

Ieva Salmane-Kuļikovska

BEZRECEPŠU MEDIKAMENTU,
VITAMĪNU UN UZTURA BAGĀTINĀTĀJU
LIETOŠANA LATVIJĀ

Promocijas darbs
sociālo zinātņu doktora zinātniskā grāda iegūšanai

Specialitāte – socioloģija

Darba zinātniskā vadītāja:
Dr. phil. soc. d. docente **Signe Dobelniece**



IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ



Promocijas darbs veikts ar ESF projekta
“Atbalsts doktorantiem studiju programmas apguvei un
zinātniskā grāda ieguvei Rīgas Stradiņa universitātē”
finansiālu atbalstu

Rīga, 2014

ANOTĀCIJA

Latvijā ik gadu pieaug dažādu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu patēriņš. Palielinoties bezrecepšu līdzekļu (bezrecepšu medikamentu, vitamīnu un uztura bagātinātāju) pieejamībai, indivīdu apziņā tie aizvien vairāk kļūst līdzīgi patēriņa precēm, radot maldīgu priekšstatu, ka šo līdzekļu lietošana ir pilnīgi droša. Lietojot bezrecepšu līdzekļus, konsultācija ar mediķi bieži nenotiek un šo līdzekļu lietošanu ietekmē citi informācijas avoti, t. sk. arī dažādi sociāli faktori. Pasaules Veselības organizācija (turpmāk – PVO) pētnieki norāda uz nepieciešamību noteikt un apzināties katra reģiona raksturīgās medikamentu un citu līdzekļu lietošanas tendences un ar to lietošanu saistītās problēmas – šādi reģionu raksturojoši dati var kalpot kā turpmāko ārstēšanas līdzekļu racionālas lietošanas programmu izstrādes pamats. Līdzīgi kā citviet pasaulē, veselības aprūpes politikā Latvijā tiek uzsvērta nepieciešamība sekmēt racionālu zāļu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanu. Jēdziens „racionāla lietošana” ir daudzdimensionāls: ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitāte ietver indivīda sociāli konstruētus priekšstatus par šo līdzekļu efektivitāti, kā arī rīcības sociālu un ekonomisku pamatojumu.

Promocijas darba teorētisko daļu veido ārstēšanas līdzekļu lietotāja rīcības analīze, izmantojot dažādas pētījuma perspektīvas. Tās ir teorijas par aģenta (pētījuma kontekstā – indivīda) un struktūras mijiedarbību, kā arī teorijas, kas attiecināmas uz indivīda un sistēmas savstarpējo ietekmi. Aģenta un struktūras mijiedarbības ilustrēšanai izmantotas galvenokārt sociologu P. Burdjē un E. Gidensa teorijas, ar veselību saistītā dzīvesveida teorija, kuras autors ir medicīnas sociologs V. Kokerhems, kā arī tradicionāli patērētāju segmentēšanai paredzētā psihogrāfijas teorija. Indivīda un sistēmas mijiedarbības un atšķirīgo racionalitātes izpausmju sadursmes raksturošanai darbā izmantota J. Habermāsa komunikatīvās rīcības teorija. Empīrisku datu ieguvei un interpretācijai izmantoti teorētiskajā izpētē noteiktie ar ārstēšanas līdzekļu lietošanu saistītie faktori un tos raksturojoši indikatori. Ar kvantitatīva pētījuma palīdzību raksturota indivīda specifiskā slimības un veselības uzvedības forma – bezrecepšu līdzekļu lietošana, kā arī faktori, kas uzskatāmi par lietošanu ietekmējošiem vai ar to saistītiem, par vienu no svarīgākajiem norādot tieši ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitātes raksturīgās izpausmes – indivīdu priekšstatus par ārstēšanas līdzekļu efektivitāti, īpašībām, lietošanas nepieciešamību un nozīmi.

Atslēgvārdi: bezrecepšu līdzekļi, medikamenti, vitamīni, uztura bagātinātāji, lietošanas paradumi, indivīda rīcību ietekmējoši faktori, ar rīcību saistīti faktori, racionalitāte

ANNOTATION

Consumption of medicines in Latvia increases every year. Widespread availability of non-prescription medicines, vitamins and nutritional supplements changes individuals from patients into consumers and also promotes for false perceptions – a tendency to think that no risk is associated with the use of these products. Using non-prescription products, consumers often do not consult medical experts, and users' behaviour is influenced by other information sources and different social factors. Recommendations of WHO suggest that each territory may possess distinctive patterns and determinants of medicines' and other pharmaceutical products' use. Identifying the regionally-specific situation may help elaborate programmes promoting for rational use of medicines and other non-prescription products. Like in other countries, public health programmes in Latvia enclose the concept "rational use of medicines". This concept is multidimensional; for individuals the "rationality" of taking medicines and remedies is based on the (re)interpretation of their value to the consumer – perceived efficiency and necessity of these medicines, and this perception is influenced by cultural and socio-economic factors. The theoretical part of the thesis encloses examination of user's behaviour from different perspectives – mutual impact of the agency and the structure and also linkage between the individual and the system. The influence of the structure manifests itself in individuals' different lifestyle patterns – both health lifestyle and also consumer's characteristics. The Theory of the Communicative Action by J. Habermas is the basis for characterizing linkage between individual and system. Empirical study examines the impact and association between the use of non-prescription products and a number of factors, derived out of the analysis of the theoretical literature and empirical research evidence. The impact of the factors on the use of non-prescription medicines and products and association between the variables are identified with a help of quantitative research methods. The study particularly focuses on the rationality of a user – individual's perceptions regarding efficiency, properties, necessity and significance of medicines and also the impact of this subjective rationality on the use of non-prescription products.

Keywords: Non-prescription medicines and products, medicines, vitamins, nutritional supplements, determinants, patterns, associated factors, rationality

SATURS

Anotācija.....	2
Annotation	3
Saturs	4
Attēlu saraksts	5
Tabulu saraksts	6
Darbā lietotie saīsinājumi	8
Ievads.....	9
Problēmas pamatojums un pētnieciskā temata raksturojums	9
Pētījuma teorētiskais pamatojums	15
Pētījuma metodoloģiskais pamatojums un izvirzītās hipotēzes.....	18
Promocijas darba zinātniskā novitāte un praktiskā nozīme	21
Darba struktūra	22
1. Ārstēšanas līdzekļu lietotāja uzvedību ietekmējošu faktoru raksturojums...	24
1.1. Ārstēšanas līdzekļu lietotāja un strukturālo faktoru mijiedarbība.....	24
1.2. Sistēmas ietekme uz ārstēšanas līdzekļu lietotāju	31
1.3. Jēdzienu „veselība” un „slimība” subjektīvā interpretācija	48
1.4. Ārstēšanas līdzekļu lietotāja uzvedības modeļi.....	55
1.5. Indivīda subjektīvā racionalitāte	61
2. Medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas pētījumi.....	66
2.1. Pētniecības vēsture un tradīcijas ārvalstīs	66
2.2. Pētniecības tradīcijas Latvijā.....	70
3. Latvijas iedzīvotāju bezrecepšu līdzekļu lietošanas paradumi	73
3.1. Empīriskā pētījuma metodoloģija	73
3.2. Iegūtās izlases raksturojums.....	86
3.3. Bezrecepšu līdzekļu lietošanas tendences Latvijā.....	88
3.4. Līdzekļu lietotāju un neliidotāju demogrāfiskais profils.....	98
3.5. Dažādu bezrecepšu līdzekļu kategoriju lietošana	103
3.6. Ārstēšanas līdzekļu lietotāju racionalitātes izpausmes Latvijā	105
3.6.1. Indivīda priekšstati par izvēli ietekmējošiem faktoriem	105
3.6.2. Uzskati un priekšstati par ārstēšanas līdzekļiem	108
3.7. Indivīda holistiskā veselības stāvokļa raksturojums	116
3.8. Veselības dzīvesveids.....	126
3.9. Indivīda kā patērētāja raksturojums	129
3.10. Informācijas avotu izvērtējums	133
3.11. Līdzekļu un veselības aprūpes iestāžu pieejamības novērtējums....	142
Secinājumi	144
Pateicība	153
Izmantotā literatūra.....	154
Publikācijas un ziņojumi par promocijas darba tēmu.....	169
Pielikumi.....	174

ATTĒLU SARAKSTS

1.1. att. Veselības dzīvesveida paradigma	28
1.2. att. Dzīvesveida hierarhija	31
1.3. att. J. Habermāsa sociālās rīcības veidu tipoloģija	37
1.4. att. Attiecības starp dažādām slimības kategorijām	49
1.5. att. Indivīda rīcība veselības traucējumu gadījumos.....	54
1.6. att. Indivīda lēmuma pieņemšanas procesa raksturojums.....	56
1.7. att. Indivīda lēmumu par medikamentu lietošanu ietekmējoši sociāli un biheiviorāli faktori	57
3.1. att. Respondentu ienākumu līmenis, vidēji uz vienu personu mājsaimniecībā, %, n=506.....	88
3.2. att. Respondentu viedokļi par to, kas visvairāk ietekmē viņu lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786	106
3.3. att. Iedzīvotāju veselības pašnovērtējums, %, n=786	117
3.4. att. Veselības stāvokļa pašnovērtējuma tipi, n=767.....	121
3.5. att. Dzīves kvalitātes aspektu novērtējums, %, n=786	125
3.6. att. Kopējais respondentu skaita sadalījums pēc uzticēšanās informācijas avotiem (1), n=786	138
3.7. att. Kopējais respondentu skaita sadalījums pēc uzticēšanās informācijas avotiem (2), n=786	138
3.8. att. Respondentu sadalījums pēc informācijas avotu sniegtās informācijas novērtējuma % (1), n=786, $p < 0,05$	139
3.9. att. Respondentu sadalījums pēc informācijas avotu sniegtās informācijas novērtējuma % (2), n=786, $p < 0,05$	139
3.10. att. Uzticēšanās sniegtās informācijas avotu sniegtajai informācijai saistība ar šīs informācijas novērtējumu, % $p < 0,05$	140
3.11. att. Respondentu sadalījums pēc bezrecepšu līdzekļu un medikālu pieejamības novērtējuma %, n=786.....	142

TABULU SARAKSTS

1.1. tabula. M. Vēbera sociālās rīcības tipoloģija J. Habermāsa interpretācijā	34
1.2. tabula. J. Habermāsa sociālās rīcības tipoloģija	35
1.3. tabula. Medikamentu lietošanu ietekmējošu faktoru modelis	58
3.1. tabula. Demogrāfiski un sociālekonomiski faktori	75
3.2. tabula. Holistiskā veselības stāvokļa raksturojums.....	76
3.3. tabula. Ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitāte	78
3.4. tabula. Individīda dzīvesveids.....	79
3.5. tabula. Individīda subjektīvais sistēmu raksturojošo faktoru novērtējums	80
3.6. tabula. Izlases datu raksturojums salīdzinājumā ar Latvijas Republikas iedzīvotāju ģenerālo kopumu 2012.gada 1.janvārī, %	86
3.7. tabula. Respondentu tautība, %.....	86
3.8. tabula. Respondentu izglītības līmenis, %, n=786.....	87
3.9. tabula. Ekonomiskās aktivitātes statusa raksturojums %, n=786	87
3.10. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pa lietoto līdzekļu grupām, n=485.....	89
3.11. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pa izplatītāko līdzekļu nominācijām, n=485	91
3.12. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc lietoto līdzekļu nomināciju skaita, n=485.....	92
3.13. tabula. Bezrecepšu līdzekļu nelietotāju sadalījums pēc nelietošanas iemesliem, n=301	93
3.14. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc līdzekļu lietošanas ilguma, n= 485, $p < 0,05$	94
3.15. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc līdzekļu lietošanas iemesla, n = 485, $p < 0,05$	94
3.16. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc attieksmes pret lietošanas informāciju, %, n=485	95
3.17. tabula. Respondentu sadalījums pēc attieksmes pret lietošanas informāciju, n=182.....	96
3.18. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc zināšanu pakāpes pašnovērtējuma, %, n=485	98
3.19. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju un nelietotāju demogrāfiskā profila salīdzinājums, %, $p < 0,05$	99
3.20. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pa izglītības grupām, %, n=485, $p < 0,05$	105
3.21. tabula. Līdzekļu lietošanas saistība ar piederību noteiktam uzskatu tipam, n = 713, %, $p < 0,05$	108
3.22. tabula. Respondentu uzskati līdzekļu efektivitāti, īpašībām, risku un lietošanas nepieciešamību, % n=786.....	109
3.23. tabula. Līdzekļu lietošanas saistība ar piederību noteiktam uzskatu tipam, %, n=747, $p < 0,05$	112
3.24. tabula. Līdzekļu lietošanas saistība ar faktoru raksturojošo pārliecību, %, n=747, $p < 0,05$	114

3.25. tabula. Risku priekšstatu saistība ar uzticēšanos informācijas avotiem, %, n=786, $p < 0,05$	115
3.26. tabula. Vīriešu un sieviešu salīdzinošais veselības pašnovērtējums %, n= 786, $p < 0,05$	117
3.27. tabula. Veselības stāvokļa raksturojums, %, n=786	118
3.28. tabula. Respondentu skaits, kas minēja veselības problēmas pēdējo triju mēnešu laikā, n=513	119
3.29. tabula. Veselības stāvokļa novērtējuma un raksturojuma korelācija, %, n=776, $p < 0,05$	120
3.30. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietošanas vai nelietošanas saistība ar veselības stāvokļa pašvērtējumu, %, n=777, $p < 0,05$	121
3.31. tabula. Vitalitātes un garīgās veselības stāvoklis, %, n=786	122
3.32. tabula. Garīgās veselības un vitalitātes rādītāju saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, $p < 0,05$	123
3.33. tabula. Dzīves kvalitātes subjektīvā vērtējuma saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, $p < 0,05$	124
3.34. tabula. Kopējās apmierinātības ar dažādiem dzīves aspektiem saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, $p < 0,05$	125
3.35. tabula. Rūpju par veselību subjektīvā vērtējuma saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, $p < 0,05$	126
3.36. tabula. Uz veselību orientētas un veselībai kaitējošas darbības, n=786	127
3.37. tabula. Veselības uzvedības darbību izplatības biežums atbilstoši raksturīgajam veselības dzīvesveidam (klasteru centru koordinātes), %, n=786.....	128
3.38. tabula. Dzīvesveida saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, $p < 0,05$	129
3.39. tabula. Psihogrāfiskā raksturojuma saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, n=785, $p < 0,05$	132
3.40. tabula. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums atkarībā no lietošanu ietekmējošiem informācijas avotiem, n =485.....	134
3.41. tabula. Respondentu, kuri nevaicāja padomu mediķim, sadalījums pēc iemesla, n=307.....	136
3.42. tabula. Respondentu sadalījums pēc rīcības pēdējā reizē, kad izjuta veselības traucējumu simptomus, n=786	136
3.43. tabula. Uzticēšanās informācijas avotiem saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, $p < 0,05$	141

DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI

AM – (*alternative medications*) – šajā pētījumā ir vitamīni, minerālvielas, homeopātiskie preparāti un uztura bagātinātāji

BM – bezrecepšu medikamenti, kas reģistrēti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā

CSP – Centrālā statistikas pārvalde

MK – Latvijas Republikas Ministru kabinets

OR – *odds ratio* (izredžu attiecība)

PTAC – Patērētāju tiesību aizsardzības centrs

PVD – Pārtikas un veterinārais dienests

PVO – Pasaules Veselības organizācija

UB – uztura bagātinātāji

VM – Latvijas Republikas Veselības ministrija

ZVA – Zāļu valsts aģentūra

WHO – *World Health Organization*

IEVADS

Problēmas pamatojums un pētnieciskā temata raksturojums

“Iespējams, medikamenti ir viens no svarīgākajiem produktiem, ko patērējam – tie var būt pat kā šūpoles starp dzīvību un nāvi; tie pavisam noteikti var dramatiski ietekmēt mūsu dzīves kvalitāti” (*National Consumer Council* 1991). Šāds intrigējošs citāts apliecina medikamentu svarīgo nozīmi mūsu ikdienas dzīvē, un ir viens no iemesliem, kāpēc medikamentu un citu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošana kā viena no indivīda uzvedības izpausmēm veselības traucējumu gadījumos kļuvusi par aktuālu problēmu un tiek analizēta šajā promocijas darbā.

Medikamenti ir vielas, kuru nozīme pārsniedz to farmakoloģiskās īpašības – tie vienlaikus uzskatāmi gan par sociālu parādību, gan par farmakoloģiskiem aģentiem (*Britten* 2008, 5). Ar medikamentu un citu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu „dzīves ciklu” un lietošanu ir saistīti daudzi sociāli aktori (darbības veicēji) – veselības aprūpes politikas veidotāji, līdzekļu aprites nodrošināšanā iesaistītās puses – ārsti, pacienti, farmācijas nozare u.c. Raksturojums „sociāla parādība” noteikti ir attiecināms arī uz līdzekļiem, kas pieejami bez ārsta receptes – šo līdzekļu lietošanu nav pietiekami skaidrot vien ar noteiktiem veselības traucējumiem vai veselības profilakses nepieciešamību – svarīgi apzināties, ka to izvēli un lietošanu ietekmē arī dažādi sociāli faktori (*Cohen, et al.* 2001, 442).

Recepšu un bezrecepšu līdzekļu lietošanā ir noteiktas atšķirības. Recepšu medikamentu gadījumā svarīgāka ir ārsta norādījumu loma, tādēļ galvenajam analīzes akcentam jābūt vērstam uz apstākļiem, vai un cik lielā mērā pacients ievēro ārsta norādījumus konkrētā medikamenta lietošanā, kā arī uz pacienta un ārsta sadarbību (*Geest and Whyte* 1989, 347). Toties bez ārsta receptes nopērkamie līdzekļi arvien vairāk nokļūst „ārpus ekspertu zonas”, tādēļ ar šo līdzekļu lietošanu var būt saistīts lielāks faktoru skaits, nekā tas ir recepšu medikamentu lietošanas gadījumos.

Šī darba kontekstā lietotās terminoloģijas izpratnē bez ārsta receptes pieejamie medikamenti¹ un citi veselības profilakses līdzekļi ir bezrecepšu zāles, vitamīni un minerālvielas, atsevišķas medicīniskās ierīces, kas paredzētas īstermiņa lietošanai, rūpnieciski ražotie homeopātiskie preparāti, kā arī Latvijā reģistrētie uztura bagātinātāji

¹ Farmācijas likumā viena un tā paša jēdziena apzīmēšanai ir lietoti abi termini - „zāles” un „medikamenti”, tādēļ promocijas darba kontekstā šie termini uzskatāmi par sinonīmiem.

(izvērstu skaidrojumu sk. 19.pielikumā). Promocijas darba pētījuma analīzē šie līdzekļi tika iekļauti, jo ne vien Latvijā (*Latvijas Vēstnesis* 2009), bet arī citur pasaulē (*Britten* 2008, 20–21) patērētājiem bieži trūkst izpratnes, vai konkrētais līdzeklis uzskatāms par vitamīnu, uztura bagātinātāju vai bezrecepšu medikamentu. Bez ārsta receptes nopērkamo līdzekļu grupai promocijas darbā ir piešķirts apzīmējums **bezrecepšu līdzekļi**. Šajā promocijas darbā tiek raksturoti ar indivīda rīcību saistīti vai rīcību ietekmējoši faktori bezrecepšu līdzekļu lietošanas jomā.

Problēmu nosaka arī situācija Latvijā – aptiekās un arī atsevišķās tirdzniecības vietās bezrecepšu līdzekļi ir pieejami ļoti plašā izvēlē. Līdzīgi kā citur pasaulē, šos līdzekļus izvēloties un lietojot, iedzīvotāji bieži nekonsultējas ar mediķiem. Šādu lietotāju uzvedību paredz pašārstēšanās procesa definīcija², turklāt pašārstēšanās tendence pasaulē tiek veicināta, pamatojoties uz ekonomisko izdevīgumu un pacienta autonomijas sekmēšanu (*Ruiz* 2010). Tai pašā laikā pašārstēšanās process ietver arī daudz dažādu risku – kļūdainu diagnozes noteikšanu, ārstēšanas procesa novilcināšanu, nevēlamas medikamentu un citu līdzekļu blakusparādības, medikamentu nepareizu un nepiemērotu lietošanu u.tml. (*Ruiz* 2010). Bezrecepšu līdzekļu neierobežota pieejamība un iespēja iztikt bez ārsta konsultācijas var radīt maldīgu priekšstatu, ka to lietošana ir absolūti droša. Patiesībā šo šķietami drošo līdzekļu nepareiza un nepiemērota lietošana var būtiski kaitēt indivīda veselībai (*Schillie, et al.* 2009), turklāt atsevišķos gadījumos pat veicināt atkarību (*Ford* 2007, 917).

Latvijā līdz šim nav veikti pētījumi, kas noteiktu galvenās medikamentu un citu līdzekļu lietošanas tendences un problēmas, kā arī analizētu lietošanu ietekmējošus faktorus, tomēr plašsaziņas līdzekļos sastopami veselības aprūpes sistēmas dalībnieku izteikumi, kas liecina par problēmām, piemēram, medikamentu lietošanu gadījumos, kad bez tiem vispār varētu iztikt, nevajadzīgi dārgu medikamentu iegādi utt. (*Ozoliņa* 2012). Regulāri veiktajā Veselības ekonomikas centra pētījumā ir secināts, ka medikamentu lietošana Latvijas iedzīvotāju vidū ik gadu pieaug (*Pudule u.c.* 2008, 12); par to liecina arī valstī strauji augošais medikamentu realizācijas apjoms. Piemēram, 2012.gadā medikamentu tirgus Latvijā pieauga par diviem procentiem (*ZVA* 2013, 27), bet 2013. gada dati liecina, ka kopējais aptieku apgrozījums pieaudzis pat vairāk nekā par astoņiem procentiem (*ZVA* 2014). Veselības ekonomikas centra pētījumā atzīmēts, ka, neskatoties uz medikamentu patēriņa pieaugumu, respondentu veselības pašvērtējums laika gaitā

² Pašārstēšanās – ārstēšanās process, kas notiek bez mediķa uzraudzības, lai atvieglotu veselības traucējumu simptomus, izmantojot bezrecepšu medikamentus vai preparātus (*World Self-Medication Industry* 2010).

būtiski nemainās (Pudule u.c. 2008, 13). Bezrecepšu zāļu patēriņš Latvijā ir ievērojams – 2012. gadā bezrecepšu medikamentu daļa kopējā pārdotajā medikamentu apjomā bija 44% (ZVA 2012, 13). Tā kā recepšu zāles ir dārgākas, naudas izteiksmē bezrecepšu medikamentu daļa kopējā medikamentu apgrozījumā 2012. gadā bija 18 % (ZVA 2012, 13). Salīdzinājumam – Eiropā bezrecepšu medikamentu tirgus daļa ir vidēji 6–10% no kopējā medikamentu apgrozījuma (Britten 2008, 3). Arī 2013.gadā bezrecepšu zāļu pirkumu skaits bija ievērojams – tika pārdoti 20 miljoni bezrecepšu zāļu iepakojumu un 25 miljoni recepšu zāļu iepakojumu. Kopumā 2013.gadā 160 no 1000 Latvijas iedzīvotājiem katru dienu bija lietojuši vienu teorētisko devu³ bezrecepšu medikamentu (Adoviča 2013, 49). Pēc PVD sniegtās informācijas, Latvijā trūkst statistikas par kopējo uztura bagātinātāju pārdošanas daudzumu, tomēr informācija preses izdevumos liecina, ka kopumā pasaulē uztura bagātinātāju tirgus katru gadu pieaug aptuveni par 10% (Knipše 2012) (salīdzinājumam – medikamentu tirgus ikgadējais pieaugums ir aptuveni 2–4%). Gan bezrecepšu zāles, gan arī uztura bagātinātāji Latvijā tiek plaši reklamēti, veicinot zāļu patēriņa pieaugumu un farmācijas nozares peļņu. Piemēram, Latvijā, salīdzinot ar atbilstošo iepriekšējā gada periodu, 2013.gada septembrī zāļu reklāma pieauga par 117% (TNS Latvija 2013), savukārt pati farmācijas nozare uzskatāma par trešo apjoma ziņā lielāko reklāmdevēju Latvijas preču un pakalpojumu tirgū (TNS Latvija 2013). Reklamējot uztura bagātinātājus, patērētājam nereti tiek sniegta maldinoša informācija, piedāvājot šiem līdzekļiem neesošas ārstnieciskas īpašības, piemēram, spēju ārstēt onkoloģiskas saslimšanas, hepatītu un smagas sirds saslimšanas (PTAC 2014). Arī zāļu reklāmu gadījumos Latvijā bieži tiek konstatēti nopietni pārkāpumi – zāļu reklāma neatbilst lietošanas instrukcijā norādītajam, pārspīlē zāļu iedarbību u.tml. (Veselības projekti Latvijai 2014). Šādā situācijā svarīgi uzdot jautājumus – kāda Latvijā ir situācija bezrecepšu un citu bez ārsta receptes nopērkamo līdzekļu lietošanas jomā?

Pasaulē kopumā situācija gan recepšu, gan bezrecepšu medikamentu lietošanas jomā nav uzskatāma par apmierinošu – tiek lēsts, ka aptuveni 50% medikamentu pasaulē tiek izrakstīti un pārdoti neatbilstoši vajadzībām un aptuveni tikpat daudz pasaules iedzīvotāju medikamentus lieto nepareizi (WHO 2002). Ir aprēķināts, ka nepareizas un neatbilstošas medikamentu lietošanas blaknes ir viens no desmit galvenajiem nāves cēloņiem ASV, un tas šai valstij katru gadu izmaksā 30–130 miljardus dolāru (WHO 2004, 75). Lai noskaidrotu situāciju medikamentu un citu līdzekļu lietošanā, pasaulē ir

³ Starptautiski izmantotās definētās dienas devas (DDD) attiecināšana uz 1000 iedzīvotājiem dienā – vidējā dienas balastdeva, kas lietota medikamenta galvenajai indikācijai pieaugušam pacientam.

veikti daudzi pētījumi. Šo pētījumu rezultāti atklāj ievērojamu medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas tendenču daudzveidību. Šī iemesla dēļ PVO medikamentu lietošanas pētījumu metodoloģijā ir uzsvērts, ka katram reģionam var būt raksturīgas savas īpatnības dažādu ārstēšanas līdzekļu lietošanā (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004, 2), tādēļ svarīgi identificēt gan noteiktā reģiona zāļu un citu līdzekļu lietošanas paradumus, gan arī apstākļus, kas šos paradumus nosaka.

Tāpat kā citur pasaulē, arī Latvijā tiek uzsvērtā nepieciešamība sekmēt racionālu zāļu lietošanu – šāds uzdevums ir iekļauts VM izstrādātajā dokumentā „Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam” (VM 2011, 62). Arī MK noteikumos, kas regulē zāļu reklamēšanas kārtību Latvijā, atrodama norāde, ka reklāmā sniegtajai informācijai jāveicina racionāla zāļu lietošana (MK 2011, 7.2. punkts). Zāļu valsts aģentūra veic regulāru zāļu patēriņa statistiku Latvijā, un viens no šīs iniciatīvas mērķiem valstī ir zāļu racionālas lietošanas veicināšana (ZVA 2012, 6). Medikamentu un citu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu racionālas lietošanas sekmēšana ir viens no svarīgākajiem šo līdzekļu lietošanas pētīšanas iemesliem, jo, identificējot ārstēšanas līdzekļu lietošanu ietekmējošus un ar to lietošanu saistītus faktorus, iespējams gūt izpratni par medikamentu un citu līdzekļu lietošanu, kā arī ar lietošanu saistītām problēmām.

Aplūkojot jēdzienus „racionāls” un „racionalitāte” no medicīnas un socioloģijas zinātnes viedokļa, sastopamies ar šo jēdzienu neparasti plašo lietojumu gan dažādos ikdienas dzīves kontekstos, gan arī zinātnē. Medicīnas jomā jēdziens „racionāls” tiek izmantots bieži un tiek attiecināts uz visdažādākajiem kontekstiem – izskan tādi apzīmējumi kā, piemēram, „racionāla pieeja”, „racionāla lēmumu pieņemšana”, „racionāls izlietojums”, „racionāla medikamentoza terapija”, „racionālas devas”, „racionāla medikamentu izrakstīšana”, „racionāla diagnoze” u.c. Šķiet, ka jēdziens „racionalitāte” ir kā pazemes tunelis, kas savieno medicīnas jomu ar morāles aspektiem un jomām, kurās tiek analizēti rīcības un spriedumu procesu iemesli” (*Clouser and Gert* 1986, 120). Medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas jomā bieži tiek izmantota PVO racionālas medikamentu lietošanas definīcija⁴, kuras būtība pamatojas uz diviem pamatprincipiem – medikamentu lietošana notiek saskaņā ar apstiprinātu un pierādījumos balstītu (*evidence based*) zinātnisku informāciju, ievērojot optimālu izmaksu un sagaidāmā labuma līdzsvaru (*Almarsdóttir and Traulsen* 2005, 76). Saskaņā ar šo definīciju rīcība, kas neatbilst tajā uzskaitītajiem principiem, dēvējama par neracionālu

⁴ Pacientam piemēroti medikamenti atbilstošās devās pareizā laikā, par iespējami zemāko cenu pacientam un sabiedrībai (*community*) (WHO 2002).

vai iracionālu (WHO 2002, 1). Ārstēšanas līdzekļu lietošanu visā pasaulē raksturo fakts, ka šo līdzekļu lietotāji, pamatojoties uz savu individuālo izpratni par riskiem, bieži neievēro līdzekļu lietošanas noteikumus un ārsta padomus (*Britten* 2008, 15). Vai šādu datu kontekstā, raugoties no visiem aspektiem, būtu pamats apgalvot, ka lietotāju rīcība ir neracionāla? Sociologi uz šo jautājumu atbild noliedzoši: „Nepieņemot zinātnisko izpratni par riskiem, nav jādomā par „iracionalitāti”, bet gluži pretēji – šāda izvēle norāda, ka tādas kultūras premisas, kas raksturo zinātniskajā racionalitātē iemiesoto sabiedrības spēju pieņemt (*acceptability*), ir kļūdainas” (*Beck* 1992, 58, kursīvs un pēdiņas oriģinālā).

Socioloģiskā izpratnē PVO definīcija atspoguļo tādu rīcību, kas ir saprātīga un loģiska, kā arī izriet no objektīvas indivīda rīcībā esošas informācijas, un šīs rīcības pamatā esošu racionalitāti var dēvēt par farmakoloģisku vai ekonomisku (*Britten* 2008, 109). Definīcijā raksturotie racionalitātes kritēriji ir labi saprotami rietumu sabiedrībā, tomēr medikamentu lietošanas racionalitāti var vērtēt arī citādi. Piemēram, atsevišķās sabiedrības kopienās racionāla medikamentu lietošana var tikt skaidrota kā rīcība, ko nosaka vietējās sabiedrības normas, vērtības, mīti un ticējumi (*Almarsdóttir and Traulsen* 2005, 76). Jēdziens „racionalitāte” ir jāsaista ar noteiktas sabiedrības kontekstu (*Almarsdóttir and Traulsen* 2005, 79), un šis jēdziens ietver dziļāku dimensiju, nekā to paredz PVO „medikamentu lietošanas racionalitātes paradigma”, kura ignorē daudz citu „legitīmu racionalitāšu”, kas noteiktā kontekstā var izpausties arī kā reakcija uz „ārēji uzspiesto” „objektīvo”, zinātniski korekto racionalitāti (*Cohen, et al.* 2001, 441–442). Indivīda interpretētā nepieciešamība lietot bezrecepšu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļus pat primāri, iespējams, nav saistīta ar noteiktiem veselības traucējumiem vai veselības apdraudējumu, bet var izpausties, piemēram, kā daļa no ikdienas rutīnas. Aizvien pieaugošās pieejamības dēļ bezrecepšu līdzekļiem indivīda apziņā var būt arī patēriņa preču, nevis farmakoloģisku vielu statuss (*Hibbert, Bissell and Ward* 2002, 47, *Whyte, Geest and Hardon* 2002, 93). Arī Latvijā bezrecepšu līdzekļu pieejamība pieaug – šie līdzekļi iegādājami ne vien aptiekās, bet arī internetā. Dažādus uztura bagātinātājus var iegādāties pārtikas un citos veikalos. Farmācijas nozares ieceres paredz arī bezrecepšu zāļu izvietošanu aptieku pašapkalpošanās plauktos (Neatkarīgā Rīta avīze 2013).

Var sacīt, ka PVO definīcija nav pietiekama, lai saprastu medikamentu lomu mūsdienu sabiedrībā – šo definīciju iespējams izmantot situācijās, kurās „labi informēti eksperti izraksta vai iesaka labi izpētītas zāles labi informētiem pacientiem ar precīzi definētām diagnozēm” (*Cohen, et al.* 2001, 444). PVO definīcijā netiek ievērots arī

aspekts, ka veselības aprūpes politiku, kuras mērķis ir „iespējami pozitīvs no medikamentiem sagaidāmā labuma pārsvars pār iespējamo risku un zinātniskās informācijas nepārtraukta pieejamība” (Abraham 2009, 55), ietekmē farmācijas nozari ar tai raksturīgo racionalitāti. Farmācijas nozares ietekme izpaužas praktiski visos ar medikamentu ražošanu, pārdošanu un lietošanu saistītos aspektos (Britten 2008, 68). Farmācijas nozares racionalitāte izpaužas arī mērķī gūt iespējami lielāku peļņu no medikamentu un citu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu pārdošanas. Tomēr šī promocijas darba mērķis neparedz visu medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu apritē iesaistīto dalībnieku racionalitātes izpausmju detalizētu analīzi. Pētnieciskās uzmanības centrā ir indivīds ar savu racionalitāti, kas nosaka tā rīcību medikamentu un citu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošanā. Šādu izvēli pamato arī dažādi informācijas avoti, t.sk. plašsaziņas līdzekļi, kuros nereti netiek iekļauta medikamentu lietotāja perspektīva (Britten 2008, 15). Indivīda rīcības racionalitāte ietver indivīda sociāli konstruētus priekšstatus par ārstēšanas līdzekļu efektivitāti, kā arī rīcības sociālu vai ekonomisku pamatojumu. (Grand, Hogerzeil and Haaijer-Ruskamp 1999, 89, Whyte, Geest and Hardon 2002, 166). Svarīgi ir saprast, ka, no indivīda perspektīvas raugoties, nepakļaušanās objektīvajai, zinātniskajai racionalitātei nenozīmē iracionalitāti (Britten 2008, 17), bet gan atšķirīgu racionalitātes aspektu, bez kura nevar iztikt medikamentu un citu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošanas paradumu skaidrošanā. Indivīdam piemītošās racionalitātes izziņāšana var sniegt informāciju par zāļu lietošanas iemesliem, un šādai informācijai ir praktiska nozīme pareizas zāļu lietošanas veicināšanas programmu izstrādē. Promocijas darbā tiek raksturota indivīdam raksturīgās racionalitātes sadursme ar citu medikamentu un ārstēšanas līdzekļu apritē iesaistīto dalībnieku raksturīgajām racionalitātes izpausmēm, kā arī raksturota šīs sadursmes ietekme uz bezrecepšu līdzekļu lietošanu.

Rezumējot iepriekšteikto, promocijas darba mērķi vērsti divos virzienos – raksturot sociālo faktoru ietekmi uz bezrecepšu līdzekļu lietošanu, koncentrējoties tieši uz lietotāja perspektīvu, kā arī atspoguļot bezrecepšu līdzekļu lietotājam raksturīgās racionalitātes izpausmes.

Atbilstoši problēmas specifikai tiek definēti **promocijas darba mērķi**.

1. Izpētīt Latvijas iedzīvotājiem raksturīgos bezrecepšu līdzekļu lietošanas paradumus, kā arī šo līdzekļu lietotāju rīcību ietekmējošus un ar rīcību saistītus faktorus.

2. Atklāt indivīdam piemītošās racionalitātes – uzskatu un priekšstatu par līdzekļu īpašībām, efektivitāti un lietošanas nepieciešamību – izpausmi bezrecepšu medikamentu un citu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošanas jomā Latvijā.

Promocijas darba mērķu sasniegšanai tiek izvirzīti vairāki **uzdevumi**.

1. Sniegt ieskatu indivīda rīcību skaidrojošās socioloģijas teorijās, kas analizē aģenta un struktūras savstarpējo mijiedarbību.
2. Analizēt indivīda un sistēmas savstarpējo mijiedarbību raksturojošās socioloģijas teorijas.
3. Izpētīt indivīda veselības un slimības interpretāciju un no šīs interpretācijas izrietošu rīcību raksturojošās socioloģijas un tās apakšnozaru teorijas; atbilstoši teorijām identificēt indivīda bezrecepšu līdzekļu lietošanas uzvedības modeļus, kā arī uzvedību ietekmējošus faktorus.
4. Analizēt racionalitātes un racionālas sociālas rīcības jēdzienu atbilstoši socioloģijas teorētiskajām pieejām, vērtējot to indivīdam raksturīgajās racionalitātes izpausmēs ārstēšanas līdzekļu lietošanā.
5. Precizējot pētījuma teorētisko un metodoloģisko pamatu, apkopot medikamentu un citu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietotāju rīcības pētījumos atklātās tendences.
6. Atklājot indivīdam piemītošās racionalitātes izpausmes, empīriski raksturot Latvijas iedzīvotāju bezrecepšu līdzekļu lietošanas uzvedību.

Promocijas darba pirmie pieci (1.–5.) uzdevumi īstenoti, izmantojot teorētiskās izziņas pieeju, bet 6. uzdevumā veikts empīrisks pētījums.

Pētījuma teorētiskais pamatojums

Promocijas darbā indivīda rīcība tiek analizēta, izmantojot divas teorētiskās perspektīvas – aģents un struktūra, kā arī indivīds un sistēma.

Lai raksturotu **aģenta mijiedarbību ar struktūru**, izmantota Entonija Gidensa (*Anthony Giddens*) strukturācijas (*structuration*) teorija, Pjēra Burdjē (*Pierre Bourdieu*) teorija par *habitus*, kā arī Viljama Kokerhema (*William Cockerham*) veselības

dzīvesveida (*health lifestyle*)⁵ teorija. Analīzes mērķis ir ilustrēt struktūras kā aģenta darbības veicinātājas un vienlaikus ierobežotājas lomu. Veselības un slimības jomā aģenti, pamatojoties uz tiem pieejamajām iespējām (*life chances*) un izvēli (*life choices*), realizē savu piederību veselības dzīvesveidam, kas var būt vērsts uz veselības saglabāšanu, veicināšanu vai – kaitēšanu veselībai. Medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošana var būt raksturīga dažādiem veselības dzīvesveidiem.

Strukturācijas teorija ir viens no veidiem, kā atspoguļot indivīda izvēles saistību ar indivīdam pieejamajām iespējām. E.Gidenss uzsver struktūras un indivīda savstarpējo atkarību – struktūra nosaka indivīda rīcību, taču tā nevar pastāvēt bez indivīda rīcības, jo ar savu rīcību indivīdi atražo apstākļus, kas padara to rīcību par iespējamu. P.Burdjē teorija vairāk uzsver tieši strukturālo apstākļu ietekmi uz indivīda rīcību, norādot, ka indivīda rīcības dispozīcija – *habitus* – faktiski nosaka ne vien indivīdam pieejamās izvēles alternatīvas, bet arī pašu izvēli. Darbā izmantota arī Emanuela Dembijas (*Emanuel Demby*) raksturotā, tradicionāli tirgzinībā izmantotā psihogrāfijas teorija (*psychographics*), kas paredz patērētāju klasificēšanu segmentos atkarībā no tiem raksturīgajām psiholoģiskajām īpašībām, vērtībām un dzīvesveida. Teorijas izvēli pamato pētījuma objekts – bezrecepšu līdzekļu lietošana. Mēdz apgalvot, ka šādi līdzekļi patērētāja apziņā aizvien vairāk līdzinās patēriņa precēm (*Geest and Whyte* 1989, 93). Patērētāju dzīvesveids, kas veidojas, pamatojoties uz aģentiem pieejamajām iespējām un izvēli, nosaka indivīda psihogrāfisko raksturojumu, kas savukārt ir saistīts ar preču un pakalpojumu iegādes tendencēm.

Indivīda rīcību medikamentu un citu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu izvēlē un lietošanā ietekmē sistēma. Mijiedarbības ilustrēšanai starp **indivīdu un sistēmu** izmantots E.Gidensa darbs „Modernitātes sekas” („*The Consequences of Modernity*”), kas uzsver indivīda kā mikrovides un sistēmas kā makrovides mijiedarbību, norādot, ka mūsdienu globalizācijas laikmetā šī mijiedarbība izpaužas sevišķi spilgti. Šo ietekmi veicina arī t.s. „atsvešinātājmehānismi” (*disembedding mechanisms*), kuros iekļautas arī ekspertu sistēmas, – medicīnas joma ir viena no šādām ekspertu sistēmām (*Britten* 2008, 15). Šo „mehānismu” ietekme uz indivīdu pārsvarā izpaužas zināšanu un informācijas

⁵ Saskaņā ar V. Kokerhemu, veselības dzīvesveids ir indivīda veselību ietekmējošas uzvedības modelis, kas pamatojas uz indivīda izvēli, kura savukārt ir atkarīga no apstākļu iepriekšnoteiktas dzīves iespējām (*life chances*) (Cockerham, Rutten un Abel 1997, 321). Veselību ietekmējoša uzvedība var ietvert dzīvesveida paradumus, kas veselību uzlabo, saglabā vai arī tai kaitē. Šajā darbā izmantotais jēdziens „dzīvesveids”, kā arī citos gadījumos lietotais jēdziens „dzīvesstils” (Sīlis 2010) nozīmes ziņā ir identiski, tādēļ šie jēdzieni promocijas darbā tiek lietoti kā sinonīmi.

asimetrijas dēļ. Patērētāju ierobežotas informācijas apstākļos eksperti nozīmīgi ietekmē indivīda priekšstatus par risku un citiem aspektiem, kas saistīti ar ārstēšanas līdzekļu lietošanu. Ekspertiem ir raksturīga pārliecība, ka daļa pacientam sniegtās informācijas nav jāpamato un precīzi jāizskaidro – tas nozīmē, ka faktiski eksperti uzņemas risku pacientu vietā. No pacientu puses tiek pieprasīta uzticēšanās eksperta sacītajam, un šāda sociālā atkarība nereti provocē skepsi un eksperta padomu apšaubīšanu (Britten 2008, 16), kas ārstēšanas līdzekļu lietošanas kontekstā var izpausties kā ārsta norādījumu neievērošana (*non-compliance*).

Līdzīgi E. Gidensam, kurš runā par atsvešināšanos, Jirgens Habermāss (*Jürgen Habermas*) procesu, ar kura palīdzību tiek sekmēta plaša starp indivīdu un sistēmu, dēvē par kolonizēšanu⁶. Komunikatīvās rīcības teorijā (*Theory of the Communicative Action*) J. Habermāss atspoguļo indivīdu raksturojošas dzīves pasaules⁷ perspektīvas, kas ataino noteiktas kultūras veidotu pieredzi un no šīs pieredzes izrietošus uzskatus un rīcību, mijiedarbību ar sistēmu. Sistēmas stratēģiskās rīcības pamatā ir formālā racionalitāte, kas pārliecinoši dominē pār indivīda komunikatīvās rīcības⁸ racionalitāti.

Veselības un medicīnas socioloģes Nikijas Britenas (*Nicky Britten*) darbā „Medikamenti un sabiedrība: pacienti, profesionāļi un medikamentu dominēšana” (*Medicines and Society: Patients, Professionals and the Dominance of Pharmaceuticals*) (2008) uzsvērta komunikatīvās rīcības teorijas piemērotība medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas analīzei, raksturojot mijiedarbību starp medikamentu lietotāju (dzīves pasaules perspektīvas iemiesotāju) un „sistēmām”. Viena no šīm „sistēmām” ir veselības aprūpes politika ar tajā iesaistītajiem ekspertiem, otra – farmācijas nozare. Medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanā indivīda rīcību ietekmē abas šīs „sistēmas”.

Tā kā pētnieciskā uzmanība vērsta uz indivīdu, darbā analizēta indivīdu raksturojoša perspektīva – gan indivīda slimības un veselības uztvere un no tās izrietoša uzvedība, gan arī dzīves pasaulei raksturīgās racionalitātes izpausmes ārstēšanas līdzekļu

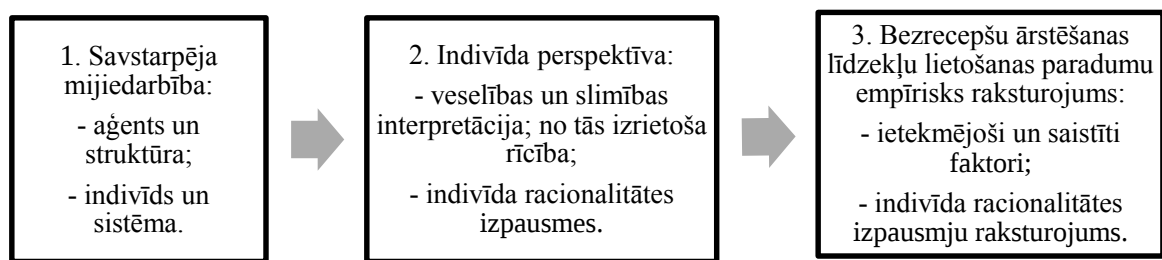
⁶ Kolonizēšana (*colonization*) – process, kas izpaužas kā sistēmas dominēšana pār indivīdu (Habermas 1987, (b) 311).

⁷ Dzīves pasaule (*Lebenswelt* (vāc.), *Lifeworld* (ang.)) – šo jēdzienu pagājušajā gadsimta trīsdesmitajos gados ieviesa fenomenoloģijas teorijas autors vācu filozofs Edmunds Huserls (*Edmund Husserl*). Šis jēdziens radās kā no zinātniskās racionalitātes atšķirīga perspektīva, kas iemieso praktisku pieredzi un subjektīvu nozīmi, kādu indivīdi piešķir lietām un parādībām (Stones 1998, 176–177). Promocijas darbā izmantots šī jēdziena latviskais tulkojums (Laķe 2011, 58, Vilks 2007, 58).

⁸ Komunikatīva rīcība (*communicative action*) – verbāla vai neverbāla mijiedarbība starp diviem darbības veicējiem, kas orientēti uz savstarpējo sapratni un saskaņotu darbību (Outhwaite 1994, 71).

lietošanā, izmantojot N. Britenas un arī citu autoru (*Whyte, Geest and Hardon 2002, Hardon, Hodgkin and Fresle 2004*) darbos gūtās atziņas.

Kā jau ievadā norādīts, promocijas darba epistemioloģiskā struktūra ir veidota, lai notiktu virzīšanās no vispārējā līmeņa teorijām uz specifiskām, ar darba kontekstu ciešāk saistītām teorijām, pētījumu pabeidzot ar bezrecepšu līdzekļu lietošanas paradumu empīrisku raksturojumu Latvijā (sk.1. att.).



1. att. Promocijas darba loģika

Pētījuma metodoloģiskais pamatojums un izvirzītās hipotēzes

Promocijas darba teorētiskā daļa sagatavota, balstoties uz attiecīgās tematikas zinātniskās literatūras un pētījumu materiālu analīzi. Promocijas darbā veiktā empīriskā pētījuma pamatprincipi pamatojas uz kvantitatīvo metodoloģiju. Šādas metodoloģijas izvēli pamato iespēja ar pētāmās problēmas teorētiskās analīzes palīdzību diferencēt kvantitatīvi pārbaudāmus indikatorus cēlonisko skaidrojumu sniegšanai un savstarpējo sakarību noteikšanai.

Pētījuma teorētiskās analīzes gaitā, izmantojot gan socioloģijas, gan arī tās apakšnozares – veselības un slimības socioloģijas teorijas, kā arī iepriekš veiktos pētījumos atklātās likumsakarības, noteikti indivīda rīcību ārstēšanas līdzekļu lietošanā ietekmējošie faktori. Indivīda rīcība analizēta, raugoties no šādām perspektīvām – „aģents–struktūra”, kā arī „indivīds–sistēma”, analīzi pielāgojot ārstēšanas līdzekļu lietošanas kontekstam. Pētījuma teorētiskās analīzes gaitā veikta socioloģijas teoriju analīze, kas aplūko indivīdu interpretētos jēdzienus „veselība” un „slimība” un viņu rīcību atbilstoši interpretācijai. Viens no rīcības veidiem ir ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošana, tādēļ darbā analizēta arī šī indivīda specifiskā slimības un veselības uzvedības forma, izmantojot teorijas, kas atklāj daudzu faktoru ietekmi uz šo līdzekļu lietošanu. Tā kā darbā galvenā uzmanība pievērsta indivīdam, kurš rīkojas uz savas subjektīvās racionalitātes pamata, darba teorētiskajā analīzē noteiktas raksturīgākās

ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitātes izpaušmes, kas pamatojas uz šo līdzekļu nozīmi indivīda dzīvē, to efektivitātes un nepieciešamības interpretāciju.

Teorētiskās literatūras analīze un iecere – raksturot bezrecepšu līdzekļu lietotāja uzvedību plašā kontekstā – izvirza sešas pētījuma **hipotēzes**:

1. Viens no nozīmīgākajiem faktoriem, kas ietekmē bezrecepšu līdzekļu lietošanu, ir indivīda priekšstati par šo līdzekļu efektivitāti, īpašībām un lietošanas nepieciešamību (ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitāte).
2. Ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu ir saistīts ne tikai indivīda fiziskais veselības stāvoklis, bet arī citas holistiskā veselības stāvokļa dimensijas – vitalitāte, garīgā veselība un apmierinātība ar dzīvi.
3. Bezrecepšu līdzekļu lietošana vairāk raksturīga indivīdiem, kuru dzīvesveids ir veselīgāks.
4. Indivīda psihogrāfiskais raksturojums ir saistīts ar atšķirīgām tendencēm bezrecepšu līdzekļu lietošanā.
5. Bezrecepšu līdzekļu lietošana lielā mērā ir saistīta ar indivīda uzticēšanos plašsaziņas līdzekļiem, kas bieži reklamē bezrecepšu līdzekļus.
6. Lielāka bezrecepšu līdzekļu un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība saistīta ar lielāku bezrecepšu līdzekļu patēriņu.

Lai sasniegtu promocijas darbā izvirzītos mērķus un realizētu noteiktos uzdevumus, tika izveidots pētījuma instrumentārijs – aptaujas anketa (1. pielikums). Aptaujas anketā izmantoti teorētiskās izziņas ceļā gūtie dati, kas apkopoti, analizējot socioloģijas un tās apakšnozaru teorijas, kā arī citās valstīs gūto empīrisko pētījumu rezultātus. Lai gan anketā iekļauti atsevišķi iepriekš veiktos pētījumos aprobežti jautājumi, šāds anketas saturs uzskatāms par oriģinālu un Latvijas situācijai atbilstošu un tiek empīriskajā analīzē izmantots pirmo reizi. Anketā ietverti vairāki jautājumu bloki:

- 1) par lietotajiem bezrecepšu līdzekļiem;
- 2) par attieksmi un priekšstatiem līdzekļu lietošanā;
- 3) par pieejamo informāciju, kas attiecas uz bezrecepšu līdzekļiem;
- 4) par veselības stāvokli (fiziskā, garīgā veselība, vitalitāte un dzīves kvalitāte);

- 5) par veselības un slimības uzvedību⁹, ieskaitot jautājumus par veselības dzīvesveidu;
- 6) par patērētājus raksturojošu dzīvesveidu un paradumiem;
- 7) demogrāfija.

Empīriskā pētījuma dati tika iegūti no 2012. gada 4. jūlija līdz 24. jūlijam, veicot tiešas strukturētas intervijas respondentu dzīvesvietās un aptaujājot 785 respondentus. Empīriskā pētījuma izlase ir Latvijas iedzīvotāju ģenerālkopumam reprezentatīva, aptverot vecuma grupu no 18 līdz 74 gadiem. Darba empīriskajā daļā raksturoti bezrecepšu līdzekļu lietošanas paradumi, ar tiem saistīti faktori, kā arī medikamentu lietošanas racionalitātes izpausmes bezrecepšu līdzekļu lietošanā. Indivīda racionalitāti darbā empīriski ilustrē indivīdiem raksturīgie uzskati un pārliecība par medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu efektivitāti, īpašībām, lietošanas nepieciešamību, risku un citiem ar lietošanu saistītiem aspektiem.

Pētījuma mērķu sasniegšanai un hipotēžu pārbaudīšanai izmantotas daudzveidīgas datu statistiskās analīzes metodes¹⁰ – Hī kvadrāta tests (*Chi-square test*, χ^2), ietverot standarta atlikumu analīzes metodi, faktoranalīzes metode (*Principal components method*), kā arī klasteranalīzes (*K-means cluster*) metode. Analīzes gaitā ar statistisko datu apstrādes metožu palīdzību noteiktas identificēto faktoru un bezrecepšu līdzekļu lietošanas saistības pakāpes. Pirmajā posmā hipotēžu pārbaudei tika izmantota faktoru statistiska salīdzināšana pēc bināras pazīmes (Teibe 2007, 71) – iznākuma, kas balstās uz divām iespējamām alternatīvām „lietoja / nelietoja bezrecepšu līdzekļus”, nosakot šo pazīmju **saistību (asociāciju)** ar identificētajiem faktoriem. Otrajā posmā hipotēžu pārbaudei tika noteikta binārās pazīmes **atkarība** no citām pazīmēm, izmantojot loģistiskās regresijas analīzes metodi.

⁹ Veselības un slimības uzvedību (*health and illness behavior*) var dalīt trijās grupās. Uzvedība, kuras mērķis ir izvairīties no veselības traucējumiem un kas izpaužas kā profilaktiska ārstēšanas līdzekļu lietošana, izvairīšanās no kaitīgiem ieradumiem, veselīgs uzturs, fiziskas aktivitātes u.c., ir raksturojama kā preventīvā, profilaktiskā veselības uzvedība (*preventive health behaviour*). Pie otras grupas pieder uzvedība, kas raksturīga indivīdam, izjutot veselības traucējumu simptomus, un ko dēvē par slimības uzvedību (*illness behaviour*). Indivīda, kurš apzinās savu slimību un atbilstoši reaģē, uzvedība tiek dēvēta par slimnieka lomas uzvedību (*sick-role behaviour*) (Quah 2001, 29, Kasl and Cobb 1966, in Rodrigues, Carvalho and Carvalho 2007). Ārstēšanas līdzekļu lietošana var būt raksturīga visām trim uzvedību raksturojošām grupām.

¹⁰ Izvērstu empīriskā pētījuma metodoloģijas aprakstu sk. 3.nodaļā.

Promocijas darba zinātniskā novitāte un praktiskā nozīme

Pētījuma tematika Latvijā ir aktuāla, inovatīva un ar praktisku nozīmi. Latvijas iedzīvotāju lietoto bezrecepšu līdzekļu patēriņš ik gadu pieaug. To stimulē bezrecepšu līdzekļu pieejamība un plašsaziņas līdzekļos bieži izmantotās reklāmas. Iegādājoties bezrecepšu līdzekļus, veselības aprūpes eksperta padoms nav obligāts, tādēļ patērētāja apziņā bieži veidojas priekšstats par šo līdzekļu piederību tādu patēriņa preču kategorijai, kuru lietošana nav saistīta vai ir maz saistīta ar risku. Šāds uzskats ne vienmēr atbilst patiesībai – arī šķietami drošajiem bezrecepšu līdzekļiem iespējamās blaknes, un to iespējamību pastiprina dažādu līdzekļu vienlaicīga lietošana. Latvijā līdz šim nav veikti tik plaši pētījumi par bezrecepšu līdzekļu lietošanu. Kā norāda PVO, zāļu racionālas lietošanas veicināšanas priekšnosacījums ir reģionālās situācijas izpēte, identificējot noteiktajam reģionam raksturīgās īpatnības un problēmas. Promocijas darbs raksturo Latvijas iedzīvotāju bezrecepšu līdzekļu lietošanas paradumus, pievēršot uzmanību, kādi līdzekļi tiek lietoti, kāds ir šo līdzekļu lietošanas iemesls un lietošanas ilgums, kādu informācijas avotu saturs ir ietekmējis lēmumu lietot bezrecepšu līdzekļus u.tml. Darbā izveidots raksturīgs Latvijas bezrecepšu līdzekļu lietotāja demogrāfiskais portrets. Promocijas darbā raksturota arī dažādu faktoru grupu ietekme un saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu. Viena no šādu faktoru grupām ir indivīda veselības stāvoklis holistiskajā izpratnē – fiziskā veselība, apmierinātība ar dzīvi un dzīves kvalitātes subjektīvais novērtējums. Pie otras grupas pieder indivīda dzīvesveids – gan indivīdam raksturīgā veselības un slimības uzvedība, gan arī indivīda kā patērētāja dzīvesveida raksturojums. Psihogrāfijas teorijas piemērošana ārstēšanas līdzekļu lietošanas analīzei uzskatāma par novitāti Latvijā. Kā atsevišķa faktoru grupa analizēta indivīda ārstēšanas līdzekļu lietošanas racionalitāte – indivīda uzskati un priekšstati par ārstēšanas līdzekļu lietošanu ietekmējošiem faktoriem, priekšstati par šo līdzekļu efektivitāti, īpašībām un lietošanas nepieciešamību. Darbā analizēta arī sistēmas ietekme uz bezrecepšu līdzekļu lietošanu, raugoties no indivīda pozīcijām – pēc tā uzticēšanās informācijas avotiem, kā arī priekšstatiem par veselības pakalpojumu un bezrecepšu līdzekļu pieejamību. Promocijas darbā veiktā pētījuma rezultāti atklāj, ka Latvijā bezrecepšu līdzekļu lietošanu nosaka gan ārvalstu pētījumos konstatētās tendences, gan Latvijas situāciju raksturojošie apstākļi. Pētījumā iegūtos datus nākotnē var izmantot kā informatīvu materiālu zāļu racionālas lietošanas veicināšanas programmās.

Pētījums ir ieguldījums veselības un medicīnas socioloģijas teorētisko ideju attīstībā. Teorētiskajā literatūrā atspoguļotie indivīda rīcību raksturojoši jēdzieni un kvalitatīvo pētījumu rezultātā gūtie secinājumi ir operacionalizēti, un ir veikta kvantitatīva cēlonisko skaidrojumu un savstarpējo sakarību pārbaude. Adaptējot N. Britenas tipoloģiju, kas, izmantojot J. Habermāsa komunikatīvās rīcības teoriju, attiecināta uz recepšu medikamentu lietošanas analīzi, promocijas darbā veikta šīs tipoloģijas pielāgošana tieši bezrecepšu līdzekļu lietošanas kontekstam, papildinot to ar citu socioloģijas un tās apakšnozaru teoriju autoru paustajām atziņām. N. Britenas piedāvātā tipoloģija aplūko indivīda rīcību, raugoties no perspektīvas „indivīds – sistēma”. Uz indivīda perspektīvu komunikatīvās rīcības teorijas kontekstā attiecināms jēdziens „dzīves pasaule” ar tai raksturīgu indivīda rīcības racionalitāti. „Sistēma” šīs tipoloģijas kontekstā ir veselības aprūpes politika, kuras realizēšanā iesaistīti eksperti – mediķi un farmaceiti, kā arī farmācijas nozare – zāļu ražotāji un izplatītāji. Bezrecepšu līdzekļu lietošanā sistēmas racionalitāte dominē pār indivīda racionalitāti, vai, citiem vārdiem sakot, tiek kolonizētas dzīves pasaules vērtības. Promocijas darbā tiek attēlota indivīdam raksturīgās racionalitātes un „sistēmu” racionalitātes sadursmes ietekme uz ārstēšanas līdzekļu lietošanu. Viens no svarīgākajiem jēdziena „racionalitāte” aspektiem analizēts, izmantojot indivīdam raksturīgo ārstēšanas līdzekļu lietošanas racionalitāti, kas sniedz nozīmīgu indivīda rīcības izskaidrojumu, tādēļ šīs racionalitātes izpēte uzskatāma par nozīmīgu medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas pētniecības sastāvdaļu. Raugoties no sistēmas viedokļa, indivīda racionalitāte dažkārt vērtējama kā neracionāla, tomēr indivīdam tā var nozīmēt jēgpilnu rīcības pamatojumu. Papildus perspektīvai „indivīds – sistēma” darbā iekļauta arī perspektīva „aģents – struktūra”, kuras pamatpostulāts raksturo indivīda rīcību kā dzīves iespēju un dzīves izvēļu savstarpējās mijiedarbības produktu. Šīs mijiedarbības ietekmē indivīdi realizē savu piederību noteiktam dzīvesveidam. Darbā aplūkota arī indivīda veselības dzīvesveida, kā arī indivīda kā patērētāja dzīvesveida raksturojuma saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu. Tādējādi, pamatojoties uz dažādām teorijām, darbs sniedz plašu ārstēšanas līdzekļu lietošanas kā sociālas parādības ietekmējošu faktoru raksturojumu.

Darba struktūra

Promocijas darbu veido trīs nodaļas, ievads un secinājumi. Darba **pirmajā nodaļā** analizētas teorijas par aģenta un struktūras savstarpējo mijiedarbību, pielāgojot to

ārstēšanas līdzekļu lietošanas jomai. Mijiedarbības raksturošanai izmantota E. Gidensa piedāvātā strukturācijas teorija, to papildinot ar P.Burdjē teoriju par *habitus*, kā arī V. Kokerhema veselības dzīvesveida teoriju. Lai raksturotu indivīdu patērētāja uzvedības kontekstā, tiek aplūkoti kritēriji, kas nosaka indivīda piederību noteiktam patērētāju segmentam. Indivīda un sistēmas savstarpējās ietekmes raksturošanai galvenokārt izmantota J. Habermāsa komunikatīvās rīcības teorija, kas atklāj indivīda racionalitāti un tās izpausmes, sistēmas ietekmi uz šo rīcību, kā arī demonstrē veidus, kā kavēt sistēmas negatīvo ietekmi uz indivīdu. Papildus raksturota N. Britenas tipoloģija, ar kuras palīdzību komunikatīvās rīcības teorija attiecināta tieši uz ārstēšanas līdzekļu lietošanu.

Indivīda lēmuma pieņemšanas process veidojas sociāli konstruētu zināšanu ietekmē, un par priekšnosacījumu dažādu ārstēšanas līdzekļu izvēlē tiek uzskatīta veselības traucējumu definēšana, tādēļ promocijas darbā atspoguļoti modeļi, kas raksturo indivīda veselības un slimības interpretāciju, lēmuma pieņemšanas procesus veselības un slimības kontekstā, kā arī uzvedību ārstēšanas līdzekļu lietošanā.

Darba **otrajā nodaļā** atspoguļota medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas pētīšanas vēsture un ārvalstu pētniecisko tradīciju apskats, klasificējot pētījumu grupas, metodes un ar pētniecību saistītos svarīgākos aspektus. Nodaļā aplūkotas svarīgākās ārvalstu pētījumos atklātās tendences un sniegts līdz šim Latvijā veikto pētījumu īss apskats, kuros veikta medikamentu un citu ārstēšanās līdzekļu lietošana.

Darba **trešā nodaļa** ir veltīta empīriskajam pētījumam. Šajā nodaļā iekļauts detalizēts pētījumā izmantoto indikatoru apraksts, kā arī pilotāžas pētījuma rezultāti. Nodaļā atspoguļoti respondentu izlases veidošanas principi un lauka darba norise, pētījuma datu analīzē izmantotās statistiskās analīzes metodes, kā arī pētījumā iegūtie rezultāti, kas salīdzināti ar darba otrajā nodaļā iepriekš veikto pētījumu rezultātiem un interpretēti pirmajā nodaļā izklāstīto teoriju kontekstā.

Secinājumos ir pamatotas izvirzītās hipotēzes un apkopotas pētījuma rezultātā gūtās atziņas, kas raksturo bezrecepšu līdzekļu lietotāju kā aģentu, kura rīcību ietekmē struktūra un sistēma. Nodaļā atspoguļota arī indivīda kā dzīves pasaules perspektīvas iemiesotāja racionalitātes izpausmes bezrecepšu līdzekļu lietošanā, kā arī raksturotas indivīda un sistēmas mijiedarbības formas. Secinājumos apkopoti arī bezrecepšu līdzekļu lietošanas paradumi Latvijā, kā arī formulēti atsevišķi ieteikumi situācijas uzlabošanai.

1. ĀRSTĒŠANAS LĪDZEKĻU LIETOTĀJA UZVEDĪBU IETEKMĒJOŠU FAKTORU RAKSTUROJUMS

Šajā nodaļā sniegts indivīda uzvedību ietekmējošu faktoru raksturojums, raugoties no divām socioloģiskām perspektīvām – „aģents-struktūra” un „indivīds-sistēma”. Darba centrā ir indivīds, tādēļ par rīcību tiek runāts no aģenta (indivīda) perspektīvas viedokļa. Nodaļā tiek analizēti arī jēdzieni „slimība” un „veselība”, secīgi pārejot pie specifiskās indivīda slimības uzvedības formas – ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošanas. Nodaļas nobeigumā raksturotas ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitātes izpausmes.

1.1. Ārstēšanas līdzekļu lietotāja un strukturālo faktoru mijiedarbība

Šīs apakšnodaļas mērķis ir analizēt indivīda rīcību ārstēšanas līdzekļu lietošanā. Socioloģijas teorija piedāvā aplūkot indivīda rīcību, raugoties no dažādiem skatupunktiem. Viena no perspektīvām ir „mikro-makro” līmeņu mijiedarbība, un šāda pieeja bieži sastopama ASV sociologu darbos (*Ritzer* 2008, 373). Šī perspektīva uzsver nepieciešamību pārvarēt priekšstatu par sociālas parādības piederību tikai vienam līmenim. Veidus, kā mijiedarbība starp līmeņiem izpaužas, autori interpretē dažādi. Viens no pirmajiem sociologiem, kurš pievērsās mikro-makro līmeņu nošķirtības pārvarēšanai, bija Tolkots Pārsonss (*Talcott Parsons*), uzsverot, ka personība rodas struktūras apstākļu ietekmē, – makrovide ienāk indivīda apziņā (mikrovidē), kur notiek abu šo aspektu mijiedarbība. Citi autori mijiedarbību definē, raksturojot indivīdu kā „starpdimensiju makro konstrukciju” un norādot, ka personība interpretējama kā „domāšanas veida, sajūtu un darbību apkopojums, kas rodas mijiedarbības rituālu ietekmē” (*Collins* 1987, 200). Savukārt sociologs, pētnieks Aleksandrs indivīda rīcību sauc par „mikroempīrisku rīcības modeli” (*microempirical model of individual action*), norādot, ka šāds modelis veidojas sabiedrības, kultūras, personības un darbības vides ietekmē (*Alexander* 1987, 289). Vācu sociologs Norberts Eliass (*Norbert Elias*) norāda, ka indivīds pieder dažādiem „sabiedrības veidojumiem” (*figurations*), turklāt vairākiem vienlaicīgi – ģimenei, skolai, valstij u.c. (*Elias* 1978, 14; 128).

Sociologs, kurš sniedzis nozīmīgu ieguldījumu saiknes pētījumos starp mikro- un makrolīmeni un kuram jāpateicas par integrēto socioloģijas paradigmu, ir Džordžs Ricers (*George Ritzer*). Dž. Ricera piedāvātais sociālo parādību analīzes modelis iekļauj trīs līmeņus – mikro, mezo un makro, kā arī sociālo parādību klasifikāciju kategorijas

„objektīvs” un „subjektīvs” (Ritzer 2008, 376–377). Taču sociologi norāda: Ricera pieejai piemīt noteikti ierobežojumi – tā ir uzskatāma drīzāk par analītisku, nevis empīriski fiksētu modeli ar striktām robežām (Gerstein 1987, 88–90). Arī Ricers pats atzīst, ka sociālas parādības klasificēšana atbilstoši šo līmeņu kategorijām ir visai relatīva un ka integrētā socioloģijas paradigma drīzāk uzskatāma par meta-teorētisku rīku, kas paredzēts heuristiskiem mērķiem – socioloģijas teoriju sistematizēšanai, nevis precīzai sociālo parādību klasificēšanai (Ritzer 1990, 347). Tā kā Eiropas socioloģijas pārstāvji indivīda un ārējo apstākļu mijiedarbības raksturošanai biežāk izmanto perspektīvu „**aģents un struktūra**” (Ritzer 2008, 373), šādi indivīda rīcība tiek raksturota arī promocijas darbā.

Jēdzienu, kas saistīts ar aģenta rīcību dažādos kontekstos, dēvē par „aģentūru” (Gidenss 1984, 46). Šis jēdziens nozīmē indivīda spēju kritiski izvērtēt un izvēlēties savu rīcības veidu pagātnes apstākļu un nākotnes izredžu ietekmē (Cockerham 2007, 30, Emirbayer and Mische 1998, 970). Indivīda darbības veikšanai nepieciešami šādi priekšnosacījumi – pirmkārt, darbības veicējam (aģentam) jābūt spējīgam izdarīt izvēli, otrkārt, aģenta rīcībai jābūt ar konkrētu nolūku, treškārt, aģentam jādarbojas vismaz nosacītas brīvas izvēles apstākļos, ceturtkārt, aģentam jābūt apveltītam ar refleksijas spēju, kā arī ar spēju mainīt darbības apstākļus un nosacījumus (Dietz and Burn 1992, in Ritzer 2008, 418). Lai gan iepriekšminētajiem nosacījumiem ir ļoti nozīmīga ietekme uz aģenta darbību, darbības veicējam ir noteiktas pakāpes, bet ne pilna apjoma darbības iespēja, jo aģenta rīcība ietver gan brīvas izvēles elementus, gan vienlaikus noteiktu aģenta darbības dispozīciju. Socioloģijā šo aģenta darbību ietekmējošo spēku dēvē par struktūru (Ritzer 2008, 418). Kā norāda sociologi, struktūra var būt institūcijas, attiecības starp valsti un sociāliem slāņiem, varas elementi, materiālie apstākļi, likumi, šķēršļi, ierobežojumi (Hays 1994, 58–61). Struktūra, izmantojot Viljama Sjūela (William Sewell) teoriju, tiek definēta kā „savstarpēji stiprinošas shēmas un resursi, kas veicina un ierobežo sociālu darbību”, un struktūras elementi caurauž dažādus līmeņus (Burnett 1992, 2–3).

Uz jautājumu, cik lielā mērā īsti darbojas paša aģenta brīvās izvēles spēja un kādā apjomā aģenta rīcību nosaka strukturālas dabas ierobežojumi, socioloģijas teorijās rodamas atšķirīgas atbildes. Vienu no teorijām jēdzienu „aģents” un „struktūra” savstarpējās saistības atspoguļošanai piedāvā sociologa E. Gidensa strukturācijas teorija (Gidenss 1984). E. Gidenss uzsver, ka struktūra un aģents ir atkarīgi viens no otra – struktūra nepastāv neatkarīgi no aģenta, savukārt aģents rīkojas iepriekšējās rīcības izveidotās struktūras ietekmē. Aģents un struktūra ir „vienas monētas divas puses” (Ritzer 2008, 395–396). „Noteikumi un resursi, kas tiek izmantoti sociālajās darbībās un to

atražošanas procesā, tajā pašā laikā ir arī sistēmu atražošanas līdzekļi (struktūras dualitāte)” (Gidenss 1984, 51). Struktūra, būdama vienlaikus līdzeklis un arī rezultāts, gan ierobežo, gan arī padara indivīda rīcību par iespējamu. Vienlaikus pastāv arī pretēja virziena saistība – aģents ar savu rīcību padara struktūras esamību par iespējamu.

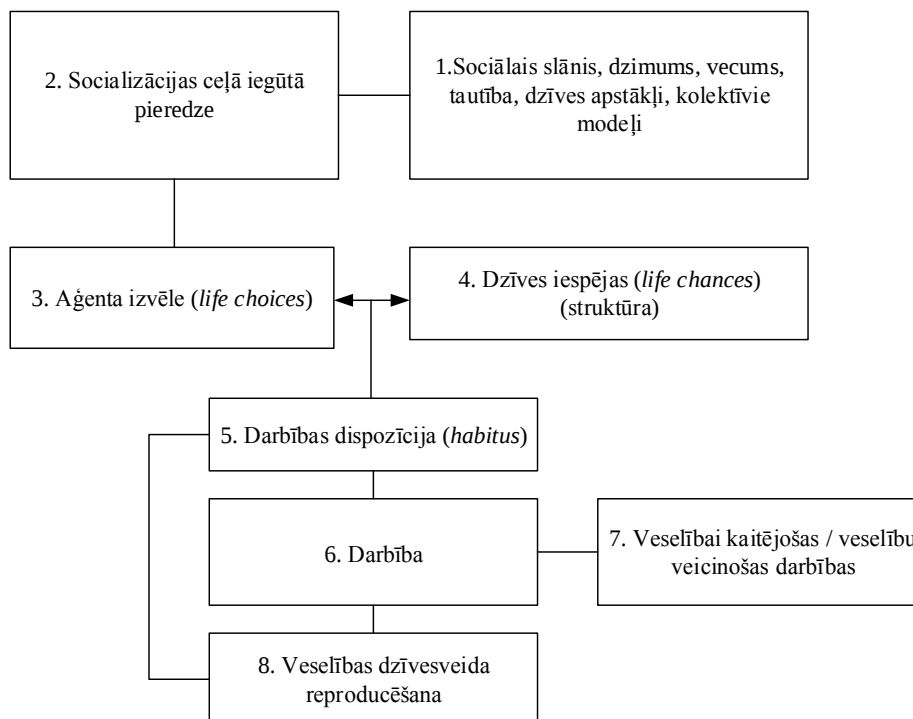
Savu darbu „Sabiedrības veidošanās”, kurā ir izklāstīta strukturācijas teorija, E. Gidenss dēvē arī „izvērstas pārdomas par slaveno un bieži citēto K. Marksa frāzi: „Cilvēki darina savu vēsturi, taču nevis pašu izraudzītos, bet gan tieši jau pastāvošos, dotos un no pagātnes mantotos apstākļos”” (Gidenss 1984, 20). Pēc citētā varētu secināt: Gidensam raksturīga pārliecība par to, ka noteicošā loma savstarpējā mijiedarbībā ir struktūrai, tomēr teorijas autors noraida šādu determinismu, norādot, ka aģentiem piemīt refleksiņa spēja saprast, ko viņi dara, un šo spēju indivīdi izmanto ikdienas sociālās vides apstākļos. Šī iemesla dēļ E. Gidenss uzskatāms par sociologu, kurš lielāku ietekmi piedēvē aģentam (Ritzer 2008, 397). Tai pašā laikā E. Gidenss atzīmē, ka aģenta refleksivitāte darbojas tajā apziņas līmenī, ko dēvē par praktisko apziņu, kā arī ir daļēji klātesoša diskursīvajā līmenī. Trešajā apziņas līmenī (bezapziņā) refleksivitāte nav klātesoša. Apziņa un bezapziņa mijiedarbojoties veido ikdienas darbību fonu, kura svarīgs elements ir ikdienas rutīna jeb dienu no dienas ierasti veiktas darbības (paradumi), kas, E. Gidensa vārdiem runājot, „mīt galvenokārt praktiskās apziņas līmenī [...] un iedzen ķīli starp potenciāli eksplozīvo bezapziņas saturu un indivīda veiktās darbības refleksiīvo uzraudzību” (Gidenss 1984, 20–21). E. Gidensa jēdzienu „rutīna” var raksturot kā darbību, kas ir jēgpilna un apzināta, bet vienlaikus iekļauj bezapziņas elementus, kas refleksivitāti neietver.

Uz aģenta un struktūras mijiedarbības komplekso raksturu norāda arī franču sociologs P. Burdjē, piedāvājot jēdzienu *habitus*, kas nozīmē noteiktu aģenta rīcības dispozīciju, spēju radīt produktus – domas, uztveri, izteicienus un darbības, un šo dispozīciju savukārt nosaka vēsturiski un sociāli šo produktu radīšanas apstākļi. Daļu rīcības dispozīcijas aģenti apzinās, bet daļu neapzinās (Bourdieu 1984, 170). Šādi radīšanas apstākļi ir, piemēram, indivīda sociālā izcelsme, izglītības līmenis un nodarbošanās (Wynne 1998, 24). *Habitus* ietekmi uz indivīda rīcību var apzīmēt ar šādu formulu $Rīcība = Habitus + Kapitāls + Lauks$. Jēdziens „kapitāls” ietver ekonomisko kapitālu (nauda, līdzekļi u.c.), simbolisko kapitālu (prestižs, atzinība u.c.), sociālo kapitālu (attiecības ar indivīdiem, kas tiek uztverti kā nozīmīgi u.c.), gan arī kultūras kapitālu (pamatotas zināšanas u.c.) (Bourdieu 1984, 101). Var arī teikt, ka kapitāls ir indivīda statuss dažādos sociālajos laukos (Wynne 1998, 48). Jēdziens „lauks” apzīmē dažādu sociālo stāvokļu strukturētu sistēmu (Bourdieu 1984, 101), kurās kapitāls sevi

reprezentē (Wynne 1998, 49), piemēram, izglītības joma, ekonomika, veselība u.tml. *Habitus* ir kā „indivīda sociālais „mugurkauls”, kas rada daudz resursu un ierobežojumu, normas un vērtības un kas veido indivīda darbības pamatu, līdzīgi kā socializācijas process, vienlaikus piedāvājot būtiskus darbības nosacījumus” (Wynne 1998, 49). Šādā interpretācijā jēdziens „*habitus*” ir tuvs E. Gidensa jēdzienam „rutīna”, tomēr *habitus* konceptā vairāk atklājas sociālās struktūras dominējošā loma. Tādēļ P. Burdjē, salīdzinot ar E. Gidensu, uzskata, ka indivīda un strukturālu apstākļu mijiedarbībā dominējošā ir struktūra (Ritzer 2008).

Ar tēmu „aģenta un struktūras mijiedarbība” ir cieši saistīts jēdziens „indivīda dzīvesveids”¹¹. Veselības un slimības kontekstā tiek lietots jēdziens „veselības dzīvesveids”, kas klasificē indivīdu rīcību veselības un slimības uzvedības modeļos (Nettleton 2006, Cockerham 2007, 56). Arī veselības dzīvesveidam ir divi aspekti – indivīda izvēle (*life choices*) un strukturālu apstākļu ietekmētas iespējas šo izvēli izdarīt (*life chances*) (Cockerham, Abel and Luschen 1993, 416–417). Kokerhems skaidro, ka veselības dzīvesveida izvēli lielā mērā nosaka aģenta piederība sociālajam slānim – galvenokārt pieejamo resursu apjoms, izglītība un informētības līmenis. Tāpat piederību veselības dzīvesveidam ietekmē arī sociāldemogrāfiskie faktori, ģimenes, radnieku kopienas u.c. apstākļu ietekme, kā arī socializācijas procesā iegūtā pieredze. V. Kokerhems izvēļu un iespēju mijiedarbību veselības jomā raksturo šādi – aģenta izvēle un dzīves iespējas darbojas ciešā tandēmā, veidojot noteiktu darbības dispozīciju (*habitus*), kas ietekmē aģenta rīcību (Cockerham 2007, 60–70) (sk. 1.1. att.).

¹¹ Saskaņā ar M. Vēberu dzīvesveids (*Lebensstil*) ir mijiedarbība starp indivīda izvēli (*life-choices*) jeb dzīves „vadīšanu” (*Lebensführung*) un dzīves iespējām (*life-chances* (ang.), *Lebenschancen* (vāc.)) (Cockerham, Abel and Luschen 1993, 417).



1.1. att. Veselības dzīvesveida paradigma

(Cockerham 2007, 59)

Aģenta rīcība veselības jomā izpaužas kā noteikta veselības dzīvesveida izvēle – aģents izvēlas darbības, kas vērstas vai nu uz veselības veicināšanu, saglabāšanu, vai arī – kaitēšanu veselībai. Šīs darbības var būt: medikamentu un dažādu citu līdzekļu lietošana, uzturs, fiziskas nodarbības, atpūta, personiskā higiēna, stresa pārvarēšanas paņēmieni, veselībai kaitīgi paradumi, veselības pārbaudes u.c. (Cockerham, Abel and Luschen 1993, 419). Visbiežāk indivīda dzīvesveidu nevar raksturot kā galēji veselīgu vai galēji neveselīgu – parasti dzīvesveida elementu kombinācija ir neviendabīga. Dzīvesveida pētījumi Lielbritānijā, piemēram, liecina, ka tie indivīdi, kuri paši raksturo savu dzīvesveidu kā „ļoti veselīgu”, nesmēķē, daudz nodarbojas ar sportu, taču vienlaikus viņi nepievērš uzmanību veselīga uztura paradumiem, kā arī vidējā vai lielā apmērā patērē alkoholiskus dzērienus (Blaxter 1990, 174). Šādi gadījumi uzskatāmi atklāj indivīda rīcības subjektīvās racionalitātes lomu un individuālo izpratni par dzīvesveida atbilstību kategorijai „ļoti veselīgs”. Arī dažādu ārstēšanas līdzekļu lietošana var būt raksturīga visiem dzīvesveida tipiem. Piemēram, Latvijas dati liecina, ka dažādus recepšu un bezrecepšu medikamentus, vitamīnus, minerālvielas un uztura bagātinātājus vairāk lieto

tie indivīdi, kuru dzīvesveids ir vērsts uz veselības veicināšanu vai saglabāšanu (Sīlis 2010, 167).

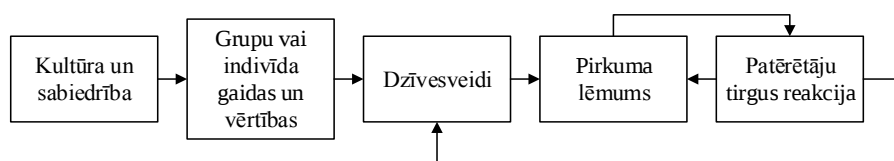
Atsevišķi autori min, ka pārāk lielas atbildības par veselības dzīvesveida izvēli deleģēšana aģentam var novest pie negatīvām sekām, proti, indivīdam var rasties nepamatotas vainas un atbildības sajūta par savu slimību (Britten 2008, 34). Vienlaikus nav pieļaujama aģenta atbildības nozīmes nonivelēšana lēmumu pieņemšanā par iesaistīšanos dažādās aktivitātēs, kas vērstas uz veselības veicināšanu, saglabāšanu vai kaitēšanu tai (Cockerham, Abel and Luschen 1993, 416, Smith and Goldblatt 2000, 42) – par spīti strukturālo apstākļu ietekmei, indivīda atbildība, izvēloties dzīvesveidu, tomēr ir pietiekami augsta. Arī Latvijā tiek norādīts, ka vīriešu neveselīgais dzīvesveids un nolaidīgā attieksme pret veselību ir vīriešu ievērojami īsākā mūža ilguma iemesls, veicinot augsto saslimstības līmeni ar kardiovaskulārajām un onkoloģiskajām saslimšanām (Pīrāgs 2009, 10). Dažkārt tiek minēts, ka tādi veselībai kaitējoši paradumi kā smēķēšana un alkohola lietošana var būt kultūras normu vai sociālā spiediena ietekmēta (Blaxter 1990, 113, Cockerham 2007, 4) un ka arī indivīdiem pašiem piemīt tendence veselības dzīvesveida izvēles kontekstā vairāk uzsvērt struktūras radītus ierobežojumus un mazākā mērā šo izvēli skaidrot ar savu paša atbildību (Williams and Popay 2001, 33). Tomēr t.s. „lielais četrinieks” (*the „big four”*) – smēķēšana, alkohola lietošana, nodarbošanās ar sportu un veselīga uztura izvēle (Gabe, Bury and Elston 2004, 25) – šie dzīvesveida elementi ir uzskatāmi par voluntāriem – proti, tādiem, uz ko vairāk attiecas indivīda izvēle (Blaxter 1990, 113). Saikne starp šīm četru veidu aktivitātēm un veselību ir atgriezeniska – indivīda dzīvesveids ietekmē veselību, bet arī veselība ietekmē indivīda veselības dzīvesveidu – piemēram, slikta veselība var būt iemesls smēķēšanas vai alkohola lietošanas pārtraukšanai u.tml. (Blaxter 1990, 188).

Rezumējot iepriekš aplūkotās autoru pieejas, redzams, ka galvenās atšķirības tiek paustas uzskatos par to, cik lielā mērā izpaužas aģenta izvēle un cik lielā mērā – dzīves sniegto iespēju ietekme. Analizējot abu autoru pieejas, sociologs Dž. Ricers ir secinājis, ka E. Gidensa teorijā aģenta izvēle dominē pār strukturālajiem apstākļiem (Ritzer 2008, 397), turpretim P. Burdjē uzsver struktūras faktoru noteicošo lomu (Ritzer 2008, 409). V. Kokerhems, līdzīgi kā P. Burdjē, secina, ka struktūras ietekme uz aģenta uzvedību ir daudz spilgtāka nekā aģenta ietekme uz struktūru. Taču V. Kokerhems uzsver, ka aģenta darbības analīze sociālā kontekstā ir nozīmīga, jo tā palīdz saprast aģenta rīcības, t.sk. veselības un slimības uzvedības motīvus, piemēram, pieņemot lēmumu neapmeklēt ārstu veselības traucējumu gadījumos (Cockerham 2007, 186). Šajā darbā pētīts, kā struktūras

ietekmes un indivīda izvēles mijiedarbībā veidojies indivīdam raksturīgais veselības dzīvesveids ir saistīts ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu.

Jēdziena „dzīvesveids” daudznozīmību atklāj tā lietojums dažādos sociālajos kontekstos, tādējādi arī tā traktējums sociālajās zinātnēs ir atšķirīgs. Piemēram, sociologs Makss Vēbers (*Max Weber*) uzskata, ka dzīvesveids ir saistīts ar sociālā statusa kategorijām. Socioloģijas pārstāvis Georgs Zimmels (*Georg Simmel*) norāda uz saistību starp indivīda identitāti un sabiedrību, bet Alfrēds Adlers (*Alfred Adler*) ar jēdzienu „dzīvesveids” saprot indivīda personības vienreizību kompleksajā sociālajā vidē (*Bunton, Nettleton and Burrows* 1995, 192). Ar jēdzienu „dzīvesveids” bezrecepšu līdzekļu lietošanas kontekstā var būt saistīts arī indivīda kā patērētāja raksturojums. Pateicoties strauji augošajam sabiedrības patēriņam (*consumerism*) (*Bunton, Nettleton and Burrows* 1995, 193), indivīda apziņā arvien vairāk nostiprinās priekšstats par bezrecepšu līdzekļu atbilstību drīzāk patēriņa preču kategorijai, nevis farmakoloģisku vielu grupai – „aptiekās indivīdi ir patērētāji, nevis pacienti” (*Geest and Whyte* 1989, 93). Patērētāju dzīvesveida, uzvedības, interešu un vērtību raksturošanai mēdz izmantot psihogrāfijas metodi (Kotlers 2006, 222), ar kuras palīdzību tiek iegūts indivīda psihogrāfiskais raksturojums (*Demby* 1974, 13). Kā norāda psihogrāfijas metodes pamatlicējs E. Dembijs, jēdziens *psihogrāfija* ietver vismaz trīs līmeņu definīcijas – psihogrāfija var tikt raksturota kā teorija, ar kuras palīdzību tiek veikta patērētāju klasificēšana, pamatojoties uz tiem raksturīgajām vērtībām, psiholoģiskajām īpašībām un dzīvesveidu. Otrkārt, psihogrāfija ir kvantitatīva datu izpētes procedūra, kas tiek veikta gadījumos, kad demogrāfisko, sociālekonomisko datu un rīcības analīze nesniedz pietiekami izsmeļošus rezultātus patērētāju raksturošanai. Treškārt, psihogrāfija var tikt uzskatīta par tirgus izpētes instrumentu, kurā apvienoti sociālo un biheiviorālo zinātņu elementi (*Demby* 1974, 13). Patērētāju piederība noteiktam segmentam jeb pārfrazējot – patērētāja psihogrāfiskais raksturojums nosaka patērētāja tendences dažādu produktu un pakalpojumu iegādē (*Demby* 1974, 28). Dzīvesveids, kas veidojas aģentam pieejamās iespējās un izvēlēs, ir svarīgs psihogrāfisko raksturojumu ietekmējošais mainīgais, vai arī, citiem vārdiem sakot, „psihogrāfija ir dzīvesveida „monētas otra puse”” (*Demby* 1974, 23). Šādu saistību veiksmīgi ilustrējošu shēmu piedāvā patērētāju paradumu pētnieks Viljams Leizers (*William Lazer*), norādot, ka patēriņš ir viens no indivīda dzīvesveidu raksturojošiem elementiem un saistība starp šīm divām kategorijām izpaužas šādā sakarībā: sabiedrības un kultūras raksturīgās iezīmes veicina indivīda vai indivīdu grupas gaidu un vērtību izveidošanos, kas rada indivīda vai indivīdu grupai raksturīgu

dzīvesveidu un vērtību sistēmu, kura ir patērētāja lēmuma pieņemšanas pamatā (sk. 1.2. att.).



1.2. att. Dzīvesveida hierarhija

(Hustad and Pessemier 1974, 36)

Psihogrāfiskais raksturojums tieši kā medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas uzvedību ietekmējošs faktors ir minēts arī medikamentu lietošanas teorijā (Smith 1996, 300), tāpēc atbilstoši promocijas darba mērķim un hipotēzei jānoskaidro, kā indivīda psihogrāfiskais raksturojums ir saistīts ar atšķirībām tieši bezrecepšu līdzekļu lietošanā.

Rezumējot šajā apakšnodaļā apkopoto, var sacīt, ka strukturālo apstākļu ietekme uz indivīdu ir nepārtraukta – tā nosaka gan aģenta izvēles iespējas, gan bieži – arī pašu izvēli. Saskaņā ar pētījuma specifiku apakšnodaļā aplūkoti indivīda dzīvesveida atšķirīgi aspekti – indivīda dzīvesveida izvēle veselības jomā (veselības dzīvesveids), kā arī indivīda kā patērētāja raksturojums, ko nosaka patērētāja īpašības, vērtību sistēma un dzīvesveids.

Struktūra ietekmē ne vien aģenta rīcību, bet arī otru perspektīvu, kas atrodas mijiedarbībā ar indivīdu, – sistēmu. Gan sistēmai, gan aģentam piemīt strukturālas īpašības – normatīvi elementi un nozīmes kodi. Sistēmas gadījumā šie nozīmes kodi izpaužas kā likumi, noteikumi un resursi (Gidenss 1984, 25–26). Var sacīt, ka sistēma ir „strukturā plus funkcijas” (Craib 1992, 56). Nākamā darba apakšnodaļa veltīta tās sistēmas analīzei, kas ietekmē ārstēšanas līdzekļu lietošanu.

1.2. Sistēmas ietekme uz ārstēšanas līdzekļu lietotāju

Šajā apakšnodaļā analizēta sistēmas ietekme uz indivīda rīcību, pievēršot uzmanību ārstēšanas līdzekļu lietošanai. Ieskatu šajā tematikā sniedz E. Gidensa teorijā raksturotā mikro- un makrolīmeņu saspēle, – autors apgalvo, ka mūsdienu globalizācijas laikmeta apstākļos mikro- un makrovide neizbēgami savstarpēji ietekmējas. Abas vides

raksturo tās dalībnieku rīcības racionalitāte. Makrovīdī jeb sistēmu raksturo specifiska racionalitātes forma, ko pauž tehnoloģijas un birokrātija un kuras mērķis ir indivīda rīcības organizēšana (Giddens 1990, 12). Ar sistēmai raksturīgās racionalitātes palīdzību tiek radīti atsvešināšanās (*disembedding*) mehānismi, kas veicina „sociālo attiecību „izraušanu” no tradicionālā mijiedarbības konteksta un restrukturēšanu nenoteiktās laika un telpas dimensijās” (Giddens 1990, 21). Pastāv divi „atsvešinātājmehānismu” veidi – simboliski „žetoni” (*symbolic tokens*) – piemēram, nauda, kā arī „ekspertu sistēmas” (*expert systems*). Ar šo „atsvešinātājmehānismu” palīdzību tiek organizēta sabiedrības locekļu dzīve (Giddens 1990, 22).

Veselības aprūpes joma ir viena no šīm „ekspertu sistēmām”. Veselības aprūpes un medikamentu jautājumos pacientus un medicīnas ekspertus raksturo ievērojama zināšanu asimetrija – tā kā indivīdi savu ierobežoto zināšanu dēļ nespēj pilnībā izvērtēt specifisko un profesionālu terminu piesātināto informāciju, viņu priekšstati par risku un citiem aspektiem veidojas atkarībā no uzticēšanās ekspertiem un saņemtās informācijas (Britten 2008, 15). „Risks un uzticēšanās iet roku rokā, turklāt uzticēšanās indivīda izpratnē parasti kalpo kā līdzeklis riska mazināšanai” (Giddens 1990, 35). E. Gidensa uzskatus raksturo pārliecība, ka mūsdienu postmodernajā pasaulē it visur izpaužas nenoteiktība – „visas zinātnes pamats ir plūstošas smiltis – nav nekā skaidra, nekas nav pierādāms [...]” (Giddens 1990, 39), tādēļ uzticēšanās dažādiem atsvešinātājmehānismiem veicina indivīda kā mikrolīmeņa aģenta atkarību no sistēmas un atsvešināšanos no savām patiesajām vajadzībām. Vienu no globalizācijas lielākajiem draudiem E. Gidenss saskata kā aizvien jaunu riska, nedrošības un iesaistīto pušu savstarpējās atkarības formu veidošanos (Giddens 1990, 175).

E. Gidenss min līdzekļus, kas kavē vai mazina šādu atsvešināšanos (*re-embedding mechanisms*), iedalot tos tiešās komunikācijas instrumentos (*facework commitments*) un netiešās komunikācijas instrumentos (*faceless commitments*) (Giddens 1990, 80). Tiešās komunikācijas instrumenti ir sociālā saskarsme – pacienta un ārsta vai aptiekas apmeklētāja un farmaceita saruna, bet netiešās komunikācijas instrumenti var būt, piemēram, par ārstēšanās līdzekļiem pieejamā informācija, likumdošanas normas u.c. (Britten 2008, 16). No komunikācijas instrumentiem, to kvalitātes un informācijas objektivitātes ir atkarīga indivīda izpratne par risku un atsvešināšanās procesu veicināšana vai samazināšanās (Giddens 1990, 85).

Viens no racionalitātes teorijas pamatlīcējiem M. Vēbers runā par specifisku „racionālismu”, kas raksturo mūsdienu sabiedrības birokrātiju, norādot, ka šī

„racionālisma” pamatā ir aprēķins (Vēbers 2004, 14–15). Nenoliedzot birokrātijas priekšrocības, proti, rūpīgu un pārdomātu līdzekļu izvēli izvirzīto mērķu sasniegšanai, M. Vēberu uztrauc pārlieku lielā birokrātijas ietekme uz indivīdu, ko autors dēvē par „dzelzs būri” („*iron cage*”) (Ritzer 2011, 25–26). Autori, tālāk izvērsot un attīstot M. Vēbera teoriju, norāda, ka autors runā par četriem sabiedrībā pastāvošiem racionalitātes tipiem – praktisko racionalitāti, teorētisko racionalitāti, substantīvo racionalitāti un formālo racionalitāti (Kalberg 1980). Praktiskā racionalitāte attiecas uz indivīdu spēju rūpīgi izvēlēties efektīvākos mērķus pragmatiski un egoistiski izvirzīta mērķa sasniegšanai. Saskaņā ar M. Vēbera atziņām teorētiskā racionalitāte ir lielā mērā attiecināma un indivīda lēmuma pieņemšanu raksturojošiem kognitīviem procesiem, nevis uz indivīda rīcību. Substantīvā racionalitāte kā rīcības pamatojumu izvēlas sabiedrības vai indivīda ētiskos un vērtību principus, bet formālā racionalitāte ir aprēķinātas rīcības pamatā, un šo racionalitāti ietekmē likumi, noteikumi un sociālas struktūras (Kalberg 1980, 1151–1159). M. Vēbers apgalvo, ka mūsdienu sabiedrībā formālā racionalitāte uzskatāmi dominē pār citām racionalitātes formām (Kalberg 1980, 1173).

Vēbera racionalitātes teoriju uz indivīda veselības uzvedību attiecina V. Koherhems un kolēģi, apgalvojot, ka rūpes par veselību iemieso nevis substantīvās, bet formālās racionalitātes principi, kas nosaka: veselība ir vērtība nevis pati par sevi, bet drīzāk instruments. „Indivīdi tiecas uzturēt vai uzlabot savu veselību, lai varētu to izmantot cita mērķa realizēšanai – piemēram, darbā, garākam mūžam vai lielākai dzīves aspektu apmierinātībai” (Cockerham, Abel and Luschen 1993, 416). Veselību mēdz salīdzināt arī ar resursu vai preci (Webb and Wright 2000, 91), ko bieži iegūst naudas un preču apmaiņas rezultātā (Baudrillard 1970, 140). Arī ārstēšanas līdzekļu lietošanas primārais mērķis var būt nevis veselības atgūšana, bet iespēja iespējami ātrāk atgriezties pie ikdienas pienākumu veikšanas (Allotey, Reidpath and Elisha 2004, e378).

Sabiedrībai raksturīgās racionalitātes dominējošās ietekmes atspoguļojumu E. Gidenss saredz J. Habermāsa komunikatīvās rīcības teorijā (Giddens 1990, 116), kas, tāpat kā iepriekšējā apakšnodaļā analizētās teorijas, uzskatāma par integrētu pieeju sociālo parādību analīzē. Var teikt, ka komunikatīvās rīcības teorija analīzē gan mikro- un makrolīmeņu, gan arī aģenta un struktūras savstarpējo mijiedarbību (Ritzer 2008, 411, Scambler and Britten 2001, 48). Komunikatīvās rīcības teorijas pamatā ir racionalitātē balstīts sociālās rīcības jēdziens – abu mijiedarbībā iesaistīto pušu (indivīda un sistēmas) racionalitātes izpausmes.

J. Habermāss komunikatīvās rīcības teoriju ir attīstījis, izmantojot M. Vēbera teoriju par racionālu rīcību. Tādēļ, raksturojot indivīda sociāli orientētu rīcību¹², nepieciešams īss ieskats M. Vēbera teorijā. Saskaņā ar M. Vēbera teoriju pastāv četri racionālas rīcības tipi: mērķracionāla, vērtībracionāla, tradicionāla un afektīva rīcība. Šāds sadalījums paredz, ka racionālas rīcības fokuss var būt gan mērķis, gan rīcībai piemītošas un to raksturojošas vērtības. Mērķracionāla (*zweckrational*) rīcība izpaužas kā apzināta līdzekļu izvēle konkrēta mērķa sasniegšanā. Vērtībracionālu (*wertrational*) rīcību nosaka ticība vērtībām, kas pamatojas uz darbības veicēja iekšējo pārliecību, neatkarīgi no darbības iznākuma, un šī rīcība izpaužas gadījumos, kad indivīds, neraugoties uz praktisko labumu, rīkojas pienākuma, goda, ticības, uzticības u.c. jūtu vadīts. Tradicionālu rīcību nosaka laika gaitā izveidojušies paradumi un tradīcijas, bet afektīva (emocionāla) rīcība ir spēcīgu, spontānu izjūtu rezultāts (Weber 1978, 24–26). Vēbers sociālo rīcību racionalitātes kategorijās klasificē pēc mērķa, līdzekļu, vērtību un seku attiecību izmantojuma noteiktas rīcības īstenošanā (1.1. tabula.).

1.1. tabula

M. Vēbera sociālās rīcības tipoloģija J. Habermāsa interpretācijā

Racionalitātes pakāpes samazināšanās kārtībā sakārtoti rīcības tipi	Indivīda subjektīvo jēgu atklājošie elementi			
	Līdzekļi	Mērķi	Vērtības	Sekas
Mērķracionāla rīcība	+	+	+	+
Vērtībracionāla rīcība	+	+	+	–
Afektuāla rīcība	+	+	–	–
Tradicionāla rīcība	+	–	–	–

(Habermas 1987, (b) 282)

J. Habermāss norāda uz ierobežojumiem M. Vēbera teorijā, kā galveno argumentu minot, ka šī teorija neiekļauj nedz rīcības orientāciju, nedz arī rīcības situāciju. Piemēram, Vēbera piedāvātais mērķracionālas rīcības tips neiekļauj informāciju, vai šīs rīcības pamatā ir tīri egocentriski vai arī uz augstākām morāles vērtībām balstīti motīvi. Pēc J. Habermāsa domām, ar šīs teorijas palīdzību nevar pilnīgi izskaidrot sabiedrībā dominējošās racionalitātes izpausmes (Habermas 1987, (b) 284). Trūkuma novēršanai J. Habermāss piedāvā komunikatīvās rīcības teoriju, kas klasificē sociālu rīcību atkarībā no tās orientācijas (1.2. tabula.). Saskaņā ar šo tipoloģiju instrumentālas rīcības pamatā ir mērķa sasniegšanai izvēlēto līdzekļu izvērtēšana plašākā rīcības kontekstā. Stratēģiska

¹² Saskaņā ar M. Vēberu rīcību var raksturot kā sociālu, „ja tā tiek orientēta uz pagātnes, tagadnes vai sagaidāmo nākotnes citu personu rīcību” (Weber 1978, 22).

rīcība ietver racionālu mērķa un līdzekļu izvērtējumu, ņemot vērā arī šīs rīcības sociālu ietekmi, bet komunikatīva rīcība tiek atklāta gadījumos, kad „tajā iesaistīto aģentu rīcība ir saskaņota nevis izmantojot egocentriskus aprēķinus, bet orientējoties uz abpusēju sapratni” (Habermas 1987, (b) 286).

1.2. tabula

J. Habermāsa sociālās rīcības tipoloģija

Rīcības situācija	Rīcības orientācija	
	Uz panākumiem orientēta	Uz savstarpējo sapratni orientēta
Nesociāla rīcība	Instrumentāla rīcība	–
Sociāla rīcība	Stratēģiska rīcība	Komunikatīva rīcība

(Habermas 1987, (b) 285)

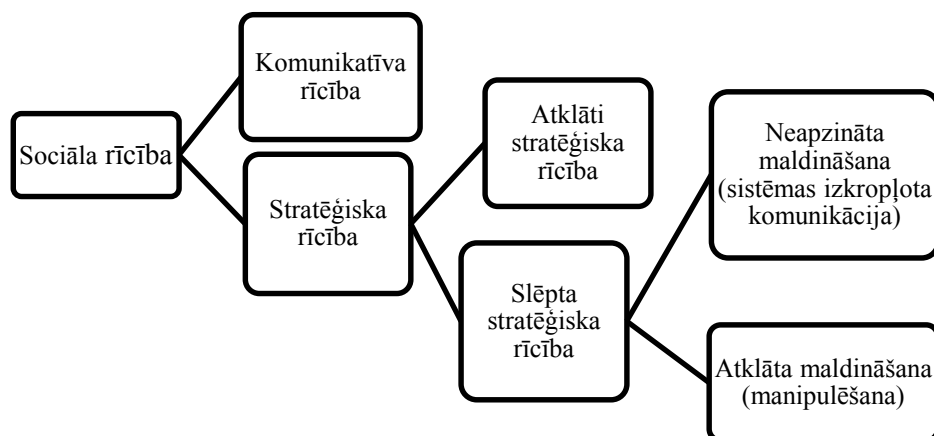
Svarīgi uzsvērt jaunu perspektīvu, kas atklājas J. Habermāsa teorijā, proti, sociālas rīcības orientāciju pret triju veidu „pasaulēm” – objektīvo fizisko lietu pasauli, subjektīvo indivīda novērtējuma pasauli, kā arī sociālo pasauli, kurā dominē normas un likumi. Atkarībā no šādas orientācijas sociāla rīcība iedalāma sīkākās kategorijās (Outhwaite 1994, 71).

1. Teleoloģiskā jeb mērķtiecīgi orientēta rīcība, kas pamatojas uz mērķu un līdzekļu attiecību izvērtēšanu. Vienu no šādas rīcības veidiem var dēvēt kā stratēģisku, ja rīcības veicējs izvērtē citu iesaistīto personu mērķtiecīgi orientēto rīcību. Šī rīcības kategorija ir spēļu (*games*) un lēmuma (*decision*) teoriju pamatā.
2. Normatīvi regulēta rīcība izpaužas gadījumos, kad „sociālas grupas locekļi, kas savu darbību orientē uz kopīgām vērtībām, rīkojas, pamatojoties uz savstarpēji saskaņotu uzvedības modeli”. Šāda rīcības kategorija ir funkcionālās lomu teorijas pamatā.
3. Dramaturģiska rīcība izpaužas kā paša indivīda sevis demonstrēšana citu indivīdu priekšā. Uz šo rīcību pamatojas dramaturģiskās teorijas autori.
4. Komunikatīva rīcība – verbāla vai neverbāla mijiedarbība starp diviem darbības veicējiem, kas orientēti uz savstarpējās sapratnes panākšanu un saskaņotu darbību.

Ar komunikatīvo rīcību cieši saistīts jēdziens „dzīves pasaule” – šo jēdzienu pagājušajā gadsimta trīsdesmitajos gados ieviesa fenomenoloģijas teorijas autors vācu filozofs Edmunds Huserls (*Edmund Husserl*) (sk. zemsvītras piezīmi 17. lpp). „Sabiedrība tiek uztverta no tajā darbojošās subjekta perspektīvas” (Habermas 1987, (b) 117). Jēdziens „dzīves pasaule” ir attiecināms uz šādu sociālās dzīves sfēru – kultūra, ģimene, mājsaimniecība, politiskā dzīve u.c., – neformālajiem aspektiem (*Finlayson*

2005, 51). Dzīves pasaules perspektīvu veido gan strukturālu faktoru ietekmē veidojusies subjektīvā pieredze, prasmes un personības struktūra, gan arī sistēmas elementi (Habermas 1987, McCarthy XXVI). „Tā [dzīves pasaule] ietver kultūras videi raksturīgo nozīmju koda pārnēsi [...]” (Britten 2008, 25). Dzīves pasaule veido indivīda ikdienas dzīves pamatu, nosakot indivīda rīcību dažādos kontekstos, t.sk. veselības un slimības uzvedību. Dzīves pasauli raksturo komunikatīva rīcība – tāda, kas pamatojas uz savstarpējo sapratni. „Dzīves pasaule ir transcendentāla vieta, kur satiekas runātājs un klausītājs, kur tie viens otram apliecina savu izteikumu piemērotību kontekstam... kur tie var savstarpēji kritizēt vai akceptēt viens otra konceptu likumību (*legitimacy*), risināt domstarpības un nonākt pie vienošanās” (Habermas 1987, (b) 126).

Savukārt sistēma ir raksturojama kā kaut kas ārējs un objektīvs – „neiesaistīta novērotāja perspektīva” (Habermas 1987, (b) 117). Sistēma nozīmē „atražotas attiecības starp darbības veicējiem vai to kopumiem, kas sakārtotas kā regulāras sociālas prakses”, respektīvi, cilvēku darbības, kas noteiktos apstākļos atkārtojas laikā un telpā (Gidenss 1984, 56–57). Sistēmai ir raksturīga stratēģiska rīcība, kurā izpaužas formālā racionalitāte. Citiem vārdiem sakot, sistēmas rīcība ir vērsta uz rezultātu, ko nosaka iesaistīto sistēmas elementu – organizāciju un citu dalībnieku – mērķi. Komunikāciju, kuras pamatā ir stratēģiska rīcība, var raksturot šādi – „ar ietekmējošas (*perlocutionary*) rīcības palīdzību atstāt iespaidu uz klausītāju” (Habermas 1987, (a) 289). Runājot par stratēģiskas rīcības izpausmēm, svarīgi atzīmēt, ka šāda rīcība var būt ne vien atklāti stratēģiska, bet arī slēpti stratēģiska, un šādā gadījumā tā var izpausties gan kā neapzināta maldināšana – sistēmas izkropļota komunikācija (*systematically distorted communication*), gan arī kā apzināta maldināšana (sk. 1.3. att.).



1.3. att. J. Habermāsa sociālās rīcības veidu tipoloģija

(Habermas 1987, (a) 333)

Lai gan dzīves pasaules perspektīva ar tās strukturālajiem elementiem uzskatāma par sociālās sistēmas bāzi jeb veidotāju, arī „sistēmas mehānismiem dzīves pasaulē jābūt stabiliem: tiem jābūt institucionalizētiem” (Habermas 1987, (b) 154). Pieaugot sistēmas racionalitātei, starp dzīves pasauli un sistēmu rodas aizvien lielāka plaisa – sistēma aizvien vairāk zaudē saikni ar tiem dzīves pasaules elementiem, kas ir piedalījušies šīs sistēmas veidošanās procesā. E. Gidenss šo procesu apzīmē ar jēdzienu „atsvešināšanās” (*disembedding*), savukārt J. Habermāss lieto terminu „atdalīšanās” (*uncoupling*) (Habermas 1987, (b) 154). Sistēmas atdalīšanās no dzīves pasaules, pēc Habermāsa domām, veicina tālāku procesu, kas izpaužas kā sistēmas dominēšana – dzīves pasaules vērtības tiek pakļautas sistēmas racionalitātes principiem, atsvešinot tās no dzīves pasaules patiesajām vēlmēm un vērtībām, un šis process tiek dēvēts par dzīves pasaules kolonizēšanu (*colonization*) (Habermas 1987, (b) 311). Individuāla racionalitātes ietekmēšana, ko veic sistēma ar stratēģiski mērķracionālu rīcību, „atraisa sistēmas imperatīvu, kas sagrauj dzīves pasaules potenciālu [...] (Habermas 1987, (b) 155)”. Individuāli aizvien vairāk zaudē savas izvēles iespējas brīvību un tiek pakļauti sistēmas racionalitātei – to „rīcību „objektīvi” veido „mērķracionāls konteksts”” (Habermas 1987, (b) 311). Kolonizēšana izpaužas daudzās sabiedrības sfērās – izklaides jomā, kultūrā, tūrismā, atpūtā – tās pamazām nonāk patēriņa kultūras un preču ekonomikas varā (Habermas 1987, (b) 386). J. Habermāss norāda: „Jo sarežģītākas kļūst sociālās sistēmas, jo provinciālākas kļūst dzīves pasaules” (Habermas 1987, 173).

Komunikatīvās rīcības teorija, uzsverot makrovīdes (sistēmas) ietekmi uz mikrovidi (indivīdu), ir veiksmīgi piemērojama ārstēšanas līdzekļu lietošanas analīzē (Britten 2008, 18). Teorija raksturo savstarpējā mijiedarbībā iesaistīto aģentu, kas iemieso dzīves pasaules perspektīvu, un sistēmu, kas ārstēšanas līdzekļu lietošanas kontekstā ir gan veselības aprūpes politika ar tās īstenošanā iesaistītajiem ekspertiem, gan arī farmācijas nozare (Britten 2008, 19). Ar sistēmas racionalitātes palīdzību īstenotais dzīves pasaules kolonizēšanas process izpaužas vairākos veidos. Pirmkārt, patērētāju kultūras izpausmes veselības aprūpes jomā uzskatāmas par kolonizēšanu raksturojošu piemēru (Scambler and Britten 2001, 62). Bezrecepšu līdzekļu lietošanas kontekstā var sacīt, ka šo līdzekļu lietošana noteiktā apmērā nodrošina indivīda kontroli pār slimību, ķermeni, sekmējot pašnoteikšanos – izvēloties šos līdzekļus, var iztikt bez medicīna eksperta konsultācijas. Patērētāja priekšstats par savu izvēles brīvību, iegādājoties bezrecepšu līdzekļus, piešķir šiem līdzekļiem preces statusu (Hibbert, Bissell and Ward 2002, 47, Whyte, Geest and Hardon 2002, 93, Stevenson, Leontowitsch and Duggan 2009, 97). Preces statusu pastiprina arī iespēja dažādus ārstēšanas līdzekļus iegādāties ārpus aptiekas – paralēli citām precēm tirdzniecības vietās, kā arī internetā (Stevenson, Leontowitsch and Duggan 2009, 97-98). Tai pašā laikā, radot patērētāja kā „varoņa” tēlu, kam raksturīga pašnoteikšanās, suverenitāte un izvēles brīvība, brīva ekonomiskā tirgus sistēma pastāvīgi tiecas izdabāt patērētāju vēlmēm un vajadzībām, izmantojot dažādus instrumentus, piemēram, plānošanu, mārketingu un reklāmu, tādējādi kontrolējot arī preču un pakalpojumu cenas (Slater 1997, 33–35; 50). Indivīda rīcību zināmā mērā nosaka sociāla manipulācija – „[...] dzīve kļūst par nepārtrauktu dzīšanos pēc veselības un labklājības, izmantojot sportiskas aktivitātes, diētas, medikamentus, dažādas garīgas kustības, pašsugestiju un psihiatriju” (Giddens 1990, 123). Sistēma patiesībā realizē savu varu pār indivīdu – brīvība šādā situācijā ir viena no varas stratēģijām (Slater 1997, 59). Mūsdienu sabiedrību raksturo patēriņš, un patēriņu ir veicinājusi arī pacienta aktīvāka līdzdarbošanās un iesaistīšanās veselības aprūpes procesā. „Šī iesaistīšanās ir pārvērtusi tos [iedzīvotājus] no pasīviem veselības aprūpes pakalpojumu saņēmējiem „aktīvos jaunāko paaudžu medikamentu patērētājus”” (Fox and Ward 2009, 47). Strauji augošā medikamentu patēriņa sabiedrību raksturo „maldīga apziņa” („false consciousness”) (Geest and Whyte 1989, 168) – apziņa, ka veselību var nodrošināt tikai ar medicīnas precēm, jo plaši pieejamais bezrecepšu līdzekļu klāsts dod iespēju piemeklēt dažādus līdzekļus gan veselības traucējumu novēršanai, gan arī profilaksei. Viena no līdzekļu grupām, kas uzskatāma par indivīda pašnoteikšanās vēlmēs īstenošanas instrumentiem, ir

t.s. medikamentu alternatīvas (*complementary and alternative medicines*), pie kuriem pieder arī vitamīni, homeopātiskie preparāti un uztura bagātinātāji un kam daži autori piešķir apzīmējumus „dzīvesveida medikamenti” vai „nišu produkti” (Rayner and Easthope 2001, 157–167). Atsevišķi autori arī apgalvo, ka šie produkti ir viens no postmoderno sabiedrību raksturojošiem elementiem (MacLennan un Wilson 1996, Rayner and Easthope 2001, 161–162). Ar šo produktu palīdzību iespējams nodrošināt īpašu pieeju indivīdam un piemērošanos patērētāja vajadzībām (Smith and Goldblatt 2000, 60). „Nišu produkta” būtība šiem līdzekļiem piemīt arī tādēļ, ka nereti šo līdzekļu simboliskā vērtība ir svarīgāka nekā to „lietošanas vērtība” (*use value*) (Rayner and Easthope 2001, 157; 159). Patērētāji šos līdzekļus asociē ar „dabiskumu”, tādējādi radot priekšstatu par drošumu un nekaitīgumu (Whyte, Geest and Hardon 2002, 75), kā arī ar holistisku pieeju indivīda organismam (Barrett, et al. 2003, 940).

Nepieciešamība lietot dažādus līdzekļus tiek konstruēta ar reklāmas palīdzību, veicinot šo līdzekļu patēriņa pieaugumu. Pat vairāk – farmācijas nozares mārketinga aktivitātes, radot plaisu starp patērētāja vajadzībām un vēlmēm (Abraham 2009, 57), mēdz veicināt medikamentu lietošanu ārpus objektīvās nepieciešamības, definējot slimības un radot pieprasījumu pēc medikamentiem, ar ko šīs slimības ārstē (Bissell, Ward and Noyce 2001, 935). Šo parādību mēdz dēvēt arī par medikalizāciju¹³ (*medicalization*) – ar tās palīdzību sistēma pauž varu pār patērētāju (Foucault 2004, 13), „leģitimizējot” nemedicīniska rakstura problēmu kā slimību (Smith 1996, 312). Medikalizācija bieži ir pārmērīgi liela medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu patēriņa iemesls (Smith 1996, 316). Atsevišķi autori izsakās kategoriski, norādot, ka dažādu nemedicīnisku parādību medikalizēšana ir radījusi situāciju, ka „divdesmitā gadsimta beigās mēs pēkšņi varam konstatēt, ka medikalizēts tiek teju viss” (Montagne and Basara 1996, 281). Medikamentu reklāmai ir raksturīga dažādu simptomu pārspīlēšana, piemēram, nogurums, sāpes, gremošanas traucējumi, liekais svars, bezmiegs u.c., un tas veicina šo simptomu medikalizāciju, tādējādi reklāmas mērķis ir likt cilvēkiem justies slimiem, lai ar medikamentu palīdzību varētu atkal izvesēties (Conrad and Leiter 2009, 13). Medikalizācijas galvenie trūkumi ir cenšanās indivīdu ievietot „normālo, standarta” kategorijā, nereti padarot indivīdu raksturīgās īpašības par diagnozēm (Conrad 2007, 148). Piemērs šajā situācijā ir indivīda liekā svara problēma. Lai gan ir gadījumi, kuros šī problēma ir saistīta ar slimību vai patoloģiju, jāatzīst, ka nereti tieši ar plašsaziņas līdzekļu

¹³ Medikalizācija – process, kura gaitā problēmas, kas nav medicīniska rakstura, tiek definētas un padarītas par medicīniska rakstura problēmām, visbiežāk par slimībām un veselības traucējumiem (Conrad 2007, 4).

starpniecību tiek radīts „ideālais sievietes ķermenis”. Tāpēc, svara normalizēšanai piedāvājot bezrecepšu līdzekļus, faktiski tiek radīts iespaids, ka liekais svars ir slimības diagnoze, kas ir ārstējama ar medikamentu palīdzību.

Ārstēšanas līdzekļu kontekstā var runāt arī par t.s. farmatikalizāciju¹⁴ (*pharmaceuticalization*). Arī šis process tiek raksturots kā viena no noteiktas pakāpes fetišisma formām, kas medikamentiem piedēvē lielāku spēju un iedarbību, nekā tā patiesībā tiem piemīt (*Whyte, Geest and Hardon* 2002, 88). Jēdziens „farmatikalizācija” tradicionāli tiek vairāk attiecināts uz recepšu medikamentu jomu, un tas izpaužas kā medikamentu radīšana jaunu slimību ārstēšanai. Tomēr jēdziens „ikdienas dzīves farmatikalizācija” (*Williams, et al.* 2009, 25) ir attiecināms arī uz tādu bezrecepšu līdzekļu lietošanu, kuru alternatīva varētu būt, piemēram, veselīgāks dzīvesveids (HAI, WHO 2011, 89). Raksturīgs piemērs ir līdzekļa *Mezym* reklāma („*Mezym – lai vēders smaguma sajūtu nezin!*”) (Benu aptieka 2013). Medikaments šajā piemērā ir veselīgāka un vairāk pārdomāta uztura vienkāršāka alternatīva. Kā piemērs farmatikalizācijai, kas izpaužas kā pārāk lielas spējas piedēvēšana dažādiem līdzekļiem un šo līdzekļu īpašību pārspīlēšana, varētu būt arī bezrecepšu līdzekļa *Coldrex*¹⁵ reklāma (TV3 2014)¹⁶, kurā attēloti divi vīrieši, kas iegrimuši šaha spēlē. Reklāmas teksts vēsta, ka, lietojot šo medikamentu, „*izcilās prāta spējas ir atpakaļ kā ierasts*”. Medikalizācijas un farmatikalizācijas rezultāts ir slimību pārdošana (*disease mongering*)¹⁷ – „zāles katrai slimībai un slimība katrām zālēm” („*a pill for every ill and an ill for every pill*”) (*Wainwright, Michael and Williams* 2009, 152).

Farmācijas nozares racionalitāte, kuras mērķis ir palielināt ārstēšanas līdzekļu apgrozījumu un peļņu, veicina patērētājiem pieejamās informācijas tendenciozitāti ne tikai ārstēšanas līdzekļu reklāmās. Arī publikācijās nereti tiek uzsvērti tieši ārstēšanas līdzekļu lietošanas pozitīvie aspekti, nevis riski, kas saistīti ar šo līdzekļu lietošanu (*Britten* 2008, 89, *Smith* 1996, 316). Piemēram, plašsaziņas līdzekļu publikācijās par medikamentiem ASV tiek akcentēti šo līdzekļu pozitīvie efekti, savukārt blaknes tiek

¹⁴ Farmatikalizācija – medikamentu lietošana dažādiem mērķiem, kas bieži pārsniedz objektīvu medicīnisku nepieciešamību (*Williams, Gabe and Davis* 2008, 816).

¹⁵ Saskaņā ar šim līdzeklim pievienoto lietošanas instrukciju bezrecepšu ārstēšanas līdzekli *Coldrex* lieto gripas un saaukstēšanās simptomu – galvassāpju, drebuļu, smeldzošu un asu sāpju, apgrūtinātas elpošanas caur degunu, sāpīgu sinusītu un iekaisuša kakla sāpju – atvieglošanai īsā laikā.

¹⁶ Reklāma pārraidīta TV3 19.01.2014. plkst.19.24.

¹⁷ Jēdzienu „slimību pārdošana” (*disease mongering*) lieto, lai raksturotu procesu, kad tiek radītas (definētas) slimības, kuru ārstēšanai var tikt izmantotas dažādas zāles. Lai gan arī jēdziens *medikalizācija* nozīmē slimību definēšanu, ne visi medikalizācijas gadījumi ir saistīti ar zāļu lietošanu (*Williams, Gabe and Davis* 2008, 2).

minētas tiek minētas tikai mazāk nekā pusē gadījumu (*Moynihan, et al.* 2000, 1645). No J. Habermāsa teorijas viedokļa šādu tendenciozas informācijas pasniegšanu patērētājiem var uzskatīt par slēptu stratēģisku rīcību, kas izpaužas kā apzināta maldināšana (manipulācija) – sk. (*Habermas* 1987, (a) 332). Tendenciozas informācijas ietekmi uz indivīdu skaidro arī sociologs Zigmunds Baumans (*Zygmunt Bauman*). Atsaucoties uz franču filozofu Fransuā Liotāru (*François Lyotard*), Baumans apgalvo, ka mūsdienu sabiedrībā strauji zūd dažādu autoritāšu pilnvaras uz neapstrīdamu patiesību – pastāv aizvien pieaugošs dažādu, nereti pretrunīgu diskursu daudzums, kuru autoritāti nosaka šo diskursu prasme iedvest priekšstatu par autoritāti (*Bauman* 1988, 801). Mūsdienu sabiedrību, ko dažādi autori apzīmē atšķirīgi – vēlā, reflektīvā modernitāte (*Nettleton* 2006, 203), „transmodernitāte” (*Ahponen* 1990, 342), „post-tradicionāls” periods (*Slater* 1997, 63), „periods pēc modernitātes” (*Giddens* 1990, 3), – raksturo zināšanu plurālisms, uzskatu daudzveidība, autoritāšu trūkums, nemitīgas pārmaiņas, kam tomēr pietrūkst vienojošā elementa un konsekvences (*Bauman* 1997, 795). Veselības aprūpes jomā samazinās ārsta kā neapstrīdamas autoritātes loma (*Cockerham, Abel and Luschen* 1993, 413), vienlaikus palielinot citu informācijas avotu, t.sk. reklāmas ietekmi uz ārstēšanas līdzekļu lietošanu. Pārāk liela farmakoloģisku līdzekļu lietojuma akcentēšana, koncentrēšanās uz šo līdzekļu pozitīvajiem aspektiem, kā arī negatīvo aspektu noklusējums – šie ir faktori, kas raksturojami kā patoloģija, un tas ir veids, kā izpaužas sistēmas veiktā dzīves pasaules kolonizēšana. J. Habermāsa teorijas kontekstā to var raksturot gan kā atklātu, gan kā slēptu stratēģisku rīcību.

Savā ziņā paradoksāli, bet arī PVO racionālas ārstēšanas līdzekļu lietošanas definīcija¹⁸ var tikt uzskatīta par vienu no dzīves pasaules kolonizēšanu veicinošiem līdzekļiem. No vienas puses, šajā definīcijā uzskaitītie principi precīzi raksturo rīcību, kas ir saturiski pareiza un savā ziņā kalpo kā atsvars farmācijas nozares ietekmei. No otras puses, raksturojot ārstēšanas līdzekļu lietošanu kā tehnisku procesu, šajā definīcijā netiek pieminēta ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitāte (*Britten* 2008, 124). J. Habermāsa teorijas kontekstā šāda sistēmas radīta definīcija ilustrē atklātu stratēģisku rīcību (*Britten* 2008, 146).

Dzīves pasaules kolonizēšanas process izpaužas arī indivīda un sistēmas tiešas saskarsmes punktos – komunikatīvajai rīcībai sastopoties ar stratēģisku rīcību, stratēģiskā rīcība sāk dominēt pār komunikatīvo (*Britten* 2008, 19–20). Šādi saskarsmes punkti ir

¹⁸ „Pacientam piemēroti medikamenti, atbilstošās devās, pareizā laikā, par iespējami zemāko cenu pacientam un sabiedrībai (*community*)” (WHO 2002).

pacienta vizīte pie ārsta vai indivīda konsultācija ar farmaceitu. No komunikatīvās rīcības teorijas viedokļa raugoties, mediķu kā sistēmas pārstāvju stratēģiskā rīcība var būt gan atklāta, gan arī slēpta. Atklāta stratēģiska rīcība izpaužas, ja mediķis visu pacientam domāto informāciju izskaidro medicīniski tehniskos terminos, runājot „medicīnas balsī” (*„voice of medicine”*), kas raksturīga biomedicīniskajam modelim (*Scambler and Britten* 2001, 56), savukārt dzīves pasaules „balss” (*voice of the lifeworld*), kurā izskan pacienta viedoklis, pieredze un vēlmes, paliek nesadzirdēta (*Lo and Bahar* 2013, 69). „Medicīnas balsi” J. Habermāss raksturo kā sistēmas racionalitātes dominēšanu un dzīves pasaules kolonizēšanas paņēmieni, ar kura palīdzību, izvirzot priekšplānā „zinātnisko”, tiek veicināti medikalizācijas procesi (*Scambler and Britten* 2001, 55). N. Britenas sniegtais piemērs palīdz raksturot iepriekšēikto – vecāki vēršas pie ārsta, vēloties dzirdēt ārsta viedokli par antibiotiku lietošanu noteiktu indikāciju un bērna slimības uzvedības kontekstā, taču ārsta rīcība ir stratēģiska un orientēta uz rezultātu (medikamenta izrakstīšanu atbilstoši sistēmas uzstādījumam – vadlīnijām), tehniski izskaidrojot ar medikamenta lietošanu saistītus aspektus (*Britten* 2008, 136). Medikamentu izrakstīšana un citu ārstēšanas līdzekļu rekomendēšana ir veids, kā aizpildīt plaisu pacienta un ārsta attiecībās; medikamenti ir komunikācijas ar ārstu noteikta sastāvdaļa (*Geest and Whyte* 1989, 356). Mediķu kā sistēmas pārstāvju stratēģiskā rīcība pamatojas uz dažādiem strukturāliem elementiem (piemēram, klīniskajām vadlīnijām, uz pierādījumiem balstītu medicīnu u.c.), kas mērķtiecīgi koncentrēti uz iecerēto iznākumu, nevis uz savstarpējo sapratni (*Lo and Bahar* 2013, 69). Ārsta un pacienta attiecības raksturo zināšanu asimetrija. Patērētāju ierobežotas informācijas apstākļos eksperti nozīmīgi ietekmē indivīda priekšstatus par risku un citiem aspektiem, kas saistīti ar ārstēšanas līdzekļu lietošanu. Turklāt ekspertiem raksturīgā pārlicība – noteikta daļa pacientam sniegtās informācijas nav jāpamato un precīzi jāizskaidro – faktiski nozīmē risku uzņemšanos pacientu vietā, veicinot pacientu sociālu atkarību no ekspertiem. Šāda sociāla atkarība nereti veicina noteiktu protesta formu – skepsi pret ārsta norādījumiem (*Britten* 2008, 17). No otras puses, šī sociālā atkarība ir veids, ar kura palīdzību tiek kavēts sabiedrības patērnieciskums (*consumerism*) (*Lupton* 1997, 379).

Ārsta komunikācija ar pacientu var izpausties arī kā slēpta stratēģiska darbība – sistēmas izkropļota komunikācija jeb neapzināta maldināšana (*systematically-distorted communication*), „liekot otrajai pusei noticēt, ka visi komunikatīvas rīcības priekšnosacījumi tiek izpildīti” (*Habermas* 1987, (a) 332). Tomēr, ja medicīnas profesionāli pūlas iedziļināties pacientu „dzīves pasaules” problēmās un uzskatos,

tradicionālā ārsta vizītē šo iedziļināšanos padara problemātisku (Britten 2008, 140, Nettleton 2006, 36) – piemēram, šķērslis var būt ārsta vizītē pacientam atvēlētais ierobežotais laiks.

J. Habermāsa teorijas kontekstā var minēt četrus pacientu un ārstu komunikāciju raksturojošus tipus – „tikai un vienīgi medicīna” (*Strictly Medicine*), „bloķētā dzīves pasaule” (*Lifeworld Blocked*), „ignorētā dzīves pasaule” (*Lifeworld Ignored*) un „savstarpējā dzīves pasaule” (*Mutual Lifeworld*). (Barry, et al. 2001, Britten 2008, 143, Lo and Bahar 2013, 69). Pirmais komunikācijas modelis raksturo pārsvarā akūtu problēmu gadījumus, kuros pacients apraksta fiziskos simptomus un saņem ārsta ieteikumus par ārstēšanas līdzekļu lietošanu. Otro modeli raksturo gadījumi, kad dominē ārsta viedoklis un nenotiek ieklausīšanās pacienta viedoklī. Trešais modelis ir liberālāks – pacients gan izsaka viedokli, taču ārsts to neņem vērā. Vissekmīgākais ir ceturtais modelis – saskaņā ar šī modeļa principiem ārsts ieklausās pacienta viedoklī, pacientam saprotamā veidā izskaidro ar medikamenta vai cita līdzekļa lietošanu saistītus aspektus, tādējādi uz šīs sadarbības pamata radot priekšnosacījumus pareizai un atbilstošai šī līdzekļa lietošanai.

Atbildot uz jautājumu, vai mediķim jābūt informētam par pacienta lietotajiem bezrecepšu līdzekļiem, jānorāda atšķirīgi viedokļi. Ir uzskats, ka, uzdodot pacientam jautājumus par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, mediķis cenšas pārāk kontrolēt jomu, kas būtu jāatstāj paša pacienta ziņā (Sleath, et al. 2001, 358). Atsevišķi autori uzticēšanās mazināšanos ārstiem saista ar patērnieciskuma (*consumerism*) pieaugumu sabiedrībā (Scambler and Britten 2001, 58). Cits viedoklis uzsver, ka ārstam jābūt informētam par visiem viņa pacienta lietotiem ārstēšanas līdzekļiem, lai varētu izvairīties no nevēlamām blakusparādībām un līdzekļu savstarpējas negatīvas mijiedarbības (Ryan, Brewer and Small 2008, 180). 2011. gadā Latvijā veiktais pētījums liecina, ka mediķa kā informācijas avota loma ir ievērojama (Salmane-Kulikovska, Mezinska, Dobelniece, et al. 2011); arī citviet pasaulē pētnieki ir secinājuši, ka indivīdi mediķiem uzticas vairāk nekā citiem informācijas avotiem (Britten 2008, 92, Sillence, et al. 2007). Ārstu nozīmīgā loma nosaka to uzdevumu meklēt līdzsvaru starp stratēģisku un komunikatīvu rīcību (Britten 2008, 149). Viens no līdzekļiem šāda mērķa sasniegšanai ir uz pacientu vērsta aprūpe (*patient-centered care*), kas nozīmē ieklausīšanos pacienta viedoklī, „akceptējot aģenta pilnvaras” bezrecepšu līdzekļu lietošanā (Britten 2008, 184). Plaša pētījuma rezultāti (2003.gadā dažādās Eiropas valstīs tika aptaujāti 3500 pacienti) apstiprina: galvenā pacientu vēlme ir tikt uzklautiem (Britten 2008, 149). Pētījuma autori ārstam sniedz

praktiskus ieteikumus šādu sarunu veidošanai – tā ir ieklausīšanās, atvērta tipa jautājumi, tehniskas informācijas „pārtulkošana” jeb pielāgošana dzīves pasaulei saprotamā informācijā, noteikta līmeņa atbildības deleģēšana pacientam (*Scambler and Britten* 2001, 55). Šādai – uz pacientu vērstai aprūpei – ir potenciāls vairot pacienta uzticēšanos ārstam, un uzticēšanās tiek saistīta arī ar sekmīgāku ārstēšanās iznākumu (*Thom, et al.* 2002, 483, *Britten* 2008, 130). Saskaņota rīcība (*concordance*), nevis pasīva pakļaušanās ārsta norādījumiem (*compliance*) ir komunikatīvas rīcības ilustrācija (*Britten* 2008, 130). Tādējādi komunikatīvu rīcību varētu raksturot šādi – ārstam ir priekšstats par visiem pacienta lietotiem ārstēšanās līdzekļiem, savukārt pacients nebaidās stāstīt ārstam par gadījumiem, kad veikta pašārstēšanās, un notiek aktīva komunikācija starp visām iesaistītajām pusēm – pacientu, ārstu, farmaceitu, arī alternatīvo metožu speciālistiem (*Britten* 2008, 182).

Taču laiks, kad ārsts bija teju vienīgais informācijas avots par medikamentiem, pieder pagātnei (*Rayner and Easthope* 2001, 174), un tieši bezrecepšu līdzekļu izvēles un lietošanas jomā ārsta loma pakāpeniski mazinās. Izvēloties bezrecepšu līdzekļus, tikai 10–15% veselības traucējumu gadījumos notiek konsultācija ar ārstu (*Sleath, et al.* 2001, 357). Izvēle konsultēties ar ārstu ir atkarīga no daudziem faktoriem, t.sk. šaubām par savu kompetenci, nepieciešamību apstiprināt informāciju. Pat vairāk – bieži pārliecība par šādas konsultācijas nepieciešamību nav saistīta ar veselības traucējumu smaguma pakāpi (*Cantrill, Morris and Weiss* 2006, 160–162).

Atsevišķi autori norāda, ka bezrecepšu līdzekļu lietošanas gadījumos atbildība no mediķa pāriet uz farmaceitu (*Bissell, Ward and Noyce* 2001, 10). Viedoklis par farmaceita lomu, pacientam iegādājoties bezrecepšu līdzekļus, ir atšķirīgs. Ir atklāts, ka indivīdi, iegādājoties ārstēšanas līdzekļus, diezgan bieži nevēlas konsultēties ar farmaceitu. Šādi gadījumi varētu būt, piemēram, situācija, kad pacients ieguvis saviem priekšstatiem atbilstošu pietiekama apjoma informāciju no ārsta vai arī uzskata savas zināšanas bezrecepšu līdzekļu jomā par pietiekamām. Pētot ārstēšanās līdzekļu patērētāja uztveri, iegūti dati par pircēju priekšstatiem, kuros farmaceits ir vairāk saistīts ar jēdzienu „medikamenti”, nevis „veselība” (*Britten* 2008, 93). Šāds priekšstats var būt viens no iemesliem, kādēļ indivīds nevēlētas konsultēties ar farmaceitu. Tomēr kopumā farmaceita kā informācijas avota nozīme, izvēloties bezrecepšu līdzekļus, ir pietiekami liela. To apliecina arī pētījumi ārvalstīs, kuros farmaceits ir norādīts kā svarīgs patērētāja informācijas avots jautājumos par dažādiem ar risku saistītiem aspektiem – ārstēšanas līdzekļu lietošanas sastāvu, devām un iespējamām blakusparādībām (*Britten* 2008, 93,

Major and Vincze 2010, Wazaify, et al. 2005, 171). Tieši šādu konsultāciju un ieteikumu sniegšanā par bezrecepšu līdzekļiem farmaceita un patērētāja komunikāciju var raksturot kā vienu no sistēmas un dzīves pasaules saskarsmes punktu (*Britten 2008, 29*). Arī šajā punktā atslēgas vārds ir „uz pacientu vērsta aprūpe” – farmācijas jomas eksperts veicina komunikatīvu rīcību un, uzklusot pacienta viedokli, atbildīgi rekomendē vajadzībām atbilstošus bezrecepšu līdzekļus (*Almarsdóttir and Traulsen 2005, 78*). Autori norāda, ka farmaceita pienākumu loks ir plašs, un tajā ietilpst gan precīza veselības traucējumu noskaidrošana, gan izsmeltošas informācijas sniegšana par līdzekļa lietošanu, ar to saistītajiem riskiem, blakusparādībām un kontrindikāciju gadījumiem, gan arī kritisko domāšanas prasmju veicināšana (*Montagne and Basara 1996, 289*).

Svarīgs avots, ko indivīdi informācijas pārpilnajā laikmetā izmanto, ir internets. Socioloģijas terminos runājot, internets var būt piemērots līdzeklis dzīves pasaules kolonizēšanas kavēšanai, pateicoties diskusiju, viedokļu apmaiņas un vārda brīvības iespējai (*Britten 2008, 190*). Internetu var uzskatīt par tiltu starp dzīves pasauli un sistēmu, ar kura palīdzību pārvarēt plaisu starp nevienlīdzīgām zināšanām veselības aprūpes ekspertu un pacientu starpā (*Britten 2008, 99–100*). Sevišķi liela nozīme veselības aprūpes jomā ir t.s. „nespeciālistu¹⁹ padomu tīklam” („*lay referral network*”) (*Britten 2008, 61*), kas internetā tiek realizēts ar dažādu forumu palīdzību – indivīda veselības un slimības uzvedībai raksturīgs, ka pirms eksperta padoma vaicāšanas indivīds pārsvarā konsultējas vismaz ar vienu neformālas informācijas avotu – vaicā citu nespeciālistu padomu (*Jones and Creedy 2008, 20, Gabe, Bury and Elston 2004, 67*). Internets tiek uzskatīts arī par veicinātāju, iesaistot indivīdu veselības aprūpes sistēmā, un arī par rīku, ar kura palīdzību tiek konstruētas zināšanas un izpratne par medikamentiem un citiem ārstēšanas līdzekļiem (*Cohen, et al. 2001, 454–455*). Šis informācijas avots var būt ļoti noderīgs, tomēr, kā norāda vairāki autori, internetā ne vienmēr ir pieejama pietiekami augstas kvalitātes informācija (*Pandolfini, Impicciatore and Bonati 2000, Risk and Petersen 2002, Diaz, et al. 2002, Cline and Haynes 2001*), turklāt liela daļa internetā atrodamās informācijas ir paredzēta ārstēšanas līdzekļu pārdošanas veicināšanai. Lai veicinātu komunikatīvu rīcību un indivīda kompetenci bezrecepšu līdzekļu lietošanas jomā, veselības aprūpes ekspertiem būtu jāuzņemas „vārtziņu” (*gatekeeper*) (*Major and Vincze 2010, 338*) loma, rekomendējot uzticamus un pārbaudītus interneta avotus, ko ārstēšanas līdzekļu lietotāji varētu izmantot zināšanu un kompetences uzlabošanai.

¹⁹ Šajā darbā ar jēdzienu „speciālisti” domāti eksperti, kas saistīti ar veselības aprūpes jomu – ārsti un farmaceiti. Attiecīgi „nespeciālisti” ir cilvēki, kuriem nav speciālas izglītības šajās specialitātēs.

Tāpat arī bezrecepšu līdzekļu²⁰ lietošanas gadījumos liela nozīme ir lietošanas instrukcijai, jo līdzekļu lietotāji bieži ar mediķi un farmaceitu nekonsultējas un lietošanas instrukcija var būt pat vienīgais patērētāja informācijas avots. Bezrecepšu līdzekļu lietošanas instrukciju, tāpat kā internetu, var uzskatīt par indivīda izglītošanas rīku, kas var kalpot kā dzīves pasaules kolonizēšanu kavējošs līdzeklis. Lietošanas instrukcijai kā avotam, kuram medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietotāji uzticas (*Raynor, et al. 2007*), jāatbilst augstas kvalitātes kritērijiem – „zinātniski korektas [informācijas] mērķis nav produktu pārdot, bet vienkārši un uzskatāmi informēt par tā lietojumu, izmantojot saprotamu, skaidru un potenciālā produkta patērētāju nemulsinošu pasniegšanas veidu” (*Britten 2008, 95*). Pētījumā ASV, vērtējot medikamentu lietošanas instrukciju saturu, tika atklāts, ka tajās iekļautā informācija kopumā nav uzskatāma par tendenciozu, tomēr tajā nav iekļauti dažādi būtiski brīdinājumi par kontrindikācijām un negatīvās iedarbības mazināšanu (*Britten 2008, 95*). No vienas puses, izskan arguments, ka, iekļaujot lietošanas instrukcijās informāciju par visām teorētiski iespējamām lietošanas blakusparādībām, patērētājam var rasties pārspīlēts priekšstats par šo blakusparādību rašanās iespējamību, un viņš var pieņemt lēmumu izvairīties šo līdzekli lietot (*Britten 2008, 94*). No otras puses, bezrecepšu līdzekļu lietotājiem piemīt dabiska tendence uzskatīt, ka šo līdzekļu lietošana nav saistāma ar risku, jo to iegāde iespējama, iztiekot bez ārsta vai pat bez farmaceita padoma (*Bissell, Ward and Noyce 2001, 14*). Tādēļ ir pamats uzskatīt, ka bezrecepšu līdzekļu lietošanas instrukcijai reizēm var būt pat lielāka nozīme nekā recepšu medikamentiem, kad pacients saņem ārsta norādījumus. Internetam, zāļu lietošanas instrukcijai un citiem rakstveida avotiem jāpiedāvā neatkarīga un izsmelīga informācija par ārstēšanas līdzekļiem, kas pretstatā komerciālai informācijai adekvāti atainotu risku un ieguvumu attiecības, tādējādi „veidojot labāku līdzsvaru starp sistēmu un dzīves pasauli” (*Britten 2008, 187*).

Atspoguļojot struktūras un sistēmas ietekmi uz indivīda rīcību mūsdienu sabiedrības globalizācijas apstākļos, E. Gidenss runā par „atsvešināšanās” procesiem – zināšanu asimetrijas un ierobežotas informācijas pieejamības apstākļos izpaužas indivīdu atkarība no veselības aprūpes jomas ekspertiem, tāpēc indivīdu priekšstati par risku ir lielā mērā atkarīgi no uzticēšanās pakāpes ekspertiem. J. Habermāsa teorija, kas veidota uz M. Vēbera racionalitātes tipoloģijas pamata, atklāj atšķirību starp divām perspektīvām – indivīda (dzīves pasaules) un sistēmas rīcības racionalitāti. Ar komunikatīvās rīcības

²⁰ Rakstveida lietošanas instrukcija tiek iekļauta visu Zāļu reģistrā iekļauto medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu iepakojumā, bet pret uztura bagātinātāju iepakojumiem šādu prasību nav.

teorijas palīdzību tiek raksturoti procesi, kas veicina indivīda un sistēmas „atdalīšanos” (*uncoupling*). Indivīdam ir raksturīga komunikatīva rīcība, bet „sistēmai” – stratēģiska rīcība, ar kuras palīdzību dzīves pasaulei raksturīgā racionalitāte tiek pakļauta sistēmas formālās racionalitātes principiem – notiek dzīves pasaules vērtību kolonizēšana. Ārstēšanas līdzekļu lietošanā sistēmai var būt raksturīga gan slēpta, gan arī atklāti stratēģiska rīcība. Atklāta stratēģiska rīcība izpaužas, raksturojot medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanu kā tehnisku procesu un neieklausoties lietotāja (dzīves pasaules) perspektīvā. Pacienta un ārsta sadarbības modelī, kā arī farmaceita un indivīda komunikācijā var izpausties arī slēpta stratēģiska rīcība – sistēmas izkropļota komunikācija. Patērētāju sabiedrības un farmācijas nozares ietekmi, definējot indivīda vēlmes un vajadzības, kā arī tās farmācijas nozares aktivitātes, kas veicina slimību un nepieciešamību pēc medikamentiem un citiem ārstēšanas līdzekļiem, var uzskatīt par manipulatīvu rīcību. Tādējādi sistēmas ietekme uz indivīdu ārstēšanas līdzekļu lietošanu apliecina visas komunikatīvās rīcības teorijā raksturotās stratēģiskās rīcības formas. Viens no galvenajiem pierādījumiem J. Habermāsa teorijas piemērotībai ārstēšanas līdzekļu lietošanas kontekstam ir teorijas sniegtā iespēja sekmīgi attīstīt konkrētus priekšstatus par tādu sociālās rīcības formu (komunikatīvu rīcību), ar kuras palīdzību var tikt mazināta gan veselības aprūpes sistēmas, gan farmācijas nozares represīvā ietekme uz indivīdu, jeb, Habermāsa vārdiem runājot, dzīves pasaules vērtību kolonizēšana. Komunikatīvās rīcības teorija iekļauj ne vien „racionālas izvēles modeli, bet arī kognitīvo ētiku, psihoanalīzi un marksistisku pastāvošās ideoloģijas kritiku” (*Outhwaite* 1994, 73).

Turpmāk darbā tiks pievērsta uzmanība indivīda veselības un slimības interpretācijai, kas nosaka indivīda rīcību, kā arī indivīda rīcības racionalitātes izpausmju raksturošanai. Veselības aprūpes sistēmas tipoloģijā dzīves pasaule ir saistīta ar neformālo sektoru, bet sistēma – ar formālo sektoru ²¹ (*Kleinman* 1980, 50–51). Šo sektoru var raksturot kā matricu, kas ietver vairākus līmeņus – indivīds, ģimene, sociālie tīkli, vietējā sabiedrībā raksturīgie uzskati. „Šī ir nespeciālistu, tikai tautai raksturīgās kultūras zona, kurā notiek slimības definēšana un kurā izpaužas indivīdam raksturīgā veselības un slimības uzvedība” (*Kleinman* 1980, 50). Nākamajā apakšnodaļā secīgi tiks

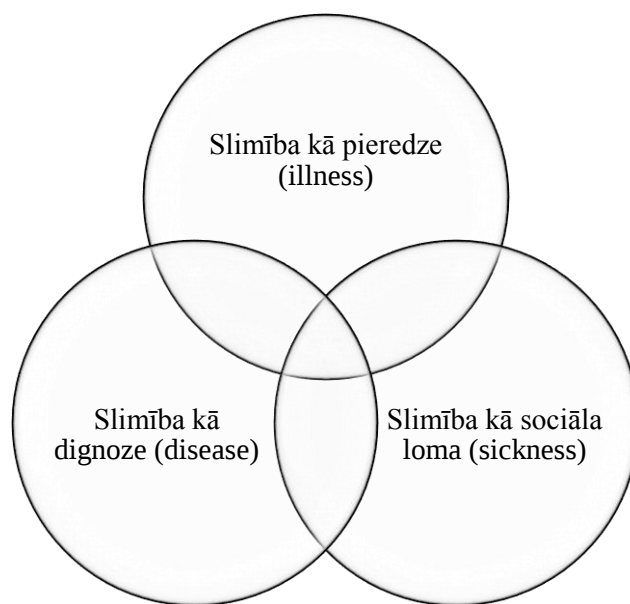
²¹ Saskaņā ar antropologu Artūru Kleinmanu (*Arthur Kleinman*) veselības aprūpes sistēmas tipoloģijā ietilpst formālais un neformālais sektors. Pie formālā sektora ir pieskaitāma sistēmas perspektīva, bet pie neformālā sektora – dzīves pasaules perspektīva. Savukārt neformālais sektors iedalās divās daļās – populārais (*popular*) un tautas (*folk*) sektors. Saskaņā ar N. Britenu jēdziens „tautas medicīna”, pieaugot integrētam skatījumam uz veselību, pamazām zaudē savu piemērotību kontekstam, tādēļ populārais un tautas sektors kopīgi raksturojami kā neformālā – dzīves pasaules perspektīva (*Britten* 2008, 25).

aplūkotas šādas neformālo sektoru raksturojošas jomas (*Britten* 2008, 25) – indivīda veselības un slimības uzvedība, indivīda kā bezrecepšu līdzekļu lietotāja uzvedība, kā arī indivīda subjektīvās racionalitātes raksturojums un izpausmes.

1.3. Jēdzienu „veselība” un „slimība” subjektīvā interpretācija

Bezrecepšu līdzekļu lietošanai ir cieša saistība ar indivīda veselības stāvokli, tādēļ svarīgi aplūkot jēdzienu „veselība” un „slimība” interpretāciju. Šie jēdzieni nav traktējami nepārprotami. To apliecina kaut vai attieksme pret saslimšanu, proti, līdzīgus veselības traucējumu simptomus dažādas kultūras pārstāvoši indivīdi tiecas uzskatīt par slimību, turpretim citi – par sadzīvīskām problēmām (*Engel* 1977, 133). Veselības aprūpes sistēmā ir daudz dažādu jēdziena „slimība” definīciju, un tās atšķiras pacientu, veselības aprūpes darbinieku, apdrošināšanas kompāniju, ražotāju un sabiedrības locekļu vidū (*Montagne and Basara* 1996, 281). Indivīdu veselības un slimības interpretācija ir atkarīga gan no kultūras, gan ideoloģijas, gan arī no strukturālajiem faktoriem (*Nettleton* 2006, 38, *Cockerham* 2007, 9). Protams, indivīda uztveri ietekmē arī indivīdam pieejamā informācija un pagātnes pieredze (*Montagne and Basara* 1996, 265).

Jēdzienam „slimība” veselības un slimības socioloģijas teorijā ir trīs kategorijas, ko raksturo Endrjū Tvadla (*Andrew Twaddle*) 1973. gadā formulētā definīcija (*Hofmann* 2011, 21) (1.4. att.). Tā kā joprojām trūkst vienotas izpratnes par šo slimības kategoriju tulkojumu latviešu valodā, darbā izmantots iepriekš adaptēts skaidrojums, kurā iekļauts arī aprobēts šo jēdzienu tulkojums (*Mežinska* 2010, 22). Objektīvā slimības kategorija jeb diagnoze (*disease*) nosaka, ka slimību izraisa ķermeņa fizioloģisko spēju vai funkciju samazināšanās, kas notiek neatkarīgi no subjektīvā vērtējuma. Otrā slimības kategorija jeb sociālā loma (*sickness*) nosaka, ka slimību definē sabiedrība, vērtējot indivīda spēju vai nespēju pildīt savas sociālās lomas. Trešā slimības kategorija jeb pieredze (*illness*) nosaka, ka slimība ir sociāls fenomens – subjektīvās interpretācijas produkts. Epistemioloģiski šo slimības kategoriju var raksturot vai nu indivīdu novērojot, vai arī izmantojot indivīda paša sniegtās ziņas par viņa veselības stāvokli (*Hofmann* 2011, 21).



1.4. att. Attiecības starp dažādām slimības kategorijām

(Hofmann 2011, 21)

Jēdziens „veselība” veselības un slimības socioloģijas sākotnējā attīstības posmā pagājušā gadsimta 60. un 70. gados tika traktēts kā slimības neesamība. Slimība šajā laikā tika interpretēta saskaņā ar biomedicīnisko modeli, ko raksturo vairāki pieņēmumi. Viens no tiem ir „specifiskās etioloģijas doktrīna”, kas paredz: katrai slimībai ir bioloģiskas izcelsmes izraisītājs – parazīts, vīruss vai baktērija. Tolaik tika uzskatīts, ka arī prāts un ķermenis ir savstarpēji nošķirami jēdzieni un ka ķermeņa disfunkcijas un traucējumi var tikt novērsti mehāniski, tādēļ nav nepieciešams pētīt subjektīvu un psiholoģisku faktoru lomu slimību rašanās kontekstā. Modelis paredzēja teju neierobežotas medicīnas zinātnes spējas indivīda veselības traucējumu novēršanā (Nettleton 2006, 2; 38). Biomedicīniskais modelis turklāt tiecās uzskatīt, ka cilvēka ķermenis ir nemitīgi pakļauts dažādu veselības traucējumu riskam, pat gadījumos, kad objektīvā riska iespējamība ir šķietami zema (Lane 1995, 57). Biomedicīniskā modeļa pirmsākumi meklējami jau agrāk. 17. gadsimtā franču filozofs Renē Dekarts (*René Descartes*) pauda uzskatu, ka prāts un ķermenis ir savstarpēji nošķiramas matērijas – ķermenis darbojas līdzīgi kā mašīna, un traucējumi var tikt novērsti, šo mašīnu „salabojot”. Loģiski, ka šis jēdziens neskar jēdzienus „subjektīvā pieredze” un „aģents”, jo mašīna pati nevar būt atbildīga par tās funkcionēšanu vai nefunkcionēšanu (Smith and Goldblatt 2000, 48). 20. gs. 60. un 70. gados parādījās asa biomedicīniskā modeļa kritika, kas tika vērsta uz vairākiem aspektiem. Kritiķu argumenti apšaubīja biomedicīniskā modeļa iespējas vienmēr garantēt efektīvu ārstēšanas iznākumu, un tika norādīts, ka šis modelis paaugstina rezistences risku pret tādiem

medikamentiem kā antibiotikas (Nettleton 2006, 4–7). Vēl asāki kritiķu argumenti pauda pārliecību, ka šis modelis ir nodarījis vairāk ļauna nekā laba, jo negatīvi ietekmējis indivīdu spriestspēju, noniecinājis pašārstēšanos un veicinājis pārmērīgu atkarību no „medicīnas ekspertiem” (Illich 1975, 98). Medikalizācijas kritiķi atzīmēja, ka par tādu dabisku parādību kā, piemēram, dzemdību medikalizāciju jāpateicas tieši biomedicīniskajam modelim (Nettleton 2006, 4–7). Ir arī norādes, ka biomedicīniskais modelis pārlietu lielā mērā pakļaujas dažādu politisko procesu ietekmei, kā arī noliedz un nonivelē dažādas alternatīvas ārstēšanas metodes (Nettleton 2006, 4–7). Viens no galvenajiem pārmetumiem bija vērsts uz sociālo un psiholoģisko faktoru ietekmes noniecināšanu slimības izraisīšanā, un tika apgalvots, ka novecojušais biomedicīniskais modelis aizstājams ar biopsihosociālo modeli (Engel 1977, 132–133).

Viens no pirmajiem autoriem, kurš pievērsās plašākam slimības interpretēšanas kontekstam – ar slimību saistīto sociālo aspektu analīzei, bija sociologs Tolkots Pārsonss (*Talcott Parsons*). T. Pārsonss apgalvoja, ka „slimība ir novirze no „normālas” indivīda funkcionēšanas stāvokļa, ko nosaka gan organisms kā bioloģiska sistēma, gan indivīda paša un arī sabiedrības uzskati. „Tādējādi varam teikt, ka slimība ir daļēji bioloģiski un daļēji sociāli nosacīta” (Parsons 1951, 431). T. Pārsonss ieviesa jēdzienu „slimnieka loma” – tā ir loma, kas dod tiesības indivīdam būt atbrīvotam no ikdienas problēmām un noteiktiem sociāliem pienākumiem (Parsons 1951, 436). T. Pārsonsa teorijai bija arī kritiķi, kas apgalvoja, ka autors savā teorijā nav veltījis pietiekamu uzmanību varas un konflikta aspektiem pacienta un ārsta attiecībās, hroniskās slimības un invaliditātes pieredzei, kā arī nepamatoti augstu novērtējis ārstu ietekmi uz pacientu lēmumu pieņemšanu (McDaniel 2013, 1). Tomēr, neskatoties uz kritiku, T. Pārsonsa ieguldījums holistiskās izpratnes par veselību veicināšanā tiek atzinīgi novērtēts, un šobrīd autora ieviestais termins „slimnieka loma” ir pārdefinēts atbilstoši 21. gadsimtam, papildot to ar paša indivīda atbildību un rūpēm par savu dzīvesveidu, kas izpaužas kā veselību veicinošas vai tai kaitējošas darbības (Smith and Goldblatt 2000, 42). T. Pārsonsa uzskati sekmēja pastiprinātu pievēršanos slimības un veselības sociālajiem aspektiem, indivīda uzskatu interpretācijai, kā arī slimību un veselību ietekmējošiem politiskajiem, kultūras un citiem faktoriem (White 2009, 37–41).

Mūsdienās veselības un slimības socioloģijā dominējošās paradigmas (Cockerham 2007, 45) – sociālā konstruktīvismā esošajai indivīda subjektīvajai veselības un slimības interpretācijai un no interpretācijas izrietošai darbībai – ir izšķiroša loma. Praksē ir atšķirīgas veselības jēdziena interpretācijas. Var tikt izmantotas aprakstošas definīcijas –

„Veselība ir tad, kad „es jūtos moži un domāju par daudzām lietām. Man nekas nesāp – nekas man nekaiš – es varu doties ārpus mājas un sportot. [...] Jūtos enerģisks, varu izdarīt daudz [...]”” (Blaxter 1990, 19), negatīvas definīcijas – „Veselība ir tad, kad tu neesi saaukstējies” vai „Būt veselam nozīmē būt brīvam no sāpēm un ciešanām” (Blaxter 1990, 21), kā arī daudz citu interpretāciju.

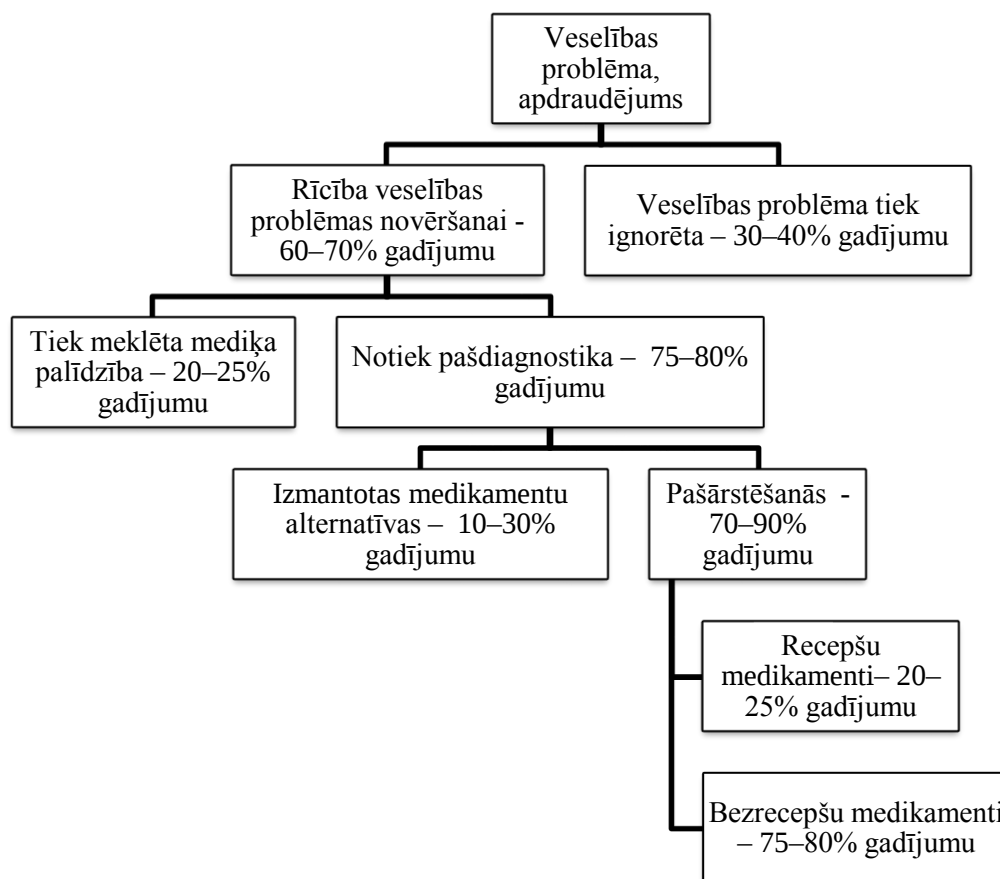
Biopsihosociālā pieeja veselības un slimības definēšanā nosaka: izpratne par veselību ir holistiska. Klasisku veselības definīciju piedāvā PVO – „Veselība ir pilnīgas fiziskas, garīgas un sociālas labklājības stāvoklis un ne tikai slimības vai kādas citas patoloģijas trūkums” (PVO, 1948). Tomēr PVO definīcija tiek bieži kritizēta, norādot, ka „pilnīgas fiziskas, garīgas un sociālas labklājības stāvoklis ir drīzāk attiecināms uz laimi, nevis uz veselību”. Jēdzieni „laime” un „veselība” nav nepārprotami saistāmi – „Nopietnai slimībai ir potenciāls likt justies mazāk laimīgam, taču nopietnas slimības neesamība pašsaprotami nelielā mērā justies laimīgam” (Saracci 1997, 1409). Kā PVO definīciju papildinošs tiek piedāvāts šāds formulējums – „Veselība ir labklājības stāvoklis, slimības neesamība, kā arī iespēja īstenot vispārējās cilvēktiesību normas”. Definīcijas autors apgalvo, ka šāda interpretācija pieļauj precīzākus „veselības” jēdziena mērījumus, izmantojot tādus vispārzināmus indikatorus kā mirstība, saslimstība un dzīves kvalitāte (Saracci 1997, 1410). Svarīgi ir uzsvērt, ka jēdziens „veselība” nozīmē krietni vairāk par fizisko veselību – tajā ietilpst arī vitalitāte, sociālas attiecības un arī garīgā veselība (Ware 1987, 474, Blaxter 1990, 25). Jēdziens „veselība” nereti nav tieši interpretējams – ir iespējams, ka veselība ir laba vienā aspektā, bet slikta kādā citā, jo bieži indivīdi, par spīti fiziskas slimības esamībai, jūtas labi, kā arī otrādi – priekšstatu par veselību kā „sliktu” var radīt psiholoģisks diskomforts u.tml. (Blaxter 1990, 35–36).

Jēdziens „dzīves kvalitāte” kā viena no holistiskās veselības komponentēm ietver arī dzīves standartus, attiecības ar sociālo vidi, kā arī apmierinātību ar darbu (Ware 1987, 474). Par dzīves kvalitāti veselības kontekstā runā arī kā par „ar veselību saistītu dzīves kvalitāti” (*health-related quality of life*), ar ko kopumā domāta dzīves kvalitātes ietekme uz veselību. Medicīnas socioloģijā dzīves kvalitātes jēdziens tiek definēts kā „indivīda sociālā, emocionālā un fiziskā labklājība, kas nosaka, cik liela ir indivīda personiskā apmierinātība ar savas dzīves apstākļiem” (Gabe, Bury and Elston 2004, 112). PVO piedāvā vairāk izvērstu definīciju, kas nosaka, ka dzīves kvalitāte ir „indivīda personīgās dzīves pozīcijas uztvere kontekstā ar kultūras un vērtību sistēmu, kurā indivīds dzīvo saistībā ar indivīda mērķiem, cerībām, standartiem un bažām. Tas ir plašs jēdziens, kuru kompleksi ietekmē personas fiziskā veselība, psiholoģiskais stāvoklis, personas uzskati,

sociālās attiecības un vides nozīmīgākie faktori” (WHO 1997). Pārfrāzējot var teikt, ka labas dzīves kvalitātes komponente ir laba veselība. Šajā promocijas darbā jēdziens „dzīves kvalitāte” tiek aplūkots kā viena holistiskā veselības stāvokļa dimensijām, tādēļ pētījuma kontekstā netiek sīkāk iztirzātas ar šo jēdzienu saistītas teorijas.

Uzsverot indivīda subjektīvās interpretācijas lomu veselības un slimības definēšanā, svarīga nozīme ir strukturālajiem faktoriem – šo faktoru detalizētu raksturojumu piedāvā veselības un slimības socioloģijas un medicīnas socioloģijas teorijas. Runājot, piemēram, par tādu demogrāfisko kategoriju kā dzimums, ir secināts, ka, lai gan Rietumu sabiedrībā sieviešu mūža ilgums ir garāks, sieviešu saslimstības rādītāji ir augstāki un sievietēm ir raksturīgs arī zemāks veselības pašnovērtējums (Gabe, Bury and Elston 2004, 9). Arī Latvijā sievietes dzīvo vidēji 10 gadus ilgāk (CSP 2012), un pētījumu rezultāti liecina, ka sievietes savu veselības stāvokli kopumā novērtē sliktāk nekā vīrieši (Pudule u.c. 2010, 11). Zemajam sieviešu veselības pašnovērtējumam sociologi piedāvā dažādus skaidrojumus – tas var būt objektīvs, jo sievietes vairāk slimo. Cits izskaidrojums skan šādi – sievietes kā bioloģiski „vājākais dzimums” organisma īpatnību dēļ mazākā mērā spēj paciest veselības traucējumu simptomus. Nedaudz atšķirīga versija apgalvo, ka sievietes sociālā loma nosaka zemāku veselības traucējumu tolerances līmeni (Armstrong 1983, 22–23). Tāpat tiek norādīts uz indivīda vecuma un ģimenes stāvokļa lomu veselības pašnovērtējumā – gados vecākiem indivīdiem (Gabe, Bury and Elston 2004, 22), kā arī šķirtniem un atraitņiem (Gabe, Bury and Elston 2004, 13, Blaxter 1990, 97) kopumā raksturīgs zemāks veselības stāvokļa pašnovērtējums. Tāpat slimības simptomu tolerance noteiktās kultūrās ir augstāka. Piemēram, Īrijas iedzīvotājiem, salīdzinot ar iedzīvotājiem Itālijā, ir tendence biežāk definēt dažādas ar veselību saistītas problēmas kā slimību (Zola 1966, 627). Piederība sociālajam slānim teorētiskajā literatūrā veselības un slimības kontekstā pārsvarā ir saistīta ar ekonomiskajām atšķirībām, ko šī piederība rada, – izglītību, nodarbinātību, sociālo mobilitāti un ienākumiem – ar šiem strukturālajiem faktoriem tiek saistītas lielākas vai mazākas dzīves iespējas (*life chances*), kas ietekmē slimības rašanos un tās definēšanu (Cockerham 2007, 56, Calnan 1987, 44; 73, Armstrong 1983, 25). Indivīdiem, kuru ienākumu līmenis ir zemāks, piemīt tendence savu veselības stāvokli novērtēt kā sliktāku (Blaxter 1990, 71). Šajā vietā loģisks šķiet jautājums – vai indivīda subjektīvais veselības stāvokļa novērtējums sniedz ziņas par indivīda objektīvajiem veselības rādītājiem? Pētījumi laika gaitā tomēr atklājuši, ka veselības un slimības pašvērtējumam ir droši ticama korelācija ar objektīvo veselības stāvokli (Blaxter 1990, 40).

No subjektīvās veselības un slimības interpretācijas ir atkarīga arī indivīda veselības un slimības uzvedība, kas vairumā gadījumu noris saskaņā ar šādu algoritmu – tiek identificēti simptomi, novērtēta veselības traucējumu smaguma pakāpe un sankcionēta slimnieka loma atbilstoši veselības traucējumu pakāpei (akūta vai hroniska slimība, veselības pasliktināšanās, medicīniska vai psihiatriska problēma u.tml.). Tad tiek lemts par piemērotas rīcības izvēli, kā arī izvērtēta šīs rīcības potenciālā ietekme (Kleinman 1980, 51–52). Diagnosticējot veselības traucējumus, iespējami vairāki scenāriji – veselības traucējumi tik ignorēti, indivīds izlemj veikt pašārstēšanos vai arī izvēlas konsultēties ar mediķi. Teorijā, kas analizē patērētāju uzvedību medikamentu lietošanā (*Consumer behaviour regarding medications*), apgalvots, ka uz veselības traucējumiem vai to apdraudējumu reaģē tikai 60–70% indivīdu (1.5. att.), no kuriem 75–80% cenšas ārstēties paši, bet mediķu palīdzību meklē 20–25%. Pašdiagnostikas gadījumos 10–30% patērētāju izmanto medikamentu alternatīvas, piemēram, diētas maiņu, fiziskas aktivitātes, kā arī izmaiņas ikdienas darbā un sociālajās aktivitātēs, bet 70–90% gadījumu veic pašārstēšanos ar medikamentiem (Britten 2008, 27).



1.5. att. Indivīda rīcība veselības traucējumu gadījumos

(Montagne and Basara 1996, 267)

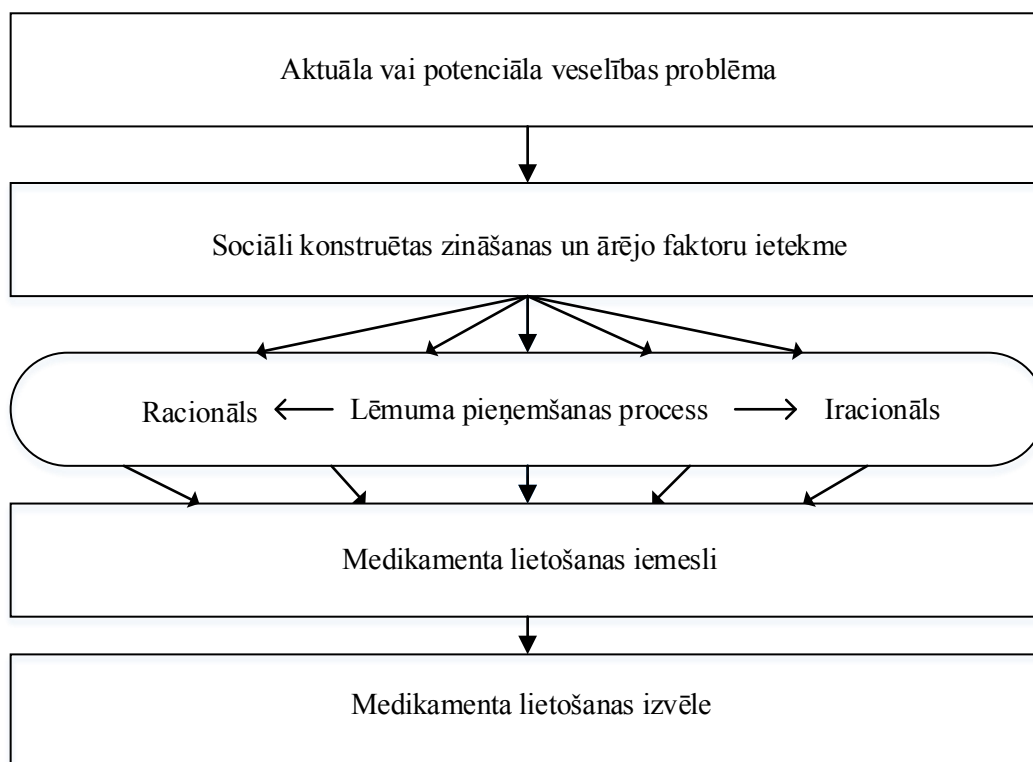
To, vai indivīds, konstatējot aktuālus vai potenciālus veselības traucējumus, nolems attiecīgi rīkoties, un kāda šī rīcība būs, analizē vairāki indivīda uzvedības analīzes modeļi, ar kuru palīdzību no dažādiem aspektiem var skaidrot indivīdu rīcību, kas var izpausties arī kā ārstēšanas līdzekļu lietošana. Mēģinot apzināt plašo indivīda interpretāciju un no tās izrietošus rīcību ietekmējošos faktorus, īsi jāpievēršas dažiem raksturīgākajiem modeļiem, ko piedāvā veselības un slimības socioloģijas teorijas.

Pie sociālpsiholoģiskajiem modeļiem pieskaitāmi, piemēram, „veselības uzskatu modelis” (*Health belief model*). Analizējot indivīda rīcību, modelis ņem vērā tādus kritērijus kā priekšstatus par uzņēmību pret slimībām (*susceptibility*), par veselības traucējuma smaguma pakāpi, par sagaidāmo labumu un šķēršļiem (piemēram, ārstēšanās augstās izmaksas) (Calnan 2004, 60, Jones and Creedy 2008, 120). Cits modelis ir „veselības kontroles modelis” (*Health as a locus of control model*), kas indivīdus klasificē pēc principa: vai tie spēj vai nespēj kontrolēt savu veselību un slimību (Nettleton 2006, 37). Šie sociālpsiholoģiskie modeļi tomēr netiek uzskatīti par pietiekami efektīviem indivīda rīcības prognozēšanā, jo, pirmkārt, ar to palīdzību nav iespējams prognozēt

indivīda rīcības maiņu, otrkārt, tiek uzskatīts, ka šie modeļi nepietiekamu vērību velta sociālstrukturāliem darbības apstākļiem (Nettleton 2006, 37, Jones and Creedy 2008, 122). Sociālo faktoru ietekme ir izmantota pamatotas darbības teorijā (*The theory of reasoned action*) un arī plānotas uzvedības teorijā (*The theory of planned behaviour*). Taču arī šie modeļi un teorijas tiek kritizēti, jo tiek uzskatīts, ka tie pārāk maz rēķinās ar pagātnes rīcības ietekmi uz indivīda tagadnes rīcību, turklāt ne vienmēr indivīda rīcība ir raksturojama kā racionāla, kā to paredz šie modeļi (Jones and Creedy 2008, 123). Viena no teorijām, kas veselības un slimības uzvedību pēta un pievēršas plašākam kontekstam, ir sociāli kognitīvā teorija (*Social-cognitive theory*). Šī teorija pamatojas uz pagātnes pieredzi attiecībā uz rīcības rezultātā sagaidāmo labumu, un tiek uzskatīta par tādu, kas analizē plašāka kopuma faktoru ietekmi uz indivīda rīcību veselības un slimības kontekstā. Saskaņā ar šo teoriju indivīda priekšstatus par veselību un slimību veido četri galvenie ietekmējošie faktori – paša pieredze (nosaka negatīvu vai pozitīvu priekšstatu veidošanos par darbības efektivitāti), citu pieredze (priekšstati tiek veidoti „no malas”), pārliecināšana un ietekmēšana, ko veic citi aģenti, kā arī indivīda psihosomatiskais un emocionālais stāvoklis (Jones and Creedy 2008, 124–125). Lai gan šis modelis tiek uzskatīts par tādu, ar kura palīdzību iespējams samērā visaptveroši raksturot indivīda rīcību ietekmējošus faktorus, ārstēšanas līdzekļu lietošana ir saistīta ar specifisku kontekstu, tādēļ nākamajā apakšnodaļā tiks analizēti modeļi, kas atklāj šo slimības un veselības uzvedības veidu.

1.4. Ārstēšanas līdzekļu lietotāja uzvedības modeļi

Kā raksturots iepriekšējā apakšnodaļā, viens no indivīda iespējamās rīcības veidiem veselības un slimības kontekstā ir ārstēšanas līdzekļu lietošana. Svarīgs rīcības formas priekšnosacījums ir aktuāla vai potenciāla veselības problēmas definēšana. Kopumā ārstēšanas līdzekļu lietotāja rīcība noris saskaņā ar noteiktu pamata algoritmu (sk. 1.6. att.).



1.6. att. Indivīda lēmuma pieņemšanas procesa raksturojums

(Montagne and Basara 1996, 269)

1.6. att. redzams, ka lēmums par medikamenta vai cita ārstēšanas līdzekļa lietošanu var tikt raksturots arī kā iracionāls (neracionāls). Saskaņā ar šī darba iepriekšējā nodaļā analizēto J. Habermāsa komunikatīvās rīcības teoriju šāds raksturojums drīzāk atspoguļo sistēmas racionalitātes perspektīvu. No lietotāja viedokļa raugoties, arī šādai rīcībai var būt indivīda priekšstats sakņots racionāls pamatojums.

Analizējot bezrecepšu ārstēšanas līdzekļu lietojumu, aizvien vairāk tiek norādīts uz šo līdzekļu pielīdzināmību patēriņa preču kategorijai, tomēr vienlaikus ir nepārprotami skaidrs, ka ārstēšanas līdzekļu lietošanas un iegādes motīvi ir vairāk komplicēti nekā patēriņa preču iegādi raksturojošie motīvi (Montagne and Basara 1996, 261). Pētot dažādus faktorus, kas ietekmē ārstēšanas līdzekļu lietošanas uzvedību, teorijā atspoguļotas vairākas šo faktoru kategorijas. Indivīda kā aģenta lēmumu lietot ārstēšanas līdzekļus ietekmē biheiviorāli²², sociāli un kultūras vides faktori (Montagne and Basara 1996, 270). Šos faktorus iespējams nosacīti grupēt vienpadsmit grupās (sk. 1.7. att.) – patērētāju interpretāciju ietekmējoši faktori, slimības simptomu apzināšanās un interpretācija, informācijas avoti, ārstēšanas līdzekļu pieejamība un izvēle, lietošanas

²² Uzvedību raksturojoši faktori, ko nosaka interpretācija.

apstākļi, ar lietošanu saistīti rituāli, farmācijas nozares īstenoti medikamentu un citu līdzekļu pārdošanu veicinoši pasākumi, plašsaziņas līdzekļi, sociālie tīkli, modelēšana un sociālās zināšanas, kā arī ārstēšanas līdzekļu pieejamība (fiziskas sasniegšanas iespējas).

• Patērētāju interpretācijas faktori • Noskaņojums • Personība • Attieksme • Uzskati par veselību • Suģestējamība (<i>suggestibility</i>) • Pieredze • Gaidas • Lietošanas motivācija • Sociālā vide / kultūra • Fiziskā veselība • Simptomu apzināšanās un interpretācija • Informācijas avoti • Ārstēšanas līdzekļu pieejamība un izvēle (<i>availability</i>)	• Lietošanas apstākļi, vide: ○ Fiziskā ○ Sociālā • Ar lietošanu saistīti rituāli • Pārdošanu veicinoši pasākumi • Plašsaziņas līdzekļi • Sociālie tīkli: ○ Nespeciālistu padomu tīkls ○ Profesionāļi • Modelēšana un sociālās zināšanas • Līdzekļu fiziska pieejamība (<i>accessibility</i>)
---	--

1.7. att. Indivīda lēmumu par medikamentu lietošanu ietekmējoši sociāli un biheiviorāli faktori

(*Montagne and Basara 1996, 270*)

1.7. attēlā tiek ilustrēti ārstēšanas līdzekļu lietošanu ietekmējoši faktori, ko iespējams papildināt ar modeli, kas atklāj faktoru secīgu ietekmi uz indivīda rīcību dažādos lēmumu raksturojošos posmos (1.3.tabula). Šāda modeļa izveides pamatā ir medicīnas pakalpojumu izmantošanas teorija (*Anderson and Newman 2005*), kas papildināta atbilstoši medikamentu lietošanas jomai.

Medikamentu lietošanu ietekmējošu faktoru modelis

Mainīgie	Disponējošie faktori→	Veicinošie faktori→	Pamudinošie faktori (<i>need for care factors</i>) →	Lēmums par lietošanu un lietošana
Indivīdu raksturojoši un indivīda rīcību ietekmējošie mainīgie	Ārsts Farmaceits Vecums Dzimums Tautība Pieredze Ģimenes stāvoklis Mediji Ģimene Psihogrāfiskais raksturojums Dzīvesvieta	Ārsts Farmaceits Attiecības Ģimene Izglītība Simptomi Ienākumi Dzīvesvieta Atbalsts	Diagnoze Simptomi Risks Apdraudējums	Medikamenta lietošana Medikamenta alternatīvas Medikamenta iegāde Lietošanas veids Lietošanas pārtraukšana
Ārstēšanas līdzekli raksturojoši mainīgie	Cena Medikamenta klasifikators	—	Medikamenta klasifikators Medikamenta veids Lietošanas noteikumi Efektivitāte Zīmols Drošums	—
Sistēmu raksturojoši mainīgie	Farmācijas nozares pakalpojumi Mārketinga Medicīnas prakse Apdrošināšana Institucionālais līmenis	Farmaceitiskie pakalpojumi Mārketinga Medicīnas prakse Apdrošināšana Institucionālais līmenis	Diagnoze Mārketinga Medicīnas prakse Apdrošināšana Institucionālais līmenis	—

(Smith 1996, 300)

Uz indivīdu attiecināmās faktoru grupas, kas veicina lēmuma pieņemšanu par medikamentu lietošanu, iekļauj ārsta un pacienta un ārsta un farmaceita attiecību modeļus un pacientu uzticēšanos veselības aprūpes speciālistu viedoklim, ģimenes struktūras ietekmi un medikamentu lietošanas paradumus mājāsaimniecībā, sociālekonomisko indivīda stāvokli un raksturojumu (t.sk. iespēju izmantot trešo pušu pakalpojumus ārstēšanas līdzekļu iegādes izdevumu segšanai), kā arī dzīvesvietu, kas bieži raksturo

ārstēšanas līdzekļu pieejamības iespēju. Otra grupa, pie kuras pieder veicinošie faktori, attiecas uz pašiem ārstēšanas līdzekļiem, un tajā ietilpst ārstēšanas līdzekļa piederība receptu vai bezreceptu ārstēšanas līdzekļu grupai, oriģinālmedikamentu vai patentbrīvo medikamentu grupai, lietošanas forma, salīdzinošā efektivitāte un drošība, izmaksu un sagaidāmā ieguvuma attiecība un ietekme uz indivīda dzīves kvalitāti. Ievērojama loma lēmuma pieņemšanas procesā ir arī farmācijas nozares ārstēšanas līdzekļu pārdošanu veicinošām aktivitātēm. Par disponējošiem faktoriem tiek uzskatīti gan „ikdienišķie” faktori, kuri socioloģijas terminos raksturojami kā strukturāli faktori – vecums, dzimums u.c. demogrāfiski parametri, tā arī tādi faktori kā iepriekšējā pieredze, plašsaziņas līdzekļu ietekme, indivīda psihogrāfiskais raksturojums (Smith 1996, 304).

Īsumā raksturojot medikamentu lietošanu ietekmējošu faktoru modeli, tā autors Smits uzskata, ka faktoru jeb mainīgo, kas šajā modelī tiek ietverti, saraksts nav visaptverošs, drīzāk to var uzskatīt par ilustratīvu, jo šādu faktoru identificēšana ir process, kas joprojām turpinās (Smith 1996, 299). Arī šo faktoru klasificēšana predisponējošos, veicinošos, pamudinošos un lēmuma pieņemšanas faktoru grupās ir nosacīta – viens un tas pats mainīgais var vienlaikus piederēt vairāk nekā vienai faktoru grupai (Smith 1996, 301). Promocijas darba empīriskajā analīzē izmantotie faktori iekļauj visu trīs tabulā (1.3. tabula) raksturoto kategoriju mainīgos – indivīdu raksturojoši faktori, ārstēšanas līdzekļi raksturojoši faktori un sistēmu raksturojoši faktori.

Analizējot bezreceptu ārstēšanas līdzekļu lietošanu, uz to attiecas liela daļa uzskaitīto faktoru. Galvenās atšķirības izpaužas sistēmas un dzīves pasaules saskarsmes punktos (pacienta vizīte pie ārsta vai indivīda konsultācija ar farmaceitu). Receptu zāļu lietošanas aspektā atklājas lielāka ārsta ieteikumu un norādījumu ietekme, bet bezreceptu līdzekļi arvien vairāk iziet „ārpus ekspertu zonas” (Geest and Whyte 1989, 347), tādēļ mediķu ietekme uz bezreceptu līdzekļu lietošanu kopumā varētu būt mazāka. Prakse liecina, ka kopumā ārsti reti uzdod pacientam jautājumus par bezreceptu līdzekļu lietošanu un arī pacienti reti stāsta ārstam par pašārstēšanos ar bezreceptu līdzekļiem. Daudz biežāk bezreceptu līdzekļu lietošana tiek apspriesta ar farmaceitu (Britten 2008, 29–30).

Gadījumus, kad indivīdi nekonsultējas ar ārstu, bet ar citiem informācijas avotiem, t.sk. farmaceitu, dēvē par pašārstēšanos. Tiek lēsts, ka veselības traucējumu interpretācijas gadījumos līdz pat 70–90% gadījumu indivīdi veic pašārstēšanos (Montagne and Basara 1996, 267). Ar pašārstēšanos tiek saistīti dažādi iemesli – pamudinājums veikt pašārstēšanos var būt indivīda veiksmīgas pašārstēšanās rezultāts

pagātnē; pārliecība, ka paša zināšanu un pieredzes līmenis ir pietiekami augsts (*Haaijer-Ruskamp and Hemminki* 1993, 101); pārliecība par savu eksperta statusu bezrecepšu līdzekļu jomā (*Bissell, Ward and Noyce* 2001, 16) u.c. Pašārstēšanās visbiežāk notiek šādu veselības problēmu gadījumos: galvassāpes un citas sāpes, ādas problēmas (kāju sēnīte), matu problēmas, gremošanas problēmas (barības vada atvilnis), migrēna un ginekoloģiskas problēmas (piena sēne) (*Britten* 2008, 28). Pašārstēšanās tendence pasaulē pieaug (*Bradley and Blenkinsopp* 1996, 835, *Association of the European Self-Medication Industry* 2012, *Goh, et al.* 2009, *Wazaify, et al.* 2005, 170, *Hughes, McElnay and Fleming* 2001, 1027), un jēdziens „pašārstēšanās” aizvien vairāk kļūst par profesionālā diskursa sastāvdaļu. Šī procesa lomu pastiprina aizvien pieaugošais hroniski slimu pacientu skaits, ko aprūpēt veselības aprūpes ekspertiem kļūst aizvien grūtāk (*Britten* 2008, 30). Pašārstēšanos veicina arī pieaugošā iedzīvotāju vēlme iesaistīties veselības aprūpē, ko mēdz dēvēt arī par „līdzestību”²³. Pašārstēšanās loma sevišķi izpaužas bezrecepšu līdzekļu lietošanā, un šī parādība uzskatāma par vienu no dzīves pasaules aspektiem (*Britten* 2008, 25). Arī šī promocijas darba empīriskās analīzes gaitā noskaidrots, cik lielā mērā Latvijas iedzīvotāji, pieņemot lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, veic pašārstēšanos.

Šajā apakšnodaļā raksturota specifiska indivīda slimības un veselības uzvedības forma – ārstēšanas līdzekļu lietošana, raksturojot lēmuma pieņemšanas procesa pamata algoritmu. Algoritms nosaka, ka lēmuma pamatā par ārstēšanas līdzekļu lietošanu ir aktuālu vai potenciālu veselības traucējumu definēšana. Šajā apakšnodaļā atspoguļoto ārstēšanas līdzekļu ietekmējošu faktoru modeļu mērķis ir raksturot indivīda rīcību ietekmējošo faktoru kopuma komplekso raksturu un daudzveidīgumu. Bezrecepšu līdzekļu lietošana aizvien vairāk notiek pašārstējoties, un, samazinoties ārsta lomai, pieaug citu faktoru ietekme uz šo līdzekļu lietošanu.

Gan veselības un slimības definēšanas, gan no indivīda interpretācijas izrietošas rīcības pamatā ir indivīda racionalitāte, kas pamatojas uz medikamentu nozīmi indivīda personiskās dzīves kontekstā. Šo racionalitāti ietekmē gan sociāli, gan ekonomiskas dabas faktori (*Grand, Hogerzeil and Haaijer-Ruskamp* 1999, 89, *Whyte, Geest and Hardon*

²³ „Līdzestība ir produktīva pacienta un ārsta sadarbība, kas balstīta uz savstarpēju cieņu, uzticēšanos un ieinteresētību pozitīvā ārstēšanas rezultātā gan no slimnieka, gan ārsta puses.” Līdzestība ietver pacienta rūpes par savu veselību, pacienta iesaistīšanos lēmumu par savu veselību pieņemšanā, kā arī produktīvu sadarbību ar ārstu (veselibaspolitika.lv 2012).

2002, 166). Racionalitātes izpausmju daudzveidība ir atspoguļota šī darba nākamajā apakšnodaļā.

1.5. Indivīda subjektīvā racionalitāte

Racionalitāte, kas ir indivīda rīcības pamatā, vienmēr ir saistīta ar indivīda personiskās dzīves kontekstu, un ar šo racionalitāti atklājas arī sociālās sistēmas, kultūras vides un struktūras ietekme.

Jāatzīmē, ka ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošana var būt apliecinājums, ka indivīds ir definējis un apzinājis savu slimību vai savas veselības apdraudējumu (Britten 2008, 48; 53). Medicīnas antropologi uzskata, ka medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas pamatā ir „komplicēts senas izcelsmes dzinulis, kas disponē cilvēkus slimības uzveikšanai izmantot ķīmiskus līdzekļus, ar kuru palīdzību vai nu tiek likvidēts traucējošais iemesls, vai arī aizstāts slimības izraisīts zaudējums” (Pellegrino 1979, *cited in Geest and Whyte* 1989, 356). Sociologi norāda, ka bieži ārstēšanas līdzekļu lietošanai veselības traucējumu gadījumos ir arī „cieši iesakņojusies pārliecība par to, ka visos veselības traucējumu gadījumos noteikti „ kaut kas jālieto”” (Britten 2008, 45, izcēlums oriģinālā). Šī pārliecība tiek stiprināta ar plašsaziņas līdzekļu palīdzību, veicinot vēlmi pat mazāko veselības traucējumu gadījumos stiepties pēc tabletes, kā arī radot pārliecību par dažādu veselības profilakses līdzekļu (vitamīni, uztura bagātinātāji) nepārtrauktas lietošanas nepieciešamību. Medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu efektivitātes konstruēšana ar reklāmas palīdzību ir veids, kā radīt automātisku rīcību dažādos veselības traucējumu gadījumos (Whyte, Geest and Hardon 2002, 79), kad, parādoties veselības traucējumiem, indivīds neapzināti izvēlas līdzekli, par kura esamību vai īpašībām viņam vairākkārt ticis atgādināts ar reklāmas vai citu pārdošanu veicinošu pasākumu palīdzību.

Antropologi uzskata, ka medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietotāju racionalitāti atklāj arī šo līdzekļu būtība – lietotāji šos līdzekļus uztver gan kā materiālus objektus, gan arī kā simbolus. Ārstēšanas līdzekļi var būt ārsta varas pār slimību vai mūsdienu ietekmīgo tehnoloģiju simbols (Montagne 1988, 421). Savukārt bezrecepšu ārstēšanas līdzekļi var būt sava veida neatkarības simbols – šo līdzekļu lietošana indivīda apziņā saistās ar noteiktu rīcības brīvību, autonomiju un individualitāti. Iespēja brīvi iegādāties šos līdzekļus zināmā mērā „lauz ārstu hegemoniju un dod cilvēkiem iespēju ārstēties pašiem” (Geest and Whyte 1989, 348–349). Indivīdu rīcība, iegādājoties

bezrecepšu līdzekļus, pauž pārliecību un spēju patstāvīgi izvēlēties veidu, kā uzveikt veselības traucējumu simptomus (*Stevenson, Leontowitsch and Duggan 2009, 100*). Var sacīt, ka recepšu medikamenti noteiktā mērā simbolizē ārsta varu, bet bezrecepšu līdzekļi – patērētāja varu. Medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu nonākšana patērētāja preču veikalu plauktos simbolizē ārsta varas un ietekmes mazināšanos (*Stevenson, Leontowitsch and Duggan 2009, 97*). Tieši bezrecepšu līdzekļu izvēles un lietošanas gadījumos šiem līdzekļiem patērētāja apziņā atkarībā no līdzekļa un noteiktā situācijas konteksta var tikt piemērots vai nu farmakoloģiskas vielas vai arī patērētāja preces statuss. Preces statusu medikamentiem var piešķirt iespēja šo medikamentu iegādāties internetā un veikalos paralēli citām precēm, savukārt ārstēšanas līdzekļa statusu un priekšstatu par šī līdzekļa piemērotību lietotājam var radīt tas, ka līdzeklis iegādāts aptiekā, pamatojoties uz farmaceita ieteikumu (*Stevenson, Leontowitsch and Duggan 2009, 97–98*). Kopumā ārstēšanas līdzekļu simboliskā nozīme ir plaša – tiem var būt arī preces kā apmaiņas elementa statuss – zāles var tikt „pirktas, zagtas, ievestas kontrabandas ceļā, uzkrātas, viltotas, izmantotas kā dāvanas” (*Geest and Whyte 1989, 351*).

Lietotāja racionalitāti raksturo sociāli konstruēti priekšstati par šo līdzekļu efektivitāti, lietošanas nepieciešamību, īpašībām un risku (*Whyte, Geest and Hardon 2002, 5–6*). Risks ir viens no būtiskākajiem ar dažādu ārstēšanas līdzekļu lietošanu saistītiem aspektiem (*Gabe 1995, 2*), un šis jēdziens ietver gan ārstēšanas līdzekļu blakusparādību, gan nevēlamas iedarbības, gan mijiedarbības ar citiem ārstēšanas līdzekļiem risku, gan arī potenciālu risku, kas var rasties, ja šos līdzekļus nelieto. Indivīda uzvedība ārstēšanas līdzekļu lietošanā ir atkarīga arī no priekšstatiem par risku un riska un ieguvumu izvērtēšanas, lietojot attiecīgo līdzekli (*Bissell, Ward and Noyce 2001, 5*). Patērētāju priekšstatu par risku veidošanos apgrūtina dažādos avotos sastopamais, nereti pretrunīgas pieejamās informācijas apjoms (*Bissell, Ward and Noyce 2001, 20, Austin 2001, 58, Montagne and Basara 1996, 225*). Plašsaziņas līdzekļu veidoti priekšstati par medikamentiem un citiem ārstēšanas līdzekļiem mēdz būt izteikti polarizēti – no „brīnumlīdzekļa” līdz „kaitīgai ķīmijai” u.c. (*Britten 2008, 97, Williams, et al. 2009, 25*). Arī šādi priekšstati apgrūtina adekvātu indivīdu izpratni par risku. Tomēr kopumā bezrecepšu līdzekļu lietotājiem ir raksturīgs priekšstats, ka šo līdzekļu lietošana nav saistīta ar risku, jo tie ir plaši pieejami un to iegāde ar ārstu nav jāsaskaņo (*Britten 2008, 29, Bissell, Ward and Noyce 2001, 18, Montagne and Basara 1996, 276*). Antropologi norāda, ka indivīdiem piemīt tendence uzskatīt, ka bezrecepšu līdzekļu lietošana ir droša, kā arī tiem raksturīga pārliecība, ka jaunākas un dārgākas paaudzes medikamentiem un

citiem ārstēšanas līdzekļiem raksturīga augstākas pakāpes efektivitāte (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004, 4). Pētījums Latvijā atklāja arī priekšstatus par risku, kādu indivīdi saredz, bezrecepšu līdzekļu neizmantojot, – tiek pieļauta iespēja, ka, savlaicīgi nelietojot bezrecepšu līdzekļus, veselības stāvoklis var pasliktināties, kā arī var rasties dažādas veselības traucējumu komplikācijas (*Salmane-Kulikowska and Mezinska* 2013, 46) – „Lai nesāktu lietot antibiotikas un „neaizietu uz ausīm”, ārsts ieteica palietot trīs dienas to Vibrocilu” (*Salmane-Kulikowska un Mežinska* 2011, 5).

Pētījumu rezultāti liecina, ka bezrecepšu līdzekļu lietotājiem raksturīga tendence vairāk pievērst uzmanību no medikamenta sagaidāmajam labumam nekā riskam, kas varētu rasties, lietojot šo līdzekli (*Bissell, Ward and Noyce* 2001, 14, *Hibbert, Bissell and Ward* 2002, 56). Šādu tendenci mēdz dēvēt arī par „farmakomitoloģiju” (*pharmacomythologies*) – maldīgu pārliecību, ka medikamentam ir tikai viena veida iedarbība – pozitīva (*Montagne and Basara* 1996, 264). Protams, šāda pārliecība nav pilnīgi nepamatota – bezrecepšu līdzekļu lietošana neapšaubāmi ir saistīta ar zemākas pakāpes risku, salīdzinot ar recepšu medikamentiem, kuru lietošana var izraisīt vairāk nevēlamu un nopietnāku blakusparādību. Taču arī bezrecepšu līdzekļu lietošana var radīt blaknes, kas var būt saistītas gan ar individuālu nepanesību, gan arī ar dažādu līdzekļu negatīvu mijiedarbību.

Ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietotāju priekšstatus par šiem līdzekļiem var raksturot arī tiem piešķirtā metaforiskā nozīme, kas sakņojas lietotāju priekšstatos par šo līdzekļu iedarbību – „medikamenti kā inde” vai pretēji – „medikamenti kā atrisinājums” (*Montagne* 1988, 422), zāles kā „brīnumlīdzeklis” (*Montagne* 2011, 922). Jāmin arī metonīmiskā nozīme – priekšstata par efektivitāti sasaistīšana ar citu kontekstu. Metonīmisko efektivitāti raksturo gadījumi, kad ārstēšanas līdzekļa iedarbību saista ar pozitīvu priekšstatu par ārstu, kurš šo līdzekli izraksta vai rekomendē – medikamenti šajā gadījumā simbolizē pašu ārstu. Pētījumos ir fiksēta arī metonīmiska asociācija ar ražotājvalsti, piemēram, „zāles ir ražotas Zviedrijā – zemē, kur ar augstu tehnoloģiju palīdzību tika radīts drošais automobilis Volvo”, (*Whyte, Geest and Hardon* 2002, 47–48), tādējādi priekšstatu par drošumu pārnesot arī uz Zviedrijā ražotiem ārstēšanas līdzekļiem.

Sociālā ārstēšanas līdzekļu efektivitāte (*Allotey, Reidpath and Elisha* 2004) indivīda dzīvē var izpausties kā iespēja ar līdzekļu palīdzību sekmēt sociālu atzinību vai novērtējumu. Kā piemēru var minēt ārstēšanas līdzekļu lietošanu bērnu saaukstēšanās saslimšanu gadījumos, jo bieži klepojošs bērns var sabiedrībā radīt priekšstatu par tā

aprūpētāju kā nevērīgu (Whyte, Geest and Hardon 2002, 23–25), savukārt ārstēšanas līdzekļu lietošana ir veids, kā šo problēmu risināt. Sociālā efektivitāte izpaužas arī gadījumos, kad bērna aprūpētājs izjūt morālu nepieciešamību palīdzēt bērnam, justies kā „labs tēvs” vai „laba māte” (Neill 2012, 337–338, Hodgetts, Hayward and Stolte 2013, 2; 17), vēlmi „kaut ko darīt” bērna labā (Britten 2008, 45) vai arī vainas izjūtu par bērna slimību (Hodgetts, Hayward and Stolte 2013, 2). Medikamenti šādos gadījumos tiek interpretēti kā „farmakosociālas preces, kuros iekļauts solījums samazināt sāpes un ciešanas; dāvana, kas iemieso vecāku rūpes” (Hodgetts, Hayward and Stolte 2013, 2). Izvēle lietot ārstēšanas līdzekļus var nozīmēt indivīda ātrāku atgriešanos ikdienas darbā un spēju pildīt dažādas sociālās lomas (Allotey, Reidpath and Elisha 2004, e378). Tā kā slimības bieži saistās ar noteiktu atkarību no citiem sabiedrības locekļiem, to ārstēšanā indivīdu starpā rodas sociāla rakstura saikne – pienākumi, atbildīgums (Geest and Whyte 1989, 249), kas izpaužas arī kā ieteikumi ārstēšanas līdzekļu izvēlē un lietošanā, arī pieejas šiem līdzekļiem nodrošināšanā.

Visas šajā apakšnodaļā raksturotās racionalitātes izpausmes ir indivīda lēmuma pieņemšanas pamatā, atklājot dzīves pasauli raksturojošas iezīmes. Ieskats raksturīgās racionalitātes izpausmēs veikts, izmantojot teorijā apkopoto socioloģisko, antropoloģisko un psiholoģijas pētījumu atziņas. Indivīda racionalitātes pētījumi apstiprina, ka „kopējais medikamentu efekts” („*total drug effect*”) (Britten 2008, 46) sniedz ārpas ārstēšanas līdzekļu farmakoloģiskajām īpašībām. Var sacīt, ka indivīda subjektīvā racionalitāte ir racionalitātes monētas otra puse, ar kuras palīdzību iespējams gūt pilnīgāku iespaidu par problēmu cēloņiem medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanā. Promocijas darbā tiek atklāts, kā indivīdu subjektīvā racionalitāte – indivīdam piemītošie priekšstati par ārstēšanas līdzekļu īpašībām, efektivitāti, kā arī šo līdzekļu nozīmi – izpaužas Latvijas iedzīvotāju vidū un kā šīs izpausmes ietekmē bezrecepšu ārstēšanas līdzekļu lietošanu.

Raksturojot ārstēšanas līdzekļu lietotāja rīcību, promocijas darbā demonstrēts šīs rīcības kompleksais raksturs un motīvi, šo rīcību analizējot gan no aģenta un struktūras, gan no indivīda un sistēmas mijiedarbības viedokļa. Šī darba teorētiskajā analizē tiek akcentēta sistēmai raksturīgās stratēģiskās rīcības ietekme uz dzīves pasaules perspektīvu ar tai raksturīgo komunikatīvo rīcību Komunikatīvās rīcības teorijas izpratnē šī ietekme dēvējama par dzīves pasaules kolonizēšanu. Analizējot komunikatīvas rīcības teoriju, iespējams identificēt visas sistēmas stratēģiskās rīcības formas – gan atklātu, gan arī slēptu stratēģisko rīcību. Tā kā šī darba centrā ir indivīds – bezrecepšu ārstēšanas līdzekļu lietotājs –, darbā secīgi tiek atainoti šādu dzīves pasauli raksturojoši aspekti – indivīda

slimības un veselības interpretācija un no interpretācijas izrietoša uzvedība, indivīda specifiskās veselības un slimības uzvedības daļa – ārstēšanas līdzekļu lietošana, akcentējot tieši bezrecepšu līdzekļu lietošanu, kā arī indivīda interpretācijas un rīcības subjektīvās racionalitātes izpausmes.

Šī darba empīriskās daļas uzdevums ir pārbaudīt teorijā gūtos priekšstatus par ārstēšanas līdzekļu lietošanu ietekmējošiem faktoriem Latvijas iedzīvotāju vidū, analizējot tieši bezrecepšu līdzekļu lietošanas paradumus. Teorijā raksturotie indivīda rīcību ietekmējošie faktori tiek precizēti ar darba nākamajā nodaļā atspoguļoto empīriskajos pētījumos atklāto datu palīdzību un ir detalizēti izklāstīti šī darba empīriskajam pētījumam veltītās nodaļas pirmajā apakšnodaļā kā indikatori un tos raksturojošas pazīmes.

2. MEDIKAMENTU UN CITU ĀRSTĒŠANAS LĪDZEKĻU LIETOŠANAS PĒTĪJUMI

2.1. Pētniecības vēsture un tradīcijas ārvalstīs

Sistemātisku medikamentu lietošanas pētījumu vēsture sākas 20. gs. 60. gados līdz ar PVO medikamentu Toksicitātes simpoziju, kas tika organizēts Maskavā 1964. gadā. Šādu pasākumu iniciēja t.s. „talidomīda traģēdija”²⁴, un simpozija ietekmē pētnieki no Nīderlandes un Zviedrijas uzsāka datu vākšanu un sistematizēšanu par medikamentu lietošanu. 1969.gadā Oslo tika nodibināta PVO Medikamentu lietošanas grupa (*WHO Drug Consumption Group*), kas vēlāk tika pārdēvēta par PVO medikamentu lietošanas pētījumu grupu (*WHO Drug Utilization Research group*). Laika gaitā ir izveidojušās daudzas organizācijas, kas nodarbojas ar medikamentu lietošanas pētījumiem, piemēram, PVO, INRUD (*International Network for Rational use of drugs*), Eiropas medikamentu lietošanas pētījumu grupa (*European Drug Utilization Research Group*). Kopš pagājušā gadsimta septiņdesmitajiem gadiem veikto pētījumu apmērs ir milzīgs, un šo pētījumu metodoloģiskās atšķirības ir ļoti spilgtas.

Dati par medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanu ir atrodamī daudzos avotos – starptautiskās datubāzēs, sistēmu datubāzēs (apdrošinātāju, medikamentu izplatītāju dati, pētījumu apkopojumi), atsevišķu valstu datubāzēs (valdību finansēti pētījumi, farmakoepidemioloģiskie pētījumi, uzskaites sistēmas). Pastāv arī vietējā vai reģionālā līmeņa pētījumi (valsts un privātās iestādes, sabiedriskās organizācijas, ziņojumi par medikamentu blakusparādībām), atsevišķi pētījumi (zāļu ražotāju, vairumtirgotāju un mazumtirgotāju dati, iedzīvotāju medikamentu lietošanas paradumu pētījumi) un eksperimentālie dati (klīnisko pētījumu rezultāti) (*Montagne and Basara 1996, 266*).

Medikamentu lietošanas paradumu pētniecībā jāšķir trīs aspekti – medikamentu farmakoloģiskie aspekti, medikamentu epidemioloģiskie aspekti un medikamentu sociālie aspekti. Farmakoloģiski pētījumi sniedz ziņas par medikamentu drošumu, efektivitāti un piemērotību dažādu slimību ārstēšanā. Ar epidemioloģisko pētījumu palīdzību iespējams novērtēt lietoto medikamentu apmēru un lietošanas veidus, bet sociālie pētījumi palīdz noskaidrot, kā medikamentu lietojumu ietekmē indivīdu uztvere, sociālā un kultūras vide (*Haaijer-Ruskamp and Hemminki 1993, 97*). Sociālos pētījumus

²⁴ Talidomīds – nomierinošs līdzeklis, kas medikamentu tirgū nonāca 20. gs.50. gados. 1961.gadā tā ražošana un izplatīšana tika pārtraukta, jo tā lietošanu saistīja ar to daudzu jaundzimušo patoloģijām, kuru mātes grūtniecības laikā bija lietojušas šo medikamentu.

var iedalīt divās grupās. Ar kvalitatīvo pētījumu palīdzību iespējams gūt gan kvantitatīvo pētījumu rezultātā iegūto tendenču interpretāciju, gan padziļinātu ieskatu medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietotāju uzvedībā un informācijas avotu satura un ieteikumu analīzē (*Capella* 1993, 69–70), kā arī iespējams identificēt un izvirzīt empīriski pārbaudāmas hipotēzes. Pētījumu rezultātu atklāto tendenču apkopojums plaši atspoguļots gan PVO metodoloģiskajā materiālā (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004), gan arī medicīnas antropologu darbos (*Whyte, Geest and Hardon* 2002), gan arī dažādās starptautiskās datubāzēs pieejamās publikācijās.

Runājot par kvantitatīvajiem pētījumiem, jāatzīst, ka to daudzums un metodoloģiskā dažādība apgrūtina iespēju veidot visaptverošu pētījumos atklātu tendenču apkopojumu. Mēģinot klasificēt šos pētījumus, iespējams šķirt divas grupas. Pie pirmās pētījumu grupas minami pētījumi, kuru mērķis ir atklāt dažādas problēmas vai neracionālas medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas tendences. PVO ekspertu veidotajā rokasgrāmatā, kurā iekļauti arī empīrisko pētījumu rezultāti (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004), apkopotas galvenās problēmas, kas pasaulē raksturīgas medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanā. Viena no šādām problēmām ir ārstēšanas līdzekļu lietošana neatbilstoši ārsta norādījumiem vai medikamentu lietošanas instrukcijai. Nākamās divas problēmas attiecas uz recepšu medikamentu lietošanu – pašārstēšanās ar recepšu medikamentiem un antibiotiku neracionāla lietošana. Pētījumi jaunattīstības valstīs liecina arī par pārmērīgu injekciju izmantošanu, ko daļēji var skaidrot ar šo valstu iedzīvotājiem raksturīgiem priekšstatiem par augstāku injekciju efektivitāti, salīdzinot ar perorāli lietojamiem preparātiem. Nākamā problēma attiecas tieši uz bezrecepšu līdzekļiem – pārmērīga relatīvi drošu līdzekļu lietošana un neracionāla dabīgo, augu izcelsmes preparātu izmantošana. Vēl viena raksturīga problēma ir kombinēto preparātu lietošana, jo šo dažādo preparātu sastāvā var būt viena un tā pati aktīvā viela, tādējādi radot pārdozēšanas risku. Kā vēl vienu problēmu PVO min nevajadzīgi dārgu ārstēšanas līdzekļu lietošanu, kas rodas tieši zināšanu trūkuma dēļ (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004, 2–4).

Pie otras pētījumu grupas pieder pētījumi, kas meklē saistību starp medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanu un dažādiem šo lietošanu ietekmējošiem faktoriem. Šie pētījumi tiek veikti dažādās vecuma populācijās. Pārsvarā ar statistisko metožu palīdzību (Hī kvadrāta tests, korelāciju analīze u.c.) tiek noteiktas sociāldemogrāfiskas atšķirības ārstēšanas līdzekļu lietotāju vidū (*Bush and Osterweis* 1978, *Villako, Volmer and Raal* 2012, *Linjakumpu, et al.* 2002, *Hanna and Hughes* 2011, *Aoyama, Koyama and*

Hibino 2012, Simoens, Lobeau and Aerschot 2009, Qato, et al. 2008), kā arī ar citu statistisku metožu palīdzību (diskriminantu analīze, dispersiju analīze un regresiju analīze u.c.) tiek pārbaudīta dažādu faktoru ietekme uz ārstēšanas līdzekļu lietošanu (Johnson and Pope 1983, Tobi, et al. 2003, Al-Windi 2005, Neutel and Patten 2009, Daban, et al. 2010, Horne, et al. 2004, Ozkan, et al. 2009, Conn 1991, Palinkas and Kabongo 2000).

Izplatīta prakse ir indivīda medikamentu lietošanas paradumu analīze dažādu veselības problēmu kontekstā, piemēram, paaugstināta asinsspiediena (Extavour and Edwards 2008) vai saaukstēšanās saslimšanu gadījumos (Baran, Teul and Ignys-O' Byrne 2008). Bieži notiek arī noteiktas medikamentu grupas, piemēram, pretsāpju bezrecepšu medikamentu (Paulose-Ram, et al. 2003, Ozkan, et al. 2009, Roumie and Griffin 2004) lietošanas paradumu analīze dažādu faktoru ietekmes skatījumā.

Tiek pētīta arī saistība starp indivīda veselības stāvokli un medikamentu lietošanu (Johnson and Pope 1983, Novignon, et al. 2011). Atklāto tendenču atšķirīgums var tikt pamatots ar atšķirīgajām populācijām gan teritoriālajā, gan arī, piemēram, vecuma grupu ziņā – dažādām kultūrām raksturīga atšķirība slimības simptomu interpretēšanas pakāpe, un dažādām vecuma grupām ir atšķirīgi veselības traucējumi. Pētot dažādu faktoru kompleksu ietekmi uz ārstēšanas līdzekļu lietošanu ar noteiktu statistisko metožu, piemēram, ar regresijas analīzes palīdzību, rezultātu atšķirības parādās atkarībā no regresijas analīzē iekļauto pārbaudāmo mainīgo skaita un citām niansēm.

ASV medikamentu lietošanas paraduma noteikšanai kopš 1998.gada Bostonas universitātes Slouna Epidemioloģijas centrā tiek veiktas Slouna aptaujas (Slone surveys) (BU Slone Epidemiology center 2013). Ar šo aptauju palīdzību tiek analizēti plaša iedzīvotāju loka medikamentu (recepšu un bezrecepšu) lietošanas tendences.

Pētījumu apskatus un pētījumu rezultātus publicē arī brīvpieejas datubāzes, piemēram, *BioMed Central*. Tā 2009.gada pētījumu apskatā par medikamentu lietošanas un pašārstēšanās tendencēm tika iekļauti 46 pētījumu rezultāti visā pasaulē (Ryan, et al. 2009), savukārt longitudinālā pētījumā par bezrecepšu līdzekļu lietošanu un lietošanas demogrāfisko raksturojumu apskatā analizēti 1992.–2004.gadā Austrālijā iegūtie rezultāti (Goh, et al. 2009). Datu savākšanai izmantotas arī dažādas valsts mēroga aptaujas, piemēram, dažādu valstu nacionālās veselības aptaujas (Carrasco-Garrido, et al. 2009, Paulose-Ram, et al. 2003), kā arī tās literatūras analīze, kas atspoguļo pētījumu datus (Birchley and Conroy 2001, Roumie and Griffin 2004, Calamusa, et al. 2012).

Pētījumos atklātās tendences ir neviendabīgas un nav vispārināmas, tā apstiprinot PVO norādi, ka medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas pētījumu rezultāti var

atšķirties dažādu valstu kontekstā (*Hardon, Hodgkin and Fresle 2004, 2*). Tomēr, aplūkojot datu bāzē *Pubmed* un citos avotos atspoguļotos pētījumu rezultātus, ir iespējams apkopot svarīgākos secinājumus. Viens no šādiem secinājumiem ir aizvien pieaugoša iedzīvotāju tendence, lietojot bezrecepšu līdzekļus, nekonsultējoties ar mediķi, bet ar citiem informācijas avotiem, ko teorētiskajā literatūrā dēvē par pašārstēšanos (*Bradley and Blenkinsopp 1996, Association of the European Self-Medication Industry 2012, Goh, et al. 2009, Wazaify, et al. 2005, Hughes, McElnay and Fleming 2001*).

Indivīda rīcību ārstēšanas līdzekļu lietošanas jomā ir atklāts, ka šo līdzekļu lietošanu ietekmē tādas demogrāfiskas kategorijas kā **dzimums** (*Bush and Osterweis 1978, Johnson and Pope 1983, Tobi, et al. 2003, Al-Windi 2005, Neutel and Patten 2009, Conboy, et al. 2005, Kaufman, et al. 2002, Ryan, et al. 2009*), **vecums** (*Neutel and Patten 2009, Goh, et al. 2009, Daban, et al. 2010, Carrasco-Garrido, et al. 2009, Smith 1996, Novignon, et al. 2011, Extavour and Edwards 2008, Ryan, et al. 2009*), **tautība** (*Kaufman, et al. 2002, Paulose-Ram, et al. 2003, Ryan, et al. 2009, Zola 1966*), **izglītība** (*Johnson and Pope 1983, Ryan, et al. 2009, Nielsen, Hansen and Rasmussen 2003, Ozkan, et al. 2009*), **ģimenes vai māsaimniecības locekļu skaits** (*Johnson and Pope 1983, Birchley and Conroy 2001, 2002*) un **indivīda ienākumu līmenis** (*Tobi, et al. 2003, Daban, et al. 2010, Birchley and Conroy 2002, Villako, Volmer and Raal 2012, Baran, Teul and Ignys-O' Byrne 2008, Johnson and Pope 1983*).

Ārstēšanas līdzekļu lietošanu nosaka arī indivīda veselības stāvoklis – gan **veselības stāvokļa pašnovērtējums** (*Daban, et al. 2010, Neutel and Patten 2009, Johnson and Pope 1983, Tobi, et al. 2003, Al-Windi 2005, Carrasco-Garrido, et al. 2009, Smith 1996, Novignon, et al. 2011, Ryan, et al. 2009*), gan arī **objektīvais veselības stāvoklis** (*Neutel and Patten 2009, Carrasco-Garrido, et al. 2009*), gan arī **indivīda emocionālais stāvoklis** (*Morales-Suárez-Varela, et al. 2009, Palinkas and Kabongo 2000, Conn 1991*).

Tāpat ir atklāta arī indivīdam raksturīgā **dzīvesveida** saistība ar ārstēšanas līdzekļu lietošanu (*Morales-Suárez-Varela, et al. 2009, Piccinini and Santinello 2011*). Ārstēšanas līdzekļu lietošanai ir saistība arī ar **indivīda uzskatiem un priekšstatiem** par šo ārstēšanas līdzekļu īpašībām, efektivitāti, risku un nepieciešamību (*Birchley and Conroy 2002, Birchley and Conroy 2001, Roumie and Griffin 2004, Calamusa, et al. 2012, Hanna and Hughes 2011, Aoyama, Koyama and Hibino 2012, Gray, Boardman and Symonds 2011, Bush and Osterweis 1978*), kā arī ar **indivīda apmierinātībai ar dažādiem dzīves aspektiem** (*Linjakumpu, et al. 2002, Smith 1996*).

Pētījumi apstiprina arī tādu sistēmu raksturojošu faktoru kā **informācijas avotu** (Birchley and Conroy 2001, Kushner, et al. 1997, Villako, Volmer and Raal 2012, Gray, Boardman and Symonds 2011, Buczak, Lukasik and Witek 2010) un **pieejamības** (Novignon, et al. 2011, Simoens, Lobeau and Aerschot 2009, Baran, Teul and Ignys-O' Byrne 2008) ietekmi uz ārstēšanas līdzekļu lietošanu.

Ārvalstīs veikto pētījumu atklātās tendences un rezultātus paredzēts sīkāk analizēt Latvijā iegūto empīrisko datu kontekstā šī darba nākamajā nodaļā.

2.2. Pētniecības tradīcijas Latvijā

Arī Latvijā medikamentu lietošanas jomā regulāri tiek veikti pētījumi par medikamentu farmakoloģiskajiem aspektiem – tie ir zāļu klīniskie pētījumi; daļu šo pētījumu finansē farmācijas uzņēmumi. Piemēram, 2009.gadā Latvijā notika 243 zāļu klīniskie pētījumi (ZVA 2011).

Latvijā regulāri tiek veikti arī pētījumi par medikamentu epidemioloģiskajiem aspektiem – tie ir sabiedrības veselības pētījumi par medikamentu lietošanu atbilstoši veselības traucējumu izplatībai. Viens no šādiem pētījumiem ir Veselības ekonomikas centra „Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums” jeb FINBALT veselības monitorings²⁵. Šī monitoringa uzdevums ir pētīt indivīdu uzvedību veselības un slimības kontekstā, kas izpaužas arī kā dažādu ārstēšanas līdzekļu lietošana. Pirmais pētījums Latvijā tika veikts 1998.gadā, un pētījums tiek atkārtots katru otro gadu. Pēdējā pieejamā pētījumā iekļauti 2012. gada dati. FINBALT pētījums tiek veikts, lai noteiktu Latvijas iedzīvotāju veselības pašnovērtējumu, veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu un vērtējumu, dzīvesveida paradumus un ar šiem paradumiem saistītos faktorus. Pētījumā kā viens no aspektiem tiek iekļauti arī dati par medikamentu lietošanu Latvijā, kas tiek analizēti kopsakarā ar Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokli.

Kopš 1991.gada reizi četros gados tiek veikts Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums²⁶. Šis pētījums sniedz informāciju par būtiskākajām veselības un psihosociālās vides jomām – veselības pašnovērtējumu, veselības sūdzībām un hroniskām slimībām, apmierinātību ar dzīvi, skolas vidi, veselības paradumiem, mutes

²⁵ Monitorings – novērošanas, analīzes un prognozēšanas sistēma.

²⁶ Starptautiskais skolēnu veselības paradumu pētījums (angl. – *Health Behaviour among School-aged Children Study*) pirmo reizi tika veikts 1983.gadā Somijā, Norvēģijā, Anglijā un Austrijā. Tas ir PVO atbalstīts projekts, kurā šobrīd ir iesaistījušās 43 dalībvalstis un reģioni Eiropā un Ziemeļamerikā, t.sk. Latvija.

veselību, traumatismu, sociālekonomisko stāvokli u.c. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma kārtējā aptauja notika 2009./2010. mācību gadā, un šajā pētījumā tika iekļauti arī dati par medikamentu lietošanu. Pētījumā ir secināts, ka „medikamentu pret vēdera sāpēm un galvassāpēm lietošanas izplatības pieaugums liecina, ka Latvijā palielinās pusaudžu īpatsvars, kas sāpju izraisītā diskomforta mazināšanai izvēlas lietot medikamentus” (Pudule u.c. 2012).

Pētījumi sabiedrības veselības nozarē mēdz iekļaut arī sociālus aspektus. Viens no šādiem pētījumiem analizē pusaudžu sāpju sindroma saistību ar dažādiem faktoriem, aplūkojot jēdzienu „veselība” no biopsihosociālā modeļa perspektīvas, proti, saistot šo veselības traucējumu simptomu prevalenci ar veselības indikatoriem un atsevišķiem dzīvesveidu raksturojošiem un psihosociālajiem faktoriem (Gobiņa 2010). Līdzīgi pētījumi Eiropas valstīs un ASV veikti, lai noskaidrotu medikamentu lietošanas saistību ar veselības problēmām un iedzīvotāju piederību dažādām sociāldemogrāfiskajām kategorijām – dzimums, vecums un dzīvesvieta (Gobina, *et al.* 2011) u.c.

Pētījumi ir pievērsuši uzmanību arī parādībai, kas raksturīga tieši bezrecepšu ārstēšanas līdzekļu lietošanai, – pašārstēšanās procesam. Par pašārstēšanos uzskatāmi gadījumi, kad, izvēloties medikamentus vai citus ārstēšanas līdzekļus, konsultācija ar mediķi nenotiek. Pētījums, kas analizēja pašārstēšanās parādības izplatību Latvijā, kā arī raksturoja pašārstēšanās ekonomisko efektu, tika veikts no 1999. līdz 2003.gadam. Pētījumā tika atklātas arī medikamentu lietošanas tendences pašārstēšanās gadījumos (Ozoliņa 2006).

Latvijā nav sistemātisku pētniecības tradīciju, kas pievērstos tieši ar bezrecepšu medikamentu lietošanu saistītajiem sociālajiem aspektiem, tomēr atsevišķi pētījumi norāda noteiktas Latvijas situācijai raksturīgas tendences. Pētījumā „Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte” ir iekļauti dati arī par medikamentu lietošanu, kas izpaužas kā viens no Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesveida elementiem (Sīlis 2010). Viens no šādiem pētījumiem ir arī LU Filozofijas un Socioloģijas institūta pētījums, kura mērķis bija izvērtēt studentiem un profesionālo izglītības iestāžu audzēkņiem pieejamos veselības aprūpes pakalpojumus, veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu un audzēkņu rīcību veselības traucējumu gadījumos (Koroļeva 2010).

Latvijā arī veikti medikamentu lietošanas paradumu pētījumi dažādās veselības traucējumu grupās. Pētījuma „Medikamentu lietošanas paradumi saaukstēšanās saslimšanu gadījumos” mērķis bija noskaidrot, ar kādiem informācijas avotiem Latvijas iedzīvotāji konsultējas pirms lēmuma pieņemšanas par medikamentu lietošanu (Salmane-

Kulikovska, Mezinska and Dobelniece, et al. 2011, 202). Savukārt pētījuma mērķis par deguna asinsvadus sašaurinošu pilienu lietošanu mazu bērnu populācijā bija padziļināta respondentu priekšstatu un informētības līmeņa izpēte. Šis pētījums raksturoja arī sociālo faktoru lomu efektivitātes un riska konstruēšanā (*Salmane-Kulikovska and Mezinska 2013*).

Lietišķus pētījumus ar socioloģisku ievirzi periodiski veic tirgus, sociālo un mediju pētījumu aģentūra „TNS Latvija”. *AtlasTM* pētījumā (TNS Latvija 2008) raksturota dažādu bezrecepšu līdzekļu lietošanas izplatība Latvijas iedzīvotāju vidū, kā arī veidots bezrecepšu līdzekļu lietotāja sociāldemogrāfiskais profils. Šajā pētījumā ir atspoguļots arī bezrecepšu medikamentu kategoriju pozicionējums atkarībā no patērētāju dzīves uztveres, veidojot patērētāja semiometrisko profilu patērētājam svarīgu vērtību kontekstā, saistot tādas vērtības kā, piemēram, „sabiedriskums”, „bauda” u.c., ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu.

Galvenās pētījumu rezultātos atklātās tendences un rezultāti tiek detalizēti analizēti promocijas darbā veiktā empīriskā pētījuma iegūto rezultātu kontekstā nākamajā nodaļā.

3. LATVIJAS IEDZĪVOTĀJU BEZRECEPŠU LĪDZEKĻU LIETOŠANAS PARADUMI

3.1. Empīriskā pētījuma metodoloģija

Pētījuma mērķu sasniegšanai atbilstoši pētījuma tematikai tika izmantotas **kvantitatīvās pētniecības metodes**.

Datu ieguves tehnika – tiešās (*face-to-face*) strukturētas intervijas respondentu dzīves vietās. Lauka darba norises laiks – 2012.gada 4.–24.jūlijs. Aptaujas valoda bija latviešu vai krievu – pēc respondenta izvēles. Iedzīvotāju aptaujas veikšanu nodrošināja SIA „Socioloģisko pētījumu institūts” intervētāju tīkls – kopumā 60 intervētāji. Intervētāju darba koordinēšana tika nodrošināta centralizēti.

Pētījuma izlases raksturojums – Latvijas iedzīvotāji vecumā no 18 līdz 74 gadiem. Latvijas iedzīvotāju ģenerālais kopums vecuma grupā 18–74 gadi ir $N = 1521\ 855$. (Centrālās statistikas pārvaldes dati, 2012. gada 1. janvāris), un pētījuma izlases apjoms ir ģenerālajam kopumam reprezentatīva izlase, $n = 785$. Izlases aprēķināšanai tika izmantota formula

$$n = \frac{1,96^2 W (1-W) N}{\Delta^2 N + 1,96^2 W (1-W)},$$

n = nepieciešamais vienību skaits izlases kopā, (1)

Δ = izlases kļūda (3,5% jeb 0,035),

N = ģenerālās kopas apjoms,

$W = 0,5$

Izlases veidošanas norise un lauka darba apraksts. Rezultātu reprezentativitāte tika nodrošināta, nosakot izlases kļūdu un sverot²⁷ iegūtos rezultātus. Dati tika svērti kategorijās „dzimums”, „vecums” un „dzīvesvieta”. Izlases veidošanā tika izmantota stratificētā divpakāpju nejaušā gadījumu izlases metode. Šādas metodes piemērotība uzsvērtā arī PVO medikamentu lietošanas paradumu pētīšanas metodoloģijā (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004, 61). Izlases veidošanas pirmajā posmā pēc nejaušības principa no Valsts adrešu reģistra²⁸ katrā no stratām tika izvēlētas mājsaimniecību starta adreses, proporcionāli iedzīvotāju skaitam tajā, paredzot, ka no vienas starta adreses netiek veiktas vairāk kā piecas intervijas. Rīga un valsts nozīmes pilsētas veidoja atsevišķas stratas, savukārt novadu pilsētas un lauku teritorijas tika stratificētas, izmantojot VRAA (Valsts reģionālās attīstības aģentūras) izstrādātā attīstības indeksa ranžējumu trīs grupās – augsti

²⁷ Datu svēršana (*weighting*) tiek izmantota, lai koriģētu izlasē iekļauto respondentu sastāvu atbilstoši ģenerālajam kopumam (*Acton, et al.* 2009, 98).

²⁸ Valsts adrešu reģistra uzturētājs – Valsts zemes dienests.

attīstītas teritorijas, vidēji attīstītas teritorijas un zemāk attīstītas teritorijas – kopumā veidojot 39 stratas (sk. 4. pielikumu). Šāda pieeja novērš pārāk lielu izlases vienību klasterizāciju, kas var kļūt par cēloni rezultātu nobīdei no patiesā mērījuma, līdz ar to palielinot kļūdu, attiecinot rezultātus uz populāciju kopumā. Lai nodrošinātu teorētiskās neto izlases apjomu ($n=785$), kopējais bruto izlases apjoms sasniedza 1343 adreses, no kurām 142 adreses bija nederīgas, t.i., respondents bija jaunāks par 18 vai vecāks par 74 gadiem; adresē atradās iestāde; dzīvoklis bija neapdzīvots vai arī norādītā adrese neeksistēja. Tādējādi sasniedzamās izlases apjoms bija $n=1211$. Kopējais atbildētības jeb respondences rādītājs bija 65%. Standarta datu analīze un tajā izmantotie algoritmi pamatojas uz pieņēmumu, ka visiem indivīdiem izlasē ir vienāda iekļaušanas varbūtība. Ja šīs varbūtības noteiktās sabiedrības grupās augstākas nerespondences gadījumā ir atšķirīgas, šīs nianse datu analīzē jāņem vērā. Viens no veidiem, kā šīs nianse tiek ņemtas vērā un kas tiek izmantots pētījumu praksē, ir datu svēršana, kas paredz, ka indivīda (atbildes) svars ir apgriezti proporcionāls varbūtībai, ka respondents tiek iekļauts izlasē. Galīgais svara mainīgais (*weight*) koriģē arī nelīdzsvarotajā nerespondencē ieviestajām populācijas rādītāju atšķirībām dzimumu un vecuma grupu griezumā. Aprēķinātās pētījuma svaru vērtības ir robežās no 0,6 līdz 1,9, kas liecina, ka būtiskas atšķirības no ģenerālkopuma nav vērojamas. Intervijas tika veiktas, izmantojot nejaušā maršruta metodi, t.i., intervētāji apmeklēja katru trešo mājsaimniecību, sākot ar to adresi (starta adresi), kura tika atlasīta un iekļauta izlasē. Otrajā izlases veidošanas posmā respondenti mājsaimniecībā tika izvēlēti, izmantojot tuvākās dzimšanas dienas metodi. Tas nozīmē, ka piedalīties pētījumā katrā mājsaimniecībā tika lūgta tā persona, kurai vistuvākajā laikā būs dzimšanas diena. Ja šī persona nebija sasniedzama intervētāja vizītes laikā, intervija netika veikta, un intervētājam šajā mājsaimniecībā bija jāierodas atkārtoti. Šāda respondentu izvēle novērš kādas konkrētas grupas pārāk lielu pārstāvniecību izlasē, kas mazinātu kopējo izlases reprezentativitāti. Pētījuma datu apstrādi – informācijas kodēšanu, ievadi un pārbaudi – veica mācīti un pieredzējuši SIA „Socioloģisko pētījumu institūta” darbinieki. Ievadītie dati tika pārbaudīti, izmantojot pētījumam speciāli sagatavotu pārbaudes programmu, savukārt datu ievadīšanai tika izmantota SPSSPC/SYSTAT datu ievades programma. Iegūtie dati tika pārbaudīti saturiski, caurskatot atzīmētās bezrecepšu līdzekļu nominācijas un pārliecinoties, vai kategorijā „bezrecepšu līdzekļi” nav iekļauti arī recepšu medikamenti. Tika konstatēts, ka neprecizitātes līmenis nepārsniedz maksimālās pieļaujamās robežkļūdas līmeni – 5%. Lai pārbaudītu anketu aizpildes kvalitāti, loģiku un veiktu intervētāju darba kontroli, pēc

anketu nogādāšanas pētniecības institūtā izlases veidā tika veikta atkārtota sazināšanās ar respondentu vai nu telefoniski, vai arī klātienē. Kopumā tika pārbaudīti aptuveni 20% interviju.

Pētījuma instrumentārijs. Empīrisko datu iegūšanai tika veikta Latvijas iedzīvotāju aptauja, kurā izmantots promocijas darbam īpaši izveidots instrumentārijs – aptaujas anketa (1. pielikums) ar atbilstoši promocijas darba mērķim izvēlētiem jautājumiem.

1. Demogrāfiski un sociālekonomiski faktori (3.1. tabula). Šīs faktoru klasifikācijas pamatā ir Stratēģiskās analīzes komisijas pētījuma par dzīves kvalitāti indeksa komponenti (Bela-Krūmiņa u.c. 2006, 11–12).

3.1. tabula

Demogrāfiski un sociālekonomiski faktori

Nr.	Pazīmes	Indikatori
1.	Demogrāfija	• Dzimums • Vecums • Tautība • Dzīvesvieta (reģions)
2.	Materiālā labklājība	• Neto ienākumi uz vienu mājsaimniecības locekli (mēnesī)
3.	Nodarbinātība un izglītība	• Iegūtā izglītība • Pašreizējā nodarbošanās
4.	Ģimene un mājsaimniecība	• Ģimenes stāvoklis • Personu skaits mājsaimniecībā

2. Indivīda holistiskā veselības stāvokļa raksturojums (3.2. tabula). Šī faktora indikatori tika veidoti atbilstoši jēdzienam „ar veselību saistīta dzīves kvalitāte” (*Gabe, Bury and Elston* 2004, 114). Šajā pētījumā jēdzienā „ar veselību saistīta dzīves kvalitāte” ietilpst indivīda subjektīvais veselības stāvokļa raksturojums, garīgā veselība, vitalitāte, kā arī dažādu dzīves aspektu un dzīves kvalitātes novērtējums kopumā.

Holistiskā veselības stāvokļa raksturojums

Nr.	Pazīmes	Indikatori
1.	Fiziskā veselība	• Veselības stāvokļa novērtējums un raksturojums • Veselības problēmu identifikācija
2.	Garīgā veselība un vitalitāte	• Garīgās veselības novērtējums • Vitalitātes novērtējums
3.	Apmierinātība ar dzīvi	• Dažādu dzīves aspektu novērtējums • Dzīves kvalitātes kopumā novērtējums

Veselības stāvokļa novērtēšanai izmantots SF-36v2TM instrumenta jautājums „Kā Jūs kopumā vērtējat savu veselības stāvokli?” Atbilžu variantu klasificēšanai piemērota piecu pakāpju Likerta skala (ļoti labs / labs / vidējs / slikts / ļoti slikts). Šāda skala veselības pašnovērtējuma raksturošanai pētījumos tiek izmantota ļoti bieži (Bowling 2008, 414). Veselības stāvokļa raksturošanai izmantots jautājums „Kurš no apgalvojumiem vislabāk raksturo jūsu veselības stāvokli?” (praktiski neslimoju / tikai vieglas saslimšanas / hroniskas slimības / slimību sekas, no kurām cieš / bijušas nopietnas slimības, bet izārstējies / invaliditāte) (Sīlis 2010, 198). Veselības stāvokļa padziļinātākai izpētei tika uzdoti jautājumi par hroniskām slimībām, slimošanu, invaliditāti, kā arī par veselības traucējumiem, ko indivīds izjutis pēdējo trīs mēnešu laikā. Jautājuma formulēšanai izmantots Eiropas iedzīvotāju veselības novērtējuma anketas 1-EIVA C1_06 jautājums. Anketa ir apstiprināta ar MK Noteikumiem Nr. 922 (Valsts statistikas pārskatu un anketu veidlapu paraugu apstiprināšanas noteikumi 2006).

Garīgās veselības un vitalitātes raksturojums ietver šādas kategorijas – nervozitāte, nomāktība, depresija, laimes sajūta, iekšējais miers, dzīvesprieks, enerģijas līmenis, nogurums, iztukšošanās sajūta. Pētījuma anketas jautājumu formulēšanai izmantots veselības apsekojuma aptaujas SF-36v2TM (Ware 2005) formulējums, kurā iekļauti deviņi garīgo veselību un vitalitāti raksturojoši apakšjautājumi. Tika izveidotas divas jautājumu kategorijas. Uz vitalitātes raksturojumu attiecināmie jautājumi ir šādi – „Vai bijāt dzīvespriecīgs?”, „Vai jums bija daudz enerģijas?”, „Vai jutāties fiziski un garīgi iztukšots?” „Vai jutāties noguris?”. Uz garīgās veselības raksturojumu savukārt attiecas jautājumi: „Vai bijāt nervozs?”, „Vai jutāties tik ļoti nomākts, ka nekas jūs nespēja uzmundrināt?”, „Vai jutāties rāms un mierīgs?”, „Vai bijāt depresijā?”, „Vai jutāties laimīgs?”. Pēc piecu pakāpju Likerta skalas iegūtās atbildes tika pārkodētas, izmantojot

mērījumu „100” kā visaugstāko pozitīvo rādītāju, bet „0” kā viszemāko negatīvo rādītāju. Mainīgo „garīgā veselība” un „vitalitāte” vērtības tika klasificētas intervālos 0–25, 26–50, 51–75 un 76–100. Intervāls „76–100” atbilst visaugstākajai, 1.pakāpei, intervāls „51–75” – augstai, 2.pakāpei, intervāls „26–50” – zemākai, 3.pakāpei, bet intervāls „0–25” – viszemākajai, 4.pakāpei.

Raksturojot apmierinātību ar dzīvi, bieži minēti šādi kritēriji – apmierinātība ar fizisko veselību, seksuālo dzīvi, sociālajām attiecībām, ienākumiem, darbu (sasniegumi, karjera), sadzīves apstākļiem un veselību (Lauer 1998, 28, Bowling 2008, 439), tādēļ šie kritēriji iekļauti arī promocijas darba empīriskajā pētījumā. Definējot šos kritērijus, izmantoti „*Quality of Life Index*” indikatori (Ferrans and Powers 1984 & 1998), kā arī PVO dzīves kvalitātes pētniecības instrumenta *WHOQOL-Bref* indikatori (WHO 2004). Dzīves kvalitātes vispārējā novērtējuma raksturošanai izmantota piecu pakāpju Likerta skala (ļoti laba / laba / vidēja / slikta / ļoti slikta). Lai veidotu apmierinātību ar dzīvi raksturojošu kopīgu indikatoru, ar faktoranalīzes palīdzību (*Principal components* analīzes metode) izveidota skala, kas sadalīta trijās kategorijās – augstas pakāpes apmierinātība ar dzīvi, vidēja apmierinātība ar dzīvi un zema apmierinātība ar dzīvi.

3. Indivīda ārstēšanas līdzekļu lietošanas racionalitāte. Šo pazīmi (faktoru) veido divas grupas. Vienā no šīm grupām ietilpst faktori, kas indivīdam šķiet nozīmīgi, pieņemot lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu. Otrajā grupā iekļauti indivīda subjektīvie uzskati un priekšstati par bezrecepšu līdzekļu īpašībām, lietošanas nepieciešamību, efektivitāti, nozīmi u.c. aspektiem (3.3. tabula).

Ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitāte

Nr.	Pazīmes	Indikatori
1.	Indivīda lēmuma pieņemšanai svarīgi faktori	- Faktoru ietekmes subjektīvais vērtējums: - Cena - Farmaceita ieteikums - Ārstēšanas līdzeklis jau ir iepriekš iegādāts - Aptiekas atrašanās vieta - Plaša ārstēšanas līdzekļu izvēle iegādes vietā - Ārstēšanas līdzekļu pieejamība ārpus aptiekas - Iespēja neapmeklēt ārstu - Dabīgs ārstēšanas līdzekļa sastāvs - Zināms ražotājs - Pazīstams zīmols - Nespeciālistu (radu, draugu, paziņu) ieteikums - Racionalitāti raksturojoši indivīdu uzskatu tipi
2.	Uzskati par līdzekļu īpašībām, efektivitāti un lietošanas nepieciešamību	Efektivitāte: „Dārgāks ir efektīvāks” „Jaunāks ir efektīvāks” „Ja zāles palīdzēja agrāk, tās palīdzēs vienmēr” Īpašības un drošums: „UB ārstē slimības” „Jo līdzeklis ilgāk atrodas tirgū, jo drošāka tā lietošana” „BM un UB lietošanai nav blakņu” Lietošanas nepieciešamība: „Jālieto, kad parādās pirmie simptomi” „UB un vitamīni jālieto nepārtraukti” - Zāles jālieto, lai nodrošinātu iespēju pildīt sociālās lomas „Nevēlos inficēt citus, tāpēc lietoju līdzekļus, tiklīdz parādās simptomi”

Indivīda ārstēšanas līdzekļu lietošanas racionalitāti raksturojoši jautājumi veidoti, izmantojot PVO metodisko materiālu (Hardon, Hodgkin and Fresle 2004, 7–10), kā arī medicīnas antropoloģijas literatūru par indivīda priekšstatiem ārstēšanas līdzekļu izvēlē un lietošanā (Whyte, Geest and Hardon 2002, 27–36, Stevenson, Leontowitsch and Duggan 2009). Atbilžu klasificēšanai izmantota piecu pakāpju Likerta skala. Lai samazinātu iegūto mērījumu telpu, radot statistiski saistītus grupējumus, ar faktoranalīzes palīdzību (*Principal components* analīzes metode) izveidoti raksturīgi indivīda racionalitātes tipi.

4. Indivīda dzīvesveidu raksturojoši faktori (3.4. tabula). Šajā kategorijā ietilpst divas ar dzīvesveidu saistītas pazīmju grupas. Pirmā no šīm grupām ir attiecināma uz indivīda

dzīvesveidu veselības un slimības kontekstā, bet otrā grupa – uz indivīda kā patērētāja psihogrāfisko raksturojumu.

3.4. tabula

Indivīda dzīvesveids

Nr.	Pazīmes	Indikatori
1.	Veselības dzīvesveids	• Rūpju par veselību subjektīvais novērtējums • Uz veselības saglabāšanu un veicināšanu vērstas darbības • Nodarbošanās ar sportu • Uzturs • Veselībai kaitējoši ieradumi – smēķēšana un alkohola lietošana • Veselības dzīvesveida tipi
2.	Indivīda psihogrāfiskais raksturojums	• Patērētāju psihogrāfiskā raksturojuma tipi

Indivīda subjektīvais raksturojums rūpēs par veselību tika noteikts, izmantojot jautājumu „Cik lielā mērā Jūs rūpējaties par savu veselību?”. Atbilžu kategoriju veidošanai tika izmantota piecu pakāpju Likerta skala (ļoti lielā mērā / diezgan lielā mērā / vidēji / nedaudz / nemaz). Papildus tika apzinātas tās darbības, kas bija vērstas uz veselības saglabāšanu un veicināšanu (Sīlis 2010, 199–200). Indivīda veselības dzīvesveida raksturošanai izmantoti Eiropas iedzīvotāju veselības apsekojuma anketas 1-EIVA (MK 2006) jautājumi (F un G bloks). Veselības dzīvesveida tipi noteikti ar klasteranalīzes palīdzību (*K-means cluster*).

Indivīda piederību noteiktam psihogrāfiskajam tipam veido indivīdu kā patērētāju raksturojoša pārlicēība, vērtības un dzīvesveids. Psihogrāfiskā raksturojuma veidošanai izmantota VALSTM (*values, attitudes, lifestyles*) anketa, kas ir viena no izplatītākajām patērētāju segmentēšanas instrumentiem (Kotlers 2006, 222). Šīs tipoloģijas piemērotība Latvijas situācijā ir empīriski pārbaudīta un atzīta par lietojamu (Lavrenko 2008, 66). Promocijas darbā izmantoti tipoloģiju raksturojoši jautājumi, bet iegūtās atbildes klasificētas ar statistikas metožu palīdzību, interpretējot Latvijas situācijai raksturīgus datus. Atbilžu klasificēšanai izmantota piecu pakāpju Likerta skala. Lai samazinātu iegūto mērījumu telpu, radot statistiski saistītus grupējumus, ar faktoranalīzes palīdzību (*Principal components* analīzes metode) izveidoti raksturīgākie indivīda psihogrāfiskie tipi.

5. Individā subjektīvais ar sistēmu saistītu faktoru novērtējums. Šo kategoriju raksturo divu veidu pazīmju grupas. Viena no šīm grupām attiecas uz indivīda uzticēšanos dažādiem informācijas avotiem par bezrecepšu līdzekļiem, bet pie otras grupas pieder veselības aprūpes pakalpojumu un ārstēšanas līdzekļu pieejamības novērtējums (3.5. tabula).

3.5. tabula

Indivīda subjektīvais sistēmu raksturojošo faktoru novērtējums

Nr.	Pazīmes	Indikatori
1.	Uzticēšanās informācijas avotiem	• Informācijas avotu satura novērtējums • Uzticēšanās pakāpe informācijas avotiem • Indivīdu uzskati par uzticēšanos informācijas avotiem
2.	Pieejamības raksturojums	• Bezrecepšu līdzekļu iegādes iespēju novērtējums • Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības novērtējums

Uzticēšanās pakāpes raksturojums informācijas avotiem tika veidots, izmantojot Latvijā 2010. gadā veikto pētījumu (*Salmane-Kulikovska, Mezinska and Dobelniece, et al.* 2011, 202) par medikamentu lietošanu saaukstēšanās gadījumos. Uzticēšanās pakāpes noteikšanai izmantota piecu pakāpju Likerta skala (pilnībā uzticos / drīzāk uzticos / vidēji / drīzāk neuzticos / pilnībā neuzticos). Lai samazinātu iegūto mērījumu telpu, radot statistiski saistītus grupējumus, ar faktoranalīzes palīdzību (*Principal components analīzes metode*) izveidoti raksturīgākie indivīda uzticēšanās tipi. Informācijas avotu satura izvērtēšana veikta, piemērojot šādus kritērijus „tikai informatīva”, „drīzāk informatīva”, „gan informatīva, gan reklāma”, „drīzāk reklāma”, „tikai reklāma”.

Bezrecepšu līdzekļu un veselības pakalpojumu pieejamības novērtējuma noteikts, izmantojot šādu skalu „ir pieejams”, „ir salīdzinoši ērti pieejams”, „nav pieejams”, „neizmantoju”, kas tika attiecināta uz šādiem ar veselības aprūpi saistītu pakalpojumu sniedzējiem un medikamentu iespējamām iegādes vietām – ģimenes ārsts, speciālists, ambulatorās ārstniecības iestāde, aptieka un veikals, kur var iegādāties atsevišķus BM un UB.

Pilotpētījuma norise. Lai pārliicinātos, vai ar anketas palīdzību iespējams iegūt nepieciešamos mērījumus un izvairītos no neprecīzas vai aplamas jautājumu interpretācijas riska, tika veikts pilotpētījums (n=10), kurā bija divi posmi. Vispirms tika

veikts kognitīvais tests, identificējot šādus kodus „slikts jautājuma formulējums, kļūdas”, „jautājuma saprotamība: respondents nesaprot jautājumu, nepieciešama jautājuma vai tā daļu atkārtošana, paskaidrojumi, precizējumi”, „jutīgs, sensitīvs jautājums; respondents izvairās no atbildes, nevēlas atbildēt, novēršas, izsaka komentārus”. Kognitīvo intervēšanas metodi, kas ietver pilotāžas pētījuma dalībnieku testēšanu, lieto anketu autori, lai analizētu veidu, kādā mērķauditorija uztver un saprot anketas jautājumos pausto ziņu, kā arī sniedz atgriezenisko saiti par to. Kognitīvās intervēšanas mērķis ir anketas jautājumu nepareizas interpretācijas novēršana (Willis 2005, 3). Respondenti, kam tika uzdoti kognitīvā testa jautājumi, kopumā sniedza 42 komentārus (2. pielikums). Pēc šo komentāru analīzes notika būtiska pētījuma anketas pilnveidošana un koriģēšana – atsevišķi jautājumi tika pārformulēti, pārgrupēti, anketā tika iekļauti jēdzienu paskaidrojumi, piemēram, „komerciālas un informatīvas informācijas” definīcija.

Paralēli tika aizpildīta jautājumu uztveres novērtējuma forma (3. pielikums), kas veidota uz kognitīvā testa bāzes, definējot problemātisko jautājumu uztveres kodus: S – slikts jautājuma formulējums, kļūdas; N – jautājuma saprotamība: respondents nesaprot jautājumu, nepieciešama jautājuma vai tā daļu atkārtošana, paskaidrojumi, precizējumi; J – jutīgs, sensitīvs jautājums; respondents izvairās no atbildes, nevēlas atbildēt, novēršas, izsaka komentārus. Pilotpētījuma dalībnieki kopā sniedza 70 komentārus. Atbilstoši izveidotajiem kodiem tika grupēti visi anketas jautājumu uztveres problemātiskie aspekti un apkopoti pilotpētījuma respondentu viedokļi, kā arī uz šo ieteikuma pamata paredzētās izmaiņas.

Datu analīzes metodes. Datu analīzē tika izmantota statistiskās datu apstrādes programma *IMB SPSS Statistics 20.0*. Pētījuma atkarīgo mainīgo veidoja jautājums „Vai pēdējo trīs mēnešu laikā Jūs esat lietojis (šobrīd lietojat) bezrecepšu medikamentus, vitamīnus vai uztura bagātinātājus?”. Respondentiem tika piedāvātas 17 dažādu medikamentu grupas, kā arī tika lūgts minēt BM vai AM nosaukumus. Medikamentu grupu klasifikatora veidošanā izmantota Latvijas Zāļu reģistra bezrecepšu medikamentu klasifikācija (Medikamentu informācijas centrs 2012).

Atkarīgā un neatkarīgo mainīgo salīdzināšanai pēc vienas pazīmes, kā arī divu pazīmju saistības analīzei un šīs saistības statistiskā būtiskuma noteikšanai tika izmantots Hī kvadrāta (*Chi-square*, χ^2) tests. Analīzē izmantotas kontingences tabulas (2*2), kā arī R*C tabulas, kurās ir > 2 rindiņu skaits (R) un > 2 kolonnu skaits (C) (Teibe 2007, 67). Šādos gadījumos parasti tiek izvirzītas divas hipotēzes – nulles hipotēze (H_0), proti, ka

starp pārbaudāmajiem mainīgajiem nav statistiski ticamas sakarības, un alternatīvā hipotēze (H_1), kas paredz, ka starp mainīgajiem pastāv statistiski ticama sakarība. Papildus tika aprēķināts t.s. koriģētais standarta atlikums (*adjusted standardized residuals*). Ja $|\text{Koriģētais standarta atlikums}| > 1,96$, tas nozīmē, ka novērotais relatīvais biežums (*observed*) (daļa, proporcija) ir ārpus 95% ticamības intervāla (TI) robežām, un jāsecina, ka novērotais relatīvais biežums ticami būtiskuma līmenī $p = 0,05$ atšķiras no sagaidāmā (*expected*) relatīvā biežuma populācijā vai izlasē (Teibe 2007, 72; 86).

Ja kādu faktoru (pazīmi) raksturo liels indikatoru skaits, ir būtiski samazināt mērījumu telpu un iegūt vispārinātāku un iekšēji savstarpēji saistītu pazīmju kopumus, – šādos gadījumos tika izmantota faktoranalīze (*Exploratory factor analysis*). Faktoranalīze bieži tiek izmantota sociālajos pētījumos dažādu attieksmju un vērtību analīzei, un šīs metodes lietošana palīdz mazināt to mainīgo skaitu un dimensionalitāti. Iegūtie mainīgie tiek izmantoti arī kā neatkarīgie mainīgie binārās loģistiskās regresijas vienādojumā. Faktoru slodze norāda mainīgā un izveidotā faktora savstarpējās atbilstības līmeni. Šajā analīzē izmantota galveno komponentu (*principal components*) metode, kas faktoru skaitu nosaka, pamatojoties uz kritēriju – faktoru vērtības $>1,0$. Faktoru interpretācijas atvieglošanai izmantota praksē visbiežāk izmantotā dispersiju maksimizējoša rotācijas metode (*varimax*) (Burns and Burns 2008, 449)²⁹, kas palīdz iegūt nodalītus faktorus gadījumos, kad mainīgais vienlīdz cieši korelē ar vairākiem faktoriem.

Dažādu pazīmju grupēšanai noteiktās atsevišķās lokālās apakšgrupās tika izmantota k-vidējā aritmētiskā (*k-means*) klasteru analīze. Klasterizācijas procedūras mērķis ir izveidot pētāmo objektu apakšgrupas, kas sastāv no līdzīgiem objektiem, un analīzē noskaidrot statistiski nozīmīgas pazīmes, kas grupas atšķir vienu no otras. Lai veiktu klasteranalīzi, tajā iekļautie mainīgie tika dihotomizēti, līdz ar to klasteru aritmētiskās vērtības (klasteru centru koordinātes) var interpretēt arī kā atbildes biežuma izteiksmi procentos.

Lai noteiktu dažādu faktoru saistību ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, izmantota binārās loģistiskās regresijas jeb cēloniskās modelēšanas metode, kuras izvēli noteica atkarīgā mainīgā dihotomais raksturs („lietoja” vai „nelietoja”) un tas, ka lielākā daļa

²⁹ Rotācijas procedūra: *Varimax* ar Kaizera normalizāciju. Faktoru nosaukumi piešķirti, pamatojoties uz šajā faktorā dominējošiem mainīgajiem. Iegūtie faktori saglabāti kā jauni mainīgie, kuru vērtība atbilst katra faktora izpausmes spēkam.

mainīgo ir nomināli. Loģistiskās regresijas metode dod iespēju novērtēt katra atsevišķa faktora vai faktoru grupas tiešo vai pastarpināto ietekmi uz atkarīgo mainīgo, gan arī šo faktoru savstarpējo ietekmi. Tā kā izvēlēta metode nosaka, ka atkarīgajam mainīgajam jābūt dihotomam, atkarīgā mainīgā vērtības bija šādas: „1” – tika lietoti bezrecepšu līdzekļi pēdējo triju mēnešu laikā; „0” – netika lietoti bezrecepšu līdzekļi pēdējo triju mēnešu laikā. Loģistiskās regresijas metode pieļauj izmantot neatkarīgos mainīgos, kas kodēti gan kā kategoriālie mainīgie (nominālie un ordinālie), gan arī kā dihotomie mainīgie vai skala.

Loģistiskās regresijas koeficients tiek interpretēts kā varbūtību attiecību logaritma izmaiņas – varbūtību, ka notikums iestāsies attiecībā pret iespēju, ka neiestāsies, saistībā ar neatkarīgā mainīgā izmaiņu par vienu vienību (Teibe 2007, 108). Loģistiskās regresijas koeficienta matemātiskā izteiksme ir attēkota formulā (2).

$$\text{Log} \frac{\text{prob}(\text{notikums iestājas})}{\text{prob}(\text{notikums neiestājas})} = B_0 + B_1x_1 + \dots + B_px_p \quad (2)$$

Formulas pirmā daļa ir varbūtības logaritms, bet B_0 un B_n – koeficienti, kas tiek aprēķināti pēc dotajiem mainīgajiem, X_n – neatkarīgie mainīgie.

B_0 un B_n koeficientu interpretēšanai izmantots $\text{Exp}(B)$ koeficients, kas raksturo notikuma iestāšanās un neiestāšanās izredžu attiecību (*odds ratio*, *OR*). Neatkarīgajiem mainīgajiem viena no kategorijām tika izvēlēta kā atskaites līmenis (references vērtība), aprēķinot pārējām kategorijām izredžu attiecību *OR* salīdzinājumā ar izvēlēto atskaites kategoriju. Loģistiskās regresijas modeļa statistiskais nozīmīgums tika noteikts ar Hī kvadrāta testu (*Chi-square test*), izmantojot iekļaušanas varbūtības testu (*likelihood ratio test*, *LR*), kas salīdzina pamata modeļa datu iekļūšanas varbūtību ar cita, teorētiska, reducēta modeļa datu modelī iekļūšanas varbūtību, un ir aprēķināms ar formulu, kurā p = paredzētā iekļaušanas varbūtība (3).

$$LL = \sum_{i=1}^n y_i \ln(p_i) + (1 - y_i) \ln(1 - p_i) \quad (3)$$

Varbūtības tests tiek uzskatīts par precīzāku, salīdzinot ar alternatīvo metodi – Valda statistikas testu (*Wald test*) (Крыжановский 2006, 190, Field 2013, 768). Kopējā modeļa kvalitātes (*goodness-of-fit*) noteikšanai tika izmantoti Koksa un Šnella tests (Cox un Snell R^2), kā arī Nagelkerka tests (Nagelkerke R^2 jeb determinācijas

koeficients), kas nosaka, kā modeļa kvalitāte izmainās, pievienojot dažādus neatkarīgos mainīgos. Šajā pētījumā ir izmantota *Enter* metode (bloku regresija), kas paredz neatkarīgo mainīgo ievadīšanu pakāpeniski – vairākās stadijās (Field 2013, 768). Salīdzinot ar parasto soļu regresiju, kurā kārtību, kādā neatkarīgie mainīgie tiek iekļauti regresijas vienādojumā, nosaka tikai statistiskie kritēriji, hierarhiskā metode sniedz pētniekam iespēju identificēt neatkarīgos mainīgos gan atbilstoši pētnieciskajām interesēm, gan arī pēc to ieguldījuma modeļa kvalitātes rādītājos (Field 2013, 774). Kā pamata neatkarīgo mainīgo bloks tika iekļauts indivīda demogrāfiskais raksturojums, pa vienam pievienojot atsevišķus neatkarīgo mainīgo blokus un vērojot, kā izmainās loģistiskās regresijas modeļa kvalitāte. Veidojot visas faktoru grupas aptverošo loģistiskās regresijas modeli, neatkarīgo mainīgo ievadi regresijas vienādojumā noteica katra mainīgo bloka ietekmi raksturojošā determinācijas koeficienta R^2 vērtība – kā nākamie aiz demogrāfijas bloka tika ievadīti bloki, kuriem R^2 vērtība bija visaugstākā (6. pielikums). Galvenā regresijas modeļa determinācijas koeficienta R^2 vērtība = 0,489. Kā papildu regresijas modeļa kvalitātes rādītājs tika izmantota klasifikācijas tabula, kas nosaka, cik lielā mērā iegūtais regresijas modelis ir attiecināms uz izlasi kopumā (Терещенко, Кирилович и Князева 2012, 44, Крыштановский 2006, 178). Galvenā regresijas modeļa klasifikācijas tabula liecina, ka bezrecepšu līdzekļu lietošanas uzvedību (lietoja / nelietoja bezrecepšu līdzekļus) ar vienādojumā iekļauto neatkarīgo mainīgo palīdzību iespējams attiecināt vidēji uz 79,3% no kopējās respondentu izlases. Turklāt tika atklāts, ka regresijas modelis labāk attiecināms tieši uz lietotāju uzvedības prognozēšanu – ar šī modeļa palīdzību iespējams prognozēt 86,1% lietotāju uzvedības (nelietotāju uzvedības prognoze ir pareiza 68,4% gadījumos).

Regresijas vienādojumā iekļauti tikai tie mainīgie, kuriem Hī kvadrāta (χ^2) tests uzrādīja statistiski būtiskas atšķirības. Modelī iekļauto pirmo neatkarīgo mainīgo bloku veidoja demogrāfiskie parametri (5. pielikums) – dzimums, vecums, personu skaits mājsaimniecībā, dzīvesvieta (reģions), kā arī indivīda atsevišķas nodarbošanās kategorijas. Otro bloku veidoja veselības stāvokļa parametri. Regresijas vienādojumā tika iekļauts to veselības problēmu uzskaitījums, ar kurām respondenti saskārās pēdējo triju mēnešu laikā. Respondenti, vērtējot savu veselību, piemīt tendence atzīmēt tādas sociāli vēlamas kategorijas (*social desirability bias* (Bowling 2008, 414)) kā „laba” vai „ļoti laba”, tādēļ regresijas vienādojumā kā indivīda fiziskās veselības rādītājs tika iekļauts konkrētu veselības traucējumu simptomu uzskaitījums. Teorētiskā literatūra liecina, ka respondenti spēj pietiekoši precīzi identificēt simptomus, kas izpaudušies

pietiekami nesenā pagātnē, turklāt šiem datiem ir droši ticama korelācija ar indivīda objektīvo veselības stāvokli (Blaxter 1990, 40). Garīgās veselības un vitalitātes pakāpi raksturoja divi jautājumu bloki. Uz indikatoru „garīgā veselība” tika attiecinātas šādas pazīmes – nervozs, nomākts, rāms, laimīgs, depresīvs, bet uz indikatoru „vitalitāte” – dzīvesprieks, enerģija, iztukšošanās sajūta, nogurums. Pēc Likerta skalas iegūtās atbildes tika pārkodētas, izmantojot mērījumu 100% kā visaugstāko, pozitīvo rādītāju, bet 0% – kā viszemāko, negatīvo rādītāju. Katram respondentam tika aprēķināta katras grupas vidējā aritmētiskā vērtība, un iegūtās skala tika sadalīta trijās daļās – respondenti ar zemāku, vidēju un augstāku garīgās veselības un vitalitātes līmeni. Vērtējot indivīdu apmierinātību ar dažādiem dzīves aspektiem, ar faktoranalīzes palīdzību tika veidots rādītājs, lai izveidotu kopēju skalu, kas tika sadalīta trijās daļās – vismazāk apmierinātie, vidēji apmierinātie un visvairāk apmierinātie ar dažādiem dzīves aspektiem (attiecībām, karjeru, ienākumiem, sadzīves apstākļiem u.c.).

Trešo grupu veidoja indikators „indivīda subjektīvā bezrecepšu līdzekļu lietošanas racionalitāte” – faktoranalīzes rezultātā iegūtie faktoriālie komponenti (raksturīgie uzskatu tipi) attiecībā uz bezrecepšu līdzekļu efektivitāti, drošumu, īpašībām, lietošanas nepieciešamību un priekšstatu par dažādu ar līdzekli saistītu aspektu ietekmi uz lēmumu lietot šo līdzekli. Iegūtās faktoru vērtības tika sadalītas trijās kategorijās – tie, kam noteiktajam faktoram raksturīgie uzskati piemīt nelielā mērā, vidējā mērā vai lielā mērā.

Ceturto grupu veidoja uz indivīda dzīvesveidu attiecināmie faktori. Veselības dzīvesveidu raksturoja klasteranalīzes rezultātā iegūtas divas respondentu grupas – tādi, kuru dzīvesveids uzskatāms par veselīgu, kā arī tādi, kuru dzīvesveids uzskatāms par samērā neveselīgu. Otrā uz indivīda dzīvesveidu attiecināmā grupa bija indivīda psihogrāfiskais raksturojums. Faktoranalīzes rezultātā iegūtās astoņu raksturīgu uzskatu grupu vērtības tika sadalītas trijās daļās – tie, kam noteiktajam faktoram raksturīgie uzskati piemīt nelielā mērā, vidējā mērā vai lielā mērā.

Piekto grupu veidoja indivīda priekšstati par sistēmu – uzticēšanās līmenis dažādiem informācijas avotiem (ārsts, farmaceits, plašsaziņas līdzekļi, medikamentu lietošanas instrukcija u.c.). Faktoranalīzes rezultātā iegūtās divas raksturīgu uzskatu grupu vērtības tika sadalītas trijās daļās – tie, kam uzticēšanās līmenis noteiktajai informācijas avotu grupai uzskatāms par augstu, vidēju vai zemu.

Visiem izmantotajiem statistikas testiem tika izvēlēts būtiskuma līmenis 0,05, tādējādi par statistiski nozīmīgu ir uzskatāms rezultāts, ja p vērtība $< 0,05$. Rezultātu aprēķinos izvēlēts 95% ticamības intervāls (TI), kurā ticamības koeficienta $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

3.2. Iegūtās izlases raksturojums

Pētījumā piedalījās 785 respondenti, no kuriem 46,6% bija vīrieši un 53,4% – sievietes. Dati tika svērti kategorijās „dzimums”, „vecums” un „dzīvesvieta” (3.6. tabula). Sverot datus un noapaļojot skaitļus, izlases apjoms sasniedza n=786.

Vīriešu vidējais vecums: $\pm$ SD ir 43,2 $\pm$ 15,8. Sieviešu vidējais vecums: $\pm$ SD ir 46,1 $\pm$ 16,4. Minimālais respondentu vecums – 18 gadi, maksimālais – 74 gadi, vecuma amplitūda – 56 gadi. Vidējais respondentu vecums $\pm$ SD ir 44,7 gadi $\pm$ 16,2 gadi. Respondentu vecuma mediāna ir 44,7 gadi, modālais vecums – 52 gadi.

3.6. tabula

Izlases datu raksturojums salīdzinājumā ar Latvijas Republikas iedzīvotāju ģenerālo kopumu 2012.gada 1.janvārī, %

Demogrāfiskā kategorija	Īpatsvars izlasē pirms svēršanas	Īpatsvars izlasē pēc svēršanas	CSP dati, 2013.g.
Vīrieši	36,8	46,6	46,5
Sievietes	63,2	53,4	53,5
18 – 24	14,9	13,0	13,0
25 – 34	19,0	18,5	18,5
35 – 44	18,6	18,4	18,4
45 – 54	17,7	19,5	19,5
55 – 64	13,4	16,8	16,8
65 – 74	16,4	13,8	13,8
Rīga	31,5	32,6	32,4
Pierīga	17,1	17,8	17,8
Vidzeme	12,0	12,0	12,2
Kurzeme	14,8	13,7	12,8
Zemgale	10,3	10,1	10,1
Latgale	14,3	13,8	14,7

Respondentu sadalījums pēc tautības atspoguļots tabulā (3.7. tabula). Lai gan tautība nebija izlases veidošanas kritērijs, tautību īpatsvars izlasē ir līdzīgs tautību īpatsvaram Latvijas iedzīvotāju populācijā.

3.7. tabula

Respondentu tautība, %

Tautība	Pētījuma dalībnieku izlase	Ģenerālais kopums
Latvietis	66,1	62,1
Krievs	27,4	26,9
Cita	6,5	11,0

(CSP 2011)

Lielākajai respondentu daļai ir vispārējā vidējā vai vidējā profesionālā izglītība (59,6%). Nepabeigta augstākā vai augstākā izglītība ir 29,9% respondentu, bet pamatizglītību vai sākumskolas izglītību ieguvuši 10,5% respondentu (3.8. tabula).

3.8. tabula

Respondentu izglītības līmenis, %, n=786

Izglītības līmenis	%
Vidējā profesionālā	34,0
Vispārējā vidējā	25,6
Augstākā	21,6
Pamatizglītība	9,8
Nepabeigta augstākā	8,3
Sākumskolas	0,7

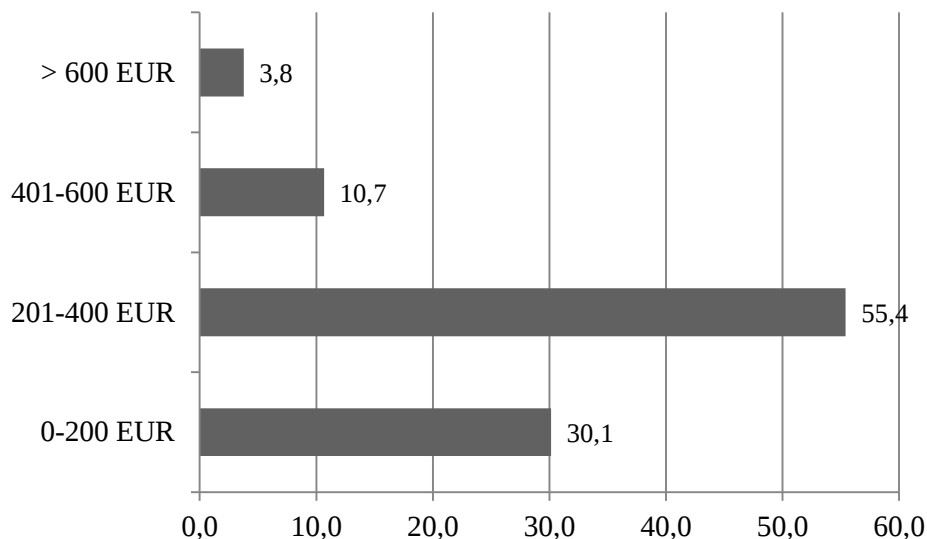
Respondentu ekonomiskās aktivitātes raksturojums norādīts tabulā (3.9. tabula). Tajā redzams, ka izlasē vislielākais īpatsvars bija fizisku darbu strādājošie (26,7%), kā arī speciālisti un ierēdņi, kas nestrādā fizisku darbu (23,6%).

3.9. tabula

Ekonomiskās aktivitātes statusa raksturojums %, n=786

Ekonomiskās aktivitātes raksturojums	%
Strādnieks, strādā fizisku darbu	26,7
Speciālists, ierēdnis, nestrādā fizisku darbu	23,6
Pensionārs	18,3
Bezdarbnieks	9,6
Skolēns, students	7,6
Augstākā vai vidējā līmeņa vadītājs	3,7
Ir savs uzņēmums	2,9
Mājsaimniece	2,5
Ilgstoša darba nespēja	2,1
Bērna kopšanas vai pirmsdzemdību atvaļinājumā	1,3
Zemnieks	1,2
Cits	0,4

To respondentu, kas vēlējās atklāt savu ienākumu līmeni (64% no visiem respondentiem), ienākumu līmenis (vidēji uz vienu personu mājsaimniecībā) atspoguļots 3.1. attēlā. Tajā redzams, ka visvairāk respondentu, pārrēķinot uz vienu mājsaimniecības locekli, nopelna 201 EUR līdz EUR 400. Mazāk par šo summu (līdz 200 EUR) nopelna 30,1% respondentu, bet kopumā 14,5% respondentu nopelna vairāk par 401 EUR uz vienu mājsaimniecības locekli.



3.1. att. Respondentu ienākumu līmenis, vidēji uz vienu personu mājāsaimniecībā, %, n=506

Ja izlasē iekļauto respondentu ienākumus salīdzina ar viena iedzīvotāja pilna iztikas minimuma preču un pakalpojumu groza vērtību, kas pēc CSP datiem (CSP 2013) 2012. gadā bija 175,7 Ls (pārrēķinot – 249 EUR), tad mazāk par šo summu saņēma 52,3 % respondentu.

3.3. Bezrecepšu līdzekļu lietošanas tendences Latvijā

No kopējā respondentu skaita (n=786) dažādus bezrecepšu līdzekļus pēdējo triju mēnešu laikā bija lietojuši 61,7% respondentu. Analizējot, kādi bezrecepšu līdzekļu veidi tika lietoti, tika nošķirtas divas grupas – (1) bezrecepšu medikamenti (BM) un (2) vitamīni, uztura bagātinātāji, kā arī gatavie homeopātiskie preparāti (AM). No bezrecepšu līdzekļu lietotājiem (n=485) tikai BM bija lietojuši 61,9% respondentu, tikai AM – 12,7% respondentu, bet abus šo līdzekļu veidus – 25,4%. Jāņem gan vērā, ka dalījums grupās ir aptuvens, jo Zāļu reģistrā BM netiek nodalīti no vitamīnu un minerālvielu preparātiem un daļa vitamīnu un minerālvielu pieder arī AM grupai. Patērētājiem ne vienmēr ir skaidrs priekšstats par daļas līdzekļu atbilstību vienai vai otrai grupai (Latvijas Vēstnesis 2009).

Pētījuma rezultāti liecināja, ka Latvijas iedzīvotājiem nav izteikti raksturīga tikai AM lietošana, jo lielākā respondentu daļa (61,9%) bija lietojuši tikai BM, savukārt aptuveni ceturtdaļa respondentu pēdējo triju mēnešu laikā lietoja abas kategorijas – BM un AM. Vienlaikus, veicot detalizētu analīzi un precīzāk nošķirot dažādas līdzekļu kategorijas, atklājās, ka vitamīni un minerālvielas ir trešā visvairāk izplatītā lietoto līdzekļu grupa (25,5%), bet homeopātiskie līdzekļi un uztura bagātinātāji tiek lietoti

salīdzinoši mazāk (3.10. tabula). Visvairāk Latvijā tiek lietoti pretsāpju līdzekļi – 45,5% gadījumu. Aptuveni ceturtajā daļā gadījumu respondenti bija lietojuši medikamentus pret saaukstēšanos (25,9%); aptuveni tikpat daudz (25,3% gadījumu) – vitamīnus un minerālvielas.

3.10. tabula

Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pa lietoto līdzekļu grupām, n=485

Bezrecepšu līdzekļu kategorija	Skaits	% no n*
BM pret sāpēm	221	45,5
BM pret saaukstēšanos	126	25,9
Vitamīni, minerālvielas (AM)	122	25,3
BM pret gremošanas traucējumiem	104	21,4
BM sirds un asinsvadu problēmām	83	12,2
BM kaulu, locītavu un muskuļu problēmām	64	13,1
BM nervu sistēmas problēmām	56	11,5
Uztura bagātinātāji (AM)	47	9,7
Homeopātiskie preparāti (AM)	43	8,9
BM imūnsistēmas stiprināšanai	40	8,2
BM acu, ausu problēmām	35	7,1
BM ādas slimībām	28	5,8
BM urīnceļu, dzimumorgānu veselībai	21	4,4
BM pret astmu vai alerģiju	19	3,8
BM svara, apetītes kontrolei	6	1,2
BM pret parazītiem	5	1,0
Citi, grūti identificējami līdzekļi	26	5,4

*Katrs respondents varēja izvēlēties vairākus atbilstošos variantus

Pētījumi pasaulē un iepriekš veiktie pētījumi Latvijā apstiprina, ka visbiežāk lietotie bezrecepšu medikamenti ir pretsāpju līdzekļi (*Gabriel and Fehring 1992, Roumie and Griffin 2004, 485, Baran, Teul and Ignys-O' Byrne 2008, 141, Paulose-Ram, et al. 2003, Koroļeva 2010, Ozoliņa 2006*). Nākamās visvairāk izplatītās līdzekļu grupas ir medikamenti pret saaukstēšanos, vitamīni un minerālvielas (*Goh, et al. 2009*), kā arī līdzekļi pret gremošanas traucējumiem (*Johnson and Drungle 2000, 246*). Var secināt, ka bezrecepšu līdzekļu izvēles ziņā Latvijā nav vērojama no ārvalstīm atšķirīga situācija.

Pretsāpju un pretsaaukstēšanās līdzekļu grupai raksturīgs, ka šajā grupā ietilpst t.s. kombinētie preparāti – tādi, kuros ir vairāk par vienu aktīvo sastāvdaļu. Piemēram, atsevišķos gadījumos var būt, ka zālēs ir viena sastāvdaļa, kas nomāc klepus refleksu, un otra, kas veicina atklepošanu (*Hardon, Hodgkin and Fresle 2004, 4*). Kombinēto

preparātu lietošana uzskatāma par vienu no medikamentu lietošanas problēmām, kas var izpausties gan kā nelietderīga vai pat veselībai kaitīga iedarbība, gan kā nevajadzīgi iztērēti līdzekļi, tādēļ šīs līdzekļu grupas lietošanai būtu jāpievērš pastiprināta uzmanība gan ārstiem un farmaceitiem, uzmanot pacientus un patērētājus, gan arī medikamentu lietotājiem pašiem.

Ārstēšanas līdzekļi, uz kuru neracionālu lietošanu mēdz norādīt pētnieki, ir bezrecepšu medikamenti pret gremošanas traucējumiem (*Porteous, et al.* 2005). Šo līdzekļu lietošanas izplatību var skaidrot ar to, ka gremošanas traucējumi uzskatāmi par indivīda pašsajūtu izteikti negatīvi ietekmējošu faktoru, tādēļ rodas vēlme pēc iespējas ātrāk šos traucējošos simptomus mazināt. Ārstēšanas līdzekļu nozīmes pētnieki min vēl kādu argumentu, proti, zarnu darbības un satura evakuācijas procesu nozīmi – gremošanas sistēmas nefunkcionēšana rada kontroles zuduma sajūtu pār savu ķermeni, vainas sajūtu un mulsumu (*Smith* 1996, 298). Bezrecepšu medikamentu lietošana ir vienkāršs un ātrs veids, kā likvidēt vai mazināt gremošanas orgānu darbības problēmas.

Nākamās pakāpes analīze, ar kuras palīdzību tika pētīta noteiktu bezrecepšu līdzekļu nomināciju lietošana, atklāja, ka pārliecinoši visbiežāk lietotais līdzeklis ir pret sāpju un pretsaaukstēšanās medikaments ibumetīns (23,7% gadījumos), kura aktīvā viela ir ibuprofēns (3.11.tabula). Retāk tika nosaukts pret sāpju līdzeklis citramons (acetilsalicilskābe) (9,1%), bet trešajā vietā (7,0%) bija zivju eļļas preparāti, kas atkarībā no to īpašībām un statusa pieder vai nu pie vitamīnu, vai uztura bagātinātāju grupas. Tiek uzskatīts, ka ibuprofēna lietošana ir ļoti raksturīga tieši Eiropas iedzīvotāju vidū (*Delaney, et al.* 2011, 86). Baltijas Medikamentu statistikas pārskata dati liecina, ka gan ibuprofēna, gan acetilsalicilskābes patēriņa dati ir līdzīgi – šie medikamenti visās trijās Baltijas valstīs atrodas saraksta pirmajā trijniekā (ZVA 2013, 158).

Medikaments *MezymForte*, kas pieder gremošanas traucējumu līdzekļu grupai, tika lietots samērā bieži (5,2% gadījumos), un to varētu izskaidrot ar šī medikamenta biežo reklamēšanu plašsaziņas līdzekļos. ZVA dati liecina, ka šis medikaments tiek patērēts intensīvi – kopējā zāļu patēriņa dati (visvairāk pārdotās recepšu un bezrecepšu zāles pēc realizēto iepakojumu skaita) 2013. gada pēdējos trijos mēnešos liecina, ka *Mezym* atrodas visvairāk patērēto medikamentu pirmajā piecniekā, bet decembrī ir pat otrajā vietā (ZVA 2013). Tas liecina, ka šī līdzekļa lietošanas pamudinājums ar reklāmas palīdzību var būt arī kā ikdienas dzīves medikalizācijas piemērs (*Williams, et al.* 2009, 25), kurš deklarē – medikaments var būt veselīgāka dzīvesveida (piemēram, mazāka apjoma un rūpīgāk pārdomātu maltīšu) alternatīva.

Dati par C vitamīna, kas bieži tiek lietots saaukstēšanās saslimšanu gadījumos un šo saslimšanu profilaksei, lietošanas atbilstību indikācijām un pozitīvu ietekmi saaukstēšanās simptomu mazināšanā ir pretrunīgi (Heimer, et al. 2009). Lai gan ir pētījumi, kas liecina par C vitamīna efektivitāti atsevišķos saaukstēšanās saslimšanu gadījumos (Hemilä 2003), vēlāku pētījumu rezultāti šādu efektivitāti neapstiprina (Simasek and Blandino 2008). Pamatojoties uz zinātnisko pētījumu datiem, RSU klīniskā farmakoloģe Santa Purviņa norāda, ka C vitamīna ilgstoša lietošana lielās devās var negatīvi iespaidot tādus orgānus kā aizkuņģa dziedzeris un nieres (Timpore 2012). Tomēr, kā norāda uztura speciālisti, Latvijas iedzīvotājiem varētu būt pastiprināta nepieciešamība uzņemt C vitamīnu, jo šo vitamīnu saturošos augļus ogas un dārzeņus iedzīvotāji uzturā lieto nepietiekami (Zariņš un Māldere 2014, 66).

3.11. tabula

**Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pa izplatītāko līdzekļu nominācijām,
n=485**

Nosaukums	Skaits	% no n*
Ibumetīns (ibuprofēns)	115	23,7
Citramons (acetilsalicilskābe)	44	9,1
Zivju eļļa (omega 3 taukskābes)	34	7,0
Mezym-Forte	25	5,2
C vitamīns	22	4,5
Paracetamols	22	4,5
Baldriāna tinktūra	21	4,3
Aktīvā ogle	19	3,0
Dažādi omega taukskābes saturoši preparāti	19	3,8

*Katrs respondents varēja izvēlēties vairākus atbilstošus variantus

Rezumējot datus par bezrecepšu līdzekļu izvēli Latvijā, kā arī apkopotos ārvalstu pētījumu rezultātus, jāsecina, ka medikamentu grupas un nominācijas, kuru lietošanas nepieciešamībai un pamatojumam būtu jāpievērš uzmanība, ir līdzekļi pret sāpēm un saaukstēšanos, galvenokārt ibuprofēnu saturoši preparāti, līdzekļi gremošanas traucējumu novēršanai, kā arī vitamīni un minerālvielas, īpašu uzmanību veltot tieši C-vitamīna lietošanai.

Nākamajā pētījuma posmā tika veikta analīze, lai noskaidrotu, cik daudz bezrecepšu līdzekļu tika lietojis katrs respondents pēdējo triju mēnešu laikā. Tika atklāts,

ka tikai vienu bezrecepšu līdzekļu nomināciju bija lietojuši 44,2% respondentu, divas nominācijas lietoja 27,7% respondentu, – tātad 71,9% jeb divas trešdaļas respondentu bija lietojuši līdz divām līdzekļu nominācijām, kā arī 94,4% nebija lietojuši vairāk kā piecas nominācijas (3.12. tabula). Viens respondents bija lietojis divpadsmit dažādu līdzekļu nominācijas. Šajā pētījumā iegūtie dati atklāj, ka Latvijas iedzīvotāju vidū nav raksturīga pārāk liela skaita medikamentu vienlaicīga lietošana, un to var daļēji skaidrot ar faktu, ka aptauja tika organizēta jūlijā, kad Latvijā nav raksturīga saslimšana ar saaukstēšanās slimībām. Vasaras mēnešos medikamentu patēriņš un arī realizācija samazinās – kā liecina ZVA dati, 2013.gada jūnijā, salīdzinot ar maiju, medikamentu realizācija bija samazinājusies par 11% (ZVA 2013).

Latvijā iepriekš veiktās aptaujas, kuras mērķis bija noskaidrot medikamentu lietošanu tieši saaukstēšanās saslimšanu gadījumos, rezultāti bija līdzīgi šī pētījuma rezultātiem – 71,5% respondenti bija lietojuši līdz divām medikamentu grupām. Bērnu saslimšanu gadījumos tika lietots vairāk dažādu medikamentu (Salmane-Kuļikovska un Mežinska 2010, 18).

3.12. tabula

**Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc lietoto līdzekļu nomināciju skaita,
n=485**

Lietoto nomināciju skaits	Skaits	% no n
Viena nominācija	215	44,2
Divas nominācijas	134	27,7
Trīs nominācijas	62	12,8
Četras nominācijas	29	6,0
Piecas nominācijas	18	3,7
Vairāk nekā piecas nominācijas	26	5,6

Šajā pētījumā iegūtie dati neliecina, ka bezrecepšu līdzekļu lietošanas jomā vērojamas polifarmācijas iezīmes³⁰. Tomēr jānorāda uz šajā pētījumā izmantotās metodes ierobežojumiem – šāds pētījuma veids nesniedz iespēju precīzi pārbaudīt to, vai Latvijā polifarmācija uzskatāma par aktuālu problēmu, jo, pirmkārt, pētījumā netika iekļauti recepšu medikamenti. Iekļaujot analīzē arī recepšu medikamentus, aina varētu būt atšķirīga – piemēram, pētījums Ungārijā liecina, ka 78% iedzīvotāju ik dienas lieto četras

³⁰ Polifarmācija – pārmērīgi liela medikamentu skaita vienlaicīga lietošana. Viedokļi par skaitu ir atšķirīgi – tiek norādīts, ka par polifarmāciju var runāt, sākot no 2,4 vienlaicīgi lietotiem medikamentiem (*Grand, Hogerzeil and Haaijer-Ruskamp* 1999, 90). ZVA izdotajā metodiskajā materiālā atrodamas norādes uz četriem un vairāk medikamentiem (ZVA 2005, 65).

un vairāk dažādas tabletes (recepšu un bezrecepšu medikamentus) (*Rottlaender, et al.* 2007). Otrkārt, jānorāda, ka precīzai polifarmācijas identificēšanai ieteicams izmantot atšķirīgu pētījuma veidu, piemēram, daļēji strukturētas intervijas dzīves vietā, iepriekšējās nedēļas slimības epizožu analīzi vai novērojumu (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004, 51–52). Treškārt, jāpiebilst, ka „vienlaikus” šī pētījuma kontekstā nozīmē „pēdējo triju mēnešu laikā”, tādējādi nav iespējams izdarīt secinājumu, vai lietošana bija vienlaicīga, daļēji vienlaicīga vai secīga.

Galvenais iemesls, kādēļ bezrecepšu līdzekļi netika lietoti, tika minēts arguments „biju vesels(a)” – 66,1 % gadījumos (3.13. tabula). 13,9% gadījumu respondenti apgalvoja, ka veselības traucējumi pārgāja tāpat, bez līdzekļu lietošanas. Arī teorētiskajā literatūrā tiek norādīts, ka pēc veselības problēmas identificēšanas 30–40% gadījumos šī problēma tiek atstāta bez ievērības (*Montagne and Basara* 1996, 267).

Vairāk nekā desmitā daļa (13,6%) to, kuri bezrecepšu līdzekļus nebija lietojuši, norādīja, ka nevarēja šos līdzekļus atļauties iegādāties. 34,5% respondentu apliecināja, ka, iegādājoties bezrecepšu līdzekļus pēdējo triju mēnešu laikā, tiem nācās būtiski vai daļēji ierobežot citus izdevumus. PVO pētnieki min, ka nespēja iegādāties nepieciešamos ārstēšanas līdzekļus nepietiekamu ienākumu dēļ ir viena no problēmām medikamentu lietošanā (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004, 2), tomēr biežāk šis iemesls tiek attiecināts uz recepšu medikamentu iegādi.

3.13. tabula

Bezrecepšu līdzekļu nelietotāju sadalījums pēc nelietošanas iemesliem, n=301

Bezrecepšu līdzekļu nelietošanas iemesls	Skaits	% no n*
Bija vesels	199	66,1
Veselības traucējumi pārgāja tāpat	42	13,9
Nevarēja atļauties iegādāties	41	13,6
Iztika ar tautas līdzekļiem	30	10,0
Uzskata, ka veselīgs uzturs nodrošina visu nepieciešamo	17	5,8
Bija dažādi citi iemesli	13	4,4
Baidījās no blakusparādībām	7	2,3
Radi, draugi un paziņas ieteica nelietot	6	1,9
Mediķis ieteica nelietot	3	1,0
Dziednieks vai cits netradicionālās medicīnas speciālists ieteica nelietot	2	0,6

*Katrs respondents varēja izvēlēties vairākus atbilžu variantus

Analizējot, cik ilgu laika periodu iedzīvotāji lietoja medikamentus (BM) un medikamentu alternatīvas (AM) (3.14. tabula), tika atklāts, ka tie respondenti, kas lietoja

BM, tos pārsvarā lietoja īslaicīgi – no vienas līdz trim dienām (50,5% gadījumos). Šāda tendence atbilst BM lietošanas mērķim – veselības traucējumu simptomu novēršanai. Savukārt tie respondenti, kas lietoja AM, šos līdzekļus pārsvarā lietoja ilglaicīgi (divas līdz četras nedēļas – 17,2%; vienu līdz divus mēnešus – 29,3%; divus līdz četrus mēnešus – 25,9%). Šāda lietošanas kārtība atbilst lielākās daļas AM lietošanas mērķim – veselības profilaksei, kas paredz pietiekami ilglaicīgu šo līdzekļu lietošanu.

3.14. tabula

**Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc līdzekļu lietošanas ilguma,
n = 485, p < 0,05**

Lietošanas ilgums	BM (%)	AM (%)	Abi veidi (%)	Vidēji izlasē (%)
1–3 dienas	50,5*	15,5*	27,4*	40,5
4–7 dienas	20,1	1,7*	27,4*	19,4
1–2 nedēļas	6,7	10,3	7,1	7,2
2–4 nedēļas	7,4	17,2*	7,1	8,7
1–2 mēnešus	7,1*	29,3*	10,6	10,7
2–4 mēnešus	8,1*	25,9*	20,4*	13,5

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

Līdzīga atšķirība parādās, arī salīdzinot BM un AM lietošanas sākšanas iemeslu, – respondenti, kas lietoja AM, šos līdzekļus lietoja vairāk profilaktiski (85,2%), bet tie respondenti, kas lietoja BM, tos vairāk lietoja, parādoties veselības traucējumiem un saasinoties slimības simptomiem (68,7%) (3.15. tabula).

3.15. tabula

**Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc līdzekļu lietošanas iemesla,
n = 485, p < 0,05**

Lietošanas iemesls	BM (%)	AM (%)	Abi veidi (%)	Vidēji izlasē (%)
Profilaktiski	11,6*	85,2*	19,5	22,0
Kad parādījās traucējumi	68,7*	3,7*	55,9	58,0
Kad saasinājās simptomi	19,7	11,1	24,6	20,0

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

Iegūtie dati liecina, ka Latvijas iedzīvotāju bezrecepšu līdzekļu lietošanas ilguma un lietošanas iemesla tendences kopumā neliecina par šo līdzekļu nepareizu un pārmērīgu lietošanu. Tomēr atkal jāvērs uzmanība pētījuma metodoloģijas ierobežojumiem – uz šādiem jautājumiem ar kvantitatīvas aptaujas palīdzību nevar iegūt precīzas atbildes, tāpēc piemērotāka būtu tādu metožu izvēle kā daļēji strukturētas intervijas dzīves vietā

vai iepriekšējās nedēļas slimības epizožu analīze (*weekly illness recalls*) (Hardon, Hodgkin and Fresle 2004, 38–41).

Tabulā redzams (3.16. tabula), ka respondenti lielākoties uzskata – viņi ir pilnībā ievērojuši ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu saistīto informāciju. Piemēram, 81,2% respondentu ir pārliecināti, ka informāciju par līdzekļu lietošanas devām ievērojuši pilnībā. Nedaudz mazāk – 72,4% respondentu uzskata, ka pilnībā ievērojuši informāciju par saderīgumu ar citiem līdzekļiem. Šāda informācija ne vienmēr pietiekami izsmēloši tiek norādīta zāļu lietošanas instrukcijā, jo instrukcijas kompaktais formāts nedod iespēju detalizēti iekļaut medikamenta saderīgumu ar visām ārstēšanas līdzekļu grupām – vitamīniem, minerālvielām, homeopātiskiem preparātiem, uztura bagātinātājiem u.c. Kā piemēru šajā kontekstā var minēt divšķautņu asinszāli (*Hypericum perforatum*), kas Latvijā ietilpst uztura bagātinātāju, piemēram, *Nortia* sastāvā (PVD 2013). Šim augam tiek piedēvēti negatīvas mijiedarbības efekti ar dažādiem antidepresantiem, hormonu preparātiem u.c. (Murphy and DeBellis 2012, 2). Latvijas Republikas normatīvie akti nenosaka prasību UB pievienot līdzekļu lietošanas instrukciju, tādēļ, lai apzinātu un nepieļautu negatīvos mijiedarbības efektus starp medikamentiem un UB, lietotājiem nepieciešama informācija no citiem avotiem.

Atbildot uz šādiem vispārīgiem jautājumiem, ko respondents pats pilnībā izvērtēt nevar, parādās neobjektivitātes risks (*response bias*) (Mazor, et al. 2002) – tieksme uzskatīt vēlamo par esošo. Arī pētījumi ārvalstīs liecina, ka pārliecinoši lielākā daļa aptaujāto (74,5%) tiecas uzskatīt, ka to rīcība ir bijusi atbilstoša bezrecepšu līdzekļu lietošanas informācijas noteikumiem (Wazaify, et al. 2005, 172).

3.16. tabula

Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc attieksmes pret lietošanas informāciju, %, n=485

Vai tika ievērota informācija par:	Jā, pilnībā	Daļēji	Nē	Grūti pateikt	Nav atbildes	Kopā
lietošanas devām	81,2	12,8	3,5	1,6	0,9	100,0
lietošanas ilgumu	75,4	16,2	4,5	2,5	1,5	100,0
lietošanas biežumu	77,5	14,1	4,0	2,4	2,0	100,0
kontrindikācijām	71,2	11,9	6,6	5,7	4,9	100,0
saderīgumu ar citiem līdzekļiem	72,4	10,9	6,5	4,5	5,6	100,0
uzglabāšanu	82,9	8,6	3,2	3,2	2,0	100,0

Starp visvairāk izplatītajiem iemesliem, kādēļ informācija tikai daļēji ievērota vai netika ievērota, tika minēts, ka šādu rīcību noteica iepriekšējā pieredze – arī agrāk nebija sekots lietošanas instrukcijā norādītajam un nekādas negatīvas sekas netika konstatētas (26,5%). No tiem respondentiem, kas nebija rīkojušies vai bija daļēji rīkojušies atbilstoši lietošanas instrukcijā minētajam, 24,6% uzskatīja, ka instrukcijā minētā informācija ir pārspīlēta, savukārt 22,9% norādīja, ka aizmirsuši to ievērot (3.17. tabula).

3.17. tabula

Respondentu sadalījums pēc attieksmes pret lietošanas informāciju, n=182

Iemesls	% no n*
Iepriekš nesevoja, un nekas slikts nenotika	26,5
Uzskata, ka informācija ir pārspīlēta	24,6
Aizmirsas rīkoties saskaņā ar informāciju	22,9
Cits iemesls	16,3
Uzskata, ka informācija bija pārāk neskaidra	6,9
Finansiālu apsvērumu dēļ	6,8
Baidījās no pieraduma	6,2
Citi avoti ieteica rīkoties citādi, nekā norādīts lietošanas instrukcijā	5,9
Novēroja blakusparādības	1,7
Negribēja, lai citi pamana, ka lieto BM un/vai AM	0,4

*Katrs respondents varēja izvēlēties vairākus atbilstošu variantus

PVO pētnieki individuāli, kas nesejo vai nepilnīgi seko ārstēšanas līdzekļu lietošanas informācijā norādītajam, klasificē šādās četrās grupās (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004, 2):

- 1) tie, kuri ir motivēti sekot instrukcijai, bet uzskata, ka nesaņem pietiekami daudz informācijas, kā arī tie, kas šo informāciju vai daļu no tās aizmirst;
- 2) tie, kuru zināšanas ir pietiekamas, bet nav pietiekamas motivācijas ievērot lietošanas informācijā norādīto;
- 3) tie, kuri nespēj ievērot informāciju finansiālu apstākļu dēļ, medikamentu nepieejamības u. c. apstākļu dēļ;
- 4) tie, kuri lietošanas laikā maina lēmumu un dažādu iemeslu dēļ nolemj informāciju neievērot.

Pie pirmās grupas norādīti šādi iemesli – „aizmirsas rīkoties saskaņā ar instrukciju” un „uzskata, ka informācija bija pārāk neskaidra” – šādu viedokli pauda 29,8% respondentu. Otrajā grupā tika iekļauti atbilstoši varianti: „iepriekš nesevoja, un nekas slikts nenotika”, „uzskata, ka informācija ir pārspīlēta” – šādu uzskatu izteica visvairāk respondentu – 51,1%. Trešās grupas īpatsvars („finansiālu apsvērumu dēļ”) bija samērā

neliels – 6,8%. Ceturtajā grupā iekļauti atbilžu varianti „citi avoti ieteica rīkoties citādi, nekā norādīts lietošanas instrukcijā” un „novēroja blakusparādības” – šo uzskatu grupas īpatsvars bija 7,6%. Literatūrā par indivīda rīcību pret lietošanas informācijas ievērošanu norādīts, ka pārsvarā lietošanas informācijā noteiktais netiek ievērots nevis nezināšanas, nepilnīgas informācijas, bet gan motivācijas trūkuma dēļ (*Jones and Creedy 2008, 127*). Arī Latvijā motivācijas trūkums ir galvenais iemesls, kādēļ netika ievērota medikamentu vai citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas informācija.

Gandrīz septiņi procenti respondentu norādīja, ka bezrecepšu līdzekļu lietošanas informācija ir pārāk neskaidra. Nedaudz agrāk Latvijā veiktas aptaujas rezultāti liecināja: liela daļa iedzīvotāju uzskata, ka medikamentu lietošanas instrukcijā izmantotā terminoloģija ir pārāk sarežģīta, tomēr lielāks respondentu īpatsvars šo apgalvojumu attiecināja uz recepšu medikamentu lietošanas instrukcijām (*Ozolīna 2010, 74*).

Pētījumā, kurš tika veikts Īrijā, lai noskaidrotu ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu saistītos sociālos aspektus (n=1000), 79,9% respondentu piekrita izteikumam, ka „ilgstoši lietojot, daži bezrecepšu medikamenti var radīt lietotāja atkarību no šiem medikamentiem” (*Wazaiy, et al. 2005, 173*). Šādi uzskati var veicināt ārstēšanas līdzekļu lietošanas pārtraukšanu agrāk par lietošanas instrukcijā vai informācijā norādīto. Promocijas darba pētījumā netika atklāta bezrecepšu līdzekļu lietošanas informācijas norādījumu ignorēšana šādas pārliecības dēļ – tikai 6,2% gadījumos šis arguments tika norādīts kā iemesls lietošanas informācijas pilnīgai vai daļējai neievērošanai.

Tādējādi galvenais iemesls, kādēļ Latvijas iedzīvotāji neseko ārstēšanas līdzekļu lietošanas informācijā norādītajam, ir motivācijas trūkums. Motivācijas trūkumu galvenokārt pamato iepriekšējā lietošanas pieredze – lietojot bezrecepšu līdzekļus, neradās blaknes un neizpaudās citi negatīvi efekti.

Respondenti pārsvarā savas zināšanas par BM un/vai AM uzskata par labām vai diezgan labām (3.18. tabula).

**Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pēc zināšanu pakāpes pašnovērtējuma,
%, n=485**

Zināšanas par:	Labas vai diezgan labas	Vidējas	Sliktas	Nav zināšanu
bezrecepšu līdzekļu lietošanu	77,5	16,7	3,8	2,0
blakusparādībām	63,5	24,3	7,8	4,4
saderīgumu ar citiem līdzekļiem	59,3	22,9	11,6	6,2
kontrindikācijām	60,0	20,1	12,5	7,4
uzglabāšanu	81,1	12,7	5,1	1,1

Viszemāk tika novērtētas zināšanas par līdzekļu saderīgumu ar citiem līdzekļiem – šādas zināšanas par labām vai ļoti labām vērtē 59,3% respondentu. Tomēr šāda jautājuma pētīšanai ar kvantitatīvas aptaujas palīdzību raksturīgi noteikti ierobežojumi – šajā gadījumā uz specifiskiem jautājumiem tiek sniegtas vispārīgas atbildes. Lai precīzāk novērtētu indivīdu zināšanu līmeni, ieteicamākas ir kvalitatīvo pētījumu metodes. Anglijā veikta kvalitatīva pētījuma rezultāti liecināja, ka indivīdu zināšanas par bezrecepšu līdzekļu lietošanu raksturojamas kā krasi atšķirīgas – tikai viens no pieciem pretsāpju un pretsaaukstēšanās medikamenta ibuprofēna lietotājiem varēja identificēt jebkādas ar šī medikamenta lietošanu saistītus riskus (*Hughes, Whittlesea and Luscombe* 2002, 245). Īpašs pētījums par iedzīvotāju zināšanām Izraēlā atklāja: tikai 15% iedzīvotāju zina, ka bezrecepšu līdzekļiem vispār ir iespējamās blakusparādības (*Vaknin, et al.* 2011).

Kvalitatīvā pētījumā, kurš tika veikts Latvijā, lai noskaidrotu aprūpētāju zināšanas par deguna asinsvadus sašaurinošiem medikamentiem, ko lieto gadījumos, kad maziem bērniem ir iesnas, atklājās, ka aprūpētāju zināšanas par šo medikamentu negatīvajām īpašībām bija nevienmērīgas – daļa respondentu bija par tādām informēti un varēja daļu no šīm blakusparādībām nosaukt, daļa tās apzinājās, bet identificēt nevarēja, bet daļa atzina, ka viņiem trūkst izpratnes šajā jautājumā – „Bet es tā nevaru nosaukt, kas varētu būt tie blakusefekti, bet man šķiet, ka...[..]... nu, es nezinu īsti.” (*Salmane-Kulikovska and Mezinska* 2013, 45–46).

3.4. Līdzekļu lietotāju un nelietotāju demogrāfiskais profils

Pētījuma datu analīzes gaitā tika izveidots bezrecepšu līdzekļu lietotāju un nelietotāju demogrāfiskais profils (3.19. tabula). Kategorijai „lietoja” atbilst respondenti (n=485), kuri pēdējo triju mēnešu laikā bija lietojuši bezrecepšu līdzekļus, kategorijai

„nelietoja” atbilst tie respondenti (n=301), kuri pēdējo triju mēnešu laikā nebija lietojuši bezrecepšu līdzekļus.

3.19. tabula

**Bezrecepšu līdzekļu lietotāju un nelietotāju demogrāfiskā profila salīdzinājums,
%, $p < 0,05$**

Dzimums*					
Lietoja / nelietoja	Vīrietis		Sieviete		Visi respondenti, n=786
Lietoja	50,7		71,4		61,7
Nelietoja	49,3		28,6		38,3
Vecuma grupa*					
Lietoja / nelietoja	18–34 gadi		55–74 gadi		Visi respondenti, n=786
Lietoja	51,2		75,0		61,7
Nelietoja	48,8		25,0		38,3
Nodarbošanās*					
Lietoja / nelietoja	Vadītājs	Strādnieks	Pensionārs	Students/skolēns	Visi respondenti, n=786
Lietoja	58,6	47,6	78,9	39,3	61,7
Nelietoja	41,4	52,4	21,1	60,7	38,3
Ģimenes stāvoklis*					
Lietoja / nelietoja	Neprecējies		Šķīries, atraitnis		Visi respondenti, n=786
Lietoja	46,8		71,5		61,7
Nelietoja	53,2		28,5		38,3
Personu skaits mājsaimniecībā*					
Lietoja / nelietoja	2 cilvēki		≥ 4 cilvēki		Visi respondenti, n=786
Lietoja	67,6		53,6		61,7
Nelietoja	32,4		46,4		38,3
Dzīvesvieta*					
Lietoja / nelietoja	Pierīga		Kurzeme		Visi respondenti, n=786
Lietoja	72,9		47,2		61,7
Nelietoja	27,1		52,8		38,3

* Tabulā iekļautas tikai to mainīgo vērtības, kurām | korigētais standarta atlikums | > 1,96

Datu analīzes rezultātā netika atklāta statistiski nozīmīga saistība ar šādiem iedzīvotājus raksturojošiem demogrāfiskiem faktoriem – tautība, izglītība, bērnu skaits mājsaimniecībā un indivīdu ienākumu līmenis.

Salīdzinot ar izlasi kopumā, bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija augstāka ir sieviešu vidū – 71,4%. Logistiskās regresijas testa rezultāti (sk. 17. pielikumu) liecina, ka

sieviešu izredzes lietot bezrecepšu līdzekļus kopumā ir divas reizes augstākas ($OR=2,01$), salīdzinot ar vīriešiem. Šādi rādītāji ir līdzīgi iepriekš Latvijā (TNS Latvija 2008, Koroļeva 2010) un arī citur pasaulē veikto pētījumu rezultātiem. Lai gan atsevišķos pētījumos pasaulē konstatēts, ka vīrieši, sevišķi gados vecāki, noteiktas medikamentu grupas lieto vairāk nekā sievietes (Qato, et al. 2008, 2867), ir pētījumi, kuros secināts, ka dzimums neietekmē bezrecepšu līdzekļu lietojumu (Nielsen, Hansen and Rasmussen 2003, 677), tomēr kopumā norādāma skaidra tendence – medikamentus un citus ārstēšanas līdzekļus vairāk lieto sievietes (Bush and Osterweis 1978, 179, Daban, et al. 2010, 1, Johnson and Pope 1983, 226, Tobi, et al. 2003, 204, Kaufman, et al. 2002, 339, Al-Windi 2005, Neutel and Patten 2009, e443, Conboy, et al. 2005, 977, Ryan, et al. 2009, 4). Šādu tendenci noteiktā mērā izskaidro literatūras atziņas par zemāko sieviešu veselības pašnovērtējumu, kā arī sieviešu samērā lielāku interesi par veselības profilaksi un uzturēšanu. Autori norāda uz sievietēm kā intensīvākām AM lietotājām, izsakot pieņēmumu, ka tas saistīts ar sieviešu garāko mūžu un vēlmi pasargāt sevi no saslimšanas (Conboy, et al. 2005). Iepriekšteiktais, iespējams, var tikt attiecināts arī uz bezrecepšu līdzekļu lietošanu.

Bezrecepšu līdzekļu lietotāju īpatsvars ir lielāks vecāka gadagājuma respondentu vidū – 75,0%, bet nelietotāju īpatsvars ir uzskatāmi augstāks jaunu cilvēku vidū – 48,8%. Loģistiskās regresijas testa rezultāti liecina, ka izredzes lietot bezrecepšu līdzekļus vecuma kategorijai 35–54 gadi pieaug aptuveni divas reizes ($OR=2,15$), salīdzinot ar jaunāko vecuma kategoriju – 18–34 gadi (sk. 17. pielikumu). Tieša saistība starp pieaugošu vecumu un dažādu līdzekļu lietošanu novērota arī pētījumos citur pasaulē (Birchley and Conroy 2001, 164, Johnson and Drungle 2000, Kaufman, et al. 2002, 339, Smith 1996, 297, Novignon, et al. 2011, 4, Neutel and Patten 2009, e443). Tomēr daudzos pētījumos ir norādīta atšķirīga tendence – mazāks vecums palielina iespēju, ka tiks lietoti bezrecepšu līdzekļi (Bush and Osterweis 1978, 182, Daban, et al. 2010, 1, Carrasco-Garrido, et al. 2009, 746, Ryan, et al. 2009, 5, Extavour and Edwards 2008, 290), un to daļēji skaidro ar nevēlēšanos apmeklēt ārstu, bet izvēli veikt pašārstēšanos (Baran, Teul and Ignys-O' Byrne 2008, 139). Pētījumos par atsevišķu bezrecepšu līdzekļu lietošanu, piemēram, pretsāpju līdzekļiem, ir secināts, ka šo līdzekļu lietošana samazinās, palielinoties vecumam (Paulose-Ram, et al. 2003, 315). Tāpat arī secināts, ka AM lietošana raksturīga tieši gados jauniem indivīdiem (Goh, et al. 2009, 9). Latvijas situācijā ir raksturīgi, ka bezrecepšu līdzekļus kopumā tomēr vairāk lieto gados vecāki cilvēki.

Noteiktām etniskām grupām raksturīgā kultūras vide ietekmē priekšstatu par medikamentu nepieciešamību un lietošanas ieradumu veidošanos (Horne, et al. 2004, 1307). Ir uzsvērts, ka baltādaino rasu pārstāvjiem raksturīgāks lielāks bezrecepšu līdzekļu patēriņš (Kaufman, et al. 2002, 339, Paulose-Ram, et al. 2003, 315). Ārstēšanas līdzekļu lietošanu neapšaubāmi ietekmē arī slimības interpretācija, kas dažādu tautību pārstāvjiem ir atšķirīga, piemēram, itāļiem raksturīga augstāka veselības traucējumu simptomu tolerance, salīdzinot ar īru tautības iedzīvotājiem (Zola 1966, 617). Latvijas situācijā demogrāfiskā kategorija „tautība” nebija statistiski nozīmīgs rādītājs bezrecepšu līdzekļu paradumu skaidrošanā.

Skatoties no respondentu nodarbošanās un ekonomiskās aktivitātes statusa viedokļa, redzams, ka visaugstākais bezrecepšu līdzekļu lietotāju īpatsvars ir pensionāru vidū – 78,9%, bet viszemākais – skolēnu un studentu vidū – 39,3%. Pētījumi pasaulē saista bezrecepšu līdzekļu lietošanu ar piederību augstākam sociālajam slānim (Daban, et al. 2010, 1, Johnson and Pope 1983, 228), un atsevišķi pētījumi liecina, ka tieši pensionāri bezrecepšu līdzekļus lieto mazāk (Nielsen, Hansen and Rasmussen 2003, 677). Šajā aspektā tiek atklātas tieši Latvijas situācijai raksturīgas atšķirīgas iezīmes, jo, raugoties ekonomiskās aktivitātes kategoriju griezumā, Latvijas pensionāri ir lielākie bezrecepšu līdzekļu patērētāji. Šo iedzīvotāju grupa nepieder augstākajam sociālajam slānim, jo ir uzskatāma par vienu no vismazāk nodrošinātajām grupām (Rīgas ilgtermiņa attīstības stratēģija līdz 2025.gadam). Pētījumos nereti ir atspoguļota šāda saistība – jo augstāks ir indivīda ienākumu līmenis vai sociālekonomiskais raksturojums, jo lielāka iespēja, ka indivīds lieto bezrecepšu līdzekļus (Tobi, et al. 2003, 203, Daban, et al. 2010, 1, Birchley and Conroy 2002, 28, Villako, Volmer and Raal 2012, 335, Baran, Teul and Ignys-O' Byrne 2008, 139). Latvijā iegūtie dati nesniedz iespēju tieši saistīt indivīda ienākumu līmeni ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu.

Atklājās saistība starp bezrecepšu līdzekļu lietošanu un māsasaimniecībā reģistrēto personu skaitu: lietotāju īpatsvars ir lielāks māsasaimniecībās, kurās ir divi locekļi – 67,6%, bet nelietotāju īpatsvars ir augstāks četru un vairāk locekļu māsasaimniecībās – 46,4%. Statistiski šo tendenci skaidro tas, ka, salīdzinot ar respondentu kopumu, māsasaimniecību, kurās ir divi locekļi, visvairāk ir gados vecāko respondentu vidū – 41,3%, bet māsasaimniecību, kurās ir četri un vairāk locekļu, – vidējās vecuma grupas pārstāvju vidū – 30,4%. Iespējams, skaidrojums varētu būt arī budžeta prioritāšu maiņa, pieaugot locekļu skaitam māsasaimniecībā – māsasaimniecībās ar lielāku locekļu skaitu iespējams atlicināt salīdzinoši mazāk līdzekļu veselību uzturošiem un profilakses

līdzekļiem. Arī ārvalstu pētījumos secināts, ka, pieaugot ģimenes locekļu skaitam, mazāk tiek lietoti bezrecepšu līdzekļi (*Johnson and Pope* 1983, 228).

Atšķirības nosaka arī ģimenes stāvoklis – bezrecepšu līdzekļu lietotāju īpatsvars ir augstāks šķirteņu vai atraitņu vidū – 71,5%, bet nelietotāju īpatsvars vislielākais ir neprecēto ļaužu vidū – 53,2%. Literatūrā ir minēta šāda sakarība – atsevišķu bezrecepšu līdzekļu grupu lietošanas tendence pieaug, ja indivīds mājāsaimniecībā dzīvo viens (*Smith* 1996, 296). Latvijas situācijā gados vecākām sievietēm – pensionārēm bieži nākas būt šādā statusā, jo sieviešu vidējais mūža ilgums Latvijā ir ievērojami lielāks nekā vīriešu mūža ilgums. Arī šī pētījuma analīzes dati apstiprina, ka šķirteņu un atraitņu proporcija ir vislielākā vecākā gadagājuma ļaužu grupas vidū – 45,8%, savukārt neprecējušos indivīdu īpatsvars ir visaugstākais jaunākajā vecuma grupā 18–34 gadi.

Dzīvesvieta ir statistiski nozīmīgs demogrāfisks rādītājs saistībā ar dažādu bezrecepšu līdzekļu lietošanu – bezrecepšu līdzekļu lietotāju visvairāk ir Pierīgas iedzīvotāju vidū (72,9%), bet nelietotāju īpatsvars visaugstākais ir Kurzemē – 52,8%. Veicot loģistiskās regresijas analīzi (sk. 17. pielikumu), tika atklāts, ka tas, ka respondents dzīvo Rīgā, paaugstina bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes vairāk nekā divas reizes ($OR=2,67$), salīdzinot ar iespēju, ka respondents dzīvo Kurzemē. Līdzīgi ir ar dzīvesvietu – Pierīga – dzīvošana šajā reģionā paaugstina bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes gandrīz četras reizes ($OR=3,94$). Šo tendenci nevar izskaidrot statistiski, jo neeksistē statistiski būtiska sakarība starp dzīvesvietu un citām demogrāfiskajām kategorijām, kam raksturīga bezrecepšu līdzekļu lietošana lielākā mērā. Iespējams, skaidrojums varētu būt saistīts ar aptieku atrašanās vietu: liels skaits Latvijas aptieku atrodas tieši Rīgā vai Pierīgā, arī tirdzniecības apgrozījums šajos reģionos ir visaugstākais (LR Konkurences padome 2008, 86). Saskaņā ar CSP 2012. gada datiem, tieši Kurzemes reģionā darbojošos aptieku skaits bija viszemākais – 55 (salīdzinājumam – Rīgā darbojās 80 aptiekas, bet Pierīgā – 66) (CSP 2014). Turklāt Rīgā un Pierīgā ir arī salīdzinoši visaugstākais iedzīvotāju blīvums (CSP 2014).

Attiecībā uz indivīda izglītības līmeni, pētījumos pasaulē ir fiksēta šāda saistība – jo augstāks ir indivīda izglītības līmenis, jo lielāka bezrecepšu līdzekļu lietošanas iespēja (*Johnson and Pope* 1983, 230, *Ryan, et al.* 2009, 1). Tomēr ir pētījumi, kas liecina par izglītības līmeņa saistību vienīgi ar recepšu medikamentu lietošanu (*Nielsen, Hansen and Rasmussen* 2003, 677), kā arī dati par atsevišķu bezrecepšu medikamentu lietošanas samazināšanos, pieaugot indivīda izglītības līmenim (*Ozkan, et al.* 2009). Promocijas

darba pētījumā iegūtie rezultāti neliecināja par izglītības līmeņa saistību ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu.

Kopumā var secināt, ka bezrecepšu līdzekļu lietošana ir izplatītāka sievietes, gados vecāku indivīdu, pensionāru, šķirteņu vai atraitņu vidū, iedzīvotājiem, kas dzīvo Pierīgā un Rīgā, kā arī mājāsaimniecībās ar mazāku ģimenes locekļu skaitu.

3.5. Dažādu bezrecepšu līdzekļu kategoriju lietošana

Dažādu bezrecepšu līdzekļu kategoriju saistība ar iedzīvotāju demogrāfisko raksturojumu izpaužas vairākos parametros (sk. 18. pielikumu). No kopējā bezrecepšu līdzekļu lietotāju skaita (n=485) līdzekļus pret gremošanas orgānu traucējumiem bija lietojuši 21,3% respondentu. Šo līdzekļu lietotāju īpatsvars ir augstāks vīriešu vidū – 28,1% (sieviešu vidū šī proporcija ir 17,1%), kā arī starp fiziska darba veicējiem (34,5%), bet vismazākais – skolēnu un studentu vidū – 4,2%. Lai gan šo līdzekļu lietošanu mēdz saistīt ar vecuma grupu, proti, ir konstatēts, ka tos lieto gados vecāki cilvēki (*Smith* 1996, 297) vai arī pavisam jauni ļaudis (*Frosst, Majowicz and Edge* 2006, 489), promocijas darba pētījuma rezultāti neuzrādīja statistiski būtiskas atšķirības šo līdzekļu lietošanā dažādās vecuma grupās.

Līdzekļus pret saaukstēšanos izmantoja 25,8% no visiem bezrecepšu līdzekļu lietotājiem. Visaugstākais šo līdzekļu grupas lietotāju īpatsvars ir jaunākā gadagājuma iedzīvotāju vidū – 35,4%, bet vismazākais tas ir vecākās vecuma grupas pārstāvju vidū – 16,7%. Šos līdzekļus visvairāk lieto augstākā vai vidējā līmeņa vadītāji (35,4%), bet vismazāk – pensionāri – 11,2%. Arī citviet pasaulē ir atklāta šīs līdzekļu grupas lietošanas saistība ar to nodarbināto kategoriju, kam ir līgumattiecības ar darba devēju (*Baran, Teul and Ignys-O' Byrne* 2008, 137). To, iespējams, var skaidrot ar šīs nodarbināto grupas nepieciešamību nomākt veselības traucējumu simptomus, lai ātrāk varētu atgriezties pie ikdienas darba pienākumu veikšanas.

Bezrecepšu līdzekļus, kas paredzēti lietošanai sirds un asinsvadu problēmu gadījumos, no kopējā lietotāju skaita bija lietojuši 17,1% respondentu. Visvairāk šos līdzekļus lietoja vecākā gadagājuma iedzīvotāji – 32,2%, kā arī pensionāri – 30,2%, bet vismazāk – visjaunākā vecuma grupa – 3,9%, kā arī speciālisti un ierēdņi, kas nestrādā fizisku darbu – 9,9%. Šo tendenci var skaidrot arī ar šo veselības traucējumu biežāku izplatību tieši vecāka gadagājuma indivīdu vidū.

Dažādus bezrecepšu līdzekļus kaulu, locītavu, muskuļu un saišu problēmām bija lietojuši 13,2% no kopējā lietotāju skaita. Visvairāk šo lietotāju bija vecākās ļaužu grupas pārstāvju vidū – 17,2%.

Homeopātiskus preparātus, kas pieskaitāmi AM līdzekļu grupai, no lietotāju kopējā skaita bija lietojuši 8,7%, un šo līdzekļu lietotāju īpatsvars ir vislielākais pensionāru vidū – 15,5%, bet vismazākais – fizisku darbu strādājošo vidū – 2,8%.

Pētnieki atzīmē, ka uztura bagātinātājus mūsdienās pasaulē vairāk lieto sievietes, izglītoti un vecāki cilvēki, kā arī ļaudis lielas darba vai sadzīviskas spriedzes apstākļos (Zariņš un Māldere 2014, 68). Promocijas darba pētījuma dati statistiski būtiskas saistības par iepriekšminētajām kategorijām neuzrādīja.

Pētījumi citviet pasaulē ir atklājuši, ka tendence lietot pretsāpju līdzekļus kopumā vairāk piemīt jauniešiem (Weiss 2002), taču šī tendence ar katru gadu desmitu samazinās (Delaney, et al. 2011, 84, Paulose-Ram, et al. 2003, 318). Lai gan Latvijā netika atklāta statistiski būtiska saistība starp šo līdzekļu lietošanu un dažādām demogrāfiskajām kategorijām, līdzekļi pret saaukstēšanos, piemēram, ibuprofēns vai paracetamols, vienlaikus uzskatāmi par pretsāpju līdzekļiem, un saskaņā ar Latvijā iegūtajiem rezultātiem to lietošana raksturīga gados jauniem cilvēkiem.

Apkopojot datus par dažādu bezrecepšu līdzekļu grupu lietošanas saistību ar demogrāfisko raksturojumu, jāsecina, ka līdzekļus pret gremošanas traucējumiem vairāk lieto vīrieši, kā arī fiziskā darbā nodarbināti indivīdi. Līdzekļus pret saaukstēšanos vairāk lieto gadi jauni cilvēki, kā arī augstākā un vidējā līmeņa vadītāji. Līdzekļus sirds un asinsvadu, kā arī kaulu, locītavu un saišu problēmām vairāk lieto vecākā gadagājuma ļaudis, bet homeopātisku preparātu un līdzekļu pret sirds kaitēm lietošana vairāk raksturīga pensionāriem.

Promocijas darbā analizēto bezrecepšu līdzekļu kopumu var nosacīti iedalīt divās grupās – bezrecepšu medikamenti (BM) un medikamentu alternatīvas (AM) – vitamīni, minerālvielas un homeopātiskie preparāti. Daļa respondentu bija lietojuši tikai vienu no šīm grupām, bet daļa – abas. Tikai BM bija lietojuši 61,9% respondentu, tikai AM – 12,7% respondentu, bet abus šo līdzekļu veidus – 25,4%. Salīdzinot līdzekļu grupu lietošanas atšķirību demogrāfiskajos parametros, netika konstatētas statistiski būtiskas atšķirības attiecībā uz dzimumu, tautību, vecumu, nodarbošanos, ģimenes stāvokli un ienākumu līmeni. Atšķirības parādījās izglītībā – tikai BM lietotāju vidū lielāks ir to respondentu īpatsvars, kuriem ir ar augstākā vai nepabeigta augstākā izglītība (66,3%), salīdzinot ar abām pārējām grupām, kas ieguvušas citu izglītību. Starp AM lietotājiem un izglītības

kategorijām nebija statistiski būtisku atšķirību. Abu šo kategoriju saistība ar demogrāfiskajiem parametriem atspoguļota tabulā (3.20. tabula).

3.20. tabula

Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums pa izglītības grupām, %, n=485, p < 0,05

Iegūtā izglītība	Tikai BM	Tikai AM	Gan BM, gan AM	Visi lietotāji
Sākumskolas vai pamata izglītība	21,5*	37,7	38,5*	27,9
Vidējā (vispārējā vai profesionālā) izglītība	12,1	11,5	5,7*	10,4
Augstākā vai nepabeigta augstākā izglītība	66,4*	50,8	55,8	61,7

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

Pētījumi pasaulē atklāj, ka dažādu komplementāro un alternatīvo medikamentu (*complementary and alternative medicines*) lietošana ir raksturīgāka indivīdiem ar augstāko izglītību (Skovgaard, et al. 2013, 1). Tas varētu būt saistīts ar šo indivīdu dažādos avotos gūto izpratni par šo līdzekļu lietošanas nepieciešamību veselības profilaksei. Latvijā grupā, kas lietoja gan BM, gan arī AM, bija augstāks to respondentu īpatsvars, kuriem ir sākumskolas vai pamata izglītība (38,5%), atklājot vēl vienu Latvijas situācijai raksturīgu iezīmi.

3.6. Ārstēšanas līdzekļu lietotāju racionalitātes izpausmes Latvijā

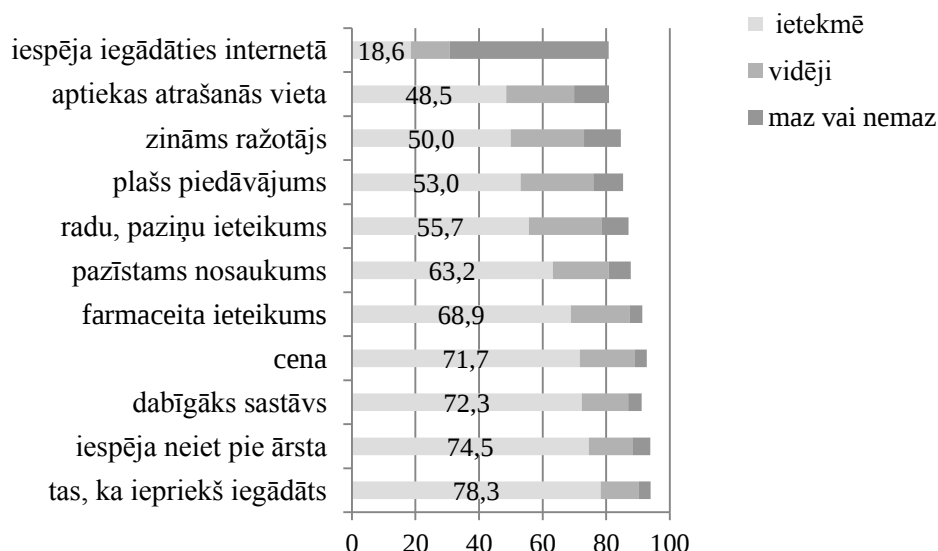
3.6.1. Indivīda priekšstati par izvēli ietekmējošiem faktoriem

Indivīdam raksturīgo ārstēšanas līdzekļu lietošanas racionalitāti ilustrē faktori, kas, pieņemot lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, indivīdam šķiet svarīgi. Pazīmi „svarīgākie izvēli ietekmējošie faktori” raksturo šādi indikatori – cena, ražotāja, zīmola identifikācija, farmaceita un nespeciālista ieteikums, iespēja iztikt bez ārsta apmeklējuma, plašs piedāvājums, iespēja līdzekļus iegādāties ārpus aptiekām, aptiekas atrašanās vieta, kā arī līdzekļa atrašanās mājās.

Visvairāk respondentu norāda, ka, pieņemot lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, tos ietekmē fakts: līdzeklis jau iepriekš iegādāts un nav jāiet uz aptieku (78,3%), kā arī iespēja iztikt bez ārsta apmeklējuma (74,5%). Lielai daļai respondentu nozīmīgs (72,3%) šķiet iespējami dabīgāks līdzekļa sastāvs (3.2. att.).

PVO rokasgrāmatā un literatūrā norādīts, ka izmaksas ir svarīgs bezrecepšu līdzekļu lietošanu ietekmējošs faktors (Hardon, Hodgkin and Fresle 2004, 4, Smith 1996,

300). Tas, ka līdzeklis jau iepriekš tika iegādāts, var nozīmēt līdzekļu ekonomiju – tā kā līdzeklis ir jau iegādāts, nerodas papildu izdevumi. Cenu kā nozīmīgu lietošanu ietekmējošu faktoru nosauca 71,7% respondentu.



3.2. att. Respondentu viedokļi par to, kas visvairāk ietekmē viņu lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786

Ievērojamai respondentu daļai (74,5%) svarīga šķiet iespēja iztikt bez ārsta apmeklējuma. Šī iespēja tiek raksturota arī kā no ārsta varas „atbrīvojoša” (Bissell, Ward and Noyce 2001, 17) – tā piešķir patērētājam „varu” ārstēties pašam (Geest and Whyte 1989, 348–349). Tikpat iespējams, ka iespēja neiet pie ārsta tiek novērtēta ietaupītā laika un arī līdzekļu nozīmē.

Latvijas iedzīvotājiem svarīgs šķiet bezrecepšu līdzekļu dabīgāks sastāvs (72,3% gadījumos). Patērētāja apziņā dabīgāks sastāvs var nozīmēt zemāku risku, un „dabīga sastāva” aspekts bieži tiek izmantots bezrecepšu līdzekļu reklāmās Latvijā. Piemēram, reklamējot medikamentu *Kamistad*, kas paredzēts zīdaiņu diskomforta mazināšanai zobu šķilšanās periodā, reklāmā iekļauts apgalvojums – „Zīdainim veselīgāks – tas, kas nāk no dabas!”, kā arī uzsvērts, ka „*Kamistad baby* gela svarīgākais un īpašais komponents ir šķidrās kumelīšu ziedu ekstrakts”. Iedziļinoties šī bezrecepšu medikamenta lietošanas instrukcijā, redzams, ka papildus dabīgajām vielām tajā iekļauts arī lidokaīna hidrohlorīds (STADA 2013). Tomēr patērētāju sasniedz ziņa par līdzekļa dabiskumu, nostiprinot pārliecību, ka līdzekļa lietošana ir drošāka. Arī pasaules pētījumi liecina, ka ražotāji mēdz akcentēt dažādu medicīnisko produktu dabīgo sastāvu (Hodgetts, Hayward and Stolte 2013, 8). PVO pētījumu apskatā ir norādīts, ka liela daļa dabisku preparātu ir efektīvi, bet ne vienmēr pilnīgi droši, un sevišķi to var attiecināt uz gadījumiem, kad dabīgie preparāti

tiek kombinēti ar citām zālēm vai preparātiem, jo ir iespējams negatīvas savstarpējās mijiedarbības risks (Hardon, Hodgkin and Fresle 2004, 4).

Nereti ārstēšanas līdzekļu efektivitāte tiek saistīta ar noteiktiem nosaukumiem jeb zīmoliem (Birchley and Conroy 2002, 25, Hanna and Hughes 2011, 345, Aoyama, Koyama and Hibino 2012, 1, Gray, Boardman and Symonds 2011). Latvijā pazīstams ārstēšanas līdzekļa nosaukums kā svarīgs faktors šķiet 63,2% respondentu. 2011.gadā veiktajā pētījumā par deguna asinsvadus sašaurinošu medikamentu lietošanu iesnu simptomu atvieglošanai maziem bērniem, tika atklāts, ka bērnu aprūpētāji izvēlas noteikta nosaukuma medikamentus, jo tie visbiežāk izskan ekspertu padomos. „Un tad viņa [ārste] lika mums to Vibrocilu pilināt. (..) Nevienas citas zāles. Man liekas, ka vispār nav nevienu citu deguna pilienu. Visi lieto Vibrocilu. (..)... tiešām tie visi dakteri, kas man ir apkārt, tie tiešām visi uz Vibrocilu.” (Salmane-Kuļikovska un Mežinska 2011, 4). Šāds akcents uz noteiktu medikamenta zīmolu, kā arī informācija, ko patērētājs saņem no vairākiem avotiem, nereti veicina dažādu maldīgu priekšstatu veidošanos. „[...] tas [medikaments Vibrocil] ir homeopātisks līdzeklis.” (Salmane-Kuļikovska un Mežinska 2011, 5).

Ar faktoranalīzes palīdzību indivīdu priekšstati par ietekmi tika sadalīti trijās uzskatu grupās jeb raksturīgo uzskatu tipos (sk. 7. pielikumu). Pirmais uzskatu tips ir pārliecināts, ka viņa lēmumu lietot bezrecepšu līdzekļus ietekmē iespējami dabīgāks līdzekļa sastāvs, zināms ražotājs, pazīstams nosaukums, kā arī radu, draugu un paziņu ieteikums. Šīs priekšstatu grupas īpatsvars respondentu vidū ir 30,0%. Tā kā priekšstatus par līdzekļu dabīgumu, saistību ar ražotāju, kā arī uzticēšanos noteiktiem zīmoliem visbiežāk veicina reklāma, šai uzskatu grupai var piešķirt nosacītu apzīmējumu – **„Reklāmas, radu, draugu un paziņu ietekme”**.

Indivīdi, kam raksturīgi otrā tipa uzskati, ir pārliecināti, ka viņu izvēli lietot bezrecepšu līdzekļus visvairāk ietekmē cena, uzticama un zināma farmaceita ieteikums, tas, ka līdzeklis jau iepriekš iegādāts un nav jāiet uz aptieku, tiklīdz rodas nepieciešamība, kā arī iespēja iztikt bez ārsta apmeklējuma. Šī uzskatu tipa īpatsvars respondentu vidū ir 34,4%, un šim tipam raksturīgo viedokli var apzīmēt kā **„Praktiskie”**.

Trešais uzskatu tips ir pārliecināts, ka viņa izvēli visvairāk nosaka aptiekas atrašanās vieta (tas, cik netālu aptieka atrodas no dzīvesvietas), pēc iespējas plašāks dažādu līdzekļu piedāvājums (iespēja salīdzināt un izvēlēties), kā arī iespēja dažādus līdzekļus iegādāties ne vien aptiekā, bet arī veikalos un internetā. Šī uzskatu tipa īpatsvars respondentu vidū ir 35,6%, un tam var piešķirt apzīmējumu – **„Uz ērtībām un izvēli orientētie”**.

Analīzes nākamajā posmā tika izveidots jauns mainīgais, kas ietver katra respondenta raksturīgākos uzskatus, un šie raksturīgāko uzskatu tipi savā starpā tika salīdzināti. Statistiski būtiskās atšķirības atspoguļotas tabulā (3.21. tabula).

3.21. tabula

Līdzekļu lietošanas saistība ar piederību noteiktam uzskatu tipam, n = 713, %, p < 0,05

Lietoja / nelietoja	Reklāmas, radu, draugu un paziņu ietekme	Praktiskie	Uz ērtībām un izvēli orientētie	Visi respondenti
Lietoja	69,2*	59,2	60,2	61,7
Nelietoja	30,8*	40,8	39,8	38,3

* | korigētais standarta atlikums | > 1,96

Tabulā (3.21) redzams, ka statistiski būtiska saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu ir pirmajam uzskatu tipam („Reklāmas, radu, draugu un paziņu ietekme”) – lietotāju proporcija šī uzskatu tipa pārstāvju vidū ir augstāka – 69,2%. Tādējādi var secināt, ka indivīda izvēli ietekmējoši faktori – bezrecepšu līdzekļu īpašības, kas bieži tiek uzsvērtas reklāmās (dabīgāks līdzekļa sastāvs, zināms ražotājs, pazīstams līdzekļa nosaukums), kā arī radu, draugu un paziņu ieteikums ir saistīti ar šo līdzekļu lietošanu lielākā mērā. Pārbaudot šī uzskatu tipa saistību ar atsevišķiem demogrāfiskajiem parametriem, statistiski būtiskas sakarības tika konstatētas tikai attiecībā uz dzīvesvietu – tie respondenti, kuru izvēli ietekmē reklāma, radu, draugu un paziņu ieteikums, visvairāk sastopami Rīgas iedzīvotāju vidū (50,6%).

3.6.2. Uzskati un priekšstati par ārstēšanas līdzekļiem

Ārstēšanas līdzekļu lietotājus, pieņemot lēmumu par līdzekļu lietošanu, ietekmē arī sociāli, kultūras apstākļu veidoti priekšstati par ārstēšanas līdzekļu efektivitāti, īpašībām, risku, kā arī lietošanas nepieciešamību. Šo indivīdam raksturīgo ārstēšanas līdzekļu racionalitāti raksturo dažādi indikatori – priekšstati par ārstēšanas līdzekļu efektivitāti, īpašībām, risku un lietošanas nepieciešamību. 3.22. tabula ilustrē šo priekšstatu izplatību respondentu vidū.

Respondentu uzskati par ārstēšanas līdzekļu efektivitāti, īpašībām, risku un lietošanas nepieciešamību,% n=786

Raksturīgie uzskati un priekšstati	Piekrīt / drīzāk piekrīt	Nepiekrīt / drīzāk nepiekrīt
„Ja medikaments man ir palīdzējis agrāk, tas nozīmē, ka arī turpmāk tas palīdzēs”	83,2	16,8
„Jo medikaments ilgāk atrodas tirgū, jo drošāka ir tā lietošana”	79,3	20,7
„Medikamenti jāsāk lietot, tiklīdz parādās pirmie simptomi, lai izvairītos no smagākām slimības izpausmēm”	69,4	30,6
„Nevaru atļauties slimot ikdienas pienākumu dēļ, tādēļ nekavējoties cenšos novērst slimības simptomus ar medikamentiem”	63,9	36,1
„Jaunākas paaudzes medikamenti parasti ir efektīvāki”	55,0	45,0
„Dārgāki medikamenti parasti ir efektīvāki”	37,3	62,7
„Lietojot BM saskaņā ar lietošanas instrukciju, blakusparādības nav iespējamās”	34,3	65,7
„Nevēlos inficēt citus cilvēkus, tādēļ, ja šāds risks pastāv, nekavējoties cenšos novērst slimības simptomus ar medikamentiem”	27,3	72,7
„Vitamīnu un UB lietošana nevar radīt blakusparādības”	26,6	73,4
„UB un vitamīni jālieto nepārtraukti, jo uzturs tos nenodrošina”	24,0	76,0
„UB ārstē slimības”	15,8	84,2

Tabulā (3.22. tabula) redzams, ka vairāk nekā trešā daļa respondentu (37,3%) uzskata, ka medikamenta cenai ir korelācija ar šī medikamenta efektivitāti, proti, jo medikaments ir dārgāks, jo tas ir efektīvāks. PVO uzskata, ka šāds uzskats var sekmēt vienu no neracionālas medikamentu lietošanas pazīmēm – nevajadzīgi dārgu medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu izvēli. Reizēm iedzīvotāji nav informēti, ka divu dažādu līdzekļu, kuru cena ir atšķirīga, sastāvs un efektivitāte var būt ļoti līdzīga vai pat identiska (*Hardon, Hodgkin and Fresle 2004, 4; 8*).

Vairāk nekā puse (55,0%) aptaujāto uzskata, ka jaunākās paaudzes medikamentu efektivitāte ir augstāka. Kā liecina pētījumi pasaulē, šāda likumsakarība ne vienmēr ir spēkā. Pētījums Francijā, kura mērķis bija salīdzināt jauno medikamentu efektivitāti ar tirgū jau esošo medikamentu efektivitāti no 1981. līdz 2004. gadam, liecināja, ka tikai desmitā daļa jauno medikamentu ir efektīvāki, salīdzinot ar tirgū jau ilgāku laiku zināmajiem. Lielākā daļa (83%) tika uzskatīti vai nu par tikpat efektīviem, vai ar tieši tādu pašu efektivitāti kā esošie, bet 7% tika atzīti kā zemākas efektivitātes vai pat kaitīgāki

(*La Revue Prescrire* 2005, 140). Latvijā 2013.gada maijā notika kampaņa „Ārstēties nepārmaksājot!” (VM 2013), kuras mērķis bija iedzīvotāju informēšana par kompensējamo recepšu medikamentu lētākām alternatīvām. Iespējams, šāda informācija būtu jāpiedāvā arī bezrecepšu līdzekļu patērētājiem.

Paļaušanās uz iepriekšējo pieredzi ir raksturīga 83,2% respondentu, kas piekrīt vai drīzāk piekrīt šādam apgalvojumam – „ja medikaments ir palīdzējis agrāk, tas nozīmē, ka arī turpmāk tas palīdzēs”. Ārvalstu pētījumos ir ziņas, ka praktiski visi indivīdi (99,7%) priekšstatu par medikamenta efektivitāti balsta savā iepriekšējā pieredzē, bet tikai 57,2% respondentu norāda, ka viņu rīcībā bijušas ziņas par medikamenta efektivitāti, kas pamatota ar zinātniskiem pierādījumiem (*Hanna and Hughes* 2011, 346). Antropologu pētījumi liecina, ka pozitīva iepriekšējā lietošanas pieredze palielina iespējamību, ka līdzeklis tiks lietots atkārtoti (*Hardon, Hodgkin and Fresle* 2004, 8).

Pētījuma dati liecināja, ka gandrīz ceturtā daļa (24,0%) aptaujāto uzskata, ka dažādi vitamīni un UB jālieto nepārtraukti, jo ikdienas uzturs nenodrošina to pietiekamu uzņemšanu. Šāda pārliecība ilustrē biomedicīniskajam veselības un slimības modelim raksturīgo uzskatu, ka cilvēka ķermenis un organisms ir pakļauti pastāvīgam riskam (*Lane* 1995, 57) un kaut kas ir jādara, lai šo risku (šajā gadījumā – veselības traucējumu vai apdraudējuma risku) mazinātu. Antropologi ir atzīmējuši, ka nereti medikaments vai ārstēšanas līdzeklis tiek padarīts par „daļu no dzīves” – „Jā, tieši kā uzturs. Tā ir daļa no manas esamības. Es saprotu, cik tas [medikamenta lietošana] ir svarīgi, tādēļ tas vienkārši ir daļa no manas dzīves” (*Viswanathan and Lambert* 2005, 29). Ar vitamīnu lietošanu saistīti arī, piemēram, šādi nepamatoti uzskati kā „pastiprināta vitamīnu lietošana palēnina novecošanās procesu”, „artrītu un vēzi var izraisīt nepietiekams vitamīnu daudzums organismā” u.c. (*Montagne and Basara* 1996, 276).

Vairāk nekā trešā daļa aptaujāto (34,3%) bija pārliecināti, ka BM lietošana saskaņā ar lietošanas instrukciju nevar radīt nevēlamas blakusparādības. Pētījumos ir apstiprinājies, ka indivīda apziņā jēdziens „risks” nav būtiski saistāms ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu (*Bissell, Ward and Noyce* 2001, 23, *Montagne and Basara* 1996, 276). Šādu pārliecību rada galvenokārt iespēja neapmeklēt ārstu, kā arī bezrecepšu līdzekļu plašā pieejamība – lietotājiem šķiet, ka šie līdzekļi ir pilnīgi droši lietošanai, un nav jāuztraucas par nevēlamām blakusparādībām (*Birchley and Conroy* 2002, 25, *Birchley and Conroy* 2001, 162–163, *Roumie and Griffin* 2004, 485, *Calamusa, et al.* 2012, 395). Pārliecību, ka bezrecepšu līdzekļu lietošana saistīta ar zemāku risku, veicina arī mediķi, kas sarunā ar pacientu akcentē galvenokārt no medikamenta lietošanas sagaidāmo labumu

(Britten 2008, 43). Lai gan BM definīcija paredz, ka šo līdzekļu „farmakoloģiskās īpašības un stiprums, kā arī daudzums iepakojumā, lietošanas veids un lietošanas izraisītās blakusparādības, ja tos lieto atbilstoši lietošanas instrukcijai, nerada tiešus vai netiešus draudus pacienta veselībai un aptiekā ir izsniedzamas bez receptes” (LR Saeima 1997), tomēr ZVA *Farmakovigilances*³¹ datu apkopojumā teikts, ka „nevienas zāles nevar būt absolūti drošas visiem pacientiem”, visi nevēlamās zāļu iedarbības veidi nav zināmi, jo pirms to nonākšanas tirgū nav iespējams izpētīt pilnīgi visus ar šīm zālēm saistītos riskus (ZVA 2005, 11).

Vairāk nekā ceturtā daļa respondentu (26,6%) tiecas uzskatīt, ka vitamīnu un UB lietošana nevar radīt blaknes. Šis priekšstats uzskatāms par maldīgu, jo ir dati, kas liecina par pretējo. Piemēram, pārmērīga A vitamīna lietošana tiek saistīta ar paaugstinātu iespēju saslimt ar plaušu vēzi (*Murphy and DeBellis* 2012, 3) u.c.

Uzskatu, ka medikamenti jāsāk lietot, tiklīdz parādās pirmie simptomi, lai izvairītos no smagākām slimības izpausmēm, puda 69,4% respondentu. Individū rīcību slimību gadījumos bieži nosaka „dziļi iesakņojies dzinulis „kaut ko lietot”, reaģējot uz traucējošiem simptomiem vai sliktu pašsajūtu” (*Britten* 2008, 45, izcēlums oriģinālā). Pētījumā Ziemeļīrijā par bezrecepšu līdzekļu sociālajiem aspektiem tika atklāts: 57,2% respondentu (n=1000) uzskata, ka medikamenti jālieto, parādoties pirmajiem veselības traucējumiem (*Wazaify, et al.* 2005, 173). Līdzīgi uzskati sastopami arī citos pētījumos (*Bush and Osterweis* 1978, 187, *Häußinger, Ruhl and Hach* 2009). Dzinuli „kaut ko lietot” veicina arī reklāma un ekspertu ieteikumi, kuru ietekmē indivīda rīcība var kļūt pat automātiska. Pētījums par deguna asinsvadus sašaurinošu pilienu lietošanu maziem bērniem atklāja, ka šādos gadījumos aprūpētājiem bieži raksturīga automātiska rīcība, kas veidojusies, vairākkārt konsultējoties ar veselības aprūpes ekspertiem, – „Parastais komplekts – sākas iesnas, [ierasto un iepriekš lietoto zāļu] komplektiņš [tiek izņemts] ārā [no zāļu skapīša un lietots]. Komplekts atkartojas no reizes uz reizi” (*Salmane-Kuļikovska un Mežinska* 2011, 8). Arī šāds priekšstats var veicināt medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietojumu gadījumos, kad bez tiem varētu iztikt.

Lielu daļu respondentu var uzskatīt par apveltītiem ar augstu sociālo atbildīgumu – 63,9% tiecās uzskatīt, ka viņu ikdienas pienākumi nepieļauj slimot, tādēļ nekavējoties jācenšas novērst slimības simptomus ar medikamentiem. Šādi interpretētu ārstēšanas

³¹ *Farmakovigilance* ir process, kurā savāc, monitorē, pēta un novērtē datus par zāļu, bioloģisko produktu, augu un tautas ārstniecības līdzekļu efektiem, lai iegūtu jaunu informāciju par minēto produktu blakusparādībām un novērstu kaitīgumu un risku, ko tie var sagādāt pacientiem (ZVA 2005, 7).

līdzekļu lietošanas nepieciešamību mēdz dēvēt arī par „sociālu ārstēšanos” (*social medication*) (Allotey, Reidpath and Elisha 2004, e378) – ārstēšanos, kuras mērķis ir pēc iespējas ātrāk novērst veselības traucējumu simptomus, lai varētu atgriezties pie ikdienas pienākumu pildīšanas (Gulliver, Wolfsdorf and Michas 2003, Conrad 1985, 36). Medikamenti un citi ārstēšanas līdzekļi šādos gadījumos kalpo kā līdzeklis sociālo lomu („darbinieks”, „sievā”, „māte” u.c.) nodrošināšanai (Britten 2008, 57).

Ar faktoranalīzes palīdzību raksturīgie indivīdu priekšstati un uzskati tika sadalīti četrās uzskatu grupās (8. pielikums) jeb tipos. Pirmo uzskatu tipu raksturo maldīgi priekšstati par bezrecepšu līdzekļu īpašībām – „UB un vitamīni jālieto nepārtraukti, jo ikdienas uzturs nenodrošina to nokļūšanu organismā”, „vitamīnu un UB lietošana nevar radīt blakusparādības” un „lietojot BM, blakusparādības nav iespējamās”. Šo priekšstatu grupas, kuru var dēvēt par „**Maldīgie priekšstati**”, īpatsvars ir 29,3%.

Otrajā tipā apkopoti šādi uzskati – „nevaru atļauties slimot ikdienas pienākumu dēļ, tādēļ simptomi nekavējoties jānovērš ar medikamentiem”, kā arī „medikamenti jāsāk lietot ar pirmajiem simptomiem, lai izvairītos no nopietnām saslimšanām”. Šīs priekšstatu grupas, kuru var dēvēt par „**Piesardzīgie**”, īpatsvars ir 24,4%.

Trešajā tipā ir apvienoti šādi priekšstati – „ja medikamenti palīdzēja agrāk, tas nozīmē, ka tie palīdzēs arī turpmāk” un „jo ilgāk medikaments ir tirgū, jo tā lietošana ir drošāka”. Šīs priekšstatu grupas, kuru var dēvēt par „**Pieredzē balstītie**”, īpatsvars ir 23,1%.

Ceturtajā tipā fiksēti šādi priekšstati – „jaunākās paaudzes medikamenti ir efektīvāki” un „dārgāki medikamenti ir efektīvāki”. Šīs priekšstatu grupas, kuru var dēvēt arī par „**Jaunāks un dārgāks ir labāks**”, īpatsvars ir 23,2%.

Tika izveidots jauns mainīgais, kas atspoguļo katra respondenta raksturīgākos uzskatus, un šie raksturīgāko uzskatu tipi tika salīdzināti. Statistiski būtiskās atšķirības atspoguļotas tabulā (3.23. tabula).

3.23. tabula

Līdzekļu lietošanas saistība ar piederību noteiktam uzskatu tipam, %, n=747, p < 0,05

Lietoja / nelietoja	Maldīgie priekšstati	Piesardzīgie	Pieredzē balstītie	Jaunāks un dārgāks ir labāks	Visi respondenti
Lietoja	70,9*	63,4	55,5*	55,5*	61,7
Nelietoja	29,1*	36,6	44,5*	44,5*	38,3

* | korigētais standarta atlikums | > 1,96

Salīdzinot raksturīgos uzskatu tipus, redzams, ka lielākā lietotāju daļa ir „Maldīgo priekšstatu” pārstāvju vidū – 70,9%. Turklāt, pārbaudot šī tipa saistību ar demogrāfiskajām kategorijām (sk. 20. pielikumu), tika atklāts, ka „Maldīgo priekšstatu” īpatsvars ir visaugstākais tieši Kurzemes iedzīvotāju vidū (38,2%), t.i., reģionā, kurā demogrāfisko datu analīzes rezultāti liecināja par samērā mazu bezrecepšu līdzekļu lietotāju daļu. „Maldīgie priekšstati” visvairāk izplatīti ir to iedzīvotāju vidū, kam ir visaugstākais ienākumu līmenis uz vienu mājsaimniecības locekli (> 601 EUR). Iegūtos rezultātus, iespējams, var interpretēt šādi – ja indivīdam ir pārliecība, ka dažādi līdzekļi jālieto nepārtraukti un nav jāuztraucas par šo līdzekļu blakusparādībām, kā arī ir pietiekams finansiāls nodrošinājums, līdzekļi tiek iegādāti un lietoti vairāk. Veicot loģistiskās regresijas analīzi (sk. 17. pielikumu), tika atklāts, ka, pieaugot „Maldīgos uzskatus” raksturojošai pārliecībai, palielinās bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes – ja respondents vidējā mērā piekrīt „Maldīgo priekšstatu” raksturīgajai pārliecībai, lietošanas izredzes paaugstinās vairāk nekā divas reizes ($OR=2,16$), bet, ja respondentam šāda pārliecība par bezrecepšu līdzekļu lietošanas nepieciešamību un īpašībām raksturīga lielā vai ļoti lielā mērā, šo līdzekļu lietošanas izredzes pieaug vairāk nekā piecas reizes ($OR=5,32$).

Savukārt mazāka bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija sastopama „Pieredzē balstīto” un „Jaunāks un dārgāks ir labāks” vidū (44,5%). Pārbaudot šī uzskatu tipa saistību ar demogrāfiskajiem parametriem (sk. 20. pielikumu), statistiski būtiskas sakarības tika konstatētas attiecībā uz ienākumu līmeni – atklājās, ka „pieredzē balstīto” proporcija ir visaugstākā to respondentu vidū, kuru ienākumu līmenis uz vienu mājsaimniecības locekli ir viszemākais (līdz 200 EUR), bet vismazāk šī uzskatu tipa pārstāvju ir to respondentu vidū, kuru ienākumu līmenis ir visaugstākais (> 600 EUR). Šāda saistība var liecināt, ka mazāks finanšu līdzekļu apjoms ir šķērslis dažādu bezrecepšu līdzekļu iegādei. Vienlaikus, to respondentu īpatsvars, kas uz medikamentiem attiecina apgalvojumu „jaunāks un dārgāks ir labāks”, ir augstāks samērā augsta ienākumu līmeņa grupā (vidēji 410–600 EUR uz vienu mājsaimniecības locekli). Tādējādi nav pamata apgalvot, ka bezrecepšu līdzekļu lietošana mazākā mērā viennozīmīgi saistīta ar zemāku indivīda ienākumu līmeni. Papildus tika veikta arī katra faktora izpausmes spēka saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu novērtēšanu (3.24. tabula).

Līdzekļu lietošanas saistība ar faktoru raksturojošo pārliecību, %, n=747, p < 0,05

„Maldīgie priekšstati”				
Lietoja / nelietoja	Nepiekrīt / pilnībā nepiekrīt	Vidējā mērā piekrīt	Piekrīt / pilnībā piekrīt	Visi respondenti
Lietoja	52,5*	61,4	74,8*	61,7
Nelietoja	47,5*	38,6	25,2*	38,3
„Piesardzīgie”				
Lietoja /nelietoja	Nepiekrīt / pilnībā nepiekrīt	Vidējā mērā piekrīt	Piekrīt / pilnībā piekrīt	Visi respondenti
Lietoja	50,4*	65,0*	60,0	61,7
Nelietoja	49,6*	35,0*	40,0	38,3

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

Tabulā (3.24. tabula) redzams, ka tad, ja indivīdam piemīt „Maldīgos priekšstatus” raksturojoša pārliecība (respondents pilnībā vai drīzāk piekrīt apgalvojumiem „UB un vitamīni jālieto nepārtraukti, jo ikdienas uzturs nenodrošina to nokļūšanu organismā”, „vitamīnu un UB lietošana nevar radīt blakusparādības” un „lietojot BM, blakusparādības nav iespējamās”), bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija ir samērā lielāka (74,8%). Savukārt, ja respondents šiem izteikumiem nepiekrīt pilnībā vai drīzāk nepiekrīt, bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija ir samērā mazāka – 52,5%. Ja indivīds nepiekrīt vai drīzāk nepiekrīt otro uzskatu tipu „Piesardzīgie” raksturojošai pārliecībai („nevaru atļauties slimot ikdienas pienākumu dēļ, tādēļ simptomi nekavējoties jānovērš ar medikamentiem”, kā arī „medikamenti jāsāk lietot pie pirmajiem simptomiem, lai izvairītos no nopietnām saslimšanām”), bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija ir zemāka (50,4%). Pieaugot šādai pārliecībai (līdz „piekrītu vidējā mērā”), bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija kļūst lielāka (tā pieaug līdz 65,0%).

Ierobežotu zināšanu apstākļos indivīdu uzticēšanās informācijas avotiem, tai skaitā veselības aprūpes ekspertiem, ietekmē indivīdu priekšstatus par risku. Veicot ar šo apgalvojumu saistītu likumsakarību empīrisku pārbaudi Latvijas situācijā, iegūtie analīzes rezultāti liecināja, ka tie indivīdi, kas pilnībā vai drīzāk uzticas plašsaziņas līdzekļu sniegtajai informācijai par ārstēšanas līdzekļiem, pilnībā vai drīzāk piekrīt „Maldīgo priekšstatu” tipam raksturīgajiem uzskatiem (25,8%) (3.25. tabula), proti, UB un vitamīni jālieto nepārtraukti, jo ikdienas uzturs nenodrošina to nokļūšanu organismā”, „vitamīnu un UB lietošana nevar radīt blakusparādības” un „lietojot BM, blakusparādības nav iespējamās”. Savukārt tie indivīdi (26,6%), kas pilnībā uzticas vai drīzāk uzticas

veselības aprūpes sistēmas ekspertiem, pilnībā piekrīt vai drīzāk piekrīt „Piesardzīgo” tipam raksturīgajiem uzskatiem („nevaru atļauties slimot ikdienas pienākumu dēļ, tādēļ simptomi nekavējoties jānovērš ar medikamentiem”, kā arī „medikamenti jāsāk lietot pie pirmajiem simptomiem, lai izvairītos no nopietnām saslimšanām”) (3.25. tabula). Šie priekšstati raksturo uzticēšanās saistību ar ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitāti un atklāj, ka uzticēšanās ekspertiem ir saistīta ar „Piesardzīgo” tipu raksturojošiem uzskatiem, bet uzticēšanās plašsaziņas līdzekļu sniegtajai informācijai ir saistīta ar „Maldīgo priekšstatu” raksturojošo pārliecību.

3.25. tabula

Risku priekšstatu saistība ar uzticēšanos informācijas avotiem, %, n=786, p < 0,05

Cik lielā mērā raksturīgi maldīgie uzskati	Pilnībā vai drīzāk uzticas plašsaziņas līdzekļiem	Vidējā mērā uzticas plašsaziņas līdzekļiem	Nedaudz uzticas vai neuzticas plašsaziņas līdzekļiem	Visi respondenti
Pilnībā vai drīzāk	25,8*	14,4	9,1*	14,6
Vidēji lielā mērā	60,2	68,7	67,8	67,6
Nelielā mērā vai nemaz	14,0	16,9	23,1	17,7
Cik lielā mērā raksturīgi piesardzīgo uzskati	Pilnībā vai drīzāk uzticas ekspertiem	Vidējā mērā uzticas ekspertiem	Nedaudz uzticas vai neuzticas ekspertiem	Visi respondenti
Pilnībā vai drīzāk	26,6*	17,5	9,9*	17,8
Vidēji lielā mērā	60,6	64,1	72,3	64,6
Nelielā mērā vai nemaz	12,8	18,4	17,8	17,6

* | korigētais standarta atlikums | > 1,96

Rezumējot šajā apakšnodaļā apkopoto, iespējams raksturot **ārstēšanas līdzekļu lietotājam raksturīgās racionalitātes** izpausmes un to saistību ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu.

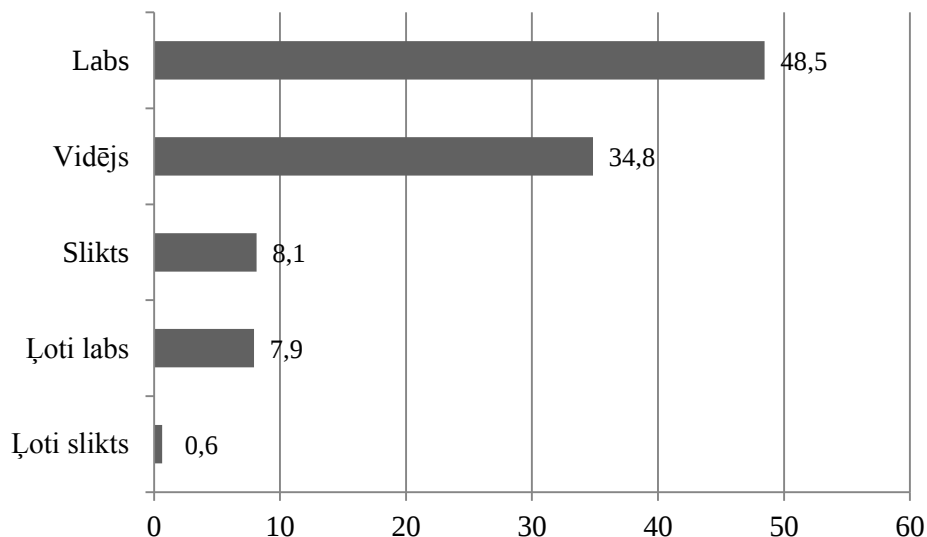
- Pieņemot lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, indivīdiem visbūtiskākie šķiet šādi faktori: līdzeklis jau iepriekš iegādāts (ir mājās), iespēja iztikt bez ārsta apmeklējuma, kā arī iespējami dabīgāks līdzekļa sastāvs.
- Bezrecepšu līdzekļu lietošana vairāk raksturīga indivīdiem, kam būtiski faktori līdzekļa izvēlē ir šādi kritēriji: iespējami dabīgāks sastāvs, zināms ražotājs, pazīstams

nosaukums, kā arī radu, draugu un paziņu ieteikums (uzskatu grupa „Reklāmas, radu, draugu un paziņu ietekme”).

- Latvijas iedzīvotāju vidū ir samērā izplatīti aplami priekšstati par atsevišķiem bezrecepšu līdzekļu lietošanas aspektiem (lietošanas nepieciešamību un efektivitāti), piemēram, „jaunākās paaudzes medikamenti ir efektīvāki”.
- Bezrecepšu līdzekļu lietošanu Latvijā lielā mērā raksturo t.s. „sociālā efektivitāte” – ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošana var būt saistīta ar nepieciešamību pildīt sociālās lomas.
- Indivīdu piederība „Maldīgo priekšstatu” un „Piesardzīgo” uzskatu tipam ir saistīti ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu lielākā mērā.
- Tiem indivīdiem, kas lielā mērā uzticas plašsaziņas līdzekļos sastopamajai informācijai par bezrecepšu līdzekļiem, vairāk raksturīgi t.s. „Maldīgie priekšstati”. Savukārt tiem, kas vairāk uzticas informācijai, ko sniedz eksperti (ārsti, medicīnas māsas, ārsta palīgi un farmaceiti), vairāk raksturīgi t.s. „Piesardzīgo” tipa uzskati.
- Indivīdam raksturīgi „Maldīgie priekšstati” vairākkārt palielina iespēju, ka bezrecepšu līdzekļi tiks lietoti – jo lielākā mērā šie uzskati indivīdam piemīt, jo lielākas ir bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes.

3.7. Indivīda holistiskā veselības stāvokļa raksturojums

Analizējot indivīdu fiziskās veselības pašnovērtējuma aptauju kopumā, var secināt, ka vairāk nekā puse respondentu savu veselības stāvokli uzskata vai nu par labu (48,5%), vai ļoti labu (7,9%) (3.3. att.). Labs veselības stāvokļa pašnovērtējums ir raksturīgs arī citu Austrumeiropas valstu iedzīvotājiem (*Baran, Teul and Ignys-O' Byrne* 2008, 136–137). Vienlaikus ir atzīts, ka indivīdi labu veselību uztver kā noteiktu sociālu normu, tādēļ veselības pašnovērtējums bieži ir pozitīvs un precīzāku izpratni par objektīvo veselības stāvokli var sniegt noteiktu veselības traucējumu simptomu uzskaitīšana (*Blaxter* 2010, 57).



3.3. att. Iedzīvotāju veselības pašnovērtējums, %, n=786

Respondentu īpatsvars, kas savu veselības stāvokli vērtē kā ļoti labu, vairāk ir vīriešu (10,9%) vidū, salīdzinot ar sievietēm (5,3%), savukārt to respondentu, kuri savu veselības stāvokli raksturo kā vidēju, vairāk ir sieviešu vidū – 38,5% (3.26. tabula).

3.26. tabula

Vīriešu un sieviešu salīdzinošais veselības pašnovērtējums %, n= 786, p < 0,05

Veselības pašnovērtējums	Vīrieši	Sievietes	Kopā
Labs / ļoti labs	62,0*	51,4*	56,4
Vidējs	30,6*	38,5*	34,8
Slikts / ļoti slikts	7,4	10,0	8,8

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

Šie rezultāti sakrīt ar medicīnas socioloģijas teorijas autoru atziņu, ka, neraugoties uz garāku mūža ilgumu, sievietēm piemīt tendence savu veselības stāvokli vērtēt kā sliktāku (*Gabe, Bury and Elston* 2004, 9). Līdzīgi secinājumi veikti arī Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā, kas notika 2010.gadā – pētījuma rezultāti liecināja, ka par labu savu veselības stāvokli uzskata 32,2% vīriešu un 24,6% sieviešu, bet par sliktu vai diezgan sliktu – 7,6% vīriešu un 7,9% sieviešu (*Pudule u.c.* 2010, 11).

Liela daļa respondentu uzskata, ka viņi praktiski neslimo vispār (30,0%). Daļa apgalvo, ka viņiem mēdz būt tikai vieglas saslimšanas (39,6%). Vairāk nekā ceturtdaļa respondentu (26,0%) savu veselības stāvokli raksturo negatīvi – tos nomāc hroniskas, smagākas slimības, nopietnu slimību sekas vai invaliditāte (3.27. tabula).

Veselības stāvokļa raksturojums, %, n=786

Veselības stāvokļa raksturojums	%
Mēdz būt tikai vieglas saslimšanas	39,6
Praktiski neslimoju	30,0
Ir hroniskas, smagākas slimības	19,8
Bijušas nopietnas slimības, taču esmu izārstējies	4,4
Bijušas nopietnas slimības, no kuru sekām jācieš vēl tagad	4,3
Ir invaliditāte	1,9

No kopējā respondentu skaita 65,3% aptaujāto nosauca dažādas veselības problēmas, ar ko tie bija saskārušies pēdējo triju mēnešu laikā. Visbiežāk tika minētas saaukstēšanās un vīrusu izraisītas elpošanas ceļu saslimšanas (30,3%), galvassāpes (27,0%), sirds un asinsvadu saslimšanas (25,9%), kā arī kaulu, locītavu problēmas (23,9%) vai stipras muguras sāpes (23,1%) (3.28. tabula). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma dati liecina, ka visizplatītākā Latvijas iedzīvotāju veselības problēma ir sāpes (galvassāpes, locītavu sāpes) (Pudule u.c. 2010, 9–10). Lai gan promocijas darba pētījuma rezultāti liecina, ka visvairāk izplatītā problēma ir saaukstēšanās saslimšanas, bieži viens no saaukstēšanās simptomiem mēdz būt arī galvassāpes, tādēļ, iespējams, pētījumā definētajā veselības problēmā „saaukstēšanās un vīrusu izraisītas elpošanas ceļu saslimšanas” iekļauts arī šis simptoms. Pētījumā Austrālijā ir atklāts, ka galvassāpes un citas sāpes ir minētas kā iedzīvotāju galvenais medikamentu lietošanas iemesls (Goh, et al. 2009, 5).

**Respondentu skaits, kas minēja veselības problēmas pēdējo triju mēnešu laikā,
n=513**

Veselības problēmas	Skaits	% no n*
Saaukstēšanās un vīrusu izraisītas elpošanas ceļu saslimšanas	155	30,3
Stipras galvassāpes	138	27,0
Sirds vai asinsvadu problēmas vai slimības	133	25,9
Kaulu, locītavu un saišu problēmas	123	23,9
Stipras muguras sāpes	119	23,1
Kuņģa vai citu gremošanas orgānu problēmas	81	15,9
Liekais svars	67	13,1
Redzes vai dzirdes orgānu problēmas	36	7,0
Ilgstošs stress, depresija, citas garīgās veselības problēmas	36	7,0
Ādas problēmas	28	5,5
Traumas	24	4,6
Citas, nenosauktas problēmas	22	4,3
Urīnceļu, dzimumorgānu slimības, t.sk. seksuāli transmisīvās	18	3,5
Diabēts	14	2,8
Astma, alerģija	13	2,6
Onkoloģiskas saslimšanas	5	1,0
Pazemināts svars	4	0,8

*Katra respondents varēja izvēlēties vairākus atbilstošu variantus

Apvienojot veselības stāvokļa pašnovērtējumu ar veselības stāvokļa raksturojumu, tika izveidots jauns mainīgais³² – veselības stāvokļa subjektīvā novērtējuma saistība ar subjektīvo raksturojumu. Izmantojot iegūtos rezultātus (3.29. tabula), tika izveidoti četri veselības stāvokļa tipi.

³² Ar kontingences tabulu (*contingency / cross tables*) palīdzību tika salīdzināti un grupēti jautājumu „Kā jūs kopumā vērtējat savu veselības stāvokli?” un „Kurš no apkalpojumiem vislabāk raksturo Jūsu veselības stāvokli?” atbilstošu varianti.

Veselības stāvokļa novērtējuma un raksturojuma korelācija, %, n=776, p < 0,05

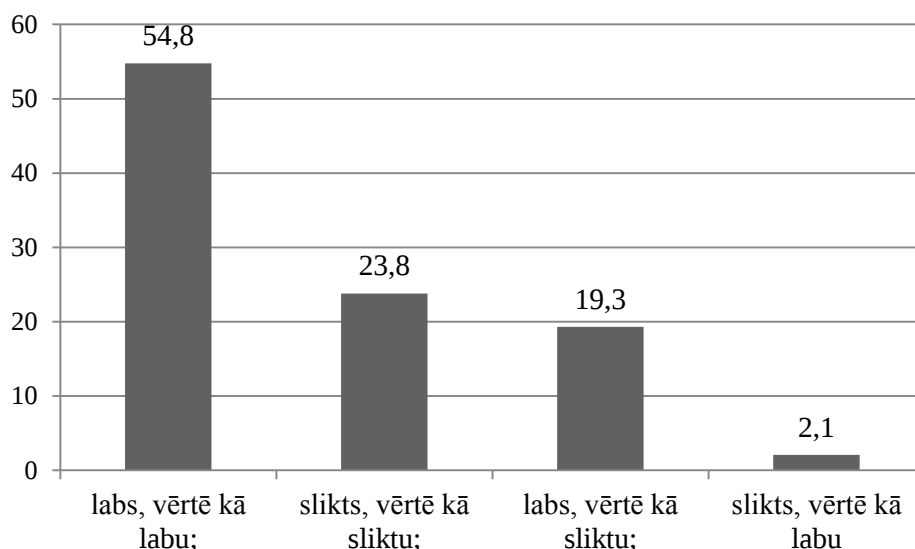
Veselības stāvokļa raksturojums	Veselības stāvokļa pašnovērtējums					Kopā
	Ļoti labs	Labs	Vidējs	Slikts	Ļoti slikts	
Praktiski neslimo	6,8	20,4	2,7	0,1	0	30,0
Tikai vieglas saslimšanas	1,0	24,5	13,8	0,4	0	39,7
Ir hroniskas, smagākas slimības	0	1,2	13,0	5,2	0,4	19,7
Bijušas slimības, no kuru sekām cieš joprojām	0	0,5	3,0	0,8	0	4,3
Bijušas nopietnas slimības, bet izārstējies	0	2,1	1,7	0,6	0	4,4
Ir invaliditāte	0	0,4	0,8	0,5	0,3	1,9
Kopā	7,9	49,0	34,9	7,6	0,6	100,0

Pirmajā, visplašāk pārstāvētajā veselības novērtējuma tipā (54,8%) iekļauti respondenti, kuri savu veselības stāvokli vērtē kā „labu” vai „ļoti labu” un kuru vērtējumu raksturo šādi apgalvojumi – „praktiski neslimoju”, „mēdz būt tikai vieglas saslimšanas”, „bijušas nopietnas slimības, taču esmu izārstējies”. Šo grupu raksturo apzīmējums **„veseli, vērtē kā labu”** (3.4. att.).

Otro grupu (19,3%) veido tie respondenti, kuri savu veselības stāvokli vērtē kā „sliktu, ļoti sliktu”, bet raksturo kā – „praktiski neslimoju”, „mēdz būt tikai vieglas saslimšanas”, „bijušas nopietnas slimības, taču izārstējies”. Šo grupu var raksturot apzīmējums **„labs, vērtē kā sliktu”**.

Pie trešās grupas (2,1%) pieder indivīdi, kuri savu veselības stāvokli vērtē kā „labu” vai „ļoti labu”, bet raksturo kā „ir hroniskas slimības vai invaliditāte”, „bijušas slimības un traumas, no kurām cieš joprojām”. Šī tipa apzīmējums varētu būt – **„slikts, vērtē kā labu”**.

Ceturto grupu (23,8%) veido respondenti, kuri savu veselības stāvokli vērtē kā „sliktu, ļoti sliktu” vai „vidēju” un raksturo to šādi – „ir hroniskas slimības vai invaliditāte”, „bijušas slimības un traumas, no kurām cieš joprojām”. Šai grupai var piešķirt apzīmējumu – **„slikts, vērtē kā sliktu”**



3.4. att. Veselības stāvokļa pašnovērtējuma tipi, n=767

Veselības stāvokļu novērtējuma tipu saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu atspoguļota tabulā (3.30. tabula). Statistiski būtiska saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu tika atklāta tikai diviem tiem – tiem, kas veselības stāvokli vērtē un raksturo kā labu, kā arī tiem, kas savu veselības stāvokli vērtē un raksturo kā sliktu.

3.30. tabula

Bezrecepšu līdzekļu lietošanas vai nelietošanas saistība ar veselības stāvokļa pašvērtējumu, %, n=777, $p < 0,05$

Lietoja / nelietoja*	Labs, raksturo kā labu	Slikts, raksturo kā sliktu	Visi respondenti
Lietoja	51,1	81,2	61,7
Nelietoja	48,9	18,8	38,3

* Tabulā atspoguļotas tikai tās mainīgo vērtības, kurām | korigētais standarta atlikums | $> 1,96$

Redzams (3.30. tabula), ka bezrecepšu līdzekļu lietotāju īpatsvars ir augstāks to respondentu grupā, kuru veselības pašnovērtējums un raksturojums ir negatīvs – 81,2%, bet nelietotāju īpatsvars augstāks respondentiem ar pozitīvu veselības pašnovērtējumu un raksturojumu – 48,9%. Tādējādi var uzskatīt, ka augstāks veselības pašnovērtējums un raksturojums ir saistīts ar mazāka apjoma bezrecepšu līdzekļu lietošanu.

Veicot loģistiskās regresijas analīzi (sk. 17. pielikumu), tika atklāts, ka atsevišķi veselības traucējumu simptomi paaugstina bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes – tās ir galvassāpes ($OR=2,64$) un kuņģa vai citas gremošanas orgānu problēmas ($OR=8,26$). Arī pētījumā Austrālijā ir atklāts, ka galvassāpes un citas sāpes ir kopumā galvenais iemesls, kādēļ iedzīvotāji lieto medikamentus (Goh, et al. 2009, 5).

Turpretim sirds vai asinsvadu problēmas bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes samazina (OR=0,34). Šādu likumsakarību, iespējams, var skaidrot ar to, ka sirds un asinsrites problēmu gadījumos vairāk lietoti tiek recepšu medikamenti.

Kopumā var secināt, ka labāks fiziskās veselības stāvokļa pašnovērtējums ir saistīts ar mazāku bezrecepšu līdzekļu patēriņu. Šāda likumsakarība ir atklāta arī pētījumus citur pasaulē (*Daban, et al.* 2010, 1, *Neutel and Patten* 2009, e443, *Tobi, et al.* 2003, 203, *Al-Windi* 2005, *Carrasco-Garrido, et al.* 2009, 743, *Novignon, et al.* 2011, 4, *Smith* 1996, 300).

Garīgā veselība un vitalitāte

Kā redzams (3.31. tabula), visvairāk ir tādu respondentu, kas savu vitalitāti un garīgo veselību novērtē ar augstu pakāpi (2.pakāpe, 51–75 no iespējamajiem 100 punktiem). Maz ir tādu, kuru vitalitātes un garīgās veselības rādītāji būtu ļoti zemi, respektīvi, atbilstu ceturtajai pakāpei (0–25 punkti no 100 iespējamajiem). Promocijas darba pētījuma rezultāti liecināja, ka vidējais respondentu garīgās veselības rādītājs ir 70,0 punkti, bet vitalitātes rādītājs – 65,8 punkti (Eiropā vidējais garīgās veselības rādītājs ir 69,1%, bet vitalitātes vidējais rādītājs – 64,3% (*Ivanovs, Salmane-Kulikovska and Viksna* 2012, 29–30)). Saskaņā ar šī pētījuma rezultātiem garīgās veselības un vitalitātes rādītāji respondentu vidū ir nedaudz augstāki nekā vidēji Eiropā.

3.31. tabula

Vitalitātes un garīgās veselības stāvoklis, %, n=786

Pakāpe	Vitalitāte	Garīgā veselība
Visaugstākā, 1.pakāpe (76– 100)	20,6	35,2
Augsta, 2.pakāpe (51–75)	59,0	52,4
Zemāka, 3.pakāpe (26– 50)	18,7	11,1
Viszemākā, 4.pakāpe (0– 25)	1,7	1,3

Aplūkojot vitalitātes un garīgās veselības rādītāju saistībā ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, atklājās statistiski būtiskas atšķirības (3.32. tabula) visaugstākajā un viszemākajā vitalitātes līmenī, kā arī abos augstākajos garīgās veselības līmeņa rādītājos.

**Garīgās veselības un vitalitātes rādītāju saistība ar bezrecepšu līdzekļu
lietošanu, %, n=786, p < 0,05**

Vitalitāte			
Lietoja / nelietoja	Viszemākā (0–25 punkti)	Visaugstākā (76–100 punkti)	Visi respondenti
Lietoja	92,3	49,4	61,7
Nelietoja	7,1	50,6	38,3
Garīgā veselība			
Lietoja / nelietoja	Augsta (52–75 punkti)	Visaugstākā (76–100 punkti)	Visi respondenti
Lietoja	65,5	53,3	61,7
Nelietoja	34,5	46,7	38,3

* Tabulā atspoguļotas tikai tās mainīgo vērtības, kurām | korigētais standarta atlikums | > 1,96

Tabulā (3.32. tabula) redzams, ka bezrecepšu līdzekļu lietotāju īpatsvars ir augstāks to respondentu vidū, kuru vitalitātes līmenis ir viszemākais – 92,3%, savukārt nelietotāju īpatsvars ir augstāks to respondentu vidū, kuru vitalitātes līmenis ir visaugstākais (50,6%). Arī loģistiskās regresijas testa rezultāti (sk. 17. pielikumu) liecina, ka, pazeminoties vitalitātes līmenim par 30%, bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes pieaug vairāk nekā astoņas reizes (OR=8,54). Līdzīga tendence vērojama arī attiecībā uz garīgo veselību – bezrecepšu līdzekļu nelietotāju proporcija ir augstāka to respondentu vidū, kuru garīgās veselības rādītāji ir vislabākie – 46,7%, bet, pasliktinoties garīgās veselības rādītājiem, palielinās bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija.

Kopumā var secināt, ka augstāki vitalitātes un **garīgās veselības rādītāji ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu ir saistīti mazākā mērā**, salīdzinot ar indivīdiem, kuru vitalitātes un garīgās veselības rādītāji ir zemāki. Šādu saistību apliecina arī pētījumi ārvalstīs (*Johnson and Pope* 1983, 225). Vitalitāte ir faktors, kas tieši ietekmē, vai bezrecepšu līdzekļi tiek lietoti vai nē – vitalitātes līmeņa pazemināšanās paaugstina Latvijas iedzīvotāju bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes.

Apmierinātība ar dzīvi

Pētījumā iegūtie rezultāti liecina, ka 53,3% respondentu savu dzīves kvalitāti kopumā vērtē kā labu vai ļoti labu, 41,0% – kā vidēju, bet 5,7% – kā sliktu vai ļoti sliktu. Analizējot dzīves kvalitātes subjektīvā vērtējuma saistību ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu pēdējo triju mēnešu laikā (3.33. tabula), tika atklātas statistiski būtiskas atšķirības.

Dzīves kvalitātes subjektīvā vērtējuma saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, p < 0,05

Lietoja / nelietoja*	Labā / ļoti laba	Vidēja	Slikta / ļoti slikta	Visi respondenti
Lietoja	57,0*	66,6*	68,9	61,7
Nelietoja	43,0*	33,4*	31,1	38,3

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

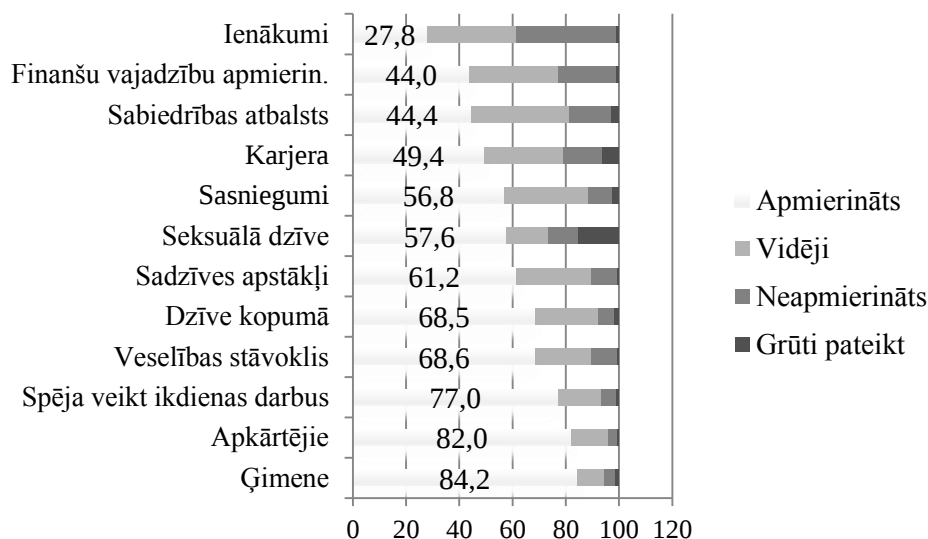
Tabulā (3.33. tabula) redzams, ka bezrecepšu līdzekļu nelietotāju īpatsvars ir augstāks to respondentu vidū, kas savu dzīves kvalitāti raksturo kā labu vai ļoti labu (57,0%). Pazeminoties dzīves kvalitātes vērtējumam līdz „vidēja dzīves kvalitāte”, pieaug bezrecepšu līdzekļu lietotāju īpatsvars – 66,6%. Arī ārvalstu pētījumi liecina par zemākas apmierinātības ar dzīvi saistību ar augstākām bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzēm (*Shafie, Hassali and Yahaya* 2013, 107, *Kovac, et al.* 2008, 227). Ir secināts, ka zemas pakāpes apmierinātība ar dažādiem sociālās dzīves aspektiem ir priekšnosacījums hipohondrijai, kam savukārt ir tendence veicināt dažādu ārstēšanas līdzekļu lietošanu (*Smith* 1996, 298).

Saistību starp apmierinātību ar dzīvi un ārstēšanas līdzekļu lietošanu mēdz analizēt arī polifarmācijas kontekstā. Ir secināts, ka polifarmācijas jeb pārāk liela medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu skaita vienlaicīgas lietošanas problēma vairāk raksturīga indivīdiem, kuru apmierinātību ar dzīvi var raksturot kā zemu (*Linjakumpu, et al.* 2002, 811–812). Ir arī secināts, ka negatīvs emocionālais stāvoklis ir saistīts ar lielāku ārstēšanas līdzekļu patēriņu (*Morales-Suárez-Varela, et al.* 2009, *Palinkas and Kabongo* 2000, 1121, *Conn* 1991, 1190).

Detalizētāk vērtējot apmierinātību ar dažādiem dzīves aspektiem, tika analizēti šādi rādītāji – attiecības ar ģimeni, apkārtējiem, sasniegumi, karjera, spēja tikt galā ar ikdienas darbiem, sabiedrības atbalsts, apmierinātība ar ienākumiem, sadzīves apstākļiem, seksuālo dzīvi, veselības stāvokli, spēju tikt galā ar finansiālām vajadzībām, kā arī apmierinātība ar dzīvi kopumā.

Kā redzams (3.5. att.), respondenti visvairāk ir apmierināti ar šādiem dzīves kvalitāti ietekmējošiem aspektiem – attiecības ar ģimeni (ļoti vai drīzāk apmierināts – 84,2%), attiecības ar apkārtējiem (kolēģi, kaimiņi u.c.) (ļoti vai drīzāk apmierināts – 82,0%), kā arī spēja tikt galā ar ikdienas darbiem (ļoti vai drīzāk apmierināts – 77,0%). Savukārt vismazākā apmierinātība parādās šādos aspektos – ienākumi (ļoti vai drīzāk

apmierināts – 27,8%), kā arī spēja tikt galā ar finansiālām vajadzībām (ļoti vai drīzāk apmierināts – 44,0%).



3.5. att. Dzīves kvalitātes aspektu novērtējums, %, n=786

Ar faktoranalīzes palīdzību tika izveidota kopīga skala, kas raksturo indivīdu apmierinātību ar visiem dzīves kvalitātes aspektiem (sk. 9. pielikumu). Vissmagākās faktora vērtības (līdz -1) tika piešķirtas negatīvam dzīves aspektu kvalitātes novērtējumam, vidējas faktora vērtības (-1 līdz 1) – vidējam visu dzīves kvalitātes aspektu novērtējumam, bet visaugstākās faktora vērtības (>1) – pozitīvam dzīves kvalitātes aspektu novērtējumam.

Apmierinātības ar dažādu dzīves aspektu kvalitātes saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu atspoguļota tabulā (3.34. tabula).

3.34. tabula

Kopējās apmierinātības ar dažādiem dzīves aspektiem saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, $p < 0,05$

Lietoja / nelietoja	Neapmierinātie	Vidēji apmierinātie	Apmierinātie	Visi respondenti
Lietoja	67,3	63,1	48,0*	61,7
Nelietoja	32,7	36,9	52,0*	38,3

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

Tabulā (3.34. tabula) redzams, ka to respondentu īpatsvars, kas bezrecepšu līdzekļus nebija lietojuši, ir augstāks to respondentu vidū, kam raksturīgāks visaugstākais dažādu dzīves aspektu kvalitātes novērtējums (52,0%). Tas dod iespēju secināt, ka **augstāks dzīves kvalitātes novērtējums ir saistīts ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu mazākā mērā.**

3.8. Veselības dzīvesveids

Liela daļa respondentu apgalvo, ka rūpējas par veselību „ļoti lielā” vai „diezgan lielā mērā” (40,1%). Nedaudz mazāk aptaujāto (38,4%) ir pārliecināti, ka rūpējas par veselību „vidēji lielā mērā”, un 21,5% uzskata, ka rūpējas par veselību „nedaudz” vai arī „nerūpējas nemaz”.

Vērtējot, kā rūpes par veselību ir saistītas ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, atklājās statistiski būtiskas sakarības, kas atspoguļotas 3.35. tabulā (3.35. tabula).

3.35. tabula

Rūpju par veselību subjektīvā vērtējuma saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, p < 0,05

Lietoja / nelietoja	Rūpējas lielā / diezgan lielā mērā	Rūpējas vidējā mērā	Rūpējas maz / nerūpējas	Visi respondenti
Lietoja	63,7	66,0	50,6*	61,7
Nelietoja	36,3	34,0	49,4*	38,3

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

Kā redzams (3.35. tabula), bezrecepšu līdzekļu nelietotāju visvairāk ir to respondentu vidū, kuri uzskata, ka par savu veselību „rūpējās maz / nerūpējas” – 50,6%. Iepriekš veiktajā pētījumā Latvijā, kurā tika analizēts indivīdu veselības dzīvesveids, atklājās šāda likumsakarība – medikamentu, vitamīnu un uztura bagātinātāju lietošana ir vairāk raksturīga veselīgāka dzīvesveida pārstāvjiem (Sīlis 2010, 167). Šī pētījuma dati nesniedz iespēju identificēt statistiski būtiskas atšķirības to indivīdu vidū, kas uzskata, ka par savu veselību rūpējās lielā / diezgan lielā vai vidējā mērā (3.35. tabula).

Vērtējot, kādas uz veselības saglabāšanu vērstas vai veselībai kaitējošas darbības respondenti veic (3.36. tabula), redzams, ka vairāk nekā puse respondentu vismaz divas reizes nedēļā veic sportiskas aktivitātes vismaz 30 minūšu garumā (pastaigas, vingrošana, sporta spēles, intensīvi āra darbi u.c.). Ja salīdzina šos rezultātus ar 2010. gada Veselības paradumu pētījuma rezultātiem, jāsecina, ka aina ir ievērojami uzlabojusies, jo 2010.gadā tikai 39,9% norādīja, ka nodarbojas ar sportu divas reizes nedēļā un biežāk (Pudule u.c. 2010, 24). Jāpiebilst gan, ka promocijas darba pētījumā sportisko aktivitāšu kategorijā ietilpst arī pastaigas svaigā gaisā. Vairāk nekā puse (51,3%) respondentu uzskata, ka dārzeni viņu uzturā iekļauti ne retāk kā reizi dienā. Riskanta alkohola lietošana (vairāk par piecām devām reizē) raksturīga 27,3% iedzīvotāju, bet 35,0% iedzīvotāju ikdienā vai dažkārt smēķē. Salīdzinot rezultātus ar iepriekš veiktā pētījuma datiem (Sīlis 2010, 165), vērojamas gan kopīgas, gan arī atšķirīgas iezīmes – zāļu tēju lietošana kā rūpju par

veselību sastāvdaļa bija viena no izplatītākajām arī 2008.gadā, toties 2008.gadā populārākas bija tādas darbības kā vakcinēšanās (35%), regulāras veselības pārbaudes un analīzes (40%) un norūdīšanās (16,0%). Jāpiebilst gan, ka iepriekšminētā, 2008.gada, pētījuma dati ir attiecināmi uz iedzīvotāju izlasi vecuma grupā 15–64 gadi – šādas izlases sastāva atšķirības var sniegt atšķirīgus rezultātus.

3.36. tabula

Uz veselību orientētas un veselībai kaitējošas darbības, n=786

Uz veselību orientētas darbības	%
Sportiskas aktivitātes vismaz 2x nedēļā	57,8
Dārzeņu lietošana uzturā (vismaz reizi dienā)	51,3
Regulāras pastaigas vai darbs svaigā gaisā	37,3
Tautas medicīnas līdzekļu lietošana (zāļu tējas, medus, ķiploki u.c.)	37,1
Augļu un sulu lietošana uzturā (vismaz reizi dienā)	37,0
Smēķēšana	35,0
Riskanta alkohola lietošana (piecas un vairāk devas vienā dienā)	27,3
Neko īpašu veselības labā nedara	25,9
Regulāras veselības pārbaudes un analīzes	22,9
Regulāra vingrošana vai sports svaigā gaisā	13,3
Regulāra vingrošana mājās	11,3
Norūdīšanās	8,0
Regulāra vingrošana sporta klubos	7,5
Vakcinēšanās	6,3
Diēta	6,2

Lai izmantotu respondentu rūpju izpausmju likumsakarības un pēc noteiktām pazīmēm izveidotu raksturīgās apakšgrupas, tika izmantota klasteranalīzes metode³³. Pirms aprēķinu veikšanas visu mainīgo vērtība tika dihotomizēta (sk. 10. pielikumu), tādēļ tabulā (3.37. tabula) redzamās vidējās aritmētiskās vērtības (klasteru centru koordinātes) ir iespējams interpretēt kā atbildes biežuma izteiksmi procentos. Ar klasteranalīzes metodes palīdzību tika noteikti divi atšķirīgi indivīdu tipi – tādi, kuru veselības dzīvesveids uzskatāms par veselīgāku, kā arī tādi, kuru ikdienas aktivitātes mazākā mērā vērstas uz veselības veicināšanu un saglabāšanu.

³³ *K-means cluster*

3.37. tabula

Veselības uzvedības darbību izplatības biežums atbilstoši raksturīgajam veselības dzīvesveidam (klasteru centru koordinātes), %, n=786

Veselības uzvedības veidi	Veselīgāks dzīvesveids	Neveselīgāks dzīvesveids
Regulāri veic veselības pārbaudes un analīzes	0,28	0,15
Vakcinējas	0,09	0,02
Lieto tautas medicīnas līdzekļus – ķiplokus, medu, zāļu tējas u.c.	0,54	0,10
Ievēro diētu	0,09	0,02
Regulāri vingro mājās	0,17	0,02
Regulāri vingro sporta klubos	0,12	0,00
Regulāri pastaigājas, veic intensīvu darbu, sporto svaigā gaisā	0,60	0,01
Veic sportiskas aktivitātes vismaz divas reizes nedēļā	0,82	0,21
Uzturā lieto dārzeņus vismaz reizi dienā	0,60	0,38
Uzturā lieto augļus un sulas vismaz reizi dienā	0,44	0,27
Lieto alkoholu riskantās devās – vairāk par piecām devām vienā reizē (dienā)	0,21	0,38
Smēķē	0,27	0,47
Neko īpašu veselības labā nedara	0,00	0,66

Kā redzams (3.37. tabula), indivīdi, kuru dzīvesveids ir **veselīgāks**, biežāk (28% respondentu) veic regulāras veselības pārbaudes un analīzes, ievērojami vairāk lieto tautas medicīnas līdzekļus, biežāk vakcinējas un arī ievēro diētu, nodarbojas ar sportiskām aktivitātēm – vairāk vingro mājās, sporta klubos, regulāri pastaigājas, veic darbu vai sporto svaigā gaisā. 82% veselīgākā dzīvesveida pārstāvju veic dažāda veida sportiskas aktivitātes vismaz divas reizes nedēļā. Veselīgākā dzīvesveida pārstāvji ievērojami vairāk uzturā lieto augļus un dārzeņus, un tiem ievērojami retāk raksturīgi veselībai izteikti kaitējoši paradumi – smēķēšana un alkohola lietošana riskantās devās. Indivīdi, kuru dzīvesveids ir salīdzinoši **neveselīgāks**, retāk veic veselības pārbaudes un analīzes, retāk ievēro diētu un vakcinējas. Šim tipam ir izteikti zems fizisko aktivitāšu līmenis – tikai 1–2% uzskata, ka regulāri veic vingrinājumus svaigā gaisā vai mājās, un tikai 21% šī tipa pārstāvju veic dažādas sportiskas aktivitātes vismaz divas reizes nedēļā. Šim veselības dzīvesveida tipam raksturīgāks arī ievērojami mazāks veselīgas pārtikas – dārzeņu, augļu un sulu – patēriņš. Šī tipa pārstāvji ievērojami biežāk lieto alkoholu riskantās devās (38%), kā arī smēķē (47%). Turklāt 66% šī tipa pārstāvju norāda, ka veselības labā praktiski neko nedara.

Iepriekš Latvijā veiktajā pētījumā (Sīlis 2010) ar klasteranalīzes palīdzību tika izveidoti pieci dzīvesveida tipi, un toreiz šī darba mērķis bija identificēt dažādām iedzīvotāju grupām raksturīgos dzīvesstilus³⁴, turpretim šī promocijas darba mērķis paredz noteikt bezrecepšu līdzekļu lietotāju uzvedību ietekmējošus faktorus, ietverot pārbaudāmo faktoru lokā arī indivīda veselības dzīvesveidu. Šajā promocijas darbā veiktās dzīvesveida tipu analīzes mērķis nav precīzu veselības dzīvesveida tipu identificēšana, bet gan salīdzināšana, kā atkarībā no veselīgāka vai neveselīgāka dzīvesveida mainās bezrecepšu līdzekļu lietošanas / nelietošanas attiecības.

3.38. tabula

Dzīvesveida saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %, n=786, p < 0,05

Lietoja / nelietoja	Veselīgs dzīvesveids	Neveselīgs dzīvesveids	Visi respondenti
Lietoja	66,9*	53,9*	61,7
Nelietoja	33,1*	46,1*	38,3

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

Veselības dzīvesveida saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu ir atspoguļota tabulā (3.38. tabula), kurā redzams, ka bezrecepšu līdzekļu lietotāju īpatsvars ir augstāks veselīga dzīvesveida pārstāvju vidū (66,9%), salīdzinot ar neveselīga dzīvesveida pārstāvjiem (53,9%), bet nelietotāju vairāk ir starp neveselīgākā dzīvesveida pārstāvjiem (46,1%). Iegūtie dati liecina, ka **bezrecepšu līdzekļus vairāk lieto tie indivīdi, kuru dzīvesveids ir veselīgāks (dzīvesveids veicina un uztur veselību).**

3.9. Indivīda kā patērētāja raksturojums

Literatūrā ir minēts, ka bezrecepšu līdzekļi patērētāja uztverē aizvien vairāk līdzinās patēriņa precēm (Whyte, Geest and Hardon 2002, 93), tādēļ pētījumā tika izmantota psihogrāfijas teorija, kas paredz patērētāju segmentēšanu psihogrāfiskajos tipos. Šī tipoloģija paredz, ka patērētāji, iegādājoties preces un pakalpojumus, tiecas gūt pieredzi, kas atbilst viņiem raksturīgajām vērtībām, psiholoģiskajām īpašībām un dzīvesveidam.

³⁴ Jēdziens „dzīvesstils” pēc būtības atbilst jēdzienam „dzīvesveids”, tādēļ šī darba kontekstā abi šie jēdzieni ir uzskatāmi par sinonīmiem

Lai pēc noteiktām patērētāju raksturojošām pazīmēm izveidotu atšķirīgas grupas, izmantota faktoranalīzes metode³⁵, ar kuras palīdzību izveidoti astoņi raksturīgākie patērētāju uzskatu tipi (sk. 11. pielikumu). Ar Hī kvadrāta testa palīdzību noteiktas šo uzskatu tipu demogrāfiskās pazīmes (sk. 12. – 15. pielikumus). Raksturojumā iekļautas tikai tās tipus raksturojošās demogrāfiskās pazīmes, kurām statistiskā būtiskuma līmenis $p < 0,5$.

1.tips. „Modernie” (19,1%). Šī uzskatu tipa cilvēkiem patīk izrādīties, tie tiecas pēc pārmaiņām, sensācijas un jauniem iesaistījumiem. Šiem ļaudīm ir ļoti svarīgi būt moderniem, mūsdienīgiem, un viņi paši sevi par tādiem arī uzskata. Šiem indivīdiem svarīga ir apziņa un pārliecība, ka tie seko līdz modes jaunumiem, kā arī tas, ka citi tos uzskata par stilīgiem. „Moderno” īpatsvars ir augstāks sieviešu vidū, jaunākajā vecuma grupā – 18–34 gadi, latviešu tautības pārstāvju un Pierīgā dzīvojošo vidū, kā arī to respondentu vidū, kuru ienākumi uz vienu mājsaimniecības locekli ir visaugstākie. Šī tipa pārstāvji vairāk sastopami starp tiem respondentiem, kam pieder savs uzņēmums vai kuri ir individuālie darba ņēmēji, ierēdņi, speciālisti vai studenti.

2.tips. „Jaunatklājēji” (10,8%). Šo tipu raksturo kāre pēc jauniem izaicinājumiem, tie pastāvīgi vēlas uzzināt un arī nodarboties ar ko jaunu. Cilvēki, kas pieder pie šī uzskatu tipa, vēlas satraucošas izjūtas, alkst pēc daudzveidības un neordinārā. Tie ir zinātkāri, vēlas saprast un izziņāt problēmas, jaunumus un dažādas teorijas pat tad, ja šīm zināšanām trūkst praktiska lietojuma. Šī uzskatu tipa pārstāvju visvairāk ir sieviešu vidū, visjaunākās vecuma grupas (18–24 gadi) pārstāvju vidū, studentu, kā arī starp Vidzemes reģionā dzīvojošajiem.

3.tips. „Praktiskie” (5,1%). Indivīdiem, kam raksturīgi šī tipa uzskati, piemīt vēlme visu paveikt pašu rokām. Viņi gatavi drīzāk paši izgatavot ikdienā nepieciešamos un izmantojamos priekšmetus no dažādiem materiāliem nekā nopirkt tos gatavus. Šādi uzskati visvairāk raksturo vecāko vecuma grupu (65–74 gadi), t. sk. pensionārus, kā arī iedzīvotājus ar viszemāko ienākumu līmeni.

4.tips. „Vadītāji” (12,8%). Cilvēki, kas pieder šim uzskatu tipam, uzskata, ka viņiem kopumā piemīt vairāk prasmju, tai skaitā intelekta, nekā citiem. Šiem cilvēkiem patīk uzņemties atbildību un vadīt citus. Šī tipa pārstāvju proporcija arī ir augstāka tieši vadītāju un rīdzinieku vidū.

³⁵ Faktoranalīzes izmantošanas piemērotību patērētāju segmentēšanā piemin arī psihogrāfijas pamatlicējs E. Dembijs (*Demby* 1974, 15).

5.tips. „Tehniskie” (16,0%). Šī tipa cilvēkus interesē mehāniskas ierīces, to darbība, datoru un autopiederumu veikali. Šī uzskatu tipa pārstāvju īpatsvars ir ievērojami augstāks vīriešu vidū, vidējās vecuma kategorijas pārstāvju vidū (35–54 gadi), starp fizisku darbu strādājošiem, kā arī uzņēmējiem. Visvairāk šī tipa pārstāvju ir starp iedzīvotājiem, kuriem ir vidēja līmeņa ienākumi, kā arī starp Latgalē dzīvojošajiem.

6.tips. „Reliģiozie” (14,0%). Šo uzskatu tipa cilvēkus vieno pastiprināta interese par Visumu, Dievu un reliģiju. Šī tipa īpatsvars ir izteikti augstāks sieviešu vidū. Vairāk šī uzskatu tipa pārstāvji ir sastopami gados vecākajā grupā (55–74 gadi), pensionāru, cittautiešu un rīdzinieku vidū.

7.tips. „Intelektuāļi” (10,7%). Šī tipa cilvēki interesējas par jaunumiem mākslas, vēstures un kultūras jomā, kā arī par dažādām teorijām. Šāda tipa uzskati raksturīgāki sievietēm. Visvairāk šī uzskatu tipa pārstāvju ir vecākajā vecuma kategorijā (55–74 gadi), kā arī Kurzemē.

8.tips. „Izdzīvotāji” (11,6%). Šī uzskatu tipa interešu loks ir diezgan šaurs – tos pilnībā interesē tikai dažas prioritātes. Šie uzskati ir raksturīgāki pensionāriem un Vidzemes reģionā dzīvojošiem ļaudīm.

Jāatzīmē, ka patērētāju segmentācijas rezultāti dažādās kultūrās atšķiras. Piemēram, ASV saskaņā ar VALSTM metodi ir identificēti astoņi patērētāju tipi – „Aktualizētāji”, „Piepildītie”, „Sasniedzēji”, „Izmēģinātāji”, „Atbalstītāji”, „Censoņi”, „Veidotāji” un „Cīnītāji”. Londonā dzīvesveidu segmentācija ir atšķirīga un iekļauj četrus patērētāju tipus – „Avangardisti”, „Dogmatiķi”, „Hameleoni”, „Mēnessērdzīgie”. Savukārt Krievijas patērētāju segmentācija ir devusi iespēju identificēt piecus tipus – „Tirgotāji”, „Kazaki”, „Studenti”, „Biznesa vadītāji” un „Krievu dvēseles” (Kotlers 2006, 222–223).

Pētījumā, kas Rīgā tika veikts 2007.gadā, faktoranalīzes rezultātā tika iegūti astoņi patērētāju tipi (Lavrenko 2008, 51) – „Novatori” – 12%; „Domātāji” – 13%; „Sasniedzēji” – 10%; „Eksperimentētāji” – 15%; „Pārliecinātie” – 15%; „Censoņi” – 16%; „Darītāji” – 13% un „Izdzīvojošie” – 6%. Rezultātu atšķirībām ir vismaz divi iemesli. Pirmkārt, jāņem vērā, ka abos pētījumos nav izmantots gatavs algoritms, bet tikai vieni un tie paši jautājumi, ko piedāvā VALSTM anketa, kura brīvi pieejama tiešsaistē. Tādēļ iegūtie rezultāti ir atkarīgi gan no izvēlētās datu apstrādes metodes, gan arī no analīzes autoru interpretācijas. Otrkārt, promocijas darba pētījums tika veikts, aptaujājot iedzīvotājus visā Latvijā, bet 2007.gada pētījuma izlasi veidoja Rīgā dzīvojošie iedzīvotāji.

Pētījuma gaitā statistiski būtisku atšķirību noteikšanai tika izveidots atsevišķs mainīgais, kas atspoguļo katra respondenta raksturīgākos uzskatus, vērtības un pārliecību. Tika veikta analīze, lai noteiktu, kuram uzskatu tipam raksturīgs lielāks bezrecepšu līdzekļu patēriņš (3.39. tabula).

3.39. tabula

Psihogrāfiskā raksturojuma saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, n=785, p < 0,05

Lietoja/ nelietoja*	„Modernie”	„Tehniskie”	„Reliģiozie”	„Intelektuāļi”	Visi respondenti
Lietoja	52,8	51,3	72,1	72,1	61,7
Nelietoja	47,2	48,7	27,9	27,9	38,3

*Tabulā iekļautas tikai to mainīgo vērtības, kur koriģētā standarta atlikuma absolūtā vērtība > 1,96.

Datu analīzes rezultātā tika atklāts, ka statistiski būtiskas atšķirības raksturīgas četriem uzskatu tiem. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija ir augstāka „Reliģiozo” (72,1%) un „Intelektuāļu” vidū (72,1%), bet zemāka – „Moderno” (52,8%) un „Tehnisko” (51,3%) tipu pārstāvju vidū. Loģistiskās regresijas testa rezultāti (sk. 17. pielikumu) liecināja, ka „Moderno” tipam raksturīgie uzskati samazina bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes.

To, ka „Intelektuāļi” samērā vairāk lieto bezrecepšu līdzekļus, var skaidrot ar šīs uzskatu grupas interesi par dažādām teorijām, un, iespējams, interešu lokā ir arī dažādas teorijas un informācijas avoti par veselību, slimībām un zālēm – to apstiprina arī VALSTM tipoloģijas aptuveni atbilstošā tipa „Domātāji” (*Thinkers*) raksturojums (pastiprināta interese par veselību, veselības uzturēšanu un veselīgu uzturu, kā arī samērā augstais informētības līmenis) (VALS, TM 2006, 11;13). Šādu tendenci var skaidrot arī ar to, ka „Intelektuāļiem” raksturīgās vērtības un pārliecība visvairāk izpaužas tieši vecākajā vecuma kategorijā (55–74 gadi), kā arī sieviešu vidū, kam raksturīgs lielāks bezrecepšu līdzekļu patēriņš. Vienlaikus jāatzīst, ka skaidrot bezrecepšu līdzekļu lietošanu tikai ar demogrāfisko pazīmju palīdzību nebūtu precīzi, jo intelektuāļu tipam raksturīgās vērtības un pārliecība sastopamas arī kurzemniekiem, par ko liecina samērā nelielais bezrecepšu līdzekļu patēriņš.

Tipa „Reliģiozie” raksturojums aptuveni atbilst VALSTM tipam „Ticošie” (*Believers*), un šī tipa apraksts liecina, ka indivīdi ar šādām vērtībām un pārliecību ir ļoti konservatīvi patērētāji, kas uzticas noteiktiem praksē pārbaudītiem zīmoliem. Šo cilvēku patēriņa paradumus iespējams mainīt tikai ar labi pārdomātu reklāmas stratēģiju.

Vienlaikus tipa raksturojums liecina, ka šie ļaudis ir ļoti intensīvi nomierinošo un pretsāpju medikamentu, kā arī vitamīnu un uztura bagātinātāju lietotāji (VALS, TM 2006, 14; 16). Šī tipa uzskati un pārliecība visvairāk raksturīgi sievietēm, vecāka gadagājuma ļaudīm un pensionāriem, kuriem raksturīga bezrecepšu līdzekļu lietošana lielākā mērā.

To, ka bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija ir samērā zemāka „Moderno” vidū, ir iespējams daļēji izskaidrot ar VALS TM terminoloģijas saturiski līdzīgā tipa „Novatori” (*Innovators*) aprakstu – ļaudis, kam raksturīgi šādi uzskati, mazāk uzticas reklāmai, pastiprināti interesējas par veselību un pareizu uzturu, kā arī pievērš uzmanību produkta kvalitātei un rūpīgi izvērtē no šī produkta lietošanas sagaidāmo labumu (VALS, TM 2006, 31). Turklāt šī tipa uzskati visvairāk raksturīgi jauniem cilvēkiem (18–34 gadi), uzņēmumu vadītājiem un studējošiem. Tomēr tikai ar demogrāfisko pazīmju palīdzību šīs atšķirības skaidrot nebūtu pamatoti, jo „Moderno” tipam raksturīgās vērtības un pārliecība visvairāk piemīt sievietēm un iedzīvotājiem Pierīgā, bet šajās demogrāfiskajās kategorijās bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija bija samērā augstāka.

To, ka bezrecepšu līdzekļu lietotāju proporcija ir samērā mazāka starp „Tehniskajiem”, daļēji var skaidrot ar to, ka šī tipa uzskati vairāk izpaužas vīriešu un arī uzņēmēju vidū, kur bezrecepšu līdzekļu lietotāju ir mazāk. VALSTM klasifikatorā tipam „Tehniskie” aptuveni atbilst „Darītāju” tips (*Makers*) – secināts, ka indivīdi ar tam raksturīgajiem uzskatiem ir ļoti skeptiski pret plašsaziņas līdzekļos pausto informāciju (VALS, TM 2006, 28). Iespējams, šāda pārliecība veicina arī šo indivīdu spēju kritiski izvērtēt plašsaziņas līdzekļos bieži sastopamās bezrecepšu līdzekļu reklāmas.

Jāsecina, ka indivīda psihogrāfiskajam raksturojumam ir pietiekami nozīmīga loma bezrecepšu līdzekļu lietošanas skaidrošanā – **pastāv noteiktas atšķirības bezrecepšu līdzekļu lietošanā atkarībā no patērētāja psihogrāfiskā raksturojuma.**

3.10. Informācijas avotu izvērtējums

Lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, konsultējoties tikai ar mediķi (ģimenes ārstu, speciālistu, medicīnas māsu vai ārsta palīgu), pieņem mazliet vairāk nekā piektā daļa (21,7%) iedzīvotāju. Šī proporcija ir līdzīga arī citās valstīs – ir secināts, ka, lietojot bezrecepšu līdzekļus, tikai aptuveni piektā daļa indivīdu konsultējas ar ārstu vai citu medicīnas jomas ekspertu (*Baran, Teul and Ignys-O' Byrne* 2008, 137). Mazliet vairāk nekā desmitā daļa – 11,1% iedzīvotāju pieņem lēmumu, konsultējoties gan ar mediķi, gan ar citiem informācijas avotiem. Lielākā daļa iedzīvotāju (67,2%) lēmumu

pieņem, nekonsultējoties ar mediķi, bet ar citiem informācijas avotiem. Tas liecina, ka, salīdzinot ar situāciju pirms aptuveni desmit gadiem (Ozoliņa 2006), pašārstēšanās tendence ir pieaugusi.

Rezultāti, kas atspoguļo atsevišķu informācijas avotu izmantošanas tendences (3.40. tabula), liecina, ka vislielākā ietekme kā konsultāciju avotam ir aptiekāram (farmaceitam vai farmaceita asistentam) – 32,5% atzīmēja šo informācijas avotu. Liela nozīme ir indivīda pagātnes pieredzei (31,8%). Ģimenes ārsta loma lēmuma pieņemšanā par bezrecepšu līdzekļu lietošanu ir nedaudz mazāka – 26,9% respondentu atzīmēja šo informācijas avotu.

3.40. tabula

Bezrecepšu līdzekļu lietotāju sadalījums atkarībā no lietošanu ietekmējošiem informācijas avotiem, n=485

Informācijas avoti	Skaitis	% no n*
Aptiekāra ieteikums	157	32,5
Iepriekšējā lietošanas pieredze	153	31,8
Ģimenes ārsta ieteikums	130	26,9
Ģimenes locekļi	62	12,9
Radi, draugi, paziņas	58	12,1
Speciālista ieteikums	35	7,3
Informācija TV	28	5,7
Informācija internetā	14	3,0
Medicīnas māšas vai ārsta palīga ieteikums	14	2,8
Raksti un informācija presē	12	2,5
Ārstēšanas līdzekļa lietošanas instrukcija	6	1,3
Reklāma	6	1,2
Bukleti un / vai brošūras	5	1,0
Netradicionālās medicīnas speciālista ieteikums	2	0,5
Informācija radio	2	0,5
Neviens neietekmēja	27	5,6

*Katrs respondents varēja izvēlēties vairākus atbilstošu variantus

Mazliet vairāk nekā desmitā daļa – 11,1% iedzīvotāju pieņem lēmumu, konsultējoties gan ar mediķi, gan ar citiem informācijas avotiem. Lielākā daļa iedzīvotāju (67,2%) lēmumu pieņem, nekonsultējoties ar mediķi, bet ar citiem informācijas avotiem. Tas liecina, ka, salīdzinot ar situāciju pirms aptuveni desmit gadiem (Vaknin, et al. 2011). Latvijā ir veikti pētījumi, ar kādiem informācijas avotiem iedzīvotāji konsultējas, pieņemot lēmumu vai gūstot informāciju par medikamentiem un citiem ārstēšanas līdzekļiem. Pētījums 2012. gadā (n=2326) tika veikts, lai noskaidrotu, cik lielā mērā

Latvijas iedzīvotāji informācijas iegūšanai par veselības aprūpes jautājumiem (ieskaitot medikamentus) izmanto internetu. Pētījumu rezultāti liecināja, ka internets ir diezgan izplatīts informācijas avots par medikamentiem – šādu informāciju internetā bija meklējuši 43,3% respondentu (Salmane-Kuļikovska un Ivanovs 2012, 395). Saaukstēšanās saslimšanu gadījumos internets ir piektais visvairāk izplatītais avots, kur iedzīvotāji gūst informāciju par medikamentiem un citiem ārstēšanas līdzekļiem (17,5% gadījumos) (n=1700) (Salmane-Kuļikovska, Mežinska un Rungule 2010, 35). Šajā promocijas darba pētījumā iedzīvotājiem tika uzdoti jautājumi, lai noskaidrotu, cik lielā mērā tos ietekmē informācijas avots, un tikai neliela daļa respondentu (3,0%) atzina, ka interneta informācija ietekmē viņu lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu.

Lai gan ievērojama daļa respondentu pēdējo triju mēnešu laikā, pieņemot lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, ar mediķi nekonsultējās, bet izmantoja citu avotu sniegto informāciju, joprojām pietiekami nozīmīga bezrecepšu līdzekļu izvēlē ir arī ārsta loma – šajos jautājumos ģimenes ārsts ir trešais visvairāk izplatītais informācijas avots.

Teorētiskajā literatūrā viedoklis par mediķa lomu bezrecepšu līdzekļu jomā nav tiešs un nepārprotams. Tiek uzsvērts, ka mediķa loma pakāpeniski samazinās, pateicoties plašai citu informācijas avotu pieejamībai (*Montagne and Basara* 1996, 262). Tāpat tiek norādīts, ka, palielinoties patēriņa sabiedrības ietekmei, pacientu un ārstu sadarbība vājinās, proti, patērētāju kultūras attīstība samazina uzticēšanos mediķa padomam (*Scambler and Britten* 2001). Turpretim citi avoti norāda, ka, par spīti plašai informācijas avotu pieejamībai, mediķis joprojām tiek uztverts kā primārais un svarīgākais informācijas avots (*Sillence, et al.* 2007, 1861). Uzskatu atšķirības, iespējams, ilustrē dažādu valstu veselības aprūpes sistēmas attīstības līmeni un raksturīgās iezīmes.

Raksturojot iemeslus, kādēļ konsultācija ar mediķi (ģimenes ārstu, speciālistu, medicīnas māsu vai ārsta palīgu) nav notikusi (3.41. tabula), visizplatītākais iemesls ir pārliecība, ka simptomi nebija tik smagi, lai meklētu mediķa palīdzību (39,3%). Vairāk nekā ceturtdaļa no tiem, kas ar mediķi nekonsultējās, uzskata, ka citos avotos gūtā informācija ir pietiekama (26,0%), savukārt vairāk nekā piektā daļa (22,3%) ir pārliecināti, ka paša zināšanas ir pietiekamas, lai izvēlētos ārstēšanas līdzekļus attiecīgajos veselības traucējumu gadījumos.

3.41. tabula

Respondentu, kuri nevaicāja padomu mediķim, sadalījums pēc iemesla, n=307

Iemesls, kādēļ nevaicāja padomu mediķim	% no n*
Simptomi nebija tik smagi, lai meklētu mediķa palīdzību	39,3
Uzskata, ka informācija no citiem avotiem ir pietiekama	26,0
Uzskata, ka paša zināšanas ir pietiekamas	22,3
Nebija laika iet apmeklēt mediķi	14,7
Uzskata, ka grūti sarunāt vizīti pie mediķa	4,8
Negribēja traucēt mediķi	8,7
Uzskata, ka vizīte ir pārāk dārga	6,6
Cits variants	9,1

*Katrs respondents varēja izvēlēties vairākus atbilstošus variantus

Visvairāk respondentu (26,2%), sajūtot veselības traucējumu simptomus, nogaidīja dažas dienas, tad vērsās pie ārsta un sekoja tā norādījumiem (3.42. tabula). Teorētiskās literatūras dati vēsta, ka veselības traucējumu gadījumos vidēji trešdaļā gadījumu simptomi tiek atstāti bez ievēribas, aptuveni attiecībā uz trešdaļu simptomu tiek lūgts ārsta padoms, bet trešdaļā gadījumu notiek pašārstēšanās (*Gabe, Bury and Elston* 2004, 64). Kopumā redzams, ka 48,3% vai nu nekavējoties vērsās pie ārsta, vai nu nogaidīja un tad vērsās pie ārsta, un sekoja ārsta norādījumiem, tomēr nedaudz lielāka daļa (kopā 51,7%) tika galā pašu spēkiem. Arī šādi rezultāti ir pierādījums iepriekš paustajai atziņai – Latvijā pieaug pašārstēšanās tendence.

3.42. tabula

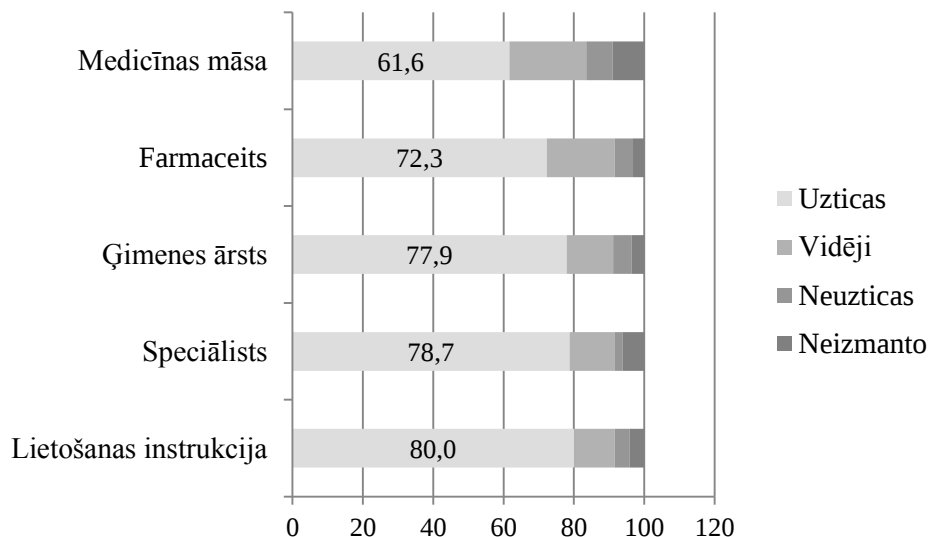
Respondentu sadalījums pēc rīcības pēdējā reizē, kad izjuta veselības traucējumu simptomus, n=786

Rīcība pēdējā saslimšanas reizē	% no n
Nogaidīja dažas dienas, pēc tam vērsās pie ārsta un sekoja ārsta norādījumiem	26,2
Nekavējoties vērsās pie ārsta un sekoja ārsta norādījumiem	22,1
Nekavējoties sāka lietot medikamentus, nekonsultējoties ar ārstu	20,9
Lietoja tikai tautas medicīnas līdzekļus	10,7
Nogaidīja, līdz simptomi beidzās bez jebkādas iejaukšanās	9,6
Nogaidīja un tad sāka lietot zāles, nekonsultējoties ar ārstu	6,6
Vērsās pie ārsta, bet nerīkojās saskaņā ar ārsta norādījumiem	1,2
Cits variants	2,6

Saskaņā ar teorētisko literatūru indivīda lēmumu konsultēties ar mediķi veicina vairāki apstākļi – personiskā krīze (piemēram, radnieka nāve); brīdis, kad slimības simptomi izpaužas kā sociālo attiecību traucēklis; ģimenes locekļu kopīgi pieņemts

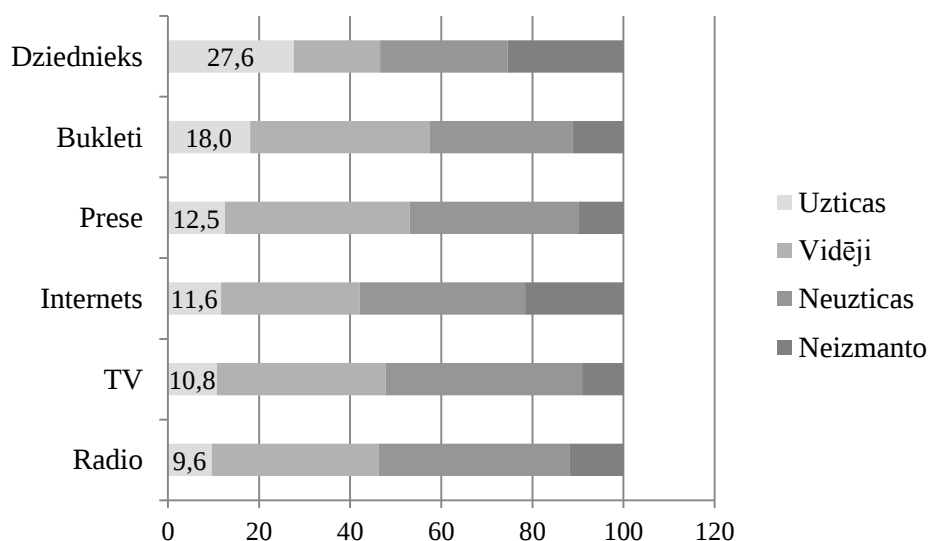
lēmums; brīdis, kad slimības simptomi traucē ikdienas aktivitāšu veikšanai, kā arī situācija, kad veselības traucējumu simptomi pēc noteikta laika neizzūd (*Gabe, Bury and Elston* 2004, 66). Kā redzams pētījuma rezultātos (3.42. tabula), nogaidoša rīcība, parādoties slimības simptomiem, bija raksturīga kopumā 42,4% respondentu. PVO eksperti, pētot pašārstēšanos ietekmējošus faktorus, ir secinājuši, ka indivīda vēlmi iesaistīties uz veselības traucējumu simptomiem bez ārsta palīdzības veicina vēlme nomākt simptomus, kas netiek uzskatīti par ļoti nopietniem. Visvairāk to attiecina uz saaukstēšanās saslimšanu simptomiem (*Haaijer-Ruskamp and Hemminki* 1993, 99). Pētījuma rezultāti (3.42. tabula) liecina, ka 47,8% respondentu nekonsultējas ar ārstu. Konsultēšanās ar ārstu nenotiek arī gadījumos, kad ārsta pieejamība tiek raksturota kā zema, kā arī ārsta pakalpojumi – pārāk dārgi (*Haaijer-Ruskamp and Hemminki* 1993, 99). Pētījuma dati atklāja, ka zema pieejamība (grūti sarunāt vizīti, negribēju traucēt) kā iemesls ārsta neapmeklēšanai bija raksturīga 13,5% gadījumos, bet vizīti kā pārāk dārgu novērtēja 6,6% respondentu (3.41. tabula).

Analizējot to, vai iedzīvotāji uzticas dažādiem informācijas avotiem par bezrecepšu līdzekļiem, tika nošķirtas divas informācijas avotu grupas – informācijas avoti, kuriem respondenti uzticas vairāk (3.6. att.), – ārsts (ģimenes ārsts, speciālists un medicīnas māsa), aptiekārs un medikamentu lietošanas instrukcija, kā arī avoti, kuriem respondenti kopumā uzticas mazāk – netradicionālās medicīnas speciālists (dziednieks), bukleti un brošūras par medikamentiem, raksti un informācija žurnālos un avīzēs (presē), informācija internetā, informācija TV un informācija radio (3.7. att.).



3.6. att. Kopējais respondentu skaita sadalījums pēc uzticēšanās informācijas avotiem (1), n=786

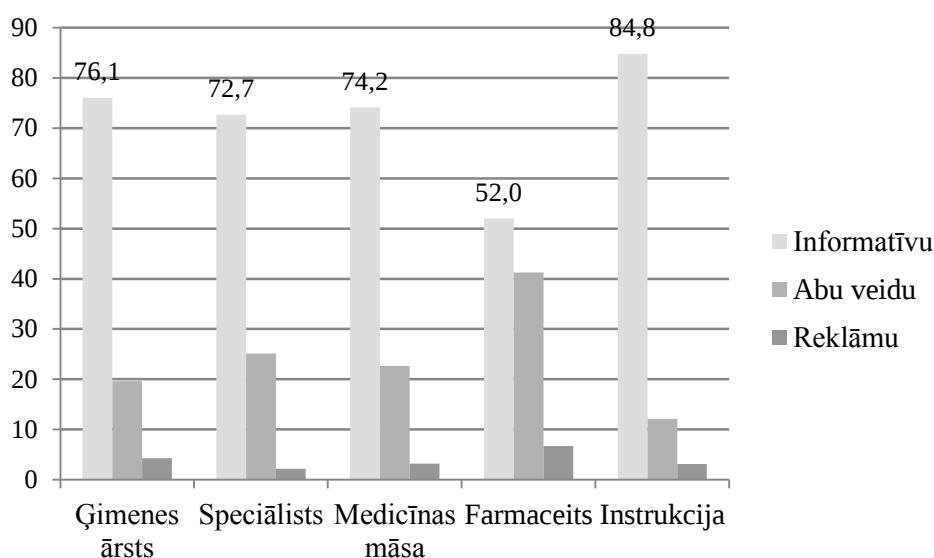
Visvairāk iedzīvotāju uzticas medikamentu lietošanas instrukcijai (80,0%), speciālistam (78,7%) un ģimenes ārstam (77,9%). Arī farmaceits ir informācijas avots, kas bauda uzticēšanos ne tikai Latvijā (72,3%), bet arī, piemēram, Igaunijā (*Villako, Volmer and Raal* 2012, 338) un citās valstīs (*Simoens, Lobeau and Aerschot* 2009, 450).



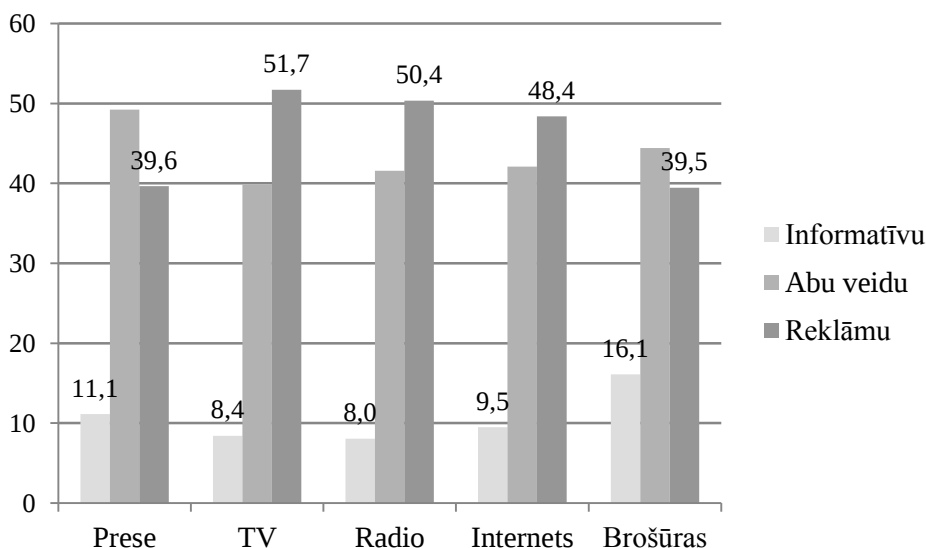
3.7. att. Kopējais respondentu skaita sadalījums pēc uzticēšanās informācijas avotiem (2), n=786

Viszemākās pakāpes uzticēšanos bauda plašsaziņas līdzekļos atspoguļotā informācija par bezrecepšu līdzekļiem – radio (9,6%), TV (10,8%) un internets (11,6%). Līdzīgu tendenci apstiprina arī pētījumi ārvalstīs – pētījums Jaunzēlandē atklāj, ka vismazāk medikamentu lietotāji uzticas tieši TV sniegtajai informācijai (*Hodgetts, Hayward and Stolte* 2013, 8).

Patērētāju izpratnē tādi informācijas avoti kā ģimenes ārsts, speciālists, medicīnas māsa, farmaceits un medikamentu lietošanas instrukcija sniedz vairāk informatīvu nekā komerciālu informāciju (3.8. att.). Turpretim tādi informācijas avoti kā prese, netradicionālās medicīnas speciālists, TV, radio, internets un bukleti un brošūras par medikamentiem vairāk piedāvā komerciālu informāciju – tādu, kuras primārais mērķis ir produktu vai pakalpojumu pārdot (3.9. att.).



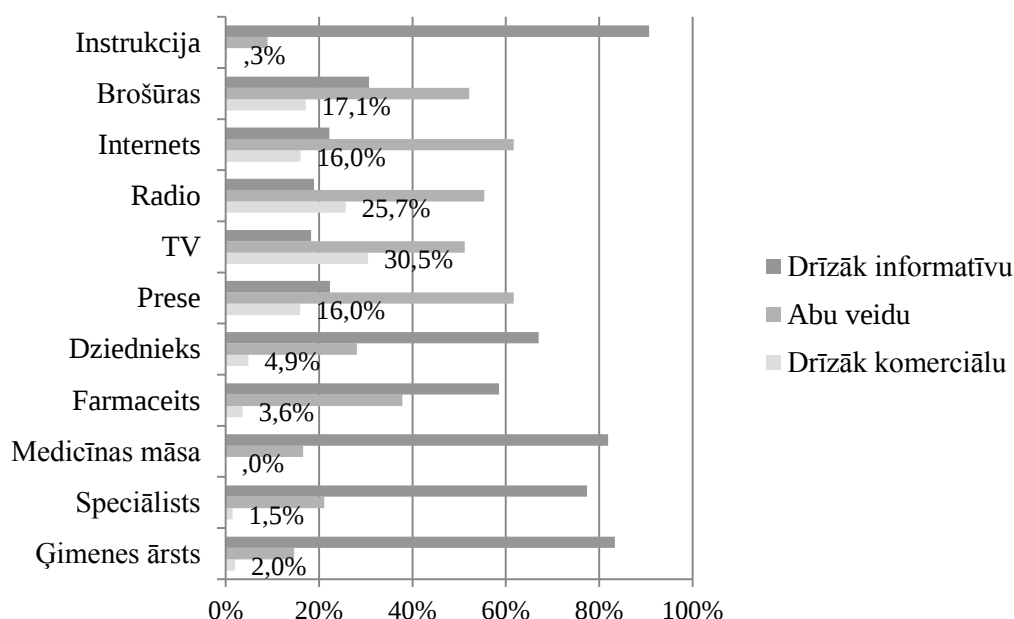
3.8. att. Respondentu sadalījums pēc informācijas avotu sniegtās informācijas novērtējuma % (1), n=786, p < 0,05



3.9. att. Respondentu sadalījums pēc informācijas avotu sniegtās informācijas novērtējuma % (2), n=786, p<0,05

Lai pārbaudītu, kāda rakstura informācijai iedzīvotāji uzticas, tika analizēta saistība starp to respondentu daļu, kas informācijas avotu sniegtās informācijas saturam

uzticas vai drīzāk uzticas, kā arī šo informācijas avotu novērtējumu kategorijās „informatīva, objektīva informācija” vai „komerciāla informācija, reklāma” (3.10. att.).



3.10. att. Uzticēšanās sniegtās informācijas avotu sniegtajai informācijai saistība ar šīs informācijas novērtējumu, % $p < 0,05$

Liela daļa respondentu, kas pilnībā vai drīzāk uzticas tādiem informācijas avotiem kā TV, radio, internetam, kā arī bukletiem un brošūrām, šo informāciju vērtēja kā *tikai* vai *pārsvarā reklāmu* (TV gadījumā – 30,5%, radio – 25,7%).

Lai izvērtētu uzticēšanās informācijas avotiem saistību ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, ar faktoranalīzes palīdzību tika noteikti divi respondentu uzticēšanos raksturojoši tipi (sk. 16. pielikumu). Pirmo tipu raksturo uzticēšanās tādiem informācijas avotiem, kuros bieži sastopama bezrecepšu līdzekļu reklāma, – presei, TV, radio, internetam, kā arī bukletiem un brošūrām par medikamentiem. Šo tipu var raksturot apzīmējums „**Uzticēšanās reklāmai**”, un tā īpatsvars respondentu vidū ir 51,0%. Otro tipu raksturo uzticēšanās tādiem informācijas avotiem kā ģimenes ārsts, speciālists, farmaceits, medicīnas māsa, medikamentu lietošanas informācija. Šim uzticēšanos raksturojošajam uzskatu tipam var piešķirt apzīmējumu „**Uzticēšanās ekspertiem**”, un tā īpatsvars respondentu vidū ir 49,0%. Nākamajā analīzes etapā tika noskaidrota uzticēšanās pakāpes saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu (3.43. tabula).

**Uzticēšanās informācijas avotiem saistība ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, %,
n=786, p < 0,05**

Uzticēšanās reklāmai				
Lietoja / nelietoja	Neuzticas / drīzāk neuzticas	Vidējā mērā uzticas	Uzticas / drīzāk uzticas	Visi respondenti
Lietoja	51,0*	63,1	71,0	61,7
Nelietoja	49,0*	36,9	29,0	38,3
Uzticēšanās ekspertiem				
Lietoja / nelietoja	Neuzticas / drīzāk neuzticas	Vidējā mērā uzticas	Uzticas / drīzāk uzticas	Visi respondenti
Lietoja	49,5*	64,0*	61,5	61,7
Nelietoja	50,5*	36,0*	38,5	38,3

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

Tabulā (3.43. tabula) redzams, ka gadījumos, kad respondenti „neuzticas” vai „drīzāk neuzticas” informācijas avotiem, kuros sastopama bezrecepšu līdzekļu reklāma, šo līdzekļu lietotāju proporcija ir zemāka (51,0%). Vērtējot dažādu faktoru kopuma ietekmi uz bezrecepšu līdzekļu lietošanu, loģistiskās regresijas testa rezultāti (sk. 17. pielikumu) atklāja, ka to respondentu, kuri lielā vai ļoti lielā mērā uzticas tiem informācijas avotiem, kuros bieži sastopama bezrecepšu līdzekļu reklāma, izredzes lietot šos līdzekļus pieaug vairāk nekā divas reizes (OR=2,15).

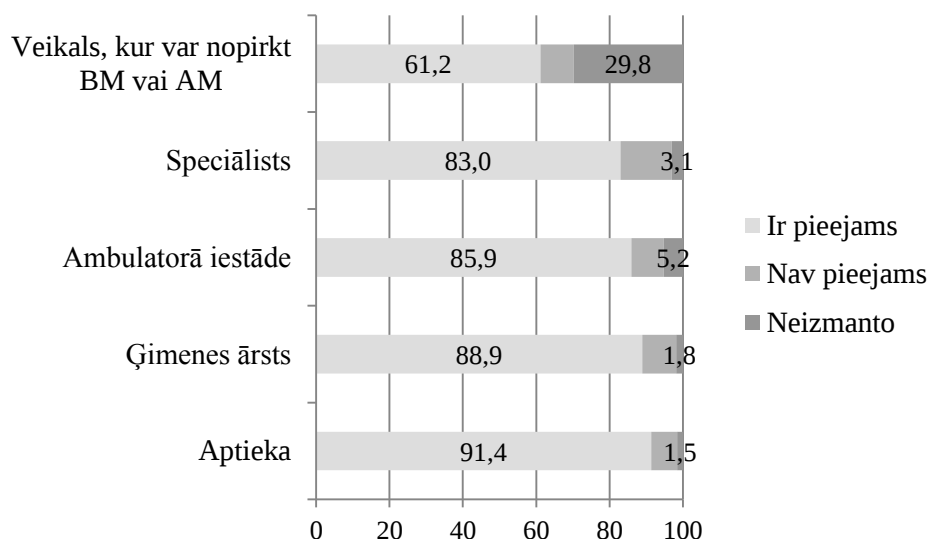
Latvijā ir atļauts reklamēt bezrecepšu medikamentus un uztura bagātinātājus, un reklāmu regulē daudzi normatīvie akti – MK noteikumi Nr.378, Reklāmas likums, Patērētāju tiesību aizsardzības likums, kā arī Negodīgas komercprakses aizlieguma likums (MK 2011, LR Saeima 2012, LR Saeima 2011, LR Saeima 2012). Saskaņā ar MK Noteikumu Nr.378 „Zāļu reklamēšanas kārtība un kārtība, kādā ražotājs ir tiesīgs nodot ārstiem bezmaksas zāļu paraugus” 37.pantu, zāļu reklāmas uzraudzību veic Veselības inspekcija. Kā atzīst arī VM, likumos noteiktās prasības zāļu reklāmai nereti tiek neievērotas vai pārkāptas (VM 2011). Ir arī gadījumi, kad bezrecepšu līdzekļi tiek reģistrēti kā, piemēram, medicīnas ierīces – šāds paņēmieni dod iespēju izvairīties no MK noteikumos saistošajām prasībām bezrecepšu medikamentu reklāmai. Agresīva medikamentu un citu līdzekļu reklāma un nepietiekošas sabiedrības locekļu kritiskās domāšanas prasmes veicina dažādu līdzekļu patēriņa pieaugumu. Arī pacientu tiesību pārstāvji atzīst, ka bezrecepšu līdzekļu lietošana bieži notiek reklāmas iespaidā (Pacientu Ombuds 2013). Reklāmas ietekmi uz medikamentu lietošanu apstiprina teorētiskā

literatūra un pētījumi pasaulē (Hardon, Hodgkin and Fresle 2004, 11, Gray, Boardman and Symonds 2011, Buczak, Lukasik and Witek 2010).

Arī šī pētījuma datu analīze liecina, ka uzticēšanās informācijas avotiem, kuros bieži sastopama bezrecepšu līdzekļu reklāma, ir saistīta ar šo līdzekļu lietošanu lielākā mērā.

3.11. Līdzekļu un veselības aprūpes iestāžu pieejamības novērtējums

Vērtējot bezrecepšu līdzekļu un veselības aprūpes ekspertu pieejamību (sk. 3.11. att.), visaugstāk iedzīvotāji vērtē aptiekas (91,4%), bet vismazāk – veikala pieejamību, kurā var nopirkt bezrecepšu līdzekļus (61,2%). Jāpiebilst: 29,8% respondentu norādīja, ka veikalu bezrecepšu līdzekļu iegādei vispār nemēdz izmantot.



3.11. att. Respondentu sadalījums pēc bezrecepšu līdzekļu un medicīnu pieejamības novērtējuma %, n=786

Nākamajā posmā tika pārbaudīta bezrecepšu līdzekļu un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības novērtējuma saistība ar līdzekļu lietošanu. Analīzes rezultāti **neapliecināja statistiski būtiskas atšķirības par bezrecepšu līdzekļu lietošanu atkarībā no respondentu vērtējuma par šo līdzekļu un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību** (ir pieejams vai ērti sasniedzams / nav pieejams / vispār neizmantoju pakalpojumu vai iespēju).

Pasaules pētījumos atklāta šāda saistība – reģionos, kuros veselības aprūpes iespējas ir plašākas, bezrecepšu līdzekļi tiek lietoti mazākā mērā (Novignon, et al. 2011, 3). Ir atklāta arī šāda saistība – samazinoties medicīnu pieejamībai, palielinās bezrecepšu

līdzekļu lietošana (*Bush and Osterweis* 1978, 182). Latvijā iegūtie dati nav pamats šādu vai līdzīgu secinājumu izdarīšanai.

2013.gada vasarā Latvijā notika diskusija, vai bezrecepšu medikamentu tirdzniecība būtu pieļaujama veikalos un degvielas uzpildes stacijās. Ziņu aģentūras „LETA” rīcībā esošā pētījuma dati liecināja, ka 53% aptaujāto Latvijas iedzīvotāju lielveikalus uzskata par piemērotām vietām bezrecepšu zāļu tirdzniecībai (aptieku pārstāvji pret šādu iespēju iebilda). Pētījumā arī tika secināts, ka lielākā daļa jeb 83% aptaujāto pretsāpju medikamentus iegādājas ārpus aptiekas, bet divas trešdaļas – tāpat rīkojas ar pretdrudža medikamentiem un līdzekļiem pret klepu (LETA 2013). Promocijas darba pētījuma rezultāti liecina, ka gandrīz trešā daļa respondentu vispār nemēdz iegādāties bezrecepšu līdzekļus ārpus aptiekām (veikalos). Arī pētījumi pasaulē liecina, ka, piemēram, Izraēlā tikai 4% iedzīvotāju izmanto iespēju bezrecepšu līdzekļus iegādāties veikalos un citās tirdzniecības vietās ārpus aptiekām. Neskatoties uz bezrecepšu līdzekļu plašāku pieejamību, ļaudis šos līdzekļus tomēr turpina iegādāties aptiekās (*Vaknin, et al.* 2011).

Šajā nodaļā apkopoti svarīgākie analīzes rezultāti par dažādu faktoru ietekmi uz bezrecepšu līdzekļu lietotāja rīcību. Pirmajā analīzes etapā tika noskaidrots, kuri no faktoriem ir **saistīti** ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu. Analīzes rezultāti atklāja, ka šādi faktori ir demogrāfiskas kategorijas – dzimums, vecums, indivīda nodarbošanās, ģimenes stāvoklis, personu skaits mājsaimniecībā, kā arī indivīda dzīvesvieta. Citi faktori, kas uzskatāmi par saistītiem ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu, ir indivīda fiziskais veselības stāvoklis, garīgā veselība, vitalitāte un apmierinātība ar dzīvi, uzskati un priekšstati (ārstēšanas līdzekļu lietotāja subjektīvā racionalitāte), veselības dzīvesveids, psihogrāfiskais raksturojums, kā arī uzticēšanās informācijas avotiem. Analizējot visa faktoru kopuma ietekmi uz bezrecepšu līdzekļu lietošanu, tika secināts, ka faktori, kas **ietekmē** bezrecepšu līdzekļu lietošanu, ir šādi – dzimums, vecums, dzīvesvieta, atsevišķi veselības simptomi, vitalitāte, indivīda uzskati un priekšstati, psihogrāfiskais raksturojums, kā arī uzticēšanās noteiktiem informācijas avotiem.

SECINĀJUMI

Promocijas darbā analizēta indivīda rīcība specifiskas ārstēšanas līdzekļu grupas – bez ārsta receptes nopērkamo līdzekļu lietošanas jomā, kā arī faktori, kas vai nu ir saistīti ar indivīda rīcību, vai arī uzskatāmi par to ietekmējošiem. Promocijas darba gaitā iegūtie secinājumi strukturēti atbilstoši definētajiem uzdevumiem, pamatojot izvirzītās hipotēzes.

Pirmajā secinājumu grupā iekļautas atziņas, kas gūtas, analizējot mijiedarbības formas, kuras veidojas starp aģentu kā ārstēšanas līdzekļu lietotāju un strukturālajiem apstākļiem, kas indivīda rīcību vai nu veicina, vai ierobežo.

1. Lai gan pastāv aģenta brīvas izvēles, refleksijas un rīcībspējas nosacījumi, strukturāli apstākļi indivīda rīcību ietekmē nozīmīgi. Aģenta rīcība ir izvēles (*life choices*) un dzīves iespēju (*life chances*) mijiedarbības produkts. Mijiedarbības rezultātā veidojas noteikta darbības dispozīcija, kas bieži nosaka ne vien aģenta izvēles iespējas, bet arī pašu izvēli. Uz veselības un slimības jomu attiecas aģenta izvēle, kas izpaužas kā piederība noteiktam veselības dzīvesveida tipam. Nenoliedzot strukturālo apstākļu ietekmi, veselības jomā liela ietekme tiek piedēvēta darbībām, kas klasificējas kā voluntāras un kuru izvēli lielā mērā veicina pats aģents – tā ir uztura izvēle, dažādas veselību veicinošas darbības, sports, taču arī smēķēšana, alkohola lietošana, veselības pārbaudes un arī dažādu ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošana. Ārstēšanas un veselības profilakses līdzekļu lietošana var būt veids, kas sakrīt ar indivīda pārliecību par viņa veselīgu dzīvesveidu. Šis pētījums liecina, ka tie Latvijas indivīdi, kas vairāk veic uz veselības veicināšanu un saglabāšanu vērstas darbības, vairāk lieto arī bezrecepšu līdzekļus – bezrecepšu līdzekļu lietošanā izpaužas rūpes par veselību. Šādu saistību svarīgi ņemt vērā iedzīvotāju veselības izglītošanas programmās, akcentējot dažādas medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanas alternatīvas – sabalansētu uzturu, sportiskas aktivitātes u.tml.
2. Bezrecepšu līdzekļi aizvien vairāk kļūst par preparātiem, ar kuru palīdzību indivīdi veic pašārstēšanos, konsultējoties ar dažādiem informācijas avotiem, kas bieži vien nav mediķi. Šo līdzekļu brīva pieejamība veicina, ka tie iedzīvotāju apziņā aizvien vairāk līdzinās noteiktai patēriņa preču kategorijai. Patēriņš ir uzskatāms par vienu no indivīda dzīvesveidu raksturojošiem elementiem, un atkarībā no patērētāju vērtībām, pārliecības un dzīvesveida patērētājus iespējams klasificēt noteiktos segmentos. Psihogrāfijas teorijas izmantošana bezrecepšu līdzekļu lietošanas analīzē liecina, ka

bezrecepšu līdzekļu lietošanas jomā pastāv noteiktas atšķirības atkarībā no patērētāju raksturojoša uzskatu tipa, un šīs atšķirības Latvijas situācijā atklājas šādi:

- Bezrecepšu līdzekļus vairāk lieto indivīdi, kas interesējas par dažādām teorijām un jaunumiem un kuriem šajos jautājumos ir samērā augsts informētības līmenis. Šāda tendence atbilst teorētiskajā literatūrā norādītajām likumsakarībām – patērētājus ar šādu raksturojumu vieno arī pastiprināta interese par veselību, veselības uzturēšanu un veselīgu uzturu. Šāda interese, iespējams, var izpausties arī par bezrecepšu līdzekļu lietošanu.
- Bezrecepšu līdzekļus lielākā mērā lieto tie indivīdi, kuriem raksturīgi konservatīvi uzskati un lojalitāte noteiktiem zīmoliem. Ļaudis ar šādiem uzskatiem un vērtībām literatūrā tiek raksturoti arī kā aktīvi dažādu bezrecepšu līdzekļu grupu patērētāji.
- Analīzes rezultāti atklāj arī noteiktas sakarības par bezrecepšu līdzekļu lietošanu salīdzinoši mazākā mērā – bezrecepšu līdzekļu lietošana mazākā mērā raksturīga indivīdiem, kas ir izteikti praktiski orientēti, ar tehnisku ievirzi, kā arī ļaudīm, kas sevi uzskata par mūsdienīgiem un moderniem. Atbilstoši psihogrāfijas teorijas vadlīnijām abu šo tipu indivīdus raksturo skepse pret reklāmu un tendence rūpīgi izvērtēt no produkta lietošanas sagaidāmo labumu.

Pētījuma dati apliecina, ka psihogrāfija var būt viens no noderīgiem instrumentiem bezrecepšu līdzekļu lietotāja uzvedības skaidrošanā. Šo metodi var izmantot gan tirgzinībā, plānojot bezrecepšu līdzekļu pārdošanu veicinošas kampaņas, gan arī veidojot zāļu un citu ārstēšanas līdzekļu lietotāju izglītošanas programmas.

Otrās secinājumu grupas atziņas gūtas, analizējot bezrecepšu līdzekļu lietotāja rīcību no perspektīvas „indivīds un sistēma” skatupunkta.

1. Komunikatīvās rīcības teorija atklāj sistēmas ietekmi uz indivīda rīcību ārstēšanas līdzekļu lietošanas jomā. Indivīds atrodas mijiedarbībā ar divām „sistēmām”: viena ir veselības aprūpes politika ar tās realizācijā iesaistītajiem ekspertiem, bet otra – farmācijas nozare. Indivīda rīcības pamatā ir racionalitāte, kas saistīta ar ārstēšanas līdzekļu lietošanas nozīmi indivīda dzīvē, savukārt „sistēmas” raksturo atšķirīga racionalitāte. Veselības aprūpes politikas izpratnē tāda ārstēšanas līdzekļu lietošana, kas neatbilst sabiedrības veselības jomā definētajiem racionalitātes principiem, uzskatāma par neracionālu, bet farmācijas nozares rīcības pamatā esoša racionalitāte ir vērsta uz medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu noieta veicināšanu un peļņas

maksimizēšanu. Atbilstoši komunikatīvās rīcības teorijai sistēmas ietekme uz indivīda rīcību tiek dēvēta par dzīves pasaules kolonizēšanu. „Sistēmām” ir raksturīgas visas stratēģiskās rīcības izpausmes – slēpta stratēģiska rīcība (neapzināta vai atklāta maldināšana (manipulēšana)), kā arī atklāta stratēģiska rīcība. Atklāta stratēģiska rīcība izpaužas, raksturojot medikamentu un citu ārstēšanas līdzekļu lietošanu kā tehnisku procesu un neieklausoties lietotāja viedoklī. Pacienta un veselības jomas eksperta sadarbības modeli bieži raksturo slēpta stratēģiska rīcība – sistēmas izkropļota komunikācija. Slēptas stratēģiskas rīcības veids, ko var uzskatīt par manipulatīvu, ir bezrecepšu līdzekļu pārdošanas veicināšana, ieskaitot medikamentu un citu līdzekļu reklāmu. Bezrecepšu līdzekļu brīva pieejamība, plaša izvēle un iespēja šos līdzekļus iegādāties bez ārsta konsultācijas rada patērētāja ilūziju par savu pašnoteikšanos un autonomiju. Vienlaikus farmācijas nozare ar tai raksturīgajiem pārdošanu veicinošiem paņēmieniem lielā mērā definē patērētāju vēlmēs un vajadzības, nereti radot plaisu starp patērētāja vēlmēm un patiesajām vajadzībām. Pētījuma dati vairākos aspektos atklāj komerciālas informācijas (tādas informācijas, kuras galvenais mērķis ir produktu vai pakalpojumu pārdot) ietekmi uz patērētāju:

- Aptuveni trešā daļa iedzīvotāju, kas uzticas dažādiem avotiem, kuros ir sastopama arī bezrecepšu līdzekļu reklāma (TV, radio, internets, prese, bukleti un brošūras), šo avotu sniegto informāciju vērtē kā drīzāk vai pārsvarā komerciālu.
 - Rezultāti liecina, ka neuzticēšanās informācijas avotiem, kuros bieži atrodama bezrecepšu līdzekļu reklāma, ir saistīta ar šo līdzekļu lietošanu mazākā mērā.
 - Iedzīvotāju uzticēšanās informācijas avotiem, kuros bieži sastopama bezrecepšu līdzekļu reklāma, paaugstina šo līdzekļu lietošanas iespēju vairāk nekā divas reizes.
2. Bezrecepšu līdzekļu lietošanas jautājumos Latvijā liela iedzīvotāju daļa uzticas mediķiem (ģimenes ārstam, speciālistam, medicīnas mā sai un ārsta palīgam), kā arī farmaceitam. Šiem veselības aprūpes un medikamentu jomas ekspertiem ir svarīgi meklēt līdzsvaru starp komunikatīvu un stratēģisku rīcību, īstenojot uz pacientu vērstu aprūpi (*patient-centered care*), ieklausoties pacienta viedoklī, akceptējot pacienta „pilnvaras” bezrecepšu līdzekļu jomā, kā arī iesakot objektīvas un nekomerciālas informācijas avotus par medikamentiem un citiem ārstēšanas līdzekļiem. Šāda pieeja

var sekmēt indivīdu adekvātas izpratnes par risku veidošanos, tādēļ tā uzskatāma par vienu no dzīves pasaules kolonizēšanu kavējošiem paņēmieniem.

Trešajā secinājumu daļā analizēta indivīda holistisko veselību raksturojošo faktoru loma.

1. Lielākā daļa Latvijas iedzīvotāju savu veselības stāvokli novērtē pozitīvi, un labāks fiziskās veselības pašnovērtējums ir saistīts ar mazāku bezrecepšu līdzekļu patēriņu. Modelis, kas raksturo indivīda lēmuma par medikamentu lietošanu pieņemšanas procesu, liecina, ka tradicionāli lēmuma pieņemšanas pamatā ir aktuālas vai potenciālas veselības problēmas definēšana. Pētījuma dati atklāja, ka noteiktu veselības traucējumu identificēšana (galvassāpes, kā arī kuņģa un gremošanas traucējumu problēmas) vairākas reizes paaugstina bezrecepšu līdzekļu lietošanas iespēju.
2. Ne tikai fiziskā veselība, bet arī citas holistiskās veselības komponentes – pazemināta vitalitāte, zemāks garīgās veselības pašnovērtējums, kā arī zemāka apmierinātība ar dzīvi – ir faktori, kas saistīti ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu lielākā mērā. Kopumā labāki visi holistiskās veselības rādītāji ir saistīti ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu mazākā mērā, bet sliktāki rādītāji – ar šo līdzekļu lietošanu lielākā mērā. Pētījuma dati liecina, ka arī pazemināta vitalitāte vairākkārt paaugstina bezrecepšu līdzekļu lietošanas iespēju.

Ceturtajā secinājumu daļā apkopotas ārstēšanas līdzekļu lietošanas racionalitātes raksturīgās izpausmes Latvijā. Ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitāte, kas var tikt vērtēta kā neracionāla, raugoties no sistēmas skatupunkta, ir svarīgs ārstēšanas līdzekļu lietošanu ietekmējošs un izskaidrojošs aspekts. Lai veidotu plaši aptverošu priekšstatu par ārstēšanas līdzekļu lietošanas tendencēm un ietekmējošiem faktoriem, indivīdam raksturīgā racionalitāte jāuzskata par vienu no jēdziena „racionalitāte” neatņemamām sastāvdaļām un izpētes objektiem. Pētījumā atklājās šādas racionalitātes izpausmes Latvijas bezrecepšu līdzekļu lietotāju vidū:

1. Pieņemot lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, būtiskākie faktori indivīda izpratnē ir šādi – līdzeklis jau iepriekš iegādāts, iespēja iztikt bez ārsta apmeklējuma un iespējami dabīgāks līdzekļa sastāvs.

2. Bezrecepšu līdzekļu lietošana vairāk raksturīga indivīdiem, kam svarīgi šķiet faktori, ko bieži akcentē zāļu reklāmas, – dabīgs sastāvs, nosaukums, ražotājs, kā arī tiem, kas uzticas radu, draugu un paziņu ieteikumam.
3. Samērā lielu iedzīvotāju daļu raksturo pārliecība, ko literatūrā mēdz dēvēt par farmakomitoloģiju – uzskati, ka bezrecepšu līdzekļiem ir tikai viena veida iedarbība – pozitīva. Šādi uzskati mēdz būt raksturīgi tieši bezrecepšu līdzekļu lietotājiem, kas vairāk uzmanības pievērš sagaidāmajam līdzekļu lietošanas labumam, nevis riskam. Pētījuma dati liecina, ka indivīdiem, kuru ārstēšanas līdzekļu lietošanas racionalitāti ilustrē maldīgi uzskati, raksturīga bezrecepšu līdzekļu lietošana lielākā mērā. „Maldīgi priekšstati” ir uzskatāmi par vienu no bezrecepšu līdzekļu lietošanu visnozīmīgāk ietekmējošu faktoru, jo analīzes rezultāti apstiprināja, ka maldīgu priekšstatu gadījumā bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes pieaug pat vairāk nekā piecas reizes.
4. Vairāk nekā puse iedzīvotāju uzskata, ka jaunākas paaudzes medikamenti parasti ir efektīvāki, bet vairāk nekā trešā daļa – ka dārgāki medikamenti parasti ir efektīvāki. Šādi uzskati var veicināt gan nevajadzīgu un pārmērīgu medikamentu lietošanu, gan arī nelietderīgi iztērētus līdzekļus.
5. Bezrecepšu līdzekļiem Latvijā ir raksturīga t.s. „sociālā efektivitāte”, kas izpaužas kā indivīdu pārliecība, ka slimot tiem neļauj ikdienas pienākumu veikšana, tādēļ nepieciešams nekavējoties lietot dažādus līdzekļus veselības traucējumu simptomu nomākšanai. Šāds uzskats ir raksturīgs vairāk nekā pusei iedzīvotāju. To var raksturot arī kā formālās racionalitātes izpausmi – laba veselība indivīdam nozīmē iespēju sekmīgi īstenot savu sociālo lomu. Medikamentu sociālo efektivitāti raksturojoši uzskati veiksmīgi ilustrē teorētiskajā literatūrā izteikto apgalvojumu, ka „kopējais medikamentu efekts” sniedzas ārpus šo līdzekļu farmakoloģiskajām īpašībām un pamatojas uz ārstēšanas līdzekļu nozīmi indivīda dzīvē.
6. Indivīdiem raksturīgā ārstēšanas līdzekļu lietošanas racionalitāte, ko ilustrē indivīdu priekšstati par risku šos līdzekļus lietojot vai nelietojo, ir saistīta ar indivīdu uzticēšanos informācijas avotiem, t.sk. veselības aprūpes ekspertiem:
 - Tiem indivīdiem, kas uzticas plašsaziņas līdzekļos sniegtajai informācijai par bezrecepšu līdzekļiem, vislielākā mērā raksturīgi maldīgi uzskati par līdzekļu lietošanas vai nelietošanas risku (pārliecība, ka bezrecepšu līdzekļiem nevar būt blakusparādību, kā arī pārliecība, ka vitamīni un uztura bagātinātāji jālieto nepārtraukti, lai samazinātu veselības pasliktināšanās risku). Šādus uzskatus,

iespējams, veicina plašsaziņas līdzekļos bieži sastopamā bezrecepšu līdzekļu reklāma, kas rada priekšstatu par dažādu līdzekļu nepārtrauktas lietošanas nepieciešamību.

- Tiem indivīdiem, kas uzticas veselības aprūpes ekspertiem, lielākā mērā ir raksturīga „Piesardzīgo” uzskatu tipam piemītoša pārliecība („Nevaru atļauties slimot ikdienas pienākumu dēļ, tādēļ simptomi nekavējoties jānovērš ar medikamentiem”, kā arī „Medikamenti jāsāk lietot pie pirmajiem simptomiem, lai izvairītos no nopietnām saslimšanām”). Tā kā indivīda priekšstatus par risku ietekmē uzticēšanās informācijas avotiem, veselības aprūpes eksperti varētu mazināt nevajadzīgu un nelietderīgu ārstēšanas līdzekļu lietošanu, iesakot un rekomendējot to alternatīvas gadījumos, kad bez šiem līdzekļiem iespējams iztikt.

Piektajā secinājumu daļā sniegts indivīda bezrecepšu līdzekļu lietošanas paradumu raksturojums, kā arī iepriekš izvirzīto pētījuma hipotēžu pamatojums.

1. Līdzīgi kā citur pasaulē, Latvijas iedzīvotāji visvairāk lieto līdzekļus pret sāpēm, līdzekļus saaukstēšanās saslimšanu simptomu mazināšanai, vitamīnus un minerālvielas, kā arī līdzekļus gremošanas traucējumu simptomu mazināšanai. Visvairāk lietotais bezrecepšu līdzeklis Latvijā ir ibumetīns. Pētījumi pasaulē liecina, ka šo līdzekļu grupu lietošana bieži raksturojama kā nepamatota un nepareiza – netiek ievērotas līdzekļu devas, lietošanas ilgums, saderība ar citiem līdzekļiem u.c. Vienlaicīgi lietojot līdzekļus pret galvassāpēm un dažādus preparātus pret saaukstēšanos, iespējama arī aktīvās vielas pārdozēšana, tādēļ, veidojot zāļu racionālas lietošanas programmas, turpmāk uzmanība būtu jāpievērš tieši šīm līdzekļu grupām un nominācijām.
2. Tā kā pētījuma dati liecināja par zemāku zināšanu līmeni šajā jautājumā, veidojot racionālu zāļu lietošanu veicinošas programmas, būtu ieteicams vairāk uzmanības pievērst tādām ar bezrecepšu līdzekļu lietošanu saistītam aspektam kā saderība ar citiem līdzekļiem.
3. Bezrecepšu līdzekļu lietošanai ir statistiski nozīmīga saistība ar dzimumu, vecuma grupu, nodarbošanos un mājsaimniecības struktūru – Latvijas bezrecepšu līdzekļu lietotāja portrets ir – **„sieviete, gados vecāki indivīdi, mājsaimniecības ar mazāku locekļu skaitu, pensionāri, indivīdi, kuru ģimenes stāvoklis ir raksturojams kā „šķīries vai atraitnis”, dzīvojoši Rīgā vai Pierīgā”**. Vērtējot visa faktoru kopumu

un bezrecepšu līdzekļu uzvedību, secināms, ka indivīda rīcību ietekmē šādi demogrāfiski faktori – **dzimums, vecums un dzīvesvieta**:

- sieviešu bezrecepšu līdzekļu lietošanas izredzes ir aptuveni divas reizes augstākas nekā vīriešiem;
 - vidējai iedzīvotāju vecuma grupai (35–54 gadi) ir vairāk nekā divas reizes lielāka iespēja lietot bezrecepšu līdzekļus, salīdzinot ar jaunāka gadagājuma ļaudīm (18–34 gadi). Šāda tendence uzskatāma par Latvijas situācijai raksturīgu atšķirīgu iezīmi;
 - iedzīvotājiem, kas dzīvo Pierīgā un Rīgā, raksturīga līdz pat četrām reizēm lielākas bezrecepšu līdzekļu lietošanas iespēja.
4. Pētījums atklāja Latvijai raksturīgus bezrecepšu līdzekļu lietošanas paradumus – līdzekļus pret gremošanas traucējumiem vairāk lieto vīrieši, kā arī fiziskā darbā nodarbināti indivīdi. Līdzekļus pret saaukstēšanos vairāk lieto gados jauni cilvēki, kā arī augstākā un vidējā līmeņa vadītāji. Līdzekļus sirds un asinsvadu, kā arī kaulu, locītavu un saišu problēmām vairāk lieto vecākā gadagājuma ļaudis, savukārt pensionāri vairāk lieto homeopātiskus preparātus un līdzekļus pret sirds kaitēm.
5. Galvenais iemesls, kādēļ bezrecepšu līdzekļi netiek lietoti atbilstoši lietošanas instrukcijai vai informācijai, ir motivācijas trūkums, kas pamatojas uz personīgu lietošanas pieredzi, – iepriekš, lietojot līdzekļus neatbilstoši lietošanas informācijā noteiktajam, netika novērotas negatīvas sekas. Tas liek domāt par nepieciešamību izglītēt bezrecepšu līdzekļu lietotājus, piemēram, reklāmās ietvertās norādes „Zāļu nepamatota lietošana ir kaitīga veselībai! Pirms zāļu lietošanas konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu!” būtu jāpapildina ar informāciju par nozīmīgākajiem riskiem, kas saistīti ar lietošanas informācijas neievērošanu.
6. Lielākā iedzīvotāju daļa, pieņemot lēmumu par bezrecepšu līdzekļu lietošanu, nekonsultējas ar ārstu, bet ar dažādiem citiem informācijas avotiem. Šādai tendencei raksturīgi arī ieguvumi – pieaug paša indivīda atbildība un iesaistīšanās ar veselības aprūpi saistītos procesos. Lai samazinātu bezrecepšu līdzekļu nepamatotas vai nepareizas lietošanas risku, svarīgi radīt objektīvas un izsmeļošas informācijas pieejamību patērētājiem, paaugstinot iedzīvotāju izglītības un informētības līmeni, tādējādi kavējot sistēmas kolonizējošo ietekmi uz dzīves pasauli.

Kopumā jāsecina, ka daļa atklāto tendenču atbilst citur pasaulē atklātajām likumsakarībām, bet atsevišķi rādītāji atklāj tieši Latvijai raksturīgās īpatnības.

Rezumējot pētījuma secinājumus izvirzīto hipotēžu kontekstā, jāsecina, ka **piecas no izvirzītajām hipotēzēm darba gaitā ir apstiprinātas, bet viena no izvirzītajām hipotēzēm jānoraida**

1. Individīda priekšstati par līdzekļu īpašībām, efektivitāti un lietošanas nepieciešamību (bezrecepšu līdzekļu lietotāja racionalitāte) ir viena no bezrecepšu līdzekļu lietošanu visbūtiskāk ietekmējošiem faktoriem – **hipotēze tiek apstiprināta** – pētījuma rezultāti liecina, ka atsevišķas ārstēšanas līdzekļu lietotāja racionalitātes izpausmes ne vien apliecina statistiski būtiskas atšķirības lietotāju un nelietotāju starpā, bet arī līdz pat vairāk nekā piecām reizēm paaugstina bezrecepšu līdzekļu lietošanas iespēju.
2. Bezrecepšu līdzekļu lietošana ir saistīta ne vien ar indivīda fiziskās veselības stāvokli, bet arī ar citām holistiskās veselības komponentēm. Šī **hipotēze tiek apstiprināta**, jo pastāv statistiski būtiskas atšķirības lietotāju un nelietotāju vidū, atkarībā no visu holistiskās veselības komponentu pašnovērtējuma (fiziskā veselība, garīgā veselība, vitalitāte un apmierinātība ar dzīvi). Kopumā bezrecepšu līdzekļu lietošana lielākā mērā raksturīga indivīdiem, kuru fiziskās un garīgās veselības, vitalitātes un dzīves kvalitātes pašnovērtējums ir zemāks, bet lietošana mazākā mērā vairāk raksturīga indivīdiem, kuru holistiskās veselības pašnovērtējuma rādītāji ir augstāki. Turklāt tika atklāts, ka pazemināta vitalitāte vairāk nekā astoņas reizes palielina bezrecepšu līdzekļu lietošanas iespējamību. Bezrecepšu līdzekļu lietošanas iespēju ievērojami palielina arī atsevišķi veselības traucējumu simptomi – galvassāpes un gremošanas orgānu problēmas.
3. Bezrecepšu līdzekļu lietošana ir veselīga dzīvesveida komponente – tiem indivīdiem, kuru dzīvesveids vairāk vērsts uz veselības saglabāšanu vai veicināšanu, raksturīgāka bezrecepšu līdzekļu lietošana lielākā mērā – **hipotēze tiek apstiprināta**.
4. Bezrecepšu līdzekļu lietošanas jomā pastāv atšķirības, kas ir saistītas ar indivīdu psihogrāfisko raksturojumu – **hipotēze tiek apstiprināta**.
5. Uzticēšanās informācijas avotiem, kuros bieži sastopama bezrecepšu līdzekļu reklāma, saistīta ar šo līdzekļu lietošanu lielākā mērā. Šī **hipotēze tiek apstiprināta**, jo pastāv ne vien statistiski būtiska saistība starp lietošanu un uzticēšanos informācijas avotiem, bet arī ietekme – uzticēšanās šajos plašsaziņas līdzekļos paustajai informācijai palielina bezrecepšu līdzekļu lietošanas iespēju vairāk nekā divas reizes.
6. Izvirzītā **hipotēze** – indivīda izpratne par labāku bezrecepšu līdzekļu un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ir saistīta ar šo līdzekļu lietošanu lielākā mērā – **ir**

jānoraida, jo nepastāv statistiski būtiskas atšķirības bezrecepšu līdzekļu lietošanā atkarībā no šo līdzekļu un pakalpojuma pieejamības novērtējuma.

Rezumējot šajā nodaļā apkopoto, var secināt, ka promocijas darbā izvirzītie mērķi ir sasniegti un izvirzītie uzdevumi paveikti. Pētījumā ir noskaidrotas Latvijas iedzīvotājiem raksturīgākās bezrecepšu līdzekļu lietošanas tendences, kā arī identificēta bezrecepšu līdzekļu lietošanas saistība ar teorijā un pētījumos konstatētajiem faktoriem. Piecas no pētījuma pamatā esošajām hipotēzēm tiek apstiprinātas, bet viena hipotēze tiek noraidīta.

PATEICĪBA

Promocijas darba izstrādi un rezultātu publiskošanu būtiski sekmēja Rīgas Stradiņa universitātes piešķirtā Eiropas Sociālā fonda stipendija. Pateicos par sniegto iespēju.

No sirds pateicos darba zinātniskajai vadītājai docentei Signei Dobelniecei par profesionālo palīdzību, pacietību, iedvesmojošo sadarbību, noderīgajiem ieteikumiem un morālo atbalstu darba tapšanas laikā. Ar visdziļāko cieņu pateicos darba recenzentēm docentēm Andai Laķei, Inesei Gobiņai un Silvai Seņkānei, kā arī asociētajai profesorei Ritmai Rungulei un docentam Ventam Sīlim par iedziļināšanos un diskusiju veicināšanu.

Pateicos Latvijas Socioloģisko pētījumu institūta darbiniekiem par datu savākšanu un apkopošanu. Paldies Latvijas Universitātes Filozofijas un socioloģijas institūta pētniecei Ilzei Koroļevai par vērtīgajām konsultācijām anketas izstrādes procesā. Pateicos arī visiem pilotpētījuma dalībniekiem, maniem kursabiedriem, draugiem un kolēģiem, kuri sniedza būtisku ieguldījumu pētījuma anketas pilnveidošanā un uzlabošanā. Tāpat pateicos Baltkrievijas Valsts universitātes profesorei Olgai Tereščenko un arī kolēģim Andrejam Ivanovam par sniegtajiem profesionālajiem padomiem datu statistiskās apstrādes un analīzes procesā. No sirds pateicos draugiem par dažāda veida palīdzību un uzmundrinājumu. Sevišķi liels paldies manai kolēģei un domubiedrei Signei Mežinskai gan par vērtīgajiem padomiem, gan arī par nenovērtējamo morālo atbalstu.

Visbeidzot neizmērojama pateicība manai ģimenei: vīram, meitai un dēlam par sapratni, iecietību un atbalstu visā studiju un promocijas darba tapšanas laikā.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Abraham, J. Sociology of Pharmaceuticals Development and Regulation: A Realistic Empirical Research Programme. // *Pharmaceuticals and Society: Critical Discourses and Debates*, by Williams, S.J., Gabe, J. and Davis – Malden, Oxford, Chichester: Wiley-Blackwell, 2009: 54–70.
2. Acton, C., Miller, R., Maltby, J. and Fullerton, D. SPSS for Social Scientists: Second Edition – Hampshire, New York: Palgrave Macmillan, 2009.
3. Adoviča, I. Bezrecepšu zāļu lietošana un to ieguvumu un risku apsvērumi // *Latvijas Ārsts*, 2013, nr. 3: 49–51.
4. Ahponen, P. Signifying the Signs – Simulating Cultural Political Subjectivity in Postmodernity // *Acta Sociologica* (33), no. 4 (1990): 341–357.
5. Alexander, J. C. Action and Its Environments // *The Micro-Macro Link*, by Jeffrey C. A., Giesen, B., Munch, R. and Smelser, N.J. – Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1987: 289–318.
6. Allotey, P., Reidpath, D.D. and Elisha, D. "Social Medication" and the Control of Children: A Qualitative Study of Over-the-Counter Medication Among Australian Children." // *Pediatrics* no.114 (2004): e378–e383.
7. Almarsdóttir, A. B., and Traulsen, J.M. Rational use of medicines – an important issue in pharmaceutical policy // *Pharmacy World and Science* (27), no. 2 (2005): 76–80.
8. Al-Windi, A. Determinants of medicine use in a Swedish primary health care practice population // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* no. 14 (2005): 47–51.
9. Anderson, R., and Newman, J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States // *The Milbank Quarterly* 83, no. 4 (2005): 1–28.
10. Aoyama, I., Koyama, S. and Hibino, H. Self-medication behaviors among Japanese consumers: sex, age, and SES differences and caregivers' attitudes toward their children's health management // *Asia Pacific Family Medicine* 2012 (11), no. 7 (2012).
11. Armstrong, D. *An Outline of Sociology as Applied to Medicine* – Bristol: Wright, 1983.
12. Association of the European Self-Medication Industry. Self-care: a winning solution for citizens, healthcare professionals, health systems // http://www.aesgp.eu/media/cms_page_media/68/SelfCare%20A%20Winning%20Solution.pdf (accessed July 29, 2012).
13. Austin, H. Parents' perceptions on information on immunisations // *Journal of Child Health Care* (5), no. 54 (2001): 54–59.
14. Baran, S., Teul, I. and Ignys-O' Byrne, A. Use of over-the-counter medications in prevention and treatment of upper respiratory tract infections // *Journal of Physiology and Pharmacology* (59), no. 6 (2008): 135–143.
15. Barrett, B. et al. "Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine // *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* (9), no. 6 (2003): 937–947.
16. Barry, C.A., Stevenson, F.A., Britten, N., Bradley, N., Barber, C.P. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice // *Social Science and Medicine* (53), no. 4 (2001): 487–505.
17. Baudrillard, J. *The Consumer Society: Myths and Structures* – London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: SAGE, 1970.
18. Bauman, Z. *Postmodernity and its Discontents* – Cambridge, Malden: Polity Press, 1997.

19. Bauman, Z. Sociology and postmodernity // *Sociological Review* (36), no. 4 (1988): 790–813.
20. Beck, U. *Risk Society: Towards a New Modernity* – London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: Sage Publications, 1992.
21. Bela-Krūmiņa, B., u.c. Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indekss 2006 // http://www.president.lv/images/modules/items/PDF/item_598_Dzives_kval_indekss.pdf (sk. 2013. gada 04. jūlijs).
22. Benu aptieka. Aptieka 1. Veselīgs padoms. Benu aptiekas izdevums. 2013. gada jūnijs // <http://www.benu.lv/files/content/benu-buklets-2013-06-www1.pdf> (sk. 2013. gada 3. oktobris).
23. Birchley, N., and Conroy, Sh. Over the Counter Medicines in Childhood: Issues and Concerns. A Narrative Review of the Literature // *Paediatric and Perinatal Drug Therapy* (4), no. 4 (2001): 161–167.
24. Birchley, N., and Conroy, Sh. Parental Management of Over-the-counter Medicines // *Paediatric Nursing* (14), no. 9 (2002): 24.
25. Bissell, P., Ward, P.R., and Noyce, P.R. The Dependent Consumer: Reflections on Accounts of the Risks of Non-Prescription Medicines // *Health* (5), no. 1 (2001): 5–30.
26. Blaxter, M. *Health* – Cambridge, Malden: Polity, 2010.
27. Blaxter, M. *Health and Lifestyles* – London, New York: Routledge, 1990.
28. Bourdieu, P. *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste* – Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 1984.
29. Bowling, A. Techniques of Questionnaire Design // *Handbook of Health Research Methods*, by Bowling, A. and Ebrahim, Sh. – Berkshire: Open University Press, 2008: 394–427.
30. Bradley, C., and Blenkinsopp, A. The Future for Self Medication // *BMJ (Clinical Research Ed.)* (312), no. 7034 (1996): 835–837.
31. Britten, N. *Medicines and Society: Patients, Professionals and the Dominance of Pharmaceuticals* – Hampshire, New York: Palgrave Macmillan, 2008.
32. BU Slone Epidemiology center. Slone survey, Slone Epidemiology center. 2013, <http://www.bu.edu/slone/research/studies/slone-survey/> (accessed July 26, 2013).
33. Buczak, A., Lukasik, I., and Witek, A. Use of painkillers by Polish secondary school students and the influence of TV commercials // *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)* (72) no. 11 (2010): 808.
34. Bunton, R., Nettleton, S. and Burrows, R. *The Sociology of Health Promotion: Critical Analysis of Consumption, Lifestyle and Risk* – London, New York: Routledge, 1995.
35. Burnett, M. F. Article review: Sewell, William F. 1992. A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation // *American Journal of Sociology* (98), no. 1 (1992): 1–29.
36. Burns, R. B., and Burns, R.A. *Business Research Methods and Statistics Using SPSS* – London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: SAGE Publications, 2008.
37. Bush, P., and Osterweis, M. Pathways to Medicine Use // *Journal of Health and Social Behavior* (19) (1978): 179–189.
38. Calamusa, A., et al. Factors that influence Italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception // *Patient Education and Counseling* (87), no. 3 (2012): 395–401.
39. Calnan, M.. „Lifestyle" and its Social Meaning // *The Sociology of Health and Illness: A Reader*, by Burry, M. and Gabe, J. – London, New York: Routledge, 2004: 59–68.
40. Calnan, M. *Health and Illness. The Lay Perspective* – London, New York: Tavistock Publications, 1987.

41. Cantrill, J., Morris, C. and Weiss, M. How Patients Perceive Minor Illness and Factors Influencing Seeing a Doctor // *Primary Health Care Research & Development* (7), no. 2 (2006): 157–164.
42. Capella, D. *Descriptive Tools and Analysis*, Vol. European Series No.45 // *Drug Utilization Studies: Methods and Uses*, by Dukes, M.N.G. – Copenhagen: WHO Regional publications, 1993: 55–78.
43. Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Hernández Barrera, V., López de Andrés, A. and Gil de Miguel, A. Patterns of medication use in the immigrant population resident in Spain: associated factors // *Pharmacoepidemiology And Drug Safety* (18), no. 8 (2009): 43–750.
44. Cline, R.J.W, and K.M Haynes. “Consumer Health Information Seeking on the Internet: the State of Art // *Health Education Research: Theory and Practice* (16), no. 6 (2001): 671–692.
45. Clouser, K. D., and Gert, B. Rationality and Medicine: Introduction to the Theme // *The Journal of Medicine and Philosophy* (11) (1986): 119–121.
46. Cockerham, W.C, Abel, T. and Luschen, G. Max Weber, Formal Rationality and Health Lifestyles // *The Sociological Quarterly* (34), no. 3 (1993): 413–425.
47. Cockerham, W.C. *Social Causes of Health and Disease* – Cambridge: Polity Press, 2007.
48. Cockerham, W.C., Rutten, A. and Abel, T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving Beyond Weber // *The Sociological Quarterly* (38), no. 2 (1997): 321–342.
49. Cohen, D., McCubbin, M., Collin, C. and Pérodeau, G. Medications as social phenomena // *Health* (5), no. 4 (2001): 441–469.
50. Collins, R. *Inteaction Ritual Chains, Power and Property: The Micro-Macro Connection as an Empirically Based Theoretical Problem* // *The Micro-Macro Link*, by Alexander, J.C., Giesen, B., Munch, R. and Smelser, N.J. – Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1987: 193–206
51. Conboy, L., Patel, S., Kaptchuk, T.J., Gottlieb, B., Eisenberg, D. and Acevado-Garcia, D. Sociodemographic Determinants of the Utilization of Specific Types of Complementary and Alternative Medicine: An Analysis Based on a Nationally Representative Survey Sample // *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* (11), no. 6 (2005): 977–994.
52. Conn, V. Older adults: factors that predict the use of over-the-counter medication // *Journal Of Advanced Nursing* (16), no. 10 (1991): 1190–1196.
53. Conrad, P. The meaning of medications: another look at compliance // *Social Science and Medicine* (20), no. 1 (1985): 29–37.
54. Conrad, P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* – Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.
55. Conrad, P., and Leiter, V. From Lydia Pinkham to Queen Levitra: direct-to-consumer advertising and medicalization // *Pharmaceuticals and Society: Critical Discourses and Debates*, by Williams, S.J., Gabe J. and Davis, P. – Malden, Oxford, Chichester: Wiley-Blackwell, 2009: 12–24.
56. Craib, Ian. *Anthony Giddens* – London: Routledge, 1992.
57. Centrālā statistikas pārvalde. Iedzīvotāju ieņēmumi, LR CSP mājas lapa. 2013 // <http://data.csb.gov.lv/DATABASE/Iedzsoc/Ikgadējie%20statistikas%20dati/Iedzīvotāju%20ieņēmumi/Iedzīvotāju%20ieņēmumi.asp> (sk. 2013. gada 11. jūnijs).
58. Centrālā statistikas pārvalde. Platība un iedzīvotāju blīvums reģionos, republikas pilsētās un novados gada sākumā, 2014 // <http://www.csb.gov.lv/dati/statistikas-datubazes-28270.html> (sk. 2014. gada 25. augusts).
59. Centrālā statistikas pārvalde. Iedzīvotāji un sociālie procesi // [http://data.csb.gov.lv/DATABASE/Iedzsoc/Ikgad%C4%93jie%20statistikas%20dati/Iedz%](http://data.csb.gov.lv/DATABASE/Iedzsoc/Ikgad%C4%93jie%20statistikas%20dati/Iedz%20)

- C4%ABvot%C4%81ji%20C%20Mirst%C4%ABba/Iedz%C4%ABvot%C4%81ji%20C%20Mirst%C4%ABba.asp (sk. 2013. gada 17. jūlijs).
60. Centrālā statistikas pārvalde. Statistikas datubāzes // <http://www.csb.gov.lv/dati/statistikas-datubazes-28270.html> (sk. 2013. gada 11. jūnijs).
 61. Centrālā statistikas pārvalde. Tautas skaitīšana 211 // http://data.csb.gov.lv/DATABASE/tautassk_11/databasetree.asp?lang=16 (sk. 2013. gada 11. jūnijs).
 62. Centrālā statistikas pārvalde Uzņēmumu skaits sadalījumā pa statistiskajiem reģioniem (NACE 2.red. 47.73 "Farmaceitisko izstrādājumu mazumtirdzniecība specializētajos veikalos" // www.csb.gov.lv (sk. 2014. gada 29. aprīlis).
 63. Daban, F., et al. Social Determinants of Prescribed and Non-prescribed Medicine Use // *International Journal for Equity in Health* (9), no. 12 (2010): 1–11.
 64. Delaney, J.A.C., Biggs, M.L., Kronmal, R.A. and Psaty, B.M. Demographic, medical and behavioral characteristics associated with over the counter non-steroidal anti-inflammatory drug use in a population based cohort: results from the multi-ethnic study of atherosclerosis // *Pharmacoepidemiological Drug Safety* (20), no. 1 (2011): 83–89.
 65. Demby, E. Psychographics and from Whence It Came // *Life Style and Psychographics*, by Wells, W.D. – Chicago: American Marketing Association, 1974: 11-30.
 66. Diaz, J. A, Griffith, R.A., Ng, J.J., Reinert, S.E, Friedmann, P.D. and Moulton, A.W. Patients' Use of the Internet for Medical Information // *Journal of General Internal Medicine*, no. 17 (2002): 180–185.
 67. Dietz, T., and Burn, T.R. Human Agency and the Evolutionary Dynamics of Culture // *Acta Sociologica* (35) (1992): 187–200.
 68. Elias, N. What is Sociology? – New York: Columbia University Press, 1978.
 69. Emirbayer, M., and Mische, A. “What Is Agency?” // *The American Journal of Sociology* (103), no. 4 (1998): 962–1023.
 70. Engel, G. L. “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // *Science*, no. 4286 (1977): 129–135.
 71. Extavour, R. M., and Edwards, R. Non-prescription medicine use by outpatients of a hospital in north-central Trinidad living with hypertension, and the potential clinical risks // *International Journal of Pharmacy Practice* (16) (2008): 287–293.
 72. Ferrans, C. E., and Powers, M.J. “Quality of Life Index: Arthritis version III. // http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/arthritis_versionIII/Arthritis3qli.pdf (accessed June 11, 2013).
 73. Field, A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*, 4th edition – London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: Sage Publications, 2013.
 74. Finlayson, J. G. *Habermas: A Very Short Introduction*; Oxford, New York: Oxford University Press, 2005.
 75. Ford, C. “Over the counter drugs can be highly addictive.” *British Medical Journal* 334 (2007): 917–918.
 76. Foucault, M. The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine? // *Foucault Studies* (1) (2004): 5–19.
 77. Fox, N., J., and Ward, K.J. *Pharma in the Bedroom...and the Kitchen...The Pharmaceuticalization of Daily Life // Pharmaceuticals and Society: Critical Discourses and Debates*, by Williams, S.J., Gabe, J. and Davis, P. – Malden, Oxford, Chichester: Wiley-Blackwell, 2009: 41-53.

78. Frosst, G. O., Majowicz, S.E. and Edge, V.L. Factors Associated with the Use of Over-the-Counter Medications in Cases of Acute Gastroenteritis in Hamilton, Ontario // *Canadian Journal of Public Health* (97), no. 6 (2006): 489–493.
79. Gabe, J. *Health, Medicine and Risk: the Need for Sociological Approach* // *Medicine, Health and Risk: Sociological Approaches*, by Gabe, J. – Oxford, Cambridge: Blackwell Publishers, 1995: 1-17.
80. Gabe, J., Bury, M. and Elston, M.A. *Key Concepts in Medical Sociology* – Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington: Sage, 2004.
81. Gabriel, Sh. E., and Fehring, R.A. Trends in the utilization of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the United States, 1986–1990 // *Journal of Clinical Epidemiology* (45), no. 9 (1992): 1041–1044.
82. Geest, S. and Whyte, S.R. The charm of medicines: metaphors and methonyms // *Medical Anthropology Quarterly* (3), no. 4 (1989): 345–367.
83. Gerstein, D. R. To Unpack Micro and Macro: Link Small with Large and Part with Whole // *The Micro-Macro Link*, by Alexander, J.C., Giesen, B., Munch, R. and Smelser, N.J. – Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1987: 86–111.
84. Giddens, A. *The Consequences of Modernity* – Cambridge, Malden: Polity Press, 1990.
85. Gidenss, E. *Sabiedrības veidošanās* – Rīga: AGB, 1984.
86. Gobina, I., et al. “The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* (20) (2011): 424–431.
87. Gobiņa, I. *Hronisku sāpju asociētie faktori pusaudžiem, Promocijas darbs*, Rīga: Rīgas Stradiņa Universitāte, 2010.
88. Goh, L. Y., Vitry, A.I., Semple, S., Esterman, A. and Luszcz, M.A. Self-medication with over-the-counter drugs and complementary medications in South Australia's elderly population // *BMC Complementary and Alternative Medicine* (9), no. 42 (2009).
89. Grand, A., Hogerzeil, H.V., and Haaijer-Ruskamp, F.M. Intervention Research in Rational Use of Drugs: A Review // *Health Policy and Planning* (14), no. 2 (1999): 89–102.
90. Gray, N.J., Boardman, H.F., and Symonds, B.S. Information sources used by parents buying non-prescription medicines in pharmacies for preschool children // *International Journal of Clinical Pharmacy* (33), no. 5 (2011): 842–848.
91. Gulliver, S., Wolfsdorf, B. and Michas, A. Management of Inappropriate Medication-Seeking Behavior // *The Health Psychology Handbook*, SAGE Publications, 2003.
92. Haaijer-Ruskamp, F. M, Hemminki, E. *The Social Aspects of Drug Use*, European series No.45 // *Drug Utilization Studies: Methods and Uses*, by Dukes, M.N.G. – Copenhagen: WHO Regional publications, 1993: 97-124.
93. Habermas, J. *The Theory of Communicative Action: Reason and the Rationalization of Society*, Vol. 1 – Cambridge: Polity Press, 1987.
94. Habermas, J. *The Theory of the Communicative Action: The Critique of Functionalist Reason*. Vol. 2 – Cambridge, Oxford: Polity Press, 1987.
95. HAI, WHO. *Understanding and Responding to Pharmaceutical Promotion: A Practical Guide: First edition*, 2011 // <http://www.haiweb.org/11062009/drug-promotion-manual-CAP-3-090610.pdf> (accessed September 3, 2012).
96. Hanna, L. A. and Hughes, C.M. Public's views on making decisions about over-the-counter medication and their attitudes towards evidence of effectiveness: a cross-sectional questionnaire study // *Patient Education and Counselling* (83), no. 3 (2011): 345–351.

97. Hardon, A., Hodgkin, C. and Fresle, D. How to Investigate the Use of Medicines by Consumers – Amsterdam: WHO, University of Amsterdam, 2004.
98. Häußinger, C., Ruhl, U.E. and Hach, I. Health Beliefs and Over-the-Counter Product Use // *Annals of Pharmacotherapy* (43), no. 6 (2009).
99. Hays, Sh. Structure and Agency and the Sticky Problem of Culture // *Sociological Theory* (12), no. 1 (1994): 57–72.
100. Heimer, K.A., Hart, A.M., Martin, L.G. and Rubio-Wallace, S. Examining the evidence for the use of vitamin C in the prophylaxis and treatment of the common cold // *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 2009: 295–300.
101. Hemilä, H. Vitamin C, respiratory infections and the immune system // *TRENDS in Immunology* (24), no. 11 (2003): 579–580.
102. Hibbert, D., Bissell, P. and Ward, P.R. Consumerism and Professional Work in the Community Pharmacy // *Sociology of Health and Illness* (24), no. 1 (2002): 46–65.
103. Hodgetts, D., Hayward, B. and Stolte, O. Medicinal commodities and the gift of a caring mother // *Journal of Consumer Culture*: Online first, August 2013: 1–20.
104. Hofmann, B. On the concepts "disease", "illness" and "sickness" // *Social Aspects of Illness, Disease and Sickness Absence*, by Nordby, H., Ronning, R. and Tellnes, G. – Oslo, Lillehammer: Unipub, 2011: 19–45.
105. Horne, R., Graupner, L., Frosta, S., Weinman, J., Wright, S.M. and Hankins M. Medicine in a Multi-Cultural Society: the Effect of Cultural Background on Beliefs about Medications // *Social Science & Medicine* (59) (2004): 1307–1313.
106. Hughes, C.M, McElnay, J.C. and Fleming G.F. Benefits and Risks of Self Medication // *Drug Safety* (24), no. 14 (2001): 1027–1037.
107. Hughes, L., Whittlesea, C. and Luscombe, D. Patients' Knowledge and Perceptions of the Side-effects of OTC Medication // *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics* (27), no. 4 (2002): 243–248.
108. Hustad, T. P. and Pessemier E. A. The Development and Application of Psychographic Life-style and Associated Activity and Attitude Measures // *Life Style and Psychographics*, by Wells, W. D. - Chicago: American Marketing Association, 1974: 33–70.
109. Illich, I. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health – London: Marion Boyars Publishers Ltd, 1975.
110. Ivanovs, A., Salmane-Kulikowska, I. and Viksna, L. Comparison of the Results of the Health-Related Quality of Life Health Survey (SF-36) in Latvia and European Countries // *Proceedings of the International Scientific Conferences of Faculty of Social Sciences of Daugavpils University* – Daugavpils, 2012: 22–33.
111. Johnson, M. M.S., and Drungle, S.C. Purchasing Over-The-Counter Medications: The Influence of Age and Familiarity // *Experimental Aging Research* 26 (2000): 245–261.
112. Johnson, R. E, and Pope, C.R. Health Status and Social Factors of Nonprescribed Drug Use // *Medical care* (21), no. 2 (1983): 225–233.
113. Jones, K., and Creedy, D.K. Health and human behaviour – South Melbourne: Oxford University Press, 2008.
114. Kalberg, S. Max Weber's Types of Rationality: Cornerstones for the Analysis of Rationalization Processes in History // *American Journal of Sociology* (85), no. 5 (1980): 1145–1179.
115. Kasl, S. V., and Cobb, S. Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior // *Archives of Environmental Health* (12), no. 4 (1966).

116. Kaufman, D.W., Kelly, J.P., Rosenberg, L. Anderson, T.E. and Mitchell, A.A. Recent Patterns of Medication Use in the Ambulatory Adult Population of the United States: The Slone Survey // *Journal of American Medical Association* (287), no. 3 (2002): 337–344.
117. Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry* – Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1980.
118. Knipše, S. Uztura bagātinātāju tirgus lēciens // *Dienas bizness*, 2012. gada 26. Marts // <http://www.db.lv/laikraksta-arhivs/veselibas-bizness/uztura-bagatinataju-tirgus-leciens-253909> (sk. 2013. gada marts. 25).
119. Koroļeva, I. Studentu un vidējo profesionālo izglītības iestāžu audzēkņu aptauja; LU Filozofijas un Socioloģijas Institūts. 2010 // http://www.fsi.lu.lv/userfiles/Aptaujas_rezultatu_atskaite.pdf (sk. 2012. gada 26. jūlijs).
120. Kotlers, F. *Mārketinga pamati* – Rīga: Jumava, 2006.
121. Kovac, S. H., Saag, K.G., Curtis, J.R. and Allison, J. Association of Health-Related Quality of Life With Dual Use of Prescription and Over-the-Counter Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs // *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* (59), no. 2 (2008): 227–233.
122. Kuschner, W, Hankinson, T., Wong, H. and Blanc, P. Nonprescription bronchodilator medication use in asthma // *Chest* (112), no. 4 (1997): 987–993.
123. La Revue Prescrire. Innovation en panne et prises de risques // *La Revue Prescrire* (25), no. 258 (2005): 139–148.
124. Laķe, A. Novērtējuma pētījums kā sabiedrības racionalitātes izpaušme, tā izmantošana Latvijas politikas veidošanā, promocijas darbs – Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2011.
125. Lane, K. *The Medical Model of the Body as a Site of Risk: A Case Study of Childbirth* // *Medicine, Health and Risk: Sociological Approaches*, by Gabe, J. – Oxford, Cambridge: Blackwell Publishers, 1995: 53–72.
126. Latvijas Vēstnesis. Zāles? Uztura bagātinātājs? Veselību veicinošs līdzeklis?, Latvijas Vēstneša portāls "Par Likumu un Valsti", 2009. gada 6.maijs // <http://www.lvportals.lv/likumi-prakse.php?id=191408> (sk. 2013. gada 21. maijs).
127. Lauer, R. H. *Social Problems and the Quality of Life* – Boston, Burr Ridge, Dubuque, Madison, New York, San Francisco, St.Louis: McGraw-Hill, 1998.
128. Lavrenko, T. Rīgas patērētāju vērtības un dzīves stili: Metodika reklāmas mērķa grupu sasniegšanai, bakalaura darbs – Rīga: LU Sociālo zinātņu fakultāte, Komunikāciju studiju nodaļa, 2008.
129. LETA. Iedzīvotāji par bezrecepšu zālēm lielveikalos, nozare – pret; LETA biznesa portāls nozare.lv. 2013. gada 10.jūnijs // <http://www.nozare.lv/business/item/0FCA48CA-3A2E-4E3E-80DC-6C1D91FABEDF/> (sk. 2013. gada 10. jūnijs).
130. Linjakumpu, T. Hartikainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivela, S.L. and Isoahu, R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly // *Journal of Clinical Epidemiology* (55), no. 8 (2002): 809–817.
131. Lo, M.M.C., and Bahar, R. Resisting the colonization of the lifeworld? Immigrant patients' experiences with co-ethnic healthcare workers // *Social Science and Medicine* (87) (2013): 68–76.
132. LR Konkurences padome. Konkurences situācijas izpēte farmācijas tirgū, vertikālā un horizontālā integrācija, cenu veidošanas sistēma, 2008. gada decembris // <http://www.kp.gov.lv/documents/fc6ebe0ee0ae8a25832a14b6be2f0f7ed32978b3> (sk. 2012. gada 13. aprīlis).

133. LR Saeima. Ārstniecības likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=44108> (sk. 2013. gada 8. oktobris).
134. LR Saeima. Farmācijas likums // <http://www.likumi.lv/doc.php?id=43127> (sk. 2013. gada 22. maijs).
135. LR Saeima. Negodīgas komercprakses aizlieguma likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=167759> (sk. 2013. gada 05. jūnijs).
136. LR Saeima. Patērētāju tiesību aizsardzības likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=23309> (sk. 2013. gada 5. jūnijs).
137. LR Saeima. Reklāmas likums // <http://likumi.lv/doc.php?id=163> (sk. 2013. gada 4. jūnijs).
138. LR Veselības ministrija. Anotācija par Ministru kabineta noteikumu „Zāļu reklamēšanas kārtība un kārtība, kādā zāļu ražotājs ir tiesīgs nodot ārstiem bezmaksas zāļu paraugus” projektu VSS-588, 2011 // http://www.mk.gov.lv/doc/2005/VMAnot_201009_FL.3653.doc (sk. 2012. gada 12. marts).
139. LR Veselības ministrija. Sabiedrības veselības pamatnostādņu projekts 2011- 2017.// <http://www.vm.gov.lv/index.php?top=121&id=798> (sk. 2011. gada 2. maijs).
140. LR Veselības ministrija. Sociālā kampaņa "Ārstējies nepārmaksājot.", Aktualitātes. 2013. gada 29. Maijs // http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/arstejies_neparmaksajot/ (sk. 2013. gada 10. jūnijs).
141. Lupton, D. Consumerism, reflexivity and the medical encounter // *Social Science and Medicine* (45) (1997): 373–381.
142. MacLennan, A.H. and Wilson, D.H. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia // *Lancet* (347), nr. 9001 (1996): 569.
143. Major, S. and Vincze, Z. Consumer habits and interests regarding non-prescription medications in Hungary // *Family Practice* (27) (2010): 333–338.
144. Mazor, K. M, Clauser, B.E., Field, T., Yood, R.A. and Gurwitz, J.H. A Demonstration of the Impact of Response Bias on the Results of Patient Satisfaction Surveys // *Health Services Research* 375 (2002): 1403–1417.
145. McDaniel, S. A. Understanding Health Sociologically // *Current Sociology* published online, 2013 // <http://csi.sagepub.com/content/early/2013/05/13/0011392113480471.full.pdf+html> (accessed September 24, 2013).
146. Medical Dictionary. The Free Dictionary by Farlex. Vitamins // <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/vitamins> (accessed June 28, 2013).
147. Medikamentu informācijas centrs. Bezrecepšu zāles // Viss par farmāciju - portāls farmaceitiem un ārstiem // http://www.farmacija-mic.lv/bezreceptsu_zales.php (sk. 2012. gada 4. jūnijs).
148. Mežinska, S. Hroniskas slimības subjektīvā pieredze un pensijas vecuma cilvēku dzīves kvalitāte, promocijas darbs – Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2010.
149. Ministru kabinets. MK noteikumi Nr.581 Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības novērtēšanas, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtība // <http://likumi.lv/doc.php?id=114588#piel1> (sk. 2013. gada 8. oktobris).
150. Ministru kabinets. MK noteikumi Nr. 378 Zāļu reklamēšanas kārtība un kārtība, kādā zāļu ražotājs ir tiesīgs nodot ārstiem bezmaksas zāļu paraugus // <http://likumi.lv/doc.php?id=230392> (sk. 2013. gada 3. jūnijs).
151. Ministru kabinets. Valsts statistikas pārskatu un anketu veidlapu paraugu apstiprināšanas noteikumi // <http://likumi.lv/doc.php?id=147671> (sk. 2013. gada 12. jūnijs).

152. Montagne, M. Miracle Drug, Poison, or Placebo: Patients' Experiences With Antidepressant Medications as Described in Postings on an Online Message Board // *Substance Use & Misuse* (46) (2011): 922–930.
153. Montagne, M. The metaphorical nature of drugs and drug taking // *Social Science and Medicine* (26), no. 4 (1988): 417–424.
154. Montagne, M., and Basara, L.R. Consumer Behavior Regarding the Choice of Prescription and Nonprescription Medications // *Social and Behavioural Aspects of Pharmaceutical Care*, by Smith, M.C. and Wertheimer, A. I. – Birghampton: Pharmaceutical Products Press, 1996: 253–294.
155. Morales-Suárez-Varela, M., Llopis-González, A. Francisco, C.I., Gimeno-Clemente N., Ruiz-Rojo E., and Luis, R.M. Adolescents in Spain: use of medicines and adolescent lifestyles // *Pharmacy World & Science* (31), no. 6 (2009): 656–663.
156. Moynihan, R., et al. Coverage by the News Media of the Benefits and Risks of Medications // *The New England Journal of Medicine* (342), no. 22 (2000): 1645–1650.
157. Murphy, C., and DeBellis, R.J. Pharmacotherapy in Lifestyle Medicine and the Role of the Pharmacist // *Americal Journal of Lifestyle Medicine*, 2012: 1–10.
158. National Consumer Council (cited in Britten, N. „Medicines and Society) *Pharmaceuticals: A Consumer Prescription* – London: National Consumer Council, 1991.
159. Neatkarīgā Rīta avīze. Aptieku biedrība iebilst pret bezrecepšu zāļu tirdzniecību veikalos un benzīntankos, 2013. gada 24.maijs // <http://nra.lv/latvija/veseliba/95362-aptieku-biedriba-iebilst-pret-bezreceptu-zalu-tirdzniecibu-veikalos-un-benzintankos.htm> (sk. 2013. gada 18. jūnijs).
160. Neill, S. J. Containing acute childhood illness within family life: a substantive grounded theory // *Journal of Child Health Care* (14), no. 327 (2012): 327–344.
161. Nettleton, S. *The Sociology of Health and Illness* – Cambridge, Malden: Polity Press, 2006.
162. Neutel, C.I, and Patten, S.B. Sleep medication use in Canadian seniors // *Canadian Journal of Clinical Pharmacy* (16), no. 3 (2009): 443–452.
163. Nielsen, M. W., Hansen, E.H. and Rasmussen, N.K. Prescription and Non-prescription Medicine use in Denmark: Association with Socio-economic Position // *European Journal of Clinical Pharmacology* (59) (2003): 677–684.
164. Novignon, J., Mussa, R., Msonda, T. and Nonvignon, J. The use of non-prescription medicine versus self-assessed health: evidence from Malawi // *International Archives of Medicine* (4), no. 38 (2011): 1–5.
165. Outhwaite, W. *Habermas: A Critical Introduction* – Cambridge, Oxford: Polity Press, 1994.
166. Ozkan, O., Hamzaoglu, O., Erdine, S., Balta, E. and Domac, M. Use of analgesics in adults with pain complaints: prevalence and associated factors, Turkey // *Rev Saúde Pública* (43), no. 1 (2009): 140–146.
167. Ozolina, V. “Study of Accessibility and Quality of Patient Information about Medicines in Latvia // 3rd International interdisciplinary scientific conference "Society, Health, Welfare", Collection of abstracts; Riga: Riga Stradins University, 2010.
168. Ozoliņa, I. Pieprasījums pēc zālēm nav sarucis, taču tās lietojam neracionāli. "Latvijas avīze". 2012. gada 27.decembris // http://m.la.lv/index.php?option=com_content&view=article&id=368934%3Aapieprasjums-pc-zlm-nav-sarucis-tau-ts-lietojam-neracionli&Itemid=166 (sk. 2013. gada 24. jūlijs).

169. Ozoliņa, V. Pašārstēšanās un farmaceitiskās aprūpes pētījumi Latvijā: tendenču, ieguvumu un risku analīze, promocijas darba kopsavilkums – Rīga: Rīgas Stradiņa Universitāte, 2006, 34.
170. Pacientu Ombuds. Diskusija par pacientu līdzestību veselības aprūpē // <http://www.pacientuombuds.lv/lat/aktualitates/?doc=394> (sk. 2013. gada 25. jūlijs).
171. Palinkas, L. A., and Kabongo, M.L. The Use of Complementary and Alternative Medicine by Primary Care Patients // *The Journal of Family Practice* (49), no. 12 (2000).
172. Pandolfini, C., Impicciatore, P. and Bonati, M. Parents on the Web: Risks for Quality Management of Cough in Children // *Pediatrics*, 2000 // <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/1/e1> (accessed July 22, 2010).
173. Parsons, T. *The Social System* – Toronto, New York: The Free Press, 1951.
174. Paulose-Ram, R., Hirsch, R, Dillon, Ch., Losonczy, K., Cooper, M. and Ostchega, Y. Prescription and non-prescription analgesic use among the US adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* (12) (2003): 315–326.
175. Pārtikas un veterinārais dienests. Uztura bagātinātāju datu bāze // http://www.pvd.gov.lv/lat/lab_izvlne/datubazes/_gv/external-db_1/ (sk. 2013. gada 22. maijs).
176. Pellegrino, Ed. D. Prescribing and Drug Ingestion: Symbols and Substances // *Drug Intelligence nad Clinical Pharmacy* (10) (1979): 624–630.
177. Piccinini, M. and Santinello, V.A. Use of medicines and lifestyles among Italian adolescents // *Epidemiologia e Prevenzione* (35), no. 3–4 (2011): 222–228.
178. Pīrāgs, V. Latvijas iedzīvotāju dzīvildzi un dzīves kvalitāti apdraudošās slimības: Zinātniskā analīze un galvenās rekomendācijas – Rīga: VSIA Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, 2009.
179. Porteous, T., Bond, C., Hannaford, P. and Sinclair, H. How and why are non-prescription analgesics used in Scotland? // *Family Practice* (22), no. 1 (2005): 78–85.
180. Patērētāju tiesību aizsardzības centrs. PTAC brīdina: Uztura bagātinātājiem mēdz piedēvēt nepatiesas ārstnieciskas īpašības, 2014. gada 21.janvāris // http://www.ptac.gov.lv/page/212&news_id=471 (sk. 2014. gada 18. februāris).
181. Pudule, I., Velika, B., Grīnberga, D., Gobiņa, I. un Villeruša, A. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums; Slimību profilakses un kontroles centrs. 2012 // www.spkc.gov.lv (sk. 2013. gada 13. augusts).
182. Pudule, I., u.c. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums; Slimību profilakses un kontroles centrs. 2010. // <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4e672991e40ef.pdf> (sk. 2012. gada 26. jūlijs).
183. Pudule, I., u. c. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums // Slimību profilakses un kontroles centrs, 2008 // www.spkc.gov.lv (sk. 2012.gada 26.jūlijs).
184. Qato, D. M., Alexander, G.C., Conti, R.M., Johnson, M., Schumm, P. and Lindau, S.T. Use of Prescription and Over-the-Counter Medications and Dietary Supplements Among Older Adults in the United States // *Journal of American Medical Association* (300), no. 24 (2008): 2867–2878.
185. Quah, S. Health and Culture // In *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, by Cockerham, W.C. – Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing, 2001: 23–42.
186. Rayner, L., and Easthope, G. Postmodern consumption and alternative medications // *Journal of Sociology* (37), no. 2 (2001): 157–176.

187. Raynor, D.K., et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines // *Health Technology Assessment* (11), no. 5 (2007): Executive summary.
188. Risk, A. and Petersen, C. Health Information on the Internet: Quality Issues and International Initiatives // *Journal of American Medical Association* (287), no. 20 (2002): 2713–2715.
189. Ritzer, George. Micro-Macro Linkage in Sociological Theory: Applying a Metatheoretical Tool // *Frontiers of Social Theory: The New Syntheses*, by George Ritzer – New York, Oxford: Columbia University Press, 1990: 347–370.
190. Ritzer, G. *Modern Sociological Theory*, 7th edition – Boston: McGraw-Hill, 2008.
191. Ritzer, G. *The McDonaldization of Society* – Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage Publications, 2011.
192. Rīgas Dome. Rīgas ilgtermiņa attīstības stratēģija līdz 2025.gadam // http://www.rdpad.lv/uploads/rpap/Rigas_ilgtermina_attistibas_strategija_2025.g.pdf (sk. 2013. gada 11. septembris).
193. Rottlaender, D., Scherner, M., Schneider, T. and Erdmann, E. Polypharmacy, compliance and non-prescription medication in patients with cardiovascular disease in Germany // *Dtsch Med Wochenschr* [article in German] (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) (132), no. 4 (2007): 139–44.
194. Roumie, C. L., and Griffin, M. R. Over-the-Counter Analgesics in Older Adults: A Call for Improved Labelling and Consumer Education // *Drugs and Aging* (21), no. 8 (2004): 485–498.
195. Ruiz, M. E. Risks of self-medication practices // *Current Drug Safety* (Abstract in PubMed) (5), no. 4 (2010): 315–323.
196. Ryan, A., Wilson, S., Taylor, A. and Greenfield, S. Factors associated with self-care activities among adults in the United Kingdom: a systematic review // *BMC Public Health* (9), no. 96 (2009): 1–10.
197. Ryan, T., Brewer, M., and Small, L. Over-the-counter Cough and Cold Medication use in Young Children // *Pediatric Nursing* (34), no. 2 (2008): 174.
198. Salmane-Kulikovska, I. and Mezinska, S. “I had to help my child!”: The role of emotions, risk and trust in use of nasal decongestants in children // *Journal of Child Health Care* (17), no. 1 (2013): 41–52.
199. Salmane-Kulikovska, I., Mezinska, S., Dobelniece, S. and Rungule, R. Information Sources regarding Common Cold Medicines in Latvia // *Filosofia. Sociologija* (22), no. 1 (2011): 199–207.
200. Salmane-Kulikovska, I. un Ivanovs, A. Interneta avotu izmantošana informācijas meklēšanai par veselības aprūpes jautājumiem Latvijā // 2012.gada Zinātniskās konferences tēzes – Rīga: Rīgas Stradiņa Universitāte, 2012: 1–14.
201. Salmane-Kulikovska, I. and Mežinska, S. Deguna asinsvadus sašaurinošu pilienu lietošana 0–6 gadus veciem bērniem – Rīga: Veselības projekti Latvijai, 2011.
202. Salmane-Kulikovska, I., Mežinska, S. un Rungule, R. Latvijas iedzīvotāju medikamentu lietošanas paradumi saaukstēšanās slimību gadījumos; Veselības projekti Latvijai, 2010 // http://www.veselibasprojekti.lv/upload/raksti/Pilna_petijuma_analize26032010.pdf (sk. 2012. gada 15. maijs).
203. Saracci, R. The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health // *British Medical Journal* (314) (1997): 1409–1410.

204. Scambler, G., and Britten, N. System, lifeworld and doctor–patient interaction: Issues of trust in a changing world // Habermas, Critical Theory and Health, by Scambler, G. – London, New York: Routledge, 2001: 45–67.
205. Schillie, S. F., Shehab, N., Thomas, K.E. and Budnitz, S.S. Medication Overdoses Leading to Emergency Department Visits Among Children // American Journal of Preventive Medicine (37), no. 3 (2009): 181–187.
206. Shafie, A. A., Hassali, M.A. and Yahaya, A.H.M. Health-Related Quality of Life among Nonprescription Medicine Customers in Malaysia // Value in Health Regional Issues (2) (2013): 107–117.
207. Sillence, E., Briggs, P., Harris, P.R. and Fishwick, L. How do patients evaluate and make use of online health information? // Social Science & Medicine (64) (2007): 1853–1862.
208. Simasek, M., and Blandino, D.A. Treatment of the Common Cold // American Family Physician (75), no. 4 (2008): 516–520.
209. Simoens, S., Lobeau, M. and van Aerschot, A. Patient experiences of over-the-counter medicine purchases in Flemish community pharmacies // Pharmacy World & Science (31), no. 4 (2009): 450–457.
210. Sīlis, V. Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte, promocijas darbs – Rīga: Rīgas Stradiņa Universitāte, 2010.
211. Skovgaard, L., et al. Differences between users and non-users of complementary and alternative medicine among people with multiple sclerosis in Denmark: A comparison of descriptive characteristics // Scandinavian Journal of Public Health, 2013: 1–8.
212. Slater, D. Consumer Culture & Modernity – Cambridge, Oxford, Malden: Polity, 1997.
213. Sleath, B., Rubin, R.H., Campbell, W., Gwyther, L. and Clark, T. Physician–patient communication about over-the-counter medications // Social Science and Medicine (53) (2001): 357–369.
214. Smith, B., and Goldblatt, D. Whose health is it anyway? // The Natural and the Social: Uncertainty, Risk, Change, by Hinchliffe, S. and Woodward, K.; London, New York: Routledge, 2000: 42–75.
215. Smith, M. C. Determinants of Medication Use // Social and Behavioral Aspects of Pharmaceutical Care, by Smith, M.C. and Wertheimer, A. – Binghampton: Pharmaceutical Products Press, 1996: 295–322.
216. Smith, Mickey C. Illness, Sickness, and Disease // Social and Behavioural Aspects of Pharmaceutical Care, by Smith, M.C., and Wertheimer, A. – Binghampton: Pharmaceutical Products Press, 1996: 21–39.
217. STADA. Kamistad // <http://www.stada.lv/Kamistad/KamistadFeaturesLatvia.html> (sk. 2013. gada 3. oktobris).
218. Stevenson, F. A., Leontowitsch, M. and Duggan, C. Over-the-counter medicines: professional expertise and consumer discourses // Pharmaceuticals and Society: Critical Discourses and Debates, by Williams, S.J., Gabe, J. and Davis, P. – Malden, Oxford, Chichester: Wiley-Blackwell, 2009: 97–111.
219. Stones, R. Key Sociological Thinkers – New York: New York University Press, 1998.
220. Teibe, U. Bioloģiskā statistika – Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2007.
221. Thom, D.H., Kravitz, R.L., Bell, R.A., Krupat, E., and Azari, R. Patient trust in the physician: relationship to patient requests // Family Practice (19), no. 5 (2002): 476–483.
222. Timpare, Z. Atmaskojam burciņu vitamīnus // Ievas Veselība, 2012: 24–26.

223. TNS Latvija. Atlas pētījums, 2008 // <http://www.tns.lv/?lang=lv&fullarticle=true&category=showuid&id=2854&mark=bezrec> epšu (sk. 2012. gada 13. augustā).
224. TNS Latvija. Latvijas mediju reklāmas tirgus apjoms 2012. gadā palielinājies par 3%, 2013. gada 26. marts. <http://www.tns.lv/?lang=lv&fullarticle=true&category=showuid&id=4153> (sk. 2014. gada 4. februāris).
225. TNS Latvija. Šogad septembrī TV pārraidīts par 28% vairāk reklāmu nekā pērn septembrī, 2013. gada 10. oktobris. <http://www.tns.lv/?lang=lv&fullarticle=true&category=showuid&id=4354> (sk. 2013. gada 18. decembris).
226. Tobi, H., Meijer, W.M., Tuinstra, J. and de Jong ven den Berg, L.T.W. Socio-economic Differences in Prescription and OTC Drug Use in Dutch Adolescents // *Pharmacy World and Science* (25), no. 5 (2003): 203–206.
227. TV3. Coldrex reklāma, 2014. gada 19.. janvāris.
228. Vaknin, S., Abadi-Korek, I., Marom, E., Shemer, J. and Luxenburg, O. The over the counter drugs reform in Israel – two years later [Article in Hebrew], Harefuah // (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) (150), no. 1 (2011): 4–8.
229. VALS, TM. Understanding U.S. Consumers – Menlo Park, CA: SRI Consulting Business Intelligence, 2006.
230. veselibaspolitika.lv. Sadarbība pacientu interešu aizstāvībai pacientu veselības aprūpes politikā // <http://www.veselibaspolitika.lv/?lapa=pacientam&papa=buj> (sk. 2013. gada 10. septembris).
231. Veselības projekti Latvijai. Zāļu reklāmas uzraudzības aktivitātes kopsavilkums, 2014. gada 8.augusts // <http://www.veselibasprojekti.lv/raksts/2/220/> (sk. 2014. gada 8. augusts).
232. Vēbers, M. Reliģijas Socioloģija – Rīga: LU Filozofijas un Socioloģijas institūts, 2004.
233. Vilks, A. Pasaules sociologi: vārdnīca – Rīga: Drukātava, 2007.
234. Villako, P., Volmer, D. and Raal, A. Factors influencing purchase of and counselling about prescription and OTC medicines at community pharmacies in Tallinn, Estonia // *Acta Poloniae Pharmaceutica* (69), no. 2 (2012): 335–340.
235. Viswanathan, H., and Lambert, B.L. An inquiry into medication meanings, illness, medication use, and the transformative potential of chronic illness among African Americans with hypertension // *Research in Social and Administrative Pharmacy* (1) (2005): 21–39.
236. Wainwright, S. P., Michael, M. and Williams, C. Shifting paradigms? Reflections on generative medicine, embryonic, stem cells and pharmaceuticals // *Pharmaceuticals and Society: Critical Discourses and Debates*, by Williams, S.G., Gabe, J. and Davis, P. – Malden, Oxford, Chichester: Wiley-Blackwell, 2009: 140–154.
237. Ware, J. E. SF-36 Health Survey Update; Quality Metric Inc. and Tufts University Medical school, 2005.
238. Ware, J. E. Standards for Validating Health Measures: Definition and Content // *Journal of Chronical Diseases* (40), no. 6 (1987): 473–480.
239. Wazaify, M., Shields, E., Hughes, C.M. and McElnay, J.C. Societal Perspectives on Over-the-counter (OTC) Medicines // *Family Practice* (22) (2005): 170–176.
240. Webb, D., and Wright, D. Postmodernism and health promotion: Implications for the debate on effectiveness // *Researching Health Promotion*, by Watson, J. and Platt, S. – London, New York: Routledge, 2000: 83–101.

241. Weber, M. *Economy and Society*. Vol. I. – Berkeley, Los Angeles, London: California Press, 1978.
242. Weiss, S. J. Awareness and use of over-the-counter pain medications: a survey of emergency department patients // *Southern Medical Journal*, 2002.
243. White, K. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness* – London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: Sage Publications, 2009.
244. WHO. Promoting Rational Use of Medicines: Core Components, WHO Policy Perspectives on Medicines // <http://archives.who.int/tbs/rational/h3011e.pdf> (accessed January 13, 2012).
245. WHO. Quality of Life (WHOQOL)-BREF, 2004 // http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf (accessed May 13, 2013).
246. WHO. “The World Medicines Situation”, 2004 // http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/index.html (accessed July 26, 2012).
247. WHO. WHOQOL: Measuring Quality of Life, WHO Programme on Mental Health, 1997 // http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (accessed June 4, 2013).
248. Whyte, S. R, Geest, S. and Hardon, A. *Social Lives of Medicines* – Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
249. Williams, G., and Popay, J. Lay health knowledge and the concept of the lifeworld // *Habermas, Critical Theory and Health*, by Scambler, G. – London, New York: Routledge, 2001.
250. Williams, S. G., Seale, C., Boden, Sh., Lowe, P. and Steinberg, D.L. Waking up to sleepiness: Modafinil, the media and the pharmaceuticalization of everyday/night life // *Pharmaceuticals and Society: Critical Discourses and Debates*, by Simon, G. W., Gabe, J. and Davis, P. – Malden, Oxford, Chichester: Wiley-Balckwell, 2009: 25–40.
251. Williams, S. J., Gabe, J. and Davis, P. The Sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospects // *Sociology of Health & Illness* (30), no. 6 (2008): 813–824.
252. Willis, G. B. *Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design* – Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 2005.
253. World Self-Medication Industry. About Self-medication // <http://www.wsmi.org/aboutsm.htm> (accessed November 19, 2010).
254. Wynne, D.. *Leisure, lifestyle and the new middle class: A case study* – London, New York: Routledge, 1998.
255. Zariņš, Z., un Māldere, L. Uztura bagātinātāji ģimenes ārsta, dietologa un uztura speciālista praksē // *Latvijas ārsts* (3) (2014): 66–68.
256. Zāļu valsts aģentūra. Aptieku 2013. gada apgrozījums ir bijis lielākais pēdējo gadu laikā, pārsniedzot 200 milj. Latu, 2014. gada 28.marts // <http://www.zva.gov.lv/> (sk. 2014. gada 29. marts).
257. Zāļu valsts aģentūra. Baltic Statistics on Medicines 2010–2012 // http://www.zva.gov.lv/doc_upl/BS_2013.pdf (sk. 2013. gada 18.decembrī).
258. Zāļu valsts aģentūra. Ievads farmakovigilancē: grāmata par zāļu blaknēm; Rīga: Zāļu Valsts aģentūra, 2005.
259. Zāļu valsts aģentūra. Jūnijā par 11% sarūk zāļu realizācijas apgrozījums, 2013. gada 31.jūlijs // <http://www.zva.gov.lv/> (sk. 2013. gada 6. augusts).
260. Zāļu valsts aģentūra. Vitamīni ārstēšanai un uztura papildināšanai, 2013. gada 5. augusts // <http://www.zva.gov.lv/?rel=1589> (sk. 2013. gada 6. augusts).

261. Zāļu valsts aģentūra. Statistika: zāļu patēriņš decembrī, 2013. gada decembris // <http://www.zva.gov.lv/?id=494&top=3&sa=323> (sk. 2013. gada 31. decembris).
262. Zāļu valsts aģentūra. Zāļu patēriņa statistika, 2012 // http://www.zva.gov.lv/doc_upl/Zalu_paterina_statistika_2012-20130604.pdf (sk. 2013. gada 25. jūlijs).
263. Zāļu valsts aģentūra. Zāļu klīniskie pētījumi – Latvijas eksporta prece // Latvijas Vēstneša portāls "Par likumu un valsti", 2011. gada 31. janvāris // <http://www.lvportals.lv/viedokli.php?id=225093> (sk. 2013. gada 11. oktobris).
264. Zola, I. K. Culture and symptoms – an analysis of patients' presenting complaints // *American Sociological Review* (31), no. 5 (1966): 615–630.
265. Крыштановский, А.О. Анализ Социологических Данных С Помощью Пакета SPSS – Москва: Издательский Дом ГУ ВШЭ, 2006.
266. Терещенко, О., Кирилович, Н и Князева, Е. Многомерный Статический Анализ Данных В Социальных науках – Минск: Белорусский Государственный Университет, 2012.

PUBLIKĀCIJAS UN ZIŅOJUMI PAR PROMOCIJAS DARBA TĒMU

Publikācijas (zinātniskie raksti) par promocijas darba tēmu

1. Salmane-Kulikovska, I., Mezinska S., 'I had to help my child!': The role of emotions, risk, and trust in use of nasal decongestants in children" // Journal of Child Health Care (SAGE), 2013, 17 (1): 41–52.
2. Salmane-Kulikovska, I., Mezinska, S. Dobelniece, S., Rungule R. „Information sources regarding common cold medicines in Latvia” // Filosofija. Sociologija, 2011, T.22 (2): 198–207.
3. Salmane-Kulikovska, I., Dobelniece, S. „Studies of medicines use by consumers” // RSU, 3rd International Interdisciplinary Scientific Conference „Society, Health, Welfare” International Conference proceedings, SHS Web of Conferences, 2012, 2: 00027, ISBN 978-2-7598-0801-4.
4. Salmane-Kulikovska, I. „Caregivers’ knowledge and perceptions of side-effects and properties of nasal decongestants for small children (0–6) in Latvia” // International Journal of Arts and Sciences, 2011, 4 (21):299–306.
5. Salmane-Kulikovska, I., Dobelniece, S. „Information sources about medicines used in cases of children’s rhinitis” // Latvia University of Agriculture, faculty of Social Sciences, the 7th Annual International Scientific Conference „New Dimensions in the Development of Society”, International Conference proceedings, 2011: 193–200.
6. Salmane-Kulikovska, I., Ivanovs A. „Influence and interplay of structure and agency in studying use of pharmaceuticals by consumers” // University of Daugavpils, International Scientific conference „Social and economic dimension of European integration: problems, solutions, perspectives”, Proceedings of the International Scientific Conference, 2011: 103–111.
7. Ivanovs, A., Salmane-Kulikovska, I., „Comparison of the results of the health-related quality of life health survey (SF-36) in Latvia and European countries” // University of Daugavpils, International Scientific conference „Social and economic dimension of European integration: problems, solutions, perspectives”, Proceedings of the International Scientific Conference, 2011: 22–33.
8. Salmane-Kulikovska, I., Dobelniece S., Rungule R. „Latvijas iedzīvotāju medikamentu lietošanas paradumi saaukstēšanās saslimšanu gadījumos” // RSU Zinātniskie raksti, 2010: 96–109.
9. Salmane-Kulikovska, I. „Jēdzienu „racionāls” un „racionalitāte” izmantošana medikamentu lietošanas kontekstā” // RSU Zinātniskie raksti: 2011: 144–150.
10. Salmane-Kulikovska, I., Ivanovs, A. „Internet as a source of health information in Latvia” // RSU Zinātniskie raksti: 2012: 38–47.
11. Salmane-Kulikovska, I., Dobelniece, S. „Socio-demographic characteristics of over-the-counter medicines’ users in Latvia” // RSU Zinātniskie raksti (iesniegts publicēšanai 2014.gadā).

Konferenču tēzes par promocijas darba tēmu

1. Salmane-Kuļikovska, I., Dobelniece, S. „Problems regarding use of medicines in cases of common cold” // RSU, 3rd International Interdisciplinary Scientific Conference „Society, Health, Welfare” (11.–12.11., 2010.).
2. Salmane-Kuļikovska, I., Mezinska, S. „Use of nasal decongestants for small children (0–6) in Latvia” // European Sociological Association, the 10th Conference „Social Relations in Turbulent Times” (7.–10.09., 2011.), Geneva, Switzerland.
3. Salmane-Kuļikovska, I. „Role of a doctor as an information source regarding common cold diseases: children rhinitis case” // British Sociological Association Medical Sociology Group 43rd Annual Conference 2011 (14.–16.09., 2011.), Chester, Great Britain.
4. Salmane-Kuļikovska, I., Dobelniece, S. „Information sources about medicines used in case of children’s rhinitis” // Latvia University of Agriculture, faculty of Social Sciences, the 7th Annual International Scientific Conference „New Dimensions in the Development of Society” (6.–7.10., 2011.), Jelgava, Latvia.
5. Salmane-Kuļikovska, I., Ivanovs, A. „Influence and Interplay of Agency and Structure in Studying Patterns of Medicines’ Use” // University of Daugavpils, International Scientific Conference „European Integration Sociologic and Economic Dimension: Problems, Solutions, Perspectives” (3.–5.11., 2011.).
6. Ivanovs, A., Salmane-Kuļikovska, I., Vīksna, L. „Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes pētījums (SF-36v1). Latvijas un Eiropas valstu salīdzinājums” // University of Daugavpils, International Scientific Conference „European Integration Sociologic and Economic Dimension: Problems, Solutions, Perspectives” (3.–5.11., 2011.).
7. Salmane-Kuļikovska, I., Ivanovs A., Lucenko, I., Vīksna, L. Tēzes „Kašķis: slimības izplatības analīze Latvijā 2011.un 2012.gadā” // Latvijas Universitātes Filozofijas un socioloģijas institūts, starptautiska zinātniska konference „Jaunieši Latvijā, Eiropā, Pasaulē: iespējas un riski”, (1.–2.06.2012.), Rīga, Latvija.
8. Salmane-Kuļikovska, I. „Do they need unbiased information? The opinion of consumers regarding availability of non-commercial information about medicines in Latvia” // The British Sociological Association, 44th Annual Conference (5.–7.09.2012.), University of Leicester, Great Britain.
9. Salmane-Kuļikovska, I. „What information sources people in Latvia consult regarding use of medications?” // ESA Research Network „Sociology of Health and Illness” Scientific conference (31.10.2012.–03.11.2012.), Aalborg, Denmark.
10. Salmane-Kuļikovska, I., Ivanovs, A. „Lay Beliefs about Properties of Over-the-Counter Medicines” // European Sociological Association, the 11th Conference „Crisis, Critique and Change” (28.–31.08.2013.), Turin, Italy.
11. Ivanovs, A., Salmane-Kuļikovska, I. „Tuberculosis – Socioeconomic Characteristics” // European Sociological Association, the 11th Conference „Crisis, Critique and Change” (28.–31.08.2013.), Turin, Italy.
12. Salmane-Kuļikovska, I., Mezinska, S. „Influence of Pharmaceutical Companies on Medication Prescribing: Views of Physicians” // The British Sociological

Association, 45th Annual Conference (11.–13.09.2013.), University of York, Great Britain.

13. Salmane-Kuļikovska, I., Mežinska, S. „Latvijas iedzīvotāju medikamentu lietošanas paradumi saaukstēšanās saslimšanu gadījumos” // RSU Zinātniskā konference (18.–19.03.2010.).
14. Salmane-Kuļikovska, I. „Jēdziena „racionalitāte” izmantošana medikamentu lietošanas paradumu skaidrošanā” // RSU Zinātniskā konference (14.–15.04., 2011.).
15. Salmane-Kuļikovska, I., Ivanovs A. „Interneta avotu izmantošana informācijas par veselības aprūpes jautājumiem meklēšanai Latvijā” // RSU Zinātniskā Konference (29.–30.03.2012.).
16. Salmane-Kuļikovska, I., Ivanovs, A., Vīksna, L. „Tuberkulozes slimnieku sociāli-ekonomiskais portrets” // RSU Zinātniskā konference (21.–22.03.2013.).
17. Salmane-Kuļikovska, I., Dobelniece, S. „Socio-demographic characteristics of over-the-counter medicines’ users in Latvia” // RSU Zinātniskā konference (10.–11.04.2014.).
18. Ivanovs, A., Salmane-Kuļikovska, I., Vīksna, L. „Structural and behavioral explanations of tuberculosis in Latvia” // The 15th Biennial Conference of the European Society for Health and Medical Sociology (ESHMS) (28.–31.08.2014.).

Ziņojumi kongresos un konferencēs

1. Salmane-Kulikovska, I., Dobelniece, S. „Problems regarding use of medicines in cases of common cold” // RSU, 3rd International Interdisciplinary Scientific Conference „Society, Health, Welfare” (11.–12.11., 2010.).
2. Salmane-Kulikovska, I. „Use of nasal decongestants in small children (0–6) in Latvia” // European Sociological Association, the 10th Conference „Social Relations in Turbulent Times” (7.–10.09., 2011.), Geneva, Switzerland.
3. Salmane-Kulikovska, I. „Caregivers’ knowledge and perceptions of the side-effects of nasal decongestants for small children (0–6) in Latvia” // International Journal of Arts and Sciences, International conference for academic disciplines, Bad Gastein, Austria (31.05.–03.06.2011.).
4. Salmane-Kulikovska, I., Dobelniece, S. „Information sources about medicines used in case of children’s rhinitis” // Latvia University of Agriculture, Faculty of Social Sciences, the 7th Annual International Scientific Conference „New Dimensions in the Development of Society” (6.–7.10., 2011.), Jelgava, Latvia.
5. Salmane-Kulikovska, I., Ivanovs, A. „Influence and Interplay of Agency and Structure in Studying Patterns of Medicines’ Use” // University of Daugavpils, International Scientific Conference „European Integration Sociologic and Economic Dimension: Problems, Solutions, Perspectives” (3.–5.11., 2011.).
6. Ivanovs, A., Salmane-Kulikovska, I., Vīksna, L. „Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes pētījums (SF-36v1). Latvijas un Eiropas valstu salīdzinājums” // University of Daugavpils, International Scientific Conference „European Integration Sociologic and Economic Dimension: Problems, Solutions, Perspectives” (3.–5.11., 2011.).
7. Salmane-Kulikovska, I., Ivanovs A., Lucenko, I., Vīksna, L. „Kašķis: slimības izplatības analīze Latvijā 2011.un 2012.gadā” // Latvijas Universitātes Filozofijas un socioloģijas institūts, Starptautiska zinātniska konference „Jaunieši Latvijā, Eiropā, Pasaulē: Iespējas un Riski” (1.–2.06.2012.). Rīga, Latvija.
8. Salmane-Kulikovska, I. „Do they need unbiased information? The opinion of consumers regarding availability of non-commercial information about medicines in Latvia” // The British Sociological Association, 44th Annual Conference (5.–7.09.2012.), University of Leicester, UK.
9. Salmane-Kulikovska, I. „What information sources people in Latvia consult regarding use of medications?” // ESA Research Network „Sociology of Health and Illness”, Scientific conference, Aalborg, Denmark (31.10.2012.–03.11.2012.).
10. Salmane-Kulikovska, I. „Role of a doctor as an information source regarding common cold diseases: children rhinitis case” // British Sociological Association Medical Sociology Group 43rd Annual Conference 2011 (14.–16.09, 2011.), Chester, Great Britain.
11. Salmane-Kulikovska, I., Ivanovs, A. „Lay Beliefs about Properties of Over-the-Counter Medicines” // European Sociological Association, the 11th Conference „Crisis, Critique and Change” (28.08.2013.–31.08.2013.), Turin, Italy.

12. Ivanovs, A., Salmane-Kuļikovska, I. „Tuberculosis – Socioeconomic Characteristics” // European Sociological Association, the 11th Conference „Crisis, Critique and Change” 28.08.2013.–31.08.2013., Turin, Italy.
13. Salmane-Kuļikovska, I., Mežinska, S. „Influence of Pharmaceutical Companies on Medication Prescribing: Views of Physicians” // British Sociological Association, 45th Annual Conference (11.–13.09.2013.), University of York, Great Britain.
14. Salmane-Kuļikovska, I., Mežinska, S. „Latvijas iedzīvotāju medikamentu lietošanas paradumi saaukstēšanās saslimšanu gadījumos” // RSU Zinātniskā konference (18.–19.03.2010.).
15. Salmane-Kuļikovska, I. „Jēdziena „racionalitāte” izmantošana medikamentu lietošanas paradumu skaidrošanā” // RSU Zinātniskā konference (14.–15.04.2011.).
16. Salmane-Kuļikovska, I., Ivanovs A. „Interneta avotu izmantošana informācijas par veselības aprūpes jautājumiem meklēšanai Latvijā” // RSU Zinātniskā konference (29.–30.03.2012.).
17. Salmane-Kuļikovska, I., Ivanovs, A., Vīksna, L. „Tuberkulozes slimnieku sociāli-ekonomiskais portrets” // RSU Zinātniskā konference (21.–22.03.2013.).
18. Salmane-Kuļikovska, I. „Health Status and Social Factors in OTC medicines’ use” // LU SZF konference „Baltic Readings: Latvia, Lithuania, Estonia today”, 13.12.2013.
19. Salmane-Kuļikovska, I., Dobelniece, S. „Socio-demographic characteristics of over-the-counter medicines’ users in Latvia” // RSU Zinātniskā konference (10.–11.04.2014.).

PIELIKUMI

1. pielikums. Pētījuma anketa

Bezrecepšu medikamenti, vitamīnu un uztura bagātinātāju lietošanas paradumi un tos ietekmējoši faktori.

Labdien! Paldies, ka piekritāt piedalīties aptaujā! Šī pētījuma mērķis ir noskaidrot, kā Latvijā tiek lietoti bezrecepšu medikamenti, uztura bagātinātāji un vitamīni, kā arī šo līdzekļu lietošanas paradumu saistību ar indivīda veselības stāvokli, vērtībām, priekšstatiem un dzīvesveidu.

Iegūtie dati kalpos kā pamats Promocijas darba izstrādei Rīgas Stradiņa universitātes Doktora studiju programmā „Socioloģija”. Intervija aizņems aptuveni 45 minūtes. Aptauja ir **brīvprātīga** un **anonīma**, Jūsu sniegtās atbildes tiks izmantotas tikai apkopotā veidā un tikai šī pētījuma vajadzībām.

Aptaujā izmantoto jēdzienu skaidrojums:

KARTĪTE DEFINĪCIJAS!

Bezrecepšu medikamenti (BM) ir medikamenti, kuru farmakoloģiskās īpašības un stiprums, kā arī daudzums iepakojumā, lietošanas veids un lietošanas izraisītās blakusparādības, ja tos lieto atbilstoši lietošanas instrukcijai, nerada tiešus vai netiešus draudus pacienta veselībai un aptiekā ir izsniedzamas bez receptes. Latvijā atļauts izplatīt tikai medikamentus, kas reģistrēti **Latvijas Zāļu reģistrā**. Šajā reģistrā iekļauti arī vitamīni un gatavie homeopātiskie medikamenti.

Vitamīni un minerālvielas ir mazmolekulāras organiskas vielas, kas nepieciešamas orgānu un sistēmu normālai funkcionēšanai un ko organisms nesintezē vai sintezē organisma funkcionēšanai nepietiekošā daudzumā. Vitamīni tiek reģistrēti **Latvijas Zāļu reģistrā**, sadaļā „bezrecepšu medikamenti”.

Uztura bagātinātāji (UB) tiek reģistrēti **Pārtikas un veterinārajā dienestā**. Tie ir pārtikas produkti parastā uztura papildināšanai. Tie ir koncentrētas uzturvielas (vitamīni un minerālvielas) vai citas vielas, kurām ir uzturvērtība vai fizioloģiska ietekme, un kas ir paredzēti lietošanai mazos un nomērītos daudzumos.

X0. **ANKETAS KĀRTAS NUMURS** |_____|_____|_____|

XX. **Intervijas sākuma laiks:** |_____|_____| st |_____|_____| min.

A. Kontroles jautājums par bezrecepšu medikamentu un uztura bagātinātāju lietošanu:

A1. Vai pēdējo trīs mēnešu laikā Jūs esat lietojis (šobrīd lietojat) bezrecepšu medikamentus, vitamīnus vai uztura bagātinātājus?

Jā 1 ➔ Pāriet pie
jautājumam

bloka B

Nē 2 ➔ Pāriet pie
jautājumam

bloka D

B. Jautājumi par katru no lietotajiem bezrecepšu medikamentiem, vitamīniem un uztura bagātinātājiem KARTĪTE B1.

B1. Kādus BM, vitamīnus un UB Jūs esat lietojis pēdējo TRĪSmēnešu laikā? (*Intervētājs: „Vai, es, lūdzu, varētu apskatīt iepakojumu(s)?”*) **Nolasiet katru variantu un atzīmējiet atbilstošo atbildi katrā rindīnā. Ja respondents lietojis kādu BM vai UB (B1=2), pajautājiet un atzīmējiet tā nosaukumu(s)!**

		Nē	Jā	Nosaukums(i)
B1a	BM pret saaukstēšanos (drudzis, nespēks, paaugstināta temperatūra, kakla sāpes, iesnas, klepus, u.c.)	1	2	➔
B1b	BM pret sāpēm	1	2	➔
B1c	BM pret astmu vai alerģiju	1	2	➔
B1d	BM pret gremošanas traucējumiem (vēdera sāpes, caureja, aizcietējumi, aknu, zarnu problēmas, u.c.)	1	2	➔
B1e	BM sirds un asinsvadu problēmām (tromboze, mazasinība, holesterīns, asinsspiediens, u.c.)	1	2	➔
B1f	BM imūnsistēmas stiprināšanai	1	2	➔
B1g	BM acu, ausu problēmām	1	2	➔
B1h	BM ādas slimībām (brūces, čūlas, sēnītes, pinnes, psoriāze, u.c.)	1	2	➔
B1i	BM svara, apetītes kontrolei	1	2	➔
B1j	BM kaulu, locītavu, muskuļu un saišu problēmām	1	2	➔
B1k	BM nervu sistēmas problēmām (bezmiegs, satraukums, smadzeņu darbība)	1	2	➔
B1l	BM urīnceļu vai dzimumorgānu veselībai	1	2	➔
B1m	BM pret parazītiem	1	2	➔
B1n	Vitamīnus, minerālvielas	1	2	➔
B1o	Uztura bagātinātājus	1	2	➔
B1p	Homeopātiskus preparātus	1	2	➔
B1r	Citus līdzekļus (<i>lūdzu, norādiet, kādus</i>)	1	2	➔

! UZMANĪBU ! Turpmākos B bloka jautājumus uzdodiet par katru no jautājumā B1 atzīmētajiem bezrecepšu medikamentiem vai uztura bagātinātājiem atsevišķi! **Ierakstiet iepriekšējā jautājumā minētā BM vai UB nosaukumu un uzdodiet jautājumus no B2. līdz B8. par šo konkrēto medikamentu vai uztura bagātinātāju. Ja respondents lietojis vairākus bezrecepšu medikamentus, izmantojiet anketā papildus ievietojamās lapas – Moduli B – ar jautājumiem no B2. līdz B8. (skaits – pēc nepieciešamības).**

Bezrecepšu medikamenta / uztura bagātinātāja nosaukums vai kods no tabulas jautājumā B1

Ierakstiet: _____

B2. Kā Jūs ieguvāt šo BM, vitamīnus vai UB?

(Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!)

Nopirku aptiekā, kad radās nepieciešamība	1	
Bija mājās (jau agrāk iegūts)	2	
Iedeva radi, draugi vai paziņas	3	
Nopirku internetā	4	
Nopirku veikalā	5	
Nopirku no izplatītājiem	6	
Cits variants (<i>lūdzu, norādiet, kāds</i>)	7	➔

B3. Cik ilgi Jūs lietojāt(at) šo BM, vitamīnus vai UB pēdējo TRĪS mēnešu laikā? **(Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!)**

1–3 dienas	1	
4–7 dienas	2	
1–2 nedēļas	3	
2–4 nedēļas	4	
1–2 mēnešus	5	
2–3 mēnešus	6	
Cits variants (lūdzu, norādiet, kāds)	7	➔

B4. Kādēļ Jūs sākat lietot šo BM, vitamīnus vai UB? **(Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!)**

Lietoju profilaktiski, lai izvairītos no slimības	1
Sāku lietot, tiklīdz parādījās veselības traucējumi	2
Sāku lietot, kad saasinājās slimības simptomi vai pieauga nepieciešamība	3
Cits iemesls (lūdzu, norādiet, kāds!)	4
.....	

KARTĪTE B5.

B5. Kas un kādi informācijas avoti vai to saturs ietekmēja Jūsu lēmumu lietot šo BM, vitamīnus vai UB?

(Nolasiet katru variantu un atzīmējiet (visus) atbilstošo(s) atbilžu variantu(s)!)

B5a	Ģimenes ārsts	1
B5b	Ārsts-speciālists	2
B5c	Medicīnas māsa vai ārsta palīgs	3
B5d	Aptiekārs	4
B5e	Netradicionālās medicīnas speciālists (dziednieks, homeopāts, osteopāts, u.c.)	5
B5f	Raksti un informācija preses izdevumos – žurnālos un avīzēs	6
B5g	Informācija TV	7
B5h	Informācija radio	8
B5i	Informācija internetā	9
B5j	BM, UB vai vitamīnu reklāma	10
B5k	Bukleti un brošūras par medikamentiem, vitamīniem un UB	11
B5l	Lietošanas instrukcija	12
B5m	Manas ģimenes locekļi	13
B5n	Radi, draugi, paziņas	14
B5o	Mana iepriekšējā lietošanas pieredze	15
B5p	Neviens	16
B5r	Cits (lūdzu, nākamajā rindā norādiet, kas)	17
		
B5s	Neatceros, nevaru pateikt	18

! UZMANĪBU !

Ja, respondents par BM vai UB nav konsultējies ar speciālistu (atbildot uz jautājumu B5, nav atzīmēta NEVIENA no atbildēm B5a – B5c), uzdodiet jautājumu B6. Ja atzīmēta vismaz viena no atbildēm, pārejiet pie jautājuma B7!

KARTĪTE B6.

B6. Pieņemot lēmumu lietot BM, vitamīnus vai UB, Jūs nekonsultējāties ar mediķi, jo...

(Iespējamās vairākas atbildes. Nolasiet un atzīmējiet atbilstošo(s) atbildes(žu) variantu(s)!) :

a.	Vizīte pie mediķa ir pārāk dārga	1
b.	Manas zināšanas par BM, vitamīniem un UB ir pietiekamas, lai šādos gadījumos veiktu pašārstēšanos	2
c.	Informācija no citiem avotiem (farmaceits, radi, draugi, paziņas, plašsaziņas līdzekļi, instrukcija, u.c.) šādos gadījumos ir pietiekama	3
d.	Simptomi nebija tik smagi, lai meklētu mediķu palīdzību	4
e.	Negribēju traucēt mediķi	5
f.	Grūti sarunāt vizīti ar mediķi (garas rindas, ilgi jāgaida, lai pierakstītos, utt.)	6
g.	Man nebija laika iet pie mediķa	7
h.	Cits variants (lūdzu, nākamajā rindā norādiet, kāds)	8

KARTĪTE B7.

B7. Vai attiecībā uz šī līdzekļa lietošanu rīkojāties tā, kā norādīts BM, vitamīnu vai UB lietošanas instrukcijā?

(Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindiņā!)

		Jā, pilnībā	Daļēji	Nē	GP	NA
B7a	Lietošanas devām (medikamenta vienībām vienā lietošanas reizē)	1	2	3	8	9
B7b	Lietošanas ilgumu (cik dienas lietošana ieteicama, pieļaujama)	1	2	3	8	9
B7c	Lietošanas biežumu (cik reižu dienā ieteicams vai pieļaujams lietot)	1	2	3	8	9
B7d	Kontrindikācijām (gadījumiem, kad lietošana nav vēlama vai aizliegta)	1	2	3	8	9
B7e	Saderīgumu ar citiem ārstēšanas līdzekļiem	1	2	3	8	9
B7f	Uzglabāšanas nosacījumiem un derīguma termiņu	1	2	3	8	9

KARTĪTE B8.

B8. Ja nerīkojāties vai daļēji rīkojāties tā, kā norādīts lietošanas instrukcijā, lūdzu, norādiet iemeslu(s), kādēļ! **(Iespējamās vairākas atbildes. Nolasiet un atzīmējiet atbilstošo(s) atbildes(žu) variantu(s)!) :**

a.	Aizmirsu informāciju ievērot	1
b.	Informācija bija pārāk neskaidra un man nesaprotama	2
c.	Arī iepriekš nerīkojos atbilstoši instrukcijā minētajai informācijai, bet nekas slikts nenotika	3
d.	Uzskatu, ka informācija instrukcijā ir pārspīlēta	4
e.	Baidījos, ka var rasties pieradums pie medikamenta	5
f.	Negribēju, lai citi pamana, ka lietoju medikamentu, jo tas var likt domāt, ka esmu slimīgs	6
g.	Citi informācijas avoti ieteica rīkoties citādāk, nekā minēts lietošanas instrukcijā	7
h.	Finansiālu apsvērumu dēļ	8

i.	Novēroju blakusparādības saistībā ar lietošanu, tādēļ pārtraucu lietot vai sāku rīkoties citādi, nekā noteikts lietošanas instrukcijā	9
j.	Cits (<i>lūdzu, nākamajā rindā norādiet, kāds</i>)	10

C. Jautājumi par lietotajiem bezrecepšu medikamentiem, vitamīniem un uztura bagātinātājiem kopumā

KARTĪTE C1.

C1. Lūdzu, novērtējiet savas zināšanas par BM, vitamīniem un UB, ko lietojāt pēdējo TRĪS mēnešu laikā!

(Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindiņā!)

		Labas	Diezgan labas	Vidējas	Sliktas	Man nav šādu zināšanu	GP	NA
C1a	Medikamentu lietošana (ilgums, biežums, devas)	1	2	3	4	5	8	9
C1b	Iespējamās blakusparādības	1	2	3	4	5	8	9
C1c	Saderīgums ar citiem ārstēšanas līdzekļiem	1	2	3	4	5	8	9
C1d	Kontrindikācijas (gadījumi, kad lietošana nav vēlama vai aizliegta)	1	2	3	4	5	8	9
C1e	Uzglabāšanas nosacījumi	1	2	3	4	5	8	9

C2. Vai pēdējo trīs mēnešu laikā Jūs esat lietojis (lietojat) recepšu medikamentus?

Jā	1	➔ Lūdzu, norādiet, kādus!
Nē	2	

C3. Aptuveni cik daudz naudas (Ls) Jūs iztērējat BM, vitamīnu un UB iegādei pēdējo trīs mēnešu laikā savām un ģimenes locekļu vajadzībām? (**Lūdzu, ierakstiet naudas summu atbilstošajā ailē! Ja respondents nav iegādājies šos līdzekļus savām vai ģimenes locekļu vajadzībām, ierakstiet „0” atbilstošajā ailītē.**)

C3a	Savām vajadzībām	Ls santīmi	Grūti pateikt –998 Atsakās atbildēt – 999
C3b	Cītu ģimenes locekļu vajadzībām	Ls santīmi	Grūti pateikt –998 Atsakās atbildēt – 999

C4. Vai sakarā ar BM, vitamīnu un UB iegādi pēdējo trīs mēnešu laikā Jums nācās ierobežot citus izdevumus?

(Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!)

Jā, būtiski	1
Jā, daļēji	2
Nē	3
Grūti pateikt, nezinu	8
Atsakās atbildēt	9

! UZMANĪBU ! Jautājumus C5.–C7. uzdodiet tikai sievietēm!

C5. Vai pēdējo trīs mēnešu laikā bijāt (šobrīd esat) grūtniecības stāvoklī?

Jā	1
Nē	2
Nezinu	8
Atsakās atbildēt	9

C6. Vai Jums ir bērns zīdaiņa vecumā?

Jā	1
Nē	2 ➔ pāriet pie E bloka

C7. Vai pēdējo trīs mēnešu laikā barojāt(-at) zīdaiņi ar krūti?

Jā	1
Nē	2
Atsakās atbildēt	9

! Uzmanību ! Pārbaudiet, vai respondents ir lietojis vēl kādu BM, UB vai vitamīnus! Ja ir lietojis, tad aizpildiet Moduli B par nākamo līdzekli!

Respondents lietojis tikai vienu līdzekli ➔ **Pāriet pie Bloka E!**

D. Jautājumi respondentiem, kuri pēdējo trīs mēnešu laikā nav lietojuši BM, vitamīnus vai UB

KARTĪTE D1.

D1. Nosaukšu dažādus iemeslus, kādēļ cilvēki nelieto BM, vitamīnus vai UB. Kādēļ Jūs nelietojāt BM, vitamīnus un UB? **(Iespējamās vairākas atbildes. Nolasiet un atzīmējiet atbilstošo(s) atbildes(žu) variantu(s)!)**

a.	Biju vesels(a)	1
b.	Bija veselības traucējumi, bet tie pārgāja bez jebkādas iejaukšanās	2
c.	Bija veselības traucējumi, bet iztiku ar tautas ārstniecības līdzekļiem (aukstas, karstas kompreses, inhalācijas, zāļu tējas, u.c.)	3
d.	Mediķis ieteica nelietot	4
e.	Aptiekārs ieteica nelietot	5
f.	Netradicionālās medicīnas speciālists (ārsts, dziednieks, homeopāts, osteopāts, u.c.) ieteica nelietot	6
g.	Radi, draugi, paziņas vai ģimenes locekļi ieteica nelietot	7
h.	UB un vitamīnus nav jālieto, jo veselīgs uzturs nodrošina visu organismam nepieciešamo	9
i.	Nevarēju atļauties iegādāties	9
j.	Baidījos no iespējamajām blakusparādībām	10
k.	Cits variants (<i>lūdzu, nākamajā rindā norādiet, kāds</i>)→	11

D2. Vai pēdējo trīs mēnešu laikā Jūs esat lietojis (lietojat) recepšu medikamentus?

Jā	1	→Lūdzu norādīt, kādus!
Nē	2	

! JAUTĀJUMI VISIEM RESPONDENTIEM !Jautājumi par attieksmi un priekšstatiem par medikamentiem un to lietošanu

KARTĪTE E1.

E1. Cik lielā mērā, pieņemot lēmumu lietot BM, vitamīnus vai UB (turpmāk šajā jautājumā – „LĪDZEKĻI”), Jūs ietekmē šādi apstākļi un nosacījumi? (*Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindiņā!*)

		Ļoti ietekmē	Diezgan lielā mērā	Vidēji ietekmē	Maz ietekmē	Nemaz neietekmē	GP
E1a	Līdzekļa cena	1	2	3	4	5	8
E1b	Zināma, uzticama farmaceīta ieteikums	1	2	3	4	5	8
E1c	Tas, ka līdzeklis jau iepriekš iegādāts , un nav jādodas uz aptieku, tiklīdz rodas nepieciešamība	1	2	3	4	5	8
E1d	Aptiekas atrašanās vieta (tas, cik netālu no dzīvesvietas atrodas)	1	2	3	4	5	8
E1e	Pēc iespējas plašāks līdzekļu piedāvājums aptiekā (iespēja salīdzināt un izvēlēties)	1	2	3	4	5	8
E1f	Iespēja līdzekļus iegādāties ne tikai aptiekā, bet arī internetā un veikalā	1	2	3	4	5	8
E1g	Tas, ka var iztikt bez ārsta apmeklējuma	1	2	3	4	5	8
E1h	Iespējami dabīgāks līdzekļa sastāvs	1	2	3	4	5	8
E1i	Man zināms ražotājs , kura piedāvātajiem līdzekļiem uzticos	1	2	3	4	5	8
E1j	Pazīstams līdzekļa nosaukums (zīmols)	1	2	3	4	5	8
E1k	Radu, draugu, paziņu vai ģimenes locekļu ieteikums	1	2	3	4	5	8
E1l	Cits faktors (lūdzu, nākamajā rindā norādiet, kāds un novērtējiet, cik lielā mērā)	1	2	3	4	5	8

KARTĪTE E2.

E2. Lūdzu, novērtējiet, cik lielā mērā Jūs piekrītat katram no šiem apgalvojumiem!
(*Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindiņā!*)

		Pilnībā piekrītu	Drīzāk piekrītu	Drīzāk nepiekrītu	Pilnībā nepiekrītu	GP
E2a	Dārgāki medikamenti parasti ir efektīvāki	1	2	3	4	8
E2b	Jaunākas paaudzes medikamenti parasti ir efektīvāki	1	2	3	4	8
E2c	Ja medikaments ilgāk atrodas tirgū, jo tas ir pārbaudītāks un tā lietošana ir drošāka	1	2	3	4	8
E2d	Ja medikaments man ir palīdzējis agrāk , tas nozīmē, ka arī turpmāk tas palīdzēs	1	2	3	4	8

E2e	UB ārstē slimības	1	2	3	4	8
E2f	UB un vitamīni jālieto nepārtraukti , jo uzturs tos nenodrošina	1	2	3	4	8
E2g	Lietojot BM saskaņā ar lietošanas instrukciju, blakusparādības nav iespējamas	1	2	3	4	8
E2h	Vitamīnu un UB lietošana nevar radīt blakusparādības	1	2	3	4	8
E2i	Medikamenti jāsāk lietot, tiklīdz parādās pirmie simptomi , lai izvairītos no smagākām slimības izpausmēm	1	2	3	4	8
E2j	Nevaru atļauties slimot ikdienas pienākumu dēļ, tādēļ nekavējoties cenšos novērst slimības simptomus ar medikamentiem	1	2	3	4	8
E2k	Nevēlos inficēt citus cilvēkus , tādēļ, ja šāds risks pastāv, nekavējoties cenšos novērst slimības simptomus ar medikamentiem	1	2	3	4	8

JAUTĀJUMI PAR PIEEJAMO INFORMĀCIJU PAR BM, VITAMĪNIEM UN UB

KARTĪTE F1.

F1. Lūdzu, novērtējiet, cik lielā mērā Jūs uzticaties Latvijā pieejamajiem un zemāk minētajiem informācijas avotiem par BM, vitamīniem un UB? **(Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindiņā!)**

		Pilnībā uzticos	Drīzāk uzticos	Vidēji	Drīzāk neuzticos	Pilnībā neuzticos	Nekonsultējos / neizmantoju šo avotu informācijai par BM, vitamīniem un UB	G P
F1a	Savam ģimenes ārstam	1	2	3	4	5	6	8
F1b	Ārstam– speciālistam	1	2	3	4	5	6	8
F1c	Medicīnas māsai vai ārsta palīgam	1	2	3	4	5	6	8
F1d	Aptiekāram	1	2	3	4	5	6	8
F1e	Netradicionālā s medicīnas speciālistam (dziedniekam, homeopātam, osteopātam, u.c.)	1	2	3	4	5	6	8
F1f	Rakstiem un informācijai žurnālos un avīzēs	1	2	3	4	5	6	8

F1g	Informācijai TV	1	2	3	4	5	6	8
F1h	Informācijai radio	1	2	3	4	5	6	8
F1i	Informācijai internetā	1	2	3	4	5	6	8
F1j	Bukletiem un brošūrām par medikamentiem	1	2	3	4	5	6	8
F1k	Medikamentu lietošanas instrukcijai	1	2	3	4	5	6	8

KARTĪTE F2.

F2. Informācija var būt gan REKLĀMA (tās mērķis ir produktu pārdot), gan INFORMATĪVA (ar mērķi informēt gan par pozitīvajām, gan negatīvajām produkta īpašībām). Novērtējiet, lūdzu, kādu informāciju Jūsaprāt piedāvā zemāk minētie avoti! *(Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindīnā!)*

		Tikai informatīvu	Vairāk informatīvu	Gan informatīvu, gan reklāmu	Vairāk reklāmu	Tikai reklāmu	GP
F2a	Jūsu ģimenes ārsts	1	2	3	4	5	8
F2b	Ārsts–speciālists	1	2	3	4	5	8
F2c	Medicīnas māsa vai ārsta palīgs	1	2	3	4	5	8
F2d	Aptiekārs	1	2	3	4	5	8
F2e	Netradicionālās medicīnas speciālists (dziednieks, homeopāts, osteopāts, u.c.)	1	2	3	4	5	8
F2f	Raksti un informācija žurnālos un avīzēs	1	2	3	4	5	8
F2g	Informācija TV	1	2	3	4	5	8
F2h	Informācija radio	1	2	3	4	5	8
F2i	Informācija internetā	1	2	3	4	5	8
F2j	Bukleti un brošūras par medikamentiem	1	2	3	4	5	8
F1k	Medikamentu lietošanas instrukcija	1	2	3	4	5	8

Jautājumi par veselības stāvokli (fizisko un garīgo veselību) un dzīves kvalitāti

G1. Kā Jūs kopumā vērtējat savu veselības stāvokli?

(Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!)

ļoti labs	1
labs	2
vidējs	3
slikts	4
ļoti slikts	5
Grūti pateikt	8
Atsakās atbildēt	9

KARTĪTE G2.

G2. Kurš no apgalvojumiem vislabāk raksturo Jūsu veselības stāvokli? **(Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!)**

Praktiski neslimoju	1	
Mēdz būt tikai vieglas saslimšanas	2	
Ir hroniskas, smagākas slimības →Ja Jums nav iebildumu, lūdzu, norādiet, kādas	3	→
Bijušas nopietnas slimības un/vai traumas, no kuru sekām jācieš vēl tagad →Ja Jums nav iebildumu, lūdzu, norādiet, kādas	4	→
Bijušas nopietnas slimības, taču esmu izārstējies	5	
Ir invaliditāte	6	
Atsakās atbildēt	9	

KARTĪTE G3.

G3. Vai pēdējo trīs mēnešu laikā Jums ir bijušas vai arī pastiprinājušās kādas no turpmāk minētajām veselības problēmām? (*Iespējamās vairākas atbildes. Nolasiet visus un atzīmējiet atbilstošo(s) atbildes(žu) variantu(s)!*)

a.	Saukstēšanās un vīrusu izraisītas elpošanas ceļu saslimšanas (<i>vīrusi, gripa, bronhīts, u.c.</i>)	1
b.	Stipras galvassāpes	2
c.	Stipras muguras sāpes (<i>t.sk. kakla daļas</i>)	3
d.	Kaulu, locītavu un saišu problēmas vai smagākas saslimšanas (<i>artrīts, u.c.</i>)	4
e.	Kuņģa vai citas gremošanas orgānu problēmas	5
f.	Astma vai alerģiskas reakcijas	6
g.	Sirds vai asinsvadu problēmas un slimības (<i>pazemināts, paaugstināts asinsspiediens, stenokardija, tromboze, insults, infarkts, u.c.</i>)	7
h.	Ādas problēmas (<i>dermatīts, sēnīte, pinnes, u.c.</i>)	8
i..	Liekais svars	9
j.	Pazemināts svars	10
k.	Redzes vai dzirdes orgānu iekaisumi vai citas problēmas	11
l.	Urīnceļu vai dzimumorgānu slimības, <i>t.sk. seksuāli transmisīvās</i>	12
m.	Ilgstošs stress, depresija, citas garīgās veselības problēmas	13
n.	Onkoloģiskas saslimšanas	15
o.	Traumas	16
p.	Diabēts	17
r.	Negadījuma radīta trauma vai defekts	18
s.	Nav bijušas nekādas problēmas	19
t.	Ir bijušas citas, iepriekš neminētas saslimšanas (<i>Lūdzu, norādiet, kādas!</i>)	20

KARTĪTE G4.

G4. Kā Jūs raksturotu savu emocionālo stāvokli pēdējo trīs mēnešu laikā? (*Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindīnā!)*

		Praktiski visu laiku	Lielāko laika daļu	Dažreiz	Reti	Nekad	GP
G4a	Vai bijāt dzīvespriecīgs?	1	2	3	4	5	8
G4b	Vai bijāt nervozs(a)?	1	2	3	4	5	8
G4c	Vai jutāties tik ļoti nomākts(a), ka nekas Jūs nespēja uzmundrināt?	1	2	3	4	5	8
G4d	Vai jutāties rāms(a) un mierīgs(a)?	1	2	3	4	5	8
G4e	Vai Jums bija daudz enerģijas?	1	2	3	4	5	8
G4f	Vai bijāt depresijā?	1	2	3	4	5	8
G4g	Vai jutāties fiziski un garīgi iztukšots(a)?	1	2	3	4	5	8
G4h	Vai jutāties laimīgs(a)?	1	2	3	4	5	8
G4i	Vai jutāties noguris(usi)?	1	2	3	4	5	8

KARTĪTE G5.

G5. Cik apmierināts(a) vai neapmierināts(a) Jūs esat ar savu dzīvi un dažādiem tās aspektiem?

(Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindīnā!)

		Ļoti apmierināts(a)	Drīzāk apmierināts(a)	Vidēji	Drīzāk neapmierināts(a)	Ļoti neapmierināts(a)	GP
G5a	Jūsu attiecībām ar ģimeni	1	2	3	4	5	8
G5b	Jūsu attiecībām ar apkārtējiem (kolēģi, kaimiņi, u.c.)	1	2	3	4	5	8
G5c	Jūsu sasniegumiem	1	2	3	4	5	8
G5d	Jūsu karjeru	1	2	3	4	5	8
G5e	Spēju tikt galā ar ikdienas darbiem	1	2	3	4	5	8
G5f	Atbalstu, ko saņemat no sabiedrības	1	2	3	4	5	8
G5g	Jūsu ienākumiem	1	2	3	4	5	8
G5h	Jūsu sadzīves apstākļiem	1	2	3	4	5	8
G5i	Jūsu seksuālo dzīvi	1	2	3	4	5	8
G5j	Jūsu veselības stāvokli	1	2	3	4	5	
G5k	Jūsu spēju tikt galā ar finansiālām vajadzībām	1	2	3	4	5	8
G5l	Jūsu dzīvi kopumā	1	2	3	4	5	8

G6. Kā Jūs kopumā vērtējat savas dzīves kvalitāti?

ļoti laba	1
laba	2
vidēja	3
slikta	4
ļoti slikta	5
Grūti pateikt	8

JAUTĀJUMI PAR VESELĪBAS UN SLIMĪBAS UZVEDĪBU

H1. Cik lielā mērā Jūs rūpējaties par savu veselību? (*Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!*)

Ļoti lielā mērā	1
Diezgan lielā mērā	2
Vidēji	3
Nedaudz	4
Nemaz	5
Grūti pateikt	8

KARTĪTE H2.

H2. Kā Jūs rīkojāties pēdējā reizē, kad izjutāt pirmos saslimšanas vai veselības traucējumu simptomus?

(*Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!*)

Nekavējoties vērsos pie mediķa un rīkojos saskaņā ar ieteikumiem	1
Nogaidīju dažas dienas, tad vērsos pie mediķa un turpmāk rīkojos saskaņā ar ieteikumiem	2
Vērsos pie mediķa , bet nerīkojos saskaņā ar ieteikumiem	3
Nekavējoties sāku lietot medikamentus, nekonsultējoties ar mediķi , pašam izvērtējot simptomus un citu avotu informāciju	4
Nogaidīju dažas dienas, tad sāku lietot medikamentus, nekonsultējoties ar mediķi , pašam izvērtējot simptomus un citu avotu informāciju	5
Nogaidīju, un simptomi beidzās bez jebkādas iejaukšanās	6
Lietoju vienīgi tautas ārstniecības līdzekļus (karstas, aukstas kompreses, zāļu tējas, inhalācijas, utt.)	7
Cits variants (<i>lūdzu, norādiet, kāds!</i>)	8
Neatceros	98
N/a	99

KARTĪTE H3.

H3. Ko Jūs pēdējo trīs mēnešu laikā esat darījis(usi) savas veselības labā? (*Iespējamās vairākas atbildes. Nolasiet visas un atzīmējiet atbilstošo(s) atbildes(žu) variantu(s)!*)

a.	Veicu veselības pārbaudes un analīzes	1
b.	Lietoju vitamīnus un uztura bagātinātājus	2
c.	Vakcinējos	3
d.	Lietoju tautas līdzekļus – medu, ķiploku, zāļu tējas	4
e.	Ievēroju diētu	5
f.	Norūdus	6

g.	Regulāri vingroju mājās	7
h.	Regulāri vingroju vai sportoju sporta klubos	8
i.	Regulāri vingroju vai sportoju svaigā gaisā (skrienu, braucu ar divriteni, u.c.)	9
k.	Regulāri pastaigājos vai veicu intensīvu darbu svaigā gaisā (dārzā, uz lauka, u.c.)	10
l.	Neko īpašu nedaru	11
m.	Citas nodarbes (<i>lūdzu, norādiet, kādas</i>)	12
	GP	98

H4. Vidēji, cik dienas nedēļā Jūs veicat sportiskas aktivitātes vismaz 30 minūšu garumā (pastaigas, vingrošana, skriešana, sporta spēles, intensīvi āra darbi, u.c.)? (*Lūdzu, ierakstiet reižu skaitu dotajā ailē!*)

reizes	Sportiskas aktivitātes neveicu – 0 Grūti pateikt –98
--	---

H5. Cik bieži Jūs uzturā lietojat dārzeņus vai salātus (neieskaitot kartupeļus)? (*Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!*)

Reizi dienā vai biežāk	1
Retāk kā reizi dienā, bet vismaz 4 reizes nedēļā	2
1–3 reizes nedēļā	3
Retāk kā reizi nedēļā	4
Praktiski vispār nelietoju	5
GP	8
N/A	9

H6. Cik bieži Jūs uzturā lietojat augļus (t.sk. augļu sulas)? (*Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!*)

Reizi dienā vai biežāk	1
Retāk kā reizi dienā, bet vismaz 4 reizes nedēļā	2
1–3 reizes nedēļā	3
Retāk kā reizi nedēļā	4
Praktiski vispār nelietoju	5
GP	8
N/A	9

H7. Vai Jūs pēdējo TRĪS mēnešu laikā esat lietojis jebkādu alkoholisku dzērienu? (*Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!*)

Jā	1	
Nē	2	➔ Pāriet pie jautājuma H10.

KARTĪTE H8.

H8. Vidēji, cik bieži Jūs lietojat dažāda veida alkoholiskus dzērienus?

(Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindiņā!)

		Praktiski katru dienu	Dažas reizes nedēļā	Dažas reizes mēnesī	Reizi mēnesī vai retāk	Nelietoju	GP	NA
H8a	Alu	1	2	3	4	5	8	9
H8b	Vīnu	1	2	3	4	5	8	9
H8c	Liķieri un kokteiļus	1	2	3	4	5	8	9
H8d	Stipro alkoholu	1	2	3	4	5	8	9

KARTĪTE H9.

H9. Vidēji, cik alkohola devas Jūs mēdzat izdzert vienā reizē / dienā?

Viena alkohola deva ir aptuveni:

— Vīna glāze (150 ml)

— Alus pudele vai kauss (0,5 l)

— Stiprā alkohola (degvīns, konjaks, rums, viskijs, u.c.) glāzīte (0,30 ml) vai tikpat daudz stiprā alkohola kokteiļi.

(Nolasiet katru variantu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindiņā!)

		Necik	~1 devu	~2 devas	~3 devas	~4 devas	5 un vairāk devas	GP	NA
E9a	Svētku reizēs	1	2	3	4	5	6	8	9
E9b	Ikdienā, bez īpaša iemesla	1	2	3	4	5	6	8	9

H10. Vai Jūs smēķējat?

(Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!)

Jā, ikdienā	1
Jā, dažreiz	2
Agrāk smēķēju, bet esmu atmetis (-usi)	3
Nekad neesmu smēķējis(-usi)	4
N/a	9

H11. Vai pēdējo trīs mēnešu laikā esat lietojis kādas narkotiskās vielas (marihuānu, Ecstasy, kokaīnu, amfetamīnus u.tml.)?

(Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!)

Jā	1
Nē	2
Nezinu	3
N/A	9

I. Jautājumi par dzīves stilu un paradumiem

Turpmāk daži jautājumi un apgalvojumi par cilvēku uzskatiem, uzvedību un vērtībām.

KARTĪTE I1.

I1. Lūdzu, raksturojiet, cik lielā mērā Jūs piekrītat turpmāk izteiktajiem apgalvojumiem!

(Nolasiet katru apgalvojumu un atzīmējiet VIENU atbildi katrā rindiņā!)

		Kopumā piekrītu	Drīzāk piekrītu	Drīzāk nepiekrītu	Kopumā nepiekrītu	GP
F1a	Es bieži interesējos par dažādām teorijām	1	2	3	4	8
F1b	Man patīk ekstraordināras, neparastas, spilgtas lietas un cilvēki	1	2	3	4	8
F1c	Man patīk liela daudzveidība manā dzīvē	1	2	3	4	8
F1d	Man patīk izgatavot lietas, ko pats varu izmantot ikdienā	1	2	3	4	8
F1e	Es sekoju pēdējām modes tendencēm	1	2	3	4	8
F1f	Pasaule tika radīta sešu dienu laikā, kā tiek teikts Bībelē	1	2	3	4	8
F1g	Man patīk būt grupas vadītājam un atbildīgajam	1	2	3	4	8
F1h	Cenšos uzzināt jaunumus mākslas, vēstures un kultūras jomās	1	2	3	4	8
F1i	Es bieži vēlos satraucošas izjūtas	1	2	3	4	8
F1j	Es esmu pilnībā ieinteresēts(a) tikai dažās lietās	1	2	3	4	8
F1k	Es drīzāk izgatavošu lietas pats, nekā nopirkšu	1	2	3	4	8
F1l	Es gērbjos daudz modernāk nekā daudzi cilvēki	1	2	3	4	8
F1m	Ir jānodrošina lūgšanu vietas (piemēram, kapelas) skolās	1	2	3	4	8
F1n	Man piemīt vairāk dažādu prasmju nekā vairumam cilvēku	1	2	3	4	8
F1o	Es uzskatu sevi par intelektuāli	1	2	3	4	8
F1p	Jāatzīstas, ka man patīk pievērst sev uzmanību, izrādīties	1	2	3	4	8
F1r	Man patīk izmēģināt visu jauno	1	2	3	4	8
F1s	Mani interesē, kā strādā mehāniskās ierīces (motori, dzinēji, u.c.)	1	2	3	4	8
F1t	Man patīk gērbties pēc pēdējās modes	1	2	3	4	8
F1u	Mūsdienās televīzijā rāda pārāk daudz sekса	1	2	3	4	8
F1v	Man patīk vadīt citus	1	2	3	4	8
F1z	Es gribētu dzīvot ārvalstīs gadu vai vairāk	1	2	3	4	8
F1x	Es gribu, lai manā dzīvē ir daudz satraucošu un emocionālu brīžu	1	2	3	4	8

		Kopumā piekrītu	Drīzāk piekrītu	Drīzāk nepiekrītu	Kopumā nepiekrītu	GP
F1y	Man jāatzīst, ka mans interešu loks ir diezgan ierobežots	1	2	3	4	8
F1ay	Man patīk izgatavot lietas no metāla, koka un citiem materiāliem	1	2	3	4	8
F1by	Es gribu tikt uzskatīts par modernu (modīgu, stilīgu)	1	2	3	4	8
F1cy	Sievietes dzīve ir papildīta tikai rūpējoties par ģimenes pavardu	1	2	3	4	8
F1dy	Man patīk jauni izaicinājumi un lietas, kas agrāk nav mēģinātas	1	2	3	4	8
F1ey	Man patīk uzzināt par jaunām lietām pat tad, ja man tās praktiski nekad nenoderēs	1	2	3	4	8
F1fy	Man patīk izgatavot lietas ar paša rokām	1	2	3	4	8
F1gy	Es tiecos pēc satraukuma, sensācijas	1	2	3	4	8
Fhy	Man patīk nodarboties ar kaut ko jaunu un atšķirīgu	1	2	3	4	8
F1iy	Mani interesē datoru un auto piederumu veikali	1	2	3	4	8
F1jy	Es labāk gribētu saprast Visuma uzbūvi un darbību	1	2	3	4	8

J. Tālāk daži jautājumi par jums un jūsu ģimeni

J1. Jūsu dzimums (*Atzīmējiet neprasot!*)

Vīrietis	1
Sieviete	2

J2. Jūsu vecums (pilni gadi)? (*Lūdzu, ierakstiet dotajā ailītē!*) |_____|_____| pilni gadi

J3. Jūsu tautība (*Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!*)

Latvietis	1
Krievs	2
Cita (<i>Lūdzu, norādiet, kāda?</i>)	3
.....	
Atsakās atbildēt	9

J4. Jūsu dzīvesvieta (novads un pilsēta vai cita apdzīvota vieta) (*Lūdzu, ierakstiet dotajā ailītē!*)

--

J5. Jūsu izglītība (*Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!*)

Sākumskolas (4 klases)	1
Pamatizglītība (9 klases)	2
Vispārējā vidējā	3
Vidējā profesionālā (arodizglītība, vidējā speciālā)	4
Nepabeigta augstākā/studēju	5
Augstākā (bakalaura, maģistra grāds vai iegūta padomju laikā)	6

KARTĪTE J6.

J6. Kāda šobrīd ir Jūsu nodarbošanās? (*Iespējamās vairākas atbildes!*)

a.	Augstākā vai vidējā līmeņa vadītājs	1
b.	Speciālists, ierēdnis, nestrādā fizisku darbu	2
c.	Strādnieks, strādā fizisku darbu	3
d.	Zemnieks (ir sava zemnieku saimniecība)	4
e.	Ir savs uzņēmums, individuālais darbs	5
f.	Pensionārs	6
g.	Skolēns, students	7
h.	Mājsaimniece	8
i.	Esmu bērna kopšanas vai pirmsdzemdību atvaļinājumā	9
j.	Bezdarbnieks	10
k.	Ilgstoša darba nespēja (invaliditāte, hroniska saslimšana, u.c.)	11
l.	Cits variants (<i>Lūdzu, norādiet, kāds!</i>).....	12

J7. Ja Jūs strādājat, lūdzu, nosauciet savu pašreizējo profesiju / amatu! Ja šobrīd nestrādājat, bet esat strādājis(-usi) agrāk, nosauciet savu pēdējo profesiju / amatu! (*Ierakstiet pēc iespējas precīzāku nosaukumu!*)

--

J8. Kāds ir Jūsu ģimenes stāvoklis? (*Lūdzu, atzīmējiet tikai VIENU atbildi!*)

<i>Precējies (-usies) t.sk. civillaulībā</i>	1
<i>Neprecējies (-usies)</i>	2
<i>Šķīries (-usies), nedzīvo kopā</i>	3
<i>Atraitnis (-e)</i>	4

KARTĪTE J9.

J9. Nosauciet, lūdzu, mājsaimniecības locekļus, ar kuriem šobrīd dzīvojat kopā! (*Atzīmējiet visus mājsaimniecības locekļus, kurus nosauc respondents!*)

<i>Dzīvoju viens</i>	1
<i>Dzīvesbiedrs (t.sk. civillaulībā)</i>	2
<i>Bērns(i) vai audžubērns(i)</i>	3
<i>Mazbērns(i)</i>	4
<i>Vecāki vai viens no vecākiem</i>	5
<i>Vecvecāki vai viens no vecvecākiem</i>	6
<i>Brālis(lī), māsa(as)</i>	7
<i>Citi radnieki</i>	8
<i>Draugs (i)</i>	9
<i>Cits variants (lūdzu, ierakstiet, kāds).....</i>	10

J10. Cik personu dzīvo Jūsu mājsaimniecībā, ieskaitot Jūs pašu? (*Lūdzu, ierakstiet personu skaitu dotajā ailītē!*)

personas
--

J11. Cik no šīm personām, kas dzīvo Jūsu mājsaimniecībā, ir bērni / jaunieši vecumā līdz 17 gadiem?

(Lūdzu, ierakstiet personu skaitu dotajā ailītē!)

bērni

J12. Kādi iepriekšējā mēnesī bija Jūsu personīgie neto (uz rokas) ienākumi (Ls), ņemot vērā visus ienākumus – algas, stipendijas, pabalstus pensijas? **(Lūdzu ierakstīt ienākumus dotajā ailītē!)**

LVL	Grūti pateikt — 99998 Atsakās atbildēt — 99999
---	---

J13. Kādi iepriekšējā mēnesī bija Jūsu MĀJSAIMNIECĪBAS KOPĒJIE neto ienākumi (Ls), ņemot vērā visus ienākumus – algas, stipendijas, pabalstus pensijas? **Lūdzu, ierakstiet tos ailēs zemāk!**

LVL	Grūti pateikt — 99998 Atsakās atbildēt — 99999
---	---

Z. PAKALPOJUMU PIEEJAMĪBA

Z1. Domājot par Jūsu dzīvesvietu un tās apkārtni, sakiet cik lielā mērā Jūsu dzīvesvietas tuvumā ir pieejami tālāk nosauktie pakalpojumi? **(Atzīmējiet atbildi katrā rindā!)**

	Ir pieejams tiešā dzīvesvietas tuvumā	Dzīvesvietas tiešā tuvumā pakalpojums nav pieejams, bet ir ērti sasniedzams ar sabiedrisko vai personisko transportu	Dzīvesvietas tuvumā nav pieejams, nevar ērti un ātri nokļūt ar sabiedrisko transportu	Nezinu, šo pakalpojumu neizmantoju
a. Ģimenes ārsts vai vispārīgās prakses ārsts	1	2	3	4
b. Ārsti–speciālisti	1	2	3	4
c. Aptieka	1	2	3	4
d. Veikals, kurā iespējams iegādāties arī atsevišķus bezrecepšu medikamentus, vitamīnus	1	2	3	4

Z2. Aptuveni cik ilgā laikā Jūs varat nokļūt.... ? (Atkarībā no tā vai pakalpojums pieejams gājiena attālumā vai sasniedzams tikai braucot ar kādu transporta līdzekli, ierakstiet atbildi 1. vai 2. stabiņā).

	1. Ejot kājām	2. Ar sabiedrisko vai personisko transportu
a. pie ģimenes ārsta	stundas minūtes	stundas minūtes
b. ... līdz aptiekai	stundas minūtes	stundas minūtes
c. līdz ambulatorās ārstniecības iestādei	stundas minūtes	stundas minūtes
d. līdz veikalam	stundas minūtes	stundas minūtes

PALDIES PAR ATSAUCĪBU!

Aizpilda intervētājs pēc intervijas

X1. Apdzīvotās vietas nosaukums

X2. Apdzīvotās vietas tips

<i>Rīga</i>	<i>1</i>
<i>Cita pilsēta</i>	<i>2</i>
<i>Pilsētas lauku teritorija</i>	<i>3</i>
<i>Ciemats</i>	<i>4</i>
<i>Lauki</i>	<i>5</i>

X3. Intervijas datums dd. |__|__|mm. |__|__|

X4. Anketas kārtas numurs |__|__|__|

Intervētāja apliecinājums. Ar savu parakstu apliecinu, ka intervija veikta, ievērojot visus norādījumus un saskaņā ar instrukcijām. Šajā intervijā iegūtā informācija tiks turēta pilnīgā slepenībā un nekādos apstākļos netiks izpausta kādai citai personai vai iestādei

Intervētāja paraksts

2. pielikums. Kognitīvais tests

Bezrecepšu medikamentu, vitamīnu un uztura bagātinātāju lietošana Latvijā

Kods S (slikts jautājuma formulējums, kļūdas) => Pajautāt, kas tieši (grūti nolasāms, garš, liekvārdība, utt.).

Kods N (jautājuma saprotamība: respondents nesaprot jautājumu, nepieciešama jautājuma vai tā daļu atkārtošana, paskaidrojumi, precizējumi) => **Pajautāt, ko saprot ar sniegto atbildi.**

Kods J (jutīgs, sensitīvs jautājums; respondents izvairās no atbildes, nevēlas atbildēt, novēršas, izsaka komentārus) => **Pajautāt, kas ir mulsinošs formulējumā.**

Jaut. Nr.	Kods	Jautājumi, ko uzdod respondentam par anketas jautājumiem	Atbilžu īss raksturojums, ierosinājumi
A_2c	N	Kas būtu jāsaprot ar „iedziļinās manās problēmās”?	Jāprecizē, ka uzdod jautājumus, dod padomus
A_2d	S	„ārsts iedziļinās manās problēmās”	Ierosinājums – būtu jāpapildina ar „gadījumos, kad notiek konsultācija ar ārstu”
A_2e	S	Vai, lūdzot padomu ārstam, lēmumu ietekmē tas, vai ārsts ir operatīvi sasniedzams?	???
A_4	N	Lietošanas biežuma kritērijs ir atšķirīgs līdzekļiem, ko lieto profilaktiski vai parādotes akūtiem simptomiem	Jāprecizē, uz ko attiecas jautājums; iespējams, jānodala šīs grupas. Priekšlikums – uzdot jautājumu, cik dienas lietoja un paredzēt tukšu aili aizpildīšanai. Vēl jādomā!
B_1		„Uzticēties informācijai” vai „informācija ietekmē lēmuma pieņemšanu”?	Ierosina, ka jābūt „ietekmē pieņemšanu”. Pretarguments – mēs nezinām, kas mūs ietekmē, un kas nē
B_2	N	Nav skaidrs, kas ir informatīva un komerciāla informācija	Jāuzsver preambula!
D_3	S	Neloģiski atbilžu varianti	Kļūda – norādīt abus atbilžu variantus „jā” un „nē”
E_2	S	Nav saprotama atšķirība starp variantiem; nav saprotams jēdziens „shēma”	Jautājums ir precizēts un pārformulēts. Vēl jātestē!
A_2b	N	Jautājums tiek uztverts savādāk, nekā domāts – vai svarīgi visas zāles, kas ir mājās, iegādāties pie viena farmaceita	Jāprecizē, ka runa ir par sadarbību un pazīstamu farmaceitu, kuram uzticas
A_2c līdz A2f	S	Uzskata, ka sadarbību ar ārstu, farmaceitu un māsu nevar tieši uzskatīt par BM, vitamīnu un UB lietošanu ietekmējošiem faktoriem, bez tam tas dublējas ar A_6	Izņemt no anketas
A_2h	N	Jautā paskaidrojumu, kā tas ir domāts, ka aptiekas atrašanās vieta ietekmē lēmumu lietot zāles	Jāprecizē, pievienojot „tas, ka aptieka atrodas netālu dzīvesvietai”

Jaut. Nr.	Kods	Jautājumi, ko uzdod respondentam par anketas jautājumiem	Atbilžu īss raksturojums, ierosinājumi
A_2j	N	Nesaprot, kā pēc iespējas plašāks līdzekļu piedāvājums aptiekā ietekmē lēmumu lietot	Jāprecizē, pievienojot „Iespēja salīdzināt alternatīvas un izdarīt izvēli”
A_2m- A_2n	S	Ierosina aizstāt „noteikts līdzekļa ražotājs” ar „Zināms līdzekļa ražotājs”	Jāprecizē, ka domāts uzticība noteiktiem vieniem un tiem pašiem ražotājiem un zīmoliem
A_4s	S	Nav ietverts jēdziens „periodiski”, „sezonāli”	Jādomā par jautājuma atbilžu variantu formulējumiem
A_11	J	Tas, cik naudas iztērēts var šķist sensitīvs jautājums	Jāparedz aili „nevēlas atbildēt”
B_1a	N	Norāda, ka nevar vispārīgi novērtēt ārstu kā info avotu, kam uzticas	Ieteikums norādīt ‘Jūsu ģimenes ārsts vai speciālists’
B_1e- B_1h	N	Ierosina visus informācijas avotus apvienot kā „plašsaziņas līdzekļi”	Tiek paskaidrots, ka vērtējums, saskaņā ar citu pētījumu datiem, mēdz atšķirties
B_2	N	Ierosina preambulu papildināt, uzsverot, ka komerciāla rakstura info ir ražotāju interesēs	—
C_1b	N	„Jaunāka ražojuma medikamenti” var pārprast, jo ražošanas datums neko var nenozīmēt	Tiek mainīts uz „jaunākas paaudzes medikamenti”
C_1c	S	„Efektivitāte” attiecas nevis tikai uz gala rezultātu, bet arī uz to, uz kādiem orgāniem un cik ātri iedarbojas, tādēļ šis ir neapstrīdams apgalvojums	Izņemt jautājumu no anketas
C_1e	N	UB netieši iedarbojas uz slimības simptomiem	Jāmaina jautājuma formulējums „ir ārstnieciska iedarbība uz slimības vai veselības traucējumu simptomiem”
C_1f	N	„Vitamīni jālieto nepārtraukti...” Ierosina, ka jādalā sintētiskie vitamīni un organismu spēcinoši līdzekļi	Paskaidrots, ka pētījuma ievada definīcija paredz, ka apzīmējums „vitamīni” pielietojams attiecībā uz ražotajiem, aptiekās nopērkamajiem vitamīniem
C_1h	N	„BM lietošana ir pilnīgi droša, ja jau nevajag ārsta recepti” – respondents sapratis, ka „drošums” attiecas tikai uz gadījumiem, kad tiek lietots saskaņā ar instrukciju	Jāprecizē – nepieciešams ārsta viedoklis!
C_1j	N	Medikamenti jāsāk lietot, tiklīdz parādās pirmie simptomi, lai izvairītos no smagākām slimības izpausmēm – „medikamenti vispār”?	???
C_1k- C1_1	N	Grūti uztverams formulējums; jāpanāk uzsvars uz otru teikuma daļu, kas ietver sociālo atbildīgumu	Jāmaina teikuma daļas vietām

Jaut. Nr.	Kods	Jautājumi, ko uzdod respondentam par anketas jautājumiem	Atbilžu īss raksturojums, ierosinājumi
E_2	N	Grūti uztverams, garš formulējums	Jāsadala divās grupās – vispirms tas, kas attiecas uz ārstu, pēc tam tas, kas attiecas uz pašārstēšanos; jāpievieno versija „konsultējos ar ārstu, bet nerīkojos saskaņā ar viņa ieteikumiem”, kā arī versija „neatceros, n/a”
E-3- E_4	N	„dārza vai lauka darbi” – sportiskas aktivitātes?	Arguments ir pamatots – ja pastaigu par tādām uzskata, tad arī jāpievieno „āra darbi”
E_9	N	„iedzert ikdienā, bez īpaša iemesla”- ko tas nozīmē?	Paskaidrots, ka tas ietver arī „glāzi vīna vakarā”. Labāk jāliek vispirms „svētku reizēs”, tad labāk uztverams
A_3	S	„Nopirku aptiekā, kad sākās simptomi” – arguments – vitamīnus lietojot, simptomu nebija”	Jāpapildina ar „bija nepieciešams”
A_4	N	–	Jāpārskata atbilžu varianti, pievienojot „vairāk kā četras nedēļas”, u.c. Jākonsultējas ar ārstu!
D_5	N	„dzīves kvalitāte” – nevar novērtēt, jo nav saprotams	Jāmaina vietām ar D_6, kur tas ir paskaidrots
E_5- E_6	S	„Biežāk kā reizi dienā” un „vismaz reizi dienā” var apvienot	
C_1h un C_1 i	N	„BM lietošana ir pilnīgi droša, ja jau nevajag ārsta recepti” un „lietojot vitamīnus un UB, blakusparādības nav iespējamās” – vai tas nedublējas?	Jākonsultējas ar ārstu!
G_6	N	Ne viss, kas minēts šajā punktā ir „ekonomiskās aktivitātes statuss”	Jāaizstāj ar „nodarbošanās”
G_7	N	„Kāda ir Jūsu profesija/amats Jūsu darba vietā?” – grūti saprotams, kas jāraksta, ja atšķiras	Aizstāt ar „kādā jomā Jūs strādājat”?
G_11	J	Nevēlas sniegt informāciju par ģimenes ienākumiem	Jāparedz aile „nevēlas atbildēt”
A_2b	N	„Iespēja līdzekļus iegādāties pie viena un tā paša farmaceita, ar kuru sadarbība bijusi veiksmīga”. Tiek precizēts, ka tā nav iespēja kā tāda, bet gan fokuss ir uz sadarbību ar noteiktu farmaceitu	Jāmaina formulējums
F_1	N	Par psihogrāfijas metodi – pārāk garš un nesaprotams formulējums	Jāvienkāršo, lai labāk saprotams vienkāršam lietotājam

Jaut. Nr.	Kods	Jautājumi, ko uzdod respondentam par anketas jautājumiem	Atbilžu īss raksturojums, ierosinājumi
E_3	N	„lietoju aromterapiju” un „nodarbojos ar jogu” –kādēļ izcelti šie, bet nav, piemēram, „ci-gun”, u.tml.	Izņemt šos variantus no anketas
B_2	N	Informācijas raksturs – „komerciāla” vai „neatkarīga” – nav saprotams vienkāršam cilvēkam	Jāvienkāršo jautājums: preambula – „Informācija var būt komerciāla (reklāma, kuras mērķis ir produktu pārdot) vai informatīva (ar mērķi informēt gan par pozitīvajām, gan negatīvajām produkta īpašībām). Lūdzu, novērtējiet, kādu informāciju piedāvā šie avoti!”
C_1	N	Jāpievieno „Lietojot BM <u>saskaņā ar lietošanas instrukciju</u> , blakusparādības nav iespējamās”	Lai gan definīcija paredz, ka ir droši, blaknes ir iespējamās arī, lietojot saskaņā ar instrukciju, jo tā var būt neparedzēta reakcija uz vitamīniem, UB vai citiem dabīgiem līdzekļiem, ko cilvēks lieto, kā arī individuāla reakcija uz organisma īpatnībām

3. pielikums. Jautājumu uztveres novērtējuma forma
Bezrecepšu medikamentu, vitamīnu un uztura bagātinātāju lietošana
Latvijā – aptaujas pilotāžas forma

Intervijas laiks – 45–50 min.

Jautājuma Nr.	S – slikts jautājuma formulējums, kļūdas	N - jautājuma saprotamība: respondents nesaprot jautājumu, nepieciešama jautājuma vai tā daļu atkārtošana, paskaidrojumi, precizējumi	J – jutīgs, sensitīvs jautājums; respondents izvairās no atbildes, nevēlas atbildēt, novēršas, izsaka komentārus
A_2c	–	Pārjautā, prasa precizējumu	–
A_2d	Jautā – Kāds sakars ārstam ar lēmuma ietekmēšanu?	–	–
A_2e	Jautā – vai ārsta pieejamība ietekmē lēmumu vispār?	–	–
A_4	–	Nav skaidrs, kas domāts ar lietošanas biežumu	–
B_1	Uzskata, ka jābūt „ietekmē lēmumu lietot”, nevis „uzticos informācijas avotiem”	–	–
B_2	–	Pārjautā, prasa paskaidrojumus, nesaprot jautājuma būtību	–
D_3	Pēdējais atbilžu variants „nav bijušas nekādas problēmas” – norādīts dihotomiski „jā” vai „nē”	–	–
E_2	Nav saprotama atšķirība starp atbilžu variantiem; nav saprotams jēdziens „shēma”	–	–
E_7	Nav pamatojuma periodam 12 mēneši attiecībā uz alkoholisku dzērienu lietošanu	–	–
A_2b	–	Saprata, ka „iespēja iegādāties pie viena un tā paša farmaceita” nozīmē, ka „daudzus līdzekļus pie viena”	–
A_2c	Neattiecas uz tēmu, dublējas ar A_6	–	–
A_2d	Neattiecas uz tēmu, dublējas ar A_6	–	–

Jautājuma Nr.	S – slikts jautājuma formulējums, kļūdas	N - jautājuma saprotamība: respondents nesaprot jautājumu, nepieciešama jautājuma vai tā daļu atkārtošana, paskaidrojumi, precizējumi	J – jutīgs, sensitīvs jautājums; respondents izvairās no atbildes, nevēlas atbildēt, novēršas, izsaka komentārus
A_2e	Neattiecas uz tēmu, dublējas ar A_6	–	–
A_2f	Neattiecas uz tēmu, dublējas ar A_6	–	–
A_2h	–	Aptiekas atrašanās vieta	–
A_2j	–	Pēc iespējas plašāks līdzekļu piedāvājums aptiekā	–
A_2m- A_2n	„Noteikts līdzekļa ražotājs” un „noteikts līdzekļa nosaukums” – nav saprotami	–	–
A_4	Lietošanas biežums – joprojām slikts formulējums	–	–
A_11	–	–	Var nevēlēties norādīt, cik daudz naudas iztērēts iegādei
B_1a	–	Jautā paskaidrojumu par avotu, kas ieteica – vai ārsts vispār, vai konkrēts	–
B_1e- B_1h	–	Ierosina visus informācijas avotus apvienot kā „plašsaziņas līdzekļi”	–
B_2	–	Nav skaidra preambula par komerciālu un neatkarīgu informāciju	–
C_1b	–	Pārjautā, kas ir „jaunāka ražojuma medikamenti”	–
C_1c	„Medikamenta efektivitāti ietekmē tā forma (injekcija, tablete, u.c.)”. Grūti saprotams jēdziens „efektivitāte”	–	–
C_1e	–	„UB ārstē slimības”: Arguments – varbūt tieši nepalīdz ārstēt, bet stiprina imunitāti, tātad netieši palīdz	–
C_1f	–	Pārjautā, vai domāti arī „vitamīni burkānos”	–
C_1h	–	„BM lietošana ir pilnīgi droša, ja jau nevajag ārsta recepti” – pārjautā, uz kuriem gadījumiem tas attiecas – vai tikai uz tiem, kuros tiek ievērota lietošanas instrukcijas informācija	–

Jautājuma Nr.	S – slikts jautājuma formulējums, kļūdas	N - jautājuma saprotamība: respondents nesaprot jautājumu, nepieciešama jautājuma vai tā daļu atkārtošana, paskaidrojumi, precizējumi	J – jutīgs, sensitīvs jautājums; respondents izvairās no atbildes, nevēlas atbildēt, novēršas, izsaka komentārus
C_1j	—	„Medikamenti jāsāk lietot, tiklīdz parādās pirmie simptomi, lai izvairītos no smagākām slimības izpausmēm” – pārjautā, vai domāti medikamenti vispār, vai BM	—
C_1k- C_1l	—	Garš un grūti uztverams formulējums	—
E_2	—	Garš, sarežģīts un grūti uztverams jautājums	—
E_3-E4	—	Pārjautā, vai dārza darbi neattiecas uz fiziskām aktivitātēm	—
E_9	—	Pārjautā, ko nozīmē „iedzert ikdienā, bez īpaša iemesla”	—
	—	—	—
A_3 un A_5	„Nopirku aptiekā, kad sākās simptomi” – arguments – vitamīnus lietojot, simptomu nebija”	—	—
A_4	—	„lietošanas ilgums” – nav ietverts „vairāk kā četras nedēļas”, jo tā nereti ir vitamīniem	—
D_5	—	Pārjautā, kas ir „dzīves kvalitāte”	—
E_5 un E_6	„Biežāk kā reizi dienā” un „vismaz reizi dienā” var apvienot	—	—
C_1h un C_1i	—	„BM lietošana ir pilnīgi droša, ja jau nevajag ārsta recepti” un „lietojot vitamīnus un UB, blakusparādības nav iespējamās” – vai tas nedublējas?	—
F_1c	—	Pārjautā, ko nozīmē „man patīk izgatavot lietas, ko pats varu izmantot ikdienā”	—
G_6	—	Ne viss, kas minēts šajā punktā ir „ekonomiskās aktivitātes statuss”	—

Jautājuma Nr.	S – slikts jautājuma formulējums, kļūdas	N - jautājuma saprotamība: respondents nesaprot jautājumu, nepieciešama jautājuma vai tā daļu atkārtošana, paskaidrojumi, precizējumi	J – jutīgs, sensitīvs jautājums; respondents izvairās no atbildes, nevēlas atbildēt, novēršas, izsaka komentārus
G_7	–	„Kāda ir Jūsu profesija/amats Jūsu darba vietā?” – grūti saprotams, kas jāraksta, ja atšķiras	–
G_11	–	–	Nevēlas atbildēt par ģimenes ienākumiem
A_2b	–	„Iespēja līdzekļus iegādāties pie viena un tā paša farmaceita, ar kuru sadarbība bijusi veiksmīga” – jautā, „ko nozīmē „iespēja”?”	–
A_9	–	Iesaka pildināt ar „uzskatu, ka informācija no citiem avotiem ir pietiekama”	–
F_1	–	Pārāk garš un sarežģīts formulējums	–
E_3	–	„lietoju aromterapiju” un „nodarbojos ar jogu” –kādēļ izcelti šie, bet nav, piemēram, „ci-gun”, u.tml.	–
B_2	–	Nav saprotams jautājums par informācijas „neatkarīgumu” un „komercialitāti”	–
G_6	Nodarbošanās vai statuss – norādīts, ka var atzīmēt tikai vienu atbildi variantu, bet, faktiski, iespējami ir vairāki	–	–
A_9	–	Iesaka papildināt ar „draugu un paziņu pozitīvās atsauksmes” kā lietošanu ietekmējošs nosacījums	–
0	–	Ieteikums – ietvert arī jautājumu „kādēļ nelietoja medikamentus”	–
A_11	Cik naudas iztērējāt? – jāprecizē – sev vai ģimenei	–	–
C_1	Jāpapildina ar „jo medikaments ilgāk atrodas tirgū, jo drošāka ir tā lietošana”	–	–
D_4 un D_5	–	–	Nevēlas atbildēt uz jautājumiem par seksuālo dzīvi, u.c.

Jautājuma Nr.	S – slikts jautājuma formulējums, kļūdas	N - jautājuma saprotamība: respondents nesaprot jautājumu, nepieciešama jautājuma vai tā daļu atkārtošana, paskaidrojumi, precizējumi	J – jutīgs, sensitīvs jautājums; respondents izvairās no atbildes, nevēlas atbildēt, novēršas, izsaka komentārus
E_2	—	Iesaka papildināt ar „nogaidīju pāris dienas, un viss pārgāja”	—
E_7	—	—	Var šaubīties par atbilžu uz jautājumiem par alkohola un narkotiku lietošanu uzticamību, īpaši grūtnieču un māšu-barotāju kontekstā
A_3	—	Mainīt formulējumu uz „cik ilgi lietojāt”	—
A_4	—	Mainīt formulējumu uz „kāds bija lietošanas iemesls”	—
A_6	—	Jāpado mā par formulējumu, piemēram, „vai rīkojāties tā, kā ieteikts...”	—
A_7	—	Jāpievieno variants „radās blakusparādības, tādēļ mainīju lietošanas biežumu, ilgumu, pārtraucu, u.c.	—
A_5	—	Ieteikums sadalīt „mans ģimenes ārsts” un „ārsts-speciālists”	—
C_1	—	Jāpievieno „Lietojot BM saskaņā ar lietošanas instrukciju, blakusparādības nav iespējamās”	—
D_2	—	Attiecībā uz lūgumu norādīt hroniskas un nopietnas saslimšanas, jānorāda „ja jums nav iebildumu”, pretējā gadījumā var būt nepieciešams ētikas komisijas akcepts	—
D_7	—	Iesaka papildināt „grūtnieču bloku” ar jautājumiem, piemēram, „vai jūs uzskatāt, ka grūtniecības laikā lietot medikamentus ir droši?”	—
F	—	Jāvienkāršo preambula	—
G_6	„dekrēta” jāaizstāj ar „pirmsdzemdību”	—	—
G_8	Pievienot „bērniem vai audžubērniem”	—	—
G_7	—	Atšķiras „joma” un „profesija”	—

Jautājuma Nr.	S – slikts jautājuma formulējums, kļūdas	N - jautājuma saprotamība: respondents nesaprot jautājumu, nepieciešama jautājuma vai tā daļu atkārtošana, paskaidrojumi, precizējumi	J – jutīgs, sensitīvs jautājums; respondents izvairās no atbildes, nevēlas atbildēt, novēršas, izsaka komentārus
D_5c un D_5d	—	Ieteikums nodalīt „karjeru” no „sasniegumiem” un „ģimenes dzīvi” no „apkārtejiem”	—
A_6	—	Jāprecizē, kas ir „citi avoti”, bez medikiem	—
A_6	—	Ieteikums papildināt iemeslus, kādēļ nekonsultējās ar ārstu ar „bija ilgi jāgaida rindā, lai pierakstītos”	—
A	—	„Nenolasās”, ka jautājumi jāuzdod par katru no nominācijām	—

4. pielikums. Izlases veidošanā izmantotās stratas

Apdzīvota vieta	Reģions	Stratas Nr.
Rīga		1
Daugavpils		2
Jēkabpils		3
Jelgava		4
Jūrmala		5
Liepāja		6
Rēzekne		7
Valmiera		8
Ventspils		9
Pilsētnovadi ar augstāku attīstības indeksu	Pierīgas reģions	10
	Vidzemes reģions	11
	Kurzemes reģions	12
	Zemgales reģions	13
	Latgales reģions	14
Pilsētnovadi ar vidēju attīstības indeksu	Pierīgas reģions	15
	Vidzemes reģions	16
	Kurzemes reģions	17
	Zemgales reģions	18
	Latgales reģions	19
Pilsētnovadi ar zemāku attīstības indeksu	Pierīgas reģions	20
	Vidzemes reģions	21
	Kurzemes reģions	22
	Zemgales reģions	23
	Latgales reģions	24
Lauku novadi ar augstāku attīstības indeksu	Pierīgas reģions	25
	Vidzemes reģions	26
	Kurzemes reģions	27
	Zemgales reģions	28
	Latgales reģions	29
Lauku novadi ar vidēju attīstības indeksu	Pierīgas reģions	30
	Vidzemes reģions	31
	Kurzemes reģions	32
	Zemgales reģions	33
	Latgales reģions	34
Lauku novadi ar zemāku attīstības indeksu	Pierīgas reģions	35
	Vidzemes reģions	36
	Kurzemes reģions	37
	Zemgales reģions	38
	Latgales reģions	39

5. pielikums. Regresijas vienādojumā izmantojamo neatkarīgo mainīgo apraksts

Demogrāfija	Dzimums	Kategoriālais mainīgais, references kategorija – vīrietis
	Vecums	Kategoriālais mainīgais, references kategorija – jaunākā vecuma grupa 18–34 gadi
	Mājsaimniecības locekļu skaits	Kategoriālais mainīgais, references kategorija – viens cilvēks
	Dzīvesvieta	Kategoriālais mainīgais, references kategorija – Kurzeme
	Nodarbošanās	Dihotoms mainīgais
	Ģimenes stāvoklis	Kategoriālais mainīgais, references kategorija – precējies
Veselības stāvoklis	Veselības problēmas	Dihotoms mainīgais: „1” – bija noteikta problēma”; „0” – nebija raksturīga noteikta problēma
	Garīgā veselība un vitalitāte	Kategoriālais mainīgais, references vērtība – visaugstākās pakāpes garīgā veselība un vitalitāte
	Apmierinātība ar dzīvi	Kategoriālais mainīgais – faktors, references vērtība – visaugstākās pakāpes apmierinātība ar dažādiem dzīves aspektiem kopumā
Dzīvesveids	Veselības dzīvesveids	Klāsteranalīzes tipī, references vērtība – visveselīgākie
	Psihogrāfija	Kategoriālais mainīgais – faktori, references vērtība – nav raksturīgas/nedaudz raksturīgas vērtības, kas piemīt noteiktajam psihogrāfiskajam tipam
Indivīda racionalitāte	Līdzekļu efektivitāte, īpašības, nepieciešamība lietot, priekšstatī par ietekmi	Kategoriālais mainīgais – faktori, references kategorija – nav raksturīgas/nedaudz raksturīgas vērtības, kas piemīt noteiktajam tipam
Informācijas avoti	Uzticēšanās	Kategoriālais mainīgais – faktori, references kategorija – nav raksturīgas/nedaudz raksturīgas vērtības, kas piemīt noteiktajam tipam

6. pielikums. Regresijas modeļa kvalitātes kritēriji

Nr.	Neatkarīgo mainīgo bloki	R ² vērtība
1.	Demogrāfija	0,166
2.	Veselības stāvoklis	0,216
3.	Veselības dzīvesveids	0,179
4.	Racionalitāte	0,197
5.	Uzticēšanās informācijas avotiem	0,176
6.	Psihogrāfiskais raksturojums	0,189

7. pielikums. Bezrecepšu līdzekļu izvēli un lietošanu noteicoši faktori.
Faktoru slodžu matrica (n =713, p < 0,05)

Ietekmējoši faktori	Reklāmas, radu, draugu un paziņu ietekme	Praktiskie	Uz ērtībām orientētie
Pēc iespējas dabīgāks sastāvs	0,556	—	—
Zināms ražotājs, kura līdzekļiem uzticas	0,864	—	—
Pazīstams nosaukums (zīmols)	0,847	—	—
Iespēja iztikt bez ārsta apmeklējuma	—	0,455	—
Cena	—	0,705	—
Zināma, uzticama farmaceita ieteikums	—	0,631	—
Tas, ka jau iepriekš iegādāts	—	0,743	—
Aptiekas atrašanās vieta	—	—	0,705
Pēc iespējas plašāks piedāvājums (iespēja salīdzināt un izvēlēties)	—	—	0,631
Iespēja iegādāties ne tikai aptiekā, bet arī veikalā un internetā	—	—	0,743
Priekšstata īpatsvars respondentu vidū %	30,0	34,3	35,6

8. pielikums. Uzskati par bezrecepšu līdzekļu īpašībām, efektivitāti un lietošanas nepieciešamību. Faktoru slodžu matrica (n=747, p < 0,05)

Priekšstati	Maldīgie	Piesardzīgie	Pieredzē balstītie	„Jaunāks un dārgāks ir labāks”
Vitamīnu un UB lietošana nerada blaknes	0,781	—	—	—
Lietojot BM, blakusparādības nav iespējamās	0,751	—	—	—
UB un vitamīni jālieto nepārtraukti, jo uzturs tos nenodrošina	0,712	—	—	—
UB ārstē slimības	0,621	—	—	—
Nevaru atļauties slīmot ikdienas pienākumu dēļ, tādēļ simptomi nekavējoties jānovērš ar medikamentiem	—	0,871	—	—
Nevēlos inficēt citus cilvēkus, tādēļ simptomi nekavējoties jānovērš ar medikamentiem	—	0,812	—	—
Medikamenti jāsāk lietot pie pirmajiem simptomiem, lai izvairītos no nopietnām saslimšanām	—	0,771	—	—
Ja medikamenti palīdzēja agrāk, tas nozīmē, ka tie palīdzēs arī turpmāk	—	—	0,842	—
Jo ilgāk medikaments ir tirgū, jo tā lietošana ir drošāka	—	—	0,800	—
Jaunākas paaudzes medikamenti ir efektīvāki	—	—	—	0,846
Dārgāki medikamenti ir efektīvāki	—	—	—	0,811
Priekšstata īpatsvars respondentu vidū %	29,3	24,4	23,1	23,1

9. pielikums. Apmierinātība ar dažādiem dzīves kvalitāti ietekmējošiem aspektiem. Faktoru slodžu matrica (n=786), $p < 0,05$

Dzīves kvalitātes aspekti	Faktora izpausme
Attiecības ar ģimeni	0,587
Attiecības ar apkārtējo sabiedrību	0,585
Sasniegumi	0,779
Karjera	0,765
Spēja tikt galā ar ikdienas darbiem	0,744
Sabiedrības atbalsts	0,661
Ienākumi	0,697
Sadzīves apstākļi	0,680
Seksuālā dzīve	0,678
Veselības stāvoklis	0,572
Finanses	0,752
Spēja tikt galā ar finanšu vajadzībām	0,813

10. pielikums. Klāsteranalīzē iekļauto mainīgo veidošana

Darbības, kas veiktas veselības labā (sports, veselības pārbaudes, diēta, zāļu tējas u.c.)	Dihotomisks mainīgais („0” – nē; „1” – jā)
Sportisku aktivitāšu veikšana	„1” – vismaz divas reizes nedēļā; „0” – retāk kā divas reizes nedēļā
Dārzeņu un salātu lietošana uzturā	„1” – vismaz reizi dienā; „0” – retāk kā reizi dienā
Augļu un sulu lietošana uzturā	„1” – vismaz reizi dienā; „0” – retāk kā reizi dienā
Riskantā alkohola lietošana	Piecas vai vairāk devas dienā / reizē – dihotomisks mainīgais („0” – nē; „1” – jā)
Smēķēšana	„0” – nekad nav smēķējis / ir atmetis; „1” – šobrīd smēķē

11. pielikums. Respondentu psihogrāfiskais raksturojums: faktoru slodžu matrica (n=745)

Vērtības, pārliecība	Tipi							
	Moder- nie	Izmēģi- nātāji	Praktis- kie	Vadī- tāji	Tehnis- kie	Reliģi- ozie	Intelek- tuāļi	Izdzīvo- tāji
Patīk ģērbties pēc pēdējās modes	0,788	—	—	—	—	—	—	—
Ģērbjas daudz modernāk par citiem	0,784	—	—	—	—	—	—	—
Seko pēdējām modes tendencēm	0,777	—	—	—	—	—	—	—
Grib tikt uzskatīts par modernu	0,777	—	—	—	—	—	—	—
Patīk izrādīties un pievērst sev uzmanību	0,639	—	—	—	—	-	-	-
Tiecas pēc satraukuma, sensācijas	0,556	-	-	-	-	-	-	-
Gribētu dzīvot ārvalstīs gadu vai vairāk	0,475	-	-	-	-	-	-	-
Patīk nodarboties ar ko jaunu un atšķirīgu	-	0,732	-	-	-	-	-	-
Patīk jauni izaicinājumi un agrāk nemēģinātas lietas	-	0,707	-	-	-	-	-	-
Patīk uzzināt par jaunām lietām, pat ja tās nekad nenoderēs	-	0,656	-	-	-	-	-	-
Bieži vēlas satraucošas izjūtas	-	0,589	-	-	-	-	-	-
Patīk izmēģināt visu jauno		0,585						

Vērtības, pārlicība	Tipi							
	Moder- nie	Izmēģi- nātāji	Praktis- kie	Vadī- tāji	Tehnis- kie	Reliģi- ozie	Intelek- tuāļi	Izdzīvo- tāji
Gribētu daudz emocionālu un satraucošu brīžu dzīvē	—	0,568	—	—	—	—	—	—
Patīk daudzveidība dzīvē	—	0,558	—	—	—	—	—	—
Patīk ekstrordināras lietas, cilvēki	—	0,464	—	—	—	—	—	—
Patīk izgatavot lietas paša rokām	—	—	0,852	—	—	—	—	—
Drīzāk izgatavos lietas pats, nekā nopirks	—	—	0,824	—	—	—	—	—
Patīk pašam izgatavot lietas, ko var izmantot ikdienā	—	—	0,812	—	—	—	—	—
Patīk izgatavot lietas no metāla, koka u.c. materiāliem	—	—	0,698	—	—	—	—	—
Piemīt vairāk prasmju nekā vairumam cilvēku	—	—	—	0,611	—	—	—	—
Patīk vadīt citus	—	—	—	0,594	—	—	—	—
Patīk būt grupas vadītājam, atbildīgajam	—	—	—	0,544	—	—	—	—
Uzskata sevi par intelektuāli	—	—	—	0,527	—	—	—	—
Interesē datoru un auto veikali	—	—	—	—	0,838	—	—	—

Vērtības, pārliciecība	Tipi							
	Moder- nie	Izmēģi- nātāji	Praktis- kie	Vadī- tāji	Tehnis- kie	Reliģi- ozie	Intelek- tuāļi	Izdzīvo- tāji
Interesē mehāniskās ierīces	—	—	—	—	0,837	—	—	—
Pasaule tika radīta sešās dienās, kā teikts Bībelē	—	—	—	—	—	0,802	—	—
Jānodrošina lūgšanu vietas (kapelas) skolās	—	—	—	—	—	0,789	—	—
Gribētu labāk saprast Visuma darbību un uzbūvi	—	—	—	—	—	0,493	—	—
Bieži interesējas par dažādām teorijām	—	—	—	—	—	—	0,594	—
Sievietes dzīve ir papildīta tikai rūpējoties par ģimenes pavardu	—	—	—	—	—	—	0,561	—
Interesējas par jaunumiem mākslā, vēsturē, kultūrā	—	—	—	—	—	—	0,539	—
Pilnībā ieinteresēts tikai dažās lietās	—	—	—	—	—	—	—	0,802
Interesu loks ir diezgan ierobežots	—	—	—	—	—	—	—	0,688
% no responden- tiem	19,1	10,8	5,1	12,8	16,0	14,0	10,7	11,6

**12. pielikums. Psihogrāfiskajiem tipiem raksturīgās demogrāfiskās pazīmes
– dzimums un vecums, $p < 0,05$**

Tips	Dzimums %		Vecums %		
Demogrāfiskā kategorija	sieviete	vīrietis	55–74	35–54	18–34
Modernie	23,6*	14,0*	8,0*	16,6	32,5*
Jaunatklājēji	12,9*	8,3*	8,5	9,5	14,8*
Praktiskie	5,1	5,2	8,0*	5,7	1,7*
Vadītāji	12,9	12,6	14,3	14,1	9,7
Tehniskie	1,8*	31,8*	12,1	20,5*	13,9
Reliģiozie	18,8*	8,6*	21,0*	14,1	7,2*
Intelektuāļi	13,2*	8,0*	11,6	11,3	9,3
Izdzīvotāji	11,7	11,5	16,5*	8,1*	11,0

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96

13. pielikums. Psihogrāfiskajiem tipiem raksturīgās demogrāfiskās pazīmes – tautība un ienākumu līmenis, $p < 0,05$

Tips	Tautība		Ienākumu līmenis mēnesī		
Demogrāfiskā kategorija	cita	latvieši	zems	vidējs	augstākais
Modernie	15,1*	21,1*	16,9	13,6*	25,6*
Jaunatklājēji	12,0	10,3	10,8	10,7	8,3
Praktiskie	5,4	4,9	10,8*	5,8	1,9*
Vadītāji	15,9	11,1	8,4	12,0	11,5
Tehniskie	14,7	16,6	12,0	22,3*	13,5
Reliģiozie	18,6*	12,1	10,8	16,1	14,1
Intelektuāļi	8,1	12,1	96,6	6,2*	13,5*
Izdzīvotāji	10,1	12,1	20,5	13,2	11,5

* | koriģētais standarta atlikums | $> 1,96$

**14. pielikums. Psihogrāfiskajiem tipiem raksturīgā sociālekonomiskā pazīme
– nodarbošanās/ekonomiskās aktivitātes statuss, $p < 0,05$**

Tips	Invalīds	Vadītājs	Speciālists	Strādnieks	Uzņēmējs	Pensionārs	Students	Mājsaimniece	Bezdarbnieks
Modernie	0	11,1	24,7*	14,1*	35,7*	5,5*	41,0*	33,3	21,1
Jaunatklājēji	0	7,4	12,9	8,3	3,6	7,0	19,7*	22,2	14,5
Praktiskie	14,4	0	2,8	5,3	0	12,5*	0	7,4	3,9
Vadītāji	0	25,9*	11,8	11,2	21,4	12,5	8,2	14,8	15,8
Tehniskie	14,3	29,6*	12,4	25,7*	7,1	10,9	13,1	0,0*	13,2
Reliģiozie	28,6	18,5	12,9	13,6	3,6	24,2*	4,9*	14,8	5,3*
Intelektuāļi	28,6*	3,7	14,6	9,7	14,3	10,2	6,6	7,4	9,2
Izdzīvotāji	14,3	3,7	7,9	12,1	14,3	17,2*	6,6	0	17,1

* | koriģētais standarta atlikums | $> 1,96$

15. pielikums. Psihogrāfiskajiem tipiem raksturīgā demogrāfiskā pazīme – dzīvesvieta, $p < 0,05$

Tips	Pierīga	Rīga	Zemgale	Vidzeme	Latgale	Kurzeme
Modernie	31,0*	15,4	26,7	2,2*	19,2	23,5
Jaunatklājēji	8,5	10,6	9,3	26,9*	2,9*	8,2
Praktiskie	7,0	3,3	5,3	7,5	8,7	2,0
Vadītāji	7,8	22,0*	10,7	14,0	3,8*	5,1*
Tehniskie	14,7	10,2	22,7	9,7	32,7*	15,3
Reliģiozie	14,4	22,8*	5,3*	1,1*	16,3	7,1
Intelektuāļi	7,8	10,2	4,0*	16,1	9,6	17,3*
Izdzīvotāji	8,5	5,7*	16,0	22,6*	6,7	21,4*

* | koriģētais standarta atlikums | $> 1,96$

16. pielikums. Respondentu uzticēšanās informācijas avotiem par medikamentiem raksturojums: faktoru slodžu matrica (n=639)

Uzticēšanās	„Uzticēšanās reklāmai”	„Uzticēšanās ekspertiem”
Ģimenes ārsts	–	0,778
Ārsts-speciālists	–	0,817
Medicīnas māsa vai ārsta palīgs	–	0,807
Farmaceits (aptiekārs)	–	0,658
Netradicionālās medicīnas speciālists	0,504	–
Raksti un informācija presē	0,851	–
Informācija TV	0,885	–
Informācija radio Informācija internetā	0,901	–
Bukleti un brošūras	0,727	–
Medikamentu lietošanas instrukcija	–	0,468
Priekšstata īpatsvars respondentu vidū %	51,0	49,9

17. pielikums. Binārās loģistiskās regresijas analīzes rezultāti

Faktori	Statistiskais nozīmīgums, p	Izredžu attiecība OR (ExpB)	95% Ticamības intervāls (TI)	References kategorija
Dzimums – sievietes	0,003**	2,01	1,260 – 3,205	vīrietis
Vecuma kategorija 35–54 gadi	0,040*	2,15	1,036 – 4,465	vecuma kategorija 18–34 gadi
Dzīvesvieta – Rīga	0,001**	2,67	1,378 – 5,171	Kurzeme
Dzīvesvieta – Pierīga	0,004**	3,94	1,848 – 8,396	Kurzeme
Pazemināts vitalitātes līmenis (zemākā pakāpe)	0,050*	8,54	0,986 – 73,92	augstākā līmeņa vitalitātes pakāpe
Galvassāpes	0,004**	2,64	1,365 – 5,115	–
Gremošanas problēmas	0,001**	8,26	2,462 – 27,72	–
Sirds un asinsvadu problēmas	0,002**	0,35	0,348 – 0,177	–
Nav nekādu veselības problēmu	0,001**	0,18	0,100 – 0,323	–
Piekrīt vai drīzāk piekrīt maldīgo tipa uzskatiem	0,001**	5,32	2,595 – 10,92	nepiekrīt vai drīzāk nepiekrīt maldīgo tipa uzskatiem
Vidējā mērā piekrīt Maldīgo tipa uzskatiem	0,003**	2,13	1,287 – 3,512	nepiekrīt vai drīzāk nepiekrīt maldīgo tipa uzskatiem
Lielā /diezgan lielā mērā raksturīgas vērtības, kas piemīt psihogrāfiskajam tipam Modernie	0,002**	0,30	0,141 – 0,649	nav raksturīgas/nedaudz raksturīgas vērtības, kas piemīt psihogrāfiskajam tipam Modernie
Vidējā mērā raksturīgas vērtības, kas piemīt psihogrāfiskajam tipam Modernie	0,002**	0,397	0,221 – 0,713	nav raksturīgas/nedaudz raksturīgas vērtības, kas piemīt psihogrāfiskajam tipam Modernie
Tie, kas pilnībā/drīzāk uzticas informācijas avotiem, kuros bieži sastopama reklāma	0,050*	2,13	0,992 – 4,560	tie, kas neuzticas/drīzāk neuzticas informācijas avotiem, kuros bieži sastopama reklāma

* statistiskais nozīmīgums $p < 0,05$; ** statistiskais nozīmīgums $p < 0,01$

18. pielikums. Dažādu bezrecepšu līdzekļu grupu lietotāju demogrāfiskais raksturojums
n=485, %, p < 0,05

Līdzekļu veids	Līdzekļi pret saaukstēšanos			Līdzekļi pret gremošanas traucējumiem		
Demogrāfiskā kategorija	vecums	nodarbošanās	kopā	dzimums	nodarbošanās	kopā
Lietoja/nelietoja	18–24	vadītājs	%	vīrietis	strādnieks	%
Lietoja	35,4	63,6	25,8	28,1	34,5	21,3
Nelietoja	64,6	36,4	74,2	71,9	65,5	78,7

Līdzekļu veids	Sirds slimībām			Kaulu problēmām		Homeopātiski preparāti	
Demogrāfiskā kategorija	vecums	nodarbošanās	kopā	vecums	kopā	nodarbošanās	kopā
Lietoja/nelietoja	55–74	pensionārs	%	55–74	%	pensionārs	%
Lietoja	32,2	30,2	17,1	17,2	13,2	15,5	8,7
Nelietoja	67,8	69,8	67,8	82,8	86,8	84,5	91,3

19. pielikums. Bezrecepšu līdzekļi, kuru lietošanas analīze veikta promocijas darba ietvaros

Pētījumā tiek analizēta šādu bezrecepšu līdzekļu lietošana – bezrecepšu medikamenti, vitamīni un minerālvielas, atsevišķas medicīniskās ierīces, kas paredzētas īstermiņa lietošanai, rūpnieciski ražotie homeopātiskie preparāti, kā arī Latvijā reģistrētie uztura bagātinātāji, tika identificēti, pamatojoties uz šos līdzekļus raksturojošām definīcijām. Bezrecepšu medikamenti ir „zāles, kuru farmakoloģiskās īpašības un stiprums, kā arī daudzums iepakojumā, lietošanas veids un lietošanas izraisītās blakusparādības, ja tos lieto atbilstoši lietošanas instrukcijai, nerada tiešus vai netiešus draudus pacienta veselībai un aptiekā ir izsniedzamas bez receptes” (Farmācijas likums 1997). Medicīnas ierīces ir „jebkuri instrumenti, aparāti, iekārtas, materiāli vai citi priekšmeti, kurus lieto atsevišķi vai kopā ar kādām citām ierīcēm, [..], lai diagnosticētu, novērstu, novērotu, ārstētu vai atvieglotu slimības, diagnosticētu, novērotu, ārstētu, atvieglotu vai kompensētu traumas vai fiziskus trūkumus, pētītu, aizstātu vai pārveidotu personas organisma uzbūvi vai fizioloģiskos procesus, kontrolētu dzimstību, un ar kuriem paredzēto iedarbību uz personām nepanāk ar farmakoloģiskiem, imunoloģiskiem un metaboliskiem līdzekļiem, bet tām šādi līdzekļi var palīdzēt” (Ārstniecības likums 1997), 21.punkts. Promocijas darba pamatā esošajā pētījumā tika iekļauti arī daļa līdzekļu, kas, saskaņā ar MK noteikumiem (MK noteikumi Nr.581 Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības novērtēšanas, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtība 2005), 1.pielikums, klasificējami kā ierīces, kas paredzētas īstermiņa lietošanai. Veicot aptauju, tika identificēti vairāk šādi līdzekļi, piemēram, mutes dobuma aprūpes līdzekļi *Faringospray*, *Laringospray*, *Angilor*, kas tiek lietoti ar mērķi mazināt saaukstēšanās saslimšanu simptomus, ūdeņraža peroksīds, ko izmanto dermatoloģijas problēmu gadījumos, u.c. Viens no iemesliem, kādēļ šie līdzekļi tiek reģistrēti kā medicīniskās ierīces Medicīnas ierīču reģistrā, ir tas, ka šādos gadījumos uz šīm precēm neattiecas stingrās zāļu reklāmu regulējošās prasības (MK 2011). Tomēr iepriekš uzskaitīto līdzekļu piemēri patērētāja izpratnē un arī pēc būtības atbilst bezrecepšu medikamentu kategorijai, un tas pamato to iekļaušanu promocijas darba pētījuma analīzē. Promocijas darba analīzē iekļauti arī gatavie homeopātiskie preparāti – „zāles, kas izgatavotas no homeopātiskajām izejvielām (produktiem, vielām vai savienojumiem) saskaņā ar homeopātisko zāļu ražošanas procedūru, kas aprakstīta Eiropas farmakopejā vai farmakopejās, ko oficiāli lieto Eiropas Savienības dalībvalstīs” (Farmācijas likums 1997). Gatavie homeopātiskie preparāti, kopā ar bezrecepšu medikamentiem un daļu vitamīniem un minerālvielām ir

reģistrēti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā. Vitamīni un minerālvielas ir organiskas vielas, kas nepieciešamas uzturā mazās devās organisma attīstībai un veselībai (*Medical Dictionary* 2013). Vitamīnus saturoši produkti var būt gan zāles, gan uztura bagātinātāji. Pastāv būtiskas atšķirības to iedarbībā, kā arī ražošanā un pēcreģistrācijas uzraudzībā. Vitamīnus, kas reģistrēti kā zāles, lieto ārstēšanas un profilakses nolūkā, to devas un iedarbība ir pārbaudīta, norādītas indikācijas un kontrindikācijas. Šādiem vitamīniem ir pievienota informācija zāļu lietotājam – zāļu lietošanas instrukcija, un tie tiek reģistrēti oficiālajā Latvijas Republikas Zāļu reģistrā. Savukārt vitamīni – uztura bagātinātāji būtībā ir pārtikas produkti parastā uztura papildināšanai. Tie ir koncentrētas uzturvielas (vitamīni un minerālvielas) vai citas vielas, kurām ir uzturvērtība vai fizioloģiska ietekme. Tie nenovērš saslimšanu, neārstē un neizārstē slimības (ZVA 2013). Uztura bagātinātāji tiek reģistrēti PVD Uztura bagātinātāju reģistrā.

20. Pielikums. Bezrecepšu līdzekļu lietotāju racionalitātes saistība ar demogrāfisko raksturojumu, n=785, p < 0,05, %

Demogrāfiskā kategorija	Dzīvesvieta						
Tips	Pierīga	Rīga	Zemgale	Vidzeme	Latgale	Kurzeme	Kopā
Maldīgie priekšstati	23,9	22,4*	36,4	38,4	33,7	38,2*	29,3
Piesardzīgie	24,6	25,3	14,3*	18,0	45,2*	14,7*	24,4
Pieredzē balstītie	17,4	22,8	36,4*	36,0	12,5*	20,6	23,1
Jaunāks un dārgāks	34,1*	29,5*	13,0*	11,2*	8,7*	26,5	23,2
Demogrāfiskā kategorija	Ienākumu līmenis (vidēji uz vienu ģimenes locekli, EUR)						
Tips	0–200	201–400	401–600	> 601	Kopā		
Maldīgie priekšstati	24,5	29,1	14,0*	61,1*	29,3		
Piesardzīgie	25,9	21,3	32,0	16,7	24,4		
Pieredzē balstītie	33,3*	23,5	16,0	5,6	23,1		
Jaunāks un dārgāks	16,3*	26,1	38,0*	16,7	23,2		

* | koriģētais standarta atlikums | > 1,96