sartorius N. Cross-Cultural comparison of data about quality of life. In: *Quality of Life: Perspectives and Issues/ Ed. R. L. Schalock*. Berlin: Spriengler –Verlag. 1987: 19-24.
70. Schuessler K. F., Fisher G. A. “Quality of Life Research and Sociology”. *Annual Review of Sociology*. 1985; 11: 129–149.
71. Stankūnienė V., Jonkarytė A., Mikulionienė S., Mitrikas A., Maslauskaitė A. Šeimos revoliucija? Iššūkiai šeimos politikai. Vilnius: STI. 2003: 122.
72. Suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos žinių, elgsenos ir įpročių tyrimas. SAM Visuomenės sveikatos ugdymo centras. 2002.
73. Sumskiene J., Sumskas L., Petrauskas D., Kupcinskas L. Disease-specific health-related quality of life and its determinants in liver cirrhosis

- patients in Lithuania. *World Journal of Gastroenterology*. 2006; 12(48): 7792-7797
74. Krančiukaitė D., Rastenytė D., Jurėnienė K. Kauno populiacijos gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-12 klausimyną. *Medicina*. 2007; 43(6): 501-507..
  75. Sveikata visiems XXI amžiuje. Vilnius. 2000: 1-4.
  76. Talis Tisenkopfs. Human Resources, life and social environment. *Human Capability and Quality of Life: Researching Quality of Life in Latvia. Social Sciences*. 2006; 3(53): 7-16.
  77. Tamošiūnas A., Domarkienė S. ir kt. Gyvensenos rizikos veiksnių prognozinė reikšmė bendrajam mirtingumui. *Medicina*. 1998; 34: 106 – 113.
  78. Tamošiūnas A., Klumbienė J. ir kt. Lietuvos gyventojų rizikos veiksnių ir mirtingumo pokyčiai. *Medicina*. 1999; 35: 126 – 135.
  79. UK700 Group. Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 1999; 175: 426-432.
  80. Valantiejus A. Socialinės struktūros samprata. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*. 2006; 2: 1392-3358.
  81. Valeikienė V., Juozulynas A. Parkinsono liga sergančių ligonių gyvenimo kokybės tyrimas. *Sveikatos mokslai*. 2004; 3(34): 35–37.
  82. Valstybinės visuomenės sveikatos stebėsenos programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m.
  83. WHO. Global Strategy: Health, Environment and Development: Approaches Drafting Country- Level Strategies for seaman Well- Being Agenda 21. Geneva: WHO. 1993.
  84. Wood- Dauphinee S. Assessing Quality of Life in Clinical Reserch: From Where We Have Come and Where Are Going. *J Clin. Epidemiol*. 1999; 52(4): 355-63.
  85. Žemaitaitis A., Kaminskas R., Novelskaitė A. Medicininės sociologijos institucionalizacijos raida ir perspektyvos. *Filosofija. Sociologija*. 2004; 1: 39-48.

86. 2007-2013m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programa.  
[http://www.lrv.lt/ES\\_parama/Sanglaudos\\_skat\\_programa.pdf](http://www.lrv.lt/ES_parama/Sanglaudos_skat_programa.pdf)
87. Černiauskas G. Lietuvos, Estijos ir Latvijos socialinė - ekonominė raida 1996-1999 metais. [http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_zur/text/gc\\_text3.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_zur/text/gc_text3.html)
88. Darnaus vystymosi rodikliai. 2006.  
[http://www.stat.gov.lt/uploads/docs/Darnus\\_vystymasis\\_2006\\_internetui.pdf](http://www.stat.gov.lt/uploads/docs/Darnus_vystymasis_2006_internetui.pdf)
89. Health research. [http://cordis.europa.eu/fp7/cooperation/health\\_en.html](http://cordis.europa.eu/fp7/cooperation/health_en.html)
90. Human Development Report 2005, International Cooperation at a Crossroad: Aid, Trade and Security in an Unequal World.  
<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2005/>
91. Lin K. The Shaping of A Discipline: The Case of Medical Sociology in the United States, 1950s–1980s. 1993.  
<http://twrt.formosa.org/kuoming/paper3.htm>
92. Penkeri metai Europos sąjungoje. <http://www.euro.lt/lt/naujienos/apie-lietuvas-naryste-europos-sajungoje/naujienos/5570/>
93. Socioeconomic determinants of health.  
<http://www.euro.who.int/socialdeterminants>
94. Sustainable development and economic growth: Overview and reflections on initiatives in Europe and beyond. ESDN Quarterly Report December 2009. [http://www.sd-network.eu/?k=quarterly reports](http://www.sd-network.eu/?k=quarterly%20reports)
95. Stankevičius Z. B. Welte filosofinė mintis – naujos perspektyvos Vakarų kultūrai?, 2008. <http://www.bernardinai.lt/index.php?url=articles/88511>
96. Tarptautinė konferencija “Slauga ir gyvenimo kokybė”. Lenkija. Krokuva. 2000. <http://www.slauga.lt/Naujienos/krokuva.html>
97. The Fifth Framework Programme. 1998-2002.  
<http://cordis.europa.eu/fp5/>
98. The Verona Initiative. WHO European Health Communication Network, July. 2000. <http://www.who.dk>

99. Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007-2015 metmenys.  
[http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos\\_politika/RT%20Vizija%2011.pdf](http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos_politika/RT%20Vizija%2011.pdf)
100. Vilkas E. Gyvenimo kokybė. 2006; 31.  
<http://www.veidas.lt/lt/leidinys.full/44d324ae0d263>

## 9. PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

### **Moksliniai straipsniai:**

1. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Butkienė B., Butikis M., Savičiūtė R. Gyvenimo kokybės ir amžiaus integralumo bruožai. Gerontologija. 2008;9(4):207-213
2. Filipavičiūtė R., Juozulynas A., Butikis M., Butkienė B., Jurgelėnas A. Pagyvenusių žmonių sveikatos stiprinimo situacijos vertinimas. Gerontologija. 2008;9(1):21-26
3. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Greičiūtė K., Butikis M. Senėjimas ir gyvenimo kokybė. Gerontologija. 2007;8(2):92-96.
4. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Marcijonas A., Šurkienė G., Gocentas A., Butikis M. Visuomenės sveikatos darbuotojų gyvenimo kokybė. Sveikatos mokslai. 2005;15(2):76–80.

### **Skaityti pranešimai:**

#### *Tarptautinės konferencijos*

1. Juozulynas A., Butikis M. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo jaunimo tarpe integralios rizikos ir prevencijos tyrimas. Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija „Narkotikų kontrolė ir narkomanijos prevencija 2008 m.: jaunimas ir narkotikai“, 2008 m. lapkričio 6, 7 d. Vilnius.
2. Butikis M., Juozulynas A., Jurgelėnas A. Sveikatos socialinės plėtros integralus vertinimas miesto bendruomenėje. Biomedicininė inžinerija. Kauno technologijos universitetas. 2007 m. spalio 25, 26 d. Kaunas. p. 11-13.
3. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Butikis M. Biomedicininės informacijos sklaidos sveikatos socialinės plėtros erdvėje adaptyvus modelis. Biomedicininė inžinerija. Kauno technologijos universitetas. 2007 m. spalio 25, 26 d. Kaunas. p. 14-17.



**Kitos publikacijos:**

***Kiti moksliniai straipsniai***

1. 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
2. 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
3. Juozulynas A., Astrauskienė A., Jurgelėnas A., Šurkienė G., Butikis M. Alkoholio ir rūkymo socialinės sąsajos. *Sveikatos mokslai*. 2008;5(59):1938-1941.

## 10. PRIEDAI

### 1. Priedas *Vilniaus miesto gyventojų struktūra pagal lytį ir amžių 2004 m. sausio 1d.*

Amžius	Viso	Vyrai		Moterys	
		n	proc	n	proc
Viso	436607	192855	44,2	243752	55,8
18-19	15686	7870	50,1	7816	49,9
18-24	47003	22515	47,9	24488	52,1
25-39	44463	21062	47,3	23401	52,7
30-34	44662	22227	49,7	22435	50,3
35-39	41347	19747	47,7	21600	52,3
40-44	44729	20556	45,9	24173	54,1
45-49	39193	17463	44,5	21730	55,5
50-54	35493	15185	42,7	20308	57,3
55-59	28393	11541	40,6	16852	59,4
60-64	26830	10968	40,8	15862	59,2
65-69	23546	9019	38,3	14527	61,7
70-74	19266	7334	38,1	11932	61,9
75-79	14822	4594	30,9	10228	69,1
80-84	6932	1734	25,1	5198	74,9
85+	4242	1040	24,5	3202	75,5

Šaltinis: *Demografiniai statistikos departamento duomenys, V., 2004 m*

### 2. Priedas. *Vilniaus miesto gyventojų imtis pagal 2004m. sausio 1d gyventojų struktūrą*

Amžius	Viso	Vyrai		Moterys	
		n	proc	n	proc
Viso	1200	516	44,7	674	55,3
18-19	48	21	43,7	27	56,3
20-24	131	62	47,3	69	51,7
25-39	119	57	47,8	62	51,2
30-34	119	53	52,1	56	47,9
35-39	107	53	48,5	54	50,5
40-44	119	57	47,8	62	52,2
45-49	108	48	44,4	60	55,6
50-54	96	42	43,7	54	56,3
55-59	84	32	38,1	52	61,9
60-64	72	32	44,4	40	55,6
65-69	60	26	43,3	34	56,7
70-74	48	15	31,2	33	68,8
75-79	48	8	16,6	40	83,4
80-84	23	5	21,7	18	78,3
85+	18	5	27,7	13	94,3

### 3. Priedas

*Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas, VU MF Visuomenės sveikatos institutas, Higienos institutas, Valstybinis aplinkos sveikatos centras, Respublikinis mitybos centras*

## SVEIKATOS, APLINKOS IR GYVENIMO KOKYBĖS INTEGRUOTAS TYRIMAS

**Anketa**  
**Vilnius, 2004**  
**(A)**

---

---

**Gerbiamasis (-oji),**

Šiuo tyrimu siekiame išryškinti svarbiausias Vilniaus miesto gyventojų sveikatos, kaip sudėtingos sistemos, problemas.

Gauti duomenys bus naudojami sveikatos mokslo ir sveikatos priežiūros ir socialinėms programoms Vilniaus mieste. Todėl maloniai kviečiame Jus bendradarbiauti formuojant šiuolaikinę visuomenės sveikatos plėtros politiką ir prašome užpildyti šią anketą.

*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.*

Jeigu norite daugiau sužinoti apie šį tyrimą, prašome kreiptis adresu: Žygimantų 9, Vilnius, tel. 2617985.

---

---

1. Nr.....

2. Naujausiais moksliniais tyrimais įrodyta, kad visuomenės sveikata yra ne tik ligų nebuvimas, bet žmonių fizinė, socialinė ir dvasinė gerovė. Ji priklauso ne tik nuo medicinos paslaugų, bet ir nuo ekonomikos lygio, aplinkos būklės, o jų sąveika yra svarbi gyvenimo kokybės sąlyga. Todėl formuojant teisingą sveikatos ir socialinę politiką svarbu įvertinti integralią šių veiksnių tarpusavio sąveiką.

Ar Jūs sutinkate su šia nuomone? (pabraukite vieną iš atsakymų)

Sutinku....1; Nesutinku.....2; Nežinau....3.

3. Ar sutinkate, kad žmonės turėtų aktyviau dalyvauti sprendžiant svarbias sveikatos ir gyvenimo problemas Lietuvoje? (pabraukite vieną iš atsakymų)

Sutinku....1; Nesutinku....2; Nežinau....3.

#### **A. 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)

<i>A. Kokia buvo Jūsų bendra savijauta pastarosiomis savaitėmis?</i>	0	1	2	3
A1. Ar gerai jautėtės?	<i>geriau nei paprastai-0</i>	<i>taip pat-1</i>	<i>blogiau nei paprastai-2</i>	<i>daug blogiau nei paprastai-3</i>
A2. Ar teko vartoti vaistus, kad pasijustumėte geriau?	<i>ne-0</i>	<i>ne dažniau nei paprastai-1</i>	<i>daugiau nei paprastai-2</i>	<i>daug daugiau nei paprastai-3</i>
A3. Ar jautėtės išsekęs (-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>
A4. Ar jautėtės pasiligojęs (-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>
A5. Ar skaudėjo galvą?	<i>ne-0</i>	<i>ne stipriau nei paprastai-1</i>	<i>stipriau nei paprastai-2</i>	<i>daug stipriau nei paprastai-3</i>
A6. Ar jautėte galvoje sunkumą ar spaudimą?	<i>ne-0</i>	<i>ne stipriau nei paprastai-1</i>	<i>stipriau nei paprastai-2</i>	<i>daug stipriau nei paprastai-3</i>
A7. Ar Jus pylė karštis ir krėtė šaltis?	<i>ne-0</i>	<i>ne daugiau nei paprastai-1</i>	<i>daugiau nei paprastai-2</i>	<i>daug daugiau nei paprastai-3</i>
<i>B. Ar pastarosiomis</i>	0	1	2	3

<i>savaitėmis buvo dėl ko nerimauti ir prastai miegojote?</i>				
B1. Ar dėl jaudinimosi sutriko miegas?	<i>ne-0</i>	<i>ne labiau nei paprastai-1</i>	<i>labiau nei paprastai-2</i>	<i>daug labiau nei paprastai-3</i>
B2. Ar negalavimas trukdė miegoti?	<i>ne-0</i>	<i>ne daugiau nei paprastai-1</i>	<i>daugiau nei paprastai-2</i>	<i>daug daugiau nei paprastai-3</i>
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>

<b><i>C. Kaip Jums sekėsi per pastarąsias savaites dirbti įprastinius darbus?</i></b>	<b><i>0</i></b>	<b><i>1</i></b>	<b><i>2</i></b>	<b><i>3</i></b>
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>
<b><i>D. Kokia pastarosiomis</i></b>	<b><i>0</i></b>	<b><i>1</i></b>	<b><i>2</i></b>	<b><i>3</i></b>

<i>savaitėmis buvo Jūsų nuomonė apie gyvenimą apskritai?</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-<sub>2</sub></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-<sub>2</sub></i>	<i>persekiojo-3</i>

<b>Ar dažnai per praėjusį mėnesį Jūs:</b>	<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 sudirgavote 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?	Nesirgau	Lėtinė	Lėtinė su paūmėjimais	Ūmi (1-2 kartus)	Ūmi (3 ir daugiau kartų)
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. Artrozė (reumatoidinis artritas)	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

### **B. POREIKIAI** (pabraukite kiekvieno klausimo vieną iš atsakymų)

Ar labai Jums trūksta šiuo metu žemiau išvardintų dalykų?	Visai netrūksta	Netrūksta	Vidutiniškai	Trūksta	Labai trūksta
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 grynujų pinigų vidutiniškai tenka vienam Jūsų šeimos nariui per mėnesį?

.....Lt (įrašykite sumą)

**C. GYVENIMO KOKYBĖ** (pabraukite kiekvieno klausimo vieną iš atsakymų)

Gyvenimo kokybė yra **Jūsų vaidmens gyvenime suvokimas** atsižvelgiant į gyvenamojo meto realybę, asmeninius Jūsų tikslus, išgyvenimus, interesus, vertybes.  
(pabraukite kiekvieno klausimo vieną atsakymą)

F12 Ar jaudinatės dėl jaučiamo skausmo ar nemalonių pojūčių?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F13 Kaip sunku Jums įveikti skausmą ar nemalonus pojūčius?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F14 Kaip stipriai Jūs jaučiate, kad (fizinis) skausmas neleidžia Jums daryti to, ką privalote daryti?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F22 Kaip greitai Jūs pavargstate?	<i>Nepavarg stu-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač greitai-5</i>
F24 Kaip labai Jums trukdo nuovargis?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F32 Ar turite sunkumų dėl miego?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai daug-4</i>	<i>Ypač daug-5</i>
F34 Ar Jums kelia rūpesčių miego sutrikimai?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F41 Ar Jūs dziaugiatės gyvenimu?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F43 Ar Jūs rūpinatės savo ateitimi?	<i>Visai ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F44 Ar daug teigiamų pojūčių Jūs patiriate savo gyvenime?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač daug-5</i>
F53 Ar Jums lengvai pavyksta sutelkti dėmesį?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač lengvai-5</i>
F61 Kaip vertinate save?	<i>Visai ne-vertinu-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač gera-5</i>
F62 Ar pasitikite savimi?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F72 Ar Jums trukdo Jūsų išvaizda?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F73 Ar dėl kokios nors Jūsų išvaizdos detalės Jūs jaučiatės nepatogiai?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F82 Ar kartais jaučiate nerimą?	<i>Visai ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F83 Ar liūdesys ir depresija trukdo Jums atlikti kasdieninius darbus?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F84 Kaip labai Jus vargina įvairios depresijos?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F102 Ar sunku dirbti kiekvieną dieną?	<i>Visai ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniau siai-4</i>	<i>Pilnai-5</i>
F104 Ar kokie nors sunkumai trukdo Jums atlikti kasdienius darbus?	<i>Visai ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F112 Ar labai esate priklausomas nuo vaistų, kad galėtumėte gyventi įprastą gyvenimą?	<i>Visai ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F113 Ar Jums reikia medicinos priežiūros ir gydymo kasdieniame gyvenime?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F114 Ar labai Jūsų gyvenimo kokybė priklauso nuo medicinos	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>



pagalbos ir medikamentų?					
F131 Ar jaučiatės gyvenime vienišas (-a)?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F152 Ar Jūsų seksualiniai poreikiai patenkinami?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F154 Ar Jūs susiduriate su sunkumais seksualiniame gyvenime?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F161 Ar jaučiatės saugus (-i) gyvenime?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F162 Ar jaučiatės gyvenęs saugioje aplinkoje?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F163 Ar jaudinatės dėl savo saugumo?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač stipriai-5</i>
F171 Ar patogi vieta (butas), kurioje gyvenate?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F174 Ar Jums patinka vieta, kurioje gyvenate?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F182 Ar turite finansinių sunkumų?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač daug-5</i>
F184 Ar Jums kelia rūpestį pinigai?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač stipriai-5</i>
F191 Ar lengvai galite gauti medicinos pagalbą?	<i>Visai negaliu-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš ka-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač lengva-5</i>
F213 Ar džiaugiatės laisvalaikiu?	<i>Nei kiek-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač stipriai-5</i>
F221 Ar sveika Jūsų fizinė aplinka?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypatingai-5</i>
F222 Ar Jūs esate susirūpinę dėl triukšmingos aplinkos?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač stipriai-5</i>
F232 Ar išskyla kokių nors rūpesčių dėl transporto?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač daug-5</i>
F234 Ar transporto sunkumai varžo Jūsų gyvenimą?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač stipriai-5</i>

F21 Ar turite pakankamai energijos kasdieniniame gyvenime?	<i>Visai neturiu-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Pakankamai-5</i>
F71 Ar Jūs patenkintas (-a) savo išvaizda?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>
F101 Ar Jūs galite dirbti kiekvieną dieną?	<i>Visai ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Pilnai-5</i>
F111. Ar esate priklausomas (-a) nuo vaistų?	<i>Ne-1</i>	<i>Truputį-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>
F141 Ar gaunate reikalingą paramą iš kitų?	<i>Ne-1</i>	<i>Nelabai-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>
F142 Ar galite pasikliauti savo draugais, kai Jums jų reikia?	<i>Ne-1</i>	<i>Nelabai-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>
F172 Ar namai (butas) atitinka Jūsų poreikius?	<i>Ne-1</i>	<i>Nelabai-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>
F181 Ar Jums užtenka pinigų savo poreikiams patenkinti?	<i>Ne-1</i>	<i>Nelabai-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>
F201 Ar informacija, reikalinga kasdieniame gyvenime, Jums yra prieinama?	<i>Ne-1</i>	<i>Nelabai-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>
F202. Ar galite gauti Jums	<i>Ne-1</i>	<i>Nelabai-2</i>	<i>Vidutiniš</i>	<i>Dažniau-</i>	<i>Visiškai-5</i>

reikalingos informacijos?			<i>kai-3</i>	<i>siai-4</i>	
F211 Ar galite laisvalaikiu užsiimti mėgstama veikla?	<i>Ne-1</i>	<i>Nelabai-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>
F212 Ar sugebate atsipalaiduoti ir linksmintis?	<i>Ne-1</i>	<i>Nelabai-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>
F231 Ar Jums prieinamos reikalingos transporto priemonės?	<i>Ne-1</i>	<i>Nelabai-2</i>	<i>Vidutiniš kai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Visiškai-5</i>

G2. Kaip labai Jūs patenkintas (-a) savo gyvenimo kokybe?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
G3. Apskritai, kaip Jūs patenkintas (-a) savo gyvenimu?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
G4. Kaip labai Jūs patenkintas (-a) savo sveikata?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F23 Ar Jūs patenkintas (-a) savo turima energija?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F33 Ar Jūs patenkintas (-a) savo miego kokybe?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F52 Ar Jūs patenkintas (-a) savo gebėjimu isisavinti naują informaciją?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F54 Ar Jūs patenkintas (-a) savo gebėjimu priimti sprendimus?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F63 Ar Jūs savimi patenkintas (-a) ?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F64 Ar Jūs patenkintas (-a) savo sugebėjimais?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F74 Kaip Jūs patenkintas (-a) savo išvaizda?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F103 Ar Jūs patenkintas (-a) savo gebėjimais atlikti kasdienes darbus?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F133 Ar Jūs patenkinti savo asmeniniai santykiai?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F153 Ar Jūs patenkintas (-a) savo seksualiniu gyvenimu?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F143. Ar Jūs patenkintas (-a) savo šeimos parama?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F144 Ar Jūs patenkintas (-a) savo draugų parama?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F134 Ar Jūs patenkintas (-a) savo gebėjimu paremti kitus?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F164 Ar Jūs patenkintas (-a) savo fizine sauga ir saugumu?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F173 Ar Jūs patenkintas(-a) savo gyvenamosios vietos sąlygomis?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F183 Kaip Jūs vertinate savo finansinę padėtį?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F193 Ar esate patenkinti medicinos pagalbos prieinamumu?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F194 Ar esate patenkinti socialinių tarnybų paslaugomis?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F203 Ar Jūs patenkinti turimomis galimybėmis įgyti naujų įgūdžių?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F204 Ar esate patenkinti savo galimybėmis gauti naujos informacijos?	<i>Labai nepat -1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>

F214 Ar Jūs patenkinti tuo, kaip leidžiate savo laisvalaikį?	<i>Labai nepat-1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F223 Ar patenkinti savo fizine aplinka (užterštumas, klimatas triukšmas, grožis ir pan.?)	<i>Labai nepat-1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F224 Ar esate patenkintas(-a) savo gyvenamos vietovės klimatu?	<i>Labai nepat-1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F233 Ar esate patenkinti savo transporto priemone?	<i>Labai nepat-1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
F132 Ar Jūs patenkinti savo santykiais su šeimos nariais?	<i>Labai nepat-1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3.</i>	<i>Patenkin-tas-4</i>	<i>Labai pat-5.</i>
G1. Kaip Jūs įvertintumėte savo gyvenimo kokybę?	<i>Labai prastai-1</i>	<i>Prastai-2</i>	<i>Nei prastai, nei gerai-3</i>	<i>Gerai-4</i>	<i>Labai gerai-5</i>
F151 Kaip Jūs vertinate savo seksualinį gyvenimą?	<i>Labai prastai-1</i>	<i>Prastai-2</i>	<i>Nei prastai, nei gerai-3</i>	<i>Gerai-4</i>	<i>Labai gerai-5</i>
F31 Ar gerai miegate?	<i>Labai blogai-1</i>	<i>Blogai-2</i>	<i>Nei blogai, nei gerai-3</i>	<i>Gerai-4</i>	<i>Labai gerai-5</i>
F51 Kaip vertinate savo atmintį?	<i>Labai prastai-1</i>	<i>Prastai-2</i>	<i>Nei prastai, nei gerai-3</i>	<i>Gerai-4</i>	<i>Labai gerai-5</i>
F192 Kaip vertinate teikiamas socialines paslaugas?	<i>Labai prastai-1</i>	<i>Prastai-2</i>	<i>Nei prastai, nei gerai-3</i>	<i>Gerai-4</i>	<i>Labai gerai-5</i>

F11 Ar dažnai jautėte (fizinį) skausmą?	<i>Niekada-1</i>	<i>Retai-2</i>	<i>Gana dažnai-3</i>	<i>Labai dažnai-4</i>	<i>Nuolat-5</i>
F42 Ar dažnai jaučiatės patenkintas(-a)?	<i>Niekada-1</i>	<i>Retai-2</i>	<i>Gana dažnai-3</i>	<i>Labai dažnai-4</i>	<i>Nuolat-5</i>
F81 Ar dažnai jautėte neigiamas emocijas, pvz., nerimą, blogą nuotaiką, depresiją ir t.t.?	<i>Niekada-1</i>	<i>Retai-2</i>	<i>Gana dažnai-3</i>	<i>Labai dažnai-4</i>	<i>Nuolat-5</i>

F121 Ar Jūs galite dirbti?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniškai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Pilnai-5</i>
F122. Ar jaučiate, kad galite atlikti savo pareigas?	<i>Visai ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniškai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Pilnai-5</i>
F124 Ar Jūs patenkintas (-a) savo sugebėjimais dirbti?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniškai-3</i>	<i>Dažniausiai-4</i>	<i>Pilnai-5</i>
F123 Kaip vertinate savo gebėjimą dirbti?	<i>Labai blogai-1</i>	<i>Blogai-2</i>	<i>Nei gerai, nei blogai-3</i>	<i>Gerai-4</i>	<i>Labai gerai-5</i>

F91 Kaip Jūs vertinate savo sugebėjimą judėti?	<i>Labai blogai-1</i>	<i>Blogai-2</i>	<i>Vidutiniškai-3</i>	<i>Gerai-4</i>	<i>Labai gerai-5</i>
F93 Ar Jums kelia rūpesčių Jūsų nejudrumas?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniškai-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Labai stipriai-5</i>
F94 Ar judėjimo sunkumai apriboja Jūsų kasdienį aktyvumą?	<i>Visai ne-1</i>	<i>Nežymiai-2</i>	<i>Vidutiniškai-3</i>	<i>Labai stipriai-4</i>	<i>Ypač stipriai-5</i>
F92. Ar Jūs patenkinti savo gebėjimu judėti?	<i>Labai Nepat-1.</i>	<i>Nepat-2</i>	<i>Nei pat., nei nepat-3</i>	<i>Patenkin Tas-4</i>	<i>Labai Pat.-5</i>

F241 Ar Jūsų įsitikinimai suteikia gyvenimui prasmės?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniškai-3</i>	<i>Labai Daug-4</i>	<i>Ypač daug-5</i>
F242 Ar Jūsų gyvenimas yra prasmingas?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniškai-3</i>	<i>Labai Daug-4</i>	<i>Ypač daug-5</i>
F243 Ar Jūsų asmeniniai įsitikinimai padeda Jums drašiai sutikti gyvenimo sunkumus?	<i>Ne-1</i>	<i>Šiek tiek-2</i>	<i>Vidutiniškai-3</i>	<i>Labai Daug-4</i>	<i>Ypač daug-5</i>
F244 Kaip stipriai Jūsų įsitikinimai	<i>Nei</i>	<i>Truputį-2</i>	<i>Šiek tiek-3</i>	<i>Labai-4</i>	<i>Ypač</i>

padeda suprasti gyvenimo sunkumus?	kiek-1				stipriai-5
------------------------------------	--------	--	--	--	------------

**D. VERTYBĖS** (pabraukite kiekvieno klausimo vieną iš atsakymų)

Ar Jums svarbūs šie dalykai?	Visai nesvarbu	Nesvarbu	Vidutiniškai	Svarbu	Labai svarbu	Nežinau
V1. Pinigai	1	2	3	4	5	9
V2. Pilietinė meilė	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. Laisvė	1	2	3	4	5	9
V7. Sąžinės laisvė	1	2	3	4	5	9
V8. Tikėjimas	1	2	3	4	5	9
V9. Viltis	1	2	3	4	5	9
V10. Atsakomybė	1	2	3	4	5	9
V11. Lygybė	1	2	3	4	5	9
V12. Gyvenimo prasmė	1	2	3	4	5	9
V13. Pagarba gyvybei	1	2	3	4	5	9
V14. Teisingumas	1	2	3	4	5	9
V15. Seksas, erotika	1	2	3	4	5	9
V16. Asmens orumas	1	2	3	4	5	9

**E. NAMŲ APLINKA** (pabraukite kiekvieno klausimo vieną iš atsakymų)

Ar turite problemų ar nepatogumų savo namuose dėl žemiau išvardintų dalykų visais metų laikais?	Problemų nėra	Problemų, nepatogumų nedaug	Vidutiniškai	Dideli nepatogumai, problemos	Labai didelės problemos
N1. Oro temperatūros bute (žiema, vasara, 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, vasara)	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 neįgaliesiems	1	2	3	4	5
N15. Kita	1	2	3	4	5

<b>Ką Jūs manote apie kiekvieną iš žemiau pateiktų nuomonių, kurias žmonės gali turėti apie savo būstą?</b> (Apibraukite kiekvieno teiginio vieną atsakymą)	<i>Visiškai sutinku</i>	<i>Sutinku</i>	<i>Nei sutinku, nei nesutinku</i>	<i>Nesutinku</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 saugūs	1	2	3	4	5
NN10. Mano būstas išreiškia mano asmenybę ir vertybes	1	2	3	4	5

**F. MAISTAS** (atsakydami apibraukite kiekvieno klausimo ar teiginio vieną atsakymą)

<b>Kiek kartų per savaitę Jūs valgote žemiau išvardintus maisto produktus?</b>	<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 jū 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 sūdate 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>

<b>Ar dažnai vartojate šiuos alkoholinius gėrimus?</b>	<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) \_\_\_\_\_

**Apie rūkymą**

R1. Kaip 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:**

Iki 5-6 cigarečių per dieną	1
Iki 10 cigarečių per dieną	2
Iki 20 cigarečių per dieną	3
Daugiau kaip 20 cigarečių per dieną	4
Cigarečių nerūkau (rūkau kitas rūkalų rūšis)	5

**G. SVEIKATOS PRIEŽIŪRA** (atsakydami apibraukite kiekvieno teiginio ar klausimo vieną atsakymą)

<b>Į kokias gydymo įstaigas ir kiek kartų per pastaruosius vienerius metus Jūs pats kreipėtės ar buvote nukreiptas gydytis?</b>	<i>Nesigy-džiau</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

<b>Pas kokius gydytojus ir kiek kartų Jūs kreipėtės per pastaruosius vienerius metus?</b>	<i>Nesigy-džiau</i>	<i>1-2 kartus</i>	<i>3-4 kartus</i>	<i>5-6 kartus</i>	<i>7 ir daugiau</i>
GD1. pas bendrosios praktikos gydytoją	1	2	3	4	5
GD2. pas neurologą	1	2	3	4	5
GD3. pas kardiologą	1	2	3	4	5
GD4. pas reumatologą	1	2	3	4	5
GD5. pas chirurgą	1	2	3	4	5
GD6. pas okulistą	1	2	3	4	5
GD7. pas ausų, nosies, gerklės gydytoją	1	2	3	4	5
GD8. pas dermatologą	1	2	3	4	5
GD9. pas psichiatrą	1	2	3	4	5
GD10. pas urologą	1	2	3	4	5
GD11. pas ginekologą	1	2	3	4	5
GD12. pas endokrinologą	1	2	3	4	5
GD13. pas seksologą	1	2	3	4	5
GD14. pas onkologą	1	2	3	4	5
GD15. pas kitus specialistus	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?	Labai gerai	Gerai	Nei gerai nei blogai	Blogai	Labai blogai	Nežinau
KK1. Gydytojų darbą	1	2	3	4	5	6
KK2. Gydytojų rezultatus	1	2	3	4	5	6
KK3. Galimybę patekti pas norimą specialistą	1	2	3	4	5	6
KK4. Galimybę patekti į pageidaujamą gydymo įstaigą	1	2	3	4	5	6
KK5. Galimybę gauti sanatorinį gydymą	1	2	3	4	5	6
KK6. Galimybę gauti reabilitacinį gydymą	1	2	3	4	5	6
KK7. Medicinos personalo profesinį lygį	1	2	3	4	5	6
KK8. Medicinos personalo skiriamą dėmesį	1	2	3	4	5	6
KK9. Galimybę asmeniškai atsilyginti gydytojams	1	2	3	4	5	6
KK10. Sveikatos priežiūros kokybę valstybinėse įstaigose	1	2	3	4	5	6
KK11. Sveikatos priežiūros kokybę privačiose įstaigose	1	2	3	4	5	6
KK12. Medikų teikiamą informaciją apie pacientų sveikatą	1	2	3	4	5	6

## H. APIE JUS

AMŽIUS. Kiek Jums metų? \_\_\_\_\_ LT. Jūsų lytis? Vyras...1 Moteris....2

### ISL. Koks Jūsų išsimokslinimas?

Nesimokiau \_\_\_\_\_ 1  
 Pradinis \_\_\_\_\_ 2  
 Nebaigtas vidurinis \_\_\_\_\_ 3  
 Vidurinis (ir spec.) \_\_\_\_\_ 4  
 Aukštesnysis \_\_\_\_\_ 5  
 Nebaigtas aukštasis \_\_\_\_\_ 6  
 Aukštasis \_\_\_\_\_ 7

### PRP. Jūsų profesija

Darbininkas \_\_\_\_\_ 1  
 Bedarbis \_\_\_\_\_ 2  
 Pensininkas \_\_\_\_\_ 3  
 Namų šeimininkė \_\_\_\_\_ 4  
 Tarnautojas \_\_\_\_\_ 5  
 Vadovas, specialistas \_\_\_\_\_ 6  
 Kita \_\_\_\_\_ 7

### SMP. Šeimos padėtis:

Vedęs (ištekęs) \_\_\_\_\_ 1  
 Nevedęs (neištekėjęs) \_\_\_\_\_ 2  
 Išsituokęs (-usi) \_\_\_\_\_ 3  
 Našlys (našlė) \_\_\_\_\_ 4  
 Gyvena atskirai su vyru (su žmona) \_\_\_\_\_ 5

### J2. Pažymėkite kokiam grupei jūs priklausote pagal gaunamas mėnesines pajamas vienam šeimos nariui?

Iki 110 Lt.....1	291-310Lt.....8	491-510Lt.....15
111-140Lt.....2	311-340Lt.....9	511-540Lt.....16
141-170Lt.....3	341-370Lt.....10	541-570Lt.....17
171-200Lt.....4	371-400Lt.....11	571-600Lt.....18
201-230Lt.....5	401-430Lt.....12	601-630Lt.....19
231-260Lt.....6	431-460Lt.....13	631-660Lt.....20
261-290Lt.....7	461-490Lt.....14	661-700Lt.....21
		daugiau 700Lt...22

Ačiū už malonų bendradarbiavimą