

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTE

Vents Silis

**LATVIJAS IEDZĪVOTĀJU VESELĪBAS UZVEDĪBA UN DZĪVES
KVALITĀTE**

Promocijas darba kopsavilkums

Promocijas darbs izstrādāts socioloģijas nozarē

Zinātniskā vadītāja: Dr. sc. soc. Ritma Rungule



Promocijas darbs izstrādāts ar ESF projekta „Atbalsts doktorantiem studiju programmas apguvei un zinātniskā grāda ieguvei Rīgas Stradiņa Universitātē” atbalstu.

Rīga, 2010

Saturs

Ievads.....	6
Tēmas aktualitāte	6
Mērķi un uzdevumi.....	12
Metodes un izvirzītās hipotēzes.....	13
Promocijas darba zinātniskā novitāte un praktiskā nozīme	17
1. Dzīves kvalitātes socioloģijas mūsdienu paradigma	23
1.1. Dzīves kvalitātes jēdziena definīcijas problēma.....	24
1.2. Subjektīvie un objektīvie dzīves kvalitātes indikatori.....	31
1.3. Ar veselību saistītā dzīves kvalitāte	40
1.4. Dzīves kvalitātes pētījumi Latvijā	43
2. Teorētiskās paradigmas un modeļi veselības un slimības socioloģijā	56
2.1. Mūsdienu veselības un slimības socioloģijas teorētiskās nostādnes	58
2.1.1. Veselības un slimības biomedicīniskā interpretācija.....	58
2.1.2. Veselības un slimības socioloģiskā interpretācija	63
2.1.3. Veselības un slimības postmodernā interpretācija	66
2.1.4. Veselības un slimības ķermeniskā interpretācija.....	68
2.2. Ar teorētiskajiem modeļiem saistītās veselības jēdziena definīcijas	74
2.3. Veselības uzvedības definīcijas.....	76
2.4. Veselības dzīvesstila teorija un rūpes par veselību	78
2.5. Veselību ietekmējošo paradumu pētījumi Latvijā.....	85
3. Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indikatori un veselības prakses	99
3.1. Pētījuma metodoloģija.....	99
3.2. Iedzīvotāju un ekspertu priekšstati par rūpēm par veselību	113
3.3. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori	131
3.4. Veselības dzīvesstili saistībā ar dzīves kvalitātes faktoriem	147
3.4.1. Pensijas vecuma (65-94) Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili	148
3.4.2. 15–64 gadus veco Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili.....	163
Secinājumi	180
Pateicības.....	184
Izmantotā literatūra	185
Interneta resursi.....	192
1. Pielikums. Veselības nozares ekspertu intervijas jautājumi	195
2. pielikums – Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju intervijas jautājumi	196
3. pielikums – Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju telefonaptaujas anketa	197

Attēlu saraksts

<i>Attēls 1. Valsts izaugsmes mērķis – dzīves kvalitāte.....</i>	<i>8</i>
<i>Attēls 2. Dinamiskā saistība starp dzīves kvalitāti, veselības stāvokli, ar veselību saistīto dzīves kvalitāti un veselības uzvedību</i>	<i>11</i>
<i>Attēls 3. Subjektīvās labsajūtas un objektīvo apstākļu novērtējuma kombinācijas (Noll, 2000) ...</i>	<i>26</i>
<i>Attēls 4. Jēdziena “veselības dzīvesstils” struktūra</i>	<i>83</i>
<i>Attēls 5. Iedzīvotāju vispārējā veselības stāvokļa pašvērtējums 2008. un 2009. gadā (%)</i>	<i>87</i>
<i>Attēls 6. Iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējuma izmaiņas 1998–2008 (%)</i>	<i>89</i>
<i>Attēls 7. Medikamentu patēriņa pieauguma dinamika atkarībā no dzimuma 2002–2008 (%).....</i>	<i>90</i>
<i>Attēls 8. Smēķēšanas daudzums atkarībā no dzimuma 1998–2008 (%).....</i>	<i>90</i>
<i>Attēls 9. No kādas personas saņemts ieteikums mainīt veselības uzvedību 2008 (%)</i>	<i>93</i>
<i>Attēls 10. Veselības novērtējums atkarībā no dzimuma (%)</i>	<i>123</i>
<i>Attēls 11. Spēja ietekmēt veselību atkarībā no veselības stāvokļa (%)</i>	<i>125</i>
<i>Attēls 12. Veselības stāvokļa novērtējums atkarībā no ienākumiem (%).....</i>	<i>127</i>
<i>Attēls 13. Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili</i>	<i>131</i>
<i>Attēls 14. Apmierinātība ar dažādām dzīves sfērām (%)</i>	<i>143</i>
<i>Attēls 15. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili (%).....</i>	<i>151</i>
<i>Attēls 16. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no vecuma (%)</i>	<i>156</i>
<i>Attēls 17. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no dzimuma (%)</i>	<i>156</i>
<i>Attēls 18. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no veselības stāvokļa pašnovērtējuma (%).....</i>	<i>157</i>
<i>Attēls 19. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no personiskajiem ienākumiem (%).....</i>	<i>158</i>
<i>Attēls 20. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no nodarbinātības statusa (%)</i>	<i>159</i>
<i>Attēls 21. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no izglītības (%)</i>	<i>160</i>
<i>Attēls 22. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no dzīves vietas (%).....</i>	<i>161</i>
<i>Attēls 23. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no dzīves kvalitātes pašnovērtējuma (%).....</i>	<i>161</i>
<i>Attēls 24. Veselības dzīvesstili atkarībā no ienākumiem (%)</i>	<i>172</i>
<i>Attēls 25. Veselības dzīvesstili atkarībā no dzimuma (%).....</i>	<i>172</i>
<i>Attēls 26. Veselības dzīvesstili atkarībā no nodarbošanās (%).....</i>	<i>173</i>
<i>Attēls 27. Veselības dzīvesstili atkarībā no veselības pašnovērtējuma (%)</i>	<i>173</i>
<i>Attēls 28. Veselības dzīvesstili atkarībā no vecuma (%)</i>	<i>174</i>
<i>Attēls 29. Veselības dzīvesstili atkarībā no izglītības (%).....</i>	<i>175</i>
<i>Attēls 30. Veselības dzīvesstili atkarībā no dzīves vietas (%)</i>	<i>175</i>
<i>Attēls 31. Veselības dzīvesstili atkarībā no dzīves kvalitātes pašnovērtējuma (%).....</i>	<i>176</i>
<i>Attēls 32. Veselības dzīvesstilu izplatība 15–64 un 65–94 gadus veco iedzīvotāju grupās (%) ..</i>	<i>177</i>

Tabulu saraksts

Tabula 1. Dzīves kvalitātes aspekti un tiem atbilstošie indikatori _____	50
Tabula 2. Promocijas darbā veiktā pētījuma posmu raksturojums _____	102
Tabula 3. Pārskata par tautas attīstību aptaujas anketā iekļauto jautājumu tematika _____	102
Tabula 4. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju kvalitatīvā pētījuma izlases kopas raksturojums _____	104
Tabula 5. Rūpju par veselību raksturojums saistībā ar respondentu dzimumu (biežums) _____	114
Tabula 6. Medicīnas nozares ekspertu minētās rīcībspējas kategorijas _____	125
Tabula 7. Būtiskākie dzīves kvalitāti uzlabojošie un samazinošie faktori (biežums) _____	131
Tabula 8. Objektīvie indikatori salīdzinājumā ar subjektīvo apmierinātību ar dzīvi _____	133
Tabula 9. Respondentu vecums _____	141
Tabula 10. Personiskie ienākumi (%) _____	141
Tabula 11. Finanšu līdzekļu spēja apmierināt indivīda vajadzības (%) _____	142
Tabula 12. Dzīves kvalitātes un veselības stāvokļa novērtējums (%) _____	142
Tabula 13. Veselība un rīcībspēja (%) _____	144
Tabula 14. Veselības stāvokļa raksturojums (%) _____	144
Tabula 15. Uzskati par hroniskas slimības cēloni (%) _____	145
Tabula 16. Hroniski slimo respondentu ar slimību saistīto ierobežojumu novērtējums (%) _____	145
Tabula 17. Hroniski slimo respondentu psiholoģiskās labsajūtas novērtējums (%) _____	146
Tabula 18. Labākai sadzīvošanai ar hronisku slimību nepieciešamo faktoru novērtējums (%) _____	146
Tabula 19. Izdzerto alkohola devu daudzums (%) _____	148
Tabula 20. Dažādu veidu medicīnisku preparātu lietošanas biežums pensijas vecuma cilvēku vidū (%) _____	148
Tabula 21. Uz veselību orientētu ikdienas darbību norādīšanas biežums (%) _____	149
Tabula 22. Pārtikas izvēli ietekmējošo faktoru novērtējums (%) _____	149
Tabula 23. Dzīvesstila atbilstības priekšstatiem par veselīgu dzīvesstilu novērtējums (%) _____	150
Tabula 24. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju veselības darbību izplatības biežums dzīvesstilu ietvaros (klasteru centru koordinātas) _____	151
Tabula 25. 15–64 gadus veco Latvijas iedzīvotāju sadalījums pēc vecumstruktūras (%) _____	163
Tabula 26. 15–64 gadus veco Latvijas iedzīvotāju sadalījums pēc ienākumu struktūras (%) _____	163
Tabula 27. Biežums, ar kādu 15–64 gadus vecie Latvijas iedzīvotāji ir apmeklējuši medicīnas speciālistus pēdējo 12 mēnešu laikā (%) _____	164
Tabula 28. Dažādu veidu medicīnisku preparātu lietošanas biežums 15–64 gadus vecu cilvēku vidū (%) _____	164
Tabula 29. Uz veselību orientētas ikdienas darbības (%) _____	165
Tabula 30. Pārtikas izvēli ietekmējošie faktori (%) _____	165
Tabula 31. Veselības dzīvesstila atbilstības priekšstatam par veselīgu dzīves veidu un rūpju par veselību pašvērtējums (%) _____	165
Tabula 32. Veselības darbību izplatības biežums dzīvesstilu ietvaros (klasteru centru koordinātas) _____	167
Tabula 33. Veselības prakšu izplatības salīdzinājums 15–64 un 65–94 gadus veco iedzīvotāju grupās (%) _____	177

Ievads

Tēmas aktualitāte

Dzīves kvalitātes pētījumi pilda trīs uzdevumus: pirmkārt, novēro un fiksē sociālās pārmaiņas visā to daudzveidībā, otrkārt, ziņo sabiedrībai par šīm pārmaiņām un skaidro, kādēļ konkrēti sociālie indikatori ir tādi, kādi tie ir, un, treškārt, prognozē nākotnes attīstības tendences un apraksta, kas notiks, ja šīs tendences turpinās attīstīties tā, kā tas notiek pašlaik (Land, 2000: 2685). Dzīves kvalitātes problemātika Latvijā ir kļuvusi īpaši aktuāla pēdējo desmit gadu laikā, kad vispirms notika strauja ekonomiskā izaugsme, bet pēc tam sekoja vēl straujāks kritums. Dinamiskās pārmaiņas liek uzdot jautājumu: cik lielā mērā un kādā veidā šīs transformācijas ir ietekmējušas iedzīvotāju materiālo dzīves līmeni un subjektīvo apmierinātību ar to. Kā atzīmē Baiba Bela un Tālis Tisenkopfs, “mūsdienās dzīves kvalitāte vairs nav tikai filozofisku diskusiju priekšmets vai indivīdu personiskā problēma, arvien biežāk tā nonāk sabiedrības uzmanības centrā saistībā ar diskusijām par attīstības procesa mērķiem un jēgu, ekonomiskās augsmes uzdevumiem, politikas kritērijiem, valstu un to savienību attīstības modeļiem. Dzīves kvalitāte kļūst par sociālo un politisko darba kārtību integrējošu motīvu.” (Bela, Tisenkopfs, 2006 b: 8)

Šajā kontekstā Latvijas iedzīvotāju dzīves un labklājības studijas ir kļuvušas par vienu no centrālajiem motīviem gan sociālajos pētījumos, gan arī politiskajos dokumentos. Tā, piemēram, Latvijas tautsaimniecības vadlīniju autori kā pirmo un galveno tautsaimniecības attīstības mērķi izvirza “stabilas un straujas ekonomiskās izaugsmes nodrošināšanu, vienlaikus sekmējot Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes pieaugumu” (Ancāns et al., 2007: 47).

Šādu uzstādījumu ir centušies ievērot arī Valsts Prezidenta kancelejas ietvaros izveidotā Stratēģiskās analīzes komisijas (SAK) pētnieki, kuri 2005. gadā līdzdarbojās “Latvijas izaugsmes modeļa: cilvēks pirmajā vietā” izstrādē.¹ Šis dokuments nosaka integrētu un uz cilvēku orientētu Latvijas izaugsmes modeli turpmākajiem 20–30 gadiem globālās attīstības kontekstā. Dokumenta ietvaros par izaugsmes mērķi tika noteikta “cilvēka dzīves kvalitātes paaugstināšana šā vārda plašā nozīmē – augstāks labklājības līmenis, drošība sev un saviem tuvākajiem, labāka nākotne saviem bērniem un mazbērniem”. Dokumenta autori uzsver: “..Lai arī intereses un vērtību prioritātes, priekšstati par labu un laimīgu dzīvi cilvēkiem ir atšķirīgi, subjektīvi un dziļi personiski, turklāt tie mainās arī viņu dzīves laikā, kopumā ikvienam viņa nozīmīgākās vēlmes koncentrējas tieksmē pēc

¹ Šis ilgtermiņa konceptuālais dokuments tika apstiprināts Saeimā 2005. gada 26. oktobra sēdē un ir spēkā no 2005. gada 26. oktobra.

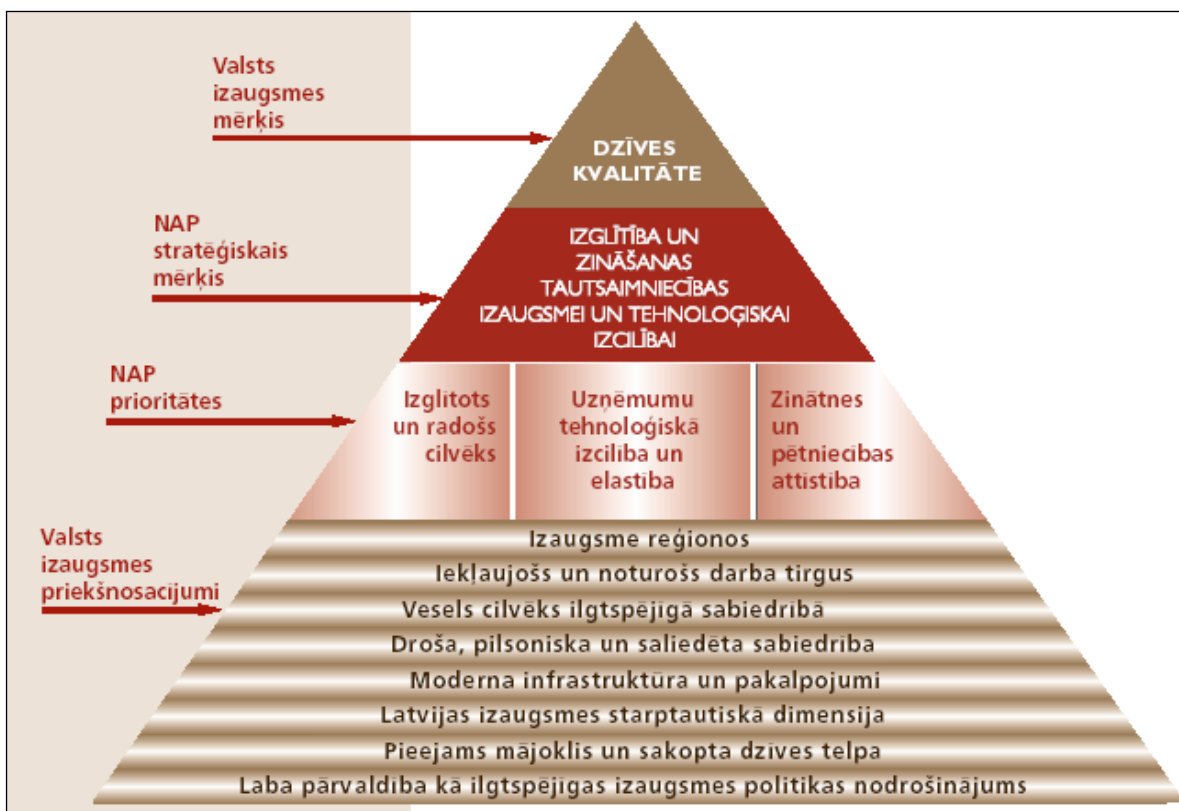
cilvēkam vitāli nozīmīgiem faktoriem.” Par galvenajiem dzīves kvalitāti veidojošajiem elementiem tika atzīti šādi daudzdimensiju faktori: **labklājība, drošība un ilgtspēja**, kurus veido daudzi savstarpēji saistīti aspekti, tajā skaitā arī **veselība**. Dokumentā tiek īpaši uzsvērta dzīves kvalitātes holistiskā daba: “Modeli īstenojot, cilvēka dzīves kvalitātes paaugstināšanai ir jāpilnveido visi iepriekš minētie aspekti; kopējais līmenis ir kritiski atkarīgs no nepietiekami attīstītajiem aspektiem. Ir stingri jāievēro visu darbību vienotības, koordinētības un samērīguma principi. Tikai un vienīgi tad, ja tiek vienmērīgi un līdzsvaroti pilnveidoti visi aspekti, optimāli uzlabojas dzīves kvalitāte.”

Lai nospraustu Latvijas valsts tālākās attīstības vadlīnijas, 2005.–2006. gadā tika izstrādāts “Nacionālais attīstības plāns 2007–2013” (NAP), kura ietvaros ir uzskaitīti arī būtiskākie dzīves kvalitāti ietekmējošie aspekti, paralēli skaidrojot arī to savstarpējo saistību un raksturojot pašreizējo situāciju valstī.² Materiālā labklājība ir saistīta ar visas valsts ekonomisko attīstību un to tieši ietekmē stabils darbs un pietiekams atalgojums. Šeit ir vērojami gan pozitīvi, gan negatīvi procesi, taču salīdzinājumā ar ES rādītājiem Latvijā ir zemākā darba samaksa, minimālā alga un pensija, kas ir viens no iemesliem darbaspēka aizplūšanai uz Rietumeiropas vai Skandināvijas valstīm. Cilvēkresursu jomā Latvijas stiprā puse ir salīdzinoši augsts nodarbināto iedzīvotāju formālās izglītības līmenis. Taču cilvēkresursu kvalitāti apdraud arī Latvijas iedzīvotāju sliktais veselības stāvoklis un apgrūtināta piekļuve primārās veselības aprūpes pakalpojumiem, zema dzimstība un salīdzinoši augsts jaundzimušo mirstības līmenis, pieaug saslimstība ar alkoholismu un citām atkarībām. Cilvēku veselību un labsajūtu ietekmē mājokļa kvalitāte, kā arī infrastruktūra – ceļi un ielas, enerģijas, ūdens un citi apgādes tīkli, apbūve. Reģionālās politikas uzdevums ir veicināt visas valsts teritorijas līdzsvarotu un policentrisku attīstību, lai Latvija būtu pievilcīga telpa darbam, dzīvei un atpūtai. Rīgas aglomerācijas attīstības dinamika liecina, ka Latvijas galvaspilsēta pamatoti var kļūt par Baltijas jūras valstu metropoli. Tomēr citu reģionu attīstība ir nevienmērīga, administratīvi teritoriālā reforma norit gausi, nelielo pašvaldību darbotiespēja ir ierobežota. Vides kvalitāte ir viens no svarīgākajiem dzīves kvalitāti ietekmējošiem faktoriem. Salīdzinājumā ar citām Eiropas valstīm dabiskās vides kvalitāte Latvijā ir augstāka. NAP autori uzskata, ka, pilnvērtīgi izmantojot savas priekšrocības un apkarojot trūkumus, Latvijai ir pietiekami daudz iespēju nākotnē sasniegt tādu pašu dzīves kvalitātes līmeni kā attīstītajās ES valstīs. (NAP, 2006: 11) Lai būtu iespējams novērtēt nacionālās attīstības plāna izpildi, ir svarīgi

² NAP ir stratēģisks dokuments (apstiprināts 2006. gada 4. jūlijā, Ministru kabineta noteikumi Nr. 564), kas izvirza vidēja termiņa prioritātes un nosaka vadlīnijas visu līmeņu nozaru un plānošanas dokumentu izstrādei. LR Satversme noteic, ka LR Saeima un valdība ir galvenie attīstības procesa vadītāji un tiem jāspēj veidot un īstenot tādu politiku, kas nodrošinātu valsts izaugsmi un iedzīvotāju labklājības celšanos.

noskaidrot, kādi ir dzīves kvalitāti raksturojošie galvenie aspekti tieši Latvijas sabiedrībai, kāds ir šo aspektu īpatsvars cilvēka dzīves kvalitātes vērtējumā un kādas ir dzīves kvalitātes izmaiņas, īstenojot valsts stratēģiskos plānus.

Kā norādīts NAP, galvenais valsts izaugsmes mērķis ir iedzīvotāju dzīves kvalitātes pieaugums, jo “atsevišķa indivīda dzīves kvalitāte savienojas ar visas nācijas dzīves kvalitāti, veidojot mūsu valsts nacionālo interešu kopu” (NAP, 2006: 9). Savukārt NAP izvirzītais stratēģiskais mērķis ir “izglītība un zināšanas tautsaimniecības izaugsmei un tehnoloģiskai izcilībai”, par prioritātēm nosakot izglītotu un radošu indivīdu vairošanu, uzņēmumu tehnoloģiskās izcilības un elastības kāpināšanu, kā arī zinātnes un pētniecības attīstību (sk. NAP, 2006: 13). Hierarhiskās attiecības starp valsts izaugsmes priekšnosacījumiem un to hierarhiju, NAP prioritātēm, stratēģisko mērķi un izaugsmes mērķi ir fiksētas 1. attēlā.



Attēls 1. Valsts izaugsmes mērķis – dzīves kvalitāte
Avots: NAP

Dzīves kvalitātes jēdzienu NAP autori ir definējuši šādi: “Dzīves kvalitāte ir komplekss sociāls, ekonomisks, politisks jēdziens, kas aptver plašu valsts iedzīvotāju dzīves apstākļu kopumu. To raksturo gan indivīdam pieejamais patēriņa līmenis, gan sociālo pakalpojumu klāsts un kvalitāte, kā arī iespēja iegūt izglītību, **dzīvot ilgu un veselīgu mūžu** (izcēlums mans. – V.S.), piedalīties valsts politiskajā dzīvē, kā arī jebkāda veida diskriminācijas dzimuma, etniskās

piederības, rases, reliģijas, invaliditātes, seksuālās orientācijas un vecuma dēļ izskaušana, tādējādi radot indivīdam iespējas realizēt savu potenciālu sabiedrības labklājības veidošanas procesā.” (NAP, 2006: 10) Latvijas attīstības perspektīvā ir būtiski svarīgi, ka sabiedrību veido rīcībspējīgi un kopumā ar dzīvi apmierināti indivīdi, kuri spēj īstenot kontroli pār savu dzīvi dažādos aspektos un ir droši par nākotni.

Latvijas iedzīvotāju veselība un veselības uzvedība ir aktuāla problēma gan kā viena no dzīves kvalitātes sfērām, gan arī pati par sevi – tā ir viena no būtiskākajām dzīves sfērām: “Veselības kvalitāte ir svarīgs tautas attīstības rādītājs. Veselība ir resurss, kura vērtība neatkarību atguvušajā Latvijā ir piedzīvojusi krasas pārmaiņas. Tirgus apstākļos veselība ir kļuvusi par trūkstošu un vērtīgu resursu – gan cilvēkam, gan valstij kopumā.” (Pārskats par tautas attīstību, 2005: 36)

Latvijas iedzīvotāju veselības rādītāji salīdzinājumā ar citu Eiropas Savienības (ES) valstu rādītājiem ir slikti. Piemēram, Latvijā iedzīvotāju sagaidāmais dzīves ilgums ir viens no pašiem zemākajiem: vidējais rādītājs ES sievietēm ir 82,2 gadi, turpretī Latvijā tas ir 77,8 gadi; ES vīriešiem šis rādītājs ir 76,1 gads, bet Latvijas vīriešiem – 67,0 gadi (Eurostat, 2010). Šo atšķirību izskaidro ar neveselīgu un riskantu dzīvesveidu saistīto nāves cēloņu izplatību mūsu valstī, proti, dati par mirstību no sirds išēmiskās slimības, plaušu vēža, smadzeņu vēža, ar alkohola lietošanu saistīto mirstību, kā arī ar pašnāvībām un satiksmes negadījumiem saistīto mirstību (sk. Cayotte & Buchow, 2009: 3). Neveselīgu paradumu izplatība Latvijā iedzīvotāju vidū ne tikai uzliek palielinātu slodzi veselības aprūpes sistēmai, kuras speciālistiem ir jācenšas novērst veselībai kaitējoša dzīvesveida radītās sekas, “bet arī rada nenovērtējamus zaudējumus sabiedrībai zaudētas produktivitātes un cilvēkkapitāla veidā” (Koroļeva, 2008: 12).

Pēdējos gados veiktie veselības uzvedības pētījumi liecina par tendenci ne tikai ievākt statistiskos datus, bet arī apzināt svarīgākās veselības problēmas, to izplatību un dinamiku, kā arī noteikt sabiedrības veselības stratēģiskās prioritātes (sk. Koroļeva et al., 2008; Pudule et al., 2010). Promocijas darbs turpina šo tendenci, balstoties uz tēzi, ka, veicot pētījumus par Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedības saistību ar dzīves kvalitāti, tiek iegūta labāka izpratne par šīs uzvedības iemesliem, savukārt tas var palīdzēt meklēt optimālākos veidus, kā rosināt pozitīvas pārmaiņas šajā sfērā.

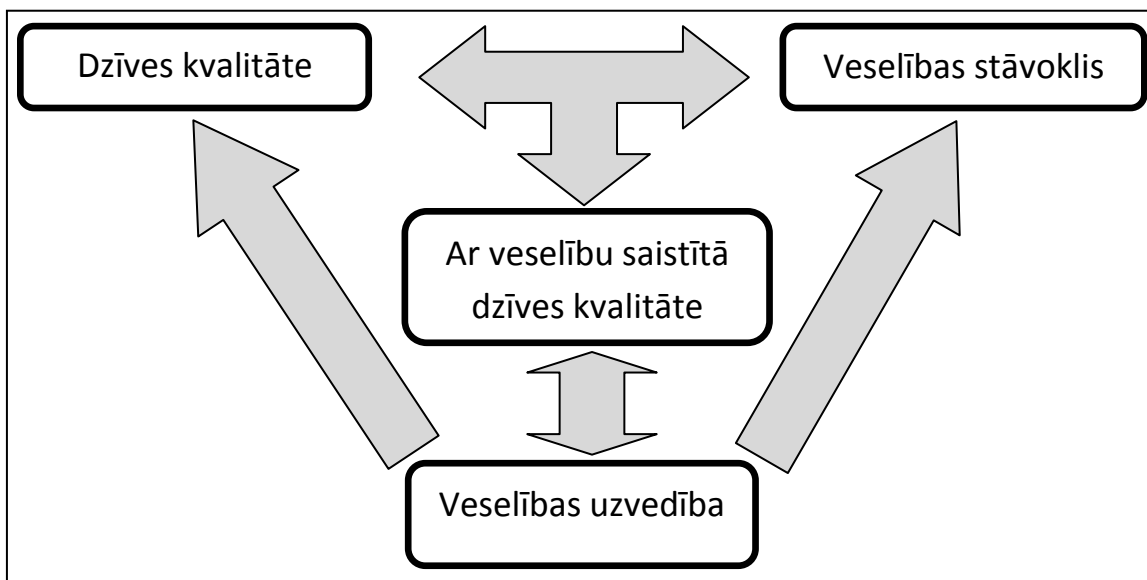
Viena no svarīgākajām socioloģiskajiem pētījumiem izvirzītajām ētiskajām prasībām ir prasība pēc emancipējošas pieejas. Proti, socioloģiskajiem pētījumiem ir jātiecas dot labumu tai iedzīvotāju grupai, kura tiek pētīta (sk. Rapley, 2003: 71). Pretēji tradicionālajiem pētījumiem, kuru autori cenšas izvairīties no politikas, emancipējošajiem pētījumiem vienmēr ir jābūt

politizētiem un jācenšas panākt, ka šie pētījumi samazina diskrimināciju. Dzīves kvalitātes pētījumi vislabāk atbilst emancipējoša pētījuma mērķim, jo šo pētījumu rezultātiem ir būtiska loma sabiedrības attīstības izvērtēšanā. Individuālais dzīves kvalitātes novērtējums ir svarīgs ne tikai kā konkrētas sabiedrības dzīves kvalitātes indikators, bet arī kā morāls imperatīvs – sociālā taisnīguma princips, kas paredz, ka taisnīga ir tikai tā sabiedrība, kur tiek gādāts par to, lai pēc iespējas lielāks skaits cilvēku gūtu pēc iespējas lielāku labumu.

Atziņa, ka viens no nozīmīgākajiem dzīves kvalitātes aspektiem ir indivīda veselības stāvoklis, ir bijusi pamatpremisa vairākās pēdējos gados veikto sociālo pētījumu rezultātu publikācijās un pieņemtajos politiskajos dokumentos. Veselības indikatori ir iekļauti gan darbā “Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos”, gan pētījumā “Dzīves kvalitāte Latvijā 2005”, gan arī darba “Dzīves kvalitātes indekss 2006” aprēķinos. Tāpat veselība ir atzīta par dzīves kvalitāti noteicošo daudzdimensiju faktoru – labklājības, ilgtspējas un drošības – indikatoru gan ilgtermiņa konceptuālajā dokumentā “Latvijas izaugsmes modelis: cilvēks pirmajā vietā”, gan arī 2005.–2006. gadā izstrādātajā “Nacionālajā attīstības plānā 2007–2013” (sk. NAP).

Šajā promocijas darbā tiek izmantots biopsihosociālais veselības modelis, kas balstīts uz tēzi: “Gan laba, gan arī slikta veselība ir sociālu, psiholoģisku un bioloģisku notikumu mijiedarbības rezultāts.” (Bowling, 2002: 13) Šī modeļa ietvaros veselība tiek definēta kā “cilvēka psihiskās, fiziskās un sociālās labklājības stāvoklis, nevis tikai slimības vai vājuma neesamība” (Constitution of WHO). Pretstatā biomedicīniskajam veselības modelim, kas veselības jēdzienu traktēja šauri organiskā, funkcionālā nozīmē, biopsihosociālais modelis atbalsta holistisku skatījumu uz indivīda veselību.

Galvenie jēdzieni, uz kuriem balstīts promocijas darbs, ir dzīves kvalitātes jēdziens, ar veselību saistītās dzīves kvalitātes jēdziens, veselības uzvedības jēdziens un veselības dzīvesstila jēdziens. Ja saistība starp dzīves kvalitāti un veselību tiek aplūkota dzīves kvalitātes kā daudzdimensionāla jēdziena kontekstā, tādā gadījumā veselība tiek traktēta kā viena no daudzām dzīves kvalitāti veidojošajām dimensijām. Veselības stāvoklis ir šo dimensiju savstarpējās mijiedarbības rezultāts. Ja šī saistība tiek aplūkota veselības dimensijas kontekstā, proti, par dzīves kvalitāti tiek spriests atkarībā no indivīda veselības stāvokļa, tad šo saistību raksturo jēdziens “ar veselību saistītā dzīves kvalitāte”. No tā, cik augsta vai zema ir ar veselību saistītā dzīves kvalitāte, ir atkarīgs tas, cik plašs ir indivīdam ikdienā raksturīgais veselību ietekmējošo prakšu klāsts, kas tiek apzīmēts ar jēdzienu “veselības uzvedība” (sk. 2. att.).



Attēls 2. Dinamiskā saistība starp dzīves kvalitāti, veselības stāvokli, ar veselību saistīto dzīves kvalitāti un veselības uzvedību

Dinamiskā saistība starp šiem jēdzieniem ir atgriezeniska, proti, veselības uzvedība (fizisko aktivitāšu daudzums, ēšanas paradumi, alkohola lietošanas paradumi, smēķēšana/nesmēķēšana un citi veselības uzvedības veidi, kas summāri veido veselības dzīvesstilu) iespaido gan veselības stāvokli, gan dzīves kvalitāti.

Konceptuālā saistība starp dzīves kvalitāti un veselības uzvedību tiek īpaši uzsvērta, akcentējot apstākli, ka dažkārt jēdziens “veselības uzvedība” tiek definēts ar jēdziena “dzīves kvalitāte” palīdzību: “Plašā nozīmē veselības uzvedība var tikt definēta kā tās darbības, kuras indivīdi, indivīdu grupas vai organizācijas veic, lai uzlabotu savu dzīves kvalitāti.” (Rew, 2005: 6) Veselības dzīvesstilu (*health lifestyle*) veido konkrētā indivīda izvēlēto veselības darbību kopums, kas apvieno dažādus iespējamās veselības uzvedības veidus: smēķēšanu vai nesmēķēšanu, alkohola patēriņu, sportu un fiziskās aktivitātes, konsultēšanos par diētu un daudzas citas preventīvas un veselību veicinošas aktivitātes. Abels, Kokerhems un kolēģi piedāvā šādu veselības dzīvesstila definīciju: “Veselības dzīvesstili ietver sevī savstarpēji saistītus veselības uzvedības, orientācijas, un resursu modeļus, ar kuru palīdzību indivīdu grupas reaģē uz sociālo, ekonomisko un kultūras vidi.” (Abel, 1991: 901) Šādai definīcijai ir vairākas priekšrocības. Pirmkārt, tā ietver ne tikai veselības uzvedību, bet arī ar šo uzvedību saistītos individuālos un strukturālos faktoros. Otrkārt, tā būtiski paplašina veselības uzvedības jēdzienu, iekļaujot gan speciālistu (zinātnieku), gan arī nespēcālistu uzskatus par to, kas ir veselību ietekmējoša uzvedība. Treškārt, tā ņem vērā gan apzinātu izvēli, ko nosaka indivīda uzskati par savu veselību, gan arī habituālu izvēli (sk. Abel et al., 2000: 63).

Vēl viens pieturas punkts, kurā fiksēta dzīves kvalitātes un veselības saistība, ir jēdziens “ar veselību saistītā dzīves kvalitāte” (*health-related quality of life*), kas definē attiecības starp indivīda fizisko un garīgo funkcionētspēju, viņa veselības stāvokli un ar tiem saistīto subjektīvo apmierinātību ar dzīvi. Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes mērījumi tiek izmantoti gan veselības aprūpes sistēmas kvalitātes novērtēšanai, gan arī veselības un slimības socioloģijā, kur šie rādītāji tiek aplūkoti saistībā ar slimības pieredzi un veselības uzvedību.

Mērķi un uzdevumi

Promocijas darba **pētījuma objekts** ir Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāte un veselība.

Promocijas darba **pētījuma priekšmets** ir saistība starp Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāti ietekmējošajiem faktoriem un veselības uzvedību.

Promocijas darba **mērķa populācija** ir Latvijas iedzīvotāji vecumā no 15 gadiem.

Promocijas darbā izvirzītie **mērķi** ir:

- 1) identificēt galvenos objektīvos un subjektīvos faktorus, kuri nosaka Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāti un ietekmē viņu veselības uzvedību,
- 2) identificēt dažādām iedzīvotāju grupām raksturīgākos veselības dzīvesstilus.

Lai sasniegtu izvirzītos mērķus, ir nepieciešams veikt šādus **uzdevumus**:

- 1) aplūkot mūsdienu dzīves kvalitātes socioloģijas, kā arī veselības un slimības socioloģijas teorētiskās paradigmas, modeļus un jēdzienu definīcijas,
- 2) apzināt jaunākos Latvijā veiktos dzīves kvalitātes un veselības paradumu pētījumus un izveidot promocijas darba ietvaros veicamo pētījumu teorētisko un metodoloģisko pamatu,
- 3) veikt promocijas darbā izvirzītajiem mērķiem atbilstošus pētījumus un noskaidrot Latvijas iedzīvotāju un veselības nozares ekspertu subjektīvos uzskatus par rūpēm par veselību,
- 4) apzināt Latvijas iedzīvotājiem raksturīgos veselības dzīvesstilus un raksturot veselības uzvedību ietekmējošas rīcībspējas kategorijas,
- 5) noskaidrot Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti ietekmējošos faktorus un subjektīvo izpratni par veselības uzvedību; raksturot ar veselību saistīto dzīves kvalitāti,
- 6) identificēt Latvijas pensijas vecuma un darbspējīgā vecuma iedzīvotājiem raksturīgos veselības dzīvesstilus, apzināt to izplatību un raksturot tos veidojošās veselības prakses,
- 7) izvērtēt Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstilus objektīvo un subjektīvo dzīves kvalitātes faktoru kontekstā un noteikt statistiski būtiskās saistības.

Metodes un izvirzītās hipotēzes

Promocijas darbā izvirzītais mērķis prasa lietot daudzpusīgu pieeju pētījuma priekšmetam, tādēļ tika izlemts izmantot gan tās iespējas, ko piedāvā sociālā konstruktīvisma pieeja un kvalitatīvās metodes, gan arī tās priekšrocības, ko sniedz kvantitatīvās metodes, vienlaikus pēc iespējas izvairoties no abām pieejām un metodēm raksturīgajiem trūkumiem. Kvantitatīvo un kvalitatīvo metožu konceptuālās atšķirības būtu jāinterpretē nevis kā šķērslis, bet gan kā iespēja iegūt daudzpusīgāku skatījumu uz pētījuma priekšmetu (Flick, 2002).

Promocijas darba pētījumu pirmajā posmā, dzīves kvalitātes kontekstā tika pētītas Latvijas iedzīvotāju rūpes par veselību tika izmantota priekšmetā balstītās teorijas metode, kuras pamatā ir tēze, ka teorija par pētījuma priekšmetu tiek atīstīta paralēli datu vākšanas procesam (Glaser and Strauss, 1967). Ar šīs metodes palīdzību tika izanalizēti iedzīvotāju strukturēto interviju dati, no kuriem tika atvasinātas kategorijas, ar kurām Latvijas iedzīvotāji raksturo jēdzienus “veselība”, “rūpes par veselību”, “dzīves kvalitāte”. Ar šo pašu metodi tika apstrādāti arī speciāli pētījuma mērķiem veikto ekspertu interviju dati, no kuriem tika iegūta ekspertu definīcija jēdzienam “rūpes par veselību”, kā arī veselības uzvedību ietekmējošās individuālās, rīcībspējas, sociālās un kultūras kategorijas. Lai iegūtu priekšstatu par Latvijas iedzīvotāju veselības paradumu kvantitatīvo izplatību, pētījumā tika aplūkoti arī “Pārskata par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos” ietvaros veiktās kvantitatīvās aptaujas dati. Teorijas veidošanas procesā tika izmantots veselības biopsihosociālais modelis, atbilstoši kuram gan laba, gan arī slikta veselība ir sociālu, psiholoģisku un bioloģisku notikumu mijiedarbības rezultāts (Bowling, 2002). Veselības uzvedības raksturojumam tika izmantotas veselības un slimības socioloģijas teorētiskās atziņas par veselības dzīvesstiliem (Cockerham, Abek & Lüeschen, 1993, Kasl & Cobb, 1966).

Otrajā pētījumu posmā uzmanība tika pievērsta konkrētai sociālajai grupai – pensijas vecuma Latvijas iedzīvotājiem. Pirmkārt, šai grupai tiek pievērsta īpaša uzmanība, raugoties nākotnes perspektīvā, jo ES iedzīvotāju sastāva pētījumi liecina par pastāvīgu iedzīvotāju novecošanās tendenci. 2005. gada aptauja *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* parāda, ka 16% eiropiešu ir vecāki par 65 gadiem (Börsch-Supan *et al.*, 2005: 8). Līdzīga situācija ir arī Latvijā – *European Demographic Data Sheet* 2006 parāda, ka 16,5% Latvijas iedzīvotāju ir vecāki par 65 gadiem. Nākotnes prognoze, pēc *Eurostat* datiem, ir šāda: 2050. gadā veco cilvēku īpatsvars Eiropas iedzīvotāju vidū būs 28%, bet Latvijas iedzīvotāju vidū – 26% (*Eurostat News Release*, 2006). Tādējādi 21. gadsimtā novecošana kļūs par vienu no lielākajām sociālajām un ekonomiskajām problēmām ES dalībvalstīs.

Otrkārt, veco ļaužu dzīves kvalitāte ir liela problēma arī tagadnes kontekstā, jo pētījumi rāda, ka pensijas vecuma Latvijas iedzīvotāji faktiski ir marginalizēta vai pat diskriminēta iedzīvotāju grupa. Viņu stāvoklis Ministru kabineta apstiprinātajā Sabiedrības veselības stratēģijā (SAS) raksturots šādi: “Augstais hronisko slimību līmenis, nabadzība un iespēju trūkums piedalīties sabiedriskajās aktivitātēs ir radījis situāciju, ka vairums veco cilvēku cīnās par izdzīvošanu tā vietā, lai vecumdienās vadītu pilnvērtīgu personisko un sabiedrisko dzīvi, kā tas notiek vairumā citu Eiropas valstu.” (SAV, 2010: 12) Pirmkārt, šos cilvēkus ir marginalizējusi valsts vecuma pensiju politika, jo “pašreizējos ekonomiskajos apstākļos pensija bieži vien nav pietiekama ikdienas vajadzību apmierināšanai, tādēļ arī pēc pensijas vecuma sasniegšanas iedzīvotāji izmanto iespēju gūt papildu ienākumus” (CSP, 2008). Proti, tā vietā, lai baudītu pelnīto atpūtu pēc ilgiem darba mūža gadiem, Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāji turpina strādāt: kā liecina 2007. gada dati, 23,1% no strādājošajiem bija pensionāri (sk. CSP, 2007 a).

Taču arī šī iespēja gūt papildu ienākumus tika apdraudēta 2009. gada 30. jūnijā, kad stājās spēkā likums “Par valsts pensiju un valsts pabalstu izmaksu laika periodā no 2009. gada līdz 2012. gadam”, kura 3. pants paredzēja, ka tie pensionāri, kas ir darba ņēmēji vai pašnodarbinātie, varēs saņemt tikai 30% no savas pensijas. Tādā veidā Latvijas valdība spieda pensionārus izdarīt izvēli – iztikt no darba algas vai arī iztikt no pensijas. Kaut gan pēc sešiem mēnešiem šis pants tika atcelts, jo pensionāri vērsās Satversmes tiesā, un tā atzina šo likumu “par neatbilstošu Latvijas Republikas Satversmes 1. un 109. pantam”³, tas ir kļuvis par spilgtu piemēru valsts īstenotajai pensijas vecuma ļaužu diskriminācijai.

Valsts faktiski ir pārlīkusi rūpes par vecajiem cilvēkiem uz ģimenes un bērnu pleciem, un visai bieži viņi dzīvo kopā ar ģimeni, kura viņus atbalsta gan finansiāli, gan morāli: “Latvijas valsts sociālajā politikā veco ļaužu dzīves kvalitātes nacionālo standartu veidošanas vietā ir izvēlējusies brīvā tirgus konkurences pieeju un ģimeni izraudzījusies par to vienību, kurai jā rūpējas par vecākās paaudzes uzturēšanu.” (Stepčenko, 2007: 70) Pirmkārt, tas nozīmē, ka tiem vecajiem cilvēkiem, kuriem nav ģimenes, dzīve ir pavisam grūta. Bez īpaša pārspilējuma var teikt, ka būt vecam mūsdienu Latvijā nozīmē būt slimam un nabadzīgam, atkarīgam no ģimenes atbalsta un rūpēm vai arī būt atstumtam, ja šāds atbalsts netiek saņemts. Veselības ekonomikas centra ziņojuma autores situāciju raksturo šādi: “Ņemot vērā Latvijas sociāli ekonomisko situāciju, pensiju apjomu, sociālās un veselības aprūpes iespējas, Latvijā gados veciem cilvēkiem dzīves

³ Satversmes tiesas spriedums “Par likuma “Par valsts pensiju un valsts pabalstu izmaksu laika periodā no 2009. gada līdz 2012. gadam” 2. panta pirmās daļas atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 1. un 109. pantam un 3. panta pirmās daļas atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 1., 91., 105. un 109. pantam” (*Latvijas Vēstnesis*, 201 (4187), 2009.22.12; pieejams arī: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=202522>).

kvalitātes saglabāšanas iespējas ir ļoti ierobežotas. Veci cilvēki, it īpaši vientuļie, ir viena no sociālās atstumtības riska grupām.” (Skrule, Rozentāle & Štāle, 2009: 5). Šo tēzi apstiprina arī statistika: “Viszemākie ir vientuļo pensionāru (vecumā 65 gadi un vairāk) ienākumi. Šajā iedzīvotāju grupā nabadzības riskam bija pakļauti 69% no kopējā skaita (2005. gadā – 45%),” (CSP, 2008). Otrkārt, vecie ļaudis izjūt diskrimināciju arī ikdienas dzīvē: “Vecāki respondenti biežāk atzīst, ka vecuma diskriminācija ir izplatīta parādība.” (Eurobarometer, 2008 a: 13) Satraucoši ir tas, ka Latvija šajā ziņā ir pirmajā vietā ES – pēc Eurobarometra datiem, “latvieši izceļas ar to, ka starp viņiem ir vislielākais skaits to respondentu (29%, kas ir par 13 procentpunktiem vairāk nekā vidējais EU27 rādītājs), kuri atzīst, ka viņi vai viņu ģimenes locekļi, draugi vai paziņas ir piedzīvojuši diskriminējošu attieksmi sava vecuma dēļ” (Eurobarometer, 2008b: 49). Promocijas darba mērķiem veiktā pētījuma dati parāda, ka, nespējot nekādi ietekmēt savu situāciju, pensijas vecuma cilvēki lielākoties ir samierinājušies un pielāgojušies situācijai, izmantojot dažādas adaptācijas stratēģijas, tādas kā zems materiālo prasību līmenis, lejuvērsta sociālā salīdzināšana ar tiem, kam iet vēl sliktāk, kā arī psiholoģiskā homeostāze.

Tādējādi situācija steidzami prasa uzlabot veco cilvēku dzīves kvalitāti, kā tas tika paredzēts SVS 5. mērķī: “Līdz 2010. gadam jāpaaugstina cilvēku iespējas nodzīvot līdz lielam vecumam un saglabāt labu dzīves kvalitāti, Latvijas iedzīvotājiem, kuri vecāki par 65 gadiem, jādod iespēja realizēt visu savu veselības potenciālu, kā arī aktīvi iesaistīties sabiedriskajā dzīvē.” (SVS, 2001: 13) Kaut arī noteiktajā termiņā šo mērķi vēl nav izdevies pilnībā sasniegt (Skrule, Rozentāle & Štāle 2009: 29), ir jāturpina darbs pie tā, lai pensijas vecums Latvijā nozīmētu labas dzīves turpinājumu, nevis tās beigas. Ne tikai tādēļ, ka nodrošināt Latvijas pensijas vecuma iedzīvotājiem cilvēka cieņu nepazemojošu dzīvi ir sabiedrības veselības stratēģisks mērķis, bet arī tādēļ, ka tas ir civilizētas sabiedrības morāls pienākums.

Vispirms tika veikts kvalitatīvais pētījums, kas sniedz priekšstatu par to, kādas kategorijas tiek lietotas, raksturojot objektīvos un subjektīvos dzīves kvalitātes faktoros un to saistību ar veselības stāvokļa pašnovērtējumu. Šajā pētījumā daudz uzmanības tiek pievērsts subjektīvajai slimības pieredzei un ar veselību saistītajai dzīves kvalitātei, kas veidojas saistībā ar hroniskām slimībām un novecošanu. Analizējot iegūtos datus, tie tiek salīdzināti tādiem objektīviem dzīves kvalitātes rādītājiem kā vidējais pensijas apjoms un iztikas minimums, kā arī kvantitatīviem datiem par šīs vecuma grupas veselības stāvokli un ģimenes stāvokli. Analīzes procesā tika izmantoti arī šīs iedzīvotāju grupas pētījumi citās valstīs (Bowling, 2005 a; Börsch-Supan et al., 2005; Pārskats par AGE/inc, 2007). Balstoties uz iegūtajiem kvalitatīvajiem datiem, tika izveidots kvantitatīvs mērinstruments – aptaujas anketa, kas aptver gan objektīvos, gan subjektīvos dzīves

kvalitātes indikatorus, ar veselību saistītās dzīves kvalitātes indikatorus, veselības un veselības uzvedības indikatorus, kā arī veselības kompetences indikatorus. Mērinstruments tika izmantots Latvijas iedzīvotāju vecumā no 65 gadiem telefonaptaujas veikšanai.

Trešo pētījuma posmu veidoja vēl viena kvantitatīvā aptauja, kas aptver Latvijas iedzīvotājus vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Šī pētījuma instruments – aptaujas anketa – tika izstrādāta, balstoties uz iepriekšējos posmos iegūtajām dzīves kvalitāti un veselības uzvedību raksturojošajām kategorijām, kā arī izmantojot Latvijā veikto pētījumu pieredzi. Veidojot kvantitatīvo mērinstrumentu tika veikta teorētisko kategoriju operacionalizācija: abstrakti jēdzieni tika transformēti konkrētās, novērojamās un empīriski mērāmās vienībās. Dati tika analizēti ar statistiskās analīzes metodēm, izmantojot programmu SPSS 16.0. Lai pēc iegūtajiem datiem varētu identificēt Latvijas iedzīvotājiem raksturīgos veselības dzīvesstilus, šie dati ar statistikas programmas SPSS palīdzību tika organizēti jēgpilnās struktūrās, izmantojot k -vidējā aritmētiskā (k -means) klasteranalīzes paņēmienu. Apstrādājot lielu skaitu gadījumu ar algoritma palīdzību, šī klasteranalīzes metode ļauj identificēt relatīvi homogēnas gadījumu grupas. Metodes specifika ir tāda, ka klasteru skaits k jau iepriekš tiek iekļauts algoritmā, un klasteri tiek veidoti tā, lai starp tiem pastāvētu vislielākā iespējamā atšķirība. Rezultātu interpretācijā tika izmantota Kokerhema, Abela un kolēģu izveidotā veselības dzīvesstilu teorija.

Šajā pētījumu stadijā tiek **izvirzītas hipotēzes** par iespējamiem veselības uzvedības modeļiem:

1. Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību nosaka tie paši faktori, kas nosaka viņu dzīves kvalitāti.
2. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju vidū ir iespējams nošķirt vairākus veselības dzīvesstilus.
3. Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili izpaužas kā konkrētai sociālai grupai raksturīgas prakses, kuras iespaido ne tikai viņu sociāli ekonomiskais statuss, bet arī citi dzīves kvalitāti veidojoši faktori – vecums, dzimums, veselības stāvoklis u.c.

Promocijas darba zinātniskā novitāte un praktiskā nozīme

Promocijas darbs sniedz ieguldījumu veselības un slimības socioloģijas teorētisko ideju un empīrisko pētījumu attīstībā Latvijā, vairākos aspektos paplašinot gan veselības un slimības, gan arī dzīves kvalitātes pētījumu tematisko loku.

1. Tiek veikts Latvijā līdz šim plašākais dzīves kvalitātes socioloģijas mūsdienu paradigmas kritisks iztirzājums, kura ietvaros īstenota jēdzienu “dzīves kvalitāte” un “ar veselību saistītā dzīves kvalitāte” padziļināta analīze.
2. Veikts veselības un slimības socioloģijas zinātniskās paradigmas kritisks iztirzājums, kura ietvaros īstenota jēdzienu “veselības uzvedība” un “veselības dzīvesstils” padziļināta analīze, kas līdz šim Latvijā nav veikta.
3. Aplūkota pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāte un veselības uzvedība, kas ir sociāli nozīmīga tēma, ņemot vērā demogrāfiskās situācijas attīstības perspektīvas Latvijā, veco ļaužu marginālo statusu un augsto diskriminācijas līmeni.
4. Promocijas darbā veikto pētījumu empīriskā novitāte attiecas uz veselības dzīvesstilu teorijas lietojumu veselības uzvedības pētījumos.
5. Promocijas darbā tiek aktualizēta arī pētniecības ētikas problemātika, kas saistīta ar atšķirībām pētījumu ētiskā izvērtējuma prasībās, kādas pastāv Latvijā un citās valstīs.

Promocijas darba tēma ir svarīga gan dzīves kvalitātes, gan veselības un veselības uzvedības tēmu pilnīgākai izpratnei. Pētījuma ietvaros atklātās un apstiprinājušās veselības uzvedības likumsakarības un tās skaidrojošā Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstilu teorija turpina aizsāktos socioloģiskos pētījumus veselības un dzīves kvalitātes sfērā. Promocijas darbs ir izmantojams kā avots mūsdienu medicīniskās izglītības sistēmas pilnveidošanai – tas noder, lai iepazīstinātu medicīnas specialitāšu studentus ar tiem tipiskajiem veselības uzvedības modeļiem, kuri raksturīgi noteiktām Latvijas iedzīvotāju (potenciālo pacientu) grupām. Uz promocijas darbā veikto pētījumu bāzes ir iespējams izstrādāt rekomendācijas gan valsts veselības aprūpes stratēģijas veidotājiem (jo tās palīdzētu plānot un uzlabot veselības aprūpes sistēmas darbu), gan sabiedrības veselības speciālistiem, kuri plāno izvērst konkrētai mērķauditorijai domātas sabiedrības veselības kampaņas.

Darba struktūra

Promocijas darba struktūru veido trīs nodaļas, ievads un secinājumi, tā apjoms ir 203 lappuses. Darba **pirmajā nodaļā** sniegts pārskats par mūsdienu dzīves kvalitātes socioloģijas teorētiskās paradigmas veidošanos un galvenajiem jēdzieniem. Pirmajā apakšnodaļā raksturota jēdziena “dzīves kvalitāte” definīcijas problēma un tās iespējamie risinājumi, nošķirti galvenie definīciju tipi (globālās, kompleksās, fokusētās un jaukta tipa definīcijas), kā arī aplūkotas dažādu autoru piedāvātās universālās definīcijas un tām veltītā kritika, kā arī individuālā līmeņa definīcijas. Otrajā apakšnodaļā aplūkota sociālo indikatoru pētniecība, ar kuru vēsturiski ir sākušies dzīves kvalitātes pētījumi. Galvenās mūsdienu dzīves kvalitātes socioloģijai raksturīgās konceptuālās problēmas ir šādas: dzīves kvalitātes jēdziena definīcijas problēma, subjektivitātes problēma šī jēdziena mērījumu metodoloģijā un rezultātu analīzē, kā arī jautājums par to, cik adekvāti ir izmantot universālus dzīves kvalitātes indikatorus un cik lielā mērā būtu jāņem vērā lokālais konteksts. Sociālo indikatoru pētniecībā, kas veido dzīves kvalitātes socioloģijas pamatu, pastāv divas galvenās pieejas: objektīvo indikatoru pieeja (tiek mērīti kritērijindikatoru un deskriptīvie indikatori) un subjektīvo indikatoru pieeja (tiek mērīta apmierinātība ar dzīvi). Šajā apakšnodaļā promocijas darba autors piedāvā subjektivitātes problēmas risinājumus, kā arī sniedz atbildes uz jautājumu, vai subjektīvais dzīves kvalitātes novērtējums (laime) būtu uzskatāms par stāvokli vai arī par īpašību. Trešajā apakšnodaļā aplūkots jēdziens “ar veselību saistītā dzīves kvalitāte”, kur dzīves kvalitāte tiek analizēta fiziskās, psiholoģiskās un sociālās funkcionētspējas aspektā. Ceturtajā apakšnodaļā īsumā aplūkotī pēdējos gados Latvijā veiktie dzīves kvalitātes pētījumi, kuros veselība figurē kā neatņemama dzīves kvalitāti veidojoša sfēra.

Otrajā nodaļā tiek aplūkotas veselības un slimības socioloģijas ietvaros pastāvošās teorētiskās paradigmas un modeļi. Pirmajā apakšnodaļā raksturota veselības un slimības socioloģijas paradigmas vēsturiskā attīstība, kuras galvenos posmus iezīmē biomedicīniskais, socioloģiskais, postmodernais un ķermeniskais pavērsiens; tie notikuši, pateicoties dažādu socioloģijas teoriju – funkcionālisma, politekonomiskās teorijas, simboliskā interakcionisma, postmodernisma, fenomenoloģijas un feminisma – lietojumam veselības un slimības pētījumos. Otrajā apakšnodaļā aplūkotas atšķirības starp diviem teorētiskajiem veselības modeļiem – biomedicīnisko un biopsihosociālo, kā arī no tiem izrietošās jēdziena “veselība” definīcijas. Nodaļas beigās sistematizētas veselības dzīvesstilu teorijas galvenās atziņas, kā arī sniegts jēdzienu “veselības uzvedība”, “veselības dzīvesstils” un “rūpes par veselību” teorētiskais pamatojums. Trešajā apakšnodaļā ir apskatītas vairākas veselības uzvedības definīcijas. Ceturtajā

apakšnodaļā ir sniegts Kokerhema, Abela un kolēģu izstrādātās veselības dzīvesstilu teorijas īss izklāsts. Piektajā apakšnodaļā aprakstīti veselību ietekmējošo paradumu pētījumi Latvijā.

Trešā nodaļa veltīta empīriskajiem pētījumiem, kuros analizēta saistība starp Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indikatoriem un viņu veselības praksēm (veselību iespaidojošām ikdienas darbībām). Pirmajā apakšnodaļā aplūkoti promocijas darbā izvirzīto mērķu sasniegšanai veikto pētījumu metodoloģiskie jautājumi – empīrisko pētījumu norises posmi, tajos lietotās datu ieguves un analīzes metodes, respondentu atlases kritēriji, kā arī risināta diskusija par to, vai, piedaloties dzīves kvalitātes pētījumos, dalībnieki netiek pakļauti psiholoģiskā kaitējuma riskam, un aplūktas atšķirības, kādas vērojamas Latvijā un citās valstīs jautājumā par pētījumu ētiskā izvērtējuma prasībām. Otrajā apakšnodaļā tiek izklāstīti pētījuma pirmā posma rezultāti, kur kvalitatīvo datu analīzes ceļā tiek iegūts priekšstats par Latvijas iedzīvotājiem raksturīgiem veselības dzīvesstiliem (nerūpēšanās par veselību, daļējas rūpes par veselību, kā arī rūpes par veselību). Izanalizējot ekspertu intervijas, tika kategorizēti Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību iespaidojošie faktori, kā arī izstrādāta jēdziena “rūpes par veselību” definīcija un iegūts galveno kategoriju klāsts, kuras, pēc ekspertu domām, lietojamas, aprakstot ietekmes, kas saistītas ar Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību. Trešajā apakšnodaļā aplūkots otrais pētījuma posms – pievēršanās faktoriem, kas ietekmē Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti. Tiek aplūkoti subjektīvie un objektīvie dzīves kvalitātes indikatori, kā arī dzīves kvalitātes paradokss – negaidīti augsts dzīves kvalitātes subjektīvais novērtējums, klātesot objektīviem zemas dzīves kvalitātes indikatoriem. Šī paradoksa sakarā tiek analizētas stratēģijas, ar kuru palīdzību Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāji ir piemērojušies saviem dzīves apstākļiem (zems materiālo prasību līmenis, lejupvērsts sociālais salīdzinājums, psiholoģiskā homeostāze). Saistībā ar šo pētījuma posmu tiek uzsākta diskusija par pētniecības ētikas problēmām. Turpmākajā izklāstā tiek iztirzāta ar veselību saistītā dzīves kvalitāte un tās ietekme uz Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju izvēlētajiem veselības dzīvesstiliem. Tiek konstatēts, ka relatīvi veseliem respondentiem ir raksturīgs veselību veicinošs dzīvesveids, savukārt respondentiem ar nopietnām hroniskām veselības problēmām ir raksturīgs veselību saglabājošs dzīvesveids. Ceturtajā apakšnodaļā tiek aplūkoti kvantitatīvā pētījuma – iedzīvotāju telefonaptaujas – rezultāti un nošķirti pieci Latvijas pensijas vecuma iedzīvotājiem raksturīgie veselības dzīvesstili: veselību veicinošais, uz veselības saglabāšanu orientētais, daļējas rūpes par veselību un minimālas rūpes par veselību, nerūpēšanās par veselību (veselībai kaitējošais dzīvesstils). Tiek sniegts to raksturojums un konstatēta statistiski nozīmīga saistība starp veselības dzīvesstiliem un tādiem dzīves kvalitāti veidojošiem faktoriem kā ienākumu līmenis, dzimums, nodarbinātība, veselības stāvoklis, izglītība, vecums un

dzīves vieta. Turpinājumā, balstoties uz kvantitatīvā pētījuma datiem par Latvijas darbspējīgā vecuma (15–64 gadi) iedzīvotāju dzīves kvalitātes pašnovērtējuma saistību ar veselības uzvedību, tiek nodalīti tie paši pieci veselības dzīvesstili, veikts salīdzinājums ar būtiskākajiem strukturālajiem faktoriem jeb dzīves kvalitātes faktoriem, kas ietekmē viņu veselības uzvedību, kā arī sniegta interpretācija par to, kādēļ konkrētās sociālās grupas pārstāvjiem ir raksturīgas tās vai citas veselības prakses, kuras summāri veido viņu veselības dzīvesstilu.

Sadaļā “Secinājumi” ir apkopoti pētījuma rezultātā izdarītie vispārinājumi par veselības uzvedības saistību ar dzīves kvalitātes rādītājiem, par to, kā šī saistība ietekmē Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstila izvēli, un par to, kāpēc katrā dzīvesstilā ietilpst gan veselību veicinoša, gan arī tai kaitējoša uzvedība, tādēļ nevienu no nodalītajiem dzīvesveidiem nevar saukt par ideāli veselīgu vai absolūti neveselīgu.

Zinātniskās publikācijas par promocijas darba tēmu

Publikācijas recenzējamās un tiem pielīdzināmas zinātniskos izdevumos

1. Sīlis, V. Rūpes par veselību un dzīves kvalitāti. Grām.: *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Zin. red. T. Tisenkopfs un B. Bela-Krūmiņa. Rīga: Zinātne, 2006, 173.–216. lpp.
2. Sīlis, V. Patība kā pievienotā vērtība. Grām.: *Patērniecība Latvijā: tendences un alternatīvas*. Galv. red. V. Zelče. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2006, 21.–33. lpp.
3. Sīlis, V. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti noteicošo faktoru ietekme uz veselības uzvedību. Grām.: *RSU zinātniskie raksti: 2009. gada sociālo zinātņu pētnieciskā darba publikācijas*. Rīga: RSU, 2010, 142.–158. lpp.
4. Sīlis, V. Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili: individuālās izvēles alternatīvas (*pieņemts publicēšanai RSU zinātnisko rakstu 2010. gada sociālo zinātņu pētnieciskā darba publikāciju krājumā*).
5. Sīlis, V. Research ethics system in Latvia: structure, functioning and problems. *Dilemata*, No. 2, 2010, pp. 55–69.
6. Gefenas, E., Dranseika, V., Cekanauškaite, A., Hug, K., Mezinska S., Peicius, E., **Sīlis, V.**, Soosaar, A., Strosberg, M. Non-equivalent stringency of ethical review in the Baltic states: a sign of a systematic problem in Europe? *Journal of Medical Ethics*, No. 36, 2010, pp. 435–439.

7. Dranseika, V., Gefenas, E., Cekanauskaite, A., Hug, K., Mezinska, S., Peicius, E., **Silis V.**, Soosaar, A., Strosberg, M. Twenty years of Human Research Ethics Committees in the Baltic states. *Developing World Bioethics (pieņemts publicēšanai)*.

Publikācijas starptautisku konferenču tēžu krājumos:

1. Sīlis, V. Relation between health behaviour and quality of life in Latvia. In: *Abstracts for International Conference "Bioethical Aspects of Human Health"*. Rīga, 2006, pp. 28–29.
2. Silis, V. Health behavior and quality of life in Latvia. In: *XXI European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care "Ethics, Philosophy and Public Health"*. Cardiff: Cardiff University, 2007, pp. 94–95.
3. Silis, V. Application of principles of bioethics in moral education. In: *Abstracts of 22nd European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care "European Bioethics in a Global Context"*. Tartu: Tartu University, 2008, pp. 76–77.
4. Sīle, V., **Sīlis, V.** Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitātes subjektīvais pašnovērtējums. Grām.: *RSU zinātniskās konferences tēžu krājums*. Rīga, 2008, 41. lpp.
5. Sīlis, V. Latvijas iedzīvotāju dzīves stili: individuālās izvēles alternatīvas. Grām.: *RSU zinātniskās konferences tēžu krājums*. Rīga, 2010, 379. lpp.
6. Silis, V. Health behaviour of elderly people in Latvia. In: *XVII ISA World Congress of Sociology "Sociology on the Move"*. *Book of Abstracts*. Gothenburg, 2010, p. 446.

Citas publikācijas

1. Sīlis, V. Plastiskā ķirurģija: rūpes par veselību vai dzīves kvalitāti? *Kentaurs XXI*, Nr. 43, 2007, 94.–112. lpp.

Zinātniskās konferences, kurās prezentēti pētījuma rezultāti

1. Starptautiska konference "Robežu paplašināšana: identitātes un kopienas." Rīga, Latvijas Universitāte, 2005. gada 9.–12. novembrī. Referāts "Individual Health Care and Quality of Life".
2. Starptautiska konference "Cilvēka veselības bioētiskie aspekti". Rīga, 2006. gada 5.–6. oktobrī. Referāts "Relation Between Health Behaviour and Quality of Life in Latvia".
3. Eiropas Medicīnas un veselības aprūpes filosofijas biedrības 21. starptautiskā konference "Ethics, Philosophy and Public Health". Kārdifa, Lielbritānija, 2007. gada 15.–18. augustā. Referāts "Health Behavior and Quality of Life in Latvia".

4. Starptautiska konference "Baltijas nākotne". Rīga, Latvijas Universitāte, 2007. gada 23.–24. novembrī. Referāts "Factors Influencing the Quality of Life of the Old People in Latvia".
5. Eiropas Medicīnas un veselības aprūpes filosofijas biedrības 22. starptautiskā konference "European Bioethics in a Global Context". Tartu, Igaunija, 2008. gada 20.–23. augustā. Referāts "Application of Principles of Bioethics in Moral Education".
6. RSU 2010. gada zinātniskā konference. Rīga, 2010. gada 18.–19. martā. Referāts "Latvijas iedzīvotāju veselības dzīves stili: individuālās izvēles alternatīvas".
7. Starptautisks kongress "XVII ISA World Congress of Sociology "Sociology on the Move". Gēteborga, Zviedrija, 2010. gada 11.–17. jūlijā. Referāts "Health Behaviour of Elderly People in Latvia".

1. Dzīves kvalitātes socioloģijas mūsdienu paradigma

Mūsdienu dzīves kvalitātes (DZK) pētījumi sākās 20. gadsimta 60. gados, kad DZK arvien biežāk tika pieminēta gan publiskajā sfērā, gan sociālajās zinātnēs. Taču jautājums par to, kas ir laba jeb kvalitatīva dzīve un kādi ir tās komponenti un pazīmes, tika uzdoti jau krietni senāk. Pirmie centieni reflektēt par DZK ir notikuši jau pirms divarpus tūkstošiem gadu Senajā Grieķijā, kad Sokrats polemizēja par to, kas ir dzīvošanas vērtā dzīve. Ne tikai sokratiskās filosofijas skolas (kiniķi, kirēnieši, megārieši un eleāti) turpināja attīstīt šo tēmu, bet arī Platons, Aristotelis, stoīķi, epikūrieši. Arī liela daļa turpmākajos gadsimtos radītās Rietumu filosofijas un literatūras var tikt interpretēta kā atbilde uz jautājumu par to, kas ir dzīvošanas vērtā dzīve. Savukārt sociālo indikatoru pētniecība, ar kuru 20. gadsimta 60. gados sākās mūsdienu DZK socioloģija, sakņojas 17. un 18. gadsimtā Rietumeiropas valstīs aizsāktajos sociālās, ekonomiskās un demogrāfiskās informācijas ievākšanas un strukturēšanas centienos (sk. Land, 2000: 2682).

Atbilstoši Eiropas Dzīves un darba apstākļu uzlabošanas fonda (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*) pētnieku atzinumam dzīves kvalitātes jēdzienu raksturo trīs galvenās pazīmes.

Pirmkārt, dzīves kvalitāte attiecas uz individuālām dzīves situācijām. Dzīves kvalitāte ir jāanalizē mikroperspektīvā, kur izšķiroša loma ir cilvēku dzīves apstākļiem un subjektīvajiem vērtējumiem. Lai aplūkotu individuālos rādītājus plašākā sociālā kontekstā, jāņem vērā arī makroindikatoru, kas ir saistīti ar ekonomiskajiem rādītājiem un sociālās situācijas raksturojumu, tomēr tiem netiek atvēlēta centrālā loma.

Otrkārt, dzīves kvalitātes jēdziens ir daudzdimensionāls. Dažās pieejās dominējošais šaurais skatījums, kas koncentrējas tikai uz ienākumiem un dzīves materiālajiem apstākļiem, tiek paplašināts ar kvalitātes jēdzienu un citu svarīgu dzīves jomu aplūkojumu. Daudzdimensionālitate prasa ne tikai vairāku dzīves jomu aprakstu, bet uzsver arī to savstarpējo mijiedarbību dzīves kvalitātes veidošanās kontekstā.

Treškārt, dzīves kvalitāti ir nepieciešams vērtēt gan pēc objektīviem, gan arī subjektīviem indikatoriem. Subjektīvajai izpratnei un attieksmei ir nozīmīga loma, identificējot individuālos mērķus un orientācijas. Individuālajiem priekšstatiem un vērtējumiem vislielākā nozīme ir saistībā ar objektīvajiem dzīves apstākļu rādītājiem. Lietojot abus dzīves kvalitātes rādītājus, tiek iegūta pilnīgāka aina (sk. EQLS, 2004: 1). Dzīves kvalitātes jēdziens ietver šādus svarīgākos aspektus: ekonomiskā situācija, nodarbinātība un izglītība, ģimene un mājoklis, darba un dzīves laika sadalījums, sociālā līdzdalība, cilvēku subjektīvā apmierinātība ar savu dzīvi un subjektīvais

dzīves labklājības vērtējums, kā arī **veselība un veselības aprūpe** (izcēlums mans. – V.S.) (sk. EFILM, 2004: 2).

Tā kā dzīves kvalitātes jēdziens plaši tiek lietots gan socioloģijā, gan arī citās zinātnēs, nav izveidojies vienots priekšstats par to, kā šis jēdziens būtu jāsaprot, cik tas ir piemērots zinātniski pētnieciskiem mērķiem, kā interpretēt dzīves kvalitātes mērījumu nozīmi un kā šie mērījumi iespaido sociālo politiku. Literatūra par šo tēmu bieži vien ir fragmentāra un pretrunīga, tādēļ Roberts Kamins uzskata, ka nav nekādu cerību iegūt visaptverošu pārskatu par šo tēmu. Viņš atzīst, ka “šobrīd literatūras klāsts ir pārāk liels, lai viens cilvēks spētu to pilnībā apstrādāt” (Cummins, 1997 b: 118). Vienīgais, ko var darīt, ir ļoti koncentrētā veidā apskatīt pašus svarīgākos dzīves kvalitātes socioloģijas vēsturiskos momentus.

Tādējādi šajā nodaļā tiks ieskicēta DZK socioloģijas mūsdienu paradigma, kura sāka veidoties 20. gadsimta 60. gados. Galvenās konceptuālās problēmas, kas raksturīgas mūsdienu DZK socioloģijai, ir šādas: DZK jēdziena definīcijas problēma, subjektivitātes problēma šī jēdziena mērījumu metodoloģijā un rezultātu analīzē, kā arī jautājums par to, cik adekvāti ir izmantot universālus DZK indikatorus un cik lielā mērā būtu jāņem vērā lokālais konteksts.

DZK socioloģija sākās kā sociālo indikatoru pētniecība, kurā ir nošķiramas divas galvenās pieejas: objektīvo indikatoru pieeja un subjektīvo indikatoru pieeja. Šo pieeju pārstāvju vidū aizsākusies polemika parādīja, ka adekvātos DZK pētījumos ir jāņem vērā abu veidu indikatori. Šeit jāpievērš uzmanība tam, ka saistība starp objektīvajiem (deskriptīvajiem) un subjektīvajiem (evaluatīvajiem) indikatoriem dažkārt mēdz būt paradoksāla, jo nepastāv cieša saikne starp dzīves apstākļiem un apmierinātību ar dzīvi.

1.1. Dzīves kvalitātes jēdziena definīcijas problēma

DZK pētījumu pamatā ir atziņa, ka cilvēka eksistences kvalitāti ir iespējams raksturot kvantitatīvi, proti, ar skaitlisku parametru palīdzību, kuri izteic ar konkrētām īpašībām apveltītas dzīves relatīvo vērtību. Ar jēdzienu “dzīves kvalitāte” ir iespējams īsi raksturot gan veselas sabiedrības kolektīvās labklājības līmeni, gan arī aprakstīt konkrētā indivīda summāro labklājību. Ar jēdzienu “dzīves kvalitāte” tiek apzīmēta indivīda sociālā, emocionālā un fiziskā labsajūta, un tā savukārt nosaka, cik liela būs viņa subjektīvā apmierinātība ar savas dzīves apstākļiem (Gabe et al., 2004: 112).

“..Jēdziens “dzīves kvalitāte” tika radīts kā alternatīva arvien lielākas šaubas izraisošajam “pārtikušas sabiedrības” jēdzienam un kļuva par jaunu, bet vienlaikus arī par sarežģītāku un

daudzdimensionālāku sociālās attīstības mērķi.” (Noll, 2000) Tas nozīmē, ka dzīves kvalitāte tika atzīta par kvantitatīvu indikatoru, kas parāda sabiedrības attīstības līmeni, tādējādi piesaistot šo jēdzienu koncepcijai par sociālo progresu, kuru “nevar mērīt ar naudas daudzumu bankas kontā. To var izmērīt vienīgi ar valsts iedzīvotāju dzīves kvalitāti.” (Cummins, 1997 b: 117) Šāds paplašināts konceptuālais uzstādījums pieļauj, ka gandrīz jebkuru sociālo statistiku ir iespējams uzskatīt par dzīves kvalitātes indikatoru, jo šie kvantitatīvie mērījumi ļauj spriest par objektīvo dzīves kvalitāti gan atsevišķās populācijās, gan arī reģionos un valstīs.

Pētnieku vidū nav vienprātības par teorētisko bāzi, uz kuras pamata varētu izveidot universālu dzīves kvalitātes definīciju (sk. Bowling, 2005b: 7). Rezultātā mūsdienās pastāv daudzas prominentu pētnieku dotas DZK jēdziena definīcijas un teorētiskie modeļi, un katru no tiem atbalsta zināma daļa pētnieku. Mēģinot klasificēt šīs daudzveidīgās pieejas, Moraga Farkuhara (*Morag Farquhar*) ir nodalījusi četrus definīciju tipus.

1) **Globālās definīcijas.** Visbiežāk sastopamais definīciju tips. Tajās DZK tiek aplūkota, neiedziļinoties šī jēdziena atsevišķajās sastāvdaļās, bet aptverot to vispārīgi, globāli. Jēdziena saturs tiek formulēts kā lielāka vai mazāka apmierinātība ar dažādiem dzīves aspektiem, cilvēka subjektīvā labsajūta, apmierinātība vai neapmierinātība ar dzīvi, tas, vai viņš jūtas laimīgs vai nelaimīgs. “Dzīves kvalitāte ir pakāpe, kādā cilvēks gūst prieku no svarīgākajām dzīves piedāvātajām iespējām... Šo definīciju ir iespējams reducēt uz jautājumu: “Cik laba jums šķiet jūsu dzīve?”” (Woodill et al., 1994: 67)

2) **Kompleksās definīcijas.** Tajās tiek uzskaitītas DZK raksturīpašības, tās komponenti jeb dimensijas, kā arī aprakstīta to savstarpējā mijiedarbība, kā rezultātā eksistencei rodas pievienotā vērtība. Tāda, piemēram, ir Roberta Kaminsa (*Robert A. Cummins*) piedāvātā definīcija: “..Ir iespējams identificēt vismaz piecas dažādas dzīves kvalitātes sfēras: emocionālo labsajūtu (*emotional well-being*), veselību, sociālās/ģimenes saites, materiālo nodrošinātību jeb labklājību (*material well-being*) un nodarbinātību vai kādu citu produktīvas aktivitātes formu.” (Cummins, 1997b: 119) Šo definīciju tipu var iedalīt sīkāk atkarībā no tā, vai dotā definīcija ir vai nav izveidota kāda konkrēta pētījuma vajadzībām.

3) **Fokusētās definīcijas.** Aptver ļoti nelielu skaitu DZK komponentu. Visbiežāk sastopamais šādu definīciju paveids aptver vienīgi ar veselību un funkcionētspēju saistītus komponentus, piemēram, “ar veselību saistītā dzīves kvalitāte”. Tā Māršas Testas (*Marcia A. Testa*) un Džoannas Neklijas (*Johanna F. Nackley*) definīcijā DZK “ir organizējošs jēdziens, kas apvieno tādas indivīda dzīves sfēras kā fizisko, funkcionālo, psiholoģisko un sociālo veselību. Šajā kontekstā to bieži dēvē par “dzīves kvalitāti, kas saistīta ar veselību”. Ar veselību saistītā dzīves

kvalitāte apver piecas dimensijas: indivīdam pieejamās iespējas, veselības pašnovērtējumu, funkcionālo statusu, saslimstību un mirstību.” (Testa & Nackley, 1994: 537) Šā tipa definīcijas Farkuhara sīkāk iedala eksplīcītajās definīcijās un implicītajos formulējumos, kur definīcijas vietā ir runa par vienu vai diviem DZK komponentiem, kuri izsaka šī jēdziena nozīmi konkrētajā kontekstā.

4) **Jaukta tipa definīcijas.** Apvieno vairāku tipu īpašības, piemēram, globālā definīcija tiek papildināta ar DZK komponentu sarakstu (sk. Farquhar, 1995: 503–504).

Viena no DZK jēdziena priekšrocībām ir iespēja ar tā palīdzību integrēt dažādas sociālo zinātņu nozares un ar tām saistītās disciplīnas. Tajā pašā laikā jēdziena “dzīves kvalitāte” apjoms mūsdienās ir paplašinājies tik ļoti, ka tā teorētiskais un praktiskais lietojums ir kļuvis patiešām apgrūtināts. Daudzos gadījumos pētnieki izvēlas neteorētisku pieeju: “..Par ierastu lietu ir kļuvis ne tikai tas, ka konkrētu pētījumu ietvaros netiek piedāvāta nekāda formāla dzīves kvalitātes definīcija, bet arī tas, ka plaši lietoti dzīves kvalitātes mērinstrumenti nav saistīti ne ar kādu skaidru teoriju, līdz ar to nav saprotams, kādas ir cēloņu un sekū sakarības nedz valsts sociālās politikas līmenī, nedz arī lokālā līmenī.” (Rapley, 2003: 29)

Šādas neteorētiskas mērinstrumentu veidošanas un definīciju daudzveidības rezultātā tie fenomenī, kuri tiek aplūkoti saistībā ar DZK, ir tikpat daudzveidīgi un savstarpēji nesaistīti. Kaut gan lielākā daļa definīciju, kas atrodamas sociālo zinātņu literatūrā, ir vienotas jautājumā par to, ka DZK ir daudzdimensionāla struktūra, tomēr nav nekādas skaidras vienošanās par to, cik un kādas ir šīs dimensijas (sk. Rapley, 2003: 30). Līdz ar to rodas jautājums: vai ir iespējams izveidot universālu DZK definīciju, vai tomēr DZK definīcijas un no tām atvasinātos mērinstrumentus ir nepieciešams piemērot tai sabiedrībai, kura tiek pētīta?

Viens no veidiem, kā risināt šo problēmu, ir pievērsties subjektīvo un objektīvo indikatoru klasifikācijai abos līmeņos – gan valstiskā, gan arī lokālā mērogā. Nolls uzskata, ka abos līmeņos iespējamās apstākļu un to subjektīvā novērtējuma kombinācijas ir iespējams izteikt šādā shēmā:

Objektīvie dzīves apstākļi	Subjektīvā labsajūta	
	labā	slikta
labi	labklājība	<i>disonanse</i>
slikti	<i>adaptācija</i>	deprivācija

Attēls 3. Subjektīvās labsajūtas un objektīvo apstākļu novērtējuma kombinācijas (Noll, 2000)

Labus dzīves apstākļus kombinācijā ar pozitīvu subjektīvo novērtējumu (“labā subjektīvā labsajūta”) Nolls sauc par “labklājību”, turpretim sliktus dzīves apstākļus kombinācijā ar negatīvu

subjektīvo novērtējumu (“slikta subjektīvā labsajūta”) viņš sauc par “deprivāciju”. Vienu no pretrunīgajām situācijām, kur labi dzīves apstākļi ir savienoti ar subjektīvo neapmierinātību, Nolls apzīmē ar terminu “disonanse”, savukārt otru pretrunīgo situāciju, kur slikti dzīves apstākļi ir saistīti ar pozitīvu subjektīvo labsajūtu, viņš apzīmē ar terminu “adaptācija”. Šo pēdējo gadījumu mēdz dēvēt arī par “labklājības paradoksu” jeb “invaliditātes paradoksu” – pastāv subjektīva apmierinātība par spīti objektīvām grūtībām, saistībā ar kurām varētu sagaidīt zemu apmierinātības līmeni (sk. Bowling, 2005 a: 11).

Vai tas nozīmē, ka subjektīvais novērtējums nav adekvāti izmantojams DZK mērījumiem? Skandināvu pieejas atbalstītāji (detalizētāk par šo pieeju sk. 1.2.1. sadaļā) uzskata, ka abas shēmā attēlotās pretrunīgās situācijas ir pietiekams pamats, lai neņemtu vērā subjektīvo DZK novērtējumu, tā vietā koncentrējoties uz objektīvo indikatoru mērīšanu valsts līmenī. Tomēr lielākā daļa labklājības pētījumu savos mērinstrumentos iekļauj gan subjektīvos, gan objektīvos indikatorus. Šī prakse tiek pamatota ar argumentiem: ja subjektīvie un objektīvie rādītāji nonāk pretrunā, tad tas liecina nevis par to, ka vieni ir adekvātāki nekā otri, bet gan par to, ka DZK nav tik viendabīga, kā apgalvo skandināvu pieejas pārstāvji – labu dzīvi veido ne tikai materiāli priekšnosacījumi, bet arī psiholoģiski un sociāli komponenti. Replijs atzīst: “Zinātniskajā literatūrā pastāv vienprātība, ka neatkarīgi no definīcijām “objektīvie” dzīves kvalitātes aprēķini un “subjektīvais” individuālās labklājības novērtējums ne tikai nav viens ar otru saskaņoti, bet tie var arī izrādīties savstarpēji nesavienojami.” (Rapley, 2003: 61)

Pasaules Banka identificē sešus globāla mēroga ilgtspējīgas attīstības indikatorus: iedzīvotāji, vide, ekonomika, valsts, tirgusun globālās saites (sk. World Bank, 1997). Savukārt, Eiropas sociālo indikatoru sistēmas (EUSI) projekta ietvaros tiek identificētas sešas galvenās mērķa dimensijas: 1) dzīves apstākļu – darba, **veselības** un vispārējā dzīves līmeņa – uzlabošana; 2) subjektīvās labklājības paaugstināšana; 3) sociālās kohēzijas veicināšana un sociālo saišu nostiprināšana; 4) cilvēkkapitāla saglabāšana (prasmes, izglītība, **veselība**), 5) dabas kapitāla saglabāšana (dabas resursu izmantošana un saglabāšana) (sk. Berger-Schmitt & Noll, 2000: 42). Par sesto – visam pāri stāvošo – sociālās attīstības dimensiju tiek atzīta dzīves kvalitāte. EUSI projekta veidotāji uzskata, ka pirmais no DZK indikatoriem ir dzīves apstākļi, kuros ietilpst arī veselība.

Salvariss piedāvā izmantot nacionālās labklājības indikatoru sistēmu, kas sastāv no desmit dažādiem indikatoriem (individuālā **veselība** un labklājība, labas nodarbinātības iespējas, godīga sabiedrība, droša sabiedrība un zems noziedzības līmenis, produktīva un atbildīga ekonomika, laba

valsts pārvalde un likumdošana, veselīga, ilgtspējīga vide, veselīgas kopienas un aktīvi pilsoņi, aktīva kultūras dzīve, labas starptautiskās attiecības) (sk. Salvaris, 2000: 41).

Abos minētajos piemēros veselība figurē kā galvenais kopienas labklājības indikators. Vienlaikus šis uzskaitījums var kalpot arī par DZK lokālās nozīmes operacionālu definīciju – nacionālā līmenī DZK ir tas labumu klāsts, ko apgaismota valsts piedāvā saviem pilsoņiem. Šains un Džonsons norāda, ka dzīves kvalitāti veido “tādu resursu piederība, kas nepieciešami, lai apmierinātu individuālās vajadzības, ieceres un vēlmes, piedaloties tajās aktivitātēs, kas padara iespējamu personisko attīstību un pašrealizāciju un ļauj indivīdam justies apmierinātam, kad viņš salīdzina sevi ar citiem” (Shin and Johnson, 1978: 479).

DZK jēdziena izpēti apgrūtina lielais bioloģisko, sociālo un psiholoģisko faktoru klāsts – lai varētu noskaidrot, kā tiek veikts individuālais DZK pašnovērtējums, mērinstrumentam ir jāietver sevī plašs dzīves sfēru spektrs un jāņem vērā arī tas, ka šie faktori var savstarpēji mijiedarboties, bet tas vēl vairāk apgrūtina izpētes procesu.

Vēl viena problēma, kas saistās ar nacionāla mēroga indikatoriem, ir šāda: tie, pirmkārt, netīši noslēpj reālās atšķirības starp sabiedrības apakšgrupām, bet, otrkārt, ir pārāk attālināti no vietējo kopienu un atsevišķu pilsoņu ikdienas problēmām (sk. Rapley, 2003: 47). Replijs arī atgādina, ka, nodarbojoties ar teorētiskām diskusijām, nevajadzētu aizmirst, ka jautājums par jēdziena “dzīves kvalitāte” nozīmi ir nevis universāla, abstrakta un ārpus politikas stāvoša problēma, bet gan lokāls jautājums, uz kuru ir jāatbild konkrētās kopienas kontekstā. Lai atbildētu uz šo jautājumu, ir nepieciešams veidot kopienas sociālo indikatoru projektus un definēt DZK individuālā līmenī. Šeit atkal vērojama sadursme starp universālisma un individuālisma pieeju pārstāvjiem – starp tiem, kuri uzskata, ka DZK ir visiem cilvēkiem raksturīgs fenomens, kas sastāv no definējamām un izmērāmām dzīves sfērām, un tiem, kuri atzīst, ka DZK ir “jutīgs jēdziens”, kas allaž atgādina par to, ko konkrētais cilvēks savā dzīvē uzskata par būtisku, nevis individuālo uzskatu un sajūtu kopums. Proti, vieni cenšas aptvert dzīvespasauli visā tās pilnībā, bet otri fokusējas uz tās specifiskajām daļām, kas nepakļaujas vispārināšanai. Tādējādi viens no ceļiem, kā iegūt DZK jēdziena definīciju, ir pievērsties individuālā līmeņa priekšstatam par dzīves kvalitāti.

Individuālā līmenī priekšstats par DZK ir mēģinājums sistematizēt kvalitatīvajos pētījumos iegūtās laju (proti, neprofesionālu) definīcijas, lai atvedinātu no tām galvenos formālos kritērijus un izveidotu operacionālu jēdziena definīciju. Marks Replijs atzīmē, ka šeit pastāv divas pieejas: pirmkārt, tie ir mēģinājumi izveidot vispārēju DZK definīciju, ko varētu attiecināt uz visu cilvēci, un, otrkārt, mēģinājumi precizēt lokāli būtiskas DZK izpratnes, piemēram, ar veselību saistītu dzīves kvalitāti (Rapley, 2003, 49). Replijs arī norāda, ka pastāv samērā neliels skaits definīciju,

kuras atbalsta vairākums DZK pētnieku: “..Visas šīs definīcijas vieno tas, ka dzīves kvalitāte tiek saistīta ar dažādu *materiālās realitātes* aspektu *individuāli psiholoģisko* uztveri.” (Rapley, 2003, 50) Šīs definīcijas atšķiras pēc to precizitātes un teorētiskās sarežģītības līmeņa.

Arī Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Dzīves kvalitātes grupa (WHOQOL Group) ir piedāvājusi savu definīciju: “Dzīves kvalitāte ir indivīda priekšstats par savu vietu dzīvē – tajā kultūras un vērtību sistēmas kontekstā, saskaņā ar kuru viņš dzīvo, un saistībā ar viņa mērķiem, ekspektācijām, standartiem un interesēm. Tas ir plašs jēdziens, ko ietekmē vesels faktoru komplekss, kurā ietilpst personas fiziskā veselība, psiholoģiskais stāvoklis, neatkarības līmenis, sociālās attiecības un viņa attiecības ar būtiskākajiem savas vides faktoriem. Šī definīcija atspoguļo uzskatu, ka dzīves kvalitāte apzīmē subjektīvo novērtējumu, kas ir nesaraujami saistīts ar kultūras, sociālo un vides kontekstu. Līdz ar to dzīves kvalitāti nedrīkst vienkārši pielīdzināt tādiem jēdzieniem kā “veselības stāvoklis”, “apmierinātība ar dzīvi”, “psihiskais stāvoklis” vai “labklājība”. Tas drīzāk ir daudzdimensionāls jēdziens, kas ietver sevī indivīda izpratni par šiem un citiem dzīves aspektiem.” (WHOQOL, 1999: 3) Replija skatījumā šīs definīcijas priekšrocības ir tās daudzpusīgums un tas, ka tā tiecas saistīt DZK ar kultūras, sociālo un vides kontekstu, kā arī ar lokālās sabiedrības vērtību sistēmu. Tomēr nav skaidrs, kādēļ gan DZK, ja tā ir “indivīda priekšstats par savu vietu dzīvē” vai “subjektīvais novērtējums”, nevarētu tikt pielīdzināta “psihiskajam stāvoklim”.

Starptautiskās Intelektuālās atpalcības zinātniskās izpētes asociācijas (*International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities*, IASSID) pētnieki Roberts Šeloks un Trevors Pārmenters (*Robert Shalock, Trevor Parmenter*) uzskata: “..Lai pilnībā novērtētu dzīves kvalitātes svarīgumu un nozīmi cilvēku dzīvē, ir ļoti svarīgi saprast šī jēdziena semantisko jēgu un tā lietojumu visās pasaules malās. Attiecībā uz jēgu vārds “kvalitāte” liek mums domāt par izcilību jeb visaugstākajiem cilvēka rakstura īpašību standartiem un tādām pozitīvām vērtībām kā laime, veiksmē, veselība un apmierinājums. Turpretī vārds “dzīve” norāda uz to, ka šis jēdziens ir saistīts ar pašiem fundamentālākajiem cilvēka eksistences aspektiem jeb tās būtību.” (Shalock & Parmenter, 2000: 4) Praksē DZK nozīme var tikt definēta, precizējot konceptualizācijas principu kopumu.

- 1) Intelektuāli atpalikušu cilvēku dzīves kvalitāti veido tie paši faktori un attiecības, kas veido DZK cilvēkiem bez šādas atpalcības.
- 2) DZK tiek pieredzēta, kad personas vajadzības ir apmierinātas un kad tai ir iespēja sasniegt dzīvi bagātinošus aspektus savas dzīves galvenajās sfērās.
- 3) Dzīves kvalitātei ir gan subjektīvi, gan objektīvi komponenti, taču galvenais DZK kritērijs ir tas, kā to uztver pats indivīds.

- 4) DZK balstās uz individuālajām vajadzībām, izvēlēm un kontroli.
- 5) DZK ir daudzdimensionāla struktūra, kuru ietekmē gan personiskie, gan vides faktori (intīmās attiecības, ģimenes dzīve, draudzība, darbs, apkaime, pilsēta vai lielpilsēta, dzīvesvieta, izglītība, veselība, dzīves līmenis un valsts pārvaldes stāvoklis) (sk. Shalock & Parmenter, 2000: 7).

Šie konceptualizācijas principi sasaucas ar jau aplūkoto PVO Dzīves kvalitātes grupas definīciju un, pēc Replija domām, izvirza vairākas būtiskas tēzes. Pirmkārt, tiek apgalvots, ka DZK kvalitāte nemainās atkarībā no tā, vai cilvēks ir intelektuāli atpalicis vai nav, proti, DZK ir vienāda visiem cilvēkiem – principi nepieļauj invalīdu diskrimināciju. Otrkārt, tiek uzsvērts, ka DZK ir kaut kas vairāk nekā tikai pamatvajadzību apmierināšana, proti, tiek pieņemts, ka DZK sākas tikai pēc tam, kad cilvēkam ir pieejami dzīvi bagātinoši apstākļi – labumi un ērtības, kas vairs nav saistīti ar izdzīvošanu. Treškārt, principi uzsver subjektīvā vērtējuma nozīmi – DZK ir lielā mērā atkarīga no tā, kā pats indivīds to uztver. Replijs uzskata, ka šādā veidā ir viegli nonākt līdz tautoloģijai: indivīda DZK ir tas, ko indivīds uztver kā savas dzīves kvalitāti. Tāpat ir skaidrs, ka, nonākot pie šādas apļveida definīcijas, DZK var būt atkarīga tikai no indivīda vajadzībām, izvēles un kontroles pār “iespēju sasniegt dzīvi bagātinošus aspektus savas dzīves galvenajās sfērās”. Šeit parādās piesaiste Rietumu kultūras vērtībām, kuras var nebūt aktuālas citās kultūrās. Visbeidzot, piektais princips, kurā apgalvots, ka DZK ir atkarīga no sociālajām attiecībām un apstākļiem, ir pretrunā ar trešo principu, kurā teikts, ka DZK ir galvenokārt atkarīga no paša indivīda priekšstatiem. Ja jau DZK ir atkarīga no tik liela skaita daudzdimensionālu faktoru, tad kā tā var būt atkarīga no indivīda subjektīvās uztveres? Bet, ja tā tiešām ir atkarīga no indivīda uztveres, tad kā var uzzināt to, kuri konkrētie faktori iespaido konkrētās personas priekšstatus par dzīves kvalitāti? (Rapley, 2003, 53)

Par pašu ietekmīgāko individuāla līmeņa DZK definīciju Replijs uzskata Roberta Kaminsa piedāvāto: “Dzīves kvalitāte ir gan objektīva, gan subjektīva, katra no abām asīm izsaka summu, ko veido septiņas sfēras: materiālā labklājība, veselība, produktivitāte, intimitāte, drošība, kopiena un emocionālā labklājība. Objektīvās sfēras ietver konkrētajā kultūrā aktuālas objektīvās labklājības mērvienības. Subjektīvās sfēras satur indivīda apmierinātību ar konkrētajām sfērām un tiek novērtētas atkarībā no būtiskuma, kādu tām piešķir indivīds.” (Cummins, 1997 a: 6) Kādā veidā vieni un tie paši indikatori var būt gan subjektīvi, gan objektīvi? Objektīvie DZK mērījumi tiek iegūti, piešķirot septiņiem nosauktajiem indikatoriem lokālu saturu. Savukārt subjektīvie rezultāti tiek iegūti, noskaidrojot to, cik lielā mērā indivīds ir apmierināts ar minētajiem dzīves apstākļiem.

DZK pētījumi balstās uz vēl diviem būtiskiem konceptuāliem apsvērumiem: dzīves kvalitātei ir raksturīga, pirmkārt, temporāla stabilitāte (*temporal stability*) un, otrkārt, intersituacionāla kontinuitāte (*cross-situational consistency*) (sk. Stones et al. 1995: 130). Ja tiek pieņemts pretējais, proti, ka DZK novērtējumam nav raksturīga pat minimāla noturība tad tas nozīmē reducēt cilvēka DZK uz viņa garastāvokli – kad garastāvoklis ir labs, tad dzīve ir kvalitatīva, kad slikts – nekvalitatīva. Tādā gadījumā DZK subjektīvo aspektu pētījumi kļūtu neiespējami (Hatton, 1998: 104). Lai izvairītos no šādas situatīvi redukcionistiskas interpretācijas, pētniekiem ir jāpieņem, ka subjektīvajam DZK vērtējumam ir jābalstās uz ko vairāk nekā tikai uz konkrētajā laika posmā pastāvošu garastāvokli un konkrēto apstākļu radītu apmierinātību vai neapmierinātību ar DZK dimensijām.

Izdarot kopsavilkumu, var secināt, ka lielākā daļa pētnieku uzskata DZK par daudzu faktoru savstarpējās mijiedarbības rezultātu, un šis viedoklis parādās arī centienos definēt minēto jēdzienu. Pastāv daudzas DZK definīcijas, taču diemžēl neviena no tām neapmierina DZK sociologu sabiedrību tādā mērā, lai to varētu akceptēt kā galveno.

Šī promocijas darba ietvaros jēdziens “dzīves kvalitāte” tiek definēts kā daudzdimensionāls jēdziens, kas ietver sevī gan objektīvos, gan subjektīvos indikatorus. Pie objektīvajiem indikatoriem tiek pieskaitīta indivīda funkcionētspēja (fiziskās un garīgās veselības stāvoklis) un rīcībspēja (materiālie, intelektuālie, sociālie un citi apstākļi, kas ietekmē iespēju īstenot konkrētus plānus un intereses), savukārt tās subjektīvais indikators ir indivīda dzīves kvalitātes pašnovērtējums.

1.2. Subjektīvie un objektīvie dzīves kvalitātes indikatori

Rūts Vēnhovens (*Ruut Veenhoven*) norāda, ka 20. gadsimta pirmajā pusē dzīves kvalitāte atsevišķās valstīs lielākoties tika noteikta saistībā ar dzīves materiālo līmeni: “Jo augstāks šis līmenis bija konkrētajā valstī, jo tās pilsoņu dzīve šajā valstī tika uzskatīta par labāku [...] dzīves kvalitāti noteica ar IKP palīdzību jeb ar to, ko mūsdienās sauc par “patieso” IKP *per capita*. Tomēr 60. gados sabiedriskā doma mainījās. Tika sasniegts zināms piesātinājuma līmenis un iezīmējās ierobežojumi, kurus ekonomiskajai izaugsmei uzlika ekoloģija. Tas radīja prasību pēc plašākiem dzīves kvalitātes indikatoriem, kas materializējās kā tā sauktā **sociālo indikatoru kustība**. Vārds “sociālie” norāda, ka vairs nebija iespējams iztikt ar materiālajiem indikatoriem vien.” (Veenhoven, 1996: 2) Līdz ar to sākās pārspriedumi par to, kādi subjektīvie un objektīvie

indikatori vislabāk raksturo iedzīvotāju dzīves kvalitāti. Ar objektīvajiem indikatoriem tiek saprasti indivīda funkcionētspējas (fiziskā un garīgā veselība) un rīcībspējas (materiālie līdzekļi, iespējas, infrastruktūra) indikatori, savukārt ar subjektīvajiem indikatoriem tiek saprasta indivīda laime un apmierinātība ar dzīvi (dzīves kvalitātes pašvērtējums).

Pēc Heinca Herberta Nolla (*Heinz-Herbert Noll*) domām, “sociālo indikatoru pētījumu uzplaukumu pirmām kārtām var interpretēt kā atbildi uz arvien pieaugošo pieprasījumu pēc informācijas par aktīvas sociālās politikas rezultātiem un uz izaicinājumu, ko rada nepieciešamība operacionalizēt un kvantificēt tās kodolu: dzīves kvalitātes jēdzienu” (Noll, 2000). Šī jēdziena pievilcība ir saistīta arī ar būtisko lomu, kāda tiek piešķirta indivīda subjektīvajai apmierinātībai ar dažādām dzīves sfērām un dzīvi kā tādu (sk. Land, 2000: 2686).

Sociālo indikatoru pētījumi palīdz noformulēt labklājības kritērijus, kuriem ir fundamentāla nozīme sociālās politikas veidošanā. Pētot dzīves apstākļus, atklājas sociālā un materiālā nevienlīdzība, un jēdziens “nabadzība” iegūst konkrētu nozīmi. Valsts uzdevums ir būt ne tikai liberālai un demokrātiskai, bet arī humānai un censties labot tirgus ekonomikas rezultātā radīto nevienlīdzību, ar pabalstu palīdzību uzlabojot dzīvi tiem, kas atrodas zem nabadzības robežas (Erikson, 1993: 80).

Dzīves kvalitāte ir konceptuāli sadalīta divos dažādos līmeņos: **makrolīmenī** – kā sabiedriska, objektīva dzīves kvalitāte, ko veido ienākumi, nodarbinātība, dzīves vieta, izglītība un citi ikdienas dzīves vides apstākļi un no tiem atvasinātie indikatori, un **mikrolīmenī** – kā individuāla, subjektīva dzīves kvalitāte, ko veido indivīda paša priekšstats par savu dzīves kvalitāti, viņa subjektīvā pieredze un vērtības (sk. Noll, 2000). Pateicoties konceptuālajam nodalījumam divos līmeņos, moderna jeb individualizēta dzīves kvalitātes jēdziena veidošanās bija ilgs un neviendabīgs process. Raksturojot šā procesa dinamiku, Nolls vispirms nošķir divas pretējas pieejas dzīves kvalitātes konceptualizācijai.

Pirmā ir **skandināvu pieeja**, kas balstās uz Jana Drenovska (*Jan Drenowski*) un Ričarda Titmusa (*Richard Titmuss*) priekšstatu par sabiedrību un labklājības valsti. Šīs pieejas pārstāvji Roberts Eriksons (*Robert Erikson*) un Hannu Ūsitalo (*Hannu Uusitalo*) par dzīves kvalitātes pamatu uzskata *objektīvos dzīves kvalitātes indikatorus* – konkrētus resursus, kas pilsoņiem ir nepieciešami labklājības nodrošināšanai, proti, naudu, īpašumus, zināšanas, psihisko un fizisko enerģiju, sociālās attiecības, drošību un citus (sk. Erikson & Uusitalo, 1987: 189). Ar šo resursu palīdzību indivīdi var apzināti kontrolēt savas dzīves apstākļus atkarībā no savām vajadzībām un rīcībspējas (sk. Erikson, 1993: 73).

Otra ir **amerikāņu** pieeja. Pēc Nolla domām, tā ir piemērotāka Rietumu pasaulei. Šī modeļa ietvaros dzīves kvalitātes pētījumi jeb labklājības mērīšana galvenokārt balstās uz konkrēta indivīda *subjektīvo indikatoru* aplūkojumu. Aprakstot amerikāņu modeli, Nolls atzīmē, ka “saskaņā ar utilitārisma filosofijas tradīciju un “psihiskās veselības pētījumiem”, kā arī tādu sociālo psihologu kā V.A. Tomass (*W.I. Thomas*) ietekmi šī pieeja galu galā definē labu dzīvi kā subjektīvu labklājību (*subjective well-being*). Vissvarīgākie subjektīvās labklājības indikatori, kas patiesi tiek lietoti, ir apmierinātības un laimes līmenis.” (Noll, 2000) Subjektīvā apmierinātība tiek mērīta ar aptauju palīdzību, kur cilvēkiem tiek uzdoti jautājumi par to, vai viņi kopumā jūtas laimīgi un vai ir apmierināti ar savu dzīvi.

Sociālo indikatoru pētniecība kā sociālo zinātņu sfēra izveidojās Amerikas Savienotajās Valstīs 20. gadsimta 60. gadu vidū, jo Amerikas Kosmosa pētījumu aģentūrai (NASA) radās nepieciešamība noteikt kosmosa izpētes programmas iespaidu uz amerikāņu sabiedrību (sk. Land, 1983: 2). Kad pētnieki pievērsās šai problēmai, izrādījās, ka par sociālo indikatoru sfēru ne tikai nav pieejami gandrīz nekādi adekvāti dati, bet nav arī izstrādāti jēdzieni un metodoloģija. Nolls raksta: “Šī projekta direktors Reimonds Bauers (*Raymond Bauer*), visdrīzāk, bija tas, kurš izdomāja un definēja jēdzienu “sociālie indikatori”. Atbilstoši viņa definīcijai sociālie indikatori ir “statistika, statistisku datu virkne un visi citi empīrisko liecību veidi, kas ļauj mums novērtēt to, kur atrodamies un kurp virzāmies attiecībā pret mūsu mērķiem un vērtībām” (Bauer, 1966: 1).

Savukārt ekonomists Mankūrs Olsons (*Mancur Olson*) ASV Veselības, izglītības un labklājības departamenta 1969. gada dokumentā “*Toward a Social Report*” ir definējis sociālos indikatorus kā “tiešas normatīvas intereses statistiku, kas veicina kodolīgus, visaptverošus un izsvērtus spriedumus par galveno sabiedrības aspektu stāvokli” (Land, 2000: 2683). Minētajā dokumentā tika identificēti šādi galvenie sociālie indikatori: **veselība un slimība** (izcēlums mans. – V.S.), ienākumi un nabadzība, apkārtējā vide, sabiedriskā drošība un kārtība, sociālā mobilitāte, izglītība, zinātne, māksla, sociālā integrētība un atsvešināšanās (sk. Land, 2000: 2682).

Savā klasiskajā pārskatā par sociālo indikatoru pētniecību Lends apraksta to, kā šī joma turpināja attīstīties 20. gadsimta 70. gados, kad Vašingtonā tika izveidots Sociālo zinātņu pētījumu padomes sociālo indikatoru pētījumu koordinācijas centrs un, veicot periodiskas nacionālās aptaujas, tika uzsākta vairāku visaptverošu longitudinālu datu sēriju veidošana. Tāpat tika sagatavotas vairākas publikācijas par subjektīvās labklājības sociālo indikatoru mērīšanas metodoloģiju (sk. Campbell & Converse 1972; Andrews & Withey 1976; Campbell, Converse & Rogers 1976), bet 1974. gadā iznāca pirmais starptautiskā žurnāla “*Social Indicators Research*”

numurs. Taču jau 80. gados sociālo indikatoru kustība ASV pamazām apsīka (sk. Land, 2000: 2683).

Eiropā sociālo indikatoru pētījumi sākotnēji nebija tik izplatīti, lai gan jau 70. gados tur popularitāti bija ieguvušas ASV politikai tuvas labēji konservatīvas un neoliberālas politiskās ideoloģijas, kuras saskārās ar līdzīgām ekonomiskām problēmām, kādas bija ASV. Vairākās Eiropas valstīs (Holandē, Lielbritānijā, Francijā) sistemātiski tika izstrādāti nacionāla mēroga ziņojumi par sociālajiem indikatoriem, taču tie atšķīrās pēc atspoguļoto rādītāju daudzuma. Kaut arī 80. gados pētījumi ASV jau bija apstājušies, Eiropā tie turpinājās un pat guva jaunus piekritējus (sk. Rapley, 2003: 7).

Līdzās jau tradicionālajiem ziņojumiem (OECD gatavotais “*The Well-being of Nations*” un ANO gatavotais Tautas attīstības indekss (*Human Development Index*)) savus pārskatus par tautas sociālo labklājību sāka publicēt arī atsevišķas valstis (piemēram, Austrālija), gan arī starptautiskas organizācijas (piemēram, Pasaules Banka). Šajā sakarā Vēnhovens atzīmē, ka “viens no galvenajiem sociālo indikatoru pētījuma mērķiem ir izveidot visaptverošu nacionālās dzīves kvalitātes mērinstrumentu, līdzīgu tam, kāds ir IKP ekonomisko indikatoru pētījumos” (Veenhoven, 1996: 1). Viņa tēzi papildina Nolla ideja par to, ka sociālie indikatori piedāvā “sabiedrības modernizācijas līmeņa mērīšanas standartus un modernizācijas progresa reģistru.. To galvenā funkcija ir nevis tieši iespaidot politiskos lēmumus un kontrolēt to efektivitāti, bet gan izgaismot sabiedrībā notiekošo un piedāvāt informatīvo bāzi, kas atbalsta politikas veidošanu.. To galvenā funkcija [...] ir labklājības līmeņa un tā sociālās izplatības mērīšana, kur labklājības attīstība var tikt saprasta kā specifiska, visaptveroša modernizācijas procesa ietvaros pastāvoša dimensija.” (Noll, 2000)

Tādējādi dzīves kvalitātes jēdziens iekļāva sevī gan valsts politikas mērķus un sasniegumus, gan sociālās struktūras un procesus, vienlaikus pievēršot uzmanību arī iedzīvotāju subjektīvajām vērtībām un uzskatiem. Šādi izprasts, dzīves kvalitātes jēdziens pakāpeniski ieguva arī politisku pievilcību – 80. gadu beigās–90. gadu sākumā tas ienāca politiskajā retorikā un ātri iekaroja popularitāti līdzās tādiem no ekonomikas un uzņēmējdarbības aizgūtiem terminiem kā “attīstības plāns” un “efektīvas darbības indikatori”. Pateicoties jauniegūtajai popularitātei, kā arī teorētiskajai un metodoloģiskajai attīstībai, jēdziens “dzīves kvalitāte” kļuva arvien ietilpīgāks un daudzšķautņaināks, aizvirzoties visai tālu no sākotnējā, ierobežotā priekšstata par dzīves kvalitāti kā labklājības indeksu. Marks Replijs šā procesa rezultātu raksturo šādi: “Ideja par dzīves kvalitāti ir kļuvusi daudz plašāka par IKP analogu sociālajā politikā – pašlaik tā ir cieši savijusies ar vairākām citām, izteikti ideoloģiskām zināšanu formām un nekautrīgi “amerikāniskiem”

politiskiem un komerciāliem projektiem. DZK ir kļuvusi nevis vienkārši par jēdzienu, kas saista kopā daudzus un dažādus sociālos indikatorus, lai piedāvātu sociālās politikas veiksmīguma indeksu, bet gan par būtisku sociālās politikas *mārketinga* daļu.” (Rapley, 2003: 9)

Taču vislabāk šā jēdziena politiskā, sabiedriskā un teorētiskā pievilcība bija izjūtama 90. gados, kad tā lietojums sasniedza apogeju. Pēc Lenda domām, mūsdienās ar dzīves kvalitāti tiek saprasti ne tikai sociālās vai ekonomiskās politikas mērķi, bet “tā aptver visas (vai vismaz daudzas) dzīves sfēras un līdzās indivīda materiālajai un garīgajai labklājībai iekļauj arī tādas kolektīvās vērtības kā brīvība, taisnīgums, dabiskas vides garantija gan pašreizējām, gan arī nākamajām paaudzēm. Paralēli dzīves kvalitātes jēdziena lietojumam politikā tas tiek izmantots arī privātajā sektorā, par ko ir jāpateicas plašu popularitāti un lietojumu iemantojušajām rangu tabulām, kurās, par pamatu ņemot dažādu labklājības sfēru mērījumu skalas, tiek savstarpēji salīdzinātas dzīves, darba, uzņēmējdarbības, izklaides un citas vietas.” (Land, 2000: 2686)

Dzīves kvalitātes jēdziens “savieno mārketinga pētījumus un biznesa politikas stratēģiju ar sociālajiem indikatoriem. Mārketings ir būtisks sociālais spēks, kas izraisa gan tiešas, gan netiešas tālejošas sekas attiecībā uz sabiedrībā valdošo DZK līmeni, pateicoties patērētāja apmierinātībai un tam iespaidam, ko tā atstāj uz viņa vispārējo apmierinātību ar dzīvi. Mārketinga pētījumu krustojšanās ar sociālajiem indikatoriem DZK jēdziena ietvaros rosinājusi arī Starptautiskās Dzīves kvalitātes pētījumu biedrības (ISQOLS) izveidi 20. gadsimta 90. gadu vidū..” (Land, 2000: 2686)

Problēmas, kuras ir radījuši DZK jēdziena pakāpeniskā paplašināšanās un daudzdimensionalitāte, tiek risinātas, strukturējot DZK indikatorus atkarībā no to tipiem. Viens no galvenajiem nošķirumiem starp indikatoru tipiem ir jau minētais iedalījums objektīvo un subjektīvo indikatoru grupās. Tādi objektīvi rādītāji kā sagaidāmais dzīves ilgums, noziedzība, bezdarbs, IKP, nabadzība, skolu apmeklējums, darba stundu skaits nedēļā, jaundzimušo mirstības līmenis un pašnāvību skaits reprezentē sociālos faktus neatkarīgi no individuālā vērtējuma un ļauj spriest par sabiedrību kopumā. Nolls uzskata: “Objektīvo indikatoru lietojums balstās uz pieņēmumu, ka dzīves apstākļi var tikt novērtēti kā vēlami vai nevēlami, ja reālie apstākļi tiek salīdzināti ar tādiem normatīvajiem kritērijiem kā vērtības un mērķi. Tajā pašā laikā ir jāpiepildās vairākiem būtiskiem priekšnoteikumiem – pirmkārt, ir jābūt politiskai vienprātībai par to, kuras sfēras ir būtiskas labklājībai; otrkārt, ir jābūt saskaņai jautājumā par to, kas ir labi un kas ir slikti dzīves apstākļi; un, treškārt, ir jābūt vienotai izpratnei par to, kurā virzienā sabiedrībai vajadzētu attīstīties. Protams, šie priekšnoteikumi ne vienmēr tiek izpildīti.” (Noll, 2000)

Savukārt “subjektīvo indikatoru izmantošana ir balstīta premisā, ka labklājība.. ir galvenokārt atkarīga no individuālā pašnovērtējuma un ka tikai indivīds pats to spēj novērtēt

vislabāk” (Noll, 2000). Taču arī šī nostādne nav nepretrunīga, jo tā liek uzdot jautājumus par labklājības novērtējuma principiem. Subjektīvo pieeju dzīves kvalitātei un subjektīvo indikatoru izmantošanu Visvairāk kritizē labklājības pētnieki no Skandināvijas.

Roberts Eriksons kritizē subjektīvo indikatoru pieeju tāpēc, ka tā balstās uz cilvēku subjektīvās apmierinātības līmeņa pašnovērtējumu un tādā veidā relativizē DZK, padarot to daļēji atkarīgu no cilvēku prasību līmeņa, proti, no viņu priekšstata par to, kas viņiem pienākas. Amerikāņu pieeja būtībā “parāda, cik labi cilvēki ir adaptējušies savos pašreizējos dzīves apstākļos”. Subjektīvā skatījumā tiem cilvēkiem, kuri ilgu laiku dzīvo nemainīgi trūcīgos apstākļos, dzīves kvalitātes līmenis var izrādīties augstāks nekā tiem, kuri ilgāku laiku ir dzīvojuši pārticībā, bet pēdējā laikā ir piedzīvojuši nelielu dzīves līmeņa pazemināšanos (sk. Erikson, 1993: 77). Eriksons uzskata, ka dzīves apstākļi un subjektīvā apmierinātība ir divas atšķirīgas dzīves kvalitātes jomas un ka saistība starp dzīves apstākļiem un subjektīvo apmierinātību ir minimāla, tādēļ, paaugstinoties vispārējiem dzīves standartiem, nevar gaidīt, ka vienlaikus paaugstināsies arī cilvēku vispārējā apmierinātība ar dzīvi (sk. Erikson, 1993: 78). Arī Replijs norāda, ka pagaidām vēl nav iedibināta skaidra teorētiska saistība starp konkrētu sociālo politiku un konkrēta indivīda laimes sajūtu un nav atklāts mehānisms, ar kura palīdzību šāda saistība varētu funkcionēt (sk. Rapley, 2001).

Saistība starp objektīvajiem dzīves apstākļiem un subjektīvo labsajūtu dažkārt mēdz būt paradoksāla – labi dzīves apstākļi nebūt negarantē augstu subjektīvo apmierinātību un otrādi. Turklāt šis paradokss darbojas gan valsts mērogā, gan arī individuālā līmenī. Šajā sakarā Nolls atzīmē: “Līdz ar to individuālā labklājība jeb dzīves kvalitāte tiek definēta kā “labi dzīves apstākļi savienojumā ar subjektīvo labsajūtu.”” (Noll, 2000) Arī Lends norāda, ka, ņemot vērā šo paradoksu, zinātniskajā literatūrā lielu atsaucību ir guvusi ideja, ka jāmēra gan subjektīvie, gan objektīvie parametri (sk. Land, 2000: 2684).

Roberts Eriksons ir skeptisks arī jautājumā par to, cik adekvāti ir raksturot indikatorus kā “subjektīvus” un “objektīvus”. Viņaprāt, šie jēdzieni “ir nedaudz maldinoši, tādēļ piemērotāk būtu lietot jēdzienus “deskriptīvie” un “evaluatīvie” indikatori.” Ar deskriptīvo indikatoru palīdzību indivīdi apraksta savus dzīves apstākļus un pieejamos resursus, bet ar evaluatīvajiem indikatoriem izsaka attieksmi pret dzīves apstākļiem un apmierinātību ar pieejamajiem resursiem. Tajā pašā laikā Eriksons uzskata, ka atšķirību starp šiem diviem indikatoru tipiem nevajadzētu pārspīlēt: “deskriptīvie indikatori neapšaubāmi satur arī vērtējošus elementus” (Erikson, 1993: 77). Proti, termini “nabadzība” un “nevienlīdzība” vienlaikus ir gan aprakstoši, gan arī vērtējoši indikatori.

Savukārt citi pētnieki (piemēram, Abbey & Andrews, 1986; Barry, 1997) uzskata, ka ir nepieciešams tāds DZK modelis, kas ņem vērā saistību starp psiholoģiskajiem faktoriem (pašcieņa, pašvērtējums, patstāvība, paškontrolē, pašnoteikšanās, autonomija) un subjektīvo dzīves kvalitātes novērtējumu. Viņu piedāvātais teorētiskais modelis balstās uz pētījumiem par cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām un ir koncentrēts uz to, kā subjektīvi novērtētā DZK tiek pastarpināta ar vairākiem savstarpēji saistītiem mainīgajiem, ieskaitot pašnovērtējumu un to, kā šos uztvērumus iespaido kognitīvie mehānismi. Savukārt Boulinga norāda, ka daudzie psiholoģijas jēdzieni, kas parasti tiek izmantoti, lai apzīmētu dzīves kvalitāti, tiek jaukti ar šo jēdzienu potenciālo ietekmi un strukturālo lomu DZK kontekstā (sk. Bowling, 2005 b: 8).

Vēnhovens uzdod jautājumu: vai laimes sajūta ir mainīgs stāvoklis (*variable state*), jeb tā ir stabila rakstura iezīme (*fixed trait*)? Viņš runā par laimi gan kā par individuālā rakstura aspektu, kur laime ir atkarīga no iedzimta temperamenta un personības attīstības rezultātā iegūtas dispozīcijas pret dzīvi, gan arī sabiedriskā līmenī, kur laime ir daļa no nacionālā rakstura, kas izpaužas kopējās vērtībās un uzskatos. Balstoties uz longitudināliem pētījumiem, Vēnhovens secina, ka laimes sajūtas ģenētiskajam pamatam ir visai neliels iespaids, līdz ar to, “laime nav pastāvīga rakstura iezīme”, bet gan mainīgs stāvoklis (sk. Veenhoven, 1994: 101).

Maikls Stounss (*Michael J. Stones*) un kolēģi noraida šo secinājumu kā nepamatotu. Viņuprāt, Vēnhovena kļūda ir dihotomiskais uzskats, ka laime var būt vai nu tikai stāvoklis, vai arī tikai īpašība. Ar empīrisku datu palīdzību viņi parāda, ka laimes sajūtu veido abi komponenti: gan reakcija uz situācijas kontekstu (*situational reactivity*), gan arī no situācijas neatkarīga psiholoģisko dispozīciju kontinuitāte (*cross-situational stability*) (sk. Stones et al., 1995: 141–142). Tādējādi subjektīvais situācijas novērtējums – laimes sajūta – vienlaikus ir atkarīgs gan no indivīda psiholoģiskajām dispozīcijām (temperamenta un rakstura), ar kuru palīdzību indivīds veido vispārīgu attieksmi pret savu eksistenci, gan arī no reakcijas uz konkrēto eksistenciālo situāciju, kuras veidošanā indivīdam vai nu ir vai nav atvēlēta aktīva loma. Indivīdi, kas izjūt būtiskus ierobežojumus saistībā ar vecumu un sliktu veselības stāvokli vai arī totalitāras politiskās iekārtas dēļ, ir mazāk apmierināti ar dzīvi (sk. Stones et al., 1995: 137).

Veidojot paplašinātu sociālo indikatoru klasifikāciju, Lends ņem vērā Eriksona kritiskos iebildumus. Viņš nošķir trīs dažādus sociālo indikatoru tipus: kritērijindikatoru, kas tiecas objektīvi atspoguļot sociālo progresu; deskriptīvie sociālie indikatoru, ar kuriem tiek objektīvi raksturoti dzīves apstākļi, un apmierinātības ar dzīvi un/vai laimes indikatoru, kas izsaka subjektīvo apmierinātību ar dzīvi.

Kritērijindikatori (*criterion indicators*) ir cieši saistīti ar sociālās un ekonomiskās politikas pamattēzēm – tā ir publiska statistika, kas parāda visai sabiedrībai nozīmīgus mainīgos lielumus (ienākumi, sagaidāmais dzīves ilgums, izglītība u.c.). Dažkārt šie indikatori tiek saukti arī par rīcībpolitikas indikatoriem (*policy indicators*), jo jebkura sociālās politikas stratēģija, programma vai projekts tiecas ietekmēt kādu no šiem sociālās attīstības rādītājiem, tādēļ minētie indikatori kalpo arī kā kritēriji, attiecībā pret kuriem ir iespējams novērtēt izraudzītās stratēģijas panākumus. Dažkārt tie tiek dēvēti par normatīvajiem labklājības indikatoriem, kuri ir kultūrrelatīvi. Nav izslēgta iespēja, ka starp vairākām visnotaļ atšķirīgām kultūrām pastāv zināma vienprātība par dažiem no šiem indikatoriem, tomēr tas, ko konkrētajā kultūrā uzskatīs par normatīvu labklājības indikatoru, visvairāk ir atkarīgs no tai raksturīgajām politiskajām un ideoloģiskajām konvencijām. Līdz ar to kritēriju indikatoru atlase un to savstarpējais salīdzinājums ir jāveic, ņemot vērā konkrētās sabiedrības specifiku (sk. Land, 2000: 2683).

Deskriptīvie sociālie indikatori (*descriptive social indicators*) uzrāda aktuālo sabiedrības stāvokli un tajā notiekošās pārmaiņas. Šī pieeja “koncentrējas uz tādiem socioloģiskajiem mērījumiem un analīzi, kas tiek veikti ar mērķi uzlabot mūsu izpratni par to, kādas ir mūsu sabiedrības galvenās iezīmes, kādas ir to savstarpējās attiecības un kā šīs īpašības un attiecības mainās” (Land, 2000: 2685). Kaut arī deskriptīvie indikatori sākotnēji šķiet diezgan līdzīgi kritērijindikatoriem un daudzos gadījumos pat daļēji sakrīt ar tiem, šis indikatoru tips “var būt vairāk vai mazāk tieši (kauzāli) saistīts ar kādas sabiedriskās politikas vai programmas mērķi uzlabot labklājību.. Piemēram, veselības sfērā deskriptīvie indikatori var iekļaut gan preventīvos indikatorus, piemēram, to populācijas daļu, kas nesmēķē cigaretes, gan arī kritērijindikatorus, piemēram, ierobežotas aktivitātes dienu skaitu iepriekšējā mēneša ietvaros vai arī subjektīvās apmierinātības ar savu veselību pašnovērtējumu.” (Land, 2000: 2685) Šiem indikatoriem piemīt arī zināma elastība, kas izpaužas kā dažāda līmeņa abstrakcijas pakāpes. Proti, deskriptīvie sociālie indikatori var tikt balstīti gan minimālā datu sērijā, kam nepieciešama pavisam neliela statistiska manipulācija, piemēram, ar vecumu saistītiem mirstības rādītājiem, gan arī uz sarežģītākiem rādījumiem, piemēram, noteikta vecuma vīriešu sagaidāmais dzīves ilgums. Tāpat šos indikatorus ir iespējams izmantot kā sociālu pārskatu par konkrētu demogrāfisku vai arī laikā un budžetā ierobežotu programmu.

Apmierinātības ar dzīvi un/vai laimes indikatori (*life satisfaction and/or happiness indicators*). Šīs pieejas galvenā konceptuālā tēze ir šāda: “.. Lai saprastu, kas ir dzīves kvalitāte un sociālās pārmaiņas, nepieciešams novērot arī svarīgākos iedzīvotāju psiholoģiskos stāvokļus (attiecsmes, gaidas, jūtas, ambīcijas un vērtības).” (Land, 2000: 2683–2684) Cilvēku psiholoģiskā

apmierinātība, laimes sajūta un dzīves piepildījums tiek noskaidrots ar aptauju palīdzību, kurās viņi tiek aicināti paust savu subjektīvo pašvērtējumu kvantitatīvu mērvienību veidā. Rezultāti tiek izteikti tādos jēdzienos kā “apmierinātība ar dzīvi”, “subjektīvā labsajūta”, “laime”. Šo pētījumu kontekstā tiek fiksētas, skaidrotas un prognozētas arī pārmaiņas DZK indikatoros, un tādējādi sociālo indikatoru pētniecība kļūst par vienu no būtiskākajām DZK socioloģijas jomām.

Daudzas no nacionāla mēroga sociālo indikatoru sistēmām faktiski var tikt uzskatītas par DZK definīcijām – šajā gadījumā statistisko datu kopumu saista nevis detalizēti izstrādāta DZK teorija, bet gan tēze, ka, saliekot kopā atšķirīgus labas dzīves komponentus, izveidojas kaut kas līdzīgs visaptverošam testam, kurš ļauj spriest par to, kuras no šīm sfērām ir būtiskākās. Mēģinājumus sistematizēt šos rādītājus sauc par individuālā līmeņa priekšstatiem par dzīves kvalitāti. Kādas tad ir šī priekšstata sastāvdaļas? Anna Boulinga secina, ka lielākajā daļā DZK pētījumu cilvēki definē labu dzīvi ar šādiem konceptiem:

- pozitīvs psiholoģiskais noskaņojums un emocionālā labklājība,
- laba fiziskā un psihiskā veselība un fiziska spēja darīt to, ko pašam gribas,
- labas attiecības ar draugiem un ģimeni,
- piedalīšanās sociālajās aktivitātēs un atpūta,
- dzīve drošā un labiekārtotā rajonā,
- pietiekams daudzums naudas un neatkarība (sk. Bowling, 2005 b: 9).

Sociālo indikatoru pētniecība mūsdienās turpinās ne tikai kā dzīves kvalitātes socioloģijas tēma, bet arī kā sociālās kvalitātes pētījumi. Dzīves kvalitātes pētījumos ar sociālo indikatoru palīdzību tiek mērīts pašreizējais subjektīvās labklājības līmenis un objektīvie dzīves standarti, turpretī sociālās kvalitātes pētījumos tiek spriests par to, kādai būtu jābūt nākotnes sabiedrībai un kādā veidā būtu jāuzlabo sociālā dzīve (sk. Maesen & Walker, 2005: 9).

Ar jēdzienu “sociālā kvalitāte” tiek apzīmēts tas, “cik lielā mērā pilsoņi piedalās savas kopienas sociālajā un ekonomiskajā dzīvē, tajā pašā laikā cenšoties veicināt savu labklājību un realizēt individuālo potenciālu” (Beck, Maesen & Walker, 1997: 3) Tādējādi sociālās kvalitātes daudzums ir atkarīgs no tā, cik lielā mērā konkrētajā sabiedrībā ir izdevies sabalansēt indivīda dzīves privātos mērķus un publiskās intereses.

Sociālās kvalitātes teorija ir radusies 1997. gadā, un par savu galveno uzdevumu tā ir izvirzījusi dažādu valsts stratēģiju (ekonomikā, vides aizsardzībā u.c. galvenajās jomās) sociālo, politisko un ētisko aspektu izvērtēšanu (sk. Ling, Ward, Maesen, 2009: 201). Ētiskā dimensija, proti, cieņa pret cilvēku un nepieciešamība nodrošināt cilvēka cieņai atbilstošus apstākļus, kas

kalpo par sociālās kvalitātes priekšnoteikumu, ir uzsvērtā Amsterdamas deklarācijā par sociālo kvalitāti Eiropā (1997).

Lai varētu īstenot izvirzīto uzdevumu, sociālās kvalitātes standarti tiek mērīti individuālajā līmenī, jo tieši šajā līmenī līdzsvars starp privāto un publisko ir novērojams visskaidrāk. Sociālo kvalitāti veido četras savstarpēji saistītu faktoru grupas: sociālā rīcībspēja (*social empowerment*), proti, tas, cik lielā mērā sabiedrība veicina indivīda spējas kontaktēties un mijiedarboties ar citiem; sociālā iekļautība (*social inclusion*) – tas, cik lielā mērā cilvēkiem ir pieejama un viņi var ietekmēt sociālo institūciju un infrastruktūras darbību; sociāli ekonomiskā drošība – materiālie un citi resursi; un sociālā kohēzija – kopienas pamatā esošās vērtības un normas, tādas kā savstarpējā uzticēšanās (sk. Maesen & Walker, 2005: 11–12). Sociālās kvalitātes mērīšanai tiek izmantota sazarota indikatoru sistēma – tika identificētas 18 sfēras un 49 apakšsfēras, kuras kopumā ietver 95 sociālās kvalitātes indikatorus.

1.3. Ar veselību saistītā dzīves kvalitāte

Gan dzīves kvalitāte, gan ar veselību saistītā dzīves kvalitāte bieži kalpo par kritērijiem veselības aprūpes politikas, kā arī veselības un sociālās aprūpes rezultātu izvērtēšanai. Visbiežāk jēdziens “ar veselību saistītā dzīves kvalitāte” (AVSDZK) tiek attiecināts uz tiem daudzveidīgajiem pētījumiem, kuri aplūko indivīda funkcionētspēju, viņa veselības stāvokli un subjektīvo labklājību (sk. Gabe et al., 2004: 113). Ja dzīves kvalitāte tiek interpretēta veselības aprūpes kontekstā, tad šī jēdziena saturu un pielietojumu nosaka specifiski medicīniskais konteksts. Kā norāda sabiedrības veselības speciālists Māris Baltiņš, AVSDZK “varētu definēt kā pacienta subjektīvo izpratni par to, cik lielā mērā slimība, tās sekas un/vai tās ārstēšana iespaido (parasti – pasliktina) pacienta fizisko, emocionālo un sociālo labklājību,” (Baltiņš, 2003: 329).

Dens Broks nošķir trīs galvenās teorētiskās pieejas dzīves kvalitātei medicīnā:

- 1) *hedonisma teorija*, saskaņā ar kuru sasniegt augstāko labumu nozīmē piedzīvot zināma veida pieredzi – laimi, baudu, apmierinājumu –, kas ir saistīta ar vēlmju piepildījumu;
- 2) *izvēļu apmierinājuma teorija*, saskaņā ar kuru laba dzīve sastāv no izvēļu apmierināšanas – jo vairāk gadījumos cilvēki iegūst to, ko viņi izvēlas un jo mazāk gadījumos viņi paliek neapmierināti, jo labāka ir viņu dzīve;
- 3) *ideālu teorija*, saskaņā ar kuru laba dzīve ir saistīta ar zināmu normatīvu ideālu sasniegšanu.

Broks uzskata: veicot DZK izvērtējumu veselības aprūpes kontekstā, ir nepieciešams ņemt vērā visas trīs pieejas, nevis izvēlēties no šīm trim kādu atsevišķu pieeju. “Lai izveidotu adekvātu

visaptverošu priekšstatu par to, kas ir dzīves kvalitāte un laba dzīve, .. ir nepieciešams atsevišķi izvērtēt apsvērumus, kurus piedāvā katra no teorētiskajām alternatīvām. Vienlaikus dzīves kvalitātes novērtējums medicīnas kontekstā var papildināt dzīves kvalitātes teoriju ar konkrētu saturu.” (Brock, 1993: 96–97) Šie apsvērumi tika ņemti vērā, interpretējot arī Latvijas iedzīvotāju AVSDZK, kur iedzīvotāju priekšstatos par veselības lomu viņu dzīvē parādās gan hedonisms, gan izvēļu apmierināšana, gan arī priekšstati par labas veselības ideālu.

Ar veselību saistīto dzīves kvalitātes pētījumu konceptuālā struktūra ir atvasināta lielākoties no PVO veselības definīcijas, kura postulē, ka indivīdu un sabiedrības veselības novērtējumam ir jāiekļauj gan fiziskā, gan psihiskā, gan arī sociālā labklājība. Tomēr jēdziena AVSDZK teorētiskais aplūkojums joprojām ir nepietiekams, tādēļ turpinās debates par to, kādi citi faktori, izņemot PVO veselības definīciju, nosaka šā jēdziena saturu. Džonatans Gabe norāda, ka AVSDZK raksturojumam tiek izmantoti tādi jēdzieni kā veselības stāvoklis, kognitīvās funkcijas, emocionālais stāvoklis, sociālās funkcijas, spēja pildīt sociālās lomas un subjektīvā labklājība (sk. Gabe et al., 2004: 113).

Tāpat kā nozarē kopumā, arī apakšnozarēs joprojām notiek diskusijas par DZK aprakstu subjektīvajiem un objektīvajiem aspektiem. Piemēram, Ingela Viklunda (*Ingela Wiklund*) un kolēģi nosauc trīs objektīvos DZK komponentus, kas ir aktuāli saistībā ar klīniskiem un medicīniskiem apstākļiem: funkcionālās spējas, subjektīvie priekšstati, medicīniskie simptomi un no tiem izrietošās sekas (sk. Wiklund et al., 1986). Turpretim Stjuarts Volkers (*Stuart R. Walker*) uzskata, ka AVSDZK vislabāk ir definēt kā subjektīvu reakciju uz stingri ierobežotiem, tikai un vienīgi ar medicīnu saistītiem apstākļiem. Viņš AVSDZK raksturo šādi: “Atslēgas termins, ko varētu definēt kā indivīda labklājības un apmierinātības ar savu dzīvi līmeni, ko iespaido slimības, nelaimes gadījumi un ārstēšana.” (Walker, 1992: 96) Savukārt Elisona Kerra (*Alison J. Carr*) un kolēģi uzskata, ka DZK ir saistīta tikai un vienīgi ar veselības problēmu subjektīvo pieredzi. Proti, DZK ir “tie individuālās subjektīvās pieredzes aspekti, kuri gan tieši, gan netieši attiecas uz veselību, slimību, invaliditāti vai traucējumiem .. ar veselību saistītā dzīves kvalitāte izsaka atšķirību starp to veselības stāvokli, kādu mēs vēlētos, un to, kāds mums ir.” (Carr et al. 2001: 1240)

Kaminss norāda, ka lielākā problēma, kas rodas, šādi definējot dzīves kvalitāti, ir “neizpratne par to, kādam būtu jābūt adekvātam mainīgo kopumam, ar ko varētu mērīt medicīnisko rezultātu un dzīves kvalitāti .. mainīgie tiek izvēlēti vai nu ar atsauci uz to, kas ir “normāls”, vai arī uz pataloģiju .. un dzīves kvalitāte tiek definēta ar medicīnisku rādītāju palīdzību” (Cummins, 1997b: 124). Turklāt šeit netiek aplūkots arī iepriekš minētais labklājības

paradokss – ideja, ka arī cilvēkiem ar veselības traucējumiem varētu būt tikpat augsta vai pat augstāka dzīves kvalitāte nekā indivīdiem bez šādiem traucējumiem. Pēc Kaminsa domām, “ar veselību saistītās dzīves kvalitātes definīcijas uzspiež ļoti ierobežotu skatījumu uz šo jēdzienu. Ja koncentrējamies uz tādiem negatīviem aspektiem kā slimība vai trauma, tās ir tendētas iegūt negatīvu dzīves kvalitātes vērtējumu. Pretēji tam, plašāka pieeja dzīves kvalitātes mērījumiem pieļauj daudz pozitīvāku skatījumu .. Lietojot plašākas mērījumu formas, cilvēkiem ar fiziskiem un intelektuāliem traucējumiem vai cilvēkiem, kuri ir pārdzīvojuši orgānu transplantāciju, var tikt reģistrēta augstāka dzīves kvalitāte nekā normālajai iedzīvotāju daļai.” (Cummins, 1997b: 124)

DZK pētījumi tiek kritizēti arī no feminisma pozīcijām: daudzi no pastāvošajiem DZK mērinstrumentiem nepilnīgi aplūko to, kāda ir DZK indikatoru kumulatīvā ietekme uz cilvēku dzīvi, proti, kāda ir etniskās piederības, vecuma un dzimtes (*gender*) kopējā iedarbība un kā tā varētu mainīties līdzī laika un sociālajam kontekstam. Liza Ekermane (*Liz Eckermann*) uzskata, ka mūsdienās pastāvošie DZK pētījumu rezultāti būtu jāinterpretē no dzimtes (*gender*) pozīcijām: “..Lai veselības un labklājības indikatori, to skaitā arī dzīves kvalitātes mērinstrumenti, spētu adekvāti atspoguļot cilvēku dzīves pieredzi (*lived experience*), tos visus ir nepieciešams piesaistīt dzimtei.” (Eckermann, 2000: 30) Savu nostāju Ekermane pamato ar to, cik būtiska ir dzimtes loma veselības un ar veselības stāvokli saistītās dzīves kvalitātes izpratnē, it īpaši attiecībā uz saslimstību un mirstību, kur atšķirības starp dzimumu rādītājiem izpaužas visspilgtāk. Šī atšķirība tiek akcentēta gan veselības dzīvesstilu teorijas ietvaros, gan arī konstatēta pēdējos gados veiktajos Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumos (Sīlis, 2006; Koroļeva, 2008; Pudule et al., 2010).

Ņemot vērā kritiskos iebildumus, promocijas darba ietvaros AVSDZK tiek interpretēta ne tikai saistībā ar veselību un rūpēm par veselību. Šāda plašāka izpratne par AVSDZK parādās Annas Boulingas piedāvātajā definīcijā, kura sasaucas ar PVO veselības definīciju. Boulinga definē AVSDZK kā optimālu mentālo, fizisko un sociālo funkcionētspēju un iekļauj šajā jēdzienā arī indivīda veselības, fiziskās formas, apmierinātības ar dzīvi un labklājības pašnovērtējumu (Bowling, 2001: 6).

Lai iegūtu skaidrāku priekšstatu par to, kā subjektīvās un objektīvās DZK indikatori ir saistīti ar indivīda rūpēm par veselību, tiek izmantota šī darba otrajā nodaļā aprakstītā Kokerhema un kolēģu izstrādātā veselības dzīvesveida teorija. Taču, pirms pievērsties saistībai starp dzīves kvalitāti un veselību, ir nepieciešams īsi aplūkot pēdējos gados Latvijā veiktos DZK pētījumus.

1.4. Dzīves kvalitātes pētījumi Latvijā

Eiropas Savienībā DZK pētījumi notiek jau vairākus gadu desmitus, “periodiski apsekojot atsevišķas dzīves kvalitāti determinējošas sfēras vai dažas sfēras kopumā” (Stepčenko, 2006: 142). Kopš 2004. gada 1. maija arī Latvija ir Eiropas Savienības locekle, un arī Latvijas sociologi pēdējo gadu laikā ir pastiprināti pievērsušies dzīves DZK pētījumiem. Anna Stepčenko uzsver, ka “dzīves kvalitātes izpēti var motivēt gan tīri teorētiska interese, gan arī praktiska nepieciešamība iegūt un analizēt datus, kas sniegtu zināšanas par dzīves kvalitāti kādā sabiedrībā vai sociālā grupā, lai iegūto informāciju izmantotu praksē, veidojot sociālo politiku” (Stepčenko, 2006: 142). Arī Baiba Bela un Tālis Tisenkopfs atzīst otro no A. Stepčenko minētajiem iemesliem par būtisku impulsu dzīves kvalitātes pētījumiem: “Pievērsšanās indivīda dzīvei, viņa labklājībai, rīcībai un atbildībai Latvijā kļūst par caurviju motīvu sociālos pētījumos un politiskajos dokumentos. Dzīves kvalitāte norāda uz jauniem attīstības orientieriem un mudina meklēt politiskos mehānismus, kā mūsu valsts straujo ekonomisko izaugsmi pārveidot iedzīvotāju labklājībā. [...] Pēdējā laikā vairāki nozīmīgi pētījumi, tostarp “Pārskats par tautas attīstību 2004/2005”, Stratēģiskās analīzes komisijas (SAK) atbalstītie pētījumi par iedzīvotāju ataudzi un migrāciju, pievērsušies indivīda situācijas izpētei, cilvēka iespēju un praktiskās rīcības analīzei. Arī politiskie dokumenti, jo īpaši Nacionālais attīstības plāns, kas definē Latvijas attīstības vadlīnijas laikposmam līdz 2013. gadam, dzīves kvalitāti izvirza kā galveno uzdevumu.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 b: 8) Pēdējos gados Latvijā ir veikti vairāki ievērojami dzīves kvalitātes pētījumi.

“Pārskats par tautas attīstību, 2004/2005: Rīcībspēja reģionos”. Šo pētījumu ir veicis ANO Attīstības programmas (UNDP) birojs, kas sadarbībā ar Latvijas Universitātes Sociālo un politisko pētījumu institūtu (SPPI) pētniekiem ir veidojis Pārskata vajadzībām plašu kvantitatīvu pētījumu par DZK un tās saistību ar cilvēku rīcībspēju Latvijas reģionos. Pētījums aptvēra daudzas sfēras: faktorus, kas virza vai kavē dzīves telpas attīstību; indivīdu rīcībspēju un līdzdalību sabiedrības dzīvē; cilvēku attieksmi pret savu veselību un veselības aprūpes paradumus; mediju lomu reģionu attīstībā; iekšējās un ārējās migrācijas tendences; cilvēku dzīves kvalitāti; izglītības kvalitāti; iedzīvotāju ekonomisko aktivitāti (sk. Pārskats par tautas attīstību, 2005: 124).

Pētnieki uzskata: “Dzīves kvalitātes pamats ir indivīdu labklājība, drošība un sabiedrības ilgtspēja. Indivīda sociālās rīcībspējas paplašināšanās, attīstoties cilvēka aktivitātes iespējām un arī viņa spējai pilnvērtīgi līdzdarboties sabiedrības dzīvē, ir galvenais dzīves kvalitātes mērs.” (Pārskats par tautas attīstību, 2005: 12) Konceptuālā ziņā pētījums balstās uz 1990. gadā ANO ietvaros izstrādāto DZK definīciju, kur DZK tiek izteikta kvantitatīvā formā kā tautas attīstības

indekss (TAI; *Human Development Index, HDI*). TAI ietverti trīs galvenie tautas attīstības aspekti: iedzīvotāju veselības stāvoklis, izglītības līmenis un atbilstoši dzīves standarti (UN Human Development Report 2007/2008: 356). Šos aspektus nosaka vairāki indikatori:

- veselība – garš un veselīgs mūžs, ko izsaka kā jaundzimušo vidējo paredzamo mūža ilgumu;
- izglītība – zināšanu līmenis, ko izsaka pieaugušo lasītprasības līmenis un visu izglītības iestāžu apmeklētāju īpatsvars attiecīgajā vecuma grupā;
- dzīves standarti – cilvēka cienīgs dzīves līmenis, kas izteikts kā reālais iekšzemes kopprodukts (IKP) uz vienu iedzīvotāju Eiropas norēķinu vienībās pēc pirktspējas paritātes standartiem (sk. Pārskats par tautas attīstību, 2005: 126)

Atbilstoši šim uzstādījumam tiek veikta arī DZK dinamikas analīze, kas parāda, ka “ir pamats cerēt, ka tautsaimniecības reformu veiksmīga īstenošana nodrošinās izaugsmi arī nākamajos gados un Latvija sasniegs ES vidējiem standartiem atbilstošu iedzīvotāju labklājības līmeni (sk. Pārskats par tautas attīstību, 2005: 132).

Tajā pašā laikā Pārskata autori uzver, cik neapmierinoša ir situācija veselības sfērā. Gan iepriekšējā Pārskatā par tautas attīstību, gan citos sabiedrības veselības apsekojumos “atzīmēta Latvijas iedzīvotāju sliktā veselība. Šodienas pensionāri ir uzauguši trūcīgajos pēckara apstākļos. Smagais fiziskais darbs, īpaši lauksaimniecībā padomju gados, augstais alkohola patēriņš ir sabeidzis cilvēku veselību. Arī pēc neatkarības atjaunošanas, kā liecina 2005. gadā veiktais pētījums par nodarbinātību, Latvijā cilvēki strādā vairāk un smagāk nekā citviet Eiropā, tādējādi turpinot gādēt veselību – šo tik svarīgo cilvēcisko un sabiedrisko resursu.” (Pārskats par tautas attīstību, 2005: 36) Ar veselību saistītie dati parāda, ka paredzamais mūža ilgums salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem gan ir būtiski pieaudzis, tomēr joprojām ir viens no viszemākajiem ES dalībvalstīs. Pēdējos gados ir stabilizējies mirstības līmenis, taču visizplatītākie nāves cēloņi ir saistīti ar veselības problēmām (asinsrites sistēmas slimības un audzēji). Tāpat, palielinoties narkotiku izplatībai, palielinās arī HIV/AIDS inficēto skaits, kas nelabvēlīgi ietekmē visu sabiedrību.

Pētījums “Dzīves kvalitāte Latvijā (2005)”. Šis pētījums veikts 2005. gadā pēc SAK iniciatīvas un SPPI vadībā, kā arī sadarbībā ar zinātniekiem no vairākām Latvijas augstskolām. Pētījuma centrālais jēdziens “dzīves kvalitāte”, pēc pētnieku domām, ietver gan objektīvos rādītājus, gan aktuālās situācijas novērtējumu un subjektīvo apmierinātību ar dzīvi, gan arī indivīda rīcībspēju, proti, spēju veidot dzīvi atbilstoši saviem priekšstatiem. Pētījuma ietvaros tika aplūkots plašs spektrs dažādu ar DZK saistītu aspektu – Latvijas iedzīvotāju subjektīvā izpratne

par labu dzīvi, jēdziena “dzīves kvalitāte” konstruēšana medijos, DZK atšķirības starp vecumiem, dzimumiem, etnosiem un dažādiem Latvijas reģioniem. Tika apskatīta arī saistība starp DZK un nespeciālistu priekšstatiem par veselību, no šiem priekšstatiem izrietošā veselības uzvedība, apmierinātība ar darbu, mājokļa jautājuma risinājums, ikdienas pārvietošanās (mobilitāte), laika izlietojums, iniciatīva un gatavība uzņemties risku, lai sasniegtu labāku dzīvi. Īpaša uzmanība tika pievērsta tam, kādas stratēģijas Latvijas iedzīvotāji izmanto savas dzīves kvalitātes paaugstināšanai, kā arī viņu rīcībspējai. Minētajā pētījumā mūs interesējošo centrālo terminu ir definējis Tālis Tisenkopfs. “Šajā pētījumā dzīves kvalitāte atvasināta tieši no cilvēka rīcībspējas – īpašību, spēju un darbību kopuma, kas ļauj viņam izveidot sev piemērotu dzīves un pašrealizācijas modeli. [...] Dzīves kvalitāte veidojas uz ikdienas pamata. Liekot klāt svarīgām ikdienas darbībām un attiecībām vārdu “labs”: labs darbs, laba ģimene, laba veselība, labi ienākumi, labs mājoklis, labi draugi, labas nākotnes izredzes, u. tml., – mēs iegūstam labu dzīvi. Lai nonāktu līdz tai, svarīga ir indivīda rīcībspēja.” (Tisenkopfs, 2006: 19) Pētījumā tika ņemts vērā arī subjektīvais DZK novērtējums.

Lai sasniegtu izvirzītos mērķus, datu vākšanā un analizē tika izmantotas vairākas atšķirīgas metodes. Sadarbībā ar “Pārskata par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos” pētniekiem veikta reprezentatīva Latvijas iedzīvotāju aptauja par DZK problemātiku (respondentu skaits – 1020). Dzīves kvalitātes pētījuma vajadzībām tika izstrādāts arī īpašs strukturētas intervijas paraugs – DZK forma, pēc kuras tika intervēti 79 respondenti. Strādājot pie dažām tēmām, bija nepieciešams veikt padziļinātas strukturētās intervijas, kurās respondenti tika izraudzīti gan no iedzīvotāju, gan no nozares ekspertu vidus. Subjektīvo labas dzīves vērtējumu un modeļu analizē tika izmantoti arī 36 ikdienas dzīves apraksti, kurus Latvijas iedzīvotāji iesūtīja pētījuma autoriem. Analizējot preses lomu labas dzīves priekšstatu veidošanā, tika lietotas kontentanalīzes metodes.

Pētnieki lietoja arī Latvijas sociālajās zinātnēs relatīvi novatoriskas pieejas un paņēmienus. Piemēram, pētot bērnu priekšstatus par DZK, tika ievākti un analizēti zīmējumi, kuros viņi attēlo savu labas dzīves redzējumu. Visbeidzot, “īpašas pieminēšanas vērta ir autoru kolektīva sadarbība ar radošo grupu “Labvakar”, kura, izmantojot pētījuma kopējo konceptuālo uzstādījumu, sagatavoja četras filmas par tēmu “Laba dzīve Latvijā”. Šīs filmas veido vizuālo vēstījumu par dzīves kvalitāti, un katrā no tām parādīta kāda būtiska dzīves joma, kas analizēta arī pētījumā: cilvēku subjektīvie priekšstati par labu dzīvi, ģimene un mājoklis, darbs un cilvēku nākotnes ieceres.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 b: 9)

Paši autori savu veikumu raksturo šādi: “Pētījums “Dzīves kvalitāte Latvijā” tika sākts 2005. gadā – zīmīgā laikā – 15 gadu pēc neatkarības atjaunošanas, gadu pēc iestāšanās Eiropas

Savienībā. Tas ir būtisks laikposms, kad var atskatīties uz sasniegto, izvērtēt tagadnes situāciju un izvirzīt uzdevumus, kas vēl jāsasniedz. [...] Pētījuma rezultāti .. ir viens no pirmajiem mēģinājumiem gūt aptverošu ieskatu dzīves kvalitātes problemātikā, procesos un tendencēs mūsdienu Latvijā.” (Bela, Tisenkopfs, 2006 b: 8)

DZK ir objektīvo, subjektīvo un rīcībspējas faktoru mijiedarbības rezultāts. No vienas puses, to ietekmē cilvēka subjektīvā situācija un viņa konkrētā rīcība šīs situācijas ietvaros, no otras puses, cilvēkam pieejamās iespējas tikpat lielā mērā ietekmē arī objektīvā situācija valstī – “ekonomiskā situācija, uzkrātā labklājība, politikas kvalitāte, sabiedrības integrētība, attiecību kultūra u. c. – nosaka robežas, kuru ietvaros indivīdi var rīkoties, lai uzlabotu savu dzīvi” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 419). Divas galvenās idejas, kuras aizstāv pētījuma autori, ir šādas: pirmkārt, DZK ir atkarīga galvenokārt no cilvēka radošas pieejas dzīvei, rīcībspējas un praktiskās darbības, jo “tikai radoša, no indivīda gribas un brīvības izrietoša darbība spēj izveidot dzīvi, ar kuru pats cilvēks būtu apmierināts; otrkārt, “dzīves kvalitātes uzlabošanā būtiska ir arī kolektīvā darbība – kopēju sabiedrības attīstības mērķu izvirzīšana, prasmīgas politikas īstenošana, valsts un privātā sektora ieinteresētība un atbalsts dzīves kvalitātes centieniem” (Bela & Tisenkopfs, 2006 b: 7).

Pētījuma ietvaros tika veikts nošķirums starp DZK *makroprocesiem* (tautsaimniecības attīstība, privātā sektora darbība, sociālā komunikācija u. c.) un *mikroizpausmēm* (cilvēku vērtības, priekšstati, attieksmes, rīcība un ikdienas prakses). Šo procesu analīzes rezultātā tika secināts, ka ir iespējams identificēt desmit DZK uzlabošanas stratēģijas, no kurām galvenā ir strādāšana – lai labāk dzīvotu ir nepieciešams vairāk pelnīt. Tajā pašā laikā pētnieki atzīmē, ka “vienas un tās pašas dzīves uzlabošanas stratēģijas dažādu cilvēku dzīvē var dod atšķirīgus rezultātus, un tas atkarīgs no dzīves kvalitāti “stratificējošiem” faktoriem – izglītības, vecuma, dzīves vietas, mobilitātes, ienākumiem u. c.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 420). Pētījums parādīja, ka individuālā rīcībspēja ir duāls jēdziens: no vienas puses, to veido cilvēkam pieejamie resursi un iespējas, bet, no otras puses, prasme to visu produktīvi izmantot. Tisenkopfs uzskata: “Svarīgi ir veidot plašāku institucionālu rūpēšanās un atbalsta mehānismu, kas ļautu cilvēkiem realizēt savu rīcībspēju, justies drošāk par nākotni savā valstī un straujāk uzlabot dzīvi.” (Tisenkopfs, 2006: 36) Pie tiem makroprocesiem, kas pazemina dzīves kvalitāti Latvijā, ir jāmin arī neapmierinošā politikas kvalitāte – daudzie korupcijas skandāli, kas nākuši atklātībā pēdējos gados, parāda valsts vienaldzību pret iedzīvotāju problēmām, un tādējādi tiek grauta sabiedrības uzticēšanās politikiem un politikai kā tādai.

Latvijas situācija ir īpatnēja ar to, ka DZK mūsu valstī ir sasniedzama daudz vieglāk un tajā pašā laikā daudz grūtāk nekā valstīs, kuru iedzīvotāji ir baudījuši ekonomisko, politisko un sociālo

stabilitāti un izaugsmi vairāku desmitu gadu garumā. No vienas puses, Latvijā nopietna ekonomiskā izaugsme ir sākusies tikai pēdējā desmitgadē, tādēļ iedzīvotājiem ir daudz grūtāk adekvāti izvērtēt situāciju un piemēroties jaunajiem apstākļiem. No otras puses, tie iedzīvotāji, kuri ir pratuši ātri adaptēties tirgus ekonomikas un atvērtās sabiedrības apstākļiem, ir spējuši arī salīdzinoši ātri panākt strauju DZK līmeņa uzlabošanu. Pētījuma rezultāti liecina, ka “visstraujāk dzīve uzlabojas uzņēmējiem, profesionāļiem un augsti kvalificētiem darba ņēmējiem, kā arī jauniem, izglītotiem, aktīviem cilvēkiem ar optimistisku skatu uz nākotni, kuriem ir mērķi un ambīcijas. Šie cilvēki spēj pārvaldīt un virzīt savu dzīvi, realizēt pašu izvēlētas stratēģijas.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 419)

Redzam, ka DZK rādītājiem Latvijā ir raksturīga nevienmērība, ko nosaka nevienmērīgais DZK nepieciešamo resursu sadalījums – nevienmērīga reģionālā attīstība (Rīga un Pierīgas reģions ir daudz attīstītāki nekā citi reģioni), nevienmērīgs izglītības, nodarbinātības un mobilitātes līmenis, kā arī nevienmērīgs ienākumu sadalījums starp pārtikušajiem un trūcīgajiem iedzīvotājiem. Salīdzinājuši šos rādītājus ar Eiropas Savienības rādītājiem, pētnieki konstatēja, ka “Latvijā atšķirības starp turīgāko un trūcīgāko iedzīvotāju vispārējo apmierinātību ar dzīvi ir vienas no krasākajām Eiropā. Mūsu valsts trūcīgāko iedzīvotāju ienākumi ES kontekstā patiešām ir zemi, un viņi ikdienā sastopas ar nopietnām izdzīvošanas grūtībām un eksistenciālām problēmām.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 419)

Lai uzlabotu kopējo dzīves līmeni Latvijā, ir nepieciešams mazināt nabadzību un sociālo atstumtību tādējādi samazinot atšķirības starp dažādām iedzīvotāju grupām. Vissliktākā situācija ir pensijas vecuma iedzīvotāju vidū, par ko liecina ne tikai objektīvo DZK indikatoru atpalcība šajā demogrāfiskajā grupā, bet arī zemais DZK subjektīvais pašnovērtējums – “77% aptaujāto pensijas vecuma cilvēku uzskata, ka veciem cilvēkiem Latvijā dzīve ir slikta” (Bela, 2006: 49). Pēc Belas domām, pensionāru dzīves kvalitātes uzlabošana ir neatliekami risināms jautājums, jo dzīve nabadzībā ir saistīta ne tikai ar materiālām problēmām, bet arī ar depresiju un morālām ciešanām – pazemojumu, savas nevajadzības apziņu (sk. Bela, 2006: 55). Tādēļ ir nepieciešams ne tikai palielināt ārkārtīgi zemās pensijas, kas 80% pensionāru ir zem iztikas minimuma, bet arī veikt pasākumus šīs iedzīvotāju grupas cieņas un pašcieņas paaugstināšanai, piemēram, pievēršot viņu problēmām vairāk uzmanības un veidojot pozitīvāku tēlu publiskajā telpā, tādējādi kļiedējot trūcīgā, slimā un nekam nederīgā vecā cilvēka stereotipu. “Vecākajai paaudzei piemīt virkne vajadzīgu rīcībspējas resursu – dzīves pieredze, zināšanas, laika resursi, interese un vēlme palīdzēt bērniem un mazbērniem. Vecāko cilvēku resursi un iespējas vairāk jāizmanto, sniedzot atbalstu sociālās, ģimenes un citu politikas jomu ietvaros.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 423–424)

Aplūkojot situāciju no etniskā aspekta, pētījuma autori nav konstatējuši nekādas atšķirības starp krieviski runājošo un latviski runājošo iedzīvotāju DZK, tādējādi tiek atspēkota tēze par to, ka krieviski runājošie tiek diskriminēti darba tirgū, izglītības jomā vai sociālo pakalpojumu saņemšanas iespējās: “..Ienākumi, nodarbinātība, mājokļa apstākļi un citi dzīves apstākļi etniskā griezumā būtiski neatšķiras.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 424) Tajā pašā laikā atšķirības parādās politiskās integrācijas un līdzdalības ziņā, jo latvieši (un līdz ar to arī pilsoņi) vairāk piedalās politiskajās aktivitātēs, kas potenciāli dod lielākas iespējas ietekmēt norises pašvaldību un valsts līmenī un tādējādi aktīvāk iesaistīties savas dzīves uzlabošanā. Nopietna problēma, kas negatīvi ietekmē arī DZK valstī, ir spriedze, kas izriet no savstarpējas konkurences un apdraudētības izjūtas attiecībās starp latviešu un krievu sociolingvistiskajām grupām. Šī spriedze atspoguļojas dažādu valsts etnopolitikas atribūtu (Valodas likums, izglītības reforma, pilsonības iegūšanas nosacījumi) atšķirīgā vērtējumā.

Pētījums fiksēja būtiskas sakarības starp cilvēku rīcībspēju, iespējam ietekmēt dzīvi un apmierinātību ar dzīvi. Šīs sakarības ļāva secināt: “..Jo vairāk cilvēks spēj pats būt situācijas noteicējs, jo vairāk viņš ir apmierināts ar konkrēto dzīves jomu. Jomas, ar kurām cilvēki nav apmierināti, ir tās, kuras viņi lielākoties nejūtas spējīgi ietekmēt, piemēram, darba alga, darba vide un apstākļi, arī ienākumi.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 421) Vērtējot dažādas dzīves jomas, iedzīvotāji visvairāk bija apmierināti ar atbalstu, ko viņi saņem un sniedz citiem, ar ģimeni, dzīves vidi, mājokli, laiku, ko var veltīt ģimenei un sev, izglītību un veselību. Šajos rādītājos vairāk nekā 50% respondentu atbildējuši, ka ir ļoti apmierināti vai apmierināti.

Latvijā ir viena no garākajām darba nedēļām Eiropas Savienībā: “Pilna laika algots darbinieks parasti pamatdarbā strādā vidēji 42,6 stundas nedēļā, kas ir 2,3 stundas ilgāk nekā vidēji ES-25 valstīs. Turklāt 7% nodarbināto bija vismaz viens papilddarbs, kur viņi strādāja vidēji 14 stundu nedēļā.” (Hazans, 2006: 237) Kopumā ar darbu apmierināti 56% aptaujāto, turklāt darba ņēmēji Latvijā bieži ir apmierināti ar darbu arī tajā gadījumā, ja viņus neapmierina atsevišķi tā aspekti, piemēram, darba alga (40%), iespējas darbā īstenot savas ieceres un mērķus (25%), darba apstākļi (18%), darbs kopumā (14%). Šos datus var skaidrot ar to, ka darbs tiek uzskatīts par iztikas līdzekļu, nevis gandarījuma avotu. Viens no šādas samierināšanās iemesliem ir tas, ka “lielākā daļa strādājošo neredz reālas iespējas atrast labāku darbu” (Hazans, 2006: 246).

Viena no lielākajām problēmām Latvijā ir mazās algas un zemie ienākumi. “Eiropas Dzīves un darba apstākļu uzlabošanas fonda pētījumā 44% aptaujāto Latvijas māsaimniecību atzina, ka grūti “savilkt galus”, šajā ziņā sliktāka situācija bija tikai Turcijā, Polijā un Bulgārijā. Mūsu pētījums liecina, ka cilvēki zemās algas mēģina kompensēt ar daudzstrādāšanu (vairāki

darbi, garākas darba stundas, darbs vakaros, brīvdienās) un pārmērīgu darba slodzi, kas rada sarežģījumus citās dzīves jomās – ģimenes attiecībās, pašrealizēšanas iespējās, pilnvērtīgas atpūtas un veselības ziņā.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 422) Daudzi Latvijas darbspējīgie iedzīvotāji dodas uz ārzemēm, jo tur ir gan krietni labākas iespējas nopelnīt, gan arī daudz labāka darba devēju attieksme.

Veselības un dzīves kvalitātes saistība nav tik vienozīmīga, kā varētu likties. Par spīti sabiedrībā izplatītajam viedoklim, ka veselība ir viens no galvenajiem labas dzīves komponentiem un par to ir jā rūpējas, pētījums parāda, ka daudzos gadījumos rūpes par labu dzīvi neiekļauj sevī rūpes par veselību, drīzāk otrādi – “nereti indivīda ikdienā veiktās darbības var būt pilnīgi pretējas rūpēm par veselību” (Sīlis, 2006 b: 180). Pašu jēdzienu “veselība” Latvijas iedzīvotāji lielākoties saprot nevis holistiski, proti, kā fizisku, psiholoģisku un sociālu labklājību, bet gan šauri un negatīvi – kā slimības neesamību. Ikdienā veselība tiek pakārtota citām prioritātēm, no kurām galvenā ir darbs. Līdz ar to rūpes par veselību sākas tikai tad, kad tā ir būtiski pasliktinājusies, tādējādi rūpes par veselību drīzāk saistās ar rūpēm par slimību, proti, nepieciešamību ārstēties. Tie respondenti, kuri uzskata, ka rūpējas par savu veselību, par galvenajiem aprūpes līdzekļiem parasti uzskata zāles un vitamīnus, nevis veselību saglabājošu un veicinošu paradumu sistēmas veidošanu – samērīgu darba un atpūtas periodu ievērošanu, veselīgus ēšanas paradumus, pietiekamas fiziskās aktivitātes. “No sabiedrības viedokļa šāda tendence nav uzskatāma par konstruktīvu, jo negatīvi ietekmē mūža ilgumu, pazemina indivīdu dzīves kvalitāti, rada papildu slodzi veselības aprūpes sistēmai.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 423) Paralēli tam pēdējos gados var novērot arī pozitīvu tendenci: pateicoties dzīves līmeņa kāpumam un izpratnei par veselību, jaunāka un vidēja vecuma cilvēki arvien vairāk pievēršas veselīgam dzīvesveidam, nodarbojas ar sportu un veic profilaktiskas apskates pie ārsta. Būtu vēlams šo tendenci veicināt ar sabiedrības veselības izglītības kampaņu palīdzību.

2003. gadā veiktajā apsekojumā par dzīves kvalitāti Eiropā Latvijas iedzīvotāju vidējais subjektīvās apmierinātības ar dzīvi rādītājs 10 ballu sistēmā bija 5,5 balles (ES vecajās dalībvalstīs šis rādītājs bija 7,3, bet visās 25 dalībvalstīs un kandidātvalstīs – 7,1) (EFILWC, 2004: 63). Savukārt 2005. gadā, atbildot uz pētījuma ietvaros veiktās aptaujas jautājumu “Cik apmierināts vai neapmierināts Jūs esat ar savu pašreizējo dzīvi kopumā?”, vidējais rādītājs bija 6,1 balle, proti, tas bija pieaudzis par 0,6 ballēm. Pētījumā iegūtie dati parādīja, ka Latvijā pastāv saistība starp objektīvajiem labklājības rādītājiem un dzīves subjektīvo novērtējumu – “cilvēki ar augstākiem ienākumiem, augstāku izglītības līmeni, labāku veselību, ērtāku mājokli kopumā ir vairāk

apmierināti ar dzīvi nekā tie, kuru ienākumi ir zemāki vai mājoklis mazāk labiekārtots” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 421).

Viens no pētījuma ietvaros notikušās kvantitatīvās aptaujas jautājumiem bija šāds: “Cik apmierināts vai neapmierināts jūs esat ar savu pašreizējo dzīvi kopumā?” Atbildes uz šo jautājumu ļāva iegūt sintētisku subjektīvu DZK indikatoru. Aptaujas dati liecināja, ka 10 ballu sistēmā Latvijas iedzīvotāju vidējais DZK vērtējums 2005. gadā ir 6,1, kas norāda uz pozitīvu izaugsmi salīdzinājumā ar 2003. gadu, kad šis indikators bija 5,5 (Bela, 2006: 58). Iedzīvotāju individuālo iniciatīvu un rīcībspēju DZK paaugstināšanā vajadzētu atbalstīt, piedāvājot pārdomātu un prasmīgi īstenotu valsts politiku nodarbinātības, uzņēmējdarbības, izglītības, reģionālās attīstības, integrācijas un citās jomās. Citiem vārdiem – “lai sasniegtu augstāku dzīves kvalitāti, vajadzīga solidaritāte iedzīvotāju un valsts starpā” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 425). Lai to panāktu, ir vitāli svarīgi veidot godīgu, atbildīgu un efektīvu politiku, kas spētu pārvarēt pašreizējo valsts struktūru atsvešinātību no iedzīvotājiem.

Pētījums “Dzīves kvalitātes indekss (2006)”. Šo pētījumu veica Edvīna Karniša vadītā darba grupa, kas izstrādāja integrētu DZK indeksu ar mērķi iegūt Latvijas iedzīvotāju DZK kvantitatīvu novērtējumu. Iegūtie rezultāti liecināja par nelielu, taču pieaugošu DZK palielināšanos – 2004. gadā. Šie rādītāji tika salīdzināti ar šā paša pētījuma ietvaros veiktās iedzīvotāju DZK pašnovērtējuma aptaujas datiem, kas parādīja, ka kopumā Latvijas iedzīvotāji ir vidēji apmierināti ar savu DZK, taču augsta relatīvā deviācija norāda, ka DZK pašnovērtējums ir ļoti neviendabīgs.

Šī pētījuma darba grupas mērķis bija radīt instrumentu, ar kura palīdzību iespējams veikt DZK dinamikas kvantitatīvu vērtējumu. Sākot šī instrumenta izstrādi, vispirms tika aplūkoti prominentākie no pasaulē izmantotajiem indeksiem, kas tiek lietoti valstu savstarpējai salīdzināšanai. Izrādījās ka tos nav iespējams piemērot Latvijas situācijai, tāpēc “darba grupai bija jāizstrādā uz objektīviem statistiskiem datiem balstīts dzīves kvalitātes indekss, kurā ir ietvertas Latvijas sabiedrībai būtiskās prioritātes mūsu apstākļiem atbilstošā proporcijā un kurš dod iespēju maksimāli objektīvi definēt sasniegtās dzīves kvalitātes ikgadējās salīdzinošās izmaiņas” (Karnītis et al., 2007: 68). Izanalizējusi sabiedriskās domas aptauju rezultātus, kā arī jaunākos Stratēģiskās analīzes komisijas (SAK) veiktos pētījumus un aptaujas (Bela & Tisenkopfs, 2006 a; Indāns et al., 2006), darba grupa nodalīja deviņus aspektus, kurus Latvijas iedzīvotāji izskata par prioritāriem dzīves kvalitātes paaugstināšanai.

Tabula 1. Dzīves kvalitātes aspekti un tiem atbilstošie indikatori

Dzīves kvalitātes aspekti	Indikatori
1. Materiālā labklājība	a) Ienākumi vidēji mēnesī uz 1 saimes locekli b) Ienākumi no budžeta fondiem (izglītība, veselība, kultūra, transports, sports utt.) vidēji gadā uz 1 saimes locekli c) Gada inflācija
2. Nodarbinātība	a) Nodarbināto cilvēku īpatsvars iedzīvotāju (15–74 g. v.) vidū
3. Veselība, sociālā drošība	a) Vidējais paredzamais mūža ilgums jaundzimušajiem
4. Izglītība, zināšanu līmenis	a) Iedzīvotāju (15–74 g. v.) procentuālais sadalījums pēc iegūtās izglītības līmeņa: pamatzglītība, vidējā izglītība, augstākā izglītība b) Mācībās iesaistījušos jauniešu (7–23 g. v.) daudzums c) Iedzīvotāju daudzums (25–64 g. v.), kas ieguvuši kādas zināšanas pēdējo četru nedēļu laikā
5. Fiziskā drošība	a) Noziedzīgo nodarījumu skaits, rēķinot uz 100 000 iedzīvotājiem b) Cietušo skaits no ārējiem cēloņiem, rēķinot uz 100 000 iedzīvotājiem: <ul style="list-style-type: none"> • ievainoto skaits ceļu satiksmes negadījumos, rēķinot uz 100 000 iedzīvotājiem • mirušo skaits no ārējiem nāves cēloņiem (transporta negadījumi, slepkavības, ugunsgrēki u. c.), rēķinot uz 100 000 iedzīvotājiem
6. Mājoklis	a) Dzīvojamā platība m ² uz 1 cilvēku
7. Ģimene	a) Summārais dzimstības koeficients
8. Līdzdalība, iekļaušanās procesos	d) Darbs organizācijās, neformālā palīdzība citiem, reliģiskās un citas līdzdalības aktivitātes – iedzīvotāju īpatsvars (no 10 g. v.)
9. Pilnvērtīga atpūta, rekreācija	e) Brīva laika apjoms (stundas nedēļā)

Avots: Karnītis et al., 2007: 75–76

Šo aspektu mērīšanas indikatori tika izraudzīti, vadoties pēc diviem pamatprincipiem. Pirmkārt, pretstatā ierastajai valsts interešu dominantei izaugsmi raksturojošajos rādītājos, indikatoriem ir jāatspoguļo iedzīvotāju viedoklis un intereses. Otrkārt, “objektīvai dzīves kvalitātes pieauguma raksturošanai jāizvēlas indikatori, kurus skaitliski nosaka regulārā statistiskā informācija; tāpēc katra aspekta skaitliskam novērtējumam ir jāizvēlas indikatori, kuru skaitliskās vērtības regulāri sniedz Centrālā statistikas pārvalde” (Karnītis et al., 2007: 74).

Pēc darba grupas domām, lielāko daļu aspektu ir iespējams raksturot ar vienu indikatoru, taču materiālās labklājības, izglītības un fiziskās drošības pilnīgai raksturošanai bija nepieciešams kombinēt vairākus indikatorus. Lai noteiktu katra atsevišķā indikatora īpatsvaru kopējā DZK vērtējumā, tika veikta dažādās jomās darbojošos ekspertu aptauja. Izveidotās aptaujas anketas izsūtīja 80 ekspertiem, atpakaļ tika saņemtas 50 anketas. Eksperti bija vienprātīgi, ka svarīgākie DZK indikatori Latvijā ir nodarbinātība, veselība, ģimene, mājoklis un ienākumi, pārējos indikatorus vērtējot kā mazāk nozīmīgus.

Aprēķinot DZK indeksu, kā bāzes rādītāji tika ņemti LR Centrālās statistikas pārvaldes dati par 2003. gadu; kad datus salīdzināja, izrādījās, ka 2004. gadā DZK Latvijā pieaugusi par 1,9, bet 2005. gadā – par 2,6 procentpunktiem (sk. Karnītis et al., 2007: 83). Aprēķinu rezultāti parādīja, ka galveno DZK pieauguma daļu veido ekonomiskā izaugsme, nodarbinātības pieaugums, augstākās izglītības ieguvēju pieaugums un mājokļu tirgus attīstība. Savukārt dzīves kvalitāti negatīvi ietekmē tas, ka “joprojām pietiekamā līmenī nav veselības aizsardzība un sociālās programmas, nav kļuvusi populāra vispārēja un nepārtraukta mācīšanās visa mūža garumā, arī ģimene reāli nav ieguvusi pienācīgu vietu pretēji respondentu izteikumiem aptaujās” (Karnītis et al., 2007: 86)

Līdzās indeksa aprēķiniem tika veikta arī Latvijas iedzīvotāju DZK pašnovērtējuma aptauja, kur Latvijas iedzīvotāji tika lūgti novērtēt savu apmierinātību ar DZK skalā no 1 (pilnīgi neapmierināts) līdz 7 (pilnīgi apmierināts). Aptaujā piedalījās 1060 respondenti vecumā no 15 līdz 74 gadiem, viņu vidējais DZK vērtējums ir 3,9 – “tāpat praktiski vidējs apmierinātības līmenis (pēc aptaujas nosacījuma vidējais ir 4).” (Karnītis et al., 2007: 86) Taču relatīvā deviācija no vidējā lieluma bija ļoti ievērojama, kas liecina, ka Latvijā cilvēku DZK ir ļoti nevienmērīga – daudz apmierinātāki ar dzīvi ir cilvēki, kas dzīvo Pierīgas rajonos, cilvēki ar augstāku izglītību, augstākiem ienākumiem, 15–34 gadus veci cilvēki, latvieši un Latvijas pilsoņi. Pati neapmierinātākā Latvijas iedzīvotāju kategorija ir bezdarbnieki. Savukārt vecāka gadagājuma cilvēku neapmierinātība ar dzīves kvalitāti “ir cieši saistīta ar veselības aprūpes un sociālo programmu nozīmes pieaugumu viņu vērtību skalā un vienlaikus joprojām esošajām problēmām šajās jomās; faktiski visas esošās aktivitātes pagaidām vēl nav devušas gaidītos rezultātus” (Karnītis et al., 2007: 95).

Pētījums “Dzīves kvalitāte Latvijas veco ļaužu pansionātos” (2007). Pētījumu veica trīs pētnieku grupa (LU SZF docētāji Anna Stepčenko un Māris Brants, kā arī socioloģijas maģistrantūras studente Līva Burkovska) laika posmā no 2004. gada janvārim līdz 2006. gada decembrim. Pētījumā izmantotas kvalitatīvās metodes: daļēji strukturētās padziļinātās intervijas ar pansionātu darbiniekiem (vadītājiem un aprūpētājiem), un klientiem; pētījuma mērķis bija noskaidrot, kāda ir aprūpes institūcijās dzīvojošo veco cilvēku dzīves kvalitāte. Pētījumam pēc teritoriāla principa tika atlasīti 10 no 70 pansionātiem. Tika aptaujāti pansionātu klienti (n=26) vecumā no 59 līdz 92 gadiem, no kuriem 12 bija sievietes, bet 14 – vīrieši.

Ņemot vērā to, ka vispārpieņemtas dzīves kvalitātes definīcijas nav, pētnieki tā saturu raksturoja, uzskaitot piecus dzīves kvalitātes objektīvos indikatorus un vienu subjektīvo indikatoru. Objektīvie indikatori tika noformulēti, izmantojot Pjēra Burdjē ieviesto kapitāla jēdzienu, kura saturs tika modificēts atbilstoši pētījuma specifikai. Veco ļaužu pansionātu klientu

dzīves kvalitāti veido *ekonomiskais kapitāls* (materiālie resursi un dzīves apstākļi), *politiskais kapitāls* (neatkarība un indivīda iespējas ietekmēt savu un apkārtējo cilvēku dzīvi), *sociālais kapitāls* (radu un paziņu loks un iespējas, ko tas sniedz), *kultūras kapitāls* (iespējas, kas radušās, iegūstot izglītību un iepazīstoties ar dažādām kultūras dimensijām), kā arī *veselība* (veselības stāvoklis, individuālās rūpes par veselību un pansionātu piedāvātā veselības aprūpe) (Stepčenko, Brants & Bukovska, 2007: 12–13).

Pētījumā iegūtie dati parāda, ka stereotips par pansionātu kā “nabagmāju”, kur dzīves apstākļi ir nožēlojami, neatbilst patiesībai. Pansionāta iemītnieku materiālais dzīves līmenis ievērojami pārsniedz vidējo Latvijas pensionāru dzīves līmeni, jo viņi tiek nodrošināti ne tikai ar pajumti, bet arī ar pārtiku, apģērbu un medicīnisko aprūpi. Saskaņā ar likumdošanu pansionāta iemītnieku rīcībā nonāk 15% no viņu pensijas, pārējais aiziet uzturēšanas izdevumu segšanai. Kopumā šo pakalpojumu izmaksas ievērojami pārsniedz vidējās pensijas apjomu, tādēļ “pansionāta iemītnieku vidū netrūkst tādu, kas agrāk nekad tik labi nav dzīvojuši” (Stepčenko, Brants & Bukovska, 2007: 14). Liela loma šo apstākļu nodrošināšanā ir pansionāta vadībai, kas cenšas izmantot atvēlēto trūcīgo finansējumu maksimāli efektīvi.

Tajā pašā laikā, dzīve pansionātā ir saistīta ar samazinātu politisko kapitālu – ierobežojumiem, kas izpaužas kā nepieciešamību ievērot režīmu un rēķināties ar apkārtējiem cilvēkiem. Līdz ar to visgrūtāk pansionātā iejusties ir tiem, kas līdz tam ir dzīvojuši vieni. Otra grupa, kurai ir visvairāk problēmu, ir inteliģenti – viņu prasības ir daudz augstākas par pansionāta piedāvātajām iespējām, taču viņiem nākas samierināties ar to, kas ir. Individuālo brīvību ierobežo arī ar veselību saistītā funkcionētspēja, proti, spēja kustēties un pārvietoties.

Veco ļaužu veselības stāvoklis visbiežāk ir slikts, kas tiek skaidrots gan ar nelabvēlīgiem sociālajiem faktoriem (karš, politiskās un ekonomiskās pārmaiņas), gan ar dzīvesstila faktoriem (kaitīgie ieradumi), gan arī ar dabisku novecošanas procesu – lielākā daļa pansionātu iemītnieku ir vecumā no 75 līdz 89 gadiem, un šajā vecumā laba veselība ir retums. Tajā pašā laikā reti kurš cenšas patstāvīgi rūpēties par fizisko un garīgo veselību – pansionāta iemītnieki vairumā gadījumu ir fiziski pasīvi, neveic apzinātas aktivitātes, lai rūpētos par savu veselību un labsajūtu (Stepčenko, Brants & Bukovska, 2007: 29). Rūpes par veselību lielākoties izpaužas kā pansionāta piedāvāto medicīniskās aprūpes pakalpojumu izmantošana, kas bieži vien ir galvenais ierašanās iemesls: “.. lai cilvēks nokļūtu pansionātā, viņam parasti jābūt smagi slimam” (Stepčenko, Brants & Bukovska, 2007: 15).

Kas attiecas uz sociālo kapitālu, dzīve pansionātā piedāvā visai plašas iespējas veidot sociālos kontaktus gan ar citiem klientiem, gan ar cilvēkiem ārpus pansionāta (doties ciemos pie

radiniekiem vai apmeklēt veikalu), taču tas, cik lielā mērā šīs iespējas tiek izmantotas, ir atkarīgs no katra konkrētā indivīda. Daži nepieciešamību dzīvot kopā ar kādu citu uztver kā traucēkli, bet citi – tieši otrādi, ir priecīgi par to, ka nedzīvo vieni un ir ar ko kontaktēties. Tajā pašā laikā par optimālu pētījuma autori atzīst iespēju dzīvot istabā vienam, jo tad katrs pats var izvēlēties, kad un ar ko kontaktēties. Daudzos pensionātos telpu trūkuma dēļ tas nav iespējams, un šajā gadījumā par optimālu tiek atzīta dzīve divatā vai trijātā (Stepčenko, Brants & Bukovska, 2007: 31).

Ievērojams ir arī pensionāta iemītnieku kultūras kapitāls – brīvajā laikā viņiem ir plašas iespējas nodoties dažādām kultūras aktivitātēm. Visbiežāk tā ir televīzijas skatīšanās vai grāmatu un preses izdevumu lasīšana, kas ir visvieglāk pieejamās lietas un neprasa fizisku piepūli. Vismaz reizi mēnesī pensionātos notiek koncerts vai pasākums, kuru organizē baznīca vai kāds pašdarbības kolektīvs. Tajā pašā laikā pētījuma autori azīmē, ka ne visi vecie ļaudis spēj vai vēlas izmantot viņiem piedāvātās iespējas (Stepčenko, Brants & Bukovska, 2007: 33)

Saistībā ar dzīves kvalitātes pašnovērtējumu pētījuma autori norāda, ka tā novērtēšanai ir izmantojuši trīs mērvienību skalu, kuras iedaļas ir augsts, vidējs un zems apmierinātības līmenis. Izņemot atsevišķus gadījumus, kad indivīdam nav izdevies adaptēties jaunajos apstākļos, “dominējošā subjektīvā apmierinātība kā dzīves kvalitātes rādītājs harmonē ar novērotajiem objektīvajiem dzīves kvalitātes rādītājiem, no kuriem daļa atbilst veco ļaužu pensionāta ideāltipa prasībām” (Stepčenko, Brants & Bukovska, 2007: 56). Pētījuma autori atkārtoti uzsver, ka “vidējais Latvijas pensionāta iemītnieks dzīvo nesalīdzināmi labāk par vidējo Latvijas pensionāru” (Stepčenko, Brants & Bukovska, 2007: 23). Taču saskaņā ar CSP datiem no kopējā pensionāru skaita, kas 2006. gadā bija 576 100 (CSP, 2007 b), pētījuma veikšanas brīdī visos Latvijas pensionātos dzīvoja 5261 pensionārs. Tātad valsts nodrošinātos labos dzīves apstākļos bauda mazāk nekā viens procents pensionāru, savukārt pārējiem ir jāiztieks ar pašu spēkiem.

Kopsavilkumā var secināt, ka, par spīti teorētiskajām un metodoloģiskajām atšķirībām, kas raksturīgas pēdējos gados veiktajiem DZK pētījumiem, Latvijas pētnieki ir ņēmuši vērā galvenās teorētiskās atziņas, kas ir noformulētas teorētiskajās diskusijās par DZK pētījumiem. Pirmkārt, DZK tiek interpretēta kā daudzdimensionāls jēdziens, kas aptver ne tikai materiālos resursus, bet arī citas svarīgas jomas (piemēram drošību, izglītību, sociālās attiecības utt.). Kā promocijas darbam būtisks apstāklis ir jāatzīmē Latvijas DZK pētnieku vienprātība par to, ka veselība ir viena no galvenajām DZK jomām. Otrkārt, DZK analizē tiek izmantoti gan objektīvie (funkcionētspējas un rīcībspēja), gan subjektīvie (dzīves kvalitātes pašnovērtējums) indikatori. Individuālās apmierinātības ar dzīvi novērtējums tiek iekļauts arī kvantitatīvajos pētījumos, kur tas tiek izteikts skaitliskā formā (ballēs vai kā koeficients). Izdarot secinājumus par DZK, tiek ņemts vērā tas, ka

dzīves kvalitāte ir dažādu dzīves sfēru savstarpējās ietekmes rezultāts: “Pārāk zemi iedzīvotāju skaita pieauguma un mūža ilguma rādītāji, slikta veselība, darbaspēka migrācija uz ārzemēm, zemas algas un nevienmērīgs labklājības pieaugums dažādās iedzīvotāju grupās ir procesi, kas skaudri iezīmē dzīves kvalitātes nepietiekamību visai plašos iedzīvotāju slāņos.” (Bela & Tisenkopfs, 2006: 8) Tas ļauj secināt, ka promocijas darbā formulētā hipotēze, ka iedzīvotāju veselības uzvedību ietekmē tie paši faktori, kas nosaka viņu DZK, ir izvirzīta pamatoti.

Galvenais secinājums, kas izriet no visiem DZK pētījumiem, ir šāds: par spīti divdesmit neatkarības gados notikušajām pozitīvajām pārmaiņām, Latvijā joprojām vērojama atpalicība no Eiropas sociālajiem standartiem. Līdz ar to “uzlabot dzīves kvalitāti ir principiāls uzdevums Latvijas attīstībā. Bez tā izpildes nebūs iespējams saglabāt un vairost nācijas dzīvo spēku, uzturēt ekonomiskās augsmes tempus, veidot integrētu sabiedrību.” (Bela & Tisenkopfs, 2006 c: 425) Šim viedoklim piekrīt arī Anna Stepčenko, uzsverot socioloģisko pētījumu lomu ceļā uz DZK paaugstināšanu: “.. Refleksija par indivīda, grupu un sabiedrības dzīves kvalitāti un tās empīriskā izpēte var dot gan intelektuālu impulsu, gan impulsu darbībai, kas būtu vērsta uz Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes tuvināšanu vismaz vidējam Eiropas Savienības valstu līmenim.” (Stepčenko, 2006: 154)

2. Teorētiskās paradigmas un modeļi veselības un slimības socioloģijā

Veselības un slimības socioloģija ir socioloģijas apakšnozare, kas lieto šīs disciplīnas teorētisko instrumentu klāstu, “lai izprastu veselības un slimības subjektīvo pieredzi, kā arī kritiski aplūkotu sabiedrības atbildes reakciju uz veselību, slimības subjektīvo uztveri (*illness*) un tās medicīnisko aprakstu (*disease*)” (Nettleton & Gustaffson, 2002: 1). Veselības un slimības socioloģija pēta medicīniskas iejaukšanās iespējas un robežas, to ietekmi uz indivīdu un sabiedrību. Tiek veidoti arī veselību un slimību paskaidrojoši modeļi, kas balstās uz sociālo fonu un kopsakarībām un aplūko tādus veselības stāvokli ietekmējošos faktorus kā dzimums, vecums, sociālais stāvoklis, ienākumi, izglītība utt. Tā aplūko arī ārsta un pacienta attiecības, kas ir specifiska sociālās mijiedarbības forma, kurā konceptualizējas veselības un slimības jēdzienu nozīme un tiek ietekmēta indivīda veselības uzvedība (sk. Gabe, Bury & Elston, 2004: xi).

Veselības un slimības socioloģijā ir iespējams nodalīt trīs zinātniskās analīzes līmeņus: 1) “individuālo līmeni”, kurā tiek aplūkota veselības un slimības subjektīvā uztvere; 2) “sociālo līmeni”, kurā tiek aplūkota veselības kategoriju sociālā konstruēšana un veselības aprūpes organizācijas; 3) “politisko līmeni”, kurā tiek aplūkotas veselības aprūpes sistēmas un to politiskais konteksts (sk. Nettleton, 2006: 7–8).

Pēc Maika Barija (*Mike Bury*) domām, socioloģiskā perspektīva, no vienas puses, var tikt lietota, lai pētītu veselības un veselības traucējumu sociālo izplatību iedzīvotāju vidū, kā arī lai pētītu veselības aprūpes institūciju darbību un to efektivitāti. Šajā nozīmē medicīnas socioloģijai ir izteikti praktiska orientācija – tā nodarbojas ar veselības izpratni un uzlabošanu un šajā statusā funkcionē kā medicīnas apakšnozare. No otras puses, veselības, slimības un veselības aprūpes sistēmas socioloģiskie pētījumi var tikt novietoti līdzās citu sociālo institūciju, prakšu un pieredzes analīzei, kas tiek veikta ar mērķi izprast konkrēto sabiedrību. Šajā ziņā medicīnas socioloģijai ir arī teorētisks uzstādījums, tās mērķis ir izskaidrot fundamentālas sociālās transformācijas un to implikācijas, kā arī ikdienas sociālo mijiedarbību, kas ir saistīta ar veselību un slimību (sk. Bury, 1997: 4). Šo pārmaiņu radīto subjektīvo pieredzi ir grūti ietilpināt tādās tradicionālās kategorijās kā sociālā šķira, rase, vecums un dzimums, tādēļ medicīnas socioloģijā arvien lielāku nozīmi ir ieguvuši indivīda subjektīvie priekšstati par veselību un rūpēm par savu veselību, subjektīvā slimības pieredze, kā arī šo priekšstatu un pieredzes saistība ar tiem sociālajiem indikatoriem, ar kuru palīdzību tiek mērīta viņu dzīves kvalitāte.

Sākotnēji veselības un slimības socioloģija iekļāvās medicīnas socioloģijā, taču, pakāpeniski attīstoties, tā galu galā atdalījās un kļuva par patstāvīgu nozari ar savu skaidri nodalītu interešu sfēru. Tajos gadījumos, kad šo nozaru intereses ir tuvas vai pat identiskas, jēdzienus “veselības un slimības socioloģija” un “medicīnas socioloģija” iespējams traktēt kā sinonīmus. Pastāv arī tāds viedoklis, ka veselības un slimības socioloģija ir medicīnas socioloģijas apakšnozare (sk. Turner, 1992: 23). Tomēr, par spīti interešu sakritībai, starp nozarēm pastāv skaidrs nošķirums: medicīnas socioloģija ir veselības aprūpes ietvaros pastāvoša praktiskās socioloģijas nozare, kas pēta cilvēka uzvedību medicīniskajā kontekstā. Savukārt veselības un slimības socioloģija nodarbojas ne tikai ar veselības un slimības fenomenu empīriskajiem pētījumiem to sociālajā kontekstā, bet arī veido teorijas par to, kā rodas, mainās un funkcionē izpratne par veselību un slimību. Medicīnas socioloģijas attieksme pret medicīnu ir neitrāla, turpretī veselības un slimības socioloģija ieņem kritiskāku pozīciju, norādot uz nepieciešamību ņemt vērā veselības un slimības sociālos aspektus.

Līdz pat 20. gadsimta vidum socioloģija bija pievērsusi relatīvi maz uzmanības veselības un medicīnas problēmām, taču, kā atzīmē Elena Enendeila, “mainoties pašas socioloģijas teorētiskajam apgabalam, šīm problēmām ir radusies iespēja ieņemt tajā centrālo vietu” (Annendale, 1998: vii). Tērners ir viensprātis ar viņu, uzskatot, ka “medicīnas socioloģijai, jeb, runājot konkrētāk, veselības un slimības socioloģijai ir iespēja kļūt par mūsdienu socioloģiskās teorijas avangardu” (Turner, 1992: 162–163).

Šāda iespēja ir radusies tādēļ, ka līdz ar patērētāju kultūras attīstību ir mainījusies arī mūsdienu izpratne par veselību – veselības motīvs caurauž gandrīz visas kultūras sfēras un tiek nepārtraukti atspoguļots publiskās informācijas telpā. Sāra Netltona (*Sarah Nettleton*) atzīmē: “Veselībai un slimībai plašsaziņas līdzekļos tiek pievērsta būtiska uzmanība: gan televīzija, gan radio, gan laikraksti, gan žurnāli gan arī video atvēl pietiekami daudz vietas un laika veselībai un ar to saistītām tēmām. Tādējādi informācija un zināšanas par veselību un slimību vairs nepieder tikai veselības nozares speciālistiem. Ikvienam ir vismaz minimāla pieredze un zināšanas šajā jomā.” (Nettleton, 2006: 1) Tā kā ar veselību saistītās tēmas arvien lielākā mērā ietekmē sociālo dzīvi visos tās līmeņos, ir likumsakarīgi, ka socioloģija pievērš arvien lielāku uzmanību veselībai, slimībai un riskiem, ko rada straujās pārmaiņas mūsdienu sabiedrībā.

2.1. Mūsdienu veselības un slimības socioloģijas teorētiskās nostādnēs

Veselības un slimības socioloģijas kā atsevišķas nozares attīstība sākās pēc Otrā pasaules kara. Sākotnējais teorētiskais uzstādījums radās ASV, kur tika pievērsta uzmanība sekām, ko straujā urbanizācija un industrializācija radīja saistībā ar indivīdu veselības stāvokli. Amerikāņu sociologs Tolkots Pārsonss bija pirmais, kurš radīja izvērstu medicīnas socioloģijas teorētisko modeli, proti, slimnieka lomas modeli (sk. Parsons: 1951).

Savukārt Lielbritānijā šīs nozares sociologi nodarbojās galvenokārt ar veselības un slimības sociālo modeļu pētījumiem. Tā kā šīs jaunās socioloģijas sfēras teorētiskā bāze bija tikai tapšanas stadijā, sākotnēji problēmu uzstādījums tika pārņemts no medicīnas, līdz ar to pieeja veselības un slimības problemātikai bija izteikti medicīniski orientēta. No medicīnas tika pārņemti gan jēdzieni (“kaktu medicīna” (*fringe medicine*), “nespeciālistu sniegtās slimības definīcijas” (*lay definitions of illness*), “pašārstēšanās” (*self medicine*) utt.), gan to definīcijas (piemēram, ka veselība ir slimības neesamība), gan arī priekšstati par adekvātu veselības uzvedību (piemēram, uzskats, ka pacientu veselība ir atkarīga no tā, cik lielā mērā viņi pakļaujas ārsta norādījumiem) (sk. Annendale, 1998: 4–5).

Kā medicīnas apakšdisciplīna veselības un slimības socioloģija eksistēja līdz pat 20. gadsimta 70.–80. gadiem, kad sākās diskusijas par to, ka tai vajadzētu atdalīties no medicīnas un veidot pašai savu skatījumu uz veselības un slimības jautājumiem. Pēc Enendeilas domām, centienus iegūt neatkarīgu statusu atspoguļo arī periodiska atgriešanās pie debatēm par to, “vai šī apakšnozare joprojām būtu jāsauc par medicīnas socioloģiju, jeb tai tomēr vairāk piemēroti ir tādi nosaukumi kā “veselības un slimības socioloģija” vai “veselības un medicīnas socioloģija” (sk. Annendale, 1998: 5). Šo debašu rezultātā tika noteikts arī turpmākais darbības virziens – aizstāt neadekvāto medicīnisko skatījumu ar veselības un veselības aprūpes sociālajiem modeļiem.

Mūsdienu veselības un slimības socioloģijas attīstību raksturo četri pavērsieni – biomedicīniskais, socioloģiskais, postmodernais un ķermeniskais. Katram no tiem ir raksturīgs specifisks skatījums uz jēdzienu “veselība” un “slimība” saturu, kritiska nostāja pret priekšgājēju paveikto un centieni paplašināt nozares teorētisko zināšanu un empīrisko pētījumu lauku.

2.1.1. Veselības un slimības biomedicīniskā interpretācija

Tradicionālais priekšstats par to, ka medicīnas attīstība nozīmē pakāpenisku uzvaru pār slimībām ar mērķi dot labumu visai cilvēcei, neņem vērā apstākli, ka, par spīti scientisma

pretenzijām, tajās zinātnēs, kuru objekts ir cilvēks, nav iespējams objektīvs un abstrakti neieinteresēts skatījums uz problēmām. Tāpat kā jebkura cita cilvēciskās darbības sfēra, arī medicīna atspoguļo konkrētajā laika posmā un konkrētajā sabiedrībā dominējošās idejas.

Normans Džūsons (*Norman Jewson*) sniedz vēsturisku ieskatu šajās norisēs, proti, kā no 18. līdz 19. gadsimtam medicīnā rodas trīs atšķirīgas uzskatu paradigmas jeb, lietojot viņa terminu, *kosmoloģijas*. “Medicīniskās kosmoloģijas faktiski ir metafiziski mēģinājumi iezīmēt un sistemātiski definēt medicīniskā diskursa kā universa un vienota veseluma iedabu. Tās ir konceptuālas struktūras, kas kalpo kā atskaites sistēma, kuras ietvaros tiek uzdoti visi jautājumi un piedāvātas visas atbildes.” (Jewson, 1976: 225) Šo kosmoloģiju iedaba savā būtībā ir sociāla; tās rada, atspoguļo un projicē priekšstatus par kārtību un identitāti tajā sociālo attiecību tīklojumā, kura ietvaros tiek radītas medicīniskās zināšanas.

Savu aprakstu Džūsons sāk ar “medicīnu pie slimnieka gultas” (*bedside medicine*). Šīs kosmoloģijas ietvaros medicīna nozīmēja ārsta un pacienta dialogu – konsultatīvas attiecības, kur medicīniskās zināšanas kalpoja kā līdzeklis, ar kura palīdzību tika noskaidrotas abu pušu identitātes un iegūta personiska informācija vienam par otru. To raksturo divas galvenās pazīmes: pirmkārt, ārstēšanu faktiski kontrolēja pacients, ārsta uzdevums bija tikai interpretēt slimības simptomus un izdomāt konkrētās personas emocionālajai un garīgajai dzīvei piemērotu ārstēšanās veidu: “Slimnieka subjektīvā slimības simptomu pieredze kļuva par izejmateriālu, no kura tika konstruētas medicīniskās zināšanas par patoloģiju.” (Jewson, 1976: 233) Šāds modelis izveidojās tādēļ, ka 18. gadsimtā mediķi bija atkarīgi no nelielas grupas maksātspējīgu pacientu, kuriem savukārt bija pieejams visplašākais medicīnas speciālistu klāsts. Sīvā konkurence un finansiālā ieinteresētība lika veidot daudz personiskākas attiecības ar pacientu, un tas veicināja holistisku skatījumu uz viņu kā integrētu psihosomatisku kopumu. Otrkārt, konsultatīvās attiecības balstījās uz abu pušu spēju saprasties un iepatīties – pacienti izraudzījās ārstus atkarībā no saviem priekšstatiem par viņu morālo godprātu un profesionālajām iemaņām. Naudīgu klientu piesaistīšanai ārsti bija spiesti reklamēt katrs savu unikālo pieeju un līdzekļus, kuri būtu vienlaikus pietiekami atbilstoši slimnieka priekšstatiem par medicīnu un gana eksotiski, lai solītu efektīvu ārstēšanos. Rezultātā, pateicoties mediķu savstarpējai konkurencei, radās liels daudzums savstarpēji izslēdzošu teoriju, kuras visas pretendēja uz leģitimitāti, jo bija atvasinātas no kopējiem un vispārattītiem medicīnas kanoniem (sk. Jewson, 1976: 234).

19. gadsimtā šo kosmoloģijas modeli nomainīja “slimnīcas medicīna” (*hospital medicine*). Tas bija solis institucionalizācijas virzienā – “krasi mazinājās interese par slimnieka personas kā veseluma unikālajām īpašībām, to nomainīja specifisku organisku bojājumu un disfunkciju

pētījumi” (Jewson, 1976: 235). Jauno modeli raksturo šādas pazīmes: pirmkārt, pacients nokļuva pilnīgā mediķa pakļautībā: “Atbilstoši mediķa jaunajam profesionālajam statusam mainījās arī slimnieka loma – tas kļuva par pacientu. Konsultatīvajās attiecībās pacientam bija atvēlēta pasīva un nekritiska loma, viņa galvenā funkcija bija paciest un gaidīt.” (Jewson, 1976: 235) Otrkārt, mediķu profesionālajā vidē notiekošo kontrolēja tās pieredzējušākie pārstāvji, līdz ar to iepriekšējai kosmoloģijai raksturīgo teorētisko un terapeitisko uzskatu daudzveidību nomainīja tieksme uz vienprātību.

Tālākā medicīnas zinātnes attīstība arvien vairāk veicināja ārsta atsvešināšanos no pacienta, līdz 19. gadsimta vidū tika radīts kosmoloģiskais modelis, ko Džūsons nosaucis par “laboratorijas medicīnu” (*laboratory medicine*). Šajā sakarā Debora Luptone (*Deborah Lupton*) atzīmē: mikroskopa izgudrošana veicināja jauna medicīnisko zināšanu tipa rašanos – ar tā palīdzību bija iespējams identificēt slimības izraisītājus, proti, baktērijas un vienšūņus. Epidēmisko slimību – holeras, tuberkulozes, tīfa un difterijas – cēloņu atklāšana un izolācija laboratorijas apstākļos tika izziņota avīžu pirmajās lapās un slavināta kā zinātnes triumfs. Tas mainīja arī izpratni par medicīnu: “Mediķu profesionālā izcilība tika saistīta ar zinātnieka talantu un laboratoriskiem pētījumiem, nevis ar teorētiskajām grāmatu zināšanām vai pie slimnieka gultas nepieciešamajām empātijas iemaņām.” (Lupton, 2003: 89) Šim modelim ir raksturīgs, pirmkārt, tas, ka pacients kā garīga, ar prātu un emocijām apveltīta būtne tika izstumts ārpus medicīnas ietvariem, kļūstot par objektu, bet slimība tika definēta kā fizioloģisks un ķīmisks process, kas izskaidrojams atbilstoši dabaszinātņu likumiem. Otrkārt, ja slimnīcas medicīnā centrālā loma bija atvēlēta mediķim, tad šajā modelī to ieņem pētnieka skatījums, un tas “veicināja totālu medicīnas zinātnes epistemoloģisko pamatu rekonstrukciju” (Jewson, 1976: 237). Džūsona klasifikācija nav zaudējusi aktualitāti arī mūsdienās, taču tā ir tikusi papildināta ar vēl divām kosmoloģijām.

Ceturto medicīnas kosmoloģiju apraksta Deivids Ārmstrongs (*David Armstrong*). Iespaidojies no Mišela Fuko klasiskā darba “Klīnikas dzimšana” (1973), viņš ir nodēvējis šo medicīnisko uzskatu modeli par “pārraugošo medicīnu” (*surveillance medicine*), kas radusies, pateicoties sociālās pārraudzības diskursa attīstībai. Šo modeli, pirmkārt, raksturo sociomedicīniskie novērojumi (populācijas veselības un slimības kvantitatīvie mērījumi), kas fundamentāli maina izpratni par slimību – uz saslimšanu vairs nenorāda simptomi vai pazīmes, bet gan riska faktori. Proti, “pārraugošā medicīna apvieno simptomus, pazīmes un slimības pieredzi vispārīgu faktoru kategorijās – tie paši par sevi neizraisa slimību, taču norāda uz tās iespējamību nākotnē. Šo potenciālo varbūtību apzīmē ar jēdzienu “risks”, un tas ir viens no jaunākajiem un būtiskākajiem medicīnas jēdzieniem.” (Armstrong, 2002: 117) Otrkārt, šis modelis mazina

atšķirību starp tādām klīniskajām kategorijām kā “slimais” un “veselais”, jo, lai novērstu epidēmijas vai uzlabotu mutes dobuma veselību, ir jānovēro visi. Novērošanas procesā rodas visaptveroša klasifikācija, kur normālais tiek ierindots blakus problemātiskajam. Turklāt novērošana ar mērķi konstatēt patoloģiju (protoslimību un tās subklīniskās izpausmes) sākas jau zīdaiņa vecumā. Rezultātā tiek panākts, ka pie ārsta uz pārbaudi dodas ne tikai slimie, bet arī veselie cilvēki (sk. Armstrong, 2002: 114–115).

Piekto un visjaunāko medicīnas kosmoloģijas modeli piedāvā Sāra Netlton. Pateicoties informācijas un komunikācijas tehnoloģiju attīstībai, ir iespējams runāt par “e-plūsmas medicīnu” (*e-scaped medicine*)⁴. Netlton uzskata, ka pastāv saistība starp “sociotehnoloģiskajām pārmaiņām un šo jauno medicīnas kosmoloģiju” (Nettleton, 2006: 23). Medicīniskā informācija ir izlauzusies no šaurās medicīnas profesionālās darbības sfēras un kļuvusi pieejama veselības datu bāzu un informācijas sistēmu lietotājiem un citām interešu grupām, kurām ir autorizētas tiesības to lietot. Notiek “pasaules uzskata informatizācija”, proti, informācijas tehnoloģijas tiek izmantotas ne tikai medicīnas aprūpē un tās pārvaldībā, tās iespaido arī priekšstatus par to, kas ir cilvēka ķermenis. “.. Medicīniskās izglītības un medicīnisko zināšanu “svētais objekts” (dzīvais vai mirušais ķermenis) mūsdienās tiek ne tikai konceptualizēts kā informācija vai informācijas plūsma, bet potenciāli to var apskatīt, pieredzēt un pētīt visi, kuriem tā ir pieejama. Medicīniskais ķermenis ir ne tikai izbēdzis (*escaped*) [no medicīnas institūcijām], bet arī iz-plūdis (*e-scaped*) tai ziņā, ka tas ir “aplūkojams” ar elektroniskas info-plūsmas, proti, interneta palīdzību.” (Nettleton, 2004: 669–670) 20. gadsimtā dominēja metafora par cilvēka ķermeni kā mehānismu, turpretī 21. gadsimtā to aizstāj metafora par cilvēka ķermeni kā informāciju. Līdz ar to slimība ir informatīva disfunkcija – traucējumi ķermeņa šūnu savstarpējā komunikācijā.

Aprakstītie medicīnas kosmoloģiju modeļi uzsver medicīnisko zināšanu ambivalento raksturu: lai gan konkrētu priekšstatu par veselību un slimību būtiski iespaido konkrētas sociālās attiecības, tomēr šīs zināšanas tiek konstruētas tā, lai to sociālais pamats nebūtu redzams. Šāds uzskats ir licis pārvērtēt un pamatoti kritizēt līdz pat 20. gadsimta vidum medicīnas socioloģijā dominējošo slimības un veselības **biomedicīnisko modeli**, kas, ignorējot tam veltīto kritiku, joprojām nav atmests. Kā atzīmē Netlton, “pēdējie jauninājumi veselības politikas jomā – it sevišķi tās politiskās nostādnes un prakses, kas saistās ar pieaugošu e-veselības informācijas

⁴ Kā atbilstošākais atveidojums Netltones lietotajam jēdzienam “*scape*” tika izvēlēts vārds “plūsma”: “Mūsdienu socioloģijā “plūsmu” valoda (*language of “scapes”*) tiek bieži izmantota, lai izteiktu domu par mainīgām [nepastāvīgām, plūstošām] ģeogrāfiskajām kontūrām (*fluid geographies*) un “ārkārtīgi liela informācijas daudzuma” plūsmas (*flow*) un apmaiņas iespēju.” (Nettleton, 2004: 673)

tehnoloģiju lietojumu – var paradoksālā kārtā veicināt biomedicīniskā modeļa nostiprināšanos.” (Nettleton, 2006: 233)

Šo modeli raksturo trīs galvenās pazīmes: redukcionisms, specifiskās etioloģijas doktrīna un pretenzijas uz zinātnisku neitralitāti (Annendale, 1998: 6–7). Redukcionisms ir centieni maksimāli vienkāršot skatījumu uz veselību un slimību; tas paredz, ka klīniskie simptomi ir jāizvērtē neatkarīgi no pacienta subjektīvās slimības pieredzes. Šis uzskats balstās kartēziskajā duālismā, priekšstatā par garu un ķermeni kā divām atsevišķām substancēm, kur ķermenis, tiek uzskatīts par bioloģisku mehānismu, kas ir fundamentāli atšķirīgs no nemateriālās substances – gara. Līdz ar to biomedicīnas modeļa ietvaros tiek pieņemts, ka veselība un slimība ir dabiski fenomeni, kas eksistē cilvēka ķermenī, un tiem nav nekāda sakara ar sociālo lauku, kur cilvēks eksistē kā indivīds. Turpretim, medicīnas kosmoloģiju analīze parāda, ka medicīniskās zināšanas var tikt izmantotas arī, lai atražotu pastāvošo sociālo struktūru un tajā iedzīvinātās vērtības, ka veselības un slimības jēdzienu konceptualizācija ir cieši saistīta ar to, kā vēstures gaitā mainījās attiecības starp mediķiem un pacientiem, un ka medicīniskās zināšanas ir nevis racionāla zinātnes progresā rezultāts, bet gan izriet no konkrētām sociālajām attiecībām.

Saskaņā ar otro pazīmi, proti, specifiskās etioloģijas doktrīnu, katrai slimībai ir konkrēts cēlonis, piemēram, baktērija; līdz ar to medicīnā darbojas vienkāršs cēloņsakarības modelis: cilvēks saslimst tad, ja ir nonācis kontaktā ar attiecīgās slimības izraisītāju. Taču faktiski medicīnas praksē ir ļoti daudz gadījumu, kuros specifiskās etioloģijas doktrīna nespēj piedāvāt izsmeļošu priekšstatu par slimības cēloņiem. Kaut arī infekcijas cēloņi ir visuresoši un līdz ar to visi cilvēki ir vienādā mērā pakļauti to iedarbībai, tomēr tie izraisa slimību tikai dažiem indivīdiem, bet pārējiem ne. Tāpat šī doktrīna nepievērš pienācīgu uzmanību daudzo sociālās vides faktoru ietekmei uz veselību (pārtikas trūkums, stress utt.). Turklāt cēloņsakarību modelis pārāk vienkāršoti interpretē diagnostikas procesu.

Trešā biomedicīnas modeli raksturojošā pazīme ir pretenzijas uz zinātnisku neitralitāti, ka medicīna ir racionāla, objektīva un morāli neitrāla prakse, tās uzdevums ir palīdzēt ikvienam indivīdam atbilstoši viņa vajadzībām un neatkarīgi no viņa morālā statusa. Taču Enendeila uzskata, ka šīs pretenzijas nav pamatotas, ka medicīnas prakse nebūt nav objektīva un morāli neitrāla, bet gan balstās uz kultūrā eksistējošiem priekšstatiem.

Arī Eliots Freidsons (*Eliot Freidson*) uzsver sociālās dimensijas nozīmi slimības jēdziena izpratnē: “.. Kā biofizisks stāvoklis slimība pastāv neatkarīgi no cilvēku zināšanām un vērtējumiem, taču kā sociāls stāvoklis slimība tiek *radīta un veidota* ar zināšanu un vērtējumu palīdzību.” (Freidson, 1970: 223) Tādēļ, lai sniegtu adekvātu atbildi uz to, kā notiek veselības un

slimības jēdzienu sociālā konstruēšana, medicīnas sociologiem bija nepieciešams atteikties no medicīniskās orientācijas un no biomedicīniskā skatījuma uz veselību un slimību. Šis pavērsiens tad arī iezīmēja medicīnas socioloģijas kā patstāvīgas disciplīnas rašanos.

2.1.2. Veselības un slimības socioloģiskā interpretācija

Pirmais, kurš izdarīja pavērsienu uz medicīnas procesa sociālajiem aspektiem, bija T. Pārsonss. Viņš uzsvēra, ka slimību ir nepieciešams aplūkot kā sociālu fenomenu, nevis kā mehāniskus traucējumus vai mikrobioloģisku invāziju, un aprakstīja slimnieka lomu kā laikā ierobežotu, medicīniski sankcionētu deviantas uzvedības formu. Lai izskaidrotu slimības sociālo lomu, Pārsonss izmantoja funkcionālisma perspektīvu. Viņa fundamentālajā darbā “Sociālā sistēma” sliktā veselība tika interpretēta sabiedrības kā vienota veseluma funkcionēšanas kontekstā: “Pārāk zems vispārīgais veselības līmenis un pārāk augsts saslimšanas gadījumu skaits ir disfunkcija: tā tas ir galvenokārt tādēļ, ka slimība padara cilvēkus nespējīgus pildīt savas sociālās lomas.” (Parsons, 1951: 430) Pārsonss uzskata, ka veselība ir sociāls labums, būtisks resurss individuālo mērķu sasniegšanai un netraucētai sabiedrības funkcionēšanai. Kaut arī sliktas veselības cēloņi ne vienmēr ir tikai un vienīgi sociāli, Pārsonss mēģina pierādīt, ka visās slimības formās lielākā vai mazākā mērā ir klātesoša psiholoģiska “motivācija” saslimt. Viņš uzskata jebkuras, pat acīmredzami nemotivētas slimības (piemēram, negadījumu traumas, deģeneratīvās un infekcijas slimības), par deviances formu, pieņemot, ka katram indivīdam piemīt spēja apzināti vai neapzināti pakļaut sevi saslimšanas riskam. Tajā pašā laikā Pārsonss nepievērš pienācīgu uzmanību tam, kādēļ kāds atsevišķs indivīds vai sociāla grupa varētu būt motivēti atteikties no savu sociālo lomu pildīšanas, viņaprāt tā ir vienkārši nespēja vai nevēlēšanās tikt galā ar ikdienas problēmām un stresu. Lai slimā persona iegūtu atbrīvojumu no ikdienišķajiem pienākumiem un netiktu uzskatīts, ka tā ir atbildīga par savu stāvokli, tai ir jāmeklē profesionāla palīdzība, jo tikai mediķiem ir vara uz laiku atbrīvot no darba un ģimenes pienākumiem un atbildības. Šajā sakarā tad arī tika radīts termins “slimnieka loma”, ar kuru tiek apzīmēta specifiska sociālā niša, ko indivīds ieņem tajā laika periodā, kas atvēlēts atveseļošanās procesam un kura ietvaros viņš tiek atbrīvots no nepieciešamības saskarties ar savām ikdienas dzīves problēmām. Slimnieka lomu raksturo četras īpašības, divas no tām ir tiesības, bet divas – pienākumi. Slimnieka tiesības ir: 1) tikt atbrīvotam no parastajām sociālajām lomām un 2) netikt vainotam par savu sliktu veselības stāvokli, savukārt, pienākumi ir: 1) atveseļoties, proti, atteikties no slimnieka tiesībām un

privilēģijām, cik ātri vien iespējams, un 2) griezties pēc kompetentas profesionālās palīdzības un sadarboties ar mediķiem (Parsons, 1951: 436–437).

Pusgadsimta laikā, kas pagājis pēc Pārsonsa darba publicēšanas, slimnieka lomas modelī ir atrasta virkne trūkumu, kuru dēļ tas ir zaudējis savu zinātnisko ietekmi. Šis modelis neņem vērā to, ka slimi cilvēki ne vienmēr vēršas pēc profesionālas palīdzības – viņi mēdz nodarboties ar pašārstēšanos. Līdz ar to būt slimam ne vienmēr nozīmē būt arī pacientam un otrādi – būt pacientam ne vienmēr nozīmē būt slimam, kā tas ir, piemēram, grūtniecības gadījumā. Tāpat Pārsonsa modelis ir piemērots tikai īslaicīgām akūtām saslimšanām, tas nav piemērots hroniskām slimībām un invaliditātei (Lubkin & Larsen, 2006: 26). Modelī nav vietas arī anomālai slimības uzvedībai, piemēram, slimības noliegumam, vai gadījumiem, kad cilvēks tīšām savaino sevi, lai nonāktu slimnieka lomā (Cockerham, 2001 b). Šis modelis neparāda arī iespējamus interešu konfliktus ārsta un pacienta attiecībās, kā arī nepievērš uzmanību disproporcionālajam varas sadalījumam starp ārstu un pacientu. Taču galvenais iemesls, kāpēc mūsdienās tā ir zaudējusi aktualitāti, ir tas, ka, aprakstot slimnieka lomu, Pārsonss balstās uz veselības un slimības biomedicīnisko modeli.

Tādēļ 20. gadsimta 70. gados medicīnas socioloģijā Pārsonsa teoriju nomainīja divas citas pieejas, proti, politekonomija un interakcionisms, kas par medicīnas socioloģijas galveno interešu objektu padarīja medicīniskās prakses un ārsta varas sociālo aspektu pētījumus. Politekonomijas teorija balstās uz Karla Marksa darbiem, kuros atrodamie kapitālistiskās ekonomikas principi tiek piemēroti mūsdienām. Tā kā Marksa aprakstītais industriālā kapitālisma modelis mūsdienās vairs nav aktuāls, šīs pieejas pārstāvji runā par “dezorganizēto kapitālismu”, kur preču maiņas vērtība kļūst arvien nestabilāka, jo pats kapitālisms ir kļuvis fragmentārs, elastīgs un internacionāls (Lash & Urry, 1987: 5–7). Sevi izsmēlušas ir tikai vecās ekspluatācijas sfēras, taču pats kapitālisms nebūt nav gājis bojā, tieši otrādi – pateicoties patērniecības uzplaukumam, tas ir izplatījies visā mūsdienu kultūrā.

Medicīnā kapitālisms darbojas gluži tāpat, kā visās pārējās dzīves sfērās: tas tiecas iekarot, ekspluatēt un galu galā pakļaut medicīnas sfēru, lai gūtu no tās pēc iespējas lielāku peļņu (McKinlay, 1977: 461). Vislabāk kapitāla darbību medicīnā ilustrē divas tendences: 1) veselības pakalpojumu sfēras komercializācijas rezultātā attīstījusies plastiskās ķirurģijas un citu ķermeņa modifikācijas pakalpojumu industrija, kur skaists un veselīgs ķermenis figurē kā tirgus prece, un 2) uz individuālisma un paškontroles principiem balstītā individuālā veselības dzīvesstila politika, kura ir radījusi diētas un veselības klubu industriju (Annendale, 1998: 13). Politekonomijas teorija akcentē arī to, ka kapitālisms veicina veselības stāvokļa sociālo nevienlīdzību – tā kā veselību lielā

mērā nosaka indivīda ienākumi un izglītība, tad cilvēkiem, kuri atrodas sabiedrības augstākajos slāņos, ir labāka veselība nekā tiem, kuri atrodas uz zemākiem sociālajiem pakāpieniem.

Simboliskā interakcionisma teorija aplūko veselību, slimību un veselības aprūpi kā indivīdu sociālās mijiedarbības rezultātu. Herberts Blūmers formulē trīs premisas, kas veido šīs pieejas metodoloģisko pamatu: “Pirmā premisa ir, ka cilvēku izturēšanos pret lietām nosaka tas, kādu nozīmi viņi piešķir šīm lietām. [...] Otrā premisa ir, ka lietu nozīme rodas vai arī tiek atveidota no savstarpējas sociālās mijiedarbības, kurā iesaistās indivīds un viņa līdzcilvēki. Trešā premisa ir, ka šīs nozīmes tiek izmantotas un modificētas interpretācijas procesā, ko cilvēks ikdienā veic rīkojoties ar lietām, ar kurām viņš nonāk saskarē.” (Blumer, 1969: 2) Interakcionisms pēta, kā tiek piešķirta nozīme ar veselību un slimību saistītiem sociālajiem notikumiem (dzemdības, ķirurģiska operācija, nāve), kā indivīds veido attiecības ar savu jauno identitāti slimības gadījumā, kā indivīdi pārrunā ar veselību un slimību saistītās tēmas veselības aprūpes formālajā un neformālajā kontekstā. Kaut gan 80. gados simboliskā interakcionisma teorija zaudēja savu popularitāti, tās ietvaros izstrādātās kvalitatīvās metodes – līdzdalības novērojumi un etnometodoloģija – joprojām tiek izmantotas, lai gūtu priekšstatu par indivīda subjektīvajiem priekšstatiem. Viena no jaunākajām tendencēm medicīnas socioloģijā, kas ir atjaunojusi interesi par šo teoriju, ir emociju socioloģija, kas saista sociālos faktorus un attiecības ar indivīda emocijām (Cockerham, 2001a: 9). Interakcionisma teorijas būtiskākais ieguldījums medicīnas socioloģijā raksturojusi Enendeila: “Tā sniedz plašu ieskatu medicīnas procesa specifiskā, smalkajā manevrēšanā, kas notiek pacienta un aprūpes sniedzēja saskarsmes ietvaros, kā arī parāda veselības, slimības un veselības aprūpes procesa individuālās pieredzes daudzveidību.” (Annendale, 1998: 22) Gandrīz visu šīs tradīcijas ietvaros pastāvošo pētījumu un komentāru pamatā ir centieni atbalstīt “pacienta perspektīvu”, proti, rūpes par to, lai medicīnā tiktu nostiprināts (nevis vājināts) pacienta kā autonomas būtnes statuss un palielinātos pacientu līdzdalība ārstniecības lēmumu pieņemšanas procesā. Anna Boulinga atzīmē: “Divdesmit pirmajā gadsimtā ir svarīgs tas, kā jūtas pacienti, nevis tas, kā medicīnas profesionāļiem šķiet, kā viņi jūtas.” (Bowling, 2005 b: 1)

Gan politekonomijas teorija, gan simboliskais interakcionisms vērš pamatotu kritiku pret biomedicīnisko veselības modeli, uzsverot, ka tā pretenzijas uz objektivitāti ir nepamatotas – par zinātniski neitrālām nav uzskatāmas nedz medicīniskās zināšanas, nedz arī to praktiskais lietojums. Abas minētās pieejas ir pieskaitāmas sociālā konstruktīvisma tradīcijai, kura “gan ietekmējas no, gan arī pati ietekmē visplašāko veselības un veselības aprūpes sfēras sociālo kontekstu. Tas ir konteksts, kas arvien biežāk tiek definēts kā postmoderns.” (Nettleton, 2006: 31)

Raugoties no postmodernisma pozīcijām, zinātnisko pētījumu procesā socioloģija nevis “atklāj realitāti”, bet gan tikai veido tās interpretāciju atbilstoši pašu radītajai struktūrai, uzskatot šo interpretāciju nevis par vienīgo patieso, bet gan par vienu no daudzajām patiesajām interpretācijām. Sociālā realitāte, tāpat, ir pastāvīgi konkurējošu diskursu produkts.

2.1.3. Veselības un slimības postmodernā interpretācija

Sociālā konstruktīvisma postmoderno reinterpretāciju ir veicis franču filosofs un sociologs Mišels Fuko. Viņa darbos par klīnisko medicīnu un vājprātu tiek aplūkotas individuālā subjekta un varas attiecības. Fuko varas koncepciju raksturo trīs pazīmes. Pirmkārt, vara ir nevis kaut kas tāds, kas var kādam piederēt, bet gan tas, ko kāds var īstenot; otrkārt, vara nav represīva, tā ir produktīva; treškārt, varai nav avota vai centra, tā ir izklaidēta starp dažādiem diskursiem. Šī vara nav iemiesota indivīdos, sociālajās grupās vai institūcijās, kaut gan tā, protams, tiek izspēlēta dažādos institucionālos kontekstos, tādos kā, piemēram, ķirurģija, taču tā darbojas caur normām un tehnoloģijām, kas piešķir veidolu ķermenim un garam. Fuko parāda, ka jēdziena “slimība” saturu nosaka nevis tie fakti, kas liecina par cilvēka ķermeņa un gara stāvokli, bet gan tā “patiesība”, kas tiek radīta dažādu ar varu apveltītu diskursu kontekstā. Savā darbā “Klīnikas dzimšana” viņš runā par “klīnisko skatienu”, proti, veidu, kā mediķi uzlūko pacientu. Klīniskais skatiens ir “uztveres akts, kas balstās uz operāciju loģiku, tas ir analītisks, jo atkārti kompozīcijas rašanās procesu” (Foucault, 2003: 134). Pēc Fuko domām, pāreja no 18. gadsimta spekulatīvās medicīnas uz 19. gadsimta zinātnisko medicīnu, nav notikusi, pateicoties jaunu, autentiskāku zināšanu ieguvei. Drīzāk tā ir skatījuma maiņa, kuras dēļ 18. un 19. gadsimta medicīna izpaužas kā divi nesavietojami ķermeņa struktūras attēlojumi. Šī paradigmu maiņa notika vienlaikus ar būtiskām sociālajām pārmaiņām, kas norisinājās Eiropā. Kapitālisma attīstība, iedzīvotāju skaita pieaugums un urbanizācija radīja nepieciešamību pēc jaunām kontroles formām, kuru pamatā bija uzraudzība un apspiešana. Jaunizveidoto biopolitiku Fuko raksturo šādi: “Tie paši kritēriji, kas “vienādā mērā attiecas kā uz politiku, tā arī uz pašu medicīnu” tika piemēroti medicīniskajai pieredzei un ārsta pārraudzībai pār sociālajām struktūrām, epidēmijām un cilvēku dzimuma patoloģijām: medicīnai tika noteikts politisks statuss, un valstiskā līmenī tika veidot tāda medicīniskā apziņa, kuras uzdevums nemainīgi būtu piegādāt informāciju, kā arī nodrošināt uzraudzību un īstenot apspiešanas funkcijas.” (Foucault, 2003: 29) Šīs biopolitikas ietvaros radās arī jauna varas forma, kas, pēc Fuko domām, ir vienlaikus daudz efektīvāka un represīvāka par iepriekšējām, jo tai nav nepieciešami nedz ieroči, nedz fiziska vardarbība, pietiek tikai ar skatienu. Tā ir novērošana.

Vislabākā novērošanas forma ir sevis novērošana, proti, vērtējošā, inspicējošā skatiena pavēršana pašam pret sevi, kā rezultātā indivīds kļūst pats par savu uzraugu. Mūsdienu medicīnai piemītošā vara īstenojas nevis kā slimā indivīda izolācija un apspiešana, bet gan kā iekļaušana (pakļaušana) medicīnas normatīvajā diskursā.

Savas zinātniskās darbības vēlīnajā posmā Fuko pievēršas rūpēm par sevi, jo, viņaprāt, vienīgais veids, kā indivīds var pretoties šai anonīmajai diskursa varai, ir dzīves māksla – aktīva iesaistīšanās pašam savas eksistences veidošanā (Fuko, 2003). Dzīves māksla tiek īstenota, lietojot patības tehnoloģijas, proti, prakses, kuras “ļauj indivīdiem pašu spēkiem vai arī ar citu palīdzību veikt noteiktu daudzumu darbību ar savu ķermeni un dvēseli, domām, rīcību un esamības veidu, transformēt sevi tā, lai sasniegtu noteiktu laimes [...] stāvokli” (Foucault, 1988: 18).

Pēc poļu sociologa Zigmunta Baumana domām, vairākas raksturīgas mūsdienu sabiedrības iezīmes, tādas kā strukturāls neviendabīgums, kompleksitāte un mainīgums, permanents kultūru, tradīciju, ideoloģiju, dzīvesveidu un valodspēļu plurālisms, norāda uz to, ka tā atrodas postmodernitātes stāvoklī (Bauman, 1994: 194). No vienas puses, postmodernisma pozīcija gūst arvien lielāku ietekmi mūsdienu socioloģijā, bet, no otras puses, tās specifiskie uzstādījumi liek uzdot jautājumu par to, cik adekvāts ir šis pieejas zinātniskais lietojums. Proti, vai postmoderna socioloģija vispār ir iespējama? Risinot šo problēmu, Baumans piedāvā izdarīt analītisku nošķirumu starp postmoderno socioloģiju (*postmodern sociology*) un postmodernitātes socioloģiju (*sociology of postmodernity*). Pēc viņa domām, postmodernā socioloģija ir mūsdienu sociālās nenoteiktības imitācija – “postmodernā stāvokļa mimētiska reprezentācija. Taču tikpat labi to var uzskatīt par pragmatisku reakciju uz šo stāvokli.” (Bauman, 1988: 806) Atbilstoši šim uzstādījumam, postmodernā medicīnas socioloģija nodarbojas ar iepriekšējo veselības un veselības aprūpes sistēmas tradīciju un tajās pastāvošo bināro opozīciju dekonstrukciju, tā fokusējas uz savstarpēji konkurējošo diskursu jeb pasaules redzējumu analīzi.

Turpretim postmodernitātes socioloģija nodarbojas ar postmodernās pasaules empīriskajiem pētījumiem, tās mērķis ir noskaidrot, vai postmodernitāti var uzskatīt par pilnvērtīgu un dzīvotspējīgu sociālo sistēmu. Proti, vai ir iespējams sakombinēt visus daudzveidīgos postmodernitātes fenomenus un aspektus vienotā kopumā, kas būtu tik ļoti atšķirīgs no vecā modeļa, ka varētu pretendēt uz jauna tipa sabiedrības nosaukumu? Pēc Baumana domām, atbilde ir apstiprinoša, un šo jaunā tipa sociālo kārtību sauc par patērētāju sabiedrību: “.. Mūsdienu sabiedrībā patērētāja rīcība (patērētāja brīvība, kas ir savienota ar patēriņa tirgu) stabili virzās uz to, lai vienlaikus kļūtu par dzīves kognitīvo un morālo centru, integratīvo saikni ar sabiedrību un institucionālas vadības veidu. [...] Tas nozīmē, ka mūslaikos savstarpējā morālā (no sabiedrības

pusēs) un funkcionālā (no sociālās sistēmas puses) saistība starp indivīdiem tiek realizēta pirmām un galvenām kārtām caur patērētāja, nevis ražotāja statusu.” (Bauman, 1988: 807) Sabiedrība ir kļuvusi par patērētāju sabiedrību, bet patērēšana – par sociālās eksistences pamatformu. Viss pakāpeniski tiek padarīts par precī – gan tādēļ, ka visu lietu vērtība tiek objektivēta un mērīta naudā, gan arī tādēļ, ka visam tiek piešķirts “preces izskats”, proti, viss tiek padarīts patērētājam pievilcīgs. Tādā veidā postmodernisms izrādās loģisks modernā kapitālisma attīstības rezultāts – patēriņcības kultūras ietvaros cilvēka eksistence kļūst arvien fragmentārāka, nenoteiktāka un līdz ar to – vairāk dezorientēta, kas savukārt padara arvien vārgāku viņa identitāti (Sīlis, 2006 a: 24)

Pēc franču filosofa Žana Bodrijāra domām, ķermenim vairs nepiemīt ražošanas līdzekļa tvirtums, to ir aizvietojusi patēriņa preces plūstošā nenoteiktība. Bodrijārs uzsver: “Šī piespiedu nenoteiktība, plūdums un arvien ātrāka fiziskuma, seksualitātes un citu ķermenim piederīgu īpašību cirkulācija precīzi kopē tirgus vērtību regulējošo spēku: kapitālu, kuram ir jācirkulē; gravitācijai un stabilam pamatam ir jāpazūd, investīciju un reinvestīciju cikls nedrīkst apstāties, vērtībai ir jāstrāvo bezgalīgi un visos virzienos.” (Baudrillard, 1988: 25) Līdzīgā veidā arī cilvēka gars vairs nepieder pats sev, tas pieder simboliskajam kodam un tā modeļiem jeb *simulakriem*, kuriem nav saistības ne ar kādu ārēju realitāti, bet tikai ar to realitāti, kas piemīt pašām valodas vienībām (Bodrijārs, 2000, 7–8). Šis valodas pašreferentums kļūst par eksistences vadošo principu kapitālisma un augsto tehnoloģiju ērā, un, pateicoties tam, realitāte tiek aizstāta ar hiperrealitāti. Patēriņa priekšmeti funkcionē kā lingvistiskas zīmes, tie veido klasifikācijas sistēmu, kas kodē indivīdus un to grupas, tādā veidā strukturējot un iespaidojot viņu uzvedību. Patērētāju sabiedrībā cilvēki vairs nav pilsoņi, kuri vēlas īstenot savas politiskās tiesības, viņi ir tikai patērētāji, kas pieder lietām, kuras nosaka simboliskais kods. Mainīgajā sociālajā diskursā subjektīvā patība ir kļuvusi decentrēta un fragmentāra, tā ir atkarīga nevis no kaut kādām universālām likumsakarībām, bet gan no tīras nejaušības, vēsturiskas sagādīšanās rezultātā, tādēļ indivīdam ir nepārtraukti jānodarbojas ar nozīmes rekonceptualizāciju. Vienotas, viengabalainas entitātes, kas ir spējīga uz pilnībā apzinātu, racionālu aktivitāti, vairs nav – tā ir izšķīdusi postmodernajā diskursā. Autentiska sociālā rīcība postmodernisma apstākļos vairs nav iespējama, līdz ar to tiek konstatēta “subjekta nāve”.

2.1.4. Veselības un slimības ķermeniskā interpretācija

Postmodernisma socioloģijā arvien lielāka uzmanība tiek pievērsta tam, kas ir palicis pāri pēc sociālā subjekta nāves, proti, sociālajam ķermenim, kurš ir kļuvis par vienu no būtiskākajām

hiperrealitātes darbības sfērām. Braiens Tērners norāda, ka ķermeņa socioloģijā eksistē divas tradīcijas: “ķermeņa kā stingri strukturētas un no indivīda nodomiem un apziņas neatkarīgas nozīmju sistēmas kulturoloģiska analīze un fenomenoloģiski ķermeniskās iemiesotības pētījumi, kas tiecas saprast cilvēcības praktiskās izpausmes jeb ķermeņa performativitāti” (Turner, 2006: 223). Veselības un slimības socioloģijā tiek izmantotas abas pieejas – kulturoloģiskā analīze tiek lietota, apskatot slimības jēdziena sociālās konstruēšanas formas, bet fenomenoloģiskā analīze – analizējot subjektīvo slimības pieredzi.

Pēc Tērnera domām, 20. gadsimta tehnoloģiskie sasniegumi norāda uz to, ka mūsdienu sabiedrība arvien vairāk orientējas uz ķermeni, pakāpeniski kļūstot par “somatisku sabiedrību” (*somatic society*) – “tādu sociālo sistēmu, kur ķermenis, būdams vienlaikus pakļauts un dumpīgs, kļūst par centrālo kultūras un politikas aktivitāšu lauku. Ķermenis ir galvenais līdzeklis, ar kura palīdzību tiek tematizēta sabiedrībā pastāvošā spriedze un krīzes momenti; ķermenis dod vielu mūsu ideoloģiskām pārdomām par mūsu neparedzamā laikmeta dabu.” (Turner, 1992: 12) Viņaprāt, mūs vairs ne tik ļoti uztrauc ražošanas apjomu paaugstināšana, kā iedzīvotāju reprodukcijas kontrole: “.. mūsu galvenās politiskās raizes ir par to, kā regulēt attālumu starp ķemeņiem, kā pārraudzīt mijiedarbību starp ķermeņiem, sabiedrībām un kultūrām, kā leģitimizēt spriedzi starp *habitus* un ķermeni. [...] Tādējādi, somatiskā sabiedrība ir kardinālā, varbūt pat izšķirošā veidā strukturēta ap ķermeņu regulāciju.” (Turner, 1992: 12) Šīs regulatīvās tendences izpaužas gan sabiedrības veselības kampaņās par drošu seksu vai vienreizlietojamajām adatām un šļircēm, gan debatēs par embriju izmantošanu biomedicīnas pētījumos, gan kā vides aizsardzības politikas vadlīnijas, gan arī kā feministu diskusijas par dzimumu un dzimti.

Pateicoties tehnoloģijai, kas ir saistīta ar kustīgu un nekustīgu attēlu masveida producēšanas iespēju, Rietumu kultūrā notika pavērsiens individuālās patības veidošanās psiholoģijā. Virdžīnija Blūma atzīmē: “Zvaigžņu kultūra un tajā pastāvošā divdimensionālo ikonu kā modernās patības paradigmu aprīte, veido spriegumu attiecībās starp identitāti un tēlu, garu un ķermeni un spēlējas ar to nepastāvību.” (Blum, 2003: 55) Šī kultūra veidojas, pateicoties tam, ka liela publikas daļa vienoti jūsmo un apbrīno kādu aktieri vai aktrisi, kas šādi tiek padarīts par ikonu. Savas auditorijas ietvaros zvaigzne kļūst par institucionalizētu individualitātes un ārējās pievilcības standartu. Tādā veidā tiek panākta publikas vienprātība un radīts vispārpieņemts skaistuma ideāls, bez kura kosmētiskā ķirurģija nespētu nedz funkcionēt, nedz iemantot popularitāti. Pēc tam, kad mediji un izklaides industrija, kas organizē šo sabiedrisko vienprātību, ir darbojusies veselu gadsimtu, plastiskās ķirurģijas kā ķermeņa prakses normalizācija un arvien pieaugošā popularitāte šķiet gluži likumsakarīga. Pēc Blūmas domām, tas norāda uz to, ka mēs

dzīvojam sabiedrībā “kas identificējas ar divdimensionāliem attēliem un uzskata tos par visstabilāko “vērtību” (Blum, 2003: 56).

Psihoanalītiskā personības attīstības un ķermeņa teorija skaidro specifiskās attiecības starp identitāti un ārējo izskatu. Psihoanalītiķis Pols Šilders ir ieviesis terminu “ķermeņa attēls” (*body image*), lai aprakstītu mūsu ķermeņa mentālo reprezentāciju un apšaubītu nošķirumu starp objektīvo ķermeni un subjektīvo priekšstatu par ķermeni (Schilder, 1950). Pēc Šildera uzstādījuma, psiholoģiskais ķermeņa attēls iekļauj sevī ne tikai objektīvu, bet arī subjektīvu priekšstatu par ķermeni. Šī iemesla dēļ persona, kura cieš no ēšanas traucējumiem, piemēram, anoreksijas, ir spējīga redzēt taukus tur, kur to nav. Tādējādi psihoanalīzes uzdevums ir palīdzēt pacientam atjaunot saistību starp subjektīvo un objektīvo un atgriezt viņu pie normāla ķermeņa attēla. Līdzīgi Šilderam, arī kosmētiskie ķirurgi runā par šo atšķirību, jo viņu profesionālā darbība būtībā balstās uz to, ka “šo atšķirību var likvidēt ķirurģiskā ceļā, proti, pārveidojot ķermeni tā, lai tas atbilstu pacienta subjektīvajam ķermeņa attēlam” (Sīlis, 2007: 98).

Sanders Gilmans kosmētiskās ķirurģijas pieaugošo popularitāti komentē šādi: “Fizisku anomāliju izārstēšana ir arī psiholoģiski nelaimīga cilvēka izārstēšana – šī tēze ir atslēga tam, lai saprastu, kādēļ jebkurai ķirurģijai piemīt vara pārveidot arī psihi. “Skaistais” kļūst par “laimīgo”, [..], jo skaistums ir veselības pazīme, bet veselība mūsdienās ir kļuvusi par laimes pazīmi.” (Gilman, 1988: 7–8) Arī senā narcisisma stigma, ar ko kādreiz tika apzīmogota kosmētiskā ķirurģija, ir krietni pabalējusi; mūsdienās kosmētiskās operācijas tiek pamatotas ar saprātīgu pragmatismu, kuru apdveš optimistiskas mērķtiecības un pašpilnveidošanās aura. Savukārt, Ketija Deivisa, kura ir veikusi socioloģiskus pētījumus šajā nozarē, norāda, ka pirmsoperācijas periodā pacientiem ir novērojams izteikti duālistisks ieskats par sevi un savu ķermeņa attēlu. Daudzi no viņiem uzsver, ka aiz neglītās ārienes slēpjas pievilcīga persona, un ķirurģija ir veids, kā palīdzēt tai izlauzties uz āru, lai to varētu ieraudzīt arī citi (Davis, 1995: 72–74). Tādā veidā ar estētiskās ķirurģijas un skaistuma/veselības industrijas palīdzību mūsdienās tiek pārvarēts arī gara un ķermeņa duālisms – rūpes par mentālo labklājību var izpausties kā ārējā izskata kosmētiska vai ķirurģiska uzlabošana, savukārt rūpes par ķermeņa izskatu un veselību, ko propagandē fitnesa kustība, ietver sevī arī rūpes par garīgo labklājību. Šī iemesla dēļ Virdžīnija Blūma uzskata, ka Rietumu kultūru var saukt par postnarcisisma jeb “kosmētiskās ķirurģijas kultūru” (Blum, 2003: 49).

Cilvēka ķermeņa sociālo funkciju un reprezentācijas veidu analīze ir radījusi veselības un slimības socioloģijā jaunu apakšnozari – ķermeņa socioloģiju (*sociology of the body*). Tās mērķis ir aplūkot to, kā sociāli konstruētie priekšstati par ķermeņa fizioloģiju ietekmē indivīda sociālo

uzvedību. Attiecībā uz gara un ķermeņa problēmu šī socioloģijas nozare balstās uz franču filosofa fenomenologa Morisa Merlo-Pontī (*Maurice Merleau-Ponty*) nostādnēm un atrodas opozīcijā veselības un slimības biomedicīniskajam modelim, kura ietvaros gars un ķermenis tiek strikti nodalīti viens no otra. Merlo-Pontī raksta: “Cilvēks kā konkrēta būtne ir nevis psihe, kas savienota ar organismu, bet gan svārstīgs eksistences veids, kas vienā brīdī ļauj sev pieņemt ķermenisku formu, bet citā tuvinās individuālai rīcībai.. Nemanāma pavērsiena rezultātā organisks process pārvēršas par cilvēka uzvedību, instinktīva darbība maina virzienu un kļūst par sajūtu vai arī otrādi – cilvēka rīcība kļūst neapzināta un turpinās kā reflekss, bez domāšanas.” (Merleau-Ponty, 1962/2002: 101–102) Lai aprakstītu attiecības starp fizisko “Es” un garīgo “Es”, ķermeņa socioloģijā ienācis termins “dzīvotais ķermenis” (*lived body*), ar kura palīdzību tiek uzsvērts cilvēka eksistences ķermeniskums – tas, ka mūsu esamība pasaulē un saikne ar ārpusauli vispār ir iespējama, tikai pateicoties ķermenim: “Iemācīties redzēt krāsas nozīmē apgūt zināmu redzēšanas veidu, jaunu sava ķermeņa pielietojumu: tas nozīmē pārveidot un bagātināt savu priekšstatu par ķermeni. Vienalga, vai runa ir par motorisko vai uztveres spēju sistēmu, ķermenis mūsu domājošajam “Es” nav tikai objekts, tā ir praksē piedzīvotu (*lived-through*) nozīmju kopa, kas tiecas iegūt līdzsvaru.” (Merleau-Ponty, 2002: 177) Ķermeņa socioloģija apliecina, ka cilvēka sociālā dzīve ir gara un ķermeņa mijiedarbības rezultāts un ka viņa patība ir iemiesota ķermenī un izpaužas caur to. Šāds skatījums ir saistīts ar holistisku priekšstatu par cilvēku, kur fiziskā un garīgā veselība netiek nodalītas viena no otras, bet pastāv kā vienots, holistisks veselums.

Ķermeņa socioloģija pēta arī sekas, ko rada postmodernajai patērniecības kultūrai raksturīgie ķermeņa regulācijas veidi (diētas, solāriji, fitness), modifikācijas formas (tetovēšana, *body-art*), rekonstrukcijas metodes (kosmētiskā ķirurģija, orgānu transplantācija), un pie kādām patoloģijām tās var novest (anoreksija, Adonīsa komplekss⁵ u.c.). Šie pētījumi parāda, ka ķermeņa loma postmodernajā slimības un veselības diskursā ir ambivalenta, jo ķermeņa un gara attiecībās izpaužas Fuko iztīrītās varas attiecības. Tas vienlaicīgi parādās gan kā vieta, caur kuru tiek realizēta apspiešana, gan arī kā vieta, kur potenciāli var notikt atbrīvošanās – transformācija, kas nostiprina fiziskā un garīgā savienību. Šo ambivalenci ilustrē sievietes vidū arvien izplatītākā anoreksija un estētiskā ķirurģija, kā arī Adonīsa komplekss, kas raksturīgs vīriešiem – kultūristiem (Pope, Phillips & Olivardia, 2000: i). Savā būtībā tie visi ir gara mēģinājumi pakļaut ķermeni, pārvarēt tā dabisko izskatu. No vienas puses, tas norāda uz plaisu – atsvešinātību, kas pastāv starp

⁵ Adonīsa komplekss nav medicīnisks, bet drīzāk sociālantropoloģisks termins, ar kuru apzīmē nepārtrauktas rūpes par sava ķermeņa perfektumu un šo pārmērīgo rūpju izraisītās negācijas: apsēstību ar savu izskatu, kas noved pie psihosomatiskiem vai kādiem citiem traucējumiem un slimībām (Sile, 2007: 93).

anorektiķa ķermeņi un personību, taču, no otras puses, transformācijas, kas tiek panāktas ar badošanos vai arī ar silikona implantiem, vai steroīdu lietošanu, ir veids, kā ķermenis tiek atgūts, piešķirot tam jaunu nozīmi: tie ir centieni radīt tādu ķermeņi, caur kuru spilgti un nepārprotami izpaužas indivīda patība.

Raugoties no ķermeņa socioloģijas pozīcijām, slimības pieredze ir kaut kas vairāk nekā tikai apjausma par ķermenisku traumu vai disfunkciju, tā atstāj būtisku iespaidu uz cilvēka patību, jo vājina saikni starp garu un ķermeņi. Saskaroties ar slimības radītajiem funkcionālajiem traucējumiem, kas liedz indivīdam pilnībā realizēt sevi ikdienas dzīvē, viņš vai viņa pārstāj uztvert savu ķermeņi kā daļu no savas patības, atsvešinās no tā. Tādēļ ārstniecības procesā liela nozīme ir slimības subjektīvās pieredzes naratīviem – tie darbojas tāpat kā patības tehnoloģijas, par kurām runāja Fuko. Aprakstot slimības radītās izjūtas, indivīds reflektē par savām attiecībām ar ķermeņi, kā rezultātā tiek atjaunota izirusī saikne starp ķermeņi un garu. Pacienta naratīva terapeitisko funkciju labi ilustrē plastiskā ķirurģija, kur galvenais veiksmīgas ķirurģiskās iejaukšanās kritērijs ir “pacienta spēja izstāstīt koherentu un pabeigtu naratīvu par to, kas viņu neapmierina sava ķermeņa izskatā un kādas ķirurģiskas izmaiņas viņš vēlētos veikt. Pacienta naratīvs ļauj cerēt, ka operācijas rezultātā tiks uzlabotas vai atjaunotas viņa attiecības ar paša ķermeņi, kas ir sagādājis viņam tik daudz ciešanu.” (Sīlis, 2007: 101)

Būtisku lomu ķermeņa socioloģijā ieņem arī dažādas feminisma teorijas, kuras aplūko dzimuma lomas saistību ar rūpēm par ķermeņi un veselību, un norāda uz nepieciešamību cīnīties pret patriarhāta iedibinātajām sieviešu pakļaušanas formām – vīriešu konstruēto sieviešu dzimumlomu un no tās izrietošo uzvedību. Pēc Enendeilas atzinuma, “feministus vieno tēze, ka patriarhāts apspiež sievietes, jo apvieno dzimumu (*sex*) ar dzimti (*gender*), tādā veidā panākot, ka sievietes ķermeņa īpašību negatīvais raksturojums attiecas arī uz visu sieviešu dzimumu” (Annendale, 1998: 77). Taču feministu starpā nav vienprātības attiecībā uz to, kāda ir dzimuma nozīme sievietes sociālās lomas konceptualizācijā. Liberālā feminisma pārstāvji uzskata: tā kā priekšstati par sieviešu dzimumlomu ir sociāli konstruēti, tad starp dzimuma bioloģiskajiem aspektiem (ārējām dzimum pazīmēm) un dzimuma sociālajiem aspektiem nav nekādas saistības. Viņi aicina atbrīvoties no vīriešu radītā priekšstata par sievietes sociālo lomu – atteikties no pārspīlētajām rūpēm par savu ārējo izskatu, ko sievietēm uzspiež skaistumkopšanas industrija, un radīt pašām savu sievišķības koncepciju, kuras pamatā ir indivīda garīgās spējas, no kurām svarīgākā ir racionalitāte.

Radikālie feministi turpretim uzskata, ka racionalitāte pati par sevi ir piederīga patriarhātam, tādēļ ar racionālas sociālas rīcības palīdzību patriarhāta vara tiek nevis pārvarēta, bet

gluži otrādi – nostiprināta. Mainās lomas apraksts, taču ne varas attiecības, kuru rezultātā šī loma tiek sievietēm uzspiesta. Pēc viņu domām, pārvarēt vīriešu iedibināto sociālo kārtību var, vienīgi akcentējot saistību starp dzimumu un dzimti, un pozitīvi akcentējot tās īpašības, kas raksturīgas tieši sievietēm. Atbilstoši radikālā feminisma nostājai ķermenis veido sievietes pieredzes centru, tāpēc arī viņas sociālā loma ir jāveido, balstoties uz tā īpašībām, starp kurām galvenā ir reproduktīvā funkcija.

Savukārt postmodernā feminisma pārstāvji atzīst dzimuma atšķirību problemātiku par nebūtisku, jo to uzskata par vienu no modernisma ieviestajām binārajām opozīcijām. Tāpat ir arī ar varas attiecībām, jo jautājums par to, kurš ir apspiedējs, bet kurš – apspiestais, ir atkarīgs nevis no indivīda dzimtes, bet gan no situācijas konteksta. Patriarhāla ir nevis vara, bet gan binārās opozīcijas, proti, pats nošķirums starp vīriešiem un sievietēm, kuru atbalsta abi iepriekšminētie feminisma atzari. Ja tiek pieņemts, ka vīrieši un sievietes ir kaut kas pretējs, tad, piedēvējot vīrietim kādas nebūt pozitīvās īpašības (racionalitāte, neatkarība, spēks, veselība), sievietei automātiski tiek piedēvētas negatīvās (iracionalitāte, atkarība, vājums, slimīgums). Šī iemesla dēļ, kā uzsver Enendeila, “postmodernā feminisma politiskās programmas galvenā tēze ir šāda: *ja tiek izjauktas opozīcijas, tad ir grūti asociēt vīriešus ar visu to, kam sabiedrībā ir augsta vērtība, bet sievietes – ar visu to, kas tiek vērtēts zemu*” (Annendale, 1998: 80). Šīs nostājas pārstāvju mērķis ir dekonstruēt priekšstatu par atšķirībām starp dzimumiem un izveidot tādu veselības diskursu, kuru neierobežo bināri nošķirumi. Taču arī postmoderno feminismu ir iespējams kritizēt par to, ka tam neizdodas pārvarēt patriarhālās attiecības, atšķirība ir tikai tāda, ka pēc dzimuma jēdziena dekonstrukcijas vara pieder nevis cilvēkiem, bet gan pašam diskursam, kurā tiek veikts nošķirums starp veselību un slimību. Pretoties diskursa varai ir iespējams, vienīgi turpinot nodarboties ar dekonstrukciju un veidojot alternatīvus, privātus diskursus.

Galvenais secinājums, ko var izdarīt pēc šo dažādo veselības un slimības teorētisko interpretāciju apskata, ir šāds: mūsdienu veselības un slimības socioloģijā nav izstrādāta vienota teorētiskā platforma, kuras ietvaros tiktu skaidri definēta veselība, slimība un to saistība ar dzīves kvalitāti ietekmējošajiem faktoriem. Promocijas darba teorētisko pamatu veido veselības uzvedības interpretācija mūsdienu socioloģijas teoriju kontekstā, proti, no vairāku mūsdienu socioloģijas autoru – Maksa Vēbera, Pjēra Burdjē un Entonija Gidensa – teorētiskajām nostādnēm sintezētā veselības dzīvesstilu teorija, kuru izveidojuši Viljams Kokerhems, Tomass Abels un viņu kolēģi. Taču, pirms ķerties pie veselības dzīvesstilu teorijas iztīrājuma, vispirms ir nepieciešams pievērsties veselības un veselības uzvedības jēdzienu definīcijām.

2.2. Ar teorētiskajiem modeļiem saistītās veselības jēdziena definīcijas

No iepriekšējā nodaļā veiktā vēsturiskā izklāsta izriet, ka biomedicīniskā veselības paradigma ir dominējusi medicīnas nozarē kopš 19. gadsimta. Taču kopš 20. gadsimta 60. gadiem šī nozare ir sastapusies ar daudzām jaunām problēmām, un tas rada nepieciešamību izveidot jaunu veselības un slimības koncepciju.

Kā norāda Džordžs Engels (*George L. Engel*), ar izmeklēšanas un analīžu palīdzību ir iespējams konstatēt slimības bioloģiskos simptomus, taču tās nepalīdz izprast nedz slimības subjektīvo pieredzi, nedz arī sociālos priekšstatus par to: “Lai radītu bāzi slimības cēloņu izpratnei un nonāktu pie pārdomātas ārstēšanas metodes un veselības aprūpes paradigmas, medicīniskajam modelim ir jāņem vērā gan pacients, gan sociālais konteksts, kurā viņš dzīvo, gan arī kompensējošā sistēma, kuru sabiedrība ir radījusi lai neitralizētu slimības postošās sekas, proti, ārsta loma veselības aprūpes sistēmā. Lai to visu panāktu, ir nepieciešams biopsihosociālais modelis.” (Engel, 1977: 132) Biopsihosociālā modeļa pamatā ir atvērtais veselības jēdziens, kur izpratni par veselību veido trīs struktūrelementi: medicīnas speciālistu viedoklis, sociālais konteksts un nespeciālistu individuālie priekšstati par veselību. “Robeža starp veselību un slimību, arī veselu un slimu cilvēku, nebūt nav skaidri iezīmēta, to padara izplūdušu kultūras, sociālie un psiholoģiskie apsvērumi. [...] Ārsta uzdevums ir izprast nomāktību un disfunkciju, kas pamudina indivīdu meklēt medicīnisko palīdzību, liek viņam uzņemties slimnieka lomu un pacienta statusu.” (Engel, 1977: 132–133) Biopsihosociālais modelis ir daudzdimensionāls priekšstats, kur veselība nav statisks stāvoklis, tas ir dinamisks process, kas ietver sevī aktīvu darbību, kuras mērķis ir ne tikai saglabāt veselību un izvairīties no slimības, reaģējot uz dažādiem riska faktoriem, bet arī rīcība, ar kuru indivīds cenšas atgūt veselību slimības gadījumā.

Arī Deivids Grīvzs aplūko iemeslus, kādēļ bija nepieciešama veselības modeļu nomaiņa, un, viņaprāt, svarīgākais no tiem ir tas, ka biomedicīniskais modelis pārāk koncentrējas uz slimību kā **ontoloģisku jēdzienu** – tieši tādēļ tas nespēj adekvāti iekļaut sevī veselības un slimības politiskos, sociālos un kultūras aspektus (Greaves, 2002: 82). Grīvzs aplūko vairākas pieejas šai problēmai, no kurām izriet atšķirīgas veselības definīcijas:

Biomedicīniskā paradigma noliedz psiholoģisko un sociālo faktoru nozīmi. Tā aicina, pirmkārt, nodalīt spriedumus par faktiem no dažādiem citiem spriedumiem, jo faktiem medicīnā ir primāra nozīme, un, otrkārt, tā kā medicīnas interešu galvenā sfēra ir bioloģija, tad ārstiem nav jāņem vērā veselības un slimības sociālie un psiholoģiskie elementi. Biomedicīniskās paradigmas ietvaros pastāvošais veselības modelis atbilstoši šim uzstādījumam ir šauri funkcionāls, veselības

definīcijas koncentrējas tikai uz fizisko un garīgo veselības traucējumu neesamību vai arī tikai uz organisma funkcionētspēju.

Tipiski šādu definīciju piemēri ir:

- a) Negatīvā veselības definīcija: “Veselība ir slimības neesamība”. (Boorse, 1997: 7–8)
- b) M.C. Smita definīcija: veselība ir “veseluma stāvoklis vai arī brīvība no defektiem vai sadalītības” (Smith, 2002: 6).
- c) I. Lazovska definīcija: veselība ir “sistēma ar haotiskiem atraktoriem, kas nodrošina organisma funkcijas” (Lazovskis, 1995: 60).

Minētās definīcijas pārstāv naturālistisko pieeju veselības konceptualizēšanā, kur veselība un slimība tiek uzskatītas par kultūrneitrāliem, empīriski konstatējamiem bioloģiskiem stāvokļiem: “Veselība nozīmē normālu funkcionētspēju, kur jēdziens “normāls” nozīmē atbilstību konkrētās sugas bioloģiskajai uzbūvei (*species design*), bet slimība nozīmē sugas bioloģiskās uzbūves noteiktās funkcionētspējas traucējumus,” (Kovacs, 1998: 31).

Ja šis šauri bioloģiskais skatījums tiek papildināts ar humanitāro un sociālo skatījumu, tad izveidojas **biopsihosociālā** paradigma. Šī paradigma uzsver, ka ir nepieciešams nošķirt tās problēmas, kuras ir pētāmas ar kvalitatīvajām metodēm, no tādām, kas pētāmas kvantitatīvi. Kvalitatīva rakstura informāciju par veselības un slimības sociālajiem un psiholoģiskajiem aspektiem ir nepieciešams apstrādāt ar kvalitatīvām metodēm, līdz ar to medicīnas interešu lokā iekļaujas arī sociālais un individuālais skatījums, tādējādi leģitimizējot arī no šiem skatījumiem izrietošās veselības jēdziena definīcijas (Greaves, 2002: 83).

Biopsihosociālais veselības modelis balstīts uz tēzi, kuru Boulinga formulē šādi: “Gan laba, gan arī slikta veselība ir sociālu, psiholoģisku un bioloģisku notikumu mijiedarbības rezultāts.” (Bowling, 2002: 13) Divas pazīstamākās šā modeļa veselības definīcijas ir šādas:

- a) Pasaules Veselības organizācijas konstitūcijas (pieņemta 1948. gadā) ietvaros atrodamā definīcija skan šādi: “Veselība ir cilvēka psihiskās, fiziskās un sociālās labklājības stāvoklis, nevis tikai slimības vai vājuma neesamība.” (Constitution of WHO) Šī PVO definīcija tiek kritizēta galvenokārt par to, ka tā ir pārāk plaša, turklāt neņem vērā to, ka veselība nav permanents stāvoklis, bet drīzāk dinamisks process, kas saistīts ar nepieciešamību nepārtraukti pielāgoties ārējām un iekšējām pārmaiņām un priekšstatiem par dzīves kvalitāti. Tādēļ 1948. gada definīciju drīzāk vajadzētu uzskatīt par tādu, kurā ir iezīmēts ideālais mērķis, nevis aprakstīta realitāte – saskaņā ar tajā nosprausto veselības standartu vairums cilvēku varētu tikt atzīti par neveseliem tikai tādēļ, ka viņiem pietrūkst kāds no definīcijā uzskaitītajiem veselības komponentiem.

- b) 1984. gadā PVO izveidoja adekvātāku un uz indivīda ikdienas aktivitātēm orientētu veselības definīciju: “Veselība ir pakāpe, līdz kurai indivīds vai grupa spēj, no vienas puses, realizēt centienus un apmierināt vajadzības; un, no otras puses, mainīt vidi vai sadzīvot ar to.” (WHO European Target Document)

Šī promocijas darba mērķim vislabāk atbilst veselības biopsihosociālais modelis, jo šī modeļa veselības definīcijas ietver sevī gan garīgo veselību, gan sociālo labklājību, gan arī dzīves kvalitātes jēdzienu. Šis modelis atspoguļo pēdējo gadu veselības un slimības socioloģijas pētījumu rezultātus, kā arī jaunākās tendences bioētikā un medicīnas ētikā. Šis modelis ir arī konceptuāli saistīts ar Kokerhema un Abela veselības uzvedības teorijas pamattēzi par to, ka veselības uzvedību būtiski iespaido indivīda sociālā mijiedarbība.

2.3. Veselības uzvedības definīcijas

Vienu no pirmajām ietekmīgākajām veselības uzvedības definīcijām ir radījuši Staņislavs Kesls (*Stanislav V. Kasl*) un Sidnijs Kobs (*Sidney Cobb*). Divās savās publikācijās (1966 a, 1966 b) viņi pievērš uzmanību novērojamās veselības uzvedības specifisko kategoriju definīcijām.

- 1) *Preventīvā veselības uzvedība*. Jebkura darbība, kuru indivīds, kas uzskata sevi par veselu, veic ar mērķi izvairīties no slimības vai arī noteikt tās klātbūtni asimptomātiskajā stadijā.
- 2) *Slimības uzvedība*. Jebkura darbība, kuru indivīds, kas uzskata sevi par slimu, veic ar mērķi definēt veselības stāvokli un atrast piemērotas zāles (Kasl and Cobb, 1966 a: 246–266).
- 3) *Slimnieka lomas uzvedība*. Jebkura darbība, kuru indivīds, kas uzskata sevi par slimu, veic ar mērķi atveseļoties. Tā iekļauj sevī medicīniskās aprūpes sniedzēju piedāvātās ārstēšanas saņemšanu, ietver visas atkarīgā stāvoklī nonākuša cilvēka uzvedības formas, kā arī ir saistīta ar zināmu atbrīvotību no konkrētā indivīda ierastiem pienākumiem (Kasl and Cobb, 1966 b: 531–544).

Līdzīgi Keslam un Kobam, arī Daniels Hariss (*Daniel M. Harris*) un Šarona Gūtena (*Sharon Guten*) akcentē to, ka veselības uzvedības pētījumos ir jāņem vērā nevis medicīnas ekspertu viedoklis par to, kas ir veselību veicinošas darbības, bet gan nespeciālistu viedoklis, ko viņi sauc par pašdefinētu veselības uzvedību (*self-defined health behavior*). Hariss un Gūtena ir pārliecināti, ka ikviens cilvēks veic tādas darbības, kuru mērķis ir aizsargāt veselību un nav būtiski, vai šīs darbības ir medicīniski atzītas, vai nav. Pēc viņu definīcijas, “veselību aizsargājoša uzvedība (*health-protective behavior*) ir jebkuras darbības, ko indivīds [...] veic, lai aizsargātu,

uzlabotu vai saglabātu savu veselību, neatkarīgi tā, vai šīs darbības, objektīvi vērtējot, tiešām palīdz sasniegt mērķi” (Harris & Guten, 1979, 18).

Jaunākās veselības uzvedības definīcijas vairs necenšas kategorizēt veselības uzvedības veidus, tā vietā uzsverot veselības uzvedības saistību ar ārējiem faktoriem un dzīves kvalitāti. Piemēram, saskaņā ar G. Parkersona un kolēģu definīciju ar terminu “veselības uzvedība” (*health behavior*) tiek apzīmētas indivīdu, grupu un organizāciju darbības, kā arī šīs darbības determinējošie faktori, to subjektīvās nozīmes un sekas, proti, sociālās pārmaiņas un valsts veselības politikas veidošana un īstenošana, kā arī individuālo veselības aprūpes iemaņu un prasmju uzlabošanās un dzīves kvalitātes paaugstināšanās (Parkerson et al., 1993). Definējot veselības uzvedības jēdzienu tik plaši, autori ir vēlējušies parādīt, ka veselības uzvedības jēdziens ietver ne tikai pašu uzvedību, bet arī šīs uzvedības cēloņus – determinējošos faktoros. Indivīda darbības, kuras atstāj iespaidu uz veselību, ir saistītas ar indivīda piederību sociālajai grupai vai organizācijai, kurā pastāvošās uzvedības normas un attieksmes atstāj būtisku iespaidu uz viņa uzvedību. Tāpat uzvedību būtiski iespaido arī plašāka mēroga faktori, piemēram sociālās pārmaiņas un valsts īstenotā veselības aprūpes stratēģija. Definīcijas autori pievērš uzmanību arī tam, ka veselības uzvedībā būtiska motivējoša loma ir rīcības sekām – veikto veselības aprūpes darbību efektivitātei, kas atkarīga no iemaņu līmeņa, un centieniem paaugstināt savu dzīves kvalitāti.

Sasaucoties ar Parkersona un kolēģu uzstādījumu, Deivida Gočmana piedāvātā veselības uzvedības definīcija iekļauj ne tikai novērojamo uzvedību, bet arī psiholoģiskās norises un stāvokļus, ciktāl tos ir iespējams novērot. Gočmans definēja veselības uzvedību kā: 1) personības atribūtus, tādus kā uzskati, ekspektācijas, motīvi, vērtības, uztvērumi, citi kognitīvie elementi; 2) individuālās rakstura iezīmes, kurās tiek iekļauti arī afekti (skumjas, satraukums, dusmas) un citi emocionālie stāvokļi; 3) novērojamās uzvedības shēmas, darbības un paradumi, kas ir saistīti ar rūpēm par veselību, veselības atjaunošanu un veselības veicināšanu (Gochman, 1997: 169).

Šajā darbā un ar to saistītajos pētījumos tiek izmantota Harisa un Gūtenas tēze par to, ka veselības uzvedību nosaka paša indivīda priekšstati par tās lietderību, kā arī nošķirums starp veselību saglabājošu, veselību veicinošu un veselību aizsargājošu uzvedību, kas tika izmantots promocijas darba mērķu sasniegšanai veiktajā pētījumā par Latvijas iedzīvotājiem raksturīgajiem veselības dzīvesstiliem. Savukārt Parkersona un Gočmana piedāvātās veselības uzvedības definīcijas ne tikai papildina viena otru, bet arī ir saistītas ar veselības biopsihosociālo modeli, līdz ar to skaidri parādot konceptuālo sakarību starp rūpēm par veselību un dzīves kvalitāti.

Indivīda veselības uzvedība veidojas daudzu psiholoģisku, sociālu un fizisku faktoru mijiedarbībā. Veselības uzvedību veido nepieciešams un pietiekams subjektīvo rādītāju, objektīvo faktoru, un rīcībspējas (materiālie resursi, izvēles brīvība, personas brīvība) kopums. Šīs mijiedarbības rezultātu Anna Boulinga nosauc par “veselības dzīvesstilu” (Bowling, 2002: 33). Veselības dzīvesstils apvieno sevī dažādus iespējamās veselības uzvedības veidus, piemēram, smēķēšanu, alkohola patēriņu, sportu un fiziskās aktivitātes, konsultācijas par diētu un daudzas citas preventīvās un veselību veicinošās aktivitātes.

2.4. Veselības dzīvesstila teorija un rūpes par veselību

Diskusija par veselības dzīvesstiliem ir jāsāk ar Maksa Vēbera (*Max Weber*) dzīvesstila koncepcijas īsu izklāstu. Vēbers runā par “specifisku racionālismu, kas raksturo Rietumu kultūru,” un saista šī racionālisma izpausmes pirmām kārtām ar ekonomiku, kurai viņš Rietumu sabiedrībā piešķir fundamentālu nozīmi (Vēbers, 1905/2004: 15). Šajā kontekstā tad arī parādās dzīvesstila jēdziens, jo “ekonomiskais racionālisms tādā pašā pakāpē kā no racionālās tehnikas un racionālajām tiesībām ir atkarīgs arī no cilvēku spējas un sliksmes uz noteikta tipa praktiski racionālu *dzīvesvedumu*” (Vēbers, 1905/2004: 15). Darbā “Ekonomika un sabiedrība” Vēbers pievērš uzmanību diviem Rietumu sabiedrībā pastāvošiem un savstarpēji konkurējošiem racionalitātes veidiem: formālo racionalitāti, kas ir loģiska, orientēta uz efektivitāti un objektivitāti, un substantīvo racionalitāti, kas balstās uz konkrētajā sabiedrībā tradicionāliem priekšstatiem par būtisko un vērtīgo. Mūsdienu Rietumu sabiedrību raksturo tas, ka formālā racionalitāte nospiedoši dominē pār substantīvo racionalitāti (Kalberg, 1980: 1173).

Vēbera koncepcijā dzīvesstils ir saistīts ar indivīda sociāli ekonomisko statusu. Ar jēdzienu “status” (*ständische Lage*) tiek apzīmētas prasības pēc sociālās cieņas, kas izpaužas pozitīvās un negatīvās privilēģijās un tipiski balstās uz dzīvesstilu, tātad – formālo izglītību (kura var izpausties gan kā prasmes un iemaņas, gan arī kā racionālas instrukcijas) un tai atbilstošu uzvedību, kā arī mantotu profesionālo prestižu (Weber, 1922/1978: 305–306). Ar terminu “statusa grupa” tiek apzīmēts personu kopums, kas pastāv lielākas sociālas grupas ietvaros, un bauda sociālu atzinību un cieņu. Statusa grupas veidojas, pateicoties konkrētam dzīvesstilam, kuru praktizē un vēlas saglabāt vai nu kādas aroda grupas pārstāvji (profesionālās statusa grupas), vai augstdzimušas personas (pārmantotās statusa grupas), vai arī cilvēki, kuriem pieder varas monopols (hierokrātiskās vai politiskās statusa grupas) (Weber, 1922/1978: 306). Konkrētās sociālās grupas dzīvesstils izpaužas kā raksturīgie patēriņa paradumi, kas saistās ar tās prestižu: “Statusa prestižs

(*status honor*) parasti realizējas tādējādi, ka no visiem, kas vēlas piederēt pie konkrētām aprindām, tiek sagaidīts konkrēts dzīvesstils.” (Weber, 1922/1978: 932)

Dzīvesstils (*Lebensstil*) ir indivīda sociālo praksi organizējošs princips, kas sastāv no diviem komponentiem: 1) *Lebensführung* – dzīves vadīšanas (jeb dzīvesveduma)⁶ kas atkarīga no indivīda izvēles, un 2) *Lebenschancen* – dzīves apstākļu iepriekšnoteiktu iespēju īstenot šo izvēli. Proti, attiecībā uz jautājumu, kas tad nosaka indivīda dzīves stilu – sociālais konteksts vai autonoma izvēle, Vēbers norāda, ka ir jāņem vērā gan indivīdu spēja pašiem izvēlēties, kā dzīvot, gan arī viņu dzīves apstākļi, kuri nosaka to, cik lielas ir iespējas šo izvēli īstenot praksē. Noteicošie ir tādi ekonomiskie apstākļi kā ienākumi, īpašums un iespēja nopelnīt, taču būtiskas ir arī tiesības, normas un sociālās attiecības (varbūtība, ka citi cilvēki uz indivīda darbībām reaģēs konkrētā veidā) (Cockerham, Abel, Lueschen, 1993: 417–418). Cilvēkiem, kuriem ir pieejami lielāki resursi, ir lielāka varbūtība īstenot izvēlēto veselības dzīvesstilu, līdz ar to viņi ir neatkarīgāki no ārējiem apstākļiem, savukārt, tie, kam nav šo resursu, ir vairāk atkarīgi no ārējiem apstākļiem. Pēc Kokerhema domām, Vēbera ieguldījumu mūsdienu veselības dzīvesstila izpratnē raksturo trīs aspekti: 1) veselības uzvedība savā būtībā ir *kolektīvs fenomens* – tā ir saistīta ar indivīda piederību statusa grupai; 2) veselības dzīvesstili atspoguļo nevis ražošanas, bet gan individuālās *patērēšanas modeļus*; 3) veselības dzīvesstili veidojas, dialektiski mijiedarbojoties izvēlei un konkrētajā situācijā pieejamajām alternatīvām, turklāt *izvēlei ir noteicoša loma* (Cockerham, Rütten, Abel, 1997: 325).

Tomass Abels (*Thomas Abel*) un kolēģi uzskata: lai saprastu individuālās izvēles un tās piepildījuma varbūtības savstarpējo mijiedarbību, ir nepieciešams papildināt Vēbera teoriju ar Pjēra Burdjē (*Pierre Bourdieu*) izstrādāto *habitus* koncepciju (Abel, et al., 2000: 61). *Habitus* ir “ilgstošu un pārvietojamu dispozīciju sistēmas, strukturētas struktūras, kas sliecas funkcionēt kā strukturējošas struktūras, t. i., kā prakses un priekšstatus ģenerējoši un organizējoši principi..” (Burdjē, 2004: 73) Tas ir “ilgstošu praksi ražošanas princips”, kas iemieso indivīda priekšstatus par sociālo struktūru un apstākļiem, radot noturīgu orientāciju uz noteikta veida darbību. Rīcība saskaņā ar *habitus* vienlaikus atražo šīs rīcības pamatā esošo sociālo struktūru, tādējādi dzīvesstili

⁶ Tulkojot jēdzienu *Lebensführung*, ir jāievēro kāda būtiska konceptuāla nianse. Vēbera darba “Reliģijas socioloģija” tulkotājs Rihards Kūlis savās piezīmēs norāda, ka parasti šo terminu “..tulko ar vārdu “dzīvesveids”, kas īsti neatbilst M. Vēbera socioloģiskās kategorijas “*Lebensführung*” būtībai. “Dzīvesveids” izteic kādai sociālajai grupai vai sabiedrībai kopumā raksturīgu izturēšanos saistībā ar tai piemītošajiem dzīves apstākļiem un paražām; indivīda un dzīvesveida attiecībās dominējošais ir dzīvesveids (tas organizē indivīdu vai grupu), turpretim dzīvesvedums uzsver vairāk vai mazāk apzinātu dzīves organizēšanu un virzīšanu, balstoties uz audzināšanā iegūtiem vai pārņemtiem principiem.” (Kūlis, 2004: 288) Abels un Kokerhems atzīst, ka līdzīga problēma pastāv arī angļu tulkojumos, kur jēdziens *Lebensführung* ir vairākkārt kļūdaini atveidots kā “dzīvesstils”: “Tulkojot burtiski, *Lebensführung* ir dzīves vadīšana, kas ir indivīda pašnoteiksme un spēja pašam izvēlēties, kā uzvesties, nevis dzīvesstils. Tādējādi Vēbera koncepcijā par *Lebensstil* (dzīvesstils) *Lebensführung* apzīmē izvēles elementu.” (Abel, Cockerham, 1993: 553)

ne tikai atspoguļo atšķirības starp sociālajām grupām, bet arī reproducē tās. Individuālā līmenī *habitus* padara rīcību jēgpilnu paša indivīda acīs, jo “nodrošina aktīvu pagātnes pieredžu klātbūtni, kas nogulsņējas katrā organismā uztveres, domāšanas un darbības shēmu formā un daudz precīzāk nekā visi formālie noteikumi un saprotami formulētās normas garantē prakšu atbilstību un pastāvību laika ritumā.” (Burdjē, 2004: 75) Ņemot vērā šos apstākļus, var teikt, ka *habitus* darbojas kā dinamisks arhetips.

Saistībā ar dzīvesstiliem Burdjē parāda, ka *habitus* ne tikai nosaka izvēles iespējas, bet arī pašu izvēli. Neskaidrs šeit ir individuālās brīvības statuss – kaut gan Burdjē koncepcija pieļauj, ka indivīdam ir iespēja mainīt savu dzīvesstila izvēli, tai vienalga ir jābūt saskaņā ar viņa *habitus*. “Tā kā *habitus* ir bezgalīga spēja brīvi (bet kontrolēti) radīt produktus – domas, uztveres izpausmes, darbības – bet *habitus* radīto vienmēr ierobežojusi paša *habitus* veidošanās vēsturiskie un sociālie nosacījumi, tā dotā brīvība ir nosacīta un hipotētiska, tā neļauj ne radīt kaut ko jaunu un neredzētu, ne arī vienkārši mehāniski reproducēt sākotnējo un ierasto.” (Burdjē, 2004: 76) Tas savukārt parāda lielāko atšķirību starp Burdjē un Vēberu jautājumā par izvēli – Burdjē koncepcijā ārējie apstākļi, proti, struktūras, iespaido konkrēta dzīvesstila izvēli un īstenošanu daudz lielākā mērā, nekā to pieļāva Vēbers. Pateicoties struktūras patstāvībai, tās tendencei atkārtoties un pašatrazoties, dzīvesstili habitualizējas, proti, kļūst par pastāvīgu ieradumu sistēmu. Tas ir būtisks Vēbera teorijas papildinājums, kas paskaidro, kāpēc, par spīti individuālajām gaumes atšķirībām, joprojām tiek atrazoti konkrētajā sociālajā grupā pastāvošie dzīvesstili. Abels un kolēģi uzskata, ka Burdjē galvenais pienesums dzīvesstila analīzē ir divējāds: pirmkārt, viņš apraksta *habitus* lomu dzīvesstilu radīšanā un reprodukcijā; otrkārt, akcentējot *habitus* lomu, viņš parāda, ka dzīvesstila izvēli faktiski nosaka struktūra jeb tas, ko Vēbers sauc par *Lebenschancen* – apstākļu iepriekšnoteiktu dzīves varbūtību. Ar *habitus* palīdzību Burdjē aizpilda Vēbera dzīvesstila koncepcijā pastāvošo plaisu starp iespējam un izvēli, apvienojot tās vienā veselā (Abel et al., 2000: 62).

Viljams Kokerhems (*William C. Cockerham*) un kolēģi uzskata, ka būtisku papildinājumu dzīvesstila teorētiskajam aplūkojumam piedāvā arī Entonijs Gidenss (*Anthony Giddens*). Gidensa uzskati par strukturālo dualitāti dažos aspektos ir līdzīgi Burdjē koncepcijai par *habitus*, taču pretēji Burdjē, kurš uzsvēra ārējo apstākļu dominanci, Gidensa izstrādātās dzīvesstila koncepcijas centrālais faktors ir individuālā izvēle (Cockerham et al., 1997: 330). Gidenss uzskata, ka, pateicoties globalizācijai, ir ievērojami pieaudzis dažādu ārēju faktoru daudzums, kā rezultātā mūsdienu sabiedrība piedāvā indivīdam ļoti plašas dzīvesstila izvēles iespējas. Taču šī izvēle nav indivīda brīvas gribas izpausme, drīzāk otrādi: “.. ļoti liela nozīme ir tam, ka vēlīnās modernitātes

apstākļos mēs ne tikai sekojam dzīvesstiliem, bet arī to izvēle mums tiek uzspiesta, proti, mums nav citas izvēles, kā izvēlēties.” (Giddens, 1991: 81) Dzīvesstilam ir izšķiroša loma identitātes veidošanas procesā: “Dzīvesstilu ir iespējams definēt kā vairāk vai mazāk integrētu prakšu kopumu, kurās indivīds iesaistās ne tikai tādēļ, ka tās apmierina viņa utilitārās vajadzības, bet arī tādēļ, ka tas sagādā materiālu, kas nepieciešams identitātes subjektīvā naratīva veidošanai.” (Giddens, 1991: 81) Proti, lai saglabātu savu identitāti, indivīds ir spiests izvēlēties un aktīvi konstruēt tai atbilstošu dzīvesstilu, caur kuru šī identitāte tiek iemiesota un attīstīta. Jebkurš dzīvesstils ir saistīts ar to kultivējošā sabiedrības grupā pastāvošajiem standartiem, kuri indivīdam ir jāpieņem, ja tas vēlas šajā grupā iekļauties: “Kāds, kurš ir izvēlējis konkrēto dzīvesstilu, bez šaubām uzskatīs, ka dažas no pieejamajām iespējām neatbilst viņa “raksturlomai”, un tāpat domās arī tie cilvēki, ar kuriem šis indivīds ir saistīts.” (Giddens, 1991: 82) Tas nozīmē, ka, izvēloties konkrētu dzīvesstilu, indivīds atsakās no citām pieejamajām alternatīvām un, nokļūstot sociālajā vidē, kur dominē citi standarti, sastopas ar neērtības un neadekvātuma izjūtu.

To, kādā veidā indivīda izvēle ir saistīta ar viņam pieejamajām iespējām labāk saprast palīdz Gidensa strukturācijas teorijas ietvaros radītā koncepcija par struktūras dualitāti: “Darbības veicēju un struktūru uzbūve nav divi neatkarīgu parādību kopumi, proti, duālisms, bet gan dualitāte. Saskaņā ar priekšstatu par struktūras dualitāti sociālo sistēmu strukturālās īpašības ir gan rekursīvi organizēto prakšu līdzeklis, gan to rezultāts.” (Gidenss, 1999: 57) Tādējādi struktūra un indivīds ir atkarīgi viens no otra – struktūra nevar pastāvēt neatkarīgi no indivīda rīcības, jo rīkojoties indivīdi vienlaikus reproducē apstākļus, kas padara šo rīcību iespējamu. Savukārt rīcība izriet no iepriekšējās rīcības rezultātā izveidotās struktūras. Tā kā struktūras ir vienlaikus rīcības līdzeklis un rezultāts, tad tās vienlaicīgi gan padara iespējamu, gan arī ierobežo indivīda rīcību.

Kokerhems un kolēģi ir vienisprātis ar Burdjē un Gidensu attiecībā uz to, ka dzīvesstili strukturē indivīda uzvedību, un piebilst, ka postmodernajā sabiedrībā dzīvesstili ne tikai manifestē identitāti, bet arī sniedz atvieglojumu, jo tie vienkāršo strauji mainīgo pasauli. “Indivīdam, kas atrodas konkrētā sociālā konfigurācijā dzīvesstila izvēle kļūst par stila un aktivitātes enkuru, kas palielina stabilitātes un piederības izjūtu. .. dzīvesstili var tikt uzskatīti par iespēju struktūrām (*opportunity structures*). Cilvēki paņem no tiem tikai to, kas viņiem ir vajadzīgs, tādējādi pieņemot konkrēto dzīvesstilu kā sev vispiemērotāko eksistences veidu.” (Cockerham et al., 1997: 334)

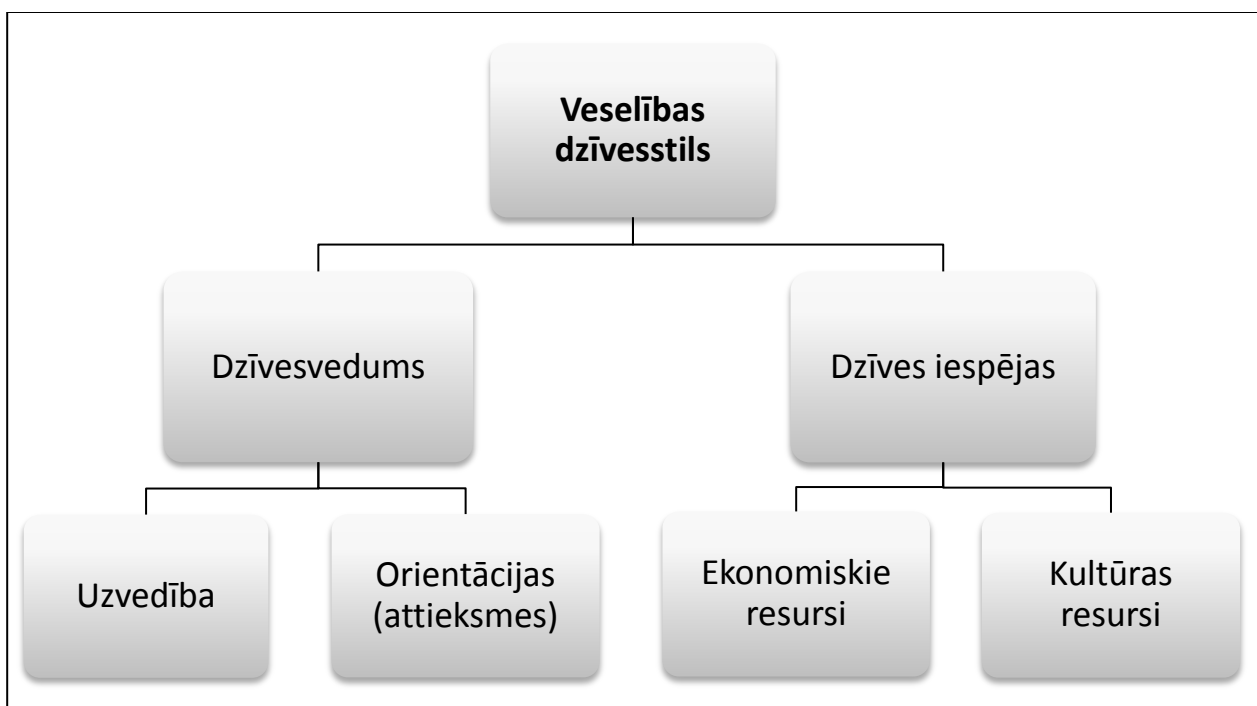
Piemērojot Vēbera, Burdjē un Gidensa konceptuālo veikumu veselības dzīvesstiliem, Kokerhems un kolēģi secina, ka Rietumu sabiedrībā pastāvošie veselības dzīvesstili ir uzskatāmi par formālās racionalitātes izteiksmes formu. Postmodernajā sabiedrībā veselības dzīvesstilu izvēlē

un īstenošanā dominē pragmatisms jeb formālā racionalitāte, kas izpaužas kā efektīvāko līdzekļu izvēle nospraustā mērķa sasniegšanai, tā dominē pār substantīvo racionalitāti, kas ir orientēta uz ideāliem un vērtībām. “Pagātnē veselības dzīvesstilus balstošā racionalitāte bija drīzāk substantīva (tā atspoguļoja veselības kā ideāla stāvokļa vērtību), turpretī mūsdienās tā ir daudz formālāka (tā ir kļuvusi par efektīvāko metodi, lai indivīds varētu sasniegt labāku izskatu, izbaudīt lielāku vitalitāti, un palielināt sagaidāmo dzīves ilgumu).” (Cockerham et al., 1993: 413) Praksē šos divus racionalitātes tipus atšķir tas, ka formālā racionalitāte piešķir indivīdam daudz lielāku kontroli pār savu veselības stāvokli – agrāk veselība tika uztverta kā svētība, kas atkarīga no Dieva gribas, turpretī mūsdienu sekularizētajā sabiedrībā tā ir indivīda motivācijas un rīcībspējas rezultāts, “Īdz ar to tiek sagaidīts, ka cilvēki veselību radīs paši savām rokām”. (Cockerham et al., 1997: 334) Protī, veselība ir uzdevums, sasniegums vai performance, ko izpilda autonomi un atbildīgi indivīdi.

Ja veselība tiek konstituēta kā instrumentāla vērtība, tad veselības uzvedības galvenais mērķis ir gan veselības radīšana, gan arī tās patērēšana: “Cilvēki rada veselību lai varētu dažādos veidos to patērēt.” (Cockerham et al., 1997: 334) Cilvēki tiecas saglabāt vai uzlabot savu veselību nevis pašas veselības dēļ, bet gan tādēļ, lai sasniegtu lielāku apmierinātību ar dzīvi – “lielākas darbības, lielāku dzīves ilgumu, lielāka iespēja baudīt savu fizisko labklājību” (Cockerham et al., 1993: 416). Tādā veidā iezīmējas veselības uzvedības konceptuālā saistība ar dzīves kvalitāti.

Tā kā vispārārtāta veselības dzīvesstila definīcija joprojām nav izstrādāta, Viljams Kokerhems un Tomass Abels (un kolēģi) piedāvā vairākus definīciju variantus, vienlaikus uzsverot, ka starp tām būtu jāliek vienlīdzības zīme, jo tās visas fokusējas uz indivīda izvēles mijiedarbību ar dzīves apstākļu noteiktu varbūtību īstēnot šo izvēli:

1. “Veselības dzīvesstils ir apzināta veselības uzvedība, kas balstās uz izvēli starp katrā individuālajā situācijā pieejamajām alternatīvām.” (Cockerham et al., 1993: 419)
2. “Veselības dzīvesstili ir veselību ietekmējošas uzvedības kolektīvi modeļi, kas balstās uz indivīdu izvēli, kura ir atkarīga no apstākļu iepriekšnoteiktas dzīves iespējas (*life chances*). (Cockerham et al., 1997: 338)
3. “Veselības dzīvesstili ietver sevī savstarpēji saistītus veselības uzvedības, orientācijas, un resursu modeļus, ar kuru palīdzību indivīdu grupas reaģē uz sociālo, ekonomisko un kultūras vidi.” (Abel, 1991: 901) Šā jēdziena struktūra ir atainota 4. attēlā.



Attēls 4. Jēdziena “veselības dzīvesstils” struktūra
 Avots: Abel, Cockerham & Niemann, 2000: 63

Kokerhema, Abela un kolēģu pieejai ir vairākas priekšrocības. Pirmkārt, tā aplūko ne tikai veselības uzvedību, bet arī ar šo uzvedību saistītos individuālos un strukturālos faktorus. Otrkārt, definīcija būtiski paplašina veselības uzvedības jēdzienu – tā iekļauj gan speciālistu (zinātnieku), gan arī nespeciālistu uzskatus par to, kas ir veselību ietekmējoša uzvedība. Un, treškārt, definīcija ņem vērā gan apzinātu izvēli, kuru nosaka indivīda uzskati par savu veselību, gan arī habituālu izvēli (Abel et al., 2000: 63).

Ņemot vērā dažādu sociālu un ekonomisku faktoru nozīmi, ir skaidrs, ka dažiem indivīdiem būs lielākas iespējas realizēt savu dzīvesstila izvēli. Vai tas nozīmē, ka tiem, kuru materiālie resursi ir ļoti ierobežoti, nav nekādas iespējas izvēlēties sev piemērotu dzīvesstilu? Gidenss uzskata, ka “jēdziens “dzīvesstils” attiecas arī uz lēmumiem un darbībām, kas tiek veiktas ļoti spiedīgos materiālos apstākļos; šādas dzīvesstila formas dažkārt var nozīmēt vairāk vai mazāk apzinātu izplatīto uzvedības un patēriņa formu noraidījumu” (Giddens, 1991: 6). Tātad neatkarīgi no sociālajiem un ekonomiskajiem apstākļiem ikviens ir spējīgs izdarīt veselības dzīvesstila izvēli.

No otras puses, apstākļi ir tikpat būtisks dzīvesstila komponents kā izvēle. Kokerhems un kolēģi uzskata, ka “jautājums par to, vai apstākļu iepriekšnoteiktas dzīves iespējas ir svarīgākas nekā izvēle, joprojām nav atrisināts, taču skaidrs ir viens: dzīves varbūtībai noteikti ir būtiskāka loma, nekā to pieņēma Vēbers un [...] Gidenss. [...] Dzīves iespējas (*life chances*) ietekmē dzīvesstilus galvenokārt divos veidos: 1) kā sociāli ekonomiskie resursi un 2) kā uztveres

ierobežojumi, ko radījusi indivīda socializācija un pieredze konkrētajā sociālajā vidē.” (Cockerham et al., 1997: 335)

Saskaņā ar Vēbera uzstādījumu, dzīvesvedums iemieso indivīda autonomo izvēli, savukārt, dzīves iespējas veido struktūru, kas vai nu veicina, vai arī apgrūtina šīs izvēles īstenošanu praksē. Līdz ar to strukturāliem faktoriem (tādiem kā indivīda ienākumi, izglītība un nodarbinātība) var būt dominējoša loma, definējot veselības dzīvesstilus. Tajā pašā laikā sociāli ekonomiskos apstākļus nevar uzskatīt par vienīgajiem dzīvesstilus determinējošajiem faktoriem – dzīvesstilu var būtiski iespaidot tādi faktori kā vecums, dzimums, rase un tautība, kuri sniedzas pāri sociālās šķiras robežām. “Neviena koncepcija par veselības dzīvesstiliem nedrīkst būt tik šaura, ka iekļautu tikai sociāli ekonomisko statusu, tai ir jāpievēršas arī alternatīviem veselības prakses strukturējošiem statusa faktoriem, tādiem kā vecums un dzimums.” (Cockerham et al., 1997: 336) Piemēram, vairāki pētījumi parāda, ka, palielinoties vecumam, cilvēki pievērš veselībai arvien vairāk uzmanības, jo veselības stāvoklim ir tendence pakāpeniski pasliktināties (Birren et al., 1991; Walker & Hagan Hennessy, 2004; Bowling, 2005 a; Walker, 2005; Mollenkopf & Walker, 2007). Līdz ar to šī promocijas darba ietvaros tiek pievērsta uzmanība arī vecāka gada gājuma indivīdu veselības uzvedībai.

Veselības dzīvesstilu raksturīpašības ir iespējams sadalīt trijās grupās: 1) individuālās kategorijas (piemēram, veselības stāvoklis, vērtības, izglītība); 2) sociālās un kultūras kategorijas (patērētāju kultūras un reklāmas iespaids, dzimuma lomas, kultūras tradīcijas), 3) rīcībspējas kategorijas – jaukta kategoriju grupa, kurā ietilpst gan individuālas, gan sociālas kategorijas (indivīda motivācija, ienākumi, brīvā laika daudzums, attiecības starp pašārstēšanos un pašaprūpi, izvēle starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kā arī veselības aprūpes sistēmas kvalitāte un pieejamība) (Sīlis, 2006 b: 187–188).

Jēdziens “rūpes par veselību” tika konceptualizēts 2005. gada pētījumā “Dzīves kvalitāte Latvijā”. Pētījuma ietvaros tika intervēti Latvijas medicīnas nozares eksperti, pēc kuru domām rūpes par veselību apvieno sevī ieinteresētību uzturēt un uzlabot savu veselību, pietiekami plašas zināšanas par veselību, kā arī šai interesei un zināšanām atbilstošu uzvedību. Apvienojot ekspertu izteikumus, var secināt, ka rūpes par veselību izpaužas kā holistisks dzīvesveids⁷ (veselības paradumu sistēma), kuru nosaka veselības iekļaušana pamatvērtībās un dzīves kvalitātes koncepcijā; arī zināšanas par sava organisma uzbūvi un funkcijām un informētība par pieejamo veselības aprūpi, kas ļauj adekvāti rīkoties saslimšanas gadījumā (slimības paradumu sistēma) (Sīlis, 2006 b: 187). Ar rūpēm par veselību faktiski tiek saprasts tas pats, ko angļu valodā dēvē par

⁷ Šeit un turpmāk jēdzieni “dzīvesveids” un “dzīvesstils” tiek lietoti kā sinonīmi.

uz veselību orientētu dzīvesstilu. Kā to definē Abels un kolēģi – “ja apzināts nolūks pozitīvi ietekmēt veselību ir dzīvesstila neatņemama sastāvdaļa, tas būtu jāsauc par uz *veselību orientētu dzīvesstilu*” (Abel et al., 2000: 63). Un pretēji – ja šāda apzināta nolūka rūpēties par savu veselību nav, tad indivīda dzīvesveids nav uzskatāms par uz veselību orientētu dzīvesstilu.

Ņemot vērā augstāk izklāstītos teorētiskos uzstādījumus, promocijas darba ietvaros tika veikti Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedības empīriski pētījumi ar mērķi iegūt priekšstatu par viņu veselības dzīvesstiliem. Šie pētījumi tiek veikti, balstoties uz hipotēzi par to, ka veselības uzvedība ir saistīta ar indivīda dzīves kvalitāti. Šī saistība izpaužas kā strukturāla dualitāte – dzīves kvalitāte vienlaikus ir gan veselības uzvedības rezultāts, gan arī līdzeklis konkrēta veselības dzīvesstila īstenošanai.

2.5. Veselību ietekmējošo paradumu pētījumi Latvijā

Šajā apakšnodaļā iecerēts aplūkot to, kādi veselības uzvedības pētījumi pēdējos gados ir veikti Latvijā, un tādējādi iegūtu priekšstatu par šīs pētījumu nozares attīstību un apkopotu šo pētījumu galvenos secinājumus. Nodaļas mērķis nav uzskaitīt un aplūkot visus pētījumus, kas ir notikuši minētajā laika periodā, detalizētāka uzmanība tiks pievērsta tikai tiem pētījumiem, kuriem ir lielāka saistība ar promocijas darba tēmu.

Veselību ietekmējošie paradumi Latvijā tiek pētīti gan vispārīgi, pievēršoties tikai galvenajiem indikatoriem, tādiem kā saslimstība un veselības pašnovērtējums, gan padziļināti, fokusējoties uz kādas atsevišķas nozares parametriem, tādiem kā atkarību izraisošu vielu lietošana, gan arī, kombinējot šīs abas pieejas. Vispārīgos pētījumus veic LR Centrālā statistikas pārvalde (CSP), kura apkopo datus par veselības aizsardzības pamatrādītājiem, tādiem kā iedzīvotāju saslimstība ar dažādām infekcijas un parazitārajām slimībām, ļaundabīgajiem audzējiem, kā arī dažāda veida atkarībām. Paralēli tam CSP 2008. un 2009. gadā ir veikusi pētījumus par iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējumu. Kopumā tas ļauj izdarīt vispārīgus secinājumus par to, kā sociāli ekonomiskie faktori ietekmē šo sfēru. Savukārt ar farmācijas nozares specifiku saistītos veselību ietekmējošo paradumu pētījumus veic tādas organizācijas kā Zāļu valsts aģentūra (ZVA), kas kopš 2003. gada apkopo, sistematizē un analizē datus par zāļu patēriņa statistiku ar mērķi “pilnveidot zāļu racionālu pielietojumu” (ZVA, 2009: 4).

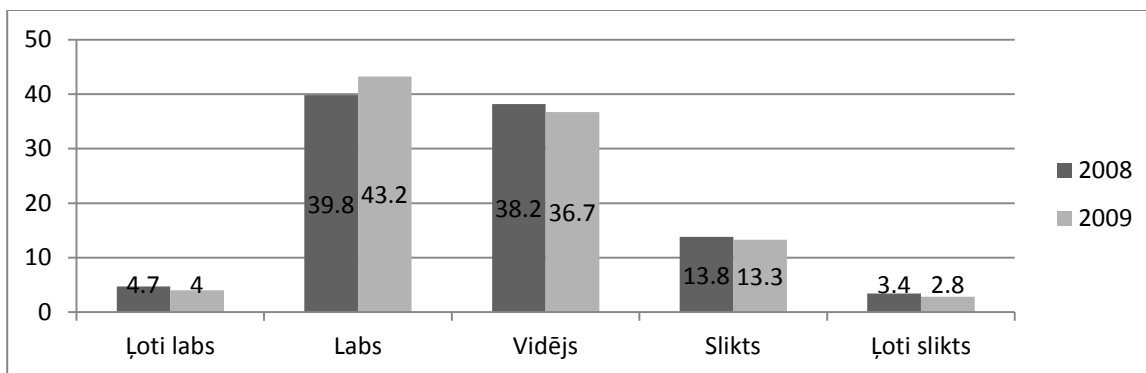
Gan vispārīgie rādītāji, gan arī atkarību izraisošu vielu lietošanas izplatības rādītāji tiek aplūkoti Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu aptaujas ietvaros, kas pazīstama arī kā FINBALT veselības monitorings (pētījums ir daļa no sadarbības projekta starp Somiju un

Baltijas valstīm). Šī aptauja notiek katru otro gadu, un kopš 1998. gada, kad Latvija iesaistījās šajā projektā, ir veikti seši Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumi. Tos īstenojušas vairākas šobrīd vairs neeksistējošas organizācijas (piemēram, Veselības ministrijas VSIA “Veselības veicināšanas centrs” (likvidēta ar 2004. gada 8. novembri), Sabiedrības veselības aģentūra (SVA) un Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra (abas likvidētas ar 2009. gada 1. septembri). Šobrīd FINBALT stafeti Latvijā ir pārņēmis Veselības ekonomikas centrs (VEC).

Būtisku vietu veselības paradumu pētījumu vidū ņem atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatības pētījumi. Vispārīgus datus par saslimstību ar alkoholismu, narkotisko un psihoaktīvo vielu atkarību ik gadu vāc un publicē CSP. Izvērstākus pētījumus, kas ietver arī tabakas atkarību, pēdējos gados ir veikušas vairākas organizācijas. No 2004. gada ar to nodarbojās jaunizveidotā Narkoloģijas valsts aģentūra (NVA); 2004. un 2005. gadā tā ir izdevusi gada pārskata “Alkoholisma, narkomānijas un smēķēšanas izplatība un sekas Latvijā” 13. un 14. izdevumu. Pēc NVA likvidācijas 2007. gadā pētījumus par šo tēmu turpināja SVA, kura 2007. un 2008. gadā ir izdevusi gada pārskata 15. un 16. izdevumu ar nosaukumu “Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā”. Pēc SVA likvidācijas pārskata jaunāko, proti, 17. izdevumu “Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā” ir izdevis šo funkciju pārņēmušais VEC.

Gada pārskatu autori ir “apkopojuši un analizējuši statistisko informāciju par atkarības vielu lietošanas izplatību valstī un tās radītajām sekām, likumdošanas iniciatīvas, atkarības slimnieku ārstēšanas sistēmu un profilakses aktivitātes” (sk. Behmane, Taube, 2009: 7). Šie izdevumi ir lielisks izziņas materiāls gan sabiedrībai, gan nozares speciālistiem, taču, tā kā gada pārskatu mērķis ir aplūkot atkarību izraisošo vielu lietošanas sekas, tie neatbilst šī promocijas darba mērķim – pētīt un analizēt veselības uzvedības cēloņus. Tādēļ turpmākajā izklāstā tie netiks iztirzāti. To vietā tiks aplūkots 2008. gadā veiktais pētījums “Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū”, kurā tiek aplūkoti šādas uzvedības cēloņi, proti, analizēta konkrētu sociāli demogrāfisku faktoru (dzimuma, vecuma u.c.) ietekme uz veselības uzvedību.

CSP veiktā pētījuma **“Iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējums (2009)”** ietvaros apkopotī 2009. gada Eiropas Kopienas statistikas apsekojuma par iedzīvotāju ienākumiem un dzīves apstākļiem (EU-SILC) dati par iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējumu un veselības uzvedību. Šis pētījums ir nozīmīgs ar to, ka izlases kopa ietver sevī arī pensijas vecuma iedzīvotājus, kuriem parasti netiek pievērsta uzmanība. Tika apsekoti vairāk nekā divpadsmit tūkstoši Latvijas iedzīvotāju (n = 12207) vecumā no 16 gadiem un vairāk. 2009. gada rezultāti salīdzinājumā ar šā paša pētījuma rezultātiem 2008. gadā ir fiksēti 5. attēlā.



Attēls 5. Iedzīvotāju vispārējā veselības stāvokļa pašvērtējums 2008. un 2009. gadā (%)

Avots: CSP, 2009

Salīdzinājums parāda, ka iedzīvotāju daļa, kas savu veselības stāvokli vērtējuši kā labu, ir palielinājusies par vairāk nekā 3 procentpunktiem, savukārt veselības stāvokļa pašvērtējums “vidējs” ir sarucis gandrīz par 2 procentpunktiem. Par nepilnu vienu procentpunktu samazinājušies arī “slikta” un “ļoti slikta” veselības stāvokļa pašvērtējumi.

Galvenie pētījuma secinājumi: pastāv atšķirības starp vīriešu un sieviešu veselības pašvērtējumu. Sievietes savu veselības stāvokli biežāk raksturojušas kā “vidēju” un pat “sliktu”, kas izskaidrojams ar to, ka sieviešu mūža garums ir lielāks nekā vīriešiem, tātad viņu vidū ir vairāk vecu cilvēku ar sliktāku veselību. Būtiskas veselības stāvokļa pašnovērtējuma atšķirības pastāv arī starp vecuma grupām – 83% jauniešu vecumā no 16 līdz 24 gadiem savu veselību novērtēja kā “labu” vai “ļoti labu”, savukārt gandrīz puse (43%) iedzīvotāju vecumā no 65 gadiem savu veselību vērtē kā “sliktu” vai “ļoti sliktu”. Veselības pašnovērtējumā novērojamas arī ģeogrāfiskas (teritoriālas) atšķirības – te uz pārējo fona izceļas Latgales reģions, kur 20% iedzīvotāju savu veselības stāvokli vērtēja kā “sliktu” un “ļoti sliktu”. Tas izskaidrojams ar zemo ienākumu līmeni šajā reģionā, kas ir negatīvi ietekmējis iedzīvotāju spēju segt ar ārstēšanos saistītos izdevumus. Salīdzinot mājsaimniecības pēc ienākumiem, ievērojami sliktāks sava veselības stāvokļa pašvērtējums ir 1. kvintilē jeb zemākā ienākumu līmeņa mājsaimniecību grupā, kur 21% respondentu atzina savu veselību par sliktu vai ļoti sliktu, bet 2. kvintilē, kur ir augsts pensionāru īpatsvars, šādu vērtējumu sniedza 31% respondentu.

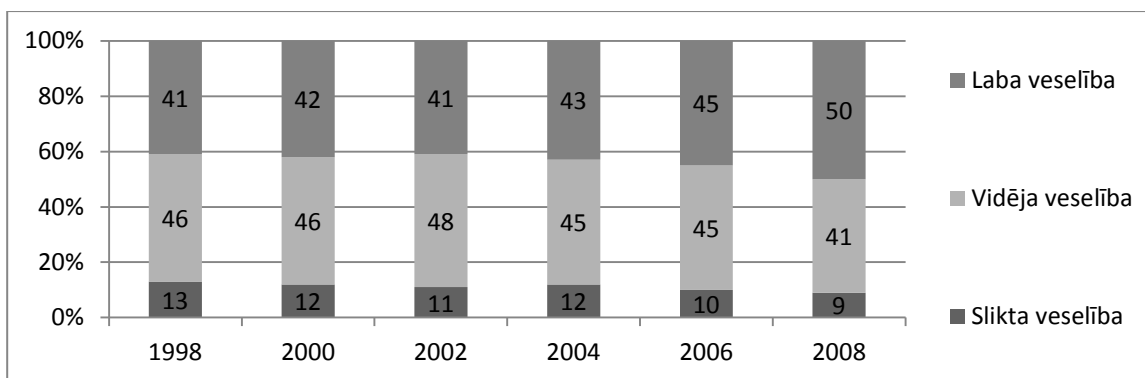
No 19% (2008. gadā) uz 16% (2009. gadā) ir samazinājies to respondentu skaits, kuriem pēdējo 12 mēnešu laikā ir bijusi nepieciešamība veikt pārbaudi pie medicīnas speciālista vai veikt ārstēšanos (izņemot zobārstu), bet viņi to nav izdarījuši. Tas ļauj secināt, ka iedzīvotāju attieksme pret savas veselības aprūpi un profilaksi ir nedaudz uzlabojusies. Tajā pašā laikā ambulatoro un stacionāro veselības pakalpojumu cenu paaugstinājums 2009. gada martā no 35% (2008. gadā) līdz 50% (2009. gadā) ir palielinājis to personu skaitu, kuri kā galveno iemeslu tam, kādēļ nācies

atteikties no medicīnas speciālista palīdzības, minēj atrunu: “nevarēju atļauties (pārāk dārgi)”. Tāpat no 11% (2008. gadā) līdz 13% (2009. gadā) ir pieaudzis to cilvēku skaits, kuri līdzekļu trūkuma dēļ nevarēja atļauties zobu pārbaudi vai ārstēšanu (sk. CSP, 2010).

Šā pētījuma rezultāti fiksē veselības uzvedības pārmaiņas salīdzinoši īsā laika posmā un apstiprina dažas vispārīgas tendences, proti: veselības pašvērtējums ir atkarīgs no dzimuma un vecuma, kā arī trūcīgāko iedzīvotāju veselības uzvedību visvairāk ietekmē materiālo līdzekļu trūkums. Lai iegūtu detalizētāku periekšstatu par Latvijas iedzīvotāju veselības paradumiem un veselības uzvedības tendēču dinamiku ilgākā laika posmā, ir nepieciešams aplūkot arī citus pētījumus.

2008. gadā jau sesto reizi pēc kārtas tika veikts **Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums**, kura mērķis “ir papildus rutīnas statistikas datiem iegūt informāciju par populācijas veselības pašvērtējumu, ar veselību saistīto uzvedību, veselības aprūpes izmantošanu, profilaktisko aktivitāti. Pētījumā iegūtā informācija palīdz apzināt svarīgākās veselības problēmas to ģeogrāfisko un demogrāfisko izplatību, dinamiku laikā, kā arī noteikt sabiedrības veselības stratēģiskās prioritātes.” (Pudule et al., 2010: 9) Aptaujas anketa ietver 114 jautājumus par veselības pašvērtējumu, veselību ietekmējošiem paradumiem (smēķēšana, alkohola lietošana, uztura izvēle), fizisko aktivitāti, mutes higiēnu, satiksmes drošību, veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu un pieejamību.

2008. gada aptaujas rezultātu publikāciju īpaši nozīmīgu padara apstākļi, ka vienotās un nemainīgās metodikas dēļ ir uzkrājusies datu bāze, kas ļauj novērtēt Latvijas iedzīvotāju veselības paradumu maiņas dinamiku laika gaitā. Aptaujas izlases kopu veido Valsts iedzīvotāju reģistra veikta atlase (3000 respondentu vecumā no 15 līdz 64 gadiem, kuri ir stratificēti pēc vecuma un dzīves vietas). Aptauja tika veikta pa pastu, un no 3000 izsūtītajām anketām atpakaļ tika saņemtas 1522 jeb 51% no iepļānotā kopskaita. Tas ir uzskatāms par zemu respondentu atsaucības līmeni, tādēļ pētījuma veicēji uzskata par nepieciešamu nākotnē apsvērt pētījuma metodoloģijas izmaiņas. Rezultāti parāda, kā laika gaitā ir mainījies veselības pašnovērtējums (sk. 6. attēlu).

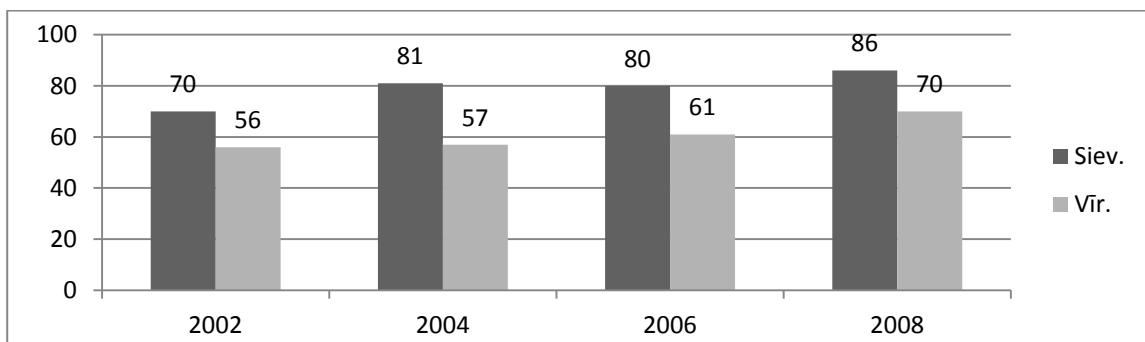


Attēls 6. Iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējuma izmaiņas 1998–2008 (%)
Avots: Pudule et al., 2010.

Pēdējo desmit gadu laikā Latvijas iedzīvotāju veselības pašnovērtējumam ir tendence nedaudz uzlaboties – respondentu īpatsvars, kas savu veselību vērtējuši kā sliktu, ir sarucis no 13% uz 9%, arī vidēji labs veselības pašnovērtējums ir samazinājies no 46% uz 41 procentu. Savukārt pašvērtējums “laba veselība” ir pieaudzis par 9 procentpunktiem no 41% līdz 50 procentiem. Nedaudz ir pasliktinājušies rādītāji, kas atspoguļo populācijas psihisko veselību – pēdējā mēneša laikā sasprindzinājumu, stresu un nomāktību ir izjutuši vidēji 77% respondentu (73% vīriešu un 81% sieviešu), savukārt 2006. gadā to izjuta vidēji 76% (70% vīriešu un 81% sieviešu). Visbiežāk stresu un nomāktību izjūt cilvēki vecumā no 25 līdz 54 gadiem. Vidēji 46% (42% vīriešu un 48% sieviešu) norāda, ka pēdējā gada laikā ir bijušas depresijas epizodes, savukārt pilsētās dzīvojošie biežāk sūdzas par pieaugošu depresiju.

Pēdējā gada laikā ārstu vismaz reizi ir apmeklējuši 84% aptaujāto, no kuriem 76% ir vīrieši, bet 90% – sievietes, turklāt, sievietes visās vecuma grupās ārstu apmeklējušas biežāk nekā vīrieši. 36% pie ārsta ir bijuši 1–2 reizes, taču, palielinoties vecumam, pieaug to respondentu skaits, kas gada laikā ārstu apmeklē 5 un vairāk reizes. Ģimenes ārstu vismaz reizi gadā ir apmeklējuši 73%, bet ārstus speciālistus – 47 procenti. Sievietes visās vecuma grupās arī ārstus speciālistus ir apmeklējušas vairāk nekā vīrieši. Runājot par respondentus traucējošiem simptomiem pēdējā mēneša laikā, par galvenajiem atzītas dažādās vietās lokalizētas sāpes, depresija un bezmiegs, un arī šīs sūdzības vairāk uzrādījušas sievietes. Vīrieši visbiežāk norāda muguras sāpes un galvassāpes.

Ar katru nākamo aptauju pieaug medikamentu patēriņš: uz jautājumu par to, vai respondents pēdējo 7 dienu laikā ir lietojis kādas tabletes vai citus medikamentus, 2008. gadā apstiprinoši ir atbildējuši 79 procenti. Vidēji medikamentu lietotāju īpatsvars sievietēm ir augstāks nekā vīriešiem, turklāt salīdzinājumā ar 2000. gada aptauju medikamentu patēriņš ir pieaudzis abiem dzimumiem – sievietēm no 70% līdz 86%, bet vīriešiem – no 58% līdz 70% (sk. Pudule et al., 2010: 12).

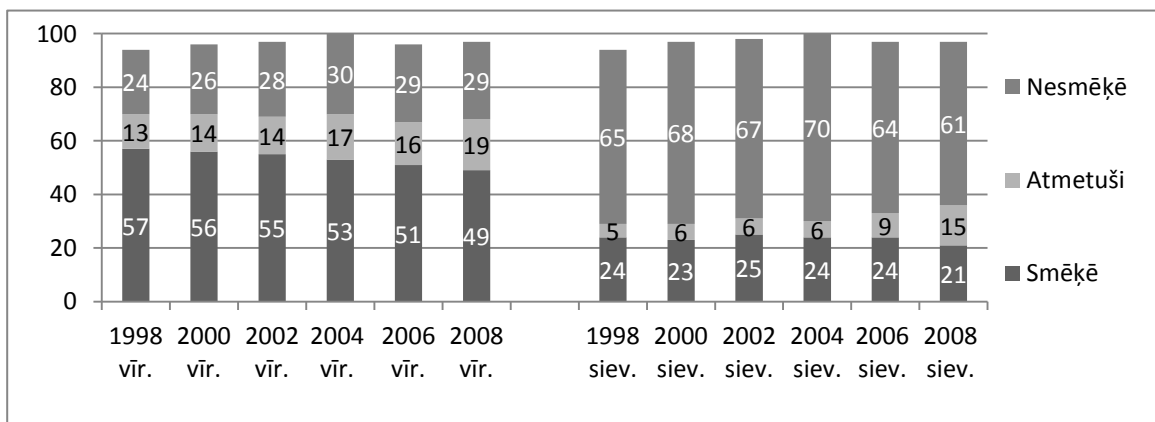


Attēls 7. Medikamentu patēriņa pieauguma dinamika atkarībā no dzimuma 2002–2008 (%)
 Avoti: Pudule et al., 2004; Pudule et al., 2005; Pudule et al., 2007; Pudule et al., 2010

Visbiežāk lietotie ir medikamenti pret galvassāpēm – 38%, vitamīni un minerālvielas – 37%, pret cita veida sāpēm – 25%, medikamenti pret paaugstinātu asinsspiedienu – 15% un nomierinoši līdzekļi – 14 procenti. Tāpat kā atsevišķu simptomu izplatībā, arī daudzu medikamentu lietošanā ir būtiskas atšķirības starp dzimumiem, proti, sievietes medikamentus lietojušas biežāk nekā vīrieši – pret galvassāpēm tos lietoja 42% sieviešu un 32% vīriešu, pret augstu asinsspiedienu – 18% sieviešu un 12% vīriešu, bet nomierinošos līdzekļus lietojuši 18% sieviešu un 8% vīriešu.

Pētījuma autori uzskata, ka “gan attieksmi pret veselību, gan pieejamību veselības aprūpei raksturo profilaktiskajās aktivitātēs iesaistīto iedzīvotāju īpatsvars” (Pudule et al., 2010: 13). Profilaktisko apskašu veikšanas skaitam ir tendence pieaugt. Tā, piemēram, 2008. gadā asinsspiedienu bija mērījuši 80% sieviešu (2000. g. – 67%) un 64% vīriešu (2000. g. – 55%), holesterīna līmeni bija pārbaudījuši 32% sieviešu (2002. g. – 20%) un 23% vīriešu (2002. g. – 13%), savukārt cukura līmeni noskaidroja 37% sieviešu (2004. g. – 27%) un 25% vīriešu (2004. g. – 20%). Tajā pašā laikā negatīvas izmaiņas novērojamas iedzīvotāju vakcinēšanās aktivitātē – pēc pieauguma 2004. gadā (11%) un 2006. gadā (14%) dati parāda, ka 2008. gadā pret gripu bija vakcinējušies uz pusi mazāk – tikai 7 procenti.

Dati parāda (sk. 8. attēlu), ka laika gaitā smēķētāju īpatsvars pakāpeniski samazinājies, attiecīgi palielinoties smēķēšanu atmetušo skaitam, bet visstraujāk šīs tendences ir attīstījušās tieši pēdējos gados, kad ieviesti stingrāki smēķēšanas ierobežojumi, kā arī pakāpeniski sākusi pasliktināties sabiedrības attieksme pret smēķētājiem.



Attēls 8. Smēķēšanas daudzums atkarībā no dzimuma 1998–2008 (%)
 Avots: Pudule et al., 2010

Regulārie smēķētāji smēķē daudz – vairāk par pusi šādu vīriešu (52%) dienā izsmēķē 15–24 cigaretes, savukārt sieviešu ikdienas smēķētāju vidū visbiežāk (75%) izsmēķēto cigarešu skaits

dienā ir līdz 14. Neliels ikdienā izsmēķēto cigarešu kopskaits ir raksturīgāks gados jauniem respondentiem, bet respondenti ar zemāku izglītību biežāk norāda, ka dienā izsmēķē 15 un vairāk cigarešu. Pētījuma autori atzīmē, ka pieaug to ikdienas smēķētāju īpatsvars, kuri smēķēšanu vēlas atstāt – no ikdienas smēķētājiem 65% (2006. g. – 60%) vīriešu un 65% (2006. g. – 55%) sieviešu atzīmē, ka vēlas atstāt smēķēšanu (Pudule et al., 2010: 17).

Tika pētīti arī alkohola lietošanas paradumi. Dati liecina, ka 87% aptaujāto gada laikā ir lietojuši alkoholiskos dzērienus. Alkohola lietotāju īpatsvars visās analizētajās vecuma un dzimuma grupās ir līdzīgs, izņemot vecākas sievietes, starp kurām alkoholisko dzērienu lietotāju pēdējā gada laikā bijis nedaudz mazāk (78%). Aptaujas autori atzīmē, ka atšķirības starp dzimumiem parādās saistībā ar dzēriena tipa: “Alu pēdējās nedēļas laikā ir dzēruši 54,9% vīriešu un 19% sieviešu, savukārt vīnu – 35,3% sieviešu un 14,7% vīriešu. Stipros alkoholiskos dzērienus pēdējās nedēļas laikā lietojuši 41,7% vīriešu un 20,4% sieviešu.” (Pudule et al., 2010: 20) Kas attiecas uz alkohola lietošanas daudzumu, tad sešas un vairāk alkohola devas⁸ vismaz reizi nedēļā lietojuši 23% (2006. g. – 24%) vīriešu un 7% (2006. g. – 6%) sieviešu.

FINBALT pētījuma autori uzsver: “Situācija narkotisko vielu lietošanas jomā ar katru aptauju Latvijā pasliktinās.” (Pudule et al., 2010: 21) Īpaši izteikta šī tendence ir jaunākajā (15–24 g. v.) vecuma grupā, kur puse (50%) vīriešu un 40% sieviešu pazīst kādu, kas ir izmēģinājis narkotiskās vielas. Tas norāda, cik viegla ir šo vielu pieejamība jauniešu vidū. Pētījuma autori aicina aktīvi rīkoties, lai mazinātu narkotiku izplatību jaunu cilvēku vidū.

Runājot par ēšanas paradumiem, arvien samazinās to cilvēku skaits, kuri dienu uzsāk ar brokastīm – 2000. gadā to darīja 87% respondentu, 2002. un 2004. gadā. – 84%, bet 2006. un 2008. gadā. – 80 procenti. Tendence nesākt dienu ar brokastīm ir vairāk izplatīta jaunāku cilvēku vidū. FINBALT pētījuma veicēji uzskata, ka būtiskākie no uztura indikatoriem ir dažāda tipa taukvielu lietošanas rādītāji. Ēdiena gatavošanā 86% respondentu izmanto augu eļļas, nevis sviestu un dzīvnieku taukus. Taču sviesta lietošanai ir tendence palielināties – ja 1998. gadā to lietoja 23% vīriešu un 20% sieviešu, bet 2008. gadā – jau 36% vīriešu un 42% sieviešu. Tajā pašā laikā Latvijas iedzīvotāju uztura paradumos vērojamas vairākas pozitīvas pārmaiņas – palielinās to iedzīvotāju daļa, kas sviestmaizes gatavo bez taukvielām (12% vīriešu un 17% sieviešu), samazinās to cilvēku skaits, kas patērē pienu ar 4% un vairāk tauku saturu – 2008. gadā to lietoja 24% vīriešu (1998. g. – 42%) un 15% sieviešu (1998. g. – 37%). Salīdzinājumā ar 2006. gadu ir kļuvis vairāk to respondentu, kas palielinājuši dārzeņu lietošanu uzturā (50% iepretī 44%), tomēr

⁸ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma autori 1 devu definē kā 40 ml stipro alkoholisko dzērienu vai 100 ml vīna, vai 1 pudeli (500 ml) alus.

to skaits joprojām uzskatāms par nepietiekamu. Tāpat palielinājies to cilvēku skaits, kuri ir samazinājuši tauku daudzumu uzturā – 2008. gadā tā rīkojušies 33% respondentu (2006. g. – 30%). Savu cukura patēriņu ir samazinājuši 28% (2006. g. – 24%), bet sāls lietošanu samazinājuši 17% (2006. g. – 15%) respondentu. Diētu ar nolūku samazināt ķermeņa masu ir ievērojuši 27% sieviešu un 9% vīriešu. Kopumā var secināt, ka ēšanas paradumus veselības uzlabošanas nolūkos vairāk maina sievietes nekā vīrieši, respondenti ar augstāku izglītības līmeni un pilsētnieki (sk. Pudule et al., 2010: 19).

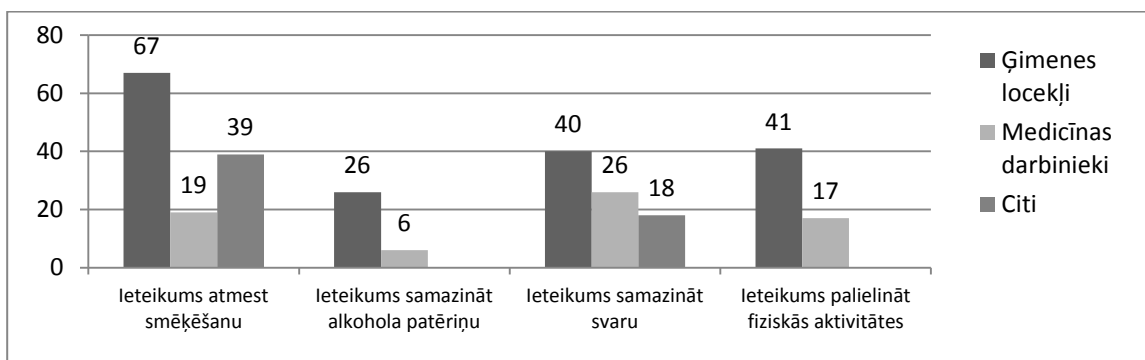
FINBALT aptauja pēta arī iedzīvotāju aptaukošanos, par pamatu izmantojot Pasaules Veselības organizācijas izstrādāto ķermeņa masas indeksu (ĶMI).⁹ Saskaņā ar 2008. gada datiem no visiem respondentiem normāla ķermeņa masa bija tikai 48% (47% vīriešu un 49% sieviešu), un tas ir mazāk nekā iepriekšējā 2006. gada aptaujā – 51% (54% vīriešu un 49% sieviešu), liekā svara īpašnieku skaits (30%) nav mainījies, savukārt palielinājies ir aptaukošanās īpatsvars populācijā – 19% (2006. g. – 16%). Aptuveni puse respondentu savu fizisko formu vērtē kā vidēju. Atšķirības ir dzimumu aspektā: savu fizisko formu kā diezgan sliktu vērtē 17% sieviešu (2006. g. – 17%) un kā ļoti sliktu – 2% (2006. g. – 3%), savukārt no vīriešiem par sliktā formā esošiem sevi uzskata 8% (2006. g. – 10%), bet ļoti sliktā – 1% (2006. g. – 1,5%). Interesanti, ka 2008. gadā fizisko aktivitāšu daudzums sieviešu vidū nav mainījies (30%), bet vīriešu vidū ir palielinājies: ar fiziskiem vingrinājumiem vismaz 30 minūtes 2–3 reizes nedēļā un biežāk nodarbojas 42% vīriešu (2006. g. – 38%). Un tomēr mazkustīga brīvā laika pavadīšana (lasīšana un TV skatīšanās) joprojām ir svarīga sabiedrības veselības problēma – tā ir raksturīga 50% vīriešu un 48% sieviešu. Pastaigājoties vai braucot ar velosipēdu brīvo laiku pavada 35% respondentu, bet 17% atzīmē, ka nodarbojoties ar fiziskiem vingrinājumiem.

Galvenie pētījuma secinājumi ir šādi: rezultāti parāda pozitīvu tendenci iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējumā, tajā pašā laikā vairumam respondentu, īpaši sievietēm, ir raksturīgi dažāda veida veselības traucējumi. Arvien vairāk respondentu profilaktiski pārbauda asinsspiedienu, holesterīna un cukura līmeni asinīs, taču samazinājusies respondentu vakcinācijas aktivitāte. Kaitīgie paradumi ir vairāk izplatīti vīriešu un iedzīvotāju ar zemāku izglītības līmeni vidū. Pozitīvas izmaiņas novērojamas smēķēšanas izplatības samazināšanā, savukārt alkoholisko dzērienu lietošanas paradumos būtiskas pārmaiņas nav novērojamas.

⁹ Pasaules Veselības organizācijas 1995. gada klasifikācijā ķermeņa masas indekss tika iedalīts četrās pamatgrupās: nepietiekama ķermeņa masa (ĶMI < 18,5), normāla ķermeņa masa (ĶMI = 18,5–24,99), lieka ķermeņa masa (ĶMI = 25–29,99) un aptaukošanās (ĶMI virs 30).

Joprojām augsts ir respondentu īpatsvars, kas vienā alkohola lietošanas reizē izdzer 6 alkohola devas un vairāk. Sievietēm populārākais alkoholiskais dzēriens ir vīns, vīriešiem – alus. Narkotisko vielu lietotāju īpatsvaram iedzīvotāju vidū ir pieaugoša tendence, īpaši jaunākajās vecuma grupās. Biežāk ēdiena gatavošanai lieto augu eļļas un margarīnu ar zemu tauku saturu. Pieaug arī to respondentu īpatsvars, kuri, gatavojot sviestmaizes, izmanto sviestu. Samazinājies to respondentu īpatsvars, kas uzturā izvēlas pienu ar augstu tauku saturu, taču kopumā nepietiekams ir respondentu īpatsvars, kas ikdienas uzturā lieto svaigus un termiski apstrādātus dārzeņus un augļus. Palielinās pieaugušo iedzīvotāju īpatsvars ar lieko ķermeņa masu un aptaukošanos. Tikai vienai trešdaļai respondentu ir pietiekama fiziskā aktivitāte. Dominē pasīvais brīvā laika pavadīšanas veids, taču palielinās respondentu īpatsvars, kuri uz darbu dodas ar kājām vai ar velosipēdu (sk. Pudule et al., 2010: 26–27).

Atsevišķa uzmanība FINBALT aptaujas ietvaros tiek pievērsta tam, kādas personas un cik bieži ir ierosinājušas respondentiem kaut ko mainīt savā veselības uzvedībā (sk. 9. attēlu).



Attēls 9. No kādas personas saņemts ieteikums mainīt veselības uzvedību 2008 (%)
Avots: Pudule et al., 2010

Dati parāda, ka saistībā ar pozitīvām izmaiņām veselības paradumos medicīnas darbinieku aktivitāte ir mazāka nekā ģimenes locekļu un citu cilvēku centieni. Piemēram, 67% respondentu norāda, ka saņēmuši ieteikumu atstāt smēķēšanu no saviem ģimenes locekļiem, 39% – no citiem cilvēkiem un tikai 19% no medicīnas darbinieka. Var secināt, ka Latvijas iedzīvotāju veselības paradumus vairāk cenšas ietekmēt indivīda sociālā vide (ģimene, draugi, kolēģi) nekā medicīnas speciālisti.

Pēc Sabiedrības veselības aģentūras (SVA) pasūtījuma Socioloģisko pētījumu institūts 2007. gada nogalē un 2008. gada sākumā veica pētījumu “**Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū**” ar mērķi “iegūt statistiskus atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatības rādītājus, kā arī objektīvu informāciju efektīvākai līdzšinējās politikas novērtēšanai un turpmākai īstenošanai, nepieciešamo izplatības ierobežošanas un ļaunuma mazināšanas pasākumu īstenošanai” (Koroļeva et al., 2008: 8). Lai nodrošinātu datu starptautisko salīdzināmību, kā arī

salīdzināmību ar Latvijā iepriekš veiktajiem pētījumiem (sk. Koroļeva et al., 2003) pētījuma instruments – aptaujas anketa – tika veidota, pamatojoties uz *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) izstrādātā Eiropas modeļa anketu (*EMQ – European Model Questionnaire*) par vielu lietošanu, pieejamību un attieksmi pret vielu lietošanu. Papildus šiem instrumentiem tika izmantota arī starptautiski un lokāli aprobētā veselības pašvērtējuma skala SF-36. Aptaujas metode bija tieša (*face-to-face*) strukturēta intervija. Atkarību izraisošo vielu pētījuma ģenerālo respondentu kopu veidoja Latvijas pastāvīgie iedzīvotāji vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Lai sasniegtu izvirzīto mērķi, tika realizēta reprezentatīva Latvijas iedzīvotāju izlases veida aptauja (mērķa izlases apjoms $n = 4500$) (Koroļeva, 2008: 8–9).

Tabakas smēķēšana Latvijas iedzīvotāju vidū ir ārkārtīgi izplatīta – gandrīz puse (45%) iedzīvotāju 15–64 gadu vecumā smēķē vismaz reizēm: 9% šad tad uzsmēķē, bet 36% smēķē regulāri. To iedzīvotāju skaits, kuri ikdienā izsmēķē vidēji vismaz vienu cigareti ir pieaudzis no 35% (2003. g.) līdz 39% (2008. g.). Salīdzinājumā ar 2003. gadu ir pieaudzis arī smēķēšanas apjoms – 2003. gadā 19% iedzīvotāju izsmēķēja vairāk nekā pusi paciņas (11 cigarešu) dienā, šobrīd jau 24% iedzīvotāju izsmēķē vairāk nekā pusi cigarešu paciņas dienā. Satraucoši ir smēķēšanas apjoma rādītāji vīriešu vidū: vidēji vismaz cigareti dienā izsmēķē 58% vīriešu iepretī 21% sievietēm, turklāt 41% Latvijas vīriešu (7% sievietēm) izsmēķē vairāk nekā pusi paciņas (11 un vairāk cigarešu) dienā. Smēķējošo vīriešu skaita ziņā Latvija ir pirmajā vietā Eiropā – pēc Eiropas Statistikas biroja datiem, no aplūkotajām 29 valstīm Latvijā ir visvairāk smēķējošo vīriešu 35–44 un 55–64 gadu vecumā. Tajā pašā laikā aptaujas dati liecina, ka pēdējos gados atšķirības dzimumu starpā sākušas mazināties, jo smēķēšana kļūst arvien izplatītāka sievietēm vidū, it īpaši vecuma grupā no 15–34 gadiem – 62% šīs grupas sievietēm vismaz reizi mūžā ir pamēģinājušas cigaretes. Ņemot vērā, ka šāda tendence, visdrīzāk, saglabāsies arī nākotnē, ieteicams pievērst vairāk uzmanības smēķēšanas kaitīgumam sievietēm reproduktīvās veselības kontekstā, jo smēķēšana var ietekmēt arī jaundzimušo veselības rādītājus.

Analizējot smēķēšanas ieradumus dažādās vecuma grupās, var secināt, ka likumā noteiktā 18 gadu vecuma robeža lielākajā daļā gadījumu nav šķērslis smēķēšanai: aptuveni puse (55%) jauniešu 15–17 gadu vecumā ir jau pamēģinājuši cigaretes, bet gandrīz trešdaļa (31%) šīs vecuma grupas jauniešu jau vismaz reizēm smēķē. Smēķēšana parasti sākas kā “šad tad” uzsmēķēšana un vēlāk kļūst par regulāru ieradumu, turklāt smēķēšanas apjomam ar laiku ir tendence pieaugt. Tāpat ir svarīgs arī vecums: 63% smēķētāju atzīst, ka uzsākuši smēķēt pirms 18 gadu vecuma sasniegšanas. Pētījuma autori secina – “ja cilvēks nav uzsācis smēķēt līdz 20 gadu vecumam, tad iespēja, ka viņš uzsāks smēķēt vēlāk, ir samērā maza.” (Koroļeva et al., 2008: 65)

Smēķēšana ir vairāk izplatīta starp krievu tautības pārstāvjiem nekā starp latviešiem, turklāt viņiem raksturīgi smēķēt vairāk, un šīs atšķirības lielā mērā var izskaidrot ar to, ka krievu sievietes smēķē biežāk un vairāk nekā latviešu sievietes.

Smēķēšanu veicina arī ikdienas dzīves vide lielajās pilsētās, kur smēķē nozīmīgi vairāk iedzīvotāju nekā mazākos rajonu centros, mazpilsētās vai pagastos, turklāt tie, kuri smēķē, dienā izsmēķē vairāk cigarešu: 30% lielo pilsētu iedzīvotāju dienā izsmēķē vairāk nekā pusi paciņas cigarešu. Lielākā daļa smēķētāju (69%) vēlas atnest šo ieradumu, taču viņiem trūkst gribasspēka vai pārliecības, ka to izdosies izdarīt. No visiem, kas kādreiz ir uzsākuši smēķēt, tikai katram piektajam (19%) ir izdevies pilnībā atbrīvoties no šī ieraduma, savukārt 38% ir vairākkārt mēģinājuši atnest smēķēšanu, bet tas nav izdevies; vēl 19% gribētu atnest, bet nav to mēģinājuši. Tas, ka neveiksmīgu atmešanas mēģinājumu ir daudz vairāk nekā veiksmīgu atmešanu, liecina, ka atnest nav viegli. Pētījuma autori uzskata, ka “lielāku uzmanību un līdzekļus būtu jāvelta nevis smēķētāju motivēšanai un pārliecināšanai par to, ka viņiem vajag atnest (lielākā daļa to tāpat saprot un vēlas), bet palīdzībai to izdarīt – informatīvajiem materiāliem par smēķēšanas atmešanu, uzticības tālrunim, pašpalīdzības mājas lapām internetā, bezmaksas līdzekļiem atkarības ārstēšanai no tabakas (plāksteri, košļājamās gumijas u. tml.) un citiem līdzīgiem pasākumiem” (Koroļeva et al., 2008: 66).

Par galveno smēķēšanai piesaistošo faktoru pētījuma autori viennozīmīgi atzīst sociālo vidi. Aptaujas dati liecina, ka vīriešu vidū smēķēšana jau kļuvusi par ierastu parādību jeb sava veida “normu” – 80% no tiem, kuriem visi draugi smēķē, arī paši smēķē, turklāt 71% smēķē regulāri (Koroļeva et al., 2008: 16). Līdz ar to “smēķēšanas izplatība draugu vidū ir viens no galvenajiem faktoriem, kas nosaka, vai un cik bieži cilvēks smēķēs. Vīrieši, kas nesmēķē, parasti savu draugu lokā atrodas mazākumā, un tas ir viens no iemesliem, kādēļ tik daudzi vīrieši pamēģina smēķēšanu un kādēļ viņiem tik grūti to atnest.” (Koroļeva et al., 2008: 65) Nepiedaloties smēķēšanā, cilvēks riskē zaudēt kontaktu ar draugiem, neiekļauties grupā, nebūt informēts par jaunumiem, kas izrunāti smēķējot, tādēļ jo vairāk draugu smēķē, jo mazāka ir indivīda motivācija smēķēšanu atnest.

Runājot par alkohola lietošanu, dati liecina, ka jebkādu alkoholisko dzērienu kaut reizi dzīves laikā pamēģinājuši praktiski visi (96%) Latvijas iedzīvotāji. Tāpat salīdzinoši liels ir to iedzīvotāju īpatsvars, kuri alkoholu lietojuši kaut reizi pēdējā gada laikā: 85% (88% vīriešu un 83% sievietes). Pastāv izteiktas atšķirības starp dzimumiem saistībā ar alkohola lietošanas biežumu – vīrieši pārsvarā minējuši, ka dzēruši vairākas reizes nedēļā, bet sievietes biežāk norādījušas, ka alkoholiskos dzērienus lietojušas retāk nekā reizi mēnesī.

Dati liecina, ka riskanti¹⁰ alkoholu patērējuši 26% iedzīvotāju, savukārt, apvienojot šo indikatoru ar alkohola biežuma indikatoru pēc dzērienu veidiem, – aptuveni trešā daļa (36%). “Riskanto alkohola lietotāju vidū novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības pēc dzimuma un vecuma: visās vecuma grupās vīriešu vidū daudz vairāk to, kuri ir pēdējā gada laikā dzeršanas dienā (reizē) izdzēruši vairāk nekā 50 gramus absolūtā alkohola. Novērojams, ka sieviešu vidū, palielinoties vecumam, riskanto alkohola lietotāju īpatsvars samazinās, savukārt vīriešu vidū tas paliek praktiski nemainīgā līmenī.” (Koroļeva et al., 2008: 67) Atkarību izraisošo vielu pētījuma dati sasaucas ar Latvijas iedzīvotāju veselības paradumu pētījuma rezultātiem jautājumā par to, kāds ir visizplatītākais dzērienu veids – tie ir stiprie alkoholiskie dzērieni, kurus vismaz reizi pēdējā gada laikā lietojuši 75% iedzīvotāju. Nākamais izplatītākais alkoholisko dzērienu veids ir vīns (67%), kam seko alus un gatavie alkoholiskie kokteiļi.

Attiecībā uz narkotikām dati parāda, ka 8% Latvijas iedzīvotāju zina vienu vai vairākas konkrētas vietas savā dzīves vietā (pilsētā, pagastā, rajonā), kur var nopirkt narkotikas. Pieeja narkotikām ievērojami palielinās, ja ir zināms kāds, kurš tās lieto – 22% Latvijas iedzīvotāju ir kāds draugs vai paziņa, kas lieto narkotikas. Visbiežāk lietotā narkotiskā viela Latvijā ir marihuāna – 16% iedzīvotāji zina kādu, kas to lieto. Daudz mazāk (11%) iedzīvotāju pazīst kādu, kas lieto ekstazī, un 9% pazīst kādu, kurš lieto amfetamīnus. Pārējo narkotiku lietotājus zina vēl mazāk iedzīvotāju.

Statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas atkarībā no respondenta dzīves vietas, proti, visvieglāk nelegālās narkotiskās vielas var dabūt Rīgā un citos rajonu centros, bet visgrūtāk – mazpilsētās un laukos. Atšķirības pastāv arī starp dažādām vecuma grupām – jebkuras narkotikas vieglāk iegūt jauniem cilvēkiem līdz 29 gadu vecumam, bet grūtāk – cilvēkiem 45 un vairāk gadu vecumā, īpaši tiem, kuriem jau ir 60 un vairāk gadu. Kā liecina aptaujas dati, gandrīz pusei jauniešu 15–19 gadu vecumā (45%) un 20–24 gadu vecumā (50%) ir kāds draugs vai paziņa, kas lieto narkotikas (visbiežāk tā ir marihuāna: 37% jauniešu 15–19 gadu vecumā un 41% jauniešu 20–24 gadu vecumā pazīst kādu, kas to lieto).

Visbiežāk Latvijas iedzīvotāji narkotikas ieguvuši no draugiem: marihuānu (58%), taču arī ekstazī (41%) un amfetamīnus (46%). Otrs izplatītākais narkotiku iegūšanas avots ir paziņas. Pētījuma autori uzskata: “Tas liecina, ka draugi un paziņas – apzināti vai neapzināti, veido vislielāko un efektīvāko narkotiku izplatīšanas tīklu. No viena narkotiku lietotāja šis ieradums tiek

¹⁰ Lietot alkoholu riskantā veidā nozīmē darīt to biežāk nekā trīs dienas nedēļā, turklāt vienā reizē (dienā) izdzerot vairāk par 5 devām. Saskaņā ar Sabiedrības veselības aģentūras 2007. gadā izdoto materiālu “Skaiti savas devas!”, viena alkohola deva ir 10 g absolūtā alkohola jeb 30 g stiprā alkoholiskā dzēriena, 150 ml vīna vai 330 ml vidēji stipra alus.

nodots otram; pērkot narkotikas sev, vienlaikus apgādā arī citus. Šāda situācija ir saprotama, ņemot vērā, ka narkotiku piegādātājs var iegūt gan finansiāli, gan arī kompāniju narkotiku lietošanā.” (Koroļeva et al., 2008: 68)

Narkotikas var ne vien atrast un nopirkt pēc paša iniciatīvas, bet tās bieži vien tiek piedāvātas arī bez prasīšanas. Ceturtā daļa (25%) iedzīvotāju atzīst, ka viņiem kādreiz ir piedāvātas narkotikas (visbiežāk piedāvātā viela bijusi marihuāna). Narkotiku piedāvāšana ir tik izplatīta tādēļ, ka tas ir efektīvs veids, kā iesaistīt cilvēku narkotiku lietošanā. Jo vecāks cilvēks, jo mazāka iespēja, ka kāds viņam būs piedāvājis narkotikas.

Aptaujas dati rāda, ka lielākā daļa (58%) no tiem, kuriem kādreiz ir piedāvātas narkotikas, ir tās pamēģinājuši. Var pieņemt, ka piedāvājumi parasti tiek izteikti tiem, kuri novērtēti kā “potenciālie lietotāji”, tomēr satraucoši, ka barjera narkotiku pamēģināšanai acīmredzot nav augsta. Īpaši labi pierunāt pamēģināt vai lietot narkotikas izdodas tad, ja tās piedāvā par velti: 41% no tiem, kuriem pēdējā gada laikā marihuānu piedāvāja par velti, un 34% no tiem, kuriem to centās pārdot, to arī šajā gadā lietoja.

Par to, cik liela nozīme ir pamudinājumam, liecina fakts, ka tikai 7 procentiem no tiem, kuri ir pamēģinājuši marihuānu (9% no tiem, kas to lietoja pēdējā gada laikā), neviens to nebija piedāvājis, t. i., viņi paši bez pamudinājuma bija izdomājuši, ka vēlas lietot šo vielu. Tiem, kuri kaut vienreiz ir piekrituši piedāvājumam (ir lietojuši marihuānu), bieži tā tiek piedāvāta atkārtoti. Visbiežākā situācija, kad ir pamēģinātas vai tiek lietotas narkotiskās vielas, ir atrašanās kopā ar draugiem – 75% narkotikas lieto kompānijā ar draugiem. Bieži (21%) narkotikas lieto, apmeklējot diskotēku vai klubu. Bāros vai kafejnīcās narkotikas lieto 11% respondentu. Tikai 6% lieto narkotikas skumjos vientulības brīžos, 3% – kad rodas problēmas ģimenē, skolā vai darbā, vēl 3% – vienkārši garlaicības mākti. Šie dati ļauj secināt, ka visbiežāk narkotikas lieto izklaidējoties un atpūšoties kādā kompānijā.

Izdarot kopsavilkumu par šo īso pārskatu, var secināt, ka veselības paradumu pētījumos dominē kvantitatīvās metodes, jo tās sniedz iespēju izdarīt būtiskus vispārinājumus par ģenerālo populācijas kopu (kas arī ir monitoringa pētījumu galvenais mērķis). Tajā pašā laikā, lai iegūtu pilnīgāku priekšstatu par pētāmo sociālo parādību, kvantitatīvās datu vākšanas un analīzes metodes būtu vēlams papildināt ar kvalitatīvajiem pētījumiem, kas ļautu labāk izprast pētījuma priekšmetu. Promocijas darba ietvaros tiek mēģināts īstenot šādu daudzpusīgu pieeju.

Vēl viena raksturīga iezīme ir tāda, ka parasti izlases kopu veido cilvēki vecumā no 15–64 gadiem un salīdzinoši retāk izlases kopā tiek iekļauti arī pensijas vecuma cilvēki (tas tika darīts, piemēram, CSP veselības pašnovērtējuma pētījumā). Ņemot vērā šo nevienlīdzīgo situāciju,

promocijas darba ietvaros tiek pētīta arī vecāka gada gājuma (pēc 64 gadiem) iedzīvotāju veselības uzvedība. Latvijā īstenoto veselības uzvedības pētījumu mērķis ir veikt pēc iespējas precīzākus statistiskus veselības uzvedības mērījumus, tādā veidā cešoties iegūt objektīvu informāciju par svarīgākajām veselības problēmām un to izplatību, kā arī novērtētu līdzšinējo sabiedrības veselības politiku un iezīmētu stratēģiskas prioritātes tās plānošanai nākotnē.

Promocijas darba autors ir pārliecināts, ka šī mērķa sasniegšana būtu sekmīgāka, ja statistiskie dati tiktu papildināti ar veselības un slimības socioloģijā izstrādāto veselības dzīvesstilu teoriju. Šīs teorijas piedāvātā veselības uzvedības cēloņu socioloģiskā analīze un skaidrojums palīdz labāk saprast konkrētu veselības paradumu izplatību konkrētās demogrāfiskajās grupās. Tā, piemēram, veselības dzīvesstilu teorija parāda, ka blakus individuālajai atbildībai par savu veselību un socioekonomiskajiem faktoriem, būtiska loma veselības paradumu izveidē ir konkrētajā sabiedrībā pastāvošajām normām un konvencijām, tādēļ viens no efektīvākiem veidiem, kā cīnīties ar riskantu alkohola patēriņu un smēķēšanu, ir censties panākt, ka šīs darbības vairs netiek akceptētas kā normāla uzvedība (sk. Cockerham, 1999: 251). Dziļāka izpratne par veselības uzvedības sociālajiem cēloņiem savukārt ļauj labāk plānot un realizēt sabiedrības veselības programmas ar mērķi mudināt cilvēkus mainīt savus veselības paradumus un censties praktizēt veselīgāku dzīvesstilu.

3. Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indikatori un veselības prakses

Veselības dzīvesstilu teorijas ietvaros dzīves kvalitātes indikatori tiek dēvēti par strukturālajiem apstākļiem (*structural conditions*). Šī teorija uzsver saistību starp dzīves apstākļiem un indivīda izvēlētajām veselības praksēm: “.. Veselīgs dzīvesveids ir ne tikai individuālās izvēles rezultāts, tas ir lielā mērā atkarīgs no sociālās un materiālās vides, kurā dzīvo konkrētā persona.” (Cockerham, 2005: 57) Visvairāk veselības uzvedību iespaido indivīda sociāli ekonomiskais statuss, vecums, dzimums, sociālās vērtības un normas, kā arī sadzīves apstākļi. Savstarpēji mijiedarbojoties, minētie faktori rada *habitus*, proti, dispozīciju rīkoties noteiktā veidā. Praksē šī dispozīcija realizējas kā dažādu veidu veselības uzvedība (piemēram, alkohola un/vai tabakas lietošanas paradumi, vizītes pie medicīnas speciālistiem, ēšanas paradumi, fiziskie vingrinājumi utt.), kas summāri veido konkrētā indivīda veselības dzīvesstilu (sk. Cockerham, 2007: 59).

Šajā nodaļā tiks izklāstīta promocijas darba empīriskā daļa, kuras ietvaros tika pētīta saistība starp Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāti veidojošajiem faktoriem un viņu izvēlētajām veselības praksēm. Vispirms tiks aplūkoti ar pētījumu metodoloģiju saistīti apsvērumi un problēmas, bet pēc tam tiks secīgi izklāstīti trīs pētījuma posmos iegūtie rezultāti.

3.1. Pētījuma metodoloģija

Darbā izvirzīto mērķu sasniegšanai pētījumā tika izmantotas vairākas datu iegūšanas un analīzes metodes. Tika izlemts izmantot gan tās iespējas, ko piedāvā kvalitatīvās metodes, gan arī tās priekšrocības, ko sniedz kvantitatīvās metodes, vienlaikus iespēju robežās izvairoties no abām pieejām un metodēm raksturīgajiem trūkumiem. Kā atzīmē Uve Fliks, “visām pētījuma metodēm ir viena un tā pati pieeja ikdienas dzīvei; kvalitatīvās metodes ir pirmā līmeņa abstrakcijas, bet kvantitatīvās – otrā līmeņa abstrakcijas” (Flick, 2002: 67).

Kvantitatīvo un kvalitatīvo metožu konceptuālās atšķirības būtu jāinterpretē nevis kā šķērslis, bet gan kā iespēja iegūt daudzpusīgāku skatījumu uz pētījuma priekšmetu. Tādējādi, lai iegūtu adekvātu priekšstatu par promocijas darba priekšmetu un ar to saistīto sociālās realitātes segmentu, kvalitatīvo pētījumu dati tika izmantoti, lai atrastu būtiskākās pētījuma priekšmetu raksturojošās kategorijas, kuras ļautu radīt sociālajai realitātei pēc iespējas tuvāku kvantitatīvo instrumentu un palīdzētu noformulēt kvantitatīvā pētījuma hipotēzes. Par adekvātu šādu pieeju atzīst arī Bārnijs Glasers (*Barney Glaser*) un Anselms Strauss (*Anselm Strauss*): “Daudzos

gadījumos ir nepieciešamas abas datu formas, un nevis tādēļ, lai ar kvantitatīvajiem pārbaudītu kvalitatīvos, bet gan tādēļ, lai izmantotu tos savstarpējai papildināšanai, abpusējai verifikācijai, un, kas mums ir pats svarīgākais, kā dažādas datu formas, kas vēsta par vienu un to pašu priekšmetu..” (Glaser and Strauss, 1967: 18)

Pētījuma sākuma punkts ir daudzveidīgās interpretatīvās struktūras, ar kuru palīdzību indivīdi piešķir nozīmi objektiem, notikumiem, subjektīvajai pieredzei utt. Šī subjektīvā skatījuma rekonstrukcija kļūst par sociālās sfēras analīzes instrumentu. Kvalitatīvā pētījuma mērķis ir formulēt empīriski pamatotus izteikumus par pētījuma priekšmetu un tā sociālo kontekstu. Kvalitatīvie dati sniedz ieskatu respondenta pasaules redzējumā un ļauj identificēt būtiskākās sakarības starp iedzīvotāju subjektīvajiem priekšstatiem par dzīves kvalitāti un veselību. Kvalitatīvajos pētījumos informācijas vākšanas metodes – intervijas – producē datus, kuri tiek ierakstīti un pēc tam transkribēti tekstā. Datu vākšanai pētījumā tika izmantotas triju veidu intervijas metodes: 1) strukturētās Latvijas iedzīvotāju intervijas (dzīves kvalitātes formas); 2) daļēji strukturētas medicīnas nozares ekspertu intervijas; 3) padziļinātās, daļēji strukturētās Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju intervijas.

Dzīves kvalitātes forma ir strukturētas intervijas paraugs, kuru pētījuma “Dzīves kvalitāte Latvijā” ietvaros izstrādāja un izmantoja Latvijas Universitātes Sociālo un politisko pētījumu institūta pētnieki. Dzīves kvalitātes forma sastāv no 64 atvērta tipa jautājumiem, kas aptver tādas sfēras kā ikdienas dzīves notikumi, nodarbošanās, ienākumi, tēriņi, mājoklis, sociālā līdzdalība un sociālās saites, ģimene, veselība, mobilitāte, kā arī labas dzīves subjektīvā interpretācija un vispārējā apmierinātība ar dzīvi (sk. Bela & Tisenkopfs, 2006: 9). Šīs metodes priekšrocība ir iespēja saņemt konkrētas atbildes, informācija ir labāk strukturēta un tādēļ arī vieglāk analizējama.

Daļēji strukturēto interviju metode tika izraudzīta, lai aptaujātu medicīnas ekspertus. Tika noformulēti 12 atvērti jautājumi, kas aptvēra tādas tēmas kā jēdziena “rūpes par veselību” nozīme, kā cilvēki rūpējas par savu fizisko un garīgo veselību un kā šīs rūpes iespaido viņu informētība un kompetence (sk. 1. pielikumu).

Daļēji strukturētās padziļinātās intervijas tika izvēlētas arī Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti nosakošo faktoru padziļinātai pētīšanai un ietvēra atvērtus jautājumus par dzīves kvalitāti veicinošiem un mazinošiem faktoriem, veselības stāvokli un ikdienas rūpēm par veselību (hroniskas slimības gadījumā tika uzdoti jautājumi par hroniskas slimības pieredzi), jautājumi par vecumu, tā priekšrocībām un trūkumiem, jautājumi par sociālajām attiecībām, kā arī jautājumi par subjektīvo apmierinātību ar dzīvi un laimi.

Daļēji strukturēto interviju forma ļauj iegūt intervējamo cilvēku brīvā stilā formulētas atbildes uz jautājumiem, līdz ar to intervija ir daudz tuvāka dabiskai sarunas formai, nekā aptaujas anketa. Šīs datu ieguves metodes priekšrocība ir tā, ka “intervētājam ir ne tikai iespēja, tas pat ir viņa uzdevums – izvēlēties, kurā brīdī un kādus jautājumus uzdot” (Flick, 2002: 92). Lai labāk izprastu konkrētā respondenta teikto un iegūtu pilnīgāku priekšstatu par viņa subjektīvajām attieksmēm, uzskatiem un uzvedību, intervētājs var uzdot arī jautājuma sarakstā neiekļautus jautājumus, tādā veidā iegūstot vairāk datu par kādu konkrētu kategoriju. Aprakstot kvalitatīvo datu analīzes rezultātus, tiek ņemts vērā priekšmetā balstītās teorijas metodiskais uzstādījums: “konceptuālās kategorijas vai to īpašības tiek ģenerētas, balstoties uz empīriskajiem datiem, bet pēc tam šie paši empīriskie dati, no kuriem ir radīta kategorija, var tikt izmantoti, lai ilustrētu šo jēdzienu” (Glaser & Strauss, 1967: 23).

Teksta kvalitatīvās analīzes process balstās uz empīriskā materiāla kontentanalīzes metodi – strukturējošu satura analīzi ar mērķi pakārtot atsevišķas nozīmīgas teksta sastāvdaļas (satura vienības) noteiktām kategorijām, no kurām tālāk tiek atvedināti jēdzieni, ar kuru palīdzību tiek veidoti teorētiskie modeļi, kas apraksta pētījuma priekšmetu. Kontentanalīze sastāv no šādām stadijām: vispirms stāstījuma teksts tiek sadalīts fragmentos, kas satur respondenta atsevišķus apgalvojumus, kuri raksturo un (vai) interpretē viņa pieredzi (šos fragmentus sauc par satura vienībām), un pēc tam tiek noskaidrota satura vienību jēga. Tālāk tās satura vienības, kuras pauž līdzīgas idejas, grupē analītiskās kategorijās, kurām ir jāatšķiras no respondentu lietotajām – tām jābūt vispārīgākām un izteiktām zinātniskos terminos. Ceturtajā pētījuma solī kategorijas tiek apvienotas, lai veidotu vēl plašākus un abstraktākus jēdzienus. Piektajā solī jēdzieni ir jāievieto plašākā struktūrā (t. i., teorijā vai modelī), kas izskaidro jēdziena dabu, diapazonu, parādību dinamiku (sk. Kroplijs, Raščevska, 2004: 121–122). Nākamajā teorijas veidošanas stadijā ir iespējams formulēt hipotēzes, un šīs hipotēzes var tikt savienotas ar citu pētnieku radītajām teorijām, tādējādi vai nu radot jaunas teorijas, vai arī modificējot jau esošas. Pēdējā veidošanas stadijā jaunizveidotā teorija “var tikt pārbaudīta ar citiem empīriskiem pētījumiem, pat kvantitatīvajiem pētījumiem” (Kroplijs, Raščevska, 2004: 130). Sekojot šim uzstādījumam, kvalitatīvie dati tika izmantoti, lai izveidotu kvantitatīvos instrumentus – aptaujas anketas gan Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju telefonaptaujai, gan arī aptaujai, kurā piedalījās iedzīvotāji vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Iegūtie kvantitatīvie dati tika apstrādāti ar statistiskās analīzes programmu SPSS.

Promocijas darba mērķu sasniegšanai veiktais pētījums sastāv no trim posmiem un tajos tika lietotas vairākas metodes, kas palīdz nodrošināt iegūto datu validitāti (sk. 2. tabulu).

Tabula 2. Promocijas darbā veiktā pētījuma posmu raksturojums

Posms	Projekta nosaukums	Izmantotās metodes	Autora iesaiste
1. posms (2005)	“Dzīves kvalitāte Latvijā”	1. <i>Pārskata par tautas attīstību 2004/2005</i> iedzīvotāju aptaujas dati (n=1020)	Datu analīze
		2. Dzīves kvalitātes formas (kvalitatīvās strukturētas intervijas) (n=79)	Datu analīze
		3. Daļēji strukturētas dziļās veselības nozares ekspertu intervijas (n=6)	Datu vākšana un analīze
2. posms (2007–2008)	“Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves veidu un dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori”	1. Daļēji strukturētas dziļās intervijas (n=28) 2. Kvantitatīvā iedzīvotāju telefonaptauja (n=400)	Datu vākšana un analīze Pētījuma instrumenta izstrāde un datu analīze
3. posms (2008)	“Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes pašnovērtējums un tā saistība ar veselības uzvedību”	1. Kvantitatīvā iedzīvotāju aptauja (n=999)	Pētījuma instrumenta izstrāde un datu analīze

Pētījuma pirmajā posmā līdzās “Dzīves kvalitāte Latvijā” pētnieku iegūtajiem kvalitatīvajiem datiem tika izmantoti arī kvantitatīvie iedzīvotāju aptaujas dati, kas tika iegūti pētījumā “Pārskats par tautas attīstību, 2004/2005: Rīcībspēja reģionos”. Aptaujas anketā tika iekļauti šādi jautājumi (sk. 3. tabulu):

Tabula 3. *Pārskata par tautas attīstību* aptaujas anketā iekļauto jautājumu tematika

1. Par teritoriālās piederības izjūtu
2. Par faktoriem, kas ietekmē dzīves vietas izvēli
3. Par dzīves vietas attīstības iespējām un esošajām iespējām dzīves vietā
4. Par veselības stāvokli un veselības aprūpes paradumiem
5. Par veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un iespējām tos izmantot
6. Par to, kādi informācijas avoti tiek izmantoti atsevišķu jautājumu noskaidrošanā
7. Par bibliotēku apmeklēšanu
8. Par apmierinātību ar izglītības sistēmas pakalpojumiem
9. Par apmierinātību ar iegūto izglītību un tālākizglītošanās nolūkiem
10. Par to, kādās politiskās aktivitātēs ir iesaistījies
11. Par pašvaldību un nevalstisko organizāciju darbības vērtējumu
12. Par brīvā laika pavadīšanas ieradumiem un motivāciju iesaistīties aktivitātēs
13. Par darba meklēšanas veidiem un gatavību veicināt savu strādātspēju
14. Par vēlmi iesaistīties uzņēmējdarbībā un šķēršļiem uzņēmējdarbībai
15. Par uzticēšanos citiem cilvēkiem un institūcijām
16. Par to, cik lielā mērā respondents jūtas savas dzīves noteicējs un spēj ietekmēt atsevišķas jomas savā dzīvē
17. Par apmierinātību ar dzīvi kopumā un atsevišķām tās jomām
18. Par atsevišķu sociālo grupu dzīves kvalitāti
19. Par rīcībspēju sekmējošiem un kavējošiem faktoriem
20. Par to, ko ir darījis vai plāno darīt, lai savu dzīvi uzlabotu
21. Par gatavību uzņemties risku biznesā
22. Par interesantākajām lietām, ar ko respondents regulāri nodarbojas

Avots: Pārskats par tautas attīstību, 2004/2005: Rīcībspēja reģionos (2005)

Pārskata pētījuma metodoloģijas aprakstā autori raksta, ka “aptauja ir lietota stratificētā nejaušā izlase, kas tika aprēķināta, balstoties uz Latvijas Republikas Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes Iedzīvotāju reģistra datiem par Latvijas Republikas iedzīvotājiem. Pavisam tika aptaujāti

1020 pastāvīgie Latvijas iedzīvotāji vecumā no 18 līdz 74 gadiem. Respondentu sastāvs atspoguļo Latvijas pieaugušo iedzīvotāju sastāvu pēc dzimuma, vecuma, tautības un dzīves vietas. [...] Aptauja tika veikta, izmantojot tiešās (personiskās) intervēšanas metodi katra respondenta dzīvesvietā.” (Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: 124). Pētījuma “Dzīves kvalitāte Latvijā” autoriem tika piedāvāta iespēja izmantot aptaujas datus publikācijās par pētījuma rezultātiem, un šī iespēja arī tika izmantota (sk. Sīlis, 2006). Līdz ar to *Pārskata par tautas attīstību* dati parādās kā viens no datu veidiem, kas tika izmantots arī šajā promocijas darbā.

Pirmais posms tika plānots kā veselības nodaļa pētījumā “Dzīves kvalitāte Latvijā”, un tas tika veikts 2005. gadā. Pētījumu koordinēja Latvijas Universitātes Sociālo un politisko pētījumu institūts (LU SPPI), tajā piedalījās zinātnieki no vairākām augstskolām, kopskaitā 21 pētnieks, (sk. Bela & Tisenkopfs, 2006: 8). Subjektīvo dzīves kvalitātes aspektu dziļākai izpētei tika izmantotas strukturētas dzīves kvalitātes intervijas: **dzīves kvalitātes formas**. Šīs intervijas (n = 79), veica gan LU SPPI pētnieki, gan arī LU Socioloģijas nodaļas studenti. Ar dzīves kvalitātes formu palīdzību tika ievākti dati par respondentiem vecumā no 16 līdz 75 gadiem. No viņiem 21 ir vīrietis, bet 58 – sievietes. Respondentu sadalījums pēc dzīves vietas bija šāds: 35 dzīvo Rīgā, 26 – citā pilsētā, bet 14 – laukos, savukārt trīs respondenti intervijas brīdī atradās ārzemēs. Respondentiem tika uzdoti jautājumi par šādām dzīves sfērām: ikdienas dzīves notikumi, nodarbošanās, ienākumi, tēriņi, mājoklis, sociālā līdzdalība un sociālās saites, ģimene, veselība, mobilitāte, kā arī par apmierinātību ar dzīvi, laimi un jēdziena “laba dzīve” nozīmi.

Papildus iedzīvotāju dzīves kvalitātes strukturētajām intervijām speciāli veselības nodaļas vajadzībām tika veiktas arī dziļās, daļēji strukturētās medicīnas ekspertu intervijas (n = 6), ar kuru palīdzību tika iegūts ekspertu viedoklis par problēmjautājumiem, kas saistīti ar iedzīvotāju veselības praksēm un noskaidrots veselības dzīvesstilu to ietekmējošo kategoriju klāsts. Četri eksperti ir ģimenes ārsti, viens ir psihologs un vēl viens – biomedicīnas ētikas speciālists.

Pirmais pētījumu posms bija veltīts tam, lai noskaidrotu, kā Latvijas iedzīvotāji konceptualizē tādus jēdzienus, kā “veselība”, “dzīves kvalitāte” un “rūpes par veselību”, lai noskaidrotu, ar kādiem kritērijiem viņi raksturo savas rūpes par veselību, un kādus veselības dzīvesstilus (rūpes par veselību, daļējas rūpes par veselību un nerūpēšanās par veselību) ir iespējams nošķirt ar šo kritēriju palīdzību.

Otrs pētījuma posms tika īstenots kā daļa no pētījuma “Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves veidu un dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori”. Šis pētījums tika veikts 2007. gada rudenī programmas “Zinātnes attīstība augstākās izglītības iestādēs” ietvaros par piešķirtā grantu (Nr. RSU-ZP 07-6/15) līdzekļiem. Pētījuma pirmo daļu veido **daļēji strukturētās dziļās**

iedzīvotāju intervijas (n = 28), kur respondentiem tika uzdoti jautājumi par viņu biogrāfijas datiem, dzīves kvalitāti vairojošām un mazinošām lietām, veselības stāvokli un to, kā respondents ikdienā rūpējas par to; tika jautāts arī par sociālajām attiecībām un attiecībām ģimenē, apmierinātību ar dzīvesvietu, kā arī par subjektīvo apmierinātību ar dzīvi (pilnu intervijas jautājumu sarakstu sk. 2. pielikumā). Kā respondentu atlases stratēģija tika izvēlēta maksimālās atšķirības stratēģija (*maximal variation sampling*), kas ļauj identificēt pēc iespējas vairāk atšķirību starp respondentiem, tādā veidā atklājot pētāmajā laukā pastāvošās variācijas. Izvēloties respondentus intervijām, sākotnēji tika izmantota statistiskā metode, iepriekš nosakot respondentu izvēles galvenos kritērijus (Flick, 2002: 62). Par trim galvenajiem respondentu atlases kritērijiem tika pieņemti šādi faktori: dzimums, vecums un dzīves vieta.

Tabula 4. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju kvalitatīvā pētījuma izlases kopas raksturojums

Nr.	Dzimums	Vecums	Dzīves vieta	Veselības stāvoklis (slimība)
1.	Vīrietis	62	Lauki	Vesels
2.	Vīrietis	63	Lauki	Vesels
3.	Sieviete	64	Rīga	Hroniska nieru kaite
4.	Sieviete	64	Cita pilsēta	Vesela
5.	Vīrietis	64	Lauki	Asinsspiediens, grūtības pārvietoties
6.	Sieviete	65	Lauki	Sirds pārsitieni, muguras problēmas
7.	Sieviete	65	Lauki	Vesela
8.	Sieviete	66	Cita pilsēta	Sirds mazspēja, asinsspiediens
9.	Vīrietis	66	Lauki	Problēmas ar kāju
10.	Sieviete	67	Cita pilsēta	Vesela
11.	Sieviete	68	Rīga	Hroniska depresija, mugurkaula deformācija
12.	Sieviete	69	Lauki	Radikulīts, asinsspiediens, insults, infarkts
13.	Sieviete	69	Cita pilsēta	Vēzis, akūta sirdskaite
14.	Sieviete	70	Cita pilsēta	Kāju vēnas, nervi
15.	Sieviete	72	Lauki	Augsts asinsspiediens
16.	Vīrietis	72	Lauki	Vesels
17.	Sieviete	73	Lauki	Kāju vēnu čūlas
18.	Sieviete	74	Lauki	Reimatoīdais poliartrīts, invaliditāte
19.	Sieviete	75	Lauki	Astma, alerģija
20.	Sieviete	75	Lauki	Asinsspiediens, holesterīns
21.	Vīrietis	75	Lauki	Artrīts
22.	Vīrietis	77	Cita pilsēta	Radikulīts, slikta dzirde, katarakta, glaukoma
23.	Vīrietis	77	Cita pilsēta	Reimatisms
24.	Sieviete	80	Rīga	Osteoporozē, katarakta
25.	Sieviete	81	Rīga	Vēnu iekaisums
26.	Vīrietis	82	Lauki	Asinsspiediens, paralizēta plauša
27.	Sieviete	90	Lauki	Sirds mazspēja, slikta dzirde, invaliditāte
28.	Sieviete	91	Lauki	Slikta dzirde, slikta redze

Realizējot šo respondentu atlases principu praksē (izlases kopas raksturojumu sk. 4. tabulā), radās grūtības pētījumā iesaistīt sākotnēji iecerēto vīriešu skaitu. To var skaidrot gan ar vīriešu dzimuma respondentu nevēlēšanos piedalīties pētījumā, gan arī ar sieviešu ievērojamu skaitlisku pārsvaru pensijas vecuma iedzīvotāju grupā. Pēc CSP iedzīvotāju statistikas daļas

datiem, Latvijā 2007. gadā dzīvoja kopskaitā 389 900 cilvēku, kas sasnieguši 65 un vairāk gadu vecumu (sk. CSP datubāzi). Trešā daļa no viņiem (127 500 jeb 32,7%) bija vīrieši, bet divas trešdaļas – sievietes. Līdzīga skaitliskā proporcija ir novērojama arī starp pētījuma dalībniekiem – trešā daļa (9 cilvēki) ir vīrieši, bet divas trešdaļas (19 cilvēki) – sievietes. Līdz ar to šāda disproporcija respondentu vidū nebūtu uzskatāma par nozīmīgu trūkumu respondentu atlasē.

Respondentu atlasē nācās saskarties arī ar grūtībām atrast vecākus respondentus, it īpaši vīriešus vecuma grupā no 80 gadiem un vairāk, taču šīs grūtības ir saistītas ar to, ka arī ģenerālās kopas ietvaros šāda vecuma cilvēku ir relatīvi maz. Kā liecina CSP pieejamie dati, 2007. gadā no visiem iedzīvotājiem, kuri ir 65 un vairāk gadus veci, vīrieši vecumā no 80 un vairāk gadiem veidoja tikai 4%, turpretim, šāda vecuma sievietes – 15% no attiecīgā kopuma.

Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju pētījuma otro daļu veidoja **iedzīvotāju aptauja**. Pirmās daļas rezultāti tika izmantoti, lai izveidotu kvantitatīvā pētījuma instrumentu – aptaujas anketu. Šis pētījuma posms tika veikts sadarbībā ar Socioloģisko pētījumu institūtu (SPI), kura darbinieki veica datu vākšanu un ievadīšanu laika posmā no 2007. gada rudens līdz 2008. gada pavasarim. Pensijas vecuma cilvēku aptaujas ģenerālo respondentu kopu veidoja Latvijas pastāvīgie iedzīvotāji vecumā no 65 līdz 94 gadiem.

Aptaujas metode bija strukturēta telefonaptauja, respondentu atlases kritēriji bija vecums, dzimums un dzīves vieta. Pensijas vecuma respondentiem tika uzdoti jautājumi par tādiem konceptiem kā dzīves kvalitāte, veselības stāvoklis, ar veselību saistītā dzīves kvalitāte, veselības uzvedība un slimības uzvedība, papildus no atkarību izraisošo vielu aptaujas anketas pievienojot jautājumus par tabakas un alkohola lietošanu (sk. 3. pielikumu).

Lai nodrošinātu pētījuma instrumenta validitāti, promocijas darbam veikto pētījumu instrumentos konceptu mērīšanai tika izmantota vispārpieņemtā pasaules prakse. Šī prakse paredz, ka dzīves kvalitātes, veselības stāvokļa un ar tiem saistīto mainīgo mērīšanai tiek izmantotas n-pakāpju mērījuma pašvērtējuma skalas, kur rādījumi tiek sakārtoti “pozitīvā secībā, proti, augstāks skaitlis nozīmē augstāku dzīves kvalitāti” (WHOQOL-BREF, 1996: 10). Mērījuma skalas tiek lietotas arī veselības paradumu pētīšanā, kad ir nepieciešams noskaidrot ne tikai parādības izplatību, bet arī tās daudzumu-biežumu (sk. Koroļeva et al. 2008; Pudule et al. 2010). Promocijas darbam veiktajos pētījumos šādas skalas tika lietotas, lai mērītu ar veselības uzvedību saistītos konceptus, tādus kā alkohola un tabakas lietošanas paradumi, medicīnas speciālistu apmeklējuma paradumi, kā arī ikdienas veselības paradumi.

Rezultātu reprezentativitāte tika nodrošināta, nosakot izlases kļūdu un sverot iegūtos rezultātus. Zinot, ka pensijas vecuma iedzīvotāju ģenerālās kopas apjoms ir $N = 389\,900$ un par

maksimālo izlases kļūdu pieņemot 5%, plānotās un realizētās izlases apjoms $n = 400$ ir uzskatāms par pietiekamu¹¹ (CSP, 2007). Respondenti tika atlasīti pēc nejaušības principa, par atlases kritērijiem tika pieņemti vecuma sliekšnis 65 gadi, dzimums un dzīves vieta. Ņemot vērā vecuma un dzimuma grupu atšķirības starp ģenerālo kopu un izlases kopu, lai nodrošinātu rezultātu ticamību (representativitāti) tika lietota Daniela Horvica (*Daniel Horvitz*) un Donovan Tomsona (*Donovan Thompson*) metode, kas paredz, ka katra datu kopā ietilpstošā respondenta atbildēm tiek piešķirts svars, kas ir apgriezti proporcionāls šā respondenta iepriekšēji nosacītajai varbūtībai iekļūt datu kopā (sk. Horovitz & Thompson, 1952: 668).

Lai nošķirtu Latvijas pensijas vecuma iedzīvotājiem raksturīgos veselības dzīvesstilus, dati ar statistikas programmas SPSS palīdzību tika organizēti jēgpilnās struktūrās izmantojot k -vidējā aritmētiskā (*k-means*) klasteranalīzes paņēmieni. Tomass Abels norāda, ka klasteranalīzes metode labi noder gadījumos, kad nepieciešams noteikt dzīvesstilu variācijas, jo tā grupē nevis mainīgos, bet gan individuālos gadījumus (sk. Abel, 1991). Pēc šīs metodes, klasteru skaits k tiek jau iepriekš iekļauts algoritmā, un klasteri tiek veidoti tā, lai starp tiem pastāvētu vislielākā iespējamā atšķirība. Individīda piederība kādam no veselības dzīvesstiliem ir atkarīga no tā, kādas veselību ietekmējošas darbības šis indivīds izvēlas veikt vai neveikt. No šīm darbībām aprēķinos tika iekļautas respondentu atbildes uz jautājumiem par kaitīgajiem ieradumiem (riskanta alkohola lietošana, smēķēšana un citu atkarību izraisošu vielu lietošana), veselības aprūpes darbībām, kuras indivīdi veic, lai izvairītos no saslimšanas vai arī lai cīnītos ar tās simptomiem (veselības speciālistu apmeklējumi, medicīnisko preparātu lietošana), uztura izvēli (atkarībā no produkta ietekmes uz veselību, garšas, cenas, ekoloģiskās tīrības un uzturvērtības), brīvā laika paradumiem un fiziskās aktivitātes daudzumu. Rezultātā tika nošķirti pieci pensijas vecuma cilvēkiem raksturīgie veselības dzīvesstili (nerūpēšanās par veselību, minimālas rūpes par veselību, daļējas rūpes par veselību, veselību saglabājošs dzīvesstils, kā arī veselību veicinošs dzīvesstils) un tika aplūkots, kādas statistiski nozīmīgas saistības ($p < 0,05$) pastāv starp veselības dzīvesstiliem un dzīves kvalitāti veidojošiem faktoriem.

Arī trešais ar promocijas darbu saistītais pētījums “Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes pašnovērtējums un tā saistība ar veselības uzvedību” tika veikts 2008. gadā. Tas tika īstenots programmas “Zinātnes attīstība augstākās izglītības iestādēs” ietvaros par granta Nr. RSU-ZP 07-

¹¹ Izlases apjoma aprēķināšanai tika izmantota šāda formula: $n = \frac{1.96^2 W(1-W)N}{\Delta^2 N + 1.96^2 W(1-W)}$, kur $n =$

nepieciešamais vienību skaits izlases kopā, $\Delta =$ izlases kļūda (5% jeb 0,05), $N =$ ģenerālās kopas apjoms (389 900), $W = 0,5$.

6/15 līdzekļiem. Pētījuma metode bija **iedzīvotāju aptauja** – tieša (*face-to-face*) strukturēta intervija. Pētījuma objekts bija Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāte, veselība un veselības uzvedība. Pētījuma priekšmets bija iespējamā saistība, kas pastāv starp Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāti veidojošajiem faktoriem un viņu veselības uzvedību. Pētījuma datu vākšana un primārā apstrāde notika sadarbībā ar SPI, kas šajā pašā laikā pēc Sabiedrības veselības aģentūras pasūtījuma veica pētījumu “Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū (2008).” Sadarbības līgums paredzēja, ka atkarību izraisošo vielu lietošanas aptaujas anketai tika pievienota īpaši šā pētījuma mērķiem izstrādāta papildu sekcija, kur respondenti tika lūgti novērtēt savu dzīves kvalitāti, ar veselību saistīto dzīves kvalitāti, veselības uzvedību un slimības uzvedību.

No 4500 atkarību pētījuma respondentiem šo papildu sekciju aizpildīja 999 respondenti. Ģenerālkopas apjoms ir $N = 1\,572\,881$, līdz ar to, pieņemot maksimālo kļūdu 5%, realizētais izlases apjoms $n = 999$ ir uzskatāms par pietiekamu (CSP, 2007). Izlases veidošanai tika izmantots daudzpakāpju stratificētās nejaušās izlases dizains, kurā katram izlases rāmī iekļautajam “elementam ir zināma varbūtība tikt iekļautam izlasē, kas ir lielāka par nulli” (Horovitz, Thompson, 1952: 666). Atkarību izraisošo vielu pētījuma autori uzsver: “Standarta statistiskās analīzes metodes balstās uz pieņēmumu, ka visiem indivīdiem pētāmajā ģenerālkopā ir vienāda varbūtība iekļūt analizējamo datu kopā (realizētajā izlasē). Ja dažādiem indivīdiem šīs varbūtības ir atšķirīgas – vai nu tādēļ, ka izlases veidošanas principa dēļ viņiem ir dažādas varbūtības tikt iekļautiem mērķa izlasē, vai tādēļ, ka viņiem pēc iekļaušanas mērķa izlasē ir atšķirīgas varbūtības būt nerasniedzamiem vai atteikties atbildēt –, tad analīzē tas jāņem vērā.” (Koroļeva et al. 2008: 9) Arī šajā gadījumā, lai iegūtu korektus novērtējumus, tiek izmantota D. Horvica (*Horvitz*) un D. Tomsona (*Thomson*) datu svēršanas metode.

Izlases kopai raksturīgie veselības dzīvesstili tika aprēķināti, izmantojot k -vidējā aritmētiskā (*k-means*) klasteranalīzes paņēmieni, tādā veidā nošķirot piecus jau minētos Latvijas iedzīvotājiem raksturīgos veselības dzīvesstilus (nerūpēšanās par veselību, minimālas rūpes par veselību, daļējas rūpes par veselību, veselību saglabājošs dzīvesstils, kā arī veselību veicinošs dzīvesstils) un pētot – tāpat kā pensijas vecuma respondentu gadījumā –, vai pastāv statistiski nozīmīga ($p < 0,05$) saistība ar strukturālajiem jeb dzīves kvalitāti veidojošajiem faktoriem.

Analizējot kvantitatīvos datus, viena no problēmām bija šāda: veicot pētījuma kvantitatīvo daļu, tika iegūti divi dažādi datu masīvi – viens, kur respondentu vecums ir 15–64 gadi, un otrs, kur respondentu vecums ir 65–94 gadi.¹² Ņemot vērā datu atšķirības datu iegūšanas metodēs, abi

¹² Kaut arī Latvijas likumdošanā darbspējas vecums ir noteikts, sākot no 13 gadiem (kā to paredz MK noteikumi Nr. 10 “Noteikumi par darbiem, kuros atļauts nodarbināt bērnus vecumā no 13 gadiem”), bet pensionēšanās vecums kopš

datu masīvi bija jāanalizē atsevišķi, līdz ar to katrā vecuma grupā pieci veselības dzīvesstili izpaudīsies nedaudz atšķirīgi. Piemēram, pensijas vecuma cilvēkiem netika uzdoti jautājumi par narkotikām, jo šajā vecuma grupā narkotiku lietošana nav aktuāla. Kā apgalvots ES narkotiku aģentūras (EMCDDA) pētījumos, “narkotiku lietošana Eiropā lielā mērā saglabājas kā izplatīta parādība jauniešu, jo īpaši jaunu vīriešu, vidū”. Kā liecina 2005. gada dati, galvenie narkotiku lietotāji ir jauni pieaugušie vecumā no 15 līdz 34 gadiem (EMCDDA, 2005). Tomēr, par spīti šīm atšķirībām, kopējās veselības uzvedības tendences, uz kurām balstīts konceptuālais piecu dzīvesstilu nošķirums, ļauj salīdzināt iegūtos rezultātus.

Pētniecības ētikas problēmas

Promocijas darba mērķu sasniegšanai veikto pētījumu sakarā radās nepieciešamība pārdomāt arī pētniecības ētikas jautājumus, proti, riska izvērtējumu pētniecības ētikā. No veiktajām dziļajām, daļēji strukturētajām intervijām ir īpaši jāatzīmē kāda, kura uzskatāmi parādīja, cik neaizsargāts ir Latvijas pensijas vecuma cilvēks, kam ir slikts veselības stāvoklis un nav tuvinieku, kas viņu atbalstītu.

Tā vietā, lai vecumdienas pavadītu pelnītā atpūtā, šis cilvēks ir spiests strādāt, jo ar to pensiju, ko maksā valsts, nepietiek. Interviju sniedza kundze, kura dzīvo kādā no lielajām pilsētām un kura pēc vīra un dēla nāves pirms diviem gadiem ir palikusi viena pati. “Vedeklai es vairs neesmu vajadzīga. Viņa par mani nerūpējas, vairs nenāk un mazdēlu arī vairs neved.” Respondentes veselības stāvoklis ir ļoti slikts, jo visu darba mūžu viņa ir strādājusi smagajā rūpniecībā veselībai kaitīgā darbā, kuru nācās pamest profesionālās saslimšanas dēļ – sākās nieru asiņošana. Pirms astoņiem gadiem respondentei tika konstatēts nieru vēzis. Viena niere tika izoperēta, taču nesen veiktās izmeklēšanas uzrādīja, ka slimība turpina attīstīties. “Es aizbraucu uz Rīgu, mani tur izmeklēja un teica, ka vajadzīga operācija, bet man onkologi neatļauj – saka, ka jebkura operācija tikai paātrinās manu nāvi. Ir jācīnās ar savu slimību pašai. Tā ir briesmīga lieta.” Respondentes stāvokli apgrūtina tas, ka nieru vēzis nav viņas vienīgā kaite – sieviete nesen ir pārcietusi infarktu. Lai apmaksātu veselības uzturēšanai nepieciešamās zāles, viņa ir spiesta strādāt kādā izglītības iestādē par dežuranti, kā arī meklēt blakus ienākumus, taču to apgrūtina viņas fiziskais vājums. Intervijas laikā respondente atzina, ka viņai ir fiziski grūti strādāt, tajā pašā laikā

2008. gada 1. jūlija gan vīriešiem, gan sievietēm Latvijā ir 62 gadi (likums “Par valsts pensijām”), socioloģiskajos pētījumos par darbības vecums parasti tiek noteikts 15–64 gadu robežās. Tas tiek darīts tādēļ, lai saglabātu iespēju grupēt un salīdzināt respondentus atkarībā no vecuma, nospraužot piecu gadu robežas.

sieviete baidās zaudēt darbu, jo viņas situācijā tas būtu liktenīgs pavērsiens. Lūk, daži fragmenti no šīs intervijas:

Man ir bail, ka mani neatlaiž. Ko tad es darīšu? Jāpakarās... Jo nav no kā dzīvot (*raud*). Daudz naudas iziet par zālēm, tagad pēc infarkta it sevišķi. Tagad man ir problēmas ar sirdi, un tur jau visas zāles ir dārgas. Man vienas zālītes bija tādas – labi, ka man viņas vairs nav jādzer – maksāja Ls 38. Bet ar tām man nepietika mēnesim, un vairāk es tās nevarēju nopirkt, nebija man tādas iespējas.

Man daktere raksta receptes par diviem mēnešiem, lai man nav jāstaigā visu laiku pie tiem ārstiem. Tur arī aiziet visa tā naudiņa. Un 20 Ls paliek par ko ēst. Man ir ogas un augļi, bet visu es tāpat nevaru nopirkt. Tā es to dzīvību velku.

Es bez zālēm nedrīkstu nemaz. Tāpēc tās jādzer cauru dienu. Man nāk sāpes virsū. Stīpras sāpes. Bet es cenšos viņas nedzert, jo tur ir iekšā arī tā narkotika vai kas, jo tad es guļu vienā gulēšanā. Tādēļ es cenšos tos nelietot. Cik varu, tik ciešu. Ir grūti (*raud*).

Vienīgais, kas man ir vajadzīgs, ir nauda, lai es daudzmaz iztikt varētu. Nekādas bagātības man nav vajadzīgas. Jo mani jau tagad tikai kaps gaida. Bet nu vismaz lai es varētu arī paēst kā cilvēks (*raud*).

Vakar es nevarēju piecelties, vakar man bija grūti. Jo iepriekš es vairākas dienas pēc kārtas dežūrēju. Tāpēc vakar man bija grūti, slimība mani pilnībā nomāca, es nevarēju piecelties. Šodien man jau labāk ir, es jūtos labāk un atkal varu paiet. Tā pasēdēt un mazliet kaut ko pakustēties es varu, bet vairāk neko. Ir grūti (*raud*). Es eju piepelnīties, lai vismaz paēstu kaut ko. Tagad, kad es biju atvaļinājumā, naudas nebija nemaz un tad jau gan bija grūti iztikt.

Es strādāju un dažreiz svešiem cilvēkiem grīdas pamazgāju, un ir jau grūti, es jau arī nevaru. Nāk tās sāpes. Bet es eju grīdas pamazgāt vai vēl kaut ko un tad es atkal kādu latīņu nopelnu. (S_69_Cita pilsēta – nieru vēzis, infarkts)

Respondentes stāsts ne tikai apstiprināja to, ko parādīja iepriekš minētie CSP dati, proti, ka absolūtais vairākums pensionāru saņem pensiju, kas ir mazāka par iztikas minimumu. Tas bija šokējošs, jo atklāja, ka šai kundzei ir jācīnās par izdzīvošanu pat tad, ja viņa strādā algotu darbu, kas viņai prasa ārkārtīgu piepūli. Viņas situācija nav raksturojama nekā citādi kā bezcerīga, jo kādā brīdī veselības stāvoklis var pasliktināties tik ļoti, ka strādāt vairs nebūs iespējams.

Atbildot uz jautājumiem par veselību un dzīves kvalitāti, intervējamā kundze jau pašā intervijas sākumā minēja iespēju izdarīt pašnāvību un intervijas laikā periodiski izplūda asarās. Tādēļ šī bija intervija, kas raisīja arī nopietnas pārdomas par pētniecības ētiku un to, kā izvērtēt risku, kuram tiek pakļauti pētījuma dalībnieki. Kā norāda Gerijs Šenks (*Gary D. Shank*), kvalitatīvo pētījumu procesā pētniekam ir ik uz soļa jāveic savas rīcības morālais novērtējums, taču arī tad ne vienmēr izdodas izvairīties no neparedzētām situācijām: “var nākties mācīties visu mūžu, lai kļūtu par pētnieku, kurš rīkojas tikai ētiski. Attiecībā ar mūsu rīcības ētiskajām sekām nekad nebūs iespējams pateikt, ka viss jau ir apgūts un izprasts.” (Shank, 2005: 118)

Pēc Šenka domām, pētniekiem būtu jāievēro četri galvenie ētiskie principi. Pirmais ir netkaitēšanas princips, kas pieprasa, lai pētnieks pārliecinātos par to, ka iesaistītie dalībnieki nekādā veidā nav cietuši no piedalīšanās pētījumā. Vispārāzīts veids, kā novērst potenciālo kaitējumu, ir informēt pētījuma dalībnieku par pētījuma būtību un saņemt no viņa labprātīgu un informētu piekrišanu. Otrs ir atklātības princips, kas pieprasa nenovērot cilvēkus slepeni, pirms viņi ir par to informēti, darīt viņiem zināmu, ka viņu rīcība un izteikumi vēlāk tiks analizēti un publicēti, kā arī ievērot viņu tiesības atsaukt jebkuru savu izteikumu. Trešais ir godīguma princips,

kas pieprasa nemaldināt pētījuma dalībniekus, kā arī būt maksimāli godīgam pret sevi un atzīt savas kļūdas, ja tādas gadās. Ceturtais ir rūpīguma princips, kas paredz, ka darbam ir jābūt paveiktam pēc vislabākās sirdsapziņas (Shank, 2005: 118–119).

Kas attiecas uz iepriekš minēto interviju, pētījuma dalībiece tika iepazīstināta ar pētījuma būtību un, lai nodrošinātu patiešām informētu piekrišanu, viņa tika iepazīstināta ar intervijas jautājumiem rakstiskā formā un intervijas sākumā tika uzsvērts pētījuma mērķis un principi. Jau sarunas pirmajās minūtēs kļuva skaidrs, ka kundze jūtas slikti gan fiziski, gan arī emocionāli un koncentrējas tikai uz savas dzīves negatīvajiem aspektiem. Tādēļ intervijas gaitā tika izraudzīta stratēģija, kas uzvedinātu viņu uz pozitīvākām domām un nepieļautu, ka piedalīšanās pētījumā varētu viņai radīt psiholoģisku kaitējumu. Tā, piemēram, tika uzdots jautājums par to, kas piešķir dzīvei kvalitāti, bet netika jautāts par to, kas šo kvalitāti samazina, tāpat arī tika jautāts par vecuma pozitīvajiem aspektiem, izlaižot jautājumu par negatīvajiem. Intervijas beigās tika uzdots jautājums par to, vai palūkojoties pagātnē respondente ir vai nav apmierināta ar savu dzīvi, uz ko tika saņemta atbilde, ka agrāk, kad viņa varējusi strādāt trīs darba vietās, naudas ir bijis pietiekami un dzīve ir bijusi laba. Intervijas noslēgumā pati respondente vēlējās mainīt sarunas tēmu un uzdeva jautājumu: “Bet jūs pasakiet, kur var šajos laikos būt tik šausmīgi daudz tie miljonāri? To es nesaprotu. Kā tu, cilvēks, vari ar šitām aldziņām tik bagāts palikt?” Ar to arī intervija beidzās, un tālāk saruna turpinājās par ekonomiku un sociālām tēmām. Ņemot vērā šos apstākļus, var secināt, ka pētījuma dalībnieces saasināti emocionālā reakcija drīzāk bija saistīta ar viņas smago eksistenciālo situāciju un no tās izrietošā psiholoģiskā stāvokļa, nevis ar pētījuma dizainu vai veidu, kā tika veikta intervija. Šādam secinājumam par labu liecina arī tas, ka šī bija vienīgā intervija, kur nācās saskarties ar šādu respondenta uzvedību. Tomēr tas nemazina nepieciešamību pārdomāt riska izvērtēšanas stratēģijas sociālajos pētījumos.

Veicot kvalitatīvos pētījumus, ētiskie jautājumi kļūst īpaši aktuāli, jo tie ietver “atklāsmes par dalībnieku iekšējās pasaules konstrukcijām, līdz ar to ir saskare ar īpaši personisku materiālu.” (Kropļijs, Raščevska, 2004: 78) Tādējādi šī pētījumu metode potenciāli ietver sevī augstu psiholoģiska kaitējuma iespēju. Līdz ar to ir jāuzdod jautājums par to, vai, piedaloties kvalitatīvos pētījumos par dzīves kvalitāti un veselības uzvedību, cilvēki netiek pakļauti pārāk lielum riskam un vai tādā gadījumā, pirms uzsākt šādu pētījumu, nebūtu nepieciešams saņemt pētniecības ētikas komitejas atzinumu. Šobrīd spēkā esošie normatīvie akti šādu prasību neparedz.

Socioloģiskie pētījumi pieder pie pētījumu grupas, ko starptautiskajos dokumentos apzīmē ar terminu “*human research*” – tie ir pētījumi, kas tiek veikti ar cilvēkiem (sk. PVO Helsinku deklarācija, 2008; Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu, 1997). Šajā pētījumu grupā

ietilpst gan biomedicīniskie pētījumi, gan arī “nebiomedicīniskie pētījumi” (*non-biomedical research*), pie kuriem ir pieskaitāmi arī socioloģiskie pētījumi. Starptautiskie dokumenti un arī ES dalībvalstu vietējā likumdošana pieprasa, lai cilvēkiem, kuri ir piekrituši piedalīties pētījumos, netiktu nodarīts nekāda veida kaitējums, un šo izvērtējumu sniedz speciāli šim mērķim nodibinātas institūcijas. Tā, piemēram, Latvijas likumdošana par zāļu klīniskajiem pētījumiem paredz, ka izpēti drīkst veikt tikai tādā gadījumā, ja “paredzamais risks un neērtības ir izvērtētas attiecībā pret paredzamo ieguvumu katram pētījuma subjektam un citiem esošajiem vai nākamajiem pacientiem. Klīnisko izpēti drīkst uzsākt tikai tad, ja ētikas komiteja un Zāļu valsts aģentūra ir secinājusi, ka paredzamais ārstnieciskais un sabiedrības veselības ieguvums attaisno risku..” (MK noteikumi Nr. 172 (2006), 29.1. pants)

Lietuviešu bioētiķis Eugenijus Gefens (*Eugenijus Gefenas*) un kolēģi norāda, ka būtu tikai loģiski sagaidīt, lai normatīvie dokumenti, kas regulē ētisko izvērtējumu pētījumiem ar cilvēka piedalīšanos, balstītos uz vienota principa par līdzvērtīgi stingru kontroli: “ja ir divi pētījuma projekti, kur pētījuma dalībniekiem ir jāsaskaras ar vienāda līmeņa risku un neērtībām, tad tie abi ir jāizvērtē pēc vienlīdz stingriem kritērijiem.” (Gefenas et al., 2010: 435) Taču faktiskā situācija gan Lietuvā, gan abās pārējās Baltijas valstīs liecina par pretējo. Ir dažas pētījumu jomas, kurās iedibināta ļoti stingra kontrole, tādi ir, piemēram, zāļu klīniskie pētījumi. Turpretim citās jomās – piemēram, klīniskajos pētījumos – šī kontrole ir daudz vājāka, proti, normatīvie akti norāda, ka ētisko izvērtējumu veic nevis divas, bet tik viena institūcija – pētniecības ētikas komiteja.

Savukārt nebiomedicīnisko pētījumu ētiskais novērtējums normatīvajos aktos vispār netiek pieprasīts. Ziņojot par 2008. gadā veikto Baltijas valstu ētikas komiteju sistēmu salīdzinošā pētījuma rezultātiem, cits lietuviešu bioētiķis Viļus Dranseika (*Vilius Dranseika*) un kolēģi konstatē, ka “saskaņā ar Baltijas valstu likumdošanu šobrīd nebiomedicīniskie pētījumi ar cilvēka piedalīšanos nav iekļauti to pētījumu klāstā, kuriem ir jāsaņem ētikas komiteju izvērtējums” (Dranseika et al. 2010). Minēto tēzi apstiprina arī Latvijas pētniecības ētikas sistēmas apraksts: “..Dažu veidu pētījumi ar cilvēkiem, kā, piemēram, ģenētiskie pētījumi, tiek pārbaudīti ļoti rūpīgi, ar to nodarbojas divas institūcijas: Genoma izpētes padome un Centrālā medicīnas ētikas komiteja, turpretim cita veida pētījumi – socioloģiskie, sabiedrības veselības vai antropoloģiskie pētījumi – vispār netiek izvērtēti.” (Silis, 2010: 61) Tas nozīmē, ka atkarībā no pētījuma veida var atšķirties arī pētījuma dalībnieku aizsardzība – nebiomedicīniska pētījuma dalībnieki var izrādīties pakļauti daudz lielākam riskam nekā biomedicīniskā pētījuma dalībnieki.

Kā hipotētisku piemēru šādai situācijai Gefens un kolēģi min psiholoģijas nozarē veiktu pētījumu par iedzīvotāju seksuālajiem paradumiem vai pašnāvnieciskām tendencēm, kas tiek

īstenots ārpus veselības aprūpes iestādām un kuram nebūtu jāiziet ētiskā izvērtējuma procedūra pat tādā gadījumā, ja tas saistītos ar būtisku risku nodarīt kaitējumu pētījuma dalībnieku psihiskajai veselībai. Viņi secina, ka Baltijas valstīs kritērijs tam, vai pētījumam ir jāsaņem ētikas komitejas novērtējums, ir “nevis potenciālā riska pakāpe, bet gan tas, vai pētījuma projekts pieder biomedicīnas sfērai vai nepieder” (Gefenas et al., 2010: 437). Salīdzinājuši šo situāciju ar citu valstu praksēm, viņi norāda, ka tā nav iespējama, piemēram, ASV, kur atbilstoši Federālo noteikumu kodeksam visiem pētījumiem, kuros iesaistīti cilvēki, tātad arī nebiomedicīniskajiem, ir jāsaņem pozitīvs ētikas komitejas atzinums (*Code of Federal Regulations, Part 46: Protection of Human Subjects*). Līdzīgas prasības ir izteiktas arī Zviedrijas likumā par to pētījumu, kuros iesaistīti cilvēki, ētisko novērtējumu (*Act Concerning the Ethical Review of Research Involving Humans*). Tajā pašā laikā Gefens un kolēģi atzīst, ka nav skaidrības par to, vai šī problēma eksistē arī citu ES valstu likumdošanā, tādēļ būtu nepieciešams veikt papildu pētījumus par šo tēmu.

Viens no iemesliem, kādēļ Latvijas likumdošanā nav iekļauta prasība pēc nebiomedicīnisko pētījumu ētiska izvērtējuma, ir tas, ka Latvijas likumdošanā, kas attiecas uz ētikas komiteju darbības regulāciju, nav vienotas stratēģijas (Silis, 2010: 63). Latvijas likumos ir ļoti skaidri aprakstītas prasības zāļu klīniskajiem pētījumiem, jo to pieprasīja Eiropas Komisijas 2005. gada 8. aprīļa Direktīva 2005/28/EK, kurā noteikti labas klīniskās prakses principi un sīki izstrādātas pamatnostādnes attiecībā uz pētāmajām cilvēkiem paredzētajām zālēm, kā arī prasības attiecībā uz šādu zāļu ražošanas atļauju vai importēšanu. Vai tas nozīmē, ka citas izmaiņas likumdošanā tiks veiktas tikai pēc tam, kad tiks saņemta jauna EK direktīva ar jaunām prasībām?

Neatkarīgi no tā, vai nepieciešamība izvērtēt socioloģiskos pētījumus tiek vai netiek regulēta likumdošanā, no pētniecības ētikas viedokļa aktuāls ir jautājums par to, kāds tad ir kvalitatīvo metožu radītais potenciālais psiholoģiskais kaitējums pētījuma dalībniekam un kā to būtu iespējams samazināt vai novērst pavisam. Atbildot uz šo jautājumu, Kroplijs un Raščevska norāda, ka intervija par dzīves kvalitāti var mudināt respondentu nodoties sevis novērtēšanai un pašanalīzei, līdz ar to pētnieka uzdotie jautājumi var turpināt iespaidot viņu vēl ilgi pēc tam, kad intervija ir beigusies, un tas var novest pie neparedzētām sekām. Pētniekam praktiski nav iespējams būt absolūti drošam par to, ka kaitējums netiks nodarīts, pat ja ir saņemta dalībnieka informēta piekrišana (Kroplijs & Raščevska, 2004: 79). Kvalitatīvo metožu specifika ir tāda, ka intervijas radīto reālo risku ir ļoti grūti novērtēt pirms ir notikusi pati intervija. Jo vairāk pētnieks uzzina par respondentu, jo adekvātāks kļūst šis novērtējums. Līdz ar to, veicot dziļās intervijas, par galveno riska novērtēšanas un vienlaikus arī novēršanas instrumentu ir jāatzīst intervijas veicēja profesionālā sagatavotība, viņa izpratne un iemaņas (Speck et al. 2005: 156). Ja intervijas laikā

atklājas, ka pētījuma dalībniekam var tikt nodarīts psiholoģisks kaitējums, tad pētniekam ir jāvelta visas pūles, lai to novērstu, jo ētikas prasība nekaitēt prevalē pār pētījuma zinātniskajiem mērķiem. Iepriekš aprakstītajā gadījumā tika izraudzīta tieši šī stratēģija. Cits veids, kā censties mazināt risku, ir šāds: atlasot pētījuma dalībniekus, pievērst uzmanību personības stabilitātei un veselīgam (Kroplijs & Raševska, 2004: 80).

Jāatzīmē, ka kvalitatīvo metožu specifika var radīt ne tikai risku, bet arī labumu. To apstiprināja arī promocijas darbā veikto dzīves kvalitātes pētījumu pieredze, jo lielākā daļa pētījuma dalībnieku intervijas beigās bija ļoti labā garastāvoklī un pauda apmierinājumu ar sarunu. Tas parāda, ka, nodarbojoties ar pašanalīzi, pētījuma dalībnieks var nonākt pie būtiskām pozitīvām atziņām par sevi un savu dzīves situāciju. Līdz ar to ir jāpiekrīt Pītera Speka (*Peter Speck*) un kolēģu izteiktajai domai, ka “iespēja atklāt savus uzskatus, risināt morālo naratīvu pašam ar sevi vai arī ar saprotošu sarunas biedru, veicina dzīves jēgas un izpratnes veidošanos, un bieži vien tai ir terapeitisks efekts” (Speck et al., 2005: 157). Tas ļauj domāt, ka prasmīgi veiktai dziļajai intervijai var būt arī pozitīvs efekts.

3.2. Iedzīvotāju un ekspertu priekšstati par rūpēm par veselību

Iedzīvotāju priekšstati par rūpēm par veselību un tās ietekmējošiem DZK faktoriem tika pētīti projekta “Dzīves kvalitāte Latvijā” ietvaros. Kā liecina Tautas attīstības pārskata kvantitatīvās aptaujas dati, atbildot uz jautājumu par ikdienas veselības paradumiem, 19% respondentu atzina, ka savas veselības labā nedara neko. Arī iedzīvotāju interviju kvalitatīvie dati parāda: lai gan veselība itin bieži tiek uzskatīta par vienu no glavenajām vērtībām, tai nereti neatrodas vieta starp galvenajām ikdienas prioritātēm. Par svarīgākiem mērķiem tiek uzskatīts darbs un naudas pelnīšana, mājas darbi, rūpes par ģimeni un radniekiem, izglītība utt. Veselība prioritāšu uzskaitījumā parādās reti, turklāt tiek minētas ne tikai rūpes pašam par savu veselību, bet arī rūpes par tuvinieku un mājdzīvnieku veselību.

Cilvēki turas pie ierastās ikdienas prioritāšu secības pat tajos gadījumos, kad jau ir parādījušies ievērojami veselības traucējumi un par to patiešām ir jā rūpējas. Teikto ilustrē atbildes uz dzīves kvalitātes aptaujas jautājumu “Kā rīkojaties slimības gadījumos?”.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Eju uz darbu. Slimot nav nekad laika. Iedzeru upeņu tēju, zāles un strādāju. Tā. (S52PL)¹³• Sarijos tabletes un mēģinu ātrāk tikt uz kājām. (S23PL) |
|---|

¹³ Šāda respondenta identifikācija tiek izmantota, lai saglabātu ikviena anonimitāti. Burti “S” vai “V” apzīmē dzimumu, tālāk seko vecums gados, pēc tam – dzīves vieta (“R” – Rīga, “P” – cita pilsēta, “L” – lauki) un tautība (“L” – latvietis, “K” – krievs, “C” – cita tautība).

- Nekā nerīkojos, ja nav 39 grādi un es vēl varu pakustēties, es to darīšu. Teiksim iesnas, mazu klepiņu es par slimību nesaucu, vismaz pati attiecībā uz sevi. (S26RL)
- Ja tā ir nopietna, tad ņemu slimības lapu un nopietni ārstējos, bet, ja saaukstēšanās, tad sadzeros tabletes un eju darbā. (S48PL)
- Neko, sadzeros zāles un eju uz darbu. Kas, man atļaus varbūt kāds neiet uz darbu?! Kam tu būsi vajadzīgs? Ja tu esi slim un grasies slimot, tad tevi tūlīt no darba ārrrā! Darbā slimī nav vajadzīgi. Kamēr tu esi vesels, tevi patur. Vienkārši, ja jau saslims tā, ka 40 grādu temperatūra un nevarēs paiet, tad zvanīs kolēģei, lai viņa iznāk manā vietā. Un pēc tam nāksies viņai atstrādāt, un viss. To, ka es varētu slimot, atļauties galīgi izārstēties, tas ir galīgi garām. (S39PL)

Šāda attieksme parāda, ka Latvijas iedzīvotāji sāk domāt un rūpēties par savu veselību vai nu tad, kad viņiem nav svarīgāku problēmu, vai arī tad, ja veselības stāvoklis pasliktinās tik ļoti, ka tas sāk traucēt nodarboties ar ko citu.

Pētījuma pirmajā posmā ar dzīves kvalitātes formām iegūto datu analīzes rezultātā tika noskaidrots, ka atkarībā no atbildes uz strukturētās intervijas jautājumu “Vai ikdienā rūpējaties par savu veselību?” respondentus var iedalīt trijās grupās: 1) tādi, kuri uzskata, ka rūpējas par savu veselību; 2) tādi, kuri uzskata, ka par veselību rūpējas daļēji; 3) tādi, kuri atzīst, ka par veselību nerūpējas. Savu rūpju definēšanai respondenti izmanto šādas kategorijas, kuras tabulā ir sakārtotas atkarībā no to pieminēšanas biežuma (sk. 5. tabulu).

Tabula 5. Rūpju par veselību raksturojums saistībā ar respondentu dzimumu (biežums)

	Sievietes	Vīrieši
1.	Vitamīnu lietošana (14)	Sports (7)
2.	Ēšanas paradumi (14)	Ēšanas paradumi (6)
3.	Sports (10)	Nav kaitīgu ieradumu (3)
4.	Pietiekamas fiziskās kustības (9)	Profilaktiskās veselības pārbaudes (2)
5.	Medikamentu lietošana (8)	Vitamīnu lietošana (1)
6.	Ārsta apmeklējums (6)	Pietiekams miegs (1)
7.	Nav kaitīgu ieradumu (5)	Medikamentu lietošana (1)
8.	Svaigs gaiss (4)	
9.	Ārstniecības augi (3)	
10.	Higiēna (3)	
11.	Profilaktiskās veselības pārbaudes (2)	
12.	Pirts (2)	
13.	Izvairīšanās no slimības (1)	
14.	Izvairīšanās no stresa (1)	
15.	Pietiekams miegs (1)	

Respondentu sniegtie individuālās veselības aprūpes raksturojumi norāda uz vairākām tipiskām iezīmēm un tendencēm. Pastāv kvalitatīva atšķirība starp to, kā rūpes par veselību saprot vīrieši un sievietes. Jēdzienu “rūpes par veselību” sievietes saprot daudz plašāk – viņas lieto divreiz vairāk kategoriju nekā vīrieši. Sievietes uzskata, ka pie rūpēm par veselību pieder, piemēram, pietiekams fizisko kustību daudzums, atrašanās svaigā gaisā, izvairīšanās no stresa, ārstniecības augu lietošana, iešana pirtī. Vīriešu izpratne par šo jēdzienu galvenajos vilcienos aprobežojas ar sportu, ēšanas paradumiem un atteikšanos no kaitīgiem ieradumiem.

Sievietēm rūpes par veselību saistās ne tik daudz ar sportu, cik ar mākslīgo un dabisko vitamīnu lietošanu un veselīgiem ēšanas paradumiem, proti, nevis ar veselību veicinošām darbībām, bet gan ar veselību uzturošām un saglabājošām darbībām. Vīriešiem rūpes par veselību lielā mērā saistās tieši ar veselības veicināšanu, proti, aktīvu sportošanu. No tā var secināt, ka vīriešu attieksmi pret veselību lielā mērā ietekmē priekšstats par tradicionālo vīrieša dzimumlomu, kas paredz, ka vīrietim ir jābūt fiziski attīstītam un spēcīgam. Tāpat intervētās sievietes uzskata, ka arī medikamentu lietošana pieder pie rūpēm par veselību, savukārt no vīriešiem reti kurš piemin medikamentus. Tas parāda, ka vīriešu priekšstats par veselību ir daudz kategoriskāks – viņi uzskata, ka veseliem cilvēkiem zāles nav jādzer. Vīrieši ir skeptiski arī pret vitamīniem, kuri ir visbiežāk pieminētā rūpju par veselību sastāvdaļa sievietēm. Kaut arī smēķējošie respondenti atzīst, ka rūpes par veselību nav savienojamas ar smēķēšanu, tas tomēr nenozīmē, ka viņi ir ar mieru atteikties no smēķēšanas.

Daži no respondentiem uzskata, ka par savu veselību rūpējas tikai daļēji. Tipiskākās atbildes bija šādas:

- Īpaši nerūpējos. Uz sporta zālēm neeju, ja nu vienīgi, kad būs siltāks, paskriešu, jā, es pīpēju, ēdu neveselīgu ēdienu, jo man garšo, dzeru *Coca-Cola*. Ēdu labprāt picas. (S26RL)
- Īsti gan nesanāk, bet esmu nobriedis to darīt, sākt sportot un vairāk piedomāt pie sava uztura. (V20RL)
- Ļoti minimāli. Cenšos aiziet regulāri pie zobārsta, iziet visas nepieciešamās apskates, kas ir vajadzīgas reizi gadā. Nu, arī tas laiks ietekmē to, ka nav, nu, sportu neapmeklēju, un tā vispār mazkustīgs dzīves veids. (S25RL)
- Cenšos ēst veselīgu pārtiku. (S35PL)
- Dzeru vitamīnus, tad šādas tādas zāles ārsts izrakstījis. (S66LL)
- Veselībai neveltū īpašu uzmanību. Tomēr vasarās cenšos uzturēt sevi labā fiziskā formā. (S23RL)
- Ne pārāk. Es vairāk nedzeru vitamīnus, jo lasīju, ka tas neko nedod. Es spēlēju futbolu, dažreiz eju skriet. (V34RC)
- Nesanāk jau, taču necenšos to arī sabojāt. (V23RL)
- Protams, reizēm uznāk veselīgās ēšanas tūres, dažādas maskas, krēmi. (S26PL)

Daļējas rūpes par veselību nozīmē, ka no daudzajām darbībām, kas ietilpst rūpēs par veselību, šie cilvēki veic tikai vienu vai divas, turklāt arī to viņi dara nepietiekami regulāri. Rūpes par veselību bieži vien tiek apvienotas ar kaitīgiem ieradumiem, kā arī ar mazkustīgu vai neveselīgu dzīvesveidu. Atbildes parāda, ka galvenie faktori, kuri traucē pilnā apjomā rūpēties par veselību, ir šādi: laika un materiālo resursu trūkums, kā arī kaitīgie ieradumi, no kuriem neizdodas atbrīvoties. No tā var secināt, gan ka šos respondentus būtiski iespaido ārējie apstākļi, gan arī ka viņiem pietrūkst subjektīvās motivācijas, lai darītu vairāk savas veselības labā.

Smēķējošie respondenti atzina, ka rūpes par veselību nav savienojamas ar smēķēšanu, tomēr šī pretruna viņiem nešķita pietiekami būtisks iemesls, lai smēķēšanu atmetu. No veselības dzīvesstilu teorijas viedokļa šādu attieksmi var skaidrot ar to, ka kaitīgie ieradumi balstās uz sociālajās grupās pastāvošajām uzvedības normām. Statistikas dati liecina, ka smēķēšana Latvijas

vīriešu vidū jau kļuvusi par ierastu parādību: smēķē aptuveni puse no viņiem (Pudule et al., 2010). Jo vairāk draugu smēķē, jo mazāka ir indivīda motivācija atstāt smēķēšanu – nepiedaloties smēķēšanā, cilvēks riskē zaudēt kontaktu ar draugiem, neiekļauties grupā, nebūt informēts par jaunumiem, kas izrunāti smēķējot (Koroļeva, 2008: 20). Proti, neveselīga dzīvesveida izvēle atspoguļo *habitus*, kas balstās uz indivīda socializācijas pieredzi un kuru iespaido piederība noteiktam sociālam slānim, vecumam un dzimumam. “Rezultātā veidojas noturīga orientācija uz neveselīgu dzīvesstilu, kas kļūst par ikdienas rutīnu un, pateicoties tam, ka tiek praktizēts ilgstoši, turpina sevi reproducēt.” (Cockerham, 1999: 120)

Atbilstoši savai specifikai kvalitatīvie dati nesniedz pietiekamu priekšstatu par to, kāda ir veselībai kaitējošu ieradumu izplatība iedzīvotāju vidū – šādu informāciju ir iespējams iegūt vienīgi no kvantitatīvajiem datiem. Pārskatā par tautas attīstību 2004/2005 pieejamie dati parāda, ka “Latvijas iedzīvotāju dzīvesveidu nevar uzskatīt par veselīgu. Liekais svars un aptaukošanās, nepietiekama fiziskā aktivitāte, alkohola un narkotiku lietošana, smēķēšana – tie ir būtiski faktori, kas ietekmē indivīda veselības stāvokli. Sabiedrības veselības praksē smēķēšana šobrīd tiek uzskatīta par vienu no visbīstamākajiem onkoloģisko slimību un asinsvadu slimību cēloņiem, kurus ir iespējams novērst.” (Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: 127) Tas ļāva izvirzīt hipotēzi par to, ka Latvijas iedzīvotāju vidū pastāv arī tāds veselības uzvedības modelis, kuru varētu saukt par “nerūpēšanos par veselību” jeb veselībai kaitējošu dzīvesstilu.

Dažas atbildes iezīmēja būtiskas variācijas jēdziena “daļējas rūpes par veselību” izpratnē. Piemēram, viens no respondentiem norādīja: “Nesanāk jau [rūpēties par veselību], taču necenšos to arī sabojāt”. Kāda cita respondente atzina, ka par savu veselību rūpējas minimāli – cenšas regulāri apmeklēt zobārstu un reizi gadā veikt profilaktisku veselības pārbaudi, taču ar sportu nenodarbojas un savu dzīvesveidu raksturo kā mazkustīgu. Šī atbilde ļāva izvirzīt hipotēzi par to, ka pastāv tāds veselības dzīvesstils, ko varētu definēt kā “minimālas rūpes par veselību”, un kuru raksturo tas, ka indivīds izrāda pavisam nelielas rūpes par veselību, taču tīši tai arī nekaitē.

Trešo respondentu grupu veido tie, kuri atzina, ka par veselību nekā īpaši nerūpējas, proti, viņu skatījumā viņi neveic nekādas aktīvas darbības ar mērķi uzlabot vai saglabāt veselību. Šīs grupas respondentu atbildes parāda nevis to, ka viņi vispār nerūpējas par veselību, bet gan to, ka viņu veselības uzvedība nav saistīta ar apzinātu mērķi rūpēties par savu veselību. Veselības dzīvesstilu teorijas autori uzsver, ka veselības dzīvesstils ietver jebkuru darbību, kas atstāj iespaidu uz veselību, neatkarīgi no tā, vai indivīds to veic apzināti vai neapzināti. Ja indivīds nepievērš uzmanību tam, kāds ir viņa izvēlētais uzvedības iespaids uz veselību, tad šis veselības dzīvesstils ir *habitus* ietekmes rezultāts. Savukārt, ja indivīds savu dzīvesstilu izvēlas ar apzinātu nolūku

pozitīvi ietekmēt veselību, tad to var saukt par “uz veselību orientētu dzīvesstilu” (Abel et al., 2000: 63). Tipiskākās atbildes ir šādas:

- Nav jau tās naudas, lai rūpētos par veselību, tie gadi jau ir daudz, un veselība arī švaka. (S65LK)
- Laikam ne īpaši – kā ir, tā ir. Jo, kamēr nav briesmīgu problēmu, tikmēr liekas, ka viss kārtībā. (S49PL)
- Piemīt jau man daži labi niķi kā pīpēšana, un arī savai ēdienkartei nesekoju sevišķi līdzī. (V20PL)
- Nē, nav laika. (S59PL)
- Nē, nav vajadzības, esmu veselīga sieviete. (S23PL)
- Pēdējā laikā esmu par to aizdomājies, bet nekādas īpašās rūpes neveltu. (V18RK)

Nerūpēšanās par veselību nozīmē to, ka cilvēki vai nu 1) nejut nepieciešamību kaut kā īpaši rūpēties par veselību (viņu dzīvesveids nav orientēts uz veselību), vai arī 2) apzinās nepieciešamību rūpēties un labprāt to darītu, taču viņiem pietrūkst resursu (laika, naudas vai kā cita).

Pirmā veida nerūpēšanās ir raksturīga jauniem cilvēkiem ar labu veselību, kuriem nav kaitīgu ieradumu un ikdienā ir pietiekams fizisko kustību daudzums. Tipiska ir S23PL atbilde: viņa nerūpēšanos par veselību pamato tieši ar labu veselību. Aplūkojot šīs pašas respondentes atbildes uz citiem jautājumiem, izrādās, ka viņai ir 23 gadi, viņa dzīvo viena, strādā kosmētikas salonā, ikdienā pārvietojas kājām, slimības gadījumos “sarijas tabletes un mēģina ātrāk tikt uz kājām”, bet brīvajā laikā apmeklē naktsklubus. Arī S25RL atbilde sākotnēji it kā liecina, ka respondentei nav skaidras izpratnes par to, ko nozīmē rūpēties par veselību, taču viņas atbilde uz jautājumu par to, kādu transporta līdzekli viņa ikdienā izmanto, tomēr liecina par zināmu izpratni: “Ar kājām pārvietojos gan uz darbu, gan uz mājām – gan tuvu, gan veselīgi.” Aplūkojot šīs respondentes atbildes uz citiem jautājumiem, atklājas, ka viņai ir 25 gadi, viņa ir ierēdne (taču darbā nav jāsēž uz vietas), precējusies, ir bērns, slimības gadījumā vēršas pie ārsta, bet brīvajā laikā brauc uz lauku mājām. Salīdzinājumā ar S23PL šī respondente veic vairākas darbības, kas ir kvalificējamas kā rūpes par veselību, taču pati to neapzinās. Abi minētie gadījumi parāda, ka cilvēkiem ne vienmēr ir skaidrs priekšstats par to, ko viņi dara savas veselības labā, kā arī nav īstas izpratnes par to, kas ir veselība, tāpēc viņi neapzinās savu ikdienas paradumu reālo iespaidu uz to.

Otra veida nerūpēšanās ir raksturīga gados vecākiem respondentiem ar sliktu veselību. Saskaņā ar veselības dzīvesstilu teoriju veselības uzvedību būtiski iespaido indivīdam pieejamās dzīves iespējas, proti, dažādu resursu pieejamība. Kāda no gados vecākām respondentēm atzina, ka “tad, kad veselība ir *sačakarēta*, ko tur vairs padarīsi, ko tad nu vairs. Nu, eju pie ārstiem, dzeru zāles un ārstējos” (S52PL). Šajā gadījumā nerūpēšanās par veselību nozīmē nespēju atgūt zaudēto veselības līmeni. Tādēļ veselības labā veiktās darbības tiek kvalificētas nevis kā rūpes par veselību, bet gan kā centieni saglabāt to, kas no veselības vēl atlicis. Šis gadījums ļāva izvirzīt

pieņēmumu par to, ka pastāv arī “uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils”, kura pamatā ir slikts veselības stāvoklis, kas rada nepieciešamību veikt darbības ar mērķi nepieļaut tā turpmāku pasliktināšanos.

Veselības uzvedību ietekmējošās kategorijas

Veselības uzvedību veido nepieciešams un pietiekams subjektīvo rādītāju, objektīvo faktoru un rīcībspējas (materiālie resursi, izvēles brīvība, personiskā brīvība) kopums. Līdz ar to veselības uzvedību nosaka triju veidu kategorijas: 1) individuālās kategorijas; 2) sociālās un kultūras kategorijas un 3) rīcībspējas kategorijas (jauktā grupa, ko veido gan sociālie, gan individuālie uzvedību regulējošie faktori). Lai gūtu priekšstatu par to, kāpēc Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība ir tieši tāda, kāda tā ir, jāiztirzā katra no šīm kategorijām.

Indivīda veselības uzvedību lielā mērā ietekmē indivīda vērtību sistēma, kurā sava vieta ir atvēlēta arī veselībai. Vērtība ir relatīvi stabils priekšstats par to, kādas eksistenciālas konstantes vai uzvedības modeļi ir būtiskāki vai vēlamāki un kādi – mazāk būtiski vai nevēlami. Relatīvi stabila šādu priekšstatu struktūra, kas ir organizēta, balstoties uz savstarpēju salīdzinājumu, ir vērtību sistēma. Vērtību relativitāte ir saistīta ar to, ka dzīves gaitā indivīda vērtību sistēma pamazām mainās atbilstoši uzkrātajai pieredzei un apstākļiem, kuros indivīds atrodas. Vienlaikus šīs pārmaiņas ir pietiekami lēnas, lai neapdraudētu vērtību sistēmas galveno funkciju, proti, kalpot par atskaites sistēmu, kas nosaka cilvēka attieksmes, viedokļus un rīcību.

Vienu no autoritatīvākajiem vērtību klasifikācijas modeļiem ir izstrādājis amerikāņu aksiologs Miltons Rokičs (*Rokeach*). Viņš vērtības iedala terminālajās (pie kurām pieder eksistenciālās konstantes: *end-states of existence*) un instrumentālajās (pie kurām pieder uzvedības modeļi: *modes of conduct*) (Rokeach, 1973: 7). Ar šo nošķirumu tiek uzsvērts, ka terminālās vērtības ir pašpietiekamas, proti, tās ir mērķis pašas par sevi, savukārt instrumentālās vērtības kalpo tikai kā līdzeklis, lai sasniegtu kādu citu mērķi.

Kā ekspertu, tā iedzīvotāju intervijas liecina, ka Latvijas iedzīvotāju rūpes par DZK nepavisam nav saistītas ar rūpēm par veselību, drīzāk otrādi – veselība tiek ziedota DZK vārdā.

- Prevalē, protams, mantiskās vērtības, pēc tam nāk ģimeniskās vērtības, un tad varētu būt veselība. (E1)
- Vārdos veselība ir augstā vietā. Ir tik daudz izteicienu par to, un cilvēki saka: “Nu, galvenais, lai vesels.” Ja mēs ejam uz dzimšanas dienu, mēs sakām: “Nu, galvenais, lai veselība, un, galvenais – ilgus gadus, pārējais jau būs...” Vārdos es domāju, ka jā. Darbos? Nu – tā... Realitātē, reālā izpildījumā, manuprāt, cilvēki maz rūpējas par savu veselību, ka tur citas prioritātes ņem virsroku, kā darbs, naudas pelnīšana un kaut kas tāds. (E2)

Latvijas iedzīvotāju atbildes uz jautājumu “Ko Jums personiski nozīmē laba dzīve?” parāda, ka tikai 11 respondenti no 79 savā DZK iekļauj veselību. Veselība kā termināla vērtība ir būtiska tikai tiem indivīdiem, kuri to iekļauj savā privātajā DZK koncepcijā, pārējie veselību biežāk uztver kā instrumentālu vērtību, kas vajadzīga DZK sasniegšanai un uzturēšanai. Tāad attieksme pret veselību ir tāda pati kā attieksme pret citiem resursiem – kamēr tie ir pieejami pietiekamā daudzumā, nav vajadzības tiem pievērst speciālu uzmanību. Veselība kļūst par prioritāti tikai tad, kad tā sāk sagādāt problēmas, un tā pārstāj būt par prioritāti, tiklīdz šīs problēmas ir atrisinātas. Kamēr vien veselības stāvoklis to atļauj, veselību var “tērēt” kā vien labpatīkas.

Arī eksperti atzīst: veselībai pienācīga uzmanība tiek pievērsta vien tad, kad tā pasliktinās, proti, lielākā daļa pacientu ar rūpēm par veselību saprot akūtu slimības simptomu apkarošanu, nevis izvairīšanos no slimības vai veselības veicināšanu.

- Cilvēki nāk pie ārsta tad, kad viņiem ir problēmas, viņi cīnās ar sekām un mazāk ar cēloņiem. Es domāju, ka jāsāk ir tad, kad cilvēks jūtas labi. Jo tad, kad jau vairs nejūtas labi, tad jau ir rūpes par slimību, tās vairs nav rūpes par veselību. (E5).

Veselības stāvoklis ir cieši saistīts kā ar veselības uzvedību, tā ar vecumu, tāpēc veselība kļūst par terminālu vērtību tikai mūža otrajā pusē, kad tā sāk nopietni iespaidot dzīves kvalitāti.

- Vecumā no 40 gadiem veselība pati par sevi atgādina, ka par to ir jā rūpējas – parādās vecuma radītās specifiskās problēmas. (E6)

Turklāt vecāka gadagājuma cilvēkiem rūpēm par veselību ir strikti aizsargājošs un saglabājošs raksturs.

- Cits cīnās ar sekām, cits mēģina, lai nebūtu tik slikti, kā ir pārējiem. (E4)

Kādiem mērķiem Latvijas iedzīvotāji izmanto savu veselības resursu? Pirmkārt, veselība ir nepieciešama optimālai ikdienas funkcionēšanai – strādāšanai, studēšanai, mājas darbu veikšanai, nevis kvalitatīvākai vai ilgākai dzīvei.

- Cilvēki strādā bez atvaļinājumiem, un visiem lēnām ir izsīkums, visiem trūkst spēka, nav spēka. Viņi nāk prasīt: “Dakter, kādas zāles lai es ēdu, lai es varētu strādāt?” (E4)
- Ir ļoti daudz pacientu, kuri saka: “Man darba nespējas lapu nevajag, jo man, vienalga, ir jāiet strādāt.” Cilvēki atvaļinājumos nav bijuši gadiem. (E5)
- Ir ļoti daudz pacientu, kuri nāk ar problēmām, kas saistītas ar pārslodzi. Kas nāk un saka: “Man ir tā, bet es nevaru nestrādāt.” (E2)

Cilvēki interesējas par stimulējošiem un vitalizējošiem preparātiem, kuru galvenais uzdevums ir cīnīties ar organisma nogurumu un vājumu, ļaujot cilvēkam strādāt bez apstājas. Pateicoties tiem, daļai Latvijas iedzīvotāju ir izveidojies darbaholiķiem raksturīgais uzskats, ka

prātam un ķermenim ir nepieciešama nevis atpūta, bet dopings, jo atpūta ir vajadzīga tikai vārguļiem, nevis normāliem cilvēkiem.

Otrkārt, veselība ir nepieciešama, lai baudītu dzīvi, pat ja tas notiek uz veselības rēķina.

Šādu hedonistisku nostāju medicīnas eksperts raksturo šādi:

- Pacienti saka: “Es taču dzīvoju tikai vienreiz, tādēļ, ja es nevarēšu ēst to, kas man garšo, tad taču nav vērts dzīvot. Ja es aizeju pie ārsta un viņš man aizliedz alkoholu, cigaretes, sievietes un tad vēl arī ēšanu aizliedz, tad jau nav vērts vairs dzīvot.” (E1)

Treškārt, mūsdienu Rietumu sabiedrībā kultivētā izpratne par skaistumu un seksualitāti ietver sevī arī veselīgu izskatu, līdz ar to veselība ir saistīta ne tikai ar labu fizisko un garīgo pašsajūtu, bet arī ar skaistumu un seksuālo pievilcību. Par to netieši liecina tas, ka, aprakstot savas rūpes par veselību, sievietes atzīmēja kosmētikas līdzekļu lietošanu, bet vīrieši minēja, ka sports palīdz cīnīties pret aptaukošanos.

Veselību un veselības uzvedību iespaido arī izglītības līmenis, jo pastāv cieša sakarība starp izglītību, ienākumiem, veselības stāvokli un rūpēm par veselību. Cilvēkiem, kuri atrodas sabiedrības augstākajos slāņos, ir labāka veselība nekā tiem, kas atrodas uz zemākiem sociālajiem pakāpieniem. Holandiešu pētnieks Kristians Mondens (*Monden*) atzīmē: “Šis fenomens, kuru dēvē par sociālo veselības stāvokļa nevienlīdzību vai par veselības sociālo gradientu, ir pazīstams jau daudzus gadsimtus.” (Monden, 2003: 1) Izglītības saistība ar veselības stāvokli ir divējāda. No vienas puses, izglītība ir priekšnoteikums cilvēka nodarbinātībai un ienākumiem, tā ir cieši saistīta ar materiālajiem apstākļiem un tātad arī ar rīcībspēju un rūpēm par veselību. No otras puses, nodarbinātības sfēra un ienākumi tikai daļēji ir uzskatāmi par veselīgas dzīves indikatoriem, jo veselības dzīvesstila izvēle ir daudz lielākā mērā saistīta ar personas kultūras līmeni, zināšanām un kognitīvajām spējām, kas veidojas izglītošanās procesā. Taču nedrīkstētu aizmirst, ka izglītības un veselības pazīmju saistība nav tik vienoizīmīga, jo Latvijā zemāks izglītības līmenis ir vecākiem cilvēkiem (it īpaši 55–74 gadus veco cilvēku grupā) un viņi arī biežāk slimo.

Pārskata par tautas attīstību 2004/2005 kvantitatīvie dati parāda, ka arī Latvijā cilvēki ar augstāku izglītību slimo mazāk. Lūgti raksturot savu veselību, tikai 4% respondentu ar sākumskolas izglītību atzinuši, ka neslimo. To atzinuši arī 15% respondentu ar pamatzglītību/profesionālo pamatzglītību vai profesionālo vidējo izglītību, 21% ar vispārējo vidējo, 28% ar augstāko profesionālo/koledžas izglītību un 17% respondentu ar akadēmisko izglītību.

14% respondentu ar sākumskolas izglītību atzinuši, ka viņiem mēdz būt tikai vieglas saslimšanas, to pašu teikuši 27% respondentu ar pamatzglītību/profesionālo pamatzglītību, 39%

– ar profesionālo vidējo izglītību, 40% – ar vispārējo vidējo izglītību, 54% – ar augstāko profesionālo/koledžas izglītību un 40% – ar akadēmisko izglītību. Savukārt nopietnas slimības un traumas, no kurām jācieš vēl tagad, ir 46% respondentu ar sākumskolas izglītību, 18% – ar pamatizglītību/profesionālo pamatizglītību, 15% un 10% – attiecīgi ar profesionālo vidējo un vispārējo vidējo izglītību, 4% – ar augstāko profesionālo/koledžas izglītību un 9% – ar akadēmisko izglītību. Runājot par veselības paradumiem, kvantitatīvie dati parāda, ka fiziski sevi nodarbina un veselīgāku pārtiku cenšas ēst 14% respondentu ar sākumskolas izglītību, 39% – ar pamatizglītību/profesionālo pamatizglītību, 37% un 39% – attiecīgi ar profesionālo vidējo un vispārējo vidējo, 51% un 53% – ar augstāko profesionālo/koledžas un akadēmisko izglītību.

Pēdējo 20 gadu laikā Latvijā strauji attīstījusies patērētāju sabiedrība. Viens no spilgtākajiem šā procesa rezultātiem ir skaistuma un veselības industrijas uzplaukums. Par skaistumkopšanu tiek runāts kā par norisēm, kuru ietvaros ārējā izskata uzlabošanas procedūras vienlaikus ir arī ārstēšanās un rūpes par veselību. Klientiem veidojas maldīga pārliecība, ka veselību un skaistumu iespējams nopirkt, jo tiek uzsvērts, ka galarezultāts ir lielā mērā atkarīgs no tā, cik daudz naudas klients gatavs ieguldīt skaistumkopšanas procedūrās. Šīs nozares tirgvedības stratēģija uzsver modernā skaistumkopšanas procesa tehnoloģiskumu un zinātniskumu, tādēļ ķermeņa estētikas centru reklāmtteksti ir piesātināti ar medicīnas terminiem. Kā jebkura cita pakalpojumu nozare, arī skaistuma industrija tiecas apmierināt klientu vajadzības; šajā gadījumā – tikai vienu vajadzību: izskatīties skaistam un veselam. Šī šķietami nenozīmīgā nianse – jēdziena “veselība” aizvietošana ar jēdzienu “veselīgs izskats” – ļauj skaistumkopšanas industrijai piedāvāt arī tādus pakalpojumus, kuriem nav nekāda sakara ar rūpēm par veselību, bet kuri pat apdraud to – mākslīgo iedegumu, kas palielina vēža risku un veicina ādas novecošanos; plastisko ķirurģiju, kas uzlabo ārējo izskatu, taču ir saistīta ar ievērojamu komplikāciju risku; tauku atsūkšanu, pēc kuras var rasties embolisms, iekšējo orgānu traumas, ādas nekroze utt. Šādu apšaubāmu priekšstatu par pievilcību un veselību vēl vairāk stimulē dažādi žurnāli un TV raidījumi, ar kuru palīdzību tiek veidots auditorijas priekšstats par skaistumu. Šādos apstākļos arvien lielāka kļūst nepieciešamība izvērst dažādas sabiedrības informēšanas kampaņas, kam jāmazina komercinformācijas iespaids uz sabiedrības priekšstatiem par veselību.

Patērētāju sabiedrības ietekme jaušama arī apstākļi, ka rūpes par veselību sasaistās ar destruktīvās patērēšanas formu, t. i., kādas preces vai pakalpojuma patērēšana parādās kā šī patērētājas sociāli ekonomiskās identitātes demonstrēšanas forma. Dārgi veselības uzturēšanas un veicināšanas pakalpojumi tiek uzskatīti par luksusa precēm, kuras patērētāji izvēlas nevis tāpēc, ka viņus patiesi interesētu rūpes par savu veselību, bet gan tāpēc, ka to prasa viņu sociāli

ekonomiskais statuss. Šajā gadījumā rūpes par veselību parādās kā daļa no priekšstata par dzīves kvalitāti, taču šis priekšstats ir nevis autonomš, bet gan heteronoms – tas liecina nevis par individuālu izvēli, bet gan par konformismu, vēlmi atbilst sabiedrībā izplatītajam priekšstatam par labu dzīvi. Viens no ekspertiem atzīmēja:

- Tā var būt arī patērniecības kultūra, kurā pie dzīves kvalitātes ietilpst arī fitnesa klubu apmeklēšana, skaistuma un veselības kopšana. Tad tas ir pavisam cits jautājums, tas vispār nav vairs par vērtību sistēmu, bet par patērniecības kultūras izpausmes formām, kurās ietilpst arī fiziskās aktivitātes. Tas ir viens no iemesliem, kas izskaidro šo masveida aizraušanos ar jogu šobrīd Latvijā. Tā tiešām ir masveidā. Tas ir nevis veselības dēļ vai tāpēc, ka ir vajadzīgs šis veselais ķermenis gan fiziski, gan garīgi, bet tāpēc, ka tas ir modes kliedziens. (E6)

Tajā pašā laikā šādai patēriņa kultūras izpausmei ir arī pozitīvs iespaids – pat ja sākotnējai motivācijai nav sakara ar rūpēm par veselību, vismaz daļa Latvijas iedzīvotāju pievēršas šim jautājumam. Turklāt vairumā gadījumu ārējo pamudinājumu nomaina autonoma iekšēja vēlme, jo nodarbību gaitā, arvien vairāk iedziļinoties, jo īpaši jogas filosofijā, un sajūtot reālus, pozitīvus rezultātus, cilvēkam pamazām mainās pasaules uzskats un līdz ar to arī motivācija – izvēle darboties kļūst apzināta, ne vairs modes diktēta.

Līdzās skaistumkopšanai ir vēl kāda nozare, kuru tirgus likumi iespaido īpaši stipri, un tā ir farmācijas industrija. Farmācijas produktu reklāma ne tikai informē par dažādām precēm un to īpašībām, bet arī stimulē konkrētu medikamentu patērēšanu. Agresīva vitamīnu reklāma plašsaziņas līdzekļos ir izraisījusi to lietošanas bumu.

- Klasiskais, kā cilvēki nāk rūpēties par veselību pie ārsta, ir: “Kādus jūs man vitamīnus vai pārtikas piedevas ieteiktu?” (E4)

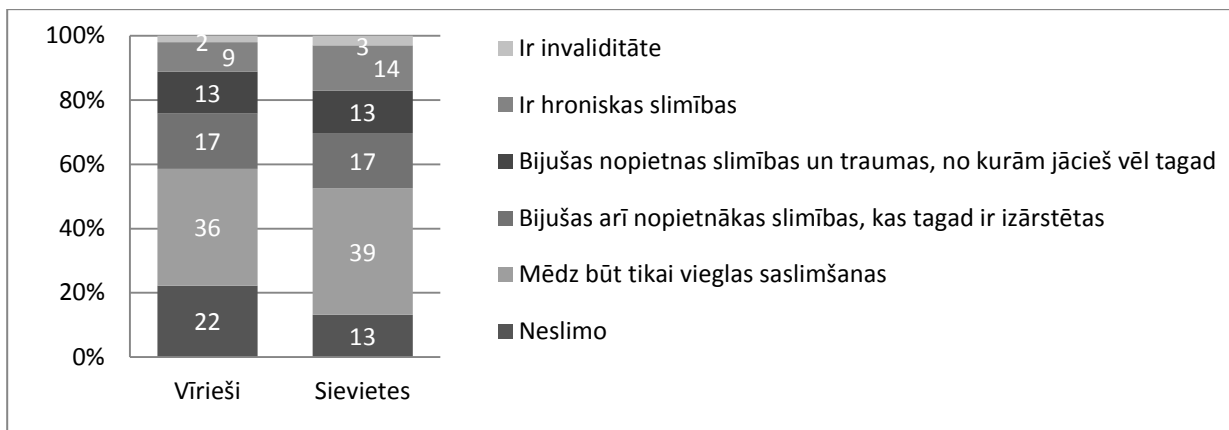
Šo farmācijas industrijas aktivitāšu dēļ tiek radīts nepareizs priekšstats par to, ko nozīmē rūpes par veselību – nepieciešamība nodrošināt organismu ar vitamīniem tiek saistīta nevis ar augļu un dārzeņu lietošanu uzturā, bet gan ar mākslīgu vitamīnu kompleksu izmantošanu.

Tomēr nevar noliegt, ka pēdējos gados ir attīstījusies jauna tendence: pacienti ir vairāk gatavi pieņemt to, ka fiziskas kustības, diēta un joga varētu būt alternatīva zālēm. Tas liecina par to, ka daļa sabiedrības pamazām kļūst kompetentāka veselības aprūpes jautājumos un gatavāka izrādīt aktīvas rūpes par veselību, kas, protams, ir pozitīvs simptoms. Viens no ekspertiem atzīmē:

- Ja kādreiz cilvēki ar rūpēm par veselību saprata, ka vienīgais ir zāles, kas palīdz, tad tagad cilvēki ir ar mieru vairāk akceptēt to, ka es piedāvāju fiziskās aktivitātes, visas diētas un visu pārējo. (E4)

Latvijas iedzīvotāju uzskatus par veselību būtiski ietekmē priekšstati par savam dzimumam atbilstīgu uzvedību jeb tā sauktie dzimumlomu stereotipi. Latvijas sabiedrībā eksistējošie dzimumlomu stereotipi noteic, ka vīrieši ir fiziski stipri, enerģiski, vieglāk pacieš sāpes, retāk slimo, ātrāk izveseļojas un tāpēc par sīkām veselības kaitēm neuztraucas. Vēl vairāk, vīrieši albilstoši savai dzimumlomai var atļauties dažādas pārmērības ēšanā un alkohola lietošanā,

fiziskajā un intelektuālajā slodzē, un tas viss nekādi neietekmē viņu veselību, bet tikai apliecina viņu vīrišķību. Savukārt sievietes ir fiziski vājas un trauslas, ātrāk nogurst, vieglāk saslimst, slikti pacieš sāpes, viņām ir jākopj un jāsaudzē sevi, lai nezaudētu pievilcību. Un tā, pēc *Pārskata par tautas attīstību 2004/2005* datiem, vīrieši savu veselību vērtē labāku, nekā sievietes savējo: 22% vīriešu un 13% sieviešu atzīst, ka neslimo. Sievietēm biežāk mēdz būt vieglas saslimšanas (39% pret 36%) kā arī hroniskas slimības (14% pret 9%) un invaliditāte (3% pret 2%) (sk. 10. attēlu).



Attēls 10. Veselības novērtējums atkarībā no dzimuma (%)

Vēl pētījumā atzīmēts, ka galvenie labsajūtu traucējošie simptomi ir dažādās vietās lokalizētas sāpes, depresija un bezmiegs, turklāt visus minētos simptomus vairāk uzrāda sievietes. Piemēram, galvassāpes atzīmē 52% sieviešu un 30% vīriešu, depresiju – 21% sieviešu un 12% vīriešu, bezmiegu – 24% sieviešu un 13% vīriešu.

Dzimums būtiski ietekmē arī veselības aprūpes paradumus – sievietes biežāk nekā vīrieši apmeklē profilaktiskās pārbaudes (39% pret 26%), kā arī izmanto tautas dziedniecības metodes (29% pret 11%). Sievietes biežāk nekā vīrieši norādījušas līdzekļu trūkumu, ko var skaidrot gan ar zemāku turības līmeni, gan noturīgākiem veselības paradumiem (sieviešu rūpes par veselību iekļauj vitamīnu lietošanu, veselīgākas un līdz ar to dārgākas pārtikas lietošanu, arī izvērstāku higiēnu). Vīrieši biežāk nekā sievietes savas veselības labā nedara neko (28% pret 11%). Saslimšanas gadījumā pie ārsta vēršas 46% sieviešu un 39% vīriešu, alternatīvās dziedniecības metodes izmanto 3% sieviešu un 2% vīriešu, mājās paši cenšas ārstēties 43% sieviešu un 42% vīriešu, savukārt neko īpašu nedara 6% sieviešu un 13% vīriešu. Vīriešu tendenci būt nevērīgiem pret savu veselību apstiprina arī veselības ekspertu teiktais.

- Vīrieši retāk vēlas risināt savas problēmas. Tad, ja ģimenē ir medicīniska rakstura problēmas, kuras izraisa vairāki faktori, tad reizēm vīrieši ir tie, kuri neapzinās, ka tā ir problēma., un tas par kaut ko liecina.. (E2)

Latvijā vīriešu paredzamais mūža ilgums ir ievērojami zemāks nekā sievietēm. Tajā pašā laikā šī nav Latvijai unikāla parādība – “gandrīz visās pasaules valstīs sievietes dzīvo ilgāk nekā vīrieši”, un tas ir tiešā veidā saistīts gan ar sociāliem faktoriem – tradicionālo vīriešu dzimumlomu ar tai raksturīgajām profesionālajām slimībām un veselībai kaitīgu vai to apdraudošu uzvedību, proti, smēķēšanu, riskantu alkohola lietošanu un auto vadīšanu, bīstamu sporta veidu izvēli un vardarbību, gan arī ar bioloģiskiem faktoriem – ar sieviešu bioloģisko pārkāpumu (Arber, Thomas, 2001: 101). Tas, ka sieviešu dzīves ilgums pārsniedz vīriešu dzīves ilgumu par astoņiem un vairāk gadiem, ir raksturīgs tieši postpadomju valstīm.

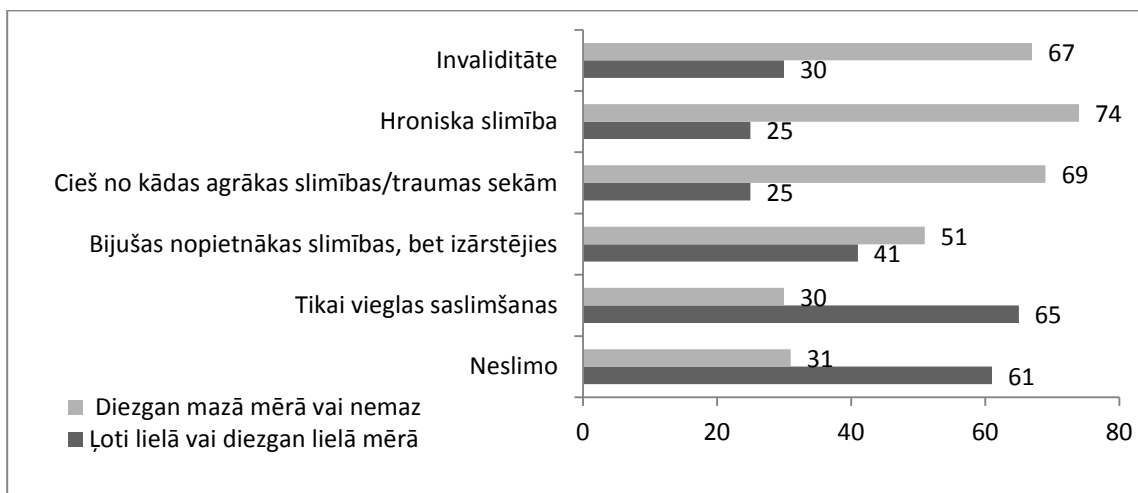
Lai ilustrētu šo tēzi, Sāra Arbere (*Sara Arber*) un Hilarija Tomasa (*Hilary Thomas*) ir salīdzinājušas Latvijas un Krievijas 1999. gada rādītājus: “Krievijā sagaidāmais dzīves ilgums ir 58,3 gadi vīriešiem un 71,7 gadi sievietēm (pārsteidzošs sieviešu dzīves ilguma pārsvars – 13 gadu), savukārt, Latvijas rādītāji ir attiecīgi 63,9 un 75,6.” (Arber, Thomas, 2001: 102) Tātad pirms desmit gadiem Latvijā sieviešu dzīves ilgums pārsniedza vīriešu dzīves ilgumu par 11,7 gadiem. Situācija tiek skaidrota ar to, ka pēc neatkarības atgūšanas vīriešu dzīves ilgums piedzīvoja krasu kritumu, kurpretī sieviešu dzīves ilgums ir palicis relatīvi nemainīgs. Tas parāda, ka postpadomju valstīs sociālās un ekonomiskās pārmaiņas sievietes un vīriešus ietekmē dažādi: “vīriešu ekonomiskā un psihosociālā labklājība šajās sabiedrībās ir tikusi vairāk apdraudēta, jo daudzi no viņiem ir zaudējuši “maizes pelnītāja” lomu (Arber, Thomas, 2001: 102).

Arberes un Tomasas viedoklis sasaucas ar Viljama Kokerhema atziņu, ka veselībai kaitīgs dzīvesstils ir kļuvis par normu vīriešu veselības uzvedībai Centrālās Eiropas un Austrumeiropas valstīs. Šis dzīvesstils nosaka, kā tiek lietots alkohols, tabaka, ēdiens un cik lielām jābūt fiziskajām aktivitātēm, tas “ir pārdzīvojis pāreju no komunisma uz postkomunismu bez īpašām izmaiņām. Mūsdienās tas darbojas kā bīstams spēks, kas saīsina dzīvi visiem tiem, kuri seko tajā ierakstītajām normām.” (Cockerham, 1999: 122) Kaut gan Latvijas iedzīvotāju paredzamā dzīves ilguma rādītājiem ir tendence nepārtraukti paaugstināties – 2005. gadā, kad tika veikts pētījums, tas sasniedza 65,6 gadus vīriešiem un 77,4 gadus sievietēm (CSP, 2008), joprojām satraucošs ir fakts, ka salīdzinājumā ar Eiropas Savienības vidējiem rādītājiem vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā ir otrs zemākais Eiropas Savienībā (vēl zemāks ir tikai Lietuvā).

Veselības uzvedību ietekmējošās rīcībspējas kategorijas

Saite starp rūpēm par veselību un rīcībspēju ir atgriezeniska – lai cilvēks būtu rīcībspējīgs, viņam ir jābūt pēc iespējas veselākam, savukārt, lai saglabātu veselību, ir jābūt spējīgam par to

rūpēties. Kvantitatīvie dati liecina: jo labāka ir veselība, jo lielākas ir cilvēku spējas to ietekmēt (sk. 11. attēlu).



Attēls 11. Spēja ietekmēt veselību atkarībā no veselības stāvokļa (%)

Par rīcībspējas jēdzienu dzīves kvalitātes kontekstā pirmais sāka runāt ekonomists un filozofs Amartja Sens (*Sen*). No viņa teiktā izriet, ka rīcībspēja (*capability*) ir indivīda spēja lielākā vai mazākā mērā realizēt praksē paša izvēlētās ikdienas aktivitātes un/vai šo aktivitāšu kombinācijas; citiem vārdiem sakot, rīcībspēja ir cilvēka potenciālā spēja kaut ko izdarīt vai par kaut ko kļūt (*Sen*, 1980: 218). Šādi definēta, rīcībspēja ir cieši saistīta ar diviem faktoriem – materiālo resursu pieejamību un rīcības brīvību.

Saskaņā ar Džeralda Koena (*Cohen*) klasifikāciju materiālie resursi ietekmē cilvēkus trijos veidos: 1) apveltī cilvēkus ar potenciālu spēju rīkoties (proti, rūpēties par savu veselību); 2) caur šā potenciāla realizāciju materiālie resursi palīdz cilvēkiem īstenot to, ko viņi vēlas, un nonākt sev vēlamā stāvoklī (proti, būt veselam); 3) materiālie resursi spēj radīt cilvēkiem vēlamu stāvokli tiešā veidā, atbrīvojot labuma guvējus no nepieciešamības izmantot rīcībspēju (proti, Pārtikas un veterinārā dienesta īstenotā sanitārā robežkontrole un pārtikas uzraudzība ļauj Latvijas iedzīvotājiem izvairīties no saslimšanas ar, piemēram, putnu gripu) (*Cohen*, 1999: 18). Atšķirībā no materiālo resursu pieejamības jēdziens “brīvība” ir diezgan izplūdis. Atbilstoši Sena uzstādījumam rīcībspēja atspoguļo personas brīvību izvēlēties dažādus dzīvesveidus un dzīvot saskaņā ar šo izvēli (*Sen*, 1999: 22). Šis uzstādījums faktiski identificē personas brīvību ar izvēles brīvību, tādējādi rīcībspējas potenciāls ir tieši proporcionāls izvēles iespēju daudzumam.

No kā tad ir atkarīga Latvijas iedzīvotāju rīcībspēja veselības aprūpes jomā? Medicīnas eksperti min vairākas kategorijas (sk. 6. tabulu).

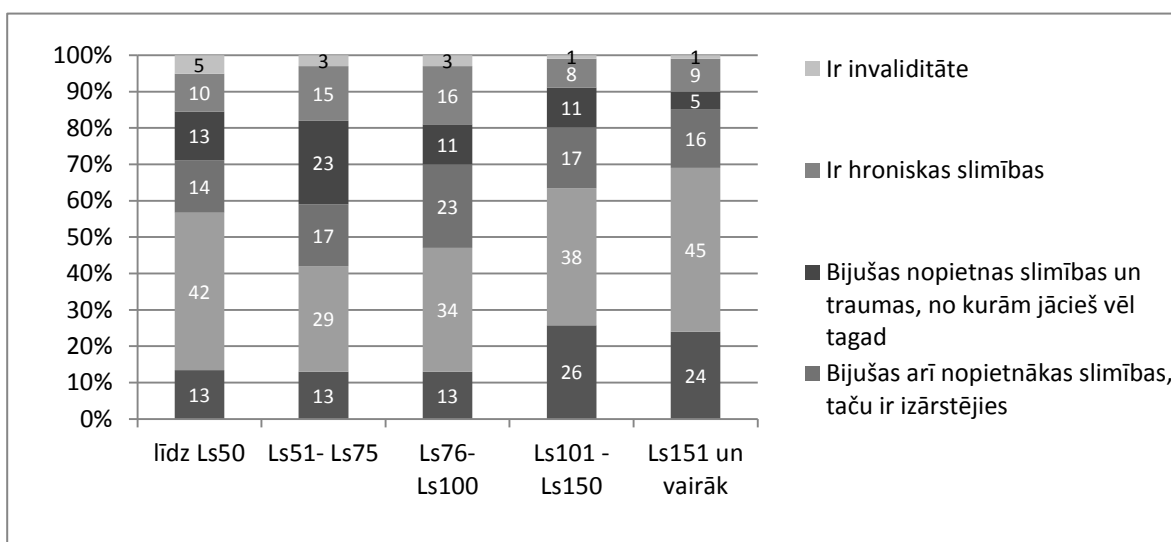
Tabula 6. Medicīnas nozares ekspertu minētās rīcībspējas kategorijas

Materiālie resursi	Izvēles brīvība	Personas brīvība
<ul style="list-style-type: none"> Ienākumu līmenis Veselības aprūpes pieejamība Veselības aprūpes kvalitāte 	<ul style="list-style-type: none"> Izvēle starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem 	<ul style="list-style-type: none"> Motivācija Kompetences līmenis veselības aprūpes jautājumos Brīvā laika daudzums

Cilvēka rūpes par veselību ir saistītas ar to, cik lieli finanšu resursi viņam ir pieejami. Uz to norāda *Pārskata par tautas attīstību 2004/2005* kvantitatīvie dati, kur iedzīvotāju **ienākumu** daudzums tiek salīdzināts ar viņu rīcībspēju veselības aprūpes jomā. Palielinoties ienākumiem, palielinās arī to iedzīvotāju skaits, kuri atzīst, ka diezgan lielā mērā spēj ietekmēt savu veselību. Aplūkojot šo jautājumu, Anna Boulinga norāda uz šādu sakarību: cilvēki, kas pieder zemākiem sociāli ekonomiskajiem slāņiem, par veselības vai slimības cēloņiem visbiežāk uzskata ārējos faktorus, kurus tie nespēj ietekmēt, piemēram, vidi vai bakterioloģisko ainu, savukārt cilvēki no augstākiem slāņiem par galvenajiem veselību ietekmējošajiem faktoriem uzskata indivīda uzvedību un dzīvesstilu, piemēram, ēšanas paradumus (Bowling, 2002: 22).

Dati par Latvijas iedzīvotājiem parāda, ka cilvēki, kuru ienākumi ir lielāki, vairāk domā par veselīgu uzturu un to, kā sevi fiziski nodarbināt. Viņi biežāk izmanto alternatīvās dziedniecības metodes (Reiki, akupunktūru, homeopātiju, ajūrvēdu), taču retāk veic profilaktiskās apskates pie ārsta un mazāk izmanto tautas dziedniecības metodes (zāļu tējas, dziednieciskās pirtis).

Salīdzinot iedzīvotāju veselības pašnovērtējumu ar viņu ienākumiem, var konstatēt, ka augstāku veselības vērtējumu sniedz tie aptaujātie, kuru ienākumi pārsniedz 101 latu uz vienu ģimenes locekli. Starp iedzīvotājiem ar lielākiem ienākumiem ir vairāk tādu, kas neslimo vai kam mēdz būt tikai vieglas saslimšanas, mazāk ir cilvēku, kam ir bijušas nopietnas traumas, no kurām jācieš vēl tagad, kā arī cilvēku ar invaliditāti (sk. 12. attēlu).



Ciešā saistība, kas pastāv starp ienākumiem un veselības stāvokli, daļēji ir izskaidrojama arī ar to, ka veselības aprūpes pakalpojumi joprojām ir samērā dārgi, tāpēc ne visi var tos atļauties tādā mērā, kādā vēlētos. *Pārskata par tautas attīstību 2004/2005* dati parāda, ka no tiem, kuri nav apmierināti ar savā dzīves vietā pieejamo veselības aprūpi, 53% uzskata, ka veselības aprūpes pakalpojumi maksā pārāk dārgi, savukārt 35% visu aptaujāto atzina, ka viņiem pietrūcis līdzekļu, lai vērstos pie ārsta. “Pārējo Baltijas valstu vidū Latvija joprojām izceļas ar zemākajiem tēriņiem veselības aprūpei no valsts līdzekļiem un vislielāko pašu iedzīvotāju līdzdalību šajos maksājumos. Pēc Pasauls Veselības organizācijas datiem, 2000. gadā 40% tiešo veselības aprūpes izmaksu sedz paši pacienti (tas ir augstākais rādītājs Eiropā), un ar to tiek pārkāpti sociāli taisnīgas veselības aprūpes organizācijas principi. Turklāt PVO aprēķini neņem vērā neoficiālos maksājumus.” (Pārskats par tautas attīstību, 2005: 34) To, ka veselības aprūpe daudziem šķiet dārga, parāda arī strukturētās Latvijas iedzīvotāju intervijas.

- Ar aprūpi ir tāpat kā ar visu pārējo šajā valstī – jo vairāk maksā, jo labāk ārstē. (V20AL)
- Kur maksā, tur ir attiecīga aprūpe. (S28LL)
- Veselības aprūpe ir līmenī, ja vien par to atsevišķi samaksā. (V20RL)
- Viss ir tik dārgs, naudas nav, viss paliek dārgāks, bet naudu jau klāt nedod. Un slimnīcā gulēt arī nevaru, jo nav naudas. (S65LK)
- Ļoti dārgi pakalpojumi. (V29RL)

Arī medicīnas ekspertu viedoklis apstiprina šo saistību. Bieži vien veidojas situācijas, kad tā vietā, lai ārsts runātu par pacienta slimību, izskaidrotu analīzes rezultātus vai kādu citu veselības aspektu, tiek apspriesta cena. Atbildot uz jautājumu par to, kā novērtēt iedzīvotāju rīcībspēju, viens no medicīnas ekspertiem kā galveno minēja tieši ienākumu līmeni.

- Iespējams sadalīt pacientus ar zemiem, vidējiem, lieliem un ļoti lieliem ienākumiem. Pacients ar zemiem ienākumiem vairās no veselības aprūpes kā tādas. Viņš var mēģināt dabūt kaut ko no valsts vai no ārsta, bet viņš apzinās to, ka nav spējīgs piedalīties ar līdzfinansējumu, kas tomēr no viņa prasa ļoti daudz. Vai tās būs zāles vai izmeklējumi, vai slimnīca, vai arī vēl kaut kas cits – tā ir tā kategorija cilvēku, kuri saka: “Man it kā viss kaut kas pienākas, bet es nekam netieku klāt.” Otrā kategorija ir tie, kuri ir sabiedrības lielākā daļa. Tie ir gatavi piedalīties ar līdzfinansējumu un dara kaut ko, kad viņiem ir akūtas problēmas, bet viņi nav īsti ieinteresēti ieguldīt lielus līdzekļus profilaktiskajos pasākumos. Trešajai sabiedrības daļai ienākumu ir pietiekami daudz, un es esmu novērojis, ka arī problēmu viņiem ir pietiekami daudz, bet viņi ir gatavi arī tērēt. Pamatoti vai nepamatoti – tas ir cits jautājums. (E1)

Veselības aprūpes pieejamība Latvijā ir teritoriāli nevienmērīga, jo tehnoloģijas un ārsti koncentrējas Rīgā un citās lielajās pilsētās, kur sociāli ekonomiskie apstākļi ir labvēlīgāki. Kā izriet no *Pārskata par tautas attīstību 2004/2005* datiem, 43% respondentu nav apmierināti ar veselības pakalpojumiem savā dzīves vietā, turklāt veselības aprūpes sistēmas reforma šo situāciju uzlabot nepalīdz, bet tieši otrādi – rada vēl lielākas bažas par to, ka 2004. gadā aizsāktā slimnīcu tīkla optimizācija vēl vairāk attālinās medicīnas aprūpes pakalpojumus no lauku iedzīvotājiem, kur

izvēle starp ģimenes ārstiem un speciālistu pieejamība jau tā ir mazāka nekā pilsētās. Arī strukturētās Latvijas iedzīvotāju intervijas atspoguļo nepieciešamību uzlabot medicīnas aprūpes pakalpojumu pieejamību.

- Tālu braukt līdz dispanseram, bet kopumā esmu apmierināts. (V19RK)
- Jā, ir bijušas, jo nevar atrast, pie kā iet. Ģimenes ārsts man ir Inešos. Grūti ar darba laikiem un pierakstiem, nevar aiziet, kad gribas. (V23LL)
- Nav jau mums te nekāda labā medicīnas aprūpe, bet ko var gribēt – valsts nepiešķir līdzekļus labākai. Nākas braukt uz blakus pilsētu. (S66LL)
- Neesmu apmierināta. Problēmas ir tādas, ka pēc mazākās receptes ir jāiet pie ārsta, jo tikšana ir grūta. Ja nav mašīnas, jāiet kājām. Neapmierina tas, ka uz vietas nevar dabūt analīžu rezultātus. Tikai pēc nedēļas. Tad es visu nedēļu nervozēju. Arī vizītes lielā maksa. (S57LL)

Vēl viens kritērijs ir **izvēle starp dažādiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.**

Pārskata par tautas attīstību 2004/2005 aptaujas dati parāda, ka no cilvēkiem, kuri nav apmierināti ar savā dzīves vietā pieejamo veselības aprūpi, 35% atzīmē, ka tuvumā nav neviena attiecīgās specializācijas ārsta, nemaz nerunājot par izvēli starp tiem. Būtiski ir atzīmēt, ka no Daugavpils, Liepājas, Ventspils, Jūrmalas un Rēzeknes iedzīvotājiem šādu atbildi ir snieguši 6%, no Rīgas iedzīvotājiem – 17%, no rajona centrā dzīvojošiem – 34%, no nelielos ciemos, ciematos un laukos dzīvojošiem – 52%, bet no citās pilsētās dzīvojošiem – 67 procenti. Tas nozīmē, ka iedzīvotāju rīcībspēja veselības aprūpes jomā laukos un nelielās pilsētās ir ievērojami zemāka nekā lielajās pilsētās un rajonu centros. Tirgus apstākļos veselības aprūpe iegūst vēl vienu būtisku dimensiju – iespēju izvēlēties starp valsts un privātajiem pakalpojumiem. Arī aptaujātie Latvijas iedzīvotāji šo iespēju atzīst par būtisku dzīves kvalitātes uzlabojumu:

- Ar valsts garantēto veselības aprūpi neesmu apmierināta, tādēļ eju pie privātārsta. Naudu veselības aprūpei nežēloju. (S27PL)
- Principā, kad eju pie privātajiem ārstiem, tad es esmu bijusi apmierināta. Bet, kad valsts aprūpe, tad gan ne. (S22PL)

Tā kā iespēja izvēlēties privātus veselības aprūpes pakalpojumus ir tieši saistīta ar iedzīvotāju maksātspēju, tas vēlreiz apstiprina materiālo resursu iespaidu uz indivīda rīcībspēju.

Motivācija ir viens no svarīgākajiem faktoriem, kas iespaido indivīda veselības uzvedību. Par to, cik liela ir Latvijas iedzīvotāju motivācija rūpēties par veselību, ir iespējams spriest pēc tā, ko viņi ir darījuši pēdējā gada laikā vai tikai plāno darīt, lai uzlabotu savu dzīvi. Respondentu atbildes parāda, ka 19% ir nodarbojušies ar fizisko kultūru un sportu, 13% to plāno darīt tuvākajā laikā, 9% plāno to darīt tālākā nākotnē, bet 43% nav darījuši neko un arī neplāno kaut ko darīt. Ja par motivāciju tiek spriests, balstoties uz to, kāda ir Latvijas iedzīvotāju reālā fiziskā aktivitāte, kas ir nozīmīga veselīga dzīvesveida sastāvdaļa, tad vairumam valsts iedzīvotāju tā ir nepietiekama. Tam piekrīt arī eksperti.

- Lielākā sabiedrības daļa ne tikai pie mums, bet arī pasaulē ir gatavi uz akcijām, tas ir, viņi ir gatavi uz dažiem mēnešiem mesties kaut kādas problēmas risināšanā, teiksim, sešus mēnešus ēdot salātu lapas un tā dabūjot svaru lejā, bet nākamo sešu mēnešu laikā tas tiek dabūts atpakaļ ar uzviņu. (E1).

Motivācija lielā mērā ir atkarīga no indivīda sociālās vides – radniekiem, vienaudžiem, kolēģiem, jo saskarsmē ar viņiem veidojas indivīda vērtību sistēma un uzskati. Paaugstināt motivāciju rūpēties par savu veselību ir iespējams, gan organizējot vidi, gan ar dažādu veselības izglītības un informācijas kampaņu palīdzību, proti, cenšoties palielināt veselībai labvēlīgu ārējo un iekšējo faktoru ietekmi gan uz atsevišķiem indivīdiem, gan arī uz sabiedrību kopumā.

Pēc ekspertu atzinuma, pēdējos gados ir novērojamas arī pozitīvas tendences – gados jaunāki pacienti aktīvāk jautā, kā varētu rūpēties par veselību. Tas nozīmē, ka sabiedrībā mostas interese par veselībai labvēlīgu dzīvesveidu, kā arī par preventīviem un profilaktiskiem pasākumiem, un tas liecina, ka cilvēku motivācija rūpēties par savu veselību pamazām pieaug, tādēļ būtu ļoti vēlams rosināt šo pozitīvo tendenci valstiskā līmenī.

- Aizvien vairāk ir cilvēku, kuri rūpējas par savu veselību. Aizvien vairāk ir tādu, kas grib, jau pirms viņi ir saslimuši.. kas grib izmeklēties un zināt, kas ir noticis un kāpēc. Pirms četriem gadiem, kad es sāku strādāt, bija tā: atnāk slims un saka: “Ārstējiet!” Tagad nāk diezgan daudz veselu cilvēku, kuri grib pārbaudīties, kuri grib zināt, kas ar viņiem ir. (E4)

Nākamais veselības uzvedību ietekmējošais kritērijs ir **indivīda kompetence veselības jautājumos**.

- “Kompetents pacients ir tas, kurš mēģina izprast savas slimības būtību un darbības mehānismus, iemeslus, kuru dēļ viņam šī slimība radās, un kā tā būtu jānovērš. Arī tas, ka pacients apzinās, kādas zāles viņam ir jādzē, nevis tikai vēlēti sekot līdzi tam, kurš viņam šīs rīpiņas izsniedz, tas ir, ka pacients apzinās, ka viņš kaut ko lieto un ka viņam interesē, ko viņš lieto, un viņš arī izlasa, kas varētu būt šo zāļu blakusparādības.” (E1)

Intervētie eksperti uzsver arī saistību starp pacienta kompetenci un viņa izglītības līmeni.

- Kompetents pacients ir izglītots pacients. (E2)

Apkopojot iepriekš teikto, indivīda veselības kompetence sastāv no šādiem komponentiem: 1) vispārīgs priekšstats par cilvēka ķermeni, tā uzbūvi un tajā notiekošajām fizioloģiskajām norisēm, kas tiek iegūts izglītības procesā; 2) vispārīgs priekšstats par to, kas ir veselība un kas ir rūpes par veselību, un kurš tiek iegūts, interesējoties par veselības jautājumiem; 3) informācija par indivīdam pieejamiem veselības aizsardzības, veicināšanas un saglabāšanas līdzekļiem; 4) detalizēta un specifiska informācija par konkrētām saslimšanām un to ārstēšanai nepieciešamajiem medikamentiem, kas tiek iegūta ārsta un pacienta sadarbības rezultātā.

Gan kvantitatīvie, gan kvalitatīvie dati parāda, ka **brīvā laika** trūkums ir viens no svarīgākajiem veselības uzvedību ietekmējošiem faktoriem. Pat respondenti ar augstu sociāli ekonomisko statusu, kuru finansiālās iespējas padara pieejamu visplašāko veselības aprūpes

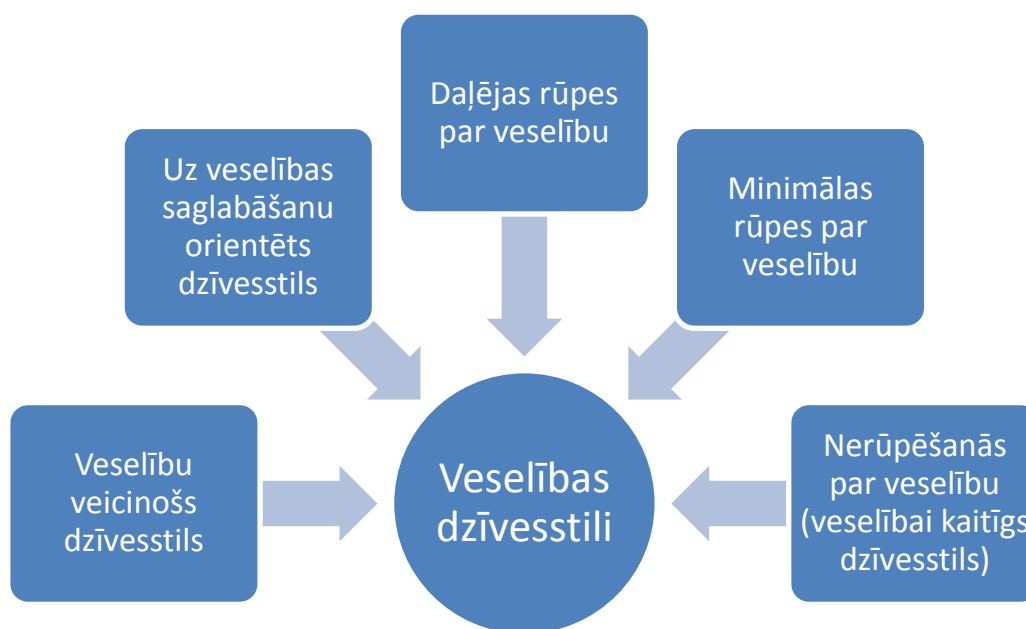
līdzekļu klāstu, min laika trūkumu kā iemeslu, kāpēc viņi nevar rūpēties par savu veselību. Lūk, ekspertu viedoklis par šo jautājumu!

- Cilvēki ir ļoti pārslogoti un tāpēc nevar rūpēties par savu veselību. (E2)
- Ja pacientam ir jāuztur ģimene, viņš ir nostrādājis no rīta līdz vakaram, nomocījies, viņam pat laiks nav atnākt pie ārsta. Kur nu vēl sporti kaut kādi un atpūtas veselīgās – tam vienkārši neatliek laika. (E5)
- Es saku pacientiem: vajag atpūsties, divas nedēļas atpūties. Aizbrauciet kaut kur, jo finansiālais stāvoklis to atļauj... “Dakter, es to nevaru, jo man ir darbs!” (E5)

Pārskata par tautas attīstību 2004/2005 kvantitatīve dati vedina domāt, ka tuvākajā laikā nekāds situācijas uzlabojums nav gaidāms. Atbildot uz jautājumu, ko cilvēki ir darījuši pēdējā gada laikā vai tikai plāno darīt, lai uzlabotu savu dzīvi, izrādās, tikai 14% veltījuši vairāk laika atpūtai un tikai 21% plāno to darīt tuvākajā laikā, savukārt 16% – vairāk atpūsties plāno tālākā nākotnē, bet 32% nav nedz vairāk atpūtušies, nedz arī plāno to darīt. Pat tie Latvijas iedzīvotāji, kam ir brīvais laiks, to neizmanto, lai rūpētos par savu veselību. Tikai 36% respondentu brīvajā laikā vismaz divas trīs reizes nedēļā veic vismaz 30 minūšu ilgus fiziskos vingrinājumus līdz vieglam elpas trūkumam vai svīšanai. Tomēr šai jomā sāk iezīmēties pozitīva attīstības tendence, jo pēdējo divu gadu laikā minimāli – tikai par 1,5%, bet tomēr – ir pieaudzis to respondentu īpatsvars, kuri brīvajā laikā veic pietiekamus fiziskos vingrinājumus.

Apkopojot pirmā pētījuma posma galvenos rezultātus, var secināt, ka dzīves kvalitātes formu dati, pirmkārt, apstiprina veselības dzīvesstilu teorijas autoru izvirzīto tēzi par to, ka veselība ir resurss, ko iespējams gan ražot, gan patērēt dažādām ikdienas vajadzībām, tādām kā spēja strādāt un fiziski funkcionēt, apmierinātība ar savu ārējo izskatu un dzīves baudīšana (sk. Cockerham et al., 1997) Otrkārt, Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību būtiski ietekmē tādi faktori kā sociālās normas un dzimumlomas, ienākumi, veselības aprūpes sistēmas kvalitāte un pieejamība, brīvā laika daudzums utt.

Treškārt, dzīves kvalitātes formu dati ļauj izvirzīt hipotēzi par to, ka Latvijas iedzīvotājiem ir raksturīgi pieci veselības dzīvesstili: nerūpēšanās par veselību (veselībai kaitīgs dzīvesstils), minimālas rūpas par veselību, daļējas rūpes par veselību, uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils, kā arī veselību veicinošs dzīvesstils (sk. 13. attēlu).



Attēls 13. Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili

Turpmākajās sadaļās tiks analizēti dati par šo dzīvesstilu izplatību Latvijas iedzīvotāju vidū, veikts salīdzinājums ar būtiskākajiem strukturālajiem faktoriem jeb dzīves kvalitātes faktoriem, kas ietekmē viņu veselības uzvedību, kā arī sniegta interpretācija par to, kādēļ konkrētās sociālās grupas pārstāvjiem ir raksturīgas tās vai citas veselības prakses, kuras summāri veido viņu veselības dzīvesstilu.

3.3. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori

Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dziļo, daļēji strukturēto interviju datu analīze parāda, ka pensijas vecuma cilvēku dzīves kvalitāti ir iespējams izteikt kā līdzsvaru starp vēlmēm un iespējām, ķermeni un garu, kā arī harmoniskām sociālajām attiecībām. Atbildot uz jautājumiem par to, kādi ir galvenie dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori, respondenti visbiežāk minēja faktorus, kas atkarībā no pieminēšanas biežuma ir uzskaitīti 7. tabulā.

Tabula 7. Būtiskākie dzīves kvalitāti uzlabojošie un samazinošie faktori (biežums)

Dzīves kvalitāti uzlabojošie faktori	Dzīves kvalitāti samazinošie faktori
1. Ģimene un attiecības ar ģimeni	1. Materiālo līdzekļu trūkums (nabadzība)
2. Laba veselība	2. Slikta veselība (slimības, invaliditāte)
3. Materiālie apstākļi (labklājība)	3. Novecošanas negatīvie aspekti (ārējais izskats, spēka trūkums)
4. Iespēja ceļot	4. Administratīvās un politiskās nekārtības
5. Apkārtējā vide (daba un drošība)	5. Vientulība
6. Kultūra (teātris, prese, grāmatas, pasākumi)	6. Neatkarības trūkums
7. Draugi un vienaudži	

8. Noderības apziņa, ko sniedz darbs, kalpošana cilvēkiem, ticība Dievam	7. Problēmas radinieku dzīvē (viņu veselība, sasniegumi, netikumi, piem. dzeršana)
--	--

Šāds faktoru uzskaitījums apstiprina pensijas vecuma cilvēku dzīves kvalitātes pētījumos bieži sastopamo tēzi par to, ka šajā vecunposmā dzīves kvalitāti nosaka trīs galvenās sfēras: sociālās attiecības ar ģimeni un draugiem, veselība un funkcionētspēja, kā arī materiālie apstākļi (ienākumi) (Bowling, 2005a: 7; Börsch-Supan et al., 2005: 18; AGE/inc, 2007).

Vecāki cilvēki uzsver arī to, ka bez naudas un veselības ļoti nozīmīgas ir labas **attiecības ar ģimeni un draugiem**, viņam ir svarīgi ir justies noderīgam un izjust cieņas pilnu attieksmi pret sevi. Līdz ar to, ja indivīdam trūkst viena vai vairāku no šiem dzīves kvalitāti veidojošiem faktoriem, vecāku cilvēku vidū tiek piedzīvota sociāla atstumtība (AGE/inc, 2007) Visi respondenti labas attiecības ģimenē vērtēja augstāk nekā materiālo līdzekļu pietiekamību. Intervijas parādīja, ka ģimenes atbalsts var neitralizēt gan sliktas veselības, gan nepietiekamu materiālo līdzekļu negatīvo iespaidu uz subjektīvo dzīves kvalitāti. Tie, kuri dzīvo kopā ar dzīvesbiedru, īpaši uzsvēra šo faktu.

- Es domāju, ka, pirmkārt, tā ir ģimene. Man ir atbalsts no visiem ģimenes locekļiem. Vīrs, es uzskatu, man ir tāds augstas ētikas cilvēks... un līdz ar to tas ir iespaidojis visu ģimeni, arī bērnus un īpaši jau mani – es esmu lolota un vadīta visu dzīvi. Un visur ir palīdzēts, kur vien var, visur ir palīdzēts. (S_70_Cita pilsēta – nervi, kāju vēnas)
- Man ir ļoti labs vīrs. Un tas arī tai dzīvei piešķir kvalitāti. (S_65_Lauki – sirds pārsitieni, muguras problēmas)
- [Mazdēli] man dod gan spēku dzīvot, gan interesi par dzīvi. It sevišķi tagad, kad vīrs ir miris. (S_73_Lauki – kāju vēnu čūlas)
- Pirmkārt jau bērni man ļoti daudz ir devuši. Esmu apmierināta, neesmu vientuļa. (S_75_Lauki – asinsspiediens, holesterīns)
- Nu, prieks par bērniem, par mazbērniem, man liekas, ka tas ir arī pats galvenais. Ja viņiem neiet dzīvē labi, tad droši vien man arī nebūtu nekāda prieka. (S_65_Lauki – vesela)
- Bet man jau ir meita un dēls, un viņi par mani rūpējas. (V_82_Lauki – asinsspiediens, paralizēta plauša)
- Ja man nebūtu neviena mazbērna, bērniņa, mazmazbērniņa, es būtu tik nelaimīgai, oi! Es tagad priecīga, ka man bērniņi, ka man mazbērniņu, oi, kur man daudz mazbērniņu! Jau kādi mazmazbērniņi četri. Vot i es priecājos savā dzīvē. (S_91_Lauki – sirds mazspēja, sliktā dzirde)

Pastāv abpusēja kauzāla saistība starp ģimenes un sociālo dzīvi un dzīves kvalitāti. Veselīga sociālā vide palīdz vecajiem cilvēkiem ilgāk saglabāt fizisko un garīgo rīcībspēju, proti, ģimenes locekļu rūpes un gādīgā attieksme motivē sirmgalvjus nepadoties vecumam un slimībām. Savukārt slikta veselība sagādā ne tikai fizisku un psiholoģisku diskomfortu, bet arī padara viņus atkarīgus no citu palīdzības, liekot justies kā apgrūtinājumam, kas uzlikts citiem.

Nākamais svarīgākais dzīves kvalitāti uzlabojošais faktors ir **ienākumu līmenis**. Abpusēja saistība pastāv arī starp pieejamiem materiālajiem līdzekļiem un dzīves kvalitāti: “Ekonomiskais statuss un pārticība ir cieši saistīts ar veco cilvēku veselību un labklājību. Piemēram, ir daudz pierādījumu tam, ka pārtikušāki cilvēki dzīvo ilgāk nekā nabadzīgāki.” (Börsch-Supan et al., 2005: 18) Tā kā dzīves kvalitāte ir holistisks jēdziens, tad kauzālās attiecības var būt abpusējas – laba

veselība var būt priekšnoteikums lielākiem ienākumiem, un arī lielāki ienākumi var būt priekšnoteikums labākai veselībai. Šajā ziņā Latvijas pensionāri atrodas visnotaļ neapskaužamā stāvoklī, par ko liecina arī viņu izteikumi.

- Nauda. No tās diemžēl gandrīz viss ir atkarīgs. Arī medicīnas pakalpojumi. Un tāpat arī visa tā apkope, aprūpe. Jo pensija pat nav iztikas minimuma līmenī. Nu kāda tad tur var būt dzīves kvalitāte? (S_68_Rīga – hroniska depresija, mugurkaula deformācija)
- Ir briesmīgi – vajag zāles, bet tās ir dārgas. Tādēļ vajag lielāku naudu, pensiju. (S_64_Cita pilsēta – vesela)
- Derētu pensiju lielāku, derētu. Lai varētu arī slimnīcā pagulēt, vēl tagad zāles ir tik dārgas. (S_90_Lauki – sirds mazspēja, slikta dzirde)
- Bet ir grūti apmaksāt, mana pensija ir 100 Ls, un par dzīvokli ir jāmaksā vairāk nekā 70 Ls, tādēļ to zāļu kvantumam, kuru man vajag, es nevaru nopirkt. (S_69_Cita pilsēta – nieru vēzis, infarkts)

Pensionāru viedokli apstiprina arī CSP dati: 2007. gadā pensiju saņēma 567 400 Latvijas iedzīvotāju, no kuriem lielākā daļa (82%) saņēma vecuma pensiju. 88% no visiem vecuma pensionāriem saņēma summu, kas nepārsniedz 140 latu (sk. CSP: 2008). Savukārt tajā pašā laikā iztikas minimums *per capita*¹⁴ bija 143 lati. Tas nozīmē, ka 2007. gadā gandrīz deviņas desmitdaļas Latvijas pensijas vecuma cilvēku bija spiesti izdzīvot ar ienākumiem, kas nespēj apmierināt pat pamatvajadzības. Iemeslus, kādēļ ir izveidojies šāds stāvoklis, precīzi raksturojuši pētījuma “Dzīves kvalitāte Latvijas veco ļaužu pansionātos” autori: “Latvijā vecuma pensionāru dzīves kvalitāti iznīcināja trīs norises: hiperinflācija 946% apjomā 1992. gadā, naudas maiņa 1993. gadā attiecībā viens lats pret 200 Latvijas rubļiem, tā likvidējot pensijas vecuma cilvēku darba mūža garumā veiktos naudas uzkrājumus, un pensijas reforma 1996. gadā, kas sākotnējā variantā ieviesa tik niecīgas vecuma pensijas par garu darba mūžu, ka faktiski nozīmēja ne vien vecās paaudzes psihisku pazemošanu, bet arī fizisku upurēšanu.” (Stepčenko, Brants, Bukovska, 2007: 6)

Ņemot vērā zemos objektīvos DZK rādītājus, varēja sagaidīt, ka respondenti nebūs pārāk apmierināti ar dzīvi. Dažos gadījumos, kad divi vai pat visi trīs galvenie DZK indikatori bija zemi, tas apstiprinājās (sk. 8. tabulu). Turpretim citos gadījumos cilvēki, par spīti sliktajai veselībai un zemajiem ienākumiem, bija apmierināti ar dzīvi.

Tabula 8. Objektīvie indikatori salīdzinājumā ar subjektīvo apmierinātību ar dzīvi

Vecums (gados)	Veselības stāvoklis	Materiālie apstākļi	Ģimene un attiecības	Subjektīvā apmierinātība ar dzīvi
68	Hroniska depresija, mugurkaula deformācija	Zem iztikas minimuma	Neprecējusies, dzīvo ar ģimēni un kaķi	Ļoti zema
69	Vēzis, akūta sirdskaite	Zem iztikas minimuma (spiesta strādāt)	Atraitne, dēls miris, dzīvo viena	Ļoti zema

¹⁴ Pilna iztikas minimuma patēriņa un preču pakalpojumu groza lietiskais saturs un patēriņa normatīvi ir noteikti ar 1991. gada 8. aprīļa LR Ministru padomes lēmumu Nr. 95 “Par iedzīvotāju naudas ienākumu indeksācijas nodrošināšanu” (sk. <http://www.likumi.lv/doc.php?id=67927&mode=DOC>).

72	Augsts asinsspiediens	Zem iztikas minimuma	Dzīvo ar ģimeni	Augsta
74	Reimatoīdais poliartrīts, invaliditāte	Zem iztikas minimuma	Dzīvo ar vīru	Zema
65	Sirds pārsitiens, muguras problēmas	Zem iztikas minimuma (spiesta strādāt)	Dzīvo ar vīru	Augsta
82	Paralizēta plauša, asinsspiediens	Zem iztikas minimuma	Atraitnis, dzīvo ar bērniem	Vidēja
90	Sirds mazspēja, slikta dzirde, invaliditāte	Zem iztikas minimuma	Atraitne, dzīvo ar meitu	Augsta

Tabulā aplūkoti gadījumi norāda gan uz objektīvajiem apstākļiem adekvātu subjektīvās apmierinātības līmeni, gan arī uz labklājības paradoksu: “subjektīvo apmierinātību, par spīti objektīvām grūtībām, saistībā ar kurām varētu sagaidīt zemu apmierinātību ar dzīvi” (Bowling, 2005a: 11). Šādu apmierinātību var skaidrot no trim aspektiem: 1) zemas prasības un ekspektācijas; 2) labas sociālās attiecības – ģimenes atbalsts (gan emocionāls, gan finansiāls); 3) psiholoģiskā homeostāze – tā vietā, lai padotos nomāktībai, lielākā daļa cilvēku pielāgojas dzīves kvalitātes pasliktinājumam, jo vēlas saglabātu pozitīvu skatījumu uz sevi un savu dzīvi (Bowling, 2005a: 137).

Zemākas materiālās dzīves kvalitātes prasības ir skaidrojamas ar to, ka 65 un vairāk gadus vecie cilvēki ir pieredzējuši 2. pasaules karu un pēckara periodu. Salīdzinājumā ar tam laikam raksturīgajiem skarbajiem apstākļiem, grūtības, ar kurām jāstājas pašlaik, vairs nešķiet tik lielas. Tāpat arī tie vecie cilvēki, kuru dzīvē būtisku lomu spēlē ticība Dievam, uzsvēra, ka cilvēkam ir jādzīvo pieticīgi, atsakoties no liekām greznībām.

Dzīvesbiedra nāves radītās negācijas var kompensēt labas attiecības ar bērniem un mazbērniem, bet, ja šādu attiecību nav, tad dzīves kvalitāti būtiski pazemina vientuļības un pamestības izjūta. Respondenti uzsver, ka veiksmes un neveiksmes tuvāko radnieku dzīvē viņiem ir tikpat būtiskas kā pašiem sava dzīve. Turklāt, piedaloties bērnu un mazbērnu dzīvē, vecie cilvēki iegūst labāku izpratni par mūsdienu civilizācijas tehniskajiem jauninājumiem – datoriem un internetu, mobilajiem telefoniem, sadzīves elektroniku.

- Bet es neesmu vientuļa, ir bērni un mazbērni. Un par to ir jāpriecājas. Dzīve ir skaista, un tā ir jādzīvo, ir jāpriecājas par saulīti un jāsaka “Paldies!”, ka vēl varu staigāt. (S_75_Lauki – asinsspiediens, holesterīns)
- Nemaz jau tik daudz nevajag, lai cilvēks būtu laimīgs, nu, protams, ja tā luksusa mašīna vajadzīga un villa kaut kur jūrmalā, nu tā ir cita lieta, bet... man patīk, ka es izeju no rīta laukā, zālīte tāda skaista, rasota, un putniņi turpat mežā čivina, un suns man lēkā, un visādas tādas mazas lietišas man sagādā prieku. (S_65_Lauki – vesela)
- Es esmu laimīga, ka es esmu visus savākusi pie garā galda, tur mēs sēžam – visa mana ģimene. Tas tiešām to dzīvi padara vērtīgu. (S_70_Cita pilsēta – nervi, kāju vēnas)
- Es nevaru teikt, ka es esmu nelaimīga. Citiem ir vēl sliktāk (*smejas*). (S_72_Lauki – asinsspiediens)

Šie izteikumi parāda, ka sava loma subjektīvās dzīves kvalitātes novērtējumā ir psiholoģiskajai homeostāzei – “tā vietā, lai padotos nomācošajiem apstākļiem, lielākā daļa cilvēku

pielāgojas vai piemērojas sliktākajam stāvoklim, jo vēlas saglabāt pozitīvu skatījumu uz sevi” (Bowling, 2005a: 137). Tādējādi psiholoģiskā homeostāze izpaužas kā kompensējošu mehānismu lietojums gadījumos, kad indivīdam ir jāsaskaras ar radikālām pārmaiņām saistībā ar veselību (smaga saslimšana vai invaliditāte) vai arī ar naudas līdzekļu trūkumu.

Būtiska loma ir arī tādām personības īpašībām kā optimistisks vai pesimistisks skatījums uz dzīvi. Cerīgam skatam uz nākotni, pārliecībai par rītdienu un spējai priecāties par dzīvi ir labvēlīga ietekme uz veselības stāvokli un funkcionētspēju, tas mazina sirdstriekas un miokarda infarkta risku. Kā atzīmē Boulinga, “pastāv liela varbūtība, ka koncentrēšanās uz sliktām domām radīs depresiju, savukārt fokusēšanās uz labajām lietām var veicināt labu garastāvokli. .. optimistisks garastāvoklis palīdz ķermeņa imūnsistēmai palēnināt novecošanas procesu.” (Bowling, 2005a: 138)

Viena no izplatītākajām kompensācijas stratēģijām ir piekopt uz leju vērstu salīdzināšanu (*downward comparison*). Ir jāņem vērā, ka laime, labsajūta un apmierinātība ar dzīvi ir relatīvi jēdzieni, kas saistīti ar sociālās vides uzstādītajiem kritērijiem un savstarpējo salīdzināšanu. Lai izveidotu atskaites sistēmu, pēc kuras novērtēt savu dzīvi, cilvēki parasti salīdzina sevi ar citiem, līdz ar to, pasliktinoties dzīves apstākļiem, sociālais salīdzinājums var kļūt par amortizācijas mehānismu. Kā raksturo Boulinga, “koncentrējoties uz lietām, kas cilvēka dzīvi padara par labāku nekā tiem, kuriem klājas vēl sliktāk, rada [šajā cilvēkā] augstāku labsajūtas pakāpi” (Bowling, 2005a: 139). Arī Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju intervijas parāda, ka šāds uz leju vērsts salīdzinājums visbiežāk tiek izmantots sava veselības stāvokļa novērtējumā.

- Nu, manuprāt, man vēl ir laba, samērā laba veselība. Mēs ar kaimiņiem esam viena gada, bet viņai ir daudz, daudz sliktāk. (S_70_Cīta pilsēta – nervi, kāju vēnas)
- Kad es paskatos uz savām vienaudzēm, tad viena otra ir palikusi galīgi... bez muguras, bez kājām, visādas operācijas, un tas jau ir tas trakākais. Daudzas ir tādas, kas vairs nevar iziet no mājas. (S_72_Lauki – asinsspiediens)
- Veselības man nav, bet es nevaru sūdzēties, jo ir cilvēki, kam ir vēl sliktāka veselība. (S_73_Lauki – kāju vēnu čūlas)
- Nežēlošos – es tuos. Es domāju, ka [veselība] nav pārāk sliktā. Kad es biju slimnīcā un redzēju pārējos, tad es tagad zinu, ka ar mani ir labi. Es domāju, ka man ir labāka veselība, nekā citiem mana vecuma cilvēkiem, kam ir ļoti smagas problēmas. Bet es nesauktu savu veselību par labu – nav vairs tā kustīguma, veiktuma. (S_75_Lauki – asinsspiediens, holesterīns)
- Nu septiņdesmit gados it kā nevar teikt, ka [veselība ir] ļoti laba. Bet tad ir jāsalīdzina [ar citiem] un tad man ir ļoti laba veselība. (V_72_Lauki – vesels)
- Es neteiktu, ka ir labāka, bet es neteiktu arī, ka ir sliktāka. Jo ir tādi cilvēki, kam ir vēl sliktāk kā man, kurš nevar varbūt pastaigāt nemaz, vai kurš staigā ar kruķiem. (V_75_Lauki – artrīts)

Pētījuma dati parādīja, ka dzīves kvalitātes pašnovērtējuma un objektīvo dzīves apstākļu saistība nav tik vienkārša, kā sākumā varētu likties. Objektīvie indikatori liek domāt, ka veco cilvēku apmierinātība ar dzīvi ir zema, ja iztrūkst kaut vai viens no trim minētajiem dzīves kvalitātes aspektiem. Pētījums liecināja, ka dažos gadījumos tā tas patiešām ir – vecie cilvēki ir

neapmierināti ar dzīvi, ja viņu veselības stāvoklis ir slikts un līdzekļu trūkuma dēļ viņiem nav pieejama nepieciešamā veselības aprūpe. Taču dažos gadījumos subjektīvā apmierinātība ar dzīvi ir augsta, par spīti sliktajai veselībai un citām objektīvajām grūtībām, – pētot saistību starp dažādiem dzīves kvalitātes faktoriem atklājās, ka labas attiecības ar ģimeni lielā mērā kompensē sliktās veselības un nabadzības radītās grūtības.

Analizējot veco cilvēku veselības uzvedību, ir jānošķir tie respondenti, kuri ir relatīvi veseli, un tie, kuriem ir vairāk vai mazāk nopietnas hroniskas veselības problēmas. Relatīvi veseli respondenti savā veselības uzvedībā akcentē individuālās rīcības spējas nozīmi. Par relatīvi veseliem sevi atzina respondenti vecumā līdz 72 gadiem, kas ir skaidrojams ar to, ka šajā vecumā ir mazāk jūtamas novecošanās sekas. Viņiem ir raksturīgi centieni daudz fiziski kustēties (strādāt vai vingrot) un norūdīties, lai tādējādi izvairītos no saslimšanas. Medicīniskus preparātus viņi lieto tikai galējas nepieciešamības gadījumā, to vietā izvēloties fiziskas aktivitātes un pēc iespējas ekoloģiski tīru pārtiku.

- Mans moto ir, ka ... cilvēks savā labā var darīt ļoti daudz. Ne visu, bet ļoti daudz. Arī saistībā ar to pašu veselību – tik daudz taču var darīt sevis labā. Man ir jūra, pateicoties mūsu aktivitātēm, mēs esam pie veselības un saprāta (smejas), asinsvadi vēl nav tik briesmīgi pārkaļķojušies. Kad mēs ar mazdēlu spēlējam hokeju, tad ir līdz pat putām. Mēs katru dienu ejam uz jūru, peldamies. Obligāti ir jānopeld viens kilometrs. Tā, ka principā es esmu ar savu dzīvi apmierināts. Mēs tagad esam saklausījušies to informāciju par e-vielām [pārtikā] un mēs ļoti pieskatām sevi. Vēl mēs te saklausījāmies par āderēm. Mēs pārbīdījām mēbeles, un es vairs nezīnu, kas ir iesnas un puņķi, sievietai atkal vairs nevajag tik daudz kafijas. Tā, ka mēs pie veselības piestrādājam. (V_72_Lauki – vesels)
- Ļoti, ļoti normāli viss, veselība arī pagaidām. No rīta tos vingrinājumus izpildot, možums ir visai dienai. Ja arī visus tos vingrinājumus izpilda .. nu ļoti laba pašsajūta ir, un viss, viss tā, kā vajag. Un bez jebkādas ķīmijas. (V_63_Lauki – vesels)
- Cilvēks pats sevi tā kā var izārstēt. Viņam ir tās rezerves iekšējās, par kurām viņš tā kā neapzinās. Es te padzirdēju, ka tādiem akadēmiķiem nodarbībām, atbrauc no Maskavas pasniedzēji, tās nodarbības ir it kā 10 dienu garumā, un es uz viņām aizgāju, un tur man iemācīja tā kā ļoti daudz ko labu, un arī es atbrīvojos no [savām hroniskajām] galvassāpēm. Un, patiešām, kopš tā laika man jau gadi, nezīnu, pieci, es nemaz nezīnu, kas ir galvassāpes. (S_64_Cita pilsēta – vesela)

Sievietes, kuras atzina, ka viņām nav veselības problēmu, pauda uzskatu, ka par savu veselību nekādi nerūpējas.

- Veselība normāla, pat ļoti laba, es teiktu. Es par to nekādi nerūpējos... tikai eju darbā un vairāk neko. Nav laika, ir jāstrādā. (S_64_Cita pilsēta – vesela)
- Nē. Es nedaru neko. (S_65_Lauki – vesela)

Šāda attieksme pret veselību ir tipiski raksturīga jaunākiem Latvijas iedzīvotājiem, taču minētajos gadījumos tā ir saglabājusies līdz pensijas vecumam. To var izskaidrot ar salīdzinoši labu veselības stāvokli, kas pagaidām īpaši neiespaido dzīves kvalitāti. Tomēr intervijas turpinājumā laukos dzīvojošā respondente atzina gan nepieciešamību regulāri lietot medikamentus pret paaugstinātu asinsspiedienu, gan arī zāļu tējas, kas palīdz cīnīties ar bezmiegu: “Nu tās zāles es katru rītu iedzeru, un viss, un vairāk es nekā arī nedomāju... Nu zāļu tējas, jā, man ģimenes ārste

ieteica, jo man bezmiegs, nu, miegs man visu mūžu ir bijis trausls, bet nu pie vecuma īpaši viņš mani nomoka šad tad. Nu, asinszāļu tēju tagad es vāru un dzeru viņu.” Tāpat sieviete atzina, ka līdz ar vecumu ir sajutusi, ka fiziskā funkcionētspēja samazinās, taču viņa cenšas nepadoties nogurumam, jo citādi fiziskais sabrukums var iestāties daudz ātrāk. Respondente puda pārlicību, ka šādas veselības problēmas ir normālas un ka ar to klātbūtni ir jāsamierinās, kas arī izskaidro to, kādēļ viņai sākotnēji pat neienāca prātā pieminēt, ka šādi viņa ikdienā rūpējas par veselību.

Vienu no savdabīgākajiem veselības dzīvesstiliem praktizē respondents ar labu veselību, kurš pēc nodarbošanās ir tautas dziednieks jeb “zāļu vīrs”. Viņš pašai dziedzīgi strādā, vākdams un sagatavodams dažādas ārstniecisko augu tējas, un izplata tās iedzīvotāju vidū, tādā veidā cenšoties sniegt medicīnisku palīdzību visiem, kas pēc tās vērsas. Viņš ir arī franciskāņu ordeņa mūks, kura pārlicība pieprasa maksimāli askētisku dzīvi. Raksturojot savas rūpes par veselību, vīrietis uzsver, ka veselība ir holistisks jēdziens, kas ietver gan fiziskas, gan garīgas prakses, it īpaši lūgšanas.

Nedrīkst atteikties no Dieva un lūgšanas! Es vienmēr zinu kas man ir jādara, jo Dievs bagātīgi apdāvina garā tos, kas ļoti uzticīgi pēc viņa tiecas. Visam ir jābūt minimālam, lai tu dzīvē varētu izturēt un izdarīt visu to, kas ir darāms. Viss pārējais ir lieks. Ja mums ir prāts ļoti aizņemts ar visādu laicīgo materiālo bagātību iegūšanu, mēs nepamanām Dieva žēlastību.
Kā jūs redzat, pārtika te ir ļoti vienkārša. Fonā ir zāļu tējas, jo mēs zinām, cik daudz pārtika ir saindēta ar e-ķīmikātiem. Es esmu sācis izvēlēties daudz vienkāršākus līdzekļus sevis apkopšanā. Tā ir norūdīšanās – es pārvietojos visur ar velosipēdu.
Ar dabu man ir 100% saskaņa. Te ir meža strautiņš, kur es ielecu ūdenī, nomazgājos kārtīgi no galvas līdz kājām. [Ja] ar ūdeni tomēr nepietiek un tad es salieku sev dēles. [Savukārt, garīga] norūdīšanās ir zināt un uztvert citu problēmas, netiesāt viņu par to, ka viņam ir lieli grēki un kaut kādas garīgas netīrības.
Mums vajadzētu katram būt pašam sev dziedniekam. [Agrāk] vienkāršākie līdzekļi, zāļu tējas, kā likums, bija katrā mājā.
Ar medikamentiem ir tā, ka es esmu diezgan izvēlīgs. Man ir šādas tādas medicīnas grāmatas, kur es tā detalizētāk palasu un izpētu to izrakstīto preparātu, ja man kādreiz iznāk lietot. Un tad es zinu, kādas tējas man ir jālieto, lai izvairītos no ļaunuma, ko nodara blaknes. (V_62_Lauki – vesels)

Tomēr lielākā daļa respondentu atzina, ka viņiem ir nopietnas veselības problēmas, kurām daudzos gadījumos ir hronisks raksturs. Viņu veselības uzvedību raksturo nepieciešamība ikdienā veikt veselību saglabājošas darbības, pretējā gadījumā veselības stāvoklis būtiski pasliktinās, un tas atstāj tūlītēju negatīvu iespaidu uz dzīves kvalitāti. Viens no visbiežāk pieminētajiem veidiem, kā vecie ļaudis rūpējas par veselību, ir medikamentu lietošana. Daži cenšas sevi pārāk nenoslogot un biežāk atpūsties, citi regulāri pārbauda savus fiziskos parametrus (svaru, asinsspiedienu utt.), citi savukārt izvairās no veselībai kaitējošu produktu lietošanas uzturā.

- Kā rūpējos? Teiksim, neskrienu un nelecu. Nu, ko es varu rūpēties? Ikdienas darbi, kas man ir mājās jādara, tos es daru. Atpūta man ir – kad gribu, strādāju, bet, kad gribu, atpūšos. Skaldū malku, nepatīk – pasēdu un strādāju atkal tālāk. (V_66_Lauki – problēmas ar kāju)
- Jā, es rūpējos par savu veselību. Nu man tagad regulāri jāpīlina acīs – par to jā rūpējas. Nu, par pārējo arī, teiksim, pārbaudu cukura līmeni asinīs, spiedienu. Tam visam sekoju. Mana sieviņa palīdz pārbaudīt asinsspiedienu. Paši. Tā kā to varam izdarīt. (V_77_Cita pilsēta – radikulīts, slikta dzirde, katarakta)
- Jā, un ēšana arī – cūkas gaļu, treknu nevaru ēst. Neēdu treknu. Esmu tagad pārgājies uz vistas gaļu vairāk. Un tagad pa vasaru vairāk augļus, tomātus. (V_64_Lauki – asinsspiediens, grūtības pārvietoties)

- Ja tev ir liels asinsspiediens, tu daudz ko nevari, tagad vēl piebiedrojies diabēts, tagad no produktiem jāatsakās daudz. (S_69_Lauki – radikulīts, asinsspiediens, diabēts)

Tas, kādā veidā respondents izvēlas rūpēties par savu veselību, ir lielā mērā atkarīgs no tā, kāda ir viņa vai viņas veselības problēmu daba. Hronisku kaišu gadījumā (paaugstināts vai pazemināts asinsspiediens, sirds mazspēja) zāļu lietošana tiek minēta kā obligāts priekšnosacījums, lai saglabātu fizisko funkcionētspēju.

- Tagad var teikt, ka, pateicoties zālēm man ir normāla dzīve ...man zāles ir jālieto līdz mūža galam. Tikko es sāku izlaisties, tā ir cauri. (S_72_Lauki – asinsspiediens)
- ... kopš pagājušā gada, kad tiešām sāku lietot, tad man teica, ka līdz kapa malai ir jālieto tās asinsspiediena tabletes. (S_75_Lauki – asinsspiediens, holesterīns)
- ... dzeru vienas zāles, otras, trešās, ārstēju kājas, tās vēnas, un tad asinsspiediens kāpj, un tad ir jādzer asinsspiedienam, asinsritei jau, tai sklerozei un visas šitās lietas. (S_81_Rīga – vēnu iekaisums, muguras trauma)
- Ķimenes ārste man izrakstīja visādas zāles, jo viņa man pateica: “Tādā vecumā bez zālēm neiztikt.” Viņa man raksta tādas lētas zāles (pret asins trombozi). Es tās palietoju kādu reizi, bet tad veselu mēnesi nelietoju nemaz. (V_82_Lauki – asinsspiediens, paralizēta plauša)
- Dzeru vitamīnus, savesti vitamīni, piemēram, tagad mencu eļļa – tā ļoti veselīga esot kauliem un viskautkam tādām. Un zāles visvisādas. Un tad ņemu tās zālītes, kuras drīkst. Kuras nedrīkst – neņem. (S_90_Lauki – sirds mazspēja, slikta dzirde)
- Man te ir saliktas zālītes. Tās man ved. Un katru dienu es tās dzeru. (S_91_Lauki – sirds mazspēja, slikta dzirde)

Izplatīta alternatīva medikamentiem ir tautas medicīnas līdzekļi, zāļu tējas. Šādu līdzekļu lietošana tiek pamatota gan ar ekonomiskiem apsvērumiem, jo zāļu tēju gatavošana neprasa finansiālus ieguldījumus, gan arī ar veselības apsvērumiem, jo rūpnieciski ražoto medikamentu iespaids uz veselību bieži vien tiek uzskatīts par pretrunīgu – tie ne vienmēr ir efektīvi, un to lietošanas blaknes var būt kaitīgas veselībai.

- ... tabletes es nelietoju. Tikai tad, ja man ir ļoti slikti, ja gripa, piemēram, kuru nevar nekādi ar tējiņām izārstēt, tad es iedzeru tableti. Bet vispār es uzskatu, ka šitā ķīmija ir mazāk jādzer. Labāk kaut ko dabisku. (S_67_Cita pilsēta – vesela)
- Man reizēm pampst kājas, pēdas man pampst. Tad es iedzeru tās zāles, bet tikai tajās reizēs un īslaicīgi. Tikko tūska pazūd, tā es lieku zāles pie malas. Lai gan viņi man saka, ka vajag dzert nepārtraukti. (V_82_Lauki – asinsspiediens, paralizēta plauša)
- Es meklēju lētākas zāles vai arī ārstējos ar tējām. Mēģinu dzert dabas dotās zālītes, tējiņas gatavoju, visādus uzlējumus, vadoties pēc literatūras, protams. Nātru uzlējumus un visādus citus, pret holesterīnu es gārsas saknes žāvēju un dzeru novārījumu. (S_75_Lauki – asinsspiediens, holesterīns)
- Man bail no zālēm. ...vakaros gan sasmērējos ar kaut kādu, ar kaut kādu... Nu ar kaut ko sasmērējos. Vai tas līdz vai nelīdz, to es nezinu. Nu, bet, atklāti sakot es drīzāk ticu tādai smērēšanai. (S_80_Rīga – osteoporozē, katarakta)
- Mēs visas esam zāļu vecenes, starp citu, jā, lasām zāļu grāmatās! Mēs saejamies kopā, sarunājamies un dabūjam kādas tautas zālītes, kaut kādus novārījumus rīvējam, vai ko sataisām, norīvējamies un tad stāstam, palīdzēja vai nepalīdzēja, kas ir dikti labs un kas nē. (S_66_Cita pilsēta – sirds mazspēja, asinsspiediens)
- ... tādas vienkāršas zāles, nu, klepus kādreiz atkal ir, mežā pavasaros priežu pumpurus salasu izžāvēju. (V_75_Lauki – artrīts)
- Un tur jau, vārdsakot, tās zāles, tur jau arī ir visādas. Piemēram, es aizeju pie tā daktera, un viņš man saraksta lielu čupu. Bet kam viņas ir vērtas beigās, ko? Tur jau arī ir, kā ir. (V_77_Cita pilsēta – reimatisms)

Būtisku vietu veco cilvēku rūpēs par veselību ieņem vingrošana vai fiziskas kustības. Visas šīs darbības tiek veiktas, skaidri apzinoties to labvēlīgo ietekmi uz veselību, un tiek veiktas ar mērķi darīt visu iespējamo, lai attālinātu varbūtību pilnīgi zaudēt kustības spējas, kas tiek atzīts par visbiedējošāko novecošanas scenāriju.

- Es cenšos aiziet divreiz nedēļā vingrot. Es cenšos, man ļoti nepatīk iet, ļoti nepatīk. Bet es sevi piespiežu, ka man jāiet, jo es mājās neko neizdarīšu. (S_64_Rīga – hroniska nieru kaite)
- Uzkāpt manā piektajā stāvā man ir vingrošana katru dienu. Kad es atnācu dzīvot jaunajā dzīvoklī piektajā stāvā, tad sākumā bija tā grūtāk, bet tagad es uzskrienu piecas reizes augšā, lejā, augšā, lejā. Ja neskriesi, tad skriesi pie dakteriem. (S_67_Cita pilsēta – vesela)
- Es vingroju, cenšos to darīt no rītiem. Un mums... ir arī veselības vingrošanas grupa, klubā. Tur mēs esam nolasījušās visas tādas... puslīdz... Es laikam tagad iznāku pati vecākā, bet es uz to neskatos. Tas notiek reizi nedēļā, apmēram stundu. (S_72_Lauki – asinsspiediens)
- Bet kaut ko jau es daru – jākustas. Un, ja tu nekustēsies un nevingrosi, un neko nedarīsi – tā jau man dakteri teica – paliksi pilnīgi stīva. (S_74_Lauki – reimatoīdais poliartrīts)
- Pat vingroju pati savā nodabā. Tagad vasarā nē, jo iznāk ļoti daudz darba pa dārzu, bet ziemā – katru rītu. Tie gan ir tādi slīņķu vingrojumi, nekā tāda... (S_75_Lauki – asinsspiediens, holesterīns)
- Ja es nestrādātu, es tagad jau būtu beigts. Tikai tāpēc es eju ārā un ravēju to dārzu, tāpēc es staigāju. Es pat uz veikalu aizeju – ne jau tāpēc, ka man tur vajadzētu kaut ko, bet lai veselību uzlabotu. (V_82_Lauki – asinsspiediens, paralizēta plauša)

Taču atsevišķos gadījumos veselības stāvoklis ierobežo to, cik daudz un kādā veidā konkrētais indivīds var sevi fiziski vingrināt.

- Nu es nu es jau kādu reizi kaut ko pavingroju, bet man tā mugura ir tāda [respondente ir kritusi, strādājot par konduktori sabiedriskajā transportā], man tur bija salauzti trīs skriemeļi. Tās muguras dēļ es īpaši nevaru tādus lielus nekādus tādus vingrojumus taisīt, es nevaru tās muguras dēļ, man tur vajadzētu tad speciālu varbūt kaut ko. (S_81_Rīga – vēnu iekaisums, muguras trauma)
- Man ir mugurkaula deformācija, un es nedrīkstu vingrot, pat ja man ienāk prātā. Staigāt ir vienīgais, ko es varu darīt, tas man pat ir ieteicams, jo palīdz pazemināt augsto asinsspiedienu. Un arī mugurkaulam patīk staigāšana. (S_68_Rīga – hroniska depresija, mugurkaula deformācija)

Daži respondenti norādīja, ka ikdienā ar novecošanas vai slimības radītajiem garīgās funkcionalitātes pasliktinājumiem palīdz tikt intelektuāli vingrinājumi un radošs darbs. To var izskaidrot ar respondentu izglītības līmeni, jo intelektuālās nodarbes minēja respondenti ar labāku izglītību.

- Es ieskatos šajās grāmatīnās (norāda uz grāmatām grieķu un latīņu valodā, kas saliktas uz galda). Un kad pats arī mēģinu kaut ko tur izdomāt, pafunktierēju. Es ieskatos Bībelē, bet man patīk arī daudzas citas lietas. (...) Agrāk, kad es spēlēju [šahu], tad es spēlēju dienā piecas stundas, un, ja nepabeidz, tad vēl atliek uz nākamo dienu. Tas ir smalks darbs, tur steigties nevajag. Un tas attīsta atmiņu un domāšanu. Tāpēc es šodien vēl varu tā puslīdz loģiski domāt. Man arī ļoti patīk matemātika, patīk risināt matemātikas uzdevumus. (V_82_Lauki – asinsspiediens, paralizēta plauša)
- Darbs [respondente ir diplomēta māksliniece] palīdz tikt galā ar slimību. Darbs ir vienīgais, kas cilvēkam vispār var palīdzēt. Vienīgi tas darbs ir ar noliektu galvu, un tas tam kaklam nepatīk. Tagad jau tas kakls sāp. Tā, ka es pieļauju, ka ar laiku es nevarēšu to galvu noliekt. Man ir jānēsā tā apkakle. (S_68_Rīga – hroniska depresija, mugurkaula deformācija)

Gandrīz visi interviju dalībnieki norādīja, ka vairāk par visu citu viņu rūpes par veselību motivē nevēlēšanās nonākt līdz stadijai, kad tiek zaudētas kustības spējas, un dzīves pēdējais

posms paietu, guļot gultā. Respondenti atzina, ka viņus baida ne tikai grūtības, ko šāds stāvoklis varētu radīt viņiem pašiem, bet arī tas, ka viņi varētu kļūt par apgrūtinājumu saviem tuviniekiem. Bieži vien respondenti ar lepnumu norādīja, ka, par spīti sliktai veselības stāvokļa radītiem ierobežojumiem, viņi tomēr cenšas iespēju robežās piedalīties mājas darbu veikšanā, ēdiena gatavošanā un dārza iekopšanā. Tādējādi intervijas atklāj būtisku saikni starp indivīda funkcionētspēju, rūpēm par veselību un pašcieņu.

No respondentu atbildēm uz intervijas jautājumiem var secināt, ka viens no galvenajiem faktoriem, kas iespaido rūpes par veselību, ir viņu finansiālās iespējas, kas lielā mērā nosaka to, cik bieži un pie kādiem medicīnas speciālistiem viņi vēršas, kādus veselības pakalpojumus izvēlas, kā arī to, kādus produktus respondenti lieto uzturā.

- Cenšos katru gadu iziet pāris mēnešus to zāļu kursu, bet tas maksā 30 Ls. Man tās zāles ir jādzer divi mēneši. Iepriekšējos gadus es to varēju atļauties, man tā iznāca, ka es savlaicīgi pavasarī to izdarīju, tad bija viss kārtībā. Bet šogad es kaut kā, es nezinu... finansiālu un citu apstākļu dēļ... nokavēju to zāļu dzeršanu. Tādēļ šogad man ir problēmas. (S_73_Lauki – kāju vēnu čūlas)
- Nu, es paņemu masieri pāra reizes gadā. Un masieris ļoti palīdz. Kad es strādāju, kad es to varu atļauties, nu, tad tā. Bet, ja es nestrādātu, es to nekad nevarētu atļauties. (S_75_Lauki – alerģija, astma)
- Ja es varu atļauties [lietot zāles] naudas ziņā, tad es jūtos labi. Ja es ko pasaku, ka nevaru, tad ir tā... (S_69_Lauki – radikulīts, asinsspiediens, diabēts)
- ... augļus es nedabūnu, tos es nevaru nopirkt, tie ir milzīgi dārgi. Zemenes man kaimiņi, kam ir dārziņi, tās ir atnesušas, jo nopirkt es nevaru, nevaru atļauties, jo palieku bez naudas, bet aizņemties un atdot – tas ir vēl briesmīgāk! (S_66_Cita pilsēta – sirds mazspēja, asinsspiediens)

Vēl viens būtisks faktors ir veselības aprūpes pieejamība un kvalitāte. Daļa respondentu ar viņiem pieejamo veselības aprūpi bija ļoti apmierināti un uzskatīja, ka viņi ir saņēmuši adekvātu palīdzību. Otra daļa respondentu norādīja, ka dažādu iemeslu dēļ nav griezušies pēc palīdzības pie medicīnas speciālistiem. Savukārt trešā daļa dalījās negatīvajā pieredzē, kuru viņi ir guvuši saskarsmē ar mediķiem.

Pētījuma “Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves veidu un dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori” kvalitatīvās daļas dati sasaucas ar teorētiskajā literatūrā pausto uzskatu, ka veco cilvēku dzīves kvalitāti nosaka galvenokārt trīs aspekti: ekonomiskie apstākļi, veselības stāvoklis un subjektīvā pašsajūta, kā arī sociālā iesaistītība ģimenes un sabiedrības dzīvē. Kopumā var secināt, ka kvalitatīvā pētījuma posma rezultāti parādīja to, cik dažādi veselības uzvedības veidi ir sastopami Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju vidū un praksē īstenojas dzīves kvalitātes un veselības strukturāla dualitāte, kur veselības stāvoklis ir viens no dzīves kvalitāti veidojošiem faktoriem, bet šo faktoru savukārt nosaka citas fundamentālas dzīves kvalitātes sfēras – ienākumi, nodarbinātība, attiecības ar radniekiem un draugiem. Balstoties uz šiem datiem, ir iespējams izveidot priekšstatu par to, kā atkarībā no tā, kādi objektīvie dzīves kvalitātes faktori bija klātesoši un cik spēcīga bija to ietekme, katrā individuālajā gadījumā tiek izdarīta izvēle par labu tam vai

citam veselības dzīvesstilam. Taču, lai varētu izdarīt vispārinājumus par šai iedzīvotāju grupai raksturīgo veselības uzvedību un veselības dzīvesstiliem, ir nepieciešams aplūkot pētījuma kvantitatīvās daļas rezultātus.

Ar veselību saistītā dzīves kvalitāte

Īsi raksturojot pētījuma “Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves veidu un dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori” kvantitatīvās daļas izlases kopu ir jāatzīmē, ka respondentu sadalījums atkarībā no dzimuma bija šāds: 67% bija sievietes un 33% – vīrieši. Noskaidrojot veco cilvēku ģimenes stāvokli, izrādījās, ka lielākā daļa respondentu – proti, 66% – ir precējušies, par atraiņiem ir kļuvuši 27%, šķīrušies – 6%, bet neprecējušies ir 1% respondentu. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotājiem ir raksturīgi dzīvot kopā ar tuvākajiem ģimenes locekļiem: 65% respondentu dzīvo kopā ar dzīvesbiedru (tika ņemta vērā arī civillaulība), 18% – kopā ar bērniem, 2% dzīvo kopā gan ar dzīvesbiedru, gan ar bērniem, bet 14% dzīvo vieni. Atkarībā no dzīves vietas tipa respondentu sadalījums bija šāds: 35% dzīvo Rīgā un citās lielajās pilsētās, 32% dzīvo pilsētās, bet 34% dzīvo kādā no lauku pagastiem.

9. tabulā dots respondentu sadalījums atkarībā no vecuma.

Tabula 9. Respondentu vecums

Vecums	%
65–69	34
70–74	26
75–79	21
80–84	13
85–89	3
90–94	3

Novērtējot personisko ienākumu lielumu, respondentu atbildes sadalījās šādi:

Tabula 10. Personiskie ienākumi (%)

Personiskie ienākumi (mēnesī)	%
71–80 Ls	6
81–90 Ls	10
91–100 Ls	11
101–120 Ls	14
121–150 Ls	22
151–200 Ls	14
201–250 Ls	16
Vairāk nekā 251 Ls	7

Pēc Centrālās statistikas pārvaldes datiem, iztikas minimums vienam Latvijas iedzīvotājam 2008. gada februārī sasniedza 151,63 latus.¹⁵ Salīdzinot šo skaitli ar personisko ienākumu līmeni, ir redzams, ka 63% aptaujāto pensijas vecuma iedzīvotāju personiskie ienākumi ir mazāki par iztikas minimumu. Tas aktualizē jautājumu par to, cik lielā mērā respondentu finanšu līdzekļi apmierina viņu vajadzības. Atbildes sadalās šādi:

Tabula 11. Finanšu līdzekļu spēja apmierināt indivīda vajadzības (%)

Vai finanšu līdzekļi apmierina jūsu vajadzības?	Pilnībā	Lielā mērā	Vidēji	Mazliet	Nemaz
Atbilžu sadalījums	2	11	54	32	1

Redzam, ka ar saviem ienākumiem ļoti apmierināti un apmierināti kopsummā ir tikai 13% aptaujāto, savukārt 86% aptaujāto ir vidēji vai tikai mazliet apmierināti. Šāds vērtējums bija sagaidāms, ņemot vērā pieaugošo inflāciju un pensionāru ienākumu salīdzinājumu ar iztikas minimumu.

Nepietiekamo ienākumu kontekstā tika aplūkota arī situācija nodarbinātības sfērā. Rezultāti parāda, ka ievērojama daļa no aptaujātajiem – 29% – turpina strādāt algotu darbu arī pensijas vecumā. Iepriekš veiktā kvalitatīvā pētījuma dati ļāva izvirzīt pieņēmumu, ka mazā pensijas apjoma dēļ Latvijas pensionāri ir spiesti strādāt tā vietā, lai baudītu pelnīto atpūtu. Taču pētījums parāda, ka šāds uzskats lielākoties nav pamatots. Uz aptaujas jautājumu “Vai jūs turpinātu strādāt, ja nebūtu finansiālas nepieciešamības to darīt?” 77% strādājošo respondentu atbildēja apstiprinoši, 20% – noliedzoši, savukārt 3% respondentu bija grūti atbildēt. Tāpat lielākā daļa pensionāru turpina savas darba gaitas tāpēc, ka paši to vēlas, nevis materiāla trūkuma spiesti.

Aplūkojot to, kā respondenti novērtēja savu dzīves kvalitāti un veselības stāvokli, atbildes sadalījās šādi:

Tabula 12. Dzīves kvalitātes un veselības stāvokļa novērtējums (%)

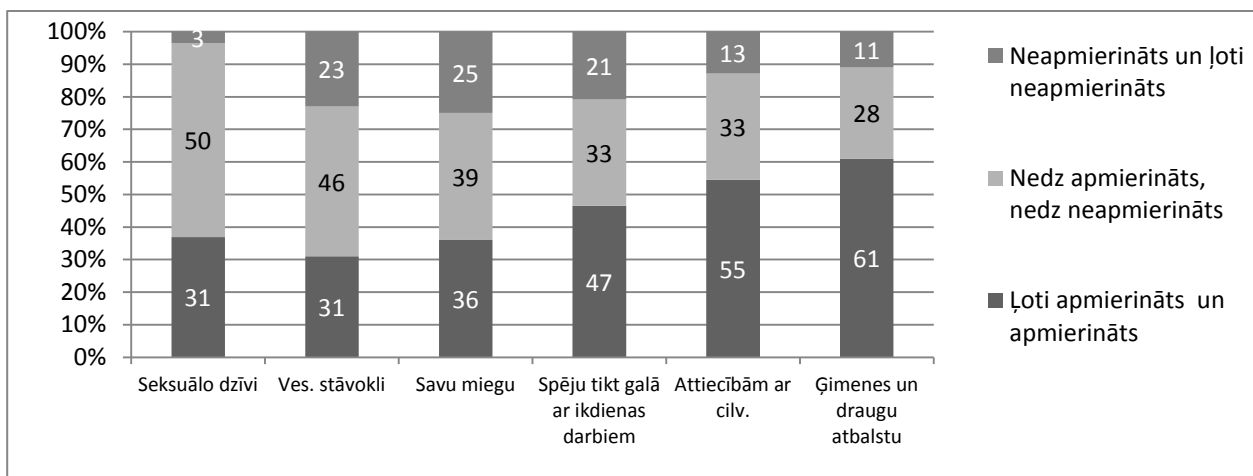
Sfēra	Ļoti laba	Laba	Vidēja	Slikta	Ļoti slikta
Dzīves kvalitāte	1	30	54	14	1
Veselības stāvoklis	1	15	61	21	2

Kā redzam, šo indikatoru subjektīvajam vērtējumam nav raksturīgs radikālisms – galējās atbildes “Ļoti laba” un “Ļoti slikta” ir devuši ļoti maz respondentu. Savu dzīves kvalitāti par ļoti labu un labu uzskata 31% respondentu, lielākā daļa – 54% – to novērtē kā vidēju, bet 14% – kā sliktu. Savukārt veselības stāvokļa novērtējums parāda, ka par labu savu veselības stāvokli uzskata 15% aptaujāto, kā vidēju – 61%, kā sliktu – 21%, bet kā ļoti sliktu – 2% aptaujāto. Tas apstiprina

¹⁵ Dati publicēti CSP mājaslapā (sk. <http://www.csb.gov.lv/site/content/?cat=2646>).

pieņēmumu, ka lielākai daļai pensijas vecuma iedzīvotājiem nav laba veselība. Starp abiem minētajiem rādītājiem pastāv arī statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,00) – tiem, kam ir labāka veselība, augstāks ir arī dzīves kvalitātes novērtējums.

Aplūkojot respondentu subjektīvo apmierinātību ar dažādām dzīves sfērām, tika iegūti šādi rezultāti:



Attēls 14. Apmierinātība ar dažādām dzīves sfērām (%)

Līdzīgi dzīves kvalitātes un veselības novērtējumam, arī subjektīvās apmierinātības ar dažādām dzīves jomām rādījumiem nav raksturīgs radikālisms. Ar savu veselības stāvokli ir apmierināti un ļoti apmierināti 31% aptaujāto, nedz apmierināti, nedz neapmierināti ir 46%, bet neapmierināti un ļoti neapmierināti – 23 procenti. Salīdzinot šos rādījumus ar veselības novērtējumu, apstiprinās statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,00). Tāpat pastāv statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,00) starp apmierinātību ar veselību un dzīves kvalitātes novērtējumu.

Tas, cik labi cilvēks ikdienā jūtas un dzīvo, ir lielā mērā atkarīgs no miega kvalitātes. Ar savu miegu apmierināti ir 36% respondentu, nedz apmierināti, nedz neapmierināti – 39%, bet neapmierināti – 25 procenti. Salīdzinot apmierinātību ar miegu kā ar dzīves kvalitātes, tā ar veselības novērtējumu, abos gadījumos parādās statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,00).

Spēja tikt galā ar ikdienas darbiem apmierina 47% respondentu, nedz apmierināti, nedz neapmierināti ir 33%, neapmierināti – 21 procenti. Ar savām sociālajām attiecībām ir apmierināti 55%, nedz apmierināti, nedz neapmierināti ir 33%, neapmierināti – 13 procenti. Ar savu seksuālo dzīvi ir apmierināts 31% Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju, 50% ir nedz apmierināti, nedz neapmierināti, neapmierināti ir 17%, un ļoti neapmierināti – 2 procenti. Ar no tuviniekiem un draugiem saņemto atbalstu ir apmierināta lielākā daļa respondentu – 61%, nedz apmierināti, nedz neapmierināti ir 28%, neapmierināti ir 11 procenti. Ar saviem dzīves apstākļiem apmierināti ir 37%, nedz apmierināti, nedz neapmierināti ir 46%, neapmierināti ir 15 procenti.

Pastāv statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,00) starp subjektīvo apmierinātību visās iepriekš nosauktajās dzīves sfērās un subjektīvo dzīves kvalitātes vērtējumu, proti, jo augstāks ir dzīves kvalitātes novērtējums, jo augstāka ir arī apmierinātība.

Jēdziens “**ar veselību saistītā dzīves kvalitāte**” (*Health-related Quality of Life*) apzīmē attiecības starp indivīda fizisko un garīgo funkcionētspēju, viņa veselības stāvokli un ar šīm trim noteiksmēm saistīto subjektīvo apmierinātību ar dzīvi. Ar veselību saistītā DZK ir atkarīga kā no veselības stāvokļa novērtējuma, tā arī no rīcībspējas. Rīcībspēju nosaka tas, cik lielā mērā indivīds spēj ietekmēt savu veselības stāvokli un cik lielā mērā veselības stāvoklis traucē/netraucē funkcionēt ikdienā – patstāvīgi pārvietoties, tikt galā ar dažādiem darbiem. Savas spējas ietekmēt veselības stāvokli (rīcībspējas līmeni) respondenti vērtē dažādi (sk. 13. tabulu).

Tabula 13. Veselība un rīcībspēja (%)

Cik lielā mērā...	Pilnībā	Lielā mērā	Vidēji	Mazliet	Nemaz
...spēj ietekmēt savu veselības stāvokli	1	19	57	22	1
...spēja tikt galā ar ikdienas darbiem ir atkarīga no zālēm	11	19	41	26	3

Savu veselības stāvokli lielā mērā spēj ietekmēt 19% respondentu, vidēji to spēj 57%, bet 22% to spēj ietekmēt tikai mazliet. Veselības un rīcībspējas saistība ir statistiski nozīmīga (Sig. = 0,00), un tā ir atgriezeniska – lielāka rīcībspēja ļauj iegūt labāku veselību, savukārt laba veselība palielina rīcībspēju.

Vairums veco cilvēku savu spēju veikt ikdienas darbības un pienākumus nodrošina ar medikamentu palīdzību – 11% respondentu atzīst, ka viņu spēja tikt galā ar ikdienas darbiem ir pilnībā atkarīga no medikamentiem, par lielā mērā atkarīgu no zālēm to atzīst 19%, zāļu ietekmi kā vidēju novērtē 41%, kā nelielu – 26%, bet neatkarīgi no zālēm to spēj izdarīt tikai 3% aptaujāto.

Savu spēju patstāvīgi pārvietoties kā ļoti labu vērtē 1% aptaujāto, par labu to uzskata 53%, par vidēju – 37%, par sliktu – 8 procenti. Summējot atbildes, izrādās, ka vairāk nekā 90% pensijas vecuma cilvēku neuzskata savas pārvietošanās spējas par sliktām.

Par indivīda veselības stāvokli liecina ne tikai subjektīvais veselības pašnovērtējums, bet arī veselības stāvokļa raksturojums. Uz šo jautājumu tika iegūtas šādas respondentu atbildes:

Tabula 14. Veselības stāvokļa raksturojums (%)

Veselības stāvokļa raksturojums	Neslimo	Tikai vieglas saslimšanas	Mēdz būt arī nopietnākas problēmas	Ir veselības problēmas, kas ilgākas par gadu	Ir invaliditāte
Atbilžu sadalījums	1	16	61	23	0,3

Anketas jautājums tika veidots tā, lai nošķirtu respondentus ar hroniskām slimībām (par hroniskām tiek sauktas veselības problēmas, kas ilgst divpadsmit mēnešus un ilgāk), un tādu bija 90 cilvēki jeb 23% no kopējā izlases apjoma. Tika izvirzīta hipotēze, ka šīs respondentu daļas veselības stāvoklis visvairāk iespaido gan viņu dzīves kvalitāti, gan arī veselības uzvedību. Atbildot uz jautājumu par savas slimības galveno cēloni, hroniski slimo respondentu atbildes sadalījās šādi:

Tabula 15. Uzskati par hroniskas slimības cēloni (%)

Slimības cēlonis	Vecums	Darba apstākļi	Dzīvesstils	Iedzimta slimība	Pārdabiski cēloņi
Atbilžu sadalījums	63	17	10	9	1

Atbildes liecina, ka 63% respondentu par savas slimības galveno cēloni uzskata novecošanu. Ar darba apstākļiem to saista 17%, ar dzīvesstilu – 10% ar iedzimtību – 9%, bet ar pārdabiskiem cēloņiem (Dieva griba, ļauna acs, karma utt.) – 1 procents. Šāds atbilžu sadalījums ir likumsakarīgs, jo vecums objektīvi ir saistīts ar veselības pasliktināšanos.

Rezultāti apstiprina arī hipotēzi, ka hroniski slimi cilvēki augstu novērtē savas zināšanas par veselību. Šie cilvēki uzskata sevi par informētiem un zinošiem attiecībā uz savu slimību: ļoti daudz par to zina 6%, diezgan daudz – 77%, vidēji daudz – 17 procenti. Atbildes “Nedaudz” un “Ļoti maz” vispār netika atzīmētas.

Aplūkojot ar veselību saistīto dzīves kvalitāti hroniski slimajiem respondentiem tika lūgts novērtēt to, cik lielā mērā slimība ierobežo viņu spējas veikt dažādas aktivitātes.

Tabula 16. Hroniski slimo respondentu ar slimību saistīto ierobežojumu novērtējums (%)

Cik lielā mērā slimība ierobežo iespējas...	Nemaz neierobežo	Nedaudz ierobežo	Ierobežo vidēji	Ierobežo diezgan daudz	Ļoti ierobežo
...strādāt algotu darbu	1	8	18	36	37
...iziet no mājas	3	6	27	45	19
...aprūpēt sevi ikdienā	4	7	30	43	16
...darīt to, ko pats vēlas	0	11	29	44	16

Kā liecina rezultāti, 37% respondentu atzīst, ka slimība viņus ļoti ierobežo strādāt algotu darbu, 36% – ka ierobežo diezgan daudz, bet 18% – ka slimības radītie ierobežojumi ir vidēji. Tikai 9% atzīst, ka slimības ierobežojumi ir nelieli vai nekādi. Tāpat slimība ietekmē arī respondentu spēju iziet no mājas: 19% uzskata, ka šī spēja tiek ļoti ierobežota, 45% – ka šie ierobežojumi ir diezgan lieli, bet 27% uzskata tos par vidējiem, savukārt 6% tos uzskata par nelieliem, tikai 3% neizjūt šādus ierobežojumus. Līdzīgi ir arī ar spēju aprūpēt sevi ikdienā: 16% jūt ļoti lielus ierobežojumus, 43% – diezgan ievērojamus ierobežojumus, 30% šos ierobežojumus uzskata par vidējiem, 7% – par nelieliem, bet 4% tādus vispār neizjūt. Visbeidzot, uz jautājumu,

cik lielā mērā slimība ierobežo respondentu iespējas darīt to, ko viņi vēlas, 16% atzina, ka ierobežojumi ir ļoti lieli, 44% – ka diezgan lieli, 29% tos atzina par vidējiem, bet 11% – par nelieliem. Zīmīgi, ka nebija neviena respondenta, kas uzskatītu, ka slimība nekādi neiespaido iespēju nodoties sev tīkamām nodarbēm.

Hroniska slimība ir saistīta arī ar būtiskiem rīcībspējas ierobežojumiem – tā nopietni ierobežo gan spēju strādāt algotu darbu, ja cilvēkam rastos tāda vēlme vai nepieciešamība, gan spēju iziet no mājas, aprūpēt sevi ikdienā vai nodoties sev tīkamām aktivitātēm. Visi šie ierobežojumi iespaido arī hroniski slimo veco cilvēku psiholoģisko labsajūtu.

Tabula 17. Hroniski slimo respondentu psiholoģiskās labsajūtas novērtējums (%)

Cik bieži jums saistībā ar jūsu slimību mēdz būt slikts garastāvoklis, jūs nomāc izmisums, nemiers, depresija?	Dažkārt	Bieži	Vienmēr
Atbilžu sadalījums	36	54	10

Kā rāda 17. tabula, 10% hroniski slimo jūtas nomākti vienmēr, 54% – bieži un 36% – dažkārt. Zīmīgi, ka nebija neviena respondenta, kuram slimība bojātu labsajūtu reti vai nekad. Ņemot vērā šos apstākļus, aktuāls kļūst jautājums par to, kas būtu visvairāk nepieciešams, lai mazinātu šos ierobežojumus. Atbildes sadalījās šādi:

Tabula 18. Labākai sadzīvošanai ar hronisku slimību nepieciešamo faktoru novērtējums (%)

Kas būtu visvairāk nepieciešams, lai varētu labāk sadzīvot ar jūsu hronisko slimību?	Vairāk naudas	Vairāk gribasspēka un uzņēmības	Ģimenes atbalsts	Labāka medicīniskā aprūpe
Atbilžu sadalījums	48	42	4	6

Kā jau to varēja sagaidīt, ņemot vērā zemos personiskos ienākumus, 48% respondentu atzīst, ka papildu finansējums palīdzētu atvieglot slimības radītās neērtības, bet 42% hroniski slimo respondentu uzskata, ka viņu dzīves kvalitāti uzlabotu vairāk gribasspēka un uzņēmības. Tā kā slimības raksturs ir hronisks, proti, tā nav izārstējama, ļoti maz respondentu (6%) uzskata, ka situāciju varētu uzlabot labāka medicīniskā aprūpe. Ģimenes atbalstu kā būtisku dzīves kvalitāti uzlabojošu faktoru atzīst tikai 4% hroniski slimo, ko varētu skaidrot vai nu ar to, ka šāds atbalsts jau tiek saņemts pietiekamā apmērā, vai arī ar to, ka šādam atbalstam ir maza ietekme uz hroniskas slimības radītajām neērtībām.

Pētījuma datu analīze parāda, ka hroniska slimība ir saistīta ar būtiskiem rīcībspējas apgrūtinājumiem – tā nopietni ierobežo gan spēju strādāt algotu darbu, ja cilvēkam rastos tāda vēlme vai nepieciešamība, gan spēju iziet no mājas, aprūpēt sevi ikdienā, kā arī nodoties sev

tīkamām aktivitātēm. Līdz ar to hroniska slimība ir saistīta arī ar psiholoģiskām problēmām, proti, biežu vai pastāvīgu nomāktību, sliktu garastāvokli vai pat depresiju: nebija neviena respondenta, kurš atzītu, ka viņa hroniskā slimība nekad nebojā garastāvokli un labsajūtu. Savukārt zemo psihologa vai psihoterapeita apmeklējumu skaitu, kas krasi kontrastē ar visai biežo nomāktību un sliktu garastāvokli hronisko slimnieku vidū, var skaidrot ar to, ka šo speciālistu apmeklējums respondentu apziņā joprojām ir saistīts ar diskomfortu un bailēm no stigmatizācijas.

Liels daudzums, proti, 42% hroniski slimo respondentu uzskata, ka viņu dzīves kvalitāti uzlabotu vairāk gribasspēka un uzņēmības. Tas liecina, ka dzīves kvalitātes uzlabošana hroniskas slimības gadījumā ir atkarīga no subjektīvās attieksmes gandrīz tikpat lielā mērā, cik no materiālajiem apstākļiem (finanses tiek minētas kā galvenais līdzeklis, lai varētu labāk sadzīvot ar hronisku slimību). Visi hroniski slimie respondenti savu zināšanu daudzumu ar veselību saistītos jautājumos vērtē ar “daudz” un “ļoti daudz”. Tik augstu novērtējumu var skaidrot ar to, ka, gadiem ilgi ikdienā sadzīvojot ar savas slimības simptomiem, viņi ir ieguvuši lielu pieredzi, savukārt, konsultējoties ar mediķiem, ir apguvuši teorētiskās zināšanas.

3.4. Veselības dzīvesstili saistībā ar dzīves kvalitātes faktoriem

Pēc veselības dzīvesstilu teorijas, “veselības dzīvesstili var tikt vispārīgi raksturoti vai nu kā pozitīvi, vai kā negatīvi” (Cockerham, 2005: 56). Tomēr šāds vispārīgs raksturojums nebūt nenozīmē, ka tie ir homogēni, proti, tādi, kas sastāv tikai no veselībai labvēlīgām vai tikai no veselībai kaitējošām praksēm. Konkrēta indivīda izvēlētie “veselības uzvedības veidi var atstāt kā pozitīvu, tā negatīvu iespaidu uz ķermeni un garu, un, lai gan efekts ir atšķirīgs, tie veido vienotu veselības prakšu modeli, proti, dzīvesstilu” (Cockerham, 1997: 124). Pētījuma dati apstiprina šo teorētisko uzstādījumu: neviens no pieciem Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstiliem nav tāds, kura pārstāvjiem nebūtu neviena kaitīgā ieraduma (piemēram, ikdienas smēķētāji ir atrodami visu dzīvesstilu pārstāvju vidū). Taču neviens no dzīvesstiliem nav arī absolūti kaitīgs veselībai, jo katrā no tiem ietilpst veselības aprūpes darbības un veselību saglabājošas vai veicinošas darbības.

Turpinājumā tiks aplūkoti divām vecuma grupām raksturīgie veselības dzīvesstili un to sastāvā ietilpstošo veselības darbību izplatības biežums: vispirms tika analizētas Latvijas pensijas vecuma (65–94) iedzīvotāju veselības prakses un no tām izrietošie veselības dzīvesstili, arī to saistība ar dzīves kvalitāti ietekmējošiem faktoriem; pēc tam tiks apskatīta darbspējas vecuma cilvēku veselības dzīvesstili (15–64) un to saistība ar dzīves kvalitātes faktoriem.

3.4.1. Pensijas vecuma (65-94) Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili

Noskaidrojot Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju veselības uzvedību, ir nepieciešams vispirms aplūkot dažādu veselības uzvedības veidu izplatību respondentu vidū. Vismaz vienreiz gadā alkoholu lieto 32% veco ļaužu, un bez īpaša iemesla viņi nedzer vairāk kā trīs devas alkohola vienā reizē. Vairāk iedzert viņi atļaujas tikai īpašos gadījumos, piemēram, svētku reizes, taču arī tad lielākā daļa (95%) nelieto vairāk par piecām devām. Alkohola lietošanas paradumi skaitliskā izteiksmē atspoguļoti 19. tabulā.

Tabula 19. Izdzerto alkohola devu daudzums (%)

Vidēji cik alkohola devas jūs mēdzat izdzert?	1 devu	2 devas	3 devas	4-5 devas	6-9 devas
Ikdienā, bez īpaša iemesla, apmeklējot kafējnicu u. tml.	88	9	1	–	–
Svētku reizēs, pasākumu laikā	13	16	38	26	4

Savukārt dati par smēķēšanas daudzumu liecina, ka smēķē 18% veco ļaužu, un 16% to dara regulāri. Dadudzuma ziņā 54% smēķējošo pensijas vecuma cilvēku izsmēķē 6–10 cigaretes dienā, 27% izsmēķē 1–5 cigaretes dienā, bet 12% izsmēķē 10–20 cigaretes dienā.

Vēloties noskaidrot darbības, ko respondenti veic savas veselības labā, tika uzdots jautājums par to, cik bieži pēdējā gada laikā respondenti ir griezušies pēc palīdzības pie medicīnas speciālistiem. Izrādījās, ka 14% aptaujāto pēdējā gada laikā nav griezušies pēc palīdzības ne reizi, 17% ir to darījuši vienu reizi, 41% – divas līdz trīs reizes, 26% četras līdz piecas reizes, un tikai 1% to ir darījis sešas līdz divpadsmit un pat vairāk reizi. Tātad gada laikā ārstu vismaz vienreiz ir apmeklējuši 86% aptaujāto. Uz jautājumu “Vai jūs esat lietojis/-usi medikamentus pēdējās nedēļas laikā?” apstiprinoši atbildēja 72% respondentu. Visbiežāk lietoto medicīnisku preparātu veidu uzskaitījums dots 20. tabulā.

Tabula 20. Dažādu veidu medicīnisku preparātu lietošanas biežums pensijas vecuma cilvēku vidū (%)

Preparātu veids	(%)
Pret sāpēm (kas nav galvassāpes)	59
Vitamīni, minerālvielas	54
Nomierinoši līdzekļi	46
Pret augstu vai zemu asinsspiedienu	44
Pret galvassāpēm	31
Pret augstu holesterīna līmeni	17
Pret saaukstēšanos	12
Pret paaugstinātu cukura līmeni	7

Respondentu atbildes parāda, ka medicīnisko preparātu lietošana ir viens no galvenajiem veidiem, kā Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāji rūpējas par savu veselību. Visizplatītākais ir

pretsāpju līdzekļu lietojums, ko var skaidrot ar to, ka lielākā daļa veselības problēmu ir saistītas ar sāpēm. Otrs izplatītākais preparātu veids ir vitamīni un minerālvielas, un to lietošanas izplatību var skaidrot tādējādi, ka tie ir pieejami bez receptes un sabiedrībā ir izplatīts viedoklis par to, cik būtiska ir šo preparātu loma labas veselības uzturēšanā un nostiprināšanā. Trešais visbiežāk lietotais preparāts ir nomierinošie līdzekļi. Tas parāda, cik izplatītas garīgās veselības problēmas ir veco cilvēku vidū. Pārējie medikamenti ir saistīti ar kādas konkrētas slimības diagnozi, un tas arī izskaidro to lietošanas biežumu.

Respondentiem tika uzdoti jautājumi, kas attiecas uz veselību orientētām ikdienas darbībām, kuras viņi praktizē. Šo darbību norādīšanas biežums ir attēlots 21. tabulā.

Tabula 21. Uz veselību orientētu ikdienas darbību norādīšanas biežums (%)

Uz veselību orientētas ikdienas darbības	(%)
Zāļu tējas	39
Profilaktiski izmeklējumi	32
Uztura bagātinātāji	14
Diēta	12
Ārstnieciskā vingrošana	3
Aromterapija	3
Vakcinēšanās	1
Norūdīšanās	1

Zāļu tēju popularitāte (39%) ir izskaidrojama ar to, ka tas ir gan tradicionāls, gan salīdzinoši lēts veids, kā rūpēties par veselību. Profilaktiski izmeklējumi pie ārsta ir otra biežāk pieminētā (32%) uz veselību orientētā darbība, kas liecina, ka tradicionālajai medicīnai joprojām ir būtiska loma indivīdu rūpēs par veselību. Trešajā vietā ir uztura bagātinātāji (14%), bet ceturtajā – diēta (12%). Vienāds (bet neliels) daudzums (3%) pensijas vecuma cilvēku nodarbojas ar ārstniecisko vingrošanu un aromterapiju. Pavisam neliels daudzums (1%) ir vakcinējušies vai arī cenšas norūdities.

Saistībā ar veselības uzvedību tika aplūkoti arī respondentu ēšanas paradumi. Uz jautājumu par to, cik bieži respondenti izvēlas pārtiku, vadoties pēc tā, kādu iespaidu tā atstāj uz veselību, 2% atbildēja, ka vienmēr, 17% – ka bieži, 49% – ka dažkārt, 26% – ka reti, bet 5% – nekad. Pārtikas izvēli ietekmējošo faktoru iespaids atspoguļots 22. tabulā.

Tabula 22. Pārtikas izvēli ietekmējošo faktoru novērtējums (%)

Cik lielā mērā minētie faktori ietekmē uztura izvēli?	Ļoti daudz	Diezgan daudz	Vidēji	Nedaudz	Nemaz
Cena	30	45	22	3	0
Garšas īpašības	21	53	21	5	0
Ekoloģiskā tīrība	2	25	57	14	2
Uzturvērtība	2	23	59	14	2

No šiem rezultātiem izriet, ka cena un garšas īpašības ir galvenie pārtikas izvēli ietekmējošie faktori, savukārt produktu ekoloģiskā tīrība un uzturvērtība to ietekmē relatīvi mazākā mērā.

Lai uzzinātu, cik daudz uzmanības Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāji ikdienā pievērš veselībai, tika uzdots jautājums par to, cik bieži respondenti izvērtē savu darbību iespaidu uz veselību. Vienmēr un bieži šādu izvērtējumu veic 32%, dažkārt to dara 48%, reti – 18%, bet nekad to nedara 2 procenti. Salīdzinot rādītājus, kas iegūti, izvērtējot ikdienas darbību ietekmi uz veselību, ar dzīves kvalitātes pašnovērtējumu tika konstatēta statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,00), proti, tie, kuriem ir labāka dzīves kvalitāte, biežāk izvērtē ikdienas darbību ietekmi uz veselību. Sievietes par savu darbību ietekmi uz veselību domā biežāk, nekā vīrieši. Arī tie, kuri ir apmierinātāki ar savu veselības stāvokli biežāk veic šādu izvērtējumu. Nozīmīga saistība parādās arī salīdzinot šos datus ar precīzāku veselības stāvokļa raksturojumu, proti, jo lielākas ir veselības problēmas, jo biežāk tiek izvērtēta savu darbību ietekme uz veselību. Tāpat savu darbību ietekmi uz veselību biežāk izvērtē tie respondenti, kuri spēj vairāk ietekmēt savu veselības stāvokli.

Aptaujas ietvaros tika aplūkots arī respondentu viedoklis par to, cik lielā mērā viņu dzīvesstils atbilst individuālajam priekšstatam par veselīgu dzīvesstilu (sk. 23. tabulu).

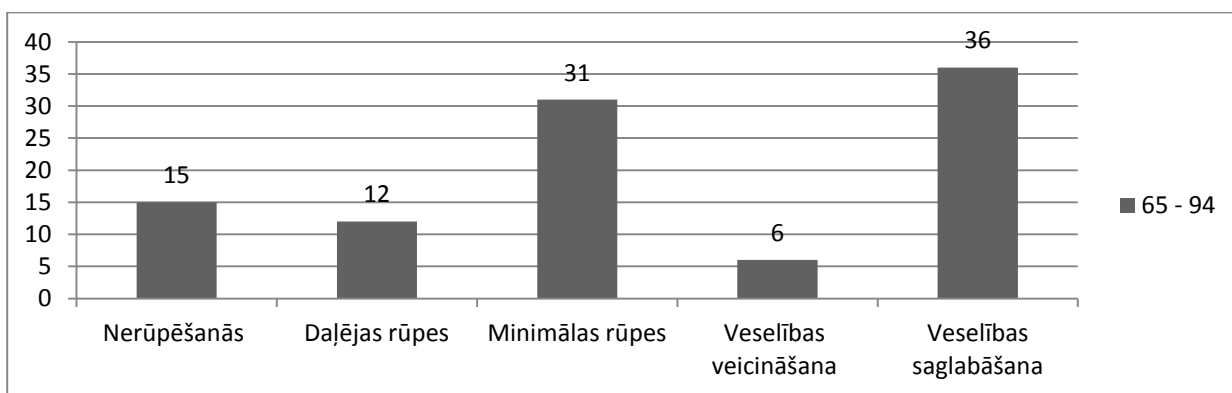
Tabula 23. Dzīvesstila atbilstības priekšstatiem par veselīgu dzīvesstilu novērtējums (%)

	Ļoti lielā mērā	Diezgan lielā mērā	Vidēji	Nelielā mērā	Nemaz
Cik lielā mērā jūsu dzīvesstils atbilst jūsu priekšstatam par veselīgu dzīves veidu?	1	34	48	17	1
Cik lielā mērā jūs rūpējaties par savu veselību?	1	30	47	21	1

No iegūtajām atbildēm var secināt, ka 35% respondentu uzskata savu dzīvesstilu par ļoti veselīgu vai diezgan veselīgu. Gandrīz puse (48%) uzskata to par vidēji veselīgu. 18% savu dzīvesstilu uzskata par veselīgu pavisam nedaudz vai arī par neveselīgu. Savukārt lielas un vidējas rūpes par savu veselību summāri izrāda 78% aptaujāto, kurpretī 22% par veselību rūpējas nedaudz vai arī nemaz. Dati parāda, ka nepastāv statistiski nozīmīga saistība starp pašnovērtējumu attiecībā uz rūpēm par veselību un respondentu dzimumu un dzīves vietu. Taču šāda saistība (Sig. = 0,00) pastāv attiecībā uz dzīves kvalitātes pašnovērtējumu, proti, tie, kuriem ir augstāks dzīves kvalitātes pašnovērtējums, vairāk rūpējas par savu veselību.

Aplūkojot Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju raksturīgākos brīvā laika pavadīšanas veidus, izrādījās, ka 85% respondentu brīvo laiku pavada sēdus, 11% brīvajā laikā veic vieglas fiziskas nodarbes – pastaigas vai braucieni ar divriteni, bet 4% nodarbojas ar fizisko kultūru vai smagiem dārza darbiem.

Atbilstoši iepriekš izvirzītajai hipotēzei par to, ka Latvijas iedzīvotājiem ir raksturīgi pieci veselības dzīvesstili, ar k-vidējā aritmētiskā (*k-means*) klasteranalīzes paņēmieni tika nodalīti pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili. Proporcionāli tie sadalījās šādi: trešajai daļai (39 %) respondentu ir raksturīgs uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils, daļēji par veselību rūpējas 19 %, 15 % par veselību nerūpējas, proti, praktizē veselībai kaitējošus paradumus, par veselību minimāli rūpējas 17 %, savukārt katrs desmitais (10 %) praktizē veselību veicinošu dzīvesstilu (sk. 15. attēlu).



Attēls 15. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili (%)

Pirms aprēķinu veikšanas mainīgo vērtība tika dihotomizēta, līdz ar to tabulā redzamās vidējās aritmētiskās vērtības (klasteru centru koordinātas) vienlaikus ir interpretējamas arī kā konkrētās atbildes biežuma izteiksme procentos (sk. 24. tabulu).

Tabula 24. Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju veselības darbību izplatības biežums dzīvesstilu ietvaros (klasteru centru koordinātas)

	<i>Nerūpēšanās par veselību</i>	<i>Daļējas rūpes par veselību</i>	<i>Minimālas rūpes par veselību</i>	<i>Veselības veicināšana</i>	<i>Veselības saglabāšana</i>
Riskanta alkohola lietošana – no 3–4 reizēm nedēļā līdz katrai vai gandrīz katrai dienai	,28	,21	,03	,11	,02
Riskanta alkohola lietošana – vairāk par 5 devām vienā reizē (dienā)	,04	,00	,02	,00	,00
Smēķēšana – gan regulāri, gan neregulāri	1,00	,04	,03	,14	,01
Smēķēšana – regulāra	,98	,04	,02	,09	,01
Griezies pie ārsta pēc palīdzības gada laikā	,82	1,00	,63	,95	1,00
Griezies pie ārsta pēc palīdzības gada laikā 2 un vairāk reizes	,57	,92	,30	,59	,99
Griezies pie ārsta pēc palīdzības gada laikā 4 un vairāk reizes	,06	,04	,11	,00	,63
Medikamentu lietošana pēdējo 7 dienu laikā – jā	,70	1,00	,39	,31	1,00
pret augstu vai zemu asinsspiedienu	,49	,80	,04	,00	,37
pret augstu holesterīna līmeni	,00	,12	,04	,04	,37
pret paaugstinātu cukura līmeni	,04	,07	,01	,00	,13
pret galvassāpēm	,23	,52	,12	,03	,31
pret citām sāpēm	,47	,49	,16	,03	,69
pret saaukstēšanos	,10	,14	,06	,10	,07
nomierinošie līdzekļi	,05	,34	,22	,00	,79

vitamīni un minerālvielas	,08	,38	,06	,24	,92
Darbības veselības labā veic profilaktiskus izmeklējumus	,08	,05	,17	,57	,73
dzer zaļu tējas	,06	,31	,09	,69	,92
ievēro diētu	,00	,01	,01	,47	,29
lieto uztura bagātinātājus	,06	,02	,13	,56	,20
norūdās	,00	,00	,01	,10	,00
aromterapija	,00	,00	,01	,39	,03
ārstnieciskā vingrošana	,00	,00	,01	,34	,02
Pārtikas izvēle atkarībā no ietekmes uz veselību no dažkārt līdz vienmēr	,47	,88	,43	1,00	,87
No vidēji līdz ļoti daudz uztura izvēli ietekmē garša	,99	1,00	,81	1,00	,98
ekoloģiskā tīrība	,85	,97	,60	1,00	,94
uzturvērtība	,84	,97	,58	1,00	,96
Raksturīgākās brīvā laika nodarbes lasīšana, TV skatīšanās u.c. brīva laika nodarbes sēdot	,88	,58	,91	,16	,99
pastaigas, braukšana ar divriteni u.c. vieglas fiziskās aktivitātes	,07	,37	,00	,78	,01
lēns skrējiens u.c. fiziskās kultūras veidi vai smagi dārza darbi	,05	,05	,09	,06	,00
smagi fiziskie treniņi un sacensības	,00	,00	,00	,00	,00
Fiziski vingrojumi brīvajā laikā – biežums no vienas reizes nedēļā līdz katrai dienai	,05	,35	,00	,78	,02

1) *Nerūpēšanās par veselību (veselībai kaitējošs dzīvesstils)*. Šo dzīvesstilu raksturo izteikti kaitīgie ieradumi – 28 % šā dzīvesstila pārstāvju lieto alkoholu no 3–4 reizēm nedēļā līdz pat katru dienu, kas ir pretrunā ar SVA materiālā “Skaiti savas devas!” pausto ieteikumu vismaz četras dienas nedēļā nelietot alkoholu. Taču, tikai 4 % šī dzīvesstila pārstāvju vienā iedzeršanas reizē lieto vairāk par piecām devām. Tas nozīmē, ka pat veselībai kaitējošo paradumu dzīvesstila pārstāvji alkoholu lieto relatīvi atbildīgi – viņi iedzer bieži, taču nelielu skaitu devu, tādēļ viņu alkohola lietošanas paradumus var uzskatīt par tādiem, kas nav riskanti. Par būtiskāku apdraudējumu veselībai drīzāk var uzskatīt hronisku smēķēšanu, tā ir diezgan izplatīta šā dzīvesstila pārstāvju vidū – ikdienā smēķē 98 procenti. Tajā pašā laikā ir jāatzīmē, ka to Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju skaits, kuri dienā izsmēķē ļoti lielu skaitu cigarešu (arī pīpes vai cigārus), ir relatīvi neliels – tikai 13 % smēķētāju izsmēķē 10–20 vienības dienā, lielākā daļa (54%) izsmēķē 6–10 vienības, pārējie (33 %) izsmēķē 1–5 vienības.

Pie ārsta pēdējā gada laikā ir griezušies gandrīz visi šā dzīvesstila pārstāvji (82 %), turklāt 57 % to ir darījuši atkārtoti (2–3 reizes). Ārstnieciskos preparātus pēdējās nedēļas laikā ir lietojuši 70 % (nedaudz mazāk par vidējo rādītāju 72 %), un visbiežāk ir lietoti līdzekļi pret augstu vai zemu asinsspiedienu (49 %), pretsāpju līdzekļi (47 %) un līdzekļi pret galvassāpēm (23 %), zāles pret saaukstēšanos (10 %), vitamīni un minerālvielas (8 %), nomierinošie līdzekļi (5 %), zāles pret paaugstinātu cukura līmeni (4 %).

Nerūpēšanās par veselību nozīmē to, ka šā dzīvesstila pārstāvji neveic gandrīz nekādas uz veselību orientētas ikdienas darbības. Tikai 8 % ir veikuši profilaktiskus izmeklējumus pie medicīnas speciālista, 6 % dzer zāļu tējas vai arī lieto uztura bagātinātājus. Par pārtikas ietekmi uz veselību no “dažkārt” līdz “vienmēr” ir domājuši 47 % (kas ir zemāk par vidējo rādītāju 68%). Izvēloties pārtiku 99 % šā dzīvesstila pārstāvju par būtisku atzīst garšu, 85 % ekoloģisko tīrību, bet 84 % – uzturvērtību. Kā iecienītāko brīvā laika pavadīšanas veidu 88 % šā dzīvesstila pārstāvju norādīja sēdošu laika pavadīšanu, 7 % atzīmēja arī lēnu pastaigu vai braukšanu ar divriteni, 5 % – smagus dārza darbus. Intensīvus fiziskus vingrinājumus vismaz 30 minūšu garumā līdz vieglam elpas trūcumam vai svīšanai vismaz vienu reizi nedēļā veic 5 % šā dzīvesstila pārstāvju.

2) *Daļējas rūpes par veselību.* Šo dzīvesstilu raksturo otrs lielākais respondentu skaits, kuri lieto alkoholu vairāk nekā 3 reizes nedēļā – 21 %, taču starp viņiem nav neviena, kas lietotu alkoholu biežāk nekā trīs dienas nedēļā. Starp šā dzīvesstila pārstāvjiem ir pavisam neliels daudzums smēķētāju – tabaku lieto 4 % un tie visi ir ikdienas smēķētāji.

Pie ārsta pēdējā gada laikā ir griezušies visi šā dzīvesstila pārstāvji, turklāt, 92 % to darījuši 2–3 reizes, bet 4 % – 4–5 reizes. Ārstnieciskos preparātus pēdējās nedēļas laikā lietojuši 100 % šā dzīvesstila pārstāvju. Visvairāk tās lietotas lai regulētu asinsspiedienu (80 %), pret galvassāpēm (52 %), pret citām sāpēm (49 %), vitamīni un minerālvielas (38 %), nomierinošie līdzekļi (34 %), pret saaukstēšanos (14 %), pret augstu holesterīna līmeni (12 %), pret paaugstinātu cukura līmeni (7 %).

Dati ļauj secināt, ka šīs grupas pārstāvji par veselību rūpējas pārsvarā ar medikamentu palīdzību un nelielā mērā praktizē dažas no ikdienas darbībām, kas orientētas uz veselību – 31 % ikdienā dzer zāļu tējas, 5 % veic profilaktiskus izmeklējumus, 2 % lieto uztura bagātinātājus, bet pavisam niecīgs daudzums (1 %) ievēro diētu.

Pārtikas iespaidu uz veselību apsver 88 % šā dzīvesstila pārstāvju (šis skaitlis krietni pārsniedz vidējo rādītāju 68%). Izvēloties pārtiku, viņi atzīst ekoloģisko tīrību (97 %) un uzturvērtību (97 %) par būtiskiem faktoriem gandrīz tikpat bieži kā garšu (100 %). Brīvajā laikā 58 % izvēlas sēdošas aktivitātes, 37 % dodas pastaigās vai brauc ar divriteni, bet 6% veic smagus dārza darbus. Intensīvus fiziskus vingrinājumus līdz svīšanai un elpas trūkmam vismaz vienreiz nedēļā veic tikai 35 % šā dzīvesstila pārstāvju.

3) *Minimālas rūpes par veselību.* Starp šā dzīvesstila piekritējiem ir maz tādu, kam piemīt kaitīgie ieradumi – 3 % alkoholu lieto biežāk nekā trīs dienas nedēļā un 2 % lieto vairāk nekā piecas devas vienā reizē. Līdzīgs ir arī smēķētāju īpatsvars – 3 % smēķē, bet 2 % to dara ikdienā. Kā liecina nosaukums, šā dzīvesstila pārstāvju aktivitāte veselības aprūpes sakarā ir minimāla:

tikai 63 % ir apmeklējuši medicīnas speciālistu vienu reizi gadā, 30 % – 2–3 reizes, bet 11 % – 4 un vairāk reizes. Iepretī vidējam veselības speciālistu apmeklējuma daudzumam konkrētās respondentu grupas vidū (86 %) tas ir zems rādītājs. Tāpat šā dzīvesstila pārstāvji maz lieto ārstnieciskos preparātus (39 %). Nomierinošos līdzekļus lieto 22 %, pretsāpju līdzekļus – 16 %, zāles pret galvassāpēm – 12 %, vitamīnus un minerālvielas, kā arī zāles pret saaukstēšanos – 6 %, bet medikamentus pret augstu vai zemu asinsspiedienu un paaugstinātu holesterīna līmeni lieto 4 procenti. No aptaujas anketā minētajām uz veselību orientētām ikdienas darbībām tiek veiktas pavisam nedaudzas, un arī tās veic ļoti neliels skaits šā dzīvesstila pārstāvju: 17 % veic profilaktiskus izmeklējumus, 13 % lieto uztura bagātinātājus, 9 % dzer zāļu tējas, bet 1 % vai nu ievēro diētu, vai norūdās, vai nodarbojas ar ārstniecisko vingrošanu vai aromterapiju.

Šā dzīvesstila pārstāvji vismazāk (43 %) domā arī par to, kādu iespaidu viņu pārtikas izvēle atstāj uz veselību. Kā izvēles kritēriju 81 % minēja garšu, bet ekoloģiskai tīrībai un uzturvērtībai nozīmi piešķir daudz mazāk respondentu – attiecīgi 60 un 58 procenti. Kas attiecas uz brīvā laika pavadīšanu, 91 % to pavada sēdus – lasot vai skatoties TV, bet pastaigas vai braukšanu ar divriteni nepraktizē neviens. Tāpat neviens nenodarbojas ar fiziskiem vingrojumiem vismaz vienreiz nedēļā līdz svīšanai vai vieglam elpas trūkumam. Toties 9 % veic smagus dārza darbus, un tas ir lielākais šādas aktivitātes īpatsvars starp visiem veselības dzīvesstiliem.

4) *Veselību veicinošs dzīvesstils.* Šo dzīvesstilu raksturo trešais lielākais respondentu skaits, kuri lieto alkoholu vairāk nekā 3 reizes nedēļā (11 %), taču starp viņiem nav neviena, kas vienā reizē izdzertu vairāk par piecām devām. Starp šā dzīvesstila pārstāvjiem ir ievērojams skaits smēķētāju (14 %), turklāt, 9 % smēķē katru dienu, kas apliecina veselības dzīvesstilu teorijas tēzi, ka veselības dzīvesstili var iekļaut arī savstarpēji pretrunīgas prakses. Vismaz vienu reizi gadā medicīnas speciālistu apmeklē 95 %, bet divas līdz trīs reizes to dara 59 procenti. Ārstnieciskos preparātus šā dzīvesstila pārstāvji lieto daudz mazāk (31 %) par vidējo līmeni (72 %). No tiem 24 % lieto vitamīnus un minerālvielas, 10 % – zāles pret saaukstēšanos 4 % lieto zāles pret paaugstinātu holesterīna līmeni, bet 3% pret galvassāpēm un citām sāpēm.

Šā dzīvesstila pārstāvji praktizē visas aptaujas anketā norādītās uz veselību orientētās ikdienas darbības. Visvairāk respondentu (69 %) norādīja, ka dzer zāļu tējas, 57 % veic profilaktiskus izmeklējumus un gandrīz tikpat daudz (56 %) lieto arī uztura bagātinātājus, 47 % ievēro diētu, 39 % izmanto aromterapiju, 34 % nodarbojas ar ārstniecisko vingrošanu, bet 10 % norūdās.

Pārtikas ietekmi uz veselību no “dažkārt” līdz “vienmēr” apsver 100 % šīs grupas respondentu, tāpat absolūti visi (100%) par būtisku izvēles kritēriju atzīst gan cenu, gan garšu, gan

ekoloģisko tīrību, gan uzturvērtību. Kas attiecas uz brīvā laika aktivitātēm, tikai 16 % no šīs grupas respondentiem izvēlas sēdošu laika pavadīšanu, turpretim 78 % atzina, ka dodas pastaigās, brauc ar divriteni vai veic citas vieglas fiziskās aktivitātes, bet 6 % nodarbojas ar smagiem dārza darbiem. Tāpat arī 78 % šā dzīvesstila pārstāvju vismaz vienu reizi nedēļā veic intensīvus fiziskus vingrinājumus vismaz 30 minūtes līdz vieglam elpas trūkumam vai svīšanai.

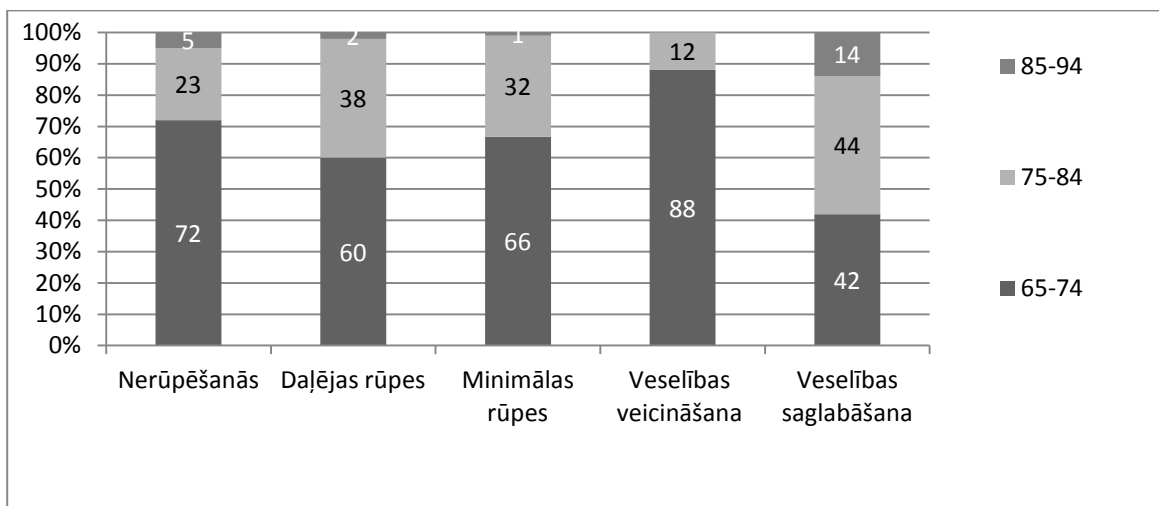
5) *Uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils.* Šis dzīvesstils ir raksturīgs indivīdiem ar hroniskām veselības problēmām. Šā dzīvesstila pārstāvjiem raksturīgs apdomīgs alkohola patēriņš – tikai 2 % lieto alkoholu biežāk, kā 3 reizes nedēļā, bet neviens nedzer vairāk kā piecas devas vienā reizē. Taču 1 % smēķē, un tie visi ir ikdienas smēķētāji. Tie, kuri praktizē uz veselības saglabāšanu orientētu dzīvesstilu, biežāk un atkārtoti vēršas pēc palīdzības pie mediķiem – absolūti visi (100%) apmeklē ārstu vismaz 2–3 reizes gadā, bet 63 % – 4–5 reizes gadā. Tāpat visi (100%) pēdējās nedēļas laikā ir lietojuši kādu ārstniecisku preparātu: 79 % nomierinošos līdzekļus. Iepriekšējā apakšnodaļā jau tika minēts, ka hroniska slimība ir cieši saistīta ar pastāvīgu nomāktību, sliktu garastāvokli vai pat depresiju, kas arī izskaidro nomierinošo līdzekļu lietošanas biežumu. Runājot par citiem medikamentiem, dati rāda, ka 92 % šās grupas respondentu ir lietojuši vitamīnus vai minerālvielas, 69 % – pretsāpju līdzekļus, 37 % – zāles pret augstu vai zemu asinsspiedienu vai arī pret paaugstinātu holesterīna līmeni, 31 % – pret galvassāpēm, 13 % – pret paaugstinātu cukura līmeni un 7 % – pret saaukstēšanos.

Liels skaits šā dzīvesstila pārstāvju praktizē dažas no ikdienas darbībām, kas orientētas uz veselību: 92 % dzer zāļu tējas, 73 % veic profilaktiskus izmeklējumus, 29 % ievēro diētu, 20 % lieto uztura bagātinātājus. Tajā pašā laikā citas darbības tiek vai nu ignorētas, vai arī tās praktizē pavisam neliels skaits šā dzīvesstila pārstāvju – 3 % izmanto aromterapiju, tikai 2 % nodarbojas ar ārstniecisko vingrošanu, un neviens nenorūdās.

Pārtikas ietekmi uz veselību no “dažkārt” līdz “vienmēr” pārdomā 87 % šā dzīvesstila pārstāvju (tas ir daudz augstāk par vidējo līmeni 68%). Par būtisku izvēles faktoru 98 % uszkata garšu, bet 96 % – uzturvērtību, bet 94 % – ekoloģisko tīrību. Šā dzīvesstila pārstāvjiem ir raksturīgs izteikts mazkustīgums: tikai 2% nodarbojas ar fiziskiem vingrinājumiem vismaz 30 minūtes vienreiz nedēļā, savukārt, brīvo laiku gandrīz visi (99 %) pavada sēdus.

Lai saprastu iemeslus, kāpēc indivīdi praktizē to vai citu veselības dzīvesstilu, ir nepieciešams pievērst uzmanību strukturālajiem jeb dzīves kvalitāti noteicošiem faktoriem, kuri ietekmē Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju veselības uzvedību. Būtiskākie faktori ir vecums, dzimums, veselības stāvoklis, personisko ienākumu līmenis (kas ir cieši saistīts ar nodarbinātību), kā arī izglītības līmenis un dzīves vieta.

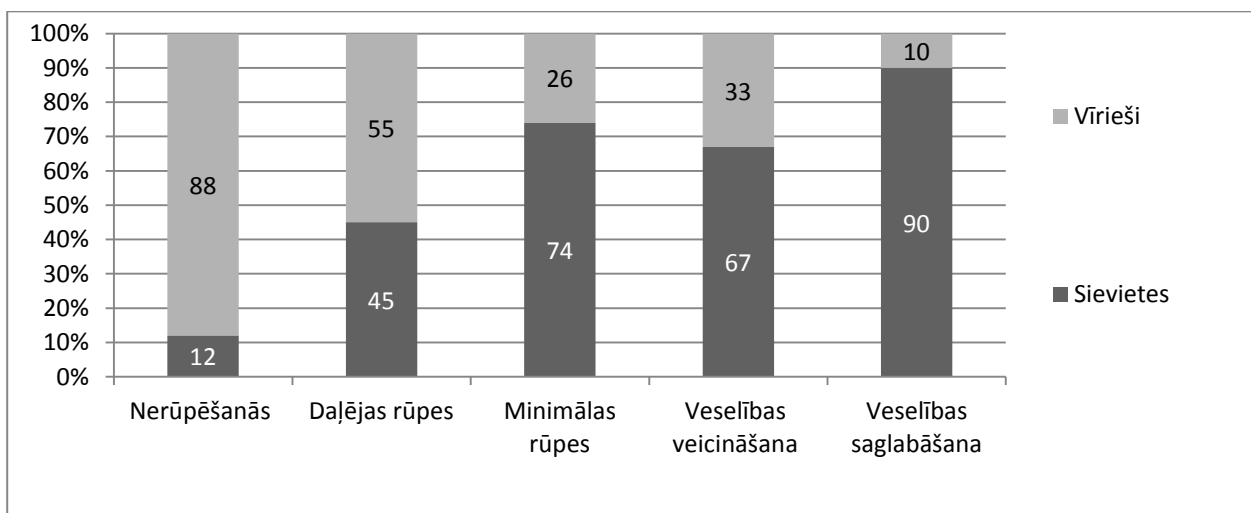
Pastāv statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,000) starp dzīvesstiliem un respondentu **vecumu** (sk. 16. attēlu).



Attēls 16. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no vecuma (%)

Dati parāda, ka gan nerūpēšanās par veselību (jeb veselībai kaitējošs dzīvesstils), gan daļējas rūpes par veselību, gan minimālas rūpes par veselību, gan arī veselību veicinošs dzīvesstils pārsvarā (60–88%) ir raksturīgs cilvēkiem vecumā līdz 74 gadiem. Šādu sadalījumu var izskaidrot ar to, ka šīs grupas pārstāvji izjūt novecošanas sekas relatīvi mazāk – viņiem ir labāka veselība un funkcionētspēja, kuru viņi var izmantot vai nu dzīves baudīšanai vai aktīvu darba gaitu turpināšanai, vai citiem mērķiem. Savukārt 58% uz veselības saglabāšanu orientētā dzīvesstila pārstāvju ir pārkāpuši 75 gadu sliekšni, līdz ar to viņi novecošanas iespaidu uz veselību izjūt daudz vairāk un ir spiesti ar to cīnīties.

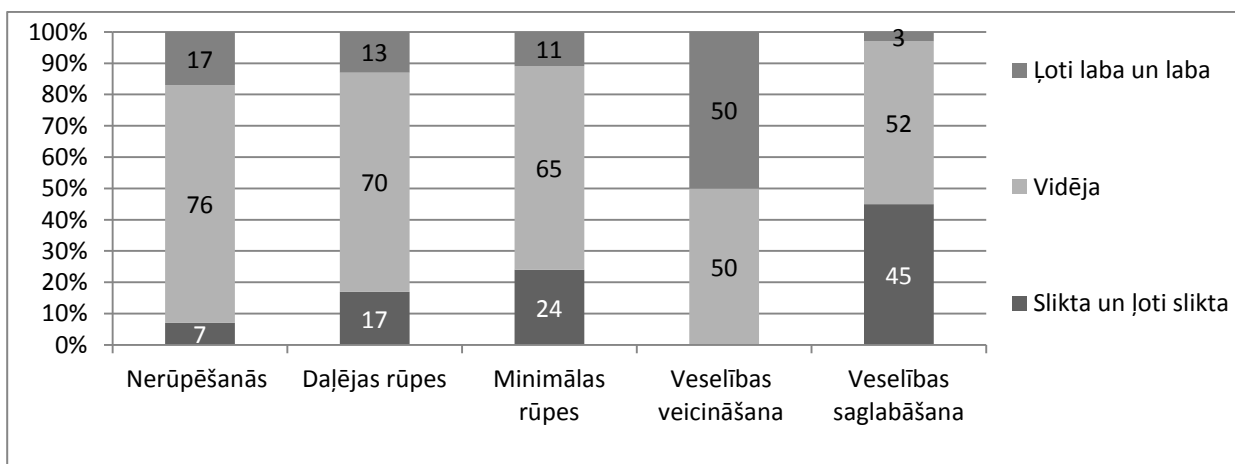
Nākamais statistiski nozīmīgais (Sig. = 0,000) dzīvesstila izvēli ietekmējošais faktors ir **dzimums** (sk. 17. attēlu).



Attēls 17. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no dzimuma (%)

Kopumā dati apstiprina veselības dzīvesstila teorijas tēzi par to, ka sievietes kopumā cenšas dzīvot veselīgāk nekā vīrieši – viņas mazāk lieto alkoholu (no tiem, kuri pēdējā gada laikā ir lietojuši alkoholu sievietes sastāda 41 %, bet vīrieši – 59 %) un tabaku (smēķē 87 % vīriešu un 13 % sieviešu), viņām ir veselīgāki ēšanas paradumi, viņas biežāk apmeklē ārstus un veic citas uz veselību orientētas ikdienas darbības (sk. Cockerham, 2007: 64). Dati parāda, ka 88% respondentu, kuri praktizē nerūpēšanos par veselību, ir vīrieši. Starp tiem, kas daļēji rūpējas par savu veselību, abi dzimumi ir pārstāvēti relatīvi līdzīgās proporcijās. Sievietēm, savukārt, ir vairāk raksturīgs veselību veicinošs un dzīvesstils (66 %) vai minimālas rūpes par veselību (74 %). Visizteiktāk sievietēm ir raksturīgs uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils (90%), ko var izskaidrot ar dzīves ilguma atšķirībām – kā jau vairākkārt tika norādīts iepriekš, sievietes dzīvo ilgāk nekā vīrieši, taču līdz ar to viņām nākas izjust arī lielāku vecuma ietekmi uz veselību un funkcionētspēju un nākas vairāk rūpēties par veselību.

Ja veselība ir laba vai vidēja, tad tā nesagādā tik lielas rūpes kā tad, ja veselības stāvoklis ir slikts vai ļoti slikts, līdz ar to vēl viens būtisks veselības dzīvesstilu ietekmējošs faktors ir konkrētā indivīda **veselības stāvoklis** (sk. 18. attēlu).



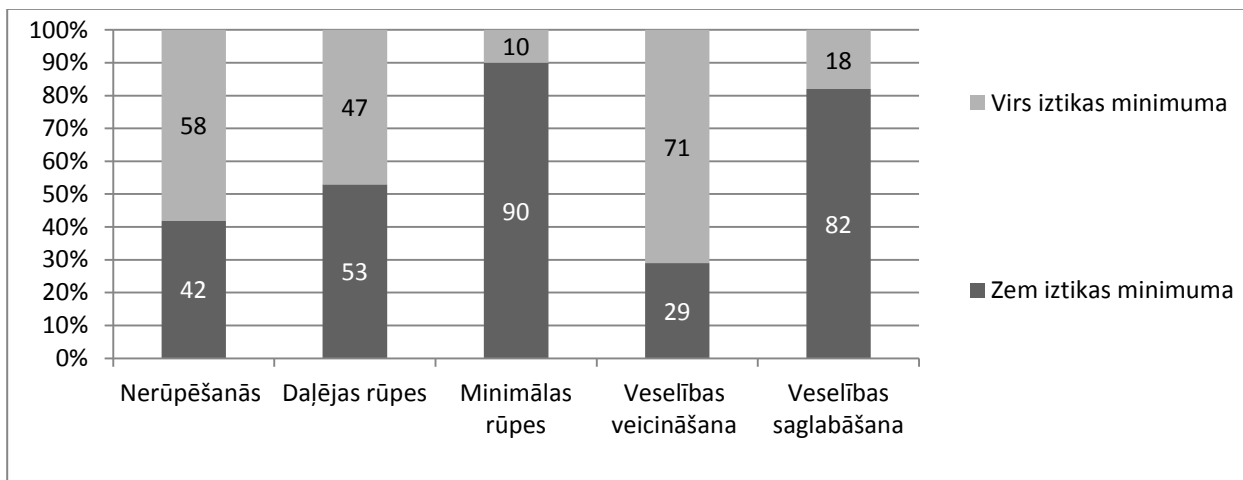
Attēls 18. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no veselības stāvokļa pašnovērtējuma (%)

Dati parāda, ka pastāv saistība starp veselības stāvokli un to, cik daudz indivīds rūpējas par veselību. Starp tiem, kas par veselību nerūpējas un kam ir visizteiktākie kaitīgie ieradumi, laba un ļoti laba veselība ir 17 %, vidēja veselība – 76 %, savukārt par sliktu un ļoti sliktu savu veselību uzskata 7 procenti. Starp tiem, kuri par veselību rūpējas daļēji, cilvēku ar sliktu un ļoti sliktu veselību jau ir vairāk (17 %), un vēl vairāk (24 %) šādu indivīdu ir starp tiem, kas par veselību rūpējas minimāli. To var skaidrot ar iepriekš jau izteikto tēzi par to, ka rūpes par veselību kļūst aktuālas tad, kad veselības stāvoklis pasliktinās tik tālu, ka sāk radīt nopietnus traucējumus ikdienas dzīvē. Ja tā, tad kādēļ gan ievērojama daļa cilvēku (17–24%), kuri savu veselību atzīst par

sliktu un ļoti sliktu, tomēr izvēlas par to rūpēties tikai daļēji vai minimāli? Šo fenomenu var skaidrot ar to, ka šiem indivīdiem pietrūkst vai nu motivācijas vai arī materiālo resursu, lai vairāk rūpētos par veselību. Attiecībā uz tiem, kas par savu veselību rūpējas daļēji vai minimāli, pastāv šāda iespēja: ja veselības problēmām ir hronisks raksturs – no tām nav iespējams atbrīvoties pavisam, indivīds, iespējams, ir nospriedis – ja jau nav iespējams būtiski ietekmēt savu veselības stāvokli, tad nav arī nepieciešamības pielikt kādas īpašas pūles.

Starp veselību veicinoša dzīvesstila pārstāvjiem nav neviena, kurš savu veselību vērtētu kā sliktu – pusei ir laba veselība, bet otra puse to vērtē kā vidēju. Šādu sadalījumu var izskaidrot šādi: lai varētu nodarboties ar veselības veicināšanu, ir vēlams, lai indivīda fiziskā un garīgā funkcionētspēja būtu saglabājusies kaut vai vidējā līmenī, pretējā gadījumā ir grūti vai pat neiespējami veikt daudzas veselību veicinošas darbības. Līdz ar to, apstiprinās tēze, ka laba veselība var ne tikai kalpot par resursu, kas tiek tērēts citiem mērķiem, bet arī kļūst par terminālu vērtību, tādā veidā atražojot sevi. To apstiprina arī dati par veselību saglabājoša dzīvesstila pārstāvjiem – tikai 3 % no viņiem savu veselību vērtētu kā labu vai ļoti labu. Lielākā daļa (52 %) savu veselību vērtē kā viduvēju, bet 45 % – kā sliktu vai ļoti sliktu. Šādu sadalījumu var izskaidrot ar to, ka uz veselības saglabāšanu orientētu dzīvesstilu praktizē indivīdi ar nopietnām hroniska rakstura veselības problēmām – viņu ikdienas dzīves kvalitāte ir lielā mērā atkarīga no nepieciešamības nepieļaut veselības stāvokļa pasliktināšanos.

Tikpat svarīgi ir arī **materiālie resursi** jeb personisko ienākumu līmenis, kas vai nu veicina vai ierobežo konkrēta veida veselības uzvedību (sk. 19. attēlu).



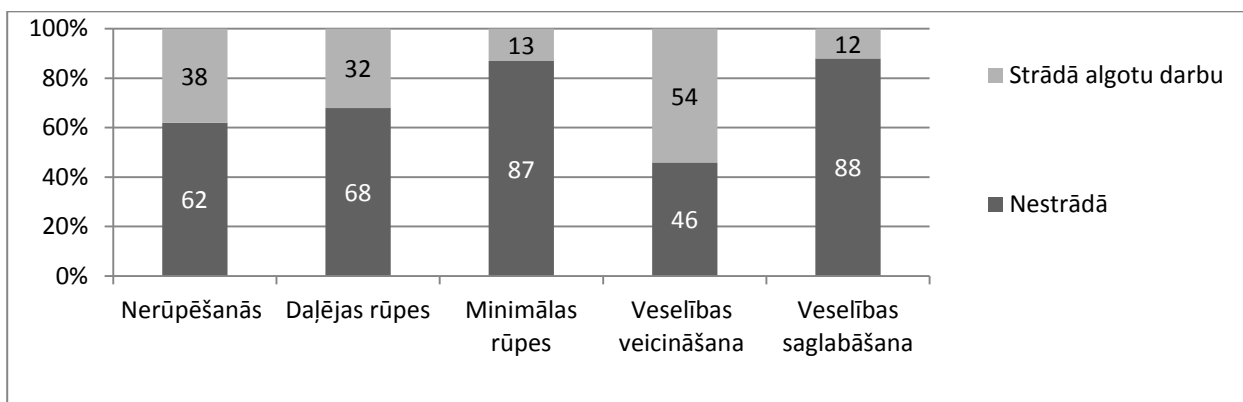
Attēls 19. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no personiskajiem ienākumiem (%)

Lai saņemtu maksas medicīniskos pakalpojumus, iegādātos ārstnieciskos preparātus un veselīgāku pārtiku, ir nepieciešami materiālie resursi. Tas, ka deviņām desmitdaļām (90 %) to respondentu, kuri par veselību rūpējas minimāli, personiskie ienākumi ir zem iztikas minimuma,

lielā mērā izskaidro, kādēļ viņi praktizē tieši šo dzīvesstilu. Savukārt, vairāk kā divas trešdaļas (71 %) no tiem, kas praktizē veselību veicinošu dzīvesstilu, saņem personiskos ienākumus, kas pārsniedz iztikas minimumu. Tāpat materiālie resursi ir nepieciešami, lai praktizētu veselībai kaitīgu dzīvesstilu (iegādātos tabaku un alkoholu), – ienākumus, kas pārsniedz iztikas minimumu, saņem vairāk nekā divas trešdaļas (58 %) no šā dzīvesstila pārstāvjiem.

Starp tiem, kuri par veselību rūpējas daļēji, par iztikas minimumu lielāki ienākumi ir 37 procentiem; tas apstiprina atziņu, ka lielāki ienākumi ļauj indivīdam pievērst lielāku uzmanību veselībai. Pretrunā ar šo atzinumu ir dati par uz veselības saglabāšanu orientēta dzīvesstila pārstāvjiem, no kuriem 92 procentiem personiskie ienākumi ir zem iztikas minimuma, taču šo faktu var izskaidrot ar slikto veselības stāvokli, kas rada nepieciešamību rūpēties par veselību, lai cik trūcīgi būtu resursi.

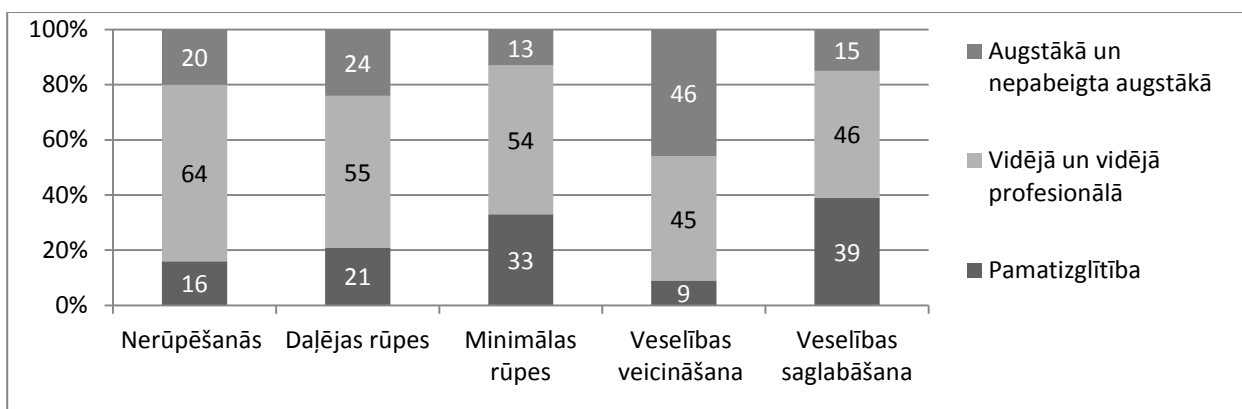
Ienākumus un veselības uzvedību ietekmē arī indivīda **nodarbinātība** (sk. 20. attēlu).



Attēls 20. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no nodarbinātības statusa (%)

Visvairāk (54 %) cilvēku, kas strādā algotu darbu ir starp tiem, kas praktizē veselību veicinošu dzīvesstilu, bet vismazāk viņu ir starp tiem, kas praktizē uz veselības saglabāšanu orientētu dzīvesstilu – attiecīgi, 12 %. To var izskaidrot ar veselības stāvokļa un funkcionētspējas līmeni, kas pirmajiem ļauj būt daudz aktīvākiem, nekā otrajiem. No tiem, kas par veselību nerūpējas, algotu darbu strādā 38 %, savukārt no tiem, kas par veselību rūpējas daļēji, algotu darbu strādā 32 procenti. Salīdzinot šos rādītājus ar ienākumu līmeni, izrādās, ka algotu darbu strādā mazāks daudzums, nekā to, kuru ienākumi ir virs iztikas minimuma, kas nozīmē, ka daļa šo divu dzīvesstilu pārstāvju saņem pensijas, kas lielākas par iztikas minimumu. No tiem, kuri par veselību rūpējas minimāli, algotu darbu strādā 13 %, taču ienākumi, kas lielāki par iztikas minimumu, gūst tikai 10 procenti. Tas ļauj secināt, ka šā respondentu dzīvesstila pārstāvji ir vistrūcīgākie – daļa nespēj nopelnīt iztikas minimumu pat strādājot algotu darbu.

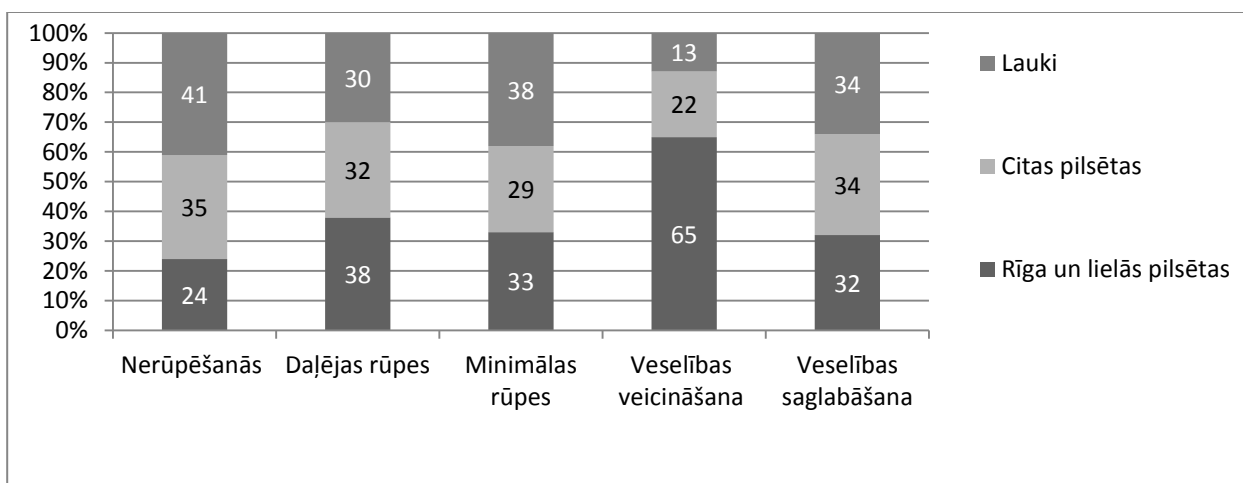
Veco cilvēku veselības uzvedību ietekmē arī **izglītības līmenis** (sk. 21. attēlu).



Attēls 21. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no izglītības (%)

Dati parāda, ka starp tiem, kas praktizē nerūpēšanos par veselību, lielākā daļa (64 %) ir ieguvusi vidējo vai vidējo profesionālo izglītību, taču piektā daļa (20 %) ir ieguvusi augstāko vai nepabeigtu augstāko, bet 16 % – pamatizglītību. No tiem, kas par veselību rūpējas daļēji, ir mazāk indivīdu ar vidējo izglītību (55 %) un vairāk cilvēku gan ar augstāko (24 %), gan ar pamatizglītību (21 %). Starp tiem, kas par veselību rūpējas minimāli, cilvēku ar vidējo izglītību ir gandrīz tikpat daudz (54 %), taču ievērojami vairāk ir to, kuri ieguvuši pamatizglītību (33 %). Vislielākais skaits cilvēku ar pamatizglītību (39 %) ir uz veselības saglabāšanu orientēta dzīvesstila pārstāvju vidū. Savukārt pavisam maz cilvēku ar pamatizglītību ir starp tiem, kuri praktizē veselību veicinošu dzīvesstilu (9 %) – starp pēdējiem ir arī vislielākais īpatsvars cilvēku ar augstāko un nepabeigtu augstāko izglītību (46 %). Šādu sadalījumu veselības dzīvesstilu teorija skaidro ar to, ka “izvēle, kas izpaužas kā patērēšanas forma vai kā indivīda atbildība par savu veselību, ir īpaši labi manāma starp cilvēkiem ar labāku izglītību un augstāku sociālo stāvokli” (Cockerham et al., 1997: 334).

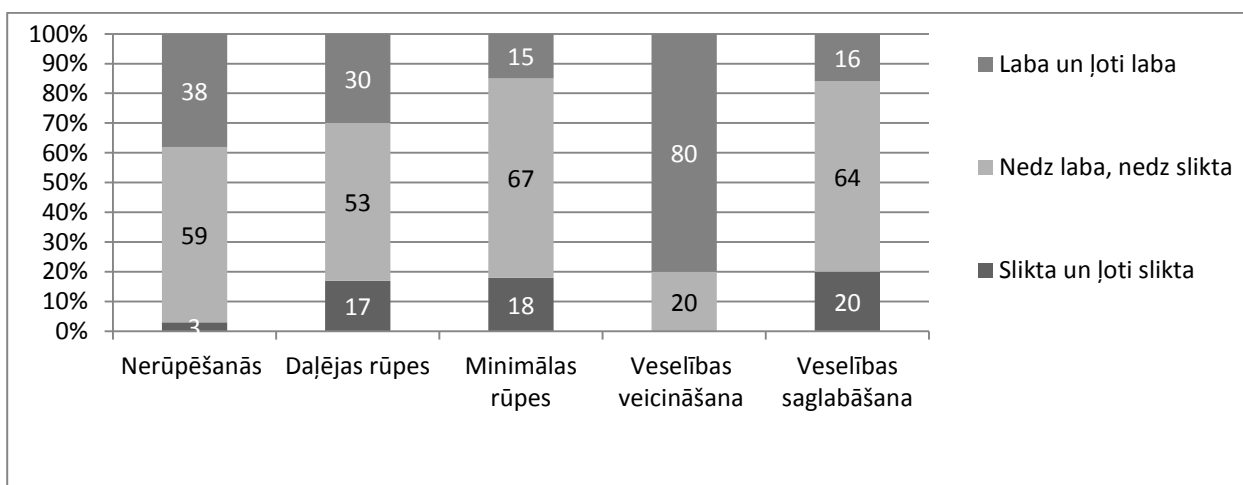
Veselības dzīvesstilu izplatību aplūkojot atkarībā no respondenta **dzīves vietas**, būtiskas atšķirības parādās tikai saistībā ar nerūpēšanos par veselību un veselību veicinošu dzīvesstilu. Starp pārējo dzīvesstilu pārstāvjiem respondentu sadalījums atkarībā no dzīves vietas ir relatīvi simetrisks un aptuveni līdzīgs (sk. 22. sttēlu).



Attēls 22. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no dzīves vietas (%)

Nedaudz vairāk kā trešdaļa (41 %) to, kuri nerūpējas par savu veselību, dzīvo laukos, viņu attieksmi var izskaidrot gan ar ierobežotu pieeju veselības aprūpes pakalpojumiem, gan arī ar Latvijas iedzīvotājiem raksturīgajām sociālajām normām, atbilstoši kurām vīrieši pret veselību izturas nevērīgāk. Savukārt tas, ka no veselību veicinoša dzīvesstila praktizētājiem vairāk nekā puse (65 %) dzīvo Rīgā un citās lielajās pilsētās, būtu jāsaista ar faktu, ka pilsētu iedzīvotājiem ir gan labāka izglītība un labāka pieeja veselības aprūpei, gan arī modernāki priekšstati par veselības uzvedību, kas paredz, ka arī vīrieši var rūpēties par savu veselību.

Pastāv statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,00) starp veselības dzīvesstiliem un **dzīves kvalitātes pašnovērtējumu** (sk. 23. attēlu) – tiem, kuru veselības dzīvesstils izriet no labākiem strukturālajiem nosacījumiem (jeb objektīvajiem dzīves kvalitāti veidojošiem faktoriem) ir augstāks arī dzīves kvalitātes pašnovērtējums.



Attēls 23. Pensijas vecuma iedzīvotāju veselības dzīvesstili atkarībā no dzīves kvalitātes pašnovērtējuma (%)

No tiem, kas nerūpējas par veselību, savu dzīves kvalitāti par labu vai ļoti labu uzskata vairāk, kā trešdaļa (38 %), bet par vidēju – gandrīz divas trešdaļas (59 %) respondentu, un tikai 3

% to uzskata par sliktu. Šo dzīvesstilu pārsvarā praktizē cilvēki vecumā līdz 84 gadiem, gandrīz tikai vīrieši, kuriem ir vidējs veselības pašnovērtējums. Ienākumi pārsvarā virs iztikas minimuma, vairāk nekā trešdaļa strādā algotu darbu. Viņiem ir lielākoties vidējā vai vidējā profesionālā izglītība un viņi galvenokārt dzīvo vai nu laukos vai arī citās mazajās Latvijas pilsētās.

No tiem, kas daļēji rūpējas par savu veselību, savu dzīves kvalitāti kā labu vai ļoti labu vērtē 30 %, bet 53 % – kā viduvēju, bet 17% – kā sliktu. Tie pārsvarā ir cilvēki vecumā līdz 84 gadiem, galvenokārt vīrieši ar viduvēju veselības novērtējumu, pusei personiskie ienākumi ir zem iztikas minimuma, divas trešdaļas strādā algotu darbu, lielākajai daļai ir vidējā un vidējā profesionālā izglītība. Šī dzīvesstila pārstāvji galvenokārt dzīvo vai nu Rīgā un citās lielajās pilsētās, vai arī Latvijas mazajās pilsētās.

Divas trešdaļas (67 %) to respondentu, kuri par veselību rūpējas minimāli, savu dzīves kvalitāti uzskata par vidēju. Gandrīz visi (99 %) šā dzīvesstila pārstāvji ir vecumā līdz 84 gadiem, starp viņiem vairāk kā divas trešdaļas ir sievietes. Savu veselību divas trešdaļas vērtē kā viduvēju, bet 24 % – kā sliktu. Personisko ienākumu līmenis 90 % ir zem iztikas minimuma, katrs astotais strādā algotu darbu. Lielākā daļa ir ieguvuši vidējo vai vidējo profesionālo izglītību, bet katrs trešais – pamatizglītību. Šī dzīvesstila pārstāvji galvenokārt dzīvo laukos vai Rīgā un citās lielajās pilsētās.

Visvairāk (80 %) respondentu, kas savu dzīves kvalitāti vērtē kā ar labu vai ļoti labu, ir starp tiem, kas praktizē veselību veicinošu dzīvesstilu. Tie ir gados jaunāki pensijas vecuma cilvēki (līdz 74 gadiem), divas trešdaļas no viņiem ir sievietes. Viņiem ir augstāks veselības pašnovērtējums, augstāki personiskie ienākumi, labāka izglītība, viņi strādā algotu darbu un pārsvarā dzīvo Rīgā un citās lielajās pilsētās.

Starp respondentiem, kuri praktizē uz veselības saglabāšanu orientētu dzīvesstilu ir visvairāk tādu (20 %), kuri savu dzīves kvalitāti uzskata par sliktu vai ļoti sliktu, savukārt 64 % to vērtē kā viduvēju, bet 16 % – kā labu vai ļoti labu. Lielākā daļa (58 %) šā dzīvesstila pārstāvju ir vecāki par 84 gadiem, 90 % ir sievietes. Gandrīz puse savu veselību vērtē kā sliktu, viņu ienākumi ir zem iztikas minimuma, un galvenais ienākumu avots ir pensija, 85 % ir ieguvuši vai nu vidējo, vai pamatizglītību. Šī dzīvesstila pārstāvji gandrīz vienlīdzīgās proporcijās dzīvo gan Rīgā un lielajās pilsētās, gan laukos, gan citās pilsētās.

Kopumā var secināt, ka Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju telefonaptaujas dati apstiprina veselības dzīvesstilu teorijas galvenās tēzes. Lai gan pastāv atšķirības un pretrunīgas prakses, visi šīs grupas iedzīvotāji lielākā vai mazākā mērā rūpējas par savu veselību atkarībā no

sev pieejamajām dzīves iespējām – strukturālajiem faktoriem, uz kuriem balstās viņu objektīvā dzīves kvalitāte.

3.4.2. 15–64 gadus veco Latvijas iedzīvotāju veselības dzīvesstili

Pētījuma trešajā posmā tika analizēti 15–64 gadus veco Latvijas iedzīvotāju aptaujas dati. Analīzes mērķis bija iegūt priekšstatu par veselības dzīvesstilu izplatību viņu vidū, kā arī šo dzīvesstilu saistību ar dzīves kvalitāti ietekmējošiem faktoriem. Taču, pirms ķerties pie diskusijas par dzīvesstiliem, ir nepieciešams sniegt īsu izlases kopas raksturojumu.

Tika aptaujāti 999 respondenti, viņu vidū 52% bija sievietes, bet 48% – vīrieši. Atkarībā no vecuma respondenti sadalījās šādi (sk. 25. tabulu):

Tabula 25. 15–64 gadus veco Latvijas iedzīvotāju sadalījums pēc vecumstrukturās (%)

Respondentu vecums (gados)	(%)
15–24	22
25–34	19
35–44	19
45–54	22
55–64	18

Aptuveni puse (51%) respondentu dzīvo Rīgā un lielajās pilsētās, 21% dzīvo mazajās pilsētās, bet 28% – laukos. Ir precējušies un kopā ar dzīvesbiedru dzīvo 49%, nav precējušies un nekad nav bijuši precējušies 29% respondentu, šķīrušies – 13%, atraitņos dzīvo 6%, bet tādi, kas ir precējušies, taču dzīvo šķirti, bija 3 procenti. Pamatizglītību, nepabeigtu vidējo vai arī arodizglītību ir ieguvuši 24%, vidējo un vidējo profesionālo izglītību – 57%, savukārt augstāko un nepabeigtu augstāko izglītību ir ieguvuši 19% aptaujas dalībnieku.

Aplūkojot respondentu nodarbinātību, tika noskaidrots, ka 67% strādā algotu darbu vai arī ir uzņēmēji vai pašnodarbinātie, augstskolā vai skolā mācās 14%, no pensijas vai pabalsta iztiek 10%, bet 9% respondentu nav nodarbināti, un šajā pēdējā grupā ietilpst gan tie, kas nestrādā un darbu nemeklē, gan arī bezdarbnieki, kas saņem bezdarbnieka pabalstu, gan tādi, kas nodarbojas ar mājsaimniecību, gan arī visas citas nenodarbināto grupas. Ja iedzīvotāju ienākumi tiek salīdzināti ar iztikas minimuma patēriņa groza vērtību, kas pēc CSP datiem 2008. gada vidū sasniedza Ls 161 (CSP, 2009), tad mazāk par šo summu saņēma 37% aptaujāto. Atkarībā no personiskajiem ienākumiem respondenti sadalās šādi (sk. 26. tabulu):

Tabula 26. 15–64 gadus veco Latvijas iedzīvotāju sadalījums pēc ienākumu struktūras (%)

Personiskie ienākumi	(%)
Līdz Ls 100	20

Ls 101–200	30
Ls 201–300	21
Ls 301–400	16
Ls 401 un vairāk	13

Pievēršoties izlases kopas veselības praksēm, ir jāatzīmē, ka alkoholu pēdējā gada laikā ir lietojuši 85% aptaujāto, turklāt, 6% to ir darījuši riskanti bieži, proti, biežāk nekā trīs dienas nedēļā. Savukārt riskanti daudz (vairāk nekā piecas devas vienā iedzeršanas reizē) alkoholu lieto 27% respondentu. Smēķē 45% respondentu, turklāt, 91% no smēķētājiem to dara katru dienu, bet 9% uzsmēķē dažkārt (no dažām reizēm nedēļā līdz dažām reizēm gadā). Ikdienā smēķējošie smēķē daudz – vairāk nekā divas trešdaļas (78%) no viņiem izsmēķē desmit un vairāk cigarešu dienā. Narkotiku lietošanu no dažām reizēm līdz regulārai patērēšanai ir atzinuši 15% aptaujāto.

Pēdējā gada laikā pie ārsta bija griezušies 57% respondentu, un šo vizīšu biežums ir attēlots 27. tabulā.

Tabula 27. Biežums, ar kādu 15–64 gadus vecie Latvijas iedzīvotāji ir apmeklējuši medicīnas speciālistus pēdējo 12 mēnešu laikā (%)

Apmeklējumu skaits 12 mēnešos	(%)
1 reizi	20
2–3 reizes	46
4–5 reizes	21
6–12 reizes	10
Vairāk nekā 12 reizes	3

Ārstnieciskos preparātus pēdējās nedēļas laikā bija lietojuši 42% aptaujas dalībnieku. Visbiežāk lietoto medicīnisko preparātu veidi ir minēti 28. tabulā.

Tabula 28. Dažādu veidu medicīnisku preparātu lietošanas biežums 15–64 gadus vecu cilvēku vidū (%)

Preparātu veids	(%)
Pret galvassāpēm	55
Pret saaukstēšanos	47
Pret sāpēm (kas nav galvassāpes)	45
Vitamīni, minerālvielas	39
Pret augstu vai zemu asinsspiedienu	27
Nomierinoši līdzekļi	17
Kontraceptīvie līdzekļi	9
Pret paaugstinātu cukura līmeni	6
Pret augstu holesterīna līmeni	5

Visbiežāk medicīniskie preparāti ir lietoti, lai cīnītos ar galvassāpēm (55%). Nākamais biežākais preparātu veids ir medikamenti pret saaukstēšanos (47%) – to lietojumu var izskaidrot ar to, ka aptauja tika veikta gada pirmajos mēnešos, kad saaukstēšanās ir izplatīta parādība. Tiem seko pretsāpju līdzekļi (45%), vitamīni (39%), asinsspiedienu regulējoši preparāti (27%),

nomierinoši līdzekļi (17%). Vismazāk tikuši lietoti kontraceptīvie līdzekļi (9%), zāles pret paaugstinātu cukura un holesterīna līmeni.

Respondenti tika aptaujāti arī par to, kādas uz veselību orientētas darbības viņi ikdienā veic (sk. 29. tabulu).

Tabula 29. Uz veselību orientētas ikdienas darbības (%)

Uz veselību orientētas ikdienas darbības	(%)
Zāļu tējas	59
Profilaktiski izmeklējumi	40
Vakcinēšanās	35
Uztura bagātinātāji	17
Norūdišanās	16
Diēta	13
Ārstnieciskā vingrošana	10
Aromterapija	8

Zāļu tēju dzeršana (59%) izrādījās visizplatītākā veselības prakse. Tai seko profilaktiski veselības stāvokļa izmeklējumi (40%) un vakcinēšanās (35%). Daudz mazāk izplatīta ir uztura bagātinātāju lietošana (17%) un norūdišanās (16%), diēta (13%), ārstnieciskā vingrošana (10%) un aromterapija (8%).

Saistībā ar ēšanas paradumiem, respondenti tika lūgti novērtēt to, cik bieži viņi apsver izvēlētos pārtikas ietekmi uz veselību. Iegūtie dati parāda, ka vienmēr to apsver 8%, bieži – 29%, dažkārt – 36%, reti – 18%, bet nekad to neapsver 9 procenti. Tāpat tika jautāts par to, cik lielā mērā viņu izvēli ietekmē tādi faktori kā cena, garšas īpašības, ekoloģiskā tīrība un uzturvērtība (sk. 30. tabulu).

Tabula 30. Pārtikas izvēli ietekmējošie faktori (%)

Cik lielā mērā minētie faktori ietekmē uztura izvēli?	Ļoti daudz	Diezgan daudz	Vidēji	Nedaudz	Nemaz
Garšas īpašības	45	35	16	3	1
Cena	32	36	26	5	1
Ekoloģiskā tīrība	17	30	32	15	6
Uzturvērtība	12	19	34	16	19

Dati liecina, ka pārtiku Latvijas iedzīvotāji izvēlas, vadoties drīzāk pēc garšas un cenas, nevis pēc ekoloģiskās tīrības un uzturvērtības. Uz jautājumu, cik bieži respondenti izvērtē savu darbību ietekmi uz veselību, atbildi “vienmēr” atzīmēja 6%, “bieži” – 24%, “dažkārt” – 45%, “reti” – 18%, bet “nekad” – 7 procenti.

Tabula 31. Veselības dzīvesstila atbilstības priekšstatam par veselīgu dzīves veidu un rūpju par veselību pašvērtējums (%)

	Ļoti lielā mērā	Diezgan lielā mērā	Vidēji	Nelielā mērā	Nemaz
Cik lielā mērā jūsu dzīvesstils atbilst jūsu priekšstatam par veselīgu dzīves veidu?	4	32	53	9	2
Cik lielā mērā jūs rūpējaties par savu veselību?	6	28	52	12	2

Lielākā daļa (89%) respondentu savu dzīvesveidu uzskata par veselīgu vai vidēji veselīgu. Par nelielā mērā veselīgu savu dzīvesveidu uzskata salīdzinoši maz respondentu (9%), bet par pavisam neveselīgu – 2% respondentu. Tāpat arī lielākā daļa (86%) uzskata, ka rūpējas par savu veselību vai nu lielā mērā vai vidēji, un tikai 12% uzskata, ka rūpējas nelielā mērā, bet 2% domā, ka nerūpējas nemaz.

Veselības dzīvesstilu sadalījums izlases kopā ir šāds: vislielākais skaits pētījuma dalībnieku (25%) dzīvo veselībai kaitīgu dzīvesstilu, bet 21% – izrāda minimālas rūpes par veselību. Savukārt, veselību veicinošo dzīvesstilu praktizē 19% respondentu un tikpat daudz (19%) praktizē arī uz veselības saglabāšanu orientēto dzīvesstilu. Visbeidzot, 16% respondentu dzīvesstils ietver daļējas rūpes par veselību.

Tabulā atspoguļotas tikai statistiski nozīmīgās atšķirības ($p < 0,05$). Pirms aprēķinu veikšanas mainīgo vērtība tika dihotomizēta, līdz ar to tabulā redzamās vidējās aritmētiskās vērtības (klasteru centru koordinātas) vienlaikus ir interpretējamās arī kā konkrētās atbildes biežuma izteiksme procentos (sk. 32. tabulu).

Tabula 32. Veselības darbību izplatības biežums dzīvesstilu ietvaros (klasteru centru koordinātas)

<i>Veselības uzvedības veidi</i>	<i>Nerūpēšanās par veselību</i>	<i>Daļējas rūpes par veselību</i>	<i>Minimālas rūpes par veselību</i>	<i>Veselības veicināšana</i>	<i>Veselības saglabāšana</i>
Riskanta alkohola lietošana – no 3-4 reizēm nedēļā līdz katrai vai gandrīz katrai dienai	,13	,06	,02	,02	,04
Riskanta alkohola lietošana – vairāk par 5 devām vienā reizē (dienā)	,45	,29	,24	,16	,12
Smēķēšana – gan regulāri, gan neregulāri	1,00	1,00	,04	,14	,06
Smēķēšana – regulāra	,91	,89	,00	,05	,00
Smēķēšana – vairāk nekā 10 cigaretes (cigārus, pīpes)	,98	,95	,00	,08	,03
Narkotiku lietošana – no dažām reizēm līdz regulārai lietošanai	,16	,10	,04	,04	,02
Griezies pie ārsta pēc palīdzības pēdējā gada laikā	,21	,89	,50	,46	,96
Griezies pie ārsta pēc palīdzības pēdējā gada laikā – 2 un vairāk reizes	,11	,79	,36	,30	,81
Medikamentu lietošana pēdējo 7 dienu laikā – jā	,06	,73	,20	,31	1,00
pret augstu vai zemu asinsspiedienu	,00	,12	,03	,02	,41
pret augstu holesterīna līmeni	,00	,02	,00	,01	,07
pret paaugstinātu cukura līmeni	,00	,02	,00	,00	,10
pret galvassāpēm	,02	,39	,03	,11	,68
pret citām sāpēm	,00	,42	,03	,05	,52
pret saaukstēšanos	,03	,44	,06	,11	,43
nomierinošie līdzekļi	,00	,09	,02	,00	,26
vitamīni un minerālvielas	,02	,20	,02	,09	,52
kontraceptīvie līdzekļi	,00	,06	,00	,02	,10
Darbības veselības labā veic profilaktiskus izmeklējumus	,14	,50	,33	,41	,73
dzer zāļu tējas	,26	,84	,51	,64	,84
ievēro diētu	,02	,18	,06	,20	,24
lieto uztura bagātinātājus	,03	,17	,13	,28	,33
norūdās	,13	,16	,12	,34	,13
aromterapija	,03	,11	,04	,22	,10
ārstnieciskā vingrošana	,03	,06	,07	,23	,17
vakcinēšanās	,23	,35	,34	,36	,53
Pārtikas izvēle atkarībā no ietekmes uz veselību no dažkārt līdz vienmēr	,46	,64	,65	,81	,75
No vidēji līdz ļoti daudz uztura izvēli ietekmē garša	,88	,97	,96	,99	,98
ekoloģiskā tīrība	,65	,76	,79	,90	,84
uzturvērtība	,52	,62	,57	,84	,72
Raksturīgākās brīvā laika nodarbes lasīšana, TV skatīšanās u.c. sēdoša brīva laika pavadīšana	,74	,67	,96	,00	,85
pastaigas, braukšana ar divriteni u.c. vieglas fiziskas aktivitātes	,15	,24	,00	,80	,10
lēns skrējieni u.c. fiziskās kultūras veidi vai smagi dārza darbi	,07	,06	,01	,14	,04
smagi fiziskie treniņi un sacensības	,04	,00	,02	,06	,00
Fiziski vingrojumi brīvajā laikā – biežums no vienas reizes nedēļā līdz katrai dienai	,26	,50	,29	,67	,29

(1) *Nerūpēšanās par veselību.* Šī dzīvesstila pārstāvjiem ir visvairāk izteikti kaitīgi ieradumi, tādēļ šo dzīvesstilu nosacīti varētu dēvēt par veselībai kaitējošu. Alkoholu pēdējā gada laikā ir lietojuši 95 %, turklāt 13 % no viņiem to darījuši riskanti bieži, proti, biežāk nekā trīs reizes nedēļā. Savukārt 45 % no šā dzīvesstila pārstāvjiem atzīst, ka katrā alkohola lietošanas reizē ir dzēruši riskanti daudz, proti, vairāk nekā piecas devas. Visi šā dzīvesstila pārstāvji smēķē (turklāt 91 % ir regulāri smēķētāji) un dara to daudz – 98 % vienā dienā mēdz izsmēķēt desmit un vairāk cigarešu (cigāru, pīpju). Narkotiku lietošanu no dažām reizēm līdz regulārai lietošanai apstiprināja 16 % respondentu.

Šā dzīvesstila pārstāvji retāk veic kādu no veselības aprūpes darbībām. Pie ārsta pēc palīdzības pēdējā gada laikā ir griezies 21 %, bet 11 % ir griezušies pie ārsta divas un vairāk reizes. Lielākā daļa (94 %) pēdējās nedēļas laikā netika lietojusi nekādus medikamentus, bet no tie, kas to ir darījuši 3 % lietojuši zāles pret saaukstēšanos, bet 2 % vai nu pret galvassāpēm, vai arī vitamīnus un minerālvielas.

Ikdienā savas veselības labā šīs grupas pārstāvji dara diezgan maz. Profilaktiskus izmeklējumus ir veikuši tikai 14 procenti. Katrs ceturtais (26 %) dzer zāļu tējas, 23 % ir vakcinējušies pret infekcijas slimībām, 13 % norūdās, 3 % lieto uztura bagātinātājus, vai arī nodarbojas ar aromaterapiju vai ārstniecisko vingrošanu, bet 2 % – ievēro diētu. Izvēloties pārtiku, tās ietekmi uz veselību apsver mazāk nekā puse (46 %). Vairums (88 %) atzīst, ka šo izvēli nosaka garša, 67 % min ekoloģisko tīrību, bet 49 % – uzturvērtību.

Par raksturīgāko sava brīvā laika pavadīšanas veidu 74 % aptaujāto atzīst sēdošas darbības – TV skatīšanos vai lasīšanu, 15 % par tādu nosauca pastaigas, braukšanu ar divriteni vai citas vieglas fiziskās nodarbības, 7 % minēja lēnu skrējieni un citus fiziskās kultūras veidus vai arī smagus dārza darbus, kā arī 4 % par savu raksturīgāko brīvā laika aktivitāti nosauca smagus fiziskos treniņus vismaz vienu reizi nedēļā. Ar fiziskiem vingrojumiem (vismaz 30 minūšu garumā līdz vieglam elpas trūkumam vai svīšanai) no vienas reizes nedēļā līdz katrai dienai nodarbojas 26 procenti.

(2) *Daļējas rūpes par savu veselību.* Šis ir pretrunīgs veselības dzīvesstils, kam raksturīgi spēcīgi izteikti kaitīgi ieradumi, kuri pastāv blakus relatīvi spēcīgi izteiktām veselības aprūpes un veselību veicinošām darbībām. Tas ir raksturīgs cilvēkiem ar akūtām veselības problēmām un ir saistīts ar nepieciešamību lietot medikamentus un apmeklēt medicīnas speciālistus. Alkoholu pēdējā gada laikā ir lietojuši 91 % šīs grupas respondentu, biežāk nekā trīs reizes nedēļā to darījuši 6 procenti. Vairāk nekā piecas devas katrā alkohola lietošanas reizē izdzēruši 29 procenti. Arī visi šā dzīvesstila pārstāvji smēķē (89 % to dara regulāri), un 97 % dienā mēdz izsmēķēt desmit un

vairāk cigarešu (cigāru, pīpju). Narkotiku lietošanu no dažām reizēm līdz regulārai lietošanai apstiprināja 10 % respondentu.

Pie ārsta pēdējā gada laikā griezušies 89 % šā dzīvesstila pārstāvju, turklāt 79 % to darījuši divas un vairāk reizes. Medikamentus lietojuši 73 %, visbiežāk pret saaukstēšanos (44 %), pret sāpēm, kas nav galvassāpes (42%), konkrēti pret galvassāpēm (39 %), vitamīnus un minerālvielas (20 %), zāles pret augstu vai zemu asinsspiedienu (12 %), nomierinošos līdzekļus (9 %), savukārt, 6 procenti lietojuši kontraceptīvus. Savas veselības labā šī dzīvesstila pārstāvji visbiežāk veic šādas darbības: 84 % dzer zāļu tējas, 50 % veic profilaktiskus izmeklējumus, 35 % ir vakcinējušies pret kādu slimību, 18 % ievēro diētu, bet 17 % lieto uztura bagātinātājus, 16 % norūdās, 11 % lieto aromaterapijas līdzekļus, bet 6 procenti nodarbojas ar ārstniecisko vingrošanu. Izvēloties pārtiku, lielākā daļa (64 %) vadās pēc tās ietekmes uz veselību. Absolūtais vairākums (97 %) atzīst, ka šo izvēli nosaka garša, 76 % par būtisku atzīst ekoloģisko tīrību, bet 62 % – uzturvērtību.

Brīvo laiku 67 % aptaujāto pavada sēdus, skatoties TV vai lasot, bet 24 % labprātāk dodas pastaigās, brauc ar divriteni vai veic citas vieglas fiziskās darbības, 6 % minēja lēnu skrējieni un citus fiziskās kultūras veidus, kā arī smagus dārza darbus. Nevienš no šī dzīvesstila pārstāvjiem par savu raksturīgāko brīvā laika aktivitāti nenosauca smagus fiziskos treniņus vismaz vienu reizi nedēļā. Taču puse (50 %) minēja, ka vienu un vairāk reizes nedēļā nodarbojas ar fiziskiem vingrojumiem vismaz 30 minūšu garumā līdz vieglam elpas trūkumam vai svīšanai.

(3) *Minimālas rūpes par veselību.* Šā veselības dzīvesstila pārstāvjus raksturo pasivitāte savas veselības sakarā, viņiem ir salīdzinoši maz izteikti kaitīgo ieradumu kombinācijā ar tikpat vāji izteiktu veselības aprūpi un veselību veicinošu darbību veikšanu. Alkohollietošanu pēdējā gada laikā ir lietojuši 80% no visiem šīs grupas pārstāvjiem, 2 % to dara biežāk nekā 3 reizes nedēļā, bet 24% vienā reizē izdzer vairāk nekā rekomendētās piecas devas. Tikai 4 % šīs grupas pārstāvju atzina, ka smēķē, bet regulāri to nedara neviens. Tāpat arī neviens no viņiem neizmēķē vairāk kā desmit cigarešu (cigāru, pīpju) dienā. Savukārt 4 % atzina narkotiku lietošanu no dažām reizēm līdz regulārai lietošanai.

Pēdējā gada laikā pie ārsta griezušies 50 % šā dzīvesstila pārstāvju, turklāt 36 % to darījuši divas un vairāk reizes. Medikamentu lietošanu pēdējās nedēļas laikā apstiprina 20 %, visbiežāk tie lietoti pret saaukstēšanos (6 %), pret galvassāpēm vai citām sāpēm vai arī pret augstu/zemu asinsspiedienu (3 %), kā arī nomierinošos līdzekļus vai arī vitamīnus un minerālvielas (2 %). Ikdienā par savu veselību 51 % rūpējas, dzerot zāļu tējas, 34 % ir vakcinējušies, 33 % veikuši profilaktiskus izmeklējumus, 7 % nodarbojas ar ārstniecisku vingrošanu, 13 % lieto uztura bagātinātājus, 12 % norūdās, 7 % nodarbojas ar ārstniecisko vingrošanu, 6 % ievēro diētu, bet 4 %

izmanto aromterapiju. Divas trešdaļas (65 %) šīs grupas pārstāvju atzinuši, ka pārtikas izvēlē vadās pēc tās ietekmes uz veselību. Vairākums (96 %) atzīst, ka šo izvēli nosaka garša, četri no pieciem (79 %) par būtisku atzīst ekoloģisko tīrību, un nedaudz vairāk, kā puse (57 %) ņem vērā uzturvērtību.

Par raksturīgāko sava brīvā laika pavadīšanas veidu 96 % aptaujāto atzīst sēdošas darbības, un neviens no viņiem nenorādīja pastaigas, braukšanu ar divriteni vai citas vieglas fiziskās nodarbības. Tai pat laikā, 1% minēja lēnu skrējieni un citus fiziskās kultūras veidus, kā arī smagus dārza darbus. Nedaudzi, proti, 2%, par savu raksturīgāko brīvā laika aktivitāti nosauca smagus fiziskos treniņus vismaz vienu reizi nedēļā. Savukārt 29 % minēja, ka nodarbojas ar vismaz pusstundu ilgiem fiziskiem vingrojumiem no vienas reizes nedēļā līdz katrai dienai.

(4) *Veselību veicinošs dzīvesstils*. Šis dzīvesstils atbilst cilvēkiem ar labu veselību, kuri regulāri nodarbojas ar sportu, kuriem ir vismazāk izteikti kaitīgi ieradumi, tomēr tie ir klātesoši; viņiem raksturīga drīzāk izvairīšanās no slimības un mazāks citu veselības aprūpes darbību apjoms, apdomīgāka pārtikas izvēle un lielāks uzsvars uz veselību veicinošām darbībām. Alkoholu pēdējā gada laikā lietojuši 74%, bet tikai 2 % to dara trīs reizes nedēļā un biežāk, savukārt 16 % minēja, ka vienā dzeršanas reizē izlieto vairāk par piecām devām. Regulāri smēķē 5 %, bet neregulāri – 14 procenti. Desmit un vairāk cigarešu (cigāru, pīpju) dienā izsmēķē 8 % no visiem šīs grupas pārstāvjiem. Narkotikas no dažkārt līdz pat regulāri lieto 4 procenti.

Pie ārsta pēc palīdzības pēdējā gada laikā griezušies 46 % šā dzīvesstila pārstāvju, 30 % to darījuši divas un vairāk reizes. Medikamentus lietojusi tikai aptuveni trešdaļa (31 %) šīs grupas respondentu, visbiežāk pret saaukstēšanos vai galvassāpēm (11 %). Savukārt, 9% ir dzēruši vitamīnus un minerālvielas, 5 % ir lietojuši medikamentus pret galvassāpēm, 2 % ir lietojuši kontraceptīvus un zāles asinsspiediena regulācijai, bet 1 % – pret augstu holesterīna līmeni.

Savas veselības labā šā dzīvesstila pārstāvji visbiežāk veic šādas darbības: 64 % dzer zāļu tējas, 41 % veic profilaktiskus izmeklējumus, 36 % ir vakcinējušies pret kādu slimību, 34 % norūdās, 28 % lieto uztura bagātinātājus, 23 % nodarbojas ar ārstniecisko vingrošanu, 22 % izmanto aromaterapiju, bet 20 % ievēro diētu. Izvēloties pārtiku, četras piektdaļas (81 %) vadās pēc tās ietekmes uz veselību. Vairākums (99 %) atzīst, ka šo izvēli nosaka garša. Ekoloģisko tīrību par būtisku atzīst 90 %, bet uzturvērtību – 84 % šī dzīvesstila piekritēju.

Brīvo laiku sēdus nepavada neviens no šī dzīvesstila pārstāvjiem. Tā vietā 80 % dodas pastaigās, brauc ar divriteni vai veic citas vieglas fiziskās nodarbības, 14 % izvēlas lēnu skrējieni, citus fiziskās kultūras veidus vai arī smagus dārza darbus. Savukārt 6 % par savu raksturīgāko brīvā laika aktivitāti nosauca smagus fiziskos treniņus vismaz vienu reizi nedēļā. Divas trešdaļas

(67 %) minēja, ka vienu un vairāk reizes nedēļā nodarbojas ar fiziskiem vingrojumiem vismaz 30 minūšu garumā līdz vieglam elpas trūkumam vai svīšanai.

(5) *Veselību saglabājošs dzīvesstils.* Arī šai respondentu grupai kaitīgi ieradumi raksturīgi vismazāk, un salīdzinoši nedaudz ir veselību veicinošu darbību. Šis veselības dzīvesstils atbilst cilvēkiem ar vērā ņemamām veselības problēmām, tādēļ viņu uzvedībā galvenais akcents tiek likts uz veselības aprūpi. Alkoholu pēdējā gada laikā ir lietojuši 79 %, no kuriem 4 % to dara trīs reizes nedēļā un biežāk, savukārt 12 % norādīja, ka vienā reizē izdzer piecas un vairāk devas. Regulāru smēķētāju šajā grupā nav, bet neregulārie veido 6 % no visiem šā dzīvesstila pārstāvjiem, visi smēķētāji izsmēķē mazāk par desmit cigaretēm (cigāriem, pīpēm) dienā. Narkotiku lietošanu no dažām reizēm līdz regulārai lietošanai apstiprina 3 % respondentu.

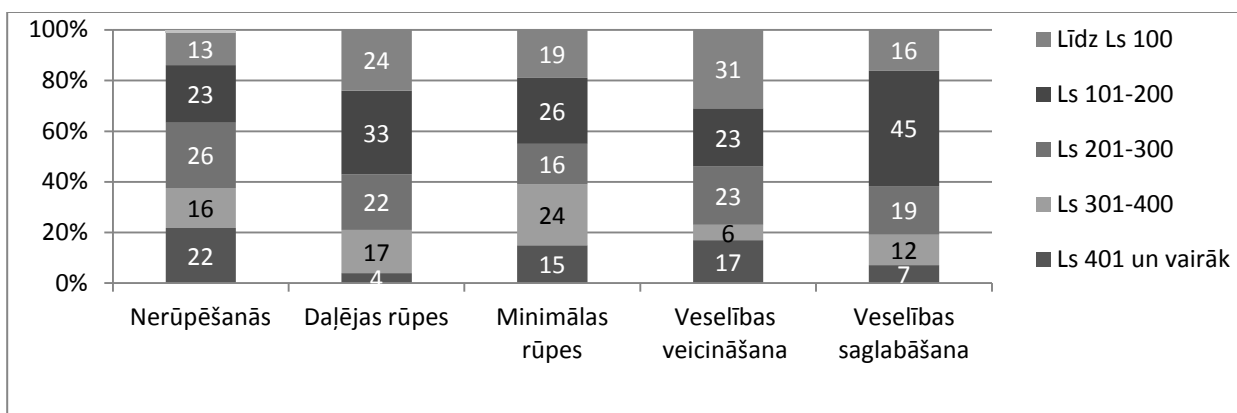
Pie ārsta pēc palīdzības pēdējā gada laikā ir griezušies gandrīz visi (96 %), bet četras piektdaļas (81 %) griezušās pie ārsta divas un vairāk reizes. Pilnīgi visi respondenti (100%) pēdējās nedēļas laikā ir lietojuši medikamentus, 68 % to darījuši, lai cīnītos pret galvassāpēm, 52% cīnījušies ar citām sāpēm, 51 % lietojuši vitamīnus un minerālvielas, 43 % ārstējušies no saaukstēšanās, 41 % lietojuši zāles pret augstu vai zemu asinsspiedienu, 26 % lietojuši nomierinošos līdzekļus, bet 10 % – kontraceptīvos medikamentus vai medikamentus pret paaugstinātu cukura līmeni, savukārt 7 % – pret paaugstinātu holesterīna līmeni.

Ikdienā savas veselības labā šīs grupas pārstāvji dara daudz. Profilaktiskus izmeklējumus veic vairāk nekā divas trešdaļas (73 %) respondentu, 84 % dzer zāļu tējas, 53 % ir vakcinējušies pret kādu slimību, 33 % lieto uztura bagātinātājus, 24 % ievēro diētu, 17 % nodarbojas ar ārstniecisko vingrošanu, 13 % norūdās, 10% izmanto aromterapiju. Izvēloties pārtiku, tās ietekmi uz veselību apdomā 75 %, vairākums (98 %) atzīst, ka izvēli nosaka garša, 84 % – ekoloģisko tīrību, bet 72 % – uzturvērtību.

Par raksturīgāko sava brīvā laika pavadīšanas veidu 85 % aptaujāto atzīst sēdošas nodarbes, 10 % dodas pastaigās, brauc ar divriteni vai veic citas vieglas fiziskās darbības, 4 % minējuši lēnu skrējieni, citus fiziskās kultūras veidus vai arī smagus dārza darbus. Pavisam maz, proti, bet neviens par savu raksturīgāko brīvā laika aktivitāti nenosauca smagus fiziskos treniņus vismaz vienu reizi nedēļā. Savukārt 29 % minēja, ka nodarbojas ar vismaz pusstundu ilgiem fiziskiem vingrojumiem no vienas reizes nedēļā līdz katrai dienai.

Turpmākajā izklāstā tiks aplūkota veselības dzīvesstilu saistība ar strukturālajiem jeb dzīves kvalitāti ietekmējošiem faktoriem – personisko ienākumu līmeni, dzimumu, nodarbinātību, veselības stāvokli, vecumu, izglītību, dzīves vietu un dzīves kvalitātes pašnovērtējumu.

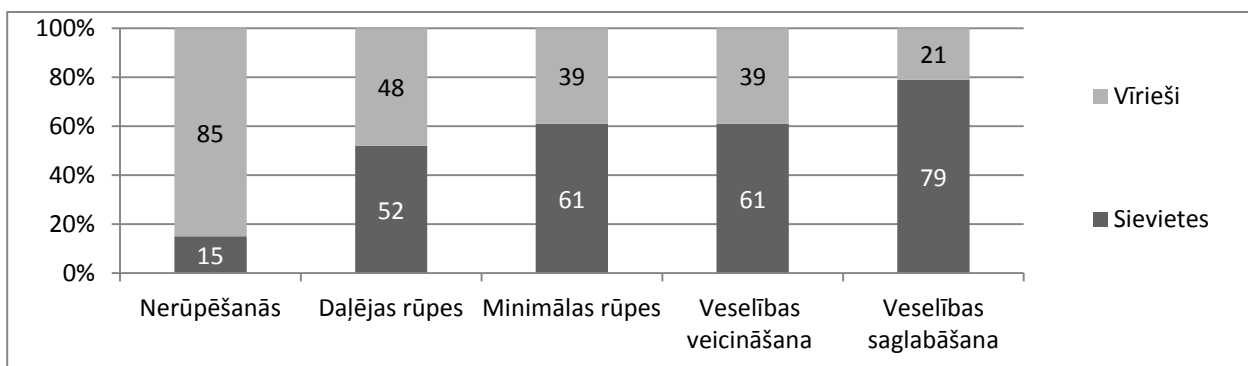
Pirmais no šiem faktoriem ir **personisko ienākumu līmenis** (sk. 24. attēlu).



Attēls 24. Veselības dzīvesstili atkarībā no ienākumiem (%)

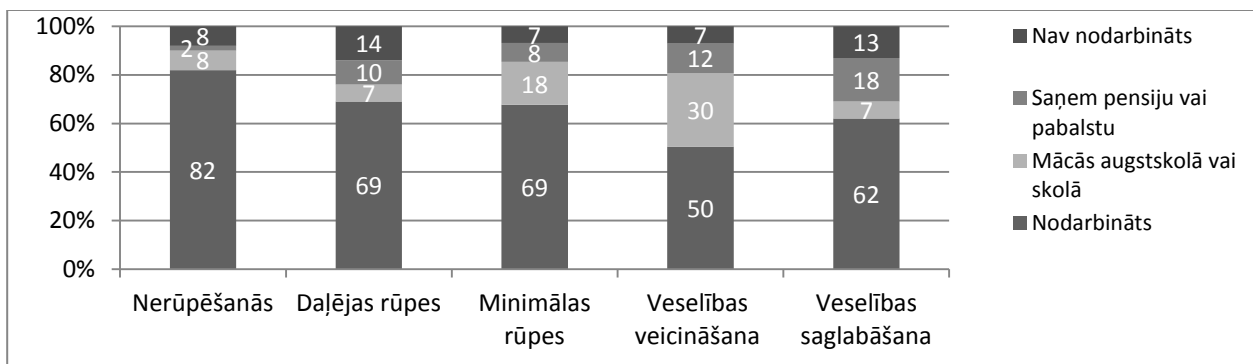
Dati apstiprināja, ka pastāv statistiski nozīmīga saistība starp ienākumiem un veselības dzīvesstilu (Sig. = 0,000). Summējot respondentu skaitu pēc ienākumiem robežās līdz Ls 300, ir redzams, ka Latvijas iedzīvotāji ar šādiem ienākumiem ir vairāk tendēti izvēlēties veselību saglabājošu dzīvesstilu (81 %). Starp tiem, kas daļēji rūpējas par veselību, šādus ienākumus gūst 79 %. No tiem, kuri izvēlas veselību veicinošu dzīvesstilu, indivīdi ar ienākumiem līdz Ls 300 veido 77 %. Ievērojami mazāk indivīdu cilvēku ar šādiem ienākumiem (62%) ir starp tiem, kuri nerūpējas par savu veselību. Vismazākais skaits (61 %) šādi situētu ļaužu ir starp tiem, kas minimāli rūpējas par savu veselību.

Atšķirības parādās arī tad, ja veselības dzīvesstili tiek aplūkoti saistībā ar respondenta **dzimumu** (sk. 25. attēlu).



Attēls 25. Veselības dzīvesstili atkarībā no dzimuma (%)

Lielākā daļa no tiem, kas nerūpējas par veselību vai arī dara to minimāli, ir vīrieši (85 %), un tas ir likumsakarīgi, ņemot vērā kaitīgo paradumu izplatības rādītājus, kur viņi pārliecinoši dominē. Savukārt lielākā daļa veselību saglabājoša dzīvesstila pārstāvju ir sievietes (79 %). Viņas veido vairākumu no tiem (61 %), kas izvēlējušies vai nu veselību veicinošu dzīvesstilu, vai arī minimālas rūpes par veselību. Starp tiem, kas par veselību rūpējas daļēji, sieviešu ir mazliet vairāk – attiecīgi 52 % un 48 procenti.

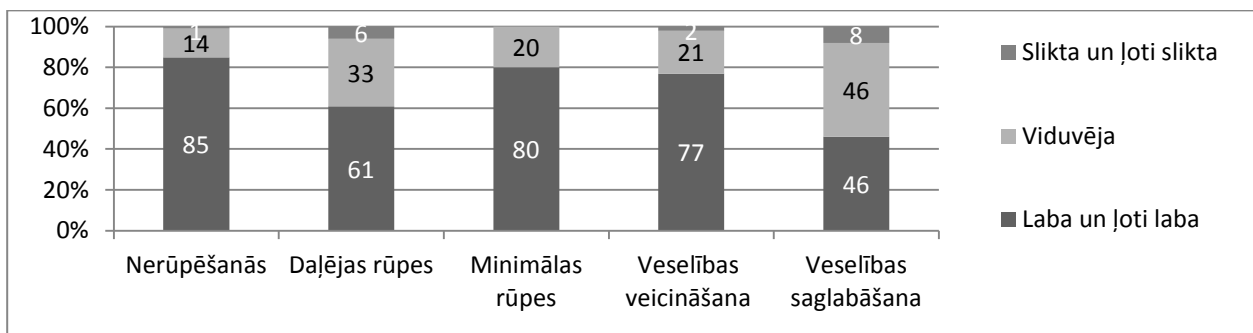


Attēls 26. Veselības dzīvesstili atkarībā no nodarbošanās (%)

Aplūkojot veselības dzīvesstilu saistībā ar respondentu **nodarbošanos** (sk. 26. attēlu), var konstatēt, ka 82 % no tiem, kas nerūpējas par savu veselību, strādā algotu darbu, 8 % no šā dzīvesstila pārstāvjiem mācās skolā vai augstskolā, 8 % nav nodarbināti, bet 2 % ir pensionāri, darba nespējīgie vai invalīdi. Daļējas rūpes par veselību izrāda 69 % strādājošo un 14 % nenodarbināto, kā arī 7 % skolēnu un studentu, un 10 % pensionāru, darba nespējīgo vai invalīdu. No tiem, kas rūpējas par veselību minimāli, strādājošie ir 69 %, 18 % ir studenti vai skolēni, 8% iztiek no valsts piešķirta pabalsta vai pensijas, bet 7 procenti nav nodarbināti.

Strādājošie veido tieši pusi (50 %) no veselību veicinoša dzīvesstila piekritējiem, katrs trešais (30 %) no viņiem mācās, 12 % saņem pensiju vai valsts pabalstu, bet 7 % nav nodarbināti. Starp veselību saglabājoša dzīvesstila pārstāvjiem visvairāk ir strādājošo (62 %), kuriem seko vislielākā pensionāru, darba nespējīgo vai invalīdu proporcija (18 %) – tas ir likumsakarīgi saistīts ar citiem šo grupu raksturojošiem parametriem (veselības stāvoklis, vecums, utt.).

Pastāv statistiski nozīmīga saistība (Sig. = 0,000) starp veselības dzīvesstilu un **veselības stāvokli** (sk. 27. attēlu).

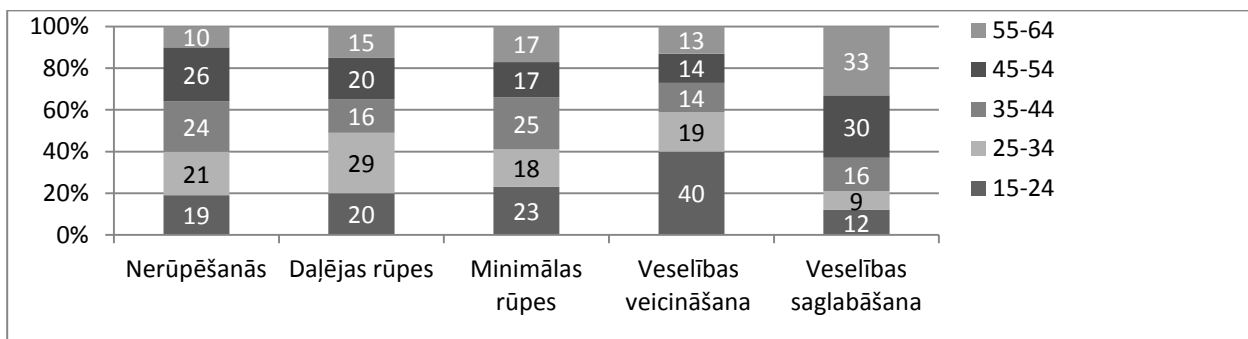


Attēls 27. Veselības dzīvesstili atkarībā no veselības pašnovērtējuma (%)

Dati parāda, ka 85 % no tiem, kas nerūpējas par veselību, uzskata to par labu, ļoti labu vai lielisku, bet 14% par viduvēju. No tiem, kas par veselību rūpējas minimāli, laba, ļoti laba vai lieliska veselība ir 80 %, viduvēja – 20 %, bet slikta nav nevienam. Tas apstiprina tēzi par to, ka tad, ja veselības stāvoklis ir labs, tad tā tiek uztverta kā resurss, kuru iespējams tērēt citiem

mērķiem un par to nav speciāli jā rūpējas. Vienlaikus labs veselības stāvoklis var kalpot par stimulu veselību uzlabojoša dzīvesstila izvēlei – vairāk, kā divas trešdaļas (77 %) cilvēku ar labu, ļoti labu vai lielisku veselību ir starp veselību veicinoša dzīvesstila piekritējiem. Ievērojami mazāk cilvēku ar labu veselību ir starp tiem, kuri par to rūpējas daļēji – 62 %, bet vismazāk starp tiem, kuri praktizē veselību saglabājošo dzīvesstilu.

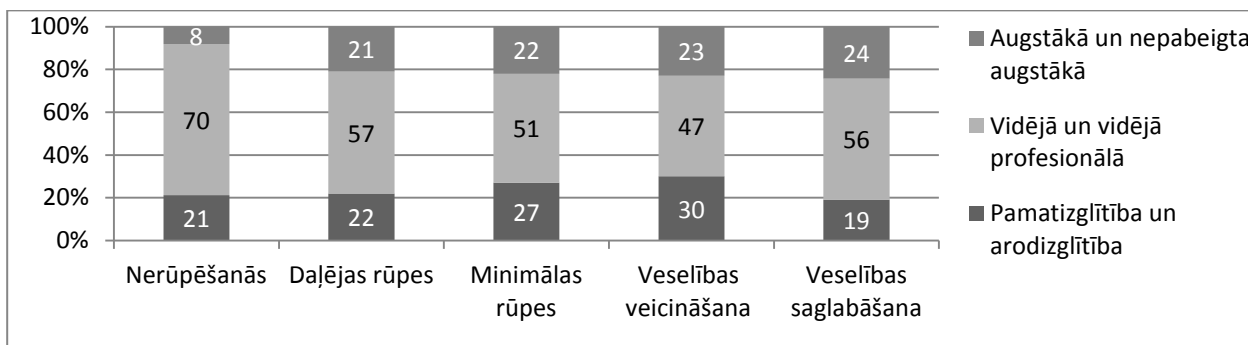
Statistiski nozīmīga (Sig. = 0,000) ir arī saistība starp veselības uzvedību un **vecumu** (sk. 28. attēlu).



Attēls 28. Veselības dzīvesstili atkarībā no vecuma (%)

Pieaugot respondentu vecumam, arvien mazāk izplatīts kļūst veselību veicinošs dzīvesstils – no 40 % jaunākajā vecuma grupā tas samazinās līdz 13% vecākajā grupā. Vienlaikus, arvien lielāku izplatību gūst uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils – 15–24 gadus veco grupā to praktizē 12 %, bet 55–64 gadus veco grupā – jau 33 procenti. Lielākā daļa no tiem, kas par veselību rūpējas minimāli un daļēji, ir vecumā līdz 44 gadiem – attiecīgi 66 un 65 procenti. Savukārt visvairāk to, kas nerūpējas par veselību, ir starp 35–54 gadus veciem (50%) indivīdiem, taču, sasniedzot 55 gadu sliekšni, šā dzīvesveida izplatība samazinās (10 %). Šādi rezultāti atbilst priekšstatam par to, ka novecošana ir saistīta ar pakāpenisku veselības stāvokļa pasliktināšanos, kas savukārt liek indivīdiem, kuri iepriekš ir praktizējuši veselībai kaitīgu dzīvesstilu, pievērsties veselību saglabājošam dzīvesstilam.

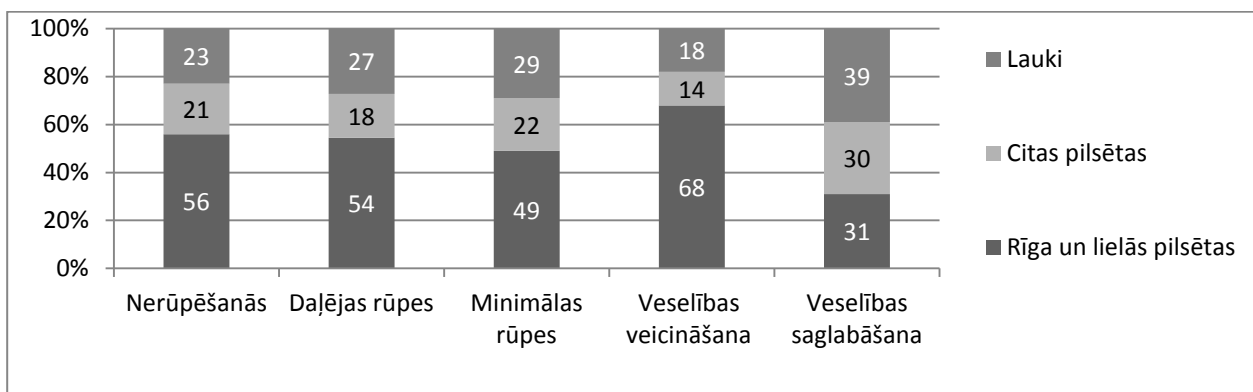
Tāpat pastāv saistība starp veselības dzīvesstiliem un aptaujāto **izglītības līmeni** (sk. 29. attēlu).



Attēls 29. Veselības dzīvesstili atkarībā no izglītības (%)

Starp tiem, kas nerūpējas par veselību, ir vismazākais īpatsvars indivīdu ar augstāko un nepabeigtu augstāko izglītību (8 %) un vislielākais īpatsvars indivīdu ar vidējo un vidējo profesionālo izglītību (70 %). Savukārt vislielākais īpatsvars indivīdu ar augstāko vai nepabeigtu augstāko izglītību ir starp tiem, kuri praktizē veselību veicinošu un veselību saglabājošu dzīvesstilu – attiecīgi 23 % un 24 %. Vismazākais vidējās izglītības (47 %) un lielākais pamatzglītības ieguvēju īpatsvars (30 %), ir starp tiem, kuri praktizē veselību veicinošu dzīvesveidu, ko var izskaidrot ar to, ka starp šī dzīvesstila pārstāvjiem ir visvairāk gados jaunu respondentu, ko var skaidrot ar to, ka starp viņiem ir daudz gados jaunu cilvēku, kuri vēl atrodas augstākās izglītības iegūšanas procesā. Kopumā var teikt, ka dati apstiprina tēzi par to, ka indivīdiem ar augstāku izglītību ir tendence vairāk rūpēties par savu veselību.

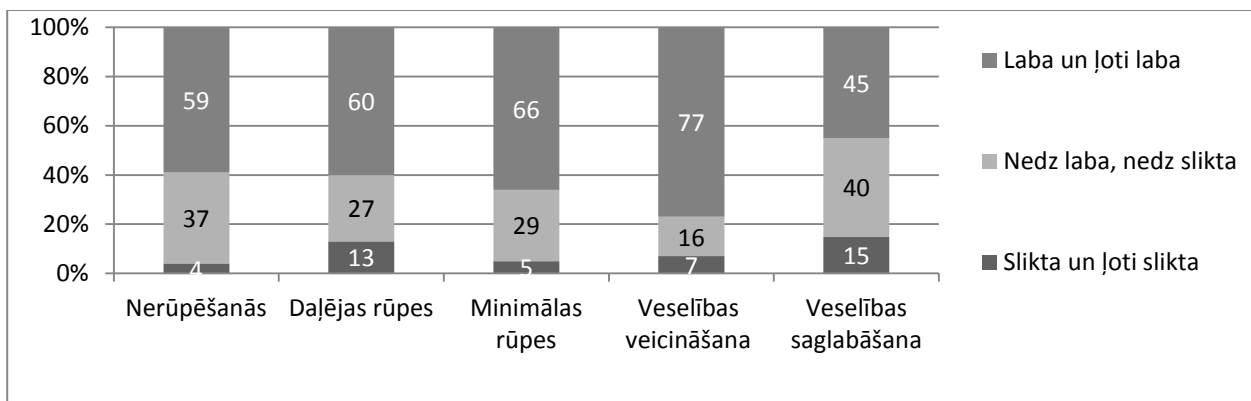
Veselības dzīvesstili ir statistiski nozīmīgā veidā (Sig. = 0,000) saistīti ar respondentu **dzīves vietu** (sk. 30 attēlu).



Attēls 30. Veselības dzīvesstili atkarībā no dzīves vietas (%)

Vairāk, kā puse (56 %) indivīdu, kas nerūpējas par savu veselību, dzīvo Rīgā un citās lielajās pilsētās. Arī no tiem, kas par savu veselību rūpējas minimāli, puse (49 %) dzīvo Rīgā un citās pilsētās, bet otra puse – laukos un citās pilsētās. Vairāk par pusi, no tiem, kas daļēji rūpējas par veselību (54 %), dzīvo Rīgā un citās pilsētās. Divas trešdaļas no veselību veicinoša dzīvesstila piekritējiem (68 %) dzīvo Rīgā un citās lielajās pilsētās, 14% dzīvo citās pilsētās, bet 18 % – laukos. Savukārt, 39 % uz veselības saglabāšanu orientētā dzīvesstila pārstāvju dzīvo laukos, 31 % – Rīgā un lielajās pilsētās, bet citās pilsētās – 30 procenti.

Vēl viena nozīmīga saistība pastāv starp veselības dzīvesstiliem un **dzīves kvalitātes pašnovērtējumu** (sk 31. attēlu).



Attēls 31. Veselības dzīvesstili atkarībā no dzīves kvalitātes pašnovērtējuma (%)

Vismazāk (4 %) neapmierināto ar savu dzīves kvalitāti ir starp tiem, kuri nerūpējas par savu veselību, bet visvairāk (15 %) ir starp tiem, kuri praktizē uz veselības saglabāšanu orientētu dzīvesveidu. Visvairāk (77 %) to, kuru dzīves kvalitāte ir laba un ļoti laba ir starp veselību veicinoša dzīvesstila pārstāvjiem, bet vismazāk (45 %) – starp tiem, kas cenšas veselību saglabāt.

Apkopojot piecu dzīvesstilu pārstāvju tipiskākās pazīmes, var teikt, ka no tiem, kas nerūpējas par veselību, lielākā daļa ir vīrieši vecuma grupā no 15 līdz 54 gadiem, kuri ir nodarbināti un ir ieguvuši vidējo izglītību. Viņiem ir laba veselība, viņi dzīvo Rīgā un citās pilsētās un savu dzīves kvalitāti lielākā daļa vērtē kā labu un ļoti labu, taču vairāk nekā trešdaļa (37 %) – kā viduvēju.

Daļējas rūpes par veselību ir gandrīz vienādā mērā raksturīgas abiem dzimumiem. Šā dzīvesstila pārstāvji lielākoties ir vecumā līdz 34 gadiem vai arī vecuma grupā no 45 līdz 54 gadiem. Vairums ir ieguvuši vidējo izglītību un strādā. Trešdaļai veselība ir viduvēja, bet divām trešdaļām – laba. Vairāk, kā puse dzīvo Rīgā un citās lielajās pilsētās, un savu dzīves kvalitāti uzskata vai nu par labu un ļoti labu (60%) vai arī par viduvēju (27%).

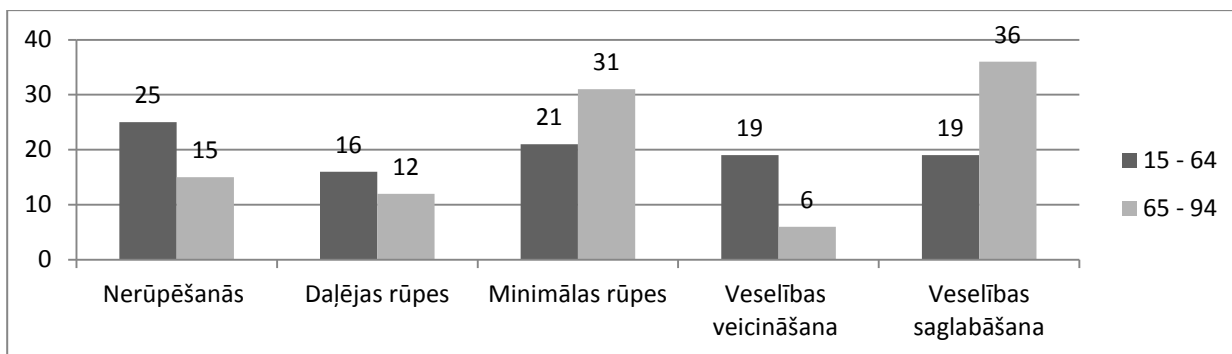
Minimālas rūpes par veselību ir nedaudz vairāk raksturīgas sievietēm (61%), nevis vīriešiem. Šā dzīvesstila pārstāvji lielākoties ir vecumā līdz 45 gadiem, pārsvarā strādā (69%) vai arī mācās, bet veselība viņiem pārsvarā ir laba un ļoti laba (80%). Viņi pārsvarā vai nu lielajās pilsētās vai laukos un dzīves kvalitāti novērtē vai nu kā labu un ļoti labu (66%) vai arī kā nedz labu, nedz sliktu (29%).

Arī veselību veicinošs dzīvesstils ir vairāk raksturīgs sievietēm (61 %) vecumā līdz 35 gadiem, kuras vai nu strādā (50 %) vai mācās skolā vai augstskolā (30 %), kurām ir ļoti laba veselība, kuras pārsvarā dzīvo Rīgā un citās lielajās pilsētās un savu dzīves kvalitāti vērtē kā labu un ļoti labu (77 %).

Veselību saglabājošu dzīvesstilu pārstāv sievietes (79 %) vecumā pēc 45 gadiem, kuras vai nu strādā (62 %) vai saņem pensiju vecuma vai darba nespējas dēļ (18 %), viņām lielākoties viduvējs (46 %) un slikts (8 %) veselības stāvoklis. Starp šā dzīvesstila pārstāvjiem ir vislielākā proporcija cilvēku ar augstāko izglītību (24 %), taču vairākums (56 %) ir ieguvis vidējo izglītību. Nedaudz vairāk šī dzīvesstila pārstāvju dzīvo vai nu laukos (39 %) vai arī Rīgā un citās lielajās pilsētās (31 %). Savu dzīves kvalitāti aptuveni puse (45 %) vērtē kā labu un ļoti labu, vairāk nekā trešdaļa (40 %) – kā neitrālu, bet katrs sestais (15 %) respondents – kā sliktu vai ļoti sliktu.

Dzīvesstilu izplatības salīdzinājums vecuma grupās

Starp 15–64 un 65–94 gadus veco iedzīvotāju grupām pastāv ievērojamas atšķirības dzīvesstilu izplatības ziņā (sk. 32. attēlu).



Attēls 32. Veselības dzīvesstilu izplatība 15–64 un 65–94 gadus veco iedzīvotāju grupās (%)

Attēlā redzams, ka vecāku cilvēku vidū kļūst mazāk to indivīdu, kas nerūpējas par savu veselību un turpina praktizēt kaitīgos ieradumus, – viņu skaits samazinās no 25 % uz 15 procentiem. Taču mazāk kļūst arī to indivīdu, kuri cenšas uzturēt veselību veicinošu dzīvesstilu – šā dzīvesstila pārstāvju skaits samazinās no 19 % uz 6 procentiem. Tāpat mazliet samazinās (no 16 % līdz 12 %) to respondentu īpatsvars, kas par veselību rūpējas daļēji. No 21 % līdz 31 % pieaug to respondentu skaits, kuri par veselību rūpējas minimāli. Visbūtiskāk, proti, no 19 % līdz 36 %, palielinās veselību saglabājoša dzīvesstila pārstāvju īpatsvars.

Dati apstiprina veselības dzīvesstila teorijas tēzi par to, ka “cilvēki, pakāpeniski novecojot, sāk arvien vairāk rūpēties par savu veselību – viņi uzmanīgāk izvēlas ēdienu, dzīvo mierīgāk un vairāk atpūšas, kā arī vai nu samazina vai arī pavisam atsakās no alkohola lietošanas un smēķēšanas” (Cockerham, 2005: 58). Iegūtie dati rāda, ka minētās likumsakarības ir attiecināmas arī uz Latvijas iedzīvotājiem (sk. 33. tabulu).

Tabula 33. Veselības prakšu izplatības salīdzinājums 15–64 un 65–94 gadus veco iedzīvotāju grupās (%)

Veselības prakses	15-64	65-94
Alkohola lietošana pēdējā gada laikā	84	33
Alkohola lietošana biežāk nekā 5 reizes nedēļā	6	1
Alkohola lietošana vairāk nekā 5 devas vienā reizē	27	3
Smēķēšana	45	18
Ikdienas smēķēšana	37	16
Vizīte pie medicīnas speciālista vismaz vienu reizi gadā	57	86
Ārstniecisko preparātu lietošana pēdējās nedēļas laikā	42	72
Apsvērumi par iespaidu, kādu pārtikas izvēle atstāj uz veselību (no "bieži" līdz "dažkārt")	67	68
Sēdoša brīvā laika pavadīšana	66	85
Smagi fiziskie treniņi un sacensības	3	-
30 minūšu ilgi fiziski vingrinājumi līdz vieglam elpas trūcumam vai svīšanai (vismaz reizi nedēļā)	39	10

Kā redzams, 15–64 gadus veco respondentu vidū ir vairāk izplatīti kaitīgie ieradumi, proti, riskanta alkohola lietošana un smēķēšana, savukārt 65–94 gadus veco respondentu vidū ir vairāk izplatītas veselību saglabājošas darbības, brīvajā laikā arvien lielāku īpatsvaru gūst sēdošas nodarbes un vienlaikus samazinās fizisku vingrinājumu daudzums. Vienīgais izņēmums ir apsvērumi par iespaidu, kādu izvēlēta pārtika atstāj uz veselību – šajā jautājumā starp vecuma grupām nav būtisku atšķirību.

Atšķirības starp abām vecuma grupām pastāv ne tikai dzīvesstilu kvantitatīvās izplatības ziņā, bet arī tajā, kādas prakses veido šos dzīvesstilus. Vislielākās pārmaiņas ir vērojamas starp tiem, kuri praktizē daļējas rūpes par veselību: 15–64 gadus veco grupā smēķētāji ir visi 100% šīs grupas pārstāvji (89% smēķē ikdienā), savukārt 65–94 gadus veco indivīdu grupā smēķētāju īpatsvars šā dzīvesstila pārstāvju vidū samazinās līdz 2% (tikai 1% ir ikdienas smēķētāji). Šo atšķirību ir iespējams izskaidrot gan ar to, ka, pieaugot gadu skaitam, krasi samazinās kopējais smēķētāju skaits, gan arī ar to, ka mainās arī citi konkrētā dzīvesveida pārstāvju demogrāfiskie parametri, proti, 15–64 gadus veco grupā divas trešdaļas (73%) ikdienas smēķētāju ir vīrieši, un viņu daļa šā dzīvesstila pārstāvju vidū ir 43%, savukārt, 65–94 gadus veco grupā vīrieši ir 88% no ikdienas smēķētājiem, taču viņu daļa šī dzīvesstila pārstāvju vidū ir tikai 16 procenti. Tādējādi, palielinoties vecumam starp tiem, kas praktizē minimālas rūpes par veselību smēķētāju kļūst vairāk: 15–64 gadus veco grupā smēķē tikai 6% (1% ikdienā), turpretī 65–94 gadus veco grupā smēķētāju īpatsvars veido 19% (18% to dara ikdienā).

Analizējot Latvijas iedzīvotājiem ir raksturīgo veselības dzīvesstilu saistību ar dzīves kvalitāti iespaidojošajiem faktoriem, apstiprinās Kokerhema un kolēģu teorētiskais uzstādījums – vēlīnās modernitātes sabiedrībā dzīvojoša indivīda veselības dzīvesstilu drīzāk nosaka nevis substantīvā racionalitāte, kuras ietvaros veselība izpaužas kā ideāls stāvoklis un mērķis pats par sevi, bet gan kā formālā racionalitāte – veselība funkcionē kā līdzeklis, ar kuru panākt augstāku

dzīves kvalitāti (labāku ārējo izskatu, vairāk ķermenisku baudu, ilgāku dzīvi, labāku funkcionētspēju utt.).

Formālo racionalitāti raksturo lielāka individuālā kontrole pār savu veselību, līdz ar to dzīvesstila izvēles procesā indivīda rīcībspējai un subjektīvajai attieksmei pret veselību kā pret resursu ir tikpat būtiska loma kā objektīvajiem apstākļiem. Tajā pašā laikā kvalitātes faktoru iespaids uz veselības uzvedību ir raksturojams kā savstarpēji ietekmējošs: no vienas puses, laba dzīves kvalitāte saistās ar veselību veicinošu dzīvesstilu, no otras puses, tieši pateicoties augstu dzīves kvalitāti veidojošiem faktoriem, summāri vairāk, kā puse (62%) no 15–64 gadus vecajiem respondentiem izvēlas nerūpēšanos, daļējas vai minimālas rūpes par veselību. Turpretim, ja veselības stāvoklis ir salīdzinoši sliktāks un atstāj būtisku negatīvu iespaidu uz dzīves kvalitātes pašnovērtējumu, tad indivīdi vairāk sliecas par labu veselību saglabājošam dzīvesstilam. Vecuma grupā no 65–94 veselību veicinošu vai veselību saglabājošu dzīvesstilu izvēlas gandrīz puse (49%) respondentu. Tas ļauj secināt, ka Gidensa aprakstītā strukturāla dualitāte raksturo arī 15–64 gadus veco Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedības saistību ar dzīves kvalitāti. Proti, dzīves kvalitāte vienlaikus ir gan veselības uzvedības rezultāts, gan arī līdzeklis konkrēta veselības dzīvesstila īstenošanai.

Secinājumi

Kopumā var secināt, ka izvirzītie promocijas darba mērķi ir veiksmīgi sasniegti, proti, ir identificēti galvenie objektīvie un subjektīvie faktori, kas nosaka Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāti un veselības uzvedību, kā arī identificēti dažādām iedzīvotāju grupām raksturīgie veselības dzīvesstili.

Pētījuma pirmajā posmā no ekspertu intervijām iegūtie dati ļāva secināt, ka Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību nosaka triju veidu kategorijas: individuālās (veselības vieta vērtību sistēmā), sociālās un kultūras (sabiedrībā pastāvošās normas), kā arī rīcībspējas kategorijas (resursu daudzums un izvēles iespējas).

Savukārt iedzīvotāju intervijas parāda, ka veselība kā termināla vērtība ir būtiska tikai tiem indivīdiem, kuri to iekļauj savā privātajā dzīves kvalitātes koncepcijā, savukārt pārējie veselību biežāk uztver kā instrumentālu vērtību, kas vajadzīga dzīves kvalitātes sasniegšanai un uzturēšanai. Līdz ar to apstiprinās veselības dzīvesstilu teorijas tēze par to, ka indivīda veselības dzīvesstilu drīzāk nosaka nevis substantīvā racionalitāte, kuras ietvaros veselība izpaužas kā ideāls stāvoklis un mērķis pats par sevi, bet gan kā formālā racionalitāte – veselība funkcionē kā līdzeklis, ar kuru panākt augstāku dzīves kvalitāti (labāku ārējo izskatu, vairāk ķermenisku baudu, ilgāku dzīvi, labāku funkcionētspēju utt.).

Pirmkārt, veselība ir nepieciešama optimālai ikdienas funkcionēšanai – strādāšanai, studēšanai, mājas darbu veikšanai. Otrkārt, veselība ir nepieciešama, lai baudītu dzīvi – pat ja tas notiek uz veselības rēķina. Par to liecina gan smēķētāju daudzums, gan neveselīgie ēšanas paradumi, gan arī pastāvīgi pieaugošais alkohola un narkotiku patēriņš. Treškārt, mūsdienu Rietumu sabiedrībā kultivētā izpratne par skaistumu un seksualitāti ietver sevī arī veselīgu izskatu, līdz ar to veselība ir saistīta ne tik tikai ar labu fizisko un mentālo pašsajūtu, bet arī skaistumu un seksuālo pievilcību.

Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedību ietekmē arī sociālās normas, it īpaši tās, kuras sasitītas ar dzimumlomām. Šo normu rezultātā kaitīgo ieradumu izplatība Latvijas iedzīvotāju, un jo īpaši vīriešu vidū joprojām ir augsta. Sekas šādām sociālajām normām ir gan lielā atšķirība vīriešu un sieviešu vidējā sagaidāmā dzīves ilguma rādītājos, gan arī Latvijas atpalicība no citām ES valstīm. Sociālo normu atražošana ir saistīta arī ar veselīga dzīvesveida pakāpenisku popularizēšanu. Patērētāju kultūrā veselības stāvoklis un rūpes par veselību ir viens no augstāka sociālā statusa apliecināšanas veidiem.

Pirmā posma kvalitatīvo datu analīze parāda, ka Latvijas iedzīvotājiem ir raksturīgi pieci veselības dzīvesstili: nerūpēšanās par veselību (veselībai kaitējošs dzīvesstils), daļējas rūpes par veselību, minimālas rūpas par veselību, uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils, kā arī veselību veicinošs dzīvesstils.

Otrā posma kvalitatīvie dati parāda, ka, salīdzinot pensijas vecuma cilvēku dzīves kvalitātes objektīvos faktoros un viņu subjektīvo apmierinātību ar dzīvi, iezīmējas paradokss – dažos gadījumos, kad objektīvie apstākļi liecina par zemu dzīves kvalitāti, respondenti tomēr atzina, ka ir ar dzīvi apmierināti. Šādu novērtējumu var skaidrot ar tādiem faktoriem kā zemāks materiālo prasību līmenis, psiholoģiskā homeostāze (aizsardzības mehānisms, kas ļauj saglabāt pozitīvu pašvērtējumu dzīves kvalitātes pasliktināšanās gadījumā un izpaužas kā lejupvērstā sociālā salīdzināšanās ar tiem, kam klājas vēl sliktāk, un kas visbiežāk tiek izmantota sava veselības stāvokļa novērtējumā), kā arī labas attiecības ģimenē.

Respondenti bija vienprātīgi, ka labas attiecības ģimenē ir lielāka vērtība nekā materiālo līdzekļu pietiekamība. Intervijas parādīja, ka ģimenes atbalsts var neutralizēt gan sliktas veselības, gan nepietiekamu materiālo līdzekļu negatīvo iespaidu uz subjektīvo dzīves kvalitāti. Veselīga sociālā vide palīdz vecajiem cilvēkiem ilgāk saglabāt fizisko un garīgo rīcībspēju, proti, ģimenes locekļu rūpes un gādīgā attieksme motivē sirmgalvjus nepadoties vecumam un slimībām.

Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju veselības uzvedību nosaka galvenokārt ar dzīves kvalitāti saistītie objektīvie faktori, proti, materiālo līdzekļu trūkums un salīdzinoši sliktais veselības stāvoklis, nevis subjektīvie faktori, piemēram, motivācija rūpēties par veselību. Materiālo līdzekļu trūkums un veselības aprūpes pieejamība ir arī viens no galvenajiem šķēršļiem respondentu rūpēs par savu veselību. Arī ar veselību saistītā dzīves kvalitāte iespaido veselības uzvedību: relatīvi veselie pensijas vecuma cilvēki praktizē veselību veicinošu dzīvesstilu vai arī dzīvesstilu, kas saistīts ar minimālām rūpēm par veselību, savukārt, hroniski slimiem respondentiem ir raksturīgs veselību saglabājošs dzīvesstils.

Kvantitatīvie dati parāda, ka statistiski nozīmīgas saistības starp veselības dzīvesstiliem un tādiem dzīves kvalitāti veidojošiem faktoriem kā ienākumu līmenis, dzimums, nodarbinātība, veselības stāvoklis, izglītība, vecums un dzīves vieta pastāv abās vecuma grupās (15–64 un 64–94). Visciešākās sakarības konstatētas starp veselības dzīvesstilu un dzimumu, veselības stāvokli, izglītību, dzīves vietu un dzīves kvalitātes pašnovērtējumu.

Apstiprinās izvirzītā hipotēze, ka Latvijas pensijas vecuma (65-94) iedzīvotāju veselības vidū ir iespējams nošķirt piecus raksturīgos veselības dzīvesstilus: visizplatītākais ir uz veselības saglabāšanu orientētais dzīvesstils, vismazāk izplatītais ir veselību veicinošais dzīvesstils.

- Par veselību nerūpējas pensionāri vecumā līdz 84 gadiem, vīrieši ar augstu vai vidēju dzīves kvalitātes pašnovērtējumu, vidēju veselības pašnovērtējumu, ienākumiem virs iztikas minimuma, ir vidējā vai vidējā profesionālā izglītība, galvenokārt dzīvo vai nu laukos vai arī mazajās Latvijas pilsētās.
- Daļēji par veselību rūpējas pensionāri vecumā līdz 84 gadiem, lielākoties vīrieši ar augstu vai vidēju dzīves kvalitātes pašnovērtējumu, vidēju veselības novērtējumu, pusei personiskie ienākumi ir zem iztikas minimuma, lielākajai daļai ir vidējā un vidējā profesionālā izglītība, galvenokārt dzīvo vai nu Rīgā un citās lielajās pilsētās, vai arī Latvijas mazajās pilsētās.
- Minimāli par veselību rūpējas cilvēki vecumā līdz 84 gadiem, pārsvarā sievietes ar vidēju dzīves kvalitātes un vidēju veselības pašnovērtējumu, ienākumu līmeni zem iztikas minimuma, ieguvušas vidējo vai vidējo profesionālo izglītību, bet katrs trešais – pamatizglītību, galvenokārt dzīvo laukos vai Rīgā un citās lielajās pilsētās.
- Veselību veicinošu dzīvesstilu praktizē pensionāri vecumā līdz 74 gadiem, divas trešdaļas no viņiem ir sievietes ar augstu dzīves kvalitātes un veselības pašnovērtējumu, augstākiem personiskajiem ienākumiem, labāku izglītību, strādā algotu darbu un pārsvarā dzīvo Rīgā un citās lielajās pilsētās.
- Uz veselības saglabāšanu orientēta dzīvesstila pārstāvji ir vecāki par 84 gadiem, tās ir sievietes, kas savu dzīves kvalitāti un veselību vērtē vai nu kā viduvēju vai sliktu, viņu ienākumi ir zem iztikas minimuma, ir ieguvušas vai nu vidējo, vai pamatizglītību, gandrīz vienlīdzīgās proporcijās dzīvo gan Rīgā un lielajās pilsētās, gan laukos, gan citās pilsētās.

Tā kā vecums ir saistīts ar pakāpenisku veselības stāvokļa pasliktināšanos un funkcionētspējas samazināšanos, vecāki cilvēki vairāk vērsas pēc medicīniskas palīdzības, lieto vairāk medikamentu un maina savus atkarību izraisošu vielu patērišanas paradumus. Samazinās fizisku vingrinājumu daudzums un arvien lielāku īpatsvaru gūst sēdošas brīvā laika pavadīšanas formas, tādas kā lasīšana un TV skatīšanās.

Pētījuma trešā posma kvantitatīvie dati par ekonomiski aktīvā vecuma (15–64 gadi) Latvijas iedzīvotājiem arī ļauj nošķirt piecus veselības dzīvesstilus. Visizplatītākais dzīves veids ir nerūpēšanās par veselību, kam seko minimālas rūpes, veselības veicināšana un veselības saglabāšana, bet vismazāk iz izplatītas daļējas rūpes par veselību.

- Nerūpēšanās par veselību (veselībai kaitējošs dzīvesstils) ir raksturīga vīriešiem, kuri dzīvo vai nu Rīgā un citās lielajās pilsētās, kuriem ir vidējā izglītība, laba veselība, augstāki ienākumi un lielākoties augsts dzīves kvalitātes pašvērtējums.

- Daļējas rūpes par veselību ir raksturīgas abiem dzimumiem, lielākoties indivīdiem ar zemiem vai vidējiem ienākumiem, labu vai vidēju veselību, kuri dzīvo vai nu Rīgā un citās lielajās pilsētās, vai arī laukos.
- Minimālas rūpes par veselību ir nedaudz vairāk raksturīgas sievietēm nekā vīriešiem, indivīdiem ar zemāku izglītību un vidējiem ienākumiem, kuri dzīvo laukos vai mazajās pilsētās.
- Veselību veicinošs dzīvesstils ir nedaudz vairāk raksturīgs jaunākiem cilvēkiem, kuri pārsvarā dzīvo Rīgā un citās lielajās pilsētās, kuriem ir laba veselība, un augstāks dzīves kvalitātes pašvērtējums.
- Uz veselības saglabāšanu orientēts dzīvesstils ir raksturīgs vecākām sievietēm ar sliktu vai vidēju veselību un zemākiem ienākumiem un zemāku dzīves kvalitātes pašvērtējumu. Šī dzīvesstila pārstāvji relatīvi līdzīgās proporcijās dzīvo gan Rīgā un lielajās pilsētās, gan citās pilsētās, gan laukos.

Kvantitatīvie dati par Latvijas iedzīvotāju veselības praksēm apstiprina veselības dzīvesstilu teorijas tēzi par to, ka nevienu no dzīvesstiliem nevar saukt par ideāli veselīgu vai absolūti neveselīgu, proti, katrā dzīvesstilā ietilpst gan veselību veicinoša, gan arī tai kaitējoša uzvedība.

Pateicības

Pateicos darba zinātniskajai vadītājai profesorei Ritmai Rungulei par sadarbību un atbalstu darba tapšanas laikā. Tāpat pateicos arī Humanitāro zinātņu katedras vadītājai profesorei Vijai Sīlei par atbalstu un vērtīgiem padomiem promocijas darba rakstīšanā.

Īpaši sirsnīgs paldies Latvijas universitātes Sociālo zinātņu fakultātes Informācijas un bibliotēku studiju nodaļas docentei Silvai Seņkānei par neatsveramo palīdzību datu apstrādē un analīzē. Liels paldies arī Latvijas universitātes Filozofijas un socioloģijas institūta pētniecei Ilzei Koroļevai par konsultācijām datu apstrādē.

Tāpat Liels paldies arī filozofei un redaktorei Intai Rozenvaldei par promocijas darba literāro redakciju.

Visbeidzot, izsaku milzu pateicību savai sievai un mazajai meitiņai par izpratni, līdzjūtību un atbalstu, kas tika saņemts promocijas darba tapšanas laikā.

Izmantotā literatūra

1. Abbey, A. and Andrews, F.M. (1986). Modelling the psychological determinants of life quality. In: Andrews, F.M. (ed.). *Research on The Quality of Life*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.
2. Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine*, Vol. 32, No. 8, pp. 899–908.
3. Abel T. and Cockerham, W. (1993). Lifestyle or *Lebensführung*? Critical remarks on the mistranslation of Weber's "Class, Status, Party". *The Sociological Quarterly*, Vol. 34, No. 3, pp. 551–556.
4. Abel, T., Cockerham W.C. and Niemann, S. (2000). A critical approach to lifestyle and health. In: Watson, J. and Platt, S. (eds.). *Researching Health Promotion*. London: Routledge.
5. Ancāns, H., Birznieks, J., Bitāns, M., Blūma, I., Cērps, U., Grāvītis, M., Kušners, E., Ķīlis, R., Matīss, V., Pauliņš, A., Rimšēvics, I. un Valujevs, G. (2007). Latvijas tautsaimniecības attīstības vadlīnijas. Grām.: *Stratēģiskās analīzes komisijas ziņojumi, 2006*. Rīga: Zinātne, 47.–62. lpp.
6. Andrews, F.M., Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum.
7. Annendale, E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
8. Armstrong, D. (2002). The Rise of Surveillance Medicine. In: Nettleton, S. and Gustafsson, U. (eds.). *The Sociology of Health and Illness Reader*. Cambridge: Polity Press.
9. Baltiņš, M. (2003). Lietišķā epidemioloģija. Rīga: Zinātne.
10. Barry, M.M. (1997). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In: Katsching, H., Freeman, H. and Sartorius, N. (eds.). *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester: Wiley & Sons.
11. Baudrillard, J. (1988). *Forget Foucault*. Los Angeles: Semiotext(e).
12. Bauer, R.A. (ed.) (1966). *Social Indicators*. Cambridge, Mass.; London: The M.I.T. Press.
13. Bauman, Z. (1988). Sociology and postmodernity. *Sociological Review*, Vol. 36, Issue 4, pp. 790–813.
14. Bauman, Z. (1994). Is there a postmodern sociology? In: Seidman, S. (ed.). *The Postmodern Turn: New Perspectives in Social Theory*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 187–204.
15. Beck, W., Maesen, L., Walker, A. (1997). *The Social Quality of Europe*, The Hague: Kluwer Law International.
16. Behmane, D., Taube, M. (2009). Atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā. Rīga: Veselības ekonomikas centrs.
17. Bela B. (2006). Labā dzīve: subjektīvie vērtējumi un vīzijas. Grām.: *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Rīga: Zinātne, 38.–60. lpp.
18. Bela B. un Tisenkopfs T. (2006 a). Dzīves kvalitāte Latvijā: sociālā pētījuma rezultāti. Grām.: *Politikas gadagrāmata: Latvija, 2005*. Rīga: Zinātne, 50.–78. lpp.
19. Bela, B. un Tisenkopfs, T. (2006 b). Ievads: dzīves kvalitāte kā sabiedrības mērķis. Grām.: *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Rīga: Zinātne, 7.–12. lpp.

20. Bela, B. un Tisenkopfs, T. (2006 c). Secinājumi. Grām.: *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Rīga: Zinātne, 419.–425. lpp.
21. Berger-Schmitt, R. and Noll, H.-H. (2000). *Conceptual Framework and Structure of a European System of Social Indicators*. EU Reporting Working Paper No. 9. Mannheim: Centre for Survey Research and Methodology. Pieejams: http://www.gesis.org/en/social_monitoring/social_indicators/EU_Reporting/concept.htm
22. Birren, J.E., Lubben, J.E., Cichowlas Rowe, J. and Deutchman, D.E. (eds.) (1991). *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press.
23. Blum, V. (2003). *Flesh Wounds: The Culture of Cosmetic Surgery*. Los Angeles: University of California Press.
24. Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Los Angeles: University of California.
25. Bodriņš, Ž. (2000). *Simulakri un simulācija*. Rīga: Omnia Mea.
26. Boorse, C. (1997). A rebuttal on health. In: Humber, J. and Almeder, R. (eds.). *What Is Disease? Biomedical Ethics Reviews*. Totowa, NJ: Humana Press.
27. Börsch-Supan, A. et al. (2005). *Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2005.
28. Bowling, A. (2001). *Measuring Disease: A Review of Disease-Specific Quality of Life Measurement Scales*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press.
29. Bowling, A. (2002). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. Philadelphia: Open University Press.
30. Bowling, A. (2005 a). *Quality of Life in Older Age*. Maidenhead: Open University Press.
31. Bowling, A. (2005 b). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. 3rd ed. Maidenhead: Open University Press.
32. Brock, D. (1993). Quality of life measures in health care and medical ethics. In: Nussbaum, M. and Sen, A. (eds.). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
33. Burdjē, P. (2004). *Praktiskā jēga*. Rīga: Omnia Mea.
34. Bury, M. (1997). *Health and Illness in Changing Society*. London: Routledge.
35. Campbell, A. and Converse, P.E. (1972). *The Human Meaning of Social Change*. New York: Russell Sage Foundation.
36. Campbell, A., Converse, P.E. and Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. New York: Russell Sage Foundation.
37. Carr, A.J., Gibson, B. and Robinson, P.G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, No. 322, pp. 1240–1243.
38. Cayotee, E. and Buchow, H. (2009). Who dies of what in Europe before the age of 65. *Statistics in Focus*, Vol. 67. Eurostat. Pieejams: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-067/EN/KS-SF-09-067-EN.PDF (aplūk. 2010.20.05).
39. Cockerham, W. C., (1999). *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*. London: Routledge.
40. Cockerham, W.C. (2001 a). Medical sociology and sociological theory. In: Cockerham, W.C. (ed.). *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford: Blackwell Publishers.

41. Cockerham, W.C. (2001b) The sick role. In: Cockerham, W.C. (ed.). *Medical Sociology*. 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, pp. 156–178.
42. Cockerham, W.C., (1997). The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: a lifestyle explanation. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 38, No. 2, pp. 117–130.
43. Cockerham, W.C., Abel, T. and Lueschen, G. (1993). Max Weber, formal rationality and health lifestyles. *Sociological Quarterly*, Vol. 34 (3), pp. 413–425.
44. Cockerham, W.C., Rütten, A. and Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, Vol. 38, No. 2., pp. 321–342.
45. Cohen, G.A. (1999). Equality of what? On welfare, goods, and capabilities. In: Nussbaum, M. and Sen, A. (eds.). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press, pp. 9–29.
46. Cummins, R.A. (1996). The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, Vol. 38, pp. 303–328.
47. Cummins, R.A. (1997 a). *The Comprehensive Quality of Life Scale – Intellectual Disability*. 5th ed. (ComQol-ID5): Manual. Toorak: Deakin University School of Psychology.
48. Cummins, R.A. (1997 b). Assessing quality of life. In: Brown R.I. (ed.) *Quality of Life for People with Disabilities: Models, Research and Practice*. 2nd ed. Chetlham: Stanley Thornes.
49. Davis, K. (1995). *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. London: Routledge.
50. Denzin, N. and Lincoln, Y.S. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In: Denzin, N., Lincoln, Y.S. (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. London: Sage.
51. Dranseika, V., Gefenas, E., Cekauskaite, A., Hug, K., Mezinska, S., Peicius, E., Silis, V., Soosaar, A. and Strosberg, M. (2010). 20 years of human research ethics committees in the Baltic states” (pieņemts publicēšanai žurnālā *Developing World Bioethics*.
52. Eckerman, L. (2000). Gendering indicators of health and well-being: is quality of life gender neutral? *Social Indicators Research*, Vol. 52, No. 1, pp. 29–54.
53. Engel, G. L. (1977). The need for a new bio-medical model. *Science*, No. 196, pp. 129–136.
54. Erikson, R. (1993). Descriptions of inequality: the Swedish approach to welfare research. In: Nussbaum, M. and Sen, A. (eds.). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press, pp. 67–87.
55. Erikson, R. and Uusitalo, H. (1987). *The Scandinavian Approach to Welfare Research*. Swedish Institute for Social Research. Stockholm. Reprint Series, No. 181.
56. Faden, R. and Leplège, A. (1992). Assessing quality of life: moral implications for clinical practice. *Medical Care*, Vol. 30, No. 5, Supplement, pp. 166–175.
57. Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 22, pp. 502–508.
58. Farsides, B. and Dunlop, R.J. (2003). Is there such a thing as life not worth living? In: Carr, A.J., Higginson, I.J. and Robinson, P.G. *Quality of Life*. London: BMJ Books.
59. Flick, U. (2002). *An Introduction to Qualitative Research*. 2nd ed. London: Sage.
60. Foucault, M. (1988). Technologies of the self. In: Martin, L.H. et al. *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault*. London: Tavistock.

61. Foucault, M., (2003). *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. London, Routledge.
62. Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, University of Chicago Press.
63. Fuko, M. (2003). *Seksualitātes vēsture, III: Pašrūpe*. Rīga: Zvaigzne ABC.
64. Gabe, J., Bury, M. and Elston, M. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*. Sage, London.
65. Gefenas, E., Dranseika, V., Cekanauskaite, A., Hug, K., Mezinska S., Peicius, E., Silis, V., Soosaar, A., Strosberg, M. Non-equivalent stringency of ethical review in the Baltic states: a sign of a systematic problem in Europe? *Journal of Medical Ethics*, No. 36, 2010, pp. 435–439.
66. Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.
67. Gidenss, A. (1999). *Sabiedrības veidošanās*. Rīga: AGB.
68. Gilman, S. (1998). *Creating Beauty to Cure the Soul: Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*. London, Duke University Press.
69. Glaser, B.G. and Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New York: Adeline de Gryter.
70. Gochman, D.S. (1997). Health behavior research: definitions and diversity. In: Gochman, D.S. (ed.). *Handbook of Health Behavior Research, Vol. I: Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press, pp. 3-20.
71. Greaves, D. (2002). Reflections on a new medical cosmology. *Journal of Medical Ethics*, Vol. 28, pp. 81–85.
72. Hatton, C. (1998). Whose quality of life is it anyway? Some problems with the emerging quality of life consensus. *Mental Retardation*, Vol. 63, pp. 104–115.
73. Harris, D.M., and Guten, S. (1979) Health-protective behavior: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 20, pp. 17–29.
74. Hazans, M. (2006). Apmierinātība ar darbu un tās ietekme uz apmierinātību ar dzīvi. Grām.: *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Rīga: Zinātne, 237.–264. lpp.
75. Horvitz, D.G., Thompson, D.J. (1952). A generalization of sampling without replacement from a finite universe. *Journal of the American Statistical Association*, Vol. 47, No. 260, pp. 663–685.
76. Indāns, I., Lulle., A., Laizāne-Jurkāne, M. un Znotiņa, L. (2006). Latvija un brīva darbaspēka kustība: Īrijas piemērs. Grām.: *Stratēģiskās analīzes komisijas ziņojumi, 2006*. Rīga: Zinātne, 11.–46. lpp.
77. Jewson N.D. (1976). The disappearance of the sick-man from medical cosmology: 1770–1870. *Sociology*, Vol. 10, pp. 225–244.
78. Kalberg, S. (1980). Max Weber's types of rationality: cornerstones for the analysis of rationalization processes in history. *American Journal of Sociology*, No. 85, pp. 1145–1179.
79. Karnītis, E. (2004). Dzīves kvalitāte kā Latvijas nākotnes mērķis. Grām.: *Nacionālās intereses: formulējuma meklējumos*. Rīga: Zinātne, 105.–120. lpp. Stratēģiskās analīzes komisijas zinātniski pētnieciskie raksti, Nr. 1.

80. Karnītis, E., Bela-Krūmiņa, B., Eglīte P., Kazāks, M., Ozoliņa, Ž., Rivža, B., Švarckopfa, A., Tisenkopfs, T. un Ušackis, U. (2007). Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indekss. Grām.: *Stratēģiskās analīzes komisijas ziņojumi, 2006*. Rīga: Zinātne, 63.–101. lpp.
81. Kasl, S. and Cobb, S. (1966 a). Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. I: Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, Vol. 12, No. 2, pp. 246–266.
82. Kasl, S. and Cobb, S. (1966 b). Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. II: Sick-role behavior. *Archives of Environmental Health*, Vol. 12, No. 4, pp. 531–541.
83. Koroļeva I., Mieriņa, I., Goldmanis, M. un Trapencieris, M. (2008). Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū: pētījuma rezultāti. Rīga: Socioloģisko pētījumu institūts.
84. Koroļeva, I., Rungule, R., Goldmanis, M., Trapenciere, I., Sniķere, S. un Trapencieris, M. (2003). Narkotiku lietošanas izplatība Latvijā. Rīga: PHARE, EMCDDA, FSI.
85. Kovács, J. (1998). The concept of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 1, No. 1, pp. 31–39.
86. Kroplijs, A., Raščevska, M., (2004). *Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs*. Rīga: Raka
87. Kūlis, R. (2004). Tulkotāja piezīmes un komentāri. Grām.: Vēbers, M. *Reliģijas socioloģija*. Rīga: FSI, 287.–297. lpp.
88. Land, K. (1983). Social indicators. *Annual Review of Sociology*, Vol. 9, pp. 1–26.
89. Land, K. (2000). Social indicators. In: Borgatta, E.F. and Montgomery, R.J.V. (eds.). *The Encyclopedia of Sociology*. 2nd ed. New York: Macmillan, pp. 2682–2690.
90. Lash, S. and Urry, J. (1987). *The End of Organised Capitalism*. Oxford: Blackwell.
91. Lazovskis, I. (1995). Haosa teorija un fenomenoloģiska pieeja pacientam. *Latvijas Zinātņu Akadēmijas Vēstis* (A), Nr. 3/4.
92. Lin, K., Ward, P. and Maesen, L.J.G. (2009). Social quality theory in perspective. *Development and Society*, Vol. 38., No. 2., pp. 201–208.
93. Lubkin, I.M. and Larsen, P.D. (2006). *Chronic Illness: Impact and Intervention*. 6th ed. Sudbury: Jones & Bartlett.
94. Lupton, D. (2003). *Medicine as Culture*. 2nd ed. London: Sage Publications.
95. Maesen, L.J.G. and Walker, A.C. (2005). Indicators of social quality: outcomes of the European Scientific Network. *European Journal of Social Quality*, Vol. 5, No. 1/2, pp. 8–24.
96. McKinlay, J. (1977). The business of good doctoring or doctoring as good business: reflections on Freidson's view of the medical game. *International Journal of Health Services*, Vol. 7, No. 3, pp. 459–483.
97. Merleau-Ponty, M. (2002). *The Phenomenology of Perception*. London: Routledge.
98. Mollenkopf, H. and Walker, A. (2007). *Quality of Life in Old Age: International and Multidisciplinary Perspectives*. Dodrecht: Springer. Social Indicators Research Series, Vol. 31,
99. Monden, C. (2003). *Education, Inequality and Health: The Impact of Partners and the Life Course*: PhD thesis. Amsterdam: University of Nivmegen.
100. *Nacionālās attīstības plāns, 2007–2013* (2006). LR Reģionālās attīstības un pašvaldību lietu ministrija.
101. Nettleton, S. (2004). The emergence of e-scaped medicine. *Sociology*, Vol. 38, No. 4, pp. 661–680.
102. Nettleton, S. (2006). *The Sociology of Health and Illness*. 2nd ed. Cambridge: Polity Press.

103. Nettleton, S. and Gustafsson, U. (eds.) (2002). *The Sociology of Health and Illness Reader*. Cambridge: Polity Press.
104. Noll, H.-H. (2000). Social indicators and social reporting: the international experience. Pieejams: <http://www.ccsd.ca/noll1.html> (aplūk. 2008.20.06).
105. Parkerson G. et al. (1993). Disease-specific versus generic measurement of health-related quality of life in insulin-dependent diabetic patients. *Medical Care*, Vol. 31, No. 7, pp. 629–637.
106. *Pārskats par tautas attīstību, 2004/2005: Rīcībspēja reģionos* (2005). Rīga: ANO Attīstības programma, LU Sociālo un politisko pētījumu institūts. Pieejams arī: <http://politika.lv/index.php?id=14547> (aplūk. 2008.20.06).
107. Parsons, S. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
108. Pope, H.G., Phillips, M.D. and Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex*. New York: Touchstone.
109. Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In: Nosikov, A. and Gudex, C. (eds.). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press, pp. 145–163.
110. Pudule, I., Villeruša, A., Grīnberga, D., Jēce, I., Dzērve, V. un Zīle, S. (2004). *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu monitorings, 1998–2002*. Rīga: Veselības veicināšanas centrs.
111. Pudule, I., Jēce, I., Velika, B., Grīnberga, D., Villeruša, A., Dzērve, V., Zīle, Helasoja, V., Paalanen, L. un Prättälä, R. (2005). *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2004*. Helsinki: National Public Health Institute.
112. Pudule, I., Villeruša, A., Grīnberga, D., Velika, B., Tilgale, N., Dzērve, V., Zīle, S., Konttinen, H. un Prättälä, R. (2007). *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2006*. Helsinki: National Public Health Institute.
113. Pudule, I., Villeruša, A., Grīnberga, D., Velika, B., Tilgale, N., Dzērve, V., Rutks, A. un Prättälä, R. (2010). *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2008*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs.
114. Rapley, M. (2001). Policing happiness. In: Newnes, C., Holmes, G. and Dunn, C. (eds.). *This is Madness Too*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
115. Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. Sage, London.
116. Rew, L. (2005). *Adolescent Health: A Multidisciplinary Approach to Theory, Research and Intervention*. London: Sage Publications.
117. Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: The Free Press.
118. Salvaris, M. (2000). *Community and Social Indicators: How Citizens Can Measure Progress: An Overview of Social and Community Indicator Projects in Australia and Internationally*. Hawthorn: Institute for Social Research, Swinburne University of Technology.
119. Schilder, P. (1950). *The Image and Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche*. New York, International Universities Press.
120. Sen, A. (1979). Equality of what? In: McMurrin, S.M. (ed.). *Tanner Lectures on Human Values*, Vol. I. Cambridge: Cambridge University Press, 1980, pp. 195–220.
121. Sen, A. (1999). Capability and well-being. In: Sen, A. and Nussbaum, M. (eds.). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press, 1999, pp. 30–53.

122. Shallock R.L. and Parmenter, T. (2000). Preface. In: *Quality of Life: Its Conceptualization, Measurement, and Application: A Consensus Document*. Washington: IASSID.
123. Shank, G.D. (2005). *Qualitative Research. A Personal Skills approach*. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
124. Sheldon, (2000). Dutch GP cleared after helping to end man's hopeless existence. *BMJ*, Vol. 11, p. 1174.
125. Shin, D.C., Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, Vol. 5, pp. 475–492.
126. Sīle, V. (2007). Vīrieša ķermenis: ieguvumi un zaudējumi. *Kentaurs XXI*, 83.–93. lpp.
127. Sīlis, V. (2006 a). Patība kā pievienotā vērtība. Grām.: *Agora 5: Patērniecība Latvijā: tendences un alternatīvas*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 21.–33. lpp.
128. Sīlis, V. (2006 b). Rūpes par veselību un dzīves kvalitāti. Grām.: *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Rīga: Zinātne, 179.–216. lpp.
129. Sīlis, V. (2007). Plastiskā ķirurģija – rūpes par veselību vai dzīves kvalitāti? *Kentaurs XXI*, 94.–112. lpp.
130. Sīlis, V. (2010). Research ethics system in Latvia: structure, functioning and problems. *Dilemata*, No. 2, pp. 55–69.
131. Sīlis, V. (2010). Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti noteicošo faktoru ietekme uz veselības uzvedību. Grām.: *RSU zinātniskie raksti: 2009. gada sociālo zinātņu pētnieciskā darba publikācijas*. Rīga: RSU, 2010, 142.–158. lpp.
132. Skrulle J., Rozentāle G., Štāle M., (2009). *Pieaugušo veselība, veselīgas un aktīvas vecumdienas*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs.
133. Smith, M.C. (2002). Health, healing and myth of the hero journey. *Advances in Nursing Science*, Vol. 24, No. 4, pp. 1–13.
134. Speck, P., Bennett, K.M., Coleman, P.G., Mills, M., McKiernan, F., Smith, P.T., and Hughes, G.M. (2005). Elderly beraved spouses: issues of belief, well-being and support. In: Walker, A. (ed.) (2005). *Understanding Quality of Life in Old Age*. Maidenhead: Open University Press.
135. Stepčenko, A. (2006). Dzīves kvalitātes indikatori Eiropas Savienībā. Metodoloģiski jautājumi. Grām.: *Socioloģija*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 142.–154. lpp. Latvijas Universitātes Raksti, 701. sēj.
136. Stepčenko, A., (2007). Gerontoloģisko institūciju imaginārais tēls un realitāte mūsdienu Latvijā. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 54.–71. lpp. Latvijas Universitātes Raksti, 714. sēj.
137. Stepčenko, A., Brants, M., Bukovska, L. (2007). Dzīves kvalitāte Latvijas veco ļaužu pansionātos. Pētījuma pārskats. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds.
138. Strauss, A.L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
139. Taylor, S.J. (1994). In support of research on quality of life, but against QOL. In: Goode, D.A. (ed.). *Quality of Life for Persons with Disabilities: International Perspectives and Issues*. Cambridge: Brookline Books.
140. Testa, M.A. and Nackley, J.F. (1994). Methods for quality-of-life studies. *Annual Review of Public Health*, Vol. 15, pp. 535–559.

141. Thompson, S.J. and Gifford, S.M. (2000). Trying to keep a balance: the meaning of health and diabetes in an urban Aboriginal community. *Social Science and Medicine*, Vol. 51, pp. 1457–1472.
142. Tisenkopfs, T. (2006). Ko nozīmē laba dzīve mūsdienu Latvijā? Grām.: *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Rīga: Zinātne, 13.–37. lpp.
143. Turner, B.S. (1992). *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.
144. Turner, B.S. (2006). Body. *Theory Culture Society*, Vol. 23, pp. 223–229.
145. Vēbers, M. (1905/2004). *Reliģijas socioloģija*. Rīga: FSI.
146. Veenhoven, R. (1994). Is happiness a trait? Tests of the theory that a better society does not make people any happier. *Social Indicators Research*, Vol. 33, pp. 101–160.
147. Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy: a comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research*, Vol. 39, pp. 1–58.
148. Walker, A. (ed.) (2005). *Understanding Quality of Life in Old Age*. Maidenhead: Open University Press.
149. Walker, A. and Hagan Hennessy, C. (eds.) (2004). *Growing Older: Quality of Life in Old Age*. Maidenhead: Open University Press.
150. Walker, S.R. (1992). Quality of life measurement: an overview. *Journal of the Royal Society of Health*, Vol. 112, p. 265.
151. Weber, M. (1922/1978). *Economy and Society*, 2 vols. Berkeley: University of California Press.
152. Wiklund, I., Lindvall, K. and Swedberg, K. (1986). Assessment of quality of life in clinical trials. *Acta Medica Scandinavica*, Vol. 220, pp. 1–3.
153. Woodill, G., Renwick, R., Brown, I. and Raphael, D. (1994). Being, belonging, becoming: an approach to the quality of life of persons with developmental disabilities. In: Goode, D.A. (ed.). *Quality of Life for Persons with Disabilities: International Perspectives and Issues*. Cambridge: Brookline Books, pp. 57–67.
154. World Bank (1997). *World Bank Development Indicators*. Washington, DC: World Bank.
155. ZVA (2009). Zāļu valsts aģentūra. *Zāļu patēriņa statistika, 2008*. Rīga: Zāļu valsts aģentūra.

Interneta resursi

1. AGE/inc (2007). *Pārskats par AGE/inc ceturto starptautisko sanākumi*. Dublina, Īrija, 2007. gada 8.–9. martā. Pieejams: http://www.age-platform.org/EN/IMG/Dublin_Conclusions_LT.pdf (aplūk. 2008.20.06).
2. *Amsterdam Declaration on the Social Quality of Europe* (1997). Pieejams: <http://www.socialquality.org/site/html/declaration.html> (aplūk. 2010.20.05).
3. CSP (2007a). LR Centrālā statistikas pārvalde. *Par darbaspēka apsekojuma rezultātiem 2007. g. 1. cet.* Pieejams: http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=05.2007&cc_cat=471&id=2861 (aplūk. 2010.20.05).

4. CSP (2007b). *Par pensiju saņēmēju skaitu un vidējās pensijas apmēru 2006. g.* Pieejams: http://www.csb.gov.lv/csp/events/csp/events/?mode=arh&period=03.2007&cc_cat=471&id=2837 (aplūk. 2010.20.05).
5. CSP (2008). LR Centrālā statistikas pārvalde. *Par pensionāru dzīvi statistiķu skatījumā.* Pieejams: http://www.csb.lv/csp/events/csp/events/?mode=arh&period=05.2008&cc_cat=471&id=5648 (aplūk. 2008.18.07).
6. CSP (2009). LR Centrālā statistikas pārvalde. *Iedzīvotāji un sociālie procesi.* Pieejams: <http://www.csb.lv/csp/content/?cat=471&id=8996> (aplūk. 2010.02.02).
7. CSP (2010). LR Centrālā statistikas pārvalde. *Par iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējumu 2009. gadā.* Pieejams: http://www.csb.lv/csp/events/?mode=arh&period=03.2010&cc_cat=471&id=11960 (aplūk. 2010.29.03).
8. EFILW (2004). European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Quality of Life in Europe. First European Quality of Life Survey, 2003.* Pieejams: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf> (aplūk. 2008.20.06).
9. EMCDDA (2005). Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. *2005. gada ziņojums: Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā.* Luksemburga: Eiropas Kopienų Oficiālo publikāciju birojs, 11.–14. lpp. Pieejams: <http://ar2005.emcdda.europa.eu/download/ar2005-lv.pdf> (aplūk. 2008.20.06).
10. Eurobarometer, (2008 a). *Discrimination in the European Union.* Pieejams: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_232_en.pdf (aplūk. 2010.20.05).
11. Eurobarometer, (2008 b). *Discrimination in the European Union: Perceptions, Experiences and Attitudes.* Pieejams: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_296_sum_en.pdf (aplūk. 2010.20.05).
12. *European Demographic Data Sheet, 2006.* Pieejams: http://www.oew.at/vid/popeurope/download/European_Demographic_Data_Sheet_2006_A4.pdf (aplūk. 2008.20.06).
13. Eurostat News Release (2006). *EU25 population aged 65 and over expected to double between 1995 and 2050.* 129/2006 – 29 September, 2006. Pieejams: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP_PRD_CAT_PREREL/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2006/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2006_MONTH_09/3-29092006-EN-BP.PDF (aplūk. 2008.20.06).
14. Eurostat News Release (2010). *A statistical perspective on women and men in the EU27.* 35/2010 – 5 March 2010. Pieejams: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-067/EN/KS-SF-09-067-EN.PDF (aplūk. 2010.20.05).
15. *Latvijas izaugsmes modelis: Cilvēks pirmajā vietā* (2005): konceptuāls dokuments. Pieejams: http://www.futureofeuropa.europarl.europa.eu/future/webdav/site/myjahiasite/shared/import/Home/LATVIA/chambre1/theme2/GlobalisationSaeima_LV.PDF (aplūk. 2008.20.06).
16. LVĢMA (2006). Latvijas Vides, ģeoloģijas un meteoroloģijas aģentūra. *Ilgspējīgas attīstības indikatoru pārskats, 2006.* Pieejams: http://www.lvgma.gov.lv/produkti/liaip2006/Ekonomika/IKP_un_kopbudzets.htm (aplūk. 2008.20.06).

17. *Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos* (2005). Rīga: ANO Attīstības programma, LU Sociālo un politisko pētījumu institūts. Pieejams: <http://politika.lv/index.php?id=14547> (aplūk. 2008.20.06).
18. RAPLM (2006). LR Reģionālās attīstības un pašvaldību lietu ministrija. *Nacionālās attīstības plāns 2007–2013*. Pieejams: <http://www.nap.lv/> (aplūk. 2008.20.06).
19. SAK (2006 a). *Latvija un brīva darbspēka kustība: Īrijas piemērs (2005/2006)*. SAK ziņojums. Pieejams: http://www.president.lv/images/modules/items/PDF/item_489_Irijas_piemers_zinojums.pdf (aplūk. 2008.20.06).
20. SAK (2006 b). *Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indekss*: SAK darba grupas atskaite. Pieejams: http://www.president.lv/images/modules/items/PDF/item_598_Dzives_kval_indekss.pdf (aplūk. 2008.20.06).
21. SVA (2007). Sabiedrības veselības aģentūra. *Skaiti savas alkohola devas! Cik daudz ir par daudz?* Pieejams: <http://www.sva.lv/infizd/arhivs.php> (aplūk. 2008.20.06.).
22. Sabiedrības veselības stratēģija (2001). Pieejams: [http://phoebe.v.m.gov.lv/misc_db/web.nsf/bf25ab0f47ba5dd785256499006b15a4/17cb8c1218bf81cdc2257313001f391a/\\$FILE/sab_ves_strategija.pdf](http://phoebe.v.m.gov.lv/misc_db/web.nsf/bf25ab0f47ba5dd785256499006b15a4/17cb8c1218bf81cdc2257313001f391a/$FILE/sab_ves_strategija.pdf) (aplūk. 2008.20.06.).
23. UN HDR (2008). *UN Human Development Report 2007/2008*. Pieejams: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_20072008_tech_note_1.pdf (aplūk. 2008.20.06).
24. WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Pieejams: <http://www.searo.who.int/aboutsearo/const.htm> (aplūk. 2008.20.06).
25. WHO (1996). *WHO European Target document*. Pieejams: http://www.healthypeople.gov/Implementation/Consortium/Annual_Meetings/1996_consortium/kickbusch.htm (aplūk. 2008.20.06).
26. WHOQOL-BREF (1996). *Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. Geneva: WHO. Pieejams: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (aplūk. 2007.20.06)
27. WHOQOL (1999). WHOQOL Group. *Annotated Bibliography*. Geneva: WHO. Pieejams: http://depts.washington.edu/yqol/docs/WHOQOL_Bibliography.pdf (aplūk. 2008.20.06).

1. Pielikums. Veselības nozares ekspertu intervijas jautājumi

1. Ko, Jūsaprāt, ietver jēdziens “rūpes par veselību”?
2. Vai Jūsu pacienti pietiekami rūpējas par veselību?
3. Kā pacienti rūpējas par savu fizisko veselību?
4. Kā pacienti rūpējas par savu psihisko veselību?
5. Kādā veidā pacienta informētība ir saistīta ar viņa rūpēm par veselību?
6. Ko Jūs uzskatāt par kompetentu pacientu?
7. Kur, Jūsaprāt, pacienti gūst informāciju par veselību un veselības aprūpi?
 - a. Kur Jūsaprāt, būtu ieteicams gūt informāciju par veselību un veselības aprūpi?
8. Kas pēc Jūsu domām ir izplatītākie veselības problēmu cēloņi Latvijā?
9. Cik izplatīta ir pašārstēšanās? Kā Jūs to vērtējat?
10. Kādi ir pašārstēšanās cēloņi?
11. Kā Jūs vērtējat veselības aprūpes sistēmu Latvijā – tās pieejamību, kvalitāti, izvēles iespējas, izmaksas?

2. pielikums – Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju intervijas jautājumi

- 1) Lūdzu, pastāstiet par savu dzīvi. Kur un kad jūs esat dzimis, audzis, kur mācījāties, par ko strādājāt?
- 2) Ja jūs paskatāties uz savu dzīvi kopumā, kas ir tas, kas padara jūsu dzīvi labāku, proti – kas ir tās lietas, kas piešķir jūsu dzīvei kvalitāti?
 - a) Ja tiek minētas vairākas lietas – Kuru no tām jūs uzskatāt par pašu galveno?
- 3) Kas ir tas, kas mazina jūsu dzīves kvalitāti?
 - a) Ja tiek minētas vairākas lietas – Kuru no tām jūs uzskatāt par pašu galveno?
- 4) Kas palīdzētu uzlabot jūsu dzīves kvalitāti?
- 5) Kas, jūsuprāt, palīdzētu uzlabot dzīves kvalitāti visiem jūsu vecuma cilvēkiem? Lūdzu, nosauciet pašu galveno.
- 6) Kā jūs vērtējat savu veselību?
- 7) Vai slimojat ar kādu hronisku slimību? Vai jums ir kādas veselības problēmas, kas ilgst vairāk kā gadu?
 - a) Kā jūs ikdienā tiekat galā ar slimības radītajām problēmām?
 - b) Kas varētu būt jūsu slimības cēlonis?
 - c) Kas jūs visvairāk satrauc saistībā ar jūsu slimību?
 - d) No kā jums ir bijis jāatsakās slimības dēļ?
 - e) Vai saslimšana ir ietekmējusi jūsu dzīves plānus? Kādā veidā?
- 8) Vai jūs ikdienā rūpējaties par savu veselību? Kā?
- 9) Kā jūs vērtētu savu veselību salīdzinājumā ar citu jūsu vecuma cilvēku veselību?
- 10) Kā jūs vērtējat jums pieejamo veselības aprūpi?
- 11) Kas ir tas vecums, kad kāds būtu uzskatāms par vecu cilvēku?
- 12) Kas ir labākais, ko dod vecums?
- 13) No kādām novecošanas sekām jūs visvairāk baidāties?
- 14) Kā novecošana ir mainījis jūsu attieksmi pret savu ķermeni?
- 15) Kādas ir jūsu attiecības ar ģimeni, bērniem?
- 16) Kādas ir jūsu attiecības ar draugiem un kaimiņiem?
- 17) Vai esat kādas organizācijas, partijas, kluba biedrs?
- 18) Cik apmierināts ar savu dzīves vietu un kā tai trūkst, lai jūs būtu apmierināts/–ta?
- 19) Kā jūs vērtējat savu finansiālo situāciju?
- 20) Vai ikdienā jūs kaut kas ierobežo darīt to, ko vēlaties?
- 21) Vai jūs esat apmierināts/–ta ar savu dzīvi?

3. pielikums – Latvijas pensijas vecuma iedzīvotāju telefonaptaujas anketa

1.	Dzimums	Sieviete	Vīrietis
		1	2

2.	Vecums	
----	--------	--

3.	Dzīves vieta	Rīga	Cita pilsēta	Lauki
		1	2	3

4.	Kāda ir jūsu izglītība?	Nepabeigta pamatizglītība	Pamatizglītība	Nepabeigta vidējā; arodizglītība bez vidējās	Vidējā	Profesionālā izglītība ar vidējo	Nepabeigta augstākā (vismaz 2 pilni gadi)	Augstākā (bakalaura, maģistra, vai doktora grāds)
		1	2	3	4	5	6	7

5.	Ģimenes stāvoklis	Neprecējies	Precējies	Šķīries	Atraitnis/e
		1	2	3	4

6.	Ar ko kopā jūs dzīvojat ģimenē?	Dzīvo viens pats	Dzīvo divatā ar dzīvesbiedru (tai skaitā civillaulībā)	Dzīvo kopā ar bērniem	Dzīvo ar dzīvesbiedru (tai skaitā civillaulībā) un bērniem	Dzīvo kopā ar radniekiem	Cits variants
		1	2	3	4	5	6

7.	Vai jūs šobrīd strādājat algotu darbu?	Jā	Nē
		1	2

Ja 6. jautājumā atbilde ir "NĒ" tad pārejiet pie 8. jautājuma

8.	Vai jūs turpinātu strādāt algotu darbu, ja jums nebūtu finansiālas nepieciešamības to darīt?	Jā	Nē	Nezinu
		1	2	3

9.	Kādi pagājušā mēnesī bija jūsu personīgie ienākumi?	Līdz 60 Ls	61 – 70 Ls	71 – 80 Ls	81 – 90 Ls	91 – 100 Ls	101 – 120 Ls	121 – 150 Ls	151 – 200 Ls	201 – 250 Ls	Vairāk kā 251 Ls	Nevēlas atbildēt
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

10.	Cik lielā mērā jums pieejamie finansu līdzekļi apmierina jūsu vajadzības?	Pilnībā	Lielā mērā	Vidēji	Nelielā mērā	Nemaz
		1	2	3	4	5

11.	Kā jūs vērtējat savu veselību?	Ļoti laba	Laba	Vidēja	Slikta	Ļoti slikta
		1	2	3	4	5

12.	Kā jūs kopumā vērtējat savas dzīves kvalitāti? Vai jūsu dzīve ir...	Ļoti laba	Laba	Ne laba, ne slikta	Slikta	Ļoti slikta
		1	2	3	4	5

	Cik apmierināts/-ta jūs esat ar...	Ļoti apmierināts	Apmierināts	Nedz apmierināts/ta,	Neapmierināts	Ļoti apmierināts
--	------------------------------------	------------------	-------------	----------------------	---------------	------------------

		ts		nedz neapmierināts/ ta		
13.	savu veselības stāvokli?	1	2	3	4	5
14.	savu miegu?	1	2	3	4	5
15.	savu spēju tik galā ar ikdienas darbiem?	1	2	3	4	5
16.	savām attiecībām ar apkārtējiem?	1	2	3	4	5
17.	atbalstu, ko saņemat no tuviniekiem vai draugiem?	1	2	3	4	5
18.	savu seksuālo dzīvi?	1	2	3	4	5
19.	saviem dzīves apstākļiem?	1	2	3	4	5
20.	transporta pakalpojumiem?	1	2	3	4	5

		Pilnībā	Lielā mērā	Vidēji	Mazliet	Nemaz
21.	Cik lielā mērā jūs pats/-i spējat ietekmēt savu veselības stāvokli?	1	2	3	4	5
22.	Cik lielā mērā jūsu spēja tikt galā ar ikdienā veicamajām darbībām ir atkarīga no zālēm ?	1	2	3	4	5
23.	Cik veselīga ir jūsu ikdienas dzīves vide?	1	2	3	4	5

		Ļoti labas	Labas	Ne labas, ne sliktas	Sliktas	Ļoti sliktas
24.	Cik labas ir jūsu spējas patstāvīgi pārvietoties?	1	2	3	4	5

25.	Kurš no apgalvojumiem visprecīzāk raksturo jūsu veselības stāvokli?	Neslimoj u	Mēdz būt tikai vieglas saslimša nas	Mēdz būt arī nopietnākas veselības problēmas	Man ir veselības problēmas, kas ilgst vairāk kā gadu (hroniska slimība)	Ir invaliditāte
		1	2	3	4	5

Ja uz 11. jautājumu respondents ir atbildējis apstiprinoši 4. vai 5. punktā, (tiem, kuriem ir hroniska saslimšana vai invaliditāte) ir jāuzdod 25. līdz 33. jautājums.

26. Kāda ir jūsu slimības diagnoze(s) _____

27.	Kas pēc jūsu domām ir jūsu slimības (invaliditātes) galvenais cēlonis?	Darba apstākļi un smagums	Iedzimta slimība	Vecums	Dzīves veids	“Ļauna acs” vai citi pārdabiski cēloņi	Cits cēlonis
		1	2	3	4	5	6

		Ļoti maz	Nedaudz	Vidēji	Diezgan daudz	Ļoti daudz
28.	Cik daudz jūs zināt par savu slimību?	1	2	3	4	5

	Cik lielā mērā jūsu hroniskā saslimšana (invaliditāte) ierobežo jūsu iespējas:	Nemaz neierobežo	Nedaudz ierobežo	Vidēji ierobežo	Ierobežo diezgan daudz	Ļoti ierobežo
29.	strādāt algotu darbu?	1	2	3	4	5
30.	iziet no mājas?	1	2	3	4	5

31.	spējas aprūpēt sevi ikdienā?	1	2	3	4	5
32.	darīt to, ko jūs vēlaties?	1	2	3	4	5

33.	Kas jums būtu visvairāk nepieciešams, lai labāk sadzīvotu ar jūsu slimību (invaliditāti)?	Vairāk naudas	Ģimenes atbalsts	Labāka medicīniskā aprūpe	Vairāk gribasspēka un uzņēmības
		1	2	3	4

34.	Cik bieži saistībā ar jūsu slimību (invaliditāti) jums mēdz būt slikts garastāvoklis, jūs nomāc izmisums, nemiers, depresija?	Nekad	Gandrīz nekad	Dažkārt	Bieži	Vienmēr
		1	2	3	4	5

Jautājumi par ikdienas veselības paradumiem

35.	Cik bieži <u>pēdējā gada laikā (12 mēnešos)</u> esat griezies/-usies pēc palīdzības pie ārsta?	Ne reizes	1 reizi gadā	2-3 reizes gadā	4-5 reizes gadā	6-12 reizes gadā	Vairāk kā 12 reizes gadā
		1	2	3	4	5	6

	Lūdzu, norādiet, pie kāda ārsta esat griezies/-usies?	Jā	Nē
36.	Pie ģimenes ārsta	1	2
37.	Pie psihoterapeita vai psihologa	1	2
38.	Pie cita ārsta (speciālista)	1	2
39.	Pie netradicionālās medicīnas speciālista	1	2

40.	Vai jūs esat lietojis/-usi medikamentus <u>pēdējās nedēļas (7 dienu) laikā</u> ?	Jā	Nē
		1	2

Ja JĀ , tad, Lūdzu, norādiet, kādēļ jūs to lietojat		Jā	Nē
41.	Pret augstu vai zemu asinsspiedienu	1	2
42.	Pret augstu holesterīna līmeni	1	2
43.	Pret paaugstinātu cukura līmeni	1	2
44.	Pret galvassāpēm	1	2
45.	Pret citām sāpēm	1	2
46.	Pret saaukstēšanos	1	2
47.	Nomierinošos līdzekļus	1	2
48.	Vitamīnus, minerālvielas	1	2

Ko jūs darāt savas veselības labā?			
49.	Veicu profilaktiskus izmeklējumus	Jā	Nē
		1	2
50. Ja JĀ , tad, lūdzu, norādiet, pēc kādas iniciatīvas?		Pēc paša/-s iniciatīvas	Pēc ārsta norādījumiem
		1	2
51.	Dzeru zāļu tējas	Jā	Nē
		1	2
52. Ja JĀ , tad, lūdzu, norādiet, pēc kādas iniciatīvas?		Pēc paša/-s iniciatīvas	Pēc ārsta norādījumiem
		1	2
53.	Ievēroju diētu	Jā	Nē
		1	2

54. Ja JĀ , tad, lūdzu, norādiet, pēc kādas iniciatīvas?				Pēc paša/-s iniciatīvas	Pēc ārsta norādījumiem
				1	2
55.	Lietoju uztura bagātinātājus	Jā	Nē		
		1	2		
56. Ja JĀ , tad, lūdzu, norādiet, pēc kādas iniciatīvas?				Pēc paša/-s iniciatīvas	Pēc ārsta norādījumiem
				1	2
57.	Norūdos	Jā	Nē		
		1	2		
58. Ja JĀ , tad, lūdzu, norādiet, pēc kādas iniciatīvas?				Pēc paša/-s iniciatīvas	Pēc ārsta norādījumiem
				1	2
59.	Lietoju aromterapijas līdzekļus	Jā	Nē		
		1	2		
60. Ja JĀ , tad, lūdzu, norādiet, pēc kādas iniciatīvas?				Pēc paša/-s iniciatīvas	Pēc ārsta norādījumiem
				1	2
61.	Nodarbojos ar ārstniecisko vingrošanu	Jā	Nē		
		1	2		
62. Ja JĀ , tad, lūdzu, norādiet, pēc kādas iniciatīvas?				Pēc paša/-s iniciatīvas	Pēc ārsta norādījumiem
				1	2

63.	Vai pēdējo 3 gadu laikā esat vakcinējies/-usies pret kādu infekcijas slimību?	Jā	Nē		
		1	2		
		Ja JĀ , tad, Lūdzu, norādiet, pret kuru		Jā	Nē
		64. Pret gripu		1	2
		65. Pret difteriju		1	2
		66. Pret ērcu encefalītu		1	2
		67. Citas (lūdzu, norādiet)			

68.	Cik bieži izvēloties pārtiku jūs vadāties pēc tā, kādu ietekmi tas atstās uz jūsu veselību?	Vienmēr	Bieži	Dažkārt	Reti	Nekad
		1	2	3	4	5

	Cik lielā mērā jūsu uztura izvēli ietekmē sekojoši faktori:	Ļoti daudz	Diezgan daudz	Vidēji	Nedaudz	Nemaz
69.	Garšas īpašības	1	2	3	4	5
70.	Cena	1	2	3	4	5
71.	Ekoloģiskā tīrība	1	2	3	4	5
72.	Uzturvērtība (kaloriju skaits)	1	2	3	4	5

Ķermeņa parametri		
73.	Kāds ir jūsu augums?	cm
74.	Kāds ir jūsu svars?	kg

75.	Kā jūs vērtējat savu svaru?	Nepietiekams	Normāls	Liekais svars	Grūti pateikt
		1	2	3	4

76.	Cik minūšu dienā jūs veltāt iešanai ar kājām vai braukšanai ar divriteni?	Mazāk kā 15	15 – 30 minūtes	30 – 60 minūtes	Vairāk kā 1 stundu	Vairāk kā 2 stundas
-----	---	-------------	-----------------	-----------------	--------------------	---------------------

		minūtes dienā	dienā	dienā		
		1	2	3	4	5

77.	Vai jums ir pietiekami daudz brīvā laika?	Jā	Nē	Nezinu
		1	2	3

78.	Kurš no sekojošiem aprakstiem visvairāk atbilst jūsu brīvā laika nodarbībām?	Lasīšana, TV skatīšanās un cita veida sēdoša brīva laika pavadīšana	Pastaigas, braukšana ar divriteni vai citas vieglas fiziskās nodarbības vismaz 4 stundas nedēļā	Lēns skrējieni un citi fiziskās kultūras veidi vai smagi dārza darbi vismaz 3 stundas nedēļā	Smagi fiziskie treniņi un sacensības biežāk kā 1 reizi nedēļā
		1	2	3	4

79.	Cik bieži jūs brīvajā laikā veicat vismaz 30 minūšu ilgus fiziskos vingrojumus līdz vieglam elpas trūkuma vai svīšanai?	Katru dienu	4-6 reizes nedēļā	2-3 reizes nedēļā	1 reizi nedēļā	2-3 reizes mēnesī	Dažas reizes gadā, retāk vai nekad	Nevaru vingrot slimības vai invaliditātes dēļ
		1	2	3	4	5	6	7

Kaitīgie ieradumi – tabakas smēķēšana un alkohols

80.	Vai jūs esat smēķētājs/-a?	Jā	Nē
		1	2

Ja 78. jautājumā atbilde ir “NĒ” tad pārejiet pie 82. jautājuma

81.	Ja JĀ , tad	Cigaretes	Pīpi	Cigārus	Tinamo tabaku
	Kādus tabakas izstrādājumus jūs lietojat?	1	2	3	4

82.	Ja JĀ , tad	20 cigaretas trijos mēnešos	20 cigaretas mēnesī	20 cigaretas nedēļā	1 – 5 cigaretas dienā	6 - 10 cigaretas dienā	10 – 20 cigaretas dienā	Vairāk kā 20 cigaretas dienā
	cik daudz jūs smēķējat?	1	2	3	4	5	6	7

83.	Vai jūs esat lietojis/-usi alu vai citus alkoholiskos dzērienus pēdējā gada (12 mēnešu) laikā?	Jā	Nē
		1	2

Ja 81. jautājumā atbilde ir “NĒ” tad pārejiet pie 88. jautājuma

Ja 81. jautājumā atbilde ir “JĀ”, tad jāpaskaidro respondentam, ka **viena alkohola deva** aptuveni ir

- vīna glāze (150 ml),
- alus pudele vai kauss (0,5 l),
- degvīna glāzīte (0,30 ml) vai tikpat daudz (0,30 ml) degvīna kokteilī.

	Vidēji cik alkohola devas jūs mēdzat izdzert vienā reizē	1 devu	2 devas	3 devas	4 – 5 devas	6 – 9 devas	10 un vairāk devas	Grūti pateikt
84.	ikdienā (bez īpaša iemesla, apmeklējot kafejnīcu vai tml.)?	1	2	3	4	5	6	7
85.	svētku reizēs, pasākumu laikā?	1	2	3	4	5	6	7

	Cik bieži jūs vidēji lietojat alkoholiskos dzērienus?	4 reizes nedēļā	2 – 3 reizes nedēļā	2 – 4 reizes mēnesī	Reizi mēnesī vai retāk	Šo dzēriena veidu nelietoju	Grūti pateikt
86.	Alu	1	2	3	4	5	6
87.	Vīnu	1	2	3	4	5	6
88.	Liķierus un dažādus kokteiļus	1	2	3	4	5	6
89.	Stipros alkoholiskos dzērienus, kā degvīnu, konjaku, u.tml.	1	2	3	4	5	6

Jautājumi par veselības rīcībspēju

90.	Vai jūs bieži izvērtējat to, kādu iespaidu tas, ko jūs darāt vai nedarāt, atstāj uz jūsu veselību? darbību ietekmi uz veselību?	Vienmēr	Bieži	Dažkārt	Reti	Nekad
		1	2	3	4	5

91.	Cik veselīgs ir jūsu dzīves veids?	Ļoti lielā mērā	Diezgan lielā mērā	Vidēji	Nelielā mērā	Nemaz
		1	2	3	4	5

92.	Cik daudz jūs rūpējaties par savu veselību?	Ļoti daudz	Diezgan daudz	Vidēji	Nedaudz	Nemaz
		1	2	3	4	5

	Cik lielā mērā minētie faktori iespaido jūsu rūpes par veselību ?	Ļoti lielā mērā	Diezgan lielā mērā	Vidēji	Nelielā mērā	Nemaz
93.	Spēja ietekmēt savu veselības stāvokli	1	2	3	4	5
94.	Veselības stāvoklis	1	2	3	4	5
95.	Finansiālais stāvoklis	1	2	3	4	5
96.	Laika daudzums, ko varat atvēlēt rūpēm par sevi	1	2	3	4	5
97.	Vēlme iegūt vai saglabāt labu ārējo izskatu	1	2	3	4	5
98.	Apmierinājums, ko sniedz rūpes par savu veselību	1	2	3	4	5
99.	Veselības aprūpes kvalitāte	1	2	3	4	5
100.	Veselības aprūpes pieejamība (iespēja tikt pie ārsta)	1	2	3	4	5
101.	Zināšanas par savu veselību	1	2	3	4	5

Jautājumi par slimības paradumiem

	Kā jūs rīkojaties saslimšanas gadījumā?	Jā	Nē
102.	Savlaicīgi vēršos pie ārsta	1	2
103.	Cenšos ārstēties mājās pats/-ti	1	2
104.	Izmantoju tautas vai alternatīvās dziedniecības metodes (zāļu tējas, jogu, akupunktūru)	1	2
105.	Neko īpašu nedaru	1	2
106.	Grūti pateikt	1	2

	Kas nosaka jūsu rīcības izvēli saslimšanas gadījumā?	Jā	Nē
107.	Finansiālie apsvērumi	1	2
108.	Slimības smaguma pakāpe	1	2
109.	Laika daudzums, ko varu atvēlēt rūpēm par sevi	1	2
110.	Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība	1	2
111.	Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti	1	2
112.	Zināšanas par konkrēto slimību	1	2

Jautājumi par informētību veselības jautājumos

		Ļoti maz	Nedaudz	Vidēji	Diezgan daudz	Ļoti daudz
113.	Cik daudz jūs zināt par savu veselību?	1	2	3	4	5
114.	Vai jūs lasāt medikamentu aprakstus, kas atrodami iepakojumā?	1	2	3	4	5

115.	Kur jūs iegūstat informāciju par veselību un slimībām?	No ģimenes locekļiem un draugiem	No ģimenes ārsta	No citiem veselības aprūpes speciālistiem	No preses, TV un radio	No medicīnas literatūras	Man ir medicīniska izglītība
		1	2	3	4	5	6

Paldies par jūsu atbildēm!